



Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen
Austrian Interdisciplinary Platform on Ageing

Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie

WELLE II
2015-2018

Panelerhebung

Wien und Steiermark



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger



Bundesministerium
Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Konsumentenschutz



Das Land
Steiermark



Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen
Austrian Interdisciplinary Platform on Ageing

Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie

WELLE II
2015-2018

Panelerhebung

Wien und Steiermark



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger



Bundesministerium
Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Konsumentenschutz



Das Land
Steiermark

Eine Studie der

Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA)

Projektpartner und Finanzierung

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Land Steiermark, Ressort für Wissenschaft und Forschung, Gesundheit und
Pflegermanagement

Impressum

Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (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 Endredaktion

Andreas Stückler, MA

Mitarbeit

Mag.^a Justyna Zgud (*Layout*)

Herbert Gluske (*Statistik*)

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Birgit Böhmendorfer, 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

Dieser Bericht stellt die Ergebnisse der ersten Folgerhebung der Pilotstudie und Ersterhebung der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie (ÖIHS) in Wien und der Steiermark dar. Diese Folgerhebung bestand in der **erneuten Befragung** inklusive **geriatrischem Assessment** jener **410 hochaltrigen Teilnehmer/innen** (80-85 Jahre), die erstmals im Rahmen der Pilotstudie im Jahr 2013 befragt wurden.

Von diesen 410 Teilnehmer/innen konnte mit **insgesamt 271** (dies entspricht rund 66% der Ausgangsstichprobe) eine Folgebefragung realisiert werden, davon mit 27 eine reduzierte Form der Befragung in Gestalt eines telefonischen Kurzinterviews.

Etwas weniger als **ein Fünftel der Teilnehmer/innen** (rund 18%) ist zwischen Erst- und Zweiterhebung **verstorben**, weitere rund 7% konnten aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustands und/oder aufgrund einer zwischenzeitlich eingetretenen bzw. fortgeschrittenen Demenzerkrankung nicht mehr an der Studie teilnehmen.

Ziel der Folgerhebung war die **längsschnittliche Analyse von Entwicklungsverläufen**, insbesondere des gesundheitlichen und funktionalen Status in der Stichprobe zwischen Erst- und Zweiterhebung. Da der mit der Zweiterhebung begonnene Längsschnitt einstweilen einen Zeitraum von lediglich drei Jahren abdeckt (Ersterhebung 2013 – Zweiterhebung 2016), kann es sich bei den dargestellten Ergebnissen nur um erste Trends und Zwischenergebnisse handeln, die durch weitere Folgerhebungen zu bestätigen und weiterzuverfolgen wären.

Zunehmende physische Verletzlichkeit, aber auch Potenziale für funktionale Verbesserungen

Ein Kernergebnis der ÖIHS-Zweiterhebung besteht in einer deutlich beobachtbaren, **zunehmenden physischen Verletzlichkeit** der Teilnehmer/innen in den drei Jahren zwischen Erst- und Zweiterhebung. Rund 40% aller Teilnehmer/innen sind entweder verstorben, aus gesundheitlichen Gründen aus der Stichprobe ausgefallen oder waren laut geriatrischem Assessment von deutlichen funktionalen Verlusten betroffen.

Die Tendenz einer mit höherem Alter weiter zunehmenden Verletzlichkeit spiegelt sich auch in den subjektiven Bewertungen der eigenen gesundheitlichen Entwicklung: Rund 60% der wiederbefragten Teilnehmer/innen geben an, dass sich ihr gesundheitlicher und funktionaler Zustand zwischen Erst- und Zweiterhebung verschlechtert hat.

Die Analyse ergibt aber auch durchaus beträchtliche **Potenziale für funktionale Verbesserungen**. Ca. 20% der in der Stichprobe verbliebenen Teilnehmer/innen erzielten beim wiederholten geriatrischen Assessment bessere Werte als bei der Ersterhebung. Dies deutet auf erhebliche rehabilitative Potenziale hin, an die gesundheitspolitisch angeknüpft werden könnte, um hochaltrige Menschen dabei zu unterstützen, Unabhängigkeit und Selbsthilfefähigkeit so lange wie möglich aufrechtzuerhalten.

Generell kann, trotz zunehmender Verletzlichkeit, eine nach wie vor **große Heterogenität** unter den Studienteilnehmer/innen festgestellt werden. Mehr als die

Hälfte der Teilnehmer/innen befindet sich auch nach der Zweiterhebung in einem vergleichsweise guten bis sehr guten gesundheitlichen und funktionalen Zustand und ist in der Lage, ein weitestgehend selbständiges Leben ohne nennenswerten Hilfe- bzw. Pflegebedarf zu führen.

Mortalität

Ein wesentlicher Aspekt der steigenden Verletzlichkeit im hohen Alter ist die **erhöhte Sterblichkeit** hochaltriger Menschen. Rund 18% der ÖIHS-Teilnehmer/innen sind zwischen Erst- und Zweiterhebung verstorben. Zentraler Faktor der Mortalität war der physische und funktionale Status, d.h. die Wahrscheinlichkeit, zwischen Erst- und Zweiterhebung zu versterben, war umso höher, je schlechter der gesundheitliche und funktionale Zustand der Teilnehmer/innen zum Zeitpunkt der Ersterhebung 2013 war. Ein stark erhöhtes Mortalitätsrisiko bestand insbesondere bei Einschränkungen der Mobilität, bei einem hohen Medikamentenkonsum und bei negativer subjektiver Bewertung der eigenen Gesundheit.

Große Unterschiede hinsichtlich der Mortalität bestehen entlang des sozioökonomischen Status: Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen hatten eine fast doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit, bei der Zweiterhebung nicht mehr am Leben zu sein, wie Teilnehmer/innen mit hoher Bildung und hohem Einkommen.

Keine eindeutigen Mortalitätsunterschiede ergibt die Analyse hinsichtlich des Geschlechts der Teilnehmer/innen: Frauen sind annähernd genauso häufig zwischen Erst- und Zweiterhebung verstorben wie Männer.

Weitere Faktoren, die einen Einfluss auf das Überleben der Teilnehmer/innen hatten, sind: kognitiver Status, psychisches Wohlbefinden (Depression, Einsamkeit), Lebenszufriedenheit, soziale Eingebundenheit (Größe des sozialen Netzwerks) und erreichtes Alter der Eltern.

Funktionale und gesundheitliche Verluste in der Stichprobe

Zunehmende funktionale und gesundheitliche Verluste in der Stichprobe zeigen sich insbesondere darin, dass der Anteil von Teilnehmer/innen ohne funktionale Einschränkungen in der Stichprobe abnimmt. Rund 30% der in der Stichprobe verbliebenen Teilnehmer/innen, die beim geriatrischen Assessment der Ersterhebung noch hohe bis sehr hohe Werte erzielt haben, waren zwischenzeitlich von mehr oder weniger großen funktionalen Einbußen betroffen. Frauen sind dabei häufiger und stärker von gesundheitlichen und funktionalen Verlusten betroffen als Männer.

Eine **Zunahme gesundheitlicher Einschränkungen** kann über **alle Gesundheitsbereiche** (somatisch, funktional, psychisch sowie subjektiv) beobachtet werden:

Somatisch:

- Die ohnehin kleine Minderheit der Teilnehmer/innen ohne **chronische Krankheiten** ist in den drei Jahren zwischen Erst- und Zweiterhebung deutlich geschrumpft. Mehr als ein Drittel jener Teilnehmer/innen, die 2013 nicht mehr als eine chronische Krankheit hatten, haben heute zwei und mehr Krankheiten, sind also mittlerweile multimorbide.
- Die Prävalenz der **Harninkontinenz** hat in der Stichprobe zugenommen. Rund 15% der Teilnehmer/innen, die 2013 im Rahmen der Krankheitsanamnese noch keine Harninkontinenz angegeben hatten, leiden mittlerweile unter ungewolltem Harnverlust. Bei bestehendem Harninkontinenzleiden hat sich zwischen Erst- und Zweiterhebung das Krankheitsbild tendenziell verschlechtert, was sich auch in einer stärkeren Beeinträchtigung des subjektiven Wohlbefindens niederschlägt.

Funktional:

- **Einschränkungen in der Mobilität** nehmen zu. 22% der Teilnehmer/innen, die bei der Ersterhebung noch uneingeschränkt mobil waren, haben heute einen geringeren Bewegungsradius als noch vor drei Jahren. 14% derjenigen, die sich 2013 immerhin noch selbständig in der näheren Wohnumgebung bewegen konnten, sind mittlerweile ans Haus gebunden.
- Rund ein Fünftel der Teilnehmer/innen, die 2013 noch von keinerlei **Seh- oder Höreinschränkungen** berichteten, geben an, mittlerweile unter Einschränkungen der Seh- bzw. Hörfähigkeit zu leiden.
- Zunehmende funktionale Verluste bewirken Einschränkungen hinsichtlich **Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL/IADL)**. Am stärksten zugenommen haben Einschränkungen bei der Fähigkeit, sich selbständig anzukleiden (von rund 9% im Jahr 2013 auf mehr als 14% 2016) und beim Einkaufen (von rund 23% 2013 auf 30% 2016).
- Auch mit Blick auf **kognitive Funktionen** zeichnen sich in der Stichprobe tendenzielle Verluste ab. Nur noch etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen, die den kognitiven Test bei der Ersterhebung fehlerfrei bestanden haben, konnten dieses Ergebnis bei der Zweiterhebung wiederholen. Ein Viertel von ihnen weist heute leichte kognitive Defizite auf, bei etwas weniger als einem Fünftel waren die Tests sogar demenzverdächtig. Teilnehmer/innen, deren Tests bereits bei der Ersterhebung demenzverdächtig waren, legten auch bei der Zweiterhebung überwiegend demenzverdächtige Tests ab. Allerdings gibt es auch zahlreiche Teilnehmer/innen, die ihre Leistung beim kognitiven Test gegenüber der Ersterhebung verbessern konnten: Rund 35% aller an der Zweiterhebung teilnehmenden Personen haben beim wiederholten kognitiven Test ein besseres Ergebnis erzielt als bei der Ersterhebung 2013. Kognitive Verluste wie auch Gewinne hängen dabei von der funktionalen Entwicklung insgesamt ab: Hat sich der Gesundheitszustand allgemein verbessert, ist auch der kognitive Test eher besser ausgefallen. Sind hingegen weitere gesundheitliche und funktionale Einschränkungen hinzugekommen, hat sich dies in vielen Fällen auch in einer Zunahme kognitiver Defizite niedergeschlagen.

Psychisch:

- Depressive Symptome haben in der Panelstichprobe seit der Ersterhebung etwas zugenommen. Dies lässt sich u.a. daran ablesen, dass von den Teilnehmer/innen der Zweiterhebung nur noch rund 66% angeben, nie oder selten an depressiven Verstimmungen zu leiden, während es bei der Ersterhebung noch rund 70% waren. Umgekehrt ist der Anteil von Personen, die angeben, oft oder immer deprimiert zu sein, von rund 8% auf 11% gestiegen.
- Auch Einsamkeitsgefühle haben in der Stichprobe etwas zugenommen. Betrug der Anteil von Teilnehmer/innen, die angeben, sich oft oder immer einsam zu fühlen, bei der Ersterhebung noch rund 12%, beträgt er bei der Zweiterhebung rund 14%.

Subjektiv:

- Tendenzielle Verschlechterungen beim objektiven Gesundheitszustand reflektieren sich in einer entsprechenden **Verminderung der subjektiven Gesundheit**. Dies zeigt sich in einer durchaus beträchtlichen Abnahme positiver Bewertungen des eigenen Gesundheitszustands (von rund 56% auf 51%) und einer zumindest leichten Zunahme schlechter Bewertungen (von rund 11% auf 14%).

Auswirkungen funktionaler Verluste auf Alltags- und Lebensgestaltung

Die festgestellte Zunahme physischer Verletzlichkeit unter den hochaltrigen Studienteilnehmer/innen schlägt sich in wachsenden Einschränkungen in der Alltags- und Lebensgestaltung nieder.

So geben Teilnehmer/innen heute überwiegend weniger regelmäßig ausgeübte Alltagsaktivitäten an als noch zum Zeitpunkt der Ersterhebung 2013.

Zahlreiche Teilnehmer/innen gehen mittlerweile auch seltener aus dem Haus. Über 40% der in der Stichprobe verbliebenen Teilnehmer/innen verlassen laut ihren Angaben die Wohnung heute seltener als noch vor drei Jahren. Es bestätigt sich damit, dass sich mit zunehmendem Alter und mit steigender Wahrscheinlichkeit für altersbedingte physische Einschränkungen das Leben zunehmend auf die eigenen vier Wände beschränkt.

Soziale Verluste

Nicht nur physisch, auch sozial haben die Studienteilnehmer/innen Verluste erfahren. Rund 8% der verheirateten Männer und Frauen in der Stichprobe haben zwischen Erst- und Zweiterhebung ihre/n Ehegatt/in verloren. Davon waren vor allem Frauen betroffen. Einige Teilnehmer/innen waren auch vom Tod eines oder mehrerer ihrer Kinder betroffen.

Darüber hinaus ergibt die Analyse ein tendenzielles Schrumpfen sozialer Netzwerke. Mehr als ein Drittel der Teilnehmer/innen gibt bei der Zweiterhebung eine geringere Anzahl regelmäßiger Sozialkontakte an als noch vor drei Jahren. Neben gesundheitlichen Verlusten wirkten sich vor allem Kinderlosigkeit, ein niedriger sozioökonomischer Status und Verwitmung negativ auf die Größe des sozialen Netzes aus.

Verluste im Bereich sozialer Beziehungen gehen einher mit einer leichten Zunahme von Einsamkeitsgefühlen in der Stichprobe. Besonders Pflegeheimbewohner/innen leiden häufig unter Einsamkeit.

Zunehmender Unterstützungs- bzw. Pflegebedarf

Zunehmende funktionale Verluste bewirken eine Zunahme von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Rund ein Viertel von Teilnehmer/innen, die bei der Ersterhebung noch ohne Hilfe im Alltag ausgekommen sind, sind bei der Zweiterhebung in irgendeiner Form auf Unterstützung im Alltag angewiesen. Frauen sind dabei deutlich häufiger betroffen als Männer.

Insgesamt hat der Anteil hilfebedürftiger Teilnehmer/innen zwischen Erst- und Zweiterhebung von rund 34% auf rund 40% zugenommen. Im engeren Sinne pflegebedürftig sind ca. 14% (Ersterhebung: 10%). Ein zwischenzeitlich eingetretener Hilfe- bzw. Pflegebedarf hat dabei deutlich erkennbare negative Auswirkungen auf das subjektive Wohlbefinden und die Lebensqualität der betroffenen Personen.

Nach wie vor hohe Lebenszufriedenheit

Trotz zunehmender Verletzlichkeit und Verlusten im Bereich der Alltags- und Lebensgestaltung ist die Lebenszufriedenheit unter den hochaltrigen Studienteilnehmer/innen nach wie vor hoch, wenn auch tendenziell sinkend. Rund 79% der Teilnehmer/innen geben an, mit ihrer Lebenssituation sehr oder eher zufrieden zu sein. Das ist ein ähnlich hohes Niveau wie bei der Ersterhebung.

Geschlechtsspezifische Differenzen nehmen zu

Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich Gesundheit und Funktionalität im hohen Alter haben zwischen Erst- und Zweiterhebung zugenommen. Dies zeigt sich darin, dass Frauen häufiger als Männer von gesundheitlichen und funktionalen Verlusten betroffen waren. Diese Tendenz kann über alle Gesundheitsbereiche hinweg beobachtet werden, betrifft also somatische, funktionale, psychische wie auch subjektive Gesundheit.

Aufgrund ihrer stärkeren Betroffenheit durch funktionale Einschränkungen, sind hochaltrige Frauen auch deutlich häufiger als Männer auf Hilfe und Unterstützung im Alltag angewiesen.

Gesundheitliche Ungleichheit im hohen Alter

Auch sozioökonomisch bedingte Gesundheitsdifferenzen haben in den drei Jahren zwischen Erst- und Zweiterhebung zugenommen. Sozial benachteiligte Personen (niedrige Bildung, niedriges Einkommen) haben funktionale Kapazitäten häufiger und in größerem Umfang eingebüßt und sind auch häufiger verstorben als sozial besser gestellte Personen. Zwar zeigt sich, dass sozial schlechter gestellte Teilnehmer/innen einen guten gesundheitlichen und funktionalen Zustand nicht viel seltener zu bewahren vermögen als sozial besser gestellte Teilnehmer/innen. Ihre höhere Mortalität verweist allerdings darauf, dass dieses Ergebnis selbst auf einer sozialen Selektion beruht.

ABSTRACT

This report presents the findings of the first follow-up of the Austrian Interdisciplinary Study on the Oldest Old (ÖIHS). The follow-up consists of a further survey including geriatric assessments of 410 participants of the first wave of the ÖIHS in Vienna and Styria in 2013.

Of the 410 participants, the follow-up survey could be realised with 271 in total (66% of the initial sample), including 27 who completed a brief telephone interview.

The aim of the follow-up was the longitudinal analysis of health trajectories and changes in the situation of participants over time.

One key finding of this first follow-up is that the majority of participants was affected by greater or lesser declines in health and functionality between baseline and follow-up. This indicates an increasing vulnerability in old age.

Increasing vulnerability is reflected by a correspondingly high mortality in the sample: Approximately one fifth of the entire sample deceased within three years after the initial survey. This affected participants most who had already been in relatively bad health at the moment of the initial survey.

Health-related and functional declines vary significantly with the participants' sex and socioeconomic status. Women and persons with low levels of education and income were more affected by functional losses than men and persons with higher socioeconomic status. Moreover, socially disadvantaged participants had mortality rates almost twice as high than those of participants from more privileged backgrounds. This indicates a perpetuation of health inequalities also in very old age.

Increasing physical vulnerability also has significant impacts on the daily life of very old people. This is apparent in quantitative decreases in everyday activities in the sample, that is, participants engage in a lower number of activities compared to their everyday life at the moment of the initial survey. Furthermore, they leave their home less often than three years before. This is not only but also due to health and functional losses increasingly restricting the active lifestyle of very old persons.

Despite these unambiguous findings, very old age must not be reduced to vulnerability. There is still a significant heterogeneity of oldest old and a broad diversity of health and living conditions of people aged 80+. A relatively large part is able to widely preserve their functional status and their independence in transition to old and oldest age and to still live a relatively active life.

Moreover, the findings show that some participants who achieved relatively poor health and functionality rates in the geriatric assessment of the initial survey, in part achieved considerably better results in the follow-up. This indicates that they did not lose further functional capacities but – on the contrary – were able to regain some of their functionality. This refers to existing physical and functional potentials in very old people that might be fostered and mobilised by measures of prevention and rehabilitation.

INHALTSVERZEICHNIS

KURZFASSUNG	5
ABSTRACT	11
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	15
TABELLENVERZEICHNIS	17
VORWORT	23
EINLEITUNG	28
METHODIK UND STUDIENPOPULATION	34
ERGEBNISDARSTELLUNG	44
1 MORTALITÄT IN DER ÖIHS	48
1.1 Physische Faktoren.....	49
1.2 Psychische Faktoren.....	53
1.3 Lebensstilfaktoren	56
1.4 Geschlechtsspezifische Faktoren	59
1.5 Sozioökonomische Faktoren.....	60
1.6 Mortalität und soziale Eingebundenheit.....	62
1.7 Genetische Faktoren.....	64
2 GESUNDHEIT UND FUNKTIONALITÄT IN DER PANELSTICHPROBE	68
2.1 Entwicklung von Gesundheit und Funktionalität seit der Ersterhebung.....	68
2.1.1 Längsschnittliche Entwicklung von Gesundheit und Funktionalität in einzelnen gesundheitlichen Teilbereichen und Dimensionen.....	77
2.1.2 Funktionale Gesundheit	78
2.1.3 Chronische Krankheiten.....	84
2.1.4 Harninkontinenz	88
2.1.5 Psychische Gesundheit	92
2.1.6 Kognitive Funktionen.....	94
2.1.7 Subjektive Gesundheit	100
3 VERÄNDERUNGEN DER ALLGEMEINEN LEBENSITUATION	106
3.1 Soziale Beziehungen.....	106
3.2 Alltagsgestaltung und Aktivitäten.....	115
3.3 Unterstützungs- bzw. Pflegebedarf und Betreuungssituation in der Panelstichprobe	122

4	LÄNGSSCHNITTliche ENTWICKLUNG VON GESCHLECHTSSPEZIFISCHEN UND SOZIOÖKONOMISCH BEDINGTEN UNTERSCHIEDEN IN DER ÖIHS-STICHPROBE.....	134
4.1	Geschlechtsspezifische Unterschiede.....	135
4.2	Sozioökonomisch bedingte Gesundheitsdifferenzen	142
	SCHLUSSFOLGERUNGEN	152
	LITERATUR	157

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Mortalität nach Gesundheitszustand..... 49

Abbildung 2: Mortalität nach Bewegungsradius..... 50

Abbildung 3: Mortalität und Mobilität, nach funktionalem Status..... 51

Abbildung 4: Mortalität und subjektive Gesundheit..... 52

Abbildung 5: Mortalität nach Depression und Einsamkeit..... 53

Abbildung 6: Mortalität und kognitiver Status..... 54

Abbildung 7: Mortalität nach Wohnform..... 54

Abbildung 8: Mortalität nach Lebenszufriedenheit..... 55

Abbildung 9: Mortalität nach Rauchverhalten..... 57

Abbildung 10: Mortalität nach Alkoholkonsum..... 58

Abbildung 11: Mortalität nach Geschlecht..... 59

Abbildung 12: Mortalität nach sozioökonomischem Status..... 61

Abbildung 13: Mortalität und soziales Netz..... 63

Abbildung 14: Mortalität nach erreichtem Alter der Eltern (80+)..... 65

Abbildung 15: Gesundheitszustand in der Panelstichprobe 2016 (n=244)..... 69

Abbildung 16: Subjektive Einschätzung der gesundheitlichen Entwicklung seit der Ersterhebung, inkl. tel. Kurzinterviews (n=271)..... 70

Abbildung 17: Aufrechterhaltung des funktionalen Status der Ersterhebung („rüstig“ und „fit“), nach Bildung..... 77

Abbildung 18: Neu aufgetretene Seh- und Hörprobleme seit Ersterhebung..... 81

Abbildung 19: Einschränkungen bei zentralen ADL (Anziehen, Stiegen steigen und Einkaufen) seit Ersterhebung..... 82

Abbildung 20: Seit der Ersterhebung aufgetretene Einschränkungen (Gehgeschwindigkeit, Bewegungsradius, Stiegen steigen, Einkaufen) bei funktional ursprünglich intakten Teilnehmer/innen, nach Geschlecht..... 83

Abbildung 21: Entwicklung der Medikation seit Ersterhebung..... 86

Abbildung 22: Entwicklung der Harninkontinenz seit Ersterhebung (Häufigkeit des Harnverlustes, Harnmenge)..... 90

Abbildung 23: Entwicklung depressiver Verstimmungen seit Ersterhebung..... 93

Abbildung 24: Entwicklung kognitiver Funktionen seit Ersterhebung („unauffälliger Befund“ und „leichte Defizite“), nach Geschlecht..... 98

Abbildung 25: Kognitiver Status und depressive Symptome..... 99

Abbildung 26: Entwicklung der subjektiven Gesundheit seit Ersterhebung, inkl. Telefoninterviews (n=270)..... 101

Abbildung 27: Subjektive Gesundheit – Vergleich Erst- und Zweiterhebung, nach Geschlecht, inkl. Telefoninterviews (Männer n=126, Frauen n=144)..... 102

Abbildung 28: Verwitwungsrate unter verheirateten Männern und Frauen (nach Familienstand im Jahr 2013) seit Ersterhebung..... 108

Abbildung 29: Verluste bei außerfamiliären Sozialkontakten (Verringerung der Anzahl außerfamiliärer Kontaktpersonen zwischen Erst- und Zweiterhebung), nach Familienstand (verwitwet vs. verheiratet), Geschlecht, Kinderlosigkeit und Sozialstatus..... 110

Abbildung 30: Entwicklung von Einsamkeitsgefühlen („nie einsam“, „oft/immer einsam“) seit Ersterhebung..... 112

Abbildung 31: Zufriedenheit mit Sozialkontakten – Vergleich Erst- und Zweiterhebung (n=243).....	113
Abbildung 32: Entwicklung des Aktivitätsgrades (niedrig – mittel – hoch) zwischen Erst- und Zweiterhebung.	116
Abbildung 33: Entwicklung des Fernsehkonsums (nach durchschnittlicher täglicher Fernsehdauer) zwischen Erst- und Zweiterhebung.	117
Abbildung 34: Entwicklung von Außer-Haus-Aktivitäten (nach Häufigkeit) zwischen Erst- und Zweiterhebung.	119
Abbildung 35: Lebenszufriedenheit – Vergleich Erst- und Zweiterhebung.	121
Abbildung 36: Hilfe- und Pflegebedarf in der Stichprobe – Vergleich Erst- und Zweiterhebung.	123
Abbildung 37: Entwicklung des Hilfe- und Pflegebedarfs von Teilnehmer/innen ohne Unterstützungsbedarf im Jahr 2013 zwischen Erst- und Zweiterhebung, nach Gesundheitszustand bei Ersterhebung (rüstig/fit vs. pre-frail/frail).....	124
Abbildung 38: Hilfebedarf (inkl. Pflegebedarf) – Vergleich Erst- und Zweiterhebung, nach Geschlecht (inkl. Telefoninterviews, n=252).....	125
Abbildung 39: Prävalenz depressiver Symptome und Einsamkeitsgefühle im Pflegeheim – Vergleich Erst- und Zweiterhebung (n=20).....	131
Abbildung 40: Kognitive Entwicklung von Teilnehmer/innen mit unauffälligem Befund und leichten Defiziten bei Ersterhebung 2013, nach Geschlecht.	140
Abbildung 41: Aufrechterhaltung eines guten Gesundheitszustandes (rüstig/fit) zwischen Erst- und Zweiterhebung, nach Bildungsgrad.....	149

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Entwicklung der Stichprobe zwischen Erst- und Zweiterhebung..... 37

Tabelle 2: Zusammensetzung der Stichprobe, Vergleich Erst- und Zweiterhebung..... 38

Tabelle 3: Entwicklung des Gesundheitszustandes zwischen Erst- und Zweiterhebung
(absolute Zahlen in Klammern)..... 73

Tabelle 4: Gesundheitszustand nach Geschlecht – Vergleich Erst- und Zweiterhebung.. 74

Tabelle 5: Entwicklung des Gesundheitszustands zwischen Erst- und Zweiterhebung,
nach Geschlecht..... 76

Tabelle 6: Entwicklung des Bewegungsradius zwischen Erst- und Zweiterhebung, inkl.
Telefoninterviews (n=269) (absolute Zahlen in Klammern)..... 80

Tabelle 7: Entwicklung der chronischen Krankheiten – Vergleich Erst- und
Zweiterhebung (absolute Zahlen in Klammern)..... 85

Tabelle 8: Entwicklung kognitiver Funktionen – Vergleich Erst- und Zweiterhebung
(absolute Zahlen in Klammern)..... 96

Tabelle 9: Häufigste Anlässe zum Verlassen der Wohnung (n=237).....120

Tabelle 10: Zufriedenheit mit Heimhilfe/Hauskrankenpflege (n=21).....129

Tabelle 11: Gesundheitszustand im Pflegeheim, Vergleich Erst- und Zweiterhebung. ..130

Tabelle 12: Zufriedenheit mit dem Pflegeheim (n=19).....132

Tabelle 13: Gesundheitlicher und funktionaler Status nach Geschlecht (Ersterhebung).
.....136

Tabelle 14: Funktionaler Status nach Geschlecht, Vergleich Erst- und Zweiterhebung.137

Tabelle 15: Entwicklung des funktionalen Status seit der Ersterhebung, nach Geschlecht.
.....137

Tabelle 16: Entwicklung in verschiedenen gesundheitlichen Teilbereichen, nach
Geschlecht.138

Tabelle 17: Gesundheitlicher und funktionaler Status nach sozioökonomischem Status
(Ersterhebung).....144

Tabelle 18: Funktionaler Status nach sozioökonomischem Status, Vergleich Erst- und
Zweiterhebung.145

Tabelle 19: Entwicklung in verschiedenen gesundheitlichen Teilbereichen, nach
Sozialstatus.....146



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: Rothwangl

Wer weiß schon was der Morgen bringt?

Älter werden ist ein fixer Bestandteil unseres Lebens. Im Alter krank, immobil oder multimorbid zu werden und auf professionelle Hilfe oder ständige Betreuung angewiesen zu sein, zählt zu den unaufhebbaren Lebensrisiken. Es liegt aber nahe und in unserer Hand, diese Risiken – beispielsweise durch gesunden Lebensstil in jungen Jahren – zu minimieren und Verantwortung für sich selbst zu übernehmen.

Verantwortung oder Vorsorge tragen bedeutet u.a. sich rechtzeitig mit den richtigen Fragen auseinanderzusetzen: Wo und wie möchte ich im Alter leben? Was wird dann für mich wichtig sein? Was werde ich nicht mehr benötigen? Wen brauche ich, um meine Wünsche zu erfüllen? Solche und weitere Debatten sind wichtig, um sich mit den eigenen Bedürfnissen rechtzeitig auseinanderzusetzen. Wir nehmen diese Fragen sehr ernst und stellen den älteren Menschen selbst in den Mittelpunkt, und diese Studie liefert die dafür so notwendige Basisarbeit.

Immer noch zu wenig an Informationsarbeit, schlecht kommunizierte Maßnahmen aus der Hüfte, unsichere Finanzierungsvorschläge, zu wenig an Ausbildung und fertig ist ein gepflegtes Dilemma. Es fehlt vielerorts noch immer der unaufgeregte Mut, Klartext in Sachen Pflege zu sprechen.

Frei nach dem Gebot: Informiert euch, statt empört euch, brauchen wir eine solidarische, lebendige Generationenverantwortungsgesellschaft. Wir müssen Verantwortung für unsere Älteren übernehmen, weil auch vor uns und für uns bereits Verantwortung getragen wurde. Wir bekennen uns ganz klar zum Grundsatz: Eine Generation für die nächste Generation.

Mag. Christopher Drexler

Landesrat für Kultur, Gesundheit, Pflege und Personal

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 Folgerhebung der Pilotstudie und Ersterhebung der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie (ÖIHS) in Wien und der Steiermark dargestellt. Diese Folgerhebung bestand in der erneuten Untersuchung und Befragung jener hochaltrigen Teilnehmer/innen, die erstmals im Rahmen der Pilotstudie im Jahr 2013 befragt wurden. Über wesentliche Befunde und Erkenntnisse der Ersterhebung gibt ausführlich der 2015 veröffentlichte Endbericht der ÖIHS 2013-2014 Auskunft (ÖPIA 2015).

Die ÖIHS geht damit, wie im Studiendesign vorgesehen, in den Längsschnitt über. Längsschnitt- bzw. Panelstudien bestehen in der langfristigen Weiterverfolgung einer Stichprobe in Form von personenidentischen Mehrfachbefragungen. Dadurch lassen sich Entwicklungen und Veränderungen über die Zeit auf Individualdatenniveau beobachten und auf diese Weise Kausalbeziehungen zwischen bestimmten erhobenen Variablen identifizieren und analysieren. Längsschnittstudien unterscheiden sich damit grundsätzlich von Querschnittstudien, in denen Daten zu einem einzigen Zeitpunkt erhoben werden, also gewissermaßen nur eine „Momentaufnahme“ wiedergeben. Sie unterscheiden sich aber auch von Trend- bzw. Replikationsstudien, die wiederholte Querschnitterhebungen umfassen, also zwar ebenfalls langfristig angelegt sind, aber die Ziehung einer jeweils neuen Stichprobe vorsehen, um so das Verhalten sukzessiver Kohorten über mehrere Messzeitpunkte hinweg beobachten zu können.¹

Die wissenschaftliche und gesellschaftspolitische Bedeutung von Längsschnittstudien wurde erst kürzlich, im Jahr 2016, von der deutschen Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina speziell mit Blick auf das Alter(n) ausdrücklich betont. Aufgrund hoher intra- und interindividueller Unterschiede von Alterungsprozessen seien Längsschnittstudien „nicht nur für die entsprechenden wissenschaftlichen Disziplinen von Interesse, sondern ebenso für alle Politikbereiche, die mit den Herausforderungen einer rasch alternden Gesellschaft konfrontiert sind“ (Leopoldina 2016: 25). Besonders relevant sei dabei eine längsschnittliche Perspektive etwa mit Blick auf die Entwicklung der Lebenserwartung und die wissenschaftliche Erklärung ihrer Unterschiede (z.B. nach Geschlecht, sozialer Lage oder ethnischer Zugehörigkeit), auf die Krankheitsentwicklung im Alter, auf den altersbedingten Wandel kognitiver Fähigkeiten (Demenz) oder die aktive Gestaltung des „dritten Lebensalters“. Die längsschnittliche Ausrichtung der ÖIHS verspricht damit die Schaffung und Bereitstellung von Daten zur hochaltrigen Bevölkerung, die nicht nur in dieser Form in Österreich bislang einzigartig sind, sondern darüber hinaus auch einen tieferen Einblick in die Mechanismen und (insbesondere gesellschaftlichen) Faktoren der Hochaltrigkeit ermöglichen und so einen beträchtlichen Mehrwert für Gesellschaft und Politik haben mit Blick auf die Bewältigung und Gestaltung des demographischen Wandels.

¹ Zweiteres ist aber durchaus relevant im Kontext der ÖIHS, da es sich beim Studiendesign der ÖIHS um eine Kombination aus Panel- und Trenddesign handelt. Dieses sieht also sowohl die längsschnittliche Verfolgung von Stichproben im Panel als auch (längerfristig) die Ziehung und Untersuchung neuer Stichproben vor, um auf diese Weise sowohl Vergleiche auf Individualdatenniveau, als auch die Analyse von Kohortenunterschieden zu erlauben (vgl. ÖPIA 2015: 23).

Das Ziel der in diesem Bericht dargestellten Folgerhebung bestand vor diesem Hintergrund primär darin, in längsschnittlicher Perspektive Veränderungen seit der Ersterhebung zu erfassen und zu analysieren, insbesondere hinsichtlich der gesundheitlichen und funktionalen Entwicklung der Studienteilnehmer/innen, aber auch hinsichtlich der allgemeinen Lebenssituation sowie ihrer Pflege- und Betreuungssituation. Anders als im ersten Bericht der Pilotstudie geht es im hier vorliegenden Bericht daher nicht um die möglichst umfassende Beschreibung der Stichprobe im Querschnitt entlang einer Vielzahl von gesundheitsbezogenen, sozioökonomischen etc. Variablen – gleichsam im Sinne einer repräsentativen „Momentaufnahme“ – sondern hier stehen vor allem Veränderungen in der Stichprobe über die Zeit im Vordergrund: Was hat sich in den drei Jahren seit der Ersterhebung bei den Teilnehmer/innen verändert? Wie hat sich insbesondere ihr Gesundheitszustand entwickelt? Befindet sich dieser noch ungefähr auf dem gleichen Niveau wie vor drei Jahren, oder hat er sich womöglich verschlechtert, und wenn ja, inwiefern (und bei wem und aufgrund welcher Einflussfaktoren)? Welche Auswirkungen haben gesundheitliche und funktionale Veränderungen auf die allgemeine Lebenssituation der Teilnehmer/innen? Oder wie hat sich der Pflegebedarf und die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen in der mittlerweile um drei Jahre älteren Kohorte verändert?

Ein ganz wesentlicher Aspekt, der in diesem Bericht im Mittelpunkt stehenden Veränderungen und Entwicklungen besteht bereits darin, dass einige der damals untersuchten Hochaltrigen zwischenzeitlich gar nicht mehr am Leben sind. Nicht ganz ein Fünftel der Teilnehmer/innen aus der Ersterhebung war zum Zeitpunkt der Folgebefragung bereits verstorben. Weitere ca. 7% waren aufgrund ihres Gesundheitszustandes – infolge einer allgemeinen Verschlechterung des Gesundheitszustandes, einer demenziellen Erkrankung und/oder einer mittlerweile eingetretenen schweren Pflegebedürftigkeit – nicht mehr in der Lage, an der Studie teilzunehmen. Das heißt, ein gutes Viertel der Ausgangsstichprobe stand drei Jahre nach der Ersterhebung aufgrund von Tod oder gravierenden gesundheitlichen Einschränkungen für eine Folgerhebung nicht mehr zur Verfügung. Solche Ausfälle sind einerseits methodisch nicht ganz unproblematisch (siehe unten *Methodik*), andererseits sind sie aber im Kontext einer Hochaltrigenstudie auch sehr aufschlussreich, da sie über die Mortalität und die gesundheitliche Entwicklung in der Stichprobe im zeitlichen Verlauf Auskunft geben. Dabei lassen sich unter Rückgriff auf die Daten aus der Ersterhebung auch wesentliche Faktoren identifizieren und analysieren, die für den Verlauf und die weitere Entwicklung des Gesundheitszustandes (aber auch für einen früheren Tod) von Bedeutung sind.

Mit dem größeren Teil der Stichprobe konnte freilich erneut ein ausführliches Interview (inkl. geriatrischer Assessments) durchgeführt und aktuelle Daten zur Gesundheits-, Lebens- und Betreuungssituation erhoben werden. Von den dabei untersuchten hochaltrigen Frauen und Männern befand sich ein durchaus großer Teil nach wie vor in einem relativ guten gesundheitlichen Allgemeinzustand und war in der Lage, ein weitgehend selbständiges Leben zu führen. Hingegen hat sich bei anderen seit der Ersterhebung die Gesundheitssituation merklich verschlechtert. Diese leiden unter fortschreitenden körperlichen Einschränkungen und altersassoziierten Erkrankungen – zum Teil als eine relativ junge Entwicklung seit der Ersterhebung, zum Teil im Sinne einer

Verschlechterung einer bereits während der Ersterhebung vorliegenden gesundheitlichen und funktionalen Einschränkung –, die sie in der selbständigen Bewältigung ihres Alltages zunehmend beeinträchtigen. Einige sind seit der Ersterhebung sogar (in unterschiedlich hohem Grad) pflegebedürftig geworden.

Auch hier liegt der Fokus der Analyse im vorliegenden Bericht primär auf einer Entwicklungsperspektive, aus der zu klären versucht werden soll, welche Faktoren für die sehr unterschiedlichen Entwicklungsverläufe verantwortlich sind, und die dazu führen, dass ein Teil der untersuchten Hochaltrigen nach wie vor einen relativ guten gesundheitlichen Allgemeinzustand aufrechtzuerhalten vermag, während andere in zunehmendem Maße von einem Abbau physischer und nicht zuletzt kognitiver Kapazitäten und damit in weiterer Folge von einer Einschränkung der Selbsthilfefähigkeit betroffen sind.

Die Analyse baut dabei wesentlich auf Erkenntnisse und Hypothesen auf, die sich bereits im Rahmen der Pilotstudie und Ersterhebung 2013/2014 ergeben haben und für die nun anschließende Panelstudie besonders forschungsleitend sind: So bestand ein ganz zentraler Befund der Pilotstudie in der Feststellung eines direkten Zusammenhangs zwischen Gesundheit bzw. Krankheit im hohen Alter und verschiedenen sozialen Faktoren wie z.B. Geschlecht und sozioökonomischer Status. Dabei konnte nachgewiesen werden, dass Geschlecht und sozioökonomischer Status (insbesondere Bildung und Einkommen) einen signifikanten Einfluss darauf haben, ob Menschen bis ins hohe Alter hinein einen guten Gesundheitszustand bewahren können oder aber unter mehr oder weniger stark ausgeprägten gesundheitlichen Einschränkungen leiden. So waren etwa Frauen tendenziell häufiger und stärker von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen als Männer (ÖPIA 2015: 136ff.). Noch deutlicher waren die Ergebnisse beim sozioökonomischen Status, die auf eine deutlich höhere Betroffenheit von gesundheitlichen Einschränkungen bei sozioökonomisch benachteiligten Personen, d.h. mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen, hindeuteten (ebd.: 142ff.).

In der längsschnittlichen Perspektive drängt sich damit die Frage auf, wie sich diese Ungleichheiten im weiteren Verlauf und mit noch höherem Alter entwickeln, insbesondere ob diese Ungleichheiten im höheren Alter eher zu- oder möglicherweise auch abnehmen. Internationale Alters- und Hochaltrigenstudien deuten in diesem Zusammenhang darauf hin, dass speziell geschlechtsspezifische Unterschiede im hohen Alter eher weiter zunehmen, wobei hier allerdings zwei recht widersprüchliche Entwicklungen zu konstatieren sind: Einerseits scheint der Anteil von Frauen bis ins noch höhere und höchste Alter (90 Jahre und mehr) weiter zuzunehmen, während der Anteil von Männern sukzessive abnimmt. Andererseits nehmen geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich des Gesundheitszustandes im sehr hohen Alter eher zugunsten von Männern zu. D.h. Männer erreichen zwar signifikant seltener als Frauen ein sehr hohes Alter, dafür befinden sich aber jene wenigen Männer, die ein besonders hohes Alter erreichen, tendenziell in einem besseren gesundheitlichen Allgemeinzustand als ihre weiblichen Altersgenossinnen (vgl. Andersen-Ranberg et al. 2001; Hitt et al. 1999; Guilley/Lalive d'Épinay 2008).

Hingegen scheinen sich sozioökonomisch bedingte Gesundheitsunterschiede, einschlägigen Studien zufolge, mit noch höherem Alter eher etwas abzuschwächen (vgl. Lampert 2000; Lampert/Maas 2002; Lampert et al. 2008). Wie es sich damit bei den hochaltrigen Studienteilnehmer/innen der ÖIHS verhält, wird die längsschnittliche Untersuchung zu zeigen haben, die mit der hier dargestellten ersten Folgerhebung begonnen wird.

Ein weiterer Befund aus der Ersterhebung, der die längsschnittliche Analyse der hier dargestellten Folgeuntersuchung inspiriert, ist die Beobachtung, dass trotz einer altersmäßig relativ eng definierten Ausgangsstichprobe und entsprechend geringen Altersunterschieden zwischen den Teilnehmer/innen (die Teilnehmer/innen der Ersterhebung waren zwischen 80 und 85 Jahre alt) erhebliche gesundheitliche Unterschiede zwischen älteren und jüngeren Studienteilnehmer/innen bestehen. So waren 85-jährige Teilnehmer/innen häufiger und stärker von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen als Teilnehmer/innen, die zum Studienzeitpunkt erst 80 Jahre alt waren. Dies lässt darauf schließen – was ebenfalls eine wesentliche, forschungsleitende Hypothese der ÖIHS darstellt – dass sich speziell zwischen 80 und 85, also beim Eintritt in die Phase der Hochaltrigkeit, entscheidende Selektionsprozesse ereignen, die für den weiteren Lebensverlauf von zentraler Bedeutung sind, und die ausschlaggebend dafür sind, dass manche Menschen ihre Gesundheit und ihre Selbständigkeit bis ins noch höhere Alter hinein bewahren können, während andere in zunehmendem Ausmaß von altersbedingten Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit betroffen sind oder sogar versterben.²

Die ausführliche und vertiefende Analyse dieses Selektionsprozesses wie auch der ihm zugrunde liegenden (geschlechtsspezifischen, sozioökonomischen etc.) Faktoren erscheint für ein umfassendes wissenschaftliches Verständnis der Hochaltrigkeit von zentraler Bedeutung, und zwar gerade auch mit Blick auf die Erarbeitung politischer Strategien und Entscheidungsgrundlagen hinsichtlich des demographischen Altersstrukturwandels, der vor allem mit einer signifikanten Zunahme hochaltriger Menschen in der Bevölkerung verbunden sein wird. Neuere Studien deuten dabei sogar darauf hin, dass die Lebenserwartung speziell in den nächsten Jahrzehnten weiter beträchtlich steigen wird, wodurch auch der Anteil hochaltriger Menschen noch stärker zunehmen könnte als bisher angenommen. Kontis et al. (2017) prognostizieren etwa für Österreich eine Steigerung der Lebenserwartung von heute rund 78 Jahren für Männer und 83 Jahren für Frauen auf mehr als 81 bzw. 86 Jahre bis 2030. In manchen Ländern soll die Lebenserwartung laut dieser Studie sogar auf bis zu 90 Jahre (für Frauen) steigen, so z.B. in Südkorea. Umso notwendiger angesichts dieser Entwicklungen ist ein fundiertes wissenschaftliches Verständnis der Hochaltrigkeit sowie ihrer Faktoren und Selektionsmechanismen (vgl. Poon et al. 2016). Eben darin – in der Analyse dieser Selektionsmechanismen und deren konkreten Auswirkungen über die Zeit – liegt die primäre Bedeutung einer längsschnittlichen Perspektive wie auch der Hauptgrund, weshalb die ÖIHS von vornherein als Längsschnittstudie konzipiert ist.

² In diesen Altersbereich fällt daher wahrscheinlich auch nicht zufällig das durchschnittliche Heimeintrittsalter. Dieses liegt in Österreich bei etwa 82 Jahren (BMSK 2008: 82).

**METHODIK
UND
STUDIENPOPULATION**

METHODIK UND STUDIENPOPULATION

Im Rahmen dieser ersten Folgerhebung wurden, wie eingangs bereits erwähnt, erneut Interviews mit den hochaltrigen Studienteilnehmer/innen aus der Ersterhebung im Jahr 2013 durchgeführt. Grundlage dieser Interviews war ein vollständig überarbeiteter und punktuell um neue Fragestellungen ergänzter³, aber ansonsten in den wesentlichen Punkten mit dem Fragenkatalog der Ersterhebung identischer Fragebogen zu zentralen gesundheitlichen Parametern (z.B. chronische Krankheiten, Mobilität, sensorische Fähigkeiten, Kognition, Arztbesuche, Medikamente, subjektive Gesundheit etc.) sowie zur allgemeinen Lebens- und Betreuungssituation (Bildung, Einkommen, Wohn-verhältnisse, Alltagsgestaltung, Pflegebedarf, Inanspruchnahme von Pflege-leistungen usw.). Ebenfalls Teil der Untersuchung war ein wiederholtes geriatrisches Assessment analog zur Ersterhebung (Mobilitätstests, kognitiver Test etc.).⁴ Das Ziel dieser erneuten, im Prinzip mit der Ersterhebung identischen Befragung bestand in der Identifikation und Analyse von Entwicklungsverläufen zwischen Erst- und Zweiterhebung.

Die Stichprobe bestand dementsprechend aus den 410 Teilnehmer/innen der Ersterhebung 2013. Da das hohe Alter der Teilnehmer/innen durchaus beträchtliche Stichprobenausfälle erwarten ließ, insbesondere durch Krankheit oder Tod, waren Maßnahmen erforderlich, diese Ausfälle möglichst zu kontrollieren. Der Ausfall von Studienteilnehmer/innen durch Tod, Verschlechterung des Gesundheitszustandes und dergleichen ist ein grundsätzliches Problem von Längsschnittstudien. Denn Stichprobenausfälle bedeuten stets, dass zu einem entsprechenden Anteil von Teilnehmer/innen keine neuen Daten mehr erhoben werden können, wodurch letztlich die Qualität der Panelstichprobe und der daraus gewonnenen Daten beeinträchtigt wird. Bei einer Hochaltrigenstudie wie der ÖIHS stellt sich die Situation dabei freilich ein wenig differenzierter dar, da Ausfälle durch Tod, Krankheit, Demenz etc. mit Blick auf den Gegenstand der Untersuchung selbst von hoher Relevanz sind und Rückschlüsse auf die gesundheitliche Entwicklung der hochaltrigen Studienteilnehmer/innen erlauben. Ausfälle dieser Art sind im Kontext einer Hochaltrigenstudie daher nur bedingt als Ausfälle im engeren Sinne zu betrachten, da diese für die Analyse nicht minder aufschlussreich sind als Daten aus vollständig realisierten Folgeinterviews, weil sie Aufschluss geben über Mortalität und Morbidität und deren Entwicklung in der Stichprobe im zeitlichen Verlauf. Unter Rückgriff auf die Daten aus der Ersterhebung lassen sich dabei, wie schon erwähnt, auch wesentliche Faktoren identifizieren und analysieren, die für den Verlauf und die weitere Entwicklung des Gesundheitszustandes von Bedeutung sind.

Ausfälle durch Krankheit und Tod bereiten aber durchaus auch gewisse methodische Probleme, die es zu kontrollieren und bei der Datenauswertung zu berücksichtigen gilt. So ist es etwa denkbar – und in der Tat in der ÖIHS auch der Fall (siehe unten *Kapitel 2*) – , dass sich in der Analyse, infolge des Todes und des gesundheitlich bedingten Ausfalls

³ Seit der Ersterhebung neu in den Fragebogen aufgenommene Themen und Fragestellungen betreffen z.B. – in Übereinstimmung mit den parallel laufenden Ersterhebungen in Niederösterreich (siehe ÖPIA 2018a) – Fragen der Zufriedenheit mit Pflegeleistungen sowie der Zufriedenheit im Pflegeheim.

⁴ Für Ausführlicheres zur allgemeinen Methodik der ÖIHS sowie zum Fragebogen und zentralen Erhebungsinstrumenten siehe den Endbericht der Pilotstudie 2013/14 (ÖPIA 2015: 23ff.).

einer größeren Anzahl von Teilnehmer/innen, der Gesundheitszustand in der Stichprobe statistisch nun insgesamt besser darstellt als noch bei der Ersterhebung, sofern nämlich die Ausfälle positiv mit einem schlechten Gesundheitszustand bei der Ersterhebung korreliert sind. Daraus womöglich den Schluss zu ziehen, dass die hochaltrigen Teilnehmer/innen heute gesünder sind als noch zum Zeitpunkt der Ersterhebung, wäre selbstverständlich falsch. Denn dieser bessere Gesundheitszustand käme letztlich nur dadurch zustande, dass gesundheitlich besonders stark eingeschränkte Teilnehmer/innen inzwischen verstorben oder aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr teilnahmefähig sind. Mit Panelausfällen dieser Art muss daher angemessen umgegangen werden (auch wenn sich die damit verbundenen methodischen Probleme als solche nicht lösen lassen).

Eine wesentliche Strategie, angesichts des zu erwartenden Ausfalls eines Teils der Teilnehmer/innen aufgrund von Krankheit oder Tod, bestand darin, zumindest solche Ausfälle soweit wie möglich zu minimieren, die potentiell vermeidbar sind, wie z.B. die Ablehnung einer weiteren Studienteilnahme durch die Teilnehmer/innen. Zu diesem Zweck wurden intensive Maßnahmen der sogenannten „Panelpflege“ vorgesehen. Diese Maßnahmen umfassen etwa die Aktualisierung von Kontaktdaten der Studienteilnehmer/innen sowie regelmäßigen Kontakt zu den Teilnehmer/innen zwischen Erst- und Zweiterhebung.

Im Rahmen der ÖIHS wurde dabei so vorgegangen, dass die Teilnehmer/innen rechtzeitig vor Beginn der Folgerhebung schriftlich über die Fortsetzung der Studie informiert und um erneute Teilnahme an der Studie ersucht wurden. Zuvor hatten die Teilnehmer/innen bereits im Dezember 2015 eine Weihnachtskarte erhalten, in der ihnen nochmals im Namen des gesamten Projektteams für die Teilnahme an der Pilotstudie gedankt wurde. In einem weiteren Schritt wurden die Teilnehmer/innen telefonisch kontaktiert, und im Falle einer Einwilligung in ein Interview wurde ein Interviewtermin vereinbart. Im Rahmen der schriftlichen Information wurde den Teilnehmer/innen außerdem, als kleines Dankeschön für die erneute Teilnahme, ein Lebensmittel-Gutschein in Aussicht gestellt – dies nicht zuletzt auch in der Hoffnung, auf diese Weise die Motivation zur weiteren Studienteilnahme noch ein wenig zu erhöhen und Ausfälle zu reduzieren.

Nicht erreichbaren Teilnehmer/innen aus der ersten Erhebungswelle wurde mithilfe von Melderegisterdaten „nachgeforscht“, um ihren aktuellen Meldestatus und gegebenenfalls aktuelle Kontaktdaten in Erfahrung zu bringen. Um Panelausfälle so gering wie möglich zu halten, wurde darüber hinaus die Möglichkeit eines telefonischen Kurzinterviews vorgesehen, einer stark reduzierten, auf die wichtigsten Fragen beschränkten Version der Befragung, die zum Einsatz kommen sollte, wenn eine vollständige Teilnahme an der Hauptbefragung, z.B. aus gesundheitlichen Gründen, nicht möglich war oder abgelehnt wurde.

Schließlich wurde für die Erhebung nach Möglichkeit auch auf die bewährten Interviewer/innen aus der Ersterhebung zurückgegriffen. Dadurch sollte gewährleistet werden, dass an eine allfällige zwischen Interviewer/in und Teilnehmer/in während der Erstbefragung aufgebaute Beziehung angeknüpft werden und so eine gewisse Kontinuität der Folgerhebung hergestellt werden konnte.

Stichprobeneigenschaften

Von den ursprünglich 410 Teilnehmer/innen in der Ausgangsstichprobe konnte mit 244 ein vollständiges, zweites Interview realisiert werden, mit weiteren 27 zumindest die telefonische Kurzbefragung. Dies entspricht einer Ausschöpfungsrate von rund 66% bzw. einer Ausfallrate von etwas weniger als 34%. Die Ausfallrate befindet sich damit im Rahmen des Erwarteten, zumal andere Längsschnitt-Altersstudien auf vergleichbare Werte kommen. So hatte etwa die Berliner Altersstudie bei ihrer Zweiterhebung (die wie im Fall der ÖIHS nach ca. drei Jahren stattfand) eine Ausfallrate von rund 31% zu verzeichnen, bei einer Referenzpopulation 70+ (vgl. Smith/Delius 2010: 118). Bedenkt man das höhere Mindestalter der Teilnehmer/innen der ÖIHS und den entsprechend höheren Anteil von Hochaltrigen in der Stichprobe, kann die erzielte Ausschöpfungsrate durchaus als Erfolg gewertet werden.

Die mit Abstand meisten Ausfälle sind auf den Tod von Teilnehmer/innen zurückzuführen. Insgesamt 75 Personen sind zwischen Erst- und Zweiterhebung verstorben. Das entspricht einer Mortalität von rund 18% der Ausgangsstichprobe. Auch dieser Wert ist mit jenem der Berliner Altersstudie vergleichbar (dort waren ca. 17% zwischen Erst- und Zweiterhebung verstorben, vgl. Smith/Delius 2010: 118).

Weitere 30 Teilnehmer/innen (rund 7%) konnten aufgrund eines seit der Ersterhebung deutlich verschlechterten Gesundheitszustandes nicht mehr an der Folgerhebung teilnehmen. Bei zwei Drittel dieser gesundheitsbedingten Ausfälle handelte es sich um Ausfälle infolge einer seit der Ersterhebung eingetretenen oder seither stark fortgeschrittenen Demenz. Die Auskunft über den schlechten Gesundheitszustand, insbesondere bei Vorliegen einer Demenzerkrankung, erfolgte größtenteils durch Angehörige der Teilnehmer/innen. Todesfälle und krankheitsbedingte Ausfälle zusammengenommen, ergibt sich daraus ein Anteil von rund einem Viertel der Ausgangsstichprobe, der aufgrund eines zwischenzeitlich eingetretenen Todes oder einer allgemeinen, starken Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht mehr an der Studie teilnehmen konnte.

Ein anderer, relativ häufiger Ausfallgrund bestand in einer mangelnden Erreichbarkeit von Teilnehmer/innen. Insgesamt 20 Teilnehmer/innen (etwas weniger als 5%) aus der Ausgangsstichprobe konnten über den gesamten Erhebungszeitraum hinweg nicht mehr erreicht werden. Nachforschungen beim Meldeamt haben ergeben, dass diese Personen sowohl noch am Leben als auch nach wie vor an ihrer Adresse gemeldet sind. Eine genauere Analyse unter Einbezug von Daten der Ersterhebung hat Hinweise darauf geliefert, dass hier ebenfalls ein Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand der Teilnehmer/innen bestehen könnte. Rund 56% der nicht erreichbaren Personen waren im Rahmen der Ersterhebung mit Blick auf ihren Gesundheitszustand als pre-frail oder frail einzustufen. Das heißt, Nicht-Erreichbarkeit dürfte zumindest leicht mit einem schlechten Gesundheitszustand in Verbindung stehen und insofern für einen nicht ganz unerheblichen Teil der Ausfälle aufgrund von Nicht-Erreichbarkeit verantwortlich sein. Eine besonders große Rolle scheint auch Alleinleben zu spielen: Rund 76% der nicht erreichbaren Teilnehmer/innen waren Alleinlebende. Zwei weitere Personen waren unbekannt verzogen – wahrscheinlich ins Ausland. Hier konnten auch keine neuen Kontaktdaten aus dem zentralen Melderegister eruiert werden.

12 Personen schließlich (ca. 3%) schieden aufgrund der Ablehnung einer weiteren Teilnahme aus der Stichprobe aus. Auch zu einer telefonischen Kurzbefragung konnten diese Personen nicht mehr motiviert werden. Diese vergleichsweise niedrige Zahl ist insofern sehr erfreulich, als dies bedeutet, dass Ausfälle, die durch eine intensive Panelpflege potentiell vermeidbar sind, auf ein Minimum reduziert werden konnten.

Ausgangsstichprobe: n=410		
Ausfälle durch Tod: 75 (18,3%)	Ausfälle durch Krankheit: 30 (7,3%)	Andere Ausfälle: 34 (8,3%)
244 Folgeinterviews (face-to-face) + 27 telefonische Kurzinterviews		
271 Interviews Ausschöpfungsrate: 66,1%		

Tabelle 1: Entwicklung der Stichprobe zwischen Erst- und Zweiterhebung.

Die nach Abzug aller Ausfälle verbleibende Panelstichprobe besteht mithin aus 271 Personen – davon 244, die nochmals die gesamte Befragung durchlaufen haben, und 27, die lediglich eine kürzere, telefonische Befragung absolviert haben.

Von diesen 271 Teilnehmer/innen sind 53,5% Frauen und 46,5% Männer. Im Vergleich zur Ausgangsstichprobe der Ersterhebung (57,9% vs. 42,1%) hat sich damit das Geschlechterverhältnis um mehr als 4 Prozentpunkte zugunsten von Männern verschoben. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass weibliche Teilnehmer/innen etwas häufiger zwischen Erst- und Zweiterhebung verstorben sind als männliche (19,8% vs. 16,2%). Auch sind Frauen mehr als doppelt so häufig aus gesundheitlichen Gründen aus der Stichprobe ausgeschieden als Männer (9,7% vs. 4,7%). Darin spiegelt sich der bereits im Rahmen der Ersterhebung festgestellte, im Durchschnitt etwas schlechtere Gesundheitszustand von hochaltrigen Frauen im Vergleich zu Männern wider, der im Allgemeinen auch mit einer etwas höheren Mortalität einhergeht.

Entsprechend des dreijährigen Intervalls zwischen Erst- und Zweiterhebung sind die Teilnehmer/innen nun überwiegend zwischen 83 und 88 Jahre alt (80-85 zum Zeitpunkt der Ersterhebung). Nur vereinzelt gibt es Ausreißer nach unten und oben, was mit dem konkreten Zeitpunkt der Interviews in der Erhebungsphase zusammenhängt.⁵ Auch hier

⁵ Wenn etwa ein/e Teilnehmer/in zu einem späteren Zeitpunkt der Erstbefragung interviewt wurde und erst relativ kurz davor 80 Jahre alt geworden war, hingegen bei der Zweitbefragung zu einem eher frühen Zeitpunkt der Erhebungsphase interviewt wurde, ist es möglich, dass diese Person erst 82 Jahre statt, wie zu erwarten wäre, 83 Jahre alt ist. Ebenso wenn eine Person, die in einer frühen Phase der Ersterhebung interviewt wurde und gerade noch 85 Jahre alt war, in einer späteren Phase der Zweiterhebung interviewt wurde, dann kann diese Person bereits 89 statt 88 Jahre alt sein. Diese teilweisen, vom Zeitpunkt des Interviews abhängigen Altersabweichungen resultieren aus der dem ÖIHS-Sample zugrunde liegenden Stichprobenziehung mittels telefonischem Screening. Anders als bei einer Stichprobenziehung aus Melderegisterdaten gibt es hier keinen Stichtag, der die Grundgesamtheit im Vorhinein festlegt, sondern das Screening findet laufend über den gesamten Erhebungszeitraum hinweg statt, bis die angestrebte Quote erfüllt ist.

hat sich die Zusammensetzung der Stichprobe etwas verschoben zugunsten jüngerer Teilnehmer/innen, was ebenfalls einer höheren Morbidität und Mortalität älterer Teilnehmer/innen der Ersterhebung geschuldet ist. So beträgt die Mortalität unter den (zum Zeitpunkt der Ersterhebung) 80- bis 81-Jährigen 17,6%, während sie bei den 84- bis 85-Jährigen bei 22,9% liegt. Auch gesundheitlich bedingte Ausfälle betreffen häufiger ältere Teilnehmer/innen als jüngere (9,3% vs. 4,4%), wobei hier vor allem auch Ausfälle aufgrund einer fortgeschrittenen Demenz stärker zu Buche schlagen (6,8% vs. 2,9%).

Geschlecht	2016	2013
weiblich	53,5%	57,9%
männlich	46,5%	42,1%
Wohnform		
Privathaushalt (inkl. Seniorenresidenzen)	93,0%	87,3%
Pflegeheim	7,0%	12,7%
Bildung		
Pflichtschule	19,6%	23,9%
Lehre/Fachschule ohne Matura	30,6%	33,4%
Matura	28,1%	23,6%
Hochschule, Universität	21,8%	18,8%
Alter		
82-84 (2013: 80-81)	39,9%	33,1%
85-86 (2013: 82-83)	39,2%	38,0%
87-89 (2013: 84-85)	21,0%	28,8%
Wohnort		
Wien	63,1%	63,4%
Steiermark	36,9%	36,6%
- Graz	21,8%	22,0%
- andere steirische Bezirke	15,1%	14,6%

Tabelle 2: Zusammensetzung der Stichprobe, Vergleich Erst- und Zweiterhebung.

Durchaus erhebliche Verschiebungen sind auch mit Blick auf die Schulbildung der Teilnehmer/innen zu konstatieren. 49,9% der Teilnehmer/innen verfügen über einen hohen Bildungsabschluss (mindestens Matura). 21,8% haben sogar einen Universitätsabschluss. Dem stehen 19,6% gegenüber, die höchstens einen Pflichtschulabschluss haben. Bei der Ersterhebung 2013 waren dies immerhin noch 23,9%, während hohe Bildungsabschlüsse bei insgesamt 42,4% lagen, davon 18,8% Universitätsabschlüsse. Das bedeutet, dass Personen mit niedrigerer Bildung deutlich häufiger aus der Stichprobe ausgefallen sind als Personen mit höherer Bildung. Dies lässt sich ebenfalls, wie schon beim Geschlecht und beim Alter, auf eine wesentlich höhere Häufigkeit von Ausfällen durch Krankheit oder Tod von niedrig gebildeten

Teilnehmer/innen zurückführen. Ist von Teilnehmer/innen mit höchstens Pflichtschulabschluss mehr als jede/r Fünfte (22,4%) zwischen Erst- und Zweiterhebung verstorben, trifft dies bei Teilnehmer/innen mit hoher Bildung nur auf jede/n Achte/n (12,1%) zu. Auch gesundheitsbedingte Ausfälle sind bei niedrig gebildeten Personen deutlich häufiger als bei Personen mit hoher Bildung (16,3% vs. 2,8%).⁶ Diese Verschiebungen hinsichtlich des Bildungsniveaus sind also in erster Linie durch einen allgemein schlechteren Gesundheitszustand und eine höhere Mortalität von gering gebildeten im Vergleich zu höher gebildeten Teilnehmer/innen bedingt. Dies kann bereits als erster Hinweis für eine Zunahme oder zumindest Perpetuierung sozialer Ungleichheiten hinsichtlich der weiteren Lebenserwartung und der Erhaltung von Gesundheit bis ins hohe Alter gewertet werden, die in diesem Bericht noch genauer zu analysieren sein wird.

Zum Teil resultieren die höhere Morbidität und Mortalität niedrig gebildeter Teilnehmer/innen auch aus geschlechtsspezifischen Ungleichheiten, zumal sich die Gruppe der Personen mit niedriger Bildung zu einem großen Teil aus Frauen zusammensetzt (rund 70%). Der Zusammenhang zwischen Bildung und Mortalität sowie Morbidität bleibt allerdings in seiner Deutlichkeit auch bestehen, wenn die Ergebnisse nach Geschlecht differenziert werden. Dabei zeigt sich, dass soziale Ungleichheiten etwa hinsichtlich der Mortalität sogar noch etwas stärker unter Frauen als unter Männern ausgeprägt sind (siehe unten *Kapitel 1.4*).

Die größten Verschiebungen ergeben sich allerdings – wenn auch nicht unbedingt überraschend – mit Blick auf die Wohnform der Teilnehmer/innen. 93% der Teilnehmer/innen an der Folgebefragung leben in Privathaushalten (inkl. Seniorenresidenzen und betreute Wohneinrichtungen), hingegen nur noch 7% in Pflegeheimen. Damit hat sich der Anteil der Pflegeheimbewohner/innen in der Stichprobe seit der Ersterhebung (damals noch 12,7%) fast halbiert. Die meisten dieser Ausfälle sind darauf zurückzuführen, dass ein großer Teil der in Pflegeheimen lebenden Teilnehmer/innen mittlerweile nicht mehr am Leben war. Fast die Hälfte (48,1%) der Pflegeheimbewohner/innen aus der Erstbefragung 2013 ist in den knapp drei Jahren bis zur Folgerhebung verstorben. Weitere 17,3% konnten aufgrund fortgeschrittener gesundheitlicher Einschränkungen oder aufgrund von Demenz nicht mehr an der Studie teilnehmen. Ausfälle aufgrund von Krankheit und Tod sind im Vergleich dazu bei in Privathaushalten lebenden Hochaltrigen wesentlich geringer (13,9% durch Tod und 6,1% gesundheitlich bedingt). Diese Werte werden für Privathaushalte sogar noch etwas geringer, wenn man Seniorenresidenzen und betreute Wohneinrichtungen herausrechnet. Dann beträgt die Mortalität zwischen Erst- und Zweiterhebung in Privathaushalten nur noch 13% und gesundheitsbedingte Ausfälle 5,5%

⁶ Hier ist freilich zu bedenken, dass bei gesundheitlich bedingten Ausfällen die Auskünfte von Angehörigen oder Pflegepersonal der Teilnehmer/innen stammen, zum Teil auch von den Teilnehmer/innen selbst. Es ist daher nicht ganz auszuschließen, dass es sich bei manchen krankheitsbedingten Ausfällen in Wahrheit um versteckte Teilnahmeverweigerungen handelt. Allerdings würde dies dann auch bedeuten, dass sich niedrig gebildete Personen deutlich häufiger dieser Verweigerungsstrategie bedient hätten als höher gebildete, was wiederum selbst erklärungsbedürftig wäre und möglicherweise mit durchaus gegebenen objektiven Gesundheitseinschränkungen in Zusammenhang stehen könnte. Dafür spricht jedenfalls, dass gesundheitslich bedingte Ausfälle deutlich mit einem schlechteren Gesundheitszustand bei der Erstbefragung korreliert sind.

(Seniorenresidenzen: 25% und 14,3%). Dies deutet darauf hin, dass in Seniorenresidenzen und betreuten Wohneinrichtungen Mortalität und Morbidität im Vergleich zu daheim lebenden Hochaltrigen ebenfalls etwas höher sind.⁷

Mit Blick auf die regionale Verteilung in der Stichprobe (Wien/Steiermark) haben sich keine nennenswerten Veränderungen ergeben.

Stichprobenselektivität

Die genannten Veränderungen und anteiligen Verschiebungen in der Stichprobe zwischen Erst- und Zweiterhebung werfen die Frage auf, ob und inwiefern sich aus diesen Veränderungen eine Selektivität der Stichprobe ergibt, d.h. die Stichprobe infolge der Ausfälle zugunsten bestimmter Faktoren verzerrt und dadurch ihre Repräsentativität eingeschränkt wird.

In mancher Hinsicht war bereits bei der Ausgangsstichprobe von 2013 eine gewisse Selektivität gegeben, die in der Datenauswertung und Analyse zu berücksichtigen war, so z.B. hinsichtlich des Bildungsniveaus der Teilnehmer/innen. Wie dies bei vielen wissenschaftlichen Studien der Fall ist, waren auch in der ersten Welle der ÖIHS höher gebildete Personen in der Stichprobe überrepräsentiert, was sich darauf zurückführen lässt, dass die Bereitschaft zur Teilnahme an wissenschaftlichen Studien positiv mit dem Bildungsgrad korreliert ist. Das heißt, je höher die Bildung einer Person, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich diese zur Studienteilnahme bereiterklärt („Bildungsbias“). Die häufigeren Ausfälle von niedriger gebildeten Teilnehmer/innen der ÖIHS durch Krankheit und Tod zwischen Erst- und Folgerhebung bewirken daher tendenziell eine weitere Zunahme dieser bildungsbezogenen Stichprobenselektivität. Dies schlägt sich darin nieder, dass beinahe die Hälfte der in der Panelstichprobe verbliebenen Teilnehmer/innen über einen hohen Bildungsgrad (Matura und höher) verfügt, was einem relativen Anteil entspricht, der nicht nur höher liegt als noch in der Ausgangsstichprobe (siehe oben *Tabelle 2*), sondern vor allem auch deutlich über dem realen Anteil Hochgebildeter in der hochaltrigen Bevölkerung in Österreich.⁸ Hier ist also eine Selektivität der Stichprobe gegeben, die bei der Analyse der Daten und der Interpretation der Studienergebnisse mit Blick auf die Repräsentativität der Daten hinreichend berücksichtigt werden muss.

Eine durchaus beträchtliche Selektivität der Stichprobe ergibt sich auch ganz allgemein hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Teilnehmer/innen. Eine solche gesundheitsbezogene Stichprobenselektivität war ebenfalls bereits bei der Ersterhebung gegeben, da die Studienteilnahme – ähnlich wie im Fall der Bildung – mit dem Gesundheitszustand korreliert. Gesundheitlich eingeschränkte Personen sind signifikant seltener für wissenschaftliche Studien zu erreichen, mitunter kann eine Teilnahme sogar

⁷ Allerdings ist dabei zu bedenken, dass die Fallzahlen in Seniorenresidenzen bereits in der Ausgangsstichprobe der ÖIHS relativ niedrig waren (n=28), sodass sich hieraus keine signifikanten Schlussfolgerungen über Mortalität und Morbidität (im Vergleich zu Privathaushalten) ziehen lassen.

⁸ Laut dem Bildungsstandregister 2015 der Statistik Austria haben 12,2% der Personen in der (mit der Stichprobe der ÖIHS nicht identischen) Altersgruppe 85+ eine hohe Bildung, d.h. mindestens Matura. 53,1% verfügen höchstens über einen Pflichtschulabschluss (eigene Berechnung auf Basis der Daten der Statistik Austria, vgl. Statistik Austria 2017a).

aus ethischen Gründen kategorisch ausgeschlossen sein (z.B. bei Vorliegen von Demenz). Dadurch erscheint die Stichprobe also gewissermaßen „gesünder“, als dies für die in der Stichprobe abgebildete Bevölkerung in ihrer Gesamtheit zutrifft. Auch dies ist ein grundsätzliches Problem, mit dem wissenschaftliche Studien häufig konfrontiert sind. War nun eine gesundheitsbezogene Selektivität der Stichprobe schon bei der Ersterhebung der ÖIHS statistisch nachweisbar, so hat diese Selektivität bei der Zweiterhebung durch Ausfälle aufgrund von Krankheit und Tod nochmals zugenommen, da gesundheitlich stark eingeschränkte Teilnehmer/innen mit größerer Wahrscheinlichkeit aus der Stichprobe ausgefallen sind. In der Stichprobe sind daher tendenziell eher Personen mit vergleichsweise besserer Gesundheit verblieben, wodurch die Repräsentativität der Stichprobe dahingehend eingeschränkt wird, dass die Stichprobe mit Blick auf den Gesundheitszustand kein repräsentatives Abbild der österreichischen Gesamtbevölkerung im Alter zwischen 83 und 88 Jahren wiedergibt.

Auch die konstatierten Verschiebungen im Geschlechterverhältnis der ÖIHS-Stichprobe bedeuten eine grundsätzlich zu berücksichtigende Selektivität der Stichprobe, da hochaltrige Männer dadurch (über das bereits während der Ersterhebung bestehende Ausmaß hinaus) im Sample überrepräsentiert sind. Beträgt der Männeranteil in der Altersgruppe 83-88 Jahre in Österreich im Jahr 2016 36,2% (Frauen 63,8%),⁹ sind es im ÖIHS-Sample 46,5% (Frauen 53,5%), wobei der Männeranteil im Vergleich zur Ersterhebung um über 4 Prozentpunkte zugenommen hat. Dies steht auch insofern im Widerspruch zur realen Entwicklung in der Bevölkerung, als der Anteil von Frauen statistisch gesehen mit höherem Alter deutlich zunimmt, während der Anteil von Männern aufgrund einer höheren Mortalität abnimmt. Hier wäre bei weiteren längsschnittlichen Folgeerhebungen zu beobachten, wie sich das Geschlechterverhältnis im Sample weiterentwickelt und ob sich im Laufe der Zeit der Männeranteil wieder verringert. Einstweilen jedenfalls – von der Ersterhebung bis zur ersten Folgebefragung – müssen wir eine Zunahme des Männeranteils in der Stichprobe konstatieren, wobei dies überwiegend auf ein höheres Ausmaß von Stichprobenausfällen durch Frauen aufgrund von Tod oder gesundheitlichen Einschränkungen im Vergleich zu Männern zurückzuführen ist.

Zu klären ist schließlich auch eine mögliche Stichprobenselektivität hinsichtlich der Wohnform der hochaltrigen Teilnehmer/innen. Bei der Ersterhebung 2013 waren Pflegeheimbewohner/innen im Sample mit einem Anteil von 12,7% relativ deutlich überrepräsentiert. Diese Überrepräsentation wurde bewusst herbeigeführt, um für eine Analyse der Pflegeheimpopulation ausreichend große Fallzahlen zu gewährleisten. Infolge der sehr zahlreichen Stichprobenausfälle von Pflegeheimbewohner/innen – 48,1% sind verstorben, 17,3% konnten aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr an der Folgeerhebung teilnehmen – ist deren Anteil im Sample auf fast die Hälfte gesunken (7%). Dieser Anteil dürfte in etwa im Bereich der tatsächlichen Pflegeheimquote in dieser Altersgruppe liegen, möglicherweise sogar etwas darunter.¹⁰ Somit haben die zahlreichen

⁹ Quelle: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2017 (eigene Berechnung), vgl. Statistik Austria 2017b.

¹⁰ Laut Statistik Austria (jährliche Anstaltenerhebung, Abgestimmte Erwerbsstatistik 2015) lebten im Jahr 2015 in Österreich von insgesamt 354.964 Personen im Alter zwischen 80 und 89 27.935 in Heil- und

Ausfälle die ursprünglich bestehende Überrepräsentation von Pflegeheimbewohner/innen sozusagen korrigiert.

Festzuhalten ist, dass der größte Teil der Selektivität in der Panelstichprobe auf Ausfälle aufgrund von Tod oder fortgeschrittenen gesundheitlichen Einschränkungen zurückzuführen ist. Rund 76% der Selektivität kann durch Ausfälle dieser Art erklärt werden. Hingegen handelt es sich nur bei rund 24% um eine stichprobenbedingte Selektivität, die insbesondere durch fehlende Teilnahmebereitschaft und Nicht-Erreichbarkeit von Teilnehmer/innen zustande gekommen ist. Zumindest hinsichtlich der Nicht-Erreichbarkeit gibt es dabei auch Hinweise, dass hier ebenfalls ein Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand bestehen könnte, insofern Nicht-Erreichbarkeit in der Folgerhebung zumindest leicht korreliert ist mit einem eher schlechten Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Ersterhebung. Hinsichtlich der Ablehnung einer weiteren Teilnahme lässt sich kein vergleichbarer Zusammenhang feststellen – Ablehnungen betreffen eher sogar Personen mit relativ guter Gesundheit. Dies wird aber freilich dadurch erklärlich, dass Teilnehmer/innen eine gesundheitlich bedingte Ablehnung der Teilnahme überwiegend auch als solche begründet haben dürften und entsprechende Ausfälle daher unter gesundheitlich bedingten Ausfällen aufscheinen.

Vor diesem Hintergrund ist daher nochmals zu betonen, dass trotz der festzustellenden Stichprobenselektivität und der damit verbundenen, notwendigen Einschränkungen bezüglich der Repräsentativität der Panelstichprobe die Dignität der Daten im Hinblick auf die in diesem Bericht angestrebte längsschnittliche Analyse nicht substantiell beeinträchtigt wird, da die relativen Verschiebungen in der Stichprobe und die dadurch bewirkte Stichprobenselektivität hauptsächlich aus Ausfällen aufgrund eines deutlich verschlechterten Gesundheitszustandes oder aufgrund von Tod resultieren. Hierbei handelt es sich um Veränderungen, die gerade aus einer längsschnittlichen Perspektive eine hohe Aussagekraft haben und vor allem mit Blick auf Fragen der Mortalität und der Gesundheit bzw. Krankheit im hohen Alter äußerst aufschlussreich sind.

Pflegeanstalten sowie Pensionisten- bzw. Altersheimen. Dies entspricht einem Anteil von 7,9% (vgl. Statistik Austria 2018).

ERGEBNISDARSTELLUNG

ERGEBNISDARSTELLUNG

Wie bereits eingangs erwähnt, folgt die in diesem Bericht vorgelegte Ergebnisdarstellung einer etwas anderen Logik und Zielsetzung, als dies im Endbericht der Ersterhebung 2013 der Fall war. Der Grund dafür liegt in der längsschnittlichen Perspektive, die mit der nunmehr abgeschlossenen Zweiterhebung und der dabei realisierten Wiederbefragung von Studienteilnehmer/innen eingeschlagen wird.

Lag der Fokus während der Ersterhebung auf einer möglichst umfassenden Beschreibung und Analyse der Stichprobe im Querschnitt entlang der wichtigsten gesundheitlichen, sozioökonomischen und betreuungsbezogenen Variablen, steht diesmal die Beschreibung von Veränderungen und Entwicklungsverläufen über die Zeit im Vordergrund. Die Stichprobe bzw. die Teilnehmer/innen waren in den drei Jahren zwischen Erst- und Zweitbefragung einer Reihe von Veränderungen unterworfen. Einige der teilnehmenden Hochaltrigen sind mittlerweile verstorben, andere haben eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes erfahren, sind teilweise pflegebedürftig geworden oder mussten sogar in ein Pflegeheim ziehen. Dies sind sehr wesentliche und einschneidende Veränderungen, die es einer genaueren Analyse zu unterziehen gilt.

Zum einen sind sowohl Tod als auch altersbedingte Gesundheitseinbußen und der Verlust funktionaler Kapazitäten an bestimmte Faktoren (sozioökonomische, geschlechtsspezifische, biologische etc.) gebunden, die diese Veränderungen eher begünstigen oder unwahrscheinlicher machen. Wenn Personen an zunehmend fortschreitenden, altersassoziierten Einschränkungen leiden oder sogar daran versterben, während andere ihre Gesundheit und ihre Selbständigkeit auch im hohen Alter weitestgehend bewahren können, stellt sich die Frage, welche Unterschiede zwischen diesen Menschen bestehen, die diese sehr differenten Entwicklungsverläufe zu erklären vermögen.

Zum anderen haben vor allem Veränderungen gesundheitlicher und funktionaler Natur speziell im hohen Alter und je nach Grad der Veränderung erhebliche Auswirkungen auf die allgemeine Lebenssituation, auf die Fähigkeit zur Bewältigung alltäglicher Anforderungen und damit auf die Lebensgestaltung insgesamt. Eine Zunahme funktionaler Einschränkungen kann eine Anpassung bzw. Intensivierung bereits bestehender Pflege- und Betreuungsarrangements erforderlich machen, aber auch Menschen erstmals überhaupt mit der Situation konfrontieren, Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen zu müssen, wenn der Alltag, der bis vor kurzem noch ohne Hilfe bestritten werden konnte, nun plötzlich nicht mehr allein zu bewältigen ist. Für den Umgang mit diesen Einschränkungen stehen den Menschen wiederum in unterschiedlich hohem Ausmaß soziale, ökonomische, aber auch persönliche Ressourcen zur Verfügung, sind also ebenfalls verschiedene Faktoren ausschlaggebend, die eine genauere Analyse erfordern (mit den Ressourcen und Potenzialen für das Leben im hohen Alter beschäftigt sich ausführlicher die im Rahmen dieser ÖIHS-Zweiterhebung durchgeführte qualitative Fokusstudie – siehe ÖPIA 2018b).

Aber nicht nur Veränderung ist ein wesentlicher Aspekt jener unterschiedlichen Entwicklungsverläufe, die im Mittelpunkt des vorliegenden Berichts stehen sollen, sondern auch Kontinuität. Viele hochaltrige Studienteilnehmer/innen befinden sich nach wie vor in einem relativ intakten Gesundheitszustand mit mehr oder weniger ausgeprägten funktionalen Einschränkungen. Ihr allgemeiner gesundheitlicher und funktionaler Status hat sich in den letzten Jahren nicht gravierend verändert oder jedenfalls nicht signifikant verschlechtert, sodass sie nach wie vor in der Lage sind, ihren Alltag ohne Unterstützung zu bewältigen und ein weitestgehend selbständiges und in vielerlei Hinsicht auch noch aktives Leben zu führen. Auch hier sind – gerade auch im Vergleich mit jenen Teilnehmer/innen, die sich nicht in dieser glücklichen Lage befinden – die dafür ausschlaggebenden Einflussfaktoren von Interesse wie auch eine Beschreibung und Analyse der damit verbundenen, verschiedenen Lebensrealitäten.

Dies sind somit die wesentlichen Fragen und die primäre inhaltliche Ausrichtung, der die folgende Ergebnisdarstellung folgt.

Dabei soll zunächst ein genauerer Blick auf jene Teilnehmer/innen geworfen werden, die zwischen Erst- und Zweiterhebung verstorben sind (*Mortalität in der ÖIHS*). Deren Tod bedeutet nicht nur einen bedauerlichen Ausfall von Teilnehmer/innen aus der Stichprobe, der nicht zuletzt – wie eingangs dargestellt – bestimmte methodische Probleme mit sich bringt, sondern er ist im Kontext einer Hochaltrigenstudie auch eine Art von Ergebnis, da er auf Selektionsprozesse beim Übergang ins hohe Alter verweist, die dafür ausschlaggebend sind, dass manche Menschen ein noch höheres Lebensalter erreichen, während andere bereits früher versterben. Diese für ein Verständnis der Hochaltrigkeit hoch relevanten Selektionsprozesse, die erst durch eine längsschnittliche Forschungsperspektive zugänglich werden, sollen in diesem ersten Abschnitt analysiert werden. Hierbei kann es sich freilich, beim aktuellen Stand der Studie, lediglich um ein erstes Zwischenergebnis handeln, da einstweilen nur eine Zeitspanne von rund drei Jahren abgedeckt wird. Hier hätten also noch weitere längsschnittliche Folgerhebungen stattzufinden, um ein noch präziseres Verständnis von den Selektionsprozessen auf dem Weg in das hohe und höchste Alter entwickeln zu können.

Im darauffolgenden Abschnitt wird die Entwicklung des Gesundheitszustandes und der Funktionalität der in der Stichprobe verbliebenen Studienteilnehmer/innen betrachtet (*Gesundheit und Funktionalität in der Panelstichprobe*). Dabei interessieren vor allem Veränderungen des Gesundheitszustandes und der funktionalen Kapazitäten seit der Ersterhebung 2013 sowie dafür verantwortliche Einflussfaktoren. Diese Veränderungen werden sowohl auf einer allgemeinen Ebene, d.h. mit Blick auf den Gesundheitszustand insgesamt, als auch hinsichtlich von Veränderungen in einzelnen gesundheitlichen Teilbereichen und Dimensionen (somatische, funktionale, psychische und subjektive Gesundheit) beleuchtet.

Das dritte Kapitel der Ergebnisdarstellung widmet sich der Analyse von Veränderungen in der allgemeinen Lebenssituation der Teilnehmer/innen (*Veränderungen der allgemeinen Lebenssituation*). Ein besonderer Fokus soll dabei auf den Einfluss gesundheitlicher Veränderungen bzw. funktionaler Verluste gelegt werden, d.h. welche Auswirkungen zunehmende funktionale Einschränkungen auf den Alltag und die

Lebensgestaltung im hohen Alter haben. Analysiert werden insbesondere Veränderungen in den sozialen Beziehungen (Verwitkung, Sozialkontakte etc.), bei den Aktivitäten bzw. der Alltagsgestaltung und hinsichtlich des Unterstützungs- und Pflegebedarfs der Teilnehmer/innen sowie ihrer Betreuungssituation.

Im vierten Kapitel wird schließlich die *Entwicklung geschlechtsspezifischer und sozioökonomischer Differenzen* in der Stichprobe etwas genauer beleuchtet. Bereits im Rahmen der Ersterhebung konnten beträchtliche Gesundheitsunterschiede entlang des Geschlechts und des sozioökonomischen Status der Teilnehmer/innen festgestellt werden. Frauen waren dabei häufiger und stärker von funktionalen Einschränkungen betroffen ebenso wie Teilnehmer/innen mit niedrigem sozioökonomischem Status (niedrige Bildung, niedriges Einkommen). Aus einer längsschnittlichen Perspektive stellt sich hier die Frage, wie sich diese geschlechtsspezifischen und sozioökonomisch bedingten Differenzen mit der Zeit verändern, d.h. ob Unterschiede weiter zunehmen oder möglicherweise im noch höheren Alter etwas abnehmen. Auf Unterschiede geschlechtlicher oder sozioökonomischer Natur wird im Laufe der Ergebnisdarstellung, soweit vorhanden, in allen Kapiteln eingegangen. In diesem eigenständigen Abschnitt sollen die wichtigsten geschlechtsspezifischen und sozioökonomischen Befunde nochmals zusammenfassend und in konzentrierter Form dargestellt und diskutiert werden.

Abgeschlossen wird der vorliegende Bericht durch eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse aus der Längsschnittanalyse und einer Diskussion von Schlussfolgerungen, die sich aus den Ergebnissen ziehen lassen (*Zusammenfassung und Schlussfolgerungen*).

**MORTALITÄT
IN DER ÖIHS**



1 MORTALITÄT IN DER ÖIHS

Die Bestimmung und Analyse der Mortalität, d.h. der Sterblichkeit, gehört zu den aufschlussreichsten Outcomes longitudinaler Alters- und Hochaltrigenstudien, da auf diese Weise zentrale Faktoren identifiziert werden können, die mit einer höheren Überlebenswahrscheinlichkeit ins hohe und höchste Alter assoziiert sind. Vereinfacht ausgedrückt bedeutet das, dass über die Untersuchung jeweils gemeinsamer Merkmale von Studienteilnehmer/innen bestimmt werden kann, welche dieser Merkmale mit einer höheren Sterbe- oder – umgekehrt – einer höheren Überlebenswahrscheinlichkeit verbunden sind. Die Analyse der Mortalität stellt somit einen zentralen Bestandteil der wissenschaftlichen Erforschung der Hochaltrigkeit und der ihr zugrunde liegenden Einflussfaktoren und Selektionsprozesse dar.

Manche Hochaltrigenstudien sind vor diesem Hintergrund sogar so konzipiert, längsschnittliche Erhebungen ausschließlich in der Form von Mortalitätsanalysen durchzuführen. So hat z.B. die israelische CALAS-Studie (*Cross-Sectional and Longitudinal Aging Study*) nach einer Baseline-Erhebung mehrere Follow-ups durchgeführt, wobei unter Rückgriff auf Daten aus dem nationalen Sterberegister die Mortalität der Studienteilnehmer/innen bestimmt wurde.¹¹ Ziel der Studie war es, wesentliche Einflussfaktoren zu identifizieren, die mit einer höheren Sterbe- bzw. einer höheren Überlebenswahrscheinlichkeit in Verbindung gebracht werden können. Dabei zeigte sich u.a., dass neben soziodemographischen Variablen wie Geschlecht und Familienstand insbesondere physische Faktoren wie körperliche Behinderung, Arztbesuche und Medikamentenkonsum positiv mit der Mortalität korrelierten, also mit einem höheren Sterberisiko einhergingen. Auch konnte eine Reihe sozialer Faktoren festgestellt werden: So waren ein dichtes soziales Netzwerk und eine entsprechende soziale Eingebundenheit statistisch mit einer größeren Überlebenswahrscheinlichkeit verbunden, während etwa ein Leben ohne (Ehe-)Partner oder in einem Altenheim eine wesentlich höhere Sterbewahrscheinlichkeit mit sich brachte (vgl. Walter-Ginzburg et al. 2002, 2005; Ben-Ezra/Shmotkin 2006, 2010).

Dank des längsschnittlichen Designs und der Weiterverfolgung der Studienteilnehmer/innen im Panel, die mit der hier dargestellten Zweiterhebung begonnen wird, ist die ÖIHS nun ebenfalls in der Lage Mortalitätsanalysen zu betreiben und auf diesem Wege den vielfältigen und komplexen Faktoren der Hochaltrigkeit wissenschaftlich nachzuspüren.

¹¹ Ein solches methodisches Vorgehen wäre sicherlich auch für die ÖIHS reizvoll. Im Idealfall könnten auf diese Weise auch Daten zur Todesursache von Studienteilnehmer/innen erhoben werden. In Österreich gibt es aber leider keinen vergleichbaren Zugang zu Daten des Sterbe- und Todesursachenregisters für wissenschaftliche Studien. Der mangelnde Zugang zu Daten, die über die Todesursache Auskunft geben, wird auch von der eingangs zitierten Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina in einer rezenten Stellungnahme über die wissenschaftliche und gesellschaftspolitische Bedeutung bevölkerungsweiter Längsschnittstudien für Deutschland moniert und allgemein als wesentliches Hemmnis für die wissenschaftliche Mortalitätsforschung genannt (Leopoldina 2016: 32).

1.1 Physische Faktoren

- ❖ **Zentraler Faktor der Mortalität in der Stichprobe ist der physische und funktionale Status.**
- ❖ **Je gesünder und funktional intakter Teilnehmer/innen zum Zeitpunkt der Ersterhebung waren, desto größer war ihre Wahrscheinlichkeit, bei der Zweiterhebung noch am Leben zu sein.**
- ❖ **Vor allem Einschränkungen der Mobilität, eine hohe Anzahl von Medikamenten (Polypharmazie) und eine negative subjektive Bewertung der eigenen Gesundheit waren mit einem stark erhöhten Sterblichkeitsrisiko verbunden.**

Ähnlich wie in der oben zitierten CALAS-Studie können in der ÖIHS gesundheitliche und hier vor allem physische Faktoren als besonders ausschlaggebend für ein weiteres Überleben zwischen Erst- und Zweiterhebung identifiziert werden. Dabei lässt sich im Allgemeinen sagen: Je gesünder die Teilnehmer/innen bei der Ersterhebung waren, desto wahrscheinlicher war es, dass sie bei der Zweiterhebung noch am Leben waren. Fast die Hälfte (42,1%) der Personen, die im Zuge der Gesundheitsbefragung und des geriatrischen Assessments im Rahmen der Ersterhebung als „frail“, d.h. unter gravierenden funktionalen Einschränkungen leidend, eingestuft wurden, war in den drei Jahren zwischen Erst- und Zweiterhebung verstorben. Hingegen betraf dies nur 8,9% aus der Gruppe der „Rüstigen“ (Personen mit vergleichsweise sehr gutem Gesundheitszustand ohne nennenswerte funktionale Einschränkungen).

Auch Teilnehmer/innen im Bereich der Pre-Frailty (einer Vorstufe der Frailty) waren mit 20,8% mehr als doppelt so häufig bei der Zweiterhebung nicht mehr am Leben wie „Rüstige“, gleichzeitig aber nur halb so häufig wie Teilnehmer/innen mit ausgeprägter Frailty.¹²

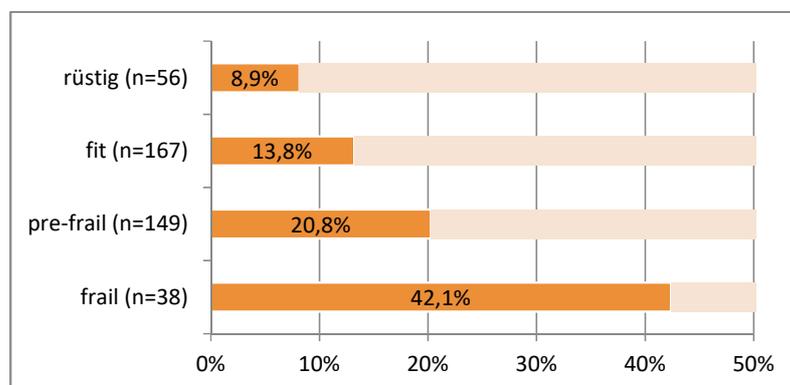


Abbildung 1: Mortalität nach Gesundheitszustand.

¹² Zur gesundheitlichen und funktionalen Kategorisierung der Teilnehmer/innen (rüstig – fit – pre-frail – frail) siehe ausführlicher die Darstellung im Endbericht der Ersterhebung (ÖPIA 2015: 36f.).

Eine große Rolle spielt hier vor allem **Mobilität**. Wie die Auswertung der Daten zeigt, steigt die Mortalität kontinuierlich mit sinkendem Grad an Beweglichkeit. So sind z.B. Teilnehmer/innen, die den im Rahmen des geriatrischen Assessments durchgeführten **Gangtest** nicht bewältigen konnten, fast viermal so häufig zwischen Erst- und Zweiterhebung verstorben wie ihre mobileren Altersgenoss/innen (58,6% vs. 15%). Je niedriger ihr **Bewegungsradius** war, d.h. der Umkreis, in dem sie sich selbständig fortbewegen konnten, desto größer war ihre Wahrscheinlichkeit, innerhalb der kommenden drei Jahre zu versterben – von 10% bei vollem Bewegungsradius, 25% bei einem auf die nähere Wohnumgebung beschränkten Bewegungsradius bis hin zu 46% bei Personen, die sich nur noch innerhalb ihres Haus fortbewegen konnten, und 57,1% im Falle von völliger Immobilität (z.B. Bettlägerigkeit).

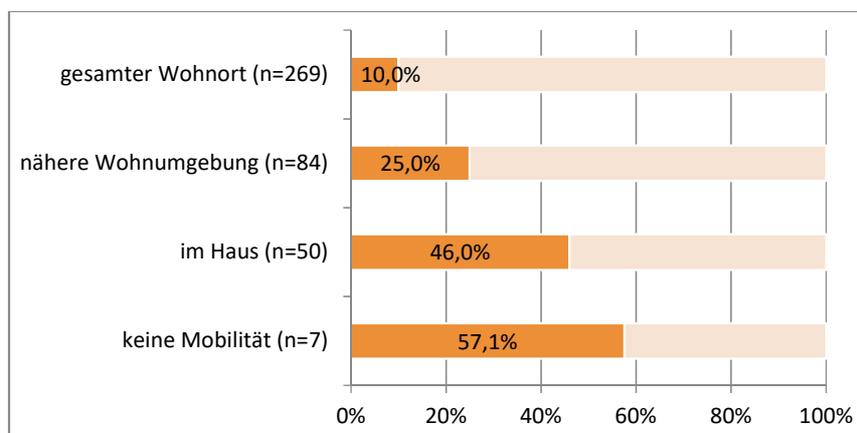


Abbildung 2: Mortalität nach Bewegungsradius.

Ein Einfluss der Mobilität auf das weitere Überleben besteht dabei auch unabhängig vom Gesundheitszustand und der physischen Funktionalität der Teilnehmer/innen. Das heißt, eine niedrige Mobilität ging nicht nur dann mit einer höheren Mortalität einher, wenn diese in gesundheitlich bzw. funktional bedingten Bewegungseinschränkungen begründet lag, sondern auch, wenn sie andere Ursachen hatte. So hatten etwa Teilnehmer/innen mit eingeschränkten funktionalen Kapazitäten (pre-frail oder frail), die jedoch angaben, mindestens einmal täglich die Wohnung zu verlassen, mit 18,6% eine deutlich niedrigere Mortalität als Teilnehmer/innen, die trotz vergleichsweise guter Gesundheit (rüstig oder fit) ihre Wohnung seltener verließen (28,6%). Daraus kann geschlossen werden, dass eine höhere Mobilität sich unabhängig vom objektiven Gesundheitszustand positiv auf das weitere Überleben auswirkt.

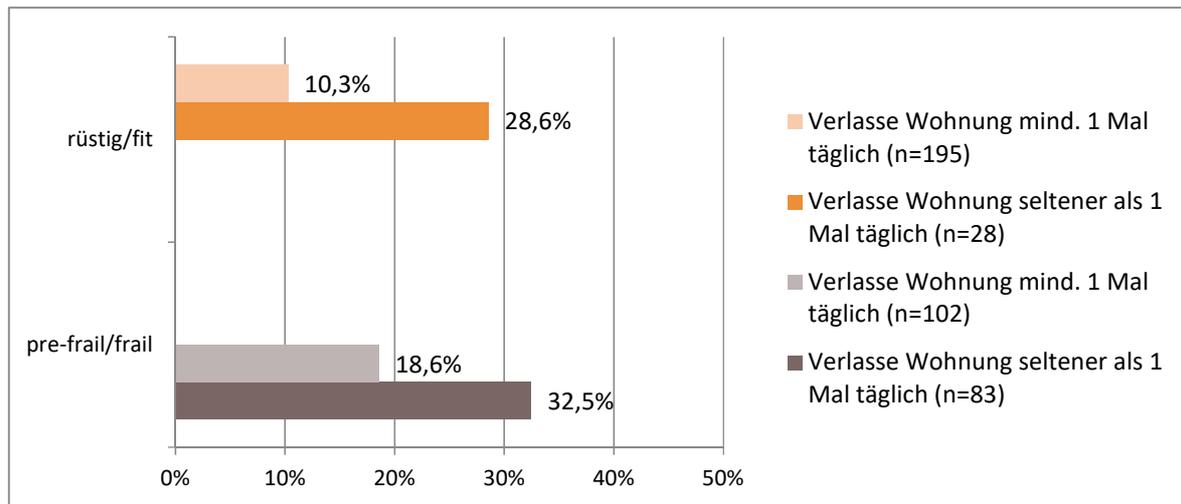


Abbildung 3: Mortalität und Mobilität, nach funktionalem Status.

Auch die Anzahl regelmäßig eingenommener **Medikamente** war ein wesentlicher Prädiktor der Mortalität. Lag die Mortalität von Personen, die bei der Ersterhebung angegeben hatten, gar keine Medikamente zu nehmen, bei 6,3% und bei Personen mit maximal zwei Medikamenten bei 9,9%, waren es bei 3-5 Medikamenten bereits 14,2% und bei mehr als 5 Medikamenten 22,4%.

Dieser Zusammenhang dürfte dabei nicht allein über einen entsprechend schlechteren Gesundheitszustand der Teilnehmer/innen vermittelt sein. Denn wie die Analyse zeigt, besteht auch bei Personen, die auf der Grundlage des geriatrischen Assessments der Kategorie des vergleichsweise guten Gesundheitszustandes zugeordnet wurden (rüstig oder fit), eine deutlich erhöhte Mortalität mit zunehmendem Medikamentenkonsum – von 7,7% bei keinen Medikamenten, 9,7% bei geringem Medikamentenkonsum (max. 2 Medikamente), 12,2% bei 3-5 Medikamenten bis hin zu 21,1% bei Vorliegen von Polypharmazie (mehr als 5 Medikamente gleichzeitig). Das deutet darauf hin, dass mit höherem Medikamentenkonsum ganz allgemein und unabhängig vom funktionalen Zustand – eventuell aufgrund von Wechsel- und Nebenwirkungen, deren Risiko mit der Zahl gleichzeitig verordneter und eingenommener Medikamente stetig zunimmt – ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko einhergeht.

Keinen eindeutigen Zusammenhang ergibt hingegen ein Vergleich hinsichtlich der Häufigkeit von **Arztbesuchen**: Hier ist die Mortalität von Personen, die angegeben haben, in den letzten drei Monaten vor der Erstbefragung nie beim Arzt gewesen zu sein, mit 20,4% höher als von Personen, die im selben Zeitraum zwischen ein und vier Mal einen Arzt aufgesucht haben (14,8%). Dies ist insofern überraschend, als häufigere Arztbesuche tendenziell auf einen schlechteren Gesundheitszustand hindeuten, der wiederum mit einer höheren Sterbewahrscheinlichkeit einhergeht. Damit stimmt aber immerhin überein, dass bei Personen mit sehr häufigen Arztbesuchen (mehr als 7 Mal in drei Monaten) die Mortalität deutlich höher liegt, nämlich bei 30,8%.

Der Zusammenhang zwischen (physischer) Gesundheit und Mortalität spiegelt sich nicht zuletzt auch in den Ergebnissen bezüglich der **subjektiven Gesundheit** wider. Beträgt die Mortalität von Teilnehmer/innen, die während der Ersterhebung ihre Gesundheit als

sehr gut oder gut beurteilten, 15,2%, liegt sie bei Teilnehmer/innen, die ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht einschätzten, mit 30,4% doppelt so hoch. Dies ist insofern nicht allzu überraschend, als eine subjektiv schlechte Einschätzung der eigenen Gesundheit in der Regel auch auf einen schlechteren objektiven Gesundheitszustand verweist (Miilunpalo et al. 1997; vgl. dazu auch die Befunde der ÖIHS-Ersterhebung, ÖPIA 2015: 82ff.).

Eine positive subjektive Gesundheitseinschätzung scheint dabei aber auch – in Übereinstimmung mit den Befunden diverser anderer Altersstudien – unabhängig vom objektiven Gesundheitszustand eine gewisse protektive Wirkung zu haben. Dies wird in der wissenschaftlichen Literatur u.a. darauf zurückgeführt, dass positive Gefühle und eine optimistische Einstellung sich positiv auf den objektiven Gesundheitszustand auswirken können und so das Mortalitätsrisiko senken (vgl. Wurm et al. 2009; Wurm/Tesch-Römer 2006: 350f.). Durch die längsschnittlichen Daten der ÖIHS wird dies insofern bestätigt, als positive Gesundheitseinschätzungen bei vergleichsweise gutem objektiven Gesundheitszustand in der Tat mit einer deutlich niedrigeren Mortalität verbunden waren als bei einer negativen Bewertung der eigenen Gesundheit (10,1% vs. 25%). Das heißt, „fite“ und „rüstige“ Hochaltrige, die ihre Gesundheit eher schlecht bewerteten, sind mit höherer Wahrscheinlichkeit zwischen Erst- und Zweiterhebung verstorben als solche, die ihre Gesundheit als gut einschätzten.

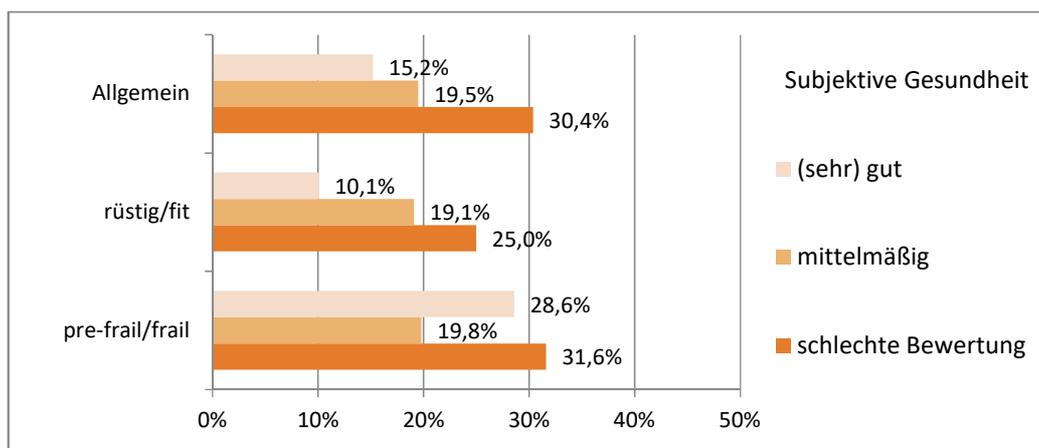


Abbildung 4: Mortalität und subjektive Gesundheit¹³.

Auch bei schlechterem gesundheitlichem und funktionalem Status (pre-frail und frail) hatte eine positive Bewertung der Gesundheit zumindest einen leichten positiven Effekt in Form eines etwas niedrigeren Mortalitätsrisikos im Vergleich zu negativen subjektiven Einschätzungen (28,6% vs. 31,6%). Am niedrigsten sind hier die Mortalitätsraten allerdings bei einer Beurteilung der Gesundheit als „mittelmäßig“. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass bei eingeschränkter Gesundheit sich eine realistische Gesundheitseinschätzung als eher vorteilhaft erweist als eine (zu) positive. Hier fällt auch besonders auf, dass Personen mit eingeschränkter Gesundheit (pre-frail/frail) und mittelmäßiger subjektiver Gesundheitseinschätzung eine nur minimal höhere Mortalität

¹³ Für die Vergleichsgruppen in der Abbildung gilt jeweils: „allgemein“ – (sehr) gut (n=231), mittelmäßig (n=133), (sehr) schlecht (n=46); „rüstig/fit“ – (sehr) gut (n=168), mittelmäßig (n=47), (sehr) schlecht (n=8); „pre-frail/frail“ – (sehr) gut (n=63), mittelmäßig (n=86), (sehr) schlecht (n=38).

hatten als gesundheitlich bessergestellte Personen (rüstig/fit) mit ebenfalls nur mittelmäßiger Bewertung (19,8% vs. 19,1%), und sogar eine geringere als Teilnehmer/innen, die trotz vergleichsweise gutem funktionalem Status ihre Gesundheit als schlecht bewerteten (19,8% vs. 25%). Dies deutet darauf hin, dass die subjektive Einschätzung der Gesundheit in der Tat auch unabhängig vom objektiven Gesundheitszustand eine positive Auswirkung auf das weitere Überleben haben könnte.

1.2 Psychische Faktoren

- ❖ **Auch psychische Faktoren hatten einen erheblichen Einfluss auf das weitere Überleben zwischen Erst- und Zweiterhebung.**
- ❖ **Depressive Symptome, Einsamkeit, kognitive Defizite und niedrige Lebenszufriedenheit waren mit einer erhöhten Mortalität verbunden.**
- ❖ **Besonders hoch war die Mortalität in Pflegeheimen, wo besonders hohe Depressions- und Einsamkeitsraten bestehen.**

Einen großen Einfluss auf das weitere Überleben haben neben physischen auch psychische Faktoren. Erzielten Teilnehmer/innen bei der Ersterhebung etwa hohe Werte bei **Depression** oder **Einsamkeit**, hatten sie eine um rund 63% (Depression) bzw. 59% (Einsamkeit) höhere Wahrscheinlichkeit, bei der Zweiterhebung nicht mehr am Leben zu sein, als Personen mit niedrigen Depressions- und Einsamkeitswerten.

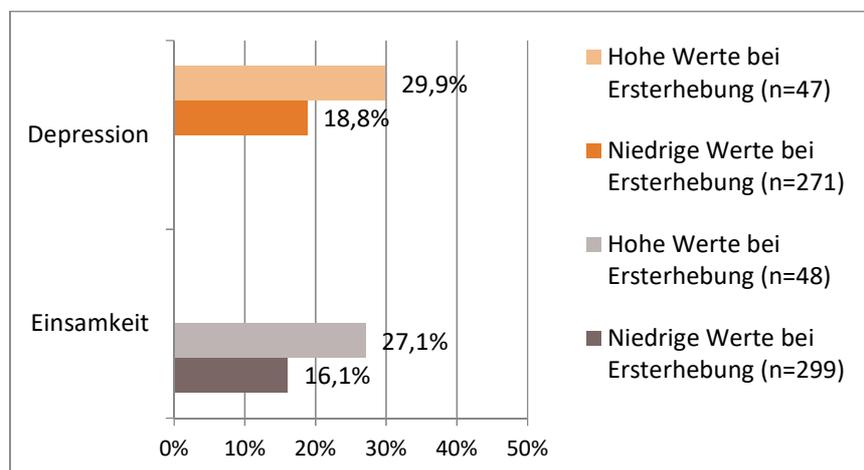


Abbildung 5: Mortalität nach Depression und Einsamkeit.

Auch das Abschneiden beim **kognitiven Test** erwies sich als ein verlässlicher Prädiktor der Mortalität: Beträgt die Mortalität von Teilnehmer/innen, deren kognitiver Test bei der Ersterhebung als „sehr auffällig“ und damit als höchst demenzverdächtig eingestuft werden musste, 25,7%, sind es bei Personen mit unauffälligem, d.h. fehlerfrei bestandenem Test, nur 8,8%.

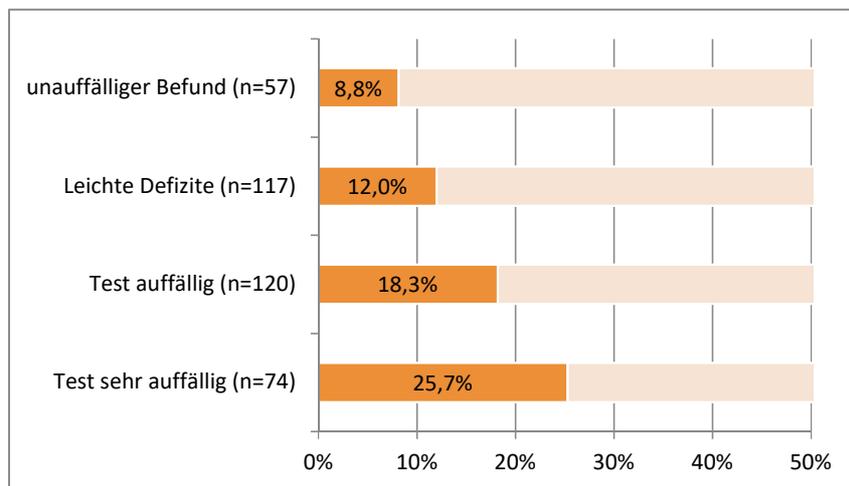


Abbildung 6: Mortalität und kognitiver Status.

Ein wesentlicher Grund für diese mit psychischen Faktoren assoziierte Mortalität besteht sicherlich darin, dass alle drei der hier genannten Variablen (Depression, Einsamkeit, kognitiver Status) positiv mit dem allgemeinen Gesundheitszustand korreliert sind, sowohl hohe Werte bei Depression und Einsamkeit, als auch schlechte Ergebnisse beim kognitiven Test also mit einem schlechteren Gesundheitszustand zusammenhängen (vgl. ÖPIA 2015: 66f., 77, 80).

Die mit Abstand höchste Mortalität haben vor diesem Hintergrund daher auch **Pflegeheimbewohner/innen**, zumal diese in besonderem Maße unter physischen und psychischen Einschränkungen leiden. Sie befinden sich nicht nur in einem signifikant schlechteren gesundheitlichen und funktionalen Zustand als in Privathaushalten lebende Hochaltrige, sondern leiden auch deutlich häufiger unter Einsamkeit und depressiven Symptomen (vgl. ÖPIA 2015: 130ff.). Dabei ist anzunehmen, dass alle diese Faktoren aufs Engste miteinander zusammenwirken und so eine besonders hohe Mortalität bewirken.

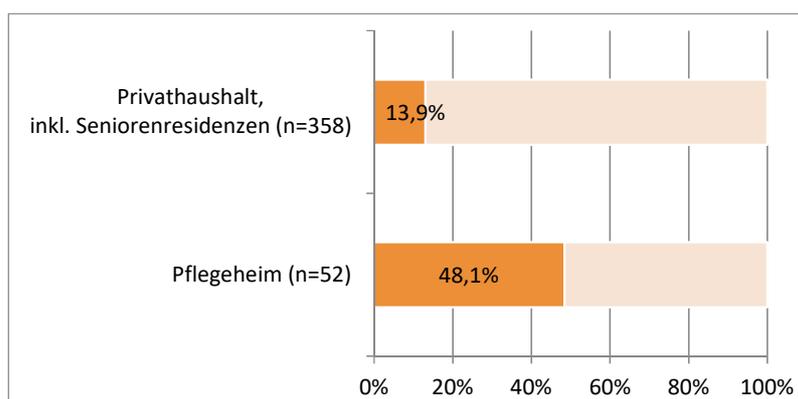


Abbildung 7: Mortalität nach Wohnform.

Letztlich lag die Mortalität von Pflegeheimbewohner/innen zwischen Erst- und Zweiterhebung mehr als dreimal so hoch wie bei Personen in Privathaushalten (48,1% vs. 13,9%). Das bedeutet, dass hochaltrige Pflegeheimbewohner/innen eine mehr als drei Mal so hohe Wahrscheinlichkeit hatten wie Hochaltrige in Privathaushalten, innerhalb der nächsten drei Jahre zu versterben.

Mit Blick auf psychische Faktoren der Mortalität bietet sich auch eine Analyse des Einflusses der **Lebenszufriedenheit** an. Die Lebenszufriedenheit wird in Altersstudien überwiegend nur als abhängige Variable verwendet. Untersuchungen ihres Einflusses auf die Sterblichkeit sind bislang hingegen eher rar. Eine der wenigen Ausnahmen stellt eine finnische Studie von Lyyra et al. (2006) dar, die in einem Zeitraum von 10 Jahren die Auswirkungen der Lebenszufriedenheit auf die Mortalität in einem Sample von 320 Zwillingen im Alter von 80 Jahren in Schweden untersuchte. Dabei stellte sich heraus, dass vor allem die Zufriedenheit mit der aktuellen Lebenssituation positiv mit einer höheren Überlebenswahrscheinlichkeit korrelierte. Personen mit hoher Lebenszufriedenheit hatten dabei eine doppelt so hohe Überlebenswahrscheinlichkeit wie Personen mit niedrigen Ausprägungen.

In der ÖIHS wurde u.a. erhoben, wie zufrieden die hochaltrigen Studienteilnehmer/innen mit ihrer aktuellen Lebenssituation sind. Ein Vergleich der Mortalitätsraten in Abhängigkeit von den Ergebnissen bei dieser Frage kommt dabei zu vergleichbaren Resultaten wie die finnische Studie, auch wenn der Zusammenhang etwas weniger deutlich ausfällt: Waren Teilnehmer/innen, die bei der Ersterhebung hohe Lebenszufriedenheitswerte aufwiesen (sehr oder eher zufrieden), mit einer Wahrscheinlichkeit von 16,9% nach drei Jahren verstorben, waren es bei Teilnehmer/innen mit niedrigen Werten (sehr oder eher unzufrieden) 25%. Teilnehmer/innen, die ihre Lebenszufriedenheit als mittelmäßig bezeichneten, lagen auch hinsichtlich der Mortalität ungefähr im Mittelfeld (21,3%).

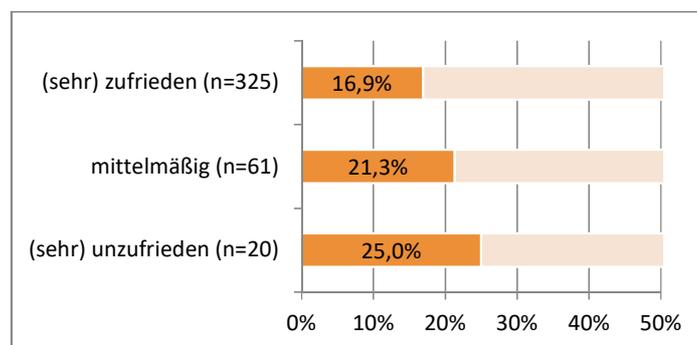


Abbildung 8: Mortalität nach Lebenszufriedenheit.

Dieser Zusammenhang bleibt prinzipiell auch bestehen, wenn zusätzlich der Gesundheitszustand in der Analyse berücksichtigt wird. Dann zeigt sich, dass bei Personen mit vergleichsweise gutem bis sehr gutem gesundheitlichen und funktionalen Status (rüstig oder fit) die Mortalität umso höher liegt, je geringer die Zufriedenheit mit der aktuellen Lebenssituation ist (7,8% bei sehr hoher Lebenszufriedenheit vs. 18,5 bei nur mittelmäßiger Lebenszufriedenheit).¹⁴ Umgekehrt erweist sich bei objektiv schlechtem Gesundheitszustand (pre-frail oder frail) die Sterblichkeit umso geringer, je besser die eigene Lebenssituation bewertet wird – von 15,9% bei hoher, 23,5% bei mittelmäßiger bis 29,4% bei niedriger Lebenszufriedenheit. Auffällig ist dabei, dass die

¹⁴ Explizit negative Beurteilungen des eigenen Lebens kommen im Segment der relativ gesunden (rüstigen bzw. fitten) Hochaltrigen praktisch nicht vor und betreffen im gesamten Sample lediglich drei Personen. Deshalb werden hier als Vergleichsgrundlage die Werte der Teilnehmer/innen mit mittelmäßiger Lebenszufriedenheit herangezogen.

Mortalität von gesundheitlich und funktional eingeschränkten, aber mit ihrem Leben insgesamt zufriedenen Personen sogar relativ niedriger ist als von gesundheitlich intakteren Teilnehmer/innen, die ihr Leben weniger positiv bzw. nur mittelmäßig bewerteten (15,9% vs. 20%), und nur geringfügig höher (23,5%), wenn sie ihre Lebenszufriedenheit ebenfalls nur als mittelmäßig bezeichneten. Daraus lässt sich schließen, dass es sich relativ unabhängig vom objektiven Gesundheitszustand positiv auf das weitere Überleben auswirkt, wenn die aktuelle Lebenssituation als zufriedenstellend beurteilt wird bzw. wenn die allgemeinen Lebensumstände abseits der Gesundheitssituation (z.B. soziale Eingebundenheit, Familienbeziehungen, finanzielle Situation etc.) so sind, dass diese insgesamt positiv beurteilt werden können.¹⁵

1.3 Lebensstilfaktoren

- ❖ **Lebensstilfaktoren wie Rauchen und Alkoholkonsum hatten keinen erkennbaren bzw. statistisch verallgemeinerbaren Einfluss auf die Mortalität zwischen Erst- und Zweiterhebung.**
- ❖ **Moderater Alkoholkonsum könnte den Ergebnissen zufolge einen leicht protektiven Effekt haben.**

Interessant sind die Befunde der Mortalitätsanalyse hinsichtlich zentraler Lebensstilfaktoren wie Rauchen oder Alkoholkonsum. Speziell **Rauchen** hat erwiesenermaßen negative gesundheitliche Effekte und erhöht das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko beträchtlich (Carter et al. 2015). Bereits die Tatsache, dass in der Ausgangsstichprobe der ÖIHS kaum Raucher/innen enthalten sind, kann als kräftiges Indiz dafür gewertet werden, dass ein großer Teil der Raucherinnen und Raucher in der Regel gar kein sehr hohes Alter von 80 und mehr erreicht, sondern überwiegend bereits früher verstirbt (vgl. ÖPIA 2015: 90ff.).

Umso interessanter ist, dass die nach drei Jahren durchgeführte Folgerhebung für die wenigen Raucher/innen in der Stichprobe (exkl. Gelegenheitsraucher/innen) keine höhere, sondern sogar eine geringere Mortalität ergibt als für Nichtraucher/innen (10,7% vs. 19,1%). Dies könnte bedeuten, dass es sich bei Raucher/innen, die ein Alter von 80 und mehr erreichen, um Menschen mit einer besonders robusten Konstitution handelt, durch die sie die für gewöhnlich gesundheitsschädlichen Auswirkungen des Rauchens eher kompensieren können und dadurch kein signifikant erhöhtes Sterblichkeitsrisiko haben als manche Nichtraucher. Durch diesen Befund wird freilich die im Allgemeinen klar erhöhte Mortalität von Raucher/innen durchaus nicht dementiert, aber es würde bedeuten, dass es eine kleine Minderheit von Raucher/innen gibt, denen es gelingt, bis ins

¹⁵ Die Lebenszufriedenheit hängt auch von den allgemeineren Lebensumständen ab. So hat sich etwa bereits im Rahmen der Ersterhebung der ÖIHS gezeigt, dass die Lebenszufriedenheit u.a. sozial sehr ungleich verteilt ist und somit insbesondere von sozioökonomischen Faktoren abhängig ist (ÖPIA 2015: 119). Der hier herausgearbeitete Zusammenhang von Mortalität und Lebenszufriedenheit ist daher nicht bloß auf eine Frage der subjektiven Einstellung zu reduzieren, sondern hat tiefere soziale Implikationen (siehe dazu auch unten den Abschnitt über sozioökonomische Faktoren der Mortalität).

hohe Alter hinein zu überleben, und dies auch nicht zwangsläufig in einer schlechteren Gesundheit als Nichtraucher/innen.

Zu bedenken ist allenfalls, dass es sich bei den Raucher/innen in der ÖIHS-Stichprobe überwiegend um leichte bis moderate Raucher/innen handelt.¹⁶ Das heißt, der hier gestellte Befund gilt vor allem unter der Voraussetzung eines eher moderaten Rauchverhaltens, während sehr starke Raucher/innen praktisch nie oder nur in den allerseltensten Fällen überhaupt die Hochaltrigkeit erreichen.

Grundsätzlich ist auch zu berücksichtigen, dass aufgrund der sehr niedrigen Fallzahlen von Raucher/innen in der Ausgangsstichprobe (n=28), im Vergleich zu jenen von Nichtraucher/innen (n=362), ein aussagekräftiger Vergleich der beiden Gruppen nur sehr bedingt möglich ist. Bei weiteren längsschnittlichen Folgeerhebungen wäre zu untersuchen, wie sich die Mortalität in der kleinen Gruppe der hochaltrigen Raucher/innen im zeitlichen Verlauf weiterentwickelt. Denkbar wäre, dass bei diesen „Nachteile“ durch das Rauchen gegenüber Nichtraucher/innen – etwa in Form einer Verkürzung einer potentiell noch längeren Lebenszeit – erst beim Übergang ins noch höhere und höchste Alter (90+) schlagend werden.

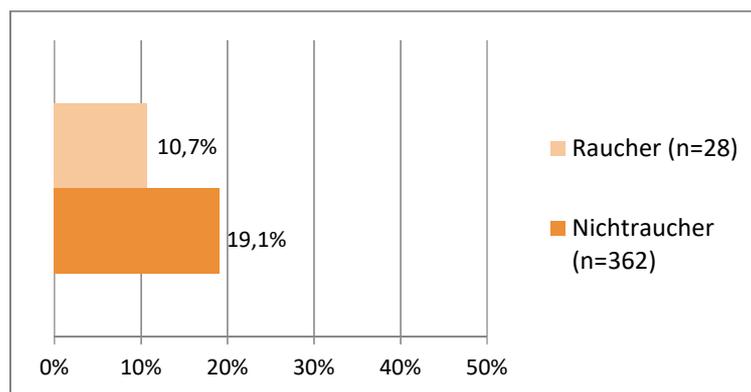


Abbildung 9: Mortalität nach Rauchverhalten.

Ein ähnliches Ergebnis ergibt sich mit Blick auf den **Alkoholkonsum**, was freilich insofern weniger überraschend ist als beim Rauchen, als die Auswirkungen des Alkohols auf die Mortalität – mit Ausnahme von Alkoholkranken, die nachweislich eine deutlich reduzierte Lebenserwartung haben (vgl. Uhl et al. 2009) – weniger eindeutig sind und in einigen Studien ein moderater Alkoholkonsum sogar mit einer eher protektiven Wirkung (z.B. mit Blick auf koronare Herzerkrankungen) assoziiert wird (Kloner/Rezkalla 2007). Auch verschiedene Alters- und Hochaltrigenstudien behaupten eine protektive Wirkung eines moderaten Alkoholkonsums (z.B. Franke 1985; Fratiglioni et al. 2007; Rajpathak et al. 2011). Die Befunde solcher Studien sind aber durchaus nicht unumstritten (vgl. Fillmore et al. 2007; Stockwell et al. 2016).

Die Auswertung der ÖIHS-Daten ergibt – freilich vorbehaltlich der einstweilen noch recht kurzen gemessenen Zeitspanne zwischen Erst- und Zweiterhebung – Hinweise für eine

¹⁶ Zwei Drittel der Raucher/innen gaben bei der Ersterhebung an, max. 10 Zigaretten am Tag zu rauchen (ÖPIA 2015: 91).

möglicherweise protektive Wirkung eines regelmäßigen, aber moderaten Alkoholkonsums. Dabei zeigt sich nämlich, dass Teilnehmer/innen, die bei der Ersterhebung angegeben haben, (fast) jeden Tag Alkohol zu sich zu nehmen, eine um mehr als 6 Prozentpunkte niedrigere Mortalität zwischen Erst- und Zweiterhebung aufweisen als abstinent lebende Teilnehmer/innen (17,2% vs. 23,9%). Zwar zeitigt ein seltenerer Alkoholkonsum (1-3 Mal pro Woche oder seltener) im ÖIHS-Sample eine noch etwas geringere Mortalität als ein täglicher Alkoholkonsum (14,8% bzw. 15,9%), dennoch bleibt ein doch relativ deutlicher Unterschied in der Mortalitätsrate zwischen regelmäßig Trinkenden und Abstinente.

Dieser Zusammenhang von moderatem Alkoholkonsum und niedrigerer Mortalität bleibt auch bestehen und wird sogar noch deutlicher, wenn gesundheitlich besonders stark beeinträchtigte Teilnehmer/innen („frail“) und Pflegeheimbewohner/innen statistisch aus der Analyse ausgeschlossen werden (9,4% Mortalität bei täglichem Alkoholkonsum vs. 17,9% bei Abstinenz). Damit kann ausgeschlossen werden, dass der festgestellte Zusammenhang auf einem Bias in den Vergleichsgruppen beruht und etwa durch einen schlechteren Gesundheitszustand von Abstinente zum Erhebungszeitpunkt im Vergleich zu den moderaten Alkoholkonsument/innen zustande kommt.

Ob es sich dabei in der Tat um einen längerfristig wirkenden protektiven Effekt eines moderaten Alkoholkonsums handelt, müsste erst durch weitere längsschnittliche Folgerhebungen festgestellt werden.

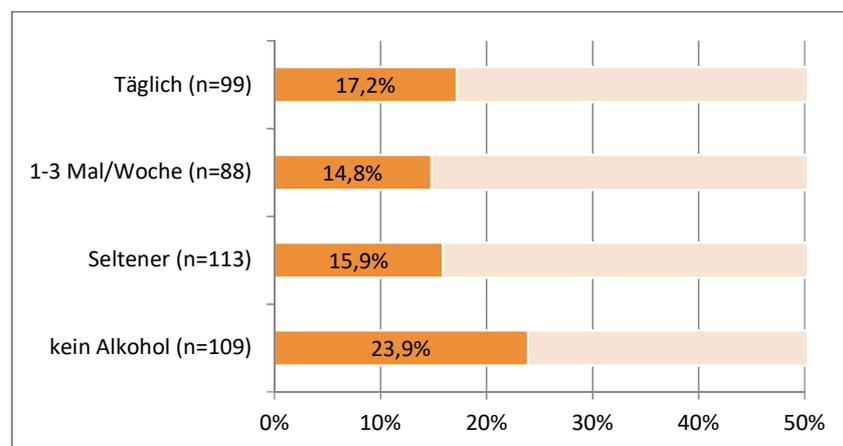


Abbildung 10: Mortalität nach Alkoholkonsum.

1.4 Geschlechtsspezifische Faktoren

- ❖ **Trotz einer stärkeren Betroffenheit von gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen, hatten Frauen kein höheres Mortalitätsrisiko im Vergleich zu Männern.**

Zumindest auf den ersten Blick eher überraschend sind die geschlechtsspezifischen Befunde zur Mortalität: Hier ergibt sich nämlich eine um mehr als drei Prozentpunkte höhere Mortalität von Frauen im Vergleich zu Männern zwischen Erst- und Zweiterhebung (19,8% vs. 16,2%). Dies könnte zwar u.a. dadurch erklärt werden, dass sich Frauen bei der Ersterhebung tendenziell in einer etwas schlechteren gesundheitlichen und funktionalen Verfassung befanden als Männer. Es ist aber insofern überraschend, als Frauen im Allgemeinen statistisch eine niedrigere Mortalität als Männer haben, weshalb auch ihre Lebenserwartung höher ist und daher mit höherem Alter der Anteil von Frauen in der Bevölkerung sukzessive gegenüber dem von Männern zunimmt.

Hauptsächlich wird die höhere Mortalität von Frauen in der ÖIHS dadurch erklärlich, dass Frauen den weit größten Teil der Pflegeheimpopulation bilden (in der Ausgangsstichprobe der ÖIHS rund 77%) und die Mortalität, wie gezeigt, unter Pflegeheimbewohner/innen besonders hoch ist. Betrachtet man die Mortalität von Männern und Frauen getrennt nach Wohnform, dann zeigt sich, dass Frauen in Privathaushalten (inkl. Seniorenresidenzen) sogar eine etwas niedrigere Mortalität als Männer aufweisen (13,7% vs. 14,3%). Die hohe Mortalität von Frauen in der Stichprobe geht demnach hauptsächlich auf den höheren Anteil von Frauen in der Pflegeheimpopulation zurück.

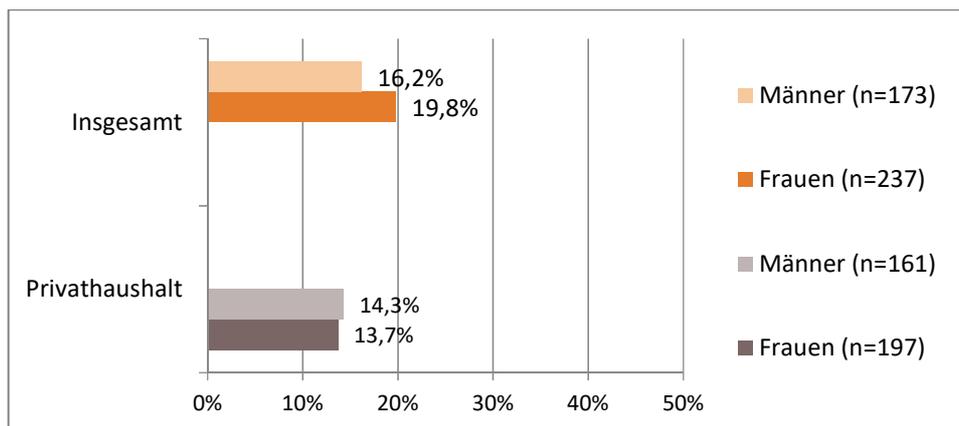


Abbildung 11: Mortalität nach Geschlecht.

1.5 Sozioökonomische Faktoren

- ❖ **Ein deutlicher Zusammenhang besteht zwischen Mortalität und sozioökonomischem Status (Bildung, Einkommen).**
- ❖ **Teilnehmer/innen mit niedrigem sozioökonomischem Status hatten eine fast doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit, zwischen Erst- und Zweiterhebung nicht mehr am Leben zu sein.**
- ❖ **Diese sozioökonomisch vermittelte Differenz in der Mortalität ist in diesen Dimensionen insofern bemerkenswert, als der größte Teil der sozialen Selektion sich bereits in früheren Lebensjahren vollzieht und im hohen Alter tendenziell abnimmt.**

Erwartungsgemäß sind die Ergebnisse bezüglich sozioökonomischer Faktoren der Mortalität ausgefallen. Bereits im Zuge der Ersterhebung haben sich erhebliche gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Teilnehmer/innen mit hohem Sozialstatus (hohe Bildung, hohes Einkommen) und Teilnehmer/innen mit niedrigem Sozialstatus (niedrige Bildung, niedriges Einkommen) gezeigt. Das heißt, sozial besser gestellte Personen befanden sich überwiegend auch in einem deutlich besseren gesundheitlichen Allgemeinzustand. Vor diesem Hintergrund war anzunehmen, dass vergleichbare Unterschiede sozioökonomischer Natur auch mit Blick auf das weitere Überleben ins noch höhere Alter zu beobachten sein würden.

Die Unterschiede erweisen sich dabei zum Teil als durchaus beträchtlich: War von Teilnehmer/innen mit höchstens Pflichtschulabschluss mehr als jede/r Fünfte (22,4%) zwischen Erst- und Zweiterhebung verstorben, traf dies bei Teilnehmer/innen mit hoher Bildung (mindestens Matura) nur auf jede/n Achte/n (12,1%) zu. Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung hatten demnach also eine fast doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit, bei der Zweiterhebung nicht mehr am Leben zu sein, als Teilnehmer/innen mit hoher Bildung.

Noch deutlicher sind die Unterschiede, wenn man das Einkommen als Referenz heranzieht: Sind von Teilnehmer/innen mit niedrigem Einkommen¹⁷ 19,4% zwischen Erst- und Zweiterhebung verstorben, waren dies bei Teilnehmer/innen mit hohem Einkommen nur 6%.

Unter statistischer Zusammenfassung von Bildung, Einkommen und weiteren sozioökonomischen Variablen (z.B. früherer Berufsstatus) ergibt sich eine **rund zweieinhalb Mal so hohe Mortalität für Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status** im Vergleich zu Personen mit hohem Sozialstatus (25,9%

¹⁷ Niedriges Einkommen wurde in der Pilotstudie der ÖIHS definiert als weniger als 1.000 Euro im Monat bei Einpersonenhaushalten, weniger als 1.500 Euro bei Mehrpersonenhaushalten. Als hohes Einkommen wurden monatliche Haushaltseinkommen von mehr als 2.000 Euro in Einpersonenhaushalten und mehr als 3.000 Euro in Mehrpersonenhaushalten definiert.

vs. 10,1%). Vor diesem Hintergrund kann also von einer erheblichen sozialen Selektivität hinsichtlich des weiteren Überlebens ins noch höhere Alter gesprochen werden.¹⁸

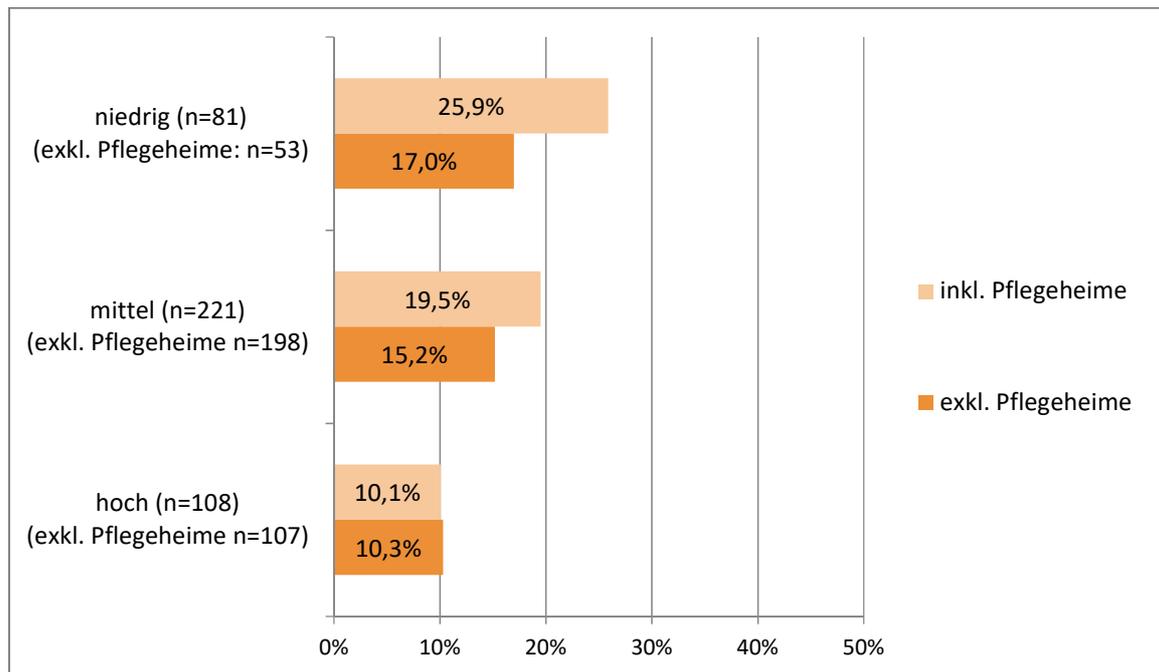


Abbildung 12: Mortalität nach sozioökonomischem Status.

Die konstatierte soziale Ungleichheit hinsichtlich des weiteren Überlebens bleibt grundsätzlich auch bestehen, wenn man die Ergebnisse differenziert nach Geschlecht betrachtet. Eine nach Geschlecht differenzierte Analyse ist deshalb sinnvoll, da Frauen im Durchschnitt – aufgrund nach wie vor bestehender, besonders aber in der hier untersuchten Alterskohorte noch relativ stark ausgeprägter Benachteiligungen von Frauen in der Erwerbssphäre – über eine geringere Bildung und ein deutlich geringeres Einkommen verfügen als Männer. Die festgestellten sozioökonomischen Unterschiede könnten daher theoretisch zum Teil auch in geschlechtsspezifischen Ungleichheiten begründet liegen.

Bei einer Berücksichtigung des Geschlechts in der Analyse zeigt sich, dass soziale Ungleichheiten in der Lebenserwartung Frauen ebenso betreffen wie Männer, wenngleich diese bei Männern etwas stärker ausgeprägt sind (22,8% vs. 8,3% Mortalität bei Frauen mit niedrigem vs. hohem Sozialstatus, 33,3% vs. 11,7% bei Männern mit niedrigem vs. hohem Sozialstatus).

Die hier dargestellten sozioökonomischen Befunde sind insofern bemerkenswert, als soziale Selektionsprozesse bereits in früheren Lebensjahren wirksam sind und u.a.

¹⁸ Die Mortalitätsunterschiede fallen geringer aus, wenn Pflegeheimbewohner/innen aus der Analyse ausgeschlossen werden, da diese im Sample der Ersterhebung zum einen etwas überrepräsentiert waren und sich zum anderen aus einem besonders hohen Anteil von Personen mit niedrigem Sozialstatus zusammensetzten. Die Differenzen bleiben aber auch nach statistischem Ausschluss von Pflegeheimbewohner/innen beträchtlich. Die Mortalität liegt dann für Niedriggebildete bei 18,2% (bzw. 17% bei niedrigem Sozialstatus) und 11,4% bei Personen mit mindestens Matura (bzw. 10,3% bei hohem Sozialstatus).

bewirken, dass sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen bereits an sich eine erheblich geringere Wahrscheinlichkeit haben, überhaupt ein hohes Alter von 80+ zu erreichen (vgl. Lampert 2000; Lampert/Maas 2002; Lampert et al. 2007; Klein/Unger 2001; Mnich et al. 2008). In der einschlägigen Forschung wird daher häufig davon ausgegangen, dass sozioökonomisch bedingte Differenzen hinsichtlich Gesundheit und Mortalität im höheren Alter tendenziell etwas abflachen. Die bislang vorliegenden Ergebnisse der Mortalitätsanalyse in der ÖIHS-Stichprobe lassen einstweilen jedenfalls keine nennenswerte Verringerung des Einflusses sozialer Ungleichheit auf das weitere Überleben ins hohe und höchste Alter erkennen (siehe ausführlicher dazu *Kapitel 4.2.*).

1.6 Mortalität und soziale Eingebundenheit

- ❖ **Einen sichtbaren Einfluss auf die Mortalität hatte auch die soziale Eingebundenheit der Teilnehmer/innen.**
- ❖ **Je größer das soziale Netz der Teilnehmer/innen, desto höher war ihre Überlebenschancen.**
- ❖ **Soziale Isolation und Einsamkeit waren mit einer deutlich erhöhten Sterblichkeit zwischen Erst- und Zweiterhebung verbunden.**

Ein Zusammenhang, der von zahlreichen Studien betont wird, betrifft das Verhältnis von Mortalität und sozialer Eingebundenheit. Diese Studien weisen nach, dass die Sterblichkeit umso höher ist, je kleiner das soziale Netz von älteren Menschen ist und je weniger Sozialkontakte sie haben (vgl. Steptoe et al. 2012; Holt-Lunstad et al. 2015). Diesem Zusammenhang soll daher an dieser Stelle ebenfalls nachgegangen werden.

Wie die Analyse zeigt, besteht auch in der ÖIHS ein erkennbarer Zusammenhang zwischen der Sterbewahrscheinlichkeit und dem sozialen Netz. Personen mit einem dichteren sozialen Netz und einer höheren Zahl von Sozialkontakten haben demnach eine geringere Mortalität als Personen mit einem eher dünnen sozialen Netz und entsprechend weniger Sozialkontakten.

Dieser Zusammenhang zeigt sich besonders stark mit Blick auf außerfamiliäre Sozialkontakte (Freunde, Bekannte usw.): 27,8% der Teilnehmer/innen, die bei der Ersterhebung angegeben haben, höchstens eine außerfamiliäre Kontaktperson zu haben, waren zwischen Erst- und Zweiterhebung verstorben. Bei Teilnehmer/innen, die regelmäßige Kontakte zu mehr als 6 Personen unterhielten, waren dies hingegen nur 9,7%. Ein solcher Zusammenhang ergibt sich zwar auch hinsichtlich familiärer Kontakte, allerdings fällt dieser dort etwas geringer aus (25,9% Mortalität bei maximal einer Kontaktperson vs. 12,4% bei mehr als 6 Kontaktpersonen).

Vergleichsweise gering ist der Einfluss von Verwitwung auf die Mortalität, im direkten Vergleich zur Sterblichkeit von verheirateten Teilnehmer/innen (20,8% vs. 15,6%). Praktisch gar keinen Einfluss hat es, alleinlebend zu sein (14,2% vs. 13,8%). Im Gegensatz zu Studien, die Verwitwung und Alleinleben mit einer signifikant höheren Mortalität in

Verbindung bringen (z.B. Mineau et al. 2002), ergibt die Analyse der Daten also keinen vergleichbaren Zusammenhang mit Blick auf die ÖIHS-Stichprobe. Hier ist aber freilich zu bedenken, dass die dargestellte Mortalitätsanalyse zum gegenwärtigen Zeitpunkt einen Beobachtungszeitraum von lediglich drei Jahren umfasst. Es ist daher durchaus nicht ausgeschlossen, dass sich bei einem längeren Zeitraum ein deutlicherer Zusammenhang zwischen Verwitwung/Alleinleben und Mortalität ergibt, insbesondere wenn dabei auch jüngere Alterskohorten und nicht nur Hochaltrige berücksichtigt würden. Auch gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede: So weisen alleinlebende Männer eine etwas höhere Mortalität auf als alleinlebende Frauen (16,1% vs. 13,5%). Zwar sind sie deutlich seltener alleinlebend als hochaltrige Frauen, aber wenn sie alleinlebend sind, wirkt sich das offenbar etwas nachteiliger auf das weitere Überleben aus als bei alleinlebenden Frauen ihres Alters.

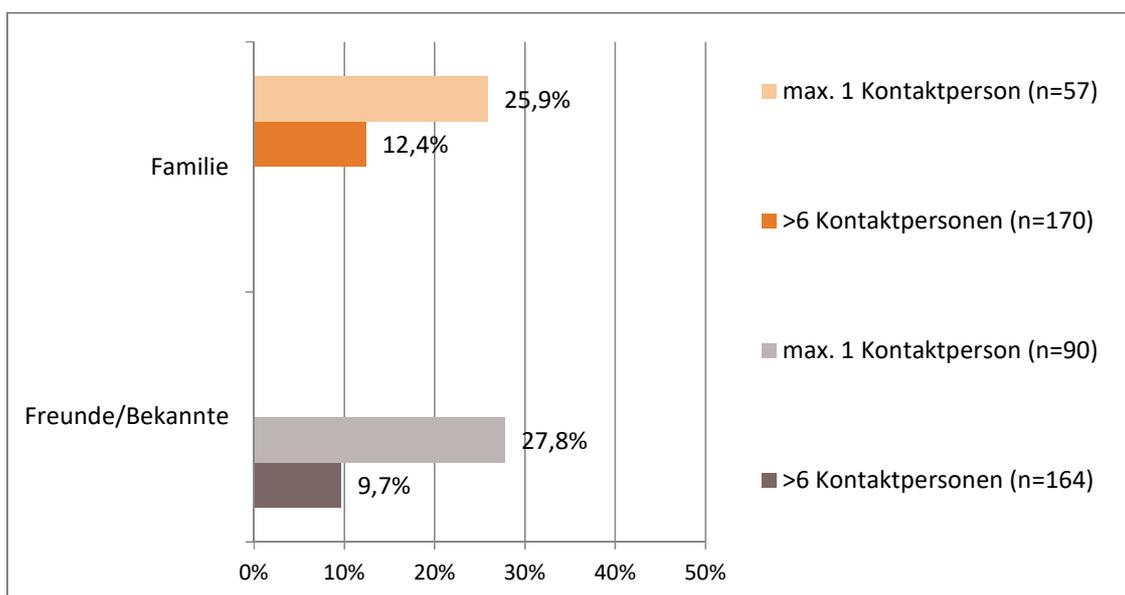


Abbildung 13: Mortalität und soziales Netz.

Als besonders negativ für das weitere Überleben erweist sich in der ÖIHS auf der Grundlage der bislang zusammengetragenen Paneldaten ein dünnes außerfamiliäres Sozialnetz, wobei sich dieses besonders nachteilig auswirkt, wenn es zu einem ebenfalls kleinen familiären Netz und geringen familiären Sozialkontakten hinzukommt. Hier zeigt sich, dass Teilnehmer/innen, die über nur ein sehr kleines familiäres Netz verfügen und darüber hinaus auch nur maximal eine Person außerhalb der Familie nennen konnten, mit der sie regelmäßigen Kontakt pflegen, eine um rund 65% höhere Wahrscheinlichkeit hatten, zwischen Erst- und Zweiterhebung zu versterben, als Teilnehmer/innen mit mehr als 6 außerfamiliären Kontaktpersonen.

Negativ wirkt es sich auch aus, wenn zu geringen Sozialkontakten Gefühle der Einsamkeit hinzukommen. So liegt die Mortalität von Personen, die sich trotz einer geringen Zahl von Sozialkontakten nicht einsam fühlen, um rund ein Drittel niedriger als von Personen, die bei der Ersterhebung von Einsamkeitsgefühlen berichteten (22,6% vs. 33,3%). Daraus kann geschlossen werden, dass sich soziale Isolation vor allem dann negativ auf das weitere Überleben auswirkt, wenn sie auch als solche empfunden wird.

Zu bedenken ist freilich auch hier, dass die soziale Eingebundenheit und die Häufigkeit von Sozialkontakten grundsätzlich mit dem Gesundheitszustand korreliert sind, also auch davon abhängen, ob man gesundheitlich in der Lage ist, regelmäßige Sozialkontakte zu pflegen. Der Zusammenhang zwischen sozialem Netz und Mortalität bleibt aber auch bestehen bei zusätzlicher Berücksichtigung des Gesundheitszustands. Dann zeigt sich nämlich, dass Hochaltrige mit eher schlechtem gesundheitlichem und funktionalem Status (pre-frail und frail) und wenigen (max. 2) außerfamiliären Kontaktpersonen eine dreimal so hohe Mortalitätsrate aufweisen wie Personen mit vielen (mehr als 6) Kontaktpersonen bei vergleichbarem Gesundheitszustand (37,3% vs. 11,7%).

1.7 Genetische Faktoren

- ❖ **Eine feststellbare geringere Mortalität von Teilnehmer/innen mit langlebigen Eltern spricht für eine gewisse genetische Disposition zur Langlebigkeit.**
- ❖ **Erkennbar sind aber auch starke sozioökonomische Einflüsse, die die Wahrscheinlichkeit eines weiteren Überlebens ins noch höhere Alter für sozial benachteiligte Teilnehmer/innen trotz langlebiger Eltern im Vergleich zu sozial besser gestellten Teilnehmer/innen erheblich reduzieren.**

Ein Zusammenhang, der abschließend noch kurz betrachtet werden soll, betrifft eine mögliche familiäre bzw. genetische Disposition für das Erreichen eines besonders hohen Alters und das weitere Überleben ins noch höhere und höchste Lebensalter. Im Rahmen der Ersterhebung der ÖIHS wurde auch das erreichte Alter der Eltern der Teilnehmer/innen erhoben, um auf diese Weise einer potentiellen familiären Häufung von Langlebigkeit nachzuspüren. Dabei hat sich gezeigt, dass deutlich mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen (62%) mindestens einen Elternteil hatten, der 80 Jahre oder älter geworden ist. In Anbetracht der Tatsache, dass in der Elterngeneration der ÖIHS-Teilnehmer/innen die Lebenserwartung noch bedeutend geringer war¹⁹, erscheint dies als ein durchaus hoher Anteil.

Noch genaueren Aufschluss könnte nun ein Vergleich der Mortalitätsraten der Teilnehmer/innen in Abhängigkeit vom erreichten Alter ihrer Eltern geben. Hier ergibt die Analyse insofern einen Zusammenhang, als die Mortalität in der Stichprobe in der Tat mit höherem erreichtem Alter der Eltern tendenziell abnimmt. Dies gilt vor allem mit Blick auf das erreichte Alter der Mutter: Liegt die Mortalität von Teilnehmer/innen, deren Mutter noch vor dem 60. Geburtstag verstorben war, bei 23,2% zwischen Erst- und Zweiterhebung, so sinkt sie bei einem erreichten Alter von 60-69 auf 19,5%, weiter auf 17,3% bei 70-79, auf 16,7% bei 80-89 auf nur noch 7,7% bei einem erreichten Alter von 90+.

¹⁹ In Österreich lag die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt um 1910 bei rund 43 Jahren für Männer und 47 Jahren für Frauen (vgl. Weigl 2011).

Fasst man das erreichte Alter der Eltern (sowohl Mutter als auch Vater) statistisch zusammen, so ergibt sich letztlich eine um fast 8 Prozentpunkte niedrigere Mortalität für Personen, die zumindest einen Elternteil haben, der 80 Jahre oder älter geworden ist (14,2% vs. 22%).

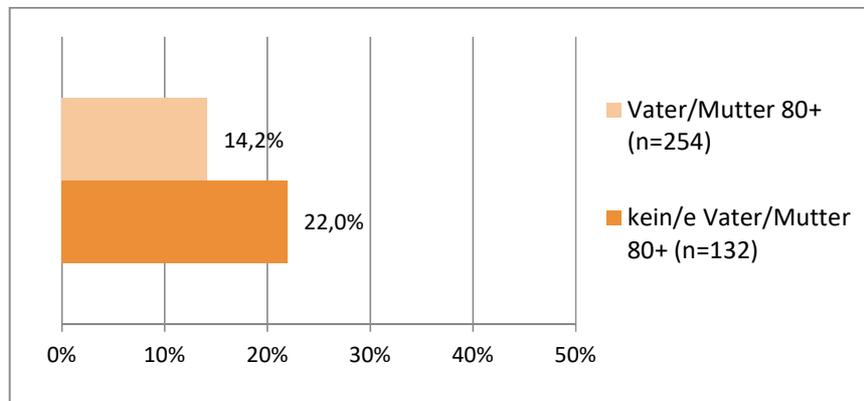


Abbildung 14: Mortalität nach erreichtem Alter der Eltern (80+).

Diese Befunde deuten durchaus auf einen Zusammenhang zwischen Überlebenswahrscheinlichkeit und einer familiären Disposition zur Langlebigkeit hin. Ob diese Disposition primär biologischer Natur ist, also hauptsächlich genetische Ursachen hat, lässt sich anhand dieser Daten nicht bestimmen. Wie aber bereits die Auswertung im Rahmen der Ersterhebung ergeben hat, dürften hier nicht zuletzt auch sozioökonomische Faktoren zu berücksichtigen sein. So zeigt sich bei zusätzlicher Berücksichtigung des Bildungsniveaus, dass Teilnehmer/innen, die zwar mindestens einen Elternteil hatten, der 80 Jahre oder älter geworden ist, aber keinen höheren Schulabschluss als einen Pflichtschulabschluss haben, eine mehr als doppelt so hohe Mortalität aufweisen als Teilnehmer/innen mit langlebigen Eltern und Universitätsabschluss (17,9% vs. 8,2%).

Das lässt einerseits darauf schließen, dass Langlebigkeit nicht nur genetisch, sondern zu einem nicht unerheblichen Grad auch sozial vererbt wird. Andererseits – und darüber hinaus – kann es auch ein Hinweis darauf sein, dass eine allenfalls bestehende genetische Disposition zur Langlebigkeit umso wahrscheinlicher zum Tragen kommt, je vorteilhafter die soziale Lage einer Person ist. Oder anders formuliert: Eine entsprechende genetische Disposition nützt nichts (oder jedenfalls sehr viel weniger), wenn die soziale Lage (Bildung, Einkommen etc.) von Nachteil ist und sozioökonomische Benachteiligungen schlagend werden.²⁰

²⁰ Hier kommt hinzu, dass wir es im Sample bereits mit einer Minderheit von sozioökonomisch schlechter gestellten Personen zu tun haben, die überhaupt ein hohes Alter jenseits der 80 erreicht haben. Wie zahlreiche Studien nachweisen, besteht eine erhebliche soziale Selektivität nicht nur im, sondern vor allem auch ins Alter, die sich insbesondere darin niederschlägt, dass sozial benachteiligte Menschen eine niedrigere Lebenserwartung haben und daher sehr viel seltener die Hochaltrigkeit erreichen (vgl. Lampert 2000; Lampert/Maas 2002; Lampert et al. 2007; Klein/Unger 2001; Mnich et al. 2008).

GESUNDHEIT UND FUNKTIONALITÄT IN DER PANELSTICHPROBE



2 GESUNDHEIT UND FUNKTIONALITÄT IN DER PANELSTICHPROBE

Nachdem im vorigen Kapitel die Mortalität in der ÖIHS-Stichprobe zwischen Erst- und Zweiterhebung dargestellt und deren wesentliche Faktoren analysiert wurden, steht in diesem Kapitel die Gesundheit und Funktionalität der 271 in der Stichprobe verbliebenen hochaltrigen Teilnehmer/innen sowie deren Entwicklung seit der Ersterhebung 2013 im Fokus. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich dabei – sofern nicht anders angegeben – ausschließlich auf Teilnehmer/innen, die die vollständige Folgerhebung (n=244) und nicht nur eine telefonische Kurzbefragung (n=27) absolviert haben, da bei Letzteren nicht der komplette Gesundheitsfragen-Katalog zur Anwendung kam und insbesondere keine geriatrischen Assessments durchgeführt werden konnten, sodass hier kein umfassendes Bild der Gesundheitssituation gezeichnet werden kann.

Für die Erhebung des Gesundheitszustandes und der Funktionalität der Teilnehmer/innen kam, wie schon bei der Ersterhebung, ein breit gefächertes Fragenkatalog zum Einsatz, der unterschiedliche Bereiche der Gesundheit umfasst: von der somatischen, der funktionalen über die psychische bis hin zur subjektiven Gesundheit. Ebenso wurden diverse geriatrische Assessments durchgeführt, um den funktionalen Status der Teilnehmer/innen so genau und objektiv wie möglich einschätzen zu können (z.B. Mobilitätstests, kognitive Tests etc. – siehe ausführlicher dazu ÖPIA 2015: 27f.). In der Zusammenführung und analytischen Gegenüberstellung der Daten von Erst- und Zweiterhebung lässt sich nun die gesundheitliche Entwicklung der Teilnehmer/innen im zeitlichen Verlauf untersuchen.

2.1 Entwicklung von Gesundheit und Funktionalität seit der Ersterhebung

- ❖ **Die Auswertung ergibt eine tendenzielle Zunahme gesundheitlicher und funktionaler Einschränkungen unter den überlebenden Teilnehmer/innen zwischen Erst- und Zweiterhebung.**
- ❖ **Auch in der subjektiven Wahrnehmung der Teilnehmer/innen hat sich der Gesundheitszustand in den drei Jahren seit der Ersterhebung zum Teil erheblich verschlechtert.**
- ❖ **Frauen und sozioökonomisch schlechter gestellte Personen (niedrige Bildung, niedriges Einkommen) sind am stärksten von gesundheitlichen und funktionalen Verlusten betroffen.**
- ❖ **Auf der anderen Seite lassen sich bei einigen Teilnehmer/innen auch funktionale Verbesserungen feststellen, die auf gewisse rehabilitative Potenziale hinweisen.**

Insgesamt betrachtet – d.h. unter zusammenfassender Berücksichtigung der wichtigsten gesundheits- und funktionalitätsbezogenen Variablen²¹ – lässt sich feststellen, dass sich

²¹ Die Gesamteinschätzung des Gesundheitszustands erfolgt in der ÖIHS auf Basis eines eigens konstruierten „Frailty Index“, der folgende gesundheits- und funktionalitätsbezogene Variablen in sich

der Gesundheitszustand der Teilnehmer/innen auch bei der Zweiterhebung nach wie vor als überwiegend gut und statistisch gesehen sogar besser darstellt als noch zum Zeitpunkt der Ersterhebung: Fast zwei Drittel (61,9%) verfügen nach der Analyse der Daten über einen vergleichsweise guten bis sehr guten gesundheitlichen und funktionalen Zustand. 18% sind dabei sogar als besonders „rüstig“ einzustufen.

Weitere 28,3% sind demnach pre-frail, und nur 9,8% sind von so starken funktionalen Einschränkungen betroffen, dass sie als frail einzuschätzen sind. Dies entspricht einer prozentualen Verschiebung von über 7 Prozentpunkten in Richtung einer eher guten Gesundheit (rüstig/fit) im Vergleich zur Ersterhebung, wo 54,4% der Teilnehmer/innen einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand hatten (rüstig: 13,7%, fit: 40,7%).

Dieses Ergebnis kommt freilich vor allem dadurch zustande, dass gesundheitlich und funktional eingeschränkte Personen (pre-frail/frail) zu einem deutlich höheren Prozentanteil zwischen Erst- und Zweiterhebung verstorben und daher nicht mehr Teil der Stichprobe sind. Der deutlich bessere gesundheitliche Gesamteindruck ist also nicht mit einer faktischen Verbesserung des Gesundheitszustandes der Teilnehmer/innen zwischen Erst- und Zweiterhebung zu verwechseln, sondern ergibt sich statistisch durch den stärkeren Ausfall von gesundheitlich und funktional beeinträchtigten Personen.

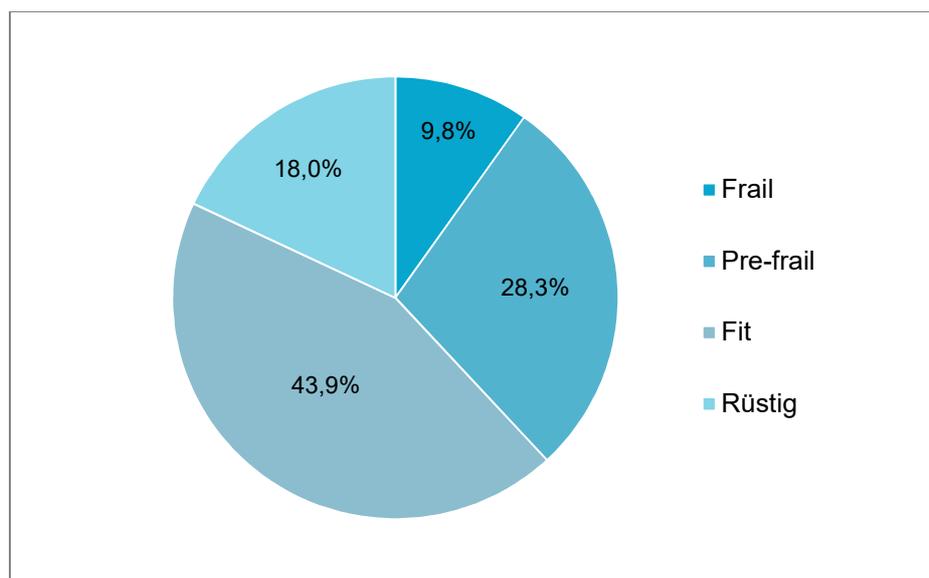


Abbildung 15: Gesundheitszustand in der Panelstichprobe 2016 (n=244).

Insbesondere die starke Erhöhung des Anteils besonders „Rüstiger“ (von 13,7% auf 18%) deutet aber auch darauf hin, dass sich bei einem beträchtlichen Teil der in der Stichprobe

zusammenfasst: sensorische Fähigkeiten (Sehen/Hören), Mobilität (Beweglichkeit der Arme, Gangtest, Sturz), Harninkontinenz, Stuhlinkontinenz, Ernährungsstatus, kognitiver Status, ADL/IADL, Depression, Medikamentenkonsum, Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte, Schmerz, Unterstützungs- und Pflegebedarf. Je nach zutreffendem Wert bei den einzelnen Variablen ergibt sich dabei ein niedrigerer Score (1-5 Punkte), was einem eher guten funktionalen Zustand („rüstig“ oder „fit“) entspricht, oder ein höherer Score (6 und mehr Punkte), was auf einen eher schlechten funktionalen Status („pre-frail“ oder „frail“) hindeutet (siehe ausführlicher ÖPIA 2015: 71).

verbliebenen Teilnehmer/innen der Gesundheitszustand zumindest nicht signifikant verschlechtert hat und diese ihren guten funktionalen Status zu bewahren vermochten.

Subjektiv hat sich der Gesundheitszustand für die meisten Teilnehmer/innen zwischen Erst- und Zweiterhebung verschlechtert

Dass es sich bei den relativen Veränderungen hinsichtlich des Gesundheitszustandes in der Stichprobe um einen durch Stichprobenausfälle bedingten Paneffekt handelt, kann bereits daran abgelesen werden, dass kaum jemand von den teilnehmenden Hochaltrigen (inkl. telefonischer Kurzinterviews) bei der Frage nach gesundheitlichen Veränderungen in den drei Jahren seit der Ersterhebung angibt, dass sich der Gesundheitszustand verbessert hätte (nur 2,5%). Im Gegenteil: Eine klare Mehrheit (60,5%) gibt an, dass sich ihr Gesundheitszustand in der Zwischenzeit verschlechtert hat. 15,9% sagen sogar, dass ihr Gesundheitszustand sehr viel schlechter geworden ist.

Auffällig ist dabei, dass auch sehr viele Teilnehmer/innen mit objektiv gutem oder sehr gutem gesundheitlichem und funktionalem Status (rüstig/fit) angeben, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert habe: bei 42,1% eher, bei 16,7% sogar sehr verschlechtert. Dies deutet darauf hin, dass zahlreiche Teilnehmer/innen, auch bei bzw. trotz relativ guter Gesundheit, der rezenten Entwicklung ihres Gesundheitszustandes sehr kritisch gegenüberstehen.

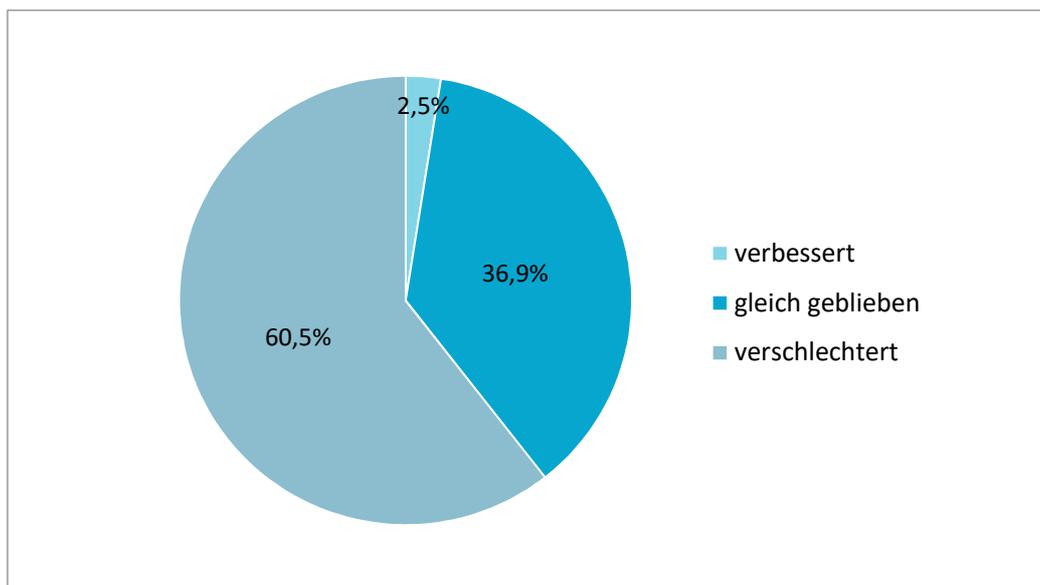


Abbildung 16: Subjektive Einschätzung der gesundheitlichen Entwicklung seit der Ersterhebung, inkl. tel. Kurzinterviews (n=271).

Was ebenfalls für eine tendenzielle Verschlechterung der funktionalen Kapazitäten spricht, ist, dass auch die Werte bei der subjektiven Gesundheit (trotz eines sich statistisch, aufgrund des Ausfalls zahlreicher gesundheitlich eingeschränkter Teilnehmer/innen, besser darstellenden objektiven Gesundheitszustandes in der Stichprobe) in der Zweiterhebung unter jenen der Ersterhebung liegen. Beurteilten während der Ersterhebung immerhin noch 56,4% ihre Gesundheit als gut oder sehr gut, tun dies bei der Zweiterhebung nur noch 51,3%. Auch haben negative Bewertungen etwas zugenommen (von 11,3% auf 13,6%). Das deutet darauf hin – insbesondere vor dem

Hintergrund der konstatierten eher negativen Bewertung der gesundheitlichen und funktionalen Entwicklung der letzten Jahre –, dass sich in der Tat auch bei funktional weitgehend intakten Teilnehmer/innen zumindest geringfügige gesundheitliche und funktionale Verluste ereignet haben, auch wenn diese sich nicht notwendigerweise in einer objektiv wahrnehmbaren Verschlechterung des Gesundheitszustandes insgesamt niederschlagen (oder jedenfalls durch die eingesetzten Erhebungsinstrumente und den entwickelten Gesundheits- bzw. Frailty-Index nicht als solche erfasst werden). Dies drückt sich dann in einer insgesamt schlechteren Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes und insbesondere der gesundheitlichen bzw. funktionalen Entwicklung aus.

„Rüstige“ bleiben tendenziell rüstig, funktional weniger intakte Teilnehmer/innen tragen ein erhöhtes Risiko weiterer funktionaler Verluste

Hinsichtlich des objektiven Gesundheitszustandes der in der Stichprobe verbliebenen Teilnehmer/innen und dessen Entwicklung seit der Ersterhebung lässt sich im Längsschnitt generell eine überaus hohe Kontinuität feststellen. Das heißt, ein großer Teil jener Personen, die sich während der Ersterhebung in einem eher guten gesundheitlichen und funktionalen Zustand befanden („rüstig“ oder „fit“), gehören auch bei der Zweiterhebung überwiegend, nämlich zu 80,8%, der Gruppe der „Rüstigen“ oder „Fitten“ an.

Besonders hoch ist diese Kontinuität innerhalb der Gruppe der „Rüstigen“: Von diesen konnten 90,2% ihren vergleichsweise guten Gesundheitszustand seit der Ersterhebung bewahren, wenn auch 39% von ihnen mittlerweile „nur“ noch in der Gruppe der „Fitten“ aufscheinen. Lediglich 9,8% der „Rüstigen“ haben in den vergangenen drei Jahren seit der Ersterhebung eine derart gravierende Verschlechterung ihres gesundheitlichen und funktionalen Zustands erlebt, dass dadurch ihre Selbsthilfefähigkeit heute deutlich eingeschränkt ist, wobei sich deren funktionale Verluste ausschließlich im Bereich der „Pre-Frailty“ bewegen. Das heißt, keiner der „Rüstigen“ ist im engeren Sinne frail geworden.

Berücksichtigt man auch die Mortalitätsrate sowie gesundheitlich bedingte Stichprobenausfälle, so ergibt sich ein Anteil zwischen 19,6% und 23,4% aller „Rüstigen“ der Ersterhebung, die heute entweder verstorben sind oder sich in einem deutlich verschlechterten funktionalen Status befinden (je nachdem, ob andere Ausfälle, über die keine näheren aktuellen Gesundheitsdaten vorliegen, aus der Stichprobe herausgerechnet werden oder nicht). Vor diesem Hintergrund – und ausgehend von der ÖIHS-Stichprobe – kann also gesagt werden: Ab einem Alter von etwa 80 Jahren hat ein „Rüstiger“ eine Wahrscheinlichkeit von ca. 80%, sich auch nach drei Jahren noch in einem relativ guten funktionalen Zustand zu befinden.

Diese Wahrscheinlichkeit ist bereits deutlich niedriger bei ebenfalls noch vergleichsweise gesunden und funktional intakten „Fitten“. Bei diesen beträgt der Anteil von Teilnehmer/innen, die bei der Zweiterhebung eine Verschlechterung des gesundheitlichen und funktionalen Status durchgemacht haben, bereits 22,7%. Wenn man auch hier Mortalität und gesundheitlich bedingte Ausfälle berücksichtigt, liegt die Wahrscheinlichkeit, nach Ablauf von drei Jahren sowohl noch am Leben zu sein, als auch

sich noch in einem vergleichsweise guten Gesundheitszustand zu befinden, nur noch zwischen 60,9% und 67,7%.

Die festgestellte Kontinuität hinsichtlich des objektiven Gesundheitszustandes gilt umgekehrt auch bei Teilnehmer/innen mit eher schlechtem gesundheitlichen und funktionalen Zustand. Ähnlich wie im Fall der „Rüstigen“ und „Fitten“, befinden sich auch solche Teilnehmer/innen nach wie vor überwiegend in einem eher schlechten Gesundheitszustand („pre-frail“ oder „frail“), wenn ein solcher bereits während der Ersterhebung gegeben war (68,8%). Besonders eine ausgeprägte Frailty bietet aufgrund ihres progredienten Verlaufs offenbar nur noch geringe Potenziale für eine signifikante Besserung des funktionalen Status: 14 von 15 Teilnehmer/innen, die im Rahmen der Ersterhebung als „frail“ eingestuft wurden, befinden sich auch nach der Folgerhebung in jener Gruppe von Personen, deren Gesundheitszustand als relativ schlecht zu qualifizieren ist („pre-frail“ oder „frail“). Hier ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass ein erheblicher Teil von Teilnehmer/innen mit ausgeprägter Frailty zwischen Erst- und Zweiterhebung verstorben ist (42,1%). Es kann daher angenommen werden, dass vor allem solche Teilnehmer/innen überlebt haben und in der Stichprobe verblieben sind, deren Frailty noch vergleichsweise leicht bis moderat ausgebildet war.²²

Was hier mit Blick auf die relativ geringen Entwicklungspotenziale bei Frailty gesagt wurde, verhält sich offenbar durchaus anders im Hinblick auf die Pre-Frailty, als Vorstufe der Frailty. Hier scheinen, den Ergebnissen des wiederholten geriatrischen Assessments zufolge, durchaus noch, teilweise sogar erhebliche Verbesserungen hinsichtlich des funktionalen Status möglich zu sein. Immerhin 35,9% jener Teilnehmer/innen, die im Rahmen der Ersterhebung als „pre-frail“ eingestuft wurden und auch an der Zweiterhebung teilgenommen haben, scheinen heute im Bereich der relativ besseren Gesundheit („rüstig“ oder „fit“) auf. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass bei einigen Teilnehmer/innen zum Zeitpunkt der Ersterhebung aufgrund bestimmter altersbedingter Beschwerden oder Erkrankungen eine zeitweilige, aber nicht dauerhafte Einschränkung in den funktionalen Kapazitäten vorgelegen hat, die sich in der Zwischenzeit wieder etwas verbessert hat. Einzuschränken wäre dieses Ergebnis allenfalls dadurch, dass etwas mehr als ein Drittel dieser Verbesserungen durch sehr kleine Veränderungen in den Punktwerten im Grenzbereich von „pre-frail“ und „fit“ zustande kommt.²³

²² Dies lässt sich auch quantifizieren: Konnten nämlich von jenen Teilnehmer/innen mit der am stärksten ausgeprägten Frailty in der Stichprobe – gemessen an ihrem erreichten Score im Frailty-Index – nur 25% auch an der kompletten Zweiterhebung teilnehmen, waren es bei leichteren Formen immerhin rund 43%. (Da besonders schwere Formen der Frailty in der ÖIHS-Stichprobe kaum vorkommen – der höchste erreichte Wert bei der Ersterhebung war 15 von insgesamt 19 möglichen Punkten auf der Frailty-Skala – wird hier als schwerere Form der Frailty ein Wert ab 13 gewertet. Als leichtere Form der Frailty wird ein Punktwert von 10-12 im Frailty-Index gewertet.)

²³ Ca. 39% der besagten Verbesserungen entfallen auf Teilnehmer/innen, die sich von einem Score von 6 im Gesundheits-Index (d.h. der Untergrenze der Pre-Frailty) um max. 1-2 Punkte (d.h. in den oberen Grenzbereich von „fit“) verbessert haben. Diese „Verbesserungen“ sind insofern mit Vorsicht zu interpretieren, als diese primär durch das eingesetzte Analyseinstrument zustande kommen könnten, ohne dass dem reale Verbesserungen in diesem Ausmaß entsprechen müssen.

Berücksichtigt man auch hier wieder die Mortalität und gesundheitlich bedingte Ausfälle, so ergibt sich eine Wahrscheinlichkeit zwischen 28,3% und 38,9%, nach drei Jahren einen besseren funktionalen Zustand als „Pre-Frailty“ aufzuweisen – eine Wahrscheinlichkeit, die angesichts der doch schon relativ weit fortgeschrittenen funktionalen Beeinträchtigungen, die eine Pre-Frailty bedeutet, als durchaus beträchtlich zu bewerten ist. Darüber hinaus besteht auch eine Wahrscheinlichkeit von 51,2% bis 58,4%, seinen – wenngleich bereits relativ labilen – Zustand der Pre-Frailty zumindest zu halten, ohne dass sich dieser zu einer manifesten Frailty verschlechtert oder sogar zum Tod führt.

Sowohl Veränderungen als auch Kontinuität des objektiven Gesundheitszustandes zwischen Erst- und Zweiterhebung können in der nachstehenden Tabelle abgelesen werden (siehe unten *Tabelle 3*). Hier wird vor allem ersichtlich, dass die größte Kontinuität an den beiden Polen der Gesundheitsverteilung („rüstig“ und „frail“) besteht. „Rüstige“ vermögen im zeitlichen Verlauf ihren guten gesundheitlichen und funktionalen Status eher zu bewahren, während bei manifester Frailty allenfalls Zustandsverbesserungen innerhalb eines Bereichs bereits vergleichsweise schlechter Gesundheit möglich sind – und dies überwiegend auch nur unter der Voraussetzung, dass bereits während der Ersterhebung nur eine eher leicht ausgeprägte Frailty vorlag, während Personen, die bereits an schwereren Formen der Frailty litten, eher zwischen Erst- und Zweiterhebung verstorben oder krankheitsbedingt aus der Stichprobe ausgefallen sind.

Gesundheit 2013	Gesundheit 2016				
	„rüstig“	„fit“	„pre-frail“	„frail“	Gesamt
„rüstig“ (n=41)	51,2% (21)	39,0% (16)	9,8% (4)	-	100%
„fit“ (n=110)	14,5% (16)	62,7% (69)	20,9% (23)	1,8% (2)	100%
„pre-frail“ (n=78)	9,0% (7)	26,9% (21)	47,4% (37)	16,7% (13)	100%
„frail“ (n=15)	-	6,7% (1)	33,3% (5)	60,0% (9)	100%

Tabelle 3: Entwicklung des Gesundheitszustandes zwischen Erst- und Zweiterhebung (absolute Zahlen in Klammern).

Eine stärkere Streuung ergibt sich hingegen in den mittleren Kategorien („fit“ und „pre-frail“). Hier sind zum Teil deutliche Verbesserungen, aber ebenso deutliche Verschlechterungen möglich, was auch darauf zurückzuführen sein dürfte, dass diese beiden Kategorien gewissermaßen Grenz- oder Schwellenbereiche markieren, in denen der funktionale Status einer Person noch als relativ gut oder aber bereits als relativ schlecht einzuschätzen ist. Speziell zwischen diesen beiden Kategorien können sich daher nach oben oder unten einige Verschiebungen ergeben.

Hochaltrige Frauen sind stärker von funktionalen Verlusten betroffen als Männer

Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes zwischen Erst- und Zweiterhebung können insbesondere deutliche Unterschiede entlang des Geschlechts, aber auch entlang der Bildung festgestellt werden.

Beträchtliche geschlechtsspezifische Differenzen lassen sich dabei bereits bei einem Vergleich der geschlechtsspezifischen Verteilung des Gesundheitszustandes während der Zweiterhebung mit jener aus der Ersterhebung erkennen. Hier zeigt sich zunächst, dass sowohl bei den hochaltrigen Männern als auch bei den hochaltrigen Frauen in der Stichprobe der Anteil mit vergleichsweise gutem Gesundheitszustand („rüstig“ und „fit“) seit der Ersterhebung 2013 deutlich zugenommen hat – bei den Männern von 64,2% auf 71,8%, bei den Frauen von 47,2% auf 52,8%. Diese Verschiebung im Verhältnis von eher guter und eher schlechter Gesundheit resultiert in beiden Fällen daraus, dass Teilnehmer/innen mit schlechterem Gesundheitszustand mit höherer Wahrscheinlichkeit aus der Panelstichprobe ausgefallen sind. Allerdings ist diese Verschiebung bei den Männern wesentlich deutlicher ausgefallen als bei den Frauen. Besonders deutlich wird dies in der Gruppe der „Rüstigen“: Hier hat sich der Anteil der „rüstigen“ Männer gegenüber dem der „rüstigen“ Frauen seit der Ersterhebung nahezu verdoppelt.

Gesundheit	2013		2016	
	m (n=173)	w (n=237)	m (n=117)	w (n=127)
„rüstig“	16,2%	11,8%	23,9%	12,6%
„fit“	48,0%	35,4%	47,9%	40,2%
„pre-frail“	27,2%	43,0%	20,5%	35,4%
„frail“	8,7%	9,7%	7,7%	11,8%
Gesamt	100%	100%	100%	100%

Tabelle 4: Gesundheitszustand nach Geschlecht – Vergleich Erst- und Zweiterhebung.

Was bei Frauen besonders auffällt, ist, dass hier sowohl der Anteil der „Rüstigen“ (von 11,8% auf 12,6%) und der „Fitten“ (von 35,4% auf 40,2%), als auch jener im ganz untersten Segment der Frailty zugenommen hat (von 9,7% auf 11,8%). Damit ist also gleichzeitig mit dem Anteil hochaltriger Frauen mit vergleichsweise gutem Gesundheitszustand auch der Anteil von Frauen mit besonders schlechtem Gesundheitszustand im Sample gewachsen. Hier wird eine gewisse Ambivalenz in der gesundheitlichen und funktionalen Entwicklung sichtbar, insbesondere im Vergleich zu den Männern, wo die gesundheitsbezogenen Verschiebungen durchgehend vom schlechteren (pre-frail/frail) zum besseren Gesundheitszustand (rüstig/fit) hin verlaufen.

Prinzipiell entspricht die ungleiche Entwicklung von hochaltrigen Männern und Frauen hinsichtlich des Gesundheitszustandes durchaus den Erwartungen, zumal sich einerseits eine solche Tendenz bereits in der Ersterhebung abgezeichnet hat und andererseits auch

andere, internationale Hochaltrigenstudien zum Ergebnis kommen, dass sich Männer im hohen Alter – bei einer gleichzeitigen Abnahme des Männeranteils unter den Hochaltrigen insgesamt – tendenziell in einem besseren gesundheitlichen und funktionalen Zustand befinden als Frauen (z.B. Andersen-Ranberg et al. 2001; Hitt et al. 1999; Guilley/Lalive d'Epina y 2008). Die gegenläufigen Tendenzen bei den Frauen, in Form einer gleichzeitigen Zunahme des Anteils relativ gesunder, aber auch des Anteils besonders stark funktional eingeschränkter Frauen, deuten zur selben Zeit aber auch auf möglicherweise zunehmende Ungleichheiten unter Frauen hin, die einer genaueren Analyse bedürfen (siehe unten *Kapitel 4.1.*).

Betrachtet man die gesundheitlichen Entwicklungsverläufe zwischen Erst- und Zweiterhebung etwas genauer, so zeigt sich, dass der gesundheitliche Vorteil hochaltriger Männer vor allem dadurch zustande kommt, dass sie einen besonders guten gesundheitlichen und funktionalen Zustand eher zu bewahren vermögen als Frauen. Mehr als zwei Drittel (68,2%) der Männer, die bereits bei der Ersterhebung der Gruppe der „Rüstigen“ zugeordnet werden konnten, fallen auch bei der Zweiterhebung in diese Gruppe. Hingegen sind es bei den Frauen nur 31,6%, während 63,2% „nur“ noch unter den „Fitten“ aufscheinen. Dies kann auch nicht dadurch kompensiert werden, dass 13,6% der ursprünglich „rüstigen“ Männer noch schwerwiegendere funktionale Einbußen erlitten haben und pre-frail geworden sind, während dies nur auf 5,3% der den rüstigen Frauen zutrifft.

Ein ähnliches Bild – wenn auch bereits auf deutlich niedrigerem Niveau – bietet sich mit Blick auf die Entwicklung der „Fitten“: Auch hier sind es bei den Männern mehr als zwei Drittel (69,5%), die ihren relativ guten Gesundheitszustand halten können. Dies gelingt immerhin auch mehr als der Hälfte (54,9%) der „fitten“ Frauen, die allerdings auf der anderen Seite auch deutlich häufiger als Männer ihren relativ guten Gesundheitszustand verlieren (29,4% vs. 17%).

Entwicklung des Gesundheitszustands 2013 – 2016, nach Geschlecht

Geschlecht		Gesundheit 2016					Gesamt
		sehr gut	gut	pre-frail	frail		
männlich (n=116)	Gesundheit 2013 sehr gut	68,2%	18,2%	13,6%		100%	
	gut	13,6%	69,5%	13,6%	3,4%	100%	
	pre-frail	13,3%	33,3%	40,0%	13,3%	100%	
	frail		20,0%	20,0%	60,0%	100%	
weiblich (n=128)	Gesundheit 2013 sehr gut	31,6%	63,2%	5,3%		100%	
	gut	15,7%	54,9%	29,4%		100%	
	pre-frail	6,3%	22,9%	52,1%	18,8%	100%	
	frail			40,0%	60,0%	100%	

Tabelle 5: Entwicklung des Gesundheitszustands zwischen Erst- und Zweiterhebung, nach Geschlecht.

Sozial benachteiligte Personen sterben häufiger und sind eher von funktionalen Verlusten betroffen als sozial bessergestellte Teilnehmer/innen

Unterschiede hinsichtlich der längsschnittlichen Entwicklung des objektiven Gesundheitszustandes können auch – wenn auch etwas weniger eindeutig als beim Geschlecht – entlang sozioökonomischer Faktoren wie Bildung festgestellt werden. Zwar bleibt es grundsätzlich dabei, wie bereits in der Ersterhebung zu konstatieren war, dass die Wahrscheinlichkeit, im hohen Alter über einen guten gesundheitlichen und funktionalen Zustand zu verfügen, für Höhergebildete (Matura und höher) deutlich größer ist als für Niedriggebildete (höchstens Pflichtschule) – in der ÖIHS-Stichprobe rund drei Mal so groß (25,4% vs. 8,5%).

Allerdings zeigt sich im Längsschnitt auch, dass Niedriggebildete mit vergleichsweise gutem Gesundheitszustand (rüstig/fit) diesen im zeitlichen Verlauf nicht wesentlich seltener aufrechterhalten konnten als Höhergebildete – zumindest gilt dies für die drei Jahre zwischen Erst- und Zweiterhebung. Mit genau 85% gelingt dies Hochgebildeten zwar etwas häufiger als Niedriggebildeten (81,5%), doch angesichts der im Allgemeinen doch recht beträchtlichen gesundheitsbezogenen Differenzen zwischen Höher- und Niedriggebildeten, erweist sich dieser Unterschied als relativ gering. Dies könnte darauf hindeuten, wie auch internationale Studien nahelegen (z.B. Lampert/Maas 2002), dass sich im hohen Alter sozioökonomisch bedingte Gesundheitsdifferenzen tendenziell etwas abschwächen.

Allerdings bleibt dabei zu berücksichtigen, dass Personen mit niedriger Bildung auch im höheren Alter eine ungleich höhere Mortalität haben als Personen mit höherer Bildung. Allein zwischen Erst- und Zweiterhebung sind 22,4% der Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung verstorben, hingegen nur 12,1% der Teilnehmer/innen mit hoher Bildung (siehe oben *Mortalität*).

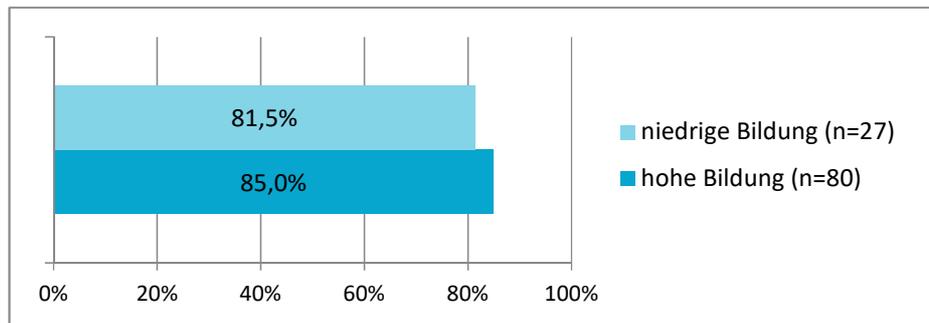


Abbildung 17: Aufrechterhaltung des funktionalen Status der Ersterhebung („rüstig“ und „fit“), nach Bildung.

Auch zeigt sich bei genauerer Betrachtung der Längsschnittdaten, dass gesundheitsbezogene Unterschiede etwas größer ausfallen, wenn ausschließlich auf die gesundheitliche Entwicklung der „Rüstigen“ fokussiert wird. Dabei wird erkennbar, dass Teilnehmer/innen ihren Status als „Rüstige“ eher erhalten konnten, wenn sie einen hohen Bildungsgrad hatten. Immerhin 58,1% der „Rüstigen“ mit hoher Bildung aus der Ersterhebung konnten ihren vergleichsweise sehr guten Gesundheitszustand bewahren, während es unter Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung überhaupt nur noch 1 Person (von insgesamt 3 in der Stichprobe verbliebenen niedrig gebildeten „Rüstigen“) war.

Zusammenfassend kann vor diesem Hintergrund also gesagt werden, dass für sozioökonomisch benachteiligte Menschen eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit gegeben ist, bis ins hohe Alter hinein sowohl am Leben zu bleiben als auch einen vergleichsweise guten Gesundheitszustand zu bewahren. Wenn sozioökonomisch Benachteiligte jedoch einmal bei relativ guter Gesundheit ein hohes Alter erreicht haben, scheint ihre Wahrscheinlichkeit, diese noch länger bewahren zu können, nicht mehr sehr viel geringer als bei Höhergebildeten zu sein (wenn auch immer noch erkennbar). Um diesen Befund abzusichern, bedarf es aber in jedem Fall noch weiterer längsschnittlicher Folgerhebungen, die die gesundheitliche Entwicklung in den verschiedenen Bildungssegmenten kontinuierlich weiterverfolgen.

Auf längsschnittliche Befunde zur sozialen Ungleichheit hinsichtlich der Entwicklung von Gesundheit und Funktionalität in der ÖIHS-Stichprobe wird zu einem späteren Zeitpunkt noch ausführlicher in einem eigenständigen Kapitel eingegangen (siehe unten *Kapitel 4.2.*).

2.1.1 Längsschnittliche Entwicklung von Gesundheit und Funktionalität in einzelnen gesundheitlichen Teilbereichen und Dimensionen

Wie hat sich der gesundheitliche und funktionale Zustand der in der Stichprobe verbliebenen Teilnehmer/innen in den drei Jahren seit der Ersterhebung im Detail entwickelt?

Insgesamt ergibt ein Vergleich der Gesundheitsdaten der Ersterhebung mit jenen der Zweiterhebung eine tendenzielle Verschlechterung der gesundheitlichen und funktionalen Kapazitäten in der Stichprobe – auch wenn diese Verschlechterungen

unterschiedlich stark ausgefallen sind und zum Teil auch kontrastiert werden durch manche gesundheitliche und funktionale Verbesserungen in anderen Segmenten der Stichprobe. Im Großen und Ganzen kann aber festgestellt werden, dass in den drei Jahren zwischen Erst- und Zweiterhebung bei vielen Teilnehmer/innen in unterschiedlichem Ausmaß funktionale Kapazitäten etwas abgebaut haben. Das zeigt sich insbesondere an der Entwicklung solcher Teilnehmer/innen, die bei der Ersterhebung noch hohe funktionale und gesundheitliche Werte erzielt haben. Darin dürfte sich ganz allgemein eine mit zunehmendem Alter sukzessive ansteigende physische Verletzlichkeit widerspiegeln, durch die die Wahrscheinlichkeit für altersbedingte Krankheiten und funktionale Einschränkungen – wenn auch nicht bei allen Menschen gleichermaßen – tendenziell zunimmt.

Was ebenfalls daran ersichtlich wird, ist, dass die im vorigen Kapitel festgestellte, tendenziell negative subjektive Bewertung der gesundheitlichen Entwicklung der vergangenen Jahre durchaus eine objektive Grundlage hat, auch wenn sich gesundheitliche und funktionale Verschlechterungen in bestimmten Bereichen nicht zwangsläufig in einer eindeutig beobachtbaren Verschlechterung des funktionalen Status insgesamt niederschlagen müssen.

Einige dieser Veränderungen werden im Folgenden etwas ausführlicher mit Blick auf konkrete Aspekte der funktionalen, somatischen, psychischen und subjektiven Gesundheit beleuchtet.

2.1.2 Funktionale Gesundheit

- ❖ **Die stärksten Einbußen zwischen Erst- und Zweiterhebung sind im Bereich der funktionalen Gesundheit festzustellen.**
- ❖ **Wie die Auswertung zeigt, nimmt der Anteil von Teilnehmer/innen ohne funktionale Einschränkungen in der Stichprobe im zeitlichen Verlauf tendenziell ab.**
- ❖ **Die Zunahme funktionaler Einschränkungen in der Stichprobe lässt sich in nahezu allen Dimensionen der Funktionalität beobachten: Mobilität, sensorische Fähigkeiten (Sehen/Hören) sowie „Aktivitäten des täglichen Lebens“.**

Die vielleicht größten Veränderungen ergeben sich hinsichtlich der funktionalen Gesundheit. Diese Veränderungen lassen sich, wie bereits erwähnt, vor allem an solchen Teilnehmer/innen ablesen, die bei der Ersterhebung 2013 noch vergleichsweise hohe Funktionalitätswerte erzielt haben. Bei Teilnehmer/innen, die bereits vor drei Jahren von Einschränkungen in ihren funktionalen Kapazitäten betroffen waren, waren die entsprechenden Werte auch bei der Zweiterhebung überwiegend niedrig.

Mobilität

Einen wesentlichen Bereich der funktionalen Gesundheit stellt die Mobilität dar. Mobilität ist eine wesentliche Voraussetzung für Aktivitäten außerhalb des Haushalts, für die Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs, für sozialen Austausch und damit generell für die Aufrechterhaltung eines eigenständigen Lebens (vgl. Mollenkopf/Oswald 2001).

Veränderungen hinsichtlich der Mobilität der Teilnehmer/innen zeigen sich bereits mit Blick auf den im Rahmen des geriatrischen Assessments durchgeführten **Gangtest**.²⁴ Zwar konnten fast alle Teilnehmer/innen (97,4%), die den Gangtest schon bei der Ersterhebung bewältigt hatten, diesen auch bei der Zweiterhebung positiv absolvieren. Allerdings waren nur noch 88,8% derjenigen, die den Test damals mit einer als „normal“ zu qualifizierenden Gehgeschwindigkeit bewältigt haben, auch diesmal in der Lage, den Test mit einer „normalen“ Gehgeschwindigkeit zu absolvieren. Dies deutet darauf hin, dass sich bei einigen Teilnehmer/innen mit ursprünglich intakter Mobilität in der Zwischenzeit nennenswerte Einschränkungen in der Gehfähigkeit ergeben haben, die sie in ihrer Mobilität zunehmend behindern.

Zunehmende Mobilitätseinschränkungen lassen sich auch an der Entwicklung des **Bewegungsradius** in der Stichprobe erkennen. Zwar ist auch hier der größte Teil der Teilnehmer/innen mit ehemals unbeschränktem Bewegungsradius (78,3%) auch heute noch in der Lage, sich überall (im gesamten Wohnort) selbständig fortzubewegen. Bei 17,9% beschränkt sich jedoch der Bewegungsradius mittlerweile nur noch auf die nähere Umgebung ihrer Wohnung. 3,9% können sich sogar nur noch innerhalb ihres Hauses fortbewegen.

Auch bei Teilnehmer/innen, die sich zum Zeitpunkt der Ersterhebung immerhin noch selbstständig innerhalb der näheren Wohnumgebung bewegen konnten, konnte der Bewegungsradius bei 85,7% zumindest auf demselben Niveau gehalten werden. Bei 14,3% haben sich in der Zwischenzeit jedoch Einschränkungen eingestellt, die sie zunehmend ans Haus bzw. die Wohnung binden oder nur noch ein Verlassen der Wohnung unter Begleitung erlauben.

²⁴ Beim Gangtest wurden die Teilnehmer/innen gebeten, vom Stuhl aufzustehen, einige Schritte zu gehen und sich anschließend wieder zu setzen. Dabei wurden auch die Gehgeschwindigkeit und das Gangbild durch die geschulten Interviewer/innen beobachtet und als „normal“ oder als „auffällig langsam und schwerfällig“ eingestuft.

Bewegungsradius 2013	Bewegungsradius 2016				
	Überall	Nähere Umgebung	Wohnung/ Haus	Keine Fortbew.	Gesamt
Überall (n=207)	78,3% (162)	17,9% (37)	3,9% (8)	-	100%
Nähere Umgebung (n=41)	21,4% (9)	64,3% (27)	11,9% (4)	2,4% (1)	100%
Wohnung/Haus (n=19)	5,3% (1)	26,3% (5)	57,9% (11)	10,5% (2)	100%
Keine selbstständige Fortbewegung möglich (n=2)	-	-	-	100% (2)	100%

Tabelle 6: Entwicklung des Bewegungsradius zwischen Erst- und Zweiterhebung, inkl. Telefoninterviews (n=269) (absolute Zahlen in Klammern).

Entsprechend der tendenziell gesunkenen mobilen Kapazitäten hat auch die Verwendung von Gehhilfen unter den Teilnehmer/innen zugenommen. 20,3% der Teilnehmer/innen, die während der Ersterhebung 2013 die Verwendung eines Stocks, eines Rollators oder anderer Gehbehelfe noch verneint haben, geben heute an, zumindest gelegentlich eine Gehhilfe zu verwenden. 11,3% davon sind sogar regelmäßig auf eine Gehhilfe angewiesen. Unter Teilnehmer/innen, die damals angegeben hatten, gelegentlich eine Gehhilfe zu verwenden, sind heute fast die Hälfte (44,4%) regelmäßig auf die Verwendung einer Gehhilfe angewiesen.

Auch Rollstühle werden mittlerweile häufiger benötigt – immerhin 4% der Teilnehmer/innen, die vor drei Jahren noch ohne Rollstuhl ausgekommen sind, verwenden heute ihren Angaben zufolge zumindest gelegentlich einen Rollstuhl.

Sensorische Fähigkeiten

Ähnliche Einschränkungen können auch mit Blick auf die sensorischen Fähigkeiten (Sehen/Hören) der hochaltrigen Studienteilnehmer/innen konstatiert werden. 20,2%, also mehr als ein Fünftel der Teilnehmer/innen, die bei der Ersterhebung noch von keinerlei **Sehproblemen** berichteten, geben heute an, Probleme beim Sehen zu haben, davon 5,2% sogar große Probleme.

Ähnlich verhält es sich mit den **Hörfähigkeiten**: Hier berichten 18,9% von zwischenzeitlich eingetretenen Hörproblemen.

Immerhin kann aber auch festgestellt werden, dass bei einem überwiegenden Teil der Teilnehmer/innen, die bereits bei der Ersterhebung von einigen Seh- und/oder Hörproblemen berichteten (93,7% bzw. 93,3%), die Probleme in der Zwischenzeit zumindest nicht größer geworden sind.

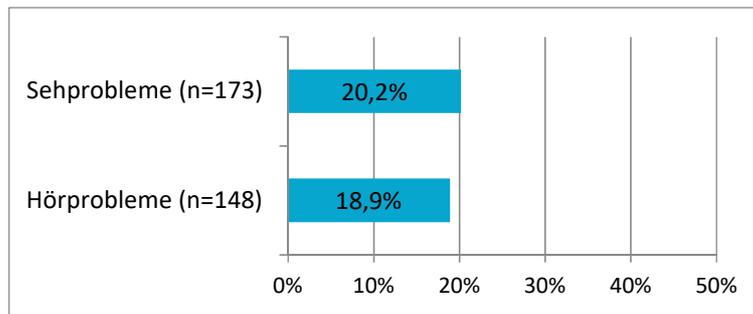


Abbildung 18: Neu aufgetretene Seh- und Hörprobleme seit Ersterhebung.

17,8% der Teilnehmer/innen mussten sich auch – wie sich aus einem Vergleich ihrer Angaben aus Erst- und Zweiterhebung ergibt – im Laufe der vergangenen drei Jahre erstmals einer Operation wegen **Grauem Star** unterziehen. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Ersterhebung und bezogen auf die Ausgangsstichprobe der ÖIHS (n=410) ergibt sich daraus ein Anteil von mindestens 56,1% aller an der ÖIHS teilnehmenden Hochaltrigen, die im Laufe ihres Lebens bereits eine Staroperation vornehmen lassen mussten (dieser Anteil könnte eventuell noch höher liegen, wenn auch solche Teilnehmer/innen zwischenzeitlich eine Staroperation hatten, die mittlerweile verstorben sind oder nicht mehr an der Zweiterhebung teilgenommen haben, und über die daher keine entsprechenden neuen Daten vorliegen). Dies veranschaulicht die hohe Prävalenz des Grauen Stars in der Studienpopulation, die im hohen und höchsten Alter noch weiter zunimmt, weshalb Staroperationen heute auch zu den am häufigsten durchgeführten chirurgischen Eingriffen zählen (vgl. Allen/Vasavada 2006).

Aktivitäten des täglichen Lebens

Stärkere Einschränkungen in der Mobilität und den sensorischen Fähigkeiten bewirken auch größere Einschränkungen hinsichtlich Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL & IADL), d.h. hinsichtlich der **Selbsthilfefähigkeit mit Blick auf alltägliche Verrichtungen**.

So haben 6,4% der Teilnehmer/innen ohne entsprechende Einschränkungen zum Erhebungszeitpunkt 2013 heute Probleme beim **Stiegensteigen**, 9,1% brauchen mittlerweile Hilfe beim **Anziehen**, und 12,3% können heute ihre **Einkäufe**, die sie vor drei Jahren noch weitestgehend selbst erledigt haben, nicht mehr selbstständig und ohne Unterstützung erledigen.

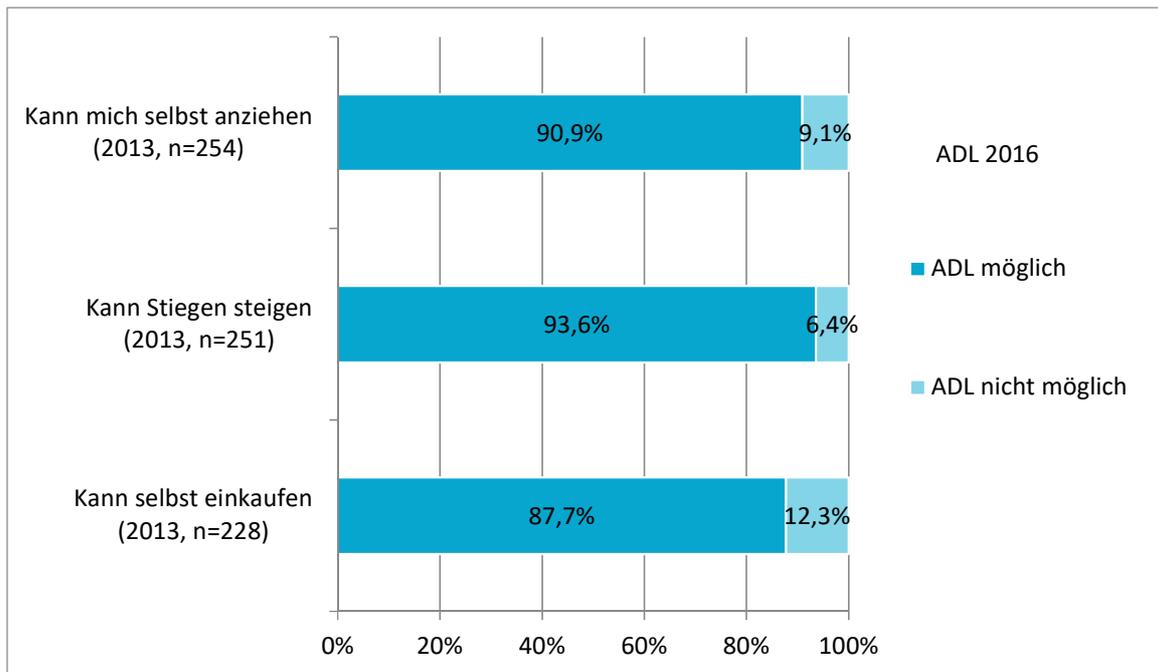


Abbildung 19: Einschränkungen bei zentralen ADL (Anziehen, Stiegen steigen und Einkaufen) seit Ersterhebung.

Dementsprechend sind heute auch mehr Teilnehmer/innen auf **Unterstützung im Alltag** angewiesen: Ein gutes Viertel (25,3%) der in Privathaushalten lebenden Teilnehmer/innen (inkl. Telefoninterviews), die bei der Ersterhebung noch angegeben haben, ohne Hilfe im Alltag auszukommen, geben mittlerweile an, auf Unterstützung angewiesen zu sein. Dies schlägt sich auch in einer deutlichen Zunahme des Anteils hilfebedürftiger Personen in der Stichprobe im Vergleich zur Ersterhebung nieder (von 34,5% auf 41,3%).

Frauen sind stärker von funktionalen Verlusten betroffen als Männer

Funktionale Verluste betreffen – in Übereinstimmung mit ihrer auch etwas negativeren Entwicklung hinsichtlich der Gesundheit im Allgemeinen – Frauen deutlich stärker als Männer.

So sind etwa Frauen wesentlich häufiger von seit der Ersterhebung neu hinzugekommenen Einschränkungen der Gehfähigkeit betroffen. Während 5% der Frauen, die den Gangtest bei der Ersterhebung noch bewältigt haben, diesen bei der Zweiterhebung nicht mehr positiv absolvieren konnten, trifft dergleichen auf niemanden unter den Männern zu. Das heißt, alle Männer, die den Gangtest bei der Ersterhebung bewältigt haben, haben diesen auch bei der Zweiterhebung bewältigt. Allerdings waren ihre Gehgeschwindigkeit und ihr Gangbild etwas häufiger auffällig als bei Frauen (12,9% vs. 9,4%).

Dies spiegelt sich auch in einer negativeren Entwicklung von hochaltrigen Frauen hinsichtlich ihres Bewegungsradius wider. Können sich von den Männern mit ursprünglich unbeschränktem Bewegungsradius nach wie vor 84,2% überall selbstständig fortbewegen, sind es bei den Frauen nur 72,6%. Lediglich 2% in dieser Gruppe von Männern sind heute so stark in ihrer Mobilität bzw. ihrer Gesundheit

eingeschränkt, dass sie sich nur innerhalb des Hauses/der Wohnung fortbewegen können. Bei Frauen sind es 5,6%.

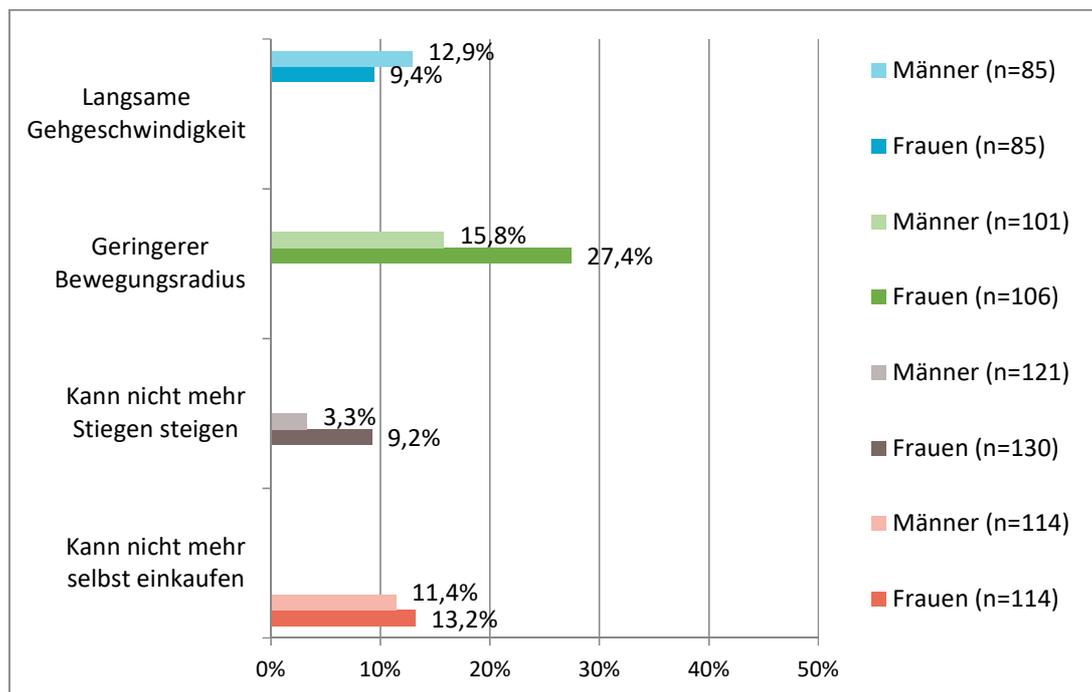


Abbildung 20: Seit der Ersterhebung aufgetretene Einschränkungen (Gehgeschwindigkeit, Bewegungsradius, Stiegen steigen, Einkaufen) bei funktional ursprünglich intakten Teilnehmer/innen, nach Geschlecht.

Auch hinsichtlich „Aktivitäten des täglichen Lebens“ fallen zwischenzeitlich eingetretene Einschränkungen bei Frauen überwiegend stärker aus. Ehemals funktional weitestgehend intakte Teilnehmerinnen haben heute öfter Probleme beim Stiegen steigen als Männer mit vergleichbarer Ausgangslage (9,2% vs. 3,3%) und können häufiger ihren Einkauf nicht mehr alleine erledigen (13,2% vs. 11,4%). Ausnahme ist das selbstständige Ankleiden, hier haben Männer offenbar eher Schwierigkeiten als Frauen (10% vs. 8,2%), wobei sich hier unter Umständen auch der Sachverhalt widerspiegeln könnte, dass hochaltrige Männer viel eher auf Unterstützung durch eine Ehefrau oder Lebensgefährtin zurückgreifen können, während hochaltrige Frauen überwiegend verwitwet bzw. alleinlebend sind.²⁵ Dadurch sind sie möglicherweise durch den Zwang der Umstände eher dazu gezwungen, sich selbst anzukleiden, auch wenn es ihnen hinsichtlich ihrer Beweglichkeit bereits recht schwer fällt. Der höhere Prozentsatz bei den Männern könnte also auch daher rühren, dass sie – anders als viele Frauen – sich bei Einschränkungen in der Beweglichkeit nicht selber ankleiden müssen, sondern dabei auf Unterstützung zurückgreifen können – mit dem Effekt, dass sie die Fähigkeit, sich ohne Hilfe anzuziehen, öfter verneinen.

²⁵ Wie schon bei der Ersterhebung, sind die hochaltrigen Männer auch heute noch mehrheitlich verheiratet oder leben in einer Partnerschaft. Hingegen sind Frauen großteils verwitwet und alleinlebend. Die diesbezüglichen Zahlen haben sich zwischen Erst- und Zweiterhebung in der Stichprobe nur geringfügig verändert: 59,8% der Männer sind nach wie vor verheiratet (2013: 59,5%), lediglich 24,8% verwitwet (2013: 26,6%). Bei den Frauen verhält es sich genau umgekehrt: Von ihnen sind heute 66,9% verwitwet (2013: 68,5%) und nur 13,4% verheiratet (2013: 16,2%).

Beträchtliche geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es daher vor diesem Hintergrund auch mit Blick auf einen zwischenzeitlich eingetretenen Unterstützungsbedarf. Hier gibt fast ein Drittel (31,4%) jener Frauen, die zum Zeitpunkt der Ersterhebung noch ohne Hilfe im Alltag ausgekommen sind, an, mittlerweile auf Unterstützung angewiesen zu sein. Mit 19,6% ist dieser Prozentsatz unter Männern doch deutlich geringer.²⁶

2.1.3 Chronische Krankheiten

- ❖ **Auch mit Blick auf chronische Krankheiten lässt sich eine tendenzielle Verschlechterung des Gesundheitszustands in der Stichprobe zwischen Erst- und Zweiterhebung feststellen.**
- ❖ **Der Anteil von Teilnehmer/innen ohne chronische Krankheiten nimmt ab, der Anteil multimorbider Teilnehmer/innen nimmt hingegen zu.**
- ❖ **Die Zunahme chronischer Krankheiten spiegelt sich auch in einer Steigerung der Medikationsraten wider.**
- ❖ **Frauen sind in der Stichprobe häufiger von einer Zunahme chronischer Krankheiten betroffen als Männer.**

Vergleichbar mit der funktionalen Gesundheit stellt sich auch die Entwicklung hinsichtlich chronischer Krankheiten dar. Nur noch 41,2% der Teilnehmer/innen, die bei der Ersterhebung angegeben haben, an gar keiner chronischen Krankheit zu leiden, geben dergleichen auch bei der Zweiterhebung zu Protokoll. Mehr als die Hälfte von ihnen (58,8%) leidet heute laut Selbstauskunft an mindestens einer chronischen Krankheit, davon 29,4% an zwei und mehr Krankheiten.

Auch unter Teilnehmer/innen, die angegeben hatten, an nicht mehr als einer chronischen Krankheit zu leiden, haben heute 37,4% zwei oder mehr chronische Krankheiten, liegt also mittlerweile Multimorbidität vor.

Bei schwer multimorbiden Teilnehmer/innen mit vier und mehr chronischen Krankheiten hat sich an der Situation überwiegend nichts geändert – hier sind 95,3% nach wie vor multimorbide, 62,5% leiden an mindestens vier chronischen Krankheiten, 9,4% sogar an sechs und mehr Krankheiten.

²⁶ Auch hier ist möglich, dass sich in den geringeren Prozentwerten der Männer zum Teil eine häufigere Inanspruchnahme von Unterstützung durch eine Ehefrau oder Lebensgefährtin niederschlägt, die jedoch – sofern es sich dabei nicht um Pfllegetätigkeiten im engeren Sinne, sondern eher um Haushaltstätigkeiten handelt – nicht als „Unterstützung“ wahrgenommen und genannt werden, da diese ohnehin im Rahmen der „geschlechtlichen Arbeitsteilung“ innerhalb der Ehe primär durch die Frau erledigt werden. Hochaltrige Frauen – als überwiegend Verwitwete und Alleinlebende – können auf derartige Unterstützung im Alltag nicht zurückgreifen, weshalb sie, wenn sie solche Tätigkeiten nicht mehr selbstständig ausüben können, dies auch eher als Unterstützungsbedarf wahrnehmen müssen.

Chronische Krankheiten 2013	Chronische Krankheiten 2016				
	keine	1	2-3	4+	Gesamt
keine (n=17)	41,2% (7)	29,4% (5)	23,5% (4)	5,9% (1)	100% (17)
1 (n=48)	14,6% (7)	47,9% (23)	35,4% (17)	2,1% (1)	100% (48)
2-3 (n=115)	1,7% (2)	16,5% (19)	60,0% (69)	21,7% (25)	100% (115)
4+ (n=64)	-	4,7% (3)	32,8% (21)	62,5% (40)	100% (64)

Tabelle 7: Entwicklung der chronischen Krankheiten – Vergleich Erst- und Zweiterhebung (absolute Zahlen in Klammern).

Eine Zunahme chronischer Krankheiten bedingt eine Erhöhung der Medikationsraten

Diese Entwicklung spiegelt sich auch beim Medikamentenkonsum wider. Nur noch auf 41,7% jener Teilnehmer/innen, die bei der Ersterhebung angegeben haben, keinerlei Medikamente vom Arzt verschrieben zu bekommen, trifft dies auch bei der Zweiterhebung noch zu. 33,3% von ihnen bekommen heute 1-2 Medikamente verordnet, bei 16,6% sind es sogar mehr.

Bei fast der Hälfte (41,2%) der Teilnehmer/innen, die bis vor drei Jahren maximal zwei Medikamente gleichzeitig einnehmen mussten, sind es heute drei und mehr Medikamente, bei 9,8% sogar mehr als fünf.

Teilnehmer/innen, bei denen bei der Ersterhebung der Befund „Polypharmazie“ gestellt werden musste – die also mehr als fünf Medikamente gleichzeitig verordnet bekamen – fallen größtenteils (79,8%) auch bei der Zweiterhebung in diese Kategorie. Hier ist freilich auch zu berücksichtigen, dass ein großer Teil von multimorbiden und funktional besonders eingeschränkten Teilnehmer/innen zwischen Erst- und Zweiterhebung verstorben ist. Das heißt, dieser Befund bezieht sich allein auf solche Teilnehmer/innen, die bei der Zweiterhebung sowohl noch am Leben waren, als auch an der Folgerhebung teilgenommen haben. Der Anteil von Personen mit nach wie vor sehr vielen Medikamenten (mehr als 5) wäre also bei einem geringeren Ausfall von gesundheitlich besonders stark eingeschränkten Teilnehmer/innen möglicherweise noch deutlich höher – dies schon deshalb, da sich unter diesen viele Pflegeheimbewohner/innen befanden, die besonders häufig verstorben bzw. aus der Stichprobe ausgefallen sind und eine besonders hohe Medikation aufwiesen.

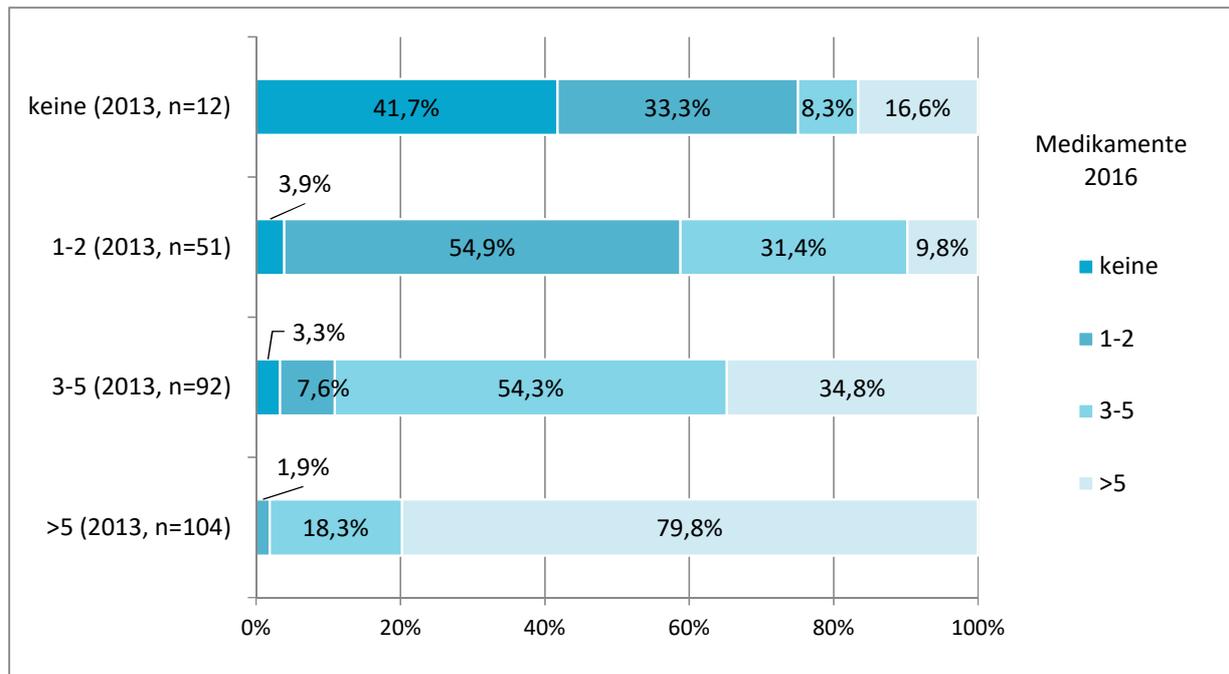


Abbildung 21: Entwicklung der Medikation seit Ersterhebung.

Stärkste Zunahme bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Mit Blick auf konkrete chronische Krankheiten können im Vergleich der Angaben aus Erst- und Zweiterhebung unterschiedlich hohe, relative „Zuwächse“ in der Stichprobe konstatiert werden. Das heißt, es wurden im Rahmen der Zweitbefragung zahlreiche Krankheiten auch von solchen Teilnehmer/innen als eine bestehende chronische Erkrankung genannt, die diese Krankheiten bei der Ersterhebung noch nicht zu Protokoll gegeben haben. Sofern es sich dabei um keine Falschangaben handelt, kann daraus geschlossen werden, dass die Prävalenz dieser Erkrankungen in der ÖIHS-Stichprobe im Laufe der Zeit entsprechend zugenommen hat.

Die größten „Zuwächse“ gibt es bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen: 15,8% der Teilnehmer/innen, die bei der Ersterhebung noch angegeben haben, frei von Bluthochdruck zu sein, geben mittlerweile an, unter Bluthochdruck zu leiden. 16,3% sind es bei Herzkrankheiten.

Neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen am stärksten zugenommen haben in der Stichprobe Harninkontinenz (bei 14,1% der Teilnehmer/innen ohne Harninkontinenz zum Zeitpunkt der Ersterhebung), gefolgt von Osteoporose (13%), Krebs (10,1%) und Rheuma/Gicht (8,8%).

Herzinfarkte und Schlaganfälle

2,7% der Teilnehmer/innen hatten zwischen Erst- und Zweiterhebung erstmals einen Herzinfarkt, 3,8% einen Schlaganfall. Hier besteht tendenziell ein Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Ersterhebung: Die Hälfte der Herzinfarkte entfällt auf Teilnehmer/innen, die sich bereits während der Ersterhebung in einem eher labilen Gesundheitszustand befanden, also bereits damals pre-frail oder frail waren. Die

andere Hälfte entfällt auf Teilnehmer/innen aus der Gruppe der „Fitten“, keiner allerdings auf jene der „Rüstigen“.

Ähnlich verhält es sich bei Schlaganfällen. Hier sind zu fast zwei Dritteln Personen betroffen, die bei der Ersterhebung als pre-frail oder frail eingestuft wurden. Ein weiteres Viertel entfällt auf „Fitte“.

Frauen sind am stärksten von einer Zunahme chronischer Krankheiten betroffen

Auch bei den chronischen Krankheiten gibt es einige geschlechtsspezifische Unterschiede, wobei diese ähnlich wie bei der funktionalen Gesundheit zuungunsten von Frauen ausfallen: Während 67,5% der Männer, die bei der Ersterhebung angegeben haben, an maximal einer chronischen Krankheit zu leiden, dies auch bei der Zweiterhebung angeben, sind dies bei Frauen nur 60%.

Speziell bei multimorbiden Frauen (d.h. zwei und mehr chronische Krankheiten gleichzeitig) hat sich die Gesundheitssituation wesentlich häufiger verschlechtert als bei multimorbiden Männern: Bei 28% von ihnen sind mittlerweile noch weitere chronische Krankheiten hinzugekommen, hingegen ist dies nur bei 16,4% der multimorbiden Männer der Fall.

Dies schlägt sich auch in etwas größeren Veränderungen hinsichtlich des Medikamentenkonsums für Frauen nieder: Zwar weisen mit 60,7% mehr als die Hälfte der Frauen, die bei der Ersterhebung angegeben haben, maximal 2 vom Arzt verschriebene Medikamente regelmäßig einzunehmen, auch weiterhin keinen höheren Medikamentenkonsum auf – dies ist ein ähnlich hoher Prozentsatz wie bei den Männern (62,9%). Allerdings bekommen sie bei Vorliegen eines höheren Medikamentenkonsums zum Erhebungszeitpunkt 2013 (drei Medikamente und mehr) heute mit einer höheren Wahrscheinlichkeit noch mehr Medikamente verschrieben, als dies bei Männern in derselben Ausgangssituation der Fall ist (38,1% vs. 31,3%).

Hinsichtlich Herzinfarkt und Schlaganfall gibt es dahingehend geschlechtsspezifische Differenzen, dass nahezu alle seit der Ersterhebung aufgetretenen Herzinfarkte männliche Teilnehmer betreffen (nur in einem von insgesamt 6 Fällen wird ein zwischen Erst- und Zweiterhebung eingetretener Herzinfarkt von einer teilnehmenden Frau genannt). Bei Schlaganfällen gibt es hingegen keine größeren geschlechtsspezifischen Unterschiede, hier entfällt eine Hälfte der angegebenen Schlaganfälle auf Frauen, die andere Hälfte auf Männer (jeweils 4).

2.1.4 Harninkontinenz

- ❖ **Harninkontinenz hat in der Stichprobe sowohl hinsichtlich Prävalenz als auch hinsichtlich Schwere der Erkrankung seit der Ersterhebung zugenommen.**
- ❖ **Entstehung wie auch Verschlechterung einer bestehenden Harninkontinenz hängen dabei eng mit der Entwicklung des allgemeinen funktionalen Status zusammen, wie auch umgekehrt ein bestehendes Inkontinenzleiden das Risiko für funktionale Verluste erhöht.**
- ❖ **Mit einer Zunahme des Inkontinenzleidens nimmt auch die Beeinträchtigung des Wohlbefindens erheblich zu.**
- ❖ **Frauen sind nach wie vor deutlich häufiger von Harninkontinenz betroffen als Männer, wobei die Befunde darauf hindeuten, dass mit weiter steigendem Alter die Betroffenheit von Männern tendenziell zunimmt.**

Ein eigenständiges Unterkapitel soll dem Thema Harninkontinenz gewidmet werden. Harninkontinenz stellt ein relativ weit verbreitetes Leiden im hohen Alter dar, das allerdings bis heute sehr stark gesellschaftlich tabuisiert und daher auch bislang vergleichsweise selten Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen ist (auch wenn dazu mittlerweile eine größere Forschungsaktivität zu konstatieren ist, vgl. Coyne et al. 2013; Smith 2016; Riemsma et al. 2017).

Bereits im Rahmen der ÖIHS-Ersterhebung kam ein eigenständiger Fragenkatalog über Häufigkeit, Schwere und Einschränkungen durch eine allfällige Harninkontinenz zur Anwendung, um die bis dahin bestehende Forschungslücke zu schließen und der hohen Prävalenz der Inkontinenz im hohen Alter Rechnung zu tragen. Dabei konnten die Annahmen bezüglich der weiten Verbreitung von Harninkontinenz im hohen Alter weitestgehend bestätigt werden: 34,1%, also mehr als ein Drittel, der Teilnehmer/innen der Ausgangsstichprobe gaben damals an, an einer Harninkontinenz zu leiden.

Im folgenden Abschnitt sollen einige zentrale Entwicklungen hinsichtlich Harninkontinenz in der Panelstichprobe dargestellt und diskutiert werden.

Steigende Prävalenz der Harninkontinenz

Hier kann zunächst festgestellt werden, dass die Prävalenz der Harninkontinenz in der Zeit zwischen Erst- und Zweiterhebung etwas gestiegen ist. 15,2% der in der Stichprobe verbliebenen Teilnehmer/innen, die bei der Krankheitsanamnese im Rahmen der Ersterhebung die Frage nach dem Vorliegen einer Harninkontinenz noch verneint haben, geben heute an, an einer Harninkontinenz zu leiden.

Was dabei allerdings ebenfalls auffällt, ist, dass ein durchaus beträchtlicher Anteil von Teilnehmer/innen (21,6%), die bei der Ersterhebung eine Harninkontinenz angegeben haben, bei der Zweiterhebung keine Harninkontinenz mehr angibt. Wie dieses Ergebnis zu interpretieren ist und ob es bei allen diesen Teilnehmer/innen als eine tatsächliche Verbesserung des Krankheitsbildes aufgefasst werden kann, lässt sich auf der Grundlage der vorliegenden Daten nicht sagen. Denkbar wäre, dass manche Teilnehmer/innen, obwohl sie bei der Ersterhebung noch bereit waren, über ihre Harninkontinenz Auskunft zu geben, bei der Zweiterhebung, z.B. aus Scham, nicht (mehr) darüber sprechen wollten.

Was hier außerdem zu berücksichtigen ist, ist, dass sich der genannte Prozentsatz (21,6%) ausschließlich auf die Anzahl der Teilnehmer/innen bezieht, die sowohl bei der Ersterhebung eine Harninkontinenz angegeben haben, als auch noch an der Zweiterhebung teilgenommen haben. Wären alle mittlerweile aus der Stichprobe ausgefallenen Teilnehmer/innen mit Harninkontinenz nach wie vor Teil der Stichprobe – 38,6% von ihnen sind aufgrund von Krankheit, Tod usw. aus der Stichprobe ausgefallen, weitere 7,9% haben lediglich die telefonische Kurzbefragung absolviert – wäre dieser Anteil nur in etwa halb so groß.

Erhebliche Verschlechterung im Krankheitsbild bei bestehender Harninkontinenz

Betrachtet man Veränderungen bei Teilnehmer/innen mit Harninkontinenz zwischen Erst- und Zweiterhebung, so zeigen sich – wie schon bei den meisten anderen Gesundheitsbereichen (Mobilität, chronische Krankheiten usw.) – tendenzielle Verschlechterungen bzw. ein Fortschreiten der Erkrankung. So sind etwa 29,2% der betroffenen Teilnehmer/innen heute häufiger mit ungewolltem Harnverlust konfrontiert als noch vor drei Jahren. Fast die Hälfte (47,6%) der Personen, die bei der Ersterhebung angegeben haben, maximal einmal am Tag einen Harnverlust zu erleiden, geben heute an, mehrmals täglich oder sogar dauernd an Harnverlust zu leiden.

Ähnlich verhält es sich mit der jeweils verlorenen Harnmenge. Hier geben 40% der Teilnehmer/innen, die bei der Ersterhebung gesagt haben, jeweils nur Tropfen zu verlieren, mittlerweile an, mehr als nur Tropfen zu verlieren.

Dabei besteht ein deutlicher Zusammenhang mit der Entwicklung des allgemeinen gesundheitlichen und funktionalen Zustandes: Teilnehmer/innen, deren Gesundheitszustand sich seit der Ersterhebung entsprechend ihrem Score im Frailty-Index verschlechtert hat, waren auch häufiger von einer Verschlechterung der Harninkontinenz betroffen. Rund 40% von ihnen geben bei der Zweitbefragung eine höhere Frequenz des Harnverlustes an, d.h. die Häufigkeit des Harnverlustes hat in den letzten drei Jahren zugenommen. 80% geben dabei auch an, mittlerweile nicht mehr bloß Tropfen, sondern mehr Harn zu verlieren. Diese Werte sind bei Personen, deren funktionaler Zustand zumindest gleich geblieben ist, mit 26% (häufigerer Harnverlust) und 30% (größere Harnmenge) deutlich geringer.

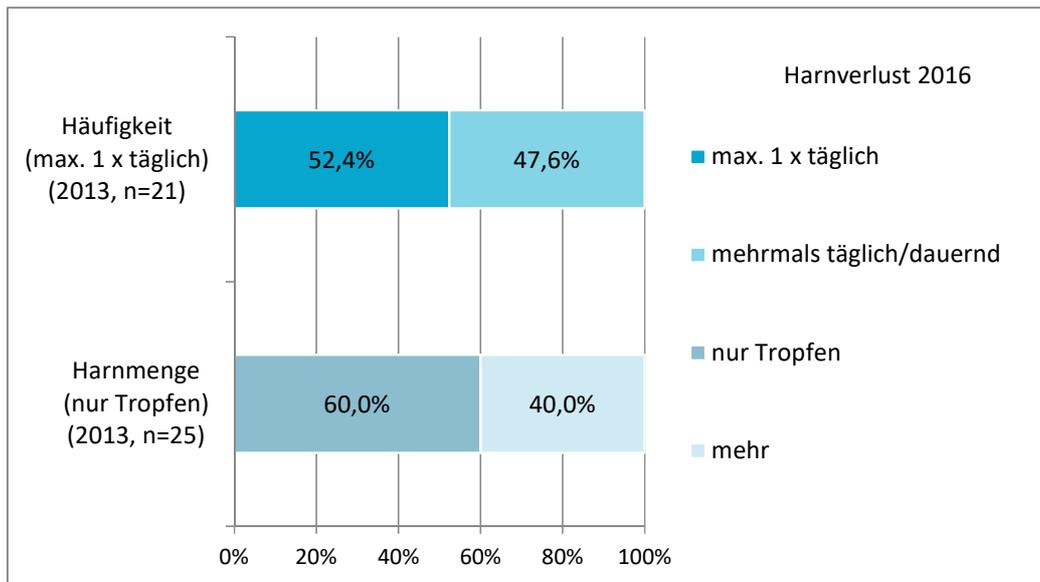


Abbildung 22: Entwicklung der Harninkontinenz seit Ersterhebung (Häufigkeit des Harnverlustes, Harnmenge).

Umgekehrt ergibt die Analyse auch Hinweise darauf, dass eine stark ausgeprägte Harninkontinenz negative Auswirkungen auf die Entwicklung des allgemeinen gesundheitlichen und funktionalen Status im zeitlichen Verlauf hat. So ergab das wiederholte geriatrische Assessment bei 40% der Teilnehmer/innen, die bei der Ersterhebung angegeben haben, dauernd Harn zu verlieren, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zwischen Erst- und Zweiterhebung. Bei Personen mit seltenerem Harnverlust (max. 2-3 Mal in der Woche) war dieser Anteil deutlich geringer (18,2%). Auch Personen, die bei der Ersterhebung den Verlust einer größeren Harnmenge zu Protokoll gegeben haben, waren häufiger von einer Verschlechterung des gesundheitlichen und funktionalen Zustandes betroffen als Personen, die angegeben haben, jeweils nur Tropfen zu verlieren (25% vs. 16,2%).

Diese Befunde sprechen dafür, dass eine stark ausgeprägte Harninkontinenz maßgeblichen Einfluss auf die weitere Entwicklung des funktionalen Status im hohen Alter hat. Eine entsprechende Bedeutung ist vor diesem Hintergrund einer medizinischen Behandlung der Inkontinenz wie auch präventiven Maßnahmen beizumessen, die das Auftreten einer Inkontinenz verhindern oder zumindest verzögern. Dies ist nicht zuletzt mit Blick auf die soziale Teilhabe hochaltriger Menschen von hoher Relevanz, da eine Inkontinenz ältere Menschen stark in ihrem Alltag und ihrer aktiven Lebensgestaltung einschränkt und so die soziale Exklusion hochaltriger Menschen begünstigt.

Neuerkrankungen betreffen etwas häufiger Männer als Frauen

Männer sind der Analyse zufolge etwas häufiger als Frauen von einer neu seit der Ersterhebung entwickelten Harninkontinenz betroffen (14,4% vs. 13,6%). Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass sich mit höherem Alter die Prävalenz von Harninkontinenz tendenziell zuungunsten von Männern verschiebt (vgl. Wiedemann/Füsgen 2008). Über die weitere Entwicklung könnte aber nur eine fortgesetzte Verfolgung der Stichprobe im Längsschnitt Auskunft geben.

Insgesamt bleibt es jedenfalls auch weiterhin beim Befund der Ersterhebung, dass hochaltrige Frauen deutlich häufiger von Harninkontinenz betroffen sind als hochaltrige Männer (36,3% vs. 23,2%).

Unterschiede zwischen Frauen und Männern können auch dahingehend festgestellt werden, dass inkontinente Männer häufiger von Verschlechterungen hinsichtlich der Harnmenge berichten (66,7% der von Harninkontinenz betroffenen Männer in der Stichprobe verlieren mittlerweile mehr Harn als zum Zeitpunkt der Ersterhebung, hingegen nur 31,6% der Frauen). Frauen geben dafür häufiger an, mittlerweile unter einer höheren Frequenz von Harnverlust zu leiden (34,3% vs. 15,4%). Das heißt, Verschlechterungen betreffen bei Männern eher die jeweils verlorene Harnmenge, bei Frauen eher die Häufigkeit und die Frequenz des Harnverlusts.

Zunehmende Beeinträchtigung des Wohlbefindens durch Harninkontinenz

Verschlechterungen des Krankheitsbildes reflektieren sich nicht zuletzt in einer, im Vergleich zur Ersterhebung, höheren Beeinträchtigung des Wohlbefindens durch die Inkontinenz. Fast die Hälfte der Betroffenen (42,3%) gibt heute eine stärkere Beeinträchtigung des Wohlbefindens an als zum Zeitpunkt der Ersterhebung, wobei ein relativ deutlicher Zusammenhang mit Veränderungen hinsichtlich der Menge und der Häufigkeit des Harnverlustes besteht.

57,9% der Teilnehmer/innen, die eine Verschlechterung des Krankheitsbildes erfahren haben, geben auch eine stärkere Beeinträchtigung des Wohlbefindens an als noch zum Zeitpunkt der Ersterhebung. Das ist deutlich mehr als bei Teilnehmer/innen, deren Inkontinenz in Ausmaß und Schwere seit der Ersterhebung in etwa gleich geblieben ist. Deren Zunahme bei der Beeinträchtigung des Wohlbefindens durch die Inkontinenz ist allerdings mit einem Prozentsatz von 45% ebenfalls bereits sehr beträchtlich, was darauf hindeutet, dass mit Fortdauer der Erkrankung die Wahrscheinlichkeit einer erheblichen Beeinträchtigung des Wohlbefindens allgemein deutlich zunimmt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass auch Harninkontinenz in der Stichprobe nach Ablauf von drei Jahren seit der Ersterhebung sowohl hinsichtlich ihrer Prävalenz als auch hinsichtlich der Schwere des Krankheitsbildes tendenziell zugenommen hat, wenngleich bei manchen Teilnehmer/innen sich die Beschwerden offenbar etwas verringert haben oder die Harninkontinenz, ihren Angaben zufolge, sogar vollständig abgeklungen ist. Die Zunahme von Krankheitssymptomen hat dabei häufig auch zu einer Verschlechterung des funktionalen Status insgesamt geführt. Ebenso kann eine stärkere Beeinträchtigung des Wohlbefindens von Betroffenen durch die Inkontinenz konstatiert werden als noch zum Zeitpunkt der Ersterhebung. In nachfolgenden längsschnittlichen Erhebungen wird die weitere Entwicklung der Harninkontinenz in der Stichprobe und ihrer Auswirkungen auf die Gesundheits- und Lebenssituation hochaltriger Menschen weiterhin genau zu beobachten sein.

2.1.5 Psychische Gesundheit

- ❖ **Neben Verlusten im Bereich der somatischen und funktionalen Gesundheit, haben auch depressive Symptome in der Stichprobe etwas zugenommen.**
- ❖ **Soziale Faktoren (Verlust nahestehender Personen) scheinen dabei eine stärkere Rolle zu spielen als gesundheitliche Faktoren (gesundheitliche und funktionale Einbußen seit der Ersterhebung).**
- ❖ **Der Anstieg bei depressiven Symptomen geht hauptsächlich auf eine stärkere Depressionsbetroffenheit alleinlebender Männer zurück.**

Tendenzielle Verschlechterungen seit der Ersterhebung lassen sich auch hinsichtlich der psychischen Gesundheit der Teilnehmer/innen feststellen.

So sind etwa depressive Symptome in der Panelstichprobe seit der Ersterhebung etwas häufiger geworden. Dies lässt sich u.a. daran ablesen, dass von den Teilnehmer/innen der Zweiterhebung nur noch 65,8% angeben, nie oder selten an depressiven Verstimmungen zu leiden, während es bei der Ersterhebung noch 69,5% waren. Umgekehrt ist der Anteil von Personen, die angeben, oft oder immer deprimiert zu sein, in derselben Stichprobe von 8,2% auf 10,8% gestiegen.

Auffällig dabei ist, dass diese Entwicklung weniger durch Verschlechterungen im psychischen Befinden von Teilnehmer/innen zustande kommen, die bereits bei der Ersterhebung höhere Depressionswerte erzielten, sondern hauptsächlich durch solche, deren Depressionswerte bei der Ersterhebung sehr niedrig waren. Rund ein Fünftel (20,3%) der Teilnehmer/innen, die bei der Ersterhebung angegeben haben, selten oder nie deprimiert zu sein, geben heute häufigere depressive Verstimmungen zu Protokoll. 4,3% von ihnen davon sagen sogar, sie seien oft oder immer deprimiert. Hingegen geben 68,2% der Teilnehmer/innen, die bei der Ersterhebung noch häufige depressive Symptome genannt haben, mittlerweile an, höchstens manchmal deprimiert zu sein. Bei 18,1% kommen demnach depressive Symptome heute nur noch selten oder sogar nie vor.

Ähnlich stellen sich die Ergebnisse mit Blick auf andere Dimensionen des psychischen Befindens dar, etwa Gefühlen der Antriebslosigkeit und Abgeschlagenheit. 37,9%, also mehr als ein Drittel, der Teilnehmer/innen, die bei der Ersterhebung auf die Frage, ob sie oft das Gefühl haben, dass alles, was sie tun, anstrengend ist, noch mit „selten“ oder „nie“ geantwortet haben, neigen bei der Zweiterhebung dazu, die Frage eher zu bejahen. 10,7% davon sagen sogar, dass sie dieses Gefühl „oft“ oder „immer“ haben.

Vergleichbar, wenn auch nicht ganz so deutlich, ist das Ergebnis beim Gefühl, sich zu nichts aufrufen zu können. Hier sagen 24,3% der Teilnehmer/innen, die diese Frage bei der Ersterhebung eher noch verneint haben, dass sie dieses Gefühl heute zumindest manchmal haben, 8,6% sogar oft oder immer.

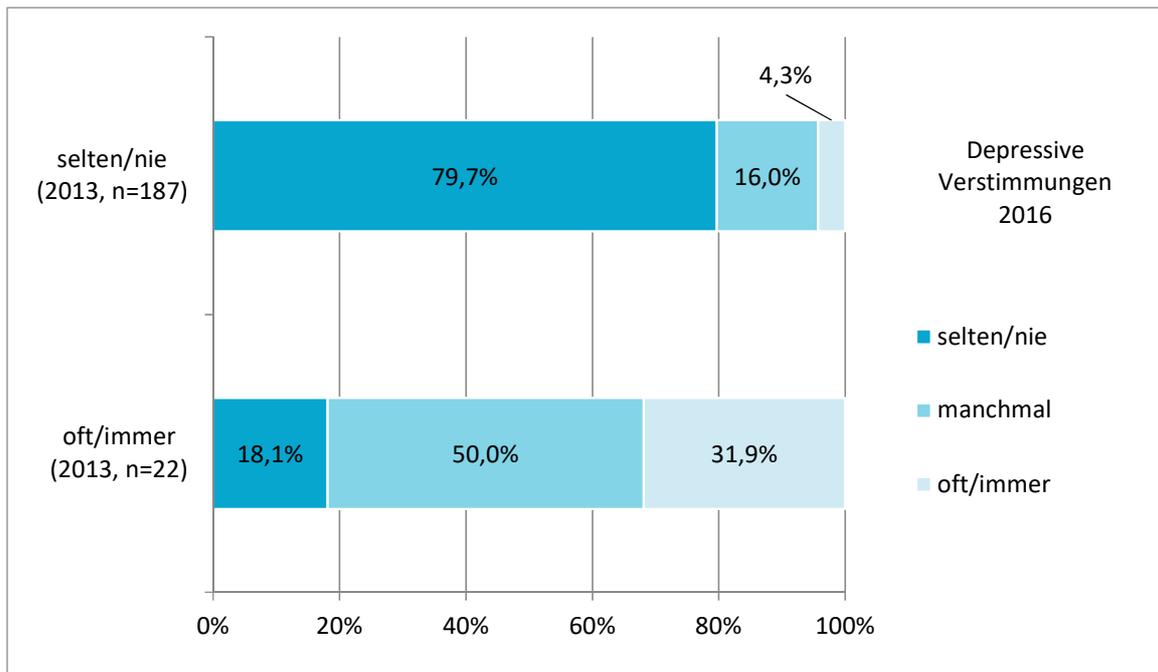


Abbildung 23: Entwicklung depressiver Verstimmungen seit Ersterhebung.

Diese Zunahme an depressiven Symptomen bei Teilnehmer/innen mit ursprünglich niedrigen Depressionswerten wird kontrastiert durch Verbesserungen bei Teilnehmer/innen mit ursprünglich höheren Werten. Von diesen sagt heute mehr als die Hälfte (54,5%), dass sie höchstens manchmal alles als anstrengend empfinden, davon 31,8% selten oder sogar nie. Noch deutlicher fällt dieser Rückgang depressiver Symptome beim Gefühl, sich nicht aufrufen zu können, aus – hier haben 64,3% mittlerweile nur noch „manchmal“ dieses Gefühl, 46,4% sogar nur noch „selten“ oder „nie“.

Zumindest teilweise könnte die etwas höhere Depressionsneigung bei Teilnehmer/innen mit ursprünglich niedrigen Depressionswerten auf soziale Verluste bzw. die Betroffenheit durch den Tod nahestehender Personen seit der Ersterhebung zurückzuführen sein. Hier ergibt die Analyse insofern einen Zusammenhang, als Teilnehmer/innen, die angeben, in den vergangenen zwei Jahren vom Tod einer nahestehenden Person betroffen gewesen zu sein, bei der Zweiterhebung auch etwas häufiger depressive Symptome zu Protokoll gegeben haben (mindestens „manchmal deprimiert“: 34,3% vs. 31,2%).

Noch deutlicher wird der Zusammenhang, wenn ausschließlich Todesfälle von Verwandten und Familienmitgliedern berücksichtigt werden (vor allem Tod des/der Ehegatt/in oder von Kindern), dann steigt die Depressionsrate auf 64,3% (vs. 31% bei Personen ohne innerfamiliäre Todesfälle). 21,4% von ihnen geben sogar an, oft oder immer deprimiert zu sein. Bei Personen, die in den vergangenen zwei Jahren nicht vom Tod eines oder mehrerer Verwandten betroffen waren, trifft dies hingegen nur auf 8,7% zu.

Keine Rolle scheint hingegen den Daten zufolge eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Ersterhebung zu spielen. Zumindest ist die relative Häufigkeit depressiver Symptome bei Teilnehmer/innen, deren Gesundheitszustand sich

zwischen Erst- und Zweiterhebung verschlechtert hat, nicht höher als von Teilnehmer/innen, deren Gesundheitszustand im Wesentlichen unverändert geblieben ist (18,9% vs. 19,4%).

Wie schon bei der Ersterhebung, sind Frauen auch bei der Zweiterhebung deutlich häufiger von depressiven Symptomen betroffen als Männer (15,3% vs. 5,6%). Dies dürfte größtenteils daher rühren, dass Frauen einerseits häufiger von gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen betroffen sind, andererseits und darüber hinaus aber auch ungleich häufiger verwitwet und alleinlebend sind. Allerdings kann festgestellt werden, dass depressive Verstimmungen bei Männern seit der Ersterhebung stärker zugenommen haben als bei Frauen. Daraus lässt sich schließen, dass der im Sample beobachtbare Anstieg depressiver Symptome hauptsächlich auf Veränderungen im seelischen Befinden von Männern zurückgeht. Depressive Symptome betreffen dabei besonders häufig alleinlebende Männer im Vergleich zu nicht alleinlebenden bzw. in Partnerschaft lebenden Männern (10% vs. 2,9%).

Groß sind die Unterschiede hinsichtlich depressiver Symptome nach wie vor auch zwischen Privathaushalten und Pflegeheimen. 26,3% der befragten Pflegeheimbewohner/innen geben an, oft oder immer deprimiert zu sein. In Privathaushalten sind dies hingegen nur 9,1%. Allerdings kann auch hier festgestellt werden, dass sich die Häufigkeit depressiver Verstimmungen unter den in der Stichprobe verbliebenen Pflegeheimbewohner/innen in den drei Jahren zwischen Erst- und Zweiterhebung praktisch nicht verändert hat, während sie in Privathaushalten etwas zugenommen hat.

2.1.6 Kognitive Funktionen

- ❖ **Auch kognitive Funktionen unterliegen in der Stichprobe zunehmenden Einschränkungen.**
- ❖ **Kognitive Verluste gingen häufig einher mit allgemeinen funktionalen Verlusten zwischen Erst- und Zweiterhebung.**
- ❖ **Frauen und Teilnehmer/innen mit niedrigem sozioökonomischem Status waren am häufigsten und stärksten von kognitiven Verlusten betroffen.**

Besonders interessant ist die Entwicklung der kognitiven Kapazitäten in der Stichprobe – dies vor allem auch deshalb, da die kognitiven Tests bei der Ersterhebung Ergebnisse gebracht haben, die bereits eine längsschnittliche Weiterverfolgung angezeigt haben. Die Ergebnisse der kognitiven Tests deuteten damals auf weit verbreitete kognitive Einschränkungen in der hochaltrigen Bevölkerung hin. Grundlage dieser kognitiven Beurteilung war der sogenannte „Drei-Wörter-Uhrentest“ (Strotzka et al. 2003; Kamenski et al. 2009). Dabei handelt es sich um ein einfaches und kompaktes, aber dennoch aussagekräftiges Screening-Instrument zur Demenzerkennung. Dessen Aufgabenstellung besteht einerseits im Memorieren von drei Begriffen und andererseits im korrekten

Zeichnen eines Uhrenziffernblatts, das auf eine vorgegebene Uhrzeit („zehn nach elf“) eingestellt werden soll (ausführlicher zur Aufgabenstellung siehe auch den Endbericht der ÖIHS-Ersterhebung, ÖPIA 2015: 65).

Nach Auswertung der Tests mussten mehr als die Hälfte davon (52,7%) als demenzverdächtig eingestuft werden. Das Abschneiden beim kognitiven Test war dabei eindeutig mit dem Gesundheitszustand korreliert, d.h. die Ergebnisse des Tests fielen umso schlechter aus, je schlechter der allgemeine Gesundheitszustand eines/einer Teilnehmer/in war. Damit wurde eine wesentliche forschungsleitende Annahme bestätigt, dass kognitive Einschränkungen in der Regel auch mit Einschränkungen in der allgemeinen Funktionalität einhergehen.

Auffällig war in diesem Zusammenhang allerdings auch, dass auch bei zahlreichen Personen mit ansonsten relativ gutem Gesundheitszustand („rüstig“ bzw. „fit“) zumindest leichte kognitive Defizite festgestellt werden konnten (ÖPIA 2015: 67). Damit drängte sich die Frage auf, wie sich speziell deren kognitive Fähigkeiten im zeitlichen Verlauf weiterentwickeln würden, d.h. ob sich deren kognitive Kapazitäten mit der Zeit weiter verschlechtern würden, und in welchem Zusammenhang das wiederum mit der weiteren Entwicklung ihres Gesundheitszustandes und ihrer Funktionalität steht, wie sich also kognitive Einschränkungen mittelfristig auf die Funktionalität insgesamt auswirken. Dieser Frage kann nun auf der Grundlage der generierten längsschnittlichen Daten nachgegangen werden.

Kognitive Defizite nehmen mit weiter steigendem Alter zu

Dabei kann zunächst ganz allgemein festgestellt werden, dass die kognitiven Fähigkeiten auch von ursprünglich kognitiv intakten Teilnehmer/innen zunehmend Einschränkungen unterliegen. Nur noch etwas mehr als die Hälfte (56,8%) der Teilnehmer/innen, die den kognitiven Test bei der Ersterhebung fehlerfrei bestanden haben, konnten dieses Ergebnis bei der Zweiterhebung wiederholen. 25% weisen heute leichte kognitive Defizite auf, bei 18,1% waren die Tests sogar demenzverdächtig.

Ähnlich sieht es bei Teilnehmer/innen aus, bei denen auf der Basis der kognitiven Tests 2013 leichte kognitive Defizite festgestellt wurden. Bei immerhin 69,2% hat sich die kognitive Leistung zumindest nicht verschlechtert, bei 30,8% – also fast einem Drittel – besteht heute jedoch ein begründeter Demenzverdacht.

Ein durchaus positives Ergebnis, das an dieser Stelle ebenfalls erwähnt werden sollte, ist hingegen, dass zahlreiche Teilnehmer/innen mit ursprünglich schlechten Testergebnissen beim kognitiven Test der Zweiterhebung besser abgeschnitten haben. Insgesamt 34,9% aller an der Zweiterhebung teilnehmenden Personen haben beim wiederholten kognitiven Test ein besseres Ergebnis erzielt als bei der Ersterhebung 2013. Dies trifft zwar, wenig überraschend, in deutlich geringerem Ausmaß auf Teilnehmer/innen zu, deren Testergebnisse bei der Ersterhebung als „sehr auffällig“ und damit hochgradig demenzverdächtig eingestuft werden mussten. Hier sind nach wie vor

75% demenzverdächtig. Der Rest hat aber zum Teil sogar deutlich besser abgeschnitten.²⁷ Bei Teilnehmer/innen mit ursprünglich etwas weniger fehlerhaften, aber dennoch bereits als demenzverdächtig einzustufenden Tests („auffällig“), fallen nach der Wiederholung der kognitiven Tests im Rahmen der Zweiterhebung nur noch 46,8%, also weniger als die Hälfte, in diese Kategorie. Mehr als die Hälfte von ihnen hat beim zweiten kognitiven Test also besser abgeschnitten.

Kognitiver Test 2013	Kognitiver Test 2016				
	unauffällig	Leichte Defizite	auffällig	Sehr auffällig	Gesamt
unauffällig (n=44)	56,8% (25)	25,0% (11)	13,6% (6)	4,5% (2)	100%
Leichte Defizite (n=78)	29,5% (23)	39,7% (31)	21,8% (17)	9,0% (7)	100%
auffällig (n=64)	17,2% (11)	35,9% (23)	23,4% (15)	23,4% (15)	100%
Sehr auffällig (n=32)	6,3% (2)	18,6% (6)	34,3% (11)	40,6% (13)	100%

Tabelle 8: Entwicklung kognitiver Funktionen – Vergleich Erst- und Zweiterhebung (absolute Zahlen in Klammern).

Kognitive Verluste wie auch Gewinne hängen mit der Entwicklung des funktionalen Status insgesamt zusammen

Bei genauerer Auswertung zeigt sich, dass die Performance beim kognitiven Test der Zweiterhebung wesentlich mit der Entwicklung der allgemeinen Funktionalität zusammenhängt: Teilnehmer/innen haben in dem Maße besser beim kognitiven Test abgeschnitten, wie sich ihr gesundheitlicher und funktionaler Zustand seit der Ersterhebung insgesamt verbessert hat. Bei mehr als der Hälfte (52,2%) der Teilnehmer/innen, deren funktionaler Status sich seit der Ersterhebung verbessert hat, hat sich auch die Leistung beim kognitiven Test verbessert. Weitere 36,9% haben zumindest nicht schlechter abgeschnitten.

Umgekehrt deuten die kognitiven Tests eher auf eine Verschlechterung der kognitiven Kapazitäten hin, wenn sich auch der funktionale Status allgemein eher verschlechtert hat. Dies trifft ebenfalls auf fast die Hälfte (42%) derjenigen zu, die hinsichtlich ihrer Funktionalität in den vergangenen drei Jahren Verluste erlebt haben, wenngleich es auch hier immerhin 44% gelungen ist, das Leistungsniveau seit der Ersterhebung zumindest zu halten.

²⁷ Was hier selbstverständlich beachtet werden muss, ist, dass aufgrund des engen Zusammenhangs von Gesundheit, Funktionalität und kognitivem Status ein beträchtlicher Teil von Personen, die im Rahmen der Ersterhebung als demenzverdächtig eingestuft wurden, zwischenzeitlich verstorben ist. Wären diese noch am Leben, würde der Anteil mit auffälligen Testergebnissen mit hoher Wahrscheinlichkeit auch bei der Zweiterhebung höher und der Anteil von Personen mit verbesserten Testergebnissen entsprechend niedriger liegen.

Vereinfacht ausgedrückt: Die festgestellten, teilweisen Verbesserungen beim kognitiven Test sind stark vom Gesundheitszustand und dessen Entwicklung seit der Ersterhebung abhängig. Hat sich der Gesundheitszustand tendenziell verbessert, ist auch der kognitive Test eher besser ausgefallen. Sind hingegen weitere gesundheitliche und funktionale Einschränkungen hinzugekommen, hat sich dies in vielen Fällen auch in einer Zunahme kognitiver Defizite niedergeschlagen. Diese Befunde sind als ein weiteres, sehr kräftiges Indiz dafür zu werten, dass ein enger Zusammenhang zwischen der kognitiven und der allgemeinen funktionalen Entwicklung besteht.

Dies gilt auch für die an dieser Stelle besonders interessierende Gruppe der „Fitten“ und „Rüstigen“, die während der Ersterhebung trotz eines vergleichsweise guten bis sehr guten funktionalen Status durch zumindest leichte kognitive Defizite aufgefallen sind. Hier war die eingangs aufgeworfene, aus den Ergebnissen der Pilotstudie abgeleitete Frage, ob deren in der Ersterhebung festgestellten, (zumindest leichten) kognitiven Defizite im zeitlichen Verlauf weiter zunehmen würden, und inwiefern eine solche Entwicklung mit Einschränkungen der Funktionalität insgesamt einhergehen würde. Auch hier zeigt die Analyse, dass ein Zusammenhang zwischen kognitiver Entwicklung und Entwicklung der funktionalen Kapazitäten besteht: Die kognitiven Funktionen in der Gruppe der „Rüstigen“ und „Fitten“ blieben eher unverändert oder haben sich sogar verbessert, wenn sich auch der allgemeine gesundheitliche und funktionale Zustand nicht verschlechterte. Wenn aber die kognitiven Defizite zwischen Erst- und Zweiterhebung zunahmen, bedeutete dies zwar nicht automatisch, aber doch relativ häufig (in rund 36% der Fälle) auch eine Verschlechterung der Funktionalität insgesamt und ein Ausscheiden aus der Gruppe der „Rüstigen“ oder „Fitten“.

In welche Richtung dieser Zusammenhang geht – ob also kognitive Einschränkungen den Verlust funktionaler Kapazitäten bewirken oder umgekehrt – lässt sich nicht so ohne weiteres bestimmen. Anzunehmen ist, dass sich beide Prozesse wechselseitig beeinflussen, kognitive Verluste sich negativ auf die Funktionalität auswirken, wie auch funktionale Einschränkungen den Abbau kognitiver Funktionen begünstigen.

Frauen sind stärker von kognitiven Verlusten betroffen als Männer

In Übereinstimmung mit den Befunden hinsichtlich des Zusammenhangs von kognitiver und funktionaler Entwicklung, lassen sich auch erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen, und zwar dahingehend, dass weibliche Teilnehmer/innen häufiger und stärker ausgeprägte Verschlechterungen mit Blick auf ihre kognitiven Kapazitäten aufweisen als männliche.

Haben 66,7% der männlichen Teilnehmer, die den kognitiven Test bei der Ersterhebung fehlerfrei absolviert haben, diesen auch bei der Zweiterhebung bestanden, sind es bei den Teilnehmerinnen nur 51,7%. Ihre Tests weisen heute häufiger Defizite und Auffälligkeiten auf, 20,6% sind mittlerweile sogar als demenzverdächtig einzustufen. Bei den Männern trifft dies nur auf 13,4% zu.

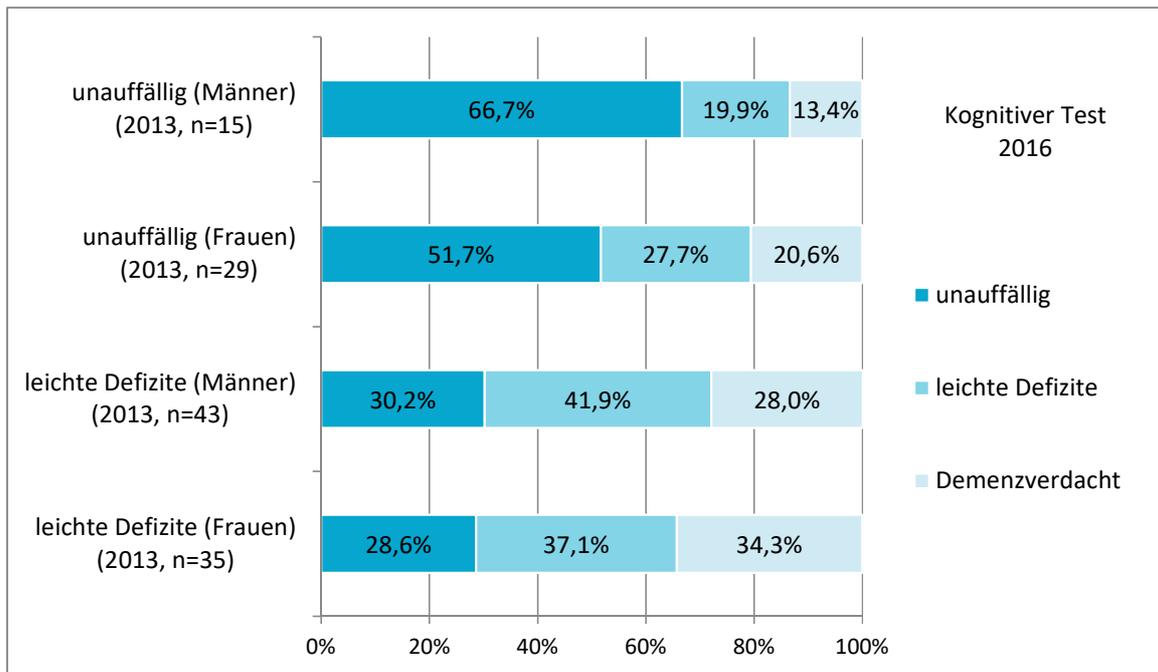


Abbildung 24: Entwicklung kognitiver Funktionen seit Ersterhebung („unauffälliger Befund“ und „leichte Defizite“), nach Geschlecht.

Auch bei der Ersterhebung bestehende leichte kognitive Defizite haben sich bei Frauen in den vergangenen drei Jahren mit größerer Häufigkeit verschlechtert als bei Männern (34,3% vs. 28%). Dies spricht für eine etwas höhere kognitive Verletzlichkeit von hochaltrigen Frauen, wobei diese mit ihrer allgemein etwas schlechteren physischen und funktionalen Konstitution im Vergleich zu den männlichen Teilnehmern zusammenhängen dürfte.

Kognitive Einschränkungen nehmen vor allem bei sozioökonomisch benachteiligten Personen zu

Zum Teil sehr deutlich fallen auch Unterschiede entlang des sozioökonomischen Status (Bildung, Einkommen etc.) der Teilnehmer/innen aus. Auch hier zeigen sich diese Unterschiede insbesondere im direkten Vergleich von Teilnehmer/innen mit ursprünglich intakter Kognition.

Hier wird sichtbar, dass 75% der Teilnehmer/innen mit hoher Bildung und hohem Einkommen, die den kognitiven Test bei der Ersterhebung fehlerfrei bewältigt haben, diesen auch bei der Zweiterhebung positiv absolviert haben. Hingegen trifft das auf niemanden (von ursprünglich 2 Personen) unter der Bedingung eines niedrigen sozioökonomischen Status zu. Überhaupt findet sich bei der Zweiterhebung kein einziger fehlerfreier kognitiver Test von Personen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen mehr. Dies lässt darauf schließen, dass Teilnehmer/innen mit niedrigem sozioökonomischem Status – die ohnehin schon bei der Ersterhebung im Durchschnitt deutlich schlechter beim kognitiven Test abgeschnitten haben als Teilnehmer/innen mit hoher Bildung und hohem Einkommen – mit einer wesentlich höheren Wahrscheinlichkeit von einem Verlust kognitiver Kapazitäten und somit einem höheren Demenzrisiko betroffen sind. Eine Tendenz, die sich mit weiter zunehmendem Alter noch verstärkt.

Kein sichtbarer Zusammenhang zwischen kognitiver Entwicklung und Depression

Keine eindeutigen Ergebnisse ergibt hingegen die Untersuchung eines möglichen Zusammenhangs von kognitiver Entwicklung zwischen Erst- und Zweiterhebung und depressiven Symptomen. In der gerontologischen Literatur wird häufig auf einen Zusammenhang zwischen Depressionen und Demenz bzw. kognitiven Einschränkungen hingewiesen (Lyketsos et al. 1997; Schweitzer et al. 2002). Zumindest nach dieser ersten längsschnittlichen Folgerhebung lassen sich keine Hinweise darauf erkennen, dass eine zum Zeitpunkt der Ersterhebung bestehende depressive Symptomatik negative Auswirkungen auf die Entwicklung des kognitiven Status zwischen Erst- und Zweiterhebung hatte.

Als ein Hinweis auf einen Zusammenhang von Depression und Demenz könnte allerdings gewertet werden, dass 89,5% jener Teilnehmer/innen, die angeben, häufig unter depressiven Symptomen zu leiden, zumindest leichte Defizite beim kognitiven Test aufweisen, hingegen nur 74,8% jener Teilnehmer/innen ohne depressive Symptome. Dieser Zusammenhang wird sogar noch wesentlich größer, wenn man ausschließlich demenzverdächtige kognitive Tests berücksichtigt (68,4% vs. 42,1%).

Der Zusammenhang gilt dabei stärker für Männer als für Frauen: So haben 64,3% der Frauen, die häufige depressive Symptome angeben, demenzverdächtige Tests, bei Männern sind es 80%.

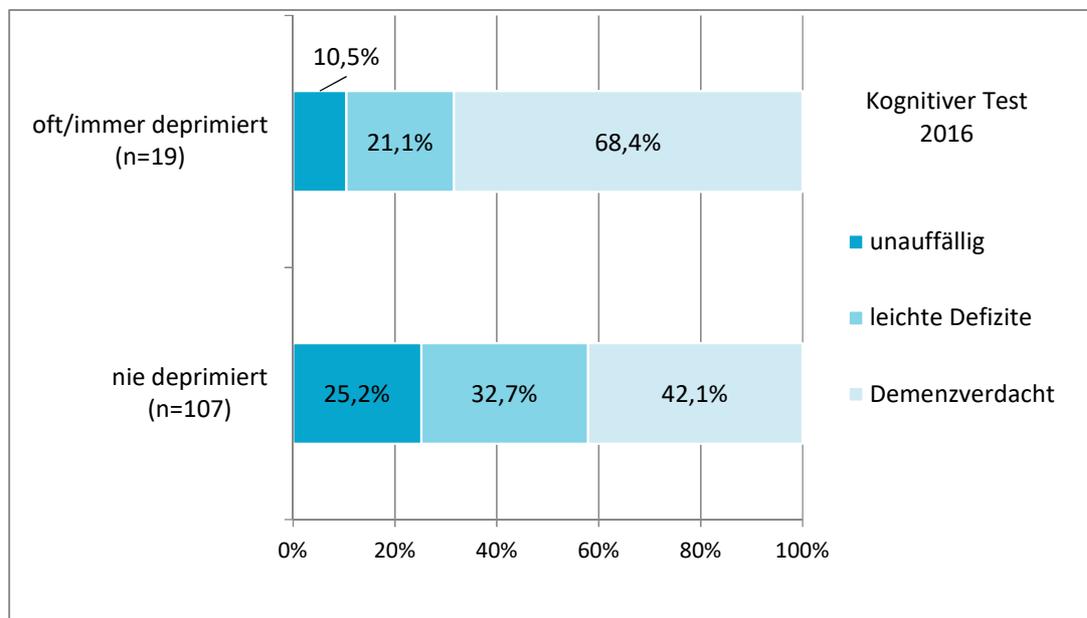


Abbildung 25: Kognitiver Status und depressive Symptome.

Auch hier lässt sich nicht ohne weiteres bestimmen, in welcher Richtung der Zusammenhang verläuft, ob also Depressionen eher kognitive Einschränkungen begünstigen oder umgekehrt. Anzunehmen ist auch in diesem Fall – wie schon beim Zusammenhang von kognitiven Funktionen und allgemeiner Funktionalität –, dass sich beide Prozesse wechselseitig bedingen und verstärken.

2.1.7 Subjektive Gesundheit

- ❖ **Tendenziell zunehmende Verluste im Bereich der somatischen, funktionalen und psychischen Gesundheit reflektieren sich auch in einer etwas schlechteren subjektiven Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes.**
- ❖ **Aufgrund etwas stärker ausgeprägter gesundheitlicher und funktionaler Einbußen, betreffen auch Verluste im Bereich der subjektiven Gesundheit Frauen etwas häufiger als Männer.**

Die Entwicklung der subjektiven Gesundheit zwischen Erst- und Zweiterhebung wurde bereits zu Beginn des Gesundheits-Kapitels kurz angesprochen. Dabei wurde festgestellt, dass sich die subjektive Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes in der Panelstichprobe – insbesondere im direkten Vergleich mit den objektiven Gesundheitswerten, die durch den Ausfall zahlreicher besonders stark gesundheitlich und funktional eingeschränkter Teilnehmer/innen seit der Ersterhebung einen gestiegenen Anteil von Teilnehmer/innen mit vergleichsweise gutem Gesundheitszustand reflektieren – tendenziell ein wenig verschlechtert hat. Dies zeigt sich in einer durchaus beträchtlichen Abnahme positiver Bewertungen (von 56,4% auf 51,3%) und einer zumindest leichten Zunahme schlechter Bewertungen (von 11,3% auf 13,6%). Diese Entwicklung bestätigt nochmals die bis hierher dargestellten objektiven Veränderungen im Bereich der somatischen, funktionalen und psychischen Gesundheit, die mehr oder weniger stark angewachsene gesundheitliche Einschränkungen bei einem großen Teil der Stichprobe seit der Ersterhebung anzeigen.

Positive Bewertungen der eigenen Gesundheit nehmen etwas ab

Betrachtet man die Entwicklung der subjektiven Gesundheit für sich etwas genauer, so zeigt sich, dass nur noch 34,2% der Teilnehmer/innen, die ihre Gesundheit bei der Ersterhebung als „sehr gut“ eingeschätzt haben, dies auch bei der Zweiterhebung tun. Immerhin schätzen aber insgesamt 86,8% von ihnen ihre Gesundheit mindestens „gut“ oder besser ein. Nur 13,2% bewerten ihre Gesundheit heute schlechter.

Auch bei Teilnehmer/innen mit ursprünglich guter oder sehr guter Gesundheitseinschätzung bewerten immerhin 68,9% ihre Gesundheit nach wie vor zumindest als „gut“. Hier ist aber auch der Prozentsatz von Teilnehmer/innen, die ihre Gesundheit heute schlechter einschätzen, mit 31,1% bereits wesentlich höher.

Bei Personen, die ihre Gesundheit bereits bei der Ersterhebung als „schlecht“ oder sogar „sehr schlecht“ eingeschätzt haben, liegt die subjektive Gesundheit bei mehr als der Hälfte (57,1%) auch bei der Zweiterhebung in diesem Bereich. 38,1% bewerten ihre Gesundheit heute zumindest als „mittelmäßig“. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich bei manchen dieser Personen in der Zwischenzeit zumindest leichtere funktionale Verbesserungen ergeben haben. Es könnte aber auch auf Adaptations- bzw. Anpassungsprozesse angesichts altersbedingter gesundheitlicher Einschränkungen und Verluste hindeuten (vgl. Brandstädter/Greve 1992), die trotz gesundheitlicher und

funktionaler Einschränkungen die eigene Gesundheit vergleichsweise gut bewerten lassen. Dies würde auch Ergebnisse der ÖIHS-Ersterhebung zu subjektiven Gesundheitseinschätzungen funktional eingeschränkter Hochaltriger zusätzlich bestätigen und stünde darüber hinaus in Übereinstimmung mit anderen internationalen Hochaltrigenstudien, die u.a. darauf hinweisen, dass ein schlechter objektiver Gesundheitszustand nicht zwangsläufig mit einer gleichermaßen schlechten subjektiven Bewertung des Gesundheitszustandes einhergehen muss (z.B. Collerton et al. 2009).

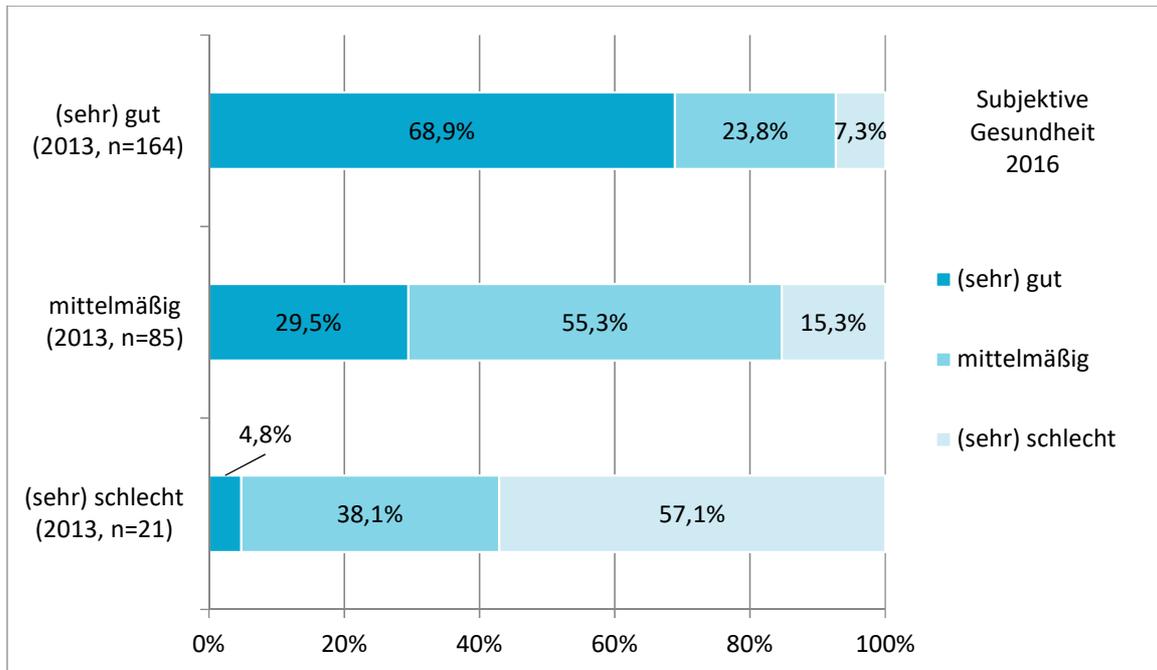


Abbildung 26: Entwicklung der subjektiven Gesundheit seit Ersterhebung, inkl. Telefoninterviews (n=270).

Abnehmende subjektive Gesundheit reflektiert objektive gesundheitliche und funktionale Verluste

Im Allgemeinen liefern die Längsschnittdaten Hinweise dafür, dass Veränderungen der subjektiven Gesundheit – insbesondere im Sinne einer Schlechterbewertung der eigenen Gesundheit im Vergleich zur Ersterhebung – mit tatsächlichen, objektiven Veränderungen des Gesundheitszustandes in Zusammenhang stehen. Das heißt, feststellbare Verschlechterungen im Bereich der subjektiven Gesundheit reflektieren zu einem relativ großen Teil Verschlechterungen des objektiven Gesundheitszustandes zwischen Erst- und Zweiterhebung. So bewertet fast die Hälfte der Personen (45,1%), deren gesundheitlicher und funktionaler Status sich seit der Ersterhebung verschlechtert hat, auch ihre Gesundheit schlechter als bei der Ersterhebung. Hingegen ist dies nur bei 29,4% der Teilnehmer/innen der Fall, deren funktionaler Zustand im Wesentlichen unverändert geblieben ist.

Zugleich verdeutlichen diese Zahlen aber auch, dass ein ebenso großer Teil von Personen ihre Gesundheit trotz feststellbarer Verschlechterungen nicht negativer einschätzt als noch vor drei Jahren. Auch hier bestätigt sich, dass ein schlechterer objektiver Gesundheitszustand zwar wahrscheinlicher, aber nicht zwangsläufig mit einer schlechteren subjektiven Bewertung der eigenen Gesundheit einhergeht.

Frauen bewerten ihre Gesundheit negativer als Männer

Wie bereits bei der Ersterhebung, bewerten Frauen ihren Gesundheitszustand auch bei der Zweiterhebung tendenziell schlechter als Männer. Dies zeigt sich weniger eindeutig bei ausdrücklich negativen Bewertungen der eigenen Gesundheit – hier sind die Differenzen zwischen Frauen und Männern vergleichsweise gering (16% vs. 11,1%). Hingegen liegen Männer bei positiven Gesundheitseinschätzungen deutlich vor den Frauen (59,5% vs. 44,4%). Frauen wählen darüber hinaus besonders häufig die Antwortmöglichkeit „mittelmäßig“ (39,6%).

Im direkten Vergleich der Daten von Erst- und Zweiterhebung kann festgestellt werden, dass die subjektive Gesundheit sowohl von Männern als auch von Frauen gesunken ist, bei Frauen allerdings etwas stärker als bei Männern (von 56,3% positiven Einschätzungen auf 45,1% bei Frauen, im Vergleich zu 65,9% auf 58,7% bei Männern). Vor allem bewerten Frauen mittlerweile ihre Gesundheit auch deutlich häufiger ausdrücklich negativ als noch vor drei Jahren. Hier lagen Männer 2013 mit negativen Bewertungen sogar noch vor den Frauen (10,3% vs. 5,6%). Nach der Folgebefragung hat sich diese Verteilung umgedreht (11,1% vs. 16%). Darin reflektieren sich zunehmende gesundheitliche und funktionale Einbußen, von denen Frauen in der Stichprobe häufiger und stärker betroffen sind als Männer.

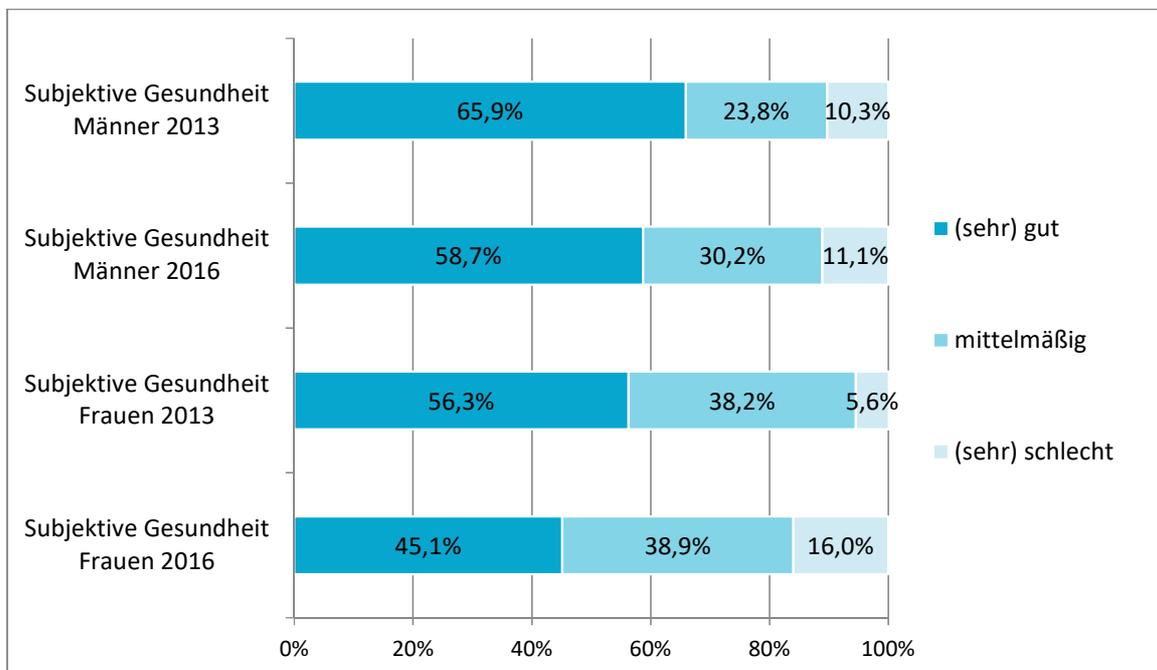


Abbildung 27: Subjektive Gesundheit – Vergleich Erst- und Zweiterhebung, nach Geschlecht, inkl. Telefoninterviews (Männer n=126, Frauen n=144).

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich quer durch alle Gesundheitsbereiche – somatische, funktionale, psychische sowie subjektive Gesundheit – mehr oder weniger ausgeprägte Einbußen bei einem großen Teil der Teilnehmer/innen in der Stichprobe beobachten lassen. Dabei ist vor allem zu konstatieren, dass die Zahl von Teilnehmer/innen ohne größere funktionale Einschränkungen in den drei Jahren zwischen Erst- und Zweiterhebung etwas abgenommen hat und zahlreiche Teilnehmer/innen, die bei der Ersterhebung noch weitgehend funktional intakt waren, mittlerweile von einer Zunahme altersbedingter Krankheiten und Beeinträchtigungen in verschiedenen Bereichen betroffen sind.

In dieser Entwicklung manifestiert sich eine für das hohe Alter charakteristische, zunehmende physische, psychische und kognitive Verletzlichkeit, die in einer kontinuierlich steigenden Wahrscheinlichkeit für altersbedingte Erkrankungen und funktionale Einschränkungen Gestalt annimmt (vgl. Kruse 2017). Diese Verletzlichkeit ist nicht gleichbedeutend mit Gebrechlichkeit – immerhin ist ein großer Teil der Teilnehmer/innen an dieser ÖIHS-Zweiterhebung nach wie vor in der Lage, ein weitgehend selbständiges und oft auch noch recht aktives Leben zu führen. Aber wie die Ergebnisse nahelegen, sind eben auch diese noch relativ „rüstigen“ und „fitten“ Hochaltrigen zunehmend von funktionalen Einschränkungen bedroht, die sie anfällig machen für altersbedingte Erkrankungen und in ihrer Lebensgestaltung zunehmend beeinträchtigen können.

Wie insbesondere auch die Befunde über die funktionale Entwicklung von Teilnehmer/innen im Segment der Pre-Frailty veranschaulichen, bestehen selbst bei bereits relativ weit fortgeschrittenen funktionalen Einschränkungen immer noch Potenziale, die es hochaltrigen Menschen ermöglichen, bestehende funktionale Kapazitäten über einen längeren Zeitraum hinweg zu erhalten oder teilweise sogar eingeschränkte Kapazitäten wiederzuerlangen – wenngleich die Wahrscheinlichkeit sehr hoch ist, dass die reduzierte funktionale Kapazität die Anfälligkeit für altersassoziierte Einschränkungen erhöht und eher zu einer weiteren Progredienz der Frailty führt.

Nur noch ein geringes Maß an solchen Potenzialen mag es allenfalls bei stark gesundheitlich und funktional eingeschränkten Teilnehmer/innen („frail“) geben. Auch das lässt sich deutlich an den analysierten Daten erkennen: Sofern Teilnehmer/innen, die bereits zum Zeitpunkt der Ersterhebung mit Blick auf ihren funktionalen Status als „frail“ einzustufen waren, bei der Zweiterhebung überhaupt noch am Leben und nicht zwischenzeitlich verstorben waren, hat sich ihr gesundheitlicher und funktionaler Status eher weiter verschlechtert. Aber auch die Tatsache, dass diese Teilnehmer/innen, im Gegensatz zu vielen anderen, am Leben geblieben sind und außerdem nicht alle von ihnen gleichermaßen von einem Fortschreiten der Frailty betroffen waren, könnte auf gewisse Potenziale selbst noch bei manifester Frailty hindeuten, an die beispielsweise durch rehabilitative Maßnahmen angeknüpft werden könnte, um funktionale Kapazitäten zu erhalten.

VERÄNDERUNGEN DER ALLGEMEINEN LEBENSITUATION



3 VERÄNDERUNGEN DER ALLGEMEINEN LEBENSSITUATION

Im folgenden Abschnitt werden Veränderungen in der allgemeinen Lebenssituation der Teilnehmer/innen seit der Ersterhebung beleuchtet und diese insbesondere vor dem Hintergrund der oben dargestellten gesundheitlichen und funktionalen Entwicklungen analysiert. Näher betrachtet werden dabei Veränderungen in den *sozialen Beziehungen*, der *Alltagsgestaltung* bzw. den *Aktivitäten* sowie hinsichtlich der *Betreuungssituation* (Hilfebedürftigkeit, Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Pflegeleistungen etc.) der Teilnehmer/innen.

Im Mittelpunkt steht somit die Frage, welche Veränderungen sich in den genannten Bereichen zwischen Erst- und Zweiterhebung ergeben haben und welche Rolle dabei vor allem Veränderungen gesundheitlicher und funktionaler Natur spielen, welchen Einfluss also mit höherem Alter tendenziell zunehmende gesundheitliche und funktionale Einschränkungen auf die allgemeine Lebenssituation hochaltriger Menschen haben.

3.1 Soziale Beziehungen

- ❖ **Zahlreiche Teilnehmer/innen haben in den drei Jahren zwischen Erst- und Zweiterhebung soziale Verluste, in Form einer Verringerung sozialer Kontakte und eines tendenziellen Schrumpfens ihres sozialen Netzwerks, erfahren.**
- ❖ **Neben gesundheitlichen/funktionalen Einbußen wirken sich vor allem Verwitwung, Kinderlosigkeit und ein niedriger sozioökonomischer Status (Bildung, Einkommen) negativ auf die Größe und Dichte des sozialen Netzes im hohen Alter aus.**
- ❖ **Soziale Verluste gehen mit einer Zunahme von Einsamkeit in der Stichprobe einher.**

Soziale Beziehungen sind im Kontext von Hochaltrigenstudien deshalb ein besonders relevanter Untersuchungsgegenstand, da sich speziell in diesem Bereich mit zunehmendem Alter gravierende Einschnitte und Veränderungen ergeben. Spätestens mit dem Eintritt in die Hochaltrigkeit steigt nicht nur kontinuierlich die Wahrscheinlichkeit für altersbedingte gesundheitliche und funktionale Einschränkungen und rückt das eigene Lebensende näher heran, sondern es steigt auch die Wahrscheinlichkeit des Verlustes des/der Ehegatt/in bzw. Lebensgefährte/in sowie anderer nahestehender Personen wie Freunde und Bekannte. Mit dem Tod nahestehender Personen nimmt auch die Dichte des sozialen Netzes ab und somit das Risiko von sozialer Isolation und Einsamkeit tendenziell zu. Davon sind besonders kinderlose Personen betroffen, deren soziale Beziehungen sich hauptsächlich auf Menschen aus der eigenen Generation beschränken, während Personen mit Kindern immerhin auch auf ein mehr oder weniger dichtes Netz intergenerationaler (Familien-) Beziehungen zurückgreifen können. Dieses ist häufig auch eine wichtige Quelle sozialer Unterstützung im Falle zunehmender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit.

Generell stellt sich die Erfahrung des sukzessiven Verlustes von Bezugspersonen wie Ehegatt/innen sowie Freund/innen für hochaltrige Menschen oftmals als sehr belastend dar – teilweise vielleicht sogar belastender als die Aussicht auf das eigene näher rückende Lebensende. Zurückzubleiben, während andere nahestehende Personen nach und nach aus dem Leben scheiden, ist eine schmerzvolle Erfahrung und möglicherweise auch ein Mitgrund, warum die Aussicht auf das eigene Lebensende für viele hochaltrige Menschen mit vergleichsweise wenig Angst verbunden ist und in Gesprächen mit Hochaltrigen oftmals auch eine gewisse Abschiedlichkeit zum Ausdruck kommt (siehe dazu die Ergebnisse des qualitativen Studienteils der ÖIHS-Ersterhebung, ÖPIA 2015: 160ff., vor allem Kap. 5).²⁸

Trotz dieser allgemeinen, altersbedingten Einflüsse auf die sozialen Beziehungen im hohen Alter, gibt es aber durchaus beträchtliche Unterschiede hinsichtlich der Dichte und der Qualität der sozialen Beziehungen bzw. von Sozialkontakten, betreffen soziale Verluste also nicht alle hochaltrigen Menschen gleichermaßen.

Im Rahmen der Ersterhebung 2013 konnten vor allem folgende Faktoren als besonders relevant für die sozialen Beziehungen im hohen Alter identifiziert werden: *Verwitwung, Kinderlosigkeit, Gesundheitszustand, Heimaufenthalt, Geschlecht und sozioökonomischer Status* (vgl. ÖPIA 2015: 104ff.). So hatten verwitwete Teilnehmer/innen ein kleineres soziales Netz und entsprechend weniger regelmäßige Sozialkontakte als verheiratete Teilnehmer/innen. Hiervon waren vor allem Frauen betroffen, da diese im hohen Alter wesentlich häufiger verwitwet sind als Männer. Verwitwung wirkte sich dabei umso schwerer aus, wenn Teilnehmer/innen überdies auch noch kinderlos waren.

Großen Einfluss hatte auch der gesundheitliche und funktionale Zustand. Mit gesundheitlichen Einschränkungen nimmt auch die Fähigkeit ab, (vor allem außerfamiliäre) Sozialkontakte wahrzunehmen. Besonders starke Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen hat entsprechend den Daten der Ersterhebung ein Heimaufenthalt, was darauf zurückzuführen ist, dass mit dem Eintritt ins Pflegeheim auch der Verlust der gewohnten sozialen Umgebung inklusive entsprechender Sozialkontakte verbunden ist. Darüber hinaus scheinen sich in Pflegeheimen nur in seltenen Fällen neue Sozialbeziehungen zu entwickeln, was soziale Isolation und Einsamkeit im Pflegeheim zusätzlich begünstigt.

Beträchtliche Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen im hohen Alter ergaben sich in der Analyse schließlich auch unter Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren (Bildung, Einkommen). Teilnehmer/innen hatten ein umso größeres soziales Netz, je höher ihre Bildung und ihr Einkommen waren, was sich nicht zuletzt in einer geringeren Betroffenheit von Einsamkeit bei sozioökonomisch besser gestellten im Vergleich zu sozial benachteiligten Personen niederschlug.

²⁸ Angst machen eher – wie auch aus den zitierten qualitativen Befunden hervorgeht – die möglichen, als negativ bewerteten Umstände des Sterbens (Schmerzen, medizinische Lebensverlängerung um jeden Preis etc.), nicht aber das näher rückende Lebensende an sich.

Verwitung nimmt weiter zu – vor allem unter Frauen

Betrachtet man nun Veränderungen hinsichtlich der sozialen Beziehungen der Teilnehmer/innen seit der Ersterhebung, so kann zunächst einmal konstatiert werden, dass **Verwitung** in der Stichprobe zugenommen hat. 7,5% der (in der Stichprobe verbliebenen) Teilnehmer/innen, die zum Zeitpunkt der Ersterhebung noch verheiratet waren, haben in den vergangenen drei Jahren ihre/n Ehepartner/in verloren und sind nunmehr verwitwet. Bezogen auf die Ausgangsstichprobe (n=410) hat sich damit der Anteil der Verwitweten von 50,5% (2013) auf 52,2% (2016) erhöht. Hier ist allerdings zu beachten, dass dabei keine zwischenzeitlichen Verwitwungsfälle von mittlerweile aus der Stichprobe ausgefallenen Teilnehmer/innen berücksichtigt sind. Die Verwitwungsrate würde dann wahrscheinlich noch etwas höher liegen.

Frauen sind dabei – bei einer ohnehin ganz allgemein bereits deutlich höheren Verwitwungsrate im Vergleich zu Männern – ungleich häufiger von einem seit der Ersterhebung eingetretenen Verlust des Ehepartners betroffen (22,7% vs. 2,8%). Somit sind nur noch 13,4% der in der Stichprobe verbliebenen Frauen verheiratet, hingegen 59,5% der Männer. Dies entspricht einem Minus von fast 3% bei den Frauen seit der Ersterhebung, während bei den Männern der Anteil der Verheirateten nahezu unverändert geblieben ist.

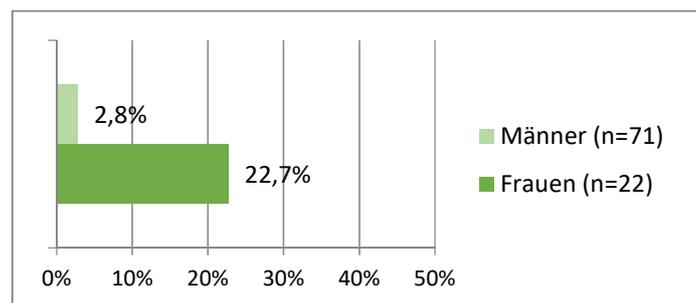


Abbildung 28: Verwitwungsrate unter verheirateten Männern und Frauen (nach Familienstand im Jahr 2013) seit Ersterhebung.

Auch befinden sich 26,7% der Teilnehmer/innen (von insgesamt 15), die 2013 angegeben haben, in einer nicht-ehelichen Lebensgemeinschaft bzw. Beziehung zu leben, heute aus nicht genauer erhobenen Gründen in keiner solchen Beziehung mehr.

Diese Veränderungen hinsichtlich des Familienstandes bzw. des Beziehungsstatus schlagen sich auch darin nieder, dass 14% der Teilnehmer/innen, die bei der Ersterhebung noch in Gemeinschaft gelebt haben, heute allein leben. Insgesamt beträgt der Anteil der Alleinlebenden in der Panelstichprobe (exkl. Pflegeheimbewohner/innen) heute 57,6% (Ersterhebung: 55,2%), hauptsächlich Frauen.

Veränderungen im sozialen Netz ergeben sich auch durch den Tod anderer nahestehender Personen. Laut Analyse der Paneldaten haben 14,8% der Teilnehmer/innen seit der Ersterhebung eines oder mehrere ihrer Kinder durch Tod verloren.²⁹ Mit hohem Alter ergibt sich demnach nicht nur das Problem des Todes des Ehepartners oder Lebensgefährten, sondern es nimmt auch die Wahrscheinlichkeit zu, dass Kinder, die sich mittlerweile häufig selbst im sogenannten „dritten Lebensalter“ (60+) befinden, vor den Eltern versterben.

7,4% haben seit der Ersterhebung ein oder mehrere Geschwister verloren, wobei dieser im Vergleich zum Tod von Kindern vergleichsweise niedrige Prozentsatz darauf zurückzuführen sein dürfte, dass Geschwister – vor allem ältere – häufig schon zu einem früheren Zeitpunkt verstorben sind, sodass die Häufigkeit des Verlustes von Geschwistern mit höherem Alter eher wieder abnimmt.

Sozialkontakte nehmen tendenziell ab

Wie haben sich die **Sozialkontakte** der Studienteilnehmer/innen zwischen Erst- und Zweiterhebung verändert? 37% der Teilnehmer/innen geben heute weniger familiäre Kontakte an als noch bei der Ersterhebung. 34,8% sind es hinsichtlich außerfamiliärer Sozialkontakte. Daraus lässt sich schließen, dass bei einer durchaus beträchtlichen Zahl von Teilnehmer/innen das soziale Netz in den vergangenen Jahren etwas dünner geworden ist.

16% haben dabei keinerlei außerfamiliäre Kontaktpersonen, mit denen sie regelmäßige Kontakte pflegen könnten, 6,2% keine familiären Kontaktpersonen. Auch hier ist der Anteil in der Stichprobe leicht gestiegen – von 5,6% auf 6,2% bei familiären, von 13,2% auf 16% bei außerfamiliären Kontaktpersonen. 2% der Teilnehmer/innen haben weder familiäre und außerfamiliäre Kontakte – diese können demnach praktisch als sozial völlig isoliert betrachtet werden.

Bei der Entwicklung regelmäßiger Sozialkontakte lässt sich ein Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand der Teilnehmer/innen bzw. mit der gesundheitlichen und funktionalen Entwicklung seit der Ersterhebung feststellen. Dies gilt vor allem mit Blick auf außerfamiliäre Sozialkontakte: Hier zeigt sich, dass 43,1% der Personen, die in den letzten drei Jahren gesundheitliche Einbußen hinnehmen mussten, auch soziale Verluste in Form einer zahlenmäßigen Abnahme von Kontaktpersonen im außerfamiliären Umfeld erlitten haben. Solche Verluste betreffen zwar durchaus auch Teilnehmer/innen, die ihren gesundheitlichen und funktionalen Status zwischen Erst- und Zweiterhebung weitestgehend bewahren konnten – was darauf hinweist, dass durchaus nicht nur gesundheitliche Gründe dafür ausschlaggebend sind –, allerdings liegt deren Anteil mit 32,3% doch deutlich niedriger.

Kein gesundheitlicher Zusammenhang lässt sich mit Blick auf familiäre Sozialkontakte konstatieren. Dies verweist darauf, dass im familiären Kontext soziale Kontakte sehr viel

²⁹ Verglichen wurden dabei die Angaben der Teilnehmer/innen über die Anzahl ihrer (lebenden) Kinder von Erst- und Zweiterhebung. Aus der Diskrepanz der Angaben ergibt sich – sofern alle Angaben korrekt sind – ein entsprechender prozentueller Anteil von Teilnehmer/innen (14,8%), die heute weniger Kinder haben als noch vor drei Jahren.

weniger von der Gesundheit und der allgemeinen Funktionalität abhängen und auch bei gesundheitlichen Einschränkungen häufig weiterhin Sozialkontakte mit Familienmitgliedern aufrechterhalten werden können.

Auswirkungen von Verwitwung, Kinderlosigkeit und sozioökonomischem Status auf soziale Beziehungen

Die folgende Grafik zeigt weitere Faktoren, die neben der gesundheitlichen und funktionalen Entwicklung für Veränderungen bei der Anzahl regelmäßiger Sozialkontakte seit der Ersterhebung eine Rolle spielen. Es wird vor allem ersichtlich, dass die bereits im Rahmen der Ersterhebung als besonders relevant für die sozialen Beziehungen im hohen Alter identifizierten Faktoren (Verwitwung, Kinderlosigkeit und sozioökonomischer Status) einen weiter zunehmenden Einfluss auf die Entwicklung der sozialen Netzwerke hochaltriger Menschen entfalten. Die dargestellten Zahlen beziehen sich dabei ausschließlich auf außerfamiliäre Sozialkontakte, da für die Entwicklung familiärer Sozialkontakte (mit Ausnahme von Kinderlosigkeit) keine entsprechenden Zusammenhänge festgestellt werden können.

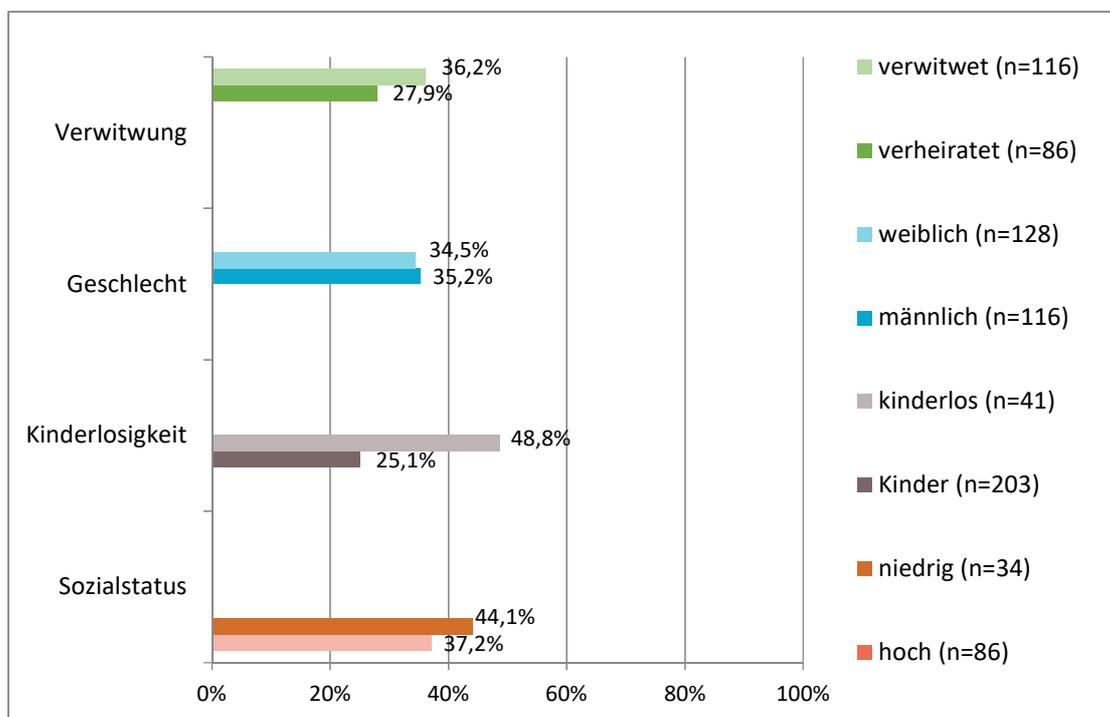


Abbildung 29: Verluste bei außerfamiliären Sozialkontakten (Verringerung der Anzahl außerfamiliärer Kontaktpersonen zwischen Erst- und Zweiterhebung), nach Familienstand (verwitwet vs. verheiratet), Geschlecht, Kinderlosigkeit und Sozialstatus.

In der Grafik ist etwa zu erkennen, dass **verwitwete Teilnehmer/innen** bei der Zweiterhebung deutlich häufiger eine **geringere Anzahl von Kontaktpersonen** (im Vergleich zur Ersterhebung) angegeben haben als verheiratete (36,2% vs. 27,9%). Demnach haben also verwitwete Personen eher Verluste im (außerfamiliären) sozialen Netzwerk erlitten als Personen, die noch in einer ehelichen Beziehung leben. Das ohnehin tendenziell kleinere soziale Netzwerk verwitweter Teilnehmer/innen ist also zwischen Erst- und Zweiterhebung eher weiter geschrumpft, als jenes von verheirateten.

Interessanterweise gibt es trotz dieses Zusammenhangs – und obwohl Frauen den weit größten Anteil unter den Verwitweten in der Stichprobe ausmachen – **keine nennenswerten geschlechtsspezifischen Unterschiede** hinsichtlich sozialer Verluste. Der Analyse zufolge haben Männer annähernd genauso häufig eine Verkleinerung des außerfamiliären sozialen Netzwerks erlebt wie Frauen (34,5% vs. 35,2%). Einen geschlechtsspezifischen Zusammenhang gibt es eher noch mit Blick auf familiäre Kontakte, wobei dieser eher zuungunsten von Männern ausfällt. Hier zeigt sich, dass Männer häufiger angeben, mittlerweile weniger familiäre Kontaktpersonen zu haben, als Frauen (40,5% vs. 33,9%).

Besonders stark wirkt sich **Kinderlosigkeit** aus. Bei fast der Hälfte (48,8%) der Teilnehmer/innen ohne Kinder hat die Größe des außerfamiliären sozialen Netzes seit der Ersterhebung abgenommen, hingegen nur bei 25,1% der Teilnehmer/innen mit Kindern. Im Gegensatz zu den anderen untersuchten Faktoren besteht bei der Kinderlosigkeit ein Zusammenhang nicht nur mit der Entwicklung der außerfamiliären, sondern auch mit jener der familiären Sozialkontakte. Das heißt, bei Kinderlosen sind sowohl außerfamiliäre als auch familiäre Kontakte häufiger und stärker geschrumpft als bei Teilnehmer/innen mit Kindern. Dies dürfte dadurch bedingt sein, dass Kinderlose an sich bereits ein deutlich kleineres familiäres Netzwerk haben, wodurch Verluste im familiären Netz schwerer kompensiert werden können (z.B. durch eine Intensivierung des Kontakts mit anderen Familienmitgliedern). Im Vergleich zu außerfamiliären Kontakten ist der Einfluss der Kinderlosigkeit auf die Familienbeziehungen zwar deutlich geringer, dennoch ist die Differenz hinsichtlich der Verringerung der Dichte des familiären Netzes durchaus beträchtlich: 36,6% der Kinderlosen, aber nur 26,4% der Personen mit zumindest 3 Kindern geben weniger familiäre Kontaktpersonen an als noch zum Zeitpunkt der Ersterhebung. Der Einfluss von Kinderlosigkeit auf die sozialen Beziehungen im hohen Alter zeigt sich auch daran, dass völlige soziale Isolation – also das Fehlen sowohl von familiären als auch außerfamiliären Kontaktpersonen – in der Stichprobe fast ausschließlich (in 4 von insgesamt 5 Fällen) Kinderlose betrifft.

Einen erheblichen Einfluss hat schließlich auch der **sozioökonomische Status** (Bildung, Einkommen). Wie die Datenanalyse ergibt, waren 44,1% der Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen ihren Angaben zufolge zwischen Erst- und Zweiterhebung von einem Schrumpfen ihres (im Vergleich zu sozial besser gestellten Personen ohnehin eher kleineren) sozialen Netzwerks betroffen, hingegen nur 37,2% der Teilnehmer/innen mit hoher Bildung und hohem Einkommen. Das soziale Netzwerk sozial schlechter gestellter Hochaltriger ist also nicht nur von vornherein kleiner als das von ihren sozioökonomisch besser gestellten Altersgenoss/innen, sondern ihr ohnehin eher kleines Sozialnetz ist mit weiter zunehmendem Alter auch eher und stärker im Schrumpfen begriffen. Damit tragen sie auch ein deutlich höheres Risiko für soziale Isolation. So geben etwa 35,3% der Teilnehmer/innen mit niedrigem Sozialstatus in der Panelstichprobe an, zu niemandem außerhalb ihrer Familie regelmäßig Kontakt zu haben, hingegen trifft dies nur auf 7% der Teilnehmer/innen mit hohem Sozialstatus zu.

Die dargestellten Ergebnisse sprechen also für durchaus erhebliche Einbußen hinsichtlich regelmäßiger Sozialkontakte in der Stichprobe zwischen Erst- und Zweiterhebung, wobei sich die bereits bei der Ersterhebung als besonders einflussreich für die sozialen

Beziehungen hochaltriger Menschen identifizierten Faktoren – Verwitwung, Kinderlosigkeit, Gesundheit und sozioökonomischer Status – als besonders wesentlich erweisen. Dies bedeutet eine zusätzliche Bestätigung der Ergebnisse der Ersterhebung und verdeutlicht, dass der häufig mit dem hohen Alter assoziierte Verlust sozialer Beziehungen und das dadurch wachsende Risiko sozialer Isolation nicht alle hochaltrigen Menschen gleichermaßen betrifft, sondern besonders Menschen, die verwitwet, kinderlos, funktional eingeschränkt und/oder sozial benachteiligt sind – ein Risiko, das mit weiter zunehmendem Alter für diese Menschen sukzessive (und stärker als für andere Menschen im hohen Alter) ansteigt.

Die Verringerung regelmäßiger Sozialkontakte bewirkt eine Zunahme von Einsamkeit

Der tendenziellen Verringerung von Sozialkontakten zwischen Erst- und Zweiterhebung korrespondiert auch eine **Zunahme der Einsamkeit** unter den Teilnehmer/innen. Betrachtet man die Entwicklung der Einsamkeit ausschließlich für Personen, die sowohl an der Erst- und Zweiterhebung teilgenommen haben, so ergibt sich daraus ein Anstieg der Einsamkeitsrate um fast 75% (von 8,7% im Jahr 2013 auf 14,4% im Jahr 2016).

Dieser Anstieg kommt daher, dass ein durchaus erheblicher Anteil von Teilnehmer/innen (8,8%), die bei der Ersterhebung noch von keinen Einsamkeitsgefühlen berichteten, mittlerweile angeben, sich häufig (oft oder immer) einsam zu fühlen. Hier besteht insofern ein Zusammenhang mit der Entwicklung des sozialen Netzwerks, als Teilnehmer/innen, die soziale Verluste hinnehmen mussten, wesentlich häufiger von neu seit der Ersterhebung aufgetretenen Einsamkeitsgefühlen betroffen waren, als Teilnehmer/innen, deren soziales Netz zumindest gleich groß geblieben ist (15,3% vs. 4,8%). Ebenso besteht ein Zusammenhang mit gesundheitlichen und funktionalen Einbußen (14% bei funktionalen Verlusten vs. 6,8% bei unverändertem funktionalen Status).

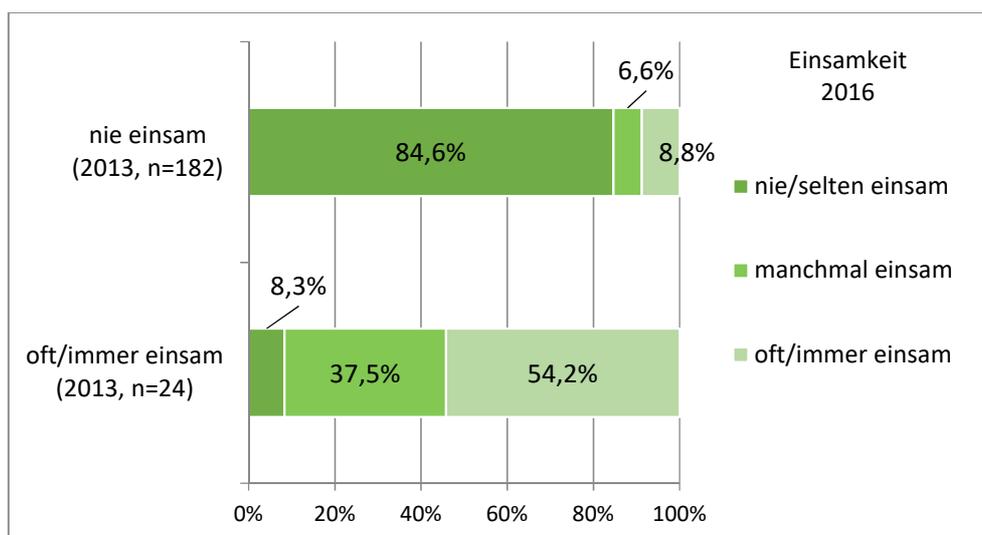


Abbildung 30: Entwicklung von Einsamkeitsgefühlen („nie einsam“, „oft/immer einsam“) seit Ersterhebung.

Teilnehmer/innen, die bereits bei der Ersterhebung angegeben haben, einsam zu sein, geben dergleichen auch bei der Zweiterhebung an (91,7% fühlen sich nach wie vor zumindest manchmal einsam, 54,2% geben wie bei der Ersterhebung häufige oder sogar permanente Einsamkeit an).

Neben der gesundheitlichen bzw. funktionalen Entwicklung und zwischen Erst- und Zweiterhebung eingetretenen Verlusten im sozialen Netzwerk spielen auch hier wieder besonders die oben im Zusammenhang mit den sozialen Beziehungen im hohen Alter diskutierten Faktoren bei der Zunahme von Einsamkeitsgefühlen eine Rolle. Die stärksten Auswirkungen haben dabei Verwitwung, Pflegeheimaufenthalt und Sozialstatus: So waren etwa Verwitwete, entsprechend ihren Angaben, mehr als doppelt so häufig von einer Zunahme von Einsamkeitsgefühlen betroffen als verheiratete Teilnehmer/innen (26,1% vs. 10,7%). Daraus dürfte sich zu einem großen Teil auch die stärkere Zunahme von Einsamkeitsgefühlen bei Frauen im Vergleich zu Männern erklären lassen (22,8% vs. 17,1%).

Auch Kinderlose berichteten bei der Zweiterhebung etwas häufiger über eine Zunahme von Einsamkeit als Teilnehmer/innen mit Kindern (25% vs. 20,2%). Relativ deutlich ist die Zunahme von Einsamkeitsgefühlen auch bei Teilnehmer/innen mit niedrigem Sozialstatus (niedriger Bildung, niedriges Einkommen) im Vergleich zu Teilnehmer/innen mit hohem Sozialstatus (30,3% vs. 21,4%). Vor allem aber im Pflegeheim scheint Einsamkeit zwischen Erst- und Zweiterhebung deutlich zugenommen zu haben. Hier gibt mehr als ein Drittel der Teilnehmer/innen (36,8%) heute häufigere Einsamkeitsgefühle an als noch zum Zeitpunkt der Ersterhebung. In Privathaushalten ist das hingegen weniger als halb so oft der Fall (18,2%).

Sinkende Zufriedenheit mit Sozialkontakten

Mit der tendenziellen Ausdünnung des sozialen Netzwerks und einer leichten Zunahme von Einsamkeitsgefühlen in der Stichprobe, ist seit der Ersterhebung auch die Zufriedenheit der Teilnehmer/innen mit ihren Sozialkontakten teils erheblich gesunken. Waren bei der Ersterhebung noch 82,7% sehr oder eher zufrieden mit ihren Sozialkontakten, sind es bei der Zweiterhebung drei Jahre später nur noch 75,7%.

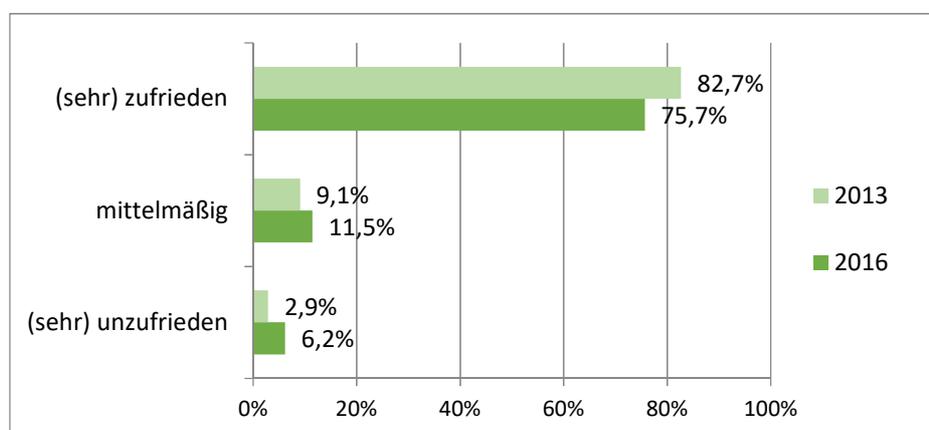


Abbildung 31: Zufriedenheit mit Sozialkontakten – Vergleich Erst- und Zweiterhebung (n=243).

Die Zufriedenheit mit Sozialkontakten hängt grundsätzlich sehr stark vom gesundheitlichen und funktionalen Status ab, zumal Gesundheit und Funktionalität einen wesentlichen Einfluss auf die Pflege sozialer Kontakte haben: „Rüstige“ äußern sich zu 83,7% als sehr oder eher zufrieden mit ihrem Sozialleben, bei „Frailen“ sind es hingegen nur 66,7%. Besonders niedrig ist die Zufriedenheit daher in Pflegeheimen: Hier gibt nur etwas mehr als die Hälfte der Pflegeheimbewohner/innen (52,6%) an, mit ihren Sozialkontakten zufrieden zu sein. Das ist deutlich weniger als in Privathaushalten (77,6%). In Pflegeheimen kommt erschwerend hinzu, dass mehr als ein Fünftel der Pflegeheimbewohner/innen (21,1%) angibt, überhaupt keine regelmäßigen Sozialkontakte zu haben.

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem eigenen Sozialleben gibt es nur relativ geringe geschlechtsspezifische Unterschiede: 77,8% der hochaltrigen Männer sind mit ihren Sozialkontakten sehr oder eher zufrieden, bei Frauen sind es 73,9%.

Größer sind die Unterschiede entlang der Bildung bzw. des Sozialstatus: Während 79,2% der Teilnehmer/innen mit hoher Bildung mit ihrem Sozialleben zufrieden sind, sind es nur 58,9% der Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung. Hier äußert sich einmal mehr der Sachverhalt, dass Personen mit niedriger Bildung und niedrigem Sozialstatus generell über ein kleineres soziales Netz verfügen und daher im Alter stärker von sozialer Isolation und Einsamkeit bedroht sind.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass bei zahlreichen Teilnehmer/innen seit der Ersterhebung das soziale Netz kleiner geworden ist und Sozialkontakte tendenziell abgenommen haben. Grundsätzlich stützen diese Ergebnisse wissenschaftliche Befunde, wonach soziale Isolation und Einsamkeit mit zunehmendem Alter, insbesondere aber im hohen und sehr hohen Alter tendenziell zunehmen (vgl. Wagner et al. 2010; Elbing 1991). Zum Teil kann dies auf gesundheitliche und funktionale Einbußen zurückgeführt werden, die die Aufrechterhaltung regelmäßiger Sozialkontakte erschweren – zumindest sind laut Analyse Teilnehmer/innen mit funktionalen Verlusten häufiger von sozialen Verlusten betroffen als Teilnehmer/innen, die ihren funktionalen Status seit der Ersterhebung weitestgehend bewahren konnten. Aber auch andere Faktoren wie Verwitmung, Kinderlosigkeit und sozioökonomischer Status scheinen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für soziale Verluste einherzugehen.

3.2 Alltagsgestaltung und Aktivitäten

- ❖ **Parallel zum Fortschreiten funktionaler Einschränkungen nimmt auch der Aktivitätsgrad der Teilnehmer/innen und die Vielfalt an ausgeübten Tätigkeiten tendenziell ab.**
- ❖ **Die häufigste Alltagsaktivität hochaltriger Menschen ist – mit weiter steigender Tendenz – das Fernsehen.**
- ❖ **Viele Teilnehmer/innen verlassen mittlerweile auch seltener das Haus bzw. die Wohnung als noch zum Zeitpunkt der Ersterhebung.**
- ❖ **Die Lebenszufriedenheit unter den Teilnehmer/innen ist nach wie vor hoch, wenn auch leicht gesunken.**

Auch bei den Aktivitäten und der Alltagsgestaltung lassen sich, ähnlich wie bei den sozialen Beziehungen, eine Reihe von Veränderungen feststellen, die darauf hindeuten, dass sich bei einigen Teilnehmer/innen in den vergangenen Jahren gewisse Verluste ereignet haben. Dies ergibt sich insbesondere aus einem Vergleich der entsprechenden Angaben der Zweiterhebung mit jenen der Ersterhebung.

Wie schon bei der Ersterhebung 2013, wurden im Rahmen der Zweitbefragung die Alltagsaktivitäten der Teilnehmer/innen abgefragt, um so einen Überblick über das Aktivitätsspektrum der hochaltrigen Teilnehmer/innen wie auch über das quantitative Ausmaß und die Breite ihrer Alltagsaktivitäten zu erhalten.

Mit der Zunahme funktionaler Einschränkungen nimmt die Zahl der ausgeübten Alltagsaktivitäten ab

Im direkten Vergleich der Angaben aus Erst- und Zweiterhebung zeigt sich dabei, dass Aktivitäten im zeitlichen Verlauf tendenziell abgenommen haben: Nur noch etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmer/innen (37,6%), die bei der Ersterhebung eine noch relativ große Vielfalt an Aktivitäten angegeben haben (mehr als 10 verschiedene Aktivitäten), geben auch bei der Zweiterhebung vergleichbar viele Aktivitäten an. Auch bei Personen mit ursprünglich mittlerem Aktivitätsgrad (6-10 Aktivitäten) haben bei rund einem Fünftel (21,3%) Aktivitäten abgenommen. 76,2% jener Teilnehmer/innen, deren Aktivitätsgrad bereits bei der Ersterhebung niedrig war (max. 5 Aktivitäten), haben auch heute noch einen niedrigen Aktivitätsgrad.

Der Aktivitätsgrad hängt generell, wie schon durch die Ersterhebung nachgewiesen werden konnte, stark vom gesundheitlichen und funktionalen Zustand ab: Je gesünder und funktional intakter hochaltrige Menschen sind, desto größer ist das Spektrum und die Zahl an Aktivitäten, denen sie in ihrem Alltag nachgehen (können). Bei stark ausgebildeten funktionalen Einschränkungen schrumpft hingegen der Aktivitätsgrad oftmals zusammen auf einige wenige Aktivitäten, insbesondere Fernsehen (vgl. ÖPIA 2015: 112ff.).

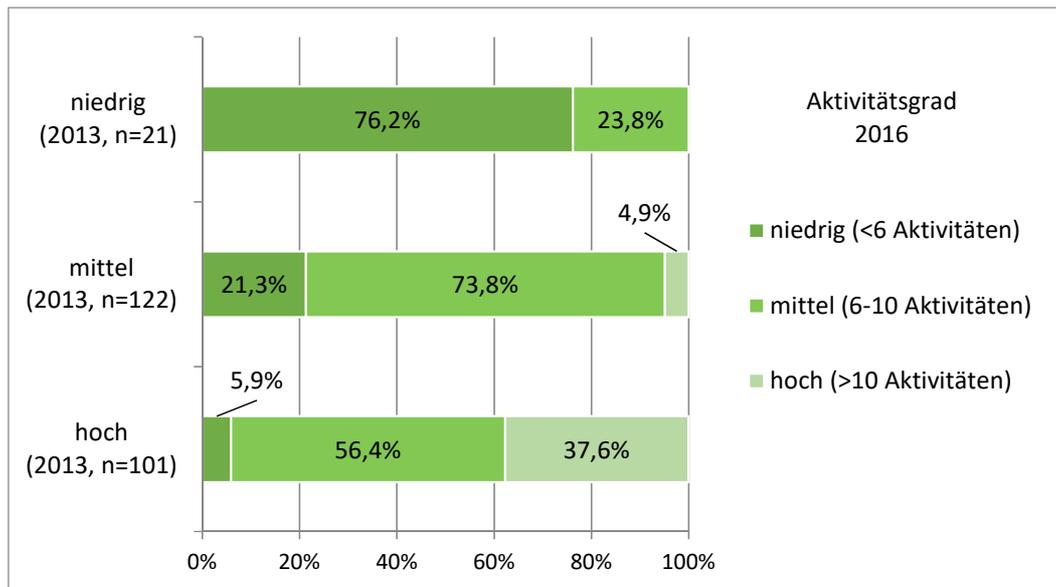


Abbildung 32: Entwicklung des Aktivitätsgrades (niedrig – mittel – hoch) zwischen Erst- und Zweiterhebung.

Dieser Zusammenhang wird durch die Daten der Zweiterhebung nochmals bestätigt: 37,6% der Teilnehmer/innen mit eingeschränkter Funktionalität (pre-frail und frail) nennen bei der Frage nach regelmäßigen Alltagsaktivitäten maximal 5 Aktivitäten. Hingegen ist dies nur bei 8,6% von Personen mit relativ gutem funktionalen Status (rüstig oder fit) der Fall. 67,5% der „Fitten“ und „Rüstigen“ nennen 6-10 Aktivitäten, 23,8% mehr als 10 Aktivitäten. Im Segment der „Pre-Frailty“ und „Frailty“ trifft dies nur auf 53,8% (6-10) bzw. 8,6% (mehr als 10) zu.

Dennoch lässt sich auch bei funktional noch weitgehend intakten Teilnehmer/innen eine tendenzielle Abnahme des Aktivitätsgrades zwischen Erst- und Zweiterhebung feststellen. Gaben bei der Ersterhebung Teilnehmer/innen mit vergleichsweise gutem gesundheitlichen und funktionalen Status im Durchschnitt noch zwischen 10 und 11 verschiedene Aktivitäten an, sind es bei der Zweiterhebung nur noch rund 9. Insgesamt geben fast drei Viertel (73,5%) der „Rüstigen“ und „Fitten“ heute weniger regelmäßig ausgeübte Alltagsaktivitäten an als noch zum Zeitpunkt der Ersterhebung. Dies ist eine ähnlich hohe Quote (75,9%) wie bei funktional stärker eingeschränkten Teilnehmer/innen (pre-frail und frail). Bei diesen ist allerdings zu berücksichtigen, dass hier die Verringerung im Aktivitätsgrad auf bereits niedrigerem Ausgangsniveau stattfindet. Das heißt, hier ist von zunehmenden Aktivitätseinbußen bei einem großen Teil der ohnehin bereits in ihrer Aktivität relativ eingeschränkten Teilnehmer/innen auszugehen. Vor allem Frauen sind besonders häufig von Einbußen hinsichtlich ihrer Alltagsgestaltung betroffen (54,8%) im Vergleich zu Männern (45,2%).

Steigende Bedeutung des Fernsehens

Fernsehen ist auch bei der Zweiterhebung die mit Abstand am häufigsten angegebene Alltagsaktivität, die von 96,7% der Teilnehmer/innen genannt wird – gefolgt von Lesen (85,2%), Besuche von Freunden und Verwandten (83,2%), Haushaltstätigkeiten (61,9%), Denksport (Kreuzworträtsel und dgl. – 60,2%) und Spazierengehen (59,4%). Fernsehen

wird damit, relativ gesehen, heute sogar noch von etwas mehr Teilnehmer/innen genannt als zum Zeitpunkt der Ersterhebung – damals waren es 95,8%.

Die im hohen Alter weiter zunehmende Bedeutung des Fernsehens lässt sich insbesondere an der Entwicklung der Fernsehhäufigkeit und -dauer der Teilnehmer/innen ablesen: 78,8% der Teilnehmer/innen, die bei der Ersterhebung einen hohen Fernsehkonsum angegeben haben (mehr als drei Stunden täglich), geben auch heute noch einen hohen Fernsehkonsum an (weitere 18,8% einen eher hohen Fernsehkonsum von bis zu 3 Stunden). Besonders bei Personen mit ursprünglich niedrigerem Fernsehkonsum ist eine Zunahme der durchschnittlichen Fernsehdauer zu beobachten: 23,5% derjenigen, die bei der Ersterhebung einen täglichen Fernsehkonsum von 1-3 Stunden angegeben haben, geben heute „mehr als drei Stunden“ an; bei „max. 1 Stunde“ sind es sogar 72%, die heute einen höheren Fernsehkonsum angeben.

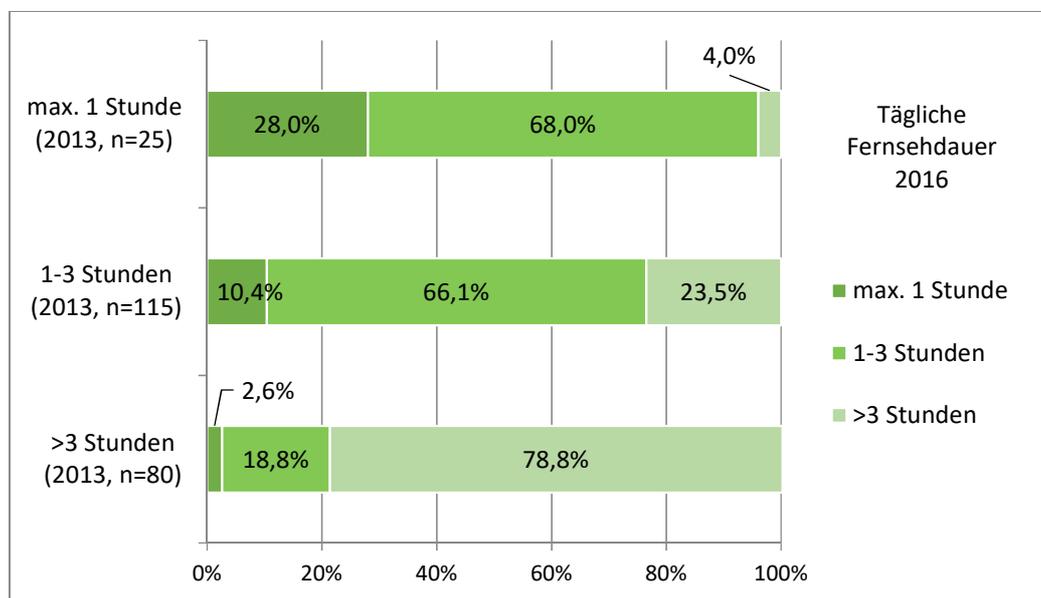


Abbildung 33: Entwicklung des Fernsehkonsums (nach durchschnittlicher täglicher Fernsehdauer) zwischen Erst- und Zweiterhebung.

Insgesamt haben 33,5% der Studienteilnehmer/innen heute einen höheren Fernsehkonsum als vor drei Jahren. Dieser Anteil erhöht sich sogar auf 48,4%, wenn dabei auch solche Personen berücksichtigt werden, die sowohl bei der Erst- als auch bei der Zweiterhebung das Maximum von mehr als 3 Stunden Fernsehen pro Tag angegeben haben, und bei denen daher mit dem eingesetzten Erhebungsinstrument keine weitere Zunahme des Fernsehkonsums gemessen werden kann.

Die Zunahme der Fernsehhäufigkeit hängt dabei – wenn auch nicht ausschließlich – mit der Entwicklung des funktionalen Status zusammen: 27,6% der Personen, die zwischen Erst- und Zweiterhebung beobachtbare gesundheitliche und funktionale Einbußen erlitten haben, geben heute einen höheren Fernsehkonsum an. Hingegen sind es bei Personen, deren Gesundheitszustand zumindest gleich geblieben ist, nur 20,4%.

Vor allem Personen mit niedrigem Sozialstatus (niedrige Bildung, niedriges Einkommen) neigen zu hohem Fernsehkonsum: Fast die Hälfte von ihnen (41,2%) gibt an, länger als drei Stunden täglich fernzusehen. Bei Teilnehmer/innen mit hohem Sozialstatus sind es hingegen nur 31,4%.

Zahlreiche andere Aktivitäten nehmen tendenziell ab

Anders als beim Fernsehen, hat bei zahlreichen anderen Aktivitäten die Häufigkeit seit der Ersterhebung tendenziell abgenommen. So geben z.B. nur noch 9,8% eine Beschäftigung mit einem Haustier an (bei der Ersterhebung waren es immerhin noch 14,4%). Das kann ein Hinweis darauf sein, dass den Teilnehmer/innen das Halten eines Haustiers schon zu beschwerlich ist. Möglicherweise gehen sie auch davon aus, dass es sich in ihrem Alter nicht mehr auszahlt, sich noch ein Haustier zu nehmen.³⁰

Auch Basteln und Handarbeiten werden mittlerweile etwas seltener angegeben (23,7% vs. 26,6%). Die feststellbare Verringerung von Bastel- und Handarbeitstätigkeiten in der Stichprobe könnte u.a. durch zunehmende Einschränkungen der Funktionalität, insbesondere der Beweglichkeit der Hände, bedingt sein.

Abgenommen hat schließlich auch der relative Anteil derer, die angeben, ein Ehrenamt auszuüben (von 11,5% auf 7,4%). Das Potenzial bzw. das Interesse für bürgerschaftliches Engagement und Ehrenamt scheint also im hohen Alter abzunehmen, wenngleich ein Anteil von 7,4% angesichts des schon recht hohen Alters der Teilnehmer/innen immer noch sehr beachtlich ist.

Teilnehmer/innen verlassen mittlerweile seltener die Wohnung

Mit Blick auf Veränderungen bei der Alltagsgestaltung der Teilnehmer/innen kann außerdem festgestellt werden, dass die Teilnehmer/innen mittlerweile offenbar auch seltener das Haus/die Wohnung verlassen als noch zur Zeit der Ersterhebung. Nur noch 45,3% der Personen, die bei der Ersterhebung angegeben haben, ihre Wohnung mehrmals täglich zu verlassen, geben dergleichen auch noch bei der Zweiterhebung an. Bei 36,8% von ihnen ist es aber immerhin noch „täglich“. Bei 17,9% ist es seltener.

Auch bei Personen, die bei der Ersterhebung angegeben haben, das Haus zumindest einmal täglich zu verlassen, sind es heute noch 59,5% (davon 23,8% sogar mehrmals täglich), beim Rest ist es heute allerdings seltener als täglich. Insgesamt verlassen 41,3% aller Teilnehmer/innen heute das Haus seltener als noch vor drei Jahren.

³⁰ Dieses Ergebnis beruht auch nicht auf einem Paneleffekt, da insgesamt 35 Personen, die bei der Ersterhebung ein Haustier angegeben haben, nach wie vor Teil der Stichprobe sind. Das entspräche einem Anteil von 14,3%. Ähnliches gilt auch für die nachfolgend genannten Aktivitäten.

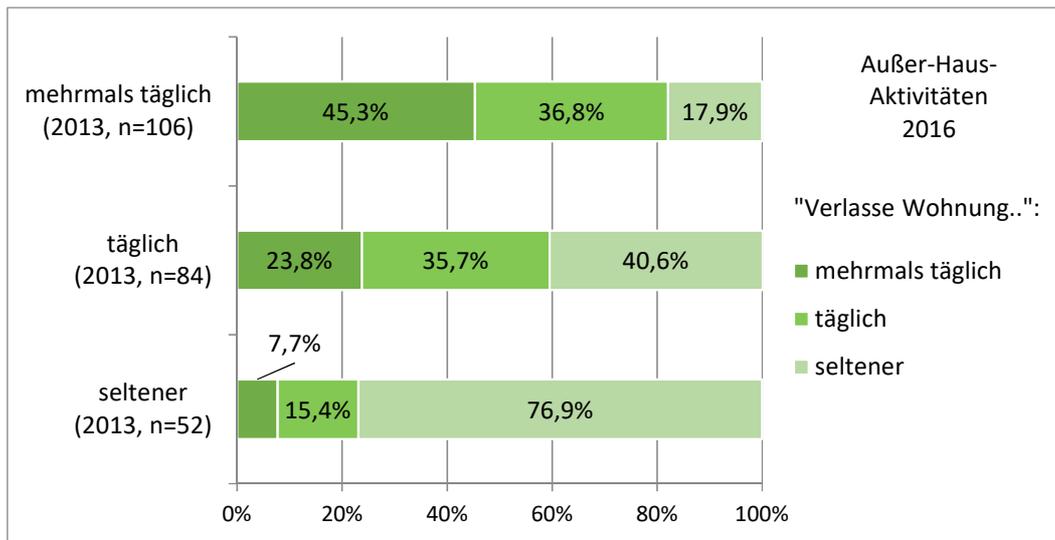


Abbildung 34: Entwicklung von Außer-Haus-Aktivitäten (nach Häufigkeit) zwischen Erst- und Zweiterhebung.

Trotz dieser Veränderungen stellt sich die Außer-Haus-Mobilität der Teilnehmer/innen insgesamt nach wie vor als vergleichsweise hoch dar. Immerhin 61,6%, also fast zwei Drittel, geben an, das Haus mindestens einmal täglich zu verlassen. Weitere 26,4% verlassen das Haus zumindest noch 1-2 Mal pro Woche. Nur rund 12% geben an, das Haus seltener als 1 Mal pro Woche zu verlassen, davon allerdings fast die Hälfte (5,4%) gar nicht mehr. Bei diesen Teilnehmer/innen spielt sich der Alltag also ausschließlich innerhalb der eigenen vier Wände ab.

Die Veränderungen in der Häufigkeit, mit der die Wohnung verlassen wird, hängen vor allem mit dem Gesundheitszustand bzw. mit gesundheitlichen Einbußen zusammen: Bei mehr als der Hälfte (55,4%) der Personen, bei denen sich seit der Ersterhebung der gesundheitliche und funktionale Status verschlechtert hat, hat auch die Häufigkeit abgenommen, mit der das Haus verlassen wird. Bei Personen ohne gesundheitliche Verschlechterungen sind es hingegen nur 37,1%.

Die Bedeutung des Gesundheitszustandes wird auch daran erkennbar, dass der mit Abstand am häufigsten genannte Anlass, die Wohnung zu verlassen, Arztbesuche sind. Diese werden von 82,4% der Teilnehmer/innen angegeben – gefolgt von Einkaufen (75%), Behördengängen (67,2%) und dem Treffen von Freunden und Verwandten (59,8% bzw. 53,7%).

Die Tatsache, dass auch relativ viele Personen ohne größere funktionale Verluste im Vergleich zur Ersterhebung seltener aus der Wohnung gehen, deutet aber auch darauf hin, dass hier auch andere Faktoren als die Gesundheit eine Rolle spielen. Ein nicht unmaßgeblicher Grund dürfte sein, dass viele Teilnehmer/innen kein Interesse (mehr) daran haben, die Wohnung öfter zu verlassen. So verneinen rund drei Viertel der Teilnehmer/innen (74,6%) die Frage, ob sie ihre Wohnung gerne öfter verlassen würden. Mehr als zwei Drittel (67,2%) derjenigen, die angeben, ihre Wohnung gerne öfter verlassen zu wollen, nennen dabei gesundheitliche Einschränkungen, die sie an einem häufigeren Verlassen der Wohnung hindern. 18% von ihnen geben auch an, sich draußen

zu unsicher zu fühlen. Bei 23% scheitert es daran, dass sie keine oder keine ausreichende Begleitung haben, die sie außerhalb der eigenen vier Wände benötigen würden.

Häufigste Anlässe zum Verlassen der Wohnung	„Wohin gehen Sie, wenn Sie die Wohnung verlassen?“
Arztbesuche/Apotheke	84,8%
Einkaufen	77,2%
Behördengänge	69,2%
Freunde/Bekannte treffen	61,6%
Besuch/Treffen von Verwandten	55,3%

Tabelle 9: Häufigste Anlässe zum Verlassen der Wohnung (n=237).

Auch die soziale Eingebundenheit – u.a. messbar an der Größe des sozialen Netzwerks der Teilnehmer/innen – scheint einen erheblichen Einfluss auf die Neigung, das Haus zu verlassen, zu haben. So geben 69,7% der Teilnehmer/innen mit mindestens 6 außerfamiliären Kontaktpersonen an, ihre Wohnung mindestens einmal am Tag zu verlassen. Hingegen trifft dies nur auf 50,9% jener Teilnehmer/innen zu, die maximal eine Person außerhalb der Familie nennen können, zu der sie regelmäßigen Kontakt pflegen.

Prinzipiell bestätigen diese Ergebnisse gerontologische Befunde (z.B. Motel et al. 2000), wonach sich mit zunehmendem Alter der größte Teil des Alltags und der Lebenszeit auf die eigene Wohnung bzw. das unmittelbare Wohnumfeld beschränkt. Diese Tendenz scheint mit dem Übergang ins hohe und höchste Alter, wie die dargelegten Ergebnisse nahelegen, noch weiter zuzunehmen und sich zu verfestigen.

Zufriedenheit mit Alltagsgestaltung sowie allgemeine Lebenszufriedenheit trotz zunehmender Einschränkungen nach wie vor hoch

Die Zufriedenheit mit der Alltagsgestaltung ist, trotz der festzustellenden Veränderungen, nach wie vor relativ hoch, nimmt aber tendenziell ab: 78,5% der Personen, die bei Ersterhebung angegeben haben, sehr oder eher mit ihrer Alltagsgestaltung und ihren Aktivitäten zufrieden zu sein, geben dergleichen auch noch bei der Zweiterhebung an. D.h. zwischen einem Fünftel und einem Viertel von ihnen ist heute nicht mehr allzu zufrieden oder sogar ausdrücklich unzufrieden. Dabei gibt es einen Zusammenhang mit der Entwicklung des Aktivitätsgrades: So sind 72% derjenigen, deren Aktivitätsgrad abgenommen hat, nach wie vor zufrieden, bei Personen, deren Aktivitätsgrad zumindest gleichgeblieben ist, sind es hingegen 79,5%. D.h. die Zufriedenheit mit der Alltagsgestaltung sinkt zwar nicht zwangsläufig, aber eher mit sinkendem Aktivitätsgrad.

Grundsätzlich hängt die Zufriedenheit, wie schon bei der Ersterhebung, stark mit dem funktionalen Status zusammen. Rüstige sind zu 93% zufrieden mit ihrer Alltagsgestaltung, bei Frailty sind es nur 31,8% (unzufrieden: 31,8%), bei Pre-Frailty 58,8% (unzufrieden: 14,7%).

Auch die Lebenszufriedenheit erweist sich bei der Zweiterhebung nach wie vor als sehr hoch. 95,5% derjenigen, die bei Ersterhebung mit ihrem Leben insgesamt sehr oder eher zufrieden waren, sind dies auch noch bei der Zweiterhebung.

Insgesamt äußern sich mehr als drei Viertel der Teilnehmer/innen (78,5%) als mit ihrem Leben sehr oder eher zufrieden. Explizite Unzufriedenheit mit der Lebenssituation ist eher selten: nur 6% der Panelstichprobe sind davon betroffen.

Allerdings hat die Lebenszufriedenheit – wenn auch nach wie vor auf hohem Niveau – zwischen Erst- und Zweiterhebung tendenziell etwas abgenommen. Dies zeigt sich insbesondere an einem Rückgang sehr hoher Zufriedenheit („sehr zufrieden“) in der Panelstichprobe im Vergleich zur Ersterhebung.

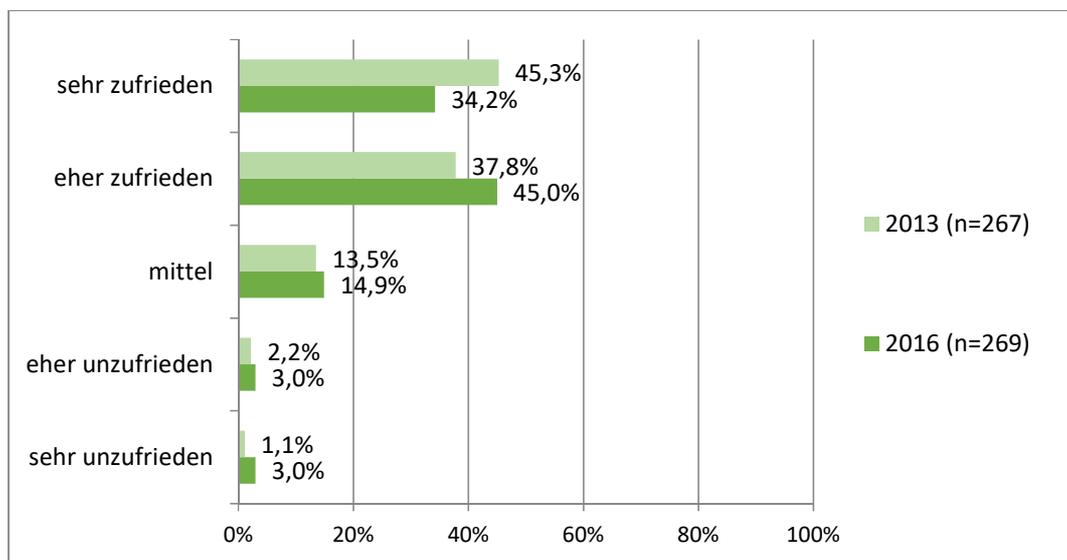


Abbildung 35: Lebenszufriedenheit – Vergleich Erst- und Zweiterhebung.

Zum Teil hängt eine zwischenzeitlich gesunkene Zufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation mit gesundheitlichen und funktionalen Einbußen zusammen – zumindest betrifft eine wesentlich schlechtere Bewertung der Lebenssituation im Vergleich zur Ersterhebung Teilnehmer/innen mit funktionalen Verlusten etwas häufiger als Teilnehmer/innen, die ihren funktionalen Status zwischen Erst- und Zweiterhebung weitestgehend aufrechterhalten konnten (16% vs. 11,8%).

Generell besteht ein enger Zusammenhang der Lebenszufriedenheit mit dem Gesundheitszustand: „Rüstige“ Teilnehmer/innen sind zu 83,6% zufrieden mit ihrer Lebenssituation, bei Frailty sind es nur (aber immerhin) 50% (unzufrieden: 20,8%), bei Pre-Frailty 69% (unzufrieden: 12,7%).

3.3 Unterstützungs- bzw. Pflegebedarf und Betreuungssituation in der Panelstichprobe

- ❖ **Unterstützungs- und Pflegebedürftigkeit haben in den drei Jahren zwischen Erst- und Zweiterhebung in der Stichprobe zugenommen.**
- ❖ **Zahlreiche Pflegebedürftige aus der Ersterhebung sind in der Zwischenzeit aufgrund von Tod oder Krankheit aus der Stichprobe ausgefallen.**
- ❖ **Frauen sind im Vergleich zu Männern besonders häufig zwischen Erst- und Zweiterhebung hilfebedürftig geworden.**
- ❖ **Das Eintreten wie auch eine Zunahme von Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit zwischen Erst- und Zweiterhebung war in vielen Fällen von einer erheblichen Minderung des Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit verbunden.**
- ❖ **Unter den noch in der Stichprobe verbliebenen Pflegeheimbewohner/innen kann eine erhebliche Verschlechterung des gesundheitlichen und funktionalen Status festgestellt werden.**

Als ein dritter Bereich der allgemeinen Lebenssituation und ihrer Veränderung seit der Ersterhebung, soll schließlich die Entwicklung des Unterstützungs- und Pflegebedarfs sowie der Betreuungssituation der hochaltrigen Studienteilnehmer/innen betrachtet werden. Mit dem Alter zunehmende gesundheitliche und funktionale Einschränkungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, auf Hilfe im Alltag oder sogar auf Pflege und Betreuung angewiesen zu sein. Laut Linden et al. (2010: 514) verzehnfacht sich nach dem 80. Lebensjahr die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit im Vergleich zu zehn Jahre jüngeren Menschen.

Hilfebedürftig zu werden bedeutet für ältere Menschen insofern einen empfindlichen Einschnitt, als für alltägliche Verrichtungen, die bislang selbständig und ohne Hilfe bewältigt wurden, nunmehr auf Unterstützung durch andere Personen zurückgegriffen werden muss. Bei einer bereits länger bestehenden Unterstützungsbedürftigkeit können wiederum fortschreitende funktionale Einschränkungen zu einem zusätzlichen Hilfe- bzw. Pflegebedarf führen und in der Folge eine Anpassung der formellen und/oder informellen Betreuungsarrangements erforderlich machen. Unter Umständen ergibt sich sogar die Notwendigkeit eines Umzugs in ein Pflegeheim.

Mit Blick auf die ÖIHS-Stichprobe ergeben sich im Wesentlichen zwei verschiedene Kontexte, die etwas genauer beleuchtet werden sollen: Zum einen die Situation von Teilnehmer/innen in Privathaushalten – hier wird nach einer Darstellung allgemeiner Entwicklungen sowohl die Situation von Personen, die in der Zeit zwischen Erst- und Zweiterhebung unterstützungs- oder pflegebedürftig geworden sind, beleuchtet, als auch Veränderungen bei solchen Teilnehmer/innen, die bereits während der Ersterhebung in unterschiedlichem Grad auf Hilfe bzw. Pflege angewiesen waren. Und zum anderen die

Situation in der (mittlerweile stark geschrumpften) Pflegeheimpopulation. Dargestellt werden dabei auch die Ergebnisse zu neu in die Studie aufgenommenen Fragen bezüglich der Zufriedenheit mit Pflege- und Betreuungsdienstleistungen.

Allgemeine Entwicklungen

Insgesamt kann festgestellt werden, dass in der Panelstichprobe (inkl. Telefoninterviews) 41,3% der in Privathaushalten lebenden Teilnehmer/innen angeben, auf Unterstützung im Alltag angewiesen zu sein. Dies bedeutet eine erhebliche Zunahme im Vergleich zur Ersterhebung, wo dieser Wert noch bei 34,5% lag. Vor allem wenn man bedenkt, dass funktional eingeschränkte Personen mit deutlich größerer Wahrscheinlichkeit aus der Stichprobe ausgefallen sind (aufgrund von Krankheit oder Tod), deutet das bereits darauf hin und bestätigt auch die weiter oben gestellten gesundheitsbezogenen Befunde (siehe Kapitel 2: *Gesundheit und Funktionalität*), dass funktionale Kapazitäten in der Stichprobe tendenziell abgenommen haben, wodurch die Wahrscheinlichkeit für Hilfe- und Pflegebedürftigkeit steigt.

Im engeren Sinne pflegebedürftig (d.h. angewiesen auf Hilfe bei der Körperpflege etc.) sind 14,3%. Auch hier ist also der Anteil trotz zahlreicher Ausfälle von Pflegebedürftigen gestiegen (von ursprünglich 10,1%), was auf eine durchaus beträchtliche Zunahme von Pflegebedürftigkeit bei ursprünglich funktional weitgehend intakten Teilnehmer/innen hinweist. Zwar kann festgestellt werden, dass Teilnehmer/innen, die zum Zeitpunkt der Ersterhebung aufgrund von funktionalen Einschränkungen bereits auf Hilfe und Unterstützung im Alltag angewiesen waren, bis zur Zweiterhebung mit fast dreimal so hoher Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig geworden sind wie Personen, die damals noch ohne Hilfe im Alltag ausgekommen sind (21,4% vs. 6,7%). Allerdings beträgt auch der Anteil derjenigen, die im Jahr 2013 noch auf keinerlei Hilfe im Alltag angewiesen waren, jedoch zwischenzeitlich pflegebedürftig geworden sind, immerhin 6,7%.

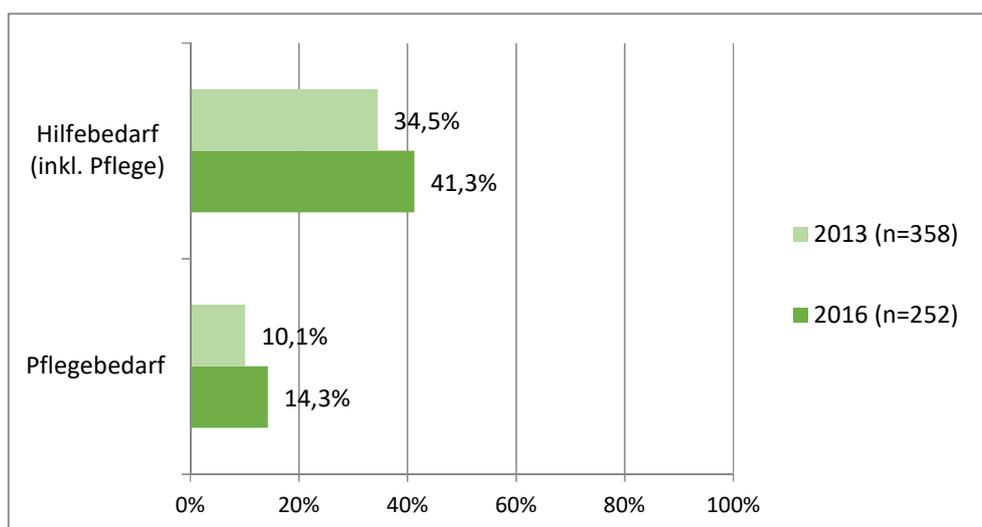


Abbildung 36: Hilfe- und Pflegebedarf in der Stichprobe – Vergleich Erst- und Zweiterhebung.

Insgesamt sind 25,3% der Teilnehmer/innen, die bei der Ersterhebung noch ohne Hilfe im Alltag ausgekommen sind, bei der Zweiterhebung in irgendeiner Form auf Unterstützung im Alltag angewiesen.

Zu konstatieren ist außerdem, dass von den in der Panelstichprobe befindlichen Pflegebedürftigen zwei Drittel (66,7%) erst zwischen Erst- und Zweiterhebung pflegebedürftig geworden sind. Darin spiegelt sich nochmals der Sachverhalt wider, dass pflegebedürftige Studienteilnehmer/innen mit hoher Wahrscheinlichkeit aufgrund von Krankheit oder Tod aus der Stichprobe ausgefallen sind, sodass der größte Teil der Pflegebedürftigen in der Panelstichprobe heute von Teilnehmer/innen gebildet wird, die erst in der Zeit zwischen Erst- und Zweiterhebung pflegebedürftig geworden sind.

Generell kann ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Entwicklung des Hilfe- bzw. Pflegebedarfs und der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit der Ersterhebung konstatiert werden: Ein objektiv schlechter Gesundheitszustand (pre-frail oder frail) zum Zeitpunkt der Ersterhebung war auch mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit verbunden, zwischen Erst- und Zweiterhebung hilfebedürftig zu werden (43,6% vs. 20,1% bei gutem funktionalem Status).

Dasselbe gilt für Pflegebedürftigkeit im engeren Sinne: Hier sind Teilnehmer/innen mit eingeschränkter Funktionalität – exklusive Personen, die aufgrund ihres schlechten gesundheitlichen Zustands verstorben oder aus der Stichprobe ausgefallen sind – fast dreimal so häufig zwischen Erst- und Zweiterhebung pflegebedürftig geworden wie „rüstige“ und „fitte“ Teilnehmer/innen (18,6% vs. 6,7%).

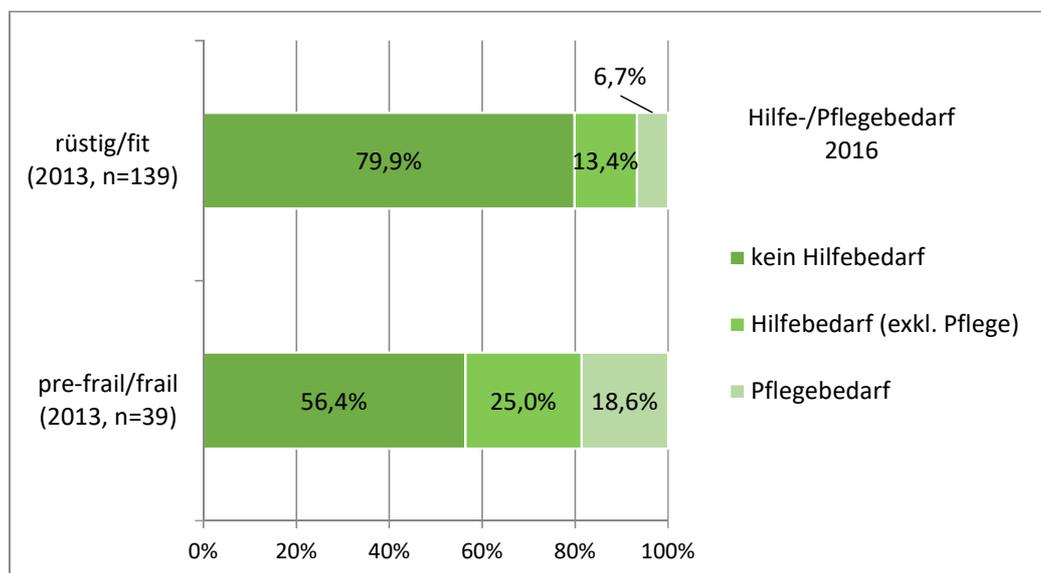


Abbildung 37: Entwicklung des Hilfe- und Pflegebedarfs von Teilnehmer/innen ohne Unterstützungsbedarf im Jahr 2013 zwischen Erst- und Zweiterhebung, nach Gesundheitszustand bei Ersterhebung (rüstig/fit vs. pre-frail/frail).

Frauen sind dabei deutlich häufiger auf Unterstützung im Alltag angewiesen als Männer (50,4% vs. 31,1%). Das entspricht einem Anstieg von fast 15% bei den Frauen und rund 10% bei den Männern in der Panelstichprobe.

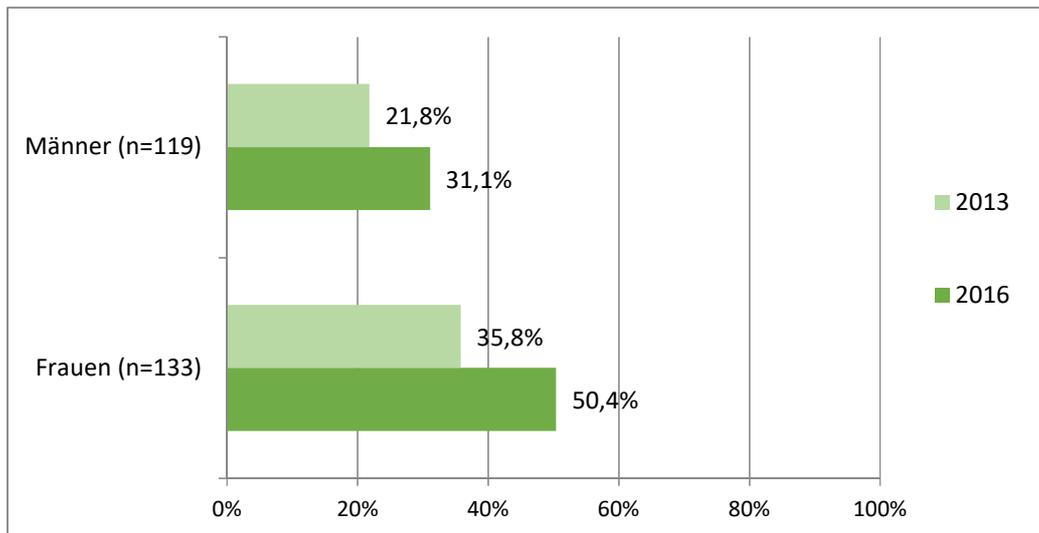


Abbildung 38: Hilfebedarf (inkl. Pflegebedarf) – Vergleich Erst- und Zweiterhebung, nach Geschlecht (inkl. Telefoninterviews, n=252).

Interessanterweise geben aber Männer etwas häufiger an, auf Pflege im engeren Sinne angewiesen zu sein, als Frauen (15,1% vs. 14,3%). Damit bestätigt sich ein Befund, der sich bei der Ersterhebung schon abgezeichnet hat: Frauen sind zwar im Allgemeinen funktional stärker eingeschränkt als Männer, dafür sind aber Männer, sofern sie aufgrund funktionaler Einschränkungen auf Hilfe angewiesen sind, häufiger pflegebedürftig als Frauen.

Betrachten wir die Verteilung von in Anspruch genommenen sozialen Diensten und Pflegeleistungen sowie ihre Entwicklung seit der Ersterhebung, so sehen wir, dass 8,4% der Teilnehmer/innen in Privathaushalten eine Heimhilfe haben (vs. 5,3% bei der Ersterhebung), 2,2% eine Hauskrankenpflege (vs. 2% Ersterhebung). Seltener ist 24-Stunden-Betreuung – diese wird in der gesamten Stichprobe nur von 4 Personen angegeben.

Auch die teilweisen Zuwachsraten bei der Inanspruchnahme von formellen Pflege- und Unterstützungsleistungen, insbesondere von Heimhilfe, lässt sich als Indiz für einen gestiegenen Hilfe- und Pflegebedarf unter den Teilnehmer/innen werten, wenngleich die Intensität der Betreuung nach wie vor vergleichsweise gering ist. Mehr als die Hälfte der Betroffenen erhält nach eigener Aussage maximal 3 Stunden pro Woche Heimhilfe bzw. Hauskrankenpflege.

Rund die Hälfte (47,6%) der Teilnehmer/innen (in Privathaushalten) gibt an, regelmäßig (auch) informelle Unterstützung durch Familienmitglieder oder andere Personen zu bekommen. Am häufigsten ist dabei Unterstützung durch eine Tochter (wird von 42,1% aller Empfänger/innen informeller Hilfe genannt), durch einen Sohn (29,9%) und durch den/die Ehegatt/in (25,2%). Unterstützung durch den/die Ehegatt/in wird – aufgrund deutlich niedrigerer Verwitwungsraten im Vergleich zu Frauen nicht allzu überraschend – hauptsächlich von Männern genannt (von 14,4% der Männer, aber nur von 6,2% der Frauen). Frauen geben dafür etwas häufiger Unterstützung durch eines oder mehrere ihrer Kinder an (25,3% vs. 22,4%).

40,2% der Empfänger/innen informeller Hilfeleistungen in der Stichprobe geben bis zu 3 Stunden an, die sie in der Woche informelle Unterstützung erhalten (das ist etwas mehr als bei der Ersterhebung: 34,3%). Bei 19,2% sind es 10 und mehr Stunden pro Woche (auch das ist etwas mehr als bei der Ersterhebung (16,2%)). Auch das deutet auf eine höhere Unterstützungsbedürftigkeit unter den Teilnehmer/innen hin.

Auffällig ist, dass steirische Teilnehmer/innen bei Hilfebedürftigkeit hauptsächlich informelle Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen (wird von 88,2% der Unterstützungsbedürftigen angegeben), während Wiener/innen stärker auch auf formelle Hilfe- und Betreuungsangebote zurückgreifen – 9,6% ausschließlich auf formelle Angebote, weitere 27,7% zumindest als zusätzliche Unterstützung zu informellen Hilfen durch Angehörige. Dies dürfte einerseits einer größeren Verfügbarkeit von Angehörigen für Unterstützungsleistungen, andererseits einer geringeren Verfügbarkeit von formellen Betreuungsangeboten speziell in ländlichen Regionen der Steiermark im Vergleich zum städtischen Raum geschuldet sein.

Situation der zwischen Erst- und Zweiterhebung hilfebedürftig Gewordenen

25,3% der Teilnehmer/innen (inkl. Telefoninterviews), die bei der Ersterhebung noch angegeben haben, ohne Unterstützung im Alltag auszukommen, sind mittlerweile auf Unterstützung angewiesen. Wie oben dargestellt, hängt dies besonders mit dem gesundheitlichen und funktionalen Status zusammen. Teilnehmer/innen, die sich zum Zeitpunkt der Ersterhebung bereits in einem funktional vergleichsweise stark eingeschränkten Zustand befanden (pre-frail oder frail), sind mehr als doppelt so häufig zwischen Erst- und Zweiterhebung hilfebedürftig geworden wie „rüstige“ und „fitte“ Teilnehmer/innen (43,6% vs. 20,1%).

Zu 60% handelt es sich dabei um Frauen, worin sich ihr allgemein statistisch etwas schlechterer Gesundheitszustand im Vergleich zu Männern widerspiegelt ebenso wie ihre etwas höhere Betroffenheit durch funktionale Einbußen zwischen Erst- und Zweiterhebung.

Bei dieser Gruppe von Teilnehmer/innen hat sich also zwischen Erst- und Zweiterhebung die Situation ergeben, ihren Alltag nicht mehr ohne Hilfe bewältigen zu können und auf Unterstützung angewiesen zu sein. Unterstützung erhalten diese Personen hauptsächlich informell durch Familie und Angehörige. 18,4% von ihnen haben auch eine Heimhilfe, insgesamt 2 Personen (5,3%) haben eine 24-Stunden-Betreuung.

Ein mittlerweile eingetretener Hilfe- und Unterstützungsbedarf schlägt sich in den Daten in einer deutlich wahrnehmbaren Einschränkung des Wohlbefindens der betroffenen Teilnehmer/innen im Vergleich zur Ersterhebung nieder. So erzielt etwa ein gutes Drittel der zwischen Erst- und Zweiterhebung hilfebedürftig Gewordenen (32,6%) heute höhere Depressionswerte als noch vor drei Jahren. Das bedeutet freilich nicht, dass alle diese Personen heute unter Depressionen leiden – eine ausgeprägtere depressive Symptomatik finden wir bei 16,3% in dieser Teilnehmer/innengruppe –, jedoch geben sie häufigere depressive Symptome an als noch zum Zeitpunkt der Ersterhebung.

Noch deutlicher sind die Auswirkungen auf die Lebenszufriedenheit. Etwas mehr als die Hälfte der Betroffenen (51,5%) gibt bei der Zweiterhebung eine niedrigere Zufriedenheit mit der Lebenssituation an als noch zum Zeitpunkt der Ersterhebung. Zum Vergleich: Bei Teilnehmer/innen, die nach wie vor ohne Hilfe im Alltag auskommen, trifft dies nur auf 23,7% zu.

Daraus kann geschlossen werden, dass die zwischenzeitlich eingetretene Hilfebedürftigkeit bei zahlreichen Teilnehmer/innen zu einer erheblichen Minderung des seelischen Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit insgesamt geführt hat.

Entwicklung bei den bereits bei der Ersterhebung Unterstützungsbedürftigen

Insgesamt befinden sich noch 72 Personen im Sample, die bereits bei der Ersterhebung angegeben haben, auf Hilfe im Alltag angewiesen zu sein. Davon waren 16 (22,2%) bereits bei der Ersterhebung im engeren Sinne pflegebedürftig. 24 (33,3%) sind in der Zeit zwischen Erst- und Zweiterhebung pflegebedürftig geworden.

Ein großer Teil von Teilnehmer/innen, die bereits zum Zeitpunkt der Ersterhebung aufgrund altersbedingter Einschränkungen auf Hilfe im Alltag angewiesen waren, ist aufgrund von Tod (23,6%) oder aus gesundheitlichen Gründen (11,4%) aus der Stichprobe ausgefallen. Noch etwas höher fällt die Ausfallrate aus, wenn ausschließlich auf im engeren Sinne Pflegebedürftige fokussiert wird. Von diesen sind 27,8% aufgrund von Tod aus der Stichprobe ausgefallen und weitere 22,2% aufgrund von gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen, die eine weitere Teilnahme unmöglich gemacht haben.

Interessant ist auch, dass von den überlebenden 72 Personen mittlerweile 15 (20,8%) angeben, nicht (mehr) auf Unterstützung angewiesen zu sein. Möglicherweise waren diese Personen damals nur zeitweilig auf Unterstützung angewiesen und kommen mittlerweile wieder ohne Hilfe aus. Dafür spricht, dass beim überwiegenden Großteil dieser Personen der funktionale Status entsprechend dem erneut durchgeführten geriatrischen Assessment seit der Ersterhebung sich nicht verschlechtert, sondern zum Teil sogar verbessert hat.

Etwas weniger als die Hälfte (42,1%) der Pflegegeldbezieher/innen in der Stichprobe haben heute eine höhere Pflegestufe als noch vor 3 Jahren. Am häufigsten sind Erhöhungen von ursprünglich Pflegestufe 2 und 3 (auf Stufe 3 und 4 bzw. Stufe 4 und 5). Die Wahrscheinlichkeit einer Erhöhung der Pflegestufe nimmt dabei (mit Ausnahme höherer Pflegestufen (4 und mehr)) kontinuierlich mit der Höhe der Pflegestufe bei der Ersterhebung zu: 36,7% bei Stufe 1, 42,7% bei Stufe 2 und 83,4% bei Stufe 3.

Auch bei dieser Personengruppe hatte die Zunahme von Hilfebedürftigkeit bzw. das Eintreten in eine Pflegebedürftigkeit erkennbare Auswirkungen auf das Wohlbefinden. Zwar lässt sich hier ein entsprechender Einfluss nicht mit Blick auf eine Veränderung depressiver Symptome beobachten, allerdings – und dies durchaus deutlich – bei der Lebenszufriedenheit: Hier haben 63,6% der mittlerweile pflegebedürftig Gewordenen eine geringere Lebenszufriedenheit als bei der Ersterhebung, hingegen trifft dies nur auf

22,7% derjenigen zu, deren Hilfebedarf nicht in diesem Ausmaß zugenommen hat bzw. unverändert geblieben ist.

Zufriedenheit mit Unterstützungs- und Pflegeleistungen

Neu in den Fragenkatalog aufgenommen wurden u.a. Fragen über die Zufriedenheit mit in Anspruch genommenen Leistungen von Pflege- und Betreuungsdiensten (Heimhilfe, Hauskrankenpflege, 24-Stunden-Betreuung). In der Panelstichprobe betrifft das zwar in Summe nur 25 Personen (21 haben eine Heimhilfe oder eine Hauskrankenpflege, 4 haben eine 24-Stunden-Betreuung). Dennoch sollen die zentralen Ergebnisse der Zufriedenheitserhebung zumindest kurz dargestellt und besprochen werden, auch wenn sich aufgrund der niedrigen Fallzahlen aus diesen Befunden keine verallgemeinerbaren Aussagen ableiten lassen.

Bezüglich Heimhilfe/Hauskrankenpflege äußern sich die betroffenen Teilnehmer/innen praktisch durchweg zufrieden: 57,1% sind mit ihrer Betreuung sehr, 38,1% eher zufrieden. Nur 1 Person (von insgesamt 21) ist „eher unzufrieden“. 85% würden ihr Betreuungsunternehmen weiterempfehlen. Nur 3 Personen (14,3%) geben an, einmal einen Grund zur Beschwerde gehabt zu haben.

Besonders positiv bewertet wird von den Teilnehmer/innen die Sauberkeitsorientierung der Betreuer/innen (95,2%), die Erreichbarkeit des Betreuungsunternehmens (90,5%) und das Einhalten der vereinbarten Zeiten (85,7%). Etwas niedriger ist offenbar die Zufriedenheit mit der Organisation der Betreuer/innenwechsel (75%) und der Berücksichtigung von Änderungswünschen (66,6%). Nur 47,6% geben an, dass Angehörige in die Betreuung mit eingebunden werden, was aber in vielen Fällen darauf zurückzuführen sein dürfte, dass die Einbindung von Angehörigen nicht relevant oder allenfalls auch gar nicht gewünscht wird (ein gutes Drittel – 33,3% – gibt bei dieser Frage „weiß nicht“ oder „abgelehnt“ an, wobei sich „abgelehnt“ tatsächlich darauf beziehen könnte, dass die Leute im konkreten Fall gar nicht wollen, dass Angehörige miteingebunden werden).

Auch die Betreuer/innen werden durchweg positiv beurteilt: Praktisch alle Betroffenen geben an, dass die Betreuer/innen freundlich sind und sie respektvoll behandeln (90,5% „trifft zu“, 9,5% „trifft eher zu“), jeweils 95,3% geben an, dass die Betreuer/innen kompetent sind und auf die persönlichen Bedürfnisse ihrer Klient/innen eingehen. Wenn man hier einen potentiellen Kritikpunkt finden möchte, dann besteht dieser allenfalls darin, dass „nur“ 85,7% angeben, dass sich die Betreuer/innen ausreichend Zeit für die Klient/innen nehmen.

Zurückhaltender ist die Einschätzung der Teilnehmer/innen hingegen hinsichtlich potentieller positiver Auswirkungen der Betreuung auf ihre Gesundheits- und Lebenssituation: Zwar können fast alle betroffenen Teilnehmer/innen (95,2%) bestätigen, dass ihnen die Betreuung ein Weiterleben zuhause ermöglicht. Auch geben immerhin 61,9% an, dass sich durch die Betreuung ihr Wohlbefinden verbessert hat. Aber nur eine Minderheit gibt zu Protokoll, dass durch die Betreuung ihre Beschwerden gelindert wurden (38%), sich ihre Selbständigkeit verbessert hat (33,3%) oder Krankenhausaufenthalte vermieden werden konnten (23,8%).

Zufriedenheit mit Heimhilfe/Hauskrankenpflege	
Betreuung insgesamt (sehr/eher zufrieden)	95,2%
BetreuerInnen sind freundlich (trifft zu/trifft eher zu)	100%
BetreuerInnen sind kompetent (trifft zu/trifft eher zu)	95,3%
BetreuerInnen nehmen sich ausreichend Zeit (trifft zu/trifft eher zu)	85,7%
Betreuung hat Weiterleben zu Hause ermöglicht (trifft zu/trifft eher zu)	95,2%
Betreuung hat Wohlbefinden verbessert (trifft zu/trifft eher zu)	61,9%
Betreuung hat Selbstständigkeit verbessert (trifft zu/trifft eher zu)	33,3%
Durch Betreuung wurden Krankenhausaufenthalte vermieden (trifft zu/trifft eher zu)	23,8%

Tabelle 10: Zufriedenheit mit Heimhilfe/Hauskrankenpflege (n=21).

Über 24-Stunden-Betreuung in der ÖIHS-Stichprobe lässt sich aufgrund zu geringer Fallzahlen leider kaum etwas sagen – diese betrifft im Sample nur 4 Personen. Diese geben aber alle an, mit der Betreuung sehr zufrieden zu sein. 2 der 4 Personen erhalten auch eine Förderung für ihre 24-Stunden-Betreuung. Die beiden anderen geben an, nicht zu wissen, ob sie eine Förderung bekommen.

Veränderungen in der Pflegeheim-Population

Kommen wir abschließend zur Situation von Teilnehmer/innen im Pflegeheim. Insgesamt befinden sich 20 Studienteilnehmer/innen zum Zeitpunkt der Zweiterhebung in einem Pflegeheim. Davon sind drei zwischen Erst- und Zweiterhebung in ein Pflegeheim übersiedelt. Die übrigen 17 sind Pflegeheimbewohner/innen, die bereits zum Zeitpunkt der Ersterhebung im Pflegeheim gelebt haben.

Diese sehr geringe Fallzahl von Teilnehmer/innen im Pflegeheim kommt dadurch zustande, dass der Großteil der Pflegeheimbewohner/innen im ÖIHS-Sample zwischen Erst- und Zweiterhebung aus der Stichprobe ausgefallen ist: Von ursprünglich 52 Pflegeheimbewohner/innen ist fast die Hälfte (48,1%) verstorben. Weitere 17,3% konnten aufgrund von fortgeschrittenen gesundheitlichen Einschränkungen oder aufgrund von Demenz nicht mehr an der Studie teilnehmen.

Die in *Kapitel 2* dargestellte tendenzielle Zunahme funktionaler Einschränkungen seit der Ersterhebung wird in besonderer Weise an der Pflegeheimpopulation der ÖIHS sichtbar. 52,6% im Pflegeheim-Sample sind nach dem wiederholten geriatrischen Assessment frail, 42,1% pre-frail (Ersterhebung: 36,5% frail, 59,6% pre-frail). Vor allem wenn man

berücksichtigt, dass die funktional am stärksten eingeschränkten Teilnehmer/innen am häufigsten verstorben oder aus gesundheitlichen Gründen aus der Stichprobe ausgefallen sind, deutet das auf eine erhebliche Verschlechterung des funktionalen Zustandes bei den überlebenden Pflegeheimbewohner/innen hin.

Gesundheitszustand	2013 (n=52)	2016 (n=19)
pre-frail	59,6%	42,1%
frail	36,5%	52,6%

Tabelle 11: Gesundheitszustand im Pflegeheim, Vergleich Erst- und Zweiterhebung.

68,5% haben 4 und mehr chronische Krankheiten gleichzeitig, sind also schwer multimorbide. 65% der Pflegeheimbewohner/innen leiden unter einer Harninkontinenz, 40% an einer Stuhlinkontinenz. Soweit Angaben zur Pflegestufe vorliegen (n=14), haben fast alle Teilnehmer/innen im Pflegeheim (92,9%) eine Pflegestufe von 4 und höher.

Speziell hinsichtlich Mobilität lassen sich fortgeschrittene Einbußen feststellen: 55,6% der Pflegeheim-Teilnehmer/innen haben den Gangtest nicht bewältigt, 75% der bewältigten Gangtests waren wiederum hinsichtlich der Gehgeschwindigkeit auffällig langsam und schwerfällig. 35% können sich nur innerhalb des Hauses fortbewegen, 15% gar nicht (Bettlägerigkeit). 63,2% sind regelmäßig auf einen Rollstuhl angewiesen.

Auch das sind durchweg schlechtere Werte als bei der Ersterhebung: Damals lag die Bewältigungsrate beim Gangtest bei 55,6%. Nur 52,6% benötigten einen Rollstuhl, und auch der Anteil der Teilnehmer/innen, die sich gar nicht selbstständig fortbewegen konnten, war deutlich niedriger bei 5%.

Erhebliche Verschlechterungen ergeben sich insbesondere hinsichtlich kognitiver Funktionen. Nur mit 9 (von insgesamt 20) Teilnehmer/innen konnte nochmals der kognitive Test durchgeführt werden. Dabei haben sich bis auf zwei alle Teilnehmer/innen im Vergleich zum ersten Test verschlechtert oder wie schon beim ersten Mal einen „sehr auffälligen“, d.h. hochgradig demenzverdächtigen Test abgelegt. Von den beiden genannten Ausnahmen abgesehen, waren darüber hinaus alle anderen kognitiven Tests im Pflegeheim als „sehr auffällig“ zu qualifizieren.

Widersprüchlich sind die längsschnittlichen Befunde zu Einsamkeit und Depression: 25% der Pflegeheimbewohner/innen fühlen sich ihren Angaben zufolge häufig deprimiert – damit sind depressive Symptome unter den Teilnehmer/innen im Pflegeheim seit der Ersterhebung 2013 etwas zurückgegangen (35%). Ein Blick auf Antidepressiva-Verordnungen in der Pflegeheimpopulation lässt allerdings vermuten, dass die Depressionsrate höher zu veranschlagen wäre (50% der Teilnehmer/innen bekommen laut Pflegedokumentation Antidepressiva verordnet).³¹

³¹ Dieser Anteil ist deutlich höher als noch bei der Ersterhebung (30,8%). Auch fällt eine anteilig wesentlich häufigere Verabreichung von Sedativa auf im Vergleich zur Ersterhebung 2013 (31,3% vs. 15,4%). Zu berücksichtigen ist hier freilich die deutlich kleinere Stichprobe im Vergleich zur Ersterhebung, auf die sich die genannten Anteile beziehen.

Hingegen hat Einsamkeit im Pflegeheim-Sample etwas zugenommen von 35% auf 40%. Dieser Anstieg fällt noch deutlicher aus, wenn man hier auch solche Teilnehmer/innen berücksichtigt, die angeben, sich „manchmal“ einsam zu fühlen. Dann ergibt das einen Anteil von 75%, die zumindest gelegentlich von Einsamkeitsgefühlen betroffen sind (2013: 55%). Das ist darüber hinaus eine erheblich größere Quote als bei Teilnehmer/innen, die in Privathaushalten leben (23,3%). Es wird damit nochmals der Befund der Ersterhebung bestätigt, dass Einsamkeit unter Pflegeheimbewohner/innen weit verbreitet ist, wobei entsprechende Gefühle im Laufe der Zeit weiter zuzunehmen scheinen.

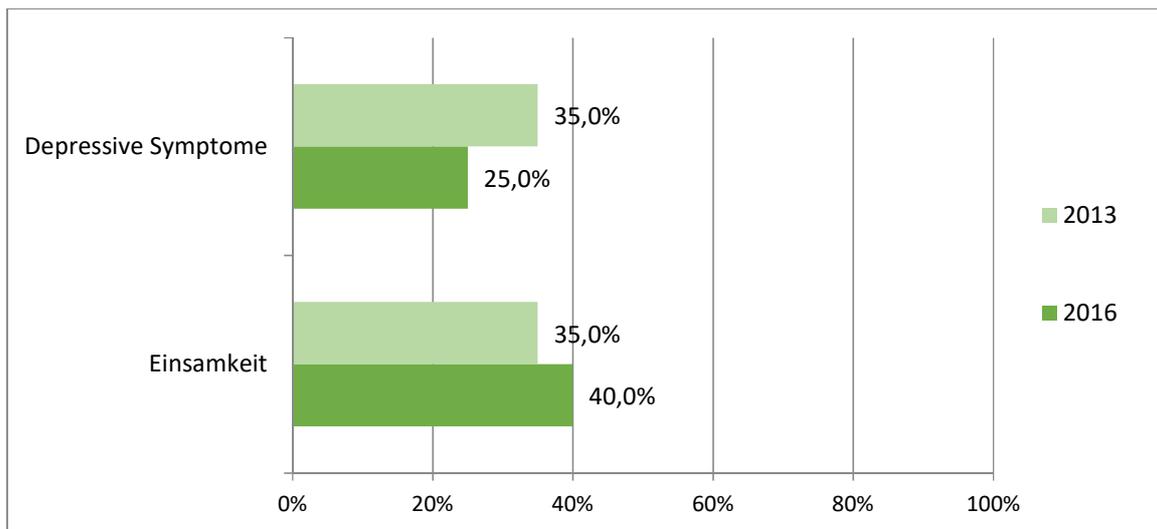


Abbildung 39: Prävalenz depressiver Symptome und Einsamkeitsgefühle im Pflegeheim – Vergleich Erst- und Zweiterhebung (n=20).

Hohe Zufriedenheit mit dem Pflegeheim

Auch Pflegeheimbewohner/innen wurden im Rahmen der Zweiterhebung über ihre Zufriedenheit im bzw. mit ihrem Pflegeheim befragt.

Insgesamt scheinen die Befragten mit ihrem Pflegeheim recht zufrieden zu sein (52,6% sehr, 36,8% eher). Besonders hoch ist die Zufriedenheit hinsichtlich der Lage des Heims (89,5% sehr oder eher zufrieden) und mit dem Personal (94,7%). Auch die Betreuung im Pflegeheim (78,9%) wird überwiegend positiv bewertet. Etwas geringer ist die Zufriedenheit mit dem Essen (68,4% positiv, 15,8% negativ) und den Möglichkeiten zur freien Tagesgestaltung im Pflegeheim (68,4% positiv, 26,3% negativ). Relativ niedrig ist auch die Zufriedenheit mit dem Ausflugsangebot im Heim (47,4% positiv, 10,5% negativ), wobei allerdings ein größerer Teil der Betroffenen (21,1%) keine Angaben dazu gemacht hat.

Zufriedenheit mit Pflegeheim	
Pflegeheim insgesamt (sehr/eher zufrieden)	89,4%
Pflegepersonal (sehr/eher zufrieden)	94,7%
Betreuung im Pflegeheim (sehr/eher zufrieden)	78,9%
Essen im Pflegeheim (sehr/eher zufrieden)	68,4%
Freie Tagesgestaltung im Heim (sehr/eher zufrieden)	68,4%
Würde Pflegeheim weiterempfehlen	84,2%

Tabelle 12: Zufriedenheit mit dem Pflegeheim (n=19).

Geteilt sind die Ansichten auch hinsichtlich der Pflegeheimkosten: 31,6% hält die Kosten, die für das Heim zu bezahlen sind, für fair, 26,3% halten die Kosten für eher unfair (weitere 31,6% geben an, dies nicht beurteilen zu können oder enthalten sich der Aussage).

Die hohe Zufriedenheit kommt auch darin zum Ausdruck, dass nur drei Personen angeben, über einen Pflegeheimwechsel nachzudenken – dies darüber hinaus nur „selten“ oder höchstens „manchmal“. 16 von 19 Pflegeheimbewohner/innen in der ÖIHS-Stichprobe (84,2%) würden ihr Pflegeheim weiterempfehlen.

**GESCHLECHTSSPEZIFISCHE
UND SOZIOÖKONOMISCH
BEDINGTE UNTERSCHIEDE**



4 LÄNGSSCHNITTliche ENTWICKLUNG VON GESCHLECHTSSPEZIFISCHEN UND SOZIOÖKONOMISCH BEDINGTEN UNTERSCHIEDEN IN DER ÖIHS-STICHPROBE

Im folgenden Kapitel soll noch etwas ausführlicher der Frage nachgegangen werden, wie sich geschlechtsspezifische und sozioökonomisch bedingte Differenzen in der Stichprobe, insbesondere hinsichtlich der Gesundheit und Funktionalität, zwischen Erst- und Zweiterhebung entwickelt bzw. verändert haben. Die Frage nach der Entwicklung gesundheitsbezogener Ungleichheiten entlang des Geschlechts und des sozioökonomischen Status im hohen Alter wurde bereits in der Einleitung als eine besonders relevante und den vorliegenden Bericht leitende Fragestellung hervorgehoben.

Bereits im Rahmen der Ersterhebung konnten teils beträchtliche Unterschiede hinsichtlich des gesundheitlichen und funktionalen Status nach Geschlecht und sozialer Lage festgestellt werden. So befanden sich hochaltrige Frauen bei der Ersterhebung statistisch in einem schlechteren funktionalen Zustand als hochaltrige Männer. Dieser Befund stimmt im Wesentlichen mit der internationalen Forschungslage zur Hochaltrigkeit überein, wonach Frauen zwar deutlich häufiger ein hohes und sehr hohes Alter erreichen als Männer, dafür aber jene Männer, die bis ins hohe Alter überleben, sich tendenziell in einem besseren Gesundheitszustand befinden als Frauen (vgl. Collerton et al. 2009; Guilley/Lalivie d'Épinay 2008). Dies wird für gewöhnlich darauf zurückgeführt, dass Frauen im Allgemeinen altersbedingte Krankheiten besser bewältigen als Männer und daher in einem wesentlich geringeren Ausmaß daran versterben. Bei hochaltrigen Männern handle es sich hingegen, eben weil sie im Vergleich zu vielen anderen Männern ein hohes Alter erreicht haben, um besonders gesunde Vertreter ihrer Genusgruppe, weshalb sie auch tendenziell gesünder seien als hochaltrige Frauen.

Noch größer waren die sozioökonomisch vermittelten Differenzen: Hier erbrachte die Analyse deutliche Hinweise auf gravierende gesundheitliche Unterschiede entlang der Bildung und des sozioökonomischen Status. So befanden sich Teilnehmer/innen mit hoher Bildung und hohem Einkommen überwiegend in einem deutlich besseren gesundheitlichen und funktionalen Zustand als Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen. Auch diese Ergebnisse, die auf einen starken Einfluss sozioökonomischer Ungleichheit auf die Erhaltung von Gesundheit ins und im Alter hindeuten, decken sich mit den Befunden zahlreicher anderer einschlägiger wissenschaftlicher Untersuchungen (Lampert 2000; Lampert/Maas 2002; Mnich et al. 2008).

Im Längsschnitt stellt sich nun die Frage, wie sich diese gesundheitsbezogenen Ungleichheiten im zeitlichen Verlauf weiterentwickeln, ob also geschlechtlich oder sozioökonomisch bedingte Differenzen mit noch höherem Alter weiter zunehmen oder ob sie allenfalls auch geringer werden.

Zieht man hier im Vorfeld wieder Befunde anderer Altersstudien heran, so deuten hinsichtlich geschlechtsspezifischer Gesundheitsunterschiede speziell die Ergebnisse aus

internationalen Hundertjährigenstudien – also Studien, die sich nicht nur dem hohen, sondern dem extrem hohen Alter von 100 und mehr Jahren widmen – darauf hin, dass geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich des gesundheitlichen und funktionalen Zustandes mit noch höherem Alter eher weiter zunehmen (vgl. Andersen-Ranberg et al. 2001; Hitt et al. 1999).

Mit Blick auf sozioökonomisch bedingte Unterschiede scheinen sich hingegen gesundheitsbezogene Ungleichheiten mit noch höherem Alter tendenziell etwas abzuschwächen (Lampert 2000; Lampert/Maas 2002).

Im Folgenden sollen daher Entwicklungstendenzen in Bezug auf gesundheitliche Ungleichheiten in der ÖIHS-Stichprobe analysiert werden. Teilweise werden hierbei in früheren Kapitel dargestellte, aber nicht systematisch analysierte geschlechtsspezifische und sozioökonomische Befunde wieder aufgegriffen und in konzentrierter Form diskutiert. Angesichts des derzeit noch recht kurzen Zeitraums von nicht mehr als drei Jahren, den die vorliegenden Längsschnittdaten überblicken, kann es sich dabei freilich nur um vorläufige Ergebnisse handeln. Um Aussagen über die langfristige Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im hohen Alter machen zu können, bedarf es weiterer längsschnittlicher Verfolgungen der Stichprobe. Die Analyse vermag aber zumindest einige erste Trends sichtbar zu machen, die in der Folge Gegenstand weiterer längsschnittlicher Untersuchungen sein könnten.

4.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede

- ❖ **Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich Gesundheit und Funktionalität haben zwischen Erst- und Zweiterhebung zugenommen.**
- ❖ **Frauen waren in praktisch allen Gesundheitsbereichen und -dimensionen häufiger und stärker von Verlusten betroffen als Männer.**
- ❖ **Trotz höherer Morbidität und einer stärkeren Betroffenheit von funktionalen Einschränkungen hatten Frauen allerdings keine höhere Mortalität als Männer.**

Betrachten wir für die längsschnittliche Analyse geschlechtsspezifischer Differenzen in der hochaltrigen Bevölkerung zunächst einige geschlechtsspezifische Daten und Befunde aus der Ersterhebung der ÖIHS: Hier ergab die Analyse durchgehend bessere Gesundheits- und Funktionalitätswerte für Männer als für Frauen. 64,2%, also fast zwei Drittel der Männer in der Stichprobe befanden sich nach dem durchgeführten geriatrischen Assessment der Ersterhebung in einem guten oder sehr guten Gesundheitszustand (rüstig bzw. fit). Bei den Frauen traf dies hingegen auf weniger als die Hälfte (47,2%) zu. 43% der Frauen waren als pre-frail, also bereits unter relativ weit fortgeschrittenen funktionalen Einschränkungen leidend, einzustufen, hingegen nur 27,2% der Männer. Hinsichtlich Frailty lagen Frauen und Männer mit 9,7% und 8,7% dafür nahezu gleichauf.

Frauen waren häufiger multimorbide als Männer (79,7% vs. 66,5%), litten häufiger unter chronischen Schmerzzuständen (58,5% vs. 42,5%), waren häufiger von Einschränkungen mit Blick auf alltägliche Verrichtungen betroffen und gaben häufiger an, auf Hilfe im Alltag angewiesen zu sein (40,1% vs. 27,5%). Entsprechend ihres schlechteren objektiven Gesundheitszustandes bewerteten sie ihre Gesundheit auch subjektiv schlechter als Männer (50,2% vs. 64,7% positive Gesundheitseinschätzungen). Auch gaben Frauen fast doppelt so häufig wie Männer an, unter Depressionen zu leiden (15,6% vs. 8,7%). Weniger eindeutig waren die Ergebnisse hinsichtlich kognitiver Funktionen – hier stammten sowohl die unauffälligsten (18,4% vs. 11,7%), als auch demenzverdächtige kognitive Tests häufiger von Frauen (55,4% vs. 49,4%).

	Frauen (n=237)	Männer (n=173)
Multimorbidität	79,7%	66,5%
Schmerzen	58,5%	42,5%
Probleme beim Anziehen	11,0%	5,8%
Probleme beim Stiegen steigen	18,2%	8,1%
Gangtest – langsame Gehgeschwindigkeit	21,3%	13,8%
Hilfebedarf im Alltag	40,1%	27,5%
Subjektive Gesundheit (sehr gut/gut)	50,2%	64,7%
Depressionen	15,6%	8,7%
Kognitiver Test:		
unauffälliger Befund	18,4%	11,7%
Demenzverdacht	55,4%	49,4%

Tabelle 13: Gesundheitlicher und funktionaler Status nach Geschlecht (Ersterhebung).

Vergleicht man diese Daten mit jenen der Zweiterhebung, so zeigt sich, dass die geschlechtsspezifischen Differenzen beim gesundheitlichen und funktionalen Status in den drei Jahren seit der Ersterhebung weiter zugunsten von Männern zugenommen haben. Von den insgesamt 244 überlebenden und in der Stichprobe verbliebenen Frauen und Männern (exkl. Telefoninterviews) waren 71,8% der Männer nach dem wiederholten geriatrischen Assessment als „rüstig“ oder „fit“ einzustufen, hingegen nur 52,8% der Frauen. Zwar hat auch bei den Frauen der Anteil der Rüstigen und Fitten in der Stichprobe im Vergleich zur Ersterhebung um rund 5% zugenommen, was darauf zurückzuführen ist, dass gesundheitlich und funktional stark eingeschränkte Frauen (ebenso wie Männer) häufiger aufgrund von Krankheit oder Tod aus der Stichprobe ausgefallen sind. Jedoch hat sich die Differenz zwischen dem Anteil rüstiger bzw. fitter Frauen und dem Anteil rüstiger bzw. fitter Männer von 17 auf 19 Prozentpunkte erhöht.

Auch hat der Anteil von Frauen mit manifester Frailty relativ deutlich zugenommen (von 9,7% auf 11,8%), während er bei den Männern leicht gesunken ist (von 8,7% auf 7,7%). Dies macht deutlich, dass Männer, sofern sie zwischen Erst- und Zweiterhebung am Leben

und in der Stichprobe geblieben sind, eher einen vergleichsweise guten Gesundheitszustand erhalten konnten, während bei Frauen funktionale Einschränkungen tendenziell zugenommen haben.

Gesundheit	2013		2016	
	m (n=173)	w (n=237)	m (n=117)	w (n=127)
„rüstig“	16,2%	11,8%	23,9%	12,6%
„fit“	48,0%	35,4%	47,9%	40,2%
„pre-frail“	27,2%	43,0%	20,5%	35,4%
„frail“	8,7%	9,7%	7,7%	11,8%
Gesamt	100%	100%	100%	100%

Tabelle 14: Funktionaler Status nach Geschlecht, Vergleich Erst- und Zweiterhebung.

Dies wird zusätzlich bestätigt, wenn der Fokus der Analyse auf die individuelle gesundheitliche Entwicklung gelegt wird. Dann zeigt sich, dass Frauen nach dem wiederholten geriatrischen Assessment häufiger von gesundheitlichen und funktionalen Einbußen betroffen waren als Männer. Bei 28,9% der teilnehmenden Frauen, aber nur bei 18,1% der Männer ergab das geriatrische Assessment eine merkliche Verschlechterung des funktionalen Status im Vergleich zur Ersterhebung.

Entwicklung des funktionalen Status seit Ersterhebung	Frauen (n=127)	Männer (n=117)
verbessert	20,3%	20,9%
gleich geblieben	50,8%	61,2%
verschlechtert	28,9%	18,1%
Gesamt	100%	100%

Tabelle 15: Entwicklung des funktionalen Status seit der Ersterhebung, nach Geschlecht.

Die folgende Tabelle veranschaulicht die Entwicklung geschlechtsspezifischer Gesundheits- und Funktionalitätsunterschiede entlang verschiedener zentraler Gesundheitsbereiche. Hierbei wird ersichtlich, dass in den meisten Bereichen nach wie vor beträchtliche Differenzen bestehen, wenngleich diese teilweise auch geringer geworden sind.

	2013		2016	
	m	w	m	w
Multimorbidität:				
2 und mehr Krankheiten	65,6%	80,8%	62,4%	68,5%
6 und mehr Krankheiten	4,0%	7,6%	3,2%	11,7%
Schmerzen	43,5%	60,1%	44,0%	53,1%
Probleme beim Anziehen	4,8%	7,5%	12,8%	11,0%
Probleme beim Stiegen steigen	4,0%	9,7%	7,2%	16,4%
Bewegungsradius (keine Einschränkung)	80,0%	73,7%	73,4%	55,5%
Hilfebedarf im Alltag	21,8%	35,8%	31,1%	50,4%
Subjektive Gesundheit (sehr gut/gut)	65,6%	50,2%	59,2%	44,8%

Tabelle 16: Entwicklung in verschiedenen gesundheitlichen Teilbereichen, nach Geschlecht³².

So hat etwa Multimorbidität (2 und mehr Krankheiten gleichzeitig) in der Panelstichprobe abgenommen und haben sich die relativen Anteile multimorbider Frauen und Männer in der Stichprobe zwischen Erst- und Zweiterhebung angenähert. Auch hinsichtlich Schmerzleiden und Activities of Daily Living (ADL), z.B. Anziehen oder Stiegensteigen, haben sich die Werte angenähert oder sind die relativen Unterschiede zumindest nicht größer geworden.

In einigen Bereichen zeichnet sich allerdings eine mehr oder weniger beträchtliche Zunahme der geschlechtsspezifischen Gesundheitsunterschiede zuungunsten hochaltriger Frauen ab (diese sind in der Tabelle durch Fettdruck hervorgehoben). So zeigt sich etwa bei einer genaueren Betrachtung der geschlechtsspezifischen Verteilungen bezüglich Multimorbidität, dass sich der Anteil multimorbider Frauen insgesamt zwar ein wenig jenem der Männer angenähert hat, die Differenz also etwas kleiner geworden ist, dafür aber der Anteil der Frauen, die ihren Angaben zufolge unter besonders vielen chronischen Krankheiten (6 und mehr) leiden, im Gegensatz zu den Männern, relativ deutlich zugenommen hat (von 7,6% auf 11,7%).

Ebenso erweist sich der Bewegungsradius von Frauen – als ein zentraler Indikator der Mobilität – statistisch heute als niedriger als noch zum Zeitpunkt der Ersterhebung. Hatten damals fast 74% der teilnehmenden Frauen einen uneingeschränkten Bewegungsradius, trifft dies bei der Zweiterhebung nur noch auf rund 56% zu, während bei den Männern der Anteil mit uneingeschränktem Bewegungsradius – dies darüber hinaus auf deutlich höherem Niveau – deutlich weniger gesunken ist. Dies deutet darauf

³² Auf eine Nennung der jeweiligen Vergleichsgruppengrößen wird in dieser Tabelle ausnahmsweise verzichtet, da diese für die diversen dargestellten Variablen teilweise unterschiedlich sind (z.B. aufgrund fehlender Werte). Allgemein gilt für Männer n=125 und für Frauen n=146.

hin, dass zwischenzeitlich eingetretene oder gewachsene Mobilitätseinschränkungen in der Stichprobe wesentlich häufiger Frauen als Männer betreffen.

Etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen (50,4%) gibt mittlerweile an, auf Hilfe und Unterstützung im Alltag angewiesen zu sein. Dies entspricht einem Plus von fast 15 Prozentpunkten im Vergleich zur Ersterhebung und liegt darüber hinaus deutlich über dem Anteil der hilfebedürftigen Männer in der Stichprobe, der rund 31% beträgt (ein Plus von ca. 10 Prozentpunkten seit der Ersterhebung).

Für eine Zunahme gesundheitlicher und funktionaler Einschränkungen vor allem von Frauen spricht nicht zuletzt, dass Frauen ihre Gesundheit im Vergleich zur Ersterhebung auch deutlich schlechter bewerten. Schätzte bei der Ersterhebung noch mehr als die Hälfte der teilnehmenden Frauen (56,2%) ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein, sind es bei der Zweiterhebung nur noch rund 45%. Die subjektive Gesundheit hat zwar in den vergangenen drei Jahren auch bei den Männern abgenommen (von ca. 66% auf rund 59% positive Gesundheitseinschätzungen), allerdings liegt die subjektive Gesundheit bei den Männern trotz dieser Verluste im Vergleich zu Frauen nach wie vor auf relativ hohem Niveau.

Auch mit Blick auf die Entwicklung in den einzelnen Gesundheitsbereichen und -dimensionen wird die Tendenz zunehmender gesundheitlicher Ungleichheit im hohen Alter zuungunsten von Frauen noch etwas besser erkennbar, wenn die individuelle funktionale Entwicklung in die Analyse miteinbezogen wird.

Blickt man aus dieser Perspektive etwa auf die Entwicklung hinsichtlich chronischer Krankheiten, so zeigt sich, dass 67,5% der Männer, die bei der Ersterhebung angegeben haben, an maximal einer chronischen Krankheit zu leiden, dies auch bei der Zweiterhebung angeben. Hingegen trifft dies bei Frauen nur in 60% der Fälle zu. Besonders bei multimorbiden Frauen (d.h. 2 und mehr chronische Krankheiten gleichzeitig) hat sich die Gesundheitssituation wesentlich häufiger verschlechtert als bei multimorbiden Männern: Bei 28% von ihnen sind mittlerweile noch weitere chronische Krankheiten hinzugekommen, hingegen ist dies nur bei 16,4% der multimorbiden Männer der Fall.

Auch hinsichtlich ihrer Mobilität waren Frauen häufiger als Männer von Einbußen betroffen. Konnten sich z.B. von Männern mit ursprünglich unbeschränktem Bewegungsradius 84,2% auch bei der Zweiterhebung überall selbstständig fortbewegen, waren es bei den Frauen nur 72,6%. Lediglich 2% der Männer in dieser Gruppe sind heute so stark in ihrer Mobilität bzw. ihrer Gesundheit eingeschränkt, dass sie sich nur noch innerhalb des Hauses/der Wohnung fortbewegen können. Bei Frauen sind es 5,6%.

Ebenso sind ehemals funktional weitestgehend intakte Teilnehmerinnen heute öfter von Einschränkungen ihrer Selbsthilfefähigkeit betroffen. Sie haben etwa häufiger Probleme beim Stiegen steigen als Männer mit vergleichbarer Ausgangslage (9,2% vs. 3,3%) oder können häufiger ihren Einkauf nicht mehr alleine erledigen (13,2% vs. 11,4%).

Beträchtliche geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es daher vor diesem Hintergrund auch mit Blick auf einen zwischenzeitlich eingetretenen Unterstützungs- und Hilfebedarf bei alltäglichen Verrichtungen. Hier gibt fast ein Drittel (31,4%) jener Frauen, die zum Zeitpunkt der Ersterhebung noch ohne Hilfe im Alltag ausgekommen sind, an, mittlerweile auf Unterstützung angewiesen zu sein. Mit 19,6% ist dieser Prozentsatz unter Männern doch relativ deutlich geringer.

Die Analyse ergibt schließlich auch Hinweise auf eine stärker die Frauen betreffende Zunahme kognitiver Einschränkungen. Bei den kognitiven Kapazitäten konnten im Rahmen des geriatrischen Assessments der Ersterhebung noch keine eindeutigen geschlechtsspezifischen Differenzen festgestellt werden. Nach einer Wiederholung der kognitiven Tests bei der Zweiterhebung deutet nun manches darauf hin, dass kognitive Kapazitäten bei den teilnehmenden Frauen in den drei Jahren zwischen Erst- und Zweiterhebung etwas stärker abgenommen haben als bei Männern. Haben zwei Drittel (66,7%) der männlichen Teilnehmer, die den kognitiven Test bei der Ersterhebung fehlerfrei absolviert haben, diesen auch bei der Zweiterhebung bestanden, sind es bei den Teilnehmerinnen nur etwas mehr als die Hälfte (51,7%). Ihre Tests weisen heute häufiger Defizite und Auffälligkeiten auf, 20,6% sind mittlerweile sogar als demenzverdächtig einzustufen. Bei den Männern trifft dies nur auf 13,4% zu. Auch bei der Ersterhebung bestehende, nur leichte kognitive Defizite haben bei Frauen in den vergangenen drei Jahren mit größerer Häufigkeit zugenommen als bei Männern (34,3% vs. 28%). Dies spricht für eine etwas höhere kognitive Verletzlichkeit von hochaltrigen Frauen, wobei diese mit ihrer allgemein etwas schlechteren physischen und funktionalen Konstitution im Vergleich zu den männlichen Teilnehmern zusammenhängen dürfte.

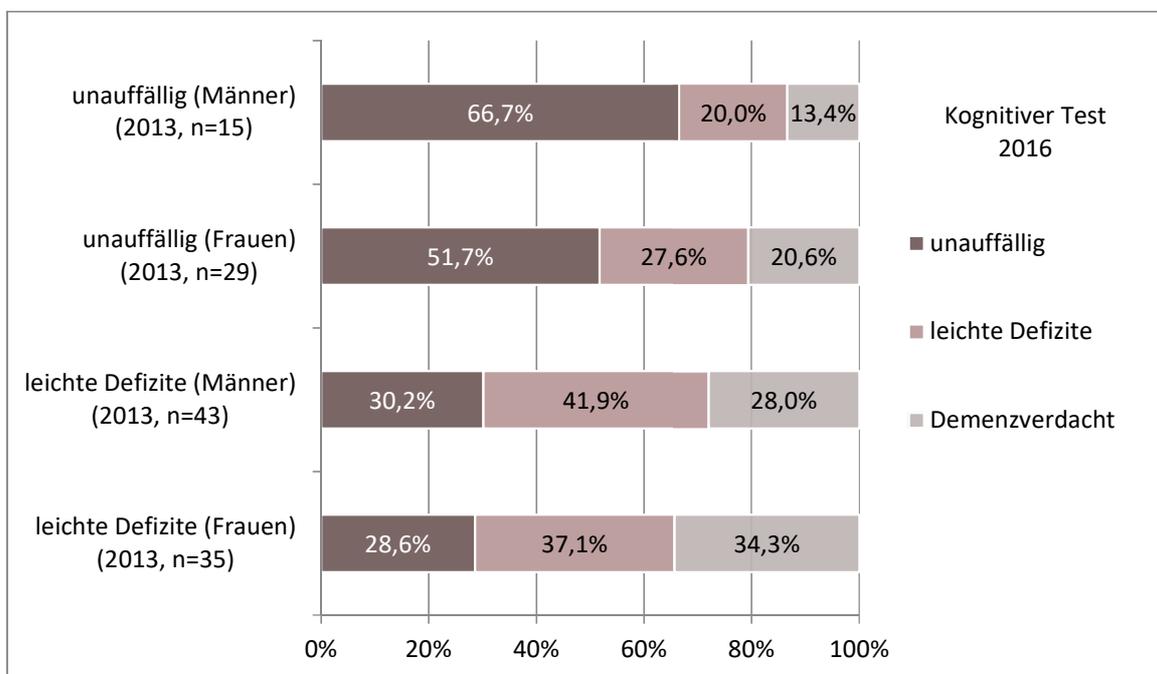


Abbildung 40: Kognitive Entwicklung von Teilnehmer/innen mit unauffälligem Befund und leichten Defiziten bei Ersterhebung 2013, nach Geschlecht.

Alle diese längsschnittlichen Zahlen und Fakten verdeutlichen eine tendenzielle Zunahme gesundheitsbezogener Geschlechterdifferenzen, wobei Frauen von stärkeren altersbedingten funktionalen Einschränkungen betroffen sind als Männer. Damit wird eine wesentliche forschungsleitende Annahme sowie ein zentraler Befund internationaler, longitudinaler Hochaltrigenstudien – vorbehaltlich des derzeit noch recht kurzen Längsschnitts – bestätigt.

Auf der anderen Seite scheint sich in der ÖIHS auch ein anderer, aus diversen Hochaltrigenstudien bekannter und zur höheren physischen und kognitiven Verletzlichkeit von hochaltrigen Frauen auf den ersten Blick etwas im Widerspruch stehender geschlechtsspezifischer Zusammenhang abzuzeichnen: Wie die Analyse zeigt, haben nämlich teilnehmende Frauen, trotz insgesamt stärkerer gesundheitlicher und funktionaler Einbußen im Vergleich zu Männern, keine höhere, sondern tendenziell sogar eine etwas geringere Mortalität als die Männer in der Stichprobe. Dies trifft jedenfalls zu, sofern die Analyse auf Privathaushalte eingegrenzt und Pflegeheimbewohner/innen ausgeklammert werden.

Dabei ergibt sich eine Mortalität von 13,7% für Frauen und 14,3% für Männer (bei einer Berücksichtigung von Pflegeheimen läge aufgrund der Überrepräsentation von Pflegeheimbewohner/innen in der ÖIHS-Ausgangsstichprobe und infolge des deutlich höheren Frauenanteils im Pflegeheim-Sample die Frauenmortalität natürlich etwas höher und somit über der Mortalität von Männern). Diese sich quasi umgekehrt zu den gesundheitlichen und funktionalen Befunden verhaltende geschlechtsspezifische Differenz bei der Mortalität ist freilich aktuell noch nicht sehr deutlich und wäre erst noch weiter im Längsschnitt zu beobachten. Zumindest ansatzweise kündigt sich jedoch bereits an, was auf der Basis der Ergebnisse anderer Hochaltrigenstudie zu vermuten war, nämlich dass Frauen im hohen Alter zwar häufiger und stärker in ihrer Funktionalität eingeschränkt sind als Männer, dafür aber seltener versterben als Männer und so mit zunehmendem Alter auch einen höheren und stetig weiter wachsenden Anteil in der hochaltrigen Bevölkerung ausmachen.

4.2 Sozioökonomisch bedingte Gesundheitsdifferenzen

- ❖ Auch hinsichtlich sozioökonomisch bedingter Gesundheitsdifferenzen deuten die generierten Längsschnittdaten auf eine Zunahme gesundheitlicher Ungleichheit zwischen Erst- und Zweiterhebung hin.
- ❖ Teilnehmer/innen mit niedrigem sozioökonomischen Status (niedrige Bildung, niedriges Einkommen) sind deutlich häufiger zwischen Erst- und Zweiterhebung verstorben als Teilnehmer/innen mit hohem sozioökonomischen Status (hohe Bildung, hohes Einkommen).
- ❖ Vor allem funktional beeinträchtigte Teilnehmer/innen aus niedrigen Sozialschichten waren häufig von weiteren funktionalen Verlusten und einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes betroffen.
- ❖ Eine Minderheit von besonders „rüstigen“ und „fitten“ Teilnehmer/innen mit niedrigem Sozialstatus konnte ihren vergleichsweise guten funktionalen Status jedoch annähernd genauso häufig zwischen Erst- und Zweiterhebung bewahren wie sozial besser gestellte Teilnehmer/innen.

Betrachten wir nun die längsschnittliche Entwicklung sozioökonomisch bedingter Gesundheitsdifferenzen in der Stichprobe, um der Frage nachzugehen, ob die Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf Gesundheit und Krankheit im hohen Alter der Tendenz nach weiter zunehmen oder eher abnehmen.

Wie schon erwähnt, hat bereits die Ersterhebung beträchtliche Gesundheitsdifferenzen entlang der sozialen Lage der Teilnehmer/innen ergeben: Lediglich 4% der Hochaltrigen, deren Sozialstatus als hoch einzustufen war, befanden sich nach dem geriatrischen Assessment der Ersterhebung in einem derart beeinträchtigten körperlichen Allgemeinzustand, der als ausgeprägte Frailty zu qualifizieren war. Bei Hochaltrigen mit niedrigem Sozialstatus waren es hingegen 20,7%, also mehr als fünf Mal so viele. Umgekehrt gab es unter Teilnehmer/innen mit niedrigem Sozialstatus kaum „Rüstige“ mit vergleichsweise sehr gutem Gesundheitszustand – lediglich 3,4%. Unter Teilnehmer/innen mit hohem Sozialstatus lag dieser Anteil hingegen fast bei einem Viertel (23,2%). Das heißt, Teilnehmer/innen mit niedrigem Sozialstatus hatten demnach eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit, einen guten gesundheitlichen und funktionalen Zustand bis ins hohe Alter zu bewahren.

Gesundheitliche Unterschiede zwischen Hochaltrigen entlang des sozioökonomischen Status konnten im Prinzip über alle Gesundheitsbereiche hinweg nachgewiesen werden – im Bereich der somatischen Gesundheit ebenso wie der psychischen, der funktionalen ebenso wie der kognitiven und subjektiven Gesundheit.

So hatten Hochaltrige mit niedrigem sozioökonomischen Status tendenziell mehr chronische Krankheiten, litten häufiger und unter stärkeren Schmerzzuständen und waren stärker von Mobilitätseinschränkungen betroffen als sozial bessergestellte Personen. Ebenso stellten sich, infolge ihres allgemein schlechteren körperlichen Zustandes, auch ihre funktionalen Kapazitäten im Hinblick auf die selbständige Bewältigung alltäglicher Verrichtungen als deutlich eingeschränkter dar: Sie hatten öfter Probleme, sich noch selbst anzuziehen und konnten seltener ohne Hilfe eine Stiege steigen und noch seltener ihre Einkäufe selbst erledigen. Entsprechend den größeren gesundheitlichen Einbußen im Vergleich zu Hochaltrigen mit höherem sozioökonomischem Status, schätzten Hochaltrige mit niedrigem Sozialstatus auch ihren Gesundheitszustand überwiegend schlechter ein.

Hinzu kamen stärkere Beeinträchtigungen im Bereich der psychischen Gesundheit: So wiesen etwa Hochaltrige mit niedrigem sozioökonomischen Status häufiger depressive Symptome auf als sozial bessergestellte Personen. Auch erwiesen sich ihre kognitiven Funktionen als deutlich stärker beeinträchtigt, was auf ein sozial ungleich verteiltes Demenzrisiko zuungunsten sozioökonomisch schlechter gestellter Menschen schließen ließ.

	Niedriger Sozialstatus (n=58)	Hoher Sozialstatus (n=125)
Chronische Krankheiten:		
keine	10,3%	9,6%
4 und mehr	32,8%	16,8%
Schmerzen:		
häufige Schmerzen	58,6%	43,9%
starke/sehr starke Schmerzen	22,6%	5,9%
Mobilität:		
Gangtest bewältigt	93,1%	97,6%
Normale Gehgeschwindigkeit	75,5%	89,6%
ADL:		
Anziehen	84,5%	93,6%
Stiegen steigen	82,8%	91,2%
Einkaufen	60,3%	87,2%
Einschätzung Gesundheit:		
sehr gut/gut	41,4%	69,6%
schlecht/sehr schlecht	12,0%	5,6%
Depressive Verstimmungen:		
oft/immer	27,6%	4,0%
selten/nie	48,3%	71,0%
Kognitiver Test:		
bestanden	4,0%	23,1%
auffällig/sehr auffällig (Demenzverdacht)	74,0%	41,0%

Tabelle 17: Gesundheitlicher und funktionaler Status nach sozioökonomischem Status (Ersterhebung).

Vergleichen wir diese Befunde mit den Daten der Zweiterhebung, so ergibt die Analyse Hinweise darauf, dass sozioökonomisch bedingte Differenzen in der Stichprobe zwischen Erst- und Zweiterhebung tendenziell weiter zugenommen haben.

Die Daten der Zweiterhebung zeigen bei Teilnehmer/innen mit niedrigem Sozialstatus eine Verringerung der Prozentanteile bei „Fitten“ sowie entsprechende Steigerungen bei „pre-frail“ und „frail“. Das weist auf eine durchaus beträchtliche Zunahme funktionaler Einschränkungen unter sozial benachteiligten Teilnehmer/innen in den drei Jahren zwischen Erst- und Zweiterhebung hin.

Das Ganze wird kontrastiert durch die genau umgekehrte Tendenz bei Personen mit hohem Sozialstatus. Hier gibt es einen deutlichen prozentualen Anstieg bei „Fitten“ und eine Verringerung des Anteils funktional eingeschränkter Teilnehmer/innen – mit

Ausnahme der „Frailty“, wo sich der Anteil seit der Ersterhebung mehr als verdoppelt hat. Sozial besser gestellte Personen haben somit ihren gesundheitlichen und funktionalen Status seit der Ersterhebung nicht nur häufiger bewahren können als Teilnehmer/innen mit niedrigem Sozialstatus, sondern einige von ihnen konnten ihren Gesundheitszustand sogar verbessern. Die in der Panelstichprobe festgestellten teilweisen Verbesserungen beim gesundheitlichen und funktionalen Status zwischen Erst- und Zweiterhebung (siehe oben *Kapitel 2*) gehen also vor allem auf das Konto von sozioökonomisch besser gestellten Teilnehmer/innen.

Gesundheit	2013		2016	
	niedrig (n=38)	hoch (n=80)	niedrig (n=38)	hoch (n=80)
„rüstig“	2,6%	27,5%	2,6%	27,5%
„fit“	42,1%	32,5%	31,6%	42,5%
„pre-frail“	36,8%	37,5%	42,1%	20,0%
„frail“	18,4%	2,5%	23,7%	10,0%
<i>Gesamt</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

Tabelle 18: Funktionaler Status nach sozioökonomischem Status, Vergleich Erst- und Zweiterhebung.

Auch bei der Zweiterhebung lassen sich sozioökonomisch bedingte Unterschiede durch alle Gesundheitsbereiche hindurch nachweisen:

In der folgenden Tabelle ist erkennbar, dass zwar sowohl bei Personen mit niedrigem als auch bei Personen mit hohem Sozialstatus funktionale bzw. gesundheitliche Einschränkungen in vielen Bereichen zwischen Erst- und Zweiterhebung zugenommen haben, jedoch betreffen entsprechende Verluste sozioökonomisch schlechter gestellte Personen häufiger und stärker als sozial besser gestellte Teilnehmer/innen, sodass gesundheitsbezogene Ungleichheiten nach sozioökonomischem Status eher weiter zugenommen haben.

Am stärksten ist die Schere bei der Häufigkeit chronischer Schmerzen, bei einzelnen ADLs wie Stiegen steigen und Einkaufen und bei der subjektiven Gesundheit aufgegangen. In diesen Bereichen deuten die Werte darauf hin, dass der gesundheitliche Allgemeinzustand von Teilnehmer/innen im unteren sozioökonomischen Segment im Vergleich zu sozial besser gestellten Teilnehmer/innen sich teilweise gravierend verschlechtert hat.

Beim kognitiven Test sehen wir hingegen deutliche Verbesserungen in beiden sozioökonomischen Vergleichsgruppen. Da an dieser Stelle ausschließlich solche Teilnehmer/innen verglichen werden, die sowohl an der Erst- als auch an der Zweiterhebung teilgenommen haben, sind diese Verbesserungen auch nicht auf einen häufigeren Stichprobenausfall von kognitiv sehr stark eingeschränkten Personen aus zwischen Erst- und Zweiterhebung zurückzuführen. Es wurde bereits anlässlich der Analyse zur allgemeinen kognitiven Entwicklung der Teilnehmer/innen festgestellt

(siehe oben *Kapitel 2.2.5.*), dass ein beträchtlicher Anteil der in der Stichprobe verbliebenen Teilnehmer/innen beim kognitiven Test der Folgerhebung besser abgeschnitten hat als bei der Ersterhebung. Dennoch ist auch hier deutlich erkennbar, dass trotz der insgesamt besseren Resultate in beiden sozioökonomischen Segmenten die Differenzen hinsichtlich der kognitiven Kapazitäten weiterhin beträchtlich sind. Ähnlich wie bei der Ersterhebung haben Teilnehmer/innen mit hohem sozioökonomischem Status den kognitiven Test mehr als drei Mal so oft fehlerfrei bewältigt wie Teilnehmer/innen mit niedrigem Sozialstatus. Umgekehrt haben sozial benachteiligte Teilnehmer/innen fast zweimal so häufig einen demenzverdächtigen Test abgelegt wie sozial bessergestellte Teilnehmer/innen.

	2013		2015	
	niedrig	hoch	niedrig	hoch
Multimorbidität:				
2 und mehr Krankheiten	81,4%	65,6%	69,8%	59,8%
6 und mehr Krankheiten	9,3%	3,4%	13,9%	5,4%
Schmerzen	62,8%	47,1%	71,4%	37,9%
Mobilität:				
Gangtest bewältigt	88,9%	97,5%	86,1%	96,3%
Normale Geschwindigkeit	82,8%	89,7%	77,4%	77,6%
ADL:				
Anziehen	86,0%	93,1%	81,4%	88,5%
Stiegen steigen	79,1%	94,3%	74,4%	89,7%
Einkaufen	53,5%	90,8%	41,9%	83,7%
Subjektive Gesundheit:				
sehr gut/gut	37,2%	70,1%	41,9%	62,8%
schlecht/sehr schlecht	11,7%	7,7%	23,2%	13,7%
Depressive Symptome:				
oft/immer	20,9%	2,3%	21,4%	9,2%
selten/nie	46,6%	72,1%	64,3%	73,5%
Kognitiver Test:				
unauffälliger Befund	7,4%	27,0%	10,7%	36,8%
Demenzverdacht	66,6%	37,9%	60,7%	35,5%

Tabelle 19: Entwicklung in verschiedenen gesundheitlichen Teilbereichen, nach Sozialstatus³³.

Wie beim Geschlecht, so lässt sich auch die Entwicklung sozioökonomisch bedingter Differenzen noch etwas besser nachvollziehen, wenn auch die individuelle Entwicklung

³³ Auf eine Nennung der jeweiligen Vergleichsgruppengrößen wird in dieser Tabelle ausnahmsweise verzichtet, da diese für die diversen dargestellten Variablen teilweise unterschiedlich sind (z.B. aufgrund fehlender Werte). Allgemein gilt für Personen mit niedrigem Sozialstatus n=34 und für Personen mit hohem Sozialstatus n=86.

berücksichtigt wird. Hier wird vor allem erkennbar, dass Teilnehmer/innen mit ursprünglich hohen funktionalen Werten umso häufiger von funktionalen und gesundheitlichen Verlusten zwischen Erst- und Zweiterhebung betroffen waren, je niedriger ihr sozialer Status war.

Fast die Hälfte (44,4%) jener Teilnehmer/innen mit niedrigem Sozialstatus, die bei der Ersterhebung höchstens leichte Defizite beim kognitiven Test aufwiesen, haben heute demenzverdächtige Tests. Bei hohem Sozialstatus trifft dies nur auf 19,6% zu. Sozial besser situierte Teilnehmer/innen konnten demnach ihre kognitiven Kapazitäten eher bewahren als Teilnehmer/innen mit niedrigem Sozialstatus.

Ähnliches kann für die Entwicklung der Mobilität festgestellt werden: Sozial benachteiligte Teilnehmer/innen mit ursprünglich uneingeschränktem Bewegungsradius waren zwischen Erst- und Zweiterhebung häufiger von Mobilitätseinbußen betroffen als sozial besser gestellte Teilnehmer/innen mit gleicher Mobilität (25% vs. 19,7%).

Nur noch die Hälfte (50%) der Teilnehmer/innen, die bei der Ersterhebung trotz eines niedrigen Sozialstatus höchstens eine chronische Krankheit angegeben haben, gibt dies noch bei der Zweiterhebung an. Bei der anderen Hälfte sind es mittlerweile mehr Krankheiten, liegt also Multimorbidität vor. Unter den Bedingungen eines hohen Sozialstatus kommt dies nur halb so oft vor (26,9%). Auch bei bestehender Multimorbidität (2 und mehr Krankheiten gleichzeitig) sind Teilnehmer/innen mit niedrigem Sozialstatus häufiger von einer Zunahme chronischer Krankheiten betroffen als Teilnehmer/innen mit hohem Sozialstatus (33,3% vs. 21,7%).

13,8% der Teilnehmer/innen mit niedrigem Sozialstatus und ohne entsprechende Einschränkungen zum Zeitpunkt der Ersterhebung können sich mittlerweile nicht mehr selber anziehen. Bei hohem Sozialstatus sind es nur 7,6%. Ähnliches gilt beim Stiegensteigen (Einschränkungen bei 11,5% mit niedrigem vs. 7,5% mit hohem Sozialstatus) und beim Einkaufen (21,1% vs. 11,5%).

28,6% der Teilnehmer/innen aus niedrigen Sozialschichten mit ursprünglich niedrigen Depressionswerten (selten oder nie deprimiert) erzielen heute höhere Werte. Bei hohem Sozialstatus trifft das nur auf rund halb so viele (14,8%) zu.

Angesichts einer stärkeren Betroffenheit durch funktionale Verluste in den drei Jahren zwischen Erst- und Zweiterhebung bewerten sozial benachteiligte Teilnehmer/innen ihren Gesundheitszustand auch subjektiv schlechter als sozial besser gestellte Teilnehmer/innen. Fast die Hälfte (45,5%) der Teilnehmer/innen mit niedrigem Sozialstatus, die ihre Gesundheit vor drei Jahren noch als gut oder sehr gut beurteilt haben, schätzen ihre Gesundheit heute schlechter ein. Hingegen ist dies nur bei einem Viertel (25,4%) von Teilnehmer/innen mit hohem Sozialstatus der Fall.

Die Analyse der Längsschnittdaten liefert somit – jedenfalls nach einer ersten Folgerhebung nach drei Jahren – keine Hinweise darauf, dass sich sozioökonomisch bedingte Gesundheitsunterschiede im noch höheren Alter abschwächen würden. Eher im Gegenteil: In den meisten gesundheitlichen Bereichen, z.B. Schmerz, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit etc., scheinen Differenzen zwischen sozioökonomisch besser und schlechter gestellten Teilnehmer/innen tendenziell sogar zuzunehmen.

Hier ist darüber hinaus auch die deutlich höhere Mortalität von Teilnehmer/innen mit niedrigem Sozialstatus zwischen Erst- und Zweiterhebung zu berücksichtigen. Wie bereits in *Kapitel 1 (Mortalität)* dargestellt, sind Teilnehmer/innen mit niedrigem sozioökonomischem Status mehr als doppelt so häufig zwischen Erst- und Zweiterhebung verstorben wie Personen mit hohem Sozialstatus (Mortalitätsraten: 25,9% vs. 10,1%). Teilnehmer/innen aus niedrigen sozialen Schichten waren also, sofern sie überlebt und an der Folgerhebung teilgenommen haben, nicht nur häufiger von gesundheitlichen und funktionalen Einbußen betroffen, sondern hatten bereits generell eine erheblich niedrigere Wahrscheinlichkeit, zum Zeitpunkt der Folgerhebung überhaupt noch am Leben zu sein. Auch das deutet auf eine Perpetuierung gesundheitlicher Ungleichheit entlang des sozioökonomischen Status auch im höheren und höchsten Alter hin.

Zumindest ein Ergebnis wird durch die Analyse erbracht, das auf eine längerfristige Abschwächung sozioökonomisch bedingter Differenzen hinweisen könnte. Die höhere Mortalität und die stärkeren gesundheitlichen und funktionalen Einbußen sozial schlechter gestellter Personen im zeitlichen Verlauf werden nämlich kontrastiert durch eine (wenngleich relativ kleine) Gruppe rüstiger und fitter Personen mit niedriger Bildung, die in der Lage waren, ihren vergleichsweise guten Gesundheitszustand zwischen Erst- und Zweiterhebung zu bewahren – und dies annähernd genauso häufig wie ihre höher gebildeten Altersgenoss/innen.

Immerhin 81,5% der Teilnehmer/innen, die zum Zeitpunkt der Ersterhebung trotz niedriger Bildung (höchstens Pflichtschulabschluss) mit Blick auf ihren funktionalen Status als „rüstig“ oder „fit“ eingestuft wurden, befanden sich auch drei Jahre später noch in einem vergleichbar guten Gesundheitszustand. Mit 85% gelang dies Hochgebildeten (mindestens Matura) zwar etwas häufiger als Niedriggebildeten, doch vor dem Hintergrund der allgemein sehr beträchtlichen gesundheitsbezogenen Differenzen zwischen Höher- und Niedriggebildeten und der deutlich höheren Mortalität von sozial schlechter gestellten Teilnehmer/innen, erweist sich dieser Unterschied als relativ gering.

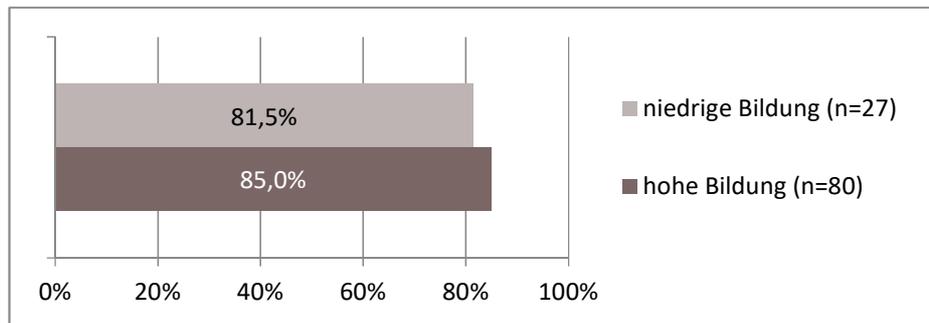


Abbildung 41: Aufrechterhaltung eines guten Gesundheitszustandes (rüstig/fit) zwischen Erst- und Zweiterhebung, nach Bildungsgrad.

Mit anderen Worten: Sofern Personen aus niedrigen Sozialschichten in guter Gesundheit ein hohes Alter erreichen, können sie diesen guten Gesundheitszustand offenbar nicht wesentlich seltener bis ins noch höhere Alter aufrechterhalten als sozial besser gestellte Personen. Auf lange Sicht könnten sich so sozioökonomisch bedingte Differenzen bei Erreichen eines noch höheren Alters in der Tat abschwächen. Allerdings wäre auch dann zu berücksichtigen, dass diese Abschwächung sozioökonomisch bedingter Unterschiede im sehr hohen und höchsten Alter letztlich auf einer sozialen Selektion beruht, die bewirkt, dass ein großer Teil von Personen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen aufgrund eines höheren Morbiditäts- und Mortalitätsrisikos bereits früher verstorben ist und ein sehr hohes Alter sehr viel seltener erreicht als sozial besser gestellte Personen, während eine kleine Gruppe Überlebender keinen signifikant schlechteren gesundheitlichen und funktionalen Status aufweist als Überlebende aus höheren sozialen Schichten.

Bestätigt werden könnte diese These nur durch eine weitere längsschnittliche Verfolgung der Stichprobe, durch die einerseits die längerfristige Entwicklung der Mortalität entlang des sozioökonomischen Status und andererseits die gesundheitliche Entwicklung von vergleichsweise „Rüstigen“ und „Fitten“ aus niedrigen Sozialschichten (im Vergleich zu sozial besser gestellten Teilnehmer/innen) beobachtet werden kann.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Nach der ausführlichen Darstellung der zentralen Ergebnisse der ÖIHS-Zweiterhebung in den Bundesländern Wien und Steiermark sollen nun abschließend die wesentlichsten Befunde und Erkenntnisse nochmals kurz zusammengefasst und einige Schlussfolgerungen daraus gezogen werden. Hinzuweisen ist auch an dieser Stelle wieder darauf, dass es sich bei den diskutierten Ergebnissen – angesichts des noch recht kurzen Beobachtungszeitraums von drei Jahren, den der mit der Zweiterhebung begonnene Längsschnitt derzeit überblickt – lediglich um erste Trends und Zwischenergebnisse handelt. Genauere Auskunft über die langfristige Entwicklung der Stichprobe könnte nur eine fortgesetzte Verfolgung der ÖIHS-Stichprobe im Längsschnitt geben.

*) Ein recht deutliches Ergebnis dieser ersten Längsschnitterhebung in der ÖIHS-Stichprobe ist, dass ein großer Teil der Studienteilnehmer/innen in den drei Jahren zwischen Erst- und Zweiterhebung von mehr oder weniger stark ausgeprägten gesundheitlichen und funktionalen Verlusten betroffen war. Dies ist als klares Indiz für eine **sukzessive steigende physische Verletzlichkeit im hohen Alter** zu werten. Es hat sich damit eine zentrale forschungsleitende These bestätigt, die einerseits durch Ergebnisse anderer, längsschnittlich angelegter Hochaltrigenstudien, andererseits bereits auch durch die Ergebnisse der ÖIHS-Ersterhebung nahegelegt wurde. Bereits bei der Ersterhebung konnte, trotz vergleichsweise geringer Altersunterschiede in der Stichprobe (die Teilnehmer/innen an der Ersterhebung waren zwischen 80 und 85 Jahre alt), ein relativ deutlicher Anstieg von gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen mit dem Alter beobachtet werden. Das heißt, je älter Teilnehmer/innen waren, desto häufiger waren sie von funktionalen Einschränkungen betroffen.

*) Die zunehmende Verletzlichkeit im hohen Alter schlägt sich bereits in einer entsprechend **hohen Mortalität** der Teilnehmer/innen nieder: Etwas weniger als ein Fünftel aller Studienteilnehmer/innen ist zwischen Erst- und Zweiterhebung verstorben, wobei davon besonders solche Teilnehmer/innen betroffen waren, die bereits bei der Ersterhebung am stärksten von funktionalen Einschränkungen betroffen waren. Hier besteht also ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen steigender Verletzlichkeit – in Form zunehmender gesundheitlicher und funktionaler Verluste – und einer erhöhten Sterbewahrscheinlichkeit. Dies wird besonders deutlich bei einem Blick auf die Pflegeheimpopulation der ÖIHS: Hier war fast die Hälfte aller Teilnehmer/innen im Pflegeheim nach den drei Jahren zwischen Erst- und Zweiterhebung nicht mehr am Leben.

Ein stark erhöhtes Mortalitätsrisiko bestand insbesondere bei Einschränkungen der Mobilität, bei einem hohen Medikamentenkonsum und bei negativer subjektiver Bewertung der eigenen Gesundheit.

Weitere Faktoren, die einen Einfluss auf das Überleben der Teilnehmer/innen hatten, sind: kognitiver Status, psychisches Wohlbefinden (Depression, Einsamkeit), Lebenszufriedenheit, soziale Eingebundenheit (Größe des sozialen Netzwerks) und sozioökonomischer Status (Bildung und Einkommen).

Auch das erreichte Alter der Eltern der Teilnehmer/innen hatte einen statistisch wahrnehmbaren Einfluss auf das weitere Überleben, wobei Teilnehmer/innen mit zumindest einem Elternteil, der ein Alter von 80 Jahren und mehr erreichte, eine höhere Überlebenschancen hatten. Dies lässt auf eine gewisse familiäre bzw. genetische Disposition zur Langlebigkeit schließen. Allerdings deuten die analysierten Daten auch darauf hin, dass die Realisierung einer allfälligen genetischen Disposition insbesondere vom sozioökonomischen Status, also von der Bildung und dem Einkommen der Teilnehmer/innen abhängt. Dies spricht dafür, dass Langlebigkeit nicht nur genetisch, sondern vor allem auch sozial bedingt ist.

*) Betrachtet man gesundheitliche und funktionale Entwicklungen unter den überlebenden Teilnehmer/innen, so zeigen sich **tendenzielle Einbußen gesundheitlicher und funktionaler Natur** seit der Ersterhebung. Wir haben dies in der Analyse vor allem an der Entwicklung solcher Teilnehmer/innen veranschaulicht, die bei der Ersterhebung noch relativ frei waren von funktionalen Einschränkungen oder jedenfalls relativ hohe funktionale Werte in den einzelnen untersuchten Gesundheitsbereichen erzielt haben (Teilnehmer/innen, die bereits bei der Ersterhebung relativ stark funktional eingeschränkt waren, waren dies in der Regel auch bei der Zweiterhebung). Dabei wird sichtbar, dass der Anteil von Teilnehmer/innen ohne größere funktionale Einschränkungen in der Stichprobe abnimmt.

Die Zunahme funktionaler Einschränkungen kann über alle Bereiche der physischen Funktionalität hinweg beobachtet werden (Mobilität, sensorische Fähigkeiten etc.). Auch ergibt die Analyse eine Zunahme chronischer Krankheiten in der Stichprobe.

Gesundheitliche und funktionale Verluste spiegeln sich schließlich auch in einer Zunahme von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Sample wider. Vor allem Frauen und sozioökonomisch schlechter gestellte Teilnehmer/innen waren besonders stark von funktionalen Verlusten zwischen Erst- und Zweiterhebung betroffen.

*) Tendenzielle Einbußen lassen sich auch mit Blick auf die **kognitiven Funktionen** der Teilnehmer/innen feststellen. Ein recht deutliches Ergebnis in diesem Zusammenhang ist zunächst, dass kognitive Defizite zum Zeitpunkt der Ersterhebung einen recht maßgeblichen Einfluss auf den gesundheitlichen Status bei der Zweiterhebung hatten. Kognitive Defizite führten mit deutlich erhöhter Wahrscheinlichkeit zu einem Ausfall aus der Stichprobe aufgrund von Krankheit oder Tod oder zu einer Verschlechterung des gesundheitlichen und funktionalen Status zwischen Erst- und Zweiterhebung. Umgekehrt sind funktionale Einbußen häufig auch mit Verlusten kognitiver Natur einhergegangen, d.h. kognitive Verluste waren umso wahrscheinlicher, je größer allgemeine funktionale Einbußen seit der Ersterhebung waren. In welche Richtung diese Zusammenhänge zwischen kognitivem und funktionalem Status gehen, ob also kognitive Verluste eher funktionale Einbußen bewirken oder umgekehrt, lässt sich anhand der Daten nicht zweifelsfrei bestimmen. In jedem Fall bestätigen diese Befunde Annahmen auch aus anderen internationalen Altersstudien, wonach funktionale und kognitive Entwicklung in einem engen, wechselseitigen Bedingungsverhältnis stehen.

Hochaltrige Frauen waren in der Stichprobe etwas häufiger von kognitiven Verlusten betroffen als Männer, was vor allem auf ihren allgemein etwas schlechteren gesundheitlichen und funktionalen Status im Vergleich zu hochaltrigen Männern zurückzuführen sein dürfte.

*) Die zunehmende physische und kognitive Verletzlichkeit hat auch entsprechende **Auswirkungen auf den Alltag und die Lebenssituation** der hochaltrigen Teilnehmer/innen insgesamt. So sehen wir einen quantitativen Rückgang bei Alltagsaktivitäten im Sample, d.h. Teilnehmer/innen üben tendenziell weniger Aktivitäten aus als noch zum Zeitpunkt der Ersterhebung. Sie gehen mittlerweile auch seltener aus dem Haus als noch vor drei Jahren. Auch das ist nicht nur, aber zu einem großen Teil auf zwischenzeitlich eingetretene gesundheitliche und funktionale Verluste zurückzuführen, die hochaltrige Menschen in ihrer Alltagsgestaltung zunehmend einschränken.

*) Auch **zunehmende soziale Verluste** zeichnen sich im Sample ab, in Form einer Abnahme regelmäßiger Sozialkontakte bzw. einer Verkleinerung des sozialen Netzwerks. So verfügt ein großer Teil der Teilnehmer/innen heute über ein kleineres soziales Netzwerk als noch vor drei Jahren. Auch das ist zum Teil auf gesundheitliche Verluste zurückzuführen, die es hochaltrigen Menschen erschweren, regelmäßige soziale Kontakte zu pflegen, zum Teil aber auch auf den Verlust von nahen Bezugspersonen (z.B. durch den Tod von Verwandten und Freunden). Auch Faktoren wie Kinderlosigkeit, Verwitwung und ein kleines soziales Netz hatten einen negativen Einfluss auf die weitere Entwicklung sozialer Kontakte. Parallel dazu lässt sich ein leichter Anstieg von Einsamkeit in der Stichprobe beobachten, vor allem in Pflegeheimen.

Hier wären speziell auf die Situation und die Bedürfnisse hochaltriger Menschen zugeschnittene Angebote vorzuhalten, um sozialer Isolation und Einsamkeit so weit wie möglich entgegenzuwirken. Diese Angebote müssten u.a. der Tatsache Rechnung tragen, dass sich das Leben vieler hochaltriger Menschen hauptsächlich in den eigenen vier Wänden oder in der näheren Wohnumgebung abspielt (etwa in Form von Besuchsdiensten, „Bürger“- bzw. „Nachbarschaftszentren“ etc.). Vor allem die weite (seit der Ersterhebung deutlich gestiegene) Verbreitung von Einsamkeitsgefühlen in Pflegeheimen verweist möglicherweise auf einen Bedarf nach speziellen Angeboten zur Begegnung zwischen Heimbewohner/innen und zu gemeinsamer Aktivität. Wenn man berücksichtigt, dass es solche Angebote in den meisten Pflegeheimen bereits gibt, könnte dies allerdings auch ein Indiz dafür sein, dass sich soziale Isolation und Einsamkeit auch durch entsprechende Angebote oftmals nicht hinreichend kompensieren lassen.

*) Trotz dieser recht eindeutigen Befunde, die auf eine steigende physische, psychische und soziale Verletzlichkeit im hohen Alter hindeuten, darf das hohe Alter nicht auf den Verletzlichkeitsaspekt reduziert werden und muss die auch weiterhin bestehende (bereits im Rahmen der Ersterhebung betonte) **Heterogenität des hohen Alters** und die **Vielfalt von Gesundheits- und Lebensumständen hochaltriger Menschen** berücksichtigt werden. Einer durchaus großen (wenngleich anteilig schrumpfenden) Gruppe hochaltriger Menschen gelingt es auch beim Übergang ins hohe und höchste Alter, ihren funktionalen Status und ihre Selbsthilfefähigkeit weitestgehend zu bewahren und

nach wie vor ein vergleichsweise aktives Leben zu führen. Vor allem Teilnehmer/innen, die bereits bei der Ersterhebung und entsprechend ihrer Ergebnisse beim geriatrischen Assessment der Kategorie der besonders „Rüstigen“ zugeordnet werden konnten, hatten eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit, sich auch nach drei Jahren immer noch in einem vergleichsweise guten bis sehr guten gesundheitlichen und funktionalen Zustand zu befinden. Vor allem die Ergebnisse der qualitativen Fokusstudie geben einen instruktiven Einblick in die oftmals noch sehr aktive und vielfältige Alltags- und Lebensgestaltung hochaltriger Menschen (vgl. ÖPIA 2018b).

*) Auch zeigen die Ergebnisse, dass einige Teilnehmer/innen, die bei der Ersterhebung bereits vergleichsweise schlechte gesundheitliche und funktionale Werte erzielten, beim **geriatrischen Assessment** der Zweiterhebung **teils erheblich besser** abgeschnitten haben. Dies deutet darauf hin, dass sie funktionale Kapazitäten nicht etwa weiter eingebüßt, sondern – im Gegenteil – teilweise sogar zurückgewonnen haben. Dies verweist auf auch im hohen Alter und bei vergleichsweise eingeschränkter Funktionalität noch bestehende physische und funktionale Potenziale. Hier könnten präventive, aber auch rehabilitative Maßnahmen anknüpfen, um Menschen dabei zu unterstützen, Funktionalität und Selbsthilfefähigkeit auch im hohen Alter so weitgehend und so lange wie möglich aufrechtzuerhalten, sowie funktionale Kapazitäten, zumindest teilweise, auch wiederherzustellen. Gerade auch angesichts des unter hochaltrigen Menschen weit verbreiteten Wunsches, so lange wie möglich in der eigenen Wohnung verbleiben zu können, sollte auch im Sinne der Sekundär- und Tertiärprävention ein besonderer Fokus darauf gelegt werden, vorhandene Potenziale so weit wie möglich zu fördern und zu mobilisieren.

*) Wie schon bei der Ersterhebung, ist die **Lebenszufriedenheit** im Sample auch bei der Zweiterhebung nach wie vor recht hoch, wenn auch der Tendenz nach sinkend. Die Lebenszufriedenheit hängt stark vom gesundheitlichen und funktionalen Status ab, d.h. sie ist statistisch gesehen umso höher, je gesünder die Teilnehmer/innen sind. Jedoch haben auch viele funktional eingeschränkte und hilfebedürftige Teilnehmer/innen oftmals eine relativ hohe Lebenszufriedenheit. Dies verdeutlicht, dass Zufriedenheit und Wohlbefinden zwar stark von der Gesundheit abhängen, aber auch bei eingeschränkter Gesundheit ein zufriedenes Leben im hohen Alter möglich ist (siehe dazu auch die Ergebnisse der qualitativen Fokusstudie).

*) Bereits im Rahmen der Ersterhebung bestehende **geschlechtsspezifische Unterschiede** hinsichtlich Gesundheit und Funktionalität im hohen Alter haben in den drei Jahren zwischen Erst- und Zweiterhebung etwas zugenommen. Dies stimmt im Wesentlichen überein mit den Befunden anderer internationaler Hochaltrigenstudien, wonach im hohen Alter zwar der Anteil von Frauen gegenüber Männern aufgrund einer niedrigeren Mortalität sukzessive zunimmt, hingegen aber Frauen im Vergleich zu den überlebenden Männern sich in einem tendenziell schlechteren Gesundheitszustand befinden.

Dieser gesundheitsbezogene „Nachteil“ von hochaltrigen Frauen lässt sich über alle Gesundheitsbereiche hinweg feststellen: Sie sind häufiger von funktionalen Verlusten betroffen (z.B. Mobilität, Selbsthilfefähigkeit etc.), haben häufiger Einbußen in ihren kognitiven Kapazitäten erlitten und leiden häufiger und unter mehr chronischen

Krankheiten (Multimorbidität) als Männer. Darüber hinaus leiden sie häufiger unter depressiven Symptomen, bewerten ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen weniger positiv und haben eine etwas niedrigere Lebenszufriedenheit als hochaltrige Männer.

*) Auch **sozioökonomisch bedingte Gesundheitsdifferenzen** haben in den drei Jahren zwischen Erst- und Zweiterhebung zugenommen, d.h. sozial benachteiligte Personen haben funktionale Kapazitäten häufiger und in größerem Umfang eingebüßt und sind auch häufiger verstorben als sozial besser gestellte Personen. Dies steht in Widerspruch zu einschlägigen Studien, die eher von einer Abnahme sozioökonomisch bedingter Differenzen im noch höheren und höchsten Alter ausgehen. Zwar zeigt sich, dass sozial schlechter gestellte Teilnehmer/innen einen guten gesundheitlichen und funktionalen Zustand nicht viel seltener zu bewahren vermögen als sozial besser gestellte Teilnehmer/innen. Allerdings bleibt dabei zu berücksichtigen, dass dieses Ergebnis bereits das Resultat einer sozialen Selektion darstellt und ein großer Teil von Personen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen aufgrund eines höheren Morbiditäts- und Mortalitätsrisikos bereits früher verstorben und somit nicht mehr Teil der Stichprobe ist.

LITERATUR

- Ahmadi, Pegah (2013): Verwitung im Alter. Kann eine erweiterte Kontinuitätstheorie die soziale Partizipation und Lebenszufriedenheit nach einer Verwitung erklären? Münster: LIT Verlag.
- Allen, David/Vasavada, Abhay (2006): Cataract and surgery for cataract, in: *British Medical Journal* 333, 128-132.
- Andersen-Ranberg, Karen/Christensen, Kaare/Jeune, Bernard (2001): Healthy centenarians do not exist, but autonomous centenarians do: A population-based study of morbidity among Danish centenarians, in: *Journal of the American Geriatrics Society* 49(7), 900-908.
- Ben-Ezra, Menachem/Shmotkin, Dov (2006): Predictors of mortality in the old-old in Israel: the Cross-Sectional and Longitudinal Aging Study, in: *Journal of the American Geriatrics Society* 54(6), 906-911.
- Ben-Ezra, Menachem/Shmotkin, Dov (2010): Physical versus mental predictors of mortality among the old-old in Israel: the CALAS study, in: *Research on Aging* 32(5), 595-617.
- Brandstädter, Jochen/Greve, Werner (1992): Das Selbst im Alter. Adaptive und protektive Mechanismen, in: *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und pädagogische Psychologie* 24(4), 269-297.
- Carter, Brian D./Abnet, Christian C./Feskanich, Diane/Freedman, Neal D./Hartge, Patricia/Lewis, Cora E./Ockene, Judith K./Prentice, Ross L./Speizer, Frank E./Thun, Michael J./Jacobs, Eric J. (2015): Smoking and mortality – Beyond established causes, in: *New England Journal of Medicine* 372, 631-640.
- Collerton, Joanna/Davies, Karen/Jagger, Carol/Kingston, Andrew/Bond, John/Eccles, Martin P./Robinson, Louise A./Martin-Ruiz, Carmen/Zglinicki, Thomas/James, Oliver F. W./Kirkwood, Thomas B.L. (2009): Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study, in: *British Medical Journal* 339, b4904.
- Coyne, Karin S./Wein, Alan/Nicholson, Sean/Kvasz, Marion/Chen, C.I./Milsom, Ian (2013): Comorbidities and personal burden of urgency urinary incontinence: a systematic review, in: *International Journal of Clinical Practice* 67(10), 1015-1033.
- Elbing, Eberhard (1991): Einsamkeit. Psychologische Konzepte, Forschungsbefunde und Treatmentansätze. Göttingen: Hogrefe.
- Fillmore, Kaye Middleton/Stockwell, Tim/Chikritzhs, Tanya/Bostrom, Alan/Kerr, William (2007): Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies and new hypotheses, in: *Annals of Epidemiology* 17(5), 16-23.
- Franke, Hans (1985): Auf den Spuren der Langlebigkeit. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Fratiglioni, Laura/Winblad, Bengt/Strauss, Eva von (2007): Prevention of Alzheimer's disease and dementia. Major findings from the Kungsholmen Project, in: *Physiology & Behavior* 92(1-2), 98-104.
- Guilley, Edith/d'Epina, Christian (Hg.) (2008): The closing chapters of long lives: Results from the 10-year Swilsoo study on the oldest old. Hauppauge: Nova Science Publishers.
- Hitt, Rachel/Young-Xu, Yinong/Silver, Margery/Perls, Thomas (1999): Centenarians: the older you get, the healthier you have been, in: *The Lancet* 354(9179), 652.
- Holt-Lunstad, Julianne/Smith, Timothy B./Baker, Mark/Harris, Tyler/Stephenson, David (2015): Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review, in: *Perspectives on Psychological Science* 10(2), 227-237.
- Kamenski, Gustav/Dorner, Thomas/Lawrence, Kitty/Psota, Georg/Rieder, Anita/Schwarz, Franz/Seppandj, Asita/Spiegel, Wolfgang/Strotzka, Stefan (2009): Detection of dementia in

- primary care: comparison of the original and a modified Mini-Cog Assessment with the Mini-Mental State Examination, in: *Mental Health in Family Medicine* 6(4), 209-217.
- Klein, Thomas/Unger, Rainer (2001): Einkommen, Gesundheit und Mortalität in Deutschland, Großbritannien und den USA, in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 53(1), 96-110.
- Kloner, Robert A./Rezkalla, Shereif H. (2007): To drink or not to drink? That is the question, in: *Circulation* 116(11), 1306-1317.
- Kontis, Vasilis/Bennet, James E./Mathers, Colin D./Li, Guangquan/Foreman, Kyle/Ezzati, Majid (2017): Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble, in: *The Lancet*. Online First: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32381-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32381-9)
- Kruse, Andreas (2017): *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*. Berlin: Springer.
- Lampert, Thomas (2000): Sozioökonomische Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter – Alters- und geschlechtsspezifische Differenzen, in: Backes, Gertrud M./Clemens, Wolfgang (Hg.): *Lebenslagen im Alter. Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen*. Opladen: Leske + Budrich, 159-185.
- Lampert, Thomas/Maas, Ineke (2002): Sozial selektives Überleben ins und im Alter, in: Backes, Gertrud M./Clemens, Wolfgang (Hg.): *Zukunft der Soziologie des Alter(n)s*. Opladen: Leske + Budrich, 219-249.
- Lampert, Thomas/Knoll, Lars Eric/Dunkelberg, Annalena (2007): Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 42, 11-18.
- Lampert, Thomas/Maas, Ineke/Mayer, Karl Ulrich (2008): Sozioökonomische Ungleichheit der Mortalität im hohen Alter. In: Bauer, Ullrich/Bittlingmayer, Uwe H./Richter, Matthias (Hg.): *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS, 382-402.
- Leopoldina (2016): *Wissenschaftliche und gesellschaftspolitische Bedeutung bevölkerungsweiter Längsschnittstudien*. Halle: Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina e. V.
- Linden, Michael/Gilberg, Reiner/Horgas, Ann L./Steinhagen-Thiessen, Elisabeth (2010): Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter, in: Lindenberger, Ulman/Smith, Jacqui/Mayer, Karl Ulrich/Baltes, Paul B. (Hg.): *Die Berliner Altersstudie* (3., erweiterte Auflage). Berlin: Akademie Verlag, S. 499-519.
- Lyketsos, Constantine G./Steele, Cynthia/Baker, Lori/Galik, Elizabeth/Kopunek, Susan/Steinberg, Martin/Warren, Andrew (1997): Major and minor depression in Alzheimer's disease: prevalence and impact, in: *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 9(4), 556-561.
- Lyyra, Tiina-Mari/Törmäkangas, Timo M./Read, Sanna/Rantanen, Taina/Berg, Stig (2006): Satisfaction with present life predicts survival in octogenarians, in: *Journal of Gerontology* 61B(6), P319-P326.
- Miilunpalo, Seppo/Vuori, Ilkka/Oja, Pekka/Pasanen, Matti/Urponen, Helka (1997): Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population, in: *Journal of Clinical Epidemiology* 50(5), 517-528.
- Mineau, Geraldine P./Smith, Ken R./Bean, Lee L. (2002): Historical trends of survival among widows and widowers, in: *Social Science & Medicine* 54(2), 245-254.
- Mnich, Eva/Grosse Frie, Kirstin/von dem Knesebeck, Olaf (2008): Alter, Armut und Gesundheit – individuelle und gesellschaftliche Perspektiven, in: Richter, Antje (Hg.): *Dünne Rente, dicke Probleme. Alter, Armut und Gesundheit: neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung*. Frankfurt/Main: Mabuse, 15-36.

- Mollenkopf, Heidrun/Oswald, Frank (2001): Die Mobilität Älterer in städtischen und ländlichen Regionen Ost- und Westdeutschlands. In: Flade, Antje/Limbourg, Maria/ Schlag, Bernhard (Hg.): Mobilität älterer Menschen. Wiesbaden: Springer, 111-126.
- Motel, Andreas/Künemund, Harald/Bode, Christina (2000): Wohnen und Wohnumfeld, in: Kohli, Martin/Künemund, Harald (Hg.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen: Leske + Budrich, 124-175.
- ÖPIA (2015): Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung. 1. Erhebung 2013/2014 – Wien und Steiermark. Wien: ÖPIA.
- ÖPIA (2018a): Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie, Phase II 2015-2018. Ersterhebung Niederösterreich. Wien: ÖPIA.
- ÖPIA (2018b): Individuelle und soziale Potenziale für ein „gutes Leben“ im hohen Alter. Qualitative Fokusstudie im Rahmen der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie, Phase II 2015-2018. ÖPIA: Wien.
- Poon, Leonard W./Martin, Peter/Hagberg, Bo (2016): Understanding very old age: looking back and thinking forward, in: Journal of Aging & Social Policy 28(3), 208-217.
- Rajpathak, Swapnil N./Liu, Yingheng/Ben-David, Orit/Reddy, Saritha/Atzmon, Gil/Crandall, Jill/Barzilai, Nir (2011): Lifestyle factors of people with exceptional longevity, in: Journal of the American Geriatrics Society 59(8), 1509-1512.
- Riemsma, Rob/Hagen, Suzanne/Kirschner-Hermanns, Ruth/Norton, Christine/Wijk, Helle/Andersson, Karl-Erik/Chapple, Christopher/Spinks, Julian/Wagg, Adrian/Hutt, Edward/Misso, Kate/Deshpande, Sohan/Kleijnen, Jos/Milsom, Ian (2017): Can incontinence be cured? A systematic review of cure rates, in: BMC Medicine 15(1), 63.
- Schweitzer, Isaac/Tuckwell, Virginia/O'Brien, John/Ames, David (2002): Is late onset depression a prodrome to dementia?, in: International Journal of Geriatric Psychiatry 17(11), 997-1005.
- Smith, Andrew P. (2016): Female urinary incontinence and wellbeing: results from a multinational survey, in: BMC Urology 16(1), 22.
- Smith, Jaqui/Delius, Julia A. M. (2010): Längsschnittliche Datenerhebungen der Berliner Altersstudie (BASE): Studiendesign, Stichproben und Forschungsthemen 1990-2009, in: Lindenberger, Ulman/Smith, Jacqui/Mayer, Karl Ulrich/Baltes, Paul B. (Hg.): Die Berliner Altersstudie (3., erweiterte Auflage). Berlin: Akademie Verlag, S. 113-131.
- Statistik Austria (2017a): Bildungsstand der Bevölkerung ab 15 Jahren 2015 nach Altersgruppen und Geschlecht,
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung_und_kultur/bildungsstand_der_bevoelkerung/index.html (letzter Zugriff: 23.4.2018)
- Statistik Austria (2017b): Bevölkerung am 1.1.2017 nach Alter und Bundesland – Männer bzw. Frauen,
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html (letzter Zugriff: 23.4.2018)
- Statistik Austria (2018): Personen in Anstaltshaushalten nach Typ der Einrichtung und Altersgruppen 2015,
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/lebensformen/index.html (letzter Zugriff: 23.4.2018)
- Stephoe, Andrew/Shankar, Aparna/Demakakos, Panayotes/Wardle, Jane (2012): Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women, in: PNAS 110(15), 5797-5801.

- Stockwell, Tim/Zhao, Jinhui/Panwar, Sapna/Roemer, Audra/Naimi, Timothy/Chikritzhs, Tanya (2016): Do „moderate“ drinkers have reduced mortality risk? A systematic review and meta-analysis of alcohol consumption and all-cause mortality, in: *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 77(2), 185-198.
- Strotzka, S./Psota, G./Sepandj, A. (2003): Uhrentest in der Demenzdiagnostik – Auf der Suche nach der verlorenen Zeit, in: *Psychopraxis* 4/2003, 16-24.
- Uhl, Alfred/Bachmayer, Sonja/Kobrna, Ulrike/Puhm, Alexandra/Springer, Alfred/Kopf, Nikolaus/Beiglböck, Wolfgang/Eisenbach-Stangl, Irmgard/Preinsperger, Wolfgang/Musalek, Michael (2009): *Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen. Daten. Fakten. Trends. Dritte überarbeitete und ergänzte Auflage.* Wien: BMG.
- Wagner, Michael/Schütze, Yvonne/Lang, Frieder R. (2010): Soziale Beziehungen alter Menschen, in: Lindenberger, Ulman/Smith, Jacqui/Mayer, Karl Ulrich/Baltes, Paul B. (Hg.): *Die Berliner Altersstudie* (3., erweiterte Auflage). Berlin: Akademie Verlag, 325-343.
- Walter-Ginzburg, Adrian/Blumstein, Tzvia/Chetrit, Angela/Modan, Baruch (2002): Social factors and mortality in the old-old in Israel. The CALAS Study, in: *Journal of Gerontology: Social Sciences* 57(5), S308-S318.
- Walter-Ginzburg, Adrian/Shmotkin, Dov/Blumstein, Tzvia/Shorek, Aviva (2005): A gender-based dynamic multidimensional longitudinal analysis of resilience and mortality in the old-old in Israel: the cross-sectional and longitudinal aging study (CALAS), in: *Social Science & Medicine* 60(8), 1705-1715.
- Weigl, Andreas (2011): Arbeit, Lebenserwartung, Geschlecht: Wien 1900-1950, in: *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften* 22(2), 112-139.
- Wiedemann, Andreas/Füsgen, Ingo (2008): Harninkontinenz, in: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hg.): *Geriatric. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten.* Wien: Böhlau, 167-173.
- Wurm, Susanne/Tesch-Römer, Clemens (2006): Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung, in: Tesch-Römer, Clemens/Engstler, Heribert/Wurm, Susanne (Hg.): *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte.* Wiesbaden: VS, 329-383.
- Wurm, Susanne/Lampert, Thomas/Menning, Sonja (2009): Subjektive Gesundheit, in: Böhm, Karin/Tesch-Römer, Clemens/Ziese, Thomas (Hg.): *Gesundheit und Krankheit im Alter (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes).* Berlin: Robert Koch Institut, 79-91.

