



Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen  
*Austrian Interdisciplinary Platform on Ageing*

# Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie

WELLE III  
2019 – 2022

Die Herausforderungen des hohen Alters

 **Bundesministerium**  
Bildung, Wissenschaft  
und Forschung

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

 **Das Land**  
**Steiermark**  
→ Bildung, Gesellschaft,  
Gesundheit und Pflege



 **LAND**  
**SALZBURG**





Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen  
*Austrian Interdisciplinary Platform on Ageing*

## Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie

WELLE III  
2019 – 2022

### Die Herausforderungen des hohen Alters

 **Bundesministerium**  
Bildung, Wissenschaft  
und Forschung

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



## Eine Studie der

Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA)

## Projektpartner und Finanzierung

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung

Land Steiermark

Land Niederösterreich

Land Salzburg

---

## Impressum

Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA)

Laudongasse 21/10, 1080 Wien, E-Mail: [office@oepia.at](mailto:office@oepia.at), Internet: [www.oepia.at](http://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 2022

## **Projektleitung**

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

## **Berichtserstellung und Endredaktion**

Dr. phil. Andreas Stückler, MA  
Dr. med. Georg Ruppe, MA  
Mag. Martin Söllner

## **Statistik**

Mag. Martin Söllner  
Herbert Gluske

## **Wissenschaftlicher Beirat**

Univ.-Prof. DI Dr. Christoph Baumgartner (Neurologie, Psychiatrie)  
Prof. Dr. Thomas Frühwald (Geriatrie)  
Prim. Univ.-Prof. Dr. Bernhard Iglseder (Geriatrie, Neurologie)  
Univ.-Prof. Dr. Franz Kolland (Gerontologie, Soziologie)  
Prim. Univ.-Prof. Dr. Marcus Köller (Geriatrie)  
Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse (Gerontologie, Psychologie) D  
Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Ilse Kryspin-Exner (Psychologie)  
Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Sabine Pleschberger (Pflegewissenschaft, Versorgungsforschung)  
Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Regina Roller-Wirnsberger (Geriatrie)  
Univ.-Prof. Dr. Cornel Sieber (Geriatrie) D/CH



INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS ..... V

VORWORT – KOOPERATIONSPARTNER/INNEN .....IX

VORWORT DER PROJEKTLEITUNG .....XIV

FACHKOMMENTARE ZUR ÖIHS III.....XVI

1. EINFÜHRUNG UND ÜBERBLICK ..... 1

    1.1 Sechs zentrale Charakteristika der ÖIHS..... 2

    1.2 Thematische Schwerpunkte: Die Herausforderungen des hohen Alters ..... 4

2. BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG UND DEMOGRAPHISCHER WANDEL  
IN ÖSTERREICH ..... 7

    2.1 Bevölkerungsentwicklung und Hochaltrigkeit in den Bundesländern ..... 8

    2.2 Hauptfaktoren der demographischen Alterung Österreichs ..... 10

    2.3 Auswirkungen des demographischen Wandels auf das Sozial- und Pflegesystem . 14

3. STUDIENDESIGN UND METHODIK..... 17

    3.1 Studiendesign der ÖIHS ..... 17

    3.2 Erhebungswelle 2019-2022 ..... 20

    3.3 Stichprobenziehung ..... 21

    3.4 Erhebungs- und Assessmentinstrumente der ÖIHS..... 21

4. BESCHREIBUNG DER STICHPROBE ..... 25

ERGEBNISSE..... 31

5. FUNKTIONALE GESUNDHEIT UND IHRE BEDEUTUNG FÜR AUTONOMIE UND  
LEBENSQUALITÄT IM HOHEN ALTER..... 35

    5.1 Zwischen „rüstig“ und „frail“: Die Einschätzung des funktionalen Status  
mit dem ÖIHS Frailty-Index ..... 35

    5.2 Ergebnisse des ÖIHS Frailty-Index ..... 37

    5.3 Risikofaktoren: Alter, Geschlecht und Bildung ..... 38

    5.4 Aspekte funktionaler Gesundheit ..... 39

    5.5 Einfluss der Funktionalität auf Lebensgestaltung und Lebensqualität..... 48

6. MULTIMORBIDITÄT ALS GROBE HERAUSFORDERUNG DES HOHEN ALTERS..... 51

    6.1 Chronische Krankheiten – weit verbreitet im hohen Alter ..... 51

    6.2 Medikation ..... 54

    6.3 Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte ..... 57

    6.4 Chronische Schmerzen..... 58

    6.5 Subjektive Gesundheit..... 59

7. HARNINKONTINENZ – EINE WEIT VERBREITETE, ABER TABUISIERTE ERKRANKUNG IM HOHEN ALTER.....	63
7.1 Prävalenz der Harninkontinenz.....	64
7.2 Häufigkeit und Ausmaß des ungewollten Harnverlustes .....	65
7.3 Beeinträchtigung des Wohlbefindens durch Harninkontinenz .....	67
7.4 Harninkontinenz und soziale Inklusion .....	69
8. PSYCHISCHE GESUNDHEIT – DEPRESSION UND KOGNITIVE EINSCHRÄNKUNGEN ALS MERKMALE ERHÖHTER VERLETZLICHKEIT IM HOHEN ALTER.....	71
8.1 Demenz und kognitive Einschränkungen.....	72
8.2 Depression .....	80
9. LEBENSLAGE UND SOZIALE UNGLEICHHEIT IM HOHEN ALTER.....	87
9.1 Materielle Lage .....	88
9.2 Wohnsituation.....	92
9.3 Soziale Partizipation .....	95
9.4 Lebensformen und soziale Versorgung .....	97
9.5 Gesundheitliche Ungleichheit.....	100
9.6 Zusammenfassung .....	103
10. SOZIALE BEZIEHUNGEN IM HOHEN ALTER.....	105
10.1 Struktur und Verbreitung familialer Beziehungen .....	106
10.2 Außerfamiliäre Sozialkontakte .....	111
10.3 Soziale Netzwerke – Stärke und relevante Einflussfaktoren.....	113
10.4 Zufriedenheit mit Sozialbeziehungen .....	114
10.5 Soziale Isolation .....	116
10.6 Einsamkeit.....	118
10.7 Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität im Alter .....	121
11. MOBILITÄT UND ALLTAGSGESTALTUNG HOCHALTRIGER MENSCHEN .....	127
11.1 Außer-Haus-Mobilität .....	128
11.2 Aktivitäten und Alltagsgestaltung.....	132
11.3 Aktivitätsgrad .....	136
12. PFLEGE UND BETREUUNG .....	139
12.1 Hilfe- und Pflegebedarf.....	139
12.2 Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen .....	141
12.3 Lebens- und Betreuungssituation im Pflegeheim .....	144
12.4 Zufriedenheit mit Pflege- und Betreuungsleistungen .....	146
12.5 Individuelle Alters- und Pflegevorsorge.....	150
13. HOCHALTRIGKEIT UND GESCHLECHT .....	153
13.1 Physische Gesundheit .....	154
13.2 Psychische Gesundheit .....	157
13.3 Sozioökonomischer Status .....	158
13.4 Soziale Integration .....	159
13.5 Zusammenfassung .....	163

14. STADT-LAND-UNTERSCHIEDE .....	165
14.1 Sozioökonomischer Status .....	167
14.2 Physische Gesundheit .....	169
14.3 Psychische Gesundheit .....	171
14.4 Mobilität und Lebensraum .....	172
14.5 Soziale Integration .....	173
14.6 Zusammenfassung .....	176
15. LÄNGSSCHNITTLICHE BEFUNDE.....	177
15.1 Mortalität .....	178
15.2 Gesundheitliche und funktionale Entwicklung im zeitlichen Verlauf.....	193
15.3. Zusammenfassung .....	204
16. ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN .....	207
LITERATUR.....	219
ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....	235
TABELLENVERZEICHNIS .....	237





© Marcel Kulhanek

Im Laufe unseres Lebens stellt uns das Altern vor stets neue Erfahrungen und Herausforderungen. Diese gestalten sich je nach Lebensabschnitt sehr unterschiedlich, weshalb auch die jeweiligen Anforderungen und Bedürfnisse sich bei zunehmendem Alter verändern. Um auch im hohen Alter den veränderten Bedürfnissen und Herausforderungen nachzukommen, ist es von essentieller Bedeutung, diese zu kennen und bei geplanten gesundheitspolitischen Maßnahmen zu berücksichtigen.

Aus diesem Grund ist es mir eine Freude, dass die nun vorliegenden Ergebnisse der bereits 3. Erhebungswelle der „Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie“ zu einer Verbesserung der Datenlage der hochaltrigen Bevölkerung Österreichs beiträgt und die Lebensumstände und Anforderungen an eine hohe Lebensqualität im Alter 80+ abbildet. Ebenfalls wird Aufschluss über beispielsweise die unterschiedlichen Lebens-, Gesundheits- und Betreuungssituationen, unter starker Berücksichtigung von sozialen und sozioökonomischen Determinanten, von hochaltrigen Menschen in Österreich gegeben.

Mir als Gesundheits- und Sozialminister ist es ein besonderes Anliegen, ein bestmögliches Altern in guter Gesundheit für alle Generationen in Österreich sicherzustellen. Hierbei gilt es, die vielseitigen und eng miteinander verbundenen physischen, psychischen, kognitiven und sozialen Faktoren der Gesundheit sowie auch die heterogenen sozialen Umstände bzw. Lebenslagen der hochaltrigen Bevölkerung zu berücksichtigen. Zudem stehen wir aufgrund des demographischen Wandels vor herausfordernden Zeiten, denen es auf unterschiedlichen Ebenen und mit vereinten Kräften zu begegnen gilt. Ein wichtiger Schritt diese Aufgabe zu meistern, stellt auch die kürzlich beschlossene Pflegereform dar, durch die unter anderem für Betroffene Verbesserungen im Bereich der Pflege erzielt werden sollen.

Um auch weiterhin eine wichtige Grundlage für datenbasierte politische Entscheidungen und einen differenzierten Einblick in das Leben hochaltriger Menschen in Österreich zu besitzen, bedanke ich mich bei der Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen und den Autoren für ihre wertvolle Arbeit. Ziel soll es sein, die Studie in den kommenden Jahren sukzessive (möglichst) auf ganz Österreich auszuweiten, um aufzuzeigen, dass eine verhältnismäßig hohe Lebensqualität in dieser Altersgruppe in Österreich gegeben ist, welche sowohl auf diverse Unterstützungsleistungen, als auch auf persönliche Stärken der hochaltrigen Menschen zurückzuführen ist.

**Johannes Rauch**

*Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz*



© BKA/Andy Wenzel

Die Gruppe der hochaltrigen Bevölkerung in Österreich ist stark wachsend. Es liegt daher nahe, die Bedürfnisse und Herausforderungen von hochaltrigen Personen, das sind Menschen, die älter als 80 Jahre sind, genauer zu untersuchen. Die Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie (ÖIHS) ist die erste und bislang einzige Studie Österreichs, die sich ausschließlich und systematisch mit der Gesundheits- und Lebenssituation hochaltriger Menschen befasst.

Im Sinne der Gestaltung der Rahmenbedingungen für Wissenschaft und Forschung in Österreich unterstützt das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) die Datenerhebung der ÖIHS. Sie sichert hochwertige Forschungsdaten über die schwierig zu erreichende Zielgruppe der Über-80-Jährigen. Die Studie ergänzt somit das Datenangebot anderer Forschungsinfrastrukturen, wie etwa des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), das eine große, europaweite Panelstudie zu Alterung und Pensionen durchführt, die ebenfalls durch das BMBWF unterstützt wird.

Österreich bringt die Expertise der ÖIHS auch auf europäischer Ebene ein – über die Joint Programming Initiative More Years, Better Lives – und treibt dort die Weiterentwicklung von Datenerhebungen und Studien zu Hochaltrigen voran.

Für das BMBWF ist der Ansatz von Open Science zentral. Durch eine offene Wissenschaft können die Ergebnisse der Forschung eine noch größere Wirkung entfalten. Forschungsdaten sollen in diesem Sinne breit geteilt und genutzt werden. Die Daten der ÖIHS werden anonymisiert im Austrian Social Science Data Archive (AUSSDA) archiviert und so der Forschungscommunity für eine Nachnutzung zugänglich gemacht.

Die ÖIHS trägt dazu bei, zentrale Einflussfaktoren auf die Gesundheit von hochaltrigen Personen besser zu verstehen. Sie richtet den Blick nicht nur auf ökonomische und sozialpolitische Parameter sondern versucht, den Menschen in seiner Ganzheit zu berücksichtigen. Sie wirft einen detaillierten Blick auf die derzeitige Situation von hochaltrigen Personen und liefert gleichzeitig die Basis für zukünftige Entscheidungen zur Adressierung der Herausforderungen des Demografischen Wandels.

Ich danke allen, die bei der Erstellung und Durchführung der Hochaltrigenstudie mitgewirkt haben und freue mich über viele neue Erkenntnisse und Daten zur Gesundheits- und Lebenssituation dieser wachsenden Bevölkerungsgruppe!

**Ao. Univ.-Prof. Dr. Martin Polaschek**

*Bundesminister für Bildung, Wissenschaft und Forschung*



© Marija Kanizaj

### **System auf Bedürfnisse der Menschen ausrichten**

Vor knapp siebzig Jahren wurden die Steirerinnen und Steirer im Durchschnitt etwas älter als sechzig Jahre. Heute erleben immer mehr Menschen ihren hundertsten Geburtstag und noch viele mehr. In den kommenden Jahren wird der Anteil der über 60-Jährigen an der Weltbevölkerung stark wachsen. Sie verdanken ihr hohes Alter in erster Linie einer besseren medizinischen Versorgung. Gerade in Industrie- und Schwellenländern haben sich die Erwerbstätigkeiten sowie die Lebensumstände der Menschen stark verändert. Das Ergebnis ist, dass wir körperlich länger gesund bleiben.

Die durchschnittliche Lebenserwartung steigt aber auch an, weil weltweit immer weniger Menschen bereits im Kindesalter sterben. Wie erstrebenswert es ist, ein hohes Lebensalter zu erreichen, hängt davon ab, wie wir älter werden. Die Zeit zwischen dem 80. und dem 100. Geburtstag bettlägerig, schwach und dement zu verbringen, wünscht sich wohl niemand. Entscheidend für ein gutes Leben im Alter ist also vor allem eine gute Gesundheit. Wie zufrieden die Steirerinnen und Steirer ihre Leben verbringen zeigen die Ergebnisse dieser Studie. Das Altern der Hochaltrigen wird hier nicht nur wissenschaftlich dargestellt, sondern auch mit Blick auf die persönlichen und auch subjektiven Betrachtungen der eingebundenen Personen. Um künftige Planungen faktenbasiert durchführen zu können, sind diese Erkenntnisse von essentieller Bedeutung. Nicht nur für die Menschen und die Steiermark, auch für die gesamte Gesellschaft insgesamt, ist eine möglichst gesunde ältere Bevölkerung von Vorteil. Zudem sollte die steigende Lebenserwartung das System nicht übergebührend strapazieren. Genau diese Befürchtung haben viele, doch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht keinen signifikanten Zusammenhang zwischen gesellschaftlicher Alterung und steigenden Gesundheitsausgaben.

Nichtsdestotrotz braucht es Investitionen in die Versorgung der älteren Generationen und es muss unser gemeinsames Ziel sein, nicht nur das steirische, sondern das gesamte österreichische Gesundheitssystem vermehrt auf Bedarfe der älteren Menschen auszurichten. Nicht nur für die unmittelbare Zeit, vor allem aber auf die mittel- und langfristige Zukunft. Mehr gesunde Jahre für die Steirerinnen und Steirer sowie ein altersfreundliches Lebensumfeld.

**Dr.<sup>in</sup> Juliane Bogner-Strauß**

*Landesrätin für Bildung, Gesellschaft, Gesundheit und Pflege, Land Steiermark*



© Philipp Monihart

Herausforderungen des hohen Alters sind auch Herausforderungen für die Gesellschaft und die Politik. Unsere Bevölkerung wird älter und die Gesellschaft ändert sich, was bedeutet das für Menschen 80+?

Die vorliegende Studie widmet sich im Besondern diesem Thema und zeigt einmal mehr, wie stark heterogen und vielschichtig die Lebensrealitäten in dieser Lebensphase sind. Die Erforschung des hohen Alters mit Blick auf die physische Gesundheit, die Autonomie, das soziale Leben und die psychische Gesundheit mit Schwerpunkt auf Demenz und Depressionen, die Lebenszufriedenheit und die Aktivitäten im Alter liefert auch unerwartete Ergebnisse.

So zeigt sich z.B., dass bei den Studienteilnehmer/innen eine überraschend geringe Betroffenheit von Einsamkeitsgefühlen gegeben ist. Die Corona-Fokusstudie jedoch verweist darauf, dass die Pandemie und die damit verbundenen Lockdowns und Kontaktbeschränkungen die Einsamkeitsgefühle verstärkt haben.

Des Weiteren wurde festgestellt, dass hochaltrige Menschen überwiegend gut sozial integriert sind und im Bedarfsfall auf informelle Unterstützung durch Angehörige, Freunde, Bekannte zurückgreifen können. Eine persönliche Pflegevorsorge z.B. über eine Vorsorgevollmacht oder eine Patientenverfügung wurde jedoch nur von wenigen Befragten getroffen.

Niederösterreich setzt sich zum Ziel, die alternde Bevölkerung bei der Bewältigung der Herausforderungen des Alters bestmöglich zu unterstützen. Dafür werden Beratungs-, Betreuungs- und Pflegeangebote weiterentwickelt und flächendeckend ausgebaut.

**Mag.ª Christiane Teschl-Hofmeister**

*Landesrätin für Bildung, Familien und Soziales, Land Niederösterreich*



© Unterrainer

Die letzten Jahrzehnte sind durch deutliche Änderungen der Altersstrukturen unserer Gesellschaft geprägt. Die Lebenserwartung steigt und auch die Anzahl der Jahre, die wir in Gesundheit verbringen, nimmt zu. Diese Tatsachen sind grundsätzlich sehr erfreulich, dennoch ist unser Altersbild vorwiegend defizitär geprägt und mit dem demographischen Wandel spitzen sich auch Herausforderungen, die beispielsweise der Pflegemangel mit sich bringt, zu. Dabei stehen wir erst am Anfang dieser Entwicklung, da die Generation der Baby-Boomer die Phasen des höheren Lebensalters noch nicht erreicht hat.

Die österreichische Hochaltrigenstudie liefert faktenbasierte Grundlagen, um die Betreuung alter Menschen auch in Zukunft zu gewährleisten und ein zufriedenes Leben selbst im hohen Alter zu ermöglichen. Neben den systematisch erhobenen Zahlen und Fakten zu Lebenssituation, physischer und psychischer Gesundheit sowie sozialem Umfeld werden auch die Betroffenen selbst befragt, um Einblicke in ihre Lebenswelten zu gewähren. Die wissenschaftliche Auswertung der Erhebungen und Befragungen kann daher als wertvolle Grundlage für zukünftige Planungen dienen.

Die bisherigen Ergebnisse zeigen ein durchaus heterogenes Bild der Hochaltrigen in unterschiedlichen Lebensumwelten. Erfreulich ist, dass eine erstaunlich hohe Zufriedenheit mit der Lebensgestaltung und der sozialen Einbettung besteht - damit zeigt sich, dass trotz gesundheitlicher und funktioneller Beeinträchtigungen eine positive Selbstwahrnehmung möglich ist.

Das Land Salzburg hat in der 3. Erhebungswelle 2019-2022 erstmalig an der Hochaltrigenstudie teilgenommen. Die gewonnenen Erkenntnisse werden als Entscheidungshilfen die Planung der vielfältigen Unterstützungsangebote unterstützen.

**Mag. Günter Lutzenberger, MSc MBA**  
*Geschäftsführer Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES)*

### VORWORT DER PROJEKTLÉITUNG

Die Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie / ÖIHS hat sich die umfassende und regelmäßige Darstellung und Analyse der Gesundheits- und Lebensumstände von Menschen ab dem achtzigsten Lebensjahr zur Aufgabe gemacht. Dabei ist die ÖIHS die einzige Studie in Österreich, die sich so explizit und auf Basis von Primärdaten, also mittels ausführlicher Interviews und Untersuchungen älterer Menschen selbst, mit diesem Lebensabschnitt auseinandersetzt. Die Breite der erhobenen Daten (physische, psychische und kognitive Gesundheit, Funktionalität, soziale Aspekte, Unterstützung, Betreuung und Pflege, persönliche Netzwerke, Alltagsaktivitäten, finanzielles Auskommen, Vorsorge, persönliche Wünsche u.v.a.m.) erlaubt dabei nicht nur ein höchst differenziertes Bild über das Leben im hohen Alter, sondern ermöglicht erstmals auch Aussagen über das immer komplexer werdende Zusammenspiel all dieser Faktoren, die letztlich erst in ihrer Gesamtheit Gesundheit, Wohlbefinden und Selbstbestimmung im höheren Alter ausmachen.

Nach der Pilotstudie und Ersterhebung der ÖIHS I (2013/14) und der ÖIHS II (2015-2018) in drei Bundesländern, kann die nun abgeschlossene dritte Welle, die ÖIHS III (2019-2022), mit Erhebungen in bereits vier österreichischen Bundesländern nicht nur die bisher größte Stichprobe, sondern durch die Weiterverfolgung der Studienteilnehmer/innen aus den vorangegangenen Wellen auch erste längsschnittliche Befunde bieten, die in künftigen Erhebungswellen noch weiter an Bedeutung gewinnen werden.

Umfassende Primär- und Längsschnittdaten zu der demografisch – und damit auch sozial- und gesundheitspolitisch – in den kommenden Jahrzehnten wohl bedeutendsten Bevölkerungsgruppe sind nicht nur für die einschlägige wissenschaftliche Community, in der ein Mangel an entsprechenden Daten für Österreich schon lange beklagt wurde, von großem Wert, sondern stehen nun auch Bedarfs- und Entscheidungsträgern in Österreich unmittelbar zur Verfügung, wenn es darum geht, informierte, nachhaltige und praxisorientierte Weichenstellungen in einer alternden Gesellschaft vorzunehmen.

Für ein längsschnittlich konzipiertes Projekt wie die ÖIHS mit entsprechenden Erhebungen, Analysen und Berichten über mehrere Bundesländer hinweg ist jedoch das wertvolle Mitwirken zahlreicher Personen und Institutionen eine zentrale Voraussetzung. So wäre die ÖIHS als Projekt ohne die von unseren Kooperations- und Finanzierungspartnern in Bund und Ländern zur Verfügung gestellten notwendigen finanziellen Mittel gar nicht möglich. Nicht nur dafür, sondern auch für die stets angenehme und wertschätzende Zusammenarbeit mit all diesen Kooperationspartnern sei an dieser Stelle herzlich gedankt. Des Weiteren gilt unser Dank und unsere größte Anerkennung all jenen älteren Menschen, die die Grundlage unserer Erkenntnisse über das Leben im Alter darstellen, die sich zu persönlichen oder auch telefonischen Interviews bereit erklärt haben und uns ihre Zeit, ihr Wissen und ihre wertvollen Erfahrungen in dieser Lebensphase zur Verfügung gestellt haben.

Gedankt sei schließlich allen ehrenamtlich mitwirkenden Expert/innen im wissenschaftlichen Beirat der ÖIHS. Unser besonderer Dank gilt hier Frau Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Sabine Pleschberger, Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse und Prof. Dr. Thomas Frühwald, die diese Studie in beratender Funktion und mit größtem Engagement seit Anfang an begleiten. Ein Fachkommentar zur ÖIHS III findet sich von allen drei Expert/innen im Anschluss an dieses Vorwort. Außerdem danken wir Prim. Univ.-Prof. Dr. Bernhard Iglseider sehr herzlich für seine wertvolle Unterstützung bei der erstmaligen Durchführung der Studie im Bundesland Salzburg.

In der Hoffnung, mit der ÖIHS III wieder einen kleinen Beitrag zu einem möglichst differenzierten und umfassenden Altersbild und so auch zu einer konstruktiven Auseinandersetzung mit „den Herausforderungen des hohen Lebensalters“ auf persönlicher wie auf gesellschaftlicher Ebene leisten zu können, wünschen wir allen Leserinnen und Lesern eine angenehme und bereichernde Lektüre.

**Dr. Georg Ruppe, MA und Dr. Andreas Stückler, MA**  
(*ÖIHS Projektleitung*)

### FACHKOMMENTARE ZUR ÖIHS III

#### Würdigung aus wissenschaftlicher und politischer Perspektive

Die Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie, mit der im Jahre 2013 begonnen wurde und die in den Jahren von 2019 bis 2022 zum dritten Mal durchgeführt wurde, ist für den wissenschaftlichen Diskurs ebenso wie für den Transfer und die politische Beratung zu Fragen des hohen Alters von größtem Wert. Dies nicht nur wegen der Repräsentativität der gewonnenen Befunde für die Altersgruppe der 80-90-Jährigen in Österreich, sondern auch und vor allem wegen einer möglichst umfassenden und zugleich differenzierten Abbildung der persönlichen Lebenssituation hochbetagter Menschen; dabei konzentriert sich die Studie nicht nur auf alte Menschen, die in einem Privathaushalt leben, sondern sie bezieht ausdrücklich Frauen und Männer in Pflegeinstitutionen mit ein.

Es wurden 717 Personen untersucht; es gelangten ein geriatrisches Assessment, ein umfangreicher Fragebogen sowie die Methode des fokussierten Interviews zur Anwendung. Die thematischen Schwerpunkte der Studie bilden Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung. Diese werden im Kontext von sozioökonomischem Status, Lebensalter und Geschlecht untersucht: Inwieweit, so wird gefragt, üben diese drei „Rahmenmerkmale“ Einfluss auf die Kernbereiche aus?

Die Studie wählt „Herausforderungen“ als ihren Leitbegriff und macht damit deutlich, dass sich zum einen die Lebensbedingungen alter Menschen voneinander unterscheiden, dass zum anderen auch bei ähnlichen Lebensbedingungen subjektiv unterschiedliche Deutungen beobachtet werden können und dass schließlich drittens ganz unterschiedliche Kompensations-, Verarbeitungs- und Bewältigungsversuche angestoßen werden können, die – im Falle ihres Gelingens – eine Belastung zu einer Aufgabe werden lassen können, im Falle ihres Nicht-Gelingens der Belastung hingegen mehr und mehr die Qualität einer Krise verleihen. Somit erweist sich die Studie offen sowohl mit Blick auf die subjektiven Deutungen als auch mit Blick auf den individuellen Umgang mit der bestehenden Lebenssituation. Die in der Studie beschriebenen Herausforderungen betreffen dabei nicht nur das Individuum und deren soziales Nahumfeld. Sie betreffen – und hier schlägt der Ergebnisteil der Studie in einen Forderungskatalog um – auch Gesellschaft, Kultur und Politik.

Im hohen Alter erweisen sich Menschen in besonderem Maße als „verletzlich“ (vulnerabel); auch wenn sie in dieser Verletzlichkeit vielfach eine ausgeprägte Resilienz zeigen, so vermitteln die Studienergebnisse doch Einblick in zahlreichen Lebenskontexte, in denen die Vulnerabilität nicht mehr vom Individuum (und seinem Nahumfeld) alleine verarbeitet und bewältigt werden kann. Hier kommt Institutionen (medizinischen, pflegerischen, sozialen genauso wie kulturellen), hier kommt Gesellschaft, Kultur und Politik ebenfalls besondere Bedeutung zu. Die Studie zeigt überzeugend unterschiedliche Vulnerabilitätsformen wie auch Risiken mit Blick auf die Entwicklung und Verschärfung von Vulnerabilitäten auf; zugleich wird in ihr dargelegt, dass es alten Menschen vielfach gelingt, trotz eingetretener funktionaler Einbußen (und assoziierter Belastungen) ein (weitgehend) autonomes und

sinnerfülltes Leben zu führen. Der umfassende Analyseansatz, in dessen Zentrum ein ausführliches geriatrisches Assessment steht, der aber zugleich die alltagspraktische Kompetenz wie auch das räumliche und soziale Umfeld sowie die Inanspruchnahme von Versorgungs- und Dienstleistungen erfasst, gibt zum einen eine höchst differenzierte Sicht auf die körperlichen, kognitiven und seelischen „Kräfte“ wie auch auf die „Schwächen“ im hohen Alter und lässt zugleich Aussagen über zentrale Einflussfaktoren auf diese Kräfte und Schwächen zu, zu denen vor allem Bildung, aber auch Geschlecht und (in Ansätzen) Alter zu zählen sind.

Konsequent zeigt der vorliegende Bericht den Interventionsbedarf im hohen Alter auf, wobei die differenzierte Erfassung von Kompetenzen und Lebenskontexten (Rahmenbedingungen) die Möglichkeit eröffnet, Grundsätze der differentiellen Gerontologie als Orientierungspunkte eines differentiellen Interventionsansatzes zu wählen. Gesellschaft, Kultur und Politik ist die Aufgabe gestellt, die Rahmenbedingungen für einen derartigen Interventionsansatz weiterzuentwickeln. Wie in der Studie aufgezeigt wird, legen schon allein Veränderungen im Bevölkerungsaufbau diesen politischen Fokus nahe. Aber auch aus ethischen Gründen ist er geboten: Alten Menschen ist in gleichem Maße wie jüngeren die Unterstützung bei der Verwirklichung ihrer Kriterien für ein sinnerfülltes, ein „gutes“ Leben zu gewähren. Alles andere käme einer Diskriminierung des Alters gleich.

**Univ.-Prof. Dr. phil. Dr. h.c. Dipl.-Psych. Andreas Kruse**  
*Universität Heidelberg*

### Die Relevanz der ÖIHS aus pflegewissenschaftlicher Sicht

Als Disziplin widmet sich die Pflegewissenschaft weniger stark Fragen der Diagnostik und Therapie, als vielmehr den Reaktionen von Menschen auf alters- und/oder krankheitsbedingte Veränderungen und ihren Umgangsweisen damit. Das heißt, Auswirkungen von alters- oder krankheitsbedingten Prozessen auf funktionelle Parameter wie z.B. Mobilität, Ausscheidungen etc. sind hier von hohem Interesse, davon ausgehend richtet professionelle Pflege ihr Handeln aus, plant und setzt einzelne Interventionen, deren Zielsetzung das gesamte Spektrum von therapeutisch, rehabilitativ bis hin zu palliativ abdeckt. Dazu gehört ebenfalls das präventive Handeln, das in der gerontologischen Pflege besonders wichtig ist, um anhaltende Phasen von Pflegebedürftigkeit möglichst zu vermeiden oder hinauszuschieben.

Um Risikofaktoren und Gefahren rechtzeitig zu erkennen, Programme zur Prävention bzw. einzelne Maßnahmen mit dieser Zielsetzung entwickeln und setzen zu können, ist eine solide Datengrundlage Voraussetzung. Was in der (klinisch-pflegerischen) Versorgungspraxis das individuelle Assessment ist, dem entsprechen auf höherer Ebene z.B. in Institutionen, Communities oder Regionen sowie auf Systemebene Daten und Ergebnisse aus wissenschaftlicher Forschung, mit denen Bedarf, Probleme und Herausforderungen, ebenso wie auch Ressourcen und Potenziale aufgezeigt werden. Genau dies wird mit der Interdisziplinären Hochaltrigenstudie seit einigen Jahren auch für Österreich geleistet.

Mit den jeweils begleitenden qualitativen Studien gelingt es zudem die „Nutzerperspektive“ zu erfassen, die für eine patientenorientierte Ausgestaltung von Angeboten und Maßnahmen von zentraler Bedeutung ist. Gilt es doch, Angebote im Kontext der Pflege fortwährend weiter zu entwickeln und den Bedürfnissen der betroffenen Menschen sowie ihrer Umgebung anzupassen, und nicht „an den Nutzerinnen/Nutzern“ vorbei zu planen und zu handeln. Dass sämtliche Ergebnisse auch in Hinblick auf geschlechterbezogene Aspekte differenziert dargestellt werden, ist ein weiteres Potenzial für eine an den individuellen Bedürfnissen ausgerichtete Versorgungsgestaltung.

Daher ist der vorliegende Bericht zur 3. Welle der ÖIHS eine essenzielle Grundlage für Planung, Steuerung und Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in Österreich. Er sei vielen Leserinnen und Lesern sowohl aus der Pflegewissenschaft als auch allen anderen disziplinären akademischen Kontexten gleichermaßen wie jenen aus der Praxis und Planung von Versorgung ans Herz gelegt.

**Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Sabine Pleschberger, MPH**  
*Universität Wien*

### Die Bedeutung der ÖIHS aus Sicht der Geriatrie

Die Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie ist eine auch im internationalen Vergleich herausragende Darstellung der komplexen Lebenssituation der Über-80-jährigen Menschen in Österreich, der demografisch am raschesten anwachsenden Bevölkerungsgruppe. Einer Bevölkerungsgruppe, die zudem auch ganz besondere Anforderungen an die Medizin stellt.

Bei Älteren treten häufiger Situationen auf, die bei Jüngeren selten in ähnlichem Ausmaß für deren Gesundheit entscheidend sind. Sie haben etwa ein höheres Risiko für Multimorbidität – also die gleichzeitige Erkrankung an mehreren, meist chronischen behandlungswürdigen Erkrankungen. Die Gefährdung von Selbstständigkeit und Autonomie nicht nur durch somatische, aber auch durch psychische und soziale Herausforderungen ist ein weiteres Risiko, welchem Menschen im höheren – besonders im sehr hohen – Lebensalter mehr als jüngere Menschen ausgesetzt sind. Auch die Gebrechlichkeit (Frailty) ist ein Kernproblem der hochaltrig gewordenen Menschen.

Spezielles Wissen und Können, wie es die Geriatrie repräsentiert, ist erforderlich, um Patient/innen in diesem Lebensabschnitt gerecht zu werden – es integriert die den geltenden Standards entsprechenden kurativen, rehabilitativen und auch palliativen Prinzipien. Das sonst in der Medizin geltende kurative Paradigma kann bzw. soll in ein palliatives übergehen, denn ein ganz normales Charakteristikum geriatrischer Patient/innen ist, dass sie sich in ihrer letzten Lebensphase befinden. Selbstverständlich kommt es zur Überlappung der genannten Prinzipien, sie sind individuell variabel und auf jeden Fall auch im Zeitverlauf jeweils neu zu bestimmen.

Die ÖIHS liefert wertvolle empirische und qualitative Daten im Längsschnitt, die von höchster praktischer Relevanz sind, um dieser auch gesundheitspolitisch bedeutenden Aufgabe gerecht zu werden.

**Prof. Dr. Thomas Frühwald**

*Geriatler, Wien*



## 1. EINFÜHRUNG UND ÜBERBLICK

In diesem Bericht werden die Ergebnisse der mittlerweile dritten Erhebungswelle der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie (kurz ÖIHS) dargestellt. Bei der ÖIHS handelt es sich um eine interdisziplinär konzipierte, auf repräsentativen Zufallsstichproben beruhende Untersuchung der Gesundheits-, Lebens- und Betreuungssituation hochaltriger Menschen (80+) in Österreich. Die ÖIHS wurde zum ersten Mal 2013 in einer Pilotstudie und ersten Erhebungswelle in den Bundesländern Wien und Steiermark durchgeführt. Diese Erhebung umfasste insgesamt 410 Interviews mit hochaltrigen Frauen und Männern (ÖPIA 2015). In einer daran anschließenden Folgerhebung ab 2016 wurden die Teilnehmer/innen der Ersterhebung wiederbefragt und die Stichprobe aus dem Jahr 2013 im Panel weiterverfolgt (ÖPIA 2018a). Darüber hinaus wurde die Studie um ein zusätzliches Bundesland erweitert und eine erste Querschnitterhebung im Bundesland Niederösterreich durchgeführt (ÖPIA 2018b).

Im Design der ÖIHS war von Anfang an vorgesehen, die Studie sukzessive (möglichst) auf ganz Österreich auszuweiten und so im Laufe der Zeit einen nationalen Datensatz über die hochaltrige Bevölkerung Österreichs zu entwickeln. Mit der im Folgenden dargestellten, 2019 begonnenen dritten Erhebungswelle liegt nun erstmals eine größere, gemeinsame Stichprobe für insgesamt vier Bundesländer (Wien, Niederösterreich, Steiermark, Salzburg) vor. Mit Salzburg befindet sich zum ersten Mal auch ein westliches Bundesland im Sample, während bislang mit den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Steiermark eher nord-östliche und südliche Landesteile in der Studie repräsentiert waren. Die ÖIHS gewinnt damit also allmählich tatsächlich den Charakter einer „österreichischen“ bzw. österreichweiten Hochaltrigenstudie.

Geplant war im Rahmen der dritten ÖIHS-Erhebungswelle die Durchführung von rund 700 persönlichen, fragebogengestützten Interviews. Aufgrund der im Frühjahr 2020 – also mitten in der Erhebungsphase – ausgebrochenen Corona-Krise und der damit verbundenen politischen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie gestaltete sich die Erreichung dieses Ziels als sehr herausfordernd und war es erforderlich, die Erhebungsmodi mehrmals zu adaptieren. Da gerade hochaltrige Menschen zu den am meisten gefährdeten Bevölkerungsgruppen zählen, war ab März 2020 über einen Zeitraum von mehreren Monaten an Interviews nicht zu denken. Auch nach Aufhebung der Kontaktbeschränkungen im Juni 2020 konnte die Erhebung nur in eingeschränkter Form fortgesetzt werden, da bei zahlreichen Personen aus unserer Zielgruppe eine verständliche Vorsicht zu erkennen war, was sich unmittelbar auf die Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie auswirkte. Nachdem mit der Zunahme des Infektionsgeschehens und der abermaligen Verschärfung der Eindämmungsmaßnahmen im Herbst 2020 die Durchführung persönlicher Interviews erneut verunmöglicht wurde, wurde die Erhebung in der finalen Phase auf Telefoninterviews mit einem stark gekürzten Fragebogen umgestellt. Auf diese Weise konnte die angestrebte Stichprobengröße letztlich doch noch realisiert werden, auch wenn das bedeutet, dass Quantität und Qualität der erhobenen Daten bei einem Teil der Stichprobe etwas geringer sind, im Vergleich zu umfassenderen, persönlichen Interviews.

## 1.1 Sechs zentrale Charakteristika der ÖIHS

Was ist das Besondere an der ÖIHS? Im Wesentlichen lassen sich sechs besondere Charakteristika der ÖIHS festhalten:

### 1.1.1 Schwerpunkt auf dem hohen Alter

Anders als die meisten Altersstudien, legt die ÖIHS einen besonderen Fokus auf die hochaltrige Bevölkerung (80+). Häufig haben Altersstudien Referenzpopulationen im Alter von 50+ oder 60+ – dazu gehören etwa so bekannte und wichtige Studien wie SHARE<sup>1</sup> –, wodurch die hochaltrige Bevölkerung in den Stichproben tendenziell unterrepräsentiert, zumindest aber kein primärer Gegenstand der Untersuchung ist. Die ÖIHS ist in Österreich die erste und bislang einzige Studie, die sich ausschließlich und systematisch mit der Gesundheits- und Lebenssituation hochaltriger Menschen befasst. Gerade vor dem Hintergrund des demographischen Wandels erscheint es dringend erforderlich, gezielt Wissen über die hochaltrige Bevölkerung zu erarbeiten, da diese im Zuge des Altersstrukturwandels besonders stark im Wachsen begriffen ist und daher schon heute und in naher Zukunft eine wichtige und relevante Bevölkerungsgruppe darstellt (siehe Kapitel 2). Die starke Zunahme des Anteils hochaltriger Menschen hat insbesondere auch sozial- und gesundheitspolitische Implikationen, da sich dadurch auch einige Herausforderungen für Gesundheits- und Pflegesysteme ergeben. Die „alternde Gesellschaft“ wird also vor allem eine „Gesellschaft des hohen Alters“ sein, und dies bringt Veränderungen mit sich, etwa hinsichtlich des Betreuungsbedarfs oder der individuellen Wünsche und Bedürfnisse hochaltriger Menschen, auf die sich die Gesellschaft einstellen muss. Und hierzu bedarf es wiederum eines hinreichenden wissenschaftlich fundierten Wissens über hochaltrige Menschen.

### 1.1.2 Interdisziplinarität

Die ÖIHS ist eine interdisziplinär konzipierte Studie und wird in Zusammenarbeit von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen durchgeführt. Beteiligt an der ÖIHS sind etwa Wissenschaftler/innen aus der Geriatrie, der Soziologie, der Psychologie ebenso wie aus Neurologie, Psychiatrie und Pflegewissenschaft. Der interdisziplinäre Forschungszugang ermöglicht es, sowohl disziplinspezifische (z.B. mit Blick auf Gesundheit und Krankheit im hohen Alter) als auch forschungsübergreifende Perspektiven zur Anwendung zu bringen und zu integrieren. Gerade mit Blick auf Hochaltrigkeit empfiehlt sich ein interdisziplinäres Herangehen, da das hohe Alter vielleicht wie kaum eine andere Lebensphase von sehr vielen verschiedenen Faktoren geprägt ist, die auf vielfältige Weise miteinander interagieren. Hier wirken gesundheitliche und sozioökonomische Faktoren (Bildung, Geschlecht etc.) mit Aspekten der Lebensgestaltung und der Pflege und Betreuung in einer Weise ineinander, die eine bemerkenswerte Heterogenität des hohen Alters und beträchtliche interindividuelle Differenzen hervorbringt. Das komplexe Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung steht daher im Mittelpunkt der ÖIHS, und dies erfordert wiederum ein interdisziplinäres Forschungsdesign.

---

<sup>1</sup> <https://www.share-austria.at>

### 1.1.3 Repräsentativität

Die Analysen im Kontext der ÖIHS beruhen grundsätzlich auf repräsentativen Zufallsstichproben. Das heißt, die ÖIHS erhebt den Anspruch, ihre Ergebnisse im Wesentlichen für die gesamte hochaltrige Bevölkerung in Österreich verallgemeinern zu können. Die Repräsentativität wird freilich eingeschränkt durch die für Altersstudien typischen Selektivitätsmechanismen, etwa eine höhere Teilnahmebereitschaft von höher gebildeten Personen („Bildungs-Bias“) oder eine schlechtere Erreichbarkeit (und oftmals auch Teilnahmefähigkeit) von gesundheitlich und funktional stark eingeschränkten Menschen. Letzteres führt vor allem dazu, dass die ÖIHS den Gesundheitszustand hochaltriger Menschen tendenziell etwas überschätzt (siehe hierzu die Ausführungen über „Stichprobenselektivität“ in Kapitel 3).

### 1.1.4 Längsschnittliches Forschungsdesign

Eine weitere Besonderheit liegt im längsschnittlichen Forschungsdesign der ÖIHS. Das heißt, es finden in regelmäßigen Intervallen konsekutive Folgeerhebungen statt. Zwar handelt es sich bei der in diesem Bericht dargestellten Erhebung um eine Querschnitterhebung, dabei kann aber bereits zum Teil auch auf Längsschnittdaten aus den ersten beiden Erhebungswellen der ÖIHS zurückgegriffen werden. Darüber hinaus bildet die vorliegende Querschnittstudie die Grundlage für zukünftige Folgeerhebungen. Die ÖIHS verfolgt dabei einen kombinierten Ansatz aus Panel- und Trenddesign: Panelstudien bestehen in der mehrmaligen Wiederbefragung innerhalb derselben Stichprobe, um so die langfristige Einwicklung (z.B. hinsichtlich Mortalität und Morbidität) auf Individualdatenniveau beobachten zu können. Dies ermöglicht es, unterschiedliche Altersverläufe zu analysieren und dafür maßgebliche Faktoren zu identifizieren. Trenderhebungen sehen hingegen für jede Untersuchung die Ziehung einer neuen Stichprobe vor, um auf diese Weise das Verhalten sukzessiver Kohorten über mehrere Messzeitpunkte hinweg zu untersuchen. Dies erlaubt es wiederum, allfällige Kohortenunterschiede zu analysieren.

### 1.1.5 Integration qualitativer Methodik

Eine Besonderheit der ÖIHS, auch im internationalen Vergleich, ist die Integration eines qualitativen Forschungsansatzes in das Studiendesign. Die qualitative Methodik erlaubt es, die spezifische Perspektive der hochaltrigen Personen auf einzelne Fragestellungen zu erfassen und so die Befunde aus der quantitativen, fragebogengestützten Erhebung und aus dem geriatrischen Assessment zu vertiefen und um qualitative Aspekte zu ergänzen. Ihre Stärke liegt zum einen im explorativen Charakter, wodurch Themen, die bislang weniger im Blick waren, in ihrer Bedeutung für die betroffenen Menschen sichtbar werden und in die weitere Forschung aufgenommen werden können. Zum anderen gilt der qualitative Forschungsansatz als „Königsweg“ in der Forschung zu sensiblen Themen, wie z.B. Erfahrungen und Umgang mit Abhängigkeit, Pflegebedürftigkeit sowie Sterben, Tod und Trauer, unter Einhaltung hoher ethischer Standards. Diese Themen beinhalten besonders relevante Aspekte in Bezug auf die Lebensqualität hochaltriger Menschen, ihren Umgang mit Belastungen sowie ihre Perspektiven für die Zukunft.

Die Integration qualitativer Methodik erfolgt in der ÖIHS vor allem in Form ergänzender Fokusstudien zu bestimmten altersrelevanten Themen und Fragestellungen. Die im Rahmen

der dritten Welle der ÖIHS durchgeführte Fokusstudie widmet sich – aus aktuellem Anlass – den Herausforderungen und dem subjektiven Erleben der COVID-19-Pandemie für und von hochaltrigen Menschen. Die Ergebnisse der Fokusstudie werden in einem eigenständigen Bericht dargelegt (ÖPIA 2022).

### 1.1.6 Berücksichtigung von in Institutionen lebenden Personen

Die ÖIHS berücksichtigt neben in Privathaushalten auch in Institutionen lebende Personen (Pflegeheime, betreute Wohneinrichtungen etc.). Die meisten Hochaltrigenstudien beschränken sich, auch aus forschungspragmatischen Gründen, in der Regel auf Privathaushalte. Zu Institutionen besteht im Allgemeinen ein schwierigerer Feldzugang, auch sind Interviews mit Pflegeheimbewohner/innen herausfordernder und aufwändiger als mit selbständig im Privathaushalt lebenden Menschen – sowohl für die Teilnehmenden als auch für die Interviewer/innen. Pflegeheimbewohner/innen sind daher zumeist Gegenstand eigenständiger, auf Pflegeheime fokussierter Studien und seltener von groß angelegten Alters- oder Hochaltrigenstudien. Für die ÖIHS wurde hingegen ein Sample von Pflegeheimbewohner/innen erstellt, um so auch die Lebensrealitäten von institutionalisierten Personen in der Studie abbilden zu können, zumal im hohen Alter die Wahrscheinlichkeit für Pflegebedürftigkeit und einen Umzug in ein Pflegeheim sukzessive zunimmt.

## 1.2 Thematische Schwerpunkte: Die Herausforderungen des hohen Alters

Der vorliegende Bericht orientiert sich in Inhalt und Struktur an den großen Themen und Herausforderungen des höheren und hohen Alters aus Sicht der Geriatrie und Gerontologie. Dabei stellen die wissenschaftliche Logik und Strukturierung dieser Themen jedoch nur eine forschungsleitende Komponente dar. Im Vordergrund steht die Orientierung an den unmittelbaren Lebensrealitäten älterer und hochaltriger Menschen und an der Frage, in welcher Form, mit welcher individuellen Konsequenz und Relevanz und in welchem komplexen Zusammenwirken sich darin gesundheitliche, psychische, soziale und seelische Umstände und Veränderungsprozesse abbilden und sich für Betroffene selbst als „Herausforderungen des hohen Alters“ darstellen. Der Begriff der „Herausforderung“ versteht sich dabei primär neutral, als ein Lebensumstand, der einerseits belasten und einschränken, andererseits aber auch Anlass für Kompensationsverhalten, für die Aktivierung von Potentialen und Bewältigungsstrategien und in letzter Konsequenz für Entwicklungsprozesse im hohen Alter sein kann.

Der umfassende methodische Ansatz in der Erhebung der ÖIHS ermöglicht es, Herausforderungen in allen unterschiedlichen Alltags- und Daseinsbereichen älterer Menschen zu erfassen und in ihrer gegenseitigen Abhängigkeit und Beeinflussung, aber auch in ihrer längsschnittlichen Entwicklung zu analysieren. Gesundheitliche Aspekte und Besonderheiten des hohen Lebensalters, die mit deutlichen Konsequenzen auf die Funktionalität, Autonomie und Lebensqualität älterer Menschen verbunden sind, stellen unweigerlich große Herausforderungen dar und werden in eigenständigen Kapiteln ausführlich behandelt (Kapitel 5-7). Untrennbar mit der physischen Gesundheit verknüpft ist dabei freilich die psychische und kognitive Gesundheit (mit den großen Themen der Demenz und Depression) (Kapitel 8), die gerade mit fortschreitendem Alter auch nicht ohne

die Frage nach sozialer Lage (Kapitel 9), sozialen Netzwerken (Kapitel 10) oder sozialen Aktivitäten (Kapitel 11) betrachtet werden kann. Für viele, wenngleich nicht für die Mehrheit hochaltriger Menschen ist dieser Lebensabschnitt – abhängig wiederum von physischer und psychischer Gesundheit und verschiedenen sozialen Aspekten – mit der Herausforderung einer adäquaten Betreuung und Pflege verbunden, der ein eigenes großes Kapitel in diesem Bericht gewidmet ist (Kapitel 12). Geschlechtsspezifische Befunde (Kapitel 13), Unterschiede in den Herausforderungen des hohen Alters im städtischen und im ländlichen Kontext (Kapitel 14) und längsschnittliche Analysen (Kapitel 15) runden schließlich die Ergebnisdarstellung ab.

Die einzelnen Kapitel dieses Berichts können somit jeweils für sich stehen und gelesen werden, sind schlussendlich aber immer als ein großes und komplex verwobenes Ganzes zu betrachten. Nur so kann ein umfassendes, realitätsnahes und differenziertes Alter(n)sbild gelingen – und damit ein wesentliches Anliegen und Ziel dieser Studie erreicht werden.



## 2. BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG UND DEMOGRAPHISCHER WANDEL IN ÖSTERREICH

Zum 1. 1. 2019 lebten insgesamt 8.858.775 Menschen in Österreich, wovon rund 16% nicht-österreichische Staatsbürger/innen waren – jeweils in etwa zur Hälfte Ausländer aus EU sowie EFTA<sup>2</sup> und Ausländer aus Drittstaaten (Statistik Austria 2020a). Die mit Abstand größte in Österreich lebende Ausländergruppe sind Deutsche (13,4%), gefolgt von Serb/innen (8,4%), Türk/innen (8,1%) und Rumän/innen (7,8%). 1.897.491 Personen lebten in der Bundeshauptstadt Wien – dies entspricht einem Anteil von 21,4% der österreichischen Bevölkerung. Gefolgt wird Wien vom Bundesland Niederösterreich mit einem Bevölkerungsanteil von rund 18,9%. Wien ist das Bundesland mit dem stärksten Bevölkerungswachstum und ist seit 2002 um rund 21% (von 1.571.123 auf 1.897.491 Einwohner/innen) gewachsen. Wien ist auch das am dichtesten besiedelte Bundesland mit 4.574 Einwohner/innen pro km<sup>2</sup>. Die geringste Bevölkerungsdichte weisen die Bundesländer Kärnten mit 59 Einwohner/innen pro km<sup>2</sup> und Tirol mit 60 Einwohner/innen pro km<sup>2</sup> auf.

Die Bevölkerungsentwicklung Österreichs wird, wie in vielen anderen Ländern auch, in den nächsten Jahren und Jahrzehnten besonders durch den demographischen Altersstrukturwandel geprägt sein, der mit einer erheblichen Zunahme älterer Menschen und, parallel dazu, einer anteiligen Abnahme jüngerer Menschen in der Bevölkerung verbunden sein wird. Laut Prognosen von Eurostat, dem statistischen Amt der Europäischen Union, wird der Anteil an Personen im Alter von 55 und mehr Jahren in Österreich bis zum Jahr 2050 um rund ein Viertel, von etwas mehr als 32% auf rund 40% anwachsen. Wie in Abbildung 1 veranschaulicht, befindet sich Österreich damit ziemlich genau im Durchschnitt der EU-Mitgliedsstaaten (EU-28), was die prognostizierte Zunahme älterer Menschen an der Bevölkerung betrifft (Eurostat 2020: 17).

---

<sup>2</sup> Die Europäische Freihandelsassoziation (EFTA) umfasst die vier Nicht-EU-Länder Island, Liechtenstein, Norwegen und Schweiz.

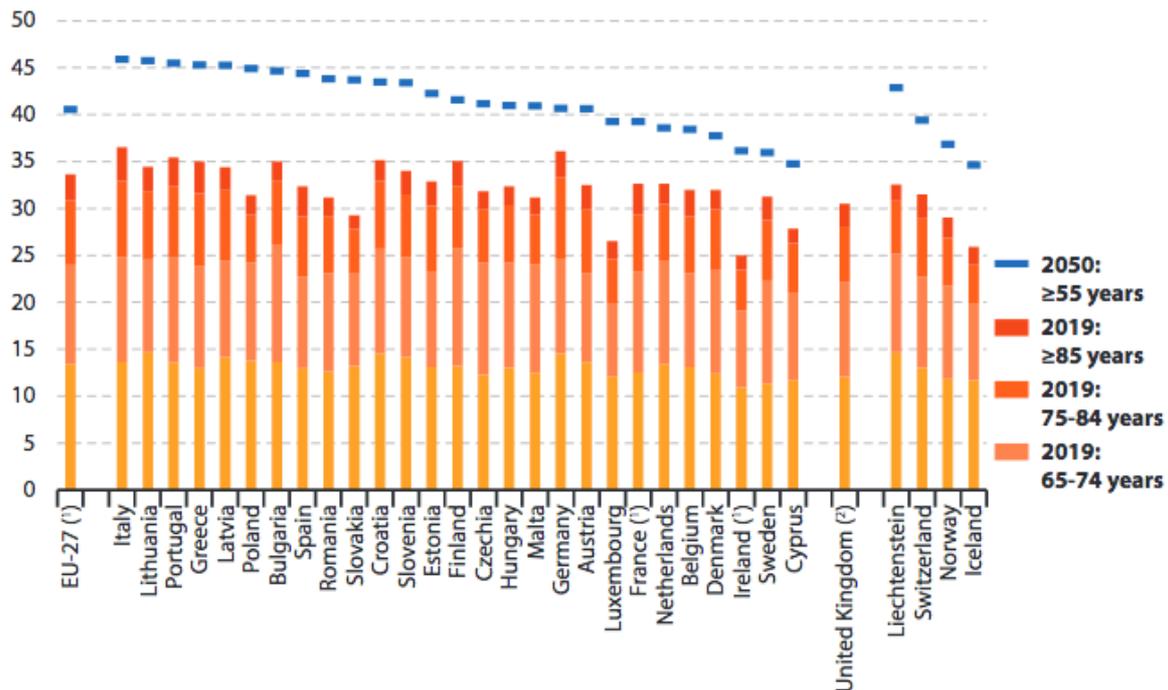


Abbildung 1: Anteil von Personen im Alter von 55+ in der Gesamtbevölkerung 2019 und 2050, EU-28 (Quelle: „Ageing Europe“, Eurostat 2020, S. 17)

Eine ähnliche Entwicklung wird von der Österreichischen Raumordnungskonferenz (ÖROK) für Österreich prognostiziert. Ihr zufolge wird der Anteil der Österreicherinnen und Österreicher im Alter von 65 und mehr Jahren von 18,7% im Jahr 2018 auf 26,2% im Jahr 2040 ansteigen (ÖROK 2018). Dies bedeutet einen Anstieg um etwa die Hälfte. Gleichzeitig wird für den Anteil der Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren für denselben Zeitraum eine Abnahme von 61,8% auf 54% prognostiziert. Bis zum Jahr 2060 wird der Anteil der 65- und Mehrjährigen in Österreich weiter auf 27% anwachsen. Das heißt, mehr als ein Viertel der Bevölkerung wird sich dann im Rentenalter befinden. Gemessen an der absoluten Zahl älterer Österreicherinnen und Österreicher entspricht dies einer Zunahme um rund 60% im Vergleich zum Jahr 2018 (von 1.647.000 auf 2.639.000).

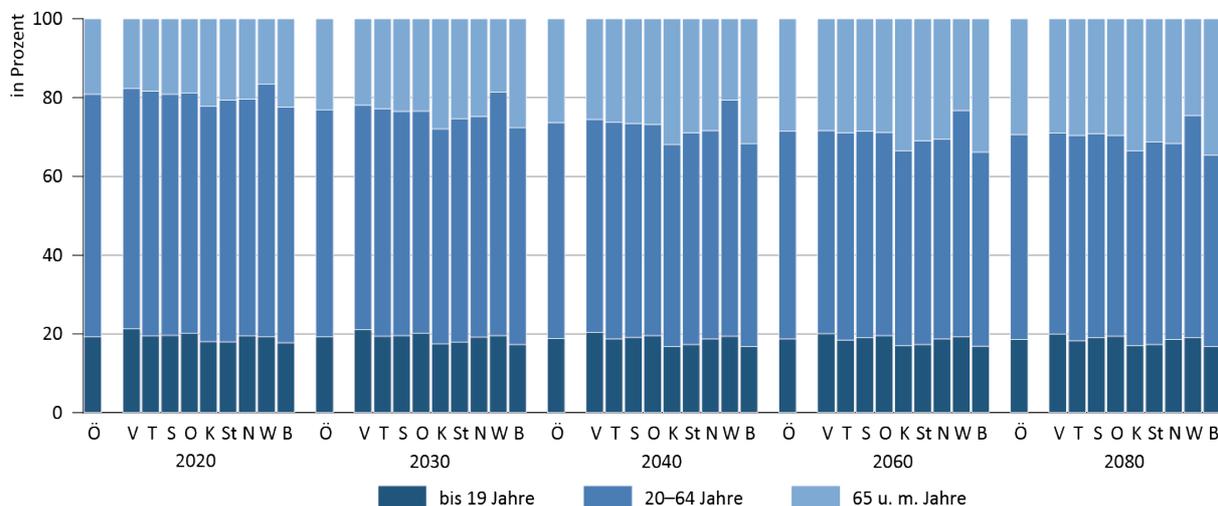
## 2.1 Bevölkerungsentwicklung und Hochaltrigkeit in den Bundesländern

Das stärkste Wachstum wird dabei unter der hochaltrigen Bevölkerung zu verzeichnen sein, d.h. (je nach Definition) in der Altersgruppe 80+ bzw. 85+. Laut ÖROK wird die Zahl der 85- und Mehrjährigen bis 2040 in Österreich von heute rund 225.000 auf 407.000 zunehmen. Dies entspricht einer Zunahme um rund 81%. Das heißt, die Zahl der Hochaltrigen wird sich in etwas mehr als zwei Jahrzehnten fast verdoppeln. Mit Blick auf den relativen Anteil hochaltriger Menschen an der Bevölkerung bedeutet das einen Anstieg von 2,5% im Jahr 2018 auf 4,3% im Jahr 2040. Dabei hat die Zahl der Hochaltrigen in Österreich bereits seit Beginn dieses Jahrtausends beträchtlich zugenommen – von 138.475 im Jahr 2002 auf 224.853 im Jahr 2018 (Statistik Austria 2020c). Dies entspricht einer Zunahme von etwa 62%. Bezieht man in die jüngeren Bevölkerungsprognosen auch diesen schon länger beobachtbaren Anstieg des Hochaltrigenanteils mit ein, so bedeutet das eine

voraussichtliche Zunahme um fast 200% bis zum Jahr 2040, d.h. die Zahl hochaltriger Menschen wird sich bis dahin fast verdreifacht haben im Vergleich zum Jahr 2002.

Diese Tendenz einer starken und raschen Zunahme des Anteils alter und vor allem hochaltriger Menschen an der Bevölkerung gilt dabei für alle österreichischen Bundesländer, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. Abbildung 2 zeigt die prognostizierten Verschiebungen in der Altersstruktur für alle österreichischen Bundesländer von 2020 bis 2080. Dabei wird sichtbar, dass die Bundesländer Kärnten und Burgenland am stärksten vom Altersstrukturwandel betroffen sein werden (und bereits heute betroffen sind). Der Anteil der 65- und Mehrjährigen wird sich dort von heute etwas mehr als 20% auf deutlich über 30% im Jahr 2060 erhöhen. Die meisten anderen Bundesländer haben derzeit noch Altenanteile knapp unterhalb von 20% und werden bis 2060 auf rund 30% zulegen. Die mit Abstand niedrigsten Verschiebungen in der Altersstruktur hat voraussichtlich Wien zu erwarten. Dessen Altenanteil wird den Prognosen zufolge bis 2040 auf knapp über 20% und bis 2060 auf etwa 25% anwachsen. Dies liegt vor allem an der starken Zuwanderung, insbesondere von jüngeren Menschen, in die Bundeshauptstadt. Bis 2080 wird sich die Altersstruktur in Österreich wahrscheinlich nicht mehr signifikant verändern, d.h. die größten Auswirkungen wird der demographische Wandel in den kommenden 20 bis 40 Jahren entfalten.

**Bevölkerungsentwicklung nach Bundesländern und breiten Altersgruppen  
2020, 2030, 2040, 2060 und 2080 (mittlere Variante)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Bevölkerungsprognose 2021. Erstellt am 11.11.2021.

Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung nach Bundesländern und breiten Altersgruppen 2020-2080 (Quelle: Statistik Austria 2022, S. 66)

Auch hinsichtlich der Zunahme des Hochaltrigenanteils gibt es zum Teil erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Bundesländern. Unter den vier in der ÖIHS berücksichtigten Bundesländern Wien, Niederösterreich, Steiermark und Salzburg haben Niederösterreich und die Steiermark mit dem größten Wachstum zu rechnen – von heute

2,7% (NÖ) bzw. 2,9% (Stmk) auf 4,4% (NÖ) bzw. 4,7% (Stmk) im Jahr 2040 und auf 7,6% (NÖ) bzw. 7,8% (Stmk) im Jahr 2060. Der Hochaltrigenanteil wird sich damit in diesen Bundesländern in den kommenden 40 Jahren annähernd verdreifachen. Die mit Abstand niedrigsten Zuwächse wird, aus den oben genannten Gründen, Wien verzeichnen – von heute 2,1% auf 3,1% 2040 und 4,9% 2060. Bundesweit am stärksten betroffen von der Zunahme hochaltriger Menschen sind – wie bereits allgemein hinsichtlich des Altersstrukturwandels – Bundesländer wie Kärnten. Dort wird der Hochaltrigenanteil bereits 2040 bei 5,3% und 2060 bei 8,7% liegen (siehe Abbildung 3).

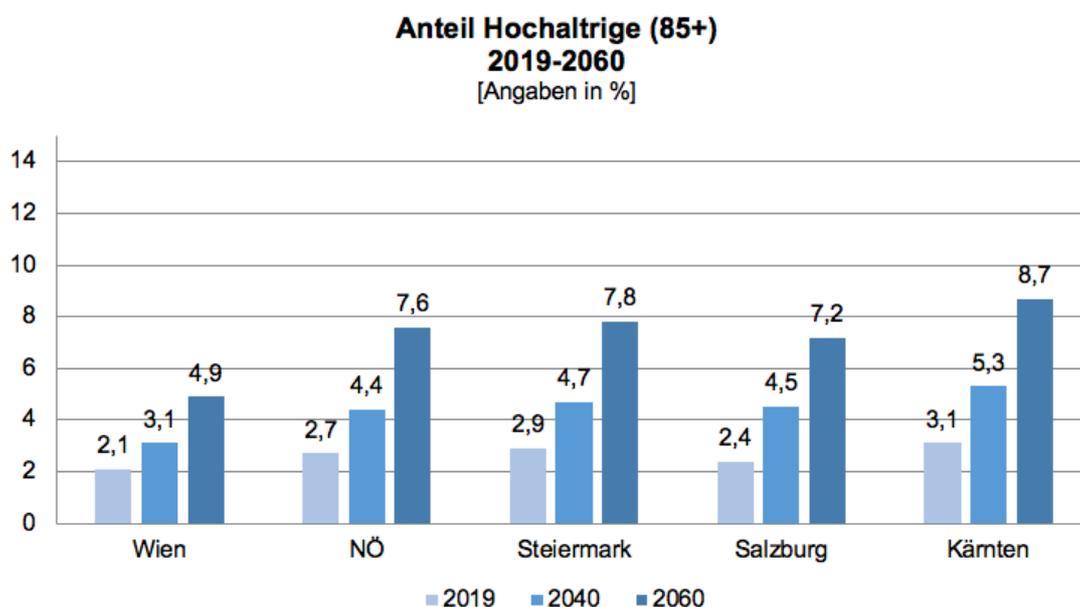


Abbildung 3: Anteil hochaltriger Menschen (85+) an der Bevölkerung 2019-2060 in den Bundesländern der ÖIHS (+ Kärnten) (Quelle: Statistik Austria, eigene Berechnung)

## 2.2 Hauptfaktoren der demographischen Alterung Österreichs

Für die „demographische Alterung“ Österreichs sind drei Faktoren von zentraler Bedeutung: ein sinkendes bzw. stabil niedriges Geburtenniveau, eine steigende Lebenserwartung und eine negative Wanderungsbilanz.

- Die **Entwicklung der Geburtenbilanz**, also der Differenz aus Sterbefällen und Geburten, ist in Österreich seit Anfang der 1970er Jahre tendenziell negativ. Die Fertilitätsrate entsprach zuletzt 1972 dem demographischen Bestanderhaltungsniveau von 2,01. Seitdem ist sie rückläufig und lag, abgesehen von jeweils kurzzeitigen Anstiegen in den späten 1980er und frühen 1990er Jahren sowie einem leichten Anstieg in den letzten Jahren, bei 1,48 im Jahr 2018 (Statistik Austria 2019a). Die höchste Fertilitätsrate verzeichnete 2018 das Bundesland Vorarlberg mit durchschnittlich 1,68, die niedrigste das Burgenland mit 1,38 (Statistik Austria 2019b). Besonders seit den 1990er Jahren hat die Geburtenbilanz in Österreich deutlich abgenommen und die Zahl der Geburten liegt heute nur noch geringfügig über jener

der Sterbefälle. Bereits in den kommenden Jahren wird demographischen Prognosen zufolge die Geburtenbilanz negativ werden, d.h. die Geburtenzahl wird unterhalb der Zahl der Verstorbenen liegen. Für 2022 wird eine Geburtenbilanz von 0,0 pro 1.000 Einwohner prognostiziert. Bis 2050 soll die Geburtenbilanz weiter auf -1,9 pro 1.000 Einwohner sinken (Statistik Austria 2019c: 23).

- Die **Lebenserwartung** von im Jahr 2018 in Österreich geborenen Personen liegt bei Männern im Schnitt bei 79,3 Jahren und bei Frauen bei rund 84 Jahren (Statistik Austria 2019a). Im Vergleich zum Jahr 1965 ist die Lebenserwartung bei Männern damit um 12,7 Jahre und bei Frauen um 11 Jahre gestiegen. Österreich liegt damit bei der Lebenserwartung leicht über dem EU-Schnitt (Männer: 78,3 Jahre, Frauen: 83,6 Jahre). Die höchste Lebenserwartung haben österreichische Männer derzeit in Vorarlberg mit 80,5 Jahren, Frauen in Salzburg und Tirol mit 85 Jahren (Statistik Austria 2019b). Aktuellen Prognosen zufolge wird die Lebenserwartung bis 2030 um weitere zwei Jahre zunehmen – auf rund 81 Jahre für Männer und rund 86 Jahre für Frauen (Kontis et al. 2017).
- Bei der **Wanderungsbilanz**, die sich aus der Differenz der Zuwanderungen und der Abwanderungen errechnet, zeigt sich, dass Österreich in den letzten zehn Jahren zwar aufgrund von Zuwanderung um insgesamt 557.500 Personen bzw. 6% gewachsen ist (Statistik Austria 2022: 15). Zwischen den Bundesländern bestehen hinsichtlich der Wanderungsbilanz jedoch erhebliche Disparitäten: In den letzten zehn Jahren verzeichnete vor allem Wien deutliche Zuwächse. Hingegen gab es in stärker ländlich geprägten Bundesländern fast keine Wanderungszuwächse oder sogar Wanderungsverluste. Das Bundesland Salzburg beispielsweise liegt punkto Wanderungsbilanz im Bundesländervergleich nur an vorletzter Stelle – lediglich Kärnten hatte eine niedrigere Wanderungsbilanz (Kurz/Putz 2018: 15). Generell kommt in allen österreichischen Bundesländern der Bevölkerungszuwachs vor allem durch Migration zustande und weniger aufgrund der Geburtenbilanz. Betrachtet man die Entwicklung des österreichischen Bevölkerungsstands der letzten zehn Jahre mit und ohne Wanderungen differenziert nach Alter, so zeigt sich, dass ein großer Teil der Zuwanderung auf junge Menschen unter 20 sowie auf 20- bis 44-Jährige zurückgeht. Ohne Zuwanderung würde daher der demographische Altersstrukturwandel in Österreich bereits heute deutlicher ausgeprägt sein.

Alle drei Faktoren bewirken mittelfristig einen steigenden Anteil von älteren und vor allem hochaltrigen Menschen an der österreichischen Bevölkerung. Aufgrund der in den letzten Jahren höheren Zuwanderung aus dem Ausland ist der Anteil der über 65-Jährigen derzeit allerdings in den meisten Bundesländern noch etwas niedriger als jener der Unter-20-Jährigen. Die Altersstruktur Österreichs bestand im Jahr 2019 zu 19% aus Personen der Altersgruppe 0-19 Jahre, zu 62% aus Personen der Altersgruppe 20-64 Jahre und zu weiteren 19% aus Personen der Altersgruppe 65 Jahre und älter. Besonders Wien bremst derzeit noch die „demographische Alterung“ Österreichs aufgrund seiner positiven Wanderungsbilanz und durch Zuzug vor allem jüngerer Menschen (insbesondere aus dem Ausland).

Unterschreitet der Anteil der unter 20-Jährigen den Anteil der über 65-Jährigen, spricht man in der Demographie von einer „alternden Gesellschaft“. Dies trifft gegenwärtig bereits auf die Bundesländer Burgenland, Kärnten und Steiermark zu. Schon in den nächsten Jahren wird aber auch in Bundesländern wie Niederösterreich, Salzburg und Tirol der Seniorenanteil den Jugendanteil voraussichtlich überholen (siehe Abbildung 4).

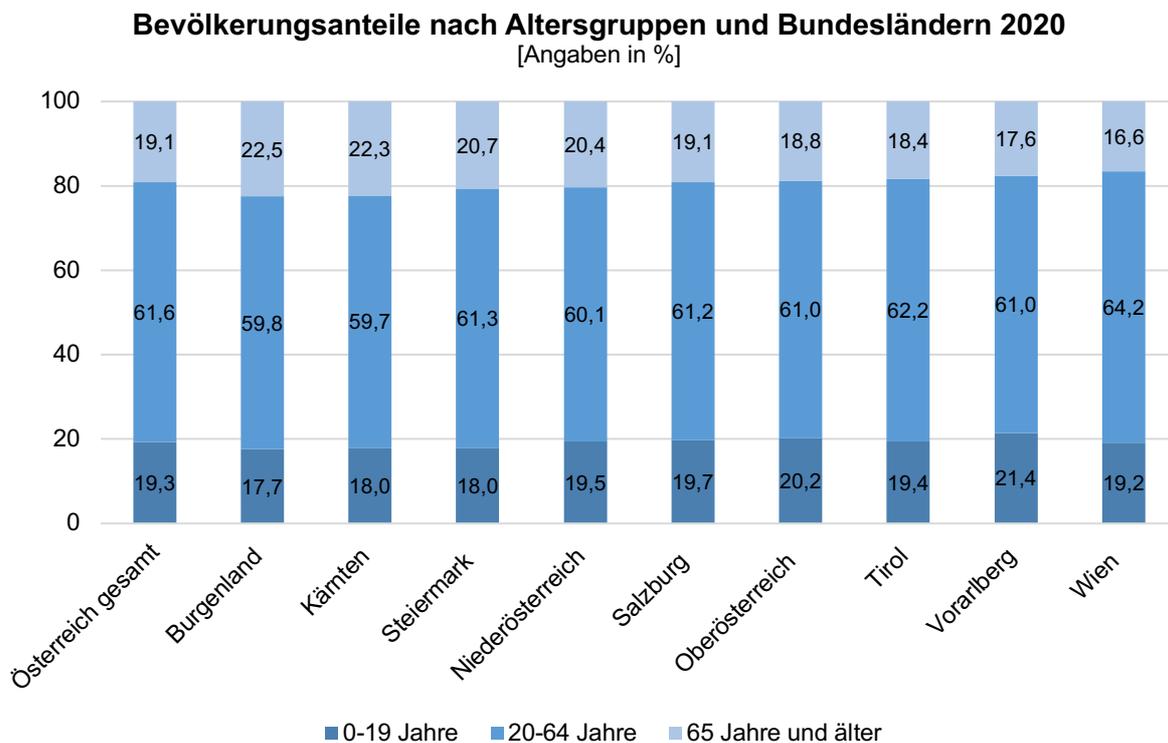


Abbildung 4: Bevölkerungsanteile nach Altersgruppen und Bundesländern (Quelle: Statistik Austria – Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur laut Hauptvariante, nach Bundesländern)

Die Auswirkungen der drei oben genannten Faktoren – Geburtenbilanz, Lebenserwartung und Wanderungsbilanz – auf die demographische Entwicklung Österreichs werden auch daran ersichtlich, dass sich unterschiedliche Zukunftsszenarien ableiten lassen, in Abhängigkeit von der konkreten Entwicklung in einem oder mehreren dieser Bereiche. So wird die demographische „Alterung“ Österreichs mit Abstand am stärksten bei niedriger Fertilität, hoher Lebenserwartung und niedriger bzw. keiner Zuwanderung ausfallen („Alterungsszenario“ bzw. „Variante ohne Wanderungen“), am schwächsten hingegen – abgesehen von einem Status-quo-Szenario – im Fall einer hohen Fertilität sowie mittleren Lebenserwartung und Zuwanderung („Fertilitätsvariante“) (siehe Abbildung 5).

Die aktuellen demographischen Prognosen deuten für Österreich eher auf eine Entwicklung im Mittelfeld dieser Szenarien hin, auf einen Anstieg des Altenanteils auf etwa 30% bis 2080 – dies jedoch bei erheblichen Differenzen zwischen den einzelnen Bundesländern, mit einem geringeren Anstieg in Wien und einem wesentlich höheren Anstieg in Bundesländern

wie Kärnten oder dem Burgenland. Wien profitiert dabei vor allem durch starke Zuwanderung, während in Kärnten und im Burgenland, aber auch in anderen, eher ländlich geprägten Bundesländern eine stärker ausgeprägte demographische „Alterung“ zu erwarten ist (siehe Abbildung 4).

**Variantenübersicht bis 2080: Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren – in Prozent**

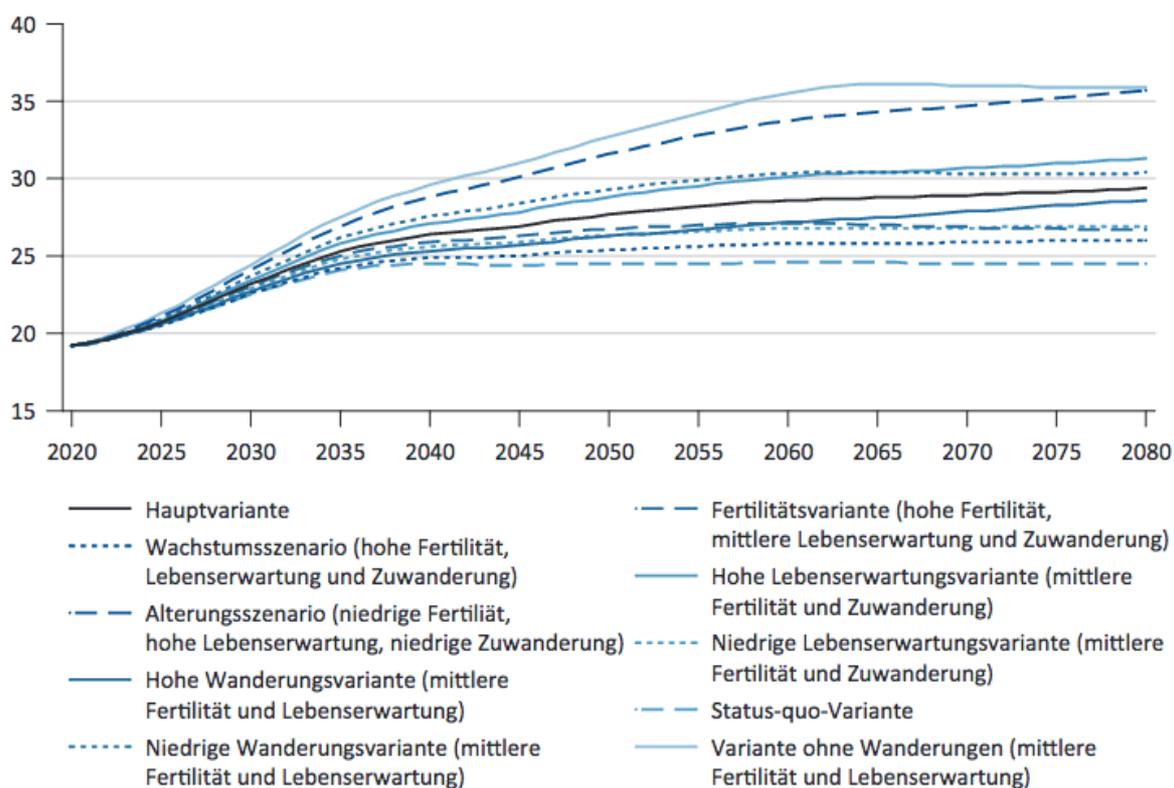


Abbildung 5: Diverse „Alterungsszenarien“ (Quelle: Statistik Austria 2022, S. 69)

Abhängig von der konkreten Verlaufsform des demographischen Altersstrukturwandels in Österreich, werden auch dessen Auswirkungen unterschiedlich stark ausfallen. Generell bringen die dargestellten demographischen Entwicklungen insbesondere Verschiebungen im zahlenmäßigen Verhältnis des wirtschaftlich abhängigen zum potentiell erwerbstätigen Teil der Bevölkerung mit sich. Eine demographische Maßzahl, die darüber Auskunft gibt, ist der Altersquotient. Der Altersquotient beschreibt das Verhältnis von zum Großteil nicht mehr erwerbstätigen Personen im Alter von 65 Jahren oder älter zur potentiellen Erwerbsbevölkerung im Alter von 20-64 Jahren. 2018 lag dieses Verhältnis in Österreich bei 30,4 „Alten“ (65+) pro 100 „Junge“ (20-64-Jährige) (vgl. Statistik Austria 2019d).

Auch hier gibt es erhebliche Differenzen je nach Bundesland. Den mit Abstand höchsten Altersquotienten hatten im Jahr 2018 die auch insgesamt stärker und schneller „alternden“ Bundesländer Burgenland und Kärnten mit einem Altersquotienten von 36,0 bzw. 35,8. Dahinter folgen die ÖIHS-Erhebungsländer Niederösterreich (33,2), Steiermark (32,7) und Salzburg (30,2). Abbildung 6 gibt die Altersquotienten aller österreichischen Bundesländer

von 2018 sowie deren Entwicklung seit 1990 im Vergleich wieder. Dabei ist zu erkennen, dass in Österreich der Altersquotient seit 1990 um fast 6 Punkte von 24,5 auf 30,4 gestiegen ist. Ersichtlich ist auch, dass die Zunahme des Altersquotienten praktisch alle österreichischen Bundesländer betrifft, wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß. Vor allem die westlichen und südlichen Bundesländer verzeichnen starke Zuwachsraten. So hatte etwa Salzburg im Jahr 1990 hinter Vorarlberg und Tirol noch den drittniedrigsten Altersquotienten, seither aber nach Kärnten (+11,9) und Vorarlberg (+10,6) das drittstärkste Wachstum beim Altersquotienten zu verzeichnen (+9,5). Das heißt, der Altenanteil an der Bevölkerung, in Relation zur jungen Bevölkerung unter 20, ist in diesen Bundesländern schneller und stärker gewachsen als in anderen Bundesländern. Wien ist das einzige Bundesland, in dem der Altersquotient im zeitlichen Verlauf sogar gesunken ist, was vor allem auf die starke Zuwanderung aus dem In- und Ausland in die Bundeshauptstadt zurückzuführen ist.

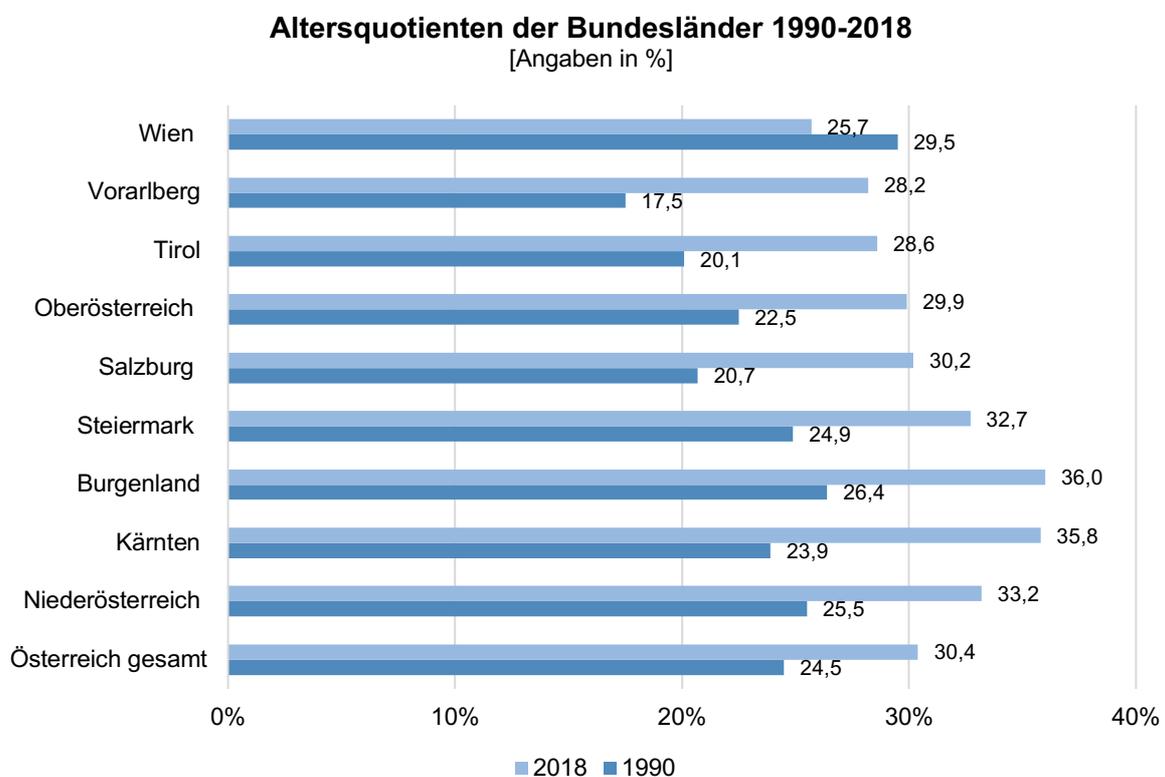


Abbildung 6: Altersquotienten der Bundesländer 1990-2018 (Quelle: Statistik Austria – Jahresdurchschnittsbevölkerung seit 1981 nach breiten Altersgruppen sowie demographischen Abhängigkeitsquotienten, nach Bundesländern)

## 2.3 Auswirkungen des demographischen Wandels auf das Sozial- und Pflegesystem

Der Anstieg des Altersquotienten spiegelt sich in einer Zunahme der Ausgaben für Sozialleistungen für Seniorinnen und Senioren wider. In Österreich ist die Zahl aller Alterspensionen in den letzten 30 Jahren um ca. 75% gestiegen (von 965.590 im Jahr 1988 auf 1.682.486 im Jahr 2017) (vgl. HVB 2018a: 3.04). Auch diese Entwicklung verläuft in den

verschiedenen Bundesländern unterschiedlich und bestätigt im Wesentlichen die oben erörterten Differenzen hinsichtlich der Entwicklung des Altersquotienten. So ist in Vorarlberg und Tirol die Gesamtzahl aller Pensionen (wovon Alterspensionen den größten Teil ausmachen) zwischen 1998 und 2018 um rund 43% bzw. 41% gestiegen (von 62.017 auf 88.857 in Vorarlberg bzw. von 112.458 auf 158.504 in Tirol). Gefolgt werden diese von Salzburg mit einer Zuwachsrate von rund 35%, Niederösterreich (27%) und Kärnten (26%) (vgl. HVB 2018b: Tab. 14).

Auch mit Blick auf Pflegeausgaben ergeben sich infolge des demographischen Wandels erhebliche Mehrkosten, beispielsweise beim Pflegegeld. So ist in Österreich in den vergangenen zehn Jahren die Zahl der Bundespflegegeldbezieher/innen um fast 29% gewachsen (von 362.116 Ende 2009 auf 466.360 Ende 2019). Die größten Zuwächse an Pflegegeldbezieher/innen haben auch hier wieder die Bundesländer Vorarlberg (rund 47%), Tirol (42%) und Salzburg (37%), gefolgt von der Steiermark (32%), dem Burgenland (32%) und Niederösterreich (31%) (Statistik Austria 2020d). Durch diese Entwicklung wird sich der Anteil der Pflegekosten am BIP, wirtschaftlichen Prognosen zufolge, bis 2030 (im Vergleich zum Jahr 2014) annähernd verdoppeln – von 0,56% auf 0,99% des BIP (Url 2016: 62).

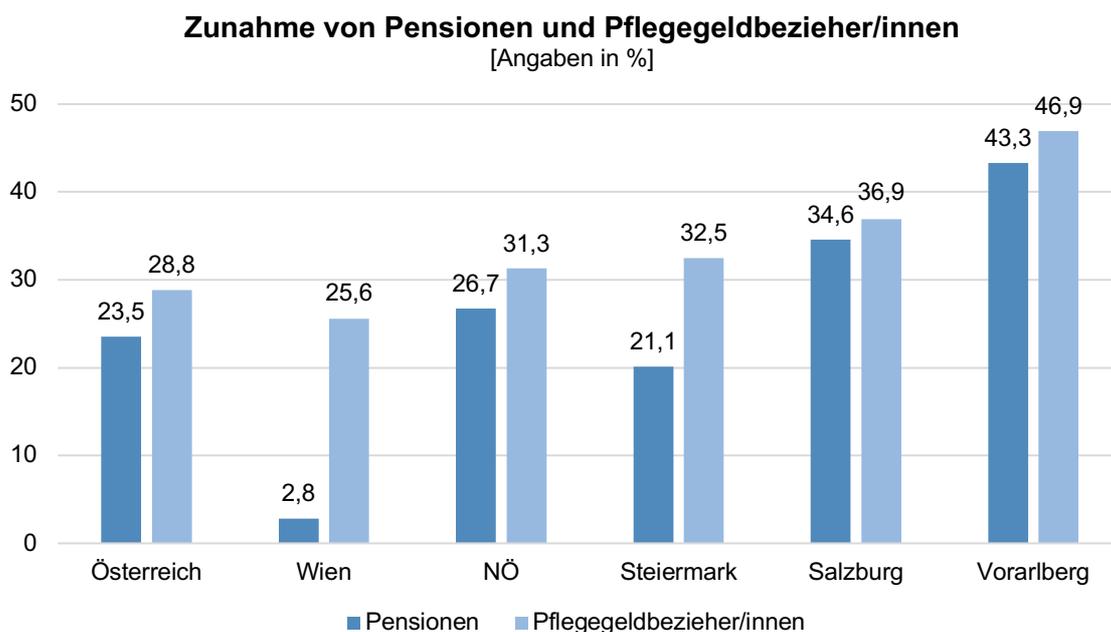


Abbildung 7: Zunahme von Pensionen (1998-2018) und Pflegegeldbezieher/innen (2009-2019), nach Bundesländern (ÖIHS-Erhebungsländer + Vorarlberg) im Vergleich zum Österreichschnitt (Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Statistik Austria)

Der demographische Wandel wird daher in den nächsten Jahren vor allem die westlichen Bundesländer sowie solche mit einem starken Stadt-Land-Gefälle bzw. einem großen Anteil ländlicher und strukturschwacher Regionen vor erhebliche Herausforderungen stellen und politische Maßnahmen zur Bewältigung und Gestaltung dieser Wandlungsprozesse

erforderlich machen. Dabei wird es vor allem die hochaltrige Bevölkerung (80+) sein, die im Zuge des Altersstrukturwandels besonders stark wachsen wird. Dies verdeutlicht nochmals die Wichtigkeit der Erhebung wissenschaftlicher Daten über diese demographisch bereits heute und in Zukunft höchst relevante Bevölkerungsgruppe.

### 3. STUDIENDESIGN UND METHODIK

#### Studiendesign und Methodik der Hochaltrigenstudie auf einen Blick

- Die ÖIHS untersucht die Gesundheits-, Lebens- und Betreuungssituation hochaltriger Menschen (80+) in Österreich.
- Die quantitative Befragung erfolgte überwiegend durch persönliche, fragebogengestützte Interviews (PAPI) in Privathaushalten und Pflegeheimen. Ein Teil der Interviews (ca. 20%) musste aufgrund der Corona-Krise in Form eines gekürzten Telefoninterviews durchgeführt werden.
- Neben einer fragebogengestützten Erhebung und einem geriatrischen Assessment beinhaltet die ÖIHS auch Fokusstudien unter Integration qualitativer Methodik. Die Kombination eines quantitativen und qualitativen Forschungszugangs („Mixed-Methods-Design“) stellt ein Alleinstellungsmerkmal der ÖIHS dar.
- Die ÖIHS verwendet standardisierte und international vergleichbare Erhebungsinstrumente.

#### 3.1 Studiendesign der ÖIHS

Die ÖIHS untersucht die Gesundheits-, Lebens- und Betreuungssituation hochaltriger Menschen in Österreich. Für Hochaltrigkeit existiert bislang keine einheitliche Definition (Kydd et al. 2020). Im internationalen wissenschaftlichen Diskurs bezieht sich die Attribuierung älterer Menschen als „hochaltrig“ zum Teil auf Personen ab 80 Jahren, zum Teil auf Personen ab 85 Jahren, in selteneren Fällen auch erst auf Personen im Alter von 90+. Dies hat zum Teil auch mit der in der Bevölkerung nach wie vor kontinuierlich steigenden allgemeinen Lebenserwartung zu tun. In Österreich etwa liegt die durchschnittliche Lebenserwartung aktuell bei rund 84 Jahren für Frauen und 79 Jahren für Männer – Tendenz weiter steigend. Vor dem Hintergrund, dass das Erreichen eines Alters von 80 und mehr Lebensjahren zunehmend zum Regelfall wird, geht der Trend also verstärkt dahin, die Definition von Hochaltrigkeit diesen Entwicklungen anzupassen und ein entsprechend höheres Alter als Beginn des „hohen Alters“ festzulegen.

Als allgemeinste und weitgehend konsensfähige Bestimmung scheint unseres Erachtens jedoch nach wie vor das Überschreiten des 80. Lebensjahres gelten zu können. Die ÖIHS hat bereits seit ihrer ersten Pilotstudie und Erhebungswelle im Jahr 2013 ein Alter von 80 und mehr Jahren als Kriterium zur Definition von Hochaltrigkeit herangezogen. Diese Definition wird daher auch für die vorliegende dritte Erhebungswelle beibehalten. Für die Festlegung des vollendeten 80. Lebensjahrs als Beginn des hohen Alters gibt es nicht nur pragmatische, sondern auch unmittelbar sachliche und theoretische Gründe. Wie wir gerade aus früheren Erhebungswellen wissen, finden bereits im Alter zwischen 80 und 85 Jahren eine ganze Reihe von Selektionsprozessen statt. In diesen Altersbereich fällt etwa auch das durchschnittliche Alter des Eintritts in ein Pflegeheim. Die Spanne zwischen 80 und 85 Lebensjahren markiert also gewissermaßen den Übergang in die Hochaltrigkeit – ein Übergang, der bei einer anderen Definition von Hochaltrigkeit (ab 85 oder 90 Jahren)

außerhalb der wissenschaftlichen Betrachtung bliebe. Auch das ist daher ein wesentlicher Grund dafür, dass die ÖIHS Hochaltrigkeit als Überschreiten des 80. Lebensjahres definiert.

Die ÖIHS ist grundsätzlich als eine Längsschnittstudie konzipiert, d.h. sie sieht die Durchführung mehrerer, konsekutiver Erhebungswellen in regelmäßigen zeitlichen Intervallen vor. Vorgesehen ist dabei eine Kombination aus Panel- und Trenddesign: Bei Panelstudien handelt es sich um personenidentische Mehrfachbefragungen, d.h. es findet im Prinzip dieselbe Befragung in regelmäßigen Abständen in der gleichen Stichprobe, also mit ein- und denselben Personen statt. Mithilfe eines Paneldesigns kann die langfristige Entwicklung (z.B. der Gesundheitssituation der Teilnehmenden) auf Individualdatenniveau beobachtet und so auf Kausalbeziehungen zwischen verschiedenen im Panel erhobenen Variablen geschlossen werden. Trenderhebungen dagegen sehen für jede Untersuchung die Ziehung einer neuen Stichprobe vor. Auf diese Weise kann das Verhalten sukzessiver Kohorten über mehrere Messzeitpunkte hinweg untersucht werden. Die Kombination aus Panel- und Trenddesign im Rahmen einer Hochaltrigenstudie ermöglicht daher sowohl Vergleiche auf Individualdatenniveau als auch die Analyse von Kohortenunterschieden. Längsschnittliche Folgerhebungen wurden im Rahmen der ÖIHS bislang im Intervall von etwa drei Jahren durchgeführt (Ersterhebung 2013, Zweiterhebung 2016, dritte Erhebungswelle ab 2019).

Im Vergleich zu vielen anderen Hochaltrigenstudien, berücksichtigt die ÖIHS sowohl in Privathaushalten als auch in Institutionen, d.h. in Seniorenresidenzen, im betreuten bzw. betreubaren Wohnen und in Pflegeheimen lebende Personen. Die meisten Hochaltrigenstudien beschränken sich auf Privathaushalte. Sofern hochaltrige Menschen in Pflegeheimen im Studiendesign Berücksichtigung finden, handelt es sich dabei in der Regel um Studien, die ihren Fokus besonders oder ausschließlich auf Pflegeheimpopulationen legen und in denen daher wiederum keine Privathaushalte berücksichtigt werden. Der Grund, weshalb die meisten Hochaltrigenstudien keine in Institutionen lebenden Menschen berücksichtigen, liegt vermutlich darin, dass der Zugang zu Pflegeheimbewohner/innen relativ schwierig ist, auch sind Interviews mit institutionalisierten Personen aufgrund von Pflegebedürftigkeit, kognitiven Einschränkungen usw. oftmals erheblich komplizierter und aufwändiger als mit nach wie vor selbstständig im Privathaushalt lebenden Personen.

Die Untersuchung erfolgt in der ÖIHS in erster Linie auf dem Wege persönlicher, fragebogengestützter Interviews, in denen hochaltrige Frauen und Männer zu gesundheitlichen, sozialen und sozioökonomischen Fragen sowie zu Aspekten der Pflege und Betreuung befragt werden. Zudem wird eine Auswahl an unkompliziert durchzuführenden geriatrischen Assessments angewandt, um die gesundheitliche Situation und den Betreuungsbedarf einer Person möglichst genau einschätzen zu können (siehe unten die Darstellung ausgewählter Erhebungs- und Assessmentinstrumente). Um eine möglichst hohe internationale Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten, werden für die Befragung bevorzugt vorhandene und erprobte, standardisierte und teilstandardisierte Erhebungs- und Assessmentinstrumente verwendet. Die Erhebung erfolgt ausschließlich durch entsprechend geschulte Interviewer/innen. Die erhobenen Daten werden anschließend statistisch sowohl mit uni- als auch multivariaten Analyseverfahren ausgewertet.

Ergänzend sieht das Design der ÖIHS auch einen qualitativen Forschungszugang vor, der es erlaubt, auch subjektive Sichtweisen und Deutungen zu erfassen und vertiefende Einblicke in die Gesundheits- und Lebenssituation von hochaltrigen Frauen und Männern zu gewinnen. Die Stärke der qualitativen Methodik liegt zum einen im explorativen Charakter, wodurch Themen, die bislang weniger im Blick waren, in ihrer Bedeutung für die betroffenen Menschen sichtbar werden und in die weitere Forschung aufgenommen werden können. Zum anderen gilt der qualitative Forschungsansatz als „Königsweg“ in der Forschung zu sensiblen Themen, wie z.B. Erfahrungen und Umgang mit Abhängigkeit, Pflegebedürftigkeit sowie Sterben, Tod und Trauer, unter Einhaltung hoher ethischer Standards. Die genannten Themen beinhalten besonders relevante Aspekte in Bezug auf die Lebensqualität hochaltriger Menschen, ihren Umgang mit Belastungen sowie ihre Perspektiven für die Zukunft.

Die Integration qualitativer Forschungsperspektiven in das Design einer Hochaltrigenstudie stellt ebenfalls ein Alleinstellungsmerkmal der ÖIHS, auch im internationalen Vergleich, dar. Hochaltrigenstudien haben zumeist einen medizinischen Fokus mit Blick auf altersassoziierte Krankheiten und funktionale Kapazitäten in der hochaltrigen Bevölkerung. Dementsprechend überwiegen bei Hochaltrigenstudien Forschungsdesigns mit primär quantitativ-statistischer Methodik. Studien, die auch qualitative Forschungsfragen beinhalten und entsprechende Methoden zur Anwendung bringen, sind im Feld der Hochaltrigenforschung die Ausnahme. Im Rahmen der ÖIHS wurden bislang zwei qualitative Fokusstudien durchgeführt: Anschließend an die Ersterhebung 2013 wurde eine explorativ angelegte qualitative Befragung durchgeführt, um einige zentrale Ergebnisse der Hauptstudie qualitativ zu vertiefen. Im Kontext der Zweiterhebung 2016 wurde, aufbauend auf die Ergebnisse der ersten quantitativen und qualitativen Erhebungen, eine qualitative Fokusstudie zum Thema „Potenziale für ein gutes Leben im hohen Alter“ durchgeführt (ÖPIA 2018c).

Auch die aktuelle dritte Erhebungswelle sieht eine Fokusstudie vor. Diese widmet sich aus gegebenem Anlass der Corona-Krise dem Erleben und den Herausforderungen hochaltriger Menschen während der COVID-19-Pandemie, insbesondere während der ersten beiden Lockdowns (Frühjahr 2020 und Winter 2020/21). Die Fokusstudie ist dabei nicht ausschließlich qualitativ, sondern als Mixed-Methods-Erhebung mit sowohl quantitativen als auch qualitativen Forschungsmethoden konzipiert. Das Design umfasst einerseits fragebogengestützte Telefoninterviews mit insgesamt 237 Teilnehmer/innen aus der ÖIHS-Stichprobe sowie andererseits 8 qualitative Interviews. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie hochaltrige Menschen in Österreich die Pandemie erlebt haben, ob und wie sehr sie durch die Pandemie und die staatlich ergriffenen Eindämmungsmaßnahmen in ihrem Alltag eingeschränkt wurden und wie sie mit diesen Einschränkungen zurechtgekommen sind. Die Untersuchung widmet sich dabei u.a. auch dem Aspekt der Resilienz und ihrer Bedeutung für die Bewältigung der pandemiebedingten Herausforderungen. Die Darstellung der Ergebnisse der Fokusstudie erfolgt in einem eigenständigen Bericht (ÖPIA 2022) und ist nicht Gegenstand der vorliegenden Publikation.

### 3.2 Erhebungswelle 2019-2022

In der in diesem Bericht im Zentrum stehenden dritten Welle der ÖIHS ab 2019 wurden Interviews mit insgesamt 717 Frauen und Männern im Alter zwischen 80 und 90 Jahren geführt, davon 202 in Wien, 220 in Niederösterreich, 152 in der Steiermark und 143 in Salzburg. Streng genommen war die Gesamtzahl aller durchgeführten Interviews mit 729 sogar noch ein wenig höher, da die Erhebung auch die Wiederbefragung von Studienteilnehmer/innen aus früheren Erhebungswellen vorsah. Teilnehmer/innen, die das vollendete 90. Lebensjahr bereits überschritten hatten, wurden jedoch aufgrund der Stichprobendefinition (Alter 80-90) nicht für die neue Stichprobe der dritten Welle berücksichtigt, sondern fließen nur in das für Längsschnittdaten gebildete Panel ein.

Die für die Stichprobenziehung vorgenommene Eingrenzung des Studienalters auf 80-90 Jahre unterscheidet sich von der Stichprobendefinition früherer Erhebungen: Für die Studienwellen 2013 und 2016 war die Definition der Studienpopulation noch auf ein Alter von 80-85 Jahren eingeschränkt. Dies war u.a. durch die forschungspragmatische Überlegung motiviert, dass mit zunehmendem Alter die Erreichbarkeit von Menschen für wissenschaftliche Studien sukzessive abnimmt. Bereits 80-Jährige sind deutlich schwerer zur Teilnahme an Studien zu motivieren als lediglich 10 Jahre jüngere Menschen.<sup>3</sup> Zu einem großen Teil ist dies auch einer höheren Wahrscheinlichkeit für physische und kognitive Einschränkungen mit höherem Alter geschuldet, die einer Studienteilnahme im Wege stehen. Mit weiter zunehmendem Alter nimmt die Erreichbarkeit daher nochmals ab, sodass es im Hinblick auf Stichprobenziehung und Studienorganisation sinnvoll erschien, für die Studie ein eher im unteren Bereich der Hochaltrigkeit liegendes Studienalter zu definieren.

Als stärker theoretisch geleitete Überlegung war darüber hinaus die bereits erwähnte Tatsache ausschlaggebend, dass gerade der Bereich 80-85 gewissermaßen den Übergang in die Hochaltrigkeit markiert und sich besonders in diesem Alter wesentliche, für das Verständnis der Hochaltrigkeit hoch relevante Selektionsprozesse vollziehen. Dem sollte durch eine entsprechende Definition der Studienpopulation besonders Rechnung getragen werden. Ein Vordringen ins noch höhere und höchste Alter sollte vor allem im Rahmen einer longitudinalen Fortsetzung der ÖIHS und einer Weiterverfolgung der Stichprobe im Panel gewährleistet werden.

Für die dritte Welle der ÖIHS erschien es zweckmäßig, die Definition der Studienpopulation auf ein Alter von 80-90 Jahren zu erweitern. Dadurch sollte es zum einen ermöglicht werden, eine größere Vielfalt an Altersgruppen in der Stichprobe zu erhalten, die im Querschnitt betrachtet werden kann. Zum anderen erlaubte die Ausdehnung des für die Erhebung gültigen Höchstalters auf 90 Jahre die Integration von Teilnehmer/innen aus dem Panel bzw. aus früheren ÖIHS-Erhebungswellen in die Stichprobe. Ohne eine Modifikation der Definition der Studienpopulation wären zahlreiche Teilnehmer/innen aus früheren Wellen bereits zu alt, um in der hier dargestellten Querschnitterhebung berücksichtigt zu

---

<sup>3</sup> Die Berliner Altersstudie (BASE) beispielsweise erreichte bei einer multidisziplinären Ersterhebung, die mit dem Umfang der ÖIHS vergleichbar ist, eine Ausschöpfungsrate von 49% bei einer Referenzpopulation 70+. In der ÖIHS liegt diese Ausschöpfungsrate aufgrund des höheren Alters der Teilnehmer/innen deutlich niedriger (siehe unten).

werden. So aber konnte die neue Stichprobe quasi im Modus einer „Auffrischung“ der Stichproben der Erhebungswellen von 2013 und 2016 erstellt werden. Die Definition einer Altersobergrenze für die Stichprobe bei 90 Jahren war wiederum dadurch motiviert, keine zu große altersmäßige Streuung zu produzieren und trotz einer Erweiterung der Altersspanne eine möglichst homogene und vergleichbare Gruppe zu erhalten.

### 3.3 Stichprobenziehung

Die Auswahl der Studienteilnehmer/innen erfolgte vorwiegend durch die Ziehung einer Zufallsstichprobe aus dem Zentralen Melderegister (ZMR). Durch die Ziehung aus dem Melderegister wurden hauptsächlich in Privathaushalten lebende Personen erfasst (teilweise auch Personen in Seniorenresidenzen und betreuten Wohnrichtungen). Um für die Studie, wie im Studiendesign vorgesehen, auch in Pflegeheimen lebende Personen berücksichtigen zu können, wurde ein zusätzliches Sample von rund 60 Personen in Pflegeheimen erstellt. Die Sampleerstellung erfolgte dabei in freundlicher Kooperation mit verschiedenen Pflegeeinrichtungen in den teilnehmenden Bundesländern.

Insgesamt wurde eine Bruttostichprobe von ca. 3.000 Personen erstellt. Diese setzte sich zu einem kleineren Teil aus Teilnehmer/innen früherer Erhebungswellen zusammen, die im Zuge der dritten Welle wiederbefragt wurden. Dies gilt zumindest für solche Personen, die nach wie vor dem für die Erhebung definierten Altersbereich (80-90) entsprachen. Teilnehmer/innen, die die Altersgrenze von 90 Jahren bereits überschritten hatten, wurden ausschließlich für das Panel berücksichtigt. Zum größten Teil bestand die Bruttostichprobe allerdings aus neuen Teilnehmer/innen, die zufällig aus dem ZMR ausgewählt wurden. Bezogen auf die Anzahl realisierter Interviews (n=717) ergibt sich daraus eine Ausschöpfungsrate von ca. 24%. Diese Zahlen verdeutlichen die überaus schwierige Erreichbarkeit der Zielgruppe für wissenschaftliche Studien.

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung

Bruttostichprobe		n= 2.965
Interviews (n=717)	Durchführungsort	656 Interviews in Privathaushalten 61 Interviews in Pflegeheimen
	Durchführungsform	571 Face-to-Face-Interviews 146 Telefoninterviews
Ausschöpfungsrate		24,2%

### 3.4 Erhebungs- und Assessmentinstrumente der ÖIHS

Die ÖIHS verwendet im Interesse einer möglichst hohen internationalen Vergleichbarkeit nach Möglichkeit bereits vorhandene und erprobte standardisierte und teilstandardisierte Erhebungs- und Assessmentinstrumente. Sie greift hier vor allem auf Erhebungsinstrumente anderer Altersstudien wie z.B. dem Deutschen Alterssurvey (DEAS) oder SHARE zurück. Mit Blick auf gesundheitliche Fragestellungen werden teilweise auch Instrumente aus

verschiedenen nationalen und internationalen Gesundheitsbefragungen (insbesondere EHIS) verwendet.

Im Mittelpunkt der Erhebung steht ein ausführliches geriatrisches Assessment der Studienteilnehmer/innen. Dabei geht es um „eine umfassende Bestandsaufnahme der individuellen Bedürfnisse der älteren Menschen mit ihrem Risiko, multimorbid, gebrechlich („frail“), hilfs- und betreuungsbedürftig zu werden“ (Frühwald/Gosch 2008: 37). Diese Bestandsaufnahme umfasst unterschiedliche gesundheitliche Bereiche von der somatischen, funktionalen, psychischen bis hin zur subjektiven Gesundheit.

In seiner grundlegenden Struktur basiert dieses Assessment auf dem geriatrischen Screening nach Lachs (Lachs et al. 1990). Dabei handelt es sich um ein bekanntes und erprobtes Screening-Instrument zur Identifikation von geriatrischen Patient/innen. Der Vorteil dieses Instruments ist, dass es eine ganze Reihe wichtiger Indikatoren für altersbedingte funktionelle Einschränkungen und geriatrische Risikofaktoren enthält (z.B. hinsichtlich sensorischer Fähigkeiten, Mobilität oder „Aktivitäten des täglichen Lebens“), zugleich aber äußerst kompakt und mit geringem Zeitaufwand durchführbar ist. Da die Belastung der Studienteilnehmer/innen auf diese Weise gering gehalten werden kann, wurde dieses Screeningverfahren als Ausgangsbasis für das geriatrische Assessment im Rahmen der ÖIHS gewählt. Zusätzlich wurden verschiedene, über das geriatrische Basisscreening hinausgehende Erhebungsinstrumente (etwa aus diversen Frailty-Indizes) sowie Screeningverfahren angewendet. Die wichtigsten im Rahmen der ÖIHS angewandten geriatrischen Assessments werden im Folgenden kurz vorgestellt<sup>4</sup>:

### 3.4.1 Gangtest

Zur Einschätzung der Mobilität der Teilnehmer/innen wurde u.a. ein Gangtest durchgeführt. Dabei wurden die Teilnehmer/innen gebeten, von ihrem Stuhl aufzustehen, ein paar Schritte zu gehen (ggf. unter Verwendung einer Gehhilfe) und sich anschließend wieder hinzusetzen. Im Gegensatz zum weit verbreiteten, sogenannten „Timed Get-Up-and-Go-Test“ (Podsiadlo/Richardson 1991) wurde beim hier durchgeführten Gangtest zur Vereinfachung auf eine Zeitmessung verzichtet. Stattdessen schätzten die Interviewer/innen die Gehgeschwindigkeit ein – d.h. ob die Person den Test mit einer als normal einzuschätzenden Geschwindigkeit absolviert, oder ob ihr Gang auffällig langsam und schwerfällig erscheint. Die Bewältigung oder Nicht-Bewältigung des Gangtests mit „normaler“ oder auffällig langsamer Geschwindigkeit dient als Indikator für Einschränkungen in der Mobilität und in weiterer Folge der Selbsthilfefähigkeit im hohen Alter.

### 3.4.2 Kognitiver Test (Drei-Wörter-Uhrentest)

Aufgrund der besonderen Relevanz im Zusammenhang mit Hochaltrigkeit ist im Rahmen der ÖIHS auch die Untersuchung der kognitiven Funktionen der Teilnehmer/innen vorgesehen. Zum Einsatz kam dabei mit dem sogenannten Drei-Wörter-Uhrentest (Strotzka et al. 2003) ein möglichst kurzes und kompaktes Screeningverfahren, das einerseits die Belastung für

---

<sup>4</sup> Ausführlichere Darstellungen der jeweils zur Anwendung gelangten Assessmentinstrumente finden sich im Verlauf dieses Berichts in den einzelnen thematisch fokussierten Kapiteln.

die Teilnehmer/innen so niedrig wie möglich halten, andererseits aber zumindest einige grundsätzliche und dabei auch verlässliche Einschätzungen und Aussagen über die kognitiven Kapazitäten der Teilnehmer/innen erlauben sollte. Dieser Test zeichnet sich durch eine doppelte Aufgabenstellung aus: Zum einen sollten sich die Teilnehmer/innen drei Begriffe (Ball – Fahne – Baum) merken und zum anderen auf einem Blatt Papier ein Uhrenziffernblatt mit allen Ziffern zeichnen und anschließend auf diesem Ziffernblatt die Uhrzeit 11:10 („zehn nach elf“) eintragen. Die Bewältigung oder Nicht-Bewältigung dieser Aufgaben gibt Aufschluss über den kognitiven Status der Teilnehmer/innen und über potentiell bestehende bzw. beginnende Demenzerkrankungen.

### 3.4.3 Handkraftmessung

Die Handkraft gilt als guter Indikator für die physischen Kapazitäten älterer Menschen und wird daher in vielen internationalen Frailty-Indizes zur Bestimmung der funktionalen Gesundheit verwendet. Auch die ÖIHS sieht daher im Rahmen des geriatrischen Assessments eine Handkraftmessung vor. Die Handkraft der Teilnehmer/innen wurde dabei mit einem digitalen Dynamometer gemessen.

### 3.4.4 Geriatrische Depressionsskala (GDS)

Bei der Geriatrischen Depressionsskala (GDS) handelt es sich um ein geriatrisches Screeninginstrument zur Erfassung depressiver Symptome (Yesavage et al. 1983). Dieses umfasst insgesamt 15 Fragen zum psychischen Wohlbefinden mit ebenso vielen erreichbaren Punkten. Je höher der erreichte Punktwert, desto größer die Wahrscheinlichkeit einer Depression (0-4 Punkte: keine Depression, 5-10 Punkte: leichte Depression, 11-15 Punkte: schwere Depression). Die Ergebnisse des Depressions-Screenings sind nicht gleichzusetzen mit einer Depressionsdiagnose, liefern aber belastbare Hinweise auf das Vorliegen depressiver Symptome.

### 3.4.5 Harninkontinenz

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



## 4. BESCHREIBUNG DER STICHPROBE

### Stichprobe der Hochaltrigenstudie auf einen Blick

- Die Stichprobe setzt sich aus 408 Frauen (56,9%) und 309 Männern (43,1%) im Alter zwischen 80 und 90 Jahren zusammen.
- 91,5% der Studienteilnehmer/innen leben im Privathaushalt (inkl. Seniorenresidenzen und Betreutes Wohnen), 8,5% in einem Alten- bzw. Pflegeheim.
- 60,4% der Studienteilnehmer/innen leben in der Stadt, 39,6% auf dem Land.
- Hochaltrige der ÖIHS-Stichprobe verfügen über eine überdurchschnittlich hohe Bildung: 16,9% haben einen Universitäts- oder Hochschulabschluss, weitere 16,9% haben einen Schulabschluss mit Matura.
- Eine Selektivität der Stichprobe ergibt sich (1) auf einer regionalen Ebene aufgrund einer Überrepräsentation von Stadtbewohner/innen, (2) auf einer sozioökonomischen Ebene aufgrund einer Überrepräsentation von Frauen und höher Gebildeten, und (3) auf einer gesundheitlichen Ebene durch eine Überrepräsentation körperlich fitter Personen, was zu einer tendenziellen Überschätzung des Gesundheitszustands in der Stichprobe führt.

Bevor zur Darstellung von Ergebnissen übergegangen werden kann, bedarf es zunächst noch einer Beschreibung der Stichprobe. Zu klären ist dabei auch die Frage der Stichprobenselektivität, d.h. der selektiven Auswahl von Studienteilnehmer/innen entlang bestimmter Merkmale im Rahmen der Stichprobenziehung.

Insgesamt wurden im Rahmen dieser dritten Erhebungswelle der ÖIHS 717 Interviews durchgeführt. 202 (28,2%) wurden in Wien durchgeführt, 220 (30,7%) in Niederösterreich, 152 (21,2%) in der Steiermark und 143 (19,9%) in Salzburg. Nahezu alle Befragten sind österreichische Staatsbürger/innen (98,8%). Dieser sehr hohe Schnitt liegt zum einen darin begründet, dass Migrant/innen wesentlich schwerer für wissenschaftliche Studien erreichbar sind, zum anderen haben wir es aber auch mit einer Studienpopulation zu tun, die lange vor den größeren Einwanderungswellen ab den 1960er Jahren geboren wurde und überwiegend noch einer etwas früheren Generation als jener der Einwander/innen angehört. Lediglich 10,9% der Teilnehmer/innen wurden in einem anderen Land als Österreich geboren, wobei der Großteil von ihnen aus österreichischen Nachbarstaaten kommt, vor allem aus Deutschland, der ehemaligen Tschechoslowakei oder aus einem Staat des ehemaligen Jugoslawiens. Die meisten von ihnen (71,9%) leben auch bereits seit mehr als 50 Jahren in Österreich. 56,9% der Befragten sind Frauen, 43,1% Männer. Gemessen an der tatsächlichen Geschlechterverteilung in dieser Altersgruppe bedeutet das eine relative Überrepräsentation von Männern im Sample.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Laut Statistik Austria betrug der Männeranteil in der Altersgruppe 80-89 zum Zeitpunkt des Beginns der Erhebungswelle im Jahr 2019 rund 34%, jener der Frauen rund 66% (Bevölkerung zu Jahresbeginn 2002-2021 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht; eigene Berechnung).

Ebenfalls überrepräsentiert im Sample sind höhere Gebildete. 16,9% der Befragten verfügen über einen Universitäts- oder Hochschulabschluss, weitere 16,9% haben zumindest einen Maturaabschluss. Damit hat ein Drittel der Teilnehmer/innen eine hohe Schulbildung. Dies ist ein Wert, der recht deutlich über dem österreichischen Durchschnitt in dieser Altersgruppe liegt. Laut Statistik Austria<sup>6</sup> hatten von den 80- und mehrjährigen Österreicher/innen im Jahr 2018 11,1% eine hohe Schulbildung (Matura und höher). In etwa die Hälfte (50,6%) hatte höchstens einen Pflichtschulabschluss (ÖIHS: 34,4%). Daraus ergibt sich eine bildungsbezogene Selektivität der Stichprobe, die zwar erheblich geringer ausfällt als in früheren ÖIHS-Erhebungswellen (bei der Ersterhebung 2013 hatten fast die Hälfte der Teilnehmer/innen eine hohe Schulbildung), jedoch bei der Interpretation der Studienergebnisse entsprechend zu berücksichtigen ist. Die höhere Beteiligung von Menschen mit höherem Bildungsgrad ist ein grundsätzliches Problem empirischer sozialwissenschaftlicher Studien, das vor allem darauf zurückzuführen ist, dass Studienteilnahme und Bildungsniveau positiv miteinander korreliert sind, d.h. Personen mit höherer Bildung sich eher zur Teilnahme an einer Studie bereit erklären als Personen mit niedriger Bildung („Bildungsbias“).

Tabelle 2: Demografische Daten zur Stichprobe

Variable	Ausprägung	%
Geschlecht	Weiblich	56,9%
	Männlich	43,1%
Bundesland	Wien	28,2%
	Niederösterreich	30,7%
	Steiermark	21,2%
	Salzburg	19,9%
Wohnform	Privathaushalt	87,7%
	Seniorenresidenz, betreutes Wohnen	3,8%
	Pflegeheim	8,5%
	Kein Pflichtschulabschluss	0,4%
	Pflichtschule	34,0%
Bildung	Lehre	16,0%
	Fachschule ohne Matura (BMS)	15,9%
	Matura	16,9%
	Hochschule, Universität	16,9%
Stadt/Land	Stadt	60,4%
	Land	39,6%

Eine Selektivität ergibt sich auch hinsichtlich Stadt-Land-Verteilung. Etwas mehr als die Hälfte (rund 53%) der österreichischen Bevölkerung lebt in urbanen Regionen. In der ÖIHS beträgt das Stadt-Land-Verhältnis jedoch ca. 60:40. Diese Überrepräsentation von

<sup>6</sup> Statistik Austria, Bildungsstandregister 2018 (eigene Berechnung)

Stadtbevölkerung ergibt sich bereits daraus, dass mehr als ein Viertel der Stichprobe aus Wiener/innen besteht. Dies hat also u.a. auch mit der Bundesländer-Auswahl der ÖIHS zu tun. Auch in den anderen Bundesländern konnten teilweise mehr Interviews mit Stadtbewohner/innen als mit Landbewohner/innen realisiert werden, sodass letztere etwas unterrepräsentiert sind.

Leicht unterrepräsentiert ist schließlich auch der Anteil von Pflegeheimbewohner/innen im Sample. Insgesamt wurden 61 Interviews in Pflegeheimen durchgeführt, das ergibt einen Anteil von 8,5%. Dieser Anteil liegt ein wenig unterhalb des tatsächlichen Anteils an Pflegeheimbewohner/innen in der Altersgruppe 80-90.<sup>7</sup> Diese leichte Unterrepräsentation ist vor allem den Einschränkungen infolge der Corona-Pandemie geschuldet, die es ab März 2020 unmöglich machten, Interviews in Pflegeheimen zu führen. Ursprünglich wäre durchaus angestrebt gewesen, einen der realen Verteilung entsprechenden Prozentsatz von 11-12% zu erreichen. Die übrigen 91,5% entfallen auf Personen in Privathaushalten. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Personen, die in der eigenen Wohnung/dem eigenen Haus leben (87,7%), und solchen, die in einer Seniorenresidenz oder einer betreuten bzw. betreubaren Wohneinrichtung leben (3,8%). Diese Differenzierung ist deshalb sinnvoll, da Personen in solchen speziellen, auf die Bedürfnisse alter Menschen zugeschnittenen Wohneinrichtungen noch ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben ohne besonderen Betreuungs- oder Pflegebedarf führen können und die Wohnform insofern eher einem Privathaushalt als einem Pflegeheim entspricht. Andererseits sind in diesen Einrichtungen in der Regel zumindest einige basale Betreuungsleistungen, insbesondere haushaltsbezogene Dienstleistungen inkludiert, die in einem gewöhnlichen Privathaushalt erst zusätzlich von außen erworben werden müssten und durch die sich solche Wohnarrangements daher wiederum von Privathaushalten im engeren Sinne unterscheiden. Um Missverständnisse zu vermeiden, wird im folgenden Ergebnisbericht der Begriff des Privathaushalts ausschließlich für private Wohnungen bzw. Privathäuser verwendet. Sofern auch Seniorenresidenzen und betreute Wohneinrichtungen mitgemeint sind, wird dies stets explizit dazugesagt.

Eine besondere Herausforderung, die sich mit Blick auf die Sampleerstellung speziell für Hochaltrigenstudien ergibt, besteht auch darin, dass die Teilnahme an einer Studie besonders durch den Gesundheitszustand beeinflusst wird, was sich dementsprechend auf die Zusammensetzung der Stichprobe auswirkt. Dies hat damit zu tun, dass Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ungleich schwerer zur Teilnahme an einer Studie zu motivieren sind als solche mit einem relativ guten Gesundheitszustand (sofern man zu gesundheitlich sehr stark eingeschränkten Personen überhaupt Zugang findet). Der allgemeine Gesundheitszustand in einem Sample erscheint dann in der Auswertung in dem Maße besser, wie Personen mit schlechtem Gesundheitszustand nicht an der Studie teilnehmen können oder wollen. Hinzu kommt allgemein, dass die Teilnahme an der Studie bei ausgeprägten manifesten Demenzerkrankungen ihre Grenze findet. Wenn auch im Hinblick auf das Phänomen der Hochaltrigkeit eigentlich von allerhöchster Relevanz, so muss das Vorliegen einer Demenz bereits aufgrund unzureichender Teilnahmefähigkeit bzw. Einwilligungsfähigkeit hinsichtlich der Teilnahme an einem wissenschaftlichen Interview

---

<sup>7</sup> Der Anteil von Alten- und Pflegeheimbewohner/innen liegt laut Statistik Austria bei ca. 11% für die Altersgruppe 80+ (Statistik Austria 2020e).

notwendig und von vornherein ein Ausschlusskriterium darstellen. Das bedeutet aber letztlich auch eine Unterrepräsentanz von Personen mit manifester Demenz und entsprechend eine Selektivität der Stichprobe.<sup>8</sup>

Ein weiterer Grund für eine gesundheitsbezogene Selektivität der Stichprobe liegt im Phänomen des sogenannten „selektiven Überlebens“. Die ÖIHS setzt als Mindestalter für die Teilnahme an der Studie ein Alter von 80 Jahren voraus. Das bedeutet allerdings, dass die ÖIHS-Stichprobe nicht sämtliche Geburtskohorten der heute 80- bis 90-Jährigen berücksichtigt, sondern lediglich solche Personen, die ein ausreichend hohes Alter erreicht haben. Ein durchaus großer Teil der Bevölkerung erreicht kein Alter von 80+, sodass dessen Alternsprozess kein Gegenstand der Untersuchung sein kann. Da ein früherer Tod wiederum häufig Menschen betrifft, denen es gesundheitlich und/oder sozial schlechter geht, ist anzunehmen, dass die höheren Altersgruppen, d.h. diejenigen, die länger überlebt haben, entsprechend bessere Gesundheits- und Funktionswerte aufweisen, als dies für die gesamte Kohorte zutreffen würde, wenn alle so alt geworden wären. Auch das lässt also grundsätzlich eine Stichprobenselektivität hinsichtlich des gesundheitlichen und funktionalen Status erwarten.

Zumindest teilweise ergibt sich eine gesundheitsbezogene Selektivität auch aus dem vorhin angesprochenen Bildungsbias, zumal generell eine Korrelation zwischen Gesundheit und sozioökonomischem Status besteht, d.h. Menschen mit höherer Bildung und höherem Einkommen sind tendenziell auch gesünder als Personen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen. Dies wird auch durch die vorliegende Studie bestätigt (siehe Kapitel 9.5). Für Hochaltrigenstudien, die eine möglichst umfassende Einschätzung des Gesundheitszustandes ihrer Teilnehmer/innen anstreben, ergibt sich daraus die Notwendigkeit, mit dieser gesundheitsbezogenen Stichprobenselektivität umzugehen und diese so gut als möglich zu kontrollieren und bei der Interpretation der Ergebnisse entsprechend zu berücksichtigen.

Zur Einschätzung und Darstellung der gesundheitlichen Stichprobenselektivität werden im Folgenden amtliche Statistiken zum Pflegegeldbezug in der 80- bis 90-jährigen österreichischen Bevölkerung herangezogen, um diese den Studienergebnissen hinsichtlich des Bezugs von Pflegegeld in der ÖIHS-Stichprobe gegenüberzustellen. Auch wenn Pflegegeldstatistiken nur bedingt Auskunft über den Gesundheitszustand in der hochaltrigen Bevölkerung geben, da sehr wahrscheinlich nicht alle Anspruchsberechtigten tatsächlich Pflegegeld beziehen, ermöglicht ein Vergleich dennoch eine zumindest grobe Beurteilung der gesundheitsbezogenen Stichprobenselektivität, da der Bezug von Pflegegeld auf Einschränkungen in der Funktionalität verweist. Und in der Tat deutet ein Vergleich auf eine Selektivität der ÖIHS-Stichprobe hin: Waren Ende 2019 mehr als die

---

<sup>8</sup> Das bedeutet nicht, dass es in der ÖIHS-Stichprobe keine Personen mit kognitiven Einschränkungen gibt (siehe die Ergebnisse des kognitiven Tests in Kapitel 8.1). Auch befinden sich durchaus Personen mit Demenzdiagnosen im Sample. Dabei handelt es sich allerdings in der Regel um leichte Ausprägungen, die keinen Einfluss auf Auskunft- und Teilnahmefähigkeit hatten (bei den wenigen schweren Demenzfällen im Sample handelt es sich um Proxy-Interviews, d.h. hier wurden die Auskünfte durch Angehörige oder andere Personen erteilt).

Hälfte (56,9%) aller Österreicherinnen und Österreicher im Alter von 81+ Pflegegeldbezieher/innen<sup>9</sup>, sind es in der ÖIHS-Stichprobe nur 43,0%.

---

<sup>9</sup> Quellen: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2019 (BMSGPK 2020) und Statistik Austria (Bevölkerung zu Jahresbeginn 2020 nach Bundesland, Alter, Geschlecht sowie österreichischer/ausländischer Staatsangehörigkeit), eigene Berechnung



## ERGEBNISSE

Wie bereits in der Einleitung dargelegt, ist dieser Bericht den Herausforderungen des höheren und hohen Alters gewidmet. Der Begriff „Herausforderung“ bezieht sich dabei einerseits auf die großen und im Mittelpunkt der Forschung stehenden Themen aus Sicht der Geriatrie und Gerontologie, andererseits auf die unmittelbaren Lebensrealitäten hochaltriger Menschen. Das hohe Alter ist mit einer Reihe von gesundheitlichen, psychischen und sozialen Veränderungen verbunden, die sowohl belastend und einschränkend sein, als auch Potentiale im Hinblick auf die Kompensation und Bewältigung von altersbedingten Einschränkungen freisetzen und aktivieren können. Gesundheit, Psyche und Soziales sind dabei stets in ihrem komplexen Zusammenwirken zu betrachten. Mit zunehmendem Alter wahrscheinlicher werdende gesundheitliche und funktionale Einschränkungen wirken sich direkt auf die Autonomie und die Lebensqualität hochaltriger Menschen aus. Untrennbar mit der physischen und funktionalen Gesundheit verknüpft ist dabei auch die psychische Gesundheit, die gerade mit Blick auf das hohe Alter nicht ohne die Frage nach sozialer Lage, sozialen Netzwerken oder sozialen Aktivitäten betrachtet werden kann. Entscheidend für die Bewältigung der mit dem hohen Alter verbundenen „Herausforderungen“ und letztlich für die Lebensqualität im Alter ist dabei nicht zuletzt eine adäquate Pflege und Betreuung, wenn die Selbsthilfefähigkeit aufgrund von funktionalen Einschränkungen nicht mehr in ausreichendem Maße gegeben ist.

Die folgenden Kapitel sind also jeweils einzelnen großen Themen und „Herausforderungen“ des hohen Alters gewidmet, die zum einen für sich stehen und gelesen werden können, zum anderen aber immer auch als ein großes und komplex verwobenes Ganzes zu betrachten sind.

**Kapitel 5** beschreibt ausführlich die Gesundheitssituation der untersuchten hochaltrigen Studienteilnehmer/innen, insbesondere im Hinblick auf die funktionale Gesundheit. Funktionale Gesundheit bezieht sich vor allem auf die Fähigkeit alter Menschen, ihren Alltag selbstständig zu meistern und weiterhin am sozialen Leben teilzunehmen. Dazu gehören etwa Aspekte wie Mobilität oder sensorische Fähigkeiten. Einschränkungen in den funktionalen Kapazitäten wirken sich daher in unterschiedlichen Graden auf den Alltag, die soziale Partizipation und letztlich auf die Lebensqualität alter und hochaltriger Menschen aus. Ein zentrales Stichwort in Gerontologie und Geriatrie in diesem Zusammenhang ist Frailty. Der aus dem Englischen stammende und nur sehr unzureichend mit „Gebrechlichkeit“ zu übersetzende Begriff Frailty bezieht sich auf den mit zunehmendem Alter fortschreitenden Verlust physischer, psychischer und sozialer Funktionen, der mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Pflegebedürftigkeit und Tod einhergeht. Der Zusammenhang von Funktionalität und Lebensqualität bildet einen inhaltlichen Schwerpunkt dieses Kapitels.

Ein weiteres großes Thema in gesundheitlicher Hinsicht ist Multimorbidität (**Kapitel 6**). Damit ist das Leiden unter mehreren chronischen Krankheiten gleichzeitig gemeint. Auch dafür nimmt die Wahrscheinlichkeit mit steigendem Alter deutlich zu, und es gibt im hohen Alter von 80+ nur sehr wenige Menschen, die frei von chronischen Krankheiten sind.

Multimorbidität ist allerdings nicht mit Frailty gleichzusetzen. Hochaltrige Menschen können trotz chronischer Erkrankungen funktional weitgehend intakt sein. Mit der Zahl und dem Schweregrad der Erkrankungen steigt jedoch das Risiko für funktionale Einschränkungen und kann Multimorbidität in eine Frailty münden. Es besteht daher auch ein statistisch nachweisbarer Zusammenhang zwischen Frailty und Multimorbidität. Ebenfalls ein häufiges Problem, das mit Multimorbidität einhergeht und ein entsprechend zentrales Thema der Geriatrie darstellt, ist Polypharmazie. Unter diesem Begriff wird die regelmäßige Einnahme von mehreren Arzneimitteln thematisiert. Die Anwendung mehrerer Medikamente zur Behandlung verschiedener chronischer Erkrankungen erhöht das Risiko von Wechsel- und Nebenwirkungen, die ihrerseits negativ auf Funktionalität und Gesundheit zurückwirken können. In den letzten Jahren ist in diesem Kontext auch das Problem der Verordnung inadäquater Arzneimittel in der Behandlung geriatrischer Patient/innen zunehmend in den Fokus gerückt.

Unter den zahlreichen chronischen Erkrankungen des höheren Lebensalters ist ein eigenständiges Kapitel der Harninkontinenz gewidmet (**Kapitel 7**). Dies hat zum einen den Grund, dass Harninkontinenz ein relativ weit verbreitetes Altersleiden darstellt. Immerhin rund ein Drittel der Studienteilnehmer/innen ist von Harninkontinenz betroffen. Zum anderen stellt Harninkontinenz nach wie vor eine stark tabuisierte Erkrankung dar. Darüber hinaus liegen bis dato vergleichsweise wenige wissenschaftliche Daten über die Prävalenz von Harninkontinenz in der älteren Bevölkerung vor. Ein Schwerpunkt der Analyse liegt dabei auf den Auswirkungen des Inkontinenzleidens auf die soziale Inklusion. Ungewollter Harnverlust kann nicht nur eine starke Beeinträchtigung des Wohlbefindens, sondern auch des Alltagslebens mit sich bringen. Die Schambesetztheit der Inkontinenz, aber auch infrastrukturelle Gegebenheiten (z.B. ein Mangel an öffentlichen Toiletten) können zu einer Einschränkung von Sozialkontakten und letztlich sogar zu sozialem Rückzug führen.

Neben der physischen und funktionalen ist auch die psychische Gesundheit im Alter von großer Bedeutung (**Kapitel 8**). In Geriatrie und Gerontologie stehen vor allem zwei Aspekte der psychischen Gesundheit im Zentrum: Demenz und Depression. Ähnlich wie physische Fähigkeiten und Funktionen nehmen auch kognitive Funktionen mit zunehmendem Alter ab, wobei Einschränkungen kognitiver Natur häufig mit allgemeinen funktionalen Einschränkungen einhergehen bzw. deren Zunahme begünstigen. Ebenso steigt im Alter das Risiko demenzieller Erkrankungen. Mit dem demographischen Wandel und der stetigen Zunahme des Anteils hochaltriger Menschen an der Bevölkerung wird die Problematik demenzieller Erkrankungen in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen. Eine andere Beeinträchtigung im Bereich der psychischen Gesundheit, die mit Blick auf das hohe Alter im Blickpunkt des gesellschaftlichen wie auch wissenschaftlichen Interesses steht, ist die Depression. Im hohen Lebensalter ereignen sich eine Reihe von einschneidenden Veränderungen, die das Risiko, depressive Symptome zu entwickeln, erhöhen – wie etwa der Verlust von Angehörigen, Einsamkeit, gesundheitliche und funktionale Einschränkungen, Pflegebedürftigkeit oder der Umzug in ein Pflegeheim und der damit einhergehende Verlust der vertrauten Umgebung. Als ein zusätzlicher Aspekt des psychischen Befindens wird in diesem Kapitel auch die Lebenszufriedenheit hochaltriger Menschen erörtert.

Nicht nur gesundheitliche, sondern auch soziale und sozioökonomische Aspekte prägen das Leben und den Alltag hochaltriger Menschen (**Kapitel 9**). Dazu zählen neben der materiellen Lage (Bildung, Einkommen, Wohnsituation etc.) auch Aspekte wie soziale Partizipation. Sozioökonomische Disparitäten bedingen dabei erhebliche Differenzen hinsichtlich der Lebenslage. Damit ist auch das Problem der sozialen Ungleichheit berührt. In diesem Kapitel werden verschiedene Teilbereiche und Aspekte der Lebenslage hochaltriger Menschen unter besonderer Berücksichtigung sozioökonomischer Differenzen dargestellt. Untersucht wird dabei auch der Einfluss des sozioökonomischen Status bzw. der Bildung auf die Gesundheit im hohen Alter (gesundheitliche Ungleichheit).

Mit den Sozialbeziehungen hochaltriger Menschen (**Kapitel 10**) rückt ein weiteres großes Thema der Gerontologie in den Fokus: Einsamkeit und soziale Isolation im Alter. Einsamkeit ist ein sehr stark mit dem hohen Alter konnotiertes Phänomen und sogar wesentlicher Bestandteil gesellschaftlicher Altersbilder. Die Konnotation von Alter und Einsamkeit speist sich überwiegend aus der Tatsache, dass Menschen mit zunehmendem Alter mit Verwitwung und dem Tod von Angehörigen und Freunden konfrontiert sind, wodurch ihr soziales Netz sich sukzessive ausdünnert. Hinzu kommen gesundheitliche Einschränkungen oder Pflegebedürftigkeit, was es stark erschwert, soziale Kontakte außerhalb der eigenen vier Wände zu pflegen. Einsamkeit kann demnach als eine Folge von zunehmender sozialer Isolation im Alter beschrieben werden. Die Forschungslage zu Einsamkeit im Alter ist bis dato recht uneinheitlich: Studien, die einen klaren Zusammenhang zwischen hohem Alter und Einsamkeit konstatieren, stehen die Befunde anderer Untersuchungen gegenüber, die teilweise sogar auf eine Abnahme der Einsamkeit mit zunehmendem Alter hindeuten.

**Kapitel 11** widmet sich der Mobilität und Alltagsgestaltung hochaltriger Menschen. Im Mittelpunkt stehen hier Fragen der Aktivität im hohen Alter. Wie aus der Forschung bekannt, ist Aktivität ein zentraler Faktor für die Erhaltung von Gesundheit und Funktionalität bis ins hohe Alter. Hierzu zählt regelmäßige Bewegung ebenso wie Sozialkontakte, sinnstiftende Tätigkeiten oder bürgerschaftliches Engagement. Ihren wissenschaftlichen und gesellschaftspolitischen Niederschlag findet dies insbesondere in Konzepten eines „aktiven Alterns“ (active ageing).

Ein zentrales Thema mit Blick auf Hochaltrigkeit ist schließlich Pflege und Betreuung. Auch wenn davon nicht alle hochaltrigen Menschen gleichermaßen betroffen sind und hohes Alter nicht auf Krankheit und Pflegebedürftigkeit reduziert werden kann, nimmt die Wahrscheinlichkeit, aufgrund von altersbedingten funktionalen Einschränkungen auf Hilfe im Alltag, auf Begleitung oder auf Pflege angewiesen zu sein, mit höherem Alter stetig zu. **Kapitel 12** stellt daher die Verbreitung und Verteilung von Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit sowie die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen (formell und informell) von hochaltrigen Menschen in Österreich dar. Gegenstand der Analyse sind dabei auch die Zufriedenheit hilfs- bzw. pflegebedürftiger Personen mit ihren in Anspruch genommenen Dienstleistungen (insbesondere Heimhilfe und 24-Stunden-Betreuung) sowie Aspekte der individuellen Alters- und Pflegevorsorge (altersgerechte Wohnraumadaptierung, AAL, Vollmachten und Verfügungen). Ein eigener Abschnitt widmet sich darüber hinaus der Lebens- und Betreuungssituation in Pflegeheimen.

**Kapitel 13** ist geschlechtsspezifischen Differenzen im hohen Alter gewidmet. Mit Blick auf Hochaltrigkeit besteht ein wesentliches Geschlechtsspezifikum bereits darin, dass sich die hochaltrige Bevölkerung aufgrund einer höheren Lebenserwartung zum größten Teil aus Frauen zusammensetzt. Hingegen befinden sich Männer, sofern sie ein hohes Alter von 80 und mehr Jahren erreichen, tendenziell in einem besseren gesundheitlichen und funktionalen Zustand als Frauen. Auch in sozioökonomischer (Bildung, Einkommen) und sozialer Hinsicht (soziale Integration und Partizipation) bestehen beträchtliche Unterschiede zwischen hochaltrigen Frauen und Männern. So sind Frauen häufiger verwitwet und alleinstehend als Männer, was eine höhere Wahrscheinlichkeit für soziale Isolation und Einsamkeit sowie – in Kombination mit ihrem niedrigeren Bildungsgrad – für Altersarmut bedingt. Geringere ökonomische wie soziale Ressourcen machen es für Frauen darüber hinaus wahrscheinlicher, bei Pflegebedürftigkeit in ein Pflegeheim übersiedeln zu müssen, während Männer häufiger in den eigenen vier Wänden durch die Partnerin gepflegt werden können.

Da in der aktuellen dritten Welle der ÖIHS nun auch mehr Bundesländer mit einem größeren Anteil an ländlichen Regionen berücksichtigt werden, ermöglicht dies die Untersuchung von Stadt-Land-Unterschieden (**Kapitel 14**). Betrachtet werden Differenzen zwischen hochaltriger Stadt- und Landbevölkerung in den Bereichen physischer/funktionaler Gesundheit, psychischer Gesundheit, sozioökonomischer Status, soziale Integration sowie Pflege und Betreuung.

Zentrale Ergebnisse aus Längsschnittanalysen sind schließlich Gegenstand von **Kapitel 15**. Hier werden vor allem Daten der inzwischen seit 2013 zu insgesamt drei Messzeitpunkten (wieder)befragten und untersuchten Panelstichprobe mit Teilnehmer/innen aus Wien und der Steiermark analysiert. Die Darstellung konzentriert sich dabei auf zwei Aspekte: Zunächst wird die Mortalität der hochaltrigen Teilnehmer/innen seit der Ersterhebung im Jahr 2013 analysiert und wesentliche Einflussfaktoren auf die Sterblichkeit bzw. das weitere Überleben ins noch höhere Alter identifiziert und diskutiert. In einem zweiten Abschnitt wird anschließend die gesundheitliche Entwicklung der Teilnehmer/innen über die Zeit einer genaueren Betrachtung unterzogen.

Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die im Folgenden dargestellten Ergebnisse auf Daten aus vollständigen face-to-face-Interviews inkl. geriatrischer Assessments (n=571). Sofern auch Telefoninterviews berücksichtigt sind (n=717), wird dies u.a. in Abbildungen und Tabellen entsprechend ausgewiesen. Dargestellt werden im Regelfall relative Werte, d.h. Zahlen- und Prozentangaben unter Ausschluss fehlender Werte. Ausnahmen von dieser Regel bestehen in solchen Fällen, in denen die Berücksichtigung fehlender Werte (z.B. aufgrund von Nichtwissen oder Ablehnung einer Antwort) inhaltlich gerechtfertigt oder für die Interpretation notwendig erscheint. Darauf wird an entsprechender Stelle jeweils ausdrücklich hingewiesen.

## 5. Funktionale Gesundheit und ihre Bedeutung für Autonomie und Lebensqualität im hohen Alter

Gesundheitliche Fragen nehmen in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Hochaltrigkeit eine zentrale Stellung ein. Zwar ist Alter, vor allem im Sinne von Alter in Lebensjahren (kalendarisches Alter), durchaus nicht gleichbedeutend mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit, wie dies im gesellschaftlichen Altersbild häufig erscheint (Haber 2000). Auch für das hohe Alter lassen sich gesundheitlicher Abbau, funktionale Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit nicht pauschal als typische Charakteristika bestimmen – das haben nicht zuletzt die beiden ersten Erhebungswellen der ÖIHS eindrucksvoll ergeben. Allerdings nimmt die Wahrscheinlichkeit, an altersassoziierten Krankheiten und funktionalen Einschränkungen zu leiden, mit höherem Alter zu. Der Gerontologe Andreas Kruse spricht in diesem Zusammenhang von einer zunehmenden „Verletzlichkeit“, die das hohe Alter prägen (Kruse 2017). Auch die Wahrscheinlichkeit, auf Hilfe im Alltag oder auf Pflege angewiesen zu sein, nimmt ab einem Alter von etwa 85 Jahren stark zu (Wurm 2012).

Ein zentraler Bestandteil der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes hochaltriger Menschen betrifft das Vorhandensein bzw. die Einschränkung von funktionalen Kapazitäten – also deren funktionale Gesundheit. Funktionale Gesundheit ist der wichtigste Grundbegriff der von der WHO im Jahr 2001 verabschiedeten International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (WHO 2001). Eine Person gilt nach ICF als funktional gesund, wenn sie in der Lage ist, Alltagsanforderungen selbstständig zu bewältigen und am gesellschaftlichen Leben zu partizipieren. Eine wesentliche Rolle spielen dabei, neben Kontextfaktoren wie Umwelt und persönliche Ressourcen, vor allem der Körper mit seinen Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und die Teilhabe an allen Lebensbereichen (Schuntermann 2009). Relevant für die Beurteilung der funktionalen Gesundheit hochaltriger Menschen sind in diesem Sinne z. B. sensorische Fähigkeiten wie Sehen oder Hören, Mobilität, kognitive Fähigkeiten usw.

Diese primär auf funktionale Kapazitäten abstellende Auffassung von Gesundheit als „Selbstständigkeit“ entspricht, wie im Rahmen qualitativer Untersuchungen im Kontext der ÖIHS ermittelt wurde, auch den subjektiven Definitionen hochaltriger Menschen (ÖPIA 2018c). Neben „Wohlbefinden“, „Zufriedenheit“ und „Lebensqualität“ gehört „Selbstständigkeit“ zu den häufigsten Nennungen auf die Frage, was die Teilnehmer/innen mit dem Begriff „Gesundheit“ verbinden.

### 5.1 Zwischen „rüstig“ und „frail“: Die Einschätzung des funktionalen Status mit dem ÖIHS Frailty-Index

Die Erhebung und Analyse der funktionalen Gesundheit erfolgt in der ÖIHS auf dem Wege eines ausführlichen geriatrischen Assessments. Dabei wurden zur Einschätzung des funktionalen Status der Studienteilnehmer/innen mehrere funktionsbezogene Variablen zu einem sogenannten „Frailty-Index“ zusammengefasst. Unter „Frailty“ wird in der Geriatrie ein multidimensionales Syndrom verstanden, für das in der deutschen Sprache leider nur der etwas unpräzise Begriff der „Gebrechlichkeit“ verfügbar ist. Gemeint ist damit der

progrediente Verlust physischer, psychischer wie auch sozialer Funktionen, der zu einem erhöhten Betreuungs- und Pflegebedarf führt sowie mit einem steigenden Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko einhergeht. In ihrer ausgeprägten Form ist Frailty irreversibel und gilt daher in der Geriatrie als Vorbote des Todes (Frühwald 2008). Ein Frailty-Index gibt also im Wesentlichen – in Übereinstimmung mit der eingangs dargestellten Definition von Gesundheit – Auskunft über die funktionalen Kapazitäten älterer Menschen, d.h. inwieweit ältere Menschen noch selbsthilfefähig und in der Lage sind, ihren Alltag selbständig zu bewältigen, oder aber durch altersbedingte physische und funktionale Einschränkungen an der autonomen Gestaltung ihres Lebens gehindert sind.

Der für die ÖIHS entwickelte Frailty-Index orientiert sich dabei an diversen anderen internationalen Frailty-Indizes<sup>10</sup> und berücksichtigt Variablen in den folgenden Bereichen:

Tabelle 3: ÖIHS Frailty Index

Indikatoren
Hilfe-/Pflegebedarf
Pflegeheimaufenthalt
Arztbesuche & Krankenhausaufenthalte in den letzten 3 Monaten
Sensorische Fähigkeiten (Sehen & Hören)
Handkraft
Beweglichkeit der Arme
Mobilität (Gangtest & Bewegungsradius)
Harn-/Stuhlinkontinenz
Ernährungsstatus
Kognitiver Status (3-Wörter-Uhrentest)
Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL/IADL)
Stürze in den letzten 3 Monaten
Medikation (Polypharmazie)
Chronische Schmerzen

Aus den jeweiligen Ergebnissen eines/einer Teilnehmer/in in den verschiedenen abgefragten bzw. getesteten Bereichen ergibt sich in der Auswertung ein Punktwert auf einer vierstufigen Skala, wobei ein höherer Punktwert eine entsprechend stärkere Betroffenheit von gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen anzeigt (vgl. Tabelle 4).

<sup>10</sup> Bislang existiert keine einheitliche Definition von Frailty. Es gibt daher sehr viele unterschiedliche Frailty-Indizes, die wiederum unterschiedlich viele Aspekte und Indikatoren berücksichtigen. So beschränkt sich der vielleicht international bekannteste Index nach Fried auf fünf Indikatoren (ungewollter Gewichtsverlust, subjektive Erschöpfung, niedrige körperliche Aktivität, langsame Gehgeschwindigkeit, Schwäche) (Fried et al. 2001). Den Fried-Kriterien folgt im Wesentlichen auch der Frailty-Index von SHARE (Santos-Eggimann et al. 2009; Romero-Ortuno et al. 2010). Der „CSHA Frailty Index“ von Rockwood et al. berücksichtigt hingegen rund 70 Variablen (Searle et al. 2008).

Tabelle 4: Funktionaler Status – Punktwerte

Punktwert	Funktionaler Status
0-2 Punkte	rüstig
3-4 Punkte	fit
5-10 Punkte	pre-frail
11-19 Punkte	frail

„Rüstig“ bedeutet, die Person befindet sich insgesamt in einem nach wie vor sehr guten körperlichen und gesundheitlichen Zustand ohne nennenswerte Funktionseinschränkungen. Ähnliches gilt für die Kategorie „fit“. Auch hier ist immer noch ein recht guter Allgemeinzustand ohne größere Einschränkungen in der Selbsthilfefähigkeit gegeben, auch wenn im Frailty-Index bereits etwas höhere Punktwerte erzielt werden als im Segment der „Rüstigen“. Das bedeutet, dass bereits etwas mehr (wenngleich moderate) gesundheitliche Einschränkungen vorliegen, die aber bislang noch keine gravierenden funktionalen Einbußen zeitigen.

„Pre-frail“ beschreibt hingegen einen bereits recht labilen körperlichen Allgemeinzustand mit durchaus beträchtlichen Einschränkungen in der Funktionalität. Pre-Frailty kann im Prinzip als eine Vorstufe der Frailty verstanden werden, und die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass sich daraus mittelfristig ein manifeste Frailty entwickelt.

Als „frail“ werden schließlich solche Teilnehmer/innen eingestuft, die von gravierenden gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen betroffen sind und somit voll das geriatrische Kriterium der Frailty erfüllen. Hier ist eine weitgehende Minderung der Selbsthilfefähigkeit gegeben, und die Betroffenen sind in der Regel auf Pflege und Betreuung angewiesen. Auch innerhalb der Frailty bestehen durchaus Differenzen hinsichtlich des Schweregrads, d.h. es gibt Personen, die von erheblich schwereren Formen der Frailty betroffen sind als andere, was sich gewöhnlich in einem entsprechend höheren Grad der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit niederschlägt. Eine Zuordnung zur Kategorie „frail“ bedeutet aber in jedem Fall, dass funktionale Einschränkungen vorliegen, die die Selbsthilfefähigkeit erheblich herabsetzen und Betroffene von verschiedenen Formen der Betreuung und Pflege abhängig machen.

## 5.2 Ergebnisse des ÖIHS Frailty-Index

Wie stellt sich nun der funktionale Status der Teilnehmer/innen nach Auswertung auf Basis des ÖIHS Frailty-Index dar? Die Datenauswertung bestätigt zunächst die eingangs angesprochene, bereits in früheren ÖIHS-Erhebungswellen festgestellte Heterogenität unter den hochaltrigen Studienteilnehmer/innen. Rund ein Drittel der Befragten (34%) weist einen vergleichsweise guten gesundheitlichen und funktionalen Status auf ohne ausgeprägte funktionale Einschränkungen auf. 10,3% können sogar als außerordentlich „rüstig“ bezeichnet werden. Diese Personen sind grundsätzlich in der Lage, ihren Alltag vollkommen selbstständig zu bewältigen und insofern noch ein nahezu unabhängiges Leben zu führen. Für einen großen Teil des Samples trifft also zu, was eingangs als Gesundheit im Sinne einer

hohen Funktionalität im Hinblick auf die Bewältigung des alltäglichen Lebens definiert wurde.

Tabelle 5: Funktionaler Status (ÖIHS Frailty Index, n=549)

	Funktionaler Status		%
Hohe Funktionalität	34%	rüstig	10,3%
		fit	23,7%
Funktionale Einschränkungen	66%	pre-frail	50,4%
		frail	15,6%
Gesamt	100%		100%

Auf der anderen Seite zeigt sich, dass ein relativ großer Teil des Samples von mehr oder weniger stark ausgeprägten funktionalen Einschränkungen betroffen ist. 15,6% sind sogar von so gravierenden gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen betroffen, dass diese als „frail“ kategorisiert werden müssen. Zusammen mit den nicht ganz so stark funktional eingeschränkten, jedoch im Vergleich mit den „Rüstigen“ und den „Fitten“ ebenfalls bereits relativ labilen Personen im Segment der „Pre-Frailty“ (50,4%) ergibt sich somit ein Anteil von 66%, deren funktionaler Zustand vergleichsweise schlecht ist, und der neben den durchaus zahlreichen „Rüstigen“ und „Fitten“ keinesfalls übersehen werden darf.

Hier ist außerdem zu berücksichtigen, dass der ÖIHS Frailty Index die Gesundheit der Teilnehmer/innen, aufgrund der schwereren Erreichbarkeit von funktional eingeschränkten Personen, tendenziell etwas überschätzt. Speziell als „frail“ zu klassifizierende Personen sind sehr schwer zu erreichen bzw. können oftmals auch aufgrund mangelnder Teilnahmefähigkeit (etwa bei Demenz) nicht in der Stichprobe berücksichtigt werden. Bei einem repräsentativen Anteil „frailer“ Teilnehmer/innen im Sample würde sich die Verteilung also tendenziell zuungunsten der „Rüstigen“ und „Fitten“ verschieben und deren prozentuellen Anteil entsprechend verringern.

### 5.3 Risikofaktoren: Alter, Geschlecht und Bildung

Wie die Ergebnisse ebenfalls zeigen, sind Gesundheit und Funktionalität in der Stichprobe sehr ungleich verteilt, d.h. es lassen sich Faktoren feststellen, die mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für gesundheitliche und funktionale Einschränkungen einhergehen.

#### 5.3.1 Geschlecht

So sind etwa Frauen in der ÖIHS-Stichprobe stärker von funktionalen Einschränkungen betroffen als Männer ( $\chi^2(3) = 15.556$ ,  $p = .001$ ). Sie sind fast doppelt so häufig frail wie Männer (19,2% vs. 11%). Auch gehören sie erheblich seltener der Gruppe der besonders „Rüstigen“ an (6,5% vs. 15,3%). Die Unterschiede fallen zwar etwas weniger deutlich aus, wenn Pre-Frailty und Frailty gemeinsam betrachtet werden und die jeweiligen Anteile für vergleichsweise stark ausgeprägte funktionale Einschränkungen in den Fokus genommen

werden (Frauen: 69,5%, Männer: 61,4%). Insgesamt ergibt sich allerdings das Bild eines signifikant besseren funktionalen Status von hochaltrigen Männern im Vergleich zu Frauen.

### 5.3.2 Bildung

Ein statistisch signifikanter Zusammenhang lässt sich auch zwischen Gesundheit und Bildung feststellen ( $\chi^2(6) = 30.670, p < .001$ ). Liegt bei Personen mit niedriger Bildung (höchstens Pflichtschulabschluss) zu 26,1% eine Frailty vor, sind es bei Personen mit hoher Bildung (Matura und höher) nur 7,5%. 13,6% der Hochgebildeten fallen gar in die Gruppe der besonders „rüstigen“ Studienteilnehmer/innen. Bei niedriger Bildung ist das hingegen nur bei 4,2% der Fall.

### 5.3.3 Alter

Ebenso lässt sich ein statistisch hoch signifikanter Zusammenhang zwischen Frailty und Alter feststellen ( $\chi^2(3) = 16.455, p = .001$ ). So weisen immer noch 40,6% der 80- bis 85-Jährigen in der Stichprobe einen vergleichsweise guten oder sogar sehr guten funktionalen Status auf. Bei den 86- bis 90-Jährigen sind dies nur noch 25,1%. Dementsprechend sind dort ausgeprägte gesundheitliche und funktionale Einschränkungen (Frailty) mit einem Anteil von 19,9% wesentlich stärker verbreitet als bei jüngeren Teilnehmer/innen (12,5%). Damit bestätigt sich, dass die Wahrscheinlichkeit für funktionale Einschränkungen mit zunehmendem Alter sukzessive steigt.

Die Analyse zeigt aber ebenso, dass sich auch nach dem 85. Lebensjahr nicht zwangsläufig eine erhöhte „Gebrechlichkeit“ und damit ein erhöhtes Risiko für Pflegebedürftigkeit einstellen muss. Die Wahrscheinlichkeit dafür erhöht sich jedoch, und dies bei bestimmten Personengruppen stärker als bei anderen. Bestimmte Faktoren – insbesondere Geschlecht und sozioökonomischer Status – begünstigen den altersbedingten physischen und kognitiven Abbauprozess, der letztlich in die Frailty mündet. Ein umfassendes Verständnis der Funktionalität im hohen Alter und insbesondere der Frailty bedarf daher einer besonderen Berücksichtigung solcher Einflussfaktoren.

## 5.4 Aspekte funktionaler Gesundheit

Nach dieser Analyse der funktionalen Kapazitäten und insbesondere der Verteilung von Frailty in der Stichprobe insgesamt, werden im Folgenden einige Aspekte der funktionalen Gesundheit im Detail betrachtet. Eingegangen wird dabei vor allem auf sensorische Fähigkeiten (Sehen/Hören), Mobilität, Handkraft, Ernährungsstatus und Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL/IADL).

### 5.4.1 Sensorische Fähigkeiten

Ein wesentlicher Teil der funktionalen Gesundheit sind sensorische Fähigkeiten wie Sehen und Hören. Eine Beeinträchtigung sensorischer Fähigkeiten wirkt sich in der Regel nicht nur negativ auf die Lebensqualität von Menschen aus, sondern geht auch mit einem erhöhten Risiko für Unfälle und dergleichen einher.

Betrachtet man zunächst das Sehvermögen, so zeigen sich durchaus gravierende Einschränkungen im hohen Alter. Die meisten Personen in der ÖIHS-Stichprobe (93,3%)

benötigen laut Selbstauskunft eine Sehhilfe. Von diesen berichten 23,1% von Schwierigkeiten beim Sehen trotz Verwendung einer Sehhilfe. Deutlich größer sind Sehprobleme bei Personen ohne Sehhilfe: Hier geben 40% an, Probleme beim Sehen zu haben. 10% berichten sogar von großen Problemen. 1,8% aller Befragten sind blind oder hochgradig sehbehindert. Frauen sind dabei etwas stärker von Seheinschränkungen betroffen als Männer: 27,2% der Frauen haben Schwierigkeiten beim Sehen (mit oder ohne Sehhilfe), hingegen wird dies nur von 21,6% der Männer angegeben. Weniger deutlich sind altersspezifische Unterschiede, auch wenn ältere Teilnehmer/innen (86-90 Jahre) ein wenig häufiger Sehprobleme zu Protokoll geben als jüngere (80-85 Jahre) (25,9% vs. 24,1%).

Beeinträchtigungen des Sehvermögens können auch durch degenerative Augenerkrankungen entstehen. Eine sehr weit verbreitete Augenerkrankung im hohen Alter ist der sogenannte Graue Star. Dabei handelt es sich um eine Trübung der Augenlinse, die bei Erreichen eines entsprechend hohen Alters die meisten Menschen irgendwann im Laufe ihres Lebens betrifft. Behandelt wird der Graue Star durch operative Entfernung der Linse und Ersetzung durch ein künstliches Linsenimplantat. Die Staroperation gehört aufgrund der hohen Prävalenz des Grauen Stars im höheren Alter zu den am häufigsten durchgeführten chirurgischen Eingriffen überhaupt (Allen/Vasavada 2006).

Die hohe Prävalenz des Grauen Stars wird auch durch das geriatrische Assessment der ÖIHS bestätigt: 62,1% der Befragten geben an, bereits einmal wegen Grauem Star operiert worden zu sein, mehr als die Hälfte (51,2%) sogar an beiden Augen. Auch hier sind Frauen (66,1%) etwas häufiger betroffen als Männer (56,9%) ( $\chi^2(2) = 7.910, p = .019$ ) sowie ältere Teilnehmer/innen (86-90 Jahre) (69,1%) häufiger als jüngere (80-85 Jahre) (56,7%) ( $\chi^2(2) = 12.618, p = .002$ ).

Tabelle 6: Sensorische Einschränkungen nach Geschlecht und Alter

Sensorische Einschränkungen	Gesamt	Geschlecht		Alter	
		m	w	80-85	86-90
Sehprobleme	24,9%	21,6%	27,2%	24,1%	25,9%
Grauer Star	62,1%	56,9%	66,1%	56,7%	69,1%
Hörprobleme	27,5%	27,3%	27,7%	21,4%	35,3%

Ähnliches wie für die Sehfähigkeiten gilt auch für das Hörvermögen. In der von der ÖIHS untersuchten Studienpopulation geben rund 27,5% der Befragten an, Hörprobleme zu haben, d.h. sie haben Schwierigkeiten zu hören, was in einem Gespräch mit einer anderen Person in einem ansonsten ruhigen Raum gesagt wird. Besonders groß sind die Probleme bei Hörgerätträger/innen: Von den 22,4%, die angeben, ein Hörgerät zu tragen, berichten deutlich mehr als ein Drittel (40,6%) von Schwierigkeiten beim Hören. Allerdings sind die Probleme sowohl bei Personen mit als auch ohne Hörgerät offenbar moderat: Von den Hörgerätträger/innen sagen 9,8%, sie hätten große Probleme, bei den Personen ohne Hörgerät sind es sogar nur 3,1%.

Auch hier gibt es nur geringe geschlechtsspezifische Unterschiede. Das heißt, Männer und Frauen sind in ähnlichem Ausmaß von Hörproblemen betroffen (27,3% vs. 27,7%). Männer tragen etwas häufiger ein Hörgerät als Frauen (24,4% vs. 21%). Dafür berichten Frauen häufiger als Männer von „großen Hörproblemen“ (6,5% vs. 3,3%). Signifikante Unterschiede gibt es hingegen nach Alter: 35,3% der 86-bis 90-Jährigen berichten von Hörproblemen, jedoch nur 21,4% der 80- bis 85-Jährigen ( $\chi^2(2) = 15.922, p < .001$ ). Hörprobleme nehmen also mit höherem Alter deutlich zu.

#### 5.4.2 Mobilität

Ein weiterer wesentlicher Indikator für die funktionale Gesundheit einer Person ist ihre Mobilität. Entsprechend der insgesamt verhältnismäßig hohen Funktionalität in der Stichprobe, stellt sich auch die Mobilität der Teilnehmer/innen als relativ hoch heraus. Die relativ hohe Mobilität wird insbesondere durch den im Rahmen der Untersuchung durchgeführten Gangtest belegt. Dabei wurden die Teilnehmer/innen gebeten, von ihrem Stuhl aufzustehen, ein paar Schritte zu gehen (ggf. unter Verwendung einer Gehhilfe) und sich anschließend wieder hinzusetzen.<sup>11</sup> 95,1% der Teilnehmer/innen haben diesen Gangtest bewältigt. Von diesen haben wiederum drei Viertel (75,5%) den Test mit einer Gehgeschwindigkeit absolviert, die von den Interviewer/innen als „normal“, d.h. unauffällig, eingeschätzt wurde. Bei 24,5% erschien der Gang hingegen als auffällig langsam und schwerfällig.

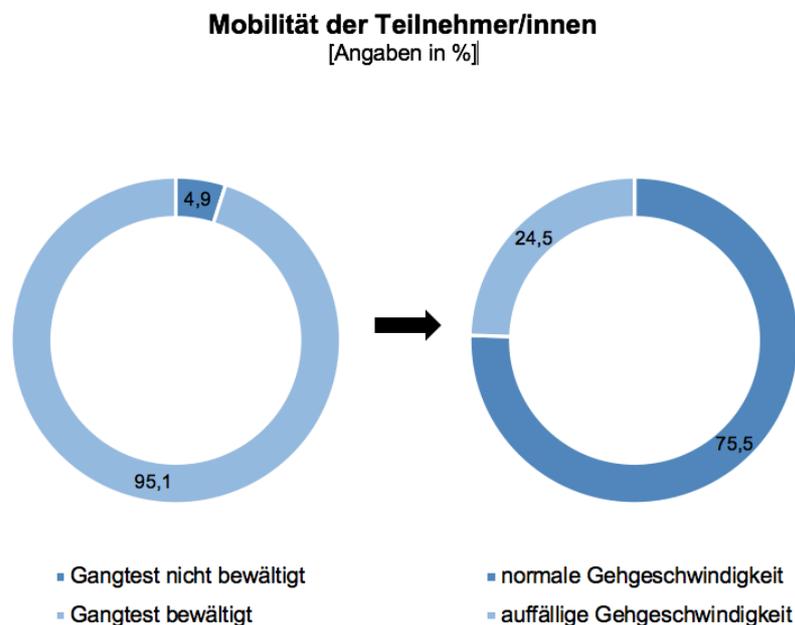


Abbildung 8: Gangtest

<sup>11</sup> Im Gegensatz zum weit verbreiteten, sogenannten „Timed Get-Up-and-Go-Test“ (Podsiadlo/Richardson 1991) wurde beim hier durchgeführten Gangtest, zur Vereinfachung des Tests, auf eine Zeitmessung verzichtet. Stattdessen wurde eine Einschätzung der Gehgeschwindigkeit vorgenommen, d.h. ob die Person den Test mit einer als normal einzuschätzenden Geschwindigkeit absolviert, oder ob ihr Gang auffällig langsam und schwerfällig erscheint.

Etwas mehr als ein Viertel der Teilnehmer/innen (28,2%) gibt an, bereits einen Gelenkersatz (Knie, Hüfte etc.) zu haben. 28,3% verwenden regelmäßig eine Gehhilfe (Stock, Krücken, Rollator etc.). Weitere 16,2% geben an, zumindest gelegentlich eine Gehhilfe zu verwenden. 4,9% der Befragten verwenden regelmäßig (auch) einen Rollstuhl. Die Angewiesenheit auf eine Gehhilfe ging in der Regel auch mit einem schlechteren Abschneiden beim Gangtest bzw. einer langsameren Gehgeschwindigkeit einher ( $\chi^2(2) = 139.405, p < .001$ ).

Ebenfalls ein guter Indikator für die Mobilität ist der Bewegungsradius. Dieser gibt die Reichweite der selbstständigen Fortbewegung an. Dabei geben mehr als die Hälfte der Befragten (53,7%) an, sich innerhalb des gesamten Wohnortes, also ohne nennenswerte Einschränkung selbstständig fortbewegen zu können. Bei weiteren 32% erstreckt sich der Bewegungsradius immerhin noch auf die nähere Umgebung des Hauses. Mehr als jede/r Achte (13,7%) kann sich hingegen laut eigenen Angaben nur noch innerhalb des Hauses fortbewegen. 4 Personen (0,6%) geben schließlich auch an, sich gar nicht selbstständig fortbewegen zu können. Dabei handelt es sich vermutlich um bettlägerige Personen, die in unserer Stichprobe fast ausschließlich in Pflegeheimen anzutreffen sind.

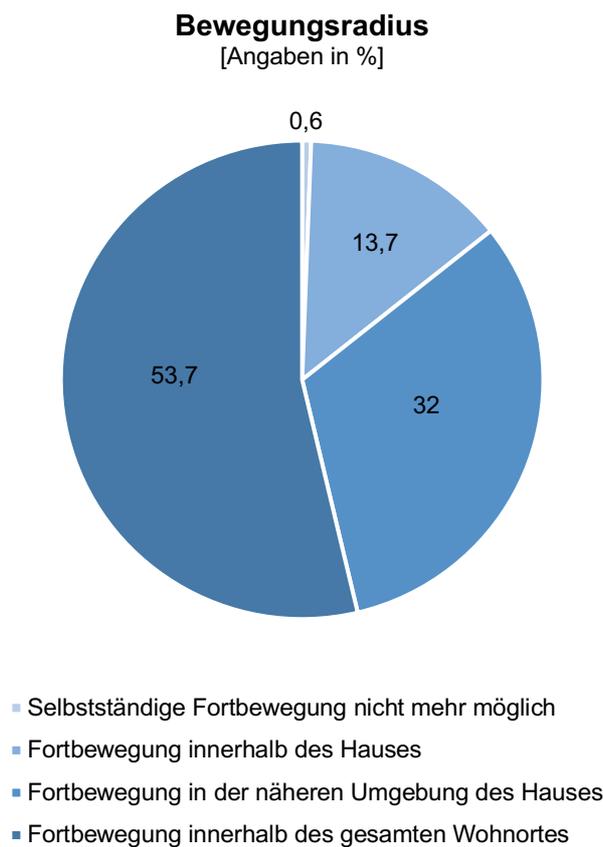


Abbildung 9: Bewegungsradius, inkl. Telefoninterviews (n=715)

Aufgrund zunehmender Mobilitätseinschränkungen steigt mit dem Alter auch das Risiko für Stürze und sturzassoziierte Verletzungen (Schäfer 2008). In etwa die Hälfte der über 80-Jährigen in Österreich stürzt statistisch gesehen mindestens einmal im Jahr, 10-20% dieser

Stürze führen zu Verletzungen, bei ca. 5% sogar zu Knochenbrüchen (Winkler et al. 2012: 19). Die Verletzungsfolgen bei Stürzen können im höheren Lebensalter lebensbedrohlich sein, etwa aufgrund von Immobilisierung, Hospitalisierung oder sekundären Komplikationen (z.B. bei Operationen). Die Erhebung von Stürzen ist daher integraler Bestandteil geriatrischer Assessments.

Die Sturzneigung wurde erhoben durch Selbstauskunft der Teilnehmer/innen über Stürze innerhalb der vergangenen 3 Monate und allfällige daraus resultierende Verletzungen. Auch hier sind die Zahlen, aufgrund überwiegend guter Werte bei der Mobilität, relativ niedrig: 21,6% der Befragten geben an, in den letzten 3 Monaten gestürzt zu sein. Jedoch haben sich dabei fast drei Viertel von ihnen (71,3%) ihrer Aussage nach zumindest leicht verletzt (Hautabschürfungen, blaue Flecken etc.), 19% davon sogar schwer mit Knochenbrüchen und ähnlich schweren Verletzungen. Diese Befunde stehen einigermaßen in Kontrast zu den oben zitierten Zahlen und verdeutlichen ein durchaus stark erhöhtes Verletzungsrisiko bei Stürzen im hohen Alter.

Der Zusammenhang zwischen Sturzhäufigkeit und eingeschränkter Mobilität erhärtet sich auch in der ÖIHS im direkten Vergleich der Sturzstatistiken mit den Mobilitätswerten: Vergleicht man etwa die Ergebnisse des Gangtests mit jenen bei den Stürzen, so zeigt sich hier ein deutlicher Zusammenhang insofern, als Personen mit Einschränkungen der Gangfähigkeit (langsame Gehgeschwindigkeit) signifikant häufiger zu Stürzen neigen ( $\chi^2(1) = 5.717, p = .017$ ).

Tabelle 7: Gangtest und Sturzneigung

Stürze	%
Mind. 1 Sturz in den letzten 3 Monaten bei auffällig langsamer Gehgeschwindigkeit	30,1%
Mind. 1 Sturz in den letzten 3 Monaten bei normaler Gehgeschwindigkeit	20,1%

Stürze können aber auch in Zusammenhang mit Medikamenten stehen, die aufgrund ihrer Nebenwirkungen (Schwindel, Verwirrtheit etc.) die Sturzneigung erhöhen. Dazu zählen insbesondere Psychopharmaka. In der Tat ergibt die Auswertung eine signifikant höhere Sturzneigung von Teilnehmer/innen, die regelmäßig Antidepressiva einnehmen ( $\chi^2(1) = 14.011, p < .001$ ).

Männer verfügen über einen höheren Grad an Mobilität als Frauen: Sie bewältigen häufiger den Gangtest, haben dabei seltener ein langsames und schwerfälliges Gangbild und weisen seltener Einschränkungen in ihrem Bewegungsradius auf. Zwar deuten die Ergebnisse für einen Großteil der hochaltrigen Frauen auf eine nach wie vor beachtliche Mobilität hin – immerhin berichtet fast die Hälfte von ihnen von keinerlei Einschränkungen in ihrem Bewegungsradius –, die Mobilitätswerte fallen jedoch für Männer durchgehend höher aus (siehe Tabelle 8). Auch das Alter macht sich als Einflussfaktor bemerkbar. Jüngere

Teilnehmer/innen (80-85 Jahre) erzielen beim Mobilitäts-Assessment teils deutlich höhere Werte als ältere (86-90 Jahre), sowohl beim Gangtest als auch beim Bewegungsradius.

Unterschiede hinsichtlich der Sturzneigung ergeben sich hingegen nur in Bezug auf das Alter, jedoch nicht mit Blick auf das Geschlecht der Teilnehmer/innen. Das resultiert wahrscheinlich daraus, dass auch Frauen in der Stichprobe im Allgemeinen, trotz einer tendenziell niedrigeren Mobilität als Männer, eine relativ hohe Funktionalität aufweisen. Das Risiko für Stürze ist daher auch für Frauen nicht übermäßig erhöht im Vergleich zu Männern. Auch im Hinblick auf Sturzverletzungen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede, wobei die Verletzungshäufigkeit für Männer sogar ein wenig höher liegt als für Frauen. Für ältere Teilnehmer/innen über 85 ergibt sich allerdings eine relativ höhere Sturzneigung als für jüngere Teilnehmer/innen. Hinsichtlich des Verletzungsrisikos unterscheiden sich die beiden Vergleichsgruppen jedoch nicht.

Tabelle 8: Mobilitätseinschränkungen nach Geschlecht und Alter

Mobilitätseinschränkungen	Gesamt	Geschlecht		Alter	
		m	w	80-85	86-90
Gangtest nicht bewältigt	4,9%	2,9%	6,4%	4,0%	6,1%
Langsame Gehgeschwindigkeit	24,5%	21,0%	27,2%	22,4%	27,4%
Einschränkungen im Bewegungsradius	46,4%	36,6%	53,7%	38,7%	55,8%
Sturzneigung (vergangene 3 Monate)	21,5%	21,8%	21,5%	18,3%	25,8%
Sturzverletzungen (vergangene 3 Monate)*	71,3%	71,6%	70,9%	71,2%	71,3%

*Anmerkung.* \* Die relativen Häufigkeiten zu Sturzverletzungen beziehen sich auf den Anteil der Teilnehmer/innen mit erhöhter Sturzneigung (Sturz innerhalb der letzten 3 Monate, n=153).

### 5.4.3 Beweglichkeit der Arme

Ein zusätzlich durchgeführter Mobilitätstest betraf die Beweglichkeit der Arme. Einschränkungen in diesen Bereichen haben wie auch andere Mobilitätseinschränkungen negative Auswirkungen auf die Selbsthilfefähigkeit und die Bewältigung alltäglicher Anforderungen. Insofern ist die Beweglichkeit der Arme für die Einschätzung des funktionalen Status ebenfalls von nicht zu vernachlässigender Bedeutung. Im Rahmen der Tests wurden daher die Teilnehmer/innen gebeten, ihre Arme hinter den Kopf zu legen. 92,3% waren dazu in der Lage. Lediglich bei 7,7% konnte dieser Test entweder aufgrund von Mobilitätseinschränkungen im Bereich der Arme nicht positiv absolviert oder infolge einer offensichtlichen Behinderung in diesem Bereich nicht durchgeführt werden.

### 5.4.4 Handkraft

Ein zentraler und in der Geriatrie häufig verwendeter Indikator für die physischen Kapazitäten alter und hochaltriger Menschen ist die Handkraft. In der ÖIHS wurde die Handkraft der Teilnehmer/innen mit einem digitalen Dynamometer gemessen. Dabei wurden pro Person insgesamt vier Messungen vorgenommen (jeweils zwei mit der rechten und der linken Hand). Der höchste erzielte Messwert ging in die Auswertung ein. Gemessen

wird die Handkraft in Kilogramm (kg). Wichtige Kriterien für die Beurteilung der Handkraft sind das Geschlecht und der Body-Mass-Index (BMI). Das heißt, die Grenzwerte zur Einschätzung der gemessenen Handkraft als „normal“ oder „auffällig“, im Sinne eines Handkraftdefizits, unterscheidet sich zwischen Männern und Frauen und hängt darüber hinaus von ihrem Body-Mass-Index ab. Tabelle 9 gibt die jeweiligen Cut-off-Werte zur Bestimmung eines Handkraftdefizits wieder:

Tabelle 9: Handkraftmessung – Cut-off-Werte zur Bestimmung eines Handkraftdefizits in Abhängigkeit von Geschlecht und Body-Mass-Index

Handkraft (GS) – Defizit	
Männer	Frauen
BMI ≤ 24, GS ≤ 29	BMI ≤ 23, GS ≤ 17
BMI > 24 und ≤ 28, GS ≤ 30	BMI > 23 und ≤ 26, GS ≤ 17.3
BMI > 28, GS ≤ 32	BMI > 26 und ≤ 29, GS ≤ 18
	BMI > 29, GS ≤ 21

Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse, differenziert nach Geschlecht und Alter. Im Mittel erzielen die Teilnehmer/innen einen Handkraft-Wert von rund 23,1kg, wobei der Mittelwert von Männern deutlich über dem von Frauen liegt. Männer erzielen im Schnitt eine Handkraft von 30,1kg, während bei Frauen der Mittelwert nur 17,6kg beträgt. Auch jüngere Studienteilnehmer/innen (80-85 Jahre) verfügen im Schnitt über eine etwas größere Handkraft als ältere (24,2 kg vs. 21,1kg).

Mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen (52%) weist ein Handkraftdefizit auf, d.h. sie erreichen bei der Handkraftmessung einen Wert, der unter den für ihr Geschlecht und ihren Body-Mass-Index definierten Grenzwerten einer als „normal“ zu qualifizierenden Handkraft liegt. Dies deutet auf verminderte physische Kapazitäten hin und ist daher ein Indikator für Frailty. Dementsprechend besteht auch eine hochsignifikante Korrelation zwischen Handkraft und funktionalem Status ( $r = -.489, p < .001$ ). Ältere Teilnehmer/innen weisen deutlich häufiger ein Defizit im Bereich der Handkraft auf als jüngere (61,8% vs. 45,3%). Auch dieser Zusammenhang ist hochsignifikant ( $\chi^2(1) = 15,139, p < .001$ ). Weniger deutlich sind hingegen geschlechtsspezifische Differenzen – hier stehen 54,2% Frauen mit Handkraftdefizit 50,2% bei den Männern gegenüber.

Tabelle 10: Handkraft, nach Geschlecht und Alter

Handkraft	insgesamt	Geschlecht		Alter	
		m	w	80-85	86-90
Normale Handkraft	48,0%	49,8%	45,8%	54,7%	38,2%
Handkraftdefizit	52,0%	50,2%	54,2%	45,3%	61,8%
Mittelwerte (in kg)	23,1	30,1	17,6	24,2	21,2

## 5.4.5 Ernährungsstatus

Ein wichtiger Parameter der Funktionalität ist auch der Ernährungsstatus. Ältere Menschen haben ein erhöhtes Risiko einer sowohl quantitativen (Unterernährung) als auch qualitativen Mangelernährung (Fehlernährung), da sie infolge von altersbedingten Funktionalitätseinschränkungen oftmals nicht mehr in der Lage sind, selbst Nahrungsmittel zu besorgen und zuzubereiten. Besonders betroffen sind davon alleinstehende Menschen (Elmadfa/Leitzmann 2004). Umgekehrt wirkt sich eine Mangelernährung negativ auf die physischen Kapazitäten aus, was wiederum bestehende funktionale Einschränkungen potentiell vergrößert. Eine Abklärung des Ernährungsstatus ist daher fester Bestandteil eines geriatrischen Assessments und geht als relevanter Indikator dementsprechend auch in den ÖIHS Frailty-Index ein. Im Rahmen der ÖIHS wurde hierfür ein kurzes, kompaktes, leicht abgewandeltes Erhebungsinstrument eingesetzt (Short Nutritional Assessment Questionnaire – SNAQ)<sup>12</sup>, das nach ungewollten Gewichtsverlusten, dem Appetit und speziellen Ernährungshilfen (Trinknahrung, Ernährungssonde) fragt (ÖGGG 2011: 29). Je nach Ausprägung ergibt sich dabei ein Punktwert auf einer Skala von 0-5. Ein Punktwert von 2 und mehr wird als Risiko für Mangelernährung gewertet (siehe das Auswertungsschema in Tabelle 11).

Die Auswertung ergibt ein Risiko für Mangelernährung bei 14% der Teilnehmer/innen. 15,2% der Befragten sagen, sie hätten im letzten Monat wenig Appetit gehabt. 13,3% berichten von signifikanten ungewollten Gewichtsverlusten in den vergangenen Monaten, davon 9,9% mehr als 5kg im vergangenen Jahr. 3,4% geben an, mehr als 3kg Gewicht im letzten Monat verloren zu haben. Trinknahrung bzw. Ernährungssonde spielt zahlenmäßig nur eine geringe Rolle (2,6%). Geschlechtsspezifische Unterschiede ergibt die Auswertung keine. Auch ein höheres Mangelernährungsrisiko für alleinlebende Menschen konnte nicht verifiziert werden.

<sup>12</sup> Im Vergleich zum Original wird beim Gewichtsverlust die Ausprägung „5kg im letzten Jahr“ statt „6kg in den letzten 6 Monaten“ verwendet. Diese Adaptierung wurde vorgenommen, um eine bessere Vergleichbarkeit mit anderen Frailty-Indizes (z.B. Fried et al.) zu gewährleisten.

Tabelle 11: Ernährungsstatus (SNAQ)

SNAQ	%
Wenig Appetit im letzten Monat (1 Punkt)	15,2%
Signifikanter Gewichtsverlust in den vergangenen Monaten	13,3%
- mehr als 3 kg im letzten Monat (2 Punkte)	3,4%
- mehr als 5 kg im letzten Jahr (3 Punkte)	9,9%
Trinknahrung/Ernährungssonde (1 Punkt)	2,6%
Risiko für Mangelernährung (ab 2 Punkten)	14,0%

Ein wichtiger und häufig herangezogener Indikator für den Ernährungsstatus ist auch der Body Mass Index (BMI), der aus dem Verhältnis von Gewicht und Größe einer Person errechnet wird ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Im direkten Vergleich mit den Ergebnissen aus dem oben dargestellten Ernährungsassessment bestätigt die Auswertung des BMI eine geringe Prävalenz der Mangelernährung in der untersuchten Stichprobe: Entsprechend der internationalen BMI-Klassifikation der WHO<sup>13</sup> ergibt sich eine Prävalenz von 4,9% ( $\text{BMI} < 20 \text{ kg}/\text{m}^2$ ).<sup>14</sup> Bei weiteren 12,4% besteht, ausgehend von ihrem BMI, ein erhöhtes Risiko für Mangelernährung. Sowohl das Risiko für als auch eine manifeste Mangelernährung sind in der hier untersuchten Stichprobe also relativ gering. Hinweise auf eine Fehlernährung ergeben sich eher noch in die andere Richtung, hin zum Übergewicht. So fallen 50,1% der Teilnehmer/innen unter die Kategorie Übergewicht ( $\text{BMI} > 27 \text{ kg}/\text{m}^2$ ), davon sind wiederum 13,9% gemäß BMI-Klassifikation adipös ( $\text{BMI} > 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ ). Zum Übergewicht neigen dabei Frauen und Männer gleichermaßen: 52% der Männer und 48,5% der Frauen erreichen einen BMI von mehr als 27. Adipös sind Frauen jedoch etwas häufiger als Männer: Hier sind es bei den Frauen 17,2%, bei den Männern hingegen nur 11,1%.

#### 5.4.6 Aktivitäten des täglichen Lebens

Einschränkungen in den physischen Kapazitäten und der Funktionalität, insbesondere der Mobilität, wirken sich häufig unmittelbar auf die Selbsthilfefähigkeit von Menschen aus bzw. auf ihre Fähigkeit, alltägliche Anforderungen selbstständig zu erfüllen. Die Bewältigung oder Nicht-Bewältigung von alltäglichen Verrichtungen kann insofern als ein wesentlicher Indikator für den funktionalen Status einer Person gesehen werden. In der Altenpflege haben sich mit den sogenannten Activities of Daily Living (ADL) Messinstrumente rund um solche alltäglichen Aktivitäten entwickelt, die der Einschätzung der funktionalen Kapazitäten von alten Menschen dienen. Relevante Aktivitäten sind hier etwa Waschen oder Anziehen (Katz et al. 1963). Eine Erweiterung des ADL-Konzepts stellen Instrumental Activities of Daily Living (IADL) dar, wie z.B. Einkaufen, Kochen, Haushalt usw. (Lawton/Brody 1969).

<sup>13</sup> <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>

<sup>14</sup> Zur Bestimmung einer Mangelernährung wird bei älteren Menschen ein etwas höherer Grenzwert von  $20 \text{ kg}/\text{m}^2$  verwendet. Der gemeinhin verwendete Grenzwert ( $18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) wird für alte Menschen seitens der Geriatrie als zu niedrig eingeschätzt. Auch wird ein Wert unter 22 weiter als Risiko für eine Mangelernährung betrachtet (Sieber 2008).

Die Befragung im Rahmen der ÖIHS sah daher auch eine Auswahl an ADLs und IADLs vor. Gefragt wurde, ob sich die Teilnehmer/innen selbst anziehen können, ob sie eine Stiege mit mindestens 10 Stufen steigen können und ob sie selbst einkaufen gehen können. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen zur Mobilität ergibt sich, insgesamt betrachtet, ein vergleichsweise hoher Grad an Selbsthilfefähigkeit unter den hochaltrigen Personen in der Stichprobe: So geben 87,4% an, sich selbst anziehen zu können. 85,5% sagen, sie können ohne Unterstützung eine Stiege mit zumindest 10 Stufen steigen. Und immer noch 67,8% der Befragten können ihre Einkäufe selbst erledigen.

Statistisch signifikante Unterschiede finden sich auch hier wieder vor allem nach Geschlecht und Alter. 42,4% der Frauen, aber nur 26,9% der Männer weisen Einschränkungen bei mindestens einer der abgefragten ADLs auf ( $\chi^2(1) = 18,500, p < .001$ ). Ähnlich große Unterschiede sind mit Blick auf das Alter zu konstatieren. Hier zeigen sich bei 43,8% der älteren (86-90 Jahre), hingegen nur bei 29,3% der jüngeren Teilnehmer/innen (80-85 Jahre) Einschränkungen ( $\chi^2(1) = 16,418, p < .001$ ). Besonders häufig, im direkten Vergleich mit den Männern, sind Einschränkungen von Frauen beim Stiegen steigen und beim Einkaufen. In Bezug auf das Alter zeigen sich deutliche Differenzen zuungunsten von älteren Teilnehmer/innen in allen drei Bereichen.

Tabelle 12: Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), inkl. Telefoninterviews (n=717)

Activities of Daily Living	insgesamt	Geschlecht		Alter	
		m	w	80-85	86-90
Einschränkungen bei mind. 1 ADL	35,7%	26,9%	42,4%	29,3%	43,8%
Probleme beim Anziehen	12,4%	11,3%	13,2%	9,5%	16,1%
Probleme beim Stiegen steigen	14,1%	8,4%	18,5%	12,0%	16,8%
Probleme beim Einkaufen	31,8%	23,0%	38,7%	26,3%	39,0%

### 5.5 Einfluss der Funktionalität auf Lebensgestaltung und Lebensqualität

Die zentrale Bedeutung der funktionalen Gesundheit nicht nur, aber insbesondere im hohen Alter besteht in ihrem starken Einfluss auf die autonome und aktive Lebensgestaltung. Einschränkungen in der Funktionalität und damit der Selbsthilfefähigkeit gehen daher mit einem tendenziellen Verlust von Autonomie und entsprechenden Einschnitten in der Lebensqualität alter und hochbetagter Menschen einher. Der Zusammenhang von funktionaler Gesundheit und Lebensgestaltung und Lebensqualität soll daher im Folgenden an einigen Korrelationen des funktionalen Status mit relevanten sozialen Variablen und Parametern verdeutlicht werden.

Als Indikatoren für die aktive Lebensgestaltung und die Lebensqualität im hohen Alter werden vier Aspekte herangezogen und entlang des funktionalen Status der Teilnehmer/innen ausgewertet – nämlich Außer-Haus-Mobilität, Aktivitätsgrad, Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und Lebenszufriedenheit (Tabelle 13). Die dargestellten Werte sind jeweils auf eine eher hohe Aktivität und Lebensqualität bezogen (Außer-Haus-Mobilität

mind. 1x/täglich, hohe Anzahl an Aktivitäten, keine Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens und eine hohe Lebenszufriedenheit). Wie die Auswertung zeigt, besteht in allen untersuchten Bereichen ein hoch signifikanter Zusammenhang mit dem funktionalen Status.

In der Gruppe der „Rüstigen“ verlassen fast neun von zehn mindestens einmal täglich das Haus. Bei Personen mit manifester Frailty trifft dies hingegen nur auf jede/n Dritte/n zu ( $\chi^2(12) = 105.156, p < .001$ ). Ein hoher Aktivitätsgrad (> 14 genannte Aktivitäten im Rahmen der Erhebung zur Alltags- und Lebensgestaltung) ist in der Stichprobe mit einem Anteil von 12,1% generell eher selten. Wie in Tabelle 13 abzulesen ist, streuen die Häufigkeiten jedoch extrem stark entlang der funktionalen Gesundheit. Während fast jede/r vierte „Rüstige“ und jede/r fünfte „Fitte“ einen hohen Aktivitätsgrad aufweist, ist dies nur noch bei jeder/jedem Zehnten aus dem Segment der Pre-Frailty der Fall. Bei Personen mit Frailty kommt ein hoher Aktivitätsgrad gar nicht mehr vor ( $\chi^2(6) = 99.546, p < .001$ ).

Bei Aktivitäten des täglichen Lebens – als zentralem Indikator für die Selbsthilfefähigkeit – ergibt sich ein ähnliches Bild. Während „Rüstige“ und „Fitte“ fast ausschließlich frei sind von Einschränkungen bei den abgefragten ADLs (Anziehen, Stiegen steigen, Einkaufen), trifft dies bei Pre-Frailty zwar immerhin noch auf mehr als die Hälfte zu (61,7%), bei Frailty jedoch nur noch auf 8,2%. Hier liegt also bei fast allen eine Einschränkung bei mindestens einer der abgefragten Aktivitäten des täglichen Lebens vor ( $\chi^2(3) = 207.983, p < .001$ ).

Tabelle 13: Funktionalität und Lebensgestaltung/Lebensqualität

Variable/ Ausprägung	Außer-Haus- Mobilität <sup>1</sup>	Hoher Aktivitätsgrad <sup>2</sup>	Aktivitäten des tägl. Lebens <sup>3</sup>	Lebens- zufriedenheit <sup>4</sup>
Gesamt	61,5%	12,1%	64,3%	38,4%
Funktionaler Status				
rüstig	89,3%	23,2%	100,0%	60,7%
fit	74,4%	20,2%	96,1%	59,7%
pre-frail	59,2%	9,9%	61,7%	32,5%
frail	35,7%	0,0%	8,2%	9,5%

Anmerkung. <sup>1</sup> Ausprägung: mindestens 1x/Tag, <sup>2</sup> >14 genannte Aktivitäten bei Befragung zu Aktivitäten und Alltagsgestaltung, <sup>3</sup> Ausprägung: keine Einschränkungen, <sup>4</sup> Ausprägung: „sehr zufrieden“

Die Lebenszufriedenheit setzt sich aus den gemittelten Zufriedenheitswerten in verschiedenen Lebensbereichen zusammen, die im Rahmen der ÖIHS erhoben werden (z.B. Gesundheit, finanzielle Situation, Sozialkontakte, Familienbeziehung, Lebenssituation insgesamt). Aus den Mittelwerten ergibt sich auf diese Weise ein Wert auf einer Skala von 1 („sehr zufrieden“) bis 5 („sehr unzufrieden“). Dargestellt sind hier die Ergebnisse für die Ausprägung „sehr zufrieden“. Dabei ist zunächst zu erkennen, dass die Lebenszufriedenheit unter den hochaltrigen Studienteilnehmer/innen mit einem Anteil von 38,4% „sehr Zufriedenen“ recht hoch ist (der Anteil steigt auf 88,9%, wenn auch „eher Zufriedene“

berücksichtigt werden). Die Analyse entlang des funktionalen Status zeigt aber auch, dass die Funktionalität einen hoch signifikanten Einfluss auf die Lebenszufriedenheit hat ( $\chi^2(9) = 118.419, p < .001$ ): Während deutlich mehr als die Hälfte der „Rüstigen“ und „Fitten“ eine hohe Lebenszufriedenheit aufweisen, sind es unter den Bedingungen von Pre-Frailty nur noch 32,5%. Dieser Anteil sinkt weiter auf 9,5% bei Personen mit manifester Frailty. Trotz einer insgesamt sehr hohen Lebenszufriedenheit im Sample ist im Lichte dieser Befunde also zu berücksichtigen, dass die Lebenszufriedenheit in hohem Maße vom funktionalen Status abhängt.

## 6. Multimorbidität als große Herausforderung des hohen Alters

Wie bereits an früherer Stelle erwähnt, kann in der hier untersuchten Bevölkerungsgruppe der Hochaltrigen im Grunde nicht von Gesundheit im Sinne einer völligen Freiheit von Krankheiten und körperlichen Beschwerden die Rede sein. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit für funktionale Einschränkungen an. Ebenso entstehen und akkumulieren im höheren Alter chronische Erkrankungen. Wie bereits frühere Erhebungen im Rahmen der ÖIHS gezeigt haben, gibt es im Alter von 80+ kaum jemanden, der oder die nicht zumindest unter einer chronischen Krankheit leiden würde (ÖPIA 2015). Treten zwei oder mehr chronische Krankheiten gemeinsam auf, spricht man in der Geriatrie von „Multimorbidität“ (Böhmer 2008). Die zunehmende Morbidität im Alter ist wiederum begleitet von einer häufigeren Anwendung von Medikamenten, was bei einer bestehenden Multimorbidität das Risiko für Wechsel- und Nebenwirkungen beträchtlich erhöht. Multimorbidität wirkt sich daher negativ auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Pflegeleistungen aus (Brijoux et al. 2021).

Der Begriff der Multimorbidität ist in den letzten Jahren stark erweitert worden und beinhaltet zusätzlich, neben der bereits im vorigen Kapitel besprochenen funktionalen Gesundheit, auch subjektive Gesundheit. Die subjektive Gesundheit ist ein Maß für die eigene Bewertung des Gesundheitszustandes einer Person, das den Gesundheitszustand und die gesundheitsbezogene Lebensqualität mitunter genauer beschreiben kann als medizinische Diagnosen.

### 6.1 Chronische Krankheiten – weit verbreitet im hohen Alter

Die Erhebung chronischer Krankheiten erfolgte im Rahmen des durchgeführten geriatrischen Assessments überwiegend auf dem Wege einer Selbstanamnese durch die Studienteilnehmer/innen. Das heißt, diesen wurde ein Katalog mit verschiedenen chronischen Krankheiten vorgelegt, deren Vorliegen von den Teilnehmer/innen jeweils bejaht oder verneint wurde. Ausgenommen davon sind Pflegeheimbewohner/innen – in Pflegeheimen konnten entsprechende Daten direkt aus den medizinischen Aufzeichnungen der Teilnehmer/innen gewonnen werden. Die Erhebung gesundheitsbezogener Daten durch Selbstanamnese hat den Nachteil, dass die Ergebnisse durch fehlerhafte Angaben zu einem gewissen Grad verzerrt sein können.

Ein Blick auf die Ergebnisse verdeutlicht, dass chronische Krankheiten im hohen Alter sehr weit in der Bevölkerung verbreitet sind. Lediglich – aber immerhin – 9,4% der Teilnehmer/innen sind den Daten zufolge frei von chronischen Krankheiten. Fast drei Viertel der Teilnehmer/innen (71%) geben zwei und mehr chronische Krankheiten zu Protokoll. Bei diesen liegt demnach Multimorbidität vor. 13% geben sogar fünf oder mehr chronische Krankheiten an, an denen sie leiden. Hinsichtlich der Morbidität, also der Häufigkeit chronischer Krankheiten, besteht ein leichter, wenn auch statistisch nicht signifikanter Zusammenhang mit dem Alter: Zwar sind jüngere (80-85 Jahre) und ältere Teilnehmer/innen (86-90 Jahre) annähernd gleich häufig frei von chronischen Krankheiten (9,9% vs. 8,9%). Ältere Teilnehmer/innen sind jedoch häufiger multimorbide, leiden also unter mehr als einer Krankheit (74,2% vs. 68,6%). Als wesentlich deutlicher erweisen sich geschlechtsspezifische

Differenzen. Frauen sind, in Übereinstimmung mit ihrem bereits oben dargestellten, allgemein etwas schlechteren Gesundheitszustand, häufiger von chronischen Krankheiten betroffen als Männer: 93% geben an, zumindest an einer chronischen Krankheit zu leiden, bei den Männern sind es 87,3%. Frauen leiden vor allem häufiger als Männer unter mehreren Krankheiten gleichzeitig (75,9% vs. 64,4%). Diese Unterschiede sind auch statistisch hoch signifikant ( $\chi^2(4) = 19.227, p = .001$ ).

## 6.1.1 Prävalenz chronischer Krankheiten

Abbildung 10 gibt Auskunft über die Prävalenz chronischer Krankheiten unter den Studienteilnehmer/innen, geordnet nach ihrer relativen Häufigkeit. Spitzenreiter unter den chronischen Krankheiten ist der Bluthochdruck, der von 57,7% der Befragten angegeben wird. 32,6% geben weiters an, an einer Herzkrankheit zu leiden, worunter verschiedene Krankheiten des Herzens, etwa Erkrankungen der Herzkranzgefäße, der Herzklappen oder auch eine Herzinsuffizienz unterschiedlicher Ursache zusammengefasst sind. Fasst man Bluthochdruck und Herzkrankheiten im weiteren Sinne zu Herz-Kreislauf-Krankheiten zusammen, ergibt sich ein Anteil von 67,6% mit Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems.

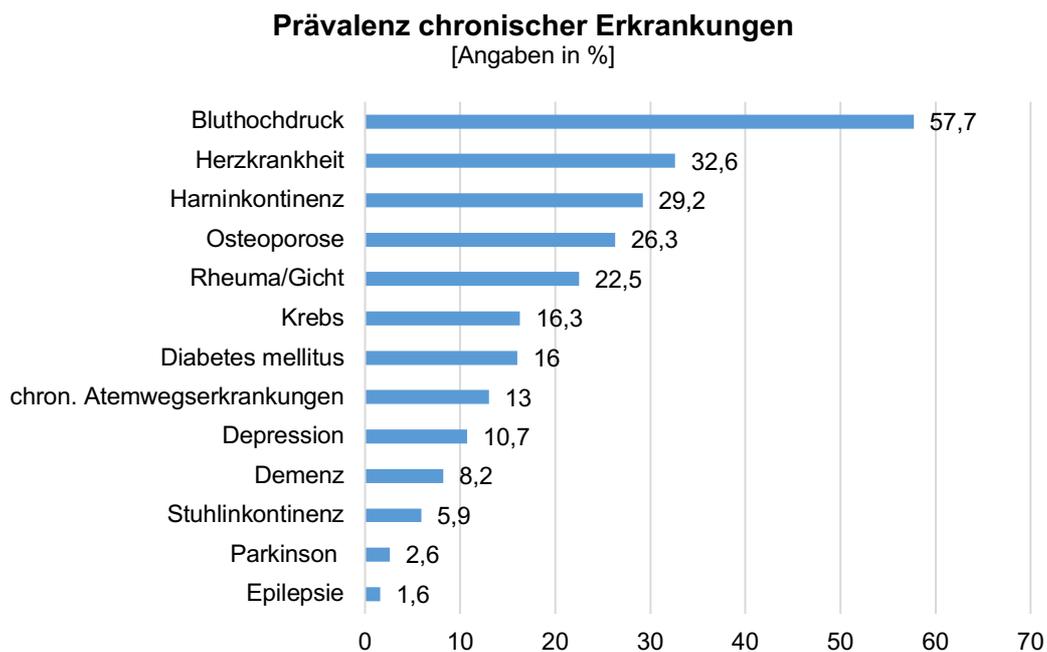


Abbildung 10: Prävalenz chronischer Erkrankungen, nach Häufigkeit, inkl. Telefoninterviews (n=699)

Die häufigste chronische Erkrankung, nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ist mit einem Anteil von 29,2% die Harninkontinenz. Dabei ist anzunehmen, dass dieses Ergebnis die tatsächliche Prävalenz der Harninkontinenz in der hochaltrigen Bevölkerung sogar noch etwas unterschätzt – einerseits aufgrund der Überrepräsentation von vergleichsweise „rüstigen“ Personen in der Stichprobe, andererseits aufgrund der Tatsache, dass Harninkontinenz bis heute ein gesellschaftlich relativ tabuisiertes Leiden darstellt, sodass möglicherweise nicht alle Teilnehmer/innen die Frage nach Vorliegen einer Harninkontinenz

wahrheitsgemäß beantwortet haben. Frauen sind von Harninkontinenz deutlich stärker betroffen als Männer (35,8% vs. 18,8%,  $\chi^2(1) = 25,004$ ,  $p < .001$ ). Ebenso leiden ältere Teilnehmer/innen (86-90 Jahre) häufiger an einer Harninkontinenz als jüngere (80-85 Jahre) (33,1% vs. 24,8%,  $\chi^2(1) = 6,091$ ,  $p < .014$ ). Besonders weit verbreitet ist Harninkontinenz unter Pflegeheimbewohner/innen: Etwa die Hälfte (50,8%) ist davon betroffen, in Privathaushalten sind es hingegen nur 25,8% ( $\chi^2(2) = 19,242$ ,  $p < .001$ ). Aufgrund der hohen Prävalenz und der daraus resultierenden Bedeutung der Harninkontinenz im Hinblick auf die Gesundheits- und Lebenssituation im hohen Alter wird der Harninkontinenz im Rahmen der ÖIHS ein eigener Abschnitt in diesem Bericht gewidmet (siehe Kapitel 7).

Deutlich seltener als Harninkontinenz ist die Stuhlinkontinenz. Diese wird von 5,9% der Befragten angegeben. Hier gelten mit Blick auf die Interpretation der Daten dieselben Einschränkungen wie oben für die Harninkontinenz – auch die Stuhlinkontinenz dürfte in der hochaltrigen Bevölkerung etwas weiter verbreitet sein als in der ÖIHS-Stichprobe.<sup>15</sup> Die Stuhlinkontinenz tritt dabei häufig in Kombination mit einer Harninkontinenz auf (18,2% der von Harninkontinenz Betroffenen leiden auch unter einer Stuhlinkontinenz), und Betroffene sind in der Stichprobe der ÖIHS vorwiegend Pflegeheimbewohner/innen (Pflegeheim: 18%, Privathaushalte: 4,3%,  $\chi^2(2) = 20,986$ ,  $p < .001$ ). Dies deutet darauf hin, dass Stuhlinkontinenz mit einer hohen individuellen Krankheitsbelastung sowie Komorbidität verbunden ist und für die Betroffenen nur schwer in häuslicher Umgebung und Pflege zu bewältigen ist. Auch von der Stuhlinkontinenz sind ältere Teilnehmer/innen (86-90 Jahre) häufiger betroffen als jüngere (80-85 Jahre) (7,9% vs. 4%,  $\chi^2(1) = 4,955$ ,  $p = .026$ ). Keine signifikanten Unterschiede finden sich hingegen nach Geschlecht (Frauen: 6,1%, Männer: 5,2%).

Die weiteren chronischen Krankheiten, gereiht nach ihrer Häufigkeit, sind Osteoporose (26,3%), Rheuma bzw. Gicht (22,5%), Krebserkrankungen (16,3%), Diabetes mellitus (16%) und chronische Atemwegserkrankungen wie Asthma oder COPD (13%). Osteoporose betrifft, ähnlich wie die Harninkontinenz, deutlich häufiger Frauen als Männer (36,3% vs. 11,7%). Zu chronischen Krankheiten ist auch die Depression zu rechnen. Diese wird im Rahmen der Selbstanamnese von 10,7% der Befragten angegeben. Frauen sind etwas häufiger von einer Depression betroffen als Männer (13,4% vs. 9,1%), wenngleich das Ergebnis nicht statistisch signifikant ausfällt. Seltener genannte chronische Erkrankungen in der Stichprobe sind Demenz (8,2%), Parkinson (2,6%) und Epilepsie (1,6%). Insbesondere bei der Demenz ist abermals zu berücksichtigen, dass die Erhebung auf einer Selbstanamnese durch die Teilnehmer/innen beruht. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass nicht jede vorliegende Demenz wahrheitsgemäß angegeben wurde, zumal Demenz – ähnlich wie Harninkontinenz – relativ schambesetzt ist. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass manifeste, schwerer ausgeprägte Demenzerkrankungen im Hinblick auf die Teilnahme an der Studie ein Ausschlusskriterium waren. Das heißt, der erfasste Anteil dürfte die tatsächliche Prävalenz deutlich unterschätzen und gibt somit sehr wahrscheinlich keinen repräsentativen Wert wieder. Hinzu kommt schließlich, dass den Angaben der Teilnehmer/innen nicht notwendigerweise eine ärztliche Diagnose zugrunde

<sup>15</sup> In Fachkreisen wird geschätzt, dass die Prävalenz einer Stuhlinkontinenz bei Personen im Alter von 65+ bei etwa 10% liegt und bis zu 56% in Pflegeheimen (Gruss 2008).

liegt. So zeigt die Auswertung, dass nur in 68% der Fälle eine fachärztliche Demenzdiagnose vorliegt.

### 6.1.2 Herzinfarkt und Schlaganfall

Abgefragt wurde auch, ob die Teilnehmer/innen schon einmal einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt hatten. Dabei geben 12,9% der Befragten an, bereits einmal einen Schlaganfall gehabt zu haben. 8,9% sagen, sie hätten schon einmal einen Herzinfarkt erlitten. Beides, insbesondere aber Herzinfarkte, betrifft Männer etwas häufiger als Frauen (Schlaganfall: 15,4% vs. 11,1%, Herzinfarkt: 12,8% vs. 6%). Die höhere Herzinfarkt-Prävalenz unter Männern ist dabei auch statistisch hoch signifikant ( $\chi^2(1) = 9.578, p = .002$ ). Die insgesamt vergleichsweise niedrige Herzinfarkt- und Schlaganfallprävalenz in der Stichprobe deckt sich mit Ergebnissen vieler anderer Hochaltrigenstudien, wonach sich sehr alte Menschen dadurch auszeichnen, dass sie altersspezifische Krankheiten im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung später im Lebenslauf bzw. erst im sehr hohen Alter entwickeln. Dementsprechend sind auch die Schlaganfall- und Herzinfarkttraten in dieser Altersgruppe relativ gering, während Personen, die Herz-Kreislauf-Erkrankungen bereits in jüngeren Jahren entwickeln, mit deutlich geringerer Wahrscheinlichkeit ein hohes Alter erreichen, sondern eher vorzeitig versterben.

### 6.2 Medikation

Die hohe Prävalenz chronischer Erkrankungen spiegelt sich auch in der Anwendung von Arzneimitteln wider. Alte Menschen sind häufig – wie auch die oben dargestellten Zahlen zu chronischen Krankheiten zeigen – multimorbide, d.h. sie leiden an mehreren Krankheiten gleichzeitig. Dementsprechend bekommen sie in der Regel auch mehrere Medikamente gleichzeitig verordnet. Mehr als die Hälfte aller in Mitteleuropa verordneten Medikamente entfallen auf die über 60-Jährigen (Füsgen/Renteln-Kruse 2008). Mit hohem Alter ergibt sich daher zunehmend das Problem der Polypharmazie. Von Polypharmazie wird im Allgemeinen dann gesprochen, wenn gleichzeitig mehr als fünf Substanzen verordnet werden (Fincke et al. 2005). Damit steigt das Risiko von Neben- und Wechselwirkungen dramatisch an. Hinzu kommt, dass ältere Menschen oft, neben den ärztlich verordneten Substanzen, auch auf rezeptfreie Medikamente („over-the-counter drugs“) zurückgreifen. Polypharmazie gilt daher als eine der größten geriatrischen Herausforderungen der Gegenwart und ist in den letzten Jahren zusehends in den Fokus der geriatrischen Forschung gerückt.

Die hohe Medikationsprävalenz – als Spiegelbild der erhöhten Morbidität und Multimorbidität im hohen Alter – wird durch die Medikationsanamnese und -analyse der ÖIHS bestätigt. Zu diesem Zweck wurden alle von den Teilnehmer/innen verwendeten und ärztlich verordneten Arzneimittel erhoben, nach pharmazeutisch definierten Medikamentengruppen sortiert und anschließend ausgewertet. Die Analyse ergibt einen Anteil von 96,7% unter den hochaltrigen Teilnehmer/innen, die mindestens ein vom Arzt verordnetes Medikament regelmäßig einnehmen. Das heißt, lediglich ein kleiner Anteil von 3,3% ist frei von einer regelmäßigen Medikation. Bei 47,4% sind es mehr als fünf Medikamente gleichzeitig. Damit fällt fast die Hälfte der Hochaltrigen in unserem Sample unter die Kategorie Polypharmazie. 12,9% nehmen sogar mehr als zehn verschiedene Medikamente gleichzeitig ein. Letzteres trifft vor allem auf in Pflegeheimen lebende

Personen zu. Dort lag die Anzahl verordneter Medikamente in mehr als der Hälfte aller Fälle (54,2%) über zehn. 36,5% der befragten Hochaltrigen geben schließlich auch an, regelmäßig (auch) rezeptfreie Medikamente zu verwenden.

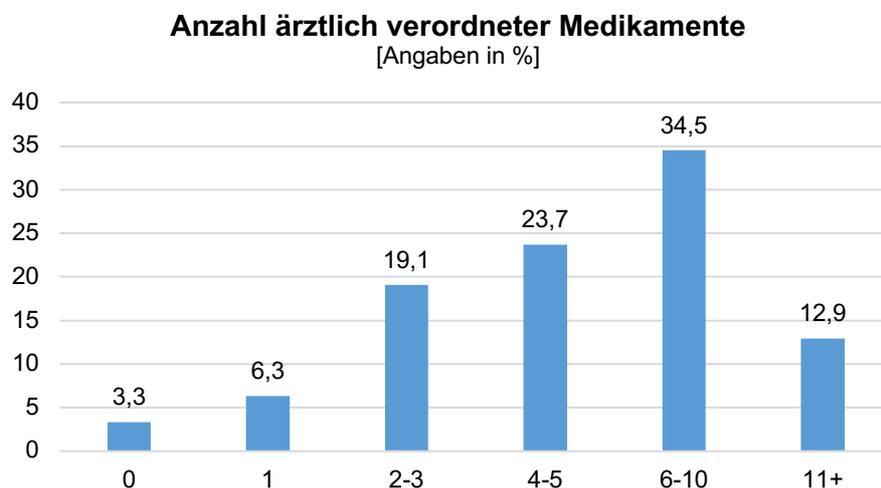


Abbildung 11: Anzahl ärztlich verordneter Medikamente, inkl. Telefoninterviews (n=701)

Trotz insgesamt etwas schlechterer Werte bei Gesundheit und Funktionalität finden sich keine eindeutigen geschlechtsspezifischen Differenzen. Zwar sind Frauen etwas häufiger von Polypharmazie betroffen als Männer (48,1% vs. 47%), die Unterschiede sind jedoch nur geringfügig. Auch höheres Alter schlägt nicht mit einer signifikant höheren Polypharmazie-Rate zu Buche (80-85: 45,4%; 86-90: 50,5%).

Tabelle 14 gibt einen Überblick über die am häufigsten verordneten Arzneimittel und Medikamentengruppen. Die häufigste in der Stichprobe vorgefundene Medikamentengruppe sind Präparate mit antithrombotischer Wirkung, deren Einnahme von etwas mehr als der Hälfte aller Teilnehmer/innen angegeben wird (54,5%). Wesentlich ist hier vor allem die Acetylsalicylsäure im primär- und sekundärprophylaktischen Einsatz. Deutliche Entsprechung in der Medikationsprävalenz findet auch die im Rahmen der ÖIHS am häufigsten erhobene chronische Krankheit, der Bluthochdruck. So gibt rund die Hälfte aller Befragten (52,4%) eine laufende Therapie mit Medikamenten an, die auf das Renin-Angiotensin System wirken, vor allem ACE-Hemmer in Reinform oder in Kombinationspräparaten. Auch  $\beta$ -Blocker (38,5%), Diuretika (23,5%), Calciumkanalblocker (15,4%) und andere Anti-Hypertonika (7,4%) machen einen wesentlichen Anteil an Arzneimittelverordnungen aus. Zusammen mit Medikamenten zur „Herztherapie“ (10,9%) reflektieren bzw. bestätigen diese Zahlen die hohe Prävalenz chronischer Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems im hohen Alter. Häufige Anwendung finden bei hochaltrigen Menschen auch Anti-Säure-Präparate gegen Gastritis, Reflux-Krankheit oder als Magenschutz in Kombination mit anderen Verordnungen (27,1%). Rund ein Drittel (31,3%) der Befragten verwendet regelmäßig Lipidsenker. Hierbei handelt es sich um Medikamente, die bei erhöhten Blutfetten (Cholesterin, Triglyceride) zur Vorbeugung von arteriosklerotischen Gefäßerkrankungen eingesetzt werden.

Eine durchaus große Rolle bei hochaltrigen Patient/innen spielen auch Antidepressiva (15,6%) und Antidementiva (14,2%). Mit Blick auf Antidepressiva ergibt sich insofern eine auffällige Geschlechtsspezifität, als Frauen fast doppelt so häufig Antidepressiva nehmen bzw. verordnet bekommen als Männer (19,3% vs. 10,2%,  $\chi^2(1) = 8.896$ ,  $p = .003$ ). Anders als die nicht statistisch signifikanten Ergebnisse aus der Krankheitsanamnese im vorherigen Abschnitt, liefern die Medikationsdaten also Hinweise auf eine deutlich größere Prävalenz von Depressionen unter hochaltrigen Frauen. Auch in Pflegeheimen finden Antidepressiva deutlich häufiger Anwendung als etwa in Privathaushalten (37,7% vs. 12,4%,  $\chi^2(2) = 27.260$ ,  $p < .001$ ). Besonders auffällig ist darüber hinaus in Pflegeheimen die vergleichsweise häufige Verordnung von Sedativa, die fast beim Dreifachen der Verordnungshäufigkeit in Privathaushalten liegt (16,4% vs. 6,1%,  $\chi^2(2) = 12.464$ ,  $p = .002$ ). Dies bestätigt Ergebnisse aus anderen Studien, die einen hohen Einsatz von psychotropen Substanzen in Pflegeheimen feststellen und problematisieren (Mann et al. 2013). Weitere häufiger genannte Medikamente in der Stichprobe der ÖIHS sind Präparate zur Schilddrüsentherapie (17,5%), Antidiabetika (Insulin und orale Antidiabetika – 13,3%), Mineralstoffe (z.B. bei Osteoporose – 17,9%), Vasoprotektoren (bei Krampfadern, Beinödemen, Hämorrhoiden – 12,4%) und diverse Schmerzmittel (18%).

Tabelle 14: Am häufigsten verordnete Arzneimittel und Medikamentengruppen

Arzneimittel und Medikamentengruppen	%
Antithrombotische Mittel	54,5
Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	52,4
Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten	38,5
Psychoanaleptika	31,3
Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	31,3
Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	27,1
Diuretika	23,5
Analgetika	18,0
Mineralstoffe	17,9
Schilddrüsentherapie	17,5
Antidepressiva	15,6
Calciumkanalblocker	15,4
Urologika	14,9
Psycholeptika	14,9
Antidemenzmedikamente	14,2
Antidiabetika	13,3
Vasoprotektoren	12,4
Herztherapie	10,9
Antiepileptika	9,6
Gichtmittel	8,6
Ophthalmika	8,2
Vitamine	7,7
Sedativa	7,5

Wenig Aussage kann auf Basis der Medikationsanamnese zu einer möglicherweise bestehenden Unter- oder Übermedikation – als Folge einer Unterdiagnostizierung von Krankheiten oder einer nicht- bzw. kontraindizierten Verordnung von Arzneimitteln – getroffen werden. Hierzu müsste auf medizinische Unterlagen und ärztliche Diagnosen zurückgegriffen werden, um diese anschließend mit den Verordnungen abzugleichen – Daten, die uns leider nicht zur Verfügung stehen. Als auffällig und potentiell problematisch kann allenfalls die Verwendung von Psychopharmaka und Sedativa hervorgehoben werden, zumal diese auch in anderen Altersstudien am häufigsten als nicht indizierte oder kontraindizierte Verordnungen identifiziert werden (z.B. Steinhagen-Thiessen/Borchelt 2010). Speziell der bereits erwähnte häufige Einsatz von Sedativa in Pflegeheimen legt die Vermutung nahe, dass hier nicht immer eine in erster Linie medizinisch begründete Indikation vorliegt, sondern deren Verabreichung oftmals primär pflegetechnischen Gesichtspunkten folgt.

Generell birgt ein hohes Ausmaß an Multimedikation bzw. Polypharmazie, wie es auch in der ÖIHS festgestellt wurde, ein erhöhtes Risiko für die Verordnung von potentiell inadäquaten Medikamenten bei älteren Menschen. Aus Studien geht hervor, dass davon besonders häufig Frauen betroffen sind sowie Medikamente aus der Gruppe der Psychopharmaka (Mann et al. 2014). Mittlerweile gibt es Anstrengungen, auf Basis klinischer und pharmakologischer Studien Kriterien zu entwickeln, um für ältere Menschen potentiell ungeeignete Medikamente zu identifizieren. In Österreich gibt es in diesem Zusammenhang etwa seit einigen Jahren die sogenannte „PIM-Liste“ (Mann et al. 2012), die Arzneimittel erfasst, von deren Verordnung bei der Behandlung älterer Menschen abgesehen werden sollte. Mit Blick auf die Verringerung von Polypharmazie und damit assoziierten Folgeproblemen stellt dies sicherlich eine erste positive Entwicklung dar.

### **6.3 Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte**

Ein weiterer Indikator für die Morbidität in der Population der Hochaltrigen ist die Anzahl der Arztbesuche. 77,9% der Befragten geben an, in den vergangenen 3 Monaten zumindest einmal einen Arzt aufgesucht zu haben. 37,3% waren in diesem Zeitraum öfter als 1-2 Mal beim Arzt. 16,8% haben sogar 5 Mal und öfter einen Arzt aufgesucht. Einzuschränken sind diese relativ hohen Zahlen nur insofern, als die Befragten in ihren Angaben in der Regel auch solche Arztbesuche berücksichtigt haben, die lediglich den Zweck hatten, ein Rezept abzuholen. Nicht bei allen Arztbesuchen erfolgte also eine ärztliche Behandlung im engeren Sinne.

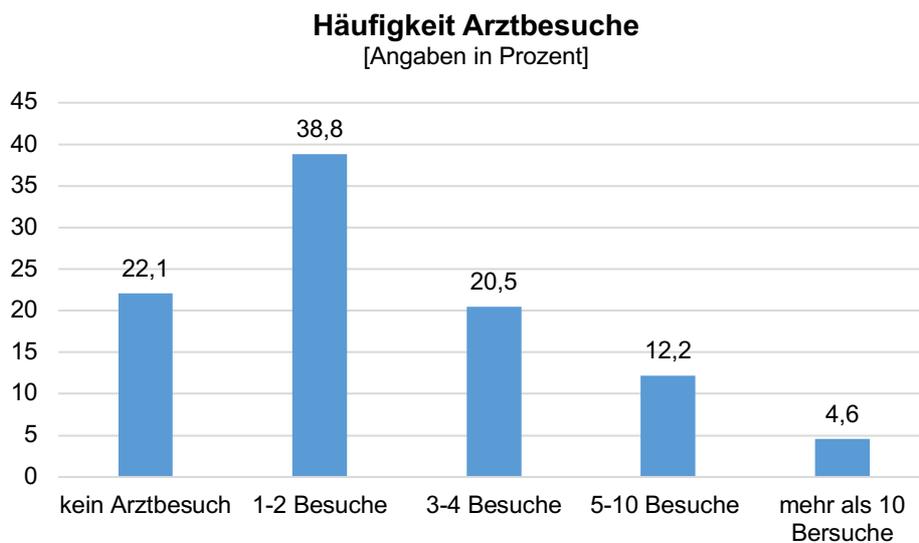


Abbildung 12: Anzahl Arztbesuche in den letzten 3 Monaten (n=565)

Wenig überraschend korreliert die Anzahl der Arztbesuche mit der Anzahl chronischer Krankheiten ( $p = .126$ ,  $p = .009$ ) und dem funktionalen Status ( $p = .481$ ,  $p < .001$ ). Wer mehr Krankheiten hat und sich in einem schlechteren funktionalen Zustand befindet, konsultiert auch häufiger einen Arzt. Was Krankenhausaufenthalte betrifft, so geben 14,9% an, innerhalb der vergangenen 3 Monate stationär als Patient/in in einem Krankenhaus gewesen zu sein. Auch hier besteht ein klarer Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand ( $\chi^2(3) = 42.905$ ,  $p < .001$ ): Fast ein Drittel (31,8%) jener Personen, die mit Blick auf ihren funktionalen Status als „frail“ einzustufen sind, waren innerhalb der vergangenen 3 Monate stationär in einem Krankenhaus. In der Kategorie „pre-frail“ waren es immer noch 18,6%. Hingegen waren unter den Personen in relativ gutem Gesundheitszustand nur 3,1% der „Fitten“ und nur 1,8% der „Rüstigen“ in den letzten 3 Monaten als Patient/in in einem Krankenhaus.

## 6.4 Chronische Schmerzen

Ebenfalls ein häufig auftretendes Phänomen im hohen Alter sind chronische Schmerzzustände. Schmerzen können das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Menschen erheblich beeinträchtigen. Häufigste Schmerzursache im Alter sind Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, insbesondere Arthrosen, Osteoporose und entzündliche Gelenkerkrankungen (Hardt 2008).

Die Schmerzbetreffenheit und Schmerzintensität wurde erhoben auf Basis einer 10-Punkte-Skala, auf der die Befragten ihrem subjektiven Schmerzempfinden einen Zahlenwert zwischen 1 und 10 zuordnen sollten, wobei 1 sehr leichte Schmerzen bedeutet und 10 den stärksten überhaupt vorstellbaren Schmerz. Knapp die Hälfte der Befragten (49,6%) gibt an, häufig unter Schmerzen zu leiden. Bei der Mehrheit der Betroffenen (65,2%) handelt es sich laut Selbsteinschätzung um leichte bis mittelstarke Schmerzen (d.h. im Bereich von 1-5 auf der 10-Punkte-Skala). Die anderen 34,8% leiden demzufolge unter eher starken bis sehr starken Schmerzen. 33,9% der Betroffenen klagen über Schmerzen eher bei Bewegung,

15,5% eher im Ruhezustand. Bei 50,6% treten Schmerzen sowohl bei Bewegung als auch in Ruhe auf.

Frauen sind von Schmerzen häufiger betroffen als Männer (55,2% vs. 42,2%,  $\chi^2(3) = 14.820$ ,  $p = .002$ ). Keinen Unterschied gibt es hingegen bei der Schmerzintensität. Hier geben betroffene Frauen und Männer in etwa gleich häufig an, unter starken oder sehr starken Schmerzen zu leiden (34,6% vs. 35,2%). Die stärkere Schmerzbetroffenheit von Frauen dürfte zum Teil auf den bereits konstatierten, allgemein etwas schlechteren Gesundheitszustand von Frauen im Vergleich zu Männern zurückzuführen sein.

Deutliche Unterschiede ergeben sich auch entlang des Bildungsniveaus, insofern Personen mit niedriger Bildung (höchstens Pflichtschulabschluss) signifikant häufiger von chronischen Schmerzzuständen betroffen sind als Personen mit höherer Bildung (Matura und höher) (60,1% vs. 40,1%,  $\chi^2(6) = 16.533$ ,  $p = .011$ ). Darüber hinaus geben sie auch häufiger an, unter starken Schmerzen zu leiden im Vergleich zu Betroffenen mit hoher Bildung (34,8% vs. 26,2%). Im Gegensatz zur Schmerzbetroffenheit erweist sich diese bildungsspezifische Differenz jedoch statistisch nicht als signifikant ( $\chi^2(18) = 27.645$ ,  $p = .068$ ).

Tabelle 15: Chronische Schmerzen nach Geschlecht und Bildung

Chronische Schmerzen	insgesamt		Geschlecht		Bildung	
		m	w	niedrig	hoch	
Schmerzprävalenz	49,6%	42,2%	55,2%	60,1%	40,1%	
Leicht bis mittelstark (1-5)	65,2%	64,8%	65,4%	65,2%	73,8%	
Eher stark bis sehr stark (6-10)	34,8%	35,2%	34,6%	34,8%	26,2%	

### 6.5 Subjektive Gesundheit

Wie bereits eingangs erwähnt, gehört auch die subjektive Gesundheit zur Einschätzung der (Multi-)Morbidity im Alter. Dabei handelt es sich um die subjektive Bewertung des Gesundheitszustandes einer Person. Wie mittlerweile aus der geriatrischen Forschung bekannt ist, kann die subjektive Gesundheit den objektiven Gesundheitszustand annähernd genauso gut und mitunter sogar genauer beschreiben als medizinische Diagnosen (Böhmer 2008). Das heißt, die subjektive Gesundheit ist ein guter Indikator für die objektive Gesundheit. In längsschnittlichen Studien hat sie sich sogar als ein aussagekräftiger Prädiktor der Sterblichkeit erwiesen (DeSalvo et al. 2006). Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes zählt daher auch zu den am häufigsten verwendeten Indikatoren für die Beschreibung des allgemeinen Gesundheitszustandes (Mossey/Shapiro 1982; Miilunpalo et al. 1997).

Zur Erfassung der subjektiven Gesundheit wurden die Teilnehmer/innen der ÖIHS um eine subjektive Einschätzung zu zumindest drei verschiedenen gesundheitsbezogenen Bereichen gebeten, nämlich: Gesundheitszustand allgemein, körperliche Verfassung und Gedächtnis (Merkfähigkeit). Die subjektive Einschätzung dieser Gesundheitsbereiche erfolgte dabei auf der Grundlage einer fünfstufigen Skala von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“. Die Auswertung

der Daten zeigt, dass hochaltrige Menschen ihre Gesundheit weitestgehend als gut einschätzen. Darin spiegelt sich auch die Tatsache wider, dass Personen mit einem relativ guten Allgemeinzustand in der Studie etwas stärker repräsentiert sind als solche mit einem schlechten Gesundheitszustand. Mehr als die Hälfte der Befragten (52,1%) schätzt ihre Gesundheit als gut oder sogar sehr gut ein. Ein weiteres Drittel (33,7%) betrachtet den eigenen Gesundheitszustand immerhin noch als mittelmäßig. 14,2% schätzen ihre Gesundheit hingegen als schlecht oder sehr schlecht ein.

Ähnliche Werte ergeben sich bei der subjektiven Einschätzung der körperlichen Verfassung. Mit der Frage nach der körperlichen Verfassung war beabsichtigt, stärker die subjektive Sicht der Befragten auf ihre Funktionalität und körperliche Leistungsfähigkeit hinsichtlich der Bewältigung alltäglicher Verrichtungen zu erfassen. Dabei schätzen 51,5% ihre körperliche Verfassung als sehr gut oder gut ein, 32,4% als mittelmäßig und 15,6% als schlecht oder sehr schlecht. Dass die Werte nahezu ident mit jenen zur allgemeinen Gesundheit sind, lässt darauf schließen, dass die eigene Gesundheit besonders stark an der körperlichen Verfassung bzw. deren Wahrnehmung festgemacht wird. Dies zeigt sich auch an der starken Korrelation zwischen der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes und der Einschätzung der körperlichen Verfassung ( $r = .674, p < .001$ ).

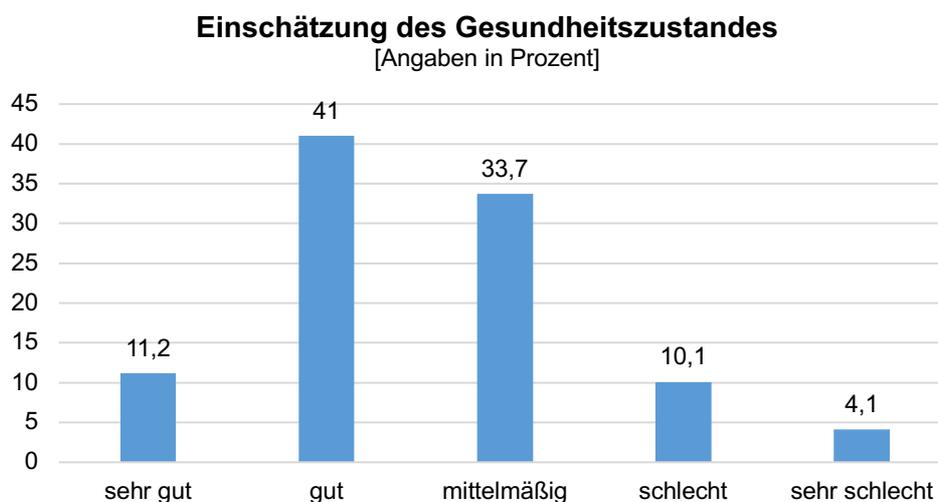


Abbildung 13: Subjektive Gesundheit, inkl. Telefoninterviews (n=715)

Noch besser fällt die subjektive Bewertung der eigenen Gedächtnisleistung aus: Hier sind es beinahe zwei Drittel (62,6%), die die eigene Merkfähigkeit als sehr gut oder gut einschätzen. Immer noch 30% bewerten ihre Gedächtnisleistung als mittelmäßig, und lediglich 7,3% schätzen ihr Gedächtnis als schlecht oder sehr schlecht ein.

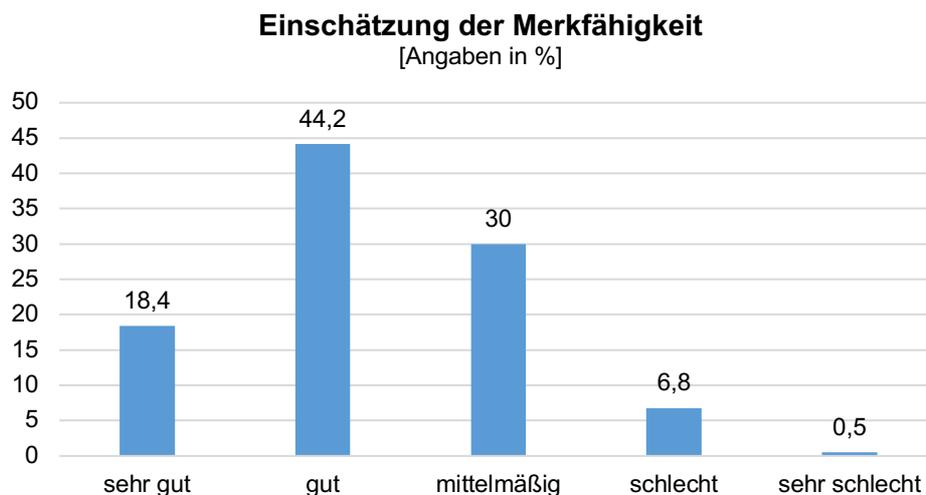


Abbildung 14: Selbsteinschätzung Merkfähigkeit (n=570)

Wenig überraschend korreliert die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit signifikant mit dem objektiven Gesundheitszustand ( $\chi^2(12) = 149.793, p < .001$ ). Das heißt, ein guter Gesundheitszustand geht in der Regel mit einer entsprechend positiven subjektiven Einschätzung einher, während Personen mit einem eher schlechten Gesundheitszustand ihre Gesundheit auch selbst schlechter einschätzen. Allerdings zeigt sich auch – in Übereinstimmung mit Ergebnissen anderer Hochaltrigenstudien (z. B. Collerton et al. 2009) – dass dem nicht notwendig so ist, die subjektive Einschätzung also mitunter besser ausfallen kann als sich der Gesundheitszustand objektiv darstellt. Überraschend viele Teilnehmer/innen schätzen ihre Gesundheit trotz bestehender gesundheitlicher Beeinträchtigungen als relativ gut ein. So bewerten etwa immer noch 17,7% jener Personen mit objektiv schlechtem Allgemeinzustand („frail“) ihre Gesundheit als gut oder sehr gut. Weitere 48,2% schätzen ihre Gesundheit zumindest als mittelmäßig ein.

Größere Diskrepanzen zwischen objektiver Funktionalität und subjektiver Einschätzung ergeben sich hingegen mit Blick auf die Merkfähigkeit. Anders als die Gesundheit und der funktionale Status wird die Merkfähigkeit von den Teilnehmer/innen tendenziell überschätzt. Ein Merkttest im Rahmen eines Demenzscreenings (siehe Kapitel 8) ergab Defizite in der Merkfähigkeit bei 65,3% der Teilnehmer/innen. 30,8% wiesen dabei sogar erhebliche Merkschwächen auf. Diese kognitiven Befunde stehen recht deutlich in Kontrast zur wesentlich besseren subjektiven Einschätzung der Merkfähigkeiten.

Mit Blick auf geschlechtsspezifische Unterschiede lässt sich feststellen, dass Frauen ihren Gesundheitszustand überwiegend – wenn auch statistisch nicht signifikant – schlechter einschätzen als Männer. Schätzen 57% der befragten Männer ihrer Gesundheit als gut oder sehr gut ein, sind es bei den Frauen lediglich 48,4%. Ähnlich verteilt sind die Werte bei der Einschätzung der körperlichen Verfassung (54,9% vs. 48,9%). Umgekehrt fallen hingegen die Ergebnisse zur subjektiven Einschätzung der eigenen Gedächtnisleistung aus. Diese wird von Frauen häufiger als gut oder sehr gut eingeschätzt als von Männern (65,2% vs. 59,1%).

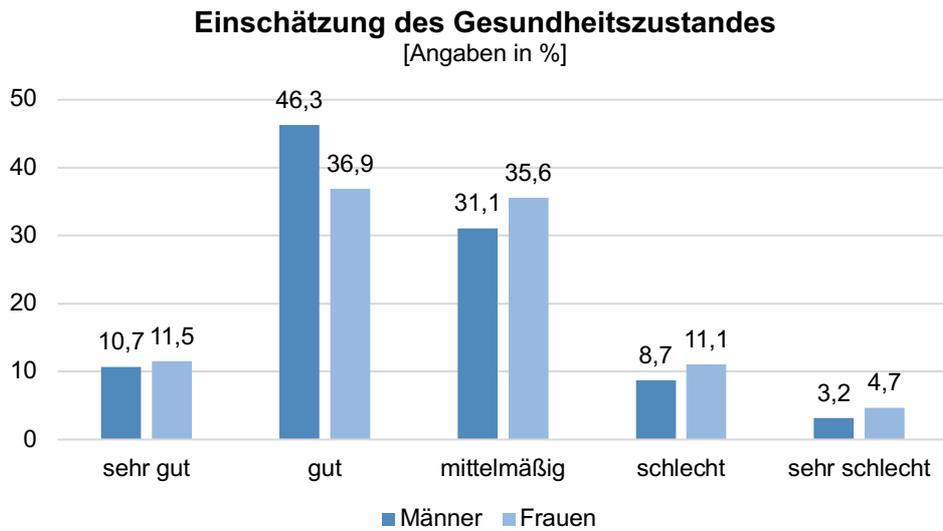


Abbildung 15: Subjektive Gesundheit nach Geschlecht

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der subjektiven Einschätzung der Gesundheit sind, wie schon oben die allgemeinen Differenzen, vor dem Hintergrund objektiver Gesundheitsunterschiede zu betrachten. Wie bereits dargestellt, befinden sich Männer in der Stichprobe tendenziell in einem besseren funktionalen Zustand als Frauen. Dies spiegelt sich hier in einer entsprechend schlechteren subjektiven Einschätzung durch Frauen wider.

## 7. Harninkontinenz – Eine weit verbreitete, aber tabuisierte Erkrankung im hohen Alter

Harninkontinenz ist eine Erkrankung, die im höheren Lebensalter relativ weit verbreitet ist. Als Harninkontinenz wird „jeder unfreiwillige Urinverlust ohne quantifizierende Einschränkung“ definiert (Wiedemann/Füsgen 2008: 167). Genaue Zahlen über die Prävalenz der Harninkontinenz waren bis vor kurzem relativ rar und beruhten großteils auf Schätzungen (Talas 2014: 58). Dabei wurde davon ausgegangen, dass unter den über 70-jährigen zu Hause lebenden Personen etwa 30% von Harninkontinenz betroffen sind und in Pflegeheimen 50-70% (Wiedemann/Füsgen 2008: 167). Empirische Erhebungen der letzten Jahre konnten diese Schätzungen weitgehend bestätigen. Unter hochaltrigen Menschen sind demnach rund ein Drittel von einer Harninkontinenz betroffen (Winkler et. al. 2012: 87; ÖPIA 2015: 49-54), wobei Frauen deutlich stärker betroffen sind als Männer. Deutlich höher ist die Prävalenz der Harninkontinenz unter Pflegeheimbewohner/innen: Dort sind laut einer österreichischen Studie im Rahmen der Europäischen Pflegequalitätserhebung aus dem Jahr 2011 rund 80% der Heimbewohner/innen von einer Harninkontinenz betroffen (Nußbaumer/Lohrmann 2011).

Harninkontinenz führt, je nach Schwere der Erkrankung, nicht nur zu einer signifikanten Verminderung des subjektiven Wohlbefindens, sondern wirkt sich auch negativ auf die Mobilität und Gesamtgesundheit der Betroffenen aus. Als besonders problematisch sind dabei auch die negativen Folgen für eine aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben anzuführen. Bisherige Forschung weist darauf hin, dass es ein vielschichtiger, multikausaler Prozess ist, der beim Vorliegen von Harninkontinenz Prozesse sozialer Exklusion verstärkt. Zum einen sind häufig indirekte Konsequenzen und Probleme einer Harninkontinenz zu berücksichtigen, wie z.B.:

- Reduziertes Trinkverhalten mit der Gefahr der Dehydrierung
- Rascher (nächtlicher) Toilettengang mit erhöhter Sturzgefahr (Chiarelli et al. 2009)
- Wechselwirkungen von gleichzeitig eingenommen Medikamenten (etwa bei gleichzeitiger Behandlung einer Harninkontinenz und einer Demenz)
- Verminderte Mobilität mit verstärkter Isolation und Verschlechterung einer Frailty

Zum anderen sind ein individueller Rückzug infolge der Erkrankung und der damit verbundenen Belastung selbst (z.B. Scham) wesentliche Einflussfaktoren (Hayder/Schnepf 2009). Ein solcher Rückzug verweist einerseits auf strukturelle Bedingungen und insbesondere infrastrukturelle Gegebenheiten (z.B. Mangel und fehlende Barrierefreiheit bei Toiletten im öffentlichen Raum), andererseits aber auch auf gesellschaftliche Normen und Ausschlussmechanismen, die in modernen Gesellschaften nicht zuletzt entlang der Funktionalität und der Fähigkeit zur Kontrolle über den eigenen Körper verlaufen. Kontrolle über sich und den Körper sind wesentliche Bestandteile unserer Identität, die durch Erkrankungen wie die Harninkontinenz existentiell bedroht wird. Inkontinenz ist daher weitgehend tabuisiert und speziell für Betroffene oftmals ein umso unangenehmeres Thema. Umso wichtiger ist es vor diesem Hintergrund, die Auswirkungen von

Harninkontinenz auf den Alltag und das soziale Leben betroffener hochaltriger Menschen zu untersuchen, um auf diese Weise besser zu verstehen, wie solche Prozesse der sozialen Exklusion vonstatten gehen und wie diesen möglichst entgegengewirkt werden kann.

Die Erhebung bezüglich Harninkontinenz im Rahmen der ÖIHS beruht im Wesentlichen auf einer deutschen Version des Bristol LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) Questionnaire (vgl. Schatzl et al. 2001). Folgende Fragen wurden dabei erhoben:

- Wie lange besteht die Harninkontinenz bereits?
- Wie häufig verlieren Betroffene unfreiwillig Harn?
- Wie viel Harn wird jeweils verloren?
- Wie sehr wird durch die Harninkontinenz das Wohlbefinden beeinträchtigt?
- Wie schützen sich Betroffene gegen die Inkontinenz (z.B. Inkontinenzvorlagen)?
- Sind Betroffene wegen ihrer Inkontinenz in ärztlicher Behandlung?

## 7.1 Prävalenz der Harninkontinenz

Die Anamnese im Rahmen des geriatrischen Assessment bestätigt weitestgehend die oben angeführten Annahmen und empirischen Befunde bezüglich der Prävalenz von Harninkontinenz in der hochaltrigen Bevölkerung: Etwas weniger als ein Drittel der Studienteilnehmer/innen (29,2%) gab an, unter einer Harninkontinenz zu leiden. Pflegeheimbewohner/innen (50,8%) sind dabei deutlich häufiger betroffen als Personen in Privathaushalten (25,8%). Dies verweist darauf, dass Harninkontinenz vor allem bei funktional eingeschränkten Personen (Frailty) auftritt ( $\chi^2(3) = 92.237, p < .001$ ). Auch Frauen (35,8%) und ältere Teilnehmer/innen zwischen 86 und 90 Jahren (33,1%) leiden häufiger unter Harninkontinenz als Männer (18,8%) und jüngere Teilnehmer/innen zwischen 80 und 85 Jahren (24,8%).



Abbildung 16: Harninkontinenz, nach Geschlecht, Alter und Wohnform, inkl. Telefoninterviews (n=699)

Grundsätzlich kann angenommen werden, dass die tatsächliche Prävalenz der Harninkontinenz noch etwas höher liegt als es die Ergebnisse der ÖIHS nahelegen, da – abgesehen von der Überrepräsentation von Personen mit guter Gesundheit und Funktionalität in der Stichprobe – Harninkontinenz ein nach wie vor weitgehend tabuisiertes und für die Betroffenen sehr unangenehmes Thema ist. Es ist daher zu vermuten, dass nicht alle tatsächlich Betroffenen das Vorliegen einer Harninkontinenz wahrheitsgemäß angegeben haben und die vorliegenden Ergebnisse die tatsächliche Prävalenz etwas unterschätzen.

## 7.2 Häufigkeit und Ausmaß des ungewollten Harnverlustes

Eine Auswertung von Daten bezüglich der Schwere des Inkontinenzleidens, die von 163 (von insgesamt 204) Betroffenen erhoben werden konnten, ergibt, dass die meisten bereits über einen längeren Zeitraum hinweg, jedenfalls aber länger als drei Jahre davon betroffen sind (55,2%). Bei 14,1%, also etwas mehr als einem Achtel der Betroffenen, handelt es sich noch um ein relativ neues Leiden und besteht die Inkontinenz seit weniger als einem Jahr. Hinsichtlich des Schweregrades des ungewollten Harnverlustes (Häufigkeit und Menge des Harnverlustes) geben 56,3% der Betroffenen an, mehrmals täglich Harn zu verlieren, davon 13,3% sogar dauernd. Rund jede/r Fünfte (19,6%) verliert zumindest einmal am Tag Harn. Damit sind in Summe 75,9% der Betroffenen jeden Tag mit Harnverlust konfrontiert. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (52,2%) gibt an, bei einem Harnverlust jeweils nur Tropfen zu verlieren, bei 47,8% ist der Harnverlust jedoch stärker.

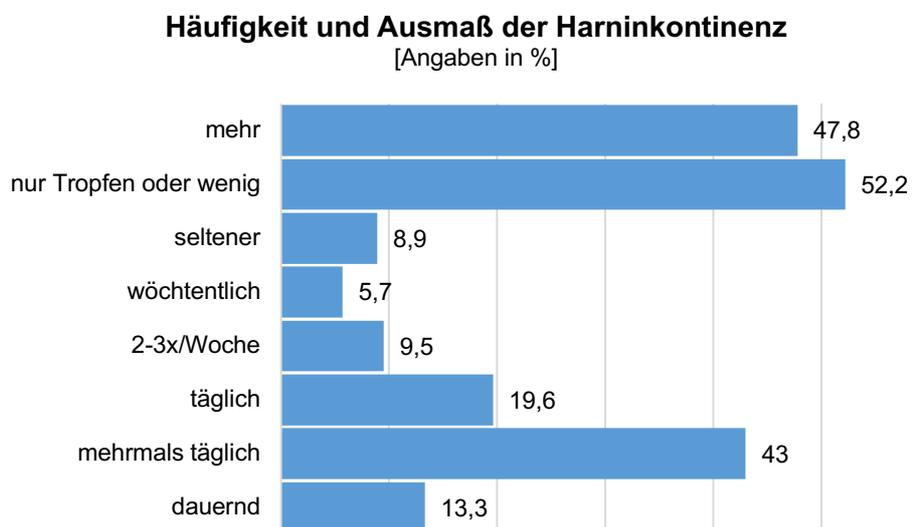


Abbildung 17: Häufigkeit und Ausmaß der Harninkontinenz

Hinsichtlich geschlechtsspezifischer Ausprägungen der Harninkontinenz ergibt sich ebenfalls eine stärkere Belastung für Frauen: Frauen sind nicht nur, wie dargestellt, wesentlich häufiger von Harninkontinenz betroffen als Männer, sondern leiden auch unter schwereren Ausprägungen der Erkrankung. Während 79,8% der betroffenen Frauen mindestens einmal

täglich Harn verlieren, sind es bei den Männern nur 65,9%. Auch die jeweils verlorene Harnmenge ist bei Frauen in der Regel größer: 55,4% von ihnen geben an, bei einem ungewollten Harnverlust mehr als nur Tropfen zu verlieren, bei Männern trifft dies nur auf 28,9% zu. Keine großen Unterschiede sind hingegen mit Blick auf die Dauer des Inkontinenzleidens zu beobachten: Bei mehr als der Hälfte sowohl der betroffenen Männer (56,5%) als auch der betroffenen Frauen (54,7%) liegt der Beginn der Erkrankung bereits drei Jahre oder länger zurück.

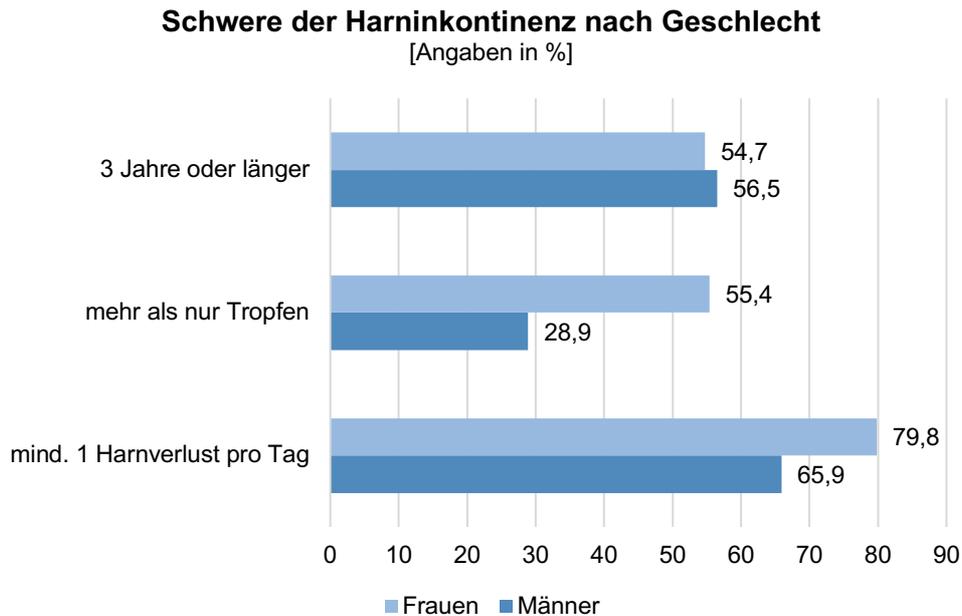


Abbildung 18: Schwere der Harninkontinenz (nach Geschlecht)

Große Unterschiede ergeben sich, wenn man die Ergebnisse getrennt nach Privathaushalten und Pflegeheimen betrachtet: Personen in Pflegeheimen sind nicht nur häufiger, sondern auch deutlich stärker, d.h. von schwerwiegenden Ausprägungen der Harninkontinenz betroffen. 25% von ihnen verlieren nicht nur täglich, sondern dauernd Harn (Privathaushalt: 11,6%). Bei 66,7% beschränkt sich der Harnverlust auch nicht nur auf einzelne Tropfen, sondern hier liegt ein schwerwiegenderer Harnverlust vor. Dies ist bei Betroffenen aus Privathaushalten mit einem Anteil von 43,3% deutlich seltener der Fall.

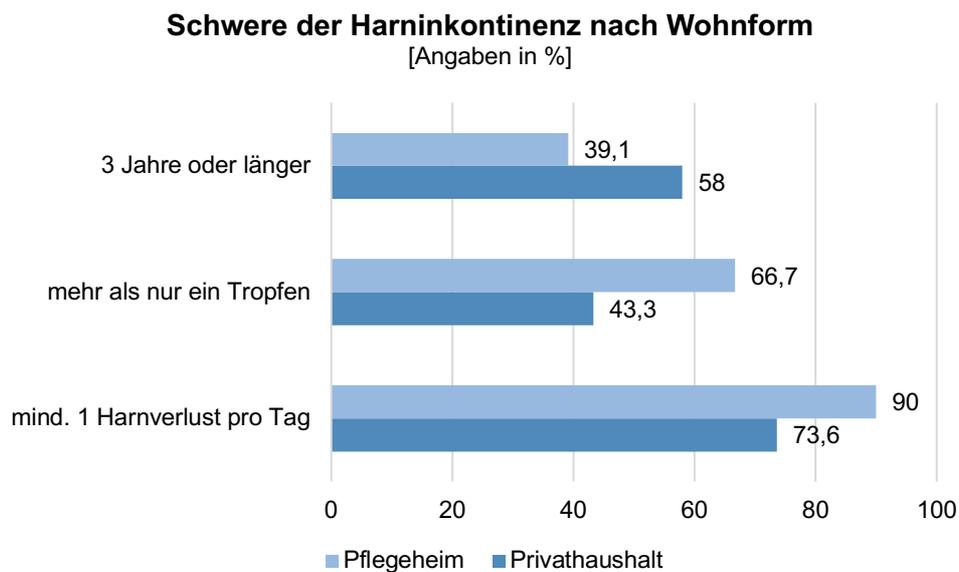


Abbildung 19: Schwere der Harninkontinenz nach Wohnform

Auffällig ist auch, dass sich ein beträchtlicher Teil der von Harninkontinenz Betroffenen (63,8%) in keinerlei ärztlicher Behandlung wegen ihrer Erkrankung befindet: Deutlich weniger als die Hälfte von ihnen gibt an, ihre Harninkontinenz behandeln zu lassen. 19,6% geben dabei an, ihre Harninkontinenz bei einem/einer Urolog/in behandeln zu lassen. 15,3% nennen (auch) ihren Hausarzt. Die relativ geringe Behandlungsrate in der vorliegenden Stichprobe könnte ein Hinweis darauf sein, dass aufgrund der nach wie vor bestehenden gesellschaftlichen Tabuisierung von Inkontinenz und der daraus resultierenden Scham viele Betroffene sich davor scheuen, sich mit ihrer Erkrankung an einen Arzt zu wenden.

### 7.3 Beeinträchtigung des Wohlbefindens durch Harninkontinenz

Eine andere mögliche Interpretation wäre, dass die Betroffenen dazu neigen, ihre Harninkontinenz zu bagatellisieren, oder durch die Inkontinenz nicht oder nur wenig in ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt werden. Die niedrige Behandlungsquote wäre dann darin begründet, dass die Harninkontinenz von zahlreichen Betroffenen nicht notwendigerweise als ein behandlungsbedürftiges Leiden wahrgenommen wird. Danach gefragt, wie sehr die Inkontinenz ihr Wohlbefinden beeinträchtigt, sagen immerhin zwei Drittel (66,9%), dass die Inkontinenz ihr Wohlbefinden wenig oder gar nicht beeinträchtigt. Nur jede/r Dritte (33,1%) gibt an, sich ziemlich oder sehr im Wohlbefinden beeinträchtigt zu fühlen. Frauen fühlen sich dabei etwas stärker beeinträchtigt als Männer.

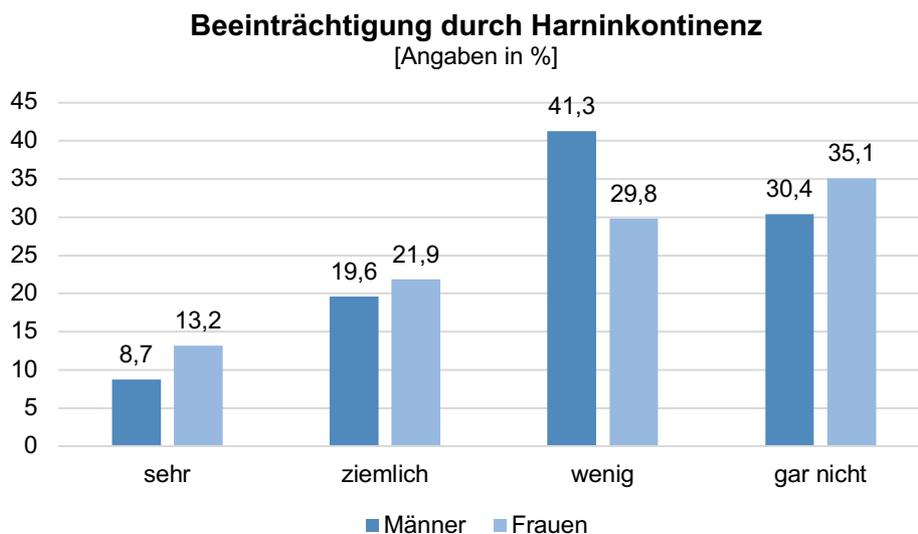


Abbildung 20: Beeinträchtigung durch Harninkontinenz (nach Geschlecht)

Sehr deutliche Hinweise gibt die Datenauswertung aber auch darauf, dass der Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden stark von der Schwere der Erkrankung abhängt. Berücksichtigt man in der Auswertung die Häufigkeit des ungewollten Harnverlustes, so ergibt sich eine statistisch signifikante Korrelation ( $\chi^2(15) = 33.374$ ,  $p = .004$ ). Kein signifikantes Ergebnis ergibt hingegen eine Korrelation mit der Menge des jeweils verlorenen Harns ( $\chi^2(3) = 7.359$ ,  $p = .061$ ). Das heißt, die Häufigkeit des ungewollten Harnverlustes wirkt sich negativer auf das subjektive Wohlbefinden aus als die Harnmenge, die jeweils bei einem Harnverlust abgeht.

Eine Frage der Schwere des Leidens ist es auch, wie die Betroffenen mit der Inkontinenz umgehen bzw. wie sie sich davor schützen: 9,3% geben an, die Harninkontinenz einfach nicht zu beachten. 32,1% sagen, sie verwenden Slipeinlagen. Hier handelt es sich mehrheitlich um leichtere Fälle der Inkontinenz. 54,9% verwenden Inkontinenzvorlagen, wobei diese bevorzugt bei Personen zur Anwendung kommen, die von schwereren Ausprägungen der Harninkontinenz betroffen sind.

Die auf den ersten Blick recht niedrige Beeinträchtigung des Wohlbefindens durch Harninkontinenz sollte also gerade auch aufgrund der Unterschiede in Ausmaß und Häufigkeit des Harnverlustes nicht darüber hinwegtäuschen, dass Harninkontinenz durchaus mit erheblichen Einschränkungen verbunden sein kann. In vielen dieser Fälle liegt eine entsprechend weniger schwere Form der Harninkontinenz vor, die noch weitgehend kompensiert werden kann. Aus der geriatrischen bzw. der Pflegepraxis ist darüber hinaus bekannt, dass vor allem Frauen dazu neigen, ihre Inkontinenz-Symptome zu verharmlosen (Talaszi 2014: 58). Die sich aus der Befragung ergebende, vergleichsweise geringe Beeinträchtigung im Wohlbefinden könnte somit in einer tendenziellen Verharmlosung der Inkontinenz begründet liegen. Aussagen von Teilnehmer/innen in Richtung einer geringen Beeinträchtigung durch Inkontinenz deuten insofern vielleicht eher auf eine nach wie vor bestehende Tabuisierung des Leidens hin, als dass sie Auskunft über den tatsächlichen Grad der Beeinträchtigung geben.

#### 7.4 Harninkontinenz und soziale Inklusion

Wie bereits eingangs erwähnt, kann Harninkontinenz Prozesse der sozialen Exklusion bewirken bzw. verstärken, etwa durch sozialen Rückzug Betroffener aufgrund von Scham oder strukturellen Einschränkungen (z.B. Mangel an öffentlichen Toiletten). Inkontinenz kann nicht nur, wie gezeigt, das subjektive Wohlbefinden stark beeinträchtigen – vor allem bei schwereren Ausprägungen der Erkrankung – sondern auch Einschränkungen im Alltags- und Sozialleben der Betroffenen verursachen. Es soll daher in diesem Kapitel auch einem potentiellen Zusammenhang von Harninkontinenz und sozialer Exklusion nachgegangen werden. Die Analyse fokussiert dabei auf Indikatoren, die sich in erster Linie auf das Sozialleben der Teilnehmer/innen beziehen. Als relevante Indikatoren ausgewählt wurden Außer-Haus-Mobilität, Aktivitätsgrad, soziales Netzwerk und Einsamkeit (Tabelle 16).

Dabei zeigt sich zunächst insofern ein Zusammenhang, als Personen mit Harninkontinenz in allen Bereichen häufiger von Einschränkungen betroffen sind als Teilnehmer/innen, die nicht unter einer Inkontinenz leiden. Sie weisen häufiger eine geringe Außer-Haus-Mobilität (< 1x/Woche) und einen niedrigen Aktivitätsgrad (< 7 Aktivitäten) auf, haben eher ein schwaches soziales Netzwerk (wenig Kontaktpersonen, niedrige Kontaktfrequenz) und leiden häufiger unter Einsamkeit. Diese Zusammenhänge erweisen sich auch allesamt als statistisch signifikant. Weniger deutlich sind die Ergebnisse unter Berücksichtigung der Schwere des Inkontinenzleidens. Hier werden ausschließlich Inkontinenzbetroffene in Abhängigkeit von Schwere und Ausmaß der Erkrankung (Frequenz und Menge des ungewollten Harnverlustes) verglichen. Dabei ergeben sich überwiegend keine signifikanten Zusammenhänge. Das heißt, die Schwere des Inkontinenzleidens hat keinen statistisch nachweisbaren Effekt auf das Sozialleben der Betroffenen.

Lediglich für die Außer-Haus-Mobilität ergibt sich ein hochsignifikantes Ergebnis ( $\chi^2(4) = 14.521, p = .006$ ), und auch dieses nur mit Blick auf die Harnmenge, nicht jedoch hinsichtlich der Häufigkeit bzw. Frequenz des Harnverlustes. Starker Harnverlust (mehr als nur Tropfen) scheint sich jedoch negativ auf die Außer-Haus-Mobilität auszuwirken. Dies zeigt sich nicht nur, wie in der Tabelle 16 dargestellt, in den deutlich höheren Prozentwerten von Personen mit starkem Harnverlust im Hinblick auf eine geringe Außer-Haus-Mobilität (< 1x/Woche), sondern kann auch am anderen Ende der Verteilung abgelesen werden: Während von Betroffenen mit starkem Harnverlust weniger als jede/r Zehnte (9,3%) mehrmals täglich das Haus verlässt, ist es unter Personen mit schwächer ausgeprägtem Harnverlust (nur Tropfen) immerhin jede/r Dritte (32,1%).

Tabelle 16: Harninkontinenz und soziale Exklusion

Variable/ Ausprägung	Außer-Haus- Mobilität (<1x/Woche)	niedriger Aktivitätsgrad <sup>1</sup>	Schwaches soziales Netzwerk <sup>2</sup>	Einsamkeit <sup>3</sup>
Harninkontinenz				
betroffen	14,9%	28,4%	9,1%	7,5%
nicht betroffen	7,9%	20,8%	6,3%	2,3%
Häufigkeit Harnverlust				
mind. 1x/Tag	12,3%	35,8%	9,0%	9,4%
2-3x/Woche	6,7%	40,0%	6,7%	6,7%
seltener	8,7%	0,0%	0,0%	4,3%
Harnmenge				
nur Tropfen oder wenig	9,5%	23,8%	8,3%	7,2%
mehr	14,7%	28,9%	6,6%	10,6%

Anmerkung. <sup>1</sup> < 7 genannte Aktivitäten bei Befragung zu Aktivitäten und Alltagsgestaltung, <sup>2</sup> Ausprägung: "schwaches Netzwerk" und "kein Netzwerk", <sup>3</sup> Ausprägung: "oft" und "immer"

Allerdings verschwinden sämtliche signifikanten Zusammenhänge, wenn in der Auswertung auch der allgemeine Gesundheitszustand (funktionaler Status) berücksichtigt wird. Dies lässt darauf schließen, dass die Korrelation zwischen Harninkontinenz und sozialer Exklusion weniger durch die Harninkontinenz selbst und dadurch bedingte Einschränkungen, sondern durch den tendenziell schlechteren gesundheitlichen und funktionalen Status von Inkontinenzbetroffenen zustande kommt.

## 8. Psychische Gesundheit – Depression und kognitive Einschränkungen als Merkmale erhöhter Verletzlichkeit im hohen Alter

Psychische Gesundheit stellt einen integralen Bestandteil der gesundheitlichen Verfassung eines Menschen dar. Unter Rekurs auf die Weltgesundheitsorganisation (WHO) kann psychische Gesundheit als Zustand des Wohlbefindens definiert werden, in dem das Individuum seine Fähigkeiten erkennt, mit den Belastungen des Lebens umzugehen sowie in der Lage zu sein, einen Beitrag zu seiner Gemeinschaft zu leisten. In Bezug auf die Gruppe der älteren Menschen impliziert dies, dass Gesundheit nicht ausschließlich als Abwesenheit von Krankheit zu verstehen ist und für die Beurteilung des Gesundheitszustandes eines Menschen nicht nur physiologische Aspekte wie chronische Krankheiten bzw. Frailty Berücksichtigung finden dürfen.

Der psychische Gesundheitszustand eines Menschen wird dabei von unterschiedlichen sozialen, psychologischen und biologischen Risiko- und Schutzfaktoren beeinflusst, die das Wohlbefinden eines Menschen zu einem bestimmten Lebenszeitpunkt wesentlich (mit)bestimmen. Psychische Gesundheit zeichnet sich unter anderem durch persönliches Wohlbefinden, personale Ressourcen wie Selbstwert, Selbstwirksamkeit, soziale Fertigkeiten und Bewältigungsfähigkeiten aus, während die psychische Erkrankung durch psychische Belastungen, bedingt durch kritische Lebensereignisse und daraus resultierende psychische Probleme, und psychische Störungen in Form von klinisch diagnostizierbaren Symptomkomplexen oder Verhaltensauffälligkeiten gekennzeichnet ist.

Mit höherem Alter nimmt nicht nur die Wahrscheinlichkeit für physische Einschränkungen zu, sondern auch für psychische Erkrankungen, z.B. für Demenz oder Depressionen. Anders als oft angenommen, stehen derartige psychische Krankheiten und Einschränkungen ursächlich nicht unmittelbar mit dem Alter in Zusammenhang. Aus der Forschung ist bekannt, dass psychische Erkrankungen wie Demenz oder Depressionen insbesondere mit dem allgemeinen Gesundheitszustand (z.B. Multimorbidität, Frailty) zusammenhängen, also in besonderem Maße Menschen betrifft, die gesundheitlich und körperlich eingeschränkt sind. Ebenso gibt es Hinweise darauf, dass der sozioökonomische Status (Bildung, Einkommen) für die Entwicklung psychischer Erkrankungen eine erhebliche Rolle spielt (Helmchen et al. 2010).

In diesem Kapitel wird die psychische Gesundheit, unter besonderer Berücksichtigung der beiden genannten Aspekte Kognition/Demenz und Depression, näher beleuchtet. Berücksichtigung findet darüber hinaus die Lebenszufriedenheit als Indikator für das seelische Wohlbefinden. Im Rahmen des geriatrischen Assessments kamen diverse Instrumente zum Einsatz, die es erlauben, fundierte Aussagen über die Prävalenz entsprechender psychischer Einschränkungen und Leidenszustände zu treffen (z.B. kognitive Tests, geriatrisches Depressions-Screening). Einschränkend ist vorab festzuhalten, dass die Repräsentativität der Stichprobe im Hinblick auf psychische Erkrankungen gewissen Einschränkungen unterworfen ist, da psychische Erkrankungen mit höherer Wahrscheinlichkeit zu einer Verweigerung der Studienteilnahme führen können (z.B. bei Depression) oder aufgrund einer Beeinträchtigung der Teilnahme- und

Einwilligungsfähigkeit (z.B. bei Demenz) zu selektiven Stichprobenausfällen führen. Die Prävalenz solcher psychischen Erkrankungen wird daher in der vorliegenden Studie wahrscheinlich unterschätzt – dies gilt insbesondere für Demenzen, zumal das Vorliegen einer manifesten Demenzerkrankung bereits aus ethischen Gründen ein Ausschlusskriterium für die Teilnahme an der Studie darstellte.<sup>16</sup>

### 8.1 Demenz und kognitive Einschränkungen

Kognitive Funktionen stehen in einem engen Zusammenhang mit der allgemeinen Funktionalität und Selbsthilfefähigkeit im hohen Alter. Ähnlich wie physische Kapazitäten (z.B. Mobilität, sensorische Fähigkeiten etc.) nehmen auch kognitive Funktionen mit zunehmendem Alter ab. Einschränkungen kognitiver Natur gehen dabei häufig auch mit allgemeinen funktionalen Einschränkungen einher bzw. begünstigen diese und umgekehrt (Infurna et al. 2011). Ebenso steigt im Alter das Risiko demenzieller Erkrankungen wie z.B. Alzheimer (Marksteiner 2008). Die Prävalenz sowie die Erforschung von Risikofaktoren für demenzielle Erkrankungen bildet daher oftmals einen wesentlichen Gegenstand der Altersforschung sowie von Alters- und Hochaltrigenstudien (z. B. Fischer et al. 2002; Luck et al. 2010; Fratiglioni et al. 2007; Kovacs et al. 2013). Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der damit verbundenen Veränderungen der gesellschaftlichen Altersstruktur wird die Problematik demenzieller Erkrankungen in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen (Doblhammer et al. 2012).

In der ÖIHS war zur Untersuchung der kognitiven Funktionen der Teilnehmer/innen im Rahmen des geriatrischen Assessments ein kognitiver Test vorgesehen. Zum Einsatz kam dabei mit dem sogenannten Drei-Wörter-Uhrentest (Strotzka et al. 2003) ein möglichst kurzes und kompaktes Screeningverfahren, welches einerseits die Belastung für die Teilnehmer/innen so niedrig wie möglich hält, andererseits aber zumindest einige grundsätzliche und dabei auch verlässliche Aussagen über die kognitiven Kapazitäten der Teilnehmer/innen erlaubt. Dieser Test zeichnet sich durch eine doppelte Aufgabenstellung aus: Zum einen sollten sich die Teilnehmer/innen drei Begriffe (Ball – Fahne – Baum) merken. Zum anderen sollten sie auf einem Blatt Papier ein Uhrenziffernblatt mit allen Ziffern zeichnen und anschließend auf diesem Ziffernblatt die Uhrzeit 11:10 („zehn nach elf“) eintragen. Die Bewältigung oder Nicht-Bewältigung dieser Aufgaben gibt Aufschluss über den kognitiven Status der Teilnehmer/innen und über potentiell bestehende bzw. beginnende Demenzerkrankungen.

Der Drei-Wörter-Uhrentest ist damit bedeutend einfacher und weniger umfangreich als der im gerontologischen Kontext gebräuchliche MMSE (Mini Mental State Examination; vgl. Folstein et al. 1975), der kognitive Beeinträchtigungen in deutlich mehr verschiedenen Domänen (Sprache, Rechenfähigkeit etc.) erfasst. Laut einer prospektiven Studie von Kamenski et al. (2009) ist der Drei-Wörter-Uhrentest jedoch ähnlich genau wie der MMSE und insofern besonders gut geeignet für eine erste und unkomplizierte Demenzerkennung. Ein auffälliger bzw. nicht bewältigter Drei-Wörter-Uhrentest ist damit noch nicht gleichbedeutend mit einer Demenzdiagnose. Der Test stellt lediglich ein Screening-

---

<sup>16</sup> Vereinzelt Ausnahmen von dieser Regel bilden solche Fälle, in denen ein Proxy (z.B. Angehörige) für das Interview zur Verfügung stand.

Instrument dar, mit dem sich ein Demenzverdacht begründen lässt. Eine Demenzdiagnose müsste im Anschluss daran durch eine vertiefende gerontopsychiatrische Untersuchung gestellt werden.

## 8.1.1 Teil 1: Merktest

Der Test beginnt mit der Aufforderung an die Teilnehmer/innen, sich die drei Begriffe „Ball“, „Fahne“ und „Baum“ zu merken.<sup>17</sup> Erhoben wurde dabei bereits die Anzahl der Versuche, die Teilnehmer/innen benötigten, um diese drei Begriffe im Rahmen der Aufgabenstellung korrekt wiederzugeben. Dabei zeigten sich bei manchen Teilnehmer/innen bereits erste Auffälligkeiten.

Tabelle 17 gibt die Anzahl der Versuche der Befragten wieder, die zuvor vorgelesenen Begriffe unmittelbar danach korrekt zu wiederholen. Hier ist zu erkennen, dass zwar die Mehrzahl der Teilnehmer/innen problemlos in der Lage war, die drei vorgegebenen Begriffe korrekt zu wiederholen. Jede/r Zehnte (12,1%) benötigte dafür allerdings mehr als einen Versuch. 12 Teilnehmer/innen (2,1%) waren selbst nach mehreren Anläufen nicht in der Lage, die Begriffe korrekt wiederzugeben. Dies deutet bereits auf gravierende kognitive Einschränkungen hin.

Tabelle 17: Anzahl Versuche für die richtige Wiedergabe der Vorgaben des Merktests (n=564)

Anzahl an Versuchen	%
1 Versuch	87,9%
2 Versuche	6,7%
3 Versuche	2,1%
mehr als 3 Versuche	1,1%
korrekte Wiederholung nicht möglich	2,1%

Nach der daran anschließenden Durchführung des Uhrentests (siehe unten) wurden die Teilnehmer/innen ersucht, die drei Begriffe erneut wiederzugeben, um so ihre Merkfähigkeit zu testen. Die Skala reicht dabei von „alle drei Begriffe erinnert“ bis „kein Begriff erinnert“. Die Auswertung zeigt ein recht auffälliges Bild:

<sup>17</sup> Diese Vorgabe weicht vom ursprünglichen Test von Strotzka et al. ab. Die Änderung erfolgte bereits 2013 im Rahmen der Pilotstudie auf Empfehlung des wissenschaftlichen Beirats der ÖIHS und insbesondere der an der Studie beteiligten Geriater/innen.

Tabelle 18: Ergebnisse des Merktests (n=556)

Ergebnisse des Merktests	%
alle Begriffe erinnert	34,7%
2 Begriffe erinnert	34,5%
1 Begriff erinnert	20,7%
kein Begriff erinnert	10,1%

Lediglich etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmer/innen war in der Lage, alle drei Begriffe zu erinnern. Der Rest zeigte mehr oder weniger ausgeprägte Defizite in der Merkfähigkeit. 10,1% waren sogar außerstande, nur einen der Begriffe zu erinnern.

## 8.1.2 Teil 2: Uhrentest

Anders als der Merktest, zielt der Uhrentest nicht auf die Merkfähigkeit, sondern eher auf das abstrakte Denkvermögen und die räumlich-konstruktiven Fähigkeiten der Teilnehmer/innen. Die Aufgabenstellung bestand darin, ein Ziffernblatt zu zeichnen und die eingezeichneten Uhrzeiger auf die Uhrzeit 11:10 zu stellen. Korrekt gezeichnet war ein Ziffernblatt dann, wenn alle Ziffern an der richtigen Stelle im Ziffernblatt platziert waren, wenn die eingezeichneten Uhrzeiger die korrekte Zeit anzeigten und wenn auch das Verhältnis von Stunden- und Minutenzeiger einigermaßen stimmig (d.h. längerer Minutenzeiger, kürzerer Stundenzeiger) dargestellt war.

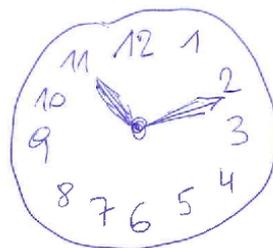


Abbildung 21: Beispiel für korrekten Uhrentest („unauffälliger Befund“)

Abweichungen davon wurden, je nach Art und Schwere der Fehler, unterschiedlich klassifiziert und beurteilt. Auffällige Fehler in der Platzierung von Stunden- und Minutenzeiger oder deutliche Abweichungen der Zeigerplatzierung von der Zeitvorgabe wurden in der Auswertung als Hinweis auf „kognitive Einschränkungen“ gewertet. Ein typischer, häufig wiederkehrender Fehler bestand dabei z.B. in einer Zeigerplatzierung, die statt 11:10 eine Uhrzeit von etwa 11:56 anzeigte. Die Vorgabe 11:10 („zehn nach elf“) wurde in diesen Fällen offenbar kognitiv so interpretiert, dass der Stundenzeiger ein wenig nach der Elf zu positionieren sei.

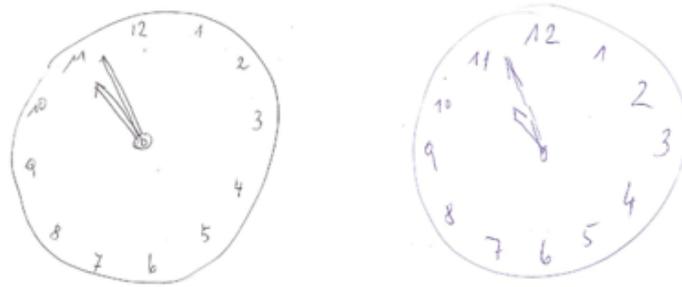


Abbildung 22: Beispiele für fehlerhafte Uhrentests (Befund: „kognitive Einschränkungen“)

Darüber hinausgehende Abweichungen und Fehler waren als Hinweis auf einen demenziellen Abbau und auf gravierende räumlich-konstruktive Störungen einzustufen. Dies war etwa dann der Fall, wenn statt der Verwendung von Zeigern eine andere Kennzeichnung der Uhrzeit vorgenommen wurde, wenn sich Ziffern in einem Bereich des Ziffernblatts merklich häuften, wenn die Zahlenreihenfolge entstellte war oder die Zeichnung nur eine vage oder gar keine Ähnlichkeit mit einer Uhr aufwies. Ein häufig vorkommender Fehler bestand dabei ebenfalls – ähnlich wie bei den oben dargestellten Beispielen für auffällige Uhrentests – in einer fehlerhaften kognitiven Umsetzung der Zeitvorgabe, indem nach der Elf eine Zehn ins Ziffernblatt eingetragen wurde (siehe drittes Beispiel von links in Abbildung 23).

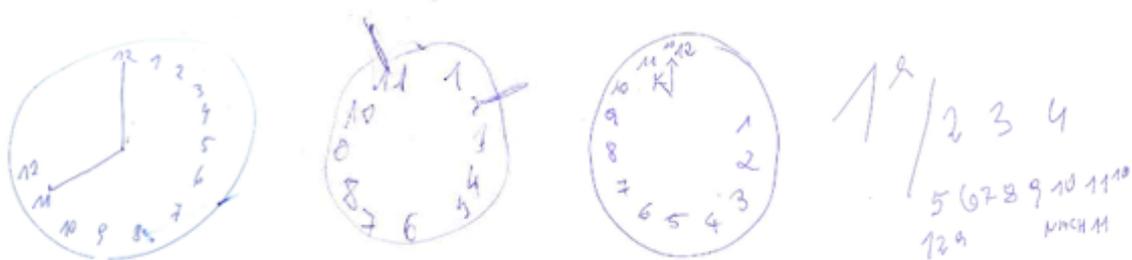


Abbildung 23: Beispiele für sehr fehlerhafte Uhrentests (Befund: „demenzieller Abbau“)

Betrachtet man die Ergebnisse der Uhrentests, so zeigt sich ein ähnliches Bild wie beim Merkttest: Weniger als die Hälfte der Teilnehmer/innen war in der Lage, das Ziffernblatt mit der korrekten Uhrzeit so zu zeichnen, dass es als richtig gewertet und damit ein unauffälliger Befund ausgestellt werden konnte. Fast ein Viertel der Tests deutet auf kognitive Einschränkungen hin, der Rest sogar auf einen demenziellen Abbau.

Tabelle 19: Ergebnisse des Uhrentests (n=543)

Ergebnisse des Uhrentests	%
unauffälliger Befund	46,4%
kognitive Einschränkungen	22,8%
demenzieller Abbau	28,1%

### 8.1.3 Gesamtauswertung des Drei-Wörter-Uhrentests

Für eine Gesamtauswertung des Drei-Wörter-Uhrentests wurde schließlich die Performance der Teilnehmer/innen bei Merkttest und Uhrentest zusammengefasst. Zu diesem Zweck wurden die Ergebnisse des Merkttests und Uhrentests zu einem Index von 0-5 Punkten summiert. In Anlehnung an Strotzka et al. (2003) konnten beim Uhrentest insgesamt 0-2 Punkte erreicht werden (von 0 Punkten bei demenzverdächtigen Ergebnissen bis zu 2 Punkten bei einem unauffälligen Befund). Beim Merkttest wurde in Anlehnung an den von Borson et al. (2000) entwickelten Mini-Cog Test jeweils 1 Punkt für jeden erinnerten Begriff gezählt, wodurch 0-3 Punkte erreicht werden konnten. Der aus den beiden Einzeltests errechnete Summenindex besteht somit aus 0 bis 5 Punkten.

Tabelle 20: Drei-Wörter-Uhrentest Gesamtauswertung (5-Punkte Index)

Uhrentest / Merkttest	Unauffälliger Befund (2)	Kognitive Einschränkungen (1)	Demenzieller Abbau (0)
alle Begriffe (3)	5 Punkte	4 Punkte	3 Punkte
2 Begriffe (2)	4 Punkte	3 Punkte	2 Punkte
1 Begriff (1)	3 Punkte	2 Punkte	1 Punkt
keinen Begriff (0)	2 Punkte	1 Punkt	0 Punkte

Da die beiden Tests unterschiedliche kognitive Fähigkeiten der Studienteilnehmer/innen ansprechen (Merkfähigkeit vs. Abstraktionsniveau und räumlich-konstruktive Fähigkeiten) und darüber hinaus die Merkfähigkeit durch die psychische Verfassung zum Interviewzeitpunkt beeinflusst sein kann, wurde zusätzlich mit einer Farbtypologie gearbeitet, die eine stärkere Gewichtung des Uhrentests verfolgt (Kamenski et al. 2009; Strotzka et al. 2003). Dem Ampelprinzip folgend wurde ein richtiger Uhrentest grün, ein Uhrentest mit Fehlern gelb und ein Uhrentest mit schweren Fehlern rot markiert. Beim Merkttest wurden alle erinnerten Wörter als grün, 1 bis 2 erinnerte Wörter als gelb, und kein erinnertes Wort als rot gewertet.

Wie auch beim oben dargestellten 5-Punktesystem gilt ein „grün-grünes“ Testergebnis mit einer korrekt gezeichneten Uhr und allen erinnerten Wörtern als ein fehlerfreier Test. Ein solches Testergebnis wird in der Analyse der kognitiven Funktionen mit der Ausprägung „unauffällig“ bezeichnet. Sobald jedoch die Farbe Gelb hinzukommt, weist der Test auf leichte kognitive Defizite hin. Dabei wiegt ein „gelb-grünes“ Testergebnis (Uhr mit Fehlern und alle Begriffe erinnert) schwerer als ein „grün-gelbes“ Testergebnis (richtige Uhr und 1-2 Begriffe erinnert) – auch wenn im letzten Fall auf der Punkteskala nur 3 Punkte erreicht

werden. Beide Farbkombinationen befinden sich jedoch noch im „grünen Bereich“ und liefern noch keine Indizien auf ausgeprägte kognitive Einschränkungen. Ein solches Testergebnis wird in der Auswertung als „leichte Defizite“ bezeichnet. Dies entspricht in etwa dem Befund eines „mild cognitive impairment“ (Gauthier et al. 2006).

„Gelb-gelbe“ und „gelb-rote“ Testergebnisse (Uhr mit Fehlern und 0-2 Wörter erinnert) sind hingegen als auffällig einzustufen und weisen auf beträchtliche kognitive Einschränkungen hin. Dieser Gruppe sind auch „grün-rote“ (richtiger Uhrentest und kein Begriff erinnert) und „rot-grüne“ Testergebnisse (schwere Fehler beim Uhrentest und alle Begriffe erinnert) zuzuordnen. Hier besteht bereits ein durchaus begründeter Demenzverdacht. Ein derartiges Testergebnis wird in der Analyse mit der Ausprägung „auffällig“ bezeichnet. Als „sehr auffällig“ sind schließlich „rot-gelbe“ und „rot-rote“ Testergebnisse einzustufen, die durch schwere Fehler beim Uhrentest und 0-2 erinnerten Wörtern zustande kommen. Bei jenen Studienteilnehmer/innen sind bereits stark ausgeprägte kognitive Einschränkungen gegeben, die auf einen demenziellen Abbau hindeuten.

Tabelle 21: Drei-Wörter-Uhrentest Gesamtauswertung, mit Farbtypologie

Uhrentest/ Merktest	Unauffälliger Befund (2)	Kognitive Einschränkungen (1)	Demenzieller Abbau (0)
alle Begriffe (3)	<b>5 Punkte</b>	<b>4 Punkte</b>	<b>3 Punkte</b>
2 Begriffe (2)	<b>4 Punkte</b>	<b>3 Punkte</b>	<b>2 Punkte</b>
1 Begriff (1)	<b>3 Punkte</b>	<b>2 Punkte</b>	<b>1 Punkt</b>
keinen Begriff (0)	<b>2 Punkte</b>	<b>1 Punkt</b>	<b>0 Punkte</b>

### 8.1.4 Ergebnisse: Weit verbreitete kognitive Defizite

Die Ergebnisse des kognitiven Tests in seiner Gesamtheit (d.h. Merktest und Uhrentest zusammen), deuten auf weit verbreitete kognitive Defizite unter den hochaltrigen Studienteilnehmer/innen hin: Lediglich 19,8% der Teilnehmer/innen haben den gesamten Test fehlerfrei absolviert. Bei 33,5% gab es zumindest leichte Auffälligkeiten (z.B. leichte Fehler beim Uhrentest oder nicht alle Begriffe erinnert). Hier kann man von leichten kognitiven Defiziten, im Sinne eines „mild cognitive impairment“ sprechen. Bei 46,7% mussten jedoch die Tests als auffällig oder sogar sehr auffällig qualifiziert werden, d.h. hier gab es sowohl eklatante Defizite beim Uhrentest als auch beim Merktest. In diesen Fällen besteht bereits ein erheblicher Demenzverdacht.

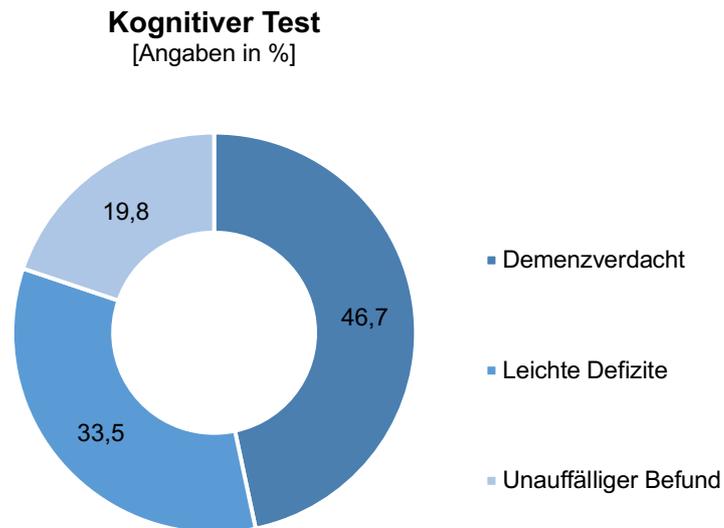


Abbildung 24: Gesamtergebnis Drei-Wörter-Uhrentest (n=540)

In ihrer Deutlichkeit stehen die Ergebnisse in gewissem Kontrast zu den weitgehend recht hohen allgemeinen Gesundheits- und Funktionswerten (siehe oben Kapitel 5). Auf den ersten Blick zeigt sich freilich, dass der allgemeine Gesundheitszustand hoch signifikant mit den kognitiven Kapazitäten korreliert ( $p = .447$ ,  $p < .001$ ): Wer sich tendenziell in einem schlechteren Allgemeinzustand befindet, schneidet auch schlechter bei den kognitiven Tests ab. Insbesondere besteht auch ein Zusammenhang zwischen kognitiven Funktionen und der Selbsthilfefähigkeit im Hinblick auf alltägliche Verrichtungen (ADL) ( $\chi^2(3) = 34.760$ ,  $p < .001$ ). Hier bestätigt sich also, dass kognitive Einschränkungen in der Regel auch mit Einschränkungen in der allgemeinen Funktionalität einhergehen. Besonders auffällig waren vor diesem Hintergrund daher die in Pflegeheimen durchgeführten kognitiven Tests (Demenzverdacht in 81,3% der Tests).

Auf der anderen Seite zeigt sich aber recht deutlich, dass kognitive Einschränkungen nicht nur bei funktional beeinträchtigten Personen, sondern auch bei solchen Teilnehmer/innen zu finden sind, die sich ansonsten in einem relativ guten Gesundheitszustand befinden bzw. mit Blick auf Funktionalität und Selbsthilfefähigkeit hohe Werte erzielen („rüstig“ bzw. „fit“). Zwar sind bei diesen Personen überwiegend leichtere Defizite im Sinne eines mild cognitive impairment (41,2%), stark auffällige, demenzverdächtige kognitive Tests hingegen eher weniger zu finden (31,5%). Trotzdem kann konstatiert werden, dass zumindest leichte kognitive Defizite offenbar auch bei jenen Teilnehmer/innen mit besserem Allgemeinzustand relativ weit verbreitet sind.

## 8.1.5 Risikofaktoren: Bildung, Geschlecht und Alter

Als wesentliche Einflussfaktoren – neben dem funktionalen Status – lassen sich vor allem sozioökonomischer Status (Bildung), Geschlecht und Alter identifizieren. Hier zeigt sich, dass Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung (höchstens Pflichtschulabschluss) wesentlich häufiger demenzverdächtige Tests ablegen als Teilnehmer/innen mit hoher Bildung (Matura und höher) (61,1% vs. 35,1%). Sozioökonomisch benachteiligte Menschen haben demnach ein signifikant höheres Risiko für kognitive Einschränkungen im hohen Alter als sozial besser gestellte ( $\chi^2(6) = 50.306$ ,  $p < .001$ ). Zum Teil dürfte das Ergebnis darauf zurückzuführen sein, dass Teilnehmer/innen mit niedrigem Sozialstatus sich insgesamt häufiger in einem schlechteren gesundheitlichen und funktionalen Zustand befinden, was wiederum mit einem höheren Risiko für kognitive Defizite einhergeht.

Weniger deutlich sind altersspezifische Differenzen. Zwar besteht insofern ein sichtbarer Zusammenhang, als jüngere Teilnehmer/innen (80-85) den kognitiven Test etwas häufiger positiv absolvieren als ältere (86-90) (21,8% vs. 17,2%). Auch sind ihre Testergebnisse seltener demenzverdächtig (42,2% vs. 52,6%). Demzufolge zeichnet sich also durchaus ein tendenzieller Abbau kognitiver Kapazitäten ab, der mit steigendem Alter zunimmt. Die Ergebnisse sind allerdings statistisch knapp nicht signifikant ( $\chi^2(3) = 7.284$ ,  $p = .063$ ).

Als statistisch signifikant erweist sich hingegen der Zusammenhang zwischen kognitiven Funktionen und Geschlecht ( $\chi^2(3) = 9.410$ ,  $p = .024$ ). Zwar bewältigen Frauen wie Männer den kognitiven Test in etwa in derselben Häufigkeit fehlerfrei (19,7% vs. 19,9%), allerdings liefern die Tests von Frauen häufiger ein demenzverdächtiges Ergebnis (50,8% vs. 41,1%). Das spricht für ein tendenziell höheres Demenzrisiko für Frauen, auch wenn Männer ebenfalls nicht frei von kognitiven Einschränkungen sind. Bei ihnen handelt es sich allerdings etwas häufiger um leichtere Ausprägungen, im Sinne eines mild cognitive impairment.

Bemerkenswerte Unterschiede ergeben sich vor allem mit Blick auf unterschiedliche Domänen, in welchen jeweils Defizite bestehen. So waren Männer tendenziell etwas besser beim Uhrentest, Frauen hingegen beim Merkttest. Unter den von Männern gezeichneten Ziffernblättern konnten 53,6% als richtig eingestuft werden, bei den Frauen waren es 41,1%. Insbesondere machten Frauen mehr schwere Fehler beim Uhrentest als Männer (34,5% vs. 19,7%). Umgekehrt stellt es sich beim Merkttest dar: Hier waren 37,6% der Frauen in der Lage, alle drei Begriffe zu erinnern, jedoch nur 30,8% der Männer.

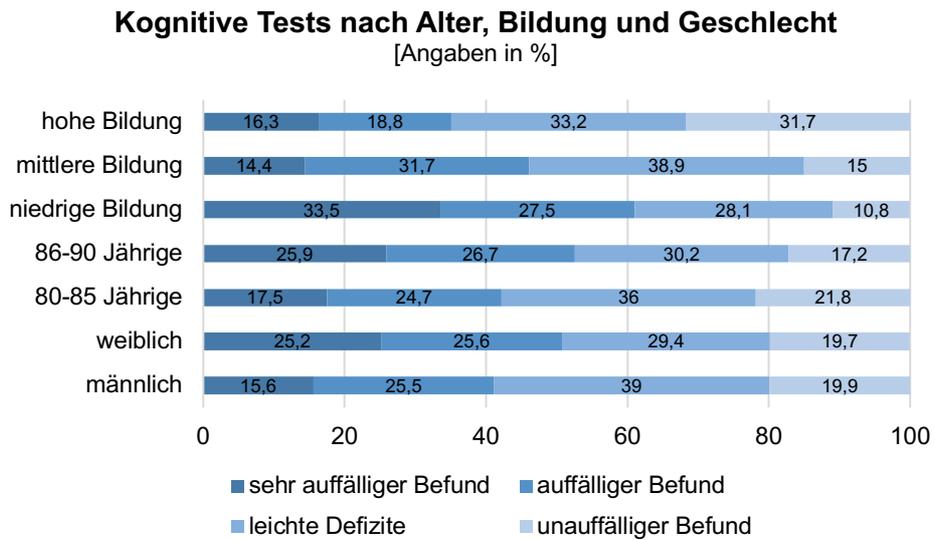


Abbildung 25: Kognitive Tests nach Alter, Bildung und Geschlecht

## 8.2 Depression

Eine weitere Beeinträchtigung im Bereich der psychischen Gesundheit, die häufig mit dem hohen Alter assoziiert wird, ist die Depression. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich im hohen Lebensalter eine Reihe von einschneidenden Veränderungen ereignen, die das Risiko, depressive Symptome zu entwickeln, erhöhen – wie etwa der Verlust von Angehörigen, gesundheitliche Einschränkungen und Zunahme der Hilfs- bzw. Pflegebedürftigkeit sowie, oft damit einhergehend, der Umzug in ein Pflegeheim und infolgedessen der Verlust der vertrauten Umgebung (Püllen 2008).

Im Rahmen der ÖIHS wurden zwei einander ergänzende Wege beschritten, um die Prävalenz der Depression in der untersuchten Stichprobe zu ermitteln: Zum einen durch eine Erhebung der Depression im Zuge der Krankheitsanamnese (siehe Kapitel 6), zum anderen durch ein geriatrisches Screeninginstrument, die Geriatrische Depressionsskala (GDS) (Yesavage et al. 1983). Dabei handelt es sich um ein Screening mit insgesamt 15 Fragen zum psychischen Wohlbefinden und ebenso vielen erreichbaren Punkten, deren Summenwerte Auskunft über die Wahrscheinlichkeit einer Depression geben (siehe Abbildung 26). Wie oben beim Demenz-Screening, sind auch die Ergebnisse des Depressions-Screenings nicht mit einer Depressionsdiagnose zu verwechseln. Letztere setzt eine weitere Exploration nach DSM-IV-Kriterien voraus. Das Screening liefert aber belastbare Hinweise auf das Vorliegen einer Depression. Zu beachten ist auch, dass die Validität der Ergebnisse der Geriatrischen Depressionsskala bei kognitiven Beeinträchtigungen eingeschränkt ist.

Items	Punktwerte	
	ja	nein
1. Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	0	1
2. Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben?	1	0
3. Haben Sie das Gefühl, das Leben sei ohne Sinn?	1	0
4. Ist Ihnen oft langweilig?	1	0
5. Sind Sie meist gut drauf?	0	1
6. Haben Sie manchmal Angst, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird?	1	0
7. Wachen Sie morgens gerne auf?	0	1
8. Fühlen Sie sich oft hilflos?	1	0
9. Hadern Sie mit Ihrer Vergangenheit?	1	0
10. Haben Sie das Gefühl, ein schlechteres Gedächtnis zu haben als andere Leute Ihres Alters?	1	0
11. Finden Sie, es sei schön, jetzt zu leben?	0	1
12. Würden Sie sich als kontaktfreudig bezeichnen?	0	1
13. Haben Sie viel Tatendrang?	0	1
14. Finden Sie Ihre Lage oft hoffnungslos?	1	0
15. Glauben Sie, dass es den meisten Leuten Ihres Alters besser geht als Ihnen?	1	0
0 – 4 Punkte: keine Depression		
5 – 10 Punkte: leichte Depression		
11 – 15 Punkte: schwere Depression		

Abbildung 26: Geriatrische Depressionsskala (GDS)

Wie bereits im Kapitel über chronische Krankheiten (Kapitel 6) dargestellt, ergibt sich aus der durchgeführten Anamnese eine Depressionsprävalenz von 10,7%. Hier ist natürlich einschränkend festzuhalten, dass die Anamnese in Form einer Selbstanamnese erfolgte, d.h. es wurde hauptsächlich auf Angaben der Teilnehmer/innen selbst zurückgegriffen. Insofern kann also nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass hinter der Angabe „Depression“ auch tatsächlich eine entsprechende, medizinisch gesicherte Diagnose steht. Unter Rückgriff auf erhobene Daten hinsichtlich Medikamentenverordnungen, wonach 15,6% der Befragten regelmäßig Antidepressiva einnehmen, scheinen sich allerdings diese Angaben durchaus zu bestätigen. Auch gibt es eine Übereinstimmung mit den Resultaten des Depressionsscreenings.

Das Screening auf Basis der Geriatrischen Depressionsskala ergibt eine Häufigkeit von rund 15,7% für eine leichte oder schwere Depression. Schwere Depressionen machen dabei einen sehr kleinen Teil aus (1,2%).

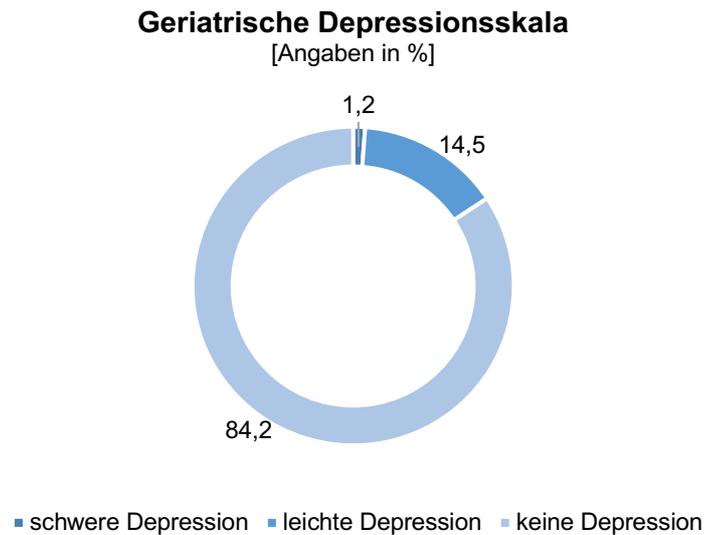


Abbildung 27: Ergebnisse des Depressionsscreenings (GDS) (n=571)

Ein deutlicher Zusammenhang besteht zwischen depressiven Symptomen und dem funktionalen Status ( $p = .352$ ,  $p < .001$ ): 44,7% jener Personen mit starken gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen (Frailty) weisen eine depressive Symptomatik auf, 3,5% davon in schwerer Form. Unter „Rüstigen“ fällt hingegen das Screening sowohl im Hinblick auf leichte als auch schwere Depressionen negativ aus. Selbst unter Personen aus dem Segment der „Pre-Frailty“ sind die Werte deutlich niedriger (depressive Symptomatik bei 15,3%, davon 0,7% schwere Depressionen).

## 8.2.1 Risikofaktoren: Pflegeheimaufenthalt und Bildung

Als weitere wesentliche Einfluss- und Risikofaktoren für depressive Symptome kristallisieren sich in der Analyse vor allem Pflegeheimaufenthalt und Bildung heraus. Für Pflegeheim-Bewohner/innen ergibt das Screening signifikant häufiger depressive Symptome als für in Privathaushalten lebende Personen ( $\chi^2(4) = 12.935$ ,  $p = .012$ ): Sind es in Privathaushalten 14%, die eine zumindest leichte Depression aufweisen, so sind es im Pflegeheim 31,2%, davon 3,3% schwere Depressionen (versus 1% in Privathaushalten). Ebenso ist niedrige Bildung und ein häufig damit assoziierter geringerer sozioökonomischer Status signifikant mit einer höheren Depressionsprävalenz korreliert ( $\chi^2(4) = 10.672$ ,  $p = .031$ ). 19% der Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung (höchstens Pflichtschulabschluss) weisen laut der GDS eine depressive Symptomatik auf. Diese Werte sind bei Personen mit hoher Bildung (mind. Matura) erheblich niedriger (11%).

Auch die oben angesprochene Korrelation zwischen Gesundheitszustand und Depression ist wahrscheinlich zum Teil vor diesem Hintergrund zu betrachten: So ist Gesundheit im hohen Alter nicht unmaßgeblich auch eine Frage des sozioökonomischen Status. Personen mit hoher Bildung und hohem Sozialstatus sind überwiegend gesünder als Personen mit niedrigem Sozialstatus. Dementsprechend sind Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status nicht zuletzt deshalb stärker von depressiven Symptomen

betroffen, da sie auch in deutlich höherem Ausmaß von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind. Ebenso sind Personen mit höherem Sozialstatus wesentlich seltener in Pflegeheimen anzutreffen, d.h. auch der Pflegeheim-Faktor hat im Hinblick auf die Häufigkeit depressiver Symptome wahrscheinlich eine gewisse sozioökonomische Basis.

Keine signifikanten Ergebnisse liefert die Auswertung hinsichtlich des Geschlechts ( $\chi^2(2) = 3.653, p = .161$ ) und des Alters der Teilnehmer/innen ( $\chi^2(2) = .830, p = .660$ ). Zwar sind Frauen (18,2%) sowie ältere Teilnehmer/innen (86-90) (17,3%) anteilig etwas stärker von depressiven Symptomen betroffen als Männer (12,4%) und jüngere Teilnehmer/innen (80-85) (14,6%). Diese Differenzen sind jedoch nicht statistisch signifikant.

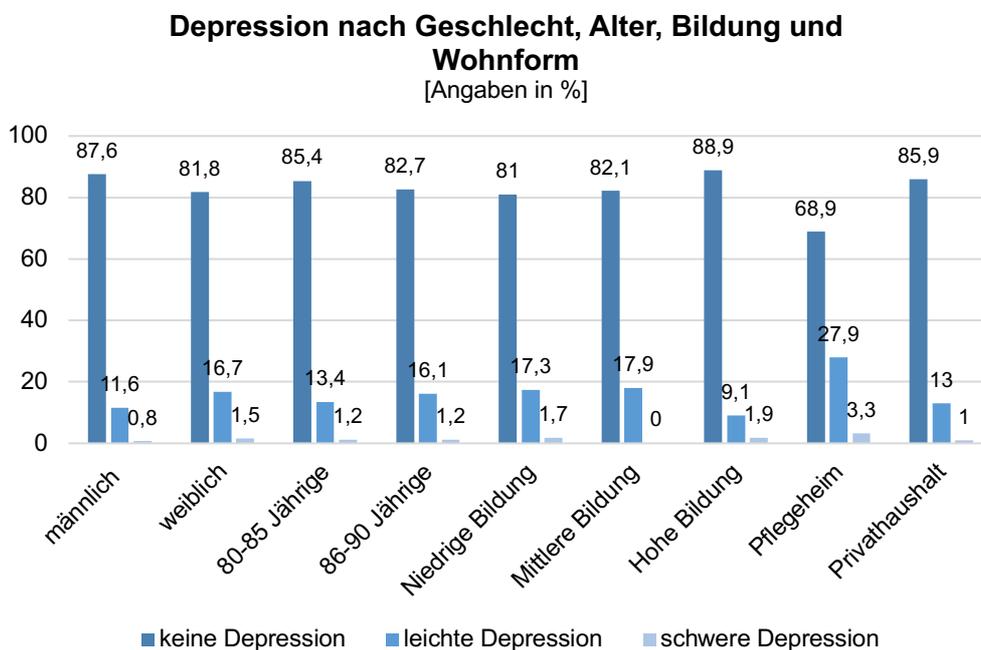


Abbildung 28: Depression nach Geschlecht, Alter, Bildung und Wohnform

### 8.3. Lebenszufriedenheit

Als einen dritten wesentlichen Aspekt des psychischen Befindens soll abschließend noch auf die Lebenszufriedenheit eingegangen werden. Die Lebenszufriedenheit setzt sich in der ÖIHS aus den gemittelten Zufriedenheitswerten der Teilnehmer/innen im Hinblick auf verschiedene Lebensbereiche zusammen, die im Rahmen der Interviews abgefragt werden. Berücksichtigung finden dabei der Gesundheitszustand, die finanzielle Situation, Sozialkontakte, die Beziehung zur Familie, Aktivitäten und Hobbys sowie die Lebenssituation insgesamt. Die Zufriedenheit in den einzelnen Bereichen wird jeweils auf einer Skala von 1 („sehr zufrieden“) bis 5 („gar nicht zufrieden“) erfasst. Aus der Summe der Antworten und der entsprechenden Punktwerte lässt sich anschließend ein Mittelwert bilden, der sich ebenfalls auf einer Skala zwischen 1 und 5 bzw. „sehr zufrieden“ und „gar nicht zufrieden“ bewegt.

Abbildung 29 gibt die Lebenszufriedenheit und ihre Verteilung in der ÖIHS-Stichprobe wieder:

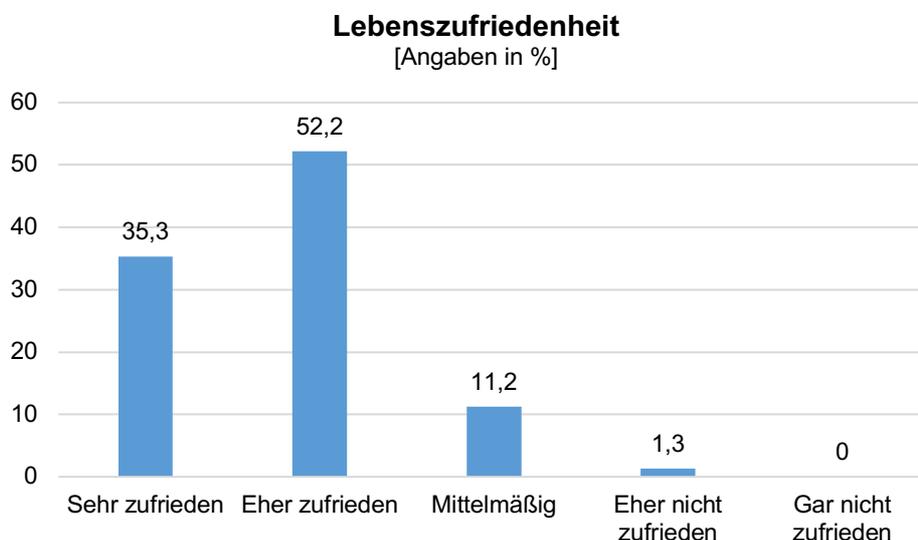


Abbildung 29: Lebenszufriedenheit, inkl. Telefoninterviews (n=714)

Die Lebenszufriedenheit in der hochaltrigen Bevölkerung in Österreich kann vor dem Hintergrund dieser Datenlage als sehr hoch veranschlagt werden. 87,5% der Teilnehmer/innen weisen eine hohe Lebenszufriedenheit auf („sehr zufrieden“ bzw. „eher zufrieden“). Ausdrückliche Unzufriedenheit stellt mit einem Anteil von 1,3% eine seltene Ausnahme in der Stichprobe dar. Wie Depression und kognitive Einschränkungen ist jedoch auch die Lebenszufriedenheit in der hochaltrigen Bevölkerung ungleich verteilt (Tabelle 22). Zwar finden sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge hinsichtlich des Alters und des Geschlechts. Hoch signifikant ist jedoch die Korrelation mit der Wohnform sowie abermals mit dem Bildungsniveau. Die Wohnform hat insofern einen messbaren Einfluss auf die Lebensqualität, als Pflegeheimbewohner/innen – wenngleich auf insgesamt recht hohem Niveau – eine signifikant geringere Lebenszufriedenheit aufweisen als Personen in Privathaushalten (inkl. Seniorenresidenzen). Ebenso weisen niedrig gebildete Personen, die bereits, wie oben dargestellt, sowohl ein höheres Demenz- als auch Depressionsrisiko haben, auch eine deutlich geringere Lebenszufriedenheit auf als höher gebildete.

Generell gehen Einschränkungen in der psychischen Gesundheit mit einer geringeren Lebenszufriedenheit einher – dies gilt zumindest für Depression, jedoch nicht für kognitive Einschränkungen. Auch insgesamt finden sich die deutlichsten Unterschiede mit Blick auf die Lebenszufriedenheit entlang des Gesundheitszustands bzw. des funktionalen Status. Die Lebenszufriedenheit nimmt kontinuierlich mit der Verschlechterung des funktionalen Status ab. Selbst bei fortgeschrittenen funktionalen Einschränkungen befindet sich die Lebenszufriedenheit jedoch überwiegend auf hohem Niveau – so liegt der Anteil der Personen mit hoher Lebenszufriedenheit im Segment der Pre-Frailty immerhin noch bei 90,5%. Eine größere Differenz ergibt sich erst bei manifester Frailty. Hier liegt der Anteil für

hohe Lebenszufriedenheit nur noch bei 67,8%. Auch explizite Unzufriedenheit findet sich ausschließlich bei Personen aus der Frailty-Kategorie.

Tabelle 22: Einflussfaktoren der Lebenszufriedenheit

Variable/ Ausprägung	Lebenszufriedenheit			Korrelation/ Signifikanz
	hoch	mittel	niedrig	
Alter				$\chi^2(3) = 5.465, p = .141$
80-85	89,2%	10,3%	0,5%	
86-90	85,4%	12,4%	2,2%	
Geschlecht				$\chi^2(3) = 3.766, p = .288$
männlich	89,6%	9,8%	0,7%	
weiblich	86,0%	12,3%	1,7%	
Bildung				$\chi^2(6) = 13.788, p = .032$
niedrig	85,8%	12,5%	1,7%	
mittel	84,1%	15,0%	0,9%	
hoch	93,3%	5,8%	0,8%	
Wohnform				$\chi^2(3) = 9.382, p = .025$
Privathaushalt	88,7%	10,3%	1,1%	
Pflegeheim	75,4%	21,3%	3,3%	
Funktionaler Status				$\chi^2(9) = 118.419, p < .001$
rüstig	100,0%	0,0%	0,0%	
fit	96,9%	3,1%	0,0%	
pre-frail	90,5%	9,5%	0,0%	
frail	67,8%	25,0%	7,1%	
Depression				$\chi^2(6) = 176.025, p < .001$
keine	94,8%	5,0%	0,2%	
leichte Depression	62,6%	33,7%	3,6%	
schwere Depression	0,0%	71,4%	28,6%	
Kognitiver Status				$\chi^2(6) = 6.416, p = .378$
unauffälliger Befund	93,4%	6,5%	0,0%	
leichte Defizite	91,2%	8,3%	0,6%	
Demenzverdacht	86,9%	11,5%	1,6%	

Diese Ergebnisse verdeutlichen den extrem hohen Einfluss der Gesundheit und des funktionalen Status auf die Lebenszufriedenheit im hohen Alter. Wer gesund ist und eine hohe Funktionalität aufweist, ist relativ unabhängig von Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status (Bildung) mit seinem Leben zufrieden. Zwar gehen funktionale

Verluste und Einschränkungen, wie die empirischen Befunde ebenfalls eindrucksvoll veranschaulichen, nicht zwingend mit einer geringen Lebenszufriedenheit einher, besteht also auch bei Frailty noch in vielen Fällen ein hoher Grad an subjektiver Lebensqualität. Gerade bei manifesten Formen der Frailty ist die Lebenszufriedenheit, im Vergleich zu funktional intakt(er)en Personen, aber signifikant geringer, was auf erhebliche Einbußen bzw. auf ein stark erhöhtes Risiko für Einbußen in der Lebensqualität schließen lässt.

## 9. Lebenslage und soziale Ungleichheit im hohen Alter

Einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheits- wie auch auf die allgemeine Lebenssituation eines Menschen haben soziale und ökonomische Rahmenbedingungen. In der Sozialwissenschaft wird mit Blick auf solche Rahmenbedingungen von „sozialer Lage“ oder „Lebenslage“ gesprochen (Hradil 1987; Schwenk 1999). Berührt sind damit immer auch Fragen der sozialen Ungleichheit, da soziale und ökonomische Ressourcen in der Gesellschaft sehr ungleich verteilt sind.

Im Kontext einer Hochaltrigenstudie sind sozioökonomische Fragestellungen in mehrerer Hinsicht von Relevanz: Zunächst ermöglicht die Integration sozioökonomischer Fragestellungen, allgemeine Aussagen über die soziale und materielle Lage hochaltriger Menschen zu machen – wie sie leben, wie gut sie wirtschaftlich abgesichert sind und auf welche sozialen Ressourcen sie in ihrem Alltag zurückgreifen können. Wesentliche Indikatoren und statistische Kennzahlen, die darüber Auskunft geben, sind z.B. Bildung, Einkommen, soziales Netz, Wohnsituation und dergleichen. Dabei spielt, wie bereits erwähnt, auch die ungleiche Ausstattung mit sozialen und ökonomischen Ressourcen eine Rolle, da sich daraus beträchtliche Unterschiede hinsichtlich der Lebenslage hochaltriger Menschen und damit auch im Hinblick auf deren jeweilige Lebensrealitäten ergeben.

Soziale Ungleichheit und eine daraus resultierende Ungleichverteilung sozialer und materieller Ressourcen haben darüber hinaus beträchtliche Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche, so etwa auf den Gesundheitszustand (gesundheitliche Ungleichheit). Aus zahlreichen Studien ist bekannt, dass Angehörige sozioökonomisch benachteiligter Bevölkerungsgruppen wesentlich häufiger von Krankheiten und chronischen Beschwerden betroffen sind, ihre eigene Gesundheit dementsprechend auch schlechter einschätzen und darüber hinaus auch eher zu gesundheitsriskanten Lebens- und Verhaltensgewohnheiten neigen als Angehörige von sozial besser gestellten Gruppen (Richter/Hurrelmann 2006; Siegrist/Marmot 2008; Klein/Unger 2001; Marmot/Wilkinson 2006). Sozioökonomisch bedingte gesundheitliche Ungleichheiten dieser Art setzen sich bis ins hohe Alter fort (Lampert 2000; Lampert/Maas 2002; Mnich et al. 2008; Winkler/Stückler 2018). Eine wesentliche Folge daraus ist ferner, dass sozial benachteiligte Menschen ein deutlich erhöhtes Frühsterberisiko haben. Sozioökonomische Benachteiligungen wirken sich also ganz allgemein negativ auf die Lebenserwartung von Menschen aus (Klein/Unger 2001; Lampert et al. 2007). Studien der letzten Jahre belegen, dass sozioökonomische Gesundheits- und Mortalitätsunterschiede in den letzten Jahren, trotz Verbesserungen im allgemeinen Lebensstandard und zahlreicher gesundheitspolitischer Bemühungen, eher zuzunehmen als abgenommen haben.

Sozioökonomische Differenzen haben auch Auswirkungen auf die soziale Versorgung im Alter. Diese bestehen etwa in der ungleichen Verfügbarkeit von Hilfsquellen oder im ungleichen Zugang zu bestimmten Pflege- und Betreuungsleistungen. So ist etwa bekannt, dass Männer häufiger von Angehörigen im Privathaushalt gepflegt werden, während Frauen bei Pflegebedürftigkeit mit höherer Wahrscheinlichkeit in ein Pflegeheim übersiedeln müssen (Heusinger 2017). Auch Angehörige sozial benachteiligter Schichten haben im

Vergleich zu Personen mit besserer sozialer und ökonomischer Ausstattung erwiesenermaßen einen schwereren Zugang zu Pflegeleistungen, die ihnen den möglichst langen Verbleib in den eigenen vier Wänden ermöglichen.

Zur Analyse der Lebenslage hochaltriger Menschen sowie des Ausmaßes und der Auswirkungen von sozialer Ungleichheit insbesondere auf die Gesundheit und die soziale Versorgung im hohen Alter unterscheiden wir im Folgenden – in Anlehnung an vergleichbare Untersuchungen im Rahmen der Berliner Altersstudie (Mayer/Wagner 2010) – vier verschiedene Indikatoren für die Lebenslage hochaltriger Menschen:

- **Materielle Lage:** Hierzu rechnet insbesondere Bildung und Einkommen
- **Wohnsituation:** Kann im weiteren Sinne zur materiellen Lage gerechnet werden, wird im Folgenden aber separat dargestellt; hierzu gehören auch Fragen der Wohnzufriedenheit
- **Soziale Partizipation:** Aktivitätsniveau, Außer-Haus-Mobilität, soziale Kontakte, ehrenamtliche Tätigkeiten, Vereinsbesuche etc.
- **Lebensformen und soziale Versorgung:** Haushaltgröße, Familienstand, Hilfsquellen etc.

### 9.1 Materielle Lage

Als Indikatoren für die materielle Lage verwenden wir, wie oben bereits dargestellt, das Bildungsniveau, das Einkommen und den (früheren) beruflichen Status. Zur materiellen Lage kann im weiteren Sinne auch die Wohnsituation gezählt werden. Diese wird allerdings in einem eigenen Unterabschnitt (Kapitel 9.2) separat behandelt.

#### 9.1.1 Bildung

Die Teilnehmer/innen der ÖIHS weisen insgesamt ein überdurchschnittlich hohes Bildungsniveau auf. 16,9% der Befragten verfügen über einen Universitäts- oder Hochschulabschluss und weitere 16,9% über einen Schulabschluss mit Matura. Damit hat ein Drittel der Befragten eine – vor allem für die hier untersuchte Alterskohorte – vergleichsweise hohe Schulbildung. 34,4% haben höchstens einen Pflichtschulabschluss. Im Vergleich zum Bildungsstandregister der Statistik Austria aus dem Jahr 2018<sup>18</sup> liegt das Bildungsniveau der Studienteilnehmer/innen somit relativ deutlich über dem Bildungsniveau der hochaltrigen Gesamtpopulation (80+) in Österreich.

---

<sup>18</sup> Statistik Austria, Bildungsstandregister 2018 (eigene Berechnung)

**Höchster Bildungsabschluss**

[Angaben in %]

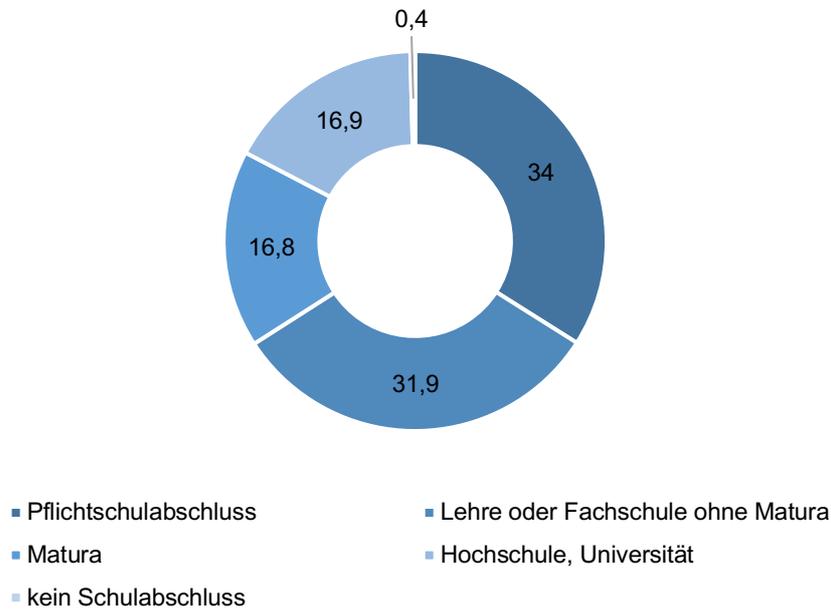


Abbildung 30: Höchster Bildungsabschluss, inkl. Telefoninterviews (n=712)

Männer haben aufgrund der in dieser Generation noch wesentlich stärker bestehenden Bildungsbenachteiligung von Frauen einen überwiegend höheren Bildungsabschluss als Frauen. Während 42,9% der befragten Frauen höchstens einen Pflichtschulabschluss haben, sind dies bei den Männern nur 23,1%. Bei Maturabschlüssen liegen Frauen und Männer zwar fast gleichauf (Frauen: 15,6%, Männer: 18,6%), dafür haben aber mehr als doppelt so viele Männer einen Universitätsabschluss als Frauen (Frauen: 11,4%, Männer: 24,1%).

**Bildung nach Geschlecht**

[Angaben in %]

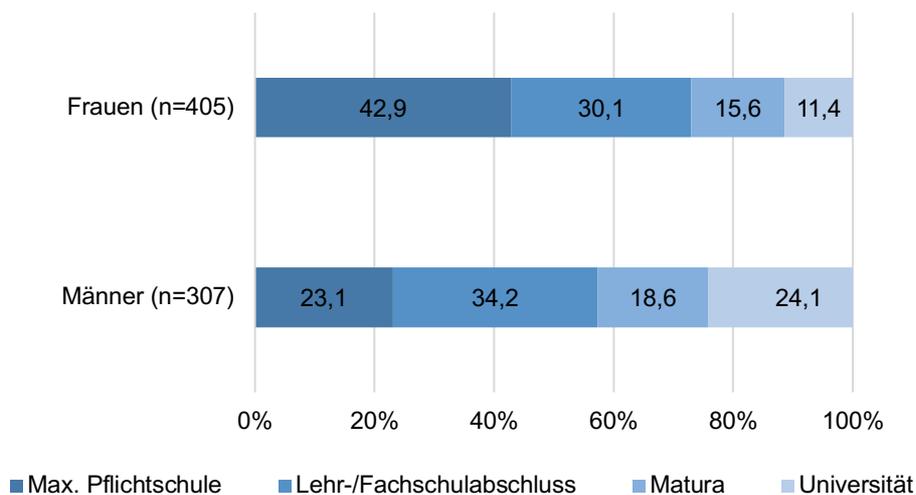


Abbildung 31: Bildungsabschluss nach Geschlecht, inkl. Telefoninterviews (n=712)

## 9.1.2 Einkommen

Auch die finanzielle Situation der hochaltrigen Frauen und Männer in der hier untersuchten Stichprobe stellt sich als insgesamt gut dar. Erhoben wurde dabei das Haushaltsnettoeinkommen der Teilnehmer/innen abzüglich Steuern und Sozialversicherungsbeiträge, aber zuzüglich öffentlicher Beihilfen oder Einkommen aus Vermietung oder Verpachtung. Von den Teilnehmer/innen, die Angaben zu ihrem Einkommen gemacht haben, müssen 8,9% mit einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen von weniger als 1.000€ auskommen. 42,1% verfügen über ein Haushaltsnettoeinkommen zwischen 1.000€ und 1.999€. Etwas mehr als ein Viertel der Befragten (27,5%) verfügt über ein Haushaltsnettoeinkommen zwischen 2.000€ und 3.000€ und 21,5% haben sogar ein Haushaltsnettoeinkommen zur Verfügung, das jenseits von 3.000€ liegt.

**Verfügbares Nettohaushaltseinkommen**  
[Angaben in %]

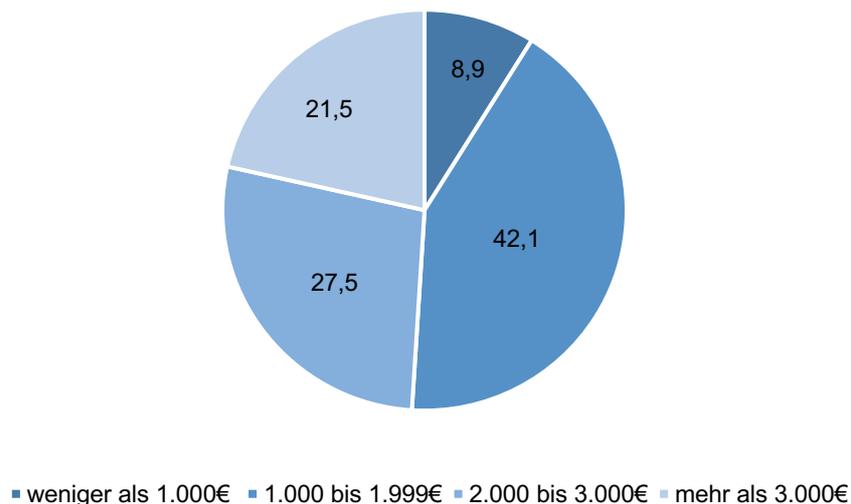


Abbildung 32: Verfügbares Nettohaushaltseinkommen, inkl. Telefoninterviews (n=517)

Wenig überraschend haben Frauen ein signifikant niedrigeres Haushaltseinkommen als Männer ( $\chi^2(7) = 54.628, p < .001$ ). Bei 13,1% der befragten Frauen liegt das monatlich verfügbare Haushaltsnettoeinkommen unter 1.000€. Bei den Männern betrifft dies nur 4,1%. Hohe Haushaltseinkommen finden sich primär bei Männern. Während 64,2% der Männer mehr als 2.000€ und 31,3% sogar mehr als 3.000€ zur Verfügung haben, sind es bei den Frauen nur 35,4% bzw. 12,8%. Besonders alleinstehende Frauen befinden sich in einer schlechteren Einkommenssituation. Es bestätigt sich damit – wie auch zahlreiche andere Studien belegen (z.B. Hauser 2008; Butterwegge/Hansen 2012) –, dass eine prekäre finanzielle Situation im Alter bzw. Altersarmut in erster Linie Frauen betrifft.

Deutlich sichtbar wird auch, dass Einkommen stark vom Bildungsgrad abhängig ist. So verfügen 72,7% der Personen mit hoher Bildung (mindestens Matura) über ein monatliches

Haushaltsnettoeinkommen von mehr als 2.000€, 41% sogar über ein Einkommen von mehr als 3.000€. Demgegenüber verfügen nur 25,9% der Personen mit niedriger Bildung (höchstens Pflichtschulabschluss) über ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen von mehr als 2.000€. Drei Viertel von ihnen (74,1%) müssen hingegen mit weniger auskommen, 18,1% von ihnen sogar mit weniger als 1.000€. Grundsätzlich ist bei der Interpretation der Einkommensverteilungen zu bedenken, dass aufgrund des Bildungs-Bias Niedrigeinkommen im Sample wahrscheinlich etwas unterrepräsentiert sind. Das heißt, die Einkommenssituation stellt sich vermutlich in der Stichprobe insgesamt etwas besser dar, als sie in der Realität sein dürfte. Es ist in der hier behandelten Studienpopulation daher von einem höheren Anteil an Niedrigeinkommen und insofern auch von einem höheren Anteil von Altersarmut betroffener bzw. armutsgefährdeter Personen auszugehen, als dies in den Ergebnissen der ÖIHS abgebildet ist.

Entsprechend der überwiegend guten finanziellen Situation in der Stichprobe, geben 88,3% der befragten Hochaltrigen an, finanziell eher gut oder sogar sehr gut zurechtzukommen. Das heißt, sie haben für ihr alltägliches Leben und ihre Bedürfnisse ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung. Die Angaben zum finanziellen Auskommen fallen für Männer und Frauen ähnlich positiv aus (91% vs. 89,2% „eher gut“ oder „sehr gut“). Statistisch signifikante Unterschiede finden sich jedoch nach Bildung ( $\chi^2(6) = 26.218, p < .001$ ): Zwar gibt mit 87,1% auch ein sehr großer Anteil der Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung an, finanziell gut über die Runden zu kommen. Dieser Anteil ist aber unter Personen mit hoher Bildung signifikant höher (95,8%).

Einen sehr großen Einfluss auf das finanzielle Auskommen hat der funktionale Status ( $\chi^2(9) = 39.290, p < .001$ ). Schlechte Einschätzungen des finanziellen Auskommens finden sich besonders bei Vorliegen fortgeschrittener funktionaler und gesundheitlicher Einschränkungen (Frailty). So geben 18,9% der Befragten mit Frailty und 12,6% aus dem Segment der Pre-Frailty an, mit dem verfügbaren Haushaltseinkommen eher schlecht oder sehr schlecht auszukommen. Hier dürften sich höhere finanzielle Belastungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit niederschlagen.

### 9.1.3 Beruflicher Status

Der Großteil der Teilnehmer/innen war früher hauptberuflich erwerbstätig (82,5%). Das gilt zum großen Teil auch für Frauen: 69,9% der Frauen geben an, hauptberuflich einer Erwerbstätigkeit nachgegangen zu sein. Nur 17,5% von ihnen waren überwiegend Hausfrauen. 25,9% der Teilnehmer/innen waren ihren Angaben zufolge auch über ihre Pensionierung hinaus beruflich aktiv. 5,3% geben sogar an, nach wie vor in ihrem Beruf aktiv zu sein. Dies trifft vor allem auf Akademiker/innen zu, von denen fast die Hälfte (45,5%) über die Pensionierung hinaus tätig war.

Von den früher berufstätigen Teilnehmer/innen war knapp die Hälfte (47,3%) überwiegend in einem Angestelltenverhältnis tätig. 16,3% waren als Arbeiter/innen, 22% als Beamte oder Vertragsbedienstete und 14,3% als Selbständige tätig. In der Ausübung der früheren Erwerbstätigkeit zeigen sich einige Geschlechterunterschiede insofern, als Frauen häufiger als Männer als Angestellte tätig (52,8% vs. 41,3%), Männer dafür aber häufiger selbstständig waren (29,3% vs. 15,4%) ( $\chi^2(3) = 15.401, p = .002$ ). Besonders deutliche Unterschiede zeigen

sich hinsichtlich leitender Tätigkeiten. Während fast drei Viertel der nicht-selbständig beschäftigten Männer eine Leitungsfunktion inne hatten (74,2%), trifft dies auf weniger als ein Drittel der Frauen zu (31,2%) ( $\chi^2(1) = 81.212, p < .001$ ).

Auch das Bildungsniveau schlägt sich deutlich im Berufsstatus nieder, den die Teilnehmer/innen während ihrer Erwerbstätigkeit überwiegend innehatten ( $\chi^2(6) = 99.189, p < .001$ ): Während 37,2% der Personen mit niedriger Bildung als Arbeiter/in tätig waren, trifft dies praktisch auf niemanden (0,5%) aus der Gruppe der Hochgebildeten zu. Auch eine selbständige Tätigkeit wurde von Personen mit hoher Bildung deutlich häufiger ausgeübt (33,8%) als von Personen mit niedriger Bildung (9,7%). Darüber hinaus waren Personen mit hohem Bildungsniveau überwiegend (74,3%) in leitenden Positionen tätig, während dies nur auf 22% der Personen mit niedriger Bildung zutrifft.

### 9.1.4 Versicherungsstatus

Praktisch alle Befragten sind krankenversichert. Die meisten von ihnen sind dabei selbstversichert. Lediglich 4,6% der Befragten sind mitversichert, wobei dies fast ausschließlich Frauen betrifft. 30% der Studienteilnehmer/innen haben überdies eine private Zusatzversicherung (Sonderklassenversicherung); Männer etwas häufiger als Frauen (32,8% vs. 28%). Dabei handelt es sich vor allem um Studienteilnehmer/innen aus dem höheren Bildungssegment mit Matura oder Universitätsabschluss, von denen fast die Hälfte (46,6%) über eine Sonderklassenversicherung verfügt (Personen mit niedriger Bildung: 12,4%,  $\chi^2(2) = 53.402, p < .001$ ).

## 9.2 Wohnsituation

Ein Aspekt, der im weiteren Sinne zur materiellen Lage gerechnet werden kann, ist die Wohnsituation.<sup>19</sup> Viele der befragten Hochaltrigen leben bereits sehr lange in ihrer aktuellen Wohnung. 50,4% der in Privathaushalten lebenden Personen leben bereits länger als 50 Jahre in derselben Wohnung bzw. demselben Haus. Bei 42,5% der Häuser und Wohnungen handelt es sich um Wohneigentum. Mehr als ein Viertel (29,4%) lebt in Mietverhältnissen. Darunter fallen private Mietwohnungen (8,7%), Gemeindewohnungen (5,1%) Genossenschaftswohnungen (8,9%) und Seniorenresidenzen bzw. betreute Wohneinrichtungen (5,9%). Ebenfalls eine häufige Wohnform (27,9%) betrifft mietfreie Wohnverhältnisse, z.B. auf der Grundlage eines Wohnrechts. In den überwiegenden Fällen dürfte es sich hier um früheres Eigentum handeln, das bereits an jemanden, etwa an ein Kind, ein Enkelkind oder einen sonstigen Angehörigen überschrieben wurde. Mietfreie Wohnverhältnisse finden sich häufiger in ländlichen Regionen, wo im Allgemeinen auch die Situation häufiger zu finden ist, dass mehrere Generationen unter einem Dach leben, etwa in Mehrfamilienhäusern oder auf Landwirtschaften.

---

<sup>19</sup> Die folgenden Ausführungen zur Wohnsituation beziehen sich, sofern nicht anders angegeben, ausschließlich auf Privathaushalte, inkl. Seniorenresidenzen und betreute bzw. betreubare Wohneinrichtungen. Pflegeheimbewohner/innen sind dabei nicht berücksichtigt.

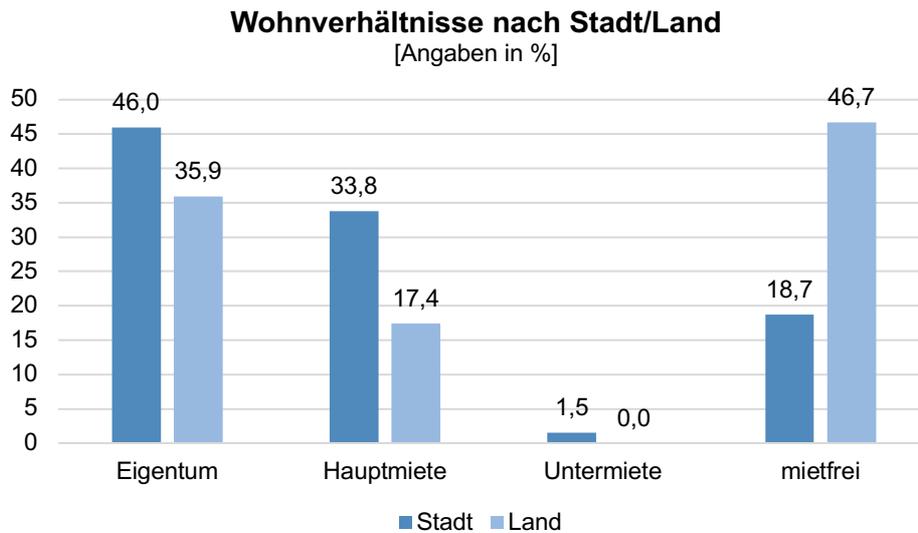


Abbildung 33: Wohnverhältnisse nach Stadt/Land (n=504)

Fast die Hälfte der Befragten in Privathaushalten (44,3%) lebt alleine. Dies betrifft vor allem Frauen: 61,8% der teilnehmenden Frauen sind alleinlebend, während dies nur auf 22% der befragten Männer zutrifft. Der hohe Anteil alleinlebender Frauen ist vor allem auf die höhere Verwitwungsrate bei hochaltrigen Frauen zurückzuführen. So sind 80% aller alleinlebenden Frauen in der Stichprobe verwitwet.

Mit Blick auf die Wohnungsausstattung kann insgesamt ein recht guter Zustand konstatiert werden. Es finden sich in der Stichprobe kaum Substandard-Wohnungen. Praktisch alle in Privathaushalten lebenden Teilnehmer/innen verfügen über eine eigene Toilette (99,2%) und ein eigenes Bad bzw. Dusche (99,8%) innerhalb der Wohnung. Die meisten Wohnungen sind auch mit einer Waschmaschine (93,9%) und einer Zentralheizung (89,3%) ausgestattet. Alle Befragten besitzen entweder ein Festnetz oder ein Mobiltelefon, zwei Drittel der Befragten (66,4%) besitzen sogar beides. Auch einen Fernsehapparat besitzen nahezu alle der Befragten (99%). Immerhin 47,8% geben auch an, einen Computer zu besitzen, und 46,1% verfügen über einen Internetanschluss. Vergleicht man dies mit den Ergebnissen der ÖIHS-Ersterhebung im Jahr 2013, in der ein Internetanschluss nur von 35,7% angegeben wurde (ÖPIA 2015: 103), könnte dies auf eine leichte Zunahme der Internetnutzung unter hochaltrigen Menschen in den vergangenen Jahren hindeuten. 64,8% verfügen schließlich auch über einen Garten, 71,4% zumindest über einen Balkon oder eine Terrasse. Die Verfügbarkeit eines Gartens hängt zum einem vom Haustyp ab, zum anderen davon, ob jemand in der Stadt oder auf dem Land lebt: 85% der Teilnehmer/innen aus ländlichen, jedoch nur 54,7% der Teilnehmer/innen aus städtischen Regionen können einen Garten nutzen ( $\chi^2(1) = 44.950, p < .001$ ).

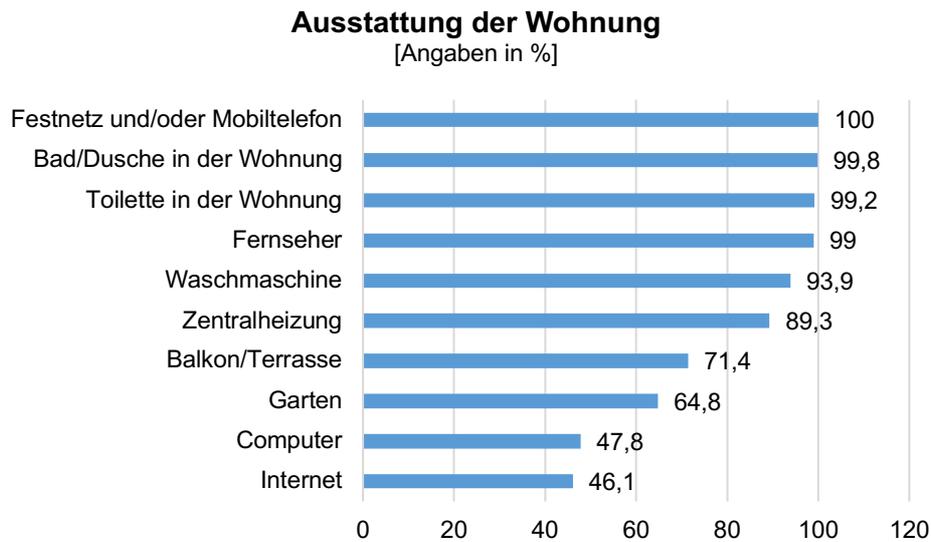


Abbildung 34: Ausstattung der Wohnung

Auch der allgemeine Zustand der Wohnungen kann überwiegend als gut beurteilt werden. Die Beurteilung beruht auf einer Einschätzung der Interviewer/innen und erfolgte im Rahmen des bei den Teilnehmer/innen zuhause stattfindenden Interviews auf einer Skala von 1 (guter Zustand) bis 4 (baufällig). Dabei wurde der Zustand der Wohnungen in 86,9% der Fälle als gut eingeschätzt. 10,7% der Wohnungen wurden als teilweise renovierungsbedürftig beurteilt. Lediglich ein kleiner Rest von 2,4% befand sich den Einschätzungen der Interviewer/innen zufolge in einem sehr schlechten baulichen Zustand.

Auch die Zufriedenheit mit der Wohnumgebung hinsichtlich der verfügbaren Infrastruktur ist bei den befragten Personen überwiegend hoch. Abgefragt wurde die Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Wohnumgebung auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 4 (unzufrieden). Am zufriedensten („sehr zufrieden“ bzw. „eher zufrieden“) sind die befragten Teilnehmer/innen mit der Erreichbarkeit von Apotheken (93,1%), der Sicherheit in der Wohnumgebung (92,7%), der ärztlichen Versorgung (90,3%) sowie Einkaufsmöglichkeiten in der näheren Umgebung (85,2%). Deutlich geringer ist die Zufriedenheit mit öffentlichen Parks und Grünanlagen (70,3%), öffentlichen Verkehrsmitteln (67,7%), dem öffentlichen Parkplatzangebot (48,9%) und öffentlichen Toiletten (29,5%). Hier ist allerdings zu beachten, dass es bei einigen der letztgenannten Bereiche überdurchschnittlich viele fehlende Werte gibt, da Teilnehmende die jeweilige Frage mit „weiß nicht“ beantwortet haben. Dies dürfte so zu interpretieren sein, dass viele Befragte diese Aspekte der Wohnumgebung nicht beurteilen konnten oder wollten, entweder weil diese in ihrer Wohnumgebung nicht vorhanden sind (z.B. öffentliche Toiletten) oder weil diese für sie selbst nicht oder wenig relevant sind (z.B. öffentliche Parkplätze für Personen ohne Auto oder öffentliche Verkehrsmittel für primär automobiler Teilnehmer/innen).

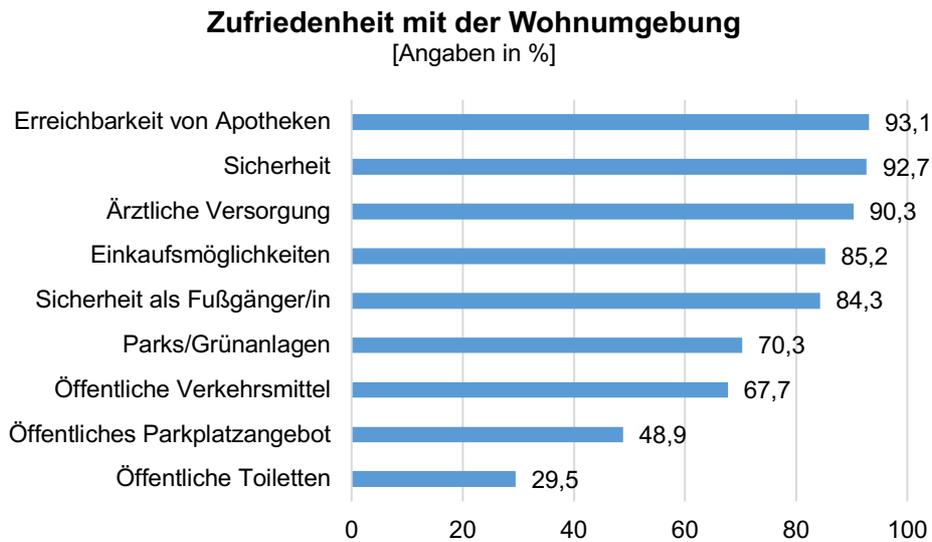


Abbildung 35: Zufriedenheit mit der Wohnumgebung

Wie bei Einkommen und Bildung gibt es jedoch auch hinsichtlich der Wohnsituation beträchtliche sozioökonomische Differenzen. So verfügen etwa Personen mit hoher Bildung (Matura und höher) häufiger über Wohneigentum als Personen mit niedriger Bildung (höchstens Pflichtschulabschluss) (51,7% vs. 33,6%,  $\chi^2(6) = 20.229$ ,  $p = .003$ ). Hochaltrige Menschen mit niedriger Bildung leben hingegen häufiger auf kleinem Raum (max. 2 Räume) (37,2% vs. 13,4%,  $\chi^2(40) = 71.985$ ,  $p = .001$ ) und finden sich darüber hinaus mit höherer Wahrscheinlichkeit in einem Pflegeheim (21,8% vs. 2,4%,  $\chi^2(4) = 44.636$ ,  $p < .001$ ). Auch Frauen sind häufiger in Pflegeheimen anzutreffen als Männer (13,7% vs. 6,6%,  $\chi^2(2) = 15.065$ ,  $p = .001$ ). Das hat, wie aus der Forschung bekannt ist, einerseits den Grund, dass Frauen eine höhere Lebenserwartung haben als Männer. Andererseits werden Männer häufiger zu Hause von ihren (zumeist auch etwas jüngeren) Ehefrauen gepflegt. Selbst im Fall von Verwitwung haben Männer bessere Aussichten darauf, z.B. von ihren Kindern, insbesondere Töchtern, gepflegt zu werden als Frauen (Heusinger 2017: 173).

### 9.3 Soziale Partizipation

Unter sozialer Partizipation wird die Teilhabe bzw. aktive Beteiligung am gesellschaftlichen Leben verstanden. Messbar ist diese beispielsweise durch Indikatoren wie Außer-Haus-Mobilität, Aktivitätsgrad, Mediennutzung, Vereinsbesuche und ehrenamtliche Tätigkeiten oder Teilnahme an Gottesdiensten. Auf einige dieser Aspekte wird ausführlicher in anderen Kapiteln eingegangen (siehe Kapitel 11). Die folgenden Darstellungen beschränken sich daher primär auf die sozial ungleiche Verteilung von Partizipationschancen und entsprechende Einflussfaktoren.

Betrachtet man Personen, die im Rahmen der Erhebung angegeben haben, seltener als einmal pro Woche ihre Wohnung zu verlassen, als sozial isoliert bzw. gesellschaftlich zurückgezogen, so trifft dies auf 10% der Stichprobe zu. Rund ein Viertel der Teilnehmer/innen (23,1%) weist einen eher niedrigen Aktivitätsgrad auf (< 7 genannte Aktivitäten im Rahmen der Befragung zur Alltags- und Lebensgestaltung). 91% sehen jeden

Tag fern, davon 29,6% länger als drei Stunden täglich. Bei fast einem Drittel nimmt Fernsehen also einen sehr großen Raum in der Alltagsgestaltung ein. Hingegen nutzen nur 21,4% der Befragten täglich das Internet. 44,4% besuchen regelmäßig Veranstaltungen eines oder mehrerer Vereine (z.B. Pensionistenverein, Sportverein, Kulturverein). 9,2% sind ehrenamtlich tätig. 28,2% gehen regelmäßig (d.h. zumindest einmal pro Woche) in die Kirche.

Bereits anhand dieser groben Indikatoren lassen sich einige Differenzen zwischen hochaltrigen Menschen hinsichtlich ihrer gesellschaftlichen Beteiligung feststellen (Tabelle 23). Einen wesentlichen Faktor stellt hierbei der funktionale Status dar. Personen mit eingeschränkter Funktionalität (pre-frail bzw. frail) sind deutlich häufiger sozial isoliert, weisen signifikant häufiger einen niedrigen Aktivitätsgrad auf, üben seltener ein Ehrenamt aus und besuchen auch seltener Vereinsveranstaltungen als „rüstige“ und „fitte“ Teilnehmer/innen. Weniger deutlich sind die Unterschiede beim Fernsehkonsum. Die gesellschaftliche Beteiligung nimmt somit klar ersichtlich mit der Verminderung funktionaler Kapazitäten ab.

Auch finden sich deutliche sozioökonomische Effekte. Hier lässt sich sagen: Je höher die Bildung der Personen, desto höher die soziale Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Dies gilt zumindest im direkten Vergleich zwischen niedriger Bildung (höchstens Pflichtschulabschluss) und hoher Bildung (mindestens Maturaabschluss) und praktisch durchgängig für alle untersuchten Aspekte, mit Ausnahme der Veranstaltungsbesuche. Sie sind mehr als drei Mal so häufig sozial isoliert, üben weniger als halb so oft ein Ehrenamt aus und weisen deutlich häufiger einen niedrigen Aktivitätsgrad auf. Besonders deutlich fallen die Unterschiede im Hinblick auf die Internetnutzung aus: Während Personen mit hoher Bildung zu 39,1% täglich das Internet nutzen, sind es bei Personen mit niedriger Bildung lediglich 4,3%. Die „digitale Kluft“, so wird an diesen Befunden deutlich, verläuft also nicht nur entlang des Alters, sondern hier vor allem entlang der Bildung bzw. des sozioökonomischen Status. Auf der anderen Seite verbringen niedrig gebildete Menschen ihre Zeit deutlich häufiger mit Fernsehen. Dies deckt sich mit zahlreichen anderen gerontologischen Befunden zur Zeitverwendung im Alter, wonach besonders unter alten Menschen aus niedrigen sozialen Schichten „passive Aktivitäten“ wie Fernsehen einen überdurchschnittlich großen Raum einnehmen und auch insgesamt der Alltag durch einen mehr oder weniger ausgeprägten sozialen Rückzug geprägt ist (Wanka 2018).

Beträchtliche Unterschiede hinsichtlich der sozialen Partizipation können schließlich teilweise auch zwischen Männern und Frauen konstatiert werden. Die größten Unterschiede zu Ungunsten von Frauen betreffen die Indikatoren soziale Isolation, Internetnutzung und ehrenamtliche Tätigkeiten. Geringer sind die Unterschiede beim Fernsehkonsum und beim Besuch von Vereinsveranstaltungen. Sozioökonomische und geschlechtsspezifische Differenzen hinsichtlich der sozialen Partizipation resultieren zum Teil aus dem funktionalen Status der Teilnehmer/innen. Wie bereits an früherer Stelle erläutert, ist der funktionale Status mit dem Geschlecht und der Bildung bzw. dem sozioökonomischen Status korreliert. Daher haben Frauen sowie niedrig gebildete Personen in der Stichprobe häufiger funktionale Einschränkungen als Männer und Personen mit hoher Bildung. Dies hat

wiederum zum Teil erhebliche Auswirkungen auf die gesellschaftliche Beteiligung im hohen Alter.

Tabelle 23: Soziale Partizipation, nach funktionalem Status, Bildung und Geschlecht

Variable/ Ausprägung	Sozial isoliert <sup>1</sup>	Niedriger Aktivitäts- grad <sup>2</sup>	Hoher Fernseh- konsum <sup>3</sup>	Tägliche Internet- nutzung <sup>4</sup>	Ehrenamt	Besuch von Vereins- veranstaltungen
Gesamt	10,0%	23,1%	29,6%	21,4%	9,2%	44,3%
Funktionaler Status						
rüstig/fit	0,0%	5,9%	23,8%	31,9%	12,0%	54,1%
pre-frail/frail	14,7%	30,6%	32,0%	13,6%	7,9%	39,0%
Bildung						
niedrig	17,6%	26,8%	34,8%	4,3%	5,6%	43,6%
mittel	8,4%	26,8%	33,9%	14,4%	6,2%	40,2%
hoch	4,8%	14,9%	21,3%	39,1%	15,1%	49,5%
Geschlecht						
männlich	5,0%	22,7%	27,1%	31,8%	13,4%	47,5%
weiblich	13,8%	23,4%	31,5%	13,1%	6,1%	41,9%

Anmerkung. <sup>1</sup> Außer-Haus-Mobilität – seltener als 1 Mal/Woche, <sup>2</sup> < 7 Aktivitäten bei Fragenblock zur Alltags- und Lebensgestaltung, <sup>3</sup> Mehr als 3 Stunden täglich, <sup>4</sup> Nur für Privathaushalte, inkl. Seniorenresidenzen (n=504)

#### 9.4 Lebensformen und soziale Versorgung

Ein wesentlicher Aspekt der sozialen Lage sind schließlich Lebensformen und soziale Versorgung. Unter Lebensformen werden hier und im Folgenden verschiedene Haushaltstypen und Formen des (Zusammen-)Lebens verstanden. Dazu zählen insbesondere die Wohnform (Privathaushalt oder Pflegeheim), der Familienstand und die Haushaltsgröße (allein oder in Gemeinschaft lebend). Die Lebensform hat wiederum Auswirkungen auf die soziale Versorgung, das heißt auf die Verfügbarkeit von Hilfs- und Pflegequellen im Alltag. Wer gemeinsam mit anderen Personen, z.B. einem (Ehe-)Partner oder anderen Angehörigen, im selben Haushalt lebt, kann leichter auf allfällige Unterstützungs- und Hilfeleistungen im Alltagsleben zurückgreifen. Hingegen kann es für Alleinlebende erforderlich sein, Hilfen von außen in Anspruch zu nehmen, z.B. soziale Dienste. Sowohl Lebensformen als auch soziale Versorgung unterscheiden sich dabei unter sozialen und soziodemographischen Gesichtspunkten bzw. unterliegen einer sozialen Ungleichverteilung.

Tabelle 24 stellt verschiedene Haushaltstypen, differenziert nach Alter, Geschlecht und Bildung dar. 39,5% der Teilnehmer/innen leben allein, 44,8% mit einem (Ehe-)Partner.

Weitere 4,9% leben zusammen mit sonstigen Personen, z.B. mit anderen Angehörigen oder zusammen mit den Kindern in einem Mehrgenerationenhaushalt. Dabei sind deutliche alters- sowie geschlechtsspezifische Unterschiede zu konstatieren. Frauen leben mehr als doppelt so häufig allein wie Männer. Dies ist vor allem auf die höhere Verwitwungsrate hochaltriger Frauen im Vergleich zu Männern zurückzuführen (58,6% vs. 19,2%). Mehr als zwei Drittel der Männer, aber nur etwas mehr als ein Viertel der Frauen lebt mit einem (Ehe-)Partner zusammen. Auch unter den älteren Teilnehmer/innen (86-90) ist fast die Hälfte alleinlebend, bei 80- bis 85-Jährigen sind es hingegen weniger als ein Drittel. Keine relevanten Differenzen in dieser Hinsicht gibt es entlang des sozioökonomischen Status (Bildung).

Beträchtliche sozioökonomische Differenzen gibt es hingegen im Hinblick auf die Wohnform. Personen mit niedriger Bildung leben fast zehn Mal so häufig in einem Pflegeheim wie Personen mit hoher Bildung. Dies verweist darauf, dass sozial besser gestellte Personen über mehr ökonomische, soziale (größeres soziales Netz) sowie räumliche Ressourcen (hinreichend große Wohnfläche als Voraussetzung für alternative Betreuungsarrangements wie z.B. 24-Stunden-Betreuung) verfügen, die es ihnen ermöglichen, einen Umzug ins Pflegeheim zu vermeiden.

Auch Frauen befinden sich mit doppelt so hoher Wahrscheinlichkeit in einem Pflegeheim wie hochaltrige Männer. Auch das hat vor allem mit Differenzen hinsichtlich der allgemeinen Wohn- und Lebenssituation hochaltriger Frauen und Männer zu tun. Da Frauen häufiger verwitwet und damit alleinstehend sind, können sie bei Hilfe- und/oder Pflegebedarf seltener auf Unterstützung von Angehörigen aus demselben Haushalt zurückgreifen. Das erhöht ihre Wahrscheinlichkeit, bei Pflegebedürftigkeit die eigene Wohnung aufgeben und in ein Pflegeheim umziehen zu müssen.

Tabelle 24: Haushaltstypen nach Alter, Geschlecht und Bildung

Variable/ Ausprägung	Alleinlebend	Mit (Ehe-)Partner	Mit sonstigen Personen	Heim
Gesamt	39,5%	44,8%	4,9%	10,8%
Alter				
80-85	31,8%	54,5%	4,1%	9,7%
86-90	49,4%	32,5%	6,0%	12,0%
Geschlecht				
männlich	20,4%	70,4%	2,5%	6,7%
weiblich	53,5%	26,0%	6,7%	13,8%
Bildung				
niedrig	38,2%	33,7%	6,2%	21,9%
mittel	39,8%	48,3%	3,4%	8,5%
hoch	40,4%	51,9%	5,3%	2,4%

Wie stark sich Unterstützungsbedarf sowie Hilfs- und Pflegequellen in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Bildung unterscheiden, verdeutlicht Tabelle 25. Etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen geben an, ihren Alltag ohne Unterstützung oder Pflege durch andere Personen zu bewältigen. Die andere Hälfte ist in unterschiedlichen Graden auf Hilfe, Betreuung oder Pflege angewiesen, davon 10,8% in einem Pflegeheim. Ältere Personen (86-90), Frauen und niedrig gebildete Personen sind dabei wesentlich häufiger auf Hilfe und/oder Pflege angewiesen.

Am wichtigsten sind dabei informelle Hilfsquellen, insbesondere Angehörige, mit einem Anteil von 21,3%. Die größte Rolle spielt Betreuung durch den/die Partner/in sowie durch die eigenen Kinder. Auffällig ist, dass nur sehr wenige Teilnehmer/innen ausschließlich formelle Hilfe, etwa durch soziale Dienste (Heimhilfe etc.), in Anspruch nehmen. Wenn formelle Betreuungs- und Pflegedienstleistungen genutzt werden, dann in der Regel in Kombination mit informeller Unterstützung. Das heißt, die meisten erhalten in diesem Fall in der einen oder anderen Form zusätzlich noch Unterstützung durch Angehörige und andere informelle Helfer/innen.

Im Hinblick auf Hilfs- und Betreuungsarrangements (informell/formell) gibt es nur relativ geringe Unterschiede zwischen den betrachteten Personengruppen, weder nach Geschlecht, Alter oder Bildung. Der größte Unterschied besteht vor allem darin, dass Ältere, Frauen und Personen mit niedriger Bildung mit deutlich größerer Wahrscheinlichkeit in einem Pflegeheim betreut werden. Dies deutet sowohl auf ein höheres Ausmaß an Pflegebedürftigkeit als auch auf eine geringere Verfügbarkeit anderer Hilfs- und Pflegequellen in diesen Personengruppen hin.

Tabelle 25: Hilfs- und Pflegequellen, nach Alter, Geschlecht und Bildung

Variable/ Ausprägung	Kein Bedarf	Informell	Formell	Informell & Formell	Heim
Gesamt	53,5%	21,3%	1,8%	12,6%	10,8%
Alter					
80-85	61,4%	20,6%	0,9%	7,3%	9,8%
86-90	43,5%	22,2%	2,8%	19,4%	12,1%
Geschlecht					
männlich	65,7%	18,8%	1,3%	7,5%	6,7%
weiblich	44,6%	23,1%	2,2%	16,3%	13,8%
Bildung					
niedrig	40,8%	24,0%	1,1%	12,3%	21,8%
mittel	54,9%	20,6%	2,3%	13,7%	8,6%
hoch	64,9%	19,0%	2,0%	11,7%	2,4%

### 9.5 Gesundheitliche Ungleichheit

Sozioökonomische Disparitäten schlagen sich auch in ungleichen Chancen für Gesundheit und Wohlbefinden nieder. In der Wissenschaft wird in diesem Zusammenhang von „gesundheitlicher Ungleichheit“ gesprochen (Richter/Hurrelmann 2009). Wie bereits eingangs unter Rekurs auf einschlägige wissenschaftliche Befunde dargelegt, haben sozial benachteiligte Menschen nicht nur eine geringere Wahrscheinlichkeit, Gesundheit und Funktionalität bis ins hohe Alter zu erhalten, sondern sie tragen auch ein erhöhtes Risiko dafür, vorzeitig zu versterben. Langlebigkeit bzw. das Erreichen eines hohen und sehr hohen Alters ist also selbst sozial ungleich verteilt. Hier kann gewissermaßen von einem sozial selektiven Überleben ins hohe Alter gesprochen werden (Lampert/Maas 2002). Auch bei Erreichen eines hohen Alters wirken soziale Ungleichheiten weiterhin nach und führen zu schichtspezifischen Differenzen hinsichtlich der Bewahrung von Gesundheit und Funktionalität – wenngleich in der Forschung davon ausgegangen wird, dass sich sozioökonomisch bedingte Gesundheitsunterschiede im hohen und sehr hohen Alter tendenziell etwas abschwächen bzw. nivellieren (Lampert 2009).

Tabelle 26 stellt die das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit in der ÖIHS-Stichprobe anhand einer Auswahl zentraler Indikatoren der Gesundheit im hohen Alter, differenziert nach Bildung, dar. Geschlechtsspezifische Differenzen bleiben an dieser Stelle außer Betracht, da diese Gegenstand eines eigenständigen Kapitels sein werden (siehe Kapitel 13). Teilnehmer/innen in Pflegeheimen wurden aus der Analyse ausgeklammert, um zu vermeiden, dass die Überrepräsentation von niedrig gebildeten Personen im Pflegeheim-Sample und der schlechtere Gesundheitszustand von Pflegeheimbewohner/innen zu einer Verzerrung der Ergebnisse und einer daraus resultierenden Überbewertung von sozioökonomischen Differenzen führt.

Die Auswertung zeigt, dass niedrig gebildete Personen in allen untersuchten Gesundheitsbereichen schlechtere Werte erzielen als höher gebildete Personen. Sie sind deutlich häufiger von funktionalen Einschränkungen betroffen (pre-frail oder frail), sind häufiger multimorbide und leiden häufiger unter kognitiven Defiziten (Befund „Demenzverdacht“ im Rahmen des kognitiven Tests). Weniger deutlich und auch statistisch nicht signifikant sind die Ergebnisse im Hinblick auf depressive Symptome und die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit. Hier unterscheiden sich die Ergebnisse von niedrig Gebildeten nur wenig von Teilnehmer/innen aus dem mittleren Bildungssegment. Beide Gruppen schneiden jedoch klar schlechter ab als Personen mit hoher Bildung.

Tabelle 26: Gesundheit und Funktionalität, nach Bildung

Gesundheit & Bildung	Frailty <sup>1</sup>	Multi-morbidität	Demenz-verdacht <sup>2</sup>	Depression <sup>3</sup>	Schlechte subjektive Gesundheit
Gesamt	62,1%	71,2%	41,5%	13,9%	10,4%
Bildung					
niedrig	69,0%	76,1%	56,5%	16,9%	13,4%
mittel	60,5%	73,9%	38,7%	15,1%	12,1%
hoch	58,7%	65,5%	33,3%	9,9%	6,9%

Anmerkung. Exkl. Pflegeheime (n=510), <sup>1</sup> Ausprägungen „pre-frail“ und „frail“, <sup>2</sup> Ausprägungen „auffällig“ und „sehr auffällig“ (3-Wörter-Uhrentest), <sup>3</sup> Ausprägungen „leichte Depression“ und „schwere Depression“ (Geriatrische Depressionsskala)

Interessant sind die Ergebnisse bezüglich gesundheitsbezogener Risikofaktoren. Tabelle 27 stellt eine Reihe von Lebensstilfaktoren dar, über die in der Wissenschaft breiter Konsens hinsichtlich ihrer potentiell negativen Auswirkungen auf die Gesundheit besteht (z.B. Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, Adipositas). Vielfach belegt ist dabei auch ein Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Risikofaktoren und sozioökonomischem Status bzw. Bildung.

Bemerkenswert ist zunächst, dass manche riskante Lebensstilfaktoren in der ÖIHS-Stichprobe generell eine sehr niedrige Häufigkeit aufweisen, z.B. Rauchen. Der sehr niedrige Raucheranteil in der Stichprobe kann ein Hinweis darauf sein, dass Raucher/innen aufgrund eines höheren Morbiditäts- und Mortalitätsrisikos seltener ein hohes Alter von 80 und mehr Jahren erreichen. Dafür spricht auch, dass Studien mit jüngeren Referenzpopulationen durchweg höhere Raucherquoten aufweisen (z.B. Lampert 2009). Ähnliches gilt für Adipositas, die mit einem Anteil von 13,6% vergleichsweise selten in der Stichprobe auftritt. Besonders interessant ist jedoch, dass bei einem Vergleich entlang des Bildungsniveaus der Teilnehmer/innen die Höhergebildeten – gemessen an den untersuchten Risikofaktoren – den „riskanteren“ Lebensstil aufweisen. Mit Ausnahme der Adipositas gilt dies für alle in der Analyse berücksichtigten Risikofaktoren. Besonders groß sind die Differenzen beim Rauchen und beim Alkoholkonsum.

Auch hier dürften (schichtspezifische) Selektionsprozesse ausschlaggebend sein. Die Ergebnisse sind also nicht so zu interpretieren, dass Angehörige niedriger sozialer Schichten einen weniger riskanten Lebensstil pflegen würden – was dem Forschungsstand zum Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit bzw. Gesundheitsverhalten widerspräche –, sondern dies dürfte daraus resultieren, dass Personen mit riskantem Lebensstil bereits vorzeitig verstorben sind. Bei Angehörigen höherer sozialer Schichten wirken sich hingegen Lebensstilfaktoren wie Rauchen aufgrund ihrer per se besseren sozialen Lage weniger negativ auf das Überleben bis ins hohe Alter aus – wenngleich auch hier die insgesamt vergleichsweise niedrige Raucherquote darauf hindeutet, dass Risikofaktoren wie Rauchen mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit einhergehen, ein hohes Alter zu erreichen.

Tabelle 27: Gesundheitliche Risikofaktoren, nach Bildung

Risikofaktoren nach Bildung	Rauchen	Täglicher Alkoholkonsum	Körperliche Inaktivität (< 1x/Woche)	Adipositas (BMI > 30)
Alle	5,1%	21,6%	17,6%	13,6%
Bildung				
niedrig	4,2%	17,6%	16,2%	14,3%
mittel	2,4%	17,6%	18,4%	19,8%
hoch	7,9%	27,6%	17,9%	7,9%

Auch die Mortalität, d.h. die Sterbewahrscheinlichkeit, steht, wie eingangs dargelegt, in einem Zusammenhang mit sozioökonomischen Disparitäten. Sozial benachteiligte Personen haben eine geringere Wahrscheinlichkeit, ein hohes Lebensalter zu erreichen, als sozial bessergestellte. Tabelle 28 zeigt die Mortalitätsraten in der Stichprobe der ÖIHS-Pilotstudie in Wien und der Steiermark ab der Ersterhebung im Jahr 2013, differenziert nach Bildungsniveau. Ohne Berücksichtigung von Pflegeheimbewohner/innen sind bis 2016, d.h. in den drei Jahren zwischen Erst- und Zweiterhebung, 14% der Teilnehmer/innen verstorben. Dieser Anteil erhöhte sich nach rund sechs Jahren auf 34,9%. Für Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung lag dabei die Mortalitätsrate zu beiden nachfolgenden Messzeitpunkten höher als jene von höher Gebildeten. Die Unterschiede sind allerdings nicht statistisch signifikant. Das heißt, es kann kein eindeutiger Einfluss der Bildung auf die Mortalität der Teilnehmer/innen nachgewiesen werden. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass sich der Einfluss des sozioökonomischen Status auf das weitere Überleben im hohen Alter, im Vergleich zu früheren Lebensjahrzehnten, der Tendenz nach abschwächt.

Tabelle 28: Mortalität in der ÖIHS seit der Ersterhebung 2013, nach Bildung

Mortalität nach Bildung	2016	2019/20
Alle	14,0%	34,9%
Bildung		
niedrig	18,2%	41,6%
mittel	14,9%	37,7%
hoch	11,4%	29,9%

Anmerkung. Stichprobe der ÖIHS Welle I – Wien/Steiermark, exkl. Pflegeheime (n=358)

### 9.6 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich hochaltrige Menschen in Österreich, ausgehend von der ÖIHS-Stichprobe, überwiegend in einer relativ guten materiellen Lage befinden – wenngleich mit signifikanten Unterschieden entlang von Bildung und Geschlecht. Besonders alleinstehende Frauen sind vergleichsweise häufig im untersten Einkommenssegment (< 1.000€/Monat) zu finden und tragen daher das mit Abstand größte Risiko für Altersarmut in der hochaltrigen Bevölkerung.

Sozioökonomische Disparitäten haben Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche – auch noch im hohen Alter. So sind hochaltrige Personen aus niedrigen Bildungsschichten häufiger sozial isoliert und weisen einen signifikant geringeren Aktivitätsgrad auf. Darüber hinaus haben sie eine deutlich größere Wahrscheinlichkeit, im hohen Alter in ein Pflegeheim übersiedeln zu müssen. Letzteres betrifft wieder in besonderem Maße Frauen.

Auch Gesundheit und Funktionalität im Alter sind enorm ungleich verteilt entlang sozioökonomischer Indikatoren wie Bildung (gesundheitliche Ungleichheit). So sind Personen aus niedrigen Bildungsschichten wesentlich häufiger frail und multimorbide und weisen signifikant häufiger kognitive Einschränkungen auf. Es kann vor diesem Hintergrund, trotz einer insgesamt relativ guten materiellen Lage in der Stichprobe, von einer stark ausgeprägten sozialen Ungleichheit in vielen Lebensbereichen innerhalb der hochaltrigen Bevölkerung gesprochen werden.



## 10. Soziale Beziehungen im hohen Alter

Die stetig steigende Lebenserwartung bringt zweierlei Entwicklungen mit sich: Einerseits nimmt die Prävalenz altersbedingter Einschränkungen und Erkrankungen zu, andererseits nehmen soziale Netzwerke und Beziehungen ab (Chen/Feeley 2013). Gerade bei hochaltrigen Menschen verschärfen sich diese Parallelentwicklungen, was weitreichende Folgen für die Lebenszufriedenheit und den Gesundheitszustand bedeuten kann. In der Literatur finden sich viele Belege für einen positiven Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen über die gesamte Lebensspanne mit dem Gesundheitszustand (z. B. Berkman et al. 2000; Cohen/Janicki-Deverts 2009). Soziale Netzwerke begünstigen die Gesundheit und Überlebenswahrscheinlichkeit älterer Menschen (u.a. Berkman/Krishna 2014; Ellwardt et al. 2015) und können zugleich als Moderator von Krankheits- und Genesungsverläufen bei altersassoziierten Erkrankungen wie Demenz, Krebs oder Herzleiden fungieren (Kuiper et al. 2015; Pinguart/Duberstein 2010). Ein Grund für diesen positiven Zusammenhang liegt unter anderem darin, dass positive soziale Beziehungen (d.h. höhere soziale Unterstützung oder geringere soziale Belastung) zum Teil zur Nutzung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen motivieren (Smith/Christakis 2008). Nicht nur soziale Beziehungen sind per se eng mit psychischem und physischem Wohlbefinden im Alter assoziiert, sondern vor allem auch die Größe und Qualität des zugrundeliegenden Netzwerks. So berichten ältere Menschen mit großen und diversen Netzwerken weniger depressive Symptome (Cornwell/Laumann 2015; Fiori/Jager 2012), weniger Angstzustände und weniger Einsamkeit (Litwin/Shiovitz-Ezra 2011; Stephens et al. 2011) als Personen, die sich in vergleichsweise kleinen sozialen Netzwerken bewegen.

Von einem abnehmenden sozialen Beziehungsgefüge sind insbesondere kinderlose ältere Menschen betroffen, deren sozialen Netzwerke sich vorwiegend aus der eigenen Generation speisen, während Personen mit Kindern häufiger mit anderen sozialen Netzwerken in Kontakt treten und somit auf ein komplexeres und intergenerationales Netzwerk an (Familien-)Beziehungen zurückgreifen können. Dieses ist in weiterer Folge wiederum eine wichtige Ressource, wenn es um soziale Unterstützungsangebote und Hilfestellungen im Alltag geht, die durch eine zunehmende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit erforderlich werden.

Die inhaltlichen Schwerpunkte dieses Kapitels liegen auf den sozialen Netzwerken und den sozialen Kontakten hochaltriger Menschen. Dazu wurden einerseits Informationen über die Familienstruktur (Familienstand, Anzahl Kinder/Enkelkinder, Geschwister etc.) erhoben, andererseits wurden soziale Kontakte erfasst, d.h. mit wie vielen Personen regelmäßige Kontakte bestehen (persönlich, telefonisch, schriftlich, E-Mail etc.), um wen es sich bei diesen Personen handelt und wie häufig Kontakte mit diesen Personen stattfinden. Dabei wurden sowohl familiäre als auch außerfamiliäre Beziehungen (z.B. Nachbarn, Freunde, Bekannte) erhoben. Keine Berücksichtigung fanden dabei Kontakte innerhalb des Haushalts – beispielsweise Kontakte mit dem Ehepartner oder einer anderen im selben Haushalt lebenden Person. Somit stand vor allem das soziale Netzwerk jenseits des eigenen Haushalts im Fokus. Die Qualität des Netzwerkes wurde anhand der örtlichen Distanz zwischen der befragten Person und den genannten Kontaktpersonen und der Häufigkeit der

Sozialkontakte (Kontaktfrequenz) ermittelt. Diese Herangehensweise baut auf der Überlegung auf, dass Beziehungsqualität und Wohnentfernung in Wechselwirkung zueinanderstehen und sich gegenseitig verstärken können (Engstler/Huxhold 2010). Daran anschließend geht das Kapitel auf die Verbreitung von sozialer Isolation und Einsamkeit ein. Diese hängt eng mit Größe und Dichte des sozialen Netzwerks zusammen, korreliert aber auch mit anderen Faktoren, die sich negativ auf die sozialen Beziehungen alter Menschen auswirken, z.B. gesundheitliche und funktionale Einschränkungen.

In einem abschließenden Abschnitt wird auf die Rolle von Zärtlichkeit und Sexualität im hohen Alter eingegangen. Hierbei handelt es sich um einen unterschätzten und bis dato wenig wissenschaftlich untersuchten Bestandteil der sozialen Beziehungen hochaltriger Menschen. Generell ist die Sexualität im Alter nach wie vor ein stark tabuisiertes Thema (Bach/Böhmer 2011). Ihre Verbreitung wie auch ihre Bedeutung für die Lebensqualität im hohen Alter soll daher in einem eigenen Unterkapitel näher beleuchtet werden.

### **10.1 Struktur und Verbreitung familialer Beziehungen**

Eine wesentliche Rolle im sozialen Netzwerk hochaltriger Menschen spielen familiäre Beziehungen. Diese umfassen sowohl Personen aus der eigenen Generation (Partner, Geschwister), als auch Beziehungen in zweiter, dritter und sogar vierter Generation (Kinder, Enkelkinder, Urenkelkinder). Um die Struktur und die Verbreitung familialer Beziehungen zu beschreiben, wird zunächst auf einige Typen verwandtschaftlicher Beziehungen und deren Bedeutung im Leben hochaltriger Menschen eingegangen.

#### **10.1.1 Ehe und Partnerschaft**

Obwohl mittlerweile auch im höheren Erwachsenenalter zunehmend alternative Lebensformen abseits der langjährigen Ehe an Bedeutung gewinnen, scheint eine willentliche Singularisierung im Alter keineswegs mehrheitlich stattzufinden. Die gestiegene Lebenserwartung und die zunehmende Reduktion eines kriegsbedingten Überhangs an Frauen ermöglicht es vielen Menschen, bis ins hohe Alter in einer Partnerschaft zu leben, während Verwitwung im Lebenslauf zunehmend biografisch nach hinten verschoben wird (Klaus/Mahne 2019). Dies trifft jedoch auf beide Geschlechter in unterschiedlichem Ausmaß zu. Dieser Umstand ist darin begründet, dass die Lebensform der Ehe im hohen Alter auch stark von der eigenen Lebenserwartung und jener des Partners bzw. der Partnerin abhängig ist und diese wiederum bei Männern und Frauen unterschiedlich verteilt ist (Geppert/Kühl 2006).

Im höheren Alter kommt es zu einer Abnahme des Anteils von Personen, die in einer Partnerschaft leben. Dahinter steht oft eine Verwitwung. Dies betrifft in der ÖIHS-Stichprobe 41,8%, während eine relative Mehrheit von 46,9% verheiratet ist. Dabei sind es vor allem Frauen, die von einer Verwitwung betroffen sind – begründet durch ihre höhere Lebenserwartung sowie den in Partnerschaften häufig bestehenden Altersvorsprung der Männer. Wie aus Abbildung 36 zu entnehmen ist, führen diese geschlechtsspezifischen Faktoren dazu, dass 73,2% der Männer in der Studienpopulation noch verheiratet und nur 19,2% verwitwet sind, während von den befragten Frauen nur noch 27,3% verheiratet und bereits 58,6% verwitwet sind. Diese Zahlen decken sich durchaus mit den Befunden anderer

wissenschaftlicher Untersuchungen, wonach im Alter von 80 Jahren noch etwa 70 Prozent der Männer in einer Partnerschaft leben, jedoch nur noch 20 Prozent der Frauen (Lengerer 2016). Dies verdeutlicht, dass sich die Situation der Verwitwung und die damit potentiell einhergehenden Herausforderungen vor allem für hochaltrige Frauen stellen. Von den übrigen Befragten leben 3,3% der Männer und 7,4% der Frauen geschieden, 3,6% der Männer und 6,2% der Frauen sind ledig.

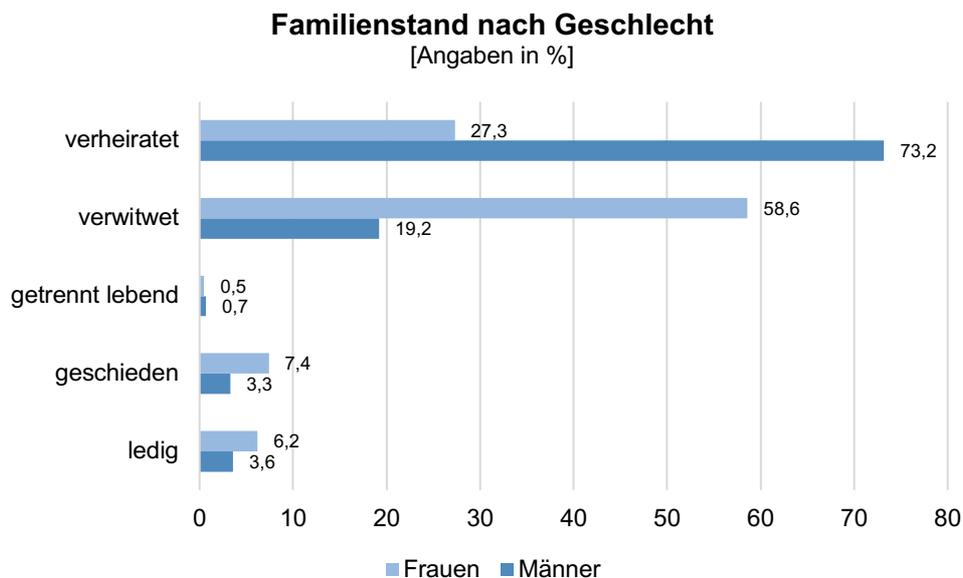


Abbildung 36: Familienstand nach Geschlecht, inkl. Telefoninterviews (n=708)

Ein großer Teil der Ehen besteht schon über sehr lange Zeit – in 82,8% der Fälle länger als 50 Jahre. Auch der Status der Verwitwung ist bei vielen Personen schon länger gegeben – bei mehr als der Hälfte (53,7%) mehr als zehn Jahre. Dies betrifft abermals vor allem Frauen (58,4% vs. 35,1%), die damit nicht nur häufiger, sondern in der Regel auch länger verwitwet sind als Männer. Auch dies lässt sich auf die höhere Lebenserwartung von Frauen und das in der Regel etwas höhere Alter der Männer in ehelichen Beziehungen zurückführen.

Nicht verheiratet zu sein, bedeutet aber nicht zwangsläufig, keinen Partner zu haben. Immerhin 23,4% der unverheirateten Männer und 3,9% der unverheirateten Frauen leben in einer nicht-ehelichen Partnerschaft. Daraus folgt zum einen, dass nicht-eheliche Lebensgemeinschaften nicht ausschließlich als Phänomen des jungen und mittleren Lebensalters betrachtet werden können. Zum anderen kann daraus geschlossen werden, dass Männer im Alter weitaus häufiger als Frauen geneigt sind, z.B. nach Verwitwung oder nach Scheidung eine neue Partnerschaft einzugehen. Hier kommt aber zum Teil sicherlich auch der Umstand zum Tragen, dass alleinstehende Frauen im hohen Alter angesichts ihrer höheren Lebenserwartung, aber auch infolge der geschlechtsspezifischen Differenzen hinsichtlich des Familienstandes mit einem Mangel an unverheirateten bzw. ungebundenen Männern konfrontiert sind.

### 10.1.2 Elternschaft

Die häufigste und wichtigste Rollenbeziehung in den sozialen Netzwerken hochaltriger Menschen, abgesehen von der ehelichen Partnerschaft, ist die Elternschaft. 87% der Befragten haben mindestens ein lebendes Kind, davon zwei Drittel (66,1%) sogar zwei und mehr Kinder. Allerdings weist die Kinderzahl in der Stichprobe eine große Varianz auf, die von einem bis hin zu elf Kindern reicht.

Kinderlosigkeit kommt in der Stichprobe vergleichsweise selten vor, wobei hier unterschieden werden muss zwischen aktueller und lebenslanger Kinderlosigkeit (Wagner et al. 2010). Lebenslange Kinderlosigkeit liegt vor, wenn Personen niemals Kinder hatten. Dies betrifft 11,6% der Teilnehmer/innen. Aktuelle Kinderlosigkeit bedeutet hingegen, dass Personen zum Zeitpunkt der Befragung keine Kinder mehr haben, da mit höherem Alter die Wahrscheinlichkeit zunimmt, dass Kinder versterben und alte Menschen ihre Kinder überleben. Immerhin 17,7% der Teilnehmer/innen waren bereits vom Tod eines oder mehrerer ihrer Kinder betroffen. Kinderlosigkeit aufgrund des Todes aller Kinder trifft in der Stichprobe nur auf 1,4% zu. Die Differenz zwischen lebenslanger und aktueller Kinderlosigkeit ist damit zwar relativ gering, aber gegeben. Kinderlosigkeit ist vor allem ein Phänomen unter ledig gebliebenen Personen – mehr als drei Viertel von ihnen (78,6%) hatten zum Zeitpunkt der Befragung keine lebenden Kinder. Unter Verheirateten ist dieser Anteil mit 9,5% deutlich geringer. Während Personen, die lebenslang kinderlos waren, im Alter eher Beziehungen zu Verwandten in direkter Linie aus der eigenen Generation haben, sind hochaltrige Menschen mit Kindern häufig auch Groß- oder sogar Urgroßeltern. Der Anteil der Großeltern in der Stichprobe ist mit 80,7% recht hoch. Urgroßeltern sind immerhin 40% der Befragten, wobei dies auch vom Alter abhängt. Liegt der Anteil der Urgroßeltern unter den 80- bis 85-Jährigen in der Stichprobe bei 37,4%, beträgt er bei den 86- bis 90-Jährigen 43,4%.

### 10.1.3 Geschwister

Eine wesentliche Quelle innerfamiliärer sozialer Beziehungen innerhalb der eigenen Generation sind Geschwister. 60,6% der Teilnehmer/innen haben mindestens einen noch lebenden Bruder oder eine noch lebende Schwester.

### 10.1.4 Verwandtschaftliche Sozialkontakte

Ein Blick auf die Größe des familiären Netzwerks und die Häufigkeit familiärer Sozialkontakte zeigt, dass die ÖIHS-Teilnehmer/innen mehrheitlich über ein dichtes Netz an familialen Beziehungen verfügen. Dabei unberücksichtigt blieben Kontakte mit Personen, die mit Studienteilnehmer/innen im selben Haushalt leben, d.h. Kontakte mit dem/der Ehepartner/in oder mit im selben Haus lebenden Kindern oder Enkelkindern. Hierdurch sollte der Fokus auf das soziale Netzwerk außerhalb des eigenen Haushalts gelegt werden – jenes Netzwerk, welches auch mit Außer-Haus-Mobilität in Verbindung gebracht werden kann. 39,6% der Befragten geben an, mit mehr als sechs Personen aus der Familie regelmäßigen Kontakt zu pflegen. Weitere 38,3% geben an, immerhin mit drei bis sechs Personen regelmäßig Kontakt zu haben. 17,9% geben an, mit ein bis zwei Personen regelmäßig Kontakt zu haben, während lediglich 4,2% keinerlei Kontakt zu Personen aus der eigenen Familie haben. Ob dies daran liegt, dass bereits sämtliche Mitglieder der Familie

bzw. Verwandtschaft zum Zeitpunkt der Befragung bereits verstorben waren oder aus anderen Gründen keinerlei Kontakt zu Familienmitgliedern bestand, wurde nicht erhoben.

Tabelle 29: Größe des familiären Netzwerks, inkl. Telefoninterviews (n=697)

Anzahl Personen	%
> 6 Personen	39,6%
3 – 6 Personen	38,3%
1 – 2 Personen	17,9%
niemand	4,2%

Bei der Analyse der Kontakthäufigkeit<sup>20</sup> wurde nicht nur der persönliche Kontakt durch Besuche, sondern auch der Kontakt durch Telefonate, E-Mails oder andere Kommunikationsmedien berücksichtigt. Der häufigste innerfamiliäre regelmäßige Kontakt im hohen Alter besteht zu den eigenen Kindern. Insgesamt 74,5% der Befragten geben an, mit einem oder mehreren ihrer Kinder zumindest wöchentlichen Kontakt zu pflegen, wobei 35,3% sogar täglich und 24,6% mehrmals pro Woche Kontakt mit ihren Kindern haben. Es lassen sich zudem Geschlechterunterschiede in der Häufigkeit des Kontaktes zugunsten der Frauen feststellen. Ein Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Studienteilnehmer/innen zeigt, dass Frauen häufiger täglichen Kontakt zu Kindern haben als Männer (38% vs. 31,7%).

Ein Einflussfaktor, welcher die Regelmäßigkeit des sozialen Kontaktes seitens der Familie zweifelsfrei mitverantwortet, ist räumliche Nähe, d.h. die Nähe des Wohnortes der Kinder zu jenem der hochaltrigen Eltern. Fast drei Viertel (71,1%) jener Befragten, die ein oder mehrere in der Nachbarschaft lebende Kinder haben, geben an, täglichen Kontakt mit diesen zu pflegen. Ist der Wohnort der Kinder weiter weg gelegen (anderer Ort, aber innerhalb einer Stunde erreichbar), so sind es nur noch 26,6% der Befragten, die täglichen Kontakt haben. Bei Kindern im Ausland sinkt der Anteil mit täglichen Kontakten weiter auf nur noch 11,1%.

Eine relativ geringe Rolle spielt der Familienstand. Hier wäre durchaus anzunehmen gewesen, dass verwitwete Personen möglicherweise etwas häufigere Kontakte zu ihren Kindern aufweisen, da Kinder bei Verwitwung eines Elternteils dazu neigen könnten, sich mehr um diesen zu kümmern oder, umgekehrt, die hochaltrige Person verstärkt Kontakt zu den Kindern sucht. In den Daten der ÖIHS finden sich jedoch nur geringe Unterschiede zwischen verwitweten und verheirateten Eltern: 75,5% der Verwitweten, aber auch 70,5% der Verheirateten geben an, zumindest mehrmals wöchentlich Kontakt zu einem oder mehreren ihrer Kinder zu haben. Auch bei ausschließlicher Betrachtung täglicher Kontakte ergeben sich keine Unterschiede (43,8% vs. 43,2%). Allerdings zeigt sich, dass die Dauer der Verwitwung eine Rolle spielt. Personen, die bereits seit längerer Zeit verwitwet sind (10 Jahre und mehr), haben signifikant häufiger und regelmäßiger Kontakte zu ihren Kindern

<sup>20</sup> Die Angaben zur Kontakthäufigkeit beziehen sich ausschließlich auf Daten aus den Face-to-face-Interviews (n=570).

als Personen, bei denen der Zeitpunkt der Verwitwung noch nicht so lange zurückliegt (0-5 Jahre) ( $\chi^2(20) = 62.928, p < .001$ ).

Die zweithäufigsten Kontakte im familialen Netzwerk hochaltriger Menschen betreffen Enkelkinder. 38,3% der Befragten geben an, zumindest wöchentlich im Kontakt mit einem oder mehreren Enkelkindern zu stehen. 10% geben sogar tägliche Kontakte an. Dieses Ergebnis erscheint im ersten Moment wenig überraschend, da mit dem Kontakt zu den eigenen Kindern häufig die Möglichkeit einhergeht, die Enkelkinder zu sehen. Dennoch ergibt die Analyse Unterschiede hinsichtlich der Kontakthäufigkeit, die darauf schließen lassen, dass die Kontakte zwischen Enkeln und ihren Großeltern loser sind als zu den Kindern. So sagen 18,8%, dass sie höchstens ein- bis dreimal im Monat Kontakt zu Enkeln haben, bei 5,6% ist es noch seltener. Während hier kaum Geschlechterunterschiede zu beobachten sind, bestimmt der Wohnort der Enkelkinder die Häufigkeit des Kontaktes zu den Großeltern stark mit. So hat fast die Hälfte (41,3%) der Personen, deren Enkel in unmittelbarer Nachbarschaft leben, täglichen Kontakt mit diesen. Wohnen die Enkelkinder hingegen weiter weg, sinkt dieser Anteil auf 9,4%, bei Enkelkindern im Ausland sogar auf Null.

Eine deutlich geringere Rolle spielen Kontakte zu Geschwistern. 16,8% der Teilnehmer/innen haben zumindest einmal wöchentlich Kontakt zu Geschwistern. Die geringere Rolle von Geschwisterbeziehungen im Vergleich zu Kontakten mit Kindern und Enkelkindern wird insbesondere daran ersichtlich, dass immerhin fast zwei Drittel der Befragten (60,6%) über mindestens einen noch lebenden Bruder bzw. Schwester verfügen. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit dem hierarchischen Modell von Verwandtschaftsverhältnissen, wonach erwachsene Menschen ihren Partner/innen, Kindern und Eltern in Bezug auf familiäre Verbindlichkeiten Vorrang gegenüber ihren Geschwistern einräumen (Lu 2007). Auch hier ist die Kontakthäufigkeit aber wiederum durch den Faktor geografische Nähe mitbedingt. Entsprechend sinkt der Anteil der Personen mit täglichen Kontakten zu Geschwistern von 43,8%, wenn die Geschwister in der Nachbarschaft leben, auf 4,3%, wenn die Geschwister in einem weiter entfernten, aber innerhalb einer Stunde erreichbaren Ort wohnen. Auch hier lassen sich deutliche Geschlechtsunterschiede feststellen. Während 21% der Frauen zumindest einmal pro Woche mit Geschwistern Kontakt haben, trifft dies nur auf 11,2% der Männer zu. Weitere Kontakte können zu anderen Verwandten wie Schwiegerkinder, Cousins/Cousinen etc. bestehen. Ähnlich wie bei Geschwistern fällt der Kontakt zu solchen Verwandten unter hochaltrigen Menschen eher unregelmäßig aus. 5,4% haben laut ihren Angaben täglich, 20,9% zumindest einmal die Woche Kontakt zu anderen Verwandten (vgl. Abbildung 37).

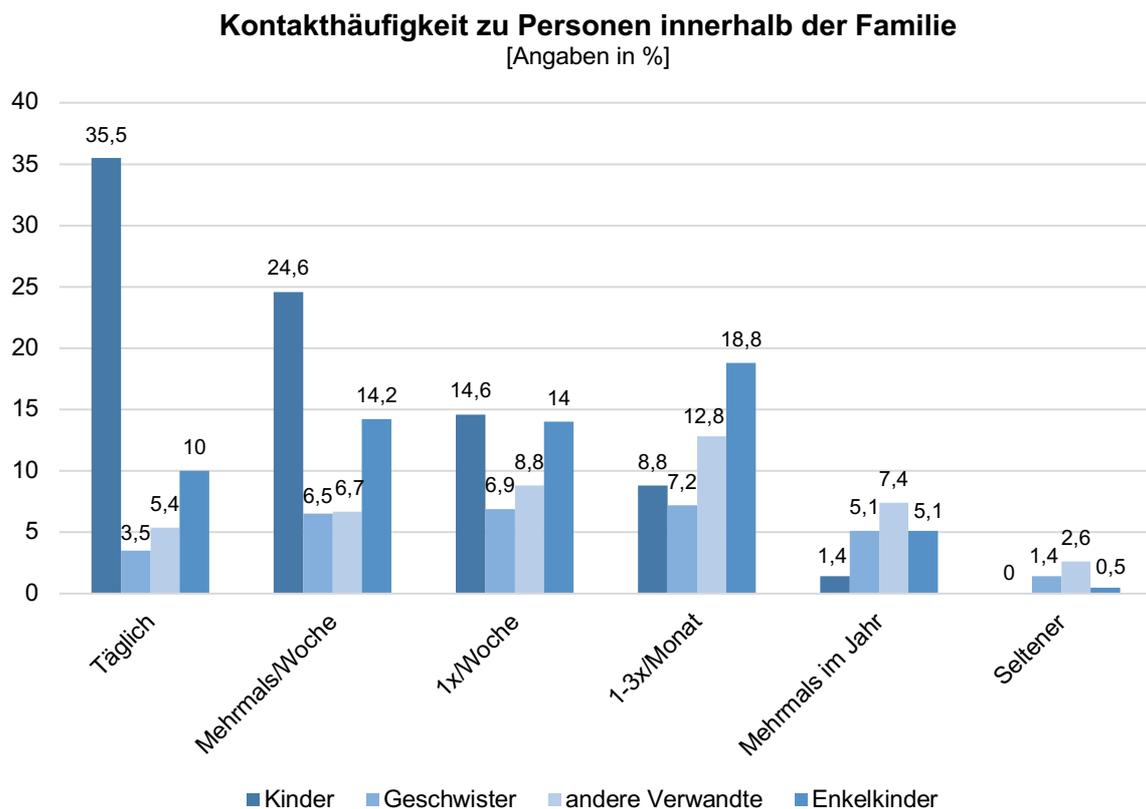


Abbildung 37: Kontakthäufigkeit innerhalb der Familie (n=570)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Regelmäßigkeit der familiären Sozialbeziehungen in allen vier beschriebenen Verwandtschaftsverhältnissen statistisch signifikant von der geografischen Nähe zueinander abhängt. Räumliche Nähe bedingt demnach auch häufigeren Kontakt. Hinzu kommt, dass vor allem den Frauen ein starkes integratives und kontakterhaltendes Beziehungsmoment zugesprochen werden muss. Es ist bekannt, dass Frauen in westlichen Gesellschaften häufig die Aufgabe des Zusammenhalts der Familie zukommt und diese daher häufig hauptverantwortlich dafür sind, innerfamiliäre Kontakte aufrechtzuerhalten und zu stärken (Lu 2007).

## 10.2 Außerfamiliäre Sozialkontakte

Neben familiären Netzwerken und Beziehungen muss insbesondere den sozialen Beziehungen zu Freunden und Bekannten eine relevante Rolle im Hinblick auf die soziale Agilität und Zufriedenheit im hohen Alter zugesprochen werden. Die hohe Relevanz des freundschaftlichen Umfelds wird unter anderem daran sichtbar, dass mehr als ein Drittel der Befragten (36,2%) angibt, mehr als 6 Personen im persönlichen Freundeskreis zu haben, die einem wichtig sind und mit denen regelmäßig Kontakte gepflegt werden. Ein weiteres Drittel (33,6%) pflegt immerhin noch enge freundschaftliche Kontakte zu 3-6 Personen. Es findet sich aber auch eine nicht unwesentliche Anzahl an Befragten, die zum Befragungszeitpunkt keine Person außerhalb der eigenen Familie nennen konnten, zu der ein engerer Kontakt besteht.

Tabelle 30: Größe des außerfamiliären Netzwerks, inkl. Telefoninterviews (n=691)

Anzahl Personen	%
> 6 Personen	36,2%
5 – 6 Personen	14,8%
3 – 4 Personen	18,8%
1 – 2 Personen	16,2%
niemand	14,0%

Unterschiedliche Faktoren nehmen hierbei einen Einfluss auf die Größe des außerfamiliären Netzwerks. Wie die Studienergebnisse zeigen, stellt der gesundheitliche Aspekt eine statistisch signifikante Größe dar, wobei Personen mit besserem Gesundheitsstatus auch auf einen größeren Pool an Freunden und Bekannten zurückgreifen können ( $\chi^2(15) = 34.717$ ,  $p = .003$ ). Fast die Hälfte (48,2%) der Studienteilnehmer/innen mit sehr gutem funktionalen Status („rüstig“) gaben an, regelmäßige Kontakte zu mehr als sechs Personen außerhalb der Familie zu haben. Indes sind es lediglich 23,5% bei Personen mit ausgeprägter Frailty, die sich an einem vergleichbar großen Freundes- und Bekanntenkreis erfreuen können. Noch deutlicher wird es, wenn man jene Teilnehmer/innen vergleicht, die keinerlei regelmäßige Kontakte außerhalb der Familie pflegen. Dann ergibt sich unter Personen mit Frailty ein Anteil von 24,7%, bei „Rüstigen“ hingegen ein Anteil von lediglich 5,4% ohne außerfamiliäre Kontakte. Dieser Umstand verdeutlicht abermals, dass körperliche Gebrechlichkeit einen starken Treiber für soziale Isolation darstellt.

Aber nicht nur der funktionale Status, auch der Familienstand hat einen maßgeblichen Einfluss auf die Größe des außerfamiliären Netzwerks ( $\chi^2(20) = 47.243$ ,  $p = .001$ ). Dies kann dadurch erklärt werden, dass Verwitwung häufig auch mit einer Verringerung des Freundeskreises einhergeht, zumal wenn dieser mit dem Ehepartner geteilt wurde. Kompensiert wird dieser Verlust dann häufig durch einen verstärkten Kontakt zu Verwandten, z.B. zu den eigenen Kindern (Wagner et al. 2010). Trotz dieses statistisch signifikanten Zusammenhangs mit dem Familienstand, lassen sich jedoch keine relevanten Geschlechtsunterschiede in der Größe des Freundes- und Bekanntenkreises feststellen.

Unter Berücksichtigung der Kontaktfrequenz ergeben sich Unterschiede hinsichtlich der Bedeutung von außerfamiliären im Vergleich zu familialen Beziehungen im Leben hochaltriger Menschen: 55,9% geben an, mindestens einmal pro Woche Kontakt mit Freunden oder Bekannten zu pflegen. Damit rangieren außerfamiliäre Sozialkontakte deutlich hinter Kontakten zu Kindern (74,5%), jedoch deutlich vor Kontakten mit Enkelkindern (38,3%), Geschwistern (16,9%) und anderen Verwandten (20,9%). Deutlicher wird der Unterschied, wenn der Fokus auf tägliche Kontakte gelegt wird: Diese sind im Hinblick auf Freunde und Bekannte in der ÖIHS-Stichprobe mit einer Häufigkeit von 11,2% vergleichsweise selten, vor allem im Vergleich zum Kontakt mit Kindern (35,3%). Dies verdeutlicht nochmals den hohen Stellenwert familialer Beziehungen im hohen Alter, insbesondere zu den eigenen Kindern.

### 10.3 Soziale Netzwerke – Stärke und relevante Einflussfaktoren

Wenngleich den unterschiedlichen Bezugsgruppen (Familienmitglieder, Freunde & Bekannte) unterschiedliche Rollen und Funktionen innerhalb des sozialen Netzwerkes zukommen, empfiehlt sich ein Blick auf die Stärke des gesamten sozialen Netzwerkes, in welchem sich die hochaltrigen Personen bewegen, wie auch auf Einflussfaktoren, die die Stärke des sozialen Netzwerkes mit bedingen. Für die Berechnung wurde hierbei ein Produkt aus der Anzahl der Kontaktpersonen aus Familie sowie Freundes- und Bekanntenkreis mit der gemittelten Frequenz der Kontakte zu diesen Personengruppen gebildet. Der daraus resultierende Summenwert gibt die Stärke des sozialen Netzwerkes wieder. Auf Basis des errechneten Mittelwertes und der Standardabweichung wurden entsprechende Gruppen mit unterschiedlicher Netzwerkintensität gebildet, welche samt der prozentualen Verteilung der Teilnehmer/innen in Abbildung 38 dargestellt werden.

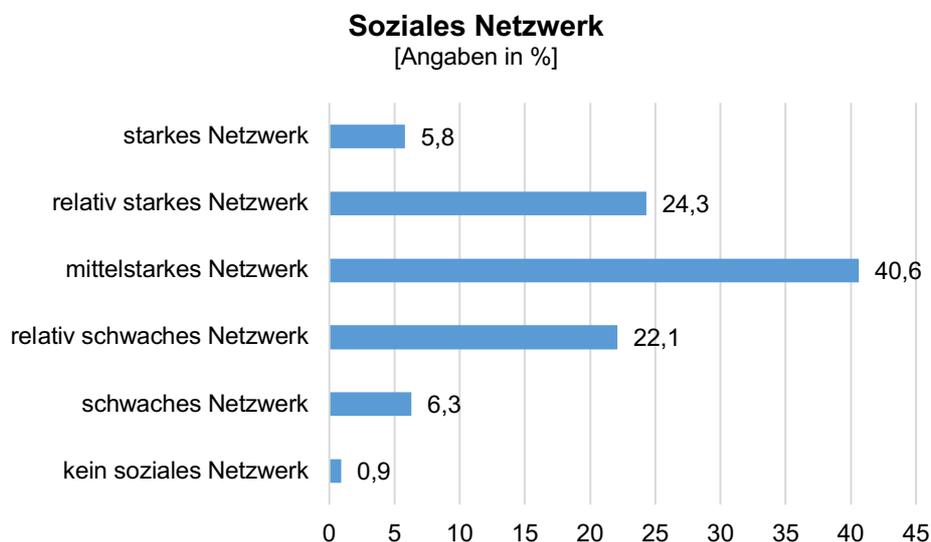


Abbildung 38: Stärke des sozialen Netzwerkes (n=571)

Die Verteilung auf die unterschiedlichen Netzwerkstärken lässt erkennen, dass immerhin fast jede/r Dritte (30,1%) in einem größeren Netzwerk mit relativ hoher Kontaktfrequenz agiert, während weitere 40,6% zumindest über ein mittelstarkes Netzwerk verfügen. Mehr als ein Viertel der Teilnehmer/innen (28,4%) kann jedoch nur auf ein (relativ) schwaches soziales Netzwerk mit kleiner Netzwerkgröße und geringerer Kontaktfrequenz zurückgreifen. Völlige soziale Isolation ohne wichtige, nahestehende Kontaktpersonen, weder innerhalb noch außerhalb der Familie, ist hingegen mit 0,9% in der ÖIHS-Stichprobe eine sehr seltene Ausnahme.

Eine Analyse von potentiellen Einflussfaktoren auf die Größe und Stärke des sozialen Netzwerkes führt zu Tage, dass diese vor allem von der gesundheitlichen und funktionalen Verfassung der hochaltrigen Person statistisch signifikant mitbestimmt wird ( $\chi^2(15) = 40.981$ ,  $p < .001$ ). Konkret zeigt sich dies darin, dass Personen mit guter funktionaler Gesundheit

(„rüstig“ oder „fit“) eher ein stärkeres soziales Netzwerk haben als Personen mit ausgeprägten funktionalen Einschränkungen („pre-frail“ oder „frail“) (35,7% vs. 28,1%). Hingegen verfügen funktional eingeschränkte Personen eher über schwächere oder gar keine sozialen Netzwerke (31,8%) im Vergleich zu „rüstigen“ und „fitten“ Teilnehmer/innen (21,6%).

Auch die Wohnform ( $\chi^2(10) = 39.607, p < .001$ ), der Familienstand ( $\chi^2(20) = 43.585, p = .002$ ) und die Kinderzahl ( $\chi^2(50) = 96.855, p < .001$ ) haben einen statistisch hoch signifikanten Einfluss auf Größe und Stärke des sozialen Netzwerks, wobei für Pflegeheimbewohner/innen, Ledige und Kinderlose die Wahrscheinlichkeit besonders hoch ist, im hohen Alter über kleinere und schwächere soziale Netzwerke zu verfügen als andere Personengruppen. Diese tragen daher auch ein größeres Risiko für soziale Isolation und Einsamkeit (siehe unten Kapitel 10.5).

### 10.4 Zufriedenheit mit Sozialbeziehungen

Abseits der zuvor beschriebenen quantitativen Ausprägungen von relevanten Aspekten des sozialen Netzwerks (Größe des sozialen Netzwerks und Kontakthäufigkeit mit Familienmitgliedern sowie Freunden und Bekannten) ist es letztlich die Zufriedenheit der jeweiligen Person mit ihren bestehenden Sozialkontakten, die ein wichtiges Qualitätsmaß für das soziale Beziehungsgeflecht einer Person darstellt. Die Qualität von sozialen Beziehungen kann zum Beispiel durch Intimität bzw. Verbundenheit, Aufgeschlossenheit, Gegenseitigkeit, Zugänglichkeit, Kontinuität und Zugehörigkeit beschrieben werden (Mehndiratta 1987). Wenngleich die Qualitäten der sozialen Kontakte innerhalb des familiären und außerfamiliären Netzwerkes nicht differenziert erhoben wurden, können auf Basis der Frage nach der Zufriedenheit mit und der Bewertung der familiären sowie außerfamiliären Beziehungen der Studienteilnehmer/innen Rückschlüsse auf die zugrundeliegende Qualität der sozialen Kontakte in und außerhalb der Familie gezogen werden.

Diese Herangehensweise kann allerdings nur den Anspruch erheben, das Konstrukt der Beziehungsqualität auf einer oberflächlichen und wenig differenzierten Ebene zu beschreiben. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass sich im Antwortverhalten auch sozial erwünschte Antworttendenzen abbilden.

#### 10.4.1 Zufriedenheit mit und Bewertung der Beziehung zur Familie

Die Zufriedenheit mit der Beziehung zur Familie stellt sich als relativ hoch heraus: Etwa drei Viertel der Studienteilnehmer/innen (74,4%) sind mit ihrer derzeitigen Beziehung zur Familie sehr zufrieden, weitere 19,7% eher zufrieden. Lediglich 2% äußern sich als eher oder gar nicht zufrieden. Ähnlich positiv fällt auch die subjektive Bewertung der Familienbeziehungen aus. Hier bewerten etwas mehr als zwei Drittel der Befragten (69,0%) die derzeitige Beziehung zur Familie als sehr gut, weitere 23,8% als gut. Lediglich 1,1% stufen die derzeitige Beziehungsqualität zur Familie als schlecht oder sehr schlecht ein (vgl. Tabelle 31 und Tabelle 32).

Für weiterführende Analysen wurde ein Zufriedenheitsindex gebildet, der als Produkt des Ratings zur Zufriedenheit mit der familiären Beziehung und der Bewertung der Beziehungsqualität zu verstehen ist. Dabei zeigen die Ergebnisse, dass die Zufriedenheit statistisch signifikant mit der Kontakthäufigkeit zu den eigenen Kindern ( $\chi^2(16) = 61,55$ ,  $p < .001$ ) sowie mit der räumlichen Nähe zu den Enkelkindern ( $\chi^2(20) = 45,66$ ,  $p = .001$ ) korreliert. Dies unterstreicht einmal mehr den Stellenwert, der Kindern wie auch Enkelkindern als wichtigste Bezugspersonen im hohen Alter zukommt, sowie die Bedeutsamkeit eines regelmäßigen persönlichen Kontakts zu diesen für die Zufriedenheit mit der Beziehung zur eigenen Familie. Zusammenhänge in Bezug auf Geschlecht, Alter, Bildung oder Wohnort konnten bei der Bewertung und Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen nicht gefunden werden.

#### 10.4.2 Zufriedenheit mit und Bewertung der Beziehung zu Freunden und Bekannten

Die Beschreibung der Qualität der sozialen Kontakte zu Freunden und Bekannten stützen sich – wie bei der Qualität der sozialen Kontakte in der Familie – auf die Kriterien der Zufriedenheit mit der Beziehung und der subjektiven Bewertung der Beziehungsqualität. Es gelten daher auch dieselben methodischen Einschränkungen.

Die Zufriedenheit mit dem Verhältnis zum Freundes- und Bekanntenkreis fällt weniger positiv aus als bei den Familienbeziehungen. Nur knapp die Hälfte der Studienteilnehmer/innen (50,2%) ist mit dem Verhältnis zu Freunden und Bekannten sehr zufrieden. Im Vergleich dazu sind knapp drei Viertel (74,4%) der Befragten mit den Beziehungen zur Familie sehr zufrieden. Ausdrückliche Unzufriedenheit ist bei familiären wie außerfamiliären Beziehungen eine Seltenheit, bei letzteren mit insgesamt 3,9% jedoch etwas häufiger als im Hinblick auf die Familie (Tabelle 31).

Tabelle 31: Zufriedenheit mit der Beziehung zur Familie vs. zu Freunden/Bekanntem

Ausprägung	Familie (n=694)	Freunde / Bekannte (n=671)
sehr zufrieden	74,4%	50,2%
eher zufrieden	19,7%	35,2%
mittelmäßig	3,9%	10,7%
eher unzufrieden	1,3%	3,3%
gar nicht zufrieden	0,7%	0,6%

Auch das Verhältnis zu den Freunden und Bekannten wird nicht ganz so positiv bewertet wie die Beziehung zur Familie. So bewerten 53,4% das Verhältnis zu ihren Freunden und Bekannten als sehr gut, 39,7% als gut. 0,4% bewerten die Beziehungsqualität als schlecht (Tabelle 32).

Tabelle 32: Bewertung der Beziehung zur Familie vs. zu Freunden/Bekanntem

Bewertung	Familie (n=555)	Freunde / Bekannte (n=491)
sehr gut	69,0%	53,4%
gut	23,8%	39,7%
mittelmäßig	6,1%	6,5%
schlecht	0,7%	0,4%
sehr schlecht	0,4%	0,0%

Wie bereits bei der Analyse der familiären Beziehungsqualität wurde auch für Freunde und Bekannte ein Zufriedenheitsindex gebildet, der sich wiederum aus dem Produkt des Ratings zur Zufriedenheit mit den freundschaftlichen Beziehungen und der Bewertung der Beziehungsqualität bildet. Dabei konnte ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit dem Wohnort (Stadt/Land) ( $\chi^2(4) = 10.53, p = .032$ ), mit der gesundheitlichen Konstitution der hochaltrigen Person ( $\chi^2(12) = 27.171, p = .007$ ), dem Geschlecht ( $\chi^2(4) = 14.98, p = .005$ ), sowie der Kontakthäufigkeit mit Freunden und Bekannten ( $\chi^2(20) = 33.24, p = .032$ ), gefunden werden.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Personen aus urbanen Gebieten zufriedener sind mit ihren außerfamiliären Beziehungen als auf dem Land lebende Personen. Dabei dürfte der Grund für diesen Stadt-Land-Unterschied nicht oder zumindest nicht primär in der räumlichen Nähe bzw. Distanz zu den Freunden liegen, da dieser Aspekt keine statistisch signifikanten Ergebnisse hervorbrachte. Auch eine bessere gesundheitliche Gesamtkonstitution ist mit höheren Zufriedenheitswerten verbunden. Dies ist wiederum dem Umstand geschuldet, dass Gesundheit und Funktionalität wesentliche Voraussetzungen für ein aktives Sozialleben und die Pflege sozialer Kontakte sind.

Geschlechtsspezifische Differenzen hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Beziehungsqualität zu Freunden und Bekannten dürften u.a. darin begründet sein, dass Frauen häufiger verwitwet sind, was wiederum tendenziell mit einem kleineren außerfamiliären Netzwerk einhergeht. Zusammenhänge in Bezug auf Alter und Bildung konnten bei der Bewertung außerfamiliärer Beziehungen nicht gefunden werden.

## 10.5 Soziale Isolation

Mit fortgeschrittenem Alter ist bei vielen Erwachsenen eine Verringerung des sozialen Netzwerks (Lee/Markides 1990), der Häufigkeit ihrer sozialen Kontakte (Okun/Keith 1998) sowie der Anzahl der Personen, von denen sie emotionale Unterstützung erhalten, verbunden (Pinquart/Sorensen 2001). Dieses Phänomen ist teilweise auf das zunehmende Risiko älterer Menschen zurückzuführen, nahestehende Personen gleichen Alters, insbesondere den Ehepartner, durch Tod zu verlieren. Zudem führen die Abnahme der sozialen Rollen und Einschränkungen in der Mobilität dazu, dass die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte zunehmend erschwert wird und in weiterer Folge abnimmt. Diese

altersbedingten Veränderungen begünstigen auch die Festigung des negativen Altersstereotyps eines sozial isolierten und einsamen älteren Menschen.

Dieses Stereotyp wird jedoch im Lichte einer weitgehend uneinheitlichen Faktenlage aus Studien der letzten Jahrzehnte keineswegs gestützt. Während Wagner et al. (2010) in der Berliner Altersstudie beispielsweise zu dem Schluss kommen, dass sich alte Menschen umso einsamer fühlen, je älter sie sind, zeigen andere Studien eher das Gegenteil und zum Teil sogar eine Abnahme der Einsamkeit mit zunehmendem Alter (vgl. Elbing 1991, S. 218ff.; Wenger et al. 1996). Studien zur Prävalenz von Einsamkeit im Alter deuten darauf hin, dass nur etwa 5 bis 15% der Seniorinnen und Senioren über 65 von häufigen Einsamkeitsgefühlen betroffen sind, weitere 20 bis 40% berichten von gelegentlicher Einsamkeit (z. B. Prince et al. 1997). In der Kohorte der Hochbetagten scheint Einsamkeit jedoch viel häufiger verbreitet zu sein: Etwa 50% der Erwachsenen ab 80 Jahren fühlen sich laut wissenschaftlichen Studien oft einsam (Smith/Baltes 1993). Solche Ergebnisse sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da die Begriffe Einsamkeit und Alleinsein negativ konnotiert sind und die Befragten daher möglicherweise häufig nicht zugeben, einsam zu sein.

Ebenfalls ist aus der Forschung bekannt, dass das Leben in einer koresidentiellen Partnerschaft und ein größeres soziales Netzwerk vor Einsamkeit schützen (Schmitz et al. 2021). Die Qualität des sozialen Netzwerks ist aber mitunter entscheidender als die Quantität. Das heißt, es kommt nicht allein auf die Größe des Netzwerks und die Häufigkeit von Kontakten an, sondern vor allem auf die Qualität der sozialen Beziehungen. Auch regelmäßige außerfamiliäre Kontakte mit Freunden, Bekannten oder Nachbarn scheinen eine größere Rolle für die Vermeidung von Einsamkeit zu spielen als Kontakte innerhalb der Familie. Eine Frau zu sein, einen niedrigen sozioökonomischen Status zu haben und in einem Pflegeheim zu leben ist hingegen mit höherer Einsamkeit verbunden (Pinquart/Sorensen 2001).

Wie steht es nun um soziale Isolation und Einsamkeit in der ÖIHS-Stichprobe, im Lichte der oben dargestellten Befunde zu den sozialen Beziehungen und den sozialen Netzwerken hochaltriger Menschen? Wie gezeigt, verfügen die meisten Teilnehmer/innen – bei großen interindividuellen Unterschieden – über ein relativ großes und dichtes soziales Netzwerk mit ausreichend vielen Kontaktpersonen und regelmäßigen familiären wie außerfamiliären Sozialkontakten. Sozial sehr stark isolierte Personen sind im Sample eher die Ausnahme. Definiert man soziale Isolation als einen Mangel von wichtigen Bezugs- und Kontaktpersonen sowie von regelmäßigen Kontakten mit Menschen außerhalb des eigenen Haushalts (kein oder sehr schwaches Netzwerk), dann ergibt sich ein Anteil von 7,2%, auf die diese Beschreibung zutrifft. Ein weiteres geeignetes Maß für die Bestimmung sozialer Isolation ist die Außer-Haus-Mobilität. Wenn Personen das Haus nicht oder kaum mehr verlassen (können), sich ihr Leben also fast ausschließlich innerhalb der eigenen vier Wände abspielt, ist das soziale Leben auf ein Minimum reduziert. Legt man hierfür als Kriterium fest, dass die eigene Wohnung seltener als einmal pro Woche verlassen wird, trifft dies in der Stichprobe auf 10% zu. Wie Tabelle 33 zeigt, wirken dabei die bereits identifizierten Indikatoren funktionaler Status, Familienstand, Kinderlosigkeit und Pflegeheimaufenthalt als besonders relevante Einflussfaktoren. Besonders negativ wirkt sich ein Pflegeheimaufenthalt

aus. In Pflegeheimen können zwischen 19,7% (schwaches Netzwerk) und 36,1% (geringe Außer-Haus-Mobilität) als sozial isoliert gelten.

Tabelle 33: Soziale Isolation

Variable/ Ausprägung	Schwaches Netzwerk	Geringe Außer-Haus-Mobilität ( $< 1x/Woche$ )
Gesamt	7,2%	10,0%
Funktionaler Status		
rüstig/fit	4,9%	0,0%
pre-frail/frail	7,2%	14,7%
Familienstand		
verheiratet	5,3%	6,5%
verwitwet	6,2%	13,0%
ledig	17,9%	17,9%
geschieden	14,7%	9,1%
Anzahl Kinder		
kinderlos	21,9%	19,1%
mind. 1 Kind	5,0%	8,8%
Wohnform		
Privathaushalt	5,2%	7,2%
Pflegeheim	19,7%	36,1%

### 10.6 Einsamkeit

Ähnlich wie soziale Isolation, stellt sich auch Einsamkeit in der ÖIHS als Problematik einer Minderheit dar, wenn auch einer durchaus beträchtlichen und nicht zu unterschätzenden Minderheit. Das Einsamkeitsempfinden hochaltriger Menschen wurde in der ÖIHS abgefragt in Bezug auf die vergangenen zwei Wochen vor der Befragung und die Antworten auf einer fünfstufigen Skala (1=nie, 5=immer) erfasst. Dabei ergibt sich ein Anteil von lediglich 5,4%, die sich oft oder immer einsam fühlen. Dieser Anteil erhöht sich auf 17,8%, wenn auch Personen berücksichtigt werden, die auf die Frage nach Einsamkeitsgefühlen mit „manchmal“ geantwortet haben. Das bedeutet, dass immerhin mehr als jede/r Sechste zumindest gelegentlich von Einsamkeit betroffen ist, was eine nicht zu vernachlässigende Quote darstellt. Die große Mehrheit (82,2%) scheint jedoch von Einsamkeitsgefühlen weitestgehend frei zu sein. Diese Befunde stehen durchaus im Widerspruch zu eingangs zitierten Studienergebnissen über Einsamkeit im hohen Alter und deuten darauf hin, dass Einsamkeit unter hochaltrigen Menschen möglicherweise ein geringeres Problem darstellt, als gemeinhin angenommen wird.

**Einsamkeitsgefühle in den letzten 2 Wochen**

[Angaben in %]

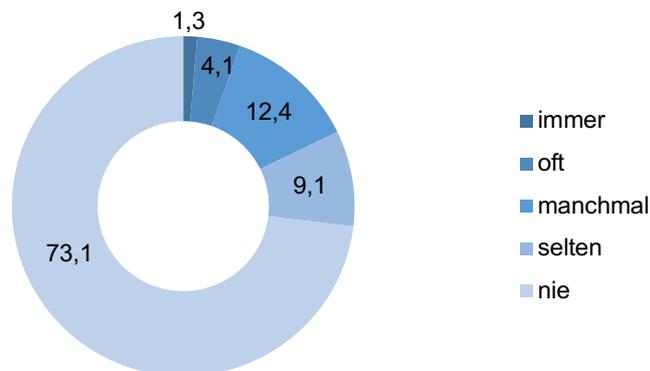


Abbildung 39: Einsamkeitsgefühle in den letzten 2 Wochen, inkl. Telefoninterviews (n=707)

**10.6.1 Risikofaktoren**

Trotz der positiven Befundlage einer überwiegend geringen Einsamkeitsprävalenz stellt sich die Frage, welche Faktoren Einsamkeit tendenziell Vorschub leisten. Dabei zeigt sich zunächst, dass ein direkter Zusammenhang zwischen sozialer Isolation und Einsamkeit besteht. Zumindest die Stärke des sozialen Netzwerks ( $\chi^2(20) = 40.833$ ,  $p = .004$ ) korreliert signifikant mit Einsamkeitsgefühlen, wobei Personen mit schwachem Netzwerk deutlich häufiger von Einsamkeit betroffen sind als Personen mit starkem Netzwerk. Besonders die Größe des außerfamiliären Netzwerks erweist sich als protektiver Faktor gegen Einsamkeit ( $\chi^2(20) = 48.619$ ,  $p < .001$ ). Hinsichtlich der Größe des familiären Netzwerks konnten hingegen keine statistisch signifikanten Zusammenhänge gefunden werden. Dieses Ergebnis unterstreicht abermals die Relevanz außerfamiliärer Sozialkontakte im hohen Alter. Auch die Außer-Haus-Mobilität hat offenbar keinen signifikanten Einfluss auf das Einsamkeitsempfinden. Die Größe und Stärke des sozialen Netzwerks sind also im Hinblick auf Einsamkeit als protektive Faktoren bedeutsamer als die Mobilität außer Haus.

Auch im Hinblick auf weitere Einflussfaktoren ergeben sich vergleichbare Zusammenhänge wie hinsichtlich sozialer Isolation. Einsamkeit korreliert mit dem funktionalen Status ( $\chi^2(12) = 65.789$ ,  $p < .001$ ) und dem Familienstand ( $\chi^2(16) = 75.781$ ,  $p < .001$ ), wobei Personen mit funktionalen Einschränkungen und Verwitwete deutlich häufiger von Einsamkeit betroffen sind als „Rüstige“ und Verheiratete. Das ist wahrscheinlich auch der Grund dafür, weshalb Frauen ein signifikant höheres Einsamkeitsrisiko aufweisen als Männer ( $\chi^2(4) = 13.552$ ,  $p = .009$ ). Kein signifikanter Zusammenhang besteht interessanterweise mit der Wohnform ( $\chi^2(8) = 9.610$ ,  $p = .293$ ). Das heißt, Pflegeheimbewohner/innen fühlen sich nicht signifikant häufiger einsam als Personen in Privathaushalten. Auch Kinderlosigkeit schlägt sich nicht in einem höheren Einsamkeitsrisiko nieder. Vor dem Hintergrund des bereits berichteten, objektiv deutlich höheren Grades an sozialer Isolation in Pflegeheimen und bei Kinderlosigkeit ist dies ein Hinweis darauf, dass soziale Isolation nicht zwangsläufig mit Einsamkeit einhergeht, soziale Isolation also nicht notwendigerweise auch als solche empfunden werden muss.

## SOZIALE BEZIEHUNGEN

Tabelle 34: Einsamkeit

Einsamkeit	Oft/immer	manchmal	Selten /nie	Korrelation/ Signifikanz
Gesamt	5,4%	12,4%	82,2%	
Funktionaler Status				$\chi^2(12) = 65.789, p < .001$
rüstig/fit	0,5%	7,0%	92,4%	
pre-frail/frail	5,3%	15,1%	79,6%	
Stärke soziales Netzwerk				$\rho = -.102, p = .013$
schwach	11,3%	19,4%	69,4%	
mittel	2,6%	11,6%	85,8%	
(relativ) stark	1,7%	11,6%	86,6%	
Außerfamiliäres Netzwerk				$\chi^2(20) = 48.619, p < .001$
keine Kontaktpersonen	8,0%	18,7%	73,3%	
1-2	7,2%	15,5%	77,3%	
3-6	3,3%	11,7%	85,0%	
> 6	1,4%	9,0%	89,6%	
Familienstand				$\chi^2(16) = 75.781, p < .001$
verheiratet	1,5%	7,4%	91,1%	
verwitwet	8,9%	18,5%	71,6%	
ledig	2,8%	11,1%	86,1%	
geschieden	10,0%	7,5%	82,5%	
Anzahl Kinder				$\chi^2(8) = 1.524, p = .992$
kinderlos	5,6%	12,5%	81,9%	
mind. 1 Kind	3,6%	12,6%	83,7%	
Außer-Haus-Mobilität				$\chi^2(16) = 19.813, p = .229$
mind. 1x täglich	2,9%	9,8%	87,3%	
mehrmals wöchentlich	5,0%	16,3%	78,8%	
< 1x/Woche	5,4%	17,9%	76,8%	
Geschlecht				$\chi^2(4) = 13.552, p = .009$
männlich	4,0%	8,2%	87,8%	
weiblich	6,4%	15,6%	77,9%	
Wohnform				$\chi^2(8) = 9.610, p = .293$
Privathaushalt	5,1%	11,5%	83,3%	
Pflegeheim	9,9%	18,0%	72,1%	

### 10.7 Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität im Alter

Ein wesentlicher Aspekt der sozialen Beziehungen, der abschließend noch betrachtet werden soll, ist Sexualität. Die Sexualität im Alter ist bis heute weitgehend tabuisiert (Bach/Böhmer 2011). Dieses Tabu öffnet zugleich Tür und Tor für stereotype Annahmen im Hinblick auf die Sexualität älterer Menschen. Annahmen bezüglich eines gänzlichen Bedeutungsverlust von Sexualität im Alter sowie das Stereotyp des „asexuellen“ älteren Menschen sind nach wie vor in unserer Gesellschaft weit verbreitet. Die wissenschaftliche Evidenzlage legt jedoch differenziertere Einschätzungen nahe.

Die Forschung zeigt, dass Sexualität von älteren Erwachsenen als ein wesentlicher Wert im späteren Leben wahrgenommen wird (Gott/Hinchliff 2003; von Humboldt et al. 2016). Ältere Menschen kommunizieren nicht nur ein Bedürfnis nach Sex, sondern generell nach körperlicher Liebe und Zuneigung (Davis 2015; Hillier/Barrow 2010). In der Tat gibt es zahlreiche Belege dafür, dass viele ältere Menschen sexuell aktiv sind und Sex als angenehm und lohnend empfinden (Ferris et al. 2008; Fileborn et al. 2015; Lee et al. 2016a/b; Waite et al. 2009). Darüber hinaus tragen Aspekte wie Liebe, sexuelle Intimität und Sexualität signifikant zur Erhöhung der Lebenserwartung, des Wohlbefindens, der Gesundheit und der Lebensqualität älterer Menschen bei (von Humboldt 2016; Langer 2009). Zwar deuten Forschungsergebnisse darauf hin, dass ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren Bevölkerungsgruppen seltener sexuell aktiv sind (Mercer et al. 2013; Fileborn et al. 2015). Dennoch kommt es mit höherem Alter nicht zwingend zu einer Reduktion des sexuellen Verlangens. Was sich hingegen verändern kann, ist der konkrete sexuelle Ausdruck, wobei sich z.B. der Schwerpunkt eher weg von Geschlechtsverkehr hin zu sexuellen Berührungen verlagert (Galinsky 2012).

Nicht zuletzt im Interesse eines Beitrags zur Enttabuisierung dieses Themas und einer gleichzeitigen Konfrontation stereotyper Ansichten mit einer evidenzbasierten Faktenlage wurde das Thema Sexualität und Zärtlichkeit im Alter in der ÖIHS als eigener kurzer Themenblock am Ende des Fragenkatalogs zur Lebenszufriedenheit integriert. Für die Befragung wurde dabei ein zweistufiges Vorgehen gewählt: Zunächst wurde nach der Rolle gefragt, die Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität im Leben der Befragten spielen. Diese Frage ist bewusst sehr weit gefasst und verfolgt das Ziel, sexuelle Aktivitäten – in Übereinstimmung mit der wissenschaftlichen Befundlage über Sexualität im Alter – nicht nur auf Geschlechtsverkehr zu reduzieren, sondern auch andere Formen der sexuellen Aktivität zu berücksichtigen. In einem zweiten Schritt wurde sodann explizit auch nach „sexuellen Kontakten“ gefragt. Hingewiesen wurden die Teilnehmer/innen explizit darauf, dass es ihnen völlig freisteht, diese Frage nicht zu beantworten, wenn ihnen dies unangenehm sein sollte. Eine Ablehnungsquote von lediglich 5,4% (Zärtlichkeit und Sexualität) bzw. 7,2% (sexuelle Kontakte) spricht einerseits dafür, dass es im Zuge der Interviews durchaus gelungen sein dürfte, dieses sehr persönliche Thema mit der erforderlichen Sachlichkeit in respektvoller Gesprächsatmosphäre aufzugreifen und zu behandeln. Andererseits könnte es aber auch ein Hinweis darauf sein, dass das Thema unter hochaltrigen Menschen deutlich weniger tabuisiert und das Sprechen darüber für sie weniger unangenehm oder gar schambesetzt ist als in der Gesellschaft insgesamt.

Die Ergebnisse der Befragung im Rahmen der ÖIHS bestätigen weitgehend die eingangs dargestellte Studienlage und verweisen auf die Notwendigkeit, stereotype Sichtweisen hinsichtlich der Sexualität älterer Menschen zu überdenken. Auf die Frage nach der subjektiven Bedeutung von Zärtlichkeit und Sexualität gaben immerhin 42,7% der Teilnehmer/innen an, dass diese eine eher große oder große Rolle in ihrem Leben spielen würden. Eher keine Rolle (19,3%) oder gar keine Rolle (38,0%) spielen Zärtlichkeit und Sexualität somit nur bei etwas mehr als der Hälfte der befragten Teilnehmer/innen, während die andere Hälfte durchaus ein Bedürfnis nach Zärtlichkeit und Sexualität in ihrem Leben artikulierte (vgl. Abbildung 40).

**Bedeutung von Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität**  
[Angaben in %]

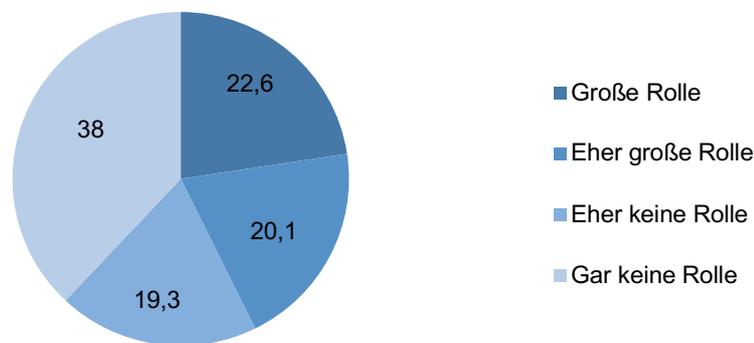


Abbildung 40: Bedeutung von Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität (n=523)

Anders verhält es sich im Hinblick auf sexuelle Kontakte im engeren Sinne. Hier zeigt sich, dass sexuelle Kontakte nur von einer Minderheit der Befragten gepflegt werden (18,3%). Mehr als drei Viertel der Befragten geben an, keine aktiven Sexualkontakte mehr zu haben (81,7%). Dies unterstreicht nochmals die sich im höheren Alter tendenziell vollziehende Bedeutungsverschiebung von Sexualität: Sexuelle Kontakte im engeren Sinne nehmen eher ab, die Bedeutung von bzw. das Bedürfnis nach körperlicher Nähe und Zärtlichkeit bleibt hingegen für zahlreiche Menschen auch im hohen Alter weiterhin groß.

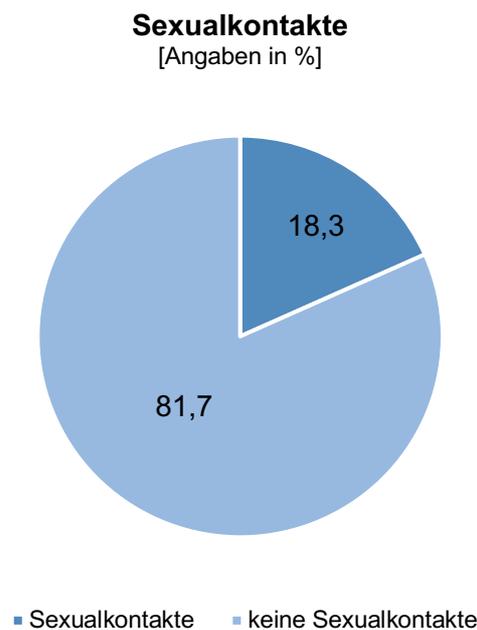


Abbildung 41: Sexualkontakte (n=519)

Ob und in welchem Ausmaß auch im hohen Alter noch körperliche Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität gelebt wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Ein durch Studien gut belegter Einflussfaktor ist die physische sowie psychische Gesundheit. Negative Auswirkungen auf das Sexualeben im hohen Alter haben demnach etwa chronische Gesundheitsprobleme (z.B. aufgrund von Diabetes, Bluthochdruck, Harninkontinenz, Prostatakrebs etc.), eine verminderte Libido, die Menopause, Erektionsprobleme, Probleme mit dem Körperbild und allgemeine sexuelle Dysfunktionen (z. B. Orgasmusstörungen, vaginale Trockenheit) (Lindau et al. 2007; Syme et al. 2015; von Humboldt et al. 2016). Außerdem können bestimmte Medikamente zur Behandlung chronischer Krankheiten die sexuelle Aktivität negativ beeinflussen (Syme et al. 2015). Beispielsweise können blutdrucksenkende Medikamente, die vielen Menschen ab 60 Jahren verschrieben werden, erektile Probleme verursachen (Bouman 2013). Darüber hinaus kann eine schlechte psychische Gesundheit (z.B. Depressionen) das Sexualverhalten und das Wohlbefinden im Alter negativ beeinflussen (Carpenter et al. 2009). Neben gesundheitlichen spielen aber auch soziale Faktoren eine Rolle, etwa der Familienstand bzw. das Vorhandensein eines Partners (Ekström et al. 2018; Syme et al. 2015).

Auch diese Befunde finden in den Ergebnissen der Hochaltrigenstudie überwiegend ihre Bestätigung. So zeigt sich, dass der Prozentsatz der Studienteilnehmer/innen, für die Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität eine größere Rolle spielt, mit schlechterem funktionalen Status statistisch signifikant abnimmt. Während 66,7% aus der Gruppe der „Rüstigen“ angeben, dass Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität nach wie vor eine (eher) große Rolle in ihrem Leben spielt, sind es bei Teilnehmer/innen mit bereits stark eingeschränkter Funktionalität (Pre-Frailty und Frailty) nur 37,5% ( $\chi^2(9) = 41.901, p < .001$ ). Dies gilt analog für sexuelle Kontakte: Während 46% der Gruppe der „Rüstigen“ angeben, nach wie vor sexuelle

Kontakte zu haben, sind es bei funktional eingeschränkten Personen lediglich 12,9% ( $\chi^2(3) = 38.919, p < .001$ ).

Auch chronische Krankheiten haben einen bedeutsamen und signifikanten Einfluss auf die Sexualität im Alter ( $\chi^2(12) = 21.779, p = .040$ ), wobei die Hälfte (50,4%) der Teilnehmer/innen mit maximal einer chronischen Krankheit der Sexualität im Alter eine (eher) hohe Bedeutung beimisst. Mit zunehmender Anzahl nimmt die Wichtigkeit von Sexualität sukzessive ab, wobei bei fünf und mehr chronischen Krankheiten nur noch 10,8% die Wichtigkeit von Sexualität bejahen. Auch Sexualkontakte nehmen mit höherem Grad an Morbidität ab ( $\chi^2(4) = 19.07, p = .001$ ). Insbesondere chronische Krankheiten wie Herzkrankheiten ( $\chi^2(3) = 11.147, p = .011$ ), Parkinson ( $\chi^2(3) = 11.302, p = .010$ ), aber auch psychische Erkrankungen wie Depressionen ( $\chi^2(3) = 8.494, p = .037$ ) sind mit einer statistisch signifikanten Abnahme von Sexualität im hohen Alter vergesellschaftet. Kein statistisch signifikanter Zusammenhang im Hinblick auf Sexualkontakte findet sich interessanterweise für Harninkontinenz ( $\chi^2(3) = 6.525, p = .089$ ), jedoch hinsichtlich des individuellen Stellenwerts, der Zärtlichkeit und Sexualität eingeräumt wird ( $\chi^2(5) = 11.814, p = .037$ ). Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass das Bedürfnis nach Sexualität und körperlicher Nähe infolge einer mit dem Inkontinenzleiden verbundenen Scham oder Beeinträchtigung des subjektiven, insbesondere körperlichen Wohlbefindens durch Harninkontinenz gemindert wird.

Große Unterschiede gibt es auch nach Geschlecht. Während mehr als die Hälfte der Männer (60,3%) angibt, dass Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität in ihrem Leben eine (eher) große Rolle einnehmen, sind es im Vergleich dazu nur 29,5% der Frauen. Für rund die Hälfte der Frauen (50,5%) spielt Sexualität, ihren Angaben zufolge, sogar überhaupt keine Rolle (mehr), ( $\chi^2(3) = 58.147, p < .001$ ). Männer geben zudem signifikant häufiger als Frauen an, nach wie vor sexuelle Kontakte zu haben (30,3% vs. 9,4%), ( $\chi^2(1) = 37.140, p < .001$ ). Diese geschlechtsspezifischen Differenzen erklären sich hauptsächlich dadurch, dass hochaltrige Männer signifikant häufiger in einer Partnerschaft leben. Die Unterschiede werden – zumindest mit Blick auf die subjektive Bedeutung von Zärtlichkeit und Sexualität – deutlich geringer, wenn verheiratete Männer und Frauen separat betrachtet werden (Abbildung 42). Zwar bleiben auch dann gewisse Unterschiede in der Bewertung von Sexualität zugunsten von Männern bestehen, was zum Teil auf die Bedeutung von Sexualität für das männliche Rollenbild zurückzuführen sein dürfte. Die Prozentsätze von Männern und Frauen nähern sich jedoch sehr stark an. Generell hat der Familienstand einen hoch signifikanten Einfluss auf die Sexualität im Alter ( $\chi^2(12) = 122.758, p < .001$ ), wobei Verheiratete der Sexualität eine deutlich höhere Bedeutung für ihr Leben beimessen als Verwitwete (64,2% vs. 22,8%).

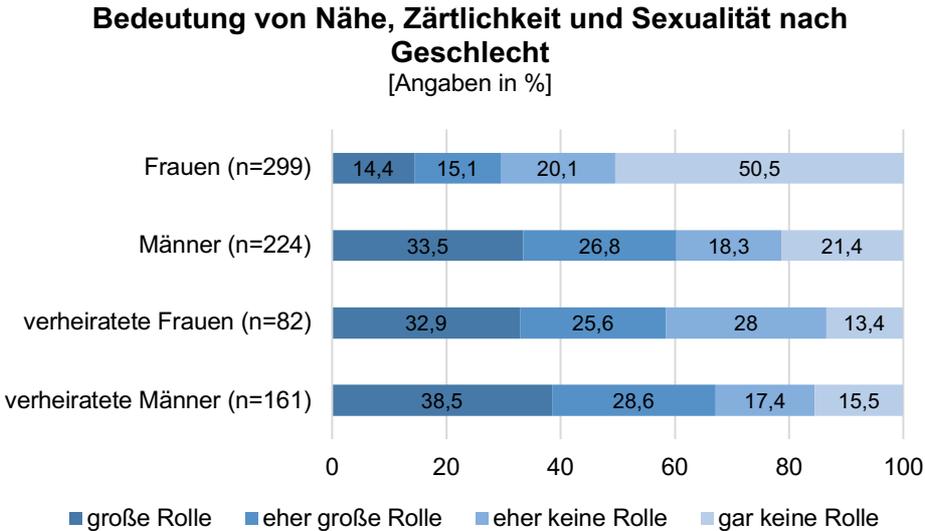


Abbildung 42: Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität nach Geschlecht und Familienstand

Mit Blick auf sexuelle Kontakte werden die geschlechtsspezifischen Differenzen bei Berücksichtigung des Familienstandes hingegen eher sogar noch etwas größer (Abbildung 43). Das könnte neben der bereits erwähnten Rolle von Sexualität für moderne Männlichkeitskonstruktionen und einem in der Regel etwas jüngeren Alter der Partner/innen in den Paarbeziehungen hochaltriger Männer vor allem auf die Bedeutungsverschiebung hindeuten, die Sexualität im hohen Alter – und hier offenbar gerade im Leben von Frauen – erfährt. Während zahlreiche Männer nicht nur die Bedeutung von Sexualität hoch gewichten, sondern auch (ihren Angaben zufolge) auf sexuelle Kontakte Wert legen, messen zwar auch verheiratete Frauen Zärtlichkeit und Sexualität eine relativ hohe Bedeutung bei, pflegen jedoch deutlich seltener sexuelle Kontakte. Anders als bei Männern, erscheint bei hochaltrigen Frauen – auch bei bestehender Paarbeziehung – die Bedeutung von Sexualität eher weg von sexuellen Kontakten hin zu emotionaler Nähe und Zärtlichkeit verlagert.

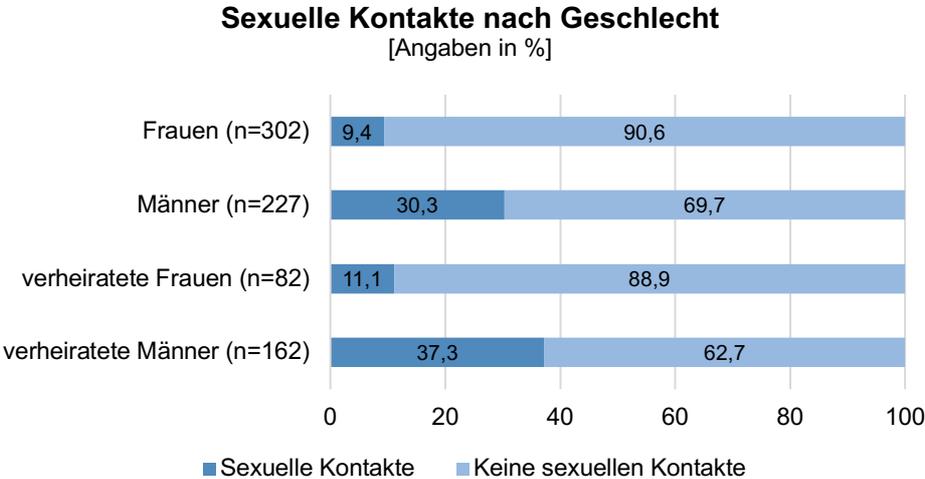


Abbildung 43: Sexuelle Kontakte nach Geschlecht und Familienstand



## 11. Mobilität und Alltagsgestaltung hochaltriger Menschen

Mobilität stellt für ältere Menschen einen wichtigen Faktor für den Erhalt von Selbstständigkeit und Autonomie und damit auch von Lebensqualität im Alter dar (Liddle/McKenna 2003; Luiu et al. 2017; Mollaoğlu et al. 2010). So korreliert die allgemeine Lebenszufriedenheit im Alter mit der persönlichen Mobilitätszufriedenheit, welche wiederum durch zwei wichtige Faktoren bedingt ist: gut zu Fuß und mit dem Auto mobil sein zu können (Engeln/Schlag 2001). Somit kommt der Mobilität im Alter eine wichtige Funktion für den Erhalt physischer, psychischer und sozialer Gesundheit zu.

Neben der Außer-Haus-Mobilität stellen auch Aktivitäten des täglichen Lebens sowie Freizeitaktivitäten wichtige Kriterien sowohl für die Aufrechterhaltung der körperlichen Gesundheit und des funktionalen Status (Feskanich et al. 2002) als auch in Bezug auf das psychische Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit dar (Heikkinen 1998). Freizeitaktivitäten werden in der Literatur als individuell gewählte und angenehme Aktivitäten definiert, die Menschen in ihrer Freizeit ausüben (Kleiber/Nimrod 2009). Ihren positiven Einfluss auf Körper, Geist und Seele vermitteln sie unter anderem dadurch, dass sie dabei helfen, sich von Stress zu erholen und soziale sowie physische Ressourcen wiederherzustellen (Pressman et al. 2009). Darüber hinaus können sie im Verbund mit anderen Menschen soziale Unterstützung bieten und im Gegenzug die Beziehung zwischen Stress und Gesundheit vermitteln (Coleman/Iso-Ahola 1993) und das Leben durch Sinnstiftung bereichern (Carruthers/Hood 2004). Speziell älteren Erwachsenen können sinnstiftende Aktivitäten helfen, sich an mögliche Einschränkungen durch chronische Erkrankungen anzupassen (Hutchinson/Nimrod 2012) und negative Lebensereignisse (z.B. den Verlust eines geliebten Menschen) zu überwinden (Janke et al. 2008). Aus diesen Gründen wird einem aktiven Lebensstil in der Forschung ein positiver Einfluss auf psychische Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden attestiert (Iso-Ahola 1997). Diese Befundlage verdeutlicht somit den gesundheitspräventiven Charakter, den ein aktiver Lebensstil für die physische und psychische Gesundheit gerade im fortgeschrittenen Alter mit sich bringen kann.

Da das Ausüben von Freizeitaktivitäten verschiedene Aspekte des Wohlbefindens beeinflussen kann (Gautam et al. 2007), ist Inhalt, Qualität und Frequenz der Aktivität ein wichtiger Faktor für das Ausmaß an positiven Effekten auf die aktive Person. Vor diesem Hintergrund stellen Fragen der Mobilität und der Alltags- und Lebensgestaltung auch im Rahmen der ÖIHS zentrale Untersuchungsgegenstände dar. In diesem Kapitel sollen daher einige Aspekte der Aktivität und der Lebensgestaltung im hohen Alter näher beleuchtet werden.

Die folgenden Analysen stützen sich vor allem auf Daten zur Außer-Haus-Mobilität und zu Alltagsaktivitäten der Teilnehmer/innen. Außer-Haus-Mobilität bezieht sich primär auf die Häufigkeit und Regelmäßigkeit, mit der hochaltrige Menschen ihre Wohnung verlassen, sowie auf die dabei verrichteten Aktivitäten. Daten zur Aktivität umfassen vor allem Tätigkeiten, mit denen die Teilnehmer/innen ihre Zeit verbringen und ihren Alltag gestalten.

## 11.1 Außer-Haus-Mobilität

Zu Erfassung der Außer-Haus-Mobilität wurden Teilnehmer/innen im Rahmen der Interviews gefragt, wie häufig sie das Haus bzw. ihre Wohnung verlassen, z.B. für Erledigungen, zum Einkaufen, zum Spaziergehen, für Arztbesuche und Behördengänge oder Ähnliches. Gefragt wurde dabei auch, unter welchen Bedingungen die Teilnehmer/innen das Haus verlassen können, d.h. allein, in Begleitung, mit oder ohne Hilfsmittel wie Stock, Rollator etc. Dabei zeigt sich, dass mehr als die Hälfte (61%) mindestens einmal am Tag aus dem Haus gehen, davon rund ein Viertel (24,1%) sogar mehrmals täglich (Tabelle 35). 28,2% verlassen ihre Wohnung immerhin noch mindestens ein- bis zweimal pro Woche. Jede/r Zehnte (10%) geht jedoch seltener als einmal pro Woche aus dem Haus, davon 3,5% gar nicht. Die letzte Gruppe ist somit praktisch völlig an das Haus gebunden.

Tabelle 35: Außer-Haus-Mobilität (n=566)

Ausprägung	%
mehrmals täglich	24,4%
einmal täglich	37,1%
mind. 1 – 2 Mal/Woche	28,4%
seltener als 1 Mal/Woche	6,5%
nie	3,5%

Dass die Außer-Haus-Mobilität in der untersuchten Stichprobe bei mehr als der Hälfte der Befragten von einer gewissen Regelmäßigkeit geprägt ist, ist mitunter auch dem Umstand geschuldet, dass 55,7% von ihnen noch alleine und ohne Hilfsmittel das Haus bzw. die Wohnung noch verlassen können, also in ihrer Mobilität noch nicht infolge von funktionalen Verlusten oder körperlichen Gebrechen eingeschränkt sind. Weitere 25,7% benötigen beim Verlassen des Hauses zumindest Hilfsmittel wie Stock oder Rollator. 17,8% können das Haus überhaupt nur noch in Begleitung und mit Unterstützung durch andere Personen verlassen. Um nähere Einblicke in die Außer-Haus-Mobilität und die dabei ausgeübten Aktivitäten zu erlangen, wurden die Teilnehmer/innen im Zuge des Interviews gefragt, wohin sie denn gehen, wenn sie das Haus oder die Wohnung verlassen. Abbildung 44 gibt einen entsprechenden Überblick über die Angaben der Teilnehmer/innen.

**"Wohin gehen Sie, wenn Sie das Haus verlassen?"**

[Angaben in %]

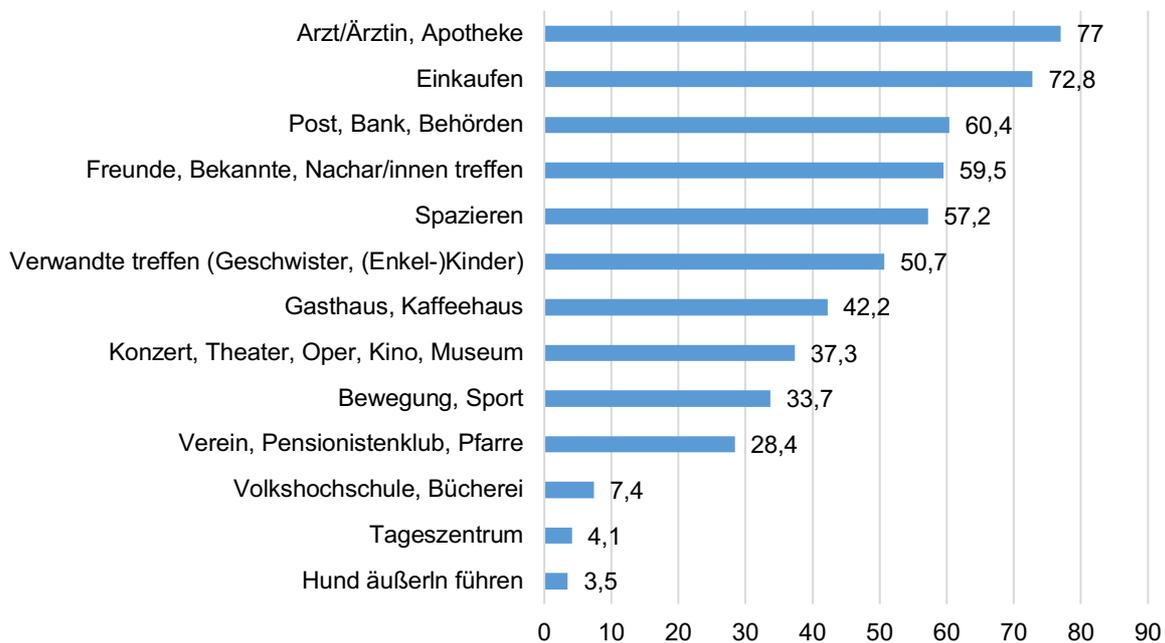


Abbildung 44: Gründe für das Verlassen der Wohnung (n=566)

Das Ergebnis zeigt, dass der Besuch des Arztes bzw. der Ärztin den häufigsten Grund für das Verlassen des Hauses darstellt (77%), gefolgt von Einkäufen (72,8%) und Behördengängen (60,4%). Interessant ist bei diesem Ergebnis, dass die Außer-Haus-Mobilität vordergründig auf alltägliche Verrichtungen abzielt. Gründe und Ziele, die sich eher auf den sozialen Austausch oder auf Unterhaltung (z.B. Kultur) beziehen, reihen sich quantitativ hinter solchen Alltagstätigkeiten ein. Ob und inwieweit hier eventuell auch Einschränkungen durch die Corona-Pandemie, die zum Teil in die Erhebungsphase fielen (Kontaktreduktion, „Social Distancing“ etc.), eine Rolle spielen, lässt sich auf dieser Grundlage nicht beantworten. Wie die im Rahmen der ÖIHS durchgeführte Fokusstudie nahelegt, hatten die COVID-19-Pandemie und die Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung durchaus beträchtliche Auswirkungen auf die Außer-Haus-Mobilität hochaltriger Menschen, vor allem im Hinblick auf Sozialkontakte (ÖPIA 2022).

Eine geringe Außer-Haus-Mobilität kann, wie bereits an früherer Stelle gezeigt (Kapitel 10.5) mit sozialer Isolation und einem höheren Risiko für Einsamkeit einhergehen. In der ÖIHS-Stichprobe verlassen 10% seltener als einmal pro Woche ihre Wohnung und können als weitgehend an das Haus gebunden klassifiziert werden. Dies betrifft vor allem funktional eingeschränkte Personen (pre-frail/frail) ( $\chi^2(12) = 105.156, p < .001$ ), Pflegeheimbewohner/innen ( $\chi^2(8) = 87.360, p < .001$ ), Frauen ( $\chi^2(4) = 43.580, p < .001$ ) und Nicht-Verheiratete (Verwitwete, Ledige) ( $\chi^2(16) = 31.473, p = .012$ ).

Tabelle 36: Geringe Außer-Haus-Mobilität (< 1 Mal/Woche) nach funktionalem Status, Wohnform, Geschlecht, Familienstand und Kinderzahl

Variable/ Ausprägung	%
Alle	10,0%
Funktionaler Status	
rüstig/fit	0,0%
pre-frail/frail	14,7%
Wohnform	
Privathaushalt	7,3%
Pflegeheim	38,6%
Geschlecht	
Männer	5,0%
Frauen	13,8%
Familienstand	
verheiratet	6,4%
verwitwet	12,9%
ledig	17,9%
geschieden	8,8%
Anzahl Kinder	
kinderlos	19,1%
mind. 1 Kind	8,8%

Immerhin ein Fünftel der befragten Teilnehmer/innen (21,4%) gibt an, das Haus bzw. die Wohnung gerne öfter verlassen zu wollen. Von diesen wird ihre Außer-Haus-Mobilität also tatsächlich subjektiv als zu gering erlebt. Dies trifft vor allem auf Personen zu, die auch objektiv eine geringe Außer-Haus-Mobilität (<1 Mal/Woche) haben ( $\chi^2(4) = 77.248$ ,  $p < .001$ ). Nach dem Hinderungsgrund für ein häufigeres Verlassen der Wohnung gefragt, wird als häufigster Grund eine zu schlechte körperliche und gesundheitliche Verfassung angeführt, die einem regelmäßigeren Ausgang entgegensteht. Darin spiegelt sich der hohe Einfluss von Gesundheit und Funktionalität auf die Außer-Haus-Mobilität wider. Einen Überblick über alle genannten Hinderungsgründe liefert Abbildung 45, wobei sich die Angaben ausschließlich auf jene Teilnehmer/innen beziehen, die zuvor angegeben hatten, gerne öfter außer Haus gehen zu wollen.

**Hinderungsgründe für das Verlassen der Wohnung**

[Angaben in %]

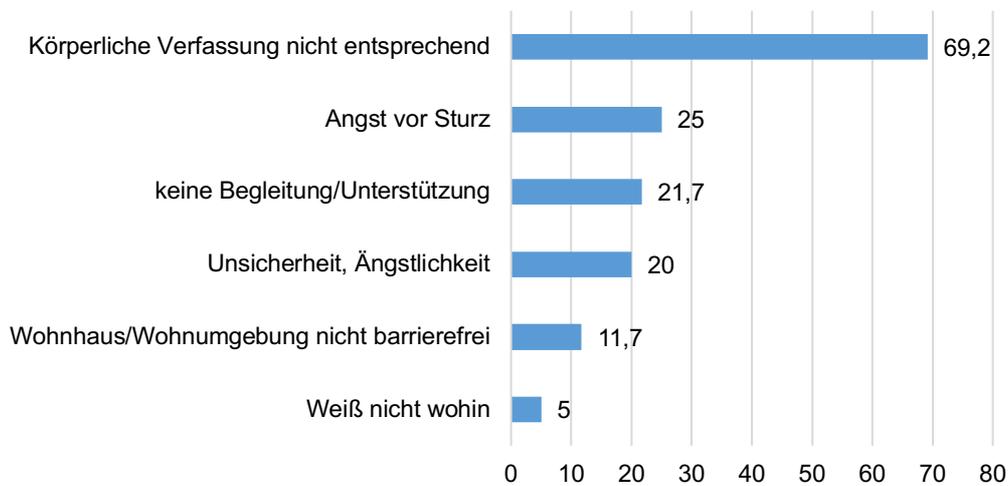


Abbildung 45: Hinderungsgründe für das Verlassen der Wohnung (n=120)

Auch die Angst vor Sturz – mit 25% am zweithäufigsten genannt – verweist auf Einschränkungen funktionaler Natur, insbesondere des Bewegungsapparats, die im hohen Alter einen maßgeblichen Hinderungsgrund für ein regelmäßiges Verlassen der Wohnung darstellen können. Fehlende Begleitung und/oder Unterstützung deuten hingegen auf einen Mangel an sozialen Ressourcen hin, der insbesondere für alleinstehende Menschen sowie Personen ohne Angehörige (z.B. Kinder) in ihrer näheren Umgebung eine erhebliche Einschränkung ihrer Mobilität mit sich bringen kann.

Ein wesentlicher Aspekt der Mobilität im hohen Alter betrifft schließlich die Nutzung von Verkehrsmitteln. Fast die Hälfte der in Privathaushalten lebenden Teilnehmer/innen (47,9%) nutzt für ihre Fortbewegung vorrangig das Auto. Dabei geben 32,2% an, nach wie vor selbst mit dem Auto zu fahren. Hinsichtlich der präferierten Verkehrsmittel und insbesondere der Autonutzung sind jedoch beträchtliche Unterschiede zwischen Stadt und Land festzustellen. Am Land stellt das Auto für mehr als zwei Drittel der Befragten das bevorzugte Verkehrsmittel dar, während in der Stadt am häufigsten öffentliche Verkehrsmittel genannt werden.

Tabelle 37: Verkehrsmittelnutzung (n=503)

Genutztes Verkehrsmittel im Alltag	alle	Stadt	Land
Auto	47,9%	37,6%	69,1%
Öffentliche Verkehrsmittel	29,4%	40,5%	6,7%
Fußgänger/in	13,1%	12,7%	13,9%
Fahrrad	3,2%	2,7%	4,2%
Anderes (z.B. Taxi)	6,4%	6,5%	6,1%

## 11.2 Aktivitäten und Alltagsgestaltung

Ein zweiter Aspekt, der neben der Außer-Haus-Mobilität in diesem Kapitel näher betrachtet werden soll, sind Aktivitäten und Alltagsgestaltung hochaltriger Menschen. Um einen tieferen Einblick in die tägliche Ausgestaltung des Alltags und regelmäßig ausgeübte Tätigkeiten und Aktivitäten zu gewinnen, wurden die Teilnehmer/innen im Verlauf der Interviews zu alltäglichen Beschäftigungen, Aktivitäten und Hobbys befragt. Dabei kann grob zwischen Aktivitäten zu Hause und Außer-Haus-Aktivitäten unterschieden werden. Zudem wurde auf dieser Grundlage ein Maß für den Aktivitätsgrad erstellt, welcher sich aus Anzahl und Häufigkeit regelmäßig ausgeübter Aktivitäten errechnet und über das Ausmaß der Aktivität der Teilnehmer/innen Auskunft gibt. Unter Berücksichtigung personenbezogener Merkmale und Variablen können hierdurch Faktoren identifiziert werden, die sich einschränkend auf eine aktive Alltags- und Lebensgestaltung auswirken.

### 11.2.1 Aktivitäten zu Hause

Abbildung 46 gibt zunächst einen Überblick über sämtliche Heimaktivitäten und die jeweilige Häufigkeit, mit der diese von den Teilnehmer/innen während der Befragung genannt wurden.

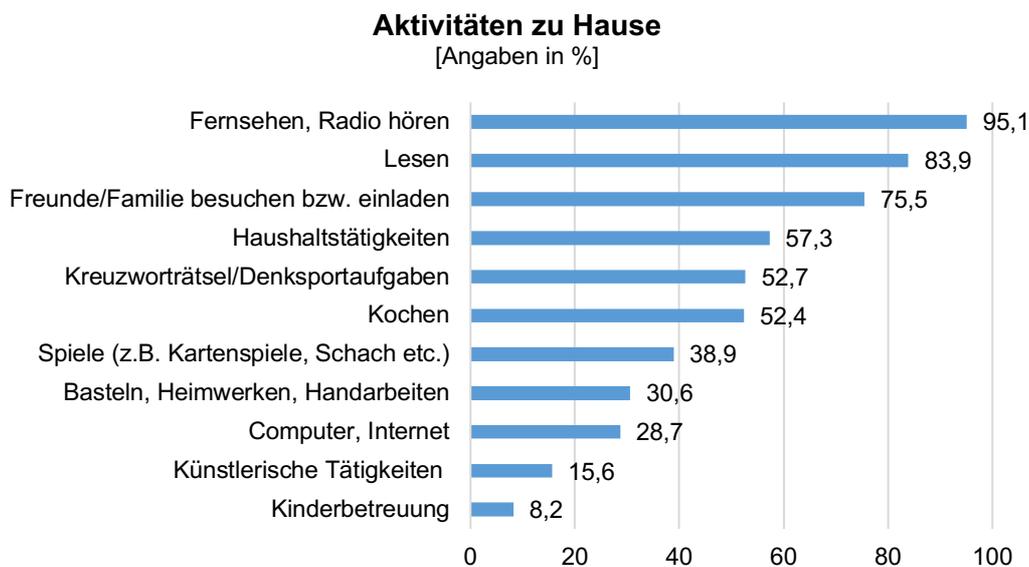


Abbildung 46: Aktivitäten zu Hause (n=571)

Die mit 95,1% mit Abstand am häufigsten genannte Aktivität ist Fernsehen und Radio hören, gefolgt von Lesen mit 83,9%. Vor allem Fernsehen nimmt im Alltag vieler hochaltriger Menschen einen relativ breiten Raum ein. Auf die Frage, wie oft und wie lange die Teilnehmer/innen im Durchschnitt fernsehen, geben 90,9% an, (fast) täglich fernzusehen, 29,6% sogar länger als drei Stunden täglich. Dies deckt sich im Wesentlichen mit Befunden aus Erhebungen über die Zeitverwendung im Alter, in denen Fernsehen in der Regel die am häufigsten genannte Tätigkeit alter und hochaltriger Menschen darstellt (Engstler et al. 2004). Signifikante Unterschiede entlang der Bildung, des Geschlechts oder des Alters

konnten dabei keine festgestellt werden. Allerdings ergibt sich beim Lesen ein signifikanter Zusammenhang mit der Bildung insofern, als Lesen von Personen mit hoher Bildung häufiger als Aktivität genannt wird als von solchen mit niedrigem Bildungsgrad ( $\chi^2(2) = 6.792, p = .034$ ).

Drei Viertel der Teilnehmer/innen (75,5%) geben Besuche von Familie und Freunden als wichtige Alltagsbeschäftigung an, wobei in der Befragung nicht unterschieden wurde, ob es sich dabei nur um das Empfangen von Besuch oder auch um das aktive Besuchen sowie Treffen außerhalb der eigenen vier Wände handelt. Besuch von Familie und Freunden kann also sowohl als eine häusliche Aktivität als auch als eine Außer-Haus-Aktivität gesehen werden.

Nur noch etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen kochen noch selbst (52,4%) oder erledigen andere Haushaltstätigkeiten wie Putzen, Staubsaugen usw. (57,3%). Allerdings gibt es dabei beträchtliche geschlechts- sowie altersspezifische Differenzen: Während von den Frauen 69,3% Kochen und 62,3% andere Haushaltstätigkeiten angeben, sind es von den Männern nur 29,3% und 50,4%. Hier schlagen sich zum einen die in dieser Generation noch stärker ausgeprägten traditionellen geschlechtsspezifischen Rollenverteilungen, zum anderen aber auch der signifikant höhere Verwitwungsgrad von Frauen nieder. Während Männer überwiegend noch in einer Partnerschaft leben und Haushaltstätigkeiten wahrscheinlich häufig von ihren Ehefrauen übernommen werden, müssen Frauen als Alleinstehende diese Tätigkeiten selbst ausführen oder sind auf Unterstützung von Außen angewiesen. Auch ältere Teilnehmer/innen (86-90 Jahre) erledigen Haushaltstätigkeiten wie Kochen ( $\chi^2(1) = 9.652, p = .002$ ) oder Putzen und Staubsaugen ( $\chi^2(1) = 12.346, p < .001$ ) signifikant seltener selbst als jüngere (80-85 Jahre). Hier schlagen sich wahrscheinlich die mit höherem Alter zunehmenden funktionalen Einschränkungen nieder, die dazu führen, dass Personen Hilfe im Haushalt in Anspruch nehmen.

Für immerhin 28,7% stellen Computer und Internet regelmäßige Alltagsbeschäftigungen dar. Das ist auch ein etwas höherer Anteil als noch bei früheren ÖIHS-Erhebungen (z.B. 22,9% während der ÖIHS-Ersterhebung im Jahr 2013, ÖPIA 2015: 114). Langsam, aber stetig scheinen also auch in der hochaltrigen Bevölkerung Computer und Internet Fuß zu fassen. Allerdings sind hier beträchtliche Unterschiede nach Bildung, Geschlecht und Alter zu berücksichtigen. Computer- und Internetnutzer/innen sind mehrheitlich höher gebildet ( $\chi^2(2) = 92.074, p < .001$ ), männlich ( $\chi^2(1) = 28.442, p < .001$ ) und jünger ( $\chi^2(1) = 7.331, p = .007$ ). Auch künstlerische Tätigkeiten werden signifikant häufiger von Personen mit hoher Bildung genannt ( $\chi^2(2) = 16.260, p < .001$ ).

Wenngleich nicht ausschließlich eine häusliche Aktivität, wurden unter diese Kategorie auch Tätigkeiten wie Kinderbetreuung gefasst. Die regelmäßige Betreuung von Kindern (mind. einmal im Monat) spielt im hohen Alter, wie die Auswertung zeigt, mit einer Häufigkeit von 8,2% nur noch eine untergeordnete Rolle. Dies dürfte u.a. daraus resultieren, dass in einem Alter von 80 und mehr Jahren auch Enkelkinder in vielen Fällen bereits erwachsen sind und die Gelegenheiten zur Kinderbetreuung entsprechend seltener sind. Darüber hinaus ist die Betreuung von Kindern im hohen Alter aufgrund von funktionalen Einschränkungen oftmals bereits zu beschwerlich. Der Einfluss funktionaler Kapazitäten bestätigt sich auf der

vorliegenden Datengrundlage zumindest insofern, als Kinderbetreuung zwar ebenfalls selten, aber signifikant häufiger von Teilnehmer/innen mit vergleichsweise hoher Funktionalität genannt werden ( $\chi^2(12) = 23.983, p = .020$ ).

### 11.2.2 Außer-Haus-Aktivitäten

Im Hinblick auf Außer-Haus-Aktivitäten zeigt sich, dass hier Tätigkeiten dominieren, die dem sozialen Kontakt und der Bewegung und körperlichen Ertüchtigung dienen (Abbildung 47). Mit 75,5% an erster Stelle rangieren Besuche von Familie, Freunden und Bekannten, gefolgt von Spaziergängen (63,6%) und Sport (41,3%), wobei zu Sport auch Aktivitäten mit moderatem Anstrengungsgrad wie Wandern oder Gymnastik zählen. Die Ausübung sportlicher Aktivitäten korreliert signifikant mit dem funktionalen Status ( $\chi^2(3) = 46.373, p < .001$ ) und dem Alter der Teilnehmer/innen ( $\chi^2(1) = 10.507, p = .001$ ). Ähnliches gilt für regelmäßige Spaziergänge ( $\chi^2(1) = 19.021, p < .001$ ) und Gartenarbeiten ( $\chi^2(1) = 45.970, p < .001$ ), die signifikant häufiger von Personen mit höherer Funktionalität und besserem Gesundheitszustand als wesentlicher Bestandteil ihres Alltags genannt wurden.

Mehr als ein Drittel der Teilnehmer/innen (40,1%) nennen kulturelle Aktivitäten wie Theater-, Opern- oder Museumsbesuche. Hier spielt vor allem der Bildungsgrad eine erhebliche Rolle, insofern kulturelle Aktivitäten überwiegend von Teilnehmer/innen mit höherer Bildung genannt werden ( $\chi^2(2) = 52.826, p < .001$ ). Aber auch der funktionale Status hat einen maßgeblichen Einfluss darauf, ob auch im hohen Alter noch regelmäßige Theaterbesuche und Ähnliches auf dem Programm stehen ( $\chi^2(3) = 54.959, p < .001$ ). Auch Besuche von Vorträgen und Kursen – immerhin von jeder bzw. jedem Fünften (20,9%) genannt – korrelieren mit dem Bildungsgrad ( $\chi^2(2) = 42.512, p < .001$ ) und dem funktionalen Status der Teilnehmer/innen ( $\chi^2(3) = 44.071, p < .001$ ).

Regelmäßige Kirchgänge (mind. einmal im Monat) werden von immerhin 39,1% der Teilnehmer/innen als Alltagsaktivität genannt. Dies verweist auf eine in dieser Altersgruppe nach wie vor vergleichsweise hohe Bedeutung von Religion. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen (57,6%) bezeichnen sich auch selbst als (eher) religiös, 85,5% gehören einer Religionsgemeinschaft an. Auch Friedhofsbesuche (mind. einmal im Monat) gehören für rund ein Drittel der Befragten (33,8%) zu ihrem Alltag. Interessanterweise ergeben sich hier trotz der deutlich höheren Verwitwungsrate von Frauen keine statistisch signifikanten geschlechtsspezifischen Zusammenhänge. Frauen besuchen also nicht häufiger Friedhöfe als Männer.

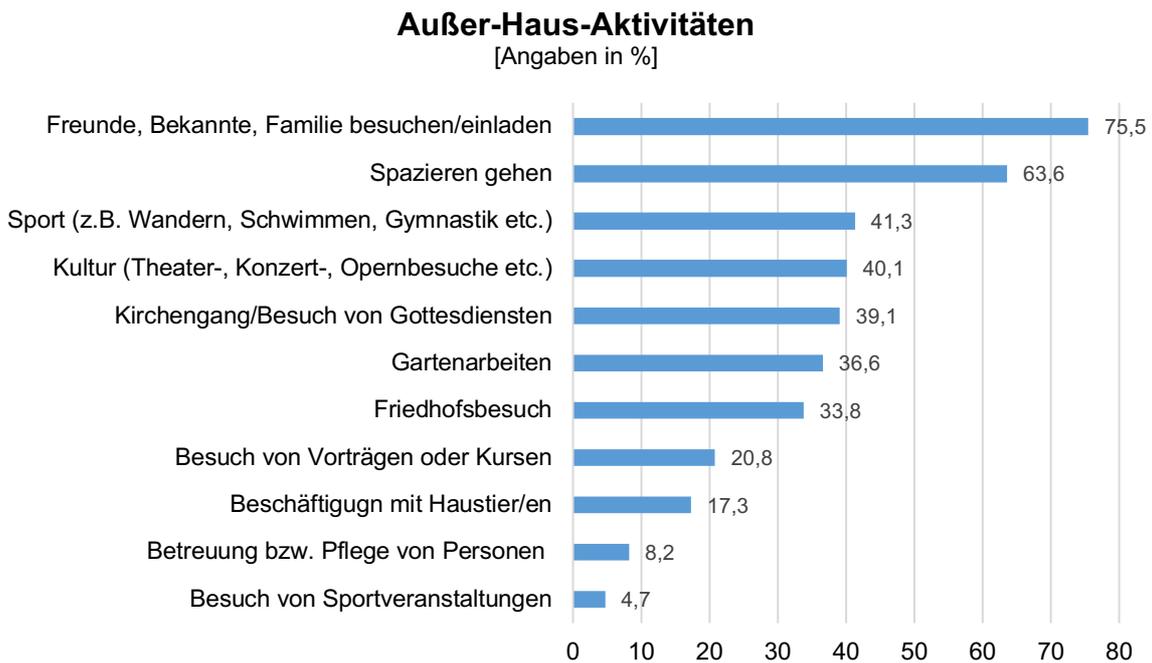


Abbildung 47: Außer-Haus-Aktivitäten (n=571)

Immerhin 8,2% geben an, eine hilfs- bzw. betreuungsbedürftige Person zu unterstützen oder zu pflegen. In den meisten Fällen (von 68,9% der Betroffenen genannt) handelt es sich dabei um den eigenen Partner bzw. die Partnerin. Aber auch Freunde (13,3%), Geschwister (8,9%) und Nachbar/innen (8,9%) werden zum Teil als Empfänger/innen von Betreuungsleistungen genannt.

### 11.2.3 Ehrenamtliche Aktivitäten

Ein besonderes Augenmerk wurde im Rahmen der Befragung zum Aktivitätsverhalten auch auf Vereinsaktivitäten und ehrenamtliche Tätigkeiten gelegt. Gefragt wurde dabei nach regelmäßigen Besuchen von Treffen oder Veranstaltungen von Vereinen und Klubs sowie nach der Ausübung ehrenamtlicher Aktivitäten. Dabei zeigt sich zunächst, dass immerhin fast die Hälfte der Teilnehmer/innen (44,3%) Vereinsveranstaltungen besucht, wobei die meisten Nennungen (21,5%) auf Pensionistenvereine entfallen. Ebenfalls häufiger genannt wurden kirchliche Gruppen bzw. religiöse Vereine (11,6%) sowie Kulturvereine wie Gesangsgruppen oder Laientheater (10,5%). Eine sehr geringe Rolle spielen politische Aktivitäten, etwa in politischen Parteien (2,5%).

Ehrenamtliche Tätigkeiten werden nur noch von einer Minderheit der befragten Teilnehmerinnen ausgeübt (9,2%), wobei immerhin mehr als jede/r Dritte (36%) angibt, in früheren Lebensphasen ehrenamtlich tätig gewesen zu sein. Diejenigen, die sich trotz ihres hohen Alters nach wie vor ehrenamtlich engagieren, blicken dabei bereits auf eine lange ehrenamtliche „Karriere“ zurück: 67,9% von ihnen sind zumindest länger als 20 Jahre ehrenamtlich aktiv, jede/r Vierte (26,4%) sogar schon länger als 50 Jahre.

Die Ausübung ehrenamtlicher Tätigkeiten im hohen Alter hängt stark mit der Bildung ( $\chi^2(2) = 13.114, p = .001$ ) und dem Geschlecht ( $\chi^2(1) = 8.854, p = .003$ ) der Teilnehmer/innen zusammen, wobei höhere Bildung und männliches Geschlecht eher mit ehrenamtlicher Aktivität korrelieren. Dies hat wahrscheinlich auch mit der Struktur des Ehrenamts selbst und bildungs- und geschlechtsspezifischen Formen der Ausübung ehrenamtlicher Tätigkeiten zu tun. Es ist aus der Forschung bekannt, dass Personen mit hoher Bildung und Männer sich häufiger in Bereichen wie Sport oder Politik engagieren und/oder im Ehrenamt häufiger leitende, organisatorische oder administrative Funktionen bekleiden, während niedriger Gebildete und insbesondere Frauen in der Regel in praktisch-ausübenden Funktionen, oft auch im Sozial- und Care-Bereich, zu finden sind (Kausmann et al. 2017). Das erlaubt es ihnen eher, auch unter Bedingungen eingeschränkter Gesundheit und Funktionalität ihre ehrenamtliche Aktivität fortzusetzen. Dafür spricht auch, dass die Analyse keinen statistisch signifikanten Zusammenhang mit dem funktionalen Status ergibt ( $\chi^2(3) = 4.385, p = .223$ ). Der funktionale Status hat also keinen eindeutigen Einfluss auf das ehrenamtliche Engagement der Teilnehmer/innen.

### 11.3 Aktivitätsgrad

Um den Aktivitätsgrad, also das quantitative Ausmaß der Aktivität der Teilnehmer/innen zu bestimmen, können die abgefragten und oben dargestellten Aktivitäten statistisch zusammengefasst und aus der Häufigkeit der Nennungen eine Maßzahl errechnet werden. Dieser Aktivitätsgrad gibt mithin Auskunft über die Anzahl an unterschiedlichen Aktivitäten einer Person und stellt einen Indikator für die Aktivität und aktive Lebensgestaltung dar. Unter Berücksichtigung aller Aktivitäten aus der Aktivitätsbefragung, inklusive Vereinsbesuche und ehrenamtliche Tätigkeit, ergibt sich ein Index mit einer Skala von 1 bis 24. Bei weniger als sieben genannten Aktivitäten wird der Aktivitätsgrad einer Person als niedrig eingestuft, bei 7-14 Aktivitäten als mittel, und mehr als 14 Aktivitäten schlagen in der Auswertung als hoher Aktivitätsgrad zu Buche.

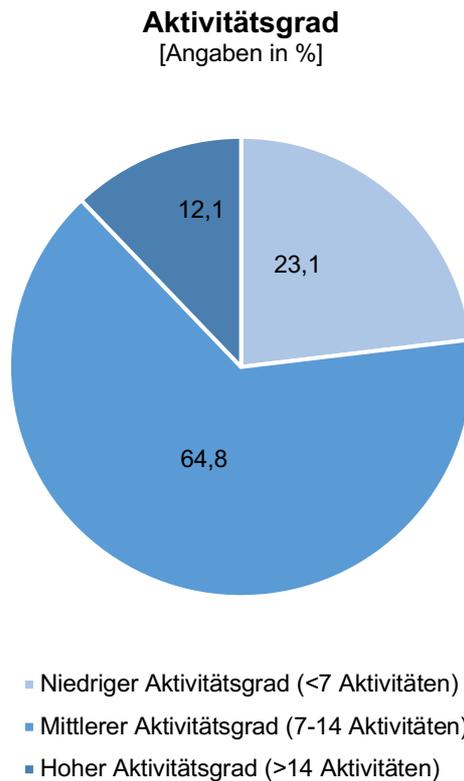


Abbildung 48: Aktivitätsgrad (n=571)

Wie in Abbildung 48 darstellt, weisen 12,1% der Teilnehmer/innen einen hohen Aktivitätsgrad auf, 64,8% einen mittleren und 23,1% einen niedrigen Aktivitätsgrad.

Eine nähere Betrachtung der zugrundeliegenden Charakteristika der Personen innerhalb der jeweiligen Subgruppen bestätigt abermals die oben erörterten Einflussfaktoren auf die Aktivität hochaltriger Menschen: Der Aktivitätsgrad korreliert signifikant mit dem funktionalen Status ( $\chi^2(6) = 99.546, p < .001$ ), dem Alter ( $\chi^2(2) = 15.096, p = .001$ ) und der Bildung einer Person ( $\chi^2(4) = 15.754, p = .003$ ). Je höher der funktionale Status, je höher die Bildung und je jünger die Personen, desto höher stellt sich also der Aktivitätsgrad der Teilnehmer/innen dar. Die größten Unterschiede ergeben sich dabei entlang des funktionalen Status: Während „rüstige“ Teilnehmer/innen im Durchschnitt mehr als 12 Aktivitäten nennen (M [Mittelwert]=12,30), sind es bei Personen mit Frailty nur halb so viele (M=6,42). Auch Personen mit hoher Bildung (M=9,41) üben im Mittel um fast drei Aktivitäten mehr aus als Personen mit niedriger Bildung (M=6,74). Weniger deutlich, aber dennoch signifikant, sind die altersspezifischen Differenzen (80-85: M=8,46; 86-90: M=7,06).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die Ergebnisse weitestgehend mit den Befunden anderer Studien decken. Während einerseits zwar „passive Aktivitäten“ wie Fernsehen im Alltag hochaltriger Menschen einen sehr breiten Raum einnehmen und die am häufigsten genannten Aktivitäten im hohen Alter darstellen, ergibt die Analyse zur Alltags- und Lebensgestaltung andererseits ein relativ breites Spektrum an Aktivitäten, die von hochaltrigen Menschen ausgeübt werden. Der Aktivitätsgrad hängt allerdings, wie gezeigt, sehr stark vom funktionalen Status und von der Bildung ab. Auch das Geschlecht hat Auswirkungen auf die Alltags- und Lebensgestaltung im hohen Alter, so etwa im Hinblick auf ehrenamtliche Tätigkeiten. Ehrenamtliche Aktivität spielt jedoch im hohen Alter generell bereits eine relativ untergeordnete Rolle.

## 12. Pflege und Betreuung

Fortschreitende gesundheitliche und funktionale Einschränkungen führen mit zunehmendem Alter zu einem erhöhten Hilfebedarf bei alltäglichen Verrichtungen (Körperpflege, Ernährung, Mobilität, hauswirtschaftliche Versorgung). Erreichen funktionale Einschränkungen ein Ausmaß, dass eine Person ihren Alltag dauerhaft nicht mehr selbstständig bewältigen kann und auf Hilfe oder Pflege durch andere Menschen angewiesen ist, so wird von Pflegebedürftigkeit gesprochen. Das Thema Pflege und Betreuung älterer Menschen gewinnt insbesondere aufgrund der steigenden Lebenserwartung stetig an Bedeutung. Diese ist einerseits als eine große gesellschaftliche Errungenschaft zu werten, geht aber andererseits auch mit einer Zunahme des Anteils von Menschen mit Hilfs- und Pflegebedarf einher. Hochaltrige Personen sind dabei bereits heute jene Bevölkerungsgruppe, die am häufigsten Pflege- und Betreuungsleistungen in Anspruch nimmt.

Dieses Kapitel gibt über den Hilfe- und Pflegebedarf und die Inanspruchnahme von Betreuungs- und Pflegeleistungen in der ÖIHS-Stichprobe Auskunft. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beruhen auf einer ausführlichen Erhebung von Daten zur individuellen Pflege- und Betreuungssituation und umfassen Informationen zum Vorliegen und zum Ausmaß des individuellen Hilfebedarfs, zur Art der in Anspruch genommenen Pflegeleistungen (formell/informell) sowie zur Zufriedenheit mit in Anspruch genommenen Leistungen. Die Ausführungen beziehen sich sowohl auf Personen in Privathaushalten als auch auf in Pflegeheimen lebende Personen, wobei die Situation von Menschen im Pflegeheim in einem eigenen Abschnitt genauer beleuchtet wird. Auch umfasst die Darstellung Fragen der persönlichen Pflegevorsorge.

Berücksichtigt werden im Folgenden ausschließlich Daten aus vollständigen face-to-face-Interviews (n=571). Von der Analyse ausgeschlossen sind Telefoninterviews, da diese keine ausführliche Erhebung der Pflege- und Betreuungssituation beinhalteten.

### 12.1 Hilfe- und Pflegebedarf

Die Datenauswertung zum Hilfe- und Pflegebedarf in der ÖIHS-Stichprobe bestätigt zunächst die bereits an früherer Stelle berichteten Ergebnisse hinsichtlich Gesundheit und Funktionalität hochaltriger Menschen. Ein großer Teil der Teilnehmer/innen ist noch ausgesprochen mobil und vom allgemeinen körperlichen, kognitiven und gesundheitlichen Zustand her so weit fit, dass ihre Selbsthilfefähigkeit noch weitgehend intakt ist und der Alltag im Wesentlichen ohne Hilfe durch andere bewältigt werden kann. Weniger als die Hälfte (47,1%) der Teilnehmer/innen geben an, im Alltag aufgrund ihres Alters oder ihres Gesundheitszustandes auf unterschiedliche Formen von Unterstützung oder Hilfe angewiesen zu sein. Inkludiert sind dabei auch Pflegeheimbewohner/innen. 32,9% der Teilnehmer/innen sind (auch) auf Betreuung und/oder Begleitung angewiesen. Im engeren Sinne pflegebedürftig, d.h. angewiesen auf umfangreichere Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen bis hin zur Körperpflege, ist ein Viertel (25%) der Stichprobe. Ein großer Teil der Teilnehmer/innen kommt also noch weitestgehend ohne Pflege im engeren Sinn aus.

Dies gilt vor allem für Personen in Privathaushalten – hier beträgt der Anteil der Pflegebedürftigen lediglich 16,1%.

Tabelle 38: Hilfe- und Pflegebedarf

Hilfe- und Pflegebedarf	Alle (n=570)	Nur Privathaushalte (n=510)
Hilfebedarf	47,1%	40,8%
Betreuung/Begleitung	32,9%	24,9%
Pflegebedarf	25,0%	16,1%

Das vergleichsweise geringe Ausmaß an Pflegebedürftigkeit spiegelt sich auch in den Daten zum Pflegegeldbezug und in der Verteilung der Pflegestufen im Sample wider: 43,3% der Teilnehmer/innen beziehen Pflegegeld, davon fast die Hälfte in den Pflegestufen 1 (10,1%) oder 2 (11%). Weitere 18,1% entfallen auf die Pflegestufen 3 und 4. Lediglich 2,9% haben eine Pflegestufe von höher als 4. Dies betrifft in fast zwei Dritteln der Fälle Pflegeheimbewohner/innen.

Tabelle 39: Pflegegeldbezug und Pflegestufen

Pflegegeld & Pflegestufe	%
Pflegegeldbezug (n=564)	43,3%
Pflegestufe (n=553)	
Pflegestufe 1	10,1%
Pflegestufe 2	11,0%
Pflegestufe 3	9,4%
Pflegestufe 4	8,9%
Pflegestufe 5	2,5%
Pflegestufe 6	0,5%

Wie schon hinsichtlich der Gesundheit und des funktionalen Status dürften auch die Zahlen zur Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Selektivität der ÖIHS-Stichprobe zugunsten von funktional intakteren Personen das tatsächliche Ausmaß an Pflegebedürftigkeit in der hochaltrigen Bevölkerung etwas unterschätzen. Laut Daten aus dem Österreichischen Pflegevorsorgebericht 2019 sind in Österreich 20,6% aller Pflegegeldbezieher/innen im Alter von 81+ in einer Pflegestufe höher als 4 eingestuft (BMSGPK 2020). In der (altersmäßig mit den Daten des Pflegevorsorgeberichts nicht völlig vergleichbaren) ÖIHS-Stichprobe sind es – bezogen auf alle Pflegegeldbezieher/innen – lediglich 3%. Bei der Mehrheit der Pflegebedürftigen (76,8%) ist ein Bedarf nach pflegebezogener Hilfe erst im Laufe der letzten fünf Jahre entstanden. Nur 4,3% geben an, schon seit mehr als 10 Jahren auf Pflege angewiesen zu sein.

Insgesamt sind Frauen deutlich häufiger auf Hilfe oder Pflege durch andere angewiesen als Männer (55,9% vs. 35,1%). Etwa ein Viertel der Frauen in der Stichprobe (26,1%) ist dabei im engeren Sinne pflegebedürftig – auch das ist ein etwas höherer Anteil als bei Männern (23,6%). Diese geschlechtsspezifische Differenz kommt jedoch u.a. durch den deutlich größeren Anteil von Frauen in Pflegeheimen zustande. Beschränkt man die Auswertung auf Privathaushalte, ergibt sich eine leicht höhere Pflegequote zuungunsten von Männern (18,1% vs. 14,4%). Der höhere Pflegeanteil von Männern in Privathaushalten könnte einerseits darauf hindeuten, dass Männer, sofern sie unter funktionalen Einschränkungen leiden und auf Hilfe angewiesen sind, sich tendenziell in einer schlechteren Verfassung befinden und dementsprechend in einem höheren Grad hilfe- und pflegebedürftig sind als Frauen. Andererseits deutet dies auch darauf hin, dass Frauen bei Pflegebedürftigkeit mit höherer Wahrscheinlichkeit, aufgrund von Verwitwung und/oder mangels Hilfs- und Pflegequellen im eigenen sozialen Umfeld, in einem Pflegeheim aufgenommen werden, während Männer häufiger noch auf Pflegeleistungen durch Angehörige zurückgreifen können. Es ist aus der Forschung bekannt, dass ältere Männer im Allgemeinen eine höhere Chance haben, bei Pflegebedürftigkeit durch die (in der Regel auch noch etwas jüngeren) Partner/innen, aber auch durch Kinder, insbesondere Töchter und Schwiegertöchter, gepflegt zu werden als Frauen (Heusinger 2017).

Auch mit Blick auf das Alter ergeben sich beträchtliche Differenzen. Während 39,8%, also mehr als ein Drittel, der Teilnehmer/innen im Alter zwischen 80 und 85 auf Hilfe im Alltag angewiesen sind oder in einem Pflegeheim leben, sind es unter 80- bis 90-Jährigen bereits mehr als die Hälfte (56,6%). Pflegebedürftig im engeren Sinne sind 85- bis 90-jährige Teilnehmer/innen um rund 60% häufiger als 80- bis 85-Jährige (32,1% vs. 19,6%). Dies verdeutlicht, dass die Wahrscheinlichkeit für Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im hohen Alter kontinuierlich zunimmt.

## 12.2 Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen

Ein zentraler Aspekt der Pflege- und Betreuungssituation alter und hochbetagter Menschen betrifft Hilfs- und Pflegequellen und die Art der in Anspruch genommenen Betreuungs- und Pflegeleistungen, also wer konkret die Hilfe und Pflege leistet. Hier kann unterschieden werden zwischen informellen und formellen Leistungen. Unter informelle Leistungen fallen vor allem Hilfs- und Pflegeleistungen durch Angehörige oder andere Personen aus dem sozialen Umfeld der pflegebedürftigen Person, die in der Regel unbezahlt erbracht werden. Bei formellen Leistungen handelt es sich hingegen um Tätigkeiten professioneller Betreuungs- und Pflegedienstleister wie z.B. die Heimhilfe oder die 24-Stunden-Betreuung. Auch Betreutes Wohnen und vergleichbare betreute Wohnformen werden darunter inkludiert.

Tabelle 40 gibt die Hilfs- und Pflegequellen der Studienteilnehmer/innen unter zusätzlicher Berücksichtigung des Geschlechts und des Alters wieder.

Tabelle 40: Hilfs- und Pflegequellen, nach Alter und Geschlecht (n=564)

Alter Geschlecht (=100%)	Kein Bedarf	Informell	Formell	Informell & Formell	Heim
Alle	53,5%	21,3%	1,8%	12,6%	10,8%
Alter					
80-85	61,4%	20,6%	0,9%	7,3%	9,8%
86-90	43,5%	22,2%	2,8%	19,4%	12,1%
Geschlecht					
männlich	65,7%	18,8%	1,3%	7,5%	6,7%
weiblich	44,6%	23,1%	2,2%	16,3%	13,8%

Etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen (53,5%) kommt im Wesentlichen noch ohne regelmäßige Hilfe oder Unterstützung durch andere Personen aus. 10,8% leben in einem Pflegeheim. Der Rest nimmt formelle und/oder informelle Unterstützung in Anspruch, wobei hier zusätzlich die Anteile der Teilnehmer/innen, die beides, also sowohl formelle als auch informelle Leistungen in Anspruch nehmen, gesondert ausgewiesen werden. Deutlich wird in Tabelle 40 vor allem die große Rolle, die informelle Leistungen für die Betreuungs- und Pflegesituation hochaltriger Menschen in Österreich spielen. Rund zwei Drittel der in Privathaushalten anfallenden Betreuungsleistungen entfallen ausschließlich auf informelle Hilfsquellen (21,3% von insgesamt 35,7%). Interessant ist außerdem, dass nur ein sehr kleiner Teil der Teilnehmer/innen (1,8%) ausschließlich formelle Hilfe in Anspruch nimmt. In den meisten Fällen (12,6%) tritt formelle Hilfe ergänzend zu informellen Leistungen hinzu oder, umgekehrt, nehmen Teilnehmer/innen zusätzlich zu formellen Diensten auch informelle Hilfe in Anspruch.

Ältere Teilnehmer/innen (86-90 Jahre) nehmen häufiger Unterstützungs- und Pflegeleistungen im Anspruch als jüngere Personen (80-85 Jahre), ebenso Frauen im Vergleich zu Männern. Frauen sind dabei auch doppelt so häufig in Pflegeheimen anzutreffen. Bei Frauen ist außerdem der Anteil formeller Unterstützung bedeutend höher. Dies dürfte zum einen darauf zurückzuführen sein, dass Frauen aufgrund von funktionalen Einschränkungen häufiger auf Hilfe im Alltag angewiesen sind als Männer, zum anderen verweist es abermals auf eine tendenziell geringere Verfügbarkeit informeller Hilfsquellen für Frauen, weil diese häufig in einem Einpersonenhaushalt leben. Auch mit höherem Alter und einer damit assoziierten Zunahme von funktionalen Einschränkungen steigt die Wahrscheinlichkeit einer Inanspruchnahme formeller Unterstützungsleistungen.

### 12.2.1 Formelle Leistungen

Insgesamt nehmen 15,6% aller in Privathaushalten (inkl. Seniorenresidenzen und betreuten Wohnformen) lebenden Teilnehmer/innen Leistungen von formellen Betreuungs- und Pflegedienstleistern in Anspruch. Am häufigsten genannt werden Heimhilfe (7,1%) und

Essen auf Rädern (6,5%). 24-Stunden-Betreuung wird mit 3% nur von einer kleinen Minderheit in Anspruch genommen.

Tabelle 41: Formelle Leistungen

Formelle Unterstützungsleistungen	%
Heimhilfe	7,1%
Essen auf Rädern	6,5%
Hauskrankenpflege	3,0%
24-Stunden-Betreuung	3,0%
Reinigungsdienst	2,8%
Fahrtendienst	2,2%

Anmerkung. Nur Privathaushalte (n=507)

Die durchschnittliche Anzahl der in Anspruch genommenen Dienstleistungsstunden bei Heimhilfe und Hauskrankenpflege beträgt in fast drei Viertel der Fälle (73,8%) nicht mehr als 4 Stunden pro Woche. Lediglich bei 9,6% beträgt die durchschnittlich pro Woche in Anspruch genommene Stundenanzahl 10 Stunden und mehr.

### 12.2.2 Informelle Leistungen

Informelle Unterstützung kommt überwiegend von den eigenen Kindern und vom Partner/der Partnerin. Auf Unterstützung durch den Partner können Männer dabei deutlich häufiger zurückgreifen als Frauen (27,2% vs. 11,3%). Frauen geben dafür häufiger Hilfe durch eine oder mehrere Töchter (33% vs. 23,2%) bzw. einen oder mehrere Söhne (33% vs. 19,2%) an. Die durchschnittlich aufgewendete Zeit für Unterstützung, Betreuung und/oder Pflege variiert dabei zwischen einem Minimalwert von 15 Minuten und einem Maximalwert von 112 Stunden pro Woche. Der Mittelwert beträgt 9,4 Stunden.

Tabelle 42: Informelle Betreuungspersonen

Hilfeleistende Person	%
Tochter	28,7%
Sohn	26,9%
Partner/in	18,4%
Enkel	17,6%
Schwiegertochter	12,6%
Freunde/Bekannte	11,5%
Schwiegersohn	8,3%
Nachbarn	8,3%

Anmerkung. Nur Privathaushalte (n=506)

### 12.3 Lebens- und Betreuungssituation im Pflegeheim

10,8% der Teilnehmer/innen im vorliegenden Sample leben in Pflegeheimen. Dieser Prozentsatz liegt in etwa im Bereich des tatsächlichen Anteils, der von der Statistik Austria für das Jahr 2017 auf rund 11% in einem Alter von 80+ beziffert wird (Statistik Austria 2020e). Pflegeheimbewohner/innen sind überwiegend weiblich: 73,8% der befragten Personen in Pflegeheimen sind Frauen, 26,2% Männer. Der außerordentlich große Frauenanteil in Pflegeheimen rührt zum einen daher, dass Frauen generell häufiger als Männer ein hohes Alter erreichen, zum anderen aber auch daher, dass hochaltrige Frauen tendenziell einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als hochaltrige Männer. Hinzu kommt, dass Frauen im hohen Alter wesentlich öfter alleinstehend bzw. verwitwet sind als Männer aus derselben Altersgruppe. Sie verfügen also in der Regel über weniger Hilfs- und Pflegequellen innerhalb der Familie im Vergleich zu Männern, die häufig noch auf Unterstützung und Pflege durch ihre Ehefrauen zurückgreifen können (Heusinger 2017).

Pflegeheimbewohner/innen gehören tendenziell auch niedrigeren sozialen Schichten an: 66,1% weisen einen niedrigen Bildungsgrad auf (höchstens Pflichtschulabschluss), während sich im gesamten Pflegeheim-Sample überhaupt nur drei Personen mit einem Universitätsabschluss finden. Zum Teil kommt dies freilich durch die starke Überrepräsentation von Frauen zustande. Der sozioökonomische Zusammenhang bleibt aber im Wesentlichen auch bestehen, wenn man die Bildungsverteilungen getrennt nach Geschlecht betrachtet. Die Wahrscheinlichkeit, seinen Lebensabend in einem Pflegeheim zu verbringen, ist also stark von der Bildung und dem sozialen Status abhängig und signifikant höher für Personen mit niedriger Bildung ( $\chi^2(12) = 54.125, p < .001$ ). Eine bessere finanzielle Ausstattung ebenso wie größere und stärkere soziale Netzwerke gewähren sozioökonomisch besser situierten Personen bei Pflegebedürftigkeit eine größere Vielfalt an Optionen und einen größeren Gestaltungsspielraum, um ein für sie passendes Pflege- und Betreuungsarrangement innerhalb der eigenen vier Wände zu realisieren (altersgerechter Aus- bzw. Umbau der Wohnung, informelle Pflege durch Angehörige, 24-Stunden-Betreuung etc.). Eine Rolle dürfte nicht zuletzt auch spielen, dass Personen mit höherem sozioökonomischem Status über einen besseren Gesundheitszustand verfügen und deutlich seltener pflegebedürftig sind als Studienteilnehmer/innen aus niedrigeren sozialen Schichten. Altersmäßig ist die Pflegeheim-Stichprobe relativ gleich verteilt: 50,8% sind zwischen 80 und 85, 49,2% sind zwischen 86 und 90 Jahre alt. In Pflegeheimen lebende Personen sind überwiegend von gravierenden Gesundheits- und Funktionseinschränkungen betroffen. Das Ausmaß an gesundheitlichen Einschränkungen lässt sich an einem direkten Vergleich mit zu Hause lebenden Personen ablesen:

Tabelle 43: Gesundheitszustand nach Wohnform

Funktionaler Status	Privathaushalt	Pflegeheim
rüstig	12,1%	-
fit	26,1%	-
pre-frail	50,6%	42,6%
frail	11,2%	57,4%

Mehr als die Hälfte der Personen (57,4%) in Pflegeheimen sind von ausgeprägten Formen der Frailty betroffen. Der Rest verteilt sich auf den Status der Pre-Frailty. In Privathaushalten trifft dies hingegen nur auf 11,2% zu. Mehr als ein Drittel von diesen (38,2%) befindet sich noch in einem vergleichsweise guten funktionalen Zustand („rüstig“ bzw. „fit“). Dies spiegelt sich auch in der Verteilung der Pflegestufen wider. Von den 51 Teilnehmer/innen aus Pflegeheimen, für die Informationen zur PflegegeldEinstufung vorliegen, sind 96,1% in einer Pflegestufe von 3 oder höher eingestuft (Mittelwert: 3,9). Der höchste Wert liegt bei Pflegestufe 5 (in 19,6% der Fälle).

Die Aufenthaltsdauer im Pflegeheim liegt in mehr als zwei Drittel der Fälle (68,4%) bei höchstens zwei Jahren. Nur in 8,8% der Fälle leben Heimbewohner/innen bereits länger als 5 Jahre im Pflegeheim. Auf Pflege angewiesen sind die Teilnehmer/innen in der Regel bereits etwas länger. Fast die Hälfte (49,1%) sind bereits länger als zwei Jahre auf Pflege angewiesen, 22,8% sogar länger als fünf Jahre. Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Pflegeheimplatz war bei den meisten Teilnehmer/innen (88,9%) relativ kurz – weniger als ein Jahr. Länger als zwei Jahre musste in diesem Sample niemand warten. 19,7% des Pflegeheim-Samples waren davor bereits in einem anderen Pflegeheim untergebracht, das jedoch in praktisch allen Fällen im selben Bundesland wie das aktuelle Heim gelegen war.

Der am häufigsten genannte Grund für den Umzug ins Pflegeheim ist eine allgemeine Verschlechterung des Gesundheitszustands (39%) gefolgt vom Verlust der Selbsthilfefähigkeit nach einem Sturz (23,7%) oder nach einer Krankheit (20,3%). 15,3% nennen auch die mangelnde Verfügbarkeit eines pflegenden Angehörigen als Hauptgrund dafür, dass ein Umzug ins Pflegeheim erforderlich wurde. Mehr als jede/r Fünfte (22%) gibt an, in die Entscheidung über den Umzug ins Pflegeheim nicht eingebunden gewesen zu sein. Hier scheinen primär andere, z.B. Familienangehörige, die Entscheidung getroffen und den Umzug ins Heim in die Wege geleitet zu haben – zumindest aber wird es von betroffenen Teilnehmer/innen offenbar als eine Entscheidung wahrgenommen, in die sich nicht eingebunden waren.

Der Großteil der befragten Pflegeheimbewohner/innen (62,3%) hat ein Zimmer für sich allein, 37,7% teilen ihr Zimmer mit einer weiteren Person. Mehr als die Hälfte (59%) sind Teilzahler, d.h. sie bezahlen ihren Heimaufenthalt nicht ausschließlich selbst, sondern mit Unterstützung der öffentlichen Hand. Ein relativ großer Teil der Befragten (16,4%) gibt jedoch an, nicht zu wissen, wie die Finanzierungsmodalitäten sind und ob sie für den Heimaufenthalt mit eigenen Mitteln oder mit öffentlicher Unterstützung aufkommen. Es ist anzunehmen, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten öffentliche Unterstützung erhält, und dass auch manche der deklarierten „Vollzahler“ zusätzlich öffentliche Unterstützung erhält. Mit Blick auf die ärztliche Betreuung im Pflegeheim, kann festgestellt werden, dass der überwiegende Teil der Betreuung durch einen Heimarzt erfolgt (83%). 14,8% der befragten Pflegeheimbewohner/innen geben (auch) einen Hausarzt außerhalb des Heims an, 16,4% einen Facharzt.

## 12.4 Zufriedenheit mit Pflege- und Betreuungsleistungen

Ein Bestandteil der Befragung zur Pflege- und Betreuungssituation bezog sich auch auf die Zufriedenheit mit in Anspruch genommenen Pflege- und Betreuungsleistungen. Erhoben wurde dabei die Zufriedenheit mit Heimhilfe und Hauskrankenpflege, 24-Stunden-Betreuung sowie bei Pflegeheimbewohner/innen die Zufriedenheit mit dem Pflegeheim, in dem sie untergebracht sind.

### 12.4.1 Heimhilfe/Hauskrankenpflege

Insgesamt 44 Personen (7,7%) der Stichprobe nehmen Heimhilfe und/oder Hauskrankenpflege in Anspruch. Im Rahmen der Erhebung wurde einerseits die Zufriedenheit mit der durch die Heimhilfe bzw. Hauskrankenpflege geleisteten Betreuung abgefragt, andererseits auch die Zufriedenheit mit den Betreuungspersonen. Abbildung 49 zeigt die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung, die eine überaus hohe Zufriedenheit der Teilnehmer/innen mit ihrer Heimhilfe oder Hauskrankenpflege wiedergeben. Dargestellt sind die Prozentwerte für die Zustimmung zu den einzelnen Fragen („stimme voll zu“ und „stimme eher zu“). Besonders zufrieden, mit Anteilen über jeweils 90%, äußern sie sich über die Sauberkeit und Ordentlichkeit, die Organisation des Wechsels von Betreuungspersonen, die Einhaltung der vereinbarten Zeiten und die gute Erreichbarkeit des Pflegeunternehmens. Fast drei Viertel der Befragten (72,7%) sagen, dass sich durch die Betreuung ihr Wohlbefinden gebessert hat. Ebenso viele geben an, dass ihnen die Betreuung ein Weiterleben in ihrer gewohnten Umgebung ermöglicht hat.

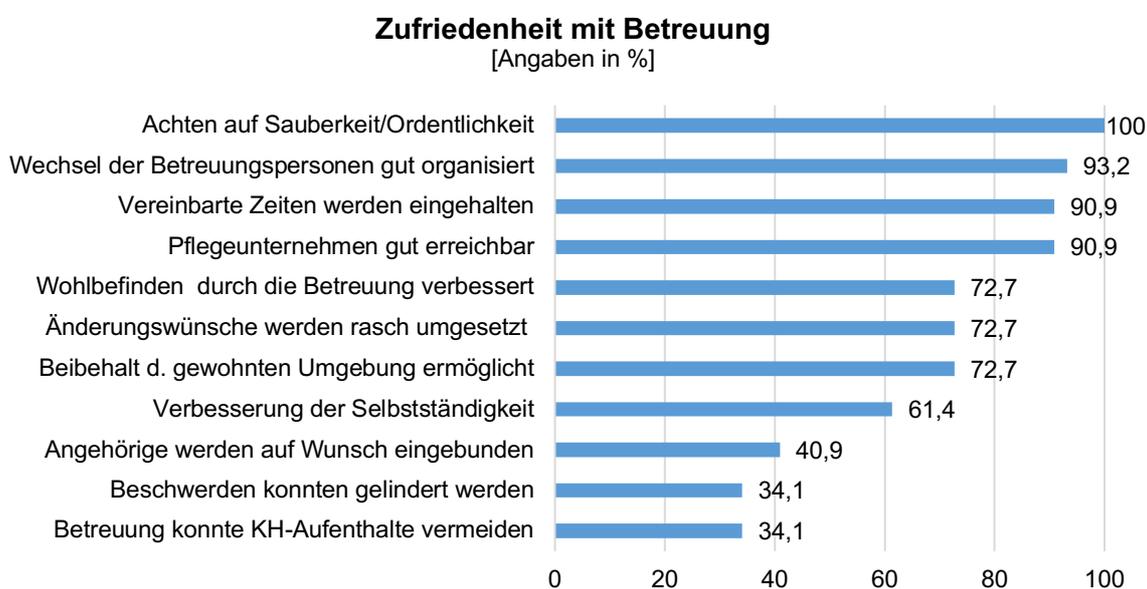


Abbildung 49: Zufriedenheit mit Betreuung (Heimhilfe/Hauskrankenpflege)

Seltener bejaht wird die Frage, ob Angehörige auf Wunsch in die Planung und Organisation der Betreuung eingebunden werden (40,9%). Hier geben aber weitere 39,5% an, dass die Einbindung von Angehörigen gar nicht erforderlich oder von den Teilnehmer/innen

gewünscht ist. Nur etwas mehr als ein Drittel (34,1%) gibt an, dass durch die Betreuung ihre Beschwerden gelindert oder Krankenhausaufenthalte vermieden werden konnten.

Noch deutlicher fällt die Zufriedenheit mit den Betreuungspersonen aus. Sämtliche Fragen – von der Freundlichkeit und Kompetenz der Betreuungspersonen bis hin zum Eingehen auf die persönlichen Bedürfnisse der Betreuten – werden von nahezu allen befragten Teilnehmer/innen zustimmend beantwortet.



Abbildung 50: Zufriedenheit mit Betreuungspersonen (Heimhilfe/Hauskrankenpflege)

Lediglich eine Person gibt an, während der Betreuung einmal einen Grund für eine Beschwerde gehabt und beim Betreuungsunternehmen deponiert zu haben. Insgesamt sagen 81,8% der Befragten, dass sie mit ihrer Betreuung und dem gewählten Betreuungsunternehmen sehr zufrieden sind, die übrigen 18,2% äußern sich zumindest als eher zufrieden. 90,9% würden ihr Betreuungsunternehmen an andere weiterempfehlen.

#### 12.4.2 24-Stunden-Betreuung

Auf ähnlich hohem Niveau befindet sich die Zufriedenheit im Kontext der 24-Stunden-Betreuung (Abbildungen 51 und 52). Zu beachten im Hinblick auf die Interpretation und die Aussagekraft der Ergebnisse ist, dass in der ÖIHS-Stichprobe lediglich 15 Teilnehmer/innen (2,6%) eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen und die Befunde somit auf noch deutlich weniger Fällen beruhen als jene zu Heimhilfe und Hauskrankenpflege. Größere Unterschiede können allenfalls mit Blick auf die Vermeidung von Krankenhausaufhalten (80%) und die Ermöglichung eines Weiterlebens in der gewohnten Umgebung (93,4%) konstatiert werden. In den deutlich höheren Zustimmungswerten im Vergleich zu Heimhilfe/Hauskrankenpflege spiegelt sich wahrscheinlich der Umstand wider, dass 24-Stunden-Betreuung in der Regel von Personen mit fortgeschrittenen

Funktionseinschränkungen und einem höheren Betreuungs- und/oder Pflegebedarf in Anspruch genommen wird. Gerade für stark eingeschränkte Personen kann eine gut funktionierende 24-Stunden-Betreuung eine gute und vielleicht die einzige Möglichkeit sein, weiterhin in den eigenen vier Wänden bleiben zu können, und wird von diesen daher offenbar auch entsprechend wahrgenommen.

Auch die Einbindung von Angehörigen wird deutlich häufiger bejaht (73,3%) und auch seltener als nicht notwendig oder nicht erwünscht ausgewiesen (13,3%). Auch dies könnte in der oftmals geringeren Selbsthilfefähigkeit der Betreuten im Kontext einer 24-Stunden-Betreuung begründet liegen. Darüber hinaus ist die Familie häufig bereits maßgeblich in die Organisation der 24-Stunden-Betreuung eingebunden (in der ÖIHS-Stichprobe immerhin in 9 von 15 Fällen).

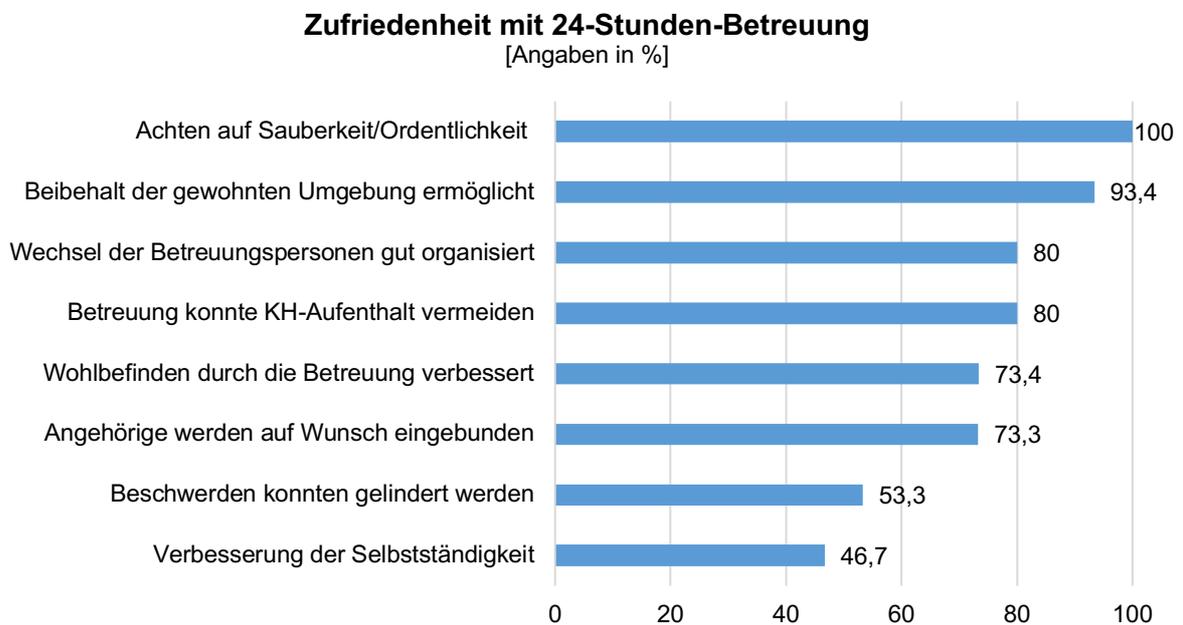


Abbildung 51: Zufriedenheit mit Betreuung (24-Stunden-Betreuung)

Im Hinblick auf das Betreuungspersonal fällt lediglich eine etwas geringere Zufriedenheit mit der fachlichen Kompetenz der Betreuungspersonen (73,3%), im Vergleich zu den Ergebnissen bezüglich Heimhilfe/Hauskrankenpflege, auf. Insgesamt sind alle Befragten mit ihrer 24-Stunden-Betreuung entweder sehr (60%) oder eher zufrieden (40%). 66,7% würden ihre 24-Stunden-Betreuung definitiv, weitere 13,3% zumindest eher weiterempfehlen.

**Zufriedenheit mit Betreuungspersonen**

[Angaben in %]



Abbildung 52: Zufriedenheit mit Betreuungspersonen (24-Stunden-Betreuung)

**12.4.3 Pflegeheim**

Eine hohe Zufriedenheit kann schließlich auch unter Pflegeheimbewohner/innen festgestellt werden. Angaben zur Zufriedenheit sind wahrscheinlich speziell in Pflegeheim-Kontexten mit einer gewissen Vorsicht zu interpretieren, da hier verzerrende Effekte im Sinne einer „sozialen Erwünschtheit“ nicht ganz auszuschließen sind. Menschen, die in Pflegeheimen leben, befinden sich in einer besonders ausgeprägten Situation der Abhängigkeit gegenüber der Institution, dem Pflegepersonal usw. Dies kann unter Umständen dazu führen, dass eine höhere Zufriedenheit angegeben wird, als es der Realität entspricht. Abgefragt wurde die Zufriedenheit der Teilnehmer/innen mit verschiedenen Aspekten und Bereichen des Pflegeheims, in dem sie leben – von der Lage und Ausstattung des Heims, über die Qualität der dort erbrachten Pflege und Betreuung bis hin zu Möglichkeiten einer selbstbestimmten Tagesgestaltung. Dargestellt sind jeweils die Prozentsätze der Teilnehmer/innen, die sich zufrieden („sehr zufrieden“ oder „eher zufrieden“) äußern (Tabelle 44).

Tabelle 44: Zufriedenheit mit Pflegeheim (sehr zufrieden/eher zufrieden) (n=61)

Bereiche in Pflegeheim	%
Pflege und Betreuung	93,5%
Pflegepersonal	93,5%
Lage und Ausstattung des Heims	88,5%
Möglichkeiten zur selbstbestimmten Tagesgestaltung	85,3%
Essen	78,7%
Möglichkeiten, das Haus zu verlassen	71,1%
Pflegeheim insgesamt	90,1%

Am größten ist die Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal und der Pflege und Betreuung im Heim (93,5%). Die wenigsten Nennungen entfallen hingegen auf das Essen im Heim (78,7%) und die Möglichkeiten, das Haus zu verlassen (z.B. vom Heim angebotene Ausflüge) (71,1%). 9 von 10 Personen (90,1%) sind mit dem Pflegeheim, in dem sie leben, insgesamt zufrieden. Nur wenige (8,2%) geben an, „manchmal“ an einen Pflegeheimwechsel zu denken. 88,5% würden ihr Pflegeheim weiterempfehlen.

### 12.5 Individuelle Alters- und Pflegevorsorge

Abschließend wird auf Fragen der individuellen Alters- und Pflegevorsorge eingegangen. Die im hohen Alter steigende Wahrscheinlichkeit für funktionale Einschränkungen und in weiterer Folge Pflegebedürftigkeit legt es nahe, sich möglichst frühzeitig auf die daraus resultierenden Veränderungen der Lebensumstände vorzubereiten. Im Fragenkatalog der ÖIHS werden in diesem Zusammenhang vor allem zwei Bereiche der individuellen Altersvorsorge berührt, nämlich altersgerechte Wohnraumadaptierungen sowie schriftliche Vollmachten und Verfügungen. Die folgenden Auswertungen beziehen sich dabei ausschließlich auf in Privathaushalten (inkl. Seniorenresidenzen und betreute bzw. betreubare Wohneinrichtungen) lebende Personen.

#### 12.5.1 Wohnraumadaptierungen und Ambient Assisted Living (AAL)

Um die eigene Wohnung alters- oder pflegegerecht zu adaptieren, hat rund ein Drittel (33%) der nach wie vor im Privathaushalt lebenden Teilnehmer/innen bauliche Maßnahmen zur altersgerechten Wohnraumgestaltung gesetzt. Darunter fallen beispielsweise ein behindertengerechtes Badezimmer oder der Einbau eines Treppenliftes. Weitere 6,8% geben an, bewusst in eine altersgerechte Wohnung umgezogen zu sein. Dabei handelt es sich zumeist um Personen, die in einer Seniorenresidenz oder betreuten bzw. betreubaren Wohneinrichtungen leben. Häufig sind es funktionale Verluste und Einschränkungen, die im hohen Alter zu baulichen Maßnahmen und Wohnraumadaptierungen motivieren. Während 46,3% der Teilnehmer/innen mit ausgeprägter Frailty angeben, Maßnahmen zur altersgerechten Wohnraumadaptierung angeben, haben nur 14,3% der Personen aus der Gruppe der „Rüstigen“ solche Maßnahmen ergriffen. Dies kann auch als Hinweis darauf gewertet werden, dass Wohnraumadaptierungen überwiegend nicht prophylaktisch, für den Fall später eventuell einmal eintretender funktionaler Einschränkungen ergriffen werden, sondern erst im Anlassfall, wenn altersbedingte Einschränkungen solche Maßnahmen akut erforderlich machen.

Eine eher kleine Rolle spielen in der hochaltrigen Bevölkerung derzeit noch technische Hilfsmittel (AAL). 78,8% der Befragten in Privathaushalten geben an, keinerlei technische Hilfsmittel zu verwenden. Am häufigsten genannt werden Notrufsysteme wie Notrufarmband oder Notrufknopf (22,1%). Praktisch gar keine Rolle spielen Monitoringsysteme wie Vital- oder Sturzsensoren. Das Notrufarmband wird vor allem in Seniorenresidenzen und betreuten Wohneinrichtungen verwendet bzw. dort wahrscheinlich auch gezielt angeboten.

### 12.5.2 Vollmachten und Verfügungen

Ebenfalls eine eher geringe Rolle spielen schriftliche Vollmachten und Verfügungen. Zwar gibt mit 33,5% immerhin mehr als ein Drittel der befragten Hochaltrigen an, irgendeine Form der schriftlichen Vollmacht oder Verfügung im Sinne der persönlichen Pflegevorsorge zu besitzen. Dies ist auch ein höherer Anteil als bei früheren ÖIHS-Erhebungen (2013: 26,1%), was darauf hindeutet, dass Formen der vorausschauenden Alters- und Pflegevorsorge („advance care planning“) in der hochaltrigen Bevölkerung mittlerweile eine etwas größere Verbreitung finden als noch vor einigen Jahren. Mit Blick auf einzelne Vollmachtstypen und deren Verteilung in der Stichprobe erscheint jedoch die Möglichkeit der individuellen Vorsorge insgesamt nach wie vor als relativ wenig genützt. 21,2% der hochaltrigen Studienteilnehmer/innen haben eine Vorsorgevollmacht. 20,5% haben eine Patientenverfügung, wovon 10,8% sogenannte „verbindliche“ Patientenverfügungen sind, also solche, die höhere formale Anforderungen (notarielle Beglaubigung), aber auch eine höhere Verbindlichkeit haben. 3,2% der Befragten haben eine sogenannte Erwachsenenvertretung.<sup>21</sup>

Die Neigung zur vorausschauenden Alters- und Pflegevorsorge in Form von schriftlichen Vollmachten und Verfügungen hängt offenbar stark von der Bildung der Personen ab. Dieser bildungsspezifische Zusammenhang gilt zwar nicht für Dokumente wie die Vorsorgevollmacht ( $\chi^2(4) = 3.680, p = .451$ ), ist jedoch statistisch hoch signifikant für den Besitz einer Patientenverfügung ( $\chi^2(6) = 30.503, p < .001$ ). Während fast jede/r Dritte aus dem Segment der Hochgebildeten (30,3%) eine Patientenverfügung besitzt (davon 17,3% eine „verbindliche“), sind es unter Personen mit niedriger Bildung nur 12,3% (davon 5,6% in „verbindlicher“ Form). Die anfallenden Kosten für die notwendige notarielle Beglaubigung einer verbindlichen Patientenverfügung, vor allem aber ein geringerer Grad an Informiertheit in niedrigen Bildungsschichten dürften mit ein Grund für diese Verteilung sein.

Die insgesamt vergleichsweise geringe Nutzung derartiger Möglichkeiten der Pflegevorsorge könnte auch darauf hindeuten, dass Fragen der Pflege und Betreuung Themen sind, mit denen sich hochaltrige Menschen, insbesondere bei noch nicht vorhandenem Pflegebedarf, nur sehr ungern befassen, und die daher tendenziell, so lange es geht, beiseite geschoben werden. Hinweise darauf haben diverse im Rahmen der ÖIHS durchgeführte qualitative Fokusstudien erbracht (ÖPIA 2015; ÖPIA 2018c).

---

<sup>21</sup> Die „Erwachsenenvertretung“ hat im Jahr 2018 die frühere Sachwalterverfügung abgelöst. Es gibt drei verschiedene Formen der Erwachsenenvertretung: eine gewählte, eine gesetzliche und eine gerichtliche.



### 13. Hochaltrigkeit und Geschlecht

Die Lebenslagen von Frauen und Männern unterscheiden sich aufgrund von geschlechtsspezifischen Differenzen und insbesondere sozialen Ungleichheiten nach wie vor recht deutlich. Dies gilt besonders für die heute alte und hochaltrige Generation, in der geschlechtsbezogene Ungleichheiten im Lebenslauf noch stärker ausgeprägt waren als in jüngeren Kohorten. Solche Ungleichheiten kumulieren über den Lebenslauf und führen für Frauen und Männer zu teilweise sehr unterschiedlichen Altersverläufen sowie Lebensbedingungen im Alter. Der Zusammenhang von Alter(n) und Geschlecht und damit assoziierte geschlechtsspezifische Differenzen waren in der Altersforschung – insbesondere der deutschsprachigen – lange Zeit unterbelichtet und marginalisiert (Backes 2005). In den letzten Jahren erfährt diese hoch relevante Problematik jedoch mehr Aufmerksamkeit (Hartung 2015; Brunbauer et al. 2015; Denninger/Schütze 2017; Reitinger et al. 2018).

Ein wesentlicher geschlechtsspezifischer Unterschied mit Blick auf das hohe Alter besteht bereits darin, dass Frauen häufiger ein hohes Alter erreichen als Männer. Laut Statistik Austria betrug der Frauenanteil in der Altersgruppe 80+ im Jahr 2019 rund 63%, jener von Männern rund 37%.<sup>22</sup> Das heißt, fast zwei Drittel aller hochaltrigen Menschen in Österreich sind Frauen. Dies spiegelt sich auch in der Stichprobe der ÖIHS wider, in der Männer zwar – gemessen an der tatsächlichen Verteilung in der Bevölkerung – etwas überrepräsentiert sind, Frauen dennoch deutlich mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen stellen (56,9% vs. 43,1%). In der Gerontologie wird vor diesem Hintergrund von einer „Feminisierung des Alters“ gesprochen (Baltes et al. 2010). Verantwortlich für die höhere Lebenserwartung von Frauen und ihr entsprechend häufigeres Erreichen eines hohen und sehr hohen Alters sind vermutlich eine ganze Reihe verschiedener Faktoren, die bislang noch nicht abschließend wissenschaftlich geklärt sind. Die möglichen Erklärungsansätze reichen von biologischen Faktoren, d.h. genetischen und hormonellen Unterschieden zwischen Männern und Frauen, bis hin zu Lebensstilfaktoren (z.B. trinken Männer mehr Alkohol und rauchen häufiger als Frauen). Eine Rolle dürfte auch spielen, dass Männer – jedenfalls in der heute hochaltrigen Generation – stärker Stress und beruflichen Risiken ausgesetzt sind als Frauen. Mit dem stärkeren Vordringen von Frauen in den Erwerbsarbeitsprozess, wie er sich in den letzten Jahrzehnten vollzogen hat, könnte sich dieser „Nachteil“ von Männern in Zukunft etwas verringern.

Auf der anderen Seite ist für Frauen die Wahrscheinlichkeit, im Alter von einer sozial problematischen Lebenslage betroffen zu sein, höher als für Männer. Zwar leben Frauen länger, dafür sind sie aber häufiger chronisch krank und – gerade aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung – oftmals auf formelle Hilfe bis hin zum Pflegeheimaufenthalt angewiesen (Backes 2005). Aufgrund einer deutlich höheren Verwitwungsrate – ebenfalls wieder bedingt durch ihre höhere Lebenserwartung – stehen ihnen seltener Pflegeleistungen durch den Ehepartner zur Verfügung, was wiederum ihre Wahrscheinlichkeit erhöht, im hohen Alter und bei Verlust der Selbsthilfefähigkeit den Privathaushalt aufgeben und in ein Pflegeheim

---

<sup>22</sup> Quelle: Statistik Austria, Bevölkerung zu Jahresbeginn 2002-2021 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht (eigene Berechnung)

übersiedeln zu müssen (Heusinger 2017). Mehrheitlich verbringen Frauen ihr Lebensende als alleinlebende Witwe und/oder im Pflegeheim. Hinzu kommen sozioökonomische Benachteiligungen (geringere Bildung, niedrigeres Einkommen), was – auch abhängig von der Schichtzugehörigkeit – zu einer prekäreren materiellen Ausstattung bis hin zur Altersarmut führen kann (Butterwegge/Hansen 2012).

Männer sind hingegen im Alter vergleichsweise seltener und weniger stark von sozioökonomischen Problemen betroffen: Sie sind materiell besser gesichert und entsprechend besser versorgt, gehen eher Beschäftigungen und Engagementformen außer Haus nach, und bei Pflegebedürftigkeit werden sie häufiger zu Hause von der eigenen Partnerin gepflegt und bleiben seltener (z.B. nach einer Trennung oder nach dem Tod der Partnerin) allein zurück. Ihre im Zuge der Berufskarriere erworbenen Ressourcen (Geld, Qualifikationen, soziale Netzwerke etc.) ermöglichen es ihnen darüber hinaus, sich leichter auf altersassoziierte Veränderungen und Herausforderungen, wie z.B. Pflegebedürftigkeit, einzustellen als Frauen (Backes 2005).

Geschlechtsspezifische Differenzen betreffen im hohen Alter also viele verschiedene Lebensbereiche – von der Gesundheit über den sozioökonomischen Status bis hin zur sozialen Integration. Im Folgenden sollen daher einige geschlechtsspezifische Unterschiede in der ÖIHS-Stichprobe dargestellt und analysiert werden. Untersucht werden dabei Differenzen in den Bereichen physische Gesundheit, psychische Gesundheit, sozioökonomischer Status und soziale Netzwerke (inkl. soziale und pflegerische Versorgung).

### **13.1 Physische Gesundheit**

Wir beginnen die Analyse mit einigen Aspekten der physischen Gesundheit. Hier bestätigt sich zunächst der bereits erwähnte, aus der Forschung bekannte Befund, dass Frauen zwar eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, ein hohes Alter zu erreichen, jedoch im Alter häufiger gesundheitlich eingeschränkt sind als Männer. Das heißt, Männer, sofern sie ein hohes Alter erreichen, sind offenbar überwiegend gesünder und „fitter“ als hochaltrige Frauen. Tabelle 45 fasst einige Aspekte der physischen Gesundheit wie funktionalen Status, chronische Krankheiten und Mobilität entlang des Geschlechts zusammen.

Tabelle 45: Physische Gesundheit nach Geschlecht

Physische Gesundheit	Geschlecht		Korrelation/Signifikanz
	m	w	
Funktionaler Status			$\chi^2(3) = 15.656, p = .001$
rüstig	15,3%	6,5%	
fit	23,3%	24,0%	
pre-frail	50,4%	50,3%	
frail	11,0%	19,2%	
Chronische Krankheiten*			$\chi^2(4) = 19.227, p = .001$
keine	12,7%	7,0%	
eine	23,0%	17,0%	
Multimorbidität (2+)	64,3%	76,0%	
Gangtest			
nicht bewältigt	2,9%	6,4%	$\chi^2(1) = 3.603, p = .058$
langsame Gehgeschwindigkeit	21,0%	27,2%	$\chi^2(1) = 2.717, p = .099$
Bewegungsradius			$\chi^2(5) = 20.339, p = .001$
uneingeschränkt	64,0%	46,2%	
nähere Umgebung	26,0%	37,0%	
innerhalb des Hauses	10,0%	16,8%	
Aktivitäten d. tägl. Lebens			$\chi^2(1) = 13.590, p < .001$
keine Einschränkungen	72,7%	57,8%	
mind. 1 Einschränkung	27,3%	42,2%	
Subjektive Gesundheit*			$\chi^2(5) = 7.602, p = .180$
sehr gut/gut	57,0%	48,5%	
mittelmäßig	31,1%	35,7%	
schlecht/sehr schlecht	12,0%	15,8%	

Anmerkung. \*inkl. Telefoninterviews, n=699 (chronische Krankheiten) bzw. n=715 (subjektive Gesundheit)

Dabei wird ersichtlich, dass Männer signifikant seltener von fortgeschrittenen Funktionalitätseinbußen (pre-frail oder frail) betroffen sind und seltener bzw. unter weniger chronischen Krankheiten leiden als Frauen. Mehr als drei Viertel der Frauen (76%) in der Stichprobe sind multimorbide, bei den Männern sind es hingegen nur knapp zwei Drittel (64,3%). Sowohl die Differenzen hinsichtlich des funktionalen Status als auch hinsichtlich chronischer Krankheiten sind statistisch hoch signifikant.

Besonders betroffen sind Frauen von Bluthochdruck (60,4%), Osteoporose (37,1%) und Harninkontinenz (36,6%). Bei den Männern liegt ebenfalls Bluthochdruck an erster Stelle (54%), gefolgt von Herzerkrankungen (36,3%), Rheuma/Gicht (20,7%) und Harninkontinenz

(19,3%). Bei Osteoporose ist die Prävalenz für Frauen mehr als dreimal (37,1% vs. 12%), bei Harninkontinenz fast doppelt so hoch (36,6% vs. 19,3%) wie für Männer. Darüber hinaus leiden Frauen signifikant häufiger unter akuten oder chronischen Schmerzzuständen (55,2% vs. 42,2%,  $\chi^2(3) = 14.820$ ,  $p = .002$ ).

Tabelle 46: Chronische Krankheiten nach Geschlecht, inkl. Telefoninterviews (n=699)

Chronische Krankheiten	Geschlecht (%)	
	m	w
Bluthochdruck	54,0%	60,4%
Herzkrankheit	36,3%	29,8%
Harninkontinenz	19,3%	36,6%
Osteoporose	12,0%	37,1%
Rheuma/Gicht	20,7%	23,8%
Krebs	18,3%	14,8%
Diabetes mellitus	13,7%	17,8%
Chronische Atemwegserkrankung (z.B. COPD)	11,7%	14,0%
Depression	8,3%	12,5%
Demenz (z.B. Alzheimer)	9,3%	7,3%
Stuhlinkontinenz	5,3%	6,3%
Parkinson	4,0%	1,5%
Epilepsie	1,3%	1,8%

Der schlechtere Gesundheitszustand von Frauen schlägt sich ebenso in einem höheren Ausmaß an funktionellen Beeinträchtigungen im Vergleich zu Männern nieder. Zur Messung der funktionellen Kapazitäten der Studienteilnehmer/innen wurde insbesondere auf die Erhebung von mobilitätsbezogenen Parametern (Gangtest, Bewegungsradius) sowie Aktivitäten des täglichen Lebens (Anziehen, Stiegen steigen, Einkaufen) zurückgegriffen. Dabei ergeben sich in allen diesen Bereichen deutliche Unterschiede zuungunsten von Frauen: Sie bewältigen seltener den Gangtest bzw. weisen dabei häufiger eine auffällig langsame Gehgeschwindigkeit auf, und ihr Bewegungsradius ist im Schnitt erheblich eingeschränkter als der von Männern. Auch bei Aktivitäten des täglichen Lebens geben sie häufiger an, unter Einschränkungen zu leiden. Die hier betrachteten geschlechtsspezifischen Differenzen hinsichtlich Funktionalität und Mobilität sind mit Ausnahme des Gangtests hoch signifikant.

In Übereinstimmung mit diesen funktionalitätsbezogenen Ergebnissen sind Frauen auch häufiger als Männer auf Hilfe oder Pflege durch andere angewiesen (48,8% vs. 29,9%,  $\chi^2(1) = 27.935$ ,  $p < .001$ ).<sup>23</sup> Interessanterweise berichten dafür aber Männer – bei Vorliegen von Hilfsbedarf – signifikant häufiger als Frauen von Pflegebedürftigkeit (56,7% vs. 28,7%,  $\chi^2(2) = 16.977$ ,  $p < .001$ ). Das heißt, jene Minderheit von hochaltrigen Männern mit schlechter Gesundheit und körperlichen Einschränkungen befindet sich offenbar tendenziell

<sup>23</sup> Diese Zahlen beziehen sich ausschließlich auf Personen in Privathaushalten, exkl. Telefoninterviews (n=507).

in einem schlechteren Allgemeinzustand als ihre weiblichen Altersgenossinnen. Demnach stellen Männer, relativ gesehen, sowohl die meisten Vertreter mit besonders gutem als auch solche mit besonders schlechtem körperlichem Zustand.

Keine signifikanten Unterschiede ergibt hingegen, trotz der überwiegend größeren physischen und funktionalen Einschränkungen von Frauen in der ÖIHS-Stichprobe, ein Vergleich der subjektiven Gesundheit. Zwar bewerten Frauen ihre Gesundheit etwas seltener gut bzw. etwas häufiger schlecht als Männer. Die Differenzen sind jedoch prozentual geringfügig und statistisch nicht signifikant. Dies deutet zum einen darauf hin, dass ein schlechterer objektiver Gesundheitszustand nicht zwingend mit einer schlechteren subjektiven Einschätzung desselben verbunden sein muss. Zum anderen könnten sich darin auch geschlechtsspezifische Differenzen hinsichtlich der Wahrnehmung und des Umgangs mit physischen Einschränkungen widerspiegeln. Physische Leistungsfähigkeit und Funktionalität sind zentrale Bestandteile moderner Männlichkeitskonstruktionen. Männern fällt es daher schwerer, mit physischen und funktionalen Einschränkungen umzugehen, was sich in einer tendenziell schlechteren bzw. einer eher dem objektiven funktionalen Status entsprechenden subjektiven Bewertung niederschlagen könnte.

### **13.2 Psychische Gesundheit**

Weniger deutlich fallen die Differenzen im Bereich der psychischen Gesundheit aus. Betrachtet werden im Folgenden geschlechtsspezifische Korrelationen bezüglich Depression, kognitivem Status und Lebenszufriedenheit (Tabelle 47). Depressive Symptome wurden ermittelt mithilfe der Geriatrischen Depressionsskala (GDS). Die Daten zum kognitiven Status beruhen auf den Resultaten des im Rahmen des geriatrischen Assessments durchgeführten kognitiven Tests („Drei-Wörter-Uhrentest“) (siehe ausführlicher Kapitel 8.1). Unter „Lebenszufriedenheit“ sind wiederum Angaben der Teilnehmer/innen über ihre Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen (z.B. Gesundheit, finanzielle Lage, Sozialkontakte, Lebenssituation insgesamt etc.) zusammengefasst und die entsprechenden Werte entlang der jeweils erzielten Summenscores in einer fünfstufigen Skala von „sehr hohe Lebenszufriedenheit“ bis „sehr niedrige Lebenszufriedenheit“ gruppiert. In Tabelle 47 sind die Merkmalsausprägungen „hohe“ und „sehr hohe Lebenszufriedenheit“ unter „hoch“, „niedrige“ und „sehr niedrige Lebenszufriedenheit“ unter „niedrig“ zusammengefasst.

Tabelle 47: Psychische Gesundheit nach Geschlecht

Psychische Gesundheit	Geschlecht		Korrelation/Signifikanz
	m	w	
Depression (GDS)			$\chi^2(2) = 3.653, p = .161$
keine Depression	87,6%	81,8%	
leichte Depression	11,6%	16,7%	
schwere Depression	0,8%	1,5%	
Kognitiver Status			$\chi^2(3) = 9.410, p = .024$
unauffälliger Befund	19,9%	19,7%	
leichte Defizite (MCI)	39,0%	29,4%	
Demenzverdacht	41,1%	50,9%	
Lebenszufriedenheit			$\chi^2(3) = 5.918, p = .116$
hoch	90,8%	87,5%	
mittel	9,1%	10,6%	
niedrig	0,0%	1,8%	

Wie die Auswertung zeigt, sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den meisten Bereichen eher gering. Zwar neigen Frauen etwas stärker zu depressiven Symptomen und weisen (auf sehr hohem Niveau) eine etwas geringere Lebenszufriedenheit auf als Männer. Die Differenzen sind jedoch statistisch nicht signifikant.

Einzig im Hinblick auf den kognitiven Status ergeben sich signifikante Unterschiede ( $\chi^2(3) = 9.410, p = .024$ ), wobei Männer und Frauen zunächst annähernd gleich häufig unter kognitiven Einschränkungen leiden. Diese Einschränkungen befinden sich bei Frauen jedoch deutlich häufiger im demenzverdächtigen Bereich, während bei Männern ein beträchtlicher Anteil der Einschränkungen als leicht, im Sinne eines mild cognitive impairment (MCI), einzustufen ist. Dies deutet auf ein etwas höheres Demenzrisiko vom hochaltrigen Frauen im Vergleich zu Männern hin.

### 13.3 Sozioökonomischer Status

Große Unterschiede zwischen hochaltrigen Frauen und Männern ergeben sich im Hinblick auf den sozioökonomischen Status. Dies kommt durch die in dieser Generation noch erheblich stärker ausgeprägte Ungleichheit zwischen den Geschlechtern zustande, vor allem im Hinblick auf formale Bildungsabschlüsse und die Integration von Frauen in den Arbeitsmarkt. Diese Ungleichheit kann an der ÖHS-Stichprobe recht deutlich abgelesen werden. Zwar besteht in sozioökonomischer Hinsicht generell eine beträchtliche Selektivität der Stichprobe zugunsten höher gebildeter und sozial bessergestellter Personen, wodurch hohe Bildungsabschlüsse und hohe Einkommen in beiden Geschlechtern überrepräsentiert sind. So verfügt fast ein Drittel (29,5%) der Frauen in der Stichprobe über eine hohe Bildung mit mindestens Maturaabschluss. Bei Männern sind es jedoch fast die Hälfte (46,5%). Männer mit niedriger Bildung (max. Pflichtschulabschluss) machen innerhalb ihrer

Genusgruppe weniger als ein Fünftel (19,5%) aus, unter Frauen sind es hingegen fast die Hälfte (40,6%).

Auch beim Einkommen liegen Männer deutlich vor den Frauen. Zwei Drittel der hochaltrigen Männer in der Stichprobe (67,6%) verfügen über ein monatliches Nettohaushaltseinkommen von 2.000€ und mehr. Bei Frauen trifft dies nur auf etwas mehr als ein Drittel (37,6%) zu. Fast jede achte Teilnehmerin (12%) muss im hohen Alter mit einem Einkommen unter 1.000€ im Monat auskommen. Ein Risiko für Altersarmut besteht damit, wie auch aus der Forschung bekannt ist, in besonderem Maße für Frauen (Butterwegge/Hansen 2012). Eine wesentliche Ursache für die im hohen Alter überwiegend schlechtere Einkommenssituation von Frauen besteht – neben der Ungleichheit hinsichtlich Bildung und Arbeitsmarktintegration – auch darin, dass Frauen im hohen Alter häufig verwitwet sind und daher mit einem einzigen Einkommen (eventuell zuzüglich einer Witwenpension) ihr Auskommen finden müssen. Männer sind hingegen nicht nur mit einer in der Regel höheren Erwerbspension ausgestattet, sondern leben häufig noch mit einer Ehepartnerin, die oftmals auch ein eigenes Einkommen in den Haushalt mitbringt.

Tabelle 48: Sozioökonomischer Status nach Geschlecht

Sozioökonomischer Status	Geschlecht		Korrelation/Signifikanz
	m	w	
<b>Bildung</b>			$\chi^2(2) = 31.069, p < .001$
niedrig (max. Pflichtschule)	19,5%	40,6%	
mittel	34,0%	29,8%	
hoch (mind. Matura)	46,5%	29,5%	
<b>Haushaltseinkommen</b>			$\chi^2(7) = 53.307, p < .001$
< 1.000€	3,5%	12,0%	
1.000 – 1.999€	28,9%	50,4%	
2.000 – 3.000€	32,3%	23,5%	
> 3.000€	35,3%	14,1%	

### 13.4 Soziale Integration

Ein wesentlicher Aspekt der Lebenssituation wie auch Lebensqualität im hohen Alter sind soziale Netzwerke. Hier geht es also vor allem um soziale Beziehungen und die soziale Integration hochaltriger Menschen. Die Größe und Stärke eines sozialen Netzwerks hat insbesondere einen großen Einfluss auf allfällige Hilfs- und Pflegequellen, ob also bei Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit im Alter auf die Unterstützung anderer, nahestehender Personen zurückgegriffen werden kann. Auch hier zeigen sich zum Teil beträchtliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Ein wesentlicher Unterschied besteht dabei zunächst hinsichtlich der Lebensformen hochaltriger Frauen und Männer (Tabelle 49). Mehr als die Hälfte der Frauen (53,5%) in der Stichprobe lebt allein, nur noch etwas mehr als ein Viertel von ihnen (26%) lebt zusammen

mit einem (Ehe-)Partner. Bei Männern verhält sich dies praktisch umgekehrt: Während 70,4% noch mit ihrer Partnerin leben, ist nur jeder Fünfte (20,4%) alleinlebend. Grund dafür ist die deutlich höhere Verwitwungsrate von Frauen im Vergleich zu Männern (58,6% vs. 19,2%). Diese ist wiederum darauf zurückzuführen, dass Frauen zum einen eine höhere Lebenserwartung haben, und zum anderen, dass Männer in der Regel mit Frauen verheiratet sind, die etwas jünger sind als sie.

Betrachtet man die soziale Eingebundenheit im hohen Alter, lassen sich hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen erkennen. Als Indikator für die soziale Eingebundenheit wurde die Stärke des sozialen Netzwerks herangezogen. Diese ergibt sich aus dem Produkt der Größe des Netzwerks (Anzahl der Kontaktpersonen) und der Frequenz von Sozialkontakten außerhalb des eigenen Haushaltes. Berücksichtigt werden dabei sowohl familiäre als auch außerfamiliäre Sozialkontakte. Je größer das Netzwerk und je regelmäßiger die im Netzwerk stattfindenden Sozialkontakte, desto „stärker“ ist das jeweilige Netzwerk. Ein Vergleich der sozialen Netzwerke von hochaltrigen Frauen und Männern ergibt dabei eine vergleichsweise hohe Eingebundenheit der Teilnehmer/innen. Mehr als zwei Drittel der Frauen und Männer in der Stichprobe bewegen sich zumindest in einem mittelstarken Netzwerk. Extrem sozial isoliert („kein Netzwerk“) ist in der ÖIHS-Stichprobe kaum jemand. Jedoch verfügen Frauen tendenziell über etwas stärkere Netzwerke mit einer höheren Zahl sowie höheren Frequenz an Sozialkontakten als Männer – wenn auch der Unterschied statistisch nicht signifikant ist.

Das Bild verändert sich, wenn man andere Indikatoren der sozialen Integration und Partizipation heranzieht, wie die Außer-Haus-Mobilität oder ehrenamtliche Tätigkeiten. Die Außer-Haus-Mobilität gibt Auskunft über die Häufigkeit, mit der Menschen ihre Wohnung verlassen, und kann als ein geeignetes Maß für die aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben betrachtet werden. Hier zeigt sich, dass Männer signifikant häufiger das Haus verlassen als Frauen. 13,7% der Frauen verlassen seltener als einmal pro Woche oder sogar nie die Wohnung, bei den Männern trifft dies nur auf 5% zu. Auch üben hochaltrige Männer häufiger ein Ehrenamt aus. Zu einem erheblichen Teil dürften diese Unterschiede auf den tendenziell schlechteren gesundheitlichen und funktionalen Status von Frauen, im Vergleich zu Männern, zurückzuführen sein, da Mobilität und aktive soziale Teilhabe stark vom Gesundheitszustand abhängen. Wie bereits erwähnt und aus der Forschung bekannt, verweist ein höherer Partizipationsgrad aber häufig auch auf soziale Ressourcen, über die Männer im Alter in höherem Ausmaß als Frauen verfügen können.

Keine signifikanten Unterschiede ergeben sich hingegen im Hinblick auf den Aktivitätsgrad, basierend auf der Zahl der von den Teilnehmer/innen genannten Aktivitäten und Alltagsbeschäftigungen. Das heißt, Männer üben nicht per se mehr Aktivitäten aus als Frauen. Die Differenzen bei der Außer-Haus-Mobilität lassen aber darauf schließen, dass es sich bei den Aktivitäten von Männern häufiger um Aktivitäten außer Haus handelt als bei Frauen.

Tabelle 49: Soziale Integration nach Geschlecht

Soziale Integration	Geschlecht		Korrelation/Signifikanz
	m	w	
Lebens-/Wohnform			$\chi^2(3) = 110.845, p < .001$
alleinlebend	20,4%	53,5%	
mit Partner/in	70,4%	26,0%	
mit sonstigen Personen	2,5%	6,7%	
Pflegeheim	6,7%	13,8%	
Stärke des sozialen Netzwerks			$\chi^2(5) = 6.380, p = .271$
kein Netzwerk	1,2%	0,6%	
schwaches Netzwerk	29,8%	27,4%	
mittelstarkes Netzwerk	40,5%	40,7%	
starkes Netzwerk	28,5%	31,3%	
Außer-Haus-Mobilität			$\chi^2(5) = 44.178, p < .001$
mind. 1x täglich	68,2%	55,6%	
mind. 1-2x/Woche	25,6%	30,1%	
seltener als 1x/Woche	2,5%	9,4%	
nie	2,5%	4,3%	
Aktivitätsgrad			$\chi^2(2) = .218, p = .897$
niedrig	22,7%	23,4%	
mittel	64,5%	65,0%	
hoch	12,8%	11,6%	
Ehrenamtliche Tätigkeit	13,4%	6,1%	$\chi^2(3) = 13.167, p = .004$
Einsamkeit			$\chi^2(4) = 10.368, p = .035$
nie/selten	88,8%	79,8%	
manchmal	7,9%	15,9%	
oft/immer	3,3%	4,3%	
Hilfe-/Pflegequellen			$\chi^2(4) = 28.158, p < .001$
kein Hilfebedarf	65,7%	44,6%	
informell	18,8%	23,1%	
formell	1,3%	2,2%	
formell & informell	7,5%	16,3%	
Pflegeheim	6,7%	13,8%	

Dies spiegelt sich letztlich auch in höheren Einsamkeitsraten von Frauen wider. Zwar ist stark ausgeprägte Einsamkeit („oft“ oder „immer“) auch unter Frauen mit einem Anteil von 4,3% relativ selten. Allerdings erhöht sich dieser Anteil auf 20,2%, wenn auch Frauen berücksichtigt werden, die gelegentliche Einsamkeitsgefühle („manchmal“) zu Protokoll geben. Dieser Wert ist immerhin fast doppelt so hoch wie jener von Männern (11,2%). Diese

Korrelation zwischen Einsamkeit und Geschlecht ist auch statistisch signifikant. In Anbetracht der geringfügigen geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Stärke sozialer Netzwerke und des Aktivitätsgrads dürfte sich hier, neben dem geringeren Grad an Aktivitäten außer Haus und einer dadurch bedingten geringeren Teilnahme am sozialen Leben, vor allem auch der bereits erwähnte Umstand niederschlagen, dass Frauen im hohen Alter signifikant häufiger verwitwet und daher auch häufiger alleinlebend sind als Männer.

Eine große Rolle spielen soziale Netzwerke im hohen Alter auch im Falle einer eintretenden Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit vor dem Hintergrund zunehmender funktionaler Einschränkungen. Von der sozialen Integration und den zur Verfügung stehenden sozialen Ressourcen hängen mitunter auch die Möglichkeiten ab, die individuellen Betreuungs- und Pflegearrangements nach den eigenen Bedürfnissen zu gestalten. Sind Angehörige vorhanden, die Hilfe im Alltag, Betreuung oder Pflege leisten können, z.B. der Ehepartner oder in der Nachbarschaft lebende Kinder, kann trotz reduzierter Selbsthilfefähigkeit der Verbleib in den eigenen vier Wänden gewährleistet werden. Fehlen solche sozialen Ressourcen, muss auf andere, z.B. formelle Hilfs- und Pflegekräfte zurückgegriffen werden (Heimhilfe etc.). Ist auch das nicht möglich oder übersteigt der Pflegebedarf den Rahmen des in diesem Setting Machbaren, bleibt oftmals nur der Umzug in ein Pflegeheim.

Im Hinblick auf geschlechtsspezifische Differenzen zeichnet sich – neben einem deutlich häufigeren Hilfe- und Pflegebedarf im Vergleich zu Männern – als größter Unterschied ab, dass Frauen doppelt so häufig in einem Pflegeheim leben. Dies könnte in dieser Deutlichkeit zwar zum Teil in einer Selektivität des Pflegeheim-Samples begründet liegen. Allerdings deckt sich die Geschlechterverteilung der Pflegeheimbewohner/innen in der ÖIHS-Stichprobe mit einem Frauenanteil von 73,8% mit wissenschaftlichen Schätzungen, wonach sich etwa drei Viertel der Pflegeheimpopulation aus Frauen zusammensetzt (Heusinger 2017).

Auch hinsichtlich der Inanspruchnahme von informellen und formellen Hilfs- und Pflegeleistungen zeigt sich eine häufigere Inanspruchnahme formeller Leistungen (wenn auch überwiegend ergänzt durch informelle Hilfe, z.B. durch Angehörige) von Frauen im Vergleich zu Männern. Zwar relativiert sich dies etwas, wenn in der Analyse der Hilfs- und Pflegebedarf der Teilnehmer/innen berücksichtigt und die Häufigkeiten ausschließlich auf Frauen und Männer in Privathaushalten und mit Hilfebedarf bezogen werden. Dann ergibt sich z.B. für die Inanspruchnahme von Heimhilfe ein Anteil von 18,8% für Frauen und 14,9% für Männer. 24-Stunden-Betreuung wird von hilfe- bzw. pflegebedürftigen Männern sogar häufiger in Anspruch genommen als von Frauen (9% vs. 6,5%). Hingegen leben Frauen im ÖIHS-Sample nicht nur häufiger als Männer in Pflegeheimen, sondern auch in Seniorenresidenzen bzw. betreuten Wohneinrichtungen (6,7% vs. 2,1%), was in der Auswertung ebenfalls unter formelle Hilfe subsumiert wurde.

Insgesamt bestätigt sich damit, was auch aus der Forschung bekannt ist, nämlich dass Frauen bei Hilfe- bzw. Pflegebedarf mit höherer Wahrscheinlichkeit formelle Leistungen in Anspruch nehmen oder in eine Institution umziehen müssen, während Männer eher auf Unterstützung durch Angehörige, insbesondere durch die Ehegattin und die eigenen Kinder, zurückgreifen können.

### 13.5 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sowohl in gesundheitlicher als auch sozialer Hinsicht einige Unterschiede zwischen hochaltrigen Frauen und Männern festgestellt werden können. Zwar haben Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer, dafür scheinen bis ins hohe Alter „überlebende“ Männer sich tendenziell in einer besseren physischen Konstitution zu befinden als Frauen. Sie sind seltener multimorbide und leiden unter weniger funktionalen Einschränkungen, was auch einen höheren Grad an Mobilität und Selbsthilfefähigkeit im Hinblick auf alltägliche Verrichtungen mit sich bringt.

In psychischer Hinsicht zeichnet sich ein etwas höheres Demenzrisiko hochaltriger Frauen im Vergleich zu Männern ab, wenngleich die Häufigkeit kognitiver Einschränkungen insgesamt bei Frauen nicht größer ist als bei Männern. Jedoch sind kognitive Einschränkungen bei ihnen tendenziell schwerer ausgeprägt, während bei Männern leichte kognitive Defizite im Bereich eines mild cognitive impairment überwiegen. Darin dürfte sich allerdings auch der insgesamt bessere physische und funktionale Zustand von Männern niederschlagen, da zwischen Funktionalität und kognitivem Status ein Zusammenhang besteht, hohe Funktionalität in der Regel also mit einem besseren kognitiven Status einhergeht. Auch Depressionen betreffen – ausgehend vom im Rahmen des geriatrischen Assessments durchgeführten Depressionsscreening – Frauen tendenziell häufiger als Männer, wenngleich die Screeningergebnisse statistisch nicht signifikant ausfallen.

Häufigere und stärker ausgeprägte gesundheitliche und funktionale Einschränkungen von Frauen haben auch Auswirkungen auf die soziale Integration. Dies drückt sich beispielsweise in einer deutlich geringeren Außer-Haus-Mobilität im Vergleich zu Männern aus. Ebenfalls ein großer Unterschied zuungunsten von Frauen ist ihre bedeutend höhere Verwitwungsrate. Dies führt wiederum dazu, dass Frauen mehr als doppelt so häufig wie Männer alleinlebend sind. Auch Einsamkeit betrifft daher Frauen signifikant häufiger als Männer.

Insgesamt erweist sich die soziale Eingebundenheit – gemessen an Anzahl und Häufigkeit von Sozialkontakten außerhalb des eigenen Haushalts – bei Frauen wie Männern als relativ hoch. Ein großer Teil von ihnen kann auch bei Hilfe- und Pflegebedarf auf Unterstützung von Angehörigen zurückgreifen. Frauen tragen allerdings ein deutlich größeres Risiko, im hohen Alter in ein Pflegeheim umziehen zu müssen. Auf sozioökonomischer Ebene bestätigen die Ergebnisse die in dieser Generation noch deutlich stärker ausgeprägte soziale Ungleichheit zwischen den Geschlechtern. Dies schlägt sich sowohl in einer signifikant geringeren Bildung als auch in einem ebenso signifikant geringeren Haushaltseinkommen von Frauen im Vergleich zu Männern nieder. Vor allem besonders niedrige Einkommen (< 1.000€) betreffen in der überwiegenden Mehrheit Frauen, was auf ein deutlich höheres Altersarmutsrisiko für Frauen hinweist.



## 14. Stadt-Land-Unterschiede

Österreich ist geprägt durch einen relativ hohen Grad an Ruralität, d.h. einen flächenmäßig hohen Anteil an ländlichen Gebieten. Eine gute Möglichkeit zur Darstellung der Stadt-Land-Struktur Österreichs bietet die von der Statistik Austria entwickelte Urban-Rural-Typologie (URT) (Statistik Austria 2021). Dabei wurde eine Klassifizierung österreichischer Gemeinden entlang von Kriterien wie Einwohnerzahl und Bevölkerungsdichte in vier verschiedene Kategorien vorgenommen:

- Urbane Zentren
- Regionale Zentren
- Ländlicher Raum im Umland von Zentren
- Ländlicher Raum

Als städtisch werden die Gemeinden aus der ersten Kategorie („urbane Zentren“) bezeichnet. Alle anderen Gemeinden aus den übrigen Kategorien gelten als ländlich.

Ausgehend von dieser Klassifizierung anhand der Urban-Rural-Typologie kann in Österreich ein leichtes Ost-West-Gefälle festgestellt werden mit einem etwas urbaneren Osten (vor allem rund um Wien sowie das Grazer Becken) und einem etwas ländlicheren Westen, der allerdings auch über einige bedeutende urbane Regionen verfügt (z.B. große Teile Vorarlbergs sowie die Regionen rund um die Landeshauptstädte Salzburg und Innsbruck).

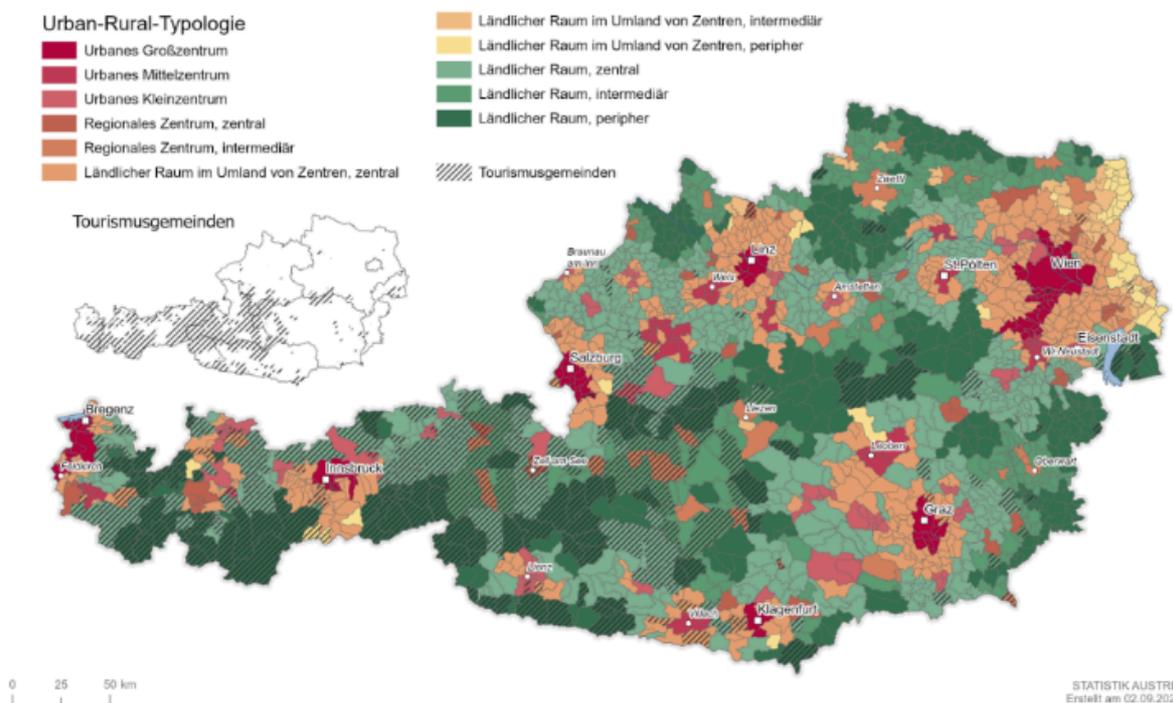


Abbildung 53: Urban-Rural-Typologie Österreichs (Statistik Austria, 2021, S. 23)

Unter Berücksichtigung der Einwohnerzahlen aller österreichischen Gemeinden ergibt sich ein Anteil von 52,8%, die in urbanen Zentren leben. Der Rest verteilt sich auf Regionen des Landes, die auf der Grundlage der Urban-Rural-Typologie als ländlich klassifiziert werden können (47,2%) (Statistik Austria 2020b).

Ländliche Regionen zeichnen sich im Vergleich zu Städten durch eine relative Strukturschwäche aus. Diese Strukturschwäche ergibt sich u.a. aus einer geringeren Wirtschaftsleistung (z.B. geringere Anzahl an aktiven Betriebsstandorten), einer schlechteren Erreichbarkeit (z.B. große Entfernung von nächstgelegenen urbanen Zentren, mangelnde Anbindung an den öffentlichen Verkehr) sowie einem geringeren Ausbau von Infrastruktur (z.B. geringere Flächendeckung in der medizinischen Basisversorgung). Auch die Bevölkerungsentwicklung spielt in diesem Zusammenhang eine Rolle. So sind es vor allem ländliche Räume, die durch eine stagnierende oder rückläufige Bevölkerungsentwicklung und den damit verbundenen demographischen Veränderungen betroffen sind. Während besonders große Städte (in Österreich vor allem Wien) aufgrund einer starken Binnenzuwanderung von jungen und erwerbsfähigen Bevölkerungsgruppen tendenziell ein Bevölkerungswachstum verzeichnen, ist in ländlichen Gebieten die Bevölkerung eher im Schrumpfen begriffen und durch eine rasche Zunahme des Anteils alter und hochaltriger Menschen geprägt (siehe oben Kapitel 2).

Auch für alte und hochbetagte Menschen am Land können sich daraus besondere Probleme und Herausforderungen ergeben, etwa hinsichtlich ihrer Mobilität oder mit Blick auf die medizinische und pflegerische Versorgung. Nicht zuletzt die demographischen Entwicklungen können sich in den kommenden Jahren aufgrund der Implikationen für die Daseinsvorsorge und die öffentliche Infrastruktur erheblich auf das Leben alter Menschen am Land auswirken.

Aber auch zwischen Stadt- und Landbevölkerung selbst gibt es teilweise beträchtliche Unterschiede. So unterscheiden sich diese z.B. in sozioökonomischer Hinsicht (höheres Bildungsniveau und höheres Einkommen in der Stadt) sowie hinsichtlich der Lebensformen und Familienstrukturen (höhere Scheidungsrate in der Stadt, größere Kinderzahl am Land etc.). Auf einige Stadt-Land-Unterschiede dieser Art und daraus resultierende Differenzen mit Blick auf die Lebenssituation im hohen Alter soll im Folgenden etwas näher eingegangen werden. Als Grundlage dafür wird die bereits erwähnte Urban-Rural-Typologie herangezogen. Dabei werden die Studienteilnehmer/innen anhand ihres Wohnorts einer der vier URT-Kategorien zugeordnet. Auf dieser Basis ergibt sich für ÖIHS-Stichprobe folgende Stadt-Land-Verteilung:

**Anteil Teilnehmer/innen nach Urban-Rural-Typologie**  
[Angaben in %]

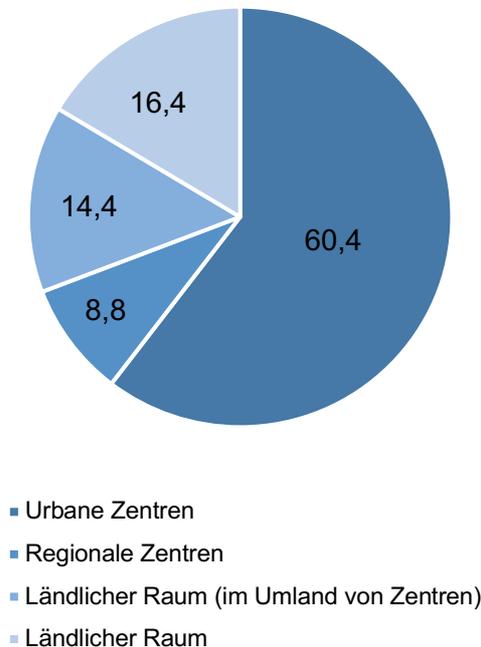


Abbildung 54: Anteil der ÖIHS-Teilnehmer/innen nach Urban-Rural-Typologie (n=717)

Im Vergleich zur österreichischen Gesamtbevölkerung sind Stadtbewohner/innen mit einem Anteil von 60,4% in der ÖIHS-Stichprobe somit etwas überrepräsentiert.<sup>24</sup> Diese Überrepräsentation ergibt sich zum Teil durch die bundeslandspezifische Zusammensetzung der Stichprobe (Wien, Niederösterreich, Steiermark, Salzburg), deren Stadt-Land-Verhältnis nicht identisch ist mit der des gesamten Bundesgebiets. Allein ein Viertel der Stichprobe besteht aus Wiener/innen. Auch in den anderen Bundesländern konnten teilweise mehr Interviews mit Stadtbewohner/innen als mit Landbewohner/innen realisiert werden, sodass sich für letztere eine leichte Unterrepräsentation ergibt.

Im Folgenden näher betrachtet werden Stadt-Land-Unterschiede hinsichtlich des sozioökonomischen Status (Bildung, Einkommen), der physischen sowie psychischen Gesundheit, der Mobilität, der sozialen Integration sowie Pflege und Betreuung.

#### 14.1 Sozioökonomischer Status

Wir beginnen mit der Analyse in jenem Bereich, in dem sich die deutlichsten Unterschiede zwischen hochaltriger Stadt- und Landbevölkerung feststellen lassen: dem sozioökonomischen Status. Tabelle 50 gibt den Bildungsgrad (niedrig – mittel – hoch), das

<sup>24</sup> Diese Überrepräsentation der Stadtbewölkerung fällt noch etwas höher aus, wenn Telefoninterviews ausgeklammert und ausschließlich face-to-face-Interviews berücksichtigt werden. Dann beträgt das Verhältnis Stadt-Land ca. 65:35.

nach Einkommensgruppen gestaffelte monatliche Haushaltseinkommen sowie den früheren Berufsstatus der Teilnehmer/innen, differenziert nach Stadt/Land, wieder. Dabei ergeben sich in allen Bereichen hoch signifikante Differenzen. Mehr als die Hälfte der am Land lebenden hochaltrigen Personen verfügen höchstens über einen Pflichtschulabschluss (niedrige Bildung). In der Stadt hat hingegen fast die Hälfte eine hohe Bildung mit Matura und/oder Universitätsabschluss. Hier ist zu berücksichtigen, dass die Stichprobe generell eine Selektivität zugunsten höher gebildeter Personen aufweist. In der gesamten hochaltrigen Bevölkerung sind die relativen Anteile für hohe Bildung sowohl in der Stadt als auch am Land sicherlich niedriger als in der hier dargestellten Stichprobe. Die bildungsbezogenen Unterschiede verweisen zum einen auf eine generell noch geringere Verbreitung hoher Bildungsabschlüsse in der heute hochaltrigen Bevölkerung, vor allem in ländlichen Regionen, und zum anderen auf die Unterschiede hinsichtlich der Wirtschafts- und Lohnarbeitsstruktur mit einem größeren Anteil höher qualifizierter sowie Dienstleistungsberufe in der Stadt und einer Dominanz einfacher und niedrig qualifizierter Berufe am Land.

Dies kann auch an den Stadt-Land-Differenzen hinsichtlich des früheren Berufsstatus der Teilnehmer/innen abgelesen werden. Fast ein Drittel der hochaltrigen Landbewohner/innen war während ihrer Erwerbsphase als Arbeiter/in tätig, während in der Stadt Tätigkeiten im Angestelltenverhältnis und als Selbstständige den größten Anteil ausmachen. Generell ist der Anteil derer, die im erwerbsfähigen Alter einer Vollerwerbstätigkeit nachgingen, am Land signifikant geringer als in der Stadt. Dies kommt insbesondere durch einen deutlich höheren Anteil von Frauen zustande, die überwiegend Hausfrauen und nicht regelmäßig erwerbstätig waren. Darin kommt die in dieser Generation vor allem in ländlichen Regionen noch stärker vorherrschende traditionelle Geschlechterrollenverteilung mit dem Mann als „Familienernährer“ und dem dazu komplementären weiblichen Rollenbild der Hausfrau zum Ausdruck.

Dies wie auch die geringere Schulbildung am Land schlägt sich auch in einem geringeren Haushaltseinkommen nieder. Fast zwei Drittel der Teilnehmer/innen aus der Stadt verfügen über ein monatliches Nettohaushaltseinkommen von 2.000€ und mehr. Am Land trifft dies nicht einmal auf halb so viele (29,2%) zu. Jede/r sechste/r am Land lebende Hochaltrige muss mit weniger als 1.000€ im Monat das Auslangen finden. Wie bereits an früherer Stelle gezeigt (Kapitel 13), sind davon in erster Linie Frauen betroffen. Die hier vorgenommene Stadt-Land-Analyse verdeutlicht jedoch, dass davon ganz besonders am Land lebende Frauen betroffen sind.

Tabelle 50: Sozioökonomischer Status nach Stadt/Land

Sozioökonomischer Status	Stadt/Land		Korrelation/Signifikanz
	Stadt	Land	
Bildung			$\chi^2(2) = 82.969, p < .001$
niedrig (max. Pflichtschule)	20,1%	53,3%	
mittel	31,7%	31,5%	
hoch (mind. Matura)	48,2%	15,2%	
Haushaltseinkommen*			$\chi^2(7) = 70.221, p < .001$
< 1.000€	3,2%	16,8%	
1.000 – 1.999€	33,1%	53,9%	
2.000 – 3.000€	34,5%	14,9%	
> 3.000€	29,2%	14,3%	
Frühere Berufstätigkeit			$\chi^2(5) = 23.943, p < .001$
hauptberuflich	87,2%	73,2%	
nebenberuflich	4,8%	6,2%	
keine regelmäßige Berufstätigkeit (z.B. Hausfrau)	7,8%	20,6%	
Früherer Berufsstatus*			$\chi^2(5) = 53.096, p < .001$
Arbeiter/in	9,3%	30,9%	
Angestellte/r	52,0%	37,6%	
Selbstständige/r	26,7%	12,1%	
Beamte/r	11,9%	19,4%	

Anmerkung. Angaben inkl. Telefoninterviews (n=717), mit Ausnahme von \*

## 14.2 Physische Gesundheit

Wenig signifikante Unterschiede ergibt ein Stadt-Land-Vergleich im Hinblick auf die physische Gesundheit. Am Land lebende hochaltrige Frauen und Männer sind den Daten nach weder kränker noch häufiger in ihrer Mobilität eingeschränkt als Stadtbewohner/innen. Auch hinsichtlich der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes finden sich keine nennenswerten Differenzen. Am Land lebende Personen scheinen sogar etwas häufiger frei zu sein von chronischen Krankheiten, auch hierbei handelt es sich allerdings nicht um ein signifikantes Ergebnis. Die einzigen signifikanten Unterschiede betreffen den funktionalen Status und Aktivitäten des täglichen Lebens – hier weisen am Land lebende Hochaltrige signifikant häufiger Einschränkungen auf. Dies könnte auf einen etwas höheren Grad an funktionalen Einschränkungen und eine daraus resultierende Minderung der Selbsthilfefähigkeit schließen lassen. Jedoch könnte dieses Ergebnis auch durch räumliche und infrastrukturelle Gegebenheiten in ländlichen Regionen bedingt sein. So geben Landbewohner/innen z.B. deutlich häufiger an, Einkäufe nicht selbst erledigen zu können (39,8% vs. 26,8%,  $\chi^2(1) = 10.080, p = .001$ ). Dies könnte aber auch auf eine schlechtere Erreichbarkeit von Geschäften (Supermärkte außerhalb des Ortszentrums, keine fußläufige

Erreichbarkeit etc.) und eine daraus resultierende Angewiesenheit auf die Unterstützung anderer Personen zurückzuführen sein, muss also nicht zwangsläufig in geringeren physischen und funktionalen Kapazitäten im Vergleich zu Stadtbewohner/innen begründet liegen. Die ansonsten sehr geringen gesundheitlichen und funktionalen Stadt-Land-Unterschiede sprechen eher für diese Interpretation. Hinzu kommt, dass das signifikante Ergebnis hinsichtlich der Stadt-Land-Differenz beim funktionalen Status (Frailty) verschwindet, wenn Pflegeheime aus der Analyse ausgeklammert werden. Die Differenz ergibt sich also primär durch eine leichte Überrepräsentation von Pflegeheimen in ländlichen Regionen im Pflegeheim-Sample.

Tabelle 51: Physische Gesundheit nach Stadt/Land

Physische Gesundheit	Stadt/Land		Korrelation/Signifikanz
	Stadt	Land	
Funktionaler Status			$\chi^2(3) = 8.261, p = .041$
rüstig	12,9%	5,3%	
fit	23,0%	25,1%	
pre-frail	49,9%	51,3%	
frail	14,3%	18,2%	
Chronische Krankheiten*			$\chi^2(4) = 4.655, p = .325$
keine	8,1%	11,5%	
eine	20,7%	18,0%	
Multimorbidität (2+)	71,2%	70,5%	
Gangtest			
nicht bewältigt	5,1%	4,6%	$\chi^2(1) = .076, p = .783$
langsame Gehgeschwindigkeit	24,3%	25,0%	$\chi^2(1) = .033, p = .856$
Bewegungsradius			$\chi^2(5) = 7.211, p = .205$
uneingeschränkt	55,9%	49,7%	
nähere Umgebung	30,2%	36,4%	
innerhalb des Hauses	13,9%	13,9%	
Aktivitäten d. tägl. Lebens			$\chi^2(1) = 6.940, p = .008$
keine Einschränkungen	68,4%	57,4%	
mind. 1 Einschränkung	31,6%	42,6%	
Subjektive Gesundheit*			$\chi^2(5) = 2.680, p = .749$
sehr gut/gut	53,9%	49,4%	
mittelmäßig	32,6%	35,3%	
schlecht/sehr schlecht	13,4%	15,1%	

Anmerkung. \* inkl. Telefoninterviews, n=699 (chronische Krankheiten), n= 715 (Subjektive Gesundheit)

### 14.3 Psychische Gesundheit

Auch mit Blick auf die psychische Gesundheit ergeben sich nur wenige Stadt-Land-Unterschiede. Die im Rahmen des geriatrischen Screenings gemessene Prävalenz depressiver Symptome fällt in städtischen und ländlichen Regionen ähnlich gering aus. Hinweise auf eine schwere depressive Symptomatik finden sich sowohl in der Stadt als auch am Land kaum. Auch die Lebenszufriedenheit – ein Index aus den gemittelten Zufriedenheitswerten in verschiedenen Lebensbereichen (Gesundheit, finanzielle Situation, Sozialkontakte, Lebenssituation insgesamt etc.) – ist unter Stadt- und Landbewohner/innen annähernd gleich hoch. Fast 90% der Teilnehmer/innen in Stadt und Land weisen eine hohe Lebenszufriedenheit auf. Einzig beim kognitiven Status ergeben sich deutlichere und darüber hinaus statistisch hoch signifikante Unterschiede. Hier deuten die Befunde auf erheblich größere kognitive Einschränkungen unter hochaltrigen Menschen aus ländlichen Regionen hin. Mehr als die Hälfte ihrer kognitiven Tests (Drei-Wörter-Uhrentest) mussten als „demenzverdächtig“ eingestuft werden. Ein kognitiv unauffälliger Befund konnte lediglich jedem/jeder Achten aus der ländlichen Stichprobe gestellt werden. Zwar deuten die kognitiven Tests auch bei hochaltrigen Personen aus der Stadt auf weit verbreitete kognitive Einschränkungen hin. Allerdings ist bei ihnen der Anteil demenzverdächtig Tests deutlich niedriger (40,3%) im Vergleich zu Landbewohner/innen. Auch erbrachte immerhin fast jeder vierte der von Städter/innen absolvierten kognitiven Tests ein unauffälliges Resultat.

Diese Ergebnisse lassen auf ein deutlich höheres Demenzrisiko von hochaltrigen Menschen am Land schließen. Ein wesentlicher Grund dafür dürfte im geringeren sozioökonomischen Status, insbesondere der geringeren Bildung hochaltriger Menschen aus ländlichen Regionen bestehen, da der kognitive Status stark mit dem Bildungsgrad korreliert.

Tabelle 52: Psychische Gesundheit nach Stadt/Land

Psychische Gesundheit	Stadt/Land		Korrelation/Signifikanz
	Stadt	Land	
Depression (GDS)			$\chi^2(2) = 1.787, p = .409$
keine Depression	83,2%	86,3%	
leichte Depression	15,2%	13,2%	
schwere Depression	1,6%	0,5%	
Kognitiver Status			$\chi^2(3) = 18.620, p < .001$
unauffälliger Befund	23,6%	12,8%	
leichte Defizite (MCI)	36,1%	28,7%	
Demenzverdacht	40,3%	58,5%	
Lebenszufriedenheit			$\chi^2(9) = 5.610, p = .778$
hoch	88,7%	89,3%	
mittel	9,7%	10,7%	
niedrig	1,6%	0,0%	

### 14.4 Mobilität und Lebensraum

Unter Mobilität und Lebensraum werden im Folgenden verschiedene Aspekte zusammengefasst, die sich auf Unterschiede hinsichtlich des Mobilitätsverhaltens und der wohnortnahen Infrastruktur beziehen. Hier gibt es, wie eingangs erwähnt, mitunter beträchtliche Unterschiede zwischen Stadt und Land. In ländlichen Regionen besteht häufig ein geringeres Angebot öffentlicher Verkehrsmittel, sodass Einwohner/innen zur Fortbewegung auf das Auto angewiesen sind. Hinzu kommt eine schwächere Infrastruktur, etwa weniger bzw. außerhalb des Ortskerns gelegene Einkaufsmöglichkeiten für den täglichen Bedarf, was wiederum erhöhte Anforderungen für die Mobilität mit sich bringt, insbesondere für Menschen im hohen Alter.

Dies bestätigt sich, wenn man die bevorzugten Verkehrsmittel der Teilnehmer/innen, differenziert nach Stadt und Land, betrachtet. In ländlichen Regionen verwenden mehr als zwei Drittel zur Fortbewegung bevorzugt das Auto, während öffentliche Verkehrsmittel kaum eine Rolle spielen. In der Stadt sind hingegen Öffis mit 40,4% das am häufigsten genannte Fortbewegungsmittel. 37,5% der Städter/innen verwenden zwar ebenfalls bevorzugt das Auto, das ist allerdings ein signifikant geringerer Anteil als unter Landbewohner/innen.

Die infrastrukturelle Beschaffenheit des Wohnorts und der unmittelbaren Wohnumgebung wurde in der ÖIHS primär mithilfe von Erhebungsinstrumenten erfasst, die auf die subjektive Einschätzung der Betroffenen abzielen. Gefragt wurde also vor allem nach der subjektiven Zufriedenheit mit der Wohnumgebung und der verfügbaren Infrastruktur. Zwar gibt ein solches Vorgehen keine unmittelbare Auskunft über die objektiven Verhältnisse im Wohnort, lässt jedoch gewisse Rückschlüsse zu, da davon ausgegangen werden kann, dass eine geringere Zufriedenheit auf objektive Schwächen oder Mängel der wohnortnahen Infrastruktur verweist.

Betrachtet man die Zufriedenheit mit dem Wohnumfeld und der wohnortnahen Infrastruktur in Stadt und Land, so finden sich zumindest teilweise Unterschiede. Vor allem spiegelt sich abermals die geringe Rolle des öffentlichen Verkehrs in ländlichen Gemeinden wider. Weniger als die Hälfte der hochaltrigen Landbewohner/innen äußern sich als zufrieden mit dem öffentlichen Verkehr. Hinzu kommt rund ein Drittel (33,9%), das angibt, das Öffiangebot nicht beurteilen zu können. Auch dies lässt sich so interpretieren, dass öffentliche Verkehrsmittel von diesen in ihrem Alltag nicht genutzt werden – so wenig, dass sie sich eine seriöse Einschätzung des Öffiangebots nicht zutrauen.

Signifikante Differenzen ergeben sich auch im Hinblick auf die Sicherheit in der Wohnumgebung. Hier fühlen sich Landbewohner/innen besonders sicher im Vergleich zu Stadtbewohner/innen. Allerdings ist in der Stadt das Sicherheitsempfinden mit 90,8% ebenfalls außerordentlich hoch. Es kann also sowohl in Stadt und Land ein hohes Sicherheitsempfinden hochaltriger Menschen konstatiert werden. Keine größeren Unterschiede sind im Hinblick auf die Zufriedenheit mit den Einkaufsmöglichkeiten in der Wohnumgebung, der ärztlichen Versorgung und der Erreichbarkeit von Apotheken erkennbar. Hier sind die Zufriedenheitswerte in Stadt wie Land ähnlich hoch.

Ebenfalls wenig Unterschiede sind mit Blick auf das Mobilitätsverhalten festzustellen, gemessen an der Mobilität der Teilnehmer/innen außer Haus. Zwar scheinen Landbewohner/innen das Haus etwas regelmäßiger zu verlassen als Städter/innen. Auch ist der Anteil von Personen, die das Haus seltener als einmal pro Woche oder sogar nie verlassen und damit als relativ isoliert gelten können, in der Stadt höher als am Land (11,1% vs. 8,2%). Die Unterschiede sind allerdings statistisch nicht signifikant.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich wenig Unterschiede hinsichtlich des Mobilitätsverhaltens und der Zufriedenheit mit der wohnortnahen Infrastruktur zwischen hochaltrigen Menschen aus Stadt und Land feststellen lassen. Auf dem Land ist man für die Fortbewegung und für Alltagswege jedoch stark auf das Auto angewiesen.

Tabelle 53: Mobilität und Lebensraum nach Stadt/Land

Mobilität & Lebensraum	Stadt/Land		Korrelation/Signifikanz
	Stadt	Land	
Außer-Haus-Mobilität			$\chi^2(5) = 5.096, p = .404$
mind. 1x täglich	60,5%	63,3%	
mind. 1-2x/Woche	28,4%	28,6%	
seltener als 1x/Woche	7,0%	5,6%	
nie	4,1%	2,6%	
Verkehrsmittel			$\chi^2(6) = 67.887, p < .001$
Auto	37,5%	68,7%	
Öffentliche Verkehrsmittel	40,4%	6,6%	
Fahrrad	2,7%	4,2%	
Fußgänger	12,7%	13,9%	
Zufriedenheit mit Wohnumfeld und Infrastruktur*			
Einkaufsmöglichkeiten	85,7%	85,2%	$\chi^2(5) = 2.728, p = .742$
Ärztliche Versorgung	89,1%	92,8%	$\chi^2(5) = 6.596, p = .252$
Erreichbarkeit von Apotheken	94,7%	89,9%	$\chi^2(5) = 4.750, p = .447$
Öffentliche Verkehrsmittel	77,3%	47,9%	$\chi^2(5) = 54.984, p < .001$
Sicherheit in Wohnumgebung	90,8%	96,4%	$\chi^2(5) = 18.573, p = .002$

Anmerkung. \*Merkmalsausprägungen: „sehr zufrieden“ und „eher zufrieden“

### 14.5 Soziale Integration

Ein Bereich, in dem sich traditionell beträchtliche Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen ergeben, ist die Sozial- und Familienstruktur. Während am Land – zumindest in der hier im Mittelpunkt stehenden Generation – eher noch traditionelle Lebensformen vorherrschen (Ehegemeinschaft, Kinder etc.), sind in der Stadt häufiger auch alternative Lebensformen zu finden (höhere Scheidungsraten, höherer Anteil an Ledigen

und Kinderlosen etc.). Dies hat auch Auswirkungen auf die soziale Integration im hohen Alter. So haben etwa Kinderlose nicht nur ein kleineres familiäres Sozialnetz, sondern häufig auch insgesamt ein kleineres und weniger dichtes soziales Netzwerk (siehe oben Kapitel 10.5). Auch können hochaltrige Menschen mit Kindern bei Hilfebedarf eher auf Unterstützung durch Angehörige zurückgreifen.

Die genannten Unterschiede hinsichtlich Lebensformen und Familienstruktur finden sich auch in der ÖIHS-Stichprobe wieder. Landbewohner/innen leben primär in der traditionellen Ehegemeinschaft (wenngleich sich im hohen Alter zunehmend die Situation der Verwitwung ergibt). Geschiedene und Ledige finden sich hauptsächlich in der Stadt. Auch Kinderlose sind signifikant häufiger in Städten zu finden, während es sich bei drei Viertel der ländlichen Teilnehmerhaushalte um Mehrkinderfamilien handelt. Fast ein Drittel von ihnen hat sogar vier oder mehr Kinder. In der Stadt trifft dies nur auf jede/n Zehnte/n zu. Trotz dieser Differenzen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf die soziale Integration. Als Indikator für die soziale Integration verwenden wir die Stärke des sozialen Netzwerks. Diese ergibt sich sowohl aus der Quantität der sozialen Kontakte (Anzahl der Kontaktpersonen), als auch aus der Frequenz der Sozialkontakte (siehe Kapitel 10.3). Dabei ist erkennbar, dass ländliche Teilnehmer/innen nicht über per se größere und stärkere Netzwerke verfügen als Personen aus der Stadt.

Auch hinsichtlich Einsamkeit ergibt die Analyse keine signifikanten Stadt-Land-Unterschiede. Häufige und starke Gefühle der Einsamkeit sind sowohl in der Stadt als auch auf dem Land eher selten. Deutlicher und statistisch signifikant fällt allerdings ein Vergleich hinsichtlich der Verfügbarkeit von Unterstützung im sozialen Nahbereich aus. Dabei wurde gefragt, ob die Teilnehmer/innen in ihrer unmittelbaren Nähe Personen haben, die sie bei Bedarf um Hilfe bitten können. Diese Frage wird von Landbewohner/innen etwas häufiger bejaht, wenngleich immerhin auch 80,5% der Stadtbewohner/innen angeben, bei Bedarf auf Hilfe durch andere Personen zurückgreifen zu können. Die soziale Integration hochaltriger Menschen kann also in der ÖIHS-Stichprobe sowohl für die Stadt- als auch die Landbevölkerung als relativ hoch eingeschätzt werden.

Mit Blick auf Pflege und Betreuung und die dafür zur Verfügung stehenden Hilfs- und Pflegequellen fällt als deutlichster Unterschied eine höhere Angewiesenheit auf Unterstützung in ländlichen Regionen ins Auge. Dies deutet abermals auf einen etwas höheren Grad an funktionalen Einschränkungen in der hochaltrigen Landbevölkerung hin. Keine wesentlichen Stadt-Land-Unterschiede sind in der Verteilung von formellen und informellen Hilfs- und Pflegequellen zu konstatieren. Es lässt sich auf dieser Datengrundlage also nicht sagen, dass Stadtbewohner/innen eher formelle Betreuungsleistungen und Landbewohner/innen eher informelle Leistungen durch Angehörige erhalten würden oder umgekehrt.

Tabelle 54: Soziale Integration nach Stadt/Land

Soziale Integration	Stadt/Land		Korrelation/Signifikanz
	Stadt	Land	
Lebens-/Wohnform			$\chi^2(3) = 4.970, p = .174$
alleinlebend	41,7%	35,4%	
mit Partner/in	44,4%	45,6%	
mit sonstigen Personen	5,1%	4,6%	
Pflegeheim	8,9%	14,4%	
Familienstand			$\chi^2(4) = 10.582, p = .032$
verheiratet	47,3%	44,7%	
verwitwet	38,5%	48,7%	
geschieden	7,8%	2,5%	
ledig	5,6%	3,6%	
Anzahl Kinder			$\chi^2(4) = 45.923, p < .001$
kinderlos	13,9%	7,1%	
1 Kind	18,5%	15,7%	
2-3 Kinder	57,7%	45,7%	
4 und mehr Kinder	9,9%	31,5%	
Stärke des sozialen Netzwerks			$\chi^2(5) = 2.429, p = .787$
kein Netzwerk	0,8%	1,0%	
schwaches Netzwerk	28,1%	28,9%	
mittelstarkes Netzwerk	40,1%	41,6%	
starkes Netzwerk	31,0%	28,4%	
Einsamkeit			$\chi^2(4) = 4.124, p = .389$
nie/selten	84,1%	82,8%	
manchmal	11,3%	14,7%	
oft/immer	4,5%	2,5%	
Hilfe in näherer Umgebung	80,5%	84,4%	$\chi^2(2) = 8.386, p = .015$
Hilfs-/Pflegequellen*			$\chi^2(3) = 1.730, p = .626$
kein Hilfebedarf	61,8%	56,4%	
informell	23,1%	25,5%	
formell	2,1%	1,8%	
formell & informell	13,0%	16,4%	

Anmerkung. \* Nur Privathaushalte (n=503)

### 14.6 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass zwischen Stadt- und Landbevölkerung in der ÖIHS relativ wenige Unterschiede festzustellen sind. Deutliche Unterschiede bestehen in sozioökonomischer Hinsicht (Bildung, Einkommen), was auf Unterschiede in der Sozial- und Wirtschaftsstruktur städtischer und ländlicher Räume zurückzuführen ist, sowie in den jeweiligen Lebens- und Familienformen (Familienstand, Kinderzahl etc.). Die Analyse ergibt aber nur wenig signifikante Unterschiede in gesundheitlicher und funktionaler Hinsicht. Auch im Hinblick auf ihre psychische Gesundheit (z.B. Depressionen) und ihre Lebenszufriedenheit unterscheiden sich hochaltrige Stadt- und Landbevölkerung nicht wesentlich voneinander. Einzig mit Blick auf kognitive Funktionen – gemessen durch kognitive Tests im Rahmen des geriatrischen Assessments – ergeben sich insofern auffällige Befunde, als hochaltrige Menschen auf dem Land signifikant häufiger von kognitiven Einschränkungen betroffen sind. Dies könnte auf ein erhöhtes Demenzrisiko für Personen aus ländlichen Regionen hindeuten. Die Ursachen dafür wären zu untersuchen, dürften aber u.a. im niedrigeren sozioökonomischen Status, insbesondere in der niedrigeren Bildung der Landbevölkerung zu suchen sein.

Wenig Unterschiede lassen sich auch hinsichtlich der sozialen Integration hochaltriger Menschen in Stadt und Land feststellen. Trotz Differenzen in den sozialen Netzwerken (höherer Anteil Alleinlebender und Lediger in der Stadt, weniger Kinder etc.) verfügen Städter/innen nicht über kleinere Netzwerke oder weniger häufige Sozialkontakte als Landbewohner/innen. Einsamkeit ist, ausgehend von den Angaben der Teilnehmer/innen, sowohl in der Stadt als auch auf dem Land eher eine Seltenheit. Allenfalls können Landbewohner/innen bei Bedarf etwas leichter auf Unterstützung durch andere Personen aus ihrer Nähe zurückgreifen, insbesondere durch Angehörige.

## 15. Längsschnittliche Befunde

Die ÖIHS ist als Längsschnittstudie konzipiert. Einen zentralen Bestandteil dieses längsschnittlichen Forschungsdesigns bildet der Aufbau eines sogenannten Panels. Dabei werden ein und dieselben Studienteilnehmer/innen über einen längeren Zeitraum hinweg begleitet und untersucht. Auf diese Weise wird es möglich, Veränderungen über die Zeit auf Individualdatenniveau zu identifizieren und zu analysieren, etwa die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit im hohen Alter, Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten (Demenz) oder die Sterblichkeit in der Stichprobe im Laufe der Jahre. Aufgrund hoher intra- und interindividueller Unterschiede von Alterungsprozessen sind längsschnittliche Untersuchungen nicht nur aus wissenschaftlicher Sicht von Interesse, sondern auch für alle Politikbereiche, die mit dem demographischen Wandel und einer rasch alternden Gesellschaft konfrontiert sind.

Für Längsschnittanalysen kann die ÖIHS insbesondere auf eine mittlerweile drei Messzeitpunkte (2013, 2016 und 2019/20) umfassende Panelstichprobe mit Teilnehmer/innen aus den Bundesländern Wien und Steiermark zurückgreifen (ÖPIA 2015). Erste Längsschnittanalysen in diesem Sample – u.a. zu Mortalität – liegen bereits vor (ÖPIA 2018a). Tabelle 55 zeigt die Entwicklung der Panelstichprobe seit der Ersterhebung im Jahr 2013.

Tabelle 55: Entwicklung der Panelstichprobe seit 2013

Entwicklung der Panelstichprobe seit 2013 (n=410)	Welle II 2016	Welle III 2019/20
teilgenommen	270 (65,9%)	134 (32,7%)
verstorben	75 (18,3%)	165 (40,2%)
Ausfall wegen starker Verschlechterung des Gesundheitszustands	10 (2,4%)	17 (4,1%)
Ausfall wegen Demenz	20 (4,9%)	25 (6,1%)
andere Ausfälle	35 (8,5%)	69 (16,8%)

An der Zweiterhebung nach drei Jahren nahmen von ursprünglich 410 Teilnehmer/innen noch 270 Personen teil. Dies entspricht einem Anteil von 65,9%. Im Verlauf von weiteren drei Jahren schrumpfte die Stichprobe weiter auf eine Größe von 134 Teilnehmer/innen (32,7%). Fast die Hälfte der Teilnehmer/innen von 2013 (40,2%) war bis zur dritten

Erhebungswelle 2019/20 verstorben. Weitere 10,2% sind aus gesundheitlichen Gründen aus der Stichprobe ausgefallen bzw. waren nicht mehr teilnahmefähig, davon 6,1% aufgrund einer mittlerweile eingetretenen oder stark verschlechterten Demenz. Beim Rest handelt es sich um Ausfälle aus anderen Gründen, etwa aufgrund der Ablehnung einer weiteren Teilnahme oder aufgrund von Nichterreichbarkeit.

Im Folgenden sollen einige längsschnittliche Befunde aus dem ÖIHS-Panel dargestellt und diskutiert werden. Der Fokus liegt dabei einerseits auf einer Analyse der Mortalität in der Stichprobe seit der Ersterhebung 2013 und der Identifikation relevanter Einflussfaktoren. Andererseits werden Veränderungen in verschiedenen Gesundheitsbereichen (Frailty, kognitiver Status) über die Zeit und daraus resultierende Entwicklungsverläufe untersucht.

### 15.1 Mortalität

Mortalität (Sterblichkeit) ist im Kontext von Hochaltrigenstudien aus mehreren Gründen ein relevanter Forschungsgegenstand. Zum einen steigt die Sterbewahrscheinlichkeit mit höherem Alter deutlich an. Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit zu sterben ist daher ein wesentlicher Aspekt des hohen Alters, der sich in Hochaltrigenstudien u.a. auch statistisch in hohen Stichprobenausfällen im Längsschnitt niederschlägt. Die Mortalität ist somit nicht nur phänomenologisch, im Sinne eines charakteristischen Merkmals des hohen Alters, relevant, sondern bedeutet auch erhebliche methodische Herausforderungen, mit denen die Hochaltrigenforschung umzugehen hat. Fragen des Sterbens und des näher rückenden Lebensendes sind nicht zuletzt existentielle Themen, die sich für hochaltrige Menschen in besonderem Maße stellen und eine entsprechend große Rolle in ihrem Alltag spielen (Fragestellungen, denen bevorzugt mit qualitativen Forschungsmethoden nachzugehen ist – siehe hierzu die im Rahmen der ÖIHS durchgeführten qualitativen Fokusstudien; ÖPIA 2015: 161ff.; ÖPIA 2018c).

Zum anderen gehören Hochaltrige zu einer heute stetig wachsenden Gruppe von Menschen, die sich dadurch auszeichnen, dass sie ein chronologisches Alter erreicht haben, das oftmals deutlich über der durchschnittlichen Lebenserwartung liegt. Dies gilt insbesondere für Über-100-Jährige, die aufgrund ihrer „exzeptionellen Langlebigkeit“ Gegenstand eigenständiger, sogenannter „Hundertjährigenstudien“ (centenarian studies) sind (z.B. Hitt et al. 1999; Jopp et al. 2013; Ribeiro et al. 2016; Hermann/Zekry 2017). Ihre außerordentliche Langlebigkeit wirft die Frage auf, wodurch sich Hochaltrige von weniger langlebigen Menschen unterscheiden, und welche Faktoren für das Erreichen eines hohen Alters ausschlaggebend sein könnten. Hier rückt also die Mortalität eher unter dem umgekehrten Gesichtspunkt in den Blick, nämlich weniger im Sinne der Sterbe- als im Sinne der Überlebenswahrscheinlichkeit. Konkret bedeutet das, dass über die Untersuchung jeweils gemeinsamer Merkmale von Studienteilnehmer/innen bestimmt werden soll, welche dieser Merkmale mit einer höheren Überlebenswahrscheinlichkeit verbunden sind. Auch aus diesem Grund stellt die Analyse der Mortalität einen zentralen Bestandteil der wissenschaftlichen Erforschung der Hochaltrigkeit und der ihr zugrunde liegenden Einflussfaktoren und Selektionsprozesse dar.

Auch die ÖIHS ist aufgrund ihres längsschnittlichen Designs in der Lage Mortalitätsanalysen durchzuführen und auf diesem Wege den vielfältigen und komplexen Faktoren der Hochaltrigkeit wissenschaftlich nachzuspüren. Wie bereits erwähnt, liegen im Rahmen der ÖIHS mittlerweile Daten zu drei verschiedenen Messzeitpunkten vor (2013, 2016 und 2019/20). Da zwischen den jeweiligen Erhebungs- und Messzeitpunkten stets ein bestimmter Anteil des Samples verstorben ist und die damit assoziierte Stichprobenmortalität dokumentiert wurde, können sowohl Aussagen über die Mortalitätsrate getroffen werden als auch Vergleiche zwischen verstorbenen und überlebenden Teilnehmer/innen angestellt werden. Dieser Vergleich ermöglicht es, bestimmte Faktoren zu identifizieren, die mit einer höheren Sterbe- bzw. Überlebenswahrscheinlichkeit verbunden sind. Eingeschränkt sind die im Rahmen der ÖIHS möglichen und durchgeführten Mortalitätsanalysen dadurch, dass keine Aussagen über konkrete Todesursachen gemacht werden können, da entsprechende Daten leider (zumindest bislang) nicht zugänglich sind. Dies ist ein grundsätzliches Problem der Mortalitätsforschung, das seitens der Wissenschaft häufig beklagt und diskutiert wird (vgl. Leopoldina 2016).

In der Panelstichprobe der ÖIHS sind zwischen Erst- und Zweiterhebung 75 Teilnehmer/innen (18,3%) verstorben. Im weiteren zeitlichen Verlauf sind zwischen Zweit- und Dritterhebung weitere 90 Personen verstorben. In Summe ergibt dies eine Gesamtmortalität von 40,2% in einem Zeitraum von ca. sechs Jahren. Daraus lässt sich schließen, dass Menschen in einem Alter zwischen 80 und 85 Jahren<sup>25</sup> eine statistische Wahrscheinlichkeit von rund 40% haben, im Laufe der nächsten sechs Jahre zu versterben. Die Sterbewahrscheinlichkeit hängt jedoch von verschiedenen Faktoren ab. Dazu gehören neben gesundheitlichen auch sozioökonomische und soziale Faktoren (Lampert et al. 2008; Rizzuto et al. 2012; Steptoe et al. 2012; Robert Koch Institut 2015). Einige dieser Faktoren sollen im Folgenden genauer betrachtet und ihre Auswirkungen auf die Sterbe- bzw. Überlebenswahrscheinlichkeit analysiert werden.

#### 15.1.1 Mortalität nach Alter und Geschlecht

Betrachten wir zunächst die Mortalität entlang zentraler demographischer Faktoren wie Alter und Geschlecht (Tabelle 56). Dabei zeigt sich, dass das Geschlecht der Teilnehmer/innen keinen erkennbaren Einfluss auf die Sterblichkeit bzw. – andersherum betrachtet – auf das weitere Überleben hat. Zwar sind die Mortalitätsraten von Frauen zu beiden Messzeitpunkten (2016 und 2019/20) etwas höher als die von Männern. Aber die Unterschiede sind statistisch nicht signifikant. Auch beim Alter ergeben sich zunächst nach einer Zeitspanne von drei Jahren keine nennenswerten Mortalitätsunterschiede. Allerdings wächst die Differenz in der Mortalitätsrate nach weiteren drei Jahren (2019/20) auf fast zehn Prozentpunkte zu Ungunsten älterer Teilnehmer/innen (83-85 Jahre) an. Diese Differenz ist auch statistisch signifikant. Damit ist eine deutliche Tendenz einer sukzessiv steigenden Mortalität mit höherem Alter erkennbar.

---

<sup>25</sup> Anders als in der Stichprobe der aktuellen dritten ÖIHS-Erhebungswelle, betrug das Alter der Teilnehmer/innen in der Panelstichprobe zum Zeitpunkt der Ersterhebung 2013 nicht 80-90, sondern 80-85.

Tabelle 56: Mortalität nach Alter und Geschlecht

Mortalität seit Welle I (2013)	Mortalität Welle II (2016)	Mortalität Welle III (2019/20)	Korrelation/Signifikanz (Mortalität 2019/20)
Alter			$\chi^2(1) = 4.148, p = .042$
80-82	17,7%	35,4%	
83-85	18,9%	45,3%	
Geschlecht			$\chi^2(1) = .109, p = .741$
männlich	16,2%	39,3%	
weiblich	19,8%	40,9%	

### 15.1.2 Zentraler Faktor: Physische und funktionale Kapazitäten

Ein zentraler Faktor für das weitere Überleben, auf den zahlreiche Hochaltrigenstudien hinweisen, sind gesundheitliche und hier vor allem physische und funktionale Faktoren (Hitt et al. 1999; Ben-Ezra/Shmotkin 2006; Lee et al. 2008; Formiga et al. 2013). Dieser Zusammenhang wird auch durch Mortalitätsanalysen im Rahmen der ÖIHS vollauf bestätigt. Dabei lässt sich im Allgemeinen sagen: Je gesünder und funktional intakter die Teilnehmer/innen bei der Ersterhebung waren, desto wahrscheinlicher war es, dass sie in den Folgeerhebungen drei bzw. sechs Jahre später noch am Leben waren (siehe Abbildung 55). Mehr als ein Drittel (34,8%) der Personen, die im Zuge des geriatrischen Assessments im Rahmen der Ersterhebung als „frail“ eingestuft wurden, war in den drei Jahren zwischen Erst- und Zweiterhebung verstorben. Hingegen betraf dies nur 8,9% aus der Gruppe der „Rüstigen“. Nach weiteren drei Jahren waren nur noch 43,5% der Teilnehmer/innen aus der Frailty-Gruppe am Leben. Hingegen traf dies auf 75,6% der „Rüstigen“ zu.

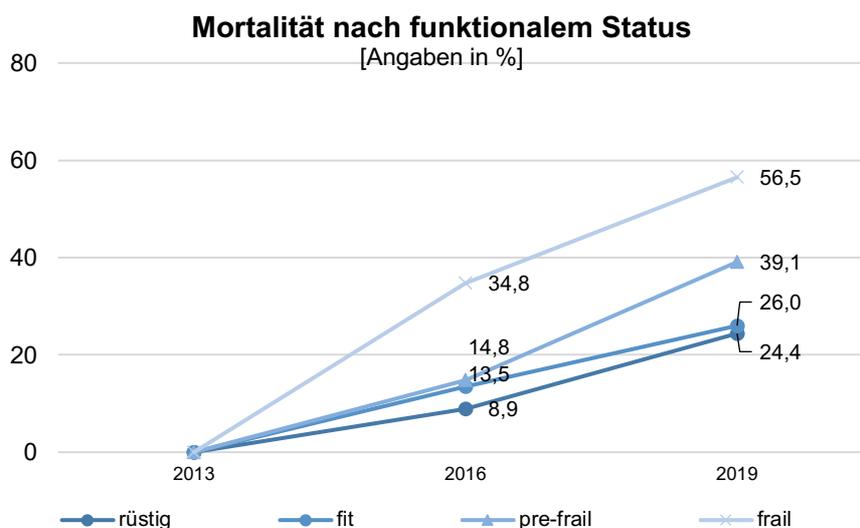


Abbildung 55: Mortalität nach funktionalem Status

Wenig überraschend ist vor diesem Hintergrund der Befund, dass ein aufgrund von altersbedingten Einschränkungen bestehender Hilfebedarf sowie der Aufenthalt in einem Pflegeheim statistisch hochsignifikant mit einer deutlich erhöhten Mortalitätsrate assoziiert sind (Tabelle 57). Die Mortalität von Pflegeheimbewohner/innen lag zwischen Erst- und Zweiterhebung mehr als dreimal so hoch wie bei Personen in Privathaushalten (48,1% vs. 14%). Nach sechs Jahren war nicht einmal mehr ein Viertel des ursprünglichen Pflegeheim-Samples am Leben. 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. Auch die Angewiesenheit auf Hilfe und/oder Pflege durch andere Personen ging bei beiden nachfolgenden Messzeitpunkten (2016 und 2019/20) mit einer mehr als doppelt so hohen Sterbewahrscheinlichkeit einher.

Eine sehr große Rolle spielt Mobilität. Ein wesentliches Maß zur Beurteilung der Mobilität stellt in der ÖHS der sogenannte Bewegungsradius dar. Dabei wird abgefragt, in welchem Umkreis sich die Teilnehmer/innen selbstständig fortbewegen können – uneingeschränkt im gesamten Wohnort, in der näheren Umgebung oder lediglich innerhalb des Hauses. Eine Gegenüberstellung der Mortalitätsraten in Abhängigkeit vom Bewegungsradius verdeutlicht, dass die Sterbewahrscheinlichkeit kontinuierlich mit sinkendem Grad an Mobilität steigt. Personen, die zum Zeitpunkt der Ersterhebung ans Haus gebunden waren, waren mit einer Wahrscheinlichkeit von 47,4% nach drei Jahren nicht mehr am Leben. Nach weiteren drei Jahren waren mehr als drei Viertel von ihnen (78,9%) verstorben. Bereits eine Einschränkung des Bewegungsradius auf die nähere Umgebung geht mit einer doppelt so hohen Sterbewahrscheinlichkeit einher wie bei uneingeschränkter Mobilität. Auch Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens wie Anziehen, Stiegen steigen oder Einkaufen – ebenfalls ein guter Indikator für die funktionalen Kapazitäten einer Person – waren mit einer signifikant höheren Mortalitätsrate verbunden.

Tabelle 57: Physische und funktionale Faktoren der Mortalität

Mortalität seit Welle I (2013)	Mortalität Welle II (2016)	Mortalität Welle III (2019/20)	Korrelation/Signifikanz (Mortalität 2019/20)
Funktionaler Status			$\chi^2(3) = 11.534, p = .009$
rüstig	8,9%	24,4%	
fit	13,5%	26,0%	
pre-frail	14,8%	39,1%	
frail	34,8%	56,5%	
Bewegungsradius			$\chi^2(2) = 61.008, p < .001$
uneingeschränkt	10,0%	27,5%	
nähere Umgebung	25,0%	54,8%	
ans Haus gebunden	47,4%	78,9%	
Aktivitäten d. tägl. Lebens			$\chi^2(1) = 51.642, p < .001$
keine Einschränkungen	11,3%	29,9%	
mind. 1 Einschränkung	38,0%	69,4%	
Chronische Krankheiten			$\chi^2(3) = 17.277, p = .001$
keine	18,8%	50,0%	
eine	18,9%	32,4%	
2-3	14,7%	32,6%	
mehr als 3	23,3%	54,2%	
Subjektive Gesundheit			$\chi^2(2) = 18.267, p < .001$
sehr gut/gut	15,2%	31,2%	
mittelmäßig	19,5%	51,1%	
schlecht/sehr schlecht	30,4%	54,3%	
Hilfebedarf*			$\chi^2(1) = 28.668, p < .001$
kein Hilfebedarf	9,0%	25,2%	
Hilfebedarf	23,6%	53,7%	
Wohnform			$\chi^2(2) = 37.713, p < .001$
Privathaushalt	13,0%	33,3%	
Pflegeheim	48,1%	76,9%	

Anmerkung. \* Nur Privathaushalte (n=357)

Nicht nur funktionale Einschränkungen, auch Multimorbidität geht mit einer höheren Sterbewahrscheinlichkeit einher. Dieser Zusammenhang verläuft zwar nicht streng linear, zumal Personen, die während der Ersterhebung 2013 im Rahmen der Krankheitsanamnese keinerlei chronische Krankheiten zu Protokoll gegeben hatten, zu beiden darauffolgenden

Messzeitpunkten keine niedrigere Mortalitätsrate aufwiesen als Teilnehmer/innen mit zumindest einer oder sogar mehreren (2-3) chronischen Krankheiten. Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Zahl der Teilnehmer/innen ohne chronische Krankheiten in der Panelstichprobe sehr klein ist (n=32), sodass bereits einzelne Sterbefälle nennenswert zur Mortalitätsrate beitragen. Insgesamt lässt sich aus Tabelle 57 durchaus die Tendenz einer steigenden Mortalität in Abhängigkeit von der Zahl der chronischen Krankheiten ablesen: Wer unter mehr als drei chronischen Krankheiten gleichzeitig leidet, hatte eine deutlich höhere Sterbewahrscheinlichkeit als Teilnehmer/innen mit weniger chronischen Krankheiten. Diese Korrelation zwischen Mortalität und (Multi-)Morbidity erweist sich darüber hinaus als statistisch hoch signifikant.

Der Zusammenhang zwischen (physischer) Gesundheit und Mortalität spiegelt sich nicht zuletzt auch in den Mortalitätsraten unter Berücksichtigung der subjektiven Gesundheit wider. Wer seinen Gesundheitszustand während der Ersterhebung als gut oder sehr gut einschätzte, hatte eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit, im Laufe der folgenden drei bzw. sechs Jahre zu versterben. Von jenen Teilnehmer/innen, deren subjektive Gesundheit schlecht oder sehr schlecht war, waren nach drei Jahren fast ein Drittel und nach sechs Jahren mehr als die Hälfte nicht mehr am Leben. Dies bestätigt abermals, dass die subjektive Gesundheit einen guten Indikator für den objektiven Gesundheitszustand darstellt (Miilunpalo et al. 1997; vgl. dazu auch die obigen Befunde zur subjektiven Gesundheit, Kapitel 6.5), weshalb sie sich auch als verlässlicher Prädiktor der Mortalität erweist.

### 15.1.3 Psychische Faktoren

Einen großen Einfluss auf das weitere Überleben haben neben physischen auch psychische Faktoren. Wir ziehen hier als Indikatoren für die psychische Gesundheit vor allem depressive Symptome, den kognitiven Status und die Lebenszufriedenheit heran. Depression wurde während der Ersterhebung 2013 – anders als in der aktuellen dritten Erhebungswelle – noch nicht mittels der Geriatrischen Depressionsskala (GDS) erfasst und ausgewertet. Wir greifen daher im Folgenden auf Angaben der Teilnehmer/innen zu depressiven Symptomen im Rahmen der Befragung zum psychischen Wohlbefinden („Niedergeschlagenheit und depressive Symptome während der vergangenen zwei Wochen“) zurück. Der kognitive Status ergibt sich aus den Befunden des kognitiven Tests, der in der ÖIHS im Rahmen des geriatrischen Assessments zum Einsatz kommt („Drei-Wörter-Uhren-Test“). Herangezogen werden hierfür die Befunde auf der Grundlage der Erhebung und Auswertung der Ersterhebung 2013.<sup>26</sup> Die Lebenszufriedenheit errechnet sich aus den gemittelten Zufriedenheitswerten der Teilnehmer/innen in verschiedenen Lebensbereichen wie Gesundheit, finanzielle Situation, Sozialkontakte oder Lebenssituation insgesamt dar (siehe oben Kapitel 8.3).

---

<sup>26</sup> Der kognitive Test wurde seit der Ersterhebung 2013 noch etwas verfeinert. Das Auswertungsschema der hier für die Mortalitätsanalyse herangezogenen kognitiven Tests der Ersterhebung ist daher nicht völlig identisch mit dem der aktuellen, dritten Erhebungswelle, wie es oben (Kapitel 8.1) dargestellt wurde. Zum kognitiven Test und seiner Auswertung im Rahmen der Ersterhebung 2013 siehe ÖPIA 2015: 66ff.

Die Mortalitätsanalyse ergibt für alle berücksichtigten Bereiche der psychischen Gesundheit, mit Ausnahme depressiver Symptome, hoch signifikante Korrelationen. Ein demenzverdächtiger Befund im Rahmen des kognitiven Screenings zum Zeitpunkt der Ersterhebung war mit einer ungefähr doppelt so hohen Sterbewahrscheinlichkeit in den darauffolgenden Erhebungswellen verbunden, im Vergleich zu Teilnehmer/innen mit unauffälligen Testresultaten. Auch leichte kognitive Defizite, vergleichbar einem mild cognitive impairment, waren mit einer signifikant erhöhten Mortalität verbunden. Dies bestätigt Ergebnisse anderer Hochaltrigenstudien, wonach kognitive Einschränkungen einen besonders relevanten Prädiktor der Sterblichkeit im hohen Alter darstellen (Hao et al. 2018; Duan et al. 2020).

Tabelle 58: Psychische Faktoren der Mortalität

Mortalität seit Welle I (2013)	Mortalität Welle II (2016)	Mortalität Welle III (2019/20)	Korrelation/Signifikanz (Mortalität 2019/20)
Depressive Symptome			$\chi^2(3) = 5.997, p = .112$
nie/selten	18,8%	39,5%	
manchmal	10,1%	36,0%	
oft/immer	29,8%	51,1%	
Kognitiver Status			$\chi^2(3) = 20.650, p < .001$
unauffällig	8,8%	22,8%	
leichte Defizite	12,0%	35,9%	
Demenzverdacht	21,1%	42,3%	
Lebenszufriedenheit			$\chi^2(4) = 17.867, p = .001$
hoch	13,4%	31,9%	
niedrig*	23,1%	53,0%	

Anmerkung. \*Aufgrund geringer Fallzahlen werden unter der Ausprägung „niedrige Lebenszufriedenheit“ auch Fälle mit „mittlerer“ Lebenszufriedenheit berücksichtigt.

Auch die Lebenszufriedenheit korreliert signifikant mit der Überlebenswahrscheinlichkeit. Personen, die zum Zeitpunkt der Ersterhebung eine niedrige Lebenszufriedenheit aufwiesen, hatten eine Wahrscheinlichkeit von 53%, nach sechs Jahren nicht mehr am Leben zu sein. Bei Teilnehmer/innen mit hoher Lebenszufriedenheit betrug dieser Anteil hingegen nur 31,9%. Kein signifikanter Einfluss lässt sich, wie bereits erwähnt, für depressive Symptome nachweisen. Zwar haben Personen mit häufigen depressiven Symptomen („oft“ oder „immer“) eine deutlich erhöhte Mortalitätsrate im Vergleich zu Teilnehmer/innen mit seltenerer depressiver Symptomatik. Allerdings weisen Personen ohne oder mit höchstens seltenen depressiven Verstimmungen („nie“ oder „selten“) keine niedrigere Mortalität auf als Teilnehmer/innen mit gelegentlichen Symptomen („manchmal“). Es ergibt sich daher keine statistisch signifikante Korrelation.

Ein wesentlicher Grund für die mit psychischen Faktoren wie kognitiver Status und Lebenszufriedenheit assoziierte Mortalität ist sicherlich darin zu sehen, dass alle diese Faktoren positiv mit dem allgemeinen Gesundheitszustand korreliert sind. Das heißt, gesundheitliche und funktionale Einschränkungen wirken sich häufig auch auf das psychische Befinden aus. Ebenso besteht eine signifikante Korrelation zwischen funktionalen und kognitiven Kapazitäten (siehe oben Kapitel 8.1). Da physische und funktionale Einschränkungen, wie gezeigt, einen wesentlichen Prädiktor der Mortalität darstellen, dürfte die Korrelation zwischen Mortalität und psychischer Gesundheit daher zum Teil durch den Einfluss der Gesundheit bzw. des funktionalen Status bedingt sein. Die Korrelation bleibt aber sowohl für den kognitiven Status als auch für die Lebenszufriedenheit bestehen, wenn der funktionale Status statistisch kontrolliert wird. Das heißt, der Einfluss dieser psychischen Faktoren auf die Mortalität besteht auch unabhängig von physischen bzw. funktionalen Einschränkungen.

#### 15.1.4 Sozioökonomische Faktoren

Wie aus der Forschung bekannt ist, haben insbesondere auch sozioökonomische Faktoren erhebliche Auswirkungen auf die Mortalität. Bereits das Erreichen eines höheren Alters hängt maßgeblich von sozioökonomischen Faktoren wie Bildung und Einkommen ab (vgl. Klein/Unger 2001; Lampert/Maas 2002; Lampert et al. 2007; Olshansky et al. 2012; Robert Koch Institut 2015). 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. Bereits an früherer Stelle (Kapitel 9.5) haben sich erhebliche gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Teilnehmer/innen mit hoher Bildung und solchen mit niedriger Bildung gezeigt („gesundheitliche Ungleichheit“). Das heißt, sozial besser gestellte Personen befinden sich überwiegend auch in einem deutlich besseren gesundheitlichen Allgemeinzustand.

Zumindest auf den ersten Blick erweisen sich die Unterschiede hinsichtlich der Mortalität zum Teil als durchaus beträchtlich: War von Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung (höchstens Pflichtschulabschluss) nach drei Jahren mehr als jede/r Fünfte (22,4%) und nach sechs Jahren fast die Hälfte (45,9%) verstorben, traf dies bei Teilnehmer/innen mit hoher Bildung (mindestens Matura) nur auf jede/n Achte/n (12,1%) bzw. jede/n Dritte/n (32,2%) zu. Keine Unterschiede lassen sich hingegen zwischen niedriger und mittlerer Bildung (Lehr- oder Fachschulabschluss ohne Matura) feststellen. Als nicht signifikant erweisen sich die Zusammenhänge bei einem Vergleich der Mortalitätsraten in Abhängigkeit vom Haushaltseinkommen. Das Einkommen ist im Hinblick auf die Analyse sozialer Ungleichheit und ihrer Effekte ein zentraler Indikator, da vom Einkommen die gesamte Lebenslage eines Menschen erheblich beeinflusst wird (Wohnen, Ernährung, Lebensstil etc.). Auch im Hinblick auf die Erhaltung von Gesundheit und das Überleben bis ins höhere Alter stellt das Einkommen daher eine bedeutende Einflussgröße dar. Im hohen und sehr hohen Alter scheint dieser Faktor – ausgehend von der ÖHS-Stichprobe – jedoch eher an Bedeutung zu verlieren. Zwar unterscheiden sich die Mortalitätsraten zwischen Erst- und Zweiterhebung (2016) auf den ersten Blick durchaus nennenswert, jedoch statistisch nicht signifikant. Bis zur 3. Welle 2019/20 nehmen die Unterschiede deutlich ab und nähern sich die Mortalitätsraten sehr stark an.

Tabelle 59: Sozioökonomische Faktoren der Mortalität

Mortalität seit Welle I (2013)	Mortalität Welle II (2016)	Mortalität Welle III (2019/20)	Korrelation/Signifikanz (Mortalität 2019/20)
Bildung			$\chi^2(2) = 7.896, p = .019$
niedrig	22,4%	45,9%	
mittel	22,6%	46,0%	
hoch	12,1%	32,2%	
Haushaltseinkommen			$\chi^2(3) = 2.731, p = .435$
< 1.000€	20,0%	36,0%	
1.000 – 1.999€	17,6%	39,9%	
2.000 – 3.000€	11,9%	32,1%	
> 3.000€	6,5%	28,3%	

Die konstatierte bildungsvermittelte Ungleichheit im Hinblick auf das weitere Überleben bleibt grundsätzlich auch bestehen, wenn in der Auswertung zusätzlich das Geschlecht berücksichtigt wird. Bemerkenswert ist hier allerdings, dass die Auswertung zwar eine signifikante Korrelation für Frauen ergibt, ( $\chi^2(2) = 6.453, p = .040$ ), nicht jedoch für Männer ( $\chi^2(2) = 2.587, p = .274$ ). Das bedeutet, dass die konstatierten bildungsspezifischen Mortalitätsunterschiede in erster Linie durch entsprechende Differenzen zwischen höher und niedrig gebildeten Frauen zustande kommen. Dies lässt sich so interpretieren, dass soziale Ungleichheiten sich unter Frauen offenbar besonders stark auswirken und auch im hohen Alter u.a. zu einem signifikanten Überlebensvorteil von höher gebildeten im Vergleich zu niedrig gebildeten Frauen führen.

Die signifikante Korrelation zwischen Mortalität und Bildung verschwindet jedoch, wenn in der Auswertung auch die Wohnform berücksichtigt und statistisch kontrolliert wird. Dies kommt dadurch zustande, dass ein großer Teil des Pflegeheim-Samples sich aus Personen aus niedrigen Bildungsschichten zusammensetzt und Pflegeheimbewohner/innen zugleich eine deutlich höhere Sterbewahrscheinlichkeit haben als in Privathaushalten lebende Personen. Die festgestellte Korrelation zwischen Mortalität und Bildung resultiert also primär aus der höheren Mortalität und der überdurchschnittlich hohen Zugehörigkeit von Pflegeheimbewohner/innen zu niedrigeren Bildungsschichten. Auch besagter Einfluss des Geschlechts auf den Zusammenhang zwischen Mortalität und Bildung dürfte zu einem großen Teil dadurch zu erklären sein, da die Pflegeheimpopulation nicht nur überwiegend aus Personen aus niedrigen Bildungsschichten, sondern vor allem auch aus (niedrig gebildeten) Frauen besteht.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass sich kein eindeutiger sozioökonomischer Einfluss auf die Mortalität im hohen Alter feststellen lässt – zumindest nicht für Personen, die nicht in einem Pflegeheim leben. Die Wahrscheinlichkeit für einen Aufenthalt im Pflegeheim ist allerdings für Personen aus niedrigen Bildungsschichten und für Frauen am höchsten. Diese Befunde scheinen Erkenntnisse aus der Forschung zu bestätigen, wonach sich

sozioökonomisch bedingte Ungleichheiten mit Blick auf das weitere Überleben im hohen Alter tendenziell abschwächen.

### 15.1.5 Mortalität und soziale Eingebundenheit

Ein Zusammenhang, der von zahlreichen Studien betont wird, betrifft das Verhältnis von Mortalität und sozialer Eingebundenheit. Diese Studien weisen z.B. 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). Wir betrachten im Folgenden einige Aspekte der sozialen Eingebundenheit und deren Korrelation mit der Sterblichkeit in der ÖIHS-Stichprobe (Tabelle 60). Als Indikatoren für die soziale Eingebundenheit werden die Außer-Haus-Mobilität (Häufigkeit des Verlassens des Hauses), der Familienstand, soziale Netzwerke (Größe des Netzwerks und Frequenz von Sozialkontakten), der Aktivitätsgrad (Anzahl regelmäßig ausgeübter Aktivitäten) und Einsamkeit herangezogen.

Tabelle 60: Mortalität nach sozialer Eingebundenheit

Mortalität seit Welle I (2013)	Mortalität Welle II (2016)	Mortalität Welle III (2019/20)	Korrelation/Signifikanz (Mortalität 2019/20)
Außer-Haus-Mobilität			$\chi^2(4) = 43.440, p < .001$
mehrmals täglich	9,0%	29,3%	
1x täglich	18,5%	36,9%	
mehrmals pro Woche seltener	20,3% 50,0%	44,9% 83,3%	
Familienstand			$\chi^2(4) = 4.428, p = .351$
verheiratet	15,6%	35,5%	
verwitwet	20,8%	42,5%	
ledig geschieden	16,0% 15,6%	48,0% 40,6%	
Soziales Netzwerk			$\chi^2(2) = 19.825, p < .001$
schwach*	30,4%	56,0%	
mittel stark	15,8% 9,6%	36,2% 29,6%	
Aktivitätsgrad			$\chi^2(2) = 47.963, p < .001$
niedrig	43,8%	75,0%	
mittel hoch	17,0% 6,8%	41,5% 12,3%	
Einsamkeit			$\chi^2(20) = 9.064, p = .060$
nie/selten	16,1%	36,8%	
manchmal oft/immer	20,3% 27,1%	42,4% 56,3%	

Anmerkung. \*inkl. Personen ohne Sozialkontakte („kein Netzwerk“)

Wie die Analyse zeigt, besteht mit Ausnahme des Familienstandes und der Einsamkeit ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen allen berücksichtigten Faktoren und dem weiteren Überleben seit der ÖIHS-Ersterhebung. Wer das Haus mehrmals täglich verlässt, hat eine deutlich geringere Sterbewahrscheinlichkeit als Personen, die das Haus seltener verlassen. Teilnehmer/innen, die das Haus seltener als einmal pro Woche verließen, waren nach drei Jahren zu 50% und nach sechs Jahren zu 83,3% verstorben. Ein starkes soziales Netzwerk mit einer großen Zahl an Kontaktpersonen und einer hohen Frequenz an Sozialkontakten wirkt sich offenbar positiv auf das weitere Überleben aus, während ein schwaches Netzwerk mit deutlich höheren Mortalitätsraten verbunden war. Auch ein niedriger Aktivitätsgrad ist mit einer signifikant höheren Sterbewahrscheinlichkeit assoziiert – rund sechs Mal höher als bei Vorliegen eines hohen Aktivitätsgrades.

Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass Außer-Haus-Mobilität, die Pflege von Sozialkontakten und ein aktives Leben im Alter hinreichend intakte physische und funktionale Kapazitäten voraussetzen. Insofern könnte der Zusammenhang zwischen Mortalität und geringer sozialer Eingebundenheit auch oder sogar primär durch den schlechteren Gesundheitszustand der Betroffenen bedingt sein. Wenn man den funktionalen Status als Kontrollvariable heranzieht und in die Analyse integriert, zeigt sich in der Tat, dass die signifikanten Korrelationen in einzelnen Vergleichsgruppen verschwinden. Es ist daher davon auszugehen, dass die konstatierten Zusammenhänge zwischen Außer-Haus-Mobilität, sozialem Netz, Aktivitätsgrad und Mortalität primär durch den Gesundheitszustand der Teilnehmer/innen zustande kommen. Ob ein aktives und sozial eingebundenes Leben im hohen Alter sich positiv auf das weitere Überleben auswirkt und in gewissem Sinne einen protektiven Faktor darstellen könnte, lässt sich daraus also nicht unmittelbar ablesen.

Kein eindeutiger Zusammenhang ergibt sich, wie bereits erwähnt, im Hinblick auf Einsamkeit. Zwar sind insofern Unterschiede erkennbar, als Personen, die nie oder selten an Einsamkeitsgefühlen leiden, zu beiden längsschnittlichen Messzeitpunkten (2016 und 2019/20) eine geringere Mortalitätsrate aufweisen als Personen mit häufigeren Einsamkeitsgefühlen. Die Unterschiede sind allerdings – wenn auch nur sehr knapp – nicht statistisch signifikant. Ebenfalls keine statistische Signifikanz ergibt sich im Hinblick auf einen möglichen Zusammenhang zwischen Mortalität und Familienstand. Annahmen aus der wissenschaftlichen Literatur, wonach Verwitwung mit einer höheren Mortalität verbunden sei (z.B. Mineau et al. 2002), können somit für die ÖIHS-Stichprobe nicht bestätigt werden.

### 15.1.6 Lebensstilfaktoren

Ein im Hinblick auf die Lebenserwartung wie auch allgemein die Erhaltung von Gesundheit bis ins Alter häufig betonter Faktor ist der Lebensstil. So ist bekannt, dass Rauchen, häufiger Alkoholkonsum, Übergewicht, zu wenig Bewegung und ungesunde Ernährung das Risiko eines vorzeitigen Todes erhöhen und somit zu beträchtlichen Einbußen bei der Lebenserwartung führen können (Li et al. 2014). Bis zum Erreichen eines hohen Alters von 80+ finden freilich eine Reihe von Selektionsprozessen statt, insbesondere entlang von lebensstilbezogenen Risikofaktoren wie den genannten. So erreichen viele Menschen mit ungesundem Lebensstil, z.B. Raucher, häufig gar kein so hohes Alter, sondern versterben bereits vorzeitig (Carter et al. 2015). Dies kann beispielsweise daran abgelesen werden, dass

nur ein sehr geringer Teil der Studienteilnehmer/innen der ÖIHS aus Raucher/innen besteht. In der hier für Mortalitätsanalysen herangezogenen Baseline-Stichprobe aus dem Jahr 2013 waren gerade einmal 6,8% Raucher/innen (exkl. Gelegenheitsraucher, die einen Anteil von 4,9% der Stichprobe ausmachen).

Unter anderem auf solche Selektionsprozesse dürfte es zurückzuführen sein, dass sich im hohen Alter kein so großer Einfluss von Lebensstilfaktoren auf das weitere Überleben mehr feststellen lässt. Personen mit „riskantem“ Lebensstil sind häufig schon früher verstorben, und bei den Überlebenden handelt es sich entweder um Personen, die ihr Leben lang einen eher gesünderen Lebensstil gepflegt haben, oder die im Vergleich zu früher verstorbenen Personen zumindest robuster waren und allfällige schädliche Auswirkungen riskanter Verhaltensweisen und Gewohnheiten kompensieren konnten. Tabelle 61 stellt einige Korrelationen bezüglich Mortalität und Lebensstil dar. Betrachtet werden vor allem Faktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum, Gesundheitsbewusstsein (wie sehr achten Teilnehmer/innen laut Selbstausskunft auf ihre Gesundheit) und regelmäßige Bewegung.

Tabelle 61: Lebensstilfaktoren der Mortalität

Mortalität seit Welle I (2013)	Mortalität Welle II (2016)	Mortalität Welle III (2019/20)	Korrelation/Signifikanz (Mortalität 2019/20)
Rauchen			$\chi^2(2) = 1.835, p = .399$
Raucher	10,7%	28,6%	
Gelegenheitsraucher	15,0%	45,0%	
Nichtraucher	19,1%	40,9%	
Alkoholkonsum			$\chi^2(2) = 7.905, p = .162$
(fast) täglich	17,2%	38,4%	
2-3x/Woche	9,1%	27,3%	
1x/Woche	20,5%	29,5%	
1-3x/Monat	11,6%	44,2%	
seltener	18,6%	45,7%	
gar nicht	23,9%	45,9%	
Gesundheitsbewusstsein*			$\chi^2(2) = 5.031, p = .170$
sehr	17,7%	34,9%	
ziemlich	11,9%	38,1%	
wenig	22,4%	48,3%	
gar nicht	28,1%	50,0%	

Anmerkung. \* Fragestellung: „Achten Sie im Allgemeinen sehr, ziemlich, wenig oder gar nicht auf Ihre Gesundheit?“

Tabelle 61 (Fortsetzung): Lebensstilfaktoren der Mortalität

Mortalität seit Welle I (2013)	Mortalität Welle II (2016)	Mortalität Welle III (2019/20)	Korrelation/Signifikanz (Mortalität 2019/20)
Regelmäßige Bewegung			$\chi^2(4) = 15.025, p = .005$
täglich	14,1%	33,9%	
mehrmals pro Woche	18,6%	41,4%	
1x/Woche	13,6%	36,4%	
1-3x/Monat	25,0%	25,0%	
seltener	30,1%	57,8%	

Dabei zeigt sich, dass sich mit Ausnahme der Bewegung keinerlei signifikante Befunde ergeben. Raucher/innen weisen keine höhere Mortalität auf als Nichtraucher/innen. Eher noch lässt sich aus Tabelle 61 ein leichter „Überlebensvorteil“ von Raucher/innen ablesen. Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Raucheranteil in der Stichprobe, wie bereits erwähnt, sehr niedrig und die Größe der Vergleichsgruppen daher extrem unterschiedlich ist, was einen seriösen Vergleich erschwert. Nicht zuletzt deshalb fällt die Signifikanzprüfung hinsichtlich eines Zusammenhangs von Mortalität und Rauchen negativ aus. Auch mit Blick auf den Alkoholkonsum sind keine eindeutigen Mortalitätsunterschiede ersichtlich – unabhängig davon, ob die Teilnehmer/innen regelmäßig oder eher selten bzw. gar keinen Alkohol trinken. Die Auswertung erbringt allerdings auch keine Hinweise auf einen möglicherweise protektiven Effekt eines regelmäßigen, aber moderaten Alkoholkonsums, wie er in manchen Alters- und Hochaltrigenstudien postuliert wird (z.B. Franke 1985; Rajpathak et al. 2011). Beim Gesundheitsbewusstsein ist zumindest bei den Prozentwerten für den Messzeitpunkt der dritten Welle (2019/20) eine gewisse Tendenz einer steigenden Mortalität bei niedrigerem Gesundheitsbewusstsein erkennbar, insofern Personen, die während der Ersterhebung 2013 angaben, wenig oder gar nicht auf ihre Gesundheit zu achten, häufiger verstorben sind als Personen, die ein höheres Gesundheitsbewusstsein zu Protokoll gaben. Auch dieser Zusammenhang erweist sich jedoch nicht als signifikant.

Einzig für den Indikator „regelmäßige Bewegung“ ergibt die Mortalitätsanalyse ein signifikantes Ergebnis. Demnach waren also Personen, die zum Zeitpunkt der Ersterhebung 2013 angaben, sich regelmäßig (täglich oder mehrmals pro Woche) zu bewegen, sechs Jahre später mit höherer Wahrscheinlichkeit noch am Leben als Teilnehmer/innen, die körperlich eher inaktiv waren. Dieser Zusammenhang verschwindet jedoch bzw. verliert seine statistische Signifikanz, wenn in der Auswertung der funktionale Status kontrolliert wird. Das heißt, die Mortalitätsunterschiede kommen primär durch den funktionalen Status zustande, da regelmäßige Bewegung und funktionaler Status positiv miteinander korreliert sind.

Der relativ geringe Einfluss von Lebensstilfaktoren auf das weitere Überleben in der ÖIHS-Stichprobe ist nicht notwendigerweise gleichbedeutend mit einer geringeren Relevanz eines gesunden Lebensstils auch im hohen Alter. Dagegen sprechen insbesondere Studien mit einer höheren Laufzeit und einer entsprechend größere Beobachtungszeiträume

umfassenden längsschnittlichen Weiterverfolgung von Teilnehmer/innen, die auch im hohen und höchsten Alter noch bedeutsame Mortalitätsunterschiede entlang des Lebensstils konstatieren (Rizzuto et al. 2012).

### 15.1.7 Genetische Faktoren

Abschließend sollen noch mögliche genetische Faktoren für das weitere Überleben im und ins hohe Alter in die Analyse miteinbezogen werden. Eine genetische Prädisposition gilt in der Forschung als einer der Hauptfaktoren für Langlebigkeit (Perls et al. 2002; Willcox et al. 2006; van den Berg et al. 2019). Ein brauchbarer Indikator hierfür ist z.B. eine allfällige familiäre Disposition bzw. Häufung von Langlebigkeit. Im Rahmen der ÖIHS wird in diesem Zusammenhang das erreichte Alter der Eltern der Teilnehmer/innen abgefragt. Unter Rückgriff auf diese Daten kann daher untersucht werden, ob sich signifikante Überlebensvorteile für Teilnehmer/innen mit langlebigen Eltern beobachten lassen, im Vergleich zu Personen, deren Eltern kein so hohes Alter erreichten. Dabei ist bereits generell bemerkenswert, dass fast zwei Drittel der Teilnehmer/innen (62%) aus der Panelstichprobe 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 war als in der Gegenwart<sup>27</sup>, erscheint dies als ein überaus hoher Anteil, der bereits für sich auf eine gewisse familiäre bzw. genetische Disposition hindeuten könnte.

Noch genaueren Aufschluss gibt ein Vergleich der Mortalitätsraten der Teilnehmer/innen in Abhängigkeit vom erreichten Alter ihrer Eltern. Hier zeigt sich, dass Teilnehmer/innen mit mindestens einem langlebigen Elternteil (80+) zu beiden längsschnittlichen Messzeitpunkten (2016 und 2019/20) eine geringere Mortalitätsrate aufwiesen als Teilnehmer/innen ohne langlebige Eltern (Abbildung 56). Die Unterschiede betragen immerhin mehr als 9 Prozentpunkte 2016 und fast 12 Prozentpunkte weitere drei Jahre später. Der Zusammenhang erweist sich darüber hinaus als statistisch signifikant ( $\chi^2(1) = 5.416$ ,  $p = .020$ ).

---

<sup>27</sup> In Österreich lag die durchschnittliche Lebenserwartung um 1910 – unter Herausrechnung der damals noch recht hohen Säuglings- und Kindersterblichkeit – bei rund 60 Jahren für Männer und 62 Jahren für Frauen (vgl. Weigl 2011).

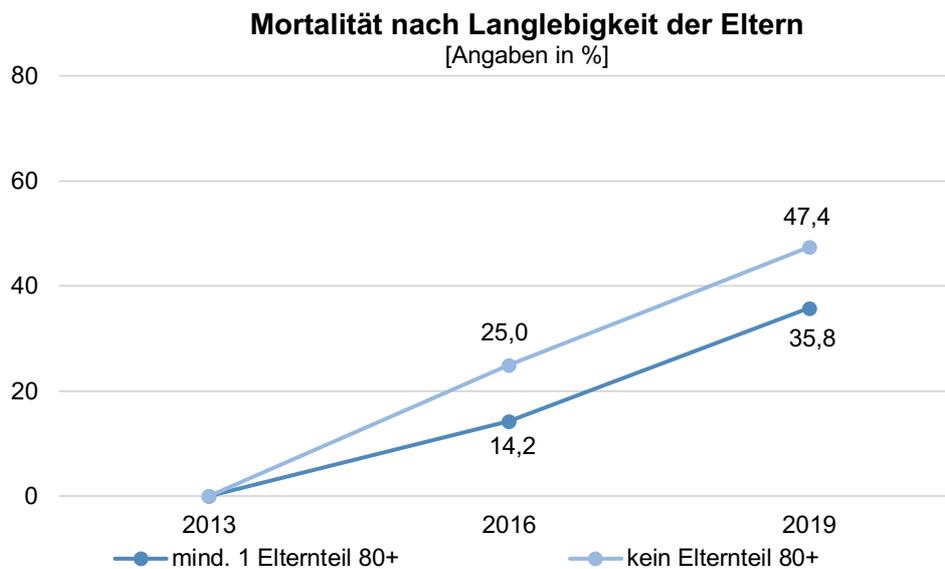


Abbildung 56: Mortalität nach Langlebigkeit der Eltern

Diese Befunde deuten somit auf einen signifikanten 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. Vermutlich sind hier auch sozioökonomische Faktoren zu berücksichtigen, zumal die Lebenserwartung einer ausgeprägten sozialen Ungleichverteilung unterliegt. Vor diesem Hintergrund wäre es denkbar, dass eine familiäre Disposition zur Langlebigkeit nicht nur genetisch, sondern auch sozial vererbt wird. In der ÖIHS-Stichprobe finden sich hierfür allerdings keine belastbaren Hinweise: Weder haben Teilnehmer/innen mit hoher Bildung signifikant häufiger langlebige Eltern als Personen aus niedrigen Bildungsschichten, noch ergeben sich signifikante Mortalitätsunterschiede, wenn zusätzlich zur Langlebigkeit der Eltern auch der Bildungsstand der Teilnehmer/innen in der Analyse berücksichtigt wird. Hier ist allerdings zu bedenken, dass wir es in der ÖIHS bereits per se mit relativ langlebigen Personen zu tun haben, die mindestens 80 Jahre alt geworden sind. Wir wissen daher nichts über mögliche Selektionsprozesse, die sich bereits vor dem Erreichen des 80. Lebensjahres ereignet haben. Es ist daher nicht auszuschließen, dass sich bei einer jüngeren Referenzpopulation Hinweise auf eine sozial vererbte familiäre Disposition zur Langlebigkeit finden lassen, die wiederum einen Einfluss auf die individuelle Wahrscheinlichkeit für das Überleben ins hohe und höchste Alter hat. Auf der Grundlage der vorliegenden Daten kann daher nur gesagt werden, dass Langlebigkeit der Eltern eine gewisse prädiktive Kraft für das weitere Überleben im hohen Alter besitzt.

## 15.2 Gesundheitliche und funktionale Entwicklung im zeitlichen Verlauf

Nach dieser Darstellung der Mortalität, betrachten wir im Folgenden längsschnittliche Veränderungen hinsichtlich der Gesundheit und der Funktionalität und damit zusammenhängende Entwicklungsverläufe in der ÖIHS-Stichprobe. Der Fokus der Analyse wird dabei auf dem funktionalen Status (Frailty) und den kognitiven Kapazitäten (Demenz) liegen.

Tabelle 62 zeigt zunächst die gesundheitliche Entwicklung in der Panelstichprobe seit 2013. Berücksichtigt sind dabei abermals auch Sterbefälle (Mortalität). Die Auswertung umfasst ausschließlich Teilnehmer/innen, über die in ausreichender Menge und Qualität und für alle drei Messzeitpunkte die entsprechenden Daten vorliegen, d.h. ein vollständiges geriatrisches Screening als Datengrundlage für den Frailty-Index, aber auch hinreichende Informationen über Ausfallgründe (Tod, gesundheitliche Verschlechterung etc.). Aus der Analyse ausgeschlossen wurden Personen, die aus anderen oder unbekanntem Gründen aus der Stichprobe ausgefallen sind oder für die aufgrund von fehlenden Werten kein Frailty-Score ermittelt werden konnte. Die im Folgenden dargestellten Zahlen- und Prozentwerte weichen daher von den Werten der oben (siehe Einleitung zu Kapitel 15) dargestellten Entwicklung der Panelstichprobe ab.

Tabelle 62: Gesundheitliche Entwicklung seit Ersterhebung (2013)

Gesundheitliche Entwicklung seit Ersterhebung (2013)	Welle II 2016 (n=308)	Welle III 2019/20 (n=305)
verstorben	75 (24,4%)	165 (54,1%)
keine Veränderung	110 (35,7%)	51 (16,7%)
Verschlechterung des funktionalen Status	85 (27,6%)	76 (24,9%)
Verbesserung des funktionalen Status	38 (12,3%)	13 (4,3%)

Dabei ist zu erkennen, dass etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen (52%) in den drei Jahren zwischen Erst- und Zweiterhebung entweder verstorben ist oder eine Verschlechterung ihres funktionalen Status erfahren hat. Eine Verschlechterung des funktionalen Status liegt dann vor, wenn beim Frailty-Index im Rahmen späterer Erhebungswellen ein schlechteres Ergebnis erzielt wurde als beim geriatrischen Assessment der Ersterhebung, oder wenn eine Person aufgrund einer starken Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht mehr an der Folgerhebung teilnehmen konnte. Etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmer/innen befand sich ausgehend von den Ergebnissen des

geriatrischen Assessments in etwa noch in dem funktionalen und gesundheitlichen Status wie zum Zeitpunkt der Ersterhebung im Jahr 2013. 12,3% verzeichneten sogar ein besseres Ergebnis als drei Jahre zuvor. Letzteres deutet auf gewisse Potenziale für Verbesserungen im funktionalen Bereich auch im hohen Alter hin. Darauf wird später noch ausführlicher eingegangen.

Weitere rund drei Jahre später (Welle III, 2019/20) ist bereits mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen verstorben. Ein weiteres Viertel (24,9%) befand sich in einem schlechteren funktionalen Status als zum Zeitpunkt der Ersterhebung. Verstorbene und Personen mit verschlechterter Funktionalität zusammengenommen ergibt sich somit ein Anteil von 79%. Dies verdeutlicht die sukzessive steigende Wahrscheinlichkeit für funktionale Einbußen und/oder Tod mit zunehmendem Alter. In Anbetracht der in der ÖIHS-Stichprobe abgebildeten Altersspanne (das Alter der Teilnehmer/innen in der Panelstichprobe lag zum Zeitpunkt der Ersterhebung zwischen 80 und 85 Jahren) deuten diese Ergebnisse vor allem auch darauf hin, dass es speziell im Laufe des neunten Lebensjahrzehnts zu einem signifikanten Abbau funktionaler Kapazitäten kommt. Nur noch 21% der Teilnehmer/innen konnten ihren funktionalen und gesundheitlichen Status zumindest auf dem Niveau der Ersterhebung halten. Dies umfasst bereits auch den ebenfalls stark gesunkenen Anteil von 4,3% der Teilnehmer/innen, die bessere funktionale Werte als zum Zeitpunkt der Ersterhebung 2013 verzeichneten.

Deutlich wird an diesen Ergebnissen, dass sich im hohen Alter enorme Selektionsprozesse vollziehen. Bereits das Erreichen eines hohen Alters von 80+ ist Resultat komplexer und vielschichtiger Selektionsprozesse, die u.a. durch Faktoren wie sozioökonomischer Status oder Lebensstil beeinflusst werden. Diese Selektion setzt sich im hohen und höchsten Alter fort und führt dazu, dass nur ein relativ geringer Teil der hochaltrigen Menschen bis ins noch höhere Lebensalter überlebt und seinen funktionalen Status auf demselben Niveau bewahren kann. Damit stellt sich auch die Frage, welche Faktoren für die Erhaltung von Gesundheit und Funktionalität ins hohe und höchste Alter besonders ausschlaggebend sind.

### 15.2.1 Frailty

Dazu betrachten wir die funktionale Entwicklung im Längsschnitt auf der Grundlage des ÖIHS Frailty-Index etwas genauer (Tabellen 63 und 64). Für den Längsschnittvergleich musste der Frailty-Index adaptiert und an frühere Versionen angepasst werden, da in früheren Erhebungswellen die Handkraft noch nicht Teil des geriatrischen Assessments war und depressive Symptome noch nicht mittels der Geriatrischen Depressionsskala (GDS), sondern mit einem anderen Erhebungsinstrument erfasst wurden.

Die folgende Auswertung gliedert die längsschnittliche Entwicklung entlang der Kategorisierungen des Frailty-Index (rüstig – fit – pre-frail – frail) und berücksichtigt zusätzlich gesundheitlich bedingte Stichprobenausfälle („nicht mehr teilnahmefähig“) sowie Daten zur Mortalität. Auf diese Weise lässt sich ein sehr genaues Bild davon gewinnen, wie sich der funktionale Status auf Individualdatenniveau konkret und mit welcher statistischen Wahrscheinlichkeit über die Zeit verändert hat.

Tabelle 63: Längsschnittliche Veränderungen des Frailty-Status (2013 – 2016)

Frailty 2013	Frailty 2016						Gesamt
	rüstig	fit	pre-frail	frail	nicht mehr teilnahmefähig	verstorben	
rüstig (n=38)	34,2% (13)	36,8% (14)	15,8% (6)	- (0)	2,6% (1)	10,5% (4)	100%
fit (n=81)	9,9% (8)	39,5% (32)	33,3% (27)	- (0)	1,2% (1)	16,0% (13)	100%
pre-frail (n=132)	3,8% (5)	15,9% (21)	44,7% (59)	6,1% (8)	10,6% (14)	18,9% (25)	100%
frail (n=20)	- (0)	- (0)	20,0% (4)	30,0% (6)	10,0% (2)	40,0% (8)	100%

Tabelle 64: Längsschnittliche Veränderungen des Frailty-Status (2013 – 2019)

Frailty 2013	Frailty 2019/20						Gesamt
	rüstig	fit	pre-frail	frail	nicht mehr teilnahmefähig	verstorben	
rüstig (n=37)	24,3% (9)	21,6% (8)	10,8% (4)	- (0)	13,5% (5)	29,7% (11)	100%
fit (n=61)	8,2% (5)	14,8% (9)	24,6% (15)	- (0)	11,5% (7)	41,0% (25)	100%
pre-frail (n=128)	0,8% (1)	4,7% (6)	24,2% (31)	5,5% (7)	13,3% (17)	51,6% (66)	100%
frail (n=18)	- (0)	- (0)	5,6% (1)	11,1% (2)	11,1% (2)	72,2% (13)	100%

Dabei kann zunächst eine überaus hohe Kontinuität in der Entwicklung des funktionalen Status konstatiert werden. Ein großer Teil jener Personen, die sich bereits während der Ersterhebung in einem eher guten gesundheitlichen und funktionalen Zustand befanden („rüstig“ oder „fit“), gehören auch heute noch, nach sechs Jahren, zu großen Teilen der Gruppe der „Rüstigen“ oder „Fitten“ an. Die gesundheitliche und funktionale Entwicklung hängt somit stark vom funktionalen Status zum Zeitpunkt der Ersterhebung 2013 ab. Dieser Zusammenhang zwischen funktionalem Status bei Ersterhebung und weiterer funktionaler Entwicklung im zeitlichen Verlauf erweist sich für beide längsschnittliche Messzeitpunkte als hochsignifikant (2016:  $\chi^2(15) = 102.631$ ,  $p < .001$ ; 2019/20:  $\chi^2(15) = 58.095$ ,  $p < .001$ ).

Besonders hoch ist die Kontinuität innerhalb der Gruppe der „Rüstigen“: Von diesen konnte fast die Hälfte (45,9%) ihren vergleichsweise guten funktionalen Status seit der Ersterhebung bewahren, wenn auch 21,6% von ihnen mittlerweile „nur“ noch in der Gruppe der „Fitten“ aufscheinen. Lediglich 10,8% der „Rüstigen“ haben in den vergangenen sechs 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. Allerdings waren 13,5% zum Zeitpunkt der dritten Welle nicht mehr teilnahmefähig, weitere 29,7% sind in der Zwischenzeit verstorben.

Ein Blick auf die Werte des ersten längsschnittlichen Messzeitpunkts (Welle II, 2016) verdeutlicht darüber hinaus, dass zwischen zweiter und dritter Erhebungswelle durchaus erhebliche funktionale Verluste auch unter „Rüstigen“ zu verzeichnen waren. So befanden sich 2016 immerhin noch 71% in einem funktional weitgehend intakten Zustand („rüstig“ bzw. „fit“). Dieser Anteil hat bis 2019/20 um rund 25 Prozentpunkte abgenommen. Ebenso hat sich die Mortalitätsrate fast verdreifacht (von 10,5% auf 29,7%), auch Stichprobenausfälle aufgrund einer nicht mehr gegebenen Teilnahmefähigkeit haben von 2,6% auf 13,5% zugenommen. Insgesamt bleibt aber das Bild einer sehr hohen gesundheitlichen bzw. funktionalen Kontinuität, vor allem im Segment der „Rüstigen“. Immerhin fast jede/r Zweite von ihnen war nach rund sechs Jahren nicht nur weiterhin am Leben, sondern befand sich nach wie vor in einem relativ guten funktionalen Zustand. Unter „Fitten“ war diese statistische Wahrscheinlichkeit mit 23% bereits erheblich geringer. Auch deren Sterbewahrscheinlichkeit war mit einer Mortalitätsrate von 41% deutlich höher.

Die festgestellte Kontinuität hinsichtlich des funktionalen Status gilt umgekehrt auch bei Teilnehmer/innen in eher schlechtem gesundheitlichen und funktionalen Zustand. Ähnlich wie im Fall der „Rüstigen“ und „Fitten“, befinden sich auch solche Teilnehmer/innen nach wie vor tendenziell in einem eher schlechten Gesundheitszustand („pre-frail“ oder „frail“), wenn ein solcher bereits während der Ersterhebung gegeben war. Besonders eine ausgeprägte Frailty bietet aufgrund ihres progredienten Verlaufs nur noch geringe Potenziale für eine signifikante Besserung des funktionalen Status: Praktisch alle noch in der Stichprobe verbliebenen Teilnehmer/innen, die im Rahmen der Ersterhebung als „frail“ eingestuft wurden, sind auch heute noch frail. Die absolute Mehrheit von ihnen (72,2%) ist aber zwischenzeitlich verstorben. Bereits nach drei Jahren (Welle II, 2016) lag die Mortalitätsrate bei 40%. Die Überlebenswahrscheinlichkeit bei manifester Frailty erweist sich also als vergleichsweise gering und beträgt nach rund sechs Jahren weniger als 28%. Die hohe Mortalitätsrate von Teilnehmer/innen mit fortgeschrittener Frailty wurde bereits oben im Abschnitt über Mortalität dargestellt.

Was mit Blick auf die relativ geringen Entwicklungspotenziale bei Frailty gesagt wurde, verhält sich offenbar zumindest teilweise anders im Hinblick auf die Pre-Frailty (als Vorstufe der Frailty). Hier scheinen, den Ergebnissen des wiederholten geriatrischen Assessments zufolge, durchaus noch funktionale Verbesserungen möglich zu sein. Vor allem für den Zeitraum zwischen Erst- und Zweiterhebung ergibt die Längsschnittanalyse eine Verbesserung des funktionalen Status bei immerhin 19,7%. Das bedeutet, dass fast jede/r

Fünfte aus dem Segment der Pre-Frailty im Rahmen des geriatrischen Assessments drei Jahre später ein Ergebnis im Bereich der relativ besseren Gesundheit erzielte („rüstig“ oder „fit“). Im weiteren zeitlichen Verlauf sinkt dieser Anteil allerdings wieder auf 5,5% (2019/20). Dennoch könnte dies auf gewisse Entwicklungspotenziale hindeuten, die – zumindest zeitweilige – Verbesserungen des funktionalen Status und eine Verzögerung der Progredienz hin zur Frailty bewirken könnten. Hier besteht aber sicherlich noch Forschungsbedarf, um diese Befunde abzusichern und das genaue Ausmaß und die Wirkung und Reichweite dieser Potenziale näher bestimmen zu können.

Was sich jedoch auf der Grundlage des vorliegenden Datenmaterials sagen lässt, ist, dass diese Potenziale begrenzt sind. Bereits nach Ablauf von drei Jahren seit der Ersterhebung (Welle II, 2016) hat sich bei 16,7% der Teilnehmer/innen aus dem Segment der Pre-Frailty der funktionale Status soweit verschlechtert, dass sie frail geworden sind oder aufgrund starker funktionaler und gesundheitlicher Einschränkungen, aufgrund schwerer Pflegebedürftigkeit oder aufgrund von Demenz nicht mehr teilnahmefähig waren. Weitere 18,9% waren verstorben. Diese Anteile sind im weiteren Verlauf bis 2019/20 auf 18,8% bzw. 51,6% angestiegen. Deutlich größer als für zeitweilige funktionale Verbesserungen ist also die Wahrscheinlichkeit, im Laufe der nächsten Jahre frail zu werden oder zu versterben.

Funktionale Einschränkungen erhöhen auch die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Alternsprozesses die Selbsthilfefähigkeit zu verlieren und auf Hilfe im Alltag oder sogar Pflege angewiesen zu sein. Wer im Laufe der sechs Jahre zwischen erster und dritter Erhebungswelle von Einbußen funktionaler Natur betroffen war, hatte daher auch eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, in diesem Zeitraum hilfe- und/oder pflegebedürftig zu werden ( $\chi^2(9) = 23.810, p = .005$ ). Ausschlaggebend dafür war abermals der funktionale Status während der Ersterhebung 2013: Wer sich zum Zeitpunkt der Ersterhebung noch in einem guten gesundheitlichen und funktionalen Allgemeinzustand befand, hatte eine größere Chance, die hohe Funktionalität über die Zeit aufrechtzuerhalten und noch weitgehend selbsthilfefähig zu bleiben.

### 15.2.2 Einflussfaktoren auf die funktionale Entwicklung

Welche Einflussfaktoren lassen sich für das weitere Überleben und die längsschnittliche Entwicklung des funktionalen Status über die Zeit feststellen? Tabelle 65 bietet eine Übersicht über eine Reihe von Faktoren, geordnet nach ihrer Effektstärke. Potentielle Einflussfaktoren, für die keine statistisch signifikanten Zusammenhänge ermittelt werden konnten, befinden sich am unteren Ende der Tabelle.

Tabelle 65: Einflussfaktoren auf Entwicklung des funktionalen Status 2019

Einflussfaktoren	Signifikanz	Effektstärke
Hilfebedarf	$\chi^2(5) = 58.689, p < .001$	Cramér's V = 0.43
ADL (mind. 1 Einschränkung)	$\chi^2(5) = 38.564, p < .001$	Cramér's V = 0.35
Veränderung kogn. Status 2013-2016	$\chi^2(15) = 58.543, p < .001$	Cramér's V = 0.33
Bewegungsradius	$\chi^2(10) = 62.769, p < .001$	Cramér's V = 0.32
Harninkontinenz	$\chi^2(5) = 18.776, p = .002$	Cramér's V = 0.25
Wohnform	$\chi^2(10) = 33.334, p < .001$	Cramér's V = 0.23
Chronische Krankheiten	$\chi^2(15) = 47.656, p < .001$	Cramér's V = 0.23
Gangtest	$\chi^2(5) = 15.286, p = .009$	Cramér's V = 0.22
Alter	$\chi^2(5) = 15.009, p = .010$	Cramér's V = 0.22
Kognitiver Test	$\chi^2(15) = 29.725, p = .013$	Cramér's V = 0.19
Depressive Symptome	$\chi^2(20) = 38.738, p = .007$	Cramér's V = 0.18
Medikamente	$\chi^2(25) = 38.337, p = .043$	Cramér's V = 0.16
Bildung	$\chi^2(10) = 16.391, p = .089$	Cramér's V = 0.16
Ernährungsstatus	$\chi^2(20) = 32.787, p = .036$	Cramér's V = 0.16
Einsamkeit	$\chi^2(20) = 29.614, p = .076$	Cramér's V = 0.15
Geschlecht	$\chi^2(5) = .7358, p = .195$	Cramér's V = 0.15

Den stärksten Effekt auf das weitere Überleben und die Entwicklung des funktionalen Status haben die Selbsthilfefähigkeit sowie Einschränkungen bei „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL/IADL) zum Zeitpunkt der Ersterhebung. Wer also bereits im Jahr 2013 Einschränkungen in diesen Bereichen aufwies, hatte eine entsprechend geringere Wahrscheinlichkeit, nach Ablauf von sechs Jahren noch am Leben zu sein und in sich einem intakten funktionalen Zustand zu befinden. Oder umgekehrt formuliert: Wer 2013 noch einigermaßen „fit“ war, war es mit deutlich höherer Wahrscheinlichkeit auch zum Zeitpunkt der dritten Erhebungswelle 2019. An dritter Stelle, gemessen an der Effektstärke, folgen Veränderungen in den kognitiven Kapazitäten. Das heißt, wer Verluste im Bereich kognitiver Funktionen erlebte, hatte auch die größte Wahrscheinlichkeit, im Laufe der folgenden sechs Jahre zu versterben oder von einer Verschlechterung des funktionalen Status betroffen zu sein. Deutlich weniger Einfluss – wenn auch statistisch signifikant – hatte dabei die Performance beim kognitiven Test im Rahmen der Ersterhebung. Das Abschneiden beim kognitiven Test im Jahr 2013 ist also ein bedeutend geringerer Prädiktor der Funktionalität sechs Jahre später. Entscheidender dafür war, dass das jeweilige kognitive Niveau über die Zeit einigermaßen gehalten werden konnte. Dies deutet auf eine enge Wechselwirkung zwischen funktionaler und kognitiver Entwicklung hin.

Die übrigen Faktoren zeichnen sich bereits durch wesentlich geringere Effektstärken aus, die eher im niedrigen bis mittleren Bereich liegen. Als ein durchaus relevanter Prädiktor kann hier etwa die Anzahl chronischer Krankheiten bzw. das Vorliegen von Multimorbidität zum Zeitpunkt der Ersterhebung gewertet werden. Auch das Alter der Teilnehmer/innen korreliert signifikant mit dem funktionalen Status zum Zeitpunkt der Folgerhebung 2019. Die Effektstärke ist jedoch eher gering zu veranschlagen. Die oben genannten Aspekte der Selbsthilfefähigkeit und der Mobilität sind also stärker zu gewichten bzw. hatten einen

größeren Einfluss auf die weitere funktionale Entwicklung und das Überleben als das kalendarische Alter der Personen.

Keine signifikanten Zusammenhänge ergeben sich entlang des Geschlechts und des Bildungsniveaus der Teilnehmer/innen. Das heißt, weder das Geschlecht noch die Bildung hatten einen statistisch nachweisbaren Einfluss auf die funktionale Entwicklung im Längsschnitt. Wenn man hier abermals berücksichtigt, dass im Rahmen der Mortalitätsanalysen bereits ein Zusammenhang zwischen Mortalität und Bildung nicht bestätigt werden konnte, scheint dies ein weiterer Hinweis darauf zu sein, dass sich der Einfluss der Bildung auf Gesundheit und Funktionalität im hohen und höchsten Alter tendenziell abschwächt. Wenn sozioökonomisch schlechter gestellte Personen einmal ein hohes Alter erreicht haben, haben sie also kein signifikant höheres Sterberisiko und können auch ihren funktionalen Status nicht per se seltener aufrechterhalten als sozial besser gestellte Personen. Allerdings – wie früher dargestellte Analysen zur Funktionalität im hohen Alter gezeigt haben – befinden sie sich insgesamt eher in einem schlechteren gesundheitlichen Allgemeinzustand als ihre sozial bessergestellten Altersgenoss/innen (siehe oben Kapitel 9.5). Ebenfalls nur einen geringen Einfluss scheinen psychische Faktoren wie Depression oder Einsamkeit zu haben. Die Neigung zu depressiven Symptomen zum Zeitpunkt der Ersterhebung korreliert zwar signifikant mit dem weiteren Überleben und der funktionalen Entwicklung im Längsschnitt, die Effektstärke ist jedoch relativ niedrig. Für Einsamkeit lässt sich keinerlei statistisch signifikantes Ergebnis ermitteln.

### 15.2.3 Längsschnittliche Entwicklung kognitiver Funktionen

Ein im Hinblick auf das hohe Alter sehr relevantes und eng mit der Erhaltung von Gesundheit und Funktionalität verwobenes Thema sind kognitive Funktionen. Auch deren Entwicklung über die Zeit soll im Folgenden auf der Grundlage der vorliegenden ÖIHS-Längsschnittdaten näher betrachtet werden. Die folgenden Tabellen 66 und 67 stellen den kognitiven Status der Teilnehmer/innen – gemessen mithilfe eines kognitiven Tests (siehe oben Kapitel 8.1) zu allen drei Messzeitpunkten 2013, 2016 und 2019/20 – und seine Entwicklung über die Zeit dar. Berücksichtigt werden dabei ausschließlich Teilnehmer/innen, zu denen für alle betrachteten Messzeitpunkte Daten aus den kognitiven Tests vorliegen. Zusätzliche Berücksichtigung finden Stichprobenauffälle aufgrund von Demenz.

Dabei zeigt sich, dass in allen Segmenten der Stichprobe Einbußen zu verzeichnen sind. Am besten schneiden freilich nach wie vor Personen ab, die bereits während der Ersterhebung unauffällig waren oder höchstens leichte kognitive Defizite aufwiesen. Der kognitive Status zum Zeitpunkt der Ersterhebung stellt also einen wesentlichen Prädiktor für dessen Entwicklung über die Zeit dar. Die Ergebnisse erweisen sich sowohl für den Messzeitpunkt 2016 ( $\chi^2(12) = 61.455, p < .001$ ) als auch für den Messzeitpunkt 2019/20 ( $\chi^2(12) = 37.018, p < .001$ ) als hochsignifikant.

## LÄNGSSCHNITTliche BEFUNDE

Tabelle 66: Längsschnittliche Veränderungen des kognitiven Status (2013 – 2016)

Kognitiver Status 2013	Kognitiver Status 2016					Gesamt
	unauffällig	leichte Defizite	auffällig	sehr auffällig	Ausfall wegen Demenz	
unauffällig (n=45)	55,6% (25)	24,4% (11)	13,3% (6)	4,4% (2)	2,2% (1)	100%
leichte Defizite (n=79)	29,1% (23)	36,7% (29)	21,5% (17)	8,9% (7)	3,8% (3)	100%
auffällig (n=68)	16,2% (11)	33,8% (23)	22,1% (15)	22,1% (15)	5,9% (4)	100%
sehr auffällig (n=41)	4,9% (2)	14,6% (6)	26,8% (11)	31,7% (13)	22,0% (9)	100%

Tabelle 67: Längsschnittliche Veränderungen des kognitiven Status (2013 – 2019)

Kognitiver Status 2013	Kognitiver Status 2019					Gesamt
	unauffällig	leichte Defizite	auffällig	sehr auffällig	Ausfall wegen Demenz	
unauffällig (n=29)	41,4% (12)	27,6% (8)	13,8% (4)	13,8% (4)	3,4% (1)	100%
leichte Defizite (n=46)	21,7% (10)	39,1% (18)	15,2% (7)	8,7% (4)	15,2% (7)	100%
auffällig (n=32)	21,9% (7)	18,8% (6)	40,6% (13)	9,4% (3)	9,4% (3)	100%
sehr auffällig (n=21)	9,5% (2)	14,3% (3)	9,5% (2)	19,0% (4)	47,6% (10)	100%

Immerhin 55,6% der Teilnehmer/innen mit unauffälligem Befund im Rahmen des kognitiven Tests im Jahr 2013 absolvierten den Test auch drei Jahre später (2016) noch erfolgreich. 2019/20 konnte dieses Ergebnis zumindest noch von 41,4% wiederholt werden. Dennoch deutet dies auf eine zunehmende Wahrscheinlichkeit für kognitive Einschränkungen im höheren Alter hin, auch wenn ein großer Teil der verzeichneten Einbußen auf leichte Defizite im Sinne eines mild cognitive impairment entfällt und schwerwiegendere kognitive Einschränkungen (inkl. Ausfall wegen Demenz) erst in der Zeitspanne zwischen zweiter und dritter Erhebungswelle eine ähnlich hohe Häufigkeit erreichen. Erheblich größer fallen

kognitive Verluste bei Personen aus, die bereits 2013 leichte Defizite verzeichneten. Von diesen wies mehr als ein Drittel (39,1%) sechs Jahre später auffällige bis sehr auffällige (d.h. demenzverdächtige) Befunde auf oder war sogar aufgrund einer manifesten Demenz nicht mehr teilnahmefähig.

Die schlechtesten Ergebnisse erzielten auch beim kognitiven Test der dritten Erhebungswelle solche Teilnehmer/innen, deren Testergebnisse bereits während der Ersterhebung demenzverdächtig waren. Von diesen fallen 2019/20 auch weiterhin 59,4% („auffällig“) bzw. 76,1% („sehr auffällig“) unter diese Kategorie oder schlugen als Stichprobenausfälle infolge von Demenz zu Buche. Hier ist außerdem zu berücksichtigen, dass kognitive Einschränkungen bzw. Demenz mit einer stark erhöhten Sterbewahrscheinlichkeit einhergehen und ein beträchtlicher Teil der Teilnehmer/innen mit eingeschränkten kognitiven Funktionen im Laufe der Zeit verstorben ist (siehe oben Kapitel 15.1). Deren Mortalitätsraten betragen immerhin 42,5% („auffällig“) bzw. 41,9% („sehr auffällig“). Daraus erklärt sich auch die in diesem Segment der Stichprobe besonders stark zu verzeichnende Verringerung der Fallzahlen. Unter Berücksichtigung solcher Stichprobenausfälle aufgrund von Tod sowie anderen gesundheitlich bedingten Ausfällen wie etwa infolge von Demenz, ergibt sich für kognitiv stark eingeschränkte Personen insgesamt, bezogen auf die gesamte Panelstichprobe<sup>28</sup>, ein Anteil von 80% („auffällig“) bzw. 85,7% („sehr auffällig“), die entweder verstorben sind, nicht mehr teilnahmefähig sind oder sich in einem Zustand stark erhöhter kognitiver Verletzlichkeit befinden. Dies verdeutlicht den großen Einfluss, den kognitive Funktionen und ihre Erhaltung auf das weitere Überleben und den individuellen Entwicklungsverlauf in funktionaler Hinsicht hat.

Interessant ist allerdings auch, dass Teilnehmer/innen mit ursprünglich demenzverdächtigen Befunden bei einer Wiederholung der kognitiven Tests sechs Jahre später sich zum Teil auch verbessern konnten – immerhin 40,7% der Personen mit „auffälligem“ und immer noch 23,8% derjenigen mit ursprünglich „sehr auffälligem“ Befund erzielten 2019/20 ein besseres Testergebnis als bei der Ersterhebung 2013. Auch hier ist natürlich wieder der hohe Anteil an Stichprobenausfällen, vor allem aufgrund von Tod, zu berücksichtigen, wodurch die Statistik etwas verzerrt wird. Wie bereits gezeigt, hatten Teilnehmer/innen mit demenzverdächtigen Tests zum Zeitpunkt der Ersterhebung eine sehr große Wahrscheinlichkeit von über 80%, nach sechs Jahren verstorben zu sein oder sich in schlechter funktionaler und kognitiver Verfassung zu befinden. Dennoch deuten die Ergebnisse darauf hin, dass gewisse Verbesserungen in kognitiver Hinsicht durchaus auch bei bereits stark eingeschränkten Personen möglich sind. Denkbar wäre möglicherweise sogar, dass gerade diese kognitiven Verbesserungen sich positiv auf das weitere Überleben jenes Teils der Stichprobe ausgewirkt hat, im Vergleich zu anderen Teilnehmer/innen mit vergleichbarem Grad an kognitiver Verletzlichkeit. Die zu beobachtenden kognitiven Verbesserungen könnten, zumindest zum Teil, aber auch ein Hinweis darauf sein, dass das Abschneiden bei kognitiven Tests, vor allem bei bereits bestehenden kognitiven Einschränkungen, relativ stark von der Tagesform der Proband/innen abhängt. Diese

<sup>28</sup> Ausgeschlossen sind hier allerdings fehlende Werte, d.h. Personen, die aufgrund der Ablehnung einer weiteren Teilnahme oder aufgrund von Nicht-Erreichbarkeit aus der Stichprobe ausgefallen sind und für die daher keinerlei verwertbare Daten vorliegen.

Tagesformabhängigkeit wäre dann wiederum als Indiz für die bereits sehr ausgeprägte kognitive Verletzlichkeit der Betroffenen zu werten.

### 15.2.4 Einflussfaktoren auf die kognitive Entwicklung

Welche Einflussfaktoren für die Entwicklung des kognitiven Status im Längsschnitt lassen sich identifizieren? Tabelle 68 gibt verschiedene Faktoren wieder – wie bereits oben beim funktionalen Status gereiht nach Signifikanz und Effektstärke.

Tabelle 68: Einflussfaktoren auf den kognitiven Status 2019

Einflussfaktoren	Signifikanz	Effektstärke
Veränderung funkt. Status 2013-2019	$\chi^2(8) = 40.601, p < .001$	Cramér's V = 0.41
Hilfebedarf	$\chi^2(4) = 20.016, p < .001$	Cramér's V = 0.39
Bewegungsradius	$\chi^2(8) = 36.358, p < .001$	Cramér's V = 0.37
ADL (mind. 1 Einschränkung)	$\chi^2(4) = 14.522, p = .006$	Cramér's V = 0.33
Wohnform	$\chi^2(8) = 26.543, p = .001$	Cramér's V = 0.32
Kognitiver Test	$\chi^2(12) = 37.018, p < .001$	Cramér's V = 0.31
Bildung	$\chi^2(8) = 23.497, p = .003$	Cramér's V = 0.30
Gangtest	$\chi^2(4) = 9.222, p = .056$	Cramér's V = 0.26
Geschlecht	$\chi^2(4) = 8.066, p = .089$	Cramér's V = 0.25
Medikamente	$\chi^2(20) = 18.976, p = .523$	Cramér's V = 0.19
Ernährungsstatus	$\chi^2(16) = 17.339, p = .364$	Cramér's V = 0.18
Alter	$\chi^2(4) = 4.026, p = .402$	Cramér's V = 0.17
Chronische Krankheiten	$\chi^2(12) = 11.777, p = .464$	Cramér's V = 0.17
Harninkontinenz	$\chi^2(4) = 3.781, p = .437$	Cramér's V = 0.17
Depressive Symptome	$\chi^2(12) = 11.031, p = .526$	Cramér's V = 0.17

Wie bereits oben hinsichtlich der Entwicklung des funktionalen Status und des weiteren Überlebens ins noch höhere Alter, erweisen sich auch mit Blick auf die kognitive Entwicklung die Effektstärken überwiegend als mittel bis eher niedrig. Den stärksten Effekt haben längsschnittliche Veränderungen im Bereich des funktionalen Status. Wer also im Laufe der insgesamt drei ÖIHS-Erhebungswellen funktionale Verluste hinnehmen musste, hatte auch eine deutlich größere Wahrscheinlichkeit für Einbußen kognitiver Natur. Dieses Ergebnis bekräftigt nochmals den oben dargestellten Befund eines Zusammenhangs zwischen funktionaler und kognitiver Entwicklung. Zwischen Kognition und funktionalem Status besteht, wie die Ergebnisse verdeutlichen, eine enge Wechselwirkung: Kognitive Verluste gehen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für allgemeine, funktionale Einschränkungen einher, und umgekehrt begünstigen funktionale Einschränkungen den Abbau kognitiver Funktionen.

Der Einfluss funktionaler Faktoren auf die längerfristige Entwicklung kognitiver Kapazitäten erhärtet sich auch durch die vergleichsweise hohen Effektstärken für Parameter wie Selbsthilfefähigkeit, Bewegungsradius (Mobilität) und Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL). Einschränkungen in diesen Bereichen zum Zeitpunkt der Ersterhebung 2013 waren

statistisch mit einer signifikant erhöhten Wahrscheinlichkeit für kognitive Einschränkungen sechs Jahre später verbunden.

Ein wesentlicher Unterschied zur funktionalen Entwicklung zeichnet sich für die Entwicklung kognitiver Funktionen im Hinblick auf den Einfluss sozioökonomischer Faktoren wie Bildung ab: Während die Bildung der hochaltrigen Studienteilnehmer/innen keinen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung des funktionalen Status im Längsschnitt hatte, verhält sich dies für kognitive Funktionen anders. Die Bildung korreliert signifikant mit dem kognitiven Status der Teilnehmer/innen zum dritten Messzeitpunkt 2019, und die Effektstärke liegt annähernd im mittleren Bereich (Cramér's  $V = 0.30$ ). Dies deutet auf ein höheres Demenzrisiko für Personen mit geringer Bildung bzw. niedrigem sozioökonomischem Status hin.

Keine signifikanten Ergebnisse ergibt die Auswertung abermals für das Geschlecht der Teilnehmer/innen. Wenn sie bis ins noch höhere Alter überleben, unterscheiden sich also Männer und Frauen nicht wesentlich hinsichtlich ihres Demenzrisikos. Auch das Alter der Teilnehmer/innen erweist sich statistisch nicht als Prädiktor des kognitiven Status zum Messzeitpunkt 2019. Ältere Menschen haben demnach also nicht zwingend eine höhere Demenzwahrscheinlichkeit als jüngere. Allerdings haben sie, wie oben dargelegt, ein höheres Mortalitätsrisiko oder sind stärker von funktionalen Einschränkungen betroffen. Darüber hinaus muss an dieser Stelle berücksichtigt werden, dass der Altersunterschied zwischen den Teilnehmer/innen in der Panelstichprobe maximal fünf Jahre beträgt (Alter: 80-85). Es ist daher nicht auszuschließen und eher sogar wahrscheinlich, dass bei größeren Altersdifferenzen auch entsprechend deutlichere Unterschiede mit Blick auf den kognitiven Status zu konstatieren wären. Die statistisch signifikanten Differenzen mit Blick auf die funktionale Entwicklung im Längsschnitt verdeutlichen aber auch, dass trotz der geringen Altersunterschiede durchaus statistisch relevante Unterschiede funktionaler Natur zwischen den Teilnehmer/innen festgestellt werden können – allerdings nicht oder weniger deutlich mit Blick auf den kognitiven Status und dessen Entwicklung im Längsschnitt.

Auch hinsichtlich depressiver Symptome ergibt sich kein statistisch signifikantes Ergebnis, scheint Depression also keinen nachweisbaren Einfluss auf die Entwicklung des kognitiven Status über die Zeit gehabt zu haben.

### 15.3. Zusammenfassung

Mit Längsschnittdaten, wie sie für die ÖIHS über mittlerweile drei Messzeitpunkte vorliegen, kann die Entwicklung der Stichprobe über die Zeit auf Individualdatenniveau beobachtet werden. Dies erlaubt es auch, Rückschlüsse über den Alternsprozess und den Übergang ins noch höhere und höchste Alter sowie dafür relevante Einflussfaktoren zu ziehen.

So zeigt die Mortalitätsanalyse, dass etwas über 40% der Teilnehmer/innen nach Ablauf von sechs Jahren verstorben waren. Wer ein Alter von 80+ erreicht, hat demnach also eine Wahrscheinlichkeit von etwa 60%, nach sechs Jahren nach wie vor am Leben zu sein. Allerdings gibt es dabei beträchtliche Differenzen und sind die „Überlebenschancen“ sehr ungleich verteilt. Der wichtigste Prädiktor für das weitere Überleben ist der Gesundheitszustand bzw. der funktionale Status. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen, die bereits zum Zeitpunkt der Ersterhebung 2013 frail waren, sind im Laufe der darauffolgenden sechs Jahre verstorben. Von den „Rüstigen“, also Personen mit hoher Funktionalität, waren hingegen rund drei Viertel zum Zeitpunkt der dritten Welle (2019) nach wie vor am Leben. Dies gilt auch für die gesundheitliche und funktionale Entwicklung im Längsschnitt: Fast die Hälfte der Teilnehmer/innen aus der Gruppe der „Rüstigen“ war sechs Jahre nach der Ersterhebung nicht nur am Leben, sondern befand sich nach wie vor in einem relativ guten funktionalen Zustand („rüstig“ oder „fit“). Im Gegensatz dazu waren Personen mit ausgeprägter Frailty nach Ablauf desselben Zeitraums größtenteils verstorben oder aufgrund von Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Demenz nicht mehr teilnahmefähig.

Insgesamt lässt sich über die Zeit eine Tendenz eines sukzessiven Abbaus funktionaler Kapazitäten über die gesamte Stichprobe hinweg beobachten – jedoch abhängig vom funktionalen Status zum Zeitpunkt der Ersterhebung. Teilnehmer/innen mit relativ hoher Funktionalität („rüstig“ bzw. „fit“) konnten ihr funktionales Niveau und ihre Selbsthilfefähigkeit eher aufrechterhalten als Personen, die bereits unter mehr oder weniger weit vorangeschrittenen Einschränkungen litten – und hier wiederum die „Rüstigen“ deutlich häufiger als die „Fitten“.

Trotz der eindeutigen Tendenz einer Zunahme funktionaler Einschränkungen mit weiter fortschreitendem Alter ergeben sich aber auch manche Hinweise auf Potenziale zur Verbesserung der Funktionalität – auch bei Personen, die bereits von relativ weitgehenden funktionalen Einschränkungen betroffen sind und sich auf einer Vorstufe zur Frailty befinden („pre-frail“). Zumindest zeitweilige Verbesserungen konnten im Laufe der drei ÖIHS-Erhebungswellen in diesem Segment der Stichprobe beobachtet werden. So verzeichnet immerhin fast jede/r Fünfte aus dieser Gruppe beim erneuten geriatrischen Assessment nach drei Jahren bessere Werte als bei der Ersterhebung. Im weiteren zeitlichen Verlauf sank dieser Anteil allerdings wieder auf etwa 5%. Darüber hinaus war ein beträchtlicher Anteil aus dieser Gruppe zwischenzeitlich verstorben. Dennoch könnte dies auf gewisse (zumindest zeitweilige) Entwicklungspotenziale trotz bereits relativ stark ausgeprägter funktionaler Einschränkungen hindeuten, die gezielt gefördert werden könnten, um die Selbsthilfefähigkeit und Autonomie der Betroffenen so lange wie möglich zu erhalten.

Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Mortalität und der funktionalen Entwicklung über die Zeit können entlang des Geschlechts und der Bildung festgestellt werden. Hochaltrige Männer und Frauen unterscheiden sich also kaum mit Blick auf ihr Sterberisiko und ihre Chancen, ihre Funktionalität bis ins noch höhere Alter zu bewahren. Etwas deutlicher sind die Unterschiede nach Bildung, allerdings erweisen sich auch diese nicht als statistisch signifikant. Letzteres könnte ein Hinweis darauf sein, dass sich sozioökonomische Differenzen hinsichtlich der Mortalität und der Gesundheit im hohen Alter tendenziell abschwächen. Die stärksten Selektionsprozesse scheinen sich demnach bereits vor Erreichen eines hohen Alters von 80 und mehr Jahren zu vollziehen. Sozioökonomisch benachteiligte Personen, die in guter Gesundheit ein hohes Alter erreichen, unterscheiden sich dann hinsichtlich ihrer Chancen, ihren funktionalen Status weiterhin aufrechtzuerhalten, nicht mehr signifikant von sozial besser gestellten Personen. Insgesamt haben sie aber, wie die obigen Ergebnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit im hohen Alter nahelegen (Kapitel 9.5), eine geringere Wahrscheinlichkeit, sich im hohen Alter in einem Zustand intakter Funktionalität zu befinden. Die entlang der Bildung und des sozioökonomischen Status verlaufenden Selektionsprozesse sind im hohen Alter also abgeschwächt, aber nicht gänzlich verschwunden.

Auch die geringen geschlechtsspezifischen Differenzen deuten auf eine tendenzielle Annäherung der Geschlechter hinsichtlich ihrer Überlebenswahrscheinlichkeit und ihrer gesundheitlichen Entwicklung im hohen und höchsten Alter hin. Zwar haben Männer eine niedrigere Lebenserwartung als Frauen und letztere daher eine deutliche größere Wahrscheinlichkeit, ein hohes Alter von 80 und mehr Jahren zu erreichen. Wenn Männer allerdings ein hohes Alter erreichen, unterscheidet sich ihre Mortalität und ihre Chance, ihren funktionalen Status über die Zeit zu bewahren, nicht mehr signifikant von der von Frauen. Eher noch scheinen sie sich im Durchschnitt in einem besseren funktionalen Status zu befinden als Frauen (siehe Kapitel 13). Dies dürfte vor allem auf Selektionsprozesse unter Männern zurückzuführen sein: Jene Männer, die ein hohes Alter erreichen, stellen besonders gesunde Exemplare ihrer Genusgruppe dar. Sie überleben damit nicht nur viele ihrer Geschlechtsgenossen, sondern sind im Schnitt auch gesünder als hochaltrige Frauen.

Hinweise auf genetische Faktoren für das weitere Überleben ins hohe und höchste Alter erbrachte ein Vergleich der Mortalitätsraten unter besonderer Berücksichtigung des erreichten Alters der Eltern der Teilnehmer/innen. Personen mit mindestens einem langlebigen Elternteil (80+) wiesen eine signifikant geringere Mortalität auf. Dies deutet auf eine gewisse familiäre bzw. genetische Disposition zur Langlebigkeit hin.

Analysiert wurde schließlich auch die kognitive Entwicklung (Demenz) der Teilnehmer/innen über die Zeit. Hier hat sich vor allem ein enger Zusammenhang zwischen kognitiven und funktionalen Entwicklungsverläufen ergeben. Kognitive Einschränkungen gehen häufig mit funktionalen Verlusten einher und umgekehrt. Anders als bei der längsschnittlichen Entwicklung des funktionalen Status und der Mortalität im hohen Alter ergibt die Analyse der kognitiven Entwicklung einen signifikanten bildungsspezifischen Zusammenhang. Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung hatten demnach eine geringere Wahrscheinlichkeit, nach Ablauf von sechs Jahren noch über intakte kognitive Funktionen zu verfügen. Zusammen mit den Querschnittsdaten zu kognitiven Kapazitäten in der hochaltrigen Bevölkerung (Kapitel 8.1) deutet dies auf ein höheres Demenzrisiko für Menschen mit niedriger Bildung und entsprechend niedrigerem sozioökonomischem Status hin.

## 16. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

In den vorangegangenen Abschnitten wurden ausführlich die Ergebnisse der dritten Erhebungswelle der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie (ÖIHS), unter Berücksichtigung der Bundesländer Wien, Niederösterreich, Steiermark und Salzburg dargestellt. Zentrale Aspekte der Gesundheits-, Lebens- und Betreuungssituation hochbetagter Menschen wurden auf der Grundlage ausführlicher fragebogengestützter Interviews und geriatrischer Assessments erfasst und analysiert.

Abschließend seien wesentliche Erkenntnisse der Studie zusammengefasst und Schlussfolgerungen aus den gewonnenen Befunden gezogen. Die Zusammenfassung orientiert sich dabei an der Struktur des Berichts bzw. dem Fokus auf die „großen Herausforderungen“ des hohen Alters.

### Hohe Heterogenität des hohen Alters

Die Ergebnisse der Untersuchung bestätigen einmal mehr die Befunde aus früheren Erhebungswellen der ÖIHS: Das hohe Alter als Lebensphase wie auch die Lebensumstände im hohen Alter sind enorm vielschichtig und heterogen. Aspekte der physischen, psychischen und kognitiven Gesundheit, des individuellen Lebensstils und Wohlbefindens, der sozialen Netzwerke und finanziellen Situation interagieren – wie grundsätzlich zwar in jeder Lebensphase – offenbar gerade in der Altersgruppe der 80-jährigen und Älteren in besonders ausgeprägter Weise. Kaum ein Aspekt der Gesundheit oder Befindlichkeit kann im hohen Alter isoliert betrachtet und für sich bewertet werden. Die feststellbare Heterogenität in dieser Altersgruppe dürfte dabei auch Resultat einer zunehmenden Geschwindigkeit und Variabilität in persönlichen Entwicklungsprozessen (etwa der Entwicklung von Gesundheit, Funktionalität, sozialen Netzwerken, Wohnverhältnissen, sozialer Teilhabe, Mobilität etc.) jenseits des 80. Lebensjahres sein. Verallgemeinernde Sichtweisen zu den Lebensumständen, den gesundheitlichen Verhältnissen oder Bedürfnissen alter und hochaltriger Menschen erweisen sich vor diesem Hintergrund als irreführend.

Die Heterogenität des hohen Alters hat auch Implikationen für das gesellschaftliche Altersbild: Das gängige Bild vom hohen Alter, das in hohem Maße mit körperlichen und geistigen Verlusten und in weiterer Folge mit Pflegebedürftigkeit konnotiert ist, erweist sich mit Blick auf die tatsächliche Gesundheits- und Lebenssituation vieler hochaltriger Menschen als unzutreffend und stereotyp. Zwar ist ein beträchtlicher Teil von ihnen von mehr oder weniger stark ausgeprägten gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen betroffen, die in unterschiedlich hohem Ausmaß mit einer Angewiesenheit auf Hilfe und Unterstützung im Alltag, bis hin zur Pflegebedürftigkeit, einhergehen. Zudem sind in vielen dieser Fälle relativ weit fortgeschrittene kognitive Defizite zu konstatieren (Demenz). Aber dies betrifft eben nur einen Teil der 80- bis 90-Jährigen. Ein großer Teil verfügt über einen vergleichsweise guten körperlichen bzw. gesundheitlichen Allgemeinzustand und ist nach wie vor in der Lage, ein weitgehend selbständiges und aktives Leben ohne nennenswerten Unterstützungs- und Hilfebedarf zu führen. Vor diesem Hintergrund sind bestehende gesellschaftliche Altersbilder zu überdenken und es ist zur Kenntnis zu nehmen, dass es sich

bei der Gruppe der Hochaltrigen um eine höchst diverse Bevölkerungsgruppe handelt, auf die kollektive altersbezogene Denkmuster in dieser Pauschalität nicht zutreffen. Angesichts der Heterogenität des hohen Alters sind generell entsprechend differenzierte Zugänge und Angebote erforderlich – dies gilt für die medizinisch-rehabilitative und medizinisch-pflegerische Versorgung ebenso wie für die materielle Sicherung, die sozialen und kulturellen Angebote zur Teilhabe wie auch für Angebote im Bereich des Wohnens.

### **Größte Herausforderung des hohen Alters: Erhaltung von Funktionalität und Selbsthilfefähigkeit**

Die notwendige Anerkennung der Heterogenität des hohen Alters und das Bemühen um eine „Verbesserung“ gesellschaftlicher Altersbilder sollte im Gegenzug – gerade auch im Sinne einer an der Diversität des hohen Alters und an einem möglichst realistischen Altersbild orientierten Perspektive – nicht zu einer Ausblendung schwieriger und herausfordernder Aspekte der Hochaltrigkeit verleiten. Der relativ gute körperliche Allgemeinzustand und die hohe Funktionalität vieler hochaltriger Menschen dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass mit höherem Alter die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung altersassoziierter Erkrankungen und funktionaler Einschränkungen zunimmt.

Immerhin fast zwei Drittel aller teilnehmenden hochbetagten Personen sind bereits von vergleichsweise stark ausgeprägten funktionalen Einschränkungen betroffen – wenn auch manifeste Frailty in der Stichprobe eher die Ausnahme darstellt. Funktionale Einschränkungen gehen wiederum häufig mit Einschränkungen der Selbsthilfefähigkeit einher und erhöhen die Wahrscheinlichkeit, auf Hilfe, Betreuung oder Pflege durch andere Personen angewiesen zu sein. Der Verlust von funktionalen Kapazitäten bedeutet daher oftmals einen starken Einschnitt in den Alltag und die autonome Lebensführung der Betroffenen.

Die Befunde aus den Längsschnittanalysen unterstreichen darüber hinaus die Progredienz funktionaler Einschränkungen mit weiter zunehmendem Alter. Mit der Zunahme an Lebensjahren nimmt auch die Wahrscheinlichkeit für Frailty kontinuierlich zu. Ein enger Zusammenhang besteht dabei zwischen funktionaler und kognitiver Entwicklung. Zunehmende Einschränkungen im Bereich kognitiver Funktionen erhöhen die Wahrscheinlichkeit für den Verlust funktionaler Kapazitäten sowie Selbsthilfefähigkeit – aber auch umgekehrt. Dies verweist auf die hohe Bedeutung, die der Erhaltung kognitiver Funktionen im hohen und höchsten Alter beizumessen ist (siehe unten).

Ein bedeutsames Ergebnis der längsschnittlichen Untersuchungen sind außerdem die Hinweise auf gewisse Entwicklungs- und Verbesserungspotenziale bei bereits bestehenden, auf einer Vorstufe der Frailty befindlichen funktionalen Einschränkungen. Bei zahlreichen Teilnehmer/innen konnten im Längsschnitt zumindest in kurzer bis mittlerer Frist Verbesserungen im Laufe der drei Erhebungswellen beobachtet werden. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Progredienz funktionaler Verluste hin zur Frailty nicht gänzlich unumkehrbar ist und trotz bereits relativ stark ausgeprägter Einschränkungen gewisse funktionale Potenziale bestehen, die gezielt gefördert werden könnten, um die Selbsthilfefähigkeit und Autonomie der Betroffenen so lange wie möglich zu erhalten. Diese

Befunde sollten daher auch in künftige sozial- und gesundheitspolitische Diskurse, etwa bei der Strategieentwicklung in der Gesundheitsförderung Eingang finden.

Generell sind Rehabilitationsangebote notwendig, um das Auftreten von ausgeprägter Hilfe- wie auch von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Hier wären vermehrt die besonderen Therapie-, Rehabilitations- und Pflegebedarfe alter Menschen in den Fokus zu rücken und entsprechende Angebote vorzuhalten. Dabei sind auch die präventive und die rehabilitative Perspektive mit Blick auf die Erhaltung von Selbstständigkeit, Selbstverantwortung und Teilhabe zu stärken.

### **Multimorbidität ist eine wesentliche Begleiterscheinung des hohen Alters**

Wie die ÖIHS zeigt, sind in einem Alter von 80+ nahezu alle Menschen von mehr oder weniger sowie unterschiedlich stark ausgeprägten chronischen Krankheiten betroffen. Die mit Abstand häufigste chronische Krankheit im hohen Alter ist Bluthochdruck. Fast drei Viertel der hochaltrigen Bevölkerung leiden dabei auch unter mehreren chronischen Erkrankungen gleichzeitig (Multimorbidität).

Durch die steigende Wahrscheinlichkeit von Multimorbidität im hohen Alter ergibt sich das Problem der Polypharmazie. Von Polypharmazie wird in der Geriatrie ab der gleichzeitigen Verordnung von mehr als fünf verschiedenen Substanzen gesprochen. Mit der höheren Anzahl von Medikamenten steigt auch das Risiko für Wechselwirkungen und unerwünschte Nebenwirkungen, die sich negativ auf die Funktionalität und die Lebensqualität hochaltriger Menschen auswirken können. Unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der ÖIHS betrifft Polypharmazie immerhin fast die Hälfte. Besonders in Pflegeheimen sind die Medikationsraten überdurchschnittlich hoch und liegen in mehr als der Hälfte aller Fälle bei über zehn Medikamenten. Auch ist dort die relativ häufige Verabreichung von psychotropen Substanzen – also Substanzen mit Einfluss auf die Psyche – zu konstatieren.

Dem Thema Polypharmazie beim älteren Menschen wird in Zukunft noch stärkere Aufmerksamkeit zukommen müssen – wenn auch aufgrund der Komplexität des Problems einfache Lösungen unwahrscheinlich erscheinen. So würde etwa bei einer ausschließlichen Orientierung an einer nicht zu überschreitenden Anzahl an Medikamenten gleichzeitig das Risiko einer medikamentösen Unterversorgung („undertreatment“) älterer Patientinnen und Patienten entstehen. Eine vermehrte Auseinandersetzung mit Wirkung, Wechselwirkung und Verträglichkeit von Medikamenten bei älteren und insbesondere hochaltrigen Personen ist notwendig. Die Erstellung und Verbreitung von Listen mit potentiell inadäquaten Medikationen für ältere Menschen (etwa die Österreichische „PIM Liste“) stellt hier eine erste positive Entwicklung dar.

Auch die Weiterentwicklung von Prävention – inklusive sekundärer und tertiärer Prävention – trägt freilich dazu bei, das Auftreten von Erkrankungen zu vermeiden oder zu verzögern bzw. den Krankheits- und Symptomverlauf besser zu kontrollieren und damit den notwendigen Einsatz von Medikamenten und das Problem „Polypharmazie“ zu reduzieren.

### **Zunehmende kognitive Verletzlichkeit im hohen Alter**

Mit fortschreitenden körperlichen bzw. gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen im höheren Lebensalter gehen sehr häufig kognitive Beeinträchtigungen einher. Wie bereits erwähnt, verstärken sich dabei funktionale und kognitive Verluste wechselseitig, es gehen also kognitive Einschränkungen häufig mit funktionalen Einschränkungen einher und umgekehrt.

Die im Rahmen des geriatrischen Assessments durchgeführten kognitiven Tests deuten auf sehr weit verbreitete kognitive Defizite unter hochbetagten Menschen in Österreich hin: Mehr als 80 Prozent der Teilnehmer/innen wiesen bei kognitiven Test Defizite auf. Fast die Hälfte der Testbefunde mussten sogar als demenzverdächtig qualifiziert werden. Dabei bestehen hochsignifikante Korrelationen zum funktionalen Status (Frailty) und zur Bildung. Letzteres deutet auf ein deutlich erhöhtes Demenzrisiko für Angehörige niedriger Bildungsschichten hin.

Ein auffälliges Ergebnis der ÖIHS ist allerdings, dass sich kognitive Defizite nicht nur bei funktional und gesundheitlich eingeschränkten, sondern auch bei ansonsten vergleichsweise „rüstigen“ Hochaltrigen feststellen lassen. Hier handelt es jedoch häufig um eher leichte kognitive Defizite, im Sinne eines „mild cognitive impairment“. Dennoch deutet der Befund auf eine allgemein erhöhte kognitive Verletzlichkeit hin, die zwar nicht mit Demenz gleichzusetzen ist, die aber in eine Demenz münden kann.

Dies wird auch durch die längsschnittlichen Analysen im Rahmen der ÖIHS bestätigt: Auffälligkeiten und Defizite bei kognitiven Tests in früheren Erhebungswellen waren mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine Verschlechterung der kognitiven Funktionen zum Zeitpunkt der dritten ÖIHS-Erhebungswelle verbunden. Kognitive Verluste gingen wiederum mit einem erhöhten Risiko für funktionale Einbußen sowie mit einer höheren Sterbewahrscheinlichkeit einher. Dies verdeutlicht abermals die zentrale Bedeutung, die der Erhaltung kognitiver Funktionen im hohen Alter zukommt.

Hier könnten Angebote zur vermehrten sozialen, körperlichen und kognitiven Aktivität ansetzen, die darauf zielen, die Entwicklung ausgeprägter kognitiver Einschränkungen zu vermeiden und die kognitive Leistungsfähigkeit im Falle bereits eingetretener kognitiver Einbußen zu erhalten oder sogar zu steigern. Aus diesem Grunde wären sozial-partizipative (z.B. Bürgerzentren), kulturell-partizipative (Bildung, kognitives Training) sowie sport- und bewegungsbezogene Angebote vorzuhalten, die auf die spezifischen Bedürfnisse der verschiedenen sozialen Schichten und Milieus abgestimmt sind. Generell sind präventive Strategien erforderlich, die auf den Aufbau und die Erhaltung von körperlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Ressourcen zielen, um das Auftreten erster Demenzsymptome zu verzögern oder auch zu vermeiden. Gerade vor dem Hintergrund des in den kommenden Jahren weiter wachsenden Anteils hochaltriger Menschen gewinnen solche Strategien mehr und mehr an Bedeutung.

### **Harninkontinenz – weit verbreitet, aber nach wie vor tabuisiert**

Ein wenig beachtetes und gesellschaftlich tabuisiertes Thema im Zusammenhang mit Hochaltrigkeit ist die Harninkontinenz. Die ausführlichen Erhebungen und eine differenzierte empirische Erfassung dieses Themas im Rahmen der ÖIHS darf als durchaus innovativ bezeichnet werden. Denn bis dato liegen relativ wenig empirische Daten über die Prävalenz der Harninkontinenz in der hochaltrigen Bevölkerung vor. Dies ist umso bemerkenswerter, als Harninkontinenz ein recht weit verbreitetes Krankheitsbild im hohen Alter darstellt. Rund ein Drittel der untersuchten Teilnehmer/innen leidet an einer Harninkontinenz, wobei Frauen deutlich stärker betroffen sind als Männer. Stark ausgeprägte Formen der Harninkontinenz sind in der Regel verbunden mit beträchtlichen funktionalen Einschränkungen, d.h. es besteht eine Korrelation zwischen Harninkontinenz und funktionalem Status (Frailty).

Je nach Schweregrad und Häufigkeit des Harnverlustes geht Harninkontinenz mit einer deutlichen Minderung des subjektiven Wohlbefindens einher. Ein auffälliges Ergebnis ist darüber hinaus, dass nur eine Minderheit der Betroffenen sich wegen der Inkontinenz in ärztlicher Behandlung befindet. Dies könnte u.a. auf die nach wie vor bestehende, weitgehende Tabuisierung dieses Krankheitsbildes zurückzuführen sein.

Die direkten und indirekten Folgen einer Harninkontinenz (reduzierter Bewegungsradius, reduzierte Flüssigkeitsaufnahme, Pharmakotherapie mit Nebenwirkungen, Sturz beim raschen oder nächtlichen Aufsuchen der Toilette etc.) können rasch zu einem Anstieg der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit führen, nicht selten auch zum notwendigen Umzug in institutionelle Betreuung. Gerade wenn es um Strategien zur Verringerung von Pflegebedarf und für den Verbleib in der häuslichen Umgebung geht, ist daher dem Thema Harninkontinenz mit möglichen präventiven und therapeutischen Maßnahmen, wozu etwa auch eine gute und intensive persönliche Beratung zu zählen ist, vermehrt Aufmerksamkeit zu widmen.

### **Einsamkeit – ein Problem einer nicht zu vernachlässigenden Minderheit**

Ein Ergebnis, das in einem gewissen Widerspruch zu gerontologischen Annahmen und Befunden steht, ist eine überraschend geringe Betroffenheit von Einsamkeitsgefühlen in der hochaltrigen Studienpopulation. Im Allgemeinen gilt Einsamkeit als relativ häufiges Problem, da das hohe Alter überwiegend mit einem Verlust von Gesundheit und Selbständigkeit sowie mit einer zunehmenden sozialen Isolation (Verwitwung etc.) verbunden wird. Laut den ÖIHS-Ergebnissen liegt die Einsamkeitsprävalenz jedoch nur im Bereich von ca. 5 Prozent, sofern man sich dabei auf „häufige“ oder „ständige“ Einsamkeitsgefühle beschränkt. Dieser Anteil erhöht sich auf rund 18 Prozent, wenn auch Personen berücksichtigt werden, die auf die Frage nach Einsamkeitsgefühlen mit „manchmal“ geantwortet haben. Die große Mehrheit scheint jedoch von Einsamkeitsgefühlen weitestgehend frei zu sein. Dies deutet darauf hin, dass Einsamkeit unter hochaltrigen Menschen möglicherweise ein seltener auftretendes Problem darstellt, als gemeinhin angenommen wird. Gleichzeitig kann der Zustand der Einsamkeit im Einzelfall jedoch mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden sein. Am ehesten betroffen sind vor allem gesundheitlich bzw. funktional stark eingeschränkte Personen (Frailty) sowie sozial isolierte Menschen (vor allem Alleinstehende). Mit Blick auf die Wohnform ergeben

sich keine signifikanten Unterschiede. Das heißt, Pflegeheimbewohner/innen sind nicht per se einsamer als in Privathaushalten Lebende oder umgekehrt.

Einsamkeit ist im hohen Alter also eher ein Problem einer Minderheit – einer Minderheit allerdings, die nicht zu vernachlässigen ist. Wie die Ergebnisse der im Rahmen der dritten Erhebungswelle durchgeführten Corona-Fokusstudie nahelegen, muss darüber hinaus davon ausgegangen werden, dass Einsamkeit – wenn auch nach wie vor auf relativ niedrigem Niveau – infolge der Pandemie und der dagegen ergriffenen Eindämmungsmaßnahmen (Lockdowns, Kontaktbeschränkungen etc.) unter hochaltrigen Menschen zugenommen hat (ÖPIA 2022). Einsamkeit ist und bleibt vor diesem Hintergrund auch weiterhin ein relevantes Thema, das wissenschaftliche und gesellschaftliche Aufmerksamkeit verdient.

### **Soziale Ungleichheiten im Alter sind das Ergebnis von über den gesamten Lebenslauf hinweg kumulierten Benachteiligungen**

Soziale und gesundheitliche Ungleichheiten im Alter dürfen nicht isoliert auf die Lebensphase des Alters bezogen werden, sondern müssen im Kontext des gesamten Lebensverlaufs von Menschen gesehen werden. Ein hohes Bildungsniveau und ein daraus resultierendes höheres Einkommen sind die Grundlage für einen entsprechend höheren sozioökonomischen Status im hohen Alter. Umgekehrt besteht ein höheres Risiko für Altersarmut für niedrig gebildete Bevölkerungsschichten, da sozioökonomische Ungleichheiten über das Pensionssystem ins Alter perpetuiert werden. Am größten ist das Altersarmutsrisiko für Frauen – einerseits aufgrund ihres niedrigeren Bildungsniveaus und einer selteneren und/oder fragmentierten Berufskarriere, andererseits aufgrund der höheren Verwitwungsrate.

Auch auf gesundheitlicher Ebene kumulieren Benachteiligungen im Alter, etwa wenn einer körperlich belastenden Erwerbsarbeit nachgegangen wird und ein nicht gesundheitsförderlicher Lebensstil vorherrscht. Als Folge kommt es oft bereits während der Erwerbsphase zu gesundheitlichen Einschränkungen, die sich – in Kombination mit geringeren finanziellen Ressourcen – im Alter besonders nachteilig auswirken können. Wie die ÖIHS recht eindrucksvoll zeigen kann, wirkt „gesundheitliche Ungleichheit“ bis ins hohe Alter hinein, was sich in einem überwiegend schlechteren gesundheitlichen und funktionalen Status von Personen aus niedrigen Bildungsschichten niederschlägt. Besonders deutlich zeigen sich sozioökonomische Differenzen im Bereich kognitiver Funktionen: Teilnehmer/innen mit geringer Schulbildung schneiden bei kognitiven Tests erheblich schlechter ab als Personen mit hoher Bildung, was auf ein signifikant erhöhtes Demenzrisiko für sozioökonomisch schlechter gestellte Menschen hindeutet.

Gleichzeitig erbringen Längsschnittuntersuchungen aber auch Hinweise darauf, dass sich sozioökonomisch vermittelte Gesundheitsdifferenzen im hohen Alter tendenziell etwas abschwächen. Wer also in relativ guter Gesundheit ein hohes Alter von 80 und mehr Jahren erreicht hat, hat auch bei niedriger Bildung keine signifikant geringere Chance, diesen Status bis ins noch höhere Alter aufrechtzuerhalten. Auch Mortalitätsunterschiede zwischen niedrigen und höheren Bildungsschichten sind in der ÖIHS-Stichprobe im Längsschnitt zwar erkennbar, aber ebenfalls nicht statistisch signifikant. Dies deutet darauf hin, dass sich die

gravierendsten und weitreichendsten Selektionsprozesse bereits in jüngeren Lebensjahren vollziehen. Die verdeutlicht wiederum, dass die Grundlagen für „Gesundheit im Alter“ früh gelegt werden und sozial- und gesundheitspolitische Interventionen daher bereits sehr früh im Lebenslauf ansetzen müssen, um gesundheitlicher Ungleichheit entgegenzuwirken.

### **Hohe Lebenszufriedenheit, relativ geringe Depressionsprävalenz**

Hochaltrige Menschen zeichnen sich durch eine überwiegend hohe Lebenszufriedenheit aus. Die Befragung zur Lebenszufriedenheit, die Zufriedenheitswerte in verschiedenen Lebensbereichen inkludiert und zusammenfasst, ergibt eine hohe Lebenszufriedenheit bei über 80 Prozent der Teilnehmer/innen. Auch die Prävalenz von Depressionen – ermittelt mithilfe eines geriatrischen Screeninginstruments – erweist sich in der Stichprobe mit einem Wert im Bereich von 15 Prozent als relativ gering. Dabei handelt es sich wiederum überwiegend um leichte depressive Symptome, während schwere Depressionen die Ausnahme darstellen.

Trotz der bemerkenswert hohen Zufriedenheitswerte und der relativ geringen Depressionsprävalenz sind dennoch Hinweise auf eine wachsende emotionale Verletzlichkeit – vor allem bei chronischen Schmerzzuständen, bei Pflegebedürftigkeit, bei stärkeren kognitiven Einbußen und bei Verwitwung – deutlich erkennbar. Hier wären Beratungsangebote oder psychotherapeutische Angebote zu entwickeln, um die Widerstandsfähigkeit mit Blick auf die emotionale Verletzlichkeit zu fördern. Auch die COVID-19-Pandemie hat, wenn auch auf niedrigem Niveau, zu einer Zunahme von depressiven Verstimmungen in der Stichprobe geführt (ÖPIA 2022). Wie sich die Pandemiefolgen längerfristig auf das psychische Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit in der hochaltrigen Bevölkerung auswirkt, wird in den kommenden Jahren weiter zu beobachten sein.

### **Aktivität im Alter hängt stark vom funktionalen sowie sozioökonomischen Status ab**

Auch im hohen Alter bestehen häufig ein relativ hoher Grad an Aktivität sowie ein hohes Aktivitätsbedürfnis. Es gehört zu den weit verbreiteten, aber in dieser Pauschalität unzutreffenden Altersstereotypen, dass alte und hochbetagte Menschen per se „inaktiv“ seien. Die Möglichkeiten einer aktiven Lebens- und Alltagsgestaltung hängen jedoch stark vom gesundheitlichen und funktionalen Status ab. Die ÖIHS-Analysen zum Aktivitätsgrad im hohen Alter zeigen, dass in Abhängigkeit vom funktionalen Status (Frailty) der Aktivitätsgrad signifikant abnimmt. Bei schweren Beeinträchtigungen der Mobilität und der Funktionalität schrumpft das Aktivitätsspektrum daher mitunter auf einige wenige Aktivitäten und Alltagsbeschäftigungen zusammen, insbesondere Fernsehen.

Auch der Bildungsgrad hat einen signifikanten Einfluss sowohl auf den Grad als auch auf das Spektrum der Aktivität im hohen Alter. Dies lässt sich einerseits durch den besseren Gesundheitszustand höher gebildeter Personen erklären. Auch deren im Schnitt bessere kognitive Verfassung dürfte hier eine Rolle spielen. So haben etwa kreative und künstlerische Tätigkeiten oder auch der Umgang mit digitalen Technologien (Computer, Internet) höhere kognitive Anforderungen, hängen also von hinreichend intakten kognitiven Funktionen ab. Andererseits sind es aber auch unmittelbar sozioökonomische Faktoren wie höheres Einkommen und Habitus (Lebensstil), die ein größeres Spektrum an Möglichkeiten

mit Blick auf die individuelle Lebensgestaltung mit sich bringen. Auch ein höheres „soziales Kapital“ sozial bessergestellter Personen ist für manche sozioökonomisch vermittelten Differenzen im hohen Alter verantwortlich, etwa in Gestalt eines größeren sozialen Netzwerks.

Dies verdeutlicht, dass im Hinblick auf die Förderung eines „aktiven Alterns“ insbesondere sozialen Disparitäten Rechnung getragen werden muss. Gerade auch vor dem Hintergrund, dass sich Aktivität (etwa die Teilnahme an Trainings- oder Bewegungsangeboten, an sozialen Aktivitäten u.ä.) positiv auf die Gesundheit und das psychische Wohlbefinden auswirkt, gewinnen praktische Ansätze und Perspektiven an Bedeutung, die das Problem sozialer Ungleichheit – die eben auch eine Ungleichheit der Möglichkeiten und Kapazitäten für ein „aktives Altern“ ist – angemessen berücksichtigt.

### **Pflege und Betreuung – überwiegend gute Versorgung und hohe Zufriedenheit**

Mit steigendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit für Pflegebedürftigkeit zu. Etwas weniger als die Hälfte der Studienteilnehmer/innen ist auf die eine oder andere Weise auf Hilfe im Alltag, rund ein Viertel auf Pflege im engeren Sinne angewiesen. Das Thema Pflege und Betreuung gewinnt daher besonders im hohen und höchsten Alter an Bedeutung. Ein individuell stimmiges und funktionierendes Pflege- und Betreuungsarrangement trägt dabei erheblich zu Autonomie und Selbstbestimmung und in weiterer Folge zur Lebensqualität im Alter bei.

Die Ergebnisse der ÖIHS deuten darauf hin, dass hochaltrige Menschen in Österreich überwiegend recht gut sozial integriert sind. Ein großer Teil von ihnen kann daher auch bei Hilfe- und Pflegebedarf auf Unterstützung von Angehörigen zurückgreifen. Eine entsprechend große Rolle für die individuelle Pflege und Betreuung spielen informelle Unterstützungs- und Pflegeleistungen. Wer auf informelle Leistungen nicht oder weniger zurückgreifen kann – etwa aufgrund von Verwitwung und/oder Kinderlosigkeit –, hat eine höhere Wahrscheinlichkeit, bei Pflegebedürftigkeit in ein Pflegeheim übersiedeln zu müssen. Davon sind vor allem Frauen und Angehörige niedriger Bildungsschichten betroffen.

Überwiegend äußern sich die befragten hochaltrigen Frauen und Männer mit ihren Pflege- und Betreuungsarrangements auch als sehr zufrieden (erfragt wurde vor allem die Zufriedenheit im Pflegeheimkontext sowie im Kontext formeller Leistungen wie Heimhilfe oder 24-Stunden-Betreuung). Hier sollte allerdings berücksichtigt werden, dass Pflegebedürftige sich in einem Abhängigkeitsverhältnis befinden, das ein sozial erwünschtes Antwortverhalten begünstigen kann.

Eine vergleichsweise geringe Rolle spielen Fragen der persönlichen Pflegevorsorge. Nur ein geringer Anteil der befragten Hochaltrigen verfügt z.B. über eine Vorsorgevollmacht, eine Patientenverfügung oder andere schriftliche Vollmachten zur Vorsorge für den eventuell eintretenden Fall des Verlustes der Geschäftsfähigkeit oder von Pflegebedürftigkeit – auch wenn der Anteil im Vergleich zu früheren ÖIHS-Erhebungswellen etwas gestiegen ist. Dies könnte auf eine nach wie vor bestehende, bereits in früheren ÖIHS-Berichten thematisierte Tabuisierung von Pflegebedürftigkeit (vgl. ÖPIA 2015; ÖPIA 2018c) zurückzuführen sein.

Verstärkte gesellschaftliche Bemühungen zur Enttabuisierung von Pflegebedürftigkeit scheinen in diesem Lichte nach wie vor als erstrebenswert. Auch hierfür erweist sich abermals ein differenziertes und realistisches Altersbild als bedeutsam, das weder einseitig negativ und stereotyp das Alter(n) auf Verlust von Gesundheit und Pflegebedürftigkeit reduziert, noch durch eine ebenso einseitige Akzentsetzung auf ein „aktives“, „gesundes“ und „produktives Altern“ eine Verdrängung „negativer“ Begleiterscheinungen des hohen Alters und damit auch eine Tabuisierung von Pflegebedürftigkeit zusätzlich begünstigt.

### **Frauen sind funktional eingeschränkter, häufiger alleinlebend und stärker armutsgefährdet**

Die ÖIHS ergibt eine Reihe von geschlechtsspezifischen Differenzen, sowohl in gesundheitlicher als auch sozialer Hinsicht. Zwar haben Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer und machen daher den größten Anteil an der hochaltrigen Bevölkerung aus. Dafür befinden sie sich aber tendenziell in einer schlechteren physischen Konstitution als gleichaltrige Männer. Sie sind häufiger multimorbide und leiden unter stärkeren funktionalen Einschränkungen, was auch einen geringeren Grad an Mobilität und Selbsthilfefähigkeit im Hinblick auf alltägliche Verrichtungen mit sich bringt.

In psychischer Hinsicht zeichnet sich ein etwas höheres Demenzrisiko hochaltriger Frauen im Vergleich zu Männern ab, auch sind sie – zumindest ausgehend von der Krankheitsanamnese im Rahmen des geriatrischen Assessments – häufiger von Depressionen betroffen. Ein ebenfalls durchgeführtes Depressionsscreening ergab hingegen keine signifikant häufigere oder stärkere depressive Symptomatik.

Ihre stärkere Betroffenheit von gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen hat wiederum Auswirkungen auf die soziale Integration. Dies lässt sich beispielsweise an einer deutlich geringeren Außer-Haus-Mobilität im Vergleich zu hochaltrigen Männern ablesen. Ein besonders großer geschlechtsspezifischer Unterschied zuungunsten von Frauen besteht in ihrer bedeutend höheren Verwitwungsrate. Mehr als die Hälfte von ihnen ist verwitwet, hingegen betrifft dies nur etwa jeden fünften Mann. Dies hat wiederum zur Folge, dass Frauen mehr als doppelt so häufig wie Männer alleinlebend sind. Auch Einsamkeit betrifft daher Frauen signifikant häufiger als Männer.

Auf sozioökonomischer Ebene bestätigen die Ergebnisse die aus der Forschung bekannte soziale Ungleichheit zwischen den Geschlechtern. Dies schlägt sich sowohl in einer signifikant geringeren Bildung als auch in einem ebenso signifikant geringeren Haushaltseinkommen von Frauen im Vergleich zu Männern nieder. Vor allem besonders niedrige Einkommen (unter 1.000€) betreffen in der überwiegenden Mehrheit Frauen, was auf ein deutlich höheres Altersarmutsrisiko für Frauen hinweist.

Diese geschlechtsspezifischen Differenzen erfordern unterschiedliche, auf die jeweiligen Bedürfnisse und Lebenslagen von hochaltrigen Männern und Frauen abgestimmte Angebote und Interventionen. Vor allem die besondere Lebenssituation von Frauen muss sowohl in Forschung als auch Praxis angemessen berücksichtigt werden. Hier ist sicherlich in den vergangenen Jahren ein größeres Bewusstsein entstanden. Insbesondere die höhere Armutsgefährdung alter und hochbetagter Frauen verdient angesichts einer in den letzten Jahren tendenziell wieder zunehmenden Altersarmut besondere Aufmerksamkeit.

### **Relativ geringe Stadt-Land-Unterschiede**

Das Leben hochaltriger Menschen findet in einem räumlichen Kontext statt, der abhängig von seinem Urbanisierungsgrad unterschiedliche Herausforderungen der Lebensgestaltung im Alter mit sich bringt. Insgesamt ergibt die Datenanalyse zwischen Stadt- und Landbevölkerung in der ÖIHS jedoch relativ wenige Unterschiede.

Die deutlichsten Unterschiede bestehen in sozioökonomischer Hinsicht (Bildung, Einkommen), was auf Unterschiede in der Sozial- und Wirtschaftsstruktur städtischer und ländlicher Räume zurückzuführen ist, sowie in den jeweiligen Lebens- und Familienformen (Familienstand, Kinderzahl etc.). Wenig signifikante Unterschiede ergeben sich allerdings in gesundheitlicher und funktionaler Hinsicht. Auch im Hinblick auf ihre psychische Gesundheit (z.B. Depressionen) und ihre Lebenszufriedenheit unterscheiden sich hochaltrige Stadt- und Landbevölkerung nicht wesentlich voneinander.

Einzig mit Blick auf kognitive Funktionen – gemessen durch kognitive Tests im Rahmen des geriatrischen Assessments – ergeben sich insofern auffällige Befunde, als hochaltrige Menschen auf dem Land signifikant häufiger von kognitiven Einschränkungen betroffen sind. Dies könnte auf ein erhöhtes Demenzrisiko für Personen aus ländlichen Regionen hindeuten. Die Ursachen dafür wären zu untersuchen, dürften aber u.a. im niedrigeren sozioökonomischen Status, insbesondere im niedrigeren Bildungsgrad der Landbevölkerung zu suchen sein.

Auch im Hinblick auf die soziale Integration hochaltriger Menschen in Stadt und Land ergibt die Untersuchung nur wenige Differenzen. Trotz Unterschieden in den Lebensformen (höherer Anteil Alleinlebender und Lediger in der Stadt, geringere Kinderzahl etc.) verfügen Städter/innen nicht über kleinere Netzwerke oder weniger häufige Sozialkontakte als Landbewohner/innen. Einsamkeit ist, ausgehend von den Angaben der Teilnehmer/innen, sowohl in der Stadt als auch auf dem Land eher eine Seltenheit. Allenfalls können Landbewohner/innen bei Bedarf etwas leichter auf Unterstützung durch andere Personen aus ihrer Nähe zurückgreifen, insbesondere durch Angehörige. Größere Herausforderungen ergeben sich für hochaltrige Menschen auf dem Land mit Blick auf Mobilität, insbesondere bei Vorliegen von gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen.

Stadt-Land-Differenzen könnten mit weiterem Verlauf des demographischen Wandels zunehmen. Wenn – wie sich demographisch andeutet – besonders in ländlichen Gebieten der Alten- und Hochaltrigenanteil besonders rasch wächst, ist von einer weiter wachsenden Zahl von hochaltrigen Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf auszugehen, bei gleichzeitiger Abwanderung jüngerer Bevölkerungssegmente. Dies geht mit entsprechenden Herausforderungen für die Daseinsvorsorge in ländlichen Räumen einher. Die weitere Entwicklung und möglicherweise zunehmende Stadt-Land-Unterschiede hinsichtlich der Gesundheits-, Lebens- und Betreuungssituation hochaltriger Menschen wären ein lohnender Gegenstand für längsschnittliche Untersuchungen.





## LITERATUR

- Allen, David/Vasavada, Abhay (2006): Cataract and surgery for cataract, in: *British Medical Journal* 333, 128-132.
- Bach, Doris/Böhmer, Franz (Hg.) (2011): *Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter*. Wien: Böhlau.
- Backes, Gertrud M. (2005): Alter(n) und Geschlecht: ein Thema mit Zukunft, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 55(49-50), 31-38.
- Baltes, Margret M./Horgas, Ann L./Klingenspor, Barbara/Freund, Alexandra M./Carstensen Laura L. (2010): Geschlechtsunterschiede in der Berliner Altersstudie, in: Lindenberger, Ulman/Smith, Jacqui/Mayer, Karl Ulrich/Baltes, Paul B. (Hg.): *Die Berliner Altersstudie* (3., erweiterte Auflage). Berlin: Akademie Verlag, S. 597-622.
- 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.
- Berkman, Lisa F./Glass, Thomas/Brissette, Ian/Seeman, Teresa E. (2000): From social integration to health: Durkheim in the new millennium, in: *Social Science & Medicine* 51(6), 843-857.
- Berkman, Lisa F./Krishna, A. (2014): Social network epidemiology, in: Berkman, Lisa F./Kawachi, Ichirō/Glymour, Maria M. (Hg.): *Social epidemiology* (2. Auflage, 234–289). Oxford: Oxford University Press.
- BMSGPK (2020): *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2019*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Böhmer, Franz (2008): Multimorbidität und Polypathie, in: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hg.): *Geriatric. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten*. Wien: Böhlau, 81-87.
- Borson, Soo/Scanlan, James/Brush, Michael/Vitaliano, Peter/Dokmak, Ahmed (2000): The Mini-Cog: a cognitive "vital signs" measure for dementia screening in multi-lingual elderly, in: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15(11), 1021–1027.
- Bouman, Walter P. (2013): Sexuality in later life, in: Dening, Tom/Thomas, Alan (Eds.): *The Oxford textbook of old age psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 703–723.
- Brijoux, Thomas/Woopen, Christiane/Zank, Susanne (2021): Multimorbidity in old age and its impact on life results, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 54, Sonderheft 2, 108-113.
- Brunnauer, Claudia/Hörl, Gabriele/Schmutzhart, Ingrid (2015): *Geschlecht und Altern. Interdisziplinäre Betrachtungen*. Wiesbaden: Springer VS.

- Butterwegge, Carolin/Hansen, Dirk (2012): Altersarmut ist überwiegend weiblich. Frauen als Hauptleidtragende des Sozialabbaus, in: Butterwegge, Christoph/Bosbach, Gerd/Birkwald, Matthias W. (Hg.): Armut im Alter. Probleme und Perspektiven der sozialen Sicherung. Frankfurt am Main: Campus, 111-129.
- Carpenter, Laura M./Nathanson, Constance A./Kim, Young J. (2009): Physical women, emotional men: Gender and sexual satisfaction in midlife, in: Archives of Sexual Behavior 38, 87-107.
- Carruthers, Cynthia/Hood, Colleen D. (2004): The power of the positive: Leisure and well-being, in: Therapeutic Recreation Journal 38(2), 225-245.
- 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.
- Chen, Yixin/Feeley, Thomas H. (2014): Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults: An analysis of the Health and Retirement Study, in: Journal of Social and Personal Relationships 31(2), 141-161.
- Chiarelli, Pauline E./Mackenzie, Lynette A./Osmotherly, Peter G. (2009): Urinary incontinence is associated with an increase in falls: a systematic review, in: Australian Journal of Physiotherapy 55(2), 89-95.
- Cohen, Sheldon/Janicki-Deverts, Denise (2009): Can we improve our physical health by altering our social networks?, in: Perspectives on Psychological Science 4(4), 375-378.
- Coleman, Denis/Iso-Ahola, Seppo E. (1993): Leisure and health: The role of social support and self-determination, in: Journal of Leisure Research 25(2), 111-128.
- 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.
- Cornwell, Benjamin/Laumann, Edward O. (2015): The health benefits of network growth: New evidence from a national survey of older adults, in: Social Science & Medicine 125, 94-106.
- Davis, Martha Christine (2015): Exploring how sex and love are defined in adulthood: Conversations with women about romantic relationships. Western Carolina University.
- Denninger, Tina/Schütze, Lea (Hg.) (2017): Alter(n) und Geschlecht. Neuverhandlungen eines sozialen Zusammenhangs. Münster: Westfälisches Dampfboot.

- DeSalvo, Karen B./Bloser, Nicole/Reynolds, Kristi/He, Jiang/Muntner, Paul (2006): Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis, in: *Journal of General Internal Medicine* 21(3), 267-275.
- Doblhammer, Gabriele/Schulz, Anne/Steinberg, Juliana/Ziegler, Ute (2012): *Demografie der Demenz*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Duan, Jun/Lv, Yue-Bin/Gao, Xiang/Zhou, Jin-Hui/Byers Kraus, Virgiina/Zeng, Yi/Su, Hong/Shi, Xiao-Ming (2020): Association of cognitive impairment and elderly mortality: differences between two cohorts ascertained 6-years apart in China, in: *BMC Geriatrics* 20, 29(2020), <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1424-4>
- Ekström, Magnus/Johnson, Miriam J./Taylor, Bridget/Luszcz, Mary/Wohland, Pia/Ferreira, Diana H./Currow, David C. (2018): Breathlessness and sexual activity in older adults: The Australian Longitudinal Study of Ageing, in: *NPJ Primary Care Respiratory Medicine* 28(1), 1-6.
- Elbing, Eberhard (1991): *Einsamkeit. Psychologische Konzepte, Forschungsbefunde und Treatmentansätze*. Göttingen: Hogrefe.
- Ellwardt, Lea/van Tilburg, Theo/Aartsen, Marja/Wittek, Rafael/Steuerink, Nardi (2015): Personal networks and mortality risk in older adults: a twenty-year longitudinal study, in: *PloS One* 10(3), e0116731.
- Elmadfa, Ibrahim/Leitzmann, Claus (2004): Ältere Menschen, in: Elmadfa/Leitzmann, Claus: *Ernährung des Menschen*, 4. Auflage. Stuttgart: Ulmer, 496-500.
- Engeln, Arnd/Schlag, Bernhard (Hrsg.). (2001): *Anbindung - Abschlussbericht zum Forschungsprojekt. Anforderungen Älterer an eine benutzergerechte Vernetzung individueller und gemeinschaftlich genutzter Verkehrsmittel*. (Schriftreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 196). Stuttgart: Kohlhammer.
- Engstler, Heribert/Menning, Sonja/Hoffmann, Elke/Tesch-Römer, Clemens (2004): Die Zeitverwendung älterer Menschen, in: Statistisches Bundesamt (Hg.): *Alltag in Deutschland. Analysen zur Zeitverwendung*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 216-246.
- Engstler, Heribert/Huxhold, Oliver (2010): Beeinflusst die Beziehung älterer Menschen zu ihren erwachsenen Kindern die räumliche Nähe zwischen den Generationen? Wechselwirkungen zwischen Wohnentfernung, Kontakthäufigkeit und Beziehungseuge im Längsschnitt, in: Ette, Andreas/Ruckdeschel, Kerstin/Unger, Rainer (Hg.): *Potenziale intergenerationaler Beziehungen*. Würzburg: Ergon Verlag, 175-197.
- Eurostat (2020): *Ageing Europe – Looking at the lives of older people in the EU*. European Union. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-books/-/ks-02-20-655>

- Ferris, Jason A./Smith, Anthony M./Pitts, Marian K./Richters, Juliet/Shelley, Julia M./Simpson, Judy (2008): Selfreported sexual activity in Australian sexagenarians, in: *British Medical Journal* 337, a1250.
- Feskanich, Diane/Willett, Walter/Colditz, Graham (2002): Walking and leisure-time activity and risk of hip fracture in postmenopausal women, in: *Jama* 288(18), 2300-2306.
- Fileborn, Bianca/Thorpe, Rachel/Hawkes, Gail/Minichiello, Victor/Pitts, Marian/Dune, Tinashe (2015): Sex, desire and pleasure: Considering the experiences of older Australian women, in: *Sexual and Relationship Therapy* 30(1), 117–130.
- Fincke, Benjamin G./Snyder, Kerri/Cantillon, Colleen/Gaehde, Stephan/Standing, Peter/Fiore, Louis/Brophy, Mary/Gagnon, David R. (2005): Three complementary definitions of polypharmacy: methods, application and comparison of findings in a large prescription database, in: *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 14(2), 121-128.
- Fiori, Katherine L./Jager, Justin (2012): The impact of social support networks on mental and physical health in the transition to older adulthood: A longitudinal, pattern-centered approach, in: *International Journal of Behavioral Development* 36(2), 117-129.
- Fischer, P./Jungwirth, S./Krampla, W./Weissgram, S./Kirchmeyr, W./Schreiber, W./Huber, K./Rainer, M./Bauer, P./Tragl, K.H. (2002): Vienna Transdanube Aging "VITA": study design, recruitment strategies and level of participation, in: *Journal of Neural Transmission Supplement*, 62, 105-116.
- Folstein, Marshal F./Folstein, Susan E./McHugh, Paul R. (1975): "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, in: *Journal of Psychiatric Research* 12(3), 189-198.
- Formiga, Francesc/Ferrer, Assumpta/Chivite, David/Montero, Abelardo/Sanz, Hector/Pujol, Ramón (2013): Utility of Geriatric Assessment to Predict Mortality in the Oldest Old: The Octabaix Study 3-Year Follow-Up, in: *Rejuvenation Research* 16(4), 279-284.
- 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, 98-104.
- Fried, Linda P./Tangen, Catherine M./Walston, Jeremy/Newman, Anne B./Hirsch, Calvin/Gottdiener, John/Seeman, Teresa/Tracy, Russell/Kop, Willem J./Burke, Gregory/McBurnie, Mary Ann (2001): Frailty in older adults: Evidence for a phenotype, in: *The Journals of Gerontology: Series A* 56(3), M146-M157.
- Frühwald, Thomas (2008): Frailty, in: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hg.): *Geriatric. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten*. Wien: Böhlau, 269-278.

- Frühwald, Thomas/Gosch, Markus (2008): Geriatrisches Assessment. Auswahl von Screening- und Assessmentverfahren, in: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hg.): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Wien: Böhlau, 37-61.
- Füsgen, Ingo/Renteln-Kruse, Wolfgang von (2008): Besonderheiten der Arzneimitteltherapie beim geriatrischen Patienten, in: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hg.): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Wien: Böhlau, 575-583.
- Galinsky, Adena M. (2012): Sexual touching and difficulties with sexual arousal and orgasm among U.S. older adults, in: Archives of Sexual Behavior 41, 875–890.
- Gautam, Ramraj/Saito, Tami/Kai, Ichiro (2007): Leisure and religious activity participation and mental health: gender analysis of older adults in Nepal, in: BMC Public Health 7(1), 1-11.
- Gauthier, Serge/Reisberg, Barry/Zaudig, Michael/Petersen, Ronald C./Ritchie, Karen/Broich, Karl/Belleville, Sylvie/Brodsky, Henry/Bennett, David/Chertkow, Howard/Cummings, Jeffrey L./de Leon, Mony/Feldman, Howard/Ganguli, Mary/Hampel, Harald/Scheltens, Philip/Tierney, Mary C./Whitehouse, Peter/Winblad, Bengt (2006): Mild cognitive impairment, in: The Lancet 367(9518), 1262-1270.
- Geppert, Jochen/Kühl, Jutta (2006): Gender und Lebenserwartung. Bielefeld: Kleine-Verlag.
- Gott, Merryn/Hinchliff, Sharron (2003): How important is sex in later life? The views of older people, in: Social Science & Medicine 56(8), 1617-1628.
- Gruss, Hans-Jürgen (2008): Stuhlinkontinenz, in: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hg.): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Wien: Böhlau, 175-186.
- Haber, Carole (2000): Old age as a time of decay, in: Markson, Elizabeth W./Hollis-Sawyer, Lisa Ann (Hg.): Intersections of aging. Readings in social gerontology. Los Angeles: Roxbury Publishing, 39-51.
- Hao, Qiukui/Dong, Birong/Yang, Ming/Dong, Biao/Wie, Yuquan (2018): Frailty and cognitive impairment in predicting mortality among oldest-old people, in: Frontiers in Aging Neuroscience 10:295, <https://doi.org/10.3389/fnagi.2018.00295>
- Hardt, Roland (2008): Akute und chronische Schmerzzustände, in: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hg.): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Wien: Böhlau, 89-95.
- Hartung, Heike (Hg.) (2015): Alter und Geschlecht. Repräsentationen, Geschichten und Theorien des Alter(n)s. Bielefeld: transcript.
- Hayder, Daniela/Schnepp, Wilfried (2009): Wie Betroffene und pflegende Angehörige den Alltag mit Harninkontinenz gestalten, in: Pflege und Gesellschaft 14(4), 343-361.

- Heikkinen, Eino (1998): Background, design and methods of the Evergreen Project, in: *Journal of Aging and Physical Activity* 6(2), 106-120.
- Heusinger, Josefine (2017): Alltag im Pflegeheim: Eine gendersensible Rekonstruktion der Sicht älterer Bewohner\_innen, in: Denninger, Tina/Schütze, Lea (Hg.): *Alter(n) und Geschlecht. Neuverhandlungen eines sozialen Zusammenhangs*. Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 171-188.
- Helmchen, Hanfried/Baltes, Margret M./Geiselman, Bernhard/Kanowski, Siegfried/Linden, Micheal/Reischies, Friedel M./Wagner, Michael/Wilms, Hans-Ulrich (2010): Psychische Erkrankungen im Alter, in: Lindenberger, Ulman/Smith, Jacqui/Mayer, Karl Ulrich/Baltes, Paul B. (Hg.): *Die Berliner Altersstudie* (3., erweiterte Auflage). Berlin: Akademie Verlag, 209-243.
- Herrmann, Francois R./Zekry, Dina (2017): Comparison of centenarians' characteristics among 5 countries, the oldest old project (5-COOP), in: *Innovation in Aging* 1(suppl\_1), 1347-1348.
- Heusinger, Josefine (2017): Alltag im Pflegeheim: Eine gendersensible Rekonstruktion der Sicht älterer Bewohner\_innen, in: Denninger, Tina/Schütze, Lea (Hg.): *Alter(n) und Geschlecht. Neuverhandlungen eines sozialen Zusammenhangs*. Münster: Westfälisches Dampfboot, 171-188.
- Hillier, Susan M./Barrow, Georgia M. (2010): *Aging, the individual, and society* (9th ed.). Belmont, CA: Wadsworth Publishing.
- 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.
- Hradil, Stefan (1987): *Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft. Von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus*. Opladen: Leske & Budrich.
- Hutchinson, Susan L./Nimrod, Galit (2012): Leisure as a resource for successful aging by older adults with chronic health conditions, in: *The International Journal of Aging and Human Development* 74(1), 41-65.
- HVB (2018a): *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2018*. Wien: Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger.
- HVB (2018b): *Statistische Daten aus der Sozialversicherung – Versicherte, Pensionen, Renten. Jahresergebnisse 2018*. Wien: Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger, <http://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.555201&version=1548666221>

- Infurna, Frank J./Gerstorf, Denis/Ryan, Lindsay H./Smith, Jacqui (2011): Dynamic links between memory and functional limitations in old age: longitudinal evidence for age-based structural dynamics from the AHEAD study, in: *Psychology and Aging* 26(3), 546-558.
- Iso-Ahola, Seppo E. (1997): A psychological analysis of leisure and health, in: Haworth, John T. (Ed.): *Work, leisure and well-being*. London: Routledge, 131–144.
- Janke, Megan C./Nimrod, Galit/Kleiber, Douglas A. (2008): Leisure activity and depressive symptoms of widowed and married women in later life, in: *Journal of Leisure Research* 40(2), 250-266.
- Jopp, Daniela S./Rott, Christoph/Boerner, Kathrin/Boch, Katrin/Kruse, Andreas (2013): *Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Herausforderungen und Stärken des Lebens mit 100 Jahren* Stuttgart: Robert Bosch Stiftung GmbH.
- Kamenski, Gustav/Dorner, Thomas/Lawrence, Kitty/Psota, Georg/Rieder, Anita/Schwarz, Franz/Sepandj, 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.
- Katz, Sidney/Ford, Amasa B./Moskowitz, Roland W./Jackson, Beverly A./Jaffe, Marjorie W. (1963): Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function, in: *Journal of the American Medical Association* 185(12), 914-919.
- Kausmann, Corinna/Vogel, Claudia/Hagen, Christine/Simonson, Julia (2017): *Freiwilliges Engagement von Frauen und Männern. Genderspezifische Befunde zur Vereinbarkeit von freiwilligem Engagement, Elternschaft und Erwerbstätigkeit*. Berlin: BMFSFJ.
- Klaus, Daniela/Mahne, Katharina (2019): Partnerschaft und Familie im Alter, in: Hank, Karsten/Schulz-Nieswandt, Frank/Wagner, Michael/Zank, Susanne (Eds.), *Altersforschung: Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (pp. 357-390). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Kleiber, Douglas A./Nimrod, Galit (2009): 'I can't be very sad': constraint and adaptation in the leisure of a 'learning in retirement' group, in: *Leisure Studies* 28(1), 67-83.
- 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.
- 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* 389(10076), 1323-1335.

- Kovacs, Gabor G./Milenkovic, Ivan/Wöhrer, Adelheid/Höftberger, Romana/Gelpi, Ellen/Haberler, Christine/Hönigschnabl, Selma/Reiner-Concin, Angelika/Heinzl, Harald/Jungwirth, Susanne/Krampla, Wolfgang/Fischer, Peter/Budka, Herbert (2013): Non-Alzheimer neurodegenerative pathologies and their combinations are more frequent than commonly believed in the elderly brain: a community-based autopsy series, in: *Acta Neuropathologica* 126(3), 365-384.
- Kruse, Andreas (2017): *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*. Berlin: Springer.
- Kuiper, Jisca S./Zuidersma, Marij/Oude Voshaar, Richard C./Zuidema, Sytse U./van den Heuvel, Edwin R./Stolk, Ronald P./Smidt, Nynke (2015): Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies, in: *Ageing Research Reviews* 22, 39-57.
- Kurz, Peter/Putz, Evelyn (2018): *Bevölkerung Land Salzburg. Stand & Entwicklung 2017*. Salzburg: Amt der Salzburger Landesregierung.
- Kydd, Angela/Fleming, Anne/Paoletti, Isabella/Hvalic Touzery, Simona (2020): Exploring terms for the oldest old in gerontological literature, in: *The Journal of Aging and Social Change* 10(2), 53-73.
- Lachs, Mark S./Feinstein, Alvan R./Cooney, Leo M./Drickamer, Margaret A./Marottoli, Richard A./Pannill, Fitzhugh C./Tinetti, Mary E. (1990): A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients, in: *Annals of Internal Medicine* 112(9), 699-706.
- Langer, Nieli (2009): Late life love and intimacy, in: *Educational Gerontology* 35(8), 752-764.
- 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 (2009): Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter, in: Böhm, Karin/Tesch-Römer, Clemens/Ziese, Thomas (Hg.): *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch Institut, 121-133.
- 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.
- Lawton, M. Powell/Brody, Elaine M. (1969): Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living, in: *The Gerontologist* 9(3), 179-186.
- Lee, David M./Nazroo, James/O'Connor, Daryl B./Blake, Margaret/Pendleton, Neil (2016a): Sexual health and well-being among older men and women in England: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing, in: *Archives of Sexual Behavior* 45(1), 133-144.
- Lee, David M./Vanhoutte, Bram/Nazroo, James/Pendleton, Neil (2016b): Sexual health and positive subjective well-being in partnered older men and women, in: *Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 71(4), 698–710.
- Lee, Sei J./Go, Alan S./Lindquist, Karla/Bertenthal, Daniel/Covinsky, Kenneth E. (2008): Chronic conditions and mortality among the oldest old, in: *American Journal of Public Health* 98(7), 1209-1214
- Lee, D. J./Markides, K. S. (1990): Activity and mortality among aged persons over an eight-year period, in: *The Journals of Gerontology: Social Sciences* 45, 39-542.
- Lengerer, Andrea (2016): Partnerschaftliches Zusammenleben im Alter, in: Stauder, Johannes/Rapp, Ingmar/Eckhard, Jan (Hg.): Soziale Bedingungen privater Lebensführung. Wiesbaden: Springer, 15-40.
- Leopoldina (2016): Wissenschaftliche und gesellschaftspolitische Bedeutung bevölkerungsweiter Längsschnittstudien. Halle: Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina e. V.
- Li, Kuanrong/Hüsing, Anika/Kaaks, Rudolf (2014): Lifestyle risk factors and residual life expectancy at age 40: a German cohort study, in: *BMC Medicine* 12(1), 1-10.
- Liddle, Jacki/McKenna, Kryss (2003): Older drivers and driving cessation, in: *British Journal of Occupational Therapy* 66(3), 125-132.
- Lindau, Stacy T./Schumm, L. Philip/Laumann, Edward O./Levinson, Wendy/O'Muircheartaigh, Colm A./Waite, Linda J. (2007): A study of sexuality and health among older adults in the United States, in: *New England Journal of Medicine* 357, 762–774.
- Litwin, Howard/Shiovitz-Ezra, Sharon (2011): Social network type and subjective well-being in a national sample of older Americans, in: *The Gerontologist* 51(3), 379-388.
- Lu, Pau-Ching (2007): Sibling relationships in adulthood and old age: A case study of Taiwan, in: *Current Sociology* 55(4), 621-637.

- Luck, Tobias/Luppa, Melanie/Briel, Susanne/Matschinger, Herbert/König, Hans-Helmut/Bleich, Stefan/Villringer, Arno/Angermeyer, Matthias C./Riedel-Heller, Steffi G. (2010): Mild Cognitive Impairment: Incidence and Risk Factors: Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged, in: *Journal of the American Geriatrics Society* 58(10), 1903-1910.
- Liu, Carlo/Tight, Miles/Burrow, Michael (2017): The unmet travel needs of the older population: a review of the literature, in: *Transport Reviews* 37(4), 488-506.
- Mann, Eva/Böhmendorfer, Birgit/Frühwald, Thomas/Roller-Wirnsberger, Regina E./Dovjak, Peter/Dückelmann-Hofer, Christine/Fischer, Peter/Rabady, Susanne/Iglseder, Bernhard (2012): Potentially inappropriate medication in geriatric patients: the Austrian consensus panel list, in: *Wiener klinische Wochenschrift* 124(5-6), 160-169.
- Mann, Eva/Haastert, Burkhard/Böhmendorfer, Birgit/Frühwald, Thomas/Iglseder, Bernhard/Roller-Wirnsberger, Regina/Meyer, Gabriele (2013): Prevalence and associations of potentially inappropriate prescriptions in Austrian nursing home residents: secondary analysis of a cross-sectional study, in: *Wiener klinische Wochenschrift* 125(7-8), 180-188.
- Mann, Eva/Haastert, Burkhard/Frühwald, Thomas/Saueremann, Robert/Hinteregger, Manfred/Hözl, Daniela/Keuerleber, Simon/Scheuringer, Martin/Meyer, Gabriele (2014): Potentially inappropriate medication in older persons in Austria: A nationwide prevalence study, in: *European Geriatric Medicine* 5(6), 399-405.
- Marksteiner, Josef (2008): Demenzielle Erkrankungen, in: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hg.): *Geriatric. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten*. Wien: Böhlau, 253-260.
- Marmot Michael/Wilkinson, Richard (Hg.) (2006): *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Mayer, Karl Ulrich/Wagner, Michael (2010): Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter, in: Lindenberger, Ulman/Smith, Jacqui/Mayer, Karl Ulrich/Baltes, Paul B. (Hg.): *Die Berliner Altersstudie (3., erweiterte Auflage)*. Berlin: Akademie Verlag, 275-299.
- Mehndiratta, Satya Mehndiratta (1987): *A theoretical model of quantity and quality in social relations and self-conception of old people in Malmö*. Malmö: Department of Educational and Psychological Research.
- Mercer, Catherine H./Tanton, Clare/Prah, Philip/Erens, Bob/Sonnenberg, Pam/Clifton, Soazig/Macdonald, Wendy/Lewis, Ruth/Field, Nigel/Datta, Jessica/Copas, Andrew/Phelps, Andrew/Wellings, Kaye/Johnson, Anne M. (2013): Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: Findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal), in: *The Lancet* 382(9907), 1781-1794.

- 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.
- Mollaoğlu, Mukadder/Tuncay, Fatma Ö./Fertelli, Tülay K. (2010): Mobility disability and life satisfaction in elderly people, in: *Archives of gerontology and geriatrics* 51(3), e115-e119.
- Mossey, Jana M./Shapiro, Evelyn (1982): Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly, in: *American Journal of Public Health* 72(8), 800-808.
- Nußbaumer, Barbara/Lohrmann, Christa (2011): Prävalenz der Inkontinenz und Pflegemaßnahmen, in: *ProCare* 16(4), 18-21.
- Okun, Morris A./Keith, Verna M. (1998): Effects of positive and negative social exchanges with various sources on depressive symptoms in younger and older adults, in: *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 53(1), P4-P20.
- Olshansky, S. Jay/Antonucci, Toni/Berkman, Lisa/Binstock, Robert H./Börsch-Supan, Axel/Cacioppo, John T./Carnes, Bruce A./Carstensen, Laura L./Fried, Linda P./Goldman, Dana P./Jackson, James/Kohli, Martin/Rother, John/Zheng, Yuhui/Rowe, John (2012): Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up, in: *Health Affairs* 31(8), 1803-1813.
- ÖGGG (2011): *Österreichisches Geriatisches Basisassessment.* Wien: Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie.
- ÖPIA (2015): *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie, 1. Erhebung 2013/2014: Wien und Steiermark. Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung.* Wien: ÖPIA.
- ÖPIA (2018a): *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie, Welle II 2015-2018. Panelerhebung Wien und Steiermark.* Wien: ÖPIA.

- ÖPIA (2018b): Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie, Welle II 2015-2018. 1. Erhebung Niederösterreich: Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung in urbanen und ruralen Kontexten Niderösterreichs. Wien: ÖPIA.
- ÖPIA (2018c): Individuelle und soziale Potenziale für ein „gutes Leben“ im hohen Alter. Qualitative Fokusstudie (Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie, Welle II 2015-2018). Wien: ÖPIA.
- ÖPIA (2022): Die COVID-19-Pandemie im subjektiven Erleben hochaltriger Menschen in Österreich. Fokusstudie (Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie, Welle III 2019-2022). Wien: ÖPIA.
- ÖROK (2018): Kleinräumige Bevölkerungsprognose für Österreich 2018 bis 2040 mit einer Projektion bis 2060 und Modellfortschreibung bis 2075 (ÖROK-Prognose). Wien: Österreichische Raumordnungskonferenz. [https://www.oerok.gv.at/fileadmin/user\\_upload/Bilder/2.Reiter-Raum\\_u.\\_Region/2.Daten\\_und\\_Grundlagen/Bevoelkerungsprognosen/Prognose\\_2018/Bericht\\_BevPrognose\\_2018.pdf](https://www.oerok.gv.at/fileadmin/user_upload/Bilder/2.Reiter-Raum_u._Region/2.Daten_und_Grundlagen/Bevoelkerungsprognosen/Prognose_2018/Bericht_BevPrognose_2018.pdf)
- Perls, Thomas T./Kunkel, Louis M./Puca, Annibale A. (2002): The genetics of exceptional human longevity, in: *Journal of Molecular Neuroscience* 19(1-2), 233-238.
- Pinquart, Martin/Duberstein, Paul R. (2010): Associations of social networks with cancer mortality: A meta- analysis, in: *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 75(2), 122-137.
- Pinquart, Martin/Sorensen, Silvia (2001): Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis, in: *Basic and Applied Social Psychology* 23(4), 245-266.
- Podsiadlo, Diane/Richardson, Sandra (1991): The Timed „Up & Go“: a test of basic functional mobility for frail elderly persons, in: *Journal of the American Geriatrics Society* 39(2), 142-148.
- Pressman, Sarah D./Matthews, Karen A./Cohen, Sheldon/Martire, Lynn M./Scheier, Michael/Baum, Andrew/Schulz, Richard (2009): Association of enjoyable leisure activities with psychological and physical well-being, in: *Psychosomatic Medicine* 71(7), 725.
- Prince, Martin J./Harwood, Rowan H./Blizard, Robert A./Thomas, Angela/Mann, Anthony H. (1997): Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI, in: *Psychological Medicine* 27(2), 323-332.
- Püllen, Rupert (2008): Depression im Alter, in: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hg.): *Geriatric. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten*. Wien: Böhlau, 133-137.
- Rajpathak, Swapnil N./Liu, Yingsheng/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.

- Reitinger, Elisabeth/Vedder, Ulrike/Chiangong, Pepetual Mforbe (Hg.) (2018): Alter und Geschlecht. Soziale Verhältnisse und kulturelle Repräsentationen. Wiesbaden: Springer VS.
- Ribeiro Oscar/Araújo Lia/Teixeira Laetitia/Duarte Natália/Brandão Daniela/Martin, Ignacio/Paúl Constança (2016): Health Status, Living Arrangements, and Service Use at 100: Findings from the Oporto Centenarian Study, in: *Journal of Aging & Social Policy* 28(3), 148-164.
- Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hg.) (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven (2., aktual. Aufl.). Wiesbaden: VS.
- Rizzuto, Debora/Orsini, Nicola/Qiu, Chengxuan/Wang, Hui-Xin/Fratiglioni, Laura (2012): Lifestyle, social factors, and survival after age 75: population based study, in: *British Medical Journal* 345, e5568.
- Robert Koch Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch Institut.
- Romero-Ortuno, Roman/Walsh, Cathal D./Lawlor, Brian A./Kenny, Rose Anne (2010): A Frailty Instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), in: *BMC Geriatrics* 10, 57, <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-57>
- Santos-Eggimann, Brigitte/Cuénoud, Patrick/Spagnoli, Jacques/Junod, Julien (2009): Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries, in: *The Journals of Gerontology: Series A* 64(6), 675-681.
- Schäfer, Ulrich (2008): Gangstörung und Stürze, in: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hg.): *Geriatric. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten*. Wien: Böhlau, 153-159.
- Schatzl Georg/Temml Christian/Waldmüller Julia/Thürriidl, Thomas/Haidinger, Gerald, Madersbacher, Stephan (2001): A comparative cross-sectional study of lower urinary tract symptoms in both sexes, in: *European Urology* 40(2), 213-219.
- Siegrist, Johannes/Marmot, Michael (Hg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Huber.
- Schmitz, Wiebke/Mauritz, Stefan/Wagner, Michael (2021): Social relationships, living arrangements and loneliness, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 54, Sonderheft 2, 120-125.
- Schwenk, Otto G. (1999): Soziale Lagen in der Bundesrepublik. Opladen: Leske & Budrich.
- Schuntermann, Michael F. (2009): Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen (3. überarbeitete Auflage). Heidelberg: Ecomed Medizin.

- Searle, Samuel D./Mitnitski, Arnold/Gahbauer, Evelyne A./Gill, Thomas M./Rockwood, Kenneth (2008): A standard procedure for creating a frailty index, in: *BMC Geriatrics* 8, 24, <https://doi.org/10.1186/1471-2318-8-24>
- Sieber, Cornel C. (2008): Ernährung, in: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hg.): *Geriatric. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten*. Wien: Böhlau, 551-563.
- Smith, Kirsten P./Christakis, Nicholas A. (2008): Social networks and health, in: *Annual Review of Sociology* 34, 405-429.
- Smith, Jacqui/Baltes, Paul B. (1993): Differential psychological ageing: Profiles of the old and very old, in: *Ageing and Society* 13(4), 551-587.
- Statistik Austria (2018): *Bildungsstand der Bevölkerung 2018*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2019a): *Demographische Indikatoren – erweiterte Zeitreihen ab 1961 für Österreich*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2019b): *Ausgewählte demographische Indikatoren des Jahres 2018 für die Bundesländer*, Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2019c): *Demographisches Jahrbuch 2018*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2019d): *Jahresdurchschnittsbevölkerung seit 1981 nach breiten Altersgruppen sowie demographische Abhängigkeitsquotienten, nach Bundesländern*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2020a): *Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit und Geburtsland*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2020b): *Urban-Rural-Typologie Statistik Austria – Paket Bevölkerungsstand 2019*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2020c): *Bevölkerung zu Jahresbeginn 2002-2019 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2020d): *Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher nach Bundesländern 2009-2019*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2020e): *Personen in Anstaltshaushalten nach Typ der Einrichtung und Altersgruppen, 2017*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2021): *Urban-Rural-Typologie*. <https://www.statistik.at/fileadmin/pages/453/urbanRuralTypologie.pdf>
- Statistik Austria (2022): *Demografisches Jahrbuch 2020*. <https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Demografisches-JB-2020.pdf>

- Steinhagen-Thiessen, Elisabeth/Borchelt, Markus (2010): Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter, in: Lindenberger, Ulman/Smith, Jacqui/Mayer, Karl Ulrich/Baltes, Paul B. (Hg.): Die Berliner Altersstudie (3., erweiterte Auflage). Berlin: Akademie Verlag, 175-207.
- Stephens, Christine/Alpass, Fiona/Towers, Andy/Stevenson, Brendan (2011): The Effects of Types of Social Networks, Perceived Social Support, and Loneliness on the Health of Older People: Accounting for the Social Context, in: *Journal of Aging and Health* 23(6), 887-911.
- Stephens, 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.
- Strotzka, Stefan/Psota, Georg/Sepandj, Asita (2003): Uhrentest in der Demenzdiagnostik – Auf der Suche nach der verlorenen Zeit, in: *Psychopraxis* 4/2003, 16-24.
- Syme, Maggie L./Cordes, Colleen C./Cameron, Rebecca P./Mona, Linda R. (2015): Sexual health and well-being in the context of aging, in: Lichtenberg, Peter A./Mast, Benjamin T. (Eds.), *APA Handbook of Clinical Geropsychology*. Washington, DC: American Psychological Association, 395-412.
- Talasz, Helena (2014): Harninkontinenz geriatrischer Patientinnen. Screening und Abklärung, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 47(1), 57-66.
- Url, Thomas (2016): *Langfristige Prognose des Aufwands für Langzeitpflege*. Wien: WIFO.
- van den Berg, Niels/Rodríguez-Girondo, Mar/van Dijk, Ingrid K./Mourits, Rick J./Mandemakers, Kees/Janssens, Angelique A.P.O./Beekman, Marian/Smith, Ken R./Slagboom, P. Eline (2019): Longevity defined as top 10% survivors and beyond is transmitted as a quantitative genetic trait, in: *Nature Communication* 10(1), 1-12.
- von Humboldt, Sofia/Leal, Isabel, Monteiro, A. (2016). Are older adults well sexually? Sexual well-being among a cross-national sample of older adults, in: *Review of European Studies* 8(1), 134-144.
- 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.
- Waite, Linda J./Laumann, Edward O./Das, Aniruddha/Schumm, L. Philip (2009): Sexuality: Measures of partnerships, practices, attitudes, and problems in the National Social Life, Health, and Aging Study, in: *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 64(B), 56-66.
- Wanka, Anna (2018): Vom Eingebundensein und Sich-Zurückziehen. Der Alltag älterer Menschen, in: *Psychotherapie im Alter* 15(4), S. 357-372.

- Weigl, Andreas (2011): Arbeit, Lebenserwartung, Geschlecht: Wien 1900-1950, in: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 22(2), 112-139.
- Wenger, G. Clare/Davies, Richard/Shahmasebi, Said/Scott, Anne (1996): Social isolation and loneliness in old age: review and model refinement, in: Ageing & Society 16(3), 333-358.
- Willcox, D. Craig/Willcox, Bradley J./Hsueh, Wen-Chi/Suzuki, Makoto (2006b): Genetic determinants of exceptional human longevity: insights from the Okinawa Centenarian Study, in: AGE 28(4), 313-332.
- WHO (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF. Genf: WHO.
- Wiedemann, Andreas/Füsgen, Ingo (2008): Harninkontinenz, in: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hg.): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Wien: Böhlau, 167-173.
- Winkler, Petra/Pochobradsky, Elisabeth/Wirl, Charlotte (2012): Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich. Wien: BMG.
- Winkler, Petra/Stückler, Andreas (2018): Gesundheitliche Chancengerechtigkeit der älteren Generation in Österreich, in: Fonds Gesundes Österreich (Hg.): Faire Chancen gesund zu altern. Beiträge zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit älterer Menschen in Österreich. Wien: FGÖ, 19-28.
- Wurm, Susanne (2012): Gesundheit und Krankheit. In: Wahl, Hans-Werner/Tesch-Römer, Clemens/Ziegelmann, Jochen Philipp (Hg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Kohlhammer, 78-83.
- Yesavage, Jerome A./Brink, T.L./Rose, Terence L./Lum, Owen/Huang, Virginia/Adey, Michael/Leirer, Von Otto (1983): Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report, in: Journal of Psychiatric Research 17(1), 37-49.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Anteil von Personen im Alter von 55+ in der Gesamtbevölkerung 2019 und 2050, EU-28 (Quelle: „Ageing Europe“, Eurostat 2020, S. 17) ..... 8

Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung nach Bundesländern und breiten Altersgruppen 2020-2080 (Quelle: Statistik Austria 2022, S. 66)..... 9

Abbildung 3: Anteil hochaltriger Menschen (85+) an der Bevölkerung 2019-2060 in den Bundesländern der ÖIHS (+ Kärnten) (Quelle: Statistik Austria, eigene Berechnung)... 10

Abbildung 4: Bevölkerungsanteile nach Altersgruppen und Bundesländern (Quelle: Statistik Austria – Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur laut Hauptvariante, nach Bundesländern)..... 12

Abbildung 5: Diverse „Alterungsszenarien“ (Quelle: Statistik Austria 2022, S. 69)..... 13

Abbildung 6: Altersquotienten der Bundesländer 1990-2018 (Quelle: Statistik Austria – Jahresdurchschnittsbevölkerung seit 1981 nach breiten Altersgruppen sowie demographischen Abhängigkeitsquotienten, nach Bundesländern)..... 14

Abbildung 7: Zunahme von Pensionen (1998-2018) und Pflegegeldbezieher/innen (2009-2019), nach Bundesländern (ÖIHS-Erhebungsländer + Vorarlberg) im Vergleich zum Österreichschnitt (Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Statistik Austria) ..... 15

Abbildung 8: Gangtest ..... 41

Abbildung 9: Bewegungsradius, inkl. Telefoninterviews (n=715)..... 42

Abbildung 10: Prävalenz chronischer Erkrankungen, nach Häufigkeit, inkl. Telefoninterviews (n=699) ..... 52

Abbildung 11: Anzahl ärztlich verordneter Medikamente, inkl. Telefoninterviews (n=701) .. 55

Abbildung 12: Anzahl Arztbesuche in den letzten 3 Monaten (n=565)..... 58

Abbildung 13: Subjektive Gesundheit, inkl. Telefoninterviews (n=715)..... 60

Abbildung 14: Selbsteinschätzung Merkfähigkeit (n=570) ..... 61

Abbildung 15: Subjektive Gesundheit nach Geschlecht ..... 62

Abbildung 16: Harninkontinenz, nach Geschlecht, Alter und Wohnform, inkl. Telefoninterviews (n=699) ..... 64

Abbildung 17: Häufigkeit und Ausmaß der Harninkontinenz ..... 65

Abbildung 18: Schwere der Harninkontinenz (nach Geschlecht)..... 66

Abbildung 19: Schwere der Harninkontinenz nach Wohnform ..... 67

Abbildung 20: Beeinträchtigung durch Harninkontinenz (nach Geschlecht)..... 68

Abbildung 21: Beispiel für korrekten Uhrentest („unauffälliger Befund“) ..... 74

Abbildung 22: Beispiele für fehlerhafte Uhrentests (Befund: „kognitive Einschränkungen“) 75

Abbildung 23: Beispiele für sehr fehlerhafte Uhrentests (Befund: „demenzieller Abbau“)... 75

Abbildung 24: Gesamtergebnis Drei-Wörter-Uhrentest (n=540) ..... 78

Abbildung 25: Kognitive Tests nach Alter, Bildung und Geschlecht..... 80

Abbildung 26: Geriatrische Depressionsskala (GDS)..... 81

Abbildung 27: Ergebnisse des Depressionsscreenings (GDS) (n=571) ..... 82

Abbildung 28: Depression nach Geschlecht, Alter, Bildung und Wohnform ..... 83

Abbildung 29: Lebenszufriedenheit, inkl. Telefoninterviews (n=714)..... 84

Abbildung 30: Höchster Bildungsabschluss, inkl. Telefoninterviews (n=712)..... 89

Abbildung 31: Bildungsabschluss nach Geschlecht, inkl. Telefoninterviews (n=712) ..... 89

Abbildung 32: Verfügbares Nettohaushaltseinkommen, inkl. Telefoninterviews (n=517).....	90
Abbildung 33: Wohnverhältnisse nach Stadt/Land (n=504) .....	93
Abbildung 34: Ausstattung der Wohnung.....	94
Abbildung 35: Zufriedenheit mit der Wohnumgebung .....	95
Abbildung 36: Familienstand nach Geschlecht, inkl. Telefoninterviews (n=708) .....	107
Abbildung 37: Kontakthäufigkeit innerhalb der Familie (n=570).....	111
Abbildung 38: Stärke des sozialen Netzwerkes (n=571).....	113
Abbildung 39: Einsamkeitsgefühle in den letzten 2 Wochen, inkl. Telefoninterviews (n=707) .....	119
Abbildung 40: Bedeutung von Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität (n=523) .....	122
Abbildung 41: Sexualkontakte (n=519) .....	123
Abbildung 42: Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität nach Geschlecht und Familienstand .....	125
Abbildung 43: Sexuelle Kontakte nach Geschlecht und Familienstand .....	125
Abbildung 44: Gründe für das Verlassen der Wohnung (n=566) .....	129
Abbildung 45: Hinderungsgründe für das Verlassen der Wohnung (n=120) .....	131
Abbildung 46: Aktivitäten zu Hause (n=571) .....	132
Abbildung 47: Außer-Haus-Aktivitäten (n=571) .....	135
Abbildung 48: Aktivitätsgrad (n=571).....	137
Abbildung 49: Zufriedenheit mit Betreuung (Heimhilfe/Hauskrankenpflege) .....	146
Abbildung 50: Zufriedenheit mit Betreuungspersonen (Heimhilfe/Hauskrankenpflege).....	147
Abbildung 51: Zufriedenheit mit Betreuung (24-Stunden-Betreuung) .....	148
Abbildung 52: Zufriedenheit mit Betreuungspersonen (24-Stunden-Betreuung) .....	149
Abbildung 53: Urban-Rural-Typologie Österreichs (Statistik Austria, 2021, S. 23).....	165
Abbildung 54: Anteil der ÖIHS-Teilnehmer/innen nach Urban-Rural-Typologie (n=717)...	167
Abbildung 55: Mortalität nach funktionalem Status .....	180
Abbildung 56: Mortalität nach Langlebigkeit der Eltern .....	192

## TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung.....	21
Tabelle 2: Demografische Daten zur Stichprobe.....	26
Tabelle 3: ÖIHS Frailty Index.....	36
Tabelle 4: Funktionaler Status – Punktwerte.....	37
Tabelle 5: Funktionaler Status (ÖIHS Frailty Index, n=549).....	38
Tabelle 6: Sensorische Einschränkungen nach Geschlecht und Alter .....	40
Tabelle 7: Gangtest und Sturzneigung.....	43
Tabelle 8: Mobilitätseinschränkungen nach Geschlecht und Alter.....	44
Tabelle 9: Handkraftmessung – Cut-off-Werte zur Bestimmung eines Handkraftdefizits in Abhängigkeit von Geschlecht und Body-Mass-Index.....	45
Tabelle 10: Handkraft, nach Geschlecht und Alter.....	46
Tabelle 11: Ernährungsstatus (SNAQ) .....	47
Tabelle 12: Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), inkl. Telefoninterviews (n=717).....	48
Tabelle 13: Funktionalität und Lebensgestaltung/Lebensqualität.....	49
Tabelle 14: Am häufigsten verordnete Arzneimittel und Medikamentengruppen.....	56
Tabelle 15: Chronische Schmerzen nach Geschlecht und Bildung .....	59
Tabelle 16: Harninkontinenz und soziale Exklusion .....	70
Tabelle 17: Anzahl Versuche für die richtige Wiedergabe der Vorgaben des Merktests (n=564).....	73
Tabelle 18: Ergebnisse des Merktests (n=556).....	74
Tabelle 19: Ergebnisse des Uhrentests (n=543) .....	76
Tabelle 20: Drei-Wörter-Uhrentest Gesamtauswertung (5-Punkte Index) .....	76
Tabelle 21: Drei-Wörter-Uhrentest Gesamtauswertung, mit Farbtypologie .....	77
Tabelle 22: Einflussfaktoren der Lebenszufriedenheit.....	85
Tabelle 23: Soziale Partizipation, nach funktionalem Status, Bildung und Geschlecht .....	97
Tabelle 24: Haushaltstypen nach Alter, Geschlecht und Bildung.....	98
Tabelle 25: Hilfs- und Pflegequellen, nach Alter, Geschlecht und Bildung.....	99
Tabelle 26: Gesundheit und Funktionalität, nach Bildung .....	101
Tabelle 27: Gesundheitliche Risikofaktoren, nach Bildung.....	102
Tabelle 28: Mortalität in der ÖIHS seit der Ersterhebung 2013, nach Bildung .....	102
Tabelle 29: Größe des familiären Netzwerks, inkl. Telefoninterviews (n=697).....	109
Tabelle 30: Größe des außerfamiliären Netzwerks, inkl. Telefoninterviews (n=691).....	112
Tabelle 31: Zufriedenheit mit der Beziehung zur Familie vs. zu Freunden/Bekanntem .....	115
Tabelle 32: Bewertung der Beziehung zur Familie vs. zu Freunden/Bekanntem.....	116
Tabelle 33: Soziale Isolation .....	118
Tabelle 34: Einsamkeit.....	120
Tabelle 35: Außer-Haus-Mobilität (n=566) .....	128
Tabelle 36: Geringe Außer-Haus-Mobilität (< 1 Mal/Woche) nach funktionalem Status, Wohnform, Geschlecht, Familienstand und Kinderzahl.....	130
Tabelle 37: Verkehrsmittelnutzung (n=503).....	131
Tabelle 38: Hilfe- und Pflegebedarf.....	140
Tabelle 39: Pflegegeldbezug und Pflegestufen .....	140

Tabelle 40: Hilfs- und Pflegequellen, nach Alter und Geschlecht (n=564).....	142
Tabelle 41: Formelle Leistungen .....	143
Tabelle 42: Informelle Betreuungspersonen .....	143
Tabelle 43: Gesundheitszustand nach Wohnform .....	144
Tabelle 44: Zufriedenheit mit Pflegeheim (sehr zufrieden/eher zufrieden) (n=61) .....	149
Tabelle 45: Physische Gesundheit nach Geschlecht.....	155
Tabelle 46: Chronische Krankheiten nach Geschlecht, inkl. Telefoninterviews (n=699).....	156
Tabelle 47: Psychische Gesundheit nach Geschlecht.....	158
Tabelle 48: Sozioökonomischer Status nach Geschlecht.....	159
Tabelle 49: Soziale Integration nach Geschlecht.....	161
Tabelle 50: Sozioökonomischer Status nach Stadt/Land.....	169
Tabelle 51: Physische Gesundheit nach Stadt/Land.....	170
Tabelle 52: Psychische Gesundheit nach Stadt/Land .....	171
Tabelle 53: Mobilität und Lebensraum nach Stadt/Land.....	173
Tabelle 54: Soziale Integration nach Stadt/Land.....	175
Tabelle 55: Entwicklung der Panelstichprobe seit 2013 .....	177
Tabelle 56: Mortalität nach Alter und Geschlecht.....	180
Tabelle 57: Physische und funktionale Faktoren der Mortalität.....	182
Tabelle 58: Psychische Faktoren der Mortalität.....	184
Tabelle 59: Sozioökonomische Faktoren der Mortalität .....	186
Tabelle 60: Mortalität nach sozialer Eingebundenheit .....	187
Tabelle 61: Lebensstilfaktoren der Mortalität.....	189
Tabelle 62: Gesundheitliche Entwicklung seit Ersterhebung (2013).....	193
Tabelle 63: Längsschnittliche Veränderungen des Frailty-Status (2013 – 2016).....	195
Tabelle 64: Längsschnittliche Veränderungen des Frailty-Status (2013 – 2019).....	195
Tabelle 65: Einflussfaktoren auf Entwicklung des funktionalen Status 2019 .....	198
Tabelle 66: Längsschnittliche Veränderungen des kognitiven Status (2013 – 2016).....	200
Tabelle 67: Längsschnittliche Veränderungen des kognitiven Status (2013 – 2019).....	200
Tabelle 68: Einflussfaktoren auf den kognitiven Status 2019 .....	202



