



Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen
Austrian Interdisciplinary Platform on Ageing

Ausgewählte Ergebnisse aus der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie

Implikationen für Gesellschaft, Politik und Praxis

Eine Studie der

Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA)

Autor:innen

Dr. phil. Andreas Stückler, MA

Dr. med. Georg Ruppe, MA

Julia Nogglner, MSc

Impressum

Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA)

Laudongasse 21/10, 1080 Wien, E-Mail: office@oepia.at, Internet: www.oepia.at

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

Copyright: Wien 2026

INHALTSVERZEICHNIS

„Die Alten“ gibt es nicht – Vielfalt statt Einheitsbild	5
Mehrfacherkrankungen als Normalfall: Was das für das Gesundheitssystem bedeutet	9
Weit verbreitet, aber tabuisiert: Harninkontinenz	13
Kognitive Beeinträchtigungen im Alter: Häufiger als gedacht.....	16
Depression ist keine natürliche Begleiterscheinung des Alters	20
Einsamkeit im hohen Alter – ein kleineres Problem als oft angenommen	24
Altersarmutsrisiko – besonders unter Frauen.....	28
Gesundheitliche Ungleichheit als Folge sozialer Ungleichheit – bis ins hohe Alter.	32
Hochaltrige Frauen und Männer: Ungleiche Voraussetzungen im Alter	35
Das Altersbild hochaltriger Menschen: „Solange man gesund ist, ist alles okay“ ...	39
Achtung, Digitalisierung! Nur eine Minderheit der Hochaltrigen verwendet regelmäßig das Internet.....	44
Abbildungsverzeichnis	49

„Die Alten“ gibt es nicht – Vielfalt statt Einheitsbild

Die quantitativen und qualitativen Ergebnisse der ÖIHS verdeutlichen eindrucksvoll die enorme **Vielschichtigkeit und Heterogenität des hohen Alters**. Physische, psychische und kognitive Gesundheit, individueller Lebensstil, subjektives Wohlbefinden, soziale Netzwerke, materielle Ressourcen, biografische Erfahrungen sowie aktuelle Lebenslagen stehen gerade bei Menschen ab 80 Jahren in enger Wechselwirkung. Gesundheit und Lebensqualität im hohen Alter lassen sich daher nur begrenzt entlang einzelner Dimensionen erfassen oder erklären. Kaum ein Aspekt der Gesundheit oder Befindlichkeit im hohen Lebensalter kann isoliert betrachtet und für sich bewertet werden.

→ Hohes Alter ist vielfältig – nicht einheitlich

Die Gruppe der über 80-Jährigen ist durch eine außergewöhnliche Bandbreite an Lebenslagen, Gesundheitszuständen und Ressourcen geprägt. Pauschale Aussagen werden dieser Realität nicht gerecht.

Die ausgeprägte Heterogenität in dieser Altersgruppe ist auch Ausdruck einer zunehmenden **Dynamik individueller Entwicklungsverläufe jenseits des 80. Lebensjahres**. Vor diesem Hintergrund erscheinen pauschalisierende Aussagen über die gesundheitliche Situation, die Lebensumstände oder die Bedürfnisse hochaltriger Menschen analytisch unzureichend und teilweise irreführend.

Diese empirische Vielfalt hat unmittelbare **Konsequenzen für das gesellschaftliche Altersbild**. In öffentlichen Diskursen wird hohes Alter häufig mit körperlichen und kognitiven Verlusten sowie steigender Pflegebedürftigkeit gleichgesetzt. Zwar ist ein relevanter Anteil der Hochaltrigen von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen: In der ÖIHS-Stichprobe ist etwas mehr als **ein Drittel** aufgrund funktionaler Einschränkungen auf regelmäßige **Hilfe im Alltag** angewiesen, rund **16%** sind im engeren Sinne **pflegebedürftig**.

→ Zwischen Selbstständigkeit und Pflege: Hohes Alter ist polarisiert

- Rund **ein Drittel** lebt relativ gesund und selbstständig
 - Etwas mehr als **ein Drittel** ist auf regelmäßige Hilfe angewiesen
 - Rund **16 %** sind pflegebedürftig
- Hohes Alter vereint sehr unterschiedliche Lebensrealitäten.

Gleichzeitig zeigt sich jedoch ein anderes, oft übersehenes Bild: Ebenfalls rund ein Drittel der 80- bis 90-Jährigen verfügt über einen guten funktionalen Gesundheitszustand („rüstig“/„fit“) und führt ein weitgehend selbstständiges und aktives Leben.

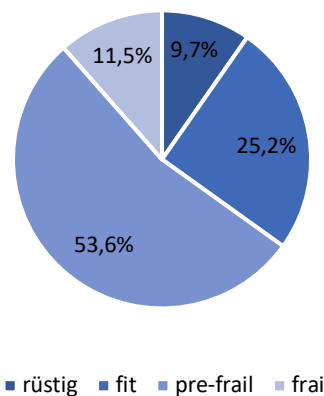


Abbildung 1: Funktionaler Status (ÖIHS Welle IV, 2023-2025)

Hochaltrige Menschen sind daher nicht als homogene Gruppe zu verstehen, sondern als eine äußerst **diverse Bevölkerungsgruppe**. Pauschale und stark defizitorientierte Altersbilder werden dieser Vielfalt nicht gerecht und können zu verzerrten gesellschaftlichen Erwartungen sowie zu unangemessenen politischen und institutionellen Reaktionen führen.

→ **Vielfalt erfordert differenzierte Politik**

Ein einheitlicher Zugang zur Gruppe der Hochaltrigen greift zu kurz. Wirksame Maßnahmen müssen unterschiedliche Bedarfslagen gezielt adressieren.

Was daraus folgt...

Maßgeschneiderte Alterspolitik statt „One-size-fits-all“

Alterspolitische Maßnahmen sollten konsequent an den unterschiedlichen Lebenslagen im hohen Alter ausgerichtet werden. Die Gruppe der über 80-Jährigen umfasst sowohl Personen mit hohem Unterstützungs- und Pflegebedarf als auch eine große Zahl weitgehend gesunder und selbstständiger Menschen. Politische Strategien sollten daher stärker zwischen unterschiedlichen Bedarfslagen differenzieren und flexible, modular aufgebaute Angebotsstrukturen fördern.

Prävention wirkt – auch im hohen Alter

Die vergleichsweise gute gesundheitliche Situation vieler Hochaltriger unterstreicht die Bedeutung präventiver Maßnahmen auch im höheren Lebensalter. Gesundheitsförderung, wohnortnahe Bewegungs- und Präventionsangebote sowie geriatrische Rehabilitation können dazu beitragen, funktionale Kapazitäten möglichst lange zu erhalten und das Entstehen von Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern.

Ambulant vor stationär: Unterstützung im Alltag stärken

Da ein großer Teil hochaltriger Menschen im eigenen Haushalt lebt, gewinnen ambulante Unterstützungsangebote, niedrighschwellige Dienstleistungen sowie gemeindenaher Hilfestrukturen zunehmend an Bedeutung. Der Ausbau von mobilen Diensten, Alltagsunterstützung und quartiersbezogenen Angeboten kann wesentlich dazu beitragen, ein selbstständiges Leben im Alter länger zu ermöglichen.

Vielfältige Wohnformen für vielfältige Lebenslagen

Die Vielfalt von Lebenslagen im hohen Alter erfordert auch im Bereich des Wohnens ein breiteres Spektrum an Optionen. Neben der Anpassung bestehender Wohnungen (z. B. Barrierefreiheit) gewinnen alternative Wohnformen – etwa betreutes Wohnen, gemeinschaftliche Wohnmodelle oder generationenübergreifende Wohnprojekte – zunehmend an Bedeutung. Alterspolitische Strategien sollten entsprechende Rahmenbedingungen für deren Entwicklung schaffen.

Teilhabe sichern, Isolation vermeiden

Soziale und kulturelle Teilhabe ist ein zentraler Faktor für Lebensqualität im hohen Alter. Altersfreundlich gestaltete öffentliche Räume, barrierefreie Infrastruktur und generationenübergreifende Angebote tragen wesentlich dazu bei, soziale Isolation zu vermeiden und die gesellschaftliche Integration älterer Menschen zu stärken.

Realistische Altersbilder fördern

Ein differenziertes gesellschaftliches Altersbild ist Voraussetzung für wirksame Politik. Die ausschließliche Fokussierung auf Defizite verstellt den Blick auf Ressourcen und Potenziale älterer Menschen und kann zu Fehlsteuerungen führen. Eine realistischere Darstellung der Vielfalt des Alterns stärkt Teilhabe und wirkt Altersdiskriminierung entgegen.

→ Ohne differenziertes Altersbild keine nachhaltige Pflegepolitik

Die Zukunft der Pflege und Gesundheitsversorgung in Österreich hängt entscheidend davon ab, die Vielfalt des hohen Alters realistisch abzubilden – und politisch entsprechend zu handeln.

Relevanz für aktuelle Herausforderungen in Österreich

Die Ergebnisse der ÖIHS treffen einen zentralen Nerv aktueller gesellschafts- und gesundheitspolitischer Debatten in Österreich: den Umgang mit einer rasch wachsenden Gruppe hochaltriger Menschen. Angesichts von Fachkräftemangel in der Pflege, steigenden Kosten im Gesundheits- und Pflegesystem sowie dem politischen Leitprinzip „ambulant vor stationär“ wird deutlich, dass pauschale Lösungsansätze an ihre Grenzen stoßen.

Die empirisch belegte Vielfalt im hohen Alter zeigt, dass differenzierte, flexible und stärker präventionsorientierte Ansätze erforderlich sind – sowohl in der Gesundheitsversorgung als auch in der Pflege- und Sozialpolitik. Dies betrifft insbesondere die bessere Verzahnung von Prävention, ambulanter Versorgung und Unterstützung im Alltag.

Gleichzeitig liefern die Ergebnisse wichtige Argumente gegen ein einseitig defizitorientiertes Altersbild, das öffentliche Wahrnehmung und politische Prioritätensetzungen verzerren kann. Eine realistischere Sicht auf das hohe Alter eröffnet neue Perspektiven für die Nutzung von Ressourcen und Potenzialen älterer Menschen.

Die ÖIHS-Ergebnisse bieten eine zentrale Grundlage für eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der Alterspolitik in Österreich – mit Fokus auf zielgenaue Maßnahmen, finanzielle Nachhaltigkeit und Entlastung des Pflegesystems.

Mehrfacherkrankungen als Normalfall: Was das für das Gesundheitssystem bedeutet

Die Ergebnisse der ÖIHS zeigen, dass chronische Erkrankungen im hohen Alter nahezu universell auftreten. In der Altersgruppe der über 80-Jährigen ist fast die gesamte Bevölkerung von einer oder mehreren chronischen Krankheiten betroffen, wobei die Ausprägung und Kombination der Erkrankungen stark variieren. In der ÖIHS-Stichprobe leiden rund **83 Prozent** unter **mindestens einer chronischen Krankheit**. Die mit Abstand häufigste chronische Erkrankung in dieser Altersgruppe ist Bluthochdruck.

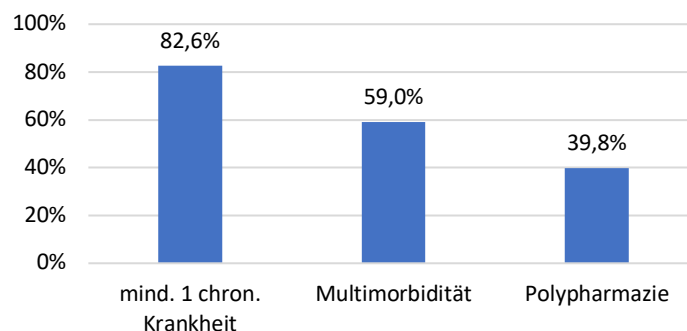


Abbildung 2: Chronische Krankheiten – Multimorbidität – Polypharmazie (ÖIHS Welle IV, 2023-2025)

Darüber hinaus zeigt sich, dass Multimorbidität – also das gleichzeitige Vorliegen mehrerer chronischer Erkrankungen – im hohen Alter die Regel darstellt. Etwa **60 Prozent** der ÖIHS-Teilnehmer/innen sind dem geriatrischen Assessment zufolge **multimorbide**. Dies hat direkte Auswirkungen auf die medizinische Behandlung und insbesondere auf die medikamentöse Versorgung.

→ Multimorbidität ist eine wesentliche Begleiterscheinung des hohen Alters

Chronische Erkrankungen treten im hohen Alter nahezu flächendeckend auf:

- **83%** leiden mindestens unter einer chronischen Krankheit
- **Mehr als die Hälfte** (ca. 60%) sind multimorbide

Mit zunehmender Multimorbidität steigt im hohen Alter die Wahrscheinlichkeit von Polypharmazie. In der Geriatrie wird von Polypharmazie gesprochen, wenn gleichzeitig mehr als fünf unterschiedliche Wirkstoffe verordnet werden. Eine steigende Zahl von Medikamenten erhöht jedoch das Risiko für Wechselwirkungen sowie für unerwünschte Nebenwirkungen. Diese können sich negativ auf die Funktionalität, Selbstständigkeit und Lebensqualität älterer Menschen auswirken.

Die Daten der ÖIHS zeigen, dass **rund 40 Prozent** der hochaltrigen Teilnehmer/innen von **Polypharmazie** betroffen sind. Besonders ausgeprägt ist dieses Phänomen in stationären Pflegeeinrichtungen. Dort liegen die Medikationsraten deutlich über dem

Durchschnitt. Zudem ist in Pflegeheimen häufig der Einsatz psychotroper Substanzen zu beobachten, insbesondere Sedativa.

→ Multimorbidität führt zu Polypharmazie

Mit zunehmender Multimorbidität steigt im hohen Alter das Risiko für Polypharmazie, die vermehrt zu Wechselwirkungen sowie Nebenwirkungen führen kann. Laut ÖIHS sind **etwa 40 %** der Hochaltrigen betroffen, mit besonders hohen Raten in Pflegeheimen.

Angesichts der demografischen Alterung wird die Problematik der Polypharmazie in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen. Gleichzeitig ist das Thema von hoher Komplexität, wodurch einfache oder pauschale Lösungsansätze nur begrenzt geeignet sind. Eine ausschließlich quantitative Begrenzung der Medikamentenzahl könnte beispielsweise das Risiko einer medikamentösen Unterversorgung („Undertreatment“) älterer Patientinnen und Patienten erhöhen.

Daher ist eine verstärkte Auseinandersetzung mit der Wirkung, Wechselwirkung und Verträglichkeit von Arzneimitteln bei älteren und insbesondere hochaltrigen Menschen erforderlich. Erste wichtige Schritte wurden bereits durch die Entwicklung und Verbreitung von Maßnahmen gegen eine **potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen** gesetzt, etwa durch die österreichische PIM-Liste.

Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention können wiederum dazu beitragen, das Auftreten chronischer Erkrankungen zu vermeiden oder hinauszuzögern sowie Krankheitsverläufe besser zu kontrollieren. Dadurch lässt sich mittel- bis langfristig auch der Bedarf an medikamentöser Therapie und damit das Risiko von Polypharmazie reduzieren.

→ Multimorbidität und Polypharmazie reduzieren

Angesichts der demografischen Alterung erfordert die zunehmende Problematik der Polypharmazie bei älteren Menschen eine differenzierte Betrachtung von Wirkung, Wechselwirkung und Verträglichkeit von Arzneimitteln, ergänzt durch präventive Maßnahmen zur Verzögerung chronischer Erkrankungen, um langfristig das Risiko von medikamentöser Über- oder Unterversorgung zu verringern.

Was jetzt zu tun ist...

Prävention über den Lebensverlauf stärken

Eine stärkere Ausrichtung der Gesundheitspolitik auf Prävention – einschließlich sekundärer und tertiärer Prävention – kann dazu beitragen, das Auftreten chronischer Erkrankungen zu verzögern und langfristig die Medikamentenlast im Alter zu reduzieren.

Systematische Medikationsüberprüfung

Regelmäßige, strukturierte Medikationsanalysen – insbesondere bei hochaltrigen Patientinnen und Patienten sowie in Pflegeeinrichtungen – sollten stärker institutionell verankert werden, etwa durch interprofessionelle Zusammenarbeit von Ärzt/innen, Apotheker/innen sowie Pflegepersonal.

Was hilft, was schadet? Bewertungsinstrumente stärken

Bestehende Instrumente wie die österreichische PIM-Liste sollten weiterentwickelt, stärker verbreitet und konsequent in klinische Entscheidungsprozesse integriert werden.

Fort- und Weiterbildung im Bereich „geriatrische Pharmakotherapie“

Die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen sollte verstärkt Kompetenzen im Umgang mit Multimorbidität, Polypharmazie sowie altersgerechter Pharmakotherapie vermitteln.

Pflegeheime in den Fokus: Medikation gezielt reduzieren

In stationären Pflegeeinrichtungen sollten Maßnahmen zur Reduktion unnötiger oder potenziell inadäquater Medikation, insbesondere psychotroper Substanzen, ergriffen und gezielt gefördert werden.

Versorgungskoordination statt Mehrfachverschreibung

Eine bessere Abstimmung zwischen verschiedenen Versorgungssektoren und behandelnden Ärztinnen und Ärzten kann dazu beitragen, Doppelverschreibungen und potenziell problematische Medikamentenkombinationen zu vermeiden.

Relevanz für aktuelle Herausforderungen in Österreich

Die Ergebnisse der ÖIHS zeigen klar: Multimorbidität und Polypharmazie sind im hohen Alter keine Randerscheinungen, sondern zentrale Herausforderungen einer zukunftsfähigen Altersmedizin. Damit rücken Qualität und Sicherheit der medikamentösen Versorgung stärker in den Fokus gesundheitspolitischer Verantwortung.

Aktuelle Reformdiskussionen in Österreich – etwa zur Stärkung der Primärversorgung, verbesserten Patientensteuerung und Digitalisierung (z.B. e-Medikation) – setzen hier wichtige Ansatzpunkte, um Medikationsprozesse gezielter und transparenter zu gestalten. An den Schnittstellen zwischen niedergelassenem Bereich, Spital und Pflege bestehen jedoch weiterhin Koordinationsdefizite mit direkten Auswirkungen auf die Arzneimittelsicherheit. Die hohe Verbreitung von Polypharmazie, insbesondere in Pflegeeinrichtungen, unterstreicht die Notwendigkeit, bestehende Qualitätsinstrumente konsequent zu nutzen und interprofessionelle Zusammenarbeit strukturell zu verankern. Gleichzeitig gewinnt Prävention weiter an Bedeutung: Die Reduktion chronischer Erkrankungen über den Lebensverlauf ist ein zentraler Hebel, um die wachsende Komplexität der Versorgung im Alter langfristig beherrschbar zu halten.

Multimorbidität und Polypharmazie sind in Österreich kein Randthema, sondern ein systemischer Versorgungsauftrag – nur durch konsequente Prävention, verbindliche Medikationskontrollen und funktionierende Zusammenarbeit über alle Versorgungsbereiche hinweg lassen sich Patientensicherheit, Versorgungsqualität und die Stabilität des Gesundheitssystems langfristig sichern.

Weit verbreitet, aber tabuisiert: Harninkontinenz

Harninkontinenz ist ein weit verbreitetes, aber nach wie vor stark tabuisiertes Gesundheitsproblem im hohen Alter. Daten der ÖIHS über alle seit 2013 durchgeführten Erhebungswellen legen nahe, dass **jede/r Dritte bis jede/r Fünfte** in der hochaltrigen Bevölkerung von Harnkontinenz betroffen ist, wobei die tatsächliche Prävalenz vermutlich noch höher liegt.

Die Erkrankung steht in engem Zusammenhang mit funktionalen Einschränkungen (Frailty). Besonders stark betroffen sind Personen in Pflegeheimen: Während in Privathaushalten die Prävalenz bei 15-25% liegt, beträgt sie in **Pflegeheimen 50-60 %**. **Frauen** sind nahezu **doppelt so häufig** betroffen wie Männer und leiden häufiger unter schwereren Formen der Erkrankung.

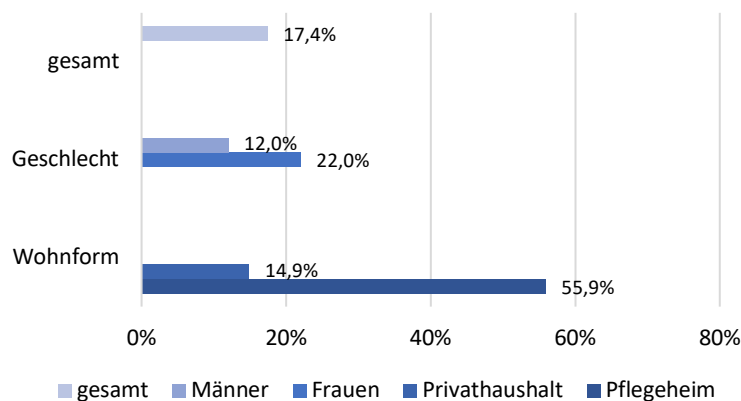


Abbildung 3: Harninkontinenz – Prävalenz insgesamt sowie nach Geschlecht und Wohnform (ÖIHS Welle IV, 2023-2025)

Die Erkrankung ist **häufig langfristig** und mit deutlichen funktionalen Einschränkungen verbunden. Mehr als die Hälfte der Betroffenen leidet bereits seit über drei Jahren an Harninkontinenz, und über die Hälfte berichtet von mehrmaligem täglichem Harnverlust. Je nach Schweregrad und Häufigkeit des Harnverlustes geht Harninkontinenz mit einer deutlichen **Minderung des subjektiven Wohlbefindens** einher. Zudem zeigen die Daten einen statistischen Zusammenhang zwischen Harninkontinenz und depressiven Symptomen. Ein auffälliges Ergebnis ist jedoch, dass nur eine Minderheit der Betroffenen sich wegen der Inkontinenz in **ärztlicher Behandlung** befindet. Dies ist vermutlich u.a. auf eine nach wie vor bestehende, weitgehende Tabuisierung dieses Krankheitsbildes zurückzuführen.

→ Harninkontinenz mindert Wohlbefinden und Lebensqualität

Harninkontinenz geht häufig mit erheblichen funktionalen Einschränkungen einher und kann Wohlbefinden und Lebensqualität beträchtlich mindern. Trotzdem nimmt nur eine Minderheit der Betroffenen ärztliche Hilfe in Anspruch – möglicherweise aufgrund der nach wie vor bestehenden Tabuisierung von Inkontinenz.

Die gesundheitlichen und sozialen Folgen reichen weit über den unmittelbaren Harnverlust hinaus. Indirekte Auswirkungen wie reduzierte Flüssigkeitsaufnahme, erhöhte Sturzgefahr bei nächtlichen Toilettengängen, eingeschränkte Mobilität oder sozialer Rückzug können funktionale Einschränkungen verstärken und zu einem rascheren Anstieg von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit führen, nicht selten auch zum notwendigen Umzug in institutionelle Betreuung. Die Ergebnisse verdeutlichen somit, dass Harninkontinenz nicht nur ein individuelles Gesundheitsproblem darstellt, sondern erhebliche **Auswirkungen auf Lebensqualität, soziale Teilhabe und die Entwicklung von Pflegebedarf** hat.

→ Gesundheitliche und soziale Nebenfolgen

Die Folgen von Harninkontinenz umfassen auch gesundheitliche und soziale Einschränkungen wie verminderte Mobilität, erhöhtes Sturzrisiko und sozialen Rückzug. Harninkontinenz beeinträchtigt damit nicht nur die individuelle Lebensqualität, sondern auch die soziale Teilhabe.

Was jetzt zu tun ist...

Früher erkennen, gezielt vorbeugen

Harninkontinenz sollte systematisch Bestandteil geriatrischer Assessments sein, insbesondere bei hochaltrigen Menschen und Personen mit funktionalen Einschränkungen. Hausärztinnen und Hausärzte spielen dabei eine Schlüsselrolle, da sie häufig die erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem sind. Durch eine frühzeitige professionelle Beratung und einfache Interventionen kann in vielen Fällen eine Verschlechterung der Symptome verhindert oder verzögert werden.

Ausbau niedrigschwelliger Beratungs- und Versorgungsangebote

Viele Betroffene sprechen aus Scham oder Unwissenheit nicht über ihre Beschwerden und suchen daher keine medizinische Hilfe auf. Eine bessere Integration von Inkontinenzberatung in die Primärversorgung, ergänzt durch spezialisierte Angebote in der Geriatrie, Urologie und Physiotherapie, kann dazu beitragen, Versorgungslücken zu schließen. Ebenso wichtig ist eine umfassende Information über therapeutische Möglichkeiten und geeignete Hilfsmittel.

Enttabuisierung und öffentliche Sensibilisierung

Öffentlichkeitskampagnen und Informationsangebote können dazu beitragen, das Stigma rund um diese Erkrankung zu reduzieren und Betroffene zu ermutigen, frühzeitig professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Eine offenere Kommunikation über Inkontinenz im Gesundheitswesen, in Pflegeeinrichtungen und in der Öffentlichkeit ist eine wichtige Voraussetzung für eine bessere Versorgung.

Öffentlichen Raum entsprechend gestalten

Wie auch für andere Menschen mit besonderen Bedürfnissen, sollte die Gestaltung öffentlicher Infrastruktur auf den hohen Anteil älterer Menschen mit Harninkontinenz eingestellt sein. Ausreichend verfügbare, leicht zugängliche und saubere öffentliche Toiletten beispielsweise sollten ältere Menschen mit einer Harninkontinenz dazu ermutigen, die eigenen vier Wände zu verlassen, statt sich aus Mangel an solchen Strukturen zunehmend sozial zu isolieren.

Mehr Wissen für bessere Entscheidungen

Regelmäßige epidemiologische Erhebungen zur Prävalenz, zum Schweregrad und zur Versorgungssituation von Harninkontinenz im hohen Alter sind notwendig, um gesundheitspolitische Maßnahmen evidenzbasiert planen zu können. Dabei sollten auch soziale Ungleichheiten und geschlechtsspezifische Unterschiede stärker berücksichtigt werden.

Relevanz für aktuelle Herausforderungen in Österreich

Die Ergebnisse der ÖIHS zeigen, dass Harninkontinenz ein häufiges, aber im Versorgungssystem stark untererfasstes Problem ist – mit direkten Auswirkungen auf Pflegebedarf, Heimaufnahmen und Lebensqualität im Alter.

In der Praxis wird deutlich, dass Inkontinenz oft erst systematisch berücksichtigt wird, wenn der Unterstützungsbedarf bereits hoch ist – etwa bei Pflegegeld-einstufungen oder beim Übergang in ein Pflegeheim. Präventive und frühzeitige Maßnahmen bleiben vielfach ungenutzt.

Für die Pflegepolitik in Österreich bedeutet dies, dass Harninkontinenz ein wesentlicher, oft unterschätzter Treiber für steigenden Betreuungsaufwand ist, etwa durch erhöhten Zeitbedarf, zusätzliche Hygieneanforderungen oder das Risiko für Stürze und Folgeerkrankungen. Versorgungslücken bestehen auch bei Beratung und Information, da viele Betroffene bestehende Therapieoptionen oder Hilfsmittel aus Scham nicht nutzen – trotz Verfügbarkeit und Kostenübernahme.

Eine frühzeitige, enttabuisierte und systematisch verankerte Auseinandersetzung mit Harninkontinenz kann Pflegeverläufe verzögern, Versorgungsaufwand reduzieren und die Lebensqualität hochaltriger Menschen in Österreich nachhaltig sichern.

Kognitive Beeinträchtigungen im Alter: Häufiger als gedacht

Mit zunehmendem Alter treten körperliche, gesundheitliche und funktionale Einschränkungen häufiger auf. Diese gehen sehr oft mit kognitiven Beeinträchtigungen einher. Die Ergebnisse aus kognitiven Tests, die in der ÖIHS im Rahmen eines umfassenden geriatrischen Assessments durchgeführt werden, weisen auf eine **hohe Verbreitung kognitiver Defizite** unter hochaltrigen Menschen in Österreich hin. **Ca. 80 Prozent** der untersuchten Personen zeigten in den Tests Auffälligkeiten. Bei fast der Hälfte der Testbefunde besteht sogar ein Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung.

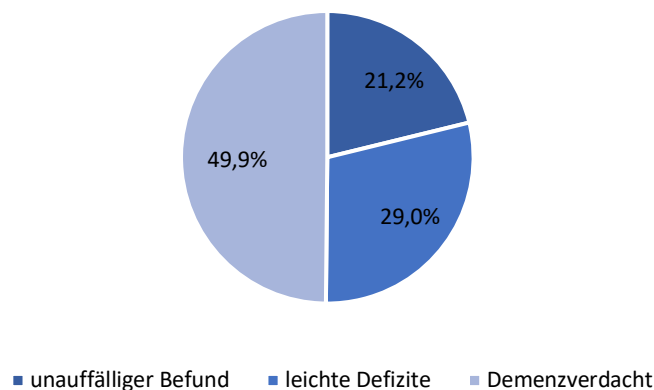


Abbildung 4: Kognitiver Test (ÖIHS Welle IV, 2023-2025)

Ein bemerkenswerter Befund der ÖIHS besteht darin, dass **kognitive Defizite nicht ausschließlich bei gesundheitlich oder funktional stark eingeschränkten Hochaltrigen** auftreten. Auch unter vergleichsweise „rüstigen“ Teilnehmer/innen lassen sich entsprechende Beeinträchtigungen beobachten. In diesen Fällen handelt es sich meist um leichte kognitive Einschränkungen im Sinne eines Mild Cognitive Impairment. Obwohl diese nicht mit einer Demenz gleichzusetzen sind, weisen sie auf eine erhöhte kognitive Verletzlichkeit hin und können ein mögliches Vorstadium einer demenziellen Erkrankung darstellen.

→ Kognitive Einschränkungen sind im hohen Alter weit verbreitet

Zwar besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen kognitiven Defiziten und funktionalen Einschränkungen (Frailty). Zumindest leichte kognitive Defizite (Mild Cognitive Impairment) sind jedoch auch unter „rüstigen“ Hochaltrigen relativ weit verbreitet.

Die Analysen zeigen zudem einen hochsignifikanten **Zusammenhang zwischen kognitiven Beeinträchtigungen und dem Bildungsniveau**. Bei Personen mit niedriger Bildung (max. Pflichtschulabschluss) ergibt der kognitive Test mehr als **doppelt so häufig einen Demenzverdacht** als bei Personen mit hoher Bildung (mind. Matura). Dies

deutet darauf hin, dass Personen mit niedrigerem Bildungsgrad ein deutlich erhöhtes Risiko für Demenz aufweisen.

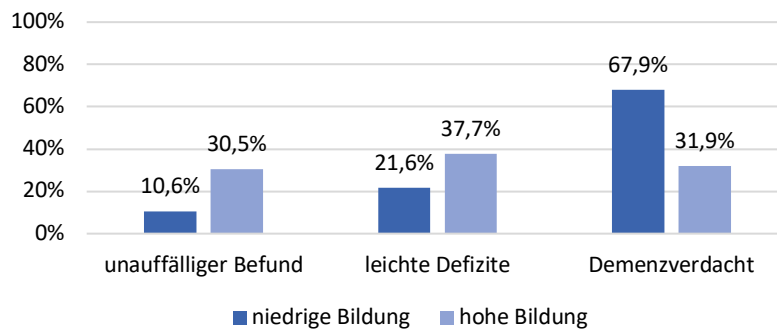


Abbildung 5: Kognitiver Test nach Bildung (ÖIHS Welle IV, 2023-2025)

Mithilfe von Längsschnittdaten kann die ÖIHS weiters zeigen, dass sich **funktionale und kognitive Verluste gegenseitig verstärken**: Einschränkungen der körperlichen Funktionsfähigkeit erhöhen das Risiko für kognitive Einbußen, während umgekehrt kognitive Defizite die Wahrscheinlichkeit funktionaler Einschränkungen erhöhen. Diese Wechselwirkung unterstreicht die Bedeutung eines integrierten Verständnisses von Gesundheit und Funktionsfähigkeit. Ebenso ist erkennbar, dass kognitive Verluste mit einer signifikant **höheren Sterbewahrscheinlichkeit** verbunden sind. Auch dies verdeutlicht die zentrale Bedeutung der Erhaltung kognitiver Funktionen für Gesundheit, Selbstständigkeit und Lebensqualität im hohen Alter.

→ Funktionale und kognitive Verluste verstärken sich wechselseitig

- Kognitive Verluste sind nicht nur mit einer höheren Sterblichkeit assoziiert, sondern stellen auch einen Hauptrisikofaktor für Frailty dar.
- Umgekehrt erhöhen funktionale Verluste das Risiko für kognitive Einschränkungen und Demenz.

Angesichts des künftig weiter steigenden Anteils hochaltriger Menschen in Österreich wird die **Förderung kognitiver Gesundheit** zu einer **zentralen Herausforderung der Alterspolitik**. Besonders relevant sind Angebote, die soziale, körperliche und kognitive Aktivität fördern und dazu beitragen können, das Fortschreiten kognitiver Beeinträchtigungen zu verlangsamen oder deren Auftreten hinauszuzögern. Dazu zählen sozial-partizipative Angebote (z.B. Bürger- oder Nachbarschaftszentren), kulturell und bildungsbezogene Aktivitäten (etwa lebenslanges Lernen oder kognitives Training) sowie sport- und bewegungsorientierte Programme. Entscheidend ist dabei, dass solche Angebote an die unterschiedlichen sozialen Lebenslagen, Bildungsniveaus und Milieus älterer Menschen angepasst sind.

Was jetzt zu tun ist...

Demenzprävention zur Priorität machen

Die Förderung kognitiver Gesundheit sollte stärker als bisher Bestandteil nationaler Gesundheitspolitik sein. Präventive Maßnahmen, die körperliche, kognitive, emotionale und soziale Ressourcen stärken, können dazu beitragen, das Auftreten erster Demenzsymptome zu verzögern oder zu verhindern.

Aktiv bleiben – Angebote gezielt ausbauen

Gemeinden und Regionen sollten sozial-, kultur- und bewegungsbezogene Angebote für ältere Menschen ausbauen. Bürgerzentren, Bildungsprogramme oder Bewegungsangebote können soziale Teilhabe fördern und gleichzeitig präventiv auf die kognitive Gesundheit wirken.

Soziale Ungleichheiten berücksichtigen

Da Bildung und soziale Lage einen starken Einfluss auf das Demenzrisiko haben, sollten Präventions- und Aktivierungsprogramme besonders auf Gruppen mit niedrigerem Bildungsniveau zugeschnitten werden, um gesundheitliche Ungleichheiten im Alter zu reduzieren.

Regelmäßige Checks für kognitive Gesundheit

Regelmäßige geriatrische Assessments und kognitive Screenings können dazu beitragen, frühe Anzeichen kognitiver Beeinträchtigungen zu erkennen und rechtzeitig unterstützende Maßnahmen einzuleiten.

Intersektorale Zusammenarbeit fördern

Eine wirksame Strategie zur Förderung kognitiver Gesundheit erfordert die Zusammenarbeit von Gesundheitswesen, Sozialpolitik, Bildungseinrichtungen, Gemeinden und zivilgesellschaftlichen Organisationen.

Relevanz für aktuelle Herausforderungen in Österreich

Die ÖIHS zeigt, dass kognitive Beeinträchtigungen im hohen Alter weit verbreitet sind und eng mit funktionalen Einschränkungen, sozialer Isolation sowie niedrigem Bildungsniveau verknüpft sind. Angesichts der demografischen Entwicklung wird die Förderung kognitiver Gesundheit zu einer zentralen gesellschaftspolitischen Aufgabe. Schätzungen zufolge wird sich die Anzahl der von demenziellen Erkrankungen betroffenen Personen in Österreich bis zum Jahr 2050 auf knapp 300.000 nahezu verdoppeln.¹

Für Österreich bedeutet dies konkret: Gemeinden, Bildungseinrichtungen und zivilgesellschaftliche Organisationen sollten niederschwellige, sozial-partizipative Angebote schaffen, die kognitive, körperliche und soziale Aktivität verbinden – etwa durch Bürger- oder Nachbarschaftszentren, kulturelle Bildungsprogramme oder Bewegungsinitiativen für ältere Menschen. Besonders wichtig ist dabei die gezielte Ansprache sozial benachteiligter Gruppen, da ein niedriger Bildungsgrad das Demenzrisiko deutlich erhöht. Solche Maßnahmen stärken nicht nur die individuelle Lebensqualität, sondern können langfristig auch die Belastung des Gesundheitssystems verringern.

Zudem liefert die ÖIHS Evidenz für den Ausbau regelmäßiger Screenings und geriatrischer Assessments in ambulanten, kommunalen und stationären Settings, um frühzeitig Interventionen einzuleiten und das Fortschreiten kognitiver Beeinträchtigungen zu verlangsamen. Eine Verknüpfung von Erkenntnissen der ÖIHS und den Strategien und Wirkungszielen der Österreichischen Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“ erscheint hier sehr relevant.

Investitionen in kognitive Prävention, soziale Teilhabe und Bildungsangebote im hohen Alter sind ein strategischer Hebel, um Selbstständigkeit, Lebensqualität und das Gesundheitssystem nachhaltig zu stärken.

¹ Alzheimer Europe (2026): *The Prevalence of Dementia in Europe 2025*. Senningerberg: Alzheimer Europe.

Depression ist keine natürliche Begleiterscheinung des Alters

Depression im hohen Alter wird sowohl in der Forschung als auch im öffentlichen Diskurs als weit verbreitete und eng mit altersbedingten Verlustprozessen in Zusammenhang stehende psychische Erkrankung beschrieben. Dazu zählen insbesondere Einschränkungen der körperlichen und kognitiven Gesundheit, der Verlust von Selbständigkeit sowie im Alter zunehmende soziale Isolation.

Die Daten der ÖIHS zeichnen jedoch ein differenzierteres Bild: Die **Depressionsprävalenz** unter hochaltrigen Menschen in Österreich liegt – je nach Erhebungsmethode – **zwischen 9 und 18 Prozent** und ist damit als eher moderat einzustufen. Auch handelt es sich dabei, ausgehend von den Befunden des durchgeführten Depressionsscreenings, in den meisten Fällen um leichte depressive Symptome.

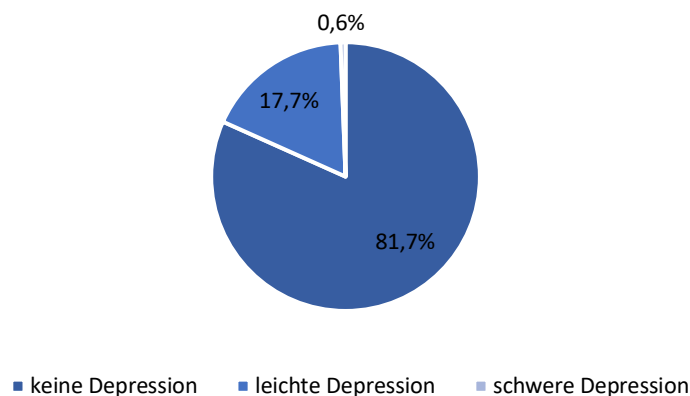


Abbildung 6: Depressionsscreening – Geriatrische Depressionsskala/GDS (ÖIHS Welle IV, 2023-2025)

Einen Hinweis auf die insgesamt relativ gute psychische Gesundheit vieler hochaltriger Menschen gibt die bemerkenswert hohe Lebenszufriedenheit der Studienteilnehmer/innen. Die Befragung zur Lebenszufriedenheit, die Zufriedenheitswerte in verschiedenen Lebensbereichen zusammenfasst, ergibt eine hohe Lebenszufriedenheit bei über 80 Prozent der Teilnehmer/innen.

→ Moderate Depressionsprävalenz, hohe Lebenszufriedenheit

- Depressionsprävalenz **zwischen 9 und 18 Prozent**
- **Hohe Lebenszufriedenheit:** Über 80 Prozent der Teilnehmer/innen sind mit ihrem Leben zufrieden
- Risikofaktoren: funktionale Einschränkungen (Frailty), geringe soziale Einbindung, Pflegeheimaufenthalt

Es lassen sich allerdings einige **Risikofaktoren** identifizieren, die die Entstehung von Depressionen im hohen Alter begünstigen: Die Entstehung depressiver Symptome im Alter ist stark mit der Einschränkung grundlegender psychologischer Bedürfnisse

verbunden, insbesondere mit **Einbußen in den Bereichen Autonomie, Kompetenz und soziale Eingebundenheit**. Altersbedingte gesundheitliche Einschränkungen, Pflegebedürftigkeit und Institutionalisierung können die Selbstbestimmung deutlich reduzieren und das Gefühl der Kontrolle über das eigene Leben schwächen. Gleichzeitig führen funktionale Verluste häufig zu einem Rückgang der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit. Hinzu kommen strukturelle und biografische Faktoren wie der Verlust nahestehender Personen, eingeschränkte Mobilität und negative gesellschaftliche Altersbilder, die soziale Teilhabe erschweren und Gefühle mangelnder Zugehörigkeit verstärken.

Die empirischen Ergebnisse der ÖIHS unterstreichen die besondere Bedeutung dieser Faktoren: Der **funktionale Status** erweist sich als einer der stärksten Prädiktoren depressiver Symptome. Während hochaltrige Personen mit weitgehend intakter funktionaler Gesundheit kaum depressive Symptome aufweisen, ist fast jede zweite Person mit Frailty von Depressionen betroffen. Auch die **soziale Einbindung** spielt eine zentrale Rolle: Ein schwaches soziales Netzwerk mit wenigen Sozialkontakten geht mit einem deutlich erhöhten Risiko für depressive Symptome einher. **Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner** weisen ebenfalls eine deutlich höhere Prävalenz (rund 37 Prozent) auf, wobei sich zeigt, dass weniger der Pflegeheimaufenthalt an sich als vielmehr die Kombination aus eingeschränkter Gesundheit und geringer sozialer Einbindung ausschlaggebend ist.

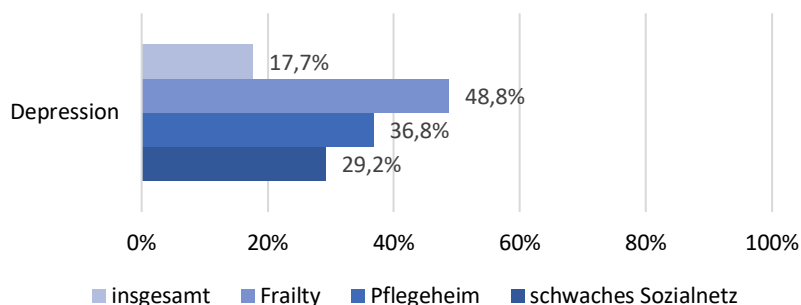


Abbildung 7: Depressionsprävalenz – insgesamt und bei Frailty, Pflegeheimaufenthalt und schwachem Sozialnetz (ÖIHS Welle IV, 2023-2025)

Insgesamt zeigt die Datenlage, dass Depression im hohen Alter weniger als unvermeidliche Folge des Alterns zu verstehen ist, sondern vielmehr als **Ergebnis spezifischer, teilweise beeinflussbarer Risikokonstellationen**. Eine wirksame Alterspolitik sollte daher auf die Verbesserung von Gesundheitszustand, sozialer Einbindung und strukturellen Lebensbedingungen abzielen, um psychische Gesundheit bis ins hohe Alter zu fördern.

Was jetzt zu tun ist...

Funktionale Gesundheit gezielt stärken

Die Erhaltung und Förderung funktionaler Gesundheit kann als Schlüsselstrategie verstanden werden, da körperliche und kognitive Einschränkungen zentrale Risikofaktoren für Depression darstellen. Prävention, Rehabilitation und eine konsequente Behandlung chronischer Erkrankungen – insbesondere auch von chronischen Schmerzen – sind daher nicht nur gesundheitspolitisch, sondern auch mit Blick auf die psychische Gesundheit relevant.

Isolation verhindern, Teilhabe stärken

Maßnahmen zur Förderung sozialer Netzwerke, zur Vermeidung von Isolation sowie zur Verbesserung der Mobilität und der Zugänglichkeit von sozialen Angeboten können einen wesentlichen Beitrag zur Reduktion depressiver Symptome leisten.

Autonomie und Selbstwirksamkeit in Pflegesettings stärken

Pflege- und Betreuungsstrukturen sollten stärker auf die Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen nach Autonomie und Selbstwirksamkeit ausgerichtet werden. Dies betrifft insbesondere die Gestaltung von Pflegeeinrichtungen, in denen Entscheidungsräume und individuelle Handlungsspielräume erweitert werden sollten.

Ausbau psychotherapeutischer Angebote für hochaltrige Menschen

Weiters sollten zielgruppenspezifische Beratungs- und psychotherapeutische Angebote ausgebaut werden, insbesondere für gesundheitlich stark eingeschränkte und sozial isolierte Personen, um deren psychische Resilienz zu stärken. Hier ist auch darauf zu achten, Hindernisse wie hohe Kosten für die Betroffenen abzubauen und einen niederschwelligeren Zugang zu ermöglichen.

Relevanz für aktuelle Herausforderungen in Österreich

Die ÖIHS zeigt, dass depressive Symptome im hohen Alter nicht als unvermeidliche Begleiterscheinung des Alterns verstanden werden dürfen, sondern in engen Wechselwirkungen mit funktionalen Einschränkungen, sozialer Isolation und eingeschränkter Selbstbestimmung stehen. Damit rückt psychische Gesundheit im Alter stärker in das Zentrum gesundheitspolitischer und gesellschaftlicher Verantwortung.

Für Österreich bedeutet dies: Psychische Gesundheit muss in der Versorgung älterer Menschen systematisch mitgedacht werden – nicht nur in der Akutmedizin, sondern auch in der Primärversorgung, in geriatrischen Angeboten und in der Gemeindeentwicklung. Trotz einer insgesamt moderaten Prävalenz werden depressive Symptome bei älteren Menschen häufig nicht ausreichend erkannt, was auf unzureichende Screening-Routinen und fehlende altersgerechte Angebote hinweist. Dies kann Versorgungslücken verstärken, da leichte depressive Symptome unbehandelt zu funktionalen Verschlechterungen, gesteigerter Pflegebedürftigkeit und höherem Unterstützungsbedarf beitragen können.

Zugleich bestehen in Österreich nach wie vor Herausforderungen bei der Strukturierung altersgerechter psychotherapeutischer und psychosozialer Angebote. Viele ältere Menschen haben Schwierigkeiten, passende Angebote zu finden oder in Anspruch zu nehmen – etwa wegen eingeschränkter Mobilität, unzureichender Vernetzung zwischen Gesundheits-, Sozial- und Gemeindestrukturen oder fehlender Information über verfügbare Leistungen und Therapieformen. Es gilt daher, die Umsetzung notwendiger struktureller Maßnahmen zur Förderung der Autonomie und sozialen Teilhabe älterer Menschen mit dem Ausbau einer kassenfinanzierten, niederschweligen psychotherapeutischen Betreuung zu kombinieren, um die psychische Gesundheit älterer Menschen umfassend zu fördern. Insbesondere überall dort, wo funktionale Einschränkungen und soziale Isolation zusammentreffen und somit das Risiko für depressive Symptome erhöht ist.

Psychische Gesundheit im hohen Alter muss in Österreich stärker als eigener Versorgungsbereich gedacht werden: durch systematische Erfassung im Rahmen geriatrischer Assessments, altersgerechte therapeutische und psychosoziale Angebote, Entstigmatisierung in Gesundheitsversorgung und Öffentlichkeit sowie die stärkere Verzahnung von Gesundheits-, Sozial- und Gemeinde-Strukturen, um Selbstständigkeit, Lebensqualität und Teilhabe nachhaltig zu sichern.

Einsamkeit im hohen Alter – ein kleineres Problem als oft angenommen

Auch Einsamkeit gilt im öffentlichen Diskurs, ähnlich wie Depressionen, als häufiges Problem im hohen Alter, da das hohe Alter, neben einem Verlust von Gesundheit und Selbständigkeit, auch mit einer zunehmenden sozialen Isolation (Verwitwung etc.) assoziiert wird.

Die Ergebnisse der ÖIHS widersprechen diesen Annahmen. Entgegen der häufig postulierten These einer im Alter zunehmenden Einsamkeit zeigt sich empirisch, dass Einsamkeit unter hochaltrigen Menschen ein **eher seltenes Phänomen** ist. In der untersuchten Stichprobe liegt die Prävalenz ausgeprägter Einsamkeit bei **knapp über zwei Prozent**. Selbst unter Einbezug gelegentlicher Einsamkeitsgefühle erhöht sich dieser Anteil lediglich auf rund zehn Prozent. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit früheren ÖIHS-Erhebungen und belegen konsistent, dass **Einsamkeit im hohen Alter keineswegs die Regel** darstellt.

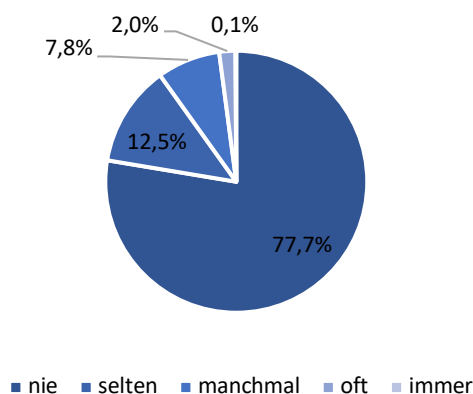


Abbildung 8: Einsamkeit – „Einsamkeitsgefühle in den letzten 2 Wochen“
(ÖIHS Welle IV, 2023-2025)

Damit liefern die Daten ein wichtiges Korrektiv zu einem gesellschaftlich tief verankerten Stereotyp, das Hochaltrigkeit pauschal mit Einsamkeit gleichsetzt. Vielmehr verdeutlichen die Befunde, dass die Lebensrealitäten hochaltriger Menschen heterogen sind und mehrheitlich nicht durch soziale Isolation oder Einsamkeit geprägt sind.

Gleichwohl lassen sich spezifische **Risikogruppen** identifizieren, in denen Einsamkeit häufiger auftritt. Dazu zählen insbesondere Personen mit erheblichen **funktionalen Einschränkungen (Frailty)**, **sozial isolierte Menschen** – vor allem Alleinstehende – sowie **Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen**. Insgesamt bewegt sich das Einsamkeitsempfinden aber auch in diesen Risikogruppen auf relativ niedrigem Niveau.

→ Einsamkeit ist ein Problem einer Minderheit

- Häufige Einsamkeitsgefühle betreffen nur eine Minderheit der hochaltrigen Teilnehmer/innen (ca. 2 Prozent).
- **Am höchsten** ist die Prävalenz unter funktional stark eingeschränkten Personen (rund 4 Prozent), Alleinstehenden (3-4 Prozent) und Pflegeheimbewohner/innen (rund 8 Prozent).
- **Risikofaktoren:** funktionale Einschränkungen (Frailty), geringe soziale Einbindung, Pflegeheimaufenthalt

Insgesamt legen die Ergebnisse nahe, dass eine wirksame Strategie gegen Einsamkeit im hohen Alter weniger in der Ausweitung allgemeiner Programme liegt, sondern vielmehr in der **präzisen Identifikation, Ansprache und Unterstützung spezifischer Risikogruppen** sowie in der **Gestaltung unterstützender sozialräumlicher Infrastrukturen**. Eine solche Ausrichtung ermöglicht nicht nur einen effizienteren Mitteleinsatz, sondern trägt auch dazu bei, die Autonomie und Lebensqualität hochaltriger Menschen nachhaltig zu sichern.

Was jetzt zu tun ist...

Fokussierung auf Risikogruppen

Einsamkeit im hohen Alter ist kein generalisiertes, strukturelles Massenphänomen, sondern tritt in erster Linie in spezifischen Risikokonstellationen auf. Alterspolitische Strategien müssen daher stärker differenzieren: Anstelle breit gestreuter, unspezifischer Maßnahmen bedarf es einer gezielten, evidenzbasierten Fokussierung auf besonders vulnerable Gruppen.

Mobilität als Schlüssel gegen Einsamkeit

Funktionale Einschränkungen und Mobilitätsverluste sind wesentliche Treiber von Einsamkeit. Politische Maßnahmen sollten daher prioritär darauf abzielen, die Alltagsmobilität hochaltriger Menschen so lange wie möglich zu erhalten bzw. zu kompensieren. Dies umfasst den Ausbau barrierefreier öffentlicher Räume, bedarfsgerechter Transportangebote – etwa kleinräumiger Shuttle- oder Rufsysteme – sowie wohnortnaher Versorgungsstrukturen. Mobilität ist dabei nicht nur als physische Fortbewegung zu verstehen, sondern als zentrale Voraussetzung für soziale Teilhabe.

Soziale Isolation aktiv durchbrechen

Vor allem alleinstehende und verwitwete Personen haben ein erhöhtes Risiko für Einsamkeit und soziale Isolation. Hier wären gezielte sozialintegrative Maßnahmen zu entwickeln, die über klassische Freizeit- oder Begegnungsangebote hinausgehen. Erfolgversprechend sind insbesondere niederschwellige, aufsuchende Formate, wie

etwa Besuchsdienste, Patenschaftsmodelle oder quartiersbezogene Netzwerke, die soziale Beziehungen aktiv initiieren und stabilisieren. Gerade für sozial benachteiligte Gruppen ist dabei sicherzustellen, dass Angebote finanziell zugänglich, kulturell anschlussfähig und alltagsnah gestaltet sind.

Pflegeheime als soziale Lebensräume gestalten

In der Langzeitpflege, insbesondere in Pflegeheimen, besteht ein erhöhtes Einsamkeitsrisiko aufgrund struktureller Rahmenbedingungen. Entsprechend sollten Einrichtungen stärker dabei unterstützt werden, soziale Teilhabe systematisch zu fördern. Dies kann durch personenzentrierte Betreuungskonzepte, die Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen sowie durch eine Öffnung der Einrichtungen in den Sozialraum hinein geschehen. Ziel sollte es sein, institutionelle Settings stärker als soziale Lebensräume zu gestalten, die individuelle Kontakte und Beziehungen ermöglichen.

Gemeinden als Schlüssel gegen Einsamkeit

Durch die Stärkung einer sozialraumorientierten Alterspolitik können Mobilität und Sozialkontakte hochaltriger Menschen gefördert und auf diese Weise Einsamkeit verhindert oder reduziert werden. Eine Schlüsselrolle kommt dabei den Gemeinden zu, da Einsamkeit wesentlich im unmittelbaren Lebensumfeld entsteht und bearbeitet werden kann. Der Aufbau und die nachhaltige Förderung lokaler Netzwerke – etwa zwischen Sozialdiensten, Gesundheitsanbietern, zivilgesellschaftlichen Initiativen und Nachbarschaftsstrukturen – kann dazu beitragen, frühzeitig Risiken zu erkennen und passgenaue Unterstützungsangebote bereitzustellen.

Relevanz für aktuelle Herausforderungen in Österreich

Die ÖIHS zeigt, dass ausgeprägte Einsamkeit im hohen Alter insgesamt selten ist und widerlegt die gängige Annahme, dass das hohe Alter automatisch mit Isolation und Einsamkeitserleben verbunden sei.

Gleichzeitig sind deutlich Risikogruppen erkennbar: Personen mit starken funktionalen Einschränkungen, Alleinstehende und Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner sind häufiger von Einsamkeit betroffen. Für die österreichische Alterspolitik bedeutet dies, dass Maßnahmen gezielt auf diese Gruppen ausgerichtet werden sollten, anstatt breit gestreute Programme zu entwickeln. Mobilität bleibt dabei ein zentraler Faktor für soziale Teilhabe: Barrierefreie öffentliche Räume, bedarfsgerechte Transportlösungen oder niedrighschwellige Nachbarschaftsangebote tragen direkt zur Reduktion von Einsamkeit bei. In Pflegeeinrichtungen können sozialintegrative Konzepte – etwa die Einbindung von Angehörigen, Ehrenamtlicher und lokaler Netzwerke – die Lebensqualität hochaltriger Menschen verbessern.

Einsamkeit im hohen Alter sollte in Österreich aktiv adressiert werden, indem vulnerable Gruppen gezielt unterstützt, soziale Netzwerke gestärkt und Mobilität sowie Teilhabe im unmittelbaren Lebensumfeld gefördert werden, um Autonomie und Lebensqualität nachhaltig zu sichern.

Altersarmutsrisiko – besonders unter Frauen

Hochaltrige Menschen in Österreich befinden sich laut den Daten der ÖIHS in einer insgesamt relativ guten, jedoch von starker Ungleichheit geprägten Einkommenssituation. Fast zwei Drittel verfügen über mindestens 2.000 € monatlich. Gleichzeitig lebt jedoch mehr als ein Fünftel mit weniger als 1.600 € im Monat. Unter Berücksichtigung angepasster Armutsgrenzen ergibt sich eine **Armutgefährdungsquote** von **rund 26 Prozent**, die damit deutlich über jener der Gesamtbevölkerung und auch über jener der älteren Bevölkerung insgesamt liegt. Trotz einer möglichen Überschätzung deutet dies klar auf ein erhöhtes Armutsrisiko im hohen Alter hin.

→ Im hohen Alter besteht ein beträchtliches Armutsrisiko

- Die Einkommenssituation hochaltriger Menschen in Österreich ist **überwiegend gut**, allerdings sind Einkommen **sehr ungleich verteilt**.
- **Rund 26 Prozent** sind armutsgefährdet.
- Besonders hoch ist das Altersarmutsrisiko für Frauen und Personen mit niedriger Bildung.

Dieses Risiko ist **ungleich verteilt** und konzentriert sich besonders auf bestimmte Gruppen. **Frauen sind signifikant stärker betroffen** als Männer: Sie verfügen häufiger über niedrige Einkommen und tragen ein etwa doppelt so hohes Armutsrisiko. Diese Ungleichheit ist Ausdruck kumulierter Benachteiligungen über den Lebensverlauf, etwa durch fragmentierte Erwerbsbiografien und geringere Erwerbseinkommen, niedrigere Bildungsabschlüsse und häufigere Verwitwung.

Bildung ist insgesamt ein zentraler Faktor: Hochgebildete verfügen deutlich häufiger über hohe Einkommen, während **niedrig Gebildete ein massiv erhöhtes Armutsrisiko** aufweisen – jede zweite Person in dieser Gruppe ist, gemessen am verfügbaren Haushaltseinkommen, armutsgefährdet.

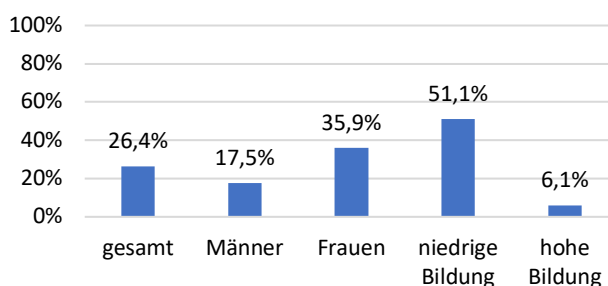


Abbildung 9: Armutgefährdung (ÖIHS Welle IV, 2023-2025)

Auffällig ist die **Diskrepanz zwischen objektiven Einkommenslagen und subjektiver Einschätzung**: Die überwiegende Mehrheit der Befragten bewertet ihr finanzielles Auskommen und ihre Zufriedenheit mit der finanziellen Situation als gut oder sehr gut, selbst bei niedrigeren Einkommen. Zwar besteht ein statistischer Zusammenhang

zwischen Einkommen und Zufriedenheit, dieser fällt jedoch vergleichsweise moderat aus. Dies deutet darauf hin, dass individuelle Erwartungen, Anpassungsprozesse oder geringere Konsumbedürfnisse im hohen Alter eine wichtige Rolle spielen und ein niedriges Einkommen daher nicht zwangsläufig als subjektive Belastung erlebt wird.

→ **Überwiegend hohe finanzielle Zufriedenheit auch bei niedrigen Einkommen**

- Trotz der relativ hohen Armutsgefährdungsquote sind **rund 90 Prozent mit ihrer finanziellen Situation zufrieden**.
- **Rund 95 Prozent** sagen, dass sie mit ihrem Einkommen gut oder sehr gut auskommen.

Altersarmut ist somit **kein Randphänomen**, sondern ein strukturelles Problem, das eng mit **Bildungs-, Erwerbs- und Geschlechterungleichheiten** verknüpft ist. Die finanzielle Lage im hohen Alter spiegelt in hohem Maße die sozialen Chancen und Risiken früherer Lebensphasen wider. Besonders im hohen Alter können monetäre Armut und gesundheitliche Einschränkungen zusammenfallen und sich gegenseitig verstärken. Finanzielle Ressourcen beeinflussen Gesundheitschancen, während gesundheitliche Probleme wiederum zusätzliche Kosten verursachen und Einkommensspielräume einschränken.

Was daraus folgt...

Armutsprävention über den gesamten Lebenslauf

Armutsprävention sollte deutlich stärker lebenslauforientiert gedacht werden. Zentral ist hierbei die Reduktion von Bildungsungleichheiten, da Bildung einen der stärksten Prädiktoren für Einkommen und Armutsrisiko im Alter darstellt. Investitionen in Bildung, insbesondere für sozial benachteiligte Gruppen, sind somit auch langfristige Maßnahmen zur Vermeidung von Altersarmut. Ebenso wichtig ist die Verbesserung der Erwerbschancen und Einkommensverläufe von Frauen. Dazu gehören Maßnahmen zur Verringerung des Gender Pay Gaps, zur besseren Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Care-Arbeit sowie zur Aufwertung von traditionell weiblich dominierten Berufsfeldern. Auch eine stärkere Anerkennung und Absicherung von unbezahlter Care-Arbeit im Pensionssystem sowie Maßnahmen zur Förderung einer gerechteren Aufteilung von Care-Arbeit zwischen den Geschlechtern sind zentral, um geschlechtsspezifische Nachteile im Alter zu reduzieren.

Unterstützung besonders gefährdeter Gruppen

Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt liegt in der direkten Unterstützung besonders gefährdeter Gruppen im hohen Alter. Hierzu zählen insbesondere alleinlebende und verwitwete Personen (vor allem Frauen) sowie Menschen mit niedriger Bildung. Zielgerichtete Transferleistungen, Mindestpensionen oder bedarfsorientierte

Zuschüsse können dazu beitragen, existenzielle Risiken zu mindern. Gleichzeitig sollten diese Maßnahmen möglichst niederschwellig und unbürokratisch gestaltet sein, um auch jene zu erreichen, die aus Scham oder Informationsdefiziten bestehende Angebote nicht nutzen.

Stärkere Verzahnung von Sozial- und Gesundheitspolitik

Angesichts des engen Zusammenhangs zwischen finanzieller Lage und Gesundheit ist zudem eine stärkere Verzahnung von Sozial- und Gesundheitspolitik erforderlich. Pflegebedürftigkeit darf nicht zu einem Armutsrisiko werden. Daher sind der Ausbau und die leistbare Gestaltung von Pflege- und Betreuungsangeboten sowie eine bessere Absicherung pflegebedingter Kosten von zentraler Bedeutung. Präventive Gesundheitsmaßnahmen könnten darüber hinaus dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheiten bereits früher im Lebensverlauf zu reduzieren.

Subjektive Dimension des Wohlbefindens berücksichtigen

Schließlich sollten politische Strategien auch die subjektive Dimension des Wohlbefindens berücksichtigen. Die hohe Zufriedenheit vieler Befragter trotz niedriger Einkommen darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass Einschränkungen oft internalisiert oder als normal akzeptiert werden. Daher ist es wichtig, neben finanzieller Absicherung auch soziale Teilhabe, Zugang zu Dienstleistungen, leistbares Wohnen und gesellschaftliche Integration im Alter zu fördern. Eine umfassende Alterspolitik sollte somit nicht nur auf Einkommensindikatoren fokussieren, sondern die Lebensqualität in ihrer gesamten Breite in den Blick nehmen.

Relevanz für aktuelle Herausforderungen in Österreich

Die Ergebnisse zum Altersarmutsrisiko verdeutlichen eine zentrale sozialpolitische Herausforderung in Österreich: Trotz insgesamt stabiler Einkommenslagen im hohen Alter bestehen deutliche Ungleichheiten, die sich in einer erhöhten Armutsgefährdung niederschlagen. Besonders betroffen sind Frauen sowie Personen mit niedriger Bildung – ein Befund, der eng mit aktuellen politischen Debatten rund um Pensionshöhe, Gender Pension Gap und Mindestabsicherung verknüpft ist.

Damit wird sichtbar, dass Altersarmut nicht isoliert entsteht, sondern das Ergebnis struktureller Ungleichheiten über den gesamten Lebensverlauf ist. Vor dem Hintergrund aktueller Reformdiskussionen im Pensionssystem gewinnt daher eine lebenslauforientierte Armutsprävention an Bedeutung – etwa durch Investitionen in Bildung, bessere Erwerbschancen für Frauen sowie eine gerechtere Aufteilung und stärkere Absicherung von Care-Arbeit.

Zugleich unterstreichen die Ergebnisse die Notwendigkeit gezielter Maßnahmen für besonders gefährdete Gruppen im hohen Alter, etwa durch eine armutsfeste Ausgestaltung der Mindestpension oder niederschwellige Unterstützungsangebote. Angesichts steigender Pflegekosten und des Prinzips „ambulant vor stationär“ wird zudem eine engere Verzahnung von Sozial- und Gesundheitspolitik zunehmend relevant.

Insgesamt liefern die Befunde der ÖIHS eine wichtige Grundlage für eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der Alterspolitik in Österreich, die aktuelle Reformprozesse mit dem Ziel verbindet, strukturelle Ungleichheiten zu reduzieren und sowohl finanzielle Absicherung als auch soziale Teilhabe im Alter nachhaltig zu stärken.

Gesundheitliche Ungleichheit als Folge sozialer Ungleichheit – bis ins hohe Alter

Soziale Ungleichheiten setzen sich bis ins hohe Alter fort und verstärken sich sogar zum Teil. Besonders sozioökonomische Benachteiligungen (niedrige Bildung, niedriges Einkommen) wirken sich langfristig auf Gesundheit, Funktionalität, Autonomie und Lebensqualität aus. 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 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.

Personen mit niedrigem Bildungsniveau sind deutlich häufiger von funktionalen Einschränkungen und Frailty betroffen als höher Gebildete. Gleichzeitig sind sie signifikant häufiger multimorbide und leiden häufiger unter chronischen Schmerzen, was sich negativ auf die Lebensqualität auswirkt. Hinzu kommt, dass niedrig gebildete Personen häufiger polypharmazeutisch behandelt werden, wodurch das Risiko für Nebenwirkungen und Fehlmedikation steigt. Auch ihre Wahrscheinlichkeit, im hohen Alter in einem Pflegeheim zu leben, ist deutlich größer, was ebenfalls als **Ausdruck kumulativer sozialer Benachteiligung über den gesamten Lebensverlauf** verstanden werden kann.

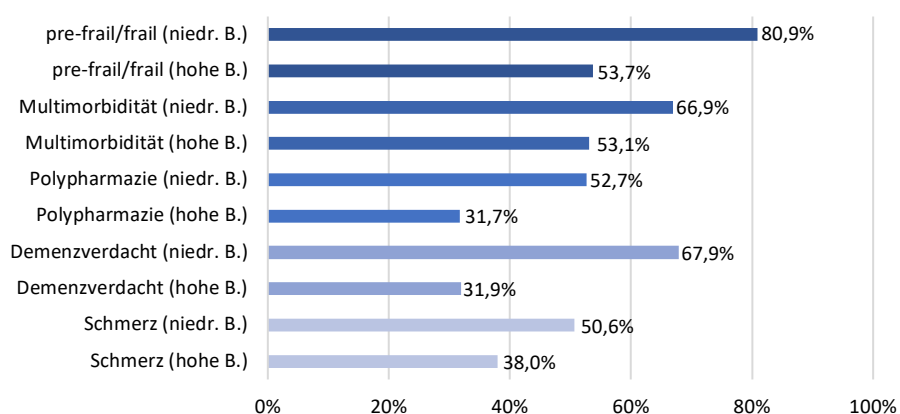


Abbildung 10: Gesundheitliche Einschränkungen nach Bildung (ÖIHS Welle IV, 2023-2025)

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. Bei zwei Drittel von ihnen besteht ein begründeter Demenzverdacht, was ein mehr als doppelt so hoher

Anteil ist als unter Personen mit hoher Bildung. Dies deutet auf ein **signifikant erhöhtes Demenzrisiko** für sozioökonomisch schlechter gestellte Menschen hin.

Diese gesundheitlichen Problemlagen treten selten isoliert auf. Vielmehr führt die Kombination aus funktionalen Einschränkungen, chronischen Erkrankungen, Schmerzen und psychischen Belastungen häufig zu einer verringerten sozialen Teilhabe und einem früheren Verlust an Selbstständigkeit.

→ **Mehr gesundheitliche und funktionale Einschränkungen bei niedriger Bildung**

- Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung sind **deutlich häufiger von ausgeprägten funktionalen Einschränkungen** betroffen (pre-frail oder frail) als Teilnehmer/innen mit hoher Bildung (81 vs. 54 Prozent).
- Sie sind **häufiger multimorbide** (67 vs. 53 Prozent) und von Polypharmazie betroffen (53 vs. 32 Prozent).
- Sie leiden **häufiger unter chronischen Schmerzzuständen** (51 vs. 38 Prozent).
- Rund 59 Prozent der Bewohner/innen von **Pflegeheimen** haben ein niedriges Bildungsniveau.

Die Befunde machen deutlich, dass **Gesundheit im Alter** in hohem Maße **sozial bedingt** ist. Ungünstige Lebens- und Arbeitsbedingungen akkumulieren sich über Jahrzehnte und manifestieren sich im Alter in gesundheitlichen Nachteilen. Pflegeheime werden so für viele sozioökonomisch schlechter gestellte Personen zur „sozialen Endstation“, wo Risiken wie Polypharmazie, Depression und Einsamkeit weiter steigen.

Was daraus folgt...

Prävention in allen Lebensphasen

Da soziale Ungleichheit über den Lebensverlauf hinweg entsteht und sich verstärkt, ist eine konsequente Stärkung der Prävention in allen Lebensphasen notwendig. Dazu gehört insbesondere der Ausbau niedrigschwelliger und zielgruppenspezifischer Angebote in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Sturzprävention sowie eine verstärkte kommunale Gesundheitsförderung. Wichtig ist dabei auch, sozial benachteiligte Gruppen aktiv anzusprechen und frühzeitig in Präventions- und Versorgungsangebote einzubinden. Ebenso sollte die frühzeitige Diagnose und kontinuierliche Behandlung chronischer Erkrankungen verbessert werden, um langfristige Folgeschäden zu reduzieren.

Sozial gerechtere Gestaltung des Gesundheits- und Pflegesystems

Eine sozial gerechtere Gestaltung der Strukturen im Gesundheits- und Pflegesystem ist erforderlich, um zu verhindern, dass bestehende Ungleichheiten weiter

reproduziert werden. Dazu zählen unter anderem eine systematische Überprüfung und Optimierung von Polypharmazie, die Einführung klarer Standards zur Vermeidung unnötiger oder potenziell schädlicher Medikamentenverschreibungen – insbesondere in Pflegeeinrichtungen – sowie die Etablierung geriatrischer Assessments als festen Bestandteil der Regelversorgung. Gleichzeitig sollte die geriatrische Expertise im niedergelassenen Bereich deutlich ausgebaut werden, um eine wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.

Wirksame Maßnahmen zur Bekämpfung von Altersarmut

In sozialpolitischer Hinsicht braucht es wirksame Maßnahmen zur Bekämpfung von Altersarmut, etwa durch eine Anhebung von Mindestpensionen, gezielte Wohnkostenzuschüsse für ältere Menschen und einen niederschweligen, möglichst einkommensunabhängigen Zugang zu Gesundheits- und Präventionsleistungen. Der Abbau finanzieller Hürden wie Selbstbehalte kann ebenfalls dazu beitragen, Ungleichheiten im Zugang zur Versorgung zu verringern.

Relevanz für aktuelle Herausforderungen in Österreich

Die Befunde zur gesundheitlichen Ungleichheit im hohen Alter machen deutlich, dass soziale Disparitäten in Österreich nicht nur die Einkommenssituation, sondern in erheblichem Ausmaß auch die Gesundheit prägen. Gerade im Kontext des demografischen Wandels und eines steigenden Pflegebedarfs wird sichtbar, dass gesundheitliche Einschränkungen ungleich verteilt sind und sozial benachteiligte Gruppen deutlich früher und stärker betreffen.

Besonders niedrige Bildung geht mit schlechteren gesundheitlichen Verläufen, höherer Multimorbidität und einem erhöhten Demenzrisiko einher. Diese Unterschiede sind politisch besonders relevant, da sie langfristig zu höheren Kosten im Gesundheits- und Pflegesystem führen und die Herausforderungen rund um Pflege, Betreuung und Versorgung weiter verschärfen.

Vor dem Hintergrund aktueller Reformdiskussionen – etwa zur Sicherstellung der Pflegeversorgung und zur Entlastung des Gesundheitssystems – unterstreichen die Ergebnisse die Bedeutung früh ansetzender und zielgruppenspezifischer Präventionsmaßnahmen. Gleichzeitig wird deutlich, dass bestehende Versorgungsstrukturen soziale Ungleichheiten teilweise verstärken können, etwa durch Hürden beim Zugang zu Leistungen oder durch Risiken wie Polypharmazie im Alter.

Die ÖIHS zeigt somit, dass gesundheitliche Chancengleichheit stärker in den Fokus der österreichischen Gesundheits- und Sozialpolitik rücken muss. Neben strukturellen Verbesserungen in der Versorgung sind insbesondere Maßnahmen zur Reduktion sozialer Ungleichheit über den gesamten Lebensverlauf entscheidend, um langfristig sowohl individuelle Lebensqualität als auch die Nachhaltigkeit des Systems zu sichern.

Hochaltrige Frauen und Männer: Ungleiche Voraussetzungen im Alter

Die Ergebnisse der ÖIHS zeigen auch deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede in der Lebenssituation hochaltriger Menschen, die sowohl gesundheitliche als auch soziale und ökonomische Dimensionen betreffen. **Frauen** haben zwar eine höhere Lebenserwartung und stellen daher den größten Anteil der hochaltrigen Bevölkerung, gleichzeitig sind sie jedoch **häufiger von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen**. Im Vergleich zu gleichaltrigen Männern befinden sie sich tendenziell in einer schlechteren physischen Verfassung und leiden unter stärkeren funktionalen Einschränkungen. Dies wirkt sich wiederum auf ihre Mobilität sowie ihre Fähigkeit zur selbstständigen Bewältigung alltäglicher Anforderungen aus. Auch in psychischer Hinsicht zeigen sich Unterschiede. Hochaltrige Frauen weisen häufiger kognitive Defizite auf und sind etwas häufiger von Depressionen betroffen als Männer.

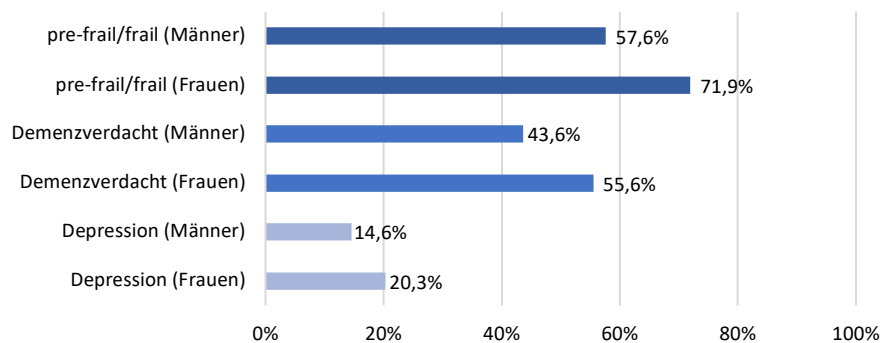


Abbildung 11: Funktionale Einschränkungen (pre-frail/frail) – Demenzverdacht – Depression, nach Geschlecht (ÖIHS Welle IV, 2023-2025)

Gesundheitliche Einschränkungen stehen in engem Zusammenhang mit der sozialen Integration. Dies lässt sich beispielsweise an einer deutlich **geringeren Außer-Haus-Mobilität** hochaltriger Frauen im Vergleich zu hochaltrigen Männern ablesen.

Besonders prägend ist zudem ihre familiäre und partnerschaftliche Situation: **Mehr als die Hälfte** der hochaltrigen Frauen sind **verwitwet**, bei Männern trifft dies nur auf etwa jeden Fünften zu. Dies führt auch dazu, dass **Frauen fast dreimal so häufig allein** leben. In der Folge sind sie auch signifikant **häufiger von Einsamkeit betroffen** (wenn auch insgesamt auf niedrigem Niveau), was wiederum negative Rückwirkungen auf ihre psychische und physische Gesundheit haben kann.

→ Hochaltrige Frauen sind nicht nur gesundheitlich, sondern auch sozial stärker eingeschränkt

- **54 Prozent der Frauen sind verwitwet**, hingegen nur 19 Prozent der Männer
- Frauen leben daher auch deutlich häufiger allein (59 vs. 21 Prozent)
- Frauen tragen ein **höheres Risiko für soziale Isolation**: 14 Prozent verlassen das Haus seltener als einmal pro Woche (Männer: 6 Prozent)

Auf sozioökonomischer Ebene bestätigen die Ergebnisse bestehende geschlechtsspezifische Ungleichheiten. Hochaltrige Frauen verfügen im Durchschnitt über ein **geringeres Bildungsniveau** und ein **niedrigeres Haushaltseinkommen** als Männer. Besonders auffällig ist die Konzentration sehr niedriger Einkommen unter Frauen, was auf ein **deutlich erhöhtes Altersarmutsrisiko** hinweist. Diese ökonomische Benachteiligung verstärkt bestehende gesundheitliche und soziale Risiken und kann den Zugang zu unterstützenden Angeboten zusätzlich erschweren.

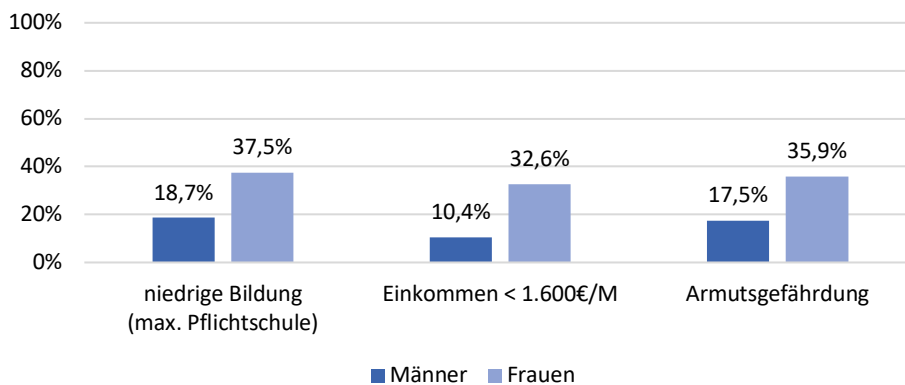


Abbildung 12: Niedrige Bildung – niedriges Einkommen – Armutsgefährdung, nach Geschlecht (ÖIHS Welle IV, 2023-2025)

Insgesamt verdeutlichen die Befunde, dass sich geschlechtsspezifische Ungleichheiten über den gesamten Lebensverlauf hinweg kumulieren und im hohen Alter besonders deutlich sichtbar werden. Geschlechtsspezifische Unterschiede in Erwerbsbiografien, Einkommen, Bildung und sozialer Einbindung schlagen sich in einer unterschiedlichen Qualität des Alterns nieder. Diese Unterschiede sind nicht nur individuelle Herausforderungen, sondern stellen auch eine zentrale sozialpolitische Aufgabe dar.

Was daraus folgt...

Geschlechtersensible Ausgestaltung von Gesundheits- und Pflegeangeboten

Sozioökonomische und gesundheitliche Nachteile von Frauen im hohen Alter machen eine geschlechtersensible Ausgestaltung von Gesundheits- und Pflegeangeboten erforderlich. Dies bedeutet nicht nur eine stärkere Berücksichtigung der höheren Multimorbidität und funktionalen Einschränkung hochaltriger Frauen, sondern auch eine bessere Verzahnung von medizinischer Versorgung, Pflege und sozialer Unterstützung. Präventive Ansätze sollten frühzeitig ansetzen, um funktionalen Abbau zu verzögern, während im hohen Alter integrierte Versorgungsmodelle notwendig sind, die medizinische, therapeutische und psychosoziale Leistungen kombinieren. Insbesondere mobile Dienste und aufsuchende Angebote gewinnen hier an Bedeutung, da sie eine eingeschränkte Mobilität kompensieren können.

Gezielte Maßnahmen zur Förderung sozialer Teilhabe hochaltriger Frauen

Es braucht gezielte Maßnahmen zur Förderung sozialer Teilhabe und zur Bekämpfung von Einsamkeit. Programme sollten insbesondere alleinlebende und verwitwete Frauen adressieren, da diese Gruppe einem besonders hohen Risiko sozialer Isolation ausgesetzt ist. Neben klassischen Begegnungsangeboten sind innovative, niederschwellige Formate erforderlich, die auch für mobilitätseingeschränkte Personen zugänglich sind, etwa durch quartiersbezogene Netzwerke, Besuchsdienste oder digitale Unterstützungsangebote. Gleichzeitig sollte die Verbesserung der Außer-Haus-Mobilität – etwa durch barrierefreie Infrastruktur und leistbare Transportangebote – als zentrale Voraussetzung gesellschaftlicher Teilhabe verstanden werden.

Altersarmut bekämpfen – vor allem bei Frauen

Eine zentrale sozialpolitische Herausforderung ist die Bekämpfung von Altersarmut bei Frauen. Kurzfristig sind gezielte finanzielle Entlastungen für einkommensschwache Haushalte notwendig, etwa durch bedarfsorientierte Zuschüsse oder eine stärkere Absicherung im Pflegefall. Mittel- und langfristig erfordert dies jedoch strukturelle Reformen entlang des gesamten Lebensverlaufs. Dazu zählen Maßnahmen zur Verringerung geschlechtsspezifischer Einkommensunterschiede, eine bessere Anerkennung von unbezahlter Care-Arbeit im Pensionssystem sowie der Ausbau von Kinderbetreuungs- und Pflegeinfrastruktur, um Erwerbsunterbrechungen zu reduzieren. Nur durch solche lebensverlaufsperspektivischen Ansätze lässt sich das Risiko von Altersarmut nachhaltig senken.

Gender als Thema in der Altersforschung stärken

Die Forschung zu hochaltrigen Menschen sollte weiterhin konsequent geschlechterdifferenziert erfolgen und stärker intersektionale Perspektiven einbeziehen. Unterschiede innerhalb der Gruppe der Frauen – etwa nach Bildung, Einkommen oder familiärer Situation – verdienen ebenso Aufmerksamkeit wie die Wechselwirkungen zwischen gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Faktoren. Eine verbesserte Datenlage ist entscheidend, um politische Maßnahmen evidenzbasiert zu gestalten und ihre Wirksamkeit zu evaluieren.

Bewusstsein für die spezifischen Lebenslagen hochaltriger Frauen schaffen

Auf gesamtgesellschaftlicher Ebene ist schließlich auch ein stärkeres Bewusstsein für die spezifischen Lebenslagen hochaltriger Frauen notwendig. Politische Strategien sollten darauf abzielen, Altersbilder zu differenzieren und die Sichtbarkeit dieser Gruppe zu erhöhen. Insgesamt erfordert die Verbesserung der Lebensqualität hochaltriger Frauen ein koordiniertes Zusammenspiel von Gesundheits-, Sozial- und Gleichstellungspolitik, das strukturelle Ungleichheiten abbaut und gleichzeitig individuelle Unterstützungsbedarfe gezielt adressiert.

Relevanz für aktuelle Herausforderungen in Österreich

Die Ergebnisse der ÖIHS machen deutlich: Geschlechtsspezifische Ungleichheiten prägen die Lebensrealität hochaltriger Menschen und stellen eine zentrale Herausforderung für die Sozial- und Gesundheitspolitik in Österreich dar.

Besonders Frauen sind im hohen Alter mehrfach benachteiligt – gesundheitlich durch stärkere funktionale Einschränkungen und höhere Multimorbidität, sozial durch häufigere Verwitwung und Einsamkeit sowie ökonomisch durch ein deutlich erhöhtes Risiko von Altersarmut.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels gewinnt diese Problematik zusätzlich an Gewicht. Reformvorhaben in Österreich – etwa zum Ausbau mobiler Pflege- und Betreuungsdienste, zur Stärkung integrierter Versorgungsmodelle sowie zur besseren sozialen Absicherung im Alter – adressieren wichtige Teilaspekte, sind jedoch oft noch zu wenig geschlechtersensibel. Insbesondere an den Schnittstellen zwischen Gesundheitssystem, Pflege und sozialer Unterstützung bestehen weiterhin Versorgungs- und Koordinationslücken, die hochaltrige Frauen überproportional betreffen.

Das höhere Risiko alleinlebender Frauen für soziale Isolation unterstreicht zudem die Notwendigkeit, Teilhabe stärker als gesundheitspolitisches Ziel zu verankern.

Niederschwellige, aufsuchende Angebote sowie Investitionen in barrierefreie Infrastruktur und leistbare Mobilität sind entscheidend, um gesellschaftliche Einbindung auch bei eingeschränkter Selbstständigkeit zu gewährleisten.

Gleichzeitig zeigt sich, dass bestehende Ungleichheiten im Alter wesentlich durch strukturelle Faktoren über den gesamten Lebensverlauf hinweg entstehen – insbesondere durch ungleiche Erwerbschancen, Einkommensunterschiede und die unzureichende Absicherung und Aufteilung von Care-Arbeit.

Die Situation hochaltriger Frauen in Österreich ist somit kein isoliertes Randthema, sondern ein Prüfstein für die Zukunftsfähigkeit von Gesundheits-, Pflege- und Sozialpolitik. Nur durch eine konsequent geschlechtersensible Ausgestaltung von Versorgungssystemen, gezielte Maßnahmen gegen Altersarmut und eine stärkere Förderung sozialer Teilhabe lässt sich die Lebensqualität im hohen Alter nachhaltig verbessern und wachsenden sozialen Ungleichheiten wirksam begegnen.

Das Altersbild hochaltriger Menschen: „Solange man gesund ist, ist alles okay“

Altersbilder wirken nicht nur als Spiegel realer Lebensbedingungen, sondern entfalten auch eigenständige Effekte, indem sie unmittelbare Konsequenzen für individuelles Verhalten, Gesundheit und Lebensqualität haben. **Positive Altersbilder** können als **psychologische Ressource** verstanden werden, die Selbstwirksamkeit stärkt, präventives Verhalten fördert und damit zur Aufrechterhaltung körperlicher und kognitiver Funktionen beiträgt. Umgekehrt können negative Erwartungen an das Altern zu Resignation, geringerer Aktivität und einer verzögerten Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung führen.

Die Befunde zum individuellen Altersbild hochaltriger Menschen zeichnen ein differenziertes, für die Alterspolitik hoch relevantes Bild. Grundsätzlich zeigt sich, dass hochaltrige Menschen in Österreich mehrheitlich ein **eher positives Altersbild** aufweisen. Mehr als zwei Drittel der Befragten bewerten ihr eigenes Altern positiv, während stark negative Altersbilder selten sind.

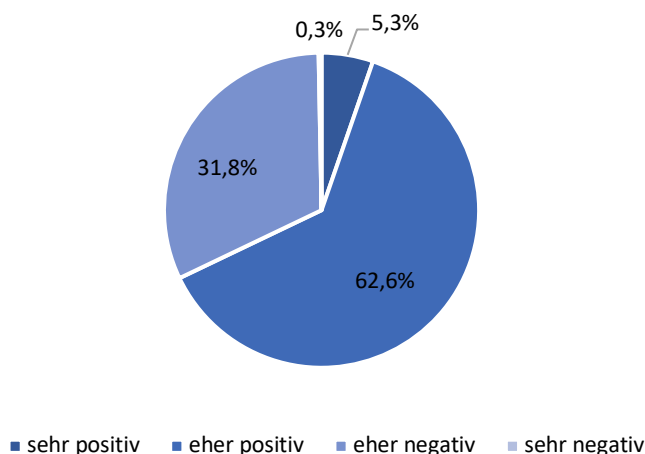


Abbildung 13: Altersbild (Altersbilder-Skala, ÖIHS Welle IV, 2023-2025)

Dieses insgesamt günstige Bild relativiert sich jedoch, wenn man die einzelnen Dimensionen betrachtet, aus denen sich das subjektive Alterserleben zusammensetzt. Während Aspekte wie Selbstkenntnis, Gelassenheit und soziale Einbindung überwiegend positiv bewertet werden, dominieren **in Bezug auf körperliche Entwicklung und persönliche Weiterentwicklung eher negative Einschätzungen**. Altern wird von der großen Mehrheit mit nachlassender Vitalität, sinkender Belastbarkeit und gesundheitlichen Einbußen assoziiert, während nur eine Minderheit davon ausgeht, im Alter noch neue Fähigkeiten entwickeln oder Ideen verwirklichen zu können.

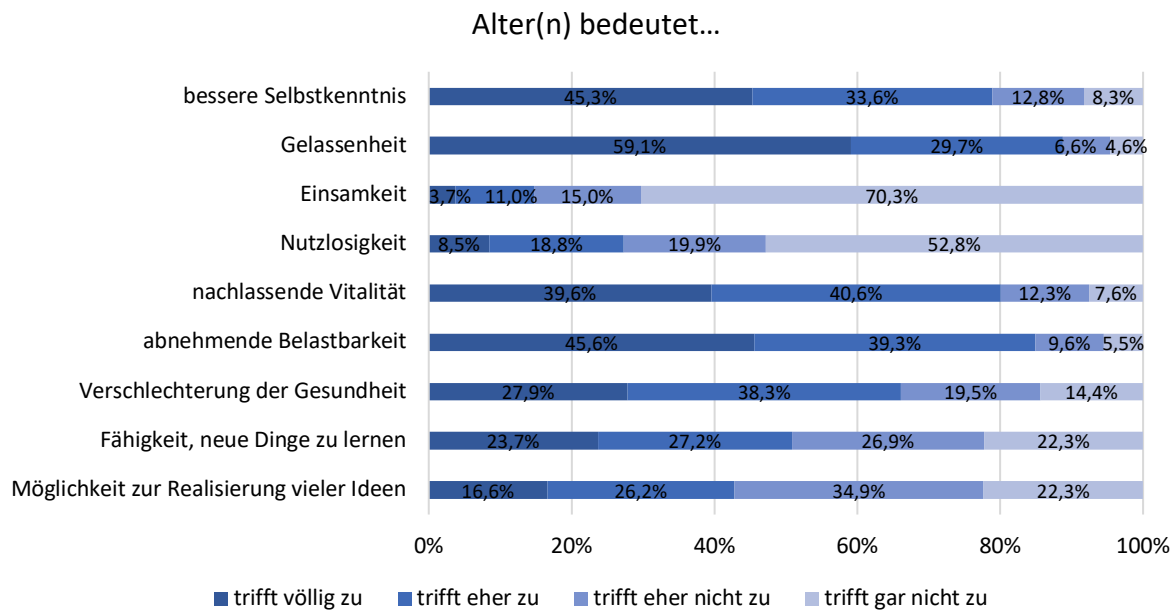


Abbildung 14: Altersbild – einzelne Dimensionen (ÖIHS Welle IV, 2023-2025)

Dieses Ergebnis bildet sich im Wesentlichen auch in den qualitativen Daten der aktuellen ÖIHS-Fokusstudie zum Thema „Altersbilder, Altersdiskriminierung und Gewalt im Alter“ ab.² Gefragt nach den aus ihrer Sicht **eher negativen Seiten des hohen Alters**, nennen hochaltrige Menschen an erster Stelle **gesundheitliche und funktionale Einschränkungen**, die das Älterwerden mit sich bringe.

Die große Bedeutung, die Gesundheit und Funktionalität im subjektiven Blick auf das eigene Alter(n) einnehmen, wird auch daran ersichtlich, dass die Abwesenheit von ausgeprägten gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen von vielen Teilnehmer/innen als besonders wichtig für ein gutes und zufriedenstellendes Leben im hohen Alter betont wird. Solange man „halbwegs gesund“ sei und sich die altersbedingten „Wehwehchen“ einigermaßen im Rahmen halten, sei „alles okay“.

→ **Gesundheit und Funktionalität als wichtigster Faktor**

- **Negative Assoziationen** des Alter(n)s beziehen sich hauptsächlich auf Fragen der **Gesundheit und Funktionalität** (gesundheitliche Verluste, abnehmende Vitalität etc.).
- In qualitativen Interviews ist der Erhalt von Gesundheit und Selbsthilfefähigkeit das **Hauptkriterium zur Beurteilung der eigenen Lebensqualität** im hohen Alter.

Ein negativeres Altersbild korreliert den ÖIHS-Daten zufolge signifikant mit **depressiven Symptomen und geringerer Lebenszufriedenheit**. Daraus kann zwar nicht

² ÖPIA (2026): *Altersbilder, Altersdiskriminierung und Gewalterfahrungen im hohen Alter. Qualitative Fokusstudie (Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie, Welle IV 2023–2025)*. Wien: Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen.

unmittelbar geschlossen werden, dass ein negatives Altersbild kausal mit einem höheren Depressionsrisiko in Verbindung steht, da sowohl für das Altersbild als auch für Depression eine Korrelation mit dem gesundheitlichen und funktionalen Status besteht. Die internationale Forschung spricht jedoch dafür, dass der Zusammenhang zumindest teilweise kausal in Richtung Altersbild → psychische Gesundheit verläuft. Das bedeutet, dass ein negatives Altersbild nicht nur Ausdruck psychischer Belastung infolge altersbedingter Einschränkungen ist, sondern selbst zu deren Entstehung beitragen kann.

Auch **soziale Ungleichheiten** prägen das individuelle Altersbild in erheblichem Ausmaß. Besonders ausgeprägt sind Differenzen entlang der Bildungsdimension: Niedriggebildete Personen bewerten sowohl körperliche und soziale Verluste als auch ihre Entwicklungsmöglichkeiten im Alter deutlich pessimistischer. Diese Unterschiede lassen sich teilweise durch ungleiche gesundheitliche Voraussetzungen erklären, da funktionale Einschränkungen in bildungsbenachteiligten Gruppen häufiger auftreten. Darüber hinaus deuten die Ergebnisse jedoch auf tieferliegende, über den Lebensverlauf akkumulierte Ungleichheiten hin (z.B. geringere individuelle Entfaltungsmöglichkeiten), die sich im subjektiven Erleben des Alterns niederschlagen.

→ Wechselwirkung zwischen Altersbild und Lebensqualität

- Negative Altersbilder sind nicht nur Ausdruck eines negativen Alterserlebens (z.B. infolge altersbedingter Einschränkungen und Verluste), sondern können sich auch umgekehrt **negativ auf die Lebensqualität auswirken** (z.B. Depression, geringere Lebenszufriedenheit).
- Auch **sozioökonomische Benachteiligungen** können mit einem negativeren Altersbild einhergehen, das sich wiederum zusätzlich negativ auf **Lebensqualität, Gesundheit und Wohlbefinden** im hohen Alter auswirken kann.

Die Befunde zum individuellen Altersbild verdeutlichen, dass dieses nicht nur ein Begleitphänomen des Alterns ist, sondern eine eigenständige, politisch relevante Einflussgröße auf Gesundheit, Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe im hohen Alter darstellt.

Was daraus folgt...

Positiveres Altersbild in politischer und medialer Kommunikation

Da individuelle Altersbilder in hohem Maße kulturell geprägt sind, sollten alterspolitische Strategien auch auf eine Veränderung gesellschaftlicher Altersnarrative abzielen. Öffentliche Kommunikation, Medienpolitik und Bildungsarbeit können dazu beitragen, ein differenzierteres und weniger defizitorientiertes Bild des Alterns zu etablieren. Dabei geht es nicht um eine einseitig positive Idealisierung,

sondern um die realistische Darstellung von Alter(n) als ambivalenter Lebensphase, die sowohl mit Herausforderungen als auch mit Entwicklungspotenzialen verbunden ist. Kampagnen, intergenerationelle Projekte und altersdiverse Repräsentationen in Medien können hier langfristig dazu beitragen, internalisierte negative Stereotype abzubauen.

Altersbilder als Bestandteil einer umfassenden Public-Health-Strategie

Da angenommen werden kann, dass individuelle Altersbilder gesundheitsrelevantes Verhalten, funktionale Entwicklung und psychische Stabilität beeinflussen, sollten sie systematisch in nationale Strategien für gesundes Altern integriert werden. Dies betrifft insbesondere Präventionsprogramme, die bislang primär auf körperliche Risikofaktoren fokussieren. Künftig sollten diese Programme stärker psychologische Komponenten einbeziehen, etwa durch Interventionen zur Förderung von Selbstwirksamkeit, positiven Zukunftserwartungen und subjektiver Kontrolle über den Alterungsprozess. Anzustreben wäre, negative Erwartungshaltungen – etwa die Unvermeidbarkeit von körperlichem Abbau – aufzubrechen und durch realistisch-positive Perspektiven zu ersetzen, die gesundheitsförderliches Verhalten begünstigen.

Entwicklungsmöglichkeiten im Alter sichtbar machen

Darüber hinaus legen die Ergebnisse nahe, dass insbesondere die Dimension der „persönlichen Weiterentwicklung“ ein zentraler Hebel für alterspolitische Maßnahmen ist. Gerade in diesem Bereich zeigen sich die negativsten Einschätzungen sowie die stärksten Zusammenhänge mit funktionaler Gesundheit und sozialer Ungleichheit. Alterspolitik sollte daher verstärkt darauf ausgerichtet sein, Entwicklungsmöglichkeiten im Alter sichtbar, zugänglich und erfahrbar zu machen. Dies erfordert einen Ausbau zielgruppenspezifischer Bildungs-, Kultur- und Engagementangebote für ältere Menschen, die nicht nur auf Aktivierung abzielen, sondern explizit Lernprozesse, Kompetenzerweiterung und kreative Entfaltung fördern. Besonders wichtig ist dabei ein niederschwelliger Zugang für Personen mit geringerer Bildung oder eingeschränkter Mobilität, da gerade diese Gruppen ein deutlich negativeres Altersbild aufweisen und zugleich von bestehenden Angeboten oft weniger profitieren.

Wechselwirkung zwischen funktionaler Gesundheit und Altersbild berücksichtigen

Da zwischen funktionaler Gesundheit und individuellem Altersbild eine Wechselwirkung besteht und sich hier potenziell negative Spiralen entwickeln können, sollten Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen stärker darauf ausgerichtet sein, nicht nur körperliche Funktionen zu stabilisieren, sondern auch subjektive Wahrnehmungen von Kompetenz und Entwicklung zu stärken. Multimodale Programme, die körperliche Aktivierung mit psychologischer Unterstützung und sozialer Teilhabe verbinden, erscheinen hier besonders vielversprechend. Ziel wäre

es, die Erfahrung von Handlungsspielräumen trotz gesundheitlicher Einschränkungen zu fördern und damit einem Rückzug aus aktiven Lebensbereichen entgegenzuwirken.

Relevanz für aktuelle Herausforderungen in Österreich

Die Ergebnisse der ÖIHS verdeutlichen: Altersbilder sind ein eigenständiger Einflussfaktor auf Gesundheit und Lebensqualität und damit hochrelevant für Österreichs Alterspolitik. Während positive Sichtweisen Selbstwirksamkeit und Prävention fördern, korrelieren negative Vorstellungen mit schlechterer psychischer Gesundheit und geringerer Aktivität.

In einer alternden Gesellschaft zeigt sich, dass gesundes Altern neben der Medizin stark von kulturellen und psychologischen Faktoren geprägt wird – eine Dimension, die aktuelle Strategien bislang kaum nutzen. Besonders soziale Ungleichheiten verschärfen dies: Menschen mit geringerer Bildung blicken pessimistischer auf ihr Alter, wodurch sich bestehende Disparitäten reproduzieren. Das Altersbild wirkt hier als Mechanismus, der Ungleichheit verfestigt.

Für die österreichische Alter(n)spolitik ergibt sich ein klarer Handlungsauftrag: Altersbilder müssen in die Gesundheits-, Bildungs- und Sozialpolitik integriert werden. Zentral sind die Förderung eines realistisch-positiven Alternsverständnisses, der Ausbau niederschwelliger Teilhabe sowie die Stärkung von Selbstwirksamkeit. Gezielte Maßnahmen müssen körperliche, psychische und soziale Aspekte verknüpfen, um Abwärtsspiralen zu verhindern.

Altersbilder sind keine zu vernachlässigende Größe, sondern ein strategischer Hebel für gesundes Altern, Chancengleichheit und die langfristige Stabilität des Gesundheits- und Sozialsystems.

Achtung, Digitalisierung! Nur eine Minderheit der Hochaltrigen verwendet regelmäßig das Internet

Die Digitalisierung durchdringt zunehmend alle Lebensbereiche und wird vielfach als Motor gesellschaftlicher Modernisierung verstanden. Gleichzeitig zeigt sich jedoch, dass diese Entwicklung nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen erreicht. Insbesondere hochaltrige Menschen sind von der digitalen Transformation vielfach ausgeschlossen oder können nur eingeschränkt daran teilhaben. Auch die ÖIHS-Daten verdeutlichen, dass **digitale Ungleichheit** im Alter kein Randphänomen, sondern ein **strukturelles Problem** darstellt, das sowohl soziale Teilhabe als auch den Zugang zu grundlegenden Dienstleistungen betrifft.

Zwar ist in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg der technischen Infrastruktur zu beobachten. So verfügen mittlerweile **mehr als die Hälfte der hochaltrigen Menschen** in Privathaushalten über einen **Internetanschluss**. Dieser Fortschritt darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass Zugang allein nicht gleichbedeutend mit Nutzung ist. Tatsächlich nutzt nur eine Minderheit der Hochaltrigen das Internet regelmäßig. Rund **40 Prozent** geben an, **zumindest gelegentlich online** zu sein, während lediglich ein Viertel das Internet täglich verwendet. Insgesamt nutzt mehr als die Hälfte dieser Altersgruppe das Internet überhaupt nicht. Damit bleibt die digitale Teilhabe im hohen Alter deutlich hinter anderen Bevölkerungsgruppen zurück.

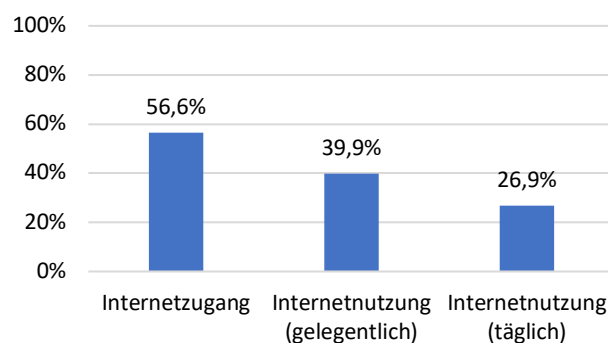


Abbildung 15: Internetzugang und Internetnutzung (ÖIHS Welle IV, 2023-2025)

Auch hinsichtlich der Art der Nutzung zeigen sich klare Einschränkungen: Hochaltrige Menschen verwenden das Internet vor allem für **grundlegende Funktionen** wie E-Mail-Kommunikation, Informationssuche oder das Lesen von Nachrichten. Interaktive oder komplexere Anwendungen wie Online-Banking, Videotelefonie, soziale Netzwerke oder Online-Shopping sind deutlich weniger verbreitet. Nur ein kleiner Anteil nutzt also zentrale digitale Dienste, die in vielen Bereichen bereits als Standard gelten. Dies unterstreicht, dass **digitale Kompetenzen im hohen Alter oft selektiv und funktional begrenzt** bleiben.

→ Viele zentrale Online-Anwendungen werden im hohen Alter nicht genutzt

Die Internetnutzung im hohen Alter beschränkt sich überwiegend auf grundlegende Funktionen wie E-Mails – und selbst diese werden nur von einer Minderheit genutzt:

- E-Mails: 34,8%
- Informationssuche zu Waren/Dienstleistungen: 26,5%
- Sofortnachrichtendienste (z.B. WhatsApp): 25,4%
- Online-Banking: 18,2%
- Online-Shopping: 12,5%
- Videotelefonie (z.B. Skype, Zoom): 12,1%
- Soziale Netzwerke (z.B. Facebook, Twitter/X): 11,7%

Besonders problematisch ist die ungleiche Verteilung digitaler Teilhabe innerhalb der Gruppe der Hochaltrigen. **Geschlecht, Bildung und Wohnort (Stadt/Land)** erweisen sich als **zentrale Einflussfaktoren**. Männer nutzen das Internet deutlich häufiger als Frauen, während Frauen überdurchschnittlich oft zu den Nicht-Nutzerinnen zählen. Noch ausgeprägter sind die Unterschiede nach Bildungsniveau: Hochaltrige mit höherer Bildung verfügen wesentlich häufiger über Internetzugang und nutzen diesen auch deutlich intensiver. Für Personen mit niedriger Bildung hingegen ist digitale Teilhabe die Ausnahme – ein Großteil von ihnen bleibt vollständig offline. Auch der Wohnort spielt eine Rolle – mit einer deutlich geringeren Verbreitung von Internetzugang und Internetnutzung in ländlichen Regionen.

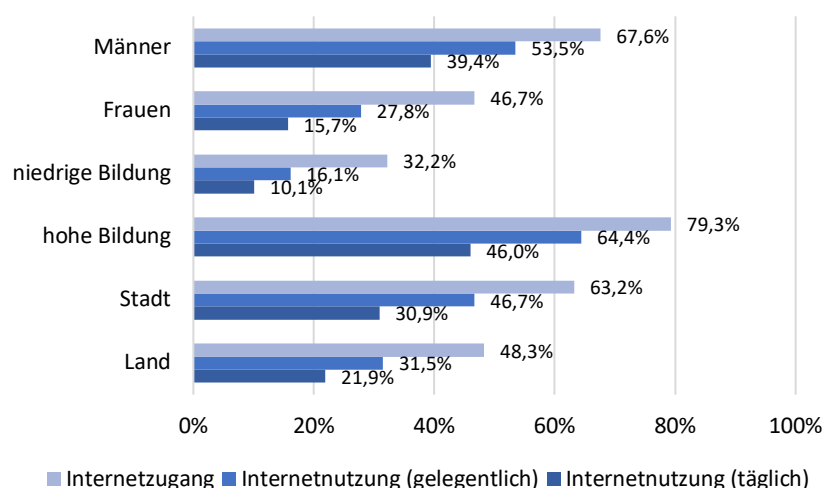


Abbildung 16: Internetzugang und Internetnutzung, nach Geschlecht, Bildung und Stadt/Land (ÖIHS Welle IV, 2023-2025)

Diese digitale Kluft hat weitreichende Konsequenzen. In einer zunehmend digitalisierten Gesellschaft werden zentrale Dienstleistungen – von Behördenwegen über Bankgeschäfte bis hin zu Mobilitätsangeboten – verstärkt online abgewickelt. Für

hochaltrige Menschen ohne ausreichende digitale Kompetenzen entstehen dadurch **neue Barrieren im Alltag**. Hinzu kommt eine soziale Dimension: Wer digitale Kommunikationsmittel nicht nutzt, hat weniger Möglichkeiten zur sozialen Vernetzung und läuft **Gefahr, stärker isoliert zu werden**.

Besonders deutlich wird die Problematik auch durch qualitative Befunde: In der aktuellen ÖIHS-Fokusstudie, in der gezielt nach Erfahrungen mit Altersdiskriminierung gefragt wurde, wurde die fortschreitende Digitalisierung am häufigsten als jener gesellschaftliche Bereich genannt, in dem sich die Befragten benachteiligt fühlen. **Digitalisierung** wird somit nicht nur als technische Herausforderung wahrgenommen, sondern als Feld **erlebter Ungleichbehandlung im Alter**. Viele der Befragten schildern dabei ein Gefühl von erzwungener Alternativlosigkeit: Entweder sie passen sich digitalen Anforderungen an, mit denen sie sich häufig überfordert fühlen, oder sie laufen Gefahr, von immer mehr gesellschaftlichen Bereichen ausgeschlossen zu werden.

→ **Digitalisierung ist auch eine sozialpolitische Herausforderung**

Digitalisierung stellt nicht nur eine technologische, sondern auch eine sozialpolitische Herausforderung dar. Ohne gezielte Gegenmaßnahmen besteht die Gefahr, bestehende Ungleichheiten weiter zu verschärfen und neue Formen sozialer Exklusion zu erzeugen.

Was daraus folgt...

Digitale Kompetenzen im Alter fördern

Um digitale Exklusion hochaltriger Menschen zu vermeiden, ist es notwendig, digitale Kompetenzen im Alter gezielt zu fördern. Bildungs- und Unterstützungsangebote sollten niederschwellig, alltagsnah und nachhaltig gestaltet sein, um auch Menschen mit geringer formaler Bildung zu erreichen. Dabei reicht es nicht aus, einmalige Schulungen anzubieten; vielmehr bedarf es kontinuierlicher Begleitung, etwa durch lokale Anlaufstellen, generationenübergreifende Lernformate oder mobile Beratungsangebote im ländlichen Raum. Gleichzeitig sollten diese Programme die unterschiedlichen Bedürfnisse und Lernvoraussetzungen älterer Menschen berücksichtigen und auf praktische Anwendungen fokussieren, die unmittelbar im Alltag relevant sind. Nur so kann digitale Kompetenz tatsächlich zu mehr Autonomie und Teilhabe beitragen.

Digitale Infrastrukturen inklusiv gestalten

Digitale Infrastrukturen müssen inklusiv gestaltet werden. Dies betrifft sowohl die technische Zugänglichkeit als auch die Benutzerfreundlichkeit digitaler Anwendungen. Öffentliche und private Anbieter sollten daher weiterhin verpflichtet sein, barrierearme und altersgerechte Lösungen zu entwickeln, die auch von Personen mit eingeschränkten Fähigkeiten genutzt werden können. Dazu gehören einfache Benutzeroberflächen, klare Sprache sowie alternative (analoge) Zugangswege. Besonders im Bereich öffentlicher Dienstleistungen ist sicherzustellen, dass digitale Innovation nicht auf Kosten der Zugänglichkeit erfolgt, sondern diese aktiv verbessert.

Analoge Lösungen beibehalten

Gleichzeitig muss der Erhalt analoger Angebote als wesentliche sozialpolitische Maßnahme verstanden werden. Solange ein erheblicher Teil der hochaltrigen Bevölkerung das Internet nicht nutzt, dürfen zentrale Dienstleistungen nicht ausschließlich digital bereitgestellt werden. Behördenwege, Bankgeschäfte, Ticketkäufe oder Informationsangebote müssen weiterhin auch persönlich, telefonisch oder schriftlich zugänglich bleiben. Dies ist keine rückwärtsgewandte Politik, sondern eine Voraussetzung für soziale Gerechtigkeit und gleichberechtigte Teilhabe. Der parallele Erhalt analoger Strukturen sollte daher als integraler Bestandteil einer verantwortungsvollen Digitalisierungsstrategie verankert werden.

Fokussierung auf besonders benachteiligte Gruppen

Schließlich ist eine gezielte Fokussierung auf besonders benachteiligte Gruppen erforderlich. Frauen, Personen mit niedriger Bildung sowie Bewohnerinnen und Bewohner ländlicher Regionen sind überdurchschnittlich von digitaler Exklusion betroffen. Maßnahmen sollten daher spezifisch auf diese Gruppen zugeschnitten werden, etwa durch regionale Förderprogramme, Kooperationen mit sozialen Einrichtungen oder gezielte Ansprache über bestehende Netzwerke. Eine differenzierte Strategie, die soziale Ungleichheiten aktiv berücksichtigt, ist entscheidend, um die digitale Kluft im hohen Alter nachhaltig zu verringern und eine inklusive Digitalisierung zu ermöglichen.

Relevanz für aktuelle Herausforderungen in Österreich

Die Ergebnisse der ÖIHS zeigen klar: Digitale Teilhabe im hohen Alter ist in Österreich keine Selbstverständlichkeit, sondern eine zentrale soziale Herausforderung. Trotz einer mittlerweile größeren Verbreitung eines Internetzugangs unter hochaltrigen Menschen, nutzt nur eine Minderheit von ihnen das Internet regelmäßig. Mehr als die Hälfte bleibt offline. Dadurch entsteht eine strukturelle digitale Kluft, die grundlegende Aspekte gesellschaftlicher Teilhabe betrifft.

Mit der fortschreitenden Digitalisierung von Verwaltung und Dienstleistungen – etwa bei Behördenwegen oder Bankgeschäften – gewinnt diese Entwicklung an Brisanz. Aktuelle Strategien setzen stark auf Online-Zugänge, berücksichtigen jedoch oft unzureichend die begrenzten digitalen Kompetenzen hochaltriger Menschen. So entstehen neue Barrieren, die bestehende Ungleichheiten verstärken, insbesondere für Frauen, niedrig gebildete Personen und Menschen im ländlichen Raum.

Zugleich hat digitale Exklusion auch eine soziale Dimension: Fehlende digitale Kommunikationsmöglichkeiten erhöhen das Risiko von Isolation und verstärken das Gefühl gesellschaftlicher Ausgrenzung. Dass Digitalisierung häufig als Bereich wahrgenommener Altersdiskriminierung genannt wird, unterstreicht den politischen Handlungsbedarf.

Für Österreich bedeutet dies: Digitale Kompetenzen müssen gezielt gefördert, Infrastrukturen inklusiv gestaltet und alternative analoge Zugänge zu zentralen Dienstleistungen gesichert werden. Nur durch diese doppelte Strategie lässt sich verhindern, dass Digitalisierung zu einem Faktor sozialer Exklusion im Alter wird.

Digitalisierung im Alter ist mehr als eine technische Frage: Sie entscheidet zunehmend über Teilhabe, Selbstständigkeit und soziale Gerechtigkeit in Österreich. Ihre inklusive Gestaltung wird damit zu einer zentralen gesellschaftspolitischen Aufgabe.

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: FUNKTIONALER STATUS	6
ABBILDUNG 2: CHRONISCHE KRANKHEITEN – MULTIMORBIDITÄT – POLYPHARMAZIE	9
ABBILDUNG 3: HARNINKONTINENZ – PRÄVALENZ INSGESAMT SOWIE NACH GESCHLECHT UND WOHNFORM	13
ABBILDUNG 4: KOGNITIVER TEST	16
ABBILDUNG 5: KOGNITIVER TEST NACH BILDUNG	17
ABBILDUNG 6: DEPRESSIONSSCREENING – GERIATRISCHE DEPRESSIONSSKALA/GDS	20
ABBILDUNG 7: DEPRESSIONSPRÄVALENZ – INSGESAMT UND BEI FRAILTY, PFLEGEHEIMAUFENTHALT UND SCHWACHEM SOZIALNETZ	21
ABBILDUNG 8: EINSAMKEIT – „EINSAMKEITSGEFÜHLE IN DEN LETZTEN 2 WOCHEN“	24
ABBILDUNG 9: ARMUTSGEFÄHRDUNG.....	28
ABBILDUNG 10: GESUNDHEITLICHE EINSCHRÄNKUNGEN NACH BILDUNG	32
ABBILDUNG 11: FUNKTIONALE EINSCHRÄNKUNGEN (PRE-FRIL/FRIL) – DEMENZVERDACHT – DEPRESSION, NACH GESCHLECHT	35
ABBILDUNG 12: NIEDRIGE BILDUNG – NIEDRIGES EINKOMMEN – ARMUTSGEFÄHRDUNG, NACH GESCHLECHT	36
ABBILDUNG 13: ALTERSBILD (ALTERSBILDER-SKALA)	39
ABBILDUNG 14: ALTERSBILD – EINZELNE DIMENSIONEN	40
ABBILDUNG 15: INTERNETZUGANG UND INTERNETNUTZUNG.....	44
ABBILDUNG 16: INTERNETZUGANG UND INTERNETNUTZUNG, NACH GESCHLECHT, BILDUNG UND STADT/LAND	45

