ÖPIA

Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Alternsfragen
Austrian Interdisciplinary Platform on Ageing

Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie

WELLE IV
2023 – 2025

Hochaltrigkeit in Österreich

Bundesministerium Frauen, Wissenschaft und Forschung
Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Das Land Steiermark – Gesundheit und Pflege
LAND TIROL
LAND SALZBURG
LAND KÄRNTEN
WIENER STÄDTISCHE VERSICHERUNGSVEREIN

ÖPIA
Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Alternsfragen
Austrian Interdisciplinary Platform on Ageing

Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie

WELLE IV
2023 – 2025

HOCHALTRIGKEIT IN ÖSTERREICH

Bundesministerium
Frauen, Wissenschaft
und Forschung

Bundesministerium
Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Pflege und Konsumentenschutz

Das Land Steiermark
Gesundheit und Pflege

LAND TIROL

LAND SALZBURG

LAND KÄRNTEN

WIENER STÄDTISCHE
VERSICHERUNGSVEREIN

Eine Studie der

Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Alternsfragen (ÖPIA)

Projektpartner und Finanzierung

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Bundesministerium für Frauen, Wissenschaft und Forschung
Land Steiermark
Land Salzburg
Land Kärnten
Land Tirol
Wiener Städtische Versicherungsverein

Impressum

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

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

Datensätze dieser Studie stehen zur wissenschaftlichen Nutzung bei AUSSDA (The Austrian Social Science Data Archive) zur Verfügung: www.aussda.at

Copyright: Wien 2026

Projektleitung

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

Berichtserstellung und Endredaktion

Dr. phil. Andreas Stückler, MA
Dr. med. Georg Ruppe, MA
Julia Noggler, MSc

Statistik

Julia Noggler, MSc

Wissenschaftlicher Beirat

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

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG 11

STUDIENDESIGN UND METHODIK 14

Erhebung und Stichprobe der ÖIHS-Welle IV (2023-2025) 16
Erhebungs- und Assessmentinstrumente der ÖIHS 17

STICHPROBE 19

ERGEBNISSE 23

I. Gesundheit und Krankheit im hohen Alter 25

1. Frailty 28

2. Somatische Gesundheit 34
2.1 Chronische Krankheiten 34
2.2 Herzinfarkt und Schlaganfall 37
2.3 Medikation 38
2.4 Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte 42
2.5 Chronische Schmerzen 43
2.6 Harninkontinenz 44
2.7 Ernährungsstatus 48
2.8 Zahnstatus 50

3. Funktionale Gesundheit 52
3.1 Sensorische Fähigkeiten 52
3.2 Mobilität 54
3.3 Sturz 57
3.4 Beweglichkeit der Arme 58
3.5 Handkraft 59
3.6 Aktivitäten des täglichen Lebens 60

4. Psychische Gesundheit 62
4.1 Kognition/Demenz 63
4.2 Depression 67
4.3 Einsamkeit 72
4.4 Lebenszufriedenheit 75

5. Subjektive Gesundheit 78

6. Mortalität 82

7. Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten 94
7.1 Gesundheitsbewusstsein 94
7.2 Rauchen 96
7.3 Alkoholkonsum 98

II. Allgemeine Lebenssituation 101

8. Materielle Lage 102
8.1 Bildung 102
8.2 Einkommen 103

8.3 Frühere Berufstätigkeit 107
8.4 Versicherungsstatus 108

9. Wohnsituation 109

10. Soziale Beziehungen 115
10.1 Familienstand 116
10.2 Elternschaft 118
10.3 Geschwister 119
10.4 Verwandtschaftliche Sozialkontakte 119
10.5 Außerfamiliäre Sozialkontakte 121
10.6 Soziale Netzwerke 122
10.7 Zufriedenheit mit Sozialbeziehungen 124
10.8 Soziale Isolation 126

11. Alltags- und Lebensgestaltung 129
11.1 Außer-Haus-Mobilität 129
11.2 Aktivitäten und Alltagsgestaltung 132
11.3 Internetnutzung 137
11.4 Ehrenamtliche Aktivitäten 140
11.5 Religiosität 141
11.6 Sexualität 143

12. Persönlichkeit und Resilienz 147
12.1 Lebenseinstellung 147
12.2 Individuelles Altersbild 150
12.3 Selektion – Optimierung – Kompensation 156

III. Pflege und Betreuung 161

13. Hilfe- und Pflegebedarf 162

14. Pflegegeld und Pflegestufe 164

15. Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen 165
15.1 Formelle Leistungen 166
15.2 Informelle Leistungen 167

16. Lebens- und Betreuungssituation im Pflegeheim 168

17. Zufriedenheit mit Pflege- und Betreuungsleistungen 172

18. Individuelle Alters- und Pflegevorsorge 174
18.1 Wohnraumadaptierungen und Ambient Assisted Living (AAL) 174
18.2 Vollmachten und Verfügungen 175

ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN 177

LITERATUR 183

ABBILDUNGSVERZEICHNIS 198

TABELLENVERZEICHNIS 199

© Stefan Joham

Der demografische Wandel ist in Österreich längst Realität. Dank medizinischer Fortschritte und verbesserter Lebensbedingungen erreichen heute mehr Menschen als je zuvor ein hohes Alter. Gleichzeitig wird in den kommenden Jahrzehnten keine Bevölkerungsgruppe so stark wachsen wie jene der über 80-Jährigen.

Diese Entwicklung verlangt, Hochaltrigkeit als gesellschaftliche Aufgabe zu denken und Rahmenbedingungen zu schaffen, die ein möglichst gesundes, selbstbestimmtes und würdevolles Leben im Alter ermöglichen. Fundierte wissenschaftliche Erkenntnisse über die Lebensrealitäten und Bedürfnisse hochaltriger Menschen bilden dafür eine unverzichtbare Grundlage.

Die Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie leistet seit 2013 einen wesentlichen Beitrag dazu, das Wissen über die Gesundheits-, Lebens- und Betreuungssituationen hochaltriger Menschen in Österreich zu erweitern. Neben einer umfassenden Analyse der körperlichen und geistigen Gesundheit über 80-Jähriger beleuchtet sie auch deren materielle Ressourcen, soziale Netzwerke, Wohnformen sowie Herausforderungen und Bewältigungsstrategien im Alltag.

Die vorliegende vierte Ausgabe der Hochaltrigenstudie widmet sich zudem den Vorurteilen, mit denen Hochaltrige konfrontiert sind, bis hin zu Erfahrungen mit Diskriminierung und Gewalt. Damit wird deutlich, dass das hohe Alter nicht nur eine individuelle Lebensphase ist, sondern gesellschaftliche Rahmenbedingungen Einfluss darauf haben, wie diese erlebt wird. Die Ergebnisse zeigen klar: Stereotype Bilder von Hochaltrigkeit werden der Realität nicht gerecht. Viele über 80-Jährige gestalten ihr Leben weiterhin aktiv, übernehmen Verantwortung in Familie und Gesellschaft und bringen wertvolle Erfahrungen und Kompetenzen ein. Dennoch bestehen Unterschiede in Gesundheitszustand, Unterstützungsmöglichkeiten und Teilhabechancen, die häufig lebenslange soziale Ungleichheiten widerspiegeln. Diese Zusammenhänge ernst zu nehmen und darauf zu reagieren, ist unsere gemeinsame Verantwortung.

Mein Dank gilt der Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Alternsfragen sowie den Autor/innen der Studie. Ihre Arbeit trägt dazu bei, die Lebensrealitäten hochaltriger Menschen sichtbar zu machen und eine solide Grundlage für verantwortungsvolle politische Entscheidungen zu schaffen.

Korinna Schumann
Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

© LPD/Gleiss

Die medizinische Versorgung älterer und hochaltriger Menschen ist seit Jahrzehnten ein zentrales Anliegen des Landes Kärnten. Unsere Gesellschaft verändert sich und mit ihr verändern sich die Bedürfnisse jener Generationen, die unser Land über viele Jahrzehnte geprägt und getragen haben. Es ist unsere Verantwortung, diesen Menschen jene Unterstützung, Sicherheit und Wertschätzung zukommen zu lassen, die sie verdienen.

Kärnten hat früh erkannt, wie wichtig eine vorausschauende und bedarfsgerechte Planung im Bereich der Geriatrie ist. Seit mehr als 35 Jahren entwickeln wir unsere Strukturen konsequent weiter und orientieren uns dabei an klaren gesundheitspolitischen Leitlinien. Der RSG Kärnten bildet diese Entwicklung ab und zeigt, wie eng Akutbehandlung und Remobilisation in der modernen Geriatrie miteinander verwoben sind. Gerade hochaltrige Menschen benötigen eine Versorgung, die medizinische Expertise, rehabilitative Maßnahmen und psychosoziale Unterstützung gleichermaßen umfasst – und für sie ist eine sozialraumorientierte Politik wichtig.

Die aktuellen Bevölkerungsprognosen bestätigen, wie richtig und notwendig dieser Weg ist. Kärnten zählt bereits heute zu den Bundesländern mit dem höchsten Anteil älterer und hochaltriger Menschen – und dieser Anteil wird in den kommenden Jahren weiter steigen. Die Ergebnisse der ÖIHS unterstreichen zudem, wie vielfältig die Herausforderungen und Lebensrealitäten im hohen Alter sind. Gleichzeitig zu einer guten sozialen Integration zeigt sich der Bedarf der persönliche (Pflege-)Vorsorge sowie eines abgestuften, gut koordinierten Versorgungssystems. Kärnten unterstützt dies neben den vollstationären Angeboten mit ambulanten Tageskliniken, Überleitungspflege und mobilen Betreuungsformen sowie diversen anderen Unterstützungsleistungen, die eine wohnortnahe, flexible und bedarfsgerechte Versorgung ermöglichen. Dieses Zusammenspiel verschiedener Angebote schafft ein Netzwerk, das älteren Menschen Stabilität, Sicherheit und Lebensqualität bietet.

Der Fokus auf das Thema Diskriminierungs- und Gewalterfahrung im hohen Alter liefert nicht nur Zahlen, sondern gibt der hochaltrigen Bevölkerung eine Stimme. Es ist uns ein Anliegen, weiter daran zu arbeiten, dass jedes Lebensalter Anspruch auf Sicherheit, Anerkennung und Selbstbestimmung hat.

Als Landesrätin ist es für mich zentral, diesen Weg konsequent weiterzugehen. Denn eine Gesellschaft zeigt ihre Stärke nicht zuletzt daran, wie sie mit ihren ältesten Mitgliedern umgeht.

Dr.in Beate Prettner
Landesrätin für Gesundheit und Pflege, Land Kärnten

EINLEITUNG

Österreich steht – im Einklang mit nahezu allen europäischen Gesellschaften – vor einem tiefgreifenden demografischen Transformationsprozess, der durch eine fortschreitende Alterung der Bevölkerung charakterisiert ist. Zentrale Merkmale dieses Prozesses sind eine stetige Zunahme der älteren und hochaltrigen Bevölkerungssegmente sowie eine relative Abnahme jüngerer Altersgruppen. Das stärkste Wachstum wird dabei unter der hochaltrigen Bevölkerung zu verzeichnen sein, d.h. in der Altersgruppe 80+. In keiner anderen Altersgruppe sind die quantitativen Veränderungen so stark ausgeprägt. Heute sind ca. 6 Prozent der europäischen Gesamtbevölkerung 80 Jahre und älter; im Jahr 2100 werden es laut den Prognosen von Eurostat mehr als 15 Prozent sein.[1]

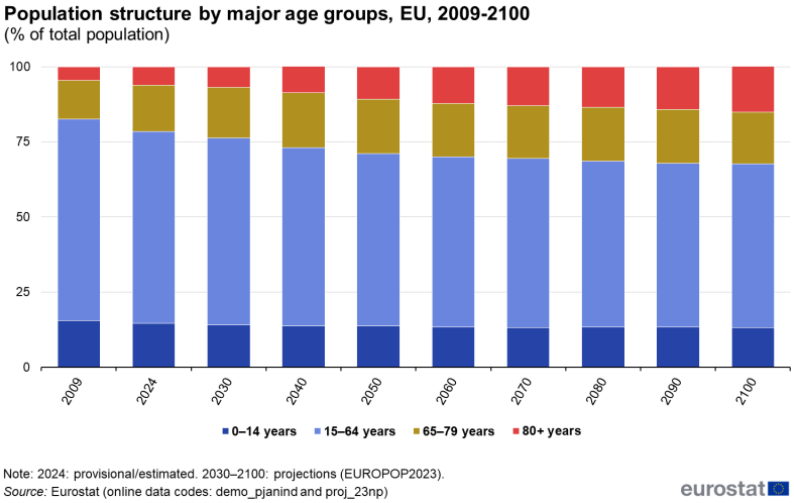


Abbildung 1: Bevölkerungsstruktur nach Altersgruppen, EU 2009-2100 (Quelle: Eurostat)

Die Verlängerung der Lebensspanne ist zweifellos als gesellschaftlicher Fortschritt zu werten. Gleichzeitig ergeben sich daraus substanzielle Herausforderungen für die sozialen Sicherungssysteme, die medizinisch-pflegerische Versorgung und die Organisation gesellschaftlicher Teilhabe. Relevante Fragestellungen reichen von der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung bis zur Weiterentwicklung präventiver Maßnahmen. Neben primärer und sekundärer Prävention gewinnt insbesondere die tertiäre Prävention an Bedeutung, welche darauf abzielt, trotz chronischer Erkrankungen funktionale Einbußen zu vermeiden und ein Leben in größtmöglicher Selbstständigkeit zu führen.

Zu berücksichtigen ist ferner, dass sich das Erleben und Gestalten des hohen Alters im Zeitverlauf verändert. Die Lebenslage hochaltriger Menschen heute unterscheidet sich deutlich von jener früherer Generationen, und die nachfolgenden Kohorten werden erneut veränderte Ressourcen, Erwartungen und Lebensstile in das hohe Alter mitbringen. Diese Veränderungen umfassen körperliche, psychische und kognitive Aspekte ebenso wie finanzielle und bildungsbezogene Potenziale sowie Formen sozialen, kulturellen und politischen Engagements. Parallel dazu nimmt die Heterogenität innerhalb der Gruppe der Hochaltrigen kontinuierlich zu – sichtbar in divergierenden finanziellen Rahmenbedingungen,

[1] https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing (zuletzt abgerufen: 28.1.2026)

Wohnsituationen, sozialen Netzwerken, Gesundheitszuständen und Graden der Alltagsautonomie. Diese Vielfalt resultiert aus sehr unterschiedlichen Lebensverläufen und Bildungsbiografien, die sich bis ins hohe Alter hinweg fortsetzen und dort oftmals noch deutlicher hervortreten.

Für staatliche Institutionen auf allen Verwaltungsebenen sowie für Sozial- und Krankenversicherungen, Bildungseinrichtungen, Dienstleister und politische Entscheidungsträger bedeutet dies einen erhöhten Bedarf an präzisen, wissenschaftlich abgesicherten und gleichzeitig praxisnahen Daten über die hochaltrige Bevölkerung. Solche Daten sind erforderlich, um adäquate Strukturen und Angebote für eine wachsende Gruppe hochaltriger Menschen zu entwickeln, die Selbstbestimmung, Teilhabe und Gesundheit im Alter fördern.

Vor diesem Hintergrund wurde die Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie (ÖIHS) initiiert. Ihr Ziel besteht darin, ein umfassendes, empirisch belastbares Bild der Lebens-, Gesundheits- und Betreuungssituation hochaltriger Menschen in Österreich zu gewinnen. Die ÖIHS orientiert sich dabei am Gesundheitsverständnis der WHO und berücksichtigt neben somatischen und psychischen Dimensionen auch Aspekte der sozialen Einbettung, der Selbstbestimmung und der Wohnumwelt. Durch diese mehrdimensionale Perspektive liefert sie Grundlagen, die unmittelbar für die Gestaltung sozial-, gesundheits- und pflegepolitischer Maßnahmen nutzbar sind.

Obwohl international bereits einige Studien zur Hochaltrigkeit existieren[2], ist eine unmittelbare Übertragung ihrer Ergebnisse auf Österreich nicht möglich, da sich institutionelle Rahmenbedingungen – von Pensions- und Sozialsystemen bis hin zu Familienstrukturen – zwischen den Ländern deutlich unterscheiden. Auch in Österreich liegen bislang nur verstreute, häufig regionale oder thematisch eingegrenzte Befunde vor. Die ÖIHS schließt somit eine wesentliche Forschungslücke.

Die ÖIHS wurde 2013 mit einer Pilotstudie in Wien und der Steiermark gestartet und anschließend sukzessive erweitert. Der vorliegende Bericht dokumentiert die aktuelle, vierte Erhebungswelle. Erstmals steht eine größere gemeinsame Stichprobe aus sechs Bundesländern (Wien, Niederösterreich, Steiermark, Salzburg, Tirol und Kärnten) zur Verfügung. Damit nähert sich die ÖIHS zunehmend dem Anspruch einer österreichweiten Hochaltrigenstudie an.

Die ÖIHS zeichnet sich durch folgende Charakteristika aus:

1. Fokus auf Hochaltrigkeit (80+)

Die ÖIHS ist die erste österreichische Studie, die sich ausschließlich der Bevölkerung ab 80 Jahren widmet. Angesichts des demografischen Wandels liefert die ÖIHS dringend benötigtes Wissen zu einer stark wachsenden Bevölkerungsgruppe mit hoher gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Relevanz.

[2] Z.B. der *Deutsche Hochaltrigkeitssurvey (D80+)* in Deutschland, die *Newcastle 85+ Study* in England, die *Gothenburg Study 95+* in Schweden oder die *Vitality 90+ Study* in Finnland.

2. Interdisziplinärer Ansatz

Die Studie wird von Expert/innen aus Geriatrie, Soziologie, Psychologie, Medizin und Pflegewissenschaft gemeinsam durchgeführt. Dadurch können gesundheitliche, soziale, pflegerische und lebensweltliche Aspekte des hohen Alters integriert betrachtet werden – ein entscheidender Vorteil angesichts der hohen Heterogenität und Vielschichtigkeit des hohen Alters.

3. Repräsentative Zufallsstichproben

Die ÖIHS basiert auf repräsentativen Zufallsstichproben, um Aussagen über die gesamte hochaltrige Bevölkerung Österreichs zu ermöglichen. Typische Verzerrungen in Altersstudien – etwa die geringere Teilnahme von Personen mit niedrigerer Bildung oder starken gesundheitlichen Einschränkungen – bleiben jedoch zu berücksichtigen.

4. Längsschnittliches Design

Die ÖIHS ist längsschnittlich konzipiert und kombiniert Panel- und Trenddesign: Wiederholte Befragungen derselben Personen erlauben Einblicke in individuelle Alternsverläufe; neue Stichproben ermöglichen Kohortenvergleiche. Auf diese Weise können Aussagen über langfristige Einwicklungen und Trends (z.B. hinsichtlich Mortalität und Morbidität) gemacht werden.

5. Integration qualitativer Methodik

Ergänzende qualitative Fokusstudien erfassen subjektive Sichtweisen hochaltriger Menschen und vertiefen quantitative Ergebnisse, besonders zu sensiblen Themen wie Abhängigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Lebensende. In der aktuellen vierten Welle liegt der qualitative Schwerpunkt auf Altersbildern sowie Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen hochaltriger Menschen.

6. Einbezug institutionalisierter Personen

Im Gegensatz zu vielen anderen Studien berücksichtigt die ÖIHS auch Menschen in Pflegeheimen oder betreuten Einrichtungen. Damit werden Lebensrealitäten erfasst, die im hohen Alter zunehmend relevant sind und in anderen Großstudien oft fehlen.

Besonders die langfristige, längsschnittliche Ausrichtung der ÖIHS ist an dieser Stelle zu betonen, da auch der demografische Alterungsprozess langfristig wirksam bleibt und periodisch neue Herausforderungen daraus entstehen. Die Konzeption der ÖIHS als Längsschnittstudie ermöglicht es, sowohl durch die Analyse individueller Entwicklungsverläufe als auch durch den Vergleich verschiedener Kohorten, Wandlungsprozesse zwischen Generationen sichtbar zu machen und daraus resultierende Anpassungsbedarfe in Versorgungssystemen zu identifizieren. Auf diese Weise soll ein Beitrag zur Entwicklung effektiver Präventions- und Interventionsmaßnahmen für Gesundheit, Autonomie, Lebenszufriedenheit und Partizipation im Alter sowie zur effektiven Beratung politischer und gesellschaftlicher Entscheidungsträger geleistet werden.

STUDIENDESIGN UND METHODIK

Die ÖIHS untersucht die Gesundheits-, Lebens- und Betreuungssituation hochaltriger Menschen in Österreich. Für Hochaltrigkeit existiert bislang keine einheitliche Definition (Kydd et al. 2020). Als allgemeinste und weitgehend konsensfähige Bestimmung kann das Überschreiten des 80. Lebensjahres gelten. Die ÖIHS hat bereits seit ihrer ersten Pilotstudie und Erhebungswelle im Jahr 2013 ein Alter von 80 und mehr Jahren als Kriterium zur Definition von Hochaltrigkeit herangezogen. Diese Definition wird daher auch für die vorliegende vierte Erhebungswelle beibehalten. Zielpersonen der ÖIHS sind in diesem Sinne Österreicher/innen ab 80 Jahren.

Für die Stichprobenziehung wird das Teilnahmealter allerdings auf 80-90 Jahre eingeschränkt. Diese Einschränkung erfolgt einerseits aus theoretischen, andererseits aus forschungspragmatischen Erwägungen: Forschungspragmatisch ist diese Definition durch die Erfahrung geleitet, dass mit zunehmendem Alter die Erreichbarkeit von Menschen für wissenschaftliche Studien sukzessive abnimmt. Für die Stichprobenziehung und Studienorganisation erscheint es daher sinnvoll, ein Teilnahmealter zu definieren, das eher im unteren Bereich der Hochaltrigkeit liegt. Als stärker theoretisch geleitete Überlegung ist ausschlaggebend, dass gerade der Bereich 80-90 den Übergang in die Hochaltrigkeit markiert. In diesen Altersbereich fällt auch das durchschnittliche Heimeintrittsalter. Zwischen 80 und 90 scheinen sich also wesentliche, für das Verständnis der Hochaltrigkeit hoch relevante Selektionsprozesse zu vollziehen. Dies kann durch eine entsprechende Definition der Studienpopulation besonders berücksichtigt werden. Für die Ziehung neuer Stichproben im Rahmen einer longitudinalen Fortsetzung der ÖIHS ist es zweckmäßig, diese Stichprobendefinition beizubehalten und in das noch höhere Alter vor allem über die Weiterverfolgung im Panel vorzudringen.

Berücksichtigt werden in der ÖIHS sowohl Hochaltrige in Privathaushalten als auch in Institutionen, d.h. in Seniorenresidenzen, im betreuten bzw. betreubaren Wohnen und in Pflegeheimen.

Die ÖIHS ist grundsätzlich als eine Längsschnittstudie konzipiert, d.h. sie sieht die Durchführung mehrerer, konsekutiver Erhebungswellen in regelmäßigen zeitlichen Intervallen vor. Vorgesehen ist dabei eine Kombination aus Panel- und Trenddesign: Bei Panelstudien handelt es sich um personenidentische Mehrfachbefragungen, d.h. es findet im Prinzip dieselbe Befragung in regelmäßigen Abständen in der gleichen Stichprobe, also mit ein- und denselben Personen statt. Mithilfe eines Paneldesigns kann die langfristige Entwicklung (z.B. der Gesundheitssituation der Teilnehmenden) auf Individualdatenniveau beobachtet und so auf Kausalbeziehungen zwischen verschiedenen im Panel erhobenen Variablen geschlossen werden. Trenderhebungen dagegen sehen für jede Untersuchung die Ziehung einer neuen Stichprobe vor. Auf diese Weise kann das Verhalten sukzessiver Kohorten über mehrere Messzeitpunkte hinweg untersucht werden. Die Kombination aus Panel- und Trenddesign im Rahmen einer Hochaltrigenstudie ermöglicht daher sowohl Vergleiche auf Individualdatenniveau als auch die Analyse von Kohortenunterschieden. Längsschnittliche Folgeerhebungen wurden im Rahmen der ÖIHS bislang im Intervall von etwa drei bis vier Jahren durchgeführt (Ersterhebung 2013, Zweiterhebung 2016, dritte Erhebungswelle 2019/20, vierte Welle ab 2023).

Die Erhebungen erfolgen in der ÖIHS in erster Linie auf dem Wege persönlicher, fragebogengestützter Interviews, in denen hochaltrige Frauen und Männer zu gesundheitlichen, sozialen und sozioökonomischen Fragen sowie zu Aspekten der Pflege und Betreuung befragt werden. Die Interviews finden bei den Teilnehmenden zuhause statt. Seit der aktuellen vierten Erhebungswelle wird die Befragung computergestützt durchgeführt (CAPI).[3]

Neben einem inhaltlich breiten Fragenkatalog zur Gesundheits-, Lebens- und Betreuungssituation umfasst die Erhebung auch eine Auswahl an unkompliziert durchzuführenden geriatrischen Assessments, um die gesundheitliche Situation und den Betreuungsbedarf der Teilnehmer/innen möglichst genau einschätzen zu können (siehe unten die Darstellung ausgewählter Erhebungs- und Assessmentinstrumente). Um eine möglichst hohe internationale Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten, werden für die Befragung bevorzugt vorhandene und erprobte, standardisierte und teilstandardisierte Erhebungs- und Assessmentinstrumente verwendet. Die Erhebung erfolgt ausschließlich durch geschulte Interviewer/innen. Die erhobenen Daten werden anschließend statistisch sowohl mit uni- als auch multivariaten Analyseverfahren ausgewertet.

Teilweise werden Interviews auch telefonisch durchgeführt (CATI). Die Möglichkeit eines Telefoninterviews wurde insbesondere mit Blick auf das Panel geschaffen, um Panelausfälle so gering wie möglich zu halten. Im Laufe der Erhebungsphase wurde diese Möglichkeit aufgrund einer überdurchschnittlich geringen Ausschöpfungsquote in der betreffenden Studienpopulation auf die gesamte Erhebung ausgedehnt, um auf diese Weise die Stichprobengröße noch etwas zu erhöhen. Der Umfang des bei Telefoninterviews zum Einsatz kommenden Fragebogens ist im Wesentlichen vergleichbar mit dem der persönlichen Interviews. Nicht zur Verfügung stehen geriatrische Assessments wie z.B. Gangtest oder kognitiver Test, wodurch die Datenmenge bezüglich des gesundheitlichen und funktionalen Status der Teilnehmer/innen geringer ausfällt.

Ergänzend sieht das Design der ÖIHS auch einen qualitativen Forschungszugang vor, der es erlaubt, subjektive Sichtweisen und Deutungen zu erfassen und vertiefende Einblicke in die Gesundheits- und Lebenssituation von hochaltrigen Frauen und Männern zu gewinnen. Die Integration qualitativer Forschungsperspektiven in das Design einer Hochaltrigenstudie stellt ebenfalls ein Alleinstellungsmerkmal der ÖIHS, auch im internationalen Vergleich, dar. Im Rahmen der ÖIHS wurden bislang drei qualitative Fokusstudien durchgeführt: Anschließend an die Ersterhebung 2013 wurde eine explorativ angelegte qualitative Befragung durchgeführt, um einige zentrale Ergebnisse der Hauptstudie qualitativ zu vertiefen (ÖPIA 2015). Im Kontext der Zweitbefragung 2016 wurde, aufbauend auf den Ergebnissen der ersten quantitativen und qualitativen Erhebungen, eine qualitative Fokusstudie zum Thema „Potenziale für ein gutes Leben im hohen Alter" durchgeführt (ÖPIA 2018). Die dritte Fokusstudie widmete sich aus gegebenem Anlass und auf Basis eines Mixed-Methods-Designs (mit sowohl qualitativen als auch quantitativen Methoden) dem Erleben und den Herausforderungen hochaltriger Menschen während der COVID-19-Pandemie (ÖPIA 2022b).

[3] Bis zur Welle III wurden die Befragungen als Paper-Pencil-Interviews, d.h. unter Verwendung eines Papierfragebogens durchgeführt (PAPI). Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse wird durch die Umstellung von PAPI auf CAPI nicht beeinflusst, da der Fragebogen inhaltlich nicht verändert wurde.

Auch die vierte ÖIHS-Erhebungswelle sieht wieder eine qualitative Fokusstudie vor, die sich explorativ mit den Themen Altersbilder, Altersdiskriminierung und Gewalt im hohen Alter befasst. Die Darstellung der Ergebnisse der Fokusstudie erfolgt in einem eigenständigen Bericht (ÖPIA 2026) und ist nicht Gegenstand der vorliegenden Publikation.

Erhebung und Stichprobe der ÖIHS-Welle IV (2023-2025)

Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse des quantitativen Studienteils dar. In der aktuellen vierten Welle der ÖIHS ab 2023 wurden Interviews mit insgesamt 826 Frauen und Männern im Alter zwischen 80 und 91 Jahren[4] geführt, davon 139 in Wien, 128 in Niederösterreich, 145 in der Steiermark, 150 in Salzburg, 135 in Tirol und 129 in Kärnten. In den bereits vor der vierten ÖIHS-Welle an der Studie beteiligten Bundesländern Wien, Niederösterreich, Steiermark und Salzburg wurden für die Erhebung auch Panelteilnehmer/innen berücksichtigt, die das vollendete 90. Lebensjahr zum gesetzten Stichtag noch nicht überschritten hatten. Teilweise handelt es sich bei der vorliegenden Stichprobe also um eine sogenannte „aufgefrischte" Stichprobe, die sich einerseits aus Teilnehmer/innen früherer Erhebungswellen und andererseits aus neuen Teilnehmer/innen zusammensetzt, welche neu in die Stichprobe integriert wurden, um Stichprobenausfälle zu kompensieren.

Die Auswahl neuer Studienteilnehmer/innen erfolgte durch die Ziehung einer Zufallsstichprobe aus dem Zentralen Melderegister (ZMR). Durch die Ziehung aus dem Melderegister wurden jedoch hauptsächlich in Privathaushalten lebende Personen erfasst (teilweise auch Personen in Seniorenresidenzen und betreuten Wohneinrichtungen). Um für die Erhebung, wie im Studiendesign vorgesehen, auch in Pflegeheimen lebende Personen berücksichtigen zu können, wurde ein zusätzliches Sample von rund 70 Personen in Pflegeheimen erstellt. Die Sampleerstellung erfolgte dabei in freundlicher Kooperation mit verschiedenen Pflegeeinrichtungen in den teilnehmenden Bundesländern.

Insgesamt wurde auf diese Weise eine Bruttostichprobe von über 5.000 Personen erstellt (inkl. Panelteilnehmer/innen aus früheren Erhebungswellen). Bezogen auf die Anzahl realisierter Interviews (n=826) ergibt sich daraus eine Ausschöpfungsrate von ca. 16%. Die Ausschöpfungsrate ist damit nochmals geringer als in früheren Erhebungswellen (2019/20: 24%). Noch etwas niedriger wäre die Ausschöpfungsrate (rund 13%), wenn Panelteilnehmer/innen ausgeklammert und die Berechnung ausschließlich auf neue Teilnehmer/innen beschränkt würde (n=644, Bruttostichprobe: 4.808). Wie bereits in den früheren Wellen, verdeutlicht auch die aktuelle Ausschöpfungsrate die überaus schwierige Erreichbarkeit der Zielgruppe für wissenschaftliche Studien.

[4] Während für die Stichprobenziehung ein kalendarisches Alter der Teilnehmer/innen zwischen 80 und 90 Jahren zum Stichtag 17. 7. 2023 ausschlaggebend war, wird in der Datenauswertung das Alter der Teilnehmer/innen zum Zeitpunkt der Befragung verwendet. Der Datensatz enthält daher zum Teil auch Teilnehmer/innen mit einem Alter von 91 Jahren.

Bruttostichprobe		n= 5.322
Interviews (n=826)		758 Interviews in Privathaushalten
		68 Interviews in Pflegeheimen
		718 Face-to-Face-Interviews
		108 Telefoninterviews
Ausschöpfungsrate		15,5%

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung

Erhebungs- und Assessmentinstrumente der ÖIHS

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

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

In seiner grundlegenden Struktur basiert dieses Assessment auf dem geriatrischen Screening nach Lachs (Lachs et al. 1990). Dabei handelt es sich um ein bekanntes und erprobtes Screening-Instrument zur Identifikation von geriatrischen Patient/innen. Der Vorteil dieses Instruments ist, dass es eine ganze Reihe wichtiger Indikatoren für altersbedingte funktionelle Einschränkungen und geriatrische Risikofaktoren enthält (z.B. hinsichtlich sensorischer Fähigkeiten, Mobilität oder „Aktivitäten des täglichen Lebens"), zugleich aber äußerst kompakt und mit geringem Zeitaufwand durchführbar ist. Da die Belastung der Studienteilnehmer/innen auf diese Weise gering gehalten werden kann, wurde dieses Screeningverfahren als Ausgangsbasis für das geriatrische Assessment im Rahmen der ÖIHS gewählt. Zusätzlich wurden verschiedene, über das geriatrische Basisscreening hinausgehende Erhebungsinstrumente (etwa aus diversen Frailty-Indizes) sowie Screeningverfahren angewendet. Die wichtigsten im Rahmen der ÖIHS angewandten geriatrischen Assessments werden im Folgenden kurz vorgestellt[5]:

Gangtest

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

[5] Ausführlichere Darstellungen der jeweils zur Anwendung gelangten Erhebungs- und Assessmentinstrumente finden sich im Verlauf dieses Berichts in den entsprechenden Kapiteln.

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

Kognitiver Test (Drei-Wörter-Uhrentest)

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

Handkraftmessung

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

Geriatrische Depressionsskala (GDS)

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

Harninkontinenz-Fragebogen

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

STICHPROBE

Bevor zur Darstellung von Ergebnissen übergegangen werden kann, gilt es zunächst, die Stichprobe zu beschreiben. Einzugehen ist dabei auch auf die Frage der Stichprobenselektivität, d.h. der selektiven Auswahl von Studienteilnehmer/innen entlang bestimmter Merkmale im Rahmen der Stichprobenziehung.

Insgesamt gehen 826 Interviews in das Sample der vierten ÖIHS-Erhebungswelle ein. 139 Interviews (16,8%) wurden in Wien durchgeführt, 128 (15,5%) in Niederösterreich, 145 (17,6%) in der Steiermark, 150 (18,2%) in Salzburg, 135 (16,3%) in Tirol und 129 (15,6%) in Kärnten.

Nahezu alle Befragten sind österreichische Staatsbürger/innen (97,8%). Dies entspricht in etwa dem tatsächlichen Anteil österreichischer Staatsbürger/innen in der Altersgruppe 80+ (96,7% im Jahr 2023).[6] Dieser hohe Schnitt liegt darin begründet, dass es sich bei Hochaltrigen um eine Bevölkerungsgruppe handelt, die lange vor den größeren Einwanderungswellen ab den 1960er Jahren geboren wurde und überwiegend noch einer etwas älteren Generation als jener der Einwander/innen angehört. Lediglich 10,9% der Teilnehmer/innen wurden in einem anderen Land als Österreich geboren, wobei der Großteil von ihnen aus österreichischen Nachbarstaaten kommt, vor allem aus Deutschland, der ehemaligen Tschechoslowakei oder aus einem Staat des ehemaligen Jugoslawiens. Die meisten von ihnen (79,1%) leben bereits seit mehr als 50 Jahren in Österreich.

54,6% der Befragten sind Frauen, 45,4% Männer. Gemessen an der tatsächlichen Geschlechterverteilung in dieser Altersgruppe bedeutet das eine leichte Überrepräsentation von Männern im Sample.[7]

Deutlich überrepräsentiert im Sample sind Höhergebildete. 14,6% der Befragten verfügen über einen Universitäts- oder Hochschulabschluss, weitere 18,8% haben zumindest einen Maturaabschluss. Damit hat ein Drittel der Teilnehmer/innen eine hohe Schulbildung. Dieser Anteil liegt deutlich über dem österreichischen Durchschnitt in dieser Altersgruppe. Laut Statistik Austria[8] hatten im Jahr 2022 13% der Österreicher/innen in der Altersgruppe 80+ eine hohe Schulbildung (Matura und höher). 42,7% hatten höchstens einen Pflichtschulabschluss (ÖIHS: 29%). Daraus ergibt sich eine bildungsbezogene Selektivität der Stichprobe, die zwar geringer ausfällt als in früheren ÖIHS-Erhebungswellen, jedoch bei der Interpretation der Studienergebnisse zu berücksichtigen ist. Die stärkere Beteiligung von Menschen mit höherem Bildungsgrad ist ein grundsätzliches Problem empirischer wissenschaftlicher Studien, das vor allem darauf zurückzuführen ist, dass Studienteilnahme und Bildungsniveau positiv miteinander korreliert sind, d.h. Personen mit höherer Bildung sich eher zur Teilnahme an einer Studie bereit erklären als Personen mit niedriger Bildung („Bildungsbias“).

[6] Statistik Austria, Bevölkerung zu Jahresbeginn nach Alter, Geschlecht sowie österreichischer/ausländischer Staatsangehörigkeit seit 01.01.2002 (eigene Berechnung)

[7] Laut Statistik Austria betrug der Männeranteil in der Altersgruppe 80-90 im Jahr 2023 rund 40%, jener der Frauen rund 60% (Bevölkerung zu Jahresbeginn 2023 nach Alter, Geschlecht sowie österreichischer/ausländischer Staatsangehörigkeit; eigene Berechnung).

[8] Statistik Austria, Bildungsstand der Bevölkerung ab 15 Jahren 2022 nach Altersgruppen und Geschlecht (eigene Berechnung)

Variable	Ausprägung	Prozent
Geschlecht	Weiblich	54,6%
	Männlich	45,4%
Bundesland	Wien	16,8%
	Niederösterreich	15,5%
	Steiermark	17,6%
	Salzburg	18,2%
	Tirol	16,3%
	Kärnten	15,6%
Wohnform	Privathaushalt	89,6%
	Seniorenresidenz, betreutes Wohnen	2,2%
	Pflegeheim	8,2%
Bildung	Max. Pflichtschulabschluss	29,0%
	Lehre	17,6%
	Fachschule ohne Matura	20,0%
	Matura	18,8%
	Hochschule, Universität	14,6%
Stadt/Land	Stadt	55,6%
	Land	44,4%
Staatsbürgerschaft/ Migrationshintergrund	Österreich	97,8%
	Andere Staatsbürgerschaft	2,2%
	In anderem Land geboren	10,9%

Tabelle 2: Demografische Daten zur Stichprobe

Von insgesamt 826 Interviews wurden 68 in Pflegeheimen durchgeführt, das ergibt einen Anteil von 8,2%. Dieser Anteil liegt nur wenig unterhalb des tatsächlichen Anteils an Alten- und Pflegeheimbewohner/innen in der Altersgruppe 80+.[9] 2,2% leben in einer Seniorenresidenz oder einer betreuten/betreubaren Wohneinrichtung. Die übrigen 89,6% entfallen auf Personen in Privathaushalten.

Ebenfalls keine Selektivität ergibt sich hinsichtlich der Stadt-Land-Verteilung. In der ÖIHS-Stichprobe beträgt das Stadt-Land-Verhältnis rund 56:44. Dies entspricht in etwa der tatsächlichen Verteilung in der Bevölkerung: Laut der Urban-Rural-Typologie der Statistik Austria[10] lebt etwas mehr als die Hälfte (rund 54%) der österreichischen Bevölkerung in urbanen Regionen.

Eine wesentliche Quelle von Verzerrungen und Selektivitäten in einer Stichprobe stellt die Gesundheit bzw. der Gesundheitszustand dar. Es gehört gleichfalls zu den methodischen Herausforderungen wissenschaftlicher Surveys im Allgemeinen und von Hochaltrigenstudien im Besonderen, dass die Teilnahme an einer Studie besonders durch den Gesundheitszustand beeinflusst wird. Dies hat wiederum Einfluss auf die Zusammensetzung der Stichprobe und führt zu einer entsprechenden Selektivität im Hinblick auf den Gesundheitszustand im Sample. Bei einer Hochaltrigenstudie wie der ÖIHS kommt noch hinzu, dass das Vorliegen einer manifesten Demenzerkrankung ein Ausschlusskriterium darstellt. Zwar ist Demenz ein höchst relevanter Gegenstand von Alters- und insbesondere Hochaltrigenstudien, jedoch stehen der

[9] Der Anteil von Personen in „Heil- und Pflegeanstalten sowie Pensionisten- bzw. Altersheimen" betrug nach den Daten der Statistik Austria 8,8% für die Altersgruppe 80+ im Jahr 2022 (Statistik Austria, Personen in Anstaltshaushalten nach Typ der Einrichtung und Altersgruppen 2022; eigene Berechnung).

[10] Statistik Austria, Bevölkerungsstand – Urban-Rural-Typologie (STAT) – 01.01.2023 (eigene Berechnung)

Teilnahme von Personen mit manifesten Demenzerkrankungen aufgrund einer unzureichenden Teilnahme- sowie Einwilligungsfähigkeit sowohl forschungspraktische als auch ethische Hürden entgegen. In die Studie eingeschlossen werden konnten lediglich Personen mit leichteren Ausprägungen einer Demenz, soweit diese keinen Einfluss auf Auskunfts- und Teilnahmefähigkeit hatten. Bei den wenigen schweren Demenzfällen im Sample handelt es sich um Proxy-Interviews, d.h. hier wurden die Auskünfte durch Angehörige oder andere Personen erteilt.[11] Daraus ergibt sich eine Unterrepräsentanz von Personen mit manifester Demenz und entsprechend eine Selektivität der Stichprobe.

Ein weiterer Grund für eine gesundheitsbezogene Selektivität der Stichprobe liegt im Phänomen des sogenannten „selektiven Überlebens". Die ÖIHS setzt als Mindestalter für die Teilnahme an der Studie ein Alter von 80 Jahren voraus. Das bedeutet allerdings, dass die ÖIHS-Stichprobe nicht sämtliche Geburtskohorten der heute 80- bis 90-Jährigen berücksichtigt, sondern lediglich solche Personen, die ein derart hohes Alter erreicht haben. Da ein früherer Tod wiederum häufig Menschen betrifft, die gesundheitlich und/oder sozial schlechter gestellt sind, ist anzunehmen, dass die „Überlebenden" entsprechend bessere Gesundheits- und Funktionswerte aufweisen, als dies für die gesamte Kohorte zutreffen würde, wenn alle so alt geworden wären. Auch das lässt also grundsätzlich eine Stichprobenselektivität hinsichtlich des gesundheitlichen und funktionalen Status erwarten.

Zumindest teilweise ergibt sich eine gesundheitsbezogene Selektivität auch aus dem vorhin angesprochenen Bildungsbias, zumal generell eine Korrelation zwischen Gesundheit und soziökonomischem Status besteht (Lampert 2009; RKI 2015). Das heißt, Menschen mit höherer Bildung und höherem Einkommen sind tendenziell auch gesünder als Personen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen. Dies wird auch durch die vorliegende Studie bestätigt.

Für Hochaltrigenstudien, die eine möglichst umfassende Einschätzung des Gesundheitszustandes ihrer Teilnehmer/innen anstreben, ergibt sich daraus die Notwendigkeit, mit dieser gesundheitsbezogenen Stichprobenselektivität umzugehen und diese so gut wie möglich zu kontrollieren. Das Ausmaß der gesundheitlichen Stichprobenselektivität lässt sich u.a. anhand von amtlichen Statistiken zum Pflegegeldbezug bzw. Pflegegeldanspruch in der hochaltrigen Bevölkerung abschätzen. Auch wenn Pflegegeldstatistiken nur bedingt Auskunft über den Gesundheitszustand in der hochaltrigen Bevölkerung geben, da sehr wahrscheinlich nicht alle potenziell Anspruchsberechtigten tatsächlich Pflegegeld beziehen, ermöglicht ein Vergleich mit den ÖIHS-Daten dennoch eine zumindest grobe Einschätzung der gesundheitsbezogenen Stichprobenselektivität, da die Anerkennung von Pflegegeld und einer entsprechenden Pflegestufe auf Einschränkungen in der Funktionalität verweist. In der Tat deutet ein Vergleich auf eine Selektivität der ÖIHS-Stichprobe hin: Hatten Ende 2022 mehr als die Hälfte (58%) aller Österreicher/innen im Alter von 81+ Anspruch auf Pflegegeld[12], sind es in der ÖIHS-Stichprobe nur 35,6%. Wie der „Bildungsbias" ist daher auch diese gesundheitliche Selektivität der Stichprobe bei der Interpretation der Ergebnisse entsprechend zu berücksichtigen.

[11] Insgesamt wurden in der ÖIHS Welle IV 13 Interviews durchgeführt, in denen die Auskünfte vorwiegend oder ausschließlich durch eine andere Auskunftsperson bzw. einen Proxy erteilt wurden.

[12] Quellen: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2022 (BMSGPK 2023) und Statistik Austria (Bevölkerung zu Jahresbeginn 2023 nach Bundesland, Alter, Geschlecht sowie österreichischer/ausländischer Staatsangehörigkeit), eigene Berechnung

ERGEBNISSE

Die Darstellung der Ergebnisse ist in drei Hauptbereiche gegliedert:

Den Beginn macht eine detaillierte Darstellung der **Gesundheitssituation** der Studienteilnehmer/innen. Ausführlich behandelt werden dabei vor allem vier zentrale Aspekte der Gesundheit: somatische, funktionale, psychische und subjektive Gesundheit. Der Bericht gibt Auskunft über chronische Krankheiten und gesundheitliche Beschwerden in der Studienpopulation, über funktionale Kapazitäten bzw. Einschränkungen (insbesondere mit Blick auf Mobilität und Selbsthilfefähigkeit), über das Ausmaß an Pflegebedürftigkeit, über das psychische Befinden der Teilnehmer/innen (Depression, Einsamkeit), ihre kognitiven Funktionen wie auch die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheitssituation.

Im Anschluss daran folgt eine Darstellung der **allgemeinen Lebenssituation** der Studienteilnehmer/innen. Im Mittelpunkt stehen hier vor allem sozioökonomische Fragen (Schulbildung, Einkommen etc.), die Wohnsituation, soziale Beziehungen wie auch Alltagsgestaltung und Aktivitäten der Teilnehmer/innen. Gegenstand dieses Abschnitts sind somit die sozialen und ökonomischen Ressourcen hochaltriger Menschen sowie Aspekte der Lebensgestaltung. Dieser Abschnitt beinhaltet auch einige im Vergleich zu vorangegangenen Erhebungswellen neu in die Befragung aufgenommene Themenkomplexe. Erstmals dargestellt in diesem Bericht werden insbesondere die Ergebnisse von speziellen Itembatterien zu Resilienz sowie zum individuellen Altersbild hochaltriger Menschen.

Schließlich wird in einem dritten Abschnitt die **Betreuungs- und Pflegesituation** der Teilnehmer/innen näher beleuchtet: ob, welche und in welchem Ausmaß sie Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen (formell/informell), ob sie Pflegegeld beziehen etc.

Dargestellt werden im Regelfall relative Werte, d.h. Zahlen- und Prozentangaben unter Ausschluss fehlender Werte. Ausnahmen von dieser Regel bestehen in solchen Fällen, in denen die Berücksichtigung fehlender Werte (z.B. aufgrund von Nichtwissen oder Ablehnung einer Antwort) inhaltlich gerechtfertigt oder für die Interpretation notwendig erscheint. Darauf wird an entsprechender Stelle jeweils ausdrücklich hingewiesen.

Die Ergebnisse werden standardmäßig immer auch stratifiziert nach **Geschlecht** und **Bildung** dargestellt, um auf diese Weise geschlechtsspezifische Differenzen sowie Aspekte und Effekte sozialer Ungleichheit in der Auswertung zu berücksichtigen. Auf diese Weise ist es möglich, u.a. dem in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus gerückten Thema der „gesundheitlichen Chancengerechtigkeit" (FGÖ 2018) Rechnung zu tragen und in diesem Kontext relevante Daten und Analysen bereitzustellen. Die Verwendung des Bildungsgrads als Indikator für den sozioökonomischen Status ist weit verbreitet, da er positiv mit dem Einkommen korreliert ist und gegenüber dem an sich aussagekräftigeren Indikator Einkommen den Vorteil hat, in Studien leichter bzw. vollständiger erhoben werden zu können und weniger fehlende Werte aufzuweisen (das Einkommen gehört in Befragungen zu den Variablen mit den meisten fehlenden Werten aufgrund von Auskunftsverweigerung). Zur Ermittlung des Bildungsgrads wird der höchste Schulabschluss herangezogen. Als Referenzwerte dienen der Pflichtschul-

abschluss für ein „niedriges“ und die Matura (oder höherwertige Abschlüsse) für ein „hohes Bildungsniveau“.

Dank der longitudinalen Ausrichtung der ÖIHS gehen auch verfügbare **Längsschnittdaten** in die Analysen ein. Die ÖIHS hat seit der Ersterhebung 2013 in Wien und der Steiermark ein Panel aufgebaut, zu dem inzwischen Daten aus insgesamt vier verschiedenen Messzeitpunkten vorliegen. Dies ermöglicht Analysen etwa über die längerfristige gesundheitliche Entwicklung im hohen Alter (z.B. Frailty, kognitiver Status) sowie die Identifikation relevanter Einflussfaktoren auf verschiedene Lebensbereiche.

I. Gesundheit und Krankheit im hohen Alter

Die Gesundheit nimmt in der Beschäftigung mit Hochaltrigkeit eine zentrale Stellung ein. Auch wenn Alter im kalendarischen Sinne (Anzahl der Lebensjahre) nicht gleichbedeutend ist mit Krankheit, Alter(n) also nicht automatisch mit Krankheit einhergehen muss, so nimmt dennoch die Wahrscheinlichkeit, an Krankheiten und funktionalen Einschränkungen zu leiden, mit höherem Alter zu. Gesundheit und Krankheit im Alter stehen daher nicht nur im Fokus wissenschaftlicher Hochaltrigenstudien, sondern rücken vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der sich daraus ergebenden Herausforderungen für staatliche Gesundheits- und Sozialsysteme zunehmend in den Blick der Gesundheits- und Sozialpolitik.

Das besonders starke und rasche Wachstum der Bevölkerungsgruppe der Hochaltrigen hat erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung und die Ausgestaltung sozialpolitischer Maßnahmen. Menschen über 80 Jahre benötigen häufig intensivere und langfristigere medizinische Betreuung, was das Gesundheitssystem finanziell und strukturell herausfordert. Dies bringt einen Bedarf an wissenschaftlich fundiertem Wissen über den Gesundheitszustand hochaltriger Menschen, über ihre funktionalen Kapazitäten, über die Prävalenz chronischer Erkrankungen sowie das Ausmaß an Pflegebedürftigkeit, um notwendige Erkenntnisse und Wissensgrundlagen für gesundheits- und sozialpolitisches Handeln abzuleiten – sowohl mit Blick auf notwendige Anpassungen von Gesundheits- und Pflegestrukturen als auch hinsichtlich möglicher präventiver Potenziale. Nicht zuletzt die Corona-Krise hat deutlich gemacht, dass wichtige Informationen zum Gesundheitszustand älterer und hochaltriger Menschen im Falle einer Krise wie einer Pandemie für ein effektives Krisenmanagement bislang weitgehend fehlen (Gaertner et al. 2021).

Aus gesundheitspolitischer Sicht sowie in der wissenschaftlichen Forschung zu Gesundheit und Krankheit im Alter stehen folgende Themenkomplexe angesichts der demographischen Herausforderungen besonders im Fokus:

Chronische Krankheiten und Multimorbidität

Der mit dem demographischen Wandel assoziierte Anstieg des Anteils alter und insbesondere hochaltriger Menschen bringt eine höhere Prävalenz chronischer Erkrankungen in der Bevölkerung mit sich. In der Altersgruppe der über 80-Jährigen sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen und neurodegenerative Erkrankungen wie Alzheimer und andere Formen der Demenz besonders häufig. Daten aus der bundesdeutschen Studie *Gesundheit 65+* legen etwa nahe, dass zwischen 70 und 80 Prozent der Menschen im Alter von 80+ multimorbide sind, also an zwei oder mehr chronischen Krankheiten gleichzeitig leiden (Gaertner et al. 2023). Multimorbidität stellt eine besondere Herausforderung dar, da die Behandlung mehrerer gleichzeitig vorliegender Krankheiten die Gefahr von Wechselwirkungen zwischen Medikamenten erhöht. Polypharmazie, d.h. die Einnahme mehrerer Medikamente, ist in dieser Altersgruppe weit verbreitet und erfordert eine besonders sorgfältige medizinische Überwachung, um Nebenwirkungen zu minimieren und die Lebensqualität zu erhalten.

Frailty und funktionale Einschränkungen

Ein weiteres zentrales Thema der Altersforschung ist das Frailty-Syndrom, das ebenfalls besonders in der Altersgruppe 80+ verbreitet ist. Unter Frailty wird in der Geriatrie ein multidimensionales Syndrom verstanden, für das in der deutschen Sprache leider nur der etwas unpräzise Begriff der „Gebrechlichkeit" verfügbar ist. Gemeint ist damit der progrediente Verlust physischer, psychischer sowie sozialer Funktionen, der zu einem erhöhten Betreuungs- und Pflegebedarf führt und mit einem steigenden Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko einhergeht (Frühwald 2008; Stolz et al. 2024). Wissenschaftlichen Schätzungen zufolge steigt die Prävalenz von Frailty von rund 4% in der Altersgruppe 50-64 auf ca. 17% im Alter von 65+ (Santos-Eggimann et al. 2009). Auch dem Thema Frailty wird daher vor dem Hintergrund des demographischen Wandels verstärkt wissenschaftliche und gesundheitspolitische Aufmerksamkeit zuteil, da Frailty nicht nur individuelle Auswirkungen auf Gesundheit und Lebensqualität hat, sondern auch mit erhöhten Anforderungen an öffentliche Gesundheitssysteme einhergeht.

Kognitive Einschränkungen und Demenz

Im Alter steigt auch das Risiko demenzieller Erkrankungen (Marksteiner 2008). In Österreich leben derzeit etwa 170.000 Menschen mit einer Demenzerkrankung, bis 2050 wird sich diese Zahl aufgrund des demografischen Wandels voraussichtlich verdoppeln (Juraszovich et al. 2025). Demenz gehört dabei zu den häufigsten Gründen für die Aufnahme in ein Pflegeheim. Dies verdeutlicht wiederum die Konsequenzen, die der demografische Wandel besonders für den Pflegesektor mit sich bringt. Alters- und Hochaltrigenstudien widmen sich vor diesem Hintergrund der Untersuchung von Prävalenz und Risikofaktoren der Demenz wie auch der Präventionsforschung. Wissenschaftlichen Studien zufolge gibt es sogar wesentlich mehr neurodegenerative Krankheiten, die für die Entwicklung einer Demenz im Alter verantwortlich sind, als bisher angenommen (Kovacs et al. 2013). Mit der fortschreitenden Veränderung der gesellschaftlichen Altersstruktur und der zunehmenden Entwicklung zur Langlebigkeit wird die Problematik demenzieller Erkrankungen in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen.

Psychische Gesundheit und soziale Isolation

Der psychischen Gesundheit älterer Menschen kommt eine hohe Bedeutung zu, da diese Bevölkerungsgruppe anfälliger für Depressionen, Angststörungen und kognitive Beeinträchtigungen ist. Die Prävalenz von Depressionen im höheren Alter (65+) wird im Allgemeinen auf 5-10% geschätzt (Rainer 2018). Depressionen sind im Alter häufig mit chronischen Erkrankungen, körperlichen Einschränkungen und sozialer Isolation verbunden. Einsamkeit und sozialer Rückzug, die mit dem Verlust von Lebenspartner/innen, Freund/innen und dem Rückzug aus dem Berufsleben einhergehen, verschärfen diese Problematik. Besonders in ländlichen Regionen besteht ein erhöhtes Risiko für soziale Isolation, da die Infrastruktur für soziale Aktivitäten und die Mobilität älterer Menschen oft eingeschränkt sind. Die Förderung sozialer Teilhabe und die Integration älterer Menschen in gesellschaftliche Aktivitäten sind daher wesentliche Elemente der Prävention psychischer Erkrankungen.

Diese hier nur grob skizzierten, mit Blick auf das hohe Alter besonders relevanten gesundheitsbezogenen Themenkomplexe sind daher auch zentrale Gegenstände der ÖIHS und der nachfolgend dargestellten Studienergebnisse. Die Erhebung und Analyse des Gesundheitszustandes in der hochaltrigen Bevölkerung erfolgt in der ÖIHS – wie bereits in den methodischen Ausführungen der vorangegangenen Kapitel dargestellt – auf dem Wege

eines ausführlichen geriatrischen Assessments. Dieses deckt verschiedene Bereiche bzw. Dimensionen von Gesundheit – somatische, funktionale, psychische und subjektive Gesundheit – ab. Zu Beginn steht allerdings eine Gesamteinschätzung des gesundheitlichen bzw. funktionalen Status der Teilnehmer/innen (Frailty).

1. Frailty

Für eine Gesamteinschätzung des gesundheitlichen und funktionalen Status der Studienteilnehmer/innen können mehrere gesundheitsbezogene Variablen zu einem sogenannten Frailty-Index zusammengefasst werden. Wie bereits erwähnt, bezeichnet Frailty einen progredienten und in der Regel irreversiblen Verlust funktionaler Kapazitäten, der zu einer höheren Vulnerabilität gegenüber internen und externen Stressoren und im weiteren Verlauf zu einem erhöhten Betreuungs- und Pflegebedarf führt. Ein Frailty-Index gibt also im Wesentlichen Auskunft über die Funktionalität älterer Menschen, inwieweit also ältere Menschen noch selbsthilfefähig und in der Lage sind, ihren Alltag selbständig zu bewältigen.

Bislang existiert keine einheitliche Definition von Frailty (Benzinger et al. 2021). Es gibt daher relativ zahlreiche und verschiedene Konzepte sowie Instrumente zur Erfassung von Frailty. Die bekanntesten und am weitesten verbreiteten Ansätze sind der Frailty-Index nach Fried et al. (2001) sowie der bedeutend umfangreichere *CSHA Frailty Index* von Rockwood et al. (Searle et al. 2008). Den Fried-Kriterien folgt im Wesentlichen auch der Frailty-Index von SHARE (Santos-Eggimann et al. 2009; Romero-Ortuno et al. 2010).

ÖIHS-Frailty-Index

Der für die ÖIHS entwickelte Frailty-Index kann hinsichtlich der Anzahl der in den Index eingehenden Variablen bzw. Indikatoren eine Position zwischen dem Fried- und dem Rockwood-Index für sich beanspruchen und berücksichtigt die in Tabelle 3 angeführten Aspekte. Die Indikatoren umfassen sowohl Merkmale, die im Rahmen des geriatrischen Assessments durch diverse Tests gemessen werden (z.B. Handkraft, Gangtest, kognitiver Status), als auch auf Selbstauskunft durch die Teilnehmer/innen beruhende Items (z.B. Arztbesuche, Stürze, Schmerzen).

Indikatoren
Hilfe-/Pflegebedürftigkeit
Arztbesuche (in den letzten 3 Monaten)
Krankenhausaufenthalte (in den letzten 3 Monaten)
Sehvermögen
Hörvermögen
Handkraft
Beweglichkeit der Arme
Mobilität (Gangtest)
Mobilität (Bewegungsradius)
Harninkontinenz
Stuhlinkontinenz
Ernährungsstatus (SNAQ)
Kognitiver Status (3-Wörter-Uhrentest)
Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL/IADL)
Stürze in den letzten 3 Monaten
Medikation (Polypharmazie)
Chronische Schmerzen

Tabelle 3: ÖIHS-Frailty-Index, Indikatoren

Aus den jeweiligen Ergebnissen eines Teilnehmers bzw. einer Teilnehmerin in den verschiedenen abgefragten oder getesteten Bereichen ergibt sich in der Auswertung ein Punktewert auf einer vierstufigen Skala, wobei ein höherer Punktewert eine entsprechend

stärkere Betroffenheit von funktionalen Einschränkungen anzeigt. Die Skalenbereiche des ÖIHS-Frailty-Index mit den jeweiligen Punkte- und Cut-off-Werten sind in Tabelle 4 dargestellt.

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

Tabelle 4: Frailty-Index – Punktewerte

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

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

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

Ergebnisse des ÖIHS-Frailty-Index

Von insgesamt 703 Teilnehmer/innen liegen ausreichend Daten vor, um auf Basis des ÖIHS-Frailty-Index eine Einschätzung des gesundheitlichen und funktionalen Status vorzunehmen. Ausgenommen aus der Analyse sind Telefoninterviews, da bei diesen kein vollständiges geriatrisches Assessment durchgeführt werden konnte, sowie Teilnehmer/innen mit zu vielen fehlenden Werten bei einzelnen Items, um daraus einen Frailty-Score bilden zu können.

Die Datenauswertung ergibt eine eindrucksvolle – bereits in früheren ÖIHS-Erhebungswellen beobachtete – Heterogenität unter den hochaltrigen Studienteilnehmer/innen. Rund ein Drittel der Befragten (34,9%) weist einen vergleichsweise guten gesundheitlichen und funktionalen Status ohne ausgeprägte funktionale Einschränkungen auf. 9,7% können sogar als außerordentlich „rüstig" bezeichnet werden. Diese Personen sind grundsätzlich in der

Lage, ihren Alltag vollkommen selbständig zu bewältigen und insofern noch ein weitgehend unabhängiges Leben zu führen.

Dieses Ergebnis steht in erheblichem Kontrast zu weithin vorherrschenden gesellschaftlichen Altersbildern, in denen das hohe Alter primär mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit konnotiert ist. Auf der Grundlage der vorliegenden Daten kann gesagt werden, dass dieses Bild keineswegs der Lebensrealität aller hochaltrigen Menschen entspricht.

Funktionaler Status			%
Hohe Funktionalität	34,9%	rüstig	9,7%
		fit	25,2%
Funktionale Einschränkungen	65,1%	pre-frail	53,6%
		frail	11,5%
Gesamt	100%		100%

Tabelle 5: Funktionaler Status (ÖIHS-Frailty-Index, n=703)

Zugleich zeigen die Ergebnisse jedoch auch, dass die Mehrheit des Samples von mehr oder weniger stark ausgeprägten funktionalen Einschränkungen betroffen ist. 11,5% sind sogar von so gravierenden gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen betroffen, dass sie als „frail" einzustufen sind. Zusammen mit den nicht ganz so stark funktional eingeschränkten, jedoch im Vergleich mit den „Rüstigen" und den „Fitten" ebenfalls bereits relativ vulnerablen Personen im Segment der „Pre-Frailty" (53,6%) ergibt sich somit ein Anteil von 65,1%, deren funktionaler Zustand eher schlecht ist, und der neben den durchaus zahlreichen „Rüstigen" und „Fitten" keinesfalls übersehen werden darf.

Hier ist außerdem zu berücksichtigen, dass der ÖIHS-Frailty-Index die Gesundheit der hochaltrigen Bevölkerung, aufgrund einer gesundheitlichen Selektivität der Stichprobe, tendenziell etwas überschätzt. Speziell als „frail" zu klassifizierende Personen sind sehr schwer zu erreichen bzw. können oftmals auch aufgrund mangelnder Teilnahmefähigkeit (etwa bei Demenz) nicht in der Stichprobe berücksichtigt werden. Bei einem repräsentativen Anteil „frailer" Teilnehmer/innen im Sample würde sich die Verteilung also mit hoher Wahrscheinlichkeit mehr oder weniger deutlich zuungunsten der „Rüstigen" und „Fitten" verschieben.

Frailty nach Alter, Geschlecht und Bildung

Die hohe Heterogenität in der hochaltrigen Bevölkerung hinsichtlich ihres funktionalen Status wirft die Frage nach potenziellen Einfluss- oder Risikofaktoren auf, die mit einer höheren oder niedrigeren Wahrscheinlichkeit für Frailty einhergehen und auf diese Weise die beobachteten Unterschiede in der Stichprobe zu erklären vermögen.

Dabei zeigt sich zunächst ein signifikanter Zusammenhang mit dem Alter: Je älter die Teilnehmer/innen, desto häufiger sind sie von funktionalen Einschränkungen betroffen ($\chi^2(3) = 25.464$, $p < .001$). 76,6% der Teilnehmer/innen über 85 Jahre (86-91) sind pre-frail oder frail, unter jüngeren Personen (80-85) beträgt dieser Anteil nur 58,4%. Während von den Älteren nur noch 5% in die Gruppe der besonders „Rüstigen" fallen, sind es unter jüngeren Teilnehmer/innen immerhin noch mehr als doppelt so viele (12,4%).

Tabelle 6 gibt im Weiteren auch die Resultate des Frailty-Index stratifiziert nach Geschlecht und Bildung wieder. Dabei sind beträchtliche geschlechtsspezifische Differenzen sowie sozioökonomische Zusammenhänge erkennbar. Männer befinden sich nicht nur fast doppelt so häufig in der Gruppe der „Rüstigen" als Frauen, sie sind auch seltener von funktionalen Einschränkungen betroffen („pre-frail" oder „frail").

Noch größere Unterschiede ergibt die Analyse entlang des Bildungsgrads. Lediglich 2,5% der Teilnehmer/innen mit niedrigem Bildungsgrad (max. Pflichtschule) fallen unter die „Rüstigen", hingegen 12,7% derjenigen mit hoher Bildung (mind. Matura). Mehr als drei Viertel der Niedriggebildeten sind pre-frail oder frail, während das bei den Hochgebildeten nur auf etwas mehr als die Hälfte zutrifft. Sowohl die geschlechtsspezifischen als auch die bildungsspezifischen Differenzen erweisen sich statistisch als hochsignifikant (Geschlecht: $\chi^2(3) = 16.925$, $p < .001$), Bildung: $\chi^2(6) = 61.204$, $p < .001$).

Frailty-Index	gesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
rüstig	9,7%	12,9%	6,8%	2,5%	12,7%
fit	25,2%	29,4%	21,4%	16,7%	33,6%
pre-frail	53,6%	47,1%	59,5%	58,8%	49,8%
frail	11,5%	10,5%	12,4%	22,1%	3,9%

* Darstellung nur für „niedrige Bildung" (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

Tabelle 6: Funktionaler Status nach Geschlecht und Bildung

Die geschlechts- und bildungsspezifischen Differenzen bleiben auch bestehen, wenn in der Analyse die Wohnform als Kontrollvariable berücksichtigt und auf diese Weise ausgeschlossen wird, dass die Unterschiede hauptsächlich durch den höheren Anteil von Frauen sowie von Personen aus niedrigen Bildungs- und Sozialschichten in der Pflegeheim-Population zustande kommen. Die Ergebnisse sprechen daher für eine erhebliche gesundheitliche Ungleichheit im Sample entlang von Geschlecht und Bildung.

Zentrale Indikatoren: ADL/IADL, kognitive Funktionen und Handkraft

Um eine Aussage darüber machen zu können, ob und welche Variablen bzw. Indikatoren sich für den funktionalen Status einer Person als besonders wichtig und aussagekräftig erweisen, wurde eine Analyse der Trennschärfe (*item-total correlation*) der einzelnen Indikatoren vorgenommen. Je höher dabei die Korrelation zwischen einzelnen Indikatoren und dem Gesamtscore des Frailty-Index, desto besser lässt sich anhand dieses Indikators der funktionale Status einer Person insgesamt vorhersagen und als desto wichtiger kann somit der Indikator für den funktionale Status erachtet werden.[13]

Tabelle 7 gibt die Indikatoren, gereiht nach ihrer Effektstärke wieder. Korrelationen > .1 zeigen dabei einen kleinen, Korrelationen > .3 einen moderaten und Korrelationen > .5 einen großen Effekt an.

[13] Zur Berechnung wurde der Score des Indikators mit dem Frailty-Gesamtscore (inklusive des Indikators) korreliert. Es handelt sich hierbei also um die unkorrigierte Trennschärfe, da lediglich die relative Bedeutung der einzelnen Indikatoren bestimmt werden soll und dadurch eine mögliche Überschätzung des Zusammenhangs durch eine fehlende Korrektur nicht weiter ins Gewicht fällt.

Indikator	Korrelation (ρ)
Hilfebedarf	ρ = .547, p < .001
ADL/IADL	ρ = .496, p < .001
Kognitiver Test	ρ = .480, p < .001
Pflegebedarf	ρ = .478, p < .001
Handkraft	ρ = .478, p < .001
Schmerz	ρ = .405, p < .001
Gangtest (Gehgeschwindigkeit)	ρ = .389, p < .001
Harninkontinenz	ρ = .380, p < .001
Sehvermögen	ρ = .367, p < .001
Sturz	ρ = .314, p < .001
Depression	ρ = .308, p < .001
Gangtest	ρ = .289, p < .001
Hörvermögen	ρ = .280, p < .001
Ernährungsstatus (SNAQ)	ρ = .279, p < .001
Beweglichkeit d. Arme	ρ = .276, p < .001
Anzahl Medikamente	ρ = .236, p < .001
Stuhlinkontinenz	ρ = .186, p < .001
Krankenhausaufenthalte	ρ = .161, p < .001

Tabelle 7: Zentrale Indikatoren des funktionalen Status, nach Effektstärke (Spearman's Rho ρ)

Lässt man die Indikatoren Hilfe- und Pflegebedarf, die bereits per se eine starke Beeinträchtigung der Funktionalität implizieren, außer Betracht, so erweisen sich vor allem Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL/IADL), kognitive Funktionen (Drei-Wörter-Uhrentest) und die Handkraft als aussagekräftigste Prädiktoren des funktionalen Status. Das heißt, wer im Rahmen des geriatrischen Assessments Einschränkungen in diesen Bereichen zeigte, war mit besonders hoher Wahrscheinlichkeit von Einschränkungen auch in anderen funktionalen Bereichen betroffen und dementsprechend häufiger pre-frail oder frail. Diese Ergebnisse verdeutlichen auch die hohe Aussagekraft dieser Indikatoren für die wissenschaftliche Messung und Erfassung von Frailty.

Längsschnittliche Befunde

Auch Längsschnittdaten der ÖIHS belegen die zentrale Bedeutung von Indikatoren wie Aktivitäten des täglichen Lebens und kognitiven Funktionen für die Aufrechterhaltung des funktionalen Status insgesamt. Das seit 2013 aufgebaute und im Längsschnitt verfolgte ÖIHS-Panel liefert Daten zu mittlerweile vier Messzeitpunkten. Auf dieser Grundlage kann der funktionale Status der Teilnehmer/innen auf Individualdatenniveau in seiner Entwicklung über die Zeit betrachtet werden. Für die Entwicklung des funktionalen Status im Zeitraum zwischen 2013 und 2019/20 erweisen sich dabei ebenfalls ADL/IADL und kognitive Funktionen bzw. die Veränderung des kognitiven Status über die Zeit als zwei der aussagekräftigsten Faktoren (Tabelle 8). Das heißt, Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens wie Anziehen, Stiegen steigen oder Einkaufen und kognitive Verluste wirken sich besonders nachteilig auf die Entwicklung des funktionalen Status insgesamt aus und gehen mit höherer Wahrscheinlichkeit mit funktionalen Verlusten im Laufe der Zeit einher.

Einflussfaktoren	Signifikanz	Effektstärke
Hilfebedarf	$\chi^2(5) = 58.689$, $p < .001$	Cramer's V = 0.43
ADL/IADL (mind. 1 Einschränkung)	$\chi^2(5) = 38.564$, $p < .001$	Cramer's V = 0.35
Veränderung kogn. Status 2013-2016	$\chi^2(15) = 58.543$, $p < .001$	Cramer's V = 0.33

Tabelle 8: Top 3 Einflussfaktoren auf Entwicklung des funktionalen Status 2013-2019

Längsschnittdaten belegen aber auch umgekehrt den hohen Einfluss des funktionalen Status auf andere Bereiche. So hat nicht nur die kognitive Entwicklung einen messbaren Einfluss auf die funktionale Entwicklung, sondern der Erhalt oder Verlust funktionaler Kapazitäten über die Zeit wirkt sich auch positiv oder negativ auf den Erhalt kognitiver Funktionen aus (siehe ausführlicher unten, Kapitel 4.1).

Der funktionale Status ist darüber hinaus einer der aussagekräftigsten Prädiktoren der Mortalität im hohen Alter. Das heißt, je ausgeprägter funktionale Einschränkungen, desto höher die Wahrscheinlichkeit, im Laufe der kommenden Jahre zu versterben (siehe unten, Kapitel 6).

2. Somatische Gesundheit

Nach der Darstellung der Ergebnisse zum gesundheitlichen und funktionalen Allgemeinzustand der Teilnehmer/innen auf Basis des ÖIHS-Frailty-Index werden im Folgenden einzelne gesundheitliche Teilbereiche genauer beleuchtet. Unterschieden wird dabei zwischen somatischer, funktionaler, psychischer und subjektiver Gesundheit.

Somatische Gesundheit bezieht sich auf den Zustand des Körpers und körperlicher Systeme: die Abwesenheit (oder das Vorhandensein) von Erkrankungen, physiologischen Befunden und körperlichen Symptomen sowie deren medizinisch messbare Parameter. Folgende Bereiche und Aspekte werden in diesem Kapitel untersucht: Chronische Krankheiten, die Prävalenz von Herzinfarkten und Schlaganfällen, Medikation, Schmerz, Ernährungsstatus und Zahnstatus. Ein eigenes Unterkapitel widmet sich außerdem der Harninkontinenz.

2.1 Chronische Krankheiten

Eine der häufigsten Begleiterscheinungen des hohen Alters sind chronische Erkrankungen. Wie bereits frühere Erhebungen im Rahmen der ÖIHS gezeigt haben, gibt es im Alter von 80+ kaum jemanden, der oder die nicht zumindest unter einer chronischen Krankheit leidet (ÖPIA 2022a). Die Alterung der Bevölkerung führt damit auch zu einer Erhöhung der Prävalenz chronischer Krankheiten.

Sind Menschen von zwei oder mehr chronischen Krankheiten gleichzeitig betroffen, spricht man in der Geriatrie von Multimorbidität (Böhmer 2008). Die höhere Betroffenheit durch chronische Erkrankungen im Alter ist wiederum begleitet von einer häufigeren Anwendung von Medikamenten. Dadurch wird das Risiko für Wechsel- und Nebenwirkungen beträchtlich erhöht. Multimorbidität wirkt sich daher negativ auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität aus und führt zu einer häufigeren Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Pflegeleistungen (Brijoux et al. 2021).

Die Erhebung chronischer Krankheiten erfolgte im Rahmen des durchgeführten geriatrischen Assessments überwiegend auf dem Wege einer Selbstanamnese durch die Studienteilnehmer/innen. Das heißt, diesen wurde ein Katalog mit insgesamt 13 verschiedenen chronischen Krankheiten vorgelegt, deren Vorliegen von den Teilnehmer/innen jeweils bejaht oder verneint wurde. Ausgenommen davon sind Pflegeheimbewohner/innen – in Pflegeheimen konnten entsprechende Daten in der Regel direkt aus den medizinischen Unterlagen der Teilnehmer/innen gewonnen werden. Die Erhebung gesundheitsbezogener Daten durch Selbstanamnese hat den Nachteil, dass die Ergebnisse durch fehlerhafte Angaben zu einem gewissen Grad verzerrt sein können.

Die Ergebnisse bestätigen die weite Verbreitung chronischer Krankheiten im hohen Alter. Zwar gibt mit 17,4% etwa jede/r Sechste/r an, von keinen der abgefragten chronischen Krankheiten betroffen zu sein. Jedoch geben deutlich mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen (59%) zwei und mehr chronische Krankheiten zu Protokoll. Bei diesen liegt demnach Multimorbidität vor. 7,5% geben sogar fünf oder mehr chronische Krankheiten an, an denen sie leiden.

Spitzenreiter unter den chronischen Krankheiten ist Bluthochdruck, der von 53% der Befragten genannt wird. 34,6% geben weiters an, an einer Herzkrankheit zu leiden. Darunter werden verschiedene Krankheiten des Herzens zusammengefasst, etwa Erkrankungen der Herzkranzgefäße, der Herzklappen oder auch eine Herzinsuffizienz unterschiedlicher Ursache. Fasst man Bluthochdruck und Herzkrankheiten im weiteren Sinne zu Herz-Kreislauf-Krankheiten zusammen, ergibt sich ein Anteil von 65% mit Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems.

Die häufigsten chronischen Erkrankungen, nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sind Osteoporose (19%), Rheuma/Gicht (18,5%), Krebs (18,4%) und Harninkontinenz (17,4%). Die ermittelte Prävalenz sowohl von Osteoporose als auch von Harninkontinenz liegt damit deutlich niedriger als in früheren Erhebungen (2019/20: 26,3% Osteoporose, 29,2% Harninkontinenz). Zumindest was die Harninkontinenz betrifft, könnte dies zum Teil auf die etwas geringere Repräsentation von Pflegeheimbewohner/innen in der Stichprobe im Vergleich zu früheren Erhebungswellen zurückzuführen sein. Immerhin entfällt mehr als ein Viertel (26,4%) aller genannten Harninkontinenzen auf Pflegeheimbewohner/innen, bei einem Anteil an der Stichprobe von nur etwas mehr als 8%. 55,9% aller Teilnehmer/innen aus Pflegeheimen sind von einer Harninkontinenz betroffen.

Deutlich seltener als Harninkontinenz ist die Stuhlinkontinenz. Diese wird nur von 1,9% der Befragten angegeben. Hier gelten mit Blick auf die Interpretation der Daten dieselben Einschränkungen wie oben für die Harninkontinenz – auch die Stuhlinkontinenz dürfte in der hochaltrigen Bevölkerung tatsächlich weiter verbreitet sein als in der ÖIHS-Stichprobe.[14] Die Stuhlinkontinenz tritt dabei häufig in Kombination mit einer Harninkontinenz auf (81,3% der von Stuhlinkontinenz Betroffenen leiden auch unter einer Harninkontinenz), und bei den Betroffenen handelt es sich mehrheitlich um Pflegeheimbewohner/innen (56,3% der Fälle entfallen auf Personen in Pflegeheimen).

Weitere relevante chronische Krankheiten, gereiht nach ihrer Häufigkeit, sind Diabetes mellitus (15,6%), chronische Atemwegserkrankungen wie Asthma oder COPD (9,4%), Depression (8,5%), Demenz (5,0%), Parkinson (3,4%) und Epilepsie (1,3%).

Insbesondere mit Blick auf die hier angegebene Demenz-Prävalenz ist abermals zu berücksichtigen, dass die Erhebung auf einer Selbstanamnese durch die Teilnehmer/innen beruht. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass nicht jede vorliegende Demenz wahrheitsgemäß angegeben wurde, zumal Demenz – ähnlich wie Harninkontinenz – relativ schambesetzt ist. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass manifeste, schwerer ausgeprägte Demenzerkrankungen im Hinblick auf die Teilnahme an der Studie ein Ausschlusskriterium darstellten. Das heißt, der erfasste Anteil dürfte die tatsächliche Prävalenz relativ deutlich unterschätzen und gibt somit sehr wahrscheinlich keinen repräsentativen Wert wieder. Hinzu kommt schließlich, dass den Angaben der Teilnehmer/innen nicht notwendigerweise eine ärztliche Diagnose zugrunde liegt. So zeigt die Auswertung, dass nur bei etwas mehr als drei Viertel der angegeben Demenzerkrankungen (77,5%) laut Auskunft der Teilnehmer/innen eine fachärztliche Demenzdiagnose vorliegt.

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

Chronische Krankheiten nach Geschlecht und Bildung

Tabelle 9 gibt die Multimorbidität und die Häufigkeiten der abgefragten chronischen Krankheiten sowohl insgesamt (für das gesamte Sample) als auch separat nach Geschlecht und Bildung wieder. Dabei ist zu erkennen, dass es hinsichtlich Multimorbidität keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede, jedoch beträchtliche Unterschiede nach dem Bildungsgrad der Teilnehmer/innen gibt. Niedriger gebildete Personen sind also signifikant häufiger multimorbide als höher gebildete (ρ = -.110, p = .002).

Chronische Krankheiten	insgesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
Keine chron. Krankheiten	17,4%	17,5%	17,5%	15,1%	20,9%
Multimorbidität	59,0%	57,0%	60,7%	66,9%	53,1%
Bluthochdruck	53,0%	53,1%	53,0%	60,3%	50,5%
Herzkrankheit	34,6%	37,6%	31,9%	39,7%	29,1%
Osteoporose	19,0%	6,9%	29,0%	21,3%	16,4%
Rheuma/Gicht	18,5%	17,3%	19,5%	20,1%	14,9%
Krebs	18,4%	21,3%	16,0%	16,3%	20,0%
Harninkontinenz	17,4%	12,0%	22,0%	23,8%	12,0%
Diabetes mellitus	15,6%	16,8%	14,6%	18,0%	12,0%
Chron. Atemwegserkrankung	9,4%	7,7%	10,9%	12,6%	6,9%
Depression	8,5%	5,6%	10,9%	12,1%	5,8%
Demenz (Alzheimer etc.)	5,0%	5,3%	4,7%	7,5%	1,5%
Parkinson	3,4%	3,2%	3,5%	3,8%	2,9%
Stuhlinkontinenz	1,9%	1,1%	2,7%	3,3%	1,5%
Epilepsie	1,3%	1,9%	0,9%	1,7%	1,8%

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

Tabelle 9: Chronische Krankheiten – gesamt sowie nach Geschlecht und Bildung

Mit Blick auf einzelne chronische Erkrankungen ergeben sich bei einem Vergleich von Männern und Frauen hochsignifikante Ergebnisse für Osteoporose und Harninkontinenz, wobei Frauen deutlich häufiger als Männer von diesen Krankheitsbildern betroffen sind – bei Harninkontinenz fast doppelt, bei Osteoporose mehr als viermal so häufig. Als signifikant erweisen sich auch eine höhere Depressionsrate für Frauen sowie eine höhere Krebsrate für Männer.

Mit Blick auf Bildung finden sich signifikante Unterschiede bei Bluthochdruck, Herzkrankheiten, Harninkontinenz, Depression und Demenz – alle zuungunsten von Niedriggebildeten. Allerdings verschwindet die Signifikanz mit Ausnahme von Demenz bei allen diesen Krankheitsbildern, wenn in die Analyse auch die Wohnform als Kontrollvariable berücksichtigt werden. Auch die Unterschiede hinsichtlich Multimorbidität erweisen sich unter diesen Bedingungen nicht mehr als statistisch signifikant. Dies deutet darauf hin, dass die oben dargestellten signifikanten Ergebnisse hauptsächlich durch den höheren Anteil von Niedriggebildeten in Pflegeheimen zustande kommen.

Auch beim Geschlecht verlieren die Ergebnisse bezüglich Depression und Krebs (wenn auch knapp) ihre statistische Signifikanz, wenn die Wohnform in die Analyse einbezogen wird. Bestehen bleiben hingegen die deutlichen Differenzen zuungunsten von Frauen hinsichtlich Harninkontinenz und Osteoporose.

Zusammenhang zwischen (Multi-)Morbidität und Frailty

Ein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen (Multi-)Morbidität und funktionalem Status bzw. Frailty. Mit Ausnahme von Bluthochdruck, Epilepsie und Krebs korreliert Frailty mit allen abgefragten chronischen Krankheiten. Je eingeschränkter Teilnehmer/innen in funktionaler Hinsicht sind, desto häufiger sind sie zugleich auch multimorbide ($\rho = .273$, $p < .001$). Dies verdeutlich den Charakter der Frailty als ein multidimensionales Syndrom, das nicht nur mit einem progredienten Verlust funktionaler Kapazitäten, sondern auch mit einem fortschreitenden Morbiditätsrisiko einhergeht (Frühwald 2008).

2.2 Herzinfarkt und Schlaganfall

Im Rahmen der Krankheitsanamnese wurde auch erhoben, ob die Teilnehmer/innen schon einmal einen Schlaganfall oder Herzinfarkt hatten. Dabei geben 11,1% der Befragten an, bereits einmal einen Schlaganfall gehabt zu haben. 6,6% sagen, sie hätten schon einmal einen Herzinfarkt erlitten.

Die insgesamt vergleichsweise niedrige Herzinfarkt- und Schlaganfallprävalenz in der Stichprobe deckt sich mit Ergebnissen zahlreicher anderer Hochaltrigenstudien. Dieser auf den ersten Blick überraschende Befund lässt sich wahrscheinlich auf einen sogenannten „Überlebensbias" zurückführen, d.h. diejenigen, die ein sehr hohes Alter erreicht haben, waren von vornherein widerstandsfähiger gegen die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bzw. haben diese erst später im Lebenslauf entwickelt, während andere bereits vorzeitig verstarben.

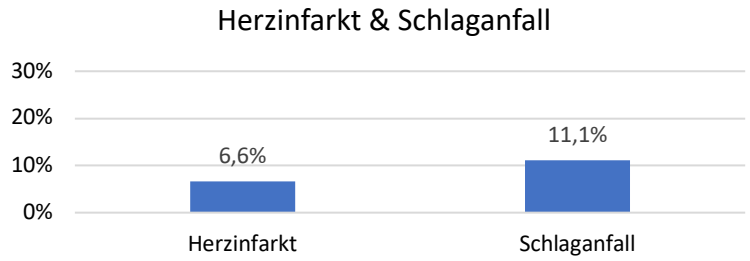


Abbildung 2: Herzinfarkt und Schlaganfall

Die Schlaganfallprävalenz korreliert signifikant mit dem funktionalen Status bzw. Frailty ($\rho = -.138$, $p < .001$). Teilnehmer/innen mit einem Schlaganfall in ihrer Krankengeschichte befinden sich also in einem deutlich schlechteren funktionalen Gesamtzustand. Dies verdeutlicht die einschneidenden Auswirkungen, die ein Schlaganfall auf die Funktionalität älterer Menschen hat.

Herzinfarkte korrelieren wiederum mit Multimorbidität, wobei Personen, die bereits einen Herzinfarkt hatten, signifikant häufiger von Multimorbidität betroffen sind (83,3% vs. 57%, $\chi^2(1) = 14.377$, $p < .001$). Dies deutet auf ein erhöhtes Morbiditätsrisiko für Personen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen hin.

Herzinfarkt und Schlaganfall nach Geschlecht und Bildung

Schlaganfälle betreffen Männer und Frauen in der Stichprobe annähernd gleich häufig (10,2% vs. 11,9%), Herzinfarkte allerdings Männer etwas häufiger als Frauen (8,4% vs. 5,2%) – wenn auch die Korrelation sich nicht als signifikant erweist ($\chi^2(1) = 3.295$, $p = .070$).

Hinsichtlich Bildung fallen die Ergebnisse ähnlich aus: Auch hier finden sich die deutlichsten Differenzen bei Herzinfarkten, wobei Niedriggebildete etwas häufiger über erlittene Herzinfarkte berichten als Personen mit hoher Bildung (8,5% vs. 5,1%). Allerdings ist auch dieser Zusammenhang statistisch nicht signifikant ($\chi^2(2) = 2.418$, $p = .299$).

2.3 Medikation

Die hohe Prävalenz chronischer Erkrankungen spiegelt sich in der Anwendung von Arzneimitteln wider. Alte Menschen sind – wie auch die oben dargestellten Zahlen zu chronischen Krankheiten zeigen – häufig multimorbide, d.h. sie leiden an mehreren Krankheiten gleichzeitig. Dementsprechend bekommen sie in der Regel mehrere Medikamente gleichzeitig verordnet. Mit hohem Alter ergibt sich daher zunehmend das Problem der Polypharmazie.

Von Polypharmazie wird im Allgemeinen dann gesprochen, wenn gleichzeitig mehr als fünf Substanzen verordnet werden (Fincke et al. 2005). Damit steigt das Risiko von Neben- und Wechselwirkungen dramatisch an. Hinzu kommt, dass ältere Menschen oft, neben den ärztlich verordneten Substanzen, auch auf rezeptfreie Medikamente („over-the-counter drugs“) zurückgreifen. Polypharmazie gilt daher als eine der größten geriatrischen Herausforderungen der Gegenwart und ist in den letzten Jahren zusehends in den Fokus der geriatrischen Forschung gerückt.

Die hohe Medikationsprävalenz – als Spiegelbild der erhöhten Morbidität und Multimorbidität im hohen Alter – wird durch die Medikationsanamnese und -analyse der ÖIHS bestätigt. Zu diesem Zweck wurden von allen Teilnehmer/innen ärztlich verordnete und regelmäßig eingenommene Arzneimittel erhoben, nach pharmazeutisch definierten Medikamentengruppen sortiert und anschließend ausgewertet.

Die Analyse ergibt einen Anteil von 93,7% unter den hochaltrigen Teilnehmer/innen, die mindestens ein ärztlich verordnetes Medikament regelmäßig einnehmen. Das heißt, lediglich ein kleiner Anteil von 6,3% ist frei von einer regelmäßigen Medikation. Bei 39,8% sind es mehr als fünf Medikamente gleichzeitig. Damit fällt mehr als ein Drittel der Hochaltrigen im ÖIHS-Sample unter die Kategorie Polypharmazie. 11,7% nehmen sogar mehr als zehn verschiedene Medikamente gleichzeitig ein.

43,5% der befragten Hochaltrigen geben schließlich auch an, regelmäßig rezeptfreie Medikamente zu verwenden.

Große Unterschiede bestehen zwischen Privathaushalten und Pflegeheimen. Bewohner/innen von Pflegeheimen nehmen im Schnitt mehr als doppelt so viele Medikamente ein als Personen in Privathaushalten (Mittelwerte: 10,9 vs. 4,9). 88,2% der Teilnehmer/innen in

Pflegeheimen erfüllen das Kriterium der Polypharmazie. In Privathaushalten sind es hingegen nur 34,9%.

Generell korreliert die Medikation bzw. die Anzahl verwendeter Arzneimittel mit dem allgemeinen Gesundheitszustand der Teilnehmer/innen. Je höher die Anzahl chronischer Krankheiten, desto höher ist das Risiko für Polypharmazie ($r = -.471$, $p < .001$). Auch zwischen Polypharmazie und dem funktionalen Status (Frailty) besteht ein statistisch hochsignifikanter Zusammenhang ($\rho = -.401$, $p < .001$). Kein Zusammenhang lässt sich hingegen mit dem Alter ermitteln, d.h. ältere Teilnehmer/innen sind nicht per se häufiger von Polypharmazie betroffen als jüngere.

Tabelle 10 gibt einen Überblick über die am häufigsten verordneten Arzneimittel und Medikamentengruppen. An erster Stelle stehen Präparate mit antithrombotischer Wirkung, deren Einnahme von fast der Hälfte aller Teilnehmer/innen angegeben wird (44,3%). Wesentlich ist hier vor allem die Acetylsalicylsäure im primär- und sekundärprophylaktischen Einsatz. Deutliche Entsprechung in den Medikationsdaten findet auch die im Rahmen der Krankheitsanamnese am häufigsten genannte chronische Krankheit, der Bluthochdruck. So geben 41,3% der Befragten eine laufende Therapie mit Medikamenten an, die auf das Renin-Angiotensin-System wirken, vor allem ACE-Hemmer in Reinform oder in Kombinationspräparaten. Auch Betablocker (29,5%), Diuretika (17,2%), Calciumkanalblocker (15,9%) und andere Anti-Hypertonika (5,4%) machen einen wesentlichen Anteil an Arzneimittelverordnungen aus. Zusammen mit Medikamenten zur „Herztherapie" (6,4%) reflektieren diese Zahlen die hohe Prävalenz chronischer Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems im hohen Alter.

Häufige Anwendung finden bei hochaltrigen Menschen auch Anti-Säure-Präparate gegen Gastritis, Reflux-Krankheit oder als Magenschutz in Kombination mit anderen Verordnungen (20,8%). Knapp ein Drittel (31,7%) der Teilnehmer/innen verwendet regelmäßig Lipidsenker. Hierbei handelt es sich um Medikamente, die bei erhöhten Blutfetten (Cholesterin, Triglyceride) zur Vorbeugung von arteriosklerotischen Gefäßerkrankungen eingesetzt werden.

Eine durchaus große Rolle bei hochaltrigen Patient/innen spielen auch Antidepressiva (14,8%) und Antidementiva (7,7%). In Pflegeheimen finden Antidepressiva deutlich häufiger Anwendung als in Privathaushalten (51,5% vs. 11,4%, $\chi^2(2) = 27.260$, $p < .001$), was auf eine signifikant erhöhte Depressionsprävalenz unter hochaltrigen Menschen, die in Pflegeheimen leben, hindeutet. Besonders auffällig ist darüber hinaus in Pflegeheimen die häufige Verordnung von Sedativa, die beim Sechsfachen der Verordnungshäufigkeit in Privathaushalten liegt (36,8% vs. 5,5%, $\chi^2(2) = 82.764$, $p < .001$). Dies bestätigt Ergebnisse aus anderen Studien, die einen hohen Einsatz von psychotropen Substanzen in Pflegeheimen feststellen und problematisieren (Mann et al. 2013).

Weitere häufiger genannte Medikamente in der ÖIHS-Stichprobe sind Präparate zur Schilddrüsentherapie (17,1%), Antidiabetika (Insulin und orale Antidiabetika – 15,5%), Mineralstoffe (z.B. bei Osteoporose – 14,4%), Urologika (zur Behandlung von Erkrankungen der Nieren und der ableitenden Harnwege – 13,1%), Antiparkinsonmedikamente (4,8%), Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD – 4,7%), Vasoprotektoren (bei Krampfadern, Beinödemen, Hämorrhoiden – 4,4%) und diverse Schmerzmittel (13,1%).

Arzneimittel und Medikamentengruppen	%
Antithrombotische Mittel	44,3%
Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	41,3%
Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	31,7%
Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten	29,5%
Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	20,8%
Vitamine	17,8%
Diuretika	17,2%
Schilddrüsentherapie	17,1%
Calciumkanalblocker	15,9%
Antidiabetika	15,5%
Antidepressiva	14,8%
Mineralstoffe	14,4%
Analgetika	13,1%
Urologika	13,1%
Sedativa	8,5%
Ophtalmika	8,1%
Antidemenzmedikamente	7,7%
Herztherapie	6,4%
Antianämika	6,4%
Gichtmittel	6,3%
Antiepileptika	5,7%
Antihypertonika	5,4%
Laxantien	5,1%
Antiparkinsonmittel	4,8%
Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	4,7%
Vasoprotektoren	4,4%

Tabelle 10: Am häufigsten verordnete Arzneimittel und Medikamentengruppen

Wenig Aussage kann auf Basis der Medikationsanamnese zu einer möglicherweise bestehenden Unter- oder Übermedikation – als Folge einer Unterdiagnostizierung von Krankheiten oder einer nicht- bzw. kontraindizierten Verordnung von Arzneimitteln – getroffen werden. Hierzu müsste auf medizinische Unterlagen und ärztliche Diagnosen zurückgegriffen werden, um diese anschließend mit den Verordnungen abzugleichen – Daten, die leider nicht zur Verfügung stehen. Als auffällig und potenziell problematisch kann allenfalls die Verwendung von Psychopharmaka und Sedativa hervorgehoben werden, zumal diese auch in anderen Altersstudien am häufigsten als nichtindizierte oder kontraindizierte Verordnungen identifiziert werden (z.B. Steinhagen-Thiessen & Borchelt 2010). Speziell der bereits erwähnte häufige Einsatz von Sedativa in Pflegeheimen legt die Vermutung nahe, dass hier nicht immer eine in erster Linie medizinisch begründete Indikation vorliegt, sondern deren Verabreichung oftmals primär pflegetechnischen bzw. organisatorischen Gesichtspunkten folgt und die Funktion einer „medikamentösen Freiheitseinschränkung" erfüllt (Wurm 2016).

Wie bereits in früheren Ergebnisberichten betont, birgt ein hohes Ausmaß an Multimedikation bzw. Polypharmazie, wie es in der ÖIHS-Stichprobe vorliegt, ein erhöhtes Risiko für die Verordnung von für ältere Menschen potenziell inadäquaten Medikamenten. Aus Studien geht hervor, dass davon besonders häufig Frauen betroffen sind und es sich vor allem um Medikamente aus der Gruppe der Psychopharmaka handelt (Mann et al. 2014). Seit einigen Jahren gibt es Anstrengungen, auf Basis klinischer und pharmakologischer Studien Kriterien zu entwickeln, um für ältere Menschen potenziell ungeeignete Medikamente zu identifizieren. In diesem Zusammenhang ist etwa die sogenannte „PIM-Liste" zu nennen (Mann et al. 2012).

Diese erfasst Arzneimittel, von deren Verordnung bei der Behandlung älterer Menschen abgesehen werden sollte. Mit Blick auf die Verringerung von Polypharmazie und damit assoziierten Folgeproblemen stellt dies eine erste positive Entwicklung dar.

Medikation nach Geschlecht und Bildung

Frauen nehmen im Schnitt etwas mehr Medikamente ein als Männer (Mittelwerte: 5,7 vs. 5,1). Auch sind sie etwas häufiger von „Polypharmazie" betroffen (41,6% vs. 37,6%), wenn auch statistisch nicht signifikant.

Deutlicher sind die Unterschiede entlang des Bildungsniveaus: Personen mit niedriger Bildung nehmen im Schnitt 6,5 Medikamente ein, Personen mit hoher Bildung nur 4,6. Dies schlägt sich auch in einer statistisch hochsignifikanten Korrelation zwischen Bildung und Polypharmazie nieder, wobei Niedriggebildete deutlich häufiger als Hochgebildete mehr als fünf Medikamente gleichzeitig einnehmen (52,7% vs. 31,7%, $\chi^2(2) = 25.271$, $p < .001$). Darin spiegelt sich der insgesamt schlechtere gesundheitliche Allgemeinzustand niedriggebildeter Personen in der Stichprobe wider.

Medikation	insgesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
Polypharmazie	39,8%	37,6%	41,6%	52,7%	31,7%
Anz. Medikamente (Mittelwert)	5,4	5,1	5,7	6,5	4,6

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

Tabelle 11: Polypharmazie und mittlere Medikamentenzahl – gesamt sowie nach Geschlecht und Bildung

Größere geschlechtsspezifische Differenzen gibt es mit Blick auf einzelne Medikamentengruppen: So ist der Anteil der Frauen, die regelmäßig Antidepressiva einnehmen, doppelt so hoch wie bei den Männern (19,1% vs. 9,6%, $\chi^2(1) = 14.583$, $p < .001$). Anders als die nicht statistisch signifikanten Ergebnisse aus der Krankheitsanamnese im vorherigen Abschnitt zu chronischen Krankheiten, liefern die Medikationsdaten also Hinweise auf eine deutlich höhere Prävalenz von Depressionen unter hochaltrigen Frauen. Möglich wäre aber auch, dass dies auf geschlechtsspezifische Differenzen hinsichtlich der Wahrnehmung und Behandlung depressiver Symptome hindeutet: Frauen tendieren möglicherweise eher als Männer dazu, depressive Symptome als behandlungsbedürftiges Leiden wahrzunehmen. Mehr als doppelt so hoch ist für Frauen auch die Medikationsrate für Sedativa (11,3% vs. 5,1%, $\chi^2(1) = 10.284$, $p < .001$), was wahrscheinlich hauptsächlich auf den deutlich höheren Frauenanteil in Pflegeheimen zurückzuführen ist, wo – wie gezeigt – die Verordnung von Sedativa besonders häufig zu finden ist. In der signifikant häufigeren Verwendung von Mineralstoffpräparaten spiegelt sich wiederum die höhere Osteoporose-Prävalenz von Frauen wider (18,2% vs. 9,9%, $\chi^2(1) = 11.481$, $p < .001$).

Auch unter Personen mit niedriger Bildung findet sich eine signifikant häufigere Verwendung von Antidepressiva (22,2% vs. 9,5%, $\chi^2(2) = 17.029$, $p < .001$) und Sedativa (15,1% vs. 3,6%, $\chi^2(2) = 21.840$, $p < .001$), wobei zumindest Letzteres mit der höheren Wahrscheinlichkeit für Personen aus niedrigen Sozial- und Bildungsklassen, im hohen Alter in einem Pflegeheim zu leben, in Zusammenhang steht. Auch für einige andere Medikamentengruppen ergibt die Analyse zum Teil deutlich höhere Medikationsraten für niedrig gebildete im Vergleich zu höher gebildeten Bevölkerungsgruppen – so etwa für Beta-Blocker (37,7% vs. 20,7%, $\chi^2(2) = 18.147$, $p < .001$) oder antithrombotische Präparate (53,6% vs. 38,2%, $\chi^2(2) = 12.842$, $p =$

.002) –, was abermals ein Hinweis auf den im Schnitt deutlich schlechteren Gesundheitszustand niedriggebildeter Teilnehmer/innen ist.

2.4 Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte

Ein weiterer Indikator für die Morbidität in der Population der Hochaltrigen ist die Anzahl der Arztbesuche. 83% der Teilnehmer/innen geben an, in den vergangenen drei Monaten zumindest einmal einen Arzt/eine Ärztin aufgesucht zu haben. Häufig waren es höchstens ein bis zwei Arztbesuche in diesem Zeitraum (41%), in 42% der Fälle wurden allerdings häufigere Arztbesuche zu Protokoll gegeben. 19,7% haben sogar fünf Mal und öfter einen Arzt/eine Ärztin aufgesucht. Einzuschränken sind diese relativ hohen Zahlen nur insofern, als die Befragten in ihren Angaben in der Regel auch solche Arztbesuche berücksichtigt haben, die lediglich den Zweck hatten, ein Rezept abzuholen. Nicht bei allen Arztbesuchen erfolgte also eine ärztliche Behandlung im engeren Sinne.

Was Krankenhausaufenthalte betrifft, so geben 12,8% an, in den drei Monaten vor dem Zeitpunkt der Erhebung stationär in einem Krankenhaus gewesen zu sein.

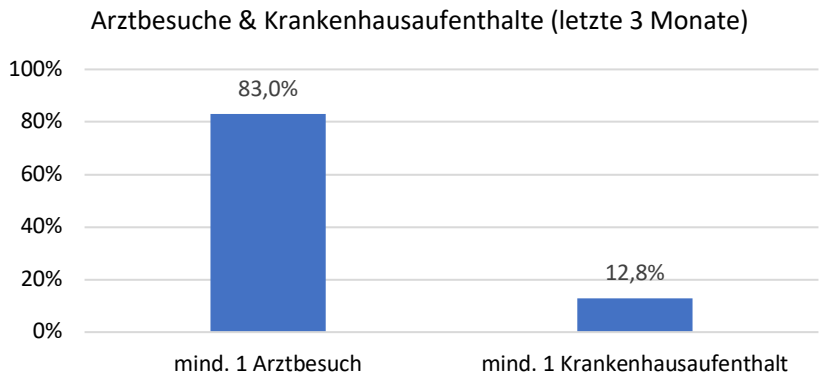


Abbildung 3: Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte

Zumindest bei Krankenhausaufenthalten besteht ein klarer, statistisch signifikanter Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand ($\rho = .168$, $p < .001$): Rund ein Viertel (24,1%) jener Personen, die mit Blick auf ihren funktionalen Status als „frail" eingestuft wurden, waren innerhalb der vergangenen drei Monate stationär in einem Krankenhaus aufgenommen. In der Kategorie „pre-frail" waren es immer noch 15,2%. Hingegen trifft dies nur auf 8% der „Fitten" und auf 2,9% der „Rüstigen" zu.

Das Geschlecht hat nach den ÖIHS-Daten keinen Einfluss auf die Häufigkeit von Arztbesuchen und stationären Krankenhausaufenthalten – trotz einer insgesamt etwas schlechteren Gesundheit hochaltriger Frauen in der Stichprobe und der oben geschilderten deutlichen Korrelation mit dem Gesundheitszustand. Auch hinsichtlich Bildung können keine statistisch signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

2.5 Chronische Schmerzen

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

Die Schmerzprävalenz und Schmerzintensität wurde in der ÖIHS erhoben auf Basis einer 10-Punkte-Skala, auf der die Befragten ihrem subjektiven Schmerzempfinden einen Zahlenwert zwischen eins und zehn zuordnen sollten, wobei „eins" sehr leichte Schmerzen bedeutet und „zehn" den stärksten überhaupt vorstellbaren Schmerz. Unterschieden wurde dabei auch, ob die Schmerzen eher bei Bewegung, in Ruhe oder ständig, also sowohl in Bewegung als auch in Ruhe, auftreten.

Die Datenauswertung ergibt auf dieser Grundlage eine Schmerzprävalenz in der Stichprobe von 44,6%. Bei der Mehrheit der Betroffenen (67,9%) handelt es sich laut Selbsteinschätzung um leichte bis mittelstarke Schmerzen (d.h. im Bereich von 1-5 auf der 10-Punkte-Skala). 32,1% leiden demzufolge unter eher starken bis sehr starken Schmerzen. 44,1% der Betroffenen klagen über Schmerzen eher bei Bewegung, 17,4% eher im Ruhezustand. Bei 38,4% treten Schmerzen sowohl bei Bewegung als auch in Ruhe auf.

Chronische Schmerzen nach Geschlecht und Bildung

Tabelle 12 gibt die Schmerzprävalenz und die Schmerzintensität sowohl insgesamt als auch stratifiziert nach Geschlecht und Bildung wieder. Frauen sind dabei von Schmerzen etwas häufiger betroffen (47,2% vs. 41,4%) und leiden auch etwas häufiger unter stärkeren Schmerzen als Männer (35,4% vs. 27,7%), wenngleich sich beide Korrelationen statistisch nicht als signifikant erweisen. Ihre etwas größere Schmerzbetroffenheit dürfte einerseits auf den bereits konstatierten, allgemein etwas schlechteren Gesundheitszustand von Frauen im Vergleich zu Männern zurückzuführen sein, zumal eine signifikante Korrelation zwischen Schmerzen und funktionalem Status besteht, sowohl was die Schmerzbetroffenheit ($\rho = .389$, $p < .001$) als auch, was die Schmerzintensität betrifft ($\rho = .219$, $p < .001$). Andererseits könnte es zum Teil auch durch geschlechtsspezifische Differenzen in der Wahrnehmung von Schmerz bedingt sein. Aus der Forschung ist bekannt, dass Frauen im Allgemeinen sowohl eine höhere Schmerzempfindlichkeit als auch ein höheres Risiko für klinische Schmerzen aufweisen (Graf & Abele 2023).

Chronische Schmerzen	insgesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
Schmerzprävalenz**	44,6%	41,4%	47,2%	50,6%	38,0%
Leicht bis mittelstark (1-5)***	67,9%	72,3%	64,6%	58,7%	75,0%
Eher stark bis sehr stark (6-10)***	32,1%	27,7%	35,4%	41,3%	25,0%

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

** Alle Teilnehmer/innen (n=823) *** Nur Schmerzbetroffene (n=367)

Tabelle 12: Chronische Schmerzen – gesamt sowie nach Geschlecht und Bildung

Deutlichere Unterschiede ergeben sich entlang des Bildungsniveaus: Personen mit niedriger Bildung (höchstens Pflichtschulabschluss) sind signifikant häufiger von chronischen

Schmerzzuständen betroffen als Personen mit höherer Bildung (Matura und höher) (50,6% vs. 38,0%, $\chi^2(2) = 7.535$, $p = .018$). Darüber hinaus geben sie auch signifikant häufiger an, unter starken Schmerzen zu leiden, im Vergleich zu Betroffenen mit hoher Bildung (41,3% vs. 25,0%, $\chi^2(6) = 15.306$, $p = .023$). Auch dies entspricht einem insgesamt schlechteren gesundheitlichen und funktionalen Allgemeinzustand niedriggebildeter Teilnehmer/innen im Sample und verdeutlicht abermals den Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf Gesundheit und Lebensqualität im hohen Alter.

2.6 Harninkontinenz

Harninkontinenz ist eine Erkrankung, die im höheren Lebensalter relativ weit verbreitet ist. Als Harninkontinenz wird jeder unfreiwillige Urinverlust ohne quantifizierende Einschränkung definiert (Wiedemann/Füsgen 2008). Genaue Zahlen über die Prävalenz der Harninkontinenz waren jedoch lange Zeit rar und beruhten großteils auf Schätzungen (Talasz 2014). Die 2019/20 durchgeführte dritte Erhebungswelle der ÖIHS in den Bundesländern Wien, Niederösterreich, Steiermark und Salzburg ergab eine Prävalenz von 29,2% in der Altersgruppe 80-90 (ÖPIA 2022a).

Harninkontinenz führt, je nach Schwere der Erkrankung, nicht nur zu einer signifikanten Verminderung des subjektiven Wohlbefindens, sondern wirkt sich auch negativ auf die Mobilität und Gesamtgesundheit der Betroffenen aus. Besonders problematisch sind dabei die negativen Folgen für eine aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Bisherige Forschung weist darauf hin, dass es ein vielschichtiger, multikausaler Prozess ist, der beim Vorliegen von Harninkontinenz Prozesse sozialer Exklusion verstärkt. Zum einen sind häufig indirekte Konsequenzen und Probleme einer Harninkontinenz zu berücksichtigen, z.B. reduziertes Trinkverhalten mit der Gefahr der Dehydrierung, rascher (nächtlicher) Toilettengang mit erhöhter Sturzgefahr, Wechselwirkungen von gleichzeitig eingenommen Medikamenten, verminderte Mobilität mit verstärkter Isolation und Verschlechterung einer Frailty. Zum anderen sind ein individueller Rückzug infolge der Erkrankung und der damit verbundenen Belastung selbst (z.B. Scham) wesentliche Einflussfaktoren (Hayder & Schnepp 2009).

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

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

Prävalenz der Harninkontinenz

Die Auswertung der Daten zur Harninkontinenz ergibt mit 17,4% eine signifikant geringere Prävalenz als in früheren ÖIHS-Erhebungen. Dies dürfte zum Teil ein Effekt der leichten

Unterrepräsentierung von Pflegeheimen in der Stichprobe, im Vergleich zu früheren Erhebungswellen, sein. Eine weitere Quelle für eine Unterfassung von Inkontinenzfällen könnte aber auch darin bestehen, dass Teilnehmer/innen häufiger als in früheren Erhebungen falsche Angaben zum Vorliegen einer Harninkontinenz gemacht haben könnten. In jedem Fall ist davon auszugehen, dass das Ergebnis die tatsächliche Prävalenz der Harninkontinenz in der Altersgruppe unterschätzt, zumal auch andere Studien teils auf deutlich höhere Prävalenzen für die Altersgruppe der 80+-Jährigen kommen (z.B. Gaertner et al. 2023).

Pflegeheimbewohner/innen (55,9%) sind dabei deutlich häufiger betroffen als Personen in Privathaushalten (14,9%). Dies verweist darauf, dass Harninkontinenz vor allem mit funktionalen Einschränkungen (Frailty) einhergeht ($\rho = .380$, $p < .001$). 89,9% der Betroffenen sind pre-frail oder frail.

Häufigkeit und Ausmaß des ungewollten Harnverlustes

125 von insgesamt 144 Betroffenen habe nähere Auskünfte zu ihrem Inkontinenzleiden gegeben. Dabei ergibt die Auswertung der Daten, dass die meisten bereits seit längerer Zeit betroffen sind (52% länger als drei Jahre). Bei 12,8%, also rund einem Achtel der Betroffenen, besteht die Inkontinenz erst seit kurzer Zeit (weniger als einem Jahr).

Hinsichtlich des Schweregrades des ungewollten Harnverlusts (Häufigkeit und Menge des Harnverlustes) geben 53,3% der Betroffenen an, mehrmals täglich Harn zu verlieren, davon 21,8% sogar dauernd. Etwas mehr als die Hälfte (53,2%) gibt auch an, eine größere Harnmenge zu verlieren als bloß einzelne Tropfen.

Harninkontinenz	%
Prävalenz*	17,4%
Häufigkeit des Harnverlusts**	
- dauernd	21,8%
- mind. 1x/täglich	50,0%
- mehrmals wöchentlich	12,1%
- seltener	16,1%
Harnmenge**	
- nur Tropfen	46,8%
- mehr	53,2%

* Alle Teilnehmer/innen (n= 826) ** Nur Inkontinenzbetroffene (n=124)

Tabelle 13: Harnverlust – Prävalenz und Schwere des Leidens

Große Unterschiede ergeben sich auch hier wieder, wenn man die Ergebnisse getrennt nach Privathaushalten und Pflegeheimen betrachtet: Personen in Pflegeheimen sind nicht nur häufiger, sondern auch deutlich stärker, d.h. von schwerwiegenderen Ausprägungen der Harninkontinenz betroffen. 46,7% von ihnen verlieren nicht bloß täglich, sondern dauernd Harn (Privathaushalt: 14%). Bei 76,7% beschränkt sich der Harnverlust auch nicht auf einzelne Tropfen, sondern liegt ein stärker ausgeprägter Harnverlust vor. Dies ist bei Betroffenen aus Privathaushalten deutlich seltener der Fall (44,1%).

Beeinträchtigung des Wohlbefindens durch Harninkontinenz

Eine Harninkontinenz kann das subjektive Wohlbefinden stark beeinträchtigen. 42,3% der Betroffenen in der ÖIHS-Stichprobe geben an, sich „ziemlich" oder sogar „sehr" durch ihr

Inkontinenzleiden in ihrem Wohlbefinden eingeschränkt zu fühlen. Das ist deutlich mehr als in früheren ÖIHS-Wellen (2013: 31,1%, 2019/20: 33,1%) und könnte ein Hinweis auf eine möglicherweise gestiegene Sensibilität gegenüber dem lange Zeit tabuisierten – und von den Betroffenen oftmals auch verharmlosten (Talasz 2014) – Krankheitsbild der Inkontinenz sein.

Deutliche Hinweise gibt die Datenauswertung darauf, dass der Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden stark von der Schwere der Erkrankung abhängt. Berücksichtigt man in der Auswertung die jeweils verlorene Harnmenge, so ergibt sich eine statistisch signifikante Korrelation ($\rho = .315$, $p = .001$). Kein signifikantes Ergebnis ergibt hingegen eine Korrelation mit der Häufigkeit und Frequenz von Inkontinenzereignissen. Das heißt, die Stärke der Inkontinenz wirkt sich negativer auf das subjektive Wohlbefinden aus als die Häufigkeit des Harnverlusts. Auch zeigt sich, dass Inkontinenzbetroffene signifikant häufiger depressive Symptome aufweisen als Teilnehmer/innen ohne Harninkontinenz ($\rho = .225$, $p < .001$). Zwar kann dies auch auf den insgesamt schlechteren funktionalen Status von Inkontinenzbetroffenen zurückgeführt werden, zumal ein signifikanter Zusammenhang zwischen Frailty und Depression besteht (siehe unten, Kapitel 4.2). Die Ergebnisse deuten dennoch darauf hin, dass Harninkontinenz das subjektive Wohlbefinden und damit auch die Lebensqualität empfindlich beeinträchtigen kann.

Individuelle Maßnahmen zum Schutz vor Harnverlust

Eine Frage der Schwere des Leidens ist es auch, wie die Betroffenen mit ihrer Inkontinenzerkrankung umgehen bzw. wie sie sich davor schützen: 39,8% verwenden Slipeinlagen, 45,4% Inkontinenzvorlagen. Lediglich 1,9% geben an, die Harninkontinenz einfach nicht zu beachten. Dies ist insofern ein bemerkenswertes Ergebnis, als dieser Anteil in früheren ÖIHS-Erhebungswellen deutlich höher lag (2013: 13%, 2019/20: 9,3%). Auch dies könnte darauf hindeuten, dass die Tabuisierung von Inkontinenz etwas abgenommen hat und mittlerweile eine geringere Neigung vorherrscht, ein Inkontinenzleiden zu verharmlosen.

Ein Zusammenhang mit der Schwere des Inkontinenzleidens besteht insofern, als Maßnahmen wie die Verwendung von Inkontinenzvorlagen vor allem bei schwereren Ausprägungen der Harninkontinenz zur Anwendung kommen – sowohl was die Häufigkeit des Harnverlusts ($\rho = -.357$, $p < .001$) als auch die jeweils verlorene Harnmenge betrifft ($\rho = .335$, $p < .001$).

Ärztliche Behandlung der Harninkontinenz

Auffällig ist, dass sich ein beträchtlicher Teil der von Harninkontinenz Betroffenen (52%) in keinerlei ärztlicher Behandlung wegen ihrer Erkrankung befindet. Nur knapp die Hälfte (48%) gibt an, ihre Harninkontinenz behandeln zu lassen. Die meisten (29,6%) geben dabei an, ihre Harninkontinenz von ihrem Hausarzt/ihrer Hausärztin behandeln zu lassen. 16,8% nennen (auch) einen Urologen bzw. eine Urologin. Trotz des relativ hohen Anteils unbehandelter Inkontinenzerkrankungen liegt die Behandlungsrate – ähnlich den Ergebnissen zur Beeinträchtigung des Wohlbefindens – immerhin höher als in früheren Erhebungen (2013: 43,5%, 2019/20: 36,2%).

Auch die Entscheidung, eine Harninkontinenz ärztlich behandeln zu lassen, hängt den Daten zufolge von der Schwere des Leidens ab. Betroffene mit häufigerem und stärkerem Harnverlust lassen ihre Inkontinenz also eher und häufiger behandeln als Personen mit weniger stark ausgeprägten Formen der Harninkontinenz ($\chi^2(5) = 21.886$, $p < .001$ bzw. $\chi^2(1)$

= 4.055, p = .044). Ebenso besteht eine signifikante Korrelation mit der subjektiven Wahrnehmung, wie sehr durch die Inkontinenz das Wohlbefinden beeinträchtigt wird. Betroffene, die sich durch die Inkontinenz nicht in ihrem Wohlbefinden eingeschränkt fühlen, lassen ihre Inkontinenz also auch seltener medizinisch behandeln (ρ = -.194, p = .048).

Harninkontinenz nach Geschlecht und Bildung

Hinsichtlich der Betroffenheit von Harninkontinenz bestehen deutliche Differenzen sowohl nach Geschlecht als auch nach Bildung.

Harninkontinenz	insgesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
Prävalenz**	17,4%	12,0%	22,0%	23,8%	12,0%
mind. 1x/täglich***	71,8%	57,5%	78,6%	72,7%	51,6%
mehr als nur Tropfen***	53,2%	38,5%	60,0%	63,6%	31,3%
Einschr. d. Wohlbefindens****	42,3%	36,3%	45,1%	56,3%	17,9%

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

** Alle Teilnehmer/innen (n=826) *** Nur Inkontinenzbetroffene (n=124) **** Nur Inkontinenzbetroffene (n=104)

Tabelle 14: Harninkontinenz nach Geschlecht und Bildung

Frauen sind nicht nur wesentlich häufiger von Harninkontinenz betroffen als Männer, sondern leiden auch unter schwereren Ausprägungen der Erkrankung. Die Inkontinenzprävalenz bei Frauen ist fast doppelt so hoch wie jene bei Männern (22% vs. 12%, $\chi^2(1) = 14.086$, $p < .001$). Während 78,6% der betroffenen Frauen mindestens einmal täglich Harn verlieren, sind es bei den Männern nur 57,5%. Auch die jeweils verlorene Harnmenge ist bei Frauen in der Regel größer: 60% von ihnen geben an, bei einem ungewollten Harnverlust mehr als nur Tropfen zu verlieren, bei Männern trifft dies nur auf 38,5% zu. Frauen berichten daher auch häufiger als Männer von einer Beeinträchtigung ihres Wohlbefindens durch die Inkontinenz (45,1% vs. 36,3%).

Die häufigere und stärkere Betroffenheit von Frauen hat vermutlich biologische und anatomische Gründe: zum einen die wesentlich kürzere weibliche Harnröhre mit der Folge eines verringerten physikalischen Widerstandes gegen den Harnaustritt, zum anderen eine Schwächung des Beckenbodens durch die mechanische Belastung bei Schwangerschaften und Geburten (Niederstadt & Gaber 2007).

Betrachtet man die Ergebnisse stratifiziert nach Bildung, ergibt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zuungunsten niedriggebildeter Teilnehmer/innen: Die Prävalenz der Harninkontinenz liegt unter Niedriggebildeten doppelt so hoch wie unter Hochgebildeten (23,8% vs. 12%, $\chi^2(2) = 12.450$, $p = .002$). Ebenso verlieren sie bei Vorliegen einer Harninkontinenz häufiger (mind. ein Mal pro Tag: 72,7% vs. 51,6%) und mengenmäßig mehr Harn (mehr als nur Tropfen: 63,6% vs. 31,3%) als Betroffene aus hohen Bildungsschichten. Auch ihr Wohlbefinden ist durch die Harninkontinenz signifikant häufiger und stärker beeinträchtigt als bei Hochgebildeten (56,3% vs. 17,9%, $\chi^2(6) = 12.736$, $p = .047$).

Der Zusammenhang mit der Bildung verschwindet statistisch allerdings, wenn man das Geschlecht und die Wohnform als Kontrollvariablen in die Analyse einbezieht. Dies bedeutet, dass die bildungsbezogenen Differenzen bei der Harninkontinenz primär dadurch zustande kommen, dass Niedriggebildete häufig weiblichen Geschlechts sind und darüber hinaus einen relativ großen Anteil an der Pflegeheimpopulation ausmachen.

2.7 Ernährungsstatus

Ein wichtiger Aspekt der Gesundheit im hohen Alter ist der Ernährungsstatus. Ältere Menschen haben ein erhöhtes Risiko einer sowohl quantitativen (Unterernährung) als auch qualitativen Mangelernährung (Fehlernährung), da sie infolge von altersbedingten Funktionseinschränkungen oftmals nicht mehr in der Lage sind, selbst Nahrungsmittel zu besorgen und zuzubereiten. Als besonders davon betroffen gelten in der wissenschaftlichen Literatur alleinstehende Menschen (Elmadfa & Leitzmann 2004). Umgekehrt wirkt sich eine Mangelernährung negativ auf die physischen Kapazitäten aus, was wiederum bestehende funktionale Einschränkungen potenziell vergrößert. Eine Abklärung des Ernährungsstatus ist daher fester Bestandteil eines geriatrischen Assessments.

Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)

Im Rahmen der ÖIHS wird hierfür ein kurzes und kompaktes Erhebungsinstrument eingesetzt (*Short Nutritional Assessment Questionnaire – SNAQ*)[15], das nach ungewollten Gewichtsverlusten, dem Appetit und speziellen Ernährungshilfen (Trinknahrung, Ernährungssonde) fragt (ÖGGG 2011: 29). Je nach Ausprägung ergibt sich dabei ein Punktewert auf einer Skala von 0-5. Ein Punktewert von zwei und mehr wird als Risiko für Mangelernährung gewertet (siehe das Auswertungsschema in Tabelle 15).

Die Auswertung ergibt ein Risiko für Mangelernährung bei 11% der Teilnehmer/innen. 13% der Befragten sagen, sie hätten im letzten Monat wenig Appetit gehabt. 10,9% berichten von erheblichen ungewollten Gewichtsverlusten in den vergangenen Monaten, davon 8,7% von mehr als 5kg im vergangenen Jahr. Trinknahrung bzw. Ernährungssonde kommen in der Stichprobe kaum vor (1,1%).

Geschlechts- und bildungsspezifische Unterschiede ergibt die Auswertung keine. Auch die in der Literatur postulierte besondere Betroffenheit von Alleinlebenden kann auf Basis der ÖIHS-Daten nicht erhärtet werden ($r = .008$, $p = .827$).

Einen sehr deutlichen Zusammenhang gibt es hingegen mit Frailty ($\chi^2(3) = 56.358$, $p < .001$). Fast jede/r dritte Teilnehmer/in mit Frailty (30,9%) weist nach den Ergebnissen des Screenings ein Risiko für Mangelernährung auf, jedoch nur 1,5% der „Rüstigen". Dies verdeutlicht, dass funktionale Einschränkungen und insbesondere eine manifeste Frailty das Risiko für Mangelernährung signifikant erhöhen.

[15] Für die ÖIHS wurde das Erhebungsinstrument leicht abgeändert. Im Vergleich zum Original wird beim Gewichtsverlust die Ausprägung „5kg im letzten Jahr" statt „6kg in den letzten 6 Monaten" verwendet. Diese Adaptierung wurde vorgenommen, um eine bessere Vergleichbarkeit mit anderen Frailty-Indizes (z.B. Fried et al. 2001) zu gewährleisten.

SNAQ	%
Wenig Appetit im letzten Monat (1 Punkt)	13,0%
Signifikanter Gewichtsverlust in den vergangenen Monaten	10,9%
- mehr als 3 kg im letzten Monat (2 Punkte)	2,2%
- mehr als 5 kg im letzten Jahr (3 Punkte)	8,7%
Trinknahrung/Ernährungssonde (1 Punkt)	1,1%
Risiko für Mangelernährung (ab 2 Punkten)	11,0%

Tabelle 15: Ernährungsstatus (SNAQ)

Body Mass Index (BMI)

Ein weiterer Indikator, der zur Bestimmung des Ernährungsstatus herangezogen werden kann, ist der Body Mass Index (BMI). Dieser wird aus dem Verhältnis von Gewicht und Größe einer Person errechnet (kg/m^2). Bei älteren Menschen wird allerdings ein etwas höherer Grenzwert für Mangelernährung von 20 kg/m^2 verwendet. Der gemeinhin verwendete Grenzwert (18,5 kg/m^2) wird für alte Menschen seitens der Geriatrie als zu niedrig eingeschätzt. Ebenso wird ein Wert unter 22 kg/m^2 weiter als Risiko für eine Mangelernährung betrachtet (Sieber 2008). Auch nach oben gelten bei älteren Menschen andere Grenzwerte und wird erst ein BMI > 27 kg/m^2 als Übergewicht gewertet.

Zusammen mit den Ergebnissen aus dem oben dargestellten Ernährungsassessment bestätigt die Auswertung des BMI eine relativ geringe Prävalenz von Mangelernährung mit einem Anteil von 6% (BMI < 20 kg/m^2). Bei weiteren 14% besteht, ausgehend vom BMI, ein erhöhtes Risiko für Mangelernährung. Prävalenz und Risiko einer Mangelernährung zusammengenommen, befindet sich somit ein Fünftel der Stichprobe hinsichtlich ihres Ernährungsstatus in einem Risikobereich – ein Anteil, der nicht vernachlässigbar ist.

Deutlichere Hinweise auf eine Fehlernährung ergeben sich eher in die andere Richtung, hin zum Übergewicht. So fallen 28,6% der Teilnehmer/innen in die Kategorie Übergewicht (BMI > 27 kg/m^2), davon sind 13,3% gemäß BMI-Klassifikation adipös (BMI > 30 kg/m^2).

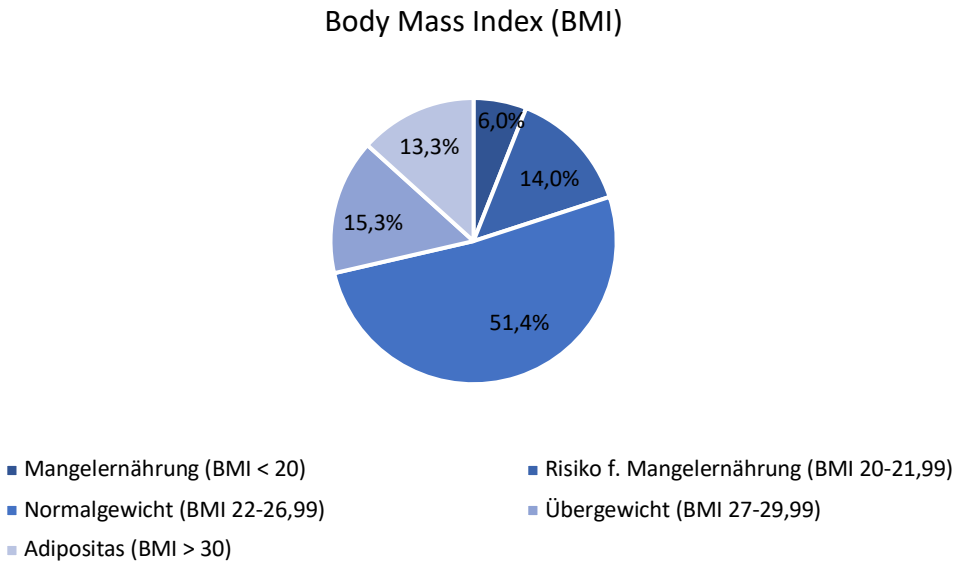


Abbildung 4: Body Mass Index (BMI)

Ernährungsstatus nach Geschlecht und Bildung

Die Auswertung der Daten zum Ernährungsstatus auf Basis des *Short Nutritional Assessment Questionnaire* ergibt keine geschlechts- und bildungsspezifischen Unterschiede.

Differenzierter sind die Befunde unter Berücksichtigung des Body Mass Index. Hier zeigt sich, dass Frauen signifikant häufiger am unteren Ende der Skala („Untergewicht" und „Risiko für Mangelernährung") zu finden sind, während sich beim Übergewicht keine größeren Differenzen zwischen hochaltrigen Männern und Frauen ergeben.

Umgekehrt ist mit Blick auf Bildung zu konstatieren, dass Personen mit niedriger Bildung häufiger übergewichtig sind als Personen mit hoher Bildung ($\rho = -.121$, $p < .001$). Der aus der Forschung bekannte Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf das Körpergewicht und insbesondere die Neigung niedriggebildeter Bevölkerungsschichten zum Übergewicht (Kuntz & Lampert 2010; Gensthaler et al. 2022) bleibt demnach auch im hohen Alter erhalten.

Ernährungsstatus	insgesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
Ris. f. Mangelernährung (SNAQ)	11,0%	10,2%	11,7%	10,6%	9,5%
BMI: Ris. f. Mangelernährung**	20,0%	13,4%	25,5%	16,0%	22,2%
BMI: Normalgewicht	51,4%	56,3%	47,4%	49,6%	56,6%
BMI: Übergewicht	28,6%	30,5%	27,0%	34,5%	21,2%

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

** BMI-Gruppen „Unterernährung" (BMI < 20) und „Risiko für Mangelernährung (BMI 20-21,99) zusammengefasst

Tabelle 16: Ernährungsstatus (SNAQ & BMI) nach Geschlecht und Bildung

2.8 Zahnstatus

Mit höherem Alter bauen, neben Knochen und Gelenken, auch die Zähne tendenziell ab. Im Laufe des Lebens werden Zähne brüchiger, und der schützende Zahnschmelz baut sich allmählich ab. Auch das Zahnfleisch kann sich zurückbilden, wodurch die Zahnwurzeln freigelegt und anfälliger für Karies werden. Letztlich kann dies bis zum Zahnverlust führen.

Im Vergleich zu anderen altersassoziierten Gesundheitsproblemen wird der Zahngesundheit bislang relativ wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Aus der Forschung ist bekannt, dass Krankheiten der Zähne auch in Zusammenhang mit allgemeinen systemischen Problemen stehen können, z.B. mit einem Rückgang der Speichelproduktion bei Polypharmazie oder mit einer erschwerten Mundhygiene aufgrund von rheumatoider Arthritis oder anderen Einschränkungen in der Beweglichkeit (Chan et al. 2021).

Die mit dem Alter steigende Wahrscheinlichkeit für Zahnprobleme und Zahnverlust bildet sich auch in der Stichprobe der ÖIHS ab. Lediglich 16,2% aller Befragten haben noch alle ihre eigenen Zähne. Fast jede/r Fünfte (19%) hat gar keine eigenen Zähne mehr.

77,2% der ÖIHS-Teilnehmer/innen tragen daher einen Zahnersatz, wobei hier nach herausnehmbaren Zahnprothesen gefragt wurde. Nicht berücksichtigt sind andere Formen des Zahnersatzes wie etwa Zahnimplantate. 23,5% aller Befragten haben eine Vollprothese. 53,6% haben eine Teilprothese.

Zahnstatus nach Geschlecht und Bildung

Hochaltrige Frauen haben den Ergebnissen der Befragung zufolge einen schlechteren Zahnstatus als ihre männlichen Altersgenossen. Zwar haben fast genauso viele Frauen noch alle ihre eigenen Zähne wie Männer (15,5% vs. 17,1%), allerdings haben signifikant mehr Frauen gar keine eigenen Zähne mehr (23,1% vs. 14,1%, $\chi^2(2) = 10.607$, $p = .005$).

Noch deutlicher korreliert der Zahnstatus mit der Bildung. Nur 6,7% der Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung haben noch alle ihre eigenen Zähne – unter Hochgebildeten sind es fast vier Mal so viele (24%). Während weniger als jede/r Achte (11,6%) der Hochgebildeten gar keine eigenen Zähne mehr hat, ist es unter Personen mit niedriger Bildung mehr als jede/r Vierte (27,6%, $\chi^2(4) = 40.816$, $p < .001$). Es ist bekannt, dass bereits im Kindesalter die Zahngesundheit stark von sozialen Determinanten beeinflusst wird und sozial ungleich verteilt ist (Stasch et al. 2022). Dies setzt sich – wie auch in vielen anderen gesundheitlichen Bereichen – bis ins Alter fort.

Weitere Risikofaktoren

Als weitere relevante Risikofaktoren lassen sich insbesondere Alter und funktionaler Status identifizieren. Jüngere Teilnehmer/innen (80-85 Jahre) haben signifikant häufiger noch eigene Zähne als ältere (86-91 Jahre) ($\rho = .111$, $p = .001$). Allein in dem relativ knappen Zeitraum zwischen 80 und 91 Jahren vollziehen sich also Abbauprozesse des Zahnapparats, die sich statistisch in einer höheren Wahrscheinlichkeit, seine Zähne zu verlieren, niederschlagen.

Noch deutlicher und hochsignifikant ist die Korrelation zwischen Zahnstatus und Frailty ($\rho = .231$, $p < .001$). Dies verdeutlicht, dass Zahngesundheit und funktionaler Status Hand in Hand gehen bzw. funktionale und gesundheitliche Einschränkungen sich negativ auf die Zahngesundheit auswirken (und vermutlich auch umgekehrt).

Auch die in der Forschung beobachtete Korrelation zwischen Zahnstatus und Polypharmazie ($\rho = -.150$, $p < .001$) sowie ein Zusammenhang mit rheumatoiden Erkrankungen ($\rho = .130$, $p < .001$) finden in den ÖIHS-Daten Bestätigung.

3. Funktionale Gesundheit

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

Wesentlich auf die funktionale Gesundheit stellt auch der oben dargestellte Frailty-Index ab, da die Funktionalität einen maßgeblichen Einfluss auf die Selbsthilfefähigkeit einer Person hat. Die Funktionalität steht daher im Mittelpunkt des im Rahmen der ÖIHS durchgeführten geriatrischen Assessments.

Zentrale Aspekte der funktionalen Gesundheit sind insbesondere sensorische Fähigkeiten wie Sehen oder Hören, Mobilität, Handkraft und Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL/IADL). Die für die funktionale Gesundheit ebenfalls relevanten kognitiven Funktionen werden im Abschnitt „Psychische Gesundheit" gesondert dargestellt.

3.1 Sensorische Fähigkeiten

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

Bei den nachfolgend berichteten Ergebnissen zu sensorischen Fähigkeiten ist zu berücksichtigen, dass besonders Seh- und Höreinschränkungen erhebliche Auswirkungen auf die Bereitschaft und Fähigkeit zur Studienteilnahme haben können. Es ist daher davon auszugehen, dass die ÖIHS Einschränkungen des Seh- und Hörvermögens in der hochaltrigen Bevölkerung tendenziell unterschätzt.

Sehvermögen

Betrachtet man zunächst das Sehvermögen, so zeigen sich hier durchaus gravierende Einschränkungen im hohen Alter. Die meisten Personen in der ÖIHS-Stichprobe (92,6%) benötigen laut Selbstauskunft eine Sehhilfe. Fast die Hälfte (44,4%) berichtet von Sehschwierigkeiten, 7,1% sogar von großen Problemen. Etwas weniger als 1% aller Befragten (0,9%) sind blind oder hochgradig sehbehindert.

Beeinträchtigungen des Sehvermögens können auch durch degenerative Augenerkrankungen entstehen. Eine sehr weit verbreitete Augenerkrankung im hohen Alter ist der sogenannte **Graue Star (Katarakt)**. Dabei handelt es sich um eine Trübung der Augenlinse, die bei Erreichen eines entsprechend hohen Alters die meisten Menschen

irgendwann im Laufe ihres Lebens betrifft. Behandelt wird der Graue Star durch operative Entfernung der Linse und Ersetzung durch ein künstliches Linsenimplantat. Die Staroperation gehört aufgrund der hohen Prävalenz des Grauen Stars im höheren Alter zu den am häufigsten durchgeführten chirurgischen Eingriffen überhaupt (Allen & Vasavada 2006). Auch Augenerkrankungen wie der Graue Star können nachweislich das Risiko für Stürze und damit assoziierte Verletzungen signifikant erhöhen (Tsang et al. 2023). Damit steigt wiederum das Risiko, infolge der daraus resultierenden Mobilitätseinschränkungen frail zu werden.

Die weite Verbreitung des Grauen Stars im hohen Alter wird auch durch das geriatrische Assessment der ÖIHS bestätigt: 60,2% der Befragten geben an, bereits einmal wegen Grauem Star operiert worden zu sein, etwa die Hälfte (50,4%) sogar an beiden Augen.

Sehprobleme nehmen mit zunehmendem Alter weiter zu. Die Analyse zeigt, dass ältere Teilnehmer/innen (85-91) mehr als doppelt so häufig von Seheinschränkungen berichten als jüngere (80-85) (12,4% vs. 5,2%, $\chi^2(3) = 14.185$, $p = .003$).

Keinen eindeutigen Zusammenhang ergibt die Prüfung der in der Literatur postulierten Korrelation zwischen Seheinschränkungen und Sturzneigung. Zwar ist eine gewisse Tendenz in Abhängigkeit vom Vorliegen und vom Grad der Seheinschränkung ablesbar, die Korrelation erweist sich jedoch statistisch als nicht signifikant. Allerdings lässt sich zeigen, dass Seheinschränkungen sich negativ auf die Mobilität bzw. den Bewegungsradius ($\rho = -.116$, $p < .001$) sowie in weiterer Folge auf die Lebenszufriedenheit auswirken ($\rho = .154$, $p < .001$).

Hörvermögen

Ähnliches wie für die Sehfähigkeiten gilt für das Hörvermögen (Tabelle 17). In der von der ÖIHS untersuchten Studienpopulation geben rund 26,5% der Befragten an, Hörprobleme zu haben, d.h. sie haben Schwierigkeiten zu hören, was in einem Gespräch mit einer anderen Person in einem ansonsten ruhigen Raum gesagt wird. Die Probleme sind allerdings überwiegend moderat: Lediglich 3,8% der Befragten geben an, sehr große Probleme beim Hören zu haben. 29,5% der Teilnehmer/innen verwenden wegen Hörproblemen auch ein Hörgerät.

Anders als oben bei den Seheinschränkungen, ergibt sich bei Einschränkungen des Hörvermögens keine statistisch signifikante Korrelation mit dem Alter. Jedoch haben Hörprobleme vergleichbare negative Effekte auf die Mobilität ($\rho = -.127$, $p < .001$). Dies verdeutlicht die Auswirkungen, die altersbedingte Einschränkungen auf die individuelle Lebensqualität haben können.

Sensorische Einschränkungen	Gesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
Sehprobleme	44,4%	39,4%	48,6%	58,0%	40,9%
Grauer Star	60,2%	52,5%	67,0%	57,1%	59,7%
Hörprobleme	26,5%	25,6%	27,2%	39,9%	21,1%

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

Tabelle 17: Sensorische Einschränkungen – gesamt sowie nach Geschlecht und Bildung

Sensorische Fähigkeiten nach Geschlecht und Bildung

Frauen sind stärker von Seheinschränkungen betroffen als Männer: 48,6% der Frauen haben Schwierigkeiten beim Sehen, hingegen wird dies nur von 39,4% der Männer angegeben ($\chi^2(3) = 13.728$, $p = .004$). Auch von durchgeführten Operationen wegen Grauem Star berichten hochaltrige Frauen signifikant häufiger als Männer (67% vs. 52,5%, $\chi^2(2) = 17.786$, $p < .001$). Eine geschlechtsspezifisch höhere Prävalenz des Grauen Stars bei Frauen lässt sich aus diesen Befunden zwar nicht unmittelbar ableiten, da in der Befragung nur nach Staroperationen gefragt wurde und die Ergebnisse theoretisch auch dadurch zustande kommen könnten, dass Frauen eher bereit sind, eine Starerkrankung operativ behandeln zu lassen als Männer. Es ist aber anzunehmen, dass sich darin auch eine höhere Kataraktprävalenz für Frauen niederschlägt, zumal aus Forschung und medizinischer Praxis bekannt ist, dass Frauen häufiger von Grauem Star betroffen sind als Männer (Lou et al. 2018).

Keine signifikanten Unterschiede nach Geschlecht ergeben sich hingegen beim Hörvermögen, d.h. Frauen und Männer sind in der ÖIHS-Stichprobe annähernd gleich häufig von Hörproblemen betroffen.

Unter Berücksichtigung der Bildung ergeben sich größere Probleme sowohl beim Sehen als auch beim Hören für Personen mit niedriger Bildung. Mehr als die Hälfte von ihnen (58%) berichten von Schwierigkeiten beim Sehen, bei Personen mit hoher Bildung sind es nur 40,9% ($\chi^2(6) = 27.252$, $p < .001$). Hörprobleme geben niedriggebildete Teilnehmer/innen fast doppelt so häufig zu Protokoll wie hochgebildete (39,9% vs. 21,1%, $\chi^2(4) = 38.658$, $p < .001$). Keine bildungsspezifischen Differenzen finden sich hingegen hinsichtlich Grauem Star.

3.2 Mobilität

Ein weiterer wesentlicher Indikator für die funktionale Gesundheit einer Person ist ihre Mobilität. Mit zunehmendem Alter kann es zu Einschränkungen in der Mobilität kommen. Wissenschaftlichen Studien zufolge ist die Mehrheit der Menschen im hohen Alter von mehr oder weniger stark ausgeprägten Mobilitätseinschränkungen betroffen (Cummings et al. 2014; Musich et al. 2018). Verluste oder Einschränkungen in der Mobilität haben wiederum negative Effekte auf andere gesundheitliche Bereiche. So gehen Mobilitätseinschränkungen mit einem erhöhten Sturz-, Krankenhausaufenthalts- und Sterblichkeitsrisiko sowie mit einer verminderten Lebensqualität einher (Shumway-Cook et al. 2005; Bergland et al. 2017).

Die Mobilität wird in der ÖIHS vor allem anhand von zwei Indikatoren gemessen: einem **Gangtest** und einer Erhebung des **Bewegungsradius** der Teilnehmer/innen.

Gangtest

Im Rahmen des Gangtests werden die Teilnehmer/innen gebeten, von ihrem Stuhl aufzustehen, ein paar Schritte zu gehen (ggf. unter Verwendung einer Gehhilfe) und sich anschließend wieder hinzusetzen. Dabei wird auch eine Einschätzung der Gehgeschwindigkeit und des Gangbildes vorgenommen, d.h. ob der Gangtest mit einer „normalen" Gehgeschwindigkeit absolviert wird oder ob das Gangbild schon recht langsam und schwerfällig erscheint, was auf erhebliche Mobilitätseinschränkungen hinweist.

94,5% der Teilnehmer/innen haben den Gangtest prinzipiell bewältigt, davon 77,3% mit einer Gehgeschwindigkeit, die von den Interviewer/innen als „normal“ eingeschätzt wurde. Bei 17,2% erschien der Gang jedoch als auffällig langsam und schwerfällig.

Insgesamt ergibt sich damit ein Anteil von 22,9%, bei denen der Gangtest auf erhebliche Mobilitätseinschränkungen hindeutet.

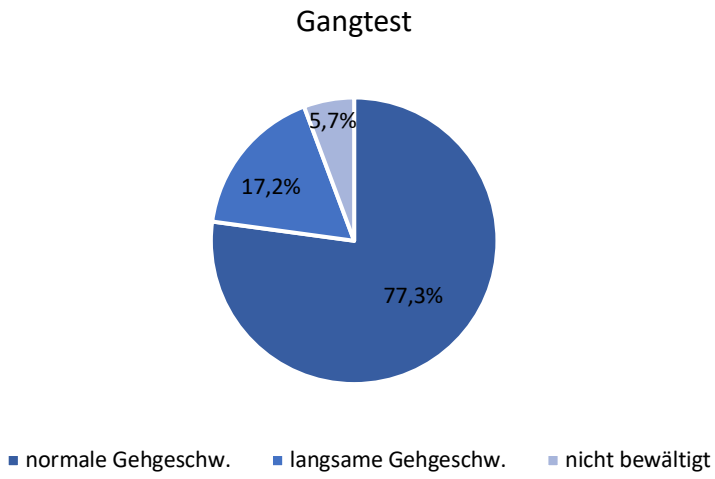


Abbildung 5: Gangtest

Bewegungsradius

Ein weiterer guter Indikator für die Mobilität ist der Bewegungsradius. Dieser gibt die Reichweite an, innerhalb derer sich Personen selbstständig fortbewegen können. Gemessen wird der Bewegungsradius auf einer sechsstufigen Skala, die von „uneingeschränkt/im gesamten Wohnort“ bis „keine selbstständige Fortbewegung möglich“ reicht.

Dabei geben fast zwei Drittel der Befragten (65,4%) an, sich innerhalb des gesamten Wohnortes, also ohne nennenswerte Einschränkung fortbewegen zu können. Bei weiteren 26,5% erstreckt sich der Bewegungsradius immerhin noch auf die nähere Umgebung des Hauses. 6,8% können sich hingegen laut eigenen Angaben nur noch innerhalb des Hauses fortbewegen. 1,3% geben schließlich an, sich gar nicht selbstständig fortbewegen zu können. Dabei handelt es sich überwiegend um bettlägerige Personen, die in der ÖIHS-Stichprobe fast ausschließlich in Pflegeheimen anzutreffen sind.

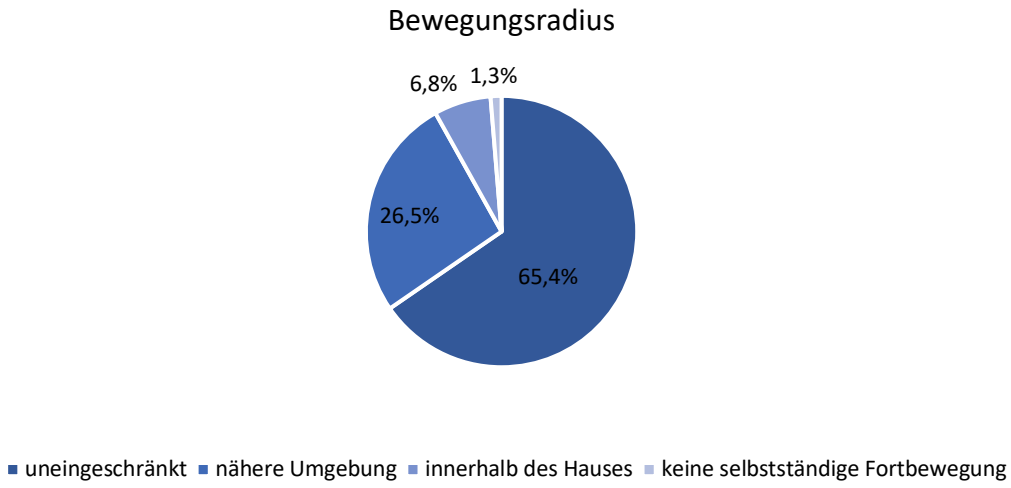


Abbildung 6: Bewegungsradius

Gelenksersätze und Gehhilfen

Einschränkungen in der Mobilität kommen im hohen Alter häufig durch Abnützung von Knochen und Gelenken zustande. Mehr als ein Viertel der Teilnehmer/innen (29,7%) gibt an, bereits einen Gelenksersatz (Knie, Hüfte etc.) bekommen zu haben. Bei 12,6% wurden bereits mehrere Knie- und/oder Hüftgelenke ersetzt.

Etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmer/innen (35,5%) verwenden im Alltag zumindest gelegentlich eine Gehhilfe (Stock, Krücken, Rollator etc.), davon 20,3% ständig. 4,3% der Befragten benötigen einen Rollstuhl. Die Angewiesenheit auf eine Gehhilfe ging in der Regel auch mit einer langsameren Gehgeschwindigkeit beim Gangtest einher ($\rho = -.552$, $p < .001$).

Einflussfaktoren auf die Mobilität

Wenig überraschend korreliert Mobilität mit dem funktionalen Status und ist die Mobilität umso eingeschränkter, je schlechter sich der funktionale Zustand insgesamt darstellt. Dies stellt sich in einer langsamen Gehgeschwindigkeit ($\rho = .429$, $p < .001$) sowie in einem verminderten Bewegungsradius ($\rho = -.534$, $p < .001$) nieder. Auch zwischen Alter und Mobilität besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang, wobei ältere Teilnehmer/innen (86-91 Jahre) sowohl eine langsamere Gehgeschwindigkeit beim Gangtest ($r = .112$, $p = .003$) als auch einen geringeren Bewegungsradius aufweisen ($\rho = -.202$, $p < .001$) als jüngere (80-85 Jahre). Dies verdeutlicht nochmals die Zunahme von Mobilitätseinschränkungen mit fortschreitendem Lebensalter.

Auch die aus der Literatur bekannten Auswirkungen von Mobilitätseinschränkungen finden in den ÖIHS-Daten überwiegend Bestätigung. So ergibt die Analyse einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen einer langsamen Gehgeschwindigkeit beim Gangtest und einer erhöhten Sturzneigung ($r = -.187$, $p < .001$). Auch mit Blick auf Krankenhausaufenthalte ergeben sich durchaus beträchtliche prozentuale Differenzen zwischen Personen mit normaler und langsamer Gehgeschwindigkeit (10,9% vs. 16,4%), wenn auch die Korrelation statistisch nicht signifikant ausfällt ($\chi^2(1) = 2.889$, $p = .089$). Ebenso lässt sich eine niedrigere Lebenszufriedenheit von Teilnehmer/innen mit verlangsamtem Gang im Vergleich zu Personen mit normaler Gehgeschwindigkeit feststellen ($\rho = .142$, $p < .001$), was als Beleg für die negativen

Effekte von Mobilitätseinschränkungen auf die subjektive Lebensqualität gewertet werden kann.

Die Bedeutung, die der Mobilität und ihrer Erhaltung im hohen Alter zukommt, kann daran abgelesen werden, dass die Längsschnittdaten der ÖIHS einen signifikanten Zusammenhang zwischen Mobilitätseinschränkungen und der Mortalität (Sterblichkeit) ergeben. Als Indikator hierfür dient die Gehgeschwindigkeit beim Gangtest. Zwar zeigt sich dieser Zusammenhang noch nicht in kürzerer Frist (Messzeitraum 2013-2016). Mittel- bis langfristig war eine reduzierte Gehgeschwindigkeit jedoch mit einer signifikant erhöhten Mortalität verbunden. Bis 2019/20 war die Hälfte der Teilnehmer/innen (50,9%) mit reduzierter Gehgeschwindigkeit verstorben (vs. 34,7% mit „normaler" Gehgeschwindigkeit, $\chi^2(1) = 5.245$, $p < .022$). Zum aktuellen Messzeitpunkt 2023/24 war von den Panelteilnehmer/innen mit reduzierter Gehgeschwindigkeit kaum jemand noch am Leben (Mortalitätsrate: 94,5%), während von Teilnehmer/innen mit „normaler" Gehgeschwindigkeit immerhin noch mehr als 30 Prozent am Leben waren (Mortalitätsrate: 69,7%) ($\chi^2(1) = 14.556$, $p < .001$).

Mobilität nach Geschlecht und Bildung

Frauen verfügen über einen geringeren Grad an Mobilität als Männer: Sie bewältigen seltener den Gangtest, haben dabei häufiger ein langsames und schwerfälliges Gangbild, weisen häufiger Einschränkungen in ihrem Bewegungsradius auf und verwenden signifikant häufiger eine Gehhilfe. Zwar deuten die Ergebnisse für einen Großteil der hochaltrigen Frauen auf eine nach wie vor beachtliche Mobilität hin – immerhin berichtet fast die Hälfte von ihnen von keinerlei Einschränkungen in ihrem Bewegungsradius –, die Mobilitätswerte fallen jedoch für Männer durchgehend höher aus (siehe Tabelle 18).

Ähnlich stellen sich die Mobilitätsunterschiede entlang der Bildung dar: Personen mit niedriger Bildung erzielen in allen getesteten bzw. abgefragten Bereichen – Bewältigung des Gangtests, Gehgeschwindigkeit, Bewegungsradius, Verwendung einer Gehhilfe – deutlich geringere Mobilitätswerte als Personen mit hoher Bildung. Mit Ausnahme des Gangtests sind die bildungsspezifischen Mobilitätsunterschiede bei einem Signifikanzniveau von $p < .001$ auch statistisch hochsignifikant. Dies deutet auf eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für Mobilitätseinschränkungen für niedrig gebildete Bevölkerungsgruppen im hohen Alter hin.

Mobilitätseinschränkungen	Gesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
Gangtest nicht bewältigt	5,7%	3,3%	7,7%	8,7%	3,4%
Langsame Gehgeschwindigkeit	18,2%	15,7%	18,5%	26,4%	12,7%
Einschränkungen im Bewegungsradius	34,6%	25,9%	41,9%	51,0%	24,1%
Gehhilfe	35,5%	26,6%	42,9%	50,5%	24,8%

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

Tabelle 18: Mobilitätseinschränkungen nach Geschlecht und Bildung

3.3 Sturz

Aufgrund zunehmender Mobilitätseinschränkungen steigt mit dem Alter auch das Risiko für Stürze und sturzassoziierte Verletzungen (Schäfer 2008). Laut WHO stürzen 32-42% aller Menschen im Alter von 70+ statistisch zumindest einmal im Jahr. Etwa 50% aller verletzungsbedingten Krankenhauseinweisungen unter älteren Menschen (65+) gehen auf

Stürze zurück (WHO 2007). Eine Untersuchung der GÖG über „Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich" (Winkler et al. 2012) kommt zu dem Ergebnis, dass in etwa die Hälfte der über 80-Jährigen in Österreich mindestens einmal im Jahr stürzt, und dass 10-20% dieser Stürze zu Verletzungen führen, bei ca. 5% sogar zu schweren Verletzungen wie Knochenbrüchen. Die Verletzungsfolgen bei Stürzen können im höheren Lebensalter lebensbedrohlich sein, etwa aufgrund von Immobilisierung, Hospitalisierung oder sekundären Komplikationen (z.B. bei Operationen). Studien zufolge besteht daher auch eine signifikante Korrelation zwischen Sturzneigung und Mortalität (Sylliaas et al. 2009).

Die Sturzneigung wurde im Rahmen des geriatrischen Assessments erfasst durch Selbstauskunft der Teilnehmer/innen über Sturzereignisse innerhalb der vergangenen drei Monate sowie über allfällige daraus resultierende Verletzungen. Die Auswertung ergibt dabei eine Sturzprävalenz von 17%. Diese geringe Prävalenz steht im Einklang mit der insgesamt relativ hohen Mobilität in der Stichprobe.

Auf der anderen Seite haben sich rund drei Viertel der Gestürzten (74,1%) ihrer Aussage nach zumindest leicht verletzt (Hautabschürfungen, blaue Flecken etc.), 12,9% davon sogar schwer mit Knochenbrüchen und ähnlich schweren Verletzungen. Am häufigsten werden dabei Knochenbrüche im Bereich der Arme und Hände genannt. Diese Befunde stehen einigermaßen in Kontrast zu den oben zitierten Zahlen und deuten auf ein stark erhöhtes Verletzungsrisiko bei Stürzen im hohen Alter hin.

Auf den deutlichen Zusammenhang zwischen Mobilität und Sturzneigung wurde bereits im vorigen Kapitel eingegangen. Als Indikator wurde dabei die Gehgeschwindigkeit beim Gangtest herangezogen. Die Analyse ergab eine signifikant höhere Sturzneigung für Teilnehmer/innen mit verlangsamtem Gang ($r = -.187$, $p < .001$).

Keinen messbaren Einfluss auf die Sturzneigung haben hingegen Geschlecht und Bildung, trotz signifikant häufigerer Mobilitätseinschränkungen von Frauen und Niedriggebildeten in der Stichprobe.

3.4 Beweglichkeit der Arme

Ein zusätzlich durchgeführter Mobilitätstest betraf die Beweglichkeit der Arme. Einschränkungen in diesen Bereichen haben wie auch andere Mobilitätseinschränkungen negative Auswirkungen auf die Selbsthilfefähigkeit in der Bewältigung alltäglicher Anforderungen. Insofern ist die Beweglichkeit der Arme für die Einschätzung des funktionalen Status ebenfalls von Bedeutung.

Im Rahmen der Tests wurden daher die Teilnehmer/innen gebeten, ihre Arme hinter den Kopf zu legen. 91,4% waren dazu in der Lage. Lediglich bei 8,6% konnte dieser Test aufgrund von Mobilitätseinschränkungen oder Behinderungen im Bereich der Arme entweder nicht positiv absolviert oder nicht durchgeführt werden.

Beweglichkeit der Arme nach Geschlecht und Bildung

Wie bereits bei anderen Indikatoren der Mobilität (Gangtest, Bewegungsradius), gibt es auch bei der Beweglichkeit der Arme beträchtliche geschlechts- und bildungsspezifische Differenzen. Frauen weisen ebenso wie niedriggebildete Teilnehmer/innen signifikant häufiger Beweglichkeitseinschränkungen auf als Männer bzw. Personen mit hoher Bildung (11,3% vs. 5,6%, $\chi^2(2) = 8.432$, $p = .015$ bzw. 14,9% vs. 3,0%, $\chi^2(4) = 22.204$, $p < .001$).

3.5 Handkraft

Ein zentraler und in der Geriatrie häufig verwendeter Indikator für die physischen Kapazitäten alter und hochaltriger Menschen ist die Handkraft. Eine reduzierte Handkraft stellt dabei, ähnlich wie Einschränkungen in der Mobilität, ein Leitsymptom der Frailty dar (Dudzińska-Griszek et al. 2017). Mittlerweile wird sogar diskutiert, ob die Handkraft einen validen Indikator zur Erkennung zahlreicher anderer Gesundheitsprobleme in der älteren Bevölkerung darstellen könnte (Vaishya et al. 2024).

In der ÖIHS wurde die Handkraft der Teilnehmer/innen mit einem digitalen Dynamometer gemessen. Dabei wurden pro Person insgesamt vier Messungen vorgenommen (jeweils zwei mit der rechten und der linken Hand). Der höchste erzielte Messwert ging in die Auswertung ein. Gemessen wird die Handkraft in Kilogramm (kg). Wichtige Kriterien für die Beurteilung der Handkraft sind das Geschlecht und der Body-Mass-Index (BMI). Das heißt, die Grenzwerte zur Einschätzung der gemessenen Handkraft als „normal" oder „auffällig" (im Sinne eines Handkraftdefizits) unterscheiden sich zwischen Männern und Frauen und hängen darüber hinaus von ihrem Body-Mass-Index ab. Tabelle 19 gibt die jeweiligen Cut-off-Werte zur Bestimmung eines Handkraftdefizits wieder:

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

Tabelle 19: Handkraftmessung – Cut-off-Werte zur Bestimmung eines Handkraftdefizits in Abhängigkeit von Geschlecht und Body-Mass-Index

Tabelle 20 zeigt die Ergebnisse insgesamt sowie differenziert nach Geschlecht und Bildung. Im Mittel erzielen die Teilnehmer/innen einen Handkraft-Wert von 23,4 kg. Knapp die Hälfte der Teilnehmer/innen (49,8%) weist ein Handkraftdefizit auf, d.h. sie erreichen bei der Handkraftmessung einen Wert, der unter den für ihr Geschlecht und ihren Body-Mass-Index definierten Grenzwerten einer als „normal" zu qualifizierenden Handkraft liegt. Dies deutet auf verminderte physische Kapazitäten hin und ist daher ein Indikator für Frailty. Dementsprechend besteht auch eine hochsignifikante Korrelation zwischen Handkraft und funktionalem Status ($\rho = .486$, $p < .001$). Auch ältere Teilnehmer/innen (86-91 Jahre) weisen signifikant häufiger ein Defizit im Bereich der Handkraft auf als jüngere (80-85 Jahre) ($r = .135$, $p < .001$).

Handkraft nach Geschlecht und Bildung

Frauen haben zwar im Mittel eine deutlich geringere Handkraft als Männer (17,8 kg vs. 29,4 kg). Unter Berücksichtigung der nach Geschlecht verschiedenen Normwerte weisen Frauen jedoch nur geringfügig häufiger ein Handkraftdefizit auf (50,6% vs. 49%). Die höhere Frailty-Rate von Frauen schlägt sich also nicht in signifikant häufigeren Einschränkungen in der Handkraft nieder.

Anders verhält es sich mit Blick auf bildungsspezifische Differenzen: Hier ergibt die Analyse eine signifikant höhere Häufigkeit von Handkraftdefiziten zuungunsten niedrig gebildeter Teilnehmer/innen (60,8% vs. 44,3%, $\chi^2(2) = 13.482$, $p = .001$).

Handkraft	Gesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
Mittelwerte (in kg)	23,4	29,4	17,8	20,3	25,6
Normale Handkraft	50,2%	51,0%	49,4%	39,2%	55,7%
Handkraftdefizit	49,8%	49,0%	50,6%	60,8%	44,3%

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

Tabelle 20: Handkraft (gesamt und nach Geschlecht und Bildung)

3.6 Aktivitäten des täglichen Lebens

Einschränkungen in den physischen Kapazitäten und der Funktionalität, insbesondere der Mobilität, wirken sich häufig unmittelbar auf die Selbsthilfefähigkeit von Menschen aus. Selbsthilfefähigkeit meint dabei die Fähigkeit, alltägliche Anforderungen in ausreichendem Maße erfüllen zu können. Die Bewältigung oder Nicht-Bewältigung von alltäglichen Verrichtungen kann vor diesem Hintergrund als ein wesentlicher Indikator für den funktionalen Status einer Person gesehen werden.

In der Altenpflege wurden mit den sogenannten Activities of Daily Living (ADL) Messinstrumente rund um solche alltäglichen Aktivitäten entwickelt, die der Einschätzung der funktionalen Kapazitäten von alten Menschen dienen. Relevante Aktivitäten sind hier etwa Waschen oder Anziehen (Katz et al. 1963). Eine Erweiterung des ADL-Konzepts stellen Instrumental Activities of Daily Living (IADL) dar, wie z.B. Einkaufen, Kochen, Haushalt usw. (Lawton & Brody 1969).

Die Befragung im Rahmen der ÖIHS sieht daher auch eine Auswahl an ADLs und IADLs vor. Die abgefragten ADLs beziehen sich dabei auf die Fähigkeit, sich selbst anziehen und eine Stiege mit mindestens zehn Stufen steigen zu können. Unter IADL fällt hingegen die Fähigkeit, selbst einkaufen gehen zu können.

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen zur Mobilität und anderen Parametern der funktionalen Gesundheit ergibt sich insgesamt ein vergleichsweise hoher Grad an Selbsthilfefähigkeit unter den hochaltrigen Studienteilnehmer/innen: So geben 89,6% an, sich selbst anziehen zu können. 87,7% sagen, sie können ohne Unterstützung eine Stiege mit zumindest zehn Stufen steigen. Und immer noch 78,3% der Befragten können ihre Einkäufe selbst erledigen.

Die Bedeutung von ADLs und IADLS als Indikator für Frailty kann daran ermessen werden, dass Einschränkungen in diesen Bereichen hochsignifikant mit dem funktionalen Status korrelieren (ρ = .510, p < .001). Während „rüstige" Teilnehmer/innen noch keinerlei Einschränkungen bei ADLs und IADLs aufweisen, sind es bei pre-frailen Teilnehmer/innen bereits 28,9% und bei Personen mit Frailty sogar 87,7%.

Auch stellen Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens einen verlässlichen Prädiktor der Mortalität dar. Zu allen längsschnittlichen ÖIHS-Messzeitpunkten waren Einschränkungen bei ADLs und IADLs statistisch hochsignifikant ($p < .001$) mit einer erhöhten Sterblichkeit verbunden. Beim ersten Follow-up (2016) lag die Mortalitätsrate von Personen mit Einschränkungen rund dreimal so hoch wie bei Personen ohne Einschränkungen (34,3% vs. 12,8%). Auch drei Jahre später (2019/20) war ihre Mortalität immer noch um fast das Doppelte erhöht (63% vs. 33,3%).

Aktivitäten des täglichen Lebens nach Geschlecht und Bildung

Statistisch signifikante Unterschiede finden sich, wie bei zahlreichen anderen funktionalen Indikatoren, auch hier wieder nach Geschlecht. 30,6% der Frauen, aber nur 20,9% der Männer weisen Einschränkungen bei mindestens einer der abgefragten ADLs/IADLs auf ($\chi^2(1) = 9.980$, $p = .002$). Besonders häufig sind Einschränkungen von Frauen beim Stiegen steigen und beim Einkaufen.

Noch deutlicher sind die Unterschiede entlang des Bildungsniveaus: Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung haben mehr als doppelt so häufig wie Personen mit hoher Bildung eine Einschränkung bei zumindest einer ADL/IADL (41,2% vs. 15,4%, $\chi^2(2) = 45.043$, $p < .001$). Anders als beim Geschlecht, ergibt sich für die Bildung eine signifikante Korrelation bei allen abgefragten Aktivitäten. Personen mit niedriger Bildung sind also bei allen abgefragten ADLs und IADLs deutlich häufiger von Einschränkungen betroffen als solche aus höheren Bildungsschichten. Auch dies ist wieder ein deutlicher Hinweis auf den enormen Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die Erhaltung von Gesundheit und Funktionalität ins bzw. im hohen Alter.

Activities of Daily Living	insgesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
Einschränkungen bei mind. 1 ADL/IADL	26,2%	20,9%	30,6%	41,2%	15,4%
Probleme beim Anziehen	10,4%	9,9%	10,9%	14,6%	6,9%
Probleme beim Stiegen steigen	12,3%	7,5%	16,3%	21,6%	5,1%
Probleme beim Einkaufen	21,7%	15,5%	26,8%	38,2%	12,5%

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

Tabelle 21: Einschränkungen bei ADL – gesamt sowie nach Geschlecht und Bildung

4. Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit stellt einen integralen Bestandteil der gesundheitlichen Verfassung eines Menschen dar. Unter Rekurs auf die Weltgesundheitsorganisation (WHO) kann psychische Gesundheit als Zustand des Wohlbefindens definiert werden, in dem das Individuum seine Fähigkeiten erkennt, mit den Belastungen des Lebens umzugehen sowie in der Lage zu sein, einen Beitrag zu seiner Gemeinschaft zu leisten.[16]

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

Mit höherem Alter nimmt nicht nur die Wahrscheinlichkeit für physische Einschränkungen zu, sondern auch für psychische Erkrankungen, z.B. für Demenz oder Depressionen. Derartige psychische Krankheiten und Einschränkungen stehen ursächlich nicht unmittelbar mit dem Alter in Zusammenhang, sondern hängen insbesondere auch mit dem allgemeinen Gesundheitszustand (z.B. Multimorbidität, Frailty) zusammen. Auch sozioökonomische Faktoren (Bildung, Einkommen) haben einen erheblichen Einfluss auf die psychische Gesundheit.

In diesem Kapitel wird die psychische Gesundheit, unter besonderer Berücksichtigung der beiden genannten Aspekte Kognition/Demenz und Depression, näher beleuchtet. Berücksichtigung finden darüber hinaus Einsamkeit sowie Lebenszufriedenheit, die ebenfalls als relevante Indikatoren für das seelische Wohlbefinden gewertet werden können. Im Rahmen des geriatrischen Assessments des ÖIHS kommen diverse Instrumente zum Einsatz, die es erlauben, fundierte Aussagen über die Prävalenz entsprechender psychischer Einschränkungen und Leidenszustände zu treffen (z.B. kognitive Tests, geriatrisches Depressions-Screening).

Einschränkend ist festzuhalten, dass die Repräsentativität der Stichprobe im Hinblick auf psychische Erkrankungen gewissen Einschränkungen unterworfen ist, da psychische Erkrankungen mit höherer Wahrscheinlichkeit zu einer Verweigerung der Studienteilnahme führen können (z.B. bei Depression) oder aufgrund einer Beeinträchtigung der Teilnahme- und Einwilligungsfähigkeit (z.B. bei Demenz) zu selektiven Stichprobenausfällen führen. Die Prävalenz solcher psychischen Erkrankungen wird daher in der vorliegenden Studie wahrscheinlich unterschätzt – dies gilt insbesondere für Demenzen, zumal das Vorliegen einer manifesten Demenzerkrankung bereits aus ethischen Gründen ein Ausschlusskriterium für die Teilnahme an der Studie darstellte.

[16] https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being

4.1 Kognition/Demenz

Kognitive Funktionen stehen in einem engen Zusammenhang mit der allgemeinen Funktionalität und Selbsthilfefähigkeit im hohen Alter. Ähnlich wie physische Kapazitäten (z.B. Mobilität, sensorische Fähigkeiten etc.) nehmen auch kognitive Funktionen mit zunehmendem Alter ab. Einschränkungen kognitiver Natur gehen dabei häufig auch mit allgemeinen funktionalen Einschränkungen einher bzw. begünstigen diese und umgekehrt (Infurna et al. 2011). Ebenso steigt im Alter das Risiko demenzieller Erkrankungen wie z.B. Alzheimer (Marksteiner 2008). Die Prävalenz sowie die Erforschung von Risikofaktoren für demenzielle Erkrankungen bildet daher einen wesentlichen Gegenstand der Altersforschung sowie von Alters- und Hochaltrigenstudien (z.B. Fischer et al. 2002; Fratiglioni et al. 2007; Luck et al. 2010; Brijoux & Zank 2022; Grønkjær et al. 2024). Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der damit verbundenen Veränderungen der gesellschaftlichen Altersstruktur wird die Problematik demenzieller Erkrankungen in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen (Doblhammer et al. 2012).

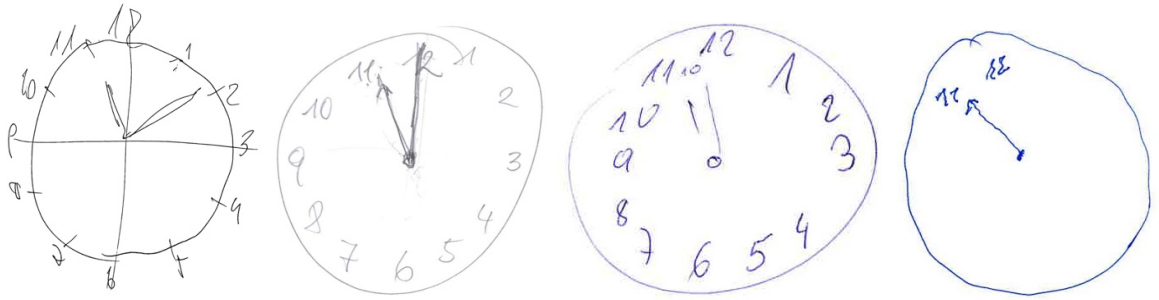
In der ÖIHS ist zur Untersuchung der kognitiven Funktionen der Teilnehmer/innen im Rahmen des geriatrischen Assessments ein kognitiver Test vorgesehen. Zum Einsatz kommt dabei mit dem sogenannten Drei-Wörter-Uhrentest (Strotzka et al. 2003) ein möglichst kurzes und kompaktes Screeningverfahren, welches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

Der Drei-Wörter-Uhrentest ist damit bedeutend einfacher und weniger umfangreich als der im gerontologischen Kontext gebräuchlichere MMSE (*Mini Mental State Examination*, Folstein et al. 1975), der kognitive Beeinträchtigungen in deutlich mehr verschiedenen Domänen (Sprache, Rechenfähigkeit etc.) erfasst. Laut einer prospektiven Studie von Kamenski et al. (2009) ist der Drei-Wörter-Uhrentest jedoch ähnlich genau wie der MMSE und insofern besonders gut geeignet für eine erste und unkomplizierte Demenzerkennung.

Festzuhalten ist, dass ein auffälliger bzw. nicht bewältigter Drei-Wörter-Uhrentest noch nicht gleichbedeutend ist mit einer Demenzdiagnose. Der Test stellt lediglich ein Screening-Instrument dar, mit dem sich ein Demenzverdacht begründen lässt. Eine Demenzdiagnose müsste im Anschluss daran durch eine vertiefende gerontopsychiatrische Untersuchung gestellt werden.

Drei-Wörter-Uhrentest

Für die Auswertung des Drei-Wörter-Uhrentests werden die Ergebnisse des Merktests und Uhrentests zu einem Index von 0-5 Punkten summiert. Beim Uhrentest können maximal 2 Punkte erreicht werden (von 0 Punkten bei demenzverdächtigen Ergebnissen bis zu 2 Punkten bei einem unauffälligen Befund). Abbildung 7 zeigt Beispiele für korrekte und fehlerhafte Uhrentests.



„unauffällig“ *„kogn. Einschränkungen“* *„demenzieller Abbau“* *„demenzieller Abbau“*

Abbildung 7: Beispiele für Uhrentests („unauffällig“ – „kognitive Einschränkungen“ – demenzieller Abbau“)

Beim Merktest wird in Anlehnung an den von Borson et al. (2000) entwickelten Mini-Cog-Test jeweils 1 Punkt für jeden erinnerten Begriff gezählt, wodurch 0-3 Punkte erreicht werden können. Der aus den beiden Einzeltests errechnete Summenindex besteht somit aus 0 bis 5 Punkten. Da Uhrentest und Merktest unterschiedliche kognitive Fähigkeiten der Studienteilnehmer/innen ansprechen (Merkfähigkeit vs. Abstraktionsniveau und räumlich-konstruktive Fähigkeiten) und darüber hinaus die Merkfähigkeit durch die psychische Verfassung zum Interviewzeitpunkt beeinflusst sein kann, wird zusätzlich mit einer Farbtypologie gearbeitet (siehe Tabelle 22), die eine stärkere Gewichtung des Uhrentests verfolgt (Kamenski et al. 2009; Strotzka et al. 2003).

Die Gesamtergebnisse des Drei-Wörter-Uhrentests werden schließlich auf einer vierstufigen Skala zusammengefasst mit den Ausprägungen „unauffälliger Befund“, „leichte Defizite“, „Test auffällig“ und „Test sehr auffällig“, wobei die beiden letzteren einen begründeten Demenzverdacht anzeigen. Unter „unauffällig“ fallen ausschließlich „grün-grüne“ Tests, wenn also sowohl Merktest als auch Uhrentest fehlerfrei absolviert wurden. Sobald die Farbe Gelb hinzukommt, weist der Test auf leichte kognitive Defizite hin. Dies entspricht in etwa dem Befund eines *mild cognitive impairment* (MCI) (Gauthier et al. 2006). „Gelb-gelbe“ Tests sowie alle, die die Farbe Rot beinhalten, fallen hingegen unter „Demenzverdacht“.

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

Tabelle 22: Drei-Wörter-Uhrentest, Auswertung mit Farbtypologie

Ergebnisse des Drei-Wörter-Uhrentests

Die Ergebnisse des kognitiven Tests deuten auf weit verbreitete kognitive Beeinträchtigungen in der hochaltrigen Bevölkerung hin. Lediglich 21,2% der Teilnehmer/innen absolvierten den Test fehlerfrei. Bei 27,5% zeigten sich zumindest leichte Auffälligkeiten in Form von leichten Fehlern beim Uhrentest und/oder Merktest. Dieser Befund entspricht leichten kognitiven Defiziten im Sinne eines MCI. Bei den restlichen 49,9% der Teilnehmer/innen mussten die Tests als auffällig (27,5%) oder sogar sehr auffällig (22,4%)

klassifiziert werden, da sich sowohl beim Uhrentest als auch beim Merktest eklatante Defizite zeigten. Das heißt, dass bei jeder/jedem Zweiten in der Stichprobe ein erheblicher Demenzverdacht besteht.

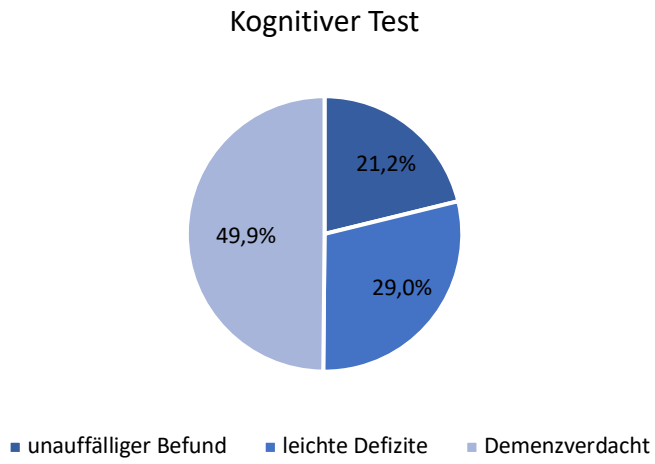


Abbildung 8: Kognitiver Test – Ergebnisse

Kognitive Defizite gehen häufig mit einem geringeren funktionalen Status einher. Das ist auch ein Grund dafür, dass der kognitive Status als ein wesentlicher Indikator im ÖIHS-Frailty-Index berücksichtigt ist (siehe oben, Kapitel 1). Damit in Einklang ergibt sich in den Ergebnissen ein deutlicher linearer Zusammenhang zwischen dem funktionalen und dem kognitiven Status einer Person: Je schlechter der allgemeine Gesundheitszustand einer Person, desto eher weist sie (auch) kognitive Defizite auf ($\chi^2(9) = 172.353$, $p < .001$). Während die Testergebnisse von pre-frailen und frailen Personen zu einem großen Teil (61,8% bzw. 79,7%) als demenzverdächtig einzustufen sind, trifft dies bei „fitten" Personen lediglich auf 30,3% und bei „Rüstigen" sogar nur auf 2,9% zu. Wenngleich auch unter „fitten" und „rüstigen" Personen leichte kognitive Defizite relativ weit verbreitet sind (38,4% bzw. 33,8%), zeigen die Ergebnisse dennoch, dass Einschränkungen in der kognitiven und physischen Funktionalität in einem engen Bedingungsverhältnis zueinander stehen.

Der Zusammenhang von Frailty und kognitiven Einschränkungen zeigt sich eindrucksvoll auch bei einem Vergleich der Ergebnisse entlang der Wohnform. In Pflegeheimen fallen die Ergebnisse des kognitiven Tests in 82,8% der Fälle unter die Kategorie „Demenzverdacht". In Privathaushalten (inkl. Seniorenresidenzen) trifft dies hingegen nur auf 46,8% zu.

Auch nach Alter ergeben sich beim kognitiven Test signifikante Unterschiede, wobei jüngere Teilnehmer/innen besser abschneiden als ältere ($\chi^2(3) = 11.189$, $p = .011$). Während ältere Teilnehmer/innen (86-91 Jahre) in 56,7% der Fälle ein demenzverdächtiges Testergebnis aufweisen, sind es unter jüngeren (80-85 Jahre) nur 46%. Dies verdeutlicht, dass mit weiter zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit für kognitive Einschränkungen signifikant steigt.

Der wechselseitige Einfluss von funktionalem Status und kognitiven Kapazitäten lässt sich mithilfe von Längsschnittdaten aus dem ÖIHS-Panel erhellen. Dabei wurden von Panelteilnehmer/innen seit 2013 der funktionale und der kognitive Status erfasst und in ihrer Entwicklung über die Zeit beobachtet. Die Entwicklung kognitiver Funktionen im Beobachtungszeitraum von 2013 bis 2019/20 war dabei neben Hilfe-/Pflegebedarf und

Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL/IADL) der Faktor mit dem größten Effekt auf die Entwicklung des funktionalen Status. Umgekehrt stellte die Veränderung (Beibehaltung oder Verschlechterung) des funktionalen Status im Beobachtungszeitraum den einflussreichsten Faktor für die Entwicklung des kognitiven Status dar. Dies unterstreicht, wie stark sich kognitiver und funktionaler Status gegenseitig beeinflussen, und insbesondere, welch hoher Stellenwert der Erhaltung kognitiver Funktionen für die Aufrechterhaltung von Funktionalität und Selbsthilfefähigkeit insgesamt zukommt.

Einflussfaktoren	Signifikanz	Effektstärke
Funktionaler Status 2013-2019		
Hilfebedarf	$\chi^2(5) = 58.689$, $p < .001$	Cramer's V = 0.43
ADL/IADL (mind. 1 Einschränkung)	$\chi^2(5) = 38.564$, $p < .001$	Cramer's V = 0.35
Veränderung kogn. Status 2013-2016	$\chi^2(15) = 58.543$, $p < .001$	Cramer's V = 0.33
Kognitiver Status 2013-2019		
Veränderung funkt. Status 2013-2019	$\chi^2(8) = 40.601$, $p < .001$	Cramer's V = 0.41
Hilfebedarf	$\chi^2(4) = 20.016$, $p < .001$	Cramer's V = 0.39
Bewegungsradius	$\chi^2(8) = 36.358$, $p < .001$	Cramer's V = 0.37

Tabelle 23: Einflussfaktoren auf funktionalen Status und kognitive Funktionen 2013-2019 (Top 3 n. Effektstärke)

Kognition/Demenz nach Geschlecht und Bildung

Im Hinblick auf demographische bzw. soziodemographische Merkmale weist der kognitive Status sowohl entlang des Geschlechts als auch der Bildung signifikante Unterschiede auf. Frauen leiden dabei signifikant häufiger unter kognitiven Defiziten ($\chi^2(3) = 16.470$, $p < .001$), ebenso wie niedriger gebildete Teilnehmer/innen ($\chi^2(6) = 67.889$, $p < .001$).

Frauen unterscheiden sich hierbei von den Männern durch einen niedrigeren Anteil unauffälliger Tests (17% vs. 25,6%) und einen höheren Anteil demenzverdächtiger Tests (55,6% vs. 43,6%). Insbesondere beim Uhrentest zeigen sich markante Unterschiede. Während bei den Frauen 41,6% der Ergebnisse einen „demenziellen Abbau" vermuten lassen, sind es bei den Männern mit 22,6% nur etwa halb so viele. Beim Merktest zeigen sich hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Sehr deutliche Unterschiede in allen Kategorien ergeben sich entlang der Bildung. Während von den niedrig Gebildeten 67,9% mit Verdacht auf Demenz einzustufen sind, sind es bei den Personen mit hoher Bildung lediglich 31,9% und damit weniger als die Hälfte. Noch größere Unterschiede zeigen sich bei den unauffälligen Ergebnissen, welche bei den hoch Gebildeten dreimal so häufig vorkommen wie bei den niedrig Gebildeten (30,5% vs. 10,6%).

Kognitiver Test	insgesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
Unauffälliger Befund	21,2%	25,6%	17,0%	10,6%	30,5%
Kognitive Defizite (MCI)	29,0%	30,8%	27,3%	21,6%	37,7%
Demenzverdacht	49,9%	43,6%	55,6%	67,9%	31,9%

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

Tabelle 24: Kognitiver Test („Drei-Wörter-Uhrentest"), nach Geschlecht und Bildung

Frauen und Personen mit niedrigerer Bildung sind demnach signifikant stärker von kognitiven Einschränkungen betroffen. Mögliche Faktoren sind hierbei zum einen eine größere kognitive Reserve, die als Resultat einer höheren Bildung mit einem langsameren kognitiven Abbau

(bzw. einer höheren Flexibilität des Gehirns als Reaktion auf altersbedingte Abbauprozesse) im Alter einhergeht (Cheng 2016), zum anderen ein infolge der Menopause fallender Östrogenspiegel, der in der Forschung als Risikofaktor für die Entstehung demenzieller Erkrankungen bei Frauen diskutiert wird (Ali et al. 2023; Park et al. 2024).

4.2 Depression

Mit dem hohen Alter einhergehende Stressoren, wie vermehrt auftretende körperliche und kognitive Einschränkungen, Krankheit oder der Verlust von Angehörigen, stellen Risikofaktoren für die Entwicklung depressiver Symptome dar, da sie sich negativ auf die Erfüllung psychologischer Grundbedürfnisse auswirken. In der psychologischen Forschung werden drei fundamentale psychologische Bedürfnisse betont, deren Befriedigung notwendig ist, um psychische Gesundheit und Wohlbefinden zu gewährleisten. Diese drei psychologischen Grundbedürfnisse sind Autonomie, Kompetenz und soziale Eingebundenheit (Deci & Ryan 2000).

Das Bedürfnis nach Autonomie zeigt sich in selbstbestimmtem, nach den eigenen Werten und Vorstellungen ausgerichtetem Handeln, das dem Individuum ein Gefühl der Integrität verleiht. Sich verändernde Umstände im höheren Alter führen oftmals dazu, dass das Bedürfnis nach Autonomie stark eingeschränkt wird. Mit dem Alterungsprozess einhergehende körperliche und kognitive Einschränkungen und eine damit zusammenhängende Hilfs- und Pflegebedürftigkeit führen dazu, dass die Lebensumstände vermehrt von außen kontrolliert werden und Entscheidungsmacht abgegeben werden muss. Ein Pflegeheimaufenthalt etwa geht mit einer mehr oder weniger strikten, von außen auferlegten Struktur einher, die das selbstbestimmte Handeln der Bewohner/innen stark einschränkt.

Das Bedürfnis nach Kompetenz beschreibt die Wahrnehmung und das Erleben, selbstwirksam und effektiv handeln zu können, um so gewünschte Änderungen in der Umwelt herbeizuführen und persönliche Fähigkeiten zu erweitern. Körperliche und kognitive Verluste im höheren Alter können dieses Bedürfnis stark einschränken und im schlechtesten Fall zu einem Gefühl der Hilflosigkeit und des Kontrollverlustes über die Umwelt führen. Auch hier kann sich ein Pflegeheimaufenthalt (zusätzlich) negativ auswirken, indem die Umwelt und die Lebensumstände bis zu einem gewissen Grad außerhalb der eigenen Kontrolle liegen. Dies kann sich wiederum negativ auf die psychische Gesundheit auswirken und die Entwicklung depressiver Symptome befördern (Tang et al. 2020).

Die Befriedigung des Bedürfnisses nach sozialer Einbindung und darin eingeschlossenen bedeutsamen persönlichen Beziehungen wird noch durch weitere mit dem höheren Alter zusammenhängende Umstände und Faktoren erschwert. Zum einen geht das hohe Alter mit dem Verlust Angehöriger, insbesondere des Ehepartners/der Ehepartnerin, einher, wodurch für die Person bedeutsame Beziehungen wegfallen. Zum anderen führen körperliche und kognitive Einschränkungen zu einer verminderten Mobilität und gegebenenfalls zu einem Pflegeheimaufenthalt, wodurch die Teilnahmefähigkeit am sozialen Leben eingeschränkt wird. Auch ein negatives gesellschaftliches Altersbild kann dazu beitragen, dass sich ältere Personen weniger respektiert und gebraucht fühlen und somit keine soziale Eingebundenheit erleben (zum Thema Altersbilder und Altersdiskriminierung siehe die qualitative Fokusstudie, ÖPIA 2026).

Erfassung von Depression in der ÖIHS

Um die Prävalenz von Depression in der untersuchten Stichprobe zu ermitteln, wird im Rahmen der ÖIHS ein dualer Ansatz verfolgt: Neben der Erhebung von Depressionen im Zuge der Krankheitsanamnese (siehe oben, Kapitel 2.1) kommt zusätzlich ein geriatrisches Screeninginstrument, die *Geriatrische Depressionsskala (GDS)* (Yesavage et al. 1983), zum Einsatz. Bei der GDS handelt es sich um ein Screening mit insgesamt 15 Fragen zum psychischen Wohlbefinden und ebenso vielen erreichbaren Punkten. Die jeweiligen Summenwerte geben Auskunft über die Wahrscheinlichkeit einer Depression bzw. die Ausprägung einer depressiven Symptomatik (Abbildung 9).

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

0 – 4 Punkte: keine Depression
5 – 10 Punkte: leichte Depression
11 – 15 Punkte: schwere Depression

Abbildung 9: Geriatrische Depressionsskala (GDS)

Wie bereits beim oben beschriebenen Demenz-Screening ist es auch für die Ergebnisse des Depressions-Screenings wichtig zu beachten, dass diese nicht mit einer Depressionsdiagnose gleichzusetzen sind. Eine Diagnose setzt eine weitere Exploration nach DSM-V bzw. ICD-10-Kriterien voraus. Dennoch liefert das Screening erste belastbare Hinweise auf das Vorliegen einer Depression. Zu berücksichtigen ist ferner, dass die Validität der Ergebnisse der GDS bei kognitiven Beeinträchtigungen eingeschränkt ist.

Prävalenz

Aus der durchgeführten Anamnese im Zuge der Erhebung chronischer Krankheiten ergibt sich eine Depressionsprävalenz von 8,5%. Einschränkend ist hierbei festzuhalten, dass die Anamnese in Form einer Selbstanamnese erfolgte, also auf Angaben der Teilnehmer/innen selbst zurückgegriffen wurde. Es kann daher nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass hinter der Angabe „Depression" tatsächlich eine entsprechende, medizinisch gesicherte Diagnose steht. Umgekehrt ist es möglich, dass nicht jede vorliegende Depression von den

Teilnehmer/innen wahrheitsgemäß angegeben wurde. Betrachtet man zusätzlich die Daten in Bezug auf Medikamentenverordnungen, scheint die Depressionsprävalenz eher nach oben zu korrigieren zu sein. Demnach nehmen 14,8% der Befragten regelmäßig Antidepressiva ein.

Dies wird weitgehend bestätigt durch das Depressionsscreening auf Basis der GDS. Dieses ergibt eine Häufigkeit von 17,7% für leichte oder schwere Depressionen, wobei schwere Depressionen mit 0,6% nur einen sehr geringen Anteil ausmachen.

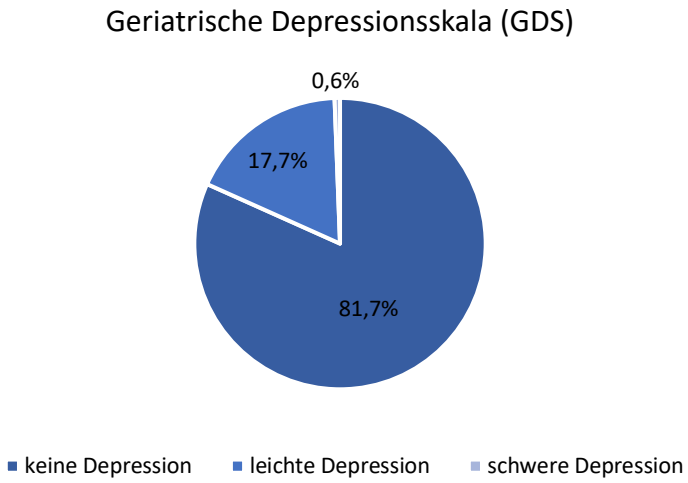


Abbildung 10: Geriatrische Depressionsskala (GDS) – Ergebnisse

Frailty und Pflegeheimaufenthalt als Risikofaktoren

Der funktionale Status, in der ÖIHS erfasst durch den Frailty-Index (siehe oben, Kapitel 1), wirkt sich, wie eingangs beschrieben, auf alle drei psychologischen Grundbedürfnisse aus. Körperliche und kognitive Einschränkungen können sich sowohl auf die Bedürfnisse nach Autonomie und Kompetenz als auch auf das Bedürfnis nach sozialer Eingebundenheit negativ auswirken.

Auch die ÖIHS-Daten zeigen, dass der funktionale Status in einem signifikanten Zusammenhang mit depressiven Symptomen steht ($\chi^2(6) = 90.031$, $p < .001$). Während von den als frail klassifizierten Personen 48,8% eine depressive Symptomatik aufweisen (davon 5% eine schwere), sind es bei den rüstigen Personen lediglich 1,5% mit ausschließlich leichter Symptomatik.

Auch die Annahme, dass Pflegeheimaufenthalt einen Risikofaktor für die Entwicklung depressiver Symptome darstellt, wird durch die ÖIHS-Daten bestätigt. Zwischen Pflegeheim-bewohner/innen und Personen, die im Privathaushalt oder einer Seniorenresidenz leben, besteht bezüglich depressiven Symptomatiken ein hochsignifikanter Unterschied ($\chi^2(2) = 45.476$, $p < .001$). Während unter Letzteren 16% eine depressive Symptomatik aufweisen, sind es im Pflegeheim mit 36,8% mehr als doppelt so viele, davon 5,9% mit schweren symptomatischen Ausprägungen. Dass Pflegeheimaufenthalt einen eigenständigen Einflussfaktor darstellt, lässt sich dadurch erhärten, dass die Korrelation auch bei statistischer Kontrolle des funktionalen Status signifikant bleibt.

Variable/ Ausprägung	Depressive Symptome			Korrelation/ Signifikanz
	keine	leicht	schwer	
Alter				$\chi^2(2) = .467$, $p = .792$
80-85	81,6%	17,8%	0,6%	
86-91	83,4%	16,0%	0,7%	
Geschlecht				$\chi^2(2) = 4.408$, $p = .110$
männlich	85,3%	14,1%	0,5%	
weiblich	79,7%	19,6%	0,7%	
Bildung				$\chi^2(4) = 2.850$, $p = .583$
niedrig	79,8%	19,7%	0,4%	
mittel	82,9%	16,1%	1,0%	
hoch	84,0%	15,6%	0,4%	
Wohnform				$\chi^2(2) = 45.476$, $p < .001$
Privathaushalt*	84,0%	15,9%	0,1%	
Pflegeheim	63,2%	30,9%	5,9%	
Funktionaler Status				$\chi^2(6) = 90.031$, $p < .001$
rüstig	98,5%	1,5%	0,0%	
fit	92,7%	7,3%	0,0%	
pre-frail	78,2%	21,5%	0,3%	
frail	51,3%	43,8%	5,0%	
Kognitiver Status				$\rho = .097$, $p = .011$
unauffälliger Befund	85,4%	14,6%	0,0%	
leichte Defizite	85,3%	14,2%	0,5%	
Demenzverdacht	77,4%	21,7%	0,9%	
Stärke soziales Netzwerk				$\chi^2(4) = 25.600$, $p < .001$
(relativ) schwach**	71,8%	26,9%	1,3%	
mittel	84,7%	15,0%	0,3%	
(relativ) stark	90,5%	9,5%	0,0%	

* inkl. Seniorenresidenzen/Betreutes Wohnen ** inkl. Ausprägung „kein Netzwerk"

Tabelle 25: Depression (GDS), Risikofaktoren

Zusammenhang von Depression und Demenz

Aus der Forschung ist bekannt, dass Depressionen einen Risikofaktor für kognitive Einschränkungen bzw. Demenz im Alter darstellen. Das Risiko ist dabei umso größer, je früher und je häufiger über die Lebensspanne depressive Phasen auftreten. Umgekehrt können depressive Symptome, die erstmals im fortgeschrittenen Alter auftreten, ein Frühwarnzeichen oder erstes (prodromales) Symptom für eine beginnende Demenzerkrankung darstellen. Es besteht hier also ein Zusammenhang, der je nach Art und Zeitpunkt der Manifestation depressiver Symptome unterschiedlich zu beurteilen ist. Meist geht eine Depression jedoch tendenziell der kognitiven Einschränkung oder einer Demenzdiagnose voraus und wird nicht durch diese bedingt (Aziz & Steffens 2013; Wiels et al. 2020).

Auch in den ÖIHS-Daten bildet sich dieser Zusammenhang zwischen Depression und Demenz ab. So korreliert der kognitive Status signifikant, wenn auch nur schwach, mit einer depressiven Symptomatik ($\rho = .097$, $p = .011$). Ebenso besteht eine statistisch signifikante

Korrelation zwischen einer durch die Teilnehmer/innen im Zuge der Krankheitsanamnese angegebenen Demenzerkrankung und einer (ebenfalls dort) angegebenen Depression ($r = -0.111$, $p = .001$).

Neben Demenzerkrankungen sind noch weitere chronische Erkrankungen mit Depressionen im hohen Alter assoziiert. Durch eine besonders hohe Depressionsprävalenz zeichnet sich hier die Parkinsonerkrankung aus. Nach den Daten der ÖIHS weisen 50,1% der an Parkinson erkrankten Teilnehmer/innen depressive Symptome auf. Dies entspricht recht genau der in der Literatur angenommenen Depressionsrate von etwa 40-50% aller Parkinson-Patient/innen. Als ursächlich gelten hier vor allem neuroanatomische Degenerationen und weniger die durch die Krankheit erlebte psychische Belastung. Depressive Symptome stellen jedoch in weiterer Folge eine entscheidende Ursache für funktionale Beeinträchtigungen bei Parkinson-Patient/innen dar (McDonald et al. 2003; Laux 2022).

Depression und soziales Netzwerk

Wie eingangs festgehalten, kann auch ein Mangel an sozialer Eingebundenheit – im hohen Alter beispielsweise verursacht durch gesundheitliche und funktionale Einschränkungen oder durch einen Pflegeheimaufenthalt – das Risiko depressiver Symptome stark erhöhen. Messbar ist die soziale Eingebundenheit u.a. durch die Stärke des sozialen Netzwerks einer Person. Hauptkriterien für die Stärke eines sozialen Netzwerks sind in der ÖIHS die Größe des Netzwerks (Anzahl der Kontaktpersonen) und die Häufigkeit von Kontakten innerhalb des Netzwerks (Kontaktfrequenz) (siehe ausführlich unten, Kapitel 10.6).

Die Daten der ÖIHS bestätigen, dass die Stärke des sozialen Netzwerkes in einem signifikanten Zusammenhang mit der Ausprägung depressiver Symptome steht ($\chi^2(10) = 59.712$, $p < .001$). Je schwächer das soziale Netzwerk einer Person, desto eher weist sie eine depressive Symptomatik auf. Bei Personen mit starkem sozialem Netzwerk lässt sich lediglich in 7,9% der Fälle eine depressive Symptomatik feststellen, wohingegen es bei Personen mit schwachem Netzwerk 32,4% und damit viermal so viele sind.

Da das soziale Netzwerk auch mit dem funktionalen Status korreliert und die Funktionalität daher als intervenierende Variable fungieren könnte, wurde eine lineare Regressionsanalyse durchgeführt, um den Einfluss des sozialen Netzwerks unabhängig vom funktionalen Status beurteilen zu können (Tabelle 26). Berücksichtigt wird darüber hinaus der Faktor Wohnform (Pflegeheimaufenthalt). Hierbei zeigt sich, dass ein Pflegeheimaufenthalt für sich allein genommen keinen signifikanten Zusammenhang mit depressiven Symptomen aufweist ($p = .198$). Was sich hingegen zeigt ist, dass ein schlechterer funktionaler Status ($\beta = .34$) und ein schwächeres soziales Netzwerk ($\beta = -.19$) mit einer stärkeren Ausprägung depressiver Symptome assoziiert sind (auch wenn man die jeweils anderen Faktoren mitberücksichtigt). Dies lässt den Schluss zu, dass es insbesondere die Kombination aus einem schlechten Gesundheitszustand und einer schwachen sozialen Einbindung sind, die das Depressionsrisiko im höheren Alter erhöhen.

Variable	Beta (β, standardisiert)	t_Wert (df = 671)	p - Wert
Konstante (Intercept)		1.544	.123
Wohnform	.05	1.289	.198
Frailty	.34	9.119	< .001
soziales Netzwerk	-.19	-5.198	< .001

Tabelle 26: Lineare Regressionsanalyse zur Vorhersage depressiver Symptome, unter Berücksichtigung von Wohnform, Frailty, und sozialem Netzwerk

Kein Zusammenhang mit Alter, Geschlecht und Bildung

Keine signifikanten Unterschiede zeigen sich hingegen entlang des Geschlechts ($\chi^2(2) = 4.409$, $p = .110$) und der Schulbildung ($\chi^2(4) = 2.850$, $p = .583$). Tendenziell sind Frauen (20,3%) zwar stärker von depressiven Symptomen betroffen als Männer (14,6%) und niedrig gebildete Personen (20,1%) stärker als hoch gebildete Personen (16%), die Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant.

4.3 Einsamkeit

Nicht nur kognitive Einschränkungen und Depression, auch Einsamkeit ist ein stark mit dem hohen Alter konnotiertes Phänomen. Die Annahme, dass hohes Alter häufig mit Einsamkeit einhergeht, ist wesentlicher Bestandteil vorherrschender gesellschaftlicher Altersbilder. Sie speist sich überwiegend aus der Tatsache, dass Menschen mit zunehmendem Alter mit dem Tod von Angehörigen und Freund/innen konfrontiert sind, dass ihr soziales Netz sukzessive erodiert und alte Menschen daher häufig allein sind. Hinzu kommen gesundheitliche Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit, die es in zunehmendem Maße erschweren oder unmöglich machen, soziale Kontakte außerhalb der eigenen vier Wände zu pflegen. Einsamkeit steht demnach im Zusammenhang mit zunehmender sozialer Isolation im Alter (Hajek et al. 2023).

Die wissenschaftliche Evidenz für solche Annahmen ist hingegen keineswegs eindeutig. Manche Studien, wie etwa die Berliner Altersstudie, scheinen einen Zusammenhang von höherem Alter und höherem Einsamkeitsrisiko zu bestätigen (Wagner et al. 2010). Andere Studien hingegen belegen eher das Gegenteil und zum Teil sogar eine Abnahme der Einsamkeit mit zunehmendem Alter (Elbing 1991; Wenger et al. 1996). Vor allem die Ergebnisse jüngerer Studien widersprechen tendenziell der verbreiteten Konnotation von hohem Alter und Einsamkeit. Die als Spin-off zum *Deutschen Alterssurvey (DEAS)* durchgeführte, auf die hochaltrige Bevölkerung fokussierte Studie *D80+* ermittelte während der Corona-Pandemie eine Einsamkeitsprävalenz von 12,1%, was allerdings einer Verdoppelung im Vergleich zum Zeitraum vor der Pandemie entsprach (Kaspar et al. 2022). Eine Auswertung auf Basis von Daten des DEAS zum Thema Einsamkeit im Alter ergab eine Prävalenz von 7,6% in der Altersgruppe 75+, die damit geringer als in der jüngeren Altersgruppe 50-64 und auch niedriger als im Durchschnitt der älteren Bevölkerung (50+) ausfiel (Wurm et al. 2023).

Auch frühere Erhebungen im Rahmen der ÖIHS ergaben eine relativ niedrige Prävalenz von Einsamkeit in der hochaltrigen Bevölkerung. So lag in der Erhebung 2019/20 die Einsamkeits-

prävalenz bei 5,4% (ÖPIA 2022a), wenngleich die ÖIHS-Fokusstudie zur COVID-19-Pandemie auf eine Zunahme – wenn auch insgesamt auf immer noch niedrigem Niveau – während der Corona-Zeit hindeutete (ÖPIA 2022b).

Auf Basis der Daten der aktuellen ÖIHS-Erhebungswelle fällt die Häufigkeit von Einsamkeit unter hochaltrigen Menschen sogar noch niedriger aus. In der ÖIHS wird Einsamkeit erhoben durch eine Abfrage von subjektiven Einsamkeitsgefühlen während der vergangenen zwei Wochen und auf einer fünfstufigen Skala erfasst (nie – selten – manchmal – oft – immer). Als Einsamkeit wird gewertet, wenn Teilnehmer/innen die Antwortmöglichkeiten „oft" oder „immer" wählen. Dabei ergibt sich eine sehr geringe Prävalenz von lediglich 2,1%. Diese steigt auf 9,9%, wenn auch gelegentliche Einsamkeitsgefühle („manchmal") berücksichtigt werden. Mit einem Anteil von 90,1% kann aber der Großteil der befragten Hochaltrigen als frei von Einsamkeitsgefühlen eingeschätzt werden. Auch diese Ergebnisse stehen somit in Kontrast zur gängigen Annahme einer weiten Verbreitung von Einsamkeit im hohen Alter.

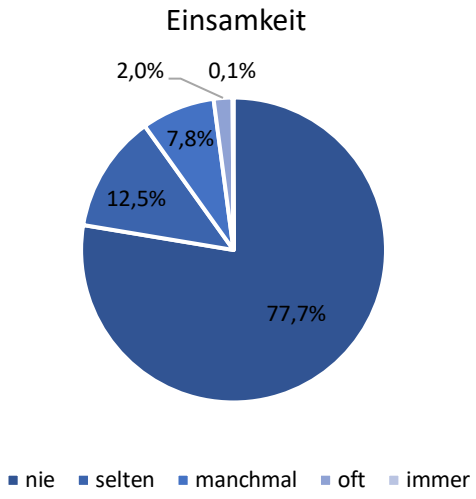


Abbildung 11: Einsamkeit

Risikofaktoren

Trotz der insgesamt sehr niedrigen Einsamkeitswerte gibt es allerdings bestimmte Gruppen unter den hochaltrigen Teilnehmer/innen, die stärker von Einsamkeit betroffen sind als andere. Es lassen sich also Risikofaktoren identifizieren, die Einsamkeit im hohen Alter begünstigen oder davor schützen.

Einen großen Einfluss auf das Einsamkeitsempfinden hat das soziale Netzwerk. Wie oben im Kapitel über Depression, wird an dieser Stelle wieder die Stärke des sozialen Netzwerks als Indikator verwendet (zur Stärke des sozialen Netzwerks siehe unten, Kapitel 10.6). Je kleiner und schwächer das Netzwerk und je weniger Sozialkontakte, desto größer das Risiko, im hohen Alter einsam zu sein – wenngleich die Ergebnisse ebenfalls nahelegen, dass sozial isoliertere Personen mit wenig Sozialkontakten keineswegs zwingend unter Einsamkeit leiden müssen. Immerhin berichten mehr als drei Viertel der Teilnehmer/innen, die gemessen an der Stärke ihres sozialen Netzwerks als sozial isoliert gelten können, von keinen oder höchstens selten auftretenden Einsamkeitsgefühlen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass soziale Isolation

und Einsamkeit nicht identisch sind, soziale Isolation also nicht zwangsläufig mit Einsamkeit einhergeht.

Weitere Einflussfaktoren sind der funktionale Status und der Familienstand, wobei Personen mit funktionalen Einschränkungen sowie Verwitwete, Ledige und Geschiedene deutlich häufiger von Einsamkeit betroffen sind als „Rüstige" und Verheiratete (Tabelle 27). Auch Kinderlosigkeit – ein in der Forschung häufig als relevanter Faktor für soziale Isolation und Einsamkeit diskutierter Faktor – korreliert statistisch signifikant mit Einsamkeit. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Kinderlose in der Regel über kleinere soziale Netzwerke, zumeist mit Personen aus der eigenen Altersgruppe, verfügen. Ein signifikanter Zusammenhang besteht schließlich auch mit der Wohnform. Das heißt, Pflegeheimbewohner/innen fühlen sich signifikant häufiger einsam als Personen in Privathaushalten, wenngleich auch hier wieder darauf hinzuweisen ist, dass lediglich eine Minderheit der Pflegeheimbewohner/innen in der Stichprobe von häufigen Einsamkeitsgefühlen berichtet. Auch ein Pflegeheimaufenthalt führt demnach nicht zwingend zu Einsamkeit.

Einsamkeit	Oft/immer	manchmal	Selten /nie	Korrelation/ Signifikanz
Gesamt	2,1%	7,8%	90,1%	
Funktionaler Status				$\chi^2(2) = 11.812$, $p = .003$
rüstig/fit	0,0%	5,8%	94,2%	
pre-frail/frail	3,7%	8,8%	87,5%	
Stärke soziales Netzwerk				$\chi^2(4) = 20.100$, $p < .001$
(relativ) schwach*	5,7%	9,6%	84,8%	
mittel	0,6%	8,8%	90,6%	
(relativ) stark	1,4%	3,4%	95,2%	
Familienstand				$\chi^2(6) = 34.338$, $p < .001$
verheiratet	0,5%	3,6%	95,9%	
verwitwet	3,9%	12,0%	84,1%	
ledig	2,9%	14,3%	82,9%	
geschieden	4,2%	12,5%	83,3%	
Anzahl Kinder				$\chi^2(2) = 11.870$, $p = .003$
keine Kinder	3,6%	16,7%	79,7%	
mind. 1 Kind	1,9%	6,7%	91,4%	
Wohnform				$\chi^2(2) = 10.418$, $p = .005$
Privathaushalt	1,6%	7,8%	90,6%	
Pflegeheim	7,5%	7,5%	85,0%	

* inkl. Ausprägung „kein Netzwerk"

Tabelle 27: Einflussfaktoren von Einsamkeit

Einsamkeit nach Geschlecht und Bildung

Deutliche Unterschiede hinsichtlich der Einsamkeitsbetroffenheit gibt es vor diesem Hintergrund nach Geschlecht. Zwar ist die Einsamkeitsrate auch unter Frauen mit 3,2% sehr gering, aber dennoch signifikant höher als bei Männern mit nur 0,8% ($\chi^2(6) = 25.097$, $p < .001$). Das höhere Einsamkeitsrisiko für Frauen ergibt sich daraus, dass sie häufiger verwitwet

bzw. alleinstehend sind, häufiger frail sind und häufiger in einem Pflegeheim leben. Die Ergebnisse verdeutlichen aber auch, dass alle diese Faktoren nicht zwingend zu erhöhter Einsamkeit führen müssen, da eine große Mehrheit der hochaltrigen Frauen in der Stichprobe frei ist von Einsamkeitsgefühlen.

Eine signifikante Korrelation ergibt auch die Auswertung der Ergebnisse entlang des Bildungsniveaus, wobei Personen mit niedriger Bildung häufiger von Einsamkeit berichten als Personen mit hoher Bildung (3,8% vs. 0,7%, $\chi^2(12) = 21.419$, $p = .045$). Auch hier liegt die Einsamkeitsprävalenz allerdings auf insgesamt sehr niedrigem Niveau. Das heißt, auch niedrige Bildung geht nicht automatisch mit mehr Einsamkeit einher.

Einsamkeit	insgesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
nie	77,7%	84,3%	72,1%	71,5%	80,2%
selten	12,5%	9,3%	15,1%	16,2%	10,6%
manchmal	7,8%	5,6%	9,7%	8,5%	8,4%
oft	2,0%	0,8%	2,9%	3,8%	0,4%
immer	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,4%

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

Tabelle 28: Einsamkeit nach Geschlecht und Bildung

Die dargestellten Befunde und relevanten Einflussfaktoren zusammengenommen, lässt sich jedoch zumindest ein typischer Fall einer unter Einsamkeit leidenden hochaltrigen Person extrapolieren: Es ist die von erheblichen Funktionseinschränkungen betroffene, alleinstehende oder im Pflegeheim lebende hochaltrige Frau mit niedriger Bildung und dementsprechend niedrigem ökonomischem und sozialem Kapital. Für sie ist das Einsamkeitsrisiko im hohen Alter am größten.

4.4 Lebenszufriedenheit

Als einen vierten wesentlichen Aspekt des psychischen Befindens soll abschließend noch auf die Lebenszufriedenheit eingegangen werden.

Die Lebenszufriedenheit setzt sich in der ÖIHS aus den gemittelten Zufriedenheitswerten der Teilnehmer/innen im Hinblick auf verschiedene Lebensbereiche zusammen, die im Rahmen der Interviews abgefragt wurden. Berücksichtigung finden dabei der Gesundheitszustand, die finanzielle Situation, Sozialkontakte, die Beziehung zur Familie, Aktivitäten und Hobbys sowie die Lebenssituation insgesamt. Die Zufriedenheit in den einzelnen Bereichen wird jeweils auf einer Skala von 1 („sehr zufrieden") bis 5 („gar nicht zufrieden") erfasst. Aus der Summe der Antworten und der entsprechenden Punktewerte lässt sich anschließend ein Mittelwert bilden, der sich ebenfalls auf einer Skala zwischen 1 und 5 bzw. „sehr zufrieden" und „gar nicht zufrieden" bewegt. Aufgrund einer relativ großen Anzahl fehlender Werte bei einzelnen Items (z.B. durch Antwort „weiß nicht") wurden diese in einigen Fällen, wiederum auf der Grundlage der Mittelwerte bei den anderen Items, imputiert. Teilnehmer/innen mit insgesamt zu vielen fehlenden Werten wurden aus der Analyse ausgeschlossen.

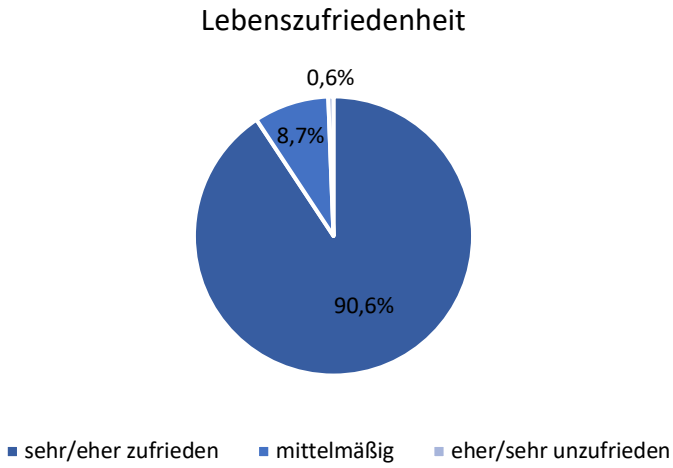


Abbildung 12: Lebenszufriedenheit

Die Lebenszufriedenheit der Teilnehmer/innen kann auf Basis dieser Ergebnisse als sehr hoch veranschlagt werden. 90,6% der Teilnehmer/innen weisen eine hohe Lebenszufriedenheit auf („sehr zufrieden" bzw. „eher zufrieden"). Ausdrückliche Unzufriedenheit („eher" oder „gar nicht zufrieden") stellt mit einem Anteil von weniger als einem Prozent eine seltene Ausnahme in der Stichprobe dar.

Wie andere Aspekte der psychischen Gesundheit ist aber auch die Lebenszufriedenheit in der hochaltrigen Bevölkerung ungleich verteilt (Tabelle 29). Die Lebenszufriedenheit korreliert signifikant mit dem funktionalen Status, der Wohnform (Privathaushalt vs. Pflegeheim), mit Depression, kognitivem Status und der Stärke des sozialen Netzwerks. Das Alter spielt für die Lebenszufriedenheit statistisch keine Rolle.

Besonders niedrig ist die Lebenszufriedenheit unter Personen mit Frailty (nur 64,4% mit hoher Lebenszufriedenheit), mit depressiven Symptomen (72,4%), mit schwachem sozialem Netzwerk (79%) sowie unter Pflegeheimbewohner/innen (82,5%).

Lebenszufriedenheit nach Geschlecht und Bildung

Keine statistisch signifikanten Zusammenhänge finden sich hinsichtlich des Geschlechts. Das heißt, es gibt keine eindeutigen Unterschiede in der Lebenszufriedenheit zwischen hochaltrigen Frauen und Männern. Als signifikant erweist sich hingegen die Korrelation mit dem Bildungsniveau. Niedrig gebildete Personen, die bereits in allen anderen Bereichen der psychischen Gesundheit schlechter abschneiden, weisen auch eine geringere Lebenszufriedenheit auf als höher Gebildete. Gleichwohl befindet sich die Lebenszufriedenheit auch bei Niedriggebildeten insgesamt auf hohem Niveau.

Variable/ Ausprägung	Lebenszufriedenheit			Korrelation/ Signifikanz
	hoch	mittel	niedrig	
Alter				$\chi^2(2) = 2.142$, $p = .343$
80-85	91,8%	7,6%	0,6%	
86-91	88,8%	10,6%	0,7%	
Geschlecht				$\chi^2(2) = 3.201$, $p = .202$
männlich	91,1%	7,8%	1,1%	
weiblich	90,2%	9,5%	0,2%	
Bildung				$\chi^2(4) = 12.061$, $p = .017$
niedrig	87,1%	12,9%	0,0%	
mittel	90,7%	8,0%	1,3%	
hoch	93,7%	5,9%	0,4%	
Wohnform				$\chi^2(2) = 6.895$, $p = .032$
Privathaushalt	91,3%	8,0%	0,7%	
Pflegeheim	82,5%	17,5%	0,0%	
Funktionaler Status				$\chi^2(6) = 75.793$, $p < .001$
rüstig	97,0%	1,5%	1,5%	
fit	97,1%	2,9%	0,0%	
pre-frail	90,2%	9,8%	0,0%	
frail	64,4%	31,5%	4,1%	
Depression				$\chi^2(2) = 63.583$, $p < .001$
Keine Depression	94,3%	5,4%	0,3%	
Depression	72,4%	25,4%	2,2%	
Kognitiver Status				$\chi^2(4) = 16.572$, $p = .002$
unauffälliger Befund	95,1%	4,2%	0,7%	
leichte Defizite	95,3%	4,7%	0,0%	
Demenzverdacht	86,2%	12,9%	0,9%	
Stärke soziales Netzwerk				$\chi^2(4) = 44.641$, $p < .001$
(relativ) schwach*	79,0%	18,7%	2,3%	
mittel	92,5%	7,5%	0,0%	
(relativ) stark	98,6%	1,4%	0,0%	

* inkl. Ausprägung „kein Netzwerk"

Tabelle 29: Einflussfaktoren der Lebenszufriedenheit

5. Subjektive Gesundheit

Zu einer vollständigen Erfassung und Analyse des Gesundheitszustandes im Alter gehört auch die subjektive Gesundheit. Dabei handelt es sich um die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes einer Person. Wie aus der geriatrischen Forschung bekannt ist, kann die subjektive Gesundheit den objektiven Gesundheitszustand annähernd genauso gut und mitunter sogar genauer beschreiben als medizinische Diagnosen (Böhmer 2008). Die subjektive Gesundheit ist somit ein guter Indikator für die objektive Gesundheit. In längsschnittlichen Studien hat sie sich darüber hinaus als ein aussagekräftiger Prädiktor der Sterblichkeit erwiesen (DeSalvo et al. 2006; Viljanen et al. 2021). Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes zählt daher auch zu den am häufigsten verwendeten Indikatoren für die Beschreibung des allgemeinen Gesundheitszustandes (Mossey & Shapiro 1982; Miilunpalo et al. 1997).

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

Die Auswertung der Daten zeigt, dass hochaltrige Menschen ihre Gesundheit weitestgehend als gut einschätzen. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (51,2%) schätzt ihre Gesundheit als gut oder sogar sehr gut ein. Weitere 39,3% betrachten den eigenen Gesundheitszustand immerhin noch als mittelmäßig. Lediglich 9,6% schätzen ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht ein.

Subjektive Gesundheit	(sehr) gut	mittel	(sehr) schlecht
Gesundheitszustand	51,2%	39,3%	9,6%
Körperliche Verfassung	50,7%	37,3%	12,0%
Gedächtnis/Merkfähigkeit	63,7%	29,9%	6,4%

Tabelle 30: Subjektive Gesundheit

Ähnliche Werte ergeben sich bei der subjektiven Einschätzung der körperlichen Verfassung. Mit der Frage nach der körperlichen Verfassung war beabsichtigt, stärker die subjektive Sicht der Befragten auf ihre Funktionalität und körperliche Leistungsfähigkeit zu erfassen. Dabei schätzen 50,7% ihre körperliche Verfassung als sehr gut oder gut ein, 37,3% als mittelmäßig und 12% als schlecht oder sehr schlecht. Dass die Ergebnisse zur subjektiven Gesundheit und zur subjektiven Einschätzung des körperlichen Zustandes weitgehend übereinstimmen, deutet darauf hin, dass die subjektive Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes stark mit der Wahrnehmung des physischen Zustands in Zusammenhang steht (und umgekehrt). Dafür spricht auch die signifikante Korrelation zwischen der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands und der Einschätzung der körperlichen Verfassung (ρ = .735, $p < .001$).

Noch besser als die subjektive Einschätzung der Gesundheit und des körperlichen Zustands fällt die subjektive Bewertung der eigenen Gedächtnisleistung aus: Hier sind es beinahe zwei Drittel (63,7%), die die eigene Merkfähigkeit als sehr gut oder gut einschätzen. Immer noch

29,9% bewerten ihre Gedächtnisleistung als mittelmäßig, und lediglich 6,4% schätzen ihr Gedächtnis als schlecht oder sehr schlecht ein.

In der Tat korreliert auch in der ÖIHS die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit signifikant mit dem objektiven Gesundheitszustand ($\rho = .471$, $p < .001$). Das heißt, ein guter Gesundheitszustand geht in der Regel mit einer entsprechend positiven subjektiven Einschätzung einher, während Personen mit einem eher schlechten Gesundheitszustand ihre Gesundheit auch selbst schlechter einschätzen.

Wie die Ergebnisse aber ebenfalls verdeutlichen, stimmen objektive und subjektive Gesundheit nicht in allen Fällen überein und kann die subjektive Einschätzung mitunter besser ausfallen, als sich der Gesundheitszustand objektiv darstellt. Überraschend viele Teilnehmer/innen schätzen ihre Gesundheit trotz bestehender gesundheitlicher Beeinträchtigungen als relativ gut ein. So bewerten etwa immer noch 11,1% jener Personen mit objektiv schlechtem Allgemeinzustand („frail") ihre Gesundheit als gut. Weitere 59,3% schätzen ihre Gesundheit zumindest als mittelmäßig ein. Auch dies stimmt mit den Befunden anderer Hochaltrigenstudien überein, die auf eine gewisse Diskordanz zwischen subjektiver und objektiver Gesundheit in der Selbsteinschätzung hochaltriger Menschen hinweisen (Collerton et al. 2009; Araújo et al. 2018). Eine gute Gesundheitseinschätzung trotz bestehender gesundheitlicher und funktionaler Einschränkungen deutet auf eine hohe Anpassungsfähigkeit hochaltriger Menschen und das Vorhandensein individueller Ressourcen hin, die für die Wahrnehmung und den Umgang mit der individuellen Gesundheitssituation im hohen Alter entscheidend sein können.

Gefühltes Alter

Ein weiterer subjektiver Indikator für den Gesundheitszustand im Alter ist das „gefühlte Alter". Das gefühlte Alter – also: wie alt fühle ich mich? – wird dabei verglichen mit dem tatsächlichen chronologischen bzw. kalendarischen Alter einer Person. Die Diskrepanz zwischen gefühltem und chronologischem Alter erlaubt, ähnlich wie die subjektive Gesundheit, Rückschlüsse auf den objektiven Gesundheitszustand. Fühlt sich eine Person jünger als sie tatsächlich ist, deutet dies in der Regel auf einen eher guten Gesundheitszustand hin, während ein höheres gefühltes Alter Einschränkungen im gesundheitlichen und funktionalen Status anzeigt (Rapp et al. 2022).

In der ÖIHS spiegeln die Ergebnisse zum „gefühlten Alter" im Wesentlichen den relativ guten Gesundheitszustand sowie die insgesamt recht hohe subjektive Gesundheit in der Stichprobe wider. Im Mittel fühlen sich die ÖIHS-Teilnehmer/innen mit 75,4 Jahren um fast zehn Jahre jünger, als es ihrem kalendarischen Alter entspricht (Mittelwert: 84,7 Jahre). Drei Viertel der Teilnehmer/innen (74,2%) nennen ein gefühltes Alter, das unter ihrem chronologischen Alter liegt. Bei 23,7% sind gefühltes und tatsächliches Alter identisch. Lediglich 2,2% nennen ein höheres gefühltes Alter.

Der aus der Forschung bekannte Zusammenhang zwischen „gefühltem Alter" und objektivem Gesundheitszustand zeigt sich in einer statistisch hochsignifikanten Korrelation mit dem funktionalen Status: 86% der Teilnehmer/innen, die hinsichtlich ihres funktionalen Status als „rüstig" eingestuft wurden, nennen ein niedrigeres als ihr tatsächliches, kalendarisches Alter, hingegen nur 55,7% aus dem Frailty-Segment ($\chi^2(6) = 30.735$, $p < .001$). Auch die subjektive

Gesundheit korreliert signifikant mit dem „gefühlten Alter" ($\rho = .282$, $p < .001$). Die sehr geringen Anteile für Nennungen eines höheren als des tatsächlichen kalendarischen Alters (2,2%) sind aber auch, ähnlich wie schon die Ergebnisse zur subjektiven Gesundheit, ein Hinweis darauf, dass ein schlechter gesundheitlicher und funktionaler Status noch nicht automatisch mit einem höheren „gefühlten Alter" einhergeht. Die meisten Teilnehmer/innen haben trotz mehr oder weniger ausgeprägter funktionaler Einschränkungen ein jüngeres „gefühltes" Alter genannt oder zumindest eines, das dem kalendarischen Alter entspricht. Dies könnte darauf hindeuten, dass im hohen Alter die Korrelation zwischen „gefühltem Alter" und objektiver Gesundheit abnimmt und ersteres nur noch bedingt einen geeigneten Indikator für letzteres darstellt.

Subjektive Gesundheit nach Geschlecht und Bildung

Mit Blick auf geschlechtsspezifische Unterschiede lässt sich feststellen, dass Frauen ihren Gesundheitszustand etwas – wenn auch statistisch nicht signifikant – schlechter einschätzen als Männer (Tabelle 31). Schätzen 55,3% der befragten Männer ihrer Gesundheit als gut oder sehr gut ein, sind es bei den Frauen lediglich 47,8%. Ähnlich und darüber hinaus statistisch signifikant fällt die Differenz bei der Einschätzung der Merkfähigkeit aus (66,9% vs. 60,7%). Weniger deutlich sind die Differenzen bei der subjektiven Einschätzung der körperlichen Verfassung. Diese wird von Frauen sogar, wenn auch minimal, besser eingeschätzt als von Männern (51,1% vs. 50,3%).

Kaum geschlechtsspezifische Differenzen gibt es auch beim „gefühlten Alter". Frauen wie Männer schätzen sich im Mittel um rund 9 Jahre jünger ein und tendieren auch annähernd gleich häufig (73,7% vs. 74,7%) zu einem niedrigeren „gefühlten Alter".

Die (wenn auch insgesamt eher geringen) geschlechtsspezifischen Unterschiede in der subjektiven Einschätzung der Gesundheit sind vor dem Hintergrund objektiver Gesundheitsunterschiede zu betrachten. Wie bereits dargestellt, befinden sich Männer in der Stichprobe tendenziell in einem besseren funktionalen Zustand als Frauen. Dies spiegelt sich in einer entsprechend schlechteren subjektiven Einschätzung durch Frauen wider. Zugleich sind die relativ geringen Differenzen aber auch ein weiterer Beleg für die aus der Forschung bekannte Diskordanz zwischen objektiver und subjektiver Gesundheit besonders im hohen Alter. Auch hochaltrige Frauen schätzen, trotz im Schnitt stärkerer gesundheitlicher und funktionaler Einschränkungen im Vergleich zu Männern, ihre Gesundheit subjektiv nicht zwingend als schlecht(er) ein.

Subjektive Gesundheit	insgesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
Einschätzung Gesundheit**	51,2%	55,3%	47,8%	41,9%	61,5%
Einschätzung körperl. Verfassung**	50,7%	50,3%	51,1%	42,5%	61,2%
Einschätzung Merkfähigkeit**	63,7%	66,9%	60,7%	50,7%	69,9%
Gefühltes Alter (⌀, in Jahren)	75,4	75,2	75,7	77,7	73,6
Kalendarisches Alter (⌀, in Jahren)	84,7	84,6	84,8	85,2	84,6
Gefühltes Alter < kalend. Alter	74,2%	74,7%	73,7%	68,3%	79,0%

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

** Einschätzung „gut" oder „sehr gut"

Tabelle 31: Subjektive Gesundheit nach Geschlecht und Bildung

Wesentlich deutlicher fallen die Unterschiede entlang der Bildung aus: Nur 41,9% der Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung beurteilen ihre Gesundheit subjektiv als gut oder sehr gut, hingegen 61,5% der Teilnehmer/innen mit hoher Bildung ($\chi^2(8) = 25.272$, $p = .001$). Auch die Korrelation mit der Beurteilung der körperlichen Verfassung ($\rho = -.185$, $p < .001$) und der subjektiven Einschätzung der Merkfähigkeit ($\rho = -.195$, $p < .001$) fällt hochsignifikant zuungunsten von Niedriggebildeten aus. Das heißt, diese beurteilen auch ihren physischen Zustand und ihre Merkfähigkeit signifikant schlechter.

Diese Ergebnisse finden auch ihren Niederschlag beim „gefühlten Alter": Während Personen mit niedriger Bildung sich im Mittel um 7,5 Jahre jünger einschätzen, sind es bei Personen mit hoher Bildung 11 Jahre. Auch nennen erstere signifikant seltener ein niedrigeres „gefühltes Alter" (im Verhältnis zu ihrem kalendarischen Alter) als Personen mit hoher Bildung (68,3% vs. 79,0%, $\chi^2(4) = 11.075$, $p = .026$).

Diese Ergebnisse bestätigen die bereits aus früheren ÖIHS-Wellen sowie anderen Alters- und Hochaltrigenstudien bekannten Befunde, dass soziale Ungleichheit sich nicht nur objektiv nachteilig auf den Erhalt von Gesundheit und Funktionalität bis ins hohe Alter auswirkt, sondern auch negative Effekte auf die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands entfaltet.

6. Mortalität

Die Bestimmung und Analyse der Mortalität, d.h. der Sterblichkeit, gehört zu den aufschlussreichsten Outcomes longitudinaler Alters- und Hochaltrigenstudien.

Mortalität ist im Kontext von Hochaltrigenstudien aus mehreren Gründen ein relevanter Forschungsgegenstand. Zum einen steigt die Sterbewahrscheinlichkeit mit höherem Alter deutlich an. Fragen des Sterbens und des näher rückenden Lebensendes sind nicht zuletzt existentielle Themen, die sich für hochaltrige Menschen in besonderem Maße stellen und eine entsprechend große Rolle in ihrem Alltag spielen. Die ÖIHS hat sich solchen Fragestellungen bereits in mehreren qualitativen (Fokus-)Studien gewidmet (ÖPIA 2015: 161ff.; ÖPIA 2018). Zum anderen gehören Hochaltrige zu einer heute stetig wachsenden Gruppe von Menschen, die sich dadurch auszeichnen, dass sie ein chronologisches Alter erreicht haben, das oftmals deutlich über der durchschnittlichen Lebenserwartung liegt. Ihre Langlebigkeit wirft die Frage auf, wodurch sich Hochaltrige von weniger langlebigen Menschen unterscheiden, und welche Faktoren für das Erreichen eines hohen Alters ausschlaggebend sein könnten. Konkret bedeutet das, dass über die Untersuchung jeweils gemeinsamer Merkmale von Studienteilnehmer/innen bestimmt werden kann, welche dieser Merkmale mit einer höheren Sterbe- oder – umgekehrt – einer höheren Überlebenswahrscheinlichkeit verbunden sind. Die Analyse der Mortalität stellt somit einen zentralen Bestandteil der wissenschaftlichen Erforschung der Hochaltrigkeit und der ihr zugrunde liegenden Einflussfaktoren und Selektionsprozesse dar.

Auch die ÖIHS ist aufgrund ihres längsschnittlichen Designs in der Lage, Mortalitätsanalysen durchzuführen. Die Datenbasis dafür bildet im Folgenden die im Rahmen der ÖIHS-Ersterhebung im Jahr 2013 in den Bundesländern Wien und Steiermark erstellte Panelstichprobe (n=410), die im Laufe der daran anschließenden Folgeerhebungen im Längsschnitt weiterverfolgt wurde. Für diese Panelstichprobe liegen mittlerweile Daten zu vier verschiedenen Messzeitpunkten vor (2013, 2016, 2019/20 und 2023/24). Da zwischen den jeweiligen Erhebungs- und Messzeitpunkten stets ein bestimmter Anteil des Samples verstorben ist und die damit assoziierte Stichprobenmortalität dokumentiert wurde, können sowohl Aussagen über die Mortalitätsrate getroffen werden als auch Vergleiche zwischen verstorbenen und überlebenden Teilnehmer/innen angestellt werden. Dieser Vergleich ermöglicht es, bestimmte Faktoren zu identifizieren, die mit einer höheren Sterbe- bzw. Überlebenswahrscheinlichkeit assoziiert sind. Eingeschränkt sind die im Rahmen der ÖIHS durchgeführten Mortalitätsanalysen dadurch, dass sie keinerlei Aussagen über konkrete Todesursachen machen können, da entsprechende Daten in Österreich (zumindest bislang) nicht zugänglich sind.

Mortalität 2013-2023

Betrachten wir zunächst die Entwicklung der Mortalität in der Panelstichprobe im zeitlichen Verlauf. Der Verlauf über die seit 2013 durchgeführten ÖIHS-Erhebungswellen ist in Abbildung 13 auch grafisch dargestellt. Wiedergegeben werden dabei die bereinigten Mortalitätsraten, d.h. unter Herausrechnung von Personen, von welchen keine Meldedaten und daher auch keine entsprechenden Informationen über ihr Ableben ermittelt werden konnten.[17]

[17] 2016: n=405, 2019/20: n=399, 2023/24: n=389

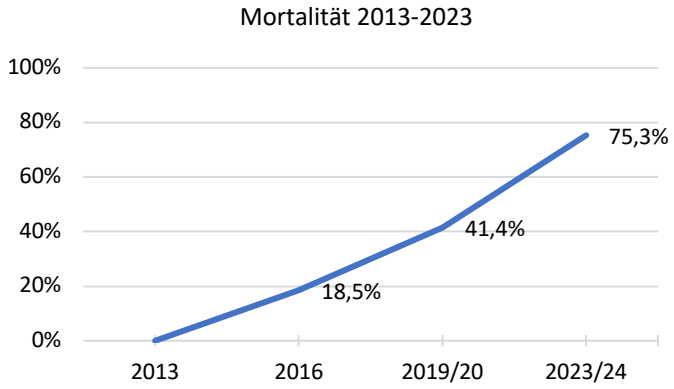


Abbildung 13: Mortalität 2013-2023

Die Auswertung zeigt, dass in den drei Jahren zwischen Erst- und Zweiterhebung etwas weniger als ein Fünftel aller Teilnehmer/innen (18,5%) verstorben ist. Dieser Anteil erhöhte sich im Verlauf von weiteren drei Jahren (2019/20) auf 41,4%. Bis zum dritten Follow-up 2023/24 waren schließlich rund drei Viertel aller Teilnehmer/innen aus der Basisstichprobe nicht mehr am Leben.

Die ÖIHS-Teilnehmer/innen hatten somit eine statistische Wahrscheinlichkeit von rund 60%, nach Ablauf von sechs Jahren immer noch am Leben zu sein. Nach zehn Jahren lag diese Wahrscheinlichkeit noch bei etwa 25%.

Die Überlebens- bzw. Sterbewahrscheinlichkeit hängt jedoch von verschiedenen Faktoren ab. Dazu gehören, neben gesundheitlichen, auch sozioökonomische und soziale Faktoren. Einige dieser Faktoren sollen im Folgenden genauer betrachtet und ihre Auswirkungen auf die Mortalität analysiert werden.

Mortalität nach Alter und Geschlecht

Beginnen wir mit einer Analyse der Mortalität entlang zentraler demographischer Faktoren wie Alter und Geschlecht (Tabelle 32). Dabei zeigt sich, dass das Geschlecht der Teilnehmer/innen keinen erkennbaren Einfluss auf die Sterblichkeit hat. Zwar sind die Mortalitätsraten von Männern zu den beiden letzten Messzeitpunkten (2019/20 und 2023/24) etwas höher als die von Frauen. Aber die Unterschiede sind statistisch nicht signifikant.

Auch beim Alter ergeben sich zunächst nach einer Zeitspanne von drei Jahren keine nennenswerten Mortalitätsunterschiede. Allerdings wächst die Differenz in der Mortalitätsrate nach weiteren drei Jahren (2019/20) auf über sechs Prozentpunkte und nach zehn Jahren auf über 14 Prozentpunkte zuungunsten älterer Teilnehmer/innen (83-85 Jahre)[18] an. Diese Differenz ist auch statistisch signifikant. Damit ist eine eindeutig steigende Sterbewahrscheinlichkeit mit höherem Alter erkennbar.

[18] Anders als in der Stichprobe der aktuellen vierten ÖIHS-Erhebungswelle, betrug die Alterspanne der Teilnehmer/innen in der Panelstichprobe zum Zeitpunkt der Ersterhebung 2013 nicht 80-90, sondern 80-85 Jahre.

Faktoren (2013)	Mortalität Welle II (2016)	Mortalität Welle III (2019/20)	Mortalität Welle IV (2023/24)	Korrelation/Signifikanz (Mortalität 2023/24)
Alter				$\chi^2(1) = 11.091$, $p < .001$
80-82	19,1%	38,3%	68,3%	
83-85	17,9%	44,6%	82,9%	
Geschlecht				$\chi^2(1) = .282$, $p = .596$
männlich	17,0%	42,3%	76,7%	
weiblich	19,7%	40,7%	74,3%	

Tabelle 32: Mortalität nach Alter und Geschlecht, 2013-2023

Physische Faktoren

Ein zentraler Faktor für das weitere Überleben, auf den zahlreiche Alters- und Hochaltrigenstudien hinweisen, sind gesundheitliche und hier vor allem physische und funktionale Faktoren (Hitt et al. 1999; Ben-Ezra/Shmotkin 2006; Lee et al. 2008; Formiga et al. 2013). Besonders Frailty ist mit einer stark erhöhten Sterbewahrscheinlichkeit assoziiert (de Breij et al. 2021; Peng et al. 2022; Cano-Escalera et al. 2023; Santamaría-Ulloa et al. 2023).

Dieser Zusammenhang kann auch durch Mortalitätsanalysen im Rahmen der ÖIHS bestätigt werden. Dabei lässt sich im Allgemeinen sagen: Je gesünder und funktional intakter die Teilnehmer/innen bei der Ersterhebung waren, desto wahrscheinlicher war es, dass sie in den Folgeerhebungen noch am Leben waren (siehe Tabelle 33). Rund ein Drittel (30,4%) der Personen, die im Zuge des geriatrischen Assessments im Rahmen der Ersterhebung als „frail" eingestuft wurden, war in den drei Jahren zwischen Erst- und Zweiterhebung verstorben. Hingegen betraf dies nur 13,6% aus der Gruppe der „Rüstigen". Die Mortalitätsrate bei Frailty steigt nach weiteren drei Jahren (2019/20) auf 54,5%. Nach zehn Jahren sind nur noch knapp 20% der Teilnehmer/innen aus der Frailty-Gruppe am Leben. Von den „Rüstigen" sind es dagegen mit rund 40% doppelt so viele.

Aufschlussreich sind auch die Ergebnisse bezüglich Pre-Frailty, die in der Geriatrie als eine Vorstufe der Frailty gilt. Zunächst ist die Mortalitätsrate nur halb so hoch wie bei Frailty und liegt auch nur geringfügig über jener der „Rüstigen" und „Fitten" (2016). Im weiteren Verlauf nähert sie sich jedoch den Prozentwerten der Frailty an. Dies illustriert eindrücklich den Charakter der Pre-Frailty als einer Vorstufe der Frailty: Mittelfristig besteht nicht nur eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass sich die Pre-Frailty zu einer manifesten Frailty entwickelt, sondern es erhöht sich auch signifikant das Risiko, im Laufe der kommenden Jahre zu versterben.

Wenig überraschend ist vor dem Hintergrund der Korrelation zwischen Frailty und Mortalität das Ergebnis, dass ein aufgrund von altersbedingten Einschränkungen bestehender Hilfebedarf sowie der Aufenthalt in einem Pflegeheim statistisch hochsignifikant mit einer deutlich erhöhten Mortalitätsrate assoziiert sind. Die Mortalität von Pflegeheimbewohner/innen lag zwischen Erst- und Zweiterhebung mehr als dreimal so hoch wie bei Personen in Privathaushalten (49% vs. 13,5%). Nach zehn Jahren waren nur noch knapp 4% des ursprünglichen Pflegeheim-Samples am Leben. In Privathaushalten traf dies hingegen noch auf fast jede/n Dritten zu. Auch die Angewiesenheit auf Hilfe und/oder Pflege durch andere Personen ging bei den ersten beiden Follow-ups (2016 und 2019/20) mit einer doppelt bis dreimal so hohen Sterbewahrscheinlichkeit einher.

Faktoren (Messzeitpunkt 2013)	Mortalität Welle II (2016)	Mortalität Welle III (2019/20)	Mortalität Welle IV (2023/24)	Korrelation/Signifikanz (Mortalität 2023/24)
Funktionaler Status				$\chi^2(3) = 7.960$, $p = .047$
rüstig	13,6%	29,5%	59,1%	
fit	13,8%	31,5%	66,3%	
pre-frail	15,5%	38,0%	76,9%	
frail	30,4%	54,5%	81,8%	
Bewegungsradius				$\chi^2(2) = 31.009$, $p < .001$
uneingeschränkt	11,7%	31,8%	66,4%	
nähere Umgebung	22,9%	50,6%	91,3%	
ans Haus gebunden	43,9%	71,9%	92,9%	
Aktivitäten d. tägl. Lebens				$\chi^2(1) = 20.541$, $p < .001$
keine Einschränkungen	12,8%	33,3%	69,3%	
mind. 1 Einschränkung	34,3%	63,0%	91,5%	
Multimorbidität				$\chi^2(1) = 10.001$, $p = .002$
nicht multimorbide	18,4%	40,2%	63,7%	
multimorbide	18,5%	41,8%	79,4%	
Subjektive Gesundheit				$\chi^2(2) = 13.423$, $p = .001$
sehr gut/gut	15,4%	34,7%	68,3%	
mittelmäßig	20,3%	40,6%	82,9%	
schlecht/sehr schlecht	28,9%	51,2%	88,1%	
Hilfebedarf				$\chi^2(1) = 27.853$, $p < .001$
kein Hilfebedarf	10,4%	28,9%	65,3%	
Hilfebedarf	29,3%	57,9%	88,6%	
Wohnform				$\chi^2(2) = 22.307$, $p < .001$
Privathaushalt	13,5%	34,6%	70,2%	
Pflegeheim	49,0%	78,4%	96,1%	

Tabelle 33: Physische Faktoren der Mortalität, 2013-2023

Ein sehr guter Prädiktor der Sterblichkeit ist Mobilität. Als Maß zur Beurteilung der Mobilität wird an dieser Stelle der sogenannte Bewegungsradius verwendet. Dabei wird abgefragt, in welchem Umkreis sich die Teilnehmer/innen selbstständig fortbewegen können – uneingeschränkt im gesamten Wohnort, in der näheren Umgebung oder lediglich innerhalb des Hauses. Eine Gegenüberstellung der Mortalitätsraten in Abhängigkeit vom Bewegungsradius zum Zeitpunkt der Ersterhebung 2013 verdeutlicht, dass die Sterbewahrscheinlichkeit kontinuierlich mit sinkendem Grad an Mobilität steigt. Personen, die zum Zeitpunkt der Ersterhebung ans Haus gebunden waren, waren mit einer Wahrscheinlichkeit von 43,9% nach drei Jahren nicht mehr am Leben. Bereits eine Einschränkung des Bewegungsradius auf die nähere Umgebung geht mit einer bis zu doppelt so hohen Sterbewahrscheinlichkeit einher wie bei uneingeschränkter Mobilität. Nach Ablauf von zehn Jahren schlägt jegliche Einschränkung im Bewegungsradius mit einer Mortalitätsrate von über 90% zu Buche, während von den Teilnehmer/innen, die zum Messzeitpunkt 2013 noch über eine uneingeschränkte Mobilität verfügten, immerhin noch ein Drittel am Leben ist.

Auch Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens wie Anziehen, Stiegen steigen oder Einkaufen – ebenfalls gute Indikatoren für die funktionalen Kapazitäten einer Person –

waren zu allen nachfolgenden Messzeitpunkten mit einer signifikant höheren Mortalitätsrate verbunden.

Nicht nur funktionale Einschränkungen, auch Multimorbidität geht mit einer höheren Sterbewahrscheinlichkeit einher. Zwar ist dieser Zusammenhang nicht so eindeutig und verläuft auch nicht so linear wie etwa jener zwischen Mortalität und Frailty. Bei den ersten beiden Follow-ups 2016 und 2019/20 waren noch keine signifikanten Unterschiede zwischen multimorbiden und nicht multimorbiden Teilnehmer/innen zu beobachten. Nach zehn Jahren ergibt sich jedoch eine Differenz von ca. 16 Prozentpunkten und eine entsprechend höhere Mortalität zuungunsten von multimorbiden Teilnehmer/innen. Was diese Befunde ebenfalls sehr eindrucksvoll verdeutlichen, ist der grundlegende Unterschied zwischen Frailty und Multimorbidität, und dass Multimorbidität nicht gleichbedeutend ist mit Frailty. Frailty bedeutet eine gravierende Einschränkung der Funktionalität mit erheblichen Auswirkungen auf die Selbsthilfefähigkeit und geht daher mit einer stark erhöhten Sterbewahrscheinlichkeit einher. In der Geriatrie gilt sie daher auch als Vorbote des Todes. Multimorbidität bedingt hingegen, wie die Ergebnisse der Analyse nahelegen, nicht unmittelbar eine höhere Mortalität bzw. erst in längerer Frist.

Der Zusammenhang zwischen (physischer) Gesundheit und Mortalität spiegelt sich nicht zuletzt auch in den Mortalitätsraten unter Berücksichtigung der subjektiven Gesundheit wider. Wer seinen Gesundheitszustand während der Ersterhebung 2013 als gut oder sehr gut einschätzte, hatte eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit, im Laufe der folgenden drei bis zehn Jahre zu versterben. Von den Teilnehmer/innen mit geringer subjektiver Gesundheit waren nach drei Jahren fast ein Drittel und nach sechs Jahren mehr als die Hälfte nicht mehr am Leben. Nach zehn Jahren sind von diesen nur noch knapp 12% am Leben, während dies bei guter subjektiver Gesundheit immerhin noch auf fast jede/n Dritte/n zutrifft. Damit bestätigt sich abermals, dass die subjektive Gesundheit nicht nur einen guten Indikator für den objektiven Gesundheitszustand, sondern auch einen aussagekräftigen Prädiktor der Mortalität darstellt (Miilunpalo et al. 1997; DeSalvo et al. 2006; Viljanen et al. 2021).

Psychische Faktoren

Einen großen Einfluss auf die Sterblichkeit bzw. das Überleben ins höhere und höchste Alter haben neben physischen auch psychische Faktoren. Als Indikatoren für die psychische Gesundheit werden an dieser Stelle vor allem depressive Symptome und der kognitive Status herangezogen.

Depression wurde während der Ersterhebung 2013 – anders als in der aktuellen vierten ÖIHS-Erhebungswelle – noch nicht mittels der *Geriatrischen Depressionsskala (GDS)* erfasst und ausgewertet. Wir greifen daher im Folgenden auf Angaben der Teilnehmer/innen zu depressiven Symptomen im Rahmen der Befragung zum psychischen Wohlbefinden zurück. Gefragt wurde dabei nach Gefühlen der Niedergeschlagenheit und depressiven Symptomen während der vergangenen zwei Wochen. Der kognitive Status ergibt sich aus den Befunden des kognitiven Tests, der in der ÖIHS im Rahmen des geriatrischen Assessments zum Einsatz kommt („Drei-Wörter-Uhren-Test"). Herangezogen werden hierfür die Befunde auf der Grundlage der Erhebung und Auswertung der Ersterhebung 2013.[19]

[19] Der kognitive Test wurde seit der Ersterhebung 2013 noch etwas verfeinert. Das Auswertungsschema der hier für die Mortalitätsanalyse herangezogenen kognitiven Tests ist daher nicht völlig identisch mit dem der aktuellen,

Die Mortalitätsanalyse ergibt eine signifikante Korrelation für den kognitiven Status, jedoch nicht für depressive Symptome. Ein demenzverdächtiger Befund im Rahmen des kognitiven Screenings zum Zeitpunkt der Ersterhebung war im Vergleich zu Teilnehmer/innen mit unauffälligen Testresultaten mit einer fast doppelt so hohen Sterbewahrscheinlichkeit in den beiden darauffolgenden Erhebungswellen verbunden, wobei sich die Differenz im zeitlichen Verlauf etwas abschwächt. Auch leichte kognitive Defizite, vergleichbar einem *mild cognitive impairment*, waren zu allen Erhebungszeitpunkten mit einer erhöhten Mortalität verbunden. Dies bestätigt Ergebnisse anderer Hochaltrigenstudien, wonach kognitive Einschränkungen einen besonders relevanten Prädiktor der Sterblichkeit im hohen Alter darstellen (Hao et al. 2018; Duan et al. 2020).

Faktoren (Messzeitpunkt 2013)	Mortalität Welle II (2016)	Mortalität Welle III (2019/20)	Mortalität Welle IV (2023/24)	Korrelation/Signifikanz (Mortalität 2023/24)
Depressive Symptome				$\chi^2(2) = 3.860$, $p = .145$
Nie/selten	18,8%	40,3%	73,0%	
manchmal	10,1%	35,6%	75,6%	
oft/immer	31,9%	56,5%	86,7%	
Kognitiver Status				$\chi^2(2) = 6.510$, $p = .039$
unauffällig	10,5%	24,6%	60,0%	
leichte Defizite	14,7%	37,9%	71,7%	
Demenzverdacht	18,9%	41,6%	77,3%	

Tabelle 34: Psychische Faktoren der Mortalität, 2013-2023

Dass sich für depressive Symptome keine signifikante Korrelation ergibt, liegt insbesondere daran, dass Personen mit gelegentlichen Symptomen („manchmal") nur eine geringfügig höhere Mortalität – und bei früheren Messzeitpunkten (2016 und 2019/20) sogar eine etwas geringere Mortalität – aufweisen als Personen, die während der Ersterhebung unter keinen oder höchstens seltenen depressiven Verstimmungen litten. Zwar bleibt die Korrelation auch bei statistischem Ausschluss von Teilnehmer/innen mit der Ausprägung „manchmal" (knapp) nicht signifikant. Richtet man den Fokus jedoch primär auf Personen mit häufigen depressiven Symptomen („oft/immer"), so zeigen sich zu allen Zeitpunkten deutlich erhöhte Mortalitätsraten. Auch der Faktor „Depression" steht also durchaus in einem messbaren Zusammenhang mit der Sterblichkeit im hohen Alter, allerdings nur bei schwereren Ausprägungen.

Ein wesentlicher Grund für die mit psychischen Faktoren wie dem kognitiven Status und depressiven Symptomen assoziierte Mortalität ist darin zu sehen, dass alle diese Faktoren positiv mit dem allgemeinen Gesundheitszustand korreliert sind. Das heißt, gesundheitliche und funktionale Einschränkungen wirken sich häufig auch auf das psychische Befinden aus. Ebenso besteht eine signifikante Korrelation zwischen funktionalen und kognitiven Kapazitäten (siehe oben Kapitel 4.1). Da physische und funktionale Einschränkungen, wie gezeigt, einen wesentlichen Prädiktor der Mortalität darstellen, dürfte die Korrelation zwischen Mortalität und psychischer Gesundheit daher zum Teil durch den Einfluss der Gesundheit bzw. des funktionalen Status bedingt sein.

vierten Erhebungswelle, wie es oben (Kapitel 4.1) dargestellt wurde. Zum kognitiven Test und seiner Auswertung im Rahmen der Ersterhebung 2013 siehe ÖPIA 2015: 66ff.

Sozioökonomische Faktoren

Ein in der wissenschaftlichen Diskussion häufig betonter Einflussfaktor im Hinblick auf die Mortalität betrifft den sozioökonomischen Status. Bereits das Erreichen eines höheren Alters hängt nachweislich stark von sozioökonomischen Faktoren wie Bildung und Einkommen ab (Klein & Unger 2001; Lampert & Maas 2002; Lampert et al. 2007; Olshansky et al. 2012; RKI 2015). Vor diesem Hintergrund kann angenommen werden, dass vergleichbare Unterschiede sozioökonomischer Natur auch mit Blick auf das weitere Überleben ins noch höhere Alter zu beobachten sind. Bereits an früherer Stelle in diesem Bericht (siehe Kapitel 1) haben sich erhebliche gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Teilnehmer/innen mit hoher Bildung und solchen mit niedriger Bildung gezeigt („gesundheitliche Ungleichheit"). Das heißt, sozial besser gestellte Personen befinden sich überwiegend auch in einem deutlich besseren gesundheitlichen Allgemeinzustand. Das allein lässt signifikante Mortalitätsunterschiede zwischen sozial privilegierten und unterprivilegierten Teilnehmer/innen erwarten.

In der ÖIHS wird als zentraler Indikator für den sozioökonomischen Status die Schulbildung verwendet. Und in der Tat erweisen sich die Unterschiede – zumindest auf den ersten Blick – als durchaus beträchtlich: War von Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung (höchstens Pflichtschulabschluss) nach drei Jahren fast jede/r Vierte (24%) und nach sechs Jahren rund die Hälfte (50,5%) verstorben, traf dies bei Teilnehmer/innen mit hoher Bildung (mindestens Matura) nur auf jede/n Achte/n (12,2%) bzw. jede/n Dritte/n (30,8%) zu. Nach zehn Jahren (2023/24) beträgt die Mortalitätsrate bei niedriger Bildung 82,6%, während sie bei hoher Bildung noch deutlich niedriger bei 67,5% liegt. Nur geringe Unterschiede lassen sich hingegen zwischen niedriger und mittlerer Bildung (Lehr- oder Fachschulabschluss ohne Matura) feststellen. Die deutlichsten Differenzen bestehen also zwischen niedriger bzw. mittlerer und hoher Bildung.

Faktoren	Mortalität Welle II (2016)	Mortalität Welle III (2019/20)	Mortalität Welle IV (2023/24)	Korrelation/Signifikanz (Mortalität 2023/24)
Bildung				$\chi^2(2) = 9.647$, $p = .008$
niedrig	24,0%	50,5%	82,6%	
mittel	22,1%	48,1%	80,0%	
hoch	12,2%	30,8%	67,5%	

Tabelle 35: Mortalität nach Bildung, 2013-2023

Die Zusammenhänge bleiben auch bestehen, wenn Geschlecht und Wohnform (Überrepräsentation von Personen mit niedriger Bildung in Pflegeheimen) als Kontrollvariablen berücksichtigt werden. Bildung – als Indikator für den sozioökonomischen Status – beeinflusst demnach auch im hohen Alter maßgeblich die Sterbe- bzw. Überlebenswahrscheinlichkeit.

Soziale Faktoren

Ein Zusammenhang, der in der Wissenschaft ebenfalls häufig betont wird, betrifft Mortalität und soziale Faktoren. Soziale Faktoren beziehen sich hier vor allem auf soziale Netzwerke und die soziale Eingebundenheit von Menschen. So weisen Studien z.B. nach, dass die Sterblichkeit umso höher ist, je kleiner das soziale Netz von älteren Menschen ist und je weniger Sozialkontakte sie haben (Steptoe et al. 2012; Holt-Lunstad et al. 2015).

Betrachtet werden daher im Folgenden einige Aspekte der sozialen Eingebundenheit und deren Korrelation mit der Sterblichkeit in der ÖIHS-Stichprobe (Tabelle 36). Als Indikatoren für die soziale Eingebundenheit werden die Außer-Haus-Mobilität (Häufigkeit des Verlassens des Hauses), der Familienstand, soziale Netzwerke (Größe des Netzwerks und Frequenz von Sozialkontakten), der Aktivitätsgrad (Anzahl regelmäßig ausgeübter Aktivitäten) und Einsamkeit herangezogen.

Faktoren (Messzeitpunkt 2013)	Mortalität Welle II (2016)	Mortalität Welle III (2019/20)	Mortalität Welle IV (2023/24)	Korrelation/Signifikanz (Mortalität 2023/24)
Außer-Haus-Mobilität				$\chi^2(3) = 8.263$, $p = .041$
mehrmals täglich	9,0%	32,1%	70,9%	
1x täglich	16,4%	36,2%	72,6%	
mehrmals pro Woche	26,9%	47,8%	81,3%	
seltener	45,2%	80,5%	90,2%	
Familienstand				$\chi^2(3) = 2.113$, $p = .549$
verheiratet	15,3%	36,6%	72,3%	
verwitwet	20,3%	41,7%	75,3%	
ledig	20,0%	50,0%	83,3%	
geschieden	21,9%	50,0%	81,3%	
Soziales Netzwerk				$\chi^2(2) = 14.352$, $p < .001$
(relativ) schwach*	28,7%	55,0%	86,4%	
mittelstark	17,1%	38,7%	73,8%	
(relativ) Stark	10,6%	31,4%	65,3%	
Aktivitätsgrad				$\chi^2(2) = 31.497$, $p < .001$
niedrig	37,5%	72,3%	91,3%	
mittel	18,6%	42,7%	79,0%	
hoch	5,6%	15,5%	50,7%	
Einsamkeit				$\chi^2(2) = 1.758$, $p = .415$
nie/selten	17,2%	39,7%	73,3%	
manchmal	19,3%	39,3%	80,0%	
oft/immer	22,9%	51,1%	80,0%	

* inkl. Ausprägung „kein Netzwerk"

Tabelle 36: Soziale Faktoren der Mortalität, 2013-2023

Wie die Analyse zeigt, besteht mit Ausnahme des Familienstandes und der Einsamkeit ein signifikanter Zusammenhang zwischen allen berücksichtigten Faktoren und der Mortalität bzw. dem weiteren Überleben seit der ÖIHS-Ersterhebung. Wer das Haus mehrmals täglich verlässt, hat eine deutlich geringere Sterbewahrscheinlichkeit als Personen, die das Haus seltener verlassen. Teilnehmer/innen, die das Haus seltener als einmal pro Woche verließen, waren nach drei Jahren zu 45,2%, nach sechs Jahren zu 80,5% und nach zehn Jahren zu 90,2% verstorben.

Auch ein starkes soziales Netzwerk mit einer großen Zahl an Kontaktpersonen und einer hohen Frequenz an Sozialkontakten war mit einer signifikant geringeren Sterbewahrscheinlichkeit verbunden. Dasselbe gilt für den Aktivitätsgrad: Ein höherer Aktivitätsgrad war mit einer deutlich niedrigeren Mortalität assoziiert. Ein niedriger Aktivitätsgrad zum

Zeitpunkt der Ersterhebung zog nach Ablauf von drei Jahren (2013-2016) sogar eine fast siebenfach erhöhte Mortalitätsrate nach sich, nach zehn Jahren war die Mortalitätsrate immer noch fast doppelt so hoch wie unter Teilnehmer/innen mit hohem Aktivitätsgrad.

Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass Außer-Haus-Mobilität, die Pflege von Sozialkontakten und ein aktives Leben im Alter eine hinreichende physische Funktionalität voraussetzen. Der deutliche Zusammenhang zwischen Mortalität und geringer sozialer Eingebundenheit könnte daher auch oder sogar primär durch den schlechteren Gesundheitszustand der Betroffenen bedingt sein. Wenn man den funktionalen Status als Kontrollvariable heranzieht und in die Analyse integriert, zeigt sich in der Tat, dass die signifikanten Korrelationen in einzelnen Vergleichsgruppen verschwinden. Es ist daher zu vermuten, dass die konstatierten Zusammenhänge zwischen Außer-Haus-Mobilität, sozialem Netzwerk, Aktivitätsgrad und Mortalität primär durch den Gesundheitszustand der Teilnehmer/innen zustande kommen. Dass ein aktives und sozial eingebundenes Leben im hohen Alter sich positiv auf das weitere Überleben auswirkt und in gewissem Sinne einen protektiven Faktor darstellen könnte, erscheint zwar sehr plausibel, lässt sich jedoch auf dieser Datengrundlage nicht unmittelbar feststellen.

Kein eindeutiger Zusammenhang ergibt sich, wie bereits angesprochen, im Hinblick auf Einsamkeit. Zwar sind insofern Unterschiede erkennbar, als Personen, die nie oder selten an Einsamkeitsgefühlen leiden, zu allen längsschnittlichen Messzeitpunkten eine geringere Sterbewahrscheinlichkeit haben als Personen mit häufigeren Einsamkeitsgefühlen. Die Unterschiede sind allerdings nicht statistisch signifikant.

Ebenfalls kein statistisch signifikanter Zusammenhang ergibt sich zwischen Mortalität und Familienstand. Annahmen und Befunde aus der wissenschaftlichen Literatur, wonach Verwitwung mit einer höheren Mortalität verbunden sei (z.B. Mineau et al. 2002), können somit für die ÖIHS-Stichprobe nicht bestätigt werden, wenngleich Verheiratete zu allen Messzeitpunkten die niedrigsten Mortalitätsraten verzeichnen. Die Differenzen sind allerdings, insbesondere in längerer Frist, relativ gering. Die höchste Mortalität – noch vor Verwitweten – verzeichnen Geschiedene und Ledige. Auch hier sind allerdings die Differenzen zu gering, um einen Zusammenhang zwischen Familienstand und Mortalität abzuleiten.

Lebensstilfaktoren

Ein im Hinblick auf die Lebenserwartung wie auch allgemein auf die Erhaltung von Gesundheit bis ins Alter häufig betonter Faktor ist der Lebensstil. So ist bekannt, dass Rauchen, häufiger Alkoholkonsum, Übergewicht, zu wenig Bewegung und ungesunde Ernährung das Risiko eines vorzeitigen Todes erhöhen und somit zu beträchtlichen Einbußen bei der Lebenserwartung führen können (Li et al. 2014). Bis zum Erreichen eines hohen Alters von 80+ finden eine Reihe von Selektionsprozessen statt, insbesondere entlang von lebensstilbezogenen Risikofaktoren wie den genannten. So erreichen viele Menschen mit ungesundem Lebensstil, z.B. Raucher/innen, häufig gar kein so hohes Alter, sondern versterben bereits vorzeitig (Carter et al. 2015). In der ÖIHS kann dies beispielsweise daran abgelesen werden, dass nur ein sehr geringer Teil der Studienteilnehmer/innen aus Raucher/innen besteht. In der hier für Mortalitätsanalysen herangezogenen Baseline-Stichprobe aus dem Jahr 2013 waren gerade einmal 6,8% Raucher/innen (exkl. Gelegenheitsraucher, die einen Anteil von 4,9% der Stichprobe ausmachen). In der aktuellen Stichprobe der vierten Erhebungswelle ist die

Raucherquote mit 3,4% (plus 1,6% Gelegenheitsraucher) sogar noch geringer (siehe unten Kapitel 7.2).

Unter anderem auf solche Selektionsprozesse dürfte es zurückzuführen sein, dass sich im hohen Alter kein so großer Einfluss von Lebensstilfaktoren auf das weitere Überleben mehr feststellen lässt. Personen mit „riskantem" Lebensstil sind häufig schon früher verstorben, und bei den Überlebenden handelt es sich entweder um Personen, die ihr Leben lang einen eher gesünderen Lebensstil gepflegt haben, oder die im Vergleich zu früher verstorbenen Personen zumindest robuster waren und allfällige schädliche Auswirkungen riskanter Verhaltensweisen und Gewohnheiten besser kompensieren konnten.

Tabelle 37 stellt einige Korrelationen bezüglich Mortalität und Lebensstil dar. Betrachtet werden vor allem die Faktoren Rauchen und Alkoholkonsum. Da die Gruppe der aktiven Raucher in der Stichprobe sehr gering ist, was einen aussagekräftigen Gruppenvergleich enorm erschwert, werden unter „Raucher/innen" auch Gelegenheitsraucher/innen sowie frühere Raucher/innen berücksichtigt. Verglichen werden also strikte Nichtraucher/innen, die nie in ihrem Leben (regelmäßig) geraucht haben, mit aktiven und ehemaligen Raucher/innen. Hinsichtlich Alkoholkonsum werden Personen mit „regelmäßigem" (täglich oder mind. 2-3 Mal pro Woche), „gelegentlichem" (max. einmal pro Woche) und „seltenem" Alkoholkonsum (seltener als einmal pro Monat oder gar kein Alkoholkonsum) gegenübergestellt.

Faktoren (Messzeitpunkt 2013)	Mortalität Welle II (2016)	Mortalität Welle III (2019/20)	Mortalität Welle IV (2023/24)	Korrelation/Signifikanz (Mortalität 2023/24)
Rauchen				$\chi^2(1) = 0.051$, $p = .822$
Raucher	15,3%	39,8%	75,0%	
Nichtraucher	20,8%	42,8%	76,0%	
Alkoholkonsum				$\chi^2(2) = 3.374$, $p = .185$
Regelmäßig*	16,3%	38,8%	76,9%	
Gelegentlich**	16,1%	37,9%	67,8%	
Selten***	21,0%	44,8%	77,8%	

* regelmäßig = täglich oder 2-3x/Woche ** gelegentlich = max. 1x/Woche

*** selten = seltener als 1x/Monat oder gar kein Alkohol

Tabelle 37: Lebensstilfaktoren der Mortalität, 2013-2023

Dabei zeigt sich das bereits vorweggenommene Ergebnis, dass sich weder für Rauchen noch für Alkoholkonsum signifikante Befunde ergeben. Raucher/innen haben den Daten zufolge keine höhere Mortalität als Nichtraucher/innen. Auch mit Blick auf den Alkoholkonsum sind keine eindeutigen Mortalitätsunterschiede ersichtlich – unabhängig davon, ob die Teilnehmer/innen regelmäßig oder selten bzw. gar keinen Alkohol trinken.

Der geringe Einfluss von Lebensstilfaktoren auf das weitere Überleben in der ÖIHS-Stichprobe ist, wie bereits erwähnt, nicht gleichbedeutend mit einer geringeren Relevanz eines gesunden Lebensstils auch im hohen Alter. Vielmehr ist davon auszugehen, dass negative Effekte des Rauchens und eines regelmäßigen (hohen) Alkoholkonsums bereits vor dem Erreichen eines hohen Alters von 80+ schlagend werden und sich entsprechende Selektionsprozesse bereits vollzogen haben. Infolge dieser Selektionsprozesse lassen sich im

hohen Alter die Effekte von Lebensstilfaktoren auf das weitere Überleben nicht mehr so eindeutig messen.

Gegen eine Unterschätzung von Lebensstilfaktoren sprechen darüber hinaus die Befunde von Studien mit einer längeren Laufzeit und einer größere Beobachtungszeiträume umfassenden längsschnittlichen Weiterverfolgung von Teilnehmer/innen, die auch im hohen und höchsten Alter noch bedeutsame Mortalitätsunterschiede entlang des Lebensstils konstatieren (Rizzuto et al. 2012).

Langlebigkeit der Eltern

Ein weiterer möglicher Faktor für das Überleben ins noch hohe und höchste Alter, der abschließend betrachtet werden soll, betrifft genetische Einflüsse. Eine genetische Prädisposition gilt in der Forschung als einer der Hauptfaktoren für Langlebigkeit (Perls et al. 2002; Willcox et al. 2006; van den Berg et al. 2019). Ein brauchbarer Indikator hierfür ist z.B. eine allfällige familiäre Disposition bzw. Häufung von Langlebigkeit.

Im Rahmen der ÖIHS wird in diesem Zusammenhang das erreichte Alter der Eltern der Teilnehmer/innen abgefragt. Unter Rückgriff auf diese Daten kann daher untersucht werden, ob sich signifikante Überlebensvorteile für Teilnehmer/innen mit langlebigen Eltern beobachten lassen, im Vergleich zu Personen, deren Eltern kein so hohes Alter erreichten.

Dabei ist bereits generell bemerkenswert, dass fast drei Viertel der Teilnehmer/innen (72,1%) aus der Panelstichprobe mindestens einen Elternteil hatten, der 80 Jahre oder älter geworden ist. In Anbetracht der Tatsache, dass in der Elterngeneration der ÖIHS-Teilnehmer/innen die Lebenserwartung noch bedeutend geringer war als in der Gegenwart[20], erscheint dies als ein überaus hoher Anteil und könnte vielleicht bereits für sich selbst genommen auf eine gewisse familiäre bzw. genetische Disposition hindeuten.

Noch genaueren Aufschluss gibt ein Vergleich der Mortalitätsraten der Teilnehmer/innen in Abhängigkeit vom erreichten Alter ihrer Eltern. Hier zeigt sich, dass Teilnehmer/innen mit mindestens einem langlebigen Elternteil (80+) zu allen längsschnittlichen Messzeitpunkten (2016, 2019/20 und 2023/24) eine geringere Sterbewahrscheinlichkeit hatten als Teilnehmer/innen ohne langlebige Eltern (Tabelle 38). Die Unterschiede betragen über den gesamten Vergleichszeitraum hinweg rund 9 Prozentpunkte. Der Zusammenhang erweist sich allerdings nur für das erste Follow-up 2016 als statistisch signifikant, jedoch nicht für die aktuelle vierte Welle. Praktisch keinerlei Unterschied macht es hinsichtlich der Mortalität, ob Teilnehmer/innen nur einen oder zwei Elternteile hatten, die ein Alter von 80+ erreichten.

[20] In Österreich lag die durchschnittliche Lebenserwartung um 1910 – unter Herausrechnung der damals noch recht hohen Säuglings- und Kindersterblichkeit – bei rund 60 Jahren für Männer und 62 Jahren für Frauen (Weigl 2011).

Faktoren	Mortalität Welle II (2016)	Mortalität Welle III (2019/20)	Mortalität Welle IV (2023/24)	Korrelation/Signifikanz (Mortalität 2023/24)
Langlebigkeit d. Eltern				$\chi^2(2) = 2.694$, $p = .260$
Kein Elternteil 80+	22,8%	44,6%	79,3%	
1 Elternteil 80+	14,0%	36,5%	71,4%	
Beide Eltern 80+	13,9%	35,7%	70,6%	

Tabelle 38: Mortalität nach Langlebigkeit der Eltern, 2013-2023

Diese Befunde deuten somit auf einen zumindest leichten Zusammenhang zwischen Überlebenswahrscheinlichkeit und einer familiären Disposition zur Langlebigkeit hin. Ob diese Disposition primär biologischer Natur ist, also hauptsächlich genetische Ursachen hat, lässt sich anhand dieser Daten nicht bestimmen. Es kann angenommen werden, dass hier auch sozioökonomische Faktoren eine Rolle spielen, zumal die Lebenserwartung einer ausgeprägten sozialen Ungleichverteilung unterliegt. Vor diesem Hintergrund wäre es denkbar, dass eine familiäre Disposition zur Langlebigkeit nicht nur genetisch, sondern auch sozial vererbt wird. In der ÖIHS finden sich dafür zumindest leichte Hinweise: Zwar haben Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung annähernd ebenso häufig wie Teilnehmer/innen aus höheren Bildungsschichten zumindest ein Elternteil, das 80 Jahre oder älter geworden ist (65% vs. 67,5%). Der Anteil von Teilnehmer/innen mit zwei hochaltrigen Elternteilen ist allerdings unter Hochgebildeten doppelt so hoch wie unter Niedriggebildeten (25,2% vs. 12,5%).

7. Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten

Zum Abschluss der Ergebnisdarstellung über Gesundheit und Krankheit im hohen Alter soll noch auf das Gesundheitsbewusstsein und das Gesundheitsverhalten hochaltriger Menschen in Österreich eingegangen werden. Der ÖIHS-Fragebogen sieht hierzu mehrere Fragenkomplexe vor. Das Gesundheitsbewusstsein wird erhoben durch zwei Fragen, die erfassen, ob und wie sehr die Teilnehmer/innen auf ihre Gesundheit achten und ob sie etwas Bestimmtes für ihre Gesundheit tun. Ein besonderer Schwerpunkt der Befragung liegt weiters auf dem Alkoholkonsum und den Rauchgewohnheiten der Teilnehmer/innen als besonders gesundheitsrelevanten Aspekten des individuellen Lebensstils.

Zu berücksichtigen gilt es bei der Interpretation der folgenden Ergebnisse, dass Fragen nach dem Gesundheitsbewusstsein und dem individuellen Gesundheitsverhalten mit einer gewissen sozialen Erwünschtheit verbunden sind: Gesundheit nimmt in modernen Gesellschaften einen sehr hohen Stellenwert ein. Wer nicht auf seine Gesundheit achtet oder der Gesundheit sogar offenkundig schadet, zieht leicht den Verdacht auf sich, sich unvernünftig zu verhalten. Gesundheitsförderung und Prävention rangieren heute nicht nur weit oben in der gesellschaftlichen Wertehierarchie, sondern schreiben sich als Normen und Verhaltensanforderungen auch in die Bedürfnis- und Verhaltensstrukturen der Menschen ein. Die im Folgenden diskutierten Ergebnisse geben daher nicht notwendigerweise oder unmittelbar über das tatsächliche gesundheitsbezogene Verhalten Auskunft, sondern auch über subjektive Einstellungen zu gesellschaftlich äußerst hoch bewerteten und normativ aufgeladenen Bereichen des individuellen Verhaltens.

7.1 Gesundheitsbewusstsein

Zur Erhebung des Gesundheitsbewusstseins wurden den Teilnehmer/innen, wie bereits erwähnt, zwei Fragen gestellt: Eine Frage bezog sich darauf, ob sie besonders auf ihre Gesundheit achten. Die Antwortmöglichkeiten rangieren dabei auf einer vierstufigen Skala (sehr – ziemlich – wenig – gar nicht). In einem zweiten Schritt wurde gefragt, ob sie etwas tun, um gesund zu bleiben oder um ihre Gesundheit zu verbessern. Abgefragt wurden dabei verschiedene Aktivitäten wie körperliche Aktivität, gesunde Ernährung, Nichtrauchen oder Vermeidung von Stress.

Die Datenauswertung ergibt ein – angesichts des hohen gesellschaftlichen Stellenwertes von Gesundheit und Gesundheitsförderung wenig überraschendes – hohes Gesundheitsbewusstsein unter den hochaltrigen Teilnehmer/innen: 90,6% geben an, ziemlich oder sogar sehr auf ihre Gesundheit zu achten. Nur 9,6% sagen, dass sie wenig oder gar nicht auf ihre Gesundheit achten. Dies ist ein signifikant besseres Ergebnis als bei der ÖIHS-Ersterhebung 2013 unter 80- bis 85-jährigen Personen in Wien und der Steiermark: Damals gaben 75,4% der Teilnehmer/innen ein hohes Gesundheitsbewusstsein zu Protokoll. Dies könnte als Hinweis gewertet werden, dass das schon damals relativ hohe Gesundheitsbewusstsein in der hochaltrigen Bevölkerung in den vergangenen zehn Jahren nochmals beträchtlich zugenommen hat – oder dass zumindest die Bedeutung eines gesunden Lebensstils als Norm auch unter hochaltrigen Menschen heute noch stärker verinnerlicht ist als im vorigen Jahrzehnt.

Gesundheitsbewusstsein	%
Achte auf Gesundheit	
- sehr	53,1%
- ziemlich	37,5%
- wenig	8,0%
- gar nicht	1,5%
Tue etwas für Gesundheit	88,3%
- Kontakt zu Familie, Freund/innen, Bekannten	76,1%
- gesunde Ernährung	73,2%
- Nichtrauchen	72,7%
- ausreichend Schlaf	71,5%
- körperliche Aktivität	69,7%
- regelmäßige Arztbesuche (Vorsorgeuntersuchung)	64,4%
- Vermeidung von Stress	52,1%
- kein Alkohol	33,1%
- weniger essen	19,3%
- Einschränkung des Alkoholkonsums	15,4%
Körperliche Aktivität/Bewegung	
- mehrmals pro Woche	73,4%
- 1x/Woche	8,9%
- 1-3x/Monat	4,3%
- selten oder nie	13,4%

Tabelle 39: Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten

Mit den Ergebnissen zum Gesundheitsbewusstsein decken sich weitestgehend auch jene bezüglich eines gesundheitsförderlichen Verhaltens. Hier wurden die Teilnehmer/innen gefragt, ob und was sie bewusst für ihre Gesundheit tun. Dabei sagen 88,3%, dass sie etwas für ihre Gesundheit tun. Lediglich 9,5% geben an, nichts oder zumindest nichts Bestimmtes zu tun. Vereinzelt, in weniger als ein Prozent der Fälle, sagen Personen, sie hätten zwar bereits einmal etwas versucht, aber dann aufgegeben. Auch diese Ergebnisse fallen noch etwas deutlicher – im Sinne eines höheren Gesundheitsbewusstseins – aus als im Zuge der ÖIHS-Ersterhebung 2013, als der Anteil von Teilnehmer/innen, die die Frage nach gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen bejahten, bei 82,2% lag.

Die abgefragten gesundheitsbezogenen Aktivitäten und Verhaltensweisen sind in obiger Tabelle nach ihrer Häufigkeit geordnet. An erster Stelle steht die Aufrechterhaltung des Kontakts zu Familie, Freunden und Bekannten, gefolgt von gesunder Ernährung, Nichtrauchen und ausreichend Schlaf. Hier liegt die Häufigkeit der Nennungen bei über 70 Prozent. Darauf folgen körperliche Aktivität (69,7%), regelmäßige Arztbesuche bzw. Vorsorgeuntersuchungen (64,4%) und die Vermeidung von Stress (52,1%). Eine durchaus große Rolle spielt auch der Verzicht auf Alkohol, der von immerhin einem Drittel der Teilnehmer/innen (33,1%) angegeben wird. Lediglich knapp jede/r Fünfte (19,3%) nennt hingegen Einschränkungen beim Essen als individuelle gesundheitspräventive Maßnahme.

Gefragt nach der Häufigkeit körperlicher Aktivität – worunter „Aktivitäten, die einen niedrigen oder moderaten Grad an Anstrengung erfordern, wie z.B. Gartenarbeit, Auto waschen oder Spazierengehen", verstanden werden – geben immerhin fast drei Viertel (73,4%) zu Protokoll, mehr als einmal pro Woche entsprechende Aktivitäten auszuüben.

Gesundheitsbewusstsein nach Geschlecht und Bildung

Dieses hohe Gesundheitsbewusstsein unter den hochaltrigen Teilnehmer/innen findet sich im Prinzip über Geschlechter- und Klassengrenzen hinweg. Auch Männer, denen oftmals ein niedrigeres Gesundheitsbewusstsein nachgesagt wird, weisen den Ergebnissen zufolge ein sehr hohes Gesundheitsbewusstsein auf (Tabelle 40). Mit 53% („achte sehr auf meine Gesundheit") liegen sie hinsichtlich ihres Gesundheitsbewusstseins praktisch gleichauf mit den Frauen (53,2%). Sie geben auch fast genauso häufig wie Frauen an, etwas für ihre Gesundheit zu tun (86,9% vs. 89,5%). Im Hinblick auf regelmäßige körperliche Aktivität liegen sie sogar ein wenig vor ihren weiblichen Altersgenossinnen (76,1% vs. 71,2%). Größere Unterschiede finden sich nur hinsichtlich konkreter gesundheitsfördernder Aktivitäten und ihrer Häufigkeit in den Nennungen hochaltriger Männer und Frauen. So geben Frauen signifikant häufiger an, auf Alkohol zu verzichten (46,1% vs. 27,6%, $\chi^2(1) = 22.705$, $p < .001$), während Männer häufiger als Frauen Arztbesuche/Vorsorgeuntersuchungen (78,8% vs. 67,7%, $\chi^2(1) = 9.863$, $p = .002$), Einschränkung des Alkoholkonsums (23,2% vs. 12,3%, $\chi^2(1) = 12.989$, $p < .001$) und Stressvermeidung (63,1% vs. 55,4%, $\chi^2(1) = 3.876$, $p = .049$) nennen.

Gesundheitsbewusstsein	insgesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
„Achte sehr auf Gesundheit"	53,1%	53,0%	53,2%	57,2%	51,3%
„Tue etwas für Gesundheit"	88,3%	86,9%	89,5%	87,4%	90,2%
Körperliche Aktivität (>1x/W)	73,4%	76,1%	71,2%	67,2%	77,4%

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

Tabelle 40: Gesundheitsbewusstsein nach Geschlecht und Bildung

Auch Personen mit niedriger Bildung haben, jedenfalls ihren Angaben zufolge, kein geringeres Gesundheitsbewusstsein als Personen mit hoher Bildung. Bei der Frage, wie sehr sie auf ihre Gesundheit achten, erzielen sie sogar höhere Werte als Teilnehmer/innen mit hoher Bildung (57,2% vs. 51,3%). Signifikante Unterschiede entlang der Bildung ergeben sich vor allem im Hinblick auf gesundheitsfördernde Aktivitäten und Verhaltensweisen, die einen intakten Gesundheitszustand voraussetzen, wie z.B. körperliche Aktivität. Hier liegt die Häufigkeit der Nennungen bei Personen mit niedriger Bildung, wahrscheinlich mitbedingt durch ihren schlechteren gesundheitlichen Allgemeinzustand, durchgehend niedriger als bei Personen mit hoher Bildung. Davon abgesehen finden sich signifikante bildungsspezifische Differenzen nur insofern, als niedriggebildete Personen ihren Angaben zufolge deutlich häufiger auf Alkohol verzichten (48,6% vs. 32,5%, $\chi^2(2) = 13.751$, $p = .001$), dafür aber weniger häufig zu Vorsorgeuntersuchungen gehen als Personen mit hoher Bildung (65,7% vs. 79,7%, $\chi^2(2) = 9.737$, $p = .008$).

7.2 Rauchen

Aufgrund seiner erwiesenen Gesundheitsschädlichkeit gilt Rauchen unter Gesichtspunkten der Gesundheitsförderung und Prävention als ein wesentlicher Aspekt des individuellen Gesundheitsverhaltens und als ein bedeutender Lebensstilfaktor für verschiedene Krankheiten.

Rauchen stellt in der hochaltrigen Bevölkerung eine rare Ausnahme dar. 95% der ÖIHS-Teilnehmer/innen sind Nichtraucher/innen, lediglich 3,4% geben an, täglich zu rauchen.

Weitere 1,6% bezeichnen sich als Gelegenheitsraucher/innen. Dies ist eine erheblich geringere Raucherquote als in der österreichischen Gesamtbevölkerung, die aktuell bei rund 20 Prozent liegt (Schmutterer 2023). Von den Nichtraucher/innen geben wiederum mehr als zwei Drittel (68,1%) an, niemals in ihrem Leben Raucher/innen gewesen zu sein.

Gesundheitsbewusstsein	%
Raucher/innen	3,4%
Gelegenheitsraucher/innen	1,6%
Nichtraucher/innen	95,0%

Tabelle 41: Rauchverhalten

Diese außerordentlich niedrige Raucherquote ist kein überraschendes Ergebnis, da es sich mit den Befunden zahlreicher anderer Hochaltrigenstudien deckt (z.B. Rizzuto et al. 2012; Li et al. 2014; Lucca et al. 2021). Der Grund dafür ist wahrscheinlich darin zu suchen, dass Raucher/innen eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, vorzeitig zu versterben, und daher seltener ein hohes Alter von 80+ erreichen. Dafür spricht die wissenschaftlich belegte höhere Mortalität von Raucher/innen im Vergleich zu Nichtraucher/innen (Cao et al. 2011; Di Cicco et al. 2016). Die geringe Raucherquote unter Hochaltrigen lässt sich also als kräftiges Indiz dafür interpretieren, dass Nichtrauchen maßgeblich zur Erhaltung der Gesundheit bis ins höhere Alter und auf diese Weise zu einem längeren Leben beiträgt.

Die wenigen Raucher/innen in der Stichprobe sind dafür aber offenbar recht überzeugte Raucher/innen – nur rund 3,6% von ihnen geben im Rahmen der Befragung zum Gesundheitsverhalten an, das Rauchen einschränken zu wollen. Die meisten Raucher/innen (67,9%) rauchen darüber hinaus bereits den größten Teil ihres Lebens, d.h. länger als 50 Jahre. Überwiegend scheint es sich dabei allerdings um leichte bis moderate Raucher/innen zu handeln: 67,8% von ihnen rauchen laut Eigenangaben max. zehn Zigaretten pro Tag. Die höchste angegebene Zahl täglich gerauchter Zigaretten liegt in der Stichprobe bei 25.

Rauchen nach Geschlecht und Bildung

Hinsichtlich ihres Rauchverhaltens unterscheiden sich hochaltrige Männer und Frauen kaum voneinander. Männer sind in der Stichprobe genauso häufig Nichtraucher wie Frauen (94,7% vs. 95,3%). Allerdings sind hochaltrige Männer signifikant häufiger ($p < .001$) ehemalige Raucher. Fasst man aktuelle Raucher/innen (inkl. Gelegenheitsraucher/innen) und ehemalige Raucher/innen statistisch zusammen, ergibt sich unter Männern ein Anteil von 46,8%, die Raucher sind oder waren. Bei Frauen beträgt dieser Anteil nur 25,9%.

Kaum Unterschiede ergeben sich auch entlang des Bildungsniveaus. Zwar ist die Raucherquote unter Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung mit 1,3% weniger als halb so hoch wie unter Angehörigen hoher Bildungsschichten (2,9%). Bei Letzteren steigt die Raucherquote sogar auf 4,7%, wenn auch Gelegenheitsraucher/innen berücksichtigt werden. Insgesamt kann aber konstatiert werden, dass unabhängig vom Bildungsgrad die überwältigende Mehrheit der Teilnehmer/innen aus Nichtraucher/innen besteht. Größere Unterschiede ergeben sich, wie beim Geschlecht, erst, wenn man auch ehemalige Raucher/innen in die Analyse einbezieht. Dann zeigt sich, dass Personen mit hoher Bildung im Laufe ihres Lebens signifikant häufiger geraucht haben als Personen mit niedriger Bildung (43,1% vs. 25,5%, $\chi^2(3) = 16.796$, $p < .001$). Dies ist ein interessantes Ergebnis, da es im

Widerspruch zur Bildungsverteilung in der heutigen rauchenden Erwachsenenbevölkerung steht, in der die Raucherquote mit steigender Bildung deutlich abnimmt (Schmutterer 2023). Es könnte sich darin ein Generationeneffekt widerspiegeln, denn in den früheren Geburtskohorten der heute Alten und Hochaltrigen gehörte Rauchen noch wesentlich stärker zum Lebensstil, vor allem in höher gebildeten Schichten.

Möglich – und im Hinblick auf eindeutige bildungsspezifische Unterschiede beim allgemeinen Gesundheitszustand sogar wahrscheinlich – wäre aber auch, dass viele Raucher/innen aus niedrigeren Bildungsschichten bereits früher und vor allem in größerer Zahl verstorben sind als solche aus höheren Schichten. Personen aus höheren sozialen Schichten hätten demnach trotz Rauchens eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit als Raucher/innen aus niedrigeren Schichten, woraus sich der höhere relative Anteil an Raucher/innen im höchsten Bildungssegment erklären würde. Sie können möglicherweise aufgrund ihrer besseren sozialen Lage und der damit häufig einhergehenden größeren Verfügung über gesundheitliche Ressourcen gesundheitsschädliche Effekt des Rauchens besser kompensieren und es sich dadurch eher „leisten" als Niedriggebildete, in ihrem Lebenslauf eine Periode des Rauchens gehabt zu haben.

7.3 Alkoholkonsum

Wesentlich höhere Werte als beim Rauchen ergeben sich beim Alkoholkonsum. Ein durchaus großer Teil der hochaltrigen Österreicher/innen trinkt regelmäßig Alkohol, wenngleich auch punkto Alkoholkonsum der Anteil der Abstinenten mit 31,4% mehr als doppelt so hoch liegt wie in der österreichischen Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (14%) (Bachmayer et al. 2025).

Tabelle 42 gibt den Alkoholkonsum gestaffelt nach der Häufigkeit und stratifiziert nach Geschlecht und Bildung wieder. Rund ein Drittel der Teilnehmer/innen (32,8%) trinkt regelmäßig Alkohol (mindestens 1x/Woche). Davon entfallen 13,2% auf Personen, die täglich oder fast täglich Alkohol konsumieren.

Keine Aussage kann auf dieser Grundlage über die Prävalenz eines „problematischen Alkoholkonsums" in der hochaltrigen Bevölkerung gemacht werden, da in der Erhebung die täglich konsumierte Alkoholmenge nicht erfasst wird. Es ist zu vermuten, dass ein problematischer Alkoholkonsum oder Alkoholabhängigkeit in der hochaltrigen Bevölkerung seltener vorkommen als in der Gesamtbevölkerung, zumal auch systematische Untersuchungen zum Alkoholkonsum in Österreich erheblich geringere Prävalenzen für Angehörige der Altenpopulation (70+) ergeben (Bachmayer et al. 2025). Darüber hinaus ist – ähnlich wie beim Rauchen – davon auszugehen, dass Personen mit problematischem Alkoholkonsum und insbesondere Alkoholiker/innen aufgrund einer zumeist deutlich reduzierten Lebenserwartung generell seltener ein hohes Alter von 80+ erreichen.

Dies ist wahrscheinlich auch einer der Gründe dafür, warum sich in der hochaltrigen Bevölkerung – ähnlich wie beim Rauchen – keine Korrelation zwischen Alkoholkonsum und Mortalität nachweisen lässt (siehe oben, Kapitel 6): Lebensstilfaktoren wie Alkohol oder Rauchen entfalten ihre Effekte auf die Sterblichkeit bereits in früheren Lebensphasen. Im hohen Alter schwächen sich diese Effekte daher statistisch erheblich ab.

Alkoholkonsum	insgesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
(fast) täglich	13,2%	22,8%	5,2%	8,0%	19,9%
2-3x/Woche	11,0%	16,6%	6,3%	9,2%	10,7%
1x/Woche	8,6%	9,7%	7,6%	5,5%	9,6%
1-3x/Monat	9,5%	7,8%	11,0%	8,4%	9,6%
seltener	26,3%	25,2%	27,2%	21,4%	29,0%
kein Alkohol	31,4%	18,0%	42,7%	47,5%	21,3%

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

Tabelle 42: Alkoholkonsum (gesamt sowie nach Geschlecht und Bildung)

Alkoholkonsum nach Geschlecht und Bildung

Hochaltrige Männer tendieren, wie auch in der österreichischen Gesamtbevölkerung, deutlich mehr zu Alkohol als Frauen. Fast jeder vierte Mann in der Stichprobe (22,8%) gibt an, täglich oder fast täglich Alkohol zu trinken. Rund die Hälfte (49,1%) trinkt mindestens einmal pro Woche Alkohol. Bei Frauen sind es hingegen nur 5,2% (täglich) bzw. 19,1% (mind. 1x/Woche).

Ein höherer Alkoholkonsum ergibt sich auch für Höhergebildete im Vergleich zu Niedriggebildeten ($\chi^2(10) = 53.478$, $p < .001$). 40,2% der Teilnehmer/innen mit hoher Bildung trinken mindestens einmal in der Woche, 19,9% täglich oder fast täglich. Unter Personen mit niedriger Bildung sind es dagegen nur 22,7% bzw. 8%. Fast die Hälfte der Niedriggebildeten (47,5%) gibt an, gar keinen Alkohol zu trinken, bei Personen mit hoher Bildung trifft dies auf nicht einmal halb so viele zu (21,3%). Der Zusammenhang bleibt auch erhalten, wenn in der Analyse zusätzlich das Geschlecht berücksichtigt wird. Die Korrelation kommt also nicht bloß aufgrund des höheren Frauenanteils unter Niedriggebildeten zustande, sondern besteht unabhängig von der Geschlechtszugehörigkeit.

Diese Ergebnisse ähneln jenen bezüglich Rauchens, wo ebenfalls eine höhere Raucherquote unter Höhergebildeten festgestellt wurde. Wie beim Rauchen, könnte sich auch beim Alkoholkonsum ein gewisser Selektionseffekt niederschlagen, da aus der Forschung bekannt ist, dass Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status zwar einerseits häufiger auf Alkohol verzichten, zugleich aber auch, statistisch gesehen, ein deutlich höheres Risiko für Alkoholmissbrauch und Alkoholismus aufweisen als Personen aus höheren sozialen Schichten (Anderson & Baumberg 2006). Der häufigere Alkoholkonsum von Personen mit höherer Bildung in der ÖIHS-Stichprobe könnte daher zum Teil aus einer geringeren Lebenserwartung von Personen mit hohem Alkoholkonsum aus sozial benachteiligten Schichten resultieren, die seltener ein hohes Lebensalter erreichen.

II. Allgemeine Lebenssituation

Nach der ausführlichen Darstellung des Gesundheitszustandes der hochaltrigen Bevölkerung in Österreich widmet sich der folgende Abschnitt der allgemeinen Lebenssituation hochaltriger Menschen. Diese umfasst zunächst die **materielle Lage bzw. den sozio-ökonomischen Status** hochaltriger Menschen (Bildung, Einkommen etc.). Berührt werden damit auch Themen wie Altersarmut und soziale Ungleichheit.

Im weiteren Sinne unter „materielle Lage" können auch die **Wohnverhältnisse** gerechnet werden – diese werden in einem separaten Kapitel dargestellt. Hierzu gehören auch Fragen der Wohnzufriedenheit.

Einen weiteren Untersuchungsgegenstand in diesem Abschnitt bilden die **sozialen Beziehungen** hochaltriger Menschen (Familienstand, soziale Netzwerke, Sozialkontakte etc.). Da im hohen Alter, u.a. durch funktionale und gesundheitliche Einschränkungen, auch die Wahrscheinlichkeit für soziale Verluste zunimmt, etwa in Gestalt einer Verringerung sozialer Netzwerke und Beziehungen, stellen sich in diesem Zusammenhang auch Fragen der sozialen Isolation und der Einsamkeit.

Wesentlicher Bestandteil der Lebenssituation hochaltriger Menschen ist nicht zuletzt ihre **Alltagsgestaltung**. Wie aktiv gestalten hochaltrige Menschen ihr Leben und mit welchen Aktivitäten und Beschäftigungen verbringen sie ihre Zeit?

Zum ersten Mal Teil der Erhebung im Rahmen der ÖIHS sind in der aktuellen Welle Fragenblöcke zur **individuellen Lebenseinstellung**, zum **Altersbild** und zur **Resilienz** hochaltriger Menschen. Diese werden in einem eigenständigen Kapitel dargestellt.

8. Materielle Lage

Der Begriff der materiellen Lage verweist in der Sozialforschung auf die finanziellen und sachlichen Ressourcen, über die Menschen im Verlauf ihres Lebens verfügen – dazu gehören insbesondere Einkommen, Vermögen, materielle Ausstattung sowie die Wohnsituation.

Im hohen Alter gewinnt die materielle Lage besondere Bedeutung. Erstens steigen mit zunehmendem Alter die Anforderungen an die eigene Versorgung, vor allem bei Gesundheit, Mobilität und Wohnen: Mehrfacherkrankungen, Pflegebedarf und funktionale Einschränkungen sind im hohen Alter deutlich häufiger als in jüngeren Altersgruppen. In diesem Kontext wirkt eine gute materielle Lage als Ressource: Sie kann bessere gesundheitliche Versorgung, barrierefreie Wohneinrichtungen, Hilfs- und Unterstützungsangebote sowie soziale Teilhabe ermöglichen. Umgekehrt führt eine materielle Schwäche oder Benachteiligung dazu, dass Risiken wie Pflegebedürftigkeit oder soziale Isolation schneller greifen.

Zweitens ist im hohen Alter die Fähigkeit zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, an Kultur, nachbarschaftlichen Netzwerken oder sozialen Aktivitäten eng mit materiellen Ressourcen verknüpft. Menschen mit geringem Einkommen oder Vermögen haben häufiger eingeschränkte Teilhabechancen, was wiederum mit schlechterer Gesundheit und geringerer Lebenszufriedenheit verbunden ist.

Drittens sind materielle Ressourcen in der Gesellschaft sehr ungleich verteilt, und insbesondere Gruppen mit niedriger Bildung, langen Erwerbsunterbrechungen, Frauen oder Menschen mit Migrationshintergrund tragen ein höheres Risiko, im Alter materiell benachteiligt zu sein. Diese Ungleichheiten wirken sich in der Hochaltrigkeit besonders aus, weil die Handlungsspielräume geringer werden und ein Mangel an Ressourcen nicht mehr so leicht ausgeglichen werden kann.

Die materielle Lage hat somit erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität hochaltriger Menschen insgesamt und fungiert als eine zentrale Größe für immaterielle Dimensionen wie Teilhabe und Wohlbefinden (BMFSFJ 2025).

Die materielle Lage hochaltriger Menschen ist daher auch zentraler Gegenstand der ÖIHS. Als Indikatoren für die materielle Lage werden im Folgenden – in Übereinstimmung mit früheren ÖIHS-Erhebungswellen – vor allem das Bildungsniveau, das Einkommen, der (frühere) berufliche Status sowie der Versicherungsstatus verwendet. Die in einem weiteren Sinne ebenfalls zur materiellen Lage zu rechnende Wohnsituation wird in einem eigenständigen Kapitel dargestellt (siehe unten, Kapitel 9).

8.1 Bildung

Wie bereits an der zu Beginn des Berichts dargestellten Stichprobenbeschreibung abzulesen war, weisen die Teilnehmer/innen der ÖIHS insgesamt ein überdurchschnittlich hohes Bildungsniveau auf. 14,6% der Befragten verfügen über einen Universitäts- oder Hochschulabschluss und weitere 18,8% über einen Schulabschluss mit Matura. Damit hat ein Drittel der Befragten eine – vor allem für die hier abgebildete Generation bzw. Alterskohorte – vergleichsweise hohe Schulbildung. 29% haben höchstens einen Pflichtschulabschluss. Im

Vergleich zur österreichischen Gesamtbevölkerung liegt das Bildungsniveau der Studienteilnehmer/innen somit relativ deutlich über dem Bildungsniveau der hochaltrigen Gesamtpopulation in Österreich. Laut Statistik Austria[21] hatten im Jahr 2022 13% der Österreicher/innen in der Altersgruppe 80+ eine hohe Schulbildung (Matura und höher). 42,7% hatten höchstens einen Pflichtschulabschluss.

Bildung nach Geschlecht

Hochaltrige Männer haben einen deutlich höheren Bildungsabschluss als hochaltrige Frauen. Darin spiegelt sich die in dieser Generation noch wesentlich stärker gegebene Bildungsbenachteiligung von Frauen wider. Während 37,5% der befragten Frauen höchstens einen Pflichtschulabschluss haben, sind dies bei den Männern nur 18,7%. Bei Maturabschlüssen liegen Frauen und Männer zwar fast gleichauf (Frauen: 17,6%, Männer: 20,3%), dafür haben aber mehr als doppelt so viele Männer einen Universitätsabschluss (Frauen: 8,7%, Männer: 21,7%).

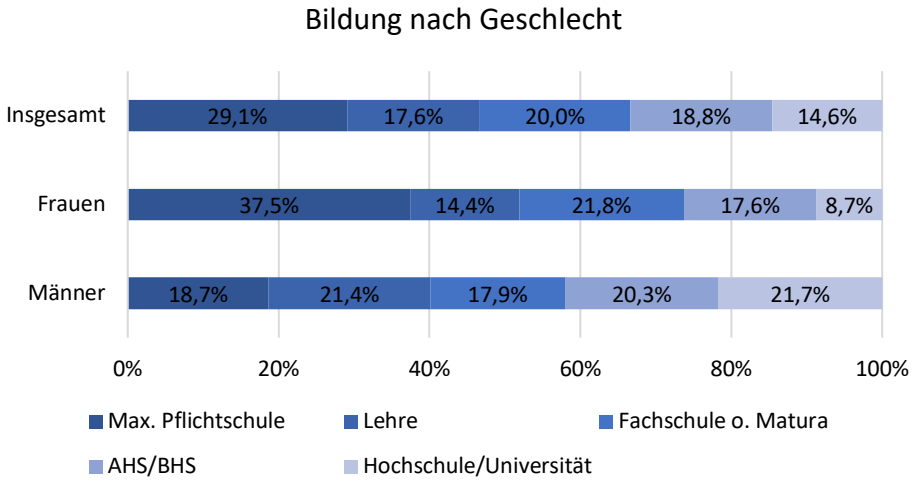


Abbildung 14: Bildungsabschluss – gesamt und nach Geschlecht

8.2 Einkommen

Einer der wichtigsten sozioökonomischen Indikatoren ist das Einkommen. Abgefragt wird dabei das Haushaltsnettoeinkommen der Teilnehmer/innen abzüglich Steuern und Sozialversicherungsbeiträge, aber zuzüglich öffentlicher Beihilfen oder Einkommen aus Vermietung oder Verpachtung.

Das Einkommen gehört in Sozialerhebungen zu den am schwierigsten zu erfassenden Lebensbereichen, da die Daten hierzu oftmals aufgrund von Ablehnung oder Nichtwissen unvollständig und durch viele fehlende Werte in ihrer Qualität beeinträchtigt sind. Teilweise sind Einkommensangaben auch fehlerhaft. In der ÖIHS-Stichprobe macht der Anteil derer, die keine Angaben zum Einkommen machen konnten oder wollten, immerhin 30,4% aus, wobei zwei Drittel davon durch Auskunftsverweigerung zustande kommen (20,6%). 9,8% geben an, die Höhe ihres Haushaltseinkommen nicht zu wissen, wohinter sich auch eine

[21] Statistik Austria, Bildungsstand der Bevölkerung ab 15 Jahren 2022 nach Altersgruppen und Geschlecht (eigene Berechnung)

indirekte Ablehnung verbergen kann. Speziell in Pflegeheimen waren die Teilnehmer/innen häufig nicht in der Lage, Auskunft über ihre Einkommensverhältnisse zu geben. Die im Folgenden angegeben Prozentwerte zur Einkommensverteilung beziehen sich daher ausschließlich auf solche Teilnehmer/innen, die über ihr Einkommen tatsächlich Auskunft gegeben haben, und berücksichtigen darüber hinaus ausschließlich Privathaushalte (inkl. Seniorenresidenzen/Betreutes Wohnen).

Von den Teilnehmer/innen, bei denen vollständige Angaben zu ihrem Einkommen vorliegen, verfügen 62,2% über ein Einkommen von mindestens 2.000€ im Monat. Fast ein Viertel (24%) hat sogar ein Einkommen von über 3.000€ zur Verfügung. Der Median liegt in einem Einkommensbereich zwischen 2.000 und 2.499€. Allerdings müssen auch 21,3% mit einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen von weniger als 1.600€ auskommen. Die Einkommenssituation ist innerhalb der hochaltrigen Bevölkerung insgesamt also relativ gut, das Einkommen jedoch sehr ungleich verteilt.

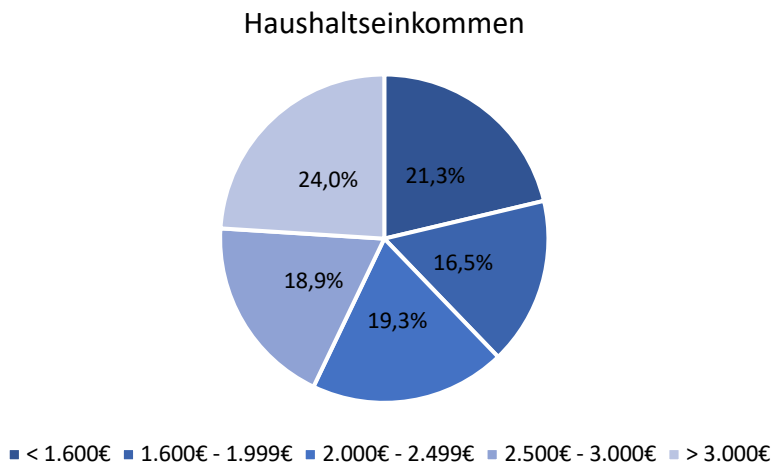


Abbildung 15: Verfügbares Nettohaushaltseinkommen

Armutsgefährdung

Um genauere Aussagen zur Armutsgefährdung in der hochaltrigen Bevölkerung zu machen, ist es erforderlich, in der Auswertung auch die Haushaltsgröße zu berücksichtigen. In Österreich liegt die Armutsgrenze für Einpersonenhaushalte derzeit bei 1.572€ pro Monat, für Zweipersonenhaushalte bei 2.358€.[22] Ein- und Zweipersonenhaushalte stellen in der hochaltrigen Bevölkerung die häufigste Haushaltsform dar – in der ÖIHS-Stichprobe trifft dies auf 93,5% der in Privathaushalten lebenden Teilnehmer/innen zu. Auf der vorliegenden Datengrundlage ist nur eine sehr grobe Schätzung der Armutsbetroffenheit bzw. Armutsgefährdung im hohen Alter möglich, da das Haushaltseinkommen nicht exakt, sondern auf Basis einer ordinalskalierten Variable erhoben wurde, die das Einkommen in verschiedene Einkommensgruppen unterteilt. Die Grenzwerte der zur Bestimmung der Armutsgefährdung in Frage kommenden Einkommensgruppen stimmen wiederum nicht genau mit den offiziellen Armutsgrenzen überein. Im Folgenden wird daher für Einpersonenhaushalte ein Grenzwert von 1.600€ verwendet, für Zwei- und Mehrpersonenhaushalte ein Grenzwert von 2.000€.

[22] https://www.armutskonferenz.at/armut-in-oesterreich/aktuelle-armuts-und-verteilungszahlen.html

Auf dieser Grundlage ergibt sich ein Anteil von 26,4%, der als armutsgefährdet eingestuft werden kann. Diese Quote liegt deutlich höher als in der österreichischen Gesamtbevölkerung wie auch in der älteren Bevölkerung insgesamt (65+), wo die Anteile für Armutsgefährdung aktuell 14 bzw. 16 Prozent betragen (Statistik Austria 2025). Dies deutet auf ein stark erhöhtes Armutsrisiko im hohen Alter hin – ein Risiko, das vor allem hochaltrige Frauen betrifft aufgrund geschlechtsspezifischer, über den gesamten Lebenslauf hinweg akkumulierter Bildungs- und Einkommensungleichheiten sowie einer deutlich höheren Verwitwungsrate (siehe unten, Kapitel 10.1). Generell besteht eine signifikante Korrelation zwischen Armutsrisiko und Verwitwung ($r = -.103$, $p = .024$) bzw. Haushaltsgröße (Alleinlebende) ($r = -.133$, $p = .002$).

Der recht hohe Anteil von rund einem Viertel Armutsgefährdeten wäre sogar etwas höher im Vergleich zu bundesdeutschen Daten: So ermittelte die Hochaltrigenstudie *D80+* für Deutschland im Jahr 2021 eine Armutsquote von 22,4% für Personen ab 80 Jahren (Fey & Wagner 2021). Dies sowie die oben genannten Einschränkungen hinsichtlich der Qualität der vorliegenden Einkommensdaten lassen vermuten, dass die ÖIHS die tatsächliche Armutsgefährdung in der hochaltrigen Bevölkerung ein wenig überschätzt. Gleichwohl muss von einem beträchtlichen Armutsrisiko für hochaltrige Menschen in Österreich ausgegangen werden.

Finanzielles Auskommen

Interessant ist im Lichte dieser Ergebnisse, dass mit Abstand die meisten der befragten Teilnehmer/innen – sofern sie darüber Auskunft gegeben haben – ihr finanzielles Auskommen als gut oder sehr gut beurteilen (95,2%). Lediglich 4,8% geben an, mit ihrem Einkommen eher schlecht oder sehr schlecht über die Runden zu kommen. 89,3% sind darüber hinaus, ihren Angaben zufolge, mit ihrer finanziellen Situation sehr oder eher zufrieden. Auch dies könnte auf eine gewisse Überschätzung der Armutsgefährdung in der ÖIHS-Stichprobe hindeuten. Zumindest aber könnten diese Befunde ein Indiz dafür sein, dass auch Teilnehmer/innen mit geringerem Einkommen überwiegend ein für sie zufriedenstellendes finanzielles Auskommen haben. Zwar besteht sowohl für das finanzielle Auskommen ($\rho = -.282$, $p < .001$) als auch für die Zufriedenheit mit der eigenen finanziellen Situation ($\rho = -.341$, $p < .001$) eine signifikante Korrelation mit dem Einkommen. Das heißt, je niedriger das Einkommen, desto schlechter das Auskommen und die Zufriedenheit. Die Effekte sind jedoch eher moderat bis gering.

Einen erheblichen Einfluss auf das finanzielle Auskommen hat der funktionale Status ($\chi^2(9) = 28.608$, $p < .001$). Schlechte Einschätzungen des finanziellen Auskommens finden sich besonders bei Vorliegen fortgeschrittener funktionaler und gesundheitlicher Einschränkungen (Frailty). So geben nur 83,4% der Befragten mit Frailty an, mit dem verfügbaren Haushaltseinkommen gut oder sehr gut auszukommen. Unter „rüstigen" Teilnehmer/innen sind es hingegen 98%. Hier könnten sich einerseits höhere finanzielle Belastungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit niederschlagen. Andererseits zeigt die Auswertung, dass funktional eingeschränkte Teilnehmer/innen auch objektiv über ein geringeres Einkommen verfügen. Hier könnten also auch sozioökonomische Faktoren hineinspielen, zumal, wie bereits an früherer Stelle dargelegt, eine erhebliche „gesundheitliche Ungleichheit" entlang des sozioökonomischen Status besteht. In der Korrelation zwischen Einkommen und funktionalem Status dürfte sich also zum Teil die gesundheitliche Benachteiligung von Personen aus niedrigen Bildungs- und Einkommensklassen widerspiegeln.

Einkommen nach Geschlecht und Bildung

Die befragten Frauen haben ein signifikant niedrigeres Haushaltseinkommen als die befragten Männer ($\chi^2(7) = 79.151$, $p < .001$). Bei 32,6% der befragten Frauen liegt das monatlich verfügbare Haushaltsnettoeinkommen unter 1.600€. Bei den Männern trifft dies nur in 10,4% der Fälle zu. Praktisch spiegelverkehrt stellt sich die geschlechtsspezifische Verteilung sehr hoher Einkommen (> 3.000/Monat) dar: Hier liegt der Männeranteil mehr als dreimal über jenem von Frauen (36,7% vs. 10,9%). Frauen weisen daher auch ein deutlich höheres Armutsrisiko auf – den Daten zufolge doppelt so hoch im Vergleich zu hochaltrigen Männern (35,9% vs. 17,5%). Dies betrifft offenbar auch keineswegs nur oder primär alleinstehende bzw. verwitwete Frauen, sondern gilt unabhängig vom Familienstand.

Es bestätigt sich damit die auch durch zahlreiche andere Studien belegte Annahme, dass eine prekäre finanzielle Situation im Alter bzw. Altersarmut in erster Linie Frauen betrifft (Butterwegge & Hansen 2012; Browne et al. 2022; Ahohen & Kuivalainen 2024). Keine signifikanten Differenzen ergeben sich allerdings beim finanziellen Auskommen und bei der Zufriedenheit mit der individuellen Finanzsituation. Frauen haben also trotz ihrer im Schnitt deutlich geringeren finanziellen Mittel nicht zwangsläufig häufiger das Gefühl, schlecht über die Runden zu kommen, und sind auch mit ihrer finanziellen Situation insgesamt nicht per se unzufriedener als Männer.

Einkommen	insgesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
< 1.600€	21,3%	10,4%	32,6%	38,4%	4,3%
1.600€ – 1.999€	16,5%	12,9%	20,2%	29,5%	7,1%
2.000€ – 2.499€	19,3%	18,7%	19,9%	13,7%	15,7%
2.500€ – 3.000€	18,9%	21,2%	16,5%	11,7%	22,1%
> 3.000€	24,0%	36,7%	10,9%	6,8%	50,7%
Armutsgefährdung	26,4%	17,5%	35,9%	51,1%	6,1%
Gutes finanz. Auskommen	95,2%	96,0%	94,5%	93,3%	98,1%
Zufrieden m. finanz. Situation	89,3%	90,2%	88,5%	85,7%	96,2%

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

Tabelle 43: Einkommen nach Geschlecht und Bildung

Besonders deutlich wird in der Analyse der Zusammenhang von Bildung und Einkommen: Während die Hälfte (50,7%) der Hochaltrigen mit hoher Bildung (mindestens Matura) über ein hohes Haushaltseinkommen von mehr als 3.000€ im Monat verfügt, sind es unter Personen mit niedriger Bildung (max. Pflichtschule) lediglich 6,8%. Mehr als jede/r Dritte von ihnen (38,4%) muss mit einem Einkommen von weniger als 1.600€ im Monat auskommen, unter Hochgebildeten betrifft dies nur 4,3%. Das Armutsrisiko hochaltriger Personen mit niedriger Bildung ist fast zehnmal so hoch wie jenes von Personen mit hoher Bildung (51,1% vs. 6,1%). Etwas mehr als die Hälfte von ihnen ist ausgehend von ihrem Haushaltseinkommen als „armutsgefährdet" einzustufen. Zum Teil dürften sich darin auch geschlechtsspezifische Differenzen widerspiegeln, da hochaltrige Frauen, wie gezeigt, sowohl über ein signifikant niedrigeres Bildungsniveau als auch über ein deutlich geringeres Haushaltseinkommen verfügen als Männer. Wenn man statistisch für das Geschlecht kontrolliert, zeigt sich jedoch, dass die Differenzen bestehen bleiben, was ein Hinweis darauf ist, dass die bildungsbezogenen Unterschiede hinsichtlich Einkommen und Armutsgefährdung unabhängig vom Geschlecht sind.

Entlang der Bildung bestehen darüber hinaus statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich des finanziellen Auskommens und der Zufriedenheit mit der finanziellen Situation. Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung bewerten beides signifikant schlechter. Allerdings ist auch hier zu konstatieren, dass sowohl die Einschätzung des finanziellen Auskommens als auch die Zufriedenheit mit der eigenen finanziellen Situation auch bei Niedriggebildeten insgesamt auf sehr hohem Niveau liegt. Die meisten von ihnen sind also trotz einer deutlich schlechteren finanziellen Ausstattung zufrieden und kommen ihren Angaben zufolge finanziell gut über die Runden.

8.3 Frühere Berufstätigkeit

Der Großteil der Teilnehmer/innen ging im erwerbsfähigen Alter regelmäßig einer Erwerbsarbeit nach (87,6%), die meisten davon in Vollzeit (77,9%). Das gilt zum großen Teil auch für Frauen: 77,2% der Frauen geben an, einer Erwerbstätigkeit nachgegangen zu sein. Nur 20,1% waren ihren Angaben zufolge nie erwerbstätig oder überwiegend Hausfrauen.

Von den früher berufstätigen Teilnehmer/innen war knapp die Hälfte (49,9%) überwiegend in einem Angestelltenverhältnis tätig. 13,9% waren als Arbeiter/innen, 19,9% als Beamt/innen oder Vertragsbedienstete und 16,2% als Selbständige tätig.

27% der ehemals berufstätigen Teilnehmer/innen waren ihren Angaben zufolge auch über ihre Pensionierung hinaus beruflich aktiv. Der Median liegt dabei bei 5-10 Jahren. 6,1% geben sogar an, nach wie vor in ihrem Beruf aktiv zu sein. Dies trifft vor allem auf Selbständige und Akademiker/innen zu, von denen mehr als die Hälfte (55,6%) bzw. mehr als ein Drittel (38,8%) über die Pensionierung hinaus tätig war.

Erstmals wurde in der aktuellen Erhebungswelle auch der Beruf erhoben, den die Teilnehmer/innen während ihres Erwerbslebens ausgeübt haben. Die am häufigsten genannten Berufe sind Sekretär/in bzw. Büroangestellte/r (6%), Landwirt/in (5,2%), Handelsangestellte/r (4,6%), Lehrer/in (3,5%), Buchhalter/in (2,9%), Kaufmännische/r Angestellte/r (2,7%), Krankenpfleger/in (2,7%), Schneider/in (2,2%), Bankangestellte/r (2,0%), Reinigungskraft (1,6%) und Arzt/Ärztin bzw. Mediziner/in (1,4%).

Frühere Berufstätigkeit nach Geschlecht und Bildung

Wie bereits erwähnt, waren auch Frauen aus der heute hochaltrigen Generation im erwerbsfähigen Alter überwiegend berufstätig. Mehr als drei Viertel (77,2%) von ihnen gingen einer regelmäßigen Erwerbsarbeit nach, die meisten davon in Vollzeit (60%). 17,2% waren überwiegend teilzeitbeschäftigt. Weitere 2,7% geben an, nur Gelegenheitsarbeiten ausgeübt zu haben. Jede Fünfte (20,1%) war hingegen nie berufstätig oder primär Hausfrau.

Trotz dieser relativ hohen Erwerbsquote ist der Anteil hochaltriger Frauen, die regelmäßig einer Erwerbstätigkeit nachgingen, deutlich geringer im Vergleich zu Männern. Die Männer in der Stichprobe waren praktisch ausnahmslos berufstätig und gingen dabei auch nahezu ausschließlich einer Vollzeitbeschäftigung nach (99,2%). Hinsichtlich der beruflichen Stellung ergeben sich geschlechtsspezifische Unterschiede insofern, als Männer signifikant häufiger Beamte oder Vertragsbedienstete waren (30,9% vs. 8,5%), während Frauen häufiger als

Arbeiterinnen (17,7% vs. 10,2%) und Angestellte (58,3% vs. 41,9%) tätig waren. Auch geben Männer deutlich häufiger an, in ihrem Beruf eine Leitungsfunktion ausgeübt zu haben (67,5% vs. 24,7%).

Auch entlang der Bildung ergeben sich signifikante Differenzen im Hinblick auf das frühere Berufsleben. Jede/r Dritte mit niedriger Bildung (33,9%) war Arbeiter/in, was unter Personen mit hoher Bildung eine rare Ausnahme darstellt (0,4%). Auch waren Personen mit niedriger Bildung deutlich häufiger selbständig beschäftigt (oder als mithelfende Familienangehörige in einem Betrieb) im Vergleich zu Teilnehmer/innen aus hohen Bildungsschichten (21,5% vs. 12,9%). Hohe Bildung ging hingegen signifikant häufiger mit einem Angestellten- (55,4% vs. 36,6%) oder Beamten-/Vertragsbedienstetenstatus einher (32,9% vs. 8,1%). Besonders deutlich schlägt sich das Bildungsniveau in der Ausübung einer Leitungsfunktion nieder: Personen mit hoher Bildung hatten in ihrem Beruf fast viermal so häufig eine Leitungsfunktion innen wie Personen mit niedriger Bildung (69,4% vs. 18,6%).

Mit Blick auf eine berufliche Aktivität über die Pensionierung hinaus zeigt die Analyse, dass Männer und Personen mit hoher Bildung eher dazu tendieren. Allerdings sind die Differenzen entlang der Geschlechterzugehörigkeit und der Bildung nicht oder nur teilweise signifikant. Die größten Unterschiede bestehen vor allem hinsichtlich der Dauer der Aktivität, wobei Männer und Teilnehmer/innen aus hohen Bildungssegmenten häufiger – nämlich jeweils fast doppelt so häufig (56,1% vs. 28,6% bzw. 47,8% vs. 32,0%) – eine besonders lange Aktivität über die Pension hinaus (> 10 Jahre) angeben als Frauen und Personen mit niedriger Bildung.

8.4 Versicherungsstatus

Nahezu alle Teilnehmer/innen in der Stichprobe (98,8%) sind krankenversichert. Die meisten von ihnen sind selbstversichert. Lediglich 7,3% der Befragten sind mitversichert, wobei dies fast ausschließlich Frauen betrifft. Ein Drittel der Studienteilnehmer/innen (33,3%) hat darüber hinaus eine private Zusatzversicherung (Sonderklassenversicherung). Dabei handelt es sich vor allem um Studienteilnehmer/innen aus dem höheren Bildungssegment mit Matura oder Universitätsabschluss, von denen mehr als die Hälfte (52,2%) über eine Sonderklassen-versicherung verfügt. Unter Personen mit niedriger Bildung trifft dies nur auf 15,6% zu.

9. Wohnsituation

Ein Aspekt, der im weiteren Sinne zur materiellen Lage gerechnet werden kann, hier jedoch in einem eigenständigen Kapitel dargestellt wird, ist die Wohnsituation. Die folgenden Ausführungen zu den Wohnverhältnissen hochaltriger Menschen beziehen sich, sofern nicht anders angegeben, ausschließlich auf Privathaushalte inkl. Seniorenresidenzen und betreute bzw. betreubare Wohneinrichtungen. Nicht berücksichtigt sind Pflegeheimbewohner/innen – deren spezifische Situation wird in einem separaten Kapitel im Abschnitt „Pflege und Betreuung" erörtert.

Wohnformen

Viele der befragten Hochaltrigen leben bereits sehr lange in ihrer aktuellen Wohnung. 46% der in Privathaushalten lebenden Personen wohnen bereits länger als 50 Jahre in derselben Wohnung bzw. demselben Haus. Bei 52,9% der Häuser und Wohnungen handelt es sich um Wohneigentum. 17,4% der Teilnehmer/innen leben in Mietverhältnissen. Dies umfasst private Mietwohnungen (6%), Gemeindewohnungen (3,8%) und Genossenschaftswohnungen (6,9%). Eine Sonderform, die an dieser Stelle ebenfalls unter diese Kategorie subsumiert wird, sind Seniorenresidenzen bzw. betreute Wohneinrichtungen (2,4%).

Mit einem Anteil von 28,9% die häufigste Wohnform nach Eigentum sind mietfreie Wohnverhältnisse, z.B. auf der Grundlage eines Wohnrechts. In den überwiegenden Fällen dürfte es sich hier um früheres Eigentum handeln, das bereits an jemanden, etwa an ein Kind, ein Enkelkind oder ein anderes Familienmitglied, überschrieben wurde. Mietfreie Wohnverhältnisse finden sich signifikant häufiger in ländlichen Regionen (siehe Abbildung 16). Dort ist im Allgemeinen auch die Situation häufiger zu finden, dass mehrere Generationen unter einem Dach leben, etwa in Mehrfamilienhäusern oder auf Landwirtschaften. Hingegen sind Mietverhältnisse hauptsächlich in der Stadt zu finden.

In einzelnen Fällen war keine der gängigen Wohnformen zutreffend, z.B. wenn ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin in einem Kloster lebte. Diese wurden als „andere Wohnformen" codiert.

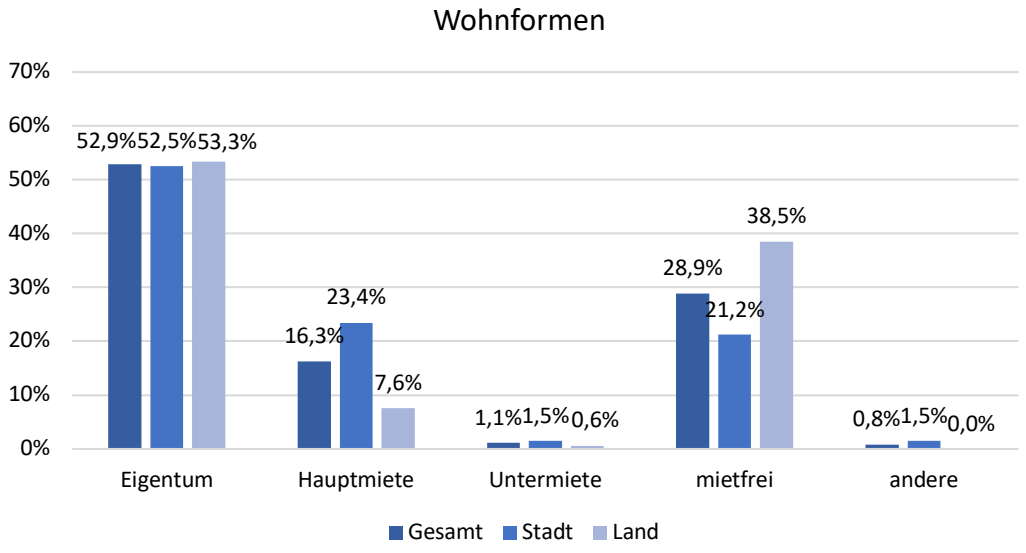


Abbildung 16: Wohnformen – gesamt und nach Stadt/Land

Haushaltsgröße

Fast die Hälfte der Befragten in Privathaushalten (40,7%) lebt alleine. Dies betrifft vor allem Frauen: 58,8% der hochaltrigen Frauen in der Stichprobe sind alleinlebend, während dies nur auf 20,6% der Männer zutrifft. Bei 19,6% der Teilnehmer/innen gibt es im selben Haus weitere Haushalte, in denen Angehörige, z.B. Kinder mit ihren Familien, leben. Auch dies ist signifikant häufiger auf dem Land zu finden als in der Stadt (26,9% vs. 14%, $\chi^2(1) = 19.611$, $p < .001$).

Wohnungsgröße

Die hochaltrigen Männer und Frauen in der ÖIHS-Stichprobe leben im Durchschnitt in relativ geräumigen Wohnungen. Im Mittel beträgt die Anzahl der verfügbaren Wohnräume (exkl. Badezimmer, Vorzimmer, Küche) vier Zimmer. Rund zwei Drittel der Wohnungen in der Stichprobe (66,7%) sind Ein- oder Mehrfamilienhäuser oder landwirtschaftliche Wohngebäude. Keineswegs alle hochaltrigen Teilnehmer/innen haben also so viel Wohnraum zur Verfügung. 15,5% der Teilnehmer/innen leben auf relativ kleinem Raum mit max. zwei Zimmern. Dies betrifft vor allem Frauen und sozial schlechter gestellte Personen (siehe unten).

Ausstattung

Mit Blick auf die Ausstattung der Wohnungen kann insgesamt ein recht guter Zustand konstatiert werden. Es finden sich in der Stichprobe praktisch keine Substandard-Wohnungen. Nahezu alle in Privathaushalten lebenden Teilnehmer/innen verfügen über eine eigene Toilette (99,5%) und ein eigenes Bad bzw. Dusche (99,7%) innerhalb der Wohnung. Die meisten Wohnungen sind auch mit einer Waschmaschine (94,8%) und einer Zentralheizung (90,1%) ausgestattet. Praktisch alle Befragten besitzen ein Telefon – entweder Festnetz oder Mobiltelefon, zwei Drittel der Befragten (67,3%) besitzen sogar beides. Auch einen Fernsehapparat besitzen fast alle der Befragten (98,5%).

Immerhin die Hälfte der hochaltrigen Teilnehmer/innen (50,9%) gibt an, einen Computer zu besitzen, und 56,6% verfügen über einen Internetanschluss. Vergleicht man dies mit den Ergebnissen der ÖIHS-Ersterhebung im Jahr 2013, als der Anteil der Teilnehmer/innen mit Internetanschluss lediglich 35,7% betrug (ÖPIA 2015: 103), deutet dies auf eine signifikante Zunahme der Internetnutzung unter hochaltrigen Menschen in den vergangenen Jahren hin.

76,4% verfügen schließlich auch über einen Garten, 81,7% zumindest über einen Balkon oder eine Terrasse. Die Verfügbarkeit eines Gartens hängt zum einem vom Haustyp ab, zum anderen davon, ob jemand in der Stadt oder auf dem Land lebt: 89,9% der Teilnehmer/innen aus ländlichen, jedoch nur 66% der Teilnehmer/innen aus städtischen Regionen können einen Garten nutzen ($\chi^2(1) = 49.269$, $p < .001$).

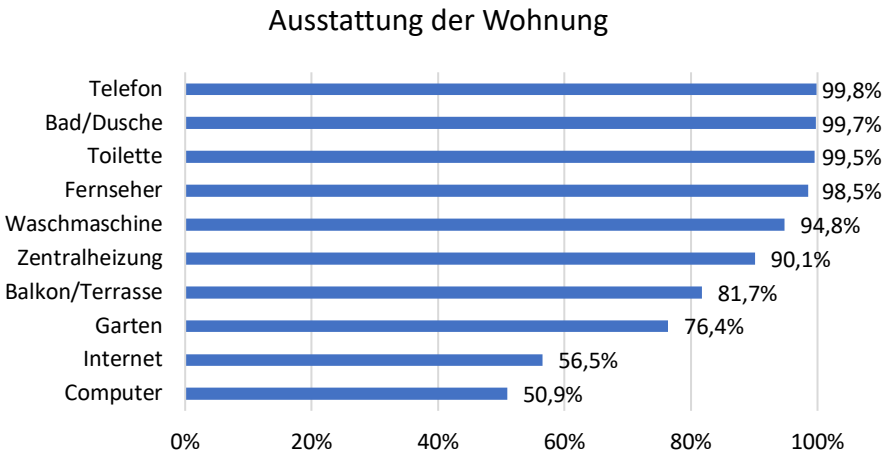


Abbildung 17: Ausstattung der Wohnung

Zustand der Wohnungen

Auch der allgemeine Zustand der Wohnungen kann überwiegend als gut beurteilt werden. Die Beurteilung beruht auf einer Einschätzung der Interviewer/innen während der bei den Teilnehmer/innen zuhause stattgefundenen Befragung und erfolgt auf einer Skala von 1 (guter Zustand) bis 4 (baufällig). Dabei wurde der Zustand der Wohnungen in 93,7% der Fälle als gut eingeschätzt. 5,9% der Wohnungen wurden als teilweise renovierungsbedürftig beurteilt. Lediglich ein ganz kleiner Anteil von 0,5% befand sich den Einschätzungen der Interviewer/innen zufolge in einem schlechten baulichen Zustand.

Zufriedenheit mit Wohnumgebung

Auch die Zufriedenheit mit der Wohnumgebung und der im Wohnort verfügbaren Infrastruktur ist unter den hochaltrigen Teilnehmer/innen überwiegend hoch. Abgefragt wurde die Zufriedenheit mit diversen Aspekten und Bereichen der Wohnumgebung auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 4 (unzufrieden). Am zufriedensten („sehr zufrieden" bzw. „eher zufrieden") sind die befragten Teilnehmer/innen mit der Sicherheit in der Wohnumgebung (93,7%). Dies ist insofern ein interessantes Ergebnis, als häufig davon ausgegangen wird, dass alte Menschen besonders zu Unsicherheitsgefühlen neigen (z.B. Angst vor Kriminalität). Zu bedenken wäre allerdings, dass dieses Ergebnis möglicherweise, zumindest zum Teil, durch eine Selektivität der Stichprobe zustande kommen könnte (überdurchschnittlich hohes Bildungsniveau in der Stichprobe, welches wiederum mit besseren Wohnverhältnissen korreliert). Auch wäre denkbar, dass die Bereitschaft, an einer Studie wie der ÖIHS teilzunehmen, die im eigenen Haushalt durchgeführt wird, mit einem größeren Vertrauen gegenüber Fremden und einem entsprechend höheren Sicherheitsgefühl in Zusammenhang steht. Die Ergebnisse stehen dennoch im Einklang mit den Befunden aus Studien über Kriminalitätsfurcht und Sicherheitsgefühle in der älteren Bevölkerung, die belegen, dass ältere Menschen sich nicht per se unsicherer fühlen als Angehörige jüngerer Altersgruppen (Görgen et al. 2012).

Ebenfalls eine recht hohe Zufriedenheit ergibt die Befragung hinsichtlich der Erreichbarkeit von Apotheken (88,5%), der ärztlichen Versorgung (86,8%), der Einkaufsmöglichkeiten in der näheren Umgebung (82,8%), der Sicherheit als Fußgänger/in (82,4%) sowie mit öffentlichen Parks und Grünanlagen (78,8%). Deutlich geringer ist die Zufriedenheit mit öffentlichen

Verkehrsmitteln (64,6%), dem öffentlichen Parkplatzangebot (55,1%) und öffentlichen Toiletten (28,5%). Hier ist allerdings zu beachten, dass es bei einigen der letztgenannten Bereiche überdurchschnittlich viele fehlende Werte gibt, da Teilnehmende die jeweilige Frage mit „weiß nicht" beantwortet haben. Aufgrund ihrer hohen Häufigkeit wurden derartige Angaben, entgegen der sonst üblichen Praxis in diesem Bericht, nicht herausgerechnet, sondern in der Auswertung berücksichtigt. Die häufige Wahl der Antwortmöglichkeit „weiß nicht" bei einigen abgefragten Bereichen dürfte so zu interpretieren sein, dass viele Befragte diese Aspekte der Wohnumgebung nicht beurteilen konnten oder wollten, entweder weil diese in ihrer Umgebung nicht vorhanden sind (z.B. öffentliche Toiletten) oder weil diese für sie selbst nur geringe Relevanz haben (z.B. öffentliche Parkplätze für Personen ohne Auto oder öffentliche Verkehrsmittel für primär automobile Teilnehmer/innen).

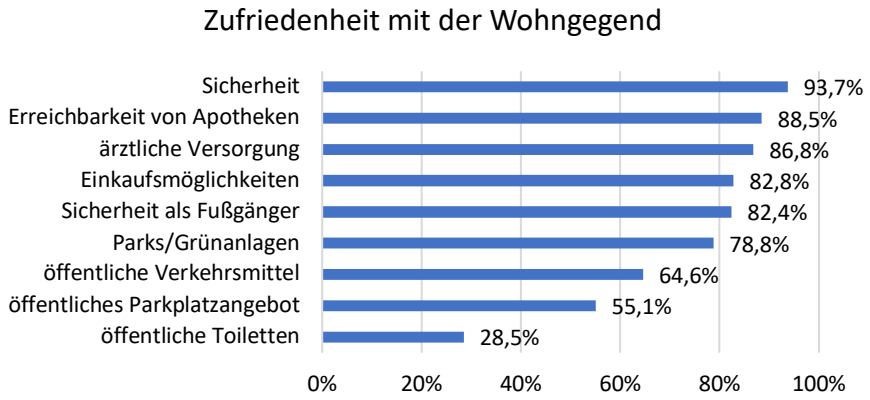


Abbildung 18: Zufriedenheit mit der Wohngegend

Die Zufriedenheit mit der Wohnumgebung hängt sehr stark vom funktionalen Status ab. Personen mit funktionalen Einschränkungen (Frailty) sind beispielsweise signifikant unzufriedener mit den Einkaufsmöglichkeiten für den täglichen Bedarf ($\rho = .140$, $p < .001$), Größere Distanzen zum nächsten Geschäft oder Supermarkt wie auch generell mangelnde Barrierefreiheit im öffentlichen Raum bereiten vor allem Personen mit eingeschränkter Funktionalität und Mobilität Probleme, was sich in einer entsprechend geringeren Zufriedenheit niederschlägt.

Beträchtliche Unterschiede bestehen auch zwischen Stadt und Land: Landbewohner/innen sind signifikant zufriedener u.a. mit der Sicherheit in der Wohnumgebung ($\rho = -.171$, $p < .001$), der Gestaltung von Grün- und Parkanlagen ($\rho = -.143$, $p < .001$) und dem öffentlichen Parkplatzangebot in der unmittelbaren Wohnumgebung ($\rho = -.217$, $p < .001$) – wenngleich auch die Zufriedenheit von Stadtbewohner/innen sich insgesamt auf sehr hohem Niveau befindet. Unzufriedener sind auf dem Land lebende Personen hingegen mit den Einkaufsmöglichkeiten für den täglichen Bedarf ($\rho = .123$, $p = .002$) und mit den öffentlichen Verkehrsmitteln ($\rho = .179$, $p < .001$) – ein Ausdruck des geringeren Angebots an öffentlichen Verkehrsmitteln in ländlichen Regionen und der Angewiesenheit auf das Auto für Einkäufe und andere Dinge des täglichen Lebens.

Präferenzen, Wünsche und Pläne

Welche Präferenzen, Wünsche und Pläne haben die hochaltrigen Teilnehmer/innen bezüglich ihrer Wohnsituation? Hier zeigt sich, dass hochaltrige Menschen ihre aktuelle Wohnsituation eher bewahren und keine Veränderungen vornehmen wollen. 86,6% der Befragten geben an, keine konkreten Wünsche oder Pläne zu haben, was eine Änderung der Wohnsituation betrifft. Lediglich jede/r Achte (13,4%) gibt an, an der Wohnsituation etwas verändern zu wollen. Am häufigsten genannt werden dabei der Umzug in eine Seniorenresidenz oder Betreutes Wohnen (4,2%), der Umzug in ein Pflegeheim (3,4%) und der Aus- bzw. Umbau des Hauses/der Wohnung (2,7%). Es sind dabei vor allem Personen, die bereits von stärkeren altersbedingten körperlichen Einschränkungen betroffen sind (Pre-Frailty und Frailty), die derartige Überlegungen anstellen. Aber auch unter diesen stellen sie eine Minderheit dar und tendiert der Großteil dazu, trotz Einschränkungen in den eigenen vier Wänden zu verbleiben.

Gefragt wurden die Teilnehmer/innen auch, ob und welche andere Wohnformen (außer zuhause) für sie grundsätzlich vorstellbar wären. Die häufigsten Nennungen verzeichnen dabei Seniorenresidenzen (19,6%) und Betreutes Wohnen (16%). 4,7% können sich auch neue Wohnformen wie Mehrgenerationenwohnen oder Wohngemeinschaften vorstellen. Mehr als die Hälfte der befragten hochaltrigen Männer und Frauen (56%) gibt allerdings an, sich für die eigene Person keine der abgefragten alternativen Wohnformen vorstellen zu können, sondern das Leben in den eigenen vier Wänden, in der aktuellen Wohnung, zu bevorzugen.

Auf die Frage, welche Wohn- oder Betreuungsform vorstellbar ist, sollte es einmal nicht mehr anders möglich sein (z.B. aufgrund von Pflegebedarf), präferieren 43,5% 24-Stunden-Betreuung, rund ein Drittel (34,3%) kann sich auch den Umzug in ein Pflegeheim vorstellen. Fast jede/r Fünfte (17,6%) antwortet aber auch auf diese Frage, sich nichts dergleichen vorstellen zu können.

Wünsche und Präferenzen	%
„Ich möchte an Wohnsituation nichts verändern“	86,6%
„Kann mir als alternative Wohnform vorstellen…“	
Seniorenresidenz/-apartment	19,6%
Betreutes Wohnen	16,0%
Mehrgenerationenwohnen, Wohngemeinschaft	4,7%
nichts dergleichen	56,0%
„Kann mir bei Pflegebedürftigkeit vorstellen…“	
24-Stunden-Betreuung	43,5%
Pflegeheim	34,6%
nichts dergleichen	17,6%

Tabelle 44: Wünsche und Präferenzen zum Wohnen

Es bestätigt sich damit einmal mehr der aus der gerontologischen Forschung bekannte Befund, dass alte Menschen so lange wie möglich in der eigenen Wohnung bzw. im eigenen Haus bleiben wollen. Vor allem ein Umzug ins Pflegeheim scheint für die Mehrheit nur als Ultima Ratio in Frage zu kommen.

Wohnsituation nach Geschlecht und Bildung

Wie beim Einkommen gibt es auch hinsichtlich der Wohnsituation zum Teil beträchtliche Differenzen entlang des Geschlechts und der Bildung. Mit Blick auf geschlechtsspezifische

Differenzen besteht der markanteste Unterschied in dem bereits erwähnten Umstand, dass Frauen fast dreimal so häufig alleinlebend sind wie Männer (58,8% vs. 20,6%, $\chi^2(30) = 52.905$, $p = .006$). Der hohe Anteil alleinlebender Frauen ist vor allem auf die höhere Verwitwungsrate bei hochaltrigen Frauen zurückzuführen. Mehr als die Hälfte der Frauen (54,1%) ist verwitwet, während dies auf weniger als jeden fünften Mann (18,7%) zutrifft. Darüber hinaus leben Frauen häufiger auf kleinem Raum (max. zwei Zimmer) (19,4% vs. 11,2%, $\chi^2(30) = 52.905$, $p = .006$), was ebenfalls darauf zurückzuführen sein dürfte, dass sie häufig alleine leben.

Auch Personen mit niedriger Bildung (max. Pflichtschule) sind etwas häufiger alleinlebend als solche mit hoher Bildung (Matura und höher) (45,5% vs. 36,8%) und leben etwas häufiger auf kleinem Raum (19% vs. 13,2%). Die Unterschiede sind allerdings statistisch nicht signifikant. Eine signifikante Differenz besteht allerdings darin, dass sie erheblich seltener über Wohneigentum verfügen, im Vergleich zu hochaltrigen Personen aus höheren Bildungsschichten (44,7% vs. 65,4%, $\chi^2(8) = 39.463$, $p < .001$).

Ein sehr wesentlicher Unterschied, auf den in einem späteren Kapitel noch gesondert eingegangen wird (siehe unten, Kapitel 16), besteht im Übrigen auch darin, dass Frauen und Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung signifikant häufiger in einem Pflegeheim leben.

10. Soziale Beziehungen

Soziale Beziehungen sind im Kontext einer Hochaltrigenstudie aus mindestens zwei Gründen von Bedeutung: Zum einen bringt das hohe Alter, neben einer höheren Wahrscheinlichkeit für gesundheitliche Einschränkungen, auch ein höheres Risiko für soziale Verluste mit sich, insbesondere durch Verwitwung oder durch die Ausdünnung des sozialen Netzes aufgrund des Todes von Freund/innen und Bekannten.

Das im hohen Alter steigende Risiko sozialer Verluste kann bereits daran abgelesen werden, dass mehr als zwei Drittel aller ÖIHS-Teilnehmer/innen (68,5%) angeben, im Laufe der vergangenen drei Jahre mit dem Tod einer oder mehrerer nahestehender Personen konfrontiert gewesen zu sein. Am häufigsten genannt werden dabei Freunde oder Bekannte (43,5%) sowie Geschwister (16,5%). Jede/r Zehnte (10%) hat in diesem Zeitraum auch den Ehemann oder die Ehefrau verloren. Auch gesundheitliche Verluste und Pflegebedürftigkeit können zu einer erheblichen Einschränkung sozialer Kontakte oder letztlich sogar zu sozialer Isolation führen.

Zum anderen ist aus der Forschung bekannt, dass soziale Beziehungen und die Pflege sozialer Kontakte sich positiv auf die physische wie psychische Gesundheit auswirken. Soziale Netzwerke begünstigen die Gesundheit und Überlebenswahrscheinlichkeit älterer Menschen (Berkman & Krishna 2014; Ellwardt et al. 2015) und können zugleich Krankheits- und Genesungsverläufe bei altersassoziierten Erkrankungen wie Demenz, Krebs oder Herzleiden beeinflussen (Kuiper et al. 2015; Pinquart & Duberstein 2010). Auch die psychische Gesundheit wird durch soziale Kontakte bzw. deren Fehlen beeinflusst. So weisen ältere Menschen mit wenigen Sozialkontakten häufiger depressive Symptome auf (Green et al. 2021; siehe auch oben, Kapitel 4.2). Nicht nur soziale Kontakte als solche sind eng mit psychischem und physischem Wohlbefinden im Alter assoziiert, sondern auch die Größe und Qualität des sozialen Netzwerks. So berichten ältere Menschen mit großen und diversen Netzwerken seltener depressive Symptome, Angstzustände und Einsamkeit als Personen mit vergleichsweise kleinen sozialen Netzwerken (Cornwell & Laumann 2015; Fiori & Jager 2012; Litwin & Shiovitz-Ezra 2011; Stephens et al. 2011).

Neben Verwitwung und gesundheitlichen bzw. funktionalen Verlusten gelten in der Forschung auch Kinderlosigkeit und Heimaufenthalt als Faktoren, die sich besonders nachteilig auf die sozialen Beziehungen alter Menschen auswirken und sozialer Isolation und Vereinsamung Vorschub leisten können (Wagner et al. 2010). Kinderlose Menschen sind insbesondere deshalb von einem im Alter abnehmenden sozialen Beziehungsgefüge betroffen, da sich deren soziale Netzwerke vorwiegend aus der eigenen Generation speisen, während Personen mit Kindern auf ein komplexeres und intergenerationales Netzwerk an Beziehungen zurückgreifen können. Zum Beispiel haben Menschen mit Kindern tendenziell mehr Freunde und freundschaftliche Beziehungen zu Nachbarn. Diese Netzwerke sind in weiterer Folge wiederum eine wichtige Ressource, wenn es um soziale Unterstützung und Hilfestellungen im Alltag geht, die bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit erforderlich werden. Speziell alleinlebende Kinderlose weichen hingegen verstärkt auf andere Rollenbeziehungen, wie etwa zu Geschwistern, aus. Kinderlosigkeit wirkt sich mit Blick auf die sozialen Beziehungen vor allem dann besonders nachteilig aus, wenn sie mit anderen Faktoren wie Verwitwung zusammenfällt.

Heimaufenthalt schließlich ist generell mit sozialer Vereinsamung konnotiert, wobei allerdings noch relativ wenig darüber bekannt ist, ob und in welchem Ausmaß nicht auch im Heim soziale Netzwerke bestehen.

Auch der sozioökonomische Status hat einen Einfluss auf die sozialen Beziehungen im hohen Alter. So ist etwa aus wissenschaftlichen Studien bekannt, dass Personen aus höheren sozialen Schichten in der Regel über ein größeres soziales Netzwerk verfügen. Dadurch tragen sie ein geringeres Risiko für soziale Isolation und Vereinsamung als Personen aus niedrigeren sozialen Schichten, da sie Lebensereignisse wie Verwitwung besser zu kompensieren vermögen (Wenger et al. 1996).

Unter besonderer Berücksichtigung all dieser Faktoren und Lebenskonstellationen sollen daher die sozialen Beziehungen hochaltriger Menschen im Folgenden näher betrachtet werden. Methodisch wurde im Hinblick auf die Erhebung der Sozialbeziehungen hochaltriger Menschen so vorgegangen, dass zunächst Informationen über die Familienstruktur (Familienstand, Anzahl Kinder/Enkelkinder, Geschwister etc.) abgefragt wurden. Anschließend wurden soziale Kontakte erfasst, d.h. mit wie vielen nahestehenden Personen regelmäßige Kontakte bestehen (persönlich, telefonisch, schriftlich, E-Mail etc.), um wen es sich bei diesen Personen handelt und wie häufig Kontakte mit diesen Personen stattfinden. Dabei wurden sowohl familiäre als auch außerfamiliäre Beziehungen (z.B. Nachbarn, Freund/innen, Bekannte) berücksichtigt. Keine Berücksichtigung fanden Kontakte innerhalb des Haushalts – beispielsweise Kontakte mit dem Ehepartner/der Ehepartnerin oder einer anderen im selben Haushalt lebenden Person. Im Zentrum stehen somit Sozialkontakte außerhalb des eigenen Haushalts. Die Qualität des Netzwerkes wurde anhand der örtlichen Distanz zu den Kontaktpersonen sowie der Häufigkeit der Sozialkontakte (Kontaktfrequenz) ermittelt. Diese Herangehensweise baut auf der Überlegung auf, dass Beziehungsqualität und räumliche Nähe bzw. Distanz in Wechselwirkung zueinanderstehen und sich gegenseitig verstärken können (Engstler & Huxhold 2010). Auf diese Weise lassen sich auch valide Aussagen über die Stärke und Dichte sozialer Netzwerke treffen sowie über die Verbreitung sozialer Isolation im hohen Alter.

10.1 Familienstand

Betrachtet man zunächst den Familienstand der Teilnehmer/innen, so lässt sich recht klar die hohe Bedeutung der Verwitwung als eine die sozialen Beziehungen im hohen Alter stark prägende Lebenssituation ablesen: 38% der hochaltrigen Teilnehmer/innen sind verwitwet. Dies betrifft – wie bald noch eingehender zu behandeln sein wird – in besonderem Maße Frauen. Die höhere Verwitwungsrate unter Frauen begründet sich durch ihre etwas höhere Lebenserwartung sowie den in Partnerschaften häufig bestehenden Altersvorsprung von Männern.

Etwas mehr als die Hälfte der ÖIHS-Teilnehmer/innen (51,2%) ist verheiratet. Geschiedene und Ledige machen mit 5,8% bzw. 4,2% eine Minderheit aus. Es lässt sich daraus auch ersehen, dass trotz einer Bedeutungszunahme alternativer Lebensformen abseits der Ehe auch im höheren Erwachsenenalter eine willentliche Singularisierung, wie sie in jüngeren Alterskohorten heute relativ weit verbreitet ist, in der hier untersuchten Altersgruppe eher die Ausnahme darstellt. Fast 90% der hochaltrigen Teilnehmer/innen – wenn man Verheiratete

und Verwitwete zusammenfasst – waren oder sind verheiratet, und bei Letzteren wurde die Paarbeziehung erst durch den Tod eines der Ehegatten beendet.

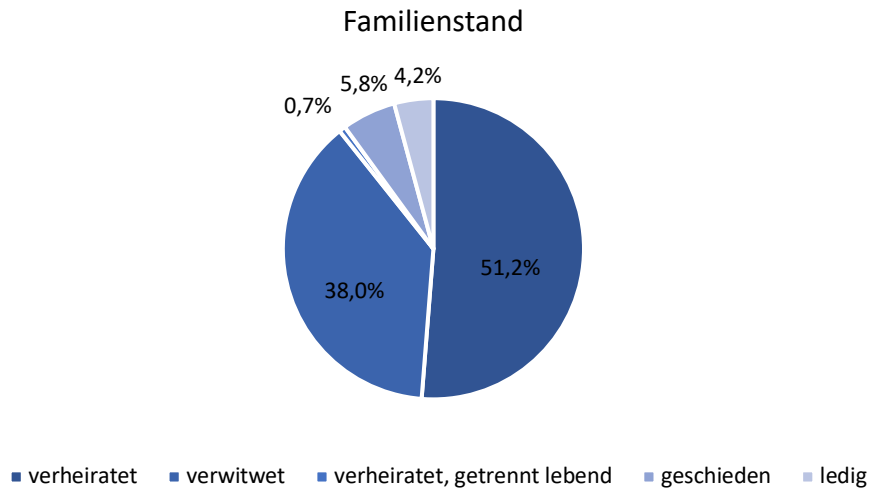


Abbildung 19: Familienstand

Ein großer Teil der Ehen besteht schon über sehr lange Zeit – bei 82,1% der verheirateten Teilnehmer/innen länger als 50 Jahre. Auch der Status der Verwitwung ist bei vielen Personen schon länger gegeben – bei fast der Hälfte der Betroffenen (46,1%) mehr als zehn Jahre.

Darüber hinaus leben 3,6% der Teilnehmer/innen in einer nicht-ehelichen Paarbeziehung oder Lebensgemeinschaft, wobei es sich hier überwiegend um Beziehungen nach Verwitwung oder Scheidung handelt.

Familienstand nach Geschlecht

Wie bereits angedeutet, gibt es beim Familienstand beträchtliche Differenzen nach Geschlecht. In geringerem Ausmaß finden sich auch sozioökonomische Unterschiede, diese kommen jedoch zum größten Teil durch besagte geschlechtsspezifische Differenzen zustande.

Wie aus Tabelle 45 abgelesen werden kann, sind es in erster Linie Frauen, die im hohen Alter von Verwitwung betroffen sind: 54,1% der teilnehmenden Frauen, jedoch nur 18,7% der Männer sind verwitwet. Geradezu diametral stellt sich die Verteilung im Hinblick auf den Ehestatus dar: Nur noch knapp ein Drittel der Frauen (31,4%) ist im hohen Alter verheiratet, hingegen rund drei Viertel der Männer (74,9%). Dies verdeutlicht, dass sich die Situation der Verwitwung und die damit potenziell einhergehenden Herausforderungen vor allem für hochaltrige Frauen stellen. Frauen sind dabei nicht nur häufiger, sondern oftmals auch länger verwitwet als betroffene Männer (länger als 10 Jahre: 49% vs. 36,6%). Darüber hinaus befinden sich Männer, die nicht (mehr) verheiratet sind, signifikant häufiger als Frauen in einer nicht-ehelichen Paarbeziehung (22,6% vs. 2,9%, $\chi^2(1) = 39.723$, $p < .001$). Daraus kann geschlossen werden, dass Männer im Alter weitaus häufiger als Frauen geneigt sind, z.B. nach Verwitwung oder nach Scheidung eine neue Partnerschaft einzugehen. Es kommt hier aber zum Teil sicherlich auch der Umstand zum Tragen, dass alleinstehende Frauen im hohen Alter aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung sowie infolge der geschlechtsspezifischen Diffe-

renzen hinsichtlich des Familienstandes mit einem Mangel an unverheirateten bzw. ungebundenen Männern konfrontiert sind.

Einkommen	insgesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
verheiratet	51,2%	74,9%	31,4%	42,9%	56,6%
verwitwet	38,0%	18,7%	54,1%	49,2%	28,5%
ledig	4,2%	3,7%	7,6%	2,9%	6,2%
geschieden	5,8%	1,9%	6,2%	5,0%	6,9%

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

Tabelle 45: Familienstand – insgesamt sowie nach Geschlecht und Bildung

Signifikante Unterschiede entlang der Bildung finden sich primär zwischen Frauen: Frauen aus dem höchsten Bildungssegment (mind. Matura) sind deutlich seltener verwitwet als Frauen aus der niedrigsten Bildungsgruppe (max. Pflichtschule) (45,5% vs. 61,9%, $\chi^2(8) = 15.772$, $p = .046$) – möglicherweise, weil deren Ehemänner eine höhere Lebenserwartung haben als jene aus niedrigen Bildungsschichten. Darüber hinaus sind ihre Scheidungs- (9,5% vs. 5,4%) und Ledigenquoten (11,2% vs. 3,6%) signifikant höher als unter Frauen mit niedriger Bildung – vielleicht ein Indiz für einen eher berufs- und karriereorientierten Lebensstil in früheren Lebensphasen und eine größere Verfügung über ökonomische Ressourcen.

10.2 Elternschaft

Die häufigste und wichtigste Rollenbeziehung in den sozialen Netzwerken hochaltriger Menschen, abgesehen von der ehelichen Paarbeziehung, ist die Elternschaft. 89,7% der Befragten haben mindestens ein lebendes Kind, davon fast drei Viertel (71,2%) sogar zwei und mehr Kinder. Allerdings weist die Kinderzahl in der Stichprobe eine große Varianz auf, die von einem bis hin zu neun Kindern reicht.

Kinderlosigkeit kommt in der Stichprobe vergleichsweise selten vor, wobei hier unterschieden werden muss zwischen aktueller und lebenslanger Kinderlosigkeit (Wagner et al. 2010). Lebenslange Kinderlosigkeit liegt vor, wenn Personen niemals Kinder hatten. Dies betrifft 9,2% der Teilnehmer/innen. Aktuelle Kinderlosigkeit bedeutet hingegen, dass Personen zum Zeitpunkt der Befragung keine Kinder mehr haben, da mit höherem Alter die Wahrscheinlichkeit zunimmt, dass Kinder versterben und alte Menschen ihre Kinder überleben. 13% der Teilnehmer/innen waren bereits vom Tod eines oder mehrerer ihrer Kinder betroffen. Kinderlosigkeit aufgrund des Todes aller Kinder trifft in der Stichprobe nur auf 1,1% zu.

Kinderlosigkeit ist vor allem ein Phänomen unter ledig gebliebenen Personen – 82,9% von ihnen hatten zum Zeitpunkt der Befragung keine lebenden Kinder. Unter Verheirateten ist dieser Anteil mit 6,9% deutlich geringer.

Während Personen, die lebenslang kinderlos waren, im Alter eher Beziehungen zu Verwandten in direkter Linie aus der eigenen Generation haben, sind hochaltrige Menschen mit Kindern häufig auch Groß- oder sogar Urgroßeltern. Der Anteil der Großeltern in der Stichprobe ist mit 81,1% recht hoch. Im Mittel haben die hochaltrigen Teilnehmer/innen drei

bis vier Enkelkinder (Mittelwert: 3,4). Die höchste von einer teilnehmenden Person genannte Anzahl an Enkelkindern beträgt 26.

Urgroßeltern sind immerhin 34,1% der Befragten, wobei dies auch vom Alter abhängt. Liegt der Anteil der Urgroßeltern unter den 80- bis 85-Jährigen in der Stichprobe bei 28,6%, beträgt er bei den 86- bis 90-Jährigen 43,2%. Im Mittel haben die Teilnehmer/innen einen Urenkel (Mittelwert: 1,2), bei einem Höchstwert von 25 Urenkeln.

10.3 Geschwister

Eine wesentliche Quelle innerfamiliärer sozialer Beziehungen innerhalb der eigenen Generation sind Geschwister. 62,5% der Teilnehmer/innen haben mindestens einen noch lebenden Bruder oder eine noch lebende Schwester. Beziehungen zu Geschwistern zählen allerdings zu jenen Sozialbeziehungen, bei welchen im hohen Alter die Wahrscheinlichkeit stetig zunimmt, Bezugs- und Kontaktpersonen aufgrund von Tod zu verlieren. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen (57,4%) hat bereits eines oder mehrere Geschwister verloren.

10.4 Verwandtschaftliche Sozialkontakte

Wirft man einen Blick auf die sozialen Kontakte innerhalb der Familie, insbesondere hinsichtlich der Größe des familiären Netzwerks und der Häufigkeit sozialer Kontakte, so kann festgestellt werden, dass die Teilnehmer/innen mehrheitlich über ein relativ großes und dichtes Netz an familialen Beziehungen verfügen. Unberücksichtigt bleiben dabei Kontakte mit Personen, die mit Studienteilnehmer/innen im selben Haushalt leben, d.h. Kontakte mit dem/der Ehepartner/in[23] oder mit im selben Haushalt lebenden Kindern oder Enkelkindern. Hierdurch soll der Fokus auf das soziale Netzwerk außerhalb des eigenen Haushalts gelegt werden.

Erfasst werden nicht nur persönliche Kontakte, sondern auch Kontakte per Telefon, E-Mail und sonstigen Kommunikationsmedien.

38,8% der Befragten geben an, mehr als sechs Personen aus der Familie zu haben, die ihnen wichtig sind und mit denen sie regelmäßigen Kontakt pflegen. Weitere 40,4% geben an, immerhin mit drei bis sechs Personen regelmäßig Kontakt zu haben. Lediglich 3% haben ihren Angaben zufolge keinerlei Kontakt zu Personen aus der eigenen Familie. Ob dies daran liegt, dass sämtliche Mitglieder der Familie bzw. Verwandtschaft zum Zeitpunkt der Befragung bereits verstorben waren oder aus anderen Gründen kein Kontakt zu Familienmitgliedern besteht, wurde nicht erhoben.

[23] Kontakte mit dem Ehepartner/der Ehepartnerin finden nur dann Berücksichtigung, wenn er oder sie nicht demselben Haushalt angehört, z.B. wenn der/die Teilnehmer/in oder deren Partner/in in einem Pflegeheim lebt.

Anzahl Kontaktpersonen	%
> 6 Personen	38,8%
3 – 6 Personen	40,4%
1 – 2 Personen	17,8%
niemand	3,0%

Tabelle 46: Größe des familiären Netzwerks

Der häufigste innerfamiliäre Kontakt im hohen Alter besteht zu den eigenen **Kindern**. Insgesamt 80,4% der Befragten geben an, mit einem oder mehreren ihrer Kinder zumindest wöchentlichen Kontakt zu pflegen, wobei 35% sogar täglich Kontakt mit ihren Kindern haben.

Ein Einflussfaktor, der die Häufigkeit sozialer Kontakte zwischen Eltern und Kindern wesentlich mitbestimmt, ist räumliche Nähe, d.h. die Nähe des Wohnortes der Kinder zu jenem der hochaltrigen Eltern. Fast zwei Drittel (60,6%) jener Befragten, die ein oder mehrere in der Nachbarschaft[24] lebende Kinder haben, geben an, täglichen Kontakt mit diesen zu pflegen. Ist der Wohnort der Kinder weiter weg gelegen (anderer Ort, aber innerhalb einer Stunde erreichbar), so sind es nur noch etwas mehr als halb so viele (35,9%), die täglichen Kontakt zu ihren Kindern haben.

An zweiter Stelle im Hinblick auf innerfamiliäre Sozialkontakte rangieren Kontakte mit **Enkelkindern**. 41,1% der Befragten geben an, zumindest wöchentlich im Kontakt mit einem oder mehreren Enkelkindern zu stehen. 10,6% geben sogar tägliche Kontakte an. Auch hier hat der Wohnort der Enkelkinder einen großen Einfluss auf die Häufigkeit des Kontaktes zu den Großeltern. So hat fast die Hälfte (43,8%) der Personen, deren Enkel in unmittelbarer Nachbarschaft leben, täglichen Kontakt mit diesen. Wohnen die Enkelkinder hingegen weiter weg, sinkt dieser Anteil auf 12,4%.

Eine deutlich geringere Rolle spielen Kontakte zu **Geschwistern**. 21,1% der Teilnehmer/innen haben zumindest einmal wöchentlich Kontakt zu Geschwistern. Die geringere Rolle von Geschwisterbeziehungen im Vergleich zu Kontakten mit Kindern und Enkelkindern wird insbesondere daran ersichtlich, dass immerhin fast zwei Drittel der Befragten (62,5%) über mindestens einen noch lebenden Bruder oder Schwester verfügen. Auch hier ist die Kontakthäufigkeit aber wiederum durch den Faktor geografische Nähe mitbedingt. Entsprechend sinkt der Anteil der Personen mit täglichen Kontakten zu Geschwistern von 33,3%, wenn die Geschwister in der Nachbarschaft leben, auf 8,4%, wenn die Geschwister in einem weiter entfernten (aber innerhalb einer Stunde erreichbaren) Ort wohnen.

Einen erheblichen Einfluss auf die Häufigkeit von Kontakten mit Familienangehörigen, insbesondere Kindern, hat der Familienstand: Fast die Hälfte der verwitweten Teilnehmer/innen (44,8%) geben tägliche Kontakte mit einem oder mehreren ihrer Kinder an. Unter Verheirateten ist es hingegen nur jede/r Dritte (32,7%) ($\chi^2(6) = 12.976$, $p = .043$). Das kann ein Hinweis darauf sein, dass Verwitwete häufiger Kontakt zu ihren Kindern suchen (und umgekehrt).

[24] Unter „Nachbarschaft" fallen auch andere Haushalte im selben Haus.

10.5 Außerfamiliäre Sozialkontakte

Neben familiären Netzwerken und Beziehungen muss insbesondere den sozialen Beziehungen zu Freunden und Bekannten eine große Rolle im Hinblick auf die soziale Agilität und Zufriedenheit im hohen Alter zugesprochen werden. Die hohe Bedeutung von freundschaftlichen Beziehungen im hohen Alter wird unter anderem daran sichtbar, dass mehr als ein Drittel der Befragten (37,1%) angibt, mehr als sechs Personen im persönlichen Freundeskreis zu haben, die einem wichtig sind und mit denen regelmäßig Kontakte gepflegt werden. Weiter 40,1% pflegen immerhin noch enge freundschaftliche Kontakte zu 3-6 Personen. Es findet sich aber auch eine nicht unwesentliche Anzahl an Befragten, die zum Befragungszeitpunkt keine relevanten Kontaktpersonen außerhalb der eigenen Familie nennen konnten.

Anzahl Kontaktpersonen	%
> 6 Personen	37,1%
5 – 6 Personen	17,9%
3 – 4 Personen	22,2%
1 – 2 Personen	14,2%
niemand	8,6%

Tabelle 47: Größe des außerfamiliären Netzwerks

Unterschiedliche Faktoren nehmen hierbei einen Einfluss auf die Größe des außerfamiliären Netzwerks. Wie die Ergebnisse zeigen, stellt der gesundheitliche Aspekt eine statistisch signifikante Größe dar, wobei Personen mit besserem gesundheitlichem und funktionalem Status auch auf einen größeren Pool an Freunden und Bekannten zurückgreifen können ($\chi^2(15) = 92.276$, $p < .001$). Mehr als die Hälfte (54,4%) der Studienteilnehmer/innen mit sehr gutem funktionalem Status („rüstig") gaben an, regelmäßige Kontakte zu mehr als sechs Personen außerhalb der Familie zu haben. Indes sind es lediglich 19,5% bei Personen mit ausgeprägter Frailty, die über einen vergleichbar großen Freundes- und Bekanntenkreis verfügen. Funktional stark eingeschränkte Personen befinden sich auch am häufigsten in der Situation, gar keine außerfamiliären Kontakte zu Freunden oder Bekannten zu haben. Dies trifft auf mehr als ein Viertel (27,3%) der Teilnehmer/innen im Frailty-Segment zu. Hingegen ist dies nur bei 2,9% der „Rüstigen" der Fall. Dieser Umstand verdeutlicht, dass körperliche Gebrechlichkeit einen starken Treiber für soziale Isolation darstellen kann.

Aber nicht nur der funktionale Status, auch der Familienstand hat einen maßgeblichen Einfluss auf die Größe des außerfamiliären Netzwerks ($\rho = -.126$, $p < .001$), wobei Verheiratete über ein größeres Netzwerk verfügen als Verwitwete. Dies kann dadurch erklärt werden, dass Verwitwung häufig auch mit einer Verringerung des Freundeskreises einhergeht, gerade wenn dieser mit dem Ehepartner/der Ehepartnerin geteilt wurde. Kompensiert wird dieser Verlust dann häufig durch einen verstärkten Kontakt zu Verwandten, z.B. zu den eigenen Kindern (Wagner et al. 2010).

Unter Berücksichtigung der Kontaktfrequenz lassen sich Unterschiede hinsichtlich der Bedeutung von außerfamiliären im Vergleich zu familialen Beziehungen im Leben hochaltriger Menschen feststellen: 58,4% geben an, mindestens einmal pro Woche Kontakt mit Freunden oder Bekannten zu pflegen. Damit rangieren außerfamiliäre Sozialkontakte deutlich hinter Kontakten zu Kindern (80,4%), jedoch deutlich vor Kontakten mit Enkelkindern (41,1%) oder

Geschwistern (21,1%). Noch deutlicher wird der Unterschied, wenn der Fokus auf tägliche Kontakte gelegt wird: Diese sind im Hinblick auf Freunde und Bekannte in der ÖIHS-Stichprobe mit einer Häufigkeit von 10,5% vergleichsweise selten, vor allem im Vergleich zum Kontakt mit Kindern (35%). Dies verdeutlicht abermals den hohen Stellenwert familialer Beziehungen im hohen Alter, insbesondere zu den eigenen Kindern.

10.6 Soziale Netzwerke

Fasst man verwandtschaftliche/familiäre und außerfamiliäre Sozialkontakte zusammen und betrachtet diese gemeinsam, lassen sich Aussagen über das soziale Netzwerk hochaltriger Menschen insgesamt und dessen Stärke und Dichte treffen. Zwar kommen den unterschiedlichen Bezugsgruppen (Familienmitglieder, Freunde/Bekannte) unterschiedliche Rollen und Funktionen innerhalb des sozialen Netzwerks zu, dennoch ist ein solcher Blick auf die Stärke des gesamten sozialen Netzwerkes instruktiv, da auf diese Weise auch Einflussfaktoren analysiert werden können, die die Stärke des sozialen Netzwerkes mitbedingen.

Für die Berechnung wurde ein Produkt aus der Anzahl der Kontaktpersonen aus Familie sowie Freundes- und Bekanntenkreis und der gemittelten Frequenz der Kontakte zu diesen Personengruppen gebildet. Je höher die Anzahl der Kontaktpersonen im familiären und außerfamiliären Netzwerk und je häufiger oder regelmäßiger die Sozialkontakte mit Familie, Freunden und Bekannten, desto höher der für die Bestimmung der Netzwerkstärke maßgebende Punktewert. Berücksichtigt wurde außerdem die Haushaltsgröße (alleinlebend/ nicht alleinlebend) sowie das Vorhandensein anderer Haushalte mit Familienmitgliedern im selben Haus. Um darüber hinaus den Aspekt der sozialen Versorgung in die Analyse zu integrieren, wurde auch das Vorhandensein von Personen in unmittelbarerer Nachbarschaft, die ggf. um eine Gefälligkeit ersucht werden können, in die Berechnung der Netzwerkstärke eingeschlossen. Der daraus resultierende Summenwert gibt die Stärke des sozialen Netzwerks wieder. Auf dieser Basis wurden entsprechende Gruppen mit unterschiedlicher Netzwerkstärke gebildet[25], welche samt ihrer prozentualen Verteilung in Abbildung 20 dargestellt werden.

Die Verteilung lässt erkennen, dass immerhin etwas mehr als jeder/r Fünfte (21,3%) in einem größeren Netzwerk mit relativ hoher Kontaktfrequenz agiert („starkes" und „relativ starkes Netzwerk"), während weitere 44,6% zumindest über ein mittelstarkes Netzwerk verfügen. Ein Drittel der Teilnehmer/innen (33,3%) kann jedoch nur auf ein (relativ) schwaches soziales Netzwerk von kleinerer Größe und geringerer Kontaktfrequenz zurückgreifen. Völlige soziale Isolation ohne wichtige, nahestehende Kontaktpersonen, weder innerhalb noch außerhalb der Familie, ist hingegen mit 0,7% in der ÖIHS-Stichprobe eine sehr seltene Ausnahme.

[25] Cut-off-Werte: 0 (Punkte) = kein Netzwerk, 1-19,9 = schwaches Netzwerk, 20-39,9 = relativ schwaches Netzwerk, 40-64,9 = mittelstarkes Netzwerk, 65-79,9 = relativ starkes Netzwerk, 80-108 = starkes Netzwerk

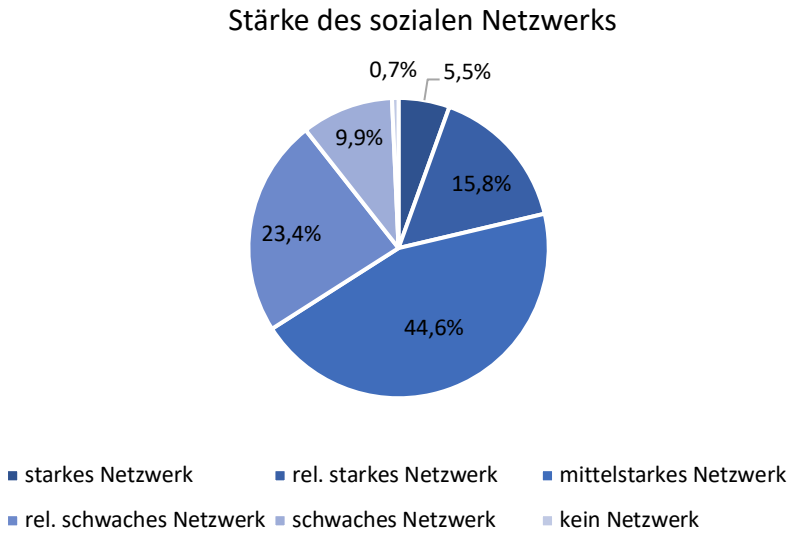


Abbildung 20: Stärke des sozialen Netzwerkes

Eine Analyse potenzieller Einflussfaktoren auf die Größe und Stärke des sozialen Netzwerkes ergibt, dass diese vor allem mit der gesundheitlichen und funktionalen Verfassung der hochaltrigen Person korrelieren ($\chi^2(15) = 64.394$, $p < .001$). Konkret zeigt sich dies darin, dass Personen mit guter funktionaler Gesundheit („rüstig" oder „fit") eher ein stärkeres soziales Netzwerk haben als Personen mit ausgeprägten funktionalen Einschränkungen („pre-frail" oder „frail") (27,5% vs. 18,3%). Hingegen verfügen funktional eingeschränkte Personen häufiger über ein schwaches oder gar kein soziales Netzwerk als „rüstige" und „fitte" Teilnehmer/innen (14% vs. 3,9%).

Auch für die Wohnform ($\rho = -.218$, $p < .001$), den Familienstand ($\chi^2(20) = 30.605$, $p = .029$) und die Kinderzahl ($\rho = .156$, $p < .001$) besteht eine statistisch signifikante Korrelation mit der Größe und Stärke des sozialen Netzwerks, wobei für Pflegeheimbewohner/innen, Verwitwete, Ledige und Personen ohne Kinder die Wahrscheinlichkeit besonders hoch ist, im hohen Alter über kleinere und schwächere soziale Netzwerke zu verfügen als andere Personengruppen. Diese tragen daher auch ein größeres Risiko für soziale Isolation (siehe unten, Kapitel 10.8). Verwitwung wirkt sich dabei besonders schwer aus, wenn sie gemeinsam mit Kinderlosigkeit auftritt: Während immerhin 19,4% der Verwitweten mit Kindern über ein (relativ) großes Netzwerk verfügen, trifft dies auf niemanden zu, der/die zugleich verwitwet ist und keine Kinder (mehr) hat.

Das vergleichsweise kleine soziale Netz von Pflegeheimbewohner/innen – lediglich 9,5% von ihnen verfügen über ein starkes soziales Netz (im Vergleich zu 22,9% in Privathaushalten) – lässt sich freilich in den meisten Fällen durch die Pflegeheimsituation selbst erklären, da der Umzug in ein Pflegeheim häufig das Verlassen der gewohnten Umgebung bedeutet, was sich in der Regel nachteilig auf die bisher unterhaltenen sozialen Beziehungen auswirkt (so z.B. zu Nachbarn oder Freunden in der näheren Umgebung). Zum Teil dürfte es aber auch so sein, dass ein bereits erodiertes soziales Netz den Umzug ins Pflegeheim maßgeblich begünstigt, insofern der geringere soziale Rückhalt bei beginnender Pflegebedürftigkeit die Wahl informeller Lösungen (z.B. Pflege durch Kinder oder andere Verwandte) und damit den längeren Verbleib in den eigenen vier Wänden unwahrscheinlicher macht.

Soziale Netzwerke nach Geschlecht und Bildung

Auch Geschlecht und Bildung haben den ÖIHS-Daten zufolge einen erheblichen Einfluss auf die Stärke des sozialen Netzwerks im hohen Alter (Tabelle 48). Frauen verfügen dabei signifikant seltener über ein (relativ) starkes Netzwerk als Männer ($\chi^2(5) = 11.701$, $p = .039$). Dies ist darauf zurückzuführen, dass Frauen häufiger verwitwet sind und häufiger in einem Pflegeheim leben – beides Faktoren, die sich, wie gezeigt, nachteilig auf die sozialen Beziehungen und Netzwerke im hohen Alter auswirken.

Stärke d. sozialen Netzwerks	insgesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
Kein Netzwerk	0,7%	0,6%	0,8%	0,5%	0,9%
Schwaches Netzwerk	9,9%	8,0%	11,6%	15,1%	4,4%
Relativ schwaches Netzwerk	23,4%	22,4%	24,3%	29,6%	17,5%
Mittelstarkes Netzwerk	44,6%	43,3%	45,9%	40,2%	48,9%
Relativ starkes Netzwerk	15,8%	20,6%	11,6%	10,6%	21,4%
Starkes Netzwerk	5,5%	5,2%	5,8%	4,0%	7,0%

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

Tabelle 48: Netzwerkstärke nach Geschlecht und Bildung

Noch deutlicher ist der Einfluss der Bildung. Dieser schlägt sich darin nieder, dass Personen aus hohen Bildungsschichten (mind. Matura) statistisch gesehen über größere und stärkere soziale Netzwerke verfügen als Personen mit niedriger Bildung (max. Pflichtschulabschluss) ($\chi^2(10) = 31.277$, $p < .001$). Der Anteil von Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung, die nur ein schwaches oder gar kein Netzwerk haben, ist dreimal so hoch wie unter Teilnehmer/innen aus dem höchsten Bildungssegment (15,6% vs. 5,3%). Es bestätigt sich damit der aus der Forschung bekannte Befund, dass der sozioökonomische Status beträchtliche Auswirkungen auf soziale Beziehungen und Netzwerke im hohen Alter hat. Zum Teil kommt auch hier die geringere Netzwerkstärke niedrig gebildeter Gruppen dadurch zustande, dass niedrige Bildung zugleich mit Geschlecht und Pflegeheimaufenthalt korreliert ist, Personen mit niedriger Bildung also häufiger weiblich und Pflegeheimbewohner/innen sind. Der Zusammenhang mit der Bildung bleibt aber auch bei statistischer Kontrolle dieser beiden intervenierenden Variablen bestehen.

10.7 Zufriedenheit mit Sozialbeziehungen

Unabhängig von den beschriebenen quantitativen Ausprägungen und Eigenschaften sozialer Netzwerke (Größe des sozialen Netzwerks und Kontakthäufigkeit mit Familienmitgliedern sowie Freunden/Bekannten) ist es letztlich die Zufriedenheit der jeweiligen Person mit ihren bestehenden Sozialbeziehungen, die ein wichtiges Qualitätsmaß für das soziale Beziehungsgeflecht einer Person darstellt. Die Qualität sozialer Beziehungen kann zum Beispiel durch Intimität bzw. Verbundenheit, Aufgeschlossenheit, Gegenseitigkeit, Zugänglichkeit, Kontinuität und Zugehörigkeit beschrieben werden (Mehndiratta 1987). Wenngleich die Qualitäten sozialer Beziehungen innerhalb des familiären und außerfamiliären Netzwerkes im Rahmen der ÖIHS nicht differenziert erhoben werden, können auf Basis der Frage nach der Zufriedenheit mit den familiären sowie außerfamiliären Beziehungen der Studien-

teilnehmer/innen Rückschlüsse auf die zugrundeliegende Qualität der sozialen Kontakte in und außerhalb der Familie gezogen werden.

Die Zufriedenheit mit den Sozialbeziehungen wird in der ÖIHS mithilfe eines Items erhoben, das die individuelle Bewertung der aktuellen Beziehung sowohl zur Familie als auch zu Freunden und Bekannten auf einer fünfstufigen Skala von „sehr gut" bis „sehr schlecht" erfasst.

Die **Zufriedenheit mit der Beziehung zur Familie** stellt sich dabei als relativ hoch heraus: Mehr als zwei Drittel der Studienteilnehmer/innen (70,1%) beurteilen ihre aktuelle Familienbeziehung als sehr gut, weitere 23,8% als gut. Lediglich 1,3% stufen die derzeitige Beziehungsqualität zur Familie als schlecht oder sehr schlecht ein (Tabelle 49). Die Bewertung der Familienbeziehung korreliert mit der Kontakthäufigkeit ($\rho = .205$, $p < .001$) sowie mit der räumlichen Nähe zu den eigenen Kindern ($\rho = .144$, $p < .001$). Dies unterstreicht einmal mehr den Stellenwert, der Kindern als Bezugspersonen im hohen Alter zukommt, und die Bedeutsamkeit eines regelmäßigen persönlichen Kontakts zu diesen für die Zufriedenheit mit der Familienbeziehung. Einen signifikanten Zusammenhang mit der Beurteilung der Familienbeziehungen ergibt die Analyse darüber hinaus für den Familienstand ($U = 35\,600$, $p = .031$), wobei Verwitwete, Geschiedene und Ledige die Beziehung deutlich schlechter bewerten als Verheiratete.

Bewertung der Beziehung	Familie	Freunde/Bekannte
sehr gut	70,1%	55,9%
gut	23,8%	38,0%
mittel	4,9%	5,6%
schlecht	0,9%	0,4%
sehr schlecht	0,4%	0,1%

Tabelle 49: Bewertung der Beziehung zur Familie vs. zu Freund/innen und Bekannten

Die Beschreibung der Qualität der **Beziehungen zu Freund/innen und Bekannten** stützt sich – wie bei der Qualität der Familienbeziehung – auf Daten zur Bewertung freundschaftlicher Beziehungen. Es gelten daher im Folgenden dieselben methodischen Einschränkungen. Dabei ist zunächst zu konstatieren, dass die Zufriedenheit mit der Beziehung zu Freunden und Bekannten weniger positiv ausfällt als bei den Familienbeziehungen. Nur 55,9% der Teilnehmer/innen beurteilen ihre Beziehung zu Freund/innen und Bekannten als sehr gut (im Vergleich zu 70,1% bei den Familienbeziehungen). Ausdrücklich negative Bewertungen sind jedoch auch hier mit einem Anteil von 0,5% eine Seltenheit.

Wie bereits bei der Analyse der innerfamiliären Beziehungsqualität ergeben sich auch für die Beziehungen zu Freund/innen und Bekannten einige signifikante Unterschiede. So besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit dem funktionalen Status ($\rho = .148$, $p < .001$) sowie der Kontakthäufigkeit ($\rho = .166$, $p < .001$). Der Zusammenhang mit dem funktionalen Status dürfte dem Umstand geschuldet sein, dass Gesundheit und Funktionalität wesentliche Voraussetzungen für ein aktives Sozialleben und die Pflege sozialer Kontakte sind. Die Ergebnisse verdeutlichen aber vor allem, dass regelmäßige Kontakte mit Freunden und Bekannten die Zufriedenheit mit den eigenen Sozialbeziehungen positiv beeinflussen können.

Zufriedenheit mit Sozialbeziehungen nach Geschlecht und Bildung

Sowohl Männer als auch Frauen beurteilen ihre Sozialbeziehungen überwiegend als gut. Unterschiede bestehen allenfalls darin, dass hochaltrige Frauen ihre Familienbeziehung insgesamt etwas positiver bewerten als Männer (gut/sehr gut: 95,6% vs. 91,8%, $\chi^2(4) = 10.725$, $p = .030$). Auch entlang der Bildung sind nur geringe Unterschiede festzustellen. Unterschiede betreffen hier vor allem außerfamiliäre Beziehungen, wobei Personen mit hoher Bildung ihre Beziehung zu Freund/innen signifikant häufiger als sehr gut beurteilen als Personen mit niedriger Bildung (61,7% vs. 46,6%, $\chi^2(8) = 16.446$, $p = .036$). Sehr gute und gute Einschätzungen zusammengenommen, schrumpfen die Differenzen allerdings auf weniger als drei Prozentpunkte (95% vs. 92,2%). Das heißt, auch bei Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung liegt die Zufriedenheit mit freundschaftlichen Beziehungen insgesamt auf recht hohem Niveau.

10.8 Soziale Isolation

Wie bereits eingangs erwähnt, kommt es im hohen Alter bei vielen Erwachsenen zu einer Verkleinerung des sozialen Netzwerks und einer Verringerung sozialer Kontakte. Dies ist teilweise auf die zunehmende Wahrscheinlichkeit älterer Menschen zurückzuführen, nahestehende Personen gleichen Alters, insbesondere den Ehepartner/die Ehepartnerin, durch Tod zu verlieren. Zudem führen Einschränkungen in der Mobilität dazu, dass die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte zunehmend erschwert wird und Sozialkontakte in weiterer Folge abnehmen. Damit steigt auch das Risiko für soziale Isolation und Einsamkeit.

Auf Einsamkeit und ihre Häufigkeit in der hochaltrigen Bevölkerung wurde bereits in einem früheren Kapitel eingegangen (siehe Kapitel 4.3). Dabei hat sich gezeigt, dass Einsamkeitsgefühle – durchaus im Widerspruch zu gängigen gesellschaftlichen Altersbildern – in der hier im Zentrum stehenden Stichprobe wenig verbreitet ist. Ermittelt wurde eine Prävalenz von lediglich 2,1%, wobei Einsamkeit definiert wird als häufige oder ständige Einsamkeitsgefühle.

Wie verhält es sich nun in der ÖIHS-Stichprobe mit sozialer Isolation als objektiver Dimension dieses Phänomens, im Lichte der oben dargestellten Befunde zu den sozialen Beziehungen und den sozialen Netzwerken hochaltriger Menschen? Wie gezeigt, verfügen viele der Teilnehmer/innen – bei großen interindividuellen Unterschieden – über ein relativ großes und starkes soziales Netzwerk mit einer relativ großen Zahl an Kontaktpersonen und regelmäßigen familiären wie außerfamiliären Sozialkontakten. Sozial sehr stark isolierte Personen sind im Sample eher die Ausnahme.

Definiert man soziale Isolation als einen Mangel an wichtigen Bezugs- und Kontaktpersonen sowie an regelmäßigen Kontakten mit Menschen außerhalb des eigenen Haushalts (kein oder sehr schwaches Netzwerk), dann ergibt sich ein Anteil von 10,6%, auf die diese Beschreibung zutrifft.

Ein weiteres geeignetes Maß für die Bestimmung sozialer Isolation ist die Außer-Haus-Mobilität. Wenn Personen das Haus nicht oder kaum mehr verlassen (können), sich ihr Leben also fast ausschließlich innerhalb der eigenen vier Wände abspielt, ist das soziale Leben oft auf ein Minimum reduziert. Legt man hierfür als Kriterium fest, dass die eigene Wohnung

seltener als einmal pro Woche verlassen wird, so trifft dies in der ÖIHS-Stichprobe auf 11% zu.

Variable/ Ausprägung	Schwaches Netzwerk	Geringe Außer-Haus-Mobilität (< 1x/Woche)
Gesamt	10,6%	11,0%
Geschlecht		
Männlich	8,6%	5,9%
Weiblich	12,4%	14,2%
Bildung		
Niedrig	15,6%	17,6%
Hoch	5,3%	10,2%
Funktionaler Status		
rüstig/fit	3,9%	0,8%
pre-frail/frail	14,0%	15,8%
Familienstand		
verheiratet	7,6%	6,2%
verwitwet	14,0%	16,5%
ledig	14,8%	8,6%
geschieden	14,0%	16,7%
Anzahl Kinder		
keine Kinder	16,9%	14,3%
mind. 1 Kind	9,9%	10,5%
Wohnform		
Privathaushalt	8,9%	7,4%
Pflegeheim	27,0%	51,5%

Tabelle 50: Soziale Isolation

Risikofaktoren

Es lassen sich statistisch eindeutige Risikofaktoren identifizieren, die sozialer Isolation im hohen Alter maßgeblich Vorschub leisten können. Der Fokus der Analyse liegt dabei im Folgenden – neben den in diesem Bericht systematisch berücksichtigten Faktoren Geschlecht und Bildung – insbesondere auf den in der Altersforschung mit sozialer Isolation in Verbindung gebrachten Einflussfaktoren Verwitwung, Kinderlosigkeit und Pflegeheim-aufenthalt.

Wie Tabelle 50 zeigt, sind alle diese Indikatoren mit einem zum Teil erheblich erhöhten Risiko für soziale Isolation verbunden. Frauen haben ein bis zu zweimal höheres Risiko als Männer, bei Personen mit niedriger Bildung ist das Risiko sogar bis um das Dreifache erhöht im Vergleich zu Personen mit hoher Bildung. Ein wesentlicher Einflussfaktor ist dabei der funktionale Status: Je gesünder eine Person, desto größer ist das soziale Netzwerk und entsprechend geringer das Risiko für soziale Isolation. Verwitwung ist ebenfalls mit einer höheren Isolationsrate verbunden, wobei allerdings auch Ledige und Geschiedene ähnlich hohe Werte verzeichnen. Auch Kinderlosigkeit geht mit einer signifikant erhöhten Wahrscheinlichkeit für soziale Isolation einher. Der aus der Forschung bekannte negative Effekt von Kinderlosigkeit auf die sozialen Beziehungen und Netzwerke im hohen Alter wird somit auch durch die ÖIHS bestätigt. Besonders negativ wirkt sich ein Pflegeheimaufenthalt

aus. In Pflegeheimen können zwischen 27% (schwaches Netzwerk) und 51,5% (geringe Außer-Haus-Mobilität) als sozial isoliert gelten. Dabei handelt es sich es häufig um Frauen und Niedriggebildete. Der oben dargestellte Zusammenhang zwischen sozialer Isolation und Geschlecht bzw. Bildung ergibt sich daher teilweise bereits durch die signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für Frauen und sozioökonomisch benachteiligte Personen, im hohen Alter in einem Pflegeheim zu leben.

Soziale Isolation ist allerdings nicht gleichbedeutend mit Einsamkeit. Zwar ergibt die Auswertung eine signifikante Korrelation zwischen sozialer Isolation und Einsamkeit. Teilnehmer/innen mit schwachem Netzwerk und deutlich reduzierter Außer-Haus-Mobilität fühlen sich also statistisch häufiger einsam (Tabelle 51). Die absolute Mehrheit der Personen, die nach den in der ÖIHS angelegten Kriterien hinsichtlich Größe und Stärke des sozialen Netzwerks und Außer-Haus-Mobilität als „sozial isoliert" eingestuft werden, gibt dennoch keine oder höchstens selten auftretende Einsamkeitsgefühle zu Protokoll. Bereits ein direkter Vergleich der relativen Häufigkeiten für soziale Isolation (rund 11%) und Einsamkeit (rund 2%) verdeutlicht, dass soziale Isoliertheit keineswegs automatisch mit Einsamkeit einhergeht, soziale Isolation also nicht notwendigerweise auch als solche empfunden werden muss.

Einsamkeit	Oft/immer	manchmal	Selten/nie	Korrelation/ Signifikanz
Gesamt	2,1%	7,8%	90,1%	
Stärke soziales Netzwerk				$\chi^2(4) = 20.100$, $p < .001$
schwach*	8,3%	13,9%	77,8%	
mittel	0,6%	8,8%	90,6%	
(relativ) stark	1,4%	3,4%	95,2%	
Außer-Haus-Mobilität				$\chi^2(12) = 44.992$, $p < .001$
mind. 1x täglich	1,3%	6,6%	92,1%	
mehrmals wöchentlich	1,1%	9,7%	89,2%	
< 1x/Woche	7,9%	10,1%	82,0%	

* Ausprägungen „schwach" und „kein Netzwerk" zusammengefasst

Tabelle 51: Soziale Isolation und Einsamkeit

11. Alltags- und Lebensgestaltung

Dieser Abschnitt widmet sich einigen wesentlichen Aspekten der Alltags- und Lebensgestaltung hochaltriger Menschen. Besonders im Fokus stehen dabei Außer-Haus-Mobilität sowie Alltagsaktivitäten bzw. Zeitverwendung. Außer-Haus-Mobilität bezieht sich primär auf die Häufigkeit und Regelmäßigkeit, mit der hochaltrige Menschen ihre Wohnung verlassen, sowie auf die dabei verrichteten Aktivitäten.

Daten zur Aktivität umfassen vor allem Tätigkeiten, mit denen die Teilnehmer/innen ihre Zeit verbringen und ihren Alltag gestalten, d.h. welchen Beschäftigungen hochaltrige Menschen nachgehen und welche Interessen und Hobbys sie haben. Ein in der aktuellen ÖIHS-Erhebungswelle erstmals zur Anwendung kommender Fragen- und Themenblock betrifft weiters die Internetnutzung im hohen Alter. Eingegangen wird schließlich auch auf Fragen des bürgerschaftlichen Engagements im hohen Alter (ehrenamtliche Tätigkeiten), der Religiosität sowie der Sexualität.

11.1 Außer-Haus-Mobilität

Außer-Haus-Mobilität stellt neben Aktivitäten des täglichen Lebens und sinnstiftender Beschäftigung eines der wichtigen Kriterien sowohl für die Aufrechterhaltung der körperlichen Gesundheit und des funktionalen Status als auch für das psychische Wohlbefinden, die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit dar (Liddle & McKenna 2003; Luiu et al. 2017; Mollaoğlu et al. 2010). So korreliert die allgemeine Lebenszufriedenheit im Alter mit der individuellen Mobilitätszufriedenheit (Engeln & Schlag 2001). Der Mobilität im Alter kommt daher eine wichtige Funktion für den Erhalt physischer, psychischer und sozialer Gesundheit zu.

Zur Erfassung der Außer-Haus-Mobilität im Rahmen der ÖIHS wurden Teilnehmer/innen gefragt, wie häufig sie das Haus bzw. ihre Wohnung verlassen, z.B. für Erledigungen, zum Einkaufen, zum Spazierengehen, für Arztbesuche und Behördengänge oder ähnliches. Gefragt wurde dabei auch, unter welchen Bedingungen die Teilnehmer/innen das Haus verlassen können, d.h. allein, in Begleitung oder mit bzw. ohne Hilfsmittel wie Stock, Rollator etc.

Dabei zeigt sich, dass rund zwei Drittel der befragten Österreicher/innen (67,1%) mindestens einmal am Tag aus dem Haus gehen, mehr als ein Viertel (29,5%) sogar mehrmals täglich (Tabelle 52). 21,9% verlassen ihre Wohnung seltener als täglich, aber immerhin noch mindestens ein- bis zweimal pro Woche. Jede/r Zehnte (11%) geht jedoch seltener als einmal pro Woche aus dem Haus, 2,8% gar nicht. Die letzte Gruppe ist somit im Prinzip völlig an das Haus gebunden.

Verlasse das Haus…	%
mehrmals täglich	29,5%
einmal täglich	37,6%
mind. 1–2x/Woche	21,9%
seltener als 1x/Woche	8,2%
nie	2,8%

Tabelle 52: Außer-Haus-Mobilität

Dass die Außer-Haus-Mobilität bei einem großen Teil der Befragten von einer beeindruckenden Regelmäßigkeit geprägt ist, ist auch dem Umstand geschuldet, dass 67,2% von ihnen noch allein und ohne Hilfsmittel das Haus bzw. die Wohnung verlassen können, also in ihrer Mobilität noch nicht infolge von funktionalen Verlusten oder körperlichen Gebrechen eingeschränkt sind. Weitere 20,8% benötigen beim Verlassen des Hauses zumindest Hilfsmittel wie Stock oder Rollator. 10,7% können das Haus überhaupt nur noch in Begleitung und mit Unterstützung durch andere Personen verlassen.

Um nähere Einblicke in die Außer-Haus-Mobilität und die dabei ausgeübten Aktivitäten sowie die häufigsten Motivationen für das Verlassen des Hauses zu erlangen, wurden die Teilnehmer/innen gefragt, wohin sie gehen, wenn sie das Haus oder die Wohnung verlassen. Abbildung 21 gibt einen entsprechenden Überblick über die Angaben der Teilnehmer/innen.

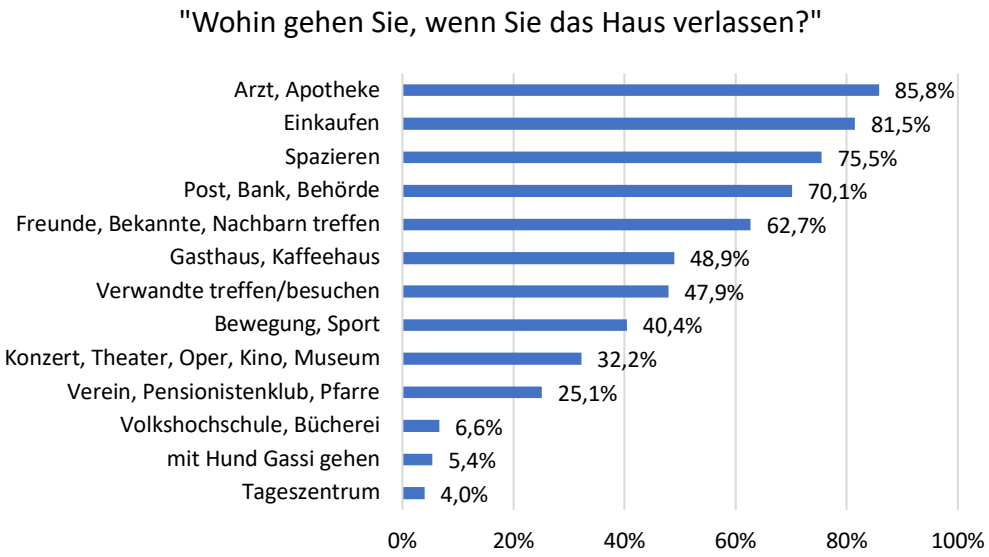


Abbildung 21: Gründe für das Verlassen der Wohnung

Den häufigsten Grund für das Verlassen des Hauses stellen Arzt- und Apothekenbesuche dar (85,8%), gefolgt von Einkäufen (81,5%) und Spaziergängen (75,5%). Interessant ist bei diesem Ergebnis, dass die Außer-Haus-Mobilität primär auf alltägliche Verrichtungen abzielt. Gründe und Ziele, die sich eher auf den sozialen Austausch oder auf Unterhaltung (z.B. Kultur) beziehen, reihen sich quantitativ relativ deutlich hinter derartigen Alltagstätigkeiten ein.

Eine geringe Außer-Haus-Mobilität kann, wie bereits an früherer Stelle gezeigt (Kapitel 10.8), mit sozialer Isolation und einem höheren Risiko für Einsamkeit einhergehen. In der ÖIHS-Stichprobe verlassen 11% seltener als einmal pro Woche ihre Wohnung und können als weitgehend an das Haus gebunden klassifiziert werden. Dies betrifft vor allem funktional stark eingeschränkte Personen (Frailty, $\rho = .351$, $p < .001$), Pflegeheimbewohner/innen ($\rho = .279$, $p < .001$) und Frauen ($\rho = .199$, $p < .001$).

Immerhin 15,2% der befragten Teilnehmer/innen geben an, das Haus bzw. die Wohnung gerne öfter verlassen zu wollen. Von diesen wird ihre Außer-Haus-Mobilität also tatsächlich subjektiv als zu gering erlebt. Dies trifft vor allem auf Personen zu, die auch objektiv eine geringe Außer-Haus-Mobilität haben (< 1x/Woche, $\rho = -.324$, $p < .001$). Gefragt nach dem

Hinderungsgrund, der einem regelmäßigeren Verlassen der Wohnung entgegensteht, wird am häufigsten eine zu schlechte körperliche und gesundheitliche Verfassung angeführt. Darin spiegelt sich abermals der hohe Einfluss von Gesundheit und Funktionalität auf die Außer-Haus-Mobilität wider. Einen Überblick über alle genannten Hinderungsgründe liefert Tabelle 53, wobei sich die Angaben ausschließlich auf jene Teilnehmer/innen beziehen, die zuvor angegeben hatten, gerne öfter außer Haus gehen zu wollen.

Gründe, das Haus nicht häufiger zu verlassen	%
Schlechte körperliche Verfassung	63,9%
Angst vor Sturz	26,9%
Unsicherheit, Ängstlichkeit	22,7%
Keine Begleitung/Unterstützung	21,0%
Wohnhaus/Wohnumgebung nicht barrierefrei	4,2%
Weiß nicht wohin	2,5%

Tabelle 53: Hinderungsgründe für das Verlassen der Wohnung (n=120, Mehrfachnennungen möglich)

Auch die Angst vor Sturz – mit 26,9% am zweithäufigsten genannt – verweist auf Einschränkungen funktionaler Natur, insbesondere des Bewegungsapparats, die im hohen Alter einen maßgeblichen Hinderungsgrund für ein regelmäßiges Verlassen der Wohnung darstellen können. Fehlende Begleitung und/oder Unterstützung deuten hingegen auf einen Mangel an sozialen Ressourcen hin. Insbesondere für alleinstehende Menschen sowie Personen ohne Angehörige (z.B. Kinder) in ihrer näheren Umgebung kann dies eine erhebliche Einschränkung ihrer Mobilität mit sich bringen.

Verkehrsmittelnutzung

Ein Aspekt der Mobilität, der an dieser Stelle abschließend betrachtet werden soll, betrifft die Nutzung von Verkehrsmitteln. Rund die Hälfte der in Privathaushalten lebenden Teilnehmer/innen (50,5%) nutzt für ihre Fortbewegung vorrangig das Auto. Dabei geben 40,2% an, nach wie vor selbst mit dem Auto zu fahren. Hinsichtlich der präferierten Verkehrsmittel und insbesondere der Autonutzung sind jedoch beträchtliche Unterschiede zwischen Stadt und Land festzustellen ($\chi^2(5) = 74.773$, $p < .001$). Am Land stellt das Auto für mehr als zwei Drittel der Befragten das bevorzugte Verkehrsmittel dar, während dies in der Stadt nur auf etwas mehr als halb so viele zutrifft. Dort spielen öffentliche Verkehrsmittel eine ähnlich große Rolle wie das Auto (35,5% vs. 39,9%). Auch Männer nutzen signifikant häufiger das Auto für ihre Alltagswege (63% vs. 38,1%, $\chi^2(5) = 47.502$, $p < .001$) und sind dabei auch häufiger selbst noch aktive Autofahrer (Selbstfahrer) als hochaltrige Frauen (57,7% vs. 22,9%, $\chi^2(1) = 46.321$, $p < .001$).

Bevorzugt genutztes Verkehrsmittel	alle	Stadt	Land
Auto	50,5%	39,9%	64,2%
Öffentliche Verkehrsmittel	23,7%	35,5%	8,2%
Fußgänger/in	16,0%	13,8%	19,0%
Fahrrad	4,4%	4,1%	4,7%
Anderes (z.B. Taxi, Fahrtendienst)	5,3%	6,6%	3,6%

Tabelle 54: Verkehrsmittelnutzung

Außer-Haus-Mobilität nach Geschlecht und Bildung

Die Außer-Haus-Mobilität im hohen Alter unterscheidet sich deutlich nach Geschlecht und Bildung. Auf einzelne geschlechtsspezifische Zusammenhänge wurde bereits hingewiesen, so etwa darauf, dass Frauen, gemessen an ihrer Außer-Haus-Mobilität (< 1x/Woche), signifikant häufiger sozial isoliert sind. 15,2% von ihnen verlassen seltener als einmal pro Woche das Haus (im Vergleich zu 5,9% der Männer). Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass Frauen statistisch stärker von gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen betroffen sind. Das kann auch daran abgelesen werden, dass hochaltrige Frauen deutlich häufiger als Männer nur mit Hilfsmitteln (Stock, Rollator) oder mit Begleitung das Haus verlassen können, was auf entsprechende Einschränkungen in der Mobilität und physischen Funktionalität hindeutet. Trotz einer erheblich geringeren Außer-Haus-Mobilität verspüren hochaltrige Frauen jedoch nicht signifikant häufiger den Wunsch, das Haus regelmäßiger verlassen zu können.

Mit Blick auf bildungsspezifische Effekte gilt Ähnliches. Auch die sich deutlich in den Daten zeigende geringere Außer-Haus-Mobilität niedriggebildeter Personen lässt sich überwiegend auf deren im Schnitt schlechteren funktionalen Status und damit einhergehende Mobilitäts-einschränkungen zurückführen.

Außer-Haus-Mobilität	insgesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
mehrmals täglich	29,5%	38,1%	22,4%	22,7%	36,8%
1x täglich	37,6%	37,0%	38,1%	35,7%	35,7%
mind. 1 – 2x/Woche	21,9%	19,0%	24,2%	23,9%	20,2%
< 1x/Woche	8,2%	3,5%	12,1%	13,4%	6,6%
nie	2,8%	2,4%	3,1%	4,2%	0,7%
Alleine – ohne Hilfsmittel	67,2%	78,9%	57,5%	50,0%	78,8%
Alleine – mit Hilfsmittel	20,8%	14,4%	26,1%	29,8%	12,4%
Mit Begleitperson	10,7%	5,6%	14,9%	18,5%	8,0%
Wunsch, Haus öfter zu verlassen	15,2%	13,2%	16,8%	18,3%	14,3%

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

Tabelle 55: Außer-Haus-Mobilität nach Geschlecht und Bildung

11.2 Aktivitäten und Alltagsgestaltung

Ein zweiter Aspekt, der neben der Außer-Haus-Mobilität in diesem Kapitel näher betrachtet werden soll, sind Aktivitäten und Alltagsgestaltung hochaltriger Menschen. Es kann als wissenschaftlich erwiesen gelten, dass Aktivität bzw. ein aktives Leben positiv sowohl zur Aufrechterhaltung der körperlichen Gesundheit und der physischen Funktionalität (Feskanich et al. 2002) als auch zum psychischen Wohlbefinden und zur Lebenszufriedenheit (Heikkinen 1998) beitragen kann. Speziell älteren Erwachsenen können sinnstiftende Aktivitäten helfen, sich an mögliche Einschränkungen durch chronische Erkrankungen anzupassen (Hutchinson & Nimrod 2012) und negative Lebensereignisse (z.B. den Verlust eines geliebten Menschen) zu überwinden (Janke et al. 2008).

Um einen Einblick in die tägliche Ausgestaltung des Alltags hochaltriger Menschen und regelmäßig ausgeübte Tätigkeiten und Aktivitäten zu gewinnen, wurden die Teil-

nehmer/innen im Rahmen der Erhebung über alltägliche Beschäftigungen, Aktivitäten und Hobbys befragt.

Zudem wurde auf dieser Datengrundlage ein Maß für den „Aktivitätsgrad" erstellt, welcher sich aus der Anzahl regelmäßig ausgeübter Aktivitäten errechnet und über das Ausmaß der Aktivität der Teilnehmer/innen Auskunft geben soll. Unter Berücksichtigung personenbezogener Merkmale und Variablen können hierdurch Faktoren identifiziert werden, die sich negativ auf eine aktive Alltags- und Lebensgestaltung auswirken. Einschränkend ist hier festzuhalten, dass der Aktivitätsgrad ein rein quantitatives Maß darstellt, das über die Anzahl und Vielfalt ausgeübter Aktivitäten Auskunft gibt. Andere Qualitäten, die ebenfalls als Indikatoren für den Aktivitätsgrad einer Person relevant wären – etwa die Intensität, mit der eine bestimmte Aktivität ausgeübt wird –, können damit nicht erfasst werden. Für eine zumindest grobe Einschätzung des Aktivitätslevels hochaltriger Menschen und eine Analyse relevanter Unterschiede und Einflussfaktoren ist das Messinstrument jedoch hinreichend.

Abbildung 22 gibt zunächst einen Überblick über sämtliche abgefragten Aktivitäten und die relative Häufigkeit, mit der diese von den Teilnehmer/innen genannt wurden.

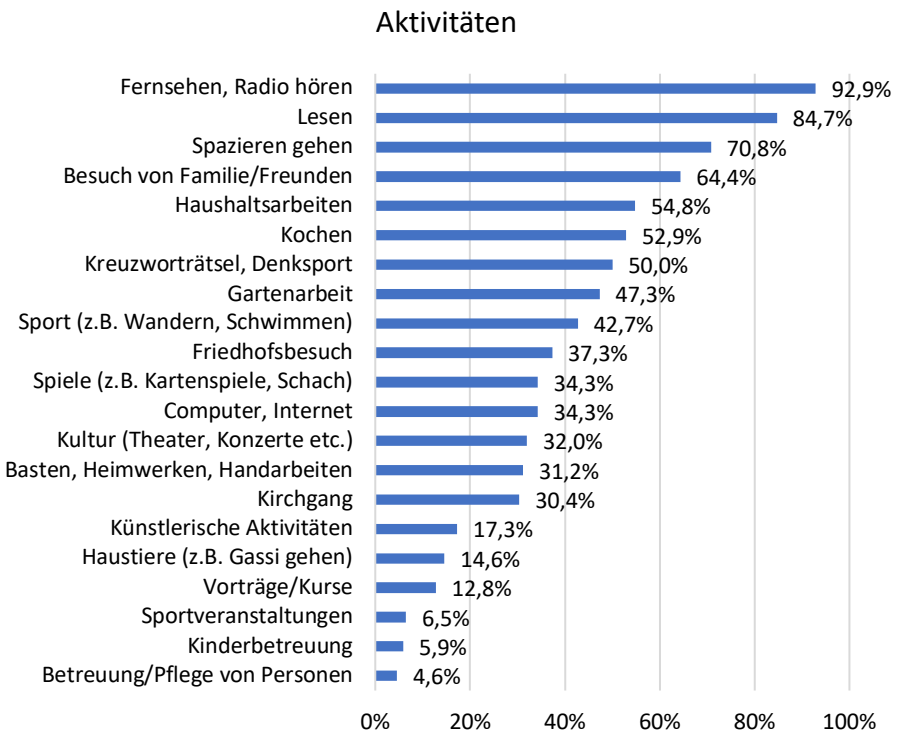


Abbildung 22: Aktivitäten

Die mit 92,9% mit Abstand am häufigsten genannte Aktivität ist Fernsehen und Radio hören, gefolgt von Lesen mit 84,7%. Vor allem Fernsehen nimmt im Alltag vieler hochaltriger Menschen einen relativ breiten Raum ein. Auf die Frage, wie oft und wie lange die Teilnehmer/innen im Durchschnitt fernsehen, geben 91,6% an, (fast) täglich fernzusehen, 24,9% sogar länger als drei Stunden täglich. Dies deckt sich im Wesentlichen mit Befunden aus Erhebungen über die Zeitverwendung im Alter, in denen Fernsehen in der Regel die am häufigsten genannte Tätigkeit alter und hochaltriger Menschen darstellt (Engstler et al. 2004). Signifikante Unterschiede entlang der Bildung, des Geschlechts oder des Alters konnten

dabei keine festgestellt werden. Allerdings ergibt sich beim Lesen ein signifikanter Zusammenhang mit der Bildung insofern, als Lesen von Personen mit höherer Bildung signifikant häufiger als Aktivität genannt wird ($\rho = .152$, $p < .001$).

Nach Spazieren gehen (70,8%) folgen Besuche von Familie und Freund/innen, die von rund zwei Drittel der Teilnehmer/innen (64,4%) als wichtige Alltagsbeschäftigung genannt wurden.

Nur noch etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen kocht selbst (52,9%) oder erledigt andere Haushaltstätigkeiten wie Putzen, Staubsaugen usw. (54,8%). Allerdings gibt es dabei beträchtliche geschlechts- sowie altersspezifische Differenzen, wobei Frauen ($r = .411$, $p < .001$ bzw. $r = .169$, $p < .001$) und jüngere Teilnehmer/innen (80-85 Jahre) ($r = -.103$, $p = .003$ bzw. $r = -.108$, $p = .002$) signifikant häufiger derartige Tätigkeiten angeben. Hier schlagen sich zum einen die in dieser Generation noch stärker ausgeprägten traditionellen geschlechtsspezifischen Rollenverteilungen, zum anderen aber auch der signifikant höhere Verwitwungsgrad von Frauen nieder. Während Männer überwiegend noch in einer Paarbeziehung leben und Haushaltstätigkeiten wahrscheinlich häufig von ihren Ehefrauen übernommen werden, führen sowohl in Paarbeziehungen lebende als auch alleinstehende Frauen diese Tätigkeiten selbst aus oder sind auf Unterstützung von außen angewiesen. Der statistisch signifikante Zusammenhang zwischen Haushaltsarbeiten als Alltagsaktivität und Alter kommt sehr wahrscheinlich dadurch zustande, dass mit höherem Alter funktionale Einschränkungen zunehmen und dazu führen, dass Personen Hilfe im Haushalt in Anspruch nehmen.

Fast jede/r Zweite gibt Gartenarbeiten (47,3%) und Sport (42,7%) als regelmäßige Aktivität an, wobei zu Sport auch Aktivitäten mit moderatem Anstrengungsgrad wie Wandern oder Gymnastik zählen. Die Ausübung sportlicher Aktivitäten korreliert signifikant mit dem funktionalen Status ($\rho = -.243$, $p < .001$) und dem Alter der Teilnehmer/innen ($\chi^2(1) = 23.084$, $p < .001$). Ähnliches gilt für regelmäßige Spaziergänge ($\rho = -.183$, $p < .001$) und Gartenarbeiten ($\rho = -.281$, $p < .001$), die signifikant häufiger von Personen mit höherer Funktionalität und besserem Gesundheitszustand als wesentlicher Bestandteil ihres Alltags genannt wurden.

Friedhofsbesuche (mind. einmal im Monat) gehören für etwas mehr als ein Drittel der Befragten (37,3%) zu ihrem Alltag. Interessanterweise ergeben sich hier trotz der deutlich höheren Verwitwungsrate von Frauen keine statistisch signifikanten geschlechtsspezifischen Zusammenhänge. Frauen besuchen also nicht häufiger Friedhöfe als Männer. Auch regelmäßige Kirchgänge (mind. einmal im Monat) werden von immerhin 30,4% der Teilnehmer/innen als Alltagsaktivität genannt. Dies verweist auf eine in dieser Altersgruppe nach wie vor recht hohe Bedeutung von Religion (siehe Kapitel 11.5).

Für 34,3% stellen Computer und Internet regelmäßige Alltagsbeschäftigungen dar. Das ist ein etwas höherer Anteil als noch bei früheren ÖIHS-Erhebungen (22,9% während der ÖIHS-Ersterhebung 2013, 28,7% während der Folgeerhebung 2019/20). Dies zeigt, dass Computer und Internet langsam, aber stetig auch in der hochaltrigen Bevölkerung Fuß fassen. Allerdings sind auch hier wieder beträchtliche Unterschiede nach Bildung, Geschlecht und Alter zu berücksichtigen. Computer- und Internetnutzer/innen sind mehrheitlich höher gebildet ($\rho = .372$, $p < .001$), männlich ($r = -.259$, $p < .001$) und jünger ($r = -.121$, $p < .001$).

Rund ein Drittel der Teilnehmer/innen (32%) nennen kulturelle Aktivitäten wie Theater-, Opern- oder Konzertbesuche. Hier spielt vor allem der Bildungsgrad eine erhebliche Rolle (signifikant häufigere Nennung durch Personen mit hoher Bildung, $\rho = .305$, $p < .001$). Aber auch der funktionale Status hat einen maßgeblichen Einfluss darauf, ob auch im hohen Alter noch regelmäßige Theaterbesuche und Ähnliches auf dem Programm stehen ($\rho = -.272$, $p < .001$). Auch künstlerische Tätigkeiten wie Malen, Musizieren oder Schreiben – immerhin von jeder bzw. jedem Sechsten (17,3%) genannt – korrelieren mit dem Bildungsgrad und werden signifikant häufiger von Personen mit hoher Bildung angegeben ($\rho = .126$, $p < .001$).

Die regelmäßige Betreuung von Kindern (mind. einmal im Monat) spielt im hohen Alter, wie die Auswertung zeigt, mit einer Häufigkeit von 5,9% nur noch eine untergeordnete Rolle. Dies dürfte u.a. daraus resultieren, dass in einem Alter von 80 und mehr Jahren auch Enkelkinder in vielen Fällen bereits erwachsen sind und die Gelegenheiten zur Kinderbetreuung entsprechend seltener sind. Darüber hinaus ist die Betreuung von Kindern im hohen Alter aufgrund von funktionalen Einschränkungen oftmals bereits zu beschwerlich.

4,6% geben schließlich an, eine hilfs- bzw. betreuungsbedürftige Person zu unterstützen oder zu pflegen. Die meisten Nennungen (52,6%) entfallen dabei auf den eigenen Partner bzw. die Partnerin. Aber auch Freunde (10,5%), Geschwister (7,9%) und Nachbar/innen (5,3%) werden als Empfänger/innen von Betreuungsleistungen genannt. Bei 60,5% der Personen, die angeben, eine andere Person zu betreuen oder zu pflegen, handelt es sich um Männer. Dieses auf den ersten Blick überraschende Ergebnis – die meisten Betreuungs- und Pflegeleistungen werden im Allgemeinen von Frauen erbracht – lässt sich dadurch erklären, dass Männer im hohen Alter signifikant häufiger noch in einer ehelichen Beziehung leben und sich darüber hinaus im Schnitt in einem besseren funktionalen Zustand befinden als Frauen. Die Wahrscheinlichkeit, im hohen Alter die Partnerin betreuen oder zu pflegen, ist vor diesem Hintergrund für Männer entsprechend höher, während Frauen zumeist bereits verwitwet sind.

Aktivitätsgrad

Um eine Aussage über den Aktivitätsgrad, also das quantitative Ausmaß der Aktivität hochaltriger Menschen zu machen, können die abgefragten und oben dargestellten Aktivitäten statistisch zusammengefasst und aus der Häufigkeit der Nennungen eine Maßzahl errechnet werden. Dieser Aktivitätsgrad gibt somit Auskunft über die Anzahl an unterschiedlichen Aktivitäten einer Person und stellt einen Indikator für die Aktivität und eine aktive Lebensgestaltung im hohen Alter dar. Der berechnete Aktivitätsgrad berücksichtigt alle Aktivitäten aus der Aktivitätsbefragung. Zusätzlich gehen Vereinsbesuche und ehrenamtliche Tätigkeiten (siehe unten, Kapitel 11.4) in die Berechnung ein. Daraus ergibt sich ein Index mit einer Skala von 1 bis 24. Bei weniger als sieben genannten Aktivitäten wird der Aktivitätsgrad einer Person als niedrig eingestuft, bei 7-14 Aktivitäten als mittel, und mehr als 14 Aktivitäten schlagen in der Auswertung als hoher Aktivitätsgrad zu Buche.

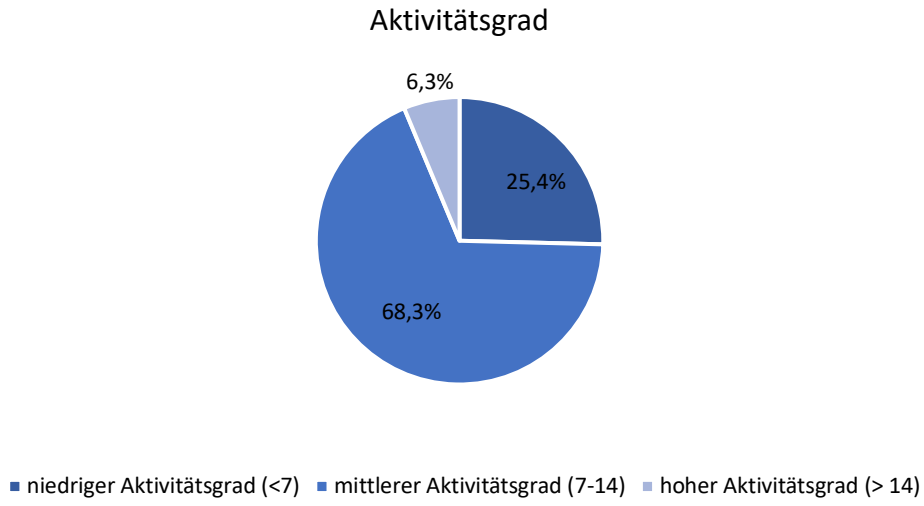


Abbildung 23: Aktivitätsgrad

Wie in Abbildung 23 darstellt, weisen auf dieser Berechnungsgrundlage 6,3% der Teilnehmer/innen einen hohen Aktivitätsgrad auf, 68,3% einen mittleren und 25,4% einen niedrigen Aktivitätsgrad auf. Der Mittelwert liegt bei rund neun Aktivitäten (M=9,1).

Eine nähere Betrachtung der jeweiligen Subgruppen bestätigt abermals die oben erörterten Einflussfaktoren auf die Aktivität hochaltriger Menschen: Der Aktivitätsgrad korreliert signifikant mit dem funktionalen Status (ρ = -.398, p < .001), dem Alter (ρ = -.158, p < .001) und der Bildung einer Person (ρ = .171, p < .001). Je höher der funktionale Status, je höher die Bildung und je jünger die Personen, desto höher stellt sich also der Aktivitätsgrad der Teilnehmer/innen dar. Geschlecht hat hingegen keinen signifikanten Einfluss auf den Aktivitätsgrad. Frauen sind also, trotz einer stärkeren Betroffenheit von funktionalen Einschränkungen, nicht weniger aktiv als Männer.

Die größten Unterschiede ergeben sich dabei entlang des funktionalen Status: Während „rüstige" Teilnehmer/innen im Durchschnitt mehr als 11 Aktivitäten nennen (M=11,5), sind es bei Personen mit Frailty nicht einmal halb so viele (M=5,2). Auch Personen mit hoher Bildung (M=9,9) üben im Mittel um zwei Aktivitäten mehr aus als Personen mit niedriger Bildung (M=7,9). Weniger deutlich, aber dennoch signifikant, sind die altersspezifischen Differenzen (80-85: M=9,6; 86-91: M=8,3). Keine bzw. nur geringfügige Differenzen bestehen zwischen hochaltrigen Männern (M=9,3) und Frauen (M=8,9).

Aktivitätsgrad nach Geschlecht und Bildung

Tabelle 56 gibt etwas detaillierter die relativen Anteile sowie Mittelwerte bezüglich des Aktivitätsgrades, stratifiziert nach Geschlecht und Bildung, wieder. Zu erkennen ist, dass hochaltrige Frauen, trotz einer positiven Korrelation zwischen Aktivitätsgrad und funktionalem Status, keinen signifikant geringeren Aktivitätsgrad aufweisen als hochaltrige Männer. Dies kommt allerdings auch dadurch zustande, dass Tätigkeiten wie Kochen und andere Haushaltsarbeiten ebenfalls als „Aktivität" gezählt werden – Tätigkeiten, die zum größten Teil von Frauen ausgeübt werden. Dies beruht also selbst auf einer geschlechtsspezifischen Ungleichverteilung solcher Tätigkeiten. Würde man Kochen und Haushalt als „Aktivität" aus

der Analyse ausnehmen, fielen die geschlechtsspezifischen Differenzen beim Aktivitätsgrad etwas größer aus (M=8,5 vs. 7,6).

Deutliche Unterschiede bestehen entlang der Bildung. Der signifikant geringere Aktivitätsgrad von Personen mit niedriger Bildung ergibt sich dabei einerseits aufgrund von stärkeren funktionalen und gesundheitlichen Einschränkungen im Vergleich zu Hochaltrigen aus höheren Bildungsschichten, andererseits dadurch, dass bei Personen mit höherer Bildung das Spektrum genannter Aktivitäten breiter ist. So nennen Teilnehmer/innen mit höherer Bildung wesentlich häufiger Tätigkeiten wie Lesen oder Aktivitäten im kulturellen Bereich (Besuch von kulturellen Veranstaltungen, künstlerische Aktivitäten etc.). Deren Aktivitäten sind also nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ vielfältiger.

Aktivitätsgrad	insgesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
Hoher Aktivitätsgrad	6,3%	8,3%	4,7%	3,0%	7,3%
Mittlerer Aktivitätsgrad	68,3%	67,4%	69,0%	59,7%	74,4%
Niedriger Aktivitätsgrad	25,4%	24,3%	26,3%	37,3%	18,3%
Anzahl Aktivitäten (Mittelwert)	9,1	9,3	8,9	7,9	9,9

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

Tabelle 56: Aktivitätsgrad nach Geschlecht und Bildung

11.3 Internetnutzung

Erstmals als eigenständigen Gegenstand berücksichtigt die aktuelle ÖIHS-Erhebungswelle die Internetznutzung im hohen Alter. Dieses Thema gewinnt mit fortschreitender Digitalisierung stark an Bedeutung, da mangelnder Zugang zu sowie geringere Fähigkeiten im Umgang mit Internet und entsprechenden Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) bei steigendem Digitalisierungsgrad von Systemen und Lebensumwelten bestimmten Formen von sozialer Exklusion Vorschub leisten kann. Ungleicher Zugang zu digitalen Technologien und darüber vermittelte Exklusionsphänomene werden bereits seit Jahren unter dem Schlagwort „digital divide" diskutiert (Zillien 2009). Die „digitale Kluft" stellt vor allem für die ältere Generation eine große Herausforderung dar. Für ältere Menschen ergeben sich durch die Digitalisierung mitunter Probleme in alltäglichen Lebensbereichen wie der Buchung von Fahrkarten und Tickets, der Erneuerung von Zeitkarten (z.B. Jahreskarten für öffentliche Verkehrsmittel) oder der Beantragung von sozialen Dienstleistungen, da viele dieser Systeme mittlerweile digitalisiert sind. Eine weitere Herausforderung kann in sozialer Hinsicht bestehen, weil (und wenn) ältere Menschen aufgrund mangelnder digitaler Kompetenzen nicht oder weniger über digitale Netzwerke mit Gleichaltrigen in Kontakt treten können (Mubarak & Suomi 2022).

Die „digitale Kluft" drückt sich insbesondere in dem Umstand aus, dass ältere Menschen, die nicht mit Computern und dem Internet aufgewachsen sind, diese im Vergleich zu jüngeren Generationen, den sogenannten „Digital Natives", signifikant seltener verwenden. Laut einer 2020 veröffentlichten Befragung der *Fundamental Rights Agency* (FRA) nutzen lediglich 20% der Menschen im Alter von 75+ in der EU das Internet zumindest gelegentlich, im Vergleich zu 98% der 16- bis 29-Jährigen (FRA 2020).

Wie stellt sich die Internetnutzung der hochaltrigen Bevölkerung in Österreich laut den Daten der ÖIHS dar? Wie bereits im Kapitel „Wohnsituation" (Kapitel 9) dargestellt, verfügen immerhin 56,6%, also mehr als die Hälfte der hochaltrigen ÖIHS-Teilnehmer/innen in Privathaushalten, über einen Internetanschluss. Im Vergleich mit den Ergebnissen früherer ÖIHS-Erhebungen, etwa der Ersterhebung aus dem Jahr 2013, deutet dies auf eine durchaus signifikante Zunahme des Internetzugangs in der hochaltrigen Bevölkerung hin. 2013 lag der Anteil der Hochaltrigen mit Internetanschluss erst bei 35,7% (ÖPIA 2015: 103); dies darüber hinaus in einem Sample mit überdurchschnittlich hohem städtischem Anteil, wo ein Internetzugang generell weiter verbreitet ist als auf dem Land. Dieses Ergebnis bezieht sich wohlgemerkt ausschließlich auf das Vorhandensein eines Internetanschlusses – über die tatsächliche Verwendung des Internets ist damit noch nichts ausgesagt.

Bezieht man auch die Angaben über die tatsächliche Internetnutzung in die Analyse ein, ergibt sich ein Anteil von 39,9% der Teilnehmer/innen, die zumindest gelegentlich das Internet nutzen. Etwas mehr als ein Viertel (26,9%) gibt an, das Internet täglich zu verwenden. Die Werte zur Internetnutzung fallen somit bedeutend höher aus als die oben zitierten internationalen Zahlen.

Wofür nutzen hochaltrige Menschen in Österreich das Internet bevorzugt? Einen Überblick darüber, gereiht nach der Häufigkeit der genannten Formen und Zwecke der Internetnutzung, gibt die folgende Abbildung 24. Dargestellt sind dabei die Angaben sowohl bezogen auf die gesamte Stichprobe, exkl. Pflegeheime (dunkelblau), als auch auf die Gruppe der tatsächlichen Internetnutzer/innen (hellblau).

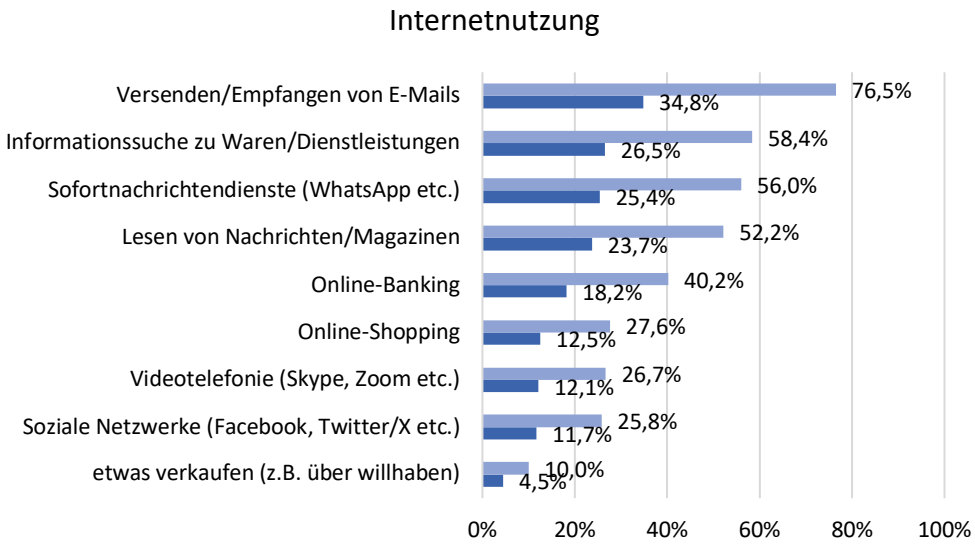


Abbildung 24: Internetnutzung – gesamtes Sample exkl. Pflegeheime (dunkelblau), Internetnutzer/innen (hellblau)

Die häufigsten Nennungen entfallen auf das Versenden und Empfangen von E-Mails, die Informationssuche zu Waren und Dienstleistungen, das Versenden und Empfangen von Sofortnachrichten (z.B. via WhatsApp) und das Lesen von Online-Nachrichten und Magazinen. Immerhin rund 40% der hochaltrigen Internetnutzer/innen verwenden das Internet auch für Online-Bankgeschäfte. Eine eher geringe Rolle spielen Online-Shopping,

Videotelefonie (Skype, Zoom etc.) und die Nutzung von Sozialen Netzwerken wie Facebook oder Twitter/X.

Für ein vollständiges Bild der Internetnutzung im hohen Alter müssen allerdings auch die relativen Anteile, bezogen auf die gesamte Stichprobe, betrachtet werden. Dabei wird deutlich, dass trotz einer stetig zunehmenden Verbreitung des Internets auch in der hochaltrigen Bevölkerung nach wie vor nur eine Minderheit das Internet regelmäßig und für die heute gängigsten Verwendungszwecke nutzt. Insgesamt ist es gerade einmal ein Viertel aller Teilnehmer/innen, die Sofortnachrichtendienste wie WhatsApp verwenden oder das Internet zur Informationssuche über Waren und Dienstleistungen nutzen. Auch Online-Banking hat insgesamt erst weniger als ein Fünftel der Hochaltrigen im Sample erreicht. Online-Shopping, Videotelefonie und Soziale Netzwerke werden nur ungefähr von jedem bzw. jeder Achten verwendet.

Im Hinblick auf die aktuelle gesellschaftspolitische Forcierung der Digitalisierung und den beabsichtigten weiteren Ausbau der digitalen Infrastruktur sollte daher einerseits gesellschaftliche Aufmerksamkeit darauf verwendet werden, den Zugang wie auch die Kompetenz der hochaltrigen Bevölkerung im Umgang mit dem Internet und digitalen Technologien durch entsprechende Programme gezielt zu fördern. Andererseits ergibt sich daraus – jedenfalls bis auf Weiteres – die Notwendigkeit, weiterhin auch „analoge" Lösungen bereitzuhalten, um die hochaltrige Bevölkerung (sowie allgemein Personen, die aus verschiedenen Gründen das Internet nicht nutzen können oder wollen) nicht systematisch von für sie relevanten gesellschaftlichen Bereichen und Leistungen auszuschließen. Dies würde z.B. bedeuten, behördliche Informationen oder Formulare nicht nur online zugänglich zu machen, dafür Sorge zu tragen, dass Bankgeschäfte auch weiterhin persönlich „vor Ort" erledigt werden können, oder den Ticketverkauf für öffentliche Verkehrsmittel, Veranstaltungen etc. nicht vollständig zu digitalisieren und ins Internet zu verlagern.

Dies gilt vor allem für ländliche Regionen. Die Daten zeigen, dass es hinsichtlich der Verfügung über einen Internetanschluss beträchtliche Unterschiede zwischen Stadt und Land gibt: Während in der Stadt fast zwei Drittel der Teilnehmer/innen (63,2%) Internetzugang haben, sind es am Land etwas weniger als die Hälfte (48,3%) ($\chi^2(1) = 16.548$, $p < .001$).

Zusätzliche Bekräftigung erfahren diese Schlussfolgerungen auch durch die Ergebnisse aus der parallel durchgeführten qualitativen Fokusstudie zum Thema Altersdiskriminierung (ÖPIA 2026). Die fortschreitende Digitalisierung des Alltagslebens ist der von hochaltrigen Studienteilnehmer/innen in den Interviews am häufigsten genannte gesellschaftliche Bereich, in dem sie sich aktuell am meisten benachteiligt und potenziell diskriminiert sehen. Besonders problematisch sehen sie dabei die faktische Alternativlosigkeit, die von den gegenwärtigen Digitalisierungstendenzen ausgeht und hochaltrige Menschen ihrer Wahrnehmung nach zunehmend vor die Wahl stellt, entweder Technologien und Geräte in ihren Alltag zu integrieren, mit denen sie oftmals nicht umgehen können (oder wollen), oder aber Gefahr zu laufen, von immer mehr gesellschaftlichen Bereichen ausgeschlossen zu sein.

Internetnutzung nach Geschlecht und Bildung

Auch Geschlecht und Bildung stellen hochrelevante Einflussfaktoren auf die Internetnutzung im hohen Alter dar (Tabelle 57). Männer verfügen nicht nur signifikant häufiger über einen

Internetzugang, sie verwenden das Internet auch deutlich häufiger als Frauen. 53,5% von ihnen verwenden das Internet zumindest gelegentlich, 39,4% sogar täglich. Bei hochaltrigen Frauen sind die jeweiligen Anteile mit 27,8% bzw. 15,8% deutlich geringer. Zwar machen Nicht-Nutzer auch unter hochaltrigen Männern eine knappe relative Mehrheit aus (40,6%), unter Frauen beträgt der Anteil der Nicht-Nutzerinnen jedoch mehr als zwei Drittel (67,1%).

Internetnutzung	insgesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
Internetanschluss	56,6%	67,6%	46,7%	32,2%	79,3%
Internetnutzung					
täglich	26,9%	39,4%	15,7%	10,1%	46,0%
mehrmals/Woche	8,9%	9,6%	8,3%	4,0%	13,0%
manchmal	4,1%	4,5%	3,8%	2,0%	5,4%
selten	5,5%	5,9%	5,1%	4,0%	5,7%
nie	54,6%	40,6%	67,1%	79,9%	29,9%

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

Tabelle 57: Internetnutzung nach Geschlecht und Bildung

Einen noch größeren Einflussfaktor stellt die Bildung dar. Mehr als drei Viertel (79,3%) aller Hochaltrigen aus dem höchsten Bildungssegment (mind. Matura) besitzen einen Internetanschluss. Fast zwei Drittel von ihnen (64,4%) verwenden das Internet zumindest gelegentlich, fast die Hälfte sogar täglich (46%). Unter Teilnehmer/innen mit hoher Bildung ist daher die Nutzung des Internets statistisch gesehen die Regel und nicht die Ausnahme.

Geradezu diametral stellen sich die Verteilungen im niedrigsten Bildungssegment (max. Pflichtschulabschluss) dar: Lediglich ein Drittel (32,2%) der Hochaltrigen aus dieser Gruppe verfügt überhaupt über einen Internetanschluss. Nur 16,1% verwenden zumindest gelegentlich das Internet, nur jede/r Zehnte (10,1%) täglich. 79,9% geben an, das Internet gar nicht zu verwenden – unter Personen mit hoher Bildung trifft dies nicht einmal auf jede/n Dritte/n zu (29,9%).

Diese deutlichen bildungsspezifischen Differenzen ziehen sich praktisch durch alle Bereiche der Internetnutzung: Nur 10,5% der Personen mit niedriger Bildung nutzen Sofortnachrichtendienste (hohe Bildung: 40,2%), 9,5% Online-Banking (hohe Bildung: 31,4%), 5,5% soziale Netzwerke (hohe Bildung: 17,2%).

Im Lichte dieser Ergebnisse sind es daher im hohen Alter, neben Landbewohner/innen, vor allem Niedriggebildete und Frauen, die besonders von digitaler Exklusion und davon ausgehenden sozialen Ausschlussmechanismen bedroht sind.

11.4 Ehrenamtliche Aktivitäten

Ein besonderes Augenmerk wurde im Rahmen der Befragung zum Aktivitätsverhalten auch auf Vereinsaktivitäten und ehrenamtliche Tätigkeiten gelegt. Gefragt wurde dabei nach regelmäßigen Besuchen von Treffen oder Veranstaltungen von Vereinen und Klubs sowie nach der Ausübung ehrenamtlicher Aktivitäten.

Dabei zeigt sich zunächst, dass immerhin fast die Hälfte der Teilnehmer/innen (41,7%) Vereinsveranstaltungen besucht, wobei die meisten Nennungen (17,8%) auf Pensionistenvereine entfallen. Ebenfalls häufiger genannt wurden Kulturvereine wie Gesangsgruppen oder Laientheater (9,3%), kirchliche Gruppen bzw. religiöse Vereine (8,8%) sowie Sportvereine (8,5%). Eine sehr geringe Rolle spielen politische Aktivitäten, etwa in politischen Parteien (2,3%).

Ehrenamtliche Tätigkeiten werden nur noch von einer Minderheit der befragten Teilnehmerinnen ausgeübt (10,9%), wobei immerhin jede/r Dritte (32,2%) angibt, in früheren Lebensphasen ehrenamtlich tätig gewesen zu sein. Diejenigen, die sich trotz ihres hohen Alters nach wie vor ehrenamtlich engagieren, blicken dabei bereits auf eine lange „Karriere" zurück: 67,4% von ihnen sind zumindest länger als 20 Jahre ehrenamtlich aktiv, 22,5% sogar schon länger als 50 Jahre.

Vereinsbesuche und Ehrenamt nach Geschlecht und Bildung

Vereinsbesuche und die Ausübung ehrenamtlicher Tätigkeiten im hohen Alter hängen stark mit der Bildung und dem Geschlecht der Teilnehmer/innen zusammen, wobei höhere Bildung und männliches Geschlecht eher mit Vereinsbesuchen und ehrenamtlicher Aktivität korrelieren. Dies hat wahrscheinlich auch mit der Struktur ehrenamtlichen Engagements und insbesondere mit bildungs- und geschlechtsspezifischen Formen der Ausübung ehrenamtlicher Tätigkeiten zu tun. Es ist aus der Forschung bekannt, dass Personen mit hoher Bildung und Männer sich häufiger in Bereichen wie Sport und Politik engagieren und häufiger leitende, organisatorische oder administrative Funktionen bekleiden, während niedriger Gebildete und insbesondere Frauen in der Regel in praktisch-ausübenden Funktionen, oft auch im Sozial- und Care-Bereich, tätig sind (Kausmann et al. 2017). Das erlaubt es Männern eher, auch im hohen Alter bzw. unter Bedingungen eingeschränkter Gesundheit und Funktionalität ihre ehrenamtliche Aktivität fortzusetzen.

Vereinsbesuche & Ehrenamt	insgesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
Vereinsbesuche	41,7%	46,9%	36,4%	32,2%	47,0%
Ehrenamtliche Aktivität	10,9%	14,2%	8,2%	6,3%	16,5%

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

Tabelle 58: Vereinsbesuche und Ehrenamt – gesamt sowie nach Geschlecht und Bildung

11.5 Religiosität

Ein relevanter Aspekt der Lebensgestaltung betrifft Religion und Religiosität. Zwar spielt Religion in der österreichischen Gegenwartsgesellschaft infolge fortschreitender Modernisierungs- und Säkularisierungsprozesse eine zunehmend geringere Rolle. Laut Statistik Austria hat der Anteil der Konfessionslosen in Österreich von 3,8% im Jahr 1951 auf 22,4% im Jahr 2021 zugenommen.[26] In der heute alten und hochaltrigen Generation spielt Religion, anders als in jüngeren Geburtskohorten, jedoch nach wie vor eine vergleichsweise große Rolle.

[26] Statistik Austria, Bevölkerung 1951 bis 2021 nach ausgewählter Religion bzw. Kirche und Religionsgesellschaft (eigene Berechnung)

Immerhin 35,8% der befragten Hochaltrigen geben an, religiös zu sein, weitere 33,3% bezeichnen sich zumindest als „eher religiös". Mit 16,2% gibt es in der Stichprobe nur einen relativ kleinen Anteil Hochaltriger, die sich überhaupt nicht als religiös empfinden.

Auch die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft stellt unter hochaltrigen Menschen den Regelfall dar. 85,1% der Befragten sind ihren Angaben zufolge Mitglied einer Kirche oder Religionsgemeinschaft, wobei es sich hier überwiegend um Angehörige der römisch-katholischen Kirche handelt (74,7%). Lediglich 14,9% bezeichnen sich als konfessionslos, was relativ deutlich unter dem Durchschnitt der österreichischen Gesamtbevölkerung liegt. Ein gutes Drittel der Stichprobe (30,4%) geht regelmäßig (mind. 1x/Monat) in die Kirche bzw. besucht den Gottesdienst.

Wenig überraschend sind Religiosität und Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft deutlich weiter verbreitet in der Landbevölkerung als in der Stadtbevölkerung. So sind etwa auf dem Land 91,6% der Befragten Mitglied einer Religionsgemeinschaft, in Städten sind es hingegen nur 79,8%. Ebenso wird auf dem Land die Frage nach der Religiosität wesentlich seltener verneint als in der Stadt (10,8% vs. 20,3%).

Religiosität nach Geschlecht und Bildung

Hochaltrige Frauen sind offenbar religiöser als Männer. Jedenfalls geben sie signifikant häufiger an, religiös oder eher religiös zu sein als Männer (75,8% vs. 60,9%, $\chi^2(3) = 29.350$, $p < .001$). Sie gehören auch häufiger einer Religionsgemeinschaft an als Männer (89,8% vs. 79,2%, $\chi^2(4) = 20.997$, $p < .001$) und gehen etwas häufiger in die Kirche (33,4% vs. 26,7%).

Auch Personen mit niedriger Bildung bezeichnen sich signifikant häufiger als religiös (79,9% vs. 59,8%, $\chi^2(6) = 36.238$, $p < .001$) und gehören wesentlich häufiger einer Religionsgemeinschaft an. Lediglich 5,9% von ihnen sind konfessionslos. Bei hochaltrigen Teilnehmer/innen mit hohem Bildungsgrad ist dieser Anteil fast vier Mal so hoch (23,1%).

Religion & Religiosität	insgesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
Religiosität					
religiös	35,8%	29,2%	41,2%	49,2%	29,5%
eher religiös	33,3%	31,7%	34,6%	30,7%	30,3%
eher nicht religiös	14,7%	15,8%	13,8%	10,1%	18,6%
gar nicht religiös	16,2%	23,2%	10,4%	10,1%	21,6%
Religionsbekenntnis					
Römisch-katholisch	74,7%	68,1%	80,1%	86,1%	66,2%
evangelisch	9,1%	10,2%	8,1%	6,3%	9,2%
andere Religionsgemeinschaft	1,2%	0,8%	1,6%	1,7%	1,5%
konfessionslos	14,9%	20,8%	10,2%	5,9%	23,1%
Regelmäßiger Kirchgang (≥ 1x/M)	30,4%	26,7%	33,4%	33,8%	28,8%

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

Tabelle 59: Religion und Religiosität – gesamt sowie nach Geschlecht und Bildung

Die geringeren Differenzen sowohl zwischen Männern und Frauen als auch zwischen niedrig und höher Gebildeten im Hinblick auf regelmäßige Kirchgänge deuten darauf hin, dass sich Religiosität und Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft nicht notwendigerweise in

häufigeren Gottesdienstbesuchen ausdrücken müssen. Zum Teil könnte dies auch auf eine gesundheitlich bedingte Reduktion von Kirchgängen zurückzuführen sein.

11.6 Sexualität

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

Die Forschung zeigt, dass Sexualität für ältere Erwachsenen durchaus eine Bedeutung hat (Gott & Hinchliff 2003; von Humboldt et al. 2016). Ältere Menschen kommunizieren nicht nur ein Bedürfnis nach Sex, sondern generell nach körperlicher Liebe und Zuneigung (von Humboldt et al. 2021; Davis 2015; Hillier & Barrow 2010). In der Tat gibt es zahlreiche Belege dafür, dass viele ältere Menschen sexuell aktiv sind und Sex als angenehm und lohnend empfinden (Ferris et al. 2008; Waite et al. 2009; Fileborn et al. 2015; Lee et al. 2016a, 2016b). Zwar deuten Forschungsergebnisse darauf hin, dass die sexuelle Aktivität im Alter abnimmt (Mercer et al. 2013; Fileborn et al. 2015). Dennoch kommt es mit höherem Alter nicht zwingend zu einer Reduktion des Bedürfnisses nach Zärtlichkeit und Sexualität. Was sich hingegen verändern kann, ist der konkrete sexuelle Ausdruck, wobei sich z.B. der Schwerpunkt eher weg von Geschlechtsverkehr hin zu zärtlichen Berührungen verlagert (Galinsky 2012).

Nicht zuletzt im Interesse eines Beitrags zur Enttabuisierung dieses Themas und einer gleichzeitigen Konfrontation stereotyper Ansichten mit einer evidenzbasierten Faktenlage wurde das Thema Sexualität und Zärtlichkeit im Alter in der ÖIHS als eigener kurzer Themenblock am Ende des Fragenkatalogs zur Lebenszufriedenheit integriert. Für die Befragung wurde dabei ein zweistufiges Vorgehen gewählt: Zunächst wurde nach der Rolle gefragt, die Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität im Leben der Befragten spielen. Diese Frage ist bewusst sehr weit gefasst und verfolgt das Ziel, sexuelle Aktivitäten – in Übereinstimmung mit der wissenschaftlichen Befundlage über Sexualität im Alter – nicht nur auf Geschlechtsverkehr zu reduzieren, sondern auch andere Formen der sexuellen Aktivität zu berücksichtigen. In einem zweiten Schritt wurde sodann explizit nach „sexuellen Kontakten" gefragt. Hingewiesen wurden die Teilnehmer/innen ausdrücklich darauf, dass es ihnen völlig freisteht, diese Frage nicht zu beantworten, wenn ihnen dies unangenehm sein sollte.

Die Tabuisierung des Themas schlägt sich auch in den Daten nieder: Neben dem Einkommen gehören die Fragen zur Sexualität zu den Variablen mit den meisten fehlenden Werten durch Antwortverweigerung. 21,4% (Zärtlichkeit) bzw. 24,6% (Sexualkontakte) haben eine Antwort auf die Fragen abgelehnt. Im Folgenden wird die Analyse auf jene Teilnehmer/innen eingeschränkt, die tatsächlich Angaben zur Sexualität gemacht haben.

Die Ergebnisse bestätigen weitgehend die eingangs dargestellte Studienlage. Auf die Frage nach der subjektiven Bedeutung von Zärtlichkeit und Sexualität geben 42,4% der

Teilnehmer/innen an, dass diese eine eher große oder sogar sehr große Rolle in ihrem Leben spielen würden. Eher keine Rolle (23,3%) oder gar keine Rolle (34,3%) spielen Zärtlichkeit und Sexualität somit nur bei etwas mehr als der Hälfte der befragten Teilnehmer/innen.

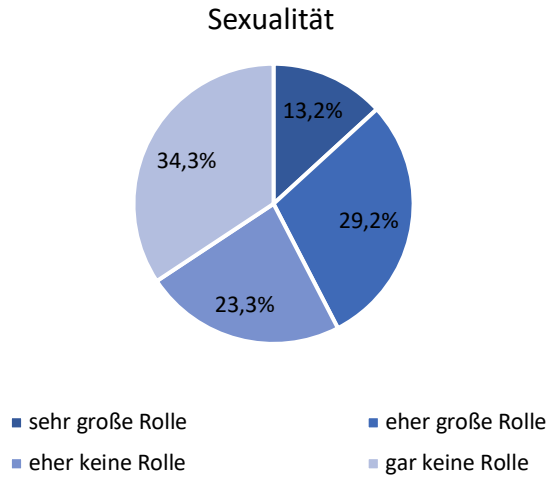


Abbildung 25: Bedeutung von Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität (n=630)

Anders verhält es sich im Hinblick auf sexuelle Kontakte im engeren Sinne. Hier zeigt sich, dass sexuelle Kontakte nur von einer (wenn auch durchaus beträchtlichen) Minderheit der Befragten gepflegt werden (22%). Mehr als drei Viertel der Befragten geben an, keine aktiven Sexualkontakte mehr zu haben (78%). Dies unterstreicht die sich im höheren Alter tendenziell vollziehende Bedeutungsverschiebung von Sexualität: Sexuelle Kontakte im engeren Sinne nehmen eher ab, die Bedeutung von bzw. das Bedürfnis nach körperlicher Nähe und Zärtlichkeit bleibt hingegen für zahlreiche Menschen auch im hohen Alter weiterhin groß.

Ob und in welchem Ausmaß auch im hohen Alter noch körperliche Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität gelebt wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Ein durch Studien gut belegter Einflussfaktor ist die physische sowie psychische Gesundheit (Lindau et al. 2007; Carpenter et al. 2009; Syme et al. 2015; von Humboldt et al. 2016). Auch die Daten der ÖIHS zeigen einen deutlichen Zusammenhang mit dem gesundheitlichen und funktionalen Zustand. So zeigt sich, dass der Prozentanteil der Studienteilnehmer/innen, für die Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität eine größere Rolle spielen, mit schlechterem funktionalem Status statistisch signifikant abnimmt. Während 56,8% aus der Gruppe der „Rüstigen" angeben, dass Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität nach wie vor eine (eher) große Rolle in ihrem Leben spielen, sind es bei Teilnehmer/innen mit bereits stark eingeschränkter Funktionalität (Frailty) nur 32,8% ($\chi^2(9) = 39.120$, $p < .001$). Dies gilt analog für sexuelle Kontakte: Während 36,2% aus der Gruppe der „Rüstigen" angeben, nach wie vor sexuelle Kontakte zu haben, sind es bei Personen mit Frailty lediglich 4,7% ($\chi^2(3) = 27.756$, $p < .001$).

Auch chronische Krankheiten stehen in einem bedeutsamen und signifikanten Zusammenhang mit der Sexualität im Alter. Zwar zeigt sich dieser Einfluss noch nicht so sehr im Hinblick auf die subjektive Bewertung von Nähe und Zärtlichkeit, jedoch in Gestalt einer signifikanten Abnahme sexueller Kontakte. Insbesondere chronische Krankheiten wie Harninkontinenz ($r = .138$, $p < .001$), chronische Atemwegserkrankungen ($r = .104$, $p = .010$), aber auch psychische Erkrankungen wie Depressionen ($r = .113$, $p = .005$) sind mit einer statistisch signifikanten Abnahme sexueller Kontakte im hohen Alter vergesellschaftet.

Sexualität nach Geschlecht und Bildung

Große Unterschiede gibt es auch nach Geschlecht. Während mehr als die Hälfte der Männer (55,1%) angibt, dass Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität für sie eine (eher) große Bedeutung haben, sind es im Vergleich dazu nur 31,2% der Frauen. Für rund die Hälfte der Frauen (45,5%) spielt Sexualität ihren Angaben zufolge sogar überhaupt keine Rolle. Männer geben zudem signifikant häufiger als Frauen an, nach wie vor sexuelle Kontakte zu haben (34,1% vs. 12,3%, $\chi^2(1) = 42.203$, $p < .001$).

Diese geschlechtsspezifischen Differenzen erklären sich – neben der großen Rolle, die Sexualität im männlichen Rollenbild und damit zusammenhängenden geschlechtlichen Identitätskonstruktionen spielt – hauptsächlich dadurch, dass hochaltrige Männer deutlich häufiger in einer Paarbeziehung leben. Die Unterschiede werden – zumindest mit Blick auf die subjektive Bewertung von Zärtlichkeit und Sexualität – geringer, wenn nur verheiratete Personen betrachtet werden (Abbildung 26). Zwar bleiben auch dann Unterschiede in der Bewertung von Sexualität zugunsten von Männern bestehen, die Prozentsätze von Männern und Frauen nähern sich jedoch sehr stark an. Unter Verheirateten geben sogar weniger Frauen als Männer an, dass Sexualität gar keine Rolle für sie spielt (9,0% vs. 12,7%). Generell besteht ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen Familienstand und Sexualität im hohen Alter ($\chi^2(12) = 172.776$, $p < .001$), wobei Verheiratete (63,5%) der Sexualität eine deutlich höhere Bedeutung für ihr Leben beimessen als Verwitwete (19,8%) oder Ledige (16,7%).

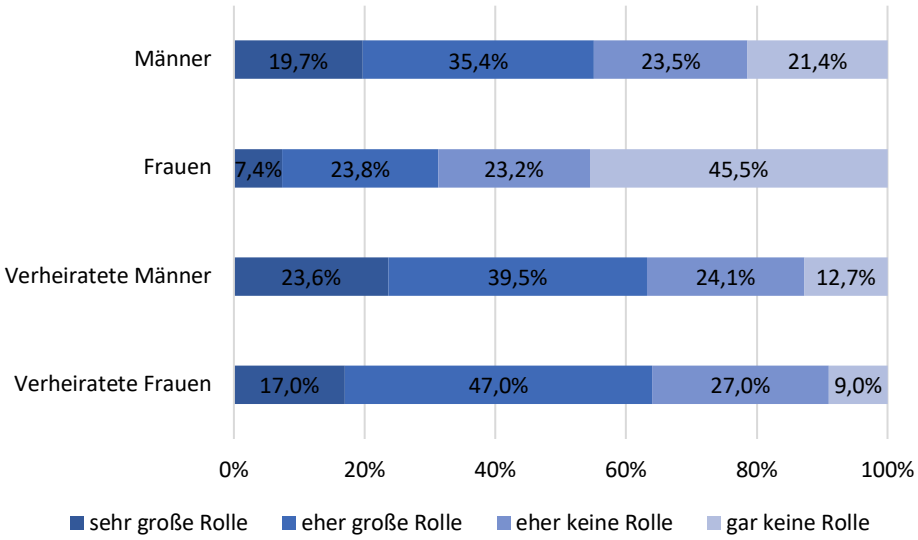


Abbildung 26: Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität nach Geschlecht und Familienstand

Auch mit Blick auf sexuelle Kontakte reduzieren sich die geschlechtsspezifischen Differenzen bei Berücksichtigung des Familienstandes erheblich. So liegt der Anteil der verheirateten Frauen mit sexuellen Kontakten mit 38% nicht nur deutlich über jenem von Frauen insgesamt (12,3%), sondern auch auf ähnlich hohem Niveau wie bei verheirateten Männern (41,3%).

Auch für Bildung ergibt die Analyse signifikante Korrelationen sowohl mit der subjektiven Bewertung von Sexualität ($\chi^2(6) = 34.083$, $p < .001$) als auch mit sexuellen Kontakten ($\chi^2(2) = 13.831$, $p < .001$). Personen mit hoher Bildung messen dabei der Sexualität eine höhere

Bedeutung bei (53,8% vs. 35,9%) und geben auch häufiger an, sexuelle Kontakte zu haben (31% vs. 16,4%), als Personen mit niedriger Bildung. Anders als beim Geschlecht, bleiben die bildungsspezifischen Unterschiede auch dann bestehen, wenn der Familienstand mitberücksichtigt wird. Dies lässt darauf schließen, dass die Unterschiede sich nicht primär daraus ergeben, dass das Segment der Niedriggebildeten sich zu einem beträchtlichen Teil aus Frauen zusammensetzt. Ausschlaggebender dürfte sein, dass hochaltrige Menschen mit niedriger Bildung häufiger unter funktionalen Einschränkungen leiden und dies zu einer entsprechend stärkeren Abnahme sexueller Aktivität und sexueller Bedürfnisse führt.

12. Persönlichkeit und Resilienz

Erstmals im Rahmen der aktuellen ÖIHS-Erhebungswelle ist ein eigener Themen- und Fragenblock der Persönlichkeit und den individuellen Einstellungen hochaltriger Menschen gewidmet. Hierfür wurden einige Itembatterien neu in den Fragebogen der Studie aufgenommen. Diese umfassen insbesondere Fragen bezüglich der Lebenseinstellung (Kapitel 12.1) sowie des individuellen Altersbildes (Kapitel 12.2). Ebenfalls neu aufgenommen wurde ein Erhebungsinstrument auf Basis des sogenannten SOK-Modells nach Baltes & Baltes (Selektion – Optimierung – Kompensation) (Kapitel 12.3). Alle diese Instrumente zielen auf persönliche Ressourcen hochaltriger Menschen im individuellen Umgang mit den Herausforderungen des hohen Alters sowie potenziell damit einhergehenden Einschränkungen und damit im weiteren Sinne auf die Resilienz im hohen Alter ab.

Resilienz bezieht sich auf protektive Merkmale und Fähigkeiten, auf die ältere Menschen bei der Bewältigung von Verlusten zurückgreifen können (Staudinger & Greve 2001). Viele alte Menschen haben im Laufe ihres Lebens materielle, aber auch ideelle Ressourcen wie persönliche Erfahrungen und Einstellungen erworben oder entwickelt, die sie in der Auseinandersetzung mit altersbedingten gesundheitlichen, psychischen und sozialen Verlusten stärken und schützen. Die individuelle Lebenseinstellung (z.B. Optimismus), die eigene Haltung zum Alter und zum Älterwerden sowie bestimmte Formen des Umgangs mit Einschränkungen und Verlusten können daher positive wie negative Auswirkungen auf die allgemeine Lebenssituation im hohen Alter und auf die Bewältigung altersspezifischer Herausforderungen haben.

12.1 Lebenseinstellung

Beginnen wir die Ergebnisdarstellung mit der Befragung zur Lebenseinstellung hochaltriger Menschen. Die Lebenseinstellung wird in der ÖIHS gemessen durch die Zustimmung der Teilnehmer/innen zu insgesamt fünf vorgegebenen Aussagen. Drei dieser Aussagen beziehen sich im Wesentlichen auf Aspekte der persönlichen Autonomie und der Selbstwirksamkeit, insbesondere auf Gefühle der Selbst- bzw. Fremdbestimmung („Ich habe mein Leben selbst in der Hand", „Mein Leben wird zum großen Teil von anderen bestimmt", „Meine Pläne werden oft vom Schicksal durchkreuzt"). Eine Aussage zielt auf eine positive, optimistische Lebenseinstellung ab („Ich bin im Allgemeinen ein optimistischer Mensch"). Ebenfalls im weiteren Sinne auf ein Gefühl der Selbstwirksamkeit verweist schließlich die Aussage „Ich finde mir leicht eine Beschäftigung".

Erfasst wurde die Zustimmung auf einer vierstufigen Skala von „trifft völlig zu" bis „trifft gar nicht zu". Als Zustimmung gilt im Folgenden, wenn Teilnehmer/innen eine Aussage als „völlig" oder zumindest „eher" zutreffend bewerten. Tabelle 60 gibt die Zustimmungswerte der hochaltrigen ÖIHS-Teilnehmer/innen zu den einzelnen Aussagen wieder.

Aussagen	Zustimmung
„Ich habe mein Leben selbst in der Hand."	89,0%
„Mein Leben wird zum großen Teil von anderen bestimmt."	13,7%
„Meine Pläne werden oft vom Schicksal durchkreuzt."	27,0%
„Ich bin im Allgemeinen ein optimistischer Mensch."	90,4%
„Ich finde mir leicht eine Beschäftigung."	95,2%

Tabelle 60: Lebenseinstellung

Die Auswertung ergibt eine insgesamt sehr positive Lebenseinstellung der Teilnehmer/innen. 90,4% aller Teilnehmer/innen betrachten sich im Allgemeinen als optimistisch. 89% stimmen der Aussage voll oder eher zu, sie hätten ihr Leben selbst in der Hand. Darin reflektiert sich ein ausgeprägtes subjektives Gefühl der Autonomie und Selbstbestimmung. Eine große Mehrheit von 95,2% gibt an, sich leicht eine Beschäftigung zu finden.

In gewisser Spannung stehen diese deutlichen Befunde zu den Ergebnissen im Hinblick auf die Aussage „Meine Pläne werden oft vom Schicksal durchkreuzt", die immerhin bei mehr als einem Viertel der Teilnehmer/innen (27%) Zustimmung findet. Allerdings kann dies auch so gelesen werden, dass viele Teilnehmer/innen im Laufe ihres bereits recht langen Lebens auch schwere Zeiten und Schicksalsschläge erlebt haben. Zu den hohen Werten hinsichtlich Selbstbestimmung steht dies daher nicht zwingend in Widerspruch. Oftmals sind es gerade individuelle Erfahrungen aus persönlichen oder auch gesellschaftlichen Krisen, die eine gewisse psychische Widerstandskraft verleihen und so nicht unwesentlich zur Resilienz im hohen Alter beitragen können.

Einflussfaktoren

In den Daten lassen sich einige Faktoren identifizieren, die auf die Lebenseinstellung im hohen Alter einen großen Einfluss haben. Ein sehr gewichtiger Faktor – wie in vielen anderen Lebensbereichen – ist der funktionale Status (Frailty). Personen mit funktionalen Einschränkungen erzielen – mit Ausnahme von Optimismus – in allen abgefragten Bereichen signifikant schlechtere Werte als „rüstige" und „fitte" Teilnehmer/innen. Insbesondere sind sie häufiger der Ansicht, dass sie ihr Leben nicht selbst in der Hand haben ($\chi^2(9) = 38.295$, $p < .001$) und dass dieses zum großen Teil von anderen bestimmt wird ($\chi^2(9) = 72.138$, $p < .001$). Dies verweist deutlich auf den Autonomieverlust, der mit Frailty einhergeht und von den Betroffenen auch unmittelbar als solcher erlebt zu werden scheint. Dass sie darüber hinaus signifikant häufiger der Aussage zustimmen, ihre Pläne würden oft vom Schicksal durchkreuzt ($\chi^2(9) = 39.482$, $p < .001$), legt die Interpretation nahe, dass sie ihre eingeschränkte Funktionalität als „schicksalshaft" und sich womöglich auch selbst im Vergleich zu gesünderen Altersgenoss/innen als weniger vom Schicksal begünstigt wahrnehmen. Berücksichtigt man in der Analyse zusätzlich den Faktor Hilfe-/Pflegebedürftigkeit, wird das Bild noch eindeutiger, insofern dann auch die Ergebnisse für Optimismus signifikant negativer ausfallen.

Deutliche Zusammenhänge finden sich auch zwischen Lebenseinstellung und Depression. Grundlage dafür ist das im Rahmen des geriatrischen Assessments durchgeführte Depressionsscreening (GDS). Teilnehmer/innen, bei denen das Screening Hinweise auf eine

depressive Symptomatik ergab, schneiden in allen Bereichen signifikant schlechter ab. Sie denken deutlich seltener, dass sie ihr Leben selbst in der Hand haben ($\rho = .255$, $p < .001$), dass sie optimistische Menschen sind ($\rho = .330$, $p < .001$) und dass sie sich leicht eine Beschäftigung finden ($\rho = .325$, $p < .001$). Hingegen sind sie häufiger der Ansicht, dass ihr Leben zum großen Teil fremdbestimmt ist (ρ -.230, $p < .001$) und dass ihre Pläne oft vom Schicksal durchkreuzt werden ($\rho = -.152$, $p < .001$). Ob diese eindeutigen Befunde auch so interpretiert werden können, dass eine positive Lebenseinstellung als protektiver Faktor gegen depressive Symptome wirkt, lässt sich auf der vorliegenden Datengrundlage nicht mit Bestimmtheit sagen. Aus der psychologischen Forschung ist bekannt, dass externale Kontrollüberzeugungen (also die Überzeugung, dass das eigene Leben nicht selbst, sondern von äußeren Faktoren bestimmt wird) und erlernte Hilflosigkeit (im Gegensatz zu Selbstwirksamkeit) Risikofaktoren für Depressionen darstellen (Peterson & Seligman 1984). Depression ist allerdings auch sehr stark mit dem gesundheitlichen und funktionalen Status korreliert. Der Zusammenhang könnte und dürfte daher, zumindest zum Teil, auch durch die oben dargestellte Korrelation zwischen Lebenseinstellung und Frailty zustande kommen. Dass eine positive Lebenseinstellung sich positiv auf die psychische Gesundheit auswirkt und das Risiko für Depression reduziert, erscheint jedoch auch mit Blick auf den in der ÖIHS ermittelten Zusammenhang von Lebenseinstellung und Depression plausibel.

Die Analyse liefert auch manche Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Lebenseinstellung und Religiosität. So sind religiöse Menschen, den Ergebnissen zufolge, signifikant optimistischer als nicht-religiöse ($\rho = .105$, $p = .005$).

Lebenseinstellung nach Geschlecht und Bildung

Im Hinblick auf Geschlecht und Bildung finden sich nur teilweise signifikante Korrelationen (Tabelle 61). Eine statistisch hoch signifikante Differenz zwischen hochaltrigen Männern und Frauen besteht darin, dass Frauen deutlich häufiger der Aussage zustimmen, ihr Leben werde oft vom Schicksal durchkreuzt (31,8% vs. 21,3%, $\chi^2(3) = 15.988$, $p = .001$). Auch beim Gefühl der Selbstbestimmung („habe mein Leben selbst in der Hand") erzielen sie zwar insgesamt ebenfalls recht hohe, aber dennoch signifikant niedrigere Werte als Männer (86,4% vs. 92,2%, $\chi^2(3) = 8.841$, $p = .031$). Dies kann zum einen darauf zurückgeführt werden, dass hochaltrige Frauen häufiger von funktionalen Einschränkungen betroffen sind. Zum anderen könnten hier aber auch andere geschlechtsspezifische Benachteiligungen zum Ausdruck kommen, die sich zum Teil über den gesamten Lebenslauf hinweg akkumulieren, z.B. eine schlechtere materielle Lage, (finanzielle) Abhängigkeit vom Ehepartner oder geringere individuelle (z.B. berufliche) Entfaltungsmöglichkeiten.

Lebenseinstellung	insgesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
Leben selbst in der Hand	89,0%	92,2%	86,4%	84,3%	90,8%
Leben von anderen bestimmt	13,7%	10,4%	16,4%	20,4%	10,9%
Pläne vom Schicksal durchkreuzt	27,0%	21,3%	31,8%	32,6%	20,9%
Bin optimistischer Mensch	90,4%	91,0%	89,8%	89,7%	90,1%
Finde mir leicht Beschäftigung	95,2%	94,6%	95,7%	91,6%	97,1%

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

Tabelle 61: Lebenseinstellung nach Geschlecht und Bildung

Bildung korreliert wiederum statistisch signifikant mit einer Zustimmung zu den Aussagen „Meine Pläne werden oft vom Schicksal durchkreuzt" ($\chi^2(6) = 21.055$, $p = .002$) und „Mein Leben wird zum großen Teil von anderen bestimmt" ($\chi^2(6) = 16.627$, $p = .011$), wobei Personen mit niedriger Bildung jeweils die höchsten Werte erzielen. Hochaltrige aus niedrigen Bildungsschichten verleihen also im Vergleich zu Personen mit hoher Bildung deutlich häufiger dem Gefühl Ausdruck, durch das Schicksal (32,6% vs. 20,9%) oder andere Menschen (20,4% vs. 10,9%) fremdbestimmt zu sein.

Auch dies kann als Folge von über das gesamte Leben hinweg akkumulierten sozioökonomischen Benachteiligungen interpretiert werden, die allgemein mit einer Einschränkung individueller Entfaltungsmöglichkeiten (bzw. einer entsprechenden subjektiven Wahrnehmung) einhergehen. Zum Teil dürfte aber auch der überwiegend schlechtere funktionale Status von Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung eine Rolle spielen, wie auch die Tatsache, dass das niedrigste Bildungssegment zu einem beträchtlichen Teil aus Frauen besteht. Es wirken hier also zum Teil die Faktoren funktionaler Status und Geschlecht mit hinein. Für den Einfluss des Geschlechts spricht an dieser Stelle insbesondere, dass die bildungsbezogenen Unterschiede bei den Fragen zur Fremdbestimmung sich verringern oder sogar nahezu verschwinden, wenn das Geschlecht in der Analyse mitberücksichtigt wird. Es sind also nicht Niedriggebildete per se, sondern vor allem niedriggebildete Frauen, die ein Gefühl der Fremdbestimmung zum Ausdruck bringen. Was einen Einfluss des funktionalen Status betrifft, so erscheint auch das Ergebnis von Relevanz, dass funktionale Einschränkungen (Frailty) besonders unter Niedriggebildeten einen statistisch bedeutenden Faktor für die Lebenseinstellung bzw. Gefühle der Fremd- und Selbstbestimmung darstellen, nicht jedoch unter Teilnehmer/innen aus dem höchsten Bildungssegment. Das heißt, bei Personen mit hoher Bildung wirkt sich der funktionale Status signifikant weniger auf die subjektiv empfundene Autonomie und Selbstbestimmung aus. Auch das spricht für einen beträchtlichen Einfluss der Bildung auf das subjektive Autonomieerleben.

12.2 Individuelles Altersbild

Wie eine Person das Älterwerden auf einer persönlichen Ebene betrachtet und empfindet, zeigt sich in ihrem individuellen Altersbild. Dieses umfasst subjektive Erfahrungen, Glaubenssätze und Einstellungen zum Alter(n) und insbesondere zum eigenen Alterungsprozess. Das subjektive Altersbild ist dabei in hohem Maße kulturell geprägt und nicht unabhängig von dem in einer Gesellschaft vorherrschenden Altersbild. In einer Gesellschaft, in der ältere Menschen beispielsweise stereotyp als gebrechlich, schwach und abhängig gezeichnet werden, hat dies auch negative Auswirkungen darauf, wie Individuen den eigenen Alterungsprozess wahrnehmen und empfinden (Levy 2009).

Das individuelle Altersbild spielt eine entscheidende Rolle für die Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation und der noch vorhandenen Chancen zur persönlichen Entwicklung, was sich nachweislich auch auf die psychische und körperliche Gesundheit auswirken kann. Ein positives Altersbild ist vor diesem Hintergrund von großer Bedeutung im Hinblick auf Aspekte und Prozesse, die in der Gerontologie als zentral für ein „erfolgreiches Altern" (Rowe & Kahn 1997) erachtet werden, insbesondere die Vermeidung von Krankheiten und funktionalen Einschränkungen, die Aufrechterhaltung einer hohen kognitiven und körperlichen Funktiona-

lität und eine anhaltende sinnerfüllte Auseinandersetzung mit dem Leben (Sabatini et al. 2025).

Der Einfluss, den individuelle Altersbilder dabei ausüben, läuft mitunter über psychologische sowie verhaltensbezogene Wege ab (Levy 2009; Sabatini et al. 2025). Auf psychologischer Ebene kann die Aufrechterhaltung einer positiven Wahrnehmung des eigenen Alterungsprozesses als adaptive Strategie angesehen werden, die dabei hilft, ein positives Selbstkonzept zu bewahren, auch oder gerade wenn das gesellschaftliche Altersbild ein eher negatives ist (Westerhof et al. 2023). Ebenso können sich individuelle Altersbilder auf die empfundene Selbstwirksamkeit auswirken, welche wiederum u.a. mit Depressionen in Zusammenhang steht (Dutt & Wahl 2018). In diesem Zusammenhang zeigt sich der verhaltensbezogene Einfluss etwa im Ausmaß getätigter präventiver Maßnahmen (Levy & Meyers 2004) oder einer zeitgerechten Inanspruchnahme notwendiger Gesundheitsversorgung (Sun & Smith 2017).

Das individuelle Altersbild beeinflusst demnach, ob und wie umfangreich eine Person Möglichkeiten der aktiven und selbstwirksamen Gestaltung im Hinblick auf das eigene Altern wahrnimmt. Diese subjektive Wahrnehmung kann sich in weiterer Folge im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung auf den objektiven Alterungsprozess auswirken, indem sie eine aktive Gestaltung entweder befördert oder verhindert (Wurm et al. 2013). Das subjektive Altersbild kann sich also sowohl positiv als auch negativ auf den individuellen Alterungsprozess auswirken, wenngleich es selbstverständlich nur einen von mehreren relevanten Faktoren darstellt.

Altersbilder-Skala

Um die Bedeutung (und Auswirkungen) des individuellen Altersbildes in der hochaltrigen Bevölkerung in Österreich näher zu beleuchten, beinhaltet die vierte Welle der ÖIHS, angelehnt an den *Deutschen Alterssurvey* (DEAS), zum ersten Mal eine Fragenbatterie, die das „bereichsspezifische subjektive Alterserleben" erfasst (Dittmann-Kohli et al. 1997; Steverink et al. 2001). Das individuelle Altersbild setzt sich dabei aus vier Komponenten oder Bereichen zusammen, welche zum einen wahrgenommene körperliche und soziale Verluste adressieren, zum anderen aber auch einen Fokus auf mögliche Potenziale des Alterns legen, wie eine im Alter stärker ausgeprägte Selbstkenntnis oder die noch vorhandenen Möglichkeiten zur persönlichen Weiterentwicklung.

Eine detaillierte Darstellung der einzelnen Komponenten und der dazugehörigen Items findet sich in Tabelle 62.

Altersbilder-Skala

Komponenten	Items
Körperlicher Verlust	Älterwerden bedeutet für mich, dass ich nicht mehr so belastbar bin.
	Älterwerden bedeutet für mich, dass ich körperliche Einbußen schlechter ausgleichen kann.
	Älterwerden bedeutet für mich, weniger vital und fit zu sein.
	Älterwerden bedeutet für mich, dass mein Gesundheitszustand schlechter wird.
Sozialer Verlust	Älterwerden bedeutet für mich, dass ich nicht mehr so recht gebraucht werde.
	Älterwerden bedeutet für mich, dass ich mich mit der Zeit häufiger langweile.
	Älterwerden bedeutet für mich, dass ich weniger respektiert werde.
	Älterwerden bedeutet für mich, dass ich mich häufiger einsam fühle.
Persönliche Weiterentwicklung	Älterwerden bedeutet für mich, dass ich weiterhin viele Pläne mache.
	Älterwerden bedeutet für mich, dass ich weiterhin in der Lage bin, neue Dinge zu lernen.
	Älterwerden bedeutet für mich, dass ich weiterhin viele Ideen realisieren kann.
	Älterwerden bedeutet für mich, dass sich meine Fähigkeiten erweitern.
Selbstkenntnis	Älterwerden bedeutet für mich, dass ich besser mit körperlichen Schwächen umgehen kann.
	Älterwerden bedeutet für mich, dass ich mich selbst genauer kennen und besser einschätzen lerne.
	Älterwerden bedeutet für mich, dass ich vielen Dingen gegenüber gelassener werde.
	Älterwerden bedeutet für mich, dass ich genauer weiß, was ich will.

Tabelle 62: Altersbilder-Skala

Erhoben wird die Zustimmung der Teilnehmer/innen zu den einzelnen Aussagen auf einer vierstufigen Skala von „trifft völlig zu" bis „trifft gar nicht zu". Aus den Antworten auf alle Fragen lässt sich ein Summenscore bilden, der anschließend gemittelt wird. Die gemittelten Scores bilden schließlich die Grundlage zur Einschätzung des Altersbildes, die ebenfalls auf einer vierstufigen Skala von 1-4 erfolgt, wobei „1" für ein sehr positives Altersbild und „4" für ein sehr negatives Altersbild steht.

Die Ergebnisse der Altersbilder-Befragung deuten auf ein eher positives Altersbild unter den Teilnehmer/innen hin. Der Mittelwert (M) des Altersbilder-Scores liegt bei 2,24, was entsprechend der Skalierung als eher positiv einzustufen ist. 67,9% der Teilnehmer/innen weisen ein eher oder sehr positives Altersbild auf (davon 5,3% sehr positiv). Bei 32,1% ist das Altersbild tendenziell negativ, wobei ein sehr negatives Altersbild mit 0,3% eine rare Seltenheit darstellt.

Individuelles Altersbild	%
Sehr positives Altersbild	5,3%
Eher positives Altersbild	62,6%
Eher negatives Altersbild	31,8%
Sehr negatives Altersbild	0,3%
Alter(n) bedeutet…	
- Gelassenheit	84,6%
- geringere Belastbarkeit	82,4%
- genauer zu wissen, was man will	78,6%
- weniger Vitalität und Fitness	78,2%
- bessere Selbsteinschätzung	71,4%
- schlechterer Ausgleich von physischen Einbußen	69,6%
- besserer Umgang mit körperlichen Schwächen	67,3%
- Verschlechterung der Gesundheit	64,0%
- Fähigkeit, neue Dinge zu lernen	47,8%
- Möglichkeit zur Realisierung vieler Ideen	39,7%
- weiterhin viele Pläne	38,2%
- Erweiterung von Fähigkeiten	29,1%
- Nutzlosigkeit	25,8%
- Einsamkeit	14,4%
- weniger Respekt	13,3%
- Langeweile	10,7%

Tabelle 63: Ergebnisse der Altersbilder-Skala

Bei Betrachtung der einzelnen Komponenten bzw. Bereiche zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede, wodurch ein differenzierteres Bild gezeichnet wird. Eine eher schlechte Einschätzung zeigt sich sowohl in Bezug auf den Aspekt altersbedingter körperlicher Verluste (M=3,04) als auch in der Wahrnehmung der noch vorhandenen Möglichkeiten zur persönlichen Weiterentwicklung im Alter (M=2,66). Ein eher positives bis sehr positives Bild zeigt sich wiederum sowohl im Hinblick auf die (von den Teilnehmer/innen häufig abgelehnte) Konnotation von Alter(n) mit sozialem Verlust (M=1,51) als auch in der subjektiven Einschätzung der Selbstkenntnis im Alter (M=1,76). Das bedeutet, es sind vor allem die Aspekte „körperlicher Verlust" und „persönliche Weiterentwicklung", die für hochaltrige Menschen eher negativ mit dem Alter(n) konnotiert sind.

So stimmen 78,2% der Teilnehmer/innen der Aussage zu, Alter(n) bedeute, nicht mehr so vital und fit zu sein. 64% assoziieren Alter(n) mit einem schlechter werdenden Gesundheitszustand. Lediglich 29,1% glauben, dass man auch im Alter seine Fähigkeiten erweitern könne, und nur 47,8% verbinden Alter(n) mit der Fähigkeit, weiterhin neue Dinge zu lernen. Hingegen assoziieren nur 10,7% das Alter mit Langeweile und ein ähnlich geringer Anteil (13,3%) mit schwindendem Respekt. 84,6% vertreten die Ansicht, im Alter sei man gelassener, und 78,6% sagen, Alter(n) bedeute, genauer zu wissen, was man selbst wolle.

Wechselwirkung mit Gesundheit und Funktionalität

Es kann davon ausgegangen werden, dass zwischen dem individuellen Altersbild und objektiv auftretenden körperlichen Veränderungen, etwa in Form von gesundheitlichen und funktionalen Verlusten, eine Wechselwirkung besteht. Zum einen kann die subjektive Einstellung, wonach körperliche Verluste im Alter unumgänglich seien, zu Resignation und weniger Aktivität bzw. proaktivem Verhalten führen, was wiederum physische Verluste befördert. Zum anderen empfinden Personen, die mit körperlichen Einschränkungen leben,

physische Verluste naturgemäß stärker und nehmen diese somit tendenziell auch negativer wahr, was wiederum ein negatives Altersbild verstärken kann. Dadurch ergibt sich im schlechtesten Fall eine Abwärtsspirale aus negativen Einstellungen bezüglich des Alter(n)s bzw. altersbedingter Verluste und tatsächlichen physischen Abbauprozessen (Sabatini et al. 2025). Umgekehrt kann die Einstellung und Überzeugung, aktiv auf den eigenen Alterungsprozess einwirken zu können, etwa durch Präventionsmaßnahmen, zu einer längeren Aufrechterhaltung der körperlichen Funktionalität führen.

Mehrere Längsschnittstudien beschäftigten sich bereits mit der Frage, inwieweit sich individuelle Altersbilder auf die körperliche Funktionalität auswirken. Dabei zeigte sich, dass Altersbilder im Zeitverlauf sowohl die funktionale Gesundheit (Levy et al. 2002a), die Mortalität (Levy et al. 2002b), als auch die Manifestation körperlicher Krankheiten (Wurm et al. 2007) beeinflussen können. Diese Studien beschäftigten sich zum Teil auch mit der Frage nach der Direktionalität bzw. Kausalität der gefundenen Effekte. Die Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass der Einfluss, den individuelle Altersbilder auf die körperliche Funktionalität haben, größer ausfällt als in die entgegengesetzte Richtung (Levy et al. 2002a; Wurm et al. 2007). Dies spricht für eine Bidirektionalität der Effekte bzw. eine Wechselwirkung zwischen individuellem Altersbild und körperlicher Funktionalität.

Auch die Ergebnisse der ÖIHS zeigen, dass sich das individuelle Altersbild entlang des funktionalen Status signifikant unterschiedlich präsentiert ($\rho = .340$, $p < .001$). Je ausgeprägter die funktionalen Einschränkungen, desto negativer stellt sich das individuelle Altersbild dar. Während von den als frail klassifizierten Personen 65,7% ein negatives Altersbild aufweisen, sind es bei den als rüstig klassifizierten Personen lediglich 12,3%.

Funktional eingeschränkte Personen assoziieren das Alter(n) nicht nur stärker mit körperlichen, sondern auch mit sozialen Verlusten. Ebenso sehen sie signifikant weniger Möglichkeiten zur persönlichen Weiterentwicklung mit fortschreitendem Alter. Die subjektive Einstellung zur Weiterentwicklung im Alter weist dabei den größten Zusammenhang mit dem funktionalen Status auf, das heißt dieser Aspekt des Alter(n)s wird bei Vorliegen von funktionalen Einschränkungen bzw. Frailty besonders negativ beurteilt.

Da es sich hierbei lediglich um Querschnittsdaten handelt, können keine Schlüsse auf kausale Zusammenhänge gezogen werden. Mit Blick auf die oben angeführten längsschnittlichen Forschungsergebnisse scheint ein zumindest wechselseitiger Einfluss jedoch plausibel. Es ist anzunehmen, dass sich sowohl der funktionale Status auf das individuelle Altersbild auswirkt als auch das individuelle Altersbild – und hier insbesondere die Wahrnehmung von Chancen zur persönlichen Weiterentwicklung – auf den funktionalen Status.

Altersbild und psychische Gesundheit

Auch mögliche Auswirkungen von individuellen Altersbildern auf die psychische Gesundheit, insbesondere in Form von depressiven Symptomen, wurden bereits in Längsschnittstudien untersucht. Dabei zeigte sich, dass das subjektive Alter (Spuling et al. 2013) bzw. das individuelle Altersbild (Dutt et al. 2018) einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung und Stärke depressiver Symptome hatte, depressive Symptomatiken umgekehrt jedoch keinen entsprechenden Einfluss auf das individuelle Altersbild hatten. Eine multidimensionale Operationalisierung des individuellen Altersbildes zeigte zudem, dass sich insbesondere

wahrgenommene Verluste auf die depressive Symptomatik auswirken, wohingegen wahrgenommene Gewinne keinen signifikanten Einfluss hatten (Dutt et al. 2018).

In der ÖIHS wird dem Zusammenhang von individuellem Altersbild und psychischer Gesundheit anhand der psychologischen Variablen Depression und Lebenszufriedenheit nachgegangen. Dabei zeigt sich zunächst, dass das individuelle Altersbild entlang der (Abstufungen der) depressiven Symptomatik signifikante Unterschiede aufweist ($\rho = .346$, $p < .001$). Je depressiver eine Person, desto negativer fällt ihr individuelles Altersbild aus. Eine stärker ausgeprägte depressive Symptomatik geht vor allem mit einer signifikant negativeren Wahrnehmung der mit dem Altern zusammenhängenden körperlichen und sozialen Verluste einher. Depressivere Personen nehmen zudem signifikant weniger Chancen zur persönlichen Weiterentwicklung wahr und assoziieren mit dem Altern auch seltener einen Zugewinn an Selbstkenntnis.

Ein ähnliches Bild in entgegengesetzter Richtung zeigt sich entlang der Lebenszufriedenheit. Eine höhere Lebenszufriedenheit geht mit einem signifikant positiveren Altersbild einher ($\rho = .268$, $p < .001$). Personen, die eine höhere Lebenszufriedenheit angeben, nehmen altersbedingte körperliche und soziale Verluste signifikant weniger negativ wahr, sehen signifikant mehr Möglichkeiten zur persönlichen Weiterentwicklung und schätzen ihre durch das Alter gewonnene Selbstkenntnis signifikant positiver ein.

Den größten Effekt weist in beiden Fällen die Konnotation von Alter(n) und sozialem Verlust auf, gefolgt von Assoziationen mit körperlichen Verlusten, was deren Bedeutung für das psychische Wohlbefinden bzw. die psychische Gesundheit unterstreicht. Allerdings besteht auch mit den „gewinnorientierten" Komponenten ein signifikanter, wenn auch kleinerer Zusammenhang. Demnach spielen auch die Einschätzung des Selbstkenntnisgewinns im Alter und der im Alter vorhandenen Chancen zur persönlichen Weiterentwicklung eine bedeutsame Rolle für die psychische Gesundheit.

Auch hier kann aufgrund der Tatsache, dass es sich lediglich um Querschnittsdaten handelt, nur von Korrelationen gesprochen werden. Jedoch erscheint mit Blick auf die zitierte Literatur ein zumindest bidirektionaler Zusammenhang plausibel und kann davon ausgegangen werden, dass ein negatives Altersbild nicht bloß einen Effekt depressiver Symptome darstellt, sondern umgekehrt ein positives oder negatives Altersbild einen protektiven oder begünstigenden Einfluss auf die Ausbildung von Depressionen im Alter haben kann.

Individuelles Altersbild nach Geschlecht und Bildung

Signifikante Unterschiede erbringt auch eine Analyse entlang der Variablen Geschlecht und Bildung. Frauen haben im Mittel ein etwas negativeres Altersbild als Männer (M=2,28 vs. 2,20). Zwar ist bei fast zwei Drittel der Frauen (64,4%) das Altersbild (eher) positiv. Dieser relative Anteil liegt jedoch signifikant unter jenem der Männer (71,9%) ($\chi^2(3) = 9.582$, $p = .022$). Mit Blick auf einzelne Komponenten und Bereiche der Altersbilder-Skala zeigt sich, dass hochaltrige Frauen vor allem die Möglichkeiten zur persönlichen Weiterentwicklung im Alter deutlich negativer beurteilen als Männer ($\rho = .131$, $p < .001$). In den übrigen Bereichen (körperliche Verluste, soziale Verluste, Selbstkenntnis) ergeben sich hingegen keine signifikanten Differenzen.

Altersbild	insgesamt	Geschlecht		Bildung*	
		m	w	niedrig	hoch
Sehr positives Altersbild	5,3%	7,2%	3,6%	2,7%	6,3%
Eher positives Altersbild	62,6%	64,7%	60,8%	59,7%	68,4%
Eher negatives Altersbild	31,8%	28,0%	35,0%	37,1%	24,9%
Sehr negatives Altersbild	0,3%	0,0%	0,5%	0,5%	0,4%
Mittlerer Altersbilder-Score	2,24	2,20	2,28	2,37	2,14

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

Tabelle 64: Altersbild nach Geschlecht und Bildung

Eine noch größere Rolle spielt Bildung. Eine niedrigere Bildung geht dabei mit einem signifikant negativeren Altersbild einher ($\chi^2(6) = 13.259$, $p = .039$). Während von den Teilnehmer/innen mit niedriger Bildung (max. Pflichtschule) 37,6% ein negatives Altersbild aufweisen, sind es bei den Hochgebildeten (mind. Matura) lediglich 25,3%. Dies schlägt sich auch in einem höheren (negativeren) Altersbilder-Score nieder (M=2,37 vs. 2,14). Die signifikanten Unterschiede beziehen sich auf alle Komponenten des individuellen Altersbildes, mit Ausnahme der Selbstkenntnis. Eine niedrigere Bildung geht demnach mit einer negativeren Wahrnehmung körperlicher und sozialer Verluste im Alter als auch mit einer negativeren Einschätzung noch vorhandener Möglichkeiten zur persönlichen Weiterentwicklung einher.

Diese Befunde überraschen kaum, wenn man die starke Korrelation zwischen Bildung und körperlicher Funktionalität (Frailty) berücksichtigt. Niedriger gebildete Personen sind signifikant häufiger in ihrer Funktionalität eingeschränkt, was sich wiederum negativ auf ihr individuelles Altersbild auswirken kann. Körperliche Einschränkungen wirken sich nicht nur negativ auf die Wahrnehmung körperlicher Verluste aus. Sie gehen häufig auch mit sozialen Verlusten einher, etwa aufgrund einer verringerten Mobilität und damit auch Partizipationsfähigkeit.

Eine entscheidende Rolle scheint hier zudem die Komponente „persönliche Weiterentwicklung" zu spielen, die sowohl mit Blick auf geschlechtsspezifische ($\rho = .131$, $p < .001$) als auch mit Blick auf bildungsspezifische Differenzen ($\rho = -.236$, $p < .001$) den größten Effekt aufweist.

Inwieweit die Wahrnehmung von Chancen zur persönlichen Weiterentwicklung und das individuelle Altersbild insgesamt protektiv auf die körperliche Funktionalität wirken können, indem sie dem tatsächlichen körperlichen Verlust durch Proaktivität entgegenwirken, ist eine Frage, die in künftigen Längsschnittanalysen zu untersuchen wäre.

12.3 Selektion – Optimierung – Kompensation

Die vierte Erhebungswelle der ÖIHS beinhaltet zum ersten Mal auch eine Fragenbatterie zur Untersuchung der Anpassungsfähigkeit älterer Menschen an sich verändernde Lebensumstände (Resilienz). Diese Fragenbatterie orientiert sich am Modell der *selektiven Optimierung mit Kompensation* (SOK) (Baltes & Baltes 1989, 1990). Das Modell beschreibt die Voraussetzungen für eine „erfolgreiche" individuelle Entwicklung über die gesamte Lebensspanne bis ins hohe Alter. Dabei wird ein Prozess der Adaptation beschrieben, der sich durch die drei Komponenten Selektion, Optimierung und Kompensation auszeichnet,

welche miteinander in Wechselwirkung stehen. Optimierung durch Selektion und Kompensation kann dabei als Strategie verstanden werden, dem Verlust geistiger und körperlicher Ressourcen proaktiv entgegenzutreten, sodass Anforderungen des Alltags und für das Individuum wichtige Lebensaufgaben weiterhin bewältigbar sind.

Gerade im höheren Alter sehen sich Menschen oftmals mit dem Verlust psychischer, sozialer und biologischer Ressourcen konfrontiert, weshalb Strategien zur Anpassung an sich verändernde Lebensumstände in dieser Lebensphase besonders relevant werden. Es gilt dabei, begrenzte und tendenziell abnehmende Ressourcen bestmöglich einzusetzen, um persönlich bedeutsame Lebensziele weiterhin zu erreichen bzw. aufrechtzuerhalten.

Die Komponente der „Selektion" beschreibt die Auswahl von Entwicklungszielen, wobei zwischen elektiver und verlustbasierter Selektion unterschieden wird (Freund & Baltes 2002). Bei der „elektiven Selektion" handelt es sich um das Aufstellen von Zielen. Hier geht es um die Frage, welche und wie viele Ziele weiterhin verfolgt werden sollen bzw. verfolgt werden können. Die „verlustbasierte Selektion" beschreibt die Umstrukturierung alter Ziele oder die Wahl neuer Ziele, wenn alte Ziele nicht mehr erreicht werden können und daher aufgegeben werden müssen. Bei beiden Arten der Selektion gilt es, die verfügbaren Ressourcen auf persönlich wichtige und zentrale Ziele zu fokussieren. Durch diese Selektion sollen die Erwartungen einer Person in einem Sinne angepasst werden, dass sowohl subjektives Wohlbefinden als auch persönliche Kontrolle und Autonomie erreicht werden können (Baltes & Baltes 1990). Durch die Konzentration auf zentrale Ziele können die verfügbaren Ressourcen bestmöglich genutzt werden. Die gezielte Investition von Ressourcen, wie Zeit und Anstrengung, in wenige für die Person wichtige Ziele wird durch die Komponente der „Optimierung" beschrieben. „Kompensation" wiederum beschreibt die Mobilisierung neuer Ressourcen, um die selbst gewählten Ziele erreichen und Anforderungen des Alltags weiterhin bewältigen zu können. Als Beispiele können hier unter anderem technische Hilfsmittel oder soziale Ressourcen genannt werden.

SOK-Fragebogen (Selektion – Optimierung – Kompensation)

Die ÖIHS verwendet eine Kurzversion des SOK-Fragebogens mit jeweils drei Aussagenpaaren zu den einzelnen Komponenten „elektive" und „verlustbasierte Selektion", „Optimierung" und „Kompensation", wobei eine Aussage die zu messende SOK-Strategie (Target) beschreibt, während die andere eine alternative Aussage beinhaltet, die inhaltlich ähnlich formuliert ist, aber eine maladaptive, passive oder ineffektive Bewältigungsstrategie impliziert (Distraktor). Insgesamt umfasst die Befragung also zwölf Aussagenpaare, und die Teilnehmer/innen werden aufgefordert, anzugeben, welche der beiden Aussagen eher auf sie zutrifft.

Am Ende ergibt sich daraus ein Summenscore mit maximal zwölf Punkten, der über die Stärke und Ausprägung der Selektions-, Optimierungs- und Kompensationsstrategien Auskunft gibt. Je höher der Score, desto ausgeprägter die Orientierung an den SOK-Strategien. Betrachtet werden können dabei nicht nur die allgemeine SOK-Ausprägung, sondern auch die Ausprägungen in den einzelnen Komponenten.

Tabelle 65 gibt die Ergebnisse im Überblick wieder. Dargestellt sind ausschließlich die Target-Aussagen ohne die zugehörigen Distraktoren. Angegeben werden sowohl die relativen

Häufigkeiten der jeweiligen Targets als auch die mittleren Scores in den einzelnen Komponenten sowie der mittlere SOK-Gesamtscore.

Selektion – Optimierung – Kompensation

Komponente	Aussagen (Target)	Häufigkeit
elektive Selektion	Ich konzentriere meine ganze Energie auf wenige Dinge.	52,3%
	Ich verfolge immer nur einen Plan nach dem anderen.	72,0%
	Wenn ich mir überlege, was ich will, lege ich mich auf ein oder zwei wichtige Ziele fest.	62,9%
	Mittlerer Score: 1,87	
verlustbasierte Selektion	Wenn die Dinge nicht mehr so gut laufen wie bisher, lege ich mich auf ein oder zwei wichtige Ziele fest.	57,9%
	Wenn die Dinge nicht mehr so gut laufen wie bisher, lege ich mich auf ein oder zwei wichtige Ziele fest.	56,9%
	Wenn mir etwas nicht mehr so gelingt wie früher, überlege ich ganz genau, was mir wichtig ist.	46,3%
	Mittlerer Score: 1,61	
Optimierung	Ich probiere so lange, bis mir gelingt, was ich mir vorstelle.	66,1%
	Ich setze alles daran, meine Pläne zu verwirklichen	61,4%
	Wenn mir an etwas sehr gelegen ist, setze ich mich voll und ganz dafür ein.	75,3%
	Mittlerer Score: 2,03	
Kompensation	Wenn die Dinge nicht mehr so gut laufen wie bisher, suche ich nach anderen Wegen, um zum Ziel zu kommen.	52,6%
	Wenn etwas nicht mehr so gut klappt wie bisher, bitte ich andere um Rat oder Hilfe.	75,8%
	Wenn mich etwas daran hindert, weiterzumachen wie bisher, dann gebe ich mir erst recht Mühe.	63,5%
	Mittlerer Score: 1,92	
Mittlerer SOK-Gesamtscore: 7,42		

Tabelle 65: Ergebnisse des SOK-Fragebogens nach Einzelkomponenten und gesamt, inkl. mittlerer Scores

Die Ergebnisse zeigen für die hochaltrige Bevölkerung eine SOK-Orientierung im höheren mittleren Bereich (M=7,42). Im Schnitt zeigten die Teilnehmer/innen also eine Übereinstimmung mit etwas mehr als sieben der zwölf abgefragten Verhaltensweisen, die mit einer Orientierung an Selektion, Optimierung und Kompensation assoziiert werden. Bei genauerer Betrachtung ist zu erkennen, dass die meiste Zustimmung auf Strategien aus dem Bereich der Optimierung entfällt (M=2,03). Hochaltrige Menschen sind demnach eher darauf bedacht, vorhandene Ressourcen optimal einzusetzen. Am geringsten fallen die Scores für die selektiven Strategien aus (M=1,61 bzw. 1,87). Besonders wenig Zustimmung finden dabei Aussagen wie „Wenn mir etwas nicht mehr so gelingt wie früher, überlege ich ganz genau, was mir wichtig ist" (46,3%) und „Ich konzentriere meine ganze Energie auf wenige Dinge" (52,3%). Darin spiegelt sich eine geringere Neigung wider, Ziele, Aktivitäten und Gewohnheiten aufgrund von altersbedingten Einschränkungen aufzugeben. Zuerst – so lässt sich dies in der Zusammenschau mit den übrigen Ergebnissen interpretieren – sollen alle vorhandenen Ressourcen ausgeschöpft werden, um Verluste und dadurch notwendige Selektionsleistungen hintanzuhalten.

Die Aussagen mit den höchsten Zustimmungswerten sind: „Wenn etwas nicht mehr so gut klappt wie bisher, bitte ich andere um Rat oder Hilfe" (75,8%), „Wenn mir an etwas sehr gelegen ist, setze ich mich voll und ganz dafür ein" (75,3%) und „Ich verfolge immer nur einen Plan nach dem anderen" (72%). Dies spricht einerseits für eine ausgeprägte Zielstrebigkeit

unter den hochaltrigen Teilnehmer/innen und die Bereitschaft, Ziele ggf. auch gegen Widerstände zu verfolgen, andererseits aber auch für die Bereitschaft, einzusehen, wenn etwas nicht mehr geht, und im Bedarfsfall Hilfe anzunehmen oder auch proaktiv danach zu suchen.

Selektion – Optimierung – Kompensation nach Geschlecht, Alter und Bildung

Die Anpassungsfähigkeit im Sinne des SOK-Modells weist sowohl zwischen den Geschlechtern als auch entlang von Alters- und Bildungsgruppen signifikante Unterschiede auf. Tabelle 66 zeigt die mittleren SOK-Scores gesamt und für die einzelnen Komponenten, stratifiziert nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus.

Hochaltrige Männer zeigen eine signifikant höhere Orientierung an SOK-Strategien als hochaltrige Frauen ($t(651) = 2.634$, $p = .009$, Cohens d = .206). Hauptsächlich kommen die signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen durch die besonders hohe Zustimmung von Männern zu Aussagen aus dem Bereich der Optimierung zustande. Frauen tendieren generell stärker zu den unter Anpassungs- und Resilienzgesichtspunkten „nicht förderlichen" Aussagen und Orientierungen vom Distraktor-Typ. Betrachtet man die diesbezüglichen Ergebnisse genauer, ergibt sich ein Bild, das für eine insgesamt passivere Haltung unter Frauen spricht. So geben diese etwa häufiger an, die Dinge erst einmal auf sich zukommen zu lassen (59% vs. 48,3%) oder darauf zu warten, dass sich ihre Pläne vielleicht von selbst verwirklichen (43,8% vs. 33,2%). Zudem finden sie sich eher mit dem altersbedingten Verlust von Ressourcen ab, indem sie nicht mehr lange andere Möglichkeiten probieren, wenn ihnen etwas nicht gleich gelingt (37,8% vs. 29,8%) oder indem sie sich damit zufriedengeben, wenn die Dinge nicht mehr so gut laufen wie bisher (53,5% vs. 41,2%).

SOK – Mittlere Scores (M)	insgesamt	Geschlecht		Bildung*		Altersgruppen	
		m	w	niedrig	hoch	80-85	86-91
SOK insgesamt	7.42	7.70	7.15	7.11	7.67	7.60	7.11
elektive Selektion	1.87	1.87	1.88	2.08	1.74	1.83	1.95
verlustbasierte Selektion	1.61	1.67	1.54	1.63	1.65	1.65	1.53
Optimierung	2.03	2.18	1.88	1.82	2.13	2.12	1.87
Kompensation	1.92	1.98	1.86	1.60	2.14	2.01	1.76

* Darstellung nur für „niedrige Bildung " (max. Pflichtschule) und „hohe Bildung" (Matura und höher)

Tabelle 66: SOK (mittlere Scores) nach Geschlecht, Bildung und Alter

Auch nach Alter zeigen sich signifikante Unterschiede, wobei jüngere Teilnehmer/innen (80-85) eine deutlich höhere SOK-Orientierung demonstrieren als ältere (86-91) ($t(651) = 2.243$, $p = .025$, Cohens d = .183). Die Jüngeren weisen insbesondere eine signifikant stärker ausgeprägte Orientierung an Strategien der Optimierung ($t(655) = 2.777$, $p = .006$, Cohens d = .225) und der Kompensation auf ($t(652) = 3.045$, $p = .002$, Cohens d = .248) auf. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem aus der Forschung bekannten Befund, wonach SOK mit dem Alter tendenziell wieder abnimmt, da mit steigendem Alter immer weniger Ressourcen zur Verfügung stehen, welche für die Optimierung und insbesondere die Kompensation mobilisiert werden können (Freund & Baltes 2002). Vor allem handelt es sich dabei um Ressourcen physischer Natur, die aufgrund von funktionalen und gesundheitlichen Einschränkungen mit höherem Alter zunehmend verloren gehen. Dies findet in den Daten auch darin seinen Niederschlag, dass Frailty negativ mit Optimierung ($\rho = -.199$, $p < .001$) und Kompensation ($\rho = -.183$, $p < .001$) korreliert.

Auch entlang der Schulbildung ergeben sich signifikante Unterschiede. Zwar zeigen sich diese weniger mit Blick auf den SOK-Gesamtscore, sondern primär bei den einzelnen Komponenten bzw. SOK-Bereichen. Das Muster, das sich dabei zeigt, ist, dass niedriger Gebildete im Vergleich zu Hochgebildeten eine signifikant geringere Orientierung an Optimierung ($t(400) = -2.764$, $p = .006$, $d = -.278$) und Kompensation ($t(398) = -5.492$, $p < .001$, $d = -.555$) demonstrieren. Umgekehrt weisen sie deutlich höhere Werte bei elektiver Selektion auf ($t(400) = 3.427$, $p < .001$; $d = .345$). Dass Personen mit niedriger Bildung viel Aufmerksamkeit auf Selektionsstrategien richten, ist wahrscheinlich auch ein Ergebnis ihres insgesamt schlechteren gesundheitlichen und funktionalen Status, im Vergleich zu Personen aus höheren Bildungsschichten (gesundheitliche Ungleichheit). Dies macht es eher erforderlich, zwischen individuellen Zielen selektieren zu müssen. Konkret zeigt sich dies darin, dass sie deutlich häufiger angeben, ihre Energie nur auf wenige Dinge zu konzentrieren (61,9% vs. 47,8%) und immer nur einen Plan nach dem anderen zu verfolgen (82% vs. 63,5%), als ihre höher gebildeten Altersgenoss/innen. Ihre geringere Orientierung an Kompensationsstrategien drückt sich wiederum darin aus, dass sie sich eher mit den Umständen abfinden, anstatt nach anderen Möglichkeiten oder Wegen zur Zielerreichung zu suchen (40,5% vs. 30,9%), oder auf Dinge, die nicht mehr so gut klappen, lieber verzichten, anstatt andere um Hilfe zu bitten (27,2% vs. 17,8%).

Diese Ergebnisse sind ein Hinweis darauf, dass die Anpassungsfähigkeit im hohen Alter in hohem Maße vom sozioökonomischen Status und den damit verbundenen Ressourcen beeinflusst wird. Sozioökonomisch besser Gestellte verfügen im höheren Alter über mehr kognitive, funktionale, materielle und soziale Ressourcen, die ihnen eine stärkere Orientierung an optimierenden und kompensierenden Strategien im Umgang mit den Herausforderungen des hohen Alters ermöglichen.

III. Pflege und Betreuung

In diesem Kapitel werden Aspekte der Pflege und Betreuung im hohen Alter behandelt. Fortschreitende gesundheitliche und funktionale Einschränkungen führen zu einem erhöhten Hilfebedarf bei alltäglichen Verrichtungen (Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Haushaltsführung). Erreichen funktionale Einschränkungen ein Ausmaß, dass ein permanenter Hilfebedarf entsteht, wird von Pflegebedürftigkeit gesprochen. Das Thema Pflege und Betreuung älterer Menschen gewinnt insbesondere aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der daraus resultierenden demografischen Veränderungen stetig an Bedeutung, da diese mit einer erheblichen Zunahme des Anteils von Menschen mit Hilfs- und Pflegebedarf einhergehen. Hochaltrige Personen sind dabei bereits heute jene Bevölkerungsgruppe, die am häufigsten Pflege- und Betreuungsleistungen in Anspruch nimmt.

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

13. Hilfe- und Pflegebedarf

Betrachtet man zunächst die Ergebnisse zur Häufigkeit von Hilfe- und Pflegebedarf in der ÖIHS-Stichprobe, so bestätigen diese die bereits an früherer Stelle berichteten Befunde hinsichtlich Gesundheit und Funktionalität hochaltriger Menschen: Ein großer Anteil der Teilnehmer/innen ist noch ausgesprochen mobil und vom allgemeinen körperlichen, kognitiven und gesundheitlichen Zustand her so weit „fit", dass ihre Selbsthilfefähigkeit noch weitgehend intakt ist und der Alltag im Wesentlichen ohne Hilfe durch andere bewältigt werden kann.

Etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmer/innen (36,7%) gibt an, im Alltag aufgrund ihres Alters oder ihres Gesundheitszustandes auf unterschiedliche Formen von Unterstützung oder Hilfe angewiesen zu sein. Inkludiert sind dabei auch Pflegeheimbewohner/innen. 22,8% der Teilnehmer/innen sind auf Betreuung und/oder Begleitung angewiesen. Im engeren Sinne pflegebedürftig, d.h. angewiesen auf umfangreichere Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen bis hin zur Körperpflege, sind 16,1% der Stichprobe. Ein großer Teil der Teilnehmer/innen kommt also noch weitestgehend ohne Pflege im engeren Sinn aus. Dies gilt vor allem für Personen in Privathaushalten – hier beträgt der Anteil der Pflegebedürftigen lediglich 8,3%.

Bei der Mehrheit der Pflegebedürftigen (75,2%) ist ein Bedarf an pflegebezogener Hilfe erst im Laufe der letzten fünf Jahre entstanden. Nur 8,5% geben an, schon seit mehr als 10 Jahren auf Pflege angewiesen zu sein.

Hilfe- und Pflegebedarf	Alle (n=824)	Nur Privathaushalte (n=737)
Hilfebedarf	36,7%	30,9%
Betreuung/Begleitung	22,8%	15,9%
Pflegebedarf	16,1%	8,3%

Tabelle 67: Hilfe- und Pflegebedarf

Die Analyse zum Hilfe- und Pflegebedarf ergibt dabei signifikante Differenzen nach dem Alter: Während 29,6%, also fast ein Drittel der Teilnehmer/innen im Alter zwischen 80 und 85 auf Hilfe im Alltag, Betreuung oder Pflege angewiesen sind, sind es unter 86- bis 91-Jährigen bereits knapp die Hälfte (48,5%). Pflegebedürftig im engeren Sinne sind 86- bis 91-jährige Teilnehmer/innen fast doppelt so häufig wie 80- bis 85-Jährige (21,7% vs. 12,8%). Dies verdeutlicht, dass die Wahrscheinlichkeit für Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im hohen Alter kontinuierlich zunimmt.

Hilfe- und Pflegebedarf nach Geschlecht und Bildung

Hochaltrige Frauen sind deutlich häufiger auf Hilfe oder Pflege angewiesen als Männer (43,6% vs. 28,4%). Etwa ein Fünftel der Frauen in der Stichprobe (19,6%) ist dabei im engeren Sinne pflegebedürftig – auch das ist ein höherer Anteil als bei Männern (12,1%). Diese geschlechtsspezifische Differenz kommt jedoch u.a. durch den deutlich größeren Anteil von Frauen in Pflegeheimen zustande. Beschränkt man die Auswertung auf Privathaushalte, liegt der Anteil von Frauen und Männern mit Pflegebedarf annähernd gleichauf (8,5% vs. 8,0%).

Auch zwischen Hilfebedarf und Bildung besteht ein statistisch hoch signifikanter Zusammenhang ($\chi^2(2) = 32.153$, $p < .001$). Personen mit niedriger Bildung sind fast doppelt

so häufig auf Hilfe oder Pflege angewiesen wie Personen mit hoher Bildung (51,3% vs. 28,0%). Pflegebedürftigkeit im engeren Sinne betrifft Hochaltrige mit niedriger Bildung sogar drei Mal so häufig (28,0% vs. 9,1%). Dies verweist abermals auf das deutlich erhöhte Risiko sozioökonomisch benachteiligter Personen für gesundheitliche und funktionale Einschränkungen im hohen Alter. Daraus resultiert wiederum eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, im hohen Alter auf Hilfe und Pflege angewiesen zu sein. Zum Teil ergibt sich dieses Ergebnis in dieser Deutlichkeit aber – ähnlich wie beim Geschlecht – auch daraus, dass sich die Gruppe der Pflegeheimbewohner/innen in der Stichprobe überdurchschnittlich aus Personen mit niedriger Bildung zusammensetzt (siehe unten, Kapitel 16).

14. Pflegegeld und Pflegestufe

Das insgesamt relativ geringe Ausmaß an Pflegebedürftigkeit im ÖIHS-Sample spiegelt sich auch in den Daten zum Pflegegeldbezug und in der Verteilung der Pflegestufen wider: 35,5% aller Teilnehmer/innen beziehen Pflegegeld, davon fast die Hälfte in den Pflegestufen 1 (10,1%) oder 2 (6,9%). Weitere 14,9 Prozentpunkte entfallen auf die Pflegestufen 3 und 4. Lediglich 3,6% der Teilnehmer/innen haben eine Pflegestufe von höher als 4. Dies betrifft in drei Viertel der Fälle Pflegeheimbewohner/innen.

Pflegegeld & Pflegestufe	%
Pflegegeldbezug (n=814)	35,5%
Pflegestufe (n=806)	
Pflegestufe 1	10,1%
Pflegestufe 2	6,9%
Pflegestufe 3	8,2%
Pflegestufe 4	6,7%
Pflegestufe 5	3,0%
Pflegestufe 6	0,5%
Pflegestufe 7	0,1%

Tabelle 68: Pflegegeldbezug und Pflegestufen

Ausgehend von diesen Ergebnissen zur Pflegestufe, kann – wie bereits allgemein hinsichtlich der Gesundheit und des funktionalen Status – davon ausgegangen werden, dass diese aufgrund einer Selektivität der ÖIHS-Stichprobe zugunsten von funktional intakteren Personen das tatsächliche Ausmaß an Pflegebedürftigkeit in der hochaltrigen Bevölkerung etwas unterschätzen. Laut Daten aus dem Österreichischen Pflegevorsorgebericht 2022 sind in Österreich 19,3% aller Anspruchsberechtigten im Alter von 80+ in einer Pflegestufe höher als 4 eingestuft (BMSGPK 2023). In der (altersmäßig mit den Daten des Pflegevorsorge-berichts nicht völlig identischen) ÖIHS-Stichprobe sind es – bezogen auf alle Pflegegeldbezieher/innen – lediglich 10%.

15. Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen

Ein zentraler Aspekt der Pflege- und Betreuungssituation alter und hochbetagter Menschen betrifft die Art der in Anspruch genommenen Betreuungs- und Pflegeleistungen, also wer konkret die Hilfe und Pflege leistet. Hier kann unterschieden werden zwischen informellen und formellen Leistungen.

Unter informelle Leistungen fallen vor allem Hilfe- und Pflegeleistungen durch Angehörige oder andere Personen aus dem sozialen Umfeld, die in der Regel unbezahlt erbracht werden. Bei formellen Leistungen handelt es sich hingegen um Tätigkeiten professioneller Betreuungs- und Pflegedienstleister/innen. Hierzu zählen z.B. Essen auf Rädern, Heimhilfe oder 24-Stunden-Betreuung. Auch Betreutes Wohnen und vergleichbare betreute Wohnformen werden darunter subsumiert.

Tabelle 69 gibt die in Anspruch genommenen Hilfe- und Pflegeleistungen unter Berücksichtigung des Alters sowie zusätzlich des Geschlechts und der Bildung wieder.

Alter Geschlecht Bildung (=100%)	Kein Bedarf	Nur Informell	Nur Formell	Informell & Formell	Heim
Alle	63,3%	12,0%	1,9%	14,6%	8,2%
Alter					
80-85	70,4%	11,2%	1,5%	9,7%	7,2%
86-91	51,5%	13,3%	2,6%	22,6%	10,0%
Geschlecht					
männlich	71,6%	9,3%	1,9%	12,7%	4,5%
weiblich	56,4%	14,2%	2,0%	16,1%	11,3%
Bildung					
niedrig	48,7%	13,4%	2,5%	18,7%	16,7%
hoch	72,8%	12,9%	1,4%	10,1%	2,8%

Tabelle 69: Hilfe- und Pflegeleistungen, nach Alter und Geschlecht

Fast zwei Drittel der Teilnehmer/innen (63,3%) kommen im Wesentlichen noch ohne regelmäßige Hilfe oder Unterstützung durch andere Personen aus. 8,2% leben in einem Pflegeheim. Der Rest nimmt formelle und/oder informelle Unterstützung in Anspruch, wobei hier zusätzlich die Anteile der Teilnehmer/innen, die beides – also sowohl formelle als auch informelle Leistungen – in Anspruch nehmen, gesondert ausgewiesen werden.

Deutlich wird vor allem die große Rolle, die informelle Leistungen in der Betreuung und Pflege hochaltriger Menschen in Österreich spielen. Fast die Hälfte der in Privathaushalten anfallenden Betreuungsleistungen entfallen ausschließlich auf informelle Hilfsquellen (12% von insgesamt 28,5%). Interessant ist außerdem, dass nur ein sehr kleiner Teil der Teilnehmer/innen (1,9%) ausschließlich formelle Hilfe in Anspruch nimmt. Häufiger (14,6%) tritt formelle Hilfe ergänzend zu informellen Leistungen hinzu oder wird, umgekehrt, zusätzlich zu formellen Diensten auch informelle Hilfe in Anspruch genommen.

Dabei gibt es beträchtliche Unterschiede nach Alter. Ältere Teilnehmer/innen (86-91 Jahre) nehmen deutlich häufiger Unterstützungs- und Pflegeleistungen in Anspruch als jüngere (80-85 Jahre).

Ähnliches gilt für Frauen im Vergleich zu Männern. Frauen sind dabei auch mehr als doppelt so häufig in Pflegeheimen anzutreffen. Dies dürfte zum einen darauf zurückzuführen sein, dass Frauen aufgrund von funktionalen Einschränkungen häufiger auf Pflege angewiesen sind als Männer, zum anderen verweist es auf eine tendenziell geringere Verfügbarkeit informeller Hilfs- und Pflegequellen für Frauen, weil diese häufig verwitwet sind und/oder allein leben. Es ist aus der Forschung bekannt, dass Frauen bei Pflegebedürftigkeit mit höherer Wahrscheinlichkeit in einem Pflegeheim aufgenommen werden, während Männer häufiger noch auf Pflegeleistungen durch ihre (in der Regel jüngeren) Partner/innen oder durch ihre Kinder, insbesondere Töchter und Schwiegertöchter, zurückgreifen können (Heusinger 2017).

Signifikante Unterschiede ergeben sich schließlich auch nach Bildung. Nicht nur sind Personen mit niedriger Bildung deutlich häufiger auf Hilfe und/oder Pflege angewiesen. Sie haben auch eine sechsmal höhere Wahrscheinlichkeit, im hohen Alter in einem Pflegeheim zu leben, als Personen aus dem höchsten Bildungssegment. Neben Einflussfaktoren wie Geschlecht und funktionalem Status (Personen mit niedriger Bildung sind zu einem großen Teil weiblich und befinden sich im Schnitt in einem signifikant schlechteren gesundheitlichen und funktionalen Zustand) lässt sich dies vor allem durch die bessere finanzielle Ausstattung sowie das größere und stärkere soziale Netz von sozioökonomisch besser situierten Personen erklären. Diese haben dadurch entsprechende Vorteile hinsichtlich der Wahl und der Ausgestaltung ihrer Pflege- und Betreuungsarrangements und können auch bei Pflegebedürftigkeit eher im Privathaushalt verbleiben.

15.1 Formelle Leistungen

Insgesamt nehmen 18,1% aller in Privathaushalten (inkl. Seniorenresidenzen und betreuten Wohnformen) lebenden Teilnehmer/innen Leistungen von formellen bzw. professionellen Betreuungs- und Pflegedienstleistern in Anspruch. Am häufigsten genannt werden Heimhilfe (6,9%) und Essen auf Rädern (6,5%). 24-Stunden-Betreuung wird mit 3,4% nur von einer Minderheit in Anspruch genommen.

Formelle Unterstützungsleistungen*	%
Heimhilfe	6,9%
Essen auf Rädern	6,6%
Reinigungsdienst	5,7%
24-Stunden-Betreuung	3,4%
Hauskrankenpflege	2,5%
Fahrtendienst	2,4%

* Nur Privathaushalte (n=758)

Tabelle 70: Formelle Leistungen

Um einen Einblick in die Betreuungsintensität zu bekommen, wurde bei Bezieher/innen von Heimhilfe und Hauskrankenpflege auch die durchschnittliche Anzahl der in Anspruch genommenen wöchentlichen Dienstleistungsstunden erhoben. Diese beträgt in mehr als drei

Viertel der Fälle (84%) nicht mehr als 4 Stunden pro Woche. Lediglich bei 6% beträgt die durchschnittlich pro Woche in Anspruch genommene Stundenanzahl 10 Stunden und mehr.

15.2 Informelle Leistungen

Mehr als die Hälfte der in Privathaushalten lebenden Teilnehmer/innen (57,8%) können unabhängig von einem bestehenden Hilfe- oder Pflegebedarf auf diverse Formen informeller Unterstützung durch Angehörige und/oder andere Personen zurückgreifen. Informelle Unterstützung kommt überwiegend von den eigenen Kindern und vom Partner/der Partnerin (Tabelle 71). 16,8% nehmen (auch) die Dienste einer privaten Reinigungskraft in Anspruch.

Auf Unterstützung durch den Partner können Männer dabei deutlich häufiger zurückgreifen als Frauen (18,7% vs. 6,8%). Frauen geben dafür häufiger Hilfe durch eine oder mehrere Töchter (30,3% vs. 20,4%) bzw. einen oder mehrere Söhne (25,3% vs. 19,0%) an.

Die durchschnittlich aufgewendete Zeit für Unterstützung, Betreuung und/oder Pflege variiert dabei zwischen einem Minimalwert von 30 Minuten und einem Maximalwert von 100 Stunden pro Woche. Der Mittelwert beträgt 5,7 Stunden.

Hilfeleistende Person(en)*	%
Tochter	25,6%
Sohn	22,3%
Partner/in	12,4%
Enkel	12,1%
Schwiegertochter	9,5%
Nachbarn	7,4%
Freunde/Bekannte	6,3%
Schwiegersohn	6,2%
Private Reinigungskraft	16,8%

* Nur Privathaushalte (n=758)

Tabelle 71: Informelle Hilfe (Mehrfachnennungen möglich)

16. Lebens- und Betreuungssituation im Pflegeheim

8,2% der Teilnehmer/innen im vorliegenden Sample leben in Pflegeheimen. Dieser Prozentsatz liegt in etwa im Bereich des tatsächlichen Anteils, der sich auf Basis von Daten der Statistik Austria auf 8,8% für die österreichische Bevölkerung 80+ beziffern lässt.[27]

Zusammensetzung des Pflegeheim-Samples

Tabelle 72 gibt die Zusammensetzung des Pflegeheim-Samples wieder:

Variable	Ausprägung	Prozent
Alter	80-85	54,4%
	86-91	45,6%
Geschlecht	Weiblich	75,0%
	Männlich	25,0%
Bildung	Max. Pflichtschulabschluss	58,8%
	Lehre/Fachschule/BMS	27,9%
	Matura	11,8%
	Hochschule, Universität	1,5%

Tabelle 72: Zusammensetzung des Pflegeheim-Samples

Dabei zeigt sich zunächst, dass die Pflegeheim-Stichprobe altersmäßig relativ gleich verteilt ist: Etwas mehr als die Hälfte (54,4%) ist zwischen 80 und 85, der Rest (45,6%) ist zwischen 86 und 91 Jahre alt.

Pflegeheimbewohner/innen sind überwiegend weiblichen Geschlechts: Drei Viertel (75%) der Teilnehmer/innen in Pflegeheimen sind Frauen, 25% Männer. Der große Frauenanteil in Pflegeheimen rührt zum einen daher, dass Frauen generell eine etwas höhere Lebenserwartung haben und häufiger als Männer ein hohes Alter erreichen. Zum anderen ergibt sich die hohe Frauenquote daraus, dass hochaltrige Frauen tendenziell einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als hochaltrige Männer. Hinzu kommt, dass Frauen im hohen Alter wesentlich öfter alleinstehend bzw. verwitwet sind als Männer aus derselben Altersgruppe. Sie verfügen also in der Regel über weniger Hilfs- und Pflegequellen innerhalb der Familie im Vergleich zu Männern, die häufig noch auf Unterstützung und Pflege durch ihre Ehefrauen zurückgreifen können (Heusinger 2017).

Pflegeheimbewohner/innen gehören tendenziell auch niedrigeren sozialen Schichten an: Mehr als die Hälfte (58,8%) weist einen niedrigen Bildungsgrad auf (höchstens Pflichtschulabschluss), während sich im gesamten Pflegeheim-Sample überhaupt nur eine einzige Person mit einem Universitätsabschluss findet. Zum Teil besteht hier freilich eine Korrelation mit dem Geschlecht und kommt dieses Ergebnis u.a. durch die starke Überrepräsentation von Frauen in Pflegeheimen zustande. Der sozioökonomische Zusammenhang bleibt aber im Wesentlichen auch dann bestehen, wenn man die Bildungsverteilungen getrennt nach Geschlecht betrachtet. Die Wahrscheinlichkeit, seinen Lebensabend in einem Pflegeheim zu verbringen, ist also stark von der Bildung und dem sozialen Status abhängig und signifikant höher für Personen mit niedriger Bildung ($\rho = -.191$, $p < .001$). Eine bessere finanzielle Ausstattung ebenso wie größere und stärkere soziale Netzwerke gewähren sozioökonomisch

[27] Quelle: Statistik Austria, Personen in Anstaltshaushalten nach Typ der Einrichtung und Altersgruppen 2022 (eigene Berechnung)

besser situierten Personen bei Pflegebedürftigkeit eine größere Vielfalt an Optionen sowie einen größeren Gestaltungsspielraum, um ein für sie passendes Pflege- und Betreuungsarrangement innerhalb der eigenen vier Wände zu realisieren (altersgerechter Aus- bzw. Umbau der Wohnung, informelle Pflege durch Angehörige, 24-Stunden-Betreuung etc.). Eine Rolle spielt hier aber natürlich auch, dass Personen mit höherem sozioökonomischem Status im Schnitt über einen besseren Gesundheitszustand verfügen und seltener pflegebedürftig sind als Personen aus niedrigeren sozialen Schichten.

Gesundheitszustand in der Pflegeheimpopulation

In Pflegeheimen lebende Personen sind von gravierenden Gesundheits- und Funktionseinschränkungen betroffen. Das Ausmaß an gesundheitlichen Einschränkungen lässt sich an einem direkten Vergleich mit zu Hause lebenden Personen ablesen:

Funktionaler Status	Privathaushalt	Pflegeheim
rüstig	10,6%	-
fit	28,1%	-
pre-frail	54,0%	44,6%
frail	7,3%	55,4%

Tabelle 73: Funktionaler Status nach Wohnform

Mehr als die Hälfte (55,4%) der Personen in Pflegeheimen sind von ausgeprägten Formen der Frailty betroffen. Der Rest verteilt sich auf den Status der Pre-Frailty. In Privathaushalten sind hingegen nur 7,3% frail. Mehr als ein Drittel (38,7%) der Personen in Privathaushalten befindet sich noch in einem vergleichsweise guten funktionalen Zustand („rüstig" bzw. „fit").

Dies spiegelt sich auch in der Verteilung der Pflegestufen wider. 64,7% der Pflegeheimbewohner/innen sind in einer Pflegestufe von 4 oder höher eingestuft (Mittelwert: 4,0). Der höchste Wert liegt bei Pflegestufe 6 und betrifft 5,9% der Pflegeheimbewohner/innen im Sample.

Pflegeheimbewohner/innen sind darüber hinaus im Vergleich zu zuhause lebenden Hochaltrigen besonders häufig multimorbide (86,8% vs. 56,5%). Insbesondere sind sie häufig von Inkontinenz betroffen: Bei 55,9% liegt eine Harninkontinenz vor, bei 13,2% auch eine Stuhlinkontinenz. 19,1% haben eine Demenzdiagnose, 14,7% leiden unter Parkinson. 21,2% hatten bereits einmal einen Schlaganfall, 12,3% einen Herzinfarkt. Chronische Krankheiten wie Inkontinenz und Demenz, aber auch die Folgen von Schlaganfällen gehören zu den häufigsten Gründen für die Aufnahme in ein Pflegeheim.

Einsamkeit und Depression

Ein größeres Thema als in Privathaushalten ist Einsamkeit in Pflegeheimen. Zwar ist die relative Häufigkeit manifester, ausgeprägter Einsamkeitsgefühle mit 7,5% auch in Pflegeheimen eher gering. Gleichwohl liegt der Prozentanteil deutlich über jenem in Privathaushalten (1,6%). Die höheren Einsamkeitswerte im Pflegeheim können auf eine stärkere soziale Isolation von Pflegeheimbewohner/innen zurückgeführt werden. Diese resultiert einerseits aus der Pflegeheimsituation selbst: Der Umzug ins Pflegeheim bedeutet in der Regel den Verlust der vertrauten Umgebung und damit zumindest eine Einschränkung von früher gepflegten sozialen Beziehungen. Andererseits verfügen Pflegeheim-

bewohner/innen generell über ein kleineres soziales Netz. Zumeist sind sie verwitwet bzw. alleinstehend, familiäre sowie außerfamiliäre soziale Kontakte sind nur noch in geringerem Ausmaß gegeben. Der Mangel an sozialer Unterstützung, der damit verbunden ist, dürfte in einigen Fällen bereits ein wesentlicher Faktor sein, der einen Umzug ins Pflegeheim maßgeblich begünstigt.

Ähnliches dürfte für depressive Symptome gelten, die ebenfalls in Pflegeheimen deutlich häufiger auftreten als in Privathaushalten (und generell auch mit Einsamkeit korreliert sind[28]). Bei 27,9% der Teilnehmer/innen in Pflegeheimen liegt laut Anamnese eine Depression vor. Berücksichtigt man auch die Ergebnisse aus dem Depressions-Screening (GDS), steigt die Rate auf 36,8%. Auch hier dürften die Gründe hauptsächlich im Verlust der vertrauten Wohnung und in der weitgehenden sozialen Isolation von Pflegeheimbewohner/innen zu suchen sein. Eine wesentliche Rolle spielen aber auch der schlechte Gesundheitszustand und der damit verbundene Verlust von Selbständigkeit und Selbstbestimmung.

Leben und Betreuung im Pflegeheim

Die Studienteilnehmer/innen aus dem Pflegeheim-Sample leben unterschiedlich lange im Pflegeheim. In mehr als der Hälfte der Fälle (56,7%) liegt die bisherige Aufenthaltsdauer im Pflegeheim bei höchstens zwei Jahren. Weniger als ein Viertel der Heimbewohner/innen (22,4%) lebt bereits länger als fünf Jahre im Pflegeheim. Auf Pflege angewiesen sind sie allerdings in der Regel bereits schon etwas längere Zeit: Mehr als die Hälfte (55,9%) benötigen bereits seit mehr als zwei Jahren Pflege, 32,4% sogar seit mehr als fünf Jahren. Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Pflegeheimplatz war bei den meisten Teilnehmer/innen relativ kurz – 84,3% warteten weniger als ein Jahr. 6,2% der Teilnehmer/innen im Pflegeheim-Sample waren davor bereits in einem anderen Pflegeheim untergebracht.

Der am häufigsten genannte Grund für den Umzug ins Pflegeheim ist eine allgemeine Verschlechterung des Gesundheitszustands (60,6%), gefolgt vom Verlust der Selbsthilfefähigkeit nach einer Krankheit oder einem Ereignis wie einem Schlaganfall (27,3%). 6,1% nennen auch den gemeinsamen Umzug mit dem oder der pflegebedürftigen Gatt/in als Hauptgrund für die Aufnahme im Pflegeheim. Mehr als jede/r Achte (14,1%) gibt an, in die Entscheidung über den Umzug ins Pflegeheim nicht eingebunden gewesen zu sein. Hier scheinen primär andere, vor allem Familienangehörige, die Entscheidung getroffen und den Umzug ins Heim in die Wege geleitet zu haben – zumindest aber wird es von betroffenen Teilnehmer/innen offenbar als eine Entscheidung wahrgenommen, die andere für sie getroffen haben und in die sie nicht eingebunden waren.

Der Großteil der befragten Pflegeheimbewohner/innen (89,2%) hat ein Zimmer für sich allein, 10,8% teilen ihr Zimmer mit einer weiteren Person.

Mehr als ein Drittel (38,8%) sind ihren Angaben zufolge Teilzahlende, d.h. sie bezahlen ihren Heimaufenthalt nicht ausschließlich selbst, sondern mit Unterstützung der öffentlichen Hand. Ein großer Teil der Befragten (35,8%) gibt jedoch an, nicht zu wissen, wie die Finanzierungsmodalitäten sind und ob sie für den Heimaufenthalt mit eigenen Mitteln oder mit öffentlicher

[28] 75% der Teilnehmer/innen, die über häufige Einsamkeitsgefühle berichten, weisen im Depressionsscreening (GDS) auch Depressionssymptome auf. Bei Personen, die nicht oder höchstens selten unter Einsamkeit leiden, trifft dies hingegen nur auf 13,6% zu ($\chi^2(6) = 171.183$, $p < .001$).

Unterstützung aufkommen. Es ist anzunehmen, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten öffentliche Unterstützung erhält und dass auch manche der deklarierten „Vollzahlenden" zusätzlich öffentliche Unterstützung erhalten.

Auch bei der Frage, ob die Teilnehmer/innen den Kostenbeitrag für ihren Pflegeheimaufenthalt für fair erachten, gibt es viele fehlende Werte, da ein großer Teil von ihnen angibt, diese Frage nicht beantworten zu können (53,8%). Beschränkt man die Auswertung auf Personen, die tatsächlich Angaben zu dieser Frage gemacht haben, ergibt sich jedoch eine große Mehrheit (77,8%), die den Kostenbeitrag als „eher fair" einschätzt. Ausdrückliche Einstufungen des Kostenbeitrags als „eher unfair" sind die Ausnahme (3,7%).

Mit Blick auf die ärztliche Betreuung im Pflegeheim, kann festgestellt werden, dass bei den meisten der befragten Pflegeheimbewohner/innen die Betreuung durch einen Hausarzt/eine Hausärztin außerhalb des Heims erfolgt (54,4%). 47,1% der befragten Pflegeheimbewohner/innen geben (auch) einen Heimarzt/eine Heimärztin an.

17. Zufriedenheit mit Pflege- und Betreuungsleistungen

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

Die Daten zeigen in allen genannten Bereichen relativ hohe Zufriedenheitswerte. 62% der Klient/innen von **Heimhilfe** und/oder **Hauskrankenpflege** in der ÖIHS äußern sich mit ihrer Betreuung und dem gewählten Betreuungsunternehmen als „sehr zufrieden", weitere 34% zumindest als „eher zufrieden". Ein große Mehrheit von 95,9% würde ihr Betreuungsunternehmen auch an andere weiterempfehlen.

Auf ähnlich hohem Niveau befindet sich die Zufriedenheit im Kontext der **24-Stunden-Betreuung.** 64% sind sehr, 24% eher zufrieden. Allerdings gibt auch rund jede/r Achte (12%) an, eher oder sogar sehr unzufrieden zu sein. Über die genauen Gründe für die Unzufriedenheit kann an dieser Stelle keine Aussage gemacht werden, da diese nicht Gegenstand der Befragung waren.

Etwas ausführlicher ist die Befragung zur Zufriedenheit im **Pflegeheim**. Unter Pflegeheimbewohner/innen kann eine bemerkenswert hohe Zufriedenheit konstatiert werden (Tabelle 74). Angaben zur Zufriedenheit sind freilich speziell im Pflegeheim-Kontext (mehr noch als in anderen Pflege- und Betreuungssettings) mit einer gewissen Vorsicht zu interpretieren, da hier verzerrende Effekte im Sinne einer „sozialen Erwünschtheit" nicht ganz auszuschließen sind. Menschen, die in Pflegeheimen leben, befinden sich in einer besonders ausgeprägten Situation der Abhängigkeit gegenüber der Institution, dem Pflegepersonal usw. Dies kann unter Umständen dazu führen, dass eine höhere Zufriedenheit angegeben wird, als es der Realität entspricht.

Abgefragt wurde die Zufriedenheit der Teilnehmer/innen im Hinblick auf verschiedene Aspekte und Bereiche des Pflegeheims, in dem sie leben – von der Lage und Ausstattung des Heims, über die Qualität der dort erbrachten Pflege und Betreuung bis hin zu Möglichkeiten einer selbstbestimmten Tagesgestaltung. Dargestellt sind im Folgenden jeweils die Prozentsätze der Teilnehmer/innen, die sich zufrieden („sehr zufrieden" oder „eher zufrieden") äußern.

Bereiche in Pflegeheim	%
Pflegepersonal	95,4%
Pflege und Betreuung	92,3%
Lage und Ausstattung des Heims	92,3%
Möglichkeiten zur selbstbestimmten Tagesgestaltung	92,3%
Essen	78,5%
Möglichkeiten, das Haus zu verlassen	76,9%
Pflegeheim insgesamt	90,8%

Tabelle 74: Zufriedenheit mit Pflegeheim (sehr zufrieden/eher zufrieden) (n=65)

Am größten ist die Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal (95,4%), gefolgt von der Pflege und Betreuung im Heim (93,5%), der Lage und der Ausstattung des Heims und den Möglichkeiten zur selbstbestimmten Tagesgestaltung (92,3%). Die wenigsten Nennungen entfallen hingegen auf das Essen im Heim (78,5%) und die Möglichkeiten, das Haus zu verlassen (z.B. vom Heim angebotene Ausflüge) (76,9%).

9 von 10 Personen (90,8%) sind mit dem Pflegeheim, in dem sie leben, insgesamt zufrieden. Die hohe Zufriedenheit kann auch daran abgelesen werden, dass nur wenige (4,6%) angeben, zumindest manchmal an einen Pflegeheimwechsel zu denken. 83,1% würden ihr Pflegeheim weiterempfehlen.

18. Individuelle Alters- und Pflegevorsorge

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

18.1 Wohnraumadaptierungen und Ambient Assisted Living (AAL)

Um die eigene Wohnung alters- oder pflegegerecht zu adaptieren, hat etwas mehr als ein Viertel (26,9%) der nach wie vor im Privathaushalt lebenden Teilnehmer/innen bauliche Maßnahmen zur altersgerechten Wohnraumgestaltung gesetzt. Darunter fallen beispielsweise ein behindertengerechtes Badezimmer oder der Einbau eines Treppenliftes.

Weitere 3,1% geben an, bewusst in eine altersgerechte Wohnung umgezogen zu sein. Dabei handelt es sich zumeist um Personen, die in einer Seniorenresidenz oder betreuten bzw. betreubaren Wohneinrichtung leben.

Häufig sind es funktionale Verluste und Einschränkungen, die im hohen Alter zu baulichen Maßnahmen und Wohnraumadaptierungen motivieren. Während 46,5% der Teilnehmer/innen mit ausgeprägter Frailty Maßnahmen zur altersgerechten Wohnraumadaptierung angeben, haben nur 25,4% der Personen aus der Gruppe der „Rüstigen" solche Maßnahmen ergriffen. Dies kann auch als Hinweis darauf gewertet werden, dass Wohnraumadaptierungen überwiegend nicht prophylaktisch, für den Fall später einmal eintretender funktionaler Einschränkungen ergriffen werden, sondern erst im Anlassfall, wenn altersbedingte Einschränkungen solche Maßnahmen akut erforderlich machen. Erkennbar ist allerdings im Vergleich mit den Ergebnissen früherer ÖIHS-Erhebungen, dass die Bereitschaft zu frühzeitigen altersgerechten Wohnraumadaptierung auch unter funktional gesunden Hochaltrigen im Zunehmen begriffen zu sein scheint. Zum Zeitpunkt der ÖIHS-Ersterhebung im Jahr 2013 lag der Anteil der „Rüstigen" mit Wohnraumadaptierungen nur bei 12,5% und damit nur etwa halb so hoch wie in der aktuellen Stichprobe.

Eine eher kleine Rolle spielen technische Hilfsmittel (AAL). Abgefragt wurden dabei diverse Hilfsmittel und Technologien wie Notrufsysteme (z.B. Notrufarmband, Notrufknopf), Monitoringsysteme, Vitalsensoren oder Telemedizin. Tabelle 75 gibt die von den Teilnehmer/innen genannten Hilfsmittel gereiht nach ihrer relativen Häufigkeit wieder.

Technische Hilfsmittel (AAL)	%
Notrufsystem (Notrufknopf etc.)	11,6%
Vitalsensoren	0,9%
Videotelefonie	0,9%
Zentrale Fernsteuerung (Licht, Heizung etc.)	0,4%
Monitoringsysteme (z.B. Sturzsensoren)	0,1%
Keinerlei technische Hilfsmittel	86,3%

Tabelle 75: Technische Hilfsmittel (AAL)

86,3% der Befragten in Privathaushalten geben an, keinerlei technische Hilfsmittel zu verwenden. Am häufigsten genannt werden Notrufsysteme wie Notrufarmband oder Notrufknopf (11,6%). Praktisch gar keine Rolle spielen Monitoringsysteme wie Vital- oder Sturzsensoren. Notrufsysteme sind vor allem unter Teilnehmer/innen in Seniorenresidenzen und betreuten Wohneinrichtungen sowie unter Bezieher/innen von Heimhilfe zu finden und werden wahrscheinlich gezielt von den Wohnhausträgern und Betreuungsanbietern angeboten.

18.2 Vollmachten und Verfügungen

Ebenfalls eine eher geringe Rolle spielen schriftliche Vollmachten und Verfügungen. Zwar gibt mit 29,5% immerhin mehr als jede/r Vierte an, irgendeine Form der schriftlichen Vollmacht oder Verfügung zur persönlichen Pflegevorsorge zu besitzen. Das ist auch ein etwas höherer Anteil als bei früheren ÖIHS-Erhebungen (2013: 26,1%), was darauf schließen lässt, dass Formen der vorausschauenden Alters- und Pflegevorsorge („advance care planning") unter der hochaltrigen Bevölkerung mittlerweile eine etwas größere Verbreitung gefunden haben als noch vor einigen Jahren. Mit Blick auf einzelne Vollmachtstypen und deren Verteilung in der Stichprobe erscheint jedoch die Möglichkeit der individuellen Vorsorge insgesamt nach wie vor als relativ wenig genützt.

17,1% der hochaltrigen Studienteilnehmer/innen haben eine Vorsorgevollmacht. 21,2% haben eine Patientenverfügung, wovon 13,3% auf sogenannte „verbindliche" Patientenverfügungen entfallen, also solche, die höhere formale Anforderungen (notarielle Beglaubigung) und dadurch auch eine höhere Verbindlichkeit haben. 6,3% der Befragten haben eine sogenannte Erwachsenenvertretung.[29]

Die Neigung zur vorausschauenden Alters- und Pflegevorsorge in Form von schriftlichen Vollmachten und Verfügungen hängt stark von der Bildung der Personen ab (Abbildung 27). Dieser bildungsspezifische Zusammenhang gilt sowohl für Dokumente wie die Vorsorgevollmacht ($\chi^2(6) = 32.747$, $p < .001$), als auch für den Besitz einer Patientenverfügung ($\chi^2(8) = 30.805$, $p < .001$). Während fast jede/r Dritte aus dem Segment der Hochgebildeten (29,1%) eine Patientenverfügung besitzt, sind es unter Personen mit niedriger Bildung nur 16,8%. Die anfallenden Kosten für die notwendige notarielle Beglaubigung einer verbindlichen

[29] Die „Erwachsenenvertretung" hat im Jahr 2018 die frühere Sachwalterverfügung abgelöst. Es gibt drei verschiedene Formen der Erwachsenenvertretung: eine gewählte, eine gesetzliche und eine gerichtliche.

Patientenverfügung, vor allem aber ein geringerer Grad an Informiertheit in niedrigen Bildungsschichten dürften mit ein Grund für diese Verteilung sein.

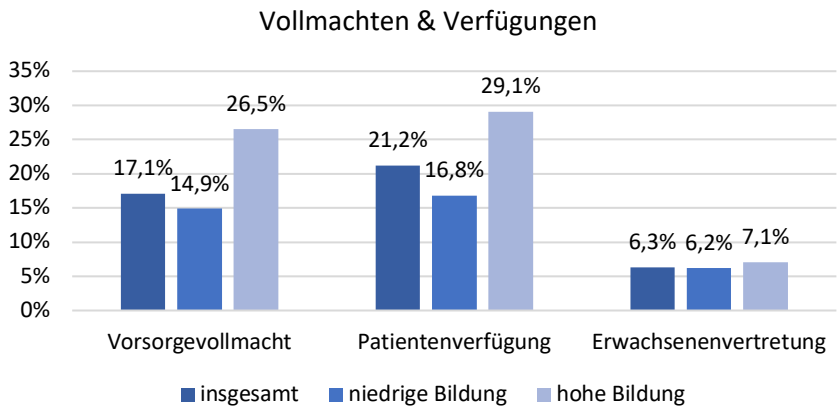


Abbildung 27: Vollmachten und Verfügungen – gesamt und nach Bildung

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

ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die ÖIHS liefert ein breites Bild der Lebenssituation der österreichischen Bevölkerung 80+. Im Folgenden werden besonders zentrale Befunde nochmals überblicksartig zusammengefasst und einige Schlussfolgerungen in alters- und gesundheitspolitischer Hinsicht formuliert:

Hohe Heterogenität des hohen Alters

Die Ergebnisse der Untersuchung bestätigen einmal mehr die Befunde aus früheren Erhebungswellen der ÖIHS: Hochaltrige sind speziell im Hinblick auf ihre Gesundheits- und Lebensumstände eine enorm heterogene Bevölkerungsgruppe. Zwar ist ein beträchtlicher Teil von ihnen von mehr oder weniger stark ausgeprägten gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen betroffen. Ein gutes Drittel verfügt jedoch über einen vergleichsweise guten körperlichen bzw. gesundheitlichen Allgemeinzustand und ist in der Lage, ein weitgehend selbständiges und aktives Leben ohne größeren Unterstützungs- und Hilfebedarf zu führen. Vor diesem Hintergrund sind bestehende gesellschaftliche Altersbilder und stereotype Konnotationen von Hochaltrigkeit mit funktionalem Verlust und Pflegebedürftigkeit zu überdenken.

Frailty als Schlüsselindikator für Gesundheit und Mortalität

Frailty („Gebrechlichkeit") entsteht aus der kumulativen Ansammlung funktionaler, sensorischer, körperlicher und kognitiver Einschränkungen. Sie wird daher in der ÖIHS über einen multidimensionalen Index erfasst, der u.a. Mobilität, Sensorik, Handkraft, ADL/IADL, Inkontinenz, kognitive Leistung, Polypharmazie und Sturzereignisse umfasst.

Frailty ist im hohen Alter relativ weit verbreitet und zeigt u.a. eine sehr starke Korrelation mit Mortalität und Pflegebedarf:

- Bereits nach drei Jahren stirbt rund ein Drittel der Personen mit ausgeprägter Frailty, jedoch nur etwas mehr als jede/r Achte/r der „Rüstigen".
- Nach 10 Jahren leben nur noch rund 25% der ursprünglich frailen Teilnehmer/innen.
- Frailty beeinflusst auch andere Lebensbereiche, z.B. psychische Gesundheit und soziale Eingebundenheit.

Die ÖIHS zeigt damit eindrucksvoll, wie stark Frailty nicht nur aktuelle Funktionalität, sondern auch das kurz-, mittel- und langfristige Überleben erklärt – was sie zu einem der aussagekräftigsten Gesundheitsindikatoren im hohen Alter macht.

Gesundheits- und Alterspolitik sollten daher stärker auf die Prävention von Frailty ausgerichtet werden, insbesondere durch frühzeitige Mobilitätsprogramme, Kraft- und Gleichgewichtstraining, systematische Sturzprävention, bessere Behandlung von sensorischen Defiziten (Sehen/Hören) sowie Maßnahmen gegen Polypharmazie.

Hohe Prävalenz kognitiver Einschränkungen

Der im Rahmen des geriatrischen Assessments durchgeführte kognitive Test ergab eine sehr hohe Prävalenz kognitiver Einschränkungen in der hochaltrigen Bevölkerung:

- Nur bei etwas mehr als 20% der Teilnehmenden war der Befund unauffällig.
- Mehr als ein Viertel zeigte leichte Defizite, entsprechend einem *mild cognitive impairment* (MCI).
- Bei etwa jeder zweiten hochaltrigen Person besteht ein begründeter Demenzverdacht.

Diese Befunde sind in ihrer Deutlichkeit auch deshalb alarmierend, da davon ausgegangen werden kann, dass die ÖIHS die Demenzprävalenz aufgrund einer gesundheitlichen Selektivität der Stichprobe tendenziell sogar etwas unterschätzt.

Die Daten zeigen zudem, dass kognitive Defizite in einem linearen Zusammenhang mit dem funktionalen Status stehen, d.h. je schlechter der funktionale Status insgesamt, desto höher das Risiko für kognitive Einschränkungen. In Pflegeheimen fallen mehr als 80% der kognitiven Tests unter die Kategorie „Demenzverdacht". Neben Frailty sind kognitive Einschränkungen auch einer der gewichtigsten Faktoren der Mortalität im hohen Alter.

Auf Basis von Längsschnittdaten aus dem seit 2013 aufgebauten ÖIHS-Panel lässt sich darüber hinaus zeigen, dass sich Kognition und funktionaler Status über die Zeit wechselseitig beeinflussen, kognitive Verluste also die Entwicklung einer Frailty begünstigen und umgekehrt. Dieser Befund entspricht der aktuellen internationalen Studienlage (z.B. Hao et al. 2018; Duan et al. 2020) und ist ein wichtiger empirischer Beleg für das Konzept der *cognitive frailty* (Cozza & Boccardi 2025).

Vor dem Hintergrund dieser deutlichen Befunde lassen sich mehrere zentrale Schlussfolgerungen ableiten: Nationale Demenzstrategien sollten ein besonderes Augenmerk auf Prävention richten. Im primären Versorgungssektor wären Routine-Demenzscreenings anzubieten, insbesondere für Menschen ab 80 Jahren. Diese Screenings sollten neben kognitiven Tests idealerweise auch eine Analyse medikationsbezogener Risiken umfassen. Ein Ausbau niedrigschwelliger Gedächtnisambulanzen (Memory Clinics) könnte ebenfalls zur Stärkung der kognitiven Prävention beitragen.

Psychische Gesundheit: Moderate Depressionsprävalenz, hohe Lebenszufriedenheit

Depression gilt in der Forschung wie auch in gesellschaftlichen Altersdiskursen als eine relativ weit verbreitete psychische Erkrankung im hohen Alter, die mit einem altersbedingten Verlust von Gesundheit und Selbständigkeit sowie mit einer zunehmenden sozialen Isolation in Zusammenhang gebracht wird. In der ÖIHS erweist sich die Depressionsprävalenz in der hochaltrigen Bevölkerung Österreichs eher als moderat – je nach Methodik zwischen rund 9 und 18 Prozent. Am stärksten betroffen sind vor allem gesundheitlich bzw. funktional stark eingeschränkte Personen, sozial isolierte Menschen sowie Pflegeheimbewohner/innen.
Ein überraschendes Ergebnis ist, dass Depression zwar einen erheblichen Belastungsfaktor darstellt und im Zusammenhang mit Frailty steht, jedoch – anders als häufig angenommen – die Sterblichkeit im hohen Alter nicht so eindeutig beeinflusst wie der kognitive Status.

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

Die psychische Gesundheit im Alter bleibt trotz dieser eher positiven Ergebnisse ein wichtiges Thema – muss aber differenziert betrachtet werden. Ein besonderer Fokus sollte auf die Behandlung chronischer Schmerzen, die Erhaltung oder Verbesserung der funktionalen Gesundheit und die Förderung sozialer Teilhabe gelegt werden, da diese Bereiche eng mit depressiven Symptomen verbunden sind. Ebenso wären Beratungsangebote oder psychotherapeutische Angebote zu entwickeln, um die psychische Widerstandsfähigkeit unter Angehörigen von Risikogruppen zu stärken.

Einsamkeit: deutlich seltener als angenommen

Im Widerspruch zu gerontologischen Befunden, aber auch recht häufigen gesellschaftlichen Annahmen betrifft Einsamkeit, den ÖIHS-Daten zufolge, nur eine sehr kleine Minderheit in der hochaltrigen Bevölkerung. Die Einsamkeitsprävalenz beträgt in der ÖIHS-Stichprobe etwas mehr als zwei Prozent. Dieser Anteil erhöht sich auf rund zehn Prozent, wenn auch gelegentliche Einsamkeitsgefühle berücksichtigt werden. Bereits frühere ÖIHS-Erhebungen haben eine geringe Prävalenz von Einsamkeit erbracht.

Dies ist ein sehr deutlicher empirischer Beleg dafür, dass Einsamkeit im hohen Alter nicht automatisch zunimmt, und stellt ein wichtiges Gegenbild dar zum gesellschaftlichen Stereotyp, wonach Hochaltrigkeit mit Einsamkeit assoziiert sei.

Am ehesten betroffen sind vor allem gesundheitlich bzw. funktional stark eingeschränkte Personen (Frailty), sozial isolierte Menschen (vor allem Alleinstehende) und Pflegeheimbewohner/innen. Aber selbst in diesen Gruppen stellt ausgeprägte Einsamkeit ein Minderheitenphänomen dar.

Sozial- und Gesundheitspolitik sollte sich vor diesem Hintergrund dieser wissenschaftlichen Evidenzlage von stereotypen Erzählungen („Hochaltrige = einsam“) lösen. Politische Maßnahmen sollten risikogruppenbezogen, nicht pauschal sein. Dies bedeutet insbesondere eine Konzentration auf Gruppen mit erhöhtem Einsamkeitsrisiko: Pflegeheimbewohner/innen, Hochaltrige mit starker funktionaler Einschränkung, alleinstehende/verwitwete Frauen (vor allem aus sozial schwachen Milieus) sowie Personen mit eingeschränkter Mobilität. Auch durch die Stärkung einer sozialraumorientierten Senior/innenpolitik könnten Mobilität und Sozialkontakte hochaltriger Menschen gefördert und auf diese Weise Einsamkeit verhindert oder reduziert werden (z.B. Nachbarschaftsnetzwerke, Mobility-Shuttles, Besuchsdienste).

Hilfe- und Pflegebedarf: Etwa ein Drittel benötigt Unterstützung

Etwa ein Drittel der hochaltrigen Menschen in Österreich benötigt laut den ÖIHS-Daten regulär Hilfe im Alltag, rund 16 Prozent Pflege im engeren Sinne. Dies bestätigt abermals die hohe Heterogenität innerhalb der hochaltrigen Bevölkerung und veranschaulicht, dass Hochaltrigkeit entgegen verbreiteten defizitorientierten Altersbildern keineswegs per se mit Pflegebedürftigkeit einhergeht. Dennoch zeigen die Daten, dass die Wahrscheinlichkeit für Hilfe- und Pflegebedürftigkeit mit steigendem Alter deutlich zunimmt.

Verlust der Selbsthilfefähigkeit und Pflegebedürftigkeit sind eng an Frailty und funktionale Einschränkungen gekoppelt. Auch ist Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ein zentraler Prädiktor der Mortalität im hohen Alter. Dies verdeutlicht, welche Bedeutung der Erhaltung von Funktionalität und Selbsthilfefähigkeit im Alter zukommt.

Ein deutliches Ergebnis der ÖIHS ist darüber hinaus, dass die meisten Menschen im hohen Alter auch bei Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden bleiben möchten. Betreuungsarrangement wie 24-Stunden-Betreuung werden gegenüber Pflegeheimen klar bevorzugt. Trotz des verbreiteten Wunsches, möglichst lange im gewohnten Wohnumfeld zu verbleiben, werden jedoch nur selten entsprechende Vorsorgemaßnahmen getroffen. Nur jede/r Vierte der zu Hause lebenden hochaltrigen Teilnehmer/innen hat Adaptierungen oder bauliche Veränderungen vorgenommen, um den eigenen Wohnraum altersgerecht zu gestalten. Auch Fragen der persönlichen Pflegevorsorge spielen eine relativ geringe Rolle. Weniger als 20 Prozent der befragten Hochaltrigen verfügen z.B. über eine Vorsorgevollmacht für den eventuell eintretenden Fall von Pflegebedürftigkeit oder des Verlustes der Geschäftsfähigkeit – wenngleich der Anteil im Vergleich zu früheren ÖIHS-Erhebungswellen etwas gestiegen ist.

Mit ihren Pflege- und Betreuungsarrangements äußern sich die meisten hochaltrigen Frauen und Männer als zufrieden (erfragt wurde vor allem die Zufriedenheit im Pflegeheimkontext sowie im Kontext formeller Leistungen wie Heimhilfe oder 24-Stunden-Betreuung).

Notwendig erscheint in Anbetracht des mit dem Alter zunehmenden Pflegebedarfs und der Präferenz hochaltriger Menschen für den Verbleib in der eigenen Wohnung ein weiterer Ausbau von mobilen Pflegeleistungen sowie eine Förderung innovativer Wohnformen (Betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften für Personen mit Demenz etc.). Generell werden die bereits stattfindenden und für die nächsten Jahrzehnte prognostizierten demographischen Veränderungen, insbesondere der starke Anstieg des Anteils hochaltriger Menschen, einen erheblichen Personalausbau im Pflegebereich erfordern (mobile Dienste, Community Nurses, Pflegefachassistenzen).

Akkumulation sozialer Ungleichheit bis ins hohe Alter

Die ÖIHS-Ergebnisse zeigen klar: Soziale Ungleichheit setzt sich im hohen Alter fort und verstärkt sich. Besonders stark wirken Bildungsunterschiede – sie prägen Gesundheit, Funktionalität und Autonomie bis ins hohe Alter:

- Personen mit niedriger Bildung sind wesentlich häufiger von funktionalen Einschränkungen bzw. Frailty betroffen als Personen mit hoher Bildung.
- Niedriggebildete sind signifikant häufiger multimorbide. Besonders chronische Krankheiten wie Bluthochdruck, Herzkrankheiten, Depression und Demenz treten bei Niedriggebildeten häufiger auf.
- Sie sind häufiger und stärker schmerzbelastet, mit entsprechend negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität.
- Sie werden häufiger polypharmazeutisch behandelt, wodurch sich das Risiko für Nebenwirkungen und Fehlmedikation erhöht.
- Niedriggebildete leben häufiger in Pflegeheimen, was selbst Ausdruck lebenslanger Benachteiligung ist.

Die Häufung gesundheitlicher Problemlagen – funktionale Einschränkungen, chronische Krankheiten, Schmerzen, psychische Belastungen – führt in weiterer Folge zu geringerer sozialer Teilhabe und früherem Verlust von Selbstständigkeit. Auch Frauen sind im hohen Alter überproportional von Frailty, Einsamkeit und Depression betroffen. Hier kommt noch

hinzu, dass sie häufig nur über einen niedrigen Bildungsgrad verfügen und ein signifikant höheres Altersarmutsrisiko tragen.

Die Befunde verdeutlichen: Gesundheit im Alter ist in hohem Maße sozial erzeugt. Ungünstige Arbeits- und Lebensbedingungen akkumulieren sich über Jahrzehnte und schlagen im hohen Alter sichtbar durch. Pflegeheime werden so für viele benachteiligte Personen zur „sozialen Endstation", wo Risiken wie Polypharmazie, Depression und Einsamkeit weiter steigen.

Da Ungleichheit kumulativ entsteht, braucht es eine Stärkung der Prävention über den gesamten Lebenslauf, etwa durch den Ausbau niedrigschwelliger Präventionsprogramme (Bewegung, Ernährung, Sturzprophylaxe), gezielte Ansprache sozial benachteiligter Gruppen, frühzeitige Diagnose und Behandlung chronischer Krankheiten und kommunale Gesundheitsförderung.

Strukturen für Gesundheit im hohen Alter wären sozial gerechter zu gestalten, damit Pflege- und Gesundheitswesen Ungleichheit nicht reproduzieren. Maßnahmen in diesem Kontext wären z.B. eine systematische Optimierung von Polypharmazie, klare Standards gegen unnötige Medikamentenverschreibungen (vor allem Sedativa in Heimen), geriatrische Assessments als Routineversorgung oder der Ausbau geriatrischer Expertise im niedergelassenen Bereich.

Es braucht wirksame sozialpolitische Maßnahmen gegen Altersarmut, etwa in Form einer Erhöhung von Mindestpensionen, Wohnkostenzuschüssen für ältere Menschen, vermögensunabhängigen Zugang zu Gesundheits- und Präventionsleistungen oder den Abbau von Selbstbehalten. Eine geschlechtersensible Alterspolitik sollte besonders sozial schwache und alleinlebende ältere Frauen, aber auch (überwiegend weibliche) pflegende Angehörige unterstützen.

LITERATUR

Ahohen, K. & Kuivalainen, S. (2024). Gender differences in old-age poverty in 14 EU countries: exploring the role of household structure. *International Review of Economics* 71, 615–631.

Ali, N., Sohail, R., Jaffer, S. R., Siddique, S., Kaya, B., Atowoju, I., Imran, A., Wright, W., Pamulapati, S., Choudhry, F., Akbar, A. & Khawaja, U.A. (2023). The Role of Estrogen Therapy as a Protective Factor for Alzheimer's Disease and Dementia in Postmenopausal Women: A Comprehensive Review of the Literature. *Curēus* 15(8), e43053.

Allen, D. & Vasavada, A. (2006). Cataract and surgery for cataract. *British Medical Journal* 333, 128–132.

Araújo, L., Teixeira, L., Ribeiro, O. & Paúl, C. (2018). Objective vs. Subjective Health in Very Advanced Ages: Looking for Discordance in Centenarians. *Frontiers in Medicine* 5, 189.

Aziz, R. & Steffens, D.C. (2013). What are the causes of late-life depression? *The Psychiatric Clinics of North America* 36(4), 497.

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

Bachmayer, S., Strizek, J. & Uhl, A. (2025). *Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen. Datenjahr 2023.* Wien: Gesundheit Österreich.

Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1989). Optimierung durch Selektion und Kompensation. Ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns. *Zeitschrift für Pädagogik* 35(1), 85–105.

Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes & M.M. Baltes (Hg.), *Successful Aging. Perspectives from the Behavioral Sciences.* Cambridge: Cambridge University Press, 1–34.

Ben-Ezra, M. & Shmotkin, D. (2006). Predictors of mortality in the old-old in Israel: the Cross-Sectional and Longitudinal Aging Study. *Journal of the American Geriatrics Society* 54(6), 906–911.

Benzinger, P., Eidam, A. & Bauer, J.M. (2021). Klinische Bedeutung der Erfassung von Frailty. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 54(3), 285–296.

Bergland, A., Jørgensen, L., Emaus, N. & Strand, B.H. (2017). Mobility as a predictor of all-cause mortality in older men and women: 11.8 year follow-up in the Tromsø study. *BMC Health Services Research* 17(1), 22.

Berkman, L.F. & Krishna, A. (2014). Social network epidemiology. In L.F. Berkman, I. Kawachi & M.M. Glymour (Hg.), Social epidemiology (2. Auflage). Oxford: Oxford University Press, 234–289.

BMFSFJ (2025). *Neunter Altenbericht: Alt werden in Deutschland. Vielfalt der Potenziale und Ungleichheit der Teilhabechancen.* Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

BMSGPK (2023). *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2022.* Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

Böhmer, F. (2008). Multimorbidität und Polypathie. In F. Böhmer & I. Füsge (Hg.), *Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten.* Wien: Böhlau, 81–87.

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

de Breij, S., Rijnhart, J.J.M., Schuster, N.A., Rietman, M.L., Peters, M.J.L. & Hoogendijk, E.O. (2021). Explaining the association between frailty and mortality in older adults: The mediating role of lifestyle, social, psychological, cognitive, and physical factors. *Preventive Medicine Reports* 24, 101589.

Brijoux, T. & Zank, S. (2022). Auswirkungen kognitiver Einschränkungen (Demenz) auf Lebensqualität und Versorgung. *D80+ Kurzberichte,* Nr. 7. Köln: Ceres.

Brijoux, T., Woopen, C. & Zank, S. (2021). Multimorbidity in old age and its impact on life results. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 54, Sonderheft 2, 108–113.

Browne, C.V., Takamura, J.C. & Seo, J.Y. (2022). Global Gender Inequality, Older Women, and the Call for Change in the United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 37(3), 339–353.

Butterwegge, C. & Hansen, D. (2012). Altersarmut ist überwiegend weiblich. Frauen als Hauptleidtragende des Sozialabbaus. In C. Butterwegge, G. Bosbach & M.W. Birkwald (Hg.), *Armut im Alter. Probleme und Perspektiven der sozialen Sicherung.* Frankfurt am Main: Campus, 111–129.

Cano-Escalera, G., Grana, M., Irazusta, J., Labayen, I., Gonzalez-Pinto, A. & Besga, A. (2023). Mortality Risks after Two Years in Frail and Pre-Frail Older Adults Admitted to Hospital. *Journal of Clinical Medicine* 12(9), 3103.

Cao, Y., Kenfield, S., Song, Y., Rosner, B., Qiu, W., Sesso, H.D., Gaziano, J.M. & Ma, J. (2011). Cigarette Smoking Cessation, Total and Cause-specific Mortality: A 22-Year Follow-up Study in US Male Physicians. *Archives of Internal Medicine* 171(21), 1956–1959.

Carpenter, L.M., Nathanson, C.A. & Kim, Y.J. (2009). Physical women, emotional men: Gender and sexual satisfaction in midlife. *Archives of Sexual Behavior* 38, 87–107.

Carter, B.D., Abnet, C.C., Feskanich, D., Freedman, N.D., Hartge, P., Lewis, C.E., Ockene, J.K., Prentice, R.L., Speizer, F.E., Thun, M.J. & Jacobs, E.J. (2015). Smoking and mortality – Beyond established causes. *New England Journal of Medicine* 372, 631–640.

Chan, A.K.Y., Tamrakar, M., Jiang, C.M., Lo, E.C.M., Leung, K.C.M. & Chu, C.-H. (2021). Common Medical and Dental Problems of Older Adults: A Narrative Review. *Geriatrics* 6(3), 76.

Cheng, S.-T. (2016). Cognitive Reserve and the Prevention of Dementia: the Role of Physical and Cognitive Activities. *Current Psychiatry Reports* 18(9), 85.

Collerton, J., Davies, K., Jagger, C., Kingston, A., Bond, J., Eccles, M.P., Robinson, L.A., Martin-Ruiz, C., Zglinicki, T., James, O.F.W. & T.B.L. Kirkwood (2009). Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study. *British Medical Journal* 339, b4904.

Cornwell, B. & Laumann, E.O. (2015). The health benefits of network growth: New evidence from a national survey of older adults. *Social Science & Medicine* 125, 94-106.

Cozza, M. & Boccardi, V. (2025). Cognitive frailty: A comprehensive clinical paradigm beyond cognitive decline. *Ageing Research Reviews* 108, 102738.

Cummings S. R., Studenski S. & Ferrucci L. (2014). A diagnosis of dismobility – giving mobility clinical visibility: a Mobility Working Group recommendation. *JAMA* 311, 2061–2062.

Davis, M.C. (2015). *Exploring how sex and love are defined in adulthood: Conversations with women about romantic relationships.* Western Carolina University.

Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry* 11(4), 227–268.

DeSalvo, K.B., Bloser, N., Reynolds, K.,He, J. & Muntner, P. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine* 21(3), 267–275.

Di Cicco, M.E., Ragazzo, V. & Jacinto, T. (2016). Mortality in relation to smoking: the British Doctors Study. *Breathe* 12(3), 275–276.

Dittmann-Kohli, F., Kohli, M., Künemund, H., Motel, A., Steinleitner, C. & Westerhof, G., in Zusammenarbeit mit infas Sozialforschung (1997). *Lebenszusammenhänge, Selbst- und Lebenskonzeptionen – Erhebungsdesign und Instrumente des Alters-Survey.* Forschungsgruppe Altern und Lebenslauf (FALL), Forschungsbericht 61. Berlin: Freie Universität Berlin.

Doblhammer, G., Schulz, A., Steinberg, J. & Ziegler, U. (2012). *Demografie der Demenz.* Bern: Verlag Hans Huber.

Duan, J., Lv, Y.-B., Gao, X., Zhou, J.-H., Byers Kraus, V., Zeng, Y., Su, H. & Shi, X.-M. (2020). Association of cognitive impairment and elderly mortality: differences between two cohorts ascertained 6-years apart in China. *BMC Geriatrics* 20, 29.

Dudzińska-Griszek, J., Szuster, K. & Szewieczek, J. (2017). Grip strength as a frailty diagnostic component in geriatric inpatients. *Clinical Interventions in Aging* 12, 1151–1157.

Dutt, A.J., Gabrian, M. & Wahl, H.-W. (2018). Awareness of Age-Related Change and Depressive Symptoms in Middle and Late Adulthood: Longitudinal Associations and the Role of Self-Regulation and Calendar Age. *The Journals of Gerontology.* Series B, Psychological Sciences and Social Sciences 73(6), 944–953.

Dutt, A.J. & Wahl, H.-W. (2018). Future time perspective and general self-efficacy mediate the association between awareness of age-related losses and depressive symptoms. *European Journal of Ageing* 16(2), 227–236.

Elbing, E. (1991). *Einsamkeit. Psychologische Konzepte, Forschungsbefunde und Treatmentansätze.* Göttingen: Hogrefe.

Ellwardt, L., van Tilburg, T., Aartsen, M., Wittek, R. & Steverink, N. (2015). Personal networks and mortality risk in older adults: a twenty-year longitudinal study. *PLOS ONE* 10(3), e0116731.

Elmadfa, I. & Leitzmann, C. (2004). *Ernährung des Menschen* (4. Auflage). Stuttgart: Ulmer.

Engeln, A., & Schlag, B. (Hg.). (2001). *Anbindung – Abschlussbericht zum Forschungsprojekt: Anforderungen Älterer an eine benutzergerechte Vernetzung individueller und gemeinschaftlich genutzter Verkehrsmittel.* (Schriftreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 196). Stuttgart: Kohlhammer.

Engstler, H., Menning, S., Hoffmann, E. & Tesch-Römer, C. (2004). Die Zeitverwendung älterer Menschen. In Statistisches Bundesamt (Hg.), *Alltag in Deutschland. Analysen zur Zeitverwendung.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 216–246.

Engstler, H. & Huxhold, O. (2010). Beeinflusst die Beziehung älterer Menschen zu ihren erwachsenen Kindern die räumliche Nähe zwischen den Generationen? Wechselwirkungen zwischen Wohnentfernung, Kontakthäufigkeit und Beziehungsenge im Längsschnitt. In A. Ette (Hg.), *Potenziale intergenerationaler Beziehungen. Chancen und Herausforderungen für die Gestaltung des demografischen Wandels.* Würzburg: Ergon Verlag, 175–197.

Ferris, J.A., Smith, A.M., Pitts, M.K., Richters, J., Shelley, J.M. & Simpson, J. (2008). Self reported sexual activity in Australian sexagenarians. *British Medical Journal* 337, a1250.

Feskanich, D., Willett, W. & Colditz, G. (2002). Walking and leisure-time activity and risk of hip fracture in postmenopausal women. *JAMA* 288(18), 2300-2306.

Fey, J. & Wagner, M. (2021). Das Einkommen der Hochaltrigen in Deutschland. *D80+ Kurzberichte*, Nr. 2, Dezember 2021. Köln: Ceres.

FGÖ (Hg.) (2018). *Faire Chancen gesund zu altern. Beiträge zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit älterer Menschen in Österreich.* Wien: Fonds Gesundes Österreich.

Fileborn, B., Thorpe, R., Hawkes, G., Minichiello, V., Pitts, M. & Dune, T. (2015). Sex, desire and pleasure: Considering the experiences of older Australian women. *Sexual and Relationship Therapy* 30(1), 117–130.

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

Fiori, K.L. & Jager, J. (2012). The impact of social support networks on mental and physical health in the transition to older adulthood: A longitudinal, pattern-centered approach. *International Journal of Behavioral Development*, 36(2), 117–129.

Fischer, P., Jungwirth, S., Krampla, W., Weissgram, S., Kirchmeyr, W., Schreiber, W., Huber, K., Rainer, M., Bauer, P. & Tragl, K.H. (2002). Vienna Transdanube Aging "VITA": study design, recruitment strategies and level of participation. *Journal of Neural Transmission,* Supplementum 62, 105–116.

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

Formiga, F., Ferrer, A., Chivite, D., Montero, A., Sanz, H. & Pujol, R. (2013). Utility of Geriatric Assessment to Predict Mortality in the Oldest Old: The Octabaix Study 3-Year Follow-Up. *Rejuvenation Research* 16(4), 279–284.

FRA (2020). Selected findings on age and digitalisation from FRA's Fundamental Rights Survey [Onlinequelle: https://www.bmfsfj.de/resource/blob/160708/718712aca2e438178bc34cf3993cb15a/background-paper-fra-conference-data.pdf]

Fratiglioni, L., Winblad, B. & von Strauss, E. (2007). Prevention of Alzheimer's disease and dementia. Major findings from the Kungsholmen Project. *Physiology & Behavior* 92, 98–104.

Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2002). Life-Management Strategies of Selection, Optimization, and Compensation: Measurement by Self-Report and Construct Validity. *Journal of Personality and Social Psychology* 82(4), 642–662.

Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W.J., Burke, G. & McBurnie, M.A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology*: Series A 56(3), M146–M157.

Frühwald, T. (2008). Frailty. In F. Böhmer & I. Füsgen (Hg.), *Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten.* Wien: Böhlau, 269–278.

Frühwald, T. & Gosch, M. (2008). Geriatrisches Assessment. Auswahl von Screening- und Assessmentverfahren. In F. Böhmer & I. Füsgen (Hg.): *Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten.* Wien: Böhlau, 37–61.

Gaertner, B., Fuchs, J., Möhler, R., Meyer, G. & Scheidt-Nave, C. (2021). Zur Situation älterer Menschen in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie: Ein Scoping Review. *Journal of Health Monitoring* 6(S4).

Gaertner, B., Scheidt-Nave, C., Koschollek, C. & Fuchs, J. (2023). Gesundheitliche Lage älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland: Ergebnisse der Studie Gesundheit 65+. *Journal of Health Monitoring* 8(3).

Galinsky, A.M. (2012). Sexual touching and difficulties with sexual arousal and orgasm among U.S. older adults. *Archives of Sexual Behavior* 41, 875–890.

Gauthier, S., Reisberg, B., Zaudig, M., Petersen, R.C., Ritchie, K., Broich, K., Belleville, S., Brodaty, H., Bennett, D., Chertkow, H., Cummings, J.L., de Leon, M., Feldman, H., Ganguli, M., Hampel, H., Scheltens, P., Tierney, M.C., Whitehouse, P. & Winblad, B. (2006). Mild cognitive impairment. *The Lancet* 367(9518), 1262–1270.

Gensthaler, L., Felsenreich D.M., Jedamzik, J., Eichelter, J., Nixdorf, L., Bichler, C., Krebs, M., Itariu, B., Langer, F.B. & Prager, G. (2022). Trends of Overweight and Obesity in Male Adolescents: Prevalence, Socioeconomic Status, and Impact on Cardiovascular Risk in a Central European Country. *Obesity Surgery* 32(4), 1024–1033.

Görgen, T., Herbst, S., Kotlenga, S., Nägele, B. & Rabold, S. (2012). Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen. Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Gott, M. & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine* 56(8), 1617–1628.

Graf, J. & Abele, H. (2023). Mann und Frau schmerzt es unterschiedlich. *Pflegezeitschrift* 4/2023, 40–41.

Green, M.J., Whitley E., Niedzwiedz, C.L., Shaw, R.J. & Katikireddi, S.V. (2021). Social contact and inequalities in depressive symptoms and loneliness among older adults: A mediation analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. *SSM Population Health* 13, 100726

Grønkjær, M., Mortensen, E.L., Wimmelmann, C.L., Flensborg-Madsen, T., Osler, M. & Okholm, G.T. (2024): The Danish Aging and Cognition (DanACo) cohort. *BMC Geriatrics* 24, 238.

Gruss, H.-J. (2008). Stuhlinkontinenz. In F. Böhmer & I. Füsgen (Hg.): *Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten.* Wien: Böhlau, 175–186.

Hajek, A., Riedel-Heller, S.G. & König, H.-H. (Hg.) (2023). *Lonelines and Social Isolation in Old Age. Correlates and Implications.* Abingdon/New York: Routledge.

Hao, Q., Dong, B., Yang, M., Dong, B. & Wie, Y. (2018). Frailty and cognitive impairment in predicting mortality among oldest-old people. *Frontiers in Aging Neuroscience* 10, 295.

Hardt, R. (2008). Akute und chronische Schmerzzustände. In F. Böhmer & I. Füsgen (Hg.): *Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten.* Wien: Böhlau, 89–95.

Hayder, D. & Schnepp, W. (2009). Wie Betroffene und pflegende Angehörige den Alltag mit Harninkontinenz gestalten. *Pflege & Gesellschaft* 14(4), 343–361.

Heikkinen, E. (1998). Background, design and methods of the Evergreen Project. *Journal of Aging and Physical Activity* 6(2), 106–20.

Heusinger, Josefine (2017): Alltag im Pflegeheim: Eine gendersensible Rekonstruktion der Sicht älterer Bewohner_innen. In T. Denninger & L. Schütze (Hg.), *Alter(n) und Geschlecht. Neuverhandlungen eines sozialen Zusammenhangs.* Münster: Westfälisches Dampfboot, 171–188.

Hillier, S.M./Barrow, G.M. (2010). *Aging, the individual, and society* (9th edition). Belmont, CA: Wadsworth Publishing.

Hitt, R., Young-Xu, Y., Silver, M. & Perls, T. (1999). Centenarians: the older you get, the healthier you have been. *The Lancet* 354(9179), 652.

Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science* 10(2), 227–237.

von Humboldt, S., Leal, I. & Monteiro, A. (2016). Are older adults well sexually? Sexual well-being among a cross-national sample of older adults. *Review of European Studies* 8(1), 134–144.

von Humboldt, S., Leal, I. & Low, G. (2021). Sexuality, Love and Sexual Well-Being in Old Age. In C.-H. Mayer & E. Vanderheiden (Hg.), *International Handbook of Love. Transcultural and Transdisciplinary Perspectives.* Cham: Springer, 351–368.

Hutchinson, S.L. & Nimrod, G. (2012). Leisure as a resource for successful aging by older adults with chronic health conditions. *The International Journal of Aging and Human Development* 74(1), 41–65.

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

Janke, M.C., Nimrod, G. & Kleiber, D.A. (2008). Leisure activity and depressive symptoms of widowed and married women in later life. *Journal of Leisure Research* 40(2), 250–266.

Juraszovich, B., Mayer, L.K. & Marent, J. (2025). *Österreichischer Demenzbericht 2025.* Wien: GÖG.

Kamenski, G., Dorner, T., Lawrence, K., Psota, G., Rieder, A., Schwarz, F., Sepandj, A., Spiegel, W. & Strotzka, S. (2009). Detection of dementia in primary care: comparison of the original and a modified Mini-Cog Assessment with the Mini-Mental State Examination. *Mental Health in Family Medicine* 6(4), 209–217.

Kaspar, R., Wenner, J. & Tesch-Römer, C. (2022). Einsamkeit in der Hochaltrigkeit. *D80+ Kurzberichte,* Nr. 4. Köln: Ceres.

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

Kausmann, C., Vogel, C., Hagen, C. & Simonson, J. (2017). *Freiwilliges Engagement von Frauen und Männern. Genderspezifische Befunde zur Vereinbarkeit von freiwilligem Engagement, Elternschaft und Erwerbstätigkeit.* Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Klein, T. & Unger, R. (2001). Einkommen, Gesundheit und Mortalität in Deutschland, Großbritannien und den USA. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 53(1), 96–110.

Kovacs, G.G., Milenkovic, I., Wöhrer, A., Höftberger, R., Gelpi, E., Haberler, C., Hönigschnabl, S., Reiner-Concin, A., Heinzl, H., Jungwirth, S., Krampla, W., Fischer, P. & Budka, H. (2013). Non-Alzheimer neurodegenerative pathologies and their combinations are more frequent than commonly believed in the elderly brain: a community-based autopsy serie. *Acta Neuropathologica* 126(3), 365–384.

Kuiper, J. S., Zuidersma, M., Oude Voshaar, R. C., Zuidema, S. U., van den Heuvel, E. R., Stolk, R. P. & Smidt, N. (2015). Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews* 22, 39–57.

Kuntz, B. & Lampert, T. (2010). Sozioökonomische Faktoren und Verbreitung von Adipositas. *Deutsches Ärzteblatt* 107(30), 517–522.

Kydd, A., Fleming, A., Paoletti, I. & Hvalic Touzery, S. (2020). Exploring terms for the oldest old in gerontological literature. *The Journal of Aging and Social Change* 10(2), 53–73.

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

Lampert, T. (2009). Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* Berlin: Robert Koch Institut, 121–133.

Lampert, T. & Maas, I. (2002). Sozial selektives Überleben ins und im Alter. In G.M Backes & W. Clemens (Hg.): *Zukunft der Soziologie des Alter(n)s.* Opladen: Leske + Budrich, 219–249.

Lampert, T., Knoll, L.E. & Dunkelberg, A. (2007): Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 42, 11–18.

Lawton, M.P. & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* 9(3), 179–186.

Laux, G. (2022). Parkinson and depression: review and outlook. *Journal of Neural Transmission* 129(5), 601–608.

Lee, D.M., Nazroo, J., O'Connor, D.B., Blake, M. & Pendleton, N. (2016a). Sexual health and well-being among older men and women in England: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 133–144.

Lee, D.M., Vanhoutte, B., Nazroo, J. & Pendleton, N. (2016b). Sexual health and positive subjective well-being in partnered older men and women. *Journals of Gerontology.* Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 71(4), 698–710.

Lee, Sei J., Go, A.S., Lindquist, K., Bertenthal, D., Covinsky, K.E. (2008). Chronic conditions and mortality among the oldest old. *American Journal of Public Health* 98(7), 1209–1214.

Levy, B. (2009). Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. *Current Directions in Psychological Science* 18(6), 332–336.

Levy, B.R. & Myers, L.M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine* 39(3), 625–629.

Levy, B.R., Slade, M.D. & Kasl, S.V. (2002a). Longitudinal Benefit of Positive Self-Perceptions of Aging on Functional Health. *The Journals of Gerontology.* Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 57(5), P409–P417.

Levy, B.R., Slade, M.D., Kunkel, S.R., & Kasl, S.V. (2002b). Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging. *Journal of Personality and Social Psychology* 83(2), 261–270.

Li, K., Hüsing, A. & Kaaks, R. (2014). Lifestyle risk factors and residual life expectancy at age 40: a German cohort study. *BMC Medicine* 12, 59.

Liddle, J. & McKenna, K. (2003). Older drivers and driving cessation. *British Journal of Occupational Therapy* 66(3), 125–132.

Lindau, S.T., Schumm, L.P., Laumann, E.O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C.A. & Waite, L.J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine* 357(8), 762–774.

Litwin, H. & Shiovitz-Ezra, S. (2011). Social network type and subjective well-being in a national sample of older Americans. *The Gerontologist* 51(3), 379–388.

Luck, T., Luppa, M., Briel, S., Matschinger, H., König, H.-H., Bleich, S., Villringer, A., Angermeyer, M.C. & Riedel-Heller, S.G. (2010). Mild Cognitive Impairment: Incidence and Risk Factors: Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged. *Journal of the American Geriatrics Society* 58(10), 1903–1910.

Luiu, C., Tight, M. & Burrow, M. (2017). The unmet travel needs of the older population: a review of the literature. *Transport Reviews* 37(4), 488–506.

Mann, E., Böhmdorfer, B., Frühwald, T., Roller-Wirnsberger, R.E., Dovjak, P., Dückelmann-Hofer, C., Fischer, P., Rabady, S., Iglseder, B. (2012). Potentially inappropriate mediaction in geriatric patients: the Austrian consensus panel list. *Wiener klinische Wochenschrift* 124(5-6), 160–169.

Mann, E., Haastert, B., Böhmdorfer, B., Frühwald, T., Iglseder, B., Roller-Wirnsberger, R. & Meyer, G. (2013). Prevalence and associations of potentially inappropriate prescriptions in Austrian nursing home residents: secondary analysis of a cross-sectional study. *Wiener klinische Wochenschrift* 125(7-8), 180–188.

Mann, E., Haastert, B., Frühwald, T., Sauermann, R., Hinteregger, M., Hölzl, D., Keuerleber, S., Scheuringer, M. & Meyer, G. (2014): Potentially inappropriate medication in older persons in Austria: A nationwide prevalence study. *European Geriatric Medicine* 5(6), 399–405.

Marksteiner, J. (2008). Demenzielle Erkrankungen. In F. Böhmer & I. Füsgen (Hg.), *Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten*. Wien: Böhlau, 253–260.

McDonald, W.M., Richard, I.H. & DeLong, M.R. (2003). Prevalence, etiology, and treatment of depression in Parkinson's disease. *Biological Psychiatry*, 54(3), 363–375.

Mehndiratta, S. (1987). *A theoretical model of quantity and quality in social relations and self-conception of old people in Malmö.* Malmö: Department of Educational and Psychological Research.

Mercer, C.H., Tanton, C., Prah, P., Erens, B., Sonnenberg, P., Clifton, S., Macdowall, W., Lewis, R., Field, N., Datta, J., Copas, A.J., Phelps, A., Wellings, K. & Johnson, A.M. (2013). Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: Findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). *The Lancet*, 382(9907), 1781–1794.

Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, P., Pasanen, M. & Urponen, H. (1997). Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology* 50(5), 517–528.

Mineau, G.P., Smith, K.R. & Bean, L.L. (2002). Historical trends of survival among widows and widowers. *Social Science & Medicine* 54(2), 245–254.

Mollaoğlu, M., Tuncay, F.Ö. & Fertelli, T.K. (2010). Mobility disability and life satisfaction in elderly people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(3), e115–e119.

Mossey, J.M. & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health* 72(8), 800–808.

Mubarak, F. & Suomi, R. (2022). Elderly Forgotten? Digital Exclusion in the Information Age and the Rising Grey Digital Divide. *INQUIRY – The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* 59, 469580221096272.

Musich, S., Wang, S.S., Ruiz, J., Hawkins, K., Wicker, E. (2018). The impact of mobility limitations on health outcomes among older adults. *Geriatric Nursing* 39, 162–169.

Niederstadt, C. & Gaber E. (2007). *Harninkontinenz* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 39). Berlin: Robert Koch Institut.

Olshansky, S.J., Antonucci, T., Berkman, L., Binstock, R.H., Börsch-Supan, A., Cacioppo, J.T., Carnes, B.A., Carstensen, L.L., Fried, L.P., Goldman, D.P., Jackson, J., Kohli, M., Rother, J., Zheng, Y., Rowe, J. (2012). Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. *Health Affairs* 31(8), 1803–1813.

ÖGGG (2011). *Österreichisches Geriatrisches Basisassessment.* Wien: Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie.

ÖPIA (2015). *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie, 1. Erhebung 2013/2014: Wien und Steiermark. Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung.* Wien: Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Alternsfragen.

ÖPIA (2018). *Individuelle und soziale Potenziale für ein „gutes Leben" im hohen Alter. Qualitative Fokusstudie (Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie, Welle II 2015–2018).* Wien: Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Alternsfragen.

ÖPIA (2022a). *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie, Welle III 2019–2022: Die Herausforderungen des hohen Alters.* Wien: Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Alternsfragen.

ÖPIA (2022b): *Die COVID-19-Pandemie im subjektiven Erleben hochaltriger Menschen in Österreich. Fokusstudie (Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie, Welle III 2019–2021).* Wien: Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Alternsfragen.

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

Park, H.K., Marston, L. & Mukadam, N. (2024). The Effects of Estrogen on the Risk of Developing Dementia: A Cohort Study Using the UK Biobank Data. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 32(7), 792–805.

Peng, Y., Zhong, G.-C., Zhou, X., Guan, L. & Zhou, L. (2022). Frailty and risks of all-cause and cause-specific death in community-dwelling adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics* 22, 725.

Perls, T.T., Kunkel, L.M. & Puca, A.A. (2002). The genetics of exceptional human longevity. *Journal of Molecular Neuroscience* 19(1–2), 233–238.

Peterson, C. & Seligman, M.E. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: theory and evidence. *Psychological Review* 91(3), 347.

Pinquart, M. & Duberstein, P.R. (2010). Associations of social networks with cancer mortality: A meta-analysis. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 75(2), 122–137.

Podsiadlo, D. & Richardson, S. (1991). The Timed „Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 39(2), 142–148.

Rainer, M. (2018). Psychiatrische Krankheitsbilder im Alter. *CliniCum neuropsy* 1/2018, 14–19.

Rapp, T., Ronchetti, J. & Sicsic, J. (2022). Where are populations aging better? A global comparison of healthy aging across Organization for Economic Cooperation and Development countries. *Value in Health* 25(9), 1520–1527.

Rizzuto, D., Orsini, N., Qiu, C., Wang, H.-X. & Fratiglioni, L. (2012). Lifestyle, social factors, and survival after age 75: population based study. *British Medical Journal* 345, e5568.

RKI (2015): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* Berlin: Robert Koch-Institut.

Romero-Ortuno, R., Walsh, C.D., Lawlor, B.A. & Kenny, R.A. (2010). A Frailty Instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). BMC *Geriatrics* 10, 57.

Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440.

Sabatini, S., Rupprecht, F., Kaspar, R., Klusmann, V., Kornadt, A., Nikitin, J., Schönstein, A., Stephan, Y., Wettstein, M., Wurm, S., Diehl, M. & Wahl, H.-W. (2025). Successful Aging and Subjective Aging: Toward a Framework to Research a Neglected Connection. *The Gerontologist*, 65(1), 1.

Santamaría-Ulloa, C., Lehning, A.J., Cortés-Ortiz, M. & Méndez-Chacón, E. (2023). Frailty as a predictor of mortality: a comparative cohort study of older adults in Costa Rica and the United States. *BMC Public Health* 23(1), 1960.

Santos-Eggimann, B., Cuénoud, P., Spagnoli, J. & Junod, J. (2009). Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *The Journals of Gerontology*: Series A 64(6), 675–681.

Schäfer, U. (2008). Gangstörung und Stürze. In F. Böhmer & I. Füsgen (Hg.), *Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten.* Wien: Böhlau, 153–159.

Schatzl, G., Temml, C., Waldmüller, J., Thürridl, T., Haidinger, G. & Madersbacher, S. (2001). A comparative cross-sectional study of lower urinary tract symptoms in both sexes. *European Urology* 40(2), 213–219.

Schmutterer, I. (2023). *Tabak- und Nikotinkonsum: Zahlen und Fakten 2023.* Wien: Gesundheit Österreich.

Schuntermann, M.F. (2009). *Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen* (3. überarbeitete Auflage). Heidelberg: Ecomed Medizin.

Searle, S.D., Mitnitski, A., Gahbauer, E.A., Gill, T.M. & Rockwood, K. (2008): A standard procedure for creating a frailty index. *BMC Geriatrics* 8, 24.

Shumway-Cook A., Ciol, M.A., Yorkston, K.M., Hoffman, J.M. & Chan, L. (2005). Mobility Limitations in the Medicare Population: Prevalence and Sociodemographic and Clinical Correlates. *Journal of the American Geriatrics Society* 53, 1217–1221.

Sieber, C.C. (2008). Ernährung. In F. Böhmer & Ingo Füsgen (Hg.). *Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten.* Wien: Böhlau, 551–563.

Spuling, S.M., Miche, M., Wurm, S. & Wahl, H.W. (2013). Exploring the causal interplay of subjective age and health dimensions in the second half of life. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 21(1), 5–15.

Stasch, N., Ganahl, K. & Geiger, H. (2022). Soziale Ungleichheit in der Zahngesundheit von Kindern. *Prävention und Gesundheitsförderung* 18, 87–92.

Statistik Austria (2025). *Tabellenband EU-SILC 2024 und Bundesländertabellen mit Dreijahresdurchschnitt EU-SILC 2022 bis 2024. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen.* Wien: Statistik Austria.

Staudinger, U.M. & Greve, W. (2001). Resilienz im Alter. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.), *Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung.* Opladen: Leske + Budrich, 95–144.

Steinhagen-Thiessen, E. & Borchelt, M. (2010). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In U. Lindenberger, J. Smith, K.U. Mayer & P.B. Baltes (Hg.): *Die Berliner Altersstudie* (3., erweiterte Auflage). Berlin: Akademie Verlag, 175–207.

Stephens, C., Alpass, F., Towers, A. & Stevenson, B. (2011). The Effects of Types of Social Networks, Perceived Social Support, and Loneliness on the Health of Older People: Accounting for the Social Context. *Journal of Aging and Health*, 23(6), 887–911.

Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P. & Wardle, J. (2012). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *PNAS* 110(15), 5797–5801.

Steverink, N., Westerhof, G.J., Bode, C. & Dittmann-Kohli, F. (2001). The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 56B, P364–P373.

Stolz, E., Schultz, A., Schüssler, S., Mayer, H., Hoogendijk, E.O. & Freidl, W. (2024). Frailty predicts all-cause and cause-specific mortality among older adults in Austria: 8-year mortality follow-up of the Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2014). *BMC Geriatrics* 24, 13.

Strotzka, S., Psota, G. & Sepandj, A. (2003). Uhrentest in der Demenzdiagnostik – Auf der Suche nach der verlorenen Zeit. *Psychopraxis* 4/2003, 16–24.

Sun, J.K. & Smith, J. (2017). Self-Perceptions of Aging and Perceived Barriers to Care: Reasons for Health Care Delay. *The Gerontologist* 57, Suppl. 2, S216–S226.

Sylliaas, H., Idland, G., Sandvik, L., Forsen, L. & Bergland, A. (2009). Does mortality of the aged increase with the number of falls? Results from a nine-year follow-up study. *European Journal of Epidemiology* 24(7), 351–355.

Syme, M.L., Cordes, C.C., Cameron, R.P. & Mona, L.R. (2015). Sexual health and well-being in the context of aging. In P.A. Lichtenberg & B. Carpenter (Hg.), *APA Handbook of Clinical Geropsychology, Vol. 2. Assessment, treatment, and issues of later life*. Washington, DC: American Psychological Association, 395–412.

Talasz, H. (2014). Harninkontinenz geriatrischer Patientinnen. Screening und Abklärung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 47(1), 57–66.

Tang, M., Wang, D. & Guerrien, A. (2020). A systematic review and meta-analysis on basic psychological need satisfaction, motivation, and well-being in later life: Contributions of self-determination theory. PsyCh Journal 9(1), 5–33.

Tsang, J.Y., Wright, A., Carr, M.J., Dickinson, C., Harper, R.A., Kontopantelis, E., Van Staa, T., Munford, L., Blakeman, T. & Ashcroft, D.M. (2023). Risk of Falls and Fractures in Individuals With Cataract, Age-Related Macular Degeneration, or Glaucoma. *JAMA Ophthalmology* 142(2), 96–106.

Vaishya, R., Misra, A., Vaish, A., Ursino, N. & D'Ambrosi, R. (2024). Hand grip strength as a proposed new vital sign of health: a narrative review of evidences. *Journal of Health, Population and Nutrition* 43(1), 7.

van den Berg, N., Rodríguez-Girondo, M., van Dijk, I.K., Mourits, R.J., Mandemakers, K, Janssens, A.A.P.O., Beekman, M., Smith, K.R. & Slagboom, P.E. (2019): Longevity defined as top 10% survivors and beyond is transmitted as a quantitative genetic trait. *Nature Communication* 10(1), 1–12.

Viljanen, A., Salminen, M., Irjala, K., Heikkilä, E., Isoaho, R., Kivelä, S.-L-, Korhonen, P., Vahlberg, T., Viitanen, M., Wuorela, M., Löppönen, M. & Viikari, L. (2021). Subjective and objective health predicting mortality and institutionalization: an 18-year population-based follow-up study among community-dwelling Finnish older adults. *BMC Geriatrics* 21(1), 358.

Wagner, M., Schütze, Y. & Lang, F.R. (2010): Soziale Beziehungen alter Menschen. In U. Lindenberger, J. Smith, K.U. Mayer & P.B. Baltes (Hg.): *Die Berliner Altersstudie* (3., erweiterte Auflage). Berlin: Akademie Verlag, 325–343.

Waite, L.J., Laumann, E.O., Das, A. & Schumm, L.P. (2009). Sexuality: Measures of partnerships, practices, attitudes, and problems in the National Social Life, Health, and Aging Study. *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(B), 56–66.

Weigl, A. (2011). Arbeit, Lebenserwartung, Geschlecht: Wien 1900–1950. *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften* 22(2), 112–139.

Wenger, G.C., Davies, R., Shahtahmasebi, S. & Scott, A. (1996). Social isolation and loneliness in old age: review and model refinement. *Ageing & Society* 16(3), 333–358.

Westerhof, G.J., Nehrkorn-Bailey, A.M., Tseng, H.-Y., Brothers, A., Siebert, J.S., Wurm, S., Wahl, H.-W. & Diehl, M. (2023). Longitudinal Effects of Subjective Aging on Health and Longevity: An Updated Meta-Analysis. *Psychology and Aging*, 38(3), 147–166.

WHO (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF.* Genf: World Health Organization.

WHO (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age.* Genf: World Health Organization.

Wiedemann, A. & Füsgen, I. (2008). Harninkontinenz. In F. Böhmer & I. Füsgen (Hg.), *Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten.* Wien: Böhlau, 167–173.

Wiels, W., Baeken, C. & Engelborghs, S. (2020). Depressive symptoms in the elderly – An early symptom of dementia? A systematic review. *Frontiers in Pharmacology* 11, 34.

Willcox, D.C., Willcox, B.J, Hsueh, W.-C. & Suzuki, M. (2006). Genetic determinants of exceptional human longevity: insights from the Okinawa Centenarian Study. *AGE* 28(4), 313–332.

Winkler, P., Pochobradsky, E. & Wirl, C. (2012). *Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich.* Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Wurm, T. (2016). Autonomie und Freiheit als Menschenrechte im Alter? Aktuelle Rechtsprechung im Hinblick auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen nach HeimAufG – Eine kritische Würdigung. In C. Stöckl, K. Kicker-Frisinghelli & S. Finker (Hg.), *Die Gesellschaft des langen Lebens. Soziale und individuelle Herausforderungen.* Bielefeld: transcript, 199–216.

Wurm, S., Ehrlich, U., Meyer-Wyk, F. & Spuling, S. M. (2023): Verbreitung von Einsamkeit bei älteren Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 8(3), 53–58.

Wurm, S., Tesch-Römer, C. & Tomasik, M.J. (2007). Longitudinal Findings on Aging-Related Cognitions, Control Beliefs, and Health in Later Life. *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences* 62(3), P156–P164.

Wurm, S., Warner, L.M., Ziegelmann, J.P., Wolff, J.K. & Schüz, B. (2013). How Do Negative Self-Perceptions of Aging Become a Self-Fulfilling Prophecy? *Psychology and Aging* 28(4), 1088–1097.

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O, Huang, V., Adey, M. & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research* 17(1), 37–49

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR NACH ALTERSGRUPPEN, EU 2009-2100 11
ABBILDUNG 2: HERZINFARKT UND SCHLAGANFALL 37
ABBILDUNG 3: ARZTBESUCHE UND KRANKENHAUSAUFENTHALTE 42
ABBILDUNG 4: BODY MASS INDEX (BMI) 49
ABBILDUNG 5: GANGTEST 55
ABBILDUNG 6: BEWEGUNGSRADIUS 56
ABBILDUNG 7: BEISPIELE FÜR UHRENTESTS 64
ABBILDUNG 8: KOGNITIVER TEST – ERGEBNISSE 65
ABBILDUNG 9: GERIATRISCHE DEPRESSIONSSKALA (GDS) 68
ABBILDUNG 10: GERIATRISCHE DEPRESSIONSSKALA (GDS) – ERGEBNISSE 69
ABBILDUNG 11: EINSAMKEIT 73
ABBILDUNG 12: LEBENSZUFRIEDENHEIT 76
ABBILDUNG 13: MORTALITÄT 2013-2023 83
ABBILDUNG 14: BILDUNGSABSCHLUSS – GESAMT UND NACH GESCHLECHT 103
ABBILDUNG 15: VERFÜGBARES NETTOHAUSHALTSEINKOMMEN 104
ABBILDUNG 16: WOHNFORMEN – GESAMT UND NACH STADT/LAND 109
ABBILDUNG 17: AUSSTATTUNG DER WOHNUNG 111
ABBILDUNG 18: ZUFRIEDENHEIT MIT DER WOHNGEGEND 112
ABBILDUNG 19: FAMILIENSTAND 117
ABBILDUNG 20: STÄRKE DES SOZIALEN NETZWERKES 123
ABBILDUNG 21: GRÜNDE FÜR DAS VERLASSEN DER WOHNUNG 130
ABBILDUNG 22: AKTIVITÄTEN 133
ABBILDUNG 23: AKTIVITÄTSGRAD 136
ABBILDUNG 24: INTERNETNUTZUNG 138
ABBILDUNG 25: BEDEUTUNG VON NÄHE, ZÄRTLICHKEIT UND SEXUALITÄT 144
ABBILDUNG 26: NÄHE, ZÄRTLICHKEIT UND SEXUALITÄT NACH GESCHLECHT UND FAMILIENSTAND 145
ABBILDUNG 27: VOLLMACHTEN UND VERFÜGUNGEN – GESAMT UND NACH BILDUNG 176

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung 17
Tabelle 2: Demografische Daten zur Stichprobe 20
Tabelle 3: ÖIHS-Frailty-Index, Indikatoren 28
Tabelle 4: Frailty-Index – Punktewerte 29
Tabelle 5: Funktionaler Status (ÖIHS-Frailty-Index) 30
Tabelle 6: Funktionaler Status nach Geschlecht und Bildung 31
Tabelle 7: Zentrale Indikatoren des funktionalen Status, nach Effektstärke 32
Tabelle 8: Top 3 Einflussfaktoren auf Entwicklung des funktionalen Status 2013-2019 32
Tabelle 9: Chronische Krankheiten – gesamt sowie nach Geschlecht und Bildung 36
Tabelle 10: Am häufigsten verordnete Arzneimittel und Medikamentengruppen 40
Tabelle 11: Polypharmazie und mittlere Medikamentenzahl – gesamt sowie nach Geschlecht und Bildung 41
Tabelle 12: Chronische Schmerzen – gesamt sowie nach Geschlecht und Bildung 43
Tabelle 13: Harnverlust – Prävalenz und Schwere des Leidens 45
Tabelle 14: Harninkontinenz nach Geschlecht und Bildung 47
Tabelle 15: Ernährungsstatus (SNAQ) 49
Tabelle 16: Ernährungsstatus (SNAQ & BMI) nach Geschlecht und Bildung 50
Tabelle 17: Sensorische Einschränkungen – gesamt sowie nach Geschlecht und Bildung 53
Tabelle 18: Mobilitätseinschränkungen nach Geschlecht und Bildung 57
Tabelle 19: Handkraftmessung – Cut-off-Werte zur Bestimmung eines Handkraftdefizits in Abhängigkeit von Geschlecht und Body-Mass-Index 59
Tabelle 20: Handkraft (gesamt und nach Geschlecht und Bildung) 60
Tabelle 21: Einschränkungen bei ADL – gesamt sowie nach Geschlecht und Bildung 61
Tabelle 22: Drei-Wörter-Uhrentest, Auswertung mit Farbtypologie 64
Tabelle 23: Einflussfaktoren auf funktionalen Status und kognitive Funktionen 2013-2019 (Top 3 n. Effektstärke) 66
Tabelle 24: Kognitiver Test („Drei-Wörter-Uhrentest"), nach Geschlecht und Bildung 66
Tabelle 25: Depression (GDS), Risikofaktoren 70
Tabelle 26: Lineare Regressionsanalyse zur Vorhersage depressiver Symptome, unter Berücksichtigung von Wohnform, Frailty, und sozialem Netzwerk 72
Tabelle 27: Einflussfaktoren von Einsamkeit 74
Tabelle 28: Einsamkeit nach Geschlecht und Bildung 75
Tabelle 29: Einflussfaktoren der Lebenszufriedenheit 77
Tabelle 30: Subjektive Gesundheit 78
Tabelle 31: Subjektive Gesundheit nach Geschlecht und Bildung 80
Tabelle 32: Mortalität nach Alter und Geschlecht, 2013-2023 84
Tabelle 33: Physische Faktoren der Mortalität, 2013-2023 85
Tabelle 34: Psychische Faktoren der Mortalität, 2013-2023 87
Tabelle 35: Mortalität nach Bildung, 2013-2023 88
Tabelle 36: Soziale Faktoren der Mortalität, 2013-2023 89
Tabelle 37: Lebensstilfaktoren der Mortalität, 2013-2023 91
Tabelle 38: Mortalität nach Langlebigkeit der Eltern, 2013-2023 93
Tabelle 39: Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten 95
Tabelle 40: Gesundheitsbewusstsein nach Geschlecht und Bildung 96
Tabelle 41: Rauchverhalten 97
Tabelle 42: Alkoholkonsum (gesamt sowie nach Geschlecht und Bildung) 99
Tabelle 43: Einkommen nach Geschlecht und Bildung 106
Tabelle 44: Wünsche und Präferenzen zum Wohnen 113
Tabelle 45: Familienstand – insgesamt sowie nach Geschlecht und Bildung 118

Tabelle 46: Größe des familiären Netzwerks 120
Tabelle 47: Größe des außerfamiliären Netzwerks 121
Tabelle 48: Netzwerkstärke nach Geschlecht und Bildung 124
Tabelle 49: Bewertung der Beziehung zur Familie vs. zu Freund/innen und Bekannten 125
Tabelle 50: Soziale Isolation 127
Tabelle 51: Soziale Isolation und Einsamkeit 128
Tabelle 52: Außer-Haus-Mobilität 129
Tabelle 53: Hinderungsgründe für das Verlassen der Wohnung 131
Tabelle 54: Verkehrsmittelnutzung 131
Tabelle 55: Außer-Haus-Mobilität nach Geschlecht und Bildung 132
Tabelle 56: Aktivitätsgrad nach Geschlecht und Bildung 137
Tabelle 57: Internetnutzung nach Geschlecht und Bildung 140
Tabelle 58: Vereinsbesuche und Ehrenamt – gesamt sowie nach Geschlecht und Bildung 141
Tabelle 59: Religion und Religiosität – gesamt sowie nach Geschlecht und Bildung 142
Tabelle 60: Lebenseinstellung 148
Tabelle 61: Lebenseinstellung nach Geschlecht und Bildung 149
Tabelle 62: Altersbilder-Skala 152
Tabelle 63: Ergebnisse der Altersbilder-Skala 153
Tabelle 64: Altersbild nach Geschlecht und Bildung 156
Tabelle 65: Ergebnisse des SOK-Fragebogens nach Einzelkomponenten und gesamt, inkl. mittlerer Scores 158
Tabelle 66: SOK (mittlere Scores) nach Geschlecht, Bildung und Alter 159
Tabelle 67: Hilfe- und Pflegebedarf 162
Tabelle 68: Pflegegeldbezug und Pflegestufen 164
Tabelle 69: Hilfe- und Pflegeleistungen, nach Alter und Geschlecht 165
Tabelle 70: Formelle Leistungen 166
Tabelle 71: Informelle Hilfe 167
Tabelle 72: Zusammensetzung des Pflegeheim-Samples 168
Tabelle 73: Funktionaler Status nach Wohnform 169
Tabelle 74: Zufriedenheit mit Pflegeheim 172
Tabelle 75: Technische Hilfsmittel (AAL) 175