ÖPIA

Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Alternsfragen
Austrian Interdisciplinary Platform on Ageing

Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie

Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung

1. Erhebung 2013 / 2014
Wien und Steiermark

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT
BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES UND KONSUMENTENSCHUT
sozial MINISTERIUM
Das Land Steiermark
Gesundheit und Pflegemanagement

Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie

Zusammenwirken von
Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung

1. Erhebung 2013 / 2014
Wien und Steiermark

Eine Studie der

Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Alternsfragen (ÖPIA)

Projektpartner und Finanzierung

Bundesministerium für Gesundheit

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

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

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Impressum

Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Alternsfragen (ÖPIA)
Berggasse 17/3/28, 1090 Wien, E-Mail: office@oepia.at, Internet: www.oepia.at

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

Copyright: Wien 2015

Projektleitung

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

Berichterstellung

Andreas Stückler, MA
Dr. med. Georg Ruppe, MA

Unter Mitarbeit von:

Eva Klambauer, MPhil	*Wohlbefinden und Gesundheit* *Lebensqualität im hohen Alter* *Lebensgestaltung und soziales Netz*
Mag.[a] Andrea Schmidt	*Pflege und Betreuung*
Mag.[a] Paulina Wosko & Univ.-Prof.[in] Dr.[in] Sabine Pleschberger	*Perspektiven auf die Zukunft und das Lebensende*

Statistik
Herbert Gluske

Grafik, Layout
DI[in] Annette Hexelschneider

Wissenschaftlicher Beirat

Univ.-Prof. DI Dr. Christoph Baumgartner (Neurologie, Psychiatrie)
Prim. Prof. Dr. Franz Böhmer (Geriatrie) †
Prof. Dr. Thomas Frühwald (Geriatrie)
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

Foto: BMG / Johannes Zinner

Die Gruppe der hochaltrigen Bevölkerung wird in den kommenden Jahrzehnten signifikant zunehmen. Der Anteil von Menschen über dem 80. Lebensjahr wird in Europa laut Eurostat 2030 fast verdoppelt sein.

Als Gesundheitsministerin sehe ich es als meine Aufgabe diese demographische Entwicklung zu berücksichtigen und für die steigende Zahl der hochaltrigen Personen in Österreich notwendige gesundheitspolitische Strategien zu entwickeln.

Es freut mich daher sehr, Ihnen die 1. Österreichische Hochaltrigenstudie vorstellen zu dürfen. Sie ist eine empirische Studie und gibt Aufschluss über den Gesundheits- und Ernährungszustand, die Lebensqualität und die Wohn- und Betreuungssituation von 80-Jährigen und Älteren. Diese Daten wurden erstmals in Österreich erhoben, sie stellen eine Grundlage für eine gezielte Planung von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und der Versorgung hochaltriger Menschen in Österreich dar.

Hohes Alter wird häufig mit gesundheitlichen Einschränkungen, kognitiven Defiziten und Einsamkeit assoziiert. Die Studie zeigt allerdings, dass diese negativen gesellschaftlichen Altersbilder der Lebenssituation vieler hochaltriger Menschen nicht oder nur im geringen Umfang entsprechen. Da die Gruppe der 80+ eine äußerst heterogene Altersgruppe ist, die differenzierte Zugänge und Angebote erfordert, soll die Veröffentlichung der Studienergebnisse dazu beitragen, dass sich das vorherrschende Bild vom hohen Alter stärker als bisher an der Realität orientiert.

Ich hoffe, dass diese Studienergebnisse als Basis für notwendige zukunftsorientierte Entscheidungen für alle Lebensbereiche hochaltriger Menschen aufgegriffen werden.

Dr.in Sabine Oberhauser, MAS
Bundesministerin für Gesundheit

Foto: sozialministerium

Der demografische Wandel und die deutlich gestiegene Lebenserwartung der Menschen eröffnen neue Möglichkeiten und Perspektiven, erfordern aber auch gesellschaftliche und strukturelle Anpassungen. Bei der Auseinandersetzung mit diesen Fragen ist es wichtig, hochaltrige Menschen selbst zu Wort kommen zu lassen, ihre Lebenssituation und ihre Bedürfnisse zu kennen und aus objektivierten Befunden entscheidungsrelevante Schlüsse zu ziehen.

Das Sozialministerium hat bereits 2008 eine erste Studie zur Hochaltrigkeit in Österreich beauftragt und veröffentlicht. Auf Initiative der Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Alternsfragen wurde mit der vorliegenden Arbeit die weitere wissenschaftliche Behandlung relevanter Fragen zu der Altersgruppe der Hochaltrigen fortgesetzt.

Eines der interessantesten Studienergebnisse zeigt, dass diese Lebensphase durch eine große Vielfalt der Lebenskonzepte und Alltagsgestaltungen gekennzeichnet ist, die in Zukunft auch noch zunehmen wird. Die Lebensqualität Hochaltriger hat heute schon viele Facetten, die Zukunft wird diese Entwicklung weiter vorantreiben. Für mich als Sozialminister ist das ein weiterer Auftrag, Maßnahmen und Initiativen zu unterstützen, die einerseits den gesellschaftlichen Diskurs zur Hochaltrigkeit vorantreiben, aber andererseits auch die Lebensqualität der älteren und hochbetagten Menschen sicherstellen sollen.

In diesem Sinne bedanke ich mich bei den Autoren für die geleistete Arbeit und wünsche mir, dass diese „Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie“ eine weitere Grundlage für die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit dieser Thematik darstellen wird.

Rudolf Hundstorfer
Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

Foto: Rothwangl

„Man ist so alt wie man lebt“

Wir lesen und hören kontinuierlich vom Phänomen des Älterwerdens in unserer Bevölkerung. Weniger oft wird dabei leider erwähnt, dass dies einen großen Mehrwert für das Zusammenleben in unser Gesellschaft mit sich bringt: Mehr an frei verfügbarer Zeit, viel an Lebenserfahrung stellen eine wertvolle Stütze dar. Egal ob jung oder schon etwas älter, es geht um eine aktive Teilhabe am gemeinschaftlichen, gesellschaftlichen und sozialen Leben.

Diese Tatsache ist auch eine der zentralen Erkenntnisse aus den ersten Untersuchungen dieser Studie. Nicht das Altern ist daher das Problem unserer Zeit, sondern unsere Einstellung dazu. Lebensqualität hat sicherlich viele Zutaten, aber es gibt kein patentiertes Erfolgsrezept dafür und wandelt sich mit der Zeit und eben mit dem Alter. Daher haben wir diese Studie in ihrer Pilotphase bewusst unterstützt, da erstmals die Lebenswelt der Hochaltrigen nicht nur wissenschaftlich ausgeleuchtet wurde, sondern die betroffene Zielgruppe direkt eingebunden war. Dieser Umstand und diese Herangehensweise haben derzeit sicherlich noch hohen Ausnahmecharakter und dadurch sind die Ergebnisse und Erkenntnisse für unsere zukünftigen strategischen Planungen von enormer Wichtigkeit.

Sehr erfreulich ist die derzeit so überwiegend positive Lebenszufriedenheit unserer über 80-Jährigen, aber je höher die Lebenserwartung, desto mehr und nicht desto weniger dürfen wir auch noch vom Leben erwarten. Die Altersgrenzen werden „verrückt“, das ist die Sachlage, und wir haben die Verantwortung, ein lebendiges, dichtes Unterstützungsnetzwerk zu knüpfen. Wir sollten daher das Altern nicht verhindern oder verschweigen, sondern erreichen, denn nur wer jung bleibt, wird auch alt.

Landesrat Mag. Christopher Drexler
Ressort Wissenschaft & Forschung, Gesundheit und Pflegemanagement des Landes Steiermark

Foto: Fotostudio Franz Pfluegl

In den letzten Jahrzehnten ist die Lebenserwartung in Österreich um rund 10 Lebensjahre gestiegen. Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt derzeit bei über 80 Jahren. Auch der Anteil der über 80-Jährigen ist stetig gestiegen und wird sich weiter erhöhen. Neben diesem positiven Befund wissen wir aber auch aus internationalen Vergleichen, dass die Anzahl der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre nicht in gleichem Ausmaß steigt.

Angesichts des demografischen Wandels und der damit verbundenen gesellschaftlichen Veränderungen und Herausforderungen hat sich die Sozialversicherung zum Ziel gesetzt „für ein längeres selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit zu sorgen". Eines unserer zentralen Anliegen ist es dabei, die Gesundheitspotentiale der Bevölkerung zu stärken und einen Beitrag für mehr Gesundheit zu leisten. Die Gesundheitsförderung und Prävention von Kindesbeinen bis ins hohe Alter zu forcieren findet dabei in zahlreichen gesundheitspolitischen Zielsetzungen Niederschlag. In der 2014 verabschiedeten Gesundheitsförderungsstrategie beispielsweise wurde der Stärkung der Gesundheit der älteren Bevölkerung ein eigenes Ziel gewidmet.

Mit der vorliegenden österreichischen Hochaltrigenstudie wurden erstmals systematisch Daten zum Gesundheitszustand einer Zielgruppe erhoben, über deren Bedarf und Bedürfnisse wenig bekannt war. Sie zeigt, dass Hochaltrige ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein besitzen, eine hohe Motivation haben die eigene Gesundheit zu erhalten und insgesamt gesehen eine hohe Lebenszufriedenheit aufweisen. An diesen Potentialen müssen wir anknüpfen für ein längeres Leben bei guter Gesundheit.

Mag. Peter McDonald
Vorstandsvorsitzender
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNG **13**

ZUSAMMENFASSUNG **15**

MANAGEMENT SUMMARY **18**

EINLEITUNG **21**

METHODIK **23**

BESCHREIBUNG DER STICHPROBE **29**

ERGEBNISDARSTELLUNG **33**

I QUANTITATIVER STUDIENTEIL **33**

1 Gesundheit und Krankheit im hohen Alter **35**
1.1 Somatische Gesundheit 42
1.1.1 Chronische Krankheiten 42
1.1.2 Medikamente 44
1.1.3 Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte 47
1.1.4 Schmerz 48
1.1.5 Harninkontinenz 49
1.1.6 Ernährungsstatus 54
1.1.7 Zahnstatus 56
1.2 Funktionale Gesundheit 57
1.2.1 Sehvermögen 58
1.2.2 Hörvermögen 59
1.2.3 Mobilität 60
1.2.4 Aktivitäten des täglichen Lebens 63
1.2.5 Sturz 64
1.2.6 Kognitive Funktionen 66
1.2.7 Unterstützungs- und Pflegebedürftigkeit 69
1.2.8 Frailty 70
1.3 Psychische Gesundheit 76
1.3.1 Einsamkeit 76
1.3.2 Depression 79
1.4 Subjektive Gesundheit 82
1.5 Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten 87
1.5.1 Gesundheitsbewusstsein 87
1.5.2 Gesundheitsverhalten 88
1.5.3 Rauchen 90
1.5.4 Alkoholkonsum 92

2 Allgemeine Lebenssituation **95**
2.1 Soziale Netzwerke und Ressourcen 95
2.1.1 Sozioökonomischer Status 94
2.1.2 Bildung 97
2.1.3 Berufstätigkeit 98
2.1.4 Finanzielle Situation 99
2.1.5 Versicherungsstatus 101
2.1.6 Wohnsituation 101
2.1.7 Soziale Beziehungen im hohen Alter 105
2.2 Lebensgestaltung 113
2.2.1 Alltagsgestaltung, Hobbys und Interessen 113
2.2.2 Bürgerschaftliches Engagement 117
2.2.3 Automobilität 117
2.2.4 Religiosität 118
2.2.5 Lebenszufriedenheit 120
2.2.6 Sexualität 122

3 Pflege und Betreuung **125**
3.1 Pflege und Unterstützung zu Hause 125
3.1.1 Formen, Beginn und Geschlechterverteilung des Betreuungsbedarfs 125

3.1.2 Pflegegeld und Betreuungsleistungen in den eigenen vier Wänden 126
3.1.3 Ausgaben für Pflegeleistungen zu Hause 128
3.2 Persönliche Pflegevorsorge 129
3.2.1 Wohnraumadaptierungen und Ambient Assisted Living (AAL) 129
3.2.2 Vollmachten und Verfügungen 130
3.3 Leben im Pflegeheim 131

4 Faktoren der Hochaltrigkeit 136
4.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede im hohen Alter 136
4.2 Hochaltrigkeit und soziale Ungleichheit 142
4.3 Stadt-Land-Unterschiede in der ÖIHS 148
4.4 Unterschiede zwischen Wien und Steiermark 154
4.5 Familiäre Häufung von Hochaltrigkeit 159

II QUALITATIVER STUDIENTEIL 161

1 Wohlbefinden und Gesundheit 166
1.1 Gesundheitsverhalten und die Förderung von körperlichem Wohlergehen 167
1.2 Gesundheit und Mobilität 168
1.3 Arztbesuche und Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen 170

2 Lebensqualität im hohen Alter 172
2.1. Lebenseinstellung und Zufriedenheit 172
2.2 Einen erfüllten Tag verbringen 174

3 Lebensgestaltung und soziales Netz 177
3.1 Soziales Netz im hohen Alter 177
3.1.1 Die Familie als Lebensmittelpunkt 180
3.1.2 Einsamkeit und Sehnsucht nach Nähe 182
3.2 Alltagsgestaltung im hohen Alter: Aktivitäten und Interessen 184
3.3 Die finanzielle Situation 186
3.4 Die Wohnung als zentraler Lebensraum 188

4 Pflege und Betreuung 191
4.1 Pflege und Betreuung in den subjektiven Deutungen nicht pflegebedürftiger Hochaltriger 191
4.2. Leben und Betreuung in einem Pflegeheim 194
4.3 Leben und Betreuung zu Hause 197
4.4 Bedeutung und Funktion des Pflegegelds im Alltag pflegebedürftiger Hochaltriger 201

5 Perspektiven auf die Zukunft und das Lebensende 205
5.1 Erwartungen an die Zukunft 205
5.2 Sorgenvolle Blicke in die Zukunft 209
5.3 Vorsorge für das Lebensende 212
5.4. Aktive Gestaltung des Lebensendes? 214

SCHLUSSFOLGERUNGEN 216

GLOSSAR 221

LITERATUR 222

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobenerstellung 25
Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung 30
Tabelle 3: Stichprobenselektivität 32
Tabelle 4: Gesundheitszustand 36
Tabelle 5: Gesundheitszustand in Stadt und Land 41
Tabelle 6: Anzahl Arztbesuche in den letzten 3 Monaten 47
Tabelle 7: Schmerzen nach Geschlecht 49
Tabelle 8: Gewichtsverlust 55
Tabelle 9: Sehprobleme mit Sehhilfe nach Geschlecht 58
Tabelle 10: Hörprobleme nach Geschlecht 59
Tabelle 11: Bewegungsradius und Sturzneigung 65
Tabelle 12: Activities of Daily Living (rüstig – pre-frail) 73
Tabelle 13: Gefühltes Alter 86
Tabelle 14: Gesundheitsbewusstsein 88
Tabelle 15: Gesundheitsbezogene Aktivitäten nach Bildung 90
Tabelle 16: Alkoholkonsum nach Geschlecht 93
Tabelle 17: Sozioökonomischer Status 96
Tabelle 18: Wohnformen Alleinlebender 102
Tabelle 19: Familienstand 106
Tabelle 20: Größe des familiären Netzwerks 108
Tabelle 21: Einsamkeit und Familienverhältnisse 111
Tabelle 22: Verwitwungsrate nach sozioökonomischem Status 112
Tabelle 23: Lebenszufriedenheit 120
Tabelle 24: Soziale Dienste 127
Tabelle 25: Informelle Betreuungspersonen zu Hause 127
Tabelle 26: Private Pflege-/Betreuungsausgaben pro Monat 128
Tabelle 27: Gesundheitszustand nach Wohnform 132
Tabelle 28: Vergleich Alltagsgestaltung Pflegeheim – Privathaushalt 135
Tabelle 29: Funktionelle Kapazitäten nach Geschlecht 137
Tabelle 30: Bildungsgrad einer Alterskohorte zu 3 Messzeitpunkten (1991, 2001, 2011) 143
Tabelle 31: Bildungsabschlüsse einer Alterskohorte zu 3 Messzeitpunkten (1991, 2001, 2011), nach Geschlecht 144
Tabelle 32: Gesundheitliche Unterschiede nach Sozialstatus 145
Tabelle 33: Verwitwung nach Sozialstatus 146
Tabelle 34: Frailty nach Sozialstatus 147
Tabelle 35: Gesundheitszustand in Stadt und Land 149
Tabelle 36: Gesundheitliche Unterschiede nach Stadt und Land 150
Tabelle 37: Gesundheitszustand nach Wohnort 151
Tabelle 38: Gesundheitszustand Wien und Steiermark 154
Tabelle 39: Gesundheitliche Unterschiede nach Bundesland 156
Tabelle 40: Allgemeine Lebenssituation nach Bundesland 158
Tabelle 41: Beschreibung des qualitativen Samples 163

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheitszustand nach Geschlecht 38
Abbildung 2: Gesundheitszustand nach Bildung 40
Abbildung 3: Chronische Krankheiten 43
Abbildung 4: Anzahl ärztlich verordneter Medikamente 45
Abbildung 5: Verteilung Harninkontinenz 50
Abbildung 6: Schwere des Harnverlustes 51
Abbildung 7: Schwere der Harninkontinenz 52
Abbildung 8: Beeinträchtigung durch Harninkontinenz 53
Abbildung 9: Zahnstatus 56
Abbildung 10: Gangtest 60
Abbildung 11: Bewegungsradius 61
Abbildung 12: Activities of Daily Living 63
Abbildung 13: Kognitive Tests 67

Abbildung 14: Gesamtergebnis Drei-Wörter-Uhrentest 67
Abbildung 15: Kognitive Tests nach Geschlecht 69
Abbildung 16: Frailty und Inkontinenz 71
Abbildung 17: Frailty und Medikamenteneinnahme 72
Abbildung 18: Pre-Frailty und chronische Krankheiten 73
Abbildung 19: Frailty nach Geschlecht 75
Abbildung 20: Einsamkeit 77
Abbildung 21: Einsamkeit (selten/nie) nach Bildungsniveau 78
Abbildung 22: Stimmung in den letzten zwei Wochen 80
Abbildung 23: Depressive Symptome nach Wohnform 81
Abbildung 24: Subjektive Gesundheit 83
Abbildung 25: Selbsteinschätzung Merkfähigkeit 83
Abbildung 26: Subjektive Gesundheit nach Geschlecht 85
Abbildung 27: Gesundheitsbezogene Aktivitäten 89
Abbildung 28: Rauchverhalten und Geschlecht 91
Abbildung 29: Höchster Bildungsabschluss 97
Abbildung 30: Haushalteinkommen 99
Abbildung 31: Wohnverhältnisse 102
Abbildung 32: Wohnungsausstattung 103
Abbildung 33: Familienstand nach Geschlecht 107
Abbildung 34: Regelmäßiger Kontakt zu mind. 1 Freund/Bekannten nach Wohnform 110
Abbildung 35: Fünf am häufigsten genannte Aktivitäten 115
Abbildung 36: Religiosität 118
Abbildung 37: Zufriedenheit mit der finanziellen Situation 121
Abbildung 38: Bedeutung von Sexualität 123
Abbildung 39: Psychisches Befinden nach Geschlecht 138
Abbildung 40: Vergleich Lebensformen Stadt und Land 152

DANKSAGUNG

Im Namen des gesamten ÖIHS-Projektteams ist es den Projektleitern und Herausgebern dieses Berichts ein Anliegen, vielen Personen und Institutionen zu danken, die mit ihrer Unterstützung und ihrem Mitwirken die erste Erhebungswelle der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie (ÖIHS) möglich gemacht haben.

An erster Stelle gilt unser Dank allen Personen in Wien und der Steiermark, die an dieser ersten Erhebung der ÖIHS teilgenommen haben und ihre wertvolle Zeit, ihre persönlichen Erfahrungen und ihr Wissen vertrauensvoll und unentgeltlich zur Verfügung gestellt haben. Ihr Mitwirken ist die wertvolle Grundlage und Quelle aller Erkenntnisse dieser Studie. Dabei danken wir auch Angehörigen und Vertreter/innen von Institutionen in den Bundesländern, die die Durchführung der Interviews unterstützt und mit ermöglicht haben.

Ohne die notwendigen Ressourcen hätte die Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie freilich nicht entwickelt und gestartet werden können.
Es ist dem steten Engagement von Frau Ministerialrätin Dr. Magdalena Arrouas mit ihrer Abteilung im Bundesministerium für Gesundheit und der daraus folgenden finanziellen Unterstützung des BMG zu verdanken, dass die ÖPIA bereits im Jahr 2012 in einer ersten umfassenden Arbeit die internationale Positionierung der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie und das methodische Grundkonzept für diese Studie erarbeiten konnte.

Für die notwendigen finanziellen Ressourcen zur Realisierung der ÖIHS ab 2013 in Wien und der Steiermark richtet sich unser besonderer Dank an die finanzierenden Kooperationspartner dieser ersten Erhebungswelle, den Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (Mag. Stefan Spitzbart), das Bundesministerium für Gesundheit (MR Dr. Magdalena Arrouas), das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Dr. Elisa Zechner) sowie, für die Erhebung in der Steiermark, an das Ressort Wissenschaft & Forschung, Gesundheit und Pflegemanagement des Landes Steiermark (Nicole Prutsch). Neben der notwendigen finanziellen Unterstützung war aber vor allem auch die gute Kommunikation und Kooperation und das überzeugte Engagement für die Inhalte und Ziele dieser Studie bei allen der hier genannten Partnerinstitutionen und ihrer Vertreter/innen ausschlaggebend für den Erfolg dieser ersten ÖIHS-Erhebung.

Des Weiteren gilt unser Dank allen Wissenschaftler/innen aus unterschiedlichen Disziplinen, die ihre Zeit und Expertise ehrenamtlich und im Sinne einer interdisziplinären Studie von höchster wissenschaftlicher Qualität eingebracht haben. Eine solche Leistung, gerade in Zeiten, in denen wissenschaftliches Engagement außerhalb von knapp kalkulierten Drittmittelprojekten, Auftragsforschung und universitären oder beruflichen Verpflichtungen immer schwieriger wird, ist alles andere als selbstverständlich und mit Hochachtung hervorzuheben.

Insbesondere ist hier allen Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats der ÖIHS zu danken. Allen voran Prof. Dr. Franz Böhmer, österreichischer Geriater der ersten Stunde, Internist und stv. Vorstandsvorsitzender der ÖPIA, für sein unermüdliches Engagement und seine wegweisende Initiative für eine solche Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. Von den ersten Konzepten und Überlegungen für diese Studie an,

hat Franz Böhmer die ÖIHS in all ihren Entwicklungsphasen begleitet, vorangetrieben und in höchster Kompetenz beraten. Ihm und Prof. Dr. Thomas Frühwald ist auch für die Unterstützung bei der Konzeption und Betreuung der Schulungseinheiten für alle ÖIHS-Interviewer/innen zu danken. Frau Univ.-Prof. Dr. Sabine Pleschberger gilt unser besonderer Dank für ihre engagierte Betreuung und die hilfreiche Begleitung des qualitativen Studien- und Berichtsteils. Außerdem danken wir Frau Univ.-Prof. Dr. Regina Roller-Wirnsberger für ihre Unterstützung der Studienkoordination in der Steiermark und Herrn Univ.-Prof. Dr. Marcus Köller für seine logistische Unterstützung der ÖIHS in Wien.

Nicht zuletzt gilt unser großer Dank Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse, der als neuer Vorstandsvorsitzender der ÖPIA seit Juni 2014 mit seiner großen internationalen Erfahrung, Reputation und fachlichen Expertise umgehend und engagiert auf allen Ebenen an der ÖIHS 2013/14 mitgearbeitet und zu ihrem Gelingen wesentlich beigetragen hat.

Schließlich wollen wir hier auch alle Interviewer/innen und die von ihnen erbrachte Arbeit in den Bundesländern mit Dankbarkeit hervorheben. Nach den entsprechenden Schulungseinheiten haben alle Interviewer/innen mit großem persönlichen Engagement und Einfühlungsvermögen die Interviews der ÖIHS geführt. Nicht selten sind ihre Interviews auch für sie persönlich zu beeindruckenden und bereichernden persönlichen Begegnungen geworden.

Georg Ruppe
Projektleiter der ÖIHS

Andreas Stückler
stv. Projektleiter der ÖIHS

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund und Zielsetzung

Die Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie (ÖIHS) untersucht erstmals in Österreich die Gesundheits-, Lebens- und Betreuungssituation hochaltriger Menschen – einer Bevölkerungsgruppe, zu der bislang, trotz zunehmender demographischer und gesundheitspolitischer Relevanz, nur sehr wenige Daten vorliegen.
Mit den gewonnenen praxis- sowie entscheidungsnahen Daten sollen Bund, Länder und Gemeinden sowie Dienstleister auch aus dem Bereich der Wirtschaft unterstützt werden, um:

- bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgungs- und Sozialstrukturen im intra- und extramuralen Bereich zu planen,
- die Effizienz von Maßnahmen im Sozial- und Gesundheitswesen sowie der Gesundheitsförderung zu beurteilen,
- die Situation in Österreich im internationalen Zusammenhang (andere europäische und internationale Hochaltrigenstudien) zu vergleichen,
- die untersuchte Altersgruppe angemessen und überzeugend anzusprechen und entsprechende Angebote für ein Leben in Selbstbestimmung, Teilhabe und verbesserter Gesundheit bereitstellen zu können.

Rahmenbedingungen und Methode

Im Rahmen dieser Pilotstudie und ersten Erhebungswelle der ÖIHS wurden von 2013 bis 2014 erstmals entsprechende Daten anhand einer Stichprobe von 410 Wiener/innen und Steirer/innen im Alter zwischen 80 und 85 Jahren erhoben. Berücksichtigt sind dabei sowohl in Privathaushalten als auch in Pflegeheimen lebende Personen.
Ergänzende qualitative Interviews erfassen zusätzlich auch subjektive Sichtweisen und Deutungen hochaltriger Menschen und ermöglichen so vertiefende Einblicke in ihre Gesundheits- und Lebenssituation.

Die Fragestellungen der Studie sind mit laufenden internationalen Studien abgestimmt, um eine internationale Vergleichbarkeit der Daten zu ermöglichen.

Wesentliche Erkenntnisse

Heterogenität des hohen Alters

- Auffällige Heterogenität mit großen Unterschieden bei der Betroffenheit durch altersbedingte Einschränkungen und zunehmende Differenzierung im hohen Alter
- Relativ große Gruppe von Männern und Frauen mit vergleichsweise gutem Gesundheitszustand, hoher Selbständigkeit und autonomer Lebensführung
- Widerspruch zum vorherrschenden und überwiegend defizitorientierten Altersbild (Assoziation des hohen Alters mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit)

Hochaltrigkeit und Frailty

- Knapp die Hälfte der Studienteilnehmer/innen ist jedoch auch von mehr oder weniger stark ausgeprägter Frailty betroffen.
- Frailty geht dabei häufig einher mit Multimorbidität, zunehmenden Mobilitätseinschränkungen und Einschränkungen in der Selbsthilfefähigkeit.
- Besonders zwischen 80. und 85. Lebensjahr besteht eine signifikante Zunahme altersbedingter Funktionseinschränkungen, kombiniert mit einem Anstieg von Hilfe- und Unterstützungsbedarf sowie von Pflegebedürftigkeit.

Polypharmazie

- Hoher Grad von Multimorbidität führt zu relativ hohem Medikamentenkonsum.
- Fast die Hälfte der untersuchten Hochaltrigen nimmt mehr als 5 Medikamente gleichzeitig ein (Polypharmazie), jede/r Achte sogar 10 und mehr Medikamente.
- Besonders in Pflegeheimen sind Medikationsraten überdurchschnittlich hoch.

Kognitiver Status

- Hohes Maß an kognitiven Einschränkungen. Lediglich rund 16% der Teilnehmer/innen absolvierten entsprechende Tests fehlerfrei.
- Fast die Hälfte aller Tests begründen einen Demenzverdacht.
- Die allgemein eher schlechten kognitiven Resultate verweisen auf leichte bzw. beginnende kognitive Defizite, auch wenn Gesundheitszustand ansonsten gut ist.

Harninkontinenz

- Etwas mehr als 1/3 aller befragten Hochaltrigen leidet unter Harninkontinenz.
- Je nach Schwere beträchtliche Minderung des subjektiven Wohlempfindens
- Nur ein kleiner Teil der Betroffenen befindet sich in ärztlicher Behandlung.

Subjektive Gesundheit

- Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit relativ gut.
- Mehr als die Hälfte beurteilt Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, 1/3 zumindest als mittelmäßig. Nur etwas mehr als jede/r Zehnte schätzt den Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht ein.

Hochaltrigkeit und Geschlecht

- Frauen machen zwar den größten Anteil an der hochaltrigen Bevölkerung aus, befinden sie sich aber tendenziell in einem schlechteren gesundheitlichen Allgemeinzustand als hochaltrige Männer.
- Sie sind überwiegend stärker von chronischen Krankheiten betroffen, leiden häufiger unter ausgeprägten Mobilitätseinschränkungen und sind häufiger auf Unterstützung oder Pflege angewiesen.

Hochaltrigkeit und soziale Ungleichheit

- Befragte sind umso gesünder, je höher ihre Bildung und ihr Einkommen sind.
- Personen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen sind wesentlich häufiger und stärker von altersbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen. Es ist anzunehmen, dass Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status auch eine geringere Wahrscheinlichkeit haben, ein hohes Alter zu erreichen.
- Besonders große Differenzen bei kognitiven Tests: Niedrig gebildete Personen schneiden ungleich schlechter ab als höher gebildete. Rückschluss auf ein höheres Demenzrisiko für Menschen aus niedrigeren sozialen Schichten.

Einsamkeit und Depression

- Mit Prävalenzraten von ca. 10-15% nicht sehr häufig, betrifft damit jedoch durchaus eine beträchtliche Minderheit von Hochaltrigen.
- Vor allem Frauen, aber auch Pflegeheimbewohner/innen überdurchschnittlich stark betroffen.

Rauchen

- Der überwiegende Großteil der untersuchten Hochaltrigen sind Nichtraucher/innen. Ein großer Teil von ihnen hat niemals geraucht.
- Die wenigen Raucher/innen waren zeitlebens moderate Raucher/innen.

Lebensgestaltung und Aktivitäten

- Hohes Maß und beeindruckende Vielfalt an Aktivitäten im hohen Lebensalter.
- In vielen Fällen dichtes Netz an familiären wie außerfamiliären sozialen Kontakten. Reges Interesse am kulturellen Leben, vielfach auch noch sportliche Betätigung im weiteren Sinne und teilweise ehrenamtliches Engagement.
- „Beschäftigung" und „Aktivität" im hohen Alter jedoch auch von sehr unterschiedlicher Qualität und subjektiver Deutung
- Klare Abhängigkeit von Funktionalität und Gesundheit. Gefahr der raschen Reduktion auf einige wenige Aktivitäten innerhalb der eigenen vier Wände.

Pflegevorsorge

- Marginale Rolle der persönlichen Vorbereitung und Vorsorge für eine spätere Pflege und Betreuung. Nur wenige Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen.
- Befragten sprechen und denken über Pflege und Betreuung, insbesondere bei noch nicht vorhandenem Pflegebedarf, nur wenig oder ungern nach.
- Teils offenbar auch bedingt durch geringen Grad an Informiertheit.

Sexualität

- Spielt nur noch eine eher untergeordnete Rolle. Aber für knapp 1/3 Bedeutung von Sexualität für ihr Leben immer noch recht hoch.

Lebenszufriedenheit

- Überwiegend hohe Lebenszufriedenheit: mehr als 3/4 der Befragten sind mit ihrer Lebenssituation insgesamt zufrieden oder sogar sehr zufrieden.
- Gleichzeitig Hinweise auf wachsende emotionale Verletzlichkeit – vor allem bei chronischen Schmerzzuständen, bei Pflegebedürftigkeit, bei stärkeren kognitiven Einbußen sowie beim Verlust nahestehender Menschen.

Nächste Schritte

Der demografische Wandel wird in Zukunft stets neue Herausforderungen und Notwendigkeiten für die Anpassung der medizinisch-pflegerischen und sozialen Versorgung mit sich bringen. Die ÖIHS berücksichtigt dies und soll daher, nach internationalem Vorbild, in je dreijährigen Erhebungswellen längsschnittlich fortgeführt werden. Zum einen, um die Entwicklung des einzelnen Menschen über längere Zeiträume zu verfolgen, zum anderen, um eine Aussage darüber treffen zu können, wie sich aufeinander folgende Kohorten im hohen Lebensalter unterscheiden – und damit eine Weiterentwicklung der Angebote erforderlich machen.

Die ÖIHS soll sukzessive und ihrem Namen entsprechend zu einer nationalen Hochaltrigenstudie ausgebaut werden. 2015-2017 will die ÖIHS bereits weitere Bundesländer als Kooperationspartner und Erhebungsregionen aufnehmen.

MANAGEMENT SUMMARY

Background and objectives

The Austrian Interdisciplinary Study on the Oldest Old (ÖIHS – as per the acronym in German) investigates for the first time in Austria the health, living conditions and support situation of individuals aged 80 and older – a group of citizens about whom to date only limited information exists, despite increasing relevance to demographics and public health.

The data collected is of practical and decision-making relevance and will support the federal, regional and local authorities as well as private service providers when it comes to:

- planning demand-oriented and needs-based supply and social structures for intra- and extramural care;
- evaluating the efficiency of activities in the social service and healthcare sector and in health promotion;
- comparing the situation in Austria within the international context (and to other European and international studies on people aged 80+); and
- reaching the investigated age group adequately and in a convincing manner and providing appropriate options for a life characterised by self-determination, participation and improved health.

Framework conditions and method

As part of this pilot study and the first wave of surveys by the ÖIHS, data of this kind was collected for the first time from 2013 to 2014 from a sample of 410 residents of Vienna and Styria aged between 80 and 85. People living both in private homes and in nursing homes have been considered.

Complementary qualitative interviews are used to collect additional subjective viewpoints and interpretations of the respondents and thus enable deeper insights into their health and living conditions.

The research questions of the study are aligned with ongoing international studies in order to enable international comparability of the data.

Key findings

Heterogeneity of old age

- Noticeable heterogeneity including significant differences in terms of the degree of impairment due to age-related limitations and increasing differentiation in advanced age
- Relatively large group of men and women in a comparatively good health condition, with a high level of independence and autonomous way of life
- Contradiction to the prevailing and mainly deficit-oriented image of old age (association of old age with illness and need of long-term care)

Old age and frailty

- Nearly half of the study participants, however, are affected by more or less pronounced frailty.
- Frailty often involves multimorbidity, increasing mobility impairments and reduced ability to self-help.

- Especially between the ages of 80 and 85 there is a significant increase of age-related functional disability, combined with the rising need of help and support and long-term care.

Polypharmacy

- An elevated level of multimorbidity leads to relatively high medication consumption.
- Almost half of the 80+ respondents take more than 5 medications at the same time (polypharmacy); one in eight even takes 10 or more medications.
- Medication levels are particularly higher than the average in nursing homes.

Cognitive status

- High level of cognitive limitations. Merely approximately 16% of the participants completed the relevant tests without errors.
- Almost half of the tests give rise to a suspicion of dementia.
- The overall relatively poor cognitive results indicate minor or beginning cognitive deficits, even if the general health condition is otherwise good.

Urinary incontinence

- Slightly more than 1/3 of all respondents suffer from urinary incontinence.
- Depending on the severity, significant reduction of subjective well-being.
- Only a small proportion of those affected are under medical treatment.

Subjective health

- Subjective estimation of personal health condition is relatively good.
- More than half of the respondents qualify their health condition as good or very good; 1/3 at least as medium. Slightly more than one in ten qualify their health condition as bad or very bad.

Old age and gender

- Women do make up the larger part of the 80+ population; however, they tend to be in a worse general state of health than men of that age group.
- They are more significantly affected by chronic diseases, more commonly suffer from pronounced mobility impairments and are more frequently dependent on support and care.

Old age and social inequality

- The higher their level of education and income, the healthier respondents are.
- People with a low educational and income level are affected much more frequently and to a far greater extent by age-related health impairments. It can be assumed that people with a lower socio-economic status are less likely to reach very old age.
- Remarkable differences in cognitive tests: people with a low educational level achieve disproportionately poorer results than those with a higher educational level. Inference to a higher risk of dementia for people from lower social classes.

Loneliness and depression

- With prevalence rates of approximately 10-15% not very frequent, but still affecting a significant minority of the 80+ population.
- Particularly women, but nursing home residents are also disproportionately affected.

Smoking

- The vast majority of the respondents are non-smokers. A large proportion of them has never smoked.
- The few smokers have been moderate smokers throughout their lives.

Way of life and activities

- High level and impressive range of activities at an old age.
- In many cases a dense network of familial and non-familial social contacts. Lively interest in cultural life, frequently also physical exercise in the broader sense and in some cases charitable commitments.
- However, "engagement" and "activity" in old age are also of very different quality and subjective interpretations.
- Clear dependency on functionality and health. Risk of quick reduction to a limited few activities within their own four walls.

Provisions for care

- Personal preparations and provisions for eventual care and support needs play a marginal role. Only few durable powers of attorney for health care and living wills.
- Respondents are reluctant to talk about and reflect on care and support issues, especially if they are not yet in need of it.
- Apparently in part due to low levels of information.

Sexuality

- Plays only a somewhat secondary role. However, for about 1/3, the importance of sexuality in their lives is still relatively high.

Life satisfaction

- Predominantly high life satisfaction: more than 3/4 of the respondents are generally satisfied or even very satisfied with their life situation.
- At the same time, indications of increasing emotional vulnerability – particularly in cases of chronic pain, need of long-term care, more significant cognitive impairments and loss of persons close to them.

Next steps

Demographic changes will continue to bring about new challenges and requirements for the adaption of medical-nursing and social assistance. The ÖIHS considers this and should therefore, in accordance with international examples, be continued longitudinally in three-year survey waves. On the one hand, to follow the development of individual respondents over longer periods of time and, on the other hand, to be able to draw conclusions about how consecutive cohorts of people aged 80 years or older differ from each other – and as a result require further development of existing options.

The ÖIHS should gradually and appropriately to its name be expanded to a national study on the 80+ age group. In the period 2015 to 2017, the ÖIHS plans to include further federal provinces as cooperation partners and survey regions into the study.

EINLEITUNG

Die wachsende Anzahl hochaltriger Menschen (80 Jahre und älter) weist im Vergleich zu den quantitativen Veränderungen in den anderen Altersgruppen die höchste demografische Dynamik der Gegenwart und der Zukunft auf: In keiner anderen Altersgruppe sind die quantitativen Veränderungen so stark ausgeprägt. Heute sind ca. 5 Prozent der europäischen Gesamtbevölkerung 80 Jahre und älter; im Jahre 2050 werden dies 11 Prozent sein.[1] Diese Veränderungen werden nicht ohne Folgen für unsere Gesellschaft bleiben: Zum einen sind sie eine Errungenschaft und Chance für unsere Gesellschaft, zum anderen werden mit diesen Veränderungen erhebliche Anforderungen an die sozialen Sicherungssysteme und die medizinisch-pflegerische Versorgung verbunden sein. Schließlich legt diese demografische Dynamik in besonderer Weise die Frage nach den Potenzialen der Prävention nahe, wobei hier nicht nur die primäre und sekundäre, sondern auch die tertiäre Prävention angesprochen ist, die thematisiert, inwieweit bei bestehenden chronischen Erkrankungen körperliche und kognitive Funktionseinbußen vermieden und das selbstständige Wohnen im vertrauten Umfeld erhalten werden kann.

Dies bedeutet auch, dass die medizinisch-pflegerischen Versorgungssysteme, die Sozial- und Krankenversicherungen, die Bildungseinrichtungen, die politischen und administrativen Einrichtungen auf Bundes-, Länder- und Gemeindeebene auf wissenschaftlich fundierte, zugleich praxis- und entscheidungsnahe Erkenntnisse über diese Altersgruppe angewiesen sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das hohe Alter selbst Veränderungen unterliegt: Altern in unserer Zeit bedeutet etwas anderes als zu Zeiten unserer Eltern und Großeltern, und die 80-Jährigen von morgen werden in Teilen ein anderes Altern zeigen als die 80-Jährigen von heute – dies mit Blick auf die körperlichen, seelischen und kognitiven Ressourcen, die finanziellen und bildungsbezogenen Potenziale, aber auch das soziale, kulturelle und politische Engagement. Zudem wird sich die Differenzierung innerhalb der Gruppe der alten Menschen verstärken: Sie wird in Zukunft noch heterogener, noch verschiedenartiger sein als heute. Dies betrifft die finanziellen Möglichkeiten, die Wohnbedingungen, die Bildungsressourcen, die sozialen Netzwerke, aber auch den Gesundheitszustand, die körperlichen und kognitiven Kräfte und den Grad der Selbstständigkeit und sozialen Teilhabe. Für diese schon heute erkennbare, in Zukunft weiter zunehmende Heterogenität spricht die Tatsache, dass die Biografien älterer Menschen eine beeindruckende Vielfalt aufweisen, die sich bis in das hohe Alter fortsetzt und gerade im hohen Alter noch einmal zusätzlich akzentuiert wird.

Um die Auswirkungen dieses neuen demografischen Phänomens zu erfassen und dabei vor allem die speziellen Bedingungen aufzuzeigen, die in Österreich zu erwarten sind, hat die ÖPIA die Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie (ÖIHS) entwickelt, um mit den in dieser Studie gewonnenen Ergebnissen maßgebliche Entscheidungsträger beraten zu können. Denn damit Bund, Länder und Gemeinden, damit Dienstleister – auch aus dem Bereich der Wirtschaft – diese Altersgruppe angemessen und überzeugend ansprechen und zudem entsprechende Angebote für ein Leben in Selbstbestimmung, Teilhabe und verbesserter Gesundheit bereitstellen können, ist es notwendig, über wissenschaftlich fundierte, zugleich aber praxis- und entscheidungsnahe Daten zu verfügen, die über die Bedarfe in dieser Altersgruppe informieren. Die ÖIHS – die sich ausdrücklich als eine politik- und praxisrelevante Studie versteht – stellt derartige Daten detailliert bereit.

[1] Eurostat: Europe in Figures – Eurostat Yearbook 2014:
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing

Weltweit gibt es bereits eine größere Anzahl derartiger Studien. Deren Ergebnisse können jedoch nicht einfach auf Österreich oder gar auf einzelne Bundesländer Österreichs übertragen werden: Zu unterschiedlich sind die Sozial-, Pensions-, Pflege- und Gesundheitssysteme, aber auch die Familienstrukturen der jeweiligen Staaten. Auch in Österreich gibt es bereits vereinzelte und wichtige Befunde zur Hochaltrigkeit; jedoch handelt es sich in der Regel um regional erhobene Daten oder um Erhebungen zu ausgewählten somatischen, psychischen oder sozialen Schwerpunktthemen.

Die ÖIHS untersucht erstmals in umfassender Weise die Gesundheits-, Lebens- und Betreuungssituation hochaltriger Menschen in Österreich. Sie erfasst alle Dimensionen von Gesundheit, wie von der WHO definiert; zudem nimmt sie ausführlich auf die verschiedenen Ebenen von Selbstbestimmung, Selbstgestaltung, Teilhabe und sozialräumlichen Umwelten Bezug. Somit liefern die Ergebnisse der ÖIHS auch wertvolle Hinweise für die öffentliche Verwaltung und die politischen Entscheidungsträger.

Der beschriebene demografische Wandel ist noch lange nicht abgeschlossen. Er wird auch in Zukunft stets neue Herausforderungen und Notwendigkeiten für die Anpassung der medizinisch-pflegerischen und sozialen Versorgung mit sich bringen. Die ÖIHS berücksichtigt auch dieses Phänomen und soll aus diesem Grunde in je dreijährigen Erhebungswellen längsschnittlich fortgeführt werden. Zum einen, um die Entwicklung des einzelnen Menschen über längere Zeiträume zu verfolgen, zum anderen, um eine Aussage darüber treffen zu können, wie sich aufeinander folgende Kohorten im hohen Lebensalter unterscheiden – und damit eine Weiterentwicklung der Angebote erforderlich machen.

Der hier vorliegende Bericht basiert auf Erhebungen, die von Anfang 2013 bis Mitte 2014 in den Bundesländern Wien und Steiermark als „Pilotstudie“ bzw. Ersterhebung durchgeführt wurden. Personen zwischen dem 80. und 85. Lebensjahr wurden dabei als Zielgruppe definiert. Mit insgesamt 410 Personen (260 in Wien, 150 in der Steiermark) wurden von geschulten Interviewerinnen und Interviewern ausführliche persönliche Interviews geführt, die auch geriatrische Assessments zur Einschätzung von Gesundheit und Funktionalität der Betroffenen beinhalteten. Ergänzend wurden mit einer Sub-Stichprobe von 40 Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern vertiefende Interviews geführt, die eine genauere Auseinandersetzung mit besonders relevanten Themen und persönlichen Sichtweisen und Deutungen ermöglichten. Mit dem erstmaligen und umfassenden Datenmaterial der ÖIHS 2013/14 und dem vorliegenden Bericht soll der Grundstein für eine langfristige Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie gelegt sein.

Wir hoffen, dass mit der ÖIHS ein Beitrag zur Entwicklung effektiver Präventions- und Interventionsmaßnahmen für Gesundheit, Autonomie, Lebenszufriedenheit und Partizipation sowie zur effektiven Beratung politischer und gesellschaftlicher Entscheidungsträger geleistet werden kann.

Franz Böhmer
Initiator und wissenschaftlicher Berater der ÖIHS, stv. Vorstandsvorsitzender der ÖPIA

Andreas Kruse
Wissenschaftlicher Berater der ÖIHS, Vorstandsvorsitzender der ÖPIA, Direktor des Instituts für Gerontologie, Heidelberg

Georg Ruppe
Projektleiter der ÖIHS, wissenschaftlicher Geschäftsführer der ÖPIA

METHODIK

Studiendesign

In der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie wird Hochaltrigkeit als signifikantes Überschreiten der durchschnittlichen Lebenserwartung definiert. Zielpersonen der ÖIHS sind in diesem Sinne **Personen ab 80 Jahren**.[2] Berücksichtigt werden in der ÖIHS sowohl Hochaltrige in **Privathaushalten** als auch in **Pflegeheimen** lebende Personen.

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

Ergänzend sieht das Design der ÖIHS auch einen qualitativen Forschungszugang vor, der es erlaubt, auch subjektive Sichtweisen und Deutungen zu erfassen und vertiefende Einblicke in die Gesundheits- und Lebenssituation von hochaltrigen Frauen und Männern zu gewinnen.

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

Für längsschnittliche Folgeerhebungen ist derzeit ein **Intervall von drei Jahren** geplant. Je nach Aufwand und Interessenslage, können auch zusätzliche und neue Fragestellungen – beispielsweise besonders aktuelle und gesundheitspolitisch relevante Fragen oder auch spezifische biologische Marker aus der Grundlagenforschung – in die Stu-

[2] Die durchschnittliche Lebenserwartung beträgt in Österreich zum Studienzeitpunkt rund 78 Jahre für Männer und 83 Jahre für Frauen. Damit trifft die hier verwendete Definition von Hochaltrigkeit vor allem für Männer, jedoch nur bedingt für Frauen zu. Angesichts der Tatsache, dass der Frauenanteil im Segment der Hochaltrigen bei 67% liegt (Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2013), Männer hier also schon von vornherein tendenziell unterrepräsentiert sind, erscheint es zweckmäßig, sich bei der Definition eher an der Lebenserwartung von Männern zu orientieren und so auch eine stärkere Berücksichtigung von Männern zu gewährleisten. Deshalb wurde als Kriterium für die Definition von Hochaltrigkeit allgemein das Überschreiten des 80. Lebensjahres bestimmt.

die aufgenommen werden. Besonders der qualitative Studienteil bietet sich für die ergänzende Durchführung spezieller, thematisch fokussierter Schwerpunktstudien an.

Pilotstudie

Bei der in diesem Bericht dargestellten Untersuchung handelt es sich um eine Pilotstudie und erste Erhebungswelle der ÖIHS in den Bundesländern Wien und Steiermark. Mittelfristig ist angestrebt, die Studie auf ganz Österreich auszuweiten und sukzessive zu einer nationalen Hochaltrigenstudie auszubauen.

Für die Pilotstudie wurden Interviews mit insgesamt **410 Frauen und Männern im Alter zwischen 80 und 85 Jahren** geführt, davon 260 in Wien und 150 in der Steiermark. Das steirische Sample wiederum teilt sich auf in 90 Grazer/innen und 60 Personen aus anderen steirischen Regionen. Die für die Stichprobenziehung vorgenommene Eingrenzung des Studienalters auf 80-85 Jahre erfolgte einerseits aus theoretischen, andererseits aus forschungspragmatischen Erwägungen: Forschungspragmatisch war diese Definition durch die Erfahrung geleitet, dass mit zunehmendem Alter die Erreichbarkeit von Menschen für wissenschaftliche Studien sukzessive abnimmt. Bereits 80-Jährige sind deutlich schwerer zur Teilnahme an Studien zu motivieren als lediglich 10 Jahre jüngere Menschen.[3] Mit weiter zunehmendem Alter nimmt die Erreichbarkeit nochmals ab, sodass es im Hinblick auf Stichprobenziehung und Studienorganisation sinnvoll erschien, für die Studie ein eher im unteren Bereich der Hochaltrigkeit liegendes Studienalter zu definieren. Als stärker theoretisch geleitete Überlegung war ausschlaggebend, dass gerade der Bereich 80-85 gewissermaßen den Übergang in die Hochaltrigkeit markiert. In diesen Altersbereich fällt auch das durchschnittliche Alter des Ersteintritts in ein Pflegeheim.[4] Zwischen 80 und 85 scheinen sich also wesentliche, für das Verständnis der Hochaltrigkeit hoch relevante Selektionsprozesse zu vollziehen. Die Bedeutung dieses Altersbereichs wird in der Definition der Studienpopulation der ÖIHS besonders berücksichtigt. Für die Ziehung neuer Stichproben im Rahmen einer longitudinalen Fortsetzung der ÖIHS wird es zweckmäßig sein, diese Stichprobendefinition beizubehalten und das noch höhere Alter vor allem über die Weiterverfolgung im Panel zu erreichen.

Stichprobenziehung

Die Auswahl der Studienteilnehmer/innen erfolgte vorwiegend auf dem Wege eines **telefonischen Screenings**. Dabei wurden nach dem Zufallsprinzip österreichische Haushalte telefonisch kontaktiert und festgestellt, ob dem jeweiligen Haushalt eine Person angehört, die dem Teilnehmer/innenprofil der Studie entspricht (d.h. zwischen 80 und 85 Jahren alt ist). Im positiven Fall wurde diese Person zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Dieses Vorgehen erfüllt damit die Kriterien einer Zufallsstichprobe. Das telefonische Screening wurde vom Institut für empirische Sozialforschung (IFES) im Auftrag der ÖPIA durchgeführt.

Bei einer Zusage im Rahmen des telefonischen Erstkontakts wurden die Kontaktdaten des/der jeweiligen Teilnehmer/in aufgenommen und anschließend an die ÖPIA weitergeleitet, die dann die Durchführung des Interviews in die Wege leitete. Die Kontaktdaten wurden unter Einhaltung strenger Datenschutzrichtlinien zentral bei der ÖPIA und ausschließlich zu Projekt-Verwaltungszwecken gespeichert. Bei einer Ablehnung der Teil-

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

[4] Das durchschnittliche Heimeintrittsalter liegt in Österreich derzeit bei etwa 82 Jahren (BMSK 2008: 82).

nahme wurde versucht, die betreffende Person zumindest für eine telefonische Kurzbefragung zu gewinnen (eine Kurzform des Interviews mit ca. 20 Fragen). Dies diente besonders auch der Kontrolle einer potentiellen Stichprobenselektivität, d.h. ob und in welchem Ausmaß die Auswahl der Studienteilnehmer/innen zugunsten bestimmter Faktoren, die eine Teilnahme an der Studie begünstigen oder erschweren, verzerrt ist (siehe folgender Abschnitt: *Stichprobenselektivität*).
Insgesamt sollten durch das telefonische Screening ca. 350 Personen (ca. 220 in Wien und ca. 130 in der Steiermark) für eine Teilnahme an der Studie gewonnen werden (letztendlich realisiert: 358). Durch dieses Vorgehen wurden ausschließlich selbstständig in Privathaushalten lebende Personen erfasst (inkl. Seniorenresidenzen und betreute Wohnformen). Um für die Studie, wie im Studiendesign vorgesehen, auch in Pflegeheimen lebende Personen berücksichtigen zu können, wurde von der ÖPIA ein **zusätzliches Sample von rund 50 Personen in Pflegeheimen** erstellt (letztendlich realisierte Interviews: 52). Die Sampleerstellung erfolgte dabei in freundlicher Kooperation mit verschiedenen Pflegeeinrichtungen in Wien und der Steiermark.

Insgesamt wurden 1862 Personen im Rahmen des Screenings telefonisch kontaktiert.[5] Unter Berücksichtigung von Pflegeheim-Kontakten, welche nicht im Umfang der Kontakte aus dem telefonischen Screening enthalten sind, und gemessen an der Anzahl aller realisierten Interviews, ergibt sich eine **Ausschöpfungsrate von ca. 21%**. Diese Zahlen verdeutlichen die durchaus zu erwartende schwierige Erreichbarkeit der Zielgruppe für wissenschaftliche Studien.
Von den 1862 telefonisch kontaktierten hochaltrigen Personen haben 338 bereits beim telefonischen Erstkontakt eine Teilnahme an der Studie abgelehnt. Immerhin 985 konnten zu einem telefonischen Kurzinterview motiviert werden. Von diesen Personen liegen also grundsätzliche Daten zur Gesundheits- und Lebenssituation vor, die in die Auswertung miteinbezogen werden können (insbesondere auch zum Vergleich mit den Daten aus den vollwertigen Interviews zum Zweck einer Selektivitätskontrolle).

1862 Telefonkontakte (Screening)		
338 Ablehnungen	539 Zusagen	985 tel. Kurzinterviews
358 Interviews + 52 Pflegeheiminterviews		
410 Interviews (face-to-face)		

Tabelle 1: Stichprobenerstellung

Stichprobenselektivität und Teilnahme-Ebenen der ÖIHS

Hochaltrigenstudien stehen, wie viele andere wissenschaftliche Studien, vor dem grundsätzlichen Problem, dass Einwilligung wie Ablehnung der Studienteilnahme an Faktoren gebunden sein kann, die zu untersuchen die Studie eigentlich beabsichtigt, die also ge-

[5] Streng genommen war die Zahl der Kontakte aufgrund des Screeningverfahrens noch wesentlich höher (mehr als 20.000 Kontakte). Die hier genannte Zahl bezieht sich allein auf Personen, die im Rahmen des Screenings als potentielle Studienteilnehmer/innen identifiziert und zur Teilnahme an der Studie eingeladen wurden.

wissermaßen Teil des Forschungsgegenstandes sind. Mit Blick auf Hochaltrigkeit betrifft das vor allem den Gesundheitszustand (insbesondere bei fortgeschrittener Demenz), aber auch andere Faktoren wie Bildungsgrad, Wohnsituation (Heim vs. Wohnung) etc. Die Stichprobe wäre dann also bis zu einem gewissen Grad zugunsten bestimmter Faktoren, die eine Teilnahme begünstigen, oder zuungunsten anderer Faktoren, die eine Teilnahme erschweren, verzerrt. In der Statistik spricht man in diesem Zusammenhang von **Stichprobenselektivität**. Es ist daher auch für die ÖIHS wesentlich, diese Selektivität so gut als möglich zu kontrollieren. Bei manchen Faktoren (wie z.B. Bildung) kann zur Kontrolle einer Stichprobenselektivität auf vorhandene statistische Daten wie etwa Mikrozensusdaten zurückgegriffen und diese mit den eigenen Daten abgeglichen werden. Schwieriger ist dies bei anderen Einflussgrößen wie der Gesundheit. Hier war ein weitergehendes Vorgehen notwendig. Zu diesem Zweck wurden für die ÖIHS **unterschiedliche Teilnahmeebenen** mit unterschiedlicher Intensität der Teilnahme und folglich verschiedenen Niveaus erhobener Daten definiert:

Ebene 1: Telefonische Kurzbefragung
Die erste Teilnahmeebene besteht in einer **Kurzform der Befragung** (ca. 20 Fragen), die mit möglichst vielen Personen (ggf. auch deren Proxys), die an der Studie nicht in vollem Umfang teilnehmen wollten oder konnten, durchgeführt wurde. Auf diese Weise konnten zumindest einige grundsätzliche Daten zur Lebens- und Gesundheitssituation eingeholt werden. Eine Kurzbefragung von Proxys ist vor allem dann sinnvoll, wenn der Gesundheitszustand der Studienteilnehmerin bzw. des Studienteilnehmers eine Befragung ausschließt. Im Rahmen der ÖIHS-Pilotstudie wurde diese Kurzbefragung telefonisch im Zuge des zur Stichprobenerstellung vorgesehenen Screenings durchgeführt.

Ebene 2: „Vollwertige" Teilnahme
Vollwertige Teilnahme bedeutet, die für die Stichprobe ausgewählte Person war gewillt und gesundheitlich/kognitiv in der Lage, die vollständige Erhebung zu absolvieren.

Die hier definierten Teilnahmeebenen korrespondieren mit unterschiedlichen Graden der Teilnahmefähigkeit und Teilnahmebereitschaft:
Eine Teilnahme auf *Ebene 1* war dann verwirklicht, wenn eine Teilnahme an der vollständigen Erhebung abgelehnt wurde, aber die Teilnehmerin bzw. der Teilnehmer für eine telefonische Kurzbefragung gewonnen werden konnte. Oder eine Teilnahme war aufgrund schwerer physischer und kognitiver Einschränkungen nicht möglich, aber ein Proxy (z.B. ein/e Angehörige/r) erklärte sich bereit und kompetent, eine entsprechende Kurzbefragung zur Gesundheits- und Lebenssituation der hochaltrigen Person zu absolvieren.
Ebene 2 bedeutet grundsätzlich eine vollständige Teilnahme an der Studie. Die Studienteilnehmerin bzw. der Studienteilnehmer stimmte einer Teilnahme zu, und auch aus gesundheitlicher und ethischer Sicht sprach nichts dagegen.

Am Ende können die auf unterschiedlichen Ebenen erhobenen Daten miteinander verglichen werden, um festzustellen, ob und in welchem Ausmaß die Studienteilnahme auf unterschiedlichen Ebenen in Zusammenhang mit bestimmten interessierenden Variablen steht, ob also Stichprobenselektivität vorliegt und, wenn ja, in welchem Ausmaß (siehe *Beschreibung der Stichprobe*).

Erhebungsinstrumente der ÖIHS

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

Geriatrisches Screening nach Lachs

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

Gangtest

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

Kognitiver Test (Drei-Wörter-Uhrentest)

Aufgrund der besonderen Relevanz im Zusammenhang mit Hochaltrigkeit ist im Rahmen der ÖIHS auch die Untersuchung der **kognitiven Funktionen** der Teilnehmer/innen vorgesehen. Zum Einsatz kam dabei mit dem sogenannten Drei-Wörter-Uhrentest (Strotzka et al. 2003) ein möglichst kurzes und kompaktes Screeningverfahren, das einerseits die Belastung für die Teilnehmer/innen so niedrig wie möglich halten, andererseits aber zumindest einige grundsätzliche und dabei auch verlässliche Einschätzungen und Aussagen über die kognitiven Kapazitäten der Teilnehmer/innen erlauben sollte.[6] Dieser Test zeichnet sich durch eine doppelte Aufgabenstellung aus: Zum

[6] Der für die Einschätzung des kognitiven Status im gerontologischen Kontext wesentlich gebräuchlichere MMSE (Mini Mental State Examination; vgl. Folstein et al. 1975) ist im Vergleich zum hier verwendeten

einen sollten sich die Teilnehmer/innen drei Begriffe (Ball – Fahne – Baum) merken und zum anderen auf einem Blatt Papier ein Uhrenziffernblatt mit allen Ziffern zeichnen und anschließend auf diesem Ziffernblatt die Uhrzeit 11:10 („zehn nach elf") eintragen. Die Bewältigung oder Nicht-Bewältigung dieser Aufgaben gibt Aufschluss über den kognitiven Status der Teilnehmer/innen und über potentiell bestehende bzw. beginnende Demenzerkrankungen.

Harninkontinenz

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

Qualitativer Studienteil

Ergänzend zur Gesamtbefragung wurde im Kontext dieser Pilotstudie und ersten Erhebungswelle der ÖIHS die Durchführung **qualitativer Interviews** vorgesehen, um so einen vertiefenden Einblick in die Gesundheits- und Lebenssituation hochaltriger Frauen und Männer zu gewinnen.

Die qualitative Methodik erlaubt es, die **spezifische Perspektive der hochaltrigen Personen** auf einzelne Fragestellungen zu erfassen. Ihre Stärke liegt zum einen im explorativen Charakter, wodurch Themen, die bislang weniger im Blick waren, in ihrer Bedeutung für die betroffenen Menschen sichtbar werden und in die weitere Forschung aufgenommen werden können. Zum anderen gilt der qualitative Forschungsansatz als „Königsweg" in der Forschung zu sensiblen Themen, wie z.B. Erfahrungen und Umgang mit Abhängigkeit, Pflegebedürftigkeit sowie Sterben, Tod und Trauer, unter Einhaltung hoher ethischer Standards. Die hier genannten Themen beinhalten besonders relevante Aspekte in Bezug auf die Lebensqualität hochaltriger Menschen, ihren Umgang mit Belastungen sowie ihre Perspektiven für die Zukunft.

Für den qualitativen Studienteil wurde aus dem Studiensample eine **„theoretische Stichprobe"** entsprechend interessierender Kriterien von insgesamt **40 Personen** ausgewählt (zur Auswahl der Studienteilnehmer/innen siehe die Einleitung zu II. *Qualitativer Studienteil*) Auf dieser Grundlage wurden anschließend **qualitative Interviews mit narrativem Charakter** durchgeführt. Diese Interviews wurden transkribiert und unter Anwendung von Kodierverfahren computergestützt ausgewertet.
Im Zuge weiterer Erhebungswellen der Gesamtstudie wären ausgehend von Ergebnissen der quantitativen Befragung weitere vertiefende, thematisch fokussierte qualitative Studien durchzuführen. Über ein besseres Verständnis von Zusammenhängen sowie subjektiven Deutungsmustern soll auf diesem Wege die Qualität der Interpretation der Ergebnisse erhöht werden. Denkbar sind hierzu etwa eine vertiefende Auseinandersetzung mit biografischen Aspekten, Bezügen zur Resilienzforschung oder der Geschlechterforschung.

Instrument ungleich umfangreicher und länger und erfasst daher auch kognitive Beeinträchtigungen in deutlich mehr verschiedenen Domänen (Sprache, Rechenfähigkeit etc.). In einer prospektiven Studie von Kamenski et al. (2009) erwies sich der Drei-Wörter-Uhrentest jedoch als ähnlich genau wie der MMSE und insofern besonders gut geeignet für eine erste und unkomplizierte Demenzerkennung.

BESCHREIBUNG DER STICHPROBE

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

Insgesamt wurden im Rahmen dieser Pilotstudie und Ersterhebung der ÖIHS **410 Interviews** durchgeführt. 260 (63,4%) wurden in Wien durchgeführt und 150 (36,6%) in der Steiermark, davon 90 (22%) in Graz und 60 (14,6%) in anderen, eher ländlichen steirischen Bezirken.
Nahezu alle Befragten sind österreichische Staatsbürger/innen (99,5%). Dieser sehr hohe Schnitt liegt zum einen darin begründet, dass Migrant/innen wesentlich schwerer erreichbar sind für wissenschaftliche Studien, zum anderen haben wir es aber auch mit einer Studienpopulation zu tun, die lange vor den größeren Einwanderungswellen ab den 1960er Jahren geboren wurde und überwiegend noch einer etwas früheren Generation als jener der Einwander/innen angehört. Lediglich 9,5% 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 Jugoslawien. Die meisten (85%) leben auch bereits mehr als 50 Jahre in Österreich.
57,9% der Befragten sind **Frauen**, 42,1% **Männer**. Gemessen an der Geschlechterverteilung in dieser Altersgruppe[7] bedeutet das eine leichte Überrepräsentation von Männern im Sample. Da aufgrund des allgemein ohnehin deutlich geringeren Männeranteils im Segment der Hochaltrigen tendenziell mit einer noch niedrigeren Repräsentation von Männern zu rechnen war, ist dieser etwas höhere Anteil von Männern im Sample, insbesondere im Hinblick auf Gendervergleiche im Rahmen der Auswertung, durchaus erfreulich und positiv zu betrachten.
Ebenfalls überrepräsentiert im Sample sind Pflegeheimbewohner/innen. Insgesamt wurden **52 Interviews in Pflegeheimen** durchgeführt, das ergibt einen Anteil von 12,7%. Dieser Anteil liegt deutlich über dem tatsächlichen Anteil an Pflegeheimbewohner/innen in der Altersgruppe 80-85.[8] Die Überrepräsentation von Pflegeheimbewohner/innen ergibt sich aus der gesonderten Sampleerstellung für Privathaushalte und Pflegeheime und wurde bewusst herbeigeführt, da andernfalls die Fallzahlen im Pflegeheim zu gering gewesen wären, um verlässliche Aussagen über die Pflegeheimpopulation zu erlauben. Die übrigen 87,3% entfallen auf Personen in Privathaushalten. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Personen, die in der eigenen Wohnung/dem eigenen Haus leben (80,5%), und solchen, die in einem Seniorenwohnheim oder einer betreuten Wohneinrichtung leben (6,8%). Diese Differenzierung ist deshalb sinnvoll, da – wie sich auch während der Erhebung recht deutlich herausgestellt hat – Personen in solchen speziellen, auf die Bedürfnisse alter Menschen zugeschnittenen Wohneinrichtungen noch ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben ohne besonderen Betreuungs- oder Pflegebedarf führen können und die Wohnform insofern eher einem Privathaushalt als einem Pflegeheim entspricht. Auf der anderen Seite sind in diesen Einrichtungen in der

[7] Laut Statistik Austria lag der Frauenanteil in der (mit unserer Studienpopulation nicht völlig übereinstimmenden) Gruppe der 80-84 Jährigen im Jahr 2012 bei rund 62%.
[8] Der tatsächliche Anteil an Pflegeheimbewohner/innen in der Studienpopulation dürfte zwischen 5% und 8% liegen. Das ist allerdings nur eine grobe Schätzung, da in der Tat keine Statistiken vorhanden zu sein scheinen, die über den Pflegeheimanteil in der Altersgruppe 80-85 verlässlich Auskunft zu geben vermögen. Mit Sicherheit kann aber gesagt werden, dass der tatsächliche Anteil deutlich unterhalb der 12,7% im ÖIHS-Sample liegt.

Regel zumindest einige basale Betreuungsleistungen, insbesondere haushaltsbezogene Dienstleistungen inkludiert, die in einem gewöhnlichen Privathaushalt erst zusätzlich von außen erworben werden müssten, und durch die sich solche Wohnarrangements daher wiederum von Privathaushalten im engeren Sinne unterscheiden. Um Missverständnisse zu vermeiden, wird im folgenden Ergebnisbericht der Begriff des Privathaushalts ausschließlich für private Wohnungen bzw. Privathäuser verwendet. Sofern auch Seniorenwohnheime und betreute Wohneinrichtungen mitgemeint sind, wird dies stets explizit dazugesagt.

Geschlecht	
weiblich	57,9%
männlich	42,1%
Wohnort	
Wien	63,4%
Steiermark	36,6%
- Graz	*22,0%*
- andere steirische Bezirke	*14,6%*
Wohnform	
Privathaushalt	80,5%
Seniorenheim, betreutes Wohnen	6,8%
Pflegeheim	12,7%
Bildung	
Pflichtschule	23,9%
Lehre	16,3%
Fachschule ohne Matura (BMS)	17,1%
Matura	23,6%
Hochschule, Universität	18,8%

Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung

Mit Blick auf das Bildungsniveau der Studienteilnehmer/innen ist festzuhalten, dass die in der Stichprobe enthaltenen Hochaltrigen über eine **überdurchschnittlich hohe Bildung** verfügen. 18,8% der Befragten verfügen über einen Universitäts- oder Hochschulabschluss, weitere 23,6% haben zumindest einen Maturaabschluss. Damit hat mit 42,4% fast die Hälfte der Teilnehmer/innen eine vergleichsweise hohe Schulbildung. Dies ist ein Wert, der recht deutlich über dem österreichischen Durchschnitt in dieser Altersgruppe liegt. Laut Statistik Austria[9] hatten von den 80- bis 84-jährigen Österreicher/innen im Jahr 2011 4,1% einen Universitätsabschluss und 7,1% einen Maturaabschluss. Etwas mehr als die Hälfte (52,2%) hatte lediglich einen Pflichtschulabschluss (ÖIHS: 23,9%), 24,4% einen Lehrabschluss (ÖIHS: 16,3%) und 12,2% einen berufsbildenden mittleren Schulabschluss (ÖIHS: 17,1%). Damit sind also höher gebildete Hochaltrige in der Stichprobe der ÖIHS deutlich überrepräsentiert. Die höhere Beteiligung von Menschen mit höherem Bildungsgrad ist ein grundsätzliches Problem empirischer sozialwissenschaftlicher Studien, das vor allem darauf zurückzuführen ist, dass Stu-

[9] Bildungsstandregister 2011

dienteilnahme 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"). Dies macht es erforderlich, die Überrepräsentation höher gebildeter Personen bei der Interpretation der Studienergebnisse entsprechend zu berücksichtigen.

Eine besondere Herausforderung, die sich mit Blick auf die Sampleerstellung speziell für Hochaltrigenstudien ergibt, besteht schließlich darin, dass die Teilnahme an einer Studie besonders auch durch den **Gesundheitszustand** beeinflusst wird, was sich dementsprechend auf die Zusammensetzung der Stichprobe auswirkt. Dies hat damit zu tun, dass Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ungleich schwerer zur Teilnahme an einer Studie zu motivieren sind als solche mit einem relativ guten Gesundheitszustand (sofern man an gesundheitlich sehr stark eingeschränkte Personen überhaupt herankommt). Der allgemeine Gesundheitszustand in einem Sample erscheint dann in der Auswertung in dem Maße besser, wie Personen mit schlechtem Gesundheitszustand, eben aufgrund ihres Zustandes, nicht an der Studie teilnehmen können oder wollen. Dies gilt vor allem für Personen in Privathaushalten, die bei einem schlechteren Gesundheitszustand nochmals wesentlich schwerer zu erreichen sind als etwa Personen in Pflegeheimen. Hinzu kommt allgemein, dass die Teilnahme an der Studie ihre Grenze findet bei ausgeprägten manifesten Demenzerkrankungen. Wenn auch im Hinblick auf das Phänomen der Hochaltrigkeit eigentlich von allerhöchster Relevanz, so muss das Vorliegen einer Demenz bereits aufgrund unzureichender Teilnahmefähigkeit bzw. überhaupt Einwilligungsfähigkeit hinsichtlich der Teilnahme an einem wissenschaftlichen Interview notwendig und von vornherein ein Ausschlusskriterium darstellen. Das bedeutet aber letztlich auch eine Unterrepräsentanz von Personen mit manifester Demenz und entsprechend eine Selektivität der Stichprobe.
Zumindest teilweise dürfte sich eine gesundheitsbezogene Selektivität auch aus dem vorhin angesprochenen Bildungsbias ergeben, zumal generell eine Korrelation besteht zwischen Gesundheit und soziökonomischem Status, d.h. Menschen mit höherer Bildung und höherem Einkommen sind tendenziell auch gesünder als Personen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen (siehe auch unten Teil I, Kapitel 4.2). Für Hochaltrigenstudien, die zu einem wesentlichen Teil in einer möglichst umfassenden Einschätzung des Gesundheitszustandes ihrer Teilnehmer/innen bestehen, ergibt sich daraus die Notwendigkeit, mit dieser **gesundheitsbezogenen Stichprobenselektivität** umzugehen und diese so gut als möglich zu kontrollieren. Aus diesem Grund sieht die Studie zusätzlich auch die Durchführung telefonischer Kurzbefragungen vor, quasi als eine zusätzliche, niederschwelligere Teilnahmeebene. Die Kurzbefragungen dienen hier sozusagen als ein Korrektiv, indem sie ein Vergleichssample liefern, das abzuschätzen erlaubt, wie selektiv das Sample der Studie im Hinblick auf den Gesundheitszustand der Teilnehmer/innen tatsächlich ist.

Ein Vergleich der Ergebnisse der Kurzbefragung mit denen der Hauptstudie bestätigt die Annahme einer gesundheitsbezogenen Stichprobenselektivität. Zurückgegriffen wurde für die telefonische Kurzbefragung insbesondere auf das Mittel der **subjektiven Gesundheitseinschätzung**, d.h. der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes durch die Studienteilnehmer/innen. Die subjektive Einschätzung der Gesundheit ist wesentlicher Bestandteil von Gesundheitsbefragungen, da sie erwiesenermaßen einen guten Indikator für den tatsächlichen, objektiven Gesundheitszustand darstellt (siehe Teil I, Kapitel 1.4). Das heißt, die subjektive Gesundheit stimmt in der Regel mit der objektiven relativ gut überein. Vor allem negative Einschätzungen verweisen für gewöhnlich auf einen tatsächlich schlechten objektiven Gesundheitszustand. Für den Zweck einer

Selektivitätskontrolle mittels telefonischer Kurzbefragungen erschien die subjektive Gesundheit daher als ein besonders geeignetes Instrument.

Die Auswertung zeigt – wie durchaus zu erwarten war –, dass in der Kurzbefragung, im Vergleich zur Hauptstudie[10], weniger positive und dafür mehr negative Gesundheitseinschätzungen gemacht wurden. Die Diskrepanz beträgt immerhin 17% bei positiven (sehr gut/gut) und 9% bei negativen Einschätzungen (sehr schlecht/schlecht). Ausgehend von den subjektiven Beurteilungen der Teilnehmer/innen erhärtet sich also der Verdacht, dass in der Hauptstudie eine gewisse **Überrepräsentation von Personen mit eher gutem Gesundheitszustand** gegeben ist. Dies bedeutet, dass in der Hauptstudie generell der Gesundheitszustand der Teilnehmer/innen durchgehend etwas überschätzt werden dürfte, d.h. die Gesundheit stellt sich dort wahrscheinlich im Allgemeinen etwas besser dar, als es der Gesamtheit aller 80- bis 85-Jährigen in Österreich entspricht.

Subjektive Gesundheit	Kurzbefragung	Hauptstudie
Sehr gut	13%	12%
Gut	29%	47%
Mittelmäßig	39%	31%
Schlecht	14%	8%
Sehr schlecht	5%	2%

Tabelle 3: Stichprobenselektivität

Dies wird ebenfalls durch einen direkten Vergleich der Zahlen zum **Unterstützungs- und Pflegebedarf** der Teilnehmer/innen bestätigt. Im Rahmen der telefonischen Kurzbefragung wurde, analog zur Befragung in der Hauptstudie (Teil I, Kapitel 1.2.7), auch erhoben, ob die Teilnehmer/innen aufgrund ihres Alters bzw. aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen auf regelmäßige Hilfe und Unterstützung im Alltag angewiesen sind. Im Hinblick auf die allgemeine Häufigkeit von Unterstützungsbedarf unter den Befragten sind die Werte in Kurzbefragung und Hauptstudie zunächst sehr ähnlich (28% vs. 30%). Das heißt, Personen aus der Kurzbefragung sind nicht häufiger unterstützungsbedürftig als Teilnehmer/innen der Hauptstudie. Allerdings gibt es durchaus deutliche Unterschiede hinsichtlich eines allfälligen Pflegegeldbezugs. Der Bezug von Pflegegeld lässt auf ein bestimmtes (professionell eingeschätztes und bestätigtes) Maß an Pflegebedürftigkeit schließen, das sich in einer entsprechend hohen oder niedrigen Pflegegeldeinstufung niederschlägt. Im Vergleich zwischen Kurzbefragung und Hauptstudie zeigt sich recht deutlich, dass Teilnehmer/innen der Kurzbefragung, sofern sie einen Unterstützungsbedarf angegeben haben, wesentlich häufiger Pflegegeld beziehen als Teilnehmer/innen der Hauptstudie (75% vs. 61%). Daraus lässt sich schließen, dass Teilnehmer/innen der Kurzbefragung zwar insgesamt nicht häufiger, aber doch in höherem Ausmaß hilfs- und pflegebedürftig sind als solche aus der Hauptstudie, was wiederum auf stärkere körperliche bzw. gesundheitliche Einschränkungen in dieser Vergleichsgruppe schließen lässt. Die Überrepräsentanz von Personen mit tendenziell besserem körperlichem, gesundheitlichem Zustand gilt es freilich im folgenden Ergebnisbericht stets mitzudenken und bei der Interpretation der Ergebnisse entsprechend zu berücksichtigen.

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

ERGEBNISDARSTELLUNG

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Pilotstudie und Ersterhebung der ÖIHS dargestellt. Die Ergebnisdarstellung erfolgt dabei separat für die **quantitative, fragebogengestützte Erhebung (Teil I)** und den **qualitativen Studienteil (Teil II)**. Am Ende des Berichts werden die wesentlichsten Ergebnisse aus dem quantitativen und qualitativen Studienteil nochmals zusammenfassend dargestellt und Schlussfolgerungen diskutiert.

I QUANTITATIVER STUDIENTEIL

Die Darstellung der Ergebnisse aus der quantitativen Erhebung 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) 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 und dgl.), die Wohnsituation, soziale Beziehungen wie auch Alltagsgestaltung und Aktivitäten der Teilnehmer/innen. Gegenstand dieses Abschnitts sind mithin die sozialen und ökonomischen Ressourcen hochaltriger Menschen sowie Aspekte der Lebensgestaltung.

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.

Zusammenwirken der drei Themenkomplexe

Freilich sind dies drei sehr wesentliche Themenkomplexe, die im Grunde nicht isoliert und unabhängig voneinander betrachtet werden können. Sondern es sind damit Bereiche angesprochen, die in der Realität auf komplexe und vielfältige Weise zusammenwirken: So ist es etwa vor allen Dingen der Gesundheitszustand, der die allgemeine Lebenssituation im hohen Alter ganz maßgeblich bestimmt, insbesondere jenen Bereich der Aktivitäten und der individuellen Lebensgestaltung, so wie auch und gerade Fragen der Pflege und Betreuung ausschließlich vor dem Hintergrund altersbedingter gesundheitlicher Einschränkungen zu sehen sind. Umgekehrt ist Gesundheit – nicht nur, aber wohl besonders im hohen Alter – eine Frage der konkreten Lebenslage von Menschen, wobei hier vor allem dem sozioökonomischen Status eine besondere Rolle beikommt. Auch der Lebensstil spielt, wie im Kontext der Gesundheitsvorsorge und Prävention stets betont wird, eine entscheidende Rolle, ist jedoch selbst in nicht unerheblichem Maße sozioökonomisch vermittelt. Nicht zuletzt hängen auch Betreuungsarrangements mitunter von den je verfügbaren sozialen und ökonomischen Ressourcen ab (bestehen Möglichkeiten informeller Pflege, sind Betreuungsleistungen finanziell leistbar, ist die Wohnumgebung

der gewünschten Betreuungsform angemessen etc.), wie auf der anderen Seite wiederum eine bedarfsgerechte und funktionierende Betreuung sich positiv auf die Lebensgestaltung und damit in weiterer Folge sowohl auf die Lebensqualität als auch auf die Lebenssituation einer Person insgesamt auswirken kann.
Alle diese Bereiche spielen also ineinander und durchdringen sich wechselseitig. Eine Studie, die ein möglichst realistisches Bild der Lebenssituation, d.h. der komplexen und vielfältigen Lebensrealität hochaltriger Menschen zeichnen möchte, kann sich daher nicht auf eine isolierte Betrachtung dieser Bereiche beschränken, sondern muss sie in ihrem Zusammenwirken erfassen und analysieren. Die weitere Ergebnisdarstellung wird insofern maßgeblich geprägt sein durch eine solche „ganzheitliche" Perspektive und durch das Bemühen um eine Zusammenführung und eine gemeinsame Betrachtung der Ergebnisse aus den einzelnen Problembereichen.
Im einleitenden Kapitel zum folgenden Gesundheitsteil wird die Notwendigkeit einer solchen multidimensionalen Analyse am Beispiel der Gesundheit noch etwas genauer veranschaulicht.

1 Gesundheit und Krankheit im hohen Alter

Die Gesundheit nimmt in der Auseinandersetzung mit Hochaltrigkeit eine zentrale, vielleicht sogar die zentralste Stellung ein. Auch wenn Alter, im Sinne von Alter in Lebensjahren (kalendarisches Alter), und Krankheit nicht gleichbedeutend sind bzw. nicht automatisch miteinander einhergehen, so nimmt doch die Wahrscheinlichkeit, an Krankheiten und funktionalen Einschränkungen zu leiden, mit höherem Alter zu. Gesundheit und Krankheit im Alter stehen daher nicht nur im Fokus zahlreicher wissenschaftlicher Hochaltrigenstudien, sondern rücken auch, angesichts des gegenwärtigen demographischen Wandels und der sich daraus ergebenden Herausforderungen für staatliche Gesundheits- und Sozialsysteme, zunehmend in den Blick der Gesundheits- und Sozialpolitik (Böhm et al. 2009; Winkler et al. 2012). Der rasant ansteigende Anteil hochaltriger Menschen in der Bevölkerung bringt einen Bedarf an wissenschaftlich fundiertem Wissen über den Gesundheitszustand in der Bevölkerungsgruppe der Hochaltrigen, über ihre funktionalen Kapazitäten bzw. Einschränkungen wie auch das Ausmaß an Pflegebedürftigkeit. Daraus gilt es Grundlagen für gesundheits- und sozialpolitisches Handeln abzuleiten, sowohl mit Blick auf notwendige Anpassungen von Gesundheits- und Pflegestrukturen als auch hinsichtlich möglicher präventiver Potenziale.
Dies ist schließlich auch der gesellschaftspolitische Hintergrund, vor dem die ÖIHS, als eine explizit politikrelevante Studie, stattfindet. Es liegt daher in der Natur der Sache, dass die Gesundheitssituation hochaltriger Menschen, als ein wesentlicher Bestandteil der Lebenssituation im hohen Alter, auch und gerade in der ÖIHS und damit auch im vorliegenden Bericht einen entsprechend großen Raum einnimmt.

Definition Gesundheit

Im Hinblick auf den folgenden Bericht über den ermittelten Gesundheitszustand der Studienteilnehmer/innen bedarf es zunächst einer Klarstellung: Wenn im folgenden im Zusammenhang mit Hochaltrigkeit von „Gesundheit" die Rede ist, so ist damit freilich nicht, wie im gängigen Sprachgebrauch, ein Zustand der vollkommenen Freiheit von Krankheiten und gesundheitlichen Beschwerden gemeint. Würde unsere Studie eine solche Definition von Gesundheit zugrunde legen, so käme diese zu dem ganz klaren Ergebnis, dass es im Prinzip keine gesunden Hochaltrigen gibt. Wie noch zu zeigen sein wird, findet sich im gesamten Sample kaum jemand, der/die nicht zumindest an einer chronischen Krankheit wie z.B. Bluthochdruck, Diabetes, rheumatischen Erkrankungen oder an anderen mehr oder weniger stark ausgeprägten altersbedingten gesundheitlichen Beschwerden leidet. Was es jedoch gibt – und zwar in gar nicht geringer Zahl – sind hochaltrige Menschen, die in der Lage sind, auch trotz mancher gesundheitlicher Einschränkungen ein weitgehend selbstbestimmtes und autonomes Leben ohne nennenswerten Unterstützungs- oder Pflegebedarf zu führen. Gesundheit im hohen Alter ist insofern also relativ, ein Mehr oder Weniger von gesundheitlichen Einschränkungen, die sich entsprechend mehr oder weniger auf die Autonomie und die Selbsthilfefähigkeit hochaltriger Menschen auswirken. Dementsprechend sind **Hochaltrige** hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes **ausgesprochen heterogen**.

Dies spiegelt sich auch in unserer Studie wider: So finden sich sowohl Personen mit relativ gutem als auch solche mit einem eher schlechten Gesundheitszustand in der Stichprobe. Im Allgemeinen, d.h. über die gesamte Stichprobe hinweg betrachtet, kann sogar konstatiert werden, dass sich der Gesundheitszustand der Teilnehmer/innen – entgegen dem verbreiteten eher negativen Altersbild, in dem das hohe Alter vorwiegend mit Krankheit, körperlichem Verfall und Pflegebedürftigkeit assoziiert wird (Rosenmayr 1978) – als weitgehend recht gut präsentiert. Für die Mehrheit im Sample trifft also zu,

was eingangs als Gesundheit im Sinne einer hohen Funktionalität im Hinblick auf die Bewältigung des alltäglichen Lebens definiert wurde. Die folgende Tabelle zeigt den Gesundheitszustand im Sample:

Gut *- „rüstig"/sehr gut* *- „fit"/gut*	54,4% *13,7%* *40,7%*
Pre-frail (relativ labiler körperlicher Allgemeinzustand mit fortschreitenden funktionalen Einschränkungen)	36,3%
Frail (gravierende gesundheitliche und funktionale Einschränkungen)	9,3%

Tabelle 4: Gesundheitszustand

Die oben gezeigte Verteilung des Gesundheitszustandes der Teilnehmer/innen differenziert den Gesundheitszustand in den verschiedenen Gruppen auf Basis einer ganzen Reihe verschiedener gesundheitsbezogener Variablen, wie z.B. Mobilität, kognitiver Status, Medikamente, Depression, Activities of Daily Living (ADL) etc. (für detaillierte Darstellungen dazu siehe jeweils in den folgenden Kapiteln).
Dabei zeigt sich, dass immerhin mehr als die Hälfte der Befragten (54,4%) einen **vergleichsweise guten Gesundheitszustand** ohne besonders ausgeprägte funktionale Einschränkungen aufweisen. 13,7% können sogar als außerordentlich „rüstig" bezeichnet werden. Diese Personen sind grundsätzlich in der Lage, ihren Alltag vollkommen selbstständig zu bewältigen und insofern noch ein nahezu unabhängiges Leben zu führen.
Lediglich 9,3% sind von so gravierenden gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen betroffen, dass sich daraus ein wesentlich erhöhter Bedarf an Unterstützung und/oder Pflege ergibt. Für diese Personen kann gelten, was in der Geriatrie als **Frailty** bezeichnet wird. Dieser Begriff hat sich in den letzten Jahren in der Geriatrie zur Bezeichnung eines Syndroms etabliert, für das in der deutschen Alltagssprache der etwas unpräzise Begriff der „Gebrechlichkeit" in Verwendung ist. Abgestellt wird damit auf den progredienten Verlust physischer, psychischer wie auch sozialer Funktionen, der zu einem erhöhten Betreuungs- und Pflegebedarf führt, sowie mit einem fortschreitenden Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko einhergeht (Frühwald 2008). Dies betrifft aber in dieser fortgeschrittenen Form, wie die Tabelle zeigt – und im Gegensatz zur weit verbreiteten Assoziation von Hochaltrigkeit mit Krankheit, Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit – lediglich eine kleine Gruppe der Teilnehmer/innen.
Es ist allerdings zusätzlich eine weitere, wesentlich größere Gruppe von Teilnehmer/innen (36,3%) zu differenzieren, die zwar nicht als frail, im Sinne eines fortgeschrittenen und die Selbsthilfefähigkeit massiv beeinträchtigenden Funktionsverlustes, zu betrachten sind, die aber dennoch bereits mit so manchen Einschränkungen funktionaler Natur konfrontiert sind und deren körperlicher Zustand sich, insbesondere im Vergleich zu den „Rüstigen", als relativ labil erweist. Häufig sind diese Einschränkungen (noch) nicht so gravierend, dass die Betroffenen auf Pflege angewiesen sind. Sie befinden sich gewissermaßen in einem Vorstadium der Frailty, die häufig auch als **Pre-Frailty** bezeichnet wird.

Zusammengenommen ergibt sich aus der Frailty und der Pre-Frailty in der Studienpopulation ein nicht zu vernachlässigender Anteil von 45,6%, deren gesundheitlicher und funktionaler Zustand vergleichsweise schlecht ist und der neben den doch recht vielen fitten und rüstigen Teilnehmer/innen keinesfalls übersehen werden darf. Der Frailty wird daher im vorliegenden Bericht ein eigenes Kapitel gewidmet sein (siehe dazu im Detail Kapitel 1.2.8).

Die auffällige **Heterogenität** der Studienpopulation im Hinblick auf die Verteilung von Gesundheit und Krankheit im hohen Alter, d.h. die Tatsache, dass sich in einer relativ eng definierten, vor allem altersmäßig sehr homogenen Stichprobe eine doch recht große Varianz zwischen einem vergleichsweise sehr guten und einem im Verhältnis dazu eher schlechten oder sogar sehr schlechten Gesundheitszustand mit wiederum unterschiedlichen Graden an Pflegebedürftigkeit ergibt, erfordert eine Analysestrategie, die dieser Heterogenität möglichst gerecht wird. Offenbar gehört es zum Wesen der Hochaltrigkeit, dass Gesundheit und Krankheit sehr ungleich verteilt sind, dass also ein Teil der Hochaltrigen ihre Gesundheit bis ins hohe Alter und weitgehend ohne größere Funktionseinbußen zu erhalten vermag, während der andere Teil mit einem deutlich rascher fortschreitenden Abbau physischer und kognitiver Funktionen und in weiterer Folge mit Pflegebedürftigkeit konfrontiert ist (während wieder andere die Hochaltrigkeit gar nicht erst erreichen und bereits früher versterben). Diese Heterogenität des Alternsprozesses, wie sie vielleicht im hohen Alter auf besondere Weise kulminiert, muss deshalb in einer Hochaltrigenstudie, sofern diese etwas Substantielles über ihren Forschungsgegenstand aussagen möchte, in den Fokus der Analyse rücken. Um Hochaltrigkeit zu verstehen, bedarf es eines Verständnisses dieser Heterogenität, d.h. eines Verständnisses jener Faktoren, die Gesundheit bis ins hohe Alter begünstigen oder aber diese negativ beeinflussen. Dieser Heterogenität wird die ÖIHS insofern versuchen Rechnung zu tragen, als sie ihre Ergebnisse bzw. die darin sich manifestierenden Unterschiede auf ihre Ursachen hin analysiert und versucht, potentielle Einflussfaktoren zu identifizieren, auf welche die festzustellenden Unterschiede zurückgeführt werden können und welche diese hinreichend zu erklären vermögen. Besonders auch der qualitative Studienteil ist in seinem Design ganz darauf angelegt, mithilfe qualitativer Interviews und deren interpretativer Analyse vertiefende Einsichten in die Heterogenität des hohen Alters zu gewinnen (siehe Teil II).

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Besonderes Augenmerk legt die ÖIHS etwa auf geschlechtsspezifische Unterschiede. So zeigt sich mit Blick auf den Gesundheitszustand, dass Frauen im Allgemeinen stärker von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind als Männer: Während 64,2% der Männer in der Stichprobe mit einem guten oder sehr guten Gesundheitszustand noch relativ fit sind, trifft dies lediglich auf 47,2% der Frauen zu. 43% der Frauen in der Stichprobe sind als pre-frail einzustufen, hingegen betrifft dies nur 27,2% der Männer. Hinsichtlich Frailty liegen Frauen und Männer mit 9,7% und 8,7% dafür nahezu gleichauf.

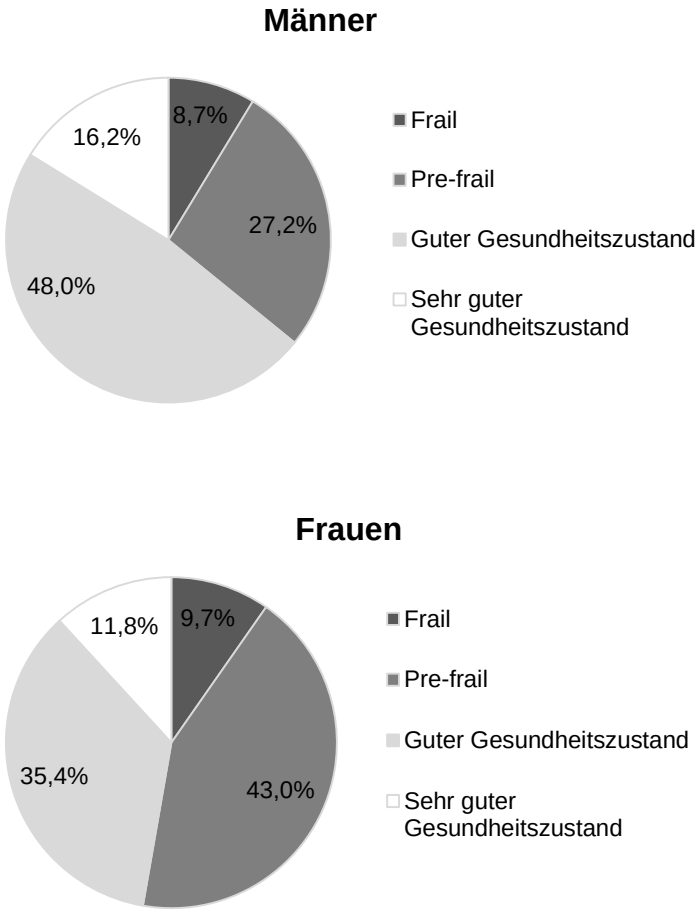


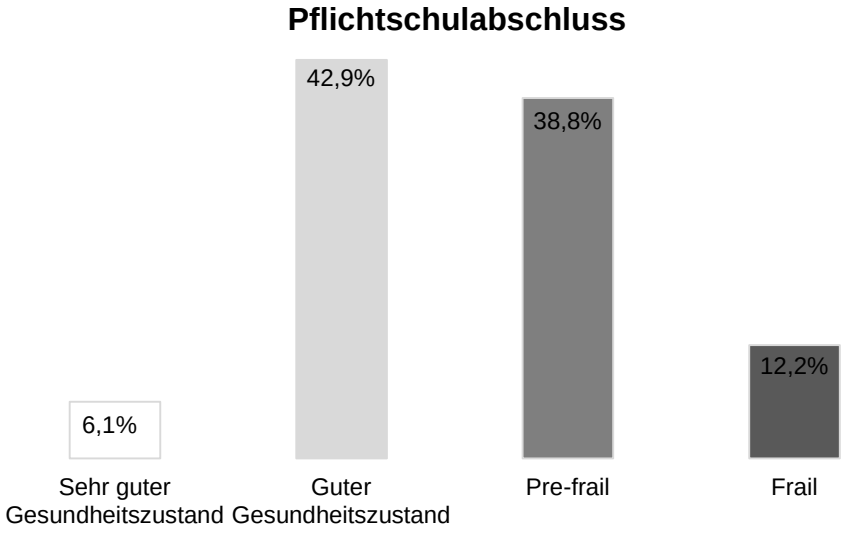
Abbildung 1: Gesundheitszustand nach Geschlecht

Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede beim gesundheitlichen Allgemeinzustand, wie sie sich in unserer Stichprobe feststellen lassen, sind natürlich insofern nicht ganz überraschend, als sich diese Ergebnisse mit jenen einiger anderer internationaler Hochaltrigenstudien decken (z.B. Collerton et al. 2009; Guilley/Lalive d'Epinay 2008). Offenbar sind jene Männer, die die Hochaltrigkeit erreichen, mit einer besseren physischen Konstitution gesegnet. Dafür erreichen aber Männer (jedenfalls derzeit noch) deutlich seltener die Hochaltrigkeit als Frauen. In manchen Studien wird daher davon ausgegangen, dass Frauen ganz allgemein altersbedingte Krankheiten besser bewältigen als Männer und daher in einem wesentlich geringeren Ausmaß daran sterben. Demnach handelt es sich bei hochaltrigen Männern, eben weil sie im Vergleich zu vielen anderen Männern ein hohes Alter erreichen, um besonders gesunde Vertreter ihrer Genusgruppe, weshalb sie auch tendenziell gesünder sind als hochaltrige Frauen. Ergebnisse aus Hundertjährigenstudien – also Studien, die sich nicht nur dem hohen, sondern dem extrem hohen Alter von 100 und mehr Jahren widmen – lassen darauf schließen, dass die geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich des gesundheitlichen Zustandes mit noch höherem Alter weiter zunehmen (z.B. Andersen-Ranberg et al. 2001; Hitt et al. 1999).
Was die gesundheitsbezogenen Unterschiede zwischen Männern und Frauen in unserem Sample betrifft, so werden diese jedenfalls im folgenden anhand der Befunde zu den einzelnen untersuchten gesundheitlichen Aspekten noch etwas genauer beleuchtet. Zusätzlich werden die geschlechtsbezogenen Ergebnisse bzw. geschlechtsspezifischen Unter-

schiede in einem gesonderten Abschnitt zusammengefasst und ausführlich diskutiert (siehe Kapitel 4.1).

Sozioökonomischer Status

Neben dem Geschlecht gibt es aber natürlich noch weitere Faktoren, die mit Blick auf die Heterogenität des hohen Alters und insbesondere auf Gesundheit und Krankheit im hohen Alter zu berücksichtigen sind. Wie die Analyse zeigt, ist Gesundheit im hohen Alter ganz besonders auch eine Frage des sozioökonomischen Status. Auch das ist im Grunde keine allzu neue Erkenntnis, allerdings wird die Frage sozialer Ungleichheit in den meisten Hochaltrigenstudien, soweit sie überhaupt gestellt wird, eher peripher behandelt (eine von wenigen Ausnahmen ist etwa die Berliner Altersstudie, vgl. Mayer/Wagner 2010). Betrachtet man etwa die Verteilung der Gesundheit entlang des Bildungsniveaus der Befragten, so ergibt sich ein eindeutiger Zusammenhang zugunsten höher gebildeter Teilnehmer/innen: So fallen zwar immerhin auch 49% jener Personen, die nur einen Pflichtschulabschluss haben, unter die Gruppe der relativ fitten Hochaltrigen (guter bzw. sehr guter Gesundheitszustand). Allerdings ist festzustellen, dass hier mit 61,1% deutlich mehr Hochaltrige mit Universitätsabschluss vertreten sind. Vor allem mit Blick auf die Kategorie der „Rüstigen“ (sehr guter Gesundheitszustand) ergeben sich markante Unterschiede: Sind es bei Personen mit Universitätsabschluss 24,7%, die noch als „rüstig“ einzustufen sind, so sind es bei Pflichtschulabsolvent/innen nur noch 6,1%. „Studierte“ Hochaltrige sind auch klar seltener von schwerwiegenden gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen betroffen: Lediglich 3,9% von ihnen sind frail (im Vergleich zu 12,2% bei den Pflichtschulabsolvent/innen). Ähnlich fällt auch der Vergleich mit Personen mit Matura aus: Auch diese sind mit 6,2% deutlich seltener frail als Personen mit Pflichtschulabschluss, und immerhin 18,6% von ihnen verfügen über einen (für ihr hohes Alter vergleichsweise) sehr guten Gesundheitszustand (vs. 6,1% Pflichtschule).



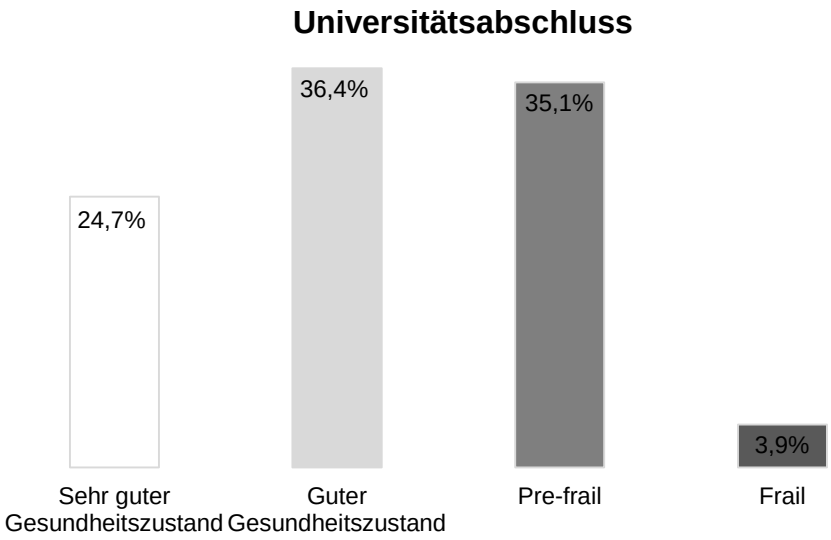


Abbildung 2: Gesundheitszustand nach Bildung

Die Ergebnisse werden sogar noch eindeutiger, wenn neben der Schulbildung noch weitere sozioökonomische Variablen, insbesondere Einkommen, berücksichtigt werden. Vergleicht man etwa Personen mit niedrigem Sozialstatus, d.h. niedriger Bildung und niedrigem Einkommen, mit Personen mit hohem Sozialstatus, d.h. höhere Bildung, vor allem aber hohes Einkommen, dann zeigt sich, dass Personen mit niedrigem Sozialstatus nur noch zu 41,3% einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand aufweisen (einen sehr guten haben lediglich 3,4%), während der Anteil bei Personen mit hohem Sozialstatus bei 60,8% liegt. 23,2% haben sogar einen als sehr gut zu bewertenden gesundheitlichen Allgemeinzustand. Während von diesen nur 4% frail sind, sind es bei Personen mit niedrigem Sozialstatus 20,7%.
Diese Zahlen sprechen also, selbst bei einer solchen ersten Analyse, eine recht eindeutige Sprache. Im Rahmen der ÖIHS wird daher auch dem Zusammenhang von Hochaltrigkeit und sozioökonomischem Status besondere Aufmerksamkeit gewidmet (siehe Kapitel 4.2).

Stadt und Land

Unterschiede ergeben sich nicht zuletzt auch zwischen Stadt- und Landbevölkerung. So haben etwa zwei Drittel (66,7%) der untersuchten Grazerinnen und Grazer einen als gut (45,6%) oder sogar sehr gut (21,1%) zu bewertenden Gesundheitszustand. Frail sind von ihnen lediglich 5,6%. Und selbst zusammen mit Personen, die als pre-frail einzustufen sind, ergibt sich damit ein vergleichsweise niedriger Anteil von 33,3% der Grazer Studienteilnehmer/innen in schlechtem oder sehr schlechtem Gesundheitszustand.
Das sieht auf dem steirischen Land doch recht anders aus: Hier sind es zwar auch immerhin mehr als die Hälfte (53,3%), die noch relativ fit (Gesundheitszustand „gut“ und „sehr gut“) sind. In sehr gutem Gesundheitszustand sind hier allerdings mit 4,4% deutlich weniger als in Graz.
46,7% der Teilnehmenden auf dem Land haben einen eher labilen Gesundheitszustand („pre-frail“ und „frail“), wobei 11,1% als „frail“ einzustufen sind, also etwa doppelt so viel wie unter den Grazer Studienteilnehmer/innen.

Gesundheitszustand	Stadt (Graz)	Land
Gut	66,7%	53,3%
- „rüstig"/sehr gut	*21,1%*	*4,4%*
- „fit"/gut	*45,6%*	*48,9%*
Pre-frail	27,7%	35,6%
Frail	5,6%	11,1%

Tabelle 5: Gesundheitszustand in Stadt und Land

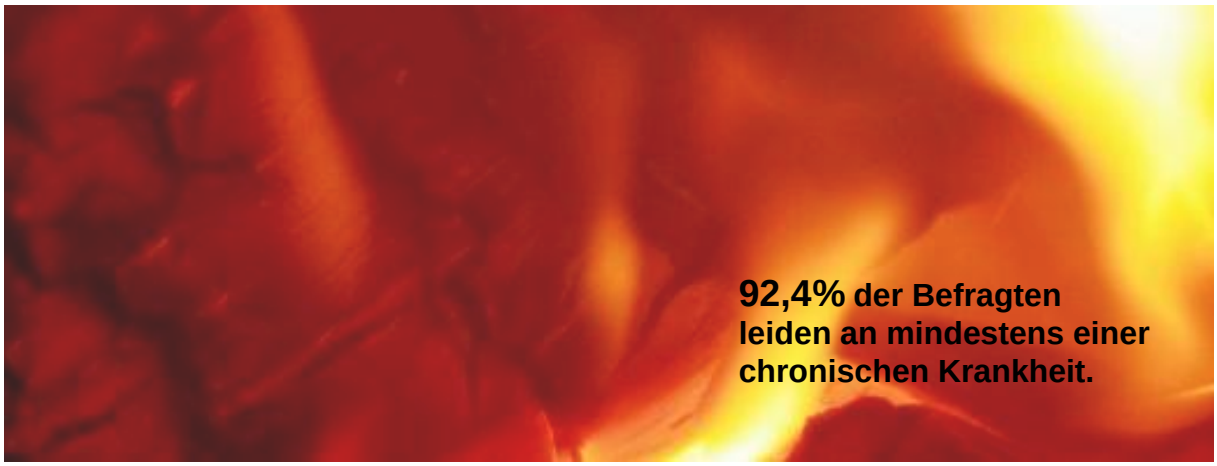
Solche Stadt-Land-Unterschiede müssen in erster Linie vor dem Hintergrund der sehr verschiedenen Sozialstruktur in Stadt und Land gesehen werden. So gibt es bekanntermaßen bis heute ein erhebliches Stadt-Land-Gefälle hinsichtlich Bildung. D.h. was sich in Stadt-Land-Unterschieden niederschlagen dürfte, sind nicht zuletzt Unterschiede des sozioökonomischen Status. Diesen wesentlichen Faktor berücksichtigend, wird sich die ÖIHS in einem eigenen Abschnitt den Stadt-Land-Unterschieden widmen und ihre Diskussion dabei mit einem allgemeinen Vergleich des Wiener Sample mit dem steirischen Sample verbinden (siehe Kapitel 4.3 und 4.4).

Die hier vorgenommene Erörterung der Gesundheit im hohen Alter entlang der Faktoren Geschlecht, sozioökonomischer Status und Stadt-Land verdeutlicht bereits den multidimensionalen Charakter der eingangs konstatierten Heterogenität des hohen Alters. Sichtbar wird dabei auch die Notwendigkeit einer entsprechend **multidimensional ausgerichteten wissenschaftlichen Analyse**, wie sie in der ÖIHS angestrebt ist.
Eine an der Heterogenität des hohen Alters orientierte Untersuchung erfordert darüber hinaus nicht nur die Erörterung von gesundheitsbezogenen Unterschieden und ihren (sozialen) Ursachen wie auch ihres komplexen Zusammenwirkens, sondern auch die Untersuchung damit zusammenhängender unterschiedlicher Lebenslagen. Mit Blick auf die Gesundheit im hohen Alter bedeutet das vor allem ein besonderes Augenmerk auf jene Hochaltrigen, die sozusagen am unteren Ende der Skala rangieren, die also jener Minderheit in der Stichprobe angehören, deren Gesundheitszustand bereits stark eingeschränkt ist und die auf regelmäßige Pflege angewiesen sind. Dazu gehört einerseits, wie bereits angesprochen, eine vertiefende Auseinandersetzung mit Frailty (Kapitel 1.2.8), andererseits aber auch eine separate Untersuchung von Pflegeheimbewohner/innen (siehe Kapitel 3.3).

Zunächst aber wird der relativ gute oder schlechte Gesundheitszustand der Teilnehmer/innen in allen seinen einzelnen Teilaspekten näher beleuchtet.

1.1 Somatische Gesundheit

1.1.1 Chronische Krankheiten



Wie bereits eingangs erwähnt, kann in der hier untersuchten Bevölkerungsgruppe der Hochaltrigen im Grunde nicht von Gesundheit im Sinne einer völligen Freiheit von körperlichen Beschwerden die Rede sein. Gesundheit im hohen Alter ist gewissermaßen relativ und eher eine Frage vergleichsweise hoher Funktionalität im Hinblick auf alltägliche Verrichtungen, trotz mancher vorhandener gesundheitlicher Einschränkungen.

Dies kann insbesondere an der Verteilung **chronischer Krankheiten** in der Stichprobe abgelesen werden: Lediglich 7,6% der Befragten geben an, an gar keinen chronischen Krankheiten zu leiden. Das heißt, es gibt im Grunde kaum jemanden unter den Teilnehmer/innen, der/die nicht zumindest an einer chronischen Krankheit leidet.
Fast die Hälfte der Befragten (44,9%) gibt zwei bis drei chronische Krankheiten an. Bei 22,9% sind es vier bis fünf chronische Krankheiten. Und 6,3% geben sogar mehr als fünf chronische Krankheiten an, an denen sie leiden.
Frauen sind, entsprechend ihres bereits angesprochenen allgemein schlechteren Gesundheitszustandes, etwas häufiger von chronischen Krankheiten betroffen als Männer: 94,5% geben an, zumindest an einer chronischen Krankheit zu leiden, bei den Männern sind es 89%. Frauen leiden vor allem häufiger als Männer unter mehreren, d.h. zwei und mehr chronischen Krankheiten gleichzeitig (79,7% vs. 66,5%).

Spitzenreiter unter den chronischen Krankheiten ist der **Bluthochdruck**, der von 53,4% der Befragten angegeben wird.
31,2% geben an, an einer **Herzkrankheit** zu leiden, wobei hier verschiedene Krankheiten des Herzens, etwa Erkrankungen der Herzkranzgefäße, der Herzklappen oder auch eine Herzinsuffizienz unterschiedlicher Ursache zusammengefasst sind.
18,8% geben an, aktuell oder früher bereits einmal eine **Krebserkrankung** gehabt zu haben. Weiters geben 18,3% an, an **Diabetes mellitus** (Zuckerkrankheit) zu leiden. 29% leiden an **Rheuma** oder **Gicht**, 27,3% an **Osteoporose** und 8% – laut Selbstauskunft – an einer Alzheimer-Demenz oder einer anderen Form der **Demenz**. Osteoporose betrifft Frauen erwartungsgemäß wesentlich stärker als Männer: 40,1% der Frauen, aber nur 9,8% der Männer geben das Vorliegen einer Osteoporose an.
Eine **Depression** wird von 12,7% der Befragten angegeben. Dabei sind Frauen fast doppelt so häufig von einer Depression betroffen wie Männer (siehe im Detail Kapitel 1.3.2).
34,1% der Befragten geben auch an, unter einer **Harninkontinenz** zu leiden. Auch hier sind Frauen stärker betroffen als Männer (40,5% vs. 25,4%). Diese Zahlen erhärten gän-

gige, bislang jedoch kaum durch statistische Daten gestützte gerontologische Annahmen, wonach Harninkontinenz im hohen Alter weit verbreitet ist.[11] Die angenommene hohe Bedeutung der Harninkontinenz wie auch die schlechte Datenlage zu diesem Thema, nicht zuletzt aber auch die Tatsache, dass Inkontinenz nach wie vor ein Tabuthema darstellt, sind ausschlaggebend dafür, der Harninkontinenz im Rahmen der ÖIHS einen eigenen Abschnitt in der Befragung zu widmen (siehe Kapitel 1.1.5).
4,9% der Befragten geben schließlich auch an, an einer **Stuhlinkontinenz** zu leiden.[12] Die Stuhlinkontinenz tritt dabei häufig in Kombination mit einer Harninkontinenz auf, und Betroffene sind in der Stichprobe der ÖIHS vorwiegend Pflegeheimbewohner/innen. Dies deutet darauf hin, dass Stuhlinkontinenz mit einer hohen individuellen Krankheitsbelastung und auch Komorbidität verbunden ist und für die Betroffenen kaum in häuslicher Umgebung und Pflege zu bewältigen ist. Aufgrund der großen Belastung und des als erheblich einzuschätzenden Einflusses auf Lebensqualität und Autonomie der Betroffenen wäre der Stuhlinkontinenz in Hochaltrigenstudien nach Möglichkeit verstärkte Aufmerksamkeit zu schenken.

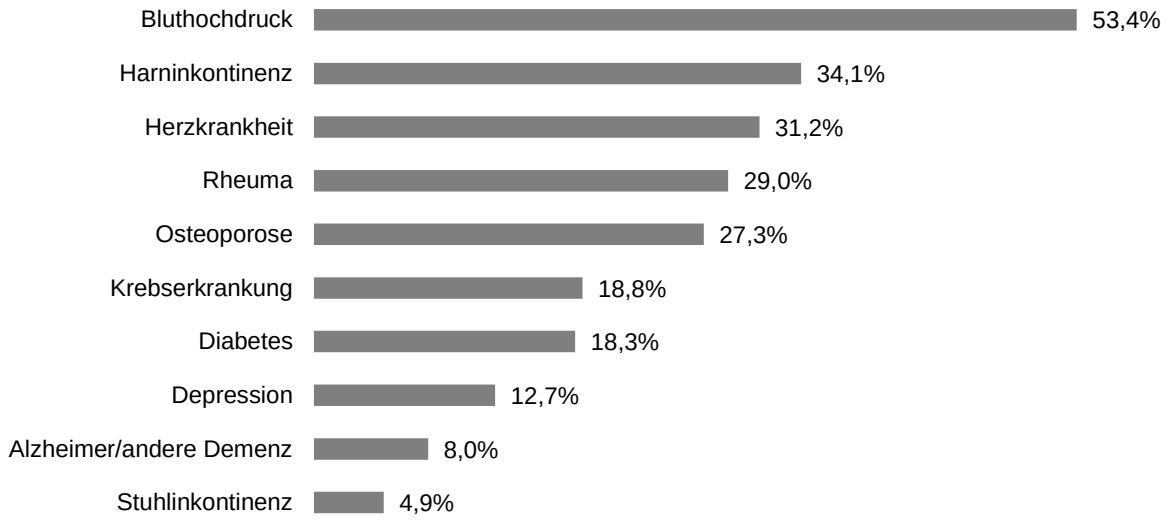


Abbildung 3: Chronische Krankheiten

Ein weiteres, im hohen Alter recht weit verbreitetes Leiden ist der **Graue Star**. 51,5% der Befragten geben an, bereits einmal eine Operation wegen Grauem Star gehabt zu haben.
Gefragt wurde auch, ob die Teilnehmer/innen schon einmal einen **Schlaganfall** oder einen **Herzinfarkt** hatten. Dabei geben 14,6% der Befragten an, bereits einmal einen Schlaganfall gehabt zu haben. 7,3% sagen, sie hätten schon einmal einen Herzinfarkt erlitten. Beides, insbesondere aber der Herzinfarkt, betrifft Männer etwas häufiger als

[11] Dabei ist zu vermuten, dass die ÖIHS die tatsächliche Prävalenz von Harninkontinenz sogar noch unterschätzt, zumal sie sich auf Angaben der Studienteilnehmer/innen stützt und Harninkontinenz ein weitgehend tabuisiertes und für die Betroffenen recht unangenehmes Thema ist. Es ist daher durchaus wahrscheinlich, dass nicht alle tatsächlich von Harninkontinenz Betroffenen in der Stichprobe die Frage nach einer bestehenden Harninkontinenz wahrheitsgemäß geantwortet haben und die Prävalenz noch höher ist als die hier angegebenen 34,1%.
[12] Auch hier ist anzunehmen, dass die tatsächliche Häufigkeit der Stuhlinkontinenz höher liegt als es die Ergebnisse anzeigen. 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). Genaue Zahlen fehlen jedoch bis dato.

Frauen. Diese Zahlen erscheinen, zumindest auf den ersten Blick, niedrig, decken sich aber im Prinzip mit Ergebnissen vieler anderer Hochaltrigenstudien, wonach sich sehr alte Menschen gerade dadurch auszeichnen, dass sich altersspezifische Krankheiten bei ihnen deutlich später als in der durchschnittlichen Bevölkerung entwickeln und erst im sehr hohen Alter auftreten. Dementsprechend sind auch die Schlaganfall- und Herzinfarktraten in dieser Altersgruppe relativ gering.
Personen, die Herz-Kreislauf-Erkrankungen bereits in jüngeren Jahren entwickeln, erreichen ein hohes Alter in der Regel gar nicht, sondern versterben daran bzw. an den Folgen, bevor sie die Hochaltrigkeit erreichen. Diejenigen Personen in der Stichprobe, die bereits einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt hatten, fallen in die Gruppe der sogenannten „survivors"– sie hatten bereits früher einen Schlaganfall oder Herzinfarkt, den sie allerdings überlebt haben und von dem sie sich auch weitgehend wieder erholt haben. Oft ist freilich nur eine teilweise Genesung möglich: So zeigt sich, dass Überlebende eines Herzinfarkts bzw. eines Schlaganfalls überwiegend schlechtere Gesundheitswerte erzielen als Personen, die bislang davon verschont geblieben sind. Wobei umgekehrt nicht auszuschließen ist, dass der Schlaganfall bzw. Herzinfarkt selbst bereits durch eine generell schlechtere gesundheitliche Konstitution begünstigt wurde.

1.1.2 Medikamente

Eine zentrale Thematik im Zusammenhang mit Hochaltrigkeit ist Medikamentenkonsum. Alte Menschen sind häufig – wie auch die oben dargestellten Zahlen zu chronischen Krankheiten zeigen – **multimorbide**, d.h. sie leiden an mehreren Krankheiten gleichzeitig (Böhmer 2008). Dementsprechend bekommen sie im Rahmen der Behandlung auch 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). Dem höheren Medikamentenkonsum im Alter ist es daher auch geschuldet, dass mehr als die Hälfte aller in Mitteleuropa verordneten Medikamente auf die über 60-Jährigen entfallen (Füsgen/Rentelen-Kruse 2008). Hinzu kommt, dass ältere Menschen oft, neben den ärztlich verordneten Substanzen, auch auf **rezeptfreie Medikamente** („over-the-counter drugs") zurückgreifen. Damit steigt das Risiko von Neben- und Wechselwirkungen dramatisch an, weshalb die Polypharmazie eine der größten geriatrischen Herausforderungen der Gegenwart

bedeutet und in den letzten Jahren zusehends in den Fokus der Geriatrie und ihrer Forschung gerückt ist.[13]

Die anzunehmende **hohe Prävalenz der Medikation** im Segment der Hochaltrigen wird durch die ÖIHS voll bestätigt: Lediglich 3,9% der Befragten geben an, keinerlei ärztlich verordnete Medikamente zu nehmen, d.h. 96,1% nehmen zum Zeitpunkt der Befragung zumindest ein vom Arzt verschriebenes Medikament regelmäßig ein.
Bei 41,4% sind es mehr als fünf Medikamente gleichzeitig. Damit fällt fast die Hälfte der Hochaltrigen in unserem Sample in die Kategorie Polypharmazie.
29,1% bekommen 6-10 Medikamente gleichzeitig verschrieben, 12,4% sogar mehr als zehn Medikamente. Letzteres trifft vor allem auf in Pflegeheimen lebende Personen zu. Dort lag die Anzahl verordneter Medikamente bei fast der Hälfte aller Fälle über zehn. Ein beträchtlicher Teil dieser 12,4% besteht daher aus Pflegeheimbewohner/innen.[14]
36,6% der befragten Hochaltrigen geben schließlich auch an, regelmäßig (auch) rezeptfreie Medikamente zu verwenden.

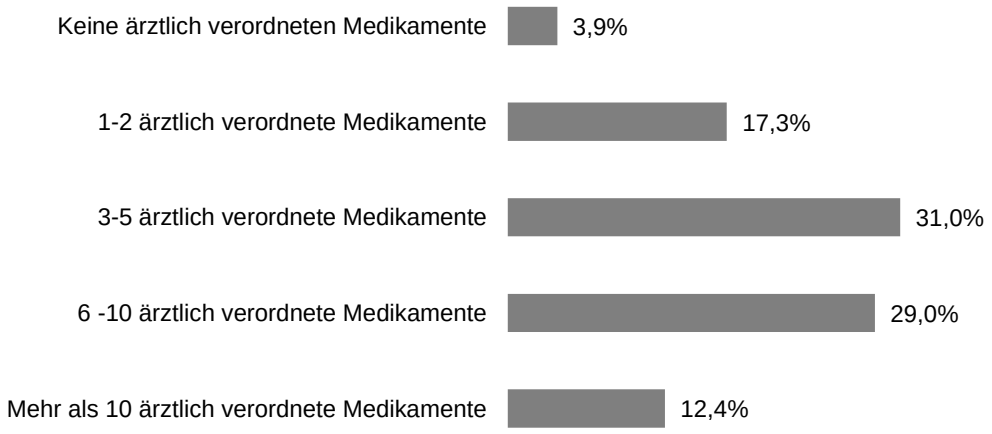


Abbildung 4: Anzahl ärztlich verordneter Medikamente

Im Vergleich mit den Ergebnissen anderer Altersstudien zeigt sich, dass der Medikamentenkonsum, insbesondere aber die Polypharmazie, bis ins hohe Alter deutlich zunimmt. So kommt die vielleicht umfangreichste Untersuchung einer älteren Population im deutschsprachigen Raum – die Berliner Altersstudie – zu dem Ergebnis, dass 91,7% der über 70-Jährigen zumindest ein vom Arzt verordnetes Medikament anwendet, 24,3% mehr als fünf Medikamente (Steinhagen-Thiessen/Borchelt 2010). Damit ist in der Altersgruppe 70+ die Prävalenz der Medikation per se nur wenig niedriger, also im Prinzip ähnlich hoch wie bei den 80-85-Jährigen der ÖIHS. Jedoch kommt Polypharmazie, d.h. die gleichzeitige Einnahme von fünf und mehr Medikamenten, bei den über 80-Jährigen beinahe doppelt so häufig vor wie in der Altersgruppe 70+. Dies verweist auf eine signifikante Zunahme von Multimorbidität – aber auch von Mehrfachverordnungen – im Laufe des achten Lebensjahrzehnts.

[13] Siehe z. B. das Schwerpunktheft der Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie (Heft 6/2012) zum Thema Polypharmazie.
[14] Hier ist darauf hinzuweisen, dass im Pflegeheim in einigen Fällen keine Daten zur Medikation erhoben werden konnten. Es ist durchaus zu vermuten, dass der Anteil von Personen mit 10 und mehr Medikamenten tatsächlich noch etwas höher liegt als die hier angegebenen 12,4%.

In Übereinstimmung mit den tendenziell schlechteren Gesundheitswerten gegenüber Männern, sind **Frauen stärker von Polypharmazie betroffen** (48,7% vs. 38,7%). Auch dass gar keine Medikamente eingenommen werden bzw. eingenommen werden müssen, ist bei Frauen etwas seltener als bei Männern der Fall (3,2% vs. 5,4%).

Zu den am häufigsten verordneten Medikamenten unter den untersuchten 80- bis 85-Jährigen gehören **Präparate mit antithrombotischer Wirkung**, deren Einnahme von knapp der Hälfte aller Interviewten angegeben wird (48,5%). Wesentlich ist hier vor allem die Acetylsalicylsäure im primär- und sekundärprophylaktischen Einsatz.
Deutliche Entsprechung bei der Einnahme von verordneten Arzneimitteln findet die im Rahmen der Studie auch am häufigsten erhobene chronische Krankheit, der Bluthochdruck. So gibt knapp die Hälfte aller Befragten (47,6%) eine laufende Therapie mit Medikamenten an, die auf das Renin-Angiotensin System wirken, vor allem **ACE-Hemmer** in Reinform oder in Kombinationspräparaten. Auch **ß-Blocker** (33,4%), **Diuretika** (16,8%), **Calciumkanalblocker** (10,5%) und **andere Anti-Hypertonika** (4,9%) machen einen wesentlichen Anteil an Arzneimittelverordnungen aus und reflektieren bzw. bestätigen zusammen mit angegebenen Medikamenten zur „Herztherapie" (12,2%) die erhobenen Zahlen zu chronischen Erkrankungen des Herz-Kreislauf Systems.
Wenig Aussage kann auf Grund der verordneten Medikamente zu einer möglicherweise bestehenden Unterdiagnostik – und daraus resultierenden Untertherapie – im Bereich der Herz-Kreislauferkrankungen getroffen werden. Es ist davon auszugehen, dass nur bei einer vorhandenen ärztlichen Diagnose und entsprechend angeordneten Therapie bei den Betroffenen auch ein Bewusstsein für die Erkrankung und damit eine positive Angabe bei der Befragung zu chronischen Erkrankungen besteht.

Große Verordnungshäufigkeit bei hochaltrigen Menschen findet sich auch bei **Anti-Säure-Präparaten** gegen Gastritis, Reflux-Krankheit oder auch als Magenschutz in Kombination mit anderen Verordnungen (29%).
Ebenfalls 29% der Befragten verwenden regelmäßig **Lipidsenker**. Hierbei handelt es sich um Medikamente, die bei erhöhten Blutfetten (Cholesterin, Triglyceride) zur Vorbeugung von arteriosklerotischen Gefäßerkrankungen eingesetzt werden.

Mit 26,1% eine durchaus große Rolle bei hochaltrigen Patient/innen spielen **Antidepressiva** und **Antidementiva**. Mit Blick auf Antidepressiva ergibt sich insofern eine auffällige Geschlechtsspezifik, als Frauen mehr als doppelt so häufig Antidepressiva nehmen bzw. verordnet bekommen als Männer (19% vs. 8,1%). Dies deutet auf eine deutlich größere Prävalenz von Depressionen unter hochaltrigen Frauen hin. Auch in Pflegeheimen finden Antidepressiva ungleich häufiger Anwendung als etwa in Privathaushalten (30,8% vs. 12,4%). Besonders auffällig ist darüber hinaus in Pflegeheimen die vergleichsweise häufige Verordnung von Sedativa, die fast beim Vierfachen der Verordnungshäufigkeit in Privathaushalten liegt (15,4% vs. 4,2%). Dies bestätigt Ergebnisse aus anderen Studien, die einen äußerst hohen Einsatz von psychotropen Substanzen in Pflegeheimen feststellen und problematisieren (Mann et al. 2013). Wie auch bei der Interpretation der Zahlen zur medikamentösen Therapie von Herz-Kreislauferkrankungen muss auch hier betont werden, dass aus den erhobenen Angaben zu chronischen Krankheiten und der Verordnungshäufigkeit von Medikamenten noch keine definitive Aussage über die Prävalenz des Krankheitsbildes – etwa einer Demenz oder Depression – gemacht werden kann. Gerechnet werden muss hier jedenfalls mit einem gewissen Ausmaß an nicht oder noch nicht diagnostizierten Fällen genauso wie mit Unter- oder allenfalls auch Über-Therapien.

Weitere häufiger genannte Medikamente in der Stichprobe der ÖIHS sind Präparate zur Schilddrüsentherapie (12,2%), Antidiabetika (Insulin und orale Antidiabetika – 12%), Mineralstoffe (z.B. bei Osteoporose – 11%), Vasoprotektoren (bei Krampfadern, Beinödemen, Hämorrhoiden – 9,8%) und diverse Schmerzmittel (9,3%).

Generell birgt ein hohes Ausmaß an Polypharmazie, wie es auch in der ÖIHS festgestellt wurde, eine gleichzeitig steigende Gefahr der Verordnung von **potentiell inadäquaten Medikamenten** bei älteren Menschen. Dies geht auch aus einer rezenten Studie von Eva Mann et al. (2014) hervor, wobei Frauen tendenziell stärker als Männer und besonders häufig Medikamente aus der Gruppe der Psychopharmaka betroffen sind. Mittlerweile gibt es Anstrengungen, Listen zu erstellen und zu verbreiten, in denen potentiell ungeeignete Medikamente erfasst werden, von deren Verordnung bei der Behandlung älterer Menschen abgesehen werden sollte (etwa die österreichische „PIM Liste" – vgl. Mann et al. 2012). Mit Blick auf die Verringerung von Polypharmazie und damit assoziierten Problemen stellt dies eine erste positive Entwicklung dar.

1.1.3 Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte

Ein weiterer Indikator für die grundsätzlich recht hohe Morbidität in der Population der Hochaltrigen ist die **Anzahl der Arztbesuche**. 74,6% der Befragten geben an, in den vergangenen 3 Monaten zumindest einmal einen Arzt aufgesucht zu haben. 31,5% waren 1-2 Mal in den vergangenen 3 Monaten beim Arzt, weitere 24,4% 3-4 Mal.
17,5% der Teilnehmer/innen waren 5 Mal und öfter beim Arzt, 6,3% sogar öfter als 10 Mal in den vergangenen 3 Monaten. 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.

1-2 Arztbesuche	31,5%
3-4 Arztbesuche	24,4%
5-10 Arztbesuche	11,2%
Mehr als 10 Arztbesuche	6,3%

Tabelle 6: Anzahl Arztbesuche in den letzten 3 Monaten

Naturgemäß korreliert die Anzahl der Arztbesuche mit der Anzahl chronischer Krankheiten und der Anzahl der vom Arzt verordneten Medikamente. Wer mehr Krankheiten hat und entsprechend mehr Medikamente nimmt, konsultiert auch häufiger einen Arzt. Dementsprechend gibt es auch bei den Arztbesuchen einen (wenn auch nur leichten) geschlechtsspezifischen Zusammenhang zuungunsten von Frauen: Während 18,1% der befragten Frauen 5 Mal und öfter in den vergangenen 3 Monaten beim Arzt waren, sind es bei den Männern nur 16,2%.

Was **Krankenhausaufenthalte** betrifft, so geben 15,1% an, innerhalb der vergangenen 3 Monate stationär als Patient/in in einem Krankenhaus gewesen zu sein. Auch hier besteht ein klarer Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand: Knapp über die Hälfte (52,6%) jener Personen, die mit Blick auf ihren gesundheitlichen Zustand als „frail" einzustufen sind, waren innerhalb der vergangenen 3 Monate stationär in einem Krankenhaus. In der Kategorie „pre-frail" waren es immer noch 18,6%.
Hingegen waren unter den Personen in relativ „gutem Gesundheitszustand" nur 7,3% der „Fitten" und nur 5,4% der als auffällig „rüstig" eingeschätzten Personen in den letzten 3 Monaten in einem Krankenhaus. Geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich hier hingegen keine nennenswerten.

1.1.4 Schmerz

Ebenfalls ein häufig auftretendes Phänomen im hohen Alter sind akute und 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: 89).

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (51,2%) gibt an, häufig unter Schmerzen zu leiden. Bei der Mehrheit der Betroffenen (66,8%) handelt es sich laut Selbsteinschätzung um leichte bis mittelstarke Schmerzen (d.h. im Bereich von 1-5 auf einer 10-Punkte-Skala, wobei 10 den stärksten vorstellbaren Schmerz bedeutet). Die anderen 33,2% leiden demzufolge unter eher starken bis sehr starken Schmerzen. 36,1% klagen über Schmerzen eher bei Bewegung, 22,9% eher im Ruhezustand. Bei 41% treten Schmerzen sowohl bei Bewegung als auch in Ruhe auf.
Frauen sind von Schmerzen offenbar stärker betroffen als Männer, zumindest aber geben sie Schmerzen häufiger zu Protokoll als Männer: 58,5% der Frauen sagen, sie leiden

häufig unter Schmerzen, bei den Männern sind es 42,4%. Auch geben betroffene Frauen häufiger erhebliche, d.h. starke bis sehr starke Schmerzen an als Männer (37,1% vs. 25,7%). Diese Unterschiede dürften zu einem wesentlichen Teil auf den bereits konstatierten, allgemein etwas besseren Gesundheitszustand von Männern gegenüber Frauen zurückzuführen sein. Nicht ganz ausgeschlossen kann werden, dass die Unterschiede zumindest teilweise auch in geschlechtsspezifischem Antwortverhalten begründet liegen (z.B. Leugnung von Schmerz als Bestandteil heroischen, „männlichen" Verhaltens von Männern, siehe dazu im Detail auch Kapitel 4.1).

Häufige Schmerzen – Frauen	58,5%
Häufige Schmerzen – Männer	42,4%
Starke bis sehr starke Schmerzen – Frauen	37,1%
Starke bis sehr starke Schmerzen – Männer	25,7%

Tabelle 7: Schmerzen nach Geschlecht

1.1.5 Harninkontinenz

Ein eigener Abschnitt der Befragung widmete sich der Problematik der Harninkontinenz. Als Harninkontinenz wird „jeder unfreiwillige Urinverlust ohne quantifizierende Einschränkung" definiert (Wiedemann/Füsgen 2008: 167). Wie bereits erwähnt, stellt die Harninkontinenz ein Krankheitsbild dar, von dem weithin angenommen wird, dass es im Alter relativ weit verbreitet ist, ohne dass diese Annahmen bis dato durch hinreichend fundierte und zuverlässige statistische Zahlen gestützt würden (vgl. auch Talasz 2014: 58). Geschätzt wird, dass unter den über 70-Jährigen zu Hause lebenden Personen etwa 30% von Harninkontinenz betroffen sind und in Pflegeheimen 50-70% (Wiedemann/Füsgen 2008: 167).

Diese Schätzungen können durch die ÖIHS weitestgehend bestätigt werden. Insgesamt geben 34,1% der Befragten an, unter einer Harninkontinenz zu leiden, wobei sich diese Werte zu 32,1% auf Privathaushalte und 48,1% auf Pflegeheime verteilen. **Frauen** sind **von Harninkontinenz stärker betroffen** als Männer (40,5% vs. 25,4%).

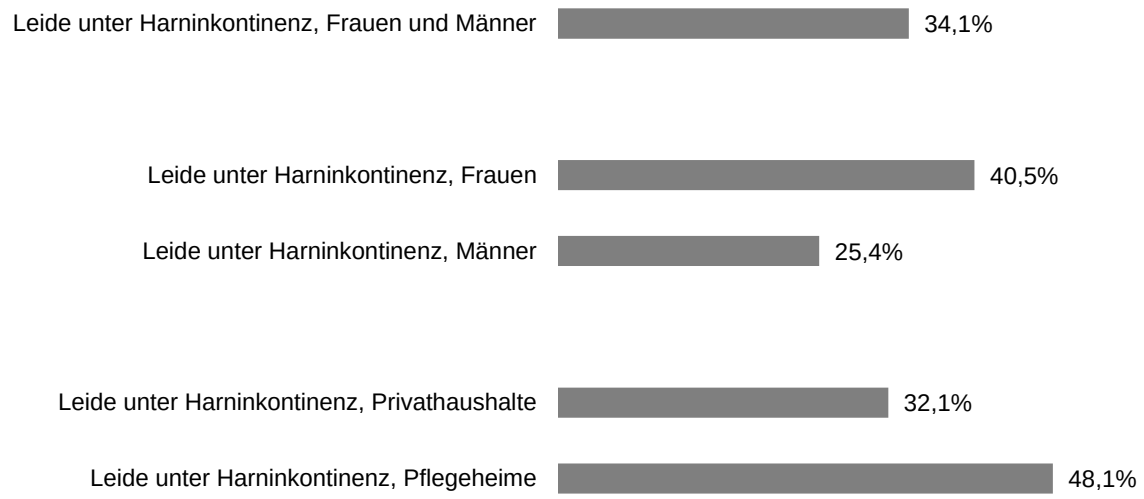


Abbildung 5: Verteilung Harninkontinenz

Annahmen, wonach Frauen vor allem im jüngeren Alter stärker von Harninkontinenz betroffen seien und sich die Häufigkeit von Harninkontinenz mit höherem Alter, insbesondere bei Pflegebedürftigkeit, tendenziell zuungunsten von Männern verschiebe (Wiedemann/Füsgen 2008: 167), können damit nicht bestätigt werden. Es wäre jedoch möglich, dass Harninkontinenz mit weiter zunehmendem Alter der Teilnehmer/innen auch verstärkt bei Männern auftritt und sich die Werte sukzessive annähern oder die Männer die Frauen sogar überholen. Dies wäre über eine Fortsetzung der Untersuchung im Längsschnitt zu klären.

Grundsätzlich kann angenommen werden, dass die tatsächliche Prävalenz der Harninkontinenz noch etwas höher liegt als es die Ergebnisse der ÖIHS nahelegen, da Harninkontinenz ein nach wie vor weitgehend tabuisiertes und für die Betroffenen sehr unangenehmes Thema ist. Es ist daher zu vermuten, dass nicht alle tatsächlich Betroffenen das Vorliegen einer Harninkontinenz wahrheitsgemäß angegeben haben.[15]

In Anbetracht der Tatsache, dass Inkontinenz immer noch ein Tabuthema darstellt, ist es jedoch sehr erfreulich, dass sich der Großteil der Betroffenen (92,9%) bereit erklärt hat, den Fragenkatalog zur Harninkontinenz zu absolvieren. Hier wäre eine geringere Beteiligung durchaus nicht überraschend gewesen.[16]

Die Befragung ergibt, dass die meisten der von Harninkontinenz Betroffenen in der Stichprobe bereits über einen längeren Zeitraum hinweg, jedenfalls aber länger als drei Jahre davon betroffen sind (55,4%). Bei 26,8% sind es zwischen 1 und 3 Jahren. 20,8% geben an, seit weniger als 1 Jahr an einer Harninkontinenz zu leiden.

---

[15] In Pflegeheimen kommt erschwerend hinzu, dass sich die Befragung dort ebenfalls vorwiegend, bei weitgehend schlechterem Allgemeinzustand, insbesondere auch kognitivem Zustand der Teilnehmer/innen, auf Selbstauskünfte der Befragten verlassen musste. Objektive Informationen zum Gesundheitszustand, z.B. aus Pflegeakten, waren auch mit schriftlicher Zustimmung der Teilnehmer/innen nur in den seltensten Fällen zu bekommen. Daraus resultieren gerade mit Blick auf das Vorliegen chronischer Krankheiten, so auch hinsichtlich der Prävalenz von Harninkontinenz in Pflegeheimen, zwangsläufig Unschärfen. Anzunehmen ist jedenfalls, dass die Prävalenz deutlich höher liegt als die hier angegebenen 48,1%.

[16] Auf der anderen Seite dürfte es aber natürlich so sein, dass bei Personen, sofern sie bereit waren, das Vorliegen einer Harninkontinenz anzugeben, die Wahrscheinlichkeit dann nicht mehr als ganz so gering einzuschätzen ist, dass sie auch in ein paar vertiefende Fragen einwilligen. Daraus lässt sich wohl die relativ hohe Auskunftsbereitschaft erklären.

Häufigkeit und Ausmaß des Harnverlustes

Mit Blick auf Häufigkeit und Ausmaß des Harnverlustes ergibt sich folgendes Bild: 32,3% der Betroffenen geben an, mehrmals täglich Harn zu verlieren, 16,1% sogar dauernd. 14,5% verlieren zumindest einmal am Tag Harn.
Damit sind 62,9% jeden Tag mit Harnverlust konfrontiert. Dem stehen 37,1% gegenüber, die seltener davon betroffen sind: 20,2% ein- bis mehrmals wöchentlich, 16,9% noch seltener.
Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (55,9%) gibt an, bei einem Harnverlust jeweils nur Tropfen zu verlieren, bei 44,1% ist der Harnverlust stärker.

Abbildung 6: Schwere des Harnverlustes

Hinsichtlich **geschlechtsspezifischer Ausprägungen** der Harninkontinenz ist das Bild recht differenziert: Einerseits sind Frauen, wie dargestellt, wesentlich häufiger von Harninkontinenz betroffen als Männer, andererseits leiden die betroffenen Männer tendenziell bereits etwas länger unter ihrer Erkrankung: 67,5% von ihnen geben an, drei Jahre oder länger unter einer Harninkontinenz zu leiden, bei Frauen sind es 50%.
Bei der Häufigkeit des Harnverlustes sind die Werte wiederum sehr ähnlich: Von den betroffenen Männern verlieren 65,8% täglich Harn, von den betroffenen Frauen 61,6%. Unterschiede ergeben sich, wenn nach mehrmals täglich oder sogar dauernd auftretendem Harnverlust gefragt wird: Hier sind Frauen mit 51,1% (vs. 42,1% bei den Männern) stärker betroffen. Das Ausmaß des Harnverlustes, also die jeweils verlorene Harnmenge, ist bei Frauen und Männern nahezu gleich verteilt: Etwas mehr als die Hälfte der Frauen und Männer gibt an, nur Tropfen zu verlieren, die übrigen verlieren mehr als nur Tropfen.

Harninkontinenz in unterschiedlichen Wohnformen

Große Unterschiede ergeben sich, wenn man die Ergebnisse getrennt nach Privathaushalten und Pflegeheimen betrachtet: Personen in Pflegeheimen sind nicht nur häufiger, sondern auch ungleich stärker, d.h. von in Häufigkeit und Ausmaß des Harnverlustes schwerwiegenderen Ausprägungen der Harninkontinenz betroffen. Betroffene Pflegeheimbewohner/innen leiden in der Regel seit einem bereits längeren Zeitraum unter dieser Krankheit und sie verlieren auch wesentlich öfter und mengenmäßig mehr Harn als Betroffene in Privathaushalten. 78,3% haben ihre Harninkontinenz seit 3 oder mehr Jahren (im Vergleich zu 51% bei den zu Hause lebenden Personen). 36,4% verlieren nicht nur täglich, sondern dauernd Harn (vs. 12,8% in Privathaushalten). Bei 73,9% beschränkt sich der Harnverlust auch nicht nur auf einzelne Tropfen, sondern hier liegt ein schwerwiegenderer Harnverlust vor (dies ist „nur“ bei 35,8% der zu Hause lebenden Betroffenen der Fall).

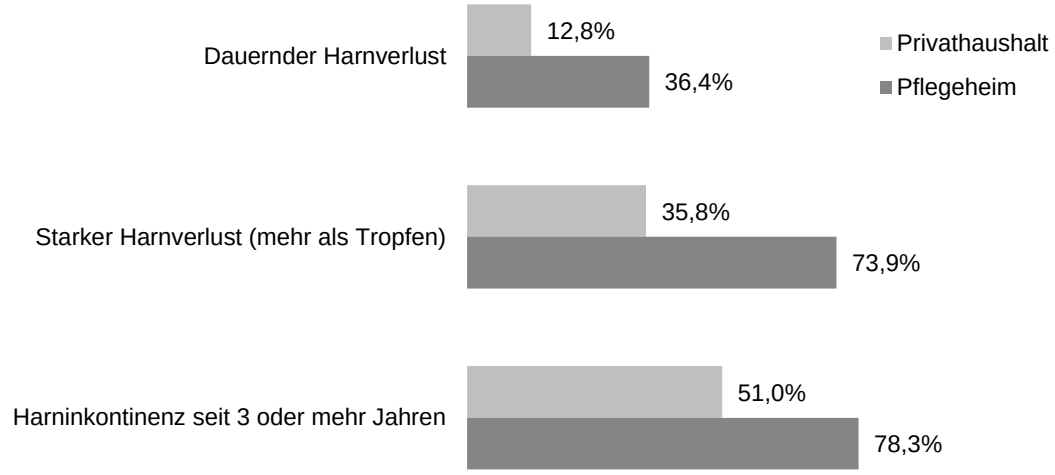


Abbildung 7: Schwere der Harninkontinenz

Als interessant erweist sich auch der Vergleich mit Bewohner/innen von Seniorenwohnheimen oder anderen betreuten Wohneinrichtungen. Diese nehmen nämlich, hinsichtlich Häufigkeit und Schwere der Harninkontinenz, ziemlich genau eine Position zwischen Privathaushalten und Pflegeheimen ein.
Zum einen sind Häufigkeit und Ausmaß des Harnverlustes hier überwiegend gravierender als in Privathaushalten: So verlieren 50% von Seniorenheimbewohner/innen mehrmals täglich oder dauernd Harn (vs. 45,8% bei den zu Hause Lebenden). Deutlicher ist der Unterschied vor allem bei der Harnmenge: 55,6% verlieren bei einem Harnverlust mehr als nur einzelne Tropfen, bei zu Hause lebenden Personen sind es nur 35,8%.
Zum anderen sind die Werte aber auch wieder ungleich besser als bei Personen in Pflegeheimen: Hier gibt es bezüglich der allgemeinen Häufigkeit des Harnverlustes zwar zunächst keinen nennenswerten Unterschied – 62,5% der Personen in betreuten Wohneinrichtungen verlieren täglich Harn, in Pflegeheimen sind es 63,3% –, hingegen geben in Pflegeheimen 36,4% der von Harninkontinenz Betroffenen an, dauernd Harn zu verlieren, während dies in betreuten Wohneinrichtungen, jedenfalls in unserer Stichprobe, auf niemanden zutrifft.[17] Auch bei der Harnmenge stellt sich die Situation in betreuten Wohneinrichtungen mit 55,6%, die bei einem Harnverlust mehr als nur Tropfen verlieren, deutlich besser dar als in Pflegeheimen (73,9%).
In Anbetracht der Tatsache, dass Harninkontinenz einen der wesentlichsten Gründe für eine Aufnahme ins Pflegeheim darstellt, deuten diese Ergebnisse möglicherweise darauf hin, dass Ähnliches auch für Seniorenheime und Betreutes Wohnen gilt und das Auftreten einer Harninkontinenz die Entscheidung zum Umzug in eine betreute Wohneinrichtung maßgeblich beeinflussen könnte.

[17] Hier ist festzuhalten, dass freilich die Fallzahlen in betreuten Wohneinrichtungen relativ gering sind (n=28). Die dargestellten Zahlen können also nicht beanspruchen, verlässliche Aussagen über die Prävalenz und die exakten Ausprägungen von Harninkontinenz in betreuten Wohneinrichtungen zu gewährleisten. Insbesondere ist nicht zu erwarten, dass es dort nicht auch Fälle von dauerndem Harnverlust gibt. Da die Fallzahlen in Pflegeheimen allerdings ebenfalls nicht allzu groß sind im Vergleich zu Seniorenresidenzen (n=52), dürfte der Vergleich zwischen den letztendlich recht unterschiedlichen Zahlen in Pflegeheimen und betreuten Wohneinrichtungen zumindest eine Tendenz anzeigen.

Behandlung von und Beeinträchtigung durch Harninkontinenz

Auffällig ist auch, dass ein beträchtlicher Teil der von Harninkontinenz Betroffenen sich in keinerlei ärztlicher Behandlung wegen ihrer Erkrankung befindet: Weniger als die Hälfte von ihnen (43,5%) gibt an, ihre Harninkontinenz behandeln zu lassen, die meisten davon bei einem/einer Urolog/in. Die relativ geringe Behandlungsrate in unserer Stichprobe könnte u.a. darauf hindeuten, dass Harninkontinenz eben nach wie vor ein Thema ist, über das Betroffene nur ungern reden, auch nicht mit einem Arzt oder einer Ärztin.

Eine andere mögliche Interpretation wäre, dass die Harninkontinenz das Wohlbefinden der Betroffenen weniger beeinträchtigt, als man zunächst vermuten würde, und von diesen nicht notwendigerweise als ein behandlungsbedürftiges Leiden betrachtet wird: Danach gefragt, wie sehr die Inkontinenz ihr Wohlbefinden beeinträchtigt, sagen 69%, dass die Inkontinenz ihr Wohlbefinden wenig oder gar nicht beeinträchtigt. „Nur" 31,1% geben an, sich ziemlich oder sehr in ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt zu fühlen. Männer fühlen sich dabei stärker beeinträchtigt als Frauen: Geben 38,5% der betroffenen Männer an, sich durch die Harninkontinenz ziemlich oder sehr in ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt zu fühlen, sagen dies nur 27,8% der betroffenen Frauen. 37,8% der weiblichen Betroffenen geben sogar an, sich gar nicht durch die Harninkontinenz beeinträchtigt zu fühlen, hingegen sind es bei den Männern nur 20,5%. Ob und wie sehr das Wohlbefinden durch die Harninkontinenz eingeschränkt wird, hängt freilich stark von der Schwere der Erkrankung ab. Betrachtet man ausschließlich die Werte für jene Personen, die tagtäglich von stärkerem (d.h. nicht bloß tröpfchenweisem) Harnverlust betroffen sind, dann zeigt sich, gerade auch bei Frauen, eine als ungleich erheblicher empfundene Beeinträchtigung des Wohlbefindens.

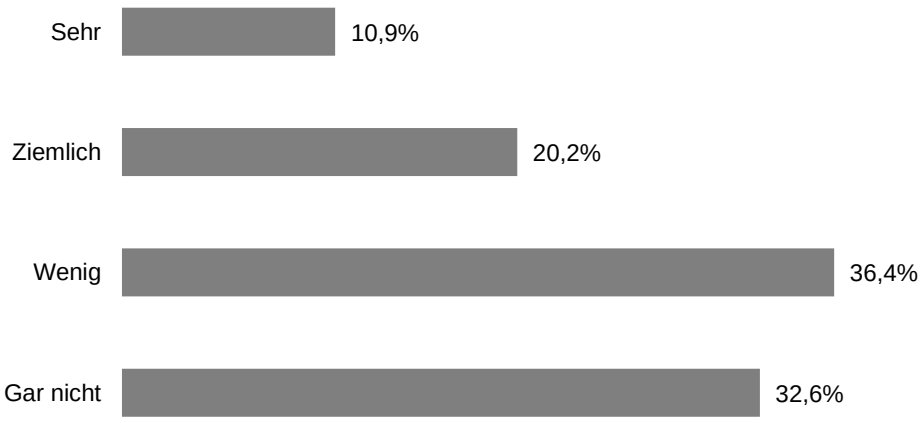


Abbildung 8: Beeinträchtigung durch Harninkontinenz

Eine Frage der Schwere des Leidens ist es auch, wie die Betroffenen mit der Inkontinenz umgehen bzw. wie sie sich davor schützen: Ca. 13% geben an, die Harninkontinenz einfach nicht zu beachten. 34,4% sagen, sie verwenden Slipeinlagen. Hier handelt es sich mehrheitlich um leichtere Fälle der Inkontinenz. 39,7% verwenden Inkontinenzvorlagen.

Die relativ niedrige Beeinträchtigung des Wohlbefindens durch Harninkontinenz, wie sie sich aus der Befragung ergibt, sollte also gerade auch aufgrund der Unterschiede in Ausmaß und Häufigkeit des Harnverlustes nicht darüber hinwegtäuschen, dass Harninkontinenz durchaus mit erheblichen Einschränkungen verbunden sein kann.

Die zahlreichen recht guten Werte ergeben sich überwiegend daraus, dass in vielen Fällen eine entsprechend weniger schwere Form der Harninkontinenz vorliegt, die noch weitgehend kompensiert werden kann. Darüber hinaus ist aus der geriatrischen bzw. der Pflegepraxis bekannt, dass vor allem Frauen dazu neigen, ihre Inkontinenz-Symptome zu verharmlosen (Talasz 2014: 58). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Einschätzung von Beeinträchtigungen im Wohlbefinden könnten in diesem Lichte – vor allem wenn man die deutlich stärkere Betroffenheit von Frauen berücksichtigt – in einer solchen tendenziellen Verharmlosung der Inkontinenz begründet liegen. Aussagen von Teilnehmer/innen in Richtung einer geringen Beeinträchtigung durch Inkontinenz deuten insofern vielleicht eher auf eine fortgesetzte Tabuisierung des Leidens hin, als dass sie Auskunft über den tatsächlichen Grad der Beeinträchtigung geben. Zukünftige Untersuchungen zur Harninkontinenz hätten sich verstärkt mit dieser Frage auseinanderzusetzen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich Harninkontinenz als das **erwartet häufige und verbreitete Phänomen im Zusammenhang mit Hochaltrigkeit** erweist. Etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmer/innen ist von diesem Krankheitsbild betroffen, Frauen dabei deutlich häufiger als Männer. Im Wesentlichen ist die Harninkontinenz mit einem allgemein schlechteren Gesundheitszustand verbunden, weshalb sie auch häufiger in Pflegeheimen anzutreffen ist. Grundsätzlich bedeutet eine Harninkontinenz auch eine **erhebliche Beeinträchtigung des Wohlbefindens von Betroffenen** – wie stark, hängt allerdings maßgeblich von der Schwere der Erkrankung, d.h. von Häufigkeit und Ausmaß des Harnverlustes ab. Leichtere Fälle, in denen sich eine Harninkontinenz noch einigermaßen kompensieren lässt, gehen häufig nicht mit einer nennenswerten Einschränkung des Wohlbefindens einher. In schwereren Fällen allerdings – und das sind in der hier untersuchten Studienpopulation in etwa 30-40% aller Fälle – müssen die durch die Harninkontinenz verursachten Einschränkungen durchaus als einschneidend betrachtet werden.

1.1.6 Ernährungsstatus

Ältere Menschen haben ein erhöhtes Risiko einer sowohl quantitativen (Unterernährung) als auch qualitativen Mangelernährung (Fehlernährung), da sie infolge von altersbedingten Funktionalitätseinschränkungen oftmals nicht mehr in der Lage sind, selbst Nahrungsmittel zu besorgen. Besonders betroffen sind davon alleinstehende Menschen (Elmadfa/Leitzmann 2004). Eine Abklärung des Ernährungsstatus ist daher fester Bestandteil eines geriatrischen Assessments.

Im Rahmen der ÖIHS wurde hierfür ein kurzes, kompaktes Erhebungsinstrument eingesetzt (Short Nutritional Assessment Questionnaire – SNAQ), das nach ungewollten Gewichtsverlusten, dem Appetit und speziellen Ernährungshilfen (Trinknahrung, Ernährungssonde) fragt (ÖGGG 2011: 29).
Die Auswertung ergibt ein **Risiko für Mangelernährung** bei 9,8% der Teilnehmer/innen. 16,1% der Befragten sagen, sie hätten im letzten Monat wenig Appetit gehabt. 9,5% berichten von signifikanten Gewichtsverlusten in den vergangenen Monaten, davon 5,4% mehr als 6kg in den letzten 6 Monaten. 4,1% geben an, mehr als 3kg Gewicht im letzten Monat verloren zu haben.

Wenig Appetit im letzten Monat	16,1%
Signifikanter Gewichtsverlust in den vergangenen Monaten	9,5%
- 3 kg im letzten Monat	*4,1%*
- Mehr als 6kg in den letzten 6 Monaten	*5,4%*

Tabelle 8: Gewichtsverlust

Trinknahrung bzw. Ernährungssonde spielt zahlenmäßig so gut wie keine Rolle (1%), dies auch fast ausschließlich in Pflegeheimen. Generell betrifft die Problematik der Mangelernährung etwas stärker Bewohner/innen von Pflegeheimen als solche in Privathaushalten (13,5% vs. 9,4%), was vermutlich im Wesentlichen auf deren schlechteren gesundheitlichen bzw. körperlichen Allgemeinzustand zurückzuführen sein dürfte. Auch für Frauen ist das Risiko größer als für Männer (11,2% vs. 6,8%).
Ein höheres Mangelernährungsrisiko für alleinlebende Menschen konnte hingegen nicht verifiziert werden.

Body Mass Index

Ein wichtiger und häufig herangezogener Indikator für den Ernährungsstatus ist der Body Mass Index (BMI), der aus dem Verhältnis von Gewicht und Größe einer Person errechnet wird (kg/m^2). Im direkten Vergleich mit den Ergebnissen aus dem oben dargestellten Ernährungsassessment bestätigt die Auswertung des BMI eine **geringe Prävalenz der Mangelernährung** in der untersuchten Stichprobe:
Entsprechend der internationalen BMI-Klassifikation der WHO[18] ergibt sich eine Prävalenz von 4,7% (BMI < 20 kg/m^2).[19] Bei weiteren 9,6% besteht, ausgehend von ihrem BMI, ein erhöhtes Risiko für Mangelernährung.
Sowohl das Risiko für als auch eine manifeste Mangelernährung sind in der hier untersuchten Stichprobe also relativ gering. Hinweise auf eine Fehlernährung ergeben sich eher noch in die andere Richtung, hin zum **Übergewicht**. So fallen 36,1% der Teilnehmer/innen unter die Kategorie Übergewicht (BMI > 27 kg/m^2), davon sind wiederum 17,4% gemäß BMI-Klassifikation adipös (BMI > 30 kg/m^2). Zum Übergewicht neigen dabei Frauen und Männer annähernd gleichermaßen: 33,6% der Männer und 37,9% der Frauen erreichen einen BMI von mehr als 27. Adipös sind Frauen jedoch etwas häufiger als Männer: Hier sind es bei den Frauen 21%, bei den Männern hingegen nur 12,6%.

[18] http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (letzter Zugriff am 20. 4. 2015)
[19] Zur Bestimmung einer Mangelernährung wird bei älteren Menschen ein etwas höherer Grenzwert 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. Auch wird ein Wert unter 22 weiter als Risiko für eine Mangelernährung betrachtet (Sieber 2008).

1.1.7 Zahnstatus

76,6% der in der ÖIHS befragten Hochaltrigen tragen einen **herausnehmbaren Zahnersatz** (zu unterscheiden von nicht herausnehmbarem Zahnersatz, wie etwa einem Zahn-Implantat). 42% aller Befragten haben eine Vollprothese, d.h. keine eigenen Zähne mehr. 34,6% haben eine Teilprothese.

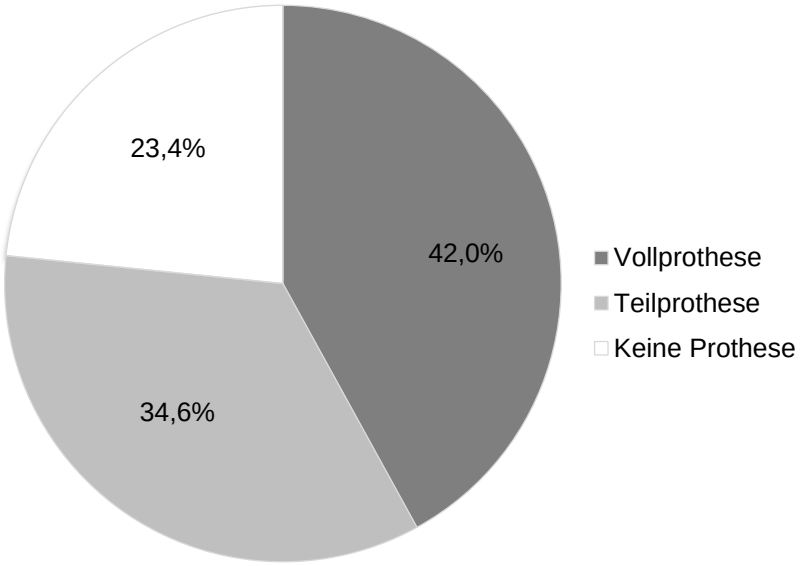


Abbildung 9: Zahnstatus

Der Zahnstatus bzw. die Verwendung eines herausnehmbaren Zahnersatzes korreliert dabei deutlich mit dem gesundheitlichen Allgemeinzustand und dem sozioökonomischen Status der Betroffenen.
So tragen in der Gruppe jener Personen, die in ihrem Gesundheitszustand als vergleichsweise sehr gut bzw. „rüstig“ eingestuft wurden, 37,5% gar keine Zahnprothese und lediglich 26,8% eine Vollprothese. Demgegenüber finden sich bei den Personen mit relativ schlechtem Allgemeinzustand 65,8%, die eine Vollprothese tragen, und nur 13,2%, die keinen herausnehmbaren Zahnersatz haben. Entsprechend stellt sich auch

der Zahnstatus von Pflegeheim-Bewohner/innen im Vergleich zu Personen in Privathaushalten dar: Haben im Pflegeheim lediglich 13,5% keinen herausnehmbaren Zahnersatz und 65,4% eine Vollprothese, sind es in Privathaushalten nur 39,5% mit einer Vollprothese und immerhin 24,9% ohne einen herausnehmbaren Zahnersatz.

Ein ähnlich deutliches Bild zeigt sich beim Zusammenhang zwischen Zahnstatus und sozioökonomischem Status: Personen mit niedrigem Sozialstatus (geringe Bildung, niedrigeres Einkommen etc.) tragen zu 61,7% eine Vollprothese, bei Personen mit sehr hohem Sozialstatus sind es nur 31,8%. 45,5% tragen hier sogar gar keinen herausnehmbaren Zahnersatz, bei Personen mit niedrigem Sozialstatus sind dies hingegen nur 13,6%.
Grundsätzlich angenommen werden kann hier einerseits, dass Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status auch eine bessere Zahngesundheit aufweisen, aber auch andererseits, dass Zahnlücken bei dieser Personengruppe tendenziell häufiger mit einem teureren, fest sitzenden Zahnersatz (z.B. mit Implantaten) versorgt werden (zum Zusammenhang von sozioökonomischem Status und Hochaltrigkeit siehe ausführlich Kapitel 4.2).
Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es beim Zahnstatus im Prinzip keine.

1.2 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 ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health; 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 vor allem, neben Kontextfaktoren wie Umwelt und persönliche Ressourcen, der Körper mit seinen Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und die Teilhabe an allen Lebensbereichen (Schuntermann 2009: 19). Relevant für die Beurteilung der funktionalen Gesundheit hochaltriger Menschen sind in diesem Sinne z. B. sensorische Fähigkeiten wie Sehen oder Hören, Mobilität, kognitive Fähigkeiten usw. Auf die einzelnen funktionalen Bereiche wird in den folgenden Abschnitten gesondert eingegangen.

1.2.1 Sehvermögen

Ein wesentlicher Teil der funktionalen Gesundheit ist das Sehvermögen. Beeinträchtigungen des Sehvermögens wirken sich in der Regel nicht nur negativ auf die Lebensqualität von Menschen aus, sondern gehen auch mit einem erhöhten Risiko für Unfälle und dergleichen einher.

Fast alle Personen in unserer Stichprobe (94,4%) benötigen laut Selbstauskunft eine Sehhilfe. Von diesen berichten 27,3% von Schwierigkeiten beim Sehen, auch wenn sie ihre Sehhilfe verwenden. 10,7% geben sogar an, trotz Verwendung ihrer Sehhilfe große Schwierigkeiten beim Sehen zu haben.
Ähnliche Werte ergeben sich bei jenen Personen, die keine Sehhilfen verwenden. Hier geben 27,8% an, Probleme beim Sehen zu haben. 13,9% berichten sogar von großen Problemen.
Frauen sind dabei **stärker von Sehproblemen betroffen** als Männer: 31,2% der Frauen haben Schwierigkeiten beim Sehen, auch wenn sie ihre Sehhilfe verwenden. Hingegen wird dies nur von 22% der Männer angegeben. Noch etwas größer sind die Probleme bei Frauen, die keine Sehhilfen verwenden: Dort berichten 37,5% von Problemen, während es bei den Männern nur 20% sind.
2% der Befragten sind blind oder hochgradig sehbehindert.

Beeinträchtigungen des Sehvermögens entstehen mitunter auch durch **degenerative Augenerkrankungen**. Eine weit verbreitete Augenerkrankung im hohen Alter ist der sogenannte Graue Star, also eine Trübung der Augenlinse (siehe Kapitel 1.1.1). 51,5% der Befragten geben an, bereits einmal wegen Grauem Star operiert worden zu sein. Auch hier sind Frauen mit 54,3% (vs. 49,1%) etwas häufiger betroffen als Männer.

Frauen mit Schwierigkeiten beim Sehen	31,2%
Männer mit Schwierigkeiten beim Sehen	22,0%

Tabelle 9: Sehprobleme mit Sehhilfe nach Geschlecht

1.2.2 Hörvermögen

Ähnliches wie für die Sehfähigkeiten gilt auch für das Hörvermögen. Auch hier wirken sich Beeinträchtigungen oft negativ auf die Lebensqualität der Betroffenen aus und erhöhen das Risiko für Unfälle.
In der von der ÖIHS untersuchten Studienpopulation geben 31,5% der Befragten an, Hörprobleme zu haben, d.h. sie haben Schwierigkeiten zu hören, was in einem Gespräch mit einer anderen Person in einem ansonsten ruhigen Raum gesagt wird.
Besonders groß sind die Probleme bei Personen mit Hörgerät: Von den 18%, die angeben, ein Hörgerät zu tragen, berichten 41,4% von Schwierigkeiten beim Hören. Allerdings sind die Probleme sowohl bei Personen mit als auch ohne Hörgerät offenbar moderat: Von den Hörgerätträger/innen sagen 6,9%, sie hätten große Probleme, bei den Personen ohne Hörgerät sind es sogar nur 4%.
Auch hier gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede, wobei sich diese umgekehrt zu jenen beim Sehvermögen verhalten, d.h. **Männer** haben überwiegend **mehr Hörprobleme als Frauen**. So haben 37,4% der Männer Schwierigkeiten beim Hören, bei den Frauen hingegen sind es nur 26,4% (allerdings berichten Frauen häufiger als Männer von „großen Hörproblemen“: 5,4% vs. 3,4%).
Dementsprechend tragen Männer auch häufiger ein Hörgerät als Frauen (22,1% vs. 15,2%). Jedoch sind auch bei den Hörgerätträgern die Hörprobleme deutlich stärker ausgeprägt als bei den Hörgerätträgerinnen: Sagen 48,9% der Männer, sie hätten trotz Hörgerät Schwierigkeiten beim Hören, sind es bei den Frauen nur 34,1%. Die doch recht deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschiede beim Hörvermögen könnten unter Umständen auf eine stärkere Lärmbelastung von Männern im Zuge ihrer Berufsausübung zurückzuführen sein.

Schwierigkeiten beim Hören – Frauen	26,4%
Schwierigkeiten beim Hören – Männer	37,4%
Große Schwierigkeiten beim Hören – Frauen	5,4%
Große Schwierigkeiten beim Hören – Männer	3,4%

Tabelle 10: Hörprobleme nach Geschlecht

1.2.3 Mobilität

Ein weiterer wesentlicher Indikator für die funktionale Gesundheit einer Person ist ihre Mobilität. Entsprechend der insgesamt verhältnismäßig guten Gesundheitssituation in der Stichprobe, stellt sich auch die Mobilität der Teilnehmer/innen als relativ hoch heraus.

Gangtest, Gelenksersatz und Gehhilfen

Die relativ hohe Mobilität wird insbesondere durch den im Rahmen der Untersuchung durchgeführten **Gangtest** belegt. Dabei wurden die Teilnehmer/innen gebeten, von ihrem Stuhl aufzustehen, ein paar Schritte zu gehen (ggf. unter Verwendung einer Gehhilfe) und sich anschließend wieder hinzusetzen:[20] 92,4% der Teilnehmer/innen haben diesen Gangtest bewältigt. Von diesen haben wiederum 82% den Test mit einer Gehgeschwindigkeit absolviert, die von den Interviewer/innen als „normal“, d.h. unauffällig, eingeschätzt wurde. Bei 18% erschien der Gang als auffällig langsam und schwerfällig.

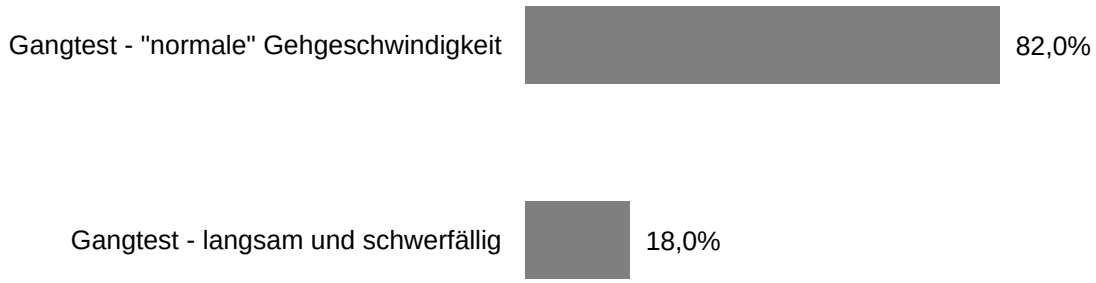


Abbildung 10: Gangtest

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

Knapp ein Viertel der Teilnehmer/innen (24,9%) gibt an, bereits einen **Gelenksersatz** (Knie, Hüfte etc.) zu haben. Diese fallen etwas häufiger durch eine langsame Gehgeschwindigkeit auf als Personen ohne Gelenksersätze (24,1% vs. 15,9%).
24,9% verwenden regelmäßig eine **Gehhilfe** (Stock, Krücken, Rollator etc.). Weitere 9,8% geben an, zumindest gelegentlich eine Gehhilfe zu verwenden. 7,8% der Befragten verwenden regelmäßig (auch) einen Rollstuhl. Die Angewiesenheit auf eine Gehhilfe ging in der Regel auch mit einem schlechteren Abschneiden beim Gangtest einher.

Männer weisen entsprechend dem Gangtest tendenziell eine **höhere Mobilität** auf als Frauen. Ein Unterschied ergibt sich dabei noch nicht so sehr hinsichtlich der grundsätzlichen Bewältigung des Gangtests – dieser wird von Frauen annähernd genauso häufig bewältigt wie von Männern (91,5% vs. 94,8%). Allerdings wurde die Gehgeschwindigkeit öfter als auffällig bewertet als bei Männern: Bei den Männern war die Gehgeschwindigkeit in 13,8% der Fälle auffällig langsam, bei den Frauen betraf dies 21,3%. Die etwas niedrigere Mobilität von Frauen im Gangtest spiegelt sich auch darin wider, dass Frauen häufiger als Männer auf Gehhilfen angewiesen sind: Verwenden 28,3% der befragten Frauen regelmäßig eine Gehhilfe, sind es bei den Männern 20,3%. Auch sind Frauen häufiger auf einen Rollstuhl angewiesen (9,3% vs. 5,8%). Eine Rolle dürfte schließlich auch spielen, dass Frauen etwas öfter als Männer einen Gelenksersatz haben (27% vs. 22,1%), was auf stärkere Beeinträchtigungen des Gelenks- und Stützapparates und damit einhergehende Mobilitätseinschränkungen schließen lässt.

Bewegungsradius

Eine weitere mobilitätsbezogene Frage der ÖIHS zielt explizit auf den Bewegungsradius der Teilnehmer/innen ab, um die Reichweite der selbstständigen Fortbewegung einschätzen zu können. Dabei geben 65,6% der Befragten an, sich innerhalb der gesamten Stadt/des gesamten Ortes, in dem sie leben, selbstständig fortbewegen zu können, ggf. auch mit dem Auto oder unter Verwendung öffentlicher Verkehrsmittel. Weitere 20,5% sagen, sie können sich zumindest im Umkreis des Hauses und der näheren Umgebung bewegen. 12,2% können sich laut eigenen Angaben nur noch innerhalb des Hauses fortbewegen. 1,7% geben schließlich auch an, sich gar nicht selbstständig fortbewegen zu können. Dabei handelt es sich um bettlägerige Personen, die in unserer Stichprobe fast ausschließlich in Pflegeheimen anzutreffen sind.

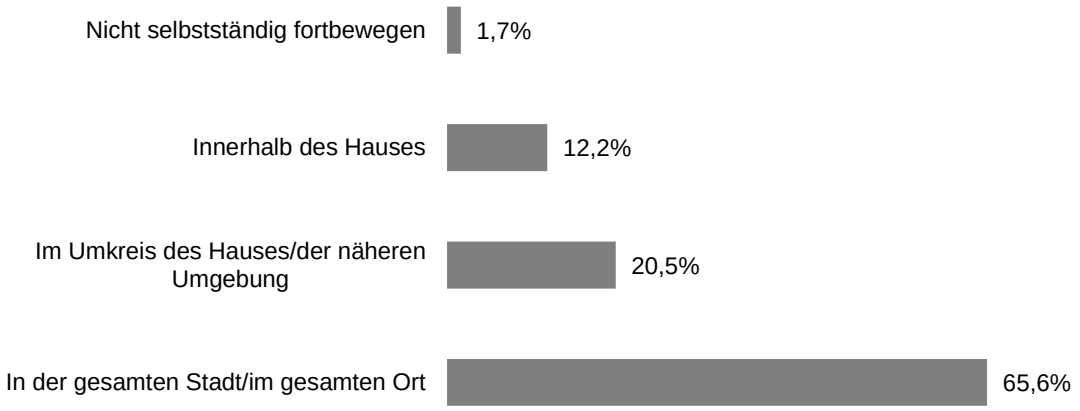


Abbildung 11: Bewegungsradius

Generell sind die Mobilitätswerte im Pflegeheim, wenig überraschend, ungleich schlechter als in Privathaushalten. Hier sind nur noch 50% der Teilnehmer/innen in der Lage den Gangtest zu absolvieren, von diesen wiederum nur 56,5% in einer als normal zu bewertenden Geschwindigkeit. Entsprechend geringer ist auch der Bewegungsradius von Heimbewohner/innen: 50% von ihnen geben an, sich nur noch innerhalb des Hauses bewegen zu können, in der gesamten Stadt können sich, laut eigenen Angaben, nur noch 3,8% fortbewegen. 11,5% können sich gar nicht selbstständig von ihrem Bett fortbewegen.
Wie bereits der Gangtest, ergibt auch die Auswertung des Bewegungsradius eine bessere Mobilität von Männern im Vergleich zu Frauen. Während 73,4% der Männer angeben, sich im Prinzip ohne Einschränkungen fortbewegen zu können, sind es bei den Frauen nur 59,9%. Lediglich 5,8% der Männer können sich laut ihren Angaben ausschließlich innerhalb des Hauses fortbewegen, bei den Frauen sind es 17%. Die allgemeine Mobilität von Frauen ist dabei freilich, für sich genommen, alles andere als niedrig: Berücksichtigt man auch jene Frauen, die sich zumindest in der näheren Umgebung des Hauses fortbewegen können, dann ergibt sich ein Anteil von 80,2% mit einem vergleichsweise großen Bewegungsradius, der zumindest die nähere Umgebung umfasst oder auch darüber hinausgeht. Dies verweist auf eine relativ hohe Mobilität auch von Frauen. Im Vergleich zu den Männern in der Stichprobe ist dieser Wert jedoch auffällig niedrig(er): Von diesen verfügen 94,2% über einen vergleichbaren Bewegungsradius.

Mobilität der Arme und Hände

Ein zusätzlich durchgeführter Mobilitätstest betraf die Mobilität der Arme und Hände. Einschränkungen in diesen Bereichen haben so wie auch andere Mobilitätseinschränkungen negative Auswirkungen auf die Selbsthilfefähigkeit und die Bewältigung alltäglicher Anforderungen. Insofern ist die Beweglichkeit der Arme und Hände für die Einschätzung des funktionalen Status ebenfalls von nicht zu vernachlässigender Bedeutung. Im Rahmen der Tests wurden daher die Teilnehmer/innen einerseits gebeten, ihre Arme hinter den Kopf zu legen, andererseits einen Kugelschreiber vom Tisch (bei Bettlägerigen vom Bett) aufzuheben. Der Greiftest wurde nahezu von allen Personen (99,3%) bewältigt. 93,2% waren ebenfalls in der Lage, ohne größere Probleme ihre Hände hinter den Kopf zu legen. Lediglich bei 6,8% konnte dieser Test entweder aufgrund von Mobilitätseinschränkungen im Bereich der Arme nicht positiv absolviert oder infolge einer offensichtlichen Behinderung in diesem Bereich nicht durchgeführt werden.
Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es hier, insbesondere beim Greiftest, keine. Lediglich hinsichtlich der Beweglichkeit der Arme ergeben sich tendenziell stärkere Einschränkungen von Frauen im Vergleich zu Männern (8,5% vs. 3,5%).

1.2.4 Aktivitäten des täglichen Lebens

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

Die Befragung im Rahmen der ÖIHS sah daher auch eine Auswahl an ADLs und IADLs vor. Gefragt wurde, ob sich die Teilnehmer/innen selbst anziehen können, ob sie eine Stiege mit mindestens 10 Stufen steigen können und ob sie selbst einkaufen gehen können.
In Übereinstimmung mit den Ergebnissen zur Mobilität ergibt sich, insgesamt betrachtet, ein **vergleichsweise hoher Grad an Selbsthilfefähigkeit** unter den hochaltrigen Personen in der Stichprobe im Hinblick auf alltägliche Verrichtungen:
So geben 91,2% an, sich selbst anziehen zu können. 85,6% sagen, sie können ohne Unterstützung eine Stiege mit zumindest 10 Stufen steigen. Und immer noch 76,6% der Befragten können ihre Einkäufe selbst erledigen.

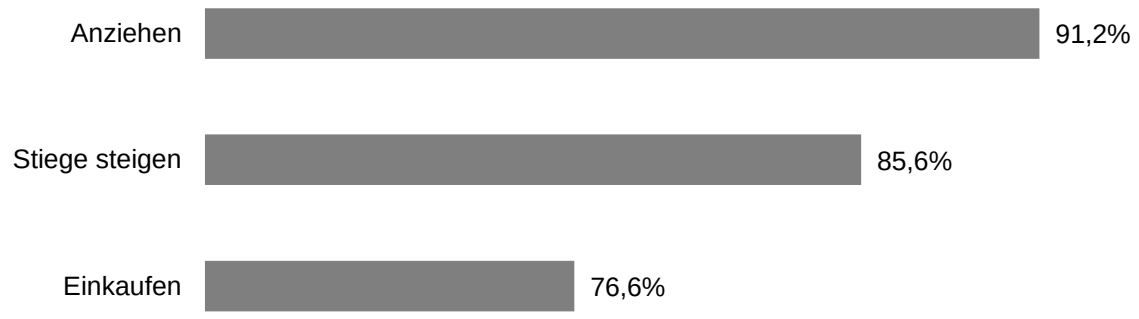


Abbildung 12: Activities of Daily Living

Eine deutlich geringere Selbsthilfefähigkeit findet sich dabei bei Personen, die in einem Pflegeheim wohnen, gegenüber älteren Menschen in Privathaushalten. Geben 96,1% der zu Hause lebenden Teilnehmer/innen an, sich selbst anziehen zu können, sind es im Pflegeheim lediglich 55,8%. Stiegen steigen können im Pflegeheim nur noch 36,5%, in Privathaushalten sind es immer noch 94,8%. Inwieweit die deutlich geringere Selbsthilfefähigkeit von Menschen in Pflegeheimen primär ein Grund oder aber teilweise auch eine Konsequenz des Pflegeheimaufenthalts ist, lässt sich anhand der erhobenen Daten schwer beurteilen.

Mit Blick auf **geschlechtsspezifische Unterschiede** dürfte hier die oben konstatierte, tendenziell niedrigere Mobilität und damit stärker eingeschränkte Funktionalität von Frauen zum Ausdruck kommen. Diese schlägt sich in durchgehend niedrigeren Werten bei den ADLs und IADLs im Vergleich zu Männern nieder: Geben 94,2% der befragten Männer an, sich selbst anziehen zu können, sind es bei den Frauen „nur" 89%. Die Unterschiede fallen noch etwas deutlicher aus bei den Fragen zum Stiegen steigen (91,9% vs. 81,8%) und zum Einkaufen (85% vs. 70,8%).

1.2.5 Sturz

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

Im Rahmen der ÖIHS wurde gefragt, ob die Teilnehmer/innen innerhalb der vergangenen 3 Monate gestürzt sind und ob sie sich dabei verletzt haben. Auch hier sind die Zahlen, aufgrund überwiegend guter Werte bei der Mobilität, relativ niedrig: Lediglich 15,6% der Befragten geben an, in den letzten 3 Monaten gestürzt zu sein. Jedoch hat sich dabei fast die Hälfte von ihnen (47,7%) ihrer Aussage nach zumindest leicht verletzt (Hautabschürfungen, blaue Flecken etc.), 15,4% sogar schwer mit Knochenbrüchen und ähnlich schweren Verletzungen. 36,9% geben an, unverletzt geblieben zu sein. Dies ver-

anschaulicht durchaus, vor allem im Vergleich zu den oben zitierten Zahlen, das erhöhte Verletzungsrisiko bei Stürzen im hohen Alter.

Sturz und Mobilität

Der Zusammenhang zwischen Sturzhäufigkeit und eingeschränkter Mobilität erhärtet sich auch in der ÖIHS im direkten Vergleich der Sturzstatistiken mit den Mobilitätswerten: Vergleicht man etwa die Ergebnisse beim Bewegungsradius mit jenen bei den Stürzen – unter statistischer Ausschaltung von Stürzen mit schweren Verletzungen[21] –, so zeigt sich hier ein deutlicher Zusammenhang in dem Sinne, dass Personen mit einem geringeren Bewegungsradius öfter von Stürzen betroffen sind als Personen mit einem höheren Bewegungsradius (29,2% vs. 7,6%). Ebenso schneiden Personen, die einen Sturz in den letzten 3 Monaten angegeben haben, tendenziell schlechter beim Gangtest ab. Insbesondere befinden sie sich häufiger in der Gruppe von Teilnehmer/innen mit auffällig langsamer Gehgeschwindigkeit (32,7% vs. 10,5%).
Trotz des Zusammenhangs von Mobilität und Sturzwahrscheinlichkeit finden sich keine nennenswerten Geschlechterunterschiede in der Sturzhäufigkeit. Das hat wahrscheinlich damit zu tun, dass auch Frauen in der Stichprobe im Allgemeinen, trotz einer tendenziell niedrigeren Mobilität als Männer, eine relativ hohe Funktionalität aufweisen. Das Risiko für Stürze ist daher auch für Frauen nicht übermäßig erhöht im Vergleich zu Männern. Tatsächlich geben Männer sogar minimal häufiger an, in den letzten 3 Monaten gestürzt zu sein (16,8% vs. 15%). Männer stürzen vor allem signifikant häufiger als Frauen bei bestehenden Mobilitätseinschränkungen (Stürze von Männern und Frauen bei kleinem Bewegungsradius: 75% vs. 16,7%). Allerdings zeigt sich ein etwas höheres Verletzungsrisiko für Frauen bei Stürzen: Während 58,6% der gestürzten Männer von Verletzungen berichten, sind es bei den Frauen 66,7%. Hingegen waren Männer häufiger von schweren Verletzungen wie Knochenbrüchen betroffen (20,7% vs. 11,1%). Dies dürfte nicht zuletzt auf die höhere Sturzneigung von Männern bei bereits niedriger Mobilität zurückzuführen sein.

Mind. 1 Sturz in den letzten 3 Monaten bei geringem Bewegungsradius	29,2%
Mind. 1 Sturz in den letzten 3 Monaten bei hohem Bewegungsradius	7,6%

Tabelle 11: Bewegungsradius und Sturzneigung

[21] Durch die Ausschaltung von Stürzen mit schweren Verletzungen soll vermieden werden, dass hier Einschränkungen in der Mobilität berücksichtigt werden, die unmittelbare Folgen eines kürzlich erfolgten Sturzes sein könnten. Der Zusammenhang zwischen Sturz und Mobilität wäre in diesen Fällen womöglich ein umgekehrter als jener, der an dieser Stelle von Interesse ist.

1.2.6 Kognitive Funktionen

In einem engen Zusammenhang mit der allgemeinen Funktionalität und der Selbsthilfefähigkeit im hohen Alter stehen kognitive Kapazitäten. Ähnlich wie physische Fähigkeiten und Funktionen (z.B. Mobilität, sensorische Fähigkeiten etc.) nehmen auch kognitive Funktionen mit zunehmendem Alter ab, wobei Einschränkungen kognitiver Natur häufig mit allgemeinen funktionalen Einschränkungen einhergehen bzw. deren Zunahme begünstigen (Infurna et al. 2011). Ebenso steigt im Alter das Risiko demenzieller Erkrankungen wie z.B. Alzheimer (Marksteiner 2008). Eine ganze Reihe von Alters- und Hochaltrigenstudien widmet sich vor diesem Hintergrund bevorzugt der Untersuchung von Prävalenz und Risikofaktoren von Demenz wie auch der Präventionsforschung im Bereich demenzieller Erkrankungen (siehe z. B. Fischer et al. 2002; Luck et al. 2010; Fratiglioni et al. 2007). Laut den Ergebnissen der bekanntesten österreichischen Studie zum Thema Demenz, der VITA-Studie, gibt es sogar wesentlich mehr neurodegenerative Krankheiten, die für die Entwicklung einer Demenz im Alter verantwortlich sind, als bisher angenommen (Kovacs et al. 2013). Mit der fortschreitenden Veränderung der gesellschaftlichen Altersstruktur und dem zunehmenden Auftreten von Hochaltrigkeit in der Bevölkerung wird die Problematik demenzieller Erkrankungen in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen.
Aufgrund der besonderen Relevanz im Zusammenhang mit Hochaltrigkeit und im Interesse einer möglichst umfassenden Gesundheits- und Funktionalitätseinschätzung war daher im Rahmen der ÖIHS auch die Untersuchung der kognitiven Funktionen der Teilnehmer/innen vorgesehen. Zum Einsatz kam dabei mit dem sogenannten **Drei-Wörter-Uhrentest** (Strotzka et al. 2003) ein möglichst kurzes und kompaktes Screeningverfahren, das einerseits die Belastung für die Teilnehmer/innen so niedrig wie möglich hält, andererseits aber zumindest einige grundsätzliche und dabei auch verlässliche Aussagen über die kognitiven Kapazitäten der Teilnehmer/innen erlaubt. Dieser Test zeichnet sich durch eine doppelte Aufgabenstellung aus: Zum einen sollten sich die Teilnehmer/innen drei Begriffe (Ball – Fahne – Baum) merken 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 soll Aufschluss über den kognitiven Status der Teilnehmer/innen und über potentiell bestehende bzw. beginnende Demenzerkrankungen geben.
Die Auswertung der kognitiven Tests ergibt ein ausgesprochen auffälliges Bild: Mehr als zwei Drittel der Teilnehmer/innen (70,1%) haben zumindest einen der drei zu memo-

rierenden Begriffe vergessen. Alle drei Begriffe konnten lediglich von 29,9% erinnert und wiedergegeben werden.
Ähnlich auffällige Werte bringt die Auswertung der gezeichneten Ziffernblätter: Nur 39,8% der Teilnehmer/innen waren in der Lage, das Ziffernblatt mit der richtigen Uhrzeit so zu zeichnen, dass es als richtig gewertet werden konnte.[22]

Abbildung 13: Kognitive Tests

Betrachtet man den kognitiven Test in seiner Gesamtheit (d.h. Merktest und Uhrentest zusammen), fällt das Ergebnis noch eindeutiger aus: Lediglich 15,5% der Teilnehmer/innen haben den gesamten Test fehlerfrei absolviert. Bei 31,8% gab es zumindest leichte Auffälligkeiten (z.B. leichte Fehler beim Uhrentest oder nicht alle Begriffe erinnert). Bei 52,7% mussten die Tests als auffällig oder sogar sehr auffällig qualifiziert werden, d.h. hier gab es sowohl eklatante Defizite beim Uhrentest als auch beim Merktest. In diesen Fällen besteht bereits ein erheblicher Demenzverdacht.

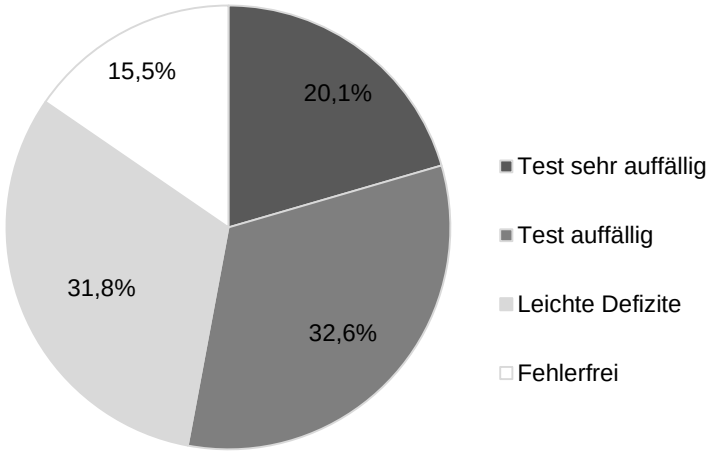


Abbildung 14: Gesamtergebnis Drei-Wörter-Uhrentest

Die Ergebnisse des kognitiven Tests lassen auf **relativ weit in der Studienpopulation verbreitete, zumindest beginnende kognitive Einschränkungen** schließen. In ihrer Deutlichkeit stehen die Ergebnisse in Kontrast zu den weitgehend recht guten allgemeinen Gesundheitswerten. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich – wenig überraschend –, dass der allgemeine Gesundheitszustand mit den kognitiven Kapazitäten korreliert: Wer

[22] Korrekt gezeichnet war ein Ziffernblatt dann, wenn alle Ziffern an der richtigen Stelle im Ziffernblatt platziert waren, wenn die eingezeichneten Uhrzeiger die korrekte Zeit anzeigten und wenn auch das Verhältnis von Stunden- und Minutenzeiger einigermaßen stimmig (d.h. längerer Minutenzeiger, kürzerer Stundenzeiger) dargestellt war. 60,2% der Uhrenziffernblätter waren in dieser Hinsicht mit leichten oder auch schweren Fehlern behaftet. Etwas weniger als die Hälfte davon waren als schwere Fehler einzustufen. Als leichter Fehler wurde z.B. gewertet, wenn die Ziffern nicht oder nicht vollständig eingetragen waren oder wenn die Uhrzeiger nicht genau die korrekte Zeit anzeigten. Schwere Fehler lagen vor, wenn z.B. gar keine Zeiger vorhanden waren oder – wie es ebenfalls gelegentlich vorkam – nicht einmal das Ziffernblatt an sich einigermaßen vollständig gezeichnet werden konnte.

sich tendenziell in einem schlechteren Allgemeinzustand befindet, schneidet auch schlechter ab bei den kognitiven Tests. Insbesondere besteht auch ein Zusammenhang zwischen kognitiven Funktionen und der Selbsthilfefähigkeit im Hinblick auf alltägliche Verrichtungen (ADL). Hier bestätigt sich also, dass kognitive Einschränkungen in der Regel auch mit Einschränkungen in der allgemeinen Funktionalität einhergehen.
Besonders auffällig sind daher auch die Resultate aus den kognitiven Tests in Pflegeheimen: Hier war niemand in der Lage, den Drei-Wörter-Uhrentest erfolgreich zu bewältigen. 90,7% der Tests waren als auffällig oder sehr auffällig einzustufen (Demenzverdacht). Lediglich 6,1% der Teilnehmer/innen waren in der Lage, eine fehlerfreie Uhr zu zeichnen, und nur 14% konnten alle drei abgefragten Begriffe erinnern.

Auf der anderen Seite weist aber auch eine ganze Reihe von Teilnehmer/innen, den Testergebnissen zufolge, kognitive Defizite auf, die sich ansonsten in einem relativ guten Gesundheitszustand befinden und auch mit Blick auf Mobilität und Selbsthilfefähigkeit hohe Werte erzielen. Zwar sind es bei diesen Personen überwiegend leichtere Defizite und sind stark auffällige kognitive Tests hier eher die Ausnahme. Trotzdem bleibt zu konstatieren, dass zumindest leichte kognitive Defizite offenbar auch bei jenen Teilnehmer/innen mit besserem Allgemeinzustand relativ weit verbreitet sind. Hier wäre in einer längsschnittlichen Perspektive die weitere Entwicklung zu beobachten, d.h. ob sich die kognitiven Kapazitäten jener Personen im zeitlichen Verlauf weiter verschlechtern, vor allem aber auch, wie sich ihre Funktionalität insgesamt entwickelt und ob sich, begünstigt durch Einschränkungen in den kognitiven Kapazitäten, eine Abnahme funktioneller Fähigkeiten einstellt.
Eine nach Alter stratifizierte Auswertung der Testergebnisse deutet jedenfalls auf eine solche Verschlechterung der kognitiven Funktionen mit fortschreitendem Alter hin: Haben von den untersuchten 80-Jährigen immerhin noch 23,7% den Drei-Wörter-Uhrentest positiv absolviert, waren es bei den 85-Jährigen nur noch 11,1%. 66,6% der Tests mussten hier als auffällig oder sehr auffällig eingestuft werden, bei den 80-Jährigen waren es 40,6%. Es zeichnet sich demzufolge ein signifikanter Abbau bei den kognitiven Kapazitäten im Alter zwischen 80 und 85 ab.

Mit Blick auf **geschlechtsspezifische Unterschiede** ergibt sich ein sehr differenziertes Bild: Männer waren tendenziell etwas besser beim Uhrentest, Frauen hingegen beim Merktest. Unter den von Männern gezeichneten Ziffernblättern konnten 44,8% als richtig eingestuft werden, bei den Frauen waren es 35,9%. Insbesondere machten Frauen mehr schwere Fehler beim Uhrentest als Männer (33,5% vs. 21,5%). Umgekehrt stellt es sich beim Merktest dar: Hier waren 34,1% der Frauen in der Lage, alle drei Begriffe zu erinnern, jedoch nur 24,4% der Männer. Betrachtet man Uhrentest und Merktest zusammen, wird das Ergebnis noch etwas differenzierter, mit leichten Nachteilen für Frauen: Einerseits bestehen Frauen häufiger den kompletten Test fehlerfrei als Männer (18,4% vs. 11,7%), andererseits sind die Tests von Frauen aber auch häufiger von schweren Auffälligkeiten geprägt (55,4% vs. 49,4%).

Abbildung 15: Kognitive Tests nach Geschlecht

Im Wesentlichen kann also festgestellt werden, dass Frauen und Männer gleichermaßen von kognitiven Einschränkungen betroffen sind, Frauen tendenziell etwas stärker und mit etwas schwerwiegenderen Ausprägungen als Männer. Größere Unterschiede ergeben sich eher mit Blick auf unterschiedliche Domänen, in welchen jeweils Defizite bestehen.

1.2.7 Unterstützungs- und Pflegebedürftigkeit

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

So geben lediglich 30% der Teilnehmer/innen in Privathaushalten[23] an, im Alltag aufgrund ihres Alters oder aufgrund ihres Gesundheitszustandes auf Unterstützung ange-

[23] Hier sind sowohl zuhause lebende als auch in Seniorenwohnheimen und anderen betreuten Wohneinrichtungen lebende Personen berücksichtigt. Nicht berücksichtigt sind Heimbewohner/innen. Pflegebedürftigkeit ist eine notwendige Voraussetzung für einen Heimaufenthalt und wurde dort daher auch nicht

wiesen zu sein. Davon entfällt das meiste (91,1%) auf Hilfe im Haushalt. 46,7% geben an, auf Betreuung bzw. Begleitung angewiesen zu sein. Und 29,3% der Unterstützungsbedürftigen sind auch auf pflegebezogene Hilfe angewiesen. Hochgerechnet auf alle Privathaushalte in der Stichprobe ergibt sich daraus ein Anteil an Pflegebedürftigkeit von lediglich 8,8%. Ein großer Teil der zu Hause lebenden Hochaltrigen kommt also noch weitestgehend ohne Pflege aus.
Die relativ geringe Pflegebedürftigkeit in der Stichprobe zeigt sich auch an der Verteilung der Pflegestufen unter den Unterstützungsbedürftigen: 60,9% der Unterstützungsbedürftigen geben an, Pflegegeld zu beziehen. Fast zwei Drittel von ihnen sind auf Pflegestufe 1 oder 2 eingestuft (30,9% bzw. 33,8%). Lediglich 4,4% haben eine Pflegestufe von höher als 4. In Pflegeheimen sieht diese Verteilung selbstverständlich anders aus (siehe dazu Kapitel 3.3).

Über konkrete Unterstützungs- und Pflegeleistungen sowie deren Inanspruchnahme gibt ausführlich das Kapitel 3 (Pflege und Betreuung) Auskunft.

1.2.8 Frailty

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

Zur Bestimmung der Prävalenz der Frailty in der Studienpopulation wurde eine Reihe von gesundheits- und funktionalitätsbezogenen Variablen erhoben und im Rahmen der Auswertung statistisch zusammengefasst. Auf diese Weise können die Teilnehmer/innen nach ihrem Gesundheitszustand und nach Graden der Funktionsfähigkeit

gezielt abgefragt. Bei einer Berücksichtigung von Heimbewohner/innen würde sich der Anteil auf Unterstützung angewiesener Personen in der Stichprobe von 30% auf 42,7% erhöhen. Sinnvoll ist das jedoch deshalb nicht, da Heimbewohner/innen in der Stichprobe überrepräsentiert sind und die Zahlen dementsprechend nach oben verzerrt würden.

und Selbsthilfefähigkeit differenziert werden, wobei hierfür vier Gruppen gebildet wurden: „rüstig“ (keine nennenswerten Funktionseinschränkungen), „fit“ (höchstens leichte Einschränkungen ohne Auswirkungen auf die Selbsthilfefähigkeit), „pre-frail“ (relativ fortgeschrittene Funktionsverluste) und „frail“ (starke Funktionsverluste mit stark eingeschränkter Selbsthilfefähigkeit).
Folgende Variablen wurden zur Bestimmung von Frailty berücksichtigt: sensorische Fähigkeiten (Sehen/Hören), Beweglichkeit der Arme, Gangtest, Sturz, Harninkontinenz, Stuhlinkontinenz, Ernährungsstatus, kognitiver Status, ADL/IADL (Anziehen, Stiegen steigen, Einkaufen), Depression, Medikamente (Polypharmazie), Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte, Schmerz, Unterstützungs-/Pflegebedarf.[24]

Frailty

9,3% der Teilnehmer/innen können entlang der hier vorgenommenen Kategorisierung als frail eingestuft werden. Von Frailty betroffene Personen sind in hohem Maße multimorbide, d.h. sie leiden häufig an mehreren chronischen Krankheiten gleichzeitig. Insbesondere sind sie häufig auch von Inkontinenz betroffen: 81,6% von ihnen leiden an einer Harninkontinenz, 21,1% haben eine Stuhlinkontinenz.

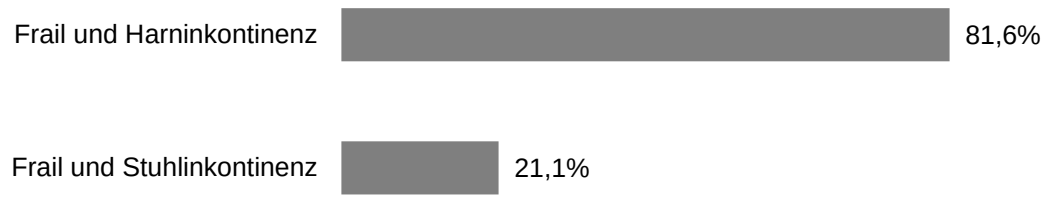


Abbildung 16: Frailty und Inkontinenz

Weiters sind sie stark in ihrer Mobilität eingeschränkt: Nur etwas mehr als die Hälfte von ihnen (57,9%) hat den durchgeführten Gangtest bewältigt, davon wiederum nur 38,1% in einer Geschwindigkeit, die von den Interviewer/innen als „normal“ qualifiziert werden konnte. 73,7% benötigen zur Fortbewegung einen Stock oder eine andere Gehhilfe, 42,1% sind regelmäßig (auch) auf einen Rollstuhl angewiesen. 34,2% sind darüber hinaus massiv in der Bewegungsfreiheit ihrer Arme eingeschränkt. Alle diese Mobilitätseinschränkungen gehen einher mit einer beträchtlichen Verminderung der Selbsthilfefähigkeit im Hinblick auf alltägliche Verrichtungen: Zwar geben immerhin noch 71,1% der Personen mit Frailty an, sich noch selbst anziehen zu können. Ohne Hilfe eine Stiege steigen können allerdings nur noch 39,5%, Einkäufe selbst erledigen (laut Selbstauskunft) nur noch 18,4%. Auch weisen sie bereits starke Defizite in ihren kognitiven Funk-

[24] Die hier konstruierte Frailty-Skala ist angelehnt, aber durchaus nicht identisch mit einer Reihe verschiedener internationaler Indizes zum funktionalen Status alter Menschen, insbesondere dem renommierten Frailty Index nach Rockwood (Searle et al. 2008). Sie ist daher auch in ihren Ergebnissen nicht unmittelbar damit vergleichbar. Für die Einschätzung der Frailty im Rahmen der ÖIHS wurden die wesentlichsten der im Umfang der Studie enthaltenen und oben genannten gesundheits- und funktionalitätsbezogenen Variablen (Mobilität, kognitiver Status, ADLs, Medikamente, Depression etc.) zusammengefasst. Auf diese Weise entstand eine Skala mit insgesamt 19 Punkten, wobei sich je nach zutreffendem Wert bei den einzelnen Variablen ein niedrigerer (eher guter funktionaler Status) oder ein höherer Score (eher schlechter funktionaler Status) ergibt. 0-2 Punkte bedeuten einen sehr guten Zustand im Sinne hoher Funktionalität ohne nennenswerte Einschränkungen („rüstig“). Im Bereich von 3-5 Punkten ist der funktionale Status immer noch als vergleichsweise gut einzuschätzen („fit“). Zwischen 6 und 9 Punkten sind bereits einige Einschränkunegn gegeben und ist der körperliche Zustand schon einigermaßen labil („pre-frail“). Ab 10 Punkten kann bereits von einem relativ schlechten funktionalen Zustand gesprochen werden bis hin zur „Gebrechlichkeit“ („frail“).

tionen auf: So war niemand von ihnen in der Lage, den durchgeführten kognitiven Test positiv zu absolvieren. Der hochgradig labile Allgemeinzustand dieser Personen spiegelt sich überdies in einer hohen Hospitalisierungsrate: 52,6% der Betroffenen geben an, innerhalb der letzten 3 Monate zumindest einmal stationär in einem Krankenhaus gewesen zu sein.

Pre-frail im Vergleich zu frail

Weitere 36,3% in der Stichprobe sind als pre-frail einzustufen. Diese Personen sind ebenfalls bereits von recht beträchtlichen Einschränkungen in ihren physischen und kognitiven Funktionen betroffen, allerdings in einem weitaus geringeren Ausmaß als Personen mit ausgeprägter Frailty. Im direkten Vergleich zeigt sich daher, mit welch gravierendem Abbau funktionaler Natur die Frailty verbunden ist. So sind etwa Teilnehmer/innen im Stadium der Pre-Frailty ebenfalls in einem durchaus hohen Maße multimorbide. Jedoch sind sie im Durchschnitt von wesentlich weniger chronischen Krankheiten betroffen als Teilnehmer/innen mit ausgeprägter Frailty. Dies lässt sich auch an unterschiedlichen Medikationsraten ablesen: Während 42,4% der Personen mit Frailty regelmäßig mehr als 10 ärztlich verordnete Medikamente einnehmen, sind es im Bereich der Pre-Frailty „nur“ 19,3%.

Abbildung 17: Frailty und Medikamenteneinnahme

Insbesondere sind Personen im Stadium der Pre-Frailty noch nicht so häufig von Inkontinenz betroffen: Zwar leidet auch hier mit 47% fast die Hälfte von ihnen unter einer Harninkontinenz. Im Vergleich zu Personen mit Frailty (81,6%) ist die Harninkontinenz-Rate allerdings fast nur halb so hoch. Auch sind sie von nicht ganz so starken Ausprägungen der Inkontinenz betroffen: Verlieren 46,2% von ihnen jeweils mehr als nur Tropfen, sind es bei Frailty 64%.
Auch kommt Stuhlinkontinenz im Stadium der Pre-Frailty seltener vor (5,4% vs. 21,1%). Der Vergleich zeigt, dass ausgeprägte Inkontinenz in besonderem Maße ein Phänomen der Frailty darstellt. Erhebliche Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen ergeben sich besonders auch mit Blick auf die Selbsthilfefähigkeit im Alltag: Während im Stadium der Pre-Frailty immerhin noch 79,1% der Betroffenen ohne Hilfe eine Stiege steigen können, sind bei Frailty nur noch 39,5% dazu in der Lage. Auch einkaufen gehen (59,7% vs. 18,4%) oder sich ankleiden (85,2% vs. 71,1%) können hier, im Vergleich zu Personen mit Frailty, relativ viele Personen noch selbst.
Die kognitiven Funktionen sind in dieser Gruppe – wie die Ergebnisse des kognitiven Tests im ÖIHS-Sample generell – zwar auch auffällig eingeschränkt, jedoch trotzdem deutlich besser als bei Personen mit Frailty: Während von diesen niemand den kognitiven Test bestanden hat, sind es bei Pre-Frailty zumindest 10,3%, die den Test positiv absolviert haben. Weitere 23% konnten den Test zumindest mit leichten Fehlern bewältigen, bei ausgeprägter Frailty waren es auch hier lediglich 7,1%. Der Unterschied zwischen Frailty und Pre-Frailty ist also vor diesem Hintergrund recht deutlich.

Pre-frail im Vergleich zu „rüstig“

Zugleich erweisen sich aber auch die funktionalen Kapazitäten von Personen im Stadium der Pre-Frailty nochmals als ungleich niedriger und eingeschränkter, wenn man diese mit dem gesundheitlichen und funktionalen Status von vergleichsweise fitten und gesunden Hochaltrigen vergleicht. So besteht etwa bei Pre-Frailty ein wesentlich größeres Ausmaß an Multimorbidität als in der Gruppe der „Rüstigen“. Von diesen geben 21,4% an, an überhaupt keiner chronischen Krankheit zu leiden, bei Pre-Frailty sind dies nur noch 4%.

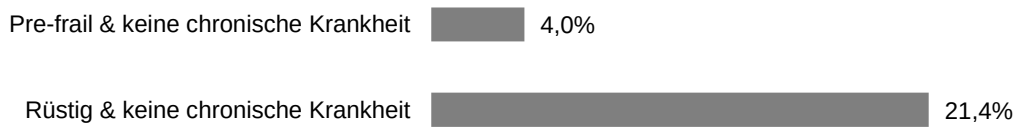


Abbildung 18: Pre-Frailty und chronische Krankheiten

Dementsprechend gibt es eklatante Unterschiede beim Medikamentenkonsum: Nimmt etwa die Hälfte der besonders rüstigen Hochaltrigen (50,9%) höchstens zwei vom Arzt verordnete Medikamente regelmäßig ein (10,9% nehmen sogar überhaupt keine Medikamente), sind dies im Stadium der Pre-Frailty nur noch 8,1%. Die überwiegende Mehrheit (68,9%) bekommt sogar mehr als fünf Medikamente gleichzeitig verordnet, bei 19,3% sind es mehr als zehn. Inkontinenz tritt bei den „Rüstigen“ fast gar nicht auf: Lediglich 3,6% geben an, an einer Harninkontinenz zu leiden. Dabei handelt sich ausschließlich um leichtere Ausprägungen der Inkontinenz (nur Tropfen). Eine Stuhlinkontinenz kommt in dieser Gruppe überhaupt nicht vor. Im Vergleich dazu sind Personen mit Pre-Frailty mit 47% (Harninkontinenz) und 5,4% (Stuhlinkontinenz) bereits überaus stark von Inkontinenz betroffen. Auch kognitive Funktionen sind bei den „Rüstigen“ noch ungleich intakter als bei Personen mit Pre-Frailty. Zwar haben auch von diesen weniger als die Hälfte (45,3%) den kognitiven Test fehlerfrei bestanden, was allgemein auf sehr weit verbreitete (zumindest leichte) kognitive Einschränkungen im hohen Alter schließen lässt. Aber immerhin konnten weitere 41,5% den Test mit lediglich leichten Fehlern absolvieren, d.h. 86,8% haben beim kognitiven Test höchstens leichte Fehler gemacht. Bei Pre-Frailty war dies nur noch bei 33,3% der Fall, fehlerfrei haben den Test überhaupt nur 10,3% bestanden. Die hier konstatierten Unterschiede in den funktionalen Kapazitäten schlagen sich schließlich auch in den Werten zur Selbsthilfefähigkeit (Activities of Daily Living) nieder: Während alle aus der Gruppe der „Rüstigen“ angeben, ohne Hilfe eine Stiege steigen und auch noch selbst ihre Einkäufe erledigen zu können, sind dies bei Pre-Frailty nur noch 79,1% bzw. 59,7%. Fast alle der besonders rüstigen Hochaltrigen (98,8%) geben auch an, sich ohne Unterstützung vollständig ankleiden zu können, bei Pre-Frailty sind dies mit 85,2% ebenfalls deutlich weniger.

	Rüstig	**Pre-frail**
Kann mich ohne Unterstützung vollständig ankleiden	98,8%	85,2%
Kann ohne Hilfe Stiege steigen	100%	79,1%
Kann meine Einkäufe selbst erledigen	100%	59,7%

Tabelle 12: Activities of Daily Living (rüstig – pre-frail)

Die hier dargestellten Ergebnisse vermögen durchaus den multidimensionalen Charakter der Frailty als eines geriatrischen Syndroms zu verdeutlichen. Sie ist gekennzeichnet durch einen umfassenden Verlust physischer, psychischer und sozialer Funktionen. Multimorbidität ebenso wie gravierende Mobilitätseinschränkungen und kognitive Defizite führen zu massiven Einschränkungen in der Autonomie und der Selbsthilfefähigkeit der Betroffenen und in weiterer Folge zu Pflegebedürftigkeit. Der Vergleich zwischen den verschiedenen, entlang des Gesundheitszustandes und des funktionalen Status definierten Personengruppen zeigt dabei auch sehr deutlich den progredienten Verlauf der Frailty: So sind etwa Personen, die mit Blick auf ihren gesundheitlichen Allgemeinzustand als „pre-frail" definiert wurden, von ungleich geringeren Einschränkungen in der Bewältigung ihres Alltages betroffen als Personen mit ausgeprägter Frailty. Viele von ihnen können zumindest großteils ein noch einigermaßen selbstbestimmtes Leben führen, ohne dabei auf Pflege im engeren Sinne angewiesen zu sein. Gleichwohl sind funktionale Einschränkungen und Defizite im Stadium der Pre-Frailty bereits alles andere als unerheblich. Besonders im Vergleich zu den besonders rüstigen Hochaltrigen in der Stichprobe erweisen sich die gesundheitlichen Einschränkungen bei Pre-Frailty als durchaus einschneidend und die individuelle Autonomie und Selbstbestimmung zunehmend bedrohend. Hochaltrige mit demgegenüber vergleichsweise gutem Gesundheitszustand, die in unserer Stichprobe knapp aber doch die Mehrheit darstellen, sind in der Regel von keinen nennenswerten funktionalen Einschränkungen betroffen.

Frailty und Geschlecht

Wie die Ergebnisse ebenfalls zeigen, ist Frailty – wie bereits auch in der Darstellung des allgemeinen Gesundheitszustandes in der Stichprobe angesprochen (siehe oben Kapitel 1) sehr ungleich verteilt, d.h. es lassen sich Faktoren feststellen, die die Ausbildung einer Frailty offenbar begünstigen.

So sind etwa Frauen in unserer Stichprobe stärker von Frailty betroffen als Männer. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied zeigt sich dabei zunächst noch nicht so stark bei ausgeprägten Formen der Frailty – hier liegen Frauen und Männer mit 9,7% bzw. 8,7% nahezu gleichauf. Im Bereich der Pre-Frailty finden sich allerdings bereits deutlich mehr Frauen als Männer (43% vs. 27,2%). 64,2% der Männer weisen noch einen vergleichsweise guten Gesundheitszustand auf („fit" bzw. „rüstig"). Bei den Frauen hingegen sind es nur 47,2%.

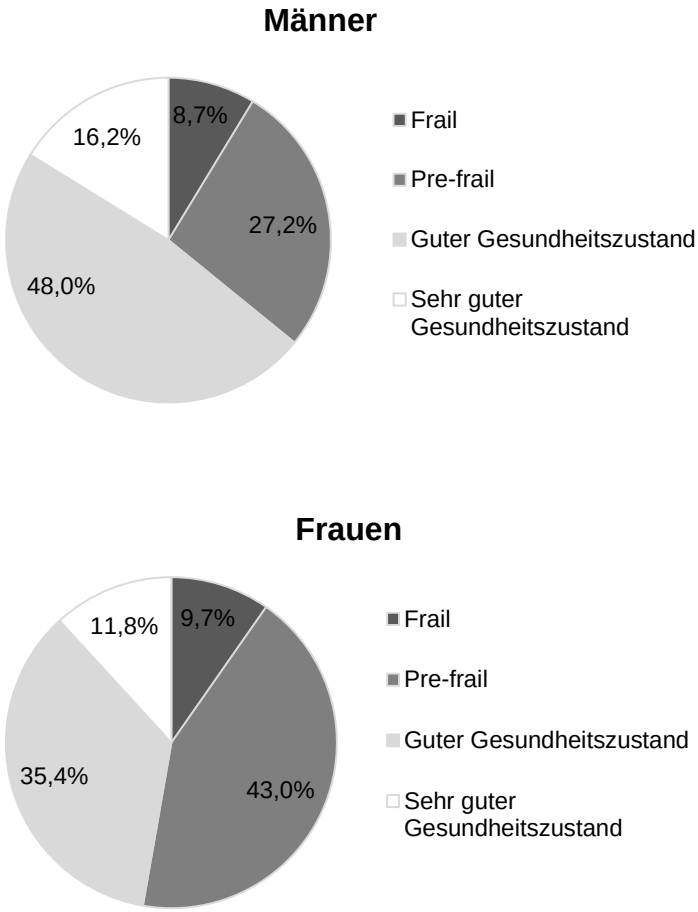


Abbildung 19: Frailty nach Geschlecht

Frailty im Verhältnis zu sozioökonomischem Status und Lebensalter

Ein deutlicher Zusammenhang lässt sich zwischen Frailty und sozioökonomischem Status feststellen. Liegt bei Personen mit niedrigem Sozialstatus (d.h. niedrige Bildung und niedriges Einkommen) zu 20,7% eine Frailty vor, sind es bei Personen mit höherem Sozialstatus nur 4%. 23,2% der sozial gut Situierten fallen gar in die Gruppe der „rüstigen" Studienteilnehmer/innen. Bei niedrigem Sozialstatus ist das hingegen nur bei 3,4% der Fall.

Grundsätzlich lässt sich auch ein Zusammenhang zwischen Frailty und Alter feststellen, obwohl die ÖIHS als Studienpopulation die Kohorte der 80- bis 85-Jährigen definiert hat und der maximale Altersunterschied zwischen den Teilnehmer/innen daher nicht mehr als 5 Jahre beträgt. So weisen immer noch 66,1% der 80-Jährigen in der Stichprobe einen vergleichsweise guten oder sogar sehr guten Gesundheitszustand auf. Bei den 85-Jährigen sind dies nur noch 42,2%. Dementsprechend sind dort gesundheitliche und funktionale Einschränkungen (Pre-Frailty und Frailty) mit 57,8% wesentlich stärker verbreitet als bei den fünf Jahre jüngeren 80-Jährigen (33,9%).

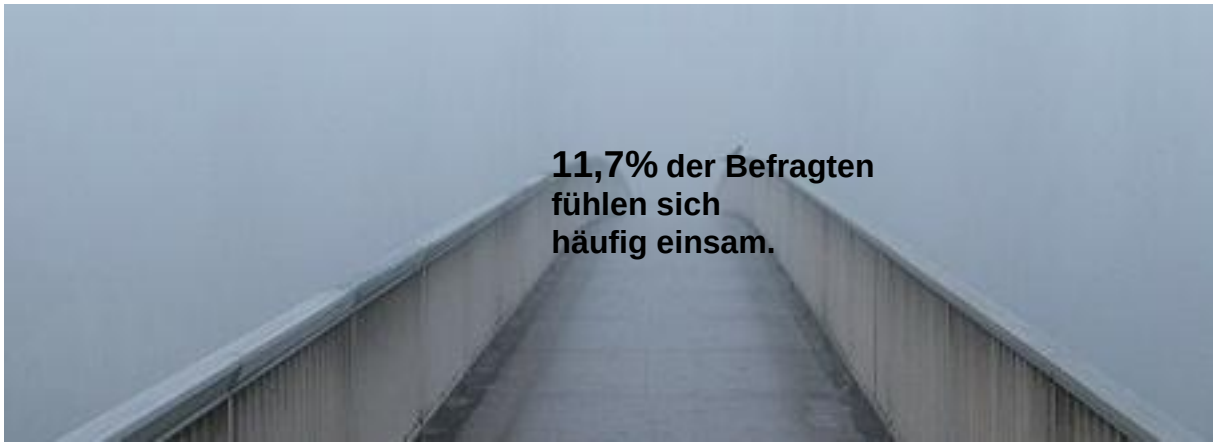
Im großen und ganzen kann also gesagt werden, dass sich der gesundheitliche und körperliche Allgemeinzustand offenbar bei einigen Menschen besonders zwischen 80 und 85 merkbar verschlechtert. Insofern bestätigt sich die der Definition der Studienpopulation zugrunde liegende Annahme, dass dies ein Altersbereich ist, in dem der Alterungsprozess in eine entscheidende Phase eintritt – in dem also einige Personen ihren guten körperlichen und geistigen Zustand zu erhalten vermögen, während bei anderen ein

körperlicher und geistiger Abbauprozess einsetzt bzw. sich merkbar beschleunigt. Nicht zufällig fällt das durchschnittliche Heimeintrittsalter in diesen Zeitraum.
Die Analyse der erhobenen Frailty-Werte zeigt aber auch, dass sich zwischen 80 und 85 nicht unbedingt eine wesentlich höhere „Gebrechlichkeit" und damit Pflegebedürftigkeit einstellen *muss*. Die Wahrscheinlichkeit dafür erhöht sich jedoch, und dies bei bestimmten Personengruppen stärker als bei anderen. Bestimmte Faktoren – insbesondere Geschlecht und sozioökonomischer Status – begünstigen den altersbedingten physischen und kognitiven Abbauprozess, der letztlich in die Frailty mündet. Ein umfassendes Verständnis der Frailty bedarf daher einer besonderen Berücksichtigung solcher Einflussfaktoren (siehe Kapitel 4.1 und 4.2).

1.3 Psychische Gesundheit

Bislang wurde im vorliegenden Bericht hauptsächlich der körperliche Zustand und die funktionale Gesundheit hochaltriger Menschen behandelt. Die psychische Gesundheit wurde dabei eher mittelbar gestreift über die Untersuchung kognitiver Beeinträchtigungen, im Hinblick auf die Einschätzung der Prävalenz (beginnender) demenzieller Erkrankungen. Diese interessierten vor allem unter funktionellen Gesichtspunkten, d.h. inwieweit die kognitiven Funktionen der Teilnehmer/innen noch intakt sind und wie sich Einschränkungen kognitiver Natur auf die allgemeine Funktionalität auswirken. Im Folgenden soll nun der psychischen Gesundheit in einem engeren Sinne nachgegangen und das seelische Befinden der Teilnehmer/innen näher betrachtet werden. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf zwei Phänomenen bzw. unterschiedlichen Bereichen des seelischen Befindens, die sehr häufig mit dem hohen Alter in Verbindung gebracht werden: nämlich Einsamkeit und Depression.

1.3.1 Einsamkeit



Einsamkeit ist ein sehr stark mit dem hohen Alter konnotiertes Phänomen. Die Annahme, dass Alter tendenziell mit Einsamkeit einhergeht, ist gleichsam wesentlicher Bestandteil vorherrschender gesellschaftlicher Altersbilder. Sie speist sich überwiegend aus der Tatsache, dass Menschen mit zunehmendem Alter mit dem Tod von Angehörigen und Freunden konfrontiert sind, dass sozusagen ihr soziales Netz sukzessive erodiert und alte Menschen daher häufig allein sind. Hinzu kommen gesundheitliche Ein-

schränkungen oder sogar Pflegebedürftigkeit, die es oft unmöglich machen, soziale Kontakte außerhalb der eigenen vier Wände zu pflegen. Einsamkeit wird demnach als eine Folge von zunehmender sozialer Isolation im Alter gesehen.

Wissenschaftliche Untersuchungen zu diesem Thema kommen im Wesentlichen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen. So stellt etwa die Berliner Altersstudie fest, dass „alte Menschen sich um so einsamer fühlen, je älter sie sind" (Wagner et al. 2010: 339). Hier wird also ein recht klarer Zusammenhang zwischen Alter und Einsamkeit behauptet. Andere Studien hingegen scheinen eher das Gegenteil und zum Teil sogar eine Abnahme der Einsamkeit mit zunehmendem Alter zu belegen (vgl. Elbing 1991: 218ff.; Wenger et al. 1996). Die Forschungslage zu Einsamkeit im Alter ist also recht uneindeutig und ein Zusammenhang von höherem Alter und höherem Einsamkeitsrisiko bislang nicht restlos bestätigt.

Ähnlich differenziert fallen auch die Ergebnisse der ÖIHS aus. Die Teilnehmer/innen wurden gefragt, ob und wie häufig sie sich in den vergangenen zwei Wochen einsam gefühlt haben. Dabei geben 62,2% an, sich nie einsam gefühlt zu haben. Weitere 10,7% geben an, sich selten einsam gefühlt zu haben. Daraus ergibt sich zunächst ein relativ hoher Anteil an Personen, die von keinen oder jedenfalls keinen nennenswerten Einsamkeitsgefühlen berichten. Dem stehen 11,7% gegenüber, die angeben, sich oft oder sogar immer einsam gefühlt zu haben. Was also den weithin unterstellten Zusammenhang von Alter und Einsamkeit betrifft, so sind die Ergebnisse auf den ersten Blick ziemlich eindeutig, insofern sie zeigen, dass hohes Alter offenbar nicht notwendig mit Einsamkeit einhergeht. Auf der anderen Seite sind die Ergebnisse allerdings auch einigermaßen ambivalent, denn am Ende sind es dann doch fast 12%, die von starken Gefühlen der Einsamkeit betroffen sind – das ist immerhin fast jede/r Achte in der Stichprobe. Einsamkeit erweist sich damit als ein **Problem einer beträchtlichen und keinesfalls zu vernachlässigenden Minderheit**.

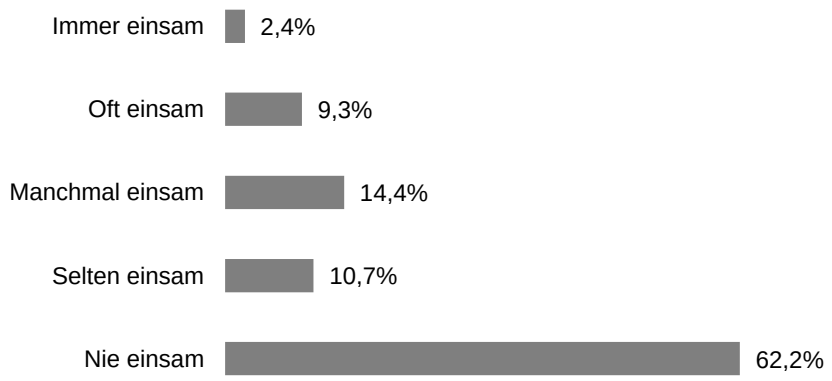


Abbildung 20: Einsamkeit

Ein besseres Verständnis von Einsamkeit im Alter und deren besonderen Risikofaktoren führt daher allein über die genauere Untersuchung dieser Minderheit und ihrer besonderen Merkmale. So zeigt sich beispielsweise, dass **Männer deutlich seltener** von Einsamkeitsgefühlen berichten als Frauen. Während 9,4% der Männer angeben, oft oder immer einsam zu sein, sind es 13,6% der Frauen. Vor allem aber sagen 81,1% der befragten Männer, dass sie sich selten oder nie einsam fühlen, hingegen sagen dies „nur" 68,2% der Frauen. Ein wesentlicher Grund für diesen geschlechtsspezifischen Unterschied dürfte freilich darin liegen, dass Frauen wesentlich häufiger verwitwet und daher

öfter alleinstehend sind als Männer (68,5% der Frauen im Sample sind verwitwet, hingegen nur 26,6% der Männer).
Eine große Rolle spielt auch die Wohnform, d.h. ob jemand in einem Privathaushalt oder im Pflegeheim lebt. Während sich von den zu Hause lebenden Personen nur 9,8% oft oder immer einsam fühlen, sind es im Pflegeheim 25,5%. Auffällig ist dabei jedoch, dass auch dort lediglich 2% angeben, sich immer einsam zu fühlen. Auch sagen immerhin 54,9% der Heimbewohner/innen, dass sie sich selten oder nie einsam fühlen. D.h. auch für das Pflegeheim gilt, dass Einsamkeit nicht notwendigerweise auftritt. Gleichwohl ist ein deutlicher Unterschied zu Privathaushalten festzustellen, wo mit 76,5% eine ungleich größere Abwesenheit von Einsamkeit konstatiert werden kann.

Einsamkeit und sozioökonomischer Status

Ebenfalls von Bedeutung ist der sozioökonomische Status, insbesondere das Bildungsniveau. Geben Personen mit Pflichtschulabschluss zu 63,2% an, sich selten oder nie einsam zu fühlen, sind es bei Personen mit einem Universitätsabschluss 82,7% (oft/immer: 13,3% vs. 8%). Auch bei Personen mit Matura findet sich Einsamkeit seltener als bei Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss (selten/nie: 76,3% bzw. oft/immer: 9,3%).

Abbildung 21: Einsamkeit (selten/nie) nach Bildungsniveau

Grundsätzlich zeigt sich aber auch beim sozioökonomischen Status – trotz der erörterten Unterschiede –, dass dieser für sich genommen das Auftreten bzw. das Risiko von Einsamkeit im Alter nicht hinreichend zu erklären vermag. Auch bei Personen mit niedriger Bildung berichtet die Mehrheit von keinen oder kaum Einsamkeitsgefühlen, d.h. ein niedriger sozioökonomischer Status allein führt noch nicht automatisch zu einer größeren Einsamkeit im Alter. Wesentlich herrühren dürften die hier dargestellten Unterschiede zwischen höherem und niedrigerem Sozialstatus davon, dass höhere Bildung tendenziell mit einem größeren sozialen Netz und entsprechend häufigeren Sozialkontakten verbunden sind (siehe Kapitel 2.1.7). Kinderlosigkeit oder der Tod der Gattin/des Gatten führen daher bei einem niedrigeren Sozialstatus mit einer höheren Wahrscheinlichkeit in die soziale Isolation als bei einem höheren (Wenger et al. 1996).

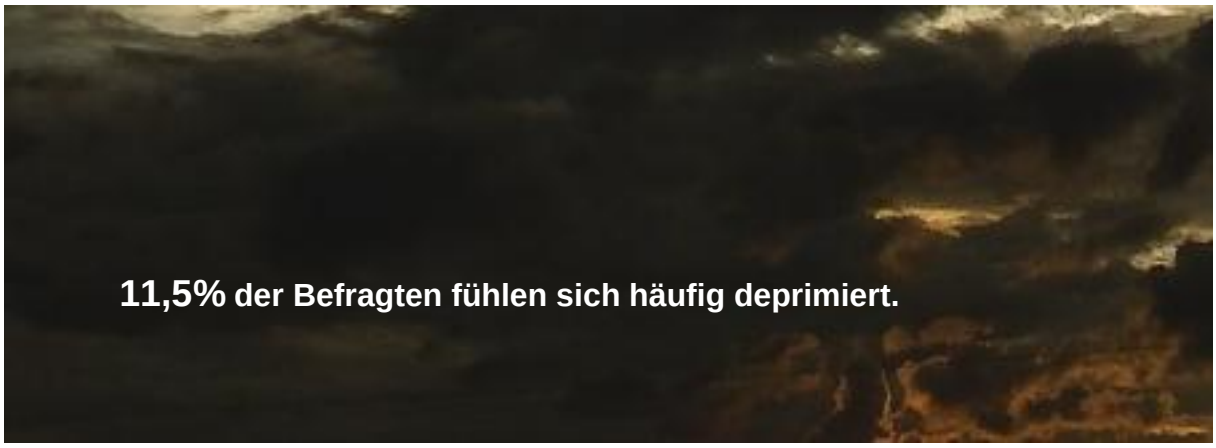
Einsamkeit und Gesundheitszustand

Abschließend sei die Einsamkeit noch mit Blick auf den allgemeinen Gesundheitszustand näher beleuchtet. Ein Zusammenhang zwischen Einsamkeit und Gesundheit kann insofern angenommen werden, als etwa Pflegebedürftigkeit aufgrund fortgeschrittener gesundheitsbedingter Funktionalitätseinschränkungen sich in der Regel negativ auf die Möglichkeiten regelmäßiger Sozialkontakte auswirkt. Auch hier kann ein deutlicher Zusammenhang nachgewiesen werden: Lediglich 1,8% der „rüstigen“ Teilnehmer/innen fühlen sich „oft“ einsam („immer“ einsam fühlt sich in diesem Segment der Rüstigen sogar überhaupt niemand). 94,6% geben an, sich selten oder nie einsam zu fühlen. Auf der anderen Seite, im Bereich der Frailty, berichten bereits 22,2% von erheblichen Einsamkeitsgefühlen. Aber auch hier gibt es immerhin 58,4%, die sagen, sie fühlen sich selten oder nie einsam, d.h. auch hier geht also eine eingeschränkte Gesundheit noch nicht au-

tomatisch mit höherer Einsamkeit einher und müssen weitere Faktoren hinzukommen, die Einsamkeit begünstigen.

Die hier erörterten Einzelbefunde zusammengenommen, lässt sich aber zumindest ein typischer Fall einer von Einsamkeitsgefühlen heimgesuchten hochaltrigen Person extrapolieren: Es ist die von erheblichen Funktionseinschränkungen betroffene, alleinstehende, allenfalls im Pflegeheim lebende, hochaltrige Frau mit niedrigem sozioökonomischem Status und dementsprechend niedrigem ökonomischem und sozialem Kapital. Für sie ist das Einsamkeitsrisiko im hohen Alter am größten.

1.3.2 Depression



Eine andere Beeinträchtigung im Bereich der psychischen Gesundheit, die ebenfalls häufig mit dem hohen Alter in Verbindung gebracht wird, ist die Depression. Hier wird angenommen, dass im hohen Lebensalter sich eine Reihe von einschneidenden Veränderungen ereignen, die das Risiko, depressive Symptome zu entwickeln, erhöhen – wie etwa der Verlust von Angehörigen, gesundheitliche Einschränkungen und Zunahme der Hilfs- bzw. Pflegebedürftigkeit sowie, oft damit einhergehend, der Umzug in ein Pflegeheim und infolgedessen der Verlust der vertrauten Umgebung (Püllen 2008).
Im Rahmen der ÖIHS wurden zwei einander ergänzende Wege beschritten, um die Prävalenz der Depression in der untersuchten Stichprobe zu ermitteln: Zum einen durch eine Erhebung der Depression im Zuge der Krankheitsanamnese (siehe Kapitel 1.1.1), zum anderen durch ein Set an Fragen zum seelischen Befinden der Teilnehmer/innen in den letzten 2 Wochen, das eine Reihe verschiedener Symptome der Depression beinhaltete: depressive Stimmung, Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Abgeschlagenheit, unruhiger Schlaf sowie Glücksgefühle und die Fähigkeit, das Leben zu genießen (bzw. das Fehlen derselben).

Wie bereits im Kapitel über chronische Krankheiten (Kapitel 1.1.1) dargestellt, ergibt sich aus der durchgeführten Anamnese eine Depressionsprävalenz von 12,7%. Hier ist natürlich zunächst einschränkend festzuhalten, dass die Anamnese in Form einer Eigenanamnese erfolgte, d.h. es wurde hauptsächlich auf Angaben der Teilnehmer/innen selbst zurückgegriffen. Bei der Depression handelt es sich bekanntlich um ein Krankheitsbild, über das in der Bevölkerung ein eher diffuses Wissen besteht, weshalb der Begriff der Depression tendenziell dazu neigt, im allgemeinen Sprachgebrauch recht inflationär verwendet zu werden. Insofern kann also nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass hinter der Angabe „Depression“ auch tatsächlich eine entspre-

chende, medizinisch definierte Diagnose steht. Unter Rückgriff auf erhobene Daten hinsichtlich Medikamentenverordnungen (siehe oben Kapitel 1.1.2), wonach 14,4% der Befragten regelmäßig Antidepressiva einnehmen, scheinen sich allerdings diese Angaben durchaus zu bestätigen.

Auch scheint es, zumindest der allgemeinen Häufigkeit nach, eine Übereinstimmung zwischen den Angaben zum Vorliegen einer Depression und jenen zum seelischen Befinden zu geben. So geben mit 11,5% ähnlich viele Teilnehmer/innen an, sich in den vergangenen 2 Wochen oft oder sogar immer deprimiert gefühlt zu haben, wie das Vorliegen einer Depression angegeben wird. Ähnlich verhält es sich mit der Traurigkeit (14,6%). 13,4% berichten von häufigen Gefühlen der Abgeschlagenheit, also dass alles, was man tut, anstrengend ist. 10,8% sagen, sie hätten oft oder immer das Gefühl gehabt, sich zu nichts aufraffen zu können. Etwas höher sind die Werte bei der Frage nach Schlafproblemen: Hier geben 25,6% an, oft oder immer in den letzten 2 Wochen unruhig geschlafen zu haben. Höhere Werte, in einem negativen Sinne, ergeben sich auch bei Fragen nach Gefühlen des Glücks und nach dem Genuss des Lebens: So sagen 22,4%, sie hätten sich in den letzten 2 Wochen selten oder nie glücklich gefühlt.[25] Auch auf die Frage, wie häufig sie in den letzten 2 Wochen das Leben genossen haben, sagen 19,8% der Befragten, dies sei selten oder nie der Fall gewesen.

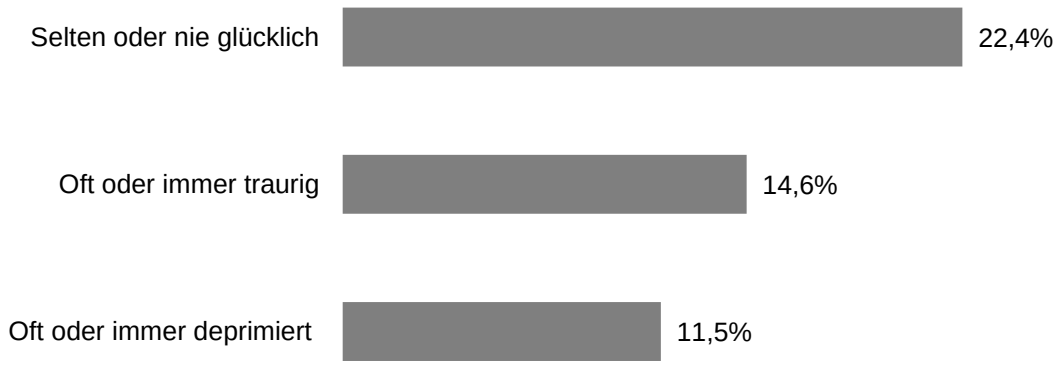


Abbildung 22: Stimmung in den letzten zwei Wochen

Die hier eingesetzten Untersuchungsmethoden erlauben selbstverständlich keine klinische Diagnose einer Depression im strengen, medizinischen Sinne – eine solche hätte durch eine wesentlich aufwändigere gerontopsychiatrische Exploration zu erfolgen. Die Zusammenschau sowohl der persönlichen Angaben zum Vorliegen einer Depression als auch der Ergebnisse zum seelischen Befinden ermöglichen aber zumindest – im Sinne eines einfachen Screening-Verfahrens – eine grobe Einschätzung der Häufigkeit und der Verteilung depressiver Symptome in der Stichprobe: Es ergibt sich daraus eine **Prävalenz in der Größenordnung von 12-15%**.

[25] Es erscheint hier der Hinweis angebracht, dass wir bei der Befragung zum seelischen Befinden in einigen Fällen auf eine durchaus interessante Ablehnung der Kategorie „Glück" gestoßen sind. Von den betreffenden Personen wurden stattdessen Begriffe wie „Zufriedenheit" bevorzugt. Diese Personen konnten also gewissermaßen zwar mit dem Begriff „Glück" nichts anfangen, würden sich aber durchaus als zufrieden bezeichnen. Der relativ hohe Prozentsatz an nicht-glücklichen Hochaltrigen dürfte zum Teil also auf eine Art Reserviertheit gegenüber dem Glücksbegriff selbst zurückzuführen sein.

Depression und Geschlecht

Frauen sind – wie schon bei der Einsamkeit und anderen gesundheitlichen Einschränkungen – stärker als Männer von depressiven Symptomen betroffen. Sagen lediglich 2,3% der Männer, dass sie sich oft deprimiert fühlen, sind es 17,4% der Frauen.[26] Auch fühlen sich Frauen häufiger traurig als Männer (18,7% vs. 9,5%), haben häufiger das Gefühl, sich zu nichts aufraffen zu können (12,5% vs. 8,7%) und dass alles anstrengend ist (18,7% vs. 6,5%) und sind seltener glücklich als Männer (58,8% der Männer geben an, sich oft oder immer glücklich zu fühlen, bei den Frauen sind es nur 47,5%). Grundsätzlich besteht auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen Einsamkeit und depressiven Symptomen – nicht zuletzt daher dürften die geschlechtsspezifischen Unterschiede rühren, da Frauen aufgrund von Verwitwung häufiger von sozialer Isolation und Einsamkeit betroffen sind als Männer.

Weitere Risikofaktoren

Auch Pflegeheim-Bewohner/innen zeigen ungleich häufiger depressive Symptome als in Privathaushalten lebende Personen: Sind es in Privathaushalten 6,7%, die von häufigen Depressionsgefühlen berichten, so sind es im Pflegeheim 38,4%. Deutlich weniger als in Pflegeheimen – zugleich aber auch wesentlich häufiger als in Privathaushalten – sind depressive Symptome in Seniorenwohnheimen und betreuten Wohneinrichtungen anzutreffen: Dort geben 17,9% an, sich oft deprimiert zu fühlen. Ähnlich verhält es sich mit anderen Gemütszuständen wie Traurigkeit („oft oder immer traurig" – Privathaushalt: 11,9%, Pflegeheim: 33,4%, Seniorenwohnheim: 14,3%) oder dem Empfinden von Glück („oft oder immer glücklich" – Privathaushalt: 56%, Pflegeheim: 31,4%, Seniorenwohnheim: 46,4%).

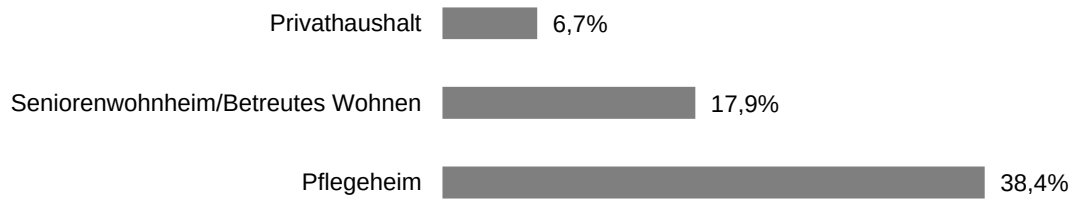


Abbildung 23: Depressive Symptome nach Wohnform

Als besonders deutlich erweist sich der Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und dem Gesundheitszustand: Geben 45,9% jener Personen mit starken gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen (Frailty) an, sich oft oder immer deprimiert zu fühlen, kommen Berichte von häufigen Depressionsgefühlen in der Gruppe der besonders „Rüstigen" gar nicht vor. Lediglich 8,9% von diesen geben an, sich manchmal deprimiert zu fühlen. Dementsprechend sind bei Vorliegen von Frailty auch Gefühle der Traurigkeit wesentlich häufiger (37,8% vs. 3,6%), während „rüstige" Hochaltrige deutlich öfter Glück empfinden (67,2% vs. 35,1%). Die Richtung des Zusammenhangs – d.h. ob in allen diesen Fällen der eingeschränkte Gesundheitszustand als primäre Ursache depressiver Symptome aufgefasst werden kann, oder ob nicht teilweise auch umgekehrt eine bestehende Depression sich negativ auf den gesundheitlichen Allgemeinzustand insgesamt (und insbesondere auf die subjektive Wahrnehmung desselben) auswirkt – lässt sich auf Basis der vorliegenden Daten allerdings nicht exakt bestimmen.
Neben einem geschlechts- und einem gesundheitsbezogenen Zusammenhang zeichnet sich schließlich auch ein sozioökonomischer Zusammenhang ab: Geben 27,6% der Per-

[26] Ständige Depressionsgefühle („immer deprimiert") kommen sowohl bei Männern als auch bei Frauen kaum vor (jeweils weniger als 1%) und wurden daher aus der Darstellung ausgeklammert.

sonen mit niedrigem Sozialstatus (niedrige Bildung, niedriges Einkommen) an, sich oft oder immer deprimiert zu fühlen, so sind es bei hohem und sehr hohem Sozialstatus (hohe Bildung, hohes Einkommen) lediglich 4%. Diese berichten auch etwas öfter von Glücksempfinden als Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status (54% vs. 50%) und fühlen sich wesentlich seltener traurig (8,1% vs. 22,9%). Diese Korrelation ist selbstverständlich im Zusammenhang mit anderen Faktoren zu sehen: So ist etwa die Gesundheit im hohen Alter, wie bereits gezeigt wurde (siehe oben Kapitel 1 und 1.2.8), nicht unmaßgeblich auch eine Frage des sozioökonomischen Status. Personen mit hohem Sozialstatus in der Stichprobe sind überwiegend gesünder als Personen mit niedrigem Sozialstatus. Dementsprechend sind Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status nicht zuletzt deshalb stärker von depressiven Symptomen betroffen, da sie auch in deutlich höherem Ausmaß von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind. Ebenso sind Personen mit höherem Sozialstatus wesentlich seltener in Pflegeheimen anzutreffen, d.h. auch der Pflegeheim-Faktor hat im Hinblick auf die Häufigkeit depressiver Symptome eine beträchtliche sozioökonomische Basis (siehe Kapitel 3.3).

1.4 Subjektive Gesundheit

Zur vollständigen Erfassung der Gesundheitssituation hochaltriger Menschen gehört neben der Erhebung des objektiven Gesundheitszustandes, d.h. tatsächlich bestehender Krankheiten und gesundheitlicher bzw. funktionaler Einschränkungen, auch die subjektive Einschätzung der Gesundheit. Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes zählt zu den am häufigsten verwendeten Indikatoren für die Beschreibung des allgemeinen Gesundheitszustandes (Mossey/Shapiro 1982; Miilunpalo et al. 1997). Die Teilnehmer/innen wurden daher um eine subjektive Einschätzung von zumindest drei verschiedenen gesundheitsbezogenen Aspekten gebeten, nämlich: Gesundheitszustand allgemein, körperliche Verfassung und Gedächtnis (Merkfähigkeit).

In der Auswertung der Fragen zur subjektiven Gesundheit zeigt sich, dass hochaltrige Menschen ihre Gesundheit weitestgehend als gut einschätzen. Es dürfte sich freilich darin auch die Tatsache widerspiegeln, dass Personen mit einem relativ guten Allgemeinzustand in der Studie tatsächlich etwas stärker erfasst sind als solche mit einem schlechten Gesundheitszustand.
Mehr als die Hälfte der Befragten (56,4%) schätzt ihre Gesundheit als gut oder sogar sehr gut ein. Ein weiteres Drittel (32,4%) betrachtet den eigenen Gesundheitszustand immerhin noch als mittelprächtig. 11,3% schätzen ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht ein.

Ähnliche Werte ergeben sich bei der subjektiven Einschätzung der körperlichen Verfassung. Mit der Frage nach der körperlichen Verfassung war beabsichtigt – anders als mit der subjektiven Einschätzung der Gesundheit, die auf den Gesundheitszustand der Teilnehmer/innen im Allgemeinen abzielte – stärker die subjektive Sicht der Befragten auf ihre Funktionalität und körperliche Leistungsfähigkeit hinsichtlich der Bewältigung alltäglicher Verrichtungen zu erfassen. Dabei schätzen 55,2% ihre körperliche Verfassung als sehr gut oder gut ein, 33,4% als mittelmäßig und 11,4% als schlecht oder sehr schlecht. Dass die Werte nahezu ident mit jenen zur allgemeinen Gesundheit sind, lässt darauf schließen, dass die eigene Gesundheit besonders stark an der körperlichen Verfassung bzw. deren Wahrnehmung festgemacht wird.

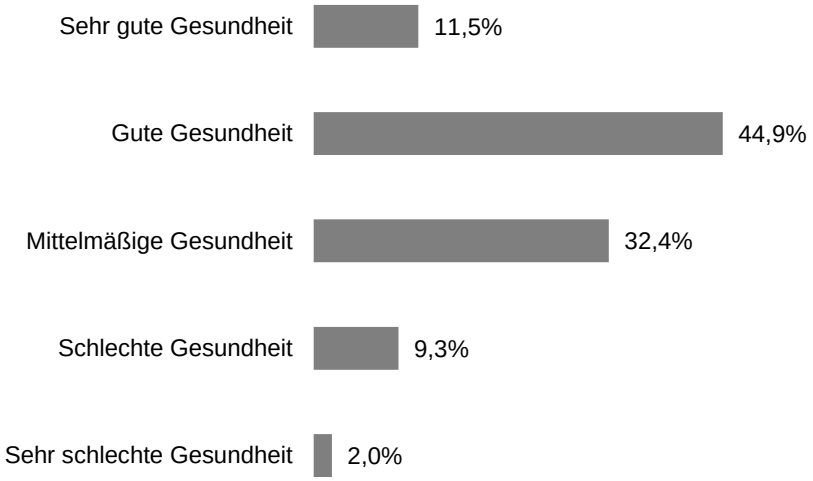


Abbildung 24: Subjektive Gesundheit

Gedächtnisleistung

Noch besser fällt die subjektive Bewertung der eigenen Gedächtnisleistung aus: Hier sind es beinahe zwei Drittel (63,2%), die die eigene Merkfähigkeit als sehr gut oder gut einschätzen. 19,8% der Befragten schätzen ihr Gedächtnis sogar als sehr gut ein. Immer noch 29,5% bewerten ihre Gedächtnisleistung als mittelmäßig, und lediglich 7,3% schätzen ihr Gedächtnis als schlecht oder sehr schlecht ein.

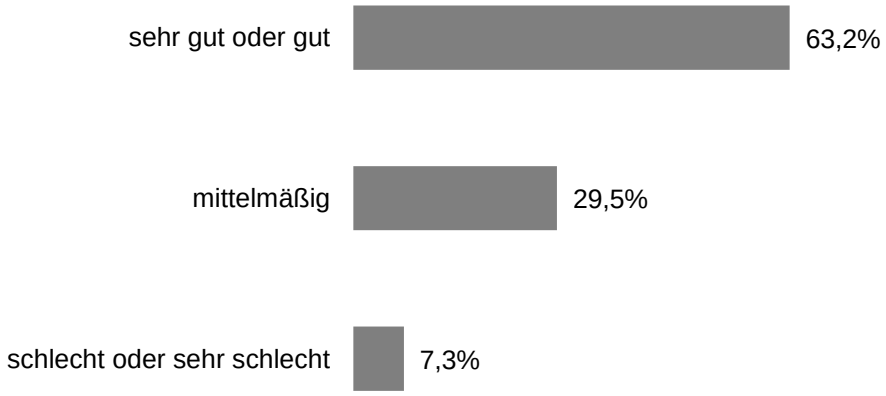


Abbildung 25:Selbsteinschätzung Merkfähigkeit

Die subjektive Einschätzung des Gedächtnisses wurde nicht zuletzt im Hinblick auf die ebenfalls durchgeführten kognitiven Tests vorgesehen, um den dabei erhobenen objektiven Werten subjektive Einschätzungen gegenüberstellen und diese miteinander vergleichen zu können. Tatsächlich stehen der überwiegend guten subjektiven Einschätzung deutlich schlechtere Werte bei den anschließenden kognitiven Tests gegenüber (siehe Kapitel 1.2.6.).

Zu bedenken gilt es bei der subjektiven Einschätzung der Gedächtnisleistung von Studienteilnehmer/innen, dass mit Fragen zur Kognition ein Stück weit – zumindest in der Wahrnehmung der Teilnehmer/innen und insbesondere in der konkreten Interviewsituation – auch die eigene Zurechnungsfähigkeit bzw. die Verlässlichkeit der erteilten Auskünfte berührt werden. Die auffällig hohen Werte bei dieser Frage könnten also zum

Teil auch damit zusammenhängen, dass die Teilnehmer/innen sich veranlasst sehen, sich als kompetente und zuverlässige Interviewpartner/innen auszuweisen.

Subjektive und objektive Gesundheit

Es dürfte freilich nicht sehr überraschend sein, dass die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit nicht unabhängig ist vom objektiven Gesundheitszustand. Ein guter Gesundheitszustand geht in der Regel mit einer entsprechend positiven subjektiven Einschätzung einher, während Personen mit einem eher schlechten Gesundheitszustand ihre Gesundheit auch selbst schlechter einschätzen. Allerdings zeigt sich auch – in Übereinstimmung mit Ergebnissen anderer Hochaltrigenstudien (z. B. Collerton et al. 2009) – dass dem nicht notwendig so ist, die subjektive Einschätzung also mitunter besser ausfallen kann als sich der Gesundheitszustand objektiv darstellt. Überraschend viele Teilnehmer/innen schätzen ihre Gesundheit trotz bestehender gesundheitlicher Beeinträchtigungen als relativ gut ein. So bewerten etwa immer noch 26,3% jener Personen mit objektiv schlechterem Allgemeinzustand („frail") ihre Gesundheit als gut oder sehr gut. Weitere 34,2% schätzen ihre Gesundheit zumindest als mittelmäßig ein. Es ist anzunehmen, dass es sich hier um Personen handelt, die von einer noch etwas leichteren Form der Frailty betroffen sind, durch die sie zwar durchaus nicht unerheblich, aber zumindest noch nicht völlig in der Bewältigung ihres Alltags und ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt sind, die also noch einigermaßen kompensiert werden kann.[27] Hinzu kommt, dass altersbedingte Beschwerden – und dies vielleicht schon über einen längeren Zeitraum hinweg – Teil des Alltags dieser Personen sind, sodass diese unter Umständen schon relativ zufrieden sind, solange es nicht schlimmer ist als es ist oder sein könnte. Anders dürfte es sich daher darstellen, sobald eine Kompensation nicht mehr in ausreichendem Maße möglich ist und körperliche Einschränkungen den Alltag zunehmend bestimmen. In solchen Fällen liegt die subjektive Einschätzung dann tendenziell auf ähnlichem Niveau wie der objektive Gesundheitszustand.

Deshalb sollten die an und für sich niedrigen negativen Werte bei der subjektiven Gesundheitseinschätzung auch nicht unterschätzt werden. 11% schlechte oder sehr schlechte subjektive Gesundheitseinschätzungen nehmen sich zwar im großen und ganzen, d.h. im Vergleich zu den vielen eher positiven Einschätzungen, ausgesprochen gering aus. Gerade weil aber schlechte Einschätzungen der eigenen Gesundheit in der Regel mit einem schlechten objektiven Gesundheitszustand einhergehen, ist dies ein Wert, der keinesfalls vernachlässigt werden sollte.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Mit Blick auf geschlechtsspezifische Unterschiede lässt sich feststellen, dass Frauen ihren Gesundheitszustand überwiegend schlechter einschätzen als Männer. Schätzen 64,7% der befragten Männer ihrer Gesundheit als gut oder sehr gut ein, sind es bei den Frauen lediglich 50,2%. Ähnlich sind die Werte bei der Einschätzung der körperlichen Verfassung (63,6% vs. 48,9%). Weniger deutlich fallen dagegen die Ergebnisse bei der subjektiven Einschätzung der eigenen Gedächtnisleistung aus (66,5% vs. 60,8%).

[27] Hier ist daran zu erinnern, dass in der Stichprobe der Studie – schon aus Gründen der Studienorganisation und der immanenten Dynamik und Logik der Sampleerstellung – schwerst pflegebedürftige Personen mit einer besonders stark ausgeprägten Frailty kaum enthalten sind, da derart stark gesundheitlich beeinträchtigte Personen entweder, aufgrund ihres Zustandes, nur schwer zur Teilnahme an einer Studie zu motivieren sind, oder aber deren Teilnahme, insbesondere bei manifesten Demenzerkrankungen, weder sinnvoll noch ethisch vertretbar wäre. Die verhältnismäßig vielen positiven subjektiven Gesundheitseinschätzungen von Personen mit Frailty dürften in diesem Lichte, jedenfalls teilweise, ein Effekt dieses Sachverhalts sein. Bei einer stärkeren Berücksichtigung von Personen mit stärker ausgeprägter Frailty wäre daher mit negativeren Gesundheitseinschätzungen zu rechnen.

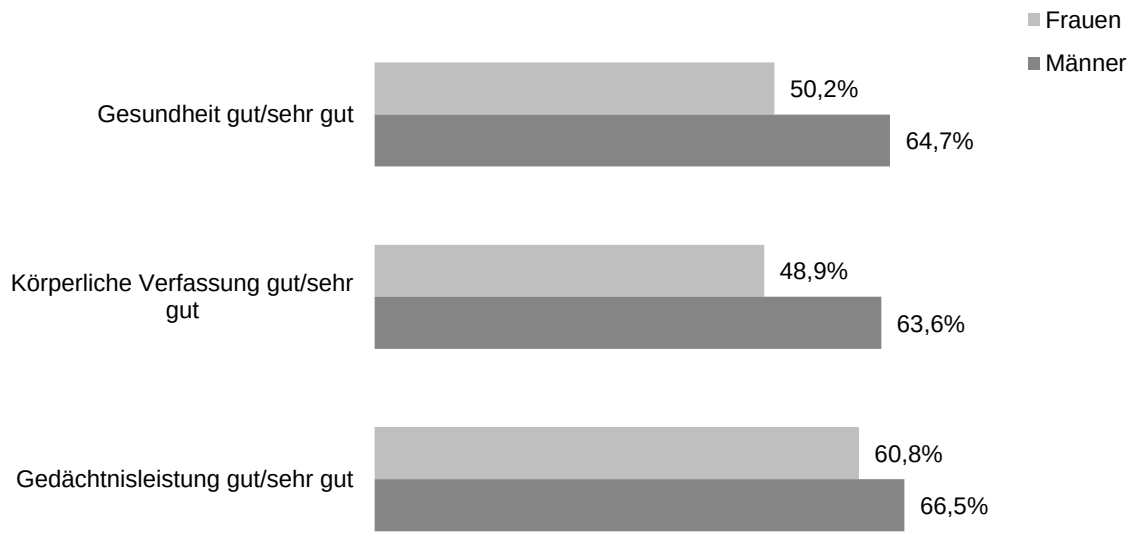


Abbildung 26: Subjektive Gesundheit nach Geschlecht

Frauen wählen vor allem wesentlich öfter die Antwortmöglichkeit „mittelmäßig". Diese Antwort wählen zum Beispiel beim Gesundheitszustand 39,2% der Frauen, hingegen nur 23,1% der Männer. Kaum Unterschiede gibt es dafür bei negativen Gesundheitseinschätzungen, hier sind Männer und Frauen zu ähnlichen Anteilen vertreten, Männer teilweise sogar mich leicht höheren Werten (z.B. Einschätzung Gesundheit: 12,2% Männer, 10,5% Frauen).
Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der subjektiven Einschätzung der Gesundheit sind, wie schon oben die allgemeinen Differenzen, vor dem Hintergrund objektiver Gesundheitsunterschiede zu betrachten. Wie bereits dargestellt, haben Männer in der Stichprobe tendenziell einen etwas besseren Gesundheitszustand als Frauen. Dies spiegelt sich hier in einer entsprechend schlechteren subjektiven Einschätzung durch Frauen wider.

Gefühltes Alter

Zusätzlich zur subjektiven Gesundheitseinschätzung wurden die Teilnehmer/innen auch um Angabe ihres „gefühlten Alters" gebeten, d.h. um eine Aussage, wie alt sie sich, ungeachtet ihres tatsächlichen, kalendarischen Alters fühlen. Auch hier sind wir, wie bei der subjektiven Gesundheit, von der Annahme ausgegangen, dass „gefühltes Alter" und objektiver Gesundheitszustand in einem Bedingungsverhältnis zueinander stehen, dass Menschen sich also umso älter bzw. eher ihrem tatsächlichen Alter entsprechend fühlen, je schlechter sich ihr gesundheitlicher und körperlicher Allgemeinzustand darstellt, während Personen mit besserem Gesundheitszustand sich tendenziell jünger fühlen.
Diese Annahme wurde zumindest insoweit bestätigt, als die Mehrheit der Befragten sich tatsächlich jünger fühlt (61%). Am häufigsten (40,5%) wird ein Alter zwischen 70 und 79 angegeben, 20,5% fühlen sich ihrer Aussage nach sogar noch jünger. 27,8% geben ein Alter an, das sich im Bereich ihres tatsächlichen Alters bewegt (80-85), und 2% geben an, sich älter als 85 zu fühlen, also älter als sie in Wirklichkeit sind.

Fühle mich jünger als 70	20,5%
Fühle mich 70 - 79	40,5%
Fühle mich 80 - 85	27,8%
Fühle mich älter als 85	2,0%

Tabelle 13: Gefühltes Alter

Die Auswertung zeigt dabei auch eindeutig, dass das gefühlte Alter mit dem objektiven Gesundheitszustand korreliert: So sind es nahezu ausschließlich Personen mit eher schlechtem Gesundheitszustand (pre-frail und frail), die sich älter fühlen als sie tatsächlich sind. Auch nennen sie wesentlich häufiger ein ihrem tatsächlichen Alter entsprechendes gefühltes Alter als Personen mit einem vergleichsweise sehr guten Gesundheitszustand (39,4% vs. 23,1%). Personen mit besserem Gesundheitszustand fühlen sich also tendenziell etwas jünger, Personen mit schlechterem Gesundheitszustand fühlen sich in der Regel nicht oder kaum jünger, als sie tatsächlich sind.
Eine bemerkenswerte Auffälligkeit ergibt sich allerdings mit Blick auf besonders niedrige Altersangaben. Hier verschwindet interessanterweise der Unterschied zwischen eher gutem und eher schlechtem Gesundheitszustand nahezu völlig: Ein Viertel (25%) der Personen mit vergleichsweise sehr gutem Gesundheitszustand („rüstig“) gibt ein gefühltes Alter unter 70 an, 9,6% sogar ein Alter unter 60. Die Analyse zeigt nun, dass sich die Einschätzungen von Personen mit wesentlich schlechterem objektiven Gesundheitszustand – trotz des festgestellten Zusammenhangs zwischen gefühltem Alter und Gesundheitszustand – hier im Grunde kaum unterscheiden: Von diesen nennen ebenfalls 24,3% ein gefühltes Alter unter 70, mit 9,1% sind es relativ immer noch fast genauso viele, die angeben, sich jünger als 60 zu fühlen. Sofern man diesen Sachverhalt nicht im Sinne eines gleichsam ironischen Antwortverhaltens von Personen mit eher schlechtem Gesundheitszustand interpretieren möchte (6,1% nennen sogar ein gefühltes Alter von unter 50, bei Personen mit vergleichsweise gutem Gesundheitszustand sind dies lediglich 1,9%), ließe sich dieses Phänomen eventuell mit einem Befund aus der Sozialgerontologie fassen: dem sogenannten „alterslosen Selbst“ (Kaufman 1986). Damit wird das Phänomen beschrieben, dass es mit zunehmendem Alter zu einem Konflikt zwischen dem Selbstbild und dem eigenen alternden Körper kommt, der in dem Maße sich verschärft, in dem Menschen physisch nicht mehr in der Lage sind, ihren Lebensstil und ihr Erscheinungsbild aufrechtzuerhalten, durch das sie sich bis dahin als Person definiert haben. Je größer der Widerspruch zwischen Selbstbild und alterndem Körper wird (etwa durch eine Zunahme altersbedingter Beschwerden und Funktionseinschränkungen), desto stärker kommt es gleichsam zu einer Entkopplung von Selbst und Körper in den Selbstbeschreibungen alter Menschen. Auf diese Weise ließe sich erklären, weshalb überraschend viele Menschen trotz ausgeprägter gesundheitlicher und funktionaler Einschränkungen ein ausgesprochen niedriges gefühltes Alter angeben: Es ist Ausdruck eines „Kampfes“ dieser Menschen um die Kontinuität ihres Selbst im Angesicht fortschreitender körperlicher Verluste.
Personen mit vergleichsweise gutem körperlichem Zustand fühlen sich zwar auch überwiegend jünger als sie tatsächlich sind, in der Regel fühlen sie sich allerdings nicht sehr viel jünger (vorwiegend zwischen 70 und 79). Körper und Selbst stehen bei diesen (noch) nicht in diesem eklatanten Widerspruch wie bei ihren gesundheitlich stärker beeinträchtigten Altersgenoss/innen, sodass ihr kalendarisches Alter mit ihrem Selbstbild weitestgehend vereinbar bleibt. Der Großteil der Personen mit eher schlechtem Allge-

meinzustand fühlt sich freilich eher ihrem kalendarischen Alter entsprechend, zum Teil sogar älter. Hier erscheint der „Kampf“ zwischen altem Körper und alterslosem Selbst bereits ausgetragen und entschieden, der alte Körper und die von ihm ausgehenden Einschränkungen wurden in das Selbstbild integriert und damit mehr oder weniger akzeptiert. Freilich kann all das hier lediglich als Hypothese formuliert werden – dieser wäre gesondert und bevorzugt auf dem Wege vertiefender qualitativer Interviews in einer eigenständigen Studie nachzugehen.

1.5 Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten

Abschließend sei noch auf das Gesundheitsbewusstsein und das Gesundheitsverhalten der Studienteilnehmer/innen eingegangen. Diese wurden im Rahmen des Interviews auch gefragt, ob sie besonders auf ihre Gesundheit achten und ob sie etwas Bestimmtes für ihre Gesundheit tun. Ein Schwerpunkt der Befragung lag dabei auch auf dem Alkoholkonsum und den Rauchgewohnheiten der Teilnehmer/innen als besonders gesundheitsrelevante Aspekte des individuellen Lebensstils. Zu berücksichtigen gilt es bei der Interpretation der folgenden Ergebnisse allenfalls, dass Fragen nach dem Gesundheitsbewusstsein und dem individuellen Gesundheitsverhalten mit einer gewissen sozialen Erwünschtheit verbunden sind: Gesundheit nimmt in unserer Gesellschaft einen sehr hohen Stellenwert ein. Wer nicht auf seine Gesundheit achtet oder der Gesundheit sogar offenkundig schadet, gerät sehr schnell in den Verdacht der Unvernunft. Dies gilt wohl umso stärker für das gegenwärtige sozial- und gesundheitspolitische Klima, in dem Gesundheitsförderung und Prävention sehr weit oben in der Wertehierarchie rangieren. Die im Folgenden diskutierten und statistisch zusammengefassten Angaben sollten also möglichst als das betrachtet werden, was sie sind – nämlich nicht Angaben über das tatsächliche gesundheitsbezogene Verhalten der Teilnehmer/innen, sondern subjektive Einstellungen zu gesellschaftlich äußerst hoch bewerteten Bereichen des individuellen Verhaltens.

1.5.1 Gesundheitsbewusstsein

Zur Erhebung des Gesundheitsbewusstseins wurde den Teilnehmer/innen die Frage gestellt, ob sie besonders auf ihre Gesundheit achten. Dabei ergibt sich ein – angesichts des hohen gesellschaftlichen Stellenwertes von Gesundheit und Gesundheitsförderung wenig überraschendes – hohes Gesundheitsbewusstsein unter den hochaltrigen Teil-

nehmer/innen: 75,4% geben an, ziemlich oder sogar sehr auf ihre Gesundheit zu achten. Nur 21,9% sagen, dass sie wenig oder gar nicht auf ihre Gesundheit achten. Dieses hohe Gesundheitsbewusstsein findet sich überdies über Geschlechter- und Klassengrenzen hinweg. Auch Männer, denen weithin ein eher niedriges Gesundheitsbewusstsein nachgesagt wird und die in entsprechenden Studien oft auch tatsächlich deutlich niedrigere Werte als Frauen erzielen, weisen den Ergebnissen zufolge ein sehr hohes Gesundheitsbewusstsein auf. Mit 80,9% („achte sehr oder ziemlich auf meine Gesundheit“) liegen sie hinsichtlich ihres Gesundheitsbewusstseins sogar vor den Frauen (74,9%). Ebenso haben Personen mit niedriger Bildung, jedenfalls ihren Angaben zufolge, kein eklatant geringeres Gesundheitsbewusstsein als Personen mit sehr hoher Bildung (75,8% vs. 83,2%). Das Gesundheitsbewusstsein erweist sich unter Hochaltrigen also als allgemein recht hoch.

„Ich achte sehr oder ziemlich auf meine Gesundheit“	
Insgesamt	75,4%
Frauen	74,9%
Männer	80,9%
Hohe Bildung	83,2%
Niedrige Bildung	75,8%

Tabelle 14: Gesundheitsbewusstsein

1.5.2 Gesundheitsverhalten

Die Ergebnisse zum Gesundheitsverhalten decken sich weitestgehend mit jenen zum Gesundheitsbewusstsein. Hier wurden die Teilnehmer/innen gefragt, ob und was sie bewusst für ihre Gesundheit tun, d.h. hier geht es um konkrete gesundheitsbezogene Aktivitäten und Verhaltensweisen. Dabei sagen 82,2%, dass sie etwas für ihre Gesundheit tun. Lediglich 14,6% geben an, nichts oder zumindest nichts Bestimmtes zu tun. Weitere 2% sagen, sie hätten bereits einmal etwas versucht, aber dann aufgegeben. Die Ergebnisse sind also noch etwas deutlicher als bei der Frage nach dem Gesundheitsbewusstsein.

Mit Blick auf konkrete gesundheitsbezogene Aktivitäten geben 67,6% der Befragten an, regelmäßig körperlich aktiv zu sein. Ebenso sagen 65,4%, dass sie sich gesund ernähren.

Eine große Bedeutung für die Erhaltung oder Verbesserung ihrer Gesundheit räumen die Teilnehmer/innen offenbar der Pflege sozialer Kontakte ein: So geben 73,7% an, bewusst den Kontakt zu ihrer Familie und ihren Freunden aufrecht zu erhalten. 66,3% geben weiters an, auf ausreichend Schlaf zu achten, weitere 46,6% sagen, sie versuchen Stress zu vermeiden. Mit 43,2% geben etwas weniger Personen, aber immerhin auch fast die Hälfte der Befragten an, im Sinne bewussten Gesundheitsverhaltens zu regelmäßigen ärztlichen Kontrolluntersuchungen zu gehen.

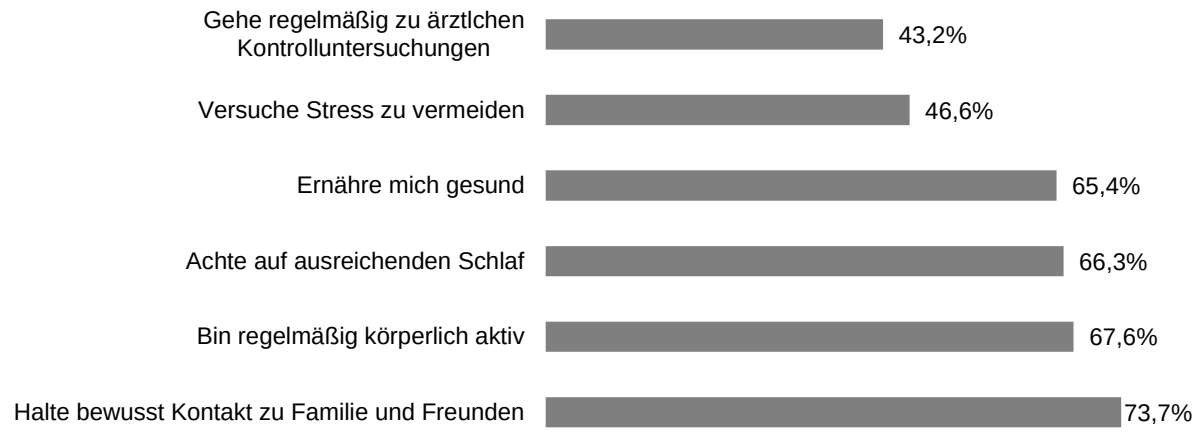


Abbildung 27: Gesundheitsbezogene Aktivitäten

Wie beim Gesundheitsbewusstsein sind die Werte auch beim Gesundheitsverhalten unabhängig vom Geschlecht und vom Bildungsgrad durchgehend hoch: 86,5% der Männer und 80,8% der Frauen geben an, etwas für ihre Gesundheit zu tun. Damit liegen die Männer hier ebenfalls, wie schon beim Gesundheitsbewusstsein, vor den Frauen. Ebenso wird die Frage nach dem Gesundheitsverhalten nicht nur von Personen mit hoher Bildung, sondern auch von einem Großteil der Personen mit niedriger Bildung positiv beantwortet, wenn sich auch ein nicht ganz unerheblicher Unterschied zwischen niedriger (82,5%) und hoher Bildung (93,4%) abzeichnet.
Die **geschlechts- und schichtspezifischen Unterschiede** ziehen sich, bei insgesamt relativ hohen allgemeinen Werten, durch alle abgefragten Arten des bewussten und aktiven Gesundheitsverhaltens. Unterschiede zwischen den Geschlechtern ergeben sich zugunsten der Männer vor allem bei den Angaben zur körperlichen Aktivität (73,4% vs. 63,3%), zum Bemühen um ausreichend Schlaf (72,3% vs. 62%), zur Pflege von Sozialkontakten (79,2% vs. 69,6%) sowie im Hinblick auf regelmäßige Kontrolluntersuchungen (50,3% vs. 38%). Wie auch immer es um das tatsächliche gesundheitsbezogene Verhalten stehen mag, hochaltrige Männer demonstrieren in ihren Angaben in jedem Fall – und entgegen vieler anderer allgemeiner Studien zum Gesundheitsverhalten – eine stärkere Gesundheitsorientierung als Frauen.

Schichtspezifische Unterschiede bestehen insbesondere hinsichtlich der Angaben zu körperlicher Aktivität (Pflichtschule: 59,3%, Universität: 79,2%), zur bewusst gesunden Ernährung (67,3% vs. 74%), zum ausreichenden Schlaf (70,4% vs. 80,5%) sowie zur Pflege von Sozialkontakten (72,4% vs. 84,4%). Diese Differenzen verweisen vermutlich hauptsächlich auf grundsätzliche, sozioökonomisch bedingte Unterschiede im Lebensstil, zu dem mit höherer Bildung nicht zuletzt auch eine tendenziell höhere Gesundheitsorientierung bzw. die Demonstration einer solchen gehört.

	Pflichtschule	Universität
Körperliche Aktivität	59,3%	79,2%
Gesunde Ernährung	67,3%	74,0%
Ausreichend Schlaf	70,4%	80,5%
Pflege von Sozialkontakten	72,4%	84,4%

Tabelle 15: Gesundheitsbezogene Aktivitäten nach Bildung

Über das doch etwas überraschende geschlechtsspezifische Ergebnis zum Gesundheitsbewusstsein und zum Gesundheitsverhalten kann an dieser Stelle und auf Basis der vorliegenden Daten nur spekuliert werden. Die niedrigeren Werte von Frauen gegenüber Männern dürften eher nicht vom tendenziell etwas schlechteren objektiven Gesundheitszustand hochaltriger Frauen in der Stichprobe herrühren. Die Analyse ergibt jedenfalls keine signifikanten Differenzen zwischen Personen mit guter und schlechter Gesundheit: Personen mit ausgeprägter Frailty geben eine genauso hohe Gesundheitsorientierung an wie besonders rüstige Hochaltrige in der Stichprobe (72,2% vs. 72,7%). Eher ergibt sich sogar ein umgekehrter Zusammenhang: Während nämlich von den „Rüstigen“ immerhin 10,9% angeben, gar nicht auf ihre Gesundheit zu achten, sind dies bei Personen mit Frailty nur 8,3%. D.h. gute Gesundheit und hohes Gesundheitsbewusstsein gehen nicht notwendigerweise miteinander einher, sodass geschlechtspezifische Unterschiede beim Gesundheitszustand tendenziell nicht zur Erklärung der Unterschiede bei den Fragen zur Gesundheitsorientierung herangezogen werden können.

Zusammenfassend kann jedenfalls gesagt werden, dass die Hochaltrigen in der Stichprobe der ÖIHS im Allgemeinen eine recht **hohe Gesundheitsorientierung** aufweisen. Ob und inwieweit diese Gesundheitsorientierung sich konkret im gesundheitsbezogenen Verhalten niederschlägt, ist allerdings, wie gesagt, eine Frage, die ausschließlich empirisch, d.h. auf dem Wege einer Analyse des konkreten Gesundheitshandelns der Menschen geklärt werden kann.

1.5.3 Rauchen

Ein wesentlicher Aspekt im Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten ist das Rauchen. Aufgrund seiner erwiesenen Gesundheitsschädlichkeit wird Rauchen inzwischen in der Regel als ein Indikator für eine eher niedrige Gesundheitsorientierung gewertet.

Die oben dargestellten, sehr positiven Ergebnisse zum Gesundheitsbewusstsein und zum Gesundheitsverhalten werden durch die erhobenen Rauchgewohnheiten der Teilnehmer/innen insofern bekräftigt, als sich in der Stichprobe nur ganz wenige Raucher befinden: 88,3% der Teilnehmer/innen geben an, Nichtraucher/innen zu sein. Davon geben wiederum 65,1% an, nie in ihrem Leben geraucht zu haben. Raucher/innen sind also in der hier untersuchten Stichprobe die Ausnahme.
Die niedrigen Raucherquoten decken sich auch mit Ergebnissen anderer Hochaltrigenstudien, die ebenfalls festgestellt haben, dass sich die Population der Hochaltrigen überwiegend aus Menschen zusammensetzt, die ihr Leben lang nicht oder jedenfalls nur in geringem Ausmaß geraucht haben (z.B. Rizzuto et al. 2012; Li et al. 2014; University of Georgia Gerontology Center 2005). Es lässt sich daraus schließen, dass Nichtrauchen, als ein wesentlicher Bestandteil eines gesunden Lebensstils, maßgeblich zur Erhaltung der Gesundheit bis ins hohe Alter bzw. zur Langlebigkeit beiträgt – zumindest aber, dass Raucher/innen seltener die Hochaltrigkeit erreichen als Nichtraucher/innen.

Die wenigen Raucher/innen in der Stichprobe sind dafür aber offenbar recht überzeugte Raucher/innen – nur rund 10% von ihnen geben im Rahmen der Befragung zum Gesundheitsverhalten an, das Rauchen einschränken zu wollen. Der Großteil der Raucher/innen raucht auch bereits den größten Teil ihres Lebens, d.h. länger als 50 Jahre. 66,6% der Raucher/innen rauchen laut Eigenangaben bis zu 10 Zigaretten pro Tag. Dies legt die Vermutung nahe, dass es unter den Raucher/innen vor allem leichte Raucher sind, die ein hohes Alter erreichen. Allerdings gibt es auch einzelne Raucher, die 50 und mehr Zigaretten täglich rauchen. Diese scheinen interessanterweise allesamt in der Gruppe der besonders „Rüstigen", also jener Hochaltrigen ohne nennenswerte Gesundheits- und Funktionseinschränkungen auf. Es gibt also in Einzelfällen durchaus auch starke Raucher, die ein hohes Alter erreichen und dabei auch ein hohes Maß an Gesundheit bewahren. Als Ausnahmen dürften sie aber freilich eher nur die Regel bestätigen.

Rauchen, Geschlecht, Bildung

Frauen rauchen in der Stichprobe, etwas überraschend, genauso häufig wie Männer (6,8% vs. 6,9%). Männer sind dafür tendenziell die stärkeren Raucher. Auch sind von den nichtrauchenden Männern wesentlich mehr ehemalige Raucher als von den nichtrauchenden Frauen (51,3% vs. 22,9%).

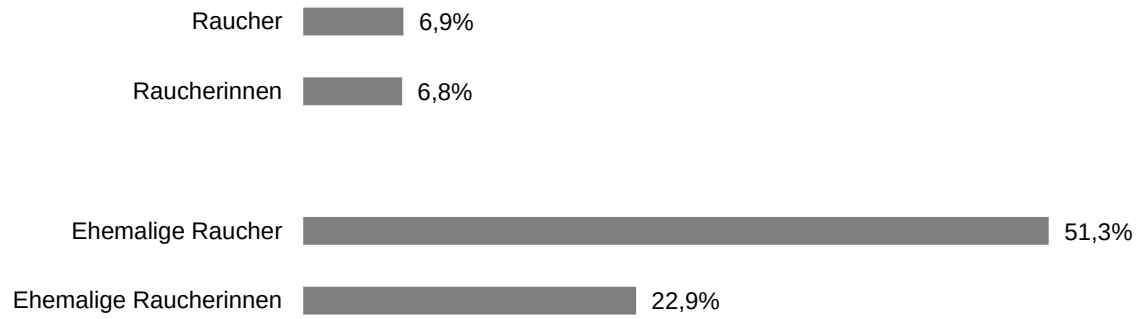


Abbildung 28: Rauchverhalten und Geschlecht

Die meisten von ihnen (62,9%) haben bereits vor mehr als 30 Jahren, d.h. spätestens zu Beginn ihres sechsten Lebensjahrzehnts mit dem Rauchen aufgehört. Bei den Frauen

verhält sich dies ähnlich (55%). Dies könnte auf einen positiven Effekt einer Rauchentwöhnung hindeuten, auch wenn diese erst im mittleren Lebensalter vollzogen wird.
Interessant sind auch **schichtspezifische Unterschiede** des Rauchens im hohen Alter. Hier ergibt sich nämlich, wie vielleicht nicht unbedingt zu erwarten wäre, ein tendenziell höherer Anteil von Raucher/innen mit höherer Bildung. Zwar stellen Universitätsabsolvent/innen mit Abstand den niedrigsten Anteil von Raucher/innen (2,6%). Dafür aber finden sich mit 12,4% eindeutig die meisten Raucher/innen unter Personen mit Maturaabschluss, während die Raucher/innen bei Pflichtschulabsolvent/innen 7,1% und bei Personen mit Lehrabschluss nur 5,1% ausmachen. Diese auf den ersten Blick überraschenden Ergebnisse stimmen im Wesentlichen mit zahlreichen Studien zum Rauchverhalten überein, die feststellen, dass in früheren Generationen – anders als dies heute der Fall ist – Personen mit höherem Bildungsgrad eher Nikotin konsumierten als Personen mit niedrigerer Bildung (z.B. Uhl et al. 2009a). Dies betrifft insbesondere Frauen mit höherer Bildung, da sich diese gewissermaßen früher „emanzipierten" und infolgedessen deutlich öfter rauchten als Frauen aus niedrigeren Schichten bzw. mit niedrigerer Bildung. Unterstützt wird dieser schichtspezifische Befund auch dadurch, dass in unserer Stichprobe Nichtraucher/innen mit niedrigerem Bildungsabschluss (Pflichtschule) deutlich häufiger angeben, nie in ihrem Leben geraucht zu haben, als etwa Personen mit Maturaabschluss (73,3% vs. 62,4%).
Möglich – und im Hinblick auf eindeutige sozioökonomische Unterschiede beim allgemeinen Gesundheitszustand sogar durchaus nicht unwahrscheinlich – 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. Raucher/innen aus höheren sozialen Schichten hätten demnach also eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit als solche aus niedrigeren Schichten, woraus sich der deutlich höhere relative Anteil an Raucher/innen im höheren Bildungssegment erklären würde. Die Bedeutung des Rauchens bzw. des Nichtrauchens für die Erhaltung von Gesundheit bis ins hohe Alter würde dadurch freilich nicht in Frage gestellt, jedoch etwas relativiert und die vielschichtige Abhängigkeit von Gesundheit verdeutlicht. Denn dies würde bedeuten, dass es eine Reihe von Variablen (vor allem sozioökonomischer Natur) gibt, die für das Erreichen eines hohen Alters bedeutsamer sind als das individuelle Rauchverhalten als zentraler Bestandteil des Gesundheitsverhaltens. Aufklärung darüber könnte allerdings nur eine eigene, vertiefende Untersuchung zum Zusammenhang von Rauchverhalten und Langlebigkeit bringen.

1.5.4 Alkoholkonsum

Anders als das Rauchen spielt Alkohol in der hier untersuchten Stichprobe hochaltriger Österreicher/innen eine wesentlich größere Rolle. 45,4% der Befragten geben an, regelmäßig Alkohol zu trinken: 24,1% trinken täglich oder fast täglich alkoholische Getränke, 21,4% zumindest einmal in der Woche. Regelmäßiger Alkoholgenuss ist unter den befragten Hochaltrigen also durchaus verbreitet. Auf der anderen Seite gibt es in der Stichprobe aber auch immerhin 26,6%, die angeben, nie Alkohol zu trinken. 14,4% sagen, sie versuchen ihren Alkoholkonsum einzuschränken.

Alkohol, Geschlecht, Bildung

Männer trinken erwartungsgemäß deutlich häufiger und regelmäßiger Alkohol als Frauen. 32,9% der befragten Männer geben an, täglich oder fast täglich Alkohol zu trinken. Bei den Frauen sind dies nur 17,8%. Weitere 15% der Männer sagen, sie trinken zumindest 2-3 Mal in der Woche Alkohol. Auch hier sind es mit 7,6% klar weniger Frauen. Hingegen gibt ein gutes Drittel aller befragten Frauen (33,5%) an, nie Alkohol zu konsumieren. Von den Männern können dies nur 17,3% von sich behaupten.

	Frauen	Männer
Trinke nie Alkohol	33,5%	17,3%
Trinke 2-3x/Woche Alkohol	7,6%	15,0%
Trinke täglich/fast täglich Alkohol	17,8%	32,9%

Tabelle 16: Alkoholkonsum nach Geschlecht

Im Hinblick auf **sozioökonomische Unterschiede** ergibt sich ein sehr klarer Zusammenhang zwischen Alkoholgenuss und höherer Bildung. 40,3% der Personen mit Universitätsabschluss geben an, täglich oder fast täglich Alkohol zu trinken. Bei Personen, die nur über einen Pflichtschulabschluss verfügen, sind es mit 20,6% nur halb so viele. Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss sind dementsprechend auch häufiger deklarierte Antialkoholiker/innen als solche mit Universitätsabschluss (28,9% vs. 14,3%). Diese Befunde stehen – wie bereits oben die Befunde zum Rauchverhalten – durchaus in gewissem Widerspruch zu den Ergebnissen der meisten Studien über schichtspezifische Ausprägungen des Alkoholkonsums in der Bevölkerung, wonach Alkohol, insbesondere problematischer Alkoholkonsum und Alkoholismus, vorwiegend ein Phänomen niedrigerer sozialer Schichten darstellt. Alkohol-Studien zufolge sind Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status einerseits zwar häufiger Antialkoholiker/innen, zu-

gleich weisen sie aber auch, statistisch gesehen, ein deutlich höheres Risiko für Alkoholmissbrauch und Alkoholismus auf als Personen aus höheren sozialen Schichten (Anderson/Baumberg 2006). Da Alkoholiker/innen eine eklatant niedrigere Lebenserwartung haben (Uhl et al. 2009b) und daher nur in den wenigsten Fällen ein hohes Alter erreichen, ist anzunehmen, dass die hier konstatierten schichtspezifischen Unterschiede hinsichtlich des Alkoholkonsums im hohen Alter (auch) das Ergebnis eines Selektionsprozesses unter Angehörigen niedrigerer sozialer Schichten sind. In der hier untersuchten Stichprobe dürften sich überwiegend solche Personen befinden, die zeitlebens entweder keinen bzw. kaum Alkohol getrunken haben oder einen weitestgehend unproblematischen, d.h. mäßigen Alkoholkonsum gepflegt haben, zumindest aber ein etwaiges Alkoholproblem rechtzeitig und erfolgreich überwunden haben. Der höhere Alkoholkonsum von sozial höher stehenden Personen im hohen Alter resultiert demnach einerseits aus einer allgemein höheren Rate von Antialkoholismus in niedrigeren sozialen Schichten sowie andererseits aus der höheren Mortalität von Alkoholiker/innen, die ebenfalls stärker in niedrigeren sozialen Schichten zu finden sind.

2 Allgemeine Lebenssituation

Nach der ausführlichen Darstellung der Gesundheitssituation der Studienteilnehmer/innen, widmet sich der folgende Abschnitt einer Reihe von (im weitesten Sinne) sozialen Aspekten im Leben hochaltriger Menschen in Österreich. Näher beleuchtet werden dabei vor allem der sozioökonomische Status der Teilnehmer/innen (insbesondere Bildung und finanzielle Situation), Wohnsituation, soziale Beziehungen sowie Alltags- und Lebensgestaltung.

2.1 Soziale Netzwerke und Ressourcen

2.1.1 Sozioökonomischer Status

Es wurde bereits im Rahmen der Stichprobenbeschreibung (siehe oben *Beschreibung der Stichprobe*) darauf hingewiesen, dass mit Blick auf den sozioökonomischen Status der Studienteilnehmer/innen – durchaus erwartungsgemäß – eine gewisse Selektivität der Stichprobe festzustellen ist. Die Stichprobe enthält mehr Personen mit höherem sozioökonomischem Status als dies der allgemeinen Verteilung in der Bevölkerung im hohen Alter entspricht. Insbesondere an der Verteilung von Bildungsabschlüssen lässt sich diese Selektivität ablesen (siehe unten Kapitel 2.1.2).

Zur Ermittlung des sozioökonomischen Status der Studienteilnehmer/innen wurden verschiedenste sozioökonomische Variablen wie Bildung, Einkommen, früherer beruflicher Status und Versicherungsstatus (private Zusatzversicherung) zusammengefasst. Dabei wurden zunächst für jeden Indikator Schwellenwerte definiert, ab denen unter sozioökonomischer Hinsicht von einer Benachteiligung bzw. Besserstellung gesprochen werden kann. Je nach Höhe des jeweiligen Wertes ergibt sich ein höherer oder niedrigerer Punktewert auf der so errechneten Sozioökonomie-Skala. So bedeutet es etwa einen Vorteil, wenn ein höherer Schulabschluss als ein Pflichtschulabschluss vorliegt (1 Zusatzpunkt). Matura bedeutet einen weiteren Vorteil (2 Zusatzpunkte), und ein Universitätsabschluss schlägt sich mit +3 Punkten als noch größerer Vorteil nieder. Hingegen bedeutet es einen sozioökonomischen Nachteil, wenn gar kein Schulabschluss vorhanden ist (1 Minuspunkt). Ebenso wurde es als Benachteiligung gewertet, wenn ein monatliches Haushalteinkommen von weniger als 1000€ zur Verfügung steht (-1 Punkt). Ein Einkommen von mehr als 2000€ bedeutet hingegen einen Vorteil (+ 1 Punkt), ein Einkommen von über 3000€ einen zusätzlichen Vorteil (+ 2 Punkte). Die Schwellenwerte

beim Einkommen sind freilich unterschiedlich für Einpersonen- und Mehrpersonenhaushalte (höher für Mehrpersonen- und niedriger für Einpersonenhaushalte), da in Mehrpersonenhaushalten in der Regel mehrere Einkommen in das Haushaltseinkommen eingehen, aber gleichzeitig natürlich auch der finanzielle Aufwand größer ist als in Einpersonenhaushalten (z.B. für eine entsprechend größere Wohnung, für Güter des täglichen Bedarfs etc.), was für die Einschätzung der finanziellen Situation eines Haushalts von nicht unerheblicher Bedeutung ist. So liegt etwa der Schwellenwert für als niedrig einzuschätzendes Einkommen bei Einpersonenhaushalten bei 1000€, bei Mehrpersonenhaushalten bei 1500€.
Für fehlende Werte beim Einkommen, etwa aufgrund von Verweigerung[28], wurde pauschal 1 Punkt für den Sozioökonomie-Score vergeben, was einem Monatseinkommen zwischen 1000€ und 2000€ (in Einpersonenhaushalten) entspricht. Hier besteht zwar die Gefahr, niedrige Einkommen etwas über- und hohe Einkommen etwas zu unterschätzen, allerdings kann davon ausgegangen werden, dass mit dem zugrunde gelegten Einkommensbereich in den meisten Fällen eine einigermaßen gute Schätzung des Einkommens vorliegen dürfte.
Schließlich wurde es noch als Nachteil gewertet (-1 Punkt), wenn jemand in seinem/ihrem früheren Berufsleben überwiegend Arbeiter/in gewesen ist, wie es auch als Vorteil gerechnet wurde (+1 Punkt), wenn eine private Kranken(zusatz)versicherung (Sonderklassenversicherung) vorliegt.

Unter Berücksichtigung all dieser verschiedenen sozioökonomischen Variablen ergibt sich folgende Verteilung des sozioökonomischen Status in der Stichprobe:

Niedrig	14,1%
Mittel	55,4%
Hoch	25,1%
Sehr hoch	5,4%

Tabelle 17: Sozioökonomischer Status

14,1% der Studienteilnehmer/innen sind sozioökonomisch auf einem niedrigen Level einzustufen. Niedriger sozioökonomischer Status bedeutet niedriger Bildungsabschluss und eher niedriges Haushaltseinkommen, häufig auch unter 1000€. Besonders alleinstehende Frauen aus dem unteren Bildungssegment sind in dieser Gruppe zu finden.
Die Mehrheit (55,4%) verfügt über einen als mittel zu qualifizierenden Sozialstatus, d.h. eher mittlere Bildung (Lehre, Fachschule ohne Matura) und mittleres Einkommen (in der Regel im Bereich von 1000 bis 2000€). Hoher sozioökonomischer Status bedeutet tendenziell einen hohen Bildungsabschluss (Matura und höher), vor allem aber ein vergleichsweise hohes Einkommen (mehr als 2000€). Dies trifft auf 25,1% der Befragten zu. Bei weiteren 5,4% wurde der sozioökonomische Status als sehr hoch eingestuft. Hier liegt das Einkommen, nach oben hin offen, bei über 3000€, auch liegt überwiegend ein hoher bis sehr hoher Bildungsabschluss vor (Matura- oder Universitätsabschluss). Im

[28] Das Einkommen gehört zu jenen Lebensbereichen, bei denen von Studienteilnehmer/innen besonders häufig die Auskunft verweigert wird. In der Stichprobe der ÖIHS beträgt der Anteil an solchen Ablehnungen immerhin 9,8%. Auffällig häufig (15,1%) wird auch angegeben, die Höhe des Einkommens nicht zu wissen, wohinter sich auch eine indirekte Ablehnung verbergen kann. Ablehnung und Nicht-Wissen zusammengenommen, ergibt sich ein Anteil von 24,9%, bei denen keine Angaben zum Haushalteinkommen vorliegen.

Segment des hohen und sehr hohen Sozialstatus besteht häufig auch eine private Kranken(zusatz)versicherung.
Die einzelnen hier angesprochenen Aspekte des sozioökonomischen Status (Bildung, Einkommen, berufliche Stellung, Versicherungsstatus) werden im Folgenden separat erörtert.

2.1.2 Bildung

Die befragten Hochaltrigen in der Stichprobe der ÖIHS weisen insgesamt ein recht hohes Bildungsniveau auf. 18,8% der Befragten verfügen über einen Universitätsabschluss. Weitere 23,6% haben zumindest einen Maturabschluss. Damit hat mit 42,4% fast die Hälfte eine – vor allem für die hier untersuchte Alterskohorte – vergleichsweise hohe Schulbildung.[29] 33,4% haben eine Lehre oder eine andere berufliche Fachausbildung ohne Matura absolviert. 23,9% haben lediglich einen Pflichtschulabschluss.

Abbildung 29: Höchster Bildungsabschluss

[29] Zum Vergleich: Unter den heute 30- bis 39-Jährigen, also einer gerade mitten im Erwerbsleben stehenden Bevölkerungsgruppe, liegt diese Quote der höheren Bildung (d.h. Matura- bzw. Universitätsabschluss) bei „nur“ rund 37% (Statistik Austria – Bildungsstandregister 2011). Es spiegelt sich auch hierin wider, dass mit der ÖIHS überwiegend gut gebildete Hochaltrige erreicht wurden.

Bildung und Geschlecht

Männer haben erwartungsgemäß – aufgrund der damals noch wesentlich stärker bestehenden sozialen Ungleichheit zwischen den Geschlechtern und der höheren Bildungsbenachteiligung von Frauen in dieser Generation – eine überwiegend höhere Schulbildung als Frauen. Während 28,8% der befragten Frauen lediglich einen Pflichtschulabschluss haben, sind dies bei den Männern nur 17,3%. Bei Maturabschlüssen liegen Frauen und Männer zwar nahezu gleichauf (24,1% vs. 24,3%), dafür aber haben deutlich mehr Männer einen Universitätsabschluss als Frauen (26,6% vs. 13,1%).

2.1.3 Berufstätigkeit

Der Großteil der Befragten war früher hauptberuflich erwerbstätig. Das gilt auch für Frauen: 86,1% der Frauen geben an, hauptberuflich gearbeitet zu haben. Nur 8,9% von ihnen waren überwiegend Hausfrauen.

Der größte Teil der Studienteilnehmer/innen war überwiegend in einem Angestelltenverhältnis tätig (49,8%). Vor allem auf Frauen trifft dies zu, die zu 59,1% als Angestellte beschäftigt waren. 13,2% der Befragten sind ehemalige Arbeiter/innen. 13,9% waren überwiegend selbstständig, und 17,6% waren Beamte. Ein Beamtenstatus war dabei vor allem Männern vorbehalten (ein Viertel der Männer (25%), aber nur 13,5% der Frauen waren als Beamte tätig). Männer hatten auch deutlich häufiger eine Leitungsfunktion inne (68,8% vs. 29%).

2.1.4 Finanzielle Situation

Die finanzielle Situation der Hochaltrigen in der hier untersuchten Stichprobe stellt sich als insgesamt recht gut dar. Allerdings streut das Einkommen der Teilnehmer/innen auch sehr stark, d.h. es ist ausgesprochen ungleich verteilt. 8,1% der Teilnehmer/innen müssen mit einem monatlichen Haushaltseinkommen von weniger als 1000€ auskommen. Weitere 49,7% verfügen über ein Haushaltseinkommen zwischen 1000€ und 2000€. 42,2% der Befragten haben ein Einkommen zur Verfügung, das jenseits von 2000€ liegt. Davon haben 14,9% sogar ein monatliches Einkommen von mehr als 3000€ zu Verfügung.[30]

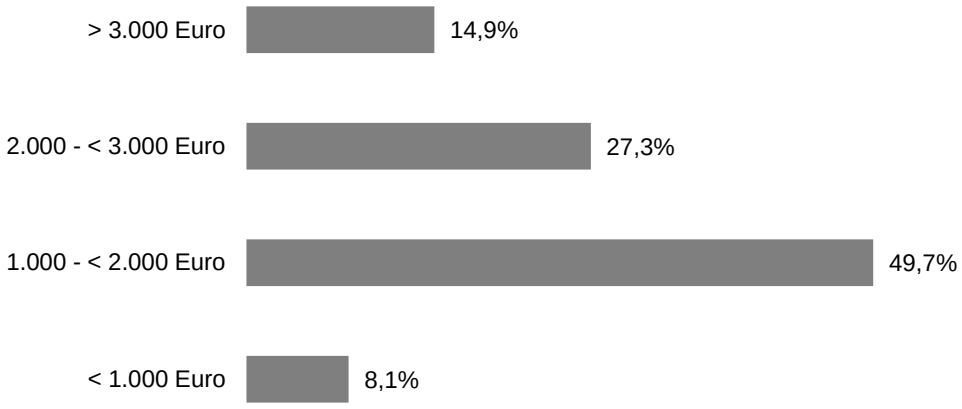


Abbildung 30: Haushalteinkommen

Wenig überraschend haben Frauen durchweg ein niedrigeres Haushaltseinkommen als Männer. Bei 12% der befragten Frauen liegt das monatlich verfügbare Einkommen unter 1000€. Bei den Männern betrifft dies nur 3,5%. Besonders verwitwete bzw. alleinstehende Frauen befinden sich in einer schlechteren Einkommenssituation. Es bestätigt sich – wie auch zahlreiche andere Studien belegen (z.B. Hauser 2008) –, dass eine **pre-**

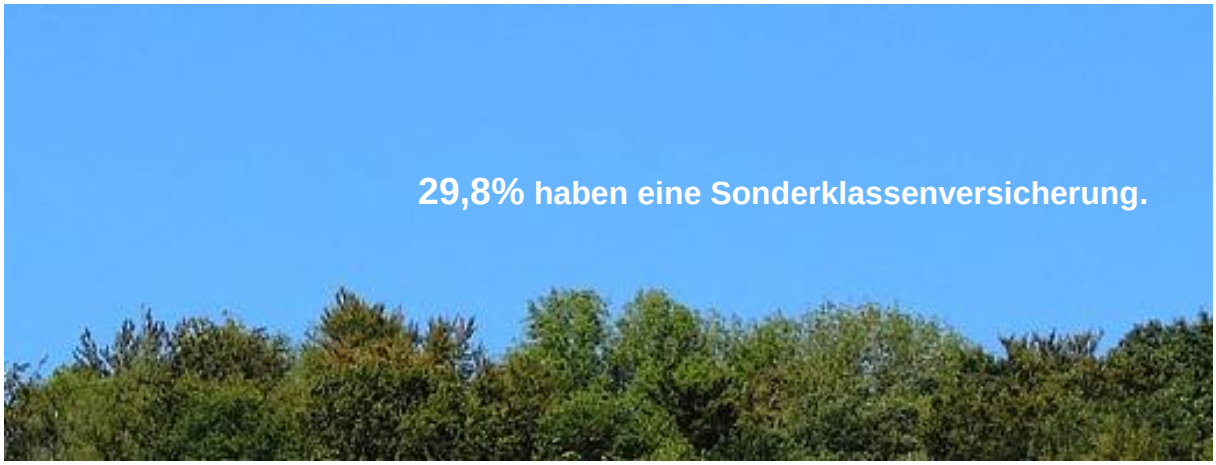
[30] Wie bereits erwähnt, liegen bei einem relativ großen Teil der Studienteilnehmer/innen (24,9%) keine Angaben zum Einkommen vor. 9,8% lehnen eine Antwort auf die Einkommensfrage ab, weitere 15,1% geben an, die Höhe ihres monatlichen Einkommens nicht zu wissen, wohinter sich freilich auch eine indirekte Ablehnung verbergen kann. Vor allem in Pflegeheimen waren die Teilnehmer/innen häufig nicht in der Lage, Auskunft über ihre Einkommensverhältnisse zu geben. Die angegeben Prozentwerte zur Einkommensverteilung beziehen sich daher ausschließlich auf jene Teilnehmer/innen, die über ihr Einkommen auch tatsächlich Auskunft gegeben haben.

käre finanzielle Situation im Alter bzw. Altersarmut ein Problem ist, das **in erster Linie Frauen** betrifft.[31]
Deutlich sichtbar wird auch, wie stark das Einkommen vom Bildungsgrad abhängt. Während 58,7% der Hochschulabsolvent/innen über ein monatliches Haushaltseinkommen von mehr als 2500€ verfügen, ist dies lediglich bei 2,9% der Personen mit Pflichtschulabschluss der Fall. 23,3% der Pflichtschulabsolvent/innen müssen mit einem Haushaltseinkommen von weniger als 1000€ auskommen.
Grundsätzlich ist bei der Interpretation der Einkommensverteilungen zu bedenken, dass aufgrund des nicht ganz unbeträchtlichen Bildungs-Bias im Sample verhältnismäßig wenige Niedrigeinkommen in der Stichprobe enthalten sind. Das heißt, die Einkommenssituation stellt sich vermutlich in der Stichprobe insgesamt etwas besser dar, als sie in der Realität sein dürfte. Es ist in der hier behandelten Studienpopulation wohl von einem wesentlich höheren Anteil an Niedrigeinkommen und insofern auch von einem höheren Anteil von Altersarmut betroffener bzw. armutsgefährdeter Personen auszugehen, als dies in den Ergebnissen der ÖIHS abgebildet ist.

Entsprechend der weitgehend recht guten finanziellen Situation der Befragten, kommen die meisten von ihnen finanziell sehr gut zurecht, d.h. sie haben für ihr alltägliches Leben und ihre Bedürfnisse ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung oder empfinden diese jedenfalls als ausreichend. Das Gefühl des **finanziellen Auskommens** ist dabei nicht nur auf Personen mit hohem Einkommen beschränkt, sondern über die gesamte Stichprobe hinweg in relativ hohem Ausmaß gegeben. So geben auch 80% der Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status (niedrige Bildung, niedriges Einkommen) an, finanziell eher gut oder sogar sehr gut zurechtzukommen. Klarerweise ist dieser Anteil unter Personen mit höherer Bildung und entsprechend höherem Einkommen mit 91,2% noch höher als in niedrigeren sozialen Schichten. Dennoch kann durchgehend, d.h. durch alle sozialen Schichten, ein gutes Auskommen mit den vorhandenen finanziellen Mitteln konstatiert werden. In niedrigen sozialen Schichten geben nur – aber doch auch – 5,5% an, finanziell überhaupt nicht auszukommen.
Auch Frauen geben, trotz ihrer durchschnittlich etwas schlechteren finanziellen Lage im Vergleich zu Männern, überwiegend an, finanziell gut oder sehr gut zurechtzukommen (85,4%). Die Werte sind dabei nur geringfügig niedriger als jene von Männern (87,8%). Das weitgehend gute finanzielle Auskommen der Befragten schlägt sich schließlich auch in einer recht hohen Zufriedenheit mit der eigenen finanziellen Situation nieder.
Sehr schlechte Einschätzungen des finanziellen Auskommens (9,1%) bzw. der finanziellen Situation (5,7%) finden sich am häufigsten bei Vorliegen besonders fortgeschrittener körperlicher und gesundheitlicher Einschränkungen (Frailty). Hier dürften sich höhere finanzielle Belastungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit niederschlagen.

[31] Allerdings ist hier auch festzuhalten, dass es auf der anderen Seite der Verteilung auch einen nicht unbeträchtlichen Anteil alleinstehender Frauen im hohen Einkommenssegment gibt, die entweder selbst einen hochqualifizierten Beruf ausgeübt haben oder aber hohe Einkünfte aus einer Witwenpension beziehen. Altersarmut ist also in diesem Lichte kein oder jedenfalls nicht ausschließlich ein geschlechtsspezifisches, sondern vor allem ein schichtspezifisches Problem, das allerdings Frauen in besonderer Weise betrifft.

2.1.5 Versicherungsstatus



Praktisch alle Befragten sind krankenversichert. Lediglich 4,4% davon sind nur mitversichert, wobei dies fast ausschließlich Frauen betrifft.
29,8% der Teilnehmer/innen haben überdies eine private Zusatzversicherung (Sonderklassenversicherung). Das Vorliegen einer privaten Zusatzversicherung ist dabei sehr deutlich eine Frage des sozioökonomischen Status: Während es bei Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status lediglich 3,6% sind, die über eine Sonderklassenversicherung verfügen, sind es bei Personen mit höherem Sozialstatus (hoher und sehr hoher sozioökonomischer Status) 62,6%.

2.1.6 Wohnsituation

Der Großteil der befragten Hochaltrigen lebt nach wie vor in der privaten Wohnung bzw. dem privaten Haus (80,5%). 6,8% leben in einem Seniorenwohnheim oder einer betreuten Wohneinrichtung. 12,7% der Befragten sind Pflegeheimbewohner/innen. Pflegeheime sind in den folgenden Ausführungen zur Wohnsituation nicht berücksichtigt, da sich die Fragen überwiegend auf die Wohnverhältnisse in Privathaushalten (d.h. in der privaten Wohnung/dem privaten Haus bzw. in einer (betreuten) Seniorenwohnung) beziehen (Miet-/Eigentumsverhältnisse, Wohnausstattung etc.). Dem Leben im Pflegeheim ist weiter unten ein eigenständiges Kapitel gewidmet (siehe Kapitel 3.3).

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten in Privathaushalten (55,2%) lebt allein, überwiegend infolge von Verwitwung. Dies betrifft vor allem Frauen: Diese sind zu 71,4% alleinstehend, während dies nur auf 35,4% der Männer zutrifft. Auch in Seniorenwohn-

heimen bzw. betreuten Wohneinrichtungen lebende Personen sind deutlich häufiger alleinstehend als etwa zu Hause lebende Personen (77,8% vs. 53,3%), was den Schluss zulässt, dass vor allem alleinstehende Menschen, z.B. nach dem Tod des Partners, insbesondere bei beginnender oder bestehender Hilfsbedürftigkeit, sich zu einem Umzug in ein Wohnheim oder eine Seniorenwohnung entschließen.

Frauen allein im Privathaushalt	71,4%
Männer allein im Privathaushalt	35,4%
Frauen allein im Seniorenheim	75,0%
Männer allein im Seniorenheim	85,7%

Tabelle 18: Wohnformen Alleinlebender

Viele Hochaltrige leben bereits sehr lange in ihrer aktuellen Wohnung, 79,3% zumindest länger als 20 Jahre. 39,4% leben bereits mehr als 50 Jahre in derselben Wohnung/demselben Haus. Anders ist dies freilich bei Bewohner/innen von (betreuten) Seniorenwohnungen. Hier sind die meisten (72%) erst innerhalb der letzten 5 Jahre eingezogen.
Bei 43,4% der Häuser und Wohnungen handelt es sich um Wohneigentum, 37,7% der Befragten leben zur Miete. Typischerweise sind Mieterhaushalte vorwiegend in der Stadt zu finden: Lediglich 5% der Haushalte im ländlichen Raum sind Mieterhaushalte. Vor allem in Wien überwiegen Mieterhaushalte gegenüber Eigentümerhaushalten (47,6% vs. 35,7%), womit sich Wien allerdings deutlich von Graz unterscheidet, wo 56,6% der Teilnehmer/innen in privatem Wohneigentum leben und nur 26,3% in Mieterhaushalten. Weitere 11,8% der Studienteilnehmer/innen wohnen mietfrei, z.B. durch ein Wohnrecht. In den überwiegenden Fällen handelt es sich hier um früheres Eigentum, das bereits an jemanden, etwa an ein Kind, ein Enkelkind oder einen sonstigen Angehörigen überschrieben wurde. Vor allem in den ländlichen Regionen der Steiermark findet sich dieses Arrangement häufiger: Hier liegen immerhin bei 35% der Personen in der Stichprobe derartige mietfreie Wohnverhältnisse vor. Dabei dürfte es sich in den meisten Fällen um landwirtschaftliche Gebäude oder Mehrfamilienhäuser handeln, die bereits an die nachfolgende Generation übergeben wurden.[32]

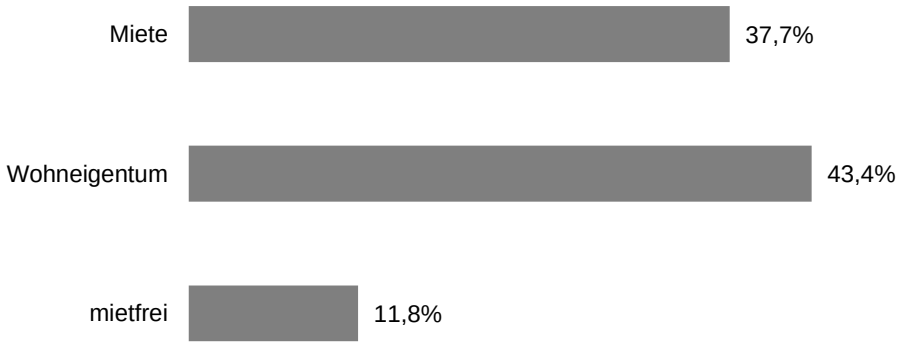


Abbildung 31: Wohnverhältnisse

[32] Eventuell spielt hier auch der bis 1. Juli 2014 in der Steiermark (als einzigem österreichischem Bundesland) in Kraft befindliche Pflegeregress eine gewisse Rolle. Der vergleichsweise hohe Anteil an mietfreien Wohnverhältnissen in der Steiermark könnte dann darauf zurückzuführen sein, dass ältere Steirer/innen durch eine frühzeitige Überschreibung des Hauses versuchen, ihr Wohneigentum vor allfälligen Regressansprüchen zu schützen.

Die **Wohnkosten**, die die befragten Hochaltrigen zu bewältigen haben, hängen sehr stark von der Wohnform bzw. vom jeweiligen Wohnverhältnis (Eigentum, Miete) ab. Die Mehrheit der Befragten (61%) hat monatliche Wohnkosten (d.h. allfällige Mietkosten sowie Nebenkosten wie Strom, Wasser, Heizung, Betriebskosten etc.) von bis zu 500€. Bei 8,7% betragen die monatlichen Wohnkosten auch mehr als 1000€. Hier schlagen sich besonders auch Seniorenheime und andere betreute Wohnformen nieder, die relativ hohe Wohnkosten verursachen, den Bewohner/innen dafür aber einiges an Komfort und Betreuungsdienstleistungen bieten (Mahlzeiten, Reinigung der Wohnung etc.), die in den Kosten bereits inkludiert sind. Grundsätzlich sind die Wohnkosten höher bei Vorliegen eines Mietverhältnisses im Vergleich zu Wohneigentum. Auch unterscheidet sich die Höhe der Wohnkosten nach Bildung und Einkommen, insofern höher gebildete und besser verdienende Menschen mehr Geld für Wohnen ausgeben (können) als Personen mit niedrigen Einkommen und entsprechend größere und/oder teurere Wohnungen bewohnen.

Mit Blick auf die **Wohnungsausstattung** und den Zustand der Wohnungen der Befragten kann weitestgehend ein recht guter Zustand konstatiert werden. Es finden sich – jedenfalls in der hier untersuchten Stichprobe – kaum Substandard-Wohnungen. Praktisch alle in Privathaushalten lebenden Teilnehmer/innen verfügen über eine eigene Toilette innerhalb der Wohnung (99,2%) und ein eigenes Bad bzw. Dusche (99,4%). Die meisten Wohnungen sind auch mit einer Zentralheizung ausgestattet (93%). Alle Befragten haben ein Telefon, drei Viertel von ihnen sogar ein Mobiltelefon. 98% besitzen einen Fernseher, 89,1% eine Waschmaschine. Immerhin 40,1% haben einen Computer, 35,7% auch Internet (zur Internetnutzung im hohen Alter siehe unten Kapitel 2.2.1). 51,8% verfügen schließlich auch über einen Garten, wobei dies vor allem in den eher ländlichen Studienregionen in der Steiermark der Fall ist, wo rund 90% der Befragten einen eigenen Garten haben. Aber auch in Wien und Graz haben mit 43,2% bzw. 48,7% relativ viele Teilnehmer/innen einen Garten zur Verfügung.

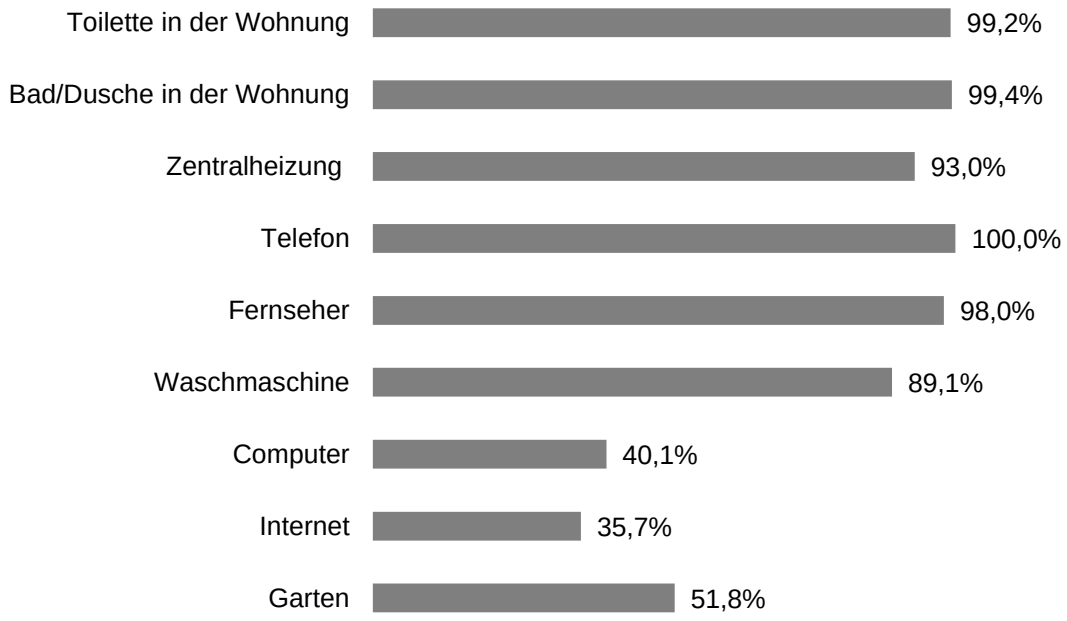


Abbildung 32: Wohnungsausstattung

Was den allgemeinen **Zustand der Wohnungen** betrifft, wurde dieser in 85% der Fälle von den Interviewer/innen, die die Teilnehmer/innen zu Hause besucht haben, als gut eingeschätzt. 13,7% der Wohnungen wurden als teilweise renovierungsbedürftig beurteilt.
27,1% der in Privathaushalten lebenden Personen geben auch an, bauliche Maßnahmen ergriffen zu haben, um ihre Wohnung altersgerecht zu machen (z.B. durch Installation von Haltestangen in der Toilette, rollstuhltaugliches Bad etc.). 8,2% sind bewusst in eine altersgerechte Wohnung umgezogen (trifft in erster Linie auf in Seniorenwohnheimen oder betreuten Wohneinrichtungen lebende Personen zu).

Was persönliche **Präferenzen und Wünsche** bezüglich der eigenen Wohnsituation betrifft, so zeigt sich, dass hochaltrige Menschen ihre Wohnsituation eher so bewahren möchten, wie sie ist, und keine Veränderungen vornehmen wollen. Lediglich 5,6% der Befragten in Privathaushalten geben an, mit dem Gedanken zu spielen, die eigene Wohnung aufzugeben und in ein Seniorenheim oder in eine betreute Seniorenwohnung zu ziehen. In manchen Fällen wurden bereits auch erste Schritte dazu gesetzt (z.B. eine entsprechende Voranmeldung für einen Platz in einem Seniorenheim). Vor allem Personen, die bereits von stärkeren altersbedingten körperlichen Einschränkungen betroffen sind (Pre-Frailty und Frailty), neigen zu derartigen Überlegungen. Aber auch hier stellen sie klar eine Minderheit dar. Ein Umzug in ein Pflegeheim wird überhaupt nur von vier Personen in der gesamten Privathaushalte-Stichprobe konkret in Erwägung gezogen. Es bestätigt sich damit einmal mehr, dass alte Menschen, auch bei bereits bestehenden gesundheitlichen und körperlichen Beeinträchtigungen, so lange wie möglich in der eigenen Wohnung bzw. im eigenen Haus bleiben wollen. Vor allem ein Umzug ins Pflegeheim scheint für die überwiegende Mehrheit überhaupt nicht in Frage zu kommen.
Umgekehrt zeigt sich jedoch, dass auch Pflegeheimbewohner/innen keine besonders ausgeprägten Wünsche nach einer Veränderung ihrer Wohnsituation äußern. Immerhin 92,2% von ihnen geben an, nichts an ihrer Wohnsituation verändern zu wollen. Darin könnte selbstverständlich eine gewisse Anpassung bzw. ein Sich-Abfinden mit der eigenen Situation zum Ausdruck kommen. Allerdings wäre auch damit zu rechnen, dass bei einer starken Unzufriedenheit mit der Situation im Pflegeheim zumindest der eine oder andere Wunsch nach einer Veränderung der Wohnsituation artikuliert würde. Es kann also angenommen werden, dass die meisten der befragten Pflegeheimbewohner/innen mit ihrer Wohnsituation im Pflegeheim – oder dem, was sie darunter verstehen – relativ zufrieden sind.[33]

[33] Dies wird im Übrigen auch durch die Ergebnisse des qualitativen Studienteils bestätigt (siehe Teil II, Kapitel 4). Dabei zeigt sich, dass negative Einstellungen gegenüber dem Pflegeheim fast ausschließlich bei Personen, die in Privathaushalten leben, zu finden sind, während sich Pflegeheimbewohner/innen häufig recht positiv dazu äußern. Diese sehr unterschiedlichen Bilder und Deutungen vom Leben im Pflegeheim dürften auch den hier dargestellten Wünschen und Präferenzen zur Wohnsituation von in Privathaushalten und in Pflegeheimen lebenden Hochaltrigen zugrunde liegen.

2.1.7 Soziale Beziehungen im hohen Alter

Vereinsamung und soziale Isolation sind Phänomene, die häufig mit dem hohen Alter assoziiert werden. Im Zusammenhang mit dem seelischen Befinden der Studienteilnehmer/innen wurde bereits an früherer Stelle das subjektive Empfinden von Einsamkeit erörtert (siehe oben Kapitel 1.3.1). Im Folgenden widmen wir uns nun der objektiven Seite dieses Phänomens, nämlich den sozialen Beziehungen hochaltriger Menschen, d.h. der Frage, ob und in welchem Ausmaß sie Sozialbeziehungen unterhalten. Dabei wird es auch sinnvoll sein, die Befunde zur Einsamkeit nochmals aufzugreifen und vor dem Hintergrund der erhobenen sozialen Beziehungen zu beleuchten bzw. zu vertiefen.

Bei den sozialen Beziehungen ist zunächst zu unterscheiden zwischen familiären bzw. verwandtschaftlichen und außerfamiliären bzw. nicht-verwandtschaftlichen Beziehungen. Innerhalb der familiären Beziehungen werden vor allem die Ehe- und Lebenspartnerschaften sowie die Beziehungen zu Kindern und Geschwistern im Vordergrund stehen. Bei den außerfamiliären Beziehungen geht es in erster Linie um Freundschaften und soziale Kontakte im näheren Bekanntenkreis.

Bei Wagner et al. (2010) werden drei Faktoren hervorgehoben, die sich besonders stark auf die sozialen Beziehungen alter Menschen auswirken und sozialer Isolation und Vereinsamung tendenziell Vorschub leisten: *Verwitwung, Kinderlosigkeit* und *Heimaufenthalt*. So bedeute etwa Verwitwung nicht nur den Verlust einer wie auch immer befriedigenden oder unbefriedigenden, emotional aber jedenfalls hoch besetzten Beziehung, sondern könne auch mit einer Verringerung des Freundeskreises einhergehen, zumal wenn dieser mit dem Ehepartner geteilt wurde. Umgekehrt können aber Verwitwete gerade auch Freundschaften neu aufbauen oder den Kontakt zu den Verwandten verstärken.
Kinderlosigkeit wiederum führe generell eher zu einem sozial isolierteren Leben im Vergleich zu dem von Eltern, da diese nicht nur ein dichteres Netz an familiären Sozialbeziehungen hätten als Kinderlose, sondern tendenziell auch mehr Freunde und freundschaftliche Beziehungen zu Nachbarn. Speziell alleinlebende Kinderlose wichen verstärkt auf andere Rollenbeziehungen, wie etwa Geschwister, aus. Kinderlosigkeit sei mit Blick auf die sozialen Beziehungen vor allem dann folgenschwer, wenn sie mit anderen Faktoren wie Verwitwung zusammenfalle.
Heimaufenthalt schließlich sei allgemein mit sozialer Vereinsamung konnotiert, wobei allerdings noch relativ wenig darüber bekannt sei, ob und in welchem Ausmaß nicht auch im Heim soziale Netzwerke bestünden.

Unter besonderer Berücksichtigung all dieser Lebenskonstellationen sollen die sozialen Beziehungen der Studienteilnehmer/innen im Folgenden näher betrachtet und insbesondere der Einfluss von Verwitwung, Kinderlosigkeit und Leben im Heim auf die Entstehung von sozialer Isolation und Vereinsamung untersucht werden. Zusätzlich werden auch noch weitere Faktoren wie etwa Geschlecht oder der sozioökonomische Status in die Analyse miteinbezogen, zumal einige Studien zeigen, dass Personen aus höheren sozialen Schichten in der Regel über ein größeres soziales Netzwerk verfügen, wodurch sie ein geringeres Risiko für soziale Isolation und Vereinsamung tragen als Personen aus niedrigeren sozialen Schichten, da sie etwa Lebensereignisse wie Verwitwung besser zu kompensieren vermögen (Wenger et al. 1996).

Methodisch wurde bei der Erhebung der Sozialbeziehungen so vorgegangen, dass zunächst eine Reihe von Informationen über die Familienstruktur erfragt wurde (Familienstand, Anzahl Kinder/Enkelkinder, Geschwister). Anschließend wurden die sozialen Kontakte erhoben, d.h. mit wie vielen Personen regelmäßige Kontakte bestehen (persönlich, telefonisch, schriftlich, E-Mail etc.), um wen es sich bei diesen Personen handelt und wie häufig Kontakte mit diesen Personen stattfinden. Dies wurde separat für familiäre und außerfamiliäre Beziehungen (Nachbarn, Freunde, Bekannte) erhoben. Nicht berücksichtigt bei den Kontakten innerhalb der Familie wurden Personen, die mit dem Teilnehmer/der Teilnehmerin im selben Haushalt leben – also z.B. keine Kontakte mit dem Ehepartner oder einem im selben Haus lebenden Kind/Enkelkind. Sondern hier ging es in erster Linie um das soziale Netzwerk jenseits des eigenen Haushalts. Zur besseren Beurteilung der Qualität des sozialen Netzwerks wurde schließlich auch gefragt, wie nah oder wie weit entfernt die Kontaktpersonen leben. So haben ja z.B. regelmäßige persönliche Kontakte mit Kindern, die im selben Ort leben, zwar nicht notwendigerweise eine höhere, aber in jedem Fall eine andere Qualität als etwa regelmäßige telefonische Kontakte mit überwiegend weiter weg oder gar im Ausland lebenden Kindern.

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 Lebenskonstellation ablesen: Etwa die Hälfte der befragten 80- bis 85-Jährigen Wiener/innen und Steirer/innen (50,5%) ist verwitwet. Nur noch etwas mehr als ein Drittel (35,1%) von ihnen ist verheiratet. Weitere 7,8% sind geschieden, 6,1% sind ledig. 5,4% leben in einer Lebensgemeinschaft, wobei es sich hier überwiegend um Beziehungen nach Verwitwung oder Scheidung handelt.

Verheiratet	35,1%
Verwitwet	50,5%
Ledig	6,1%
Geschieden	7,8%
Lebensgemeinschaft	5,4%

Tabelle 19: Familienstand

Verwitwung betrifft im hohen Alter **ungleich mehr Frauen** als Männer: So sind 68,5% der befragten Frauen in der Stichprobe verwitwet. Lediglich 16,2% von ihnen leben noch in einer ehelichen Gemeinschaft. Hingegen stellt sich bei den Männern die Verteilung beinahe umgekehrt dar: Von diesen sind 59,5% verheiratet und „nur“ 26,6% verwitwet. Hinzu kommt auch, dass unverheiratete bzw. verwitwete Männer wesentlich

häufiger in einer nicht-ehelichen Partnerschaft leben als Frauen (21,7% vs. 3,6%), woraus geschlossen werden kann, dass Männer eher geneigt sind, z.B. nach dem Tod der Ehefrau eine neue Lebenspartnerschaft einzugehen als umgekehrt. Für Männer dürfte dies aber freilich aufgrund der generell höheren Mortalität von Männern und der daher größeren Zahl verwitweter bzw. alleinstehender Frauen im hohen Alter auch wesentlich einfacher sein als für Frauen. Der geschlechtsspezifische Unterschied bei den unehelichen Lebenspartnerschaften dürfte also nicht zuletzt auch in einem Mangel an (unverheirateten bzw. ungebundenen) Männern in dieser Altersgruppe begründet liegen.

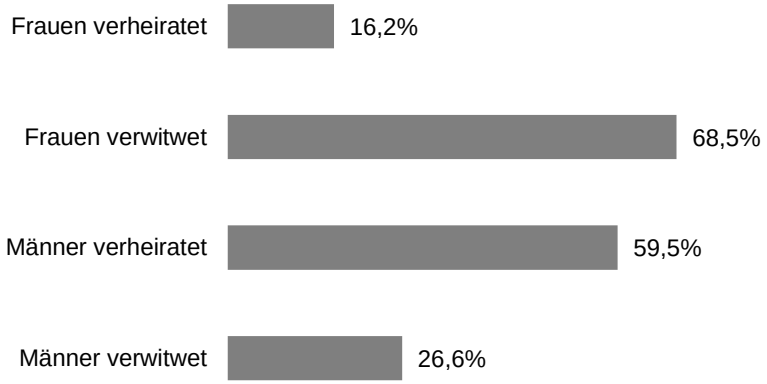


Abbildung 33: Familienstand nach Geschlecht

Der Großteil der hochaltrigen Ehepaare ist bereits seit sehr langer Zeit verheiratet. Bei 78,6% sind es mehr als 50 Jahre, bei weiteren 16,4% sind es immerhin mehr als 20 Jahre. Kürzere Ehen sind in der Stichprobe die Ausnahme – so gibt es etwa einen Fall, in dem die Ehe vor weniger als 5 Jahren geschlossen wurde. Etwas anders verhält es sich freilich mit den Lebenspartnerschaften, diese bestehen – zumal es sich hier auch in den meisten Fällen um Lebensgemeinschaften nach Scheidung oder Verwitwung handelt – noch nicht so lang wie Ehegemeinschaften. Aber auch hier findet sich eine Reihe von Partnerschaften, die immerhin schon mehr als 20 Jahre Bestand haben (35%).

Kinder

Der überwiegende Teil der befragten Hochaltrigen (82,9%) hat zumindest ein heute noch lebendes Kind. Von den Verheirateten haben 92,2% Kinder, von den Verwitweten 80%, von den Geschiedenen 70,8% und von den Ledigen 17,4%. Die Mehrheit der Befragten hat ein oder zwei Kinder (68,8%). 4,7% haben 5 und mehr Kinder. Eine Person findet sich in der Stichprobe mit gar 12 heute noch lebenden (von ursprünglich 14) Kindern. Mehrkinderfamilien sind dabei, nicht sehr überraschend, stärker auf dem Land und in niedrigeren sozialen Schichten zu finden, wie auch Kinderlosigkeit eher ein Phänomen der Stadt und höherer sozialer Schichten darstellt.

Wohl nicht zuletzt aufgrund der eher städtischen Zusammensetzung der Stichprobe (insbesondere durch den anteilsmäßig relativ hohen Stellenwert Wiens), ist das Ausmaß der Kinderlosigkeit unter den befragten Hochaltrigen relativ hoch. 15,6% der Teilnehmer/innen hatten nie Kinder. Der Anteil der Kinderlosen erhöht sich leicht, um 1,2%, wenn hier auch jene Teilnehmer/innen berücksichtigt werden, deren Kinder bereits verstorben sind und die daher zum Zeitpunkt der Befragung keine lebenden Kinder mehr hatten.

72,3% der Teilnehmer/innen haben auch Enkelkinder, wobei die meisten (64%) zwischen einem und vier Enkel haben. 24,2% haben 5 und mehr Enkel (der höchste Wert liegt bei 30 Enkelkindern). 27,6% der Befragten sind bereits auch Urgroßeltern.

Geschwister

Ebenfalls einen wesentlichen Bestandteil der familiären Beziehungen alter Menschen stellen Geschwister dar. 51,9% der hochaltrigen Männer und Frauen haben mindestens einen (noch lebenden) Bruder oder eine (noch lebende) Schwester.

Soziale Kontakte in der Familie

Wirft man nun einen Blick auf die sozialen Kontakte innerhalb der Familie, insbesondere hinsichtlich ihrer Häufigkeit und der Größe des familiären Netzwerks, so kann in vielen Fällen ein weitgehend recht großes Netz an familiären Beziehungen festgestellt werden. 41,5% der Befragten geben an, mit mehr als 6 Personen aus der Familie regelmäßige Kontakte zu pflegen. Weitere 35,6% geben immerhin zwischen 3 und 6 Personen an. Lediglich 5,6% sagen, sie hätten mit niemandem aus der Familie Kontakt – sei es, dass keine Familie vorhanden bzw. keine Verwandten mehr am Leben sind, oder dass aus anderen Gründen kein Kontakt zu Familienmitgliedern besteht.

Mit > 6 Personen regelmäßig Kontakt	41,5%
Zwischen 3 und 6 Personen regelmäßig Kontakt	35,6%
Mit niemandem Kontakt (keine Familie/Verwandten mehr oder kein Kontakt)	5,6%

Tabelle 20: Größe des familiären Netzwerks

Die häufigsten Kontakte im hohen Alter sind jene zwischen Eltern und deren Kindern: 78,3% der Befragten geben regelmäßige Kontakte zu einem oder mehreren Kindern an, wobei in vielen Fällen zumindest eines der Kinder im selben Ort/derselben Stadt lebt (69,1%) und Kontakte mehrmals in der Woche (35,1%), wenn nicht sogar täglich (37,6%) stattfinden.
Kontakte mit den Kindern sind damit beispielsweise deutlich häufiger als mit Geschwistern. Regelmäßige Kontakte mit Geschwistern werden nur von 38,5% der Befragten angegeben, wobei diese zumeist zwischen einmal wöchentlich (27,2%) und 1-3 Mal im Monat (25,9%) stattfinden.
Häufig genannt werden auch Kontakte mit Enkelkindern (61,5%), deren Häufigkeit jedoch sehr stark streut – von täglich (13,1%), wöchentlich (22,6%) bis 1-3 Mal pro Monat (29%) oder auch nur mehrmals im Jahr (11,1%).
48,3% geben auch regelmäßige Kontakte mit anderen Verwandten an – in diese Kategorie fallen insbesondere Schwiegerkinder, aber auch Urenkel und Cousins/Cousinen.

Soziale Kontakte zu Nicht-Verwandten

Neben sozialen Beziehungen innerhalb der Familie pflegen hochaltrige Menschen oft auch Kontakte zu Nicht-Verwandten wie z.B. Freunden, Bekannten oder Nachbarn. 86,3% geben an, zumindest einen Freund oder Bekannten zu haben, mit dem ein regelmäßiger Kontakt besteht. In 40,2% der Fälle werden sogar 6 und mehr Personen genannt. Überwiegend handelt es sich dabei um Personen aus der Nachbarschaft oder aus demselben Ort/derselben Stadt, und Kontakte finden zumindest 1 Mal im Monat statt (88,8%), in vielen Fällen auch 1 Mal wöchentlich oder öfter (65,4%).

Auswirkungen von Verwitwung, Kinderlosigkeit und Heimaufenthalt

Welchen Einfluss haben nun die eingangs erwähnten Lebenskonstellationen Verwitwung, Kinderlosigkeit und Heimaufenthalt auf die sozialen Beziehungen und die sozialen Kontakte hochaltriger Menschen?

Wie die Auswertung ergibt, haben **verwitwete Hochaltrige** tendenziell ein kleineres soziales Netzwerk als etwa verheiratete, sowohl in verwandtschaftlicher als auch in nicht-verwandtschaftlicher Hinsicht. Geben von den Verheirateten 52,9% an, zu mehr als 6 Personen aus der Familie regelmäßige Kontakte zu unterhalten, sind es unter den Verwitweten nur 37,9%. Ganz ähnlich verhält es sich mit nicht-verwandtschaftlichen Kontakten (49,3% vs. 36,9%). Verwitwung bedeutet also nicht nur den Verlust des Partners/der Partnerin als der für gewöhnlich engsten Bezugsperson, sondern sie geht offenbar auch einher mit einer allgemeinen (zumindest quantitativen) Verringerung sozialer Beziehungen. Davon sind – aufgrund der wesentlich höheren weiblichen Verwitwungsrate – insbesondere Frauen betroffen.[34]

Auch der angenommene Zusammenhang zwischen sozialem Netz und **Kinderlosigkeit** bestätigt sich, insofern Kinderlose (sowohl „echte" Kinderlose als auch solche, deren Kinder bereits verstorben sind) über deutlich weniger Netzwerkpartner, verwandtschaftlich wie nicht-verwandtschaftlich, verfügen als Hochaltrige mit Kindern. Geben 47,2% der Personen mit mindestens einem heute noch lebenden Kind mehr als 6 verwandte Kontaktpersonen an, sind es unter den Kinderlosen nur 14,7% (bei Personen mit 4 und mehr Kindern erhöht sich der Anteil sogar auf 79,1%). Auch lassen sich keine Hinweise darauf finden, dass Kinderlose, wie ebenfalls angenommen, stattdessen einen stärkeren Kontakt zu Geschwistern pflegen. Dies könnte aber natürlich auch damit zusammenhängen, dass im hohen Alter Geschwister (insbesondere ältere) relativ oft schon verstorben sind, sodass Geschwister weniger als Kontaktpersonen zur Verfügung stehen. Es ist anzunehmen, dass für kinderlose Menschen – vor allem dann, wenn sie alleinstehend sind – der Tod von Geschwistern aufgrund eines grundsätzlich kleineren familiären Netzes einen weiteren (und im Vergleich zu nicht kinderlosen Menschen wesentlich tieferen) Einschnitt in den sozialen Beziehungen bedeutet.

Zusätzlich zu den ohnehin der Kinderlosigkeit geschuldeten geringeren familiären Kontakten, verfügen Kinderlose auch über ein wesentlich kleineres nicht-verwandtschaftliches soziales Netzwerk, d.h. sie haben überwiegend auch weniger Freunde und Bekannte als Personen mit Kindern. In den Daten der ÖIHS schlägt sich das insofern nieder, als bei Kinderlosigkeit nur in 29,9% der Fälle mehr als 6 Freunde und Bekannte genannt werden, zu denen regelmäßige Kontakte bestehen, während bei Hochaltrigen mit Kindern mit 42,8% regelmäßige Kontakte mit Freunden und Bekannten deutlich häufiger angeben werden.

Besonders nachteilig wirkt es sich auf die sozialen Beziehungen aus – gemessen an der Größe des sozialen Netzwerks – wenn Kinderlosigkeit und Verwitwung zusammenkommen. Dann werden nur noch von 3,3% bzw. 23,3% der Personen regelmäßige Kontakte mit mehr als 6 Familienmitgliedern bzw. Freunden und Bekannten zu Protokoll gegeben. Die nachteilige Wirkung von Verwitwung und Kinderlosigkeit auf die sozialen Beziehungen hochaltriger Menschen, als wesentliche, soziale Isolation begünstigende Faktoren, scheint sich in diesem Lichte klar zu bestätigen.

Ebenso lassen sich einige Hinweise darauf finden, dass **Heimaufenthalt** und soziale Isolation miteinander korrelieren, wenn man die sozialen Kontakte von Heimbewohner/innen mit jenen von in Privathaushalten lebenden Personen vergleicht: Während

[34] Allerdings zeigt sich auch, dass alleinstehende Frauen mehr familiäre und außerfamiliäre Kontaktpersonen haben als etwa alleinstehende Männer.

90,6% der Hochaltrigen in Privathaushalten angeben, zumindest einen Freund oder Bekannten zu haben, zu dem ein regelmäßiger Kontakt gepflegt wird, sind es in Pflegeheimen nur 64,7%. Mehr als 6 Kontaktpersonen im Freundes- und Bekanntenkreis werden im Heim sogar nur noch von 7,8% angegeben. Niedrig ist dieser Wert dort auch mit Blick auf regelmäßige Kontakte zu Familienmitgliedern (19,6%). In Privathaushalten sind diese Anteile mit 47,1% bzw. 46,1% ungleich höher.

Abbildung 34: Regelmäßiger Kontakt zu mind. 1 Freund/Bekannten nach Wohnform

Das vergleichsweise kleine soziale Netz von Pflegeheimbewohner/innen lässt sich freilich in den meisten Fällen durch die Pflegeheimsituation selbst erklären, da ja 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 bereits ganz maßgeblich begünstigt hat, insofern der geringere soziale Rückhalt bei beginnender Pflegebedürftigkeit die Wahl informeller Lösungen (z.B. Pflege durch Kinder oder andere Verwandte) und damit den längeren Verbleib in den eigenen vier Wänden unwahrscheinlicher macht. Auffällig ist im Übrigen auch, dass von jenen Heimbewohner/innen, die regelmäßige Sozialkontakte angeben, nur in wenigen Fällen Freunde oder Bekannte in der Nachbarschaft, etwa im selben Pflegeheim, genannt werden. Daraus lässt sich schließen, dass Freundschaften oder Bekanntschaften innerhalb des selben Heims entweder nicht als solche wahrgenommen werden oder aber, dass es tatsächlich nur in Ausnahmefällen zu näheren Heimbekanntschaften kommt.

Soziale Beziehungen und sozioökonomischer Status

Bestätigt werden kann schließlich auch die eingangs aufgestellte Hypothese, dass soziale Beziehungen im hohen Alter bzw. die Größe sozialer Netzwerke hochaltriger Menschen etwas mit dem sozioökonomischen Status zu tun haben, insofern höher gebildete bzw. sozioökonomisch besser situierte Personen aufgrund eines höheren sozialen Kapitals über ein größeres soziales Netzwerk und dementsprechend mehr nicht-verwandte Netzwerkpartner verfügen als Personen mit geringerer Bildung bzw. geringerem sozioökonomischem Status. Während 54,4% der Personen mit hohem bzw. sehr hohem Sozialstatus (d.h. hohe Bildung, hohes Einkommen) angeben, mit mehr als 6 Freunden oder Bekannten regelmäßigen Kontakt zu pflegen, sind es bei niedrigem sozioökonomischem Status nur 29,3%. Dort kommt es, im Vergleich zu Personen mit höherem Sozialstatus, auch wesentlich häufiger vor, dass gar keine Freunde oder Bekannten vorhanden sind (25,9% vs. 4,8%).

Soziale Beziehungen und Einsamkeit im Alter

Betrachten wir abschließend die sozialen Beziehungen der Studienteilnehmer/innen und vergleichen sie mit den Ergebnissen zur Einsamkeit (siehe oben Kapitel 1.3.1), so ergibt sich ein recht deutlicher Zusammenhang: Je größer das soziale Netzwerk einer Person (familiär wie außerfamiliär), desto seltener wird von Gefühlen der Einsamkeit berichtet. Dieser Zusammenhang ist durchaus nicht absolut, d.h. ein kleineres soziales Netzwerk bedeutet noch nicht automatisch höhere Einsamkeit. Vor allem sagt die Größe

eines sozialen Netzwerkes noch nichts über die Qualität der sozialen Beziehungen aus – ein kleines soziales Netz kann mitunter von intensiveren zwischenmenschlichen Beziehungen erfüllt sein als ein großes Netzwerk. Dies spiegelt sich auch darin, dass Personen mit einer geringeren Anzahl von Kontaktpersonen nicht signifikant unzufriedener sind mit ihren Sozialbeziehungen als Personen mit größeren sozialen Netzwerken. Allerdings ist das Einsamkeitsrisiko für diese Personen größer, da Verluste von Bezugspersonen bzw. der Wegfall von Sozialkontakten, etwa durch den Tod des/der Ehegatt/in oder naher Freunde, sich gravierender auf das soziale Netzwerk auswirken und kaum kompensiert werden können.

Verwitwung, zumal ohnehin und ganz allgemein mit einem höheren Einsamkeitsrisiko verbunden, wirkt sich in diesem Lichte also besonders negativ aus, wenn kein hinreichend dichtes soziales Netz vorhanden ist, durch das der Verlust zumindest ansatzweise kompensiert werden könnte, so z.B. durch eine Intensivierung von Kontakten mit Verwandten oder Freunden. Aufgrund der ungleich höheren Verwitwungsrate von Frauen im Vergleich zu Männern sind hiervon vor allem Frauen betroffen, zumal Männer Verwitwung überdies offenbar auch leichter als Frauen durch das Eingehen neuer Lebenspartnerschaften kompensieren können.

Besonders groß ist das Risiko auch für Kinderlose. Kinderlose unterscheiden sich hinsichtlich der Struktur ihrer sozialen Netzwerke – wie gezeigt wurde – recht deutlich von Personen mit Kindern. Zunächst einmal sind ihre familiären Beziehungen, infolge der Kinderlosigkeit, auf ihre eigene Generation beschränkt und daher notwendigerweise weniger zahlreich und dicht. Zugleich haben Kinderlose aber auch weniger Bekannte und Freunde als Eltern, führen also allgemein ein etwas isolierteres Leben. Damit einher geht ein höheres Einsamkeitsrisiko: Vergleicht man die Einsamkeits-Werte von Hochaltrigen mit Kindern und solchen ohne Kindern, kann ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Einsamkeit und Kinderlosigkeit abgelesen werden (oft oder immer einsam: 19,7% vs. 10,3%). Der Zusammenhang zwischen Kinderlosigkeit und Einsamkeit wird sogar noch etwas eindeutiger, wenn man auch den Familienstand berücksichtigt und die Einsamkeits-Werte von Alleinstehenden (d.h. Verwitweten, Geschiedenen, Ledigen) mit und ohne Kinder gegenüberstellt: Hier zeigt sich nämlich, dass kinderlose Alleinstehende sich tendenziell noch einsamer fühlen als Alleinstehende mit Kindern (oft oder immer einsam: 21,1% vs. 14,5%), während diese selbst wiederum bereits deutlich häufiger von Einsamkeit berichten als Verheiratete (3,6%). Ersichtlich wird hier der negative Effekt von Kinderlosigkeit, wenn diese etwa, sozusagen erschwerend, zu einer Verwitwung hinzukommt. Das Einsamkeitsrisiko erhöht sich dann durch Kinderlosigkeit und ein dadurch bedingtes kleineres soziales Netz zusätzlich.

Alleinstehende, kinderlos	21,1%
Alleinstehende, mit Kind	14,5%
Verheiratete	3,6%

Tabelle 21: Einsamkeit und Familienverhältnisse

Besonders stark betroffen von Einsamkeitsgefühlen sind Bewohner/innen von Pflegeheimen. Dort gibt immerhin ein Viertel der Personen (25,5%) an, sich oft oder immer einsam zu fühlen (zum Vergleich: in Privathaushalten sind es 9,8%). Diese sehr hohen Einsamkeitsraten lassen sich im Wesentlichen auf die teilweise bereits sehr stark reduzierten Sozialbeziehungen von Heimbewohner/innen zurückführen. Diese dürften ei-

nerseits durch den Umzug ins Pflegeheim und das damit verbundene Verlassen des gewohnten Wohn- und Lebensumfelds bedingt sein, zum anderen liegt aber auch die Vermutung nahe, dass gerade die weitgehende Erosion der sozialen Beziehungen und der Mangel an sozialer Unterstützung eine Übersiedlung ins Pflegeheim nicht unmaßgeblich begünstigt haben. Erschwerend kommt hinzu, dass es – wie die Befragung der Heimbewohner/innen nahelegt – innerhalb von Pflegeheimen in der Regel offenbar nicht oder nur selten zum Aufbau von neuen Sozialbeziehungen kommt. Es hat insofern den Anschein, als wären Pflegeheime auch heute noch jene „totalen Institutionen", wie sie bisweilen im sozialwissenschaftlichen Kontext aufgefasst wurden, in denen individualisierte Interaktionen und zwischenmenschliche Kontakte nur wenig Raum haben zu gedeihen (Goffman 1987).

Als relevant für das Verhältnis von Einsamkeit und sozialen Beziehungen erweist sich schließlich auch so mancher sozioökonomischer Aspekt. Wie bereits an anderer Stelle ausgeführt (siehe Kapitel 1.3.1) ergibt sich aus der Befragung ein recht deutlicher Unterschied in der Häufigkeit von Einsamkeit entlang des sozioökonomischen Status (insbesondere Bildung und Einkommen) von Hochaltrigen. So geben Personen mit höherer Bildung und höherem Einkommen seltener an, sich einsam zu fühlen („oft" oder „immer" einsam), als Personen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen (7,3% vs. 14,1%). Dem korrespondiert ein tendenziell größeres soziales Netzwerk, insbesondere an nicht-verwandtschaftlichen Kontakten, von sozial besser situierten Personen. Die Größe des sozialen Netzwerks ist in diesem Lichte besonders auch eine Frage des sozioökonomischen Status, weshalb Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status daher auch, aufgrund überwiegend kleinerer sozialer Netzwerke, ein höheres Einsamkeitsrisiko als Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status haben.
Die Untersuchung ergibt aber noch einen weiteren sozioökonomischen Unterschied: Offenbar sind nämlich Personen aus höheren sozialen Schichten auch bedeutend seltener verwitwet als Personen aus niedrigeren sozialen Schichten. So beträgt etwa die Verwitwungsrate von Frauen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen 82,5%, bei Frauen mit hoher Bildung und hohem Einkommen jedoch nur 56,1%.

Verwitwung	Niedriger Sozialstatus	Hoher Sozialstatus
Frauen	82,5%	56,1%
Männer	27,8%	16,2%

Tabelle 22: Verwitwungsrate nach sozioökonomischem Status

Bereits in der Darstellung des Gesundheitszustandes der Studienteilnehmer/innen wurde gelegentlich auf sozioökonomische Unterschiede hingewiesen, die darauf hindeuten, dass Gesundheit und Krankheit im hohen Alter besonders auch eine Frage sozioökonomischer Verhältnisse sind und Personen aus höheren sozialen Schichten ihre Gesundheit tendenziell länger und auf einem höheren Niveau zu erhalten vermögen als Personen aus niedrigeren sozialen Schichten. Damit verbunden wären letztlich auch Unterschiede hinsichtlich Mortalität, wodurch die doch sehr unterschiedlichen Verwitwungsraten erklärt werden könnten: Das Mortalitätsrisiko ist umso höher, je niedriger der sozioökonomische Status einer Person ist. Dementsprechend ist in niedrigen sozialen Schichten auch das Risiko einer Verwitwung und damit letztendlich auch das Einsamkeitsrisiko größer, insbesondere für Frauen.

2.2 Lebensgestaltung

Dieser Abschnitt widmet sich einigen wesentlichen Aspekten der Lebensgestaltung hochaltriger Menschen. Im Mittelpunkt steht dabei vor allem die Alltagsgestaltung, also welchen Beschäftigungen hochaltrige Menschen nachgehen und welche Interessen und Hobbys sie haben. Zumindest kurz eingegangen werden soll dabei auch auf Fragen des bürgerschaftlichen Engagements (ehrenamtliche Tätigkeiten) im hohen Alter, der Religiosität sowie der Sexualität. Abgeschlossen wird das Kapitel mit einer Darstellung und Diskussion der Lebenszufriedenheit der Studienteilnehmer/innen.

2.2.1 Alltagsgestaltung, Hobbys und Interessen

Hochaltrige Menschen verbringen ihren Alltag auf sehr unterschiedliche Weise. Viele der befragten Studienteilnehmer/innen verfügen, trotz ihres hohen Alters, immer noch über ein breites Spektrum an Aktivitäten und Interessen, denen sie nachgehen. Abhängig ist die Alltagsgestaltung im hohen Alter besonders vom gesundheitlichen Allgemeinzustand. Altersbedingte gesundheitliche Einschränkungen, die in dieser Altersgruppe unterschiedlich stark ausgeprägt sind, beeinflussen die Alltagsgestaltung von alten Menschen maßgeblich, insofern viele Aktivitäten, je nach physischer und kognitiver Beeinträchtigung, nicht mehr ausgeübt werden können und die Möglichkeiten einer vielseitigen Alltagsgestaltung dementsprechend eingeschränkt sind.
Im Rahmen der Erhebung wurde ein umfangreiches Set an Alltagsaktivitäten, Hobbys und Interessensgebieten abgefragt. Die Auswertung zeigt dabei sehr deutlich, dass Zahl und Vielfalt von ausgeübten (oder jedenfalls von den Teilnehmer/innen als solche genannten) Alltagsaktivitäten sehr stark vom Gesundheitszustand abhängt: Im Durchschnitt wurden von den Teilnehmer/innen zwischen 8 und 9 Aktivitäten, Interessen, Hobbys genannt. Bei Personen mit stark eingeschränktem physischem und/oder kognitivem Zustand (Frailty) waren es hingegen nur 5, während Personen mit vergleichsweise sehr guter Gesundheit durchschnittlich 10-11 Alltagsaktivitäten angaben. Ähnlich fällt der Vergleich zwischen Privathaushalten und Pflegeheimen aus: Werden von zu Hause lebenden Hochaltrigen im Durchschnitt 9-10 Aktivitäten genannt (8-9 in Seniorenwohnheimen), sind es im Pflegeheim nur 4-5 Aktivitäten.

Folgende Aktivitäten wurden von Teilnehmer/innen am häufigsten genannt:

- Mit 95,8% an erster Stelle steht das **Fernsehen**. Der Großteil der Befragten (88,8%) sieht jeden Tag fern, ein gutes Drittel (32,2%) mehr als drei Stunden täglich. Fernsehen ist eine Aktivität, die besonders bei eingeschränkter Gesundheit

eine große Rolle spielt: So sehen Personen mit ausgeprägter Frailty zu 39,5% mehr als drei Stunden am Tag fern, bei Personen mit sehr gutem Gesundheitszustand („Rüstige“) sind es hingegen (laut Selbstauskunft) nur 19,6%. Zugleich stellen Personen mit Frailty aber auch mit 10,5% den mit Abstand höchsten Anteil an Personen, die überhaupt nicht fernsehen – dies ergibt sich hauptsächlich aus einer überwiegend niedrigeren Fernsehrate in Pflegeheimen. Auch Frauen sehen etwas häufiger bzw. intensiver fern als Männer (mehr als 3 Stunden täglich: 37,4% vs. 25,4%), wobei dies auf einen allgemein etwas schlechteren Gesundheitszustand von Frauen im Sample zurückzuführen sein dürfte sowie darauf, dass Frauen im hohen Alter deutlich häufiger alleinstehend sind als Männer. Bildung scheint ebenfalls eine Rolle zu spielen, insofern Personen mit niedriger Bildung (Pflichtschulabschluss), mit Blick auf die tägliche Fernsehdauer, ein höheres Fernsehpensum aufweisen als Personen mit hoher Bildung (Universitätsabschluss) (mehr als 3 Stunden täglich: 43,8% vs. 19,5%).

- An zweiter Stelle folgt mit 83,4% **Lesen** (Zeitungen, Bücher etc.). Auch hier gibt es einen bildungsspezifischen Zusammenhang dahingehend, dass Personen mit höherer Bildung häufiger lesen (oder dies jedenfalls häufiger als Alltagsaktivität angeben) als Personen mit niedrigerer Bildung (93,5% vs. 76,5%).
- 77,3% der Befragten besuchen regelmäßig Angehörige und/oder Freunde oder empfangen **Besuche**.
- 60% machen regelmäßig **Spaziergänge**. Männer nennen Spaziergänge etwas häufiger als Alltagsaktivität als Frauen (67,6% vs. 54,7%), was zum einen auf ihren tendenziell besseren gesundheitlichen und funktionalen Zustand zurückzuführen sein dürfte, zum anderen aber auch darauf, dass Männer wesentlich häufiger noch in ehelichen Beziehungen leben (gemeinsame Spaziergänge mit der Partnerin).
- 52,9% lösen **Kreuzworträtsel** oder andere Denksportaufgaben (Frauen etwas häufiger als Männer: 58,6% vs. 45,1%).
- 51,7% der Befragten **kochen** noch regelmäßig selbst (vor allem Frauen: 63,7% vs. 35,3%). 56,1% erledigen (auch) andere Haushaltstätigkeiten (Staubsaugen, Putzen etc.).
- 55,1% geben an, regelmäßig **Friedhofsbesuche** zu machen – interessanterweise und entgegen der ungleich höheren Verwitwungsrate von Frauen, wird dies häufiger von Männern als von Frauen angegeben (61,3% vs. 50,6%).
- Für einen großen Teil der Befragten spielen auch **Kunst und Kultur** eine bedeutende Rolle in ihrem Leben: So geben 48% der Teilnehmer/innen an, regelmäßig kulturelle Veranstaltungen (Konzerte, Theater, Oper etc.) zu besuchen. Vor allem von höher gebildeten Hochaltrigen (Universitätsabschluss) wird der Besuch von kulturellen Veranstaltungen häufig genannt (68,8%). Aber auch bei Personen mit lediglich Pflichtschulabschluss sind es immerhin 32,7%. Ähnlich verhält es sich mit dem Besuch von Vorträgen oder Kursen (z.B. an der Volkshochschule), der von 23,4% der Befragten (Pflichtschulabschluss/ Universitätsabschluss: 12,2% vs. 36,4%) angegeben wird. 18% geben auch an, sich selbst künstlerisch zu betätigen (z.B. Malen, Musizieren etc.).
- 45,9% der Befragten betreiben noch **Sport** (Wandern, Schwimmen, Gymnastik etc.), wobei es hier klarerweise sehr stark auf den körperlichen Allgemeinzustand der Befragten ankommt.
- 39% besuchen regelmäßig Veranstaltungen von **Vereinen oder Klubs**, wobei hier am häufigsten Pensionistenvereine, kirchliche Gruppen sowie Kultur- und Sportvereine genannt werden.

- 38,3% geben an, regelmäßig **Gottesdienste** zu besuchen, wobei dies häufiger von Frauen als von Männern genannt wird (42,2% vs. 32,9%).
- 35,4% spielen **Karten- oder andere (Gesellschafts-)Spiele**.
- 31,2% verbringen häufig Zeit mit **Gartenarbeiten**. Dies betrifft vor allem ländliche Regionen in der Steiermark, wo ein Großteil der Teilnehmer/innen über einen Garten verfügt.
- 26,6% nennen **Basteln oder Handarbeiten** als regelmäßige Alltagsbeschäftigungen. Entgegen der verbreiteten Vorstellung von den strickenden und häkelnden alten Frauen, spielen Handarbeiten im Leben der hochaltrigen Teilnehmerinnen also eine eher untergeordnete Rolle (24,9%).
- 22,9% beschäftigen sich mit dem **Computer** und/oder mit dem Internet, wobei dies allerdings sehr stark bildungs- und geschlechtsabhängig ist: So geben etwa 35,8% der Männer Computer/Internet als Alltagsaktivität an, aber nur 13,5% der Frauen. Noch stärker ist der Einfluss der Schulbildung: Während nur 6,1% der Pflichtschulabsolvent/innen sich mit Computer bzw. Internet befassen, ist es unter Personen mit Universitätsabschluss fast die Hälfte (49,4%). Insgesamt haben 30,7% aller befragten Hochaltrigen in der Stichprobe einen Internetanschluss. 12,2% verwenden jeden Tag Internet. 19,5% schreiben regelmäßig E-Mails.
- Mit 14,4% eine überraschend geringe Bedeutung im Alltag hochaltriger Menschen nehmen **Haustiere** ein (z.B. mit dem Hund Gassi gehen, sich mit der Katze beschäftigen etc.). Vergleichsweise häufig werden Haustiere am Land genannt (40%). Es finden sich auch kaum Hinweise darauf, dass etwa alleinstehende bzw. verwitwete Personen sich besonders häufig ein Haustier halten. Möglicherweise ist vielen Menschen das Halten von Haustieren im hohen Alter schon zu beschwerlich, insbesondere in der Stadt.
- 13,2% geben auch an, regelmäßig **Kinder** zu **betreuen** (z.B. Enkel, Urenkel). Auch hier spielt selbstverständlich vor allem der Gesundheitszustand eine entscheidende Rolle.
- 11,2% geben schließlich auch an, eine oder mehrere **hilfs- bzw. pflegebedürftige Personen** zu **unterstützen** bzw. zu pflegen. In etwa einem Drittel der Fälle (32,5%) handelt es sich um pflegebezogene Leistungen, der Rest entfällt auf Begleitungs- bzw. Betreuungsleistungen und/oder Hilfe im Haushalt. Am häufigsten handelt es beim Unterstützten bzw. Gepflegten um den Partner/die Partnerin (48,7%), wobei Männer häufiger ihre Partnerin betreuen/pflegen als umgekehrt. Das hat zum einen natürlich damit zu tun, dass nur noch ein kleiner Teil der Frauen in der Stichprobe einen (Ehe-)Partner hat. Zum anderen dürfte sich darin aber auch der tendenziell etwas bessere Gesundheitszustand hochaltriger Männer im Vergleich zu hochaltrigen Frauen widerspiegeln.

Abbildung 35: Fünf am häufigsten genannte Aktivitäten

Alltagsgestaltung und Lebenssinn

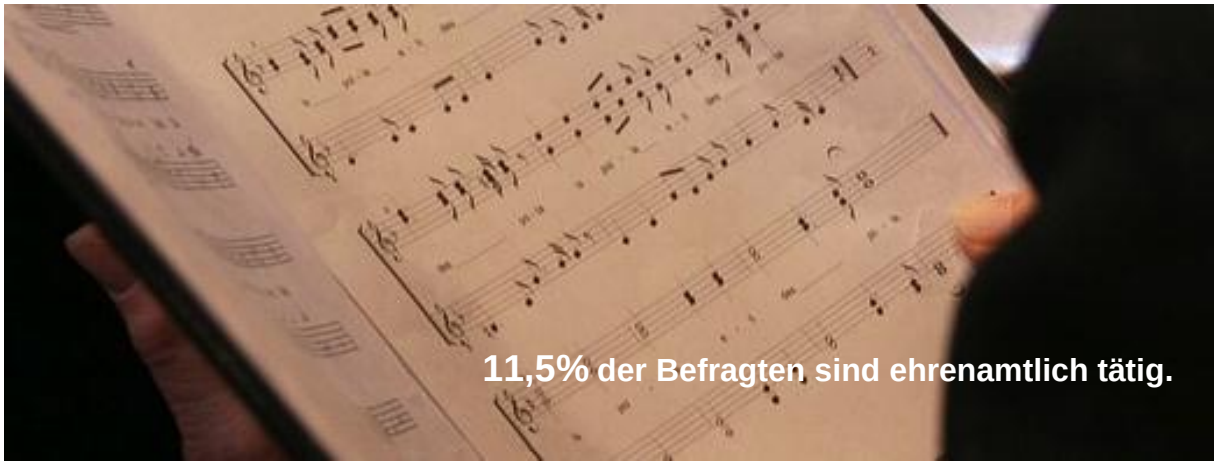
Fragen der Alltagsgestaltung im hohen Alter sind nicht zuletzt deshalb von besonderer Relevanz, da sich Menschen durch ihre Aktivitäten in der Regel sehr stark selbst definieren und in gewisser Weise auch Lebenssinn aus ihnen beziehen. Wie „sinnvoll" konkrete Aktivitäten im Einzelnen sind, ist dabei oft gar nicht primär von Bedeutung, sondern entscheidend ist vielmehr – wie auch Befunde aus der Sozialgerontologie nahelegen (z.B. Ekerdt 1986) –, dass sich Menschen selbst als aktiv erleben und auch nach außen entsprechend darstellen können. Aktivität und ein tätiges Leben sind sehr positiv besetzte und wirkmächtige gesellschaftliche Werte, die auch ins höhere Alter bzw. in den Ruhestand hineinreichen und als solche auch im Alter sehr sinnstiftend wirken. Sinnstiftend sind Aktivitäten daher mitunter als Aktivität per se, d.h. etwa dadurch, dass sie beschäftigen, den Tag strukturieren oder auch einfach nur die Zeit vertreiben.[35] Solange das der Fall ist – und sofern diese Aktivitäten auch selbstbestimmt gewählt und ausgeübt werden können –, wird der Alltag in der Regel als sinnvoll erfahren, zumindest aber nicht als Quell von Unzufriedenheit wahrgenommen.

Die Zufriedenheit mit den eigenen Aktivitäten und der Alltagsgestaltung ist dementsprechend unter den befragten Hochaltrigen relativ hoch. 72,2% bezeichnen sich als eher oder sehr zufrieden mit ihren Alltagsaktivitäten. Weitere 14,9% äußern sich immerhin als mittelmäßig zufrieden. Die Zufriedenheit sinkt, wenig überraschend, mit schlechterem Gesundheitszustand und einem dementsprechend beschränkten Spektrum an Aktivitäten (rüstig: 94,6% vs. frail: 58,3%). Auch in Pflegeheimen äußern sich die Befragten überwiegend als deutlich weniger zufrieden mit ihrer Alltagsgestaltung als in Privathaushalten (54,9% vs. 77,5%).[36] Die Zufriedenheit mit der Alltagsgestaltung korreliert grundsätzlich auch mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit, d.h. wer mit seinem Alltag zufrieden ist, schätzt auch seine Lebenssituation insgesamt positiver ein. Wer im Gegenteil seinem Alltag nichts Positives abgewinnen kann, der ist auch mit seinem Leben insgesamt weniger zufrieden. Diese Personen neigen auch stärker zu depressiven Symptomen.

[35] Die Bedeutung des „Beschäftigtseins" kommt vor allem in den Interviews im Rahmen des qualitativen Studienteils recht deutlich zum Ausdruck (siehe Teil II, Kapitel 2.2).

[36] Die mit 58,3% bzw. 54,9% an sich immer noch relativ hohen Zufriedenheitswerte bei ausgeprägter Frailty bzw. im Pflegeheim verdeutlichen aber auch, dass selbst bei vergleichsweise eingeschränkten Möglichkeiten einer aktiven Alltags- und Lebensgestaltung ein als sinnvoll empfundener Alltag möglich ist. Umgekehrt verweist die doch sehr große Differenz zwischen den Zufriedenheitswerten im Heim und jenen in Privathaushalten aber möglicherweise auch darauf, dass Freizeit- und Aktivitätsprogramme, wie sie etwa in Pflegeheimen häufig angeboten werden, den Verlust selbstbestimmter Alltagsgestaltung nur in sehr begrenztem Ausmaß kompensieren können. Die hohe Bedeutung des „Beschäftigtseins", wie sie hochaltrige Menschen zum Ausdruck bringen, ist daher nicht als Aufforderung zu einer möglichst umfassenden und organisierten „Beschäftigungstherapie" für alte Menschen bzw. Pflegeheimbewohner/innen (miss) zu verstehen. Entscheidend ist letztlich, dass Aktivitäten ebenso wie der Grad an Aktivität von den Menschen selbstbestimmt gewählt werden können.

2.2.2 Bürgerschaftliches Engagement



Wie bei den Alltagsaktivitäten erwähnt, besuchen 39% der befragten Hochaltrigen regelmäßig Veranstaltungen von Vereinen oder Klubs. 11,5% sind auch selbst ehrenamtlich in einem Verein tätig. Weitere 23,9% sind heute zwar nicht mehr ehrenamtlich tätig, geben aber an, früher ein Ehrenamt bekleidet zu haben. Bürgerschaftliches Engagement im hohen Alter ist – wenn auch selbstverständlich nicht ausschließlich, so doch überwiegend – männlich (bei 16,3% männlichen und 8,2% weiblichen Ehrenamtlichen). Zum Teil dürfte dieser geschlechtsspezifische Unterschied in der allgemein etwas besseren gesundheitlichen Konstitution von Männern in der Stichprobe begründet liegen, die Männern die Ausübung eines Ehrenamts auch im hohen Alter eher erlaubt als Frauen. Vor allem aber liegt hier wahrscheinlich insofern ein Kohorteneffekt vor, als bürgerschaftliches Engagement bekanntlich nicht unwesentlich eine Frage der Bildung ist und in dieser Generation noch eine stärkere Bildungsbenachteiligung von Frauen vorherrschte, wie auch generell Vereine und andere (semi-)öffentliche Räume stärker noch als heute männlich dominiert waren.

2.2.3 Automobilität

Ein relativ großer Teil der Studienteilnehmer/innen gehört noch zur „Auto fahrenden Bevölkerung“. Immerhin 44,1% der Befragten haben ein Auto in ihrem Haushalt. 35,1% geben auch an, nach wie vor selbst zu fahren. Auto fahren ist im hohen Alter vor allem eine männliche Angelegenheit, wobei es sich aber freilich insofern um einen Kohorteneffekt handeln dürfte, als Auto fahren in der hier untersuchten Generation noch wesent-

lich stärker als heute den Männern vorbehalten war und Frauen daher auch seltener einen Führerschein hatten als dies heute der Fall ist. Eine große Rolle spielt Automobilität auf dem Land, wo 80% der Teilnehmer/innen ein Auto haben, allerdings natürlich auch bereits aus infrastrukturellen Gründen wesentlich stärker auf ein Auto angewiesen sind als hochaltrige Stadtbewohner/innen.

2.2.4 Religiosität

Eine vergleichsweise große Rolle spielen in der hier untersuchten Studienpopulation auch noch Religion und Religiosität. Immerhin 45,6% der befragten Hochaltrigen geben an, religiös zu sein, weitere 20,7% bezeichnen sich zumindest als „eher religiös". Mit 25,4% gibt es in der Stichprobe aber auch einen relativ großen Anteil Hochaltriger, die sich überhaupt nicht als religiös empfinden.

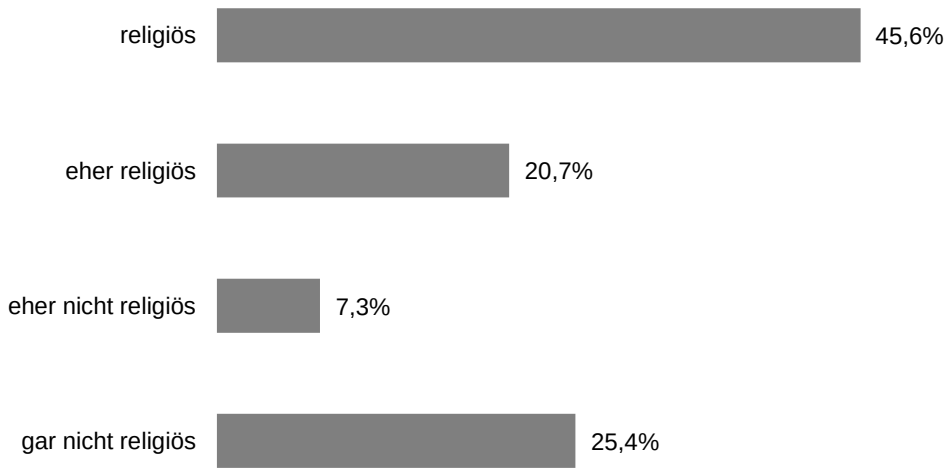


Abbildung 36: Religiosität

Relativ häufig ist in dieser Alterskohorte auch noch die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft. 81,2% der Befragten sind Mitglied einer Kirche oder Religionsgemeinschaft, wobei es sich hier zu 88,9% um Angehörige der römisch-katholischen Kirche

handelt. Aber auch hier geben immerhin 16,8% an, gar keiner Glaubensgemeinschaft anzugehören oder aus der Kirche ausgetreten zu sein.
Wenig überraschend sind Religiosität und Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft deutlich weiter verbreitet in der Landbevölkerung als in der Stadtbevölkerung. So sind etwa auf dem steirischen Land fast alle Befragten (97,8%) Mitglied einer Religionsgemeinschaft, in Wien sind es hingegen nur 77,9%. Ebenso wird auf dem Land die Frage nach der Religiosität wesentlich seltener verneint als in der Stadt (15,6% vs. 30,1%).
Frauen sind offenbar religiöser als Männer. Jedenfalls geben sie wesentlich häufiger an, religiös oder zumindest eher religiös zu sein als Männer (75,6% vs. 55,2%). Sie gehören auch etwas häufiger einer Religionsgemeinschaft an als Männer (86,7% vs. 77,5%) und besuchen öfter Gottesdienste (42,2% vs. 32,9%).

In manchen Hochaltrigenstudien wird ein direkter Zusammenhang zwischen Religiosität und Langlebigkeit behauptet – in dem Sinne, dass religiöse Menschen sich durch eine niedrigere Mortalität auszeichnen und also eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit aufweisen als nicht religiöse Personen (Spini et al. 2001). Ein solcher Zusammenhang kann anhand des vorliegenden Datenmaterials nicht bestätigt werden und wäre erst durch eine fortgesetzte Untersuchung im Längsschnitt zu verifizieren. Allerdings ergibt die Analyse einen negativen Zusammenhang zwischen Religiosität und Gesundheit, d.h. Personen mit gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen (Frailty) erscheinen in der Analyse als überwiegend religiöser als Personen mit besserem Gesundheitszustand (73,7% vs. 57,2%). Dies würde den konstatierten positiven Einfluss von Religiosität auf die Überlebenswahrscheinlichkeit hochaltriger Menschen insofern deutlich schmälern, als Frailty mit einem besonders hohen Mortalitätsrisiko verbunden ist. Es wäre also anzunehmen – und allenfalls noch empirisch nachzuweisen –, dass ein direkter Zusammenhang zwischen Religiosität und Langlebigkeit eher nicht oder jedenfalls nicht in dieser Form gegeben ist. Denkbar wäre jedoch ein positiver Effekt der Religiosität dahingehend, dass bei bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen das Mortalitätsrisiko für religiöse Menschen niedriger ist als für nicht religiöse Menschen und sich also Religiosität positiv auf das weitere Überleben auswirkt.
Was den hier festgestellten Zusammenhang zwischen Frailty und Religiosität betrifft, so können hierfür zwei mögliche Erklärungen angeboten werden: Eine mögliche Erklärung wäre, dass sich die Menschen bei fortschreitenden gesundheitlichen Einschränkungen und mit Blick auf das Lebensende (wieder) verstärkt der Religion oder religiösen Sinnfragen zuwenden. Eine andere Möglichkeit wäre, dass dieser Zusammenhang, zumindest teilweise, auf einer Scheinkausalität beruht, insofern ja Religiosität auch mit anderen, insbesondere sozioökonomischen Variablen zusammenhängt (z.B. niedrige Bildung), die wiederum selbst mit Gesundheit assoziiert sind. Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status sind also tendenziell sowohl kränker als auch religiöser, ohne dass das eine mit dem anderen unmittelbar zusammenhängt.

2.2.5 Lebenszufriedenheit

Eine zentraler Indikator zur Beurteilung der Lebenssituation von Menschen, insbesondere auch mit Blick auf ihre Lebensqualität, ist die Lebenszufriedenheit. Die Studienteilnehmer/innen wurden daher nach ihrer Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen und Aspekten ihres Lebens gefragt. Vorgesehen waren dabei, neben der Zufriedenheit mit der allgemeinen Lebenssituation, Fragen zur Gesundheit, zur finanziellen Situation, zu den Sozialkontakten, zur Familienbeziehung wie auch zur Alltagsgestaltung.

Die Befragung ergibt eine durchweg hohe Zufriedenheit quer durch alle abgefragten Lebensbereiche. 79,2% der befragten Hochaltrigen geben an, mit ihrer Lebenssituation sehr oder eher zufrieden zu sein. Weitere 14,9% beurteilen ihre Lebenssituation zumindest als mittelmäßig. Eher oder gar nicht zufrieden sind lediglich 4,9%.

Sehr zufrieden	39,0%
Eher zufrieden	40,2%
Mittelmäßig zufrieden	14,9%
Eher nicht zufrieden	3,7%
Gar nicht zufrieden	1,2%

Tabelle 23: Lebenszufriedenheit

Männer sind mit ihrem Leben **tendenziell etwas zufriedener als Frauen** („sehr zufrieden“: 43% vs. 36,8%). Insbesondere alleinstehende/verwitwete Frauen sind weniger zufrieden. Vor allem aber hängt die Lebenszufriedenheit vom sozioökonomischen Status ab („sehr zufrieden“: 36,2% bei niedrigem Sozialstatus vs. 50,4% bei hohem und sehr hohem Sozialstatus). Auch die Gesundheit hat maßgeblichen Einfluss auf die allgemeine Lebenszufriedenheit („sehr zufrieden“: 60,7% bei sehr guter Gesundheit vs. 13,5% bei Frailty). Niedriger ist die Lebenszufriedenheit daher auch in Pflegeheimen: Hier geben nur 16% der Befragten an, mit ihrer Lebenssituation sehr zufrieden zu sein. Auf der anderen Seite ist hier aber auch hinzuzufügen, dass ausdrückliche Unzufriedenheit selbst im Pflegeheim eher die Ausnahme als die Regel ist („eher oder gar nicht zufrieden“: 12%). Die Mehrheit im Pflegeheim äußert sich als mittelmäßig (22%) oder eher zufrieden (50%).

Die hier herauspräparierten Korrelationen und Zusammenhänge sind im Wesentlichen, wenn auch jeweils in unterschiedlichem Ausmaß, gültig für sämtliche anderen Lebensbereiche. Die Zufriedenheit mit der eigenen **Gesundheitssituation** hängt in erster Linie, wenig überraschend, vom objektiven Gesundheitszustand ab. Überraschend ist hier allenfalls, dass auch bei vergleichsweise sehr guter Gesundheit die Zufriedenheit mit der Gesundheitssituation nicht übermäßig hoch ist („nur" 35,7% „sehr zufrieden"). Frauen sind weniger zufrieden als Männer („sehr zufrieden": 23,3% vs. 30,6%), befinden sich aber auch tendenziell – wie oben im Gesundheitsteil dargestellt – objektiv in einem weniger guten Gesundheitszustand als Männer. Dasselbe gilt für sozioökonomische Unterschiede hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Zufriedenheit („sehr zufrieden" bzw. „eher zufrieden": 53,5% bei niedrigem Sozialstatus vs. 76% bei hohem bzw. sehr hohem Sozialstatus), die ebenfalls auf eine objektive Ungleichverteilung von Gesundheit und Krankheit bei Angehörigen verschiedener sozialer Schichten zurückzuführen ist.

Auch die Zufriedenheit mit der **finanziellen Situation** ist in erster Linie eine sozioökonomische Frage („sehr zufrieden": 16,1% bei niedrigem Sozialstatus vs. 46,4% bei hohem bzw. sehr hohem Sozialstatus). Es ergibt sich aber z.B. auch ein Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand – in der Richtung, dass Personen mit schlechtem Gesundheitszustand wesentlich unzufriedener sind mit ihrer finanziellen Lage als Personen mit vergleichsweise gutem Gesundheitszustand („sehr zufrieden": 17,1% vs. 41,1%). Dies könnte zum einen damit zu haben, dass ein schlechterer Allgemeinzustand, insbesondere bei Pflegebedürftigkeit, mit einer höheren finanziellen Belastung, etwa aufgrund von höheren Ausgaben für Pflegedienstleistungen, verbunden ist. Zum anderen dürfte ein wesentlicher Teil dieses Zusammenhangs aber auch auf die bereits mehrfach erwähnte Korrelation zwischen sozioökonomischer und gesundheitlicher Schlechterstellung zurückzuführen sein, woraus sich schließlich auch eine geringere finanzielle Zufriedenheit bei gesundheitlich und funktional beeinträchtigten Personen ergibt.

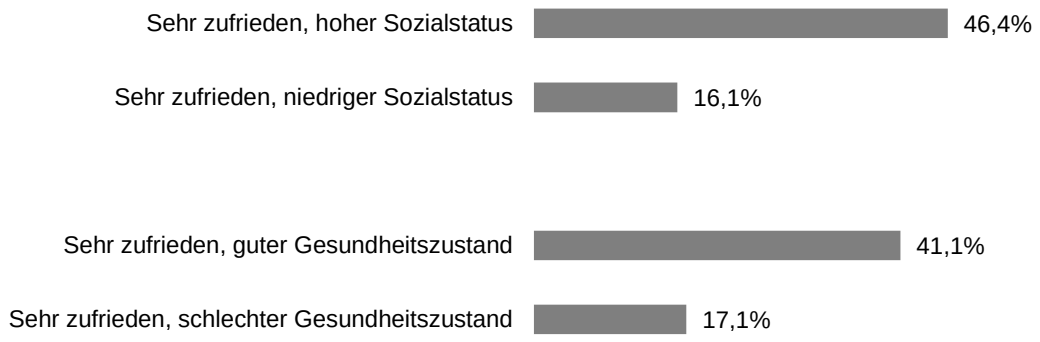


Abbildung 37: Zufriedenheit mit der finanziellen Situation

Die Zufriedenheit mit den **Sozialkontakten** ist ebenfalls in hohem Maße vom Gesundheitszustand abhängig, da die Gesundheit einen enormen Einfluss darauf hat, ob eine Person in der Lage ist, soziale Kontakte zu pflegen. Besonders niedrig ist die Zufriedenheit in Pflegeheimen („sehr zufrieden": 16%). Dies liegt nicht nur daran, dass das Unterhalten von Sozialkontakten außerhalb des Pflegeheimes sowohl aufgrund des eingeschränkten Gesundheitszustandes als auch durch die Institutionalisierung per se erheblich erschwert ist, sondern auch daran, dass offenbar – wie die Untersuchung zu den sozialen Beziehungen im hohen Alter gezeigt hat (siehe oben Kapitel 2.1.7) – kaum neue Kontakte innerhalb des Pflegeheimes geknüpft werden.
Da grundsätzlich ein Zusammenhang besteht zwischen sozialen Netzwerken und sozioökonomischem Status, ist es keine große Überraschung, dass sich auch bei der Frage

nach der Zufriedenheit mit den Sozialkontakten ein Unterschied zwischen niedrigem und hohem sozioökonomischem Status ergibt („sehr zufrieden“: 40,4% bei niedrigem Sozialstatus vs. 55,2% bei hohem bzw. sehr hohem Sozialstatus).

Für die Zufriedenheit mit der eigenen **Alltagsgestaltung** gilt Ähnliches wie für die Sozialkontakte. Auch hier ist vor allem der gesundheitliche Zustand ausschlaggebend dafür, wie aktiv und vielfältig der Alltag gestaltet werden kann (Ausübung von Hobbys, Aktivitäten, Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben etc.). Aber wie im Zusammenhang mit der Alltagsgestaltung und den Interessen hochaltriger Menschen ebenfalls bereits gezeigt werden konnte (siehe oben Kapitel 2.2.1), verfügen sozioökonomisch besser situierte Menschen sowohl in finanzieller als auch in kultureller Hinsicht (Bildung) über deutlich mehr Möglichkeiten zur aktiven Lebensgestaltung, was auch in diesem Lebensbereich zu sozioökonomischen Unterschieden in der Bewertung und der Zufriedenheit führt.

Die **Beziehung zur Familie** wird allgemein sehr positiv bewertet. Etwas niedriger ist die Zufriedenheit mit der Familienbeziehung bei schlechterem Gesundheitszustand bzw. im Pflegeheim (eventuell aufgrund einer der schlechten Gesundheit bzw. der Institutionalisierung geschuldeten geringeren oder jedenfalls als zu gering wahrgenommenen Kontakthäufigkeit mit Familienmitgliedern) sowie bei niedrigerem sozioökonomischem Status.

2.2.6 Sexualität

Ein kurzer Abschnitt der Befragung war schließlich auch dem Sexualleben der Teilnehmer/innen gewidmet. Sexualität im Alter ist bis heute weitgehend tabuisiert (Bach/Böhmer 2011). Schon um dieser Tabuisierung zu begegnen, wurde eine Thematisierung der Sexualität im hohen Alter im Rahmen der ÖIHS vorgesehen. Erforderlich war dabei allerdings auch, dieses Thema, aufgrund seiner gesellschaftlichen Tabuisierung, für die Teilnehmer/innen möglichst behutsam anzusprechen. So wurde der Sexualitäts-Teil, anschließend an den Fragenblock zur Lebenszufriedenheit, folgendermaßen eingeleitet: *„Zu einem glücklichen und zufriedenen Leben gehört ja auch Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität. Welche Rolle spielen diese Dinge in Ihrem Leben?“* Hingewiesen wurden die Teilnehmer/innen explizit auch darauf, dass es ihnen völlig frei steht, diese Frage nicht zu beantworten, wenn ihnen dies unangenehm ist. Dass am Ende nur 7,3% eine Antwort auf diese Frage abgelehnt haben, kann als Bestätigung dafür aufgefasst werden,

dass die gewählte Form der Thematisierung hinreichend geeignet war, um auf eine Art und Weise zum Thema hinzuführen, ohne die Teilnehmer/innen peinlich zu berühren und damit zu überfordern. Es spricht aber auch dafür, dass es ganz allgemein gelungen sein dürfte, in den Interviews eine einigermaßen angenehme und vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre zu schaffen.

Die Frage nach Zärtlichkeit und Sexualität ist freilich relativ weit gefasst. Hier können sehr verschiedene Formen von sexuellen Aktivitäten eine Rolle spielen, ohne dass damit (jedenfalls nicht unmittelbar) etwas darüber ausgesagt werden könnte, ob und wie häufig hochaltrige Österreicher/innen in einem landläufigen Sinne noch „Sex haben". Die bewusst sehr weite Konstruktion dieser Frage ist nicht nur strategisch motiviert, um möglichst schonend und behutsam das Tabuthema der Alterssexualität anzusprechen, sondern sie entspricht auch einem breiteren Verständnis von Sexualität, das gerade im Hinblick auf die Zielgruppe der Studie nicht einfach auf Geschlechtsverkehr reduziert werden sollte. Um aber auch diesen Aspekt zumindest ansatzweise zu erfassen, wurde in einem zweiten Schritt ganz explizit auch nach „sexuellen Kontakten" gefragt.

So nach der Bedeutung von Sexualität in ihrem Leben gefragt, geben 31% der Befragten an, dass Zärtlichkeit und Sexualität für sie eine eher große oder auch sehr große Rolle spielen. Für 16,1% spielen diese Dinge eher keine Rolle. Und 42,4% sagen, dass Zärtlichkeit und Sexualität in ihrem Leben gar keine Rolle (mehr) spielen.

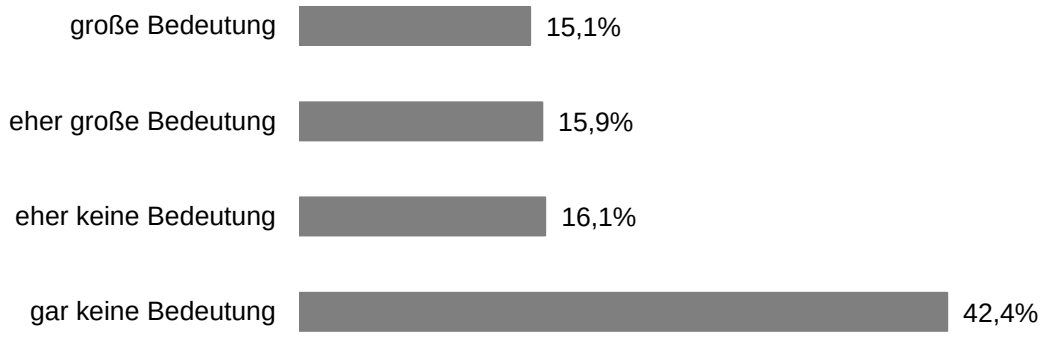


Abbildung 38: Bedeutung von Sexualität

Immerhin 12,2% der Teilnehmer/innen geben auch an, immer noch regelmäßig sexuelle Kontakte zu haben.

Sexualität und Geschlecht

Auffällig, wenn auch nicht unbedingt überraschend, ist, dass Männer der Sexualität ungleich mehr Bedeutung beimessen als Frauen: Gut die Hälfte der Männer (49,6%) sagt, Sexualität spielt in ihrem Leben eine große oder eher große Rolle (davon 29,9% eine große Rolle), bei den Frauen sind es hingegen nur 23,3% (von denen wiederum nur 7,1% der Sexualität eine große Bedeutung beimessen). Männer geben daher auch deutlich häufiger an, immer noch regelmäßig sexuelle Kontakte zu haben (25,3% vs. 5,2%). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Sexualität sind natürlich nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass ein beträchtlicher Teil der hochaltrigen Männer in der Stichprobe in (ehelichen) Beziehungen lebt, während Frauen überwiegend verwitwet bzw. alleinstehend sind. Eine große Rolle dürfte hier aber auch spielen, dass Männlich-

keit per se recht stark mit sexueller Potenz konnotiert ist und Männer ihre männliche Identität (auch) über ihre „Manneskraft“ beziehen bzw. sich darüber als Männer definieren. Dies dürfte für die hier untersuchte Generation tendenziell auch noch etwas stärker zutreffend sein als etwa für die Generation der heute jungen Männer, wie umgekehrt auch Frauen heute wesentlich freier ihre Sexualität leben können als früher und sich zunehmend auch über dieselbe in ihrer Weiblichkeit zu definieren vermögen. Die großen Unterschiede zwischen hochaltrigen Frauen und Männern hinsichtlich sexueller Aktivitäten könnten also durchaus in einem geschlechtsspezifischen Antwortverhalten von Männern begründet liegen, in dem sich, zumindest teilweise, eher eine Zurschaustellung bzw. Bekräftigung von Männlichkeit ausdrückt, als dass es sich hier um wahrheitsgetreue Aussagen über das tatsächliche Sexualverhalten handelt.
Klarerweise hängt die Sexualität im hohen Alter besonders auch vom Gesundheitszustand ab. Während in der Gruppe der „Rüstigen“, d.h. der immer noch relativ gesunden und in ihrer Funktionalität noch weitestgehend unbeeinträchtigten Hochaltrigen, 18% angeben, regelmäßig sexuelle Kontakte zu haben, sind es bei bereits stark eingeschränkter Gesundheit (Frailty) nur noch – aber immerhin – 9,4%. Je besser der gesundheitliche Allgemeinzustand, desto größer also die Bedeutung von Sexualität im hohen Alter. Aber auch ein schlechter Gesundheitszustand schließt sexuelle Kontakte nicht notwendig aus. So finden sich schließlich sogar im Pflegeheim-Sample 4 Personen (von insgesamt 52), die von regelmäßigen sexuellen Kontakten berichten.

3 Pflege und Betreuung

In diesem Kapitel werden Fragen der Pflege und Betreuung im hohen Alter behandelt. Fortschreitende gesundheitliche und funktionale Einschränkungen führen mit zunehmendem Alter zu einem erhöhten Hilfebedarf bei alltäglichen Verrichtungen (Körperpflege, Ernährung, Mobilität, hauswirtschaftliche Versorgung). Erreichen funktionale Einschränkungen ein Ausmaß, dass ein dauerhafter Hilfebedarf entsteht, so wird von Pflegebedürftigkeit gesprochen.
In welchem Ausmaß die hochaltrigen Studienteilnehmer/innen hilfe- bzw. pflegebedürftig sind und welche Unterstützungs- und Pflegeleistungen sie in Anspruch nehmen, darüber gibt der folgende Abschnitt Auskunft. Die Ausführungen beziehen sich dabei im ersten Teil ausschließlich auf Personen in Privathaushalten, d.h. auf zu Hause und in (betreuten) Seniorenwohneinrichtungen lebende Personen. Der zweite Teil widmet sich Fragen der persönlichen Pflegevorsorge und der dritte Teil des Kapitels beschäftigt sich mit dem Leben, einschließlich der Betreuungssituation in Pflegeheimen.

3.1 Pflege und Unterstützung zu Hause

Das Ausmaß an Unterstützungs- bzw. Pflegebedürftigkeit stellt sich in der hier untersuchten Stichprobe, angesichts eines noch relativ guten gesundheitlichen und funktionalen Zustandes vieler Studienteilnehmer/innen, als verhältnismäßig gering dar. Ein großer Teil der in Privathaushalten lebenden und befragten hochaltrigen Menschen ist noch ausgesprochen mobil und vom allgemeinen körperlichen, kognitiven und gesundheitlichen Zustand her so weit fit, dass Funktionalitätseinschränkungen bei vielen Teilnehmer/innen nur sehr gering ausgeprägt sind. Es liegt daher in vielen Fällen kein oder nur ein geringer Unterstützungsbedarf vor.

3.1.1 Formen, Beginn und Geschlechterverteilung des Betreuungsbedarfs

Lediglich 30% der Teilnehmer/innen, also etwa ein Drittel der befragten 80-85jährigen Menschen in Privathaushalten geben an, im Alltag aufgrund ihres Alters oder ihres Gesundheitszustandes auf unterschiedliche Formen von Unterstützung oder Hilfe angewiesen zu sein.
In den meisten dieser Fälle handelt es sich dabei um Hilfe im Haushalt (91,1%).

46,7% der Unterstützungs- oder Hilfebedürftigen geben an, auf irgendeine Art von „Betreuung oder Begleitung“ angewiesen zu sein. Und 29,3% sind auch auf pflegebezogene Hilfe (z.B. Hilfe bei der Körperpflege etc.) angewiesen.
Hochgerechnet auf alle Privathaushalte in der Stichprobe ergibt sich daraus ein Anteil an Pflegebedürftigkeit von nur 8,8%. Ein großer Teil der zu Hause lebenden Hochaltrigen kommt also noch weitestgehend ohne Pflege im engeren Sinn aus.

Bei der Mehrheit der Pflegebedürftigen in Privathaushalten ist ein Bedarf nach pflegebezogener Hilfe erst im Lauf der letzten 5 Jahre entstanden. Nur 11,8% geben an, schon seit mehr als 10 Jahren auf Pflege angewiesen zu sein. Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass die Wahrscheinlichkeit für einen Eintritt in eine Lebensphase der Pflegebedürftigkeit insbesondere rund um das achtzigste Lebensjahr deutlich zunimmt.

Insgesamt geben Frauen häufiger einen allgemeinen Bedarf an Unterstützung oder Hilfe an als Männer (40,1% vs. 27,5%), dafür aber sind Männer – bei Vorliegen von Unterstützungsbedarf – öfter auf pflegebezogene Hilfe angewiesen als Frauen (33,3% vs. 26,9%). Der höhere allgemeine Unterstützungsbedarf hochaltriger Frauen dürfte auf einen im Verhältnis zu hochaltrigen Männern tendenziell schlechteren Gesundheitszustand zurückzuführen sein. Zumindest teilweise könnte die festgestellte Gender-Differenz beim Unterstützungsbedarf aber auch darin begründet liegen, dass Frauen deutlich häufiger als Männer verwitwet bzw. alleinstehend sind. Infolgedessen entsteht bei Frauen, wenn altersbedingte funktionale Einschränkungen auftreten, eher ein Bedarf nach Hilfe durch Personen außerhalb des eigenen Haushalts, während Männer häufiger noch auf Unterstützung durch ihre Partnerinnen zurückgreifen können, ohne diese Hilfe – insbesondere haushaltsbezogene Unterstützung – möglicherweise als solche wahrzunehmen, zumal die Haushaltsführung in dieser Generation generell noch stärker den Frauen zugeschrieben wurde.
Der höhere Pflegeanteil von Männern kann hingegen bedeuten, dass Männer, sofern sie hilfebedürftig sind, sich tendenziell in einer schlechteren Verfassung befinden und dementsprechend in einem höheren Ausmaß pflegebedürftig sind als Frauen.

3.1.2 Pflegegeld und Betreuungsleistungen in den eigenen vier Wänden

Das vergleichsweise geringe Ausmaß von Pflegebedürftigkeit in Privathaushalten spiegelt sich auch in der Verteilung der **Pflegestufen** im Sample wider: 60,9% der Personen, die in Privathaushalten leben und angeben, auf Unterstützung im Alltag angewiesen zu

sein, beziehen Pflegegeld. Fast zwei Drittel davon in den Pflegestufen 1 (30,9%) oder 2 (33,8%), weitere 30,8% in den Stufen 3 und 4. Lediglich 4,4% haben eine Pflegestufe von höher als 4. Es ist anzunehmen, dass ein beträchtlicher Teil von Personen in diesem Alter und mit dieser Pflegegeldeinstufung[37] in einer Institution lebt und daher seltener in Privathaushalten anzutreffen ist.

35,8% der auf Hilfe im Alltag angewiesenen Personen nehmen Leistungen von **sozialen Diensten** in Anspruch. Und zwar:

Heimhilfe	15,4%
Essen auf Rädern	14,6%
Fahrtendienst	9,8%
Reinigungsdienst	6,5%
Hauskrankenpflege	5,7%

Tabelle 24: Soziale Dienste

Bei Heimhilfe und Hauskrankenpflege beträgt die durchschnittliche Anzahl der in Anspruch genommenen Dienstleistungsstunden in etwas mehr als der Hälfte der Fälle (52,2%) nicht mehr als 4 Stunden pro Woche. Bei 30,4% dieser Personen beträgt die durchschnittlich pro Woche in Anspruch genommene Stundenanzahl 10 Stunden und mehr.
Bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit steigt die Inanspruchnahme von sozialen Diensten auf 50%, wobei 27,8% der pflegebedürftigen Hochaltrigen Heimhilfe erhalten.
80,5% aller auf Hilfe im Alltag angewiesenen Befragten bekommen (auch) **informelle Unterstützung** durch Angehörige oder andere nahestehende Personen.

Hilfe durch	
Tochter	35,8%
Sohn	27,6%
Partner (trifft vor allem auf Männer zu)	20,3%
Schwiegersohn	10,6%
Nachbarn	10,6%
Enkel	9,8%
Freunde/Bekannte	9,8%
Schwiegertochter	8,1%

Tabelle 25: Informelle Betreuungspersonen zu Hause

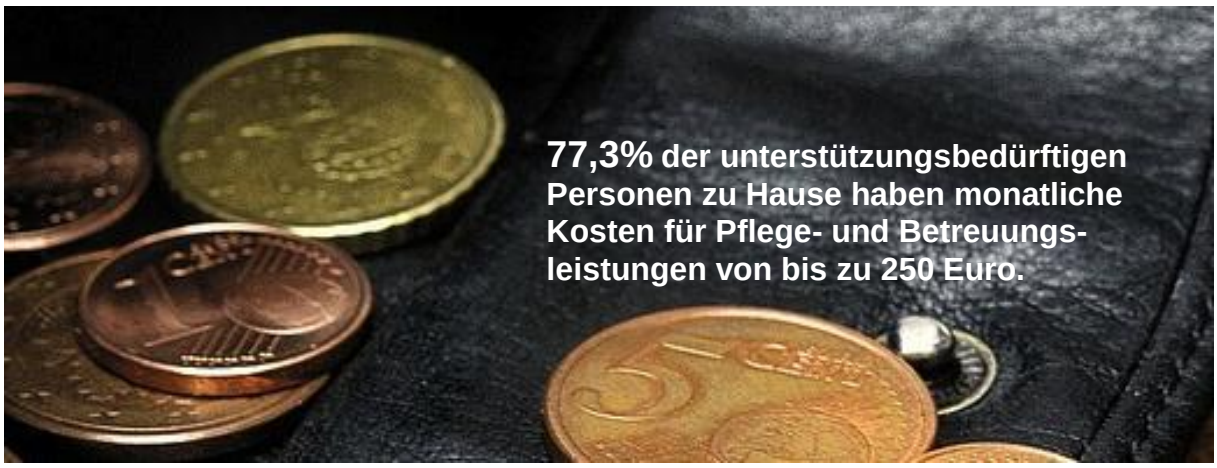
Überwiegend kommt die informelle Unterstützung von den eigenen Kindern und vom Partner/der Partnerin. In etwas mehr als einem Drittel der Fälle (34,3%) liegt die

[37] In Österreich sind 18,8% aller Pflegegeldbezieher/innen im Alter von 81+ in einer Pflegestufe höher als 4 eingestuft (BMASK 2014).

durchschnittlich aufgewendete Zeit für informelle Unterstützungsleistungen bei bis zu 3 Stunden in der Woche. Bei 16,2% sind es 10 und mehr Stunden. Die höchste genannte Stundenzahl sind 100 Stunden an informeller Hilfe pro Woche.

Nur in wenigen Fällen (5,7%) von den zu Hause lebenden und auf Hilfe im Alltag angewiesenen Personen liegt eine 24-Stunden-Betreuung vor. In unserer Stichprobe wird diese Betreuungsform stärker von Männern in Anspruch genommen.

3.1.3 Ausgaben für Pflegeleistungen zu Hause



Fragen zu persönlichen finanziellen Verhältnissen sind in Interviews generell heikel zu stellen und entsprechende Angaben daher auch mit Vorsicht zu bewerten.

So hat auch in der ÖIHS etwas mehr als ein Viertel (27,6%) der unterstützungs- bzw. hilfebedürftigen Personen zu Hause bei der Frage nach finanziellen Ausgaben für die eigene Pflege und Betreuung angegeben, dies nicht zu wissen. Insgesamt liegen zu 71,5% der auf Hilfe im Alltag angewiesenen Personen in Privathaushalten konkrete Angaben zu ihrer pflegebedingten finanziellen Belastung vor. Die Größenordnung der entsprechenden Ausgaben pro Monat verteilt sich dabei wie folgt:

Keine Ausgaben	36,4%
1 – 100 Euro	27,3%
101 – 250 Euro	13,6%
251 – 500 Euro	12,5%
501 – 1.000 Euro	3,4%
> 1.000 Euro	6,8%

Tabelle 26*:* Private Pflege-/Betreuungsausgaben pro Monat

3.2 Persönliche Pflegevorsorge

3.2.1 Wohnraumadaptierungen und Ambient Assisted Living (AAL)

Um die eigene Wohnung alters- oder pflegegerecht zu adaptieren, wurden von 27,1% der Teilnehmer/innen (in Privathaushalten) bauliche Maßnahmen gesetzt. 8,2% geben auch an, bewusst in eine altersgerechte Wohnung umgezogen zu sein. Ausschlaggebend dafür ist eindeutig der gesundheitliche bzw. funktionale Zustand: Während 57,9% der Teilnehmer/innen mit ausgeprägter Frailty bauliche Maßnahmen angeben, haben nur 12,5% von Personen in „sehr gutem" Gesundheitszustand solche Maßnahmen ergriffen. Frauen – insbesondere alleinstehende Frauen – tendieren dabei stärker als Männer zu einem Umzug in eine altersgerechte oder betreute Wohnung.

Eine eher kleine Rolle spielen derzeit noch technische Hilfsmittel. Am häufigsten sind Notrufarmband (14,8%) und Seniorenhandy (12,9%). 73,1% der Befragten in Privathaushalten geben an, nichts dergleichen zu verwenden. Das Notrufarmband wird vor allem in Seniorenheimen und betreuten Wohneinrichtungen verwendet bzw. dort wahrscheinlich auch gezielt angeboten. Auch Frauen verwenden Notrufarmbänder häufiger als Männer (17,4% vs. 6,9%), ebenso sind sie häufiger mit einem speziellen Seniorenhandy anzutreffen (15,6% vs. 5,2%).

3.2.2 Vollmachten und Verfügungen

Abgesehen von den oft sehr zentralen finanziellen Fragen rund um eine möglicherweise notwendige, intensivere Pflege und Betreuung im höheren Alter (siehe Kapitel 3.1.3 und Teil II, Kapitel 4) spielen andere Aspekte der persönlichen Vorbereitung und Vorsorge, z.B. schriftliche Vollmachten und Verfügungen, eine weniger große Rolle.

Zwar gibt mit 26,1% immerhin mehr als ein Viertel der befragten Hochaltrigen an, irgendeine Form der schriftlichen Vollmacht oder Verfügung im Sinne der persönlichen Pflegevorsorge zu besitzen. Mit Blick auf einzelne Vollmachtsarten und deren Verteilung in der Stichprobe erscheint jedoch die Möglichkeit der individuellen Vorsorge unter den untersuchten 80-85-Jährigen insgesamt als relativ wenig genützt.
Lediglich 11% in dieser Altersgruppe haben eine **Vorsorgevollmacht**, 12,7% eine **Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger** (oft als Teil der Vorsorgevollmacht).
9,3% haben eine **Patientenverfügung**, wovon 4,9% davon sogenannte „verbindliche" Patientenverfügungen sind, also solche, die höhere formale Anforderungen, aber auch eine höhere Verbindlichkeit haben. 4,6% der Befragten besitzen eine **Sachwalterverfügung**.
Feststellbar ist, dass Personen mit höherem sozioökonomischem Status tendenziell häufiger eine Vollmacht oder Verfügung erstellt haben, etwa 18,2% eine Vorsorgevollmacht und 13,6% eine verbindliche Patientenverfügung. Bei Personen mit niedrigem Sozialstatus (niedrige Bildung, niedriges Einkommen) trifft dies nur auf 9,5% (Vorsorgevollmacht) und 2,7% (verbindliche Patientenverfügung) zu. Die anfallenden Kosten für die notwendige Beglaubigung einer verbindlichen Patientenverfügung, aber auch der geringere Grad an Informiertheit in niedrigen Bildungsschichten dürften mit ein Grund für diese Verteilung sein.
Die vergleichsweise geringe Nutzung derartiger Möglichkeiten der Pflegevorsorge könnte auch darauf hindeuten, dass Fragen der Pflege und Betreuung Themen sind, mit denen sich hochaltrige Menschen, insbesondere bei noch nicht vorhandenem Pflegebedarf, nur sehr ungern befassen (siehe dazu Teil II, Kapitel 4).

3.3 Leben im Pflegeheim

Im vorliegenden Bericht wurde bislang eine ganze Reihe von sozialen sowie gesundheits- und pflegebezogenen Aspekten der Hochaltrigkeit vorrangig mit Blick auf ihre Ausprägungen und ihre allgemeine Verteilung in der gesamten Stichprobe behandelt. Dabei wurde auch gelegentlich, soweit sich aus der Analyse bedeutsame Unterschiede hinsichtlich eines bestimmten Aspekts ergeben haben, auf Besonderheiten der Pflegeheimpopulation hingewiesen – so z.B. auf die Mobilität oder die kognitiven Funktionen von Pflegeheimbewohner/innen im Vergleich zu Hochaltrigen in Privathaushalten. In diesem Kapitel soll nun das Pflegeheim-Sample für sich etwas genauer beschrieben und die Lebenssituation hochaltriger Menschen im Pflegeheim einer vertiefenden Betrachtung unterzogen werden.

Der Anteil von im Pflegeheim lebenden Personen beträgt in der Stichprobe der ÖIHS 12,7%. Pflegeheimbewohner/innen sind damit in der Studie überrepräsentiert, d.h. es handelt sich hierbei um keinen für die österreichische Bevölkerung repräsentativen Prozentsatz. Wenngleich keine exakten Zahlen über den Anteil von Pflegeheimbewohner/innen in der Altersgruppe 80-85 vorliegen, so dürfte er in jedem Fall deutlich niedriger sein als in der hier zugrunde liegenden Stichprobe der ÖIHS (schätzungsweise bei ca. 5-8%). Eine Überrepräsentation von Pflegeheimbewohner/innen in der Stichprobe war notwendig, um hinreichend große Fallzahlen zu erhalten, die einigermaßen verlässliche Aussagen über die Pflegeheimpopulation erlauben.

Zusammensetzung der Pflegeheim-Stichprobe

Pflegeheimbewohner/innen sind **überwiegend weiblich**: 76,9% der befragten Personen in Pflegeheimen sind Frauen, 23,1% Männer. Der außerordentlich große Frauenanteil in Pflegeheimen rührt zum einen daher, dass Frauen generell häufiger als Männer ein hohes Alter erreichen, zum anderen aber auch daher, dass hochaltrige Frauen tendenziell einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als hochaltrige Männer. Hinzu kommt, dass Frauen im hohen Alter wesentlich öfter alleinstehend bzw. verwitwet sind als Männer aus derselben Altersgruppe. Sie verfügen also in der Regel über ein weniger dichtes soziales Netz als Männer und können dementsprechend bei Pflegebedürftigkeit auf weniger soziale Unterstützung zurückgreifen.

Pflegeheimbewohner/innen gehören tendenziell auch **niedrigeren sozialen Schichten** an: 84,7% weisen einen niedrigen bis mittleren Bildungsgrad auf (Pflichtschule, Lehre, Fachschule ohne Matura), während sich im gesamten Pflegeheim-Sample überhaupt nur eine einzige Person mit einem Universitätsabschluss findet.[38] Leben im Pflegeheim ist in diesem Lichte ein Phänomen der Unterschicht bzw. unteren Mittelschicht, die durch ein recht niedriges sowohl ökonomisches als auch soziales Kapital ihrer Angehörigen charakterisiert ist. Eine bessere finanzielle Ausstattung ebenso wie größere und dichtere soziale Netzwerke gewähren sozioökonomisch besser situierten Personen bei Pflegebedürftigkeit eine größere Vielfalt an Optionen zur Lösung von Fragen der Pflege und Betreuung innerhalb des gewohnten Wohnumfelds (altersgerechter Aus- bzw. Umbau der Wohnung, informelle Pflege durch Angehörige, 24-Stunden-Betreuung etc.). Eine Rolle dürfte nicht zuletzt auch spielen, dass – wie oben im Rahmen des Gesundheitsberichts bereits darauf hingewiesen wurde – Personen mit höherem sozioökonomischem Status über einen besseren Gesundheitszustand verfügen und deutlich seltener pflegebedürftig

[38] Dieser sozioökonomische Zusammenhang bleibt im Wesentlichen auch bestehen, wenn man die Bildungsverteilungen getrennt nach Geschlecht betrachtet.

sind als Studienteilnehmer/innen aus niedrigeren sozialen Schichten. Für die Interpretation der besonders starken Repräsentation von Personen mit niedrigem Sozialstatus in Pflegeheimen wäre dies ebenfalls ein zu berücksichtigender Aspekt.

Altersmäßig rangieren Pflegeheimbewohner/innen in der Stichprobe eher am **oberen Ende der Altersverteilung**: 38,4% sind zwischen 80 und 82, 61,6% sind zwischen 83 und 85. Damit bestätigt sich zweierlei: Zum einen wird deutlich sichtbar, dass die Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Alter sukzessive ansteigt. Zum anderen erweist sich gerade der für die Stichprobenziehung gewählte Altersbereich (80-85) als besonders bedeutsam. Die relativen Unterschiede in der Altersverteilung der Pflegeheim-Population verdeutlichen, dass gerade in diesem Zeitraum zwischen 80 und 85 Fragen der Pflege besonders an Relevanz gewinnen.

Gesundheitszustand und Pflegebedürftigkeit in der Pflegeheim-Population

In Pflegeheimen lebende Personen sind überwiegend von gravierenden Gesundheits- und Funktionseinschränkungen betroffen. Das Ausmaß an gesundheitlichen Einschränkungen lässt sich bereits an einem direkten Vergleich mit zu Hause lebenden Personen verdeutlichen:

Gesundheitszustand	Privathaushalt	Pflegeheim
Gut	61,3%	3,8%
- „rüstig"/sehr gut	*15,2%*	-
- „fit"/gut	*46,1%*	*3,8%*
Pre-frail	33,6%	59,6%
Frail	5,2%	36,5%

Tabelle 27: Gesundheitszustand nach Wohnform

Nahezu alle Personen in Pflegeheimen sind von mehr oder weniger ausgeprägten Formen der Frailty – inklusive Pre-Frailty als Vorstufe der Frailty – betroffen (96,1%). In Privathaushalten trifft dies nur auf 38,8% zu. Im eigentlichen Sinne frail sind dort überhaupt lediglich 5,2%. In Pflegeheimen beträgt die Frailty-Rate bereits 36,5%.[39]

Pflegeheimbewohner/innen sind im Vergleich zu daheim lebenden Hochaltrigen besonders häufig multimorbide, d.h. sie leiden an mehreren chronischen Krankheiten gleichzeitig. Insbesondere sind sie häufig auch von Inkontinenz betroffen: 48,1% geben an, an einer Harninkontinenz zu leiden. 7,7% haben auch eine Stuhlinkontinenz (Privathaushalte: 32,1% bzw. 4,8%). 26,9% hatten bereits einmal einen Schlaganfall, 11,5% einen Herzinfarkt (Privathaushalte: 13,1% bzw. 7%). Das hohe Ausmaß an Morbidität in der Pflegeheim-Bevölkerung kann nicht zuletzt an den Medikationsraten abgelesen werden: 40,5% der Teilnehmer/innen im Pflegeheim nehmen mehr als 10 Medikamente gleichzeitig ein (Privathaushalte: 9,7%). Bei weiteren 40,5% sind es zwischen 5 und 10 Medi-

[39] Hier ist darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse der ÖIHS die Frailty-Werte im Pflegeheim sogar – und aus Gründen, die mit der Struktur und den Erfordernissen der Stichprobenerstellung gegeben sind – eher noch unterschätzen dürfte, da die konsequente Integration schwerst pflegebedürftiger und dementer Personen, die doch einen beträchtlichen Teil der Pflegeheim-Population ausmachen, weder ethisch vertretbar noch mit Blick auf die Qualität der zu erhebenden Daten sinnvoll wäre. Das heißt, für eine repräsentative Erhebung des Gesundheitszustandes im Pflegeheim sind die Teilnehmer/innen im Pflegeheim-Sample der ÖIHS wahrscheinlich etwas „zu fit" und wäre noch mit einer durchaus kräftigen Verschiebung in Richtung „Frailty" zu rechnen.

kamenten (Privathaushalte: 29,7%). Wobei hier eventuell angenommen werden kann – wenn sich dies anhand der erhoben Daten auch nicht untersuchen oder nachweisen lässt – dass in Pflegeheimen tendenziell mehr Medikamente verabreicht werden als Personen in Privathaushalten von sich aus einnehmen würden.
Pflegeheimbewohner/innen sind weiters stark in ihrer Mobilität eingeschränkt: Nur die Hälfte von ihnen (50%) hat den durchgeführten Gangtest bewältigt, davon wiederum nur 56,5% in einer „normalen", d.h. für den/die Interviewer/in unauffälligen Geschwindigkeit (Privathaushalte: 98,8% bzw. 84,9%). 56,9% benötigen zur Fortbewegung eine Gehhilfe, 48,1% verwenden regelmäßig (auch) einen Rollstuhl (Privathaushalte: 19,4% bzw. 1,8%). 11,5% sind bettlägerig. 28% der befragten Pflegeheimbewohner/innen sind darüber hinaus massiv in der Bewegungsfreiheit ihrer Arme eingeschränkt (Privathaushalte: 3%). Alle diese Mobilitätseinschränkungen gehen einher mit einer beträchtlichen Verminderung der Selbsthilfefähigkeit im Hinblick auf alltägliche Verrichtungen: Nur 55,8% der Teilnehmer/innen im Pflegeheim geben an, sich noch selbst anziehen zu können. Ohne Hilfe eine Stiege steigen können nur noch 36,5% (Privathaushalte: 96,1% bzw. 94,8%). Besonders stark ausgeprägt sind bei Pflegeheimbewohner/innen auch Defizite im kognitiven Bereich: So war niemand von ihnen in der Lage, den durchgeführten kognitiven Test positiv zu absolvieren. 90,7% der durchgeführten Tests im Pflegeheim mussten als auffällig oder sogar sehr auffällig eingeschätzt werden (Demenzverdacht). Die kognitiven Tests sind zwar auch bei zu Hause lebenden Personen nicht besonders gut ausgefallen – auch dort haben lediglich 17,4% den Test fehlerfrei bestanden –, gravierende Defizite waren dort allerdings deutlich seltener zu finden als in Pflegeheimen (48,6%).

Einsamkeit und Depression im Pflegeheim

Ein relativ großes Thema im Zusammenhang mit Pflegeheimen ist Einsamkeit. 25,5% der Teilnehmer/innen im Pflegeheim geben an, sich oft oder immer einsam zu fühlen (Privathaushalte: 9,8%). Die recht hohen Einsamkeits-Werte im Pflegeheim können auf eine überdurchschnittlich hohe 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 auch eine Einschränkung von früher gepflegten sozialen Beziehungen. Andererseits verfügen Pflegeheimbewohner/innen generell über ein recht kleines soziales Netz. Zumeist sind sie verwitwet bzw. alleinstehend (dies betrifft vor allem Frauen), familiäre sowie außerfamiliäre soziale Beziehungen nur noch vergleichsweise gering ausgebildet. Der Mangel an sozialer Unterstützung, der damit verbunden ist, dürfte nicht selten bereits ein wesentlicher Faktor sein, der einen Umzug ins Pflegeheim maßgeblich begünstigt. Die aus dem Umzug ins Pflegeheim resultierende wie auch die einen Umzug begünstigende soziale Isolation hochaltriger Menschen schlägt sich schließlich in deutlich stärker empfundenen Einsamkeitsgefühlen im Pflegeheim im Vergleich zu Privathaushalten nieder. Erschwerend kommt wahrscheinlich auch hinzu, dass – wie die Erhebung der sozialen Beziehungen der Studienteilnehmer/innen ergeben hat (siehe oben Kapitel 2.1.7) – in Pflegeheimen offenbar nur in Ausnahmefällen neue soziale Beziehungen zwischen Pflegeheimbewohner/innen zustande kommen, was freilich ebenfalls zu den relativ hohen Einsamkeits-Werten beitragen dürfte.
Möglicherweise ist damit auf Spielräume bzw. einen Bedarf für Maßnahmen verwiesen, die den Kontakt zwischen Bewohner/innen von Pflegeheimen zu fördern vermögen. Umgekehrt könnte mit den Zahlen aber auch eine Art Grenze markiert sein, an die in vielen Pflegeheimen ohnehin bereits vorhandene Gruppenaktivitätsprogramme stoßen, und die darauf verweist, dass ein Verlust bzw. der Mangel an sozialen Beziehungen nur

in begrenztem Maße durch entsprechende Maßnahmen und Programme kompensiert werden kann.
Was für die Einsamkeit gilt, gilt ebenso für depressive Symptome, die ebenfalls in Pflegeheimen deutlich häufiger auftreten als in Privathaushalten und generell recht eindeutig auch mit Einsamkeit korreliert sind. Während in Privathaushalten nur 6,7% angeben, sich häufig deprimiert zu fühlen, sind es in Pflegeheimen 38,4%. 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 schlechtere 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. Die überwiegende Mehrheit (76,9%) befindet sich laut Selbstauskunft nicht länger als 5 Jahre im Heim: 26,9% geben an, weniger als 1 Jahr im Pflegeheim zu leben, bei weiteren 51% sind es 1-5 Jahre. 3,8% geben an, bereits länger als 10 Jahre im Heim zu leben.[40]
Auf Pflege angewiesen sind die Teilnehmer/innen in der Regel bereits etwas länger. 11,5% sind bereits länger als 10 Jahre pflegebedürftig, bei weiteren 13,5% sind es zwischen 5 und 10 Jahren. 61,5% geben an, bis zu 5 Jahre auf Pflege angewiesen zu sein. Über die Schwere und das Ausmaß an Pflegebedürftigkeit unter den Pflegeheimbewohner/innen lassen sich leider keine verlässlichen Aussagen machen, da in vielen Fällen keine Angaben zur Pflegestufe erhoben werden konnten. 55,8% der Befragten geben an, ihre Pflegestufe nicht zu wissen. Berücksichtigt man ausschließlich jene Teilnehmer/innen, von denen Angaben zur Pflegestufe vorliegen, so ergibt sich daraus ein Prozentsatz von 65,2% für eine Pflegestufe von 4 bis 5. Weitere 30,4% geben eine Pflegestufe von unter 4 an. Nur in einem einzigen Fall wird eine höhere Pflegestufe von 7 zu Protokoll gegeben. Soweit man diesen Angaben Vertrauen schenkt, was angesichts der verbreiteten Unkenntnis in der Pflegeheim-Population nur bedingt empfehlenswert sein dürfte, liefert die Verteilung der Pflegestufen ein Indiz für den bereits erwähnten Umstand, dass besonders schwere Pflegefälle, insbesondere mit ausgeprägter Demenz, aus Gründen der Studienorganisation und der wissenschaftlichen Ethik nicht in der Stichprobe berücksichtigt sind, was sich in der Datenauswertung darin niederschlägt, dass extrem hohe Pflegestufen auch in Pflegeheimen nicht erreicht werden.

Der Großteil der befragten Pflegeheimbewohner/innen (66%) hat ein Zimmer für sich allein, 32,1% teilen ihr Zimmer mit einer weiteren Person. Die Hälfte von ihnen (50%) sind Teilzahler, d.h. sie bezahlen ihren Heimaufenthalt nicht ausschließlich selbst, sondern mit Unterstützung der öffentlichen Hand. 17,3% sagen, sie bezahlen den Heimaufenthalt selbst (Vollzahler). Wie bereits bei den Pflegestufen, ist auch hier Vorsicht bei der Interpretation der Zahlen angebracht, denn ein recht hoher Anteil der Befragten (32,7%) gibt an, nicht zu wissen, wie die Finanzierungsmodalitäten sind und ob sie für den Heimaufenthalt mit eigenen Mitteln oder mit öffentlicher Unterstützung aufkommen. Es ist anzunehmen, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten öffentliche Unterstützung erhält, und dass auch manche der deklarierten „Vollzahler" zusätzlich öffentliche Unterstützung erhält.

[40] Weitere 11,5% der Pflegeheimbewohner/innen geben an, nicht zu wissen, wie lange sie bereits im Pflegeheim leben.

Was die Alltagsgestaltung im Pflegeheim betrifft, so erweist sich diese, vor allem im Vergleich zu Privathaushalten, als recht wenig ausgeprägt und vielfältig. An erster Stelle steht Fernsehen, das von 88,5% der Pflegeheimbewohner/innen genannt wird, gefolgt von Lesen (65,4%), wobei bereits hier die Werte klar unter jenen in Privathaushalten liegen (97% bzw. 86,4%). Andere Aktivitäten spielen bereits eine eher untergeordnete Rolle: 35,3% geben an, regelmäßig Spaziergänge zu machen (Privathaushalte: 62,4%), 30,8% spielen Karten oder andere Spiele (Privathaushalte: 35,5%), 26,9% beschäftigen sich mit Denksportaufgaben (Privathaushalte: 56,7%) und 21,2% machen Handarbeiten oder basteln (Privathaushalte: 28,5%). 51,9% geben auch an, regelmäßig Besuche von Familienangehörigen oder Bekannten zu empfangen.

	Pflegeheim	**Privathaushalte**
Fernsehen	88,5%	97,0%
Lesen	65,4%	86,4%
Besuche	51,9%	81,2%
Spaziergänge	35,3%	62,4%
Kartenspiel u.ä.	30,8%	35,5%
Denksportaufgaben	26,9%	56,7%
Handarbeiten, basteln	21,2%	28,5%

Tabelle 28: Vergleich Alltagsgestaltung Pflegeheim – Privathaushalt

Mit Blick auf die ärztliche Betreuung im Pflegeheim, kann festgestellt werden, dass der überwiegende Teil der Betreuung durch einen Heimarzt erfolgt (84,6%). 7,7% der befragten Pflegeheimbewohner/innen geben (auch) einen Hausarzt außerhalb des Heims an, 15,4% einen Facharzt.

4 Faktoren der Hochaltrigkeit

In folgenden Abschnitt sollen einige relevante Faktoren der Hochaltrigkeit genauer analysiert und beschrieben werden. Im Fokus stehen dabei vor allem Unterschiede zwischen den untersuchten Hochaltrigen entlang von zentralen Variablen wie Geschlecht und sozioökonomischer Status sowie Stadt-Land-Unterschiede. Herausgearbeitet werden sollen dabei, in einem separaten Kapitel, auch Unterschiede zwischen dem Wiener Sample und dem steirischen Sample. Abschließend soll auch einer familiären Häufung von Hochaltrigkeit in der Studienpopulation als einem potentiellen Faktor von Hochaltrigkeit nachgegangen werden.

4.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede im hohen Alter

In diesem Kapitel stehen Unterschiede im Mittelpunkt, die im Rahmen der ÖIHS zwischen hochaltrigen Frauen und Männern festgestellt werden konnten. Geschlechtspezifische Unterschiede wurden bereits über den gesamten Bericht hinweg immer wieder hervorgehoben und diskutiert, soweit sich entsprechende Unterschiede während der Datenanalyse ergeben und besonders aufgedrängt haben. Die festgestellten Unterschiede betrafen dabei vor allem die Bereiche körperliche und funktionale Gesundheit, psychische Gesundheit (Einsamkeit, Depression), subjektive Gesundheit, Pflegebedürftigkeit, ebenso wie sozioökonomische bzw. soziale Aspekte wie Bildung, Einkommen und soziale Beziehungen. In diesem Kapitel sollen einige wesentliche Unterschiede nochmals aufgegriffen und in konzentrierter Form möglichst umfassend dargestellt werden.

Gesundheitliche Unterschiede zwischen hochaltrigen Frauen und Männern

Unterschiede zwischen Frauen und Männern lassen sich in der Stichprobe der ÖIHS in unterschiedlicher Hinsicht und mit unterschiedlichen Ausprägungen feststellen. Dabei ist zunächst einmal ganz grundsätzlich als ein wesentlicher geschlechtsspezifischer Unterschied festzuhalten, dass Frauen in deutlich größerer Zahl die Hochaltrigkeit erreichen als Männer. Laut Statistik Austria waren im Jahr 2013 67% aller Österreicherinnen und Österreicher im Alter von 80+ weiblichen Geschlechts.[41] Angesichts solcher Zahlen kann durchaus von einer Feminisierung des hohen Alters gesprochen werden (Baltes et al. 2010). Verantwortlich dafür sind vermutlich eine ganze Reihe von Faktoren – von biologischen Faktoren, d.h. genetischen und hormonellen Unterschieden zwischen Männern und Frauen, bis hin zu Lebensstilfaktoren (z.B. trinken Männer mehr Alkohol und rauchen häufiger als Frauen). Eine Rolle dürfte auch spielen, dass Männer im Arbeitsleben – jedenfalls gilt das noch für die hier untersuchte Alterskohorte – stärker Stress und beruflichen Risiken ausgesetzt sind als Frauen. Mit dem stärkeren Vordringen von Frauen in den Erwerbsarbeitsprozess könnte sich dieser Unterschied in der Lebenslänge von Frauen und Männern in Zukunft verringern.

Auf der anderen Seite kann aber auch festgestellt werden, dass Männer im hohen Alter sich tendenziell in einem besseren körperlichen Allgemeinzustand befinden und geringere Morbiditätsraten aufweisen als Frauen. D.h. **Männer**, sofern sie ein hohes Alter erreichen, sind offenbar **überwiegend gesünder als hochaltrige Frauen**. So zeigen etwa die Ergebnisse der ÖIHS, dass hochaltrige Frauen und Männer zwar annähernd gleichermaßen von chronischen Krankheiten betroffen sind – 94,9% der befragten Frauen und 89% der Männer geben an, zumindest an einer chronischen Krankheit zu leiden –, aller-

[41] Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2013

dings haben Frauen häufiger mehrere chronische Krankheiten gleichzeitig (79,7% vs. 66,5%). Besonders betroffen sind Frauen von Bluthochdruck (58,5%), Osteoporose (40,1%) und Rheuma bzw. Gicht (32,1%). Bei den Männern liegt ebenfalls Bluthochdruck an erster Stelle (57,1%), gefolgt von Herzerkrankungen (35,8%), Rheuma/Gicht (24,9%) und Diabetes (20,2%). Frauen sind insbesondere auch wesentlich häufiger von Harninkontinenz betroffen (40,5% vs. 25,4%). Die höhere (Multi-)Morbidität manifestiert sich auch in höheren Medikationsraten von Frauen: 48,7% geben an, mehr als 5 vom Arzt verschriebene Medikamente gleichzeitig einzunehmen. Bei den Männern sind es 38,7%. Darüber hinaus leiden Frauen häufiger unter akuten oder chronischen Schmerzzuständen (58,5% vs. 42,5%).

Der schlechtere Gesundheitszustand von **Frauen** in der Stichprobe schlägt sich ebenso in einem **höheren Ausmaß an funktionellen Beeinträchtigungen** im Vergleich zu Männern nieder. Zur Messung der funktionellen Kapazitäten der Studienteilnehmer/innen wurde u.a. auf die Erhebung von Aktivitäten des täglichen Lebens wie Anziehen, Stiegen steigen und Einkaufen zurückgegriffen. Dabei ergeben sich klare Unterschiede zuungunsten von Frauen: So geben zwar immerhin 89% der Frauen in der Stichprobe an, sich noch selbst anziehen zu können, mit 94,2% ist dieser Anteil bei den Männern jedoch höher. Größer noch sind die Unterschiede beim Stiegen steigen (81,8% vs. 91,9%) und beim Einkaufen (70,8% vs. 85%). Bestätigt wird die stärkere funktionelle Beeinträchtigung hochaltriger Frauen auch durch im Rahmen der Studie durchgeführte Mobilitätstests, insbesondere einen Gangtest, bei dem Frauen insofern schlechter abgeschnitten haben, als sie den Test deutlich seltener als Männer mit einer als „normal“ zu qualifizierenden Gehgeschwindigkeit bewältigen konnten (78,7% vs. 86,2%), was auf stärker ausgeprägte Mobilitätseinschränkungen von Frauen schließen lässt.

	Frauen	**Männer**
Anziehen	89,0%	94,2%
Stiegen steigen	81,8%	91,9%
Gangtest – „normale“ Gehgeschwindigkeit	78,7%	86,2%

Tabelle 29: Funktionelle Kapazitäten nach Geschlecht

In Übereinstimmung mit diesen funktionalitätsbezogenen Ergebnissen berichten Frauen häufiger als Männer von Hilfsbedürftigkeit und Angewiesenheit auf Unterstützung aufgrund ihres hohen Alters bzw. ihres körperlichen und gesundheitlichen Zustandes (40,1% vs. 27,5%).[42] Interessanterweise berichten dafür aber Männer – bei Vorliegen von Hilfsbedürftigkeit – häufiger als Frauen von Pflegebedürftigkeit (33,3% vs. 26,9%). Das heißt, jene Minderheit von hochaltrigen Männern mit schlechter Gesundheit und körperlichen Einschränkungen befindet sich offenbar tendenziell in einem schlechteren Allgemeinzustand als ihre weiblichen Altersgenossinnen. Demnach stellen Männer, relativ gesehen, sowohl die meisten Vertreter mit besonders gutem als auch solche mit besonders schlechtem körperlichem Zustand.

Die dargestellten geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich des objektiven Gesundheitszustandes gehen – wahrscheinlich nicht allzu überraschend – auch mit Unter-

[42] Diese Zahlen beziehen sich ausschließlich auf Personen in Privathaushalten. In Pflegeheimen lebende Personen sind hier nicht berücksichtigt.

schieden in der **subjektiven Wahrnehmung der eigenen Gesundheit** und der körperlichen Verfassung einher. Männer befinden sich nicht nur in einem überwiegend besseren körperlichen Allgemeinzustand als Frauen, sie beurteilen ihre Gesundheit auch besser als Frauen. Während 64,7% der befragten Männer ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzen, sind es bei den Frauen nur 50,2%. Nahezu gleich verhält es sich mit der Einschätzung der körperlichen Verfassung (63,6% vs. 48,9%). Auffällig ist, dass Männer bei der Beurteilung eher zu den Extremen neigen, also ihre Gesundheit bevorzugt als (sehr) gut oder (sehr) schlecht einschätzen[43], während Frauen recht oft die Antwortmöglichkeit „mittelmäßig" wählen, also in ihrem Urteil eher zur Mitte hin tendieren.

Psychische Gesundheit

Unterschiede zwischen hochaltrigen Männern und Frauen ergeben sich nicht nur in den Bereichen somatische, funktionale und subjektive Gesundheit, sondern auch im Hinblick auf die seelisch-geistige Gesundheit. Allgemein kann konstatiert werden, dass das psychische Befinden der Studienteilnehmer/innen den Befunden nach weitgehend recht gut ist. Lediglich 11,6% der Teilnehmer/innen geben auf die Frage nach depressiven Verstimmungen in den vergangenen zwei Wochen an, sich oft oder immer deprimiert gefühlt zu haben. 12,7% geben im Rahmen der allgemeinen Krankheitsanamnese auch an, unter Depressionen zu leiden. Unter besonderer Berücksichtigung des Geschlechts können allerdings durchaus deutliche Unterschiede festgestellt werden: So berichten 18,2% der befragten Frauen von häufigen depressiven Verstimmungen, bei Männern sind es hingegen nur 2,3%. Auch fühlen sich Frauen häufiger traurig als Männer (18,7% vs. 9,5%). Darüber hinaus geben **Frauen fast doppelt so oft wie Männer** an, unter **Depressionen** zu leiden (15,6% vs. 8,7%).

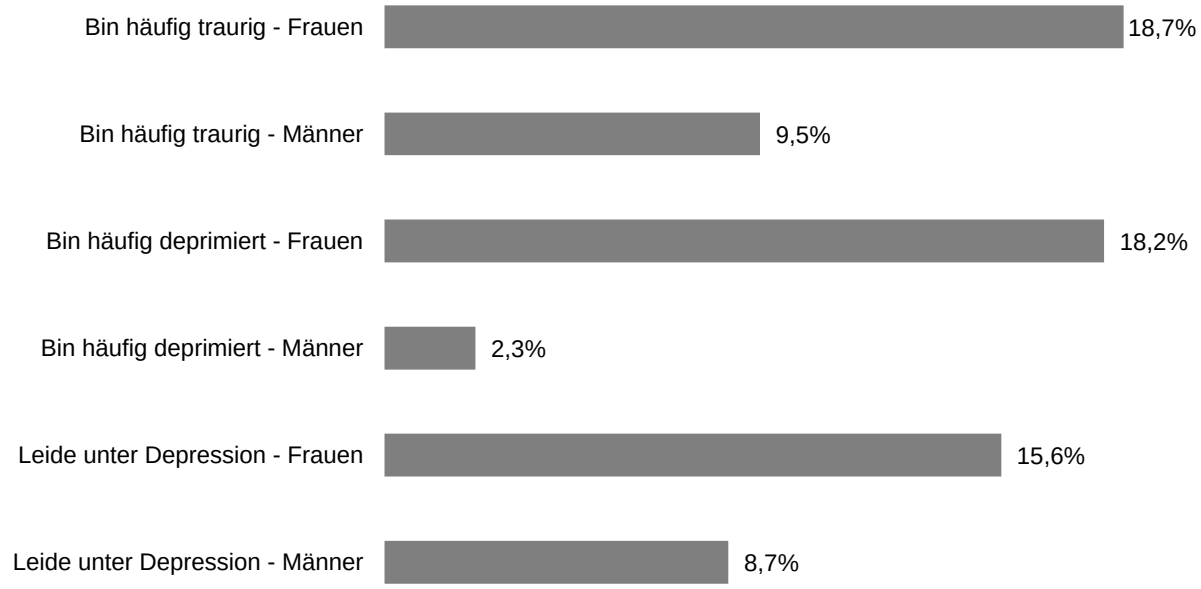


Abbildung 39: Psychisches Befinden nach Geschlecht

Die Ursachen für diese relativ hohe Prävalenz depressiver Symptome unter hochaltrigen Frauen, insbesondere im Vergleich zu hochaltrigen Männern, sind vermutlich sehr komplex und vielschichtig. Zum Teil dürfte sie sich aus dem tendenziell schlechteren Ge-

[43] Männer schätzen ihre Gesundheit auch etwas häufiger als schlecht ein als Frauen, was die oben gestellten geschlechtsspezifischen Befunde zur höheren Pflegebedürftigkeit von Männern – bei gleichzeitig im Durchschnitt besseren Gesundheitswerten – stützt.

sundheitszustand von Frauen gegenüber Männern erklären lassen, zumal allgemeiner Gesundheitszustand und Depression generell miteinander korreliert sind, Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen also besonders häufig depressive Symptome zeigen. Vor allem aber dürfte die überdurchschnittlich hohe Häufigkeit depressiver Symptome unter hochaltrigen Frauen darin begründet liegen, dass Frauen im hohen Alter wesentlich häufiger als Männer verwitwet bzw. alleinstehend und dementsprechend öfter von Einsamkeit und sozialer Isolation betroffen sind. Einsamkeit und soziale Isolation wirken sich dabei wahrscheinlich besonders schwerwiegend aus, wenn sie mit gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen zusammen auftreten, bzw. dürften von diesen auch insofern zusätzlich begünstigt werden, als funktionale Beeinträchtigungen die Pflege sozialer Kontakte erheblich erschweren. Wie die Analyse zeigt, fühlen sich Frauen häufiger einsam als Männer, und sie fühlen sich umso einsamer, je stärker sie von körperlichen Einschränkungen betroffen sind.
Daraus kann die naheliegende Schlussfolgerung gezogen werden, dass für die Entwicklung depressiver Symptome eine Kombination von gesundheitlichen Einschränkungen und sozialer Isolation bzw. Einsamkeit besonders begünstigend ist. Besonders betroffen sind daher auch in Pflegeheimen lebende Frauen.

Ein sehr differenziertes Bild ergibt sich mit Blick auf die **kognitiven Funktionen** der untersuchten Männer und Frauen. Eine Messung der kognitiven Kapazitäten war im Rahmen der ÖIHS vorgesehen zum Zweck einer groben Einschätzung der Prävalenz von Demenz in der Stichprobe, wobei hierfür ein möglichst unkomplizierter kognitiver Test (Drei-Wörter-Uhren-Test) durchgeführt wurde. Die Ergebnisse des Tests – lediglich 15,5% der Teilnehmer/innen haben den Test fehlerfrei absolviert – lassen auf weit verbreitete (zumindest leichte bzw. beginnende) kognitive Defizite in der Studienpopulation schließen. Frauen und Männer sind dabei gleichermaßen von kognitiven Einschränkungen betroffen, gleichwohl ergeben sich so manche geschlechtsspezifische Unterschiede: So haben Frauen einerseits, trotz ansonsten stärker ausgeprägter gesundheitlicher Einschränkungen, den kognitiven Test häufiger fehlerfrei bestanden als Männer (18,4% vs. 11,7%). Andererseits sind gerade die Tests von Frauen von besonders schweren Auffälligkeiten, im Sinne von schwerwiegenden Mängeln und Defiziten, geprägt. 24,8% der von Frauen abgelegten Tests mussten als sehr auffällig eingestuft werden. Hier besteht ein überaus begründeter Demenzverdacht. Bei den Männern waren es hingegen nur 14,2%. Frauen schneiden also beim kognitiven Test zugleich besser und schlechter ab als Männer. Sie sind einerseits etwas seltener von kognitiven Einschränkungen betroffen, auf der anderen Seite aber sind kognitive Einschränkungen von Frauen tendenziell stärker ausgeprägt als bei Männern. Unterschiede ergeben sich auch mit Blick auf verschiedene Domänen, in welchen jeweils Defizite bestehen. Haben Männer besser abgeschnitten beim Uhrentest (Zeichnen eines Uhrenziffernblattes und Eintragen einer vorgegebenen Uhrzeit) und dafür schlechter beim Merktest (Test korrekt in 44,8% bzw. 24,4% der Fälle), verhielt es sich bei den Frauen genau umgekehrt. Sie waren klar besser als Männer beim Merktest (35,9%), dafür aber schlechter beim Uhrentest (34,1%).

Nicht ganz ausgeschlossen werden kann mit Blick auf die hier erörterten geschlechtsspezifischen Gesundheitsunterschiede, dass manche von ihnen, zumindest in ihrem konkreten Ausmaß, teilweise auch auf ein geschlechtsspezifisches Antwortverhalten der Studienteilnehmer/innen, insbesondere aber von Männern, zurückzuführen sein könnten. Hilfsbedürftigkeit und das Zeigen von Schwäche sind Eigenschaften, die tendenziell mit Männlichkeit bzw. mit tradierten gesellschaftlichen Männlichkeitsidealen disharmonieren. Vor allem für die hier untersuchte Alterskohorte dürfte dies noch stärker zutref-

fend sein, jedenfalls aber mehr als für jüngere Generationen von Männern. So wäre es also denkbar, dass Fragen, die den eigenen körperlichen Zustand, die Selbsthilfefähigkeit oder die Angewiesenheit auf Unterstützung im Alltag berühren, vor allem von Männern gelegentlich nicht ganz wahrheitsgemäß beantwortet wurden. Die gesundheitlichen Unterschiede zwischen hochaltrigen Frauen und Männern wären dann freilich etwas weniger eindeutig, als sie in den Ergebnissen der ÖIHS erscheinen. Die Tatsache, dass sich diese Unterschiede im Prinzip durch die gesamte Gesundheitsuntersuchung hindurch ziehen, besonders auch durch solche Bereiche, in denen stärker objektive Daten erhoben wurden (z.B. Gangtest, kognitiver Test), aber auch die Tatsache, dass in anderen Hochaltrigenstudien ähnliche geschlechtsspezifische Unterschiede festgestellt werden (siehe unten), stimmt jedoch zuversichtlich, dass der Großteil der festgestellten Unterschiede, auch dem Ausmaß nach, der Realität entspricht und die Lebenswirklichkeit hochaltriger Frauen und Männer im Wesentlichen korrekt abbildet.

Sozioökonomische Unterschiede

Aufmerksamkeit verdienen nicht zuletzt auch sozioökonomische Unterschiede zwischen hochaltrigen Männern und Frauen. Wie aufgrund der in dieser Generation noch deutlich stärker ausgeprägten Ungleichheit zwischen den Geschlechtern und der im Vergleich zu heute wesentlich größeren Bildungsbenachteiligung von Frauen nicht allzu überraschen dürfte, stellt sich der sozioökonomische Status der befragten Männer überwiegend besser dar als der von Frauen. Hochaltrige Männer haben im Durchschnitt ein höheres **Bildungsniveau** als hochaltrige Frauen: 50,9% der Männer in der Stichprobe haben einen Matura- oder einen Universitätsabschluss, bei den Frauen sind es nur 36,4%.[44] Umgekehrt haben 28,8% der Frauen nur einen Pflichtschulabschluss. Dies trifft bei Männern nur in 17,3% der Fälle zu.

Entsprechend der geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Schulbildung verfügen hochaltrige Männer durchschnittlich auch über ein höheres **Einkommen**: Drei Viertel der befragten Männer (75,4%) verfügen über ein monatliches Haushaltseinkommen von 1600€ aufwärts. Bei Frauen ist dies nur bei 47,6% der Fall. 21,1% der Männer haben sogar ein Haushaltseinkommen von mehr als 3000€ zur Verfügung. Hingegen trifft dies nur auf 9,6% der Frauen zu. Zusätzlich zur tendenziell niedrigeren Bildung von Frauen kommt hier freilich auch hinzu, dass Frauen seltener als Männer ihr Leben lang hauptberuflich erwerbstätig waren (obwohl der Anteil von hauptberuflich erwerbstätigen Frauen in der Stichprobe mit 86,1% relativ hoch ist), wie bekanntermaßen auch ganz generell ein erhebliches Lohngefälle zwischen Erwerbseinkommen von Männern und Frauen besteht („gender pay gap"). Vor allem aber sind hochaltrige Frauen ungleich häufiger verwitwet und/oder alleinstehend als ihre männlichen Altersgenossen, was sich ebenfalls in einem kleineren Haushaltseinkommen niederschlägt. Diese Faktoren – Bildung, niedrigere Erwerbsquote, Lohngefälle, Verwitwung – sind daher letztlich auch ausschlaggebend dafür, dass besonders niedrige Einkommen fast ausschließlich Frauen betreffen: Während nur 3,5% der befragten Männer mit einem Haushaltseinkommen von weniger als 1000€ auskommen müssen, sind es bei den Frauen immerhin 12%. Es bestätigt sich damit, dass Altersarmut bzw. das **Risiko für Altersar-**

[44] Wie bereits mehrfach darauf hingewiesen wurde, ist das Bildungsniveau der Studienteilnehmer/innen insgesamt – sowohl das der Männer, als auch das der Frauen – vergleichsweise hoch, jedenfalls aber höher als im Durchschnitt der österreichischen hochaltrigen Bevölkerung. Die Stichprobe stellt in dieser Hinsicht also nur bedingt einen repräsentativen Ausschnitt der hochaltrigen Gesamtbevölkerung in Österreich dar. Die Überrepräsentation eher gut gebildeter Hochaltriger in der Stichprobe liegt darin begründet, dass ganz allgemein Studienteilnahme und Bildung positiv miteinander korreliert sind, d.h. Personen erklären sich umso öfter bereit, an wissenschaftlichen Studien teilzunehmen, je höher ihr Bildungsgrad ist. Dies gilt es bei der Interpretation der Daten freilich stets zu berücksichtigen.

mut in erster Linie Frauen betrifft.[45] Besonders betroffen davon sind alleinstehende Frauen aus niedrigeren sozialen Schichten. Dies verweist darauf, dass Altersarmut nicht per se (oder jedenfalls nicht in erster Linie) ein geschlechtsspezifisches Problem ist, sondern ein sozioökonomisches bzw. schichtspezifisches: Dies zeigt sich etwa daran, dass alleinstehende Frauen nicht nur im untersten Einkommenssegment zu finden sind, sondern ebenso im obersten. Alleinstehend zu sein bedeutet also auch für Frauen nicht automatisch ein höheres Risiko für Altersarmut. Alleinstehende Frauen im obersten Bereich der Einkommensverteilung haben entweder selbst einen hochqualifizierten Beruf ausgeübt und verfügen über eine eigene, dementsprechend hohe Alterspension oder aber sie beziehen hohe Einkünfte aus einer Witwenpension. Mithin haben Frauen nicht deshalb ein höheres Risiko für Altersarmut, weil sie als Frauen insbesondere häufiger alleinstehend sind bzw. sie haben ein höheres Risiko nur dann, wenn sie einer niedrigeren sozialen Schicht angehören. Bei Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status wirkt es sich aufgrund einer allgemein schlechteren Einkommenssituation entsprechend schwerwiegender aus, wenn sie alleinstehend bzw. verwitwet sind. Mit Blick auf das „weibliche Phänomen" Altersarmut wären daher nicht nur sozioökonomische Unterschiede zwischen Männern und Frauen, sondern verstärkt auch solche zwischen Frauen zu berücksichtigen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich durchaus einige Unterschiede zwischen den hochaltrigen Männern und Frauen in der Stichprobe feststellen lassen: Männer befinden sich überwiegend in einer besseren gesundheitlichen und körperlichen Verfassung als Frauen. Sie leiden weniger unter chronischen Krankheiten und verfügen tendenziell über ein höheres Ausmaß an funktionalen Kapazitäten. Insofern scheint es – wie auch Ergebnisse anderer Hochaltrigenstudien nahelegen (z.B. Collerton et al. 2009; Guilley/Lalive d'Epinay 2008) –, dass Frauen zwar mit Abstand den größten Anteil in der hochaltrigen Bevölkerung ausmachen, dafür aber Männer, sofern sie ein hohes Alter erreichen, im Durchschnitt mit einer besseren physischen Konstitution gesegnet sind. Entsprechend ihrem besseren Gesundheitszustand nehmen hochaltrige Männer ihre Gesundheit auch als besser wahr als hochaltrige Frauen. Frauen sind hingegen wesentlich häufiger von depressiven Symptomen betroffen.
Mit Blick auf die kognitiven Kapazitäten in der Studienpopulation ergibt sich allgemein der Befund relativ weit verbreiteter, zumindest leichter kognitiver Einschränkungen. Männer und Frauen sind dabei gleichermaßen betroffen. Zwar sind Frauen etwas häufiger frei von kognitiven Einschränkungen, dafür aber sind kognitive Beeinträchtigungen von Frauen tendenziell schwerwiegender als jene von Männern.
In sozioökonomischer Hinsicht stellt sich die Situation für Männer, bei einem allgemein eher hohen Einkommensniveau in der Stichprobe, deutlich besser dar als für Frauen. Vor allem alleinstehende Frauen mit niedriger Bildung sind besonders von niedrigen Haushaltseinkommen betroffen. Für sie ist das Risiko von Altersarmut am höchsten.

[45] Es ist hier daran zu erinnern, dass aufgrund des vergleichsweise hohen Bildungsniveaus in der Stichprobe entsprechend wenige Niedrigeinkommen im Sample enthalten sind (siehe oben Kapitel 2.1.4). Es ist daher anzunehmen, dass die Armutsraten, vor allem aber die Armutsraten von hochaltrigen Frauen, in der ÖIHS tendenziell etwas unterschätzt werden und tatsächlich etwas höher anzusetzen wären.

4.2 Hochaltrigkeit und soziale Ungleichheit

Große Unterschiede zwischen den hochaltrigen Studienteilnehmer/innen ergeben sich auch entlang des sozioökonomischen Status. Sozioökonomische Unterschiede betreffen die Zugehörigkeit von Menschen zu einer bestimmten (hohen oder niedrigen) sozialen Schicht, die sich vor allem im Bildungsniveau und dem Einkommen niederschlägt bzw. ausdrückt. Damit ist die Problematik sozialer Ungleichheit angesprochen.
In Hochaltrigenstudien wird soziale Ungleichheit bislang äußerst selten, und wenn, dann in der Regel nur recht peripher thematisiert (eine von wenigen Ausnahmen ist etwa die Berliner Altersstudie, vgl. Mayer/Wagner 2010). Dies mag freilich nicht zuletzt damit zu tun haben, dass die meisten Hochaltrigenstudien in keinem interdisziplinären, sondern in einem sehr naturwissenschaftlich-medizinischen Kontext situiert sind. Abseits von Hochaltrigenstudien gibt es jedoch durchaus, gerade in der jüngeren Vergangenheit, eine ganze Reihe von Untersuchungen, die sich insbesondere mit dem **Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit** befassen. Diese Untersuchungen weisen nach, dass Angehörige sozioökonomisch benachteiligter Bevölkerungsgruppen wesentlich häufiger von Krankheiten und (chronischen) Beschwerden betroffen sind, ihre eigene Gesundheit dementsprechend auch schlechter einschätzen und darüber hinaus auch eher zu gesundheitsriskanten Lebens- und Verhaltensgewohnheiten (vor allem Rauchen) neigen als Angehörige von sozial besser gestellten Gruppen (Mielck 2005; Richter/Hurrelmann 2006; Siegrist/Marmot 2008; Klein/Unger 2001; Mackenbach 2006; Marmot/Wilkinson 2006). Sozioökonomisch bedingte gesundheitliche Ungleichheiten dieser Art setzen sich bis ins hohe Alter fort (Lampert 2000; Lampert/Maas 2002; Mnich et al. 2008). Eine wesentliche Folge ist dabei auch, dass sozial benachteiligte Menschen ein deutlich erhöhtes Frühsterberisiko haben. Sozioökonomische Benachteiligungen wirken sich demnach also ganz allgemein negativ auf die Lebenserwartung von Menschen aus (Klein/Unger 2001; Lampert et al. 2007). Deutlich wird in diesen Studien nicht zuletzt, dass sozioökonomische Gesundheits- und Mortalitätsunterschiede in den letzten Jahren, trotz Verbesserungen im allgemeinen Lebensstandard und zahlreicher gesundheitspolitischer Bemühungen, eher zu- als abgenommen haben.

Sozial selektives Überleben ins hohe Alter

Insbesondere die wissenschaftlichen Befunde zur sozialen Ungleichheit der Lebenserwartung sind in Bezug auf Hochaltrigkeit von besonderer Relevanz. Sie legen die Vermutung nahe, dass aufgrund des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und Mortalität **Hochaltrigkeit** selbst **sozial ungleich verteilt** ist – in dem Sinne, dass Angehörige sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen früher sterben und daher seltener ein hohes Alter erreichen als Personen aus höheren sozialen Schichten. Es könnte hier gewissermaßen von einem sozial selektiven Überleben ins hohe Alter gesprochen werden (Lampert/Maas 2002). Eine solche Annahme lässt sich auf Grundlage der Daten der ÖIHS freilich weder bestätigen noch widerlegen – zum einen deshalb, weil die Studie erst im hohen Alter ansetzt, wo wesentliche Selektionsprozesse bereits stattgefunden haben, zum anderen, weil es sich bei den Daten um Querschnittsdaten handelt. Untersucht werden können daher mit den vorhandenen Daten – jedenfalls zum aktuellen Zeitpunkt – lediglich gesundheitliche Unterschiede *im* hohen Alter, d.h. gesundheitsbezogene Differenzen zwischen den hochaltrigen Studienteilnehmer/innen, nicht jedoch das sozial selektive Überleben *ins* hohe Alter. Durch eine längsschnittliche Weiterführung der ÖIHS könnte jedoch der Einfluss des sozioökonomischen Status auf das weitere Überleben der Studienteilnehmer/innen beobachtet und so Rückschlüsse über das Ausmaß sozialer Selektivität im hohen Alter gewonnen werden.

Um dem fraglichen Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Hochaltrigkeit – als Folge höherer Mortalität sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen – im Rahmen dieses Ergebnisberichts trotzdem, zumindest ansatzweise, nachgehen zu können, wurde auf Mikrozensusdaten, genauer gesagt: auf Statistiken zum Bildungsstand in Österreich zurückgegriffen.[46] Dabei wurde das Bildungsniveau einer mit der Studienpopulation der ÖIHS vergleichbaren Alterskohorte (80-84 Jahre) zu drei verschiedenen Messzeitpunkten, nämlich 2011 (mit 80-84 Jahren), 2001 (mit 70-74 Jahren) und 1991 (mit 60-64 Jahren), herangezogen und miteinander verglichen. Wenn der vermutete Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Hochaltrigkeit tatsächlich besteht, so die Annahme, dann müsste sich dies mit Fortgang der Zeitreihe aufgrund einer höheren Mortalität sozioökonomisch schlechter gestellter Personen in einer Verschiebung der Bildungsverteilung zugunsten höher gebildeter Personen und zuungunsten niedrig gebildeter Personen niederschlagen.

Der Vergleich der Bildungsstatistiken liefert zunächst, jedenfalls auf den ersten Blick, keine sehr eindeutigen Ergebnisse:

Bildungsgrad	**1991 (60-64)**	**2001 (70-74)**	**2011 (80-84)**
Pflichtschule	51,8%	53,8%	52,2%
Lehre	28,5%	27,0%	24,4%
BMS	9,4%	8,9%	12,2%
Matura	6,9%	6,6%	7,1%
Hochschule/Universität	3,4%	3,7%	4,1%

Tabelle 30: Bildungsgrad einer Alterskohorte zu 3 Messzeitpunkten (1991, 2001, 2011)

Wie die Tabelle zeigt, scheint zwar durchaus ein gewisser Zusammenhang gegeben zu sein, allerdings erweist sich dieser als nicht besonders groß. Erkennbar ist, dass der Anteil an hohen Bildungsabschlüssen (Matura-, vor allem aber Universitätsabschluss) im Laufe der Zeit geringfügig steigt, während etwa Personen mit Lehrabschluss im Jahr 2011 um immerhin rund 4% weniger vertreten sind als zu einem 20 Jahre früheren Messzeitpunkt. Keine Hinweise auf ein sozial selektives Überleben ins hohe Alter bringt, wie zu vermuten gewesen wäre, der Blick auf die Entwicklung auf der Ebene des Pflichtschulabschlusses. Der Anteil an Pflichtschulabschlüssen in der Verteilung müsste eigentlich, sofern ein Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Hochaltrigkeit gegeben ist, mit der Zeit sinken, aufgrund einer höheren Sterblichkeit niedrig gebildeter und sozioökonomisch schlechter gestellter Personen. Dem ist allerdings nicht so, im Gegenteil: der Anteil steigt sogar geringfügig. Auch fällt auf, dass mittlere Berufsabschlüsse (BMS) deutlich stärker steigen als hohe Bildungsabschlüsse.

Allerdings wird der Zusammenhang wesentlich deutlicher, wenn man die Bildungsverteilungen getrennt nach Geschlecht und also mit Blick auf Differenzen innerhalb des jeweiligen Geschlechts, d.h. zwischen Männern und zwischen Frauen, betrachtet:

[46] Quellen: Statistik Austria – Volkszählung (Zeitreihen 1971-2001) und Bildungsstandregister 2011.

Bildungsgrad	1991 (60-64)		2001 (70-74)		2011 (80-84)	
Geschlecht	m	w	m	w	m	w
Pflichtschule	37,0%	64,8%	37,8%	67,1%	33,4%	63,8%
Lehre	42,8%	16,1%	42,2%	16,1%	38,2%	15,9%
BMS	7,1%	11,5%	6,2%	11,2%	12,4%	12,0%
Matura	7,9%	5,8%	7,9%	3,5%	9,0%	6,0%
Hochschule/Universität	5,2%	1,8%	5,9%	2,2%	7,0%	2,3%

Tabelle 31: Bildungsabschlüsse einer Alterskohorte zu 3 Messzeitpunkten (1991, 2001, 2011), nach Geschlecht

Vor allem an der longitudinalen Entwicklung der Bildungsverteilung unter Männern lässt sich ein recht klarer sozioökonomischer Zusammenhang ablesen: Während Männer mit Pflichtschul- und Lehrabschluss bis zum Eintritt in die Hochaltrigkeit einen sukzessive kleiner werdenden Anteil der Altenbevölkerung stellen (von 37,0% bzw. 42,8% mit 60-64 Jahren auf 33,4% bzw. 38,2% mit 80-84 Jahren), nehmen hohe Bildungsabschlüsse tendenziell zu – um immerhin 1,1% bei Maturaabschlüssen und fast 2% bei Universitätsabschlüssen.
Nicht so klar fällt der Zusammenhang bei den Frauen aus. Zwar sinkt auch hier im Laufe der Zeit der Anteil von Personen, die höchstens einen Pflichtschulabschluss haben, von 64,8% auf 63,8% und steigen höhere Bildungsabschlüsse von 5,8% auf 6% (Matura) bzw. 1,8% auf 2,3% (Universität), aber die Differenzen sind hier, im Vergleich zu Männern, deutlich geringer. Im Großen und Ganzen scheinen allerdings die Zahlen, insbesondere jene von Männern, einen sozioökonomischen Einfluss auf das Erreichen oder Nicht-Erreichen eines hohen Alters eher zu bestätigen. Unter Berücksichtigung der weiblichen Bildungsverteilungen lassen sich wohl auch die vergleichsweise geringen Differenzen im Pflichtschulsegment sowie der auffällige Anstieg von mittleren Bildungsabschlüssen (BMS) in der allgemeinen Bildungsstatistik (Tabelle 30) erklären: Diese dürften überwiegend durch Frauen zustande kommen, zumal diese das Gros sowohl von Pflichtschul- als auch von Absolvent/innen berufsbildender mittlerer Schulen (BMS) stellen. Da sie zugleich aber im Allgemeinen auch langlebiger sind als Männer und dementsprechend zahlreicher sind im Bevölkerungssegment der Hochaltrigen, fallen hinsichtlich der entsprechenden Bildungsniveaus die sozioökonomischen Unterschiede geringer aus und erscheint daher die Annahme eines Zusammenhangs zwischen sozioökonomischem Status und Hochaltrigkeit zunächst nicht bestätigt. Erst die nach Geschlecht getrennte Analyse zeigt, dass durchaus ein solcher Zusammenhang besteht – vor allem bei den Männern, ansatzweise aber auch bei den Frauen.

Gesundheitliche Unterschiede im hohen Alter

Betrachten wir nun im Weiteren gesundheitliche Differenzen zwischen Hochaltrigen aus unterschiedlichen sozioökonomischen Schichten, wie sie sich aus den Daten der ÖIHS ablesen lassen. In der Tat können einige entsprechende sozioökonomische Unterschiede festgestellt werden. Auch auf diese wurde bereits, wie schon beim Geschlecht, über den gesamten Bericht hinweg immer wieder hingewiesen.
Gesundheitliche Unterschiede zwischen Hochaltrigen entlang des sozioökonomischen Status finden sich im Prinzip **über alle Gesundheitsbereiche hinweg** – im Bereich der somatischen Gesundheit ebenso wie der psychischen, der funktionalen ebenso wie der kognitiven und subjektiven Gesundheit.

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

	Niedriger Sozialstatus	**Hoher Sozialstatus**[47]
Chronische Krankheiten:		
keine	10,3%	9,6%
4 und mehr	32,8%	16,8%
Schmerzen:		
häufige Schmerzen	58,6%	43,9%
starke/sehr starke Schmerzen	22,6%	5,9%
Mobilität:		
Gangtest bewältigt	93,1%	97,6%
Normale Gehgeschwindigkeit	75,5%	89,6%
ADL:		
Anziehen	84,5%	93,6%
Stiegen steigen	82,8%	91,2%
Einkaufen	60,3%	87,2%
Einschätzung Gesundheit:		
sehr gut/gut	41,4%	69,6%
schlecht/sehr schlecht	12,0%	5,6%
Depressive Symptome:		
oft/immer	27,6%	4,0%
selten/nie	48,3%	71,0%
Einsamkeit:		
oft/immer	14,1%	7,3%
selten/nie	64,9%	82,1%
Kognitiver Test:		
bestanden	4,0%	23,1%
auffällig/sehr auffällig (Demenzverdacht)	74,0%	41,0%

Tabelle 32: Gesundheitliche Unterschiede nach Sozialstatus

[47] Unter „hohem Sozialstatus“ sind hier und im Folgenden Personen mit hohem sowie sehr hohem Sozialstatus, entsprechend der in Kapitel 2.1.1 dargestellten Sozioökonomie-Skala, zusammengefasst.

Hinzu kommen stärkere Beeinträchtigungen im Bereich der psychischen Gesundheit: So weisen etwa Hochaltrige mit niedrigem sozioökonomischem Status **häufiger Depressionssymptome** auf als sozial bessergestellte Personen. Auch erweisen sich ihre kognitiven Funktionen als deutlich stärker beeinträchtigt, was auf ein **sozial ungleich verteiltes Demenzrisiko** zuungunsten sozioökonomisch schlechter gestellter Menschen schließen lässt.
Darüber hinaus fühlen sich Hochaltrige mit niedrigem sozioökonomischem Status **häufiger einsam**. Das höhere Ausmaß an Einsamkeitsgefühlen dürfte in erster Linie darauf zurückzuführen sein, dass Personen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen in der Regel über ein wesentlich kleineres soziales Netzwerk als sozial höher stehende Personen verfügen – also nicht nur über ein geringeres ökonomisches, sondern auch über ein geringeres soziales Kapital. Verwitwung bzw. der Verlust des Lebenspartners/der Lebenspartnerin wirkt sich bei niedrigem sozioökonomischem Status dementsprechend schwerwiegender aus, insofern der Verlust schwerer durch andere Sozialkontakte (insbesondere nicht-verwandtschaftlicher Art) kompensiert werden kann, was wiederum soziale Isolation begünstigt. Dass überdies die Wahrscheinlichkeit einer Verwitwung bei niedrigem Sozialstatus offenbar höher ist als bei hohem Sozialstatus (vermutlich gerade aufgrund der hier erörterten stärkeren gesundheitlichen Benachteiligungen sozial schlechter gestellter Menschen), trägt zusätzlich zu einem höheren Einsamkeitsrisiko in niedrigeren sozialen Schichten bei.

Verwitwung	Niedriger Sozialstatus	Hoher Sozialstatus
Frauen	82,5%	56,1%
Männer	27,8%	16,2%

Tabelle 33: Verwitwung nach Sozialstatus

Aus der höheren Verbreitung von Einsamkeitsgefühlen, in Verbindung mit einem höheren Ausmaß gesundheitlicher Einschränkungen, dürfte sich auch die größere Neigung zu depressiven Symptomen unter Angehörigen niedriger sozialer Schichten erklären lassen.

Entsprechend der überwiegend höheren gesundheitlichen Beeinträchtigungen unter Hochaltrigen mit niedrigem sozioökonomischem Status – sowohl in physischer und funktionaler als auch in psychischer und subjektiver Hinsicht – stellt auch **Frailty** ein Problem dar, das in besonderem Maße unter sozioökonomischen Gesichtspunkten betrachtet werden muss: Lediglich 4% der Hochaltrigen, deren Sozialstatus als hoch einzustufen ist, befinden sich in einem derart beeinträchtigten körperlichen Allgemeinzustand, der als ausgeprägte Frailty qualifiziert werden kann. Bei Hochaltrigen mit niedrigem Sozialstatus sind es hingegen 20,7%. Tabelle 34 zeigt auf der anderen Seite auch eindeutig, dass sozial besser gestellte Hochaltrige – gemessen an den erzielten Gesundheitswerten in den verschiedenen Bereichen – einen ungleich höheren Anteil an besonders „rüstigen" Hochaltrigen stellen als solche mit niedrigem sozioökonomischem Status.[48]

[48] Hier wie auch bei allen voranstehenden Ausführungen über gesundheitliche Unterschiede ist freilich zu bedenken, dass hier auch Pflegeheimbewohner/innen berücksichtigt sind und diese ungleich häufiger unter Angehörigen niedriger sozialer Schichten zu finden als unter sozial besser gestellten Hochaltrigen (siehe dazu auch Kapitel 3.3 sowie die folgenden Ausführungen unten). Da Pflegeheimbewohner/innen im Sample der ÖIHS etwas überrepräsentiert sind, wäre also durchaus damit zu rechnen, dass daher auch die gesundheitlichen Differenzen zwischen sozial höher und niedriger stehenden Hochaltrigen tendenziell

Gesundheitszustand	Niedriger Sozialstatus	Hoher Sozialstatus
Gut	41,3%	60,8%
- „rüstig"/sehr gut	*3,4%*	*23,2%*
- „fit"/gut	*37,9%*	*37,6%*
eher schlecht/"pre-frail"	37,9%	35,2%
schlecht/"frail"	20,7%	4,0%

Tabelle 34: Frailty nach Sozialstatus

Öfter von körperlichen bzw. gesundheitlichen Einschränkungen betroffen, geben sozial schlechter gestellte Hochaltrige schließlich auch häufiger an, aufgrund ihres Alters und/oder ihres körperlichen Zustandes auf Unterstützung bzw. Pflege angewiesen zu sein. Geben bei hohem sozioökonomischem Status 31,1% an, regelmäßig Hilfe im Alltag zu benötigen, sind es bei niedrigem Sozialstatus 35%.[49] Interessanterweise geben sie allerdings relativ etwas seltener an, pflegebedürftig zu sein (6,9% vs. 9,6%). Dies könnte eventuell darauf hinweisen, dass Personen mit hohem Sozialstatus, sofern sie von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind, im gleichen Ausmaß, teilweise vielleicht sogar in einem höheren Ausmaß pflegebedürftig sind als körperlich beeinträchtigte Hochaltrige aus niedrigen sozialen Schichten. Ähnlich wie schon bei den geschlechtsspezifischen Unterschieden, wo sich Männer einerseits als gesünder als Frauen erwiesen haben, zugleich aber, bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit, mitunter pflegebedürftiger waren als Frauen, könnten auch hier Hochaltrige aus hohen sozialen Schichten zugleich die gesünderen, aber auch, relativ gesehen, die pflegebedürftigeren sein. Hinweise darauf liefert auch die Verteilung der Pflegestufen in Privathaushalten: Hier zeigt sich nämlich, dass hohe Pflegestufen (Pflegestufe 4 und höher) eher in sozioökonomisch besser situierten Haushalten zu finden sind.
Dies könnte aber natürlich auch damit zu tun haben, dass Hochaltrige aus niedrigen sozialen Schichten bei ausgeprägter Pflegebedürftigkeit eher in ein Pflegeheim kommen, während sozial besser gestellte Hochaltrige ungleich seltener, auch nicht bei höherem Pflegebedarf, im Pflegeheim anzutreffen sind: Wie die Auswertung zeigt, gibt es nämlich einen klaren Zusammenhang zwischen Pflegeheimaufenthalt und sozioökonomischem Status: Während mit 34,6% mehr als ein Drittel der Heimbewohner/innen einen niedrigen Sozialstatus aufweist, finden sich in der gesamten Stichprobe überhaupt nur zwei Pflegeheimbewohner/innen mit hohem Sozialstatus. Zu schließen ist daraus, dass Personen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen bei Pflegebedürftigkeit oft nur der Umzug ins Pflegeheim bleibt, während sozial besser gestellte Personen offenbar, insbesondere aufgrund ihrer besseren finanziellen Ausstattung, aber wohl auch auf-

etwas zu stark zuungunsten von Personen mit niedrigem Sozialstatus ausfallen. Allerdings zeigt sich, dass die Unterschiede auch nach methodischem Ausschluss von Pflegeheimbewohner/innen nach wie vor beträchtlich bleiben. Zwar sinkt dann die Frailty-Rate bei niedrigem Sozialstatus klar von 20,7% auf 10%, sie liegt damit aber immer noch deutlich höher als bei Personen mit hohem Sozialstatus (4,1%). Vor allem aber ändert der Ausschluss von Pflegeheimbewohner/innen nichts an der sozioökonomischen Differenz hinsichtlich des Anteils am Segment der besonders „rüstigen" Hochaltrigen, in dem sozial bessergestellte Personen ganz klar überwiegen (5% vs. 23,6%).

[49] Die Zahlen zum Unterstützungs- und Pflegebedarf beziehen sich ausschließlich auf Personen in Privathaushalten (inkl. Seniorenwohnheime und Betreutes Wohnen). Pflegeheimbewohner/innen sind hier nicht berücksichtigt. Da in Pflegeheimen lebende Personen tendenziell aus niedrigeren sozialen Schichten kommen, wären die Unterschiede bei Miteinbeziehung von Pflegeheimen natürlich höher.

grund ihres größeren sozialen Netzes und des daraus resultierenden größeren sozialen Rückhalts, etwas mehr Optionen haben, was die Regelung individueller Pflegearrangements im gewohnten Wohnumfeld betrifft.

Zusammenfassend kann jedenfalls gesagt werden, dass sich aus den Daten der ÖIHS eine ganze Reihe von sozioökonomisch bedingten Differenzen zwischen hochaltrigen Menschen ergibt, die vor allem mit Blick auf die Möglichkeiten eines autonomen und selbstbestimmten Lebens im hohen Alter von hoher Relevanz sind: Zum einen befinden sich sozial besser gestellte Personen überwiegend in einem besseren körperlichen Allgemeinzustand. Besonders gravierende gesundheitliche Einschränkungen bis hin zur Frailty sind, wie die Ergebnisse nahelegen, umso häufiger, je niedriger sich der sozioökonomische Status von Personen darstellt. Ob und welchem Ausmaß jemand seine Gesundheit und seine Selbsthilfefähigkeit bis ins hohe Alter zu erhalten vermag, ist in diesem Lichte also in besonderem Maße (auch) eine sozioökonomische Frage. Eine ergänzende Analyse von Mikrozensusdaten hat in diesem Zusammenhang auch so manches Indiz dafür gebracht, dass Menschen aus niedrigeren sozialen Schichten generell eine etwas geringere Wahrscheinlichkeit haben, ein hohes Alter zu erreichen. Hinzu kommt schließlich, dass Hochaltrige mit höherem sozioökonomischem Status offenbar auch bei Vorliegen von gesundheitlichen Einschränkungen bzw. Pflegebedürftigkeit insofern im Vorteil sind, als ihnen ihr höheres ökonomisches und soziales Kapital einen größeren Handlungsspielraum im Umgang mit bzw. bei der Kompensation von altersbedingten körperlichen Beeinträchtigungen gewährt. Für sozial schlechter gestellte Personen bedeutet Pflegebedürftigkeit nicht automatisch, aber mit deutlich höherer Wahrscheinlichkeit den Umzug in ein Pflegeheim, während Hochaltrige aus höheren sozialen Schichten noch auf andere Optionen zurückgreifen können – weshalb sie in unserer Stichprobe praktisch nie in Heimen anzutreffen sind.

4.3 Stadt-Land-Unterschiede in der ÖIHS

Die Ergebnisse der ÖIHS können auch auf Stadt-Land-Unterschiede hin beleuchtet werden. Zu berücksichtigen ist hier freilich, dass eine ländliche Bevölkerung in der Studie zum gegenwärtigen Zeitpunkt ausschließlich durch Teile des steirischen Sub-Samples repräsentiert ist. Diese Repräsentation ist überdies durch den recht hohen Stellenwert der Städte Wien und Graz ausgesprochen gering und macht einen Anteil an der Gesamtstichprobe von lediglich 14,7% aus (wobei hier bereits auch kleinere steirische Städte berücksichtigt und damit als „Land“ kategorisiert sind). Der überwiegend größte Teil der Stichprobe besteht also aus städtischer Population, sodass – für einen Stadt-Land-Vergleich eher ungünstig – nur Vergleichsgruppen von höchst unterschiedlicher Größe zur Verfügung stehen. Vor allem bringen es die vergleichsweise geringen Fallzahlen auf dem Land mit sich, dass die Ergebnisse – insbesondere im direkten Vergleich mit dem wesentlich umfangreicheren Stadt-Sample – nur bedingte Aussagekraft besitzen.

Unter diesen Einschränkungen sollen aber zumindest ein paar wesentliche, sich aus den Daten ergebende Unterschiede zwischen Stadt- und Landbevölkerung festgehalten werden, die im Folgenden getrennt nach den Bereichen Gesundheit, allgemeine Lebenssituation und Pflege dargestellt werden.

Gesundheit

Mit Blick auf gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Stadt und Land kann zunächst einmal – unter Berücksichtigung bzw. Zusammenfassung einer Reihe verschiedener Variablen aus den Bereichen somatische, psychische, funktionale und subjektive Gesundheit – festgestellt werden, dass **hochaltrige Stadtbewohner** sich **tendenziell in einem besseren körperlichen Allgemeinzustand** befinden als Hochaltrige auf dem Land. Sie sind seltener frail, insbesondere aber stellen sie einen deutlich größeren Anteil an besonders „rüstigen" Hochaltrigen, also solchen, die noch über einen vergleichsweise sehr guten Gesundheitszustand verfügen und von kaum nennenswerten Funktionseinschränkungen betroffen sind. Demnach sind also Hochaltrige aus der Stadt gewissermaßen die etwas gesünderen Hochaltrigen.

Gesundheitszustand	Stadt	Land
Gut	55,2%	50,0%
- „rüstig"/sehr gut	*14,9%*	*6,7%*
- „fit"/gut	*40,3%*	*43,3%*
Eher schlecht/"pre-frail"	36,0%	38,3%
Schlecht/"frail"	8,9%	11,7%

Tabelle 35: Gesundheitszustand in Stadt und Land

Dieser Eindruck erhärtet sich allerdings nur teilweise, sobald man einzelne gesundheitsbezogene Aspekte isoliert und etwas genauer betrachtet: So leiden etwa auf dem Land lebende Hochaltrige im Allgemeinen – jedenfalls nach Selbstauskunft der Teilnehmer/innen – seltener und unter weniger chronischen Krankheiten gleichzeitig als in der Stadt lebende. Dafür geben sie aber häufiger an, unter starken akuten oder chronischen Schmerzzuständen zu leiden (24,1% vs. 13%). Ebenso sind ihre ADL-Werte (Activities of Daily Living) tendenziell etwas schlechter: Hochaltrige auf dem Land geben etwa seltener an, sich noch vollständig selbst anziehen (88,3% vs. 91,7%) oder ihre Einkäufe selbst erledigen zu können (71,7% vs. 77,7%), was auf stärker eingeschränkte funktionale Kapazitäten schließen lässt. Dafür können sie aber offenbar besser Stiegen steigen als Hochaltrige in der Stadt (93,3% vs. 84,8%).[50]

Auch der Gangtest bringt im Grunde keine eindeutigen Ergebnisse zugunsten der hochaltrigen Stadtbevölkerung – eher im Gegenteil: Der Gangtest per se wird in beiden Vergleichsgruppen mit rund 93% in etwa gleich häufig bewältigt. Dafür aber haben die Teilnehmer/innen aus der Stadt punkto Gehgeschwindigkeit ein wenig schlechter abgeschnitten als ihre Altersgenossen auf dem Land (nur in 81,4% der Fälle eine als „normal" zu bewertende Gehgeschwindigkeit im Vergleich zu 84,9% auf dem Land). Auch der Blick auf die psychische Gesundheit der Teilnehmer/innen liefert kein eindeutiges Bild: Zwar geben Hochaltrige aus der Stadt häufiger an, selten oder nie deprimiert zu sein (66,9% vs. 64,5%), auf der anderen Seite werden aber auch häufige Depressionssymptome („oft" oder „immer deprimiert") öfter in der Stadt als auf dem Land zu Protokoll

[50] Möglicherweise ist dies aber auch eher eine Frage der Notwendigkeit: Auf dem Land lässt es sich unter Umständen etwas schwerer vermeiden, eine Stiege steigen zu müssen, als in der Stadt (so z.B. im eigenen Haus). Die höheren ADL-Werte beim Stiegen steigen könnten also daraus resultieren, dass Hochaltrige auf dem Land in ihrem Alltag öfter damit konfrontiert sind, eine Stiegen steigen zu müssen, während Hochaltrige in der Stadt dies vielleicht eher vermeiden können (Fahrstuhl im Wohnhaus, Rolltreppen im öffentlichen Raum etc.).

gegeben (12,1% vs. 8,5%). Die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit befindet sich in beiden Vergleichsgruppen annähernd auf gleichem Niveau, mit leichten Vorteilen für die Stadtbevölkerung: 55% auf dem Land und 56,5% in der Stadt bewerten ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Analog verhält es sich mit negativen Gesundheitseinschätzungen (schlecht oder sehr schlecht: 11,6% auf dem Land vs. 11,1% in der Stadt).

	Stadt	**Land**
Chronische Krankheiten:		
keine	7,4%	10,0%
4 und mehr	31,1%	18,3%
Mobilität:		
Gangtest bewältigt	92,8%	93,2%
Normale Gehgeschwindigkeit	81,4%	84,9%
ADL:		
Anziehen	91,7%	88,3%
Stiegen steigen	84,8%	93,3%
Einkaufen	77,7%	71,7%
Einschätzung Gesundheit:		
sehr gut/gut	56,5%	55,0%
schlecht/sehr schlecht	11,1%	11,6%
Depressive Symptome:		
oft/immer	12,1%	8,5%
selten/nie	66,9%	64,5%
Kognitiver Test:		
bestanden	17,2%	5,6%
auffällig/sehr auffällig (Demenzverdacht)	49,0%	74,1%

Tabelle 36: Gesundheitliche Unterschiede nach Stadt und Land

Sehr deutliche Unterschiede bringt hingegen der **kognitive Test**. Hier schneiden **Hochaltrige auf dem Land eklatant schlechter** ab als Hochaltrige aus der Stadt: Lediglich 5,6% der Hochaltrigen auf dem Land waren in der Lage, den kognitiven Test fehlerfrei zu absolvieren. Zwar ist der Test auch in der Stadt nicht besonders gut ausgefallen, mit 17,2% bestandenen Tests ist hier allerdings die Erfolgsrate doch deutlich höher. 74,1% der Tests auf dem Land (vs. 49% in der Stadt) waren als auffällig bis sehr auffällig einzustufen. Hier besteht ein bereits sehr begründeter Demenzverdacht.
Für die Beurteilung von Gesundheitsunterschieden zwischen hochaltriger Stadt- und Landbevölkerung keine eindeutigen Hinweise liefern hingegen die erhobenen Angaben zu Unterstützungs- und Pflegebedürftigkeit: Hier geben zwar auf dem Land lebende Hochaltrige einerseits etwas seltener an, aufgrund ihres Alters und/oder ihres Gesundheitszustandes auf Unterstützung angewiesen zu sein (30,8% vs. 35,1%). Dies würde eigentlich auf eine etwas eingeschränktere Funktionalität im Hinblick auf alltägliche Verrichtungen von Hochaltrigen aus der Stadt schließen lassen. Andererseits aber findet sich auf dem Land, relativ gesehen, ein größerer Anteil an pflegebedürftigen Personen

(13,5% vs. 9,5%).[51] Dies würde eher wieder den oben dargestellten Befund bestätigen, wonach besonders stark ausgeprägte altersbedingte Beeinträchtigungen (Frailty) etwas häufiger auf dem Land als in der Stadt zu finden sind.

Grundsätzlich ist an dieser Stelle im Übrigen auch festzuhalten, dass die hier je nach Region in „Stadt" und „Land" zusammengefassten und miteinander verglichenen Gruppen alles andere als homogen sind. So finden sich etwa auch durchaus deutliche gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Wien und Graz. Fasst man die gesundheitsbezogenen Ergebnisse der hochaltrigen Wiener/innen und Grazer/innen in eine entsprechende Tabelle zusammen und stellt diese einander gegenüber, so zeigt sich, dass sich die Grazer/innen in unserer Stichprobe in einem überwiegend besseren körperlichen Allgemeinzustand befinden als die Wiener/innen. Auch innerhalb der unter der Kategorie „Land" zusammengefassten Regionen der Steiermark ergeben sich zum Teil große Unterschiede, sobald zwischen Kleinstädten und ländlichen Regionen im engeren Sinne differenziert wird.

Gesundheitszustand	Wien	Graz	Kleinstadt	Land
Gut	51,2%	66,7%	40,0%	53,3%
- „rüstig"/sehr gut	*12,7%*	*21,1%*	*13,3%*	*4,4%*
- „fit"/gut	*38,5%*	*45,6%*	*26,7%*	*48,9%*
Eher schlecht/"pre-frail"	38,8%	27,8%	46,7%	35,6%
Schlecht/"frail"	10,0%	5,6%	13,3%	11,1%

Tabelle 37: Gesundheitszustand nach Wohnort

Hier lässt sich auch ablesen, dass der Stadt-Land-Vergleich wesentlich deutlicher ausgefallen wäre, wenn das Wiener Sample außer Acht gelassen worden wäre und sich der Vergleich allein auf die Steiermark beschränkt hätte. Festzuhalten ist aber auch hier, dass der Unterschied zwischen Wien und Graz auf zwei sehr verschieden großen Vergleichsgruppen beruht (260:90). Bei annähernd gleich großen Gruppen würden sich die Gesundheitswerte möglicherweise annähern und die gesundheitsbezogenen Unterschiede zwischen Wien und Graz etwas geringer ausfallen.

Allgemeine Lebenssituation

Stadt-Land-Unterschiede können auch mit Blick auf die allgemeine Lebenssituation hochaltriger Menschen konstatiert werden. Insbesondere sozioökonomisch gibt es einige Differenzen: Besonders höhere **Bildung** (Matura, Hochschulabschluss) ist ja bereits grundsätzlich eher ein Merkmal der städtischen Sozialstruktur. Gerade für die hier untersuchte Generation trifft dies noch zu, was sich an der Bildungsstandsverteilung der Studienteilnehmer/innen ablesen lässt. Mehr als die Hälfte (56,7%) der auf dem Land lebenden Teilnehmer/innen hat lediglich einen Pflichtschulabschluss. Personen mit Universitätsabschluss finden sich auf dem Land – jedenfalls in unserem Sample – gar keine. Hingegen haben immerhin 22,1% der befragten Hochaltrigen aus der Stadt einen Hochschul- oder Universitätsabschluss. Pflichtschulabschlüsse machen in der Stadt lediglich 18,3% aus.
Dementsprechend ist auch das **Einkommen** zwischen Stadt und Land sehr ungleich verteilt. 23,3% der Hochaltrigen auf dem Land müssen mit einem monatlichen Haushalts-

[51] Hier sind, wie bereits an früheren Stellen im Bericht darauf hingewiesen wurde, ausschließlich in Privathaushalten lebende Personen berücksichtigt.

einkommen von weniger als 1000€ auskommen. In den Städten trifft dies nur auf 5,7% zu. Über hohe Einkommen von über 3000€ verfügen nur 7%. In der Stadt sind es mit 16,2% mehr als doppelt so viele. Die untersten 50% der ländlichen Studienpopulation liegen in einem Einkommensbereich bis ca. 1300€ im Monat, d.h. die eine Hälfte der Verteilung verdient weniger, die andere Hälfte mehr als 1300€. In der Stadt liegt dieser Median in etwa bei 2000€. Finanziell sind also die Teilnehmer/innen in der Stadt überwiegend besser ausgestattet als jene auf dem Land.
Einige der oben festgestellten gesundheitsbezogenen Unterschiede zwischen Stadt und Land dürften sich im Wesentlichen auf sozioökonomische Differenzen dieser Art zurückführen lassen, zumal bereits auf Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozioökonomischem Status hingewiesen wurde (siehe oben Kapitel 4.2). Vor allem die sehr unterschiedlichen Ergebnisse beim kognitiven Test können wahrscheinlich durch das sehr verschiedene Bildungsniveau zwischen Stadt und Land erklärt werden, insofern auch durch andere Studien belegt wird, dass niedrige Bildung mit einem höheren Demenzrisiko verbunden ist (Anttila et al. 2002; Ngandu et al. 2007; Qiu et al. 2001). Die niedrigere Bildung auf dem Land begünstigt also den Abbau kognitiver Kapazitäten mit dem Alter und die Entwicklung von Demenz. Das klar schlechtere Abschneiden der auf dem Land lebenden Teilnehmer/innen beim kognitiven Test scheint diesen Zusammenhang jedenfalls zu bestätigen.

Unterschiede ergeben sich auch mit Blick auf die **sozialen Beziehungen** der hochaltrigen Menschen in der Stadt und auf dem Land. Zunächst einmal sind auf dem Land lebende Hochaltrige offenbar noch etwas häufiger verheiratet (47,5% vs. 32,4%). Generell sind sie – durchaus typisch für das Land – seltener geschieden oder ledig als Hochaltrige in der Stadt, aber auch seltener verwitwet (44,1% vs. 51,9%). Sie sind daher auch seltener alleinlebend (32,7% vs. 59%), wobei die Differenz in dieser Deutlichkeit vor allem auch auf die ungleich größere Verbreitung von Mehrfamilienhäusern auf dem Land zurückzuführen sein dürfte, in welchen noch vergleichsweise häufig mehrere Generationen unter einem Dach leben.

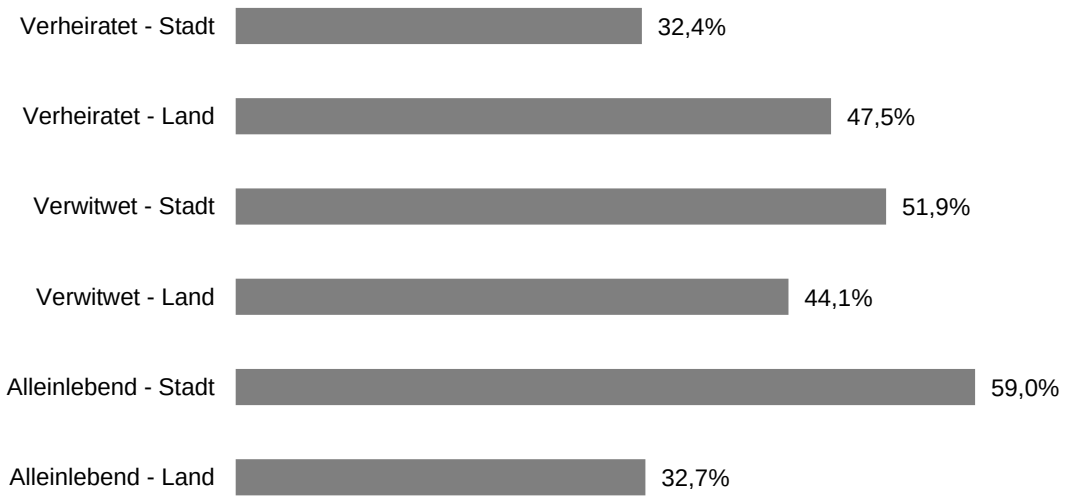


Abbildung 40: Vergleich Lebensformen Stadt und Land

Hier kommt auch hinzu, dass Kinderlosigkeit sich ebenfalls wesentlich häufiger in der Stadt als auf dem Land (17% vs. 8,3%) findet, wie auch umgekehrt Personen mit mehreren Kindern häufiger auf dem Land zu finden sind.

Nicht zuletzt darin dürfte es begründet liegen, dass auf dem Land lebende Hochaltrige tendenziell noch ein etwas dichteres Netz an familiären Kontakten haben: Die Hälfte der befragten Hochaltrigen auf dem Land (50%) geben an, mit mehr als 6 nicht in ihrem Haushalt lebenden Personen aus ihrer Familie regelmäßigen Kontakt zu haben. In der Stadt sind es 40,1%. Die häufigsten Kontakte sind dabei, sowohl in der Stadt als auch auf dem Land, jene zu den eigenen Kindern. Dass gar keine Kontakte mehr zu Familienmitgliedern bestehen, wird ebenfalls häufiger in der Stadt als auf dem Land angegeben (6% vs. 3,3%). Weniger deutlich sind die Unterschiede bei nicht-verwandtschaftlichen Sozialbeziehungen. Zwar werden auch hier überwiegend mehr regelmäßige Kontakte von auf dem Land lebenden Hochaltrigen angegeben (mehr als 6 Kontaktpersonen: 45% vs. 39,7%), dafür kommt es aber auf dem Land zugleich auch häufiger vor, dass gar keine außerfamiliären Sozialkontakte bestehen (16,7% vs. 12,6%).

Einsamkeit ist sowohl in der Stadt als auch auf dem Land eher ein Minderheitenphänomen, wird allerdings auf dem Land – trotz des auf den ersten Blick eher größeren Netzes an (vor allem verwandtschaftlichen) Sozialkontakten – etwas häufiger als in der Stadt zu Protokoll gegeben (13,6% vs. 11,5%). Möglicherweise schlagen sich hier aber auch nur unterschiedliche, auf dem Land stärker ausgeprägte Erwartungen hinsichtlich der Häufigkeit oder der Qualität von sozialen Kontakten nieder, sodass auf dem Land lebende Personen eher dazu neigen, Einsamkeitsgefühle zu artikulieren als Stadtbewohner/innen.

Religiosität spielt – nicht allzu überraschend – auf dem Land eine noch etwas größere Rolle als in der Stadt (73,3% vs. 65,9%). Punkto Lebenszufriedenheit schneiden dafür Hochaltrige in der Stadt ein wenig besser ab als jene auf dem Land („eher bzw. sehr zufrieden“: 80,9% vs. 75%).

Pflege und Betreuung

Den einen oder anderen Unterschied gibt es auch mit Blick auf die Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Pflegeleistungen. Stadtbewohner/innen geben, wie bereits erwähnt, etwas häufiger an, auf Unterstützung im Alltag angewiesen zu sein (35,1% vs. 30,8%). Auf dem Land besteht dafür, relativ gesehen, ein größerer Bedarf an pflegebezogener Unterstützung als in der Stadt (13,5% vs. 9,5%).

Hochaltrige auf dem Land beziehen bei Unterstützungsbedürftigkeit etwas seltener formelle, dafür aber deutlich häufiger informelle Hilfe. 31,3% der Betroffenen auf dem Land nehmen Leistungen von sozialen Diensten in Anspruch, in der Stadt ist dieser Anteil mit 36,4% ein wenig höher. Höher ist dieser Anteil am Land allerdings bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit, hier liegt die Inanspruchnahme von sozialen Diensten bei 57,1% (Stadt: 48,3%). Mehr als die Hälfte der pflegebedürftigen Hochaltrigen auf dem Land (57,1%) bekommt Heimhilfe bzw. Hauskrankenpflege (Stadt: 34,5%).

Relativ deutlich sind die Unterschiede bei informellen Unterstützungsleistungen durch Verwandte, nahe Angehörige oder sonstige Bekannte. Auf dem Land können alle auf Hilfe im Alltag angewiesenen Hochaltrigen in irgendeiner Form auf informelle Unterstützung zurückgreifen. In der Stadt sind es hingegen „nur“ 77,6%. Diese Unterschiede dürften vor allem auf ein noch etwas dichteres verwandtschaftliches Gefüge auf dem Land im Vergleich zur Stadt zurückzuführen sein, wie es sich bereits auch im Zusammenhang mit den sozialen Beziehungen der hochaltrigen Teilnehmer/innen (Kapitel 2.1.7) ergeben hat. Eine große Rolle spielen auf dem Land vor allem Unterstützungsleistungen durch die eigenen Kinder. Hier liegen in der Hälfte aller Fälle regelmäßige Hilfeleistungen durch eine Tochter oder einen Sohn vor (50%). In der Stadt trifft dies nur auf 33,6% (Tochter) bzw. 24,3% (Sohn) der Befragten zu. Eine größere Rolle spielen in der Stadt hingegen Unterstützungsleistungen durch den Partner/die Partnerin (21,5% vs. 12,5%). Bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit nähern sich diese Werte jedoch wieder an bzw.

wird die Stadt vom Land sogar leicht überholt (27,6% vs. 28,6%), was darauf schließen lässt, dass auf dem Land vor allem pflegebezogene Hilfe durch den/die Partner/in geleistet wird, während in der Stadt auch andere Unterstützungsleistungen bevorzugt durch den/die Partner/in erbracht werden.

4.4 Unterschiede zwischen Wien und Steiermark

In diesem Kapitel sollen nun auch, anschließend an die Erörterung von Stadt-Land-Unterschieden, Differenzen herausgearbeitet werden, die sich bei einem Vergleich des steirischen mit dem Wiener Sample ergeben, gesondert nach den Bereichen Gesundheit, allgemeine Lebenssituation und Pflege/Betreuung. Einige dieser Unterschiede stehen freilich in Zusammenhang mit solchen, wie sie bereits im Zuge des Stadt-Land-Vergleichs erörtert wurden. So schlägt sich hier etwa nieder, dass in der Steiermark, im Unterschied zu Wien, sowohl Stadt- als auch Landbevölkerung berücksichtigt ist. Vor allem mit Blick auf Gesundheitsunterschiede zwischen Wien und Steiermark wirken sich auch die ebenfalls bereits erwähnten überwiegend besseren Gesundheitswerte der Grazerinnen und Grazer nicht nur gegenüber der steirischen Landbevölkerung, sondern auch gegenüber den Wiener Hochaltrigen – vermutlich teilweise verursacht durch deutlich niedrigere Fallzahlen in Graz – zugunsten des steirischen Samples insgesamt aus. Es ist anzunehmen, dass Unterschiede dieser Art bei ähnlich großen Vergleichsgruppen etwas geringer ausfallen würden.

Gesundheit

So ergibt ein Vergleich der steirischen und Wiener Gesundheitsbefunde, unter Zusammenfassung einiger zentraler Variablen aus den Bereichen physischer, psychischer, funktionaler und subjektiver Gesundheit, einen doch recht klaren Vorteil für die Hochaltrigen in der Steiermark. Sie stellen einen größeren Anteil an besonders „rüstigen“ und „fitten“ Hochaltrigen und sind auch weniger häufig frail als ihre Altersgenoss/innen aus Wien. Diese Unterschiede kommen, wie gesagt, vor allem durch die überdurchschnittlich guten, aber durch vergleichsweise geringe Fallzahlen möglicherweise auch etwas nach oben verzerrten Gesundheitswerte der Grazer/innen zustande.

Gesundheitszustand	Wien	Steiermark
Gut	51,2%	60,0%
- „rüstig“/sehr gut	*12,7%*	*15,3%*
- „fit“/gut	*38,5%*	*44,7%*
Eher schlecht/“pre-frail“	38,8%	32,0%
Schlecht/“frail“	10,0%	8,0%

Tabelle 38: Gesundheitszustand Wien und Steiermark

Mit einem vertiefenden Blick auf einzelne gesundheitsbezogene Variablen, lässt sich feststellen, dass Wiener/innen zum einen häufiger unter chronischen Krankheiten leiden und zum anderen auch mehr chronische Krankheiten gleichzeitig haben als Steirer/innen. Auch leiden sie, ihren Angaben nach, häufiger unter akuten bzw. chronischen Schmerzzuständen (55,8% vs. 44%). Ein Unterschied zugunsten der Wiener/innen ist dabei allerdings, dass in der Steiermark häufiger als in Wien besonders starke Schmerzen angegeben werden (18,5% vs. 12,8%). Hochaltrige Wiener/innen leiden also zwar

häufiger, dafür aber an weniger starken bzw. weniger stark empfundenen Schmerzen als hochaltrige Steirer/innen. Vor allem auf dem Land sind stärker ausgeprägte Schmerzzustände relativ weit verbreitet. Auch hinsichtlich Mobilität – u.a. gemessen durch einen Gangtest – schneiden Steirer/innen etwas besser ab als gleichaltrige Wiener/innen. Nicht ganz so deutlich sind die Unterschiede mit Blick auf Aktivitäten des tägliche Lebens (ADL), die Auskunft über die Selbsthilfefähigkeit hochaltriger Menschen geben: Zwar geben Steirer/innen wesentlich öfter an, noch ohne Hilfe eine Stiege steigen zu können (91,3% vs. 82,9%), beim Anziehen oder beim Erledigen von Einkäufen ergeben sich allerdings keine Unterschiede. Hier fallen die Ergebnisse eher sogar besser für die Wiener/innen aus als für die Steirer/innen. Dafür sind die Unterschiede bei der Prävalenz von Harninkontinenz wieder wesentlich klarer, insofern diese unter hochaltrigen Wiener/innen offenbar deutlich weiter verbreitet ist als unter hochaltrigen Steirer/innen (36,9% vs. 29,3%).

Einen zentralen Indikator zur Beurteilung des Gesundheitszustandes stellt die **subjektive Gesundheitseinschätzung** dar. Auch ihre Ergebnisse eignen sich recht gut, um gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Wien und der Steiermark zu illustrieren. So spiegelt sich der tendenziell etwas schlechtere Gesundheitszustand von hochaltrigen Wiener/innen in einem geringeren Anteil von Personen, die ihre Gesundheit als gut oder sogar sehr gut einschätzen (54,6% vs. 59,3%). Dass in der Steiermark auf der anderen Seite aber auch mehr negative Einschätzungen vorliegen als in Wien (13,3% vs. 10,0%) lässt darauf schließen, dass bei einer allgemein zwar etwas besseren Gesundheit von Steirer/innen auch bestimmte gesundheitliche/körperliche Einschränkungen in der Steiermark etwas stärker ausgeprägt sind als in Wien (siehe z.B. oben die Befunde zum Schmerz). Diese Ambivalenz in den steirischen Ergebnissen zur subjektiven Gesundheit dürfte freilich hauptsächlich aus dem Nebeneinander von eher besseren Gesundheitswerten in Graz und etwas schlechteren Werten in ländlichen steirischen Regionen herrühren.

Was die **psychische Gesundheit** betrifft, so zeichnet sich die Steiermark durch eine niedrigere Prävalenz von depressiven Symptomen aus. Ganz anders verhält es sich hingegen mit den kognitiven Funktionen von Steirer/innen: Bei den kognitiven Tests, die allgemein nicht besonders gut ausgefallen sind, schneiden hochaltrige Wiener/innen klar besser ab als ihre steirischen Altersgenoss/innen. Lediglich 9,5% der steirischen Studienteilnehmer/innen waren in der Lage, den kognitiven Test positiv zu absolvieren. In Wien waren es immerhin 19%. 60,6% der steirischen Test (vs. 48% in Wien) mussten als auffällig oder sehr auffällig eingestuft werden (Demenzverdacht!). Die Unterschiede zugunsten der Wiener/innen sind auch hier wieder auf überdurchschnittlich schlechte Ergebnisse auf dem steirischen Land zurückzuführen. Dort lag die Erfolgsquote beim kognitiven Test bei lediglich 6%, während in Graz immerhin 12% der Tests positiv absolviert wurden. Das besonders schlechte Abschneiden der Hochaltrigen auf dem Land „drückt“ also die gesamtsteirischen Ergebnisse beim kognitiven Test und führt zu letztendlich doch sehr großen Unterschieden zugunsten der Hochaltrigen in Wien.

	Wien	Steiermark
Chronische Krankheiten:		
keine	6,2%	10,7%
4 und mehr	32,7%	23,3%
Schmerzen:		
häufige Schmerzen	55,8%	44,7%
starke/sehr starke Schmerzen	12,8%	18,5%
Mobilität:		
Gangtest bewältigt	91,5%	94,7%
Normale Gehgeschwindigkeit	81,1%	83,5%
ADL:		
Anziehen	91,5%	90,7%
Stiegen steigen	82,9%	91,3%
Einkaufen	77,2%	76,0%
Harninkontinenz	36,9%	29,3%
Einschätzung Gesundheit:		
sehr gut/gut	54,6%	59,3%
schlecht/sehr schlecht	10,0%	13,3%
Depressive Symptome:		
oft/immer	12,4%	10,0%
selten/nie	63,2%	72,4%
Kognitiver Test :		
bestanden	19,0%	9,5%
auffällig/sehr auffällig (Demenzverdacht)	48,0%	60,6%

Tabelle 39: Gesundheitliche Unterschiede nach Bundesland

Allgemeine Lebenssituation

Differenzen in der allgemeinen Lebenssituation beruhen ebenfalls weitestgehend auf Stadt-Land-Unterschieden innerhalb des steirischen Samples. So haben etwa Teilnehmer/innen aus Wien überwiegend einen höheren Bildungsgrad als solche aus der Steiermark, was in erster Linie auf (gerade in der hier untersuchten Generation noch bestehende) Bildungsungleichheiten zwischen Stadt und Land zurückzuführen ist. Auf dem Land überwiegen niedrigere Bildungsabschlüsse, weshalb in der Steiermark insgesamt Pflichtschulabschlüsse als höchste Schulabschlüsse besonders stark vertreten sind (40% vs. 14,7%), während Universitäts- und Hochschulabschlüsse im Vergleich zu Wien einen deutlich geringeren Anteil ausmachen (12,7% vs. 22,4%). Damit verbunden sind Unterschiede in den Einkommensverteilungen: Wiener/innen haben im Durchschnitt höhere Haushaltseinkommen als Steirer/innen. Vor allem niedrige Einkommen (unter 1000€) sind auf dem Land und daher in der Steiermark insgesamt wesentlich häufiger vertreten als in Wien (15,5% vs. 4%). Bei hohen Einkommen (über 3000€) liegen Wien und Stei-

ermark nahezu gleichauf (15,2% vs. 14,5%), wobei diese in der Steiermark hauptsächlich durch die im Allgemeinen, im Vergleich zur Landbevölkerung, besser situierten Grazer/innen repräsentiert werden.
Teilnehmer/innen aus der Steiermark leben häufiger als Wiener/innen noch in ehelichen Beziehungen. Sie sind vor allem etwas seltener verwitwet (47,7% vs. 52,5%). Auch hier dürfte es sich um einen Effekt von steirischen Stadt-Land-Unterschieden handeln, zumal der Stadt-Land-Vergleich eine niedrigere Verwitwungsrate für ländliche Regionen ergeben hat. Ebenso haben hochaltrige Steirer/innen, insbesondere jene auf dem Land, häufiger und im Durchschnitt auch mehr Kinder als ihre Wiener Altersgenoss/innen – 16% der Teilnehmer/innen aus der Steiermark haben 4 und mehr Kinder (vs. 8,1% in Wien) – wie auch Kinderlosigkeit häufiger in Wien als in der Steiermark vorkommt (18,6% vs. 10,7%). Besonders die Unterschiede hinsichtlich des Familienstandes tragen wohl auch dazu bei, dass Wiener/innen im hohen Alter öfter alleinstehend sind als Steirer/innen. Hier kommt aber natürlich auch hinzu, dass in der Steiermark, vor allem natürlich in den ländlichen Regionen, häufiger Haushalte zu finden sind, in welchen mehrere Generationen unter einem Dach wohnen (Mehrfamilienhäuser). Dies führt dazu, dass Menschen in der Steiermark auch bei Verwitwung seltener allein leben als in Wien.
Es wäre in diesem Lichte anzunehmen, dass verwandtschaftliche Beziehungen in der Steiermark generell etwas enger und familiäre Kontakte häufiger sind als in Wien. Zumindest für familiäre Kontakte außerhalb des eigenen Haushalts lassen sich in den Daten tatsächlich Hinweise dafür finden. Insbesondere erweisen sich in der Steiermark die familiären Netzwerke, d.h. die Anzahl der Familienmitglieder, mit welchen regelmäßige Kontakte bestehen, als größer als in Wien: Knapp die Hälfte (48%) der befragten Steirer/innen geben an, mit mindestens sechs Personen aus ihrer Familie regelmäßige Kontakte zu pflegen. In Wien sind dies nur 37,8%. Die meisten und häufigsten Kontakte sind dabei in der Steiermark wie auch in Wien jene zu den eigenen Kindern, wobei die Kontakthäufigkeit in der Steiermark ebenfalls etwas höher liegt. Geben in der Steiermark 76% der befragten Hochaltrigen an, mit mindestens einem ihrer Kinder mehrmals in der Woche Kontakt zu haben, sind es in Wien 70,6%. 41,3% der Steirer/innen berichten sogar von täglichen Kontakten (vs. 35,3% in Wien). Auch haben Steirer/innen öfter Kontakt zu ihren Enkelkindern. 17,1% der hochaltrigen Wiener/innen haben mit ihren Enkeln lediglich ein paar Mal im Jahr oder noch seltener Kontakt. In der Steiermark trifft dies nur auf 7% zu. Hier berichten rund 18% sogar von täglichen Kontakten, was in Wien nur bei 9,9% der Befragten der Fall ist.
Ähnliches wie für die verwandtschaftlichen Beziehungen scheint auch für nichtverwandtschaftliche Beziehungen, etwa zu Freunden und Bekannten, zu gelten. Auch hier verfügen Steirer/innen offenbar im Durchschnitt über eine größere Anzahl an Personen, zu denen regelmäßiger Kontakt gepflegt wird, und insofern über ein etwas dichteres soziales Netz. All diese Unterschiede spiegeln sich letztlich auch in etwas niedrigeren Einsamkeitsraten im Vergleich zu Wien.
Insgesamt zeichnen sich die hochaltrigen Steirer/innen durch eine etwas höhere Lebenszufriedenheit als ihre Wiener Altersgenoss/innen aus. Die offenbar etwas dichteren Sozialbeziehungen in der Steiermark könnten hier durchaus eine Rolle spielen. Ausschlaggebend ist aber wahrscheinlich vor allem der durchschnittlich bessere Gesundheitszustand der Steirer/innen, zumal Gesundheit ganz allgemein einen maßgeblichen Faktor der Lebenszufriedenheit darstellt.

	Wien	Steiermark
Bildung:		
Pflichtschule	14,7%	40,0%
Lehre	16,2%	16,7%
BMS	19,3%	13,3%
Matura	27,4%	17,3%
Universität	22,4%	12,7%
Einkommen:		
Niedrig (<1000€)	4,0%	15,5%
Sehr hoch (>3000€)	15,2%	14,5%
Familienstand:		
Verheiratet	32,0%	38,9%
Verwitwet	52,5%	47,7%
Geschieden	8,5%	6,7%
ledig	5,8%	6,7%
Kinder:		
Keine (Kinderlosigkeit)	18,6%	10,7%
4 und mehr	8,1%	16,0%
Sozialkontakte:		
Familie:		
Regelmäßiger Kontakt mit mehr als 6 Personen	37,8%	48,0%
Keine Kontakte	5,8%	5,3%
Tägliche Kontakte mit Kindern	35,3%	41,3%
Freunde/Bekannte:		
Regelmäßiger Kontakt mit mehr als 6 Personen	37,2%	46,0%
Keine Kontakte	12,8%	14,0%
Einsamkeit:		
oft/immer	13,2%	9,4%
selten/nie	74,0%	73,2%
Lebenszufriedenheit		
(sehr) zufrieden	77,7%	84,0%
eher nicht/gar nicht zufrieden	6,3%	2,7%

Tabelle 40: Allgemeine Lebenssituation nach Bundesland

Pflege und Betreuung

Eine Konsequenz der durchschnittlich etwas schlechteren Gesundheitswerte in Wien ist, dass von in Privathaushalten lebenden Hochaltrigen in Wien häufiger angegeben wird, aufgrund des Alters bzw. des körperlichen Zustandes auf Hilfe im Alltag angewiesen zu sein, als von jenen in der Steiermark (37,6% vs. 29%). Auf der anderen Seite aber sind Steirer/innen zu einem höheren Anteil pflegebedürftig als ihre Wiener Altersgenoss/innen (11,8% vs. 9,2%). Das heißt, hochaltrige Steirer/innen sind, sofern Unterstützungsbedürftigkeit vorliegt, eher auf pflegebezogene Hilfe angewiesen als hochaltrige Wiener/innen. Diese Diskrepanz kommt überwiegend durch eine etwas höhere Pflegebedürftigkeit in den ländlichen Regionen der Steiermark zustande.

Was die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen betrifft, unterscheiden sich Wien und Steiermark vor allem dadurch, dass Hochaltrige in der Steiermark wesentlich häufiger auf informelle Unterstützungsleistungen zurückgreifen (können). 89,2% der auf Hilfe im Alltag angewiesenen Steirer/innen geben an, auf irgendeine Art und Weise Unterstützung von einem nahen Verwandten oder Bekannten zu erhalten. In Wien sind es hingegen nur 76,7%. Eine relativ große Rolle spielen in der Steiermark – im Vergleich zu Wien – Unterstützungsleistungen durch die eigenen Kinder: 45,9% erhalten Hilfe von einer (oder mehreren) Töchtern (Wien: 31,4%), 37,8% von einem (oder mehreren) Söhnen (Wien: 23,3%). Vor allem bei Pflegebedürftigkeit treten in besonderem Maße Kinder als Hilfeleister/innen in Erscheinung (Tochter: 53,3%, Sohn: 46,7% – Wien: 14,3% bzw. 28,6%). Das gilt insbesondere für ländliche Regionen in der Steiermark. In Wien spielen dafür Unterstützungsleistungen durch den/die Partner/in eine wesentlich größere Rolle (25,6% vs. 8,1%).

Deutlich häufiger ist in Wien, im Vergleich zur Steiermark, die Inanspruchnahme von sozialen Diensten (40,7% vs. 24,3%). Allerdings nähern sich die Werte bei Pflegebedürftigkeit wieder an (52,4% vs. 46,7%). Dies weist darauf hin, dass in der Steiermark besonders bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit auf soziale Dienste zurückgegriffen wird, während bei einem niedrigeren Grad an Hilfebedürftigkeit hauptsächlich die Unterstützung von Angehörigen oder anderen informellen Betreuer/innen in Anspruch genommen wird.

4.5 Familiäre Häufung von Hochaltrigkeit

Ein relevanter Faktor der Hochaltrigkeit, der hier abschließend noch zu berücksichtigen wäre, neben den bisher besprochenen überwiegend sozialen Faktoren wie Geschlecht und sozioökonomischer Status, ist die Genetik. Zahlreiche Hochaltrigenstudien beschäftigen sich vorwiegend mit genetischen Besonderheiten hochaltriger Menschen, auf der Suche nach bestimmten genetischen Dispositionen, die Langlebigkeit begünstigen könnten (Hurme et al. 2007; Perls et al. 2002a; Willcox et al. 2006b). Eine große Rolle spielen hier auch Geschwister-Studien. Durch die Untersuchung hochaltriger Geschwister wird versucht, einer potentiellen familiären Vererbung von Langlebigkeit nachzugehen (Perls et al. 2002b; Willcox et al. 2006a). Dies sind natürlich alles Forschungszugänge und Techniken, die die Möglichkeiten der ÖIHS bei weitem übersteigen. Aussagen über die Rolle genetischer Faktoren für das Erreichen eines hohen Alters können in diesem Bericht daher keine gemacht werden. Allerdings wurde im Rahmen der Erhebung auch das **erreichte Alter der Eltern** der Studienteilnehmer/innen erfragt, um, wenn schon keine verlässlichen Aussagen über den Einfluss genetischer Faktoren, so doch zumindest Hinweise auf eine mögliche familiäre Häufung von Hochaltrigkeit zu gewinnen.

Die Auswertung der Daten ergibt dabei, dass immerhin 52,5% der Befragten eine Mutter hatten, die älter als 80 Jahre geworden ist. Bei 15,9% lag das erreichte Alter der Mutter sogar bei über 90 Jahren.
Bei den Vätern sind es immerhin auch noch etwas mehr als ein Viertel (27,3%), die ein Alter von 80 und mehr Jahren erreicht haben. Hier ist natürlich einerseits zu bedenken, dass Männer grundsätzlich, auch heute noch, eine niedrigere Lebenserwartung als Frauen haben, zum anderen aber auch, dass die Studienteilnehmer/innen einer Kriegsgeneration angehören und dass es daher in der Stichprobe einige Personen gibt, deren Väter im Krieg gefallen und dementsprechend jung gestorben sind. Das hat natürlich Auswirkungen auf die Altersverteilung der Väter und senkt deren durchschnittlich erreichtes Alter zusätzlich gegenüber dem der Mütter.
Wenn überdies berücksichtigt wird, dass die durchschnittliche Lebenserwartung in der Elterngeneration doch noch deutlich niedriger war als heute, die Menschen also tendenziell seltener als heute ein hohes Alter jenseits der 80 erreichten, dann könnten diese Ergebnisse, insbesondere jene bezüglich des erreichten Alters der Mutter, durchaus auf einen gewissen Zusammenhang zwischen einer Langlebigkeit der Eltern und der Langlebigkeit der Studienteilnehmer/innen hindeuten. Immerhin hat mehr als jede/r Zweite in der Stichprobe eine Mutter, die älter als 80 geworden ist. Klarheit über diesen Zusammenhang und vor allem über die Stärke des Zusammenhangs könnte aber erst eine längsschnittliche Weiterführung der Studie bringen.

Es finden sich in den Daten allerdings auch Hinweise darauf, dass das erreichte Alter der Eltern mit dem sozioökonomischen Status der Teilnehmer/innen korreliert. Dies würde bedeuten, dass eine allfällige familiäre Häufung von Hochaltrigkeit bzw. Langlebigkeit nicht oder jedenfalls nicht ausschließlich auf genetische Faktoren zurückzuführen wäre, sondern in hohem Maße auch sozial vererbt wird. Zieht man etwa den Bildungsstand der Teilnehmer/innen heran, so zeigt sich, dass Personen mit höherer Bildung (Universität) etwas häufiger eine hochaltrige Mutter hatten als solche mit niedriger Bildung (Pflichtschule) (56% vs. 52,9%). Noch etwas größer sind die Unterschiede mit Blick auf das Alter der Väter: Hier hatten 13,2% der Universitätsabsolvent/innen einen Vater, der sogar ein Alter von über 90 erreicht hatte, bei Personen mit Pflichtschule war dies weniger als halb so oft der Fall (6,1%). Bei Personen mit Lehrabschluss als höchstem Bildungsabschluss liegt diese Quote sogar noch niedriger (1,7%). Das verweist darauf, dass bei genetisch orientierten Untersuchungen zur Hochaltrigkeit besonders auch sozioökonomische Faktoren berücksichtigt werden müssen, wenn vermieden werden soll, dass Phänomene im Zusammenhang mit Langlebigkeit fälschlicherweise (hauptsächlich) auf die Genetik zurückgeführt werden.

II QUALITATIVER STUDIENTEIL

Im folgenden Abschnitt werden einige zentrale Ergebnisse der im Rahmen der ÖIHS durchgeführten, ergänzenden qualitativen Studie vorgestellt. Die Integration eines qualitativen Studienteils in das Studiendesign der ÖIHS ist motiviert durch mehrere Sachverhalte: Zunächst einmal kann festgestellt werden, dass **Hochaltrigenstudien** bislang **lediglich in seltenen Ausnahmen** (z.B. Lumme-Sandt et al. 2000; Institut für Gerontologie 2014) **einen qualitativen Forschungszugang** vorgesehen haben. Eine wesentliche Ursache hierfür dürfte darin zu suchen sein, dass Hochaltrigenstudien in den meisten Fällen aus einer überwiegend naturwissenschaftlich-medizinischen Perspektive heraus konzipiert werden. Dementsprechend dominiert in diesem Forschungsfeld ein eher quantitativer Zugang.
Ein weiterer Grund für den vorgesehenen qualitativen Studienteil besteht im **explorativen Charakter der qualitativen Methodik**. Der höhere Grad an Offenheit in qualitativen Erhebungen ermöglicht es, stärker auch die subjektive Perspektive der Studienteilnehmer/innen zu erfassen und auf diese Weise Themen, die bislang weniger im wissenschaftlichen Fokus waren, in ihrer Bedeutung für die betroffenen Menschen sichtbar zu machen und in die weitere Forschung aufzunehmen.
Ein dritter Punkt schließlich, der die Entscheidung für die Durchführung einer ergänzenden qualitativen Studie im Rahmen der ÖIHS ebenfalls maßgeblich bestimmte, besteht darin, dass der qualitative Forschungszugang gleichsam als **„Königsweg" in der Forschung zu sensiblen Themen**, wie z.B. Erfahrungen und Umgang mit Abhängigkeit, Pflegebedürftigkeit sowie Sterben, Tod und Trauer, unter Einhaltung hoher ethischer Standards, gilt. All diese Themen sind natürlich gerade mit Blick auf die Lebensqualität hochaltriger Menschen, ihren Umgang mit Belastungen sowie ihre Perspektiven für die Zukunft von besonderer Relevanz.

Für die erste Erhebungswelle der ÖIHS, die einstweilen auch noch den Status einer Pilotstudie hat, sollte das Hauptaugenmerk vor allem auf das explorative Moment der qualitativen Methodik gelegt werden. Wesentlichstes Ziel der qualitativen Studie war, die Gesundheits- und Lebenssituation hochaltriger Menschen, wie sie im vorangegangenen quantitativen Studienteil sehr breit und ausführlich erörtert wurde, einer zusätzlichen, vertiefenden Betrachtung zu unterziehen – und das heißt in diesem Kontext vor allen Dingen: die bisherigen Ergebnisse um die subjektiven Deutungen und Sichtweisen der Studienteilnehmer/innen zu bereichern. Wie sehen Hochaltrige ihre eigene Gesundheits- und Lebenssituation? Wie bewältigen sie altersbedingte gesundheitliche Einschränkungen? Welche unterschiedlichen Formen der Alltags- und Lebensgestaltung lassen sich unter den Teilnehmer/innen feststellen? Welche Wünsche oder Sorgen haben Hochaltrige mit Blick auf eine bestehende oder in Zukunft allenfalls eintretende Pflegebedürftigkeit wie auch in Bezug auf das eigene Lebensende? Welche Vorsorgemaßnahmen wurden hierzu bereits getroffen oder sollen noch getroffen werden? (Warum wurden derartige Vorsorgemaßnahmen vielleicht auch gerade nicht getroffen?) Wie gehen bereits pflegebedürftige Teilnehmer/innen mit ihrer Situation um?
All das sind Fragen, die den qualitativen Studienteil wesentlich bestimmt haben und deren Beantwortung einen **tieferen Einblick in verschiedene individuelle Lebensrealitäten hochaltriger Menschen** und so letztlich in das Phänomen der Hochaltrigkeit selbst gewähren sollen. Es ergeben sich daraus fünf thematische Schwerpunkte, die im Rahmen der qualitativen Studie näher beleuchtet werden wollen:

- Wohlbefinden und Gesundheit
- Lebensqualität im hohen Alter
- Lebensgestaltung und soziales Netz
- Pflege und Betreuung
- Perspektiven auf die Zukunft, Pflegebedürftigkeit und Lebensende

Die Datengrundlage für diese Studie stellen **40 qualitative Interviews** mit ausgewählten Teilnehmer/innen aus der Gesamtstichprobe der ÖIHS dar, also mit Personen, die bereits auch am quantitativen Studienteil teilgenommen haben. Die **Auswahl der Interviewpartner/innen** erfolgte in erster Linie entlang des **Gesundheitszustandes**. Der Gesundheitszustand kann – wie bereits im Rahmen der quantitativen Erhebung gezeigt wurde – als ein wichtiger, vielleicht sogar der wichtigste Aspekt im Zusammenhang mit Hochaltrigkeit betrachtet werden. Dies nicht nur in dem Sinne, dass das hohe Alter in besonderem Maße geprägt ist durch eine sukzessive Zunahme körperlicher Einschränkungen und einen damit verbundenen fortschreitenden Verlust funktionaler Kapazitäten, sondern insbesondere auch deshalb, weil derartige gesundheitliche Einschränkungen gerade nicht alle Hochaltrigen gleichermaßen betreffen. Hochaltrigkeit zeichnet sich durch eine ausgesprochene Heterogenität aus, die sich ganz besonders entlang des Gesundheitszustandes herstellt: Wir finden auf der einen Seite eine Gruppe von immer noch sehr „rüstigen" Hochaltrigen, die von keinen nennenswerten oder jedenfalls vergleichsweise wenigen körperlichen und kognitiven Einschränkungen betroffen sind und insofern einen relativ guten Gesundheitszustand bis ins hohe Alter zu bewahren vermochten.[52] Sie sind dementsprechend in der Lage, noch ein weitgehend selbstständiges und, mit Blick auf ihre Alltags- und Lebensgestaltung, oft auch sehr aktives Leben zu führen. Auf der anderen Seite finden wir hingegen eine ebenso große Gruppe von Menschen gleichen Alters, die bereits unter sehr starken funktionalen Einbußen leiden – mit entsprechenden Konsequenzen für deren Lebenssituation insgesamt. Häufig gehen diese gesundheitlichen und funktionalen Beeinträchtigungen mit einem mehr oder weniger ausgeprägten Unterstützungsbedarf im Hinblick auf alltägliche Verrichtungen einher, bis hin zur Pflegebedürftigkeit und einem Umzug in ein Pflegeheim. Wenn sich also angesichts dieser Heterogenität des hohen Alters überhaupt ein besonderes Merkmal der Hochaltrigkeit identifizieren lässt, dann ist es vielleicht gerade diese gesundheitsbezogene Heterogenität selbst.
Für die qualitative Studie war diese Einsicht insofern besonders prägend, als sie das Kriterium zur Auswahl von Interviewpartner/innen für die qualitative Untersuchung maßgeblich definierte. Ausgewählt werden sollten demnach einerseits besonders „rüstige" Hochaltrige, also solche Personen, die im quantitativen Studienteil besonders gute Gesundheitswerte erzielt hatten, und andererseits Personen, deren Gesundheitszustand als besonders schlecht einzustufen war (Frailty).[53] Aus einer Kontrastierung dieser beiden

[52] Wenn in einem solchen Zusammenhang davon die Rede ist, dass Menschen sich eine gute Gesundheit „erhalten haben" oder eine solche bis ins hohe Alter zu bewahren „vermochten", so ist das freilich nicht einfach unverkürzt (oder jedenfalls nicht ausschließlich) als eine besondere individuelle Leistung der Betroffenen misszuverstehen. Die im quantitativen Teil dargestellten Ergebnisse haben sehr eindrücklich gezeigt, dass für die Erhaltung einer guten Gesundheit bis ins hohe Alter auch eine ganze Reihe von sozialen Faktoren (insbesondere der sozioökonomische Status) eine Rolle spielen, die von den Menschen nur in sehr begrenztem Ausmaß beeinflusst werden können. Es scheint an dieser Stelle geboten, darauf hinzuweisen, um individualistischen Fehlschlüssen vorzubeugen.

[53] Ein „besonders schlechter Gesundheitszustand" ist hier freilich relativ. Aufgrund der Tatsache, dass bei gesundheitlich besonders stark eingeschränkten Personen, insbesondere bei ausgeprägter Demenz, eine

Personengruppen sollten sich, so die forschungsleitende Annahme, zusätzliche Einblicke in das Phänomen der Hochaltrigkeit gewinnen lassen, indem sehr unterschiedliche Lebensrealitäten hochaltriger Menschen berücksichtigt werden und auf diese Weise der Heterogenität des hohen Alters hinreichend Rechnung getragen werden kann.

Im Sinne einer Berücksichtigung unterschiedlicher Lebensrealitäten hochaltriger Menschen wurden selbstverständlich, neben oder zusätzlich zum besonders guten oder besonders schlechten Gesundheitszustand, auch noch andere Merkmale in die Auswahl der Interviewpartner/innen miteinbezogen. So wurde etwa auch darauf geachtet, einen annähernd gleich großen Anteil an Männern und Frauen für das Sample der qualitativen Studie vorzusehen. Ebenso sollten Interviews nicht ausschließlich in Privathaushalten geführt werden, sondern ein Teil der Interviews auch Pflegeheimbewohner/innen vorbehalten sein. Schließlich wurde auch darauf geachtet, dass das Sample mit Blick auf den sozioökonomischen Hintergrund der Teilnehmer/innen (z.B. Bildung) – soweit möglich – einigermaßen durchmischt war.

Merkmale	Anzahl Teilnehmer/innen	Relativer Anteil
Gesundheit:		
gut	21	52,5%
schlecht	19	47,5%
Geschlecht:		
männlich	16	40,0%
weiblich	24	60,0%
Wohnform:		
Privathaushalt	33	82,5%
Pflegeheim	7	17,5%
Bildung:		
niedrig (Pflichtschule)	8	20,0%
mittel (Lehre, mittlere Schule)	13	32,5%
eher hoch (Matura)	12	30,0%
hoch (Universität)	7	17,5%

Tabelle 41: Beschreibung des qualitativen Samples

Teilnahme an der Studie sowohl aus ethischen als auch aus forschungspragmatischen Gründen bereits von vornherein ausgeschlossen war, konnte sich die Auswahl nur auf Personen mit vergleichsweise schlechtem gesundheitlichem und funktionalem Zustand beschränken. Erschwerend kommt hier auch hinzu, dass Personen mit eingeschränkter Gesundheit ungleich häufiger eine Teilnahme an der qualitativen Studie abgelehnt haben als Personen mit guter Gesundheit, sodass die an sich bereits eher kleine Gruppe von Hochaltrigen mit stark ausgeprägten gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen nochmals erheblich geschrumpft ist und dies die Auswahl dementsprechend beeinflusst hat. Letztlich musste die Auswahl von Interviewpartner/innen vereinzelt in den Bereich der Pre-Frailty ausgedehnt werden, um eine ausreichend große Anzahl an Interviewpartner/innen in diesem Segment zu erhalten. Den im Folgenden dargestellten Ergebnissen nimmt dies aber natürlich nichts von ihrer Dignität, da trotz dieser methodischen Einschränkungen angenommen werden kann, dass sich die Lebenssituation dieser Personen von solchen mit sehr gutem körperlichen Allgemeinzustand in wesentlichen Aspekten recht grundlegend voneinander unterscheidet und die Vergleichsgruppen daher immer noch hinreichend zur Kontrastierung taugen.

Die Interviews wurden, wie bereits die quantitative Befragung, bei den Teilnehmer/innen zu Hause bzw. in ihrem Wohnbereich durchgeführt. Hinsichtlich der Interviewführung wurden die qualitativen Interviews möglichst **offen und narrativ**, d.h. wenig strukturiert, angelegt, um die Studienteilnehmer/innen zum Erzählen anzuregen und so zu gewährleisten, dass besonders deren subjektive Sichtweisen und Deutungen zu verschiedenen ihrer Lebensbereiche erfasst werden konnten. Trotz des narrativen Charakters der Interviews wurde aber ein zumindest grob strukturierter Gesprächsleitfaden verwendet, um sicherzustellen, dass alle interessierenden Themenfelder während des Interviews angesprochen werden. Die 40 geführten Interviews wurden anschließend transkribiert und unter Verwendung von qualitativen Kodierverfahren EDV-unterstützt ausgewertet.

Die folgende Ergebnisdarstellung orientiert sich vorwiegend an den oben bereits erwähnten Themenkomplexen:
In *Kapitel 1* werden die subjektiven Deutungen und Bezugnahmen der hochaltrigen Studienteilnehmer/innen auf ihren **Gesundheitszustand** und ihr **Wohlbefinden** analysiert und dargestellt. Wir wirken sich altersbedingte gesundheitliche Einschränkungen auf den Alltag hochaltriger Menschen aus, und wie nehmen diese ihren alten Körper und ihre körperlichen Einschränkungen wahr? Wie gehen sie mit körperlichen Einschränkungen um? Was tun sie für ihre Gesundheit und wie versuchen sie selbst, positiv auf ihr körperliches und gesundheitliches Wohlbefinden einzuwirken? Auch die Erfahrungen der Studienteilnehmer/innen mit dem Gesundheitswesen sollen aufgrund der recht großen Rolle, die z.B. Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte, Medikamente und dergleichen im Alltag hochaltriger Menschen spielen, in diesem Kapitel näher beleuchtet werden.
Kapitel 2 wirft im Anschluss daran einen Blick auf Fragen der **Lebensqualität** und der **Lebenszufriedenheit** im hohen Alter. Wie und wodurch gewinnen hochaltrige Menschen Lebenssinn? Was macht für sie eigentlich ein gutes, erfülltes Leben im Alter aus?
In *Kapitel 3* werden zentrale Aspekte der **Lebensgestaltung im hohen Alter** genauer betrachtet. Welche Rolle spielen etwa die Familie und soziale Netze im Leben hochaltriger Menschen? Inwieweit fühlen sich hochaltrige Menschen einsam und sozial isoliert? Und wie gehen sie mit sozialer Isolation und Einsamkeit um? Wie gestalten hochaltrige Menschen ihren Alltag? Welchen Aktivitäten und Interessen gehen sie nach und welchen Stellenwert haben diese in ihrem Leben? Auch die finanzielle Situation der hochaltrigen Teilnehmer/innen wird thematisiert, wie sie ihre finanzielle Situation selbst sehen, welche Wünsche und Bedürfnisse sie diesbezüglich haben usw. Eine große Bedeutung im Leben hochaltriger Menschen spielt auch der eigene Wohnraum. Darauf soll abschließend ebenfalls kurz eingegangen werden.
Kapitel 4 widmet sich Fragen der **Pflege und Betreuung** im hohen Alter. Dabei werden sowohl die Betreuungssituation pflegebedürftiger Personen und deren subjektive Sicht auf die eigene Pflege- und Lebenssituation in zwei verschiedenen Betreuungs-Settings (Pflegeheim, Privathaushalt) beleuchtet, als auch pflegebezogene Vorstellungen und Deutungsmuster derzeit noch nicht pflegebedürftiger Menschen. Welche Sorgen und Erwartungen haben diese Menschen und wie stellen sie sich im möglichen Fall einer eintretenden Pflegebedürftigkeit die Pflege und Betreuung ihrer Person vor? Erörtert werden auch die Bedeutung und die Funktion des Pflegegelds im Leben hochaltriger Menschen.
Abschließend werden in *Kapitel 5* die Perspektiven hochbetagter Menschen auf die **Zukunft und das Lebensende** behandelt. Wie nehmen hochaltrige Menschen, angesichts ihrer hohes Alters und des relativ nahen Lebensendes, überhaupt Bezug auf die Zu-

kunft? Welchen Hoffnungen, Erwartungen, aber auch Sorgen und Zukunftsängsten verleihen sie Ausdruck? Inwieweit setzen sich hochbetagte Menschen mit Fragen des eigenen Todes, aber auch der Pflegebedürftigkeit auseinander? Wie bewusst bereiten sie sich auf das Lebensende oder auf eine in Zukunft möglicherweise eintretende Pflegebedürftigkeit vor? Welche Vorsorgemaßnahmen haben sie diesbezüglich vielleicht auch bereits getroffen? Warum wurden solche Maßnahmen vielleicht auch (noch) nicht getroffen?

In ihrer Zusammenschau sollen die in den folgenden Abschnitten dargestellten qualitativen Ergebnisse – ergänzend zu den Befunden aus der vorangegangenen quantitativen Untersuchung – einen zusätzlichen, tieferen Einblick in die Gesundheits-, Lebens- und Betreuungssituation hochaltriger Menschen vermitteln.

1 Wohlbefinden und Gesundheit

Hochaltrige Menschen sind oft von Multimorbidität – dem gleichzeitigen Vorhandensein von mehreren körperlichen und/oder psychischen Beeinträchtigungen – betroffen, was in vielen Fällen einen Einfluss auf die Selbständigkeit und die Fähigkeit zur gesellschaftlichen Partizipation hat. Unterschiedliche Studien haben gezeigt, dass es ein „immer wieder bemerkenswerter Befund ist, wie wenig sich sehr alte Menschen in der Regel von den Verlusten beeindrucken lassen, mit denen sie täglich konfrontiert sind" (Rott/Jopp 2012: 477). Dies bezieht sich keineswegs nur auf gesundheitliche Einschränkungen, denn „ein Merkmal des sehr hohen Alters ist, dass Verluste (…) in fast allen zentralen Lebensbereichen zu verzeichnen sind" (ebd.).

Altern ist ein mehrdimensionaler Prozess, der körperliche, psychologische und soziale Folgen und Anpassungserfordernisse nach sich zieht. Im biologisch-physiologischen Sinne bezieht sich Altern vor allem auf Veränderungen des Organismus und Zentralnervensystems. Die psychologische Dimension bezieht sich auf den Verlust von kognitiver Leistungsfähigkeit auf der einen Seite und einem Gewinn von Erfahrung und Wissen auf der anderen Seite. Sozial betrachtet, wirkt sich Altern oft auf die Möglichkeiten ein aktives Sozialleben zu führen aus. Nach Kruse (1999) kann Gesundheit nicht nur als etwas Körperliches definiert werden. Aspekte, die für ein erweitertes Verständnis von Gesundheit wesentlich sind, sind neben dem körperlichen Wohlbefinden und Freiheit von Krankheit auch das psychische Wohlbefinden, körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, erhaltene Aktivität, Selbstständigkeit im Alltag, Selbstverantwortung in der Alltagsgestaltung und Lebensplanung, Fähigkeit zur Aufrechterhaltung und Gründung tragfähiger sozialer Beziehungen, Fähigkeit zur psychischen Verarbeitung bleibender Einschränkungen und Einbußen, Fähigkeit zum reflektierten Umgang mit Belastungen und Konflikten und Fähigkeit zur Kompensation bleibender Einschränkungen und Verluste.

In der Ottawa-Erklärung der WHO (1986) wird Gesundheit folgendermaßen definiert: „Gesundheit ist die Fähigkeit und Möglichkeit psychische, soziale, kulturelle und materielle Ressourcen optimal zu nutzen und ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen". Die selbstständige und erfüllte Lebensgestaltung wird laut der Weltgesundheitsorganisation als wichtiger Bestandteil von Gesundheit verstanden. Weiters interessant an dieser Konzeptualisierung von Gesundheit ist, dass sie eine aktive und adaptive Komponente enthält. Es geht bei einer gesunden Lebensführung also nicht nur um körperliches Wohlbefinden, sondern auch darum, sein Leben, seine Lebensbedingungen und die räumliche und soziale Umwelt optimal auf die eigenen Bedürfnisse anzupassen.

In diesem und den folgenden zwei Kapiteln werden einige der Aspekte, die einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit des alten Menschen haben, besprochen. Besonderes Augenmerk wird dabei auf soziale Netzwerke, die räumliche Umwelt (z.B. die Wohnsituation), die gesellschaftliche Umwelt (z.B. Qualität der gesundheitlichen Versorgung und sozialen Unterstützung), die materielle Situation, die Alltagsgestaltung, die allgemeine Lebensgestaltung sowie Umgang mit dem eigenen Körper und gesundheitsbezogenes Verhalten gelegt. Mit einer höheren Lebenserwartung ist auch die Vorstellung verbunden, das Alter aktiv, gesund und eigenständig genießen zu können. Gesundheit, Selbstständigkeit und Lebenszufriedenheit sind somit eng miteinander verknüpft (vgl. Robert Koch-Institut 2002).

1.1 Gesundheitsverhalten und die Förderung von körperlichem Wohlergehen

Das Gesundheitsverhalten von Menschen wird von unterschiedlichen Faktoren wie Erziehung, Bildung und dem sozioökonomischen Status beeinflusst. Viele der Befragten haben Gewohnheiten in ihrem Gesundheitsverhalten beibehalten, während andere gewisse Verhaltensweisen im Alter verändert haben. Generell gibt eine Vielzahl der Befragten an, sich intensiv mit ihrer Gesundheit auseinanderzusetzen und zu versuchen, gesund zu leben. Viele der Interviewpartner/innen, denen es gesundheitlich relativ gut geht, berichten, sich regelmäßig zu bewegen und Sport zu treiben. Vor allem **Morgensport** und insbesondere **Gymnastik** sind sehr beliebt und werden als auf die Gesundheit und Beweglichkeit sehr positiv wirkend beschrieben:

> *„Und dann mache ich eine Stunde meine Gymnastik. Und das mache ich, seit ich die Hüfte gekriegt habe und mir der Professor gesagt hat: 'Sie haben ein wahnsinnig schlechtes Kreuz.' […] Und seitdem mache ich Gymnastik und seitdem brauche ich keine Medikamente." (81-jähriger Mann, rüstig)*

Ein 85-jähriger Mann beschreibt, dass er praktisch unbeweglich wäre, wenn er nicht täglich Gymnastik machen würde.
Eine 83-Jährige beschreibt ihr Gymnastik-Training ebenfalls als sehr effektiv:

> *„Turnen gehe ich regelmäßig, weil sonst kann ich mich nicht mehr bewegen." (83-jährige Frau, rüstig)*

Vor allem Bodengymnastik, Rücken- und Kreislaufgymnastik sind beliebt und wurden laut Erzählungen oft während eines Reha-Aufenthaltes gelernt und zu Hause weiter ausgeführt.

Abgesehen von Sport und Gymnastik, erzählen viele der Befragten, dass sie in der Natur spazieren gehen und wandern oder oft mit dem Rad fahren. Besonders interessant an den Beschreibungen zum eigenen Gesundheitsverhalten ist, dass manche zwar „Sport" komplett ablehnen, aber **leichtere Bewegung**, die sie nicht als Sport definieren, sehr genießen. Dies ist vor allem der Fall, wenn gesundheitliche Herausforderungen die Beweglichkeit einschränken oder verringern. Ein 82 Jahre alter Mann erzählt:

> *„Ich habe keine besondere Lust [auf Sport]. Ich meine, wenn ich am See bin, geh ich halt ein bisschen schwimmen und im Winter Ski fahren und ich habe ein Fahrrad, mit dem ich da in der Stadt herumfahre, aber so richtig als Sport sehe ich das nicht." (82-jähriger Mann, rüstig)*

Eine weitere Teilnehmerin erklärt, dass sie den Besuch eines Tanzkurses nicht als sportlich empfindet und es abgesehen von der Gymnastik zum Aufwärmen sehr genießt:

> *„Nein, das ist nicht sportlich. Das Tanzen ist schön, ja. Aber die Gymnastik vorher ist öd." (81-jährige Frau, rüstig)*

Derartige Schilderungen weisen darauf hin, dass leichte Bewegung, die als angenehm empfunden wird, eher auf Interesse von hochaltrigen Menschen stößt als Gymnastik und Sport.

Neben der Förderung von körperlichem Wohlergehen, spielt in den Erzählungen der hochaltrigen Studienteilnehmer/innen auch die Erhaltung der **geistigen Fitness** eine recht große Rolle. Aufgrund des Formates der Befragung befinden sich die meisten Teilnehmer/innen der ÖIHS noch in einem relativ guten kognitiven Zustand. Dennoch wurde einige Male angesprochen, dass sich das eigene Kurzzeitgedächtnis verschlechtert hat. Befragte erzählen, dass sie Probleme damit haben, sich an Namen zu erinnern oder daran, was man als nächstes machen wollte, wie beispielsweise eine 83-Jährige erzählt:

> *„Ich habe Kurzzeitgedächtnisschwund. […] Wenn ich oft im Bad war, denk ich mir: 'Jetzt muss ich das dann tun', komme heraus, vergesse ich." (83-jährige Frau, pre-frail)*

Ein weiterer Teilnehmer berichtet, dass ihn der Verlust wesentlicher Erinnerungen auch an seiner Zukunft zweifeln lässt:

> *„Eines hab ich gemerkt, ich bin vergesslicher geworden. Von früher, wenn Sie mich fragen, kann ich mich nicht mehr [erinnern], weiß ich nicht. Und ein Jahr vorher hab ich es noch gewusst. Das ist vorbei. Aber das sind Sachen, die ich irgendwie nicht entbehren kann. Weil die brauch ich ja. Das ist ja keine Zukunft." (82-jähriger Mann, frail)*

Für den Großteil der Befragten ist es daher enorm wichtig, sich geistig fit zu halten. Dies gelingt unter anderem mit Lesen, Sprachen lernen, Kreuzworträtsel lösen, dem Besuch von Theatervorstellungen, Ausstellungen und anderen Kulturveranstaltungen, Diskussions-Veranstaltungen oder Arbeit mit dem Computer:

> *„Das einzige, finde ich, man muss sich geistig beschäftigen irgendwie. Das glaube ich schon. Also ich geh noch sehr gerne ins Theater, in Konzerte und so und lese sehr viel. […] Aber, wie man so richtig schön auf steirisch sagt, versumpern ist ganz schlecht, finde ich." (81-jährige Frau, rüstig)*

Es ist dabei nicht nur von Bedeutung, dass sich hochaltrige Menschen geistig fit halten, weil dies zur allgemeinen Lebensqualität beiträgt, sondern auch weil der Erhalt von kognitiven Fähigkeiten es ermöglicht, selbstständig zu leben und das eigene Leben zu gestalten und nach Bedarf zu adaptieren.

1.2 Gesundheit und Mobilität

Von zentraler Bedeutung für die Lebenssituation hochaltriger Menschen ist die eigene Mobilität. Eine aufgrund der Gesundheitssituation eingeschränkte Mobilität wirkt sich direkt auf die Lebensgestaltung, den Alltag, das Sozialleben und damit auch auf Lebensqualität und Zufriedenheit von älteren Menschen aus. In den Erzählungen der Befragten zur eigenen Gesundheitssituation wurde der Verlust von Mobilität beziehungsweise die Angst davor sehr oft adressiert. Dies unterstützt die Annahme von vorhergehenden Studien, dass Erkrankungen des Bewegungsapparates als sehr belastend empfunden werden (vgl. Rott/Jopp 2012).

Die Analyse der Interviews hat gezeigt, dass **Gehhilfen** bei fortgeschrittenen Mobilitätseinschränkungen einen wesentlichen Beitrag zum Wohlbefinden von hochaltrigen Men-

schen leisten können. Ein Rollator ermöglicht es alten Menschen, sich in ihrer Umgebung trotz eingeschränkter Mobilität fortzubewegen, um etwa einen Spaziergang zu machen, kleinere Einkäufe zu erledigen, zu einem Arzt oder Ärztin zu gehen oder jemanden in der Umgebung zu besuchen. Einige der Interviewpartner/innen geben an, dass sie, seit sie sich einen Rollator besorgt haben, wieder mehr unternehmen können. Eine 85-Jährige bringt den Nutzen ihres Rollators auf den Punkt:

> *„Ich hab einen Rollator, ja das muss ich Ihnen sagen, das ist mein bester Freund. Wenn ich den nicht hätte, ich glaub, dann würde ich depressiv." (85-jährige Frau, pre-frail)*

Für weitere Distanzen sind es auch im hohen Alter viele Menschen noch gewohnt, das Auto zu verwenden. Aufgrund von konkreten bewegungsmotorischen Problemen oder allgemeiner Konzentrationsschwäche ist es allerdings oft nicht mehr möglich oder zu gefährlich, selbst mit dem Auto zu fahren. Eine Teilnehmerin berichtet, dass der Verlust der **Fahrtauglichkeit** einen wesentlichen Einschnitt für sie bedeutete:

> *„Aber dann kam meine Krankheit, und dann hab ich meine Hand durch diesen Unfall [verletzt]. Dann hab ich das Autofahren nicht mehr verantworten können. Ich selber wäre gern gefahren, nur diese üblichen Sachen oder […] zu der Tochter oder am Anfang auch immer nach Wien zur Familie. Bin gern gefahren, aber ich hab dann eingesehen, es war ein Einschnitt. Nur weil ich mobil war, nicht wegen des Autos. Aber das Gefühl: ich bin mobil. Das hat mich dann auch sehr beschäftigt. Aber jetzt, ich seh's ein, Sie sehen eh: das wäre unmöglich." (85-jährige Frau, pre-frail)*

Einer der Teilnehmer thematisiert seine Fahrtauglichkeit in Bezug auf seine abnehmende Konzentrationsfähigkeit. Er erzählt, dass er sich freiwillig einem Test unterzogen hat um zu prüfen, ob er noch fahrtauglich ist.

Alternativen zum Privatverkehr sind daher von großer Bedeutung für Menschen mit eingeschränkter Mobilität. Öffentliche Verkehrsmittel sind die wichtigste Art der Fortbewegung für ältere Menschen (Lebensministerium 2012). Dabei ist vor allem auch darauf zu achten, dass genügend öffentliche Verkehrsmittel niederflurig und damit barrierefrei sind. Um etwa zu Arztterminen fahren zu können, greifen viele auf Angebote wie Krankentransporte und Fahrtendienste zurück. Auch Freizeitfahrtendienste stehen Menschen mit eingeschränkter Mobilität zur Verfügung, um entweder Tagesausflüge zu machen oder aber auch einfach nur einkaufen zu gehen. Einige der Befragten geben an, dass sie diverse **Probleme mit Fahrtendiensten** erlebt haben. So wurde beispielsweise von Verletzungen erzählt, die während der Inanspruchnahme von Fahrtendiensten aufgrund von Fahrlässigkeit verursacht wurden. Auch die Pünktlichkeit wurde bemängelt. Weiters wurde kritisiert, dass die Fahrtendienste oft nur in eingeschränkten Zeitintervallen verwendet werden können:

> *„Nur mit den Fahrtendiensten, da muss man schon was sagen, also erstens der Freizeitfahrtendienst, die Firmen, die das anbieten, machen es sich schon leicht. Es steht in dem Merkblatt, man kann von 7 bis 23 Uhr fahren, aber wurst bei welchem man anruft, die sagen gleich, also zwischen 7 und 9 können Sie mit uns nicht fahren, und zwischen 12 und 2 auch nicht, weil da haben wir die Transporte zu den Behindertenwerkstätten. […] Das hat früher besser funktioniert." (81-jähriger Mann, frail)*

Der 81-jährige Mann berichtet auch, dass er das Gefühl hat, dass sich die Personen, welche die Fahrten ausführen, oft nicht gut genug um die Beifahrer/innen kümmern und

sich nicht „verantwortlich“ fühlen. Es sei seinen Angaben zufolge immer erforderlich, dass Angehörige die Arbeit von sozialen Diensten überprüfen.

Altersbedingte Einschränkungen der Mobilität rühren nicht immer von einer verminderten Gehfähigkeit her, sondern es können auch andere gesundheitliche Probleme, die es einem nicht erlauben, sich länger außerhalb des eigenen Hauses oder der eigenen Wohnung aufzuhalten, wesentlich dazu beitragen, dass Menschen nicht mehr aktiv an der Gesellschaft teilnehmen wollen oder können. Insbesondere die im hohen Alter oftmals auftretende **Inkontinenz** kann dies zur Folge haben, wie ein 82-jähriger Mann erläutert:

> *„Ein Pflegefall [bin ich], die Inkontinenz habe ich, die Stuhlinkontinenz. Da kommt dreimal am Tag eine Pflege, das ist auch nicht angenehm, gell. Also so gesehen bin ich aus der Gesellschaft ausgeschieden. Ja.“ (82-jähriger Mann, frail)*

Hochaltrige Menschen können also aufgrund einer Reihe unterschiedlicher gesundheitlicher Probleme daran gehindert werden, sich außerhalb des eigenen Hauses zu bewegen, um ihren Interessen nachzugehen oder sich mit Mitmenschen zu treffen. Neben Bewegung und Denksport sind auch die Prävention, Vorsorge und angemessene Adressierung von gesundheitlichen Problemen wichtige Eckpfeiler einer gesunden Lebensführung, welche die Mobilität und Selbstständigkeit von hochaltrigen Menschen so lange wie möglich erhält. Aus diesem Grund ist diese Studie auch der Frage nachgegangen, welche Erfahrungen hochaltrige Menschen mit dem Gesundheitswesen und insbesondere mit ihren behandelnden Ärzt/innen gemacht haben.

1.3 Arztbesuche und Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen

Die von den Befragten beschriebenen Erfahrungen mit Krankenhaus- und Arztbesuchen sind in vielen Fällen positiv, zeigen aber gleichzeitig auch die Bandbreite von unterschiedlichen bis zu gegensätzlichen Erfahrungen. Ein 85-jähriger Grazer fasst dies für sich zusammen, indem er meint:

> *„Na ja, es ist teils teils. Es gibt solche und solche – wie in jedem Beruf. Aber ich bin im Großen und Ganzen zufrieden.“ (85-jähriger Mann, rüstig)*

Langjährige Beziehungen zu einem Arzt oder einer Ärztin werden besonders geschätzt und kleinere Krankenhäuser scheinen oft und eher das Gefühl zu vermitteln, *„man kümmert sich um jeden einzelnen Menschen“ (83-jährige Frau, pre-frail)*.

Viele Befragten erläutern, dass sie Ärzte, abgesehen von akuten Beschwerden, vor allem dann aufsuchen, wenn sie sich Rezepte für ihre Medikamente holen müssen. Dabei wird häufig auch die oft große Anzahl an verschriebenen Medikamenten, verbunden mit entsprechenden privaten Kosten und Nebenwirkungen beklagt. Auch Vorsorgeuntersuchungen werden immer wieder als Grund für den Arztbesuch genannt. Ein 85-jähriger Mann legt dar, dass er seinen Prostatakrebs aufgrund der frühzeitigen Erkennung durch die Gesundenuntersuchung gut überstanden hat:

„Ja, das ist jetzt zwölf Jahre her, da habe ich einen Prostatakrebs gehabt, und das ist alles bei mir gut ausgegangen. Und zwar warum? Ich bin immer zur Gesundenuntersuchung gegangen." (85-jähriger Mann, rüstig)

Neben grundsätzlicher Zufriedenheit und Vertrauen zu Qualität und Personal des Gesundheitssystems wird jedoch gleichzeitig auch der oft erlebte **Mangel an Kommunikation, Zeit und Vertrauensbildung** bei Ärztinnen und Ärzten sowie Erlebnisse mit einer Zweiklassenmedizin kritisiert. Diese beiden, auf den ersten Blick durchaus widersprüchlichen Sichtweisen scheinen sich dabei nicht unbedingt gegenseitig auszuschließen.
Eine 82-Jährige berichtet, dass sie es schwierig findet, aufgrund der kurzen Zeit, die direkt mit dem Arzt oder der Ärztin verbracht wird, wirkliches Vertrauen aufzubauen:

„Und auch, sagen wir so, wenn man heute zum Arzt geht, du kannst eh nicht viel Vertrauen aufbauen. Weil er redet ja so wenig. Der hat ja nie Zeit. […] 'So Frau M., jetzt setzen Sie sich mal her und jetzt reden wir mal drüber, was für Sorgen habens' und wie und was. Aber das gibt's heute nicht mehr. Heute ist es ja meistens so, du gehst hin, gehst zur Sekretärin und die schreibt dir die Pulverl auf und der Fall ist erledigt. Und der Arzt selber hat eh nicht Zeit, dass er mit dir reden kann. Da muss ich ehrlich sagen, wennst mal einen Arzt hast und der sich Zeit nimmt, dann bist ein Glückspilz. Oder du bist reich und hast so viel Geld, dass du das zahlen kannst." (82-jährige Frau, pre-frail)

Mit dieser Einschätzung ist die Befragte bei weitem nicht alleine. Viele der Interviewpartner/innen problematisieren ein **Zweiklassen-Gesundheitssystem** und die Privatisierung von Gesundheitsleistungen. So erzählt beispielsweise eine 85 Jahre alte Steirerin, dass sie es *„gemein"* findet, dass man mit Zusatzversicherung sofort einen Operationstermin bekommt, aber ansonsten trotz Schmerzen lange warten muss.
Ein weiterer Befragter gibt an, dass er im Krankenhaus das Gefühl hat, dass *„wenn man hoch versichert ist, ist man eher erwünscht, wie wenn man nur die Krankenkasse hat" (85-jähriger Mann, rüstig)*. Weitere Befragte erzählen davon, dass der *„soziale Unterschied […] je nach Krankenkasse" (83-jährige Frau, pre-frail)* merkbar ist, und dass das private Sanatorium *„schon wesentlich besser als eine Klinik [ist], weil dort bist du nur eine Nummer" (82-jährige Frau, pre-frail)*.

Wie verschiedene persönliche, gesundheitliche, soziale und systemische Faktoren zusammenwirken und letztendlich zu Konstellationen und Begegnungen mit dem Gesundheitssystem von sehr unterschiedlicher Qualität führen, ist sicherlich ein interessanter Gegenstand für weitere Untersuchungen.

In diesem Kapitel wurden vor allem Gesundheitsverhalten und Gesundheitsförderung bei hochaltrigen Menschen besprochen. Im Sinne des zu Beginn thematisierten Verständnisses von Gesundheit als ganzheitlichem Konzept, wird im folgenden Kapitel konkret auf die Lebensqualität und Lebenszufriedenheit sowie auf unterschiedliche Lebensbereiche eingegangen. Gesundheit ist dabei immer eine zentrale Komponente, die auch in allen anderen Lebensbereichen eine wesentliche Rolle spielen kann.

2 Lebensqualität im hohen Alter

Lebenszufriedenheit, Lebenssinn und Selbstbestimmung sind wesentliche Aspekte des Wohlbefindens und der Lebensqualität eines Menschen (vgl. Perrig-Chiello 1996). Gesundheitliche Einschränkungen, Verlust von Sozialkontakten oder Eintönigkeit im Alltag sind Faktoren, welche die Zufriedenheit von hochaltrigen Menschen beeinträchtigen können. Prinzipiell besitzt Lebensqualität eine objektive und eine subjektive Dimension. Objektive Lebensbedingungen umfassen Aspekte wie den sozioökonomischen Status, die gesundheitliche Situation, die Wohnsituation, Freizeitgestaltung und Sozialleben. Die subjektive Lebensqualität, Zufriedenheit und Glück werden von diesen objektiven Faktoren zwar maßgeblich beeinflusst, aber durchaus nicht determiniert. Die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben und der Lebensgestaltung ist in hohem Maße auch von der eigenen Lebenseinstellung abhängig. Demnach sind es nicht nur unbeeinflussbare oder kaum beeinflussbare Faktoren, die sich auf die Zufriedenheit älterer Menschen auswirken.

2.1. Lebenseinstellung und Zufriedenheit

Aus der Analyse der Interviews geht hervor, dass selbst wenn externe Faktoren einen wesentlichen Einschnitt in die Lebensqualität darstellen können, viele Menschen dennoch zufrieden sind und Verluste kompensieren können. Die geführten Interviews zeigen, dass Menschen, die Einschränkungen als ganz normalen Teil des Älterwerdens verstehen und entsprechend mit ihnen umgehen, viel zufriedener sind als diejenigen, die in den mit dem Alter einhergehenden Veränderungen den Verlust von Lebensqualität sehen. Anstatt also einer Aktivität, die nicht länger ausgeführt werden kann, nachzutrauern, suchen sich positiv eingestellte Menschen neue Beschäftigungen. Wenn es keine großen Ereignisse mehr gibt, auf die man sich freuen kann, so schöpfen positiv eingestellte Menschen ihre Lebensenergie aus kleinen Höhepunkten, wie beispielsweise dem wöchentlichen Besuch der Enkelkinder. Die Lebenseinstellung eines Menschen ist etwas, das sich natürlich nicht erst im Alter manifestiert und auch von den unterschiedlichsten Faktoren beeinflusst wird. Warum manche Menschen eine positive Einstellung zu ihrem Leben haben und Krisen mit Flexibilität, Resilienz und Akzeptanz der Umstrukturierung gegenübertreten und andere ihr Leben von Problemen und Einschränkungen bestimmen lassen, kann in dieser Forschungsarbeit nicht beantwortet werden. Was jedoch gesagt werden kann, ist, dass Menschen, die in der Lage sind, ihr Leben mit adaptiven Strategien an Einschränkungen und Defizite anzupassen und diese als „normal" zu akzeptieren, wesentlich zufriedener sind. Wie auch vorhergehende Studien schon gezeigt haben, treten psychologische Aspekte gegenüber körperlichen im Alter in den Vordergrund. „Positive Lebenseinstellungen und gute Lebensmanagementstrategien scheinen viele Beeinträchtigungen und Einschränkungen ausgleichen zu können" (Rott/Jopp 2012: 479).

Manche der Befragten akzeptieren die Veränderungen, die aufgrund ihres Alters auftreten, und kompensieren ihre Verluste durch eine Verlagerung der Aufmerksamkeit auf andere Lebensbereiche. Eine Einstellung, die es einem erlaubt, eine Situation so zu akzeptieren „wie es ist" und zu lernen „damit leben zu müssen", ermöglicht es, die eigene Lebenssituation gelassener zu bewerten. Eine 80-jährige Steirerin etwa macht sich *„keine Gedanken"* darüber, dass sie körperlich nicht mehr so fit ist wie früher, denn *„das ist halt das Alter" (80-jährige Frau, rüstig)*. Ein 80-jähriger Wiener mit relativ schlechter Gesundheit, der über Atemnot, Kopfschmerzen, Probleme mit seinen Beinen und andere

gesundheitliche Schwierigkeiten berichtet, gibt an: *„Man gewöhnt sich an alles im Leben" (80-jähriger Mann, frail)*. Derartige Aussagen von Hochaltrigen weisen darauf hin, dass sich die eigene Lebenssituation positiver bewerten lässt, wenn die **Defizite in der Leistungsfähigkeit oder der körperlichen Bewegungsfreiheit** und damit einhergehende Abweichungen in Bezug auf eigene und fremde Erwartungen **als normaler Aspekt des Alterns** akzeptiert werden.

Besonders inspirierend sind diejenigen der Befragten, die flexibel mit ihrem Leben umgehen und sich im Falle von Einbußen auf positive Aspekte konzentrieren. Eine allein lebende Frau erzählt, dass sie ihre Lebenszufriedenheit aus kleinen positiven Momenten schöpfen kann, auch wenn sie jeden Tag von Schmerzen geplagt wird:

> *„Manchmal wenn da in der Früh die Sonne hereinscheint vom Garten, da steh ich da in der Tür und schau und denk, mein Gott, hab ich es schön. Also insofern bin ich ein zufriedener Mensch. Auch jetzt mit all den Schmerzen, und ich hab immer Schmerzen. Ich hab seit Jahren keinen Tag ohne Schmerzen, das kenne ich nicht." (85-jährige Frau, frail)*

Eine 80-jährige Steirerin erklärt, dass ihr „Rezept zum Älterwerden" eine **positive Lebenseinstellung** ist:

> *„Ja vielleicht auch, dass sie [alte Menschen, Anm.] eine positivere Einstellung zum Leben haben. Dass sie sich an den kleinen Dingen erfreuen können, und dann schaut der Tag gleich ganz anders aus." (80-jährige Frau, rüstig)*

Sich an schönen Momenten des Alltages zu erfreuen, hilft laut einigen der Befragten, mit der Eintönigkeit des Alltages umzugehen. Ein 85-jähriger Wiener liefert eine sehr interessante Definition von Zufriedenheit, welche die Monotonie seines Lebens mit umfasst:

> *„Das ist Zufriedenheit, wenn man sozusagen das Gleichmaß erträglich findet oder wenn man sogar aus dem Gleichmaß ein angenehmes Gefühl schöpfen kann. Und das kann ich." (85-jähriger Mann, rüstig)*

Einige der Interviewpartner/innen berichten auch, dass sie ihre positive Lebenseinstellung daraus schöpfen, sich mit anderen Personen in ihrem Alter zu vergleichen und sich dann darauf zu konzentrieren, dass es ihnen selbst noch verhältnismäßig gut geht.
Ebenfalls von den Interviewten angesprochen wurde, dass man nur dann Zufriedenheit erleben kann, wenn man für sein *„eigenes Leben die volle Verantwortung"* übernimmt *(80-jährige Frau, rüstig)*. Insbesondere in Bezug auf das Schaffen und Pflegen von Sozialkontakten wurde dieses Thema angesprochen:

> *„Diese Isolierten, sag ich Ihnen, […] die müssen sich halt jemand suchen. Wie heißt das: Wie man in den Wald hinein schreit, so kommt es zurück." (85-jähriger Mann, rüstig)*

Hierbei handelt es sich freilich um ein sehr grob gestricktes und durchaus nicht unproblematisches Alltagsverständnis von sozialer Isolation, aber die Aussage verdeutlicht in ihrer Entschiedenheit, welche Bedeutung einer positiven Lebenseinstellung im Alter beigemessen wird, für die per definitionem jeder Mensch selbst verantwortlich ist.

2.2 Einen erfüllten Tag verbringen

Der Frage nach der Lebensqualität im hohen Alter wurde im Rahmen der qualitativen Interviews insbesondere durch eine offene Frage während des Gesprächs nachgegangen, bei der die Teilnehmer/innen gebeten wurden, einen erfüllten Tag zu beschreiben, d.h. zu erläutern, was für sie einen erfüllten Tag ausmacht. Aus den Antworten der Teilnehmer/innen sollte sich so ein Einblick gewinnen lassen in ihre jeweiligen subjektiven Sinnzuschreibungen und Vorstellungen darüber, was das Leben schön und lebenswert macht und woraus sie Wohlbefinden und Zufriedenheit schöpfen. Die Analyse der Interviews hat dabei drei dominante Deutungsmuster ergeben, im Sinne von wesentlichen Faktoren, die mit Blick auf einen erfüllten Tag für die Teilnehmer/innen eine besonders große Rolle spielen: *Beschäftigung, Nützlichkeit* und *Genuss*.

„Beschäftigung"

Einer der wesentlichsten Faktoren für einen erfüllten Tag, der von der Mehrzahl der Befragten angegeben wird, besteht in einer ausreichenden, den Tag ausfüllenden Beschäftigung. Ein erfüllter Tag ist es dann, *„wenn ich das Gefühl hab, dass ich was gemacht hab, dass ich was getan hab"* erläutert ein 85-jähriger Interviewpartner:

> *„Wenn ich schön müde bin, dann ist es ein erfüllter Tag." (85-jähriger Mann, rüstig)*

Ein 83-jähriger Grazer erzählt, dass es für ihn wichtig ist, dass er immer etwas zu tun hat und sein Tag vollkommen geplant ist:

> *„Wenn ich voll beschäftigt bin. Also, na ich kann schon noch eine halbe Stunde da draußen auf der Terrasse liegen und nix lesen und die Vögel beobachten und so weiter. […] Die Leute, die in Pension sind und nichts mit dem Tag anfangen können, die sind für mich arm. Ich […] muss in der Früh wissen, was ich heute den ganzen Tag tu." (83-jähriger Mann, rüstig)*

Auch eine 85-Jährige erklärt, dass sie jeden Tag planen und sich selbst ein Ziel stecken muss, denn *„nur spazieren gehen"* könne sie nicht *(85-jährige Frau, rüstig)*. So gibt der Großteil der Befragten an, dass das Gefühl, mit dem Tag etwas angefangen zu haben, unerlässlich für ihre Zufriedenheit ist. Dabei kann es sich um verschiedene Aktivitäten wie Besuche und sozialen Kontakt, dem Nachgehen von Interessen oder um Ausflüge handeln. Wenn der Tag mit anderen Menschen, Familienmitgliedern oder Freund/innen verbracht werden kann, wird er von vielen als besonders erfüllt beschrieben.
Die Bedeutung des Beschäftigtseins kommt in einigen Fällen besonders deutlich zum Ausdruck. Dort artikuliert sie sich gar in einem Bedürfnis, den Tag einfach nur vergehen zu lassen und die Zeit totzuschlagen, so etwa in folgender Aussage eines 82-jährigen Mannes:

> *„Ich hab drei, wie soll ich sagen, drei Möglichkeiten, den Tag hintanzubringen, also lesen, fernsehen und Kreuzworträtsel auflösen. Das sind die drei Hauptpunkte. Und essen." (82-jähriger Mann, frail)*

Beschäftigung wird hier letztlich zum Selbstzweck. Sinn und Zweck von Aktivitäten und Beschäftigungen bestehen nicht so sehr darin, dass Aktivitäten konkret sinnstiftend sind, sondern erschöpfen sich im bloßen Ausfüllen des Tages. Aktivitäten werden vielmehr sogar erst dadurch sinnvoll, *dass* sie beschäftigen und helfen, den Tag „hintanzubringen". Aussagen wie diese verweisen auf eine gewisse Ambivalenz in der ausgeprä-

ten Beschäftigungsorientierung der Teilnehmer/innen, insofern diese mitunter auch auf eine Leere hindeuten kann, die durch hinreichende Beschäftigung und eine möglichst lückenlose Planung des Alltags kompensiert werden soll.

„Nützlichkeit“

Beschäftigung alleine ist für viele der Hochaltrigen, die im Rahmen dieser Studie interviewt wurden, aber nicht ausreichend. In zahlreichen Interviews kommt auch ein starkes Bedürfnis zum Ausdruck, den Tag „nützlich“ und „sinnvoll“ zu verbringen. So erzählen einige Interviewpartner/innen, dass es wichtig sei *„gute Arbeit“* geleistet zu haben, der Familie zu helfen, Arbeit im Haushalt zu erledigen, Aktivitäten für Mitmenschen zu organisieren (z.B. Seniorenverbund) oder auch sich weiterzubilden:

> *„Ein gut erfüllter Tag ist für mich, wenn ich gewisse Dinge einfach erfolgreich erledige.“ (85-jähriger Mann, rüstig)*

> *„Ja, wenn alles passt rundherum, wenn alles seinen normalen Weg geht. [...] Wenn ich jemandem helfen kann, wenn ich wo etwas machen kann für wen.“ (80-jährige Frau, rüstig)*

Derartige Bezugnahmen auf die Nützlichkeit von Alltagsaktivitäten (als Kriterium für einen erfüllten Tag) finden sich in den Interviews oft auch auffällig gekoppelt mit dem Hinweis, dass es wichtig sei, Angehörigen möglichst nicht zur Last zu fallen. Insbesondere fällt auch auf, dass häufig auf keine konkreten Aktivitäten Bezug genommen wird, sondern die Art der Aktivität offenbar zweitrangig ist („etwas“, „gewisse Dinge“), und Aktivitäten dadurch sinnstiftend werden, dass man damit für jemand anderen hilfreich und nützlich ist. Auch hier erweist sich also die Betonung der Nützlichkeit – ähnlich wie die der Beschäftigung – als einigermaßen ambivalent, insofern es hier allem Anschein nach nicht zuletzt darum geht, sich auch im hohen Alter noch als nützlich und produktiv zu erfahren und vor allem nach außen hin entsprechend auszuweisen. Gleichzeitig verweisen aber diese Aussagen natürlich auch darauf, dass grundsätzlich ein durchaus großes und gesellschaftlich anzuerkennendes Bedürfnis unter Hochaltrigen besteht, sich in soziale Beziehungen auch als Gebende einzubringen.

„Genuss“

Als ein weiteres Deutungsmuster eines erfüllten Tages lässt sich schließlich auch der Genuss der verdienten Freizeit im Ruhestand herausarbeiten. So erzählen viele der Befragten, dass es für sie wichtig sei, die Natur zu genießen und den Tag mit angenehmen Unternehmungen zu verbringen. Wie zwei der Interviewpartner/innen verdeutlichen, ist es ein erfüllter Tag für sie, wenn sie *„ein gutes Mittagsschläfchen“* machen *(80-jährige Frau, rüstig)* oder *„was Schönes zum Lesen [haben] oder schöne Filme“* sehen *(85-jährige Frau, frail)*. Auch wird angesprochen, dass im Alter mit Zeit anders umgegangen wird und dass es angenehm ist, *„keinen Stress zu haben“*, sich *„nicht hetzen zu müssen“* und einfach *„sich fallen lassen“* zu können und *„nicht auf die Uhr schauen“* zu müssen.
Wesentlich dafür, dass der Tag genossen werden und Aktivitäten nachgegangen werden kann, ist es, relativ schmerzfrei zu sein, wie etwa folgendes Zitat veranschaulicht:

> *„[Erfüllt ist] eigentlich jeder Tag, an dem ich keine Schmerzen habe und hinaus schauen kann ins Grüne.“ (83-jährige Frau, pre-frail)*

Auch ein 85-jähriger Mann gibt an, dass er seinen Alltag dann als erfüllt wahrnimmt, wenn man

> *„den Tag fühlen kann und wenn man nicht durch Schmerzen oder Beschwerden abgelenkt wird, zu denken und zu handeln, dann hat man keinen Grund zu klagen.“ (85-jähriger Mann, rüstig)*

Deutlich wird in diesen Aussagen, dass für eine erfüllende Alltags- und Lebensgestaltung im hohen Alter der Gesundheit und dem körperlichen Allgemeinzustand eine besonders große Bedeutung zukommt.

3 Lebensgestaltung und soziales Netz

In dem vorhergehenden Abschnitt wurde gezeigt, welchen Einfluss die Einstellung zum eigenen Leben und zu Verlusten und Einschnitten auf die Zufriedenheit haben kann. Der Fokus lag dabei auf dem Umgang mit altersbedingten Veränderungen. Im folgenden Kapitel wird auf die Lebensgestaltung und das Sozialleben von Hochaltrigen eingegangen, beziehungsweise darauf, wie sich diese im Alter verändern und wie wiederum damit umgegangen wird. Im Zentrum der Auseinandersetzung steht vor allem die Frage, wie hochaltrige Menschen altersbedingte Verluste kompensieren und bewältigen.

Die Lebensgestaltung von Menschen lässt sich in unterschiedliche Teile gliedern: soziale Beziehungen, Familie, Interessen und Aktivitäten, Wohnsituation, Arbeit und Finanzielles. Wie einleitend erwähnt wurde, kommt es im Alter oft zu Verlusten in einer Vielzahl unterschiedlicher Lebensbereiche, und die gesundheitliche Situation hat oft einen Einfluss auf alle Bereiche des Lebens. Es war u.a. Ziel dieser qualitativen Studie herauszufinden, wie sich die Lebensbereiche im hohen Alter verändern, ob es zu Verschiebungen in Bezug auf den Einfluss dieser Bereiche auf die Zufriedenheit kommt und wie mit Verlusten umgegangen wird. Wie bereits andere Studien gezeigt haben, ist in Bezug auf die Einstellung zur Lebensgestaltung im Alter vor allem das eigene Selbstbild wesentlich. So bestehen für jeden Lebensbereich verschiedene Altersbilder, und die mit dem Altern einhergehenden Veränderungen werden von den Menschen jeweils unterschiedlich bewertet. Häufig ist es dabei so, dass sich beispielsweise für die Bereiche Familie und Arbeit relativ positive Altersbilder zeigen, während die Lebensbereiche Freunde, Freizeit und Gesundheit von alten Menschen tendenziell negativ bewertet werden (vgl. Kornadt/Rothermund 2011: 15).
Als erster Lebensbereich wird im Folgenden das soziale Netz, das aus Freund/innen, Bekannten und Familienmitgliedern besteht, thematisiert. Anschließend werden Aktivitäten und Interessen von hochaltrigen Menschen sowie materielle Voraussetzungen wie die Wohnsituation und die finanzielle Situation diskutiert.

3.1 Soziales Netz im hohen Alter

Personen mit einem starken sozialen Netz fühlen sich für gewöhnlich auch emotional wohler (Charles/Carstensen 2010). Das Sozialleben älterer Menschen ist daher enorm relevant für ihre Zufriedenheit. Dies hängt selbstverständlich auch mit anderen Faktoren zusammen. Wie bereits besprochen wurde, hat der Gesundheitszustand viel Einfluss auf die allgemeine Zufriedenheit sowie darauf, wie aktiv das Sozialleben genossen werden kann. Die Größe der sozialen Netzwerke geht im Alter meistens zurück und Vereinsamung und soziale Isolation werden zu erhöhten Risikofaktoren. Nicht nur die Anzahl und Art der Personen im Netzwerk spielen eine Rolle, sondern auch in welcher Weise diese als Unterstützung empfunden werden. Weiters haben soziale Beziehungen nicht primär einen Einfluss auf die Zufriedenheit eines Menschen aufgrund der Kontakthäufigkeit, sondern vor allem aufgrund des Gefühls, jemandem emotional nah zu sein (vgl. Bennett/Riedel 2013). Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, die Erfahrungen hochaltriger Menschen mit ihrem sozialen Umfeld qualitativ zu bearbeiten um nicht nur ein Verständnis davon zu erlangen, wie sich das soziale Netzwerk verändert, sondern auch, was sich hochaltrige Menschen von ihrem Umfeld erwarten und welchen Einfluss die Veränderung ihres Soziallebens auf ihre Lebensqualität hat.

Schrumpfendes soziales Netz

Auch wenn viele der interviewten Teilnehmer/innen noch regelmäßigen Kontakt zu Freund/innen und Bekannten aufrechterhalten, nimmt dieser bei den meisten deutlich ab. Eine alleinlebende Frau gibt an, sehr zufrieden mit ihrem Sozialleben zu sein und einen *„sehr netten Bekanntenkreis"* zu haben, so dass ihr *„eigentlich nicht langweilig"* wird *(81-jährige Frau, rüstig)*. Der Großteil der Befragten gibt aber an, dass sie früher mehr Kontakt zu Freund/innen und Bekannten hatten und dass es sich *„halt jetzt eher aufhört"*. Die Netzwerkgröße verringert sich nicht nur, weil Bekannte und Freund/innen sterben, sondern auch weil mit dem Altern gesundheitliche Einschränkungen einhergehen, die sich auf die Möglichkeit, ein aktives Sozialleben zu führen, auswirken. Viele der befragten Personen erzählen, dass sie auch viele Freundschaften und Bekanntschaften verloren haben, weil sie an gewissen Aktivitäten nicht mehr teilnehmen konnten. Eine 83-jährige Wienerin berichtet, dass sie früher oft mit ehemaligen Arbeitskolleg/innen auf Urlaub gefahren ist, und ihr das jetzt aber *„zu anstrengend"* wurde.
Ein 83-Jähriger gibt an, dass er aufgrund seiner Gesundheitssituation und eingeschränkten Beweglichkeit im Prinzip zum „Außenseiter" wurde:

> *„Na ja, erstens einmal sind schon viele Freunde in meinem Alter, etliche sind schon gestorben, und die anderen sind auch schon nimmer so agil und so beweglich. Und wenn man selber nicht mehr viel machen kann, verliert man schon viel Kontakt mit den anderen. Weil die was sich noch bewegen können, […] die finden dann einen anderen Kreis, die was immer was unternehmen können. Und da wird man dann ein Außenseiter, wenn man nicht mehr so mit kann." (83-jähriger Mann, pre-frail)*

Viele der Teilnehmer/innen erwähnen, dass sie zwar „früher", als jüngere Pensionist/innen, viel unternommen haben, jetzt aber nicht mehr in der Lage dazu sind. Dies zeigt einmal mehr, dass Senior/innen nicht als homogene Gruppe betrachtet werden können und Hochaltrigkeit eine Lebensphase mit ganz besonderen Bedingungen ist.

Freundschaft im hohen Alter

Weiters wurde von den interviewten Hochaltrigen thematisiert, dass von sozialen Beziehungen nicht nur Beschäftigung und Abwechslung gewünscht wird, sondern vor allem auch echte Freundschaft, Austausch über ähnliche Interessen und Lebenslagen und eine intensive emotionale Verbindung. Aus der Analyse der geführten Interviews ist diesbezüglich hervorgegangen, dass auch wenn in vielen Fällen noch Kontakt zu Bekannten aufrechterhalten werden konnte, enge Freundschaften oft abgehen.
Eine verwitwete Frau erklärt, dass sie zwar noch viele Bekannte hat, aber dass all ihre wirklichen Freund/innen schon verstorben sind:

> *„Sagen wir mal so – Freunde. Ich hab viele gute Bekannte. Aber so einen richtigen Freund oder Freundin hab ich eigentlich gar nicht mehr, weil die alle schon verstorben sind. Ich bin als einzige über geblieben. Und alle anderen sind schon verstorben. Ich hab zwar meine Nachbarin – mit der bin ich auch recht gut, aber ich könnt nicht sagen, dass wir so richtig Freunde [sind] – aber gut bekannt. Ich sag, zwischen gut bekannt und Freunde ist schon ein bissl ein Unterschied auch." (82-jährige Frau, pre-frail)*

Diese Aussage verweist darauf, dass insbesondere die Qualität der Sozialkontakte einen wesentlichen Einfluss darauf haben kann, wie zufrieden Menschen mit ihrem sozialen Netz sind. Oft gestaltet es sich schwierig im hohen Alter neue intensive Sozialkontakte

aufzubauen, wie einige der Befragten erläutern. So berichtet etwa ein 83-jähriger Grazer, dass es im hohen Alter schwer fällt, sich an andere Menschen anzupassen:

> *„[...] wir haben einen sehr guten Bekanntenkreis. Den muss man sich auch in der Jugend schon [aufbauen]. Denn wenn man alt ist, ist man schon wunderlich und dann kann man sich sehr schwer anpassen." (83-jähriger Mann, rüstig)*

Auch eine 85-jährige Frau beschreibt, dass Jugendfreundschaften möglichst bis ins hohe Alter gepflegt werden sollten:

> *„Im Alter ist es schwer wieder Freundschaft aufzubauen. Die Jugendfreundschaften, die ergeben sich. Einen Menschen haben, dem man alle seine Schmerzen sagen kann – so was zu pflegen bis zum Sterben, das wäre halt ein Ideal." (85-jährige Frau, pre-frail)*

Veränderung sozialer Kontakte

Mit der Verkleinerung des sozialen Netzwerkes einhergehend, sinkt auch die Zahl an Personen, die Unterstützungsleistungen bieten. Hilfestellungen, die laut den Befragten oft von ihrem sozialen Netz übernommen werden, beinhalten unter anderem Pflegeleistungen, Unterstützung im Haushalt, finanzielle Zuwendungen oder – im Falle eingeschränkter Mobilität – Unterstützung beim Gehen und Begleitung zu Terminen. Während die Anzahl an nicht-verwandten Bezugspersonen abnimmt, nimmt die Größe der Verwandtschaft oftmals deutlich zu. Freund/innen und Bekannte scheiden aufgrund von Tod und Krankheit aus und die eigene Verwandtschaft wächst aufgrund der Enkelkinder und eventuell sogar Urenkelkinder weiter an.
Im Alter nehmen auch Beziehungen zu Familienmitgliedern an Bedeutung zu. Insbesondere die Beziehung zum Partner oder zur Partnerin gewinnt aufgrund des Wegfallens anderer Beziehungen weiter an Relevanz und kann vielfach den Verlust anderer Bezugspersonen einfacher gestalten. So beschreibt etwa ein 81-jähriger pflegebedürftiger Wiener die Beziehung zu seiner Frau folgendermaßen:

> *„Die ist ein Kamerad, ein Kollege, eine Frau, alles in allem. Und meine Pflegerin." (81-jähriger Mann, frail)*

Es werden im Alter also oft die Beziehungen zu anderen Menschen in der unmittelbaren räumlichen Nähe wichtiger. Neben Familienmitgliedern kann es sich dabei auch um Nachbar/innen oder andere Menschen, denen alltäglich begegnet wird, handeln. Eine 84-jährige Frau erklärt, dass die Nachbarin sie im Alltag unterstützt:

> *„Die Nachbarin, die kommt heute noch zu mir, die kümmert sich um mich, die wäscht die Wäsche und alles. Die ist sehr, sehr brav." (84-jährige Frau, frail)*

Auch andere Personen, mit denen regelmäßig interagiert wird, wie z.B. Ärzt/innen, Pflegepersonal oder Reinigungskräfte, können zu wichtigen Bezugspersonen werden. Eine in einem Pflegeheim lebende Frau berichtet beispielsweise, dass eine Chirurgie-Intensivschwester, die sie im Krankenhaus kennengelernt hat, eine *„ganz liebe Herzensfreundin"* wurde *(82-jährige Frau, pre-frail).*

Aufgrund der eingeschränkten Mobilität nimmt im Alter die Bedeutung von telefonischem Kontakt sowie schriftlicher Kommunikation in Form von Briefen und E-Mails zu. Nicht nur die oftmals mangelnde Möglichkeit, sich direkt mit anderen Personen zu treffen, ist dabei ausschlaggebend, sondern auch, dass es von vielen der Befragten als „müh-

sam“ beschrieben wird, irgendwohin zu gehen oder zu fahren. *„Und jetzt haben wir nur mehr eine Freundschaft per Telefon“*, erzählt etwa eine allein lebende Frau *(85-jährige Frau, pre-frail)*.
Eine 81-Jährige berichtet, dass sie vor allem über das Internet mit ihrer Tochter, die in den USA lebt, kommuniziert:

> *„Aber skypen tun wir fast jede Woche. Ja, auch die Kinder sieht man dort. Und ansonsten bin ich halt im Facebook, da erfahre ich alles.“ (81-jährige Frau, rüstig)*

Der selbstverständliche Umgang dieser Frau mit neuen sozialen Medien wie Skype oder Facebook stellt unter den interviewten Hochaltrigen freilich noch eine Ausnahme dar. Mit dem Nachrücken jüngerer Kohorten könnte deren Bedeutung jedoch auch im hohen Alter in absehbarer Zeit stark zunehmen.

3.1.1 Die Familie als Lebensmittelpunkt

Die Wichtigkeit der Familie nimmt für viele Menschen im Alter noch weiter zu. Die Familie bedeutet für viele der interviewten Hochaltrigen den zentralen *„Lebensinhalt“*, das *„ganze Glück“*, sie schenkt Lebensfreude und hat so häufig einen enormen Einfluss auf die Zufriedenheit, wie es ein 82-jähriger Grazer auf den Punkt bringt:

> *„Ich war verheiratet, habe sechs Kinder und 15 Enkel und bin zufrieden.“ (82-jähriger Mann, rüstig)*

Die wichtigsten Bezugspersonen für hochaltrige Menschen sind neben dem Partner oder der Partnerin die Geschwister, Kinder und Enkelkinder. Die Verwandtschaft stellt meist ein tragfähigeres Netzwerk dar als die sozialen Beziehungen zu Freund/innen und Bekannten. Familienmitglieder leisten eher Hilfe und sind oftmals aufgrund des jüngeren Alters (insbesondere im Falle von Kindern und Enkelkindern) mobiler und eher in der Lage, einen älteren Menschen im Alltag zu unterstützen. Abgesehen davon, dass ältere Menschen Hilfeleistungen von ihrer Familie, von Freund/innen oder anderen Hilfspersonen erhalten, leisten sie umgekehrt auch selbst Unterstützungsleistungen, wenn sie ihren Partner oder ihre Partnerin pflegen oder sich um ihre Enkelkinder und Urenkelkinder kümmern.

Die **Betreuung von Enkelkindern und Urenkelkindern** nimmt für viele ältere Menschen einen extrem wichtigen Stellenwert im Alltag ein. In den Interviews wird sehr oft angesprochen, wie viel Freude die Enkelkinder und Urenkelkinder ins Leben bringen. Einige Befragte erzählen von Kinderbetreuungstätigkeiten als wesentlichem Bestandteil des Alltages. Eine 80-jährige Frau berichtet, dass ihr speziell beim Übergang in den Ruhestand ihre Berufstätigkeit nicht gefehlt hat, weil die neu gewonnene Freizeit mit Kinderbetreuung gefüllt wurde:

> *„Ja, und mir hat die Schule [Teilnehmerin war Lehrerin, Anm.] dann nicht gefehlt, weil sich dann schon das erste Enkerl angekündigt hat. […] Ich sage immer zu meiner Familie: Ich habe die schönste Arbeitsstelle.“ (80-jährige Frau, rüstig)*

Ein 81-jähriger Mann beschreibt seine Enkelkinder gar als sein Lebensglück:

> *„Ja, die Enkerl. Die […] kommen eh an erster Stelle. Aber ja, ich bin eigentlich so zufrieden. Aber sicher weiß ich halt, dass das halt eigentlich mein letztes Glück, Lebensglück ist." (81-jähriger Mann, frail)*

Die Freuden der Kinderbetreuung im Alter müssen sich allerdings nicht nur auf die eigenen Enkelkinder und Urenkelkinder beschränken. Auch die Betreuung nichtverwandter Kinder kann den Alltag enorm bereichern – insbesondere, wenn keine eigenen Enkelkinder vorhanden oder diese bereits erwachsen sind. So berichtet etwa eine allein lebende Wienerin, dass sie einmal in der Woche auf ein Enkelkind einer mittlerweile verstorbenen Freundin aufpasst. Eine 85-jährige Grazerin erzählt wiederum, dass sie sich um die Tochter ihrer Haushaltshilfe kümmert und dies sehr genießt.

Viele der Interviewpersonen führen an, dass sie vor allem von ihren Familienangehörigen unterstützt werden, wenn sie **Hilfe im Alltag** brauchen. Insbesondere die Kinder übernehmen Hilfeleistungen wie Unterstützung im Haushalt, einkaufen gehen, Wäsche waschen, mit dem Auto zu Terminen bringen und bei Erledigungen helfen, sowie Hilfe bei der Körperpflege. *„[Die Tochter] schaut so schön auf mich" (82-jährige Frau, pre-frail),* die *„Kinder lassen einen nicht im Stich" (85-jähriger Mann, rüstig)* und *„wenn irgendwas ist oder sein sollte, da helfen alle" (85-jähriger Mann, rüstig)* sind nur einige der positiven Aussagen von interviewten Hochaltrigen zur Unterstützung durch Familienmitglieder.

Einige der Befragten geben an, dass sie sich Sorgen darüber machen, ihre Familie zu stark zu belasten im Hinblick auf deren zeitliche, finanzielle oder aber auch emotionale Ressourcen. Ein Mann mit Parkinson erzählt, dass er mit niemandem über seine Krankheit sprechen kann, weil er seiner Tochter keine zusätzlichen Sorgen schaffen will:

> *„Ja warum soll ich ihr Angst machen, dass sie noch mehr Probleme hat?" (82-jähriger Mann, frail)*

Generell kann in den Gesprächen mit den hochaltrigen Studienteilnehmer/innen ein ausgesprochen positives, vielfach geradezu **idealisiertes Familienbild** konstatiert werden. Idealisierungen ist grundsätzlich mit Vorsicht zu begegnen, da sie häufig ein recht verzerrtes Bild der Realität wiedergeben. Besonders die Tatsache, dass die idealisierenden Bezugnahmen auf Familie und familiäre Unterstützung häufig einhergehen mit der Artikulation von Ängsten, womöglich eine Belastung für die Familie darzustellen, weist auf eine gewisse Spannung und Ambivalenz in den Aussagen der Teilnehmer/innen hin. Das Wissen darum, dass bedingungslose Unterstützung durch die Familie keine Selbstverständlichkeit ist, und die damit verbundene Angst, Familienmitglieder durch altersbedingte Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit zu belasten, bewirken einerseits eine große Dankbarkeit, andererseits aber unter Umständen auch eine Überbewertung von (sei es noch so kleinen und sporadischen) Unterstützungsleistungen, die in Anspruch genommen werden können. Dies kann sich wiederum in einer entsprechenden Überhöhung der Familie und des familiären Zusammenhalts insgesamt äußern, wie sie sich in den Interviews auffällig häufig findet – ohne dass dem notwendigerweise tatsächlich ein entsprechend gutes Verhältnis zur Familie sowie ein hoher Grad an Unterstützung korrespondieren muss. Möglicherweise bestehende Konflikte, Enttäuschungen und Kränkungen, welche die Familienbeziehungen durchaus prägen können, werden durch die idealisierten Darstellungen der Teilnehmer/innen eventuell kaschiert. Es

wird auf diese Problematik zu einem späteren Zeitpunkt im Hinblick auf Fragen der Pflege und Betreuung (Kapitel 4) nochmals zurückzukommen sein.
Die zahlreichen Idealisierungen der Familie in den Interviews sollten aber vor allem auch nicht vergessen lassen, dass nicht alle Menschen im hohen Alter über eine Familie verfügen, von der sie Unterstützung erhalten könnten.

3.1.2 Einsamkeit und Sehnsucht nach Nähe

Ein wesentliches Anliegen dieser Studie war es auch, ein Verständnis davon zu erlangen, wie Hochaltrige mit Einsamkeit umgehen. Besonders interessant ist, wie es manche Menschen schaffen, den Verlust von Bezugspersonen soweit zu kompensieren, dass sie weiterhin mit ihrem Leben zufrieden sein können. Im Mittelpunkt der Auseinandersetzung mit Einsamkeit und Vereinsamung steht der **Wunsch nach emotionaler Nähe** sowie danach, sich im Notfall auf andere verlassen zu können und für jemanden wichtig zu sein, denn erst das mache *„das Leben lebenswert"*:

> *„Das Allerwichtigste ist, glaube ich, einen Menschen bei sich zu haben, dem was man nicht gleichgültig ist, sondern der was lebt mit dir und dich versteht. Das ist einmal das Allerwichtigste." (83-jähriger Mann, pre-frail)*

Abgesehen von dem grundlegenden Wunsch nach emotional engem Kontakt mit anderen Menschen, geht es den interviewten Hochaltrigen besonders auch darum, sich aktiv in sozialen Beziehungen einbringen zu können und mit anderen Menschen etwas von sich selbst zu teilen. Ein 85-jähriger Mann erklärt, dass es ihm darum geht,

> *„dass man jemand hat, dem man das ganze erzählen kann, was einen drückt oder weh tut. Mir kommt vor, das Ärgste ist, wenn man alles in sich hineinfrisst und niemanden hat, dem man das anvertrauen kann. […] Solange man jemanden hat, dem man alles anvertrauen kann, so lang lebt man meiner Meinung nach sehr. Auch wenn einem nicht alles gegeben ist." (85-jähriger Mann, rüstig)*

In dieser Aussage kommt sehr deutlich die Bedeutung tragfähiger Sozialbeziehungen zum Ausdruck: Solange man jemanden hat, der einem emotional nahesteht und dem man sich anvertrauen kann, lassen sich auch Einschränkungen und Defizite besser bewältigen.
Entscheidend für die Tragfähigkeit einer Beziehung ist vor allem Reziprozität, d.h. dass die Beziehung auf Gegenseitigkeit beruht. Eine verwitwete Frau berichtet etwa in diesem Zusammenhang, dass sie zwar durchaus Kontakte mit anderen Menschen in ihrer Seniorenresidenz hat, sich aber dennoch einsam fühlt, weil sie sich nicht genug einbringen kann und das Gefühl hat, dass sich eigentlich niemand weiter für sie interessiert:

> *„Einsam, mehr wie einsam. Wie wenn ich auf einer einsamen Insel wäre. Im Sommer, wenn ich in den Park gehe, zu denen was da sitzen, da sind so Partien. Mich lassen sie überhaupt nicht zu Wort kommen, ich könnte ihnen viel erzählen." (85-jährige Frau, frail)*

Das Zitat verweist darüber hinaus auf Probleme, mit denen Menschen konfrontiert sein können, wenn sie neu in ein Senioren- oder Pflegeheim kommen. Wie auch in anderen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens, entfalten sich in Altenheimen spezifische grup-

pendynamische Prozesse, sodass es für Neuankömmlinge mitunter sehr schwer ist, in bereits bestehende Gruppen „reinzukommen“ und neue Sozialbeziehungen aufzubauen. Generell bestätigen derartige Aussagen, was eingangs schon erwähnt wurde: Die Qualität der Sozialkontakte ist oft wichtiger für die Zufriedenheit eines Menschen als die Kontakthäufigkeit und die Größe des sozialen Netzes.

Besonders einschneidend mit Blick auf die sozialen Beziehungen im hohen Alter ist der **Verlust des Partners oder der Partnerin**. Auch wenn viele der früher bestandenen Kontakte wegfallen, beschreiben sich Teilnehmer/innen, die noch einen Partner oder eine Partnerin haben, generell eher nicht als einsam. Der Tod des einen in den meisten Fällen am nächsten stehenden Menschen bedeutet für viele, dass der Lebensalltag alleine bestritten werden muss, dass alleine gewohnt wird und dass vielen Aktivitäten wie Ausflüge und Reisen nicht mehr nachgegangen wird. Eine verwitwete Frau erzählt beispielsweise, dass sie das Alleinsein als *„das Schlimmste“* empfindet:

> *„Aber das Schlimmste, was ich finde, […] [ist] wenn ein alter Mensch alleine bleibt. Wenn er keinen Partner mehr hat und niemanden bei sich hat.“ (85-jährige Frau, frail)*

In diesem Kontext wurde von den Befragten auch das Eingehen von neuen Partnerschaften nach dem Tod des Partners oder der Partnerin thematisiert. Während einige angeben, dass es für sie nicht von Interesse sei, jemanden Neuen kennenzulernen, wurde von anderen ein starker Wunsch danach angesprochen. Ein verwitweter Mann bringt dies folgendermaßen zum Ausdruck:

> *„Vielleicht ergibt es sich einmal, dass irgendwo eine Frau einmal mir begegnet und sagt, ja gut, Freundschaft, also ich meine eben Kontakt – muss ja nicht also bei mir irgendwie dann einziehen, sondern [einander] gegenseitig zu respektieren. [...] Ausflüge machen [...]. Ich kann Gott sei Dank Auto fahren, ich bin gerne bereit, eben zwei, drei Tage oder eine Woche Urlaub [zu machen], wenn ich so eine Partnerin wo finde.“ (84-jähriger Mann, rüstig)*

Für alleinstehende Menschen sind insbesondere Feiertage eine große Herauforderung. An solchen Tagen wird ihnen besonders bewusst, dass sie sozial isoliert und einsam sind. So erzählt etwa eine verwitwete Frau vom letzten Weihnachtsfest, das sie nach dem Tod ihres Mannes zum ersten Mal allein verbringen musste:

> *„Das waren die ersten Weihnachten, wo ich alleine war. Und da hat sich eine Nachbarin gefunden, die hat mich mitgenommen da in das Haus der Begegnung, die haben eine Weihnachtsfeier gehabt. […] Und das war recht lieb dort.“ (85-jährige Frau, frail)*

Verwitwung muss allerdings – wie bereits auch im Rahmen des quantitativen Studienteils gezeigt wurde – nicht unbedingt mit Einsamkeit einhergehen. Wie aus der Analyse der qualitativen Interviews recht klar hervorgeht, fühlen sich auch alleinstehende Hochaltrige nicht zwangsläufig einsam. Vor allem diejenigen, die ihr **Leben** trotz allem weiterhin **aktiv gestalten**, berichten nur selten von Einsamkeitsgefühlen. Beschäftigung und das Gefühl zu haben, den Tag und das Leben ausfüllen zu können, stellen einen Weg dar, Verwitwung und Alleinsein so zu kompensieren, dass es möglich ist, mit dem eigenen Leben weiterhin zufrieden zu sein. Eine verwitwete Frau, die ihr Leben mit Hobbies wie Sprachkursen und Kulturabonnements ausfüllt, erzählt dazu:

„Ich habe ein ausgefülltes Leben und dadurch, dass ich mich eigentlich nie einsam fühle, tue ich das nicht als Belastung [wahrnehmen] und Angst habe ich auch keine, alleine zu leben. Also, es geht mir gut." (80-jährige Frau, rüstig)

Eine weitere 81-jährige Witwe erläutert, dass sie nicht einsam ist, weil sie aktiv Interessen nachgeht und Kontakt zu anderen Menschen sucht:

„Nein, ich [bin] nicht [einsam]. Ich kann mich immer beschäftigen mit irgendwas. Nein, das kann ich wirklich mit gutem Gewissen sagen, einsam fühl ich mich nicht, nein. Und ich finde, das ist auch irgendwie an einem selbst gelegen. Weil wenn ich nix tu oder keine Freunde anrufe, wenn ich nur da herumsitze und warte, dass wer kommt, dann ist man einsam. Aber so nicht." (81-jährige Frau, rüstig)

Für Menschen, die keine Bekannten oder Angehörigen haben, die sie anrufen können, ist es klarerweise ungleich schwerer, das Bedürfnis nach sozialem Kontakt zu befriedigen. Auch **gesundheitliche Einschränkungen** erschweren es häufig, einen aktiven Lebensstil aufrechtzuerhalten und soziale Kontakte außerhalb der eigenen vier Wände zu pflegen. Die Möglichkeiten, Einsamkeit zu kompensieren sind unter diesen Prämissen für alleinstehende Menschen vergleichsweise begrenzt. Ein 80-jähriger Mann, der seit dem Tod seiner Frau sehr einsam ist, berichtet etwa davon, dass sein Computer zum Mittelpunkt seines Alltags geworden ist:

„Leider hat sich ab 70 die Krankheit eingestellt, da waren wir nur mehr zu Hause. Ich gehe sehr selten jetzt hinaus. Nicht einmal in den Garten. Ich habe leider, ich weiß nicht, bin ich schon süchtig, kann ich nicht sagen, ich habe da oben einen PC stehen, und der ist jetzt momentan mein Gesprächspartner." (80-jähriger Mann, frail)

Es bestätigt sich damit auch in den qualitativen Interviews, dass Einsamkeit vor allem dann zu einem Problem wird, wenn Verluste im sozialen Umfeld (insbesondere durch Verwitwung) und gesundheitliche Einschränkungen zusammenkommen.

3.2 Alltagsgestaltung im hohen Alter: Aktivitäten und Interessen

Wie der Rest der Bevölkerung, sind auch hochaltrige Menschen eine enorm diverse Bevölkerungsgruppe mit den unterschiedlichsten Interessen: Von kreativen Tätigkeiten wie Basteln und Stricken, Musik, Kunst, Kultur, über sportliche Aktivitäten wie Wandern oder Rad fahren, bis hin zu bildenden Tätigkeiten wie Sprachkurse, Studieren, Sachbücher lesen, Reisen oder auch die intensive Auseinandersetzung mit Gesundheitsthemen, zählten die Befragten ein breites Spektrum an Aktivitäten und Interessen auf. Besonders Ausflüge und kleinere Reisen werden als enorm wichtig beschrieben, da diese den Alltag kurzzeitig unterbrechen und etwas Abwechslung bringen. Auch unterschiedliche Formen des ehrenamtlichen Engagements wurden genannt.

Während einige der Teilnehmer/innen angeben, ihren Alltag sehr aktiv zu gestalten und zu genießen – *„Wir reisen viel. Wir haben viele Freunde. Wir haben viele Abonnements" (81-jährige Frau, rüstig)* – geben andere an, den Tag vor allem mit *„lesen, fernsehen und Kreuzworträtsel auflösen"* vorbeigehen zu lassen *(82-jähriger Mann, frail)*. Wie viele der Befragten erläuterten, dominieren die Familie und die eigenen Hobbys und Interessen das ganze Leben in der Pension. Spezifische Interessen sind auch im Alter noch wichtig,

aber in vielen Fällen geht es auch darum – wie oben im Zusammenhang mit dem „erfüllten Tag“ bereits dargestellt –, einfach beschäftigt zu sein. Eine 82-jährige Frau erläutert, dass sie bestimmten Aktivitäten nachgeht, nicht weil es ihr größtes Interesse ist, sondern damit sie eine **Beschäftigung** hat:

> *„Also an und für sich ist mir nicht langweilig. Ich geh auch zu einer Handarbeitsgruppe, tu handarbeiten. Und ja, wie gesagt, das ist grad nicht mein größtes Hobby, aber ich mach's. Weil ich eben auch bei der Handarbeitsgruppe bin. Und das ist meine Beschäftigung.“ (82-jährige Frau, pre-frail)*

Besonders auffallend an den Beschreibungen zu Lebensalltag und Lebensgestaltung ist, dass Struktur enorm wichtig ist und von den Teilnehmer/innen sehr stark betont wird. So beschreiben viele, was sie an jedem Tag der Woche machen, was am Vormittag gemacht wird, was am Nachmittag gemacht wird und welche Fixpunkte es für sie gibt. Der Verlust einer starren Alltagsstruktur, wie sie ja oft aufgrund von Erwerbstätigkeit, Hausarbeit und Kinderbetreuung bestanden hat, wird durch fix geplante Aktivitäten ersetzt: *„Ich muss ein Tagesprogramm haben“*, formuliert etwa ein Interviewpartner sein Bedürfnis nach Struktur *(83-jähriger Mann, rüstig)*. Auch bezüglich des Aufrechterhaltens von Sozialkontakten ist Planung und Regelmäßigkeit bedeutungsvoll. Häufig wird hier etwa von einem wöchentlichen oder monatlichen Jour fixe erzählt.

Umgang mit Einschränkungen

Von vielen der interviewten Hochaltrigen wird auch thematisiert, dass viele Aktivitäten, denen in jüngeren Jahren nachgegangen wurde, im hohen Alter nicht mehr ausgeführt werden können und aufgrund von altersbedingt reduzierter Beweglichkeit und Mobilität oder aufgrund von körperlichen Schmerzen Einschränkungen und Verluste hingenommen werden mussten. Ein 83-Jähriger erzählt beispielsweise:

> *„Weil mein Hobby war immer Bergsteigen […]. Da bin ich jetzt noch recht unglücklich, weil ich mich nicht mehr so bewegen kann.“ (83-jähriger Mann, pre-frail)*

Tätigkeiten wie Gartenarbeit, Wandern und Bergsteigen oder aber auch nur sich selbstständig in der Umgebung fortbewegen und Stiegen steigen können, um etwa zu einer Ausstellung oder dergleichen zu gelangen, sind in vielen Fällen aufgrund der körperlichen Verfassung im hohen Alter nicht mehr oder nur eingeschränkt möglich. Oft muss von körperlich aktiven Beschäftigungen auf geistige gewechselt und neue Interessen entwickelt werden. Der Umgang mit Einschränkung kann sich dabei sehr unterschiedlich gestalten. Während einige Befragte erzählen, dass sie sich einfach auf andere Aktivitäten konzentrieren, geben andere an, weiterhin gewissen Tätigkeiten nachgehen zu wollen, auch wenn dies gesundheitliche Probleme und Schmerzen bringt. Das folgende Zitat einer 80-jährigen Frau verdeutlicht, dass durchaus körperliche Beschwerden in Kauf genommen werden, um auf nichts verzichten zu müssen:

> *„Aber jetzt kann ich nicht zwei Stunden sitzen und das Bein dauernd angewinkelt haben. Ich kriege fürchterliche Krämpfe. Das kommt alles, ja. Dann habe ich eine Zeit lang, habe ich gedacht, ich muss das Italienisch [Sprachkurs, Anm.] lassen, aber es macht mir so viel Spaß und ich zwinge mich etwas zu lernen.“ (80-jährige Frau, rüstig)*

Ein 85-jähriger Mann beichtet, dass er es während einer Reise den anderen *„zeigen“* wollte, dass er *„als Alter das noch mitmachen kann“* und als Resultat *„dann fast kranker*

heim gekommen" ist *(85-jähriger Mann, rüstig)*. Insbesondere die körperlichen Anstrengungen, die Reisen mit sich ziehen, stellen für hochaltrige Menschen oft ein Problem dar.

Manche der Befragten erzählen davon, wie sie ihr Leben flexibel an ihre Lebenssituation angepasst haben. Eine Aussage einer Frau, deren Gesundheitszustand relativ gut ist, verdeutlicht ihre gelassene Einstellung zu Einschränkungen im Alter:

> *„Es geht und wenn es nicht mehr geht, dann geht es halt nicht mehr. Aber, mein Gott, wer nicht alt werden will, muss jung sterben." (80-jährige Frau, rüstig)*

Andere Erzählungen weisen ebenfalls darauf hin, dass viele der Befragten anpassungsfähig auf ihre Gesundheitssituation reagieren und sich neue Aktivitäten suchen:

> *„Modelle. Ganz verschiedene. Ein Schloss ist im Wohnzimmer, und in der Garage stehen noch etliche Kirchen und so weiter. Habe aber dieses Hobby dann nicht mehr ausführen können durch meine chronische Bronchitis wegen dem Staub in der Werkstatt. Habe mich dann verlegt auf den Computer." (81-jähriger Mann, rüstig)*

> *„Ich muss halt jetzt zu Hause schauen, womit ich mir noch [die Zeit vertreibe], weil ich kann nichts handarbeiten mehr. Ich hab so viel gestrickt, mit den Schultern kann ich nicht stricken, ich kann nicht nähen. […] Und da hab ich halt meine Liebe wieder zur Musik entdeckt, zur klassischen, sowie zum Lesen, das ist auch ein schöner Zeitvertreib." (85-jährige Frau, frail)*

Prinzipiell kann festgestellt werden, dass Personen, die mit **Flexibilität** und eigener Initiative auf veränderte Situationen reagieren und ihr Leben ihren Bedürfnissen entsprechend umstrukturieren, eher in der Lage sind, trotz Einschränkungen weiter mit ihrer Lebensgestaltung zufrieden zu sein. Es zeigt sich an dieser Stelle erneut die Bedeutung einer positiven Lebenseinstellung, die es den Menschen erlaubt, trotz altersbedingter Einschränkungen und Verluste ein hohes Maß an Wohlbefinden und Lebensqualität zu bewahren.

Von Bedeutung für Lebensgestaltung und Lebensqualität sind, neben Gesundheit, Einstellung, sozialem Netz und Interessen, auch materielle Gegebenheiten. In den nächsten Abschnitten wird daher noch auf die finanzielle Situation sowie die Wohnsituation der Teilnehmer/innen eingegangen.

3.3 Die finanzielle Situation

Die finanzielle Situation älterer Menschen hat sich in den letzten Jahren verbessert, was ein erhöhtes Potential für die selbstständige Gestaltung des Alltages mit sich bringt. Das durchschnittliche Nettojahreseinkommen von Pensionist/innen liegt in Österreich knapp unter den Nettojahreseinkommen der unselbständig Erwerbstätigen. Auch wenn die Verarmung älterer Menschen nach wie vor ein gesellschaftliches Problem darstellt, kann allgemein davon ausgegangen werden, dass Pensionist/innen heute eine vergleichsweise gut abgesicherte Bevölkerungsgruppe sind. Speziell in Bezug auf Hochaltrige ist dem jedoch hinzuzufügen, dass ein Unterschied zwischen älteren und jüngeren Senior/innen bezüglich ihres Einkommens besteht und jüngere deutlich mehr finanzielle Ressourcen zur Verfügung haben. Auch hat die quantitative Erhebung der finanziellen

Situation der Teilnehmer/innen gezeigt, dass Einkommen auch innerhalb der Gruppe der Hochaltrigen selbst sehr ungleich verteilt sind (siehe oben Teil I, Kapitel 2.1.4).

Die Analyse der geführten Interviews zeigt, dass es den befragten Personen weniger wichtig zu sein scheint, wie viel Geld sie zur Verfügung haben, solange sie sich einen angenehmen Lebensstandard leisten können. Verzicht zum Zwecke der Kostenreduktion wird ohne größere Auswirkungen auf die Zufriedenheit als Teil des Alterns in Kauf genommen, solange nicht auf so viel verzichtet werden muss, dass die durch die Pension gewonnene Freizeit nicht genossen werden kann und beispielsweise keine Ausflüge und dergleichen unternommen werden können:

> *„Es ist wichtig, dass man zumindest genug Geld hat, dass man ein halbwegs schönes Leben hat. Weil verdient hab ich es mir auch schon." (81-jährige Frau, frail)*

Ein Thema, das im Zusammenhang mit der eigenen finanziellen Situation oft angesprochen wurde, ist die **finanzielle Selbständigkeit** beziehungsweise finanzielle Abhängigkeit. Vielen der befragten Personen scheint es besonders wichtig zu sein, zu betonen, dass sie alle ihre Kosten selbst tragen und sie insofern finanziell unabhängig sind. Eine Interviewpartnerin etwa gibt an, dass sie *„eigentlich alles selber [macht]. Bestreite alles was ich für mich brauche, ich zahle meinen Anteil" (80-jährige Frau, rüstig)*. Unter den Teilnehmer/innen finden sich allerdings auch Personen, deren Finanzen von einem Familienangehörigen (meistens einem Kind) verwaltet werden, oder die auf finanzielle Unterstützung durch Angehörige angewiesen sind. Einige der Interviewpartner/innen beschreiben es als relativ unangenehm, einen Angehörigen um Geld bitten zu müssen.
Eine 83-jährige Frau, die in einem Pflegeheim wohnt, für das ihr Sohn mitzahlt, schildert, dass sie keine finanzielle Last darstellen möchte:

> *„Und wissen Sie, die dreihundert Euro, was ich kriege, […] das muss ich ihm ja geben für das, was ich brauche. Und sagt er, da bleiben oft nicht mal zehn Cent übrig. Ja, so für die Medikamente. Dann musst du hundertachtzig fürs Einbettzimmer [zahlen]. Dann zehn Euro fürs Bügeln, fürs Gewand waschen, das ist derweil ich nicht so viel brauche. […] Mir kommen schon oft so Gedanken, so oft. Habe ich mir schon oft gedacht, weil mir immer mein Sohn leid tut, weil er sehr viel zahlen muss für mich. Habe ich mir schon oft gedacht: 'Was ist, wenn ich da Mal runter hüpfe?'" (83-jährige Frau, pre-frail)*

Diese Aussage verdeutlicht in ihrer Drastik – auch wenn derartige extreme Äußerungen in den geführten Interviews die Ausnahme sind – die psychische Belastung, die es für alte Menschen bedeuten kann, wenn sie sich als (insbesondere finanzielle) Last für ihre Angehörigen erleben.

Unzureichende finanzielle Mittel

In einigen Interviews wird das Problem unzureichender finanzieller Mittel angesprochen und dass im Alter auf vieles verzichtet werden muss, weil die Pension dafür nicht ausreicht. So wurde genannt, dass keine oder kaum Ausflüge oder Reisen gemacht werden können, teilweise sogar, dass nicht einmal genug Geld für Dinge des täglichen Bedarfs, wie z.B. Kleidung oder eine neue Brille, vorhanden ist. Eine 85-jährige Grazerin berichtet, dass *„Friseur, Mode, meinetwegen Kosmetika oder Reisen"* im Alter zum *„Luxus"* werden und finanzielle Ressourcen, die früher für *„schöne Dinge"* verwendet wurden, nun für Medikamente ausgegeben werden müssen. Einige der Interviewten geben auch an, dass die hohen Kosten für Medikamente sehr belastend für sie sind und dass sie oh-

ne finanzielle Unterstützungen wie dem Pflegegeld diese nicht decken könnten. Auch die hohen Kosten, die ein Pflegeheim verursachen würde, wurden von den Interviewparter/innen angesprochen. Ein pflegebedürftiger Mann erklärt, dass er sich einen Aufenthalt im Pflegeheim nicht leisten kann:

> *„Ja, [ich habe] eine Heimpflege. Da war die Frage wegen dem Pflegeheim, gell, das hab ich mir aber nicht leisten können, das ist zu teuer. Die Heimpflege geht sich gerade aus." (82-jähriger Mann, frail)*

Eine andere Interviewpartnerin geht darauf ein, dass sie sich keine 24-Stunden-Pflege leisten kann, weil *„es liegt ja bei allem am Geld" (82-jährige Frau, pre-frail)*.
Neben Schilderungen dazu, dass sich aufgrund der finanziellen Einbußen in der Pension nicht mehr alles geleistet werden kann, spricht eine 80-jährige Frau an, dass ihre Pension nicht einmal für eine ausreichende Versorgung mit Lebensmitteln ausreicht:

> *„Ich habe eine Pension von 753 Euro. Und wenn man da die Wohnung und alles wegzahlen muss, dann bleibt einem fast gar nichts mehr zum Leben. Zum Glück bin ich aber sehr bescheiden und das macht nichts, weil dann bleibt man schön schlank, hat man nicht viel Geld zum Essen. […] Aber ich bin zufrieden. Ich bin immer, ich bin ein sehr positiv eingestellter Mensch. Ich bin zufrieden und dann habe ich immer auch wieder Glückssträhnen. Meine ganzen Bekannten und Freunde bringen zum Geburtstag immer ein bisschen ein Bargeld und das ist mir das Liebste." (80-jährige Frau, rüstig)*

Besonders interessant an diesem Zitat ist die positive und zufriedene Lebenseinstellung der Interviewpartnerin. Trotz der niedrigen Pension betont sie mehrmals, dass sie zufrieden ist. Dies darf aber natürlich nicht darüber hinwegtäuschen, dass prekäre finanzielle Verhältnisse grundsätzlich eine massive Einschränkung bedeuten und im Alter spätestens dann zum Problem werden können, wenn zusätzliche finanzielle Belastungen, etwa aufgrund von Pflegebedürftigkeit, hinzukommen, die mit den zur Verfügung stehenden bescheidenen Mitteln nicht mehr bewältigt werden können.

3.4 Die Wohnung als zentraler Lebensraum

Da die Wohnung und deren Umfeld für alte und hochbetagte Menschen oft zum zentralen Lebensraum werden, ist es unerlässlich, sich mit ihren spezifischen Wohnbedürfnissen und -anforderungen und der Thematik des selbständigen Wohnens im Alter auseinanderzusetzen. Aufgrund der Verringerung des Aktionsradius vieler älterer Menschen wird mehr Zeit im eigenen Wohnraum verbracht. Personen, die beispielsweise in betreuten Wohnungen wohnen, halten sich im Durchschnitt über 20 Stunden am Tag in ihrer Wohnung auf (Endbericht Arbeitskreis 6 1999).

Die Relevanz des eigenen Wohnraums nimmt nicht nur aufgrund von Mobilitätseinschränkungen zu, sondern auch, weil das eigene Zuhause vermehrt als **Rückzugsort** empfunden wird. Ein alleinlebender Mann mit relativ schlechtem körperlichem Allgemeinzustand erklärt, dass für ihn seine Wohnung einen sicheren Raum darstellt in dem er sich wohlfühlt. Da ihn seine Gesundheitssituation einschränkt, ist er *„langsam ein Träumer geworden. Draußen kann man nicht träumen, drinnen im Haus kann ich träumen" (80-jähriger Mann, frail)*.

Eine Aussage einer alleine lebenden Frau verdeutlicht, dass Nicht-Vertrautes aufgrund diverser Einschränkungen im hohen Alter oftmals als bedrohlich empfunden werden kann:

> *„Also, wenn Sie das meinen, ich schau gerne da hinaus. Wenn Sie aber meinen, ob ich alleine hinausgehe, nein, traue ich mich nicht." (83-jährige Frau, pre-frail)*

Eine in Deutschland durchgeführte Studie zeigte, dass im Alter die Bereitschaft umzuziehen sinkt. Fast drei Viertel aller Hochaltrigen leben in der eigenen Wohnung oder im eigenen Haus, und meistens wird bevorzugt, auch im hohen Alter weiterhin zuhause zu wohnen (InWIS 2006). Dies macht Baumaßnahmen, um den eigenen Wohnraum frei von Barrieren und Gefahrenquellen zu gestalten, umso wichtiger. Dennoch ist **nur ein kleiner Teil der Wohnungen und Häuser** hochaltriger Menschen – wie auch die quantitative Befragung bestätigt hat (siehe Teil I, Kapitel 3.2.1) – **altersgerecht und barrierefrei**. Viele der Befragten erzählen, dass sie schon sehr lange in ihrem Haus oder ihrer Wohnung wohnen und sehr daran hängen. Sie hoffen, so lange wie möglich in der eigenen Wohnung bleiben zu können. Aber nur zwei der interviewten Personen geben an, dass sie ihren Wohnraum altersgerecht umbauen ließen, damit für die Zukunft vorgesorgt ist:

> *„Ich habe zum Beispiel eine, nicht so eine übliche Badewanne, sondern ich habe extra eingebaut eine teure Sitzbadewanne, wo man durch eine Türe einsteigt." (83-jährige Frau, pre-frail)*

Ein 81-jähriger Wiener erzählt, dass er seine Wohnung komplett angepasst hat und sogar für eine eventuell in Zukunft auftretende Pflegebedürftigkeit vorgesorgt hat:

> *„Wir haben vor zwei, drei Jahren das Bad und alles behindertengerecht eingerichtet. Sie können mit dem Rollstuhl oder mit so einem Rollsessel direkt in die Brause fahren. […] Wir haben vorgesorgt, und in dem Wohnzimmer ist schon ein Eck freigelassen, wo dann ein Spezialbett hinkommt. Und wenn wir dann eine Pflegerin haben oder was, die kann dann oben schlafen. Alles vorbereitet und vorgesorgt." (81-jähriger Mann, rüstig)*

Auch wenn hochaltrige Menschen so lange wie möglich in ihrer eigenen Wohnung bleiben wollen, gibt es dennoch eine Gruppe von Personen, die sich einen Umzug grundsätzlich vorstellen könnte. Insbesondere das Versterben des Partners oder der Partnerin kann ein Anlassfall sein, die Wohnsituation zu überdenken und eine Veränderung in Betracht zu ziehen, beispielsweise einen Umzug in ein Seniorenwohnheim oder in eine betreute Wohnform. In den letzten Jahren haben sich auch eine Reihe verschiedener **neuer Wohnmodelle** entwickelt, etwa Senior/innen-WGs, in der ältere Menschen gemeinsam in einer Wohnung wohnen, damit speziell auf die Bedürfnisse dieser Gruppe eingegangen werden kann, oder auch intergenerationelle Wohnversuche. Unter den interviewten Hochaltrigen findet sich eine 85 Jahre alte Frau, die bereits einmal an einem innovativen intergenerationellen Wohnprojekt („Wohnen für Hilfe") teilgenommen hat und ihre eher negativen Erfahrungen damit schildert. Bei diesem Wohnprojekt ging es darum, dass Studierende mit älteren, allein lebenden Menschen zusammen wohnen und diese im Alltag unterstützen. Die erste Studentin, die bei ihr eingezogen ist, hat sich laut der Angaben der Teilnehmerin allerdings nicht mit ihr beschäftigt und sie auch in keiner Weise unterstützt:

„'Wohnen gegen Hilfe' heißt das. Kennen Sie die Aktion? War ich dort in der Mensa, hab ich ein Pech gehabt. Die erste [Studentin]. […] Ausgesprochenes Pech. Abgesehen davon keine Manieren. […] Wenn sie fort gegangen ist, […] hab ich gehört die Tür zuschlagen. Ach so, ist die jetzt gegangen. Sie geht da runter von der Stiege. […] Glauben Sie, die hätte bei der Tür [gesagt]: 'Guten Morgen', oder: 'Ich geh weg, Wiederschauen'. Null! Drei Wochen oder sechs Wochen so was. Ich hab mir nur gedacht, es wird besser, warten wir. Sie wird sehen, wie es da ist. Aber null gefragt: 'Wie geht's Ihnen?' Oder: 'Sind Sie verkühlt, soll ich Ihnen was einkaufen? Ich geh in die Stadt, soll ich was mitbringen?' Oder so. So was können Sie sich nicht vorstellen. […] Ich glaub, das ist nicht der Sinn des Wohnens gegen Hilfe oder abgesehen davon, dass ich gar keine Hilfe hab." (85-jährige Frau, pre-frail)

Nachdem sich die Frau bei den Organisatoren des Projekts beschwert hat und die erste Bewohnerin ausgezogen ist, wurde ihr eine neue Studentin zugewiesen, mit der sie dann schließlich doch ausgesprochen zufrieden war.
Da diese Studienteilnehmerin im Sample einen Einzelfall darstellt und keine weiteren Erfahrungen hochaltriger Personen zu alternativen Wohnformen vorliegen, lassen sich an dieser Stelle freilich keine verallgemeinernden Aussagen daraus ableiten. D.h. es handelt sich hierbei lediglich um eine einzelne, subjektive Erfahrung, die auch als solche zu betrachten ist. Gleichwohl mag damit ein potentielles Problem angesprochen sein, mit dem innovative Wohnprojekte in der Praxis eventuell öfter konfrontiert sind.

4 Pflege und Betreuung

Das Thema Pflege und Betreuung älterer Menschen gewinnt aufgrund der steigenden Lebenserwartung in Österreich und allen anderen europäischen Ländern an Bedeutung. Einerseits ist diese mit der Möglichkeit einer stärkeren Teilhabe älterer Menschen an der Gesellschaft bis ins hohe Alter verbunden, andererseits aber auch mit einem Zunehmen chronischer und mehrfacher Krankheiten und damit einem größeren Bedarf an Pflegeleistung und Langzeitbetreuung. Hochaltrige Personen sind dabei bereits heute jene Gruppe, die am häufigsten Pflege- und Betreuungsdienste in Anspruch nimmt.
Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die subjektiven Vorstellungen hochaltriger Personen zu Pflege und Betreuung sowie die Betreuungssituation pflegebedürftiger hochaltriger Personen, die an der ÖIHS teilgenommen haben. Auch die Bedeutung und die Funktion des Pflegegelds im Alltag pflegebedürftiger Personen werden angesprochen. Die dargestellten Fallbeispiele bieten ein umfangreiches Bild über Pflege und Betreuung aus der Sicht von hochaltrigen Personen mit und ohne Pflegebedarf und erlauben durchaus spannende Einblicke in das österreichische System der Pflege und Langzeitbetreuung in der Praxis.
Das Kapitel gliedert sich in drei Teile. Während im ersten Teil subjektive pflegebezogene Vorstellungen von Teilnehmer/innen beschrieben werden, die zum Zeitpunkt des Gesprächs keinen Pflege- oder Betreuungsbedarf hatten, wird im zweiten Teil die Pflege- und Betreuungssituation von pflegebedürftigen Personen in zwei verschiedenen Betreuungs-Settings analysiert (Pflegeheim und Privathaushalt). Der dritte Teil befasst sich schließlich mit der Bedeutung und der Funktion des Pflegegelds in der Praxis.

4.1 Pflege und Betreuung in den subjektiven Deutungen nicht pflegebedürftiger Hochaltriger

Die Vorstellungen von Pflege und Betreuung im Alter bei Personen, die selbst (noch) keinen Betreuungsbedarf haben und noch zuhause leben, sind stark geprägt von der jeweiligen Familien- und Wohnsituation, sowie von den Erfahrungen im persönlichen Umfeld mit der Pflege und Betreuung anderer.

„Nur nicht ins Heim, vor dem hab ich Angst“

Was allen interviewten hochaltrigen Personen, sofern sie selbst noch nicht pflegebedürftig sind, gemeinsam ist, ist, dass für sie die Vorstellung, in ein Pflegeheim zu ziehen, eher abschreckend wirkt. Ein Interviewpartner nimmt hier sogar explizit das Wort Angst in den Mund:

> *„Nur nicht ins Heim, vor dem hab ich Angst. […] [Die Leute dort] sitzen am Tisch beieinander, und keiner redet ein Wort. Der eine starrt den anderen an. […] Sitzt halt da wie ein Häufchen Elend. Furchtbar, wenn du nicht mehr weißt, was du tust. Vor dem hab ich Angst. […] Als ein Alter wär's gut, wenn man was anstellt, dann kommt man ins Gefängnis – dort wird man besser betreut ((lacht)).“ (85-jähriger Mann, rüstig)*

Das Leben im Pflegeheim wird häufig als nicht mehr lebenswert vorgestellt:

> *„Die [Leute im Pflegeheim] haben vom Leben nichts mehr gehabt. Also so was möchte ich nicht.“ (80-jähriger Mann, frail)*

Vielfach schwingt in den Erzählungen über Pflegeheime vor allem die Sorge mit, selbst nicht mehr entscheidungsfähig zu sein. Eine Person meint sogar, sich bei Eintreten von Pflegebedürftigkeit sofort das Leben nehmen zu wollen:

> *„Wenn es bergab geht, geht es nur noch bergab. Dann hört der erfüllte Alltag auf. Dann wird es nur ein Leidensweg für mich und meine Frau. Und dann mach ich einfach Schluss." (85-jähriger Mann, rüstig)*

Lediglich zwei (männliche) Teilnehmer geben an, sich vorstellen zu können, eventuell mit der Partnerin in ein Heim zu ziehen bzw. bereits in einem Heim angemeldet zu sein. Aber auch diese Personen ziehen Alternativen wie etwa eine 24-Stunden-Betreuung im eigenen Haushalt in Betracht, selbst wenn dies einen teilweisen Umbau des eigenen Hauses erforderlich machen würde.[54] Mitunter wird auch angegeben, die Wahl der Betreuungsform eher den Kindern zur Entscheidung zu überlassen.

Insgesamt zeigt sich, dass zwischen Interviews mit Teilnehmer/innen aus der Steiermark und solchen aus Wien darin Unterschiede bestehen, inwieweit im Fall einer in Zukunft möglicherweise eintretenden Pflegebedürftigkeit auch Unterstützung vonseiten der Familie erwartet wird. Während in der Steiermark häufig auf Angehörige verwiesen wird, von denen entweder mit Blick auf die Organisation von Pflegearrangements oder aber auch durch Leistung von Pflegetätigkeiten Hilfe gewünscht wird, nennen Personen in Wien unabhängig von der eigenen Familiensituation eher andere Möglichkeiten. Dazu zählen die Organisation einer 24-Stunden-Betreuung, der Umzug in ein Wohnheim, das Engagieren einer Heimhilfe oder der barrierefreie Umbau der Wohnung. In der Steiermark hingegen wird, sowohl im ländlichen als auch im städtischen Bereich, eher der Wunsch geäußert bzw. sogar davon ausgegangen, dass Kinder oder Partner/in für die Betreuung zuständig wären. Von den Töchtern wird dabei eher erwartet, dass sie selbst Betreuungsleistungen erbringen, während Söhne vor allem zur Organisation von sozialen Diensten herangezogen würden. Diese Erwartungshaltung spiegelt auch die Tatsache wider, dass Pflege- und Betreuungsaufgaben nach wie vor in erster Linie von Frauen (insbesondere von Partnerinnen, Töchtern und Schwiegertöchtern) übernommen werden (Huber et al. 2009; Colombo et al. 2011).

Pflege als Tabuthema

Gleichzeitig ist feststellbar, dass Pflege und Betreuung Themen sind, über die von vielen hochaltrigen Menschen weder gerne nachgedacht noch gesprochen wird. So wird z.B. gelegentlich auf die Frage nach den eigenen Wünschen und Vorstellungen für den Fall einer möglicherweise einmal eintretenden Pflegebedürftigkeit auf *„gute Gene"* verwiesen *(81-jährige Frau, rüstig)* oder der Wunsch genannt, einfach *„tot umzufallen" (83-jährige Frau, rüstig),* und damit die Nicht-Beschäftigung mit solchen Fragen signalisiert und zugleich auch gerechtfertigt. Teilweise finden sich auch religiös motivierte Aussagen, in denen das eigene „Altersschicksal" gleichsam in Gottes Hände gelegt wird:

> *„Aber ich habe, ich würde sagen [...] ich habe ein Gottvertrauen, religiös, ja freilich, ich bin religiös. [...] Und ich wünsche mir immer, dass es so kommt, wie es für mich am besten ist." (80-jährige Frau, rüstig)*

[54] Laut den gesetzlichen Bestimmungen zur 24-Stunden-Betreuung (BGBl. I Nr. 33/2007) muss die Betreuungskraft in die Hausgemeinschaft aufgenommen werden. Dazu gehört etwa ein eigener Wohnbereich und Verpflegung.

Einigen Personen ist allerdings auch der Zwiespalt deutlich anzumerken, in dem sie sich hinsichtlich einer möglichen zukünftigen Pflegebedürftigkeit befinden, wie dieser kurze Ausschnitt aus dem Gespräch mit einer 81-jährigen Frau zeigt:

I (Interviewer/in): „Und jetzt? Wenn Sie Pflege brauchen würden, welche Möglichkeiten würden Sie in Anspruch nehmen?"

T (Teilnehmerin): „Das weiß ich noch nicht. Wie gesagt, keine Ahnung, keine Ahnung. Wenn ich vielleicht nicht mehr kann, dass ich mir jemanden nehme, der mir hilft. Was weiß ich. Nein, da drüber denk ich nicht nach. Nein, wirklich nicht."

[…]

I: „Sie haben es eh schon gerade angesprochen: Also es beschäftigt Sie schon, wie es einmal sein wird, wenn es von der Gesundheit nicht mehr so geht?"

T: „Ja, ja. Das ist das einzige, wo ich mir denk... Aber wie gesagt, momentan ist es noch nicht so weit."

I: „Machen Sie sich trotzdem häufig darüber Gedanken?"

T: „Nein, nicht häufig, aber manchmal denk ich mir das schon. Ich glaub, das ist natürlich. Ich weiß es nicht. Aber wie gesagt, zur Last möchte ich niemanden fallen."

I: „Und reden Sie auch mit jemandem darüber?"

T: „Nein." (81-jährige Frau, rüstig)

Während einerseits über eine mögliche zukünftige Pflegebedürftigkeit durchaus nachgedacht wird, geben viele der interviewten Hochaltrigen an, dass sie mit Angehörigen über Fragen der Pflege und Betreuung nicht sprechen können oder wollen und dieses Thema daher tendenziell vermeiden. Gleichzeitig ist bei vielen die Sorge vorhanden, niemandem zur Last fallen zu wollen, was aber auch impliziert, dass eine Unterstützung beispielsweise durch die eigenen Kinder durchaus in Erwägung gezogen oder zumindest erhofft wird. Viele hochaltrige Personen antworten daher eher ausweichend oder nennen das Pflegeheim trotz ihrer Abneigung gegen diese Form der Betreuung als mögliche Alternative. Dies gilt vor allem dann, wenn es keine eigenen Kinder gibt. So meint eine alleinstehende und kinderlose Frau, ihren Angehörigen (z.B. Nichten) Betreuungsaufgaben nicht „zumuten" zu können. Sie ist allerdings besorgt, selbst eine ausreichende Betreuung (etwa durch soziale Dienste) nicht organisieren zu können:

„Da ist es natürlich auch, wenn man nicht mehr kann, dass man noch jemanden haben muss, der das auch irgendwie organisiert. Weil ich weiß ja nicht, wie man dann beisammen ist." (83-jährige Frau, rüstig)

Bei Personen, die selbst Betreuungsaufgaben übernehmen oder in der Vergangenheit übernommen haben, ist im Vergleich zu anderen Personen eine etwas differenziertere Betrachtungsweise festzustellen, was etwa die Verfügbarkeit oder Adäquatheit von Pflegediensten angeht. Hier wird oft auch auf bekannte Arrangements verwiesen, zum Beispiel *„wie bei der Schwiegermutter" (81-jähriger Mann, rüstig)*.

Nur sehr vereinzelt thematisiert werden von noch nicht pflegebedürftigen Hochaltrigen Fragen der Finanzierung von in Zukunft möglicherweise erforderlichen Pflegeleistungen. Eine 80-jährige Frau etwa überlegt, ihr Haus altersgerecht umzubauen, um den

Kindern mehr Geld hinterlassen zu können, welches andernfalls für kostenintensivere Betreuungsformen wie etwa ein Pflegeheim verwendet werden müsste.
Ein männlicher Teilnehmer, der selbst seine chronisch kranke Ehefrau seit vielen Jahren betreut, beklagt, dass – laut eigener Erfahrung – bei höherem Einkommen die Kostenbeiträge für eine Heimhilfe zu hoch seien und er für sich selbst daher eher auf privat organisierte 24-Stunden-Betreuung zurückgreifen würde.
Möglich ist also angesichts dieser Befunde, dass die Finanzierung von Pflege- und Betreuungsdiensten bei noch gutem körperlichem Allgemeinzustand (noch) ein wenig relevantes Thema darstellt. Dies könnte wiederum damit zu tun haben, dass Pflege ganz offensichtlich ein Tabuthema darstellt und nur wenig darüber nachgedacht oder gesprochen wird, welche konkreten Möglichkeiten für eine Pflege und Betreuung in Frage kämen.

4.2. Leben und Betreuung in einem Pflegeheim

Insgesamt sieben der in qualitativen Interviews befragten Personen leben in einem Pflegeheim. Manche von ihnen leben dort seit bereits zehn Jahren. Die Gründe für den Umzug ins Pflegeheim sind bei den interviewten Pflegeheimbewohner/innen sehr unterschiedlich. In den meisten Fällen fand er wegen akuter Gesundheitsprobleme statt, etwa nach einem Schlaganfall, einem Sturz oder einer Krebsoperation. Eine Person entschied sich nach dem Tod ihrer Mutter für einen Wechsel ins Pflegeheim, und zwei Personen gaben an, aufgrund der gesundheitlichen Probleme des Ehemanns bzw. der Ehefrau mit diesem bzw. dieser gemeinsam ins Heim gezogen zu sein. In einigen Fällen konnten sich die Teilnehmer/innen nicht mehr genau daran erinnern, was zum Umzug ins Heim geführt hat. Wo Kinder vorhanden sind und zu diesen auch Kontakt besteht, wurden die Pflegeheimbewohner/innen größtenteils von diesen dabei unterstützt, ein Pflegeheim zu finden. In anderen Fällen erfolgte der Kontakt direkt über das Krankenhaus nach einer Operation, über Nachbarn oder auch über Selbsthilfegruppen und andere Hilfsorganisationen (z.B. Rotes Kreuz).

Erleichterung durch Rundumversorgung

Der Großteil der interviewten Pflegeheimbewohner/innen äußert überraschenderweise ein überwiegend positives Befinden und eine große **Zufriedenheit mit der eigenen Situation** im Pflegeheim. Dies steht insbesondere in starkem Kontrast zu der negativen Vorstellung, die (noch) nicht pflegebedürftige Personen vom Leben in einem Pflegeheim haben (siehe oben Kapitel 4.1). Alle Heimbewohner/innen, mit denen Gespräche geführt wurden, geben an, sich in ihrer Betreuungssituation im Prinzip wohl zu fühlen. So äußert eine 82-jährige Frau den Wunsch, *„für immer“* im Heim zu bleiben, da es *„wirklich schön“* sei, *„wie in einem Luxushotel“ (82-jährige Frau, pre-frail)*. Auch ein 83-jähriger Mann, der gemeinsam mit seiner Ehefrau ins Heim gezogen ist, meint, es sei so als ob er *„echt daheim wäre“*. Er fügt hinzu:

> *„Ja und so dürfte ich nicht sagen... also mir gefällt es auf jeden Fall, [...] daheim mussten wir immer alles selber machen und so – da hast alles, kriegst alles. Kriegst alles.“ (83-jähriger Mann, pre-frail)*

Schließlich betont er auch, mit der Gesamtsituation äußerst zufrieden zu sein und nichts ändern zu wollen. Für ihn stellt das Pflegeheim aufgrund des Pflegebedarfs seiner Partnerin, mit er gemeinsam ins Pflegeheim gezogen ist, außerdem eine zusätzliche Entlas-

tung dar, da er sich bei etwaigen gesundheitlichen Problemen seiner Ehefrau laut eigener Aussage sonst leicht überfordert fühlen würde.
Auch über die **Betreuung im Heim** und den Kontakt mit Ärzt/innen und Pflegepersonal äußern sich durchweg alle interviewten Heimbewohner/innen recht zufrieden. Kritisiert werden vereinzelt eher strukturelle Faktoren wie die Essenszeiten oder das mangelnde Ausflugsprogramm. Andere Personen wiederum loben das Angebot an Aktivitäten im jeweiligen Heim, auch wenn nur einer der interviewten Pflegeheimbewohner angibt, am Programm teilzunehmen (z.B. Kegeln, Schwimmen). Besonders auch der Geduld des Personals im Heim wird in vielen Interviews Anerkennung entgegengebracht.

Viele Heimbewohner/innen zeichnen sich im Interview durch eine auffällig realistische Einschätzung ihrer eigenen Situation aus. In Anbetracht altersbedingter körperlicher Einschränkungen erscheint das selbständige Leben in einer eigenen Wohnung als kaum noch möglich und der Umzug in ein Pflegeheim – sofern keine anderen Optionen vorhanden sind – als die logische Alternative. Eine kinderlose, seit vielen Jahren verwitwete Frau, die nach einem Sturz vor drei Jahren pflegebedürftig geworden und daraufhin in ein Heim gezogen ist, bringt dies folgendermaßen auf den Punkt:

> *„Das geht nicht, ich bin froh, dass ich da weg bin von der Wohnung. Ich sag's ehrlich: Was nicht geht, geht nicht." (84-jährige Frau, frail)*

Zuhause sei sie nur mehr *„zum Sterben da"* gewesen, während sie sich im Pflegeheim äußerst gut versorgt fühlt: *„Was kann mir Besseres passieren, was würde ich machen? Verhungern!"*

Abhängigkeit von informellen Unterstützungsleistungen

Ein interessantes Ergebnis der qualitativen Interviews ist, dass viele Pflegeheimbewohner/innen, obwohl sie in einem Heim leben und eine entsprechend intensive Betreuung erhalten, nach wie vor und in einem durchaus erheblichen Ausmaß auch auf Unterstützungsleistungen durch Angehörige oder andere Personen außerhalb des Heims angewiesen sind. Diese Unterstützungsleistungen betreffen vor allem ganz **alltägliche Verrichtungen** wie Wäsche waschen, Einkaufen oder auch Frisieren. Auch wenn es um Spaziergänge oder dergleichen geht, sind Pflegeheimbewohner/innen – vor allem wenn sie mobil bereits sehr eingeschränkt sind – von Angehörigen abhängig.
Ein 82-jähriger Wiener, der seit einer Krebsoperation vor eineinhalb Jahren im Rollstuhl sitzt und im Pflegeheim lebt, berichtet etwa, dass er auf Besuche seiner Tochter angewiesen ist, um einmal „rauszukommen", da es ihm selbst offenbar nicht erlaubt ist, das Heimgebäude alleine zu verlassen, worunter er sehr zu leiden scheint:

> *„Weiß nicht wie weit es ist, dass ich da unten hin könnt, draußen im Garten da. Aber raus das Haus verlassen darf ich nicht ohne Begleitung. Und die Begleitung muss ich zuerst da angeben. [...] Dass sie überhaupt wissen, dass ich eine Begleitung hab. Nicht dass ich wieder die Stiege runter geh und verschwinde." (82-jähriger Mann, frail)*

Die Angewiesenheit auf Unterstützungsleistungen durch Angehörige auch im Pflegeheim verweist darauf, dass bestimmte, durchaus basale Bedürfnisse das Alltags durch die institutionelle Betreuung im Pflegeheim nicht hinreichend abgedeckt werden und aus strukturellen Gründen oft wohl auch gar nicht abgedeckt werden können. Eine regelmäßige Begleitung von Heimbewohner/innen, etwa auf Spaziergängen, kann durch das Pflegepersonal im Heim schwerlich geleistet werden. Andere Leistungen, wie z.B. das

Wäsche waschen, werden wiederum von Pflegeheimen in der Regel zwar angeboten, allerdings sind diese auch mit zusätzlichen Kosten verbunden, die speziell bei einer unterdurchschnittlichen finanziellen Ausstattung nicht von allen Heimbewohner/innen getragen werden können oder wollen. Hier ergibt sich dann die Notwendigkeit, dass diese Leistungen von Angehörigen oder anderen Personen aus dem privaten Umfeld des/der Heimbewohner/in übernommen werden.

Angst zur Last zu fallen

Nicht zuletzt dieser Abhängigkeit von informellen Betreuungsleistungen dürfte es geschuldet sein, dass auch von Personen, die im Pflegeheim leben, sehr häufig die Sorge geäußert wird, Angehörigen zur Last zu fallen. Insbesondere die finanzielle Belastung, die mit einem Heimaufenthalt verbunden sein kann, bereitet einigen der Interviewpartner/innen sichtliches Unbehagen, wie z.B. folgende Aussage einer 83-jährigen Frau – die bereits auch an früherer Stelle zitiert wurde – belegt. Sie plagt ein schlechtes Gewissen, da ihr Sohn für sie einen Regressbeitrag von rund 400 Euro pro Monat zahlen muss[55], obwohl er ihrer Meinung nach das Geld viel dringender für seine eigenen Kinder brauchen würde:

> *„Mir kommen schon oft so Gedanken, so oft. Habe ich mir schon oft gedacht, weil mir immer mein Sohn leid tut, weil er sehr viel zahlen muss für mich. Habe ich mir schon oft gedacht: 'Was ist, wenn ich da einmal runter hüpfe?' Hinauf auf ein Auto, und wenn ich wüsste, dass ich tot bin. Das kommt einem schon oft so in Gedanken. Aber das darf man nicht, so was. Als Christ darf man das nicht denken." (83-jährige Frau, pre-frail)*

Entsprechend der verbreiteten Sorge vor einer zu starken Belastung von Angehörigen, wird in den Interviews praktisch auch nie ein Vorwurf laut, zu wenig familiäre Unterstützung zu erhalten oder womöglich gar ins Heim „abgeschoben" worden zu sein. Stattdessen zeigt sich ein großes Verständnis dafür, dass die Kapazitäten von Angehörigen, für ihre pflegebedürftigen Eltern zu sorgen, begrenzt sind, insbesondere aufgrund von Berufstätigkeit, und dass daher am Ende auch an einem Umzug ins Pflegeheim kein Weg vorbeigeführt hat. Diese Selbstverständlichkeit, mit der die interviewten Heimbewohner/innen ihre Situation annehmen, erscheint allerdings gerade vor dem Hintergrund der Sorge, eine Last für die Angehörigen zu sein, in einem etwas anderen Licht. Es könnte sich darin unter Umständen nämlich auch eine Art Rationalisierung des Pflegeheimaufenthalts zu einer logischen und unausweichlichen Notwendigkeit ausdrücken, obwohl der Umzug ins Heim für einige Teilnehmer/innen möglicherweise auch schmerzhaft und mit Enttäuschungen verbunden war. Solche Erfahrungen und Gefühle kommen in den Interviews jedoch praktisch nie zur Sprache, ja werden regelrecht dethematisiert. Nur in relativ seltenen Fällen verschaffen sich Gefühle dieser Art Ausdruck und wird hinter dem Verständnis für die Kinder und der kommunizierten Sorge und dem schlechten Gewissen auch die Kränkung erkennbar, die die Erfahrung, zur Last zu fallen, bedeuten kann. So etwa in folgendem Zitat eines 82-jährigen Mannes, der von den regelmäßigen Besuchen seiner Tochter erzählt:

[55] Mit 1. Juli 2014 wurde der Pflegeregress für Angehörige in der Steiermark, wo dieser als einzigem österreichischem Bundesland noch bestand, bis auf Weiteres wieder abgeschafft (Presseinformation des Landes Steiermark: http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/11636809/72574934/, zuletzt aufgerufen am 8. 4. 2015).

„Ich sag oft zu ihr, dass sie sagt, dass sie so viel Arbeit hat. 'Na, dann wärst daheim geblieben. Warum kommst denn her?' Sie sagt: 'Du wartest ja alleweil auf mich'." (82-jähriger Mann, frail)

Ähnlich vorsichtig und differenziert sind wahrscheinlich auch all die eingangs konstatierten positiven Bewertungen von Pflegeheimbewohner/innen hinsichtlich der eigenen Situation im Heim zu interpretieren. Dies nicht zuletzt deshalb, da diese Bewertungen in auffälligem Widerspruch zu den Befunden aus der quantitativen Erhebung stehen, die insbesondere deutlich erhöhte Depressionsraten sowie auch niedrigere Lebenszufriedenheitswerte in Pflegeheimen ergeben hat. Auch hier ist zu vermuten, dass in der relativ hohen Zufriedenheit, wie sie sich in den qualitativen Interviews mit Heimbewohner/innen artikuliert, eine Art Anpassung bzw. ein Sich-Fügen in die konkrete Lebenssituation zum Ausdruck kommen könnte, die in Ermangelung greifbarer Alternativen mehr oder weniger hingenommen wird.

4.3 Leben und Betreuung zu Hause

Sowohl in Österreich als auch in vielen anderen europäischen Ländern hat die politische, soziale und finanzielle Bedeutung der Betreuung von pflegebedürftigen älteren Menschen in ihrem eigenen Zuhause in den letzten Jahren zugenommen. Unter dem Motto „ageing in place" oder „mobil vor stationär" werden Betreuungsformen gefördert, die es älteren Menschen ermöglichen, mit Hilfe von mobilen Diensten oder Angehörigen trotz vorhandenem Pflegebedarf möglichst lange in ihren eigenen vier Wänden zu verbleiben (Colombo et al. 2011; Stadt Wien 2014). Tatsächlich entspricht dies laut Umfragen auch dem Wunsch der großen Mehrheit der älteren Menschen in Österreich und anderen europäischen Ländern (Europäische Kommission 2007; IFES 2010).
Von den Personen, die in qualitativen Interviews befragt wurden, und bei denen ein gewisser Pflegebedarf vorhanden ist, stellt jene Gruppe von Personen, die zuhause versorgt wird, die größte dar. Fast alle der im Folgenden beschriebenen Personen erhalten Pflegegeld, überwiegend in den Stufen 1, 2 oder 3, in einem Fall Stufe 6. Nur zwei Personen, in denen offensichtlich Pflegebedarf vorhanden ist, bekommen kein Pflegegeld: In einem Fall lehnte die Teilnehmerin selbst den Erhalt des Pflegegelds ab, in einem anderen Fall wurde nie Pflegegeld beantragt. Die Ergebnisse zur Bewertung und zur Verwendung des Pflegegelds sind in Kapitel 4.4 gesondert beschrieben.

Wunsch nach flexiblerer Versorgung mit mobilen Diensten

Zu den wichtigsten Ergebnissen in diesem Abschnitt zählt, dass sich viele Teilnehmer/innen eine flexiblere Versorgung mit mobilen Diensten (wie z.B. Heimhilfe) wünschen würden. Während die eigentliche Versorgung selbst bei höherem Pflegebedarf sehr gut zu funktionieren scheint, werden soziale Dienste häufig dafür kritisiert, dass sie für kleinere, aber grundlegende alltägliche Tätigkeiten und Verrichtungen, bei denen alte Menschen oftmals Hilfe brauchen (wie z.B. das An- und Ausziehen von Schuhen oder Strümpfen oder das Anbringen von Schmerzpflastern), entweder aufgrund der fixen Termine keine zureichende Unterstützung bieten oder dass eine entsprechend effektive und umfassende Betreuung durch mobile Dienste schlicht zu kostspielig wäre. Solche Unterstützungsleistungen müssen dann erst recht, soweit möglich, von Angehörigen übernommen werden. So meint etwa ein 83-jähriger Mann, der im Alltag überwiegend von seiner Lebensgefährtin betreut wird:

„Zum Beispiel brauche ich… ich hab ein Schmerzpflaster, das muss ich alle drei Tage kleben, das kann ich mir nur auf den Rücken [kleben]. Man könnte es zwar auf die Schenkel auch kleben, aber mir haben sie es halt so gelernt, auf den Rücken. Das kann ich mir nicht, das muss mir auch sie [Lebensgefährtin, Anm.] machen. Das sind verschiedene Sachen, wo man eingeschränkt ist in der Bewegung, in der Ausführung. […] Ja, da könnte ich nicht sagen, irgendeine Heimhilfe oder sowas. Die kommt von acht bis zehn vielleicht, und wenn ich um zehn am Abend die Strümpfe ausziehen will, oder wenn ich schon um sieben einmal die Schuhe ausziehen will, ist niemand da." (83-jähriger Mann, pre-frail)

Eine 83-jährige Wienerin, die alleine lebt, weist darauf hin, dass das Abholen von Arztrezepten für pflegebedürftige ältere Menschen ein Problem darstellen kann, insbesondere wenn diese allein leben. In ihrem Fall wird diese Aufgabe von der Tochter übernommen. Auch das tägliche An- und Ausziehen von Stützstrümpfen ist laut dieser Frau eine Herausforderung, die selbst mit sozialen Diensten nur schwer bewältigt werden kann:

„Also, ich habe mir jetzt lieber die Krampfadern wachsen lassen als Stützstrümpfe zu tragen, weil, bitte, eines kann ich nicht… Ich weiß das von einer Dame auf der Nachbarstiege, die einen Oberschenkelhalsbruch hatte und also alleinstehend ist und also Stützstrümpfe noch immer tragen muss. Sie tut es heute auch nicht mehr, weil es einfach zu viel kostet, wenn jemand von einem sozialen Dienst in der Früh kommt und nur hilft, die Stützstrümpfe anzuziehen. Zum Ausziehen kommt sie erst gar nicht, weil das kostet wirklich vierzig Euro. Und jetzt rechnen Sie sich bitte aus, wie viel allein das Anziehen, einmalige Anziehen am Tag [kostet]. Wer kann sich das bitte leisten? Ich habe eine ordentliche Pension, aber das kann ich mir nicht leisten." (83-jährige Frau, pre-frail)

Ähnlich wie dies bereits oben im Zusammenhang mit der Betreuung im Pflegeheim festgestellt wurde, ergibt sich also auch hier eine **relativ starke Abhängigkeit** pflegebedürftiger, hochaltriger Menschen **von ihren Angehörigen trotz formaler Betreuungsarrangements**. Bestimmte Leistungen, insbesondere die Unterstützung bei vergleichsweise banalen alltäglichen Verrichtungen, die gar nicht unmittelbar die Pflege der Person betreffen, die aber für das Wohlbefinden alter Menschen offensichtlich von durchaus großem Gewicht sind, können von professionellen Pflegediensten nicht so ohne Weiteres oder jedenfalls nicht hinreichend erbracht werden, sei es aus organisatorischen oder aus Kostengründen. Oft bleiben die Betroffenen daher parallel dazu weiterhin auf informelle Betreuungsleistungen, in erster Linie von Angehörigen, angewiesen.

Unterstützung und Pflege durch Angehörige

Generell erweist sich die Rolle von Angehörigen im Hinblick auf Pflege und Betreuung durch nahezu alle Interviews hindurch als groß. Dies betrifft dabei zunächst die **Organisation von Pflege- und Betreuungsdiensten**. Besonders anschaulich wird dies etwa im Fall eines 81-jährigen Wieners, der trotz Pflegestufe 6 nach wie vor von seiner Ehefrau zuhause gepflegt wird. Der Mann benötigt eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung und wird daher während der Nacht, neben der Ehefrau, auch von deren Sohn betreut. Die Ehefrau, die während des Interviews anwesend war, schildert mehrere Vorfälle, bei denen sie eingreifen musste, um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen. So könne ihr Ehemann, der unter einer Gangunsicherheit leidet, die Fahrten ins Krankenhaus (z.B. für Untersuchungen) mit dem Fahrtendienst nicht mehr ohne ihr Beisein machen. Er sei

einmal mit einer Platzwunde am Kopf und einmal mit einer anderen Verletzung zurückgekommen, weil er ihrer Meinung nach von den Sanitäter/innen nicht ausreichend gestützt bzw. am Arm gehalten wurde. Auch soll er einmal nach einer Operation vier Stunden lang im Krankenhaus vergessen worden sein. Insgesamt scheint die Versorgung mit ergänzenden sozialen Diensten aber sehr gut zu funktionieren, die u.a. unter gelegentlichem Einsatz privater Besuchsdienste oder Haushaltshilfen aus dem Bezirk durch die Ehefrau arrangiert wird. Allerdings müssten Angehörige immer „dahinter" sein und alles „durchorganisieren". Der Teilnehmer meint dazu:

> *"Das soziale Netz in Österreich kann ja nur durch das, weil eigene Leute ja die Hilfe… ohne diese Hilfe wär es ja ein Chaos für die alten Leute, ehrlich gesagt. [...] Also ohne die Hilfe, wenn ich meine Frau nicht hätte… was soll ich machen, soll ich mich eingraben, das ist ja sinnlos." (81-jähriger Mann, frail)*

Deutlich wird die zentrale Rolle von Angehörigen in den Interviews aber auch bei der **Pflege und Betreuung** hochaltriger Menschen selbst. Angehörige übernehmen dabei häufig genau jene Aufgaben, die mit Hilfe von externen Betreuungspersonen nur äußerst schwierig zu organisieren wären. Oft sind das, wie bereits erwähnt, vermeintlich kleine und alltägliche Dinge wie das An- und Ausziehen von Strümpfen und dergleichen. Auch Tätigkeiten, die möglicherweise für die Pflege der betreffenden Person an sich weniger zentral sind, aber das Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person stark beeinflussen können, wie beispielsweise das Frisieren bei Personen mit eingeschränkter Mobilität, fallen hier hinein. Ebenso wird die Erledigung administrativer Aufgaben meist von Angehörigen durchgeführt. Es ist also eine komplementäre Aufteilung von Pflege- und Betreuungsaufgaben zwischen sozialen Diensten und Angehörigen zu beobachten, die auch aus der Literatur bekannt ist (Motel-Klingebiel et al. 2005).
Stellvertretend hierfür steht folgendes Zitat einer 84-jährige Frau aus Wien, die hauptsächlich von ihrer Tochter betreut wird und diese aufgrund der umfassenden und vielfältigen Unterstützung, die sie von ihr erhält, als ihre „Managerin" bezeichnet:

> *„Na ja, in erster Linie geht sie mir einmal einkaufen, und dann tut sie mir – ach, so viel hilft sie mir dann, dann tut sie mir kochen, und meistens so, dass vielleicht noch für den nächsten Tag was ist, nicht? Sie kocht immer so viel, dass ich ihr gesagt hab, sie kocht wie für eine Kompanie Soldaten, da bleibt mir auf jeden Fall was. Und wenn irgendwelche Wege sind… oder ja, sie ist auch meine Managerin, habe ich gesagt, sie ist nicht nur die Köchin. Und sie nimmt mir die Wäsche ab und – na gut, da gibt es Maschinen, aber ich kann nicht einmal mehr die Wäsche aufhängen, weil mit den Schultern kann ich nicht hinauf. Und dann spielt sie auch Friseurin, tut mir die Haare waschen und eindrehen. Also alles. Ja." (85-jährige Frau, frail)*

Diese Aussage lässt sehr deutlich auch die Dankbarkeit spüren, die hochaltrige Menschen empfinden, die durch Angehörige gepflegt, betreut oder im Alltag unterstützt werden. Noch sichtbarer wird dies bei einer 85-jährigen Steirerin, die mit ihrer Tochter und deren Familie in einem Haus wohnt und sich *„wie Gott in Frankreich"* fühlt aufgrund der Betreuung durch ihre Familie:

> *"Und die Tochter, die da Bäuerin ist, schaut so schön auf mich – die ist mein Glück. Und auch der Schwiegersohn und die Enkel. [...] Ich lebe wie Gott in Frankreich. Die Tochter schaut ja so schön auf mich." (83-jährige Frau, pre-frail)*

Diese Aussagen verdeutlichen also die überaus wichtige Rolle, die Angehörige als informelle Betreuungspersonen spielen. Gleichzeitig zeigt sich aber auch wieder – wie das in einem früheren Abschnitt bereits angesprochen wurde – eine auffällige **Idealisierung der Familie** und der Betreuung durch Angehörige in den Aussagen der Teilnehmer/innen. Bei der Interpretation solcher Aussagen ist freilich immer zu bedenken, dass Pflegebedürftigkeit stets ein Abhängigkeitsverhältnis konstituiert, das es für die Betroffenen sehr erschweren kann, mögliche Probleme oder auch Konflikte, die aus dem Abhängigkeitsverhältnis resultieren, zu artikulieren und offen anzusprechen. Hinzu kommt, dass familiäre Konflikte generell schambesetzt sind und daher gerade bei Problemen bei vielen Menschen die Neigung besteht, nach außen hin den Schein zu wahren. Idealisierungen, wie sie sich sehr stark in den Interviews mit den hochaltrigen Studienteilnehmer/innen identifizieren lassen, können, aber müssen natürlich nicht zwangsläufig auf solche „verschwiegenen" Konflikte hinweisen. Jedenfalls aber entsprechen Idealisierungen – eben weil sie Idealisierungen sind – nicht immer der Realität. Genaueren Aufschluss darüber könnte allerdings nur eine tiefenhermeneutische Auswertung der Interviews geben, die im Rahmen dieser Pilotstudie nicht geleistet werden kann.

Angst vor dem Pflegeheim

Was sich ebenfalls sehr deutlich aus den Gesprächen mit pflegebedürftigen Hochaltrigen ergibt, die zu Hause leben und betreut werden, ist – ähnlich wie bei Personen ohne Pflegebedarf – ein spürbares Unbehagen und vielfach auch Angst vor einem möglichen Umzug in ein Pflegeheim. In vielen Fällen zeigt sich, dass die Option eines Umzugs in ein Heim durchaus in Erwägung gezogen wird, wenn auch vielfach nur insgeheim und als eher gefürchtete Alternative. Mit Angehörigen wird nur ungern über alternative Betreuungsformen gesprochen oder darüber, was einmal sein wird, wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert und sich ein erhöhter Pflegebedarf einstellt.
Eine alleinlebende 85-jährige Steirerin, die derzeit von einer privaten Pflegerin und von ihrer Schwiegertochter versorgt wird, beschreibt dies folgendermaßen:

> *„Ich muss mir ja Gedanken machen, wenn ich das nicht mehr schaff da. Ich glaube, Heim oder... irgendein Heim. Die Frage geht schon da herum. Und da stoße ich bei mir… das hab ich meinen Kindern noch nicht gesagt. Sie denken schon, aber trauen sich nichts fragen: 'Mutti, wie stellst du dir das denn weiter [vor]?' Ich kann ja gar nimmer gerade gehen. Und das in einem Heim zu finden, wo man sich zu Hause fühlt... […] Aber [das sind] Gedanken im stillen Kämmerlein. Wenn Sie mich fragen, mit den Kindern hab ich das noch nicht [besprochen]." (85-jährige Frau, pre-frail)*

Im Fall eines 82-jährigen Mannes wurde die Option Pflegeheim bei Eintreten der Pflegebedürftigkeit zwar in Erwägung gezogen, aber von den beiden Söhnen des Teilnehmers abgelehnt, da er über ein eher hohes Einkommen verfügt und die zu zahlenden Kostenbeiträge daher ebenfalls relativ hoch gewesen wären. Der Mann sitzt im Rollstuhl, ist inkontinent und kann seine Wohnung nicht verlassen. Dreimal täglich kommt eine Hauskrankenpflege zu ihm sowie einmal wöchentlich eine Heimhilfe für diverse Botengänge. Zusätzlich kaufen seine beiden Söhne für ihn ein. Auch er betont, nicht in ein Pflegeheim ziehen zu wollen, wenngleich er die Hauskrankenpflege („Heimpflege") als *„unangenehm"* empfindet. Insgesamt hat er sich mit diesem Arrangement aber abgefunden:

„Und da war halt die Frage, was machen sie mit mir, in ein Heim oder was, und da haben sie sich erkundigt eben, das war wahnsinnig teuer, also ein normales Seniorenheim wäre gegangen, aber das Pflegeheim ist zu teuer. Da haben sie eben dann die Heimpflege entdeckt sozusagen [...]. Und das hat sich dann ergeben, die Heimpflege da ist ja nicht die Schlechteste, es gibt etwas Schlechteres.“ (82-jähriger Mann, frail)

Zwei Teilnehmerinnen berichten davon, dass die Frage nach einer alternativen Betreuungsform, etwa in einem Pflegeheim, bereits mit Angehörigen besprochen wurde. In beiden Fällen war die Ansprechperson die Tochter, die jeweils auch die Hauptbetreuungsperson darstellt. Von dieser wurde – eher zur Erleichterung der beiden Personen – die Option eines Umzugs in ein Pflegeheim in beiden Fällen sofort abgelehnt:

„[…] wobei ich meiner Tochter angetragen habe, wenn es einmal so schlecht mit mir ist, gehe ich auch in ein Heim. Das will sie aber nicht. Ja. Da greifen wir dann unser Spargeld an." (83-jährige Frau, pre-frail)

„Weil jeder hängt an seinen eigenen vier Wänden, wo er gelebt hat, das ist ganz natürlich. Und das Umstellen ist dann für jeden alten Menschen sehr schwer. Also ich möchte es nicht erleben, ich hab auch zu meiner Tochter gesagt, ich bin neugierig, wann ihr mich abschiebt, da wird sie ganz fuchsteufelswild, nicht, das kommt auch nicht in Frage.“ (84-jährige Frau, frail)

Besonders die zweite Teilnehmerin empfindet die Vorstellung eines Aufenthalts im Pflegeheim als sehr beängstigend. Sie war auch selbst zehn Jahre lang für die Pflege ihres Ehemannes zuständig und betont, dass sie ihn niemals „weggegeben“ hätte. Anstatt in ein Pflegeheim zu gehen, würde sie lieber *„selbst Schluss machen“*, wie sie ausführt:

„[...] aber da herumliegen und dann in einem Heim sein, wo man mich in eine Wanne hineinhängt, dass man mich wäscht und solche Sachen, das möchte ich nicht erleben, wirklich nicht. Ich habe mir sogar schon oft gedacht, dann mache ich halt selbst Schluss. Weil ich will nicht so herumliegen, das wäre schrecklich. Wenn man sich nicht mehr selber helfen kann." (84-jährige Frau, frail)

Mitunter werden von Teilnehmer/innen Pflegeheime auch damit in Verbindung gebracht, dass Leute dort nur noch „aufbewahrt werden“. Wie in den Aussagen von noch nicht pflegebedürftigen Personen ist also auch hier deutlich spürbar, dass der Gedanke an einen Umzug ins Pflegeheim mit großen Ängsten verbunden ist, wobei häufig vor allem die Sorge überwiegt, die Kontrolle über sich selbst zu verlieren.

4.4 Bedeutung und Funktion des Pflegegelds im Alltag pflegebedürftiger Hochaltriger

Das Pflegegeld ist das zentrale Instrument des österreichischen Langzeitpflegesystems. Es dient dazu, pflegebedingte Mehraufwendungen pauschal abzugelten und dazu beizutragen, auch bei Pflegebedürftigkeit ein selbstbestimmtes und nach persönlichen Bedürfnissen orientiertes Leben zu führen. Daher ist auch die Verwendung des Pflegegelds flexibel. Konkrete Vorgaben, wofür das Pflegegeld ausgegeben werden darf, gibt es keine. Es wird in sieben Stufen vergeben (je nach Bedarf an Pflegestunden pro Monat, ab

mindestens 60 Stunden), unabhängig von Einkommen und Ursache der Pflegebedürftigkeit. Die Beurteilung, ob Pflegebedarf besteht, findet üblicherweise durch einen Arzt/eine Ärztin im Haushalt der betroffenen Person statt (help.gv.at 2014).
Die Möglichkeit, das Pflegegeld nach persönlichen Bedürfnissen einzusetzen, wird von Personen, die mit Pflegebedarf zuhause leben, durchaus unterschiedlich genützt. Dabei sind grob *drei Gruppen* zu erkennen. Für einen Teil der Personen, die hauptsächlich von Angehörigen betreut werden, ist es selbstverständlich, das Pflegegeld an die jeweilige Hauptbetreuungsperson zu zahlen:

> *„Das kriegt die Tochter. Die schaut eh auf mich. Soll ich das Pflegegeld einstecken?" (82-jährige Frau, pre-frail)*

Andere Personen verwenden das Pflegegeld vorwiegend zur Finanzierung von formellen Unterstützungs- und Pflegeleistungen, z.B. Essen auf Rädern, Heimhilfe oder Hauskrankenpflege. Dies gilt vor allem bei jenen Teilnehmer/innen, die keine oder nur sporadische Unterstützung von Angehörigen bei Pflege und Betreuung erhalten.
Schließlich ist noch eine Gruppe von Personen erkennbar, die angibt, das Geld – trotz Hilfe von Angehörigen – für alltägliche Zusatzausgaben zu verwenden. Dazu zählen etwa Taxifahrten für Arztbesuche, rezeptfreie Medikamente aus der Apotheke oder auch ergänzende private Pflege- und Betreuungsdienste. Bei Personen, die in einem Pflege- oder Wohnheim leben, fließt das Pflegegeld üblicherweise direkt in die Deckung der Kosten der jeweiligen Einrichtung ein.

Alle interviewten Personen, die Pflegegeld erhalten, finden dieses als Instrument, um pflegebedingte Ausgaben abzudecken, nützlich. Kritisiert werden vereinzelt die Art der Evaluierung des Pflegebedarfs sowie die (zu geringe) Höhe des Pflegegelds:

> *„Bin schon zufrieden, dass ich es habe. Aber wenn es mehr wäre, schadet es nicht." (85-jährige Frau, frail)*

Insbesondere Personen mit geringerem Einkommen betonen, dass das Pflegegeld „notwendig" sei und dass die Inanspruchnahme von sozialen Diensten zur Entlastung von Angehörigen ohne das Pflegegeld „gar nicht möglich" wäre.
Die Art und Weise, wie Pflegebedarf evaluiert wird bzw. wie Pflegestufen an- oder aberkannt werden, wird von mehreren Personen angesprochen. Dies gilt wenig überraschend besonders bei jenen Personen, denen das Pflegegeld nach einiger Zeit gekürzt oder gestrichen wurde. So findet eine 82-jährige Grazerin, der das Pflegegeld nach ein bis zwei Jahren wieder aberkannt wurde, die Bewertung nicht nachvollziehbar:

> *„Ich find das irgendwo eh ein bisschen witzig. Wenn ich denk, so die ganzen Untersuchungen, was sie machen. Der [Arzt] sagt, du sollst zweimal hin und her gehen und der bestimmt dann, ob du was brauchst oder nicht. Ich mein, das ist, sagen wir, nicht das Wahre. Kommt mir halt vor. Aber wie gesagt, ich bin kein Arzt. Aber ob der Arzt feststellen kann, wenn ich da zweimal hin und her geh, ob ich gesund bin oder krank, das ist dahingestellt. Aber so ist es halt einmal." (82-jährige Frau, pre-frail)*

Ein 82-jähriger Wiener, der trotz zahlreicher gesundheitlicher Beschwerden und der Unfähigkeit, die Wohnung zu verlassen, zurückgestuft wurde, zeigt sich resigniert:

„Ich habe zuerst die Pflegestufe 4 gehabt, das war recht günstig, und jetzt haben sie mich runtergesetzt ab Jänner auf die Pflegestufe 3, weil ich angeblich schon so beweglich bin. Na, es lauft da eh was, das hätte ich ihm [dem Sohn, Anm.] gesagt, das geht nicht so weiter. Weil hat sich der Zustand gebessert praktisch… jetzt haben sie [die Söhne, Anm.] eine Klage eingereicht, das dauert auch wieder eine Weile, jetzt muss mehr untersucht werden, und vielleicht kriege ich meine Pflegestufe wieder zurück, werden wir sehen. Wenn nicht, kann man auch nichts machen. Also ich komm davon, es geht sich gerade aus." (82-jähriger Mann, frail)

Die Möglichkeit, Klage gegen die Pflegegeldeinstufung einzureichen, wird dabei vor allem von Angehörigen oder anderen Vertrauenspersonen übernommen. Auch im Fall einer demenzkranken Teilnehmerin im Pflegeheim lief zum Zeitpunkt des Gesprächs eine Klage durch die Angehörigen für eine Erhöhung des Pflegegelds. Bei einer Person, die in einem Wohnheim lebt, wäre es ebenfalls zu einer Aberkennung des Pflegegelds (Pflegestufe 1) gekommen, hätte sie nicht auf die Unterstützung durch eine Sozialarbeiterin zählen können, wodurch es letztendlich sogar zu einer Erhöhung des Pflegegelds kam:

„Naja, ich kann mich überhaupt nicht beschweren. Stufe zwei. Und das habe ich auch nur gekriegt, weil die Frau Sozialarbeiterin hat mit mir zum Gericht gehen müssen. Weil ein halbes Jahr haben sie es mir gegeben, eh klar, weil wegen der Hand, und dann hätten sie es mir weggenommen. Und bin ich da zur Frau L. [Sozialarbeiterin, Anm.] gegangen. Und die hat müssen zum Gericht gehen mit mir. Und hat sie zu mir gesagt: 'Reden Sie so wenig als möglich. Ich gebe Ihnen die Antwort oder ich stelle die Fragen.' Und wie wir heimgekommen sind oder heimgegangen sind, hat sie gesagt: 'Sehen Sie, jetzt kriegen Sie statt [Pflegestufe] eins die zweier.'" (80-jährige Frau, frail)

Es gibt also Hinweise darauf, dass es pflegebedürftigen Personen, die auf Unterstützung durch andere Personen im eigenen Umfeld zählen können, leichter fällt, erfolgreich Klage gegen als subjektiv falsch empfundene Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Pflegegeld einzureichen. Freilich sind dies lediglich Fallbeispiele, die keinen Aufschluss über das Funktionieren des Pflegegelds als Instrument per se geben können. Sie könnten aber durchaus als Anregung dienen, die Bewertung von Pflegebedarf besonders bei alleinstehenden Personen genauer zu durchleuchten.

Zwei Teilnehmerinnen, beide mit relativ hohem Einkommen, erhalten trotz vorhandenem Pflegebedarf kein Pflegegeld. In einem Fall wurde dieses von der Teilnehmerin selbst mit dem Argument abgelehnt, „genug Geld" zu haben, wobei dieser Ablehnung ganz offensichtlich auch ein falsches Verständnis über die Funktion des Pflegegelds zugrunde lag:

I (Interviewer/in): „Ja, beziehen Sie auch schon Pflegegeld?"

T (Teilnehmerin): „Nein, das habe ich abgelehnt."

I: „Das haben Sie abgelehnt?"

T: ((lacht)) „Ich habe nicht gewusst, dass da so viel zusammenhängt. Ich hätte nicht ablehnen sollen."

I: „Ja, wieso? Erklären Sie mir das einmal. Was ist damit gemeint?"

T: „Ich habe es abgelehnt. Ich habe gesagt, ich habe ja Geld genug ((lacht)), ich brauche es nicht."

I: „Ok. ((lacht))“

T: „Aber dass da so viele Organisationen daran hängen, dass ich dieses und das haben kann, das habe ich damals nicht gewusst, also bleibt es dabei.“

I: „Ok.“

T: „Wenn sie noch einmal fragen, werde ich sagen, [ich werde es] nehmen.“

(81-jährige Frau, rüstig)

In einem zweiten Fall wurde, trotz zahlreicher gesundheitlicher Probleme (u.a. schwere Osteoporose, Asthma, Schilddrüsenerkrankung) und äußerst eingeschränkter Mobilität, nie ein Antrag auf Pflegegeld gestellt. Die Begründung der Teilnehmerin lautet, dass sie es als „unsozial“ und „sozial ungerecht“ empfunden hätte, einen Antrag zu stellen, da sie aufgrund der Witwenpension aus dem sehr hohen Gehalt ihres Ehemannes bereits ein vergleichsweise hohes Einkommen habe:

„Und daher habe ich es nie probiert, weil ich es sozial ungerecht empfunden hätte, wenn ich mich um so etwas bewerbe.“ (83-jährige Frau, pre-frail)

An einer anderen Stelle beklagt diese Teilnehmerin allerdings, dass die Kosten für einzelne Leistungen durch soziale Dienste vielfach zu teuer seien. Es sei hier dahingestellt, ob die Wahrnehmung, dass das Pflegegeld „Ärmeren“ zugute kommen sollte, der gewünschten Funktionsweise des Pflegegelds aus Sicht der öffentlichen Hand entspricht. Eventuell zeigt sich hier auch ein verstärkter Aufklärungsbedarf, um sicherzustellen, dass pflegebedürftige Menschen, unabhängig von ihrem Einkommen, von der Möglichkeit des Pflegegelds auch tatsächlich Gebrauch machen.
Eine vertiefende Auseinandersetzung mit dem Thema Pflegegeld im höheren Lebensalter scheint für Folgeerhebungen der ÖIHS jedenfalls von Interesse.

5 Perspektiven auf die Zukunft und das Lebensende

In der Auseinandersetzung mit der Lebenssituation und dem Gesundheitszustand hochbetagter Menschen in Österreich stellt die Perspektive auf die letzte Lebensphase, das Sterben, einen wichtigen, integralen Bestandteil dar. Es ist ein Charakteristikum moderner Gesellschaften, dass das Sterben zu einem Thema der alten, vor allem der hochbetagten Menschen geworden ist. Unter den 79.500 Todesfällen im Jahr 2013 waren knapp 66,4% mindestens 75 Jahre alt, 39% waren sogar 85 Jahre und älter.[56] Dies würde nahelegen, dass das hohe Alter eine Lebensspanne ist, in der man sich mehr als in allen anderen Lebensphasen mit Sterben und Tod auseinander setzt. Doch ist dem wirklich so? Wie denken hochbetagte Menschen über das Lebensende und beschäftigen sie sich damit? Treffen sie „Vorsorge", damit das eigene Sterben am gewünschten Ort oder unter Umständen erfolgt, die mit den eigenen Vorstellungen von Würde oder Selbstbestimmung vereinbar sind? Fragen wie diese haben wir in der Hochaltrigenstudie im Rahmen der vertiefenden qualitativen Interviews aufgegriffen. Dieses Kapitel versammelt die zentralen Ergebnisse zu diesem Themenbereich.

Zweifelsohne ist das hohe Alter eine Lebensphase wo man besonders häufig mit Sterben und Tod konfrontiert wird. Die Situation, dass Bekannte und Freund/innen bereits verstorben sind, während man selbst noch lebt, verdichtet Prozesse des Abschiednehmens in besonderer Weise. Und immer bedeutet es auch die Konfrontation mit dem eigenen Lebensende, das unaufhaltsam näher rückt. Traumatisierende Erlebnisse aus dem Krieg oder der Tod der eigenen Kinder brechen oft erst im hohen Alter auf, wo ein Verdrängen zum Erhalt der Leistungsfähigkeit nicht mehr erforderlich oder funktional erscheint (Radebold 2005). Sterben und Tod sind auch im hohen Alter, wo dies gemeinhin als „natürlich" angesehen wird, stets mit existenziellen Fragen verbunden.

Es liegt auf der Hand, dass die Möglichkeiten darüber mit anderen zu reden, die Umgangsweise einer Gesellschaft mit Sterben, Tod und Trauer auch Auswirkungen darauf hat, wie sehr sich Menschen mit ihrer Trauer verstanden oder im Gegenzug alleine gelassen fühlen. Die Hospizbewegung ist als Bürgerbewegung für ein humanes und würdevolles Sterben angetreten, einen besseren Umgang mit Sterben, Tod und Trauer zu etablieren (Heller et al. 2013). Sie hat mittlerweile in professionalisierten Konzepten wie Palliative Care und Palliativmedizin weltweit in den Gesundheitssystemen ihren Niederschlag gefunden (WHO 2002). Die Hospizbewegung ist gewissermaßen die Gegenthese zur Behauptung, Sterben und Tod würden verdrängt. Doch wirken sich deren unbestreitbare Verdienste bereits auf die heute hochaltrigen Menschen und ihre Ängste und Sorgen aus?

5.1 Erwartungen an die Zukunft

Die Frage nach der Zukunft in den Interviews mag auf den ersten Blick aufgrund des sehr hohen Alters der Studienteilnehmer/innen paradox erscheinen, sie war jedoch sehr wichtig, um die individuelle Perspektive der Interviewpartner/innen zu erfassen. Der Blick nach vorne bringt zum Ausdruck, welche Sehnsüchte und Wünsche Menschen haben, ob sie konkrete Pläne haben und Ähnliches. Der Blick in die Zukunft stellt aber häufig auch den direkten Bezug zum Lebensende her. So war es nicht für alle Interviewpartner/innen selbstverständlich oder einfach, die Frage nach der Zukunft zu be-

[56] Statistik Austria – Statistik der Natürlichen Bevölkerungsbewegung 2014

antworten, und häufig wurde sie kopfschüttelnd und ablehnend beantwortet (siehe unten).

Noch etwas erleben – noch etwas tun: „Angepasste“ Pläne und Vorhaben

Positive Äußerungen über die Zukunft stellen in den Interviews mit Hochaltrigen also eher die Ausnahme dar als die Regel. Ein unbeschwertes Pläne-Schmieden findet sich allerdings auch bei solchen Personen nicht, die dem Konzept „Zukunft“ nicht völlig reserviert gegenüber stehen. Vielmehr kommt die Strategie zum Ausdruck, dass Pläne und Vorhaben an den Gesundheitszustand angepasst werden, wie etwa im folgenden Zitat:

> *„Was hat ein fast 84-jähriger für eine Zukunft? So gut wie möglich über die Runden kommen, bis es so weit ist zum Abtreten. Pläne, kleine, meine Urlaubsfahrten, was ich noch hab, das sind auch so kleine Sachen halt noch. Das sind die Pläne, was ich noch hab.“ (83-jähriger Mann, pre-frail)*

Während das Planen größerer Reisen hintangestellt wird, wird versucht, das dahinter liegende Interesse, die Freude an anderen Kulturen und Ländern auf andere Weise auszuleben:

> *„Was mich noch interessieren würde ist Äthiopien, herrlich interessant war Georgien und Armenien. Jetzt zum 81. Geburtstag möchte ich gerne in ein georgisches Restaurant, weil die haben so eine eigene Art von Spinat mit Walnuss und solche Käsebrötchen.“ (80-jährige Frau, rüstig)*

Das Interesse und die Freude am Leben sind spürbar in diesem Zitat und können erhalten werden, auch wenn darüber auch deutlich wird, was „nicht mehr“ möglich ist.

Eine andere Dimension von Erwartungen an die Zukunft beinhaltet keine konkreten Pläne, sondern vielmehr Sehnsüchte oder Wünsche danach, etwas noch erleben zu können. Sehr berührend ist das Zitat einer Interviewpartnerin, die sich nochmals nach dem Gefühl des Verliebtseins sehnt:

> *„Einmal möchte ich noch einen Liebesbrief bekommen, dass ich so aufgeregt wäre wie ich damals war, wie es einmal einen Liebesbrief gegeben hat, das ist schon lange her. Aber diese wahnsinnige Aufregung, die fehlt mir.“ (80-jährige Frau, rüstig)*

Keine Erwartungen mehr – Perspektive Lebensende

Eine ganz andere Perspektive auf die Zukunft hochbetagter Menschen ist jene der Verbitterung bzw. Traurigkeit darüber, dass die Lebenszeit begrenzt ist. Vor diesem Hintergrund löst die Frage danach gar Wut als Reaktion aus, wie im folgenden Beispiel:

> *„Für meine Zukunft? In meinem Alter? Das ist ein Scherz!“ (85-jährige Frau, rüstig)*

Für hochbetagte Menschen in dieser Gruppe stellt sich die Frage nach der weitläufigen Zukunft nicht mehr, da sie der Ansicht sind, „nicht mehr viel Zukunft“ bzw. „keine so große Lebenserwartung mehr“ zu haben:

> *„Ich habe keine Zukunft. Was kann die Zukunft mir bringen? Den Tod, sonst nichts. Es gibt ja nichts, man kann keine Reisen machen, das macht mir aber nichts, ich bin keine*

Reisende. Man kann sich auf nichts mehr freuen, man kann nicht sagen, also nächste Woche, weiß ich, fahre ich auf Besuch." (84-jährige Frau, frail)

Menschen mit dieser Haltung stellen keine Planungen mehr an, sie lehnen Veränderungen in ihrem Umfeld und Leben ab, mit dem Argument, dass es sich nicht mehr lohnen würde, wie auch folgende Aussage veranschaulicht:

„Die Wohnung – keine besonderen Wünsche mehr in der Wohnung irgendetwas zu verändern, weil ich sage, das zahlt sich in meinem Alter nicht aus." (83-jähriger Mann, rüstig)

In dieser Haltung kommt einerseits eine Müdigkeit zum Ausdruck: Der Aufwand des Anschaffens neuer Dinge oder das Renovieren der Wohnung kostet auch Kraft und Energie, die fehlt. Es ist aber auch Ausdruck einer bestimmten Werthaltung. Angesichts der noch verbleibenden „wenigen" Zeit relativiert sich die Bedeutung solcher Dinge und eine Abschiedlichkeit in der Lebenseinstellung wird sichtbar.
Die einzigen konkret formulierten Erwartungen bzw. Wünsche, welche von den Interviewpartner/innen dieser Gruppe geäußert werden, sind der Wunsch nach einem schnellen, schmerzlosen Tod und das am besten im eigenen Zuhause:

„Ich habe nicht mehr viel Zukunft. Ich bin froh, wenn es mir so gut weiter geht, bis ich die Augen schließen kann. Ich wünsche mir einen schnellen Tod. Ich fürchte mich vor dem Dahinleiden, das ist alles. Ich wünsche mir nur schnell zu gehen und nicht herum zu liegen. […] Am liebsten heute tot umfallen. Das macht mir nichts." (81-jährige Frau, rüstig)

Nicht immer bedeutet eine gewisse Bereitschaft das Lebensende anzunehmen und das Fehlen konkreter Zukunftspläne auch einen aktuellen Sterbewunsch. Dann wird dem „kleinen Glück" große Bedeutung geschenkt und das Leben von einem Tag zum anderen in andere Hände gelegt:

„Ich lebe. Wenn ich die Augen aufmache – ich bin sehr katholisch – danke ich dem Herrgott, dass ich die Nacht überstanden habe und er mich aufwachen lässt und leben lässt und die Natur anschauen lässt, und das ist alles. Sonst habe ich keine Zukunft, keine Zukunftspläne, nichts. […] Ich bin glücklich so, so wie ich bin, bin ich glücklich." (82-jährige Frau, pre-frail)

Für diese Interviewpartnerin ist jeder Tag Gottes Geschenk, und ihr Glaube lässt sie dieses dankbar entgegennehmen und Glück empfinden, trotz gesundheitlicher Einbußen und hohem Alter. Zum Ausdruck kommt, wie sehr Sinnfragen das Erleben von Hochaltrigkeit prägen, aber auch wie fragil das Konzept „Zukunft" für hochaltrige Menschen ist.

100 Jahre alt werden?

Weiter konkretisiert sich dies in der Frage, ob sich die Interviewpartner/innen vorstellen könnten, 100 Jahre alt zu werden. Einem Kokettieren damit, möglicherweise gar 100 Jahre alt zu werden, verwehrten sich die meisten der Interviewpartner/innen ganz heftig und vehement. Von einer Person wurde dies gar als Strafe Gottes angesehen, wie folgender Interviewausschnitt veranschaulicht:

T (Teilnehmerin): „Gott bewahre mich. Ich bete zu Gott, dass er mich nicht so alt werden lässt."

I (Interviewer/in): „Wirklich? Wieso?"

T: „Wirklich wahr. Ich bete zu Gott, lass mich schnell sterben. Mir ist es egal, jede Sekunde."

I: „Ok. Also hundert wollen Sie gar nicht werden."

T: „Nein, ich bitte Sie. Es ist eine lange Zeit und wenn Sie dann mühsam sich selber... nein ich sehe da keinen Sinn darin. […] Also, ich finde das schrecklich. […] Wenn der Herrgott mich strafen will, dann tut er das. […] Indem er mich noch älter werden lässt, als ich schon bin." (81-jährige Frau, rüstig)

Das Erreichen eines solch hohen Alters wird als „gar nicht so erstrebenswert" angesehen, zumal es mit zunehmender Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit in Verbindung gebracht wird:

T: „Nein! Entsetzlich! Entsetzlich! Wissen Sie, was ich immer sage? Ein hohes Alter ohne Geistigkeit ist die Hölle! Für mich die Hölle! Menschen, die nichts wissen, sich um nichts interessieren über ein Leben danach oder... wissen Sie! Das ist die Hölle. Die vegetieren dahin, ja das ist furchtbar."

I: „Also auch wenn sie so hundert Jahre alt werden und noch immer so fit und geistig völlig...?"

T: „Nein, nicht einmal dann." (80-jährige Frau, rüstig)

Ein weiteres Argument gegen das Erleben des 100. Geburtstags bezieht sich darauf, dass viele, mit denen man diesen Tag entsprechend feiern wollte, bereits nicht mehr am Leben sein würden. Das Risiko des Ausdünnens bzw. Verlustes sozialer Beziehungen steigt mit zunehmendem Alter eben an. Es lässt sich schwer differenzieren, was für die Menschen hier im Vordergrund steht: das gesundheitliche Befinden oder die soziale Einbettung.

„Aber mein Gott. Ich weiß gar nicht, ob das so erstrebenswert ist, ein Hunderter. Wenn du nicht mehr kannst. Wenn du natürlich immer beweglich [bist] und alles machen kannst, ist es ideal, da denkst du dir, jeder Tag gefunden, ein Geschenk ist das, jeder Tag. Aber wenn man so immer nur Schmerzen [hat], da wird man schon ein bissl... da denkt man sich, warum dann so lang." (83-jähriger Mann, pre-frail)

Ausnahmen von dieser Regel fanden wir in jenen Interviews, wo im Bekanntenkreis solche runden Geburtstage begangen wurden oder in der Familie manche Familienmitglieder ein solches Alter erreichten, und dieses nicht unmittelbar mit einem schlechten Befinden einherging.

5.2 Sorgenvolle Blicke in die Zukunft

Wenn hochbetagte Menschen Sorgen in Bezug auf ihre Zukunft äußerten, dann bezog sich dies weniger auf den Aspekt des Sterbens an sich, als vielmehr auf die Zeit davor und danach. Sie machten sich Gedanken darüber, wie es ihnen die nächsten Jahre ergehen würde, insbesondere gesundheitlich, aber auch finanziell: Wo werden sie wohnen, wer wird sich um sie kümmern, so dass sie niemandem zur Last fallen, und was bleibt von ihnen, wenn sie nicht mehr da sind? Jene, die nahestehende Menschen haben, machen sich Sorgen hinsichtlich der Zukunft der Verbliebenen. Enkel, Kinder und Ehepartner/innen werden von ihnen in den Mittelpunkt gestellt.

Die Sorge um die Kinder und Enkel

Bei etlichen der befragten Personen, gleich ob weiblich oder männlich, steht im Mittelpunkt nicht die Sorge ums eigene Leben und die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben, sondern die Sorge um die Zukunft der Kinder und Enkel, die zurückbleiben:

> *„Nein, mich beschäftigt eigentlich nur die Zukunft von meinen Kindern. Wie wird es bei meinen Kindern – wenn Sie es heute hören, sehen im Fernsehen, da macht man sich dann schon Sorgen um die Kinder. Für mich, Gott, ich bin, wie gesagt, [fünfundachtzig]. Da habe ich keine so große Lebenserwartung mehr." (85-jähriger Mann, rüstig)*

Hierbei wird immer wieder betont, dass es sie sehr beschäftigt, was die Enkelkinder so erleben werden. Ob sie einen guten Beruf ergreifen werden und welche Möglichkeiten ihnen zur Verfügung stehen werden in der Zukunft, die, der Ansicht einiger hochaltriger Teilnehmer/innen nach, keine besonders guten Aussichten bereithält:

> *„Ja, weil ich mir Sorgen mache um die Jugend. Weil immer weniger Arbeitsplätze werden und denen geht es oft nicht mehr so gut wie es uns jetzt gegangen ist, sage ich immer. Ja, das ist schon so arg, wenn ich denke auf unsere, die Enkel alle, alle sind sie gescheit und vif und nachher können sie erst irgendeine Arbeit annehmen. Die sich gerade anbietet, aber nicht dem Wunsch entsprechend." (80-jährige Frau, rüstig)*

Aber nicht nur Sorgen um die eigene Familie werden geäußert, sondern auch generelle Sorgen um die Zukunft der Gesellschaft und der Welt, in der die Enkel groß werden müssen.

Finanzielle Sorgen

Auch existentielle Sorgen werden geäußert. Insbesondere bei den alleinlebenden, oftmals verwitweten Frauen kommt die Sorge auf, sich das eigene Zuhause in der Zukunft nicht mehr leisten zu können und somit die gewohnte Umgebung aufgeben zu müssen. Eine der befragten Frauen äußert, dass sie immer alles durchrechnen muss, um zu schauen, ob sie sich den Lebensstandard noch leisten kann:

> *„Also die Zukunft, man muss ja denken, und vor allem, ich muss ja rechnen. Kann ich mir leisten ein besseres Quartier oder zwei Zimmer oder ein großes Zimmer?" (85-jährige Frau, pre-frail)*

Die Sorge „zu wenig Geld zu haben" bezieht sich auch auf das zukünftige Alltagsleben der befragten Personen, wobei sie sich Fragen stellen wie beispielsweise: Werde ich mir

neue Kleidung kaufen können? Werde ich genug zu essen haben? Dies veranschaulicht das folgende Zitat sehr deutlich:

> *„Dass ich vielleicht zu wenig Geld dann hab, weil meine Pension ist ja nicht so hoch. Als Köchin haben Sie nicht so eine hohe Pension. Aber verhungern werde ich hoffentlich nicht. […] Zum Beispiel, wenn ich mir was zum Anziehen kaufen möchte. Weil mit der Zeit braucht man ja wieder was. Jetzt hab ich noch von früher, das ist alles noch von früher. So was Neues wär nicht schlecht." (81-jährige Frau, frail)*

Gedanken hierüber machen sich die Personen „im stillen Kämmerlein". Laut Aussagen der Befragten sind dies keine Themen, welche offen besprochen werden, um die Kinder oder Verwandten nicht zu belasten oder zu beunruhigen. Diese Themen sind schambesetzt für die hochbetagten Menschen, die zeit ihres Lebens gearbeitet haben und dennoch im hohen Alter mit Armut konfrontiert sind.

Die Sorge: wer geht zuerst?

Bei den befragten Personen, deren Ehepartner bzw. Ehepartnerin noch am Leben ist, wurde immer wieder die Sorge in den Mittelpunkt gestellt: Was passiert, wenn einer von uns nicht mehr da ist?

> *„Das gibt es natürlich, eine ganz vitale und gravierende Frage ist, […] die kann kein Mensch beantworten, aber das ist etwas, was mich beschäftigt, wer geht zuerst? […] Na ja, wir sind gleich alt. Also beide werden wir 81. […] Aber was passiert mit ihr, wenn ich früher gehe, oder was passiert mit mir?" (80-jähriger Mann, rüstig)*

Das „oberste Gebot" ist hierbei das „Gesundbleiben", wie immer wieder betont wird, damit beide solange wie möglich im eigenen Zuhause zusammen bleiben können:

> *„Aber so lang man aufeinander nicht angewiesen ist, kommt mir vor, ist das Leben super. Wenn... ich weiß nicht, vor dem hab ich Angst. So lang wir zu zweit sind, geht das sehr gut. Aber ich weiß nicht, wie lang das so ist." (85-jähriger Mann, rüstig)*

Daher ist hier die Angst groß vor dem Krankwerden, dem Angewiesensein auf Hilfe und dem Wechsel ins Heim.

Die Sorge vor zunehmender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

Eine weitere Sorge betrifft die eigene Gesundheit und die Gedanken, was passiert, wenn diese nicht mehr intakt ist. Dies gestaltet sich in Abstufungen, beginnend mit der Sorge die Hausarbeit nicht mehr zu bewältigen. Dazu zählt eben, diese nicht mehr zur eigenen bzw. zur Zufriedenheit anderer bewerkstelligen zu können, weil die Kräfte nicht mehr ausreichen:

> *„[…] dass ich nicht imstande bin aufzuräumen, das da, wie ich es früher [gekonnt habe]. Das ist meine Sorge. Das ist mir immer das Wichtigste, als erstes, dann ist der Garten, das muss sein, oder das muss ich beim Finanzamt erledigen, oder das muss ich einkaufen oder kopieren, das mach ich dann, und dann ist irgendwann mal Zeit für ein Mittagsschläfchen oder fürs Essen bereiten. Ich bin nicht mehr imstande, da fehlt mir die Kraft irgendwie, das aufzuräumen. […] Und das ist nicht wirklich, was ich früher so*

machte, aber das ist was, was mir sehr weh tut und was ich nicht schaffe." (80-jährige Frau, rüstig)

Für alleinlebende Menschen ergeben sich Sorgen auch im Zusammenhang mit akuten Vorkommnissen: Zum Beispiel schildert eine Person die Angst zu stürzen und nicht schnell gefunden zu werden:

„Aber sagen wir so, die Angst ist immer, dass ich vielleicht fallen könnte und dass mich keiner findet und dass ich allein bin. Das hab ich eigentlich schon. Da muss ich schon ganz ehrlich sein. Das ist die einzige Angst, die ich verspüre." (82-jährige Frau, pre-frail)

Hilfebedürftigkeit ist in vielerlei Hinsicht ein zentrales Thema. Sich eines Tages nicht mehr selbstständig waschen, anziehen oder essen zu können, wird mit einem Verlust von Lebenssinn verbunden. Nur mehr „liegen und leiden" zu müssen, wird zu einem Schreckensszenario, und es besteht Einigkeit darin, dass man das nicht wolle, wiewohl der Umgang damit unterschiedlich ist.

„Dass ich einigermaßen gesund bleib, das wäre für mich das wichtigste, nicht? Und vor allem, dass ich, wenn ich einmal krank bin, niemandem zur Last falle. Das ist das Problem. Und ich glaub, das haben alle alten Leute. Dass ich niemandem zur Last falle, das ist ein Problem, das möchte ich nicht. Aber wir bleiben alle nicht jung und wir werden alle alt." (81-jährige Frau, rüstig)

Zur Last fallen, das kann in der Vorstellung für manche so bedrohlich sein, dass Suizidgedanken offen geäußert werden:

„Nein, da habe ich eine ganz klare Entscheidung für mich getroffen. Ich lebe solange es mir Spaß macht und dann mach ich selber Schluss. Ich lass mich nicht auf keine Spielerei ein, große Hoffnung, Gott wird mich vom Krebs heilen oder... Nein, ich weiß, wenn es bergab geht, geht es nur noch bergab. Dann hört der erfüllte Alltag auf. Dann wird es nur ein Leidensweg für mich und meine Frau. Und dann mach ich einfach Schluss." (85-jähriger Mann, rüstig)

Besonders groß ist die Sorge, vielleicht eines Tages dement zu werden. Auffallend bei den Aussagen der Befragten ist, dass die körperliche Fitness und Beweglichkeit nicht so einen hohen Stellenwert einnehmen, wie dass „der Geist noch dabei ist".

„Dass wenn die Kinder kommen, die nicht sagen müssen: du verstehst gar nix mehr. Das trifft einen irgendwie. In Wirklichkeit ist es egal, aber das will ich nicht. Ich will nicht geistig ganz zurück bleiben." (82-jähriger Mann, frail)

Es liegt auf der Hand, dass mit eingeschränkter geistiger Fähigkeit der Hilfebedarf dramatisch ansteigt, doch hat das „Verrücktwerden" eben auch noch darüber hinaus stigmatisierenden Charakter.

Die Sorge: was bleibt, wenn ich nicht mehr bin?

In den Interviews kommt immer wieder auch die Sorge zum Ausdruck, dass man selbst vergessen wird, wenn man einmal nicht mehr lebt oder die Dinge, die einem wichtig

sind, in Vergessenheit geraten, konkret: „Was bleibt von mir, wenn ich nicht mehr da bin?“

> *„Zum Beispiel beschäftigt mich im Moment, wir haben ja ungefähr 3000 Bücher bzw. Titel daheim, das ist die Bibliothek, aber was soll damit werden, wenn wir sterben? Allein dieses Haus aufzulösen, und die Kinder trennen sich von diesem Haus, das ist ganz klar, weil jedes Kind, sogar Enkelkinder schon ihre eigenen Häuser haben und den Besitz da hier, den will keiner haben. […] Da tut’s mir leid, dass das alles in irgendeiner Weise entsorgt wird, die weder diesem kulturellen Schatz Rechnung trägt noch... aber das geht halt nicht anders, weil die Kinder ihre eigenen vollen Häuser haben und das ist halt so.“ (81-jähriger Mann, rüstig)*

Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebensende und dem was man zurück lässt löst oftmals große Gefühle der Traurigkeit aus und stellt unweigerlich die Frage in den Raum: Wie und an was wird man sich erinnern, wenn man an mich denkt bzw. wird man überhaupt an mich denken?

Die Sorge nicht sterben zu dürfen

Ein wenig paradox mutet die Sorge an, nicht sterben zu dürfen. Dahinter verbirgt sich aber eine unbestimmte Angst vieler Menschen, dass sie „künstlich“ am Leben erhalten werden könnten, ohne dass dies für sie ein lebenswertes Leben wäre. Diese Sorge ist wohl auch durch die hohe mediale Aufmerksamkeit gegenüber Themen wie Sterbehilfe etc. geschuldet. Der folgende Interviewausschnitt veranschaulicht die Sorge:

> *T (Teilnehmerin): „Also ich möchte nicht künstlich am Leben erhalten werden.“*
>
> *I (Interviewer/in): „Haben Sie das schriftlich auch festgelegt?“*
>
> *T: „Nein, noch nicht.“*
>
> *I: „Nicht? Ok.“*
>
> *T: „Ich möchte weder ernährungsmäßig, noch irgendwie künstlich am Leben erhalten werden. Das will ich nicht, ich will in Ruhe sterben, wenn es mein lieber Gott bestimmt.“ (82-jährige Frau, pre-frail)*

Um dem vorzubeugen, könnte beispielsweise eine Patientenverfügung erstellt werden, oder aber auch nahestehende Personen über den jeweils persönlichen Wunsch informiert werden. Dieser Frage ist der nächste Abschnitt gewidmet.

5.3 Vorsorge für das Lebensende

Die Äußerungen der befragten Personen zum Thema Vorausverfügungen, hierbei insbesondere die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht, gehen weit auseinander. Die Bandbreite der Handlungsmuster bezüglich Patientenverfügungen und ähnlichen erstreckt sich von gänzlicher Ahnungslosigkeit bis hin zu voll informierten „Profis“. Es lassen sich vier Handlungsmuster in den Daten erkennen:

Patientenverfügung? Nichts davon gehört

Unter den befragten hochbetagten Personen gibt es also zunächst solche, die wenig bis keine Informationen bezüglich einer Patientenverfügung haben bzw. sogar noch nie etwas davon gehört haben:

„Was heißt Patientenverfügung? Grad heute ist im Fernsehen eine Serie gewesen und da war das auch mit der Patientenverfügung. Da haben's drüber geredet. Da soll der andere über mein Leben entscheiden?" (82-jährige Frau, pre-frail)

Manchmal wird unter einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht etwas gänzlich Anderes oder auch Falsches verstanden. Indem angenommen wird, dass es sich um eine Art Testament oder ähnliches handelt, wie folgendes Zitat veranschaulicht:

„Ja, ich habe sogar mal einen Zettel hier gehabt. […] Da kenne ich mich absolut nicht aus. […] Ich habe gedacht, das ist normal. Mein Bruder ist neun Jahre jünger, der wird wohl mich überleben. Da wird er das alles, er kriegt ja einmal alles, also soll er was tun." (81-jährige Frau, rüstig)

Oftmals wird das „nicht darüber nachdenken" bzw. „nicht Bescheid wissen" damit argumentiert und gerechtfertigt, dass sich die Kinder um alles kümmern und somit wissen sollten, was zu tun ist:

„Nein, das macht nur mein Sohn. Der macht das alles da, wenn ich etwas brauche auch." (83-jährige Frau, pre-frail)

Jedoch sind in vielen Familien die Themen Sterben und Tod weitgehend tabuisiert, und somit wird nicht laut ausgesprochen, was in bestimmten Situationen von den Betroffenen gewünscht ist. Woraufhin es passieren kann, dass dann nicht in ihrem Sinne gehandelt wird.

Nein, so etwas will ich (noch) nicht

Manche begründen ihr Desinteresse bzw. die mangelnde Auseinandersetzung mit dem Thema Vorsorgemaßnahmen damit, dass sie eine Scheu davor haben oder schlicht abergläubisch sind und aufgrund dessen nicht einmal ein Testament verfassen möchten, wie folgendes Zitat veranschaulicht:

„Nein, hab ich eigentlich nicht nachgedacht. Ich hab auch kein Testament noch gemacht. Bin ich ein bissl abergläubisch. Wenn ich das Testament mach, zum Schluss sterbe ich gleich. Das will ich nicht. Ich möchte ja noch ein bisschen leben. Ich hab nur mit den Kindern besprochen, was sie machen, wenn ich weg bin. Damit sie wissen, was." (82-jährige Frau, pre-frail)

Dann gibt es die Personengruppe, die zwar über solch eine Möglichkeit der Vorsorge Bescheid weiß, sich jedoch damit nicht auseinander setzen möchte, weil dies für sie noch so weit entfernt scheint oder weil sie diese Gedanken schlicht aufschieben:

„Ich müsste alles erledigen, also wenn einmal was passiert, dass sie wissen, was sie machen sollen. Und das schiebe ich halt auch immer auf. Früher hab ich an so was nicht gedacht, aber momentan schiebe ich das auch noch so nach rückwärts, Sie wissen, was ich meine." (80-jähriger Mann, frail)

Einige der befragten hochaltrigen Menschen sind auch einfach der Ansicht, solche diversen Vorsorgemaßnahmen nicht zu benötigen.

Das Interesse ist da, aber…

Dann gibt es die Personengruppe, bei welcher zwar Überlegungen bestehen, verschiedenes schriftlich festzuhalten, jedoch werden diese, aus vielerlei Gründen, nicht in die Tat umgesetzt:

> *„Na, ich überleg es zu machen, aber es hilft ja nicht wirklich. Sie wissen ja, welche Arten von Patientenverfügung es gibt. Es gibt eine unbedingte und eine bedingte. Es hilft ja beides nichts, weil solang ich bei Sinnen bin, brauch ich das nicht wirklich, und wenn ich nicht mehr bei Sinnen bin, dann hilft es mir auch nichts, weil ich kann nicht verfügen, ich will nicht, dass mein älterer Sohn oder der jüngere Sohn mein, wie sagt man, Sachwalter ist. Was mach ich dann?" (80-jähriger Mann, rüstig)*

Ein weiterer Grund, warum gezögert wird, Vorsorgemaßnahmen zu treffen, sind finanzielle Gründe, denn das Anlegen bzw. das Beglaubigen einer Patientenverfügung und insbesondere einer Vorsorgevollmacht kann sehr kostspielig werden:

> *„Ja. Ja, ja. Habe ich eh schon geredet mit dem Doktor, aber es ist halt sehr teuer die ganze Geschichte. Ich finde, für den bisschen Schrieb, was sie da machen – boah, zahlst du bis zu zweitausend Euro. Wenn du das notarisch beglaubigen willst, ja, und das überlege ich mir wohl noch immer." (80-jährige Frau, rüstig)*

Vorsorgemaßnahmen? Ja, habe ich!

Und zu guter Letzt gibt es unter den Teilnehmer/innen auch Personen, die sich mit dem Thema bereits intensiv auseinandergesetzt und entsprechende Vorkehrungen in der Vergangenheit in die Wege geleitet haben oder dies in nächster Zukunft machen möchten. Dies bezieht sich jedoch nicht ausschließlich auf die Patientenverfügung. Manche der befragten Personen haben zwar einige Vorkehrungen getroffen wie eine Unfallversicherung, eine Sterbeversicherung und diverse testamentarische Regelungen, jedoch keine eigene Patientenverfügung.

> *„Ja das würde ich ganz gerne machen. Ich hab's noch nicht gemacht aber das würde ich gerne machen. […] Denn das möchte ich nicht, dass man dann hilflos da liegt und nichts mehr weiß von sich und nur mehr... Nein, das möchte ich nicht. Dass man künstlich, sagen wir, so weiter erhalten wird. Das möchte ich nicht. Aber so eine Patientenverfügung, das möchte ich schon noch machen." (85-jährige Frau, rüstig)*

Insbesondere testamentarische Regelungen werden gehäuft genannt. In diesen wird unter anderem schriftlich festgehalten, welche Wünsche und Vorstellungen die Betroffenen für ihr Begräbnis haben, und wofür bereits vorgesorgt wurde, wie beispielsweise Begräbniskosten und Grabstätte.

5.4. Aktive Gestaltung des Lebensendes?

Es ist charakteristisch für Hochaltrigkeit, dass diese Menschen bereits mehrere Erfahrungen mit dem Sterben und dem Tod anderer gemacht haben. Sei es durch den Tod der Eltern, der Ehepartner, diverser Verwandten, Freunde oder sogar der eigenen Kinder. Etliche von ihnen waren bis zum Schluss vor Ort, da sie sich um die betroffene Person

gekümmert bzw. sie gepflegt haben. Sorgen und Zukunftsängste hochaltriger Menschen beziehen sich – wie in diesem Kapitel gezeigt wurde – nicht so sehr auf den eigenen Tod, als auf nahestehende Menschen, z.B. die Zukunft der Kinder und Enkelkinder, den hinterbliebenen Ehepartner bzw. die Frage was mit einem passiert, wenn der Ehepartner zuerst verstirbt. Auch existentielle und gesundheitliche Sorgen beschäftigen die hochaltrigen Menschen stetig.

Bemerkenswert ist, dass die Sorge vor zunehmender Hilfe- und Pflegedürftigkeit bei den hochbetagten Menschen sehr groß ist. Der Wunsch schnell, schmerzlos und am besten im eigenen Zuhause zu sterben steht im Mittelpunkt und ist auch mit der großen Sorge vor längerer Pflegebedürftigkeit, die mit einem Leiden in Verbindung gebracht wird, zu sehen (Pleschberger 2004). Die Bedrohung ist hier so stark, dass auch Suizidgedanken geäußert werden, dies ist im Zusammenhang mit der aktuellen Debatte um Sterbehilfe bedeutsam.

Von einem aktiven Gestalten des Lebensendes erscheint diese Kohorte weit entfernt. Vorsorge zu treffen, das erfolgt eher in Hinblick auf die Hinterlassenschaft oder der Absicherung von nahestehenden Menschen. Nicht aber in Bezug auf das eigene Lebensende, z.B. in Form einer Patientenverfügung. Dies überrascht, zumal die Sorge nicht sterben zu dürfen die befragten Menschen durchaus beschäftigt.

Der Blick in die Zukunft ist vielfältig besetzt. Was macht es aus, ob jemand sich in der Trauer einrichtet oder doch interessiert und neugierig nach vorne schaut? Diese Fragen können an der Stelle nicht zufriedenstellend beantwortet werden.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

In den vorangegangenen Abschnitten wurden sehr ausführlich und differenziert die Ergebnisse der Pilotstudie und ersten Erhebungswelle der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie (ÖIHS) in Wien und der Steiermark dargestellt. Zentrale Aspekte der Gesundheits-, Lebens- und Betreuungssituation hochaltriger Menschen wurden sowohl aus einer quantitativen als auch qualitativen Perspektive analysiert. Zum Abschluss des vorliegenden Berichts seien einige wesentliche Erkenntnisse der Studie nochmals zusammengefasst und Schlussfolgerungen aus den gewonnenen Befunden gezogen.

„Die Alten" gibt es nicht. Das hohe Lebensalter erfordert differenzierte Zugänge und Angebote

Die Zusammenschau der erhobenen quantitativen und qualitativen Daten der ÖIHS zeigt die Vielschichtigkeit und Heterogenität des hohen Lebensalters. Aspekte der physischen, psychischen und kognitiven Gesundheit, des individuellen Lebensstils und Wohlbefindens, der sozialen Netzwerke und finanziellen Situation, der persönlichen Biografie und der aktuellen Bedürfnisse interagieren offenbar gerade in der Altersgruppe der 80- und Mehrjährigen zunehmend. Kaum ein Aspekt der Gesundheit oder Befindlichkeit im hohen Lebensalter kann isoliert betrachtet und für sich bewertet werden. Die feststellbare Heterogenität in dieser Altersgruppe dürfte dabei auch Resultat einer zunehmenden Geschwindigkeit und Variabilität in persönlichen Entwicklungsprozessen jenseits des 80. Lebensjahres sein. Verallgemeinernde Sichtweisen zu den Lebensumständen, den gesundheitlichen Verhältnissen oder Bedürfnissen alter und hochaltriger Menschen erweisen sich vor diesem Hintergrund als irreführend.

Das hohe Lebensalter erfordert daher entsprechend differenzierte Zugänge und Angebote – dies gilt für die medizinisch-rehabilitative und medizinisch-pflegerische Versorgung ebenso wie für die materielle Sicherung sowie die sozialen und kulturellen Angebote zur Teilhabe, schließlich für Angebote im Bereich des Wohnens.

Das gesellschaftliche Bild von Hochaltrigkeit ist zu negativ und defizitorientiert

Die ÖIHS kann zeigen, dass gängige gesellschaftliche Bilder und Vorstellungen vom hohen Alter, in denen dieses vorwiegend oder sogar ausschließlich mit körperlichen und geistigen Verlusten und in weiterer Folge mit Pflegebedürftigkeit konnotiert ist, der Lebenssituation vieler hochaltriger Menschen nicht oder nur in geringem Umfang entsprechen. Zwar ist in etwa die Hälfte der im Rahmen der Studie untersuchten Hochaltrigen von mehr oder weniger stark ausgeprägten gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen betroffen, die in unterschiedlich hohem Ausmaß mit einer Angewiesenheit auf Hilfe und Unterstützung im Alltag, bis hin zur Pflegebedürftigkeit, einhergehen. Zudem sind in vielen dieser Fälle relativ weit fortgeschrittene kognitive Defizite zu konstatieren (Demenz). Aber dies betrifft eben nur einen Teil der 80-85-Jährigen. Ein ebenso großer Teil verfügt über einen vergleichsweise guten körperlichen bzw. gesundheitlichen Allgemeinzustand und ist trotz hohen Alters nach wie vor in der Lage, ein weitgehend selbständiges und aktives Leben ohne nennenswerten Unterstützungs- und Hilfebedarf zu führen. Vor diesem Hintergrund sind bestehende gesellschaftliche Altersbilder zu überdenken und zur Kenntnis zu nehmen, dass es sich bei der Gruppe der Hochaltrigen um eine höchst diverse Bevölkerungsgruppe handelt, auf die verbreitete altersbezogene Denkmuster und Stereotype in dieser Pauschalität nicht zutreffen.

Multimorbidität ist ein wesentliches Merkmal des hohen Alters

Die notwendige Anerkennung der Heterogenität des hohen Alters und das Interesse an einem positiven gesellschaftlichen Altersbild sollte im Gegenzug – gerade auch im Sinne einer an der Diversität des hohen Alters orientierten Sichtweise – nicht zu einer Ausblendung „negativer" Aspekte der Hochaltrigkeit verleiten. Der relativ gute körperliche Allgemeinzustand und die hohe Funktionalität vieler hochaltriger Menschen dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass mit höherem Alter die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung altersassoziierter Erkrankungen kontinuierlich zunimmt. Wie die ÖIHS zeigt, sind in einem Alter von 80+ nahezu alle Menschen von mehr oder weniger sowie unterschiedlich stark ausgeprägten chronischen Krankheiten (Bluthochdruck, Herzbeschwerden etc.) betroffen. Ein relativ großer Teil von ihnen leidet dabei auch unter mehreren chronischen Erkrankungen gleichzeitig (Multimorbidität).

Hier ist daher zum einen die Weiterentwicklung von Prävention – auch von sekundärer und tertiärer Prävention – notwendig, um das Auftreten von Erkrankungen zu vermeiden oder zu verzögern bzw. den Krankheits- und Symptomverlauf besser zu kontrollieren. Zum anderen sind Rehabilitationsangebote notwendig, um das Auftreten von ausgeprägter Hilfe- wie auch von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Die medizinischen und pflegerischen Fachdisziplinen müssen sich vermehrt mit den besonderen Therapie-, Rehabilitations- und Pflegebedarfen alter Menschen auseinandersetzen und entsprechende Angebote vorhalten. Dabei sind auch die präventive und die rehabilitative Perspektive mit Blick auf die Erhaltung von Selbstständigkeit, Selbstverantwortung und Teilhabe zu stärken. Medizin und Pflege müssen dabei auch ihre präventiven und rehabilitativen Potentiale erweitern und konsequent anwenden. Hier sind entsprechende Anreizsysteme zu schaffen.

Ein großer Teil hochaltriger Menschen ist von Polypharmazie betroffen

Durch die steigende Wahrscheinlichkeit von Multimorbidität im höheren Alter ergibt sich das Problem der Polypharmazie, also der regelmäßigen Einnahme von mehreren Medikamenten. Von Polypharmazie wird in der Geriatrie ab der gleichzeitigen Verordnung von mehr als fünf verschiedenen Substanzen gesprochen. Mit der höheren Anzahl von Medikamenten steigt auch das Risiko für Wechselwirkungen und unerwünschte Nebenwirkungen, die sich negativ auf die Funktionalität und die Lebensqualität hochaltriger Menschen auswirken können. Unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der ÖIHS betrifft Polypharmazie immerhin fast die Hälfte. Jede/r Achte nimmt sogar zehn und mehr Medikamente regelmäßig ein. Besonders in Pflegeheimen sind die Medikationsraten überdurchschnittlich hoch und liegen nur in etwas mehr als der Hälfte aller Fälle unter zehn Medikamenten. Auch fällt dort die relativ häufige Verabreichung von psychotropen Substanzen auf.

Das Problem der Polypharmazie erfordert in Zukunft verstärkte Aufmerksamkeit, wobei aufgrund der Komplexität des Problems einfache Lösungen unwahrscheinlich und sogar kontraproduktiv sein dürften, da umgekehrt auch nicht das Risiko einer medikamentösen Unterversorgung („undertreatment") in Kauf genommen werden darf. Eine vermehrte Auseinandersetzung mit Wirkung, Wechselwirkung und Verträglichkeit von Medikamenten bei älteren und insbesondere hochaltrigen Personen ist notwendig. Die Erstellung und Verbreitung von Listen mit potentiell inadäquaten Medikationen für ältere Menschen (etwa die Österreichische „PIM Liste" – vgl. Mann et al. 2012) stellt hier eine erste positive Entwicklung dar.

Hohe kognitive Verletzlichkeit im hohen Alter erfordert präventive Strategien auf nationaler Ebene

Mit fortschreitenden körperlichen bzw. gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen im höheren Lebensalter gehen sehr häufig auch kognitive Beeinträchtigungen einher. Körperliche und kognitive Verluste verstärken sich dabei wechselseitig. Dementsprechend sind kognitive Einschränkungen in der Regel mit altersbedingten körperlichen Einschränkungen verbunden und umgekehrt. Ein interessantes und überraschendes Ergebnis der ÖIHS ist allerdings, dass sich kognitive Defizite auch bei ansonsten vergleichsweise „rüstigen" und selbständigen Hochaltrigen feststellen lassen. In den meisten Fällen handelt es sich hier nicht um schwerwiegende Defizite. Dennoch deutet der Befund auf eine allgemein erhöhte kognitive Verletzlichkeit im hohen Alter hin, die zwar nicht mit Demenz gleich zu setzen ist, die aber in eine Demenz münden kann.

Angebote zur vermehrten sozialen, körperlichen und kognitiven Aktivität sind bedeutsam für die Vermeidung stärkerer kognitiver Einbußen sowie für die möglichst lange Erhaltung oder Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit im Falle bereits eingetretener kognitiver Einbußen. Aus diesem Grunde sind sozial-partizipative (z.B. Bürgerzentren), kulturell-partizipative (Bildung, kognitives Training) sowie sport- und bewegungsbezogene Angebote vorzuhalten, die auf die spezifischen Bedürfnisse der verschiedenen sozialen Schichten und Milieus abgestimmt sind. Generell sind präventive Strategien erforderlich, die auf den Aufbau von körperlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Ressourcen zielen, um das Auftreten erster Demenzsymptome zu verzögern oder auch zu vermeiden. Hier bedarf es nationaler Strategien, die auf die Entwicklung entsprechender Angebote zielen. Im Hinblick auf die Tatsache, dass sich die Gruppe der 80-Jährigen und Älteren in Zukunft deutlich vergrößern wird, gewinnen solche Strategien zusätzlich an Bedeutung.

Harninkontinenz ist im hohen Alter weit verbreitet

Ein bisher wenig beachtetes und gesellschaftlich tabuisiertes Thema im Zusammenhang mit Hochaltrigkeit ist die Harninkontinenz. Die ÖIHS bestätigt gängige, bislang allerdings kaum durch empirische Daten gestützte Annahmen, wonach Harninkontinenz ein weit verbreitetes Krankheitsbild des hohen Alters ist. Rund ein Drittel der untersuchten Teilnehmer/innen leidet an einer Harninkontinenz, wobei Frauen stärker betroffen sind als Männer. Stark ausgeprägte Formen der Harninkontinenz sind in der Regel verbunden mit beträchtlichen funktionalen Einschränkungen. Je nach Schweregrad und Häufigkeit des Harnverlustes, geht Harninkontinenz mit einer deutlichen Verringerung des subjektiven Wohlbefindens einher. Die direkten und indirekten Folgen einer Harninkontinenz (reduzierter Bewegungsradius, reduzierte Flüssigkeitsaufnahme, Pharmakotherapie mit Nebenwirkungen, Sturz beim raschen oder nächtlichen Aufsuchen der Toilette etc.) führen verhältnismäßig rasch zu einem Anstieg der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, nicht selten auch zum notwendigen Umzug in institutionelle Betreuung. Gerade wenn es um Strategien zur Verringerung von Pflegebedarf und für den Verbleib in der häuslichen Umgebung geht, ist dem Thema Harninkontinenz mit möglichen präventiven und therapeutischen Maßnahmen vermehrt Aufmerksamkeit zu widmen.

Einsamkeit und Depression sind ein großes Problem in Pflegeheimen

Einsamkeit und Depression gelten in gesellschaftlichen Altersdiskursen ebenfalls als häufige Phänomene im Zusammenhang mit Hochaltrigkeit, da das hohe Alter überwiegend mit einem Verlust von Gesundheit und Selbständigkeit sowie mit einer zunehmenden sozialen Isolation verbunden wird. Tatsächlich treffen Einsamkeit und Depression jedoch nur auf eine Minderheit von Hochaltrigen zu. Betroffen sind vor allem gesundheitlich bzw. funktional stark eingeschränkte Personen sowie sozial stark isolierte Men-

schen (vor allem Alleinstehende ohne Angehörige). Ein vergleichsweise wichtiges Thema bilden Einsamkeit und Depression im Pflegeheim. Hier ist immerhin jede/r Vierte mit Einsamkeit und mehr als jede/r Dritte mit depressiven Symptomen konfrontiert. Neben fortgeschrittenen gesundheitlichen und funktionalen Beeinträchtigungen, unter denen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in besonderem Maße leiden, ist hier möglicherweise auch eine pflegeheimspezifische soziale Isolierung ausschlaggebend. Diese resultiert einerseits aus der Pflegeheimsituation und dem Umzug ins Pflegeheim selbst. Andererseits dürfte ein bereits vorher bestehender Mangel an sozialen Beziehungen und sozialer Unterstützung eine Übersiedlung ins Pflegeheim bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit maßgeblich begünstigen. Erschwerend kommt hinzu, dass es in Pflegeheimen – anders, als man das zunächst vielleicht vermuten würde – nur in seltenen Fällen zum Aufbau neuer Sozialkontakte zu anderen Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern kommt.

Hochaltrige weisen ein hohes Maß an Aktivitäten sowie ein hohes Aktivitätsbedürfnis auf

Ein großer Teil der untersuchten Hochaltrigen weist trotz hohen Alters ein nach wie vor hohes Maß an Aktivitäten auf. Viele hochaltrige Frauen und Männer verfügen über ein dichtes Netz an familiären wie außerfamiliären sozialen Kontakten, das sie vielfach aktiv pflegen. In zahlreichen Fällen besteht ein reges Interesse am kulturellen Leben (Oper-, Theater-, Konzertbesuche etc.). Auch Sport und Reisen spielen im hohen Alter eine Rolle. Manche der befragen Hochaltrigen betätigen sich auch ehrenamtlich in Vereinen und dergleichen.

Selbstverständlich hängt der Grad an Aktivität sehr stark vom körperlichen Allgemeinzustand ab. Bei fortgeschrittenen funktionalen Einschränkungen reduziert sich die Lebensgestaltung unter Umständen auf einige wenige Aktivitäten innerhalb der eigenen vier Wände, insbesondere auf das Fernsehen.

Eine bedeutende Aufgabe von Gesellschaft, Kultur und Politik ist darin zu sehen, alte Menschen in ihren Aktivitäts- und Teilhabebedürfnissen anzusprechen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Bedürfnisse ebenso wie die individuellen Möglichkeiten zur Aktivität im hohen Alter sehr unterschiedlich ausgeprägt sind. Eine wesentliche Form der sozialen Teilhabe bildet das Eingebundensein in Mehr-Generationen-Beziehungen, in denen man sich als Nehmender wie auch als Gebender erlebt. Auch im hohen Lebensalter nehmen sich Frauen und Männer im Hinblick auf die Möglichkeit zur Weitergabe von reflektierten Erfahrungen und Wissen vielfach als kompetent wahr. Sie äußern das Bedürfnis, in ihren reflektierten Erfahrungen und in ihrem Wissen ernst genommen zu werden, diese Erfahrungen und dieses Wissen der Gesellschaft zur Verfügung stellen zu können. Hier wären Begegnungsorte zu schaffen, in denen sich diese Bedürfnisse nach Aktivität und sozialer Teilhabe, je nach individuellen Interessen und Möglichkeiten, entfalten können (Bürgerzentren, Mehr-Generationen-Projekte etc.).

Pflege ist ein Tabuthema

Wie die Ergebnisse der ÖIHS zeigen, spielen Fragen der persönlichen Pflegevorsorge für die hochaltrigen Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer eine relativ geringe Rolle oder werden von diesen sogar mehr oder weniger bewusst gemieden. Nur wenige der befragten Hochaltrigen verfügen etwa über eine Vorsorgevollmacht, eine Patientenverfügung oder andere schriftliche Vollmachten, mit denen sie für den Fall eines möglicherweise eintretenden Verlustes der Geschäftsfähigkeit oder von Pflegebedürftigkeit vorsorgen könnten. Wie insbesondere aus den Interviews des qualitativen Studienteils hervorgeht, beschäftigen sich hochaltrige Menschen generell sehr ungern mit Fragen der Pflege und Betreuung – jedenfalls solange diese Fragen noch nicht akut sind. Überlegun-

gen werden häufig „im stillen Kämmerlein“ angestellt, mit Angehörigen wird in vielen Fällen kaum oder gar nicht über konkrete Sorgen oder Wünsche hinsichtlich einer in Zukunft eventuell notwendigen Betreuung gesprochen, um diese – wie von den Teilnehmer/innen betont wird – nicht zu belasten. Dies verweist darauf, dass Pflege und Betreuung nach wie vor Tabuthemen sind. Eine Enttabuisierung von Pflegebedürftigkeit scheint in diesem Lichte besonders erstrebenswert. Dies erfordert allerdings einen differenzierten Zugang, zumal aktuelle (an sich durchaus begrüßenswerte) gesellschaftspolitische Bemühungen um eine Differenzierung des Altersbildes und die zunehmende Akzentsetzung auf Aktivität und Produktivität im Alter möglicherweise eine Tabuisierung von Pflegebedürftigkeit zusätzlich fördern.

Hochaltrige Menschen möchten so lange wie möglich in der eigenen Wohnung bleiben

Mit Blick auf Wohnen im hohen Alter äußern praktisch alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer – soweit sie noch in einem Privathaushalt leben – den Wunsch, so lange wie möglich in der eigenen Wohnung zu bleiben. Einem Umzug ins Pflegeheim stehen die meisten von ihnen ablehnend gegenüber. Trotz des verbreiteten Wunsches, möglichst lange im gewohnten Wohnumfeld zu verbleiben, werden jedoch nur selten entsprechende Vorsorgemaßnahmen getroffen. Nur ein geringer Teil der zu Hause lebenden hochaltrigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer hat etwa Adaptierungen oder bauliche Veränderungen vorgenommen, um den eigenen Wohnraum altersgerecht zu gestalten. Dies dürfte zum einen finanzielle Gründe haben, da ein altersgerechter Umbau der Wohnung durchaus mit erheblichen Kosten verbunden ist. Vor allem aber wurde gerade auch aus den qualitativen Interviews immer wieder deutlich, dass sich die Befragten mit Fragen der Pflege und Betreuung und mit den möglichen Herauforderungen und Problemen hinsichtlich eines weiteren Verbleibs im gewohnten Umfeld nur sehr zögerlich oder gar nicht auseinandersetzen.

Der möglichst lange Verbleib in der eigenen Wohnung bildet auch unter Partizipations- und Teilhabegesichtspunkten einen Idealzustand für das hohe und höchste Alter und ist entsprechend zu unterstützen. Erforderlich erscheint dabei eine bessere und bewusste Vorbereitung auf die individuellen Herausforderungen des selbständigen Lebens und Wohnens im hohen Alter. Stärkere öffentliche Aufklärung über die Möglichkeiten und die (finanzielle) Förderung von Adaptierungsmaßnahmen im Sinne eines altersgerechten Wohnens könnten hier einen positiven Beitrag leisten. Notwendig ist aber auch eine gesellschaftliche Enttabuisierung von und eine offenere, aufgeschlossene Auseinandersetzung mit Themen der Pflegebedürftigkeit. Alternskulturen in unserer Gesellschaft zu stärken und damit auch eine bewusste Auseinandersetzung mit späteren Lebensphasen (insbesondere dem hohen Alter) zu fördern, könnte auch dazu führen, dass Veränderungen und Adaptierungen des Wohnumfelds aktiv und rechtzeitig in Angriff genommen werden.

Hohe Lebenszufriedenheit, aber auch zunehmende emotionale Verletzlichkeit

Die untersuchten Hochaltrigen zeichnen sich durch eine überwiegend hohe Lebenszufriedenheit aus. Mehr als drei Viertel der Befragten geben an, mit ihrer Lebenssituation insgesamt zufrieden oder sogar sehr zufrieden zu sein. Trotz dieser sehr bemerkenswerten Zufriedenheitswerte sind dennoch auch Hinweise auf eine wachsende emotionale Verletzlichkeit – vor allem bei chronischen Schmerzzuständen, bei Pflegebedürftigkeit, bei stärkeren kognitiven Einbußen und beim Verlust nahestehender Menschen – deutlich erkennbar. Gerade hier sind auch psychotherapeutische Angebote zu entwickeln, um die Widerstandsfähigkeit mit Blick auf die emotionale Verletzlichkeit zu fördern.

GLOSSAR

Zur Erläuterung relevanter, im hier vorliegenden Bericht verwendeter Fachbegriffe dürfen wir auf das interdisziplinäre Glossar „Geriatrie und Gerontologie in Österreich“ verweisen, das 2009 vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegeben wurde. Dieses enthält eine Reihe von erklärenden Kurztexten zu zentralen geriatrischen und gerontologischen Begrifflichkeiten. Das Glossar ist online abrufbar unter:

http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/2/1/CH1104/CMS1201520486131/glossargeriatrie_final.pdf (letzter Zugriff am: 11. 3. 2015)

LITERATUR

Andersen-Ranberg, Karen/Christensen, Kaare/Jeune, Bernard (2001): Healthy centenarians do not exist, but autonomous centenarians do: A population-based study of morbidity among Danish centenarians, in: Journal of the American Geriatrics Society 49(7), 900-908.

Anttila, T./Helkala, E.-L-/Kivipelto, M./Hallikainen, M./Alhainen, K./Heinonen, H./Mannermaa, A./Tuomilehto, J./Soininen, H./Nissinen, A. (2002): Midlife income, occupation, APOE status, and dementia, in: Neurology 59(6), 887-893.

Bach, Doris/Böhmer, Franz (Hg.) (2011): Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter. Wien: Böhlau.

Baltes, Margret M./Horgas, Ann L./Klingenspor, Barbara/Freund, Alexandra M./Carstensen Laura L. (2010): Geschlechtsunterschiede in der Berliner Altersstudie, in: Lindenberger, Ulman/Smith, Jacqui/Mayer, Karl Ulrich/Baltes, Paul B. (Hg.): Die Berliner Altersstudie (3., erweitere Auflage). Berlin: Akademie Verlag, 597-622.

Bennett, J./Riedel, M. (2013): Was beeinflusst die Lebenszufriedenheit im hohen Alter? Repräsentative Studie zur ambulanten Altenpflege und -betreuung in der Deutschschweiz, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46(1), 21–26.

BMASK (2014): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2013. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

BMG (2009): Interdisziplinäres Glossar „Geriatrie und Gerontologie in Österreich“. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

BMSK (2008): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Wien: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz.

Böhm, Karin/Tesch-Römer, Clemens/Ziese, Thomas (Hg.) (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch Institut.

Böhmer, Franz (2008): Multimorbidität und Polypathie, in: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hg.): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Wien: Böhlau, 81-87.

Charles, Susan T./Carstensen, Laura L. (2010): Social and emotional aging, in: Annual Review of Psychology 61, 383–409.

Collerton, Joanna/Davies, Karen/Jagger, Carol/Kingston, Andrew/Bond, John/Eccles, Martin P./Robinson, Louise A./Martin-Ruiz, Carmen/Zglinicki, Thomas/James, Oliver F. W./Kirkwood, Thomas B.L. (2009): Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study, in: British Medical Journal 339, b4904.

Colombo, Francesca/Llena-Nozal, Ana/Mercier, Jerome/Tjadens, Frits (2011): Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris: OECD.

Ekerdt, David J. (1986): The busy ethic. Moral continuity between work and retirement, in: The Gerontologist 26(3), 239-244.

Elbing, Eberhard (1991): Einsamkeit. Psychologische Konzepte, Forschungsbefunde und Treatmentansätze. Göttingen: Hogrefe.

Elmadfa, Ibrahim/Leitzmann, Clauss (2004): Ältere Menschen, in: Elmadfa/Leitzmann, Claus: Ernährung des Menschen, 4. Auflage. Stuttgart: Ulmer, 496-500.

Endbericht Arbeitskreis 6 (1999): Alter & Wohnen. Wien.

Europäische Kommission (2007): Health and long-term care in the European Union (Special Eurobarometer 283). Brüssel: TNS Opinion & Social. Online unter: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf (Zugriff am: 30. 6. 2014).

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, in: Pharmacoepidemiology and Drug Safety 14(2), 121-128.

Fischer, P./Jungwirth, S./Krampla, W./Weissgram, S./Kirchmeyr, W./Schreiber, W./Huber, K./Rainer, M./Bauer, P./Tragl, K.H. (2002): Vienna Transdanube Aging "VITA": study design, recruitment strategies and level of participation, in: Journal of Neural Transmission, Supplement 62, 105-116.

Folstein, 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, in: Journal of Psychiatric Research 12(3), 189-198.

Fratiglioni, Laura/Winblad, Bengt/Strauss, Eva von (2007): Prevention of Alzheimer's disease and dementia. Major findings from the Kungsholmen Project, in: Physiology & Behavior 92, 98-104.

Frühwald, Thomas (2008): Frailty, in: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hg.): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Wien: Böhlau, 269-278.

Füsgen, Ingo/Renteln-Kruse, Wolfgang von (2008): Besonderheiten der Arzneimitteltherapie beim geriatrischen Patienten, in: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hg.): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Wien: Böhlau, 575-583.

Gruss, Hans-Jürgen (2008): Stuhlinkontinenz, in: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hg.): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Wien: Böhlau, 175-186.

Guilley, Edith/d'Epinay, Christian (Hg.) (2008): The closing chapters of long lives: Results from the 10-year Swilsoo study on the oldest old. Hauppauge: Nova Science Publishers.

Hardt, Roland (2008): Akute und chronische Schmerzzustände, in: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hg.): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Wien: Böhlau, 89-95.

Heller, Andreas/Pleschberger, Sabine/Fink, Michaela/Gronemeyer, Reimer (2013): Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland (2. Auflage). Ludwigsburg: Der Hospiz Verlag.

help.gv.at (2014) Voraussetzungen für das Pflegegeld. Online unter: https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360512.html (Zugriff am: 30. 6. 2014)

Hitt, Rachel/Young-Xu, Yinong/Silver, Margery/Perls, Thomas (1999): Centenarians: the older you get, the healthier you have been, in: The Lancet 354(9179), 652.

Huber, Manfred/Rodrigues, Ricardo/Hoffmann, Frederique/Gasior, Katrin/Marin, Bernd (2009): Facts and figures on long-term care. Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung.

Hurme, M./Kivimäki, M./Pertovaara, M./Lehtimäki, T./Karhunen, P. J./Jylhä, M./Hervonen, A./Eklund, C. (2007): CRP gene is involved in the regulation of human longevity: a follow-up study in Finnish nonagenerians, in: Mechanisms of Ageing and Development 128(10), 574-576.

IFES (2010): Lebensqualität im Alter: Befragung von Personen ab 60 Jahren (Studienbericht). Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

Infurna, Frank J./Gerstorf, Denis/Ryan, Lindsay H./Smith, Jacqui (2011): Dynamic links between memory and functional limitations in old age: longitudinal evidence for age-based structural dynamics from the AHEAD study, in: Psychology and Aging 26(3), 546-558.

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

InWIS (2006): Wohnen älterer und pflegebedürftiger Menschen in NRW. Bochum: InWIS.

Kamenski, Gustav/Dorner, Thomas/Lawrence, Kitty/Psota, Georg/Rieder, Anita/Schwarz, Franz/Sepandj, Asita/Spiegel, Wolfgang/Strotzka, Stefan (2009): Detection of dementia in primary care: comparison of the original and a modified Mini-Cog Assessment with the Mini-Mental State Examination, in: Mental Health in Family Medicine 6(4), 209-217.

Katz, Sidney/Ford, Amasa B./Moskowitz, Roland W./Jackson, Beverly A./Jaffe, Marjorie W. (1963): Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function, in: Journal of the American Medical Association 185(12), 914-919.

Kaufman, Sharon R. (1986): The ageless self. Sources of meaning in late life. Madison: University of Wisconsin Press.

Kornadt, A.E./Rothermund, K. (2011): Dimensionen und Deutungsmuster des Alterns. Vorstellungen vom Altern, Altsein und der Lebensgestaltung im Alter, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 44(5), 291–298.

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, in: Acta Neuropathologica 126(3), 365-384.

Kruse, Andreas (1999): Regeln für gesundes Älterwerden – wissenschaftliche Grundlagen. Bonn: Bundesvereinigung für Gesundheit.

Lachs, Mark S./Feinstein, Alvan R./Cooney, Leo M./Drickamer, Margaret A./Marottoli, Richard A./Pannill, Fitzhugh C./Tinetti, Mary E. (1990): A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients, in: Annals of Internal Medicine 112(9), 699-706.

Lawton, M. Powell/Brody, Elaine M. (1969): Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living, in: The Gerontologist 9(3), 179-186.

Lebensministerium (2012): Kompakte Siedlungen: Klimaschutz für Generationen. Wien: Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft.

Li, Yu/Bai, Yang/Tao, Qing-liu/Zeng, Huan/Han, Ling-li/Luo, Ming-yu/Zhang, Na/Zhong, Xiao-ni/Xie, Yao-jie/Zhao, Yong (2014): Lifestyle of Chinese centenarians and their key beneficial factors in Chongqing, China, in: Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition 23(2), 309.

Luck, Tobias/Luppa, Melanie/Briel, Susanne/Matschinger, Herbert/König, Hans-Helmut/Bleich, Stefan/Villringer, Arno/Angermeyer, Matthias C./Riedel-Heller, Steffi G. (2010): Mild Cognitive Impairment: Incidence and Risk Factors: Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged, in: Journal of the American Geriatrics Society 58(10), 1903-1910.

Lumme-Sandt, Kirsi/Hervonen, Antti/Jylhä, Marja (2000): Interpretative repertoires of medication among the oldest-old, in: Social Science and Medicine 50(12), 1843-1850,

Mann, Eva/Böhmdorfer, Birgit/Frühwald, Thomas/Roller-Wirnsberger, Regina E./Dovjak, Peter/Dückelmann-Hofer, Christine/Fischer, Peter/Rabady, Susanne/Iglseder, Bernhard (2012): Potentially inappropriate mediaction in geriatric patients: the Austrian consensus panel list, in: Wiener klinische Wochenschrift 124(5-6), 160-169.

Mann, Eva/Haastert, Burkhard/Böhmdorfer, Birgit/Frühwald, Thomas/Iglseder, Bernhard/Roller-Wirnsberger, Regina/Meyer, Gabriele (2013): Prevalence and associations of potentially inappropriate prescriptions in Austrian nursing home residents: secondary analysis of a cross-sectional study, in: Wiener klinische Wochenschrift 125(7-8), 180-188.

Mann, Eva/Haastert, Burkhard/Frühwald, Thomas/Sauermann, Robert/Hinteregger, Manfred/Hölzl, Daniela/Keuerleber, Simon/Scheuringer, Martin/Meyer, Gabriele (2014): Potentially inappropriate medication in older persons in Austria: A nationwide prevalence study, in: European Geriatric Medicine 5(6), 399-405.

Marksteiner, Josef (2008): Demenzielle Erkrankungen, in: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hg.): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Wien: Böhlau, 253-260.

Mayer, Karl Ulrich/Wagner, Michael (2010): Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter, in: Lindenberger, Ulman/Smith, Jacqui/Mayer, Karl Ulrich/Baltes, Paul B. (Hg.): Die Berliner Altersstudie (3., erweitere Auflage). Berlin: Akademie Verlag, 275-299.

Miilunpalo, Seppo/Vuori, Ilkka/Oja, Pekka/Pasanen, Matti/Urponen, Helka (1997): Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population, in: Journal of Clinical Epidemiology 50(5), 517-528.

Mossey, Jana M./Shapiro, Evelyn (1982): Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly, in: American Journal of Public Health 72(8), 800-808.

Motel-Klingenbiel, Andreas/Tesch-Roemer, Clemens/von Kondratowitz, Hans-Joachim (2005): Welfare states do not crowd out the family: evidence for mixed responsibility from comparative analyses, in: Ageing & Society 25(6), 863-883.

Ngandu, T./von Strauss, E./Helkala, E.-L./Winblad, B./Nissinen, A./Tuomilehto, J./Soininen, H./Kivipelto, M. (2007): Education and dementia: what lies behind the association?, in: Neurology 69(14), 1442-1450.

ÖGGG (2011): Österreichisches Geriatrisches Basisassessment. Wien: Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie.

Perls, Thomas T./Kunkel, Louis M./Puca, Annibale A. (2002a): The genetics of exceptional human longevity, in: Journal of Molecular Neuroscience 19(1-2), 233-238.

Perls, Thomas T./Wilmoth, John/Levenson, Robin/Drinkwater, Maureen/Cohen, Melissa/Bogan, Hazel/Joyce, Erin/Brewster, Stephanie/Kunkel, Louis/Puca, Annibale (2002b): Life-long sustained mortality advantage of siblings of centenarians, in: PNAS 99(12), 8442-8447.

Perrig-Chiello, P./Perrig, W./Staehelin, H.B./Krebs-Roubicek, E./Ehrsam, R. (1996): Wohlbefinden, Gesundheit und Autonomie im Alter. Das Basler IDA-Projekt, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29(2), 95‑109.

Pleschberger, Sabine (2004): Nur nicht zur Last fallen. Die Perspektive alter Menschen in Pflegeheimen auf Sterben in Würde. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Podsiadlo, D./Richardson, S. (1991): The Timed „Up & Go“: a test of basic functional mobility for frail elderly persons, in: Journal of the American Geriatrics Society 39(2), 142-148.

Püllen, Rupert (2008): Depression im Alter, in: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hg.): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Wien: Böhlau, 133-137.

Qiu, Chengxuan/Bäckman, Lars/Winblad, Bengt/Agüero-Torres, Hedda/Fratiglioni, Laura (2001): The influence of education on clinically diagnosed dementia incidence and mortality data from the Kungsholmen Project, in: Archives of Neurology 58(12), 2034-2039.

Radebold, Hartmut (2005): Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Ältere Menschen in Beratung, Psychotherapie, Seelsorge und Pflege. Stuttgart: Klett-Cotta.

Rizzuto, Debora/Orsini, Nicola/Qiu, Chengxuan/Wang, Hui-Xin/Fratiglioni, Laura (2012): Lifestyle, social factors, and survival after age 75: population based study, in: British Medical Journal 345, e5568.

Robert Koch-Institut (2002): Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10.

Rosenmayr, Leopold (1978): Die menschlichen Lebensalter in Deutungsversuchen der europäischen Kulturgeschichte, in: Rosenmayr, Leopold (Hg.): Die menschlichen Lebensalter. Kontinuität und Krisen. München: Piper, 23-79.

Rott, C./Jopp D.S. (2012): Das Leben der Hochaltrigen, in: Bundesgesundheitsblatt 55(4), 474-480.

Schäfer, Ulrich (2008): Gangstörung und Stürze, in: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (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, in: European Urology 40(2), 213-219.

Schuntermann, Michael F. (2009): Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen (3. überarbeitete Auflage). Heidelberg: Ecomed Medizin.

Searle, Samuel D./Mitnitski, Arnold/Gahbauer, Evelyne A./Gill, Thomas M./Rockwood, Kenneth (2008): A standard procedure for creating a frailty index, in: BMC Geriatrics 8, 24.

Sieber, Cornel C. (2008): Ernährung, in: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hg.): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Wien: Böhlau, 551-563.

Stadt Wien (2014): Wiener Geriatriekonzept. Online unter: https://www.wien.gv.at/gesundheit/pflege-betreuung/geriatriekonzept.html (Zugriff: 30. 6. 2014).

Statistik Austria (2013): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik. Wien: Statistik Austria.

Steinhagen-Thiessen, Elisabeth/Borchelt, Markus (2010): Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter, in: Lindenberger, Ulman/Smith, Jacqui/Mayer, Karl Ul-

rich/Baltes, Paul B. (Hg.): Die Berliner Altersstudie (3., erweitere Auflage). Berlin: Akademie Verlag, 175-207.

Strotzka, S./Psota, G./Sepandj, A. (2003): Uhrentest in der Demenzdiagnostik – Auf der Suche nach der verlorenen Zeit, in: Psychopraxis 4/2003, 16-24.

Talasz, H. (2014): Harninkontinenz geriatrischer Patientinnen. Screening und Abklärung, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 47(1), 57-66.

University of Georgia Gerontology Center (2005): The Georgia Centenarian Study. A Study of Longevity and Survival of the Oldest Old. Athens, Georgia: University of Georgia.

Wagner, Michael/Schütze, Yvonne/Lang, Frieder R. (2010): Soziale Beziehungen alter Menschen, in: Lindenberger, Ulman/Smith, Jacqui/Mayer, Karl Ulrich/Baltes, Paul B. (Hg.): Die Berliner Altersstudie (3., erweitere Auflage). Berlin: Akademie Verlag, 325-343.

Wenger, G. Clare/Davies, Richard/Shahtahmasebi, Said/Scott, Anne (1996): Social isolation and loneliness in old age: review and model refinement, in: Ageing & Society 16(3), 333-358.

Wiedemann, Andreas/Füsgen, Ingo (2008): Harninkontinenz, in: Böhmer, Franz/Füsgen, Ingo (Hg.): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Wien: Böhlau, 167-173.

Willcox, Bradley J./Willcox, D. Craig/He, Qimei/Curb, J. David/Suzuki, Makoto (2006a): Siblings of Okinawan centenarians share lifelong mortality advantages, in: Journal of Gerontology: Biological Sciences 61(4), 345-354.

Willcox, D. Craig/Willcox, Bradley J./Hsueh, Wen-Chi/Suzuki, Makoto (2006b): Genetic determinants of exceptional human longevity: insights from the Okinawa Centenarian Study, in: AGE 28(4), 313-332.

Winkler, Petra/Pochobradsky, Elisabeth/Wirl, Charlotte (2012): Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich. Wien: BMG.

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Genf: WHO.

WHO (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF. Genf: WHO.

WHO (2002): National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines, 2. Auflage. Genf: WHO.

Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (2012): Polypharmazie, Band 45, Heft 6.

Dieser Bericht stellt zentrale Ergebnisse der Pilotstudie und Ersterhebung der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie (ÖIHS) dar.

Die ÖIHS liefert erstmals umfassende qualitative und quantitative Daten zur Gesundheits-, Lebens- und Betreuungssituation hochaltriger Menschen in Österreich.

Untersucht wurden im Rahmen dieser Ersterhebung Personen im Alter zwischen 80 und 85 aus Wien und der Steiermark.