

Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich

Endbericht

Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich

Petra Winkler
Elisabeth Pochobradsky
Charlotte Wirl

Unter Mitarbeit von:
Robert Griebler
Elisabeth Rappold

Fachliche Begleitung durch das Gesundheitsministerium:
Magdalena Arrouas

Projektassistenz:
Alexandra Mayerhofer

Wien, im Juni 2012 / Auflage Februar 2015

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

ISBN 978-3-85159-169-9

Impressum:

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Bundesministerium für Gesundheit, Sektion III, Radetzkystraße 2, 1030 Wien. Für den Inhalt verantwortlich: Priv.-Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner, Leiterin der Sektion III, BMG. Druck: Kopierstelle des BMG

Bestellmöglichkeit: Tel.: 0810/818164 (Ortstarif), Internet: www.bmg.gv.at

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

Vorwort



Bild: BMC/Johannes Zinner

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der vorliegende Bericht berücksichtigt die Tatsache, dass aufgrund der demografischen Entwicklung die ältere Generation zusehends an gesellschaftlicher Bedeutung gewinnt. In den nächsten Jahren und Jahrzehnten wird der Anteil älterer Menschen in Österreich weiterhin steigen, von derzeit 18 % auf ca. 24 % im Jahr 2030. Diesem Umstand trägt der vorliegende Bericht „Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich“ Rechnung. Er bietet eine umfassende datenbasierte Darstellung über die gesundheitliche Lage der über 64-jährigen österreichischen Bevölkerung – einer Personengruppe, die im Hinblick auf ihre Fähigkeiten und ihren Gesundheitszustand sehr heterogen ist.

Der Bericht würdigt den gesellschaftlichen Beitrag, den die ältere Generation leistet, und hat zum Ziel, auf bessere Rahmenbedingungen für aktives Altern und die Stärkung der Solidarität zwischen den Generationen hinzuwirken. Er richtet sich an politische Entscheidungsträger und Stakeholder, aber auch an alle am Gesundheitssystem Mitwirkende und Interessierte. Die vorliegende Datenaufbereitung und Datenanalyse schafft Grundlagen für weitreichende Empfehlungen sowie für gezielte Planung adäquater Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und der Versorgung der älteren und alten Personen in Österreich.

Ich wünsche mir, dass auf diese Weise zu einer langen aktiven und vor allem gesunden Teilhabe älterer und alter Menschen in allen gesellschaftlichen Bereichen beigetragen werden kann.

Ihre

Dr.ⁱⁿ Sabine Oberhauser, MAS
Bundesministerin für Gesundheit

Kurzfassung

Der vorliegende Bericht stellt die gesundheitliche Lage der in Österreich wohnhaften über 64-jährigen Bevölkerung dar. Er fokussiert – nach Geschlecht differenziert – auf **zeitliche** Entwicklungen und **regionale** Unterschiede und ist als Ergänzung zu einschlägigen Berichten und Arbeiten des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK) zu verstehen (z. B. „Hochaltrigkeit in Österreich“ aus 2009; „Bundesplan für Seniorinnen und Senioren“ aus 2012). Die Arbeitsschwerpunkte des BMAK (z. B. sozioökonomische Situation, Wohnformen, soziale Verhältnisse, in denen ältere Menschen in Österreich leben, oder wichtige pflegerische und Versorgungsaspekte) werden deshalb im vorliegenden Bericht nur ansatzweise diskutiert. Durch die teilweise mangelhafte Datenlage sind der Analyse weitreichende Limitierungen gesetzt, insbesondere weil für Seniorinnen und Senioren niedergelassene Allgemeinmediziner/innen primäre Ansprechperson sind, Diagnosedaten aus dem niedergelassenen Bereich jedoch nicht zur Verfügung stehen.

Demografie

In den nächsten Jahren ist eine **Verschiebung der Altersstruktur** zu erwarten. Der Anteil älterer Menschen wird weiterhin steigen, da anzunehmen ist, dass die Lebenserwartung weiterhin steigt und Geburtenraten weiterhin niedrig bleiben. Der Anteil der über 64-Jährigen liegt derzeit bei 18 Prozent, für das Jahr 2030 rechnet man damit, dass 24 Prozent dieser Altersgruppe zuzurechnen sein werden.

Der **Frauenanteil** überwiegt bei den über 64-Jährigen (58 % im Jahr 2010) und insbesondere bei den Hochaltrigen (74 % im Jahr 2010), doch es ist davon auszugehen, dass sich die Geschlechteranteile sukzessive annähern werden. Aktuelle Bevölkerungsprognosen gehen davon aus, dass 2030 55 Prozent der über 64-Jährigen weiblich sein werden. Auch bei den Hochaltrigen ist von einer Verringerung des Frauenanteils auszugehen (63 % im Jahr 2030), wenngleich in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist, dass in dieser Altersgruppe bis 2030 eine weitgehende Angleichung stattfindet.

In der **regionalen Differenzierung** zeigt sich, dass in der Obersteiermark, im Waldviertel und in Oberkärnten der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung besonders hoch ist.

Unter den Menschen mit **Migrationshintergrund** – davon jenen aus sog. „Drittländern“ – ist der Anteil an älteren Menschen – im Vergleich zu Personen aus EU- und EWR-Ländern derzeit vergleichsweise gering. Falls sich dies künftig ändern sollte, wird der Anteil an älteren Menschen mit Migrationshintergrund steigen. Daraus würde ein spezifischer pflegerischer Bedarf erwachsen.

Lebenserwartung

- » Die **Lebenserwartung** ab der Geburt steigt nach wie vor. Im Jahr 2010 betrug sie rund 78 Jahre bei Männern und rund 83 Jahre bei Frauen.
- » Auch die **fernere Lebenserwartung** der 65-Jährigen in Österreich steigt, sie betrug im Jahr 2010 17,5 Jahre bei Männern und 20,5 Jahre bei Frauen.
- » Die **geschlechtsspezifischen Unterschiede verringern sich** mit zunehmendem Alter und im Zeitverlauf.
- » Männer und Frauen können in Österreich etwa gleich viele **Lebensjahre in guter Gesundheit** (d. h. ohne chronische Krankheiten oder funktionale Einschränkungen) erwarten, nämlich rund 56 bzw. 60 Jahre.

Kernaussagen zum Gesundheitszustand

Die Gruppe der **über 64-Jährigen ist sehr heterogen hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes**. Unter den jüngeren Seniorinnen und Senioren, in diesem Bericht die 65- bis 74-Jährigen, gibt es eine große Gruppe an Gesunden. Maßgebliche Beeinträchtigungen und insbesondere funktionale Einschränkungen treten erst in späterem Lebensalter auf.

Gemessen an der Lebenserwartung bzw. an der Mortalität sowie an den Hospitalisierungsraten, sind **Frauen gesünder als Männer**, doch es gibt einige Aspekte (siehe unten), die sich für Frauen im Alter deutlich ungünstiger darstellen.

Bei nahezu allen Mortalitätsraten, Krankheitsdaten und Risikofaktoren zeigt sich in Österreich ein **Ost-West-Gefälle**, das bei Männern deutlicher ausgeprägt ist als bei Frauen.

Auch im Seniorenalter besteht ein enger Zusammenhang zwischen der **sozioökonomischen Situation**, den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und dem Gesundheitszustand, doch können diesbezüglich zwei Besonderheiten im Alter hervorgehoben werden:

- » Es gibt Hinweise darauf, dass sich – nach einer deutlichen Selektion bis zum mittleren Seniorenalter (überhöhte Sterblichkeit von sozioökonomisch Benachteiligten) – die Mortalitätsraten bei den über 75-jährigen Männern zwischen hohen und niedrigen sozialen Schichten nicht mehr maßgeblich unterscheiden.
- » Die Bedeutung des Lebensstils bzw. bestimmter gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen (z. B. Alkohol- oder Tabakkonsum) verliert mit zunehmendem Alter an Bedeutung. Besonders wichtig bis ins hohe Alter bleiben ein ausreichendes Maß an Bewegung und gesunde Ernährung sowie ein gutes soziales Netzwerk.

Frauen

Das Bild in der Öffentlichkeit, dass „das Alter weiblich sei“, es also mehr ältere Frauen als Männer gibt, entsteht vor allem durch den hohen Frauenanteil bei den Hochaltrigen. Dadurch sind in absoluten Zahlen gemessen deutlich mehr Frauen als Männer von den typischen altersbedingten Krankheiten wie beispielsweise Demenz betroffen. Auch sind die Pflegebedürftigen und die Heimbewohnerinnen zum überwiegenden Teil weiblich. Zudem wird „alt“ in der Gesellschaft vielfach mit „arm“ assoziiert, und alleinstehende Frauen im höheren Alter sind eine Gruppe mit höchster Armutsgefährdung.

- » Frauen verbringen mehr Lebensjahre mit chronischen Krankheiten und funktionalen Beeinträchtigungen als Männer;
- » Frauen beurteilen ihren Gesundheitszustand tendenziell ungünstiger als Männer;
- » sie sind häufiger von Beeinträchtigungen des Bewegungsapparats betroffen und damit von Einschränkungen in der Mobilität;
- » Unfälle und Stürze, insbesondere im höheren Seniorenalter, passieren Frauen öfter als Männern;
- » Frauen leiden häufiger unter Schmerzen;
- » sie sind häufiger von psychischen Beeinträchtigungen betroffen (obwohl Suizidrate geringer ist);
- » die Pflegebedürftigkeit ist größer, wegen des höheren Alters und der größeren Probleme mit dem Bewegungs- und Stützapparat;
- » die Pflege von Frauen muss in deutlich höherem Maße institutionell geleistet werden, weil für private Pflege niemand mehr zur Verfügung steht;
- » Frauen sind im hohen Alter überwiegend alleinstehend.

Männer

- » Männer haben eine um rund fünf Jahre niedrigere Lebenserwartung als Frauen,
- » doch die Lebenserwartung bei guter Gesundheit, d. h. ohne chronische Krankheiten und funktionale Beeinträchtigungen, ist etwa gleich hoch.
- » Geschlechtsspezifische Unterschiede werden im Zeitverlauf geringer. Es ist also davon auszugehen, dass der derzeit sehr niedrige Anteil an hochaltrigen Männern steigen wird.
- » Wenn Männer sehr alt werden, haben sie vergleichsweise günstige Lebensbedingungen und eine gute Lebensqualität.

Gesundheitszustand und -verhalten der 65- bis 74-jährigen

Mehr als 50 Prozent der 65- bis 74-jährigen Bevölkerung in Österreich beurteilen den eigenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Am anderen Ende der Skala gibt es rund 10 Prozent, die sich gesundheitlich schlecht oder sehr schlecht fühlen. Diese

Größenordnung deckt sich etwa mit dem Anteil derjenigen, die von funktionalen Beeinträchtigungen, insbesondere bezüglich der Mobilität, betroffen sind:

- » Etwa 5 Prozent haben massive Einschränkungen beim **Seh- und Hörvermögen**: Sie könnten selbst mit Brille keine Zeitung lesen bzw. mit Hörgerät keiner Unterhaltung mit mehreren Personen folgen.
- » **Mobilitätseinschränkungen** sind häufiger: Rund 10 Prozent haben diesbezüglich Probleme (nur mit Gehhilfe 500 Meter gehen oder gar nicht mehr dazu in der Lage sein). Bücken und Niederknien stellen bereits bei einem Viertel dieser Altersgruppe ein Problem dar.
- » Rund 5 Prozent dieser Altersgruppe haben Probleme mit den **Aktivitäten des täglichen Lebens** (ADL). Einzelne instrumentelle Aktivitäten (IADL) bereiten dieser Altersgruppe schon häufiger Probleme, was aber nicht unbedingt auf gesundheitliche Probleme schließen lässt: Insbesondere Männer haben Schwierigkeiten beim Essenzubereiten und beim Wäschewaschen.
- » Zirka 7 Prozent dieser Altersgruppe beziehen **Bundespflegegeld**.
- » **Betreuung** im Bedarfsfall haben die meisten in dieser Altersgruppe, Männer primär durch ihre Partnerin, Frauen durch Partner oder (Schwieger-)Töchter. Rund 10 Prozent bräuchten im Krankheitsfall soziale Dienste oder haben keine bzw. nur unsichere Betreuung. Wenn es um längerfristige Betreuung geht, haben Frauen eine deutlich ungünstigere Situation: Männer haben zumeist nach wie vor die Partnerin, aber 20 Prozent der Frauen müssten bezahlte Hilfe in Anspruch nehmen.

Die häufigsten **chronischen Beschwerden**, die bei der österreichischen Gesundheitsbefragung von der 65- bis 74-jährigen Bevölkerung genannt wurden, sind

- » Wirbelsäulenbeschwerden und Bluthochdruck. Knapp die Hälfte der 65- bis 74-jährigen Männer und Frauen leidet darunter.
- » Arthrose/Arthritis ist für mehr als 40 Prozent der Frauen und für 25 Prozent der Männer dieser Altersgruppe ein Problem.
- » Ein Viertel der Frauen hat Osteoporose, fast ebenso viele sind von Migräne und/oder Allergien betroffen.

Rund die Hälfte der 65- bis 74-Jährigen hatte erhebliche **Schmerzen** innerhalb des letzten Jahres der Befragung.

Häufigste Ursachen für einen **Krankenhausaufenthalt** sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats. Bei Männern stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen an erster und Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats an zweiter Stelle, bei Frauen umgekehrt. Die nächsthäufigste Ursache für einen Krankenhausaufenthalt (auf ICD-10-Kapitelebene) sind Krebserkrankungen und Krankheiten des Verdauungssystems.

Folgende Krankheitsgruppen (nach ICD-10) bzw. Krankheiten dominieren das Morbiditätsgeschehen der 65- bis 74-jährigen Bevölkerung:

- » **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**, Ursache von 8.000 Hospitalisierungen bei 65- bis 74-jährigen Männern und von 5.500 bei gleichaltrigen Frauen im Jahr 2010 (jeweils pro 100.000 EW), betreffen vor allem ischämische Herzkrankheiten, die bei Männern doppelt so häufig wie bei Frauen zu einem Krankenhausaufenthalt führen. Zerebrovaskuläre Diagnosen sind seltener und weisen geringere geschlechtsspezifische Unterschiede auf. Die Herz-Kreislauf-Mortalität, insbesondere die Sterblichkeit aufgrund zerebrovaskulärer Erkrankungen, war in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten rückläufig.
- » 5.400 Männer und 7.700 Frauen dieser Altersgruppe (pro 100.000) wurden 2010 aufgrund einer **Erkrankung des Bewegungs- und Stützapparats** stationär aufgenommen, Tendenz während der letzten 10 Jahre: steigend. Es handelt sich dabei häufig um Arthrose oder um Wirbelsäulenprobleme.
- » Etwas mehr als 3.000 Hospitalisierungen (pro 100.000) erfolgten 2010 aufgrund von **Verletzungen und Vergiftungen**, bei Männern und Frauen gleichermaßen. Die diesbezügliche Mortalität ist allerdings bei Männern doppelt so hoch: Rund 100 Männer und 40 Frauen (pro 100.000) starben 2010 an den Folgen einer exogenen Ursache, wobei mehr als ein Drittel davon auf Suizid zurückzuführen war (sowohl bei Männern als auch bei Frauen).
- » Die **Krebsinzidenz** ist bei 65- bis 74-jährigen Männern deutlich höher als bei gleichaltrigen Frauen (rund 2.000 versus 1.100 Neuerkrankungen pro 100.000 und Jahr). Häufigste Lokalisationen sind bei Männern Verdauungsorgane und Prostata, bei Frauen Verdauungsorgane und Brust. Die häufigsten Krebs-Todesursachen betreffen Verdauungsorgane (bei beiden Geschlechtern) und Lunge (bei Männern).
- » Rund 15 Prozent der 65- bis 74-Jährigen leiden laut Eigenauskunft unter **Diabetes**, Männer etwas häufiger als Frauen.
- » Etwa 15 Prozent der Frauen und 9 Prozent der Männer dieser Altersgruppe sind laut Eigenangaben von **Inkontinenz** betroffen.
- » **Demenz** und **Multimorbidität** werden erst in höherem Alter ein Problem.
- » Laut Eigenangaben leiden knapp 10 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen unter **Depressionen** oder chronischen Angstzuständen (bzw. unter dem, was gemeinhin unter Depression verstanden wird). Negative Stimmungslagen zeigen sich bei etwa 10 bis 20 Prozent dieser Altersgruppe, unter Schlafstörungen leiden mehr als 40 Prozent der Frauen und 30 Prozent der Männer. Männer begehen allerdings häufiger Selbstmord. Die Tendenz ist leicht sinkend.

Die **Gesamtmortalität** ist bei den 65- bis 74-jährigen Männern etwa doppelt so hoch wie bei den Frauen (2.110 versus 1.070 pro 100.000 im Jahr 2010). Sie ist allerdings

weiterhin kontinuierlich rückläufig. Haupttodesursachen sind Krebserkrankungen (38 % der Todesfälle bei Männern und 42 % bei Frauen) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (35 % der Todesfälle bei Männern und 32 % bei Frauen).

In diesem Bericht dargestellte gesundheitsrelevante Determinanten lassen sich für die Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen folgendermaßen zusammenfassen:

- » Frauen sind schon in dieser Altersgruppe deutlich häufiger **alleinstehend** als Männer: Nur mehr rund die Hälfte der Frauen ist verheiratet, mehr als ein Drittel bereits verwitwet. Hingegen sind 81 Prozent der gleichaltrigen Männer verheiratet, aber nur 9 Prozent verwitwet.
- » Die Häufigkeit sportlicher Aktivitäten und auch sonstiger körperlicher Betätigung nimmt mit zunehmendem Alter ab. Doch diejenigen, die sich schon in jüngeren Jahren **regelmäßig** körperlich betätigten, tun dies auch im Seniorenalter. Männer sind **körperlich aktiver** als Frauen. Rund ein Drittel dieser Altersgruppe macht mindestens viermal pro Woche einen Spaziergang oder andere leichte körperliche Aktivitäten.
- » Frauen generell, so auch in dieser Altersgruppe, **ernähren** sich insofern gesünder, als sie mehr Obst und Gemüse konsumieren. Insgesamt konstatiert der Nahrungsmittelbericht ein Zuviel an Fett, Kochsalz und Zucker, aber ein Zuwenig an Kohlenhydraten und Ballaststoffen für die über 55-jährige österreichische Bevölkerung.
- » **Übergewicht** ist auch unter den Seniorinnen und Senioren weit verbreitet, in dieser Altersgruppe bei Männern etwas häufiger als bei Frauen.
- » **Zahnhygiene** nimmt einen hohen Stellenwert ein. 7 Prozent der Männer und 11 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe haben ein komplett funktionsfähiges natürliches (eigenes) Gebiss, aber 16 Prozent gaben in der einschlägigen Befragung an, gar keine eigenen Zähne mehr zu haben (WHO-Ziel: maximal 10 %).
- » **Raucheranteile** werden mit zunehmendem Alter niedriger. Unter den 65- bis 74-Jährigen rauchen 12 Prozent der Männer und 6 Prozent der Frauen.
- » 16 Prozent der 65- bis 74-Jährigen nehmen fünf oder mehr **Medikamente** ein, Frauen etwas häufiger als Männer.
- » Rund 14 Prozent der 65- bis 74-Jährigen, Frauen und Männer gleichermaßen, nahmen 2010 eine **Vorsorgeuntersuchung** in Anspruch. Bei den spezifischen Vorsorgeuntersuchungen werden am häufigsten Mammographie (rund 69 %) und PSA-Test (rund 64 %) durchgeführt, gefolgt von PAP-Abstrich (32 %) und Koloskopie (29 %).

Gesundheitszustand und -verhalten der über 74-Jährigen

Je nach Datenquelle und Art der Frage bei der Gesundheitsbefragung wurde innerhalb der Altersgruppe der über 74-Jährigen differenziert nach 75- bis 84-Jährigen und über 84-Jährigen (Hochaltrigen).

36 Prozent der über 74-jährigen Bevölkerung in Österreich beurteilten 2006/07 den eigenen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut. Rund ein Fünftel fühlt sich schlecht oder sehr schlecht. Die funktionalen Beeinträchtigungen nehmen stark zu:

- » 7,4 Prozent der Männer und 9,4 Prozent der Frauen haben erhebliche Einschränkungen beim **Sehvermögen**: Sie könnten selbst mit Brille keine Zeitung lesen oder sind blind. **Hörprobleme** sind etwas häufiger: 14,5 Prozent der Männer und 11,5 Prozent der Frauen können selbst mit Hörgerät keiner Unterhaltung mit mehreren Personen folgen oder haben kein Hörgerät zur Verfügung bzw. sind taub.
- » **Mobilitätseinschränkungen** nehmen im hohen Alter insbesondere bei Frauen massiv zu: 26 Prozent der Frauen und 15 Prozent der Männer benötigen eine Gehhilfe zur Bewältigung von 500 Metern. Weitere 18 Prozent der Frauen und 13 Prozent der Männer schaffen dies trotz Gehhilfe nicht oder haben keine Gehhilfe zur Verfügung. Bücken und Niederknien stellen für 60 Prozent der Frauen und 40 Prozent der Männer ein Problem dar.
- » Die Fähigkeit zu einer **klaren Verständigung** besteht weitgehend bis zum hohen Alter und nimmt erst ab dem 85. Lebensjahr deutlich ab. Bei den Hochbetagten können etwa 20 Prozent (bei beiden Geschlechtern) kein klares Gespräch mehr führen.
- » Je nach Art der Tätigkeit haben 10 bis 20 Prozent der 75- bis 84-Jährigen Probleme mit **Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)**, Frauen etwas häufiger als Männer. Bei den Hochaltrigen steigen die Anteile je nach Tätigkeit und Geschlecht auf bis zu 50 Prozent. Insbesondere Baden oder Duschen ist für viele nicht mehr möglich. Hochaltrige Frauen sind deutlich häufiger beeinträchtigt als hochaltrige Männer.
- » Probleme bei der Durchführung **instrumenteller Aktivitäten (IADL)** steigen bereits ab 75 Jahren massiv an, vor allem Einkaufen und Wäschewaschen sind nicht mehr bewältigbar. Je nach Tätigkeit und Geschlecht haben 10 bis 30 Prozent der 75- bis 84-Jährigen und bis zu 50 Prozent der Hochaltrigen Probleme mit IADL.
- » 30 Prozent der 75- bis 84-jährigen Frauen und 20 Prozent der gleichaltrigen Männer beziehen **Bundespflegegeld**. Bei den Hochaltrigen zählen 75 Prozent der Frauen und rund 60 Prozent der Männer zu den Bundespflegegeldempfängern.
- » Eine private **Betreuung** im Bedarfsfall steht für 90 Prozent der Männer bis ins hohe Alter zur Verfügung. Dies gilt nur für 80 Prozent der 75- bis 84-jährigen Frauen und für rund 60 Prozent der hochaltrigen Frauen.

Die häufigsten **chronischen Beschwerden**, die bei der österreichischen Gesundheitsbefragung von der 75- bis 84-jährigen Bevölkerung genannt wurden, sind

- » Wirbelsäulenbeschwerden, Bluthochdruck und (für Frauen) Arthrose/Arthritis. Knapp weniger als die Hälfte der Männer und etwas mehr als die Hälfte der Frauen leiden darunter.
- » Von Grauem Star sind 34 Prozent der Männer und 42 Prozent der Frauen betroffen.
- » Ebenfalls häufig sind Harninkontinenz (27 % der Frauen, 23 % der Männer) und – bei Frauen – Osteoporose (rund 31 %).

Bei den Hochaltrigen sind deutlich mehr von den genannten chronischen Krankheiten betroffen. Hinzu kommen als häufige chronische Krankheiten (Betroffenheit von etwa 20 %) Migräne und Tinnitus (bei Frauen), Magen- oder Darmgeschwür (bei Männern), chronische Angstzustände oder Depression (Männer und Frauen), Diabetes (bei Frauen mehr als bei Männern), Allergien inkl. Asthma (bei Männern mehr als bei Frauen).

Mehr als die Hälfte der über 74-jährigen Frauen und rund 45 Prozent der gleichaltrigen Männer hatten erhebliche **Schmerzen** innerhalb des letzten Jahres vor der Befragung.

Häufigste Ursachen für einen **Krankenhausaufenthalt** sind bei beiden Geschlechtern in beiden Altersstufen Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die nächsthäufigsten Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt (auf ICD-10-Kapitelebene) sind Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (v. a. bei Frauen), Verletzungen (v. a. bei den Hochaltrigen, bei Frauen mehr als bei Männern) und Krankheiten der Atmungsorgane (v. a. bei hochaltrigen Männern), gefolgt von Krankheiten des Verdauungssystems, des Auges und Krebs (v. a. bei Männern).

Folgende Krankheitsgruppen (nach ICD-10) bzw. Krankheiten dominieren das Morbiditätsgeschehen der über 74-jährigen Bevölkerung:

- » **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**, Ursache von 10.000 Hospitalisierungen 75- bis 84-jähriger Frauen und 13.000 gleichaltriger Männer sowie 14.000 Hochaltriger bei der Geschlechter im Jahr 2010 (jeweils pro 100.000), betreffen mehr zerebrovaskuläre Diagnosen als ischämische Herzkrankheiten.
- » 5.500 Männer und 8.000 Frauen (pro 100.000) der Altersgruppe der 75- bis 84-jährigen wurden 2010 aufgrund einer **Erkrankung des Bewegungs- und Stützapparates** stationär aufgenommen. Unter den Hochaltrigen wurden 4.500 Männer und 5.000 Frauen (pro 100.000) deshalb stationär aufgenommen. In dieser Altersgruppe ist der geschlechtsspezifische Unterschied vergleichsweise gering. Die Tendenz war während der letzten zehn Jahre steigend.
- » Rund 6.000 75- bis 84-jährige Frauen und 5.000 gleichaltrige Männer (pro 100.000) wurden 2010 aufgrund von **Verletzungen und Vergiftungen** stationär

behandelt. Diese Rate ist bei Hochaltrigen deutlich höher (Männer: rund 8.200, Frauen: 11.000). Die Mortalität aufgrund exogener Ursachen ist allerdings bei Männern etwa doppelt so hoch wie bei Frauen. Die Bedeutung von Suizid sinkt zwar mit zunehmendem Alter, macht aber insbesondere bei den 75- bis 84-jährigen Männern (rund 30 % aller exogenen Todesursachen) immer noch einen beachtlichen Anteil aus.

- » Die **Krebs**inzidenz ist bei über 74-jährigen Männern deutlich höher als bei gleichaltrigen Frauen (rund 2.400 Neuerkrankungen bei 75- bis 84-jährigen und 2.600 bei hochaltrigen Männern versus 1.300 bzw. 1.500 bei den gleichaltrigen Frauen, pro 100.000 und Jahr). Häufigste Lokalisationen sind bei Männern Verdauungsorgane und Prostata, bei Frauen Verdauungsorgane und Brust, wobei insbesondere die Bedeutung von Krebs der Verdauungsorgane mit zunehmendem Alter steigt. Die häufigsten Krebs-Todesursachen betreffen Verdauungsorgane (bei beiden Geschlechtern) und Prostata (bei hochaltrigen Männern).
- » Rund 24 Prozent der 75- bis 84-jährigen Frauen und knapp 20 Prozent der gleichaltrigen Männer leiden laut Eigenauskunft unter **Diabetes**. Die entsprechenden Anteile sind bei den Hochaltrigen etwas niedriger.
- » Etwa 27 Prozent der 75- bis 84-jährigen Frauen und 23 Prozent der gleichaltrigen Männer sind laut Eigenangaben von **Inkontinenz** betroffen. Bei den hochaltrigen Frauen liegt der Anteil mit 36 Prozent deutlich höher, bei den Männern ist er etwa gleich hoch.
- » **Demenz** wird im höheren Alter zu einem sehr bedeutenden Problem, doch verlässliche Prävalenz-Zahlen liegen für Österreich nicht vor. Eine räumlich sehr begrenzte Studie in Wien lässt vermuten, dass etwa 3 Prozent der 75-Jährigen, aber bereits 24 Prozent der 80-Jährigen dement sind.
- » Laut Eigenangaben leiden rund 13 Prozent der 75- bis 84-Jährigen und knapp 20 Prozent der Hochaltrigen unter **Depression** oder chronischen Angstzuständen, Frauen etwas häufiger als Männer. Negative Stimmungslagen steigen mit zunehmendem Alter, Frauen klagen insbesondere über Müdigkeit und Erschöpfung. Auch Schlafstörungen sind weit verbreitet.
- » **Multimorbidität** und „Frailty“ (Gebrechlichkeit) werden gegen Lebensende ein bedeutendes Thema, doch fehlen verlässliche Daten diesbezüglich weitgehend. Laut Eigenauskunft sind über 74-jährige Frauen im Durchschnitt von 4,2 und gleichaltrige Männer von 3,6 chronischen Krankheiten betroffen.

Die **Gesamtmortalität** ist bei den 75- bis 84-jährigen Männern deutlich höher als bei Frauen (5.600 vs. 3.500 pro 100.000 im Jahr 2010). Bei den Hochaltrigen ist der geschlechtsspezifische Unterschied geringer: 17.100 bei Männern und 13.600 bei Frauen (jeweils pro 100.000 im Jahr 2010). Sie ist weiterhin kontinuierlich rückläufig.

In diesem Bericht dargestellte gesundheitsrelevante Determinanten lassen sich für die Altersgruppe der über 74-Jährigen folgendermaßen zusammenfassen:

- » Frauen sind ab dem 75. Lebensjahr noch deutlich häufiger **alleinstehend** als Männer: Nur mehr ein Viertel der 75- bis 84-jährigen Frauen ist verheiratet, rund 60 Prozent sind verwitwet. Bei den Hochaltrigen sind 6 Prozent verheiratet und 80 Prozent verwitwet. Im Gegensatz dazu sind etwa drei Viertel der 75- bis 84-jährigen Männer und die Hälfte der hochaltrigen Männer verheiratet.
- » Auch bei den über 74-Jährigen sind Frauen **körperlich** weniger **aktiv** als Männer.
- » Ungünstige Ernährung manifestiert sich im hohen Lebensalter auch in **Mangelernährung**. Insbesondere bei der Heimbevölkerung stellt dies ein Problem dar.
- » **Übergewicht** ist bei über 74-jährigen Männern und Frauen gleichermaßen verbreitet.
- » **Raucheranteile** sind bei den über 74-Jährigen gering (6 % der Männer, 2 % der Frauen).
- » Rund ein Viertel der über 74-Jährigen nehmen fünf oder mehr **Medikamente** ein, Frauen etwas mehr als Männer.
- » Mit zunehmendem Alter sinkt die Inanspruchnahme von **Vorsorgeuntersuchungen** bei beiden Geschlechtern, insbesondere in der Gynäkologie. Trotz der hohen Häufigkeit von Darmkrebs im höheren Alter haben 60 Prozent der Seniorinnen und Senioren laut Eigenangaben noch nie eine Koloskopie durchführen lassen.

Versorgungsangebot und Inanspruchnahme

Für die ältere Bevölkerung von zentraler Bedeutung sind die

- » niedergelassenen **Allgemeinmediziner/innen**, die für sie als **primäre Ansprechpartner** in Gesundheitsfragen gelten: Rund 90 Prozent der 65- bis 74-Jährigen und noch mehr über 74-Jährige haben zumindest einmal innerhalb der letzten 12 Monate eine/n Allgemeinmediziner/in in Anspruch genommen, Frauen etwas häufiger als Männer.
- » Die höchste diesbezügliche Versorgungsdichte besteht im Burgenland und in der Steiermark (mit 6,1 bzw. 5,7 VZÄ pro 10.000 EW), die niedrigste in Wien (4,27 VZÄ pro 10.000 EW), allerdings bei gleichzeitig mit Abstand höchster Versorgungsdichte in Bezug auf die Fachärzte/-ärztinnen in Wien.

Die über 64-jährige Bevölkerung stellt die größte Nutzergruppe der **akutstationären Versorgung** dar.

- » Die **Inanspruchnahme der stationären Akutversorgung** steigt mit zunehmendem Alter: Rund 33 Prozent der 65- bis 74-Jährigen, 40 Prozent der 75- bis 84-Jährigen und – je nach Geschlecht – 50 bis 60 Prozent der Hochaltrigen haben zumin-

dest einen stationären Aufenthalt im Krankenhaus pro Jahr. Die Krankenhaushäufigkeit ist bei Senioren höher als bei Seniorinnen. Sie stagniert seit 2001 weitgehend. Die Häufigkeit **tagesklinischer Eingriffe** steigt auch bei den älteren Menschen.

- » Die durchschnittliche **Aufenthaltsdauer** in den Akutspitälern steigt mit zunehmendem Alter und ist bei Frauen höher als bei Männern; sie war während der letzten zehn Jahre rückläufig (je nach Alter und Geschlecht Rückgang von 8,5 bis 11,5 Tagen im Jahr 2001 auf 7 bis 10 Tage im Jahr 2010).
- » Die **Wiederaufnahmerate** ist bei Männern höher als bei Frauen; möglicherweise steht dies im Zusammenhang mit einer kürzeren Verweildauer.
- » Das **Angebot an Akutbetten** ist regional sehr unterschiedlich (43 Betten pro 10.000 EW im Burgenland, 74 in Salzburg). In sechs Bundesländern gibt es – in sehr unterschiedlicher Dichte – ein stationäres Angebot in der **Akutgeriatrie/Remobilisation**: von 1,7 Betten (pro 10.000 EW) in der Steiermark und in Tirol bis zu 5,3 Betten in Kärnten. Keine solchen Angebote gibt es im Burgenland, in Niederösterreich und in Vorarlberg (hier Remobilisation/Nachsorge).

Die **Rehabilitationshäufigkeit** ist bei Männern etwas höher als bei Frauen und bei hochaltrigen (ca. 1.360 pro 100.000 EW) deutlich geringer als bei jüngeren Seniorinnen und Senioren. Die häufigsten Rehabilitations-Indikationsgruppen sind mit Abstand Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Zuständen nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen. Die Inanspruchnahme von Rehabilitation von über 64-Jährigen stieg zwischen 2005 und 2010 um 28 Prozent.

In der **Langzeitbetreuung** gibt es seit Mitte der 1990er Jahre einen Trend zum Ausbau der Betreuung durch die mobile Pflege und einen Rückbau an Heimplätzen.

- » Knapp 15 vollzeitbeschäftigte Personen pro 1.000 EW ab 75 Jahren standen 2009 in Österreich im Bereich der **mobilen Pflege** zur Verfügung – im Vergleich zu 8,6 in den Jahren 1995/96/97.
- » Die Anzahl der **Heimplätze** (pro 1.000 EW ab 75) betrug im Jahr 2009 105, Mitte der 1990er Jahre waren es noch 126 Heimplätze (pro 1.000 EW ab 75).
- » Es bestehen **große regionale Unterschiede** in der Langzeitbetreuung, die sich seit Mitte der 1990er Jahre im Bereich der mobilen Pflege vergrößert, im Bereich der stationären Langzeitversorgung eher verringert haben.

Das in der zwischen Bund und Ländern geschlossenen 15a-Vereinbarung verankerte Konzept der abgestuften **Hospiz- und Palliativversorgung** sieht spezielle, auf unterschiedliche Bedürfnislagen abgestimmte Versorgungsangebote vor (von Hospizteams und mobilen Palliativteams bis zu stationären Hospizen und Palliativstationen). Österreichweit standen Ende 2010 252 derartige Einrichtungen zur Verfügung. Der Dach-

verband der Hospiz- und Palliativeinrichtungen arbeitet seit 2006 an der Umsetzung von Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen.

Ziele der **Gesundheitsförderung und Prävention** im Alter sind: gegen altersbedingte Veränderungen und Erkrankungen vorzubeugen oder diese abzuschwächen (z. B. Demenz), das Auftreten nicht altersbedingter Erkrankungen präventiv zu vermeiden (z. B. Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen), das Auftreten krankheitsbedingter Probleme zu verringern sowie gegen Verschlechterungen des Allgemeinzustandes vorzubeugen. Vom Fonds Gesundes Österreich (GÖG/FGÖ) wurde seit dem Jahr 2003 eine Reihe von Projekten gefördert, die die Aktivitäten älterer Menschen steigern sollen.

Inhalt

Abbildungen und Tabellen	XIX
Abkürzungen	XXVI
1 Einleitung	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Ziele und Zielgruppen	1
1.3 Ablauf und Aufbau	2
1.4 Datengrundlage und Datenqualität.....	3
1.5 Methodik.....	6
2 Demografie	8
3 Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung.....	11
3.1 Selbsteingeschätzte Gesundheit.....	11
3.2 Funktionale Gesundheit.....	15
3.2.1 Funktionale Fähigkeiten	16
3.2.2 Einschränkungen im Alltag.....	21
3.2.3 Hilfs- und Pflegebedarf.....	24
3.3 Somatische und psychische Erkrankungen	29
3.3.1 Überblick.....	29
3.3.2 Somatische Erkrankungen	33
3.3.3 Psychische Erkrankungen	57
3.3.4 Multimorbidität und Frailty.....	67
3.4 Lebenserwartung und Sterblichkeit	69
3.4.1 Lebenserwartung.....	69
3.4.2 Gesamtsterblichkeit	73
4 Gesundheitsrelevante Einflussfaktoren	76
4.1 Sozioökonomische Einflussfaktoren	77
4.2 Soziale Ressourcen und Netzwerke	81
4.3 Gesundheitsrelevantes Verhalten	83
4.3.1 Bewegung	84
4.3.2 Ernährung	85
4.3.3 Mund- und Zahngesundheit.....	89
4.3.4 Rauchen	90
4.3.5 Alkohol	91
4.3.6 Arzneimittelgebrauch.....	92
4.3.7 Vorsorge und Impfungen	93
5 Versorgungsangebote und Inanspruchnahme.....	95
5.1 Ambulanter Bereich	95
5.1.1 Angebot	95
5.1.2 Inanspruchnahme.....	96
5.2 Akutstationärer Bereich	98
5.2.1 Angebot	98
5.2.2 Inanspruchnahme.....	103
5.3 Stationäre Rehabilitation	107

5.3.1	Angebot	107
5.3.2	Inanspruchnahme	108
5.4	Langzeitbetreuung	109
5.4.1	Mobile Dienste	109
5.4.2	Alten- und Pflegeheime	111
5.5	Exkurs Hospiz- und Palliativversorgung.....	113
6	Gesundheitsförderung und Prävention.....	117
	Ausblick aus der Sicht des Gesundheitsministeriums	121
	Literatur	123

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 1.1:	Gesundheitspolitischer Regelkreis.....	2
Abbildung 2.1:	Anteil älterer Menschen an der österreichischen Bevölkerung insgesamt nach Geschlecht und Altersgruppen im Zeitverlauf 1980–2030.....	8
Abbildung 2.2:	Anteil der über 65-Jährigen an der österreichischen Gesamtbevölkerung in Prozent nach Bezirken 2010.....	9
Abbildung 2.3:	Über 64-jährige österreichische Bevölkerung in Privat- und Anstaltshaushalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2009.....	10
Abbildung 3.1:	Selbsteingeschätzte Gesundheit im Trend: Anteil der 65- bis 74-Jährigen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstufen, nach Erhebungsjahren.....	14
Abbildung 3.2:	Selbsteingeschätzte Gesundheit und Lebensqualität im Vergleich: Anteil der über 64-Jährigen, die ihren Gesundheitszustand und ihre Lebensqualität als sehr gut oder gut einstufen, nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07.....	14
Abbildung 3.3:	Sehvermögen älterer Menschen in Österreich nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07.....	17
Abbildung 3.4:	Hörvermögen älterer Menschen in Österreich nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07.....	18
Abbildung 3.5:	Fähigkeiten der Mobilität älterer Menschen in Österreich: 500 Meter gehen, nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07.....	20
Abbildung 3.6:	Fähigkeiten der Mobilität älterer Menschen in Österreich: Bücken und Niederknien, nach Geschlecht und Altersgruppen 2006/07.....	21
Abbildung 3.7:	Probleme älterer Menschen in Österreich bei Aktivitäten des täglichen Lebens (Kategorien „ja“ und „weiß nicht“) nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07.....	23

Abbildung 3.8:	Probleme älterer Menschen in Österreich bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (Kategorien „ja“ und „weiß nicht“) nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07	24
Abbildung 3.9:	Anteile der Bundespflegegeldempfänger/innen in Österreich nach Pflegegeldstufen, Geschlecht und Altersgruppen, 2010	26
Abbildung 3.10:	Kurzfristige Betreuung (bis zu einer Woche) älterer Menschen in Österreich im Krankheitsfall oder bei Pflegebedürftigkeit nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07	28
Abbildung 3.11:	Längerfristige Betreuung (ab einer Woche) älterer Menschen in Österreich im Krankheitsfall oder bei Pflegebedürftigkeit nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07	29
Abbildung 3.12:	Überblick über chronische Krankheiten laut Selbstauskunft (Lebenszeitprävalenz: Hatten Sie jemals ...?) nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich, 2006/07	30
Abbildung 3.13:	Krankenhaushäufigkeit nach den häufigsten Hauptdiagnosekapiteln, Geschlecht und Altersgruppen in Österreich, 2010	32
Abbildung 3.14:	Krankenhaushäufigkeit aufgrund ischämischer Herzkrankheiten nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich im Zeitverlauf 2001–2010	35
Abbildung 3.15:	Krankenhaushäufigkeit aufgrund zerebrovaskulärer Krankheiten nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich im Zeitverlauf 2001–2010	36
Abbildung 3.16:	Herz-Kreislauf-Mortalität der über 64-Jährigen nach den häufigsten Diagnosegruppen, Geschlecht und Altersgruppen in Österreich, 2001–2010	37
Abbildung 3.17:	Herz-Kreislauf-Mortalität der über 64-Jährigen nach Geschlecht in Österreich im Zeitverlauf 1980–2010	38
Abbildung 3.18:	Herz-Kreislauf-Mortalität der über 64-jährigen Bevölkerung nach österreichischen Bezirken 2001–2010	39
Abbildung 3.19:	Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich im Zeitverlauf 2001–2010	41

Abbildung 3.20:	Krankenhausthäufigkeit aufgrund von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates der über 64-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Bezirken, 2010	42
Abbildung 3.21:	Krankenhausthäufigkeit der über 64-Jährigen mit der Haupt- oder Nebendiagnose Osteoporose nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich im Zeitverlauf 2001–2010	43
Abbildung 3.22:	Krankenhausthäufigkeit aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich im Zeitverlauf 2001–2010	44
Abbildung 3.23:	Häufigste Lokalisationen von stationär behandelten Verletzungen nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich, 2001–2010	45
Abbildung 3.24:	Todesfälle aufgrund von äußeren Ursachen nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich, 2002–2010	46
Abbildung 3.25:	Häufigste Ursachen für exogene Todesursachen nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich, 2008–2010	47
Abbildung 3.26:	Todesfälle aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen der über 64-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Bezirken 2002–2010.....	48
Abbildung 3.27:	Krebsneuerkrankungen nach 5-Jahres-Altersgruppen und Geschlecht in Österreich 2001–2009	49
Abbildung 3.28:	Krebsneuerkrankungen nach Lokalisationen, Geschlecht und Altersgruppen bei der über 64-jährigen österreichischen Bevölkerung 2001–2009.....	50
Abbildung 3.29:	Krebssterblichkeit der über 64-Jährigen nach den häufigsten Lokalisationen, Geschlecht und Altersgruppen in Österreich, 2001–2010	51
Abbildung 3.30:	Krebssterblichkeit der über 64-Jährigen in Österreich nach ausgewählten Lokalisationen und Geschlecht im Zeitverlauf 1980–2010.....	52
Abbildung 3.31:	Krebsmortalität der über 64-jährigen Bevölkerung nach österreichischen Bezirken 2001–2010	53
Abbildung 3.32:	Mortalitätsrate aufgrund von Diabetes mellitus bei der über 64-jährigen Bevölkerung nach österreichischen Bezirken 2001–2010	56

Abbildung 3.33:	Verteilung der über 64-jährigen Patientinnen und Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen nach Hauptdiagnosegruppen in Österreich, 2001–2010.....	58
Abbildung 3.34:	Krankenhaushäufigkeit von Personen mit Demenz in Haupt- oder Nebendiagnose nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich im Zeitverlauf 2001–2010.....	61
Abbildung 3.35:	Stimmungslagen nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich, 2006/07	63
Abbildung 3.36:	Krankenhaushäufigkeit von Personen mit affektiven Störungen in Haupt- oder Nebendiagnose nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich im Zeitverlauf 2001–2010.....	65
Abbildung 3.37:	Suizidrate nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich im Zeitverlauf 2001–2010.....	66
Abbildung 3.38:	Suizidrate der über 64-Jährigen nach österreichischen Bezirken 2001–2010.....	67
Abbildung 3.39:	Fernere Lebenserwartung im Alter von 65, 75 und 85 Jahren nach Geschlecht in Österreich im Zeitverlauf 1980–2010	70
Abbildung 3.40:	Fernere Lebenserwartung der über 64-jährigen Frauen nach Bezirken 2010	71
Abbildung 3.41:	Fernere Lebenserwartung der über 64-jährigen Männer nach Bezirken 2010	71
Abbildung 3.42:	Fernere Lebenserwartung in guter Gesundheit im Alter von 65 Jahren nach Geschlecht in Österreich, 2008–2010	72
Abbildung 3.43:	Sterblichkeit der über 64-Jährigen nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich im Zeitverlauf 1980–2010.....	74
Abbildung 4.1:	Körperliche Aktivitäten nach Altersgruppen in Österreich, 2006/07	85
Abbildung 4.2:	BMI 30 oder mehr nach Geschlecht und Altersgruppen 1999 und 2006/07	88
Abbildung 4.3:	Anteil der über 64-Jährigen mit BMI >= 30 nach Versorgungsregionen 2006/07.....	89
Abbildung 5.1:	Anzahl der tatsächlichen Betten für AG/R und RNS in österreichischen Akut-Krankenanstalten 2000–2010.....	103

Abbildung 5.2:	Krankenhaushäufigkeit in österreichischen Akut-Krankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen im Zeitverlauf 2002–2010.....	104
Abbildung 5.3:	Nulltagesaufenthalte in österreichischen Akut-Krankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen im Zeitverlauf 2002–2010.....	104
Abbildung 5.4:	Krankenhaushäufigkeit der über 64-jährigen Bevölkerung in österreichischen Akut-Krankenanstalten nach Bezirken, 2010	105
Abbildung 5.5:	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in österreichischen Akut-Krankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen im Zeitverlauf 2002–2010.....	106
Abbildung 5.6:	Wiederaufnahmeraten in österreichischen Akut-Krankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen im Zeitverlauf 2002–2010.....	107
Abbildung 5.7:	Rehabilitationshäufigkeit in stationären Rehabilitationseinrichtungen nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich 2010	108
Abbildung 5.8:	Rehabilitationshäufigkeit in stationären Rehabilitationseinrichtungen nach Rehabilitations-Indikationsgruppen und Altersgruppen 2010.....	109
Abbildung 5.9:	Mobile Dienste in Österreich: Pflege- und Betreuungspersonal in den Jahren 1995/96/97, 2002 und 2009	111
Abbildung 5.10:	Heimplätze in Alten- und Pflegeheimen in Österreich	113
Abbildung 5.11:	Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung im Versorgungssystem.....	114

Tabellen

Tabelle 3.1:	Selbsteingeschätzte Gesundheit der Österreicher/innen nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07	13
Tabelle 3.2:	Lebensqualität der Österreicher/innen nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07	15
Tabelle 3.3:	Bundespflegegeldbezieher/innen nach Pflegegeldstufen, Geschlecht und Altersgruppen 2001 und 2010, pro 1.000 EW dieser Altersgruppe.....	27

Tabelle 3.4:	Erhebliche Schmerzen innerhalb des letzten Jahres nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07	31
Tabelle 3.5:	Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich, 2006/07	34
Tabelle 3.6:	Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich, 2006/07	40
Tabelle 3.7:	Harninkontinenz nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07	57
Tabelle 3.8:	Schlafstörungen nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07	64
Tabelle 3.9:	Anzahl der Haupt- und Nebendiagnosen bei einem stationären Aufenthalt nach Geschlecht, 2001 und 2010	68
Tabelle 3.10:	Sterblichkeit nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich 1980 und 2010	74
Tabelle 4.1:	Ausgewählte gesundheitsrelevante Indikatoren in Abhängigkeit von der Bildung der über 64-jährigen Bevölkerung in Österreich, 2006/07	80
Tabelle 4.2:	Ausgewählte gesundheitliche und gesundheitsrelevante Indikatoren in Abhängigkeit vom Einkommen der über 64-jährigen Bevölkerung in Österreich, 2006/07	80
Tabelle 4.3:	Familienstand der österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen 2001	81
Tabelle 4.4:	Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen, 2006/07	82
Tabelle 4.5:	Zufriedenheit mit der Unterstützung durch Freunde, 2006/07	82
Tabelle 4.6:	Ernährungsgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07	86
Tabelle 4.7:	Raucherstatus nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich, 2006/07	91
Tabelle 5.1:	Versorgungsdichte im ambulanten Bereich für ausgewählte Fachrichtungen nach österreichischen Bundesländern 2008	96
Tabelle 5.2:	Inanspruchnahme von ausgewählten ambulanten Gesundheitseinrichtungen nach Fachbereichen, Geschlecht und Altersgruppen in Österreich 2006/07	97
Tabelle 5.3:	Inanspruchnahme von Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin nach österreichischen Bundesländern, Geschlecht und Altersgruppen 2006/07	98

Tabelle 5.4:	Akutbettendichte nach österreichischen Bundesländern 2005 und 2010	99
Tabelle 5.5:	Akutbettendichte nach ausgewählten Fachrichtungen und österreichischen Bundesländern 2010.....	100
Tabelle 5.6:	Hospiz- und Palliativeinrichtungen Ende 2010 in Österreich	115

Abkürzungen

AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
ÄVZÄ	ärztliche Vollzeitäquivalente
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
BN	Bösartige Neubildungen
EW	Einwohnerinnen und Einwohner
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
HPCPH	Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen
ICD	International Classification of Disease
KA	Krankenanstalt
MNA	Mini Nutritional Assessment
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
RNS	Remobilisation/Nachsorge
SILC	Community Statistics on Income and Living Conditions (Gemeinschaftsstatistiken über Einkommen und Lebensbedingungen)
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
VZÄ	Vollzeitäquivalente

Danksagung

Der Bericht „Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich“ wurde vom Beirat für Altersmedizin¹ begleitet. In der Konzeptionierung wurden Aufbau und Inhalte diskutiert sowie wertvolle Quellenhinweise gegeben, darüber hinaus wichtige Inputs zum ersten Rohentwurf im Dezember 2011. Schließlich kamen zum endgültigen Berichtsentwurf nochmals zum Teil sehr detaillierte Rückmeldungen.

1

Im Bundesministerium für Gesundheit ist der „Beirat für Altersmedizin“ eingerichtet. Dieser besteht aus 16 ausgewählten Expertinnen und Experten aus ganz Österreich, die sich im Rahmen dieses multi-professionellen und interdisziplinären Gremiums mit den komplexen Fragen der Altersmedizin beschäftigen (s. <http://www.bmg.gv.at/cms/home/thema.html?channel=CH1104&doc=CMS1189496507311>).

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Gesundheitspolitisch und wirtschaftlich gesehen, gewinnt die ältere Generation zusehends an Bedeutung, allein dadurch, dass durch sinkende Geburtenraten und steigende Lebenserwartung ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung kontinuierlich steigt. Einerseits wirft dies Fragen zu Art und Struktur des öffentlich finanzierten Gesundheitswesens sowie Fragen hinsichtlich des zukünftigen Pflegebedarfs auf. Andererseits hat die positive Entwicklung in der Lebenserwartung und im gesundheitlichen Zustand der älteren Generation zu einem „immer jungen, dynamischen und agilen“ Bild in der medialen Öffentlichkeit verholfen, dem mit einem stetig wachsenden Gesundheits- und Wellness-Markt begegnet wird. Die Gesundheit der älteren Menschen in Österreich ist bei beiden (gegensätzlichen) Trends zentrales Thema.

Mit Blick auf das **Europäische Jahr des aktiven Alterns und der Solidarität** (2012) war es dem Bundesministerium für Gesundheit ein Anliegen, einen Bericht zur gesundheitlichen Lage der älteren Bevölkerung vorzulegen. Der Bericht beschreibt die gesundheitliche Situation der über 64-Jährigen und schafft damit empirische Grundlagen für die Planung und Umsetzung gezielter Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

1.2 Ziele und Zielgruppen

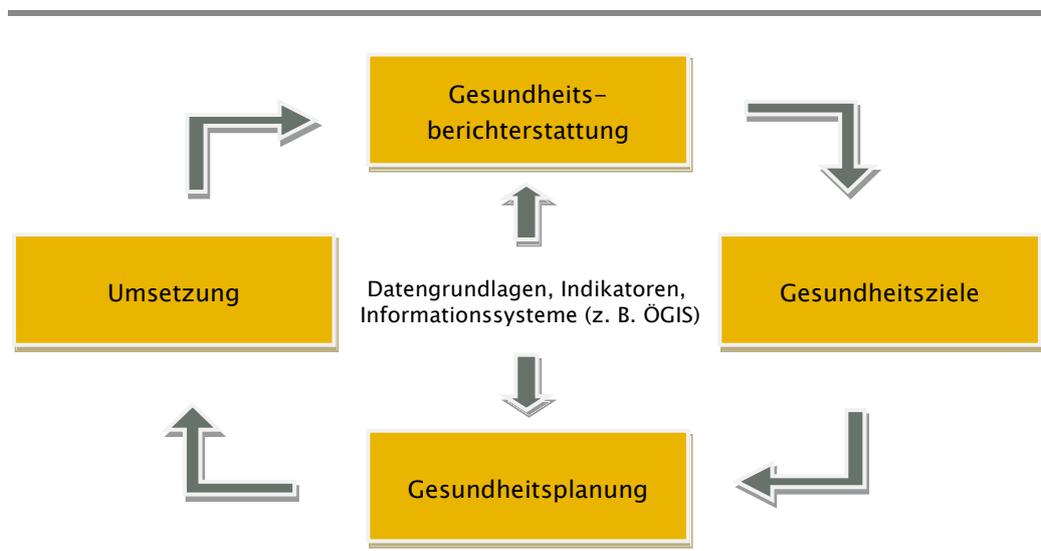
Gesundheitsberichte geben Auskunft über den **Gesundheitszustand der Bevölkerung**, über **gesundheitliche Determinanten** sowie über die **gesundheitliche Versorgung** und wollen – im Sinne des gesundheitspolitischen Regelkreises (Abbildung 1.1) – **zur Verbesserung der Gesundheit** beitragen. Sie stellen deshalb – nach Alter, Geschlecht und Regionen differenziert – Basisdaten zum Gesundheitszustand der in Österreich lebenden Bevölkerung bereit, haben jedoch bisher – mit wenigen Ausnahmen („Gesundheitsbericht Senioren in Oberösterreich“, Wiener Bericht „Altern in Gesundheit“, beide aus dem Jahr 2007) – keine **spezifische Auseinandersetzung mit der älteren Generation** gesucht.² Der folgende Bericht geht deshalb – in Ergänzung zu Berichten des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) (z. B. „Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme“ aus 2009; „Bundesplan für

²

Vgl. Gesundheitsberichte-Archiv (<http://www.goeg.at/de/GB-Archiv>).

Seniorinnen und Senioren“ aus 2012) – auf die gesundheitliche Lage der in Österreich wohnhaften Seniorinnen und Senioren ein und fokussiert – nach Geschlecht differenziert – insbesondere auf die **zeitliche** Entwicklung und auf **regionale** Unterschiede. Es werden Grundlagen geschaffen, die für weitreichende Empfehlungen und für die gezielte Planung adäquater Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit genutzt werden können. Primäre Adressaten des Berichts sind daher (gesundheits-)politische Entscheidungsträger in Bund und Ländern, die Sozialversicherungsträger sowie Stakeholder für die Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems.

Abbildung 1.1:
Gesundheitspolitischer Regelkreis



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

1.3 Ablauf und Aufbau

Begonnen wurden die Arbeiten zum Seniorengesundheitsbericht im Frühjahr 2010. In einem ersten Schritt wurden dabei Experteninterviews sowie eine Recherche relevanter Gesundheitsberichte durchgeführt. Das darauf fußende Berichtskonzept wurde in einem zweiten Schritt mit dem Beirat für Altersmedizin diskutiert (November 2010). Die Anregungen und Vorschläge des Beirats wurden soweit wie möglich in das Konzept eingearbeitet und in der Ausarbeitung des Berichts berücksichtigt. Die **Literaturrecherche** umfasste nationale und internationale Berichte zur (gesundheitlichen) Situation älterer Menschen, deren inhaltliche Schwerpunkte und Datenquellen einen wichtigen Input für die Diskussion im Beirat für Altersmedizin darstellten. Die **Interviews** wurden mit den folgenden Expertinnen und Experten durchgeführt: Prof. Dr. Franz Böhmer,

Mag. (FH) Sigrig Boschert, Univ.-Prof. Dr. Christoph Gisinger, Priv.-Doz. Dr. Karl Krajic, Dr. Peter Mrak, Mag. Kurt Schalek sowie Univ.-Prof. Dr. Regina Roller-Wirnsberger.

2011 wurden die **inhaltlichen Arbeiten** am Bericht durchgeführt (Datenanalyse, Verfassen des Berichts). Im Dezember 2011 wurde dem Beirat für Altersmedizin ein erster Berichtsentwurf übermittelt, der in der Beiratssitzung am 16. Dezember vorgestellt und diskutiert wurde. Die Stellungnahmen zum Entwurf wurden – so weit wie möglich – in den Bericht eingearbeitet.

Im Rahmen des Berichts werden folgende Bereiche behandelt:

- » Demografie,
- » Gesundheitszustand,
- » gesundheitsrelevante Einflussfaktoren,
- » Versorgungsangebote,
- » Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen,
- » Gesundheitsförderung und Prävention.

1.4 Datengrundlage und Datenqualität

Folgende (Haupt-)Datenquellen, die zum Großteil im Österreichischen Gesundheitssystem (ÖGIS) der GÖG laufend aktualisiert werden, wurden für den vorliegenden Bericht herangezogen:

- » demografische Statistiken (Statistik Austria),
- » Gesundheitsbefragung 2006/2007 (ATHIS) (Statistik Austria),
- » Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (Spitalsentlassungsstatistik; BMG),
- » Krebsstatistik (Statistik Austria),
- » Todesursachenstatistik (Statistik Austria),
- » Statistiken zu Medikamentenverschreibungen (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger),
- » SHARE-Daten (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe),
- » Pflegegeldstatistik (BMASK, Bundesländer),
- » Einzelstudien.

Routinemäßige Daten aus der ambulanten Gesundheitsversorgung (aus den Ambulanzen der Spitäler und von niedergelassenen Ärzten) stehen in Österreich derzeit nicht zur Verfügung. Primärdaten wurden im Rahmen dieses Projekts nicht erhoben.

Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS)

Die „Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007“ (im Folgenden ATHIS) löste das in Mehrjahresintervallen (zuletzt im Jahr 1999) durchgeführte Mikrozensusprogramm „Fragen zur Gesundheit“ ab. Es handelt sich bei diesen Befragungen um eine „face to face“-Befragung durch dafür geschulte Personen. Die Teilnahme war freiwillig, Fremdauskünfte (durch Angehörige oder Heimleitung) waren nur zugelassen, wenn es aufgrund des Gesundheitszustands der für die Befragung ausgewählten Person nicht anders möglich war. Menschen in nicht-privaten Haushalten, wie beispielsweise in Alten- und Pflegeheimen, waren in der Stichprobe enthalten – im Gegensatz zu den vorangegangenen Mikrozensusbefragungen. Aufgrund eines neu konzipierten Frageprogramms sowie eines unterschiedlichen Erhebungsdesigns sind die zuletzt erhobenen Daten allerdings nur eingeschränkt mit früheren Befragungen vergleichbar. Fallweise, etwa beim Body-Mass-Index, war ein zeitlicher Vergleich möglich.

Der ATHIS (HIS für „Health Interview Survey“) liefert sehr ausführliche Informationen, die speziell für die ältere Bevölkerung relevant sind. Dazu zählen etwa Themen wie Funktionseinschränkungen oder Schmerzen. Ungünstig ist allerdings, dass in der Geriatrie gängige Instrumente wie der Barthel-Index und der Lawton-Brody-Index (vgl. Punkt 3.2.1) nicht verwendet wurden. Auch andere Bereiche, z. B. die selbsteingeschätzte Gesundheit, können über diese Datenquelle gut abgebildet werden. Bei krankheitsbezogenen Informationen könnten die Ergebnisse mancherorts das Krankheitsgeschehen unterschätzen, weil die Befragten entweder darüber nicht Bescheid wissen (z. B. Diabetes, Bluthochdruck) oder bewusst falsche Angaben machen, z. B. bei psychischen Problemen. Dennoch ist über die Befragung eine Abschätzung der Krankheitslast möglich, zumal es keine zuverlässigeren Daten gibt. Von Vorteil ist, dass die Gesundheitsinformationen des ATHIS mit sozioökonomischen Variablen verknüpft werden können.

Eine Beschränkung für den vorliegenden Bericht stellt allerdings die Größe der Stichprobe dar, wenn es um hochaltrige Männer (hier definiert als über 84-Jährige) geht. Sie sind nur in geringer Anzahl im Datensatz enthalten, weshalb Aussagen zu dieser Altersgruppe mit Vorsicht zu interpretieren sind. Bei Filterfragen wurden deshalb generell die Altersgruppen der 74- bis 85-Jährigen und der Hochaltrigen zusammengefasst.

Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

Die Diagnosen- und Leistungsdokumentation ist eine vollständige Datenquelle (keine Stichprobe), die seit 1997 österreichweit zur Verfügung steht. Sie umfasst Fondskrankenhäuser, Unfallkrankenhäuser, Sanatorien, Reha-Zentren und sonstige Krankenanstalten. Alle stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten werden mit Haupt-

und Nebendiagnosen, Leistungen und personenbezogenen Daten (z. B. Alter und Geschlecht) erfasst. Für Krankheitsbilder, die im Normalfall zu einem stationären Aufenthalt führen, ist diese Quelle ein guter Indikator für die Abschätzung der Morbidität. Bei anderen Krankheiten, z. B. bei Demenz, kann daraus keinesfalls eine Prävalenz abgeleitet werden, einerseits, weil Demenz allein keinen stationären Aufenthalt erforderlich macht, andererseits, weil Demenz bei einem stationären Aufenthalt (aufgrund einer anderen Ursache) eher als Nebendiagnose und damit unvollständig³ dokumentiert wird. Die Datenquelle kann bei solchen Krankheiten bestenfalls für die Darstellung von alters- und geschlechtsspezifischen Unterschieden sowie gegebenenfalls für die Darstellung von zeitlichen Entwicklungen herangezogen werden, unter der Voraussetzung, dass beim „Underdiagnosing“ keine alters- oder geschlechtsspezifischen Unterschiede auftreten. Regionale Unterschiede können bei Krankheiten, die nicht zwangsweise stationär behandelt werden müssen, auch auf unterschiedliche Bettendichten oder andere strukturelle Ursachen zurückzuführen sein.

Die Dokumentationspraxis ist bei Hauptdiagnosen weitgehend vollständig, weil daran (für Fondskrankenhäuser und Sanatorien) die finanzielle Abgeltung geknüpft ist. Dies wiederum kann auch zu Verfälschungen führen. Nebendiagnosen werden vermutlich wie oben erwähnt nicht umfassend dokumentiert.

Eine weitere wichtige Unterscheidung im Zusammenhang mit der Diagnosen- und Leistungsdokumentation stellt die Anzahl der stationären Aufenthalte und die Anzahl der stationären Patientinnen/Patienten dar. Ersteres beinhaltet auch die Wiederaufnahmen aufgrund der gleichen Erkrankung. Zur Abschätzung der Prävalenz von Krankheiten bietet aber die Anzahl der Patientinnen/Patienten (ohne Wiederaufnahmen) bessere Anhaltspunkte. Sie wird im Rahmen von ÖGIS anhand der Parameter Geburtsdatum, Wohnpostleitzahl und Geschlecht näherungsweise bestimmt. Die Krankenhaushäufigkeit ohne Wiederaufnahmen (Anzahl der Patientinnen/Patienten pro 100.000 Einwohner und Jahr) wird im vorliegenden Bericht zugrunde gelegt.

Krebsstatistik

Die Krebsstatistik ist etwas weniger zuverlässig als beispielsweise die Todesursachenstatistik, weil Meldedisziplin und Kontrollmechanismen länderspezifisch unterschiedlich sind. Die Qualität dieser Statistik wird allerdings laufend verbessert.

3

Vermutlich wird lediglich auf der Akutgeriatrie immer nach Verhaltensänderungen und kognitiven Beeinträchtigungen gefragt.

Todesursachenstatistik

Die Todesursachenstatistik ist eine sehr verlässliche und vollständige Datenquelle, die seit 1980 österreichweit zur Verfügung steht. Insbesondere bei älteren Menschen ist jedoch Folgendes zu beachten: Bei älteren oder sehr alten, oft multimorbiden Menschen wird häufig nicht genau nach der Todesursache geforscht, sondern eine Herz-Kreislauf-Erkrankung im Totenschein vermerkt. Insbesondere bei den Hochaltrigen ist deshalb die Herz-Kreislauf-Sterblichkeit überschätzt.

Statistiken zu Medikamentenverschreibungen

Verrechnungsdaten, die den Krankenversicherungen hinsichtlich der Verschreibung von Medikamenten vorliegen (Heilmittelverordnungen, die über die Krankenkassen rezeptiert werden), werden vom Hauptverband der Sozialversicherungen in einzelnen Studien auf aggregiertem Niveau publiziert.

SHARE-Daten

Zusätzlich wurde für den hier vorliegenden Bericht der SHARE-Datensatz herangezogen (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). SHARE ist eine europaweit abgestimmte Längsschnittstudie unter Menschen von über 50 Jahren mit über 1.900 Befragten in ganz Österreich. Inhalte der Befragung sind Lebensgewohnheiten, körperliches und geistiges Wohlbefinden sowie finanzielle und familiäre Hintergründe. Befragungen fanden bisher in den Jahren 2004, 2006, 2008 und 2010 statt. Der Datensatz kann von der Projekthomepage bezogen werden (<http://www.share-project.org>).

1.5 Methodik

Die ältere Generation wird im vorliegenden Bericht mit der Altersgruppe der über 64-Jährigen definiert. Die Parameter werden nach Altersgruppen und Geschlecht dargestellt. Wenn es die Datensituation erlaubt, werden drei Altersgruppen unterschieden, nämlich

- » die 65- bis 74-Jährigen,
- » die 75- bis 84-Jährigen und
- » die über 84-Jährigen (Hochaltrige).

Besonderer Fokus wird auf die Darstellung einer **Entwicklung** gelegt. Im Falle der Todesursachenstatistik kann eine längere Zeitreihe (1980 bis 2010) angeboten werden. Bei der Spitalsentlassungsstatistik wird die Darstellung der zeitlichen Entwicklung auf

den Zeitraum 2001–2010 begrenzt, weil 2001 die ICD–10–Codierung die ICD–9–Codierung abgelöst hat (relativ bald nach der Einführung des LKF–Systems 1997). Bei der Gesundheitsbefragung sind zeitliche Vergleiche mit früheren Befragungen allerdings nur eingeschränkt möglich. **Regionale Unterschiede** werden in Kartendarstellung überall dort aufgezeigt, wo die Datenlage eine Auswertung auf Versorgungsregions- oder Bezirksebene erlaubt.

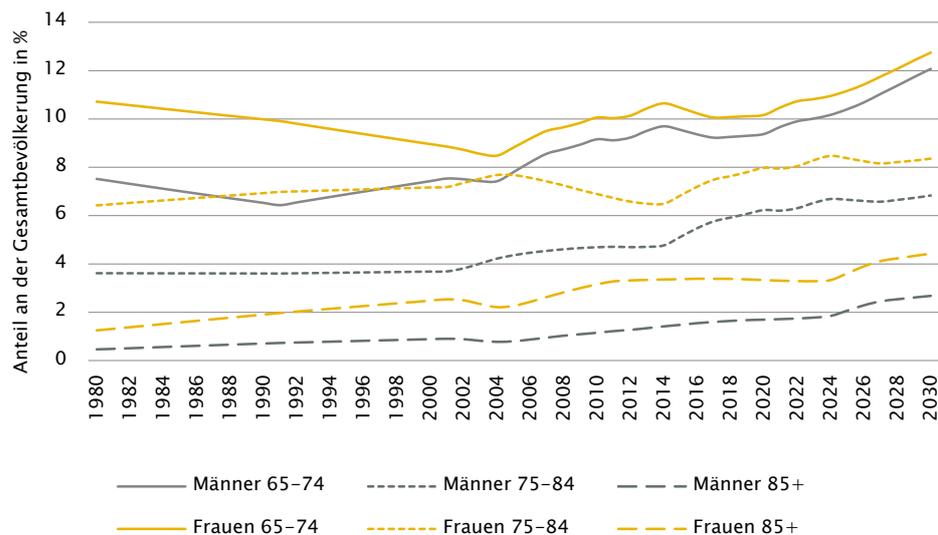
Zusätzlich zu den genannten Auswertungen wird bei Parametern, die auf der Gesundheitsbefragung beruhen, eine **Verknüpfung mit sozioökonomischen Determinanten** versucht (nicht möglich bei der Todesursachenstatistik und der Spitalsentlassungsstatistik). Dabei wurde jedoch aufgrund der Stichprobengröße nicht nach Altersgruppen und Geschlecht differenziert. Ausgewählte gesundheitliche und gesundheitsrelevante Indikatoren wurden nach Bildung und Einkommen (Unterteilung in Quartile) dargestellt. Darüber hinaus wurde in den ersten Auswertungen nach dem Parameter „mit und ohne Migrationshintergrund“ differenziert. Diesbezüglich zeigen sich jedoch keine nennenswerten Unterschiede. Dies könnte daran liegen, dass unter den älteren Menschen mit Migrationshintergrund aus Drittländern, die vermutlich gesundheitlich benachteiligt sind, der Anteil der über 64–jährigen vergleichsweise gering ist (vgl. Kapitel 2). Auf eine migrationsspezifische Darstellung der Gesundheitsergebnisse wurde deshalb verzichtet. Vertiefende Untersuchungen zur besonderen Problemlage von älteren Personen mit Migrationshintergrund werden jedoch als notwendig erachtet.

2 Demografie

Zu Jahresbeginn 2011 waren **1.480.127 Menschen mit Wohnsitz in Österreich 65 Jahre oder älter**, das entspricht **17,6 Prozent der Gesamtbevölkerung**. 58 Prozent davon sind Frauen. Die Anteile älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung sind seit Jahren im Steigen und werden auch weiterhin steigen (vgl. Abbildung 2.1). Im Jahr **2030 werden bereits 23,6 Prozent der Gesamtbevölkerung über 64 Jahre alt sein**, das sind ca. 2,1 Mio. Menschen. Der Frauenanteil wird etwas geringer werden (55 %). Der Anteil der über 84-Jährigen wird von derzeit 2,3 Prozent (191.520) auf 3,6 Prozent (322.877) ansteigen. Bei den Hochaltrigen (85 Jahre und älter) beträgt der Frauenanteil im Jahr 2010 74 Prozent, wird aber bis 2030 auf 63 Prozent sinken. Die Anzahl der über 95-Jährigen wird von derzeit 11.315 auf 19.155 ansteigen.

Abbildung 2.1:

Anteil älterer Menschen an der österreichischen Bevölkerung insgesamt nach Geschlecht und Altersgruppen im Zeitverlauf 1980–2030

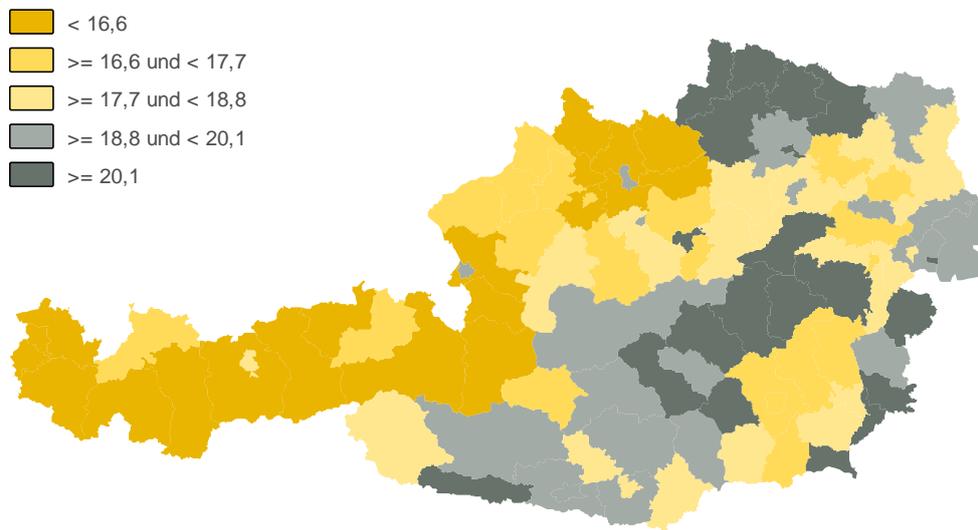


Quelle: ST.AT – Volkszählungen 1981, 1991, 2001; Bevölkerungsprognose 2005; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Das nördliche Waldviertel, die Obersteiermark, weite Teile des Burgenlandes und Westkärnten weisen einen überdurchschnittlich hohen Anteil an über 65-Jährigen auf (über 19 % der Gesamtbevölkerung; vgl. Abbildung 2.2). In diesen Regionen wird auch für 2020 ein überdurchschnittlicher Anteil an älteren Menschen prognostiziert, wobei dann bereits von einem Anteil von über 22 Prozent der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung auszugehen ist.

Abbildung 2.2:

Anteil der über 65-Jährigen an der österreichischen Gesamtbevölkerung
in Prozent nach Bezirken 2010



Quelle: ST.AT – Statistik des Bevölkerungsstandes; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

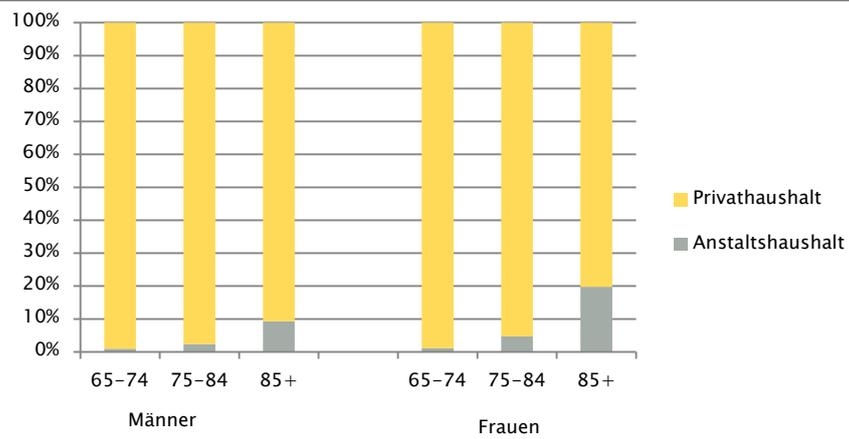
Der Anteil an älteren Menschen ist unter den Personen mit **ausländischer Herkunft** geringer als im Österreich-Schnitt. Lediglich 13 Prozent sind 65 Jahre oder älter (im Vergleich zu 18 % in der Gesamtbevölkerung). Bei Differenzierung der Personen mit ausländischer Herkunft nach EU-26⁴, EWR und Schweiz einerseits sowie Drittländern andererseits zeigt sich in der Altersstruktur ein deutlicher Unterschied: Bei den EU-Angehörigen (plus Schweiz) beträgt der Anteil der über 64-Jährigen 22 Prozent, bei Angehörigen von Drittländern nur 7 Prozent (Statistik Austria 2010). Dies verweist auf Unterschiede im Migrationsverhalten, wonach Personen aus Drittländern deutlich häufiger nach ihrer Pensionierung in ihre Heimatländer zurückzukehren als Personen aus EU- und EWR-Ländern.

Ab etwa 80 Jahren leben viele ältere Menschen in einem Heim. In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen lebten im Jahr 2009 etwa 99 Prozent in einem Privathaushalt, von

4
EU-27 ohne Österreich.

den 75- bis 84-Jährigen ist der Anteil mit rund 96 Prozent ebenfalls noch sehr hoch. Bei den Hochaltrigen steigt der Anteil der in Heil-/Pflegeanstalten bzw. Pensionisten-/Altersheimen oder sonstigen Anstalten untergebrachten Personen auf 17 Prozent, nämlich 20 Prozent der Frauen und 9 Prozent der Männer (vgl. Abbildung 2.3).

Abbildung 2.3:
Über 64-jährige österreichische Bevölkerung in Privat- und Anstaltshaushalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2009



Quelle: ST.AT 2012; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

3 Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung

Der Gesundheitszustand der österreichischen Seniorinnen und Senioren kann anhand unterschiedlicher Kriterien charakterisiert werden. Im Anschluss an die WHO (WHO 1948) zählen dazu das Freisein von Krankheit, Behinderung und Gebrechen sowie ein umfassendes körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. Angelehnt an dieses Gesundheitsverständnis, werden im Folgenden Informationen zur selbsteingeschätzten Gesundheit, zur körperlichen Funktionalität und Pflegebedürftigkeit, zum Krankheits- und Beschwerdegeschehen, zu Unfällen und Verletzungen sowie zu Lebenserwartung und Sterblichkeit präsentiert. Zur Charakterisierung des Gesundheitszustands wird dabei zurückgegriffen auf Ergebnisse der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 (Klimont et al. 2007), auf die Spitalsentlassungsstatistik, auf die Todesursachen- sowie die Krebsstatistik, auf Medikamentenverschreibungen wie auch auf die Ergebnisse epidemiologischer Einzelstudien.

3.1 Selbsteingeschätzte Gesundheit

Die selbsteingeschätzte Gesundheit zählt zu den meistbenutzten Indikatoren zur Beschreibung des allgemeinen Gesundheitszustands.⁵ Sie erfasst die individuelle und subjektive Beschreibung des eigenen Gesundheitszustands (Bjorner et al. 1996), die oftmals im Vergleich zu relevanten Bezugs- und Referenzgruppen erfolgt (Jürges 2007; Jylha 1994; Kaplan/Baron-Epel 2003). Da sie unterschiedliche Gesundheitsdimensionen wie Wohlbefinden, funktionale Gesundheit etc. einbezieht, repräsentiert sie eine umfassende Bewertung der individuellen Gesundheit, die etwa durch rein medizinische Indikatoren nicht abgedeckt werden (Mackenbach et al. 2002).

Studien zur Relevanz und Verlässlichkeit dieses Indikators haben gezeigt, dass die selbsteingeschätzte Gesundheit sowohl mit dem Mortalitätsrisiko (Benyamini/Idler 1999; DeSalvo et al. 2006a), dem Auftreten (zukünftiger) körperlicher und psychischer Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychiatrischer Erkrankungen) (Goldberg et al. 2001; May et al. 2006; Rutledge et al. 2010), dem Auftreten körperlicher und funktionaler Einschränkungen (Idler et al. 2000; Kaplan et al. 1993; Leinonen et al. 2001) als auch mit der Inanspruchnahme medizini-

5

Dies gilt sowohl in Bezug auf gesundheitswissenschaftliche Untersuchungen, breit angelegte Bevölkerungs-surveys als auch in Bezug auf epidemiologische und medizinische Untersuchungen (Kaplan et al. 1996; McHorney 1999).

scher Leistungen (DeSalvo et al. 2005; Menec/Chipperfield 2001; Miilunpalo et al. 1997), der Einnahme von Arzneimitteln und Medikamenten (Moen et al. 2009; Rosholm/Christensen 1997) sowie mit der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität (DeSalvo et al. 2006b) im Zusammenhang steht. Schlechte bis moderate Einschätzungen der Gesundheit gehen diesen Ergebnissen zufolge mit einem schlechten (sowohl aktuellen als auch zukünftigen sowie sowohl objektiven als auch subjektiven) Gesundheitszustand einher.

Die selbsteingeschätzte Gesundheit wurde im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07 mit Hilfe einer globalen Einzelfrage ermittelt.⁶ Rund 52 Prozent der über 64-jährigen Männer und 44 Prozent der gleichaltrigen Frauen berichteten über eine sehr gute oder gute Gesundheit. Erwartungsgemäß verschlechtert sich der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand mit zunehmendem Alter. Frauen beurteilen ihre Gesundheit häufiger mittelmäßig als Männer, das heißt, ein höherer Anteil an Männern schätzt den eigenen Gesundheitszustand sehr gut und gut ein, aber auch ein höherer Anteil fühlt sich gesundheitlich sehr schlecht. Im höheren Alter zeigen sich größere geschlechtsspezifische Unterschiede.

13 Prozent der **65- bis 74-jährigen Frauen** beurteilen ihren allgemeinen Gesundheitszustand sehr gut, 41 Prozent sagen, er sei zumindest gut, rund 10 Prozent fühlen sich schlecht oder sehr schlecht. Nur mehr 6 Prozent der **über 74-jährigen** fühlen sich gesundheitlich sehr gut, 30 Prozent fühlen sich gut, aber rund ein Fünftel fühlt sich schlecht oder sehr schlecht.

14 Prozent der **65- bis 74-jährigen Männer** fühlen sich gesundheitlich sehr gut, 44 Prozent sagen, ihr allgemeiner Gesundheitszustand sei gut, ebenso wie bei den Frauen fühlen sich rund 10 Prozent schlecht oder sehr schlecht. Bei den **über 74-jährigen** sagen immer noch 9 Prozent, sie fühlten sich gesundheitlich sehr gut, 35 Prozent fühlen sich gut, 19 Prozent der Antworten entfallen auf die Kategorien schlecht oder sehr schlecht.

6

„Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen? Sehr gut – gut – mittelmäßig – schlecht – sehr schlecht.“

Tabelle 3.1:

Selbsteingeschätzte Gesundheit der Österreicher/innen
nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07

Gesundheitszustand	Frauen		Männer	
	65-74	75+	65-74	75+
	In Prozent			
Sehr gut	12,5	5,7	13,6	8,8
Gut	40,7	29,8	43,9	35,0
Mittelmäßig	36,2	44,5	32,5	37,5
Schlecht	9,1	17,8	7,7	14,3
Sehr schlecht	1,5	2,3	2,3	4,3

Quelle: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

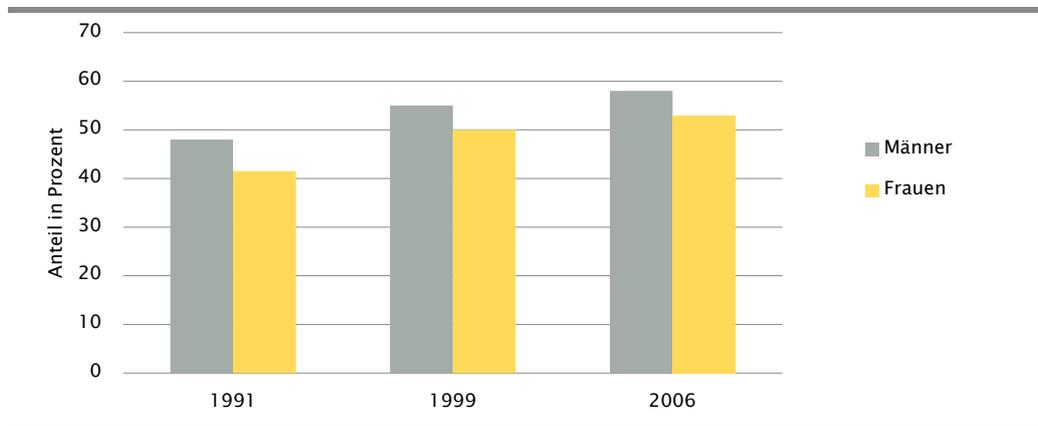
Für die Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen⁷ zeigt sich, dass der subjektive Gesundheitszustand **zwischen 1991 und 2006 besser** wurde (vgl. Abbildung 3.1): 1991 beurteilten 48 Prozent der Männer und 41,5 Prozent der Frauen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, im Jahr 1999 waren es bereits 55 Prozent der Männer und 50 Prozent der Frauen (Statistik Austria 2002), im Jahr 2006 waren die Anteile noch etwas höher (58 % der Männer und 53 % der Frauen).

7

Ein **Vergleich** des subjektiven Gesundheitszustands mit früheren Mikrozensus-Erhebungen (1991 und 1999) ist nur für die jüngere Altersgruppe möglich, weil im Gegensatz zum ATHIS damals nur die Bevölkerung in Privathaushalten (nicht in Heimen) befragt wurde. In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen leben 99 Prozent in Privathaushalten (vgl. Abbildung 2.3), sodass die unterschiedlichen Erhebungsmodi nicht schlagend sein können. Der überwiegende Teil alter Menschen in Pflegeheimen ist älter als 80 Jahre (Fonds Soziales Wien 2010).

Abbildung 3.1:

Selbsteingeschätzte Gesundheit im Trend: Anteil der 65- bis 74-Jährigen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstufen, nach Erhebungsjahren

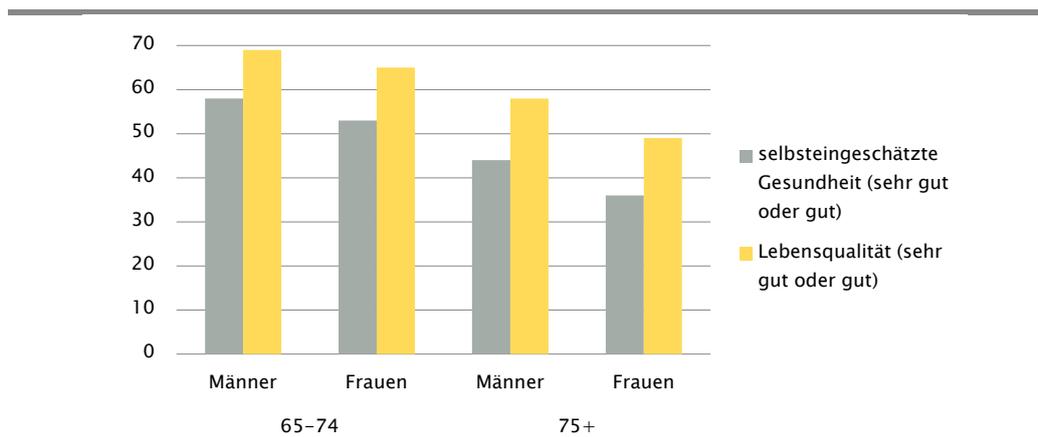


Quelle: ST.AT - Mikrozensus 1991 und 1999, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Die österreichische Gesundheitsbefragung enthielt auch einige Parameter zur Lebensqualität. Eine zentrale Frage lautete „Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?“, zu bewerten auf einer fünfteiligen Skala. Frauen beurteilen ihre Lebensqualität schlechter als Männer, zudem verringert sie sich mit zunehmendem Alter, wobei die Lebensqualität im Vergleich zur selbsteingeschätzten Gesundheit in allen Altersgruppen besser eingeschätzt wird (vgl. Abbildung 3.2).

Abbildung 3.2:

Selbsteingeschätzte Gesundheit und Lebensqualität im Vergleich: Anteil der über 64-Jährigen, die ihren Gesundheitszustand und ihre Lebensqualität als sehr gut oder gut einstufen, nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07



Quelle: ST.AT - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

65 Prozent der **65- bis 74-jährigen Frauen** beurteilten ihre Lebensqualität sehr gut oder gut, rund 7 Prozent empfinden sie als schlecht oder sehr schlecht. Immer noch knapp die Hälfte der **über 74-jährigen** Frauen berichteten über eine sehr gute oder gute Lebensqualität, 15 Prozent der abgegebenen Beurteilungen entfallen auf die Kategorien schlecht oder sehr schlecht.

Hingegen beurteilten 69 Prozent der **65- bis 74-jährigen Männer** ihre Lebensqualität sehr gut oder gut und 6 Prozent als schlecht oder sehr schlecht. Bei den **über 74-jährigen** sagen immer noch 58 Prozent, ihre Lebensqualität sei sehr gut oder gut, 11 Prozent berichteten über schlechte oder sehr schlechte Lebensqualität.

Tabelle 3.2:

Lebensqualität der Österreicher/innen nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07

Lebensqualität	Frauen		Männer	
	65-74	75+	65-74	75+
	In Prozent			
Sehr gut	15,1	9,0	17,3	11,2
Gut	50,0	39,8	51,3	47,1
Mittelmäßig	28,2	36,6	25,5	30,7
Schlecht	5,0	11,2	4,2	9,1
Sehr schlecht	1,8	3,5	1,7	1,9

Quelle: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

3.2 Funktionale Gesundheit

Bei funktionaler Gesundheit geht es darum, inwieweit Menschen die Alltagsanforderungen erfüllen und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Das ist Voraussetzung für Selbstbestimmung im Alter. Neben den Kontextfaktoren (Umwelt, persönliche Faktoren) relevant sind

- » Körperfunktionen und -strukturen,
- » Aktivitäten,
- » Partizipation (Schuntermann 2005).

Insbesondere zu Körperfunktionen und Aktivitäten gibt es Anhaltspunkte aus der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07⁸.

3.2.1 Funktionale Fähigkeiten

Funktionale Beeinträchtigungen sind Aktivitätseinschränkungen beim Ausführen bestimmter alltäglicher Tätigkeiten. Im Zuge der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 wurde gefragt nach Tätigkeiten wie „Gehen“ (500 Meter), „Treppen steigen“, „Fingerfertigkeit“, „Drehbewegung mit der Hand“, „in feste Nahrung beißen“, „Hand ausstrecken“, „bücken und niederknien“ oder „volle Einkaufstaschen tragen“. Mit zunehmendem Alter treten Aktivitätseinschränkungen häufiger auf. Rund **70 Prozent der 65- bis 74-jährigen Senioren** und knapp über **60 Prozent der gleichaltrigen Seniorinnen** haben **keine funktionalen Beeinträchtigungen**, bei den über 74-Jährigen waren es nur mehr rund 45 Prozent der Männer und 25 Prozent der Frauen, die keine der gefragten Aktivitätseinschränkungen angaben (Klimont et al. 2007). Dies mag auch daran liegen, dass das Durchschnittsalter bei den über 74-jährigen Frauen höher ist als bei den über 74-jährigen Männern.

Sehvermögen

Beeinträchtigungen des Sehvermögens wirken sich nicht nur unmittelbar auf die Lebensqualität der Betroffenen aus, sie ziehen auch andere Risiken wie Unfälle, Frakturen oder Depression nach sich (Robert Koch-Institut 2009).

Je nach Altersgruppe und Geschlecht können laut österreichischer Gesundheitsbefragung zwischen 15 und 20 Prozent der Menschen über 64 Jahre ohne Sehhilfe Zeitung lesen, weitere 70 bis 80 Prozent können mit Sehhilfe Zeitung lesen. Sie sind also geringfügig oder gar nicht eingeschränkt. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind gering.

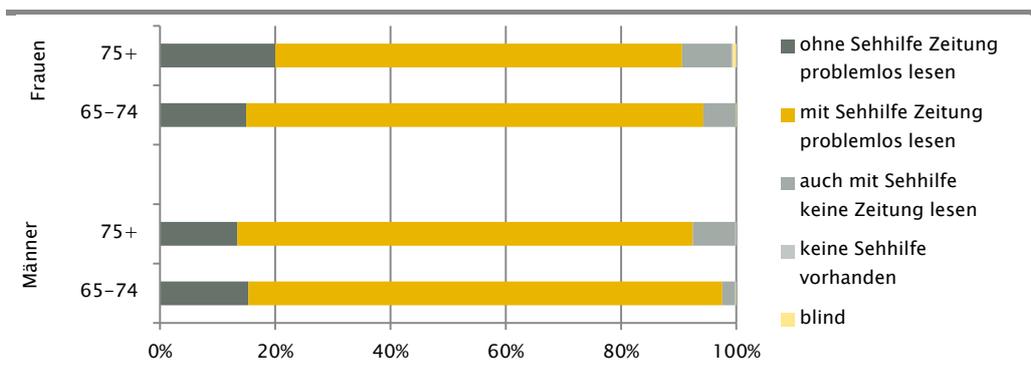
Zwei Prozent der 65- bis 74-jährigen Männer und 6 Prozent der gleichaltrigen Frauen sehen so schlecht, dass sie auch mit Brille keine Zeitung lesen können. Mit zunehmendem Alter verschlechtert sich die Situation: Die entsprechenden Anteile betragen bei den über 74-Jährigen 7 (Männer) bzw. 9 Prozent (Frauen). Die meisten von ihnen können in einer Entfernung von vier Metern (auf der Straße) auch kein Gesicht erken-

8

Vergleiche mit dem Mikrozensus 1999 sind hier nicht möglich, weil viele Fragen zu funktionalen Fähigkeiten 1999 gar nicht gestellt wurden. Auch bei ADL und IADL wurde 1999 nicht differenziert nach einzelnen Tätigkeiten gefragt, sondern nur insgesamt nach dem Hilfebedarf (nie, manchmal, häufig oder immer).

nen. Nur ganz wenige Menschen (unter 1 %) geben an, keine Sehhilfe zur Verfügung zu haben, obwohl sie eine benötigen würden (vgl. Abbildung 3.3).

Abbildung 3.3:
Sehvermögen älterer Menschen in Österreich
nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07



Quelle: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Nennenswerte regionale Unterschiede gibt es beim Sehvermögen nicht.

Hörvermögen

Auch Beeinträchtigungen des Hörvermögens haben über die unmittelbare Verminderung der Lebensqualität der Betroffenen hinaus Konsequenzen, wie etwa erhöhtes Unfallrisiko (verminderte Gefahrenwahrnehmung) oder Depression als Folge der sozialen Isolation.

Zum Hörvermögen wurde bei der österreichischen Gesundheitsbefragung u. a. die Frage gestellt, ob man in einer Unterhaltung mit mehreren Personen ohne bzw. mit Hörgerät klar hören kann, was gesprochen wird. Wird dies verneint, wird die Frage bezüglich einer Unterhaltung mit einer Person nochmals gestellt.

Das Hörvermögen verschlechtert sich zu einem späteren Zeitpunkt als das Sehvermögen, sodass zwischen den beiden hier betrachteten Altersgruppen (65–74 Jahre, 75 Jahre und älter) größere Unterschiede bestehen. Frauen hören laut Selbstauskunft etwas besser als Männer, doch der geschlechtsspezifische Unterschied ist gering.

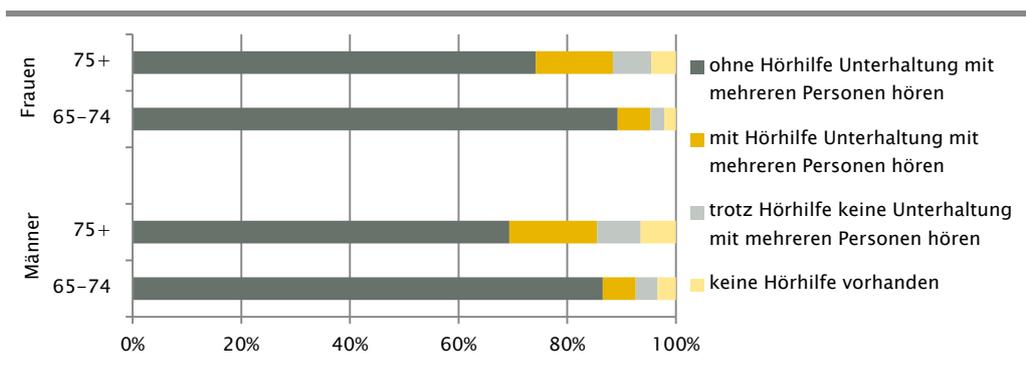
Knapp 90 Prozent der 65– bis 74–Jährigen ist es möglich, eine Unterhaltung mit mehreren Personen ohne Hörgerät akustisch wahrzunehmen, etwa 6 Prozent benötigen dafür eine Hörhilfe. Bei den über 74–Jährigen ist das Hörvermögen deutlich schlechter: Nur 70 Prozent verstehen eine Unterhaltung mit mehreren Personen, rund 15 Prozent

benötigen dafür eine Hörhilfe, bei etwa 8 Prozent reicht dafür auch eine Hörhilfe nicht aus.

Etwa 1 Prozent der 65- bis 74-Jährigen und 2 Prozent der über 74-Jährigen können trotz Hörgerät auch in einer Unterhaltung mit nur einer Person nicht klar hören, was gesprochen wird.

Ein durchaus beachtlicher Anteil an älteren Menschen gibt an, **keine Hörhilfe zur Verfügung** zu haben, obwohl eine benötigt würde. Das betrifft rund 3 Prozent der 65- bis 74-Jährigen und rund 7 Prozent der über 74-Jährigen. Ursachen dafür können vielfältig sein: Ein Hörgerät ist gesellschaftlich noch nicht so anerkannt (wie beispielsweise eine Brille), vielleicht spielen Kosten (privat oder bei der Sozialversicherung) eine Rolle oder auch mangelnde Informationen.

Abbildung 3.4:
Hörvermögen älterer Menschen in Österreich
nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07



Quelle: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

In Oberösterreich ist der Anteil derjenigen, die kein Hörgerät zur Verfügung haben, an denen, die einer Unterhaltung mit mehreren Personen nicht mehr folgen können, mit rund 31 Prozent besonders hoch. Da es keine Erklärungshinweise etwa aufgrund unterschiedlicher Abgeltung von Hörgeräten durch die Sozialversicherung gibt (die Voraussetzungen für die Hörgeräteversorgung sind im ASVG einheitlich geregelt, die OÖGKK zahlt sogar den höchstmöglichen Zuschuss, in Oberösterreich stehen nicht auffällig wenig Hörgeräteakustiker unter Vertrag), liegt der Schluss nahe, dass es sich um statistisches Artefakt handelt. Vergleichsweise niedrig sind die entsprechenden Werte in Kärnten (5 %) und in der Steiermark (9 %).

Verständigung

Bei den Fragen zu den sensorischen Fähigkeiten beurteilte der/die Interviewer/in abschließend, ob sich die befragte Person ohne Probleme klar verständigen kann.

Die Fähigkeit zu einer klaren Verständigung besteht weitgehend bis zum hohen Alter und nimmt erst ab dem 85. Lebensjahr deutlich ab. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind gering. In der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen können 4 Prozent der Männer und 5 Prozent der Frauen, bei den Hochbetagten etwa 20 Prozent (bei beiden Geschlechtern) kein klares Gespräch mehr führen.

Ein eklatanter Unterschied besteht zwischen Heimbewohnerinnen/-bewohnern und Menschen in Privathaushalten: Rund 60 Prozent der über 64-jährigen Menschen in Heimen können kein klares Gespräch mehr führen, bei den Gleichaltrigen in Privathaushalten sind es nur etwa 3 Prozent. Dies ist insofern nicht verwunderlich, als Krankheit und hohes Alter ein wesentlicher Grund für die Übersiedlung in ein Alters- oder Pflegeheim sind.

Fähigkeiten in der Mobilität

Einschränkungen in der Mobilität erschweren eine selbstständige Lebensführung und sind ein wichtiger Risikofaktor für Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter. Unsicheres Gehen kann Stürze verursachen, die in der Folge weitere Selbstständigkeitsverluste nach sich ziehen (vgl. Punkt 3.3.2 zu Unfällen und Stürzen). Fast ein Drittel der über 65-Jährigen und rund die Hälfte der über 80-Jährigen stürzen zumindest einmal im Jahr, 10 bis 20 Prozent dieser Stürze führen zu Verletzungen, ca. 5 Prozent zu Frakturen, bis zu 2 Prozent zu hüftnahen Oberschenkelhalsfrakturen. Bis zu 50 Prozent der alten Menschen, die wegen eines Sturzes stationär behandelt werden müssen, und 14 bis 34 Prozent der Patientinnen und Patienten nach einer hüftnahen Oberschenkelhalsfraktur sterben innerhalb eines Jahres (Robert Koch-Institut 2009). Bei der österreichischen Gesundheitsbefragung wurde zur Mobilität u. a. gefragt, ob man ohne bzw. mit Stock (oder anderen Gehhilfen) 500 Meter weit gehen und ob man Treppen steigen kann.

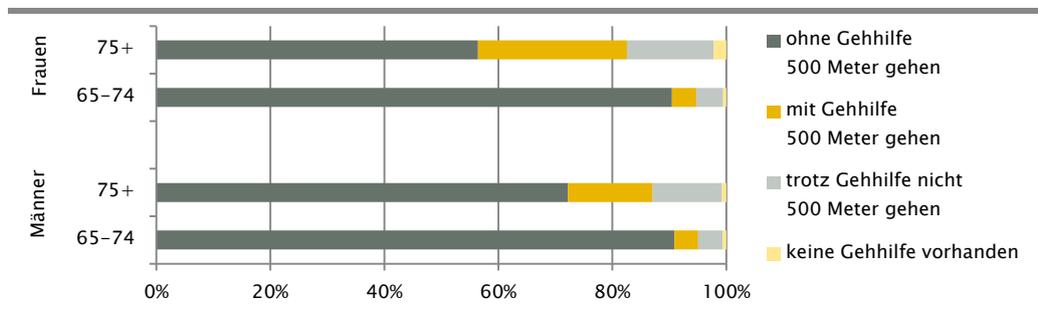
Beeinträchtigungen in der Mobilität sind häufiger als bei den sensorischen Fähigkeiten. Die Mobilität verschlechtert sich deutlich mit zunehmendem Alter. Frauen sind davon stärker betroffen als Männer, bei ihnen beginnen Beeinträchtigungen in jüngeren Jahren.

Rund 90 Prozent der 65- bis 74-jährigen Frauen und Männer haben keine Probleme, ohne Hilfe 500 Meter zu gehen oder Treppen zu steigen. Die Hälfte derjenigen, die das verneinen, schafft es mit Gehhilfe, die andere Hälfte schafft es auch mit Gehhilfe nicht.

Ab 75 Jahren sind Frauen stärker betroffen als Männer. 72 Prozent der über 74-jährigen Männer, aber nur knapp mehr als die Hälfte der über 74-jährigen Frauen können ohne Gehhilfe 500 Meter weit gehen. 15 Prozent der Männer und fast doppelt so viele Frauen benötigen dafür eine Gehhilfe. 12 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen schaffen dies trotz Gehhilfe nicht (vgl. Abbildung 3.5).

Die beiden Fragen zur Mobilität werden weitgehend gleich beantwortet: Wenn man 500 Meter weit gehen kann, kann man zumeist auch Treppen steigen. Lediglich bei den Hochaltrigen dürfte Treppensteigen ein etwas geringeres Problem darstellen als 500 Meter weit zu gehen.

Abbildung 3.5:
Fähigkeiten der Mobilität älterer Menschen in Österreich: 500 Meter gehen, nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07



Quelle: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

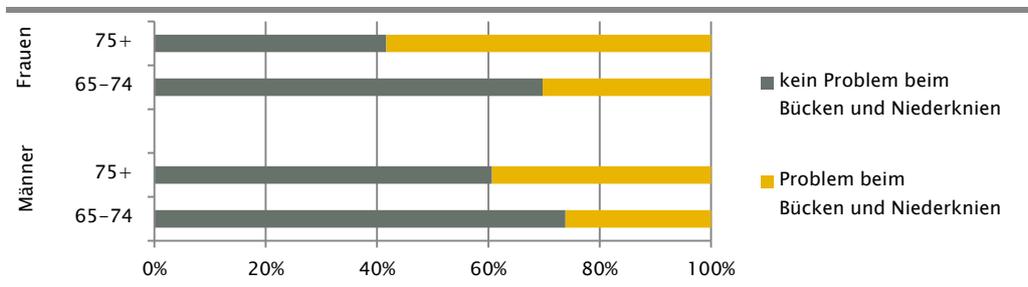
Bücken und Niederknien

Auch bei der Frage, ob man sich problemlos (ohne fremde Hilfe) bücken kann (um beispielsweise etwas aufzuheben), zeigt sich ein ähnliches Bild wie beim Gehen und Treppensteigen: Es besteht eine hohe Assoziation mit dem Alter, und Frauen sind stärker betroffen als Männer.

Rund 30 Prozent der 65- bis 74-jährigen Frauen und 26 Prozent der gleichaltrigen Männer gaben bei der Befragung an, Probleme beim Bücken und Niederknien zu haben. In der Altersgruppe der 75- bis 84-jährigen sind bereits 37 Prozent der Männer und 55 Prozent der Frauen betroffen (vgl. Abbildung 3.6).

Abbildung 3.6:

Fähigkeiten der Mobilität älterer Menschen in Österreich: Bücken und Niederknien, nach Geschlecht und Altersgruppen 2006/07



Quelle: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Frauen sind also von Aktivitätseinschränkungen im Alter stärker betroffen als Männer. Ursachen dafür werden u. a. in höheren sozialen Risiken (geringeres Bildungsniveau, geringeres Einkommen) und in einer höheren Prävalenz nicht-letaler Erkrankungen (z. B. Osteoporose, Gelenkerkrankungen, Depressionen) gesehen (Robert Koch-Institut 2009).

3.2.2 Einschränkungen im Alltag

Die beschriebenen funktionalen Beeinträchtigungen schränken die Aktivitätsmöglichkeiten im Alltag stark ein, sind aber nicht allein dafür verantwortlich, weil sie in einem stärkeren sozialen Kontext stehen. Die „Activities of Daily Living“⁹ (ADL) beschreiben Basisaktivitäten der Pflege und Versorgung der eigenen Person (wie essen, trinken, sich waschen, sich an- und ausziehen). Die „Instrumental Activities of Daily Living“ (IADL) umfassen komplexere Tätigkeiten wie Essen zubereiten, telefonieren, einkaufen, Wäsche waschen oder finanzielle Angelegenheiten regeln. Einschränkungen bei den ADL und IADL führen früher oder später zu einer Pflegeabhängigkeit bzw. Hilfsbedürftigkeit. ADL und IADL sind gute Indikatoren für die Fähigkeit, allein zu Hause zu leben. Allerdings wurden bei der österreichischen Gesundheitsbefragung keine geriatrisch gängigen Messinstrumente wie der Barthel-Index und der Lawton-Brody-Index verwendet.

9

Gemäß Nursing Outcome Classification wird unter „Activity of Daily Living“ (ADL) die Fähigkeit verstanden, „die wesentlichen, grundlegenden physischen Aufgaben und Handlungen der persönlichen Versorgung zu verrichten“.

Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)

Probleme bei den Aktivitäten des täglichen Lebens sind naturgemäß **stark altersassoziiert** und steigen ab 85 Jahren besonders stark an. Geschlechtsspezifische Unterschiede werden bei den Hochbetagten sichtbar: Insbesondere in der Altersgruppe der über 84-Jährigen sind **Frauen stärker** in ihren täglichen Aktivitäten **eingeschränkt** als Männer.

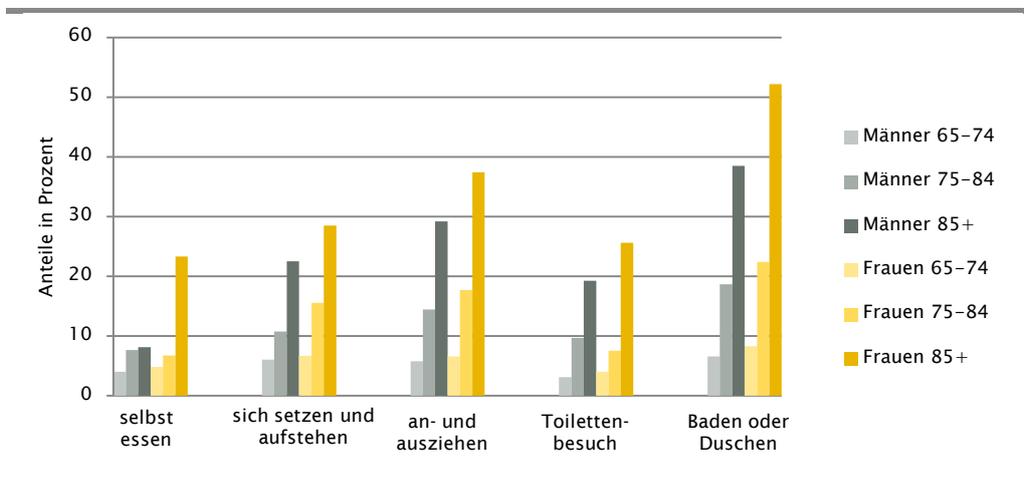
Die 65- bis 74-Jährigen sind zum Großteil unabhängig in ihren Aktivitäten des täglichen Lebens. Je nach Tätigkeit haben 3 bis 5 Prozent der Befragten – Frauen und Männer gleichermaßen – Probleme, am ehesten beim Baden oder Duschen.

Im höheren Alter steigen die Probleme, insbesondere beim Baden oder Duschen und beim An- und Ausziehen, aber auch beim sich Setzen und Aufstehen sowie beim Toilettenbesuch. Nur mehr 80 bis 90 Prozent der 75- bis 84-Jährigen sind je nach Geschlecht und Tätigkeit hierin unabhängig. Rund ein Fünftel der Frauen und Männer dieser Altersgruppe hat Probleme beim Baden oder Duschen, etwa 15 Prozent können sich nicht mehr allein an- und ausziehen. 11 Prozent der Männer und 16 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe geben an, Probleme beim sich Setzen und Aufstehen zu haben.

Die Probleme nehmen deutlich zu im Hochbetagtenalter. Nur mehr 60 Prozent der Männer und knapp die Hälfte der Frauen sind bei allen hier dargestellten ADL unabhängig. Bei den Frauen haben rund 52 Prozent Probleme beim Baden oder Duschen, 37 Prozent nennen Probleme beim An- und Ausziehen, 29 Prozent können sich schwer aufsetzen und aufstehen, und etwa ein Viertel tut sich schwer beim Toilettenbesuch. Sogar das Essen stellt sich bei mehr als einem Fünftel als Problem dar. Den Männern dieser Altersgruppe geht es durchwegs besser: Rund 39 Prozent haben Probleme beim Baden oder Duschen, 29 Prozent nannten An- und Ausziehen als Problem, 23 Prozent können sich schwer aufsetzen und aufstehen, und etwa ein Fünftel gab Probleme beim Toilettenbesuch an.

Abbildung 3.7:

Probleme älterer Menschen in Österreich bei Aktivitäten des täglichen Lebens (Kategorien „ja“ und „weiß nicht“) nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07



Quelle: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)

Anders als die ADL sind Probleme bei IADL nicht automatisch gesundheitlich bedingt. Essen zubereiten und Wäsche waschen beispielsweise sind in der heutigen älteren Generation primär Aufgaben von Frauen, diesbezügliche Defizite bei Männern bestehen oft aufgrund der Sozialisation. Die Fähigkeit, die Finanzen zu regeln, stellt entsprechend eher eine Aufgabe von Männern dar. Dass Einkaufen Frauen mit zunehmendem Alter vielfach vor ein Problem stellt, ist vermutlich Konsequenz eingeschränkter Mobilität.

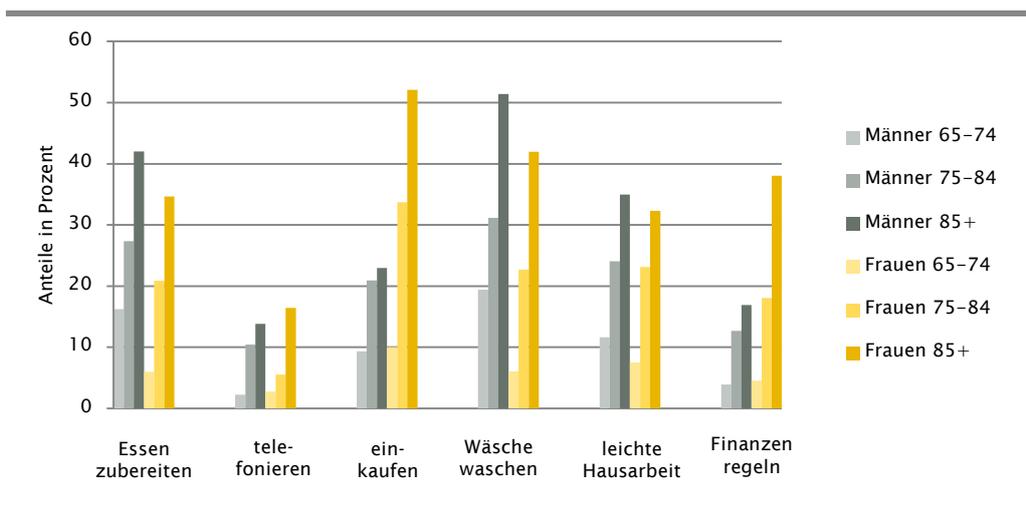
Probleme bei den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens sind ebenso wie die ADL **stark altersassoziiert**, sie steigen allerdings schon ab 75 Jahren deutlich an. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind hier, wie bereits erwähnt, teilweise sozialisationsbedingt und treten in allen Altersstufen auf. Beim Telefonieren und bei leichter Hausarbeit gibt es keinen nennenswerten Unterschied zwischen Frauen und Männern.

65- bis 74-jährige Frauen sind zum Großteil unabhängig in ihren instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens. Für rund ein Zehntel dieser Alterskategorie stellt Einkaufen ein Problem dar, alle anderen IADL sind bewältigbar. In der Gruppe der **75- bis 84-jährigen** sind nur mehr rund 80 Prozent unabhängig, etwa ein Fünftel dieser Frauen hat Probleme dabei, Essen zuzubereiten, Wäsche zu waschen, bei leichter Hausarbeit und auch beim Regeln der Finanzen. Telefonieren ist kein Problem. Einkaufen stellt die größte Herausforderung dar: Rund ein Drittel der 75- bis 84-jährigen

Frauen kann dies nicht mehr selbst bewältigen. **Ab 85 Jahren** steigt die Hilfsbedürftigkeit bei den IADL je nach Tätigkeit auf 30 bis 40 Prozent, nur Telefonieren ist leichter (18 % haben damit Probleme), und Einkaufen ist problematischer (mehr als die Hälfte kann dies nicht mehr allein bewältigen).

Männer berichten bereits im jüngeren Seniorenalter von Problemen bei einigen IADL, insbesondere beim Essenzubereiten und Wäschewaschen. Knapp ein Fünftel der **65- bis 74-Jährigen** kann dies nicht allein bewältigen. Die Probleme steigen mit zunehmendem Alter, in der Altersgruppe der **75- bis 84-Jährigen** berichtet bereits rund ein Drittel, Probleme beim Zubereiten von Essen und Wäschewaschen zu haben. Für mehr als ein Fünftel dieser Altersgruppe sind Einkaufen und leichte Hausarbeit problematisch. Diese Tätigkeiten werden mit zunehmendem Alter noch problematischer, doch mit Einkaufen, Regeln der Finanzen und Telefonieren sind die **über 85-Jährigen** nur geringfügig mehr belastet als die 75- bis 84-Jährigen.

Abbildung 3.8:
Probleme älterer Menschen in Österreich bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (Kategorien „ja“ und „weiß nicht“) nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07



Quelle: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

3.2.3 Hilfs- und Pflegebedarf

Ein Hilfs- und Pflegebedarf entsteht, wenn (instrumentelle) Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL und IADL) nur noch begrenzt möglich oder gänzlich unmöglich sind. Seit 1993/1994 besteht in Österreich für pflegebedürftige Menschen Rechtsanspruch auf den Bezug von Pflegegeld, dessen Höhe vom Ausmaß des Betreuungs- und Hilfsbe-

darfs (d. h. des Pflegeaufwands) abhängt. Die Einstufung in eine der sieben vorgesehenen Stufen erfolgt aufgrund ärztlicher Gutachten (unter allfälliger Beiziehung anderer Expertinnen und Experten, etwa von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern oder von Pflegepersonal¹⁰). Je höher der Pflegebedarf und damit das Ausmaß der monatlich erforderlichen Stunden an Pflegeleistungen ist, desto höher ist die Stufe und damit der Pflegegeldbezug. Das Pflegegeld stellt dabei nur einen Beitrag zur Finanzierung der pflegebedingten Mehraufwendungen dar.

Die Pflegegeldeinstufung ist somit ein guter Indikator für Pflegebedarf, wenngleich nicht alle Pflegebedürftigen Pflegegeld in Anspruch nehmen. In einer repräsentativen Stichprobe von Personen in Hauskrankenpflege in der Steiermark in den Jahren 2009/2010 zeigte sich, dass knapp 10 Prozent kein Pflegegeld beziehen, obwohl sie Hauskrankenpflege in Anspruch nehmen. Über Ursachen für diesen Verzicht auf Pflegegeld wären vertiefende Untersuchungen erforderlich.

Bis 31. 12. 2011 gab es Bundes- und Landespflegegeld, deren Statistik unterschiedlich geführt wurde. Eine einheitliche Darstellung von Bund- und Landespflegegeldbeziehenden und -beziehern nach bestimmten Parametern, etwa Altersstufen, ist deshalb nicht möglich. Seit 1. 1. 2012 fällt die gesamte Pflegegeldthematik in Bundeskompetenz, es wird also künftig leichter sein, einen guten Überblick über Pflegegeldbeziehenden und -bezieher zu liefern. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Daten aus 2010 und stellen einen Vergleich mit dem Jahr 2001 her.

Pflegegeldstatistik

Im Jahr 2010 bezogen in Österreich rund 434.000¹¹ Menschen Landes- oder Bundespflegegeld, wobei 85 Prozent oder 369.200 davon auf den Bund entfielen. Der Großteil der Bezieher/innen (bei den Frauen 90 %, bei den Männern 76 %) ist älter als 64 Jahre. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Bundespflegegeld.

Mehr als 90 Prozent der 65- bis 74-jährigen Frauen und Männer beziehen kein Bundespflegegeld. In der Altersgruppe der 75- bis 84-jährigen sind immer noch 70 Prozent der Frauen und fast 80 Prozent der Männer so gesund, dass sie kein

10

Seit 1. 1. 2012 werden Anträge auf Erhöhung des Pflegegeldes ab Pflegestufe 4 und bei mehr als 180 Stunden Pflegebedarf durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege begutachtet.

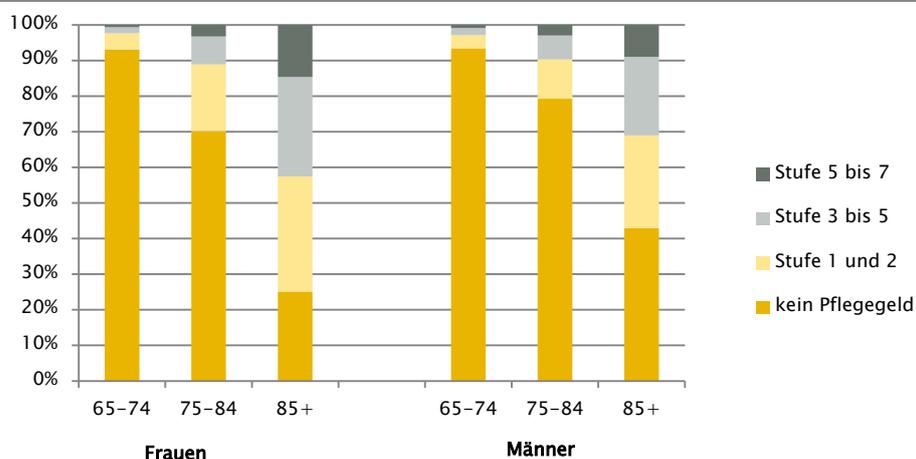
11

Stand Bundespflegegeldbezieher: 31. 12. 2010; Stand Landespflegegeldbezieher: Dezember 2008.

Pflegegeld beziehen. Bei den Hochaltrigen können nur mehr ein Viertel der Frauen, aber 40 Prozent der gleichaltrigen Männer auf Pflegegeld verzichten.

In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen ist somit der Anteil an Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern mit 7 Prozent relativ gering. In der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen beziehen rund 30 Prozent der Frauen und 20 Prozent der Männer Pflegegeld, primär der Stufe 1 oder 2. Bei den Hochaltrigen beziehen 75 Prozent der Frauen und knapp 60 Prozent der Männer Pflegegeld, ein nennenswerter Anteil entfällt auch auf die Pflegestufen 5 bis 7 (vgl. Abbildung 3.9).

Abbildung 3.9:
Anteile der Bundespflegegeldempfänger/innen in Österreich nach Pflegegeldstufen, Geschlecht und Altersgruppen, 2010



Quellen: ST.AT - Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002-2010; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Mit zunehmendem Alter steigt nicht nur der Pflegebedarf, sondern auch der geschlechtsspezifische Unterschied dabei. In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen ist die **Rate an Bundespflegegeldempfängern** bei Frauen nur geringfügig höher als bei Männern (69 vs. 65 pro 1.000), in der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen beziehen 300 Frauen und 210 Männer (von jeweils 1.000) Bundespflegegeld, bei den über 84-Jährigen sind es 768 Frauen und 580 Männer (von jeweils 1.000) (vgl. Tabelle 3.3).

Tabelle 3.3:

Bundespflegegeldbezieher/innen* nach Pflegegeldstufen, Geschlecht und Altersgruppen 2001 und 2010, pro 1.000 EW dieser Altersgruppe

Pflege- stufe	Frauen			Männer		
	65-74	75-84	85+	65-74	75-84	85+
	Anzahl pro 1.000 EW der Altersgruppe					
2010	68,9	298,2	748,9	65,4	207,0	571,1
1	22,3	80,5	100,8	13,8	36,4	70,3
2	23,1	106,7	222,4	22,9	74,3	190,8
3	9,8	44,6	140,6	10,9	35,8	112,7
4	7,2	34,0	139,1	9,4	30,9	107,5
5	4,1	20,8	97,5	5,3	19,1	62,5
6	1,6	7,5	32,3	2,2	7,6	20,9
7	0,9	4,1	16,1	1,0	2,8	6,4
2001	59,5	266,0	740,0	64,6	195,9	575,1
1	16,6	69,1	86,6	10,4	31,3	65,4
2	21,6	101,9	262,5	24,7	79,3	230,8
3	9,6	41,5	139,9	11,8	33,5	108,8
4	6,7	31,4	141,4	10,2	31,3	100,9
5	3,4	15,4	80,0	5,2	14,4	51,5
6	0,9	3,9	18,2	1,5	3,9	12,3
7	0,8	2,8	11,6	0,9	2,1	5,5

* Die Daten der Landespflegegeldbezieher stehen nicht in dieser Differenzierung zur Verfügung.

Quellen: ST.AT - Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002-2010; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Zwischen 2001 und 2010 ist die Anzahl der Bundespflegegeldbezieher/innen von etwa 290.000 auf knapp 370.000 gestiegen (also um rund 80.000 oder 27 %). Davon waren ca. 63.500 älter als 64 Jahre (40.000 Frauen und 23.000 Männer).

Die Rate der Bundespflegegeldbezieher ist weniger gestiegen als die Absolutzahlen, in der Altersgruppe der Hochaltrigen ist die Rate sogar weitgehend gleich geblieben. Daraus könnte man schließen, dass sich der Gesundheitszustand bzw. der Pflegebedarf der Hochaltrigen während der letzten zehn Jahre nicht verändert hat und der Anstieg der Pflegegeldbezieher/innen primär auf den Anstieg der Personen in dieser Altersgruppe zurückzuführen ist. Allerdings sind Veränderungen bei der Inanspruchnahme von Pflegegeld nicht ausschließlich auf den Gesundheitszustand bzw. Pflegebedarf zurückzuführen, denn ein Anstieg bei den Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher kann auch durch einen veränderten Zugang, durch bessere Information in Bezug auf Pflegegeld oder auch durch veränderte rechtliche Voraussetzungen bedingt sein.

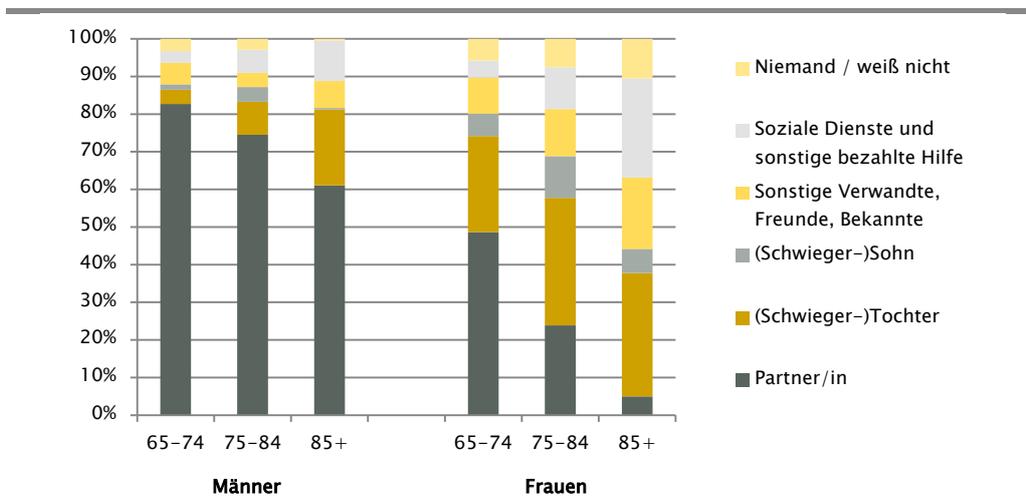
In Kärnten, im Burgenland und in der Steiermark beziehen überdurchschnittlich viele Menschen Pflegegeld, am geringsten sind die Anteile in Tirol und in Vorarlberg.

Gesundheitsbefragung

Im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung wurde gefragt, wer bei Krankheitsfall bzw. bei Pflegebedürftigkeit, differenziert nach kurzfristig (bis zu einer Woche) und länger, die häusliche Pflege übernimmt.

Männer werden zum überwiegenden Teil von ihren Ehefrauen gepflegt, Frauen hingegen seltener von ihren Ehemännern gepflegt. Die Pflege durch den Ehepartner wird mit zunehmendem Lebensalter naturgemäß immer seltener. Als „Ersatz“ des Ehepartners treten bei der Pflege von älteren Frauen mehr als bei Männern andere Betreuungsformen auf. Die Pflege wird vielfach von Töchtern oder Schwiegertöchtern übernommen, auch soziale Dienste oder andere bezahlte Hilfe werden häufiger in Anspruch genommen. Besonders problematisch ist, wenn niemand für eine Betreuung zur Verfügung steht bzw. wenn die Betreuungsverhältnisse unklar sind. Frauen passiert dies öfters als Männern. 7 Prozent der 65- bis 74-jährigen Frauen und rund 10 Prozent der höheren Altersstufen haben niemanden, der sie im Bedarfsfall kurzfristig oder sogar länger pflegen könnte.

Abbildung 3.10:
Kurzfristige Betreuung (bis zu einer Woche) älterer Menschen in Österreich im Krankheitsfall oder bei Pflegebedürftigkeit nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07

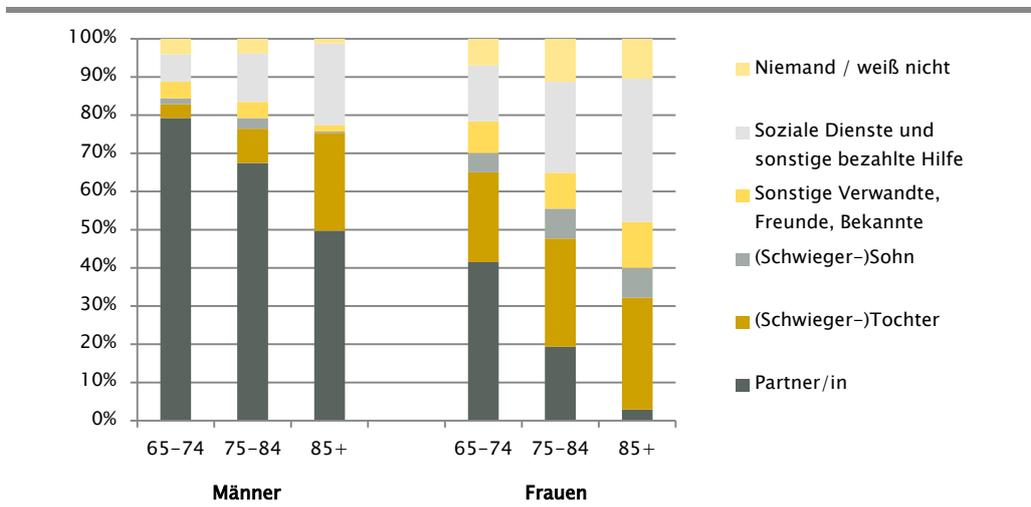


Quelle: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Die Betreuungsformen sind bei kurzfristiger und bei langfristiger Pflege weitgehend gleich, mit Ausnahme der sozialen Dienste, die bei langfristiger Pflege häufiger eingesetzt werden.

Abbildung 3.11:

Längerfristige Betreuung (ab einer Woche) älterer Menschen in Österreich im Krankheitsfall oder bei Pflegebedürftigkeit nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07



Quelle: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

3.3 Somatische und psychische Erkrankungen

3.3.1 Überblick

Häufigste Beschwerden / chronische Krankheiten laut Selbstauskunft

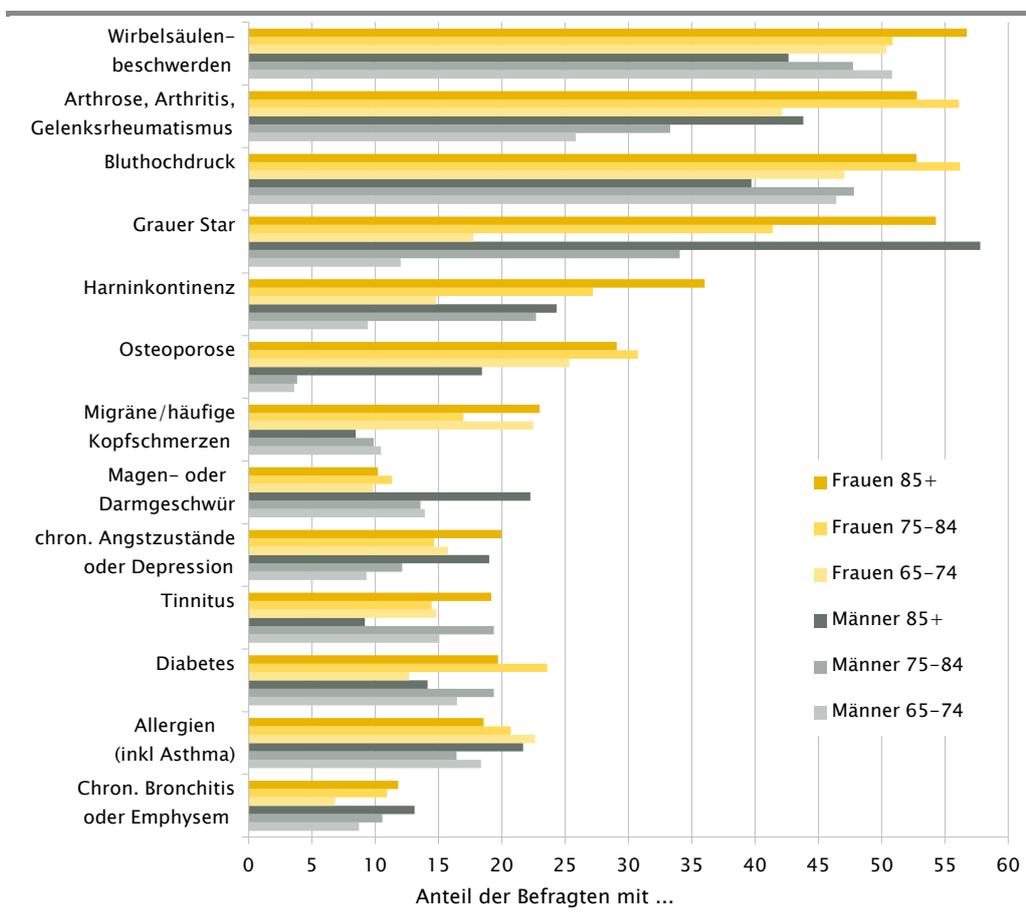
Da es in Österreich keine Routinestatistiken zu Diagnosen im ambulanten Bereich gibt, ist die Gesundheitsbefragung die wichtigste Datenquelle für das Krankheitsgeschehen, das sich im niedergelassenen Bereich zeigt oder gar nicht behandelt wird. Bei der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 wurde nach einer Reihe von chronischen Krankheiten gefragt, wobei davon auszugehen ist, dass die Befragten nicht über alle ihre chronischen Krankheiten Bescheid wissen oder diese bekannt geben.

Die von der über 64-jährigen Bevölkerung am häufigsten genannten chronischen Krankheiten bzw. Gesundheitsprobleme sind **Wirbelsäulenbeschwerden** (Beschwerden im Kreuz-, Nacken- oder Brustwirbelbereich), **Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus** sowie **Bluthochdruck** und – bei den Hochaltrigen – der **Graue Star**. Am nächsthäufigsten werden vom weiblichen Geschlecht **Harninkontinenz** und **Osteoporose** genannt: Je nach Alter gaben 20 bis 30 Prozent der Frauen diesbezügliche Beschwer-

den bzw. Diagnosen an; Männer sind davon deutlich seltener betroffen. Auch **Migräne** bzw. **häufige Kopfschmerzen** sind ein typisch weibliches Problem: Zwischen 15 und 25 Prozent der über 64-jährigen Frauen, aber „nur“ rund 10 Prozent der Männer berichteten davon.

Je nach Krankheit, Altersgruppe und Geschlecht sind 10 bis 20 Prozent der über 65-jährigen Bevölkerung von einem Magen- oder Darmgeschwür (mehr Männer als Frauen), von chronischen Angstzuständen oder Depressionen, Tinnitus, Diabetes und/oder Allergien betroffen. Von chronischer Bronchitis oder einem Emphysem berichteten bis zu 10 Prozent der österreichischen Seniorinnen und Senioren (vgl. Abbildung 3.12).

Abbildung 3.12:
Überblick über chronische Krankheiten laut Selbstauskunft (Lebenszeitprävalenz: Hatten Sie jemals ...?) nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich, 2006/07



Quelle: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Schmerzen

Schmerzen können das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Menschen erheblich beeinträchtigen. Da Schmerz eine individuelle und subjektive Erfahrung darstellt und nicht über eine Fremdeinschätzung diagnostiziert werden kann (Watt-Wattson 2011), ist die Befragung die einzige Methode für eine Prävalenzschätzung. Im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung wurde u. a. gefragt, ob und in welcher Körperregion innerhalb des letzten Jahres „erhebliche Schmerzen“ aufgetreten sind. Eine Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Schmerzen wurde nicht getroffen.

Die Schmerz-Prävalenz bei den über 64-Jährigen ist in Österreich hoch. Je nach Alter gaben 50 bis 62 Prozent der Frauen und 44 bis 47 Prozent der Männer erhebliche Schmerzen an. Häufigste Lokalisation war bei beiden Geschlechtern die Lendenwirbelsäule (jeweils mehr als 40 %), gefolgt von den unteren Extremitäten (Oberschenkel, Knie, Unterschenkel).

Es berichten **mehr Frauen als Männer** von „erheblichen Schmerzen“ während des letzten Jahres. Grundsätzlich besteht eine hohe **Altersassoziation**: Je höher das Lebensalter, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit von „erheblichen Schmerzen“. Doch innerhalb der Gruppe der über 64-Jährigen ist der Zusammenhang nicht eindeutig erkennbar, denn es berichten weniger hochaltrige Frauen von „erheblichen Schmerzen“ als Frauen der beiden betrachteten jüngeren Altersgruppen. Auch bei den Männern zeigen sich in der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen geringere Anteile an Schmerz-betroffenen als bei den jüngeren und älteren Senioren.

Tabelle 3.4:
Erhebliche Schmerzen innerhalb des letzten Jahres
nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07

	Frauen			Männer		
	65-74	75-84	85+	65-74	75-84	85+
In Prozent	53,4	62,4	50,6	47,3	43,6	46,4
absolut	214.572	198.398	56.043	164.250	81.928	15.716

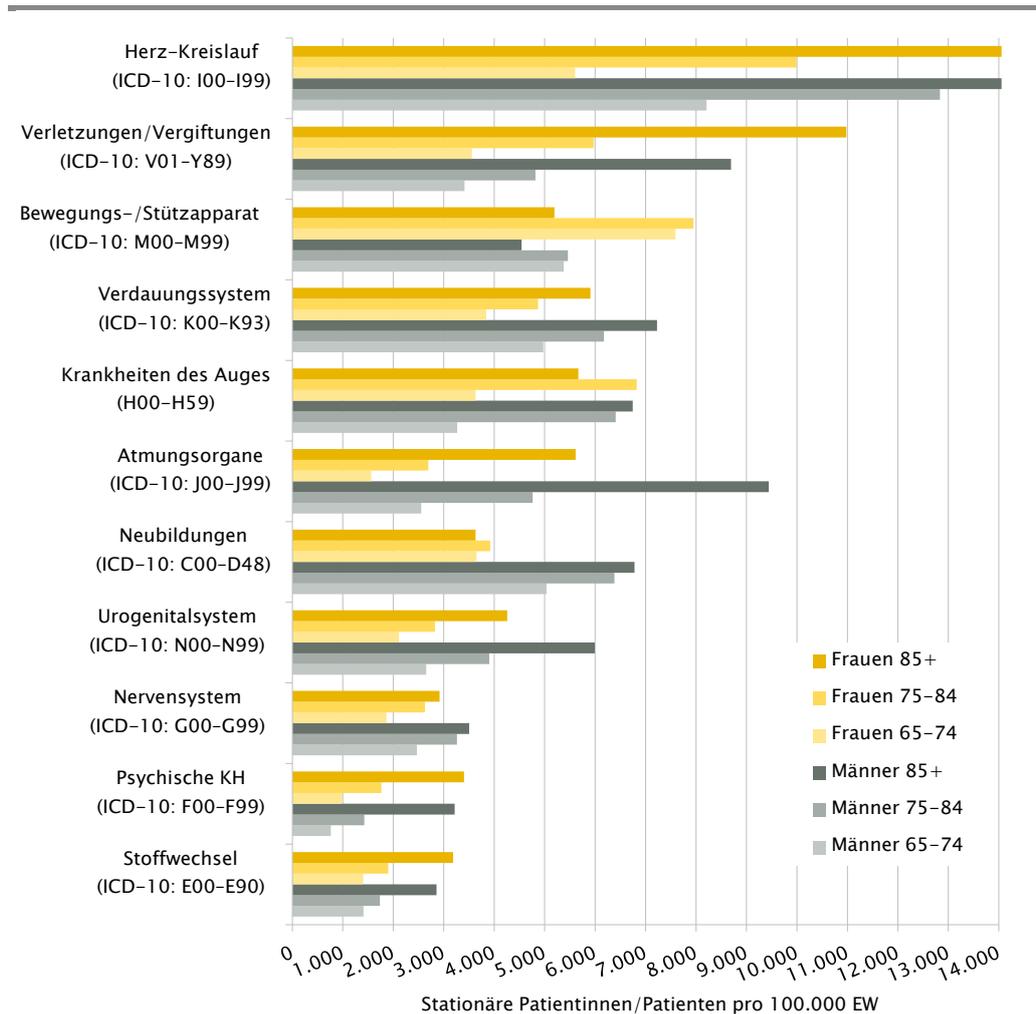
Quelle: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Häufigste stationäre Diagnosen

Die häufigsten Ursachen für eine Behandlung im Krankenhaus sind **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** (insbes. ischämische Herzkrankheiten und zerebrovaskuläre Krankheiten / Schlaganfall). Rund 10.300 über 65-jährige Männer und rund 7.660 über 65-jährige Frauen (jeweils pro 100.000) wurden 2010 aufgrund einer Herz-Kreislauf-Erkrankung stationär behandelt. Die nächsthäufigsten Ursachen sind bei **Männern**

Neubildungen (ca. 5.560 pro 100.000), **Krankheiten des Verdauungssystems** (ca. 5.500 pro 100.000) und des Bewegungs- und Stützapparates (5.300 pro 100.000). Bei **Frauen** stehen an zweiter Stelle Krankheiten des **Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes** (rund 7.500 pro 100.000), gefolgt von **Verletzungen** (ca. 4.900 pro 100.000), **Krankheiten des Auges** (rund 4.700 pro 100.000) und **Krankheiten des Verdauungstraktes** (ca. 3.660 pro 100.000).

Abbildung 3.13:
Krankenhaustätigkeit nach den häufigsten Hauptdiagnosekapiteln,
Geschlecht und Altersgruppen in Österreich, 2010



KH=Krankheit
altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung), exklusive Nulltagsaufenthalte

Quellen: ST.AT - Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002-2010;
BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2010;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Die Krankenhaushäufigkeit **steigt mit zunehmendem Alter**, doch bestimmte Eingriffe beim Bewegungs- und Stützapparat und beim Auge werden bei Hochaltrigen seltener gemacht, sodass bei diesen Diagnosekapiteln die Krankenhaushäufigkeit der über 84-Jährigen wieder geringer ausfällt. Insgesamt ist die Krankenhaushäufigkeit **bei Männern höher als bei Frauen**. Einzelne Diagnosegruppen führen allerdings bei Frauen häufiger zu einem Krankenhausaufenthalt; das betrifft insbesondere den Bewegungs- und Stützapparat sowie – ab 75 Jahren – Verletzungen (v. a. Stürze).

3.3.2 Somatische Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) werden sehr unterschiedliche Krankheiten subsumiert. Dazu zählen unter anderem (auf ICD-10-Gruppenebene) ischämische Herzkrankheiten (ICD-10 I20–I25, v. a. Angina pectoris, Herzinsuffizienz, akuter Herzinfarkt) und zerebrovaskuläre Erkrankungen (v. a. Schlaganfälle), die die häufigsten HKE repräsentieren.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen entstehen durch Arteriosklerose (Ablagerungen in den Gefäßen) und führen zu Durchblutungsstörungen von Herz, Gehirn oder Gliedmaßen. Sie zählen zu den bedeutendsten Erkrankungen im Alter, sind mehrheitlich lebensstilbedingt (Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel, Cholesterin, Diabetes) und bergen hohes Präventionspotenzial.

Die Krankheitslast, die durch HKE entsteht, kann anhand der Krankenhaushäufigkeit und der Todesursachenstatistik abgeschätzt werden. Außerdem bietet die Selbstauskunft aus der Gesundheitsbefragung Anhaltspunkte.

Gesundheitsbefragung

Im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung berichteten – je nach Alter – 3,5 bis 6 Prozent der Seniorinnen und 7 bis 17 Prozent der Senioren, schon einmal einen **Herzinfarkt** gehabt zu haben. **Schlaganfall** tritt bei den Frauen etwas häufiger als Herzinfarkt auf, bei den Männern ist Schlaganfall etwas seltener als Herzinfarkt. Sowohl von Herzinfarkt als auch von Schlaganfall sind Männer häufiger betroffen als Frauen, der Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern ist beim Schlaganfall geringer. Je höher das Lebensalter, desto höher ist im Wesentlichen das Erkrankungsrisiko.

Von **Bluthochdruck**, einem wesentlichen Risikofaktor für Herzinfarkt und Schlaganfall, berichteten zwischen 40 und 56 Prozent der über 64-jährigen Bevölkerung. Die Anteile

bei den Hochaltrigen fallen deutlich geringer aus als bei den 75- bis 84-Jährigen (vgl. Tabelle 3.5).

Tabelle 3.5:
Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach Geschlecht und Altersgruppen
in Österreich, 2006/07

	Frauen			Männer		
	65-74	75-84	85+	65-74	75-84	85+
	In Prozent					
Herzinfarkt	3,5	6,0	5,2	7,4	14,3	17,2
Schlaganfall	4,3	6,9	9,3	6,5	12,9	12,7
Bluthochdruck	47,1	56,2	52,8	46,4	47,8	39,7

Quelle: ST.AT - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Spitalsentlassungsstatistik

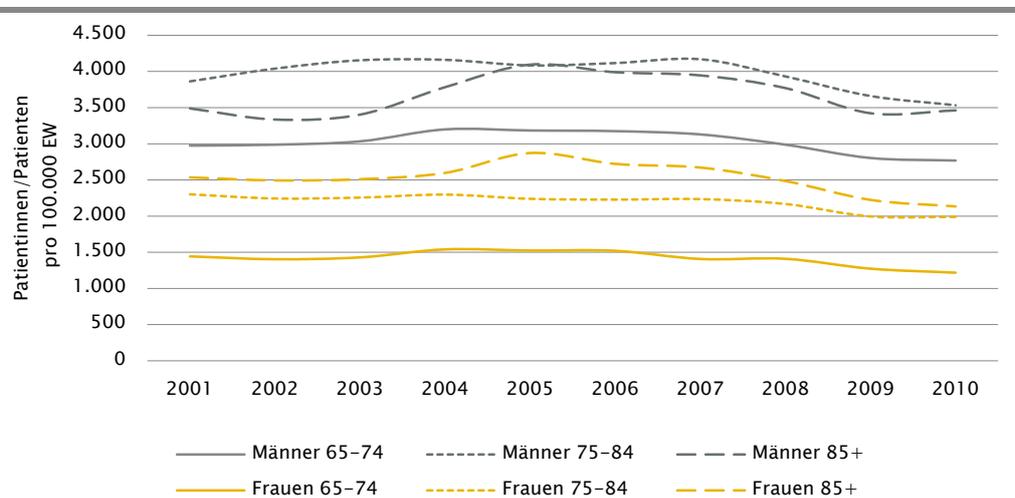
In Österreich wurden im Zeitraum 2001 bis 2010 jährlich rund 30.000 Menschen über 64 Jahren aufgrund einer **ischämischen Herzkrankheit** stationär aufgenommen. Rund dreimal so viele waren es, wenn auch die Nebendiagnosen berücksichtigt werden.

Bezogen allein auf die Hauptdiagnose, lag die Krankenhaushäufigkeit bei Frauen je nach Alter und Jahr zwischen 1.200 und 2.900 (pro 100.000), bei Männern zwischen 2.800 und 4.200. Männern sind etwa doppelt so häufig betroffen. Bei beiden Geschlechtern besteht eine hohe Altersassoziation, doch bei den hochaltrigen Männern sinkt die Krankenhaushäufigkeit wieder etwas.

Die Krankenhaushäufigkeit aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten war zwischen 2001 und 2010 rückläufig (Abbildung 3.14), bei Frauen (in allen drei betrachteten Altersgruppen) um rund 15 Prozent, bei den 65- bis 74-jährigen Männern um 7 Prozent und bei den 75- bis 84-jährigen um 9 Prozent. Nur bei den hochaltrigen Männern waren die Raten bei steigenden Absolutzahlen in den Jahren 2001 und 2011 weitgehend gleich.

Insgesamt betrachtet, hatten von den 30.000 Patientinnen und Patienten mit einer ischämischen Herzkrankheit (in der Hauptdiagnose) rund 7.000 bis 8.000, also rund ein Viertel, einen akuten Herzinfarkt oder einen Reinfarkt.

Abbildung 3.14:
Krankenhaustätigkeit aufgrund ischämischer Herzkrankheiten
nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich im Zeitverlauf 2001–2010



inklusive Nulltagsaufenthalte, exklusive Wiederaufnahmen
altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

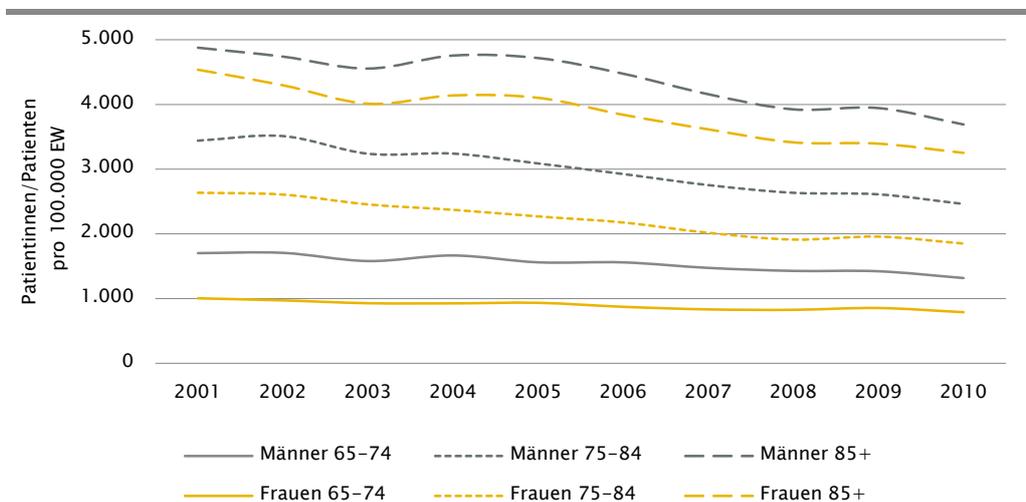
Quellen: ST.AT - Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010;
BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2001–2010;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Tritt die Arteriosklerose nicht im Bereich des Herzens, sondern im Bereich des Gehirns auf, handelt es sich um **zerebrovaskuläre Erkrankungen** (ICD-10 I60–I69). Zwischen 25.000 und 28.000 Menschen über 64 Jahre werden in Österreich pro Jahr aufgrund einer zerebrovaskulären Erkrankung stationär behandelt. Bei noch einmal so vielen Personen wird eine zerebrovaskuläre Erkrankung in der Nebendiagnose dokumentiert. Die Krankenhaushäufigkeit steigt mit zunehmendem Alter und ist bei Männern höher als bei Frauen.

Der geschlechtsspezifische Unterschied verringert sich hier jedoch mit zunehmendem Alter: In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen liegt die Krankenhaushäufigkeit von Frauen um rund 40 Prozent unter derjenigen von Männern, bei den 75- bis 84-Jährigen ist sie um 30 Prozent niedriger, bei den Hochaltrigen um 20 Prozent.

Innerhalb der letzten zehn Jahre ist die Krankenhaushäufigkeit aufgrund zerebrovaskulärer Erkrankungen über alle drei betrachteten Altersgruppen und für beide Geschlechter um 3 bis 4 Prozent pro Jahr gesunken (vgl. Abbildung 3.15).

Abbildung 3.15:
Krankenhausthäufigkeit aufgrund zerebrovaskulärer Krankheiten
nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich im Zeitverlauf 2001–2010



inklusive Nulltagsaufenthalte, exklusive Wiederaufnahmen,
altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT - Volkszählung 2001, Bevölkerungsforschung 2002–2010;
BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2001–2010;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Innerhalb der zerebrovaskulären Diagnosen können gemeinhin die ICD-10-Codes I62–I64 als **Schlaganfall** bezeichnet werden, wobei hier wiederum der Großteil ischämisch bedingt ist. Schlaganfälle sind eine häufige Ursache von Invalidität, die Pflegebedürftigkeit nach sich zieht.

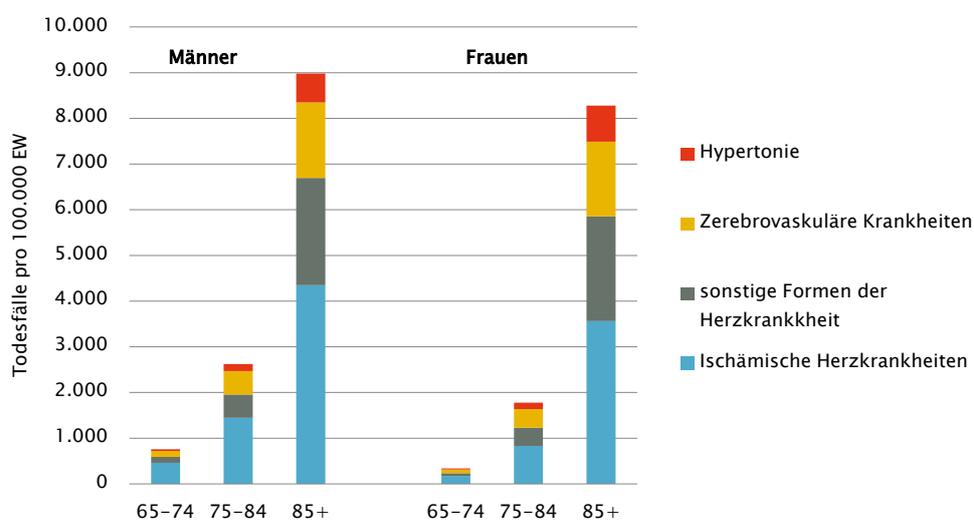
Im Jahr 2001 machten Schlaganfälle knapp 60 Prozent aller zerebrovaskulären Erkrankungen (als Hauptdiagnose im Krankenhaus) aus, im Jahr 2010 lag der Anteil knapp über 70 Prozent. 2001 wurden rund 16.500 über 64-Jährige in Österreich aufgrund eines Schlaganfalls stationär aufgenommen (das entspricht einer Krankenhaushäufigkeit von 1.230 pro 100.000), im Jahr 2010 erlitten rund 17.850 Menschen dieser Altersgruppe einen Schlaganfall, der stationär behandelt wurde (das entspricht einer Krankenhaushäufigkeit von etwa 1.100 pro 100.000).

Todesursachenstatistik

Je nach Altersgruppe und Geschlecht sind bei den über 64-Jährigen zwischen 35 und 65 Prozent aller Todesfälle auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen (steigend mit zunehmendem Alter und bei Männern deutlich höher als bei Frauen). Davon wiederum entfällt rund die Hälfte auf ischämische Herzkrankheiten (angeführt von

chronischen ischämischen Herzkrankheiten, gefolgt von akuten Herzinfarkten) und je knapp ein Fünftel bis ein Viertel auf zerebrovaskuläre Erkrankungen (insbesondere Schlaganfall) (vgl. Abbildung 3.16). Die Herz-Kreislauf-Sterblichkeit der Hochaltrigen ist insofern wenig aussagekräftig, als am Ende des Lebens immer eine Todesursache steht und bei Unklarheit oder Multimorbidität häufig eine Herz-Kreislauf-Erkrankung dokumentiert wird.

Abbildung 3.16:
Herz-Kreislauf-Mortalität der über 64-Jährigen nach den häufigsten Diagnosegruppen, Geschlecht und Altersgruppen in Österreich, 2001–2010

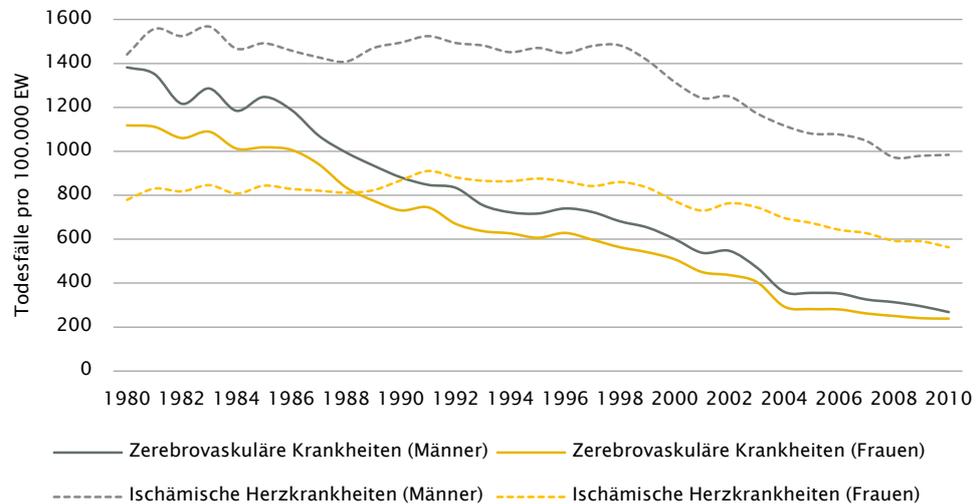


altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT - Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010, Todesursachenstatistik 2001–2010; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Die Herz-Kreislauf-Mortalität der über 64-jährigen Bevölkerung ist deutlich im Sinken begriffen, wobei die zerebrovaskulären Erkrankungen, also insbesondere Schlaganfälle, schon seit Anfang der 1980er Jahre rückläufig sind (etwa -80 % von 1980 bis 2010) und ischämische Herzkrankheiten erst ab der Jahrtausendwende deutlich seltener zum Tod führen als früher. Die Mortalität aufgrund von Schlaganfällen hat sich zwischen den Geschlechtern weitgehend angenähert - möglicherweise bereits eine Auswirkung sich angleichender Lebensstile (z. B. beim Rauchen). Im Jahr 2010 betrug die Mortalitätsrate bei über 64-jährigen Männern rund 270 und bei gleichaltrigen Frauen rund 240 (jeweils pro 100.000). An einer ischämischen Herzkrankheit verstarben im Jahr 2010 rund 980 Männer und 560 Frauen (pro 100.000) (vgl. Abbildung 3.17).

Abbildung 3.17:
Herz-Kreislauf-Mortalität der über 64-Jährigen nach Geschlecht in Österreich
im Zeitverlauf 1980–2010

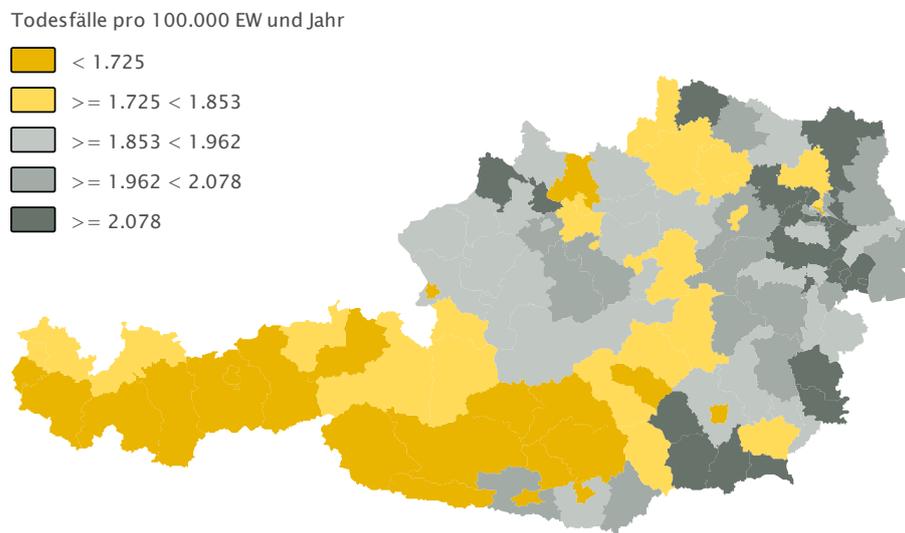


altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT - Volkszählungen 1981, 1991, 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010, Todesursachenstatistik 1980–2010; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Innerhalb von Österreich gibt es ein deutliches Ost-West-Gefälle hinsichtlich der Herz-Kreislauf-Mortalität (vgl. Abbildung 3.18). Bis zu 2.500 über 64-Jährige starben im Durchschnitt der letzten zehn Jahre in einigen ostösterreichischen Bezirken an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, der niedrigste Wert wurde mit knapp 1.700 Todesfällen (pro 100.000) in Innsbruck verzeichnet. Dieses Ost-West-Gefälle ist geprägt durch die Mortalität aufgrund ischämischer Herzkrankheiten.

Abbildung 3.18:
Herz-Kreislauf-Mortalität der über 64-jährigen Bevölkerung
nach österreichischen Bezirken 2001–2010



Alters- und geschlechtsstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT - Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010,
Todesursachenstatistik 2001–2010; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates

Nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen dominieren Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates und des Bindegewebes zusammen mit Verletzungen das Krankheitsgeschehen von älteren Menschen. Wirbelsäulenbeschwerden und Arthrose, Arthritis und Gelenkrheumatismus und auch Osteoporose zählen zu den häufigsten genannten chronischen Krankheiten laut Selbstauskunft (vgl. Abbildung 3.12), Gelenksverschleiß an Hüfte und Knie machen häufig den Einsatz eines künstlichen Gelenks erforderlich. Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates führen zu Einbußen in der Lebensqualität durch Schmerzen, zu Einschränkungen der Funktionsfähigkeiten und dadurch zu Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und zu Hilfsbedürftigkeit. Sie haben darüber hinaus eine hohe Bedeutung, weil sie tödlich endende Folgeerscheinungen nach sich ziehen können (beispielsweise nach einem Schenkelhalsbruch) und weil die Schmerzmedikation häufig zu Komplikationen im Magen-Darm-Bereich führt.

Die **Osteoporose**, gekennzeichnet durch eine verminderte Bruchfestigkeit des Knochens, ist für ältere Menschen von besonderer Relevanz, weil sie im Normalfall erst im fortgeschrittenen Alter auftritt, mit gesteigertem Risiko für Frakturen im Bereich der Wirbelsäule und der Extremitätenknochen auch bei normalen Belastungen einhergeht sowie in der Regel mit chronischen Schmerzen verbunden ist und im fortgeschrittenen Stadium zu Immobilität und Pflegebedürftigkeit führt. Frauen haben ein höheres Osteoporose-Risiko, doch die Forschung hat mittlerweile erkannt, dass Osteoporose keine reine Frauenkrankheit ist, sondern dass auch Männer davon betroffen sind. Im Rahmen des österreichischen Osteoporoseberichts wurden deutsche Prävalenzzahlen auf Österreich umgelegt. Demgemäß hätte es 2006 etwa 740.000 an Osteoporose erkrankte Menschen über 50 Jahre in Österreich gegeben, das entspricht etwa einem Viertel dieser Population. Der Großteil davon, nämlich mehr als 80 Prozent, sind Frauen (Rieder 2007).

Gesundheitsbefragung

Etwa die Hälfte der 65- bis 74-Jährigen in Österreich leidet unter Wirbelsäulenbeschwerden. Fast ebenso viele Frauen, aber deutlich weniger Männer, berichten von Arthrose, Arthritis und Gelenkrheumatismus. Osteoporose ist gemäß Gesundheitsbefragung, zumindest bei den unter 85-Jährigen, ein fast ausschließlich weibliches Problem: Je nach Altersgruppe gaben 25 bis 30 Prozent der Frauen Osteoporose als chronische Krankheit an. Insgesamt berichten mehr Frauen von orthopädischen Beschwerden als Männer. Es besteht erwartungsgemäß eine hohe Altersassoziation – je höher das Alter, desto häufiger treten Beschwerden auf.

Tabelle 3.6:
Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems
nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich, 2006/07

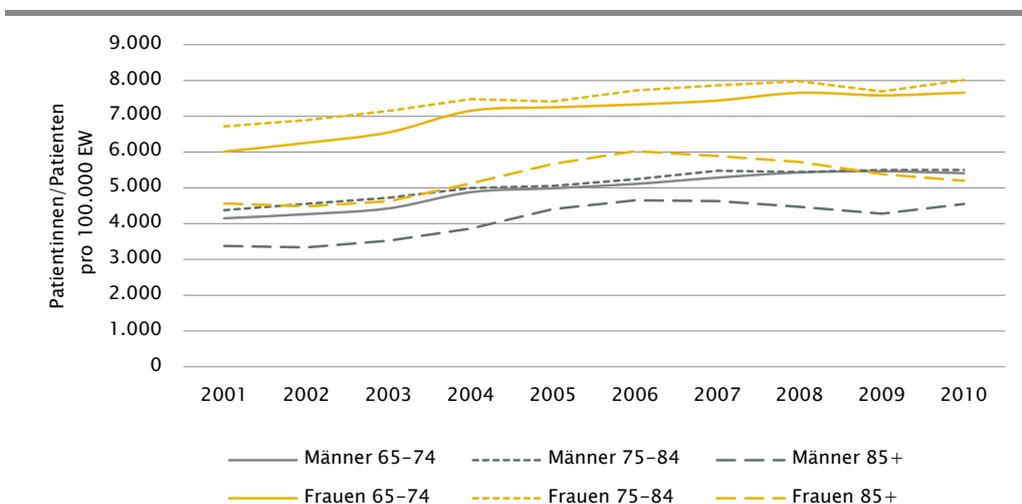
	Frauen			Männer		
	65-74	75-84	85+	65-74	75-84	85+
	In Prozent					
Wirbelsäulenbeschwerden	50,4	50,9	56,7	50,8	47,7	42,6
Osteoporose	25,3	30,7	29,1	3,6	3,8	18,4
Arthrose, Arthritis, Gelenkrheumatismus	42,1	56,1	52,8	25,8	33,3	43,8

Quelle: ST.AT - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Spitalsentlassungsstatistik

In den letzten fünf Jahren mussten sich in Österreich rund 60.000 Seniorinnen und 30.000 Senioren pro Jahr aufgrund von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (ICD-10 M00-M99) einem stationären Aufenthalt unterziehen (vgl. Abbildung 3.19). Die Tendenz ist in den jüngeren Altersgruppen steigend, bei den Hochaltrigen stagniert sie. Bei Frauen ist die Krankenhaushäufigkeit höher als bei Männern. Die häufigsten Hauptdiagnosen sind Arthrose (30 %) und sonstige Krankheiten der Wirbelsäule (26 %).

Abbildung 3.19:
Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich im Zeitverlauf 2001–2010

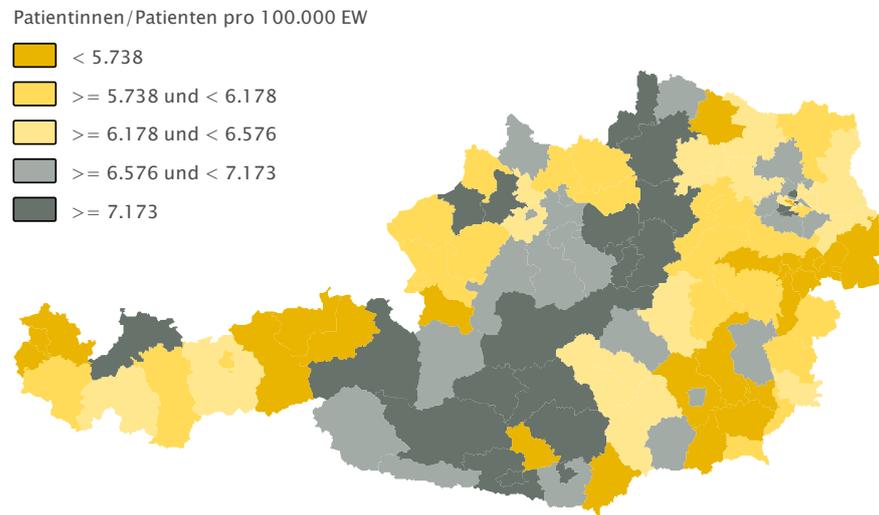


inklusive Nulltagsaufenthalte, exklusive Wiederaufnahmen
altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT - Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010;
BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2001–2010;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Die Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates ist im Osten und im Westen Österreichs niedriger als in Salzburg, in Teilen von OÖ, im westlichen NÖ und in Kärnten.

Abbildung 3.20:
Krankenhausthäufigkeit aufgrund von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates der über 64-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Bezirken, 2010



inklusive Nulltagsaufenthalte, exklusive Wiederaufnahmen,
alters- und geschlechtsstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

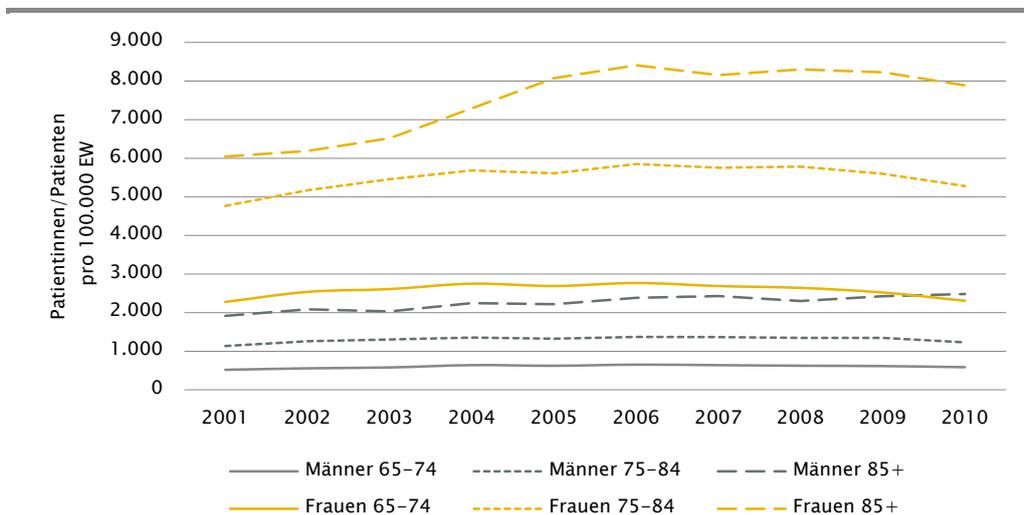
Quellen: ST.AT – Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010;
BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2001–2010;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Werden nicht nur Hauptdiagnosen, sondern auch Nebendiagnosen analysiert, tritt die **Osteoporose** (neben Arthrose) in den Vordergrund, da Osteoporose vor allem als Nebendiagnose dokumentiert wird. Im Jahr 2010 waren 18 Prozent der Haupt- und Nebendiagnosen betreffend den Bewegungs- und Stützapparat Veränderungen der Knochendichte und -struktur (ICD-10 M80–M85). Bei rund 37.000 über 64-jährigen Frauen und bei knapp 5.800 Männern derselben Altersgruppe wurde die Haupt- oder Nebendiagnose Osteoporose (ICD-10 M80–M82) gestellt. Die Krankenhaushäufigkeit war 2010 mit rund 3.600 (pro 100.000) bei den Frauen fast viermal so hoch wie bei Männern (rund 900 pro 100.000).

Die Betroffenheit steigt mit zunehmendem Alter deutlich an. Im Verlauf der Jahre 2001 bis 2010 stieg die Diagnosehäufigkeit insbesondere bei den hochaltrigen Frauen bis 2006 an. Seither sind die Zeitreihen weitgehend konstant (vgl. Abbildung 3.21).

Abbildung 3.21:

Krankenhaustätigkeit der über 64-Jährigen mit der Haupt- oder Nebendiagnose Osteoporose nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich im Zeitverlauf 2001–2010



inklusive Nulltagsaufenthalte, exklusive Wiederaufnahmen, altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT - Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010; BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2001–2010; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Unfälle und Stürze

Laut WHO stürzen rund 28 bis 35 Prozent der über 65-jährigen Personen zumindest einmal im Jahr, bei über 70-Jährigen liegt der Anteil bereits bei 32 bis 42 Prozent. Die Sturzhäufigkeit steigt mit steigendem Alter und zunehmender Gebrechlichkeit (Frailty). Personen in Pflegeheimen haben ein höheres Sturzrisiko. Weltweit stürzen rund 30 bis 50 Prozent der Heimbewohner/-innen mindestens einmal im Jahr. (Stewig et al. 2012)

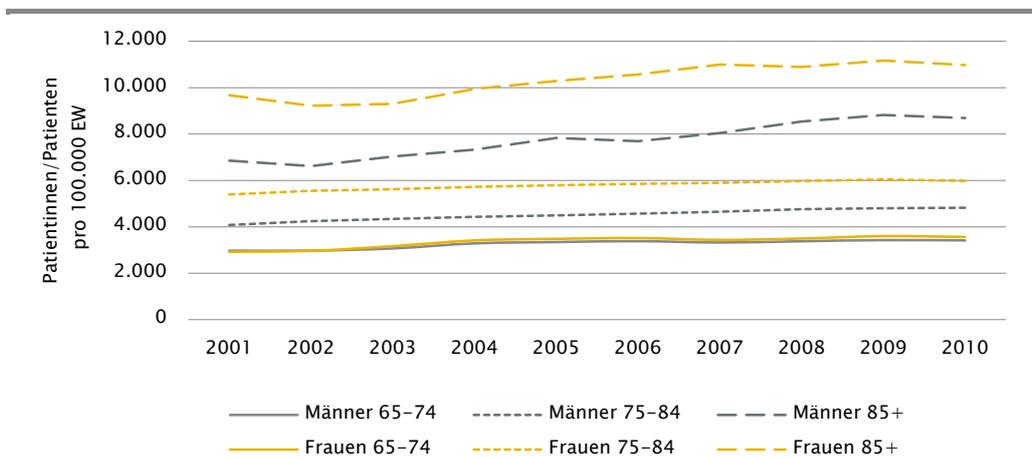
In Österreich stellen Stürze laut Unfallstatistik des Kuratoriums für Verkehrssicherheit die häufigste Unfallursache dar. Bei älteren Menschen gelten Stürze als höchstes Unfallrisiko. Bei der europäischen Pflegequalitätserhebung aus dem Jahr 2011 (Stichtag 5. April 2011) wurde in österreichischen Gesundheitseinrichtungen retrospektiv nach Stürzen in den letzten 30 Tage gefragt. Die Befragung ergab, dass die Sturzhäufigkeit bei den 2.906 befragten Bewohnerinnen und Bewohnern 12,9 Prozent betrug. (Stewig et al. 2012)

Spitalsentlassungsstatistik

Verletzungen sind, sofern sie aufgrund ihres Schweregrades zu einem Krankenhausaufenthalt führen, sehr gut dokumentiert. Rund 4.900 über 64-jährige Frauen und 4.300 über 64-jährige Männer (jeweils pro 100.000) wurden 2010 aufgrund einer Verletzung stationär behandelt. Das entspricht einer Steigerung von 16 bzw. 18 Prozent seit 2001.

In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen ist die diesbezügliche Krankenhaushäufigkeit etwa gleich hoch bei Frauen und Männern, doch mit zunehmendem Alter steigen nicht nur die Verletzungsraten deutlich an, auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede werden größer (vgl. Abbildung 3.22).

Abbildung 3.22:
Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen
nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich im Zeitverlauf 2001–2010



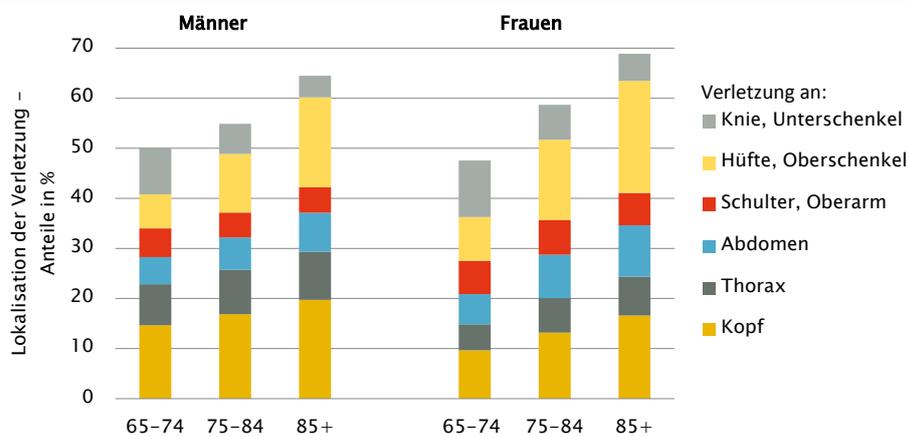
inklusive Nulltagsaufenthalte, exklusive Wiederaufnahmen
altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung), ICD-10 S00-T98

Quellen: ST.AT - Volkszählung 2001, Bevölkerungsforschung 2002–2010;
BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2001–2010;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Die häufigsten im Krankenhaus behandelten Verletzungen bei Männern betreffen den Kopf (je nach Altersgruppe zwischen 15 und 20 %), ab 75 Jahren kristallisiert sich als zweithäufigste betroffene Körperregion die Hüfte plus Oberschenkel heraus.

Bei Frauen sind Hüfte und Oberschenkel am meisten gefährdet (je nach Altersgruppe zwischen 9 und 22 %). Bei den jüngeren Seniorinnen ist der Anteil von Knie-/Unterschenkelverletzungen relativ hoch (11 %), doch mit zunehmendem Alter nimmt die Kopfverletzungsgefahr zu (je nach Altersgruppe zwischen 10 und 17 %).

Abbildung 3.23:
Häufigste Lokalisationen von stationär behandelten Verletzungen
nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich, 2001–2010



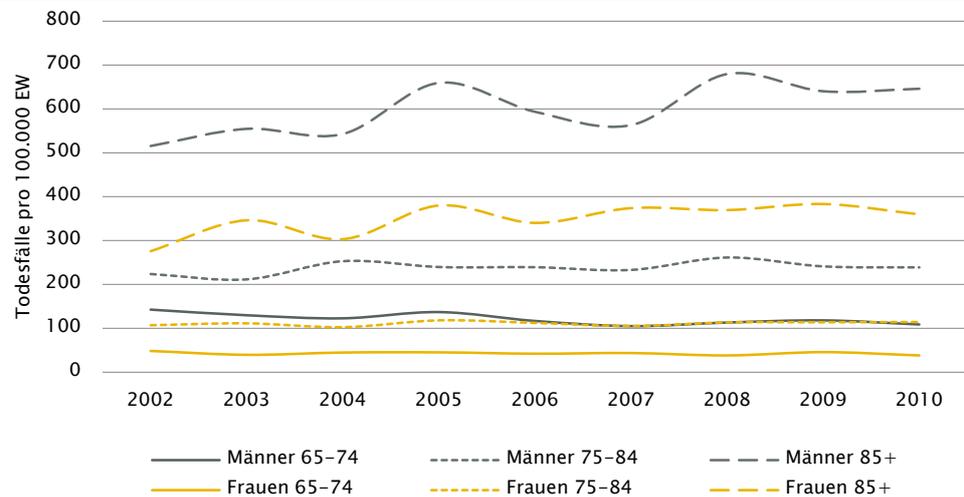
altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung); inklusive Nulltagesaufenthalte, ICD-10 S00–T98

Quellen: ST.AT – Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010;
BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2001–2010;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Todesursachenstatistik

In der Todesursachenstatistik werden „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ ab 2002 dokumentiert. Rund 200 (von 100.000) über 64-jährige Männer und 90 gleichaltrige Frauen starben im Zeitraum 2002–2010 pro Jahr an einer exogenen Ursache. Es besteht eine hohe Altersassoziation, die bei Frauen noch deutlicher ausgeprägt ist als bei Männern und sich im Verlauf der Jahre verstärkt hat, da die Raten bei den jüngeren Senioren gleichbleibend bis rückläufig waren, während sie bei den hochaltrigen stiegen. Männer starben deutlich häufiger an äußeren Ursachen, obwohl die diesbezügliche Krankenhaushäufigkeit bei Frauen höher ist (vgl. Abbildung 3.24).

Abbildung 3.24:
Todesfälle aufgrund von äußeren Ursachen nach Geschlecht und Altersgruppen
in Österreich, 2002–2010



altersstandardisiert (Standardbevölkerung=Europabevölkerung)

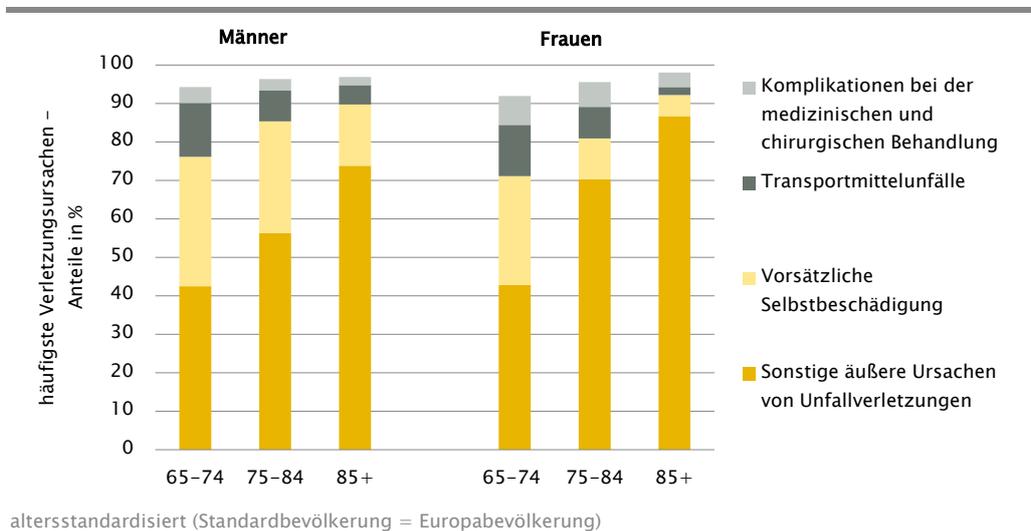
Quellen: ST.AT – Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010, Todesursachenstatistik 2002–2010; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Der überwiegende Anteil der tödlich endenden Verletzungen und Vergiftungen bei der über 64-jährigen Bevölkerung ist auf **Unfälle** (exkl. Verkehrsunfälle) zurückzuführen, mit zunehmendem Alter ist dies die beinahe ausschließliche exogene Todesursache (je nach Alter bei Männern 43 bis 74 % und bei Frauen 43 bis 87 %). Den Großteil davon wiederum machen Stürze aus.

Ein ebenfalls beträchtlicher Anteil der exogenen Todesursachen – insbesondere bei Männern und im jüngeren Seniorenalter – ist auf **Suizid** zurückzuführen: je nach Alter bei Männern zwischen 34 und 16 Prozent und bei Frauen zwischen 28 und 6 Prozent (vgl. dazu auch Punkt 3.3.3).

Verkehrsunfälle spielen bei Männern und Frauen gleichermaßen im jüngeren Seniorenalter noch eine größere Rolle (14 bzw. 13 % aller exogenen Todesfälle), sind aber im Hochbetagtenalter vernachlässigbar. Auf **Komplikationen bei der Behandlung** sind je nach Alter und Geschlecht 2 bis 8 Prozent der exogenen Todesfälle zurückzuführen (vgl. Abbildung 3.25).

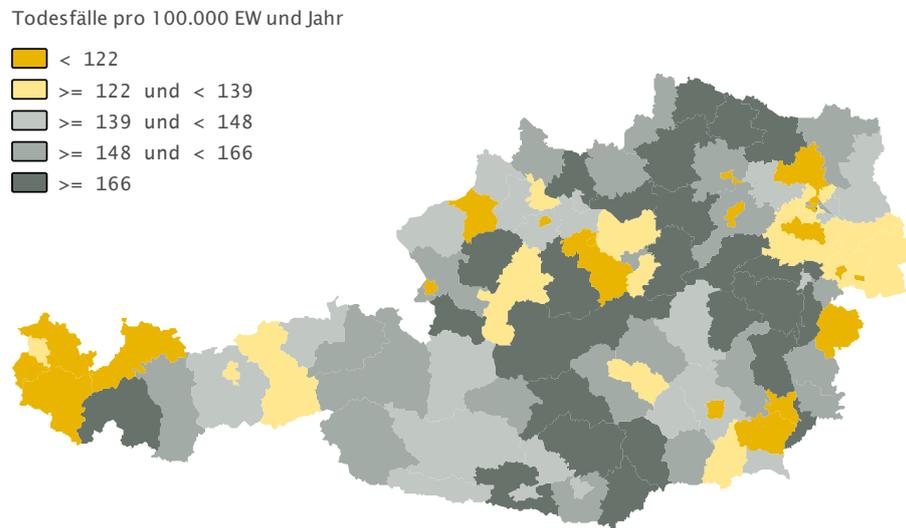
Abbildung 3.25:
Häufigste Ursachen für exogene Todesursachen nach Geschlecht und Altersgruppen
in Österreich, 2008–2010



Quellen: ST.AT - Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010, Todesursachenstatistik 2002–2010; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Hinsichtlich der **regionalen Unterschiede** zeigt sich ebenso wie bei der Gesamtbevölkerung auch bei den über 64-Jährigen eine überdurchschnittliche Sterblichkeit aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen in weiten Teilen Salzburgs, Kärntens und teilweise auch in Niederösterreich (vgl. Abbildung 3.26).

Abbildung 3.26:
Todesfälle aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen
der über 64-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Bezirken 2002–2010



alters- und geschlechtsstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT – Volkszählung 2001, Bevölkerungsforschung 2002–2010,
Todesursachenstatistik 2002–2010; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Krebserkrankungen

Die Krankheitslast aufgrund von Krebserkrankungen wird anhand der Krebsstatistik und der Todesursachenstatistik abgeschätzt.

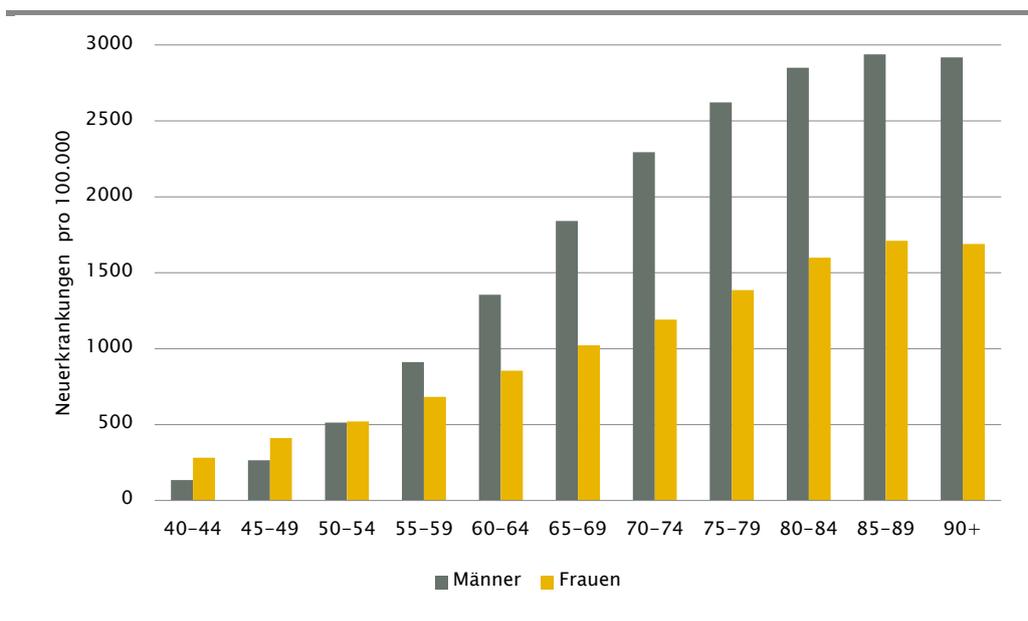
Krebsstatistik

Die Bedeutung von Krebserkrankungen wird mit zunehmendem Alter geringer, weil andere Krankheiten in den Vordergrund treten. Dennoch steigt die Krebsinzidenz – wenngleich nicht so stark wie bei den unter 65-Jährigen – bis zum Alter von 90 Jahren an. Rund 55 Prozent (bei Frauen) und 61 Prozent (bei Männern) aller neu diagnostizierten Krebserkrankungen entfallen auf die über 64-jährige Bevölkerung.

Bis zum Alter von rund 50 Jahren ist die Krebsinzidenz bei Frauen höher als bei Männern. Mit zunehmendem Alter steigt dabei jedoch der geschlechtsspezifische Unterschied zu Ungunsten der Männer (vgl. Abbildung 3.27).

In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen erkranken rund 2.000 Männer und 1.100 Frauen (von 100.000) jährlich an Krebs. Bei den 75- bis 84-Jährigen steigt die Inzidenzrate auf 2.700 Neuerkrankungen (pro 100.000) bei Männern und 1.500 bei Frauen. Noch etwas höher sind die Werte bei den Hochaltrigen: Im Durchschnitt erkranken 2.900 über 84-jährige Männer und 1.700 gleichaltrige Frauen jährlich an Krebs.

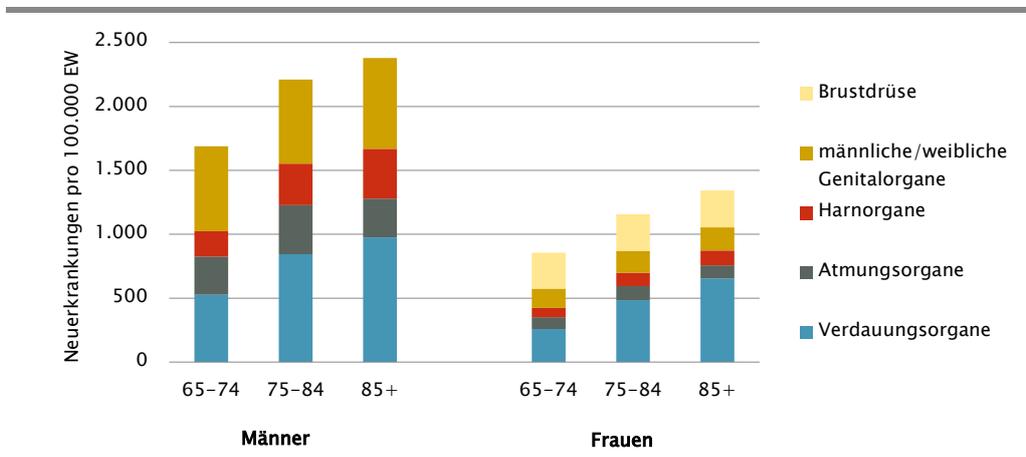
Abbildung 3.27:
Krebsneuerkrankungen nach 5-Jahres-Altersgruppen und Geschlecht
in Österreich 2001-2009



Quellen: ST.AT - Krebsstatistik 2001-2009, Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002-2009; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Häufigste Lokalisationen sind auf Ebene der Diagnosegruppen bei den über 64-jährigen Frauen die Verdauungsorgane (v. a. Dickdarm und Rektum), gefolgt von der Brust und den weiblichen Genitalorganen. Häufigste Lokalisationen bei den gleichaltrigen Männern sind die Verdauungsorgane, gefolgt von der Prostata und den Atmungsorganen. Insbesondere die Bedeutung von Darmkrebs steigt mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern (vgl. Abbildung 3.28).

Abbildung 3.28:
Krebsneuerkrankungen nach Lokalisationen, Geschlecht und Altersgruppen
bei der über 64-jährigen österreichischen Bevölkerung 2001–2009



Quellen: ST.AT – Krebsstatistik 2001–2009, Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2009; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Wichtige Ansatzpunkte in der Prävention bösartiger Neubildungen sind die vermeidbaren Risikofaktoren, allen voran das Rauchen, ungünstige Ernährung und Bewegungsmangel. Darüber hinaus ist aber auch die Früherkennung von Bedeutung, und zwar bis ins hohe Alter, denn das Neuerkrankungsrisiko steigt zunehmend. Der mit dem Alter steigenden Inzidenz steht allerdings eine Abnahme der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen gegenüber (vgl. Punkt 4.3.7).

Todesursachenstatistik

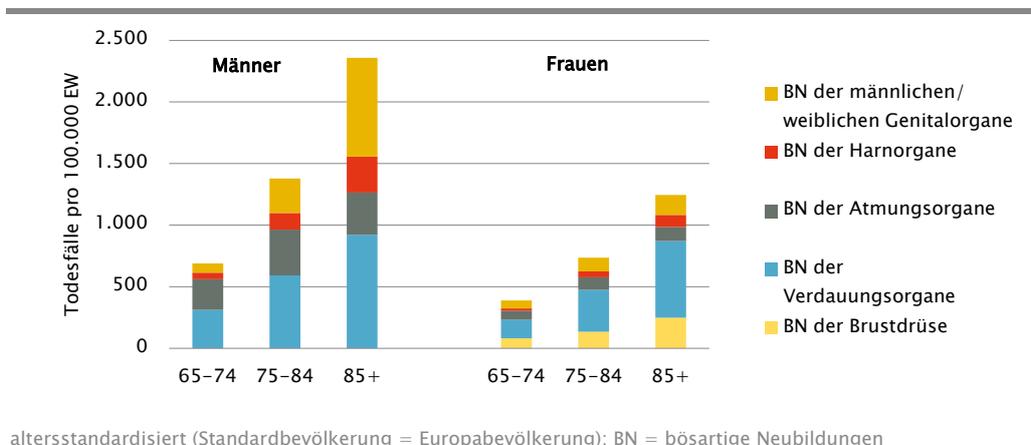
Rund 30 Prozent aller Todesfälle bei über 64-jährigen Männern und ein Fünftel bei gleichaltrigen Frauen sind auf Krebserkrankungen zurückzuführen. Der Anteil der auf Krebs zurückzuführenden Todesfälle sinkt mit zunehmendem Alter (weil andere Todesursachen häufiger werden), doch die Mortalitätsraten steigen.

Bei den **65- bis 74-jährigen Senioren** starben im Zeitraum 2001 bis 2010 rund 900 (pro 100.000) an einer Krebserkrankung. 35 Prozent davon waren in den **Verdauungsorganen** lokalisiert, 28 Prozent in den **Atmungsorganen**. Die Krebsmortalität bei den **75- bis 84-jährigen** war etwa doppelt so hoch wie bei den jüngeren Senioren (1.800 pro 100.000). Nach wie vor ist die häufigste Lokalisation der **Verdauungstrakt** (30 %), gefolgt von den **Atmungsorganen** (21 %) und der **Prostata** (16 %). Rund 3.100 pro 100.000 **Hochaltrige** sterben an einer Krebserkrankung, vor allem an einem Karzinom im **Verdauungstrakt** (30 %) und an der **Prostata** (27 %). Todesfälle aufgrund von Krebs der **Atmungsorgane** und der **Harnorgane** sind in dieser Altersgruppe etwa gleich häufig, sie machen etwa 10 Prozent aller Krebstodesfälle aus. Insbesondere die

Prostatakrebs-, aber auch die Darmkrebsmortalität steigen deutlich mit zunehmendem Alter.

Bei den Seniorinnen ist die Krebsmortalität um 45 Prozent niedriger als bei den Senioren. Rund 500 (von 100.000) **65- bis 74-jährige Frauen** starben zwischen 2001 und 2010 jährlich an einer Krebserkrankung. Am häufigsten führte ein Karzinom des **Verdauungstraktes** zum Tod (30 % aller Krebstodesfälle), gefolgt von **Brustkrebs**, Krebserkrankungen der **Atmungs-** und der **Genitalorgane** (je nach Lokalisation zwischen 13 und 16 %). Bei den **75- bis 84-jährigen Frauen** war die Mortalitätsrate im Beobachtungszeitraum mit knapp 1.000 etwa doppelt so hoch wie bei der jüngeren Altersgruppe. Die häufigsten Lokalisationen sind gleich wie bei den 65- bis 74-Jährigen, die Bedeutung von bösartigen Neubildungen des Verdauungstraktes nimmt allerdings zu (36 % aller tödlichen Krebsfälle dieser Altersgruppe), der Anteil von Lungenkrebs nimmt ab (11 %). Dieser Trend setzt sich bei den **Hochaltrigen** fort: Die Mortalitätsrate betrug rund 1.700 Todesfälle pro 100.000, der Anteil an Krebs im **Verdauungstrakt** ist noch etwas höher (38 %), der Anteil von Krebs an den Atmungsorganen steht „nur“ mehr an fünfter Stelle.

Abbildung 3.29:
Krebssterblichkeit der über 64-Jährigen nach den häufigsten Lokalisationen,
Geschlecht und Altersgruppen in Österreich, 2001–2010



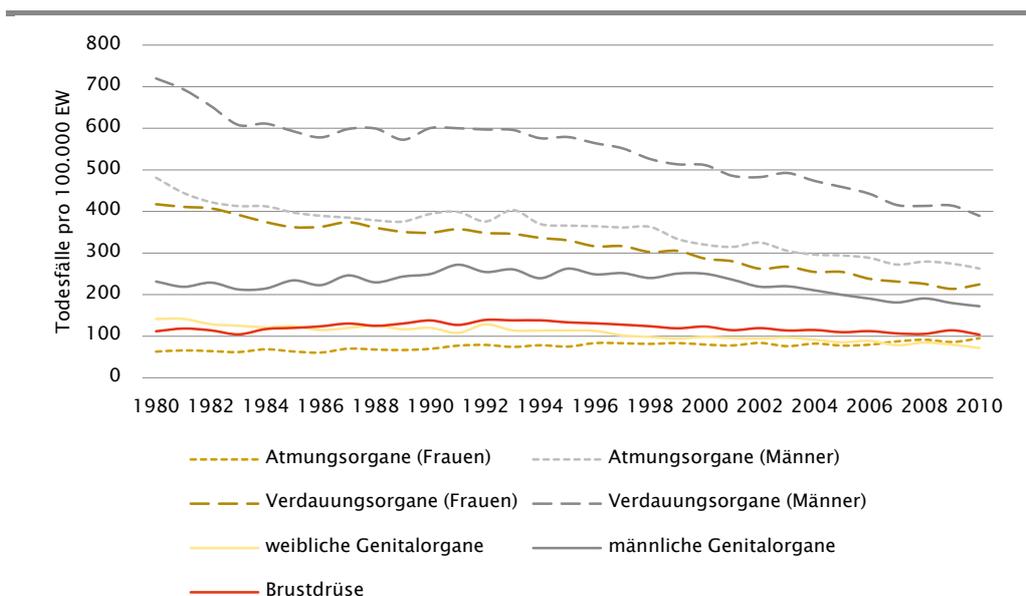
altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung); BN = bösartige Neubildungen

Quellen: ST.AT - Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010, Todesursachenstatistik 2001–2010; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Die Krebs-Mortalität der über 64-jährigen Bevölkerung entwickelte sich im Zeitverlauf 1980 bis 2010 je nach Lokalisation sehr unterschiedlich. Die häufigste Krebs-Todesursache auf Gruppenebene, eine bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ist deutlich rückläufig (-46 % von 1980 bis 2010 bei Männern und Frauen). Auch Krebs der Genitalorgane führt seltener zum Tod als vor 30 Jahren (-26 % bei Männern und -50 % bei Frauen). Bei Brustkrebs zeigt sich ein leicht rückläufiger Trend (-7 %). Die

Entwicklung tödlicher bösartiger Neubildungen der Atmungsorgane spiegelt die Entwicklung des Rauchverhaltens wider. Die Mortalitätsraten bei Männern sind – ausgehend von einem hohen Niveau – rückläufig (–45 %), bei Frauen allerdings sind sie im Steigen begriffen (+51 %) (vgl. Abbildung 3.30).

Abbildung 3.30:
Krebssterblichkeit der über 64-Jährigen in Österreich
nach ausgewählten Lokalisationen und Geschlecht im Zeitverlauf 1980–2010



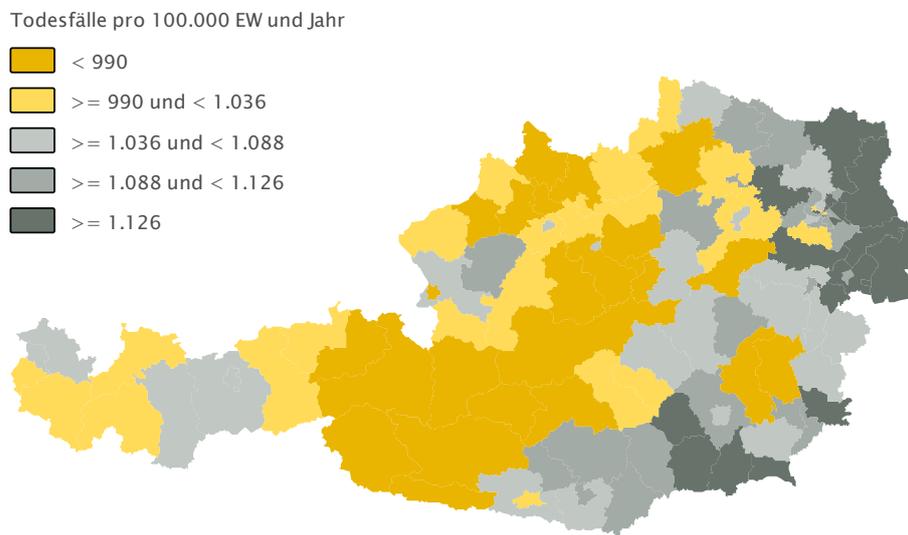
altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT – Volkszählungen 1981, 1991, 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010, Todesursachenstatistik 1980–2010; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Regionale Unterschiede in der Krebsinzidenz sind schwer zu analysieren, weil die Krebsregister in unterschiedlicher Qualität geführt werden. Hohe Raten in einer Region weisen möglicherweise auf eine bessere Meldedisziplin als auf höhere Inzidenzraten hin. Ein besserer Indikator für den regionalen Vergleich ist die Krebsmortalität.

Es zeigt sich eine überdurchschnittlich hohe Krebsmortalität im Osten Österreichs, die primär auf Krebserkrankungen der Verdauungsorgane zurückzuführen ist. Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane, die quantitativ weniger stark ins Gewicht fallen als die der Verdauungsorgane, führen in Vorarlberg, im Westen Tirols und in Teilen Kärntens bei der über 65-jährigen Bevölkerung häufiger zum Tod als im restlichen Österreich.

Abbildung 3.31:
Krebsmortalität der über 64-jährigen Bevölkerung nach österreichischen Bezirken
2001–2010



alters- und geschlechtsstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT - Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010, Todesursachenstatistik 2001–2010; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus ist nicht nur aufgrund seiner weiten Verbreitung bedeutend, sondern auch deshalb, weil er als chronische Krankheit weitreichende Belastungen für die Betroffenen (wie Erblindung, Dialysepflichtigkeit und Amputation von Gliedmaßen) nach sich ziehen kann und das Erkrankungsrisiko zumindest beim Typ-2-Diabetes maßgeblich vom Lebensstil beeinflussbar ist. Weltweit wird schon seit vielen Jahren von einer Diabetesepidemie gesprochen, die eine der größten Herausforderungen für das Gesundheitssystem darstellen wird (Rieder et al. 2004).

Diabetes mellitus umfasst eine Gruppe von Krankheiten, bei denen der Blutzucker chronisch erhöht ist. Er spielt im Mortalitätsgeschehen eine relativ geringe Rolle, u. a. deshalb, weil vielfach nicht der Diabetes, sondern eine eng assoziierte Herz-Kreislauf-Erkrankung oder eine andere Folgekrankheit als Todesursache dokumentiert wird.

Für die Prävalenzschätzung in Österreich werden im Folgenden die Ergebnisse der österreichischen Gesundheitsbefragung herangezogen. Die Daten aus der Spitalsent-

lassungsstatistik können Alters- oder Geschlechtsunterschiede sowie einen Trend aufzeigen (der insbesondere bei den Nebendiagnosen auch dokumentationstechnisch beeinflusst sein kann). Es wird im vorliegenden Bericht nicht nach der Diabetes-Form unterschieden (auch in der Gesundheitsbefragung wird nicht differenziert), doch Typ-2-Diabetes ist deutlich häufiger als Typ-1-Diabetes: 80 bis 95 Prozent der Diabetiker sind Typ-2-Diabetiker (Rieder et al. 2004).

Gesundheitsbefragung

Der österreichischen Gesundheitsbefragung zufolge sind zwischen 10 und 20 Prozent der österreichischen Bevölkerung mit über 64 Jahren von Diabetes betroffen. Die Prävalenz steigt mit zunehmendem Lebensalter, liegt aber bei den Hochaltrigen wieder etwas niedriger als bei den 75- bis 84-Jährigen. Dies deckt sich mit Ergebnissen anderer Studien (Icks et al. 2005). In der Gruppe der 65- bis 74-Jährigen sind Männer häufiger betroffen, später liegt die Prävalenz bei Frauen höher (vgl. Abbildung 3.12).

Spitalsentlassungsstatistik

Im Durchschnitt der Jahre 2001 bis 2010 wurden in österreichischen Krankenhäusern rund 15.270 Menschen im Alter von 65 und mehr Jahren mit der Hauptdiagnose Diabetes mellitus (E10-14) stationär behandelt. Doch beim Großteil der Patientinnen und Patienten wird Diabetes mellitus als Nebendiagnose dokumentiert. Zwischen 2001 und 2010 wurde pro Jahr durchschnittlich bei rund 80.000 Menschen über 64 Jahren Diabetes mellitus dokumentiert. Je nach Alter und Geschlecht bedeutet dies rund 4.000 bis 9.000 Patientinnen und Patienten (pro 100.000) pro Jahr.

Je höher das Lebensalter, desto häufiger wird auch die Diagnose Diabetes mellitus gestellt. Eine Prävalenz kann aus der Spitalsentlassungsstatistik nicht abgeleitet werden.

Diabetes mellitus kann in fortgeschrittenem Stadium zur Amputation von Extremitäten, insbesondere der unteren Extremitäten, führen. In den Jahren 2009 und 2010 wurden in österreichischen Krankenhäusern bei rund 1.740 (im Jahr 2009) bzw. 1.620 (im Jahr 2010) über 64-jährigen Diabetikern¹² in Österreich Amputationen, fast ausschließlich der unteren Extremitäten (NZ90 bis NZ 120), durchgeführt. Das entspricht 70 Prozent der Amputationen aller Diabetiker/innen (30 % werden in jüngeren Jahren durchgeführt). Männer sind von Amputationen der unteren Extremitäten häufiger betroffen als Frauen. Im Durchschnitt der beiden Jahre mussten sich 175 (pro 100.000) über 64-

¹²

Patientinnen und Patienten, bei denen in Haupt- oder Nebendiagnose Diabetes dokumentiert wurde. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Diabetes die Ursache für die Amputation darstellte.

jährige Männer und 120 (pro 100.000) gleichaltrige Frauen einer Amputation von Fuß, Unterschenkel, Knie oder Oberschenkel unterziehen.

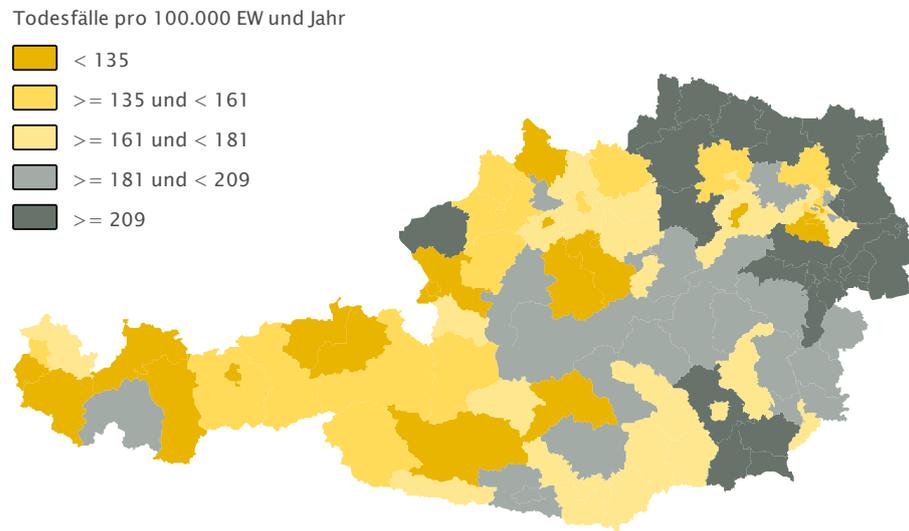
Todesursachenstatistik

Falls das Grundleiden Diabetes eine letztendlich zum Tod führende Krankheit verursacht, sollte Diabetes auch als Todesursache dokumentiert sein. Doch häufig liegt diese Information bei der Totenbeschau nicht vor, sodass beispielsweise stattdessen Hirninfarkt als Todesursache angegeben wird (Rieder et al. 2004). Die Todesursachenstatistik ist deshalb nicht geeignet, die Gesamtmortalität aufgrund von Diabetes abzubilden. Da jedoch die Diagnosesystematik international und auch innerhalb von Österreich gleich ist, können geschlechtsspezifische oder regionale Unterschiede aufgezeigt werden.

Im Durchschnitt der Jahre 2001 bis 2011 betrug die diabetesassoziierte Mortalitätsrate bei der über 64-jährigen Bevölkerung 171 pro 100.000 Einwohner/innen. Männer sind dabei stärker betroffen: 193 Männer und 150 Frauen starben in diesem Zeitraum jährlich an Diabetes mellitus.

Die **regionalen Unterschiede** in Österreich sind deutlich. Die Sterblichkeit aufgrund von Diabetes ist in Westösterreich niedriger als in Ostösterreich, wobei die höchsten Raten im grenznahen Wald- und Weinviertel, im Nordburgenland und in Wiener Neustadt auftreten. Auch in der Südsteiermark und in Braunau waren die Werte deutlich über dem österreichischen Durchschnitt.

Abbildung 3.32:
Mortalitätsrate aufgrund von Diabetes mellitus
bei der über 64-jährigen Bevölkerung nach österreichischen Bezirken 2001–2010



alters- und geschlechtsstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT – Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010, Todesursachenstatistik 2001–2010; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Harninkontinenz

Harninkontinenz ist ein häufiges, noch immer stark tabuisiertes Thema und ein großes Problem in der Geriatrie. Die Ursachen für Harninkontinenz sind vielfältig. Sie kann durch Krankheiten (z. B. Schlaganfall, chronische Harnwegsinfektionen, Herzinsuffizienz, Diabetes, Demenz), Unfälle, medizinische Eingriffe und Medikamente (z. B. Multimedikation) verursacht oder gefördert werden. Das Risiko für Harninkontinenz steigt zudem durch das (altersbedingte) Nachlassen der beteiligten Muskulatur. Inkontinenz stellt nicht nur als solche ein Problem dar, sie birgt auch eine Reihe von Folgerisiken, wie z. B. sozialer Rückzug, Stürze (bei Dranginkontinenz), Depression und Dekubitus. (Niederstadt/Gaber 2007)

Die Prävalenz ist schwer abschätzbar. Unter Einbeziehung einer norwegischen Studie (EPINCONT-Studie) und des deutschen telefonischen Gesundheitsveys 2005 schätzt das Robert Koch-Institut, dass rund 30 Prozent der Menschen ab 70 Jahren von Harninkontinenz betroffen sind. Die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter, wobei Frauen aufgrund von Schwangerschaften und Entbindungen, der Menopause und der

Struktur des weiblichen Harntraktes stärker betroffen sind als Männer (Robert Koch-Institut 2009).

Des Weiteren zeigt sich, dass in Alten- und Pflegeheimen deutlich mehr Menschen von Inkontinenz betroffen sind, als dies in Privathaushalten der Fall ist. Dies liegt vermutlich daran, dass Heimbewohner in der Regel älter und eingeschränkter sind. In zwei deutschen Studien (Studie der Humboldt-Universität Berlin in 45 Pflegeheimen aus dem Jahr 2003 und SÄVIP-Studie in 782 Alten- und Pflegeheimen aus dem Jahr 2005) wurde erhoben, dass rund 70 Prozent der Bewohner/innen von Inkontinenz betroffen sind, der größere Teil davon war auch stuhlinkontinent. (Niederstadt/Gaber 2007)

Gesundheitsbefragung

Laut österreichischer Gesundheitsbefragung 2006/2007 betrug der Anteil harninkontinenter über 64-jähriger Männer 9 bis 24 Prozent (das sind rund 85.000) und harninkontinenter Frauen 15 bis 36 Prozent (das sind rund 186.000; vgl. Tabelle 3.7).

Tabelle 3.7:
Harninkontinenz nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07

	Frauen			Männer		
	65-74	75-84	85+	65-74	75-84	85+
in Prozent	14,8	27,2	36,0	9,4	22,7	24,3
absolut	32.658	42.631	8.228	59.491	86.409	39.916

Quellen: ST.AT - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
CÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Spitalsentlassungsstatistik

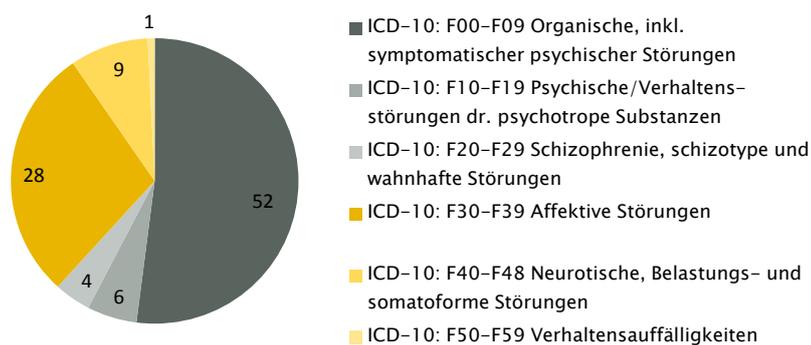
Im Rahmen eines stationären Aufenthalts wird bei 5.000 bis 6.000 Frauen und 1.500 bis 2.000 Männern Inkontinenz als Haupt- oder Nebendiagnose dokumentiert. Das entspricht nur einem Bruchteil der Ergebnisse aus der Gesundheitsbefragung und ist somit für eine Prävalenzschätzung ungeeignet.

3.3.3 Psychische Erkrankungen

Die Krankenhaushäufigkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (ICD-10 F00-F99) von über 64-jährigen Menschen in Österreich wurde in den Jahren 2001 bis 2010 primär von Demenzen und Depressionen verursacht. Bei mehr als der Hälfte der stationären Patientinnen und Patienten mit einer F-Diagnose wurde in der Haupt-

diagnose eine organische psychische Störung festgestellt (80 % davon sind einer Demenz zuzuordnen, 12 % einem Delir). Auf affektive Störungen entfielen 28 Prozent der (psychiatrischen) Hauptdiagnosen (davon waren rund 90 % depressive Episoden oder rezidivierende depressive Störungen).

Abbildung 3.33:
Verteilung der über 64-jährigen Patientinnen und Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen nach Hauptdiagnosegruppen in Österreich, 2001–2010



Quellen: ST.AT – Volkszählung 2001, Bevölkerungsforschung 2002–2010;
BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2001–2010;
GÖG/ÖBIG–eigene Berechnungen und Darstellung

In der Folge wird auf die beiden häufigsten Diagnosen in diesem Bereich näher eingegangen, nämlich auf Demenz und Depression. Im Fall der Demenz stützen sich die Ausführungen weitgehend auf die Literatur, ergänzt um Medikamentenverschreibungen und Spitalsentlassungsstatistik. Zur Beschreibung von Depression werden primär Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung herangezogen, ebenfalls ergänzt um die genannten Datenquellen. Hier wird außerdem die Todesursachenstatistik zur Darstellung der Selbstmordraten herangezogen, die aufgrund ihrer guten Validität auch eine regionale Analyse erlaubt.

Demenz

Unter Demenz wird eine Vielzahl kognitiver Störungen subsumiert. Symptome sind Orientierungslosigkeit, Verschlechterung der Gedächtnisleistungen, des Denkvermögens, der Sprache und des praktischen Geschicks, jedoch keine Trübung des Bewusstseins. Die Erkrankung verläuft progressiv über mehrere Stadien hinweg bis zum Tod. Grund dafür ist nicht die Erkrankung selbst, sondern motorische Symptome, die zu Immobilität, Schluckbeschwerden etc. führen. Am Beginn stehen lediglich geringe Probleme bei alltäglichen Handlungen, doch mit Fortschreiten der Erkrankung werden die persönlichen Beeinträchtigungen immer stärker. Dadurch ist die/der Erkrankte

zunehmend auf fremde Hilfe angewiesen, bis im fortgeschrittenen Stadium eine dauerhafte Beaufsichtigung und Betreuung erforderlich ist (Gleichweit/Rossa 2009). Demenz betrifft nicht nur die Erkrankten, sondern ist insbesondere für die Angehörigen eine enorme Herausforderung. Demenz ist der mit Abstand wichtigste Grund für eine institutionelle Betreuung. Für Deutschland wird geschätzt, dass 60 Prozent der Heimbewohner/innen demenz sind (Weyerer 2005), eine Studie in zehn österreichischen Pflegeheimen Anfang der 1990er Jahre zeigte eine Demenzprävalenz von 65 Prozent (Wancata et al. 1998).

Folgende (Haupt-)Krankheitsbilder werden unter dem Begriff Demenz zusammengefasst:

- » degenerative Demenz (z. B. Alzheimer Demenz),
- » gefäßbedingte (vaskuläre) Demenz (z. B. Multiinfarkt-Demenz),
- » entzündlich bedingte oder übertragbare Krankheiten, die zur Demenz führen können (z. B. Aids-Demenz),
- » durch Schädel-Hirn-Trauma bedingte Demenz.

Mild Cognitive Impairment (MCI) wird von manchen als Vorstufe der Demenz bezeichnet, andere lehnen diese Zuordnung ab. Eindeutig ist, dass MCI mit erhöhtem Risiko für Alzheimer-Demenz assoziiert ist, wobei es auch sich bessernde Verläufe gibt (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2009).

Einen umfangreichen Review auf europäischer Ebene zur Abschätzung der Prävalenz von Demenz stellt die allerdings weit zurückliegende EURODEM¹³-Studie dar (im Rahmen eines Reviews wurden Prävalenzraten für zehn europäische Länder erhoben). Demnach lag Anfang der 1990er Jahre die Prävalenz in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen bei 1,4 Prozent und stieg dann ab etwa 80 Jahren rapide an. Bei den über 90-Jährigen ist mehr als ein Drittel von Demenz betroffen. Spätere Studien haben diese Ergebnisse weitgehend bestätigt (Gleichweit/Rossa 2009). Frauen sind von Alzheimer-Demenz (nicht von vaskulären Demenzen) häufiger betroffen als Männer, insbesondere weil Frauen eine längere Lebenserwartung haben und auch, weil Frauen länger als Männer mit einer Demenz zu überleben scheinen (Weyerer 2005).

Für Österreich wird auf Basis verschiedener Prävalenzstudien geschätzt, dass es im Jahr 2010 rund 100.000 Erkrankte gab, das sind etwa 5,6 Prozent der über 59-jährigen Bevölkerung. Da die Prävalenz mit zunehmendem Alter deutlich zunimmt, ist für die Zukunft aufgrund des demografischen Wandels auch von einem starken Anstieg der

Betroffenzahlen auszugehen. Bis zum Jahr 2050 wird mit rund 234.000 Erkrankten in Österreich gerechnet (Gleichweit/Rossa 2009; Wancata et al. 2001).

Im Rahmen der VITA-Studie, einer Längsschnittstudie im 21. und 22. Wiener Gemeindebezirk, wurden im Jahr 2000 rund 600 75-Jährige (von insgesamt rund 1.500 Kontaktierten) untersucht und im Abstand von zweieinhalb Jahren neuerlich zu einer Untersuchung geladen. Rund drei Viertel der 75-Jährigen waren geistig völlig gesund (ein Viertel wies leichte Beeinträchtigungen auf, und „nur“ 3 Prozent wurden als dement beurteilt). Die Folgeuntersuchungen zeigten jedoch, dass 24 Prozent bis zum achtzigsten Lebensjahr eine Demenzerkrankung entwickelten, vor allem Alzheimer-Demenz (Tragl et al. 2009).

Medikamentenverschreibungen

Im Jahr 2009 erhielten in Österreich rund 263.000 Patientinnen und Patienten Antidementiva, rund 220.000 davon sind älter als sechzig Jahre. Sechs bis acht Verordnungen wurden in diesem Jahr pro Patient/in verschrieben. Knapp 82 Prozent dieser Menschen erhielten allerdings ausschließlich Ginkgo-Präparate, nur rund 48.000 erhielten „echte“ Antidementiva¹⁴ (HVB/SGKK 2011). Bezogen auf die Gesamtpopulation bedeutet dies, dass rund 10 Prozent der über Sechzigjährigen in Österreich im Jahr 2009 Antidementiva (inkl. Ginkgo-Präparate) und rund 2,2 Prozent „echte“ Antidementiva verschrieben wurden. Zwar war im Verlauf der Jahre 2006 bis 2009 die Tendenz, insbesondere bei den echten Antidementiva, steigend, doch wenn 5,6 Prozent der über 59-Jährigen an Demenz erkrankt sind, bedeutet dies, dass mehr als die Hälfte der Demenzkranken nicht medikamentös behandelt wird.

Ursachen für Unterschiede in der Verschreibungshäufigkeit von Antidementiva nach Trägern (bzw. Regionen) sieht die Sozialversicherung in Ginkgo-Präparaten und nicht bei „echten“ Antidementiva, da Ginkgo-Präparate auch bei anderen Krankheitsbildern verschrieben werden.

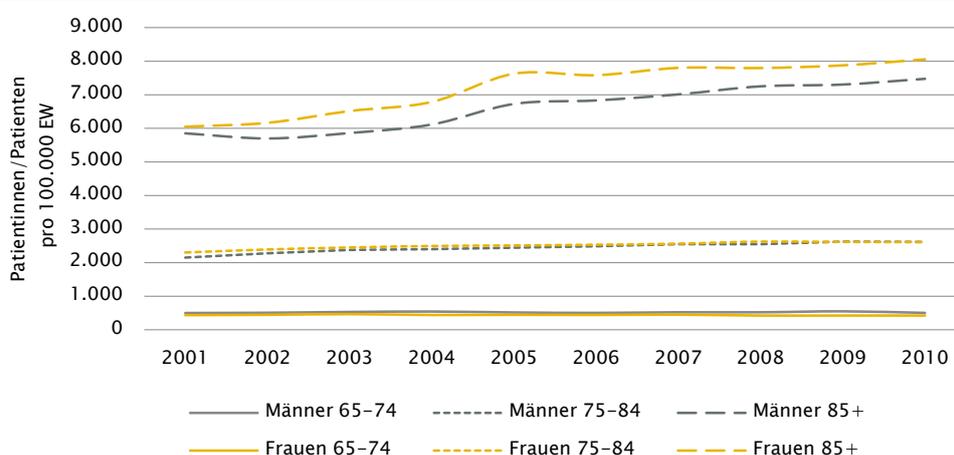
Spitalsentlassungsstatistik

Die ICD-10-Codierung lehnt sich an die oben beschriebene Klassifizierung weitgehend an. Hier wird unterschieden zwischen Demenz bei Alzheimer-Krankheit (ICD-10 F00), vaskulärer Demenz (ICD-10 F01), Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten (u. a. Parkinson, Aids, Schädel-Hirn-Trauma, ICD-10 F02) und nicht näher bezeichneter Demenz (ICD-10 F03).

14
Acetylcholinesterase-Inhibitoren/Memantine

Im Durchschnitt der letzten zehn Jahre wurden pro Jahr etwa 8.800 Menschen aufgrund der Hauptdiagnose Demenz in Österreichs Krankenhäusern stationär aufgenommen. Doch Demenz wird zum größeren Teil als Nebendiagnose dokumentiert, weil die Ursachen für den stationären Aufenthalt eher in anderen Krankheiten liegen (in dieser Reihenfolge: Alzheimer-Krankheit, Delir, Pneumonie, Hirninfarkt, Herzinsuffizienz). In Haupt- oder Nebendiagnose wurde Demenz bei rund 30.000 Menschen diagnostiziert, also bei mehr als dreimal so vielen, Tendenz: steigend – im Jahr 2001 wurde an knapp 23.000 stationären Patientinnen und Patienten Demenz diagnostiziert, im Jahr 2010 waren es bereits mehr als 33.000. Das entspricht einem Anstieg um rund 44 Prozent.

Abbildung 3.34:
Krankenhaushäufigkeit von Personen mit Demenz in Haupt- oder Nebendiagnose nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich im Zeitverlauf 2001–2010



inklusive Nulltagsaufenthalte, exklusive Wiederaufnahmen
altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung), ICD-10 F00-F03

Quellen: ST.AT - Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010;
BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2001–2010;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Die Krankenhaushäufigkeit von Menschen mit Demenz in der Haupt- oder Nebendiagnose ist nicht für eine Prävalenzschätzung geeignet. Doch es lassen sich drei wesentliche Faktoren aufzeigen, nämlich:

- » die deutlich steigende Betroffenheit mit zunehmendem Alter (dreifache Werte der über 84-Jährigen im Vergleich zu den 75- bis 84-Jährigen),
- » die stärkere Betroffenheit von Frauen (unter den Hochaltrigen)
- » und die steigende Tendenz im Verlauf der letzten zehn Jahre.

Depression

Depressionen gelten als eine der häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren Alter und erweisen sich als besonders häufig mit alterskorrelierten neurodegenerativen Erkrankungen (Alzheimer, Parkinson) assoziiert. International ist bei älteren Menschen von einer Prävalenz von etwa 8 bis 10 Prozent die Rede, bei Menschen in Heimen wird sogar davon ausgegangen, dass bis zu 50 Prozent depressive Symptome zeigen (Wittchen et al. 2010).

Anhaltspunkte für das Ausmaß der Verbreitung von Depression in Österreich gibt es aus der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007, der Diagnosen- und Leistungsdokumentation und aus Daten zu Medikamentenverschreibungen. Es muss allerdings beachtet werden, dass die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung eher wiedergeben, was die Bevölkerung gemeinhin als Depression versteht (zudem wird in einer Frage gemeinsam nach Depression oder chronischen Angstzuständen gefragt). Die Depressionsprävalenz in Österreich ist zweifellos niedriger als die selbst berichtete Betroffenheit von Depression. Andererseits liegt die Krankenhaushäufigkeit unter der tatsächlichen Prävalenz, weil nicht jede Depression stationär behandelt wird. Die im niedergelassenen Bereich diagnostizierten Erkrankungen, die bei Depressionen besonders relevant sind, werden in Österreich nicht systematisch erfasst.

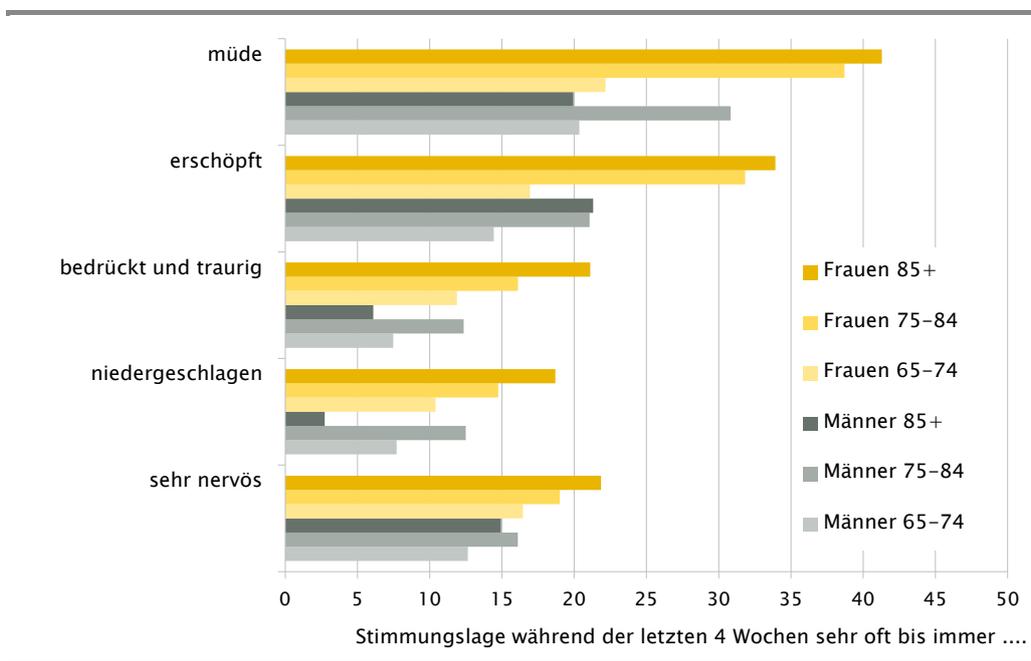
Gesundheitsbefragung

Zwischen 10 und 20 Prozent der österreichischen Bevölkerung über 64 Jahren gaben bei der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 an, jemals von chronischen Angstzuständen oder Depression betroffen gewesen zu sein (vgl. Abbildung 3.12), knapp 80 Prozent litten darunter auch innerhalb des letzten Jahres, und bei wiederum knapp 80 Prozent davon lag dafür eine ärztliche Diagnose vor. Die Betroffenheit steigt mit zunehmendem Alter und ist bei Frauen höher ausgeprägt als bei Männern.

Neben der direkten Frage zur Prävalenz von Depression gab es im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 eine Reihe von Fragen zur Stimmungslage während der letzten vier Wochen. Je nach Alter gaben 70 bis 80 Prozent der **Männer** an, ziemlich oft, meistens oder sogar immer glücklich gewesen zu sein. Rund 3 Prozent sind niemals glücklich. Unter den Hochaltrigen fühlten sich genauso viele glücklich wie bei den jüngeren Senioren. Bei den **Frauen** hingegen sank der Anteil der überwiegend Glücklichen von 74 Prozent (bei den 65- bis 74-Jährigen) über 64 Prozent (bei den 75- bis 84-Jährigen) auf 53 Prozent bei den Hochaltrigen. 3 Prozent der 65- bis 74-Jährigen, aber bereits 7 bzw. 6 Prozent der älteren Seniorinnen sind niemals glücklich.

An belastenden Stimmungslagen wurde Nervosität, Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Erschöpfung und Müdigkeit abgefragt. Es zeigte sich, dass Frauen sich psychisch deutlich belasteter fühlen als Männer und ihre (subjektiv empfundene) Belastung ab 75 Jahren deutlich steigt. Insbesondere Müdigkeit und Erschöpfung wird von Frauen genannt. Rund ein Drittel der über 74-Jährigen fühlt sich sehr oft erschöpft, etwa 40 Prozent sagen, sie seien sehr oft müde. Zwischen 10 und 20 Prozent der Frauen litten während der letzten vier Wochen unter Traurigkeit, Niedergeschlagenheit und Nervosität. Männer äußerten diesbezüglich deutlich weniger Beschwerden (vgl. Abbildung 3.35).

Abbildung 3.35:
Stimmungslagen nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich, 2006/07



Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Auch unter Schlafstörungen (während der vergangenen zwei Wochen) leiden Frauen häufiger als Männer. 40 bis 50 Prozent der Frauen, aber „nur“ 25 bis 35 Prozent der Männer berichteten davon. Die Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen ist davon am häufigsten betroffen (vgl. Tabelle 3.8).

Tabelle 3.8:

Schlafstörungen nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07

	Frauen			Männer		
	65-74	75-84	85+	65-74	75-84	85+
in Prozent	43,4	52,5	51,9	29,3	35,5	23,3
absolut	174.454	166.870	57.509	101.617	66.682	7.876

Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Medikamentenverschreibungen

Einen weiteren Anhaltspunkt für die Prävalenz von Depression stellen die Medikamentenverschreibungen dar. Im Jahr 2009 wurden in Österreich rund 600.000 über 60-jährigen Menschen in Österreich Psychopharmaka verschrieben, davon erhielten rund 330.000 Antidepressiva. Das bedeutet, dass rund ein Drittel der über 60-jährigen Bevölkerung im Jahr 2009 Psychopharmaka bzw. 17 Prozent Antidepressiva erhielten. Wie in allen Erwachsenen-Altersgruppen ist auch bei den älteren Menschen der Frauenanteil deutlich höher als 50 Prozent (HVB/SGKK 2011). Diese Anteile decken sich weitgehend mit den Ergebnissen der österreichischen Gesundheitsbefragung.

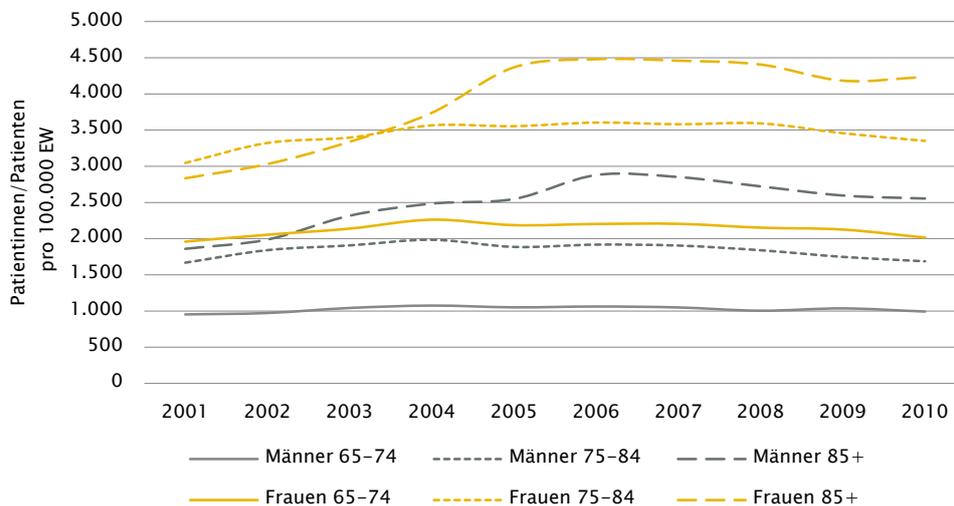
Spitalsentlassungsstatistik

Die stärkere Betroffenheit von psychischen Krankheiten bei Frauen zeigt sich auch in der entsprechenden Krankenhaushäufigkeit. Frauen werden fast doppelt so häufig aufgrund affektiver Störungen (das sind zu rund 90 % depressive Episoden oder rezidivierende depressive Störungen) stationär behandelt. Pro 100.000 Einwohner/innen des jeweiligen Geschlechts und der jeweiligen Altersgruppe werden 500 bis 700 ältere Frauen und etwa 200 bis 400 ältere Männer pro Jahr aufgrund einer affektiven Störung stationär behandelt. Die Krankenhaushäufigkeit steigt mit zunehmendem Alter.

Deutlich häufiger wird Depression als Nebendiagnose diagnostiziert. Bei rund 2.000 65- bis 74-jährigen Frauen und 1.000 gleichaltrigen Männern (pro 100.000) wird im Krankenhaus eine affektive Störung festgestellt. Die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter auf rund 4.200 bei den hochaltrigen Frauen und auf rund 2.500 bei den hochaltrigen Männern an (vgl. Abbildung 3.36).

Abbildung 3.36:

Krankenhaustätigkeit von Personen mit affektiven Störungen in Haupt- oder Nebendiagnose nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich im Zeitverlauf 2001–2010



inklusive Nulltagsaufenthalte, exklusive Wiederaufnahmen
altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung), ICD-10 F30-F39

Quellen: ST.AT - Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010;
BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2001–2010;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Suizid

Die weitreichendste Konsequenz psychischer Störungen ist der Suizid. Die Ursachen für einen Suizid sind sehr komplex, doch es besteht Konsens darüber, dass eine psychische Erkrankung einen bedeutenden Risikofaktor darstellt. Psychische Störungen treten zumeist im jungen und mittleren Erwachsenenalter auf, werden aufgrund von fehlender oder inadäquater Diagnose und Behandlung chronisch und münden manchmal in einem Suizid (BAG 2006).

Die Suizidrate steigt deutlich im höheren Alter. Von 2001 bis 2010 begingen in Österreich von 100.000 unter 65-jährigen Männern im Jahresdurchschnitt etwa zwanzig und bei den gleichaltrigen Frauen etwa sechs Selbstmord. In der Altersgruppe der **über 64-jährigen** war die Suizidrate bei beiden Geschlechtern jeweils **dreimal so hoch**.

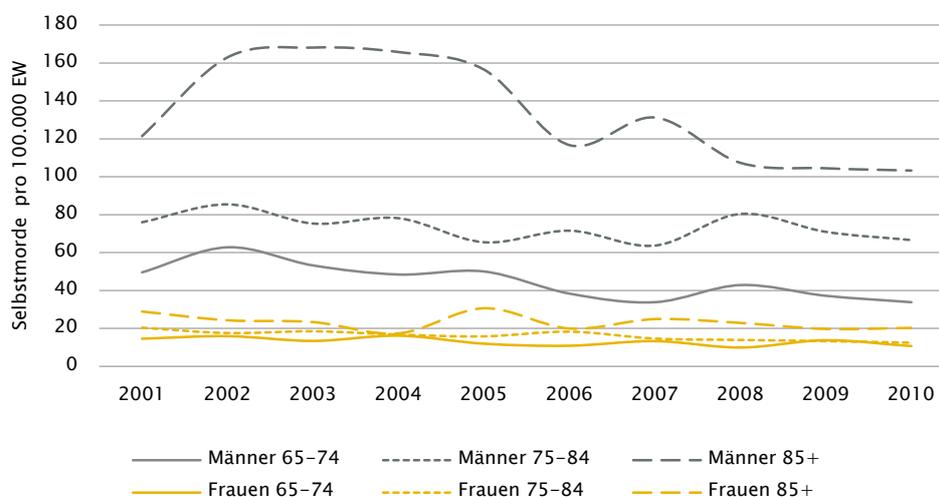
Im Durchschnitt der Jahre 2001 bis 2010 begingen in Österreich etwa 450 über 64-jährige Menschen in Österreich Selbstmord. Obwohl Männer deutlich seltener von psychischen Problemen berichten und auch seltener aufgrund einer psychischen

Erkrankung stationär behandelt werden, kommt beim männlichen Geschlecht Suizid deutlich häufiger vor.

Im Jahresdurchschnitt begingen in diesem Zeitraum rund 45 von 100.000 65- bis 74-jährige Männer Selbstmord, in der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen waren es 70 bis 80, und bei den Hochaltrigen in den letzten drei Jahren etwas mehr als 100. Bei den Frauen fällt der Zusammenhang mit dem Alter schwächer aus. 10 bis 20 von 100.000 über 64-jährigen Frauen begehen pro Jahr in Österreich Selbstmord (vgl. Abbildung 3.37).

Die Suizidraten von über 64-Jährigen sind leicht sinkend, insbesondere bei Betrachtung eines größeren Zeitraums (seit 1980). Die Schwankungen bei den hochaltrigen Männern sind eher auf eine geringe Anzahl von Männern in dieser Altersgruppe zurückzuführen, sodass sich geringfügige absolute Schwankungen stärker auf die Mortalitätsrate auswirken. Die absolute Anzahl an Selbstmorden von hochaltrigen Männern schwankt seit Anfang der 1990er Jahre ohne Trend zwischen 40 und 60 Selbstmordfällen pro Jahr.

Abbildung 3.37:
Suizidrate nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich im Zeitverlauf 2001–2010



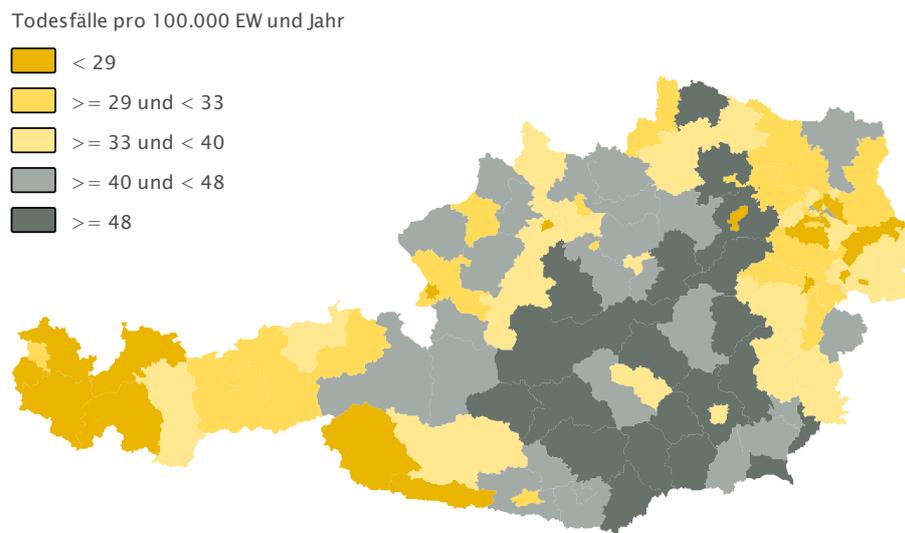
altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT - Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010, Todesursachenstatistik 2001–2010; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Die beiden häufigsten Suizidarten sind bei über 65-jährigen Männern Erhängen (rund 52 % im Durchschnitt der Jahre 2008–2010) und Erschießen (28 %), bei Frauen ebenfalls Erhängen (38 %), Sturz in die Tiefe (21 %), Vergiften und Ertrinken (jeweils 13 % im Durchschnitt der Jahre 2008–2010).

Die Selbstmordraten stellen sich in Österreich **regional** sehr unterschiedlich dar. In Zentralösterreich und auch in der Südsteiermark begehen teilweise knapp 50 über 64-jährige Menschen jährlich Selbstmord. In Vorarlberg und in Tirol sind die Raten etwa halb so hoch wie im Lungau und in der Obersteiermark (vgl. Abbildung 3.38).

Abbildung 3.38:
Suizidrate der über 64-Jährigen nach österreichischen Bezirken 2001–2010



alters- und geschlechtsstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT - Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010, Todesursachenstatistik 2001–2010; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

3.3.4 Multimorbidität und Frailty

Multimorbidität

Aussagen zur Verbreitung von Multimorbidität in Österreich sind schwer zu treffen, da einerseits die Datengrundlagen fehlen, andererseits unterschiedliche Definitionen vorliegen. Im Folgenden wird unter Multimorbidität das Vorliegen mehrerer Erkrankungen verstanden, unabhängig von Medikation oder subjektiver Bewertung. Multimorbidität steht in engem Zusammenhang mit individueller Funktionalität und sozialer Integration (Robert Koch-Institut 2009). Im Rahmen der Berliner Altersstudie wurde festgestellt, dass bei fast einem Drittel der über 69-Jährigen und bei knapp der Hälfte der über 84-Jährigen fünf oder mehr behandlungsbedürftige Erkrankungen vorlagen.

Frauen waren stärker betroffen als Männer, ältere mehr als jüngere. Ebenso ist ein Zusammenhang mit der sozialen Lage gegeben (Robert Koch-Institut 2009). Der deutsche Alterssurvey 2002 belegte, dass 80 Prozent der 70- bis 85-Jährigen an mehr als einer Erkrankung und knapp 20 Prozent an fünf oder mehr Erkrankungen leiden.

In Österreich könnte vor allem die Diagnosen- und Leistungsdokumentation erste Anhaltspunkte für Multimorbidität geben, da bei einem stationären Aufenthalt nicht nur Haupt-, sondern auch Nebendiagnosen dokumentiert werden. Demgemäß werden bei 65- bis 74-Jährigen durchschnittlich 4 bis 4,2 Erkrankungen festgestellt, während es bei den 75- bis 84-Jährigen bereits 4,7 und bei den Hochaltrigen 5,3 bzw. 5,2 Erkrankungen sind (vgl. Tabelle 3.9). Hierbei handelt es sich allerdings ausschließlich um Krankenhauspatientinnen und -patienten. Im Vergleich zu den deutschen Studienergebnissen scheinen diese Werte eher zu niedrig zu sein – möglicherweise deshalb, weil nur ein Teil der Nebendiagnosen (die nicht LKF-wirksam sind) dokumentiert wird. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied ist hier nicht zu erkennen.

Tabelle 3.9:

Anzahl der Haupt- und Nebendiagnosen bei einem stationären Aufenthalt nach Geschlecht, 2001 und 2010

	Frauen			Männer		
	65-74	75-84	85+	65-74	75-84	85+
2001	3,2	3,8	4,0	3,3	3,7	4,0
2010	3,0	3,7	4,3	3,2	3,7	4,2

Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Eine andere Annäherung an die Frage der Verbreitung von Multimorbidität ist über die Ergebnisse der österreichischen Gesundheitsbefragung möglich. Dort wurden Fragen zu chronischen Krankheiten gestellt. Die über 75-jährigen Frauen sind im Durchschnitt von 4,2 und die gleichaltrigen Männer von 3,6 chronischen Krankheiten betroffen (vgl. Abbildung 3.12). Sowohl die Altersassoziation als auch der geschlechtsspezifische Unterschied, die in den deutschen Studien herausgearbeitet wurden, zeigen sich auch bei der österreichischen Bevölkerung.

Frailty

Frailty ist ein Begriff, der im Deutschen mit „Gebrechlichkeit“ oder „Zerbrechlichkeit“ assoziiert wird. Eine eindeutige Definition gibt es bis dato nicht, gemeint ist etwa der zunehmende Verlust von physischen, psychischen und sozialen Funktionsfähigkeiten, der zu einem zunehmenden Betreuungs- und Pflegebedarf sowie zu zunehmendem medizinischem Interventionsbedarf führt. Frailty erhöht die Sturzgefahr, auf die

vielfach Immobilität und weitere Funktionsverluste folgen, und ist ein bedeutender Aspekt von Gesundheit älterer Menschen. Im Unterschied zu Multimorbidität muss Frailty nicht von vorneherein mit definierten Krankheiten einhergehen, sie wird allerdings durch Multimorbidität begünstigt. (Böck et al. 2010; Frühwald 2008)

In internationalen Studien wurden bei über 65-Jährigen Frailty-Prävalenzen von 7 Prozent (Fried et al. 2001) bis 23 % (Song et al. 2010) festgestellt. Dieser relativ große Unterschied könnte auch durch Erhebungsart und Messmethoden bedingt sein. Für Österreich wurde im Rahmen der Studie von Santos-Eggimann eine Prävalenz von 11 Prozent bei den über 64-Jährigen angegeben, rund 41 Prozent in dieser Altersgruppe befanden sich in einer Vorstufe von Frailty (prefrail). (Böck et al. 2010)

Folgende Faktoren werden unter anderem mit Frailty assoziiert:

- » Die Prävalenz steigt mit dem Alter.
- » Frauen sind von Frailty häufiger betroffen als Männer.
- » Multimorbidität begünstigt Frailty.
- » Psychische, soziale und sozioökonomische Faktoren beeinflussen Frailty.
- » Ernährung: Insbesondere Über- und Untergewicht begünstigen Frailty, ebenso Rauchverhalten und Alkoholkonsum.
- » Regelmäßige körperliche Aktivität beugt vor.

Es ist davon auszugehen, dass Menschen mit Frailty früher oder später Unterstützung bei den Verrichtungen des täglichen Lebens benötigen. Insofern kann zu einer groben Abschätzung des Ausmaßes von Frailty der Unterstützungsbedarf bei den ADL herangezogen werden (vgl. Punkt 3.2.2). Demgemäß benötigen 10 bis 20 Prozent der über 64-Jährigen Hilfe bei Aktivitäten des täglichen Lebens. Dies stimmt gut mit der oben genannten Frailty-Prävalenz in Österreich überein.

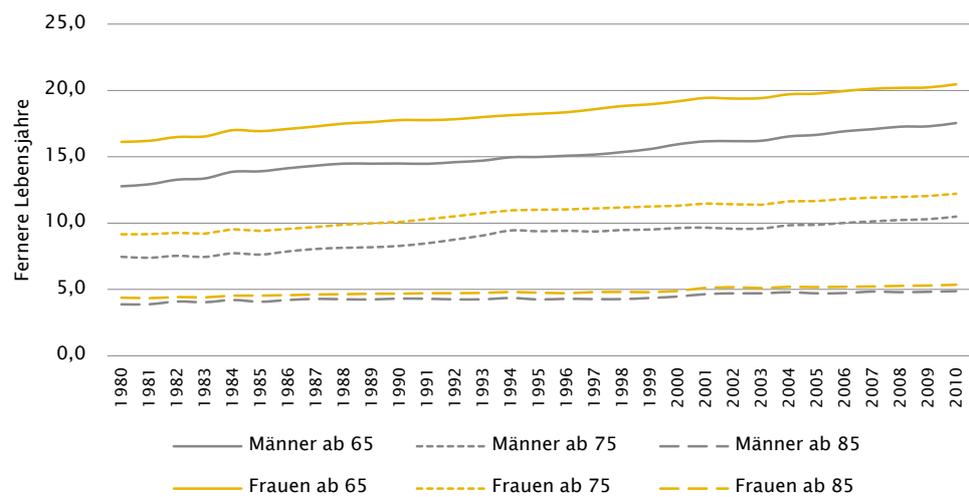
3.4 Lebenserwartung und Sterblichkeit

3.4.1 Lebenserwartung

Die **Lebenserwartung ab der Geburt** ist nach wie vor im Steigen begriffen. 2010 in Österreich geborene Buben können deshalb bereits mit knapp 78 Lebensjahren, Mädchen mit rund 83 Lebensjahren rechnen. Im Vergleich dazu war die Lebenserwartung 1980 mit 69 Jahren für Männer und 76 Jahren für Frauen noch deutlich niedriger. Auch die **fernere Lebenserwartung** steigt. Im Jahr 2010 konnten 65-jährige Männer mit 17,5 und gleichaltrige Frauen mit 20,5 weiteren Lebensjahren rechnen. Selbst für die 85-Jährigen stieg die fernere Lebenserwartung in den letzten 30 Jahren noch geringfügig an. Sie betrug im Jahr 2010 4,9 für Männer und 5,4 weitere Lebensjahre für Frauen.

Es zeigt sich deutlich, dass die geschlechtsspezifischen Unterschiede im höheren Alter geringer sind als in jüngeren Jahren; die Sterblichkeit der männlichen Bevölkerung ist v. a. im jüngeren Alter höher als die Sterblichkeit der weiblichen Bevölkerung (vgl. Abbildung 3.39).

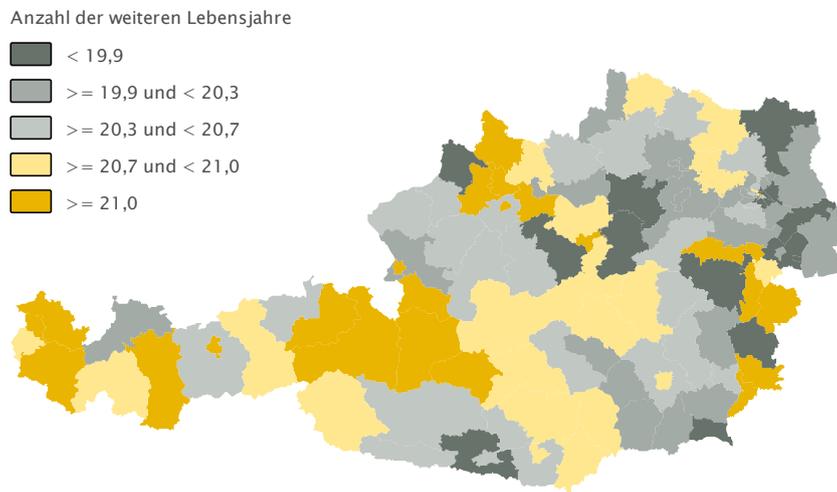
Abbildung 3.39:
Fernere Lebenserwartung im Alter von 65, 75 und 85 Jahren nach Geschlecht in Österreich im Zeitverlauf 1980–2010



Quellen: ST.AT – Volkszählungen 1981, 1991 und 2001, Bevölkerungsforschreibung 2002–2010, Todesursachenstatistik 1980–2010; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

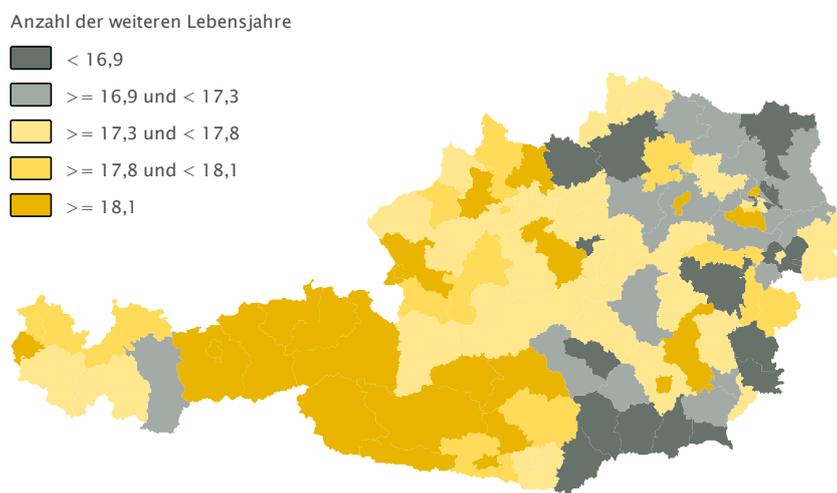
Die Lebenserwartung ist in Österreich seit Jahrzehnten von einem deutlichen West–Ost–Gefälle geprägt, insbesondere für die männliche Bevölkerung. Vereinzelt, etwa in burgenländischen Regionen, zeigte sich in den letzten Jahren eine Verbesserung. Dennoch ist das West–Ost–Gefälle nach wie vor sichtbar, sowohl in der Lebenserwartung ab der Geburt als auch in der ferneren Lebenserwartung der 64–Jährigen. Die Ostregion schneidet deutlich schlechter ab als Westösterreich (vgl. Abbildung 3.39 und Abbildung 3.40). Österreich liegt damit im internationalen Vergleich relativ gut; die fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren ist besser als in den osteuropäischen Nachbarländern und auch etwas höher als in Deutschland.

Abbildung 3.40:
Fernere Lebenserwartung der über 64-jährigen Frauen nach Bezirken 2010



Quellen: ST.AT – Volkszählungen 1981, 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010, Todesursachenstatistik 1980–2010; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Abbildung 3.41:
Fernere Lebenserwartung der über 64-jährigen Männer nach Bezirken 2010



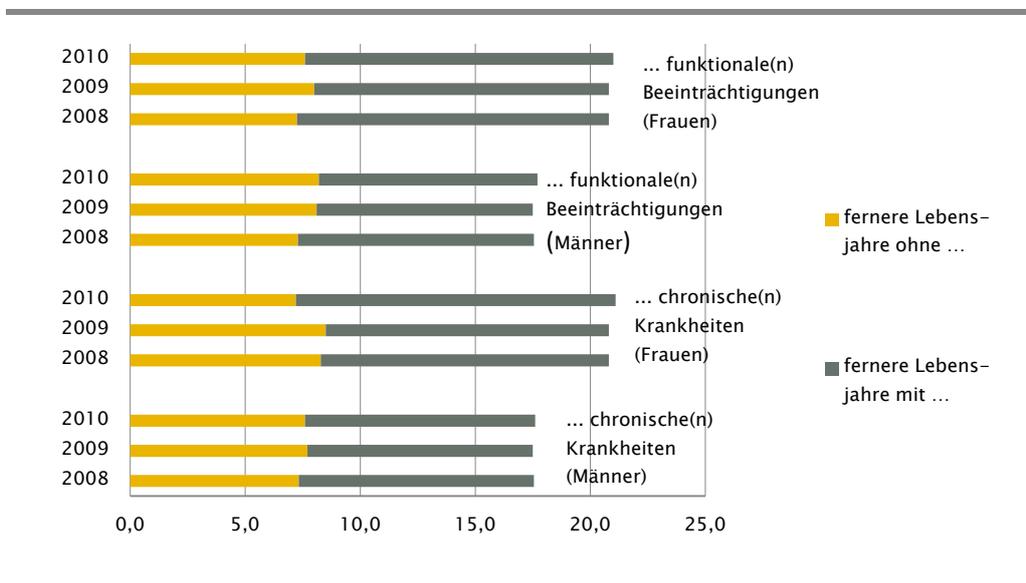
Quellen: ST.AT – Volkszählungen 1981, 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010, Todesursachenstatistik 1980–2010; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Gesunde Lebenserwartung

Die gesunde Lebenserwartung beschreibt die Anzahl der Lebensjahre, die wahrscheinlich in guter Gesundheit verbracht werden können. Es gibt dazu unterschiedliche Berechnungsansätze, die Sterberaten und Morbiditätsdaten (chronische Krankheiten, Behinderungen) verknüpfen und entsprechend unterschiedlich heißen (aktive/behinderungsfreie Lebenserwartung, gesunde/krankheitsfreie Lebenserwartung). Im Folgenden werden die Berechnungsergebnisse der Statistik Austria dargestellt, bei denen die fernere Lebenserwartung gekoppelt wird einerseits mit funktionalen Beeinträchtigungen und andererseits mit chronischen Erkrankungen.

Die fernere Lebenserwartung für 65-Jährige in Österreich ist für Frauen rund drei Jahre höher als für Männer. Doch bezüglich der zu erwartenden noch verbleibenden Lebensjahre, die ohne chronische Krankheit und ohne funktionale Einschränkungen verbracht werden können, besteht kaum ein geschlechtsspezifischer Unterschied: Sie betragen zwischen sieben und acht Jahre (vgl. Abbildung 3.42). Mehr Jahre werden mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten bzw. mit funktionalen Einschränkungen verbracht: Männer leben rund zehn Jahre mit chronischen Krankheiten bzw. funktionalen Einschränkungen, Frauen rund 13 Jahre.

Abbildung 3.42:
Fernere Lebenserwartung in guter Gesundheit im Alter von 65 Jahren
nach Geschlecht in Österreich, 2008–2010



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Sterbetafeln bzw. EU-SILC (Statistik Austria 2011b);
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Im internationalen Vergleich liegt Österreich zwar bei der Lebenserwartung an der europäischen Spitze, jedoch bei der Lebenserwartung in Gesundheit lediglich im Mittelfeld (OECD; European Union 2010).

Eine längere Zeitreihe der ferneren Lebenserwartung in guter Gesundheit (wie in Abbildung 3.39) zu erstellen ist zwar möglich, aber interpretationsbedürftig, weil in den Jahren vor 2008 bei der SILC-Befragung die Frage nach chronischen Krankheiten und funktionalen Beeinträchtigungen etwas anders gestellt wurde als in den Jahren zuvor. Auch im Vergleich zwischen 2008 und den Folgejahren ist eine Unschärfe bezüglich der im Ausland Verstorbenen enthalten. Es ist jedoch zumindest davon auszugehen, dass der subjektive Gesundheitszustand der jungen Senioren (65- bis 74-Jährige) innerhalb der letzten zwanzig Jahre besser wurde (vgl. Abschnitt 3.1).

3.4.2 Gesamtsterblichkeit

Die folgenden Aussagen zur Gesamtsterblichkeit beruhen auf Auswertungen der Todesursachenstatistik; deren Basis sind die von amtlich bestellten Totenbeschauärztinnen/-ärzten, Pathologinnen/Pathologen oder Gerichtsmedizinerinnen und -medizinern für jeden Sterbefall im Inland auszufüllenden Angaben zur Todesursache im Formblatt „Anzeige des Todes“. In dieses Formblatt ist die Grunderkrankung als Todesursache einzutragen, nicht eine spezielle allfällige Folgeerkrankung, die letztendlich zum Tod geführt hat¹⁵.

Entsprechend der Steigerung der Lebenserwartung **sinkt die Gesamtmortalität** kontinuierlich. Von 1980 bis 2010 sank die Mortalität bei den 65- bis 74-Jährigen um rund 55 Prozent (bei beiden Geschlechtern) und bei den 75- bis 84-Jährigen um 54 (bei Frauen) bzw. um 50 Prozent (bei Männern). Auch bei den Hochaltrigen zeigte sich ein starker Rückgang, nämlich um 34 (bei Frauen) bzw. um 29 Prozent (bei Männern; vgl. Tabelle 3.10 und Abbildung 3.43).

15

Laufende Angebote von Weiterbildungsmaßnahmen für die Ärzteschaft und für die mit der Kodierung der Todesursachen befassten Mitarbeiter/innen bei der Statistik Austria sowie Qualitätskontrollen sollen die Zuverlässigkeit der Statistik als wichtige Quelle von Gesundheitsdaten gewährleisten.

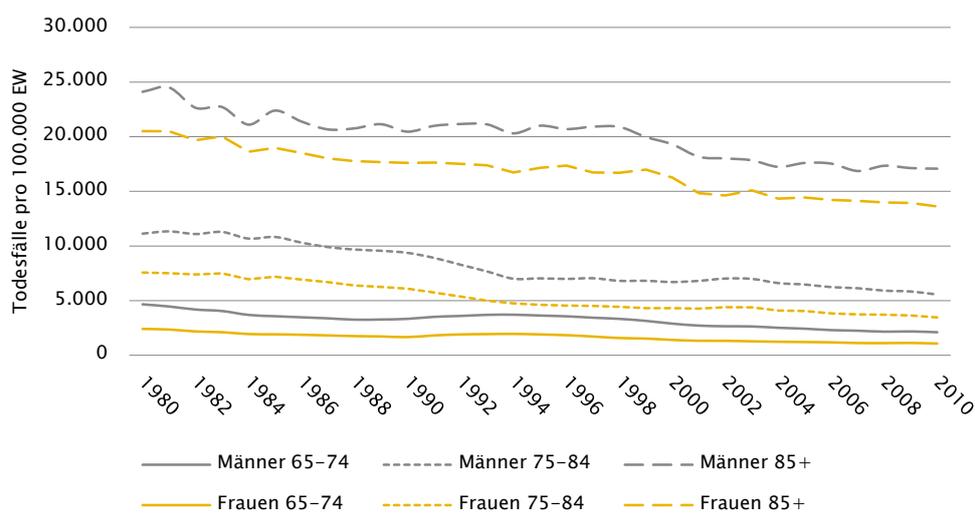
Tabelle 3.10:
Sterblichkeit nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich 1980 und 2010

Altersgruppen	Frauen			Männer		
	1980	2010	1980-2010	1980	2010	1980-2010
	Todesfälle pro 100.000		in %	Todesfälle pro 100.000		in %
65- bis 74-Jährige	2.418	1.071	-55,7	4.663	2.110	-54,8
75- bis 84-Jährige	7.572	3.473	-54,1	11.131	5.559	-50,1
Über 84-Jährige	20.517	13.619	-33,6	24.113	17.075	-29,2

altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT - Volkszählungen 1981, 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002-2010, Todesursachenstatistik 1980-2010; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Abbildung 3.43:
Sterblichkeit der über 64-Jährigen nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich im Zeitverlauf 1980-2010



altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT - Volkszählungen 1981, 1991 und 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002-2010, Todesursachenstatistik 1980-2010; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Haupttodesursachen (auf ICD-10-Kapitelebene)

Rund drei Viertel der über 64-jährigen Bevölkerung sterben an bösartigen Neubildungen oder an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen führen bösartige Neubildungen häufiger zum Tod als Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber mit zunehmendem Alter nehmen Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Todes-

ursache überhand. Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Todesursache werden allerdings mit zunehmendem Alter schwerer interpretierbar, weil vielfach nicht mehr nach der Grunderkrankung (z. B. Diabetes) geforscht wird, sondern eine Herz-Kreislauf-Erkrankung dokumentiert wird.

Darüber hinaus führen zum Tod:

- » Krankheiten des Atmungssystems:
Anteile an den Gesamttodesfällen steigen mit zunehmendem Alter, bei Männern stärker als bei Frauen (je nach Alter und Geschlecht 5 bis 9 %);
- » Stoffwechselerkrankungen (primär Diabetes):
Anteile sinken mit zunehmendem Alter; bei Frauen etwas stärker als bei Männern (je nach Alter und Geschlecht 3 bis 7 %);
- » Krankheiten des Verdauungssystems:
Anteile sinken mit zunehmendem Alter (je nach Alter und Geschlecht 2 bis 6 %);
- » Verletzungen und Vergiftungen:
Anteile sinken mit zunehmendem Alter; bei Männern etwas stärker als bei Frauen (je nach Alter und Geschlecht 2 bis 5 %).

4 Gesundheitsrelevante Einflussfaktoren

Gesundheit und Krankheit werden von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Im Regenbogen-Modell nach Whitehead und Dahlgren (Dahlgren/Whitehead 1991) werden folgende Ebenen unterschieden:

- » Erbanlagen, Geschlecht und Alter als nicht beeinflussbare Faktoren;
- » individuelle Verhaltensweisen (wie Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung, Bewegung);
- » soziale und kommunale Netzwerke;
- » Lebens- und Arbeitsbedingungen (z. B. Einkommen) sowie
- » allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt (wie Arbeitsmarkt, Umweltbedingungen).

Eine gröbere Unterscheidung der Determinanten für Gesundheit wäre diejenige nach **Verhältnis- und Verhaltensdeterminanten**, die sich wechselseitig beeinflussen. Zu den Verhältnissen zählen die Lebens- und Arbeitsbedingungen (z. B. soziale Schicht, Bildung, Einkommen, Berufstätigkeit, Wohnverhältnisse) und der Zugang zu Einrichtungen und Diensten sowie gesellschaftliche Rahmenbedingungen (z. B. Lebensstandard oder Arbeitsmarkt). Das soziale Umfeld des oder der Einzelnen ist teilweise selbstbestimmt, teilweise aber auch durch die Verhältnisse geprägt (soziale und kommunale Netzwerke). Als Lebensstil werden jene Bereiche der Lebensführung bezeichnet, die individuell beeinflusst werden können; dazu zählen beispielsweise Ernährung, Bewegung und gesundheitliche Vorsorge.

Der Zusammenhang zwischen Einkommen und Bildung bzw. sozialem Status (Verhältnisse) einerseits und Gesundheit bzw. gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (Lebensstil) andererseits ist hinreichend belegt. Angehörige höchster sozialer Schichten leben drei (bei Männern) bis vier (bei Frauen) Jahre länger als Angehörige niedrigster sozialer Schichten (Mielck 2000). In den Niederlanden geht man bei der Lebenserwartung insgesamt sogar von einer Differenz von fünf Jahren und bei der Lebenserwartung in guter Gesundheit von zwölf Jahren aus (Whitehead 2007). Auch die Ergebnisse der österreichischen Gesundheitsbefragung zeigen, dass eine ungünstige sozioökonomische Situation mit ungünstigen Verhaltensweisen einhergeht (Klimont et al. 2008). Den individuellen Gestaltungsmöglichkeiten bei gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen sind also Grenzen gesetzt. Bei Präventionsmaßnahmen ist deshalb verstärkt auf eine Einflussnahme bei den Verhältnissen zu achten.

Eine eingehende Auseinandersetzung und Darstellung der gesundheitsrelevanten Verhältnisse, in denen ältere Menschen in Österreich leben, erfolgt in den einschlägigen Arbeiten des BMASK: Etwas länger zurück liegt der „Seniorenbericht 2001“ (des damaligen BMS), in dem u. a. Wohn- und Lebensformen, materielle Situation, Bildung und Freizeitverhalten dargestellt sind. Sehr umfassend gestaltet sich der Hochaltrigen-

bericht des (damaligen) BMSK aus dem Jahr 2009¹⁶. Er beschreibt u. a. Lebensformen und Wohnsituation, die ökonomische Situation inkl. Armutsgefährdung, Freizeitaktivitäten und soziale Beziehungen. Im aktuellen „Bundesplan für Seniorinnen und Senioren“ des BMASK werden diese Themen (ökonomische Situation, Bildung, Generationenbeziehungen, Pflege- und Betreuungsformen, Soziale Sicherheit, Gewalt) wiederum aufgegriffen.

Der vorliegende Bericht ist, wie eingangs dargestellt, eine Ergänzung zu den Arbeiten des BMASK und konzentriert sich neben der epidemiologischen Situation älterer Menschen in Österreich deshalb auf ausgewählte Verhaltensdeterminanten. Verhältnis-determinanten, auf deren essentielle Bedeutung für Gesundheit bereits hingewiesen wurde, sind in den genannten Arbeiten dargestellt und werden im Folgenden nur auszugsweise diskutiert.

4.1 Sozioökonomische Einflussfaktoren

Kernelement der gesundheitsbezogenen Verhältnis-determinanten ist die **sozioökonomische Situation**, oft dargestellt anhand der Indikatoren Einkommen, Schulbildung und – bei Menschen im Erwerbsalter – berufliche Stellung. Allerdings ist der Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Situation bzw. sozialer Lage und Gesundheit bei Menschen mittleren Alters wesentlich besser untersucht als bei älteren Menschen (Amann 2010).

Anhaltspunkte dafür, ob sich der Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Situation und Gesundheit im hohen Alter verändert, können aus der Berliner Altersstudie abgeleitet werden. Demnach ist die Mortalität **bei 70- bis 85-jährigen Männern** weitgehend unabhängig vom sozialen Status; bei den Hochaltrigen ist das Mortalitätsrisiko bei den sozioökonomisch Benachteiligten sogar geringer als bei den sozial besser Gestellten. Mögliche Erklärungen für diesen „mortality crossover“ werden

- » in einem nachlassenden Einfluss von arbeitsbezogenen Belastungen und Ressourcen sowie
- » in „Prozessen des selektiven Überlebens“ gesehen, da die vorzeitige Sterblichkeit v. a. Männer mit starken Gesundheitsrisiken betrifft (Langzeitarbeitslose, einfache Arbeiter, starke Raucher und Alkoholranke).
- » Hochbetagte, sozioökonomisch benachteiligte Männer bringen vermutlich außerdem in sozialer, psychosozialer und biologischer Hinsicht sehr gute gesundheitliche Voraussetzungen mit. (Lampert et al. 2008)

¹⁶ „Hochaltrigkeit in Österreich: Eine Bestandsaufnahme“

Bei **Frauen** blieben die sozioökonomischen Unterschiede in der Mortalität bis ins Hochbetagtenalter weitgehend stabil, doch es ist – wenngleich später (nach dem neunzigsten Lebensjahr) – auch beim weiblichen Geschlecht davon auszugehen, dass sich die Sterbeverhältnisse zwischen sozioökonomisch unterschiedlichen Gruppen aufgrund von Selektionsprozessen angleichen. (Lampert et al. 2008)

Sozioökonomische Situation¹⁷

Die Seniorinnen und Senioren in Österreich verfügen im Durchschnitt über niedrigere **Bildungsabschlüsse** als der Rest der Bevölkerung: 55 Prozent der über 65-jährigen Frauen und 27 Prozent der Männer in derselben Altersgruppe weisen als höchsten Schulabschluss eine Pflichtschule auf (Amann 2010).

Die durchschnittliche **Alterspension**, die allerdings nicht die gesamte Einkommenssituation abbildet, betrug im Jahr 2007 1.006 Euro und die durchschnittliche Invaliditätspension 808 Euro. Amann konstatiert ein relativ stabiles, ungleiches Verteilungsmuster u. a. insofern, als Frauen schlechter gestellt sind als Männer und höhere Altersgruppen eine schlechtere Position haben als jüngere. Ein Indikator für eine ungünstige ökonomische Situation ist der Anteil der Personen mit Ausgleichszulage¹⁸. Im Dezember 2007 erhielten rund 11 Prozent der Pensionsbezieher/innen in Österreich eine Ausgleichszulage, rund 69 Prozent davon waren Frauen. (Amann 2010)

Im Rahmen der europäischen Sozialberichterstattung wird **Armutsgefährdung** definiert mit 60 Prozent des Medians eines bedarfsgewichteten Pro-Kopf-Einkommens, das im Jahr 2010 in Österreich 1.031 Euro pro Monat für einen Einpersonenhaushalt betrug. Entsprechend dieser Berechnungsmethode waren 2010 12 Prozent der österreichischen Bevölkerung armutsgefährdet. Neben Alleinerzieherinnen tragen allein lebende Pensionistinnen das höchste Armutsrisiko: 26 Prozent der allein lebenden Pensionistinnen sind armutsgefährdet. (Statistik Austria 2011a)

17

Das folgende Kapitel gibt die Ergebnisse des Bundesplans für Seniorinnen und Senioren, Endbericht zu Alter und Zukunft sowie Ergebnisse der Statistik Austria wieder.

18

Eine Ausgleichszulage wird gewährt, wenn Pension plus Nettoeinkünfte unter einem bestimmten Richtsatz liegen.

Zusammenhänge von Bildung, Einkommen und Gesundheit in der über 64-jährigen Bevölkerung

Aus der österreichischen Gesundheitsbefragung wurden ausgewählte Indikatoren nach den Parametern Einkommen und Bildung für die über 64-jährige Bevölkerung analysiert. Hier wurde nicht mehr nach Altersgruppen und Geschlecht differenziert (Ausnahme: Rauchverhalten). Insgesamt zeigt sich, wie auch aus der Literatur bekannt, ein starker Zusammenhang zwischen Gesundheit und Bildung sowie Einkommen.

- » Besonders deutlich ist der Zusammenhang bei den beiden allgemeinen Variablen „allgemeiner Gesundheitszustand“ und „Lebensqualität“:
 - » 64 Prozent der Personen mit höchsten Bildungsabschlüssen beurteilen ihren **Gesundheitszustand** als sehr gut oder gut, hingegen nur 37 Prozent der Pflichtschulabsolventinnen/–absolventen;
 - » 74 Prozent der höheren Bildungsschichten beurteilen ihre **Lebensqualität** als sehr gut oder gut, aber nur 52 Prozent der niedrigsten Bildungsschichten.
- » Bei nahezu allen in Tabelle 4.1 dargestellten **chronischen Krankheiten** sinkt der Anteil der Betroffenen mit höherer Bildung, besonders stark ist der Zusammenhang bei Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus ausgeprägt.
- » Von Diabetes sowie chronischen Angstzuständen und Depressionen sind Angehörige der höchsten Bildungsschichten etwas stärker betroffen als Personen mit Lehre oder einer berufsbildenden mittleren Schule, doch auch bei diesen beiden Indikatoren stellt sich die Situation für die Pflichtschulabsolventen am ungünstigsten dar.
- » Der Anteil der **Raucher/innen** ist in den höheren Bildungsschichten der über 65-jährigen Männer geringer als in den niedrigeren, doch bei den Frauen ist es genau umgekehrt.
- » **Adipositas** kommt in den niedrigen Bildungsschichten fast doppelt so häufig vor wie in den höchsten.

Auch das Vorsorgeverhalten, hier dargestellt an der Inanspruchnahme von **Mammographie**, ist bei den niedrigen Bildungsschichten ungünstiger (vgl. Tabelle 4.1).

Da Bildung und Einkommen eng assoziiert sind, ergibt sich bei der Analyse der Gesundheitsindikatoren nach dem Einkommen (vier Einkommensquartile wurden gebildet) ein ähnliches Bild wie bei der Analyse nach der Bildung. Alle Parameter stellen sich für die unteren Einkommensschichten ungünstiger dar als für die obersten (vgl. Tabelle 4.2)

Tabelle 4.1:

Ausgewählte gesundheitsrelevante Indikatoren in Abhängigkeit von der Bildung der über 64-jährigen Bevölkerung in Österreich, 2006/07

Ausgewählte Indikatoren	Höchste abgeschlossene Bildung		
	Pflichtschule	Lehre und BMS (ohne Matura)	Matura und mehr
	Anteile in %		
Sehr guter oder guter Gesundheitszustand	37,2	54,4	64,4
Sehr gute oder gute Lebensqualität	51,5	68,9	73,6
Wirbelsäulenbeschwerden	50,0	52,0	48,2
Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus	46,3	38,6	29,4
Bluthochdruck	53,7	46,5	42,8
Chronische Angstzustände oder Depressionen	15,2	12,6	13,1
Diabetes	20,2	14,4	18,5
Chronische Bronchitis oder Emphysem	10,2	8,7	7,8
Tägliche Raucher	11,1	9,9	6,8
Tägliche Raucherinnen	2,5	5,5	7,3
Adipositas	19,0	14,9	10,5
Jemals Mammographie durchgeführt	69,3	83,2	83,9

Quelle: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle 4.2:

Ausgewählte gesundheitliche und gesundheitsrelevante Indikatoren in Abhängigkeit vom Einkommen der über 64-jährigen Bevölkerung in Österreich, 2006/07

Ausgewählte Indikatoren	Einkommen			
	unterstes Quartil	2. Quartil	3. Quartil	höchstes Quartil
	Anteile in %			
Sehr guter oder guter Gesundheitszustand	35,9	47,0	50,0	63,8
Sehr gute oder gute Lebensqualität	49,7	62,3	62,4	78,1
Wirbelsäulenbeschwerden	53,0	50,5	50,3	46,5
Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus	47,1	39,0	40,2	33,8
Bluthochdruck	54,0	47,9	47,5	47,6
Chronische Angstzustände oder Depressionen	18,2	12,6	13,3	10,5
Diabetes	19,3	18,1	18,7	13,3
Chronische Bronchitis oder Emphysem	11,3	8,3	9,9	7,5
Tägliche Raucher	10,3	7,6	14,3	8,0
Tägliche Raucherinnen	2,1	3,0	6,9	5,0
Adipositas	17,1	19,1	15,8	11,6
Jemals Mammographie durchgeführt	70,7	80,4	75,8	82,0

Quelle: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

4.2 Soziale Ressourcen und Netzwerke

Soziale Netzwerke sind eine bedeutende Gesundheitsressource, und insbesondere bei der älteren Generation haben soziale Interaktionen und Unterstützung einen positiven Einfluss auf die Gesundheit (Tesch-Römer/Wurm 2009).

Männliche Senioren sind größtenteils verheiratet (z. B. 50 % der Männer über 85 Jahre), ältere Frauen sind hingegen häufig verwitwet (vgl. Tabelle 4.3). Frauen steht somit aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung weniger Unterstützung oder Hilfeleistung durch den Ehepartner zur Verfügung als Männern.

Tabelle 4.3:
Familienstand der österreichischen Bevölkerung
nach Geschlecht und Altersgruppen 2001

Kategorien	Frauen			Männer		
	65-74	75-84	85+	65-74	75-84	85+
	Anteile in Prozent					
ledig	7,8	9,5	10,1	5,7	4,4	4,9
verheiratet	51,2	25,4	6,2	80,8	73,9	50,8
verwitwet	34,3	59,4	79,7	8,5	18,6	42,0
geschieden	6,7	5,7	4,0	5,0	3,1	2,3

Quelle: Statistik Austria, Volkszählung 2001;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Der Großteil der älteren Generation in Österreich ist zufrieden mit den **persönlichen Beziehungen**. Je nach Altersgruppe und Geschlecht sind rund 20 bis 30 Prozent mit den persönlichen Beziehungen sehr zufrieden und zwischen 50 und 60 Prozent zufrieden, Frauen etwas weniger als Männer. Frauen sind mit zunehmendem Alter etwas unzufriedener mit ihren persönlichen Beziehungen (vgl. Tabelle 4.4).

Tabelle 4.4:
Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen, 2006/07

Kategorien	Frauen		Männer	
	65-74	75+	65-74	75+
	In Prozent			
Sehr unzufrieden	0,7	1,7	0,5	1,3
Unzufrieden	1,8	4,1	2,2	1,2
Weder zufrieden noch unzufrieden	12,5	19,1	10,3	13,0
Zufrieden	57,6	56,5	58,6	51,8
Sehr zufrieden	27,4	18,7	28,5	32,8

Quelle: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Auch mit der **Unterstützung durch Freunde** sind die Seniorinnen und Senioren in Österreich zum Großteil zufrieden. Rund ein Viertel der Frauen und – je nach Alter – zwischen 14 und 18 Prozent der Männer sind sehr zufrieden, mehr als die Hälfte ist diesbezüglich zumindest zufrieden. Am wenigsten zufrieden mit der Unterstützung durch Freunde sind die über 74-jährigen Frauen.

Tabelle 4.5:
Zufriedenheit mit der Unterstützung durch Freunde, 2006/07

Kategorien	Frauen		Männer	
	65-74	75+	65-74	75+
	In Prozent			
Sehr unzufrieden	0,4	2,3	0,5	2,1
Unzufrieden	2,1	5,6	2,3	3,1
Weder zufrieden noch unzufrieden	13,5	21,6	18,3	24,2
Zufrieden	58,7	47,8	60,7	56,3
Sehr zufrieden	25,4	22,6	18,3	14,3

Quelle: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Die ältere Generation gibt viel **soziale Unterstützung** an die jüngere Generation weiter: Ein Drittel der 50- bis 59-jährigen hat im letzten Jahr jemandem außerhalb des eigenen Haushaltes Hilfeleistung/Unterstützung gegeben. Mit zunehmendem Alter nimmt die geleistete Unterstützung jedoch ab, und im Gegenzug nimmt die Inanspruchnahme von Hilfe zu. Nahezu die Hälfte der über 80-jährigen gibt an, im letzten Jahr Hilfe von außerhalb des eigenen Haushaltes erhalten zu haben (Buber et al. 2006).

Betreuung von älteren Menschen im Krankheitsfall oder bei längerer Pflegebedürftigkeit wird – bei Männern generell und bei Frauen im jüngeren Seniorenalter – in den meisten Fällen vom Ehepartner oder von der (Schwieger-)Tochter geleistet. Für Frauen im höheren Alter werden zunehmend soziale Dienste oder bezahlte Hilfe von Bedeutung (vgl. Punkt 3.2.3). Wenn sie langfristig den Partner betreuen, verlieren Frauen oft schon vor dessen Tod die sozialen Netze (Pochobradsky et al. 2005).

Die meisten Kinder von älteren Personen leben innerhalb einer Distanz vom Elternhaus, die regelmäßige Kontakte und Betreuung ermöglicht: Rund 20 Prozent der über 60-Jährigen geben an, im selben Haushalt oder in demselben Gebäude wie eines oder mehrere ihrer Kinder zu leben, bei der Hälfte wohnen die Kinder näher als 25 Kilometer (Buber et al. 2006).

Zu den häufigsten sozialen Aktivitäten der älteren Bevölkerung zählen die Teilnahme an religiösen Organisationen oder Veranstaltungen und die Unterstützung von Familie, Freunden und Nachbarn (häufiger Frauen), gefolgt von Sport, Sportklubs oder anderen Klubs (häufiger Männer). Mit zunehmendem Alter nimmt die Teilnahme an sozialen Aktivitäten bei beiden Geschlechtern ab. (Buber et al. 2006)

4.3 Gesundheitsrelevantes Verhalten

Ein gesunder **Lebensstil**, wie regelmäßige Bewegung oder eine ausgewogene Ernährung, ist in allen Lebensphasen von essentieller Bedeutung für die Gesundheit – dies gilt auch für das fortgeschrittene Lebensalter. Körperliche Aktivität und ausgewogene Ernährung sind für ältere Menschen ebenso zentral wie für jüngere Menschen. Demzufolge sind Übergewicht und Adipositas bedeutende Risikofaktoren auch für Seniorinnen und Senioren. Die Bedeutung anderer Lebensstilfaktoren verändert sich jedoch mit zunehmendem Alter: Im höheren Alter erhält der Bereich Ernährung den zusätzlichen Aspekt der Mangelernährung. Der Risikofaktor „Rauchen“ ist im hohen Lebensalter weniger verbreitet, wenngleich die Langzeitfolgen in der Regel auch im höheren Alter gesundheitsbeeinträchtigend wirken. Ebenso kommt problematischer Alkoholkonsum mit zunehmendem Alter seltener vor. Eine wichtige Komponente des gesundheitsrelevanten Verhaltens bei älteren Menschen ist hingegen die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen (wie Gesundheitsvorsorge, Kontrolluntersuchungen bei bestehenden Krankheiten, Compliance, Rehabilitation).

Wichtige Datenquellen für gesundheitsrelevantes Verhalten sind die österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) und der SHARE-Datensatz.

4.3.1 Bewegung

Körperliche Aktivität bzw. Bewegung beeinflusst in allen Altersgruppen die Gesundheit positiv, wobei bei älteren Menschen von intensiver körperlicher Beanspruchung abgeraten wird (Dorner/Rieder 2008). Im höheren Alter wird mangelnde körperliche Aktivität als größerer Risikofaktor gesehen als Rauchen und Übergewicht (Tesch-Römer/Wurm 2009). Regelmäßige körperliche Bewegung bei älteren Personen ist auch eine wichtige Komponente für Sturzprävention.

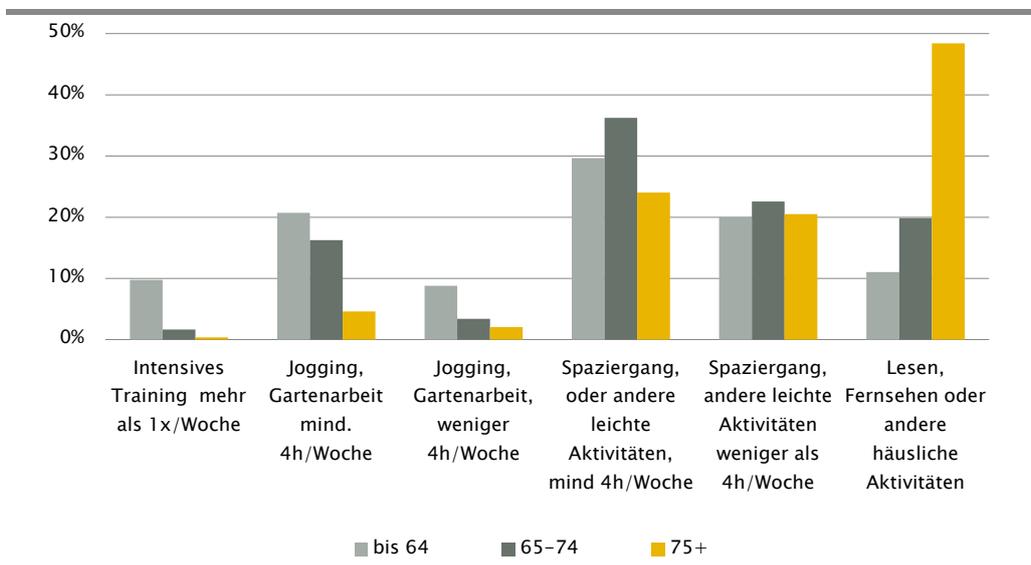
Im Rahmen einer **Eurobarometer-Befragung** zum Bewegungsverhalten aus dem Jahr 2009 zeigte sich Folgendes in Bezug auf altersbedingte Veränderungen im Bewegungsverhalten:

- » Die Häufigkeit sportlicher Aktivitäten nimmt mit zunehmendem Alter ab.
- » Auch die sonstige körperliche Betätigung nimmt mit zunehmendem Alter ab. Doch diejenigen, die sich schon in jüngeren Jahren **regelmäßig** körperlich betätigten, tun dies auch im Seniorenalter.
- » Je älter die Befragten, desto häufiger bevorzugen sie sportliche oder körperliche Aktivitäten im Freien.
- » Gesundheitliche Erwägungen spielen mit zunehmendem Alter eine immer größere Rolle. (TNS Opinion & Social 2010)

Auch die Ergebnisse der **österreichischen Gesundheitsbefragung** bestätigen diese europaweite Analyse. Mit **zunehmendem Alter** nehmen die körperlichen Aktivitäten bei Männern und Frauen ab. Intensives Training und Jogging werden ersetzt durch Spaziergänge, Radfahren oder andere leichte körperliche Tätigkeiten (vgl. Abbildung 4.1). Leichte körperliche Tätigkeiten (mindestens 4 Stunden pro Woche) beschreiben laut Eigenangaben am besten die körperlichen Aktivitäten der 65- bis 74-Jährigen (36 %). Über 74-Jährige hingegen zählen vorrangig Fernsehen, Lesen oder andere häusliche Aktivitäten zu ihren wichtigsten körperlichen Aktivitäten, Frauen wesentlich häufiger als Männer. **Männer** über 74 Jahren sind **häufiger** körperlich aktiv als Frauen.

Mindestens einmal pro Woche kommen 39 Prozent der jüngeren Senioren und 14 Prozent der älteren Senioren aufgrund von körperlicher Betätigung ins Schwitzen; Männer in beiden Gruppen häufiger als Frauen. Im Durchschnitt schwitzen die 65- bis 74-Jährigen an 1,3 Tagen pro Woche und die über 74-Jährigen nur einen halben Tag in der Woche.

Abbildung 4.1:
Körperliche Aktivitäten nach Altersgruppen in Österreich, 2006/07



Quellen: ST.AT - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

4.3.2 Ernährung

Ernährung zählt zu den wichtigsten gesundheitlichen Einflussfaktoren. Ein ungesunder Ernährungsstil und zu wenig körperliche Betätigung sind assoziiert mit zahlreichen Erkrankungen wie Übergewicht, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Diabetes mellitus. Bei älteren Menschen kommt zu dem in der Gesamtbevölkerung weit verbreiteten Problem des Übergewichts die Gefahr der Mangelernährung hinzu.

Das Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien erhob von April 2007 bis März 2008 in einer Stichprobe von 816 über 55-jährigen Männern und Frauen in Österreich die Ernährungsgewohnheiten mit den Zielen, die Energie- und Nährstoffversorgung sowie diesbezügliche Trends zu ermitteln und einen Vergleich zwischen Frauen und Männern in Pensionistenwohnheimen und in Privathaushalten zu ziehen.

Als Richtwerte für die notwendige Energiezufuhr (abhängig vom Alter der Personen und vom Aktivitätslevel) wurden die D-A-CH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr herangezogen (Elmadfa et al. 2009). Es zeigte sich, dass zwei Drittel der über 55-jährigen die empfohlene Menge an Energie durch Nahrungsmittel erreichten, aber ein Drittel unter den empfohlenen Richtwerten blieb. Die Energiezufuhr lag also insgesamt unterhalb der wünschenswerten Mengen, aber es bestand trotzdem ein Trend zu

Übergewicht. Dies lässt vermuten, dass sich die Menschen ungünstig ernähren **und** zu wenig bewegen. Gleichzeitig war mit zunehmendem Alter ein Trend zu Untergewicht zu beobachten.

Die Nahrungsaufnahme war durch eine zu hohe Fettzufuhr, einen zu hohen Konsum an Kochsalz und Zucker (u. a. zu viel Wurstwaren, Käse und Mehlspeisen) und eine zu niedrige Kohlenhydrat- bzw. Ballaststoffzufuhr gekennzeichnet. Die Versorgung mit Vitamin D (wichtig für Osteoporoseprävention), Folsäure, Kalzium und Magnesium sowie Vitamin A (bei Männern) war unzureichend. Als Risikogruppen innerhalb der untersuchten Bevölkerungsgruppe wurden Männer in Pensionistenwohnheimen identifiziert. In der Steiermark und in Kärnten stellte sich die Nährstoffzufuhr besonders ungünstig dar. (Elmadfa et al. 2009)

Bei der **österreichischen Gesundheitsbefragung** wird „Mischkonsum mit wenig Fleisch“ als die wichtigste **Ernährungsform** der Österreicher/innen angegeben. Männer konsumieren häufiger viel Fleisch als Frauen, bei beiden Geschlechtern nimmt der Fleischanteil mit zunehmendem Alter ab. Es ist jedoch zu bedenken, dass die Ernährungsgewohnheiten unterschiedlich interpretiert werden können und bei der Befragung keine Definitionen für viel oder wenig Fleisch vorgegeben wurden.

Tabelle 4.6:
Ernährungsgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung
nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006/07

Kategorien	Frauen		Männer	
	65-74	75+	65-74	75+
	Anteile in Prozent			
Mischkost mit viel Obst und Gemüse	27,1	28,6	20,9	21,2
Mischkost mit viel Fleisch	11,4	8,5	23,6	16,8
Mischkost mit wenig Fleisch	59,7	61,1	55,2	61,4
Vegetarisch, aber mit Milchprodukten und/oder Eiern	0,4	0,6	0,3	0,0
Vegetarisch, aber mit Fisch und/oder Milchprodukten	1,3	1,1	0,0	0,6
Vegetarisch und keine tierischen Produkte	0,1	0,1	0,1	0,1

Quellen: ST.AT - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Mangelernährung

Mit zunehmendem Alter steigt die Gefahr von Mangelernährung, besonders hoch ist das Risiko beim Einsetzen von schweren Erkrankungen (Böhmer/Frühwald 2008). Mangelernährung im hohen Alter entsteht unter anderem dadurch, dass aufgrund des niedrigeren Energiebedarfs weniger Nahrung aufgenommen wird, der Nährstoffbedarf jedoch gleich hoch bleibt. Dadurch kann leicht eine Unterversorgung mit den wichtigen Nährstoffen auftreten (Dorner/Rieder 2008).

Der österreichische Ernährungsbericht 2009 konstatiert, wie oben erwähnt, eine unzureichende Versorgung mit Vitamin D, Folsäure, Kalzium und Magnesium, bei Männern außerdem mit Vitamin A. Eine Erhebung bei 245 Heimbewohnern in Wien (mit einem durchschnittlichen Alter von 86 Jahren und primär in Pflegestufen 3 bis 5) ergab ein sehr ungünstiges Bild: Gemessen mittels Mini Nutritional Assessment (MNA) zeigte sich, dass nur bei 14 Prozent der Ernährungszustand zufriedenstellend war, 48 Prozent befanden sich im Risikobereich für Mangelernährung, und 38 Prozent hatten einen schlechten Ernährungszustand bzw. eine bestehende Mangelernährung. Häufigste Risikofaktoren für Mangelernährung waren in dieser Population hoher Konsum an Medikamenten, Schwierigkeiten beim Schneiden von Lebensmitteln, Depression, Immobilität und geistige Beeinträchtigungen. (Elmadfa et al. 2009)

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine Querschnittstudie (ebenfalls gemessen am MNA) unter 267 Heimbewohnerinnen/-bewohnern in Tirol. Es zeigte sich, dass rund 31 Prozent der Pflegeheimbewohner einen normalen Ernährungszustand aufweisen, bei der Hälfte wurde das Risiko einer Unterernährung und bei 19 Prozent ein schlechter Ernährungszustand festgestellt. Mobile Seniorinnen und Senioren zu Hause weisen ein niedrigeres Risiko für Mangelernährung auf (19,2%), dies ist größtenteils auf die niedrigere Pflegebedürftigkeit bei dieser Gruppe zurückzuführen. (Hackl 2006)

Beiden Untersuchungen zufolge besteht bei ca. der Hälfte aller Heimbewohner/innen die Gefahr einer Mangelernährung.

Übergewicht und Adipositas

Der Zusammenhang zwischen Übergewicht und Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko ist bei älteren bzw. hochbetagten Menschen nicht so eindeutig wie bei jüngeren Personen. Übergewicht führt bei über 65-Jährigen nicht zu einer Erhöhung des Mortalitätsrisikos, Adipositas jedoch schon (dies jedoch in einem geringeren Ausmaß als in jüngeren Altersgruppen) (Dorner/Rieder 2008).

Für die Gesamtbevölkerung gilt gemeinhin ein Body-Mass-Index (BMI)¹⁹ von über 25 als übergewichtig und ein Wert von 30 oder mehr als adipös (WHO 2008). Doch es gibt Ansätze, dass mit zunehmendem Lebensalter ein höherer BMI normal ist. Laut European Society of Parenteral and Enteral Nutrition „ESPEN“ (2000) sind über 65-Jährige mit einem BMI von 27 bis 29,9 übergewichtig und ab 30 adipös. Eine andere Grenzziehung besagt, dass ein BMI bis 30 bei über 65-Jährigen im Normalbereich ist und erst ab 30 Übergewicht beginnt (Fasching 2009). Offizielle Empfehlungen von Fachgesell-

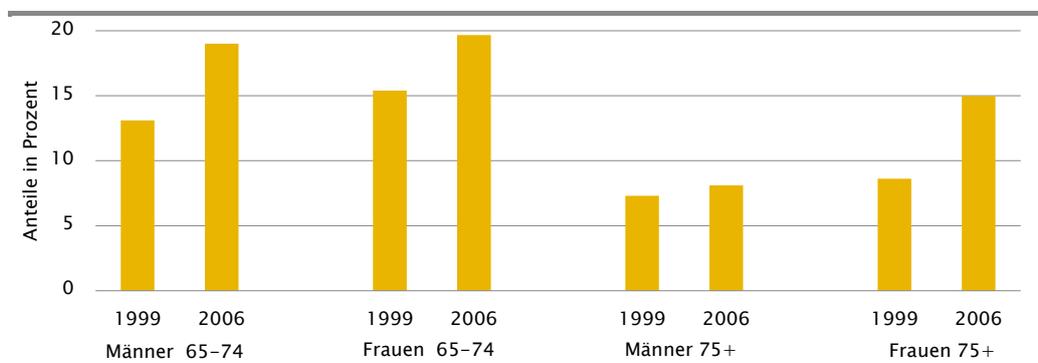
19

Verhältnis von Körpergewicht zu quadrierter Körpergröße (kg/m²)

schaften oder von der WHO weisen keine altersangepassten BMI-Werte aus. Der BMI allein ist jedoch ohnehin nur ein pragmatisches Maß zur Erfassung des übergewichtsbedingten Erkrankungsrisikos. Relevanter wäre das Taille-Hüft-Verhältnis, wofür keine Daten zur Verfügung stehen. Im Folgenden wird der BMI von 30 und mehr dargestellt, das ist je nach Definition Übergewicht oder Adipositas.

Laut **österreichischer Gesundheitsbefragung** haben knapp 20 Prozent der 65- bis 74-jährigen Männer und Frauen einen BMI von 30 oder mehr. Bei den Hochaltrigen ist Übergewicht/Adipositas bei Frauen (15 %) weiter verbreitet als bei Männern (8 %). Im Zeitraum 1999 bis 2006/07 hat sich der Anteil der Übergewichtigen/Adipösen deutlich erhöht (vgl. Abbildung 4.2).

Abbildung 4.2:
BMI 30 oder mehr nach Geschlecht und Altersgruppen 1999 und 2006/07

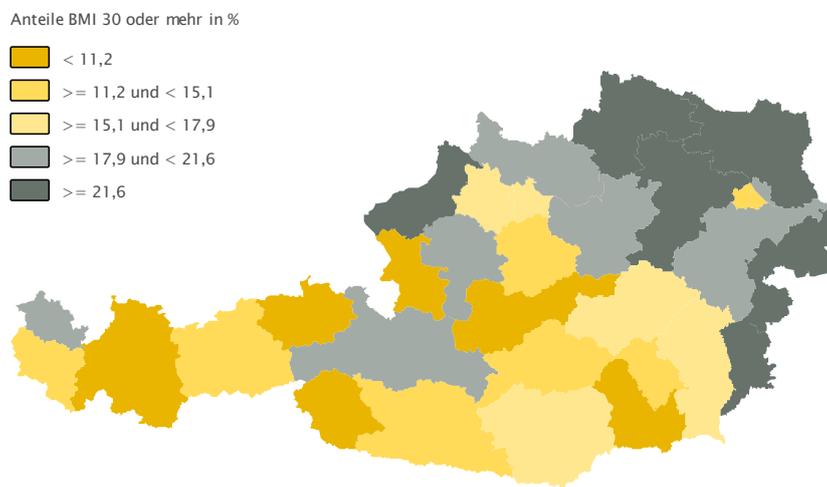


Quellen: ST.AT – Mikrozensus 1999, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Die **regionale Verteilung** zeigt, dass Übergewicht/Adipositas in der über 64-jährigen Bevölkerung im Osten Österreichs (teilweise mehr als 20 % adipös) ein noch größeres Problem darstellt als im Westen (vgl. Abbildung 4.3).

Abbildung 4.3:

Anteil der über 64-Jährigen mit BMI ≥ 30 nach Versorgungsregionen 2006/07



Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

4.3.3 Mund- und Zahngesundheit

Die Koordinationsstelle Zahnstatus in der Gesundheit Österreich (GÖG/ÖBIG) erhob bei 300 65- bis 74-Jährigen in Österreich zuletzt im Jahr 2010 mittels eines Fragebogens u. a. Mundgesundheit, Mundhygieneverhalten, Zahnärztinanspruchnahme und Gebiss-Status. Dieser Erhebung zufolge nimmt Mundgesundheit bei älteren Menschen einen hohen Stellenwert ein, für 73 Prozent ist Mundgesundheit „sehr wichtig“, für ein Viertel ist sie „wichtig“. Dementsprechend gut ist das Hygieneverhalten: 97 Prozent der befragten Seniorinnen und Senioren putzen täglich ihre Zähne. Fast drei Viertel der Befragten gaben an, innerhalb des letzten Jahres in einer Zahnarztpraxis gewesen zu sein. (Bodenwinkler/Sax 2011)

7 Prozent der 65- bis 74-jährigen Männer und 11 Prozent der gleichaltrigen Frauen verfügen über ein komplett funktionsfähiges natürliches (eigenes) Gebiss. Am anderen Ende der Skala stehen 16 Prozent der Befragten, die gar keine eigenen Zähne mehr haben (aber durchwegs mit Totalprothesen versorgt sind). Diese Rate konnte zwar innerhalb von fünf Jahren deutlich reduziert werden, denn 2005 waren noch 23 Prozent völlig zahnlos, aber das WHO-Ziel von maximal 10 Prozent ist noch nicht erreicht. (Bodenwinkler/Sax 2011)

Laut **österreichischer Gesundheitsbefragung** 2006/07 waren rund die Hälfte der 65- bis 74-Jährigen (das sind deutlich weniger als in der Zahnstaturhebung 2010 angegeben) und nahezu ein Drittel der über 74-Jährigen im letzten Jahr beim Zahnarzt. 87 Prozent der Menschen zwischen 65 und 74 Jahren gaben an, ohne Probleme in feste Nahrung beißen und diese kauen zu können. Bei Menschen über 74 Jahren sinkt dieser Anteil auf unter 70 Prozent. Es zeigen sich keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Expertinnen und Experten aus dem Beirat für Altersmedizin schätzen die diesbezügliche Situation in Langzeiteinrichtungen deutlich schlechter ein, doch dafür stehen keine Daten zur Verfügung.

4.3.4 Rauchen

Rauchen führt erwiesenermaßen zu erhöhter Mortalität und Morbidität in allen Altersgruppen. Ein Rauchverzicht führt auch bei älteren Personen zu einer Erhöhung der Lebenserwartung (Dorner/Rieder 2008).

Der Anteil der Raucher/innen nimmt mit **zunehmendem Alter ab** (vgl. Tabelle 4.7). Dies ist einerseits auf den Rauchverzicht aufgrund von (unter anderem raucherassoziierten) Erkrankungen im Alter zurückzuführen, andererseits haben schon in jüngeren Jahren Selektionsprozesse stattgefunden (erhöhte Sterblichkeit von Raucherinnen und Rauchern) (Saß et al. 2009).

Laut **österreichischer Gesundheitsbefragung** ist der Anteil der täglichen Raucher/innen in der älteren Bevölkerung gering: 8 Prozent der 65- bis 74-Jährigen und 3 Prozent der über 74-Jährigen sind tägliche Raucher/innen. Der Anteil der Ex-Raucher/innen ist in diesen Altersgruppen bereits sehr hoch. Männer hören im Durchschnitt mit 45 Jahren auf zu rauchen, doch auch noch später gelingt der Ausstieg. Unter den 60-jährigen Männern gibt es 40 Prozent Ex-Raucher. Unter den Seniorinnen ist der Anteil derer, die nie geraucht haben, vergleichsweise hoch: 90 Prozent der über 75-jährigen Frauen haben nie geraucht. Da der **Anteil der Raucherinnen** zwischen 1999 und 2006 **gestiegen** ist, ist in Zukunft auch mit einem höheren Anteil an Raucherinnen bzw. Ex-Raucherinnen bei den Seniorinnen zu rechnen. (Statistik Austria 2007)

Der Trend sinkender Raucherzahlen mit zunehmendem Alter zeigt sich auch in der SHARE-Befragung (Buber et al. 2006).

Tabelle 4.7:

Raucherstatus nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich, 2006/07

Kategorien	Frauen		Männer	
	65-74	75+	65-74	75+
Anteile in Prozent				
Raucher (täglich)	5,8	2,2	11,9	6,3
Ex-Raucher (früher täglich)	12,9	7,9	37,4	50,1
Personen, die nie oder nie täglich geraucht haben	81,3	89,9	50,7	43,6

Quellen: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

4.3.5 Alkohol

Alkoholkonsum beeinflusst die Gesundheit in allen Altersgruppen, und auch bei Senioren wirkt sich Reduktion des Alkoholkonsums bzw. Abstinenz positiv auf die Gesundheit aus (Schüz/Wurm 2009). Die Erfassung des Alkoholkonsums mit Hilfe von Bevölkerungsbefragungen ist schwierig, da häufig aufgrund von „sozialer Erwünschtheit“ und „Erinnerungsfehlern“ der Anteil des problematischen Alkoholkonsums in der Bevölkerung unterschätzt wird (Uhl et al. 2005).

Der **österreichischen Gesundheitsbefragung** zufolge weisen 5,2 Prozent der Männer und 0,3 Prozent der Frauen zwischen 65 und 84 Jahren laut EUROHIS-Definition²⁰ einen problematischen Alkoholkonsum auf (Kerschbaum 2009). Mit zunehmendem Alter nimmt der problematische Alkoholkonsum ab (in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen sind noch 7,4 Prozent der Männer und 1,7 Prozent der Frauen von problematischem Alkoholkonsum betroffen). Gleichzeitig wird bei den über 60-Jährigen ein Anstieg der durchschnittlichen Tage, an denen Alkohol konsumiert wird, festgestellt (Statistik Austria 2007). In allen Altersgruppen trinken **Frauen weniger Alkohol** als Männer. Auch die SHARE-Befragung zeigt einen Trend zu abnehmendem Alkoholkonsum mit dem Alter und einen signifikant niedrigeren Konsum bei Frauen (Buber et al. 2006).

²⁰

Definitionsgemäß liegt problematischer Alkoholkonsum vor, wenn zwei oder mehr der folgenden Fragen mit „ja“ beantwortet werden: Haben Sie einmal das Gefühl gehabt, Sie sollten den Alkoholkonsum verringern? Hat jemand Sie einmal durch Kritisieren Ihres Alkoholkonsums ärgerlich gemacht? Haben Sie sich einmal schlecht oder schuldig gefühlt wegen Ihres Alkoholkonsums? Haben Sie einmal morgens als Erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden?

4.3.6 Arzneimittelgebrauch

Über 80 Prozent der 65- bis 74-Jährigen und über 90 Prozent der über 74-Jährigen gaben in der **österreichischen Gesundheitsbefragung** an, innerhalb der letzten zwei Wochen ärztlich **verschriebene Medikamente** eingenommen zu haben. Am häufigsten werden von den Seniorinnen und Senioren Medikamente gegen Bluthochdruck eingenommen, gefolgt von Medikamenten gegen Schmerzen. 65- bis 74-Jährige nahmen durchschnittlich 2,8 verschriebene Medikamente (ohne orale Kontrazeption und hormonelle Behandlung) innerhalb der letzten zwei Wochen ein, über 74-Jährige 3,3. Frauen nehmen tendenziell mehr Medikamente ein als Männer.

Rund 23 Prozent der über 65-Jährigen gaben an, **rezeptfreie Medikamente** einzunehmen, Frauen häufiger als Männer. Am häufigsten nehmen ältere Menschen (insbesondere Frauen) Vitamine oder Mineralstoffe ein, gefolgt von Schmerz- und Kopfschmerzmitteln.

Bei **Polypharmazie** handelt es sich um die gleichzeitige Einnahme mehrerer Medikamente, eine einheitliche Begriffsdefinition existiert jedoch nicht.²¹ Insbesondere ältere Menschen sind aufgrund ihrer Multimorbidität häufig von Polypharmazie und den damit einhergehenden Risiken betroffen (z. B. verringerte Compliance, unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen, Arzneimittelinteraktionen, Medikationsfehler) (Böhmer/Frühwald 2008). Die gleichzeitige Einnahme mehrerer verschriebener Medikamente nimmt laut österreichischer Gesundheitsbefragung mit dem Alter zu: 13 Prozent der 65- bis 74-jährigen Männer und 19 Prozent der gleichaltrigen Frauen, die von ihrem Arzt Medikamente verschrieben bekommen haben, nehmen fünf oder mehr Medikamente ein. Bei den über 74-Jährigen nehmen 19 Prozent der Männer und 26 Prozent der Frauen fünf oder mehr Medikamente gleichzeitig.

Eine Untersuchung der **Heilmittelabrechnungsdaten** des Jahres 2006 ergab, dass 30 Prozent der über 60-Jährigen ein bis vier Wirkstoffe, 26 Prozent fünf bis acht, 17 Prozent neun bis zwölf und 19 Prozent 13 Wirkstoffe oder mehr verordnet wurden. Mit zunehmendem Alter nimmt die Anzahl der verordneten Wirkstoffe zu: 13 Prozent der 61- bis 70-Jährigen, aber 29 Prozent der über 90-Jährigen wurden mehr als 13 Wirkstoffe verordnet. Am häufigsten verordnet werden Menschen über 60 Jahre Pantoprazol (ein Magenschutz), Amlodipin (zur Senkung des Blutdrucks) und Simvastatin (Cholesterinsenkung) (N. N. 2008).

21

An der Gesundheit Österreich ist derzeit eine Publikation zu „Wirksamkeit von Maßnahmen zur Reduktion der Polypharmazie“ in Vorbereitung.

4.3.7 Vorsorge und Impfungen

Vorsorgeuntersuchungen

Die **allgemeine Vorsorgeuntersuchung** kann von allen Personen über 18 Jahre einmal im Jahr beansprucht werden und umfasst ein umfangreiches Untersuchungsprogramm²². Durch die Untersuchungen und das ärztliche Beratungsgespräch sollen Risiken erkannt, ihnen vorgebeugt bzw. Krankheiten im Frühstadium diagnostiziert werden. Ab 65 Jahren dient die allgemeine Vorsorgeuntersuchung auch der Früherkennung von Hörminderung/Hörverlust und Sehschwäche (Dorner/Rieder 2008). Laut Hauptverband der Sozialversicherungsträger steigt die Inanspruchnahme der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen bis zum Alter von 60 bis 64 Jahren an (16,2 %) und sinkt dann mit zunehmendem Alter wieder ab (65 bis 69 Jahre: 14,4 %; 70 bis 74 Jahre: 14,8 %, älter als 75: 10,4 %). In den meisten Altersgruppen lassen sich keine starken Unterschiede zwischen Männern und Frauen feststellen, mit zunehmendem Alter nehmen Männer nahezu gleich häufig allgemeine Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch wie Frauen; diese Aufhebung des Geschlechtsunterschieds im Alter zeigt sich auch in Deutschland (Saß et al. 2009). Insgesamt ist in den letzten Jahren die Inanspruchnahme der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen angestiegen.

Screeningmaßnahmen wie z. B. Mammographien oder Darmspiegelungen (Koloskopien) werden für unterschiedliche Altersgruppen empfohlen. Festzuhalten ist, dass einige der dargestellten Screeningmaßnahmen (insbesondere für einzelne Altersgruppen) umstritten sind (Advisory committee on cancer prevention 1999; Püringer et al. 2005). Eine **Mammographie** (Brustkrebsfrühuntersuchung) innerhalb der letzten drei Jahre wurde laut Gesundheitsbefragung am häufigsten von Frauen zwischen 65 und 74 Jahren (69 %) in Anspruch genommen (über 75 Jahre 36 %). Einen **PAP-Abstrich** (zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs) haben ebenfalls häufiger Frauen zwischen 65 und 74 Jahren (32 %) in den letzten zwölf Monaten durchführen lassen als Frauen über 75 (14 %). Demgegenüber ließen mehr als die Hälfte der Frauen in jüngeren Altersgruppen in den letzten zwölf Monaten einen PAP-Abstrich durchführen.

Einen **PSA-Test** (ein Marker zu Prostatakarzinomen) haben 64 Prozent der 65- bis 74-Jährigen in den letzten drei Jahren durchführen lassen (56 % der über 75-Jährigen), davon 45 Prozent innerhalb der letzten zwölf Monate. Von jüngeren Männern (unter 65 Jahren) werden wesentlich seltener PSA-Tests durchgeführt. Es gilt jedoch zu

22

https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Vorsorgeuntersuchung_Neu_LN.html
(19. 9. 2011)

bedenken, dass die Eignung von PSA-Tests zur Früherkennung von Prostatakrebs nach wie vor umstritten ist (Krebsinformation.de; 30. 11. 2011)

Koloskopien (Darmspiegelungen) wurden von 60 Prozent der Senioren noch nie in Anspruch genommen. Eine Darmspiegelung in den letzten drei Jahren haben mehr jüngere Senioren (29 %) durchführen lassen als ältere (23 %). Es zeigen sich bei beiden Altersgruppen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Das Einkommen scheint in der Gesamtbevölkerung mit der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen assoziiert zu sein: Je höher das Einkommen, desto häufiger nehmen Frauen wie Männer gleichermaßen Vorsorgeuntersuchungen (Gesundenuntersuchung, PSA-Test, Krebsabstrich, Mammographie, nicht jedoch Darmspiegelung) in Anspruch. (Statistik Austria 2008)

Impfungen

Impfungen sind für ältere Menschen besonders wichtig, da der Krankheitsverlauf, z. B. bei Influenza, bei älteren Personen häufiger mit Komplikationen verbunden ist. Mit zunehmendem Alter nehmen Ausmaß und Dauer des Impfschutzes ab. (Sanitätsrat 2010)

Eine jährliche Impfung gegen Influenza (Grippe) wird insbesondere Kleinkindern, gesundheitlich gefährdeten Personen und Personen über 50 Jahren empfohlen (Sanitätsrat 2010). 33 Prozent der 65- bis 74-Jährigen und 40 Prozent der über 75-Jährigen weisen laut Selbstangaben einen aktiven Influenza-Impfschutz auf.

Diphtherie- und Tetanus-Impfungen werden ab dem 65. Lebensjahr alle fünf Jahre empfohlen, FSME-Schutzimpfungen alle drei Jahre und Pneumokokken-Impfungen einmal ab dem 65. Lebensjahr (Sanitätsrat 2010). Trotzdem gibt ein Großteil (65 % der 65- bis 74-Jährigen und 77 % der über 75-Jährigen) an, keinen Diphtherie-Impfschutz zu haben. Tetanus-Schutzimpfungen weisen laut Eigenauskunft 57 Prozent der jüngeren und 41 Prozent der älteren Senioren auf. Einen aktiven Pneumokokken-Schutz weisen lediglich 13 Prozent der Senioren auf. Ein wesentlich höherer Impfschutz zeigt sich bei FSME (67 % bzw. 50 %). Bei allen diesen Impfungen geben Männer und die jüngere Generation (unter 65 Jahre) einen höheren Impfschutz an.

5 Versorgungsangebote und Inanspruchnahme

In den bereits erwähnten Berichten des BMASK (Seniorenbericht 2001, Hochaltrigenbericht 2009, „Bundesplan für Seniorinnen und Senioren“ 2012) werden auch Versorgungsthemen, speziell zu Pflege, Palliativ Care und Hospizarbeit, sowie Sonderthemen wie Gewalt und Kriminalität oder hochbetagte Menschen mit Behinderungen umfassend dargestellt. Auf eine eingehende Befassung mit diesen Themen wird deshalb im vorliegenden Bericht verzichtet.

5.1 Ambulanter Bereich

5.1.1 Angebot

Im Jahr 2008 standen der österreichischen Bevölkerung rund 14.100 ärztliche Vollzeit-äquivalente (ÄVZÄ) im gesamten ambulanten Versorgungsbereich zur Verfügung, mit folgender Verteilung auf die drei ambulanten Versorgungsstrukturen:

- » rund 72 % niedergelassene Ärztinnen/Ärzte,
- » rund 23 % in Spitalsambulanzen,
- » rund 5 % in Kassenambulatorien und Instituten.

Den Großteil dieses ambulanten Versorgungsangebots machten Ärztinnen/Ärzte der Allgemeinmedizin (rund 30 %) aus, ein Fünftel waren der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zuzurechnen. Gemessen an allen Fachrichtungen insgesamt, ist die Versorgungsdichte in Wien am höchsten (wobei in Wien auch die Bevölkerung aus den umliegenden niederösterreichischen Bezirken mitversorgt wird), gefolgt von Tirol, Steiermark und Kärnten. Am niedrigsten ist die Versorgungsdichte in Vorarlberg (vgl. Tabelle 5.1).

Die wichtigste Versorgungsfunktion für über 64-Jährige übernehmen Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin (vgl. Abschnitt 5.1.2). Diesbezüglich ist die Bevölkerung im Burgenland und in der Steiermark am besten versorgt: 6,1 bzw. 5,7 ÄVZÄ pro 10.000 EW stehen hier zur Verfügung. In Wien gibt es eine vergleichsweise geringe Versorgungsdichte mit niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen (4,3 ÄVZÄ pro 10.000 EW), aber eine sehr hohe Versorgungsdichte im fachärztlichen Bereich, etwa in der Inneren Medizin (vgl. Tabelle 5.1). Die bundesländerweisen Unterschiede in der Versorgungsdichte sind in den Fachrichtungen Neurologie, Orthopädie, Pulmologie und Unfallchirurgie besonders groß.

Tabelle 5.1:

Versorgungsdichte im ambulanten Bereich für ausgewählte Fachrichtungen nach österreichischen Bundesländern 2008

Fachrichtung	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
	ärztliche Vollzeitäquivalente (ÄVZÄ) im ambulanten Bereich pro 10.000 EW									
Allgemeinmedizin	6,08	4,84	5,21	5,20	4,84	5,73	5,08	4,95	4,27	5,05
Augenheilkunde	0,49	0,62	0,57	0,57	0,76	0,62	0,50	0,41	0,82	0,63
Gynäkologie und Geburtshilfe	0,78	1,04	0,76	0,83	0,74	0,89	0,94	0,86	1,13	0,90
Innere Medizin	0,94	1,37	0,92	0,80	1,12	1,55	1,28	0,96	2,29	1,34
Neurologie	0,32	0,33	0,15	0,23	0,34	0,37	0,41	0,26	0,50	0,32
Orthopädie	0,43	0,30	0,41	0,37	0,41	0,35	0,25	0,26	0,76	0,44
Psychiatrie	0,23	0,29	0,22	0,23	0,40	0,25	0,44	0,43	0,49	0,32
Unfallchirurgie	0,55	0,89	0,48	0,73	0,80	0,22	0,72	0,22	0,48	0,54
Urologie	0,31	0,24	0,28	0,27	0,28	0,27	0,30	0,19	0,41	0,30
Zahn-, Mund-, Kieferheilkunde	3,36	3,65	3,26	3,79	3,37	3,57	4,03	3,66	3,84	3,63
Alle Fachrichtungen	15,42	16,15	14,29	14,80	15,42	16,34	16,59	13,90	18,53	15,93

Quelle: HVSVT – Regiomed 2008; GÖG/ÖBIG–eigene Berechnungen und Darstellung

5.1.2 Inanspruchnahme

Die ambulante ärztliche Versorgung der älteren Menschen erfolgt primär über die niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte und hier wiederum schwerpunktmäßig über die niedergelassenen Allgemeinmediziner/innen. Laut österreichischer Gesundheitsbefragung 2006/2007 gaben in der Altersgruppe der 65– bis 74–Jährigen rund 90 Prozent der Befragten an, innerhalb der letzten 12 Monate zumindest einmal eine/n Allgemeinmediziner/in in Anspruch genommen zu haben (Männer: 88 %, Frauen: 92 %). Bei den über 74–Jährigen war die Inanspruchnahme noch höher: Rund 93 Prozent suchten eine/n Allgemeinmediziner/in auf (Männer: 90 %, Frauen: 94 %; (vgl. Tabelle 5.2). Sowohl bei Frauen als auch bei Männern war in beiden Altersgruppen die Inanspruchnahme im Burgenland am höchsten und in Vorarlberg am niedrigsten (vgl. Tabelle 5.3). Möglicherweise bildet sich darin auch die deutlich höhere Krankheitslast im Burgenland ab.

Neben den Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinmedizin sind für ältere Menschen folgende Fachrichtungen im niedergelassenen Bereich von besonderer Bedeutung:

- » **Augenheilkunde:** Je nach Altersgruppe suchten 40 bis 50 Prozent der Frauen und 32 bis 42 Prozent der Männer innerhalb des letzten Jahres (zum Zeitpunkt der Gesundheitsbefragung 2006/2007) eine/n Fachärztin/-arzt auf.
- » **Innere Medizin:** Je nach Geschlecht und Altersgruppe nahmen 25 bis 30 Prozent eine/n diesbezügliche/n Fachärztin/-arzt in Anspruch.

Darüber hinaus waren Fachärztinnen/-ärzte für **Urologie** (vor allem für Männer) und für **Orthopädie** (vor allem für Frauen) von großer Bedeutung. Auch Spitals- oder Unfallambulanzen wurden häufig (von rund einem Fünftel der über 64-Jährigen) aufgesucht (vgl. Tabelle 5.2).

Tabelle 5.2:

Inanspruchnahme von ausgewählten ambulanten Gesundheitseinrichtungen nach Fachbereichen, Geschlecht und Altersgruppen in Österreich 2006/07

Fachrichtung	Frauen		Männer	
	65-74	75+	65-74	75+
	Arztbesuch innerhalb des letzten Jahres, Anteile in %			
Arzt für Allgemeinmedizin	92,0	93,8	87,8	90,3
Spitals- oder Unfallambulanz	21,5	19,9	18,5	19,7
Gynäkologie	36,8	14,8	0,0	0,0
Urologie	7,3	8,1	44,3	41,2
Dermatologie	12,3	10,8	13,5	14,6
Augenheilkunde	42,1	49,4	31,9	43,4
Innere Medizin	28,2	25,3	28,8	30,6
Orthopädie	19,0	17,8	12,6	10,0
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	12,4	12,4	13,1	15,7
Sonstige Fachrichtungen	9,6	4,2	6,7	10,3

Quelle: ST.AT - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle 5.3:

Inanspruchnahme von Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin
nach österreichischen Bundesländern, Geschlecht und Altersgruppen 2006/07

Region	Frauen		Männer	
	65-74	75+	65-74	75+
Besuch eines/einer AM innerhalb des letzten Jahres, Anteile in %				
Burgenland	97,1	100,0	95,2	95,0
Kärnten	92,2	93,5	83,4	93,6
Niederösterreich	90,7	94,1	88,3	93,0
Oberösterreich	92,8	93,3	91,1	86,3
Salzburg	89,9	91,2	91,6	85,6
Steiermark	93,6	92,2	89,7	91,3
Tirol	94,4	94,0	86,0	91,4
Vorarlberg	85,6	90,0	74,6	77,2
Wien	91,5	95,4	84,6	91,1
Österreich	92,0	93,8	87,8	90,3

Quelle: ST.AT – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

5.2 Akutstationärer Bereich

5.2.1 Angebot

In Österreich standen im Jahr 2010 rund 51.400 tatsächliche Betten in insgesamt 172 Akut-Krankenanstalten²³ zur Verfügung. Werden Mehrfachstandorte aus Krankenanstalten-Verbänden getrennt gezählt, so waren es insgesamt 187 Krankenhaus-Standorte. Seit 2005 hat sich die Anzahl der Akutbetten um rund 1.100 verringert.

Die Versorgungssituation mit Akutbetten ist regional sehr unterschiedlich: Sie war im Jahr 2010 im Burgenland mit rund 43 Betten pro 10.000 EW am niedrigsten und in Salzburg mit rund 74 Betten pro 10.000 EW am höchsten (vgl. Tabelle 5.4).

Zwischen 2005 und 2010 wurde – mit Ausnahme von Niederösterreich – in allen Bundesländern die Bettendichte reduziert, am meisten in Kärnten, Vorarlberg und Wien. In Österreich insgesamt hat sich die Bettendichte um 4,2 Prozent reduziert (von 64,1 auf 61,4 Betten pro 10.000 EW).

²³

Landesfondsfinanzierte Krankenhäuser, Unfallkrankenhäuser und Sanatorien

Tabelle 5.4:

Akutbettendichte nach österreichischen Bundesländern 2005 und 2010

Bundesland	2005	2010
	Tatsächliche Betten pro 10.000 EW	
Burgenland	44,8	43,2
Kärnten	75,2	68,2
Niederösterreich	51,0	51,0
Oberösterreich	65,2	62,7
Salzburg	75,0	73,7
Steiermark	64,0	62,3
Tirol	65,0	62,3
Vorarlberg	58,0	53,8
Wien	72,6	67,8
Österreich	64,1	61,4

Quellen: BMG – KA-Statistik 2005 und 2010 (KDok); GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Fast 70 Prozent der Akutbetten waren im Jahr 2010 den Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Psychiatrie und Neurologie zugeordnet (vgl. Tabelle 5.5), wobei die Fachrichtung Innere Medizin für ältere Menschen besonders wichtig ist, da dort im Jahr 2010 mehr als 70 Prozent der Inanspruchnahme auf die Altersgruppe der über 64-Jährigen entfiel. Nur in den speziellen neuen Fachbereichen Akutgeriatrie/Remobilisation bzw. Palliativmedizin (mit 2,8 % bzw. 0,5 % der gesamten Bettenkapazität in den Akut-KA) waren die Anteile der über 64-Jährigen höher.

Tabelle 5.5:
Akutbettendichte nach ausgewählten Fachrichtungen
und österreichischen Bundesländern 2010

Fachrichtung	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
	Betten in Akut-Krankenhäusern pro 10.000 EW									
Innere Medizin	15,4	16,1	13,6	14,7	14,8	16,9	11,7	10,5	18,2	15,2
Chirurgie	7,5	7,0	7,5	7,6	8,2	8,9	8,0	5,6	6,7	7,5
Unfallchirurgie	3,4	6,0	3,8	5,7	7,2	3,6	5,6	3,8	3,6	4,6
Orthopädie und orthop. Chirurgie	1,4	3,2	2,9	2,6	2,6	2,2	1,8	2,8	4,4	2,9
Akutgeriatrie und Remobilisation	0,0	5,3	0,0	2,5	2,6	1,7	1,7	0,0	2,1	1,7
Palliativmedizin	0,3	0,6	0,2	0,4	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
Augenheilkunde	0,3	0,7	0,9	1,2	1,5	0,7	0,8	1,0	1,1	1,0
Urologie	1,4	1,2	1,6	2,1	1,4	0,9	2,0	1,5	1,7	1,6
Psychiatrie	0,6	5,1	4,0	4,6	5,9	6,1	6,0	8,0	4,6	4,9
Neurologie	1,4	3,1	3,2	3,3	3,1	3,9	3,3	2,9	3,9	3,4
Psychosomatik	0,0	0,7	0,6	0,5	0,4	1,2	0,3	0,4	0,4	0,6
Intensivüberwachung und -betreuung	2,2	2,6	2,5	2,5	3,0	2,7	2,7	2,0	3,5	2,7
Insgesamt*	43,2	68,2	51,0	62,7	73,7	62,3	62,3	53,8	67,8	61,4

* inkl. der für Seniorinnen und Senioren nicht oder wenig relevanten Fachrichtungen

Quellen: BMG- KA-Statistik 2005 und 2010 (KDok); GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)

In den letzten 15 Jahren ist es in vielen Bundesländern gelungen, spezifische Strukturen der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) in den Akut-KA aufzubauen. Laut Österreichischem Strukturplan Gesundheit 2010 (Fülöp et al. 2010) umfasst die AG/R sowohl die fächerübergreifende Primärversorgung direkt aufgenommener geriatrischer Patientinnen und Patienten als auch die Weiterführung der Behandlung akut kranker geriatrischer Patientinnen und Patienten aus anderen Krankenhausabteilungen. Sie erfolgt durch ein geriatrisch qualifiziertes, interdisziplinäres Team. Das Behandlungs- und Betreuungsangebot ist multidimensional und berücksichtigt gleichermaßen medizinische, funktionelle, psychische, kognitive und soziale Aspekte der Erkrankung der Patientinnen und Patienten.

Ziele der AG/R sind die Behandlung der akuten Erkrankung, die Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeit zur weitgehend selbstständigen Lebensführung, die Vermeidung weiterer Funktionsverluste, die Erhöhung der Lebensqualität und die Reintegration der Patientin bzw. des Patienten in das gewohnte Umfeld sowie - bei intendierter

Rehabilitation im Anschluss an die AG/R-Versorgung – die Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit.

Zielgruppe der AG/R sind geriatrische Patientinnen bzw. Patienten, bei denen folgende Kennzeichen vorliegen:

- » somatische oder psychische Multimorbidität, die eine stationäre Akutbehandlung erforderlich macht;
- » Einschränkung oder Bedrohung der Selbstständigkeit durch den Verlust funktioneller oder kognitiver Fähigkeiten bzw. psychische Probleme im Rahmen einer Erkrankung;
- » Bedarf an funktionsfördernden, funktionserhaltenden oder reintegrierenden Maßnahmen.

Bislang wurden in Österreich 43 Abteilungen und Departments mit insgesamt rund 1.570 AG/R-Betten (inkl. tagesklinischer Plätze) durch Umwidmung von Akutbetten (vgl. Pkt. 5.2.1) eingerichtet²⁴. Gemäß ÖSG 2010 wird von einem Bedarf nach AG/R-Betten im Jahr 2010 von rund 3.700 Betten ausgegangen (Soll-Wert), wobei dieser Bedarf bis 2020 auf bis zu rund 4.000 Betten ansteigen wird.

Das Angebot bestand Ende 2010 in sechs Bundesländern, wobei die Versorgungsdichte in Kärnten mit 5,3 Betten am höchsten war, gefolgt von Salzburg und Oberösterreich mit jeweils rund 2,5 Betten (jeweils pro 10.000 EW). Keine spezifischen Bettenangebote der AG/R gab es im Burgenland, in Niederösterreich und Vorarlberg (vgl. Tabelle 5.5).

Der Cochrane Review (2011) zur geriatrischen Intervention, der 22 Evaluierungsergebnisse von 10.315 Patientinnen/Patienten aus sechs Ländern einbezog, untersuchte, ob spezialisierte, organisierte und koordinierte geriatrische Versorgung (in der Regel als umfassendes geriatrisches Assessment oder „CGA“ = „comprehensive geriatric assessment“ bezeichnet) für die Behandlungsergebnisse besser ist als die herkömmliche Versorgung in einem Krankenhaus. Dies konnte belegt werden (vgl. Ellis et al. 2011). Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass ein umfassendes geriatrisches Assessment innerhalb einer Zeitfrist von bis zu einem Jahr deutlich die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass ein Patient am Leben bzw. zu Hause bleibt.

In Österreich wurde im Jahr 2011 mit der 2. Novelle der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung (ÄAO) das neue Zusatzfach Geriatrie geschaffen. Zugänglich ist das Additivfach Geriatrie Fachärztinnen bzw. Fachärzten der Sonderfächer Innere

24

Per Ende 2010 schienen jedoch rund 1.470 AG/R-Betten in der KA-Statistik auf, da nicht alle AG/R-Einheiten mit dem entsprechenden Funktionscode gekennzeichnet waren.

Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin sowie Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation sowie Ärztinnen bzw. Ärzten für Allgemeinmedizin. Wie für andere Additivfächer auch, besteht eine dreijährige Ausbildungsdauer an anerkannten Ausbildungsstätten.

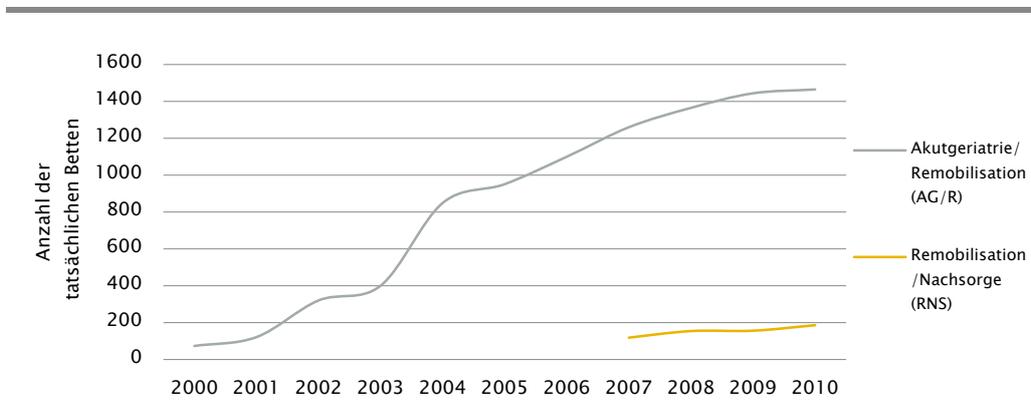
Remobilisation/Nachsorge (RNS)

Bereits im Regierungsprogramm 2003 wurde das Ziel des Akutbettenabbaus festgeschrieben, unter anderem, um Betten für andere Verwendungsbereiche umzuwidmen, insbesondere für den Bereich der „medizinischen Pflege“. Angebote einer solchen „zweiten Versorgungsstufe“ gab es bereits vereinzelt, z. B. die „interdisziplinäre Nachsorge“ in Vorarlberg. Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2006 wurde diesen Forderungen Rechnung getragen, indem Strukturen der Remobilisation/Nachsorge (RNS) aufgenommen wurden. Im Gegenzug wurden die bisher vorhandenen Einheiten der „medizinischen Geriatrie“ abgeschafft. Im ÖSG wird die RNS als „abgestufte Form der Akutversorgung zur fächerübergreifenden Weiterführung der Behandlung akut kranker Patientinnen und Patienten aus anderen Abteilungen, unabhängig von deren Alter“ definiert. Angeboten werden Diagnostik und Therapie in eingeschränktem Umfang sowie Leistungen zur Wiederherstellung der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung.

Die **Zielgruppe** der RNS sind Patientinnen und Patienten (höheren Lebensalters) mit erhöhter Belagsdauer im Akut-Krankenhaus und mit Bedarf an abgestufter Akutversorgung bzw. an Wiederherstellung der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung. Die RNS nimmt also ausschließlich Patientinnen und Patienten auf, die sich bereits in akutstationärer Versorgung befinden.

Per Ende des Jahres 2010 bestanden neun RNS-Standorte in Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich und Vorarlberg mit insgesamt rund 200 Betten, also deutlich weniger Betten als in der AG/R (vgl. Abbildung 5.1).

Abbildung 5.1:
Anzahl der tatsächlichen Betten für AG/R und RNS
in österreichischen Akut-Krankenanstalten 2000–2010



Quellen: BMG – Krankenanstaltenstatistik 2000–2010; GÖG/ÖBIG–eigene Berechnungen und Darstellung

5.2.2 Inanspruchnahme

Die Struktur des österreichischen Gesundheitswesens ist **stark an Akutversorgung** und weniger an einer allgemeinen medizinischen und pflegerischen Basisversorgung **orientiert**. In Österreich sind sowohl Spitalsbettendichte als auch Krankenhaushäufigkeit im Vergleich zu den EU-15-Ländern hoch (Habl/Bachner 2010).

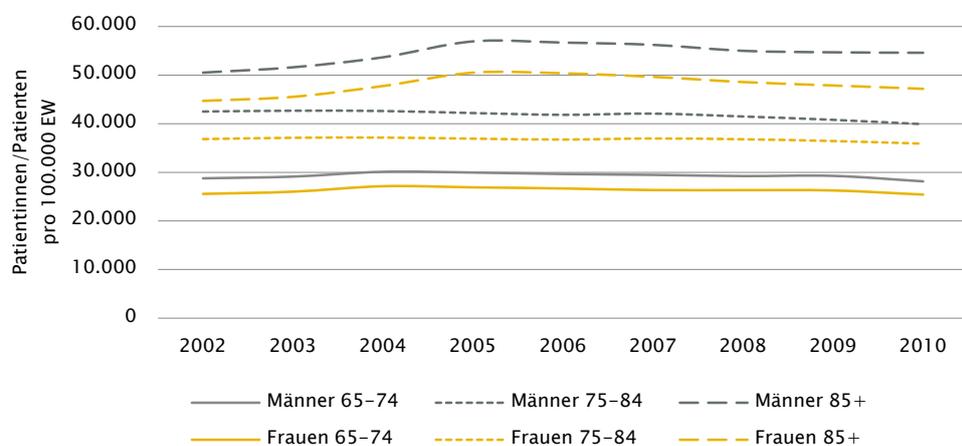
Krankenhaushäufigkeit

Die Krankenhaushäufigkeit, im Zusammenhang mit der Morbidität abgebildet als Anzahl der Patientinnen und Patienten pro 100.000 Einwohner (also ohne Wiederaufnahmen aufgrund derselben Erkrankung innerhalb eines Jahres), **steigt mit zunehmendem Alter** und ist **bei Männern höher als bei Frauen**.

Rund ein Drittel der 65– bis 74-Jährigen hat zumindest eine Behandlung im Krankenhaus pro Jahr, bei den 75– bis 84-Jährigen sind es schon 40 Prozent, bei den über 84-Jährigen 50 bis 60 Prozent. Seit 2005 stagniert die Krankenhaushäufigkeit weitgehend (vgl. Abbildung 5.2).

Während die stationäre Krankenhaushäufigkeit in den letzten Jahren stagnierte, stieg die Zahl der Nulltagesaufenthalte kontinuierlich an – für alle Altersgruppen und beide Geschlechter. Die Steigerung der Krankenhausbehandlungen an älteren Menschen wird somit vermehrt tagesklinisch abgewickelt, bei Männern mehr als bei Frauen (vgl. Abbildung 5.3).

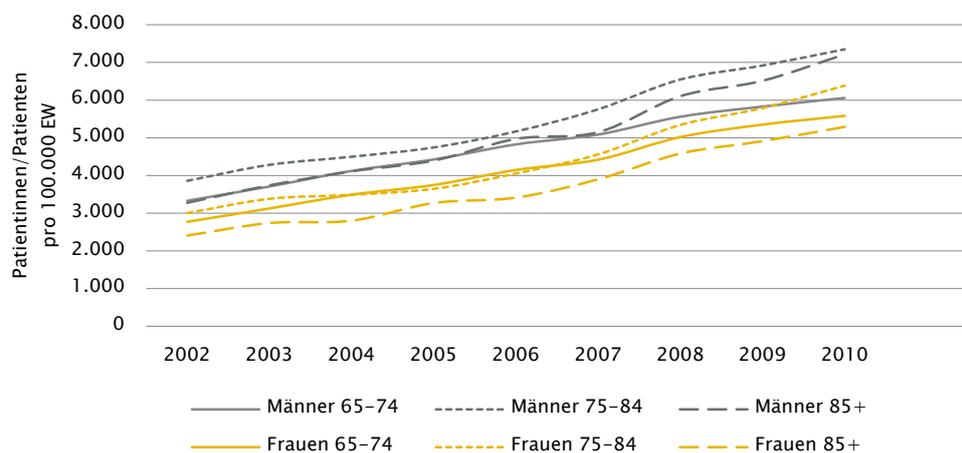
Abbildung 5.2:
Krankenhaustätigkeit in österreichischen Akut-Krankenanstellen
nach Geschlecht und Altersgruppen im Zeitverlauf 2002–2010



exklusive Nulltagsaufenthalte, exklusive Wiederaufnahmen
altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT - Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010;
BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstellen 2001–2010;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Abbildung 5.3:
Nulltagesaufenthalte in österreichischen Akut-Krankenanstellen
nach Geschlecht und Altersgruppen im Zeitverlauf 2002–2010

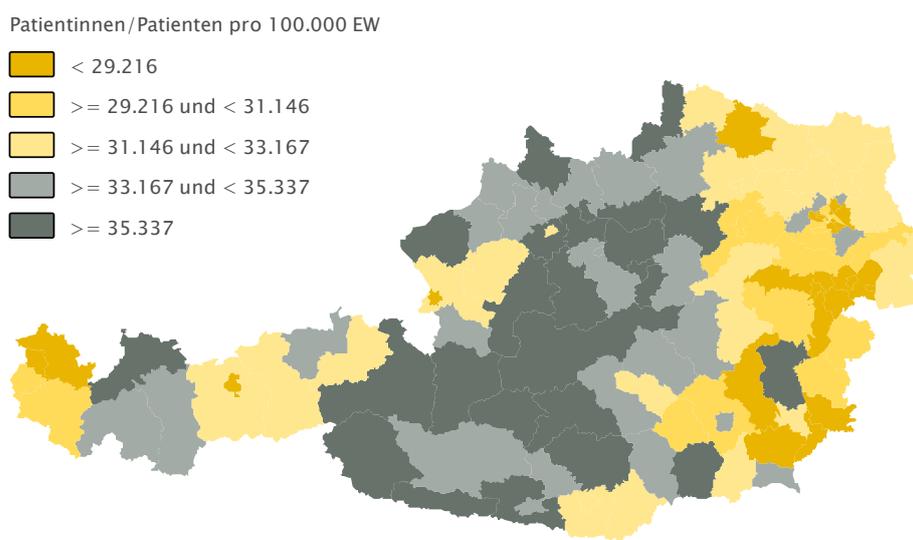


exklusive Wiederaufnahmen, altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT - Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010;
BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstellen 2001–2010;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Im **regionalen Vergleich** der Krankenhaushäufigkeit der über 64-Jährigen zeigen sich überdurchschnittliche Werte in Oberösterreich, Kärnten und Teilen von Salzburg sowie in Osttirol. Relativ niedrig ist die Krankenhaushäufigkeit im Burgenland, in der Steiermark, in Tirol und in Vorarlberg (vgl. Abbildung 5.4).

Abbildung 5.4:
Krankenhaushäufigkeit der über 64-jährigen Bevölkerung
in österreichischen Akut-Krankenanstalten nach Bezirken, 2010



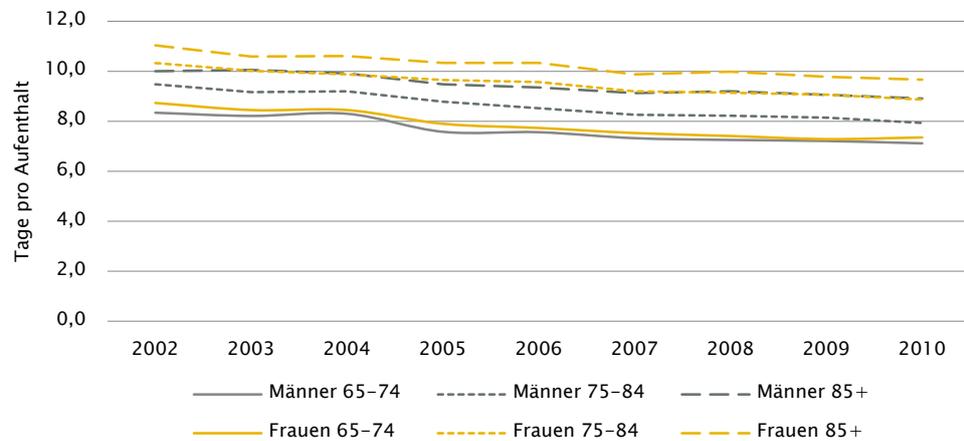
exklusive Nulltagsaufenthalte, exklusive Wiederaufnahmen
alters- und geschlechtsstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

Quellen: ST.AT – Volkszählung 2001, Bevölkerungsfortschreibung 2002–2010;
BMG – Diagnosen- und Leistungsdocumentation der österreichischen Krankenanstalten 2001–2010;
CÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Durchschnittliche Verweildauer und Wiederaufnahmeraten

Die durchschnittliche Verweildauer pro stationärem Aufenthalt von über 64-Jährigen in Österreich lag im Jahr 2010 je nach Altersgruppe und Geschlecht zwischen 7 und 11 Tagen. Mit zunehmendem Alter steigt die Verweildauer. Frauen verbringen pro stationärem Aufenthalt mehr Tage im Krankenhaus als Männer, wobei sich der geschlechtsspezifische Unterschied insbesondere im höheren Alter zeigt. Während des Beobachtungszeitraums sank die durchschnittliche Verweildauer – je nach Alter und Geschlecht – deutlich ab von 8,3 bis 11,0 Tagen im Jahr 2002 auf 7,1 bis 9,7 Tage im Jahr 2010 (vgl. Abbildung 5.5).

Abbildung 5.5:
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in österreichischen Akut-Krankenanstalten nach
Geschlecht und Altersgruppen im Zeitverlauf 2002–2010



exklusive Nulltagsaufenthalte

Quellen: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2001–2010;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Je geringer die Aufenthaltsdauer, desto größer ist die Gefahr einer Wiederaufnahme. Dementsprechend ist der zeitliche Verlauf dieser beiden Kenngrößen gegenläufig: Während die durchschnittliche Aufenthaltsdauer gesunken ist, stieg die Wiederaufnahmerate²⁵ kontinuierlich an – insbesondere zwischen 2004 und 2008.

Die Wiederaufnahmerate – bei Männern höher als bei Frauen – steigt ab 65 Jahren und wird bei den Hochaltrigen wieder geringer. Dieser Effekt wird fast ausschließlich durch die Krebserkrankungen (sowie zu einem kleinen Teil durch Lungenerkrankungen) verursacht, zumal sich die Wiederaufnahmerate in den anderen Krankheitsgruppen zwar mit zunehmendem Alter ebenfalls verringert, allerdings bei weitem nicht in jenem Ausmaß, wie dies bei Krebserkrankungen der Fall ist.

Da parallel dazu die durchschnittliche Verweildauer in den Akut-KA bei Krebserkrankungen mit zunehmendem Alter ansteigt, ist davon auszugehen, dass ältere onkologische Patientinnen/Patienten tendenziell weniger in Tages-/Wochenrhythmen

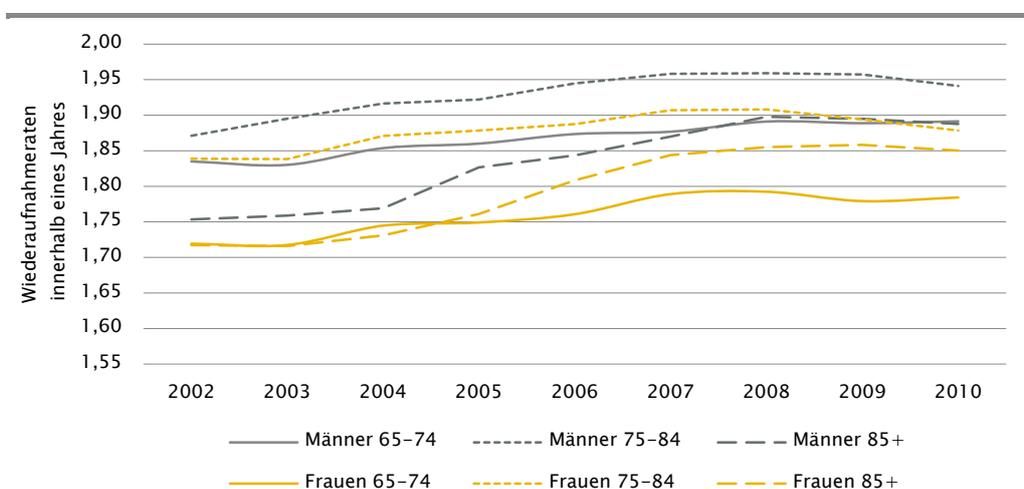
25

Die Wiederaufnahmerate wird ermittelt aus dem Quotienten zwischen der Anzahl der akutstationären Aufenthalte (inkl. Mehrfach-/Wiederaufnahmen innerhalb desselben Jahres) und der akutstationären Patientinnen/Patienten (exkl. Mehrfach-/Wiederaufnahmen innerhalb desselben Jahres) und liefert Hinweise auf die Häufigkeit von Mehrfach-/Wiederaufnahmen innerhalb eines Jahres.

mit zwischenzeitlicher Entlassung versorgt werden als jüngere Patientinnen/Patienten, sondern eher im Rahmen eines länger andauernden stationären Aufenthalts. Eine weitere Erklärung der mit dem Alter sinkenden Wiederaufnahmerate könnte im proportional mit dem Alter steigenden Anteil an in Pflegeheimen (auch medizinisch) versorgten Patientinnen/Patienten liegen.

Die Wiederaufnahmeraten sind bei den Hochaltrigen geringer als bei den jüngeren Altersgruppen. Es ist zu vermuten, dass dies im Zusammenhang mit der längeren Verweildauer steht (vgl. Abbildung 5.6).

Abbildung 5.6:
Wiederaufnahmeraten in österreichischen Akut-Krankenanstalten
nach Geschlecht und Altersgruppen im Zeitverlauf 2002–2010



Quellen: BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2001–2010;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

5.3 Stationäre Rehabilitation

5.3.1 Angebot

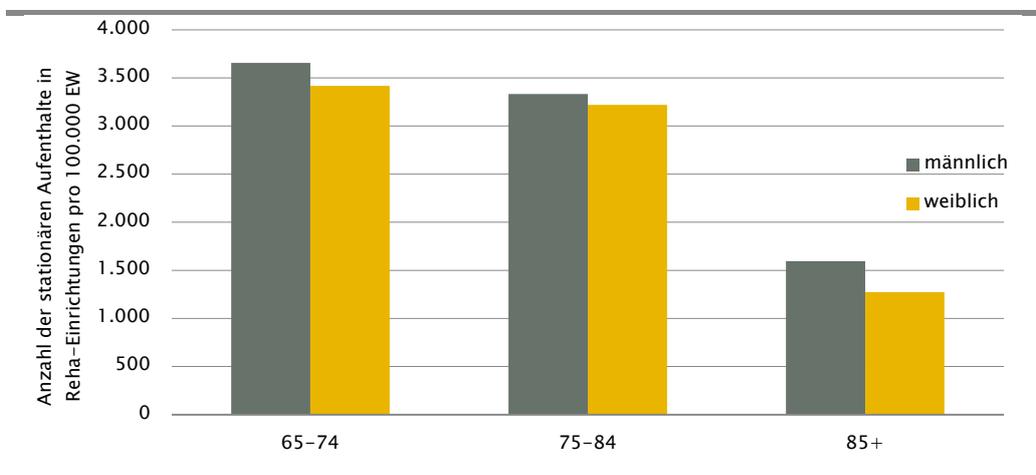
In Österreich gab es im Jahr 2007 insgesamt 55 Rehabilitationseinrichtungen (Sinhuber et al. 2008), bis zum Jahr 2010 stieg deren Anzahl auf rund 70. In diesen Einrichtungen waren 2007 laut KA-Statistik rund 7.320 tatsächliche Betten verfügbar, 2010 waren es bereits über 9.000. Der Großteil davon entfiel für die Rehabilitations-Indikationsgruppen Bewegungs-/Stützapparat bzw. Rheumatologie (BSR), Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Unfallchirurgie/Neurochirurgie und Neurologie.

5.3.2 Inanspruchnahme

Im Jahr 2010 wurden rund 3.530 Rehabilitationsaufenthalte (pro 100.000 EW) von 65- bis 74-Jährigen verzeichnet. Bei den 75- bis 84-Jährigen war die Rehabilitationshäufigkeit mit 3.260 Aufenthalten (pro 100.000 EW) fast ebenso hoch. Hochaltrige werden deutlich seltener stationär rehabilitiert (1.360 Aufenthalte pro 100.000 EW). Bei Männern ist die Rate in allen Altersgruppen etwas höher als bei Frauen (vgl. Abbildung 5.7).

Abbildung 5.7:

Rehabilitationshäufigkeit in stationären Rehabilitationseinrichtungen nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich 2010

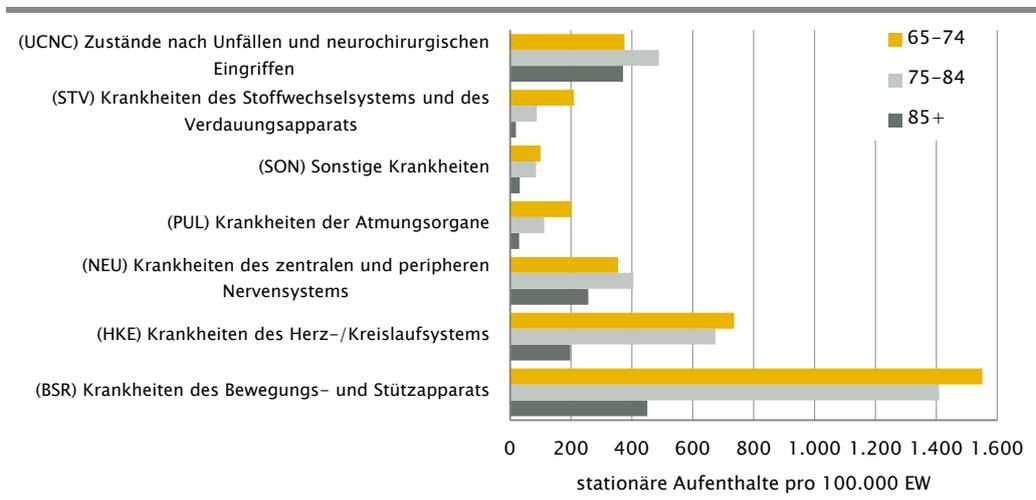


Quellen: BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2010; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Zwischen 2005 und 2010 ist die Zahl der Reha-Inanspruchnahmen bei der über 64-jährigen Bevölkerung von rund 36.750 auf rund 47.000, also um etwa 28 Prozent gestiegen.

Die häufigsten Rehabilitations-Indikationsgruppen sind mit Abstand Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Zuständen nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (vgl. Abbildung 5.8).

Abbildung 5.8:
Rehabilitationshäufigkeit in stationären Rehabilitationseinrichtungen
nach Rehabilitations-Indikationsgruppen und Altersgruppen 2010



Quelle: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2010; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

5.4 Langzeitbetreuung

Im Rahmen des Kapitels zur Langzeitbetreuung werden die beiden Leistungsbereiche mobile Dienste und Alten- und Pflegeheime behandelt. Die Ausführungen beinhalten ausschließlich Analysen zur Angebotssituation; Daten über die Inanspruchnahme in differenzierter Form stehen nicht zur Verfügung. Weitere Themen im Rahmen der Langzeitbetreuung wie z. B. die 24-Stunden-Betreuung, teilstationäre Einrichtungen (wie z. B. Tageseinrichtungen), Kurzzeitpflege, neue Wohnformen (wie z. B. betreutes Wohnen, Hausgemeinschaften) werden hier nicht näher ausgeführt. Es wird an dieser Stelle auf den jährlich vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz herausgegebenen „Österreichischen Pflegevorsorgebericht“ und auf den in diesem Jahr noch erscheinenden Bericht „Altern und Zukunft. Bundesplan für Seniorinnen und Senioren“ verwiesen.

5.4.1 Mobile Dienste

Mobile Dienste ergänzen die Betreuung und Pflege hilfs- und pflegebedürftiger Personen zu Hause. In allen Bedarfs- und Entwicklungsplänen der Bundesländer ist die

Priorität mobiler vor stationärer Betreuung und damit einhergehend eine Schwerpunktsetzung auf den Ausbau der mobilen Dienste festgehalten.

Die wesentlichsten Funktionen der mobilen Dienste sind:

- » Ermöglichung des Verbleibs der hilfs- und/oder pflegebedürftigen Person zu Hause;
- » Vermeidung bzw. Verzögerung der stationären Aufnahme in Krankenanstalten bzw. Alten- und Pflegeheime;
- » Ermöglichung der frühen Entlassung aus der stationären Versorgung;
- » Unterstützung und Entlastung der Angehörigen bzw. anderer Betreuungspersonen;
- » Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und Verhinderung von Isolierung und Vereinsamung.

Der Bereich der mobilen pflegerischen Dienste umfasst eine breite Palette von Leistungen, die von qualifizierter Pflege über Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes bis hin zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte reicht. Der Kernbereich der Dienstleistungen umfasst Hauskrankenpflege und Hilfe bei der Haushaltsführung. Weiterführende Angebote sind etwa Mahlzeitendienst, Familienhilfe, Besuchsdienst, Hilfsmittelverleih und -beratung, Notrufsystem oder Fahrdienst. Die folgenden Darstellungen beschränken sich auf den Kernbereich der mobilen Betreuungsangebote, und zwar auf Hauskrankenpflege und Heimhilfe.

Ist-Stand und Veränderung seit 1995/1996/1997

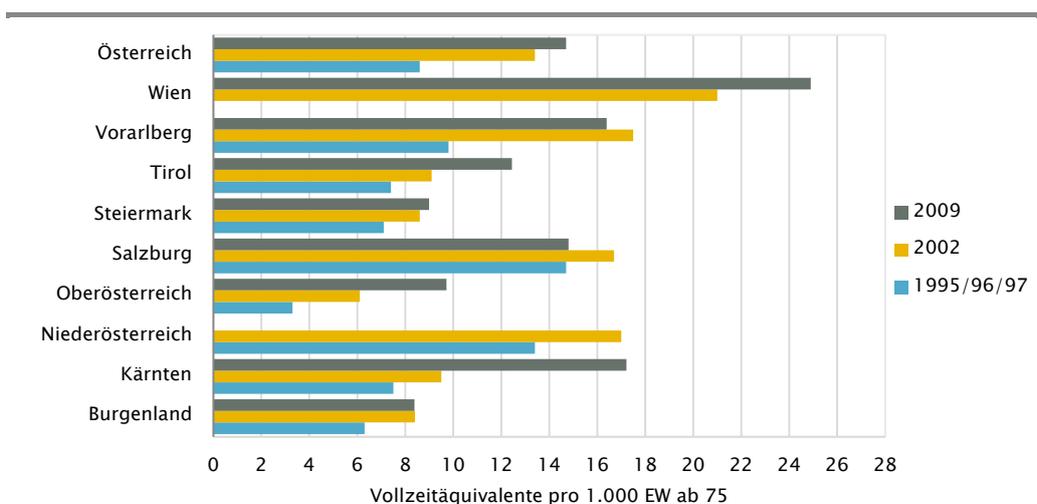
Hauskrankenpflege und Hilfe bei der Haushaltsführung werden durch die Berufsgruppen diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Pflegehelfer/innen bzw. Diplomsozialbetreuer/innen und Fachsozialbetreuer/innen und Heimhelfer/innen geleistet.

Knapp 15 vollzeitbeschäftigte Personen pro 1.000 EW ab 75 Jahren standen 2009 in Österreich im Bereich der mobilen Pflege zur Verfügung. Die höchste Versorgungsdichte bestand in Wien (rund 25), gefolgt von Kärnten, Vorarlberg und Salzburg. Vergleichsweise niedrig mit weniger als 10 Vollzeitpersonen war die Versorgungsdichte im Burgenland, in der Steiermark und in Oberösterreich (vgl. Abbildung 5.9).

Die Versorgungsdichte vom Zeitpunkt der erstmaligen Erstellung der Bedarfs- und Entwicklungspläne in den Jahren 1995/96/97 bis 2009 hat in allen Bundesländern zugenommen, und zwar um 0,1 bis 9,7 Vollzeitpersonen (pro 1.000 EW ab 75). Die größten relativen Zuwächse verzeichnete Oberösterreich, allerdings von einem vergleichsweise niedrigen Ausgangsniveau. In Salzburg war der Beschäftigtenstand in der mobilen Versorgung im Jahr 2009 etwa gleich hoch wie Mitte der 1990er Jahre (vgl. Abbildung 5.9).

Durch die Aufstockung des Personalangebots in allen Bundesländern haben sich die Unterschiede in der Versorgungsdichte zwischen den Ländern vergrößert: Betrug zum Zeitpunkt der Ersterstellung der Bedarfs- und Entwicklungspläne der Abstand zwischen best- bzw. geringstversorgtem Bundesland noch 11,4 Vollzeitäquivalente pro 1.000 EW ab 75 Jahren, so waren es 2009 sogar 16,5.

Abbildung 5.9:
Mobile Dienste in Österreich: Pflege- und Betreuungspersonal
in den Jahren 1995/96/97, 2002 und 2009



Anmerkung: Österreich-Durchschnitt im Jahr 1995/96/97 ohne Wien; die Daten für die Steiermark beziehen sich nicht auf das Jahr 2009, sondern auf 2008; Österreich-Durchschnitt im Jahr 2009 ohne Niederösterreich

Quellen: BMASK 2010, BMASK/ÖBIG 1999, BMSGK/ÖBIG 2004, ÖSG 2010; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

5.4.2 Alten- und Pflegeheime

Alten- und Pflegeheime stellen die stationäre Langzeitpflege und -betreuung hilfs- und pflegebedürftiger Personen bereit. Sie umfassen ein breites Spektrum von Angebotsformen: vom Wohnangebot für (noch) nicht hilfsbedürftige Personen bis hin zur Versorgung schwerst pflegebedürftiger und chronisch kranker Personen. „Pflegeanstalten für chronisch Kranke“ (gemäß KAKuG) sind nicht nur auf alte Menschen ausgerichtet, sondern Einrichtungen für schwerst pflegebedürftige und chronisch kranke Personen.

In den letzten Jahren hat sich die Nachfrage immer mehr in Richtung Pflege und intensivere Betreuung verschoben. Bedingt nicht nur durch die demografische Entwicklung, sondern auch durch die Zunahme von Patientinnen und Patienten mit demenziell-

len Erkrankungen und anderen pflegeintensiven Beeinträchtigungen im Alter, wird der Bedarf an Pflegeplätzen immer größer. Gleichzeitig sinkt die Nachfrage nach Wohnplätzen aufgrund besserer individueller Wohnverhältnisse.

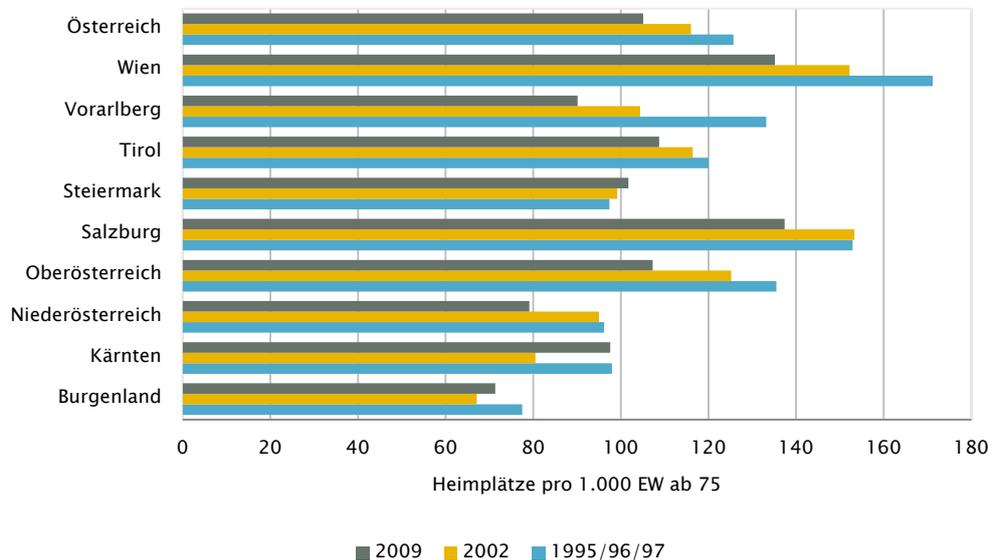
Entsprechend diesem Strukturwandel gibt es in Österreich kaum mehr Einrichtungen, die ausschließlich Wohnplätze anbieten, sondern überwiegend gemischte Einrichtungen mit beiden Leistungsangeboten bzw. Wohnplätzen, an denen im Bedarfsfall auch Pflege geleistet wird. Mittlerweile wird in keinem Bundesland mehr zwischen Wohn- und Pflegeplatz unterschieden bzw. wurde die Anzahl der Wohnplätze drastisch reduziert. Plätze in Alten- und Pflegeheimen werden in den meisten Bundesländern erst ab Pflegegeldstufe 3 bzw. 4 über die Sozialhilfe gefördert.

Ist-Stand und Veränderung seit 1995/1996/1997

Die Versorgungsdichte an Heimplätzen hat in Österreich seit 1995/96/97 beträchtlich abgenommen: 2009 standen 105,1 Heimplätze (pro 1.000 EW ab 75) zur Verfügung, Mitte der 1990er Jahre waren es noch 125,7 Heimplätze (pro 1.000 EW ab 75). Es wurden also nicht im gleichen Ausmaß Pflegeplätze geschaffen wie Wohnplätze abgebaut. Damit wird dem Ziel entsprochen, Betreuungssituationen, die nicht zwingend einen Heimplatz erfordern, mit mobilen pflegerischen und sozialen Diensten zu bewältigen. In Vorarlberg wurden besonders viele Heimplätze abgebaut, die Versorgungsdichte hat sich hier um 43,1 Heimplätze (pro 1.000 EW ab 75) reduziert. Die Steiermark ist das einzige Bundesland, in dem die Versorgungsdichte gestiegen ist, und zwar von 97,4 auf 101,7 Heimplätze (vgl. Abbildung 5.10).

Zwischen Mitte der 1990er Jahre und 2009 haben sich die Unterschiede in der Versorgungsdichte zwischen den Bundesländern verringert: Die Differenz zwischen dem am besten und dem am wenigsten versorgten Bundesland betrug in den Jahren 1995/96/97 rund 94 und 2009 rund 66 Heimplätze (pro 1.000 EW ab 75).

Abbildung 5.10:
Heimplätze in Alten- und Pflegeheimen in Österreich



Quellen: BMASK 2010, BMASK/ÖBIG 1999, BMSGK/ÖBIG 2004, ÖSG 2010;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

5.5 Exkurs Hospiz- und Palliativversorgung

Die Hospiz- und Palliativversorgung ist ein spezifisches Angebot für unheilbar kranke und sterbende Menschen in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium mit starken Schmerzen, psychischen Beschwerden und/oder anderen die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen (= Palliativpatientinnen und -patienten); es steht auch ihren Angehörigen zur Verfügung.

In der Folge wird das Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung kurz skizziert sowie das Projekt „Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen“ (HPCPH) erläutert, weil dies ausschließlich für ältere Personen gedacht ist.

Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

Das Konzept einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung wurde im Jahr 2004 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen von einer Expertengruppe erarbeitet.

Die adäquate Betreuung erhalten die Betroffenen idealerweise in einem System abgestufter Versorgung. Damit wird dem Anspruch, „die richtigen Patienten zur richtigen Zeit am richtigen Ort“ zu versorgen, entsprochen. Die palliative Grundversorgung erfolgt dabei in den bestehenden Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, sie erfolgt abgestuft durch spezielle Versorgungsangebote, die auf unterschiedliche Bedürfnislagen abgestimmt sind:

- » Palliativstationen übernehmen die Versorgung in besonders komplexen Situationen, die durch andere Einrichtungen oder Dienste nicht bewältigt werden und die durch die Notwendigkeit von besonderer ärztlicher Expertise gekennzeichnet sind.
- » Stationäre Hospize übernehmen die stationäre Versorgung, wenn die pflegerische und psychosoziale Betreuung stärker in den Vordergrund tritt.
- » Tageshospize bieten jenen, die die Nacht in ihrer gewohnten Umgebung verbringen können, Entlastung während des Tages.
- » Mobile Palliativteams und Palliativkonsiliardienste unterstützen die anderen Dienstleister speziell mit fachlicher Beratung.
- » Hospizteams begleiten Palliativpatienten und ihre Angehörigen in allen Versorgungskontexten.

Abbildung 5.11:
Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung im Versorgungssystem

		Hospiz- und Palliativbetreuung			
		Grundversorgung	Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		
		Traditionelle Dienstleister	Unterstützende Angebote	Betreuende Angebote	
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospiz- teams	Palliativ- konsiliardienste	Palliativ- stationen	
Langzeitbereich	Alten- und Pflegeheime		Mobile Palliativteams	stationäre Hospize	
Familienbereich, Zuhause	Niedergelassene (Fach)-Ärztenschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/ Therapeuten ...			Tageshospize	
		„Einfache“ Situationen 80–90 % der Sterbefälle	Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen, 10–20 % der Sterbefälle		

Quellen: Hospiz Österreich, ÖBIG 2004; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der im österreichischen Versorgungssystem noch immer relativ junge Bereich der Hospiz- und Palliativbetreuung ist seit dem Jahr 2005 in der zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens („15a-Vereinbarung“) verankert. Im Jahr

2006 hat sich eine Arbeitsgruppe aus Vertreterinnen/Vertretern von Bund und Ländern, Sozialversicherung und Ärztekammer, zu dem System der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung bekannt und sich auf einen Stufenplan zur flächendeckenden Umsetzung bis zum Jahr 2012 geeinigt.

Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung nehmen die einzelnen Bundesländer vor. Eine flächendeckende und dem Bedarf entsprechende Umsetzung der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung wird aber dadurch erschwert, dass nach wie vor lediglich die Finanzierung der im Krankenhaus angesiedelten Palliativstationen (im ÖSG verankert) bundesweit einheitlich geregelt ist. Für die anderen z. T. im Spannungsfeld zwischen Gesundheits- und Sozialbereich angesiedelten Bausteine fehlen derartige Regelungen noch.

Tabelle 5.6:
Hospiz- und Palliativeinrichtungen Ende 2010 in Österreich

Hospiz- und Palliativeinrichtungen	Ende 2010
Palliativstationen	27
Stationäre Hospize	8
Tageshospize	3
Palliativkonsiliardienste	35
Mobile Palliativteams	36
Hospizteams	143
Einrichtungen insgesamt	252

Quellen: Hospiz Österreich, Datenerhebung 2010; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen (HPCPH)

Hospiz Österreich (der Dachverband der rund 250 Hospiz- und Palliativeinrichtungen) arbeitet seit 2006 an der Idee einer Umsetzung von Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen.²⁶ Damit nimmt die Hospiz- und Palliativbewegung die Tatsache wahr, dass viele Bewohner/innen in Alten- und Pflegeheimen in immer schlechterem Zustand, multimorbid und oftmals an Demenz erkrankt ins Pflegeheim kommen und dass es in Alten- und Pflegeheimen dringend palliativpflegerischen und palliativmedizinischen Wissens und Erfahrung bedarf – nicht erst beim Sterben, sondern schon lange davor.

26

Alle Informationen entstammen der Kurzfassung „Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen“ des Dachverbands Hospiz Österreich 2011 und der Homepage www.hospiz.at.

2008 wurden von Hospiz Österreich Richtlinien für die Umsetzung von Hospiz und Palliative Care in den Alten- und Pflegeheimen herausgegeben. Sie erfassen alle betroffenen Zielgruppen (Bewohner/innen, Angehörige und nahe Personen, Leitende, Pflegekräfte, Ärztinnen/Ärzte, Seelsorger/innen, psychosoziale Berufe und Ehrenamtliche) und beschreiben die Ziele in den Dimensionen von Pflege, Medizin, psychosozialer und spiritueller Betreuung und Begleitung. Die Richtlinien beziehen viele unterschiedliche Standpunkte, Organisationen und Personen ein und werden laufend überarbeitet.

Nach Vorarlberg ging 2009 Niederösterreich mit acht Alten- und Pflegeheimen in die Pilotierung. Ende 2010 ging das dritte Bundesland, die Steiermark, mit seinen ersten Modellheimen in die Umsetzung. In allen drei Bundesländern ist die Hospiz- und Palliativbewegung initiierende und begleitende Organisation, die Kosten werden vom Land, den Heimen und der Hospizbewegung getragen, unterschiedlich in jedem Bundesland. Überall gibt es einen länderspezifischen Beirat, der die Umsetzung begleitet und unterstützt.

Das Projekt wird gefördert vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), von den Gesundheits- und Sozialbereichen in den einzelnen Bundesländern, von öffentlichen und privaten Heimträgern, den Österreichischen Lotterien und den landeskoordinierenden Organisationen im Hospiz- und Palliative-Care-Bereich.

6 Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention haben auch im höheren Alter einen positiven Einfluss auf die Gesundheit (Dorner/Rieder 2008; Schüz/Wurm 2009). Bei Präventionsmaßnahmen für die Zielgruppe älterer Menschen kann dem Anspruch der Krankheitsvermeidung schlechter entsprochen werden als bei jüngeren. Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sollen gleichzeitig mit der Gesundheitsförderung erfolgen. Die Ziele der Prävention im Alter umfassen:

- » Vorbeugung bzw. Verzögerung altersbedingter Veränderungen und Erkrankungen (z. B. Demenz);
- » Vorbeugung von nicht unbedingt altersbedingten Erkrankungen, die im Alter mit höherer Wahrscheinlichkeit auftreten (z. B. Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen);
- » Verringerung krankheitsbedingter Probleme;
- » Vorbeugung von Verschlechterungen des Allgemeinzustandes.

Zum Erreichen dieser Ziele ist eine Anpassung der Maßnahmen an die spezifischen Bedürfnisse der älteren Menschen notwendig, wie beispielsweise Gesundheitsinformationen adäquat (z. B. in entsprechender Schriftgröße) bereitzustellen (Schüz/Wurm 2009).

Im EU-Projekt „Healthy Ageing“ wurden zehn Ansatzpunkte als die wichtigsten für die Förderung von gesundem Altern identifiziert. Für jede der folgenden Gesundheitsdeterminanten wurden dabei konkrete Ziele definiert. Diese Felder sind in Österreich unterschiedlich gut bearbeitet. Das Projekt definiert gesundes Altern als einen Prozess, der die Möglichkeiten für körperliche, soziale und seelische Gesundheit optimiert, damit ältere Menschen aktiv an der Gesellschaft teilnehmen und ein unabhängiges Leben mit hoher Lebensqualität führen können, ohne wegen des Alters diskriminiert zu werden. (Projekt Healthy Ageing 2007)

- » **Der Ruhestand und Vorruhestand:** In diesem Feld werden die Steigerung der Teilnahme älterer Menschen am Erwerbsleben durch innovative Führungskonzepte, Vermeidung von Altersdiskriminierung und Vorbeugung von Berufskrankheiten als Ziele definiert.
- » **Soziales Kapital:** Hierzu zählt die Ermunterung an ältere Menschen, am sozialen Leben teilzunehmen (Angebote durch Volkshochschulen und Freiwilligenorganisationen).
- » **Seelische Gesundheit:** In diesem Handlungsfeld werden mehr therapeutische und psychosoziale Angebote für ältere Menschen sowie ein erhöhtes Bewusstsein insbesondere für Demenz und Depression als Ziele definiert.
- » **Lebenswelt:** Ziele sind, eine sichere Lebensumwelt (in Innen- und Außenräumen) zu schaffen oder die Nutzung von neuen Medien (Computer).

- » **Ernährung:** Ziel ist die altersspezifische Förderung von gesunden Essgewohnheiten mit einem hohen Anteil an Ballaststoffen, Obst und Gemüse und einem niedrigen Anteil an gesättigten Fettsäuren und Zucker.
- » **Bewegung:** 30 Minuten körperliche Aktivität an den meisten Wochentagen ist auch für ältere Menschen ein wichtiges Ziel.
- » **Unfallvermeidung:** Hierzu zählen Aktivitäten zur Förderung von Sicherheit und Verhütung von Verletzungen (Stürzen) sowie Sensibilisierung für das Thema der Verschreibung von Psychopharmaka.
- » **Tabak und Alkohol:** Unter dieses Handlungsfeld fallen Rauchentwöhnung und die Reduktion von schädlichem Alkoholkonsum.
- » **Arzneimittelgebrauch:** Die Arzneimittelvergabe soll besser koordiniert werden, und ältere Menschen sollen in klinische Studien eingebunden werden.
- » **Gesundheitsvorsorge:** Ziele sind erhöhte Impfraten, mehr präventive Hausbesuche von Ärztinnen und Ärzten, aber auch eine gesteigerte Gesundheitskompetenz.

Modellprojekte

Der Fonds Gesundes Österreich (GÖG/FGÖ) ist Hauptförderer von Gesundheitsförderungsprojekten in Österreich und widmet sich auch speziell dem Thema der Gesundheitsförderung älterer Menschen. Ziel dabei ist, alte Menschen bei der Veränderung von Lebens- und Gesundheitsdimensionen zu begleiten und sie zum Erwerb neuer Lebens- und Gesundheitsaktivitäten zu befähigen. Dazu wurden 2003 bis 2005 Modellprojekte für Menschen zwischen 60 und 75 Jahren im regionalen Setting ausgeschrieben sowie die Projekte „Plan 60“ in Wien und „Gesunde Lebenswelten“ in der Steiermark gefördert.

Im November 2011 wurde ein vom FGÖ, der Wiener Gesundheitsförderung gemeinnützige GmbH (WiG) und vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK) gemeinsam gefördertes Projekt abgeschlossen mit dem Ziel, die Aktivität älterer Menschen zu heben.²⁷

In der Reihe Wissen des FGÖ/GÖG wurde im Jahr 2011 auf die kommunale Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen eingegangen (Spicker et al. 2011)²⁸. Die Autoren identifizieren folgende Leitprinzipien und Erfolgsfaktoren kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen:

²⁷

Als Hilfestellung oder Anleitung können das entwickelte Handbuch und Broschüren unter www.engagiert-gesund-bleiben.at heruntergeladen werden.

²⁸

Der Bericht kann unter www.fgoe.org bezogen werden.

- » Partizipation,
- » Empowerment,
- » gesundheitliche Chancengleichheit,
- » Setting-Ansatz,
- » Partnerschaften und Vernetzung,
- » Kapazitätsaufbau und -entwicklung,
- » ausreichende Ressourcen,
- » klare organisatorische Strukturen,
- » Glaubwürdigkeit und Vertrauen,
- » Berücksichtigung der Diversität der Gruppe „älterer Menschen“,
- » Interdisziplinarität,
- » Sicherung von Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit,
- » Evaluation,
- » Werbung und Öffentlichkeitsarbeit.

Zusätzlich werden in dem Bericht zehn Beispiele guter und bester Praxis von österreichischen und europäischen Praxisprojekten zu kommunaler Gesundheitsförderung für ältere Menschen beschrieben. In der FGÖ-Projekt Datenbank finden sich des Weiteren über 70 Projekte zum Thema Alter, von denen mehr als ein Drittel laufend oder abgeschlossen ist; nähere Informationen dazu können über die FGÖ-Projekt Datenbank bezogen werden (www.fgoe.org).

In einem **europaweiten Projekt** wurden Gesundheitsförderungsprojekte für ältere Menschen zusammengefasst. Die Datenbank <http://www.healthproelderly.com/> bietet einen guten Überblick über abgeschlossene längerfristige Projekte.

Der hohen Bedeutung von Prävention wird in der Gesundheitspolitik Rechnung getragen. Ziel ist, den Präventionsgedanken im gesamten Gesundheitssystem zu verankern. Dies wird etwa an den unter Federführung des BMG erarbeiteten und im Juni 2012 von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen Rahmen-Gesundheitszielen ersichtlich, die Prävention ins Zentrum stellen.

Ausblick aus der Sicht des Gesundheitsministeriums

In einem so komplexen Bereich wie dem Gesundheitswesen darf es keinen Stillstand geben, und der vorliegende Bericht ist eine wichtige Unterstützung für wirkungsvolle Konzeptionen speziell mit Fokus auf die ältere Bevölkerung in Österreich.

Die im Bericht gegebene Darstellung der gesundheitlichen Lage der über 64-jährigen Personen in Österreich kann als Ansatzpunkt genutzt werden für eine weiterführende Planung von angemessener Gesundheitsförderung und Prävention und einer sicheren Gesundheitsversorgung für diese durchaus heterogene Zielgruppe. Es ist aber auch empfehlenswert, die Aussagen in bereits eingeleitete gesundheitspolitische Maßnahmen, für die im Folgenden Beispiele genannt werden, einfließen zu lassen, um optimale Effektivität zu erreichen.

Durch den Nationalen Aktionsplan Ernährung wird in Österreich ernährungspräventiven Aspekten besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Mit Blick auf ältere und alte Personen liegt der Schwerpunkt auf der Vermeidung von Mangelernährung durch Sensibilisierung von Betroffenen und Pflegenden für die Bedeutung von bedarfsgerechter Energie- und Nährstoffzufuhr.

In den zehn Rahmen-Gesundheitszielen für Österreich wird die ältere Bevölkerung in allen Zielen berücksichtigt. Durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche soll, unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft oder Einkommen, gesundheitliche Chancengerechtigkeit entstehen.

Der Nationale Aktionsplan Bewegung ist ein Leitdokument für die Zusammenarbeit verschiedener gesellschaftlicher und politischer Bereiche für die Förderung von mehr Bewegung. Es sind spezifische Ziele eigens für ältere Menschen enthalten.

Abschließend wäre zu erwähnen, dass eine regelmäßige periodische Aktualisierung des Berichts vorgesehen ist, wodurch eine Überprüfung von gesetzten gesundheitspolitischen Maßnahmen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Effizienz ermöglicht werden soll.

Literatur

Advisory committee on cancer prevention (1999): Recommendations on cancer screening in the European Union, [Brüssel];
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/cancer_screening_en.pdf

Amann, A. (2010): Alter und Zukunft. Wissen und Gestalten. Forschungsexpertise zu einem Bundesplan für Seniorinnen und Senioren. WISDOM – Forschung, Endbericht/Research Report No 20, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK), Wiener Institut für Sozialwissenschaftliche Dokumentation und Methodik (WISDOM), Wien

BAG (2006): Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006, Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten. Bundesamt für Gesundheit, Bern

Benyamini, Y.; Idler, E.L. (1999): Community studies reporting association between self-rated health and mortality. In: Research on Aging 21 /3, 392–401

Bjorner, J.; Kristensen, T.S.; Orth-Gomér, K.; Tibblin, G.; Sullivan, M.; Westerholm, P. (1996): Self-rated health, a useful concept in research, prevention and clinical medicine. 1996. In: Swedish Council for Planning of Research, Uppsala, Sverige

BMASK (2010): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2009. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien

Böck, Marion; Rieder, Anita; Dorner, Thomas (2010): Frailty – Definition, Erkennung und Bedeutung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Gesundheitswissenschaften Band 41, Linz

Bodenwinkler, Andrea; Sax, Gabriele (2011): Mundgesundheit und Lebensqualität in Österreich 2010. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Böhmer, Franz; Frühwald, Thomas (2008): Gesundheitliche Aspekte im Alter. Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Wien

Buber, Isabella; Prskawetz, Alexia; Engelhardt, Henriette; Schwarz, Franz; Winter-Ebmer, Rudolf (2006): Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Research Report. SHARE First Results for Austria Vienna Institute of Demography, Forschungsbericht, Bd. 31. Vienna Institute of Demography, Austrian Academy of Sciences and Department of Economics, Johannes Kepler University of Linz

Dahlgren, G.; Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe. In: Arbetsrapport

DeSalvo, K.B.; Bloser, N.; Reynolds, K.; He, J.; Muntner, P. (2006a): Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question: A meta-analysis. In: Journal of General Internal Medicine 21 /3, 267-275

DeSalvo, K.B.; Fan, V.S.; McDonell, M.B.; Fihn, S.D. (2005): Predicting mortality and healthcare utilization with a single question. In: Health services research 40/4, 1234-1246

DeSalvo, K.B.; Fisher, W.P.; Tran, K.; Bloser, N.; Merrill, W.; Peabody, J. (2006b): Assessing measurement properties of two single-item general health measures. In: Quality of Life Research 15/2, 191-201

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2009): S3-Leitlinie „Demenzen“ (Langversion). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), Bonn

Dorner, Thomas; Rieder, Anita (2008): Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung bei Hochbetagten. In: Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Hg. v. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz. Wien: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 317-328

Ellis, G.; Whitehead, M.A.; O'Neill, D.; Langhorne, P.; Robinson, D. (2011): Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 7

Elmadfa, Ibrahim; Freisling, Heinz; Verena, Nowak; Daniela, Hofstädter (2009): Österreichischer Ernährungsbericht 2008. Institut für Ernährungswissenschaften Universität Wien, Wien

Fasching, P. (2009): Ernährung im Alter. In: Ernährungsmedizin, Widhalm K, Verlagshaus der Ärzte, 685-696, Wien

Fonds Soziales Wien (2010): Geschäftsbericht 2010 des Fonds Soziales Wien

Fried, Linda P.; Tangen, Catherine M.; Walston, Jeremy; Newman, Anne B.; Hirsch, Calvin; Gottdiener, John; Seeman, Teresa; Tracy, Russel; Kop, Willem J.; Burke, Gregory; McBurnie, Mary Ann (2001): Frailty in older adults: evidence for a phenotype. In: Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences 56/3, 146-156

Frühwald, T. (2008): 8e) Frailty. In: Geriatrie: Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten, 269–278, Köln, Weimar, Wien

Fülöp, Gerhard; Baumer, Eva–Maria; Bednar, Waltraud; Entleitner, Michael; Grabner, Ines; Hagleitner, Joachim; Kern, Reinhard; Matousek, Peter; Mildschuh, Stephan; Nemeth, Claudia; Neruda, Thomas; Paretta, Petra; Pochobradsky, Elisabeth; Reiter, Daniela; Schleicher, Barbara; Valady, Sonja; Wabro, Michaela; Willinger, Manfred (2010): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010. ÖSG 2010 (inkl. Großgeräteplan). Bundesministerium für Gesundheit. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Gleichweit, S.; Rossa, M. (2009): Erster Österreichischer Demenzbericht. Wiener Gebietskrankenkasse, Wien

Goldberg, P.; Gueguen, A.; Schmaus, A.; Nakache, J.P.; Goldberg, M. (2001): Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French Gazel cohort. In: Journal of Epidemiology and Community Health 55/4, 233–238

GÖG/ÖBIG (2007): Abgestufte Hospiz–und Palliativversorgung in Österreich [Broschüre]. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Habl, Claudia; Bachner, Florian (2010): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich im Jahr 2009. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Hackl, JM; Jeske, M.; Galvan, O.; Strauhal, I.; Matteucci Gothe, R. (2006): Prävalenz der Mangelernährung bei alten Menschen. In: Journal für Ernährungsmedizin 8/1, 13–20

Hospiz Österreich (2011): Datenerhebung 2010. Hospiz Österreich, Dachverband von Palliativ– und Hospizeinrichtungen, Wien

HVB; SGKK (2011): Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Salzburger Gebietskrankenkasse, Wien, Salzburg

Icks, Andrea; Rathmann, Wolfgang; Rosenbauer, Joachim; et al. (2005): Diabetes mellitus. Robert Koch Institut RKI, Statistisches Bundesamt, Berlin

Idler, E.L.; Russell, L.B.; Davis, D. (2000): Survival, functional limitations, and self-rated health in the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study, 1992. In: American journal of epidemiology 152/9, 874–883

Jürges, H. (2007): True health vs response styles: exploring cross-country differences in self-reported health. In: *Health economics* 16/2, 163–178

Jylha, M. (1994): Self-rated health revisited: exploring survey interview episodes with elderly respondents. In: *Social Science & Medicine* 39/7, 983–990

Kaplan, G.; Baron-Epel, O. (2003): What lies behind the subjective evaluation of health status? In: *Social Science & Medicine* 56/8, 1669–1676

Kaplan, G.A.; Strawbridge, W.J.; Camacho, T.; Cohen, R.D. (1993): Factors associated with change in physical functioning in the elderly. In: *Journal of Aging and Health* 5/1, 140–153

Kerschbaum, Johann, et al. (2009): *Gesundheit und Krankheit in Österreich: Gesundheitsbericht Österreich 2009 (GBÖ 2009)*. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Klimont, Jeanette; Kytir, Josef; Leitner, Barbara (2007): *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und Statistik Austria, Wien

Klimont, Jeanette; Ihle, Petra; Erika, Baldazsti; Kytir, Josef (2008): *Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007*. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und Statistik Austria, Wien

Lampert, Thomas; Maas, Ineke; Mayer, Karl Ulrich (2008): *Sozioökonomische Ungleichheit der Mortalität im hohen Alter*. In: *Health Inequalities, Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 382–402

Leinonen, R.; Heikkinen, E.; Jylhä, M. (2001): Predictors of decline in self-assessments of health among older people – a 5-year longitudinal study. In: *Social Science & Medicine* 52/9, 1329–1341

Mackenbach, J.P.; Simon, J.G.; Looman, C.W.N.; Joung, I.M.A. (2002): Self-assessed health and mortality: could psychosocial factors explain the association? In: *International Journal of Epidemiology* 31/6, 1162–1168

May, M.; Lawlor, D.A.; Brindle, P.; Patel, R.; Ebrahim, S. (2006): Cardiovascular disease risk assessment in older women: can we improve on Framingham? *British Women's Heart and Health prospective cohort study*. In: *Heart* 92/10, 1396–1401

Menec, V.H.; Chipperfield, J.G. (2001): A prospective analysis of the relation between self-rated health and health care use among elderly Canadians. In: Canadian Journal on Aging 20/3, 293–306

Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. H. Huber, Bern

Miilunpalo, S.; Vuori, I.; Oja, P.; Pasanen, M.; Urponen, H. (1997): Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. In: Journal of clinical epidemiology 50/5, 517–528

Moen, J.; Antonov, K.; Larsson, C.A.; Lindblad, U.; Nilsson, J.L.G.; Råstam, L.; Ring, L. (2009): Factors associated with multiple medication use in different age groups. In: The Annals of pharmacotherapy 43/12, 1978–1985

N. N. (2008): Pharmakotherapie im Alter. In: Ökonomie in der Praxis 3–2008, 2–5

Niederstadt, Christina; Gaber, Elisabeth (2007): Harninkontinenz. Robert Koch Institut RKI, Statistisches Bundesamt, Berlin

Oberster Sanitätsrat (2010): Impfplan 2011 Österreich, Wien

OECD, European Union (2010): Health at a Glance, Europe 2010. OECD 2010

Pochobradsky, Elisabeth; Bergmann, Franz; Brix-Samoylenko, Harald; Erfkamp, Henning; Laub, Renate (2005): Situation pflegender Angehöriger. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Wien

Projekt Healthy Ageing (2007): Gesundes Altern; Eine Herausforderung für Europa; Kurzfassung des Hauptberichtes des Projektes Healthy Ageing

Püringer, U.; Klima, G.; Piribauer, F. (2005): Vorsorgeuntersuchung Neu – Wissenschaftliche Grundlagen. In: Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/ Prävention der VAEB

Rieder, A. (2007): Österreichischer Osteoporosebericht. Verein Altern mit Zukunft (Hg.). Wien

Rieder, Anita; Rathmannner, Theres; Kiefer, Ingrid; Dorner, Thomas; Kunze, Michael; Schwarz, Franz (2004): Österreichischer Diabetesbericht 2004. Daten, Fakten, Strategien. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

Robert Koch–Institut (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Statistisches Bundesamt; Deutsches Zentrum für Altersfragen; Robert Koch–Institut, Berlin

Rosholm, J.U.; Christensen, K. (1997): Relationship between drug use and self–reported health in elderly Danes. In: *European journal of clinical pharmacology* 53/3, 179–183

Rutledge, T.; Linke, S.E.; Johnson, B.D.; Bittner, V.; Krantz, D.S.; Whittaker, K.S.; Eastwood, J.A.; Eteiba, W.; Cornell, C.E.; Pepine, C.J. (2010): Self–rated versus objective health indicators as predictors of major cardiovascular events: The NHLBI–sponsored women’s ischemia syndrome evaluation. In: *Psychosomatic medicine* 72/6, 549–555

Saß, A.; Wurm, S.; Ziese, T. (2009): Somatische und psychische Gesundheit. Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert Koch–Institut, Berlin

Schaffenberger, Eva; Juraszovich, Brigitte; Pochobradsky, Elisabeth (1999): Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich. Übersicht über die Bedarfs– und Entwicklungspläne der Länder. Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien

Schaffenberger, Eva; Pochobradsky, Elisabeth (2004): Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich – Zwischenbilanz 2003. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Wien

Schüz, B.; Wurm, S. (2009): Wie wichtig ist Prävention? Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert Koch–Institut, Berlin

Schuntermann, M.F. (2005): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI; WHO–Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen, Köln

Sinhuber, D.; Fülöp, G.; Kern, D.; Nemeth, C. (2008): Rehabilitationsplan 2009. Im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG Forschungs– und Planungsgesellschaft mbH, Wien

Song, Xiaowei; Mitnitski, Arnold; Rockwood, Kenneth (2010): Prevalence and 10–Year Outcomes of Frailty in Older Adults in Relation to Deficit Accumulation. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 58/4, 681–687

Spicker, I.; Lang, G.; Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, Wien; (2011): Kommunale Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen. In: Band Nr 4 aus der Reihe Wissen, Fonds Gesundes Österreich, Wien

Statistik Austria (2002): Gesundheitszustand und Konsum medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Mikrozensus 1999. Wien

Statistik Austria (2010): Migration Integration: zahlen.daten.indikatoren 2010, Wien.

Statistik Austria (2011a): Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich Ergebnisse aus EU-SILC 2010. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz; Sozialpolitische Studienreihe Band 8

Statistik Austria (2011b): Lebenserwartung in Gesundheit [Online].
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html [Zugriff am 18.06.2012]

Stewig, F.; Schuchter, P.; Domittner, B. (2012): Pflege-Ergebnisqualität. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Unveröffentlicht, Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Tesch-Römer, T.; Wurm, S. (2009): Theoretische Positionen zu Gesundheit und Alter. In: Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert Koch-Institut, 7-21, Berlin

TNS Opinion & Social (2010): Sport und körperliche Betätigung. Im Auftrag der Generaldirektion Bildung und Kultur. Spezial-Eurobarometer 334. Europäische Kommission, Brüssel

Tragl, K.; Pietschmann, P.; Fischer, P.; Hruby, W. (2009): Jahresbericht 09. Ludwig Boltzmann Institut Altersforschung

Uhl, A.; Springer, A.; Kobra, U.; Gnambs, T.; Pfarrhofer, D. (2005): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch-Erhebung 2004, Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Wancata, J.; Benda, N.; Hajji, M.; Lesch, O.M.; Müller, C. (1998): Prevalence and course of psychiatric disorders among nursing home admissions. In: Social psychiatry and psychiatric epidemiology 33/2, 74-79

Wancata, Johannes; Kaup, Barbara; Krautgartner, Monika (2001): Die Entwicklung der Demenzerkrankungen in Österreich in den Jahren 1951 bis 2050. In: Wiener klinische Wochenschrift 113/5-6, 172-180

Watt-Wattson, Judy; McGillion, Michael (2011): Pain as a Symptom Outcome. In: Nursing Outcomes: the state of science. Hg. v. D. M. Doran. London: Jones & Bartlett Learning International, 201-240

Weyerer, Siegfried (2005): Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Bd. Heft 28. Robert Koch-Institut, Berlin

Whitehead, Margaret (2007): Wie können die gesundheitlichen Ungleichheiten in Europa reduziert werden? In: Tagungsband der 9. Österreichischen Präventionstagung "Soziale Ungleichheit und Gesundheit". Fonds Gesundes Österreich, 2-4, Wien

WHO (1948): Constitution. Geneva: World Health Organization.

Wittchen, Hans-Ulrich; Jacobi, Frank; Klose, Michael; Ryl, Livia (2010): Depressive Erkrankungen. Robert Koch Institut RKI, Statistisches Bundesamt. Berlin

Der vorliegende Bericht stellt erstmals die gesundheitliche Lage der in Österreich wohnhaften über 64-jährigen Bevölkerung dar. Er ist ein wesentlicher Beitrag des Bundesministeriums für Gesundheit zum „Europäischen Jahr 2012 des aktiven Alterns und der Solidarität zwischen den Generationen“.

www.bmg.gv.at

www.goeg.at