

Pressekonferenz
Land Steiermark – Gesundheit, Pflege, Sport und Gesellschaft
7. November 2022

**ÖSTERREICHISCHE
INTERDISZIPLINÄRE HOCHALTRIGENSTUDIE (ÖIHS)**

Eine Studie der
Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA)

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

 **Bundesministerium**
Bildung, Wissenschaft
und Forschung

 **Das Land
Steiermark**
→ Kultur, Gesundheit,
Pflege und Personal

 **LAND
SALZBURG**


N
NIEDERÖSTERREICH

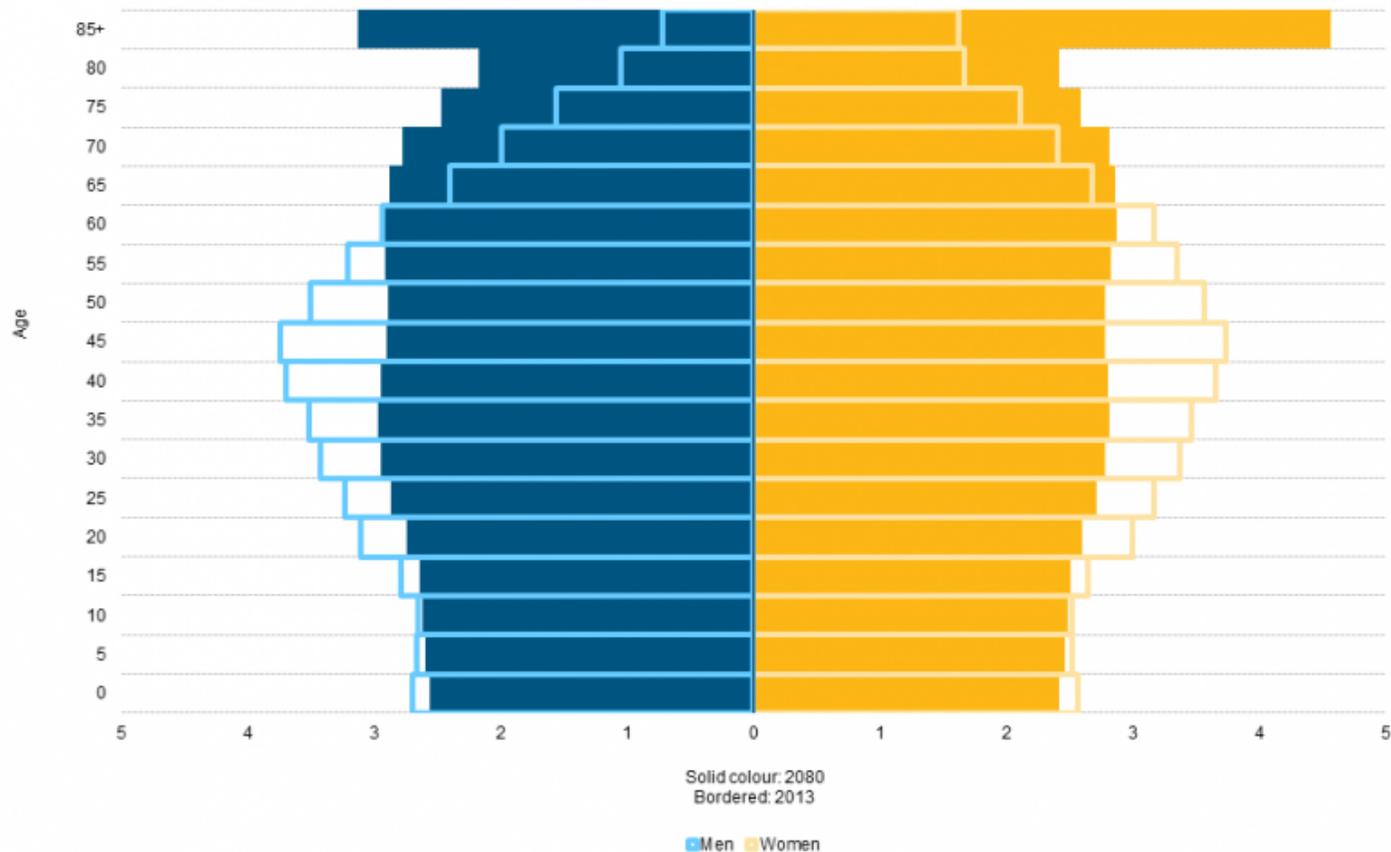
Entwicklung der ÖIHS im Überblick

- **2013/2014 Pilotstudie und Erhebungswelle I** in Wien und Steiermark
+ qualitativer Studienteil

Ab 2015 Erhebung in Dreijahres-Wellen (entsprechend internationalen Standards):

- **2015-2018 ÖIHS II:** kombinierte Querschnitts- und Panelerhebung in W, Stmk und NÖ
+ qualitativer Fokus: „Individuelle und soziale Potentiale für ein „gutes Leben“ im hohen Alter“
- **2019-2022 ÖIHS III:** Querschnittserhebung + Panel in W, Stmk, NÖ, S
+ qualitativer Fokus: „*Die COVID-19-Pandemie im Erleben hochaltriger Menschen in Österreich*“
- **2023-2025 ÖIHS IV** im Panel und Trenddesign in W, Stmk, NÖ, S, K, B
+ qualitativer Fokus

Europa 2009 – 2080



(¹) 2013: provisional. 2080: projections (EUROPOP2013).
Source: Eurostat (online data codes: demo_pjangroup and pro_13npms)

Zielsetzung

- ✿ Umfassende Untersuchung der Gesundheits-, Lebens- und Betreuungssituationen von Menschen 80+ in Ö, sowie deren Zusammenhänge und Veränderung über die Zeit
- ✿ Wissenschaftlich fundierte Längsschnittdaten zu der in den kommenden Jahrzehnten bedeutendsten Bevölkerungsgruppe
- ✿ Hohe Politik- und Praxisrelevanz
inkl. Fokus auf Pflege / Betreuung
- ✿ Erkenntnisse, Referenzwerte und Entscheidungsgrundlage
für künftige sozial- und gesundheitspolitische Strategien, Maßnahmen und wissenschaftliche Arbeiten
- ✿ Beitrag zu einem differenzierten und realistischen Altersbild
Entmystifizierung, „Entängstigung“ !

Studiendesign

- Erhebung unter ÖsterreicherInnen im Alter 80 + zu gesundheitlichen, sozialen und sozioökonomischen Fragen sowie zu Aspekten der Pflege und Betreuung
 - Ausführliche face-to-face Interviews (inkl. geriatrisches Assessment) in quantitativer Methodik
 - Ergänzender qualitativer Forschungszugang
 - Erfassen von Lebenssituation, subjektiven Sichtweisen, Deutungen und persönliche Präferenzen hochaltriger Menschen
- Ergänzende telefonische Kurzinterviews zur Selektivitätsprüfung und für zusätzlichen Informationsgewinn

Methodische Stärken und Besonderheiten

- ✿ Multi-/interdisziplinär (Konzeption, Methodik, Beirat, Erhebungsinstrumente, Analyse, Berichterstellung)
- ✿ Erhebung in Privathaushalten, betreuten/betreubaren Wohnsituationen sowie in Senioren- und Pflegeheimen
- ✿ Längsschnittliches Studiendesign (Panel- und Trenddesign)
- ✿ Kombination quantitativer UND qualitativer Methodik („mixed methods“)
- ✿ Wachsender Datenpool aus derzeit vier Bundesländern
- ✿ Europäischer Vergleich und internationaler Anschluss → www.exploore.at

Stichprobe 2019-2022

- **Stichprobengröße:** n=717 (inkl. Telefoninterviews), **Alter:** 80 – 90 Jahre
- **Bundesländer:** Wien, Niederösterreich, Steiermark & Salzburg
- Interviews sowohl in **Privathaushalten** als auch in **Pflegeheimen**

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

Stichprobe 2019-2022

Variable	Ausprägung	Prozent
Geschlecht	weiblich	56,9%
	männlich	43,1%
Bundesland	Wien	28,2%
	Niederösterreich	30,7%
	Steiermark	21,2%
	Salzburg	19,9%
Wohnform	Privathaushalt	87,7%
	Seniorenresidenz, Betreutes Wohnen	3,8%
	Pflegeheim	8,5%
Bildung	max. Pflichtschule	34,4%
	Lehre/Fachschule	31,9%
	Matura	16,9%
	Hochschule, Universität	16,9%
Stadt/Land	Stadt	60,4%
	Land	39,6%

Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen

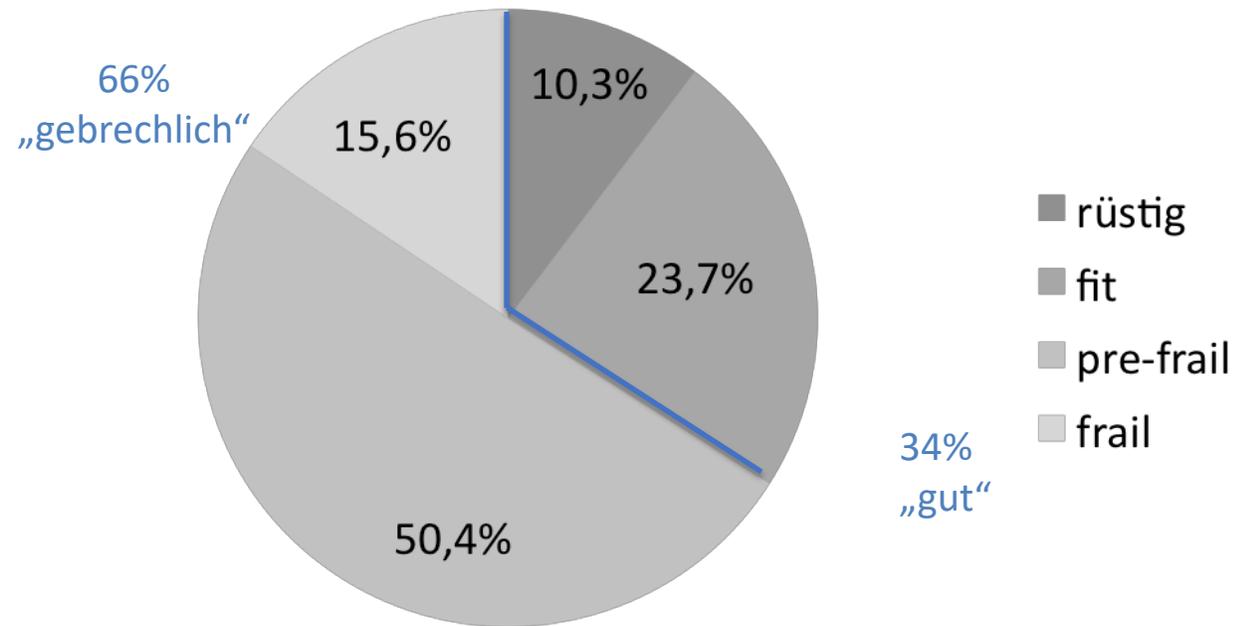
1. Die **Heterogenität** des hohen Alters
2. Erhalt von **Funktionalität und Selbsthilfefähigkeit** als eine zentrale Herausforderung
3. **Multimorbidität** – Begleiterscheinung des hohen Alters
4. Zunehmende **kognitive Verletzlichkeit**
5. **Harninkontinenz**: weit verbreitet, aber nach wie vor tabuisiert
6. **Einsamkeit** – ein etwas anders gelagertes Problem als angenommen
7. Hohe **Lebenszufriedenheit** trotz Einschränkungen
8. **Hochaltrige Frauen**: funktional eingeschränkter, häufiger alleinlebend, stärker armutsgefährdet
9. **Soziale Ungleichheit** im Lebensverlauf als großer Einflussfaktor

1. Hohe Heterogenität des hohen Alters

- Das hohe Alter als Lebensphase wie auch die Lebensumstände im hohen Alter sind enorm **vielschichtig und heterogen**.
- Ca. **1/3 der Hochaltrigen** befindet sich in einem relativ **guten gesundheitlichen und funktionalen Zustand**.
- **Das gängige Bild vom hohen Alter** - als gleichbedeutend mit körperlichen und geistigen Verlusten, Pflegebedürftigkeit usw. - erweist sich vor diesem Hintergrund als **unzutreffend und stereotyp**.
- **Verallgemeinernde Sichtweisen** zu den Lebensumständen, den gesundheitlichen Verhältnissen oder Bedürfnissen alter und hochaltriger Menschen sind **irreführend**

→ „Die Alten“ gibt es nicht!

Große gesundheitliche und funktionale Heterogenität



ÖIHS III

Widerspruch zum defizitorientierten Altersbild!

Besonders im hohen Alter: Gesundheit ist relativ

- Multimorbidität (2 und mehr chron. Krankheiten): **71%**
- Polypharmazie (> 5 Medikamente): **47,6%**
- Harninkontinenz: **29,2%**
- Eingeschränkte Mobilität (Bewegungsradius): **46,4%**
- Sturz (mind. 1 Mal in letzten 3 Monaten): **21,6%**
- Kognitive Einschränkungen – Demenzverdacht: **46,7%**, MCI: **33,5%**
- Depressive Symptome: **15,7%**
- Einsamkeit: **5,4%**

Die Lebenszufriedenheit ist dabei mit 87,5% („sehr“ bzw. „eher zufrieden“) verhältnismäßig hoch.

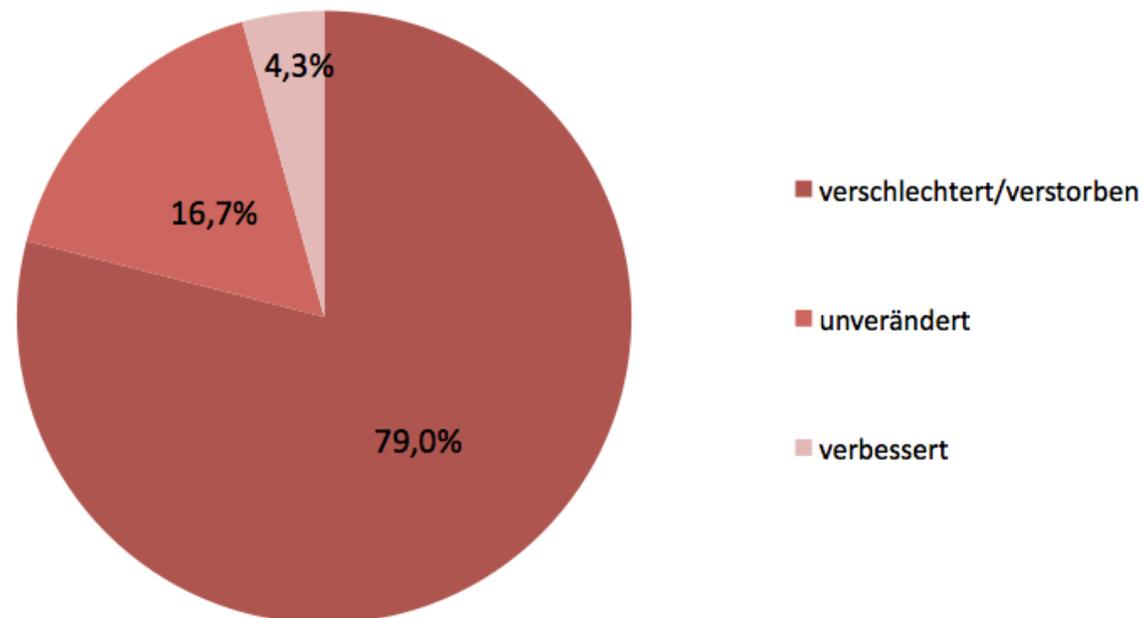
➤ **Enormes Adaptations- und Kompensationsvermögen im hohen Lebensalter**

2. Herausforderung: Erhaltung von Funktionalität und Selbsthilfefähigkeit

- Im hohen Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit für altersassoziierte Erkrankungen und funktionaler Einschränkung (→ reduzierte Selbsthilfefähigkeit + Autonomie) deutlich zu
- Ca. 2/3 der Hochaltrigen in der Stichprobe sind von funktionalen Einschränkungen betroffen („pre-frail“ bzw. „frail“)
- Progredienz funktionaler Einschränkungen wird **durch längsschnittliche Analysen bestätigt**
- **Als besonders relevanter Einflussfaktor erweisen sich dabei kognitive Verluste** (hohe Bedeutung der Förderung und Erhaltung kognitiver Funktionen im Alter!)
- Allerdings auch **Hinweise auf gewisse (zumindest vorübergehende) Entwicklungs- und Verbesserungspotenziale trotz bestehender Einschränkungen!**

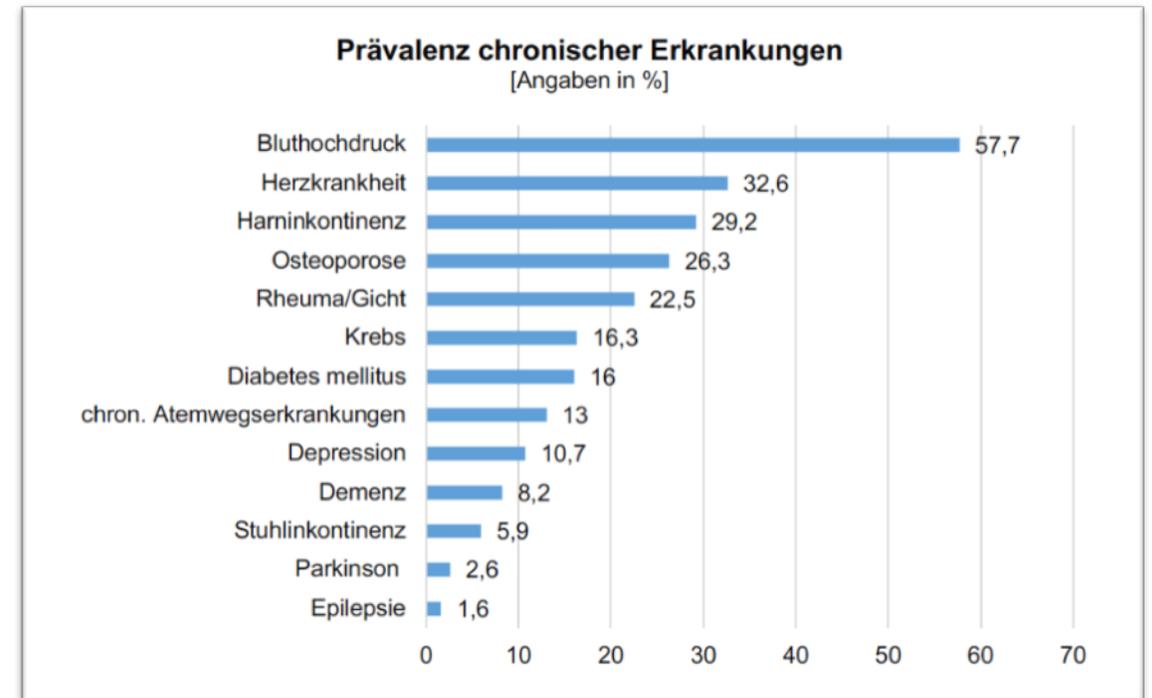
2. Herausforderung: Erhaltung von Funktionalität und Selbsthilfefähigkeit

Längsschnittliche Entwicklung (2013-2020)



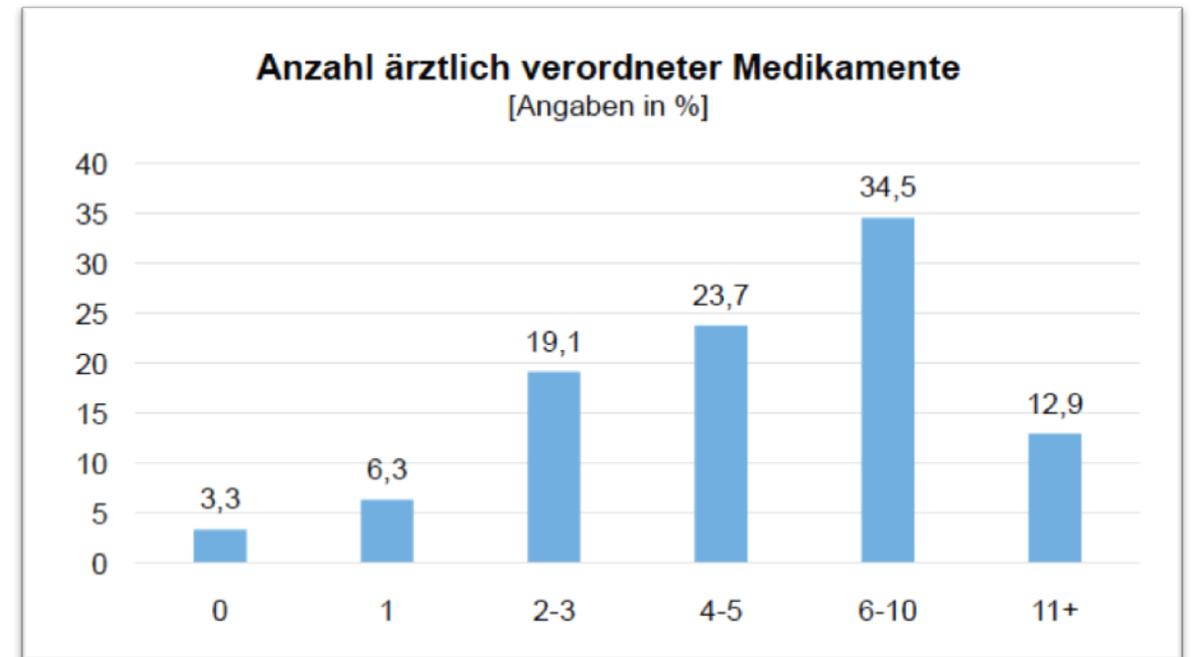
3. Multimorbidität als Begleiterscheinung des hohen Alters

- **71%** leiden unter 2 und mehr chronischen Krankheiten gleichzeitig (**Multimorbidität**).
- Lediglich 9,4% sind frei von chronischen Krankheiten.
- Die am häufigsten genannten Krankheiten sind **Bluthochdruck** (57,7%), **Herzkrankheiten** unterschiedlicher Ursache (32,6%) und **Harninkontinenz** (29,2%).



3. Multimorbidität als Begleiterscheinung des hohen Alters

- Hohe Prävalenz chronischer Krankheiten **spiegelt sich in Anwendung von Arzneimitteln**
- Lediglich 3,3% nehmen keinerlei Medikamente ein.
- **Fast die Hälfte (47,4%)** nimmt regelmäßig **mehr als 5 Medikamente** ein (Polypharmazie)
- 36,5% verwenden auch rezeptfreie Medikamente



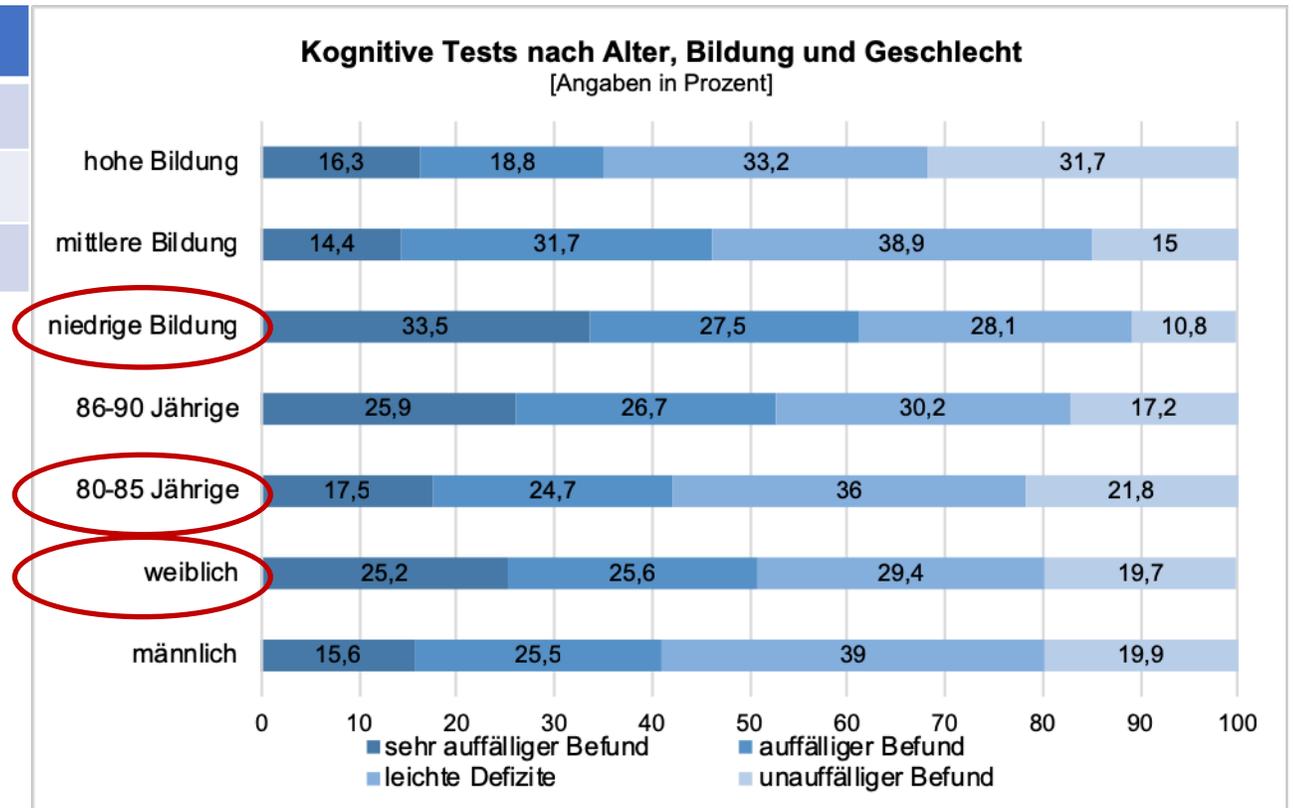
4. Zunehmende kognitive Verletzlichkeit

Drei-Wörter-Uhrentest (Strotzka et al. 2003)

Ergebnisse	Prozent
Unauffälliger Befund	19,8%
Leichte Defizite (mild cognitive impairment)	33,5%
Demenzverdacht	46,7%

Längsschnittliche Befunde der ÖIHS:

- Die Wahrscheinlichkeit für kognitive Einschränkungen nimmt mit fortschreitendem Alter stetig zu.
- **Kognitive Einschränkungen gehen mit einer signifikant erhöhten Sterbewahrscheinlichkeit einher** (rund 42% der Teilnehmer/innen mit „Demenzverdacht“ sind im Laufe der folgenden 3-6 Jahre verstorben).

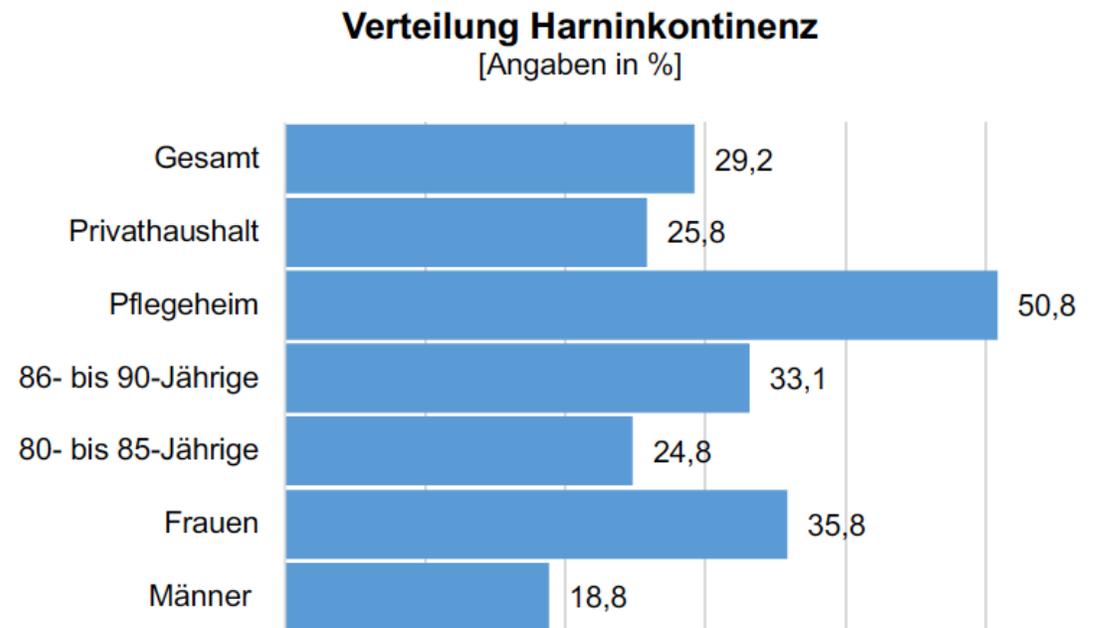


5. Harninkontinenz – weit verbreitet, aber tabuisiert

- Prävalenz: **29,2%**
- Frauen deutlich stärker betroffen als Männer: **35,8% vs. 18,8%**
- Prävalenz in Pflegeheimen: **50,8%**
- Dauer des Inkontinenzleidens > 3 Jahre: **55,2%** der Fälle
- **56,3%** der Betroffenen verlieren mehrmals täglich Harn
- **47,8%** der Betroffenen leiden unter starkem Harnverlust (mehr als nur Tropfen)
- Einschränkung des Wohlbefindens („sehr“ bzw. „ziemlich“): **33,1%**
- Nur **38,3%** befinden sich wegen ihre Inkontinenz in ärztlicher Behandlung

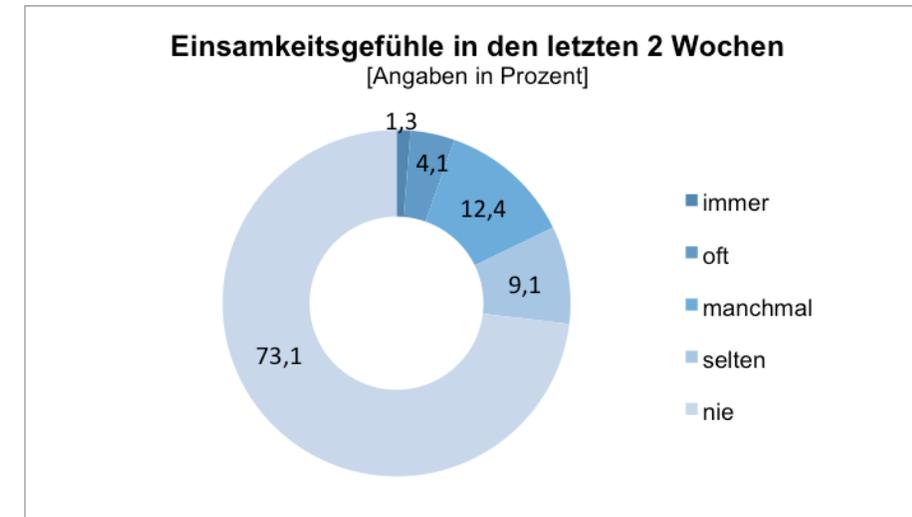
Harninkontinenz

Prävalenz nach Alter, Geschlecht und Wohnform

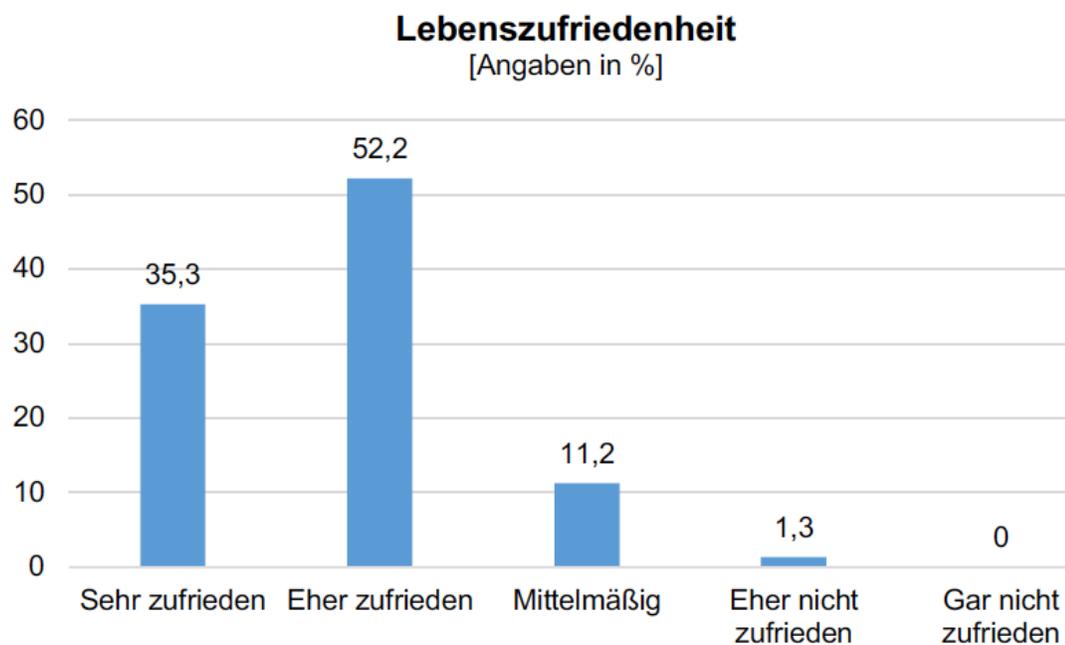


6. Einsamkeit als Problem einer relevanten Minderheit

- Zentrales Altersthema aufgrund der erhöhten Wahrscheinlichkeit für soziale Verluste im hohen Alter (Verwitwung, Frailty etc.)
- Häufige Einsamkeit betrifft in der ÖIHS eine kleine, aber nicht zu vernachlässigende Gruppe (5,4%)
- Einsamkeit korreliert vor allem mit dem **funktionalen Status** (pre-frail bzw. frail) und dem **Familienstand** (Verwitwung)
- Einsamkeit **in Pflegeheimen tendenziell sogar häufiger** als im Privathaushalt. Jedenfalls nicht umgekehrt!



7. Sehr hohe Lebenszufriedenheit



Variable/ Ausprägung	Lebenszufriedenheit			Korrelation/ Signifikanz
	hoch	mittel	niedrig	
Bildung				$\chi^2(6) = 13.788, p = .032$
niedrig	85,8%	12,5%	1,7%	
mittel	84,1%	15,0%	0,9%	
hoch	93,3%	5,8%	0,8%	
Wohnform				$\chi^2(3) = 9.382, p = .025$
Privathaushalt	88,7%	10,3%	1,1%	
Pflegeheim	75,4%	21,3%	3,3%	
Funktionaler Status				$\chi^2(9) = 118.419, p < .001$
rüstig	100,0%	0,0%	0,0%	
fit	96,9%	3,1%	0,0%	
pre-frail	90,5%	9,5%	0,0%	
frail	67,8%	25,0%	7,1%	
Depression				$\chi^2(6) = 176.025, p < .001$
keine	94,8%	5,0%	0,2%	
leichte Depression	62,6%	33,7%	3,6%	
schwere Depression	0,0%	71,4%	28,6%	

8. Große geschlechtsspezifische Unterschiede

- Beträchtliche geschlechtsspezifische Differenzen in gesundheitlicher und sozioökonomischer Hinsicht
- Hochaltrige Frauen sind **häufiger frail und multimorbide**, was sich auch in einem geringeren Grad an Mobilität und Selbsthilfefähigkeit im Hinblick auf alltägliche Verrichtungen niederschlägt
- Niedrigerer Bildungsgrad und geringeres Haushaltseinkommen, in Verbindung mit einem höheren Verwitwungsgrad, bedingt ein deutlich **höheres Altersarmutsrisiko für Frauen**

8. Große geschlechtsspezifische Unterschiede

Sozioökonomischer Status nach Geschlecht

Sozioökonomischer Status	Geschlecht	
	m	w
Bildung		
Niedrig (max. Pflichtschule)	19,5%	40,6%
Mittel	34,0%	29,8%
Hoch (mind. Matura)	46,5%	29,5%
Haushaltseinkommen		
< 1.000€	4,1%	13,1%
1.000 – 1.999€	31,2%	51,5%
2.000 – 3.000€	32,9%	22,6%
> 3.000€	31,3%	12,8%

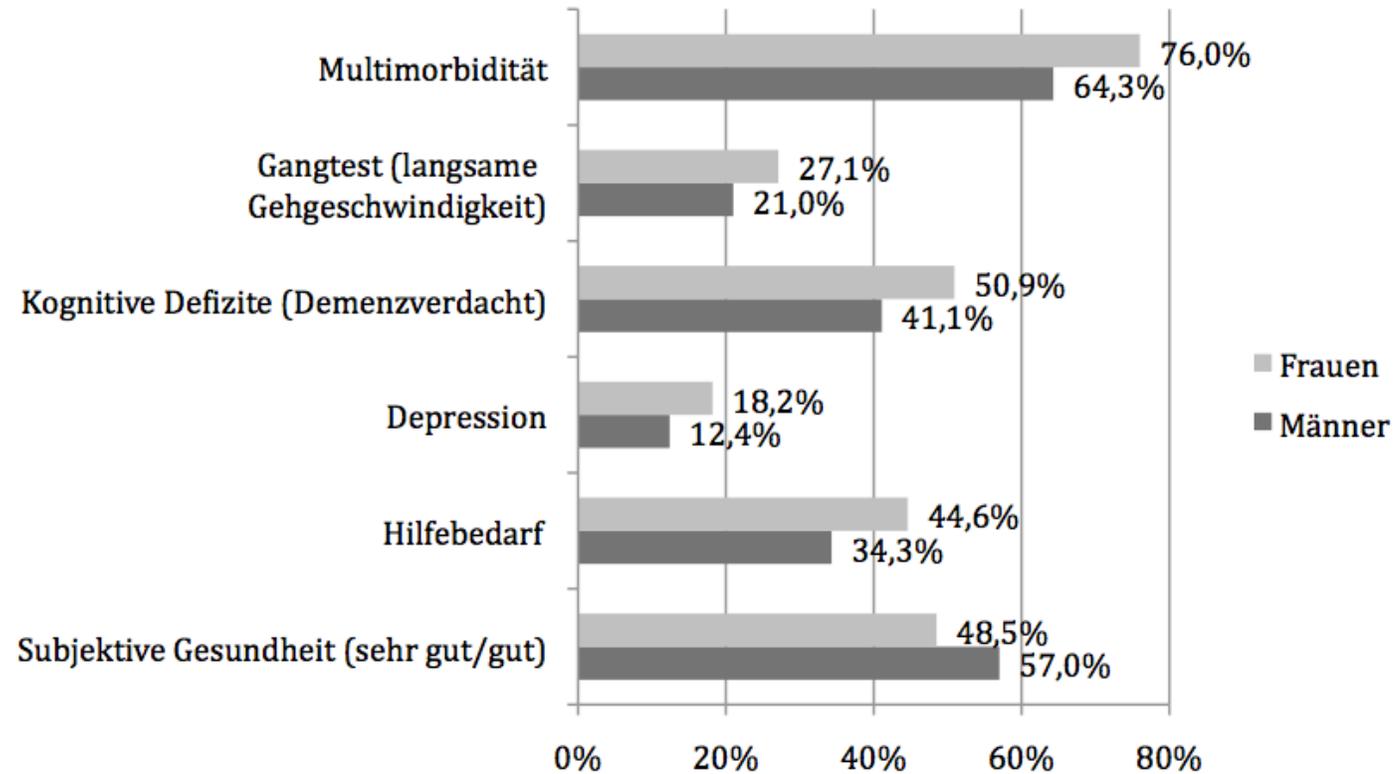
8. Große geschlechtsspezifische Unterschiede

Funktionaler Status nach Geschlecht

Funktionaler Status	insgesamt	Geschlecht	
		m	w
rüstig	10,3%	15,3%	6,5%
fit	23,7%	23,3%	24,0%
pre-frail	50,4%	50,4%	50,3%
frail	15,6%	11,0%	19,2%

8. Große geschlechtsspezifische Unterschiede

Gesundheit nach Geschlecht



9. Soziale Ungleichheit im hohen Alter

- Sozioökonomische Disparitäten bedingen ungleiche Lebenslagen im hohen Alter
- Menschen mit niedrigem Sozialstatus (niedrige Bildung, niedriges Einkommen) verfügen nicht nur über **weniger materielle**, sondern auch **soziale Ressourcen**, z.B. kleineres soziales Netz, geringere soziale Teilhabe etc.
- Soziale Ungleichheit hat gerade im hohen Alter gravierende Auswirkungen auf die individuellen Chancen, gesund und aktiv zu bleiben (**gesundheitliche Ungleichheit!**)
Risiko für funktionale und kognitive Einschränkungen
- Stark **erhöhtes Demenz- und Mortalitätsrisiko** unter sozioökonomisch schlechter gestellten Personen
- Längsschnitt zeigt: Effekte sozioökonomischer Ungleichheit auf Gesundheit im Alter kumulieren über den Lebenslauf → **Relevanz von Intervention / Prävention in früheren Lebensphasen!**

9. Soziale Ungleichheit im hohen Alter

Gesundheitliche Ungleichheit

Gesundheit & Bildung	Frailty ¹	Multimorbidität	Demenzverdacht ²	Depression ³	Schlechte subj. Gesundheit	Mortalität 2013-2019
Gesamt	62,1%	71,2%	41,5%	13,9%	10,4%	34,9%
Bildung						
Niedrig	69,0%	76,1%	56,5%	16,9%	13,4%	41,6%
Mittel	60,5%	73,9%	38,7%	15,1%	12,1%	37,7%
Hoch	58,7%	65,5%	33,3%	9,9%	6,9%	29,9%
<p>1 Ausprägungen „pre-frail“ und „frail“ 2 Ausprägungen „auffällig“ und „sehr auffällig“ (3-Wörter-Uhrentest) 3 Ausprägungen „leichte Depression“ und „schwere Depression“ (Geriatrische Depressionsskala)</p> <p>Ohne Pflegeheime (n=510)</p>						

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt

Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA)

Dr. Georg Ruppe, M.A.
Dr. Andreas Stückler, M.A.

Laudongasse 21/10
A-1080 Wien
+43 (1) 934 67 66 -600; -400
ruppe@oepia.at
stueckler@oepia.at