



Gesundheitsbericht Senioren
in Oberösterreich

Institut für Gesundheitsplanung

MMag. Martin Reif
Mag. Richard Birgmann
Mag.^a Daniela Palk
Mag. Markus Peböck

Detailbericht

Seniorengesundheit
in Oberösterreich

Linz, 2007

Herausgeber: Institut für Gesundheitsplanung

Verfasser: MMag. Martin Reif
Mag. Richard Birgmann
Mag.^a Daniela Palk
Mag. Markus Peböck

unter Mithilfe von: Claudia Spitzbart, Elke Ranzenmayr,
DSA Ulrike Gomelsky MSc, Michaela Kornfehl,
Erich Salzer

Beirat: DKS Ulrike Hinterleitner
Dr. Heide Said
Dr. Wolfgang Ziegler

Layout: Regina Ahorner, Titelblatt: pulpmedia
Druck: Birner Druck, Holzhausen
Preis: 14,40 Euro
ISBN 978-3-902487-08-9

Institut für Gesundheitsplanung
Gruberstrasse 77, 4020 Linz
Tel. 0732/784036
Mail: institut@gesundheitsplanung.at
Web: www.gesundheitsplanung.at

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	III
Kurzfassung	IX
Zusammenfassung in einfacher Sprache.....	XIII
Summary	XXI
1. Demografie und Bevölkerungsentwicklung	1
1.1. Demografische Alterung der Bevölkerung	1
1.2. Die Demografische Entwicklung in Oberösterreich.....	4
2. Lebenssituation, Lebensqualität und Gesundheitsdeterminanten.....	9
2.1. Kulturelle Bewertung des Alterns.....	9
2.2. Zufriedenheit und Selbstwertgefühl.....	11
2.2.1. Soziale Unterstützung	13
2.2.2. Lebensaktivitäten	13
2.2.3. Gesundheit und funktioneller Status.....	14
2.2.4. Selbstressourcen	15
2.3. Materielle Situation alter Menschen.....	16
2.3.1. Einkommen	16
2.3.2. Haushaltsausgaben	19
2.3.3. Wohnungsausstattung	23
2.4. Wohn- und Lebensformen	24
2.5. Familiäre und persönliche Netzwerke (soziale Unterstützung)	29
2.5.1. Familienstand.....	29

2.5.2.	Familiäre Netzwerke.....	31
2.5.3.	Besuche und Kontakte	34
2.5.4.	Hilfeleistungen	36
2.6.	Bildungsgrad.....	39
2.7.	Bevölkerung in Alten- und Pflegeheimen.....	40
2.7.1.	Einleitung.....	40
2.7.2.	Ist-Situation und Situation im Zeitverlauf seit 1996/1998.....	41
2.7.3.	Ausblick	45
2.8.	Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	47
2.8.1.	Gesundheitsvorsorge.....	47
2.8.1.1.	Vorsorgeuntersuchung.....	47
2.8.1.2.	Impfschutz	47
2.8.2.	Gesundheitsverhalten	50
3.	Gesundheit und Krankheit im Alter	57
3.1.	WHO Gesundheitsziel	57
3.2.	Alterungsprozess und Gesundheit.....	57
3.3.	Gesundheitliche Belastungen.....	60
3.4.	Gesundheitsversorgung älterer Menschen	63
3.5.	Lebenserwartung und Mortalität	65
3.5.1.	Lebenserwartung - Internationaler Blickwinkel	65
3.5.2.	Lebenserwartung in Oberösterreich.....	70
3.5.3.	Lebenserwartung in guter Gesundheit und beschwerdefreie Lebenserwartung.....	72
3.5.4.	Häufigste Todesursachen	78
3.6.	Bedeutende Erkrankungen und Gesundheitsprobleme	81

3.6.1.	Allgemeiner Gesundheitszustand	81
3.6.2.	Erkrankungen und Verletzungen	84
3.6.3.	Chronische Erkrankungen	87
3.6.4.	Beschwerden	89
3.6.5.	Herz-Kreislaufferkrankungen	91
	3.6.5.1. Krankenhausaufenthalte mit Herz-Kreislaufdiagnosen	91
	3.6.5.2. Bluthochdruckerkrankungen (Hypertonie)	93
	3.6.5.3. Ischämische Herzerkrankungen	96
	3.6.5.4. Herzinfarkt	99
	3.6.5.5. Angina Pectoris	101
	3.6.5.6. Hirngefäßerkrankungen	102
3.6.6.	Bösartige Neubildungen	104
	3.6.6.1. Krebsmortalität	104
	3.6.6.2. Krebsinzidenz	106
3.6.7.	Atemwegserkrankungen	110
3.6.8.	Erkrankungen des Bewegungsapparates	113
3.6.9.	Diabetes	118
3.6.10.	Depression	120
3.6.11.	Demenz	124
3.6.12.	Inkontinenz	129
3.6.13.	Infektionserkrankungen	131
3.6.14.	Unfälle/Stürze	132
3.6.15.	Zahngesundheit	135
3.7.	Einschränkungen im Alltag	138
	3.7.1. Hilfebedürftigkeit bei persönlichen Verrichtungen	138

3.7.2.	Hilfebedürftigkeit bei alltäglichen Verrichtungen	139
3.8.	Pflegebedürftigkeit	140
3.9.	Medikamentenverordnungen.....	144
4.	Gesundheitsförderung und Prävention im Alter.....	145
4.1.	Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Prävention	146
4.2.	Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung und Prävention.....	146
4.3.	Spezifische Präventionsmaßnahmen und deren Bedeutung für Gesundheit im Alter.....	147
4.4.	Gesundheitsförderung in relevanten Settings - Beispiel Betrieb.....	149
4.5.	Gesundheitszustand älterer ArbeitnehmerInnen	150
4.6.	Healthy Work in an Ageing Europe.....	151
5.	Versorgung und Infrastruktur im Gesundheitsbereich für ältere Menschen	152
5.1.	Ärzte/Ärztinnen mit Geriatrie-Diplom	153
5.2.	Ärzte/Ärztinnen mit Diplom für Palliativmedizin	155
5.3.	Krankenanstalten (Geriatrie etc.)	157
5.4.	Überleitungspflege	158
5.5.	Alten- und Pflegeheime, Betreubares Wohnen	159
5.6.	Kurzzeitpflege, Tagesbetreuung	163
5.7.	Mobile Betreuung durch soziale Dienste und Hauskrankenpflege	164
5.8.	Mobile Hospiz- und Palliativversorgung	171
5.9.	Angebote für pflegende Angehörige	173
5.9.1.	Angebote durch die Sozialabteilung des Landes OÖ.....	174
5.9.2.	Hilfe für pflegende Angehörige der SVB	174
5.9.3.	ANNA - Angehörige nehmen Auszeit der OÖGKK	175
5.9.4.	Stammtisch für Pflegende Angehörige.....	175

5.9.5. Angebote der Caritas Oberösterreich	176
5.10. Sozialberatungsstellen.....	177
5.11. Rufhilfe.....	178
5.12. Mahlzeitendienste	178
5.13. Schwerpunktthema der Gesunden Gemeinden 2007: Senioren- gesundheit	179
5.14. Angebote zur psychischen Gesundheit	180
5.14.1. Angebote von pro mente.....	180
5.14.2. Angebote von Exit Sozial.....	183
5.15. SelbA - Selbstständig im Alter	184
5.16. Sonstige Angebote.....	186
5.16.1. Netzwerk Hilfe der OÖGKK	186
5.16.2. Gesunde Küche in Altenheimen.....	186
5.16.3. Seniorskom.at.....	187
5.16.4. Clubs Aktiv	187
5.16.5. „Sei unser Gast - Senioren & wir“ Wirte	187
5.16.6. Time - die Zeittauschbörse	188
5.16.7. Seniorenratgeber.....	189
5.16.8. Betreutes Reisen	189
5.16.9. Influenzimpfungen in Alten- und Pflegeheimen	190
6. Maßnahmenvorschläge.....	191
Literaturverzeichnis.....	195
Abbildungen	201
Tabellen.....	207

Kurzfassung

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Thematik der Gesundheit älterer Menschen in den kommenden Jahren wesentlich an Bedeutung gewinnen. Bis 2050 wird eine Zunahme der über 65-jährigen oberösterreichischen Bevölkerung auf über 500.000 prognostiziert. Der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung wird diesen Prognosen zufolge auf 37 Prozent ansteigen. Als Hintergrund für diese Entwicklung ist der so genannte „demografische Übergang“ (von einer vorwiegend landwirtschaftlich geprägten Gesellschaft zur Industriegesellschaft) anzusehen, eine Entwicklung die sich über ca. 120 Jahre erstreckt und der bereits seit der Wende zum 20. Jh. im Gang ist. Die wesentlichen Einflussfaktoren dieser Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung, der so genannten „demografischen Alterung“ sind Geburtenzahlen, Migration und Lebenserwartung (Kapitel 2.).

Die Lebenserwartung (bei der Geburt) der Frauen in Oberösterreich ist im Zeitraum zwischen 1990 und 2005 für Frauen von 79,2 auf 82,3 Jahre gestiegen, die der Männer von 72,9 auf 76,9 Jahre. Die Zahl der noch zu erwartenden Lebensjahre im Alter von 60 Jahren betrug 2005 bei Frauen 24,8 Jahre, bei Männern 20,9 Jahre (Kapitel 4.1.).

Viel diskutiert wird die Frage, ob die Steigerung der Lebenserwartung mit einer Zunahme der Lebenszeit in Gesundheit einhergeht oder ob sie durch einen Zuwachs an gesundheitlichen Einschränkungen und Belastungen erkaufte wird. Mit zunehmendem Alter - insbesondere im höheren Alter ab dem 75. Lebensjahr - steigen sowohl die Krankheitslast als auch die Behandlungskosten stark an. Andererseits lässt sich in den letzten Jahrzehnten österreichweit ein positiver Trend im Hinblick auf den Gesundheitszustand der älteren Bevölkerungsgruppen beobachten. Während 60-jährige Frauen 1978 noch 5,2 Jahre mit gutem Gesundheitszustand erwarten durften, waren dies 1998 bereits 11,2 weitere Lebensjahre bei gutem Gesundheitszustand. Bei 60-jährigen Männern stieg die Lebenserwartung bei gutem Gesundheitszustand im selben Zeitraum von 5,8 auf 10,4 weitere Jahre bei gutem Gesundheitszustand. Der Trend der zunehmenden beschwerdefreien Lebenserwartung setzt sich auch in den Jahren ab 2000 fort. Auch wenn, aufgrund der demografischen Entwicklung (durch mehr ältere Menschen), künftig von einer höheren Anzahl an älteren Menschen mit gesundheitlicher Einschränkung ausgegangen werden muss, so ist doch eine gewisse Dämpfung dieses Effektes durch den zunehmend besseren Gesundheitszustand möglich (Kapitel 4.1.).

Ob sich der derzeitige Trend hinsichtlich einer zunehmenden beschwerdefreien Lebenserwartung fortsetzen wird kann nicht prognostiziert werden. Nicht unwesentlich dürfte dies auch damit zusammenhängen, in welchem Ausmaß nachrückende Alterskohorten durch Risikofaktoren und chronische Erkrankungen belastet sind (z.B. Rauchen, Adipo-

sitas, Diabetes) bzw. wie weit diesen ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen, um einen gesunden Lebensstil zu entwickeln. Darüber hinaus können gesundheitsförderliche Maßnahmen auch im fortgeschrittenen Alter erheblich zur Aufrechterhaltung der Gesundheit und der Verminderung von Einschränkungen beitragen.

Wohn- und Lebensumfeld, Lebensweise, soziale Einbindung und Unterstützung, Sozialstatus und materielle Absicherung sind eng mit Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität älterer Menschen verknüpft. Daher werden diese Faktoren oft als Gesundheitsdeterminanten bezeichnet. Von wesentlicher Bedeutung sind u.a. persönliche und familiäre Netzwerke, aber auch Lebensaktivitäten, die zur Aktivierung, Erhöhung des Selbstwertgefühles und Stiftung von Lebenssinn beitragen (z.B. Freizeitaktivitäten, ehrenamtliche Tätigkeiten, Aufgaben in der Kinderbetreuung oder gegenseitige Unterstützung von SeniorInnen) (Kapitel 3.).

In Oberösterreich gaben 1999 zwei Drittel der Männer und der Frauen zwischen 60 bis 65 Jahren an, bei guter oder sehr guter Gesundheit zu sein. Mit zunehmendem Alter geht der Anteil entsprechend zurück. Unter den 85- bis 90-Jährigen weisen noch 36 Prozent der Männer bzw. 24 Prozent der Frauen einen guten bzw. sehr guten Gesundheitszustand auf. Der allgemeine Gesundheitszustand der älteren Bevölkerungsgruppe hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert, sowohl bei Männern als auch bei Frauen (Kapitel 4.2).

Mit zunehmendem Alter nimmt die Verbreitung chronischer Erkrankungen zu. Zu den häufigsten Erkrankungsgruppen gehören Herz-Kreislauferkrankungen, Gelenks- und Wirbelsäulenprobleme, Diabetes, Atemwegserkrankungen und Erkrankungen der Augen. Zu den häufigsten Beschwerden zählen Rückenschmerzen, Schmerzen im Hüft/Beinbereich, Wetterfühligkeit, Schlafstörungen, Kreislaufstörungen und Sehstörungen (Kapitel 4.2.).

Im hohen Alter steigt die Gefahr der Verletzung durch Stürze. Eine häufige Folge sind Schenkelhalsbrüche. Frauen sind deutlich häufiger betroffen, nicht zuletzt aufgrund der stärkeren Betroffenheit durch Osteoporose. Auf 100.000 Frauen im Alter über 85 Jahren kommen pro Jahr rund 2.000 Krankenhausaufenthalte aufgrund von Schenkelhalsbruch. Bei Männern beträgt die Rate rund 680 Fälle/100.000 (Kapitel 4.2.).

Wesentliche Einschränkungen des Gesundheitszustandes sind durch psychische Erkrankungen bedingt. Stark verbreitet sind depressive Verstimmungen und Erkrankungen. Österreichweit geben 22 Prozent der Männer und 36 Prozent der Frauen im fortgeschrittenen Alter depressive Verstimmungen an. In Oberösterreich werden 7 Prozent der Männer und 16 Prozent der Frauen über 60 Jahren mit Antidepressiva behandelt (Kapitel 4.2.).

Demenzkrankungen nehmen mit zunehmendem Alter exponentiell zu. Bei unter 75-Jährigen liegt die Zahl der Neuerkrankungen pro Jahr noch unter 10 Fällen pro 1.000 Einwohner. In der Altersgruppe über 90 Jahren beträgt die Rate 70 Neuerkrankungen pro 1.000 Personen. Während bei unter 75-Jährigen noch bis zu 3 Prozent von Demenz

betroffen sind liegt der Anteil bei über 90-jährigen Frauen bei 31 Prozent und bei Männern dieser Altersgruppe bei 22 Prozent (Kapitel 4.2.).

Einschränkungen bezüglich alltäglicher Verrichtungen nehmen vor allem ab dem 75. Lebensjahr deutlich zu. Im höheren Alter benötigen rund ein Fünftel der in Privathaushalten lebenden SeniorInnen zumindest manchmal Hilfe bei persönlichen Verrichtungen (Kapitel 4.3).

Im höheren Alter nimmt auch der Anteil der pflegebedürftigen Personen zu. 2005 bezogen in Oberösterreich über 61.000 Menschen Pflegegeld. Durch die demografische Entwicklung ist in den kommenden Jahren mit einem deutlichen Zuwachs von PflegegeldbezieherInnen zu rechnen. Bis 2015 wird mit einer Zunahme um 18 Prozent gerechnet, bis 2030 mit einer Zunahme um rund 50 Prozent (Kapitel 4.4.).

Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen können wesentlich dazu beitragen, die Gesundheit und Eigenständigkeit bis ins hohe Alter aufrechtzuerhalten. Mögliche Ansatzpunkte sind u.a. die Förderung körperlicher und kognitiver Aktivitäten, Ernährungsverhalten und -angebot, Unfallschutz (z.B. Sturzprophylaxe) usw. Wesentlich ist die Verankerung der Angebote in den relevanten Settings (z.B. Betriebliche Gesundheitsförderung für ältere ArbeitnehmerInnen, Institutionalisierung und Vernetzung geeigneter Angebote im Lebensraum Wohnumgebung bzw. Gemeinden) (Kapitel 5.).

Die Gesundheits- und Krankenversorgung für ältere Menschen muss darauf ausgerichtet sein, ein Höchstmaß an Lebensqualität zu sichern, eigene Bewältigungskapazitäten zu stärken und die soziale Integration und die Würde älterer Menschen aufrechtzuerhalten. Neben einer auf die speziellen Bedürfnisse älterer Menschen ausgerichteten medizinischen Versorgung und der Rehabilitation nach dem Erkrankungsfall ist eine Vielzahl an unterschiedlichen Angeboten von Bedeutung. Die Bandbreite der Angebote reicht von mobilen Unterstützungs- und Betreuungsangeboten, Pflegeeinrichtungen über Beratungsstellen, Angebote zur psychosozialen Gesundheit bis zu Selbsthilfegruppen und aktivierenden Freizeitangeboten. Auch Unterstützungsangebote für betreuende und pflegende Angehörige spielen eine wesentliche Rolle (Kapitel 6.).

In einem Arbeitskreis der OÖ Gesundheitskonferenz wurden Verbesserungspotenziale zur Versorgung und Unterstützung älterer Menschen erarbeitet. Die Maßnahmenvorschläge sind in den Bereichen Prävention/Gesundheitsförderung, Selbst- und Laienhilfe sowie professionelle Hilfe angesiedelt und können als Ansatzpunkte zur Optimierung des Versorgungsangebotes angesehen werden (Kap. 7).

Zusammenfassung in einfacher Sprache

In diesem Bericht geht es darum,
wie gesund ältere Menschen sind.

Es geht darum,

- ob ältere Menschen gesund sind,
- warum ältere Menschen gesund sind,
- was ältere Menschen krank macht,
- und welche Krankheiten,
ältere Menschen haben.

Es gibt immer mehr ältere Menschen.

Daher wird es immer wichtiger,
dass ältere Menschen gesund sind.

In ungefähr 40 Jahren

wird einer von drei Menschen in Oberösterreich
über 65 Jahre alt sein.

Warum ist das so?

- Es gibt immer weniger Geburten
und dadurch weniger junge Menschen.
Wenn aber mehr junge Menschen
aus anderen Ländern
zu uns kommen,
dann gibt es wieder mehr junge Menschen
in Oberösterreich.
- Die Lebenserwartung wird immer höher.
Die Menschen werden immer älter.



Vor 15 Jahren sind Frauen
ungefähr 79 Jahre alt geworden
Vor 15 Jahren sind Männer
ungefähr 73 Jahre alt geworden.
Jetzt werden Frauen
ungefähr 82 Jahre alt.
Jetzt werden Männer
ungefähr 77 Jahre alt.
Menschen werden heutzutage älter als früher.
Frauen werden meist älter als Männer.

Fachleute sind Menschen,
die sich in einem bestimmten Bereich
gut auskennen.
In diesem Bericht sind Fachleute
im Gesundheitsbereich gemeint.
Manche Fachleute sagen,
dass ältere Menschen oft krank sind.
Andere Fachleute sagen,
dass ältere Menschen lange gesund bleiben.

Menschen, die 75 Jahre oder älter sind,
sind öfter krank.
Die Behandlungskosten sind höher
als bei jüngeren Menschen.
Andererseits können Menschen,
die 60 Jahre alt sind,
heute noch länger gesund bleiben
als früher.



Es wird in Zukunft
mehr ältere Menschen geben.
Es kann sein,
dass diese älteren Menschen
immer länger gesund bleiben.
Wirklich vorhersehen kann man das aber nicht.
Es kommt darauf an,
ob junge Menschen
heute schon gesund leben.
Aber auch ältere Menschen können etwas tun,
damit sie gesund bleiben.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen
sind zum Beispiel:

- dass man sich wohl fühlt,
wo man arbeitet und wo man wohnt.
- dass man sich gesund ernährt.
- dass man sich genug bewegt.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen
können helfen,
dass möglichst viele Menschen gesund bleiben.

Für ältere Menschen gibt es einige Dinge,
die wichtig sind,
damit sie sich wohl fühlen und gesund bleiben.
Das nennt man Lebensqualität.

Dazu gehört,

- dass sie sich wohl fühlen wo sie wohnen.
- dass es Menschen gibt, mit denen sie reden können und die sie gern haben.
- dass es Menschen gibt, die ihnen helfen.
- dass sie genug Geld haben.
- dass sie noch etwas sinnvolles tun können. Zum Beispiel auf Enkelkinder aufpassen oder andere Menschen unterstützen.

In diesem Bericht beschreiben wir, dass ältere Menschen jetzt gesünder sind als noch vor einigen Jahren.

Bei älteren Menschen kommt es aber trotzdem öfter vor, dass sie chronische Krankheiten haben. Wenn eine Person eine chronische Krankheit hat, dann leidet diese Person ständig an dieser Krankheit.

Chronische Krankheiten können sein:

- Krankheiten, die mit dem Herz oder dem Kreislauf zu tun haben
- Probleme mit Gelenken oder der Wirbelsäule
- Zuckerkrankheit
- Erkrankungen der Augen

Wenn Menschen älter werden,
ist es gefährlicher,
wenn sie stürzen.

Wenn ältere Menschen stürzen,
haben sie oft einen Oberschenkelhalsbruch.
Sie brechen sich das Bein ganz weit oben,
fast an der Hüfte.
Bei älteren Frauen kommt das oft vor.
Ältere Frauen haben oft
nicht mehr so starke Knochen.

Manche der älteren Menschen
haben auch eine psychische Erkrankung.
Das ist zum Beispiel:

- wenn jemand immer traurig ist,
- nichts tun will,
nicht einmal aus dem Haus gehen,
- sich selber nicht mag.

Diese psychische Erkrankung
schränkt sie in ihrem Leben ein.

Demenzerkrankungen werden im Alter mehr.
Demenzerkrankungen zeigen sich dadurch,
dass Menschen vieles nicht mehr machen können,
was sie früher gemacht haben.
Diese Menschen können sich Dinge
nicht mehr so gut merken.
Diese Menschen können sich dort wo sie wohnen
oft nicht mehr zurechtfinden.



Menschen, die älter als 75 Jahre sind,
brauchen auch oft Hilfe bei den alltäglichen
Dingen.

Das sind Dinge,
die man jeden Tag tun muss,
zum Beispiel einkaufen, kochen, waschen.

Viele ältere Menschen sind auch pflegebedürftig.
Das heißt sie brauchen Hilfe beim Anziehen oder
beim Waschen und Zähneputzen.

Diese pflegebedürftigen Menschen
erhalten Pflegegeld.

Weil es immer mehr ältere Menschen gibt,
werden in Zukunft immer mehr Menschen
Pflegegeld bekommen.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen helfen dabei,
dass Menschen lange gesund bleiben.

Menschen sollten zu Hause und in der Arbeit
Bewegung machen.

Menschen sollen immer wieder üben,
dass sie sich gut konzentrieren können.

Menschen sollen lernen,
wie man sich gesund ernährt.

In der Wohnung oder am Arbeitsplatz
sollen keine Hindernisse sein.

Zum Beispiel soll nirgends ein Teppich liegen,
über den man stolpert,
oder auf dem man ausrutscht.

Es ist wichtig,
dass ältere Menschen
so gut wie möglich leben können.

Sie sollen sich wohl fühlen,
wo sie wohnen.

Sie sollen möglichst viel noch selber tun können.
Sie sollen sich selber als wertvoll sehen können.

Angebote für ältere Menschen können sein:

- Gesundheitsvorsorge
besonders für ältere Menschen
- besondere Hilfe
nach einem Unfall oder einer Krankheit,
dass sie wieder ein möglichst normales Leben
führen können.
Das nennt man Rehabilitation.
- mobile Unterstützung und Betreuung
zum Beispiel: Essen auf Rädern
oder Hauskrankenpflege
- Beratungsstellen für ältere Menschen
- Selbsthilfegruppen
Da treffen sich ältere Menschen
und reden über ihre Probleme.
Oft können sie sich dadurch
gegenseitig helfen.
- besondere Freizeitangebote für ältere Menschen

Es soll aber auch Unterstützungsangebote
für Angehörige geben,
die ältere Menschen pflegen.



Bei der oberösterreichischen Gesundheitskonferenz
treffen sich viele Menschen,
die für Gesundheit verantwortlich sind.
Dort überlegen sie,
wie alle Menschen in Oberösterreich
gesund bleiben können.
Sie haben auch überlegt,
wie ältere Menschen gesund bleiben können.
Alle Maßnahmen,
die sie vorschlagen,
stehen auch in diesem Bericht.

Summary

Due to demographic developments the topic of health of older persons will become more and more relevant in the upcoming years. By the year 2050, the Upper Austrian population age 65 and over is predicted to rise above 500.000. According to this prognosis, the proportion of this age group of the total population will increase to 37 percent. A cause for this development is the so-called "demographic transition" from a predominantly agriculturally steered society to the industrial society. This development has spanned approximately 120 years, having been in progress already since the turn of the 20th century. The fundamental influencing factors of changes of the age structure of a population, the so-called "demographic ageing", are birth rates, migration and life expectancy (see chapter 2).

Life expectancy of Upper Austrian women (at birth) has risen from 79,2 years to 82,3 years between the years 1990 and 2005, of men from 72,9 years to 76,9 years. In the year 2005, the expected number of life years at the age of 60 amounted to 24,8 years for women and 20,9 years for men (see chapter 4.1).

There is a lot of discussion over the question whether the gain in life expectancy is associated with an increase in lifetime in health or whether we "pay for it" with increasing health constraints and burdens. With increasing age - especially from about 75 years of age upwards - the illness burden as well as treatment expenses rise heavily. On the other hand, there is a positive trend to be witnessed concerning the state of the health of elderly population groups over all of Austria in the last decades. While in 1978, 60-year-old women could expect further 5,2 life years in good state of health, women of the same age in 1998 could look forward to 11,2 life years in good state of health. Within the same period of time, life expectancy in good health of 60-year-old men increased from 5,8 to 10,4 further years of life in good state of health. This development of an increasing life expectancy free of complaints has continued since the year 2000. Due to the demographic development of an increasingly ageing population we need to act on the assumption of a higher number of elderly people with an impairment to health. Nonetheless, a certain absorption of that effect will be possible as a result of the improved state of health (see chapter 4.1).

One cannot predict whether this trend with regard to an increasingly free-of-complaints life expectancy will sustain. Significant factors will be to what extent future age cohorts will be burdened with risk factors and chronic diseases (e.g. smoking, adiposity, diabetes), or rather how far resources will be available for them to develop a healthy lifestyle. Furthermore, health promoting measures even at an advanced age can contribute significantly to sustaining health and alleviating constraints.

Dwelling and living environment, the way of living, social integration and support, social status and material safeguard are closely connected with health, wellbeing and the quality of life of the elderly population. Therefore, these factors are frequently referred to as health determinants. Personal and family networks are of crucial importance, as well as activities contributing to an activation and increase of self-esteem and life sense, like for example leisure activities, volunteer work, functions in child care or mutual support amongst senior citizens (see chapter 3).

In 1999, two thirds of Upper Austrian men and women aged 60 - 65 declared to be in good or excellent health. With increased age this percentage decreases accordingly. Among the 85- to 90-year-olds, 36 percent of men and 24 percent of women report a good or excellent state of health. The general state of health both of men and women of the older population group has distinctly improved over the last decades (see chapter 4.2).

With increasing age the prevalence of chronic diseases increases. The most frequent categories of diseases are cardio-vascular diseases, spinal problems and problems with joints, diabetes, respiratory diseases and eye disorders. Among the most frequent complaints are back pains, hip and leg aches, meteorosensitivity, sleep disorders, circulatory disorders and impaired vision (see chapter 4.2).

In old age the risk of injuries due to accidental falls rises. A common result are fractures of the neck of the femur. Women are distinctly affected more frequently, not least due to a higher prevalence of osteoporosis. Among 100.000 women aged 85 and over, approximately 2000 are hospitalised as a result of a fracture of the neck of the femur. Among men the ratio amounts to about 680 cases per 100.000 (see chapter 4.2).

Considerable restrictions of the state of health are conditional upon mental illnesses. Depressive moods and depressive diseases are most widespread. In all of Austria, 22 percent of men and 36 percent of women declare to have depressive moods at an advanced age. In Upper Austria 7 percent of men and 16 percent of women above the age of 60 are treated with antidepressants (see chapter 4.2).

Dementia is a mental illness which increases exponentially with progressing age. Among the below 75-year-olds, the number of incidences per year lies below 10 cases per 1000 inhabitants. Within the age group of the 90-year-olds and over, the ratio rests at 70 incidences per 1000 persons. While up to 3 percent of the below 75-year-olds are affected by dementia, the percentage of 90-year-old women and older lies at 31 percent and at 22 percent with men of the same age group (see chapter 4.2).

From the age of 75 onwards, constrictions concerning everyday activities augment noticeably. At a higher age, around one fifth of senior citizens living in private households are at least occasionally in need of help with their personal activities (see chapter 4.3).

The percentage of persons in need of care rises at a higher age. In 2005, more than 61.000 people in Upper Austria received a nursing allowance. In consequence of the demographic development a considerable increase in the number of nursing allowance recipients is anticipated. By the year 2015 a growth of 18 percent is anticipated, by 2030 an increase of about 50 percent (see chapter 4.4).

Prevention and health promotion measures can significantly contribute to maintaining health and independence up to a high age. Possible starting points could be the promotion of physical and cognitive activities, food habits and the choice of food, protection against accidents (e.g. accidental falls prevention), etc. The establishment of services in relevant settings is vital, e.g. workplace health promotion for older employees, the institutionalisation and integration of appropriate measures in the living space in residential neighbourhoods or communities (see chapter 5).

The health and medical care of elderly persons must be aimed towards ensuring the maximum possible quality of life, strengthening the self-management capacity and maintaining social integration and the dignity of the elderly. Beside health care and rehabilitation after an illness geared towards the specific needs of the elderly, a number of diverse services are of importance. This spectrum covers services from mobile support and care services, health care facilities to advisory centres, from psychosocial health services to self-help groups and leisure time activities. Support services for nursing and caring family members play an important role (see chapter 6).

A research group at the Upper Austrian Health Conference developed the potentials for improvement regarding the care and support of the elderly. The recommended measures cover the areas of prevention/health promotion, self and lay care as well as professional help and can be seen as starting points for optimising the care services (see chapter 7).

1. Demografie und Bevölkerungsentwicklung

1.1. Demografische Alterung der Bevölkerung

Wenn von "demographischer Alterung" der Gesellschaft gesprochen wird, so ist damit die Veränderung der Altersstruktur gemeint. Diese ist Abhängig von der Geburtenzahl, den Sterbefällen sowie von Zu- und Abwanderungsprozessen. Hauptgrund für die derzeit beobachtbare Alterung der Gesellschaft ist nicht die höhere Lebenserwartung, sondern vor allem der Rückgang der Geburtenrate.¹ Erst in zweiter Linie spielt der Rückgang der Sterblichkeit eine Rolle.²

Demografische Alterungen ist ein globales Phänomen, auch wenn die Auswirkungen bisher nur in den Industriestaaten zu beobachten waren. Auch wenn die so genannten "Entwicklungsländer" derzeit noch eine relativ "junge" Altersstruktur aufweisen, lassen Bevölkerungsprognosen bereits jetzt erkennen, dass der Prozess der "demografischen Alterung" in diesen Ländern noch deutlich schneller verlaufen wird, als in Europa und den so genannten "Entwickelten Ländern". Die Bevölkerungsprognosen der Vereinten Nationen erwarten bis 2050 in den Industriestaaten einen Anstieg der Bevölkerung über 60 Jahren von 88 Prozent - also, ausgehend vom Stand 1995, etwas weniger als eine Verdoppelung. In den wirtschaftlich weniger entwickelten Entwicklungsländern (Less Developed Countries, LDC) wird in diesem Zeitraum die Bevölkerungsgruppe über 60 Jahren verfünffachen. Der Anteil der älteren an der Gesamtbevölkerung wird in diesen Ländern von 7,3 Prozent im Jahr 1995 auf 20,6 Prozent im Jahr 2050 ansteigen. Auch in den ärmsten Ländern (LLDC - Least Developed Countries) wird sich die Anzahl der älteren Menschen mehr als verdoppeln (von 4,8 Prozent der Bevölkerung 1995 auf 12,1 Prozent im Jahr 2050). Weltweit leben 1995 etwa 57 Prozent der über 60-Jährigen in so genannten Entwicklungsländern - 2050 werden dies beinahe 80 Prozent sein.³

¹ Die Abnahme der Geburtenrate (Geburten pro Jahr bezogen auf die Bevölkerung) kommt durch zwei Effekte zu Stande: Einerseits nimmt die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau ab (Abnahme der Kohortenfertilität). Andererseits wirkt sich auch das Ansteigen des durchschnittliche Gebäralter (z.B. durch Aufschieben des Kinderwunsches bis nach der Berufsausbildung) auf die jährlichen Geburten aus („Tempoeffekt“), da sich dadurch die Zeitspanne zwischen den aufeinander folgenden Generationen verlängert (Lutz/Skirbekk 2004).

² BMSGK 2000, S. 22

³ BMSGK 2000, S. 28

Die demografische Alterung der Gesellschaft ist vor dem Hintergrund der ökonomischen und sozialen Umwälzungsprozesse im 19. und 20. Jh. zu betrachten. Der Übergang von der vormodernen Agrargesellschaft zur modernen Industriegesellschaft brachte einen nachhaltigen Rückgang der Sterblichkeit sowie - in der Folge - einen starken Rückgang der Kinderzahlen. In den Bevölkerungswissenschaften wird die Alterung der Gesellschaft als zeitlich verschobene Auswirkung dieses "demografischen Überganges" betrachtet.⁴

Zurzeit befindet sich Österreich, wie vergleichbare Industrienationen auch, im letzten Drittel eines insgesamt ungefähr 120 Jahre lang andauernden Prozesses der demografischen Alterung. Der Beginn ist etwa nach dem ersten Weltkrieg anzusiedeln. 1923 waren erstmals mehr als 10 Prozent der Bevölkerung über 60 Jahre alt. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen unter 20 Jahren betrug zu diesem Zeitpunkt noch 35 Prozent. Im Zeitraum bis 1970 stieg der Anteil älterer Menschen stark an, von 650.000 im Jahr 1923 auf ca. 1,5 Millionen, während die Zahl der Kinder und Jugendliche nahezu konstant blieb (ca. 2,3 Mio.). Zu Beginn der 70er-Jahre waren bereits ca. 20 Prozent der ÖsterreicherInnen über 60 Jahre alt.⁵

Zwischen 1970 und dem Ende der 90er-Jahre veränderte sich der Anteil älterer Menschen kaum. In diesem Zeitraum nahm die Bevölkerungsgruppe im Alter zwischen 20 und 59 Jahren stark zu (um ca. eine Million), während die Gruppe der Kinder und Jugendlichen stark abnahm (um etwa eine halbe Million). Der Anteil der unter 20-Jährigen sank von 31 Prozent auf 23 Prozent, der der 20- bis 59-Jährigen stieg von 50 Prozent auf 57 Prozent.

Für die Bevölkerungsentwicklung von 1970 bis Ende der 90er-Jahre sind vor allem folgende historischen Prozesse verantwortlich⁶:

- 1970 kamen die (durch hohe Fertilität und starke Zuwanderung) stark besetzten Alterskohorten (Geburtsjahrgänge um 1900) ins Hauptsterbealter, während schwach besetzte Geburtsjahrgänge nachrückten (Geburtenausfall während und kurz nach dem ersten Weltkriege und Ausbleiben der Zuwanderung; Gefallene im Krieg; Geburtenrückgang während der Weltwirtschaftskrise in den 30er-Jahren).
- Zudem wurden die jüngeren Alterskohorten durch die geburtenstarken Jahrgänge zwischen 1939 und 1943 sowie den Baby-Boom der frühen 60er-Jahre verstärkt. Eine Rolle spielte auch die Zuwanderungswelle zwischen 1989 und 1993.

⁴ BMSGK 2000, S. 22

⁵ BMSGK 2000, S. 27

⁶ BMSGK 2000, S. 27

In den kommenden Jahren wird die österreichische Bevölkerung deutlich altern. Die Bevölkerungsprognosen gehen davon aus, dass bis 2035 - bei voraussichtlich gleicher Bevölkerungszahl - die Zahl der über 60-Jährigen auf 2,7 bis 3 Mio. anwachsen wird. Demgegenüber werden die Altersgruppen unter 60 Jahren deutlich schrumpfen. Der Anteil der über 60-Jährigen wird in den kommenden Jahrzehnten auf 35 bis 38 Prozent der Gesamtbevölkerung ansteigen. Nach 2030 rücken allmählich die schwach besetzten Jahrgänge der ab 1970 Geborenen nach, was den demografischen Alterungsprozess allmählich zum Stillstand bringt, womit der historische Übergang von einer "demografisch jungen" zu einer "demografisch alten" Bevölkerung abgeschlossen ist. Sollte es nicht zu einer massiven Zuwanderung kommen, wird die Bevölkerung ab diesem Zeitpunkt schrumpfen.⁷

Ein "dynamisches" Konzept der Beschreibung der so genannten demografischen Alterung geht davon aus, dass aufgrund der steigenden (gesunden) Lebenserwartung fixe Altersgrenzen - insbesondere bei der Beschreibung längerfristiger Trends - von begrenzter Aussagekraft sind. Im Hintergrund steht die Überlegung, dass der Großteil der altersbedingten, gesellschaftlichen und individuellen Belastungen erst in den letzten Lebensjahren anfällt. Eine Möglichkeit besteht darin, als Grenze das Alter anzunehmen, in dem die restliche Lebenserwartung noch 10 Jahre beträgt. Diese Altersgrenze beträgt in Österreich heute bei Männern 74 Jahre, bei Frauen 78 Jahre, während sie Ende des 19. Jahrhunderts noch für Männer bei 65 und für Frauen bei 66 Jahren lag.

Ausgehend von dieser Modellvorstellung würde die demografische Alterung deutlich geringer ausfallen, als aufgrund fixer Altersgrenzen. Derzeit liegt der Anteil der Bevölkerung mit einer Lebenserwartung von unter 10 Jahren - mit 6 Prozent - ähnlich hoch, wie vor 100 Jahren. Bis 2050 würde sich dieser Anteil aber verdoppeln (auf 12 Prozent).⁸

Das höhere Alter ist derzeit weiblich dominiert. In der Altersgruppe über 60 Jahren kommen in Österreich auf 100 Frauen 66 Männer. In den höheren Altersgruppen ist der Frauenanteil noch höher. Auf 100 über 75-jährige Frauen kommen etwa 44 Männer und unter den über 85-Jährigen gibt es dreimal so viele Frauen wie Männer. Da für die derzeitige Geschlechterverteilung im hohen Alter nicht nur die höhere Lebenserwartung, sondern auch die Folgen zweier Weltkriege verantwortlich sind, wird der Frauenüberhang zukünftig nicht mehr so hoch ausfallen. Prognosen gehen davon aus, dass bis 2015 unter den über 60-jährigen SeniorInnen auf 100 Frauen bereits 80 Männer kommen werden, 2025 bereits 85 Männer.⁹

⁷ BMSGK 2000, S. 27

⁸ BMSGK 2000, S. 42

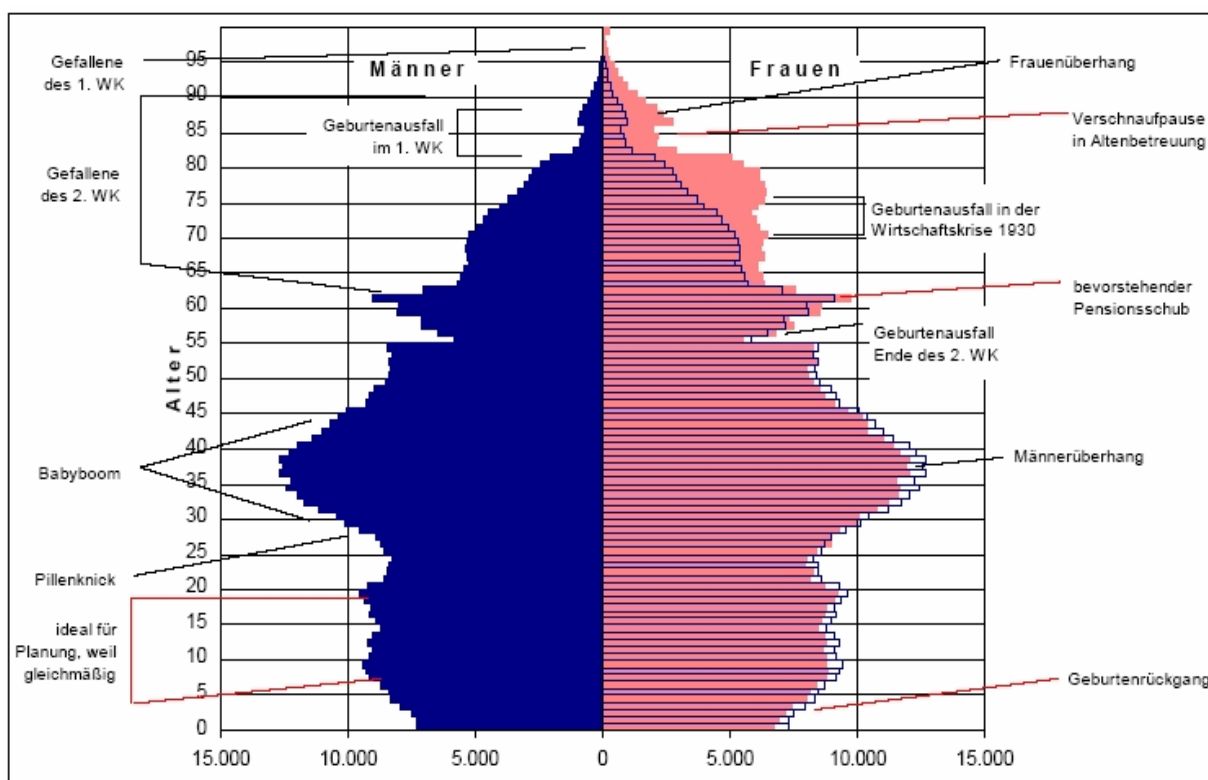
⁹ BMSGK 2000, S. 38

1.2. Die Demografische Entwicklung in Oberösterreich

Die Ergebnisse der Volkszählung 2001 geben einen Überblick über die Alterstruktur der oberösterreichischen Bevölkerung (Abbildung 1). In den Altersgruppen über 60 ist ein deutlicher Frauenüberhang zu erkennen, der vor allem dadurch bedingt ist, dass die männlichen Kohorten durch die gefallenen der beiden Weltkriege dezimiert wurden. Mit dem Nachrücken der Nachkriegsgeneration werden künftig zunehmend mehr Männer im oberen Alterssegment vorzufinden sein.

Eine Herausforderung für die Versorgungsstruktur werden die stark besetzten Jahrgänge der des „Baby-Booms“ der 60er-Jahre darstellen, die ungefähr 2020 bis 2035 das Pensionsalter erreicht.

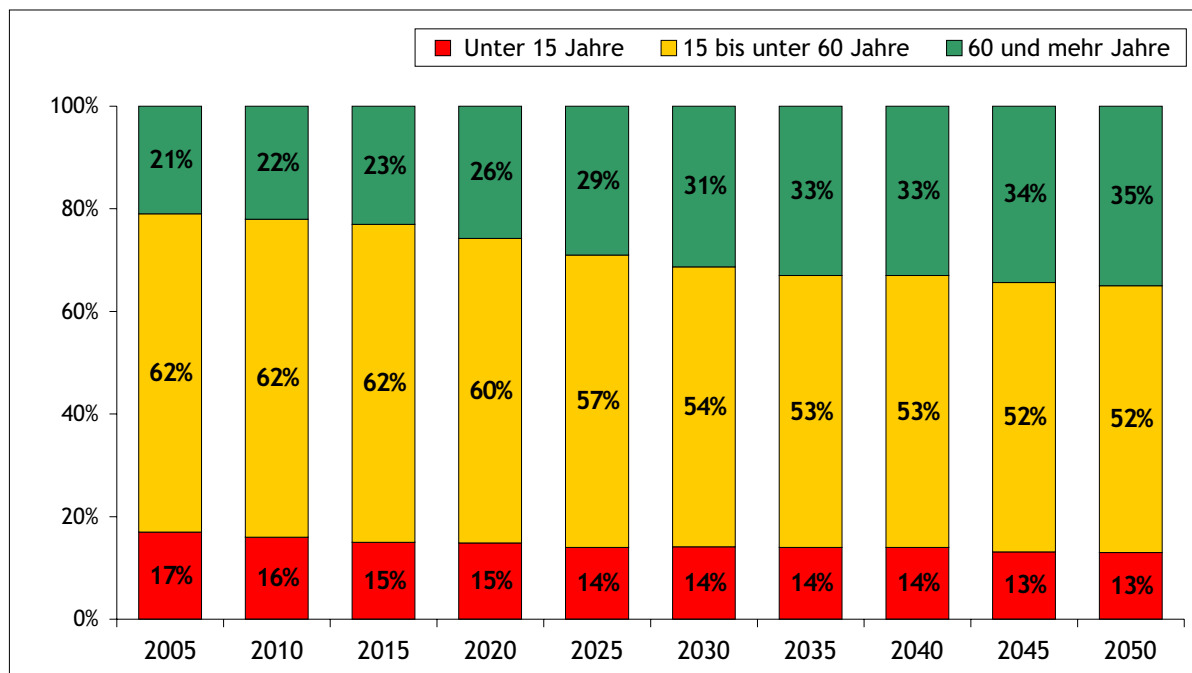
Abbildung 1: Bevölkerungsstruktur Oberösterreich 2001



(Land OÖ 2001, S. 6)

Der Anteil der über 60-Jährigen an der oberösterreichischen Bevölkerung wird Prognosen zufolge bis 2035 von etwas über 20 Prozent auf 33 Prozent steigen. Bis 2050 ist ein weiterer Anstieg auf 35 Prozent zu erwarten.

Abbildung 2: Entwicklung der Bevölkerung nach Altersgruppen; Oberösterreich (Prognose 2005 bis 2050)

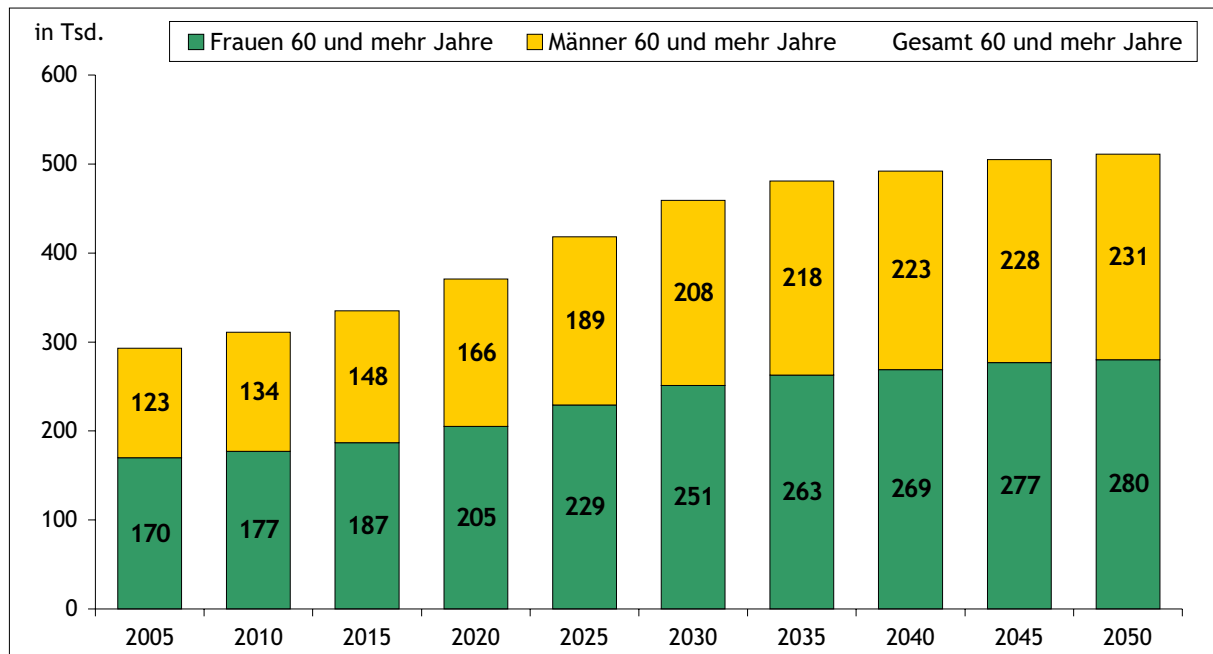


Quelle: Statistik Austria (STAT 2005); Bevölkerungsprognose mittlere Variante; eigene Grafik

Insbesondere im Zeitraum bis 2035 wird die Anzahl älterer Menschen stark ansteigen. Zwischen 2005 und 2035 ist von einer Zunahme der Bevölkerungsgruppe über 60 Jahren um 64 Prozent auszugehen - die Anzahl der OberösterreicherInnen über 60 steigt auf ca. 481.000. Bis 2050 ist ein weiterer Anstieg auf rund 511.000 zu erwarten, was im Vergleich zu 2005 eine Zunahme um 74 Prozent bedeutet.

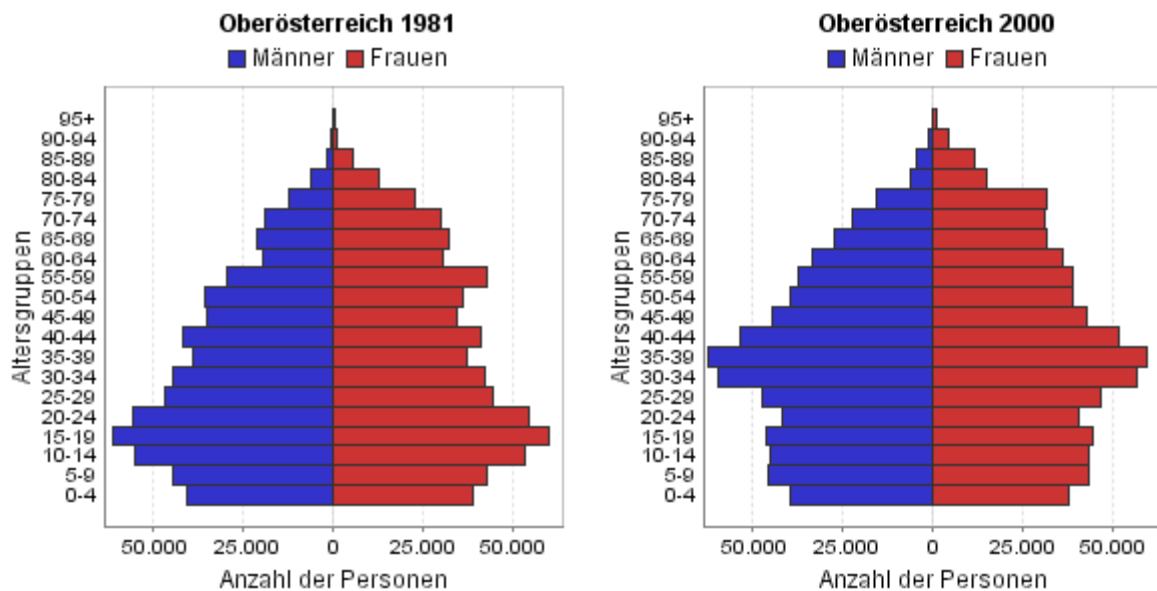
Die Zunahme wird bei den Männern deutlich stärker ausfallen (bis 2050 plus 88 Prozent) als bei den Frauen (plus 65 Prozent). Daher wird sich bis 2050 der Anteil der Männer in der älteren Bevölkerungsgruppe erhöhen. 2005 kommen auf 100 Frauen über 60 Jahren nur 72 Männer in derselben Altersgruppe, 2050 werden dies voraussichtlich 83 Männer sein.

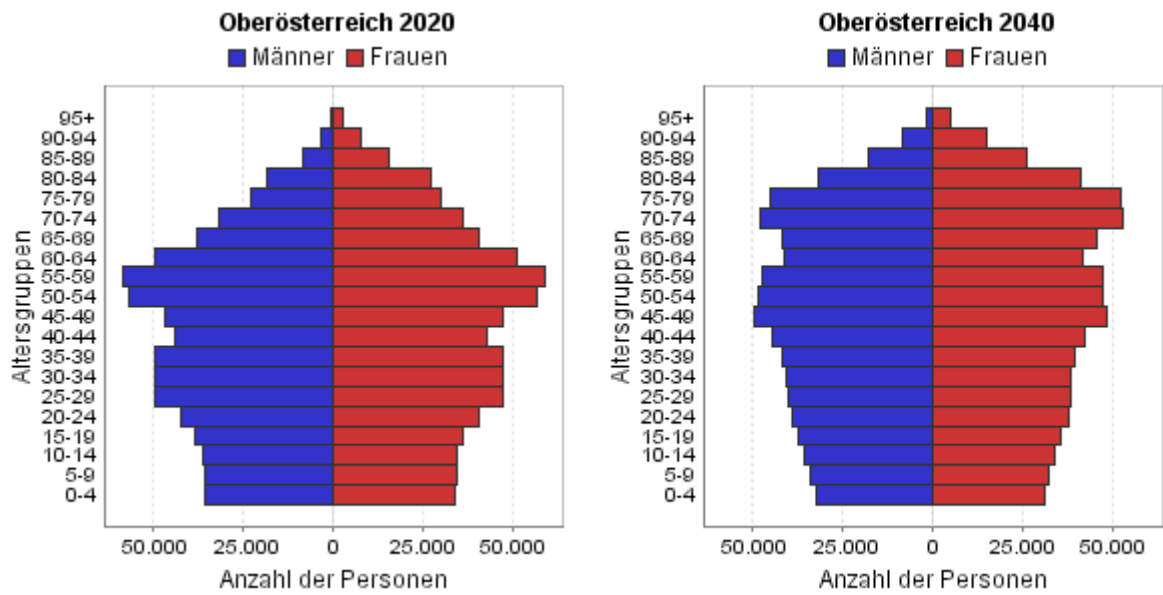
Abbildung 3: Entwicklung der Bevölkerung über 60 Jahre; Oberösterreich (Prognose 2005 bis 2050)



Quelle: Statistik Austria (STAT 2005); eigene Grafik

Abbildung 4: Bevölkerungspyramiden für Oberösterreich 1981-2040

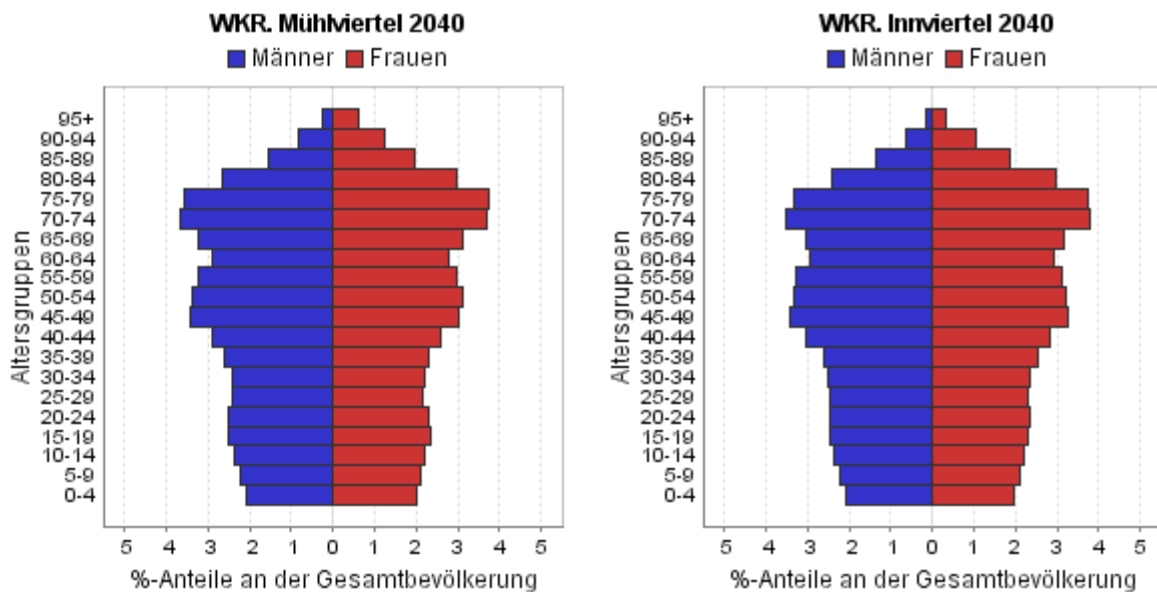


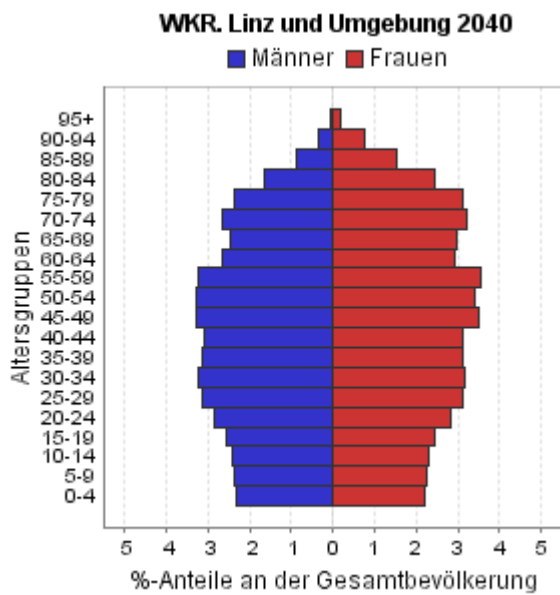
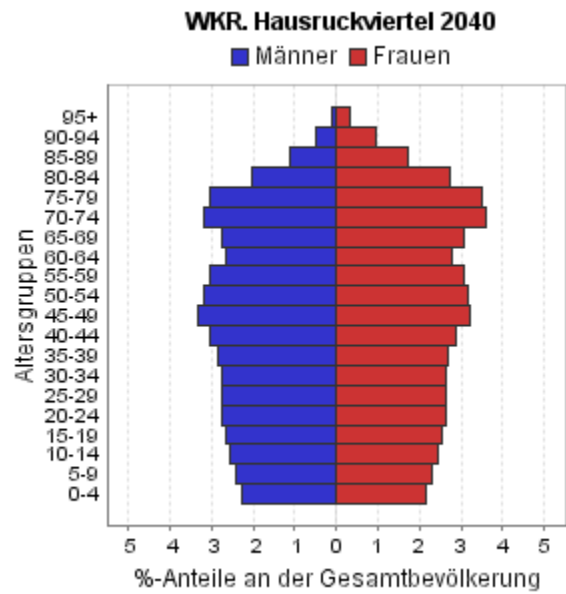
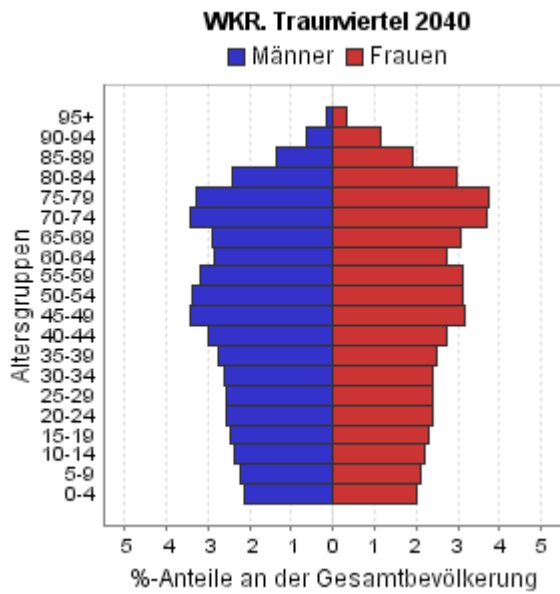


Quelle: Land OÖ, Abteilung Statistik; http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/statprognosen/-StartAuswahl.jsp?xmlid=was_statprognosen_DEU_HTML.htm; 29.1.2007

Der demografische Alterungsprozess wird, den Prognosen zufolge, in den ländlichen Gebieten (Mühlviertel, Innviertel, Traunviertel) zu einer stärkeren Überalterung führen, als im Ballungsraum (Linz).

Abbildung 5: Bevölkerungspyramiden im (Prognose-) Jahr 2040 nach Region (Viertel)





Quelle: Land OÖ, Abteilung Statistik; http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/statprognosen/Start-Auswahl.jsp?xmlid=was_statprognosen_DEU_HTML.htm; 29.1.2007

2. Lebenssituation, Lebensqualität und Gesundheitsdeterminanten

2.1. Kulturelle Bewertung des Alterns

Das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl älterer Menschen hängen nicht zuletzt auch mit der gesellschaftlichen Bewertung des Alterns zusammen. Die WHO geht davon aus, dass durch die Veränderung des dem Altern anhaftenden negativen Images ein nicht unwesentlicher Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation geleistet werden könnte.¹⁰

In den vergangenen Jahrhunderten lassen sich unterschiedliche Bewertungen des Alters und der alten Menschen erkennen. Die weit verbreitete Ansicht, dass das Alter erst in jüngster Vergangenheit an Wertschätzung verliert, kann historisch betrachtet nicht bestätigt werden. Im ausklingenden Mittelalter und in der frühen Neuzeit wurde das Altern in Mitteleuropa durchwegs negativ bewertet.

Bis ins 17. Jh. waren alte Menschen keine vollwertigen Mitglieder der Gesellschaft und die Furcht vor dem Alter war oft größer, als die Angst vor dem Tod. Vom 16. bis zum 19. Jh. wurde der Lebensverlauf als "Lebenstreppe" interpretiert. Die erste Lebenshälfte (von der Geburt bis zum 50. Lebensjahr) wurde als Aufstieg angesehen, auf den mit zunehmendem Alter und damit verbundenem körperlichen und geistigen Verfall ein Abstieg folgt, der mit dem Tod endet. Einen Höhepunkt an Ansehen erreichte das Alter im 18. Jh. Diese Wertschätzung bezog sich jedoch nicht auf das Alter an sich, sondern ist im Zusammenhang mit dem sozialen Status älterer Menschen zu sehen. Bspw. war im noch stark agrarisch geprägten Gesellschaftsgefüge die ältere Generation meist im Besitz von Land und Hof und konnte über das Erbe verfügen, was die jüngere Generation in eine gewisse Abhängigkeitssituation brachte.

Im Zuge der Industrialisierung und der zunehmenden Möglichkeit der Existenzgründung unabhängig vom elterlichen (landwirtschaftlichen) Erbe entwickelte sich im 19. Jahrhundert eine zunehmend konfliktgeladene Generationenbeziehung. Die Verlagerung der Erwerbsarbeit außerhalb des landwirtschaftlichen Familienverbandes führte - in einer Situation noch kaum entwickelter Altersvorsorge - dazu, dass die ältere Generation zunehmend als Last wahrgenommen wurde.

¹⁰ WHO 1999a, S. 43

Im 20. Jahrhundert trug der sich ausbreitende „Jugendkult“ zu einem weiteren Ansehensverlust bei. Das Pensionsversicherungssystem brachte eine weitgehende materielle Absicherung der älteren Generation, führte aber auch zu einem systematischen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, was auch die Vorstellungen der „Nutzlosigkeit“ im Alter förderte.¹¹

Heute stehen sich zwei gegensätzliche Denkmodelle des Alterungsprozesses gegenüber. Das "Defizitmodell" geht von zunehmenden Einschränkungen, tendenziellem Rückzug und zunehmender Isolation im Alter aus. Dazu gehören auch die Annahme eines generellen Leistungsabfalls und Intelligenzabbaus im Alter sowie die Dequalifikation älterer ArbeitnehmerInnen, denen geringere Flexibilität und Belastbarkeit sowie mangelnde Bereitschaft zur Weiterbildung nachgesagt wird.

Das Defizitmodell als Normvorstellung gerät zunehmend unter Beschuss. Eine alternative Konzeption bildet das Modell des „kompetenten Älterwerdens“, die eher positive Perspektiven hervorhebt. Im Vordergrund steht die Fähigkeit, auch im fortgeschrittenen Alter ein selbstbestimmtes und unabhängiges Leben zu führen und daraus mehr Lebensqualität zu schöpfen. In diesem Zusammenhang ist die Aufrechterhaltung der eigenständigen Bewältigung der für den Alltag notwendigen Lebensvollzüge (z.B. Einkaufen, Benutzung von Verkehrsmitteln etc.) von Bedeutung. Gegebenenfalls können diese Basisfunktionen auch durch technische oder persönliche Hilfen unterstützt werden.¹²

Eine wesentliche Voraussetzung für die positive und selbst bestimmte Gestaltung des Lebens stellt die bewusste Auseinandersetzung der älteren Menschen mit diesem Lebensabschnitt dar. Dazu gehört auch die Entwicklung einer „Alterskultur“ bzw. einer „Kultur des Alterns“, welche die Möglichkeit der Lebensdeutung und Sinngebung für diesen Lebensabschnitt erleichtert und die Entwicklung von positiven Lebensentwürfen ermöglicht.

Der Entstehung einer solchen Kultur des Altwerdens stehen jedoch gewisse Hemmnisse im Wege¹³:

- Die älteren Menschen sind eine heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Lebenshintergründen und Interessen.
- Die Gruppe der über 60-Jährigen hat in relativ kurzer Zeit zugenommen, rascher als sich spezifische kulturelle Möglichkeiten und Infrastruktur entwickeln konnten.

¹¹ BMSGK 1999, S. 23-24

¹² BMSGK 1999, S. 25-26

¹³ BMSGK 1999, S. 21-22

- Ältere Menschen sind nur in geringem Maß in Vereinen und Verbänden organisiert.

2.2. Zufriedenheit und Selbstwertgefühl

Im Rahmen der internationalen ESAW-Studie (European Study of Adult Well-Being)¹⁴ sollte ein soziokulturelles Modell für das Wohlbefinden im Alter erstellt werden. Das Wohlbefinden alter Menschen - gemessen an der Lebenszufriedenheit und am Selbstwertgefühl - hängt wesentlich mit den folgenden Einflussbereichen zusammen:

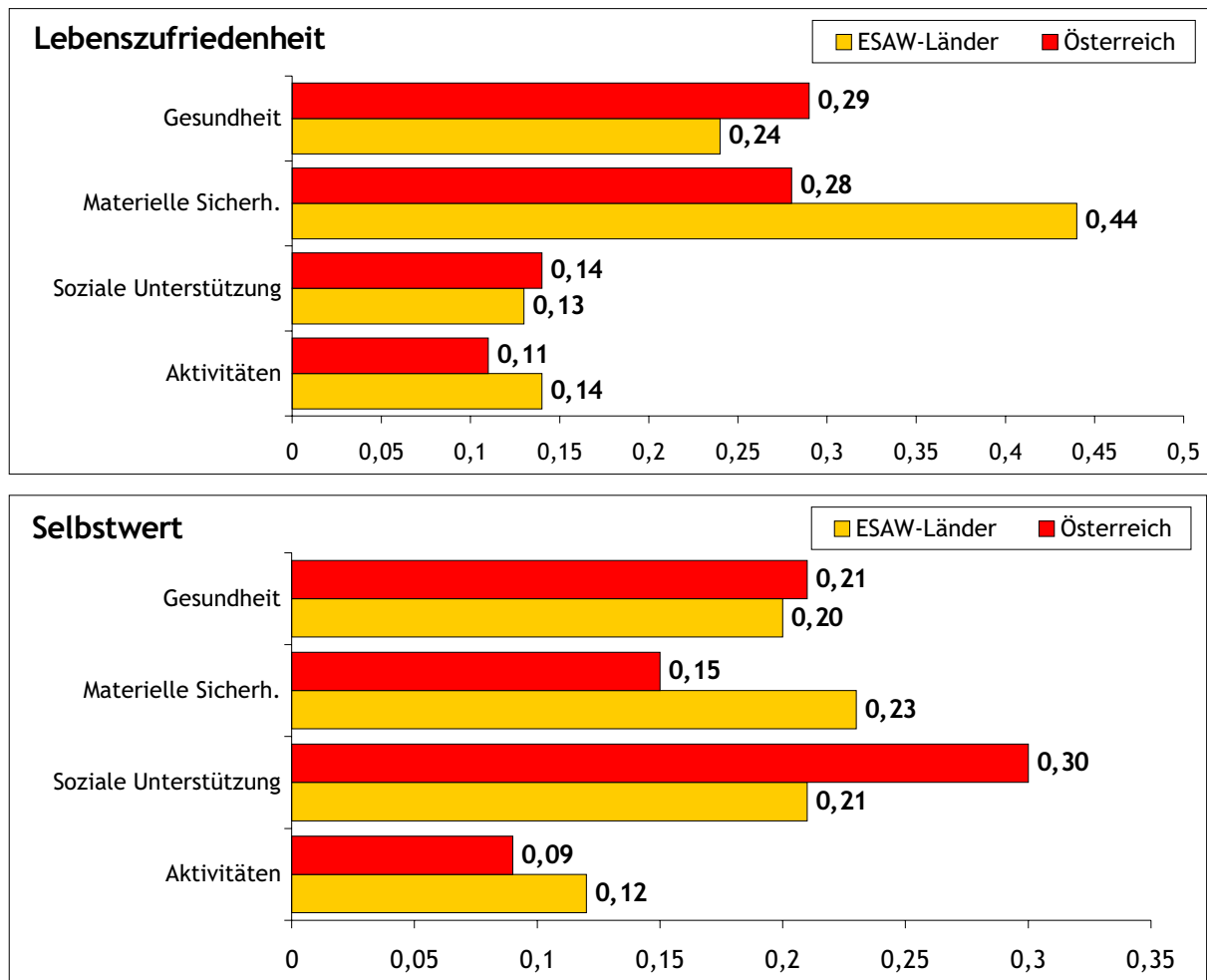
- Gesundheit
- Materielle Sicherheit
- Soziale Unterstützung und
- Lebensaktivität

In Österreich spielen die Faktoren Gesundheit und die materielle Sicherheit eine besonders große Rolle für die Lebenszufriedenheit österreichischer SeniorInnen. Für den Selbstwert sind die sozialen Unterstützungsressourcen aber von überdurchschnittlicher Bedeutung, gefolgt von der Gesundheit und der materiellen Sicherheit. Für ÖsterreicherInnen sind somit eine gute Gesundheit und das Bewusstsein, finanziell abgesichert zu sein die wichtigsten Aspekte, um mit dem Leben zufrieden zu sein.¹⁵

¹⁴ Neben Österreich nahmen die Länder Großbritannien, Italien, Luxemburg, Niederlande und Schweden am Projekt teil (ESAW 2005, S. 114); www.univie.ac.at/ESAW/

¹⁵ ESAW 2005, S. 72ff

Abbildung 6: Einflussfaktoren auf Lebenszufriedenheit und Selbstwert



Regressionskoeffizienten (Effekte, γ); ESAW-Länder: Österreich, Großbritannien, Italien, Luxemburg, Niederlande und Schweden. Quelle: (ESAW 2006a, S. 24ff)

Im internationalen Vergleich spielt die materielle Absicherung als Einflussfaktor auf die Lebenszufriedenheit in Luxemburg, den Niederlanden, Großbritannien und Schweden eine deutlich größere Rolle als in Österreich¹⁶, während der Einfluss in Italien geringfügig unter dem österreichischem Niveau liegt.¹⁷ Ähnliches gilt für den Zusammenhang zwischen Selbstwert und materieller Absicherung.¹⁸ Die größere Bedeutung der materiellen Absicherung in den nordeuropäischen Ländern dürfte mit kulturellen Faktoren zusammenhängen.

¹⁶ γ zwischen 0,41 und 0,53; Österreich 0,28

¹⁷ $\gamma=0,20$

¹⁸ ESAW 2006a, S. 24ff

2.2.1. Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung stellt eine Ressource dar, die von wesentlicher Bedeutung für das Wohlbefinden älterer Menschen ist. Durch die Einbindung in soziale Netzwerke und sich daraus ergebende Hilfestellungen können Belastungen aufgefangen bzw. abgeschwächt werden.¹⁹

Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern²⁰ liegt Österreich hinsichtlich der Kontakthäufigkeit im Mittelfeld. SeniorInnen in Österreich weisen jedoch im Durchschnitt eine geringere Zufriedenheit mit ihren sozialen Kontakten auf. Eine österreichische Besonderheit ist die große Bedeutung von Gemeinde- und Vereinstreffen, sowie von religiösen Treffen für die soziale Einbettung. Der Besuch von Gemeinde- und Vereinstreffen ist in Österreich - im Gegensatz zu den anderen an der Studie teilnehmenden Ländern - bei PensionistInnen höher, als bei Personen, die noch im Arbeitsleben stehen. Menschen in ländlichen Gegenden sind besser in ihr soziales und familiäres Umfeld eingebettet als gleichaltrige aus Städten. Am stärksten ist die soziale Integration bei Menschen, die mit Personen der jüngeren Generation zusammenleben, am geringsten bei alleine Lebenden SeniorInnen. Das Einkommen wirkt sich auf die soziale Integration aus - Menschen mit geringerem Einkommen können in geringerem Ausmaß auf soziale Unterstützung zurückgreifen als SeniorInnen mit hohem Einkommen. Auch die Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten steigt mit höherem Einkommen.²¹

2.2.2. Lebensaktivitäten

Freizeitaktivitäten, aber auch ehrenamtliche Tätigkeiten und Betätigungen im Rahmen der Familie (z.B. Betreuung von Kindern/Enkelkindern, Hilfe im Haushalt etc.) spielen eine wesentliche Rolle für das Wohlbefinden älterer Menschen. Lebensaktivitäten steigern das Selbstwertgefühl und vermitteln das Gefühl körperlicher und geistiger Autonomie.

Erstaunlich hoch ist der Anteil der älteren Menschen, die Hilfeleistungen (z.B. Pflegeleistungen an Ehepartner, Transportdienste, Unterstützungsleistungen im Freundeskreis etc.) erbringen. In Österreich nennen 43 Prozent der 60-bis 69-Jährigen derartige Aktivitäten - auch unter den 80- bis 90-Jährigen beträgt der Anteil noch knapp ein Viertel (23 Prozent). Frauen erbringen deutlich häufiger derartige Unterstützungsleistungen als Männer. Auch alleine lebende Seniorinnen sind in geringerem Ausmaß mit Hilfeleistungen beschäftigt. Mittlere Einkommenschichten weisen ein höheres

¹⁹ ESAW 2005, S. 30ff

²⁰ Großbritannien, Italien, Luxemburg, Niederlande und Schweden

²¹ ESAW 2005, S. 33ff

Aktivitätsniveau auf als untere Schichten, wobei die höheren Einkommenschichten das geringste Niveau an derartigen Aktivitäten aufweist.

Von großer Bedeutung sind auch Aktivitäten in der Gemeinde, z.B. im Rahmen von Vereinen, religiösen Gemeinschaften (Kirchengruppen) und gemeinnützigen Einrichtungen. In Österreich geben fast drei Viertel (74 Prozent) der 60- bis 69-Jährigen und mehr als die Hälfte (57 Prozent) der 80- bis 90-Jährigen derartige Aktivitäten an. Auch in diesem Bereich sind Frauen aktiver als Männer. Im ländlichen Raum sind gemeindenahere Aktivitäten deutlich häufiger anzutreffen als in städtischen Gebieten. Alleinstehende Personen beteiligen sich in geringerem Ausmaß am Gemeindeleben. Auch hier weisen die mittleren Einkommenschichten das höchste Aktivitätsniveau auf, während das niedrigste Aktivitätsniveau in den Schichten mit hohem Einkommen zu beobachten ist.²²

2.2.3. Gesundheit und funktioneller Status

Mit zunehmendem Alter steigt die Belastung durch Krankheiten. Insbesondere Personen über 80 sind von einer Reihe von Krankheiten betroffen. Auch der funktionelle Status, also die Fähigkeit zur eigenständigen Durchführung von Alltagsaktivitäten (Zubereitung der Mahlzeiten, Einkaufen, Benützen von Verkehrsmitteln etc.) wird durch den Alterungsprozess beeinflusst. Dies hat oft weitreichende Auswirkungen auf die Lebensqualität. Beispielsweise kann die verminderte Mobilität (z.B. infolge von Problemen beim Treppensteigen) zu weniger außerhäuslichen Aktivitäten und in der Folge zu höherer sozialer Isolation führen.²³

Ein Indikator für gesundheitliche Einschränkung ist die Verwendung von Hilfsmitteln (z.B. Gehbehelfe). Eine wesentliche Rolle spielt auch die Zahngesundheit bzw. das Vorhandensein eigener Zähne - insbesondere im Hinblick auf die Ernährung. Fehlende Zähne und schlecht angepasster Zahnersatz führt dazu, dass ältere Menschen nicht mehr alle Nahrungsmittel gut kauen können, was unter Umständen zu einseitiger Ernährung führen kann.

Unter den ESAW-Ländern schneidet Österreich hinsichtlich der Zahngesundheit bei älteren Menschen (50- bis 90-Jährige) am schlechtesten ab (54 Prozent weisen Zahnersatz oder eine Zahnprothese auf). Ähnlich hoch liegt der Anteil in den Niederlanden und Luxemburg. Italien und Großbritannien liegen im Durchschnitt der beteiligten Länder während Schweden (mit 16 Prozent) hinsichtlich der Zahngesundheit älterer Menschen als Vorbildlich gelten kann. In Österreich benutzen 5 Prozent einen Stock als Gehbehelf. Ähnlich hoch ist der Anteil in Italien, den Niederlanden und Schweden, besonders hoch in Großbritannien (17 Prozent) und Luxemburg (11 Prozent). Der

²² ESAW 2005, S. 39-47

²³ ESAW 2005, S. 48-55

Anteil der älteren Menschen ohne Hilfsmittel und Prothesen liegt in Österreich bei 42 Prozent, wobei die Rate erheblich durch den schon erwähnten hohen Anteil mit Zahnersatz gedrückt wird.²⁴

2.2.4. Selbstressourcen

Selbstwert, Kontrollüberzeugung, Resilienz²⁵ und mentale Gesundheit sind Selbstressourcen, die persönliche Schutzfaktoren darstellen. Je stärker diese Faktoren ausgeprägt sind, desto besser können Krisen überwunden, Probleme bewältigt werden und Anpassungen erfolgen.²⁶ Obwohl diese Faktoren aus theoretischer Sicht als relativ stabile Persönlichkeitsmerkmale angesehen werden, zeigt sich eine - wenn auch geringe - Abnahme mit zunehmendem Alter. Einen wesentlichen Indikator für die persönlichen Schutzfaktoren stellt die Haushaltsgröße dar: Alleine lebende Personen verfügen im Allgemeinen über weniger Selbstbewusstsein, persönliche und interpersonelle Kontrollüberzeugungen und schneiden hinsichtlich der mentalen Gesundheit schlechter ab. Ein wesentliche Rolle spielt die Pensionierung - alle genannten persönlichen Schutzfaktoren sind in der Gruppe der noch nicht aus dem Arbeitsleben ausgeschiedenen älteren Menschen stärker ausgeprägt als bei den bereits Pensionierten.²⁷

²⁴ ESAW 2003, S. 36

²⁵ Mit Resilienz ist psychologische Stärke, mentale Abwehrkraft und Robustheit gemeint

²⁶ ESAW 2005, S. 56-62

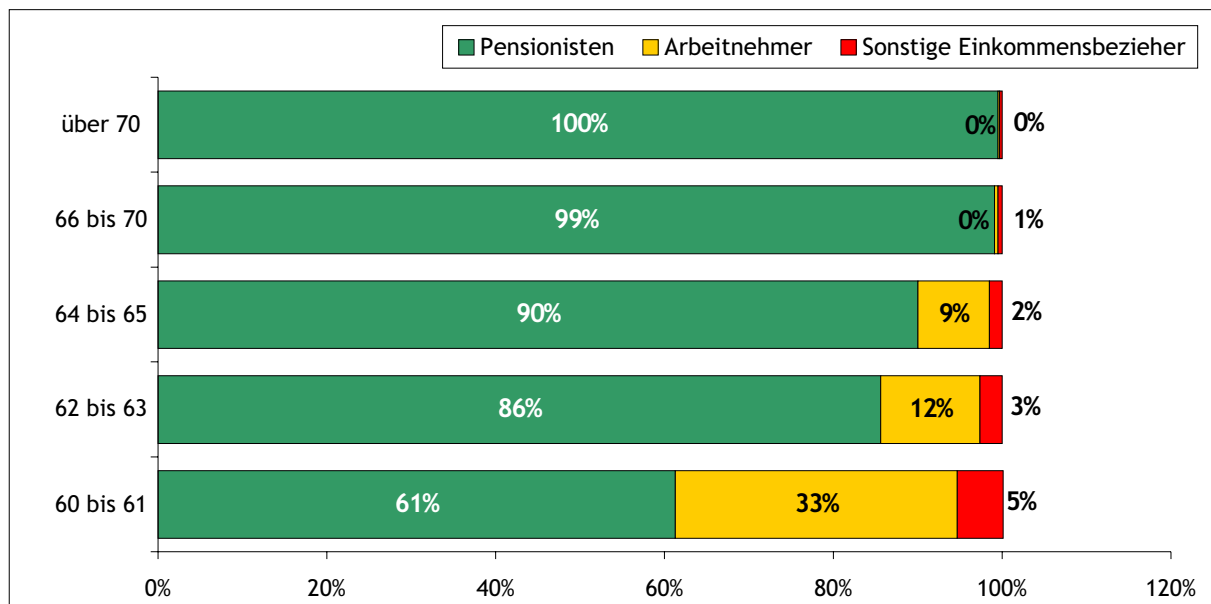
²⁷ ESAW 2003, S. 31ff

2.3. Materielle Situation alter Menschen

2.3.1. Einkommen

Für den Großteil der über 65-Jährigen bildet die Pension die finanzielle Lebensgrundlage. Unter den 60- bis 61-jährigen Männern sind 61 Prozent, unter den gleichaltrigen Frauen 86 Prozent Pensionistinnen. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der PensionistInnen sukzessive zu. Ab dem 66. Lebensjahr weisen praktisch alle SeniorInnen die Pension als Haupteinnahmequelle auf.

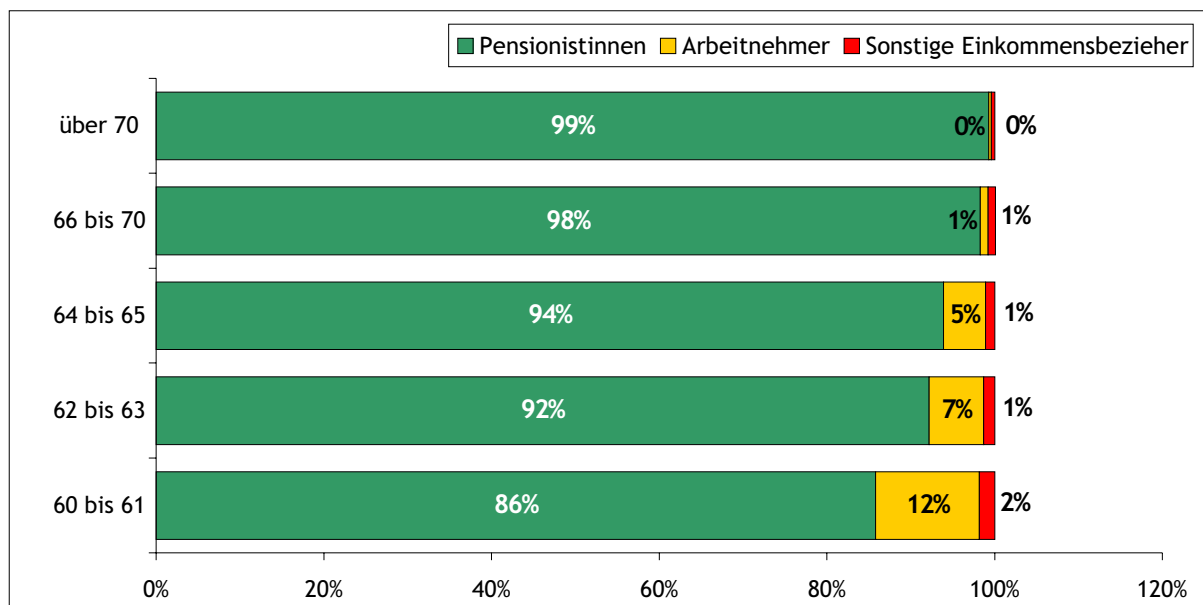
Abbildung 7: Einkommensart Männer ab 60 Jahren; Österreich



Einkommensbezieher 2003 nach Altersgruppen

Quelle: Statistik Austria: Integrierte Statistik der Lohn- und Einkommensteuer (STAT 2006, S. 24); eigene Berechnungen.

Abbildung 8: Einkommensart Frauen ab 60 Jahren; Österreich

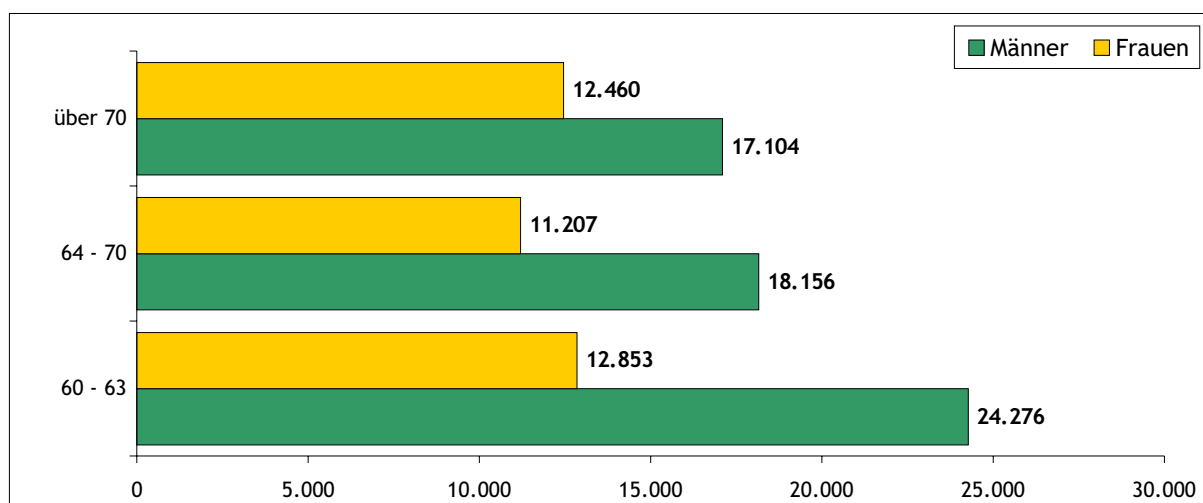


Einkommensbezieherinnen 2003 nach Altersgruppen

Quelle: Statistik Austria: Integrierte Statistik der Lohn- und Einkommensteuer (STAT 2006, S. 24); eigene Berechnungen

Das durchschnittliche Jahreseinkommen der 60- bis 63-jährigen Männer betrug 2003 in Österreich etwas über 24.000 Euro. Bei den älteren Männern ist das jährliche Nettoeinkommen deutlich niedriger (rund 18.000 Euro bei den 60- bis 70-Jährigen und rund 17.000 Euro bei den über 70-Jährigen). Das jährliche Nettoeinkommen der Frauen liegt deutlich unter dem der Männer (11.000 bis 12.500 Euro), und ist über die Altersgruppen über 60 Jahren relativ konstant.

Abbildung 9: Durchschnittseinkommen; Österreich



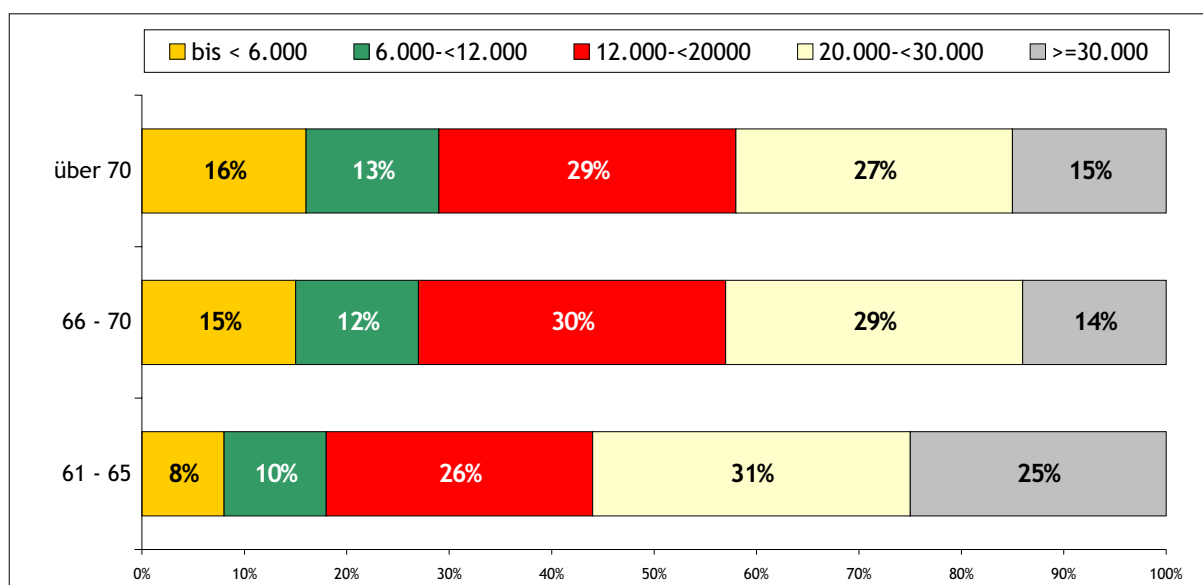
Durchschnittliches Jahresnettoeinkommen (Gesamteinkommen minus Steuern) 2003 in Euro nach Geschlecht und Altersgruppen

Quelle: Statistik Austria: Integrierte Statistik der Lohn- und Einkommensteuer; (STAT 2006, S. 24)

In Österreich verfügten 2003 24 Prozent der 61- bis 65-jährigen Frauen über ein Jahres-Bruttoeinkommen von unter 6.000 Euro. Bei den 66- bis 70-Jährigen betrug der Anteil 28 Prozent und in der Altersgruppe über 70 21 Prozent.

Bei den Männern steigt der Anteil mit einem jährlichen Gesamteinkommen von 8 Prozent in der Altersgruppe 61 bis 65 Jahre auf 16 Prozent bei den über 65-Jährigen.

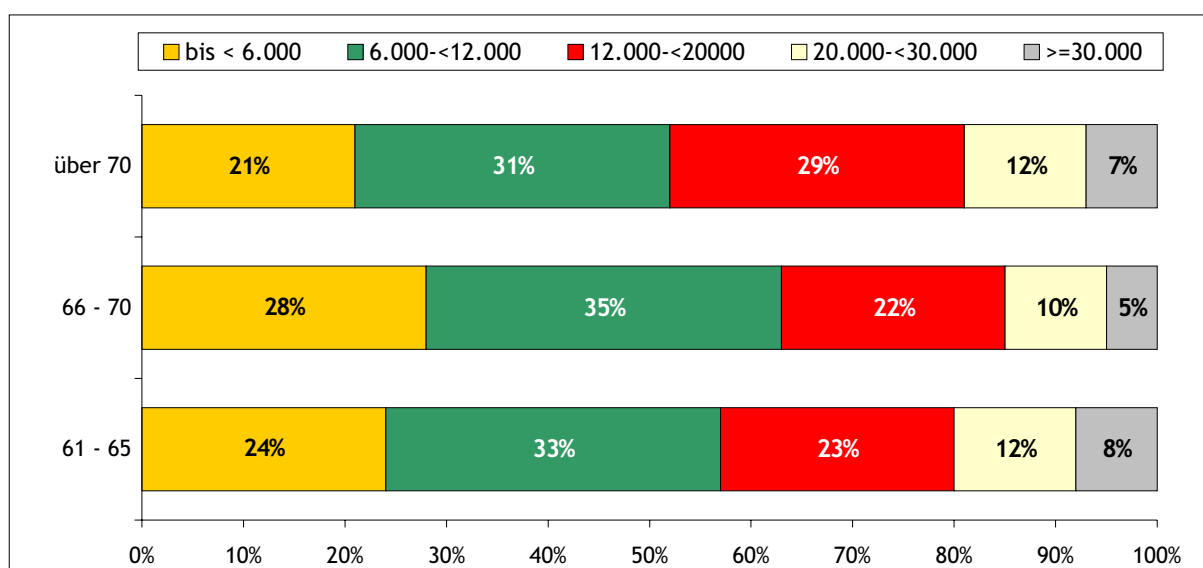
Abbildung 10: Einkommensgruppen Männer; Österreich



Jahres-Gesamteinkommen (Brutto incl. Transferzahlungen)

Quelle: Statistik Austria: Integrierte Statistik der Lohn- und Einkommensteuer (STAT 2006, S. 24); eigene Berechnungen

Abbildung 11: Einkommensgruppen Frauen; Österreich



Jahres-Gesamteinkommen (Brutto incl. Transferzahlungen)

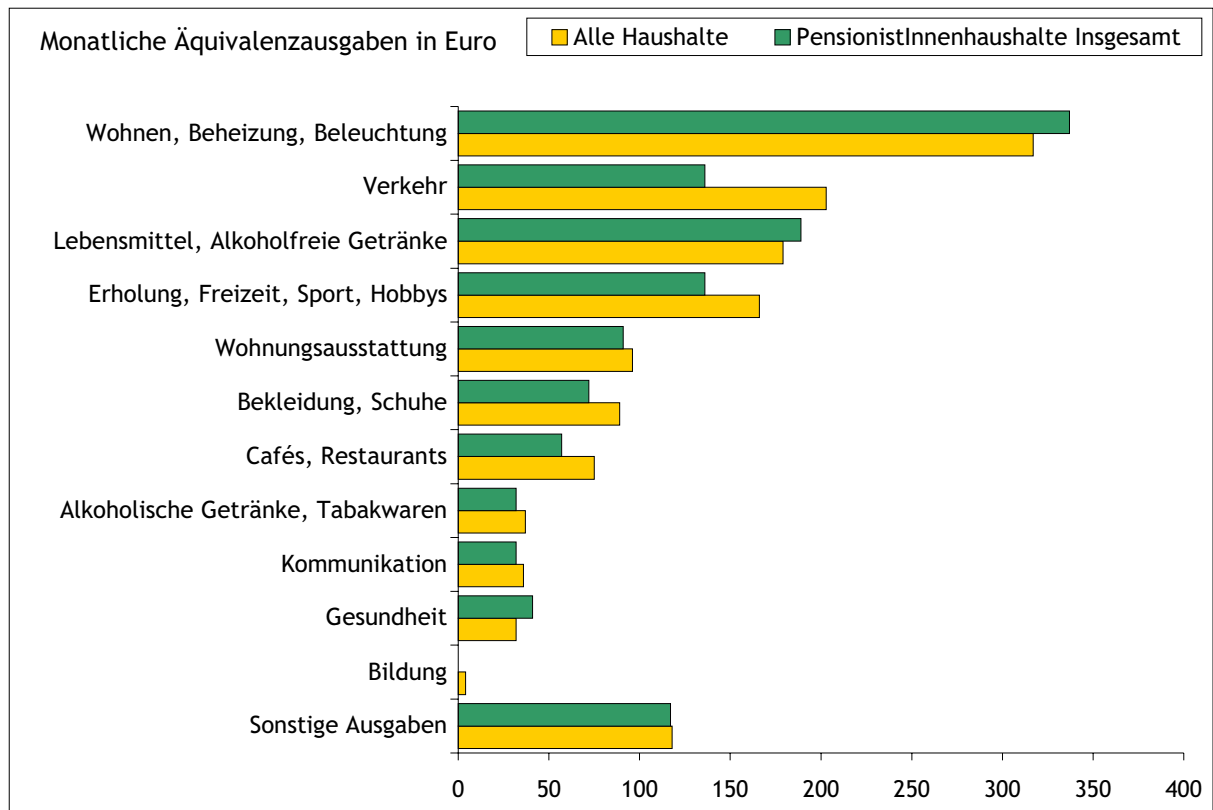
Quelle: Statistik Austria: Integrierte Statistik der Lohn- und Einkommensteuer (STAT 2006, S. 24); eigene Berechnungen

2.3.2. Haushaltsausgaben

Die Äquivalenzausgaben (bereinigt um die Haushaltsgröße) von PensionistInnenhaushalten liegen um 8 Prozent unter den durchschnittlichen Haushaltsausgaben. PensionistInnenhaushalte weisen um 6 Prozent höhere Ausgaben für Lebensmittel auf. Die Pro-Kopf-Ausgaben für Wohnen, Heizen und Beleuchtung sind um 6 Prozent und die Ausgaben für Gesundheit um 28 Prozent höher als in Durchschnittshaushalten. Andererseits sind die Aufwendungen für Mobilität (Verkehr) um 33 Prozent, für Kaffeehaus- und Restaurantbesuche um 24 Prozent, für Bekleidung um 19 Prozent und für Kommunikation um 11 Prozent geringer als in durchschnittlichen Haushalten.

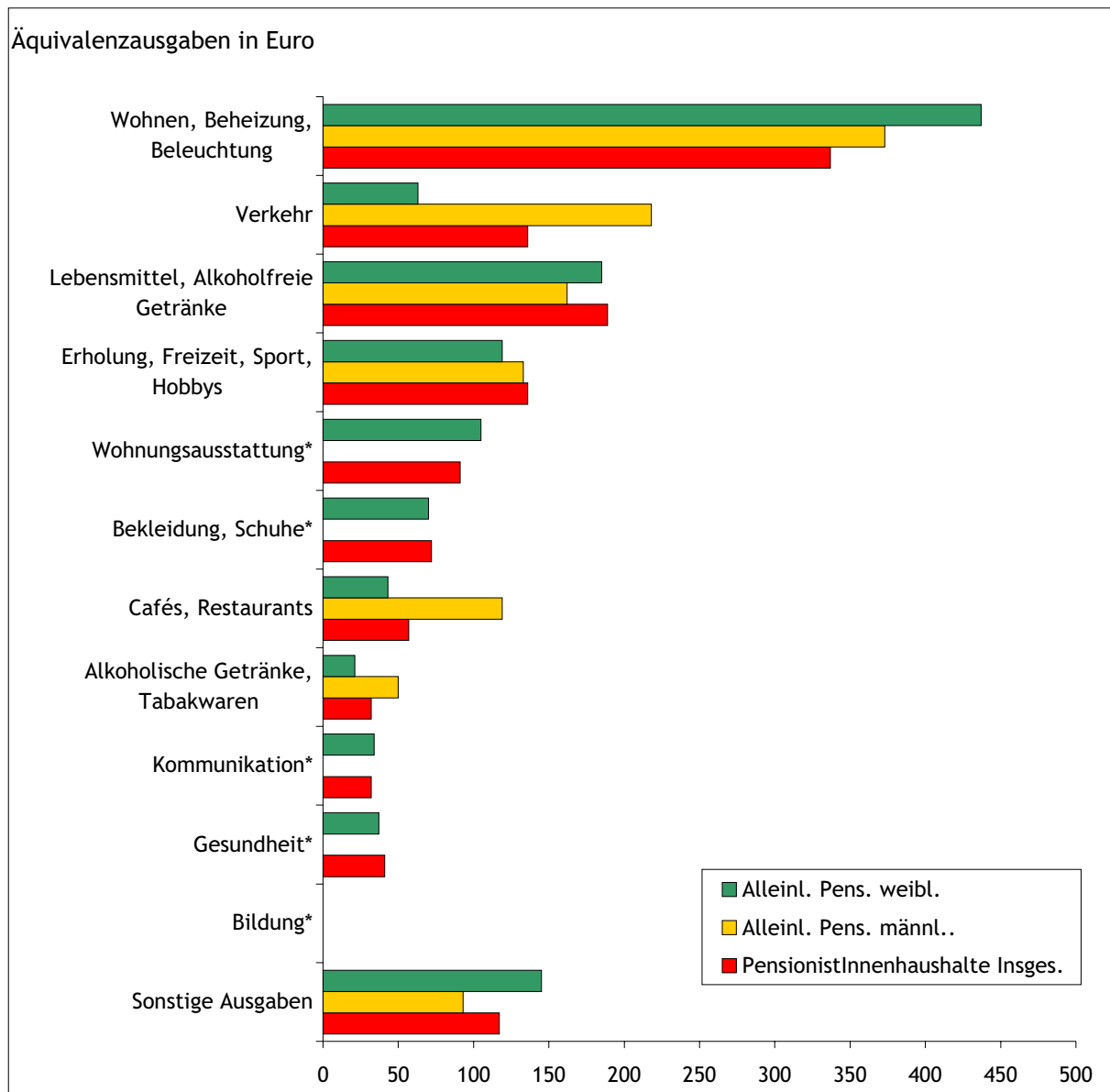
Anzumerken ist, dass Pensionisten und Pensionistinnen keine homogene Gruppe darstellen. Deutliche Unterschiede zeigen sich hinsichtlich Geschlecht und Haushaltstyp (alleine Lebende bzw. Mehr-PensionistInnenhaushalte etc.) Bspw. geben alleine lebende männliche Pensionisten doppelt so viel für außerhäusliche Ernährung und 15 Prozent weniger für Lebensmittel aus. Sie weisen auch höhere Mobilitätsausgaben und höhere Ausgaben für alkoholische Getränke und Tabakwaren auf. Zweipersonenhaushalte mit nur einem Pensionsbezieher weisen in fast allen Ausgabengruppen die geringsten Aufwendungen auf.

Abbildung 12: Haushaltsausgaben PensionistInnenhaushalte; Österreich



Quelle: Statistik Austria: Konsumerhebung 1999/2000(Land OÖ 2002, S. 23)

Abbildung 13: Haushaltsausgaben PensionistInnenhaushalte; Österreich

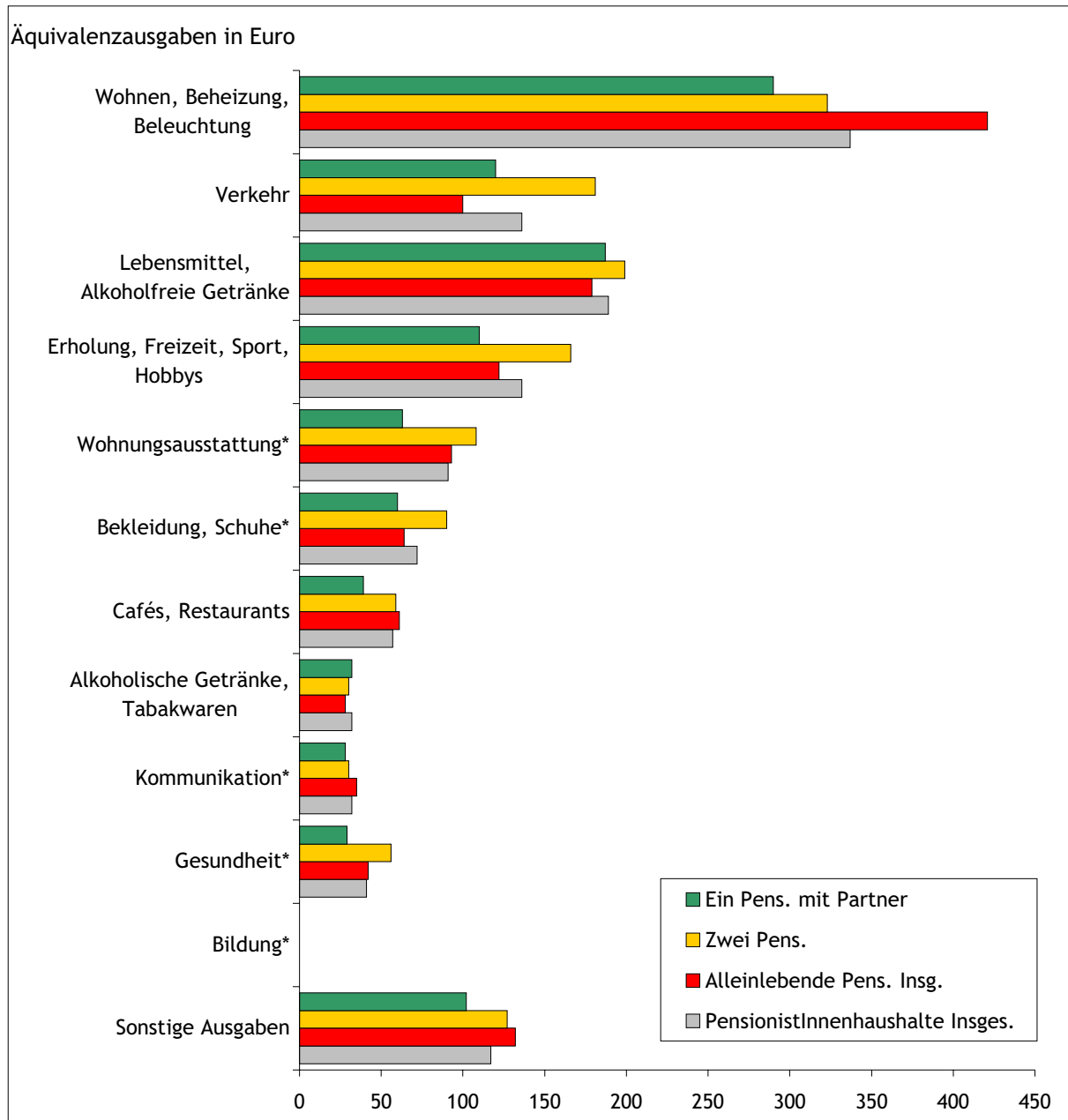


Anteil der Äquivalenzausgaben

* nicht ausgewiesen bzw. teilw. nicht ausgewiesen

Quelle: Statistik Austria: Konsumerhebung 1999/2000 (Land OÖ 2002, S. 23)

Abbildung 14: Haushaltsausgaben PensionistInnenhaushalte; Österreich



Anteil der Äquivalenzausgaben

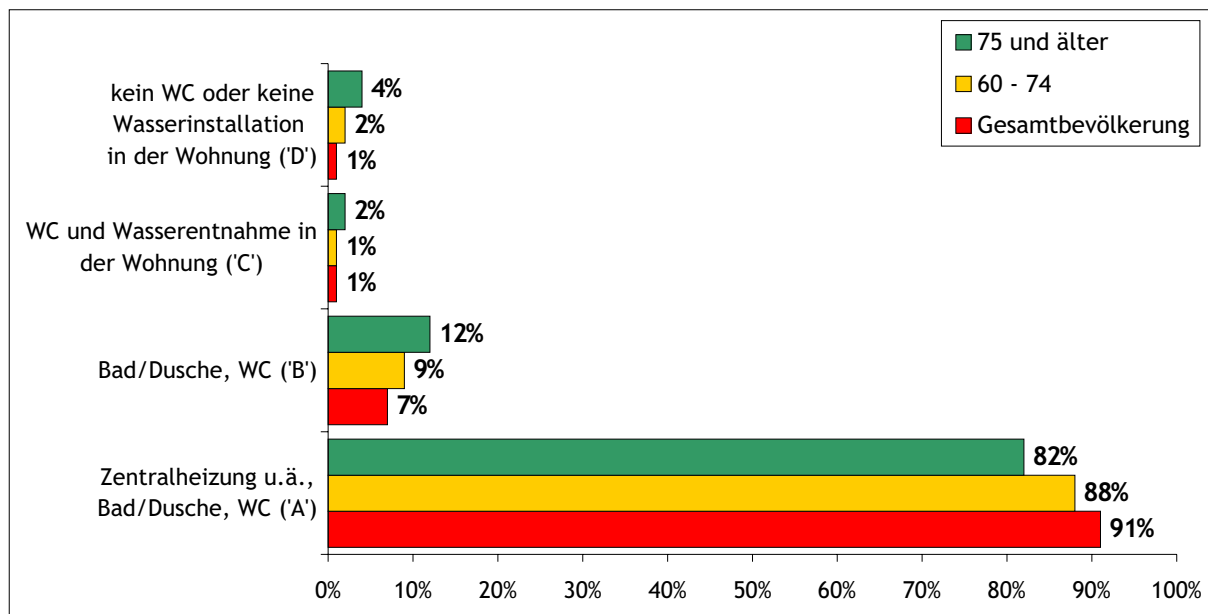
* nicht ausgewiesen

Quelle: Statistik Austria: Konsumerhebung 1999/2000(Land OÖ 2002, S. 23)

2.3.3. Wohnungsausstattung

Ältere Menschen wohnen zu einem höheren Anteil in Substandardwohnungen als die Gesamtbevölkerung. In Oberösterreich leben 91 Prozent der Bevölkerung in Wohnungen der Kategorie A (mit Zentralheizung, Bad/Dusche und WC). Unter den SeniorInnen zwischen 60 und 70 Jahren sind dies nur 88 Prozent und unter den über 75-Jährigen nur 82 Prozent. Unter den über 75-Jährigen haben 4 Prozent keine Wasserinstallation bzw. kein WC in der Wohnung (Kategorie D; 2001 rund 3.000 Personen). Weitere 2 Prozent (rund 2.000 Personen) leben in Wohnungen der Kategorie C. Unter den 60- bis 74-Jährigen leben 2 Prozent (rund 3.500 Personen) in Wohnungen der Kategorie D und ein weiteres Prozent (ca. 1.500 Personen) in Wohnungen der Kategorie C.

Abbildung 15: Wohnungsausstattung der PensionistInnenhaushalte; OÖ



Quelle: Statistik Austria: Volks-, Gebäude- und Wohnungszählung 2001

2.4. Wohn- und Lebensformen

Bezüglich der Wohn- und Lebensformen älterer Menschen lässt sich keine eindeutige Abgrenzung zum mittleren Erwachsenenalter feststellen. Veränderungen ergeben sich vor allem aus biografischen Ereignissen - bspw. der Auszug des letzten Kindes aus dem elterlichen Haushalt oder der Tod des Partners oder der Partnerin.²⁸

Soziale und regionale Milieus nehmen einen wesentlichen Einfluss auf die Wohn- und Lebensformen der älteren Generation. In agrarisch geprägten Kleingemeinden leben ältere Menschen häufiger in Mehrgenerationenfamilien als im städtischen Gebiet. Alleine lebende SeniorInnen sind in ländlichen Gebieten seltener.²⁹

In Österreich leben über 95 Prozent der über 60-Jährigen in privaten Haushalten. Nur eine kleine Minderheit lebt in Alten- und Pflegeheimen bzw. anderen Anstalts-haushalten.³⁰ Diesbezüglich hat sich in den letzten Jahrzehnten nur wenig geändert. Bei den über 80-Jährigen ist jedoch ein sprunghafter Anstieg der in Heimen betreuten Personen (insbesondere bei Frauen) zu beobachten (1997 lebten in Österreich 17 Prozent der über 85-jährigen Frauen und 8 Prozent der gleichaltrigen Männer in einem Alten- oder Pflegeheim). Auch unter den Hochbetagten lässt sich in den letzten Jahr-zehnten keine Veränderung der Quote an Menschen, die in Alten- und Pflegeheimen wohnen, beobachten.³¹

In Oberösterreich beträgt der Anteil der über 65-Jährigen in Alten- und Pflegeheimen seit 1971 relativ konstant 4 bis 5 Prozent. 5 bis 6 Prozent der Frauen und 2 bis 3 Prozent der Männer wohnen in Alten- und Pflegeheimen. Bei genauerer Betrachtung (Abbildung 18) zeigt sich, dass vor allem bei den über 90-Jährigen starke Zunahmen des Anteils an Personen, die in Alten- oder Pflegeheimen wohnen, zu verzeichnen sind, während bei den 65- bis 80-Jährigen leichte Rückgänge zu beobachten sind (da die jüngeren Altersgruppen stärker besetzt sind, gleichen sie die Zunahmen in den älteren Gruppen aus).

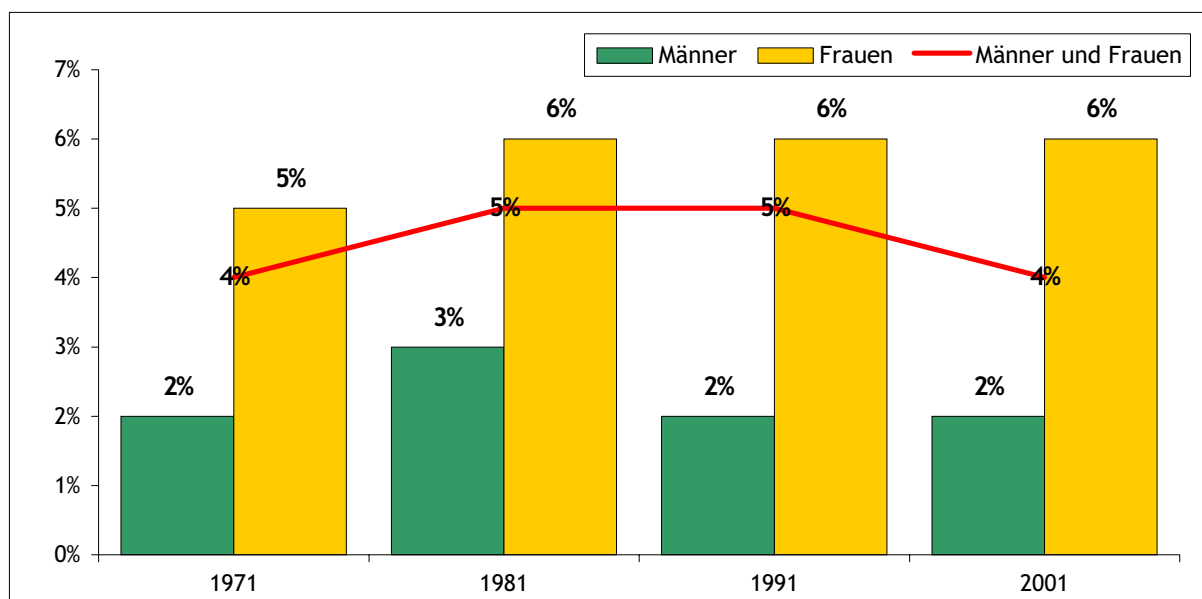
²⁸ BMSGK 2000, S. 64

²⁹ BMSGK 2000, S. 64

³⁰ *Anstaltsbevölkerung sind Personen in Einrichtung, die überwiegend der Unterbringung und Versorgung von bestimmten Personengruppen dient. Im Allgemeinen handelt es sich um Internate, Studentenheime, Alten- und Pflegeheime, Klöster, Kasernen, Justizanstalten, Flüchtlingslager und ähnliche Einrichtungen (STAT 2007). In der hier betrachteten Altersgruppe fallen jedoch vor allem Alten und Pflegeheime ins Gewicht. Der Anteil in anderen Anstalten dürfte vernachlässigbar sein. Daher wird nachfolgend statt dem Begriff „Anstaltsbevölkerung“ der Begriff der Bevölkerung in Alten und Pflegeheimen verwendet.*

³¹ BMSGK 2000, S. 59

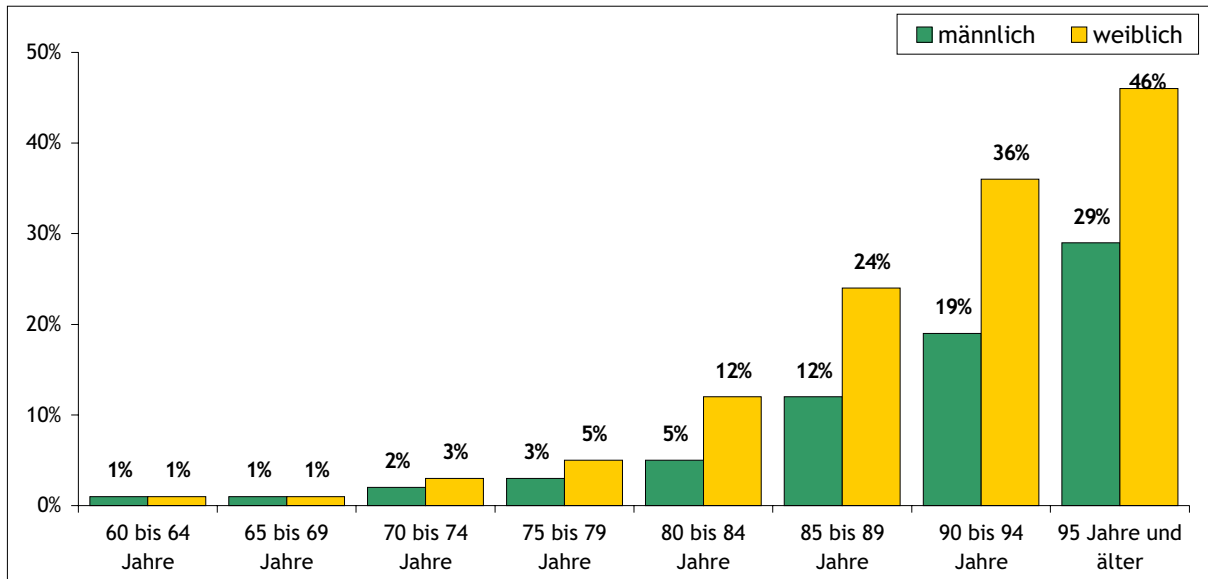
Abbildung 16: Anteil der über 60-Jährigen in Anstaltshaushalten; OÖ



Quelle: Statistik Austria: Wohnbevölkerung laut Volkszählung; ISIS-Datenbank; eigene Berechnungen

Der Anteil der in Heimen wohnenden SeniorInnen steigt mit zunehmendem Alter stark an, insbesondere ab dem 80. Lebensjahr. Bei Frauen über 70 Jahren ist der Anteil in allen Altersgruppen deutlich höher als bei Männern. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass bei Männern gleichen Alters häufiger noch die Partnerin im gemeinsamen Haushalt lebt, welche Unterstützungs- und Pflegeleistungen übernehmen kann. Da Frauen meist ältere Partner haben, aber auch infolge der geringeren Lebenserwartung der Männer, sind diese im fortgeschrittenen Alter häufiger verwitwet und alleine lebend (siehe auch Abbildung 20).

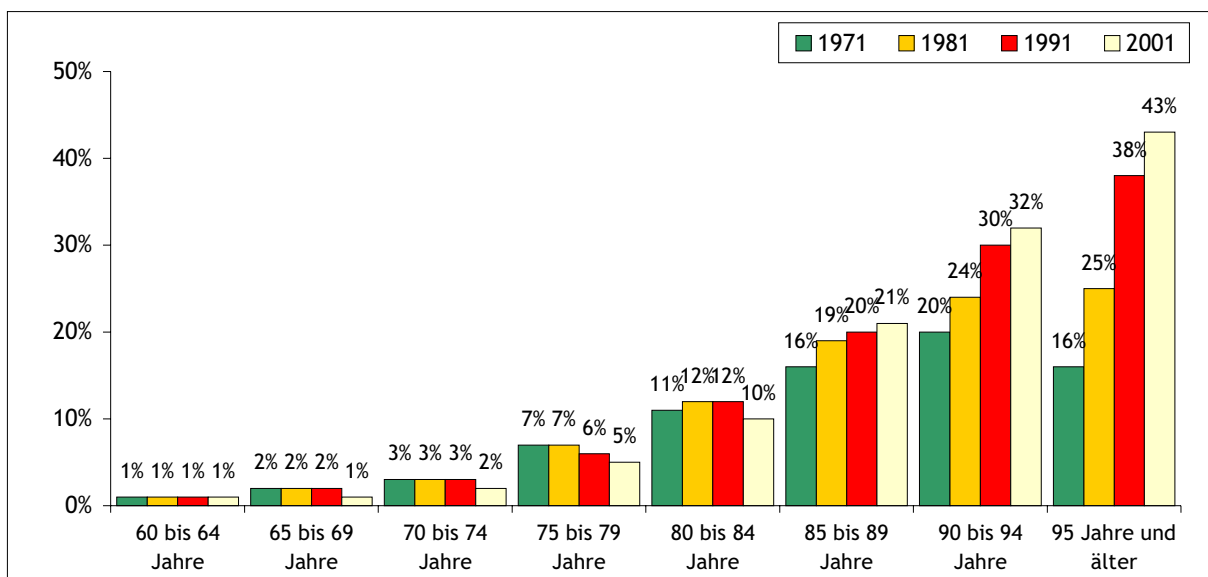
Abbildung 17: Anteil der über 60-Jährigen in Anstaltshaushalten nach Altersgruppen; OÖ



Quelle: Statistik Austria: Wohnbevölkerung laut Volkszählung 2001; ISIS-Datenbank; eigene Berechnungen

Seit den 70er-Jahren hat der Anteil der in Heimen Betreuten vor allem bei den über 85-Jährigen zugenommen. Der Anteil der in Alten- und Pflegeheimen wohnenden SeniorInnen unter 85 ist relativ konstant bzw. seit den 80er-Jahren sogar leicht fallend.

Abbildung 18: Anteil der über 60-Jährigen in Anstaltshaushalten nach Altersgruppen; OÖ



Quelle: Statistik Austria: Wohnbevölkerung laut Volkszählung; ISIS-Datenbank; eigene Berechnungen

Weitere Informationen zur Situation von SeniorInnen in Alten und Pflegeheimen sind in Kapitel 2.7 zu finden.

In Österreich lebt ein nicht unbeträchtlicher Teil der älteren Menschen in Mehrgenerationenhaushalten (1997: 27 Prozent der Männer und 25 Prozent der Frauen über 60 Jahren). Am größten ist dieser Anteil bei den 60- bis 64-Jährigen, wo oft noch eines der Kinder mit den Eltern zusammenlebt. Bei den über 70-Jährigen nimmt der Anteil der in Mehrgenerationenhaushalten Lebenden deutlich ab.³² Der Anteil der älteren Menschen, die mit mindestens einem eigenen Kind im selben Haus wohnt, ist ähnlich hoch wie in Südeuropa und deutlich höher als in den meisten west- und nordeuropäischen Staaten. Über 40 Prozent der über 60-Jährigen leben im selben Haus wie mindestens eines ihrer Kinder. Bei weiteren 23 Prozent lebt ein Kind zwar nicht im selben Haus, aber in unmittelbarer Umgebung, d.h. sie können ihre Eltern in höchstens einer Viertelstunde erreichen. Diese Situation ändert sich jedoch mit zunehmendem Alter: Je älter eine Person, desto seltener lebt ein Kind im selben Haus. Während bei den 60- bis 64-jährigen SeniorInnen noch die Hälfte mit mindestens einem eigenen Kind im selben Haus wohnen, sind es bei den über 80-jährigen nur mehr etwa ein Drittel. Die familiäre Lebensform hängt stark mit sozialen und regionalen Milieus zusammen. In ländlicheren Gebieten sind weniger ältere Menschen kinderlos (ohne lebendes Kind). Auch ist dort die Häufigkeit, Kinder im selben Haus bzw. in unmittelbarer Umgebung zu haben, deutlich größer. In Gemeinden mit einer Agrarquote über 10 Prozent leben etwa 60 Prozent der SeniorInnen mit einem Kind im selben Haus. Nur etwa 9 Prozent sind kinderlos. In den Gemeinden mit geringerer Agrarquote sinkt der Anteil der SeniorInnen, die mit einem Kind im selben Haus wohnen, kontinuierlich, von 54 Prozent in Gemeinden mit weniger als zweitausend Einwohnern auf 35 Prozent in Gemeinden mit 10- bis 50-Tausend EinwohnerInnen. Auch der Anteil der kinderlosen SeniorInnen nimmt zu (von 8 Prozent auf 13 Prozent). In Städten zwischen 50- und 500-Tausend EinwohnerInnen leben nur mehr 27 Prozent mit einem Kind im selben Haus, in Wien nur mehr 20 Prozent. Kinderlos sind in den Städten 17 Prozent, in Wien sogar fast ein Viertel der älteren Menschen.³³

Der Anteil der alleine in einem Haushalt Lebenden ist bei den Frauen deutlich höher als bei Männern. Die Zahl der im Alter alleine Lebenden stieg vor allem in den 60er- und 70er-Jahren stark an (österreichweit bei den Männern von 8 auf 13 Prozent und bei den Frauen von 29 auf 41 Prozent. In den 80er- und 90er-Jahren lässt sich keine wesentliche Veränderung mehr erkennen.³⁴ Die Anzahl der älteren Menschen, die alleine leben, wird - Prognosen zu Folge - in den kommenden Jahren deutlich

³² BMSGK 2000, S. 63-64

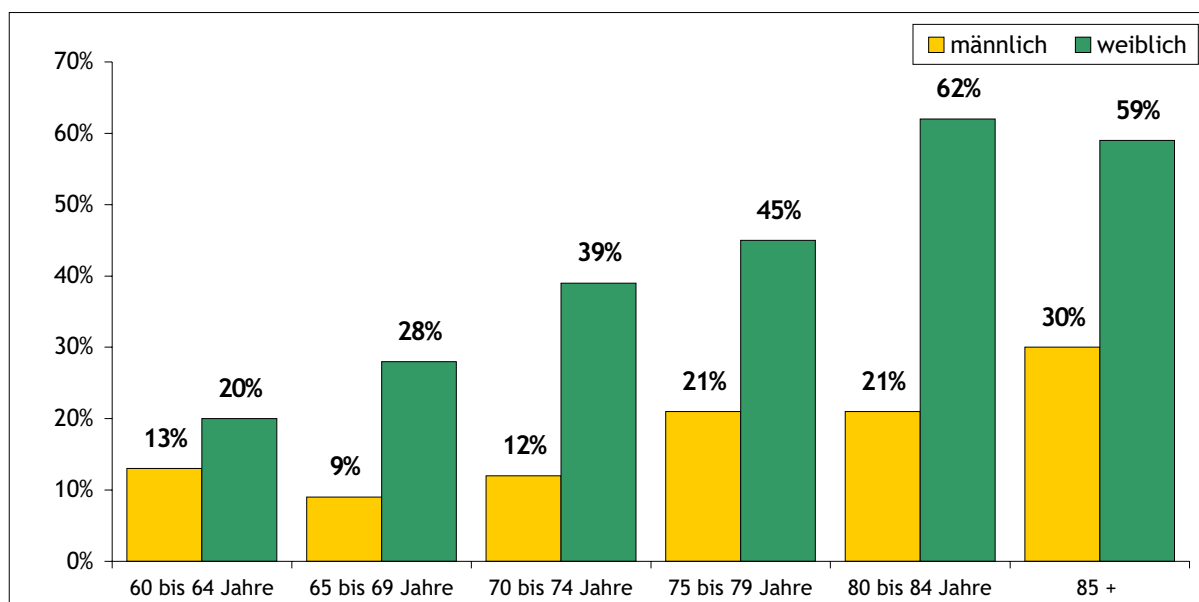
³³ BMSGK 2000, S. 73

³⁴ BMSGK 2000, S. 59

zunehmen. Bis 2030 wird, im Vergleich zu den 90er-Jahren, mit einer Verdopplung der Ein-Personen-Haushalte gerechnet.³⁵

In Oberösterreich lebten 2005 38 Prozent der Frauen und 14 Prozent der Männer über 60 Jahren in Ein-Personen-Haushalten. Bei den Männern beginnt der Anteil der alleine Lebenden erst bei den über 75-Jährigen merklich anzusteigen (auf 21 Prozent) und beträgt in den Altersgruppen der über 85-Jährigen 30 Prozent. Bei den Frauen beginnt der Anteil der alleine Lebenden bereits deutlich früher anzusteigen. Unter den 60- bis 64-jährigen Frauen leben 20 Prozent in Ein-Personen-Haushalten, unter den 70- bis 74-Jährigen bereits knapp 40 Prozent und unter den über 80-Jährigen ca. 60 Prozent. Dies hängt damit zusammen, dass Frauen dieser Altersgruppen häufiger verwitwet sind, da die Partner im Durchschnitt etwas älter sind und Männer auch eine geringere Lebenserwartung aufweisen (siehe auch Abbildung 20).

Abbildung 19: Ein-Personen-Haushalte; OÖ



Quelle: Statistik Austria: Wohnbevölkerung in Privathaushalt (Arbeitskräfteerhebung) 2005; ISIS-Datenbank; eigene Berechnungen

³⁵ BMSGK 2000, S. 61-62

2.5. Familiäre und persönliche Netzwerke (soziale Unterstützung)

2.5.1. Familienstand

Für ältere Männer ist das Zusammenleben mit der Partnerin die dominante Lebensform. Ähnliches gilt auch für Frauen bis ca. zum 75. Lebensjahr, Frauen in höherem Alter leben großteils alleine (infolge des Todes des Partners).³⁶

Mit zunehmendem Alter steigt auch der Anteil der verwitweten Personen. Frauen sind deutlich stärker betroffen.³⁷ Österreichweit waren 1997 unter den 60- bis 64-jährigen Männern 5 Prozent, bei den 65- bis 69-Jährigen 8 Prozent und bei den 70- bis 74-jährigen Männern 10 Prozent verwitwet. Bei den Frauen betrug der Anteil in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen 21 Prozent, bei den 65- bis 69-Jährigen 30 Prozent und bei den 70- bis 75-Jährigen 43 Prozent.³⁸

In Oberösterreich waren 2005 über 80 Prozent der Männer zwischen 60 und 70 Jahren verheiratet. Ab dem 75. Lebensjahr nimmt der Anteil der Verwitweten deutlich zu (auf ca. ein Viertel bei den 75- bis 85-Jährigen und über 40 Prozent bei den über 85-Jährigen). Dennoch beträgt der Anteil der verheirateten Männer in der Altersgruppe zwischen 75 und 85 Jahren noch über 70 Prozent.

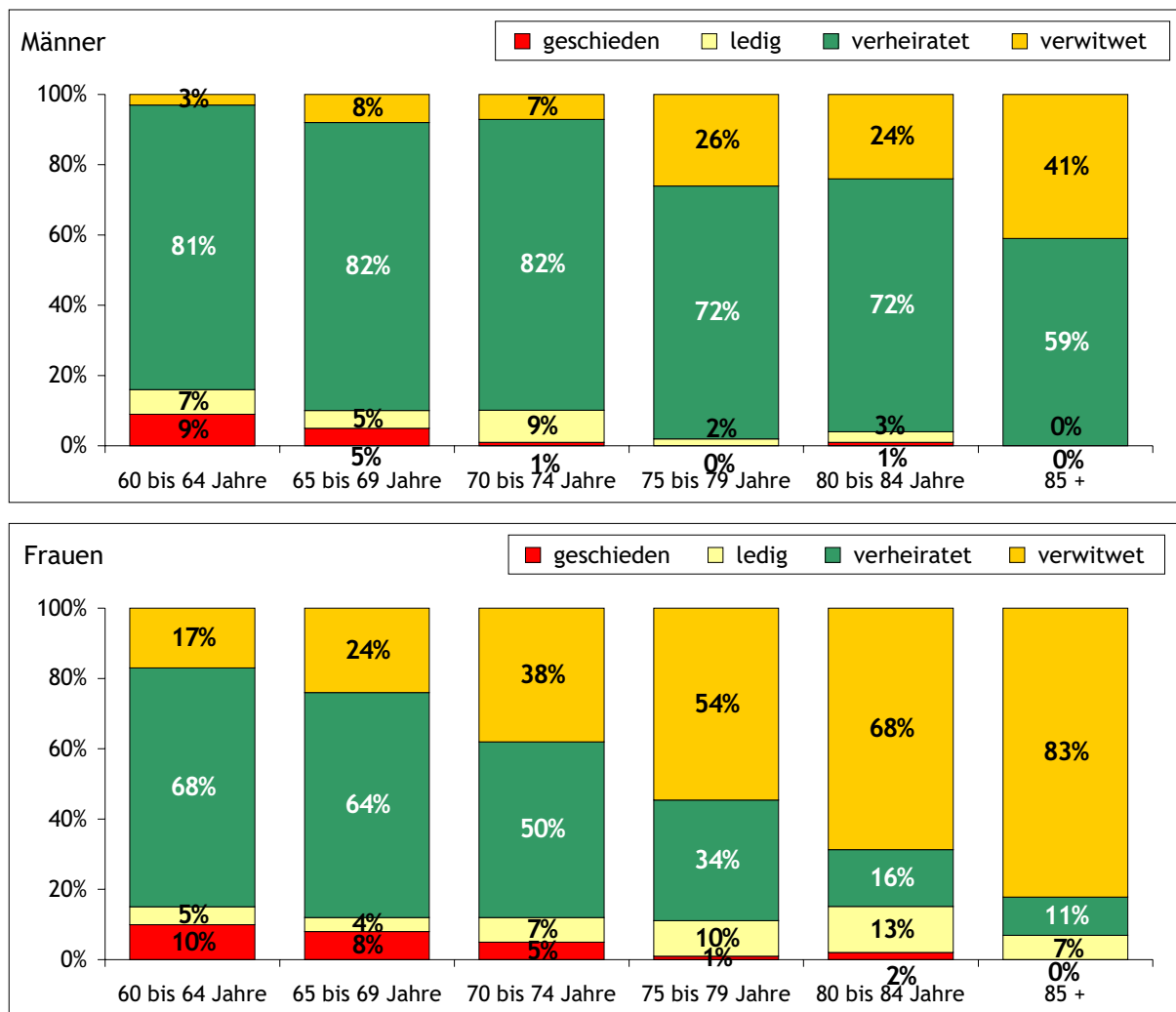
Unter den 60- bis 65-jährigen Frauen sind bereits 17 Prozent verwitwet. Der Anteil steigt mit zunehmendem Alter auf 38 Prozent bei den 70- bis 75-Jährigen und auf 68 Prozent in der Altersgruppe der 80- bis 85-Jährigen. Über 80 Prozent der über 85-jährigen Frauen sind verwitwet. Der Anteil der verheirateten Frauen liegt in der Altersgruppe 60 bis 65 Jahre bei 68 Prozent. Nur mehr die Hälfte der 70- bis 74-jährigen Frauen weist einen Ehepartner auf. In der Gruppe der über 85-Jährigen sinkt der Anteil der verheirateten Frauen auf etwa 10 Prozent.

³⁶ BMSGK 2000, S. 65

³⁷ BMSGK 2000, S. 58

³⁸ BMSGK 2000, S. 54

Abbildung 20: Familienstand; OÖ



Quelle: Statistik Austria: Wohnbevölkerung in Privathaushalt (Arbeitskräfteerhebung) 2005; ISIS-Datenbank; eigene Berechnungen

2.5.2. Familiäre Netzwerke

Die Familie spielt als soziales Netzwerk eine wesentliche Rolle. Der Großteil der älteren Menschen ist in ein familiäres Umfeld eingebettet. Nur ein kleiner Teil der über 60-Jährigen hat kein einziges nahes Familienmitglied (2 Prozent der Männer und 4 Prozent der Frauen). Über 85 Prozent der über 60-Jährigen hat - lt. Mikrozensus 1998 mindestens ein lebendes Kind. Daran wird sich auch in den nächsten Jahren wenig ändern, da die Eltern der Baby-Boom-Generation ins Pensionsalter nachrücken. Dementsprechend hoch ist auch der Anteil mit Enkelkindern (etwa ein Viertel).³⁹ Eine Veränderung ist in etwa zwanzig Jahren zu erwarten, wenn die Baby-Boom-Generantion selbst ins höhere Lebensalter vorrückt.

Österreichweit haben mehr als die Hälfte der älteren Menschen mit Kindern täglich Kontakt zu einem dieser Kinder. Dies geht auch auf den hohen Anteil derer zurück, die mit eigenen Kindern in einem Haus wohnen. Unter denen, die nicht mit einem ihrer Kinder im selben Haus wohnen, haben nur 15 Prozent täglich Kontakt. Der Anteil mit mindestens wöchentlichem Kontakt liegt jedoch auch in dieser Gruppe bei über 60 Prozent. Der Anteil älterer Menschen, die nie Kontakt zu ihren Kindern haben, liegt bei 2 Prozent. 20 Prozent haben nur seltener als einmal pro Woche Kontakt zu einem ihrer Kinder. Der Anteil älterer Menschen mit täglichem Kontakt zu einem ihrer Kinder sinkt zunächst mit zunehmendem Alter und erreicht in der Altersgruppe der 75- bis 80-Jährigen ein Minimum (48 Prozent). Im höheren Alter steigt die Kontakthäufigkeit wieder an und erreicht bei den über 85-Jährigen den Höchstwert von 64 Prozent. Dieser U-förmige Verlauf lässt sich dadurch erklären, dass bei den „jungen Alten“ noch zu einem höheren Anteil Kinder leben, die noch keinen eigenen Haushalt gegründet haben und diese sukzessive ausziehen. Im späteren Lebensabschnitt dürfte für die Besuchshäufigkeit stärkeres Hilfe- und Sorgeverhalten der Kinder infolge des nachlassenden Gesundheitszustandes eine Rolle spielen. Nicht auszuschließen sind Kohorteneffekte, d.h. dass die älteren SeniorInnen immer schon dichtere familiäre Netzwerke aufwiesen als die "jüngeren Alten".⁴⁰

Abgesehen von Kontakten zu eigenen Kindern haben in Österreich etwa 20 Prozent der über 60-Jährigen häufig (mindestens einmal pro Woche) Besuch von sonstigen Verwandten. 28 Prozent haben häufig Kontakt zu Freunden und Bekannten. Die Besuchshäufigkeit von Freunden und Bekannten sinkt mit zunehmendem Alter deutlich ab (von 30 Prozent bei den 60- bis 64-Jährigen auf 24 Prozent bei den über 80-Jährigen).⁴¹

³⁹ BMSGK 1999, S. 43

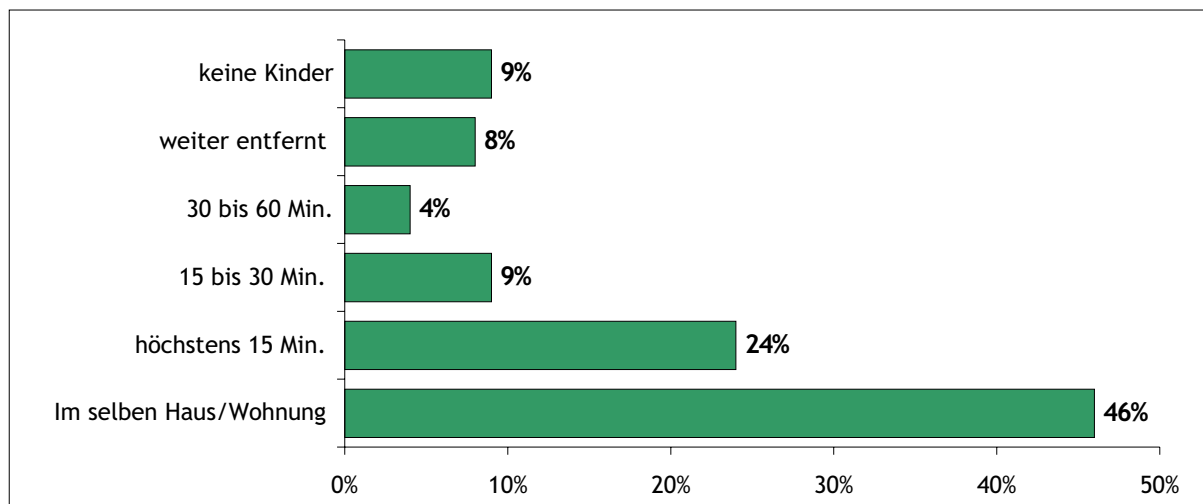
⁴⁰ BMSGK 2000, S. 75

⁴¹ BMSGK 2000, S. 82-84

SeniorInnen aus der unteren Bildungsschicht (Pflichtschulabschluss) weisen deutlich häufigere Kontakte zu ihren Kindern als solche mit höherem Bildungsabschluss. Dieser Umstand kann dahingehend interpretiert werden, dass die Kinder höherer Bildungsschichten ebenfalls höhere berufliche Qualifikationen aufweisen, was zur Folge hat, dass sie mobiler (Wohnsitz an anderem Ort) und beruflich stärker gebunden sind und daher weniger Zeit für ihre Eltern aufbringen. Im Hinblick auf künftige Entwicklungen ist dieser Umstand von wesentlicher Bedeutung, da infolge des allgemeinen Anstiegs des Bildungsniveaus eine Abnahme der familiären Einbindung kommender SeniorInnen-Generationen zu erwarten ist.⁴²

In Oberösterreich haben 97,3 Prozent der über 60-Jährigen, die in einem Privathaushalt leben, nähere Familienangehörige. Unter den 60- bis 65-Jährigen haben 0,6 Prozent keine näheren Verwandten, unter den 65- bis 75-Jährigen 2,6 Prozent und unter den über 75-Jährigen weisen 4,5 Prozent keine näheren Verwandten auf. Etwa 90 Prozent haben mindestens ein eigenes Kind und etwa 80 Prozent haben Enkelkinder. 57 Prozent der älteren OberösterreicherInnen leben mit einem näheren Familienmitglied unter einem Dach, 46 Prozent wohnen mit mindestens einem eigenen Kind im selben Haus (31 Prozent mit einem Sohn und 17 Prozent mit einer Tochter). Bei knapp einem Drittel der oberösterreichischen SeniorInnen leben nahe Verwandte zwar nicht im selben Haus, aber in der näheren Umgebung (Erreichbarkeit innerhalb von höchstens 30 Minuten).⁴³

Abbildung 21: Erreichbarkeit von Kindern; OÖ

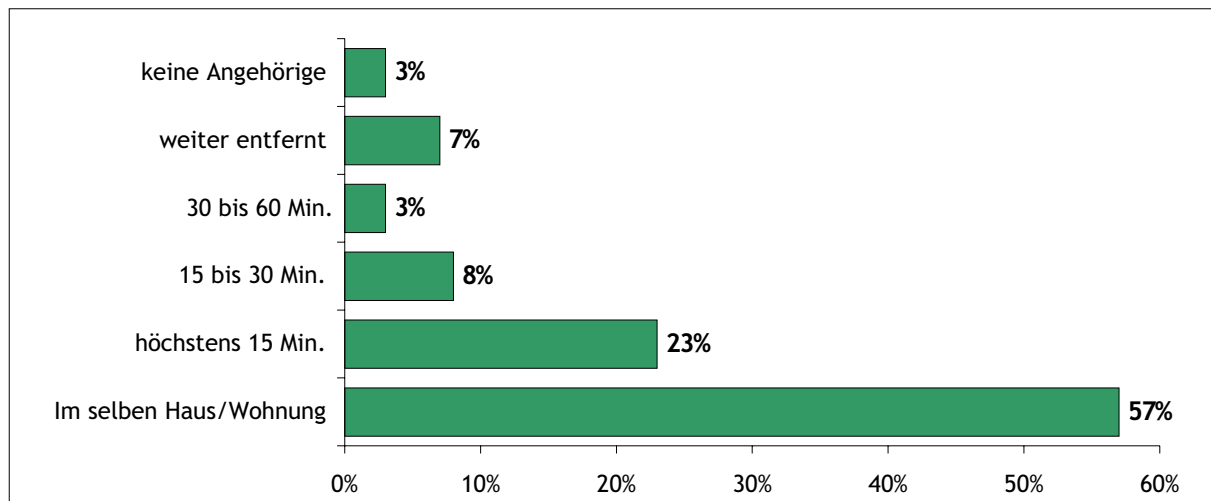


Personen ab 60 Jahren. Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1998, Sonderauswertung Oberösterreich; (entnommen: Land Oberösterreich 2003b, S. 66). (Aufgrund von Rundungsungenauigkeiten nicht exakt 100%)

⁴² BMSGK 2000, S. 80

⁴³ Land Oberösterreich 2003a, S. 155

Abbildung 22: Erreichbarkeit von Angehörigen (incl. Kinder); OÖ



Personen ab 60 Jahren. Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1998, Sonderauswertung Oberösterreich; (entnommen: Land Oberösterreich 2003b, S. 66)

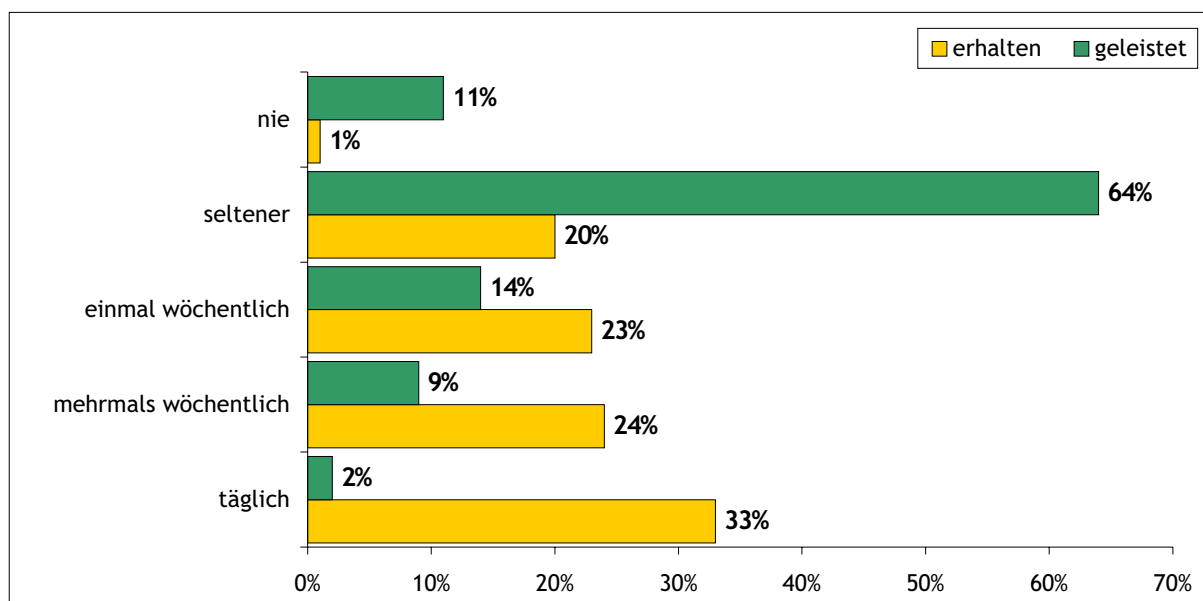
2.5.3. Besuche und Kontakte

Ein Großteil der oberösterreichischen SeniorInnen, die in Privathaushalten leben, scheint gut in das nähere soziale Umfeld integriert zu sein und weist regelmäßige Kontakte zu Freunden und Verwandten auf.

Fast 80 Prozent der über 60-jährigen OberösterreicherInnen erhalten regelmäßig Besuch von Verwandten oder Freunden (33 Prozent täglich, 24 Prozent mehrmals und 23 Prozent mindestens einmal pro Woche). Etwa ein Fünftel erhält nur unregelmäßig (seltener als einmal pro Woche) Besuch. Ein Prozent der SeniorInnen gibt an, dass sie nie zu Hause besucht werden.⁴⁴

Etwa ein Viertel der über 60-jährigen OberösterreicherInnen ist mehr oder weniger regelmäßig bei Verwandten oder Freunden zu Besuch (2 Prozent täglich, 9 Prozent mehrmals wöchentlich und 14 Prozent zumindest einmal pro Woche). Zwei Drittel weisen nur unregelmäßig Besuchsaktivitäten auf und etwa ein Zehntel keine.⁴⁵

Abbildung 23: Erhaltene und geleistete Besuche; OÖ



Personen ab 60 Jahren. Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1998, Sonderauswertung Oberösterreich; (entnommen: Land Oberösterreich 2003b, S. 66). (Aufgrund von Rundungsungenauigkeiten nicht exakt 100%)

Mit zunehmendem Alter ist eine Abnahme der Kontakthäufigkeiten festzustellen. Der Anteil derer, die keine Besuche erhalten oder tätigen, ist unter den älteren SeniorInnen doppelt so hoch wie bei den 60- bis 65-Jährigen.⁴⁶ Insbesondere ab dem

⁴⁴ Land Oberösterreich 2003a, S. 155

⁴⁵ Land Oberösterreich 2003a, S. 155

⁴⁶ Land Oberösterreich 2003a, S. 156

75. Lebensjahr nimmt die soziale Isolation stark zu. Zwischen Männern und Frauen zeigen sich hinsichtlich dieses Umstandes keine wesentlichen Unterschiede. Deutliche Unterschiede zeigen sich hingegen zwischen unterschiedlichen Bildungsschichten. Obwohl ältere Menschen aus höheren Bildungsschichten in geringerem Ausmaß Kontakte zu eigenen Kindern aufweisen, sind sie in deutlich geringerem Ausmaß von sozialer Isolation betroffen. Offensichtlich können SeniorInnen mit höherem Bildungsniveau die geringere familiäre Einbindung durch höheres Aktivitätsniveau im Bereich von Freundschaftskontakten, Kontakten zu sonstigen Verwandten bzw. durch kulturelle- und sonstige Außenkontakte kompensieren.⁴⁷ Zwischen sozialer Isolation und einer schlechteren Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes lässt sich ein deutlicher Zusammenhang feststellen. Hinter diesem Zusammenhang ist ein Aufschaukelungsprozess zu vermuten, da ein schlechterer Gesundheitszustand Aktivitäten und Außenkontakte erschwert und die dadurch zunehmende soziale Isolation wiederum auf das subjektive Wohlbefinden zurückwirkt.⁴⁸

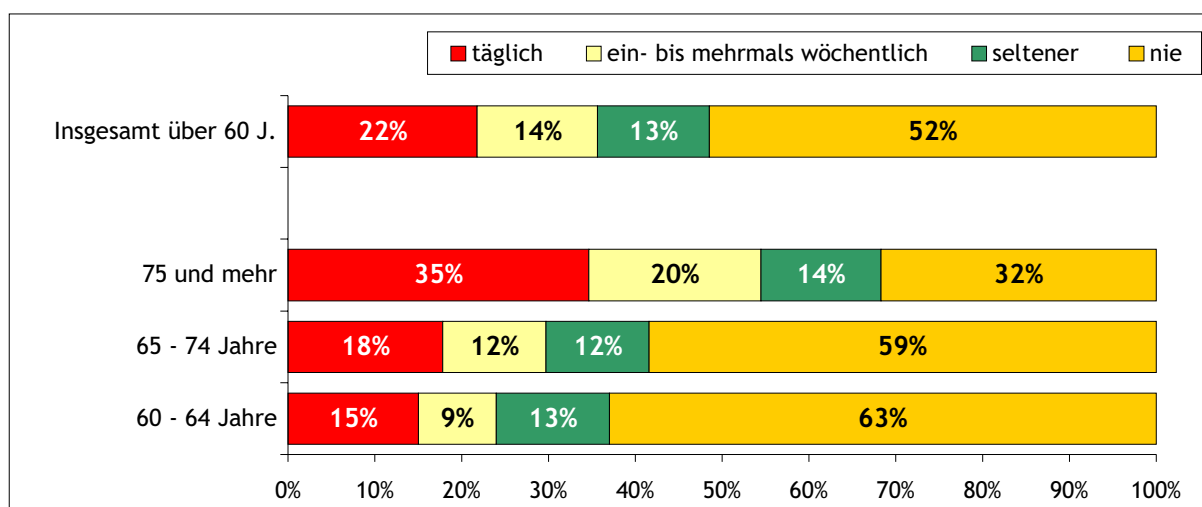
⁴⁷ BMSGK 2000, S. 101-102

⁴⁸ BMSGK 2000, S. 103

2.5.4. Hilfeleistungen

Knapp die Hälfte der über 60-jährigen OberösterreicherInnen nehmen Unterstützungs- und Hilfeleistungen unterschiedlicher Intensität in Anspruch - 22 Prozent täglich, 14 Prozent regelmäßig (ein- oder mehrmals pro Woche) und 13 Prozent seltener. Die Inanspruchnahme nimmt mit steigendem Alter zu, insbesondere in den Altersgruppen über 75 Jahre. Der Großteil dieser Hilfestellungen wird von Verwandten erbracht. 81 Prozent der SeniorInnen geben Hilfestellungen von Familienmitgliedern an. 13 Prozent nehmen die Unterstützung von sozialen Diensten in Anspruch.⁴⁹

Abbildung 24: Häufigkeit von Hilfeleistungen; OÖ



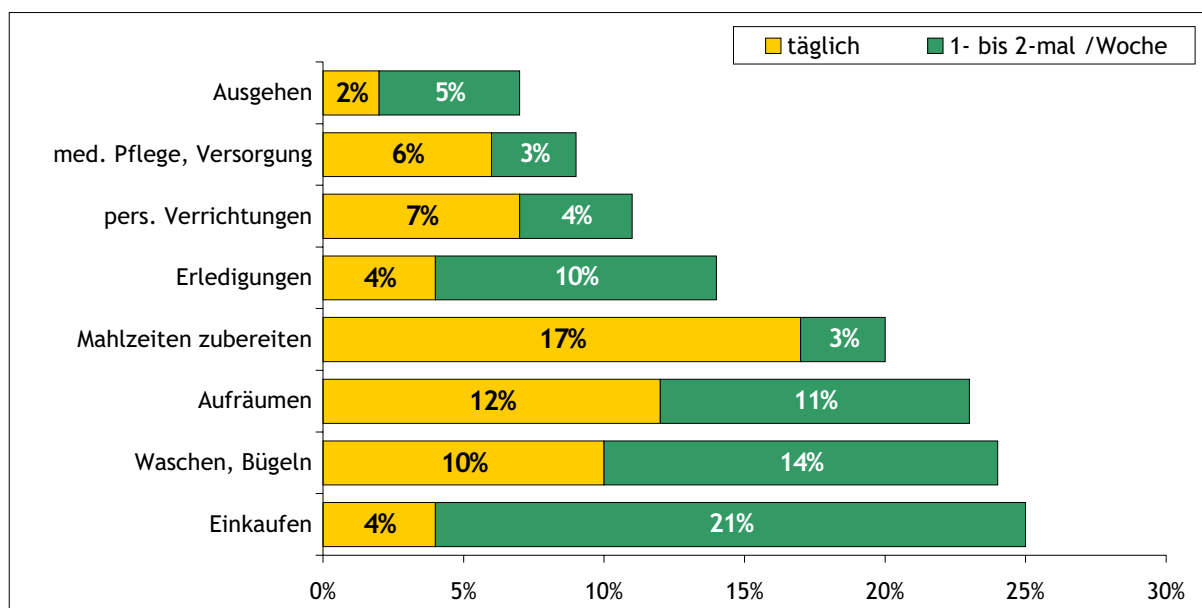
Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1998, Sonderauswertung Oberösterreich; (entnommen: Land Oberösterreich 2003b, S. 67)

Die meisten Hilfeleistungen beziehen sich auf Unterstützung bei Haushaltstätigkeiten (Einkaufen, Waschen/Bügeln, Aufräumen, Mahlzeiten). Diese Hilfestellungen nehmen ein Viertel bis ein Fünftel der SeniorInnen in Privathaushalten, die Hilfeleistungen erhalten, regelmäßig in Anspruch. Ein deutlich geringerer Anteil beansprucht Hilfe bei persönlichen Verrichtungen (Ankleiden, Hilfe beim Essen und Trinken) mit 11 Prozent und bei medizinischer Pflege und Versorgung (9 Prozent). Der Verwandtenkreis spielt bei weitem die größte Rolle für geleistete Hilfsdienste: 81 Prozent der SeniorInnen, die Unterstützung in Anspruch nehmen, erhalten solche von Verwandten. 13 Prozent nutzen soziale Dienste.⁵⁰

⁴⁹ Land Oberösterreich 2003a, S. 156

⁵⁰ Land Oberösterreich 2003a, S. 156

Abbildung 25: Art der Hilfeleistungen; OÖ



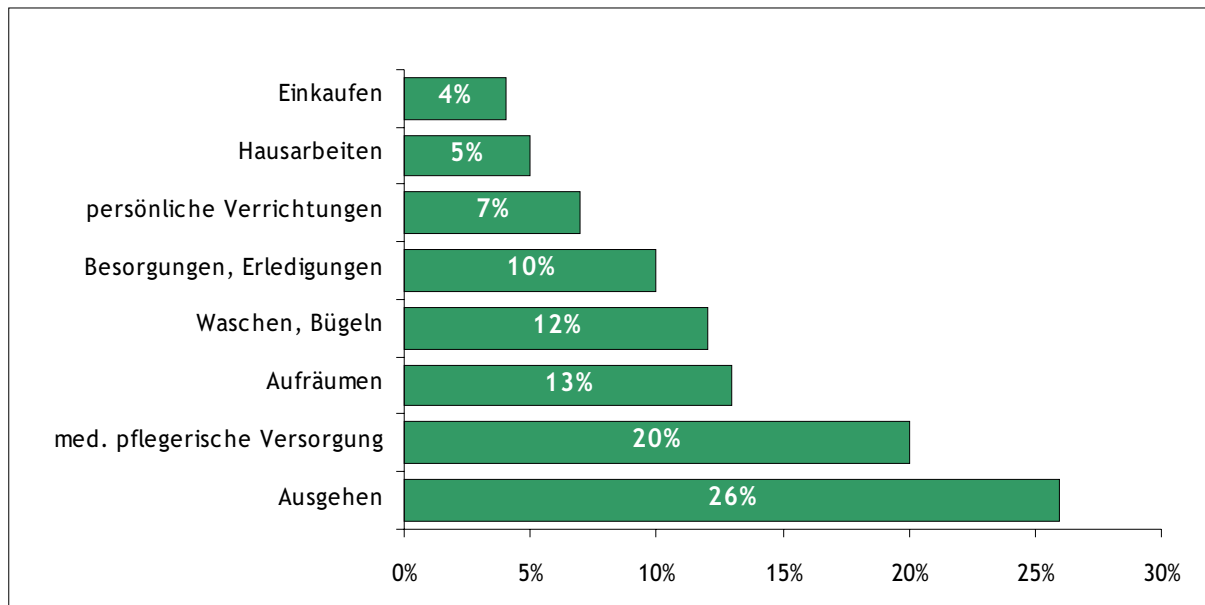
Anteil der Personen, die Hilfeleistungen beanspruchen; Mehrfachnennungen.

Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1998, Sonderauswertung Oberösterreich; (entnommen: Land Oberösterreich 2003b, S. 67)

Ein Teil der SeniorInnen, die Hilfs- und Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen, geben an, dass sie weitere Unterstützungsleistungen benötigen würden. Am häufigsten werden Defizite bezüglich der Begleitung außer Haus (Spaziergänge, Besorgungen etc.) gesehen (26 Prozent der SeniorInnen, die Unterstützung erhalten). 20 Prozent benötigen zusätzliche medizinische bzw. pflegerische Versorgung. Jeweils zwischen 10 und 15 Prozent nennen Hilfe bei Besorgungen/Erledigungen, und häusliche Tätigkeiten wie Waschen/Bügeln bzw. Aufräumen.⁵¹

⁵¹ Land Oberösterreich 2003a, S. 156

Abbildung 26: Zusätzlich benötigte Hilfeleistungen; OÖ



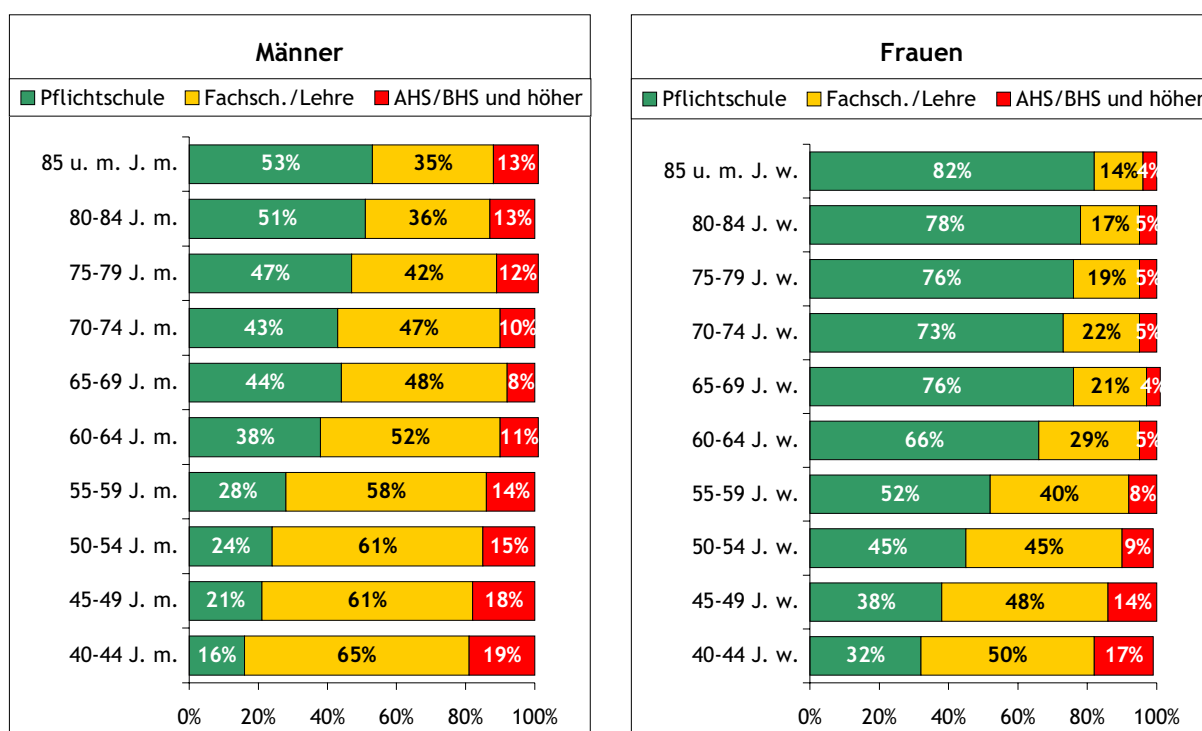
Anteil der Personen, die Hilfeleistungen beanspruchen; Mehrfachnennungen.

Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1998, Sonderauswertung Oberösterreich; (entnommen: Land Oberösterreich 2003b, S. 68)

2.6. Bildungsgrad

Von den derzeit über 60-Jährigen weisen 74 Prozent der Frauen und 43 Prozent der Männer als höchste Ausbildung Pflichtschulabschluss auf. Nur 10 Prozent der Männer und 5 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe weisen Maturaniveau auf. Die nachrückenden Alterskohorten weisen ein höheres Bildungsniveau auf, so dass sich der Bildungsgrad der älteren Bevölkerung in den kommenden Jahrzehnten deutlich verändern wird.

Abbildung 27: Bildungsgrad; OÖ



Quelle: Statistik Austria: Volkszählung 2001, Hauptergebnisse II - Oberösterreich, Wien 2004

2.7. Bevölkerung in Alten- und Pflegeheimen

2.7.1. Einleitung

In Oberösterreich lebten im Jahr 2006 1,4 Millionen Menschen, rund 15.000 davon hatten während eines Jahres in einem Alten- und Pflegeheim ihren Wohnsitz.

Es gab im Jahr 2006 105.634 Menschen in Oberösterreich, die 75 Jahre und älter waren. 9.634 Personen dieser Altersgruppe lebten zum 01.01.2006 in einem Alten- und Pflegeheim.

Zum 31.12.2005 lebten in Oberösterreich 61.141 Menschen, die Pflegegeld bezogen. Davon hatten 11.041 Menschen in einem Alten- und Pflegeheim ihren Haushalt. (Stichtag 01.01.2006).⁵²

Abhängig von der Bezugsgröße sind es demnach zwischen 1,07 Prozent der Gesamtbevölkerung und 6,56 Prozent der Bevölkerung 75+, deren Lebensmittelpunkt sich in Oberösterreich rein örtlich in ein Alten- und Pflegeheim verlagert hat. Betrachtet man nur die BezieherInnen von Pflegegeld, sind es 18 Prozent der Personen mit Pflegegeldbezug, die ihren Wohnsitz in einem Alten- und Pflegeheim haben. Umgekehrt betrachtet lebt der weitaus überwiegende Teil der oberösterreichischen Bevölkerung - unabhängig vom Alter und/oder einer Pflegebedürftigkeit - in Privathaushalten. Die Relevanz nach der speziellen Betrachtung der statistisch als „Anstaltsbevölkerung“ klassifizierten Bevölkerungsgruppe drängt sich aus inhaltlich/fachlicher Sicht daher auf. Fachlich/inhaltlich betrachtet unterscheiden sich die alten Menschen in Privathaushalten nicht von jenen in Alten- und Pflegeheimen, was ihre Bedürfnisse anbelangt. Menschen im Allgemeinen haben Bedürfnisse, die für deren „gesunde“ Lebensbewältigung gedeckt sein müssen. Und trotz dieser grundsätzlich gleichen Voraussetzungen in Bezug auf Bedürfnisbefriedigung stehen BewohnerInnen von Alten- und Pflegeheimen oftmals speziell im Interesse der wissenschaftlichen Betrachtung. Bevor aber diese Bevölkerungsgruppe im vorliegenden Kapitel näher beschrieben und dargestellt wird, soll eingangs nochmals verstärkt betont werden, dass Menschen, die aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters mehr oder weniger starke Beeinträchtigungen im Zuge der Alltagsbewältigung erfahren (erleben), sowohl in Privathaushalten als auch in gemeinschaftlich geführten Haushalten in Alten- und Pflegeheimen gleiche Voraussetzungen und Erfordernisse zur Lebensbewältigung haben. Eine Beschreibung Situation aller älteren Menschen sind den Kapiteln "Demographie" und "Lebenssituation älterer Menschen" in diesem Bericht zu entnehmen. Lediglich rein rechtlich

⁵² Quellen: Abt. Statistik und Sozialabteilung des Amtes der Oö. Landesregierung; Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge, Entwurf, BMSG

besteht für eine Unterscheidung in Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen und jenen alten Menschen, die zuhause wohnen und mit oder ohne Unterstützung von Angehörigen und mobilen Diensten betreut werden ein Grund zur Unterscheidung: nämlich jener des Sozialhilfeanspruchs. Für vorwiegend aus Altersgründen pflegebedürftige Personen besteht unter bestimmten Bedingungen - siehe Oö. SHG 1998 § 17 Abs. 5 ein Rechtsanspruch auf stationäre Hilfe, die bei nicht ausreichenden finanziellen Eigenmitteln durch die Sozialhilfe gedeckt ist. Personen, die in ein Alten- und Pflegeheim übersiedeln, haben zuerst - das nach den jeweils geltenden landesgesetzlichen Bestimmungen - das Vermögen und Eigentum zur Deckung der Lebenshaltungs- und Betreuungskosten einzubringen. Reicht dies zur Deckung des finanziellen Aufwandes nicht aus, wird der Rest der Kosten aus Mitteln der Sozialhilfe beglichen. In Oberösterreich ist dies bei drei Vierteln der HeimbewohnerInnen jedenfalls zum Teil der Fall. Demgegenüber haben Personen, die in ihrem bisherigen Privathaushalt mobile Dienste in Anspruch nehmen, einen nach Einkommen gestaffelten Betrag zuzüglich eines Pflegezuschlages (bei Bezug von Pflegegeld) zu entrichten. Das Eigentum und Vermögen bleiben unangetastet, ein Rechtsanspruch auf diese Leistungen besteht in Oberösterreich allerdings nicht.

Für den inhaltlichen Zugang der Altenhilfepolitik in Oberösterreich stehen demnach die Bedürfnisse der Menschen im Vordergrund, unabhängig von ihrem gewählten Wohnort. Eine Person mit einem Pflegebedarf, der aufgrund der Pflegegesetze etwa der Stufe 5 entspricht, hat spezielle Bedürfnisse, die zu beachten und deren Deckung anzustreben ist - unabhängig davon, wo diese Person lebt. Dies ist eine der wichtigsten Leitlinien der oberösterreichischen Altenhilfepolitik, die es auch künftig noch stärker in den Vordergrund zu rücken gilt.

2.7.2. Ist-Situation und Situation im Zeitverlauf seit 1996/1998

Trotz oder gerade wegen der oben angeführten grundsätzlichen Leitlinien und generellen Bedürfnislagen alter und/oder pflegebedürftiger Menschen soll im Nachstehenden versucht werden, die Struktur der BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen näher darzustellen.

Wie bereits einleitend erwähnt, ist es ein relativ gesehen geringer Anteil der Bevölkerung, der in einem Alten- und Pflegeheim lebt. Dennoch ist diese Bevölkerungsgruppe immer wieder von besonderer statistischer Bedeutung und wird, wenn es um den Umgang der Gesellschaft mit ihren alt gewordenen Menschen geht, immer besonders in den Mittelpunkt des Interesses gerückt. Die Gründe dafür sind vielfältig und haben nicht immer nur etwas mit der inhaltlichen Weiterentwicklung der Altenhilfe zu tun, sondern zum Teil auch mit der Konfrontation mit dem Altwerden und dem Tod. Das "Heim" wird in der öffentlichen Darstellung und der veröffentlichten Meinung oftmals gleichgesetzt mit einem "Abgeschoben sein". Dementsprechend wahrge-

nommen werden oftmals dann die Personen, die dort leben und arbeiten. In Oberösterreich sind das übers Jahr 2005 gesehen in Summe immerhin rund 15.000 BewohnerInnen und in etwa 8.000 MitarbeiterInnen. Dazu zu zählen sind noch die Familien dieser dort lebenden und arbeitenden Personen.

Aber wie sieht die statistisch als "Anstaltsbevölkerung" bezeichnete Personengruppe denn nun aus, wie lässt sie sich durch Zahlen beschreiben?

Faktum ist, dass sich die Struktur der HeimbewohnerInnen in den vergangenen Jahren nicht zuletzt aufgrund sich verändernder Rahmenbedingungen gewandelt hat. Eine Umstellung der Entlasspraxis in den Krankenhäusern aufgrund geänderter Finanzierung, einer stark verbesserten Wohnsituation und die verstärkte Umsetzung der Strategie "mobil vor stationär" haben unter anderem dazu geführt, dass Alten- und Pflegeheime immer mehr von Personen mit erhöhtem Pflegebedarf genützt werden. Stellt man etwa in einem Vergleich die Jahre 1996 und 2006 gegenüber, so zeigt sich folgendes Bild:

Tabelle 1: Pflegegeld - Anstaltsbevölkerung

Pflegegeldstufe	kein PG	1	2	3	4	5	6	7	Summe
01.01.1996 absolut	1.763	659	3.249	2.094	1.191	1.242	226	173	10.597
01.01.1996 relativ	16,64	6,22	30,66	19,76	11,24	11,72	2,13	1,63	100,00
01.01.2006 absolut	244	486	1.911	2.027	2.778	2.533	702	604	11.285
01.01.2006 relativ	2,16	4,31	16,93	17,96	24,62	22,45	6,22	5,35	100,00

*BewohnerInnenstruktur nach Pflegegeldstufen - Vergleich 01.01.1996 und 01.01.2006;
Quelle: Sozialabteilung, Amt der Oö. Landesregierung*

Anhand dieser Daten wird deutlich, wie sich das Verhältnis der BewohnerInnen in den einzelnen Pflegegeldstufen innerhalb dieser elf Vergleichsjahre verändert hat. Während 1996 der Anteil der Personen ohne Pflegegeld noch bei über 16 Prozent lag, ist er bis zum 01.01. vergangenen Jahres bereits auf 2 Prozent gesunken. Demgegenüber sind die Anteile jener Personen mit höheren Pflegegeldstufen in diesem Vergleichszeitraum stark gestiegen - betrug beispielsweise der Anteil der Personen mit Pflegegeld der Stufe 4 1996 noch etwas über 11 Prozent, so bezog zum 1. Jänner 2006 bereits ein knappes Viertel der Personen BewohnerInnen Pflegegeld dieser Kategorie.

Keinen Pflegegeldbezug zu haben, sagt jedoch in etlichen "Fällen" nur wenig oder auch nichts über den tatsächlichen Pflegebedarf aus. Vielfach übersiedeln Menschen z.B. nach einem Schlaganfall oder einer anderen plötzlichen Erkrankung direkt vom Krankenhaus in das Alten- und Pflegeheim. Da diese neu eingezogenen Heimbewoh-

nerInnen vorher gesund und selbstständig waren, verfügen sie noch über kein Pflegegeld, benötigen jedoch aufgrund ihres Krankheitsbildes ein hohes Ausmaß an Betreuung und Pflege. In diesen Fällen müssen die Heime aus einnahmenseitiger Sicht gleichsam im „Voraus“ - bis zur entsprechenden Zuerkennung einer Pflegestufe - die erforderlichen Pflegeleistungen erbringen.

Eine andere Kennzahl, die diese Entwicklung deutlich zum Ausdruck bringt, ist die Kennzahl über das Verhältnis der HeimbewohnerInnen je Pflegepersonaleinheit - kurz "HB je PPE". In der Alten- und Pflegeheimverordnung ist geregelt, wie viel Pflegepersonal abhängig von der Pflegegeldverteilung der HeimbewohnerInnen vorgehalten werden muss. Je höher die Pflegebedürftigkeit der HeimbewohnerInnen - ausgedrückt durch die Pflegestufenverteilung - ist, desto mehr Pflegepersonal muss vorgehalten werden. Diese Kennzahl, die dieses Verhältnis zum Ausdruck bringt, lag 1996 bei 4,33 und 2006 bei 2,78. Rechnerisch ausgedrückt bedeutet dies, dass 1996 ein Vollzeitäquivalent in der Pflege 4,33 Bewohnerinnen und Bewohner zu betreuen hatte, während dieses Verhältnis bis zum Jahr 2006 auf 2,78 gesunken ist.

Betrachtet man die Entwicklung der Altersverteilung der BewohnerInnen in Oberösterreichs Heimen, stehen Zahlen ab dem 01.01.1998 zur Verfügung, die in der nachstehenden Tabelle den Zahlen vom 01.01.2006 gegenübergestellt werden.

Tabelle 2: Altersstruktur der HeimbewohnerInnen

	-75	75 - 80	81 - 85	85 +	Summe
01.01.1998 absolut	2.057	1.803	2.738	4.067	10.665
01.01.1998 relativ	19,29	16,91	25,67	38,13	100,00
01.01.2006 absolut	1.651	1.727	3.280	4.627	11.285
01.01.2006 relativ	14,63	15,30	29,07	41,00	100,00

*BewohnerInnenstruktur nach Alter - Vergleich 01.01.1998 und 01.01.2006;
Quelle: Sozialabteilung, Amt der Oö. Landesregierung*

Auch hier wird deutlich, dass sich die Verteilung zu den höheren Altersgruppen hin verschiebt, was neben den zuvor genannten Aspekten aber auch mit der allgemeinen demografischen Entwicklung zu begründen ist. Das Durchschnittsalter der HeimbewohnerInnen betrug 1998 80 Jahre und 2006 bereits 83 Jahre. Das Durchschnittsalter beim Heimeinzug betrug 2006 81,4 Jahre.

Ein weiteres demografisches Merkmal ist ganz deutlich zu erkennen: die Altenheime sind fest in weiblicher Hand, sowohl was das Pflegepersonal, aber auch was die Bewohnenden betrifft. 78 Prozent der Personen, die in einem oberösterreichischen

Alten- und Pflegeheim leben, sind weiblich. Das liegt doch um einiges über den Zahlen der Vergleichsgruppe in der Allgemeinbevölkerung. Denn von den etwas mehr als 100.000 Menschen in Oberösterreich, die 75 Jahre und älter sind, sind rund zwei Drittel Frauen. Der Frauenanteil unter den BewohnerInnen eines Alten- und Pflegeheimes liegt aber bei 78 Prozent. Das bedeutet, dass es für eine ältere Frau wahrscheinlicher ist, in ein Alten- und Pflegeheim zu übersiedeln als für einen gleichaltrigen Mann. Begründen lässt sich dies vor allem durch die höhere Lebenserwartung der Frauen, die oftmals ihre pflegebedürftig gewordenen Männer noch zuhause betreuen bevor sie selbst dann (mangels häuslicher Betreuung durch den bereits verstorbenen Ehepartner) in ein Alten- und Pflegeheim übersiedeln.

BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen werden auch krank. Zum überwiegenden Teil kann diesen Erkrankungen im Rahmen der hausärztlichen und pflegerischen Betreuung begegnet werden. Dennoch müssen Personen, die ihren Wohnsitz in einem Alten- und Pflegeheim haben, auch ins Krankenhaus. 2006 bedeutete dies, dass 2,9 Prozent der "Bewohntage" in einem Krankenhaus verbracht wurden, in Summe ausgedrückt sind es somit 120.817 Krankenhaustage.

Mit dem Anstieg des Eintrittsalters und der Zunahme der Pflegebedürftigkeit hat sich die **Aufenthaltsdauer** der HeimbewohnerInnen verändert: Zwar gibt es immer noch BewohnerInnen, die seit zehn oder manchmal sogar 20 Jahren im Heim leben, immer stärker ist allerdings die Tendenz zu beobachten, dass Menschen kurze Zeit nach ihrem Einzug ins Heim versterben. Für das Jahr 2005 ergeben sich folgende Zahlen (in Bezug auf alle im Jahr 2005 Verstorbenen):

- 290 Personen, das sind 9,2 Prozent (2002: 7,9 Prozent), verstarben innerhalb der ersten vier Wochen im Heim;
- 311 Personen, das sind 9,9 Prozent (2002: 9,8 Prozent), lebten zwischen 2 und 3 Monaten im Heim;
- 274 Personen, das sind 8,7 Prozent (2002: 8,5 Prozent), verbrachten zwischen 4 und 6 Monaten im Heim;
- hingegen lebten 661 der im Jahr 2005 Verstorbenen, das sind 21,1 Prozent, mehr als 5 Jahre im Heim (2002: 23,8 Prozent).

Mehr als ein Drittel, nämlich 37,6 Prozent der Verstorbenen, haben nicht einmal ein Jahr im Heim gelebt, knapp 20 Prozent sind bereits in den ersten 3 Monaten nach ihrer Übersiedlung verstorben.

Im Drei-Jahres-Vergleich zeigen sich keine gravierenden Unterschiede, es ist lediglich eine geringfügige Erhöhung von 0,7 Prozent bei den Todesfällen innerhalb des ersten Aufenthaltsmonats und eine Erhöhung der Sterberate bei Personen, die zwischen 1 und 5 Jahren im Heim gelebt haben, um 2 Prozent festzustellen.

In Summe sind in Oberösterreichs Alten- und Pflegeheimen im Jahr 2005 3.136 Personen verstorben, 1.113 davon im Krankenhaus. Zwei Drittel der BewohnerInnen können demnach im Alten- und Pflegeheim versterben.

Personen, die in ein oberösterreichisches Alten- und Pflegeheim übersiedeln, weisen demnach einige gemeinsame Merkmale auf:

- Sie sind in der überwiegenden Anzahl weiblich.
- Sie haben bereits ein relativ hohes Alter.
- Sie weisen bereits einen relativ hohe Betreuungs- und Pflegebedarf auf.
- Sie waren so lange wie möglich zuhause.
- Sie sind während ihrer Zeit im Alten- und Pflegeheim im Schnitt 8 Tage pro Jahr im Krankenhaus.

2.7.3. Ausblick

Ob und in welcher Hinsicht sich die Struktur der BewohnerInnen oberösterreichischer Alten- und Pflegeheime in den kommenden Jahren verändern wird, hängt stark von den Umfeldentwicklungen ab. So werden aktuelle Entwicklungen und Regelungen auf Bundesebene hinsichtlich einer legalen Form der 24-Stunden-Betreuung beispielsweise die Situation der Alten- und Pflegeheime im "policy-mix" der Altenhilfe zusätzlich verändern. Ebenso ist noch offen, welche Veränderungen im Gesundheits- und speziell im Krankenhausbereich Auswirkungen auf die stationäre Altenarbeit haben werden, inwieweit beispielsweise akutgeriatrische Abteilungen oder eine „zweite Versorgungsstufe“ bzw. der Ausbau (geronto)psychiatrischer Krankenhausabteilungen Veränderungen in der stationären Altenarbeit nach sich ziehen werden. Aber auch noch offen ist die Frage nach „inneren“ Veränderungen der stationären Altenhilfe - ob und inwieweit es zu weiteren Ausdifferenzierungen der Angebotspalette kommen wird, beispielsweise ob sich spezialisierte Einrichtungen für spezielle BewohnerInnengruppen etablieren können.

Dennoch werden institutionelle stationäre Formen der Betreuung und Pflege - also eine Form des gemeinschaftlichen Wohnens bei Betreuungs- und Pflegebedarf - auch weiterhin ihre Gültigkeit haben. Verändern werden sich evt. die organisatorischen Rahmenbedingungen sowie die innere inhaltliche Ausgestaltung.

Dementsprechend verändern wird sich allerdings die BewohnerInnenstruktur. Die Personengruppen, die in einigen Jahren in den verschiedenen Formen gemeinschaftlichen Wohnens ihren Lebensabend verbringen, werden dann nicht mehr ganz so einfach statistisch zu beschreiben sein, was jedenfalls hoffen lässt, dass nicht mehr von der „Anstaltsbevölkerung“ die Rede ist.

In quantitativer Hinsicht festzuhalten ist, dass zwischen 1996 und 2006 sowohl die Grundgesamtheit der Bevölkerung, die 75 Jahre und älter ist, als auch die Zahl der

Alten- und Pflegeheimplätze zahlenmäßig gestiegen sind. Allerdings ist der Anstieg der über 75-jährigen Bevölkerung weitaus größer als der der Heimplätze. 1996 waren in Oberösterreich 81.747 Personen 75 Jahre und älter. 2006 ist diese Zahl bereits um 29 Prozent auf 105.634 Personen angewachsen. Dem standen 1996 10.852 Heimplätze gegenüber, die bis 2006 auf 11.535 um 6,3 Prozent zunahmen. Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass 1996 für 1.000 Einwohner, die 75 und älter waren, rechnerisch 132,75 Heimplätze zur Verfügung standen, 2006 "nur" mehr 109,2, sicherlich eine Auswirkung der Umsetzung der Strategie "mobil vor stationär". Nicht zuletzt dadurch hat sich der Druck auf die Heime erhöht, Personen erst in fortgeschrittenerem Alter und mit höherem Betreuungs- und Pflegebedarf aufzunehmen. Diese Entwicklung wird in ihrer grundsätzlichen Tendenz sicherlich fortgeführt werden, inwieweit allerdings bereits oben angesprochene Veränderungen in der Krankenhausstruktur auch Veränderungen in der Struktur von BewohnerInnen von Alten- und Pflegeheimen nach sich ziehen werden, werden die weiteren Entwicklungen zeigen.

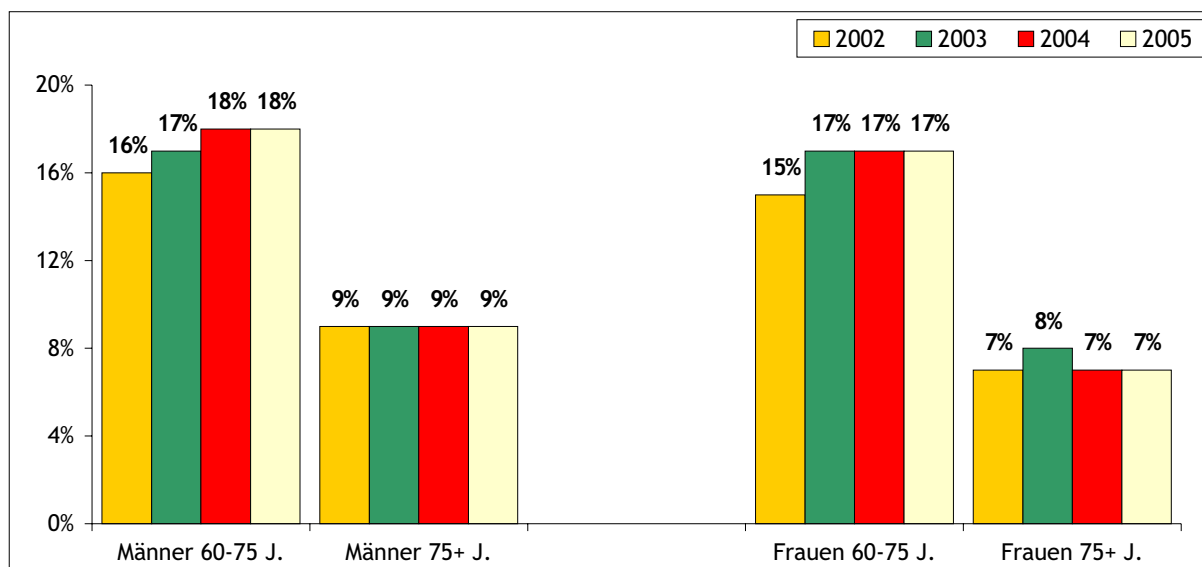
2.8. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

2.8.1. Gesundheitsvorsorge

2.8.1.1. Vorsorgeuntersuchung

2005 waren 18 Prozent der 60- bis 75-jährigen Männer und 17 Prozent der Frauen bei einer Vorsorgeuntersuchung. Der Anteil ist in dieser Altersgruppe seit 2002 leicht angestiegen (2 Prozentpunkte). Deutlich geringer ist der Anteil der SeniorInnen über 75 Jahren, die eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen (Männer 9 Prozent, Frauen 7 Prozent).

Abbildung 28: Anteil der Bevölkerung mit Vorsorgeuntersuchung 2002-2005



Quelle: OÖGKK - FOKO; nur Versicherte der OÖGKK, eigene Berechnungen

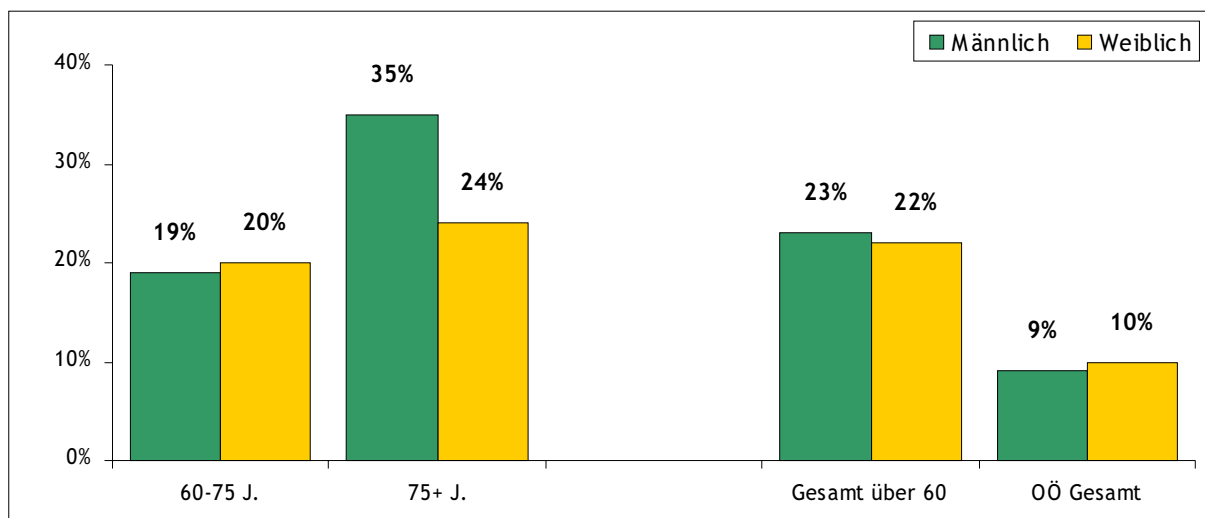
2.8.1.2. Impfschutz

Bei der Mikrozensususerhebung 1999 gaben ca. 10 Prozent der OberösterreicherInnen an, gegen Grippe geimpft zu sein. Unter den SeniorInnen war der Anteil, mit 22 bis 23 Prozent deutlich höher. Der Anteil nimmt mit steigendem Alter zu.

Mittlerweile dürfte die Durchimpfungsrate deutlich höher ausfallen. Österreichweit schätzt man, dass 17 Prozent der über 15-Jährigen geimpft sind. Bei den älteren Menschen über 60 Jahren schätzt man den Anteil auf etwa zwei Drittel.⁵³

⁵³ BMGFJ 2007

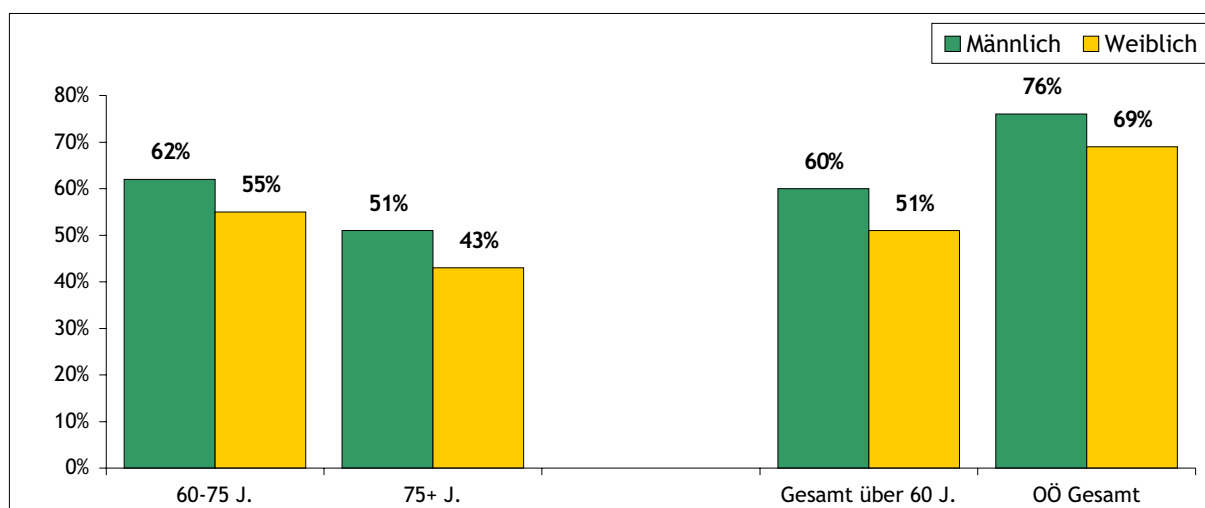
Abbildung 29: Impfschutz gegen Grippe



Bevölkerung in ÖÖ. Privathaushalten. Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3, eigene Berechnungen

Ältere Menschen weisen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in geringerem Ausmaß einen aufrechten Impfschutz gegen Tetanus auf. Laut Mikrozensus erhebung 1999 gaben rund 50 Prozent der Männer und 60 Prozent der Frauen über 60 Jahren an, über einen aufrechten Impfschutz zu verfügen (Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren: Männer 76 Prozent, Frauen 69 Prozent). Der Anteil nimmt mit zunehmendem Alter ab.

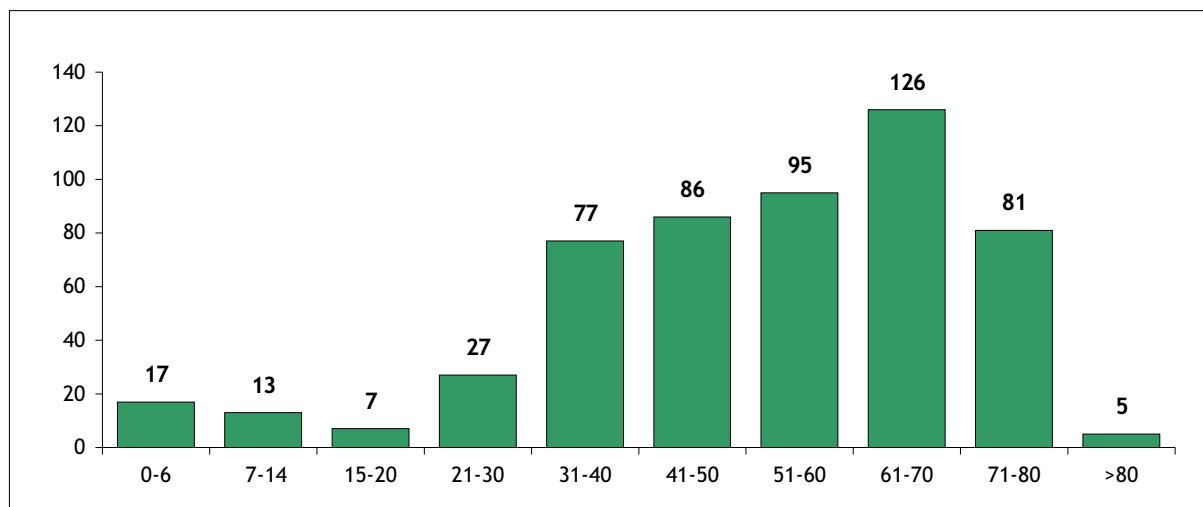
Abbildung 30: Impfschutz gegen Wundstarrkrampf (Tetanus)



Bevölkerung in ÖÖ. Privathaushalten. Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3, eigene Berechnungen

Zwischen 1999 und 2006 wurden österreichweit 535 FSME-Fälle registriert (davon in Oberösterreich 121 Fälle). 40 Prozent der Betroffenen waren über 60 Jahre alt.

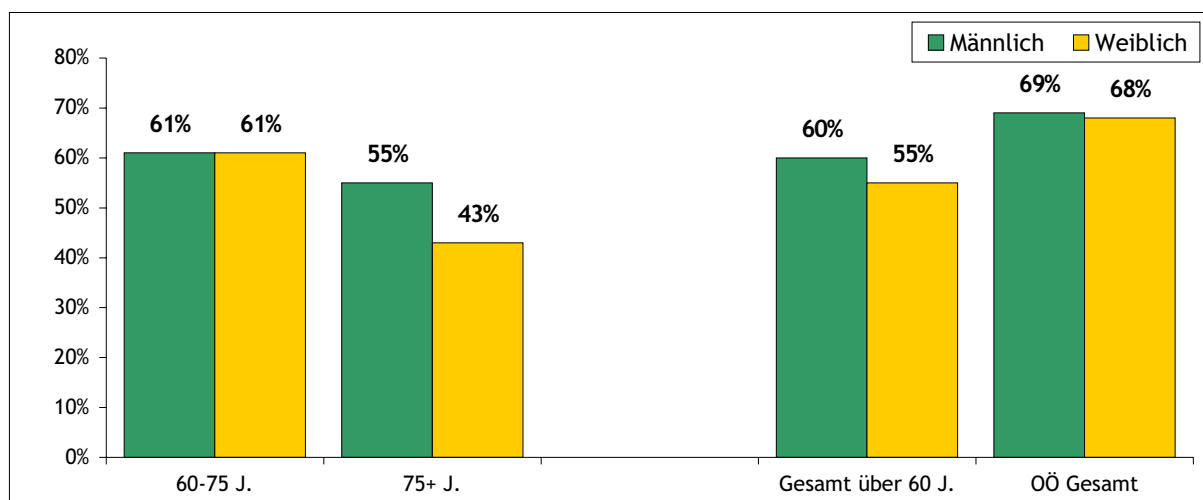
Abbildung 31: FSME-Fälle in Österreich 1999-2006



Quelle: (ARGE Gesundheitsvorsorge 2005)

Bei der Mikrozensushebung 1999 gaben knapp 70 Prozent der befragten OberösterreicherInnen über 15 Jahren an, dass sie über einen aufrechten Impfschutz gegen FSME verfügen. Mittlerweile dürfte der Anteil deutlich höher sein. Die Durchimpfungsrates wird österreichweit auf 88 Prozent geschätzt (ARGE Gesundheitsvorsorge 2005). In den älteren Bevölkerungsgruppen sinkt der Anteil mit aufrechten Impfschutz ab, insbesondere bei den über 75-Jährigen, wo nur 55 Prozent der Männer und 43 Prozent der Frauen einen aufrechten Impfschutz aufweisen.

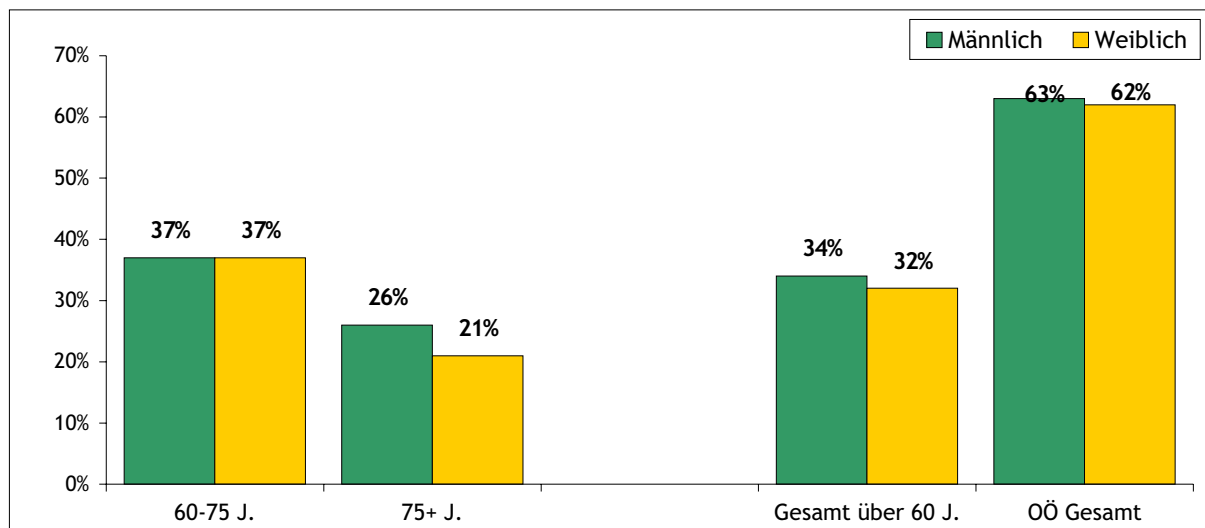
Abbildung 32: Impfschutz gegen FSME



Bevölkerung in OÖ. Privathaushalten. Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3, eigene Berechnungen

Der Anteil der älteren Menschen, die einen aufrechten Impfschutz gegen Polio aufweisen, ist deutlich geringer, als in der Gesamtbevölkerung. 1999 gaben etwa ein Drittel der über 60-Jährigen einen aufrechten Impfschutz gegen Kinderlähmung an (in der Gesamtbevölkerung über 60 Prozent).

Abbildung 33: Impfschutz gegen Kinderlähmung (Polio)



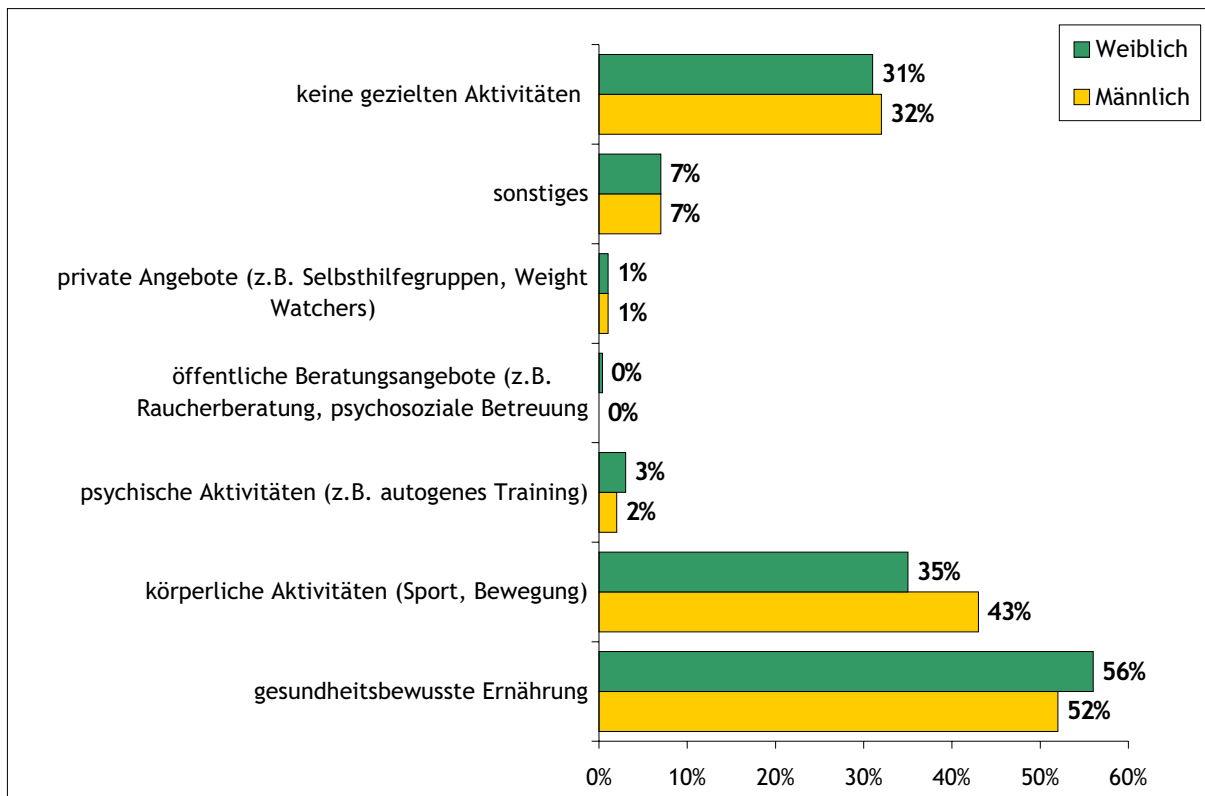
Bevölkerung in OÖ. Privathaushalten. Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3, eigene Berechnungen

2.8.2. Gesundheitsverhalten

Mehr als die Hälfte der über 60-jährigen OberösterreicherInnen geben an, auf eine gesundheitsbewusste Ernährung zu achten (Frauen etwas häufiger als Männer). 35 Prozent der Frauen und 43 Prozent der Männer nennen körperliche Aktivitäten als Mittel um gesund zu bleiben. Nur in sehr geringem Ausmaß werden psychische Aktivitäten (z.B. autogenes Training) genannt (2 bis 3 Prozent). Kaum werden öffentliche und private Angebote (z.B. Beratungsangebote, Selbsthilfegruppen etc.) genannt (1 Prozent).

Über 30 Prozent der SeniorInnen geben an, keine gezielten Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit zu betreiben.

Abbildung 34: Gesundheitsverhalten



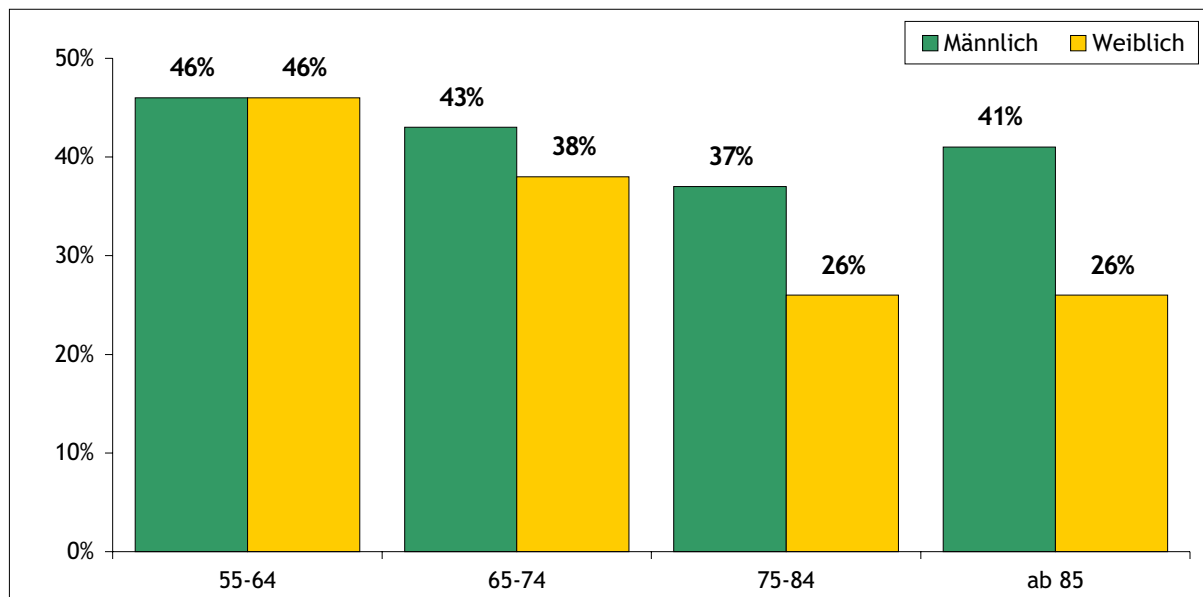
„Was tun Sie um gesund zu bleiben bzw. um Krankheiten vorzubeugen?“
 Bevölkerung über 60 Jahre in OÖ Privathaushalten. Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3,
 eigene Berechnungen

Körperliche Aktivitäten gehen - insbesondere bei Frauen - mit zunehmendem Alter zurück. Während noch 46 Prozent der 55- bis 64-Jährigen angeben, sich zur Erhaltung der Gesundheit körperlich zu betätigen, trifft dies nur mehr auf 26 Prozent der über 75-jährigen Frauen und auf 37 bis 41 Prozent der Männer über 75 zu.

Anzumerken ist, dass nicht nur sportliche Aktivitäten bzw. Aktivitäten, die explizit zur Erhaltung der Gesundheit unternommen werden, sich positiv auswirken. Auch Alltagsbewegung bzw. alltägliche Tätigkeiten, die mit Bewegung verbunden sind, wirken sich positiv auf die Gesundheit und die Lebenserwartung aus (z.B. Hausarbeit, das Zurücklegen von Wegen zu Fuß; aber auch ehrenamtliche Tätigkeiten sind oft mit Bewegung verbunden).⁵⁴

⁵⁴ Manini et al. 2006

Abbildung 35: Gesundheitsverhalten - körperliche Aktivitäten (Sport, Bewegung) nach Alter

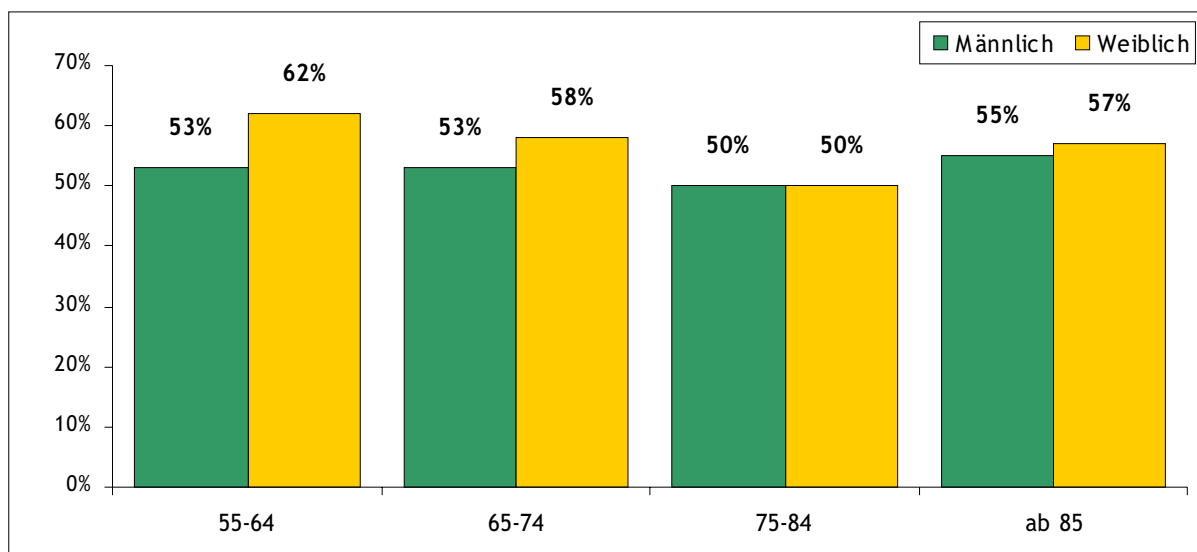


Bevölkerung über 60 Jahre in OÖ Privathaushalten;
Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3, eigene Berechnungen

62 Prozent der 55- bis 64-jährigen Frauen geben an, auf ihre Ernährung zu achten. Mit zunehmendem Alter sinkt der Anteil etwas ab (50 Prozent in der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen). Bei den über 85-Jährigen nimmt der Anteil wieder etwas zu (57 Prozent).

Bei den Männern schwankt der Anteil zwischen 50 und 55 Prozent.

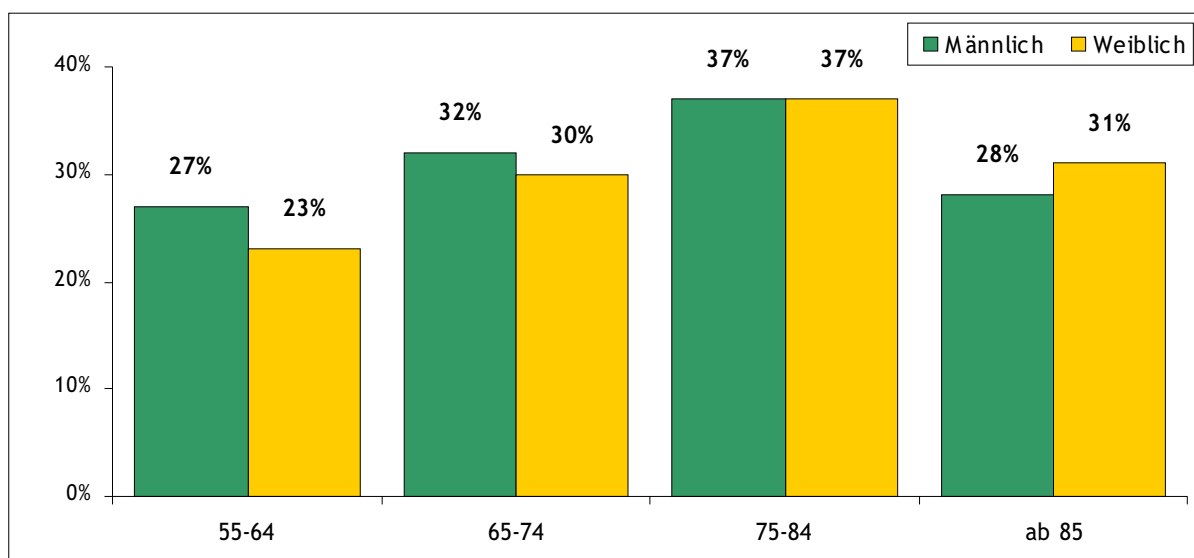
Abbildung 36: Gesundheitsverhalten - gesundheitsbewusste Ernährung nach Alter



Bevölkerung über 60 Jahre in OÖ Privathaushalten;
Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3, eigene Berechnungen

Der Anteil der SeniorInnen, die keine gezielten Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit angeben, ist bei den jüngeren (55 bis 64 Jahre) am geringsten (23 Prozent der Frauen und 27 Prozent der Männer). Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil bei beiden Geschlechtern auf 37 Prozent bei den 75- bis 84-Jährigen und nimmt bei den über 85-Jährigen wieder etwas ab (28 Prozent der Männer und 31 Prozent der Frauen).

Abbildung 37: Gesundheitsverhalten - keine gezielten Aktivitäten nach Alter



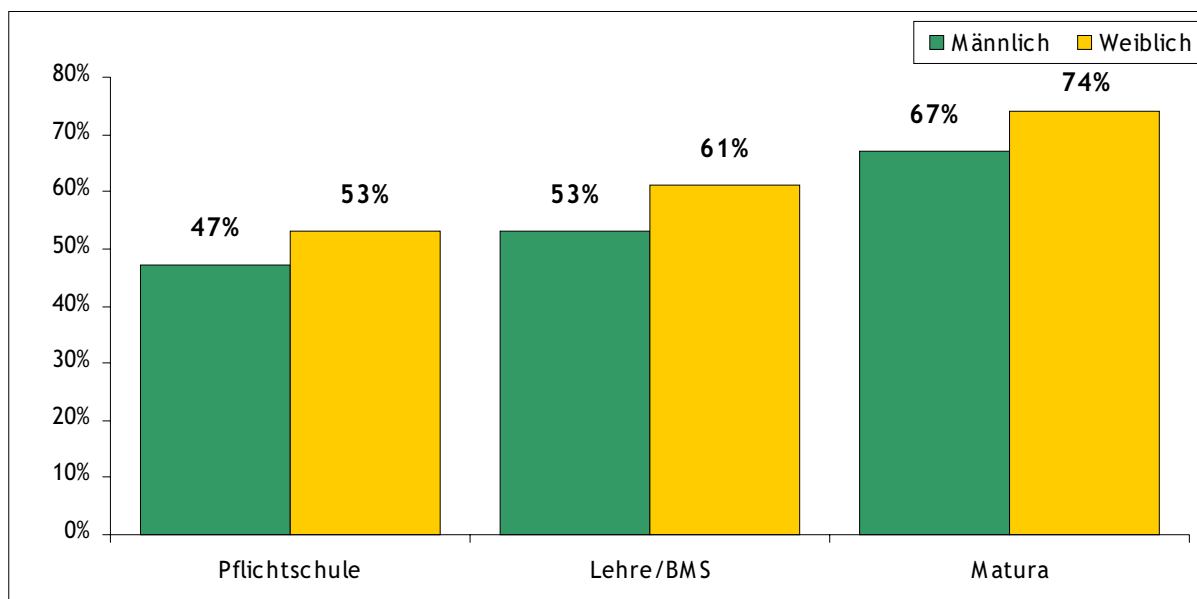
Bevölkerung über 60 Jahre in OÖ Privathaushalten;
Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3, eigene Berechnungen

Das Gesundheitsverhalten ist stark von der sozialen Schicht geprägt. Mit zunehmendem Bildungsgrad nehmen die Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit deutlich zu. In der höheren Bildungsschicht (Matura und höher) geben 67 Prozent der Frauen und 74 Prozent der Männer an, auf gesunde Ernährung zu achten. Unter den SeniorInnen mit Pflichtschulabschluss sind dies nur 47 Prozent der Männer und 53 Prozent der Frauen.

63 Prozent der Männer und 57 Prozent der Frauen mit Maturaniveau nennen körperliche Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit, aber nur 33 Prozent der Männer und 29 Prozent der Frauen mit Pflichtschulabschluss.

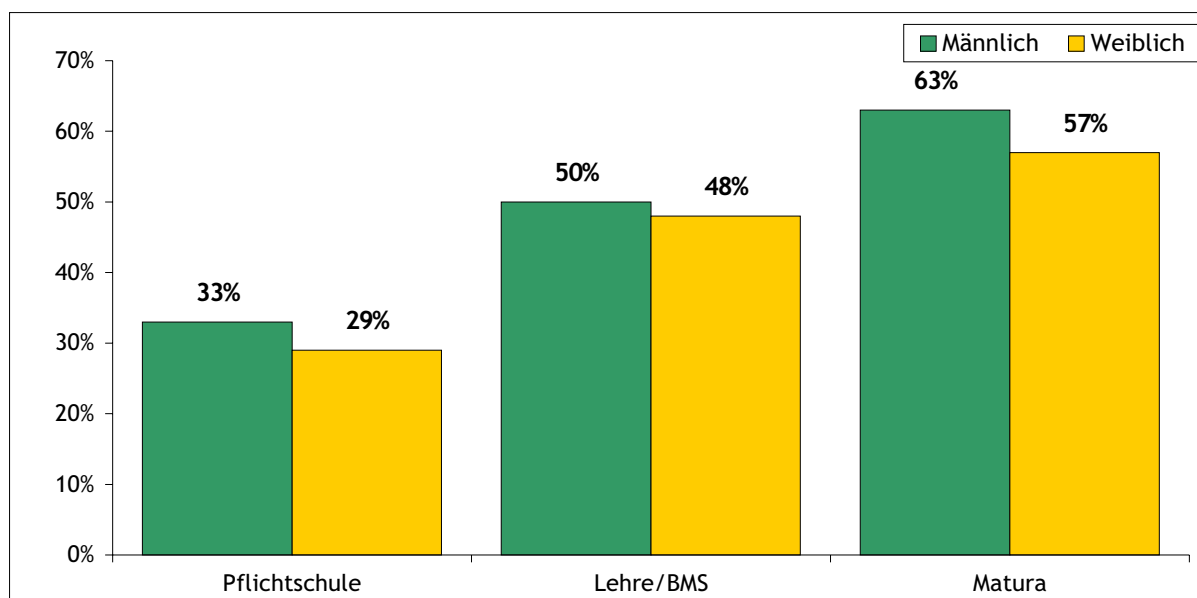
Umgekehrt geben 38 Prozent der Männer und 34 Prozent der Frauen aus der unteren Bildungsschicht an, dass sie keine gezielten Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung betreiben, in der Gruppe der SeniorInnen mit Maturaniveau sind dies nur 19 Prozent der Männer und 16 Prozent der Frauen.

Abbildung 38: Gesundheitsverhalten - gesundheitsbewusste Ernährung nach Bildungsgrad



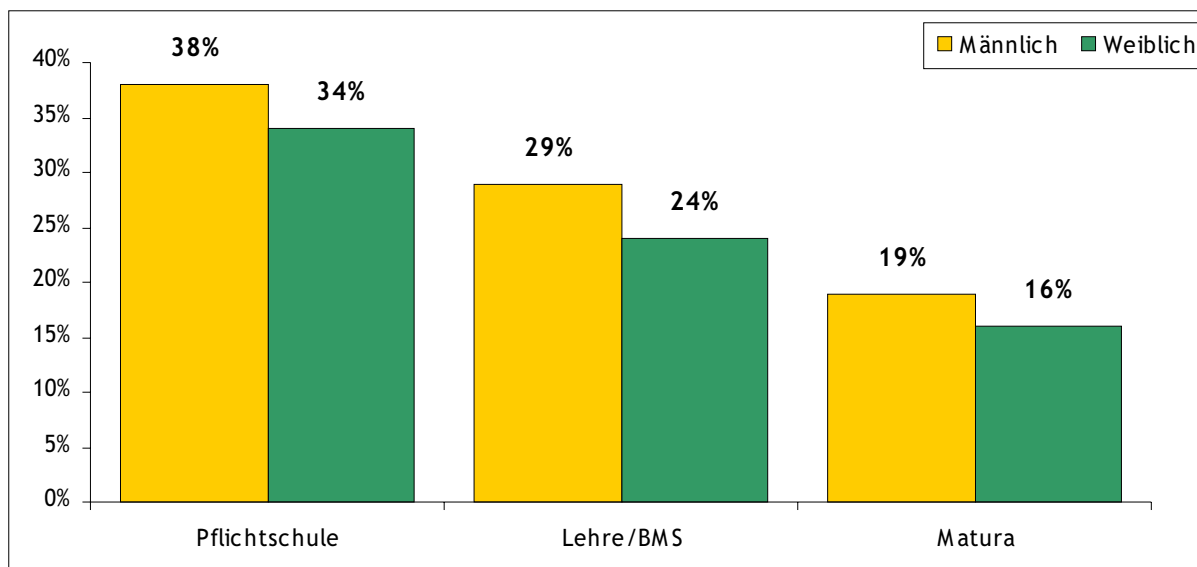
Bevölkerung über 60 Jahre in OÖ Privathaushalten;
 Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3, eigene Berechnungen

Abbildung 39: Gesundheitsverhalten - körperliche Aktivitäten (Sport, Bewegung) nach Bildungsgrad



Bevölkerung über 60 Jahre in OÖ Privathaushalten;
 Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3, eigene Berechnungen

Abbildung 40: Gesundheitsverhalten - keine gezielten Aktivitäten nach Bildungsgrad



Bevölkerung über 60 Jahre in OÖ Privathaushalten;
Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3, eigene Berechnungen

3. Gesundheit und Krankheit im Alter

3.1. WHO Gesundheitsziel

Im Rahmenkonzept "Gesundheit21" der WHO für die Region Europa ist folgende Zielsetzung festgehalten:

„Bis zum Jahr 2020 sollte Menschen im Alter von über 65 Jahren die Möglichkeit geboten werden, ihr Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen und eine aktive Rolle in der Gesellschaft zu spielen.“⁵⁵

Das Ziel bezieht sich nicht nur auf eine längere Lebenserwartung, sondern auch auf die Möglichkeit, im Alter ein unabhängiges Leben in Würde zu führen und am Gesellschaftsleben teilzuhaben.

Als wesentliche Teilziele werden folgende angegeben:

- „Die Lebenserwartung von Menschen im Alter von 65 Jahren - mit und ohne Behinderung sollte mindestens um 20 Prozent steigen.“⁵⁶
- „Der Anteil der Menschen, die im Alter von 80 Jahren in einem häuslichen Umfeld leben und so gesund sind, dass sie ihre Unabhängigkeit, ihre Selbstachtung und ihren Platz in der Gesellschaft bewahren können, sollte um 50 Prozent steigen.“⁵⁷

3.2. Alterungsprozess und Gesundheit

Vielfach werden zu sehr die Einschränkungen, die das Alter mit sich bringen kann, betont. Dabei wird häufig übersehen, dass es eine Vielzahl an Möglichkeiten für eine erfüllte und befriedigende Lebensgestaltung im Alter gibt. Was im konkreten Fall als erfülltes Leben angesehen werden kann, muss der subjektiven Bewertung der Betroffenen überlassen werden. Wesentlich ist es daher, dass - ausgehend von der jewei-

⁵⁵ WHO 1999a, S. 43

⁵⁶ WHO 1999a, S. 43

⁵⁷ WHO 1999a, S. 43

ligen Lebenssituation, den spezifischen Interessen und Fähigkeiten - den Betroffenen Gestaltungsspielräume eröffnet werden.⁵⁸

Alter ist keine Krankheit, sondern ein natürlicher Prozess der physiologischen Veränderung. Auch wenn gehäuft gesundheitliche Belastungen (z.B. Demenz, Depressionen, Krebs, Herz-Kreislaufkrankungen, Inkontinenz etc.) auftreten, bedeutet dies nicht, dass alle älteren Menschen davon betroffen sein müssen. Altern in Gesundheit ist möglich. Viele ältere Menschen sind auch noch im hohen Alter aktiv und führen ein unabhängiges Leben. Viele Einschränkungen, die das Alter mit sich bringt, können durch geeignete Unterstützung, durch technische Hilfen oder durch Training kompensiert werden (z.B. Seh- und Hörhilfen etc.).⁵⁹

Altern kann als Veränderungsprozess auf biologisch/physiologischer, auf psychologischer und auf sozialer Ebene angesehen werden. Auch wenn für statistische Zwecke häufig bestimmte Altersgrenzen (z.B. ab 60 Jahren) angenommen werden, kann nicht davon abgesehen werden, dass Altern ein lebenslanger Prozess ist.⁶⁰

Auf biologischer Ebene lässt sich der Alterungsprozess folgendermaßen beschreiben: Die Leistungsfähigkeit der Organe (Herz, Muskeln, Lunge etc.) nimmt im Kindes- und Jugendlichenalter stetig zu und erreicht im jungen Erwachsenenalter seinen Höhepunkt und nimmt danach zusehends ab. Die Stärke und Schnelligkeit dieses Leistungsrückganges hängt jedoch wesentlich von Faktoren der Lebensweise ab. Beispielsweise kann Rauchen die Funktionsfähigkeit des Herzens bzw. der Lunge deutlich verringern, so dass die funktionale Leistungsfähigkeit geringer ist, als man in einem bestimmten Alter erwarten würde. Ähnlich kann schlechte Ernährung in der Kindheit bereits im Erwachsenenalter zu Osteoporose führen, was einer Beschleunigung des Leistungsabbaus gleichkommt. Auch sozioökonomische Rahmenbedingungen (Armut, Umwelt, Arbeitsbedingungen etc.) spielen in diesem Zusammenhang eine Rolle. Umgekehrt kann eine gesunde Lebensweise den sukzessiven Verlust an körperlicher Leistungsfähigkeit verlangsamen. So gesehen kann Alterung als das Ergebnis eines lebenslangen Prozesses betrachtet werden, der durch individuelle Handlungen, strukturelle Faktoren und Lebensbedingungen bestimmt wird. Nicht alle, aber einige dieser Faktoren können auf individueller bzw. sozialstruktureller Ebene beeinflusst werden.⁶¹

Wird eine bestimmte Grenze der Leistungsfähigkeit unterschritten, so wird diese als Einschränkung oder Behinderung wahrgenommen. Der Zeitpunkt, ab dem der körperliche Leistungsabbau zu einer Einschränkung bzw. Behinderung wird, hängt nicht nur von der individuellen Entwicklung ab, sondern auch von der kulturellen, sozialen und

⁵⁸ WHO 1999a, S. 41

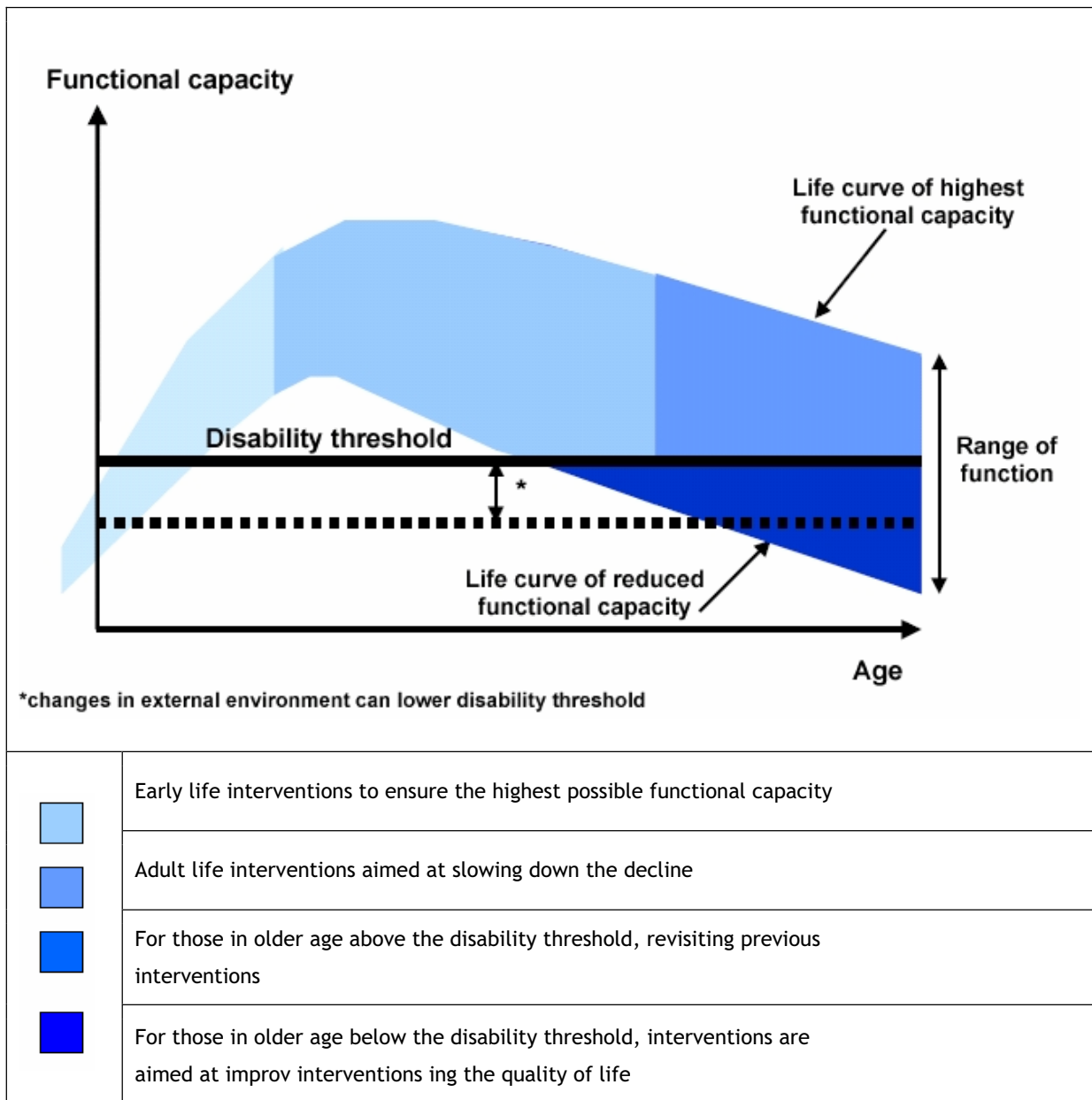
⁵⁹ WHO 1999a, S. 41

⁶⁰ WHO 1999, S. 4

⁶¹ WHO 1999, S. 4

physischen Umwelt. In einem günstig gestalteten Lebensumfeld können Menschen mit bestimmten gesundheitlichen Problemen weitgehend uneingeschränkt leben, während dieselben Probleme in einem weniger günstigen Umfeld eine massive Einschränkung der Lebensführung und Lebensqualität bedeuten können.⁶²

Abbildung 41: A life-course perspective for maintenance of the highest possible level of functional capacity



Quelle: WHO (WHO 1999, S. 4)

⁶² WHO 1999, S. 4

Für verschiedene Lebensabschnitte ergeben sich im Hinblick auf ein gesundes Altern unterschiedliche Interventionsmöglichkeiten:

- In der Kindheit und Jugend sollten Interventionen darauf abzielen, ein möglichst hohes Niveau an funktionaler Leistungsfähigkeit zu entwickeln (Kompetenzen, körperliche Fitness etc.).
- Im Erwachsenenalter sollte angestrebt werden, den Abbau an funktionaler Leistungsfähigkeit zu verlangsamen. Ähnliches gilt für ältere Menschen, die noch keine funktionellen Einschränkungen aufweisen.
- Für ältere Menschen mit irreversiblen gesundheitlichen Einschränkungen oder Behinderungen sollten Maßnahmen ergriffen werden, die auf eine Erhöhung der Lebensqualität abzielen.⁶³

Von wesentlicher Bedeutung ist auch das physische Umfeld, in dem ältere Menschen leben. Ungünstige Wohnverhältnisse, Barrieren, erschwelter Zugang zu (öffentlichen) Verkehrsmitteln etc. sind oft bedeutsame Hindernisse im eigenständigen Lebensvollzug älterer Menschen und können auch wesentliche Beschränkungen der Teilnahme am Gemeinschaftsleben mit sich bringen. Wichtig ist auch sinnvolle Organisation und Zugänglichkeit kommunaler Dienstleistungen.⁶⁴

3.3. Gesundheitliche Belastungen

Infolge der Zunahme der Lebenserwartung hat sich der Lebensabschnitt "Alter" nicht nur verlängert, sondern auch ausdifferenziert. Heute spricht man von "jungem Alter", "hohem Alter" und "höchstem Alter". Das "junge Alter" verläuft für die Meisten noch weitgehend beschwerdefrei. Im höheren Alter nehmen Morbidität und gesundheitliche Einschränkungen zu und erreichen bei den Ältesten die größte Verbreitung. Auch in der Gruppe der Ältesten findet sich ein Anteil mit relativ robuster Gesundheit, welcher vermutlich künftig noch zunehmen dürfte. Grundsätzlich dürfte jedoch auch in der Zukunft die Gruppe der Hochbetagten in hohem Ausmaß von gesundheitlichen Belastungen und Einschränkungen betroffen sein.⁶⁵

⁶³ WHO 1999, S. 4

⁶⁴ WHO 1999a, S. 42

⁶⁵ Schwartz 2003, S. 676

Wesentliche gesundheitliche Belastungen für ältere Menschen sind:

- Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates,
- Verletzungen durch Stürze,
- Demenzerkrankungen,
- psychische Erkrankungen (Depression),
- Schlaganfall und dessen Folgen,
- Erkrankungen der Sinnesorgane und sonstige Behinderungen,
- Inkontinenz,
- Hautprobleme (häufig als Folgeerscheinung schlechter Pflegequalität).⁶⁶

Diabetes stellt eine wesentliche Ursache für gesundheitliche Einschränkungen dar, da die Erkrankung das Risiko für eine Vielzahl an Folgeschädigungen mit sich bringt (Augenkomplikationen, Nierenschädigung, diabetisches Fußsyndrom etc.). Darüber hinaus stellt Diabetes einen Risikofaktor für Herz-Kreislauferkrankungen dar, was zu einer 2- bis 4-fach erhöhten kardiovaskulären Mortalität führt.⁶⁷

Ungeklärt ist bisher, ob die Verlängerung der Lebenserwartung auch mit mehr gesunden ("compression of morbidity") oder mehr kranken Lebensjahren einhergeht ("expansion of morbidity"). Der erstere Ansatz geht davon aus, dass künftig, durch bessere medizinische Versorgung und bessere Lebensbedingungen, Beschwerden bis ins hohe Alter vermindert werden können und wesentliche gesundheitliche Probleme erst in einer relativ kurzen Phase vor dem Tod auftauchen. Die pessimistischere Hypothese nimmt an, dass vor allem die jüngeren SeniorInnen von besserer Versorgung und günstigeren Rahmenbedingungen profitieren, und sich mit zunehmender Lebenserwartung die Phase mit starken gesundheitlichen Problemen und Einschränkungen ausdehnt (z.B. auch, weil zwar die Überlebenswahrscheinlichkeit bei Krankheitsfällen zunimmt, nicht jedoch die Prävalenz der Krankheiten an sich).⁶⁸ In Österreich ist seit den 80er-Jahren eine Tendenz zur Morbiditätskompression zu beobachten.⁶⁹

Für die Versorgung und Behandlung älterer Menschen sind die nachfolgenden spezifischen Charakteristiken von wesentlicher Bedeutung:

- Multimorbidität: Mit steigendem Alter leidet ein zunehmender Anteil an einer Vielzahl an gleichzeitig auftretenden Erkrankungen. Das dynamische Zusammenspiel verschiedener Erkrankung und Symptome und die Wechselwirkung

⁶⁶ Schwartz 2003, S. 677

⁶⁷ Schwartz 2003, S. 580

⁶⁸ Schwartz 2003, S. 676

⁶⁹ Doblhammer/Kytir 2001

verschiedener Therapien und Behandlungen können zu ernsthaften Problemen führen.

- Komplexität der gesundheitlichen Probleme: In hohem Alter sind gesundheitliche Probleme meist nicht auf körperliche Beschwerden beschränkt sondern oft mit psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten verknüpft.
- Verminderte Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit des Organismus: Bei Belastungen sind die Reservekapazitäten schnell erschöpft; die Leistungsgrenze wird schnell überschritten.⁷⁰

⁷⁰ Schwartz 2003, S. 677

3.4. Gesundheitsversorgung älterer Menschen

Aus den spezifischen Problematiken älterer Menschen (Multimorbidität, etc.) ergeben sich besondere Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung und Behandlung von älteren PatientInnen⁷¹:

- Den komplexen und vielschichtigen Gesundheitsproblemen kann nur durch multiprofessionelle, integrierte Behandlungs- und Betreuungsstrategien sinnvoll entsprochen werden. Durch monokausale Therapieansätze können chronische Erkrankungen im Alter nur schwer beeinflusst werden. Wesentlich ist ein hohes Ausmaß an Kooperation und Koordination der verschiedenen Einrichtungen, Sektoren und Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialbereich.
- Meist sind nur temporäre stationäre Behandlungen notwendig. Prinzipiell kann ein Großteil der PatientInnen weitgehend ambulant behandelt und betreut werden. Dazu ist im ambulanten Bereich ein tragfähiges und differenziertes Netzwerk an Unterstützungsangeboten notwendig, um eine angemessene Versorgung sicherzustellen. Diese Angebote umfassen soziale und pflegerische Hilfen, ambulante Rehabilitationsangebote etc. und nicht zuletzt auch informelle Versorgungsnetzwerke (Familie, Nachbarschaft, Selbsthilfegruppen etc.). Alle diese Angebote sind gleichermaßen für eine qualitative Versorgung wichtig und sollten als gleichberechtigt angesehen werden.
- Chronische Erkrankungen im Alter erfordern ein langfristiges Management, das eine integrierte und kontinuierliche Versorgung sicherstellt. Für die individuellen Problematiken müssen zugängliche und akzeptable Versorgungspfade auffindig gemacht werden. Da viele chronische Erkrankungen eine spezifische Verlaufsdynamik aufweisen, spielt eine individuelle Versorgungsplanung und Krisenvorbeugung eine wesentliche Rolle.
- Versorgungsangebote müssen im sozialen Umfeld der Betroffenen ansetzen, da die mit chronischen Erkrankungen und funktionellen Einschränkungen verbundenen Belastungen den gesamten Lebenskontext betreffen. Wesentlich ist auch die Unterstützung der Bezugspersonen (bspw. pflegende Angehörige etc.).
- Ein wesentlicher Bestandteil einer bedarfsgerechten Versorgung stellt die Altersrehabilitation dar, da ein großer Teil der im Alter auftretenden Beeinträchtigungen erheblich abgemildert oder aufgefangen werden können. Ebenso können auch im Alter präventive Maßnahmen und Gesundheitsförderung die

⁷¹ Schwartz 2003, S. 678

gesundheitlichen Problematiken erheblich vermindern bzw. negative Erscheinungen und Entwicklungen zumindest aufschieben und verzögern.⁷²

Die Gesundheitsversorgung alter Menschen muss sich an folgenden wesentlichen Zielsetzungen orientieren⁷³:

- Sicherung eines Höchstmaßes an Lebensqualität,
- Stärkung vorhandener eigener Bewältigungskapazitäten,
- Aufrechterhaltung der sozialen Integration und
- Vermeidung von Diskriminierung.

Der Großteil der älteren Menschen möchte so lange wie möglich zu Hause, in der gewohnten Umgebung, verbleiben. Aus diesem Grund spielt, neben Laienhilfe und familiärer Unterstützung, das Angebot an mobilen Unterstützungsangeboten eine wichtige Rolle.⁷⁴

Die Pensionierung stellt oft einen wesentlichen Einschnitt im Leben älterer Menschen dar. Das Ausscheiden aus dem regulären Arbeitsleben könnte dadurch gemildert werden, dass Menschen bereits vor der Pensionierung die Möglichkeit geboten wird, die beruflichen Belastungen zu reduzieren und stattdessen soziale Aufgaben (z.B. ehrenamtliche Tätigkeiten oder im familiären Bereich etc.) zu übernehmen, die sie nach der Pensionierung fortführen können.⁷⁵

Häufig haben ältere Menschen keinen Zugang zu präventiven Leistungen, obwohl diese auch im Alter von wesentlicher Bedeutung sind. Ähnliches gilt für Rehabilitationsmaßnahmen, die - bspw. nach Verletzungen, Stürzen, Knochenbrüchen etc. - eine möglichst weitgehende Wiederherstellung bzw. Mobilität gewährleisten.⁷⁶

⁷² Schwartz 2003, S. 678

⁷³ Schwartz 2003, S. 687

⁷⁴ WHO 1999a, S. 42

⁷⁵ WHO 1999a, S. 43

⁷⁶ WHO 1999a, S. 43

3.5. Lebenserwartung und Mortalität

3.5.1. Lebenserwartung - Internationaler Blickwinkel

Im vergangenen Jahrhundert ist die Lebenserwartung weltweit stark angestiegen. In Europa (EU15) lag Anfang des 20. Jahrhunderts die Lebenserwartung der Frauen zwischen 35,7 (Spanien) und 57,0 Jahren (Schweden) und die der Männer zwischen 33,9 (Spanien) und 54,5 Jahren (Schweden). 1996 streute die Lebenserwartung in Europa zwischen 78,0 Jahren (Dänemark) und 82,0 (Frankreich) bei Frauen und zwischen 71,2 (Portugal) und 76,5 (Schweden) bei Männern. Im westlichen Europa ist also nicht nur eine deutliche Zunahme der Lebenserwartung zu beobachten, auch die Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern haben stark abgenommen. Österreich lag Anfang des 20. Jahrhunderts noch am unteren Ende der Rangskala (mit einer Lebenserwartung von 41,1 Jahren bei Frauen und 39,1 Jahren bei Männern), konnte aber aufholen und lag Ende der 90er-Jahre im westeuropäischen Durchschnitt.⁷⁷

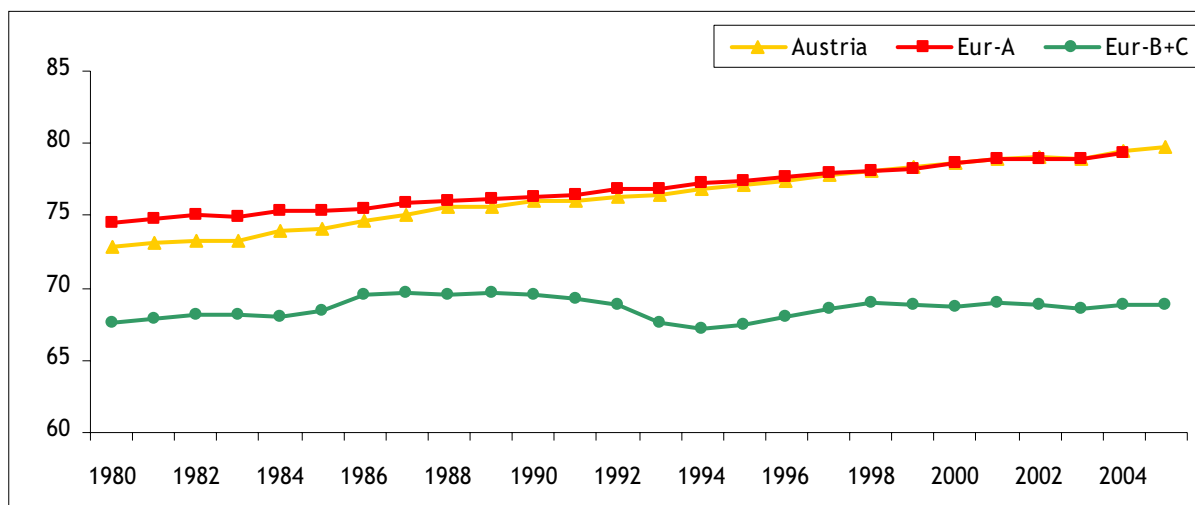
Während die Lebenserwartung in den westeuropäischen Ländern zusehends konvergiert stellt sich die Situation in der Osteuropäischen Region (inkl. Russische Föderation) anders dar. Anfang der 90er-Jahre ist ein dramatischer Einbruch der Lebenserwartung zu beobachten (Abbildung 42). *„Es gibt praktisch keinen Präzedenzfall für Veränderungen dieser Größenordnung in Friedenszeiten, und sie fielen mit den einschneidenden sozioökonomischen Veränderungen zusammen, die diese Länder durchgemacht haben.“*⁷⁸ Die Ursachen werden in einer Zunahme des Alkoholkonsums, von externen Todesursachen (Verletzungen, Vergiftungen, Suizid etc.) und dem plötzlichen Auftreten von Herz-Kreislaufkrankungen in den mittleren Altersgruppen gesehen.⁷⁹ Offensichtlich ist die Steigerung der Lebenserwartung kein unumkehrbarer Prozess, sondern hängt auch mit sozioökonomischen Entwicklungen zusammen.

⁷⁷ Hofmarcher/Riedel 1999

⁷⁸ WHO 2002, S. 13

⁷⁹ WHO 2002, S. 13

Abbildung 42: Lebenserwartung bei der Geburt in Europa



Eur-A: 27 countries in the WHO European Region with very low child and adult mortality (Andorra, Austria, Belgium, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, the Netherlands, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom);

Eur-B+C: 26 countries in the WHO European Region with higher levels of mortality (Albania, Armenia, Azerbaijan, Belarus, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Estonia, Georgia, Hungary, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Latvia, Lithuania, Montenegro, Poland, Republic of Moldova, Romania, Russian Federation, Serbia, Slovakia, Tajikistan, TFYR Macedonia, Turkey, Turkmenistan, Ukraine);

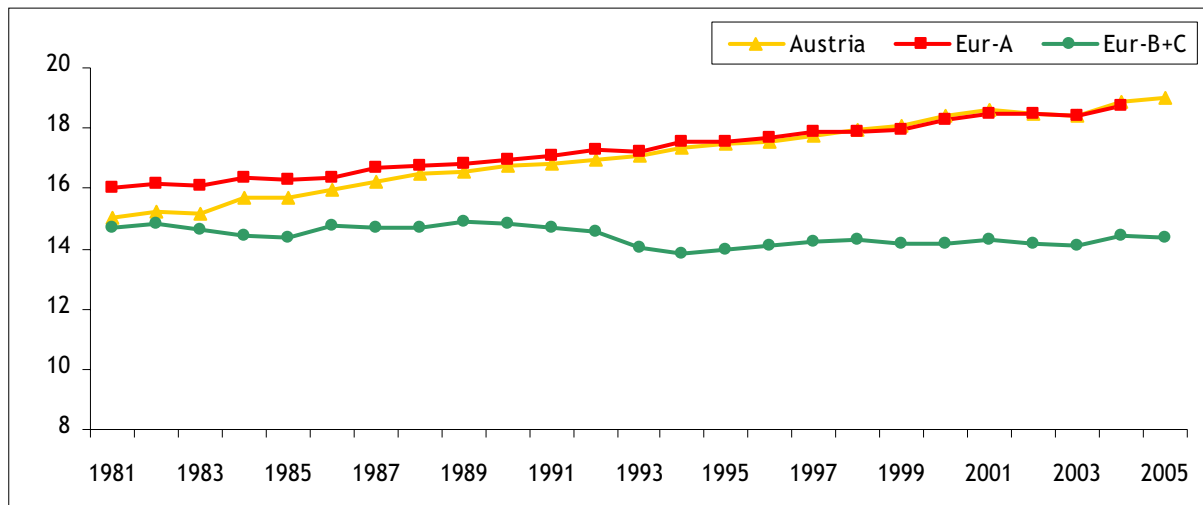
Quelle: WHO/Europe, European HFA Database, January 2007

Bis vor wenigen Jahrzehnten war der wesentliche Teil der steigenden Lebenserwartung auf den Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit zurückzuführen.⁸⁰ In den letzten Jahrzehnten spielt vor allem der Rückgang der Mortalität im Erwachsenenalter eine wesentliche Rolle.⁸¹ Auch die Lebenserwartung mit 60 Jahren hat in Österreich in den letzten 25 Jahren stark zugenommen und liegt nun im westeuropäischen Durchschnitt. Während 60-Jährige in Österreich 1980 noch eine Lebenserwartung von weiteren 15 Jahren aufwiesen, dürfen diese im Jahr 2005 durchschnittlich noch 19 weitere Lebensjahre erwarten.

⁸⁰ Stadt Wien 2003, S. 62

⁸¹ Stadt Wien 2003, S. 63

Abbildung 43: Lebenserwartung mit 65 Jahren in Europa



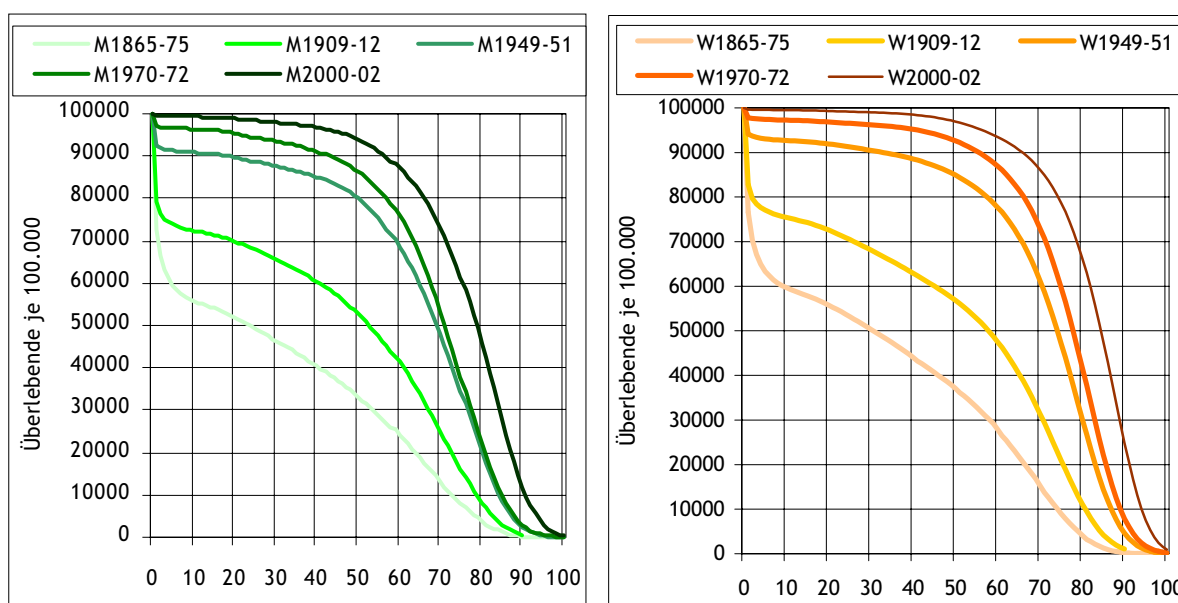
Eur-A: 27 countries in the WHO European Region with very low child and adult mortality (Andorra, Austria, Belgium, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, the Netherlands, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom);
Eur-B+C: 26 countries in the WHO European Region with higher levels of mortality (Albania, Armenia, Azerbaijan, Belarus, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Estonia, Georgia, Hungary, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Latvia, Lithuania, Montenegro, Poland, Republic of Moldova, Romania, Russian Federation, Serbia, Slovakia, Tajikistan, TFYR Macedonia, Turkey, Turkmenistan, Ukraine);
Quelle: WHO/Europe, European HFA Database, January 2007

Der Zugewinn an Lebensjahren ist vor allem dadurch bedingt, dass ein größerer Bevölkerungsanteil ein höheres Alter erreicht. Die nachfolgende Abbildung 44 zeigt die Überlebenskurven nach Alter für ausgewählte Jahre. Sie geben die Wahrscheinlichkeit an, bis zu einem bestimmten Alter zu überleben. Durch die hohe Säuglingssterblichkeit erreichten um 1870 nur etwa 70 Prozent der männlichen und 75 Prozent der weiblichen Kinder das erste Lebensjahr. Auch die Sterblichkeit im Erwachsenenalter war hoch. Nur etwa 24 Prozent der Männer und 28 Prozent der Frauen wurden 60 Jahren und älter. Im 20. Jahrhundert ging die Wahrscheinlichkeit in der Kindheit, Jugend oder im mittleren Alter zu versterben, stark zurück. Ein immer größerer Anteil der Bevölkerung erreichte ein höheres Alter, was sich daran erkennen lässt, dass die Überlebenskurve sich zunehmend einer Rechteckform annähert (in den unteren Altersgruppen verläuft die Kurve flacher, im höheren Alter steiler). Nach den derzeitigen (2000/02) Sterblichkeitsverhältnissen können 87 Prozent der Männer und 93 Prozent der Frauen damit rechnen, ein Alter von mindestens 60 Jahren zu erreichen.

Diese als „Rektangularisierung“ der Überlebenskurve bezeichnete Entwicklung lässt sich in allen Industrienationen beobachten und lässt sich als eine Annäherung an eine für den Menschen maximal erreichbare Lebensspanne interpretieren. Nicht nur Erkrankungen, sondern auch der natürliche organische Alterungsprozess führt letztlich zum Tod. Zumindest erscheinen Lebenserwartungsgewinne mit zunehmendem Alter schwerer erreichbar. Viele Forscher gehen davon aus, dass jede Spezies, auch der Mensch, auf eine gewisse maximale Lebenszeit ausgelegt ist, während andere eine

Verlangsamung des Alterungsprozesses, etwa durch gentechnische Methoden, für möglich halten. Die maximale Lebensspanne des Menschen wird auf etwa 115 bis 130 Jahre geschätzt. Demzufolge läge die maximal erreichbare mittlere Lebenserwartung zwischen 85 und 95 Jahren.⁸² Im Zeitraum zwischen 1978 und 1998 lässt sich in Österreich noch keine Annäherung der Lebenserwartung an eine maximale Altersgrenze erkennen. Die Mortalitätsraten im höheren Alter sind im beobachteten Zeitraum kontinuierlich gefallen.⁸³ Dies könnte aber auch daran liegen, dass die Lebenserwartung in Österreich Ende der 70er-Jahre noch deutlich unter der anderer Industrienationen lag (vgl. Abbildung 42, Abbildung 43).

Abbildung 44: „Rektangularisierung“ der Überlebenskurve



Quelle: Max-Planck-Gesellschaft; Human Life-Table Database; (<http://www.lifetable.de/cgi-bin/Country.plx?Country=Austria> ; 1.3.2007)

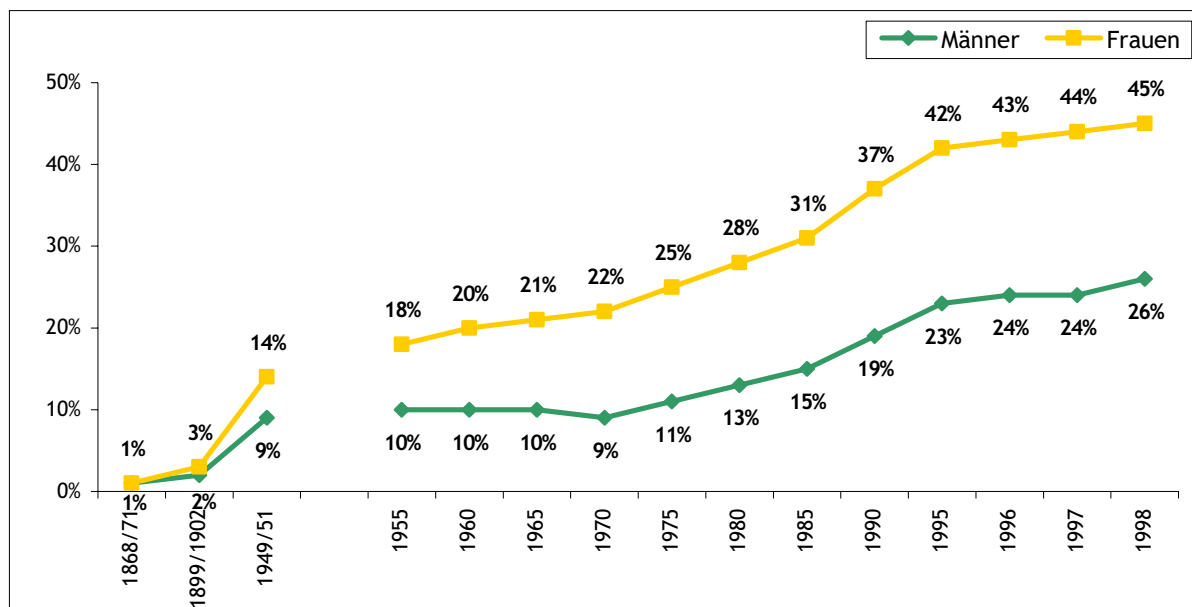
Die „Rektangularisierung“ der Überlebenskurve verweist auf einen weiteren Aspekt, der von nicht unbeträchtlicher Bedeutung zu sein scheint. Durch den steigenden Anteil der Bevölkerung, der ein höheres Alter erreichte, wandelte sich auch die soziokulturelle Wahrnehmung von einer „unsicheren“ zu einer zusehends „sicheren“ Lebenszeit. Ein höheres Alter zu erreichen stellt nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel dar. Dies bildete (zusammen mit der sozialen Absicherung durch die Einführung des Pensionssystems) die Voraussetzung dafür, dass das Alter als eigene Lebensphase wahrgenommen wird.⁸⁴

⁸² Schwartz 2003, S. 168 ff

⁸³ Doblhammer/Kytir 2001, S. 385

⁸⁴ BMSGK 2000, S. 45

Abbildung 45: Überlebenswahrscheinlichkeit bis zum 85. Lebensjahr, Österreich



Anteil der Neugeborenen, die das 85. Lebensjahr erreichen;

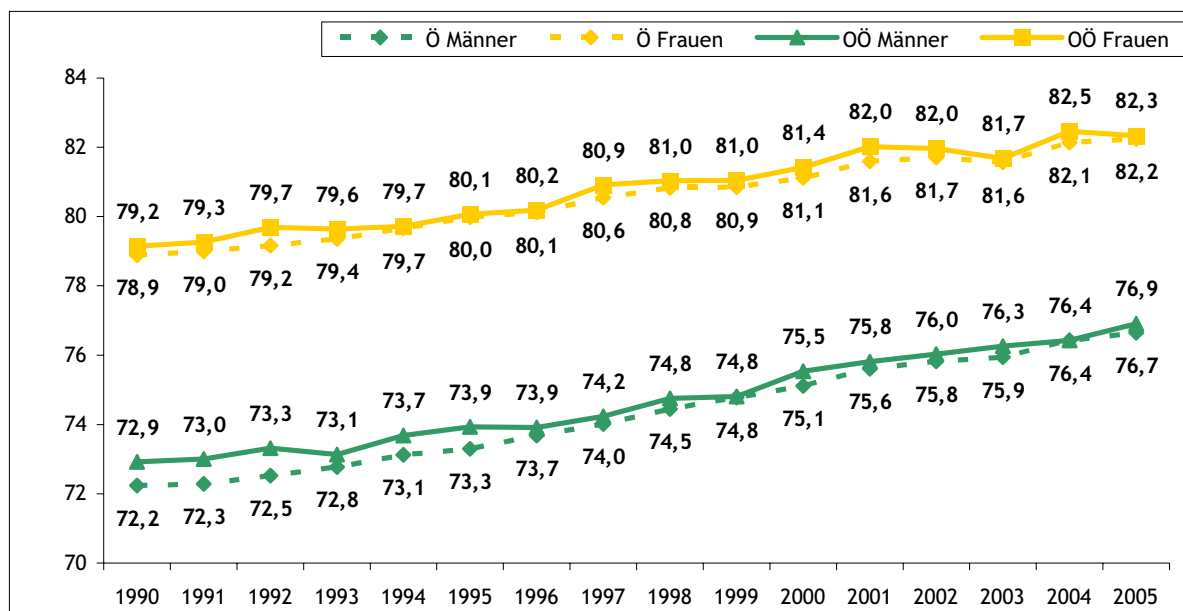
Quelle: BMSGK, Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen, Wien 2000

3.5.2. Lebenserwartung in Oberösterreich

In Oberösterreich liegt die Lebenserwartung (bei der Geburt) im Jahr 2005 für Frauen bei 82,3 Jahren und für Männer bei 76,9 Jahren. Innerhalb der letzten 15 Jahre ist die Lebenserwartung der Frauen um 3,3 Jahre gestiegen (um 4,2 Prozent), die der Männer um 4,7 Jahre (um 6,5 Prozent). Der Unterschied zwischen Männern und Frauen hat sich in diesem Zeitraum etwas verringert.

Im Wesentlichen spiegelt die Entwicklung den österreichischen Trend wieder. In den 90er-Jahren lag die Lebenserwartung, insbesondere der Männer, leicht über dem österreichischen Durchschnitt, ab 2000 lassen sich nur mehr geringfügige Unterschiede erkennen.

Abbildung 46: Lebenserwartung bei der Geburt, OÖ/Ö

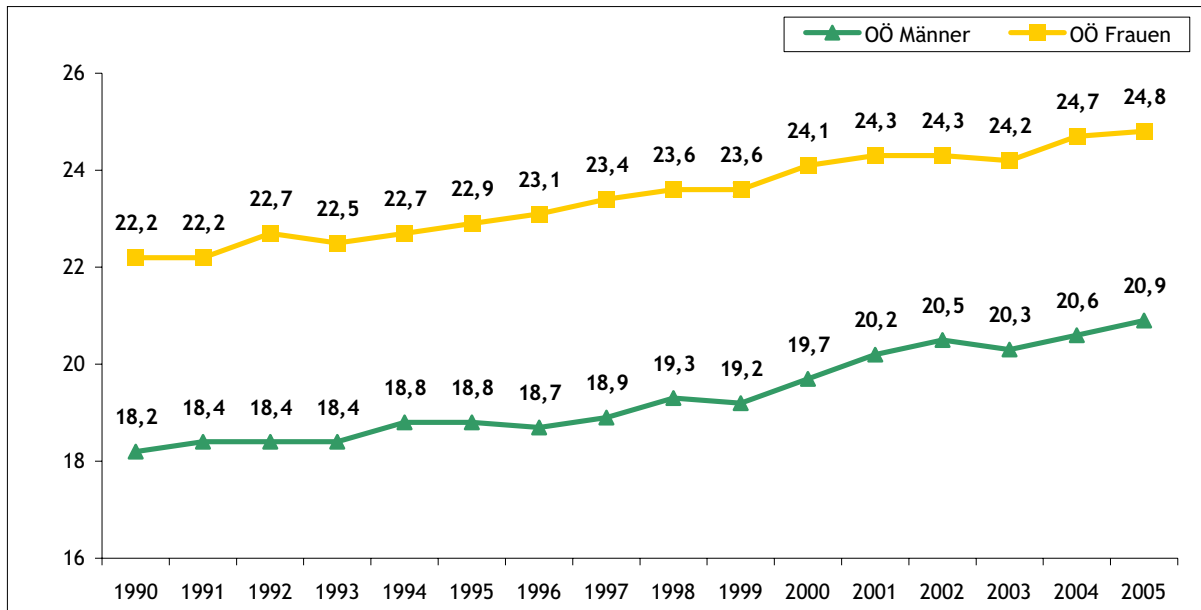


Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1997, 1998, 2004, 2005

Auch hinsichtlich der weiteren Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren liegt Oberösterreich ungefähr im Österreichischen Bundesdurchschnitt.

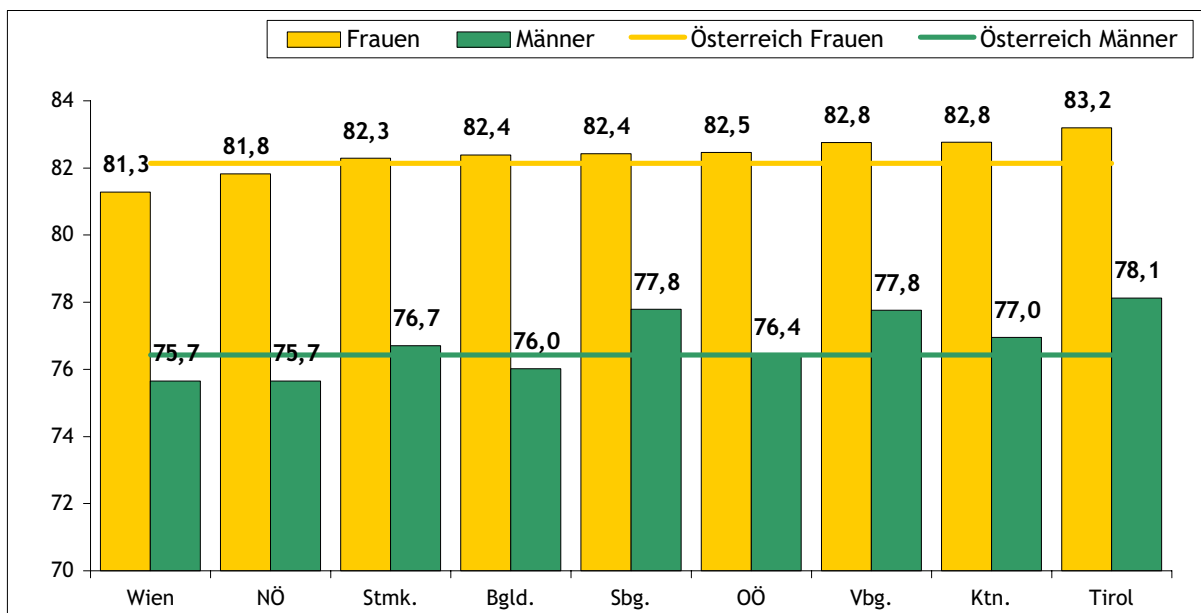
Im Zeitraum zwischen 1990 und 2005 nahm die Lebenserwartung mit 60 Jahren bei Frauen um 11,7 Prozent bzw. 2,6 Jahre zu (von 22,2 auf 24,8 Jahre), die der Männer um 14,8 Prozent bzw. 2,7 Jahre (von 18,2 auf 20,9 Jahre).

Abbildung 47: Weitere Lebenserwartung mit 60 Jahren, OÖ



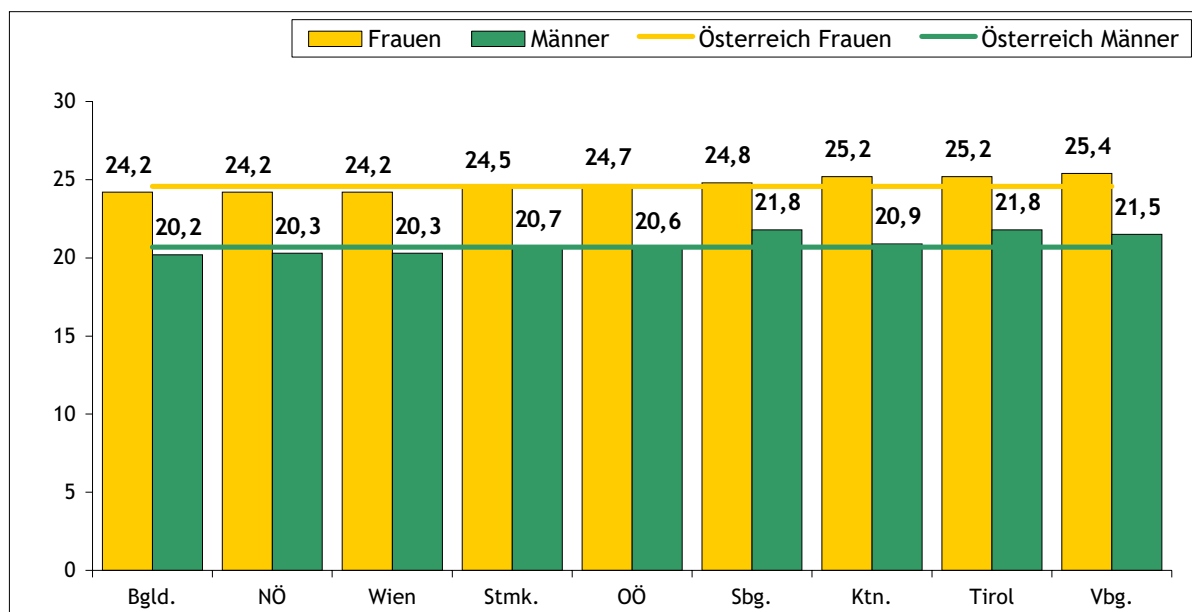
Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1997, 1998, 2004, 2005

Abbildung 48: Lebenserwartung bei der Geburt, Bundesländer 2004



Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004

Abbildung 49: Weitere Lebenserwartung mit 60 Jahren, Bundesländer 2004



Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004

3.5.3. Lebenserwartung in guter Gesundheit und schwerdefreie Lebenserwartung

Im Allgemeinen steigt die Beeinträchtigung durch Erkrankungen und gesundheitliche Belastungen mit zunehmendem Alter an. Vor dem Hintergrund steigender Lebenserwartung stellt sich die Frage, ob die gewonnenen Lebensjahre in gutem Gesundheitszustand verbracht werden können, oder ob ältere Menschen von zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind. In der Literatur finden sich im Wesentlichen drei Szenarien, die die künftige Einwicklung der Krankheitsbelastung im fortgeschrittenen Alter zu erklären versuchen.

- Das so genannte „failure of success“ bzw. „expansion of morbidity“ - Szenario postuliert, dass die Gewinne an Lebenserwartung mit einer längeren Zeit in Krankheit erkaufte werden. Demzufolge werden die Menschen künftig zwar immer länger leben, aber von einer zunehmenden Krankheitsbelastung betroffen sein. Bei zunehmender Lebenserwartung bleibt das Alter, in dem Symptome der Gebrechlichkeit und gesundheitliche Einschränkungen erstmals auftreten, konstant. In diesem Fall würde die Lebenszeit nur durch gesundheitlich belastete Lebensjahre verlängert.⁸⁵

⁸⁵ Graham 2004, S. 659; Fries 1992, S. 12575

- Das „compression of morbidity“ - Szenario geht davon aus, dass sowohl die Lebenserwartung als auch die Erwartung gesunder Lebensjahre zunehmen wird. Die Krankheitsbelastung der älteren Jahrgänge wird also künftig abnehmen. Das Szenario der Morbiditätskompression postuliert, dass die durchschnittliche Zeitspanne zwischen dem ersten Auftreten von Gebrechlichkeit bzw. gesundheitlicher Einschränkung und dem Tod komprimiert wird, d.h. dass erste Einschränkungen später auftreten, während das durchschnittliche Sterbealter relativ konstant bleibt.⁸⁶
- Das Szenario des „dynamic equilibrium“ nimmt eine Mittelstellung zwischen den beiden genannten Hypothesen ein. Dieser Ansatz besagt, dass künftig die schwereren gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Alter abnehmen werden, während leichtere Erkrankungszustände zunehmen werden.⁸⁷

Ob die Verlängerung der Lebenserwartung auch mit mehr gesunden ("compression of morbidity") oder mehr kranken Lebensjahren einhergeht ("expansion of morbidity") wird derzeit noch kontrovers diskutiert.⁸⁸

Neure theoretische Ansätze versuchen die unterschiedlichen Szenarien zu integrieren.⁸⁹

- Eine Zunahme der Überlebenswahrscheinlichkeit kranker Menschen führt zu einer Expansion der Morbidität (z.B. bessere Überlebenschancen nach einem Herzinfarkt infolge besserer Akutversorgung).
- Ebenso könnten weitere Steigerungen der Lebenserwartung und die Zunahme der älteren Bevölkerung, die Einschränkungen infolge des natürlichen Alterungsprozesses (Gebrechlichkeit, Sehbehinderungen etc.) aufweist, zu einer Morbiditätsexpansion beitragen.
- Eine Verschiebung von schwereren zu leichteren gesundheitlichen Einschränkungen („dynamic equilibrium“) beschreibt am besten Entwicklungen der besseren Behandlung bzw. der Verzögerung des Fortschritts von chronischen Erkrankungen (z.B. durch Disease-Management-Programme).
- Eine gesündere Lebensweise und eine geringere Belastung durch Risikofaktoren entsprechen dem Szenario der Morbiditätskompression.⁹⁰

⁸⁶ Graham 2004, S. 659; Fries 1992, S. 1257S

⁸⁷ Graham 2004, S. 659

⁸⁸ Schwartz 2003, S. 676

⁸⁹ Robine/Michel 2004

⁹⁰ Robine/Michel 2004

Alle diese Prozesse schließen sich gegenseitig nicht aus, sondern können in unterschiedlichem Ausmaß in verschiedenen Bevölkerungsgruppen ablaufen. Zudem wiesen die unterschiedlichen Entwicklungstypen verschiedene Zeithorizonte in ihrer Wirksamkeit aus. Eine bessere Akutversorgung kann die Letalität innerhalb weniger Jahre entscheidend verändern, während die Veränderungen der Lebensweise eher längerfristige Entwicklungen darstellen. Risikofaktoren wiederum wirken kumulativ über den gesamten Lebensprozess, sodass derzeitige Entwicklungen durch die Exposition der Betroffenen vor Jahrzehnten mit beeinflusst werden.

Die Beobachtungen in verschiedenen Ländern weisen in unterschiedliche Richtungen. In den USA lassen sich Hinweise auf einen abnehmenden Trend bezüglich der gesundheitlichen Einschränkungen im Alter feststellen. Die Befunde sind jedoch inkonsistent hinsichtlich verschiedener Indikatoren für gesundheitliche Einschränkungen sowie hinsichtlich der Trends in verschiedenen Teilpopulationen. Während sich für die 90er-Jahre deutliche Hinweise für die Abnahme leichter Einschränkungen (IADLs - instrumental activities of daily living) zeigen, ist die Entwicklung für schwerere gesundheitliche Belastungen (ADLs - activities of daily living) ungeklärt.⁹¹ In der schwarzen Bevölkerung ließ sich in den 80er-Jahren eine Zunahme der gesundheitlichen Einschränkungen beobachten, während in den 90er-Jahren ein deutlicher Rückgang festzustellen war (sogar stärker als in der weißen Bevölkerung). Dies dürfte mit verbesserten Bildungschancen zusammenhängen.⁹² Während in Schichten mit höherem Bildungsstatus eine Kompression der Morbidität beobachtet werden konnte, waren untere Bildungsschichten von einer Expansion der Morbidität betroffen.⁹³

In Neuseeland wird eher ein Trend von schwereren zu leichteren gesundheitlichen Belastungen beobachtet. Während die Lebenserwartung mit schwereren gesundheitlichen Einschränkungen zwischen 1981 und 1996 annähernd konstant blieb, wurde eine Zunahme der Lebenserwartung mit leichteren funktionalen Einschränkungen festgestellt. Die Befunde stehen im Einklang mit dem „dynamic equilibrium“ - Szenario.⁹⁴

Befunde aus Österreich deuten darauf hin, dass im Zeitraum zwischen 1978 und 1998 eine Morbiditätskompression stattgefunden hat. Sowohl die gesunde Lebenserwartung als auch der Anteil der gesunden Lebensjahre an der Lebenserwartung haben zugenommen.⁹⁵

Zwischen 1978 und 1998 ist die weitere Lebenserwartung bei gutem Gesundheitszustand ab dem 60. Lebensjahr von Männern um 4,6 Jahre gestiegen (von 5,8 auf 10,4

⁹¹ Freedman 2002, S. 3144

⁹² Manton/Gu 2001, S. 6357

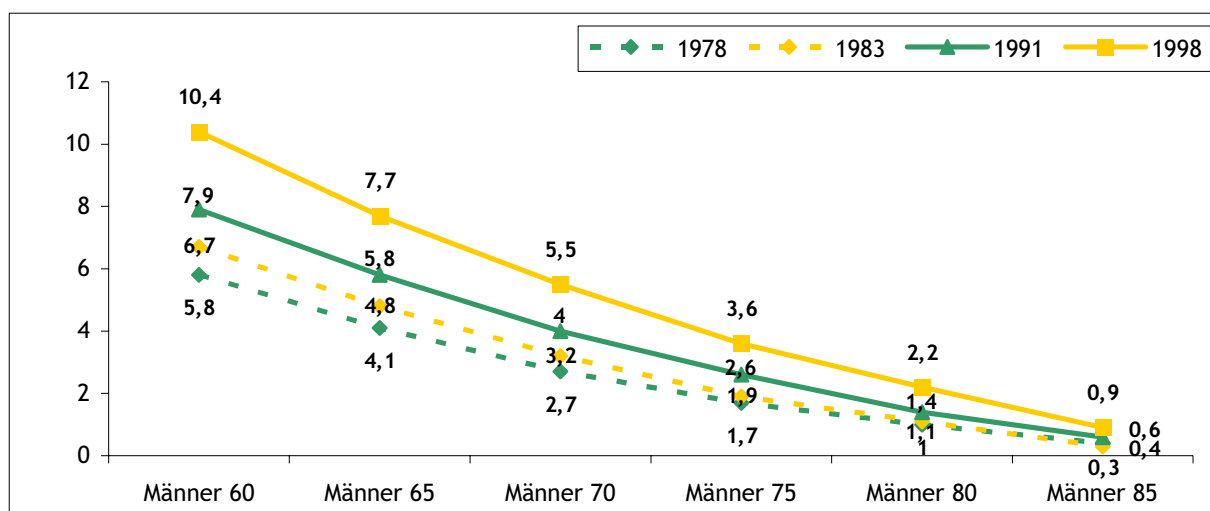
⁹³ Crimmins E.M. 2001

⁹⁴ Graham 2004

⁹⁵ Doblhammer/Kytir 2001, S. 385

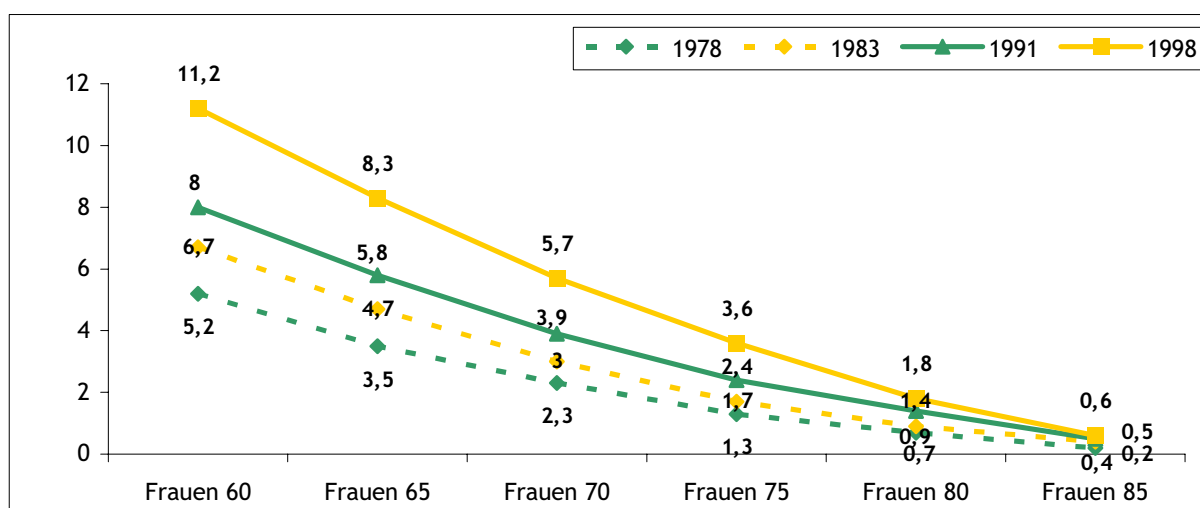
Jahre bei guter Gesundheit bzw. um fast 80 Prozent). Bei Frauen mit 60 Jahren beträgt die Zunahme sogar 6 Jahre (von 5,2 auf 11,2 Jahre), was mehr als einer Verdoppelung der zu erwartenden Jahre bei gutem Gesundheitszustand gleichkommt. Auch in den höheren Altersgruppen lassen sich Zunahmen feststellen, die zwar an Jahren naturgemäß geringer ausfallen, gemessen am Ausgangswert aber sogar höher ausfallen (Männer mit 75: +1,9 Jahre bzw. +112 Prozent; Männer mit 85: Jahren 0,5 Jahre bzw. +120 Prozent; Frauen mit 75 Jahren: +2,3 Jahre bzw. +177 Prozent; Frauen mit 85 Jahren +0,4 Jahre bzw. +200 Prozent).

Abbildung 50: Weitere Lebenserwartung in Gesundheit - Männer



Weitere Lebenserwartung in guter Gesundheit mit 60, 65, 70, 75, 80 und 85 Jahren (Österreich);
Quelle: (Doblhammer/Kytir 2001, S. 389)

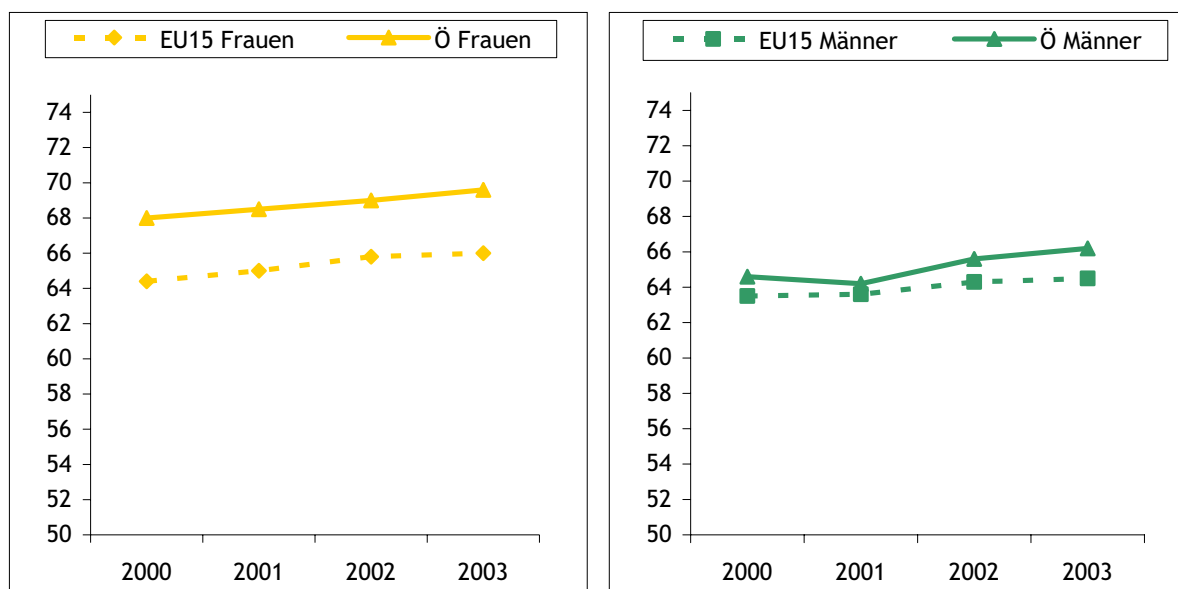
Abbildung 51: Weitere Lebenserwartung in Gesundheit - Frauen



Weitere Lebenserwartung in guter Gesundheit mit 60, 65, 70, 75, 80 und 85 Jahren (Österreich);
Quelle: (Doblhammer/Kytir 2001, S. 389)

Im Vergleich zu den EU-15 Ländern liegt Österreich hinsichtlich der erwarteten beschwerdefreien Lebenserwartung über dem Durchschnitt. Dies trifft insbesondere für Frauen zu.

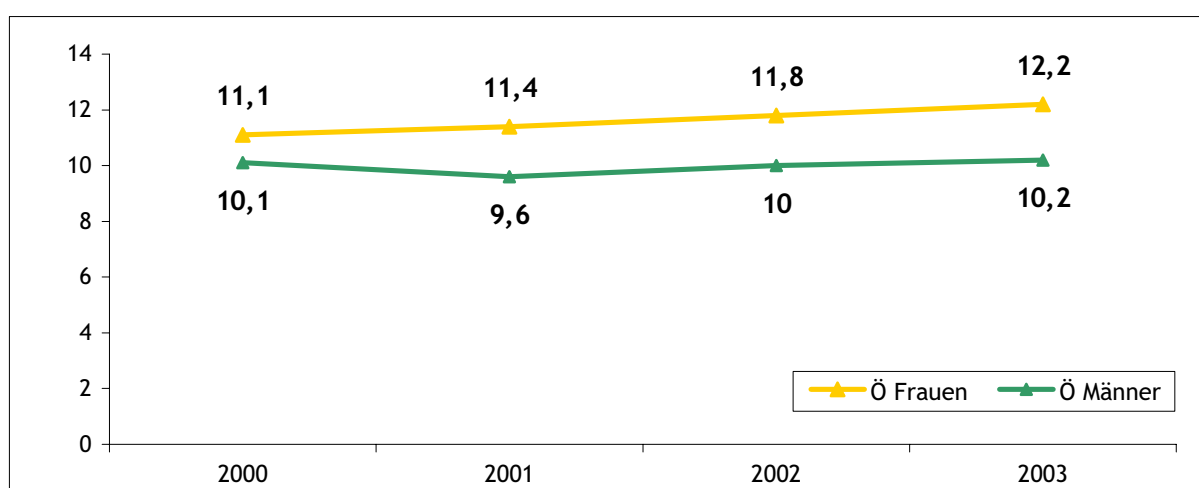
Abbildung 52: Beschwerdefreie Lebenserwartung bei der Geburt



Quelle: Eurostat; <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>; (Letzte Aktualisierung: 25.11. 2005)

Die weitere beschwerdefreie Lebenserwartung (2003) im Alter von 65 Jahren beträgt bei Männern durchschnittlich noch ca. 10 Jahre und Frauen noch ca. 12 Jahren ohne Beschwerden.

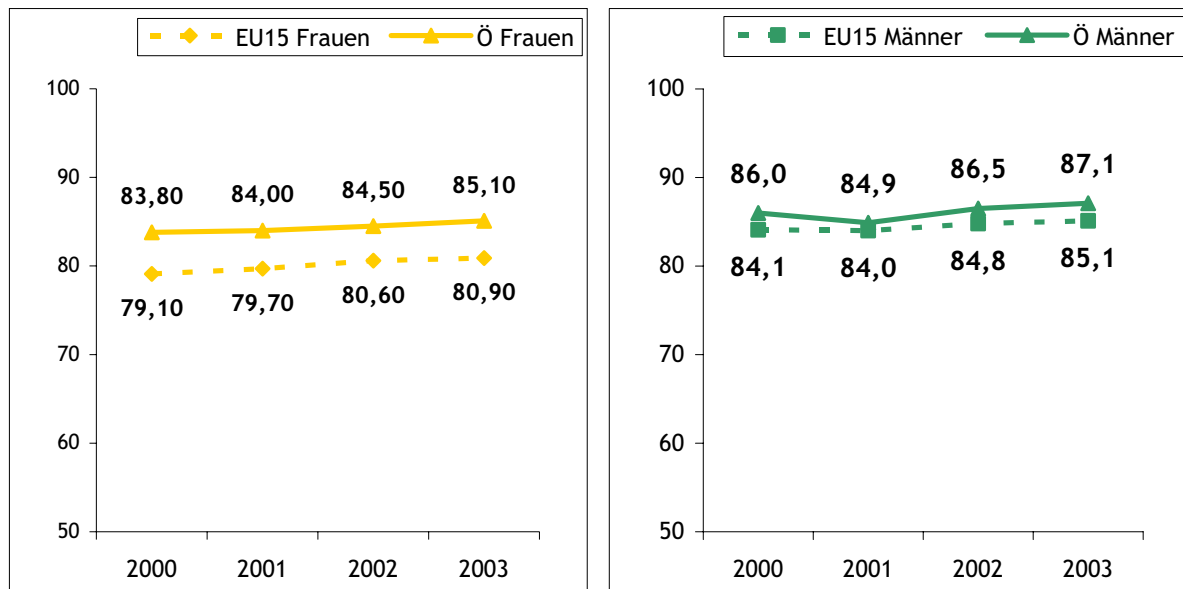
Abbildung 53: Beschwerdefreie Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren



Quelle: Eurostat; <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>; (Letzte Aktualisierung: 25.11. 2005)

Der Anteil der beschwerdefreien Lebensjahre an der gesamten Lebenserwartung betrug in Österreich im Zeitraum 2000 bis 2003 bei Frauen zwischen 84 und 85 Prozent und bei Männern zwischen 85 und 87 Prozent. Das bedeutet, dass Frauen ca. 15 Prozent und Männer ca. 14 Prozent ihrer Lebenszeit mit Beschwerden verbringen.

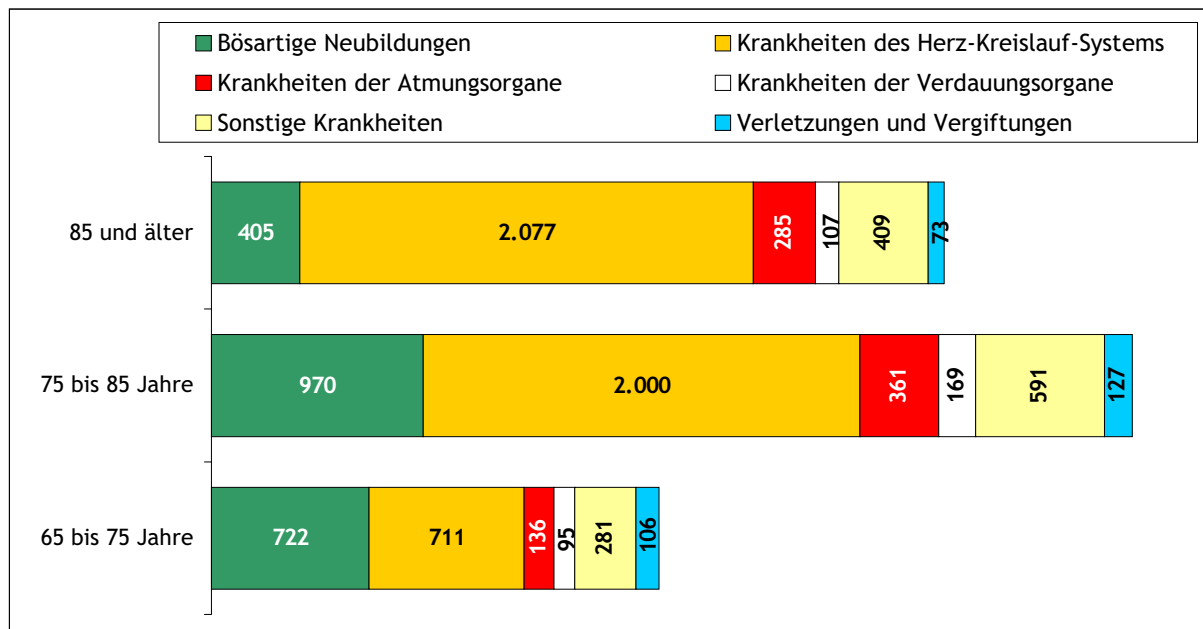
Abbildung 54: Beschwerdefreie Lebenserwartung bei der Geburt - Anteil an der totalen Lebenserwartung in Prozent



Quelle: Eurostat; <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>; (Letzte Aktualisierung: 25.11. 2005)

3.5.4. Häufigste Todesursachen

Abbildung 55: Todesursachen - Fälle



Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004

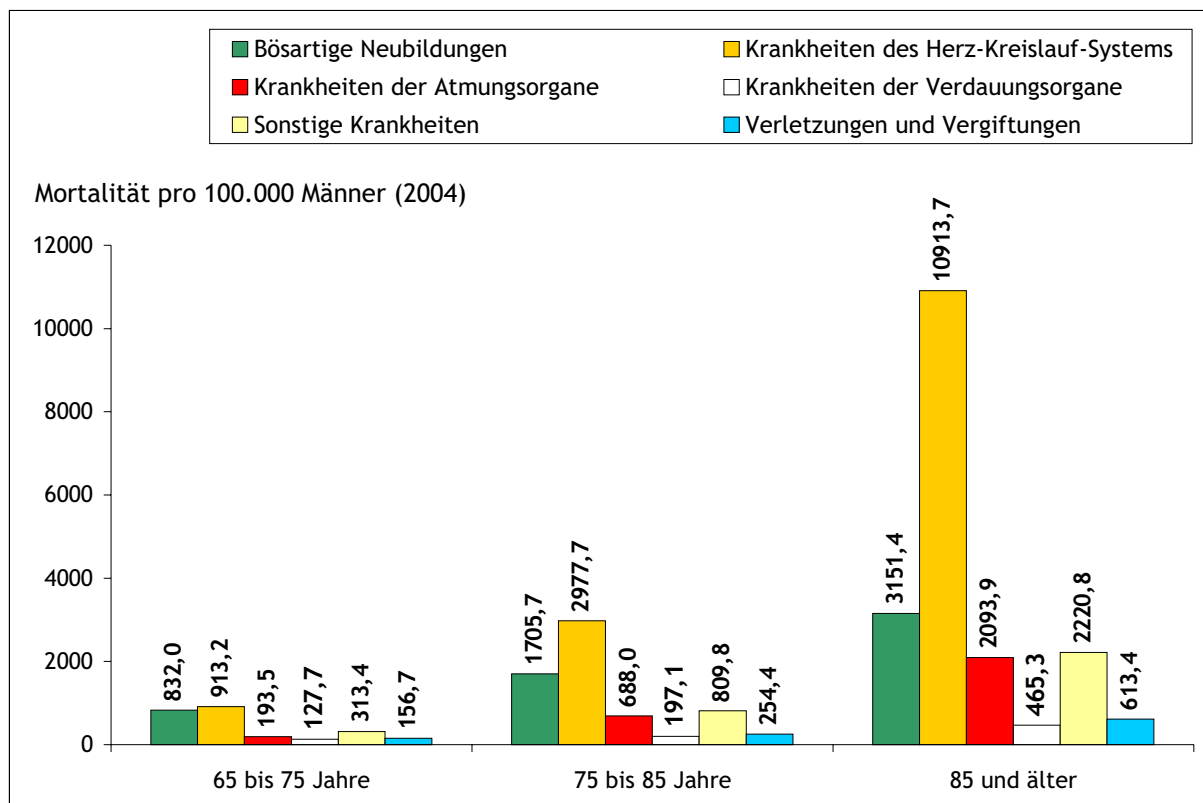
Bei den 65- bis 75-Jährigen in Oberösterreich sind die meisten Todesfälle auf bösartige Neubildungen zurückzuführen (722 Fälle), gefolgt von Todesfällen in Folge von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (711 Fälle). 136 Personen sind im Jahr 2004 an den Folgen von Krankheiten der Atmungsorgane gestorben, 106 aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen und 95 in Folge von Krankheiten der Verdauungsorgane. 281 Personen starben in Folge sonstiger Krankheiten.

In die Altersgruppe der 75- bis 85-Jährigen fallen absolut gesehen die meisten Todesfälle. Hier dominieren die Sterbefälle in Folge von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (2.000 Fälle), gefolgt von jenen in Folge von bösartigen Neubildungen (970 Fälle). 361 Todesfälle lassen sich auf Erkrankungen der Atmungsorgane zurückführen, 169 auf Erkrankungen der Verdauungsorgane und 127 auf Verletzungen und Vergiftungen. 591 Personen dieser Altersgruppe starben im Jahr 2004 an sonstigen Krankheiten.

Wie auch in der Gruppe der 75- bis 85-Jährigen starben bei den über 85-Jährigen am meisten Menschen an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (2.077 Fälle). 405 Personen dieser Altersgruppe starben in Folge einer Krebserkrankung. 285 OberösterreicherInnen dieser Altersgruppe sind im Jahr 2004 an den Folgen von Krankheiten der Atmungsorgane gestorben, 107 in Folge von Krankheiten der Verdauungsorgane

und 73 an Verletzungen und Vergiftungen. 409 Personen mit einem Alter von über 85 Jahren verstarben in Folge sonstiger Krankheiten.

Abbildung 56: Todesursachen - Männer



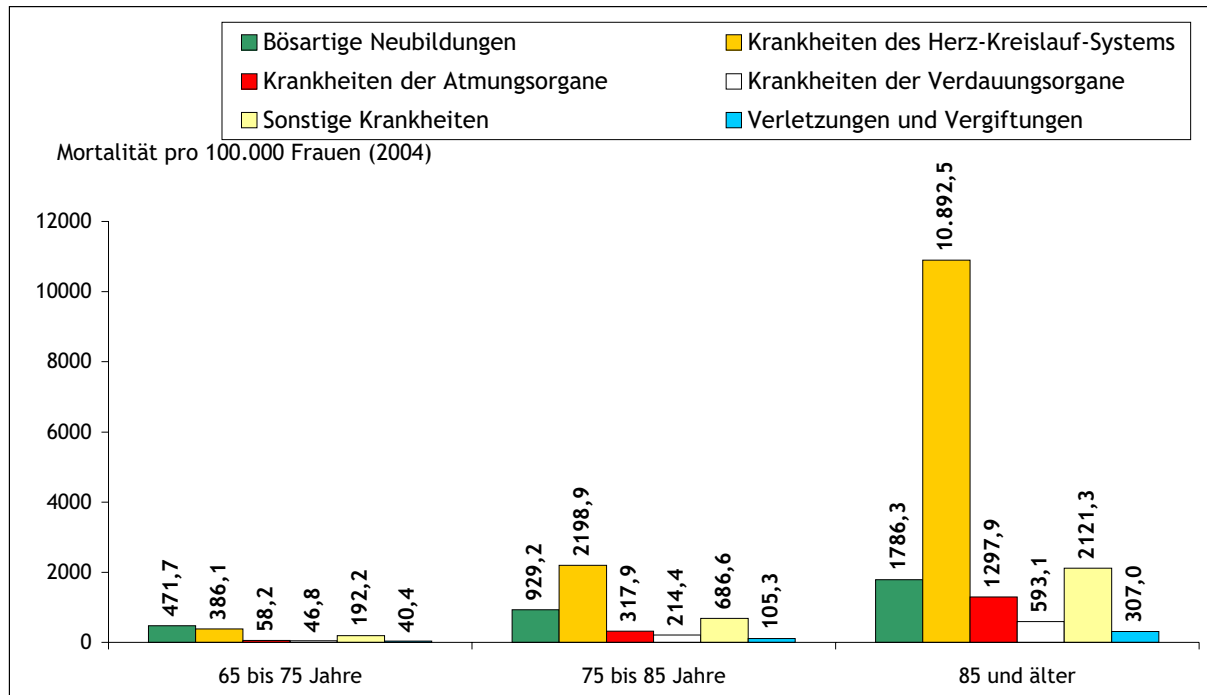
Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004 (eigene Berechnungen)

In der Altersgruppe der 65- bis 75-jährigen Männer dominiert die Herz-Kreislauf-Mortalität mit 913 Todesfällen pro 100.000 noch vor der Krebsmortalität mit 832 Todesfällen/100.000 Männern. Deutlich niedriger ist die Mortalität in Folge von Krankheiten der Atmungsorgane (194 Fälle/100.000), Verletzungen und Vergiftungen (156 Fälle/100.000) und Krankheiten der Verdauungsorgane (127 Fälle/100.000).

Auch in der Altersgruppe der 75- bis 85-jährigen Männer ist die Mortalität in Folge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 2.977 Fällen/100.000 am höchsten. Die Krebsmortalität liegt hier bei 1.705 Fällen/100.000 Männern.

Bei den über 85-Jährigen liegt die Herz-Kreislauf-Mortalität bei 10.914 Fälle/100.000 Männern. Am zweithöchsten ist in dieser Altersgruppe die Krebsmortalität mit 3.151 Fällen/100.000, gefolgt von der Mortalität in Folge von Krankheiten der Atmungsorgane (2.094 Fälle/100.000) und jener in Folge von Verletzungen und Vergiftungen (613 Fälle/100.000).

Abbildung 57: Häufigste Todesursachen - Frauen



Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004 (eigene Berechnungen)

In der Altersgruppe der 65- bis 75-Jährigen kommen auf 100.000 Frauen 472 Todesfälle in Folge von bösartigen Neubildungen. Die Herz-Kreislauf-Mortalität liegt bei 386 pro 100.000 Frauen und ist damit noch deutlich höher als die Mortalität aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane (58 Fälle/100.000), Krankheiten der Verdauungsorgane (47 Fälle/100.000) und der Mortalität in Folge von Verletzungen und Vergiftungen (40 Fälle/100.000).

In der Altersgruppe der 75- bis 85-Jährigen sind die Mortalitätsraten deutlich höher. Die Herz-Kreislauf-Rate liegt bei fast 2.200 Fällen pro 100.000 OberösterreicherInnen. An zweiter Stelle rangiert die Mortalität in Folge bösartiger Neubildungen mit 929 Fällen pro 100.000. Darauf folgen die Mortalität aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane (317 Fälle/100.000), jene aufgrund von Krankheiten der Verdauungsorgane (214 Fälle/100.000) und die Mortalität in Folge von Verletzungen und Vergiftungen (105 Fälle/100.000).

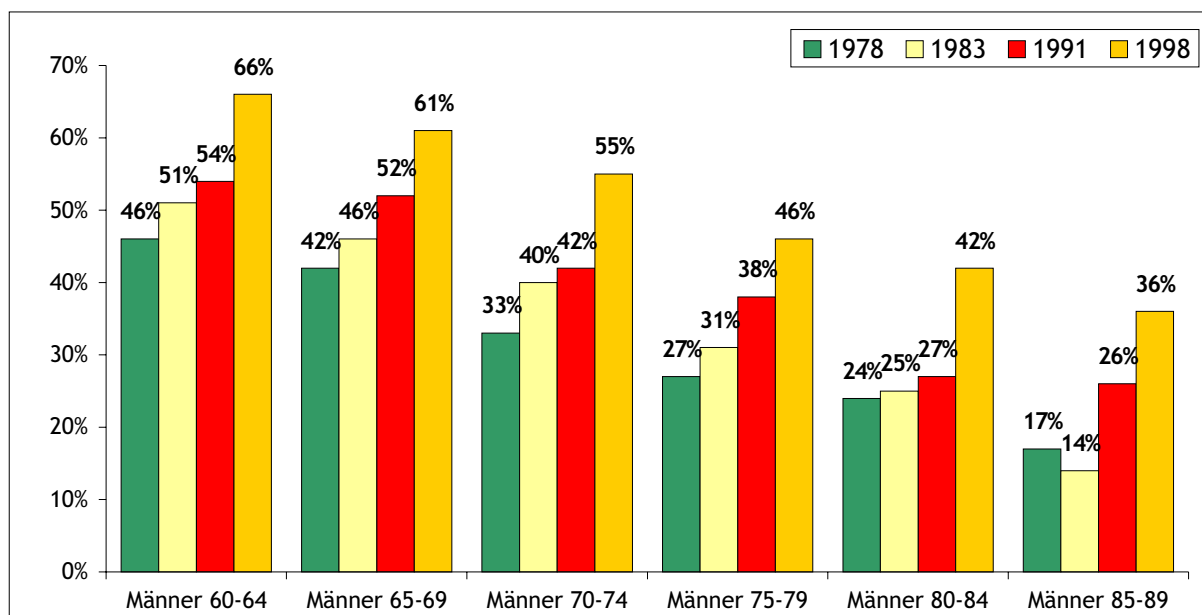
Bei den über 85-Jährigen liegt die Herz-Kreislaufmortalität bei 10.893 Fällen pro 100.000 Frauen ähnlich hoch wie bei den Männern. Die Krebsmortalität liegt in dieser Altersgruppe bei 1.786 Fällen pro 100.000 Frauen. Die Mortalitätsrate für Krankheiten der Atmungsorgane lag im Jahr 2004 bei knapp 1.300 Fällen pro 100.000 Frauen. Darauf folgen die Mortalität aufgrund von Krankheiten der Verdauungsorgane (593 Fälle/100.000) und jene aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen (307 Fälle/100.000).

3.6. Bedeutende Erkrankungen und Gesundheitsprobleme

3.6.1. Allgemeiner Gesundheitszustand

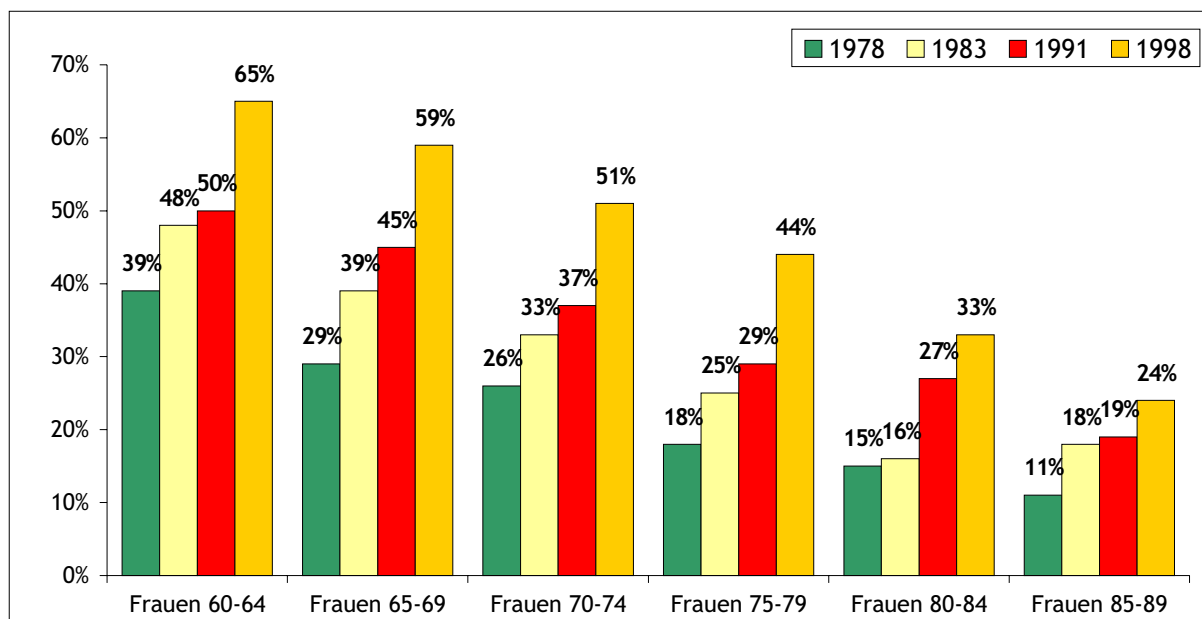
Der Gesundheitszustand der älteren Bevölkerungsgruppen hat sich in Österreich in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert. Diese Verbesserung des Gesundheitszustands lässt sich in allen Altersgruppen ab 60 sowohl bei Frauen als auch bei Männern beobachten. 1978 gaben noch 39 Prozent der Frauen und 46 Prozent der Männer im Alter zwischen 60 und 65 Jahren an, bei guter oder sehr guter Gesundheit zu sein. 1998 betrug dieser Anteil bei beiden Geschlechtern etwa zwei Drittel (65 bzw. 66 Prozent). In der Altersgruppe 85 bis 90 Jahre betrug der Anteil mit gutem oder sehr gutem Gesundheitszustand 1978 bei Frauen 11 Prozent und bei Männern 17 Prozent. Bis Ende der 90er-Jahre stieg der Anteil auf 25 Prozent bei den Frauen bzw. auf 36 Prozent bei den Männern dieser Altersgruppe.

Abbildung 58: Allgemeiner Gesundheitszustand in Österreich 1978 bis 1998 - Männer



Anteil mit „sehr gutem“ oder „gutem“ Gesundheitszustand
Quelle: (Doblhammer/Kytir 2001, S. 389)

Abbildung 59: Allgemeiner Gesundheitszustand in Österreich 1978 bis 1998 - Frauen



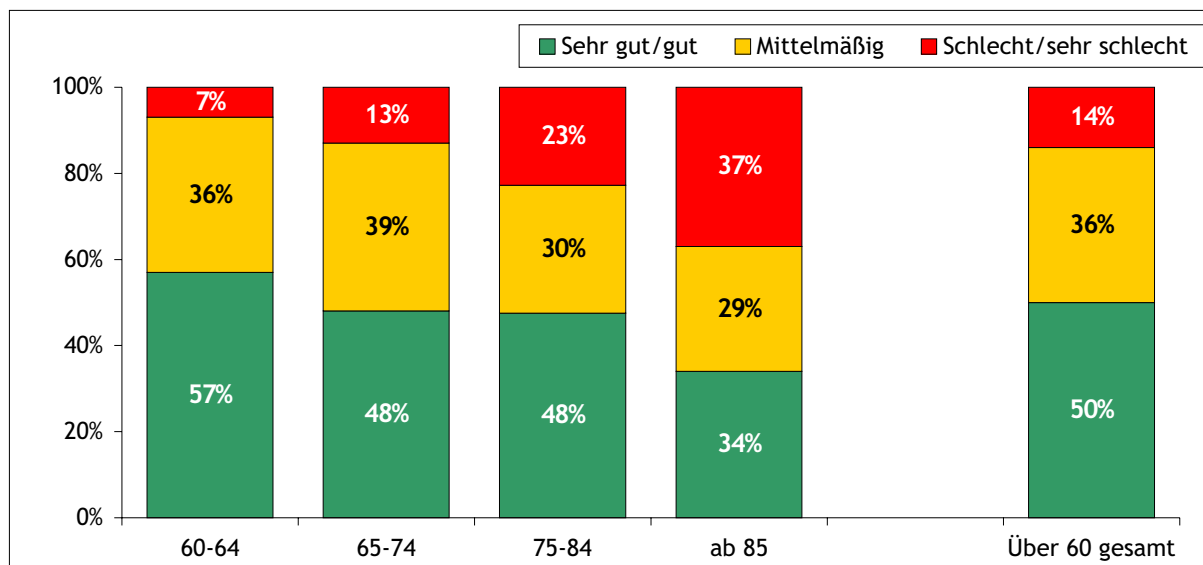
Anteil mit „sehr gutem“ oder „gutem“ Gesundheitszustand

Quelle: (Dobhammer/Kytir 2001, S. 389)

Im Jahr 1999 weisen in Oberösterreich 50 Prozent der Männer und 47 Prozent der Frauen im Alter über 60 Jahren einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand auf. 36 Prozent der Männer und 40 Prozent der Frauen bezeichnen ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig. Einen schlechten oder sehr schlechten gesundheitlichen Zustand nennen 14 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen.

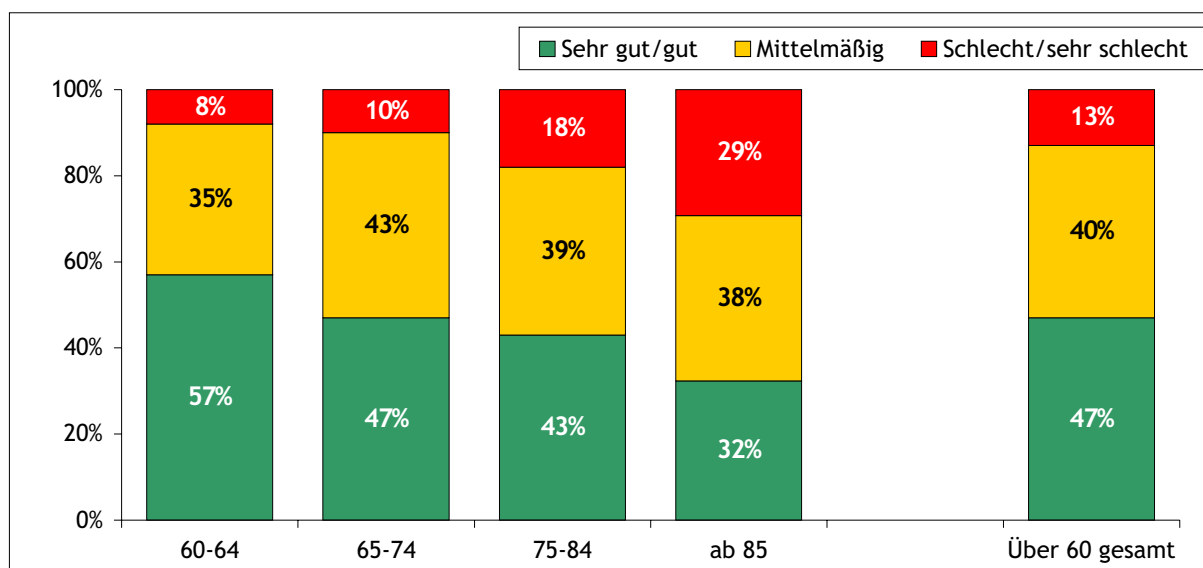
Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der SeniorInnen mit schlechtem Gesundheitszustand zu, der Anteil mit guter Gesundheit nimmt ab. 57 Prozent der oberösterreichischen Männer und Frauen im Alter zwischen 60 und 65 Jahren geben einen sehr guten bzw. guten Gesundheitszustand an. 7 bzw. 8 Prozent dieser Altersgruppe sind bei schlechter oder sehr schlechter Gesundheit. In der Altersgruppe über 85 sind noch etwas über 30 Prozent bei guter Gesundheit. 37 Prozent der Männer und knapp 30 Prozent der Frauen in diesem Alter geben einen schlechten Gesundheitszustand an.

Abbildung 60: Allgemeiner Gesundheitszustand nach Altersgruppen - Männer



Männliche Bevölkerung in OÖ. Privathaushalten ab 60 Jahren
 Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3, eigene Berechnungen

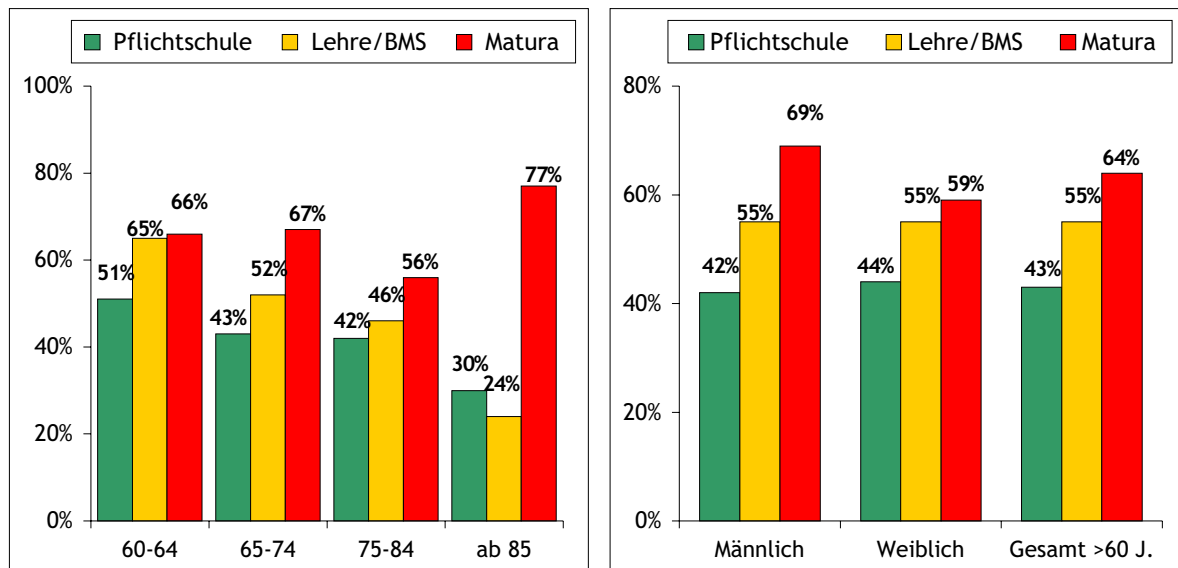
Abbildung 61: Allgemeiner Gesundheitszustand nach Altersgruppen - Frauen



Weibliche Bevölkerung in OÖ. Privathaushalten ab 60 Jahren
 Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3, eigene Berechnungen

Hinsichtlich des Gesundheitszustandes im Alter lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den Bildungsschichten erkennen. Knapp zwei Drittel der SeniorInnen über 60 Jahren, die Maturaniveau aufweisen weisen einen guten/sehr guten Gesundheitszustand auf, aber nur etwas über 40 Prozent der älteren Menschen mit Pflichtschulabschluss.

Abbildung 62: Allgemeiner Gesundheitszustand (sehr gut/gut) nach Bildungsgrad

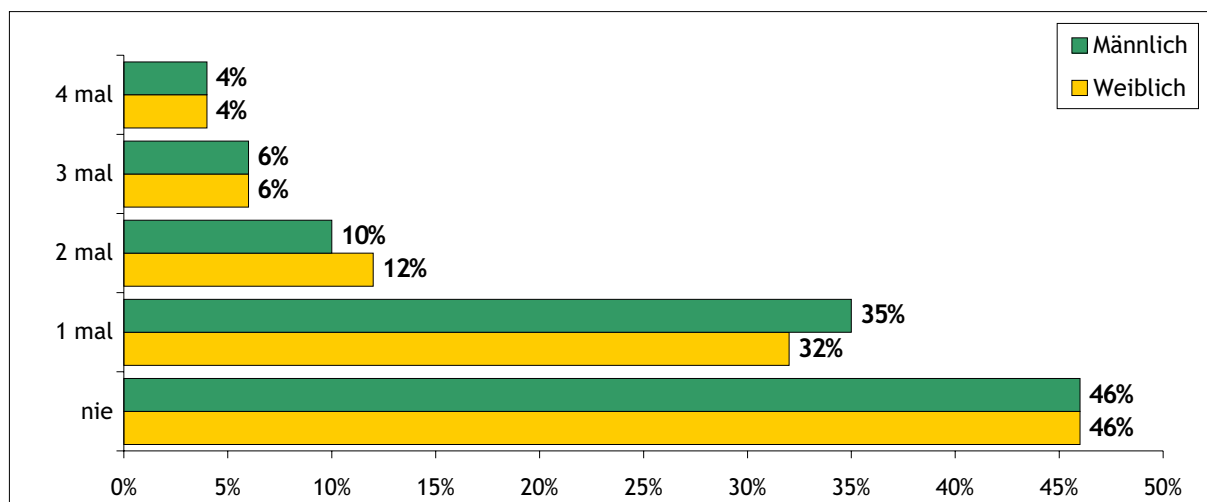


Bevölkerung in OÖ. Privathaushalten ab 60 Jahren
 Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3, eigene Berechnungen

3.6.2. Erkrankungen und Verletzungen

Laut Mikrozensus erhebung 1999 erkranken mehr als die Hälfte der SeniorInnen über 60 Jahren mindestens einmal im Jahr. Etwas über 30 Prozent geben eine Erkrankung an, ungefähr ein Zehntel zwei und ein weiteres Zehntel drei oder mehr Erkrankungen innerhalb eines Jahres.

Abbildung 63: Erkrankungshäufigkeit innerhalb eines Jahres



Bevölkerung in OÖ. Privathaushalten ab 60 Jahren
 Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3, eigene Berechnungen

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen sind Erkältungserkrankungen (inkl. Grippe, Angina und akute Bronchitis) am häufigsten. Über ein Fünftel der befragten SeniorInnen sind innerhalb eines Jahres davon betroffen.

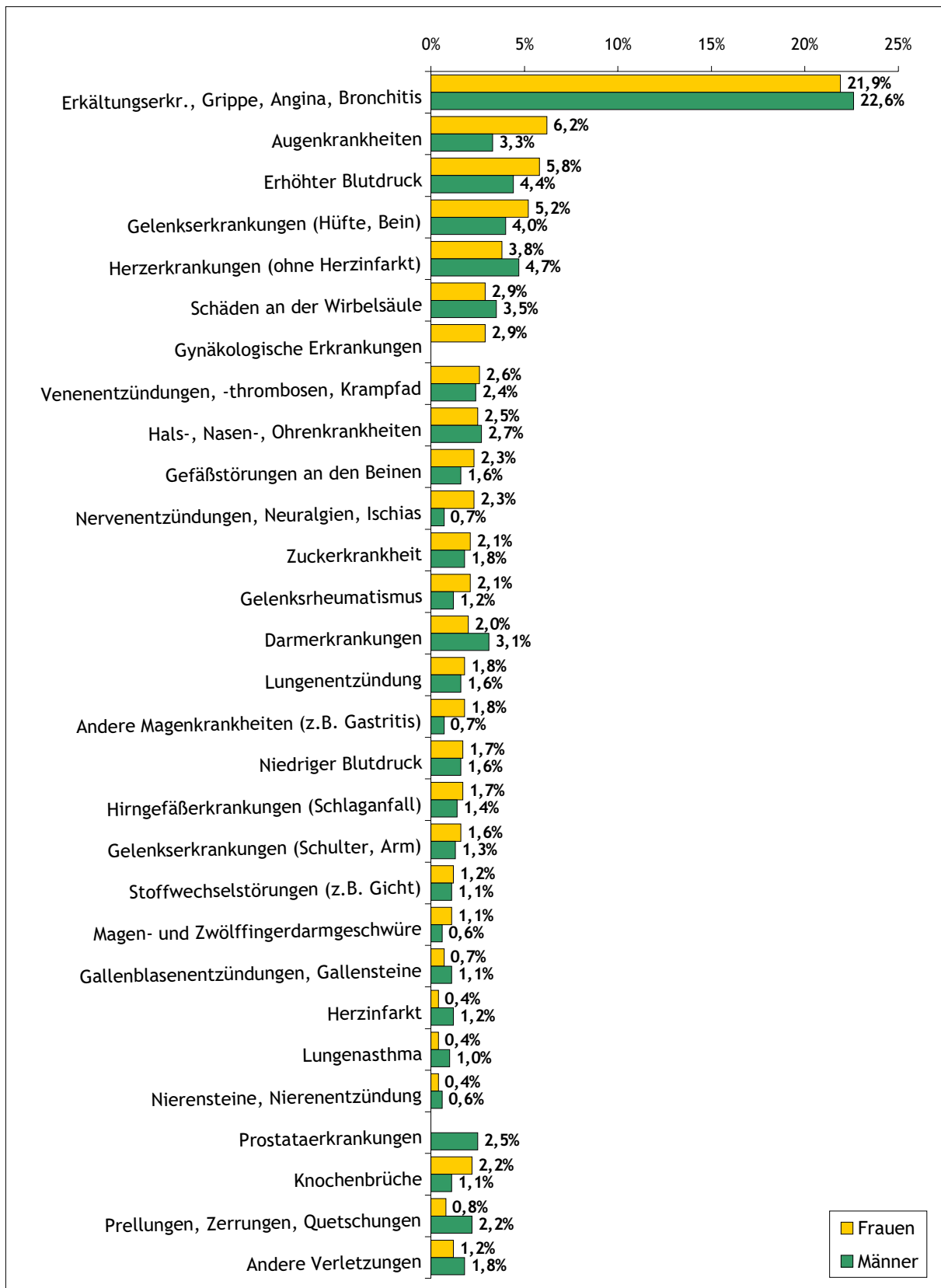
Bei Frauen sind Augenkrankheiten, erhöhter Blutdruck, Gelenkserkrankungen und Herzerkrankungen weit verbreitet (4 bis 7 Prozent). Ähnliches gilt für Männer, welche jedoch etwas häufiger unter Wirbelsäulenproblemen leiden (ca. 4 Prozent) und seltener unter Augenerkrankungen (3 Prozent).

Jeweils 2 bis 3 Prozent der Männer und Frauen nennen Hals-/Nasen-/Ohrenerkrankungen, Darmerkrankungen, Zuckerkrankheit, Gefäßstörungen an den Beinen, Venenerkrankungen (Entzündung, Thrombosen, Krampfadern), Lungenentzündung und niedrigen Blutdruck als Ursachen für eine schwerere gesundheitliche Belastung im letzten Jahr.

Etwa 3 Prozent der Frauen nennen gynäkologische Erkrankungen und Wirbelsäulenproblem. Ebenso viele Männer leiden an Prostataerkrankungen.

Rund 2 Prozent der Frauen und 1 Prozent der Männer nennen Knochenbrüche.

Abbildung 64: Häufige Erkrankungen und Verletzungen (12-Monatsprävalenz)



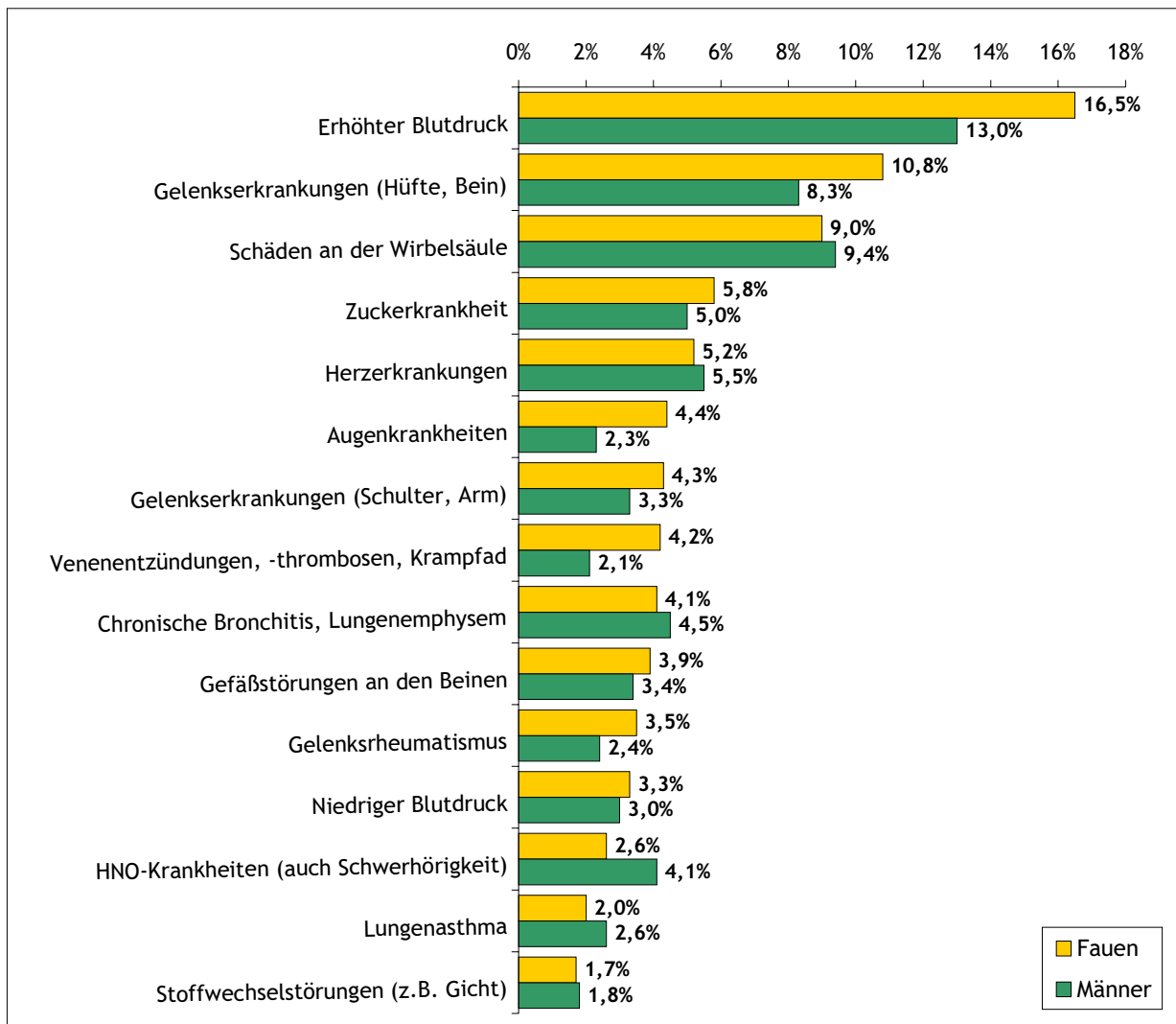
Weibliche Bevölkerung in OÖ. Privathaushalten ab 60 Jahren, Mehrfachnennungen;
 Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3, eigene Berechnungen

3.6.3. Chronische Erkrankungen

Als häufigste chronische Gesundheitsbelastungen geben über 60-Jährige erhöhten Blutdruck (13 Prozent der Männer und 17 Prozent der Frauen), Gelenkerkrankungen (Hüfte/Beinbereich 8 bis 11 Prozent, Schulter/Armbereich 3 bis 4 Prozent), Schäden der Wirbelsäule (ca. 9 Prozent), Zuckerkrankheit (ca. 5 bis 6 Prozent) und Herzerkrankungen (rund 5 Prozent) an. Chronische Augenerkrankungen geben Frauen etwas häufiger an (Frauen 4 Prozent, Männer 2 Prozent). Ähnliches gilt für Venenerkrankungen (Entzündungen, Thrombosen, Krampfadern: Frauen 4 Prozent, Männer 2 Prozent). 3 bis 4 Prozent der älteren Männer haben Gefäßstörungen an den Beinen.

Rund 4 Prozent der über 60-jährigen SeniorInnen leiden unter chronischer Bronchitis bzw. Lungenemphysem und 2 bis 3 Prozent leiden an Lungenasthma.

Abbildung 65: Chronische Erkrankungen



Weibliche Bevölkerung in OÖ. Privathaushalten ab 60 Jahren, Mehrfachnennungen
 Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3, eigene Berechnungen

3.6.4. Beschwerden

Ein Großteil der SeniorInnen ist von schwereren oder leichteren Beschwerden betroffen. Nur knapp ein Fünftel geben an, nicht unter Beschwerden zu leiden. Eine Übersicht über die Verbreitung verschiedener Beschwerden gibt Abbildung 66.

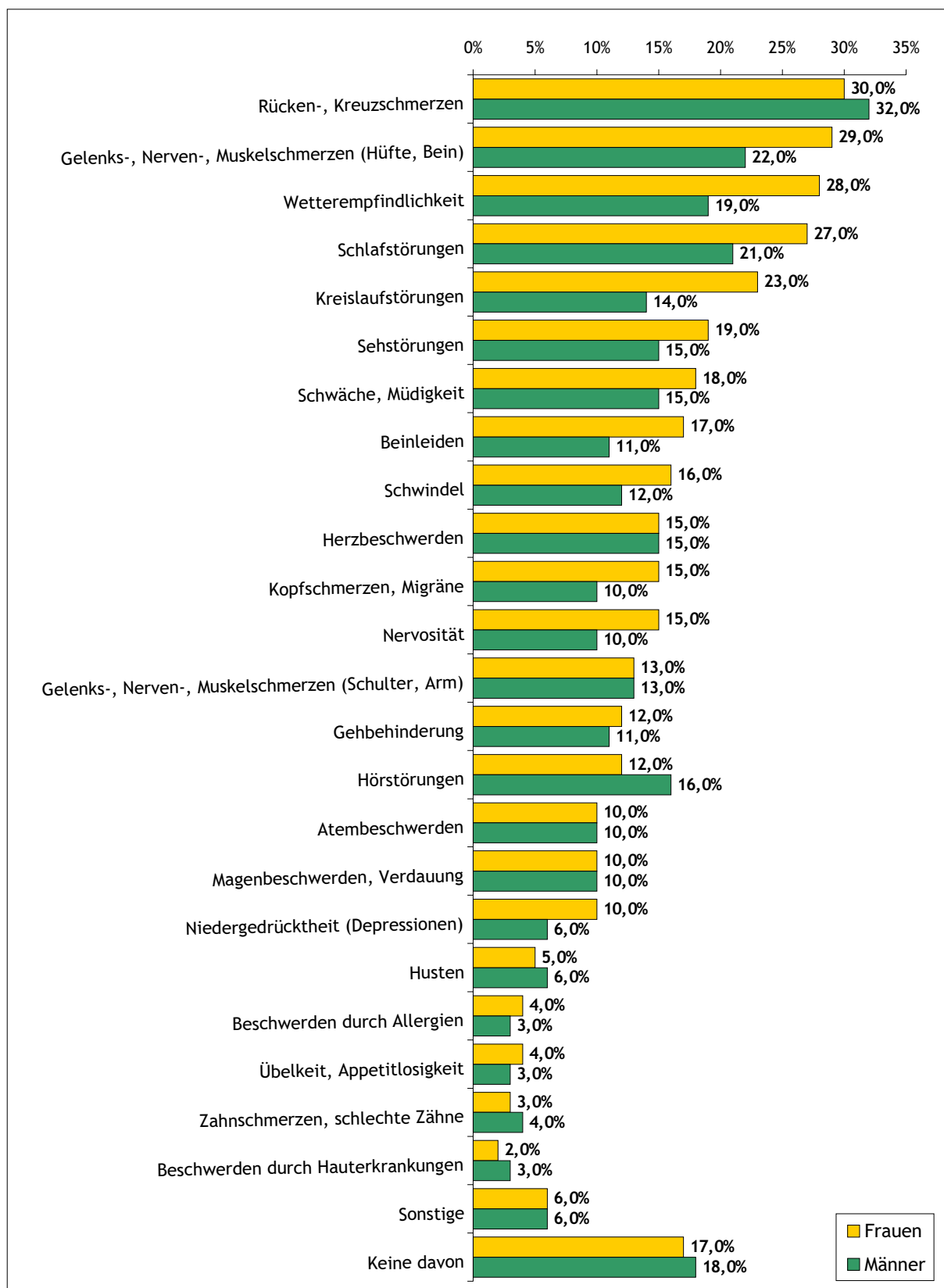
Am häufigsten sind Rückenschmerzen, von denen rund 30 Prozent der über 60-Jährigen betroffen sind und Gelenks-/Nerven- und Muskelschmerzen im Hüft/Beinbereich (bei Frauen 29 Prozent, bei Männern 22 Prozent). Ähnlich weit verbreitet sind Wetterempfindlichkeit (Frauen 28 Prozent, Männer 19 Prozent) und Schlafstörungen (Frauen 27 Prozent, Männer 21 Prozent).

Kreislaufstörungen nennen 23 Prozent der Frauen und 12 Prozent der Männer. Herzbeschwerden geben 15 Prozent der SeniorInnen an.

Sehstörungen geben 19 Prozent der Frauen und 15 Prozent der Männer an. 12 Prozent der Frauen und 14 Prozent der Männer nennen Hörstörungen.

Zwischen 15 und 18 Prozent der SeniorInnen leiden unter Schwäche bzw. Müdigkeit.

Abbildung 66: Beschwerden



Bevölkerung in OÖ. Privathaushalten ab 60 Jahren, Mehrfachnennungen;
 Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3, eigene Berechnungen

3.6.5. Herz-Kreislaufferkrankungen

Herz-Kreislaufferkrankungen umfassen eine Vielzahl an Krankheitsbilder. Das Spektrum reicht von Hypertonie (Bluthochdruckerkrankung), Arteriosklerose, ischämische Herzerkrankungen (insbes. Herzinfarkt und Angina Pectoris) bis zu Erkrankungen der Hirngefäße (z.B. Schlaganfall). Herz-Kreislaufferkrankungen sind in der Altersgruppe zwischen 55 und 75 Jahren - nach Krebs - die zweithäufigste Todesursache, in den älteren Bevölkerungsgruppen bei weitem mit Abstand die häufigste (siehe Kapitel 3.5.4)

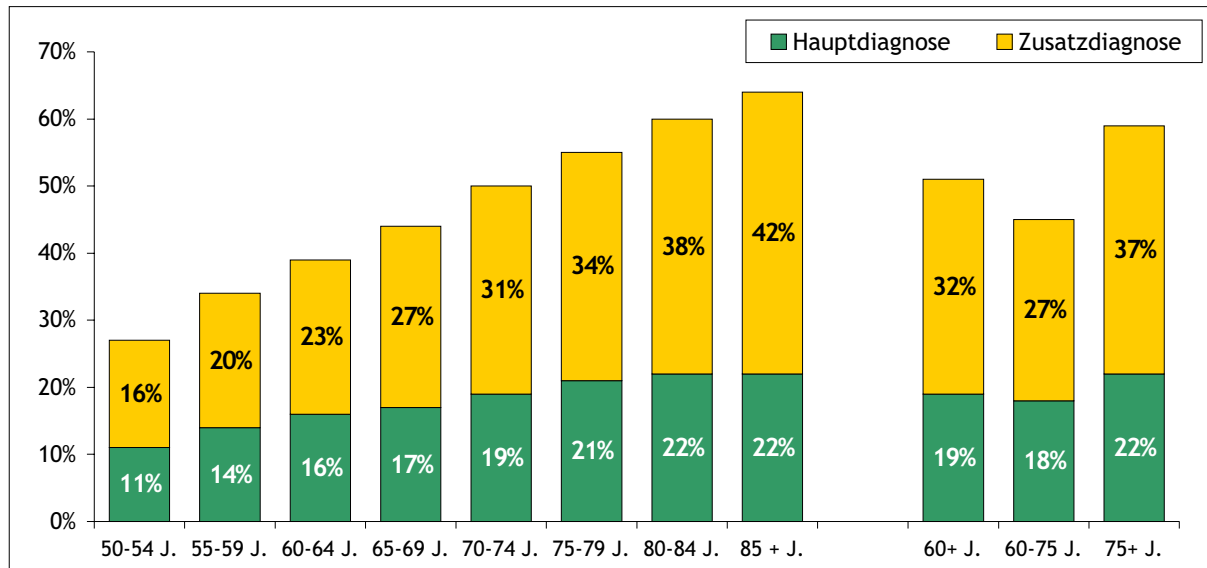
Herz-Kreislaufferkrankungen weisen prinzipiell Präventionspotenziale auf, da die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung durch die Verminderung von Risikofaktoren gesenkt werden kann. Als Risikofaktoren gelten u.a. Serum-Cholesterin, Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht und erhöhter Blutdruck. Befunden aus Deutschland zufolge weist die Hälfte der 75- bis 84-Jährigen mindestens vier kardiovaskuläre Risikofaktoren auf. Mit zunehmendem Alter ändert sich die Bedeutung der Risikofaktoren für die Entwicklung koronarer Herzkrankheiten. In den älteren Bevölkerungsgruppen gewinnen Hypertonie und Diabetes Mellitus an Bedeutung.⁹⁶

3.6.5.1. Krankenhausaufenthalte mit Herz-Kreislaufdiagnosen

Knapp 20 Prozent der Krankenhausaufenthalte von über 60-Jährigen weisen eine Herz-Kreislaufferkrankung als Hauptdiagnose (Hauptbehandlungsgrund) auf und etwas über 30 Prozent als Zusatzdiagnose (mit einer anderen Hauptdiagnose). Der Anteil mit Herz-Kreislauf-Hauptdiagnose steigt mit zunehmendem Alter von 16 Prozent bei 60- bis 64-jährigen KrankenhauspatientInnen auf 22 Prozent bei über 85-Jährigen. Deutlich stärker steigt der Anteil der Krankenhaüsfälle mit Zusatzdiagnose (von 23 auf 42 Prozent). Dies erklärt sich dadurch, dass Betroffene mit zunehmendem Alter an mehreren chronischen Erkrankungen leiden (Multimorbidität).

⁹⁶ Sachverständigenrat 2001, S. 94ff

Abbildung 67: Anteil der Krankenhausaufenthalte mit Herz-Kreislauf-Diagnose



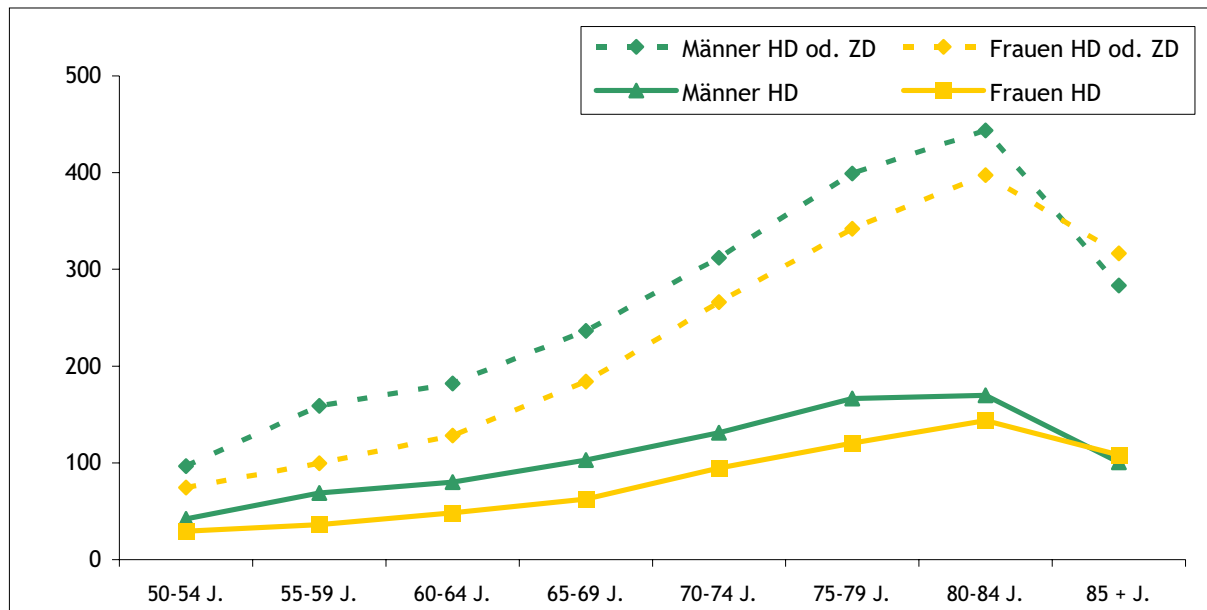
Quelle: LKF 2004; nur ÖGKK-Versicherte; Diagnosen IDC-10 I00 bis I99

Auf 1.000 über 60-Jährige entfallen innerhalb eines Jahres rund 100 Krankenhausaufenthalte mit einer Herz-Kreislauf-Hauptdiagnose (bei Männern 117/1.000 bei Frauen 92/1.000). Bezieht man die Zusatzdiagnosen ein, so entfallen auf 1.000 Personen im Alter über 60 Jahren 268 Krankenhausaufenthalte mit einer diagnostizierten Herz-Kreislauf-erkrankung (bei Männern 282/1.000, bei Frauen 259/1.000).

Die Rate der Krankenhausbehandlungsfälle mit Herz-Kreislauf-Hauptdiagnose steigt von durchschnittlich 82 Fällen pro 1.000 und Jahr bei 60- bis 75-Jährigen (Männer 101 und Frauen 66 Fälle pro 1.000) auf durchschnittlich 133 Fälle pro 1.000 bei über 75-Jährigen (Männer 152 und Frauen 124 pro 1.000). Die Raten der Männer und der Frauen nähern sich mit zunehmendem Alter an.

Unter Berücksichtigung der Zusatzdiagnosen entfallen auf 1.000 60- bis 75-Jährige pro Jahr durchschnittlich 208 Krankenhausaufenthalte mit einer diagnostizierten Herz-Kreislauf-erkrankung (bei Männern 235, bei Frauen 186 Krankenhausaufenthalte/1.000), bei den über 75-Jährigen 364/1.000 (bei Männern 386, bei Frauen 353 pro 1.000).

Abbildung 68: Krankenhausaufenthalte mit Herz-Kreislauf-Diagnose nach Altersgruppe und Geschlecht



Krankenhausaufenthalte pro 1.000 Personen; Diagnosen ICD-10 I00 bis I99; HD=Hauptdiagnose; ZD=Zusatzdiagnose; Quelle: LKF 2004; nur OÖGKK-Versicherte

3.6.5.2. Bluthochdruckerkrankungen (Hypertonie)

Bluthochdruck stellt einen wesentlichen Risikofaktor für Schlaganfall, Herzinsuffizienz und andere kardiovaskuläre Erkrankungen dar. Die Prävalenz wird in Deutschland für die Altersgruppe der über 70-Jährigen für Männer auf 40 Prozent geschätzt. Die Prävalenz bei 70- bis 85-jährigen Frauen beträgt 43 Prozent, die von über 85-jährigen Frauen 57 Prozent.

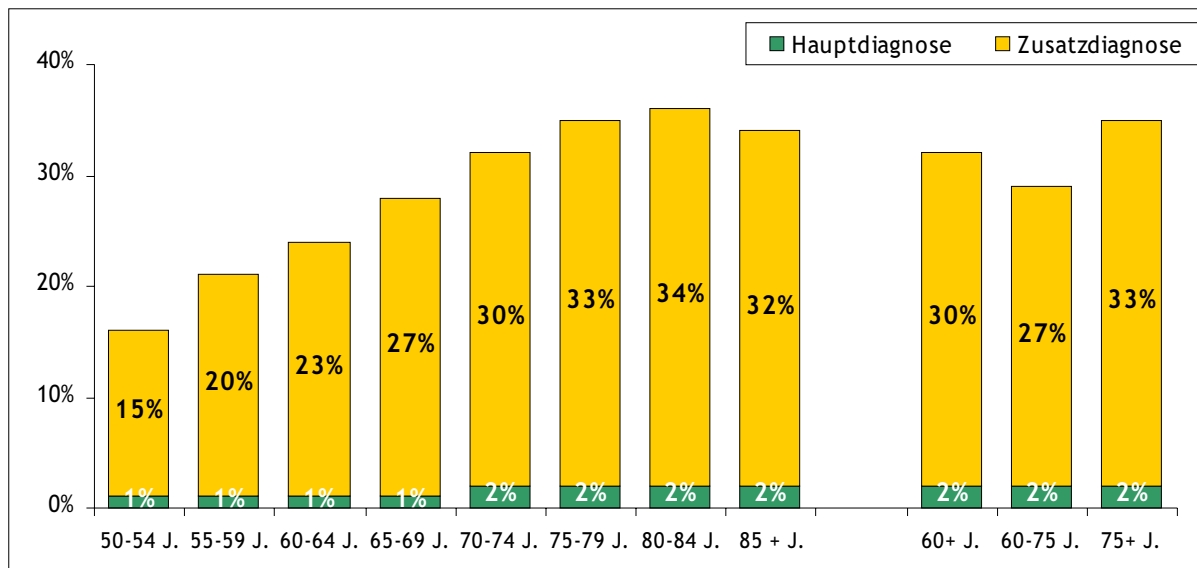
Da Hypertonie zunächst kaum spürbare Folgen aufweist, wissen viele Betroffene nicht über ihre Erkrankung bescheid. Man schätzt den Anteil der Personen mit Bluthochdruck, denen die Problematik auch bekannt ist, auf etwa 64 bis 84 Prozent.⁹⁷

Bei der Mikrozensususerhebung 1999 gaben 13 Prozent der über 60-jährigen Männer und 17 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe an, unter Hypertonie zu leiden (siehe 3.6.3).

Bei über 30 Prozent der Krankenhausaufenthalte von über 60-jährigen OberösterreicherInnen scheint Hypertonie als Diagnose auf (fast ausschließlich als Zusatzdiagnose). Der Anteil steigt von knapp einem Viertel (24 Prozent) bei den 60- bis 64-Jährigen auf mehr als ein Drittel (36 Prozent bei den Krankenhausfällen von 80- bis 84-Jährigen).

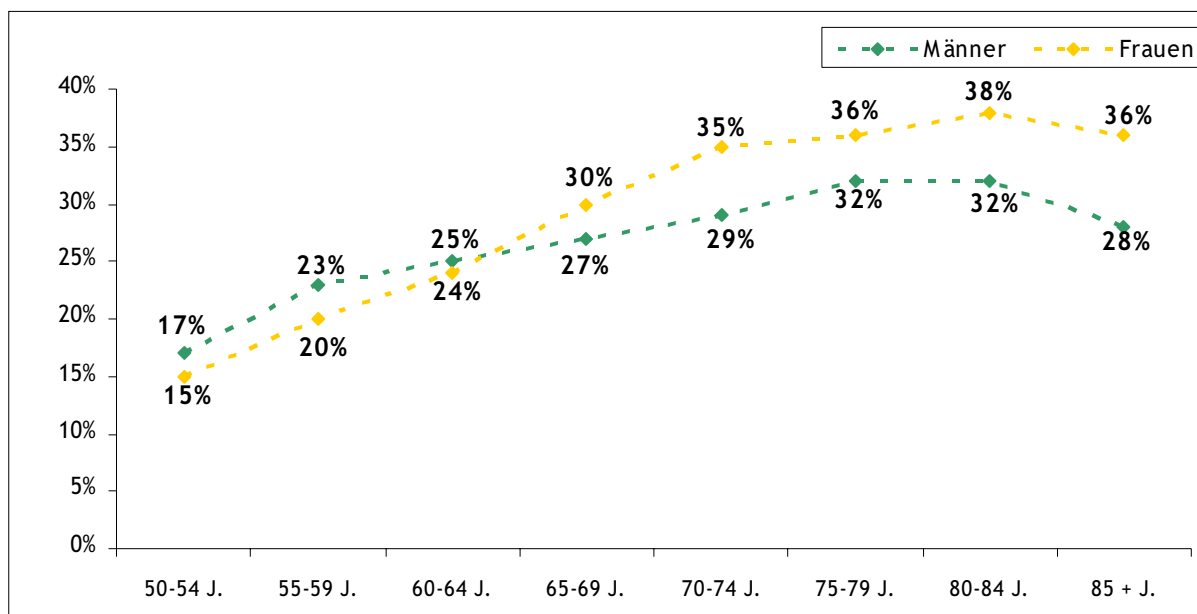
⁹⁷ Sachverständigenrat 2001, S.96

Abbildung 69: Anteil der Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Hypertonie



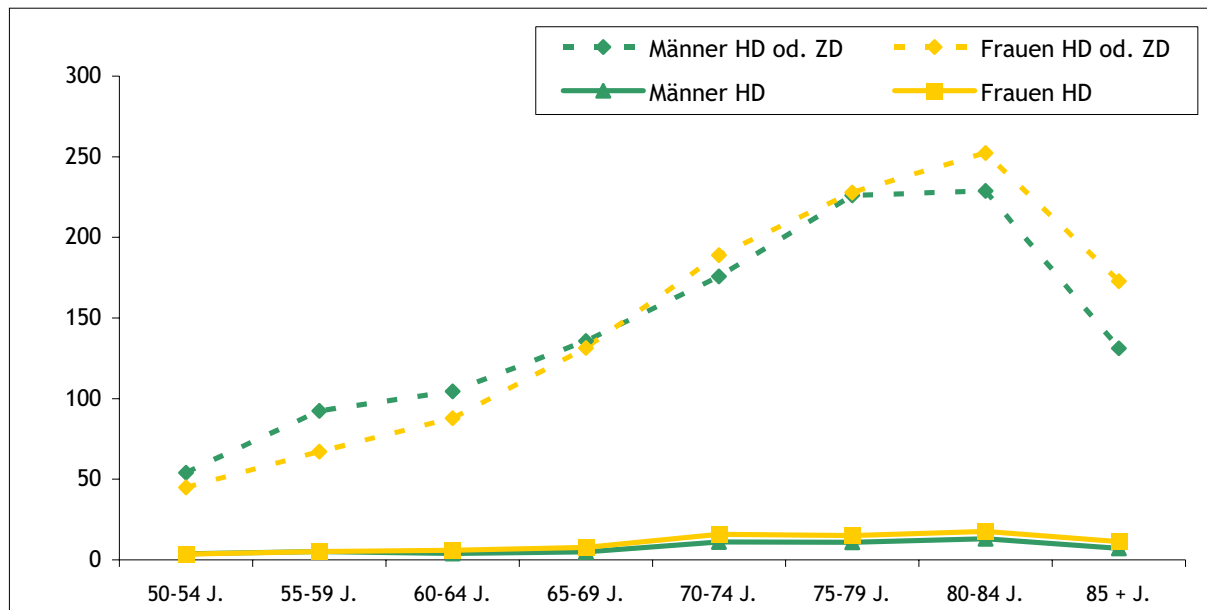
Quelle: LKF 2004; nur OÖGKK-Versicherte; Diagnosen IDC-10 I10-I15

Abbildung 70: Anteil der Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Hypertonie nach Geschlecht und Alter



Quelle: LKF 2004; nur OÖGKK-Versicherte; Diagnosen IDC-10 I10-I15

Abbildung 71: Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Hypertonie nach Altersgruppe, Geschlecht und Alter



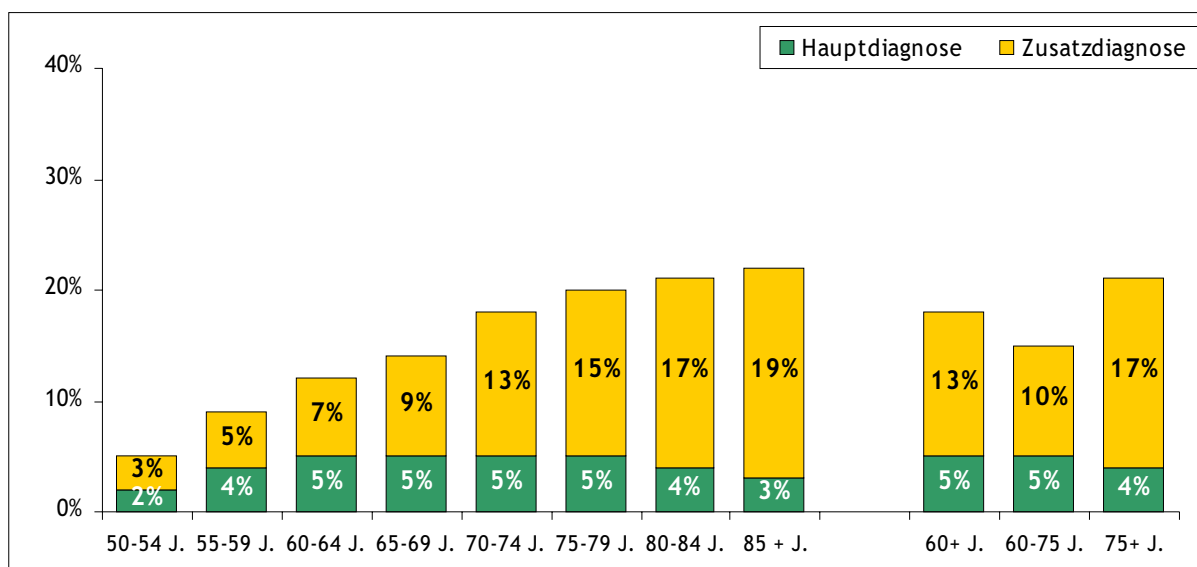
Krankenhausaufenthalte pro 1.000 Personen; Diagnosen IDC-10 I10-I15; HD=Hauptdiagnose; ZD=Zusatzdiagnose; Quelle: LKF 2004; nur OÖGKK-Versicherte

3.6.5.3. Ischämische Herzerkrankungen

Ischämische Herzkrankheiten werden durch eine mangelnde Versorgung des Herzmuskels durch Sauerstoff- und Nährstoffe infolge verminderter Blutzufuhr verursacht. Dazu zählen auch Herzinfarkt und Angina Pectoris (Herzenge).⁹⁸

Im Jahr 2004 wurde bei 18 Prozent der Krankenhausaufenthalte von über 60-Jährigen eine ischämische Herzkrankheit diagnostiziert (bei 5 Prozent als Haupt- und 13 Prozent als Zusatzdiagnose). Der Anteil steigt mit zunehmendem Alter stark an, was vor allem auf die Zunahme der Zusatzdiagnosen zurückzuführen ist. Die Krankenhausaufenthalte von 60- bis 64-Jährigen weisen zu 10 Prozent eine ischämische Herzkrankheit als Haupt- oder Zusatzdiagnose auf, die Krankenhausbefhandlungsfälle von über 85-Jährigen zu knapp 22 Prozent.

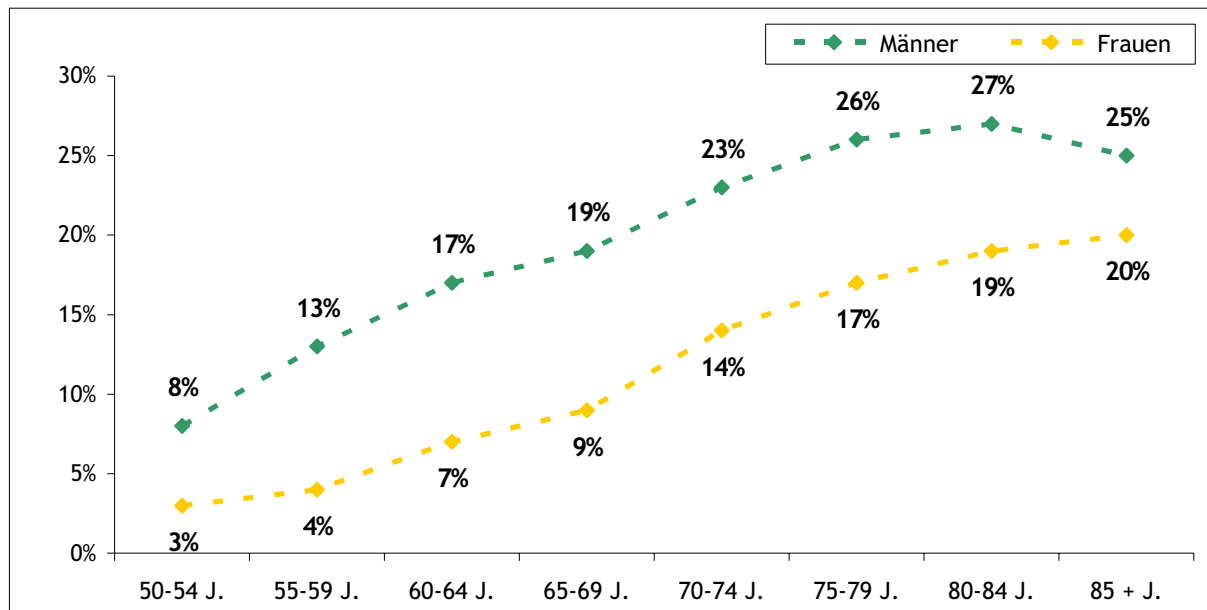
Abbildung 72: Anteil der Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter ischämischer Herzkrankheit nach Alter



Quelle: LKF 2004; nur OÖGKK-Versicherte; Diagnosen IDC-10 I20 bis I25

⁹⁸ gbebund.de

Abbildung 73: Anteil der Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter ischämischer Herzkrankheit nach Geschlecht und Alter

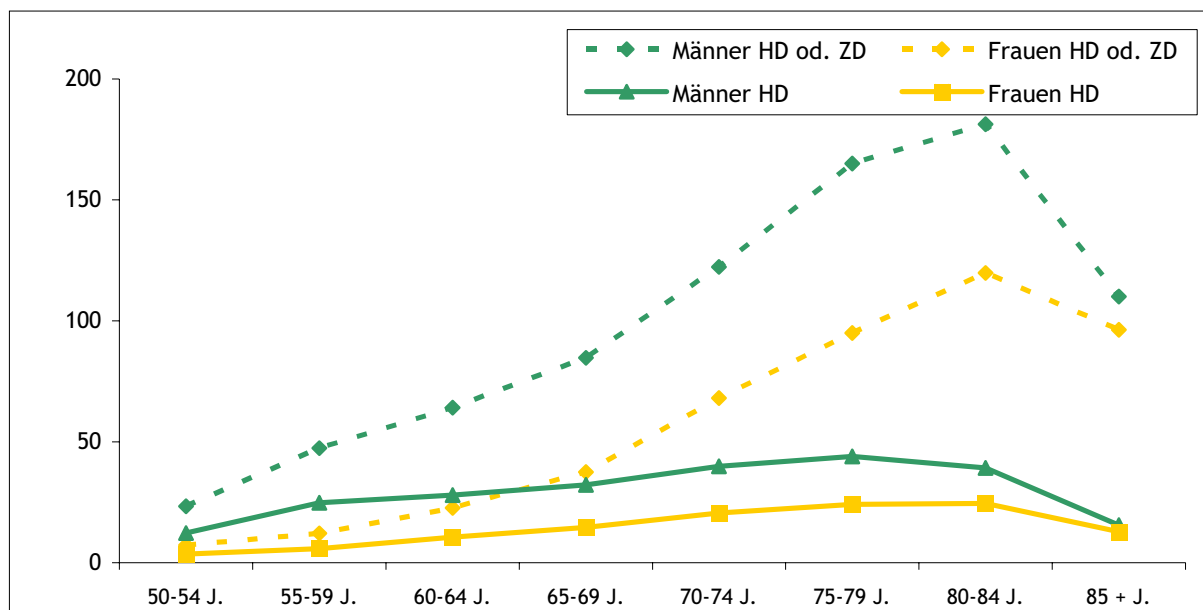


Quelle: LKF 2004; nur OÖGKK-Versicherte; Diagnosen IDC-10 I20 bis I25

Im Durchschnitt kommen auf 1.000 Männer über 60 Jahre pro Jahr 33,6 Krankenhausaufenthalte aufgrund von ischämischer Herzkrankheiten (Hauptdiagnose). Bezieht man die Zusatzdiagnose ein, so kommen auf 1.000 Männer über 60 im Durchschnitt 108,5 Krankenhausbehandlungsfälle mit der Diagnose einer ischämischen Herzkrankheit.

Bei den Frauen über 60 betragen die Raten 17,4 Krankenhausaufenthalte/1.000 bei alleiniger Berücksichtigung der Hauptdiagnose und 68,3/1.000 bei Einbeziehung der Zusatzdiagnosen.

Abbildung 74: Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter ischämischer Herzkrankheit nach Altersgruppe, Geschlecht und Alter

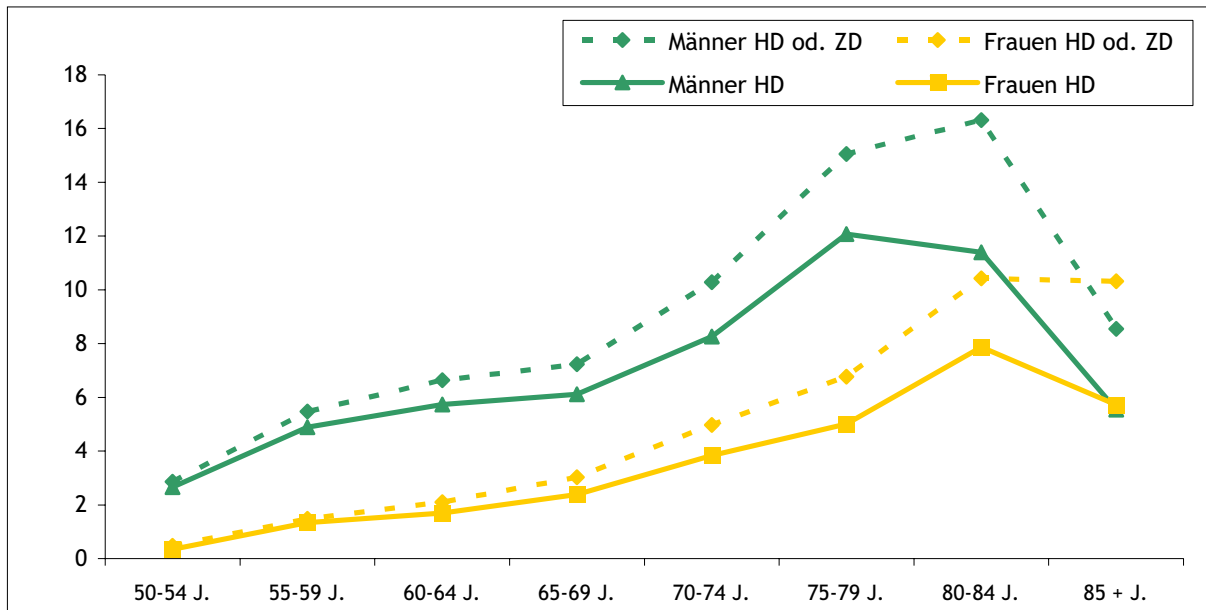


Krankenhausaufenthalte pro 1.000 Personen; Diagnosen ICD-10 I20 bis I25; HD=Hauptdiagnose; ZD=Zusatzdiagnose; Quelle: LKF 2004; nur OÖGKK-Versicherte

3.6.5.4. Herzinfarkt

Auf 1.000 über 60-jährige Männer kommen durchschnittlich 7,7 Krankenhausaufenthalte aufgrund eines Herzinfarktes (Hauptdiagnose „Akuter Myokardinfarkt“), auf 1.000 Frauen dieser Altersgruppe 4,15 Krankenhausaufenthalte.

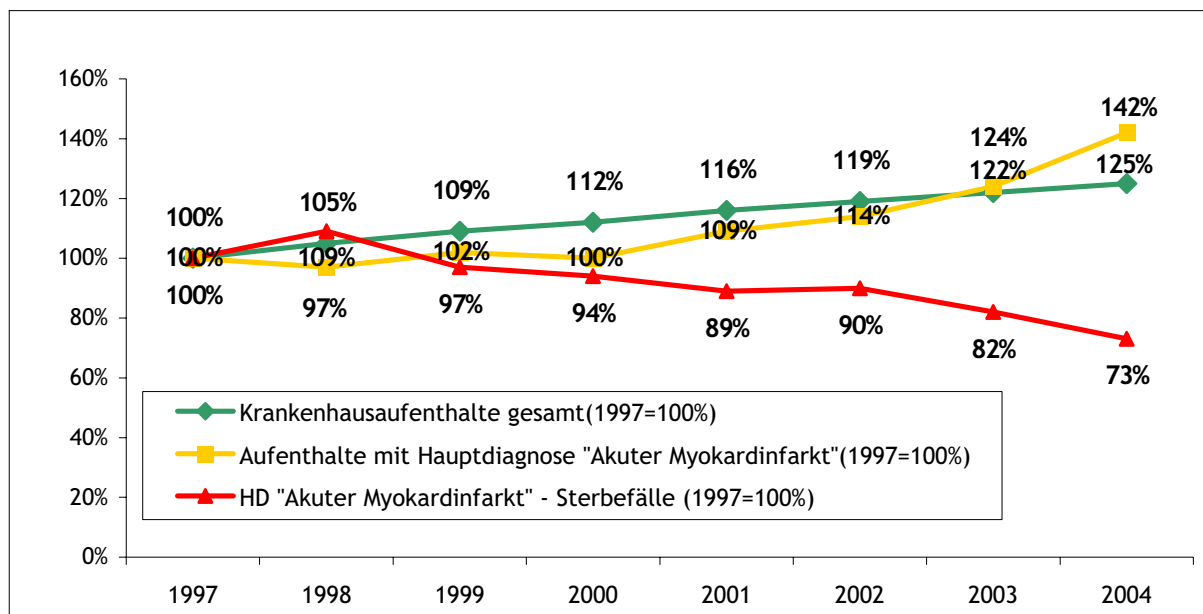
Abbildung 75: Krankenhausaufenthalte mit Diagnose Herzinfarkt nach Altersgruppe und Geschlecht



Krankenhausaufenthalte pro 1.000 Personen; Diagnosen ICD-10 I21; HD=Hauptdiagnose; ZD=Zusatzdiagnose; Quelle: LKF 2004; nur ÖGKK-Versicherte

1997 schienen 21 Prozent der Krankenhausaufenthalte mit der Hauptdiagnose „Akuter Myokardinfarkt“ als Sterbefälle auf. Bis 2004 ist der Anteil auf 11 Prozent gesunken. Im Zeitraum zwischen 1997 und 2004 stieg die Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte mit einer Herzinfarkt-Hauptdiagnose um 42 Prozent, während die Anzahl der Krankenhausaufenthalte insgesamt um 25 Prozent zunahm. Obwohl die Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte mit einer Herzinfarkt-Hauptdiagnose zunahm, sank die Anzahl der Sterbefälle im Krankenhaus um mehr als ein Viertel.

Abbildung 76: Krankenhausaufenthalte mit Diagnose Herzinfarkt:

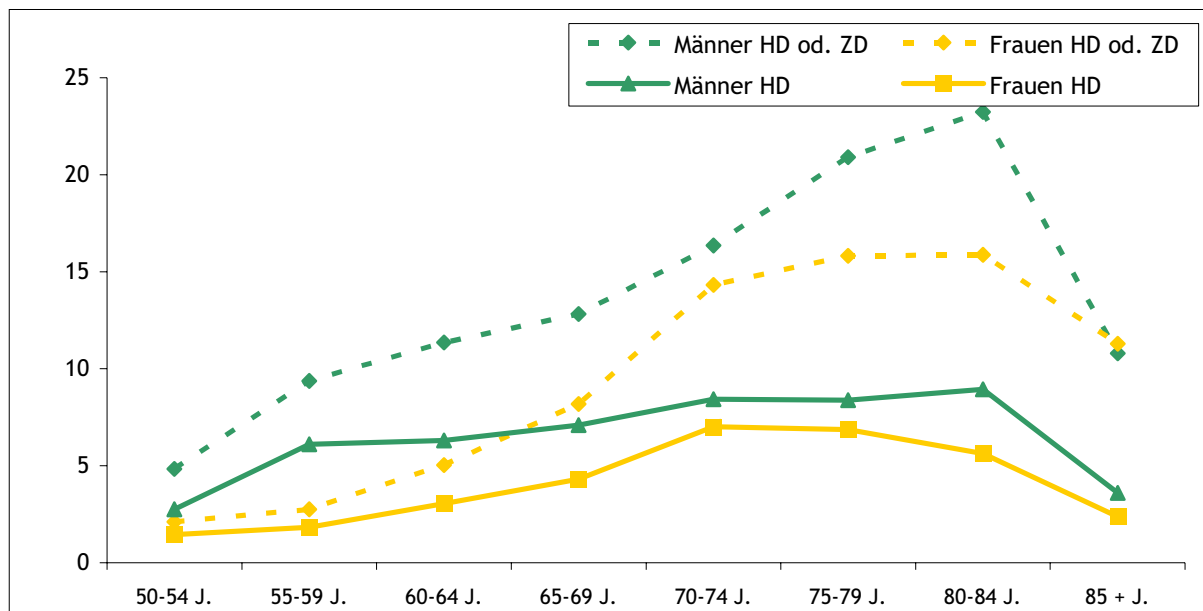


Krankenhausaufenthalte pro 1.000 Personen; Diagnosen IDC-10 I21
 Quelle: LKF 2004; nur OÖGKK-Versicherte

3.6.5.5. Angina Pectoris

Bei Männern kommen auf 1.000 über 60-Jährige 7,24 Krankenhausaufenthalte mit der Hauptdiagnose „Angina Pectoris“, bei Frauen 4,8/1.000.

Abbildung 77: Krankenhausaufenthalte mit Diagnose Angina Pectoris nach Altersgruppe und Geschlecht



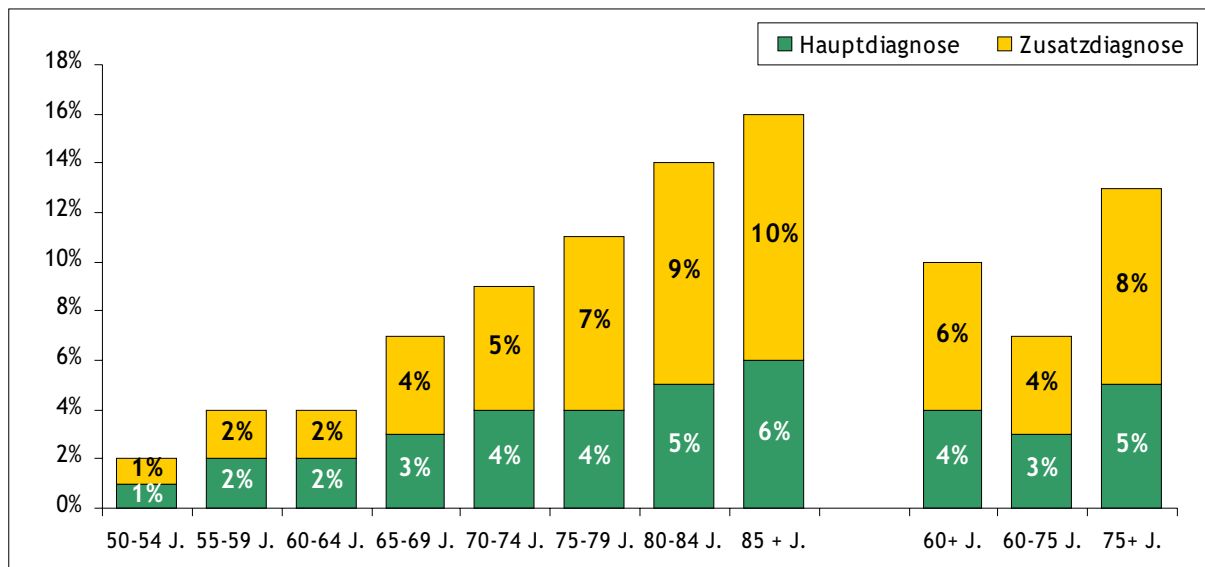
Krankenhausaufenthalte pro 1.000 Personen; Diagnosen ICD-10 I20; HD=Hauptdiagnose; ZD=Zusatzdiagnose; Quelle: LKF 2004; nur ÖGKK-Versicherte

3.6.5.6. Hirngefäßerkrankungen

Zu den Hirngefäßerkrankungen zählen vor allem Schlaganfall, Hirninfarkt, Blutungen im Gehirn, aber auch Verschlüsse der Gehirnarterien etc. Die häufigste Ursache stellt Arteriosklerose dar.

2004 wiesen 10 Prozent der Krankenhausaufenthalte von Personen über 60 Jahren eine Diagnose von Hirngefäßerkrankungen auf (4 Prozent als Hauptdiagnose und 6 Prozent als Zusatzdiagnose). Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil stark an (von 4 Prozent bei 60- bis 64-Jährigen auf 16 Prozent bei über 85-Jährigen).

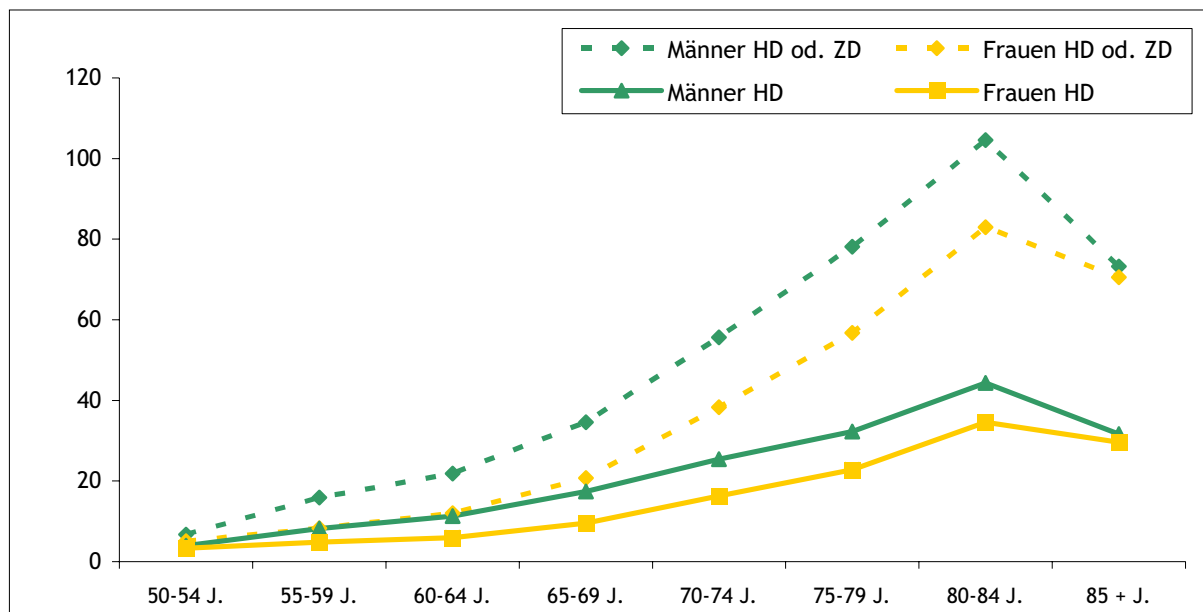
Abbildung 78: Anteil der Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Hirngefäßerkrankung



Quelle: LKF 2004; nur OÖGKK-Versicherte; Diagnosen IDC-10 I60-I69

Im Durchschnitt kommen pro Jahr auf 1.000 über 60-jährige Männer 22,9 Krankenhausaufenthalte aufgrund von Hirngefäßerkrankungen (Hauptdiagnose). Bei Frauen beträgt die Rate 18,4/1.000.

Abbildung 79: Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Hirngefäßkrankung nach Altersgruppe und Geschlecht



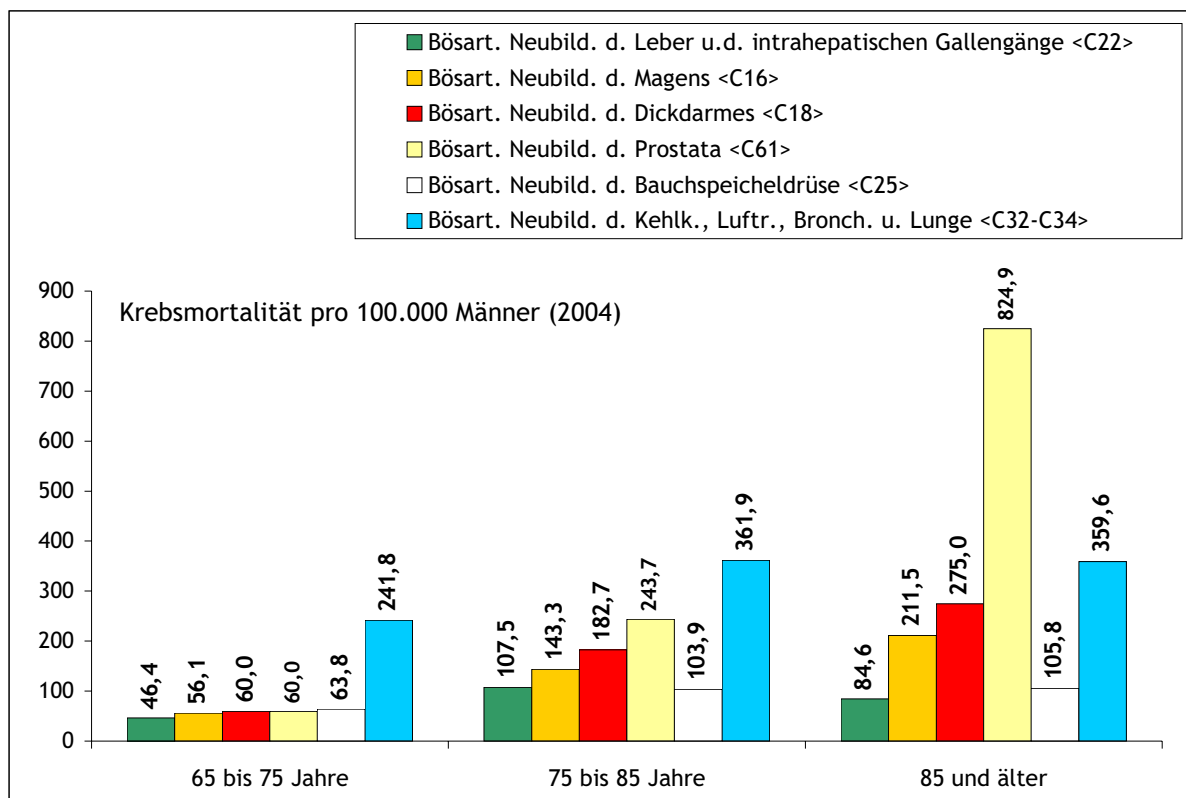
Krankenhausaufenthalte pro 1.000 Personen; Diagnosen ICD-10 I60-I69; HD=Hauptdiagnose; ZD=Zusatzdiagnose; Quelle: LKF 2004; nur OÖGKK-Versicherte

3.6.6. Bösartige Neubildungen

3.6.6.1. Krebsmortalität

Beinahe jeder dritte Sterbefall ist bei oberösterreichischen Männern zwischen 65 und 75 Jahren auf die Todesursachengruppe „bösartige Neubildungen“ zurückzuführen. In der Altersgruppe der 75- bis 85-Jährigen sind etwa ein Viertel aller Todesfälle auf bösartige Neubildungen zurückzuführen. Bei den über 85-jährigen Männern ist nur noch in 16 Prozent aller Todesfälle des Jahres 2004 Krebs die diagnostizierte Todesursache.

Abbildung 80: Krebsmortalität Männer

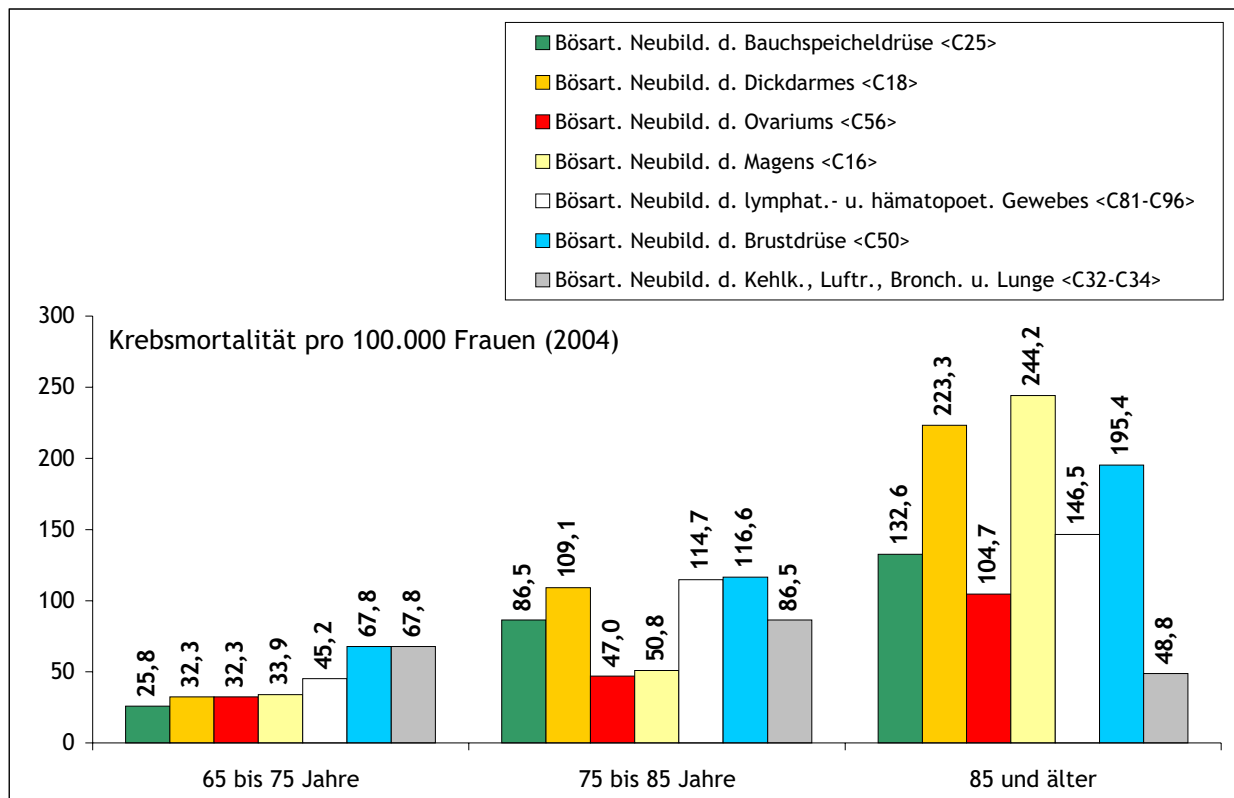


Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004 (eigene Berechnungen)

Bei Männern spielt in allen hier betrachteten Altersgruppen die Mortalität in Folge bösartiger Neubildungen des Kehlkopfes, Luftröhre, Bronchien und Lunge eine bedeutende Rolle. Mit zunehmendem Alter gewinnt die Mortalität in Folge von Prostatakrebs an Bedeutung: Während die Mortalität in der Altersgruppe der 65- bis 75-Jährigen noch bei ‚nur‘ 60 Fällen pro 100.000 Männern liegt, sind es bei den 75- bis 85-Jährigen bereits 244 Fälle pro 100.000 und bei den über 85-Jährigen gar bei 825 Fällen pro 100.000 Oberösterreichern.

Knapp 40 Prozent aller Todesfälle sind bei Frauen der Altersgruppe zwischen 65 und 75 Jahren auf bösartige Neubildungen zurückzuführen. Deutlich geringer ist der Anteil der Sterbefälle mit Todesursache bösartige Neubildungen in der Altersgruppe der 75- bis 85-jährigen Oberösterreicherinnen: Etwa ein Fünftel aller Todesfälle des Jahres 2004 waren Todesfälle mit der Ursache Krebs. Bei den über 85-jährigen Frauen war „nur“ jeder zehnte Todesfall ein Krebstod.

Abbildung 81: Krebsmortalität Frauen



Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004 (eigene Berechnungen)

Insgesamt ist die Krebsmortalität bei Frauen niedriger als jene bei Männern.

In allen hier betrachteten Altersgruppen spielt die Mortalität in Folge von Brustkrebs eine bedeutende Rolle: Bei den 65- bis 75-Jährigen liegt die Mortalität bei 68 Fällen pro 100.000, bei den 75- bis 85-Jährigen bei 117 Fällen pro 100.000 und bei den über 85-Jährigen bei 195 Fällen pro 100.000 Oberösterreicherinnen.

In der Altersgruppe der 65- bis 75-Jährigen spielt auch die Mortalität in Folge bösartiger Neubildungen des Kehlkopfes, Luftröhre, Bronchien und Lunge (68 Fälle/100.000) und bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes (45 Fälle/100.000) eine bedeutende Rolle.

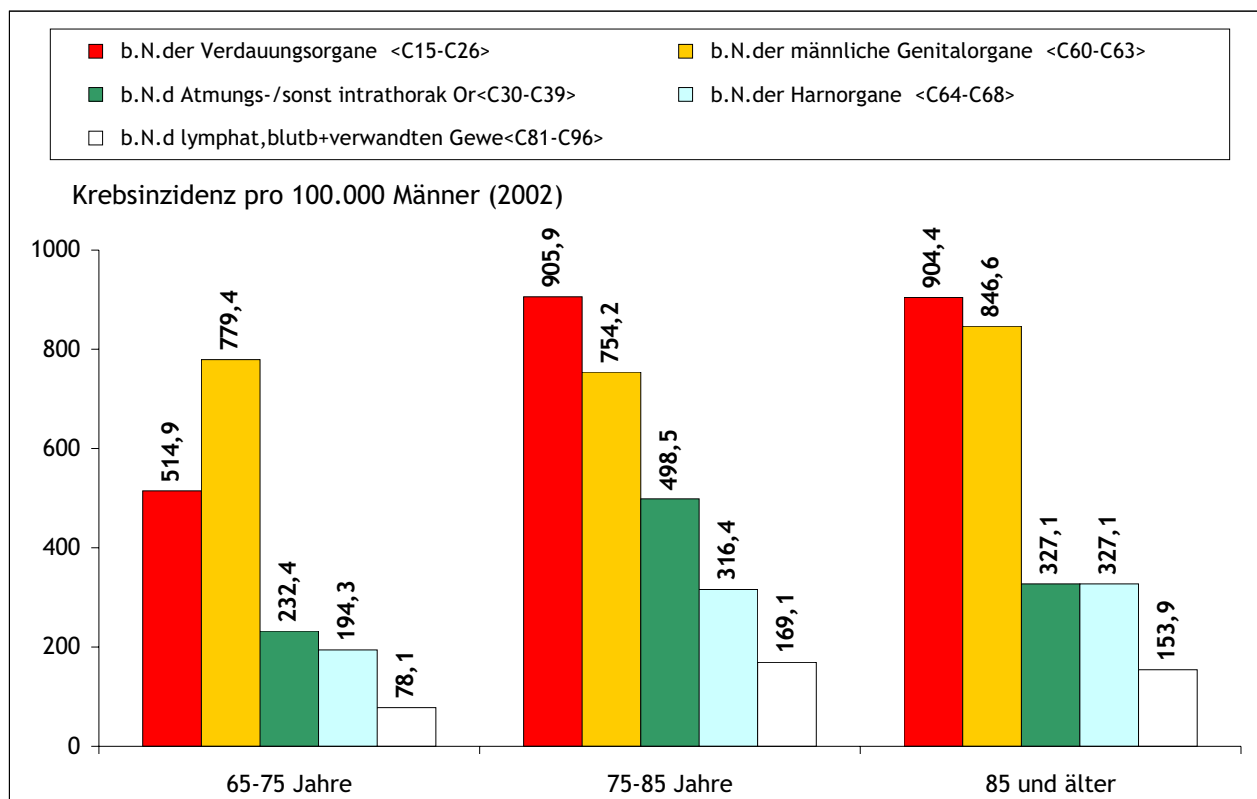
In der Altersgruppe der 75- bis 85-Jährigen ist neben der Brustkrebsmortalität und der Mortalität in Folge bösartiger Neubildungen des lymphatischen und hämatopoeti-

schon Gewebes (114 Fälle/100.000) auch jene des Dickdarmkrebs relativ hoch: Auf 100.000 Oberösterreicherinnen kommen 109 Todesfälle mit dieser Todesursache.

3.6.6.2. Krebsinzidenz

In nachfolgender Abbildung 82 sind die Neuerkrankungsfälle der bedeutendsten Krebsarten bei Männern aus dem Jahr 2002 angeführt.

Abbildung 82: Krebsinzidenz Männer



Quelle: Statistik Austria, ISIS-Datenbank (eigene Berechnungen)

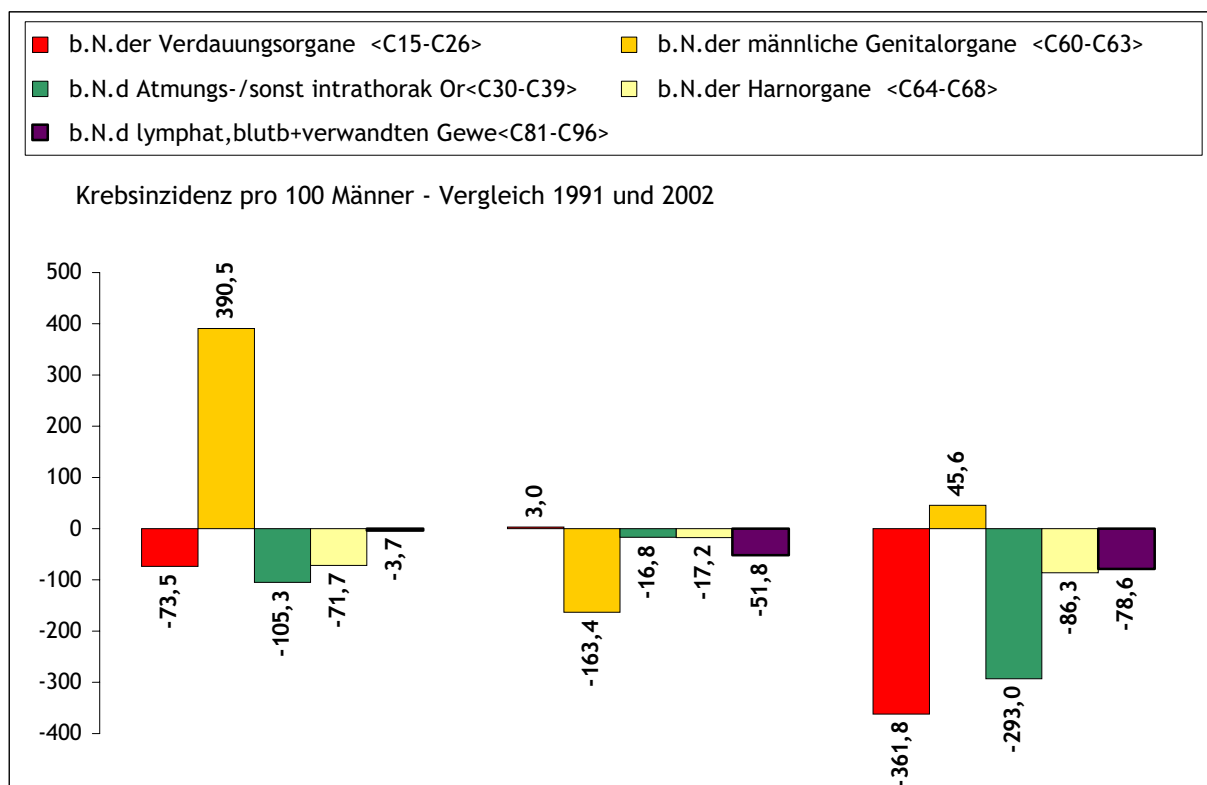
In der Altersgruppe der 65- bis 75-Jährigen kamen auf 100.000 Oberösterreicher knapp 780 bösartige Neubildungen der Genitalorgane, etwa 515 bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane, zirka 232 bösartige Neubildungen der Atmungsorgane, etwa 194 bösartige Neubildungen der Harnorgane und 78 bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes.

Bei den 75- bis 85-Jährigen erkrankten im Jahr 2002 knapp 906 Oberösterreicher pro 100.000 Einwohner dieser Altersgruppe an bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane, etwa 754 an bösartigen Neubildungen der Genitalorgane, knapp 500 an bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane, etwa 316 an bösartigen Neubildungen der Harnorgane und 169 an bösartigen Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes.

Wie auch bei den 75- bis 85-jährigen Männern erkrankten in der Altersgruppe der über 85-Jährigen im Jahr 2002 am häufigsten an bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane (904 Fälle/100.000), gefolgt von bösartigen Neubildungen der Genitalorgane (847 Fälle/100.000), bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane sowie bösartigen Neubildungen der Harnorgane (jeweils 327 Fälle/100.000) und bösartigen Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes (154 Fälle/100.000).

In der nachfolgende Abbildung 83 wird die jeweilige Krebsinzidenzrate des Jahres 1991 jener aus dem Jahr 2002 gegenübergestellt.

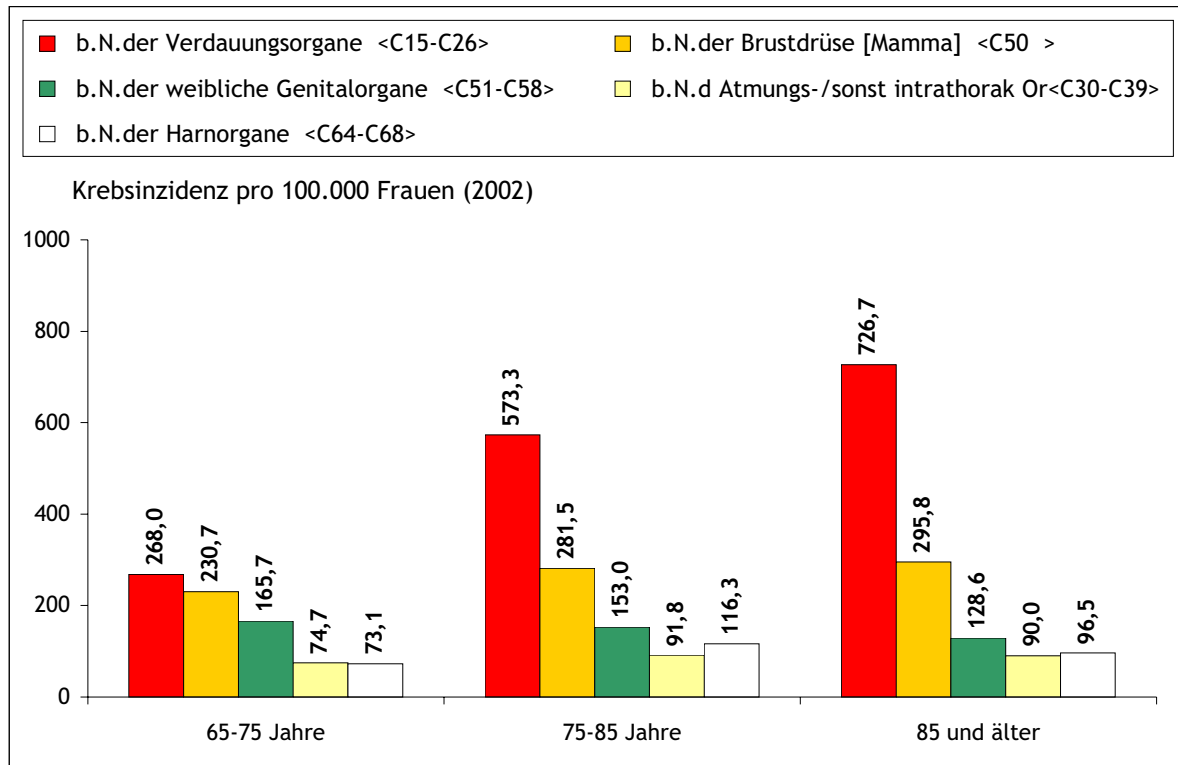
Abbildung 83: Veränderungen der Krebsinzidenz - Männer



Quelle: Statistik Austria, ISIS Datenbank (eigene Berechnungen)

Beinahe bei allen betrachteten Krebsarten in den jeweiligen Altersgruppen ist ein Rückgang der Krebsneuerkrankungsraten festzustellen. Ausnahmen bilden die bösartigen Neubildungen der Genitalorgane in den Altersgruppen der 65- bis 75-jährigen Männer (+ 391 Fälle/100.000) und der über 85-jährigen Männer (+ 46 Fälle/100.000).

Abbildung 84: Krebsinzidenz Frauen

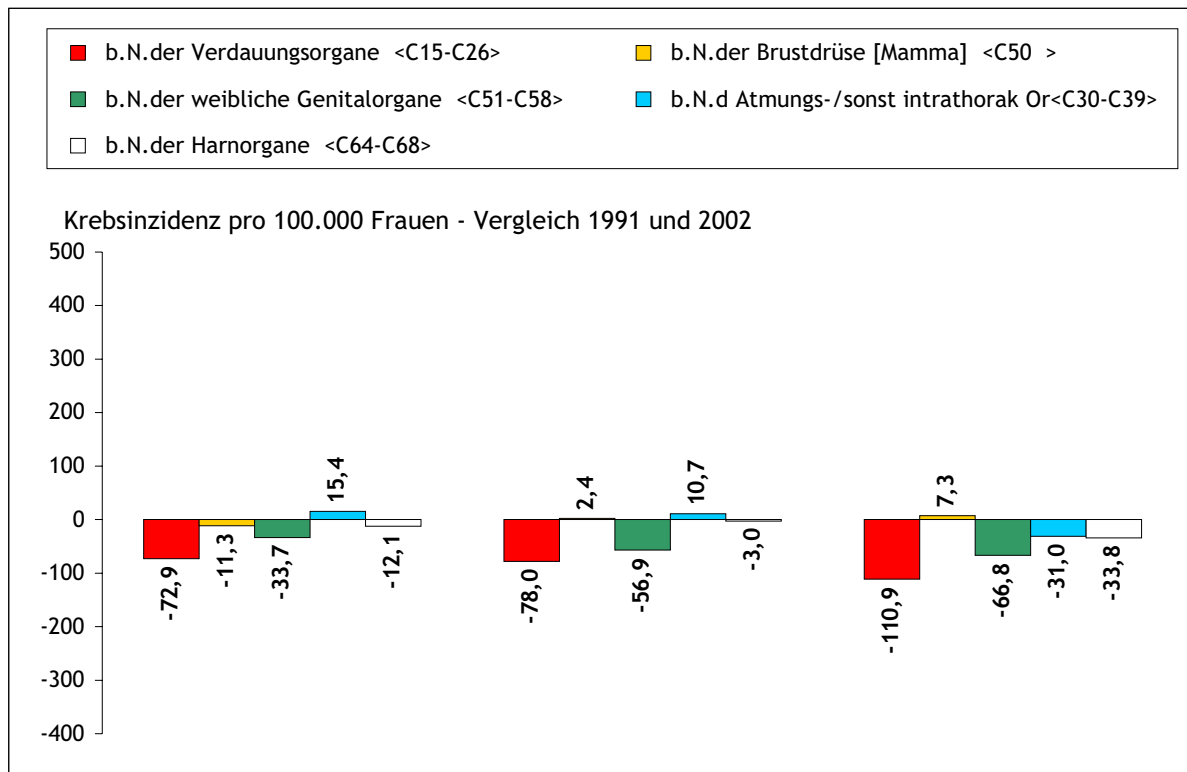


Quelle: Statistik Austria, ISIS Datenbank (eigene Berechnungen)

Die Krebsneuerkrankungsraten bei Frauen sind deutlich niedriger als bei den Männern. In allen drei betrachteten Altersgruppen dominieren bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane, wenngleich in stark differierendem Ausmaß. In der Altersgruppe der 65- bis 75-Jährigen sind im Jahr 2002 268 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Frauen aufgetreten, bei den 75- bis 85-Jährigen waren es 573 Fälle pro 100.000 und bei den über 85-Jährigen 727 Fälle pro 100.000 Frauen. Eine über alle betrachteten Altersgruppen relativ konstante Größe stellt die Krebsinzidenzrate beim Brustkrebs dar: Im Jahr 2002 erkrankten bei den 65- bis 75-jährigen Frauen 231 pro 100.000, bei den 75- bis 85-Jährigen 282 pro 100.000 und bei den über 85-Jährigen 296 pro 100.000. Am dritthäufigsten waren im Jahr 2002 bösartige Neubildungen der Genitalorgane: Bei den 65- bis 75-Jährigen kamen auf 100.000 Frauen 166 Neuerkrankungen, bei den 75- bis 85-Jährigen 153 und bei den über 85-Jährigen 127 Fälle auf 100.000 Frauen.

In nachfolgender Abbildung 85 wird die jeweilige Krebsinzidenzrate des Jahres 1991 jener aus dem Jahr 2002 gegenübergestellt.

Abbildung 85: Veränderungen der Krebsinzidenz - Frauen



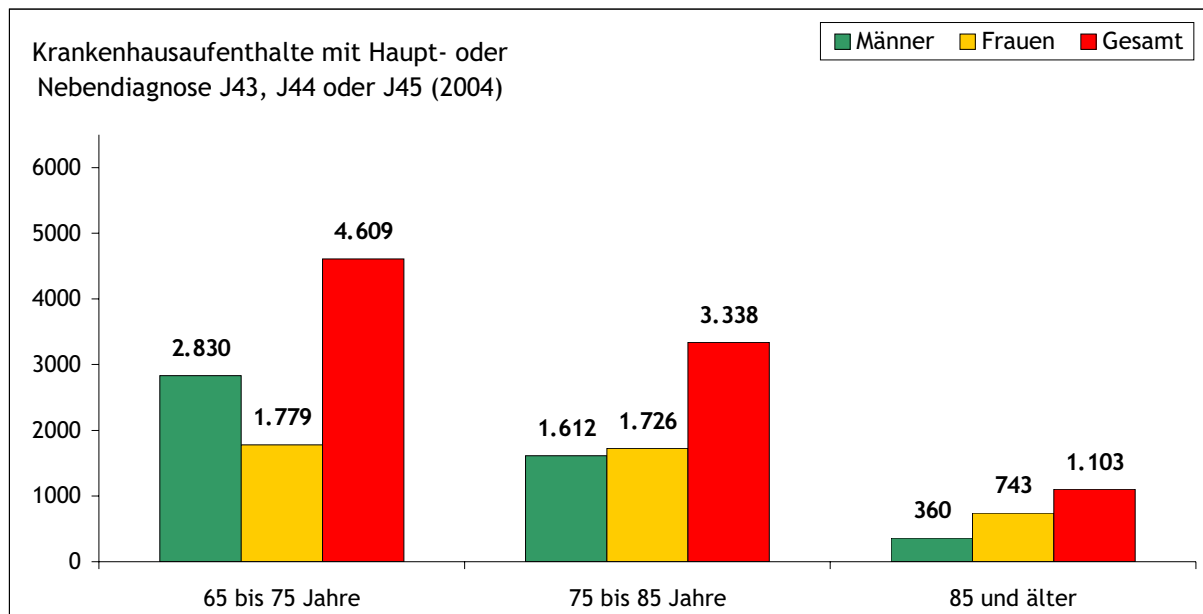
Quelle: Statistik Austria/SIS Datenbank (eigene Berechnungen)

Beinahe bei allen Krebsarten ist ein - wenn auch sehr geringer - Rückgang der Inzidenzraten festzustellen. Noch am deutlichsten ist der Rückgang bei den bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane: Dieser liegt in allen betrachteten Altersgruppen zwischen minus 73 und minus 111 Fällen pro 100.000 Oberösterreicherinnen. Ein minimaler Anstieg ist bei den bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane in den Altersgruppen der 65- bis 75-Jährigen (+ 15 Fälle/100.000) und der 75- bis 85-Jährigen (+ 11 Fälle/100.000) abzulesen.

3.6.7. Atemwegserkrankungen

Im Jahr 2004 wurde bei insgesamt 9.050 Krankenhausaufenthaltsfällen von über 65-jährigen OberösterreicherInnen⁹⁹ in Haupt- oder einer der Nebendiagnosen eine chronische Atemwegserkrankung¹⁰⁰ vermerkt (siehe Abbildung 86).

Abbildung 86: Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierten Atemwegserkrankungen - Fälle



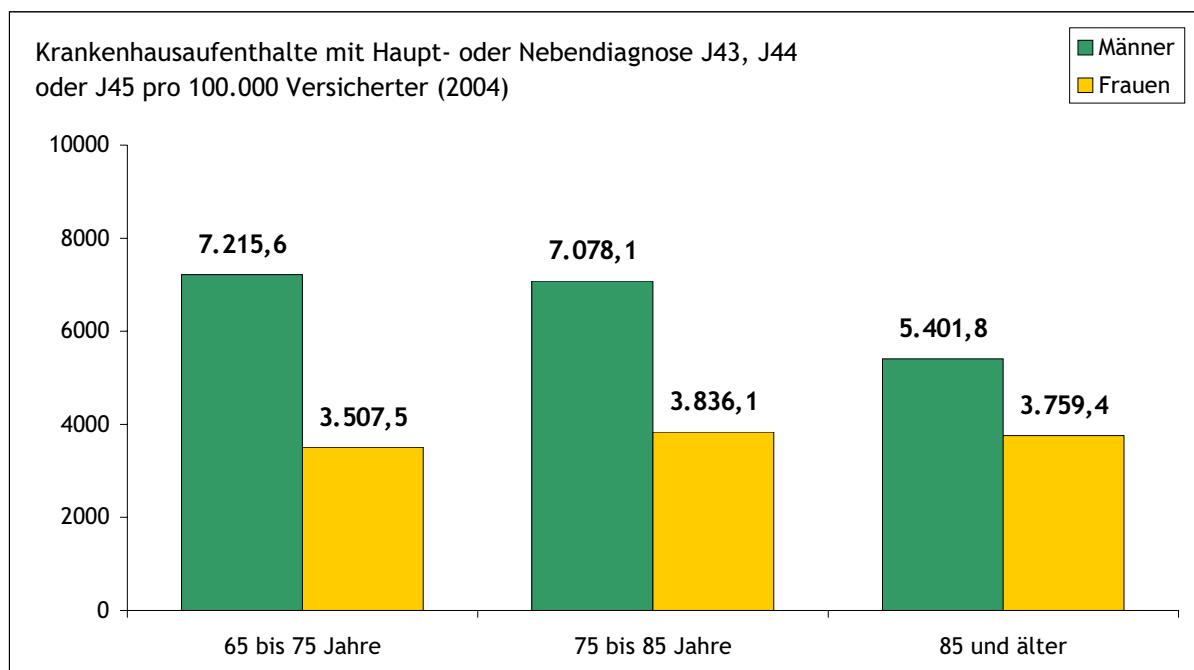
Quelle: LKF-Daten 2004, nur Versicherte der OÖGKK

⁹⁹ Die bei der OÖGKK versichert sind

¹⁰⁰ J43 = Lungenemphysem und/oder J44 = sonstige COPD und/oder J45 = Asthma bronchiale

In folgender Abbildung sind die Krankenhausaufenthalte, bei denen eine oder mehrere der relevanten Diagnosen vermerkt wurden, nach Geschlecht pro 100.000 Versicherte der OÖGKK angeführt.

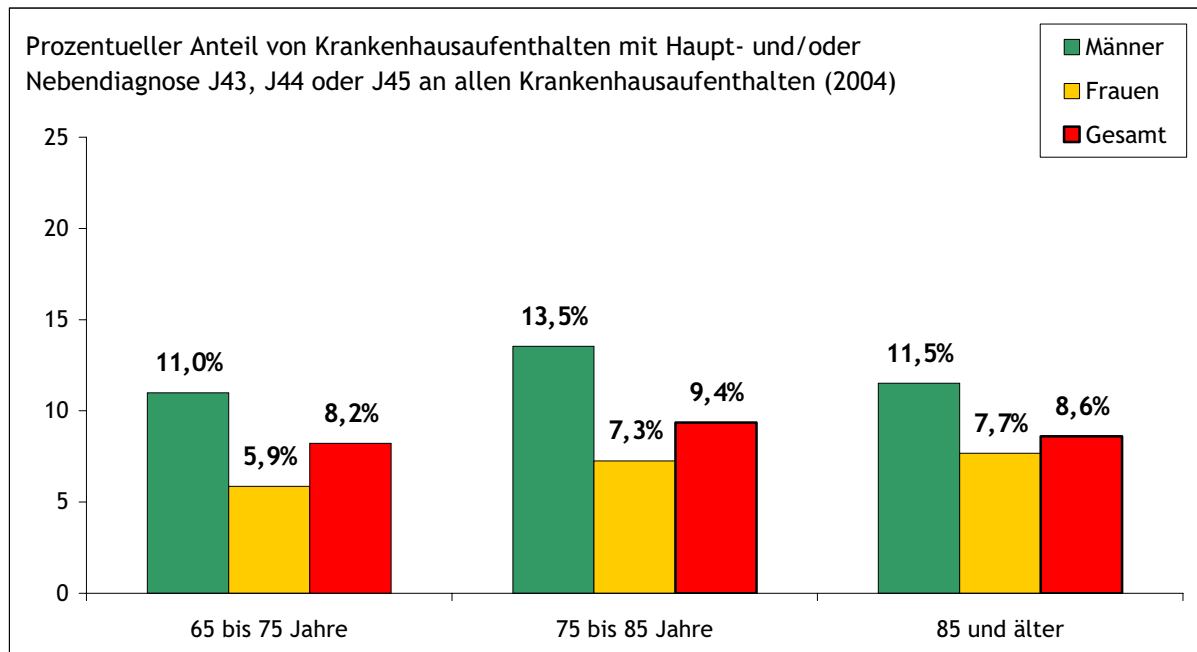
Abbildung 87: Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierten Atemwegserkrankungen - Fälle/100.000



Quelle: LKF-Daten 2004, nur Versicherte der OÖGKK (eigene Berechnungen)

Bei den 65- bis 75-jährigen Männern kommen auf 100.000 Versicherte zirka 7.216 Krankenhausaufenthalte mit Haupt- oder Nebendiagnose einer chronischen Atemwegserkrankung, während es bei den Frauen der gleichen Altersgruppe etwa nur halb so viele sind (3.508 Fälle/100.000). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den 75- bis 85-Jährigen: Bei den Männern kommen auf 100.000 Versicherte 7.078 Krankenhausaufenthalte, während es bei den Frauen nur etwa 3.836 Fälle pro 100.000 Versicherte sind. In der Altersgruppe der über 85-Jährigen ist der Unterschied nicht mehr ganz so groß: Auf 100.000 versicherte Männer dieser Altersgruppe kommen 5.402 Krankenhausaufenthalte, und auf 100.000 versicherte Frauen kommen 3.759 Krankenhausaufenthalte mit einer relevanten Haupt- oder Nebendiagnose.

Abbildung 88: Anteil der Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierten Atemwegserkrankungen



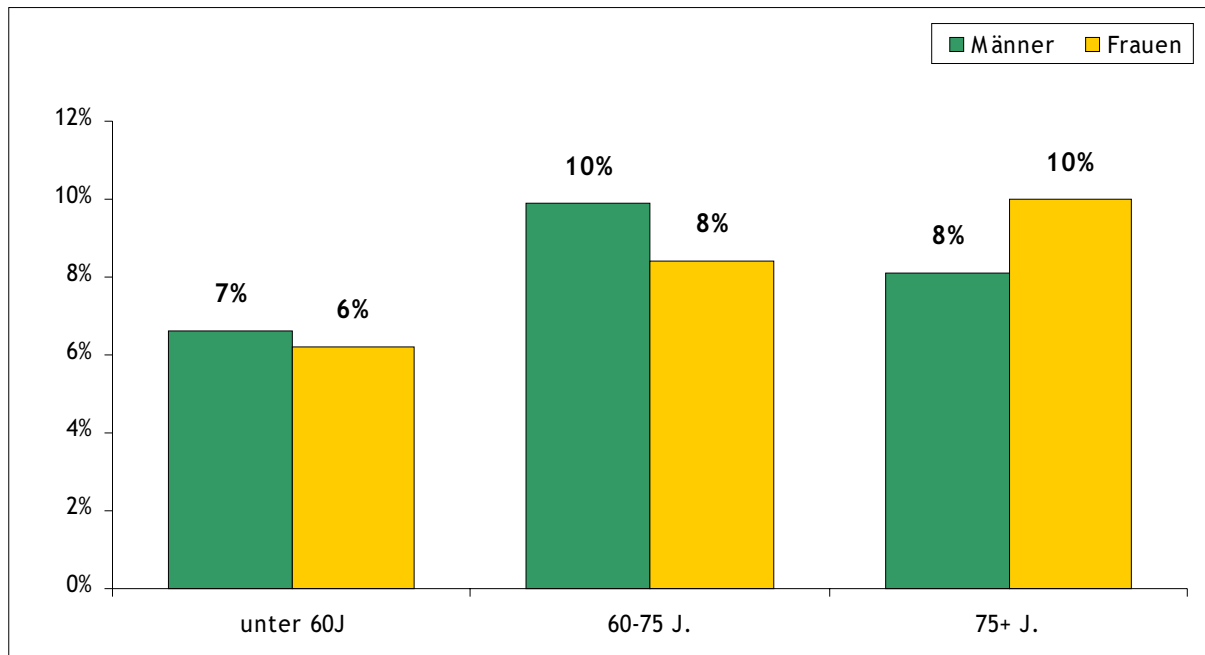
Quelle: LKF-Daten 2004, nur Versicherte der ÖÖGKK (eigene Berechnungen)

Bei 11 von 100 Krankenhausaufenthalten von Männern zwischen 65 und 75 Jahren wurde in der Haupt- oder Nebendiagnose eine Atemwegserkrankung diagnostiziert, während dies bei Frauen dieser Altersgruppe nur in etwa 6 Prozent der Krankenhausaufenthalte der Fall ist. In der Altersgruppe der 75- bis 85-Jährigen wurde im Jahr 2004 bei 13,5 Prozent der Krankenhausaufenthalte von Männern und bei 7,3 Prozent der Krankenhausaufenthalte von Frauen eine derartige Erkrankung diagnostiziert. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei den über 85-Jährigen: Bei 11,5 Prozent der Krankenhausaufenthalte von Männern und bei 7,7 Prozent der Krankenhausaufenthalte von Frauen wurde eine Atemwegserkrankung in Haupt- oder Nebendiagnose festgehalten.

3.6.8. Erkrankungen des Bewegungsapparates

Laut Mikrozensus 1999 leiden rund 8 bis 10 Prozent der älteren Menschen unter chronischen Schäden der Wirbelsäule.

Abbildung 89: Chronische Schäden der Wirbelsäule



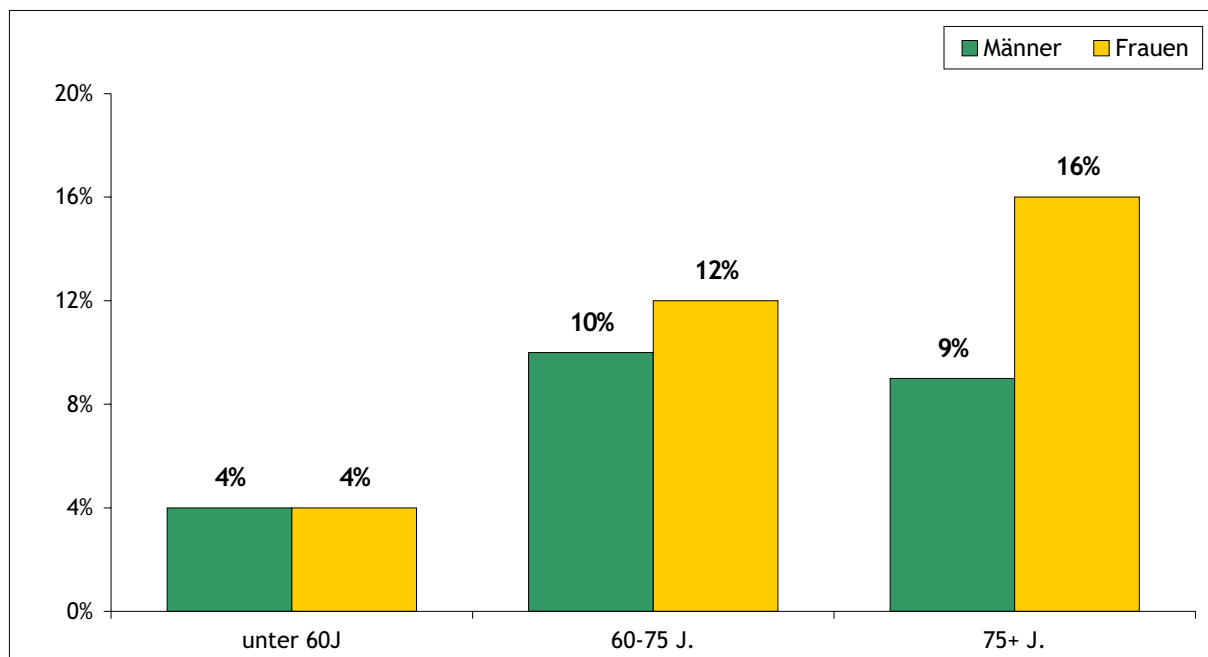
Bevölkerung in OÖ. Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3, eigene Berechnungen

Chronische Erkrankungen der Gelenke nehmen mit steigendem Alter zu, insbesondere bei Frauen. 12 Prozent der 60- bis 75-jährigen und 16 Prozent der über 75-jährigen Frauen leiden darunter. Von den Männern dieser Altersgruppe sind etwa 10 Prozent betroffen.

Unter Gelenksrheumatismus leiden 2 bis 3 Prozent der 60- bis 75-jährigen SeniorInnen. In der Gruppe der über 75-Jährigen sind 5 Prozent der Frauen und 3 Prozent der Männer betroffen.

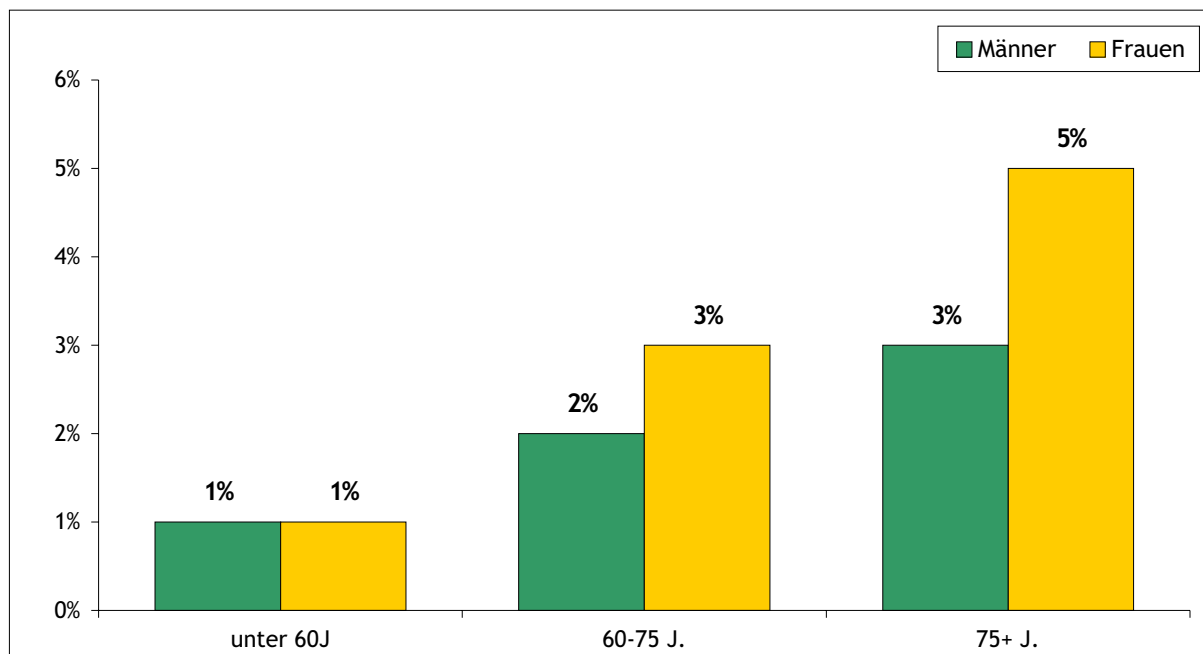
Abbildung 90: Chronische Erkrankungen der Gelenke



Bevölkerung in OÖ. Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3, eigene Berechnungen

Abbildung 91: Chronischer Gelenksrheumatismus



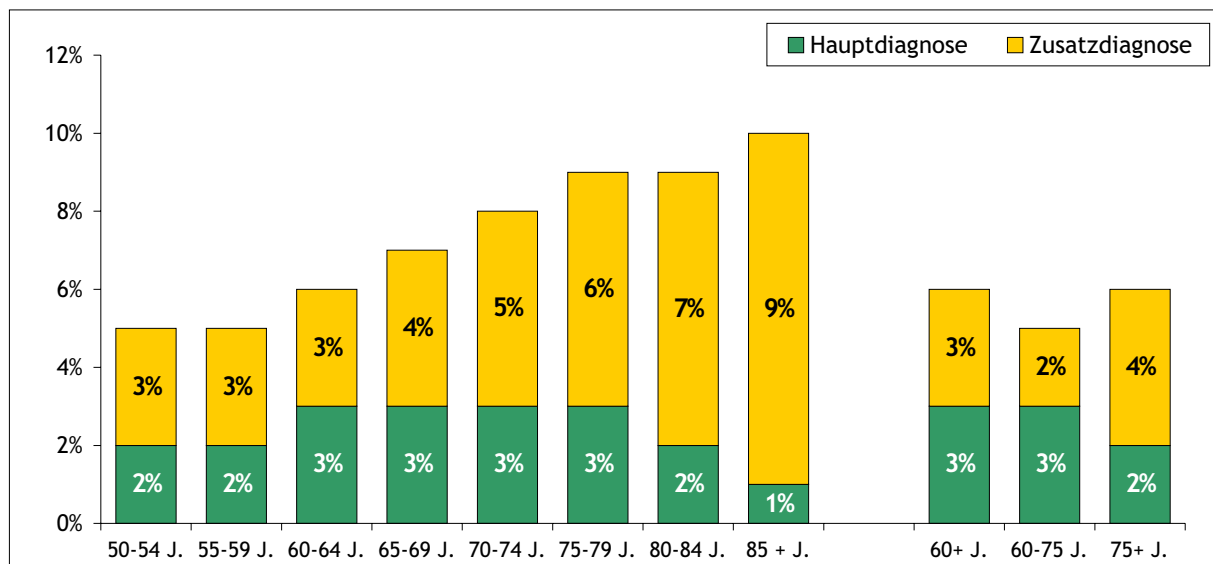
Bevölkerung in OÖ. Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3, eigene Berechnungen

Arthrose ist eine Gelenkserkrankung die vor allem auf die Abnutzung der Gelenke zurückgeht. Das Spektrum der Symptome reicht von Spannungsgefühlen und Steifigkeit in den Gelenken bis zu dauerhaften Gelenkschmerzen. Die Erkrankung kann an allen Gelenken auftreten, vor allem sind aber Wirbelsäule, Hüfte, Knie, Hand- oder Fußgelenke betroffen. Frauen weisen ein höheres Risiko auf. Auch Übergewicht gilt als Risikofaktor. Neben erblichen Faktoren spielt auch die Belastung der Gelenke, bspw. durch schwere körperliche Arbeit eine Rolle. Arthrose ist in der älteren Bevölkerung weit verbreitet. Man geht davon aus, dass 80 Prozent der über 50-Jährigen betroffen sind.¹⁰¹

6 Prozent der Krankenhausaufenthalte von über 60-Jährigen weisen Arthrose als Haupt- oder Zusatzdiagnose auf. Der Anteil steigt mit zunehmendem Alter der PatientInnen. In der Altersgruppe der über 85-Jährigen weisen 10 Prozent diese Diagnose auf.

Abbildung 92: Anteil der Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Arthrose

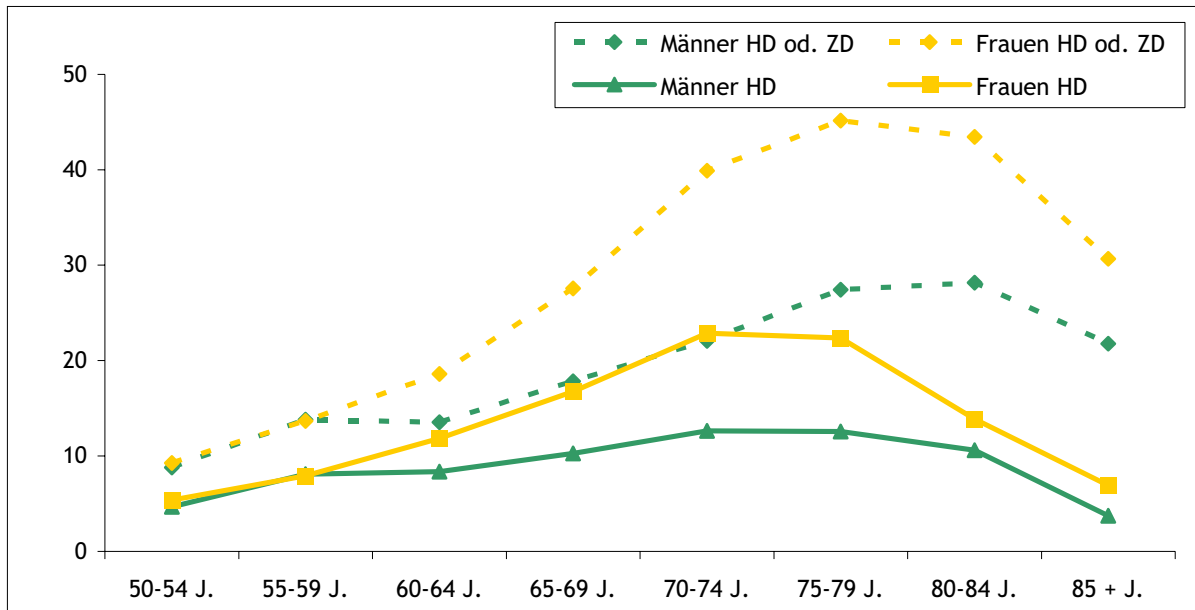


Quelle: LKF 2004; nur OÖGKK-Versicherte; Diagnosen IDC-10 M15-M19

Auf 1.000 Personen im Alter über 60 Jahren kommen pro Jahr 14 Krankenhausaufenthalte mit der Hauptdiagnose „Arthrose“ (bei Männern 10, bei Frauen 16 Krankenhausaufenthalte je 1.000).

¹⁰¹ Schäfer 2006

Abbildung 93: Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Arthrose



Krankenhausaufenthalte pro 1.000 Personen; Diagnosen IDC-10 M15-M19; HD=Hauptdiagnose; ZD=Zusatzdiagnose; Quelle: LKF 2004; nur OÖGKK-Versicherte

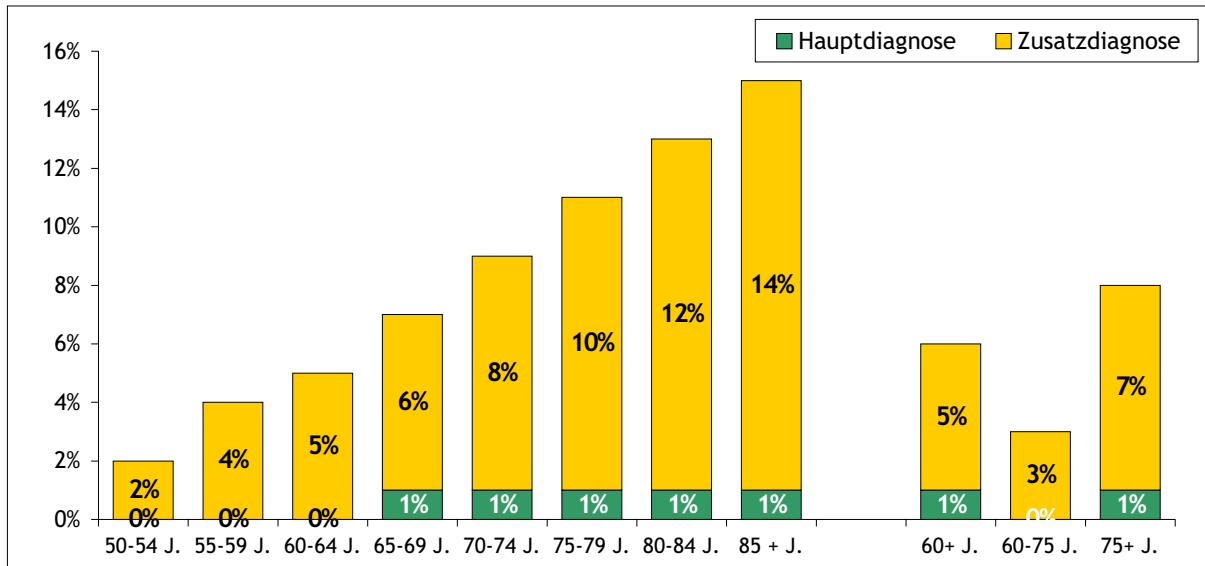
Osteoporose ist eine Stoffwechselerkrankung, die zu einem Abbau der Knochenmasse führt. Die Knochen verlieren an Stabilität, was zu schmerzhaften Knochenbrüchen führen kann. Frauen sind deutlich häufiger betroffen als Männer. Man kann davon ausgehen, dass etwa ein Drittel der über 60-jährigen Frauen Osteoporose aufweist.

Der Erkrankung Osteoporose kann durch regelmäßige Bewegung (fördert die Bildung von Knochenmasse) und gesunde Ernährung vorgebeugt werden. Auch die Einschränkung des Rauchens und des Alkoholkonsums wirkt sich förderlich aus.¹⁰²

In Oberösterreich weisen 6 Prozent der Krankenhausbehandlungsfälle eine Diagnose des Bereiches „Veränderung der Knochendichte und -struktur“ auf (fast ausschließlich als Zusatzdiagnose). Der Anteil steigt mit zunehmendem Alter an, von 5 Prozent in der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen auf 14 Prozent bei den über 85-Jährigen.

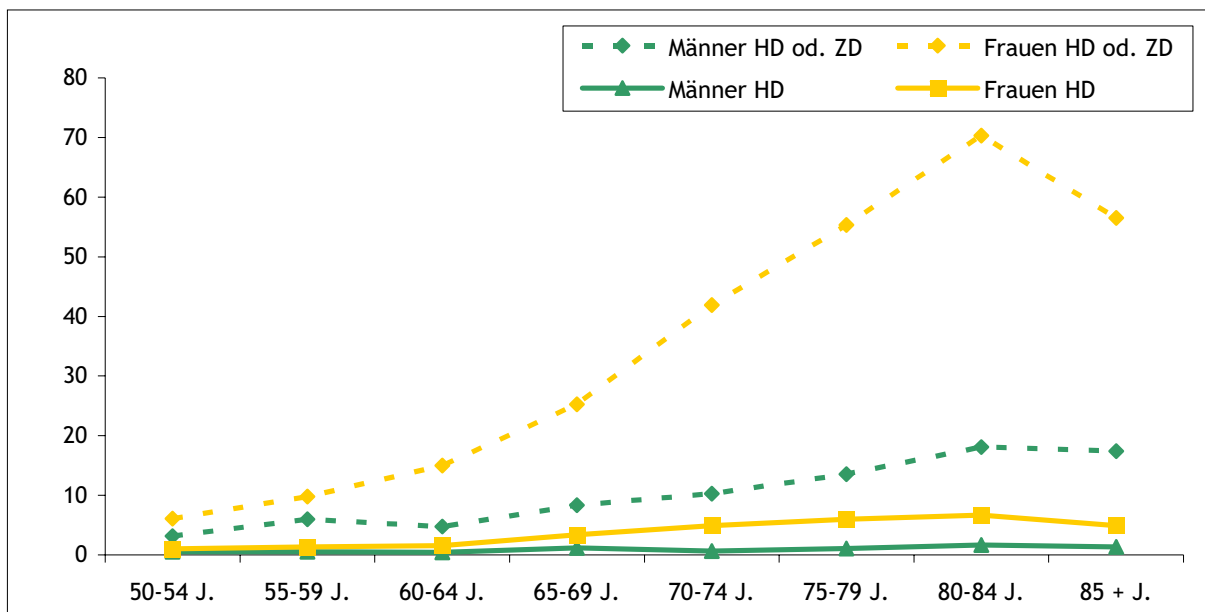
¹⁰² Zimmermann/Larisch 2006

Abbildung 94: Anteil der Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Veränderungen der Knochendichte und -struktur



Quelle: LKF 2004; nur OÖGKK-Versicherte; Diagnosen IDC-10 M80-M85

Abbildung 95: Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Veränderungen der Knochendichte und -struktur

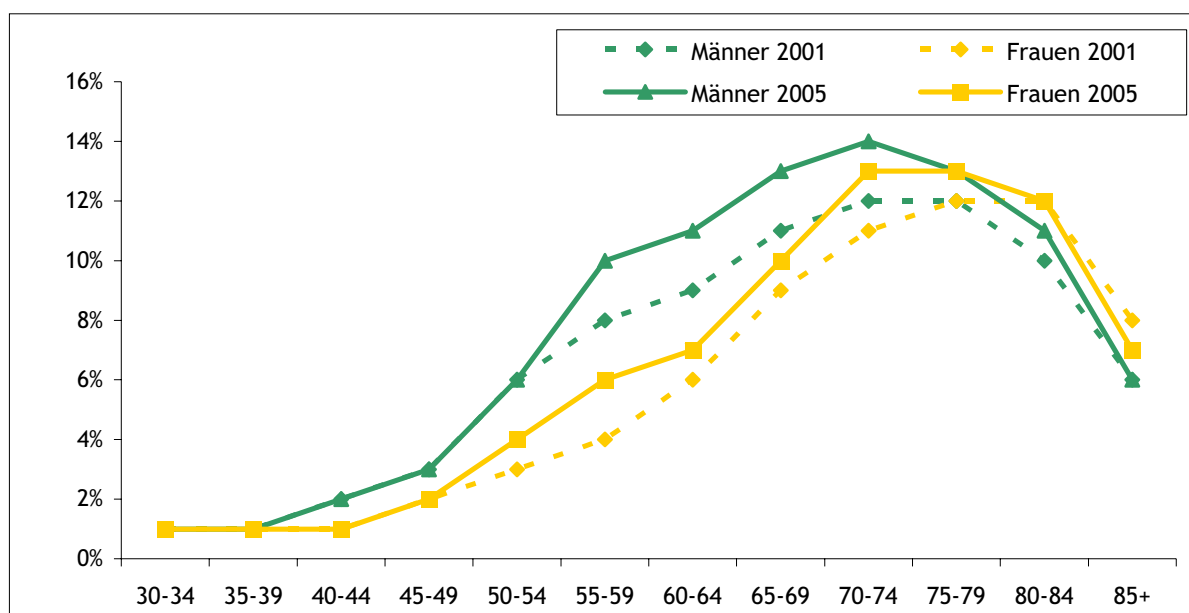


Krankenhausaufenthalte pro 1.000 Personen; Diagnosen IDC-10 M80-M85; HD=Hauptdiagnose; ZD=Zusatzdiagnose; Quelle: LKF 2004; nur OÖGKK-Versicherte

3.6.9. Diabetes

2005 wurden 12 Prozent der Männer und 10 Prozent der Frauen über 60 Jahren ambulant wegen Diabetes behandelt.¹⁰³ Seit 2001 lässt sich bei Männern eine Zunahme um 2 Prozent, bei Frauen um 1 Prozent feststellen. Dies könnte durch Zunahme der Verbreitung von Diabetes in der Bevölkerung bedingt sein, könnte aber auch damit zusammen hängen, dass ein größerer Anteil der Diabetesfälle diagnostiziert und behandelt wird.

Abbildung 96: Ambulante Behandlungsprävalenz: Behandelte Diabetesfälle nach Altersgruppe und Geschlecht

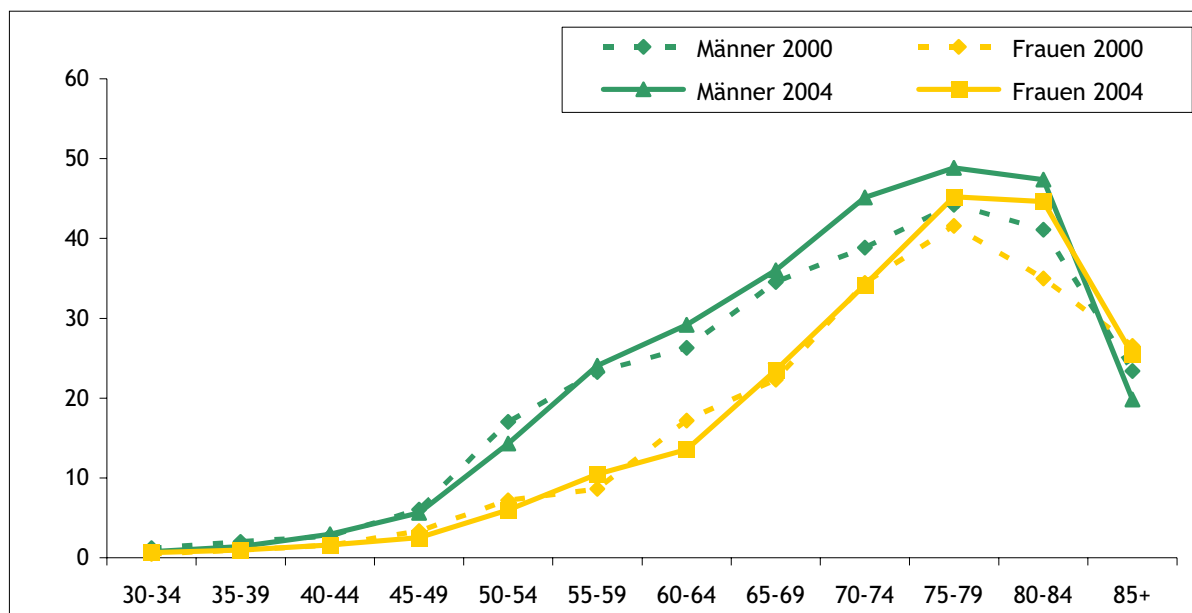


*Behandelte Fälle: PatientInnen mit mehr als einer HbA1c-Bestimmungen oder mehr als 2 Blutzuckerbestimmungen oder mit mehrmaliger Verordnung von Antidiabetika.
Quelle: FOKO; nur OÖGKK-Hauptversicherte*

Im Jahr 2004 kamen auf 1.000 über 60-jährige Männer 38 Krankenhausaufenthalte mit einer diagnostizierten Diabetes-Spätfolgenkomplikation. Bei Frauen der gleichen Altersgruppe betrug die Rate 30 Fälle/1.000. Seit 2000 ist eine leichte Zunahme zu beobachten (bei Männern um 4 Fälle/1.000 Personen, bei Frauen um 1 Fall/1.000 Personen über 60 Jahren).

¹⁰³ Die ambulante Behandlungsprävalenz wurde aufgrund der Abrechnungsdaten der OÖGKK geschätzt. Gezählt werden Personen mit mehrmaliger Antidiabetikaverordnung bzw. mit mehrmaliger Blutzuckerbestimmung bzw. mit HbA1c-Bestimmung innerhalb eines Jahres.

Abbildung 97: Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierten Diabetes-Spätfolgen nach Altersgruppe und Geschlecht



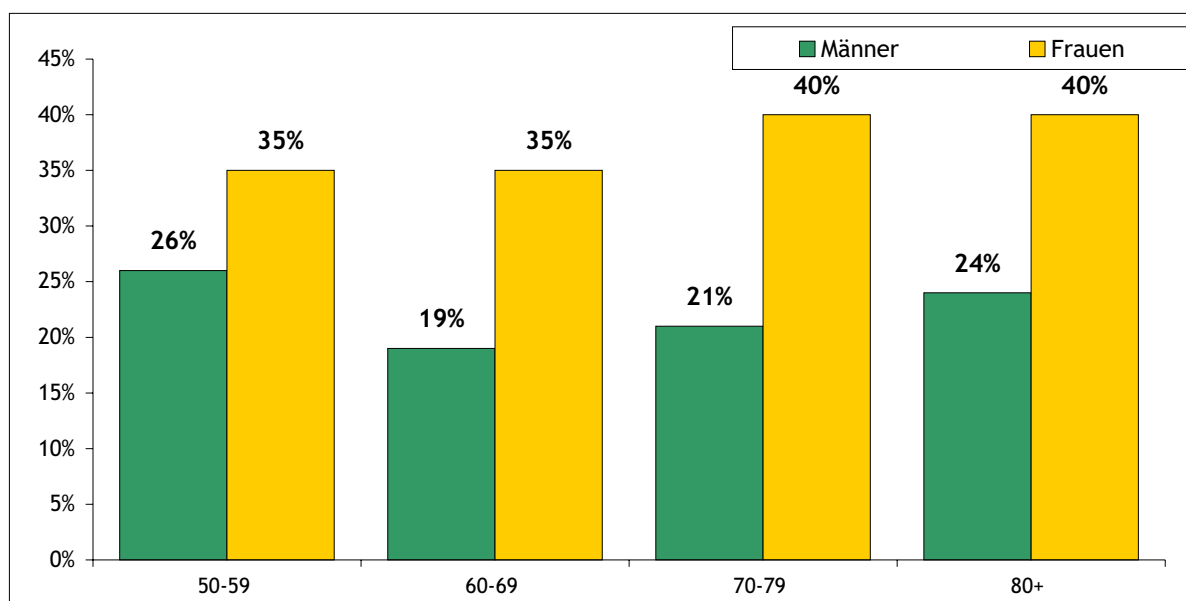
Krankenhausaufenthalte pro 1.000 Personen; Haupt- oder Zusatzdiagnose: ICD10 - E10 bis E14; 4.Stelle 2 bis 8. Quelle: LKF 2004; nur OÖGKK-Versicherte

3.6.10. Depression

Die Erkrankung Depression ist weit verbreitet. Die Prävalenz nimmt im Alter zu. Depressionen treten häufig in Verbindung mit anderen chronischen Erkrankungen auf (Komorbidität), insbesondere im Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen (z.B. im Anfangsstadium der Demenzerkrankung, Suchterkrankungen, Angststörungen).

Die Berliner Altersstudie ergab, dass 33 Prozent der SeniorInnen subdiagnostische Symptome der depressiven Erkrankung aufwiesen, dass aber nur 24 Prozent Diagnosen vorlagen.¹⁰⁴ In Österreich geben 22 Prozent der über 50-jährigen Männer und 36 Prozent der Frauen an, innerhalb der letzten Monate unter Traurigkeit oder depressiver Stimmung gelitten zu haben (Abbildung 104).

Abbildung 98: Anteil mit trauriger oder depressiver Stimmung innerhalb der letzten Monate in Österreich

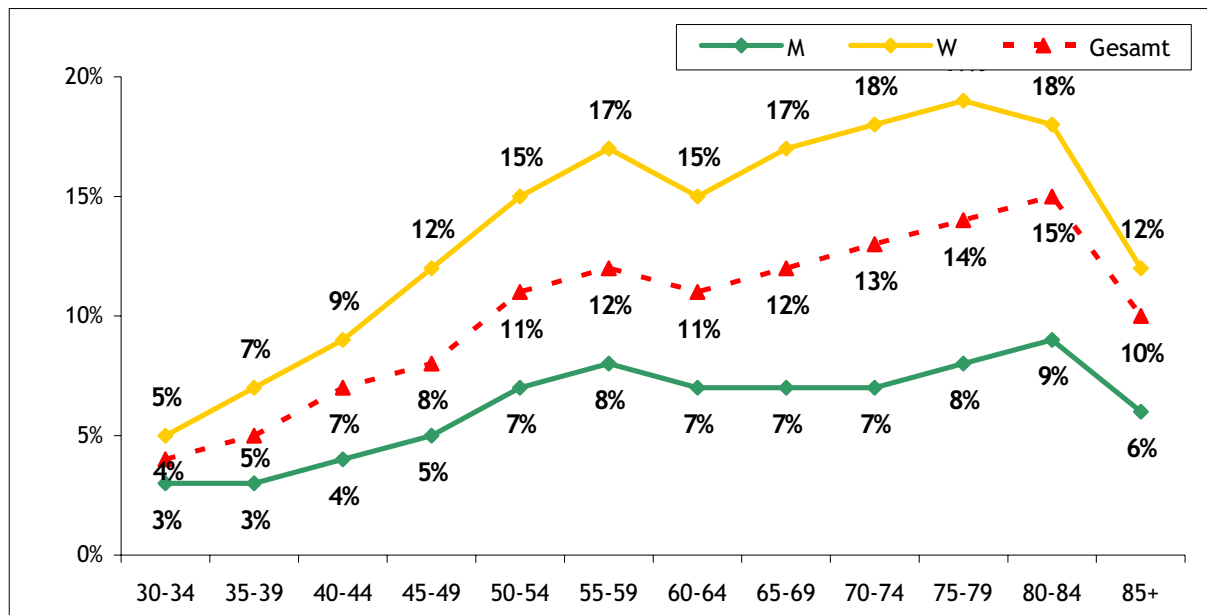


Quelle: SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE 2006, S. 110)

In Oberösterreich wurde 2005 an 7 Prozent der Männer und 16 Prozent der Frauen im Alter über 60 Jahren mindestens eine Packung Antidepressiva verordnet. Der Anteil der Personen mit medikamentöser Behandlung steigt bis zum 80. Lebensjahr auf 14 Prozent an (Männer 9 Prozent, Frauen 19 Prozent) und geht mit höherem Alter wieder etwas zurück.

¹⁰⁴ Sachverständigenrat 2001, S. 104

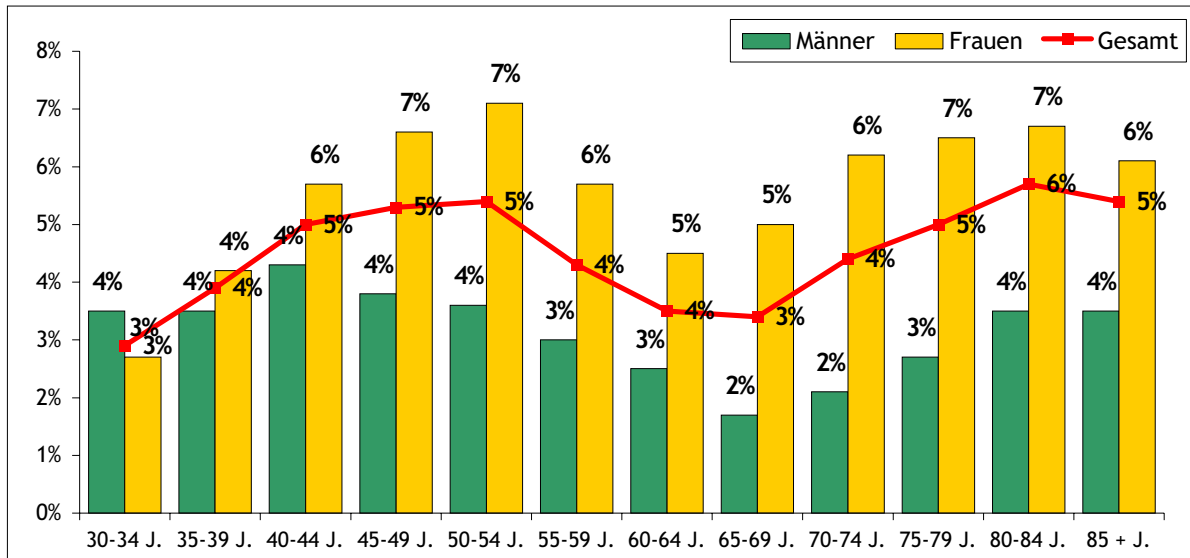
Abbildung 99: Personen mit Antidepressiva-Verordnung



Personen mit mindestens einmaliger Verordnung von Antidepressiva (ATC N06A)
 Quelle: OÖGKK FOKO 2005; nur Hauptversicherte

Von den Krankenhausaufenthalten von über 60-Jährigen weisen insgesamt 4 Prozent die Diagnose einer affektiven Störung auf (als Haupt oder Zusatzdiagnose). Bei Frauen dieser Altersgruppe beträgt der Anteil 6 Prozent, bei den Männern 6 Prozent der Krankenhausesfälle. In allen Altersgruppen ist der Anteil der Krankenhausesfälle mit der Diagnose einer affektiven Störung bei Frauen höher als bei Männern. In den Altersgruppen zwischen 60 und 70 Jahren ist ein Absinken des Anteils zu beobachten (auf 2 Prozent der Krankenhausesfälle bei Männern und 5 Prozent der Krankenhausesfälle bei Frauen) worauf mit zunehmendem Alter ein erneuter Anstieg folgt (Abbildung 104).

Abbildung 100: Anteil der Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter affektiver Störung

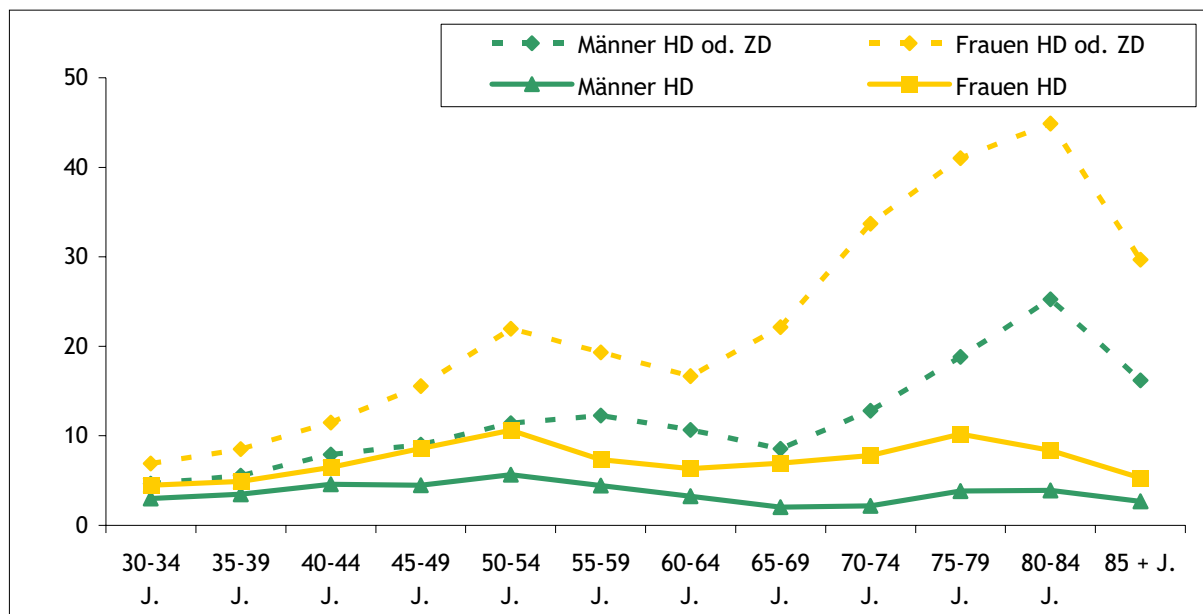


Anteil der Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter affektiver Störung (Haupt- oder Zusatzdiagnose); Diagnosen ICD-10 F30-F39; Quelle: LKF 2004; nur ÖGKK-Versicherte

Im Durchschnitt kommen auf 1.000 über 60-Jährige 23,6 Krankenhausaufenthalte mit einer affektiven Störung als Haupt- oder Zusatzdiagnosen (Männer 13,5 Krankenhausaufenthalte pro 1.000; Frauen 30,1 Krankenhausaufenthalte pro 1.000).

Betrachtet man nur die Fälle mit einer affektiven Störung als Hauptdiagnose, so kommen auf 1.000 über 60-Jährige 5,7 Krankenhausaufenthalte (Männer 2,9 und Frauen 7,5 Krankenhausaufenthalte pro 1.000 mit einer affektiven Störung als Hauptdiagnose).

Abbildung 101: Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierten affektiven Störungen



Krankenhausaufenthalte pro 1.000 Personen; Diagnosen IDC-10 F30-F39; HD=Hauptdiagnose; ZD=Zusatzdiagnose; Quelle: LKF 2004; nur OÖGKK-Versicherte

3.6.11. Demenz

Mit zunehmendem Alter nimmt das Erkrankungsrisiko stark zu. Charakteristisch für das Krankheitsbild der Demenz ist die schwerwiegende Minderung der geistigen Leistungsfähigkeit. Vor allem sind Gedächtnis, Orientierung, Sprache und Urteilsfähigkeit betroffen.¹⁰⁵

Im Wesentlichen können alle Veränderungen des Gehirns das Krankheitsbild der Demenz hervorrufen.¹⁰⁶ Der Großteil der Demenzerkrankungen ist jedoch durch die Alzheimersche Erkrankung verursacht. Es handelt sich dabei um eine Funktionshemmung der Gehirnzellen durch krankhafte Eiweißsubstanzen, die zu einem Mangel des Botenstoffs Acetylcholin führt. Mittlerweile gilt die so genannte „Demenz mit Lewy-Körperchen“ als zweithäufigste Form der Demenz.¹⁰⁷ Etwa 10 bis 20 Prozent der Demenzfälle sind durch Schädigungen der Blutgefäße des Gehirns durch Arteriosklerose bedingt (vaskuläre Demenz). Mischformen sind sehr häufig.¹⁰⁸ Der Rest ist auf verschiedene Krankheitsursachen zurückzuführen, etwa Stoffwechselstörungen (z.B. Vitamin B12 Mangel, Schilddrüsenerkrankung), chronische Vergiftungen (Alkoholismus), Gehirntumore oder Infektionen des Gehirns (Aids, Meningitis, Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung).¹⁰⁹ Häufig zeigen sich bei Depressionserkrankungen ähnliche Symptome wie bei Demenz. In diesem Fall spricht man von einer „Pseudo-Demenz“.¹¹⁰

Ein typisches Symptom im Anfangsstadium einer Demenzerkrankung ist das verstärkte Auftreten von Vergesslichkeit. Im weiteren Krankheitsverlauf werden weitere Bereiche der geistigen Leistungsfähigkeit in Mitleidenschaft gezogen (unpräzises Denken, Sprachverständnis und sprachliche Ausdrucksfähigkeit, Orientierungsstörungen und Fehlhandlungen). Hinzu kommen nicht selten seelische Beeinträchtigungen wie bspw. Antriebsverlust, Veränderungen der Persönlichkeit, Aggressionsausbrüche und depressive Verstimmungen. Die Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit und die damit verbundenen Schwierigkeiten im Alltag werden, besonders in der Anfangsphase der Demenzentwicklung, von den Erkrankten als stark belastend empfunden und führen in der Folge häufig zu depressiven Störungen. Im späteren Stadium der Erkrankung fällt es den Betroffenen zunehmend schwerer alltägliche Verrichtungen, wie bspw. Körperpflege, Nahrungsaufnahme oder Toilettengang, selbständig auszuführen. Im Endstadium sind die Erkrankten völlig hilfs- und pflegebedürftig (Bettläge-

¹⁰⁵ *Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, S. 209*

¹⁰⁶ *Reinshagen 2005*

¹⁰⁷ *Reinshagen 2005*

¹⁰⁸ *Psychiatrie Aktuell 2005a*

¹⁰⁹ *Reinshagen 2005*

¹¹⁰ *Techniker Krankenkasse 1998, S. 11*

rigkeit, geringes Maß an erkennbaren geistigen Aktivitäten, Reaktionen nur auf starke Reize usw.).¹¹¹

Beim Großteil der Demenzerkrankungen (Alzheimer, vaskuläre Demenz) ist derzeit keine Heilung möglich. Durch eine Kombination aus Medikamenten und speziellem Gehirnleistungstraining kann jedoch das Fortschreiten der Demenz verzögert werden. Eine Prophylaxe gegen Alzheimerdemenz ist derzeit nicht möglich. Anderen Formen der Demenz, z.B. der vaskulären Demenz oder Alkohol bedingter Demenz, kann durch eine gesunde Lebensweise vorgebeugt werden.¹¹²

Die Erkrankung bedeutet für die Betroffenen weitreichende Einschränkungen in der Lebensführung und starke Belastungen für Angehörige, die mit der Pflege betraut sind.¹¹³

Die psychischen Veränderungen von Betreuten werden von vielen pflegenden Angehörigen als stärkere Belastung erlebt, als die rein körperliche Betreuung und Pflege. Insbesondere Alzheimer-Demenz stellt für pflegende Angehörige eine große Belastung. Diese äußert sich in Zeitmangel, sozialer Isolation, Verlust der Unabhängigkeit sowie dem zunehmenden Beziehungsverlust zur Betreuten. Die Ursachen sind vor allem im beeinträchtigten Sozialverhalten sowie den verminderten Alltagsfähigkeiten der Betreuten zuzuordnen. Bei Erkrankten mit vaskulärer Demenz stehen inadäquates Verhalten und die beeinträchtigte Gedächtnisleistung als Belastungsfaktoren im Vordergrund. Vermutlich werden PatientInnen mit vaskulärer Multimorbidität früher auffällig, so dass sie bereits früher spezielle Behandlung erfahren bzw. die Angehörigen früheren Zugang zu Informations- und Unterstützungsangeboten haben.¹¹⁴

Da die Belastung in der Pflege von Demenzerkrankten nur teilweise durch die körperliche Einschränkung der Erkrankten bedingt ist, sondern wesentlich von Veränderungen des Verhaltens und psychischen Problematiken, fällt die Pflegegelseinstufung im Verhältnis zum tatsächlichen Betreuungsaufwand oft zu niedrig aus. Eine mögliche Lösung dieses Problems könnte eine diagnosebezogene Einstufung (wie bspw. bei Querschnittslähmung) darstellen.¹¹⁵

Sowohl die Inzidenz als auch die Prävalenz von Demenzerkrankungen nehmen mit zunehmendem Alter exponentiell zu. Von 1.000 über 90-Jährigen kommen pro Jahr 70 Neuerkrankungsfälle, während die Inzidenz bei unter 75-Jährigen noch unter 10 Neuerkrankungen pro Jahr liegt.

¹¹¹ *Gesundheitsbericht für Deutschland 1998*, S. 209

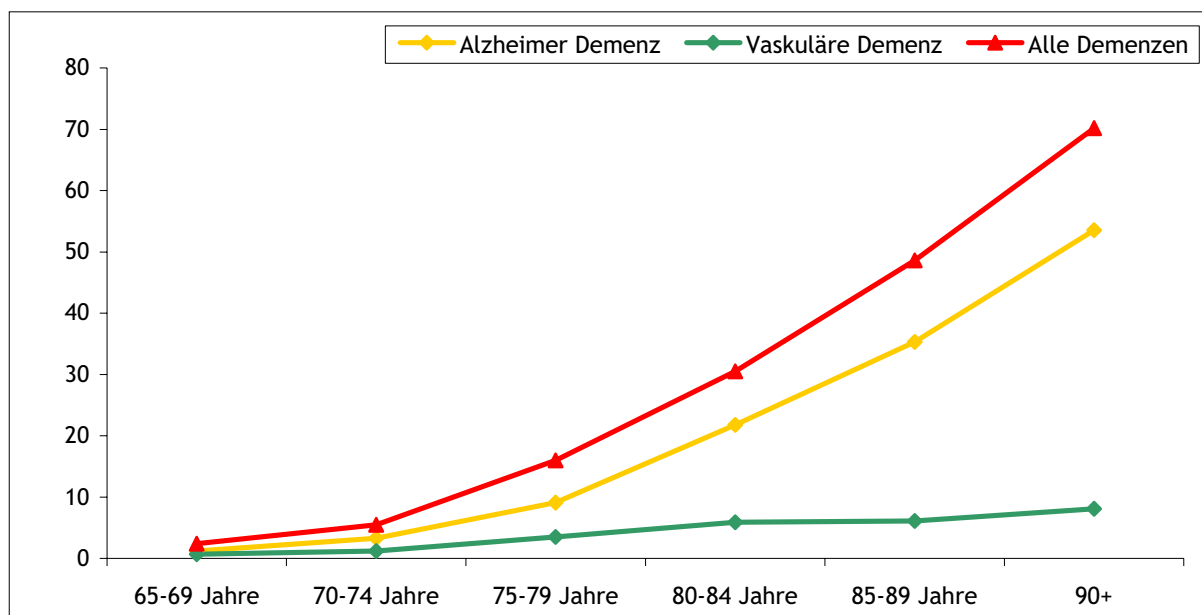
¹¹² *Reinshagen 2005*

¹¹³ *Gesundheitsbericht für Deutschland 1998*, S. 209

¹¹⁴ *Rainer et al. 2002*

¹¹⁵ *ÖKSA 2004*, S. 103

Abbildung 102: Inzidenz der Demenzerkrankungen



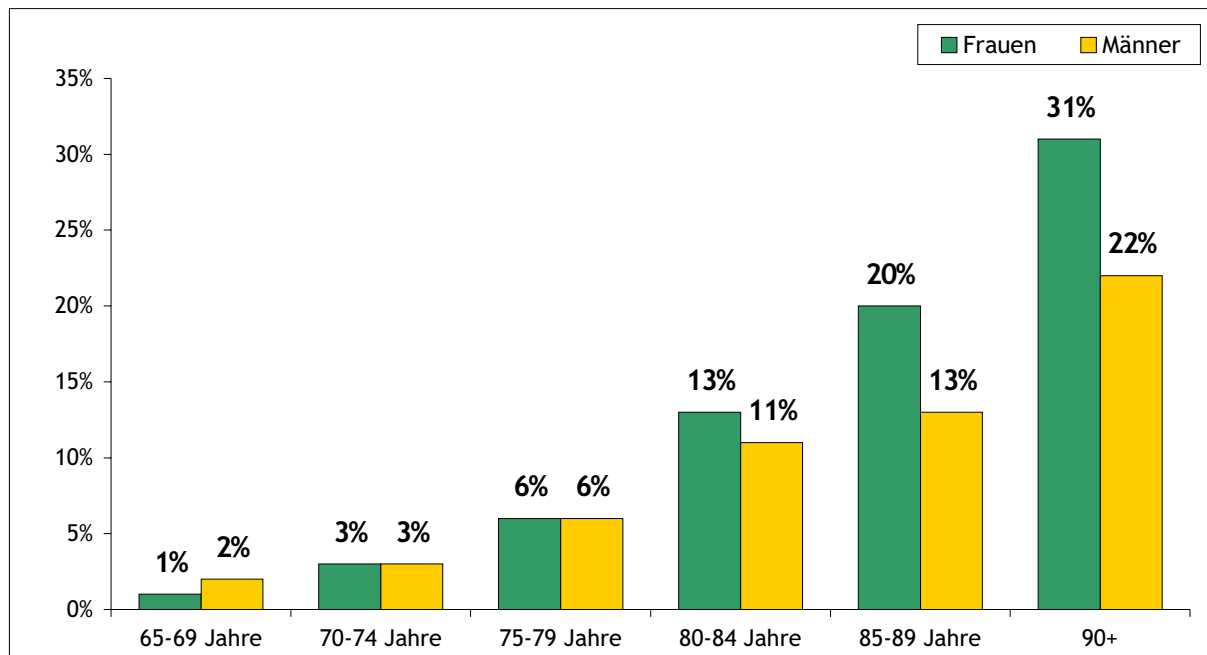
Ein-Jahres-Inzidenz (Neuerkrankungen pro 1.000); Männer und Frauen; Quelle: (Wancata J., S. 53)

In der Altersgruppe zwischen 70 und 74 sind 3 Prozent von Demenzerkrankungen betroffen. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Erkrankten an. In der Altersgruppe zwischen 80 und 84 Jahren sind 13 Prozent der Frauen und 11 Prozent der Männer betroffen, bei den über 90-Jährigen 31 Prozent der Frauen und 22 Prozent der Männer.

Unklar ist, ob Frauen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko aufweisen als Männer. Diesbezüglich sind die Befunde widersprüchlich. Frauen sind jedoch aus zwei Gründen deutlich häufiger von Demenz betroffen als Männer. Zum einen dürften Frauen die Erkrankung länger überleben, bzw. demenzerkrankte Männer früher versterben, was die höhere altersspezifische Prävalenz in den höheren Altersgruppen (Abbildung 105) erklärt. Zudem erreichen mehr Frauen das höhere Alter, in dem die Erkrankungswahrscheinlichkeit hoch ist.¹¹⁶

¹¹⁶ LGL Bayern 2006

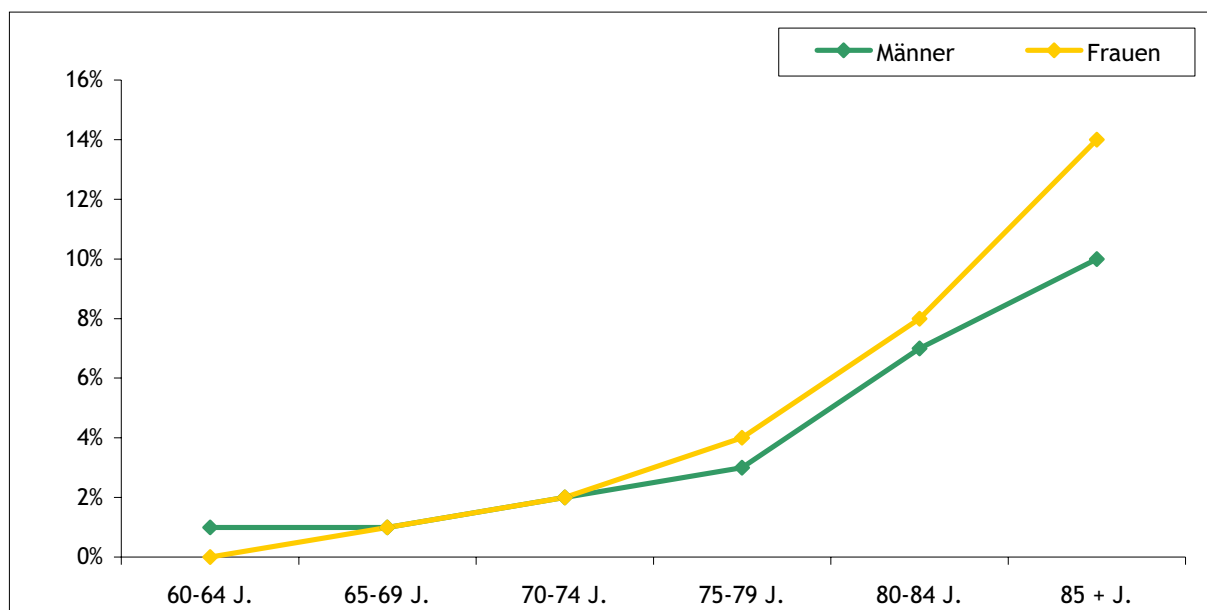
Abbildung 103: Prävalenz der Demenzerkrankungen



Punkt-Prävalenz; Quelle: (Wancata J., S. 53)

In Oberösterreich weisen 4 Prozent der Krankenhausaufenthalte von über 60-Jährigen die Diagnose Demenz als Haupt- oder Zusatzdiagnose auf (3 Prozent bei Männern und 5 Prozent bei Frauen). Der Anteil nimmt mit zunehmendem Alter exponentiell zu. Unter den Krankenhausaufenthalten von über 85-Jährigen weisen 13 Prozent eine solche Diagnose auf (Männer 10 Prozent und Frauen 13 Prozent).

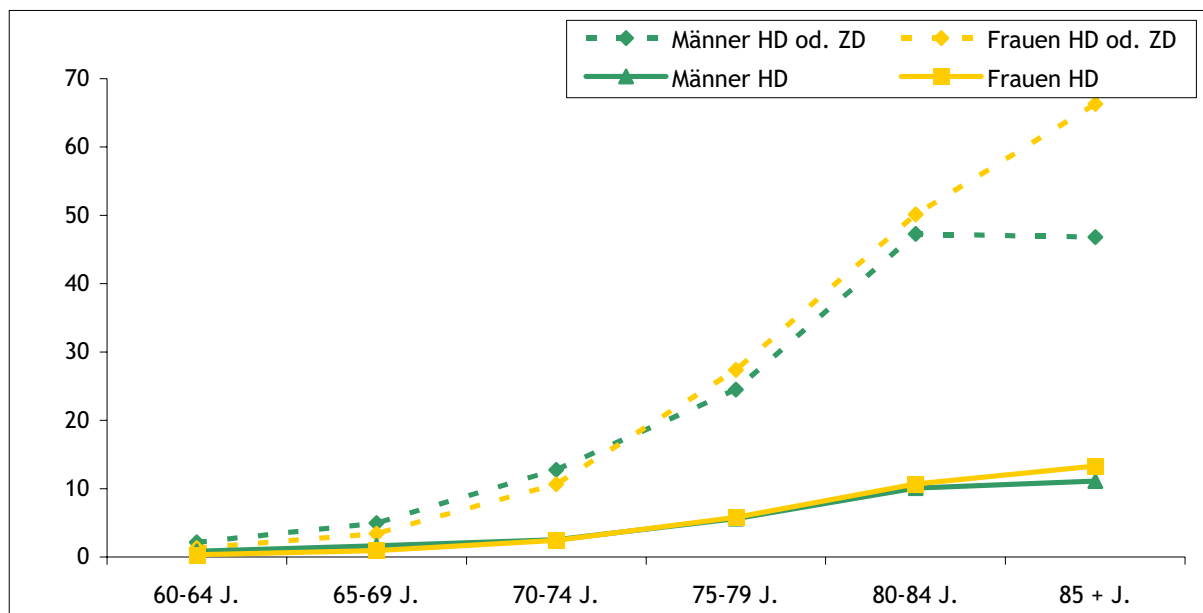
Abbildung 104: Anteil der Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Demenz



Anteil der Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Demenz (Haupt- oder Zusatzdiagnose); Diagnosen IDC-10 F00-F03; Quelle: LKF 2004; nur OÖGKK-Versicherte

Auf 1.000 über 60-jährige Frauen kommen pro Jahr 23 Krankenhausaufenthalte mit einer diagnostizierten Demenz (Haupt- oder Zusatzdiagnose). Bei Männern über 60 beträgt die Rate 15/1.000.

Abbildung 105: Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Demenz



Krankenhausaufenthalte pro 1.000 Personen; Diagnosen IDC-10 F00-F03; HD=Hauptdiagnose; ZD=Zusatzdiagnose; Quelle: LKF 2004; nur OÖGKK-Versicherte

3.6.12. Inkontinenz

Inkontinenz, also der unkontrollierte Harn- oder Stuhlverlust stellt eine wesentliche Belastung für viele ältere Menschen dar. Die größte Bedeutung und Verbreitung weist die Harninkontinenz dar. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung ist mit einer Zunahme der Betroffenen zu rechnen.¹¹⁷

Inkontinenz bedeutet eine enorme Einschränkung der Lebensqualität Betroffener (z.B. Mobilitätseinschränkungen). Auch sind damit erhebliche psychische Belastungen verbunden. Nicht selten sind Scham- und Schuldgefühle, Verlust der Selbstachtung, sozialer Rückzug, Vereinsamung und Depression die Folge. Daraus ergeben sich häufig der Abbau geistiger Kapazitäten und die Verschlechterung bestehender anderer Erkrankungen.¹¹⁸ Inkontinenz stellt auch eine große Belastung für die Betreuenden bzw. pflegenden Angehörigen dar.¹¹⁹

Harninkontinenz kann in jedem Lebensalter auftreten. Die Prävalenz steigt jedoch mit zunehmendem Alter stark an. Besonders stark betroffen sind ältere Frauen. Frauen im fortgeschrittenen Alter weisen ein doppelt so hohes Risiko auf, wie Männer derselben Altersgruppe.¹²⁰

Die Dunkelziffer ist, aufgrund einer gewissen Tabuisierung der Problematik, als hoch einzuschätzen. Dementsprechend dürfte auch der Anteil der behandelten Fälle eher gering sein. Man geht davon aus dass 6 Prozent der Bevölkerung (alle Altersgruppen) unter Harninkontinenz leiden. Unter den über 70-Jährigen wird die Rate auf 30 Prozent geschätzt, wovon rund 20 Prozent behandlungsbedürftig sein dürften. Personen in hohem Alter und mit fortgeschrittener Pflegebedürftigkeit dürften zu über 80 Prozent Inkontinenzprobleme aufweisen.¹²¹

Eine Studie im Raum Wien ergab für über 60-jährige Frauen eine Prävalenz von 37 Prozent. Zwei Drittel der betroffenen Frauen gaben eine Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität durch die Problematik an (47 Prozent eine geringe, 12 Prozent eine ausgeprägte und 7 Prozent eine schwere Beeinträchtigung).¹²²

Als bedingter Indikator für die Verbreitung von schwereren Fällen von Inkontinenz kann die Verwendung von Inkontinenzmaterial angesehen werden. Inkontinenzmaterial umfasst Heilbehelfe und Hilfsmittel, die für die Versorgung inkontinenter PatientInnen benötigt werden (z.B. aufsaugende Einlagen aber auch Kondom-Urinale,

¹¹⁷ Stadt Wien 1997, S. 105

¹¹⁸ Stadt Wien 2007, S. 105

¹¹⁹ Stadt Wien 1997, S. 105

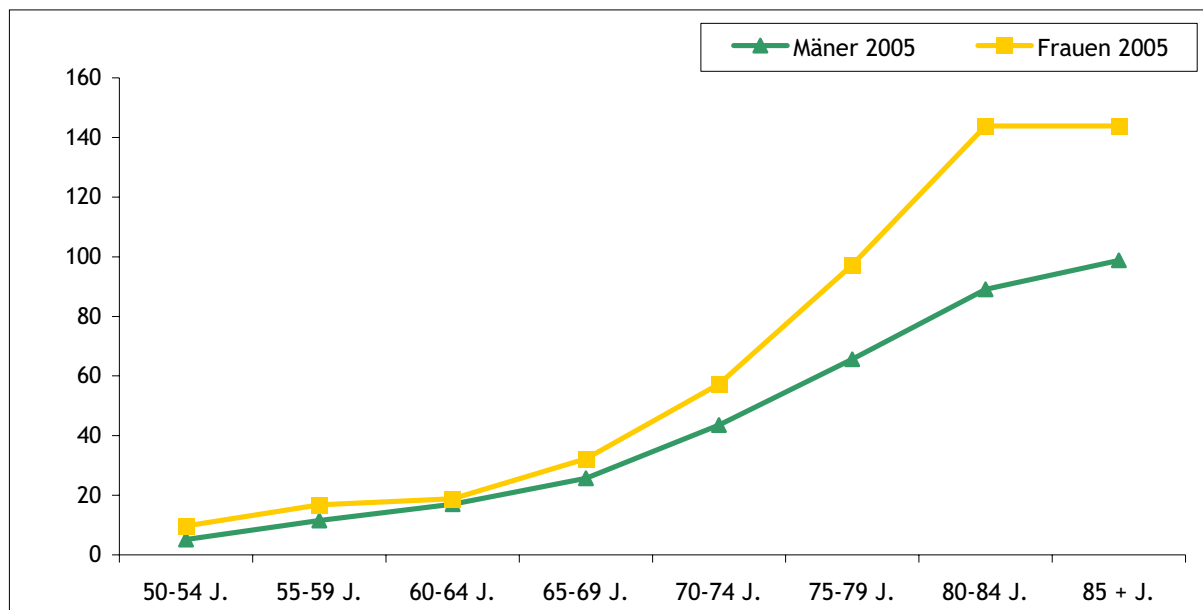
¹²⁰ Madersbacher 2005

¹²¹ Madersbacher 2005

¹²² Madersbacher 2003

Katheter oder Analtampons). Der Anteil der über 60-jährigen Versicherten der OÖGKK, für die Inkontinenzmaterial abgerechnet wurde, beträgt bei Männern 4,4 Prozent und bei Frauen 7,7 Prozent. Die Häufigkeit steigt mit fortschreitendem Alter deutlich an. Unter den über 75-Jährigen beziehen 8,1 Prozent der Männer und 12,9 Prozent der Frauen Material zur Inkontinenzversorgung (bei den 60- bis 75-Jährigen beträgt der Anteil bei den Männern 2,7 Prozent, bei den Frauen 3,5 Prozent.)

Abbildung 106: Personen mit Verrechnung von Inkontinenzmaterial



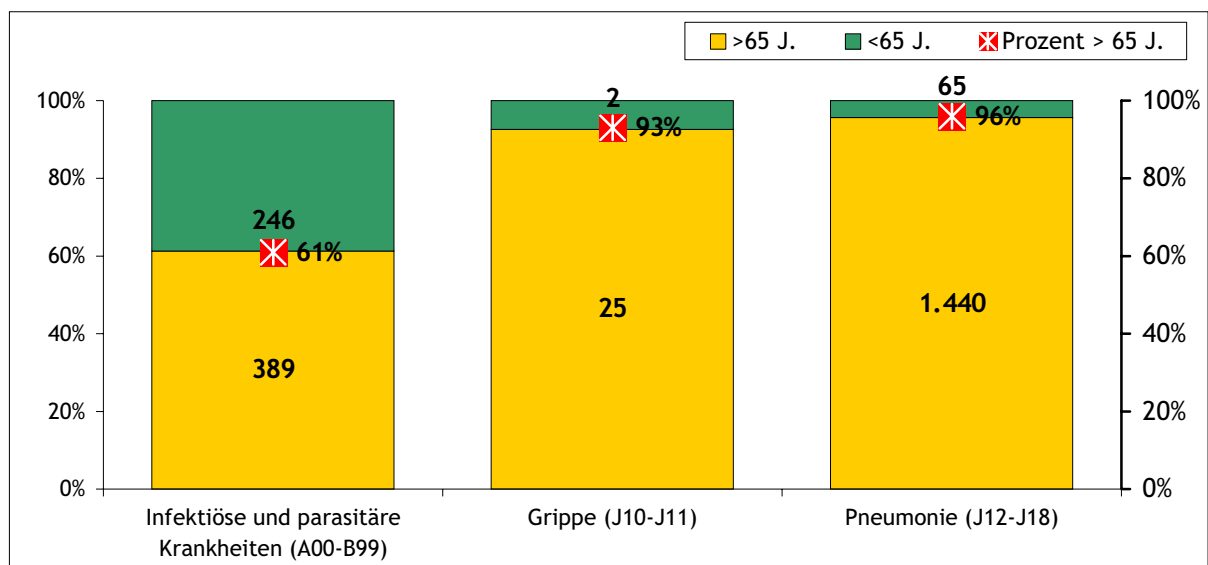
Personen, für die Inkontinenzmaterial verrechnet wurde pro 1.000 Personen;
 Quelle: OÖGKK, FOKO 2005

3.6.13. Infektionserkrankungen

Durch die Abnahme der Immunabwehr im Alter sind SeniorInnen besonders anfällig für Infektionskrankheiten. Auch Erkrankungen wie bspw. Herz- und Lungenerkrankungen erhöhen das Risiko. Im Hinblick auf die Todesfälle unter älteren Menschen werden die Infektionskrankheiten jedoch meist unterschätzt, da häufig Folgeerkrankungen, wie bspw. Herz-Kreislaufkrankungen als Todesursache aufscheinen. Es wird angenommen, dass für jeden registrierten Todesfall mit der Todesursache Grippe 2,6 weitere, nicht registrierte Todesfälle kommen, die durch Influenza bedingt sind.¹²³

Österreichweit entfallen über 60 Prozent der Todesfälle, die durch infektiöse und parasitäre Erkrankungen verursacht werden, auf über 65-Jährige. Fast alle Sterbefälle infolge von Grippe (25 von 27 Todesfällen) und Lungenentzündung (1.440 von 1.505 Todesfällen) betreffen Menschen im Alter von über 65 Jahren.

Abbildung 107: Todesfälle aufgrund von Infektionserkrankungen, Österreich 2005



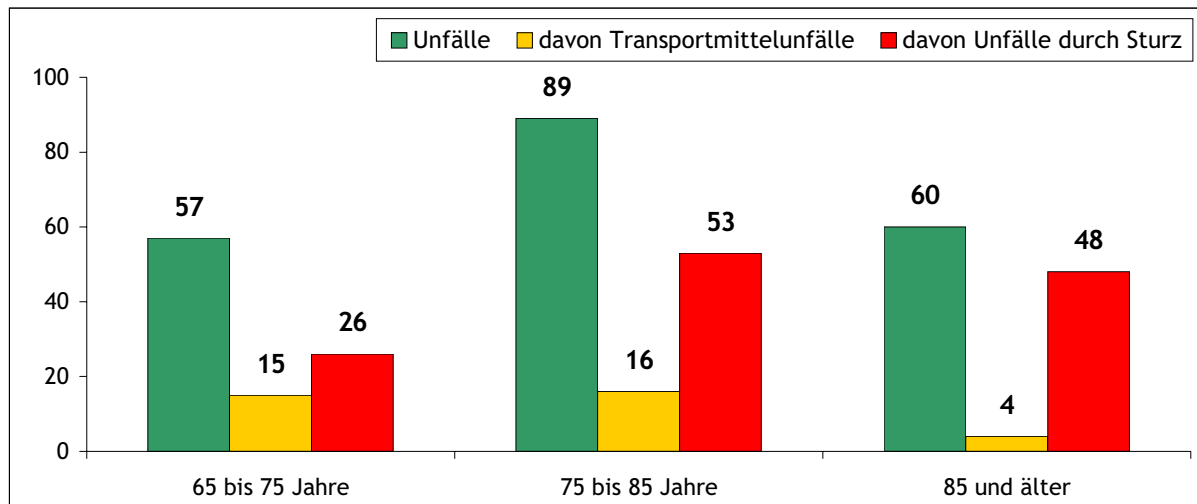
Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2005

¹²³ Sachverständigenrat 2001, S. 103

3.6.14. Unfälle/Stürze

Insgesamt sind in Oberösterreich im Jahr 2004 206 Senioren und Seniorinnen ab 65 Jahren in Folge eines Unfalles ums Leben gekommen.

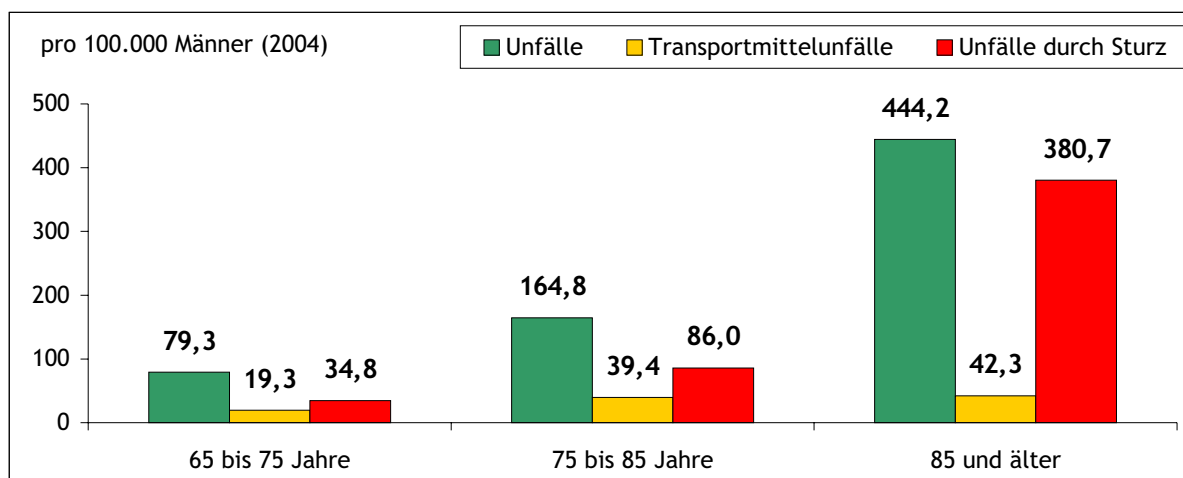
Abbildung 108: Todesfälle durch Unfälle und Stürze (2004)



Quelle: Statistik Austria

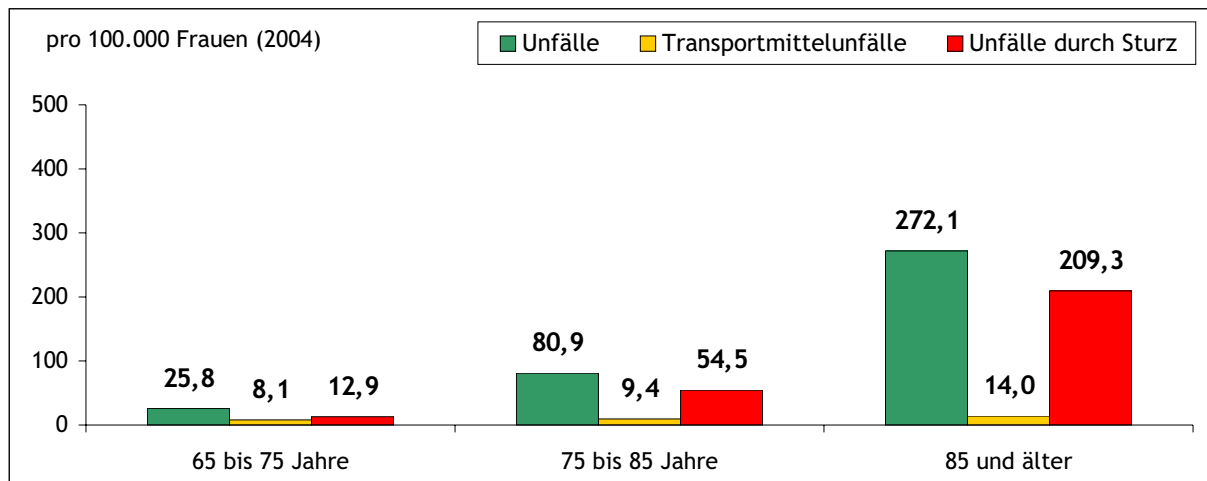
Der Großteil der Unfälle von älteren Menschen passiert - absolut betrachtet - zwischen dem 75. und dem 85. Lebensjahr. Besonders bei Personen über dem 75. Lebensjahr spielen Unfälle durch Sturz eine bedeutende Rolle: So lassen sich etwa 60 Prozent (53 Fälle) aller Unfälle in der Altersgruppe der 75- bis 85-Jährigen und 80 Prozent (48 Fälle) aller Unfälle auf einen Sturz zurückführen. Transportmittelunfälle spielen im hohen Alter eine eher untergeordnete Rolle.

Abbildung 109: Unfallmortalität - Männer



Quelle: Statistik Austria (eigene Berechnungen)

Abbildung 110: Unfallmortalität - Frauen

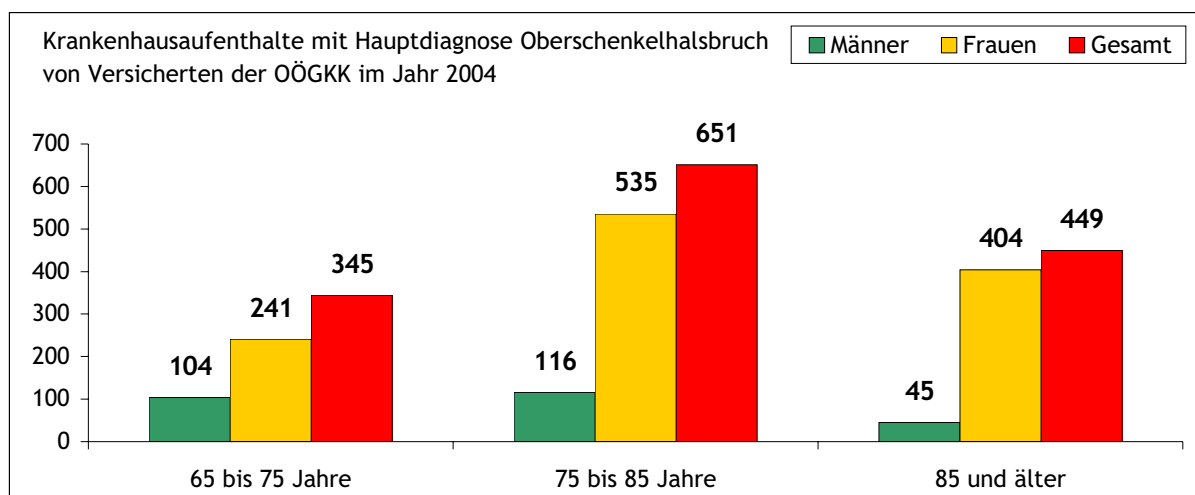


Quelle: Statistik Austria (eigene Berechnungen)

Insgesamt ist die Unfallmortalitätsrate bei Männern deutlich höher als bei Frauen. In der Altersgruppe der 65- bis 75-Jährigen ist die Unfallmortalitätsrate bei Männern (79 Unfälle/100.000) dreimal so hoch wie bei Frauen (26 Unfälle/100.000). Bei den 75- bis 85-Jährigen ist die Unfallmortalitätsrate der Männer (165 Unfälle/100.000) etwa doppelt so hoch wie bei den Frauen (81 Unfälle/100.000). Transportmittelunfälle spielen in allen Altersgruppen bei den Männern eine deutlich größere Rolle als bei Frauen.

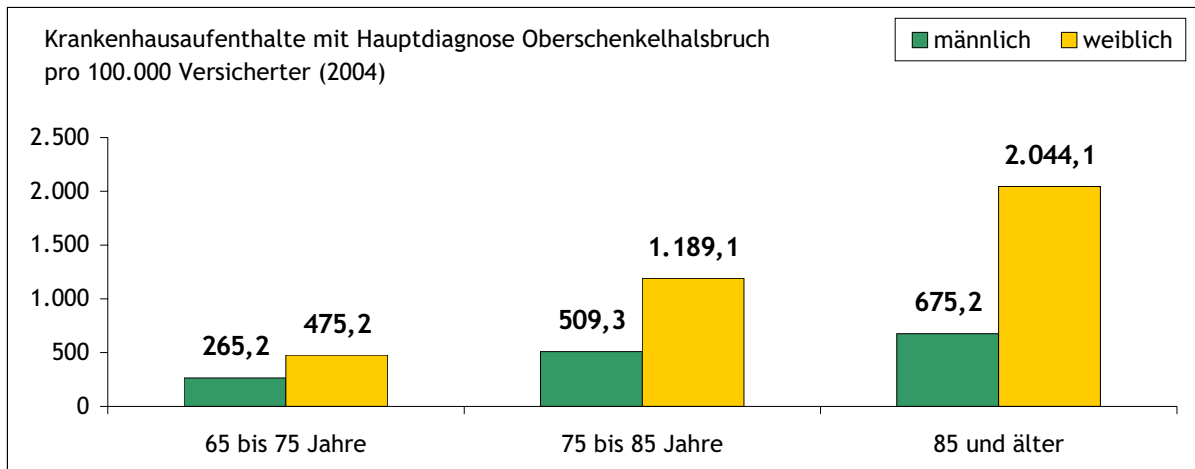
Als bedeutende Folge von Unfällen (spez. Stürzen) gelten bei älteren Menschen Oberschenkelhalsbrüche. Insgesamt gab es im Jahr 2004 1.445 Krankenhausaufenthalte von Versicherten der OÖGKK mit Hauptdiagnose Oberschenkelhalsbruch. Dabei waren Frauen deutlich öfter betroffen als Männer.

Abbildung 111: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Oberschenkelhalsbrüchen - Fälle



Quelle: LKF-Daten 2004

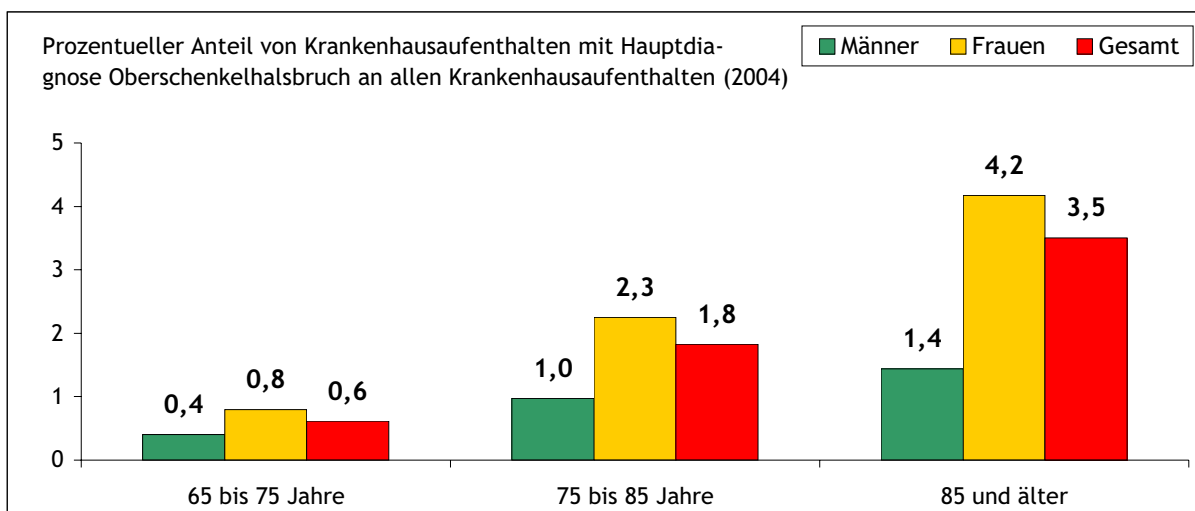
Abbildung 112: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Oberschenkelhalsbrüchen - Rate



Quelle: LKF-Daten 2004 (eigene Berechnungen)

Die Krankenhausaufenthalte aufgrund eines Oberschenkelhalsbruches nehmen mit steigendem Alter deutlich zu, bei Frauen stärker als bei Männern. In der Altersgruppe der 65- bis 75-Jährigen kommen auf 100.000 Versicherte bei den Männern 265 Krankenhausaufenthalte und bei Frauen 475. In der Altersgruppe der 75- bis 85-Jährigen wird der Geschlechterunterschied noch deutlicher: Auf 100.000 Versicherte kommen bei den Männern 509 und bei den Frauen 1.189 Krankenhausaufenthalte mit Hauptdiagnose Oberschenkelhalsbruch. Bei den über 85-Jährigen kommen auf 100.000 versicherte Frauen 2.044 Krankenhausaufenthalte mit der hier relevanten Hauptdiagnose, während es bei Männern „nur“ 675 Fälle pro 100.000 Versicherte sind.

Abbildung 113: Anteil der Krankenhausaufenthalte mit der Diagnose Oberschenkelhalsbruch



Quelle: LKF-Daten 2004 (eigene Berechnungen)

Der prozentuelle Anteil von Krankenhausaufenthalten mit Hauptdiagnose Oberschenkelhalsbruch steigt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter. Bei den über 85-jährigen Frauen gehen 4,2 Prozent aller Krankenhausaufenthalte auf Oberschenkelhalsbrüche zurück.

3.6.15. Zahngesundheit

Die Zahngesundheit ist von wesentlicher Bedeutung für den allgemeinen Gesundheitszustand älterer Menschen. Eine Aufrechterhaltung der Kaufähigkeit spielt eine wichtige Rolle für die gesunde Ernährung.¹²⁴ Orale Gesundheit spielt jedoch auch im Hinblick auf andere Bereiche, die eng mit dem Wohlbefinden bzw. dem Selbstwertgefühl zusammen hängen, eine wesentliche Rolle: Sprache, Atmung, Immunabwehr und Ästhetik sind Aspekte, die nicht unwesentlich mit gesunden Zähnen bzw. der Gesundheit im Mundhöhlenbereich zusammenhängen.¹²⁵

Mangelnde Mundhygiene und problematischer Zahnstatus ist in unteren sozialen Schichten weiter verbreitet als in höheren Schichten. Niedriger Bildungsgrad und geringes Einkommen stellen wichtige Prädiktoren für fehlende Zähne und problematische Zahngesundheit dar. Männer weisen meist einen schlechteren Zahnstatus auf als Frauen. Tabak- und Alkoholkonsum, aber auch Stress, soziale Isolation sind als Risikofaktoren für mangelnde orale Gesundheit anzusehen.¹²⁶

Zahngesundheit im Alter wird in hohem Maß durch die Lebensweise und Pflege im Jugend- und Erwachsenenalter bestimmt. Aber auch im fortgeschrittenen Alter sind präventive Maßnahmen zur Gesunderhaltung der Zähne wichtig.

Ein wesentliches Problem im Alter stellt die Mundtrockenheit (Xerostomie) dar. Verschiedene körperliche Erkrankungen und deren Therapie (bspw. Medikamentennebenwirkungen) können zu einer verminderten Speichelproduktion führen. Längerfristig kann dies zu gesteigerter Kariesaktivität, zum Auftreten von Erkrankungen des Zahnhalteapparates und in der Folge zu Zahnschmerzen und Zahnverlust führen.¹²⁷

Zahnlosigkeit bzw. fehlende Zähne sind keine notwendige Begleiterscheinung des Alterns. In Schweden weisen bspw. nur 16 Prozent der 50- bis 90-Jährigen Zahnersatz bzw. Prothesen auf. In Österreich ist der Anteil weitaus höher - mehr als die Hälfte der älteren Menschen sind davon betroffen (siehe Abbildung 116).

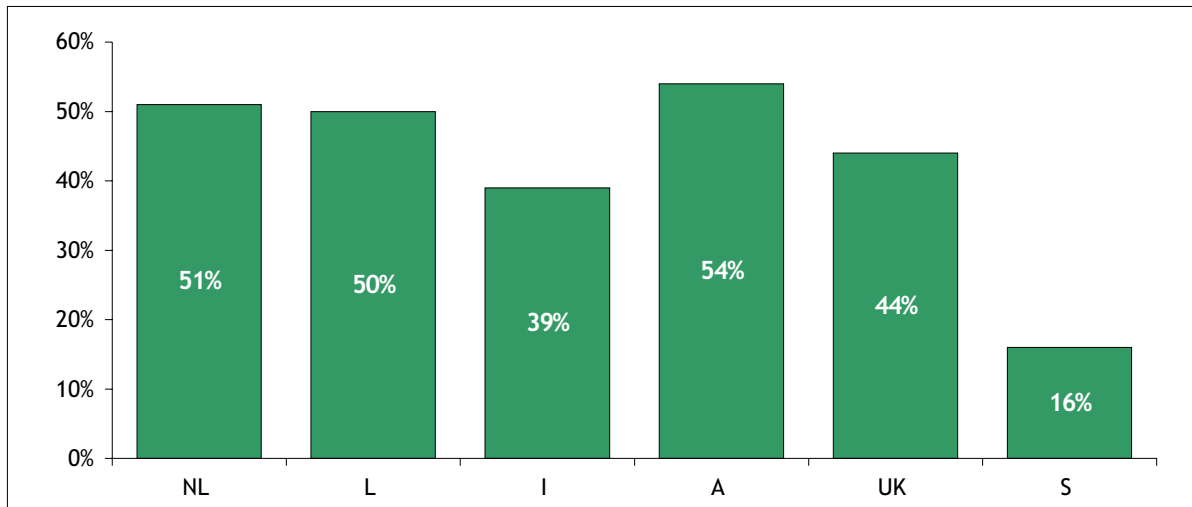
¹²⁴ Zysset 2002

¹²⁵ Koller 1999

¹²⁶ Zysset 2002

¹²⁷ Koller 1999

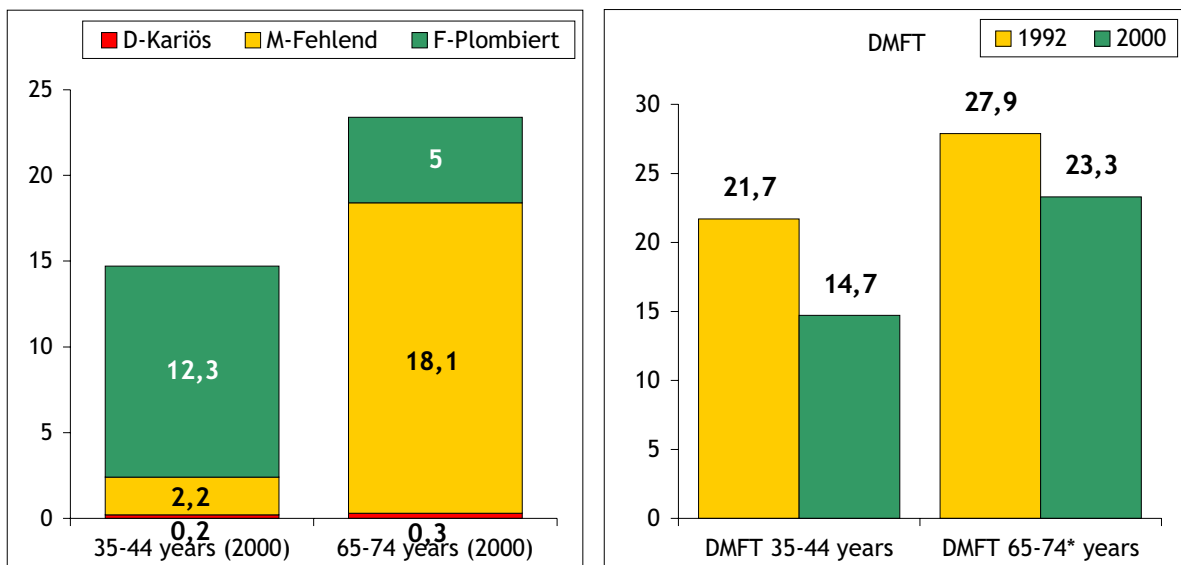
Abbildung 114: Anteil mit Zahnersatz im internationalen Vergleich



Personen zwischen 50 und 90 Jahre; ESAW-Länder: A-Österreich, UK-Großbritannien, I-Italien, L-Luxemburg, N-Niederlande und S-Schweden. Quelle: (ESAW 2006b, S. 36)

Im Durchschnitt weisen ÖsterreicherInnen (im Jahr 2000) der Altersgruppe zwischen 65 und 70 Jahren 18,1 fehlende, 5,0 plombierte und 0,3 kariöse Zähne auf. Zwischen 1992 und 2000 ist die durchschnittliche Anzahl der beeinträchtigten Zähne (DMFT) dieser Altersgruppe von 27,9 auf 23,3 gesunken.

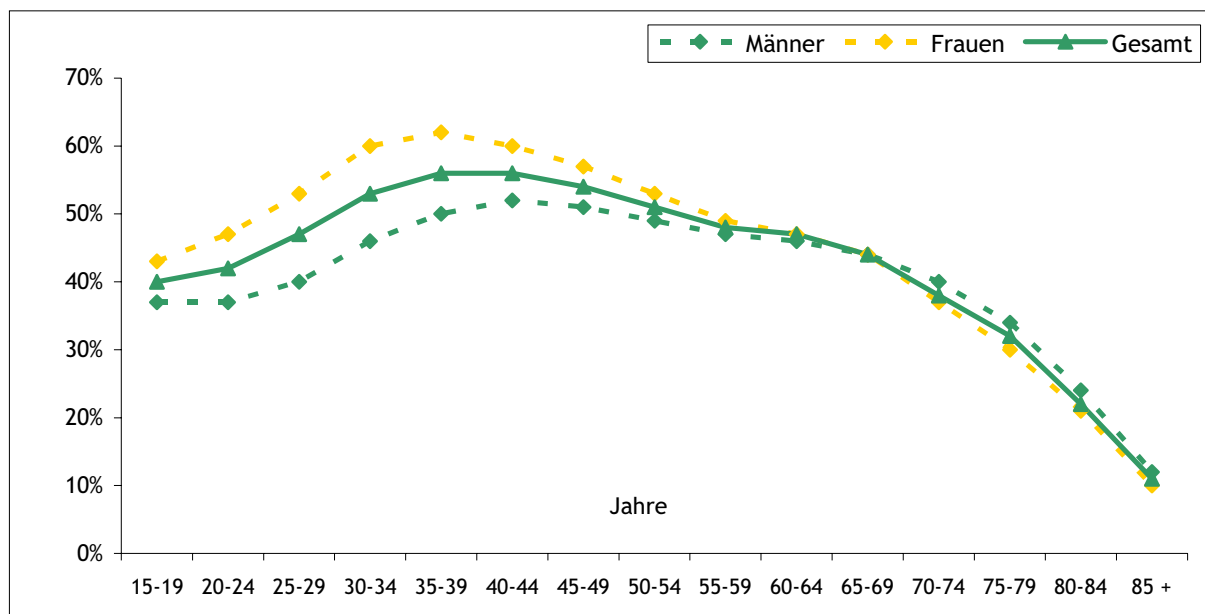
Abbildung 115: Zahngesundheit in Österreich (ausgewählte Altergruppen)



*DMFT 1992: nur regionale Stichprobe; Quelle: WHO Oral Health Country/Area Profile Programme (WHO CAPP 2007)

Die Häufigkeit der Zahnarztkontakte nimmt mit zunehmendem Alter ab. Während unter den 60- bis 64-Jährigen noch 47 Prozent mindestens einen Zahnarztkontakt¹²⁸ innerhalb eines Jahres aufweisen, geht der Anteil - insbesondere ab dem 75. Lebensjahr - stark zurück und beträgt in der Gruppe der über 85-Jährigen nur mehr 11 Prozent.

Abbildung 116: Zahnarztkontakte innerhalb eines Jahres nach Altersgruppen und Geschlecht



Anteil der Personen mit mindestens einer verrechneten Zahnarztleistung 2005; nur Versicherte der OÖGKK.; Quelle: OÖGKK, FOKO

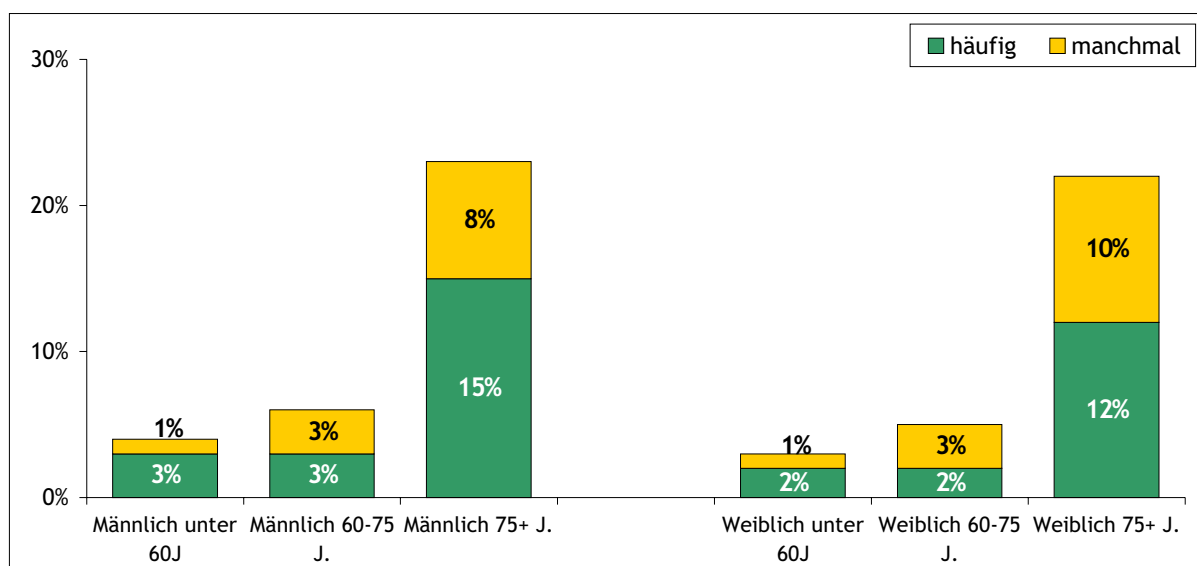
¹²⁸ D.h. Verrechnung mindestens einer zahnärztlichen Leistung

3.7. Einschränkungen im Alltag

3.7.1. Hilfebedürftigkeit bei persönlichen Verrichtungen

Der Anteil der älteren Menschen, die Hilfe bei persönlichen Verrichtungen (z.B. Ankleiden, Waschen etc.) benötigt, steigt vor allem ab dem 75. Lebensjahr an. Unter den 60- bis 75-Jährigen brauchen etwa 5 bis 6 Prozent derartige Hilfestellungen (2 bis 3 Prozent häufig und weitere 3 Prozent immer). Bei den über 75-Jährigen steigt der Anteil auf 22 bis 23 Prozent (12 bis 15 Prozent häufig und 8 bis 10 Prozent manchmal).

Abbildung 117: Hilfe nötig bei persönlichen Verrichtungen (z.B. Waschen, Anziehen)



Bevölkerung in OÖ. Privathaushalten; Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3, eigene Berechnungen

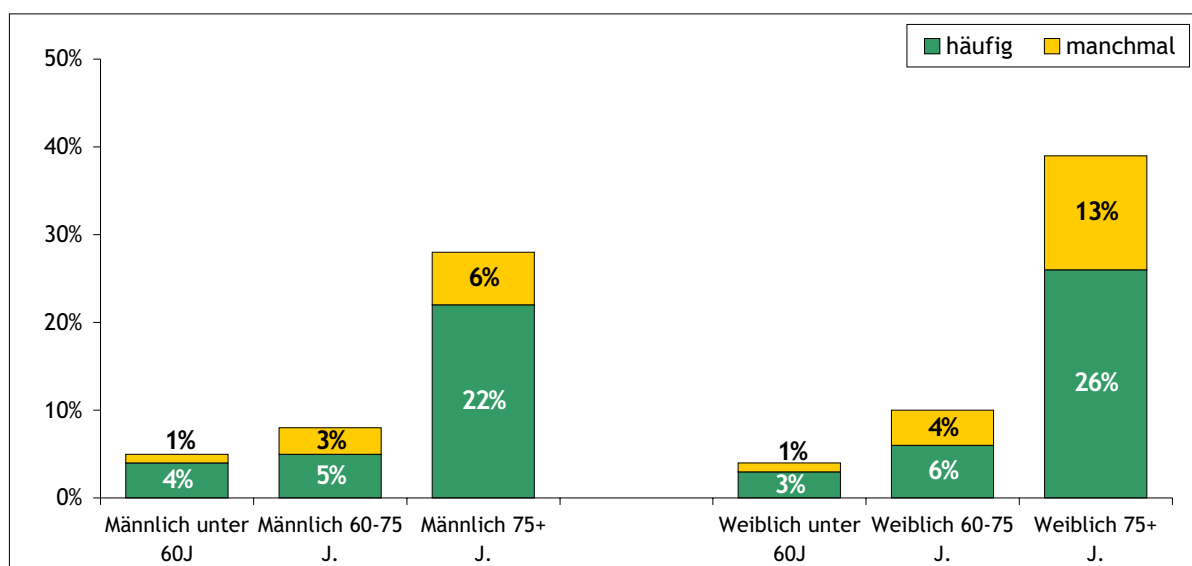
3.7.2. Hilfebedürftigkeit bei alltäglichen Verrichtungen

Auch bei der Hilfestellung betreffend alltägliche Verrichtungen (z.B. Einkaufen) steigt der Anteil bei den über 75-Jährigen stark an. 28 Prozent der Männer über 75 benötigen Hilfestellungen für diese Aufgaben (22 Prozent häufig und 6 Prozent manchmal). Bei gleichaltrigen Frauen ist der Anteil mit 39 Prozent noch etwas höher (26 Prozent häufig und 13 Prozent manchmal).

Bei den 60- bis 75-Jährigen fallen die Anteile noch deutlich geringer aus. In dieser Altersgruppe benötigen 8 bis 10 Prozent Hilfe bei alltäglichen Tätigkeiten (5 bis 6 Prozent häufig und 3 bis 4 Prozent manchmal).

Anzumerken ist, dass hier nur die SeniorInnen in Privathaushalten, nicht die in Alten- und Pflegeheimen erfasst sind.

Abbildung 118: Hilfe nötig bei Tätigkeiten des täglichen Lebens (z.B. Einkaufen)



Bevölkerung in OÖ. Privathaushalten; Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1999/3, eigene Berechnungen

3.8. Pflegebedürftigkeit

Die Daten zum Thema Pflege zeigen: Pflegebedürftigkeit trifft vor allem ältere Bevölkerungsgruppen. Dennoch ist einleitend festzuhalten, dass die nachstehend dargestellten Zahlen jene Pflegebedürftigkeit ausdrücken, die aufgrund der Pflegegeldgesetze des Bundes und der Länder als solche definiert ist. Das heißt, die nachstehend präsentierten Zahlen beschreiben jene pflegebedürftigen Menschen, die Pflegegeld beziehen. Darunter sind einerseits auch beeinträchtigte junge Menschen zu zählen, andererseits fehlen dabei aber jene Menschen, die zwar einen Betreuungs- und Pflegebedarf haben, dieser aber nicht im Sinne der Pflegegeldgesetze zum Ausdruck kommt - entweder, weil diese Personen aus unterschiedlichen Gründen nie um Pflegegeld ansuchen oder weil diese Personen zwar einen gewissen Betreuungs- und Unterstützungsbedarf haben, dieser jedoch nicht die in den Pflegegeldgesetzen geforderten Mindestgrenzen an Stunden überschreitet oder weniger als 6 Monate andauern wird. Im Rahmen der Sozialplanung und der Abschätzung der künftigen Bedarfsentwicklung wurde seitens der Abteilung Statistik und der Sozialabteilung beim Amt der Oö. Landesregierung für diesen Personenkreis ein Wert angenommen, der ebenfalls nachstehend präsentiert wird.

Zuerst wird die Ist-Situation der BezieherInnen von Pflegegeld dargestellt, in der Folge wird auf die bisherige Entwicklung eingegangen, um abschließend einen Ausblick auf die Prognosen bis zum Jahr 2030 zu geben.

Die Ist-Situation in Oberösterreich stellt sich folgendermaßen dar:

Tabelle 3: Personen mit Pflegegeldbezug in Oberösterreich, Stichtag 31.12. 2005

Alter	Männer BPG	Frauen BPG	Summe BPG	Männer LPG	Frauen LPG	Summe LPG
0 - 20	45	35	80	1.014	779	1.793
21 - 40	653	493	1.146	1.081	810	1.891
41 - 60	2.707	2.148	4.855	463	602	1.065
61 - 80	7.363	11.652	19.015	269	1.962	2.231
81 +	5.745	21.520	27.265	199	1.601	1.800
Summe	16.513	35.848	52.361	3.026	5.754	8.780

BPG: Bundespflegegeldgesetz, LPG: Landespflegegeldgesetz; Quelle: Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2005 - Entwurf, BMSG

Anhand dieser Tabelle wird bereits deutlich, dass es zwischen Personen mit Bezug von Landespflegegeld und jenen mit Bezug von Bundespflegegeld stark zu unterscheiden gilt. In Summe bezogen zum 31. 12. 2005 61.141 Personen in Oberösterreich Pflegegeld, etwas mehr als 14 Prozent davon Landespflegegeld, knapp 86 Prozent Bundespflegegeld. Diese beiden Personengruppen haben nur eines gemeinsam - bei beiden überwiegt der Anteil der weiblichen Bezieherinnen in Summe. Nach den Altersgruppen betrachtet zeigen sich bei den beiden Gruppen bereits deutliche Unterschiede: Die Personen, die Landespflegegeld beziehen, sind deutlich jünger als jene mit Bezug vom Pflegegeld des Bundes. Das lässt sich mit den Anspruchsvoraussetzungen erklären.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass beeinträchtigte Menschen und Personen, die im Laufe ihres aktiven Erwerbslebens eine Beeinträchtigung erfahren haben, einen Anspruch auf Landespflegegeld haben, während PensionistInnen einen Anspruch auf Bezug des Bundespflegegeldes haben - von einigen Ausnahmen abgesehen. Innerhalb der Personen mit Landespflegegeldbezug zeigt sich eine starke Unterscheidung hinsichtlich des Alters in Bezug auf das Geschlecht. Während männliche Personen mit Landespflegegeld in den jüngeren Alterskohorten überwiegen, stellt sich das Verhältnis bei den Frauen mit Landespflegegeld genau umgekehrt dar. Bei den Personen mit Bundespflegegeld stellen die Männer bis zu der Altersgruppe der 41- bis 60-Jährigen den größeren Anteil dar. Je älter der Personenkreis allerdings wird, desto eher ist es eine Frau, die Bundespflegegeld bezieht. In der Altersgruppe der über 80-Jährigen sind es bereits nahezu viermal so viele Frauen wie Männer, die Bundespflegegeld beziehen. Erklären lässt sich das mit der höheren Lebenserwartung der Frauen.

Wie bereits erwähnt, gibt es zusätzlich zu den nach Pflegegeldgesetzen als pflegebedürftig eingestuften Personen noch weitere Personen, die einen Betreuungs-, Unterstützungs-, Hilfestellungs- und Pflegebedarf haben, aber aus unterschiedlichen Gründen kein Pflegegeld beziehen. Im Rahmen der Bedarfs- und Entwicklungsplanung für die Pflegevorsorge für ältere Menschen wurde die Gesamtsumme der betreuungs- und pflegebedürftigen Personen im Jahr 2006 auf 72.400 geschätzt, also um rund 11.000 Personen höher als die Gesamtzahl der PflegegeldbezieherInnen in Oberösterreich. Diese Schätzung stützt sich überwiegend auf Mikrozensusdaten, die der Abteilung Statistik beim Amt der Oö. Landesregierung zur Verfügung stehen.

Die Entwicklung seit Einführung des Pflegegeldes zeigt, dass sich die Anzahl der Personen, die Pflegegeld beziehen, jährlich erhöht. Nachstehende Tabelle zeigt deutlich, wie stark sich beispielsweise die Zahl der Personen mit Bezug von Bundespflegegeld seit 1994 erhöht hat.

Tabelle 4: Anzahl der Personen mit Bundespflegegeld, Sozialversicherungsträger in OÖ nach Alter und Geschlecht im Juli 1994

Alter	0 - 19	20 - 49	50 - 79	80 - 94	95 +	Summe
Frauen	22	838	7.483	16.477	465	25.285
Männer	18	1.115	4.834	5.071	110	11.148
Gesamt	40	1.953	12.317	21.548	575	36.433

*In dieser Statistik sind die anspruchsberechtigten Bundesbeamten nicht enthalten.
Quelle: Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge, 1994*

Mit Stichtag 31.12.1993 bezogen in Oberösterreich 7.603 Personen Landespflegegeld. Im Juli 1994 bezogen in Oberösterreich 36.433 Personen Bundespflegegeld. In Summe bezogen somit in Oberösterreich mit Einführung des Pflegegeldes rund 44.000 Personen Pflegegeld. Gegenüber den im Jahr 2005 im Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge ausgewiesenen Personen mit Pflegegeldbezug bedeutet dies eine Steigerung um 39 Prozent, wobei diese Steigerung zum überwiegenden Teil auf die Zunahme der Personen mit Bezug von Bundespflegegeld zurückzuführen ist. Während in der Statistik vom Juli 1994 36.433 Personen mit Bundespflegegeld aufscheinen, steigt ihre Zahl in der Statistik von 2005 auf 52.361 an, das entspricht einer Steigerung von 43,7 Prozent. Der Anstieg der Personen mit Bezug von Landespflegegeld ist mit 15,5 Prozent vergleichsweise gering.

Tabelle 5: Entwicklung der Personen mit Pflegegeld seit 1994

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2005
LPG	7.603	8.694	8.584	7.437	7.633	7.759	8.248	8.214	8.496	8.622	8.780
BPG	36.433	40.030	39.554	41.004	41.760	43.116	44.314	45.702	48.168	49.609	52.361
Summe	44.036	48.724	48.138	48.441	49.393	50.875	52.562	53.916	56.664	58.231	61.141

LPG: Landespflegegeld, BPG: Bundespflegegeld; Quelle: Berichte des Arbeitskreises für Pflegevorsorge, BMSG

Aber auch die Prognosen für die Entwicklungen in der Zukunft gehen von einem weiteren Anstieg der pflegebedürftigen Personen aus. Im Zusammenhang mit der Bedarfs- und Entwicklungsplanung für die Pflegevorsorge für ältere Menschen wurden durch die Abteilung Statistik beim Amt. der Oö. Landesregierung wie oben bereits erwähnt auch Abschätzungen über das Potential der zusätzlich zu den Personen mit Pflegegeldbezug betreuungsbedürftigen Personen vorgenommen. Diese Gesamtsumme

der betreuungs- und pflegebedürftigen Personen wurde auch für die Zukunft bis zum Jahr 2030 vorausgeschätzt. In Tabelle 7 sind diese Schätzungen dargestellt.

Tabelle 6: Entwicklung der Anzahl pflegebedürftiger Personen mit und ohne Bezug von Pflegegeld bis 2030 (Gesamtsumme)

	2004	2006	2010	2015	2020	2025	2030	Veränder. 2004/15 in %	Veränder. 2004/30 in %
Pflegebe- dürftige	69.856	72.400	77.169	82.581	88.117	95.460	104.255	18,20	49,20

Quelle: Abteilung Statistik beim Amt der Oö. Landesregierung, eigene Berechnungen

Das bedeutet eine prognostizierte Zunahme der betreuungs- und pflegebedürftigen Personen von bis zu 49,2 Prozent bis zum Jahr 2030. Diese Entwicklung ist regional innerhalb Oberösterreichs sehr unterschiedlich. Mit den stärksten Zunahmen dieser Personengruppe haben die Bezirke Urfahr-Umgebung, Perg und Linz-Land zu rechnen, die geringsten Zuwachsraten werden die Städte Steyr und Linz zu verzeichnen haben. Dies hängt vor allem mit den Zuwanderungsströmen und der Zusammensetzung der aktuellen Bevölkerung in diesen Regionen zusammen. Die drei genannten Bezirke rund um die Landeshauptstadt verzeichneten im vergangenen Jahrzehnt einen enormen Zuzug von Personen mittleren Alters, die nun bis zum Jahr 2030 aufgrund ihres fortgeschritteneren Alters zunehmend betreuungs- und pflegebedürftig werden. Die Städte Steyr und Linz haben vor allem Zuwachsraten bei sehr jungen Menschen. Der größte Bedarf an Versorgungsleistungen für Personen mit Betreuungs- und Pflegebedarf ist in den Städten großteils zeitlich bereits früher aufgetreten als in den ländlichen Regionen.

3.9. Medikamentenverordnungen

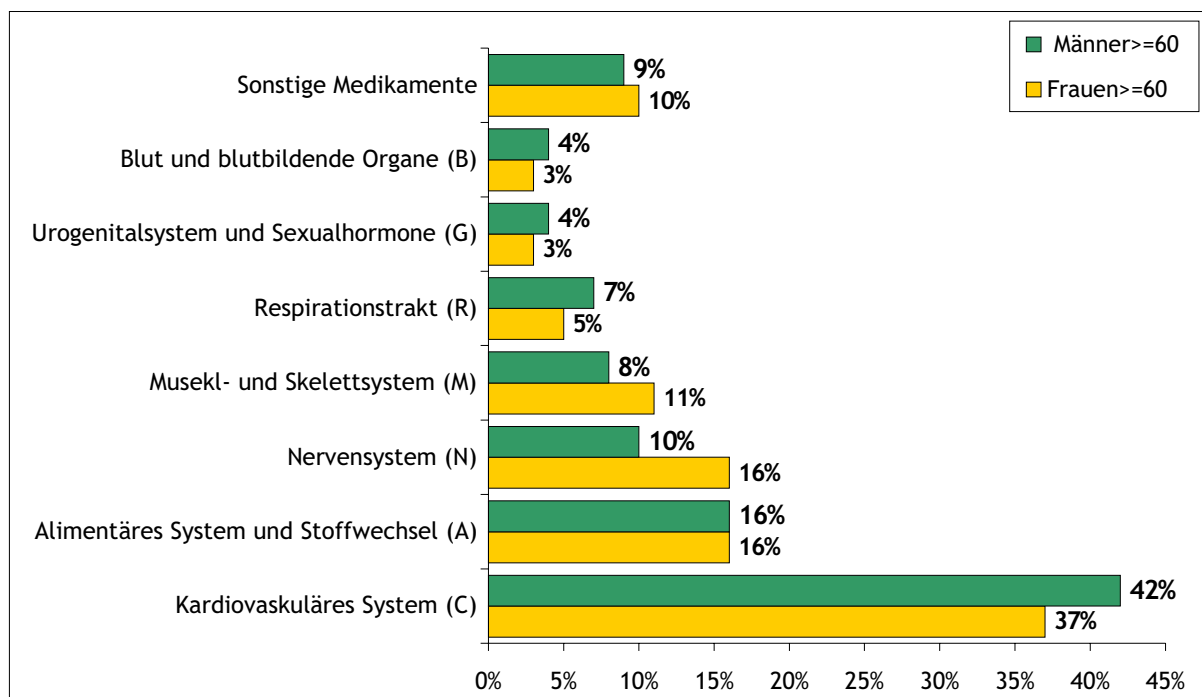
Der Großteil der an ältere Menschen verordneten Medikamente fällt in die Gruppe der Herz-Kreislauf-Präparate. Ungefähr 40 Prozent der Medikamente, die an über 60-Jährige abgegeben werden, fallen in diese Gruppe (bei Frauen 37 Prozent, bei Männern 42 Prozent).

Heilmittel zur Behandlung des Magen-Darmtraktes (alimentäres System und Stoffwechsel) machen 16 Prozent des verordneten Volumens aus.

16 Prozent der an Frauen und 10 Prozent der an Männer abgegebenen Präparate dienen zur Behandlung von psychiatrischen bzw. neurologischen Erkrankungen (Nervensystem). Dazu gehören Schmerz- und Migränemittel sowie Mittel zur Behandlung verschiedener psychischer bzw. neurologischer Krankheiten wie Depression, Epilepsie, Demenz, Parkinson, Psychosen etc.

Etwa 10 Prozent (8 Prozent bei Männern und 11 Prozent bei Frauen) sind Medikamente zur Behandlung von Erkrankungen des Bewegungsapparates (Muskel-, Skelettsystem), wie bspw. Gelenksentzündungen, Gicht oder Osteoporose.

Abbildung 119: Medikamentenverordnungen - Verordnungsvolumen nach anatomischen ATC-Gruppen



Anteil der verordneten Packungen 2004; Hauptversicherte der OÖGKK im Alter von 60+ Jahren
Quelle: OÖGKK; FOKO

4. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

In westlichen Industriegesellschaften ist der Anteil an älteren und hochaltrigen Menschen an der Gesamtbevölkerung in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gewachsen und wird dies noch weiter tun. Die steigende Lebenserwartung führt dazu, dass ein beträchtlicher Teil an Personen mit dem Zugewinn an Lebensjahren einen „echten“ Gewinn an Lebensqualität für sich verbuchen kann. Andererseits bringen die gewonnenen Lebensjahre für viele Menschen nichts Positives mit sich, da viele Personen ihre letzten Lebensabschnitte in nicht-gesundem Zustand verbringen müssen. Denn mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit von Krankheit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen an. Das Problem der Multimorbidität nimmt zu, degenerative Veränderungen entstehen, chronische Erkrankungen samt all ihrer Folgen treten auf, Behinderungen und sonstige Gesundheitsstörungen sowie Funktionsstörungen können das Leben im hohen Alter beeinträchtigen.¹²⁹

Gesundheitsförderung und Prävention im Alter soll nun verhindern, dass Gesundheit, körperliche Leistungsfähigkeit und Anpassungsvermögen eines Menschen abrupt abnehmen. Die Grundidee der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter ist, dass diese erwähnten Dinge nur allmählich zurückgehen und dass dieser Rückgang gestoppt werden kann. Ein weiteres Ziel ist der Versuch, die Altersmorbidity hinauszuschieben („compression of morbidity“).

Gesundheitsförderung und Prävention im Alter hat eine aktive, selbstständige Lebensführung, körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, die Vermeidung von körperlichen und psychischen Krankheiten sowie die Erhaltung oder Schaffung adäquater Unterstützungsnetzwerke zum Ziel.¹³⁰

¹²⁹ Schwartz 2003, S. 675

¹³⁰ Altgeld et al. 2006, S. 21

4.1. Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Prävention

Sowohl die Gesundheitsförderung als auch die Prävention verfolgen gleiche Zielrichtungen, unterscheiden sich allerdings in ihren Ausrichtungen. Während sich die primäre Zielgruppe der Prävention aus RisikoträgerInnen bzw. bereits Erkrankten zusammensetzt und versucht, mittels gezielter Maßnahmen den Eintritt von Krankheiten zu verhindern bzw. zu verzögern oder die Verschlechterung bereits eingetretener Erkrankungen zu vermeiden, zielt die Gesundheitsförderung auf die gesamte (alte) Bevölkerung und versucht mit ihrer salutogenetischen Sichtweise die Gesundheit aller zu erhalten bzw. versucht sie die gesundheitlichen Ressourcen zu steigern. Trotz dieser grundsätzlichen Unterscheidung ergänzen sich Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen in einer grundlegenden Weise und versprechen nur im Zusammenspiel nachhaltige Erfolge.¹³¹

4.2. Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung und Prävention

Bei den Ansatzpunkten der Gesundheitsförderung und Prävention wird grundsätzlich zwischen persönlichen Faktoren und Umweltfaktoren unterschieden. Zu den persönlichen Faktoren zählen: Lebensstil, Alltagsgestaltung, Gesundheitsverhalten, subjektive Deutung und Bewältigung von Belastungen und die Fähigkeit zur Kompensation von Einschränkungen. Zu den Umweltfaktoren zählen z.B. die Gestaltung der Wohnung (Barrierefreiheit, Ausstattung mit Hilfsmitteln) sowie die Ausstattung des Wohnumfeldes mit Dienstleistungen (Infrastruktur).¹³²

¹³¹ Naegele 2004, S. 87

¹³² Hurrelmann/Klotz/Haisch 2004, S. 85

4.3. Spezifische Präventionsmaßnahmen und deren Bedeutung für Gesundheit im Alter

a) Körperliche Aktivität

Maßnahmen zur Förderung der körperlichen Aktivität sind von besonderer Bedeutung, da von diesen selbst gesundheitlich stark beeinträchtigte ältere Menschen profitieren können. Körperliche Aktivität erhöht die Fähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens auszuführen, d.h. sie hat einen positiven Einfluss auf die funktionale Gesundheit. Weiters wirkt die körperliche Aktivität durch die Stärkung der Muskulatur und der Förderung des Gleichgewichtssinns präventiv vor Stürzen und erhält die Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems.¹³³

Konkrete (mögliche) Maßnahmen wären z.B. die Schaffung von Einrichtungen, welche älteren Menschen körperliche Betätigungsmöglichkeiten bieten und die bei älteren Menschen Interesse an Bewegung wecken, oder auch Maßnahmen der Gesundheits-erziehung.

b) Angemessenes Ernährungsverhalten

Maßnahmen, die die Förderung eines angemessenen Ernährungsverhaltens im Alter zum Ziel haben, sind ebenfalls von besonderer Bedeutung. Unter angemessenem Ernährungsverhalten versteht man z.B. die Anpassung der Energiezufuhr an den veränderten Bedarf. Ein angemessenes Ernährungsverhalten soll vor Mangelzuständen schützen und körpereigene Ressourcen bewahren.¹³⁴

Konkrete (mögliche) Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention wären hier z.B. die Vermittlung von Kenntnissen über gesunde Ernährung, die Senkung der Kosten für Lebensmittel die besonders gesund sind bzw. eine gezielte Unterstützung von Menschen, die es sich nicht leisten können, sich gesund zu ernähren oder aber auch die gesetzliche Regelung zur Etikettierung von Nahrungsmitteln, die es dem/der VerbraucherIn ermöglicht, potenzielle Schadstoffe zu erkennen oder die Qualität des Produktes zu beurteilen.¹³⁵

c) Unfallschutz

Stürze und Unfälle spielen im Alter eine bedeutende Rolle. In diesem Zusammenhang wären mögliche Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention z.B. Kampag-

¹³³ Hurrelmann/Klotz/Haisch 2004, S. 87

¹³⁴ Hurrelmann/Klotz/Haisch 2004, S. 87 - 88

¹³⁵ Hurrelmann/Klotz/Haisch 2004, S. 88

nen zur Sicherheit im Alter, Interventionen zur Erhöhung der körperlichen Aktivität (siehe a), eine verbesserte bzw. angepasste Schaltung von Ampelphasen, Beratung von älteren Menschen im Umgang mit Technik oder altersgerechte Programme zur Sicherheit im Straßenverkehr.¹³⁶

d) Kognitive Aktivität

Diverse Studien haben ergeben, dass das Ausmaß der kognitiven Aktivität für die kognitive Leistungsfähigkeit von Bedeutung ist. Die geistige Flexibilität lässt sich durch die wiederholte Beschäftigung mit neuen Aufgaben und Herausforderungen erhöhen. Dabei kann die Problemlösungsfähigkeit bis ins hohe Alter unverändert bleiben.

e) Abbau sozialer Ungleichheit

Da zwischen dem sozialen Status und den Morbiditäts- und Mortalitätsraten eine annähernd lineare Beziehung besteht (zu Ungunsten von Personen mit niedrigem sozialem Status), ist der Abbau von sozialer Ungleichheit im Bereich der Gesundheit als eine vordringliche Aufgabe von Gesundheitsförderung und Prävention anzusehen. Die Ursache für den Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit sind zum einen in schichtspezifischen Unterschieden von Rauchmustern, Ernährungsmustern und in Mustern körperlicher Aktivität begründet. Zum anderen üben Personen aus unteren sozialen Schichten häufiger berufliche Tätigkeiten aus, die auf Dauer mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbunden sind. Darüber hinaus finden sich in unteren sozialen Schichten allgemein der individuellen Gesundheit abträgliche physikalische und soziale Umweltbedingungen.

¹³⁶ Hurrelmann/Klotz/Haisch 2004, S. 89

4.4. Gesundheitsförderung in relevanten Settings - Beispiel Betrieb

„Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von ArbeitgeberInnen, ArbeitnehmerInnen und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.

Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen,
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung,
- Stärkung persönlicher Kompetenzen.¹³⁷

Im Hintergrund der Luxemburger Deklaration steht ein tief greifender Wandel in der Arbeitswelt. Die Herausforderungen für die Arbeitswelt im 21. Jahrhundert stellen vor allem folgende Rahmenbedingungen dar:

- Globalisierung,
- Arbeitslosigkeit,
- Personalabbau (Downsizing),
- Wachsender Anteil von ArbeitnehmerInnen in Klein- und Mittelunternehmen (KMU),
- Älter werdende Belegschaften.

Diese Veränderungen setzen einen Umdenkprozess sowohl in der Personal- als auch in der Organisationsentwicklung voraus, der durch die Betriebliche Gesundheitsförderung unterstützt werden soll. Selbstverständlich betrifft dieses Umdenken nicht nur Betriebe, sondern die Gesellschaft als Ganzes, denn der Faktor Alter wird in Zukunft von zunehmender Bedeutung sein.¹³⁸

Betriebliche Gesundheitsförderung als moderne Unternehmensstrategie zielt darauf ab, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (einschließlich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress), Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern. Im Zentrum steht eine Realisierung des Zusammenspiels von der Gestaltung der Arbeitsbedingungen -

¹³⁷ Definition nach der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung, 1997

¹³⁸ Kiesewetter 2007, S. 74

Verhältnisprävention - und die Veränderung der gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen der einzelnen MitarbeiterInnen - Verhaltensprävention.¹³⁹

4.5. Gesundheitszustand älterer ArbeitnehmerInnen

Der subjektive Gesundheitszustand von älteren Menschen hat sich in den letzten Jahrzehnten verbessert. Demnach basiert die Notwendigkeit einer alter(n)sgerechten Arbeitswelt nicht auf einer zunehmenden Morbidität, sondern auf dem kontinuierlich zunehmenden Anteil älterer ArbeitnehmerInnen in den Unternehmen. Hinzu kommt, dass dieser größer werdende Anteil an älteren ArbeitnehmerInnen auch länger im Arbeitsprozess verbleibt.¹⁴⁰

In Folge des demographischen Wandels arbeiten in Österreich immer mehr Menschen mit einem Lebensalter von mehr als 50 Jahren. Während die Anzahl der Beschäftigten von 1993 bis 2003 um insgesamt 1,5 Prozent zugenommen hat, so ist die Anzahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit einem Lebensalter von über 50 Jahren im gleichen Zeitraum um etwa 22 Prozent gestiegen.

Anhand der krankheitsbedingten Fehlzeiten in Abhängigkeit vom Lebensalter zeigt sich, dass ab dem 50. Lebensjahr eine deutliche Erhöhung der Krankenstandstage pro Beschäftigten zu verzeichnen ist. Zwar bleibt die Anzahl der Krankenstandstage relativ konstant, die durchschnittliche Dauer der Krankenstände nimmt jedoch zu.

Langzeitstudien zu Gesundheitsrisiken (v.a. Rauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel) haben ergeben, dass Personen mit hohem Gesundheitsrisiko doppelt so viele Gesundheitsbeeinträchtigungen wie Personen mit geringerem Risiko aufweisen. Daher wird im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen der Reduktion von Risikofaktoren besondere Bedeutung beigemessen.¹⁴¹

¹³⁹ Arbeitskreis Gesunde Unternehmen/Betriebe 2004

¹⁴⁰ Meggeneder 2007, S. 1

¹⁴¹ Meggeneder 2007, S. 1

4.6. Healthy Work in an Ageing Europe

Die Potenziale der Betrieblichen Gesundheitsförderung gelten als unumstritten. Da es bislang nur wenige Erfahrungswerte in Bezug auf die Altersdimension gibt¹⁴², widmet sich das Europäische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) in seiner 5. Initiative dieser Thematik:

“Healthy work in an ageing Europe” ist eine europaweite Initiative, die die Erhaltung und Förderung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der älteren Erwerbstätigen als Schwerpunkt hat. Dabei werden in den Mitgliedsstaaten des ENWHP entsprechende Projekte initiiert, dokumentiert und in Länderberichten zusammengefasst. Die Leitung dieser Initiative ist bei der OÖGKK angesiedelt.

Konkret hat das ENWHP bei der Europäischen Kommission ein Projekt mit folgenden Zielen eingereicht:

- Die Sammlung von nationalstaatlichen Maßnahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung für und mit älteren ArbeitnehmerInnen.
- Die Erstellung eines europäischen Gesundheitsberichts über die Verteilung von Erkrankungen und Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen nach Altersgruppen und Bevölkerungsstruktur.¹⁴³

¹⁴² Dies liegt daran, dass bei der Durchführung von BGF-Projekten bislang der Partizipationsgedanke (Beteiligung aller MitarbeiterInnen) - neben anderen Prinzipien - im Vordergrund stand.

¹⁴³ Meggeneder 2007, S. 3

5. Versorgung und Infrastruktur im Gesundheitsbereich für ältere Menschen

Das nun folgende Kapitel befasst sich mit Infrastruktur, die im Gesundheitsbereich speziell für ältere Menschen angeboten wird und soll einen Überblick über die Bandbreite der Angebote geben. Die Angebote reichen von "klassischen" medizinischen Leistungen wie Ärzten/Ärztinnen mit Geriatrie- und Palliativmedizin-Diplom über Pflegedienstleistungen bis hin zu sonstigen Angeboten wie den SelbA-TrainerInnen.

5.1. Ärzte/Ärztinnen mit Geriatrie-Diplom

In Oberösterreich gibt es 77 niedergelassene Ärzte/Ärztinnen mit einem Diplom der Österreichischen Ärztekammer für Geriatrie.

Tabelle 7: Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen mit ÖÄK-Diplom für Geriatrie in OÖ nach Bezirken

Bezirk	Anzahl
Linz	20
Wels	5
Steyr	8
Braunau	2
Eferding	2
Freistadt	2
Gmunden	4
Grieskirchen	5
Kirchdorf	5
Linz-Land	5
Perg	1
Ried	6
Rohrbach	2
Schärding	2
Steyr Land	4
Urfahr-Umgebung	2
Vöcklabruck	4
Wels Land	2

Quelle: Mag. Anton Sinabell, Ärztekammer für OÖ, E-Mail vom 4. April 2007.

Unter den angestellten Ärzten/Ärztinnen gibt es 84 mit einem Diplom für Geriatrie.

Tabelle 8: Angestellt Ärzte/Ärztinnen mit ÖÄK-Diplom für Geriatrie in OÖ nach Bezirken

Bezirk	Anzahl
Linz	40
Wels	4
Steyr	5
Braunau	2
Freistadt	1
Gmunden	10
Grieskirchen	3
Kirchdorf	1
Linz-Land	2
Ried im Innkreis	2
Rohrbach	2
Schärding	4
Steyr Land	5
Vöcklabruck	3

Quelle: Mag. Anton Sinabell, Ärztekammer für OÖ, E-Mail vom 4. April 2007

5.2. Ärzte/Ärztinnen mit Diplom für Palliativmedizin

In Oberösterreich gibt es 92 niedergelassene Ärzte/Ärztinnen mit einem ÖÄK-Diplom für Palliativmedizin.

Tabelle 9: Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen mit ÖÄK-Diplom für Palliativmedizin in OÖ nach Bezirken

Bezirk	Anzahl
Linz	15
Wels	5
Steyr	9
Braunau	4
Eferding	2
Freistadt	3
Gmunden	8
Grieskirchen	7
Kirchdorf	7
Linz Land	6
Perg	2
Ried im Innkreis	4
Rohrbach	1
Schärding	1
Steyr Land	6
Urfahr-Umgebung	2
Vöcklabruck	8
Wels Land	2

Quelle: Mag. Anton Sinabell, Ärztekammer für OÖ, E-Mail vom 4. April 2007

Unter den angestellten Ärzten/Ärztinnen gibt es 100 mit einem ÖÄK-Diplom für Palliativmedizin.

Tabelle 10: Angestellte Ärzte/Ärztinnen mit ÖÄK-Diplom für Palliativmedizin in OÖ nach Bezirken

Bezirk	Anzahl
Linz	40
Wels	13
Steyr	5
Braunau	3
Freistadt	1
Gmunden	10
Grieskirchen	4
Kirchdorf	1
Linz Land	1
Ried im Innkreis	2
Rohrbach	2
Schärding	6
Steyr Land	5
Vöcklabruck	7

Quelle: Mag. Anton Sinabell, Ärztekammer für OÖ, E-Mail vom 4. April 2007

5.3. Krankenanstalten (Geriatric etc.)

In Oberösterreich haben folgende Krankenanstalten eine Abteilung für Akutgeriatrie - Remobilisation:

- AKH Linz,
- Konventhospital der Barmherzigen Brüder Linz,
- Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz,
- LKH Gmunden (Zentrum für Akutgeriatrie und Innere Medizin in Buchberg),
- Krankenhaus St. Franziskus Grieskirchen,
- Krankenhaus der Kreuzschwestern in Sierning.

Weiters sind derartige Abteilungen in folgenden Krankenhäusern geplant:

- Krankenhaus Ried (teilweise bereits in Betrieb, Vollausbau bis Ende 2007),
- Krankenhaus Braunau (für 2007 geplant),
- Landeskrankenhaus Bad Ischl (für 2008 geplant),
- Landeskrankenhaus Schärding (für 2008 geplant),
- Krankenhaus der Elisabethinen Linz (für 2009 geplant),
- Landeskrankenhaus Rohrbach (für 2010 geplant).

Diese Abteilungen sind spezialisiert auf die dem älteren und alten Menschen angepasste ganzheitliche Medizin.¹⁴⁴ Die Geriatrie setzt sich vor allem mit Problemen aus den Bereichen der Inneren Medizin, der Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie auseinander.¹⁴⁵ Das Ziel dieser Abteilungen ist es, PatientInnen, die Gefahr laufen, die Selbständigkeit zu verlieren, wieder die Möglichkeit zu geben, ein eigenständiges Leben zu führen.

Weiters gibt es Palliativstationen, die der ganzheitlichen Begleitung und Betreuung von Menschen mit einer fortgeschrittenen, unheilbaren Krankheit dienen. Ziel ist, den PatientInnen eine Linderung der Symptome zu gewähren, so dass sie den Rest ihrer Lebenszeit mit einer möglichst guten Lebensqualität verbringen können. Die Aufenthaltsdauer auf den wohnlich gestalteten Palliativstationen ist meist begrenzt,

¹⁴⁴ www.diako-mannheim.de

¹⁴⁵ Wikipedia 2006

da eine Entlassung grundsätzlich angestrebt wird.¹⁴⁶ Palliativstationen gibt es in folgenden Krankenhäusern:

- LKH Vöcklabruck,
- Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz,
- Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried,
- Krankenhaus der Elisabethinen Linz.

Die Landesnervenklinik Wagner Jauregg versteht sich als Kompetenzzentrum für psychische, neurologische, neurochirurgische und geriatrische Erkrankungen und hat eine Abteilung für neurologisch-psychiatrische Gerontologie (Altersforschung). Im LKH Steyr gibt es ein Konsiliarfach für Akutgeriatrie und im Krankenhaus St. Josef in Braunau ein Palliativ Team.

Weitere Palliativstationen sind im Landeskrankenhaus Steyr (für 2010) sowie im Landeskrankenhaus Rohrbach (ebenfalls für 2010) geplant).

5.4. Überleitungspflege

Unter dem Titel "Überleitungspflege" finden sich Angebote von Krankenhäusern, die Betreuungslücke von PatientInnen nach einem Spitalsaufenthalt zu überbrücken. So schafft Überleitungspflege eine Verbindung zwischen Krankenhaus, sozialen Einrichtungen und dem Zuhause, damit PatientInnen nach dem Spitalsaufenthalt optimal in ihre gewohnte Lebensform begleitet und die pflegenden Vertrauenspersonen unterstützt werden. Sie reicht von individueller pflegerischer und sozialer Beratung in allen Fragen der Erkrankung bis hin zur persönlichen und telefonischen Nachbetreuung im Sinne einer Starthilfe.¹⁴⁷

Überleitungspflege wird in fast allen Oberösterreichischen Krankenanstalten angeboten.

¹⁴⁶ Wikipedia 2006a
OÖ Sozialratgeber 2007

5.5. Alten- und Pflegeheime, Betreubares Wohnen

Zur Deckung der eingangs erläuterten Bedürfnisse stellen Alten- und Pflegeheime eine wesentliche Versorgungseinheit dar. Zum 01.01.2006 gibt es in Oberösterreich 114 anerkannte Alten- und Pflegeheime, die von 51 verschiedenen Rechtsträgern betrieben werden. Neben den 68 eigenen Heimen der regionalen Träger sozialer Hilfe (Sozialhilfverbände und Städte mit eigenem Statut), bei denen die Erfüllung der Bedarfs- und Qualitätskriterien per Gesetz vorausgesetzt wird, verfügen 23 Gemeindeheime und 23 Einrichtungen von Orden oder Vereinen über eine Anerkennung gemäß § 64 Oö. Sozialhilfegesetz. Die in diesen 114 Einrichtungen lebenden Personen erhalten soziale Hilfe in stationären Einrichtungen (§ 15) als Hilfe zur Pflege (§ 17) nach dem Oö. Sozialhilfegesetz. Das hat zur Folge, dass sie einen Anspruch auf Sozialhilfezahlungen haben, wenn ihr eigenes Vermögen und ihre eigenen Einkünfte für die Aufenthaltskosten im Heim nicht ausreichen.

Für andere, insbesondere Gewinn orientierte gewerbliche Heime, die nicht über eine Anerkennung verfügen, sind nach dem herrschenden Verständnis die zitierten Bestimmungen des Oö. Sozialhilfegesetzes nicht anzuwenden - diese Einrichtungen unterliegen somit auch nicht der Aufsicht der oberösterreichischen Landesregierung und sind folglich nicht in die nachfolgend dargestellten statistischen Auswertungen miteinbezogen. Dies gilt im Übrigen auch für die in anderen Abschnitten hinsichtlich der BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen dargestellten Daten. Auch diese beziehen sich nur auf die nach dem Oö. SHG anerkannten Heime.

In den Alten- und Pflegeheimen nach dem Oö. Sozialhilfegesetz gibt es per 01.01.2006 insgesamt **11.535** (Norm-)Plätze, davon sind zum Stichtag **11.285** bewohnt*).¹⁴⁸ Das kleinste Heim verfügt über 23 Plätze, das größte über 533, mehr als zwei Drittel (69,3%) der HeimbewohnerInnen leben in Heimen mit 41 bis 130 Plätzen.

¹⁴⁸ Die Differenz zwischen Anzahl der ausgewiesenen Normplätze und Anzahl der zum Erhebungsstichtag (1.1.2006) bewohnten Heimplätze ergibt sich aus folgenden Gründen:

- Nach einem Todesfall frei gewordene Plätze werden aus Pietätsgründen nicht unmittelbar anschließend neu vergeben.
- Zwei-Personen-Wohneinheiten werden als Ein-Personen-Wohneinheiten genützt.
- Zur Standardverbesserung werden als Mehr-Personen-Wohneinheiten ausgewiesene Zimmer nur mehr als Zwei-Personen-Wohneinheiten genützt.
- Aufgrund von Personalmangel besteht ein Aufnahmestopp für neue HeimbewohnerInnen.
- Im Hinblick auf anstehende Sanierungsmaßnahmen wird die Kapazität an Heimplätzen verringert.
- Aufgrund der Qualitätsansprüche von potentiellen HeimbewohnerInnen und/oder Angehörigen werden Plätze in Mehr-Personen-Wohneinheiten weniger akzeptiert und nachgefragt.
- Neu errichtete Heime sind noch nicht vollständig bezogen.

Die Verteilung der Plätze bezogen auf die Heimgröße sieht folgendermaßen aus:

weniger als 40 Plätze:	260 Plätze in	8 Heimen
41 - 80 Plätze:	2.059 Plätze in	31 Heimen
81 - 130 Plätze:	5.900 Plätze in	57 Heimen
131 - 200 Plätze:	2.107 Plätze in	14 Heimen
mehr als 200 Plätze:	1.209 Plätze in	4 Heimen

18 Heime bieten ausschließlich Ein-Personen-Wohneinheiten, der Trend bei den Neubauten weist weiter in diese Richtung. Laut Auskunft der Heimleitungen werden insbesondere von den Angehörigen vermehrt Ein-Personen-Wohneinheiten nachgefragt. Da es schwierig ist, den zweiten Platz in einer Zwei-Personen-Wohneinheit zu vergeben - zum Teil begründet durch den steigenden Anteil von Menschen mit demenziellen Veränderungen, die einen Heimplatz benötigen und die Tatsache, dass auch immer mehr Männer in Alten- und Pflegeheime übersiedeln - bleiben vermehrt Plätze frei, was wiederum den wirtschaftlichen Erfolg des Heimes gefährdet.

Betreubares Wohnen

Betreubare Wohnungen sind Mietwohnungen im genossenschaftlichen Wohnungsbau, die bestimmte Kriterien erfüllen müssen und die für eine definierte Zielgruppe bestimmt sind.

Folgende Kriterien müssen Betreubare Wohnungen erfüllen:

- Völlige Barrierefreiheit,
- Größe von 50 m² darf nicht überschritten werden,
- Rufhilfe (Rund-um-die-Uhr besetzter Notruf),
- Ansprechperson mit verfügbarem Zeitausmaß von 2 Stunden pro Wohnung und Monat.

Diese Zweck gewidmeten Wohnungen wurden in Oberösterreich erstmals 1997 errichtet, die ersten Wohnungen wurden im Mai 1998 übergeben. Mittlerweile sind 1.845 solcher Wohnungen bezogen, weitere 583 sind in Bau. Betreubare Wohnungen existieren mittlerweile in allen Bezirken Oberösterreichs. Ziel der betreubaren Wohnungen ist es, Personen, die in ihrer bisherigen Wohnumgebung nicht mehr leben können, eine adäquate Wohnung in oder wenigstens nahe ihrem bisherigen persönlichen Umfeld zur Verfügung zu stellen. Damit wird gewährleistet, dass dem Bedürfnis nach sicherem Wohnen im Alter Rechnung getragen wird. Eine verpflichtende Rufhilfe und die Anwesenheit einer Ansprechperson in einem definierten zeitlichen Ausmaß geben zusätzliche Sicherheit und beugen sozialer Isolation und Vereinsamung vor. Zudem ergeben sich für die mobilen Dienste Effekte der Effizienzsteigerung, denn die Wegzeiten für den Besuch dieser MieterInnen in ihren bisherigen - verstreuten - Wohnungen fallen weg. Zudem stellen die neuen modernen barrierefreien Wohnungen für die MitarbeiterInnen in den mobilen Diensten eine Arbeitserleichterung dar, weil Toilette, Bad und Warmwasseraufbereitung teilweise erheblich besser ausgeführt sind als in den bisherigen Wohnungen der MieterInnen.

Im April 2005 hat die Sozialabteilung eine Erhebung über die BewohnerInnen von Betreubaren Wohnungen durchgeführt, deren Ergebnisse im nachfolgenden präsentiert werden. Dabei wurden 73 Wohnobjekte in 66 Gemeinden in die Erhebung miteinbezogen. In Summe wurden Daten von 1.488 MieterInnen von 1.278 Betreubaren Wohnungen ausgewertet. Der überwiegende Anteil der MieterInnen war auch hier weiblich - 73,2 Prozent. Etwas über 80 Prozent der Personen lebten alleine in der Betreubaren Wohnung, davon lediglich 17,2 Prozent Männer.

Die Altersverteilung der MieterInnen sah im April 2005 folgendermaßen aus:

Tabelle 8: Altersverteilung der MieterInnen in Betreubaren Wohnungen, April 2005

Altersgruppen	bis 60	61 - 70	71 - 80	81 - 90	90 +
Absolut	74	216	644	512	42
in Prozent	5	14,5	43,3	34,4	2,8

Quelle: Erhebung der Sozialabteilung, eigene Berechnungen

Das Durchschnittsalter betrug zum Erhebungszeitpunkt 76 Jahre. Dieses Durchschnittsalter liegt um einige Jahre unter dem der BewohnerInnen von Alten- und Pflegeheimen, etwas mehr als 43 Prozent der MieterInnen waren aber bereits zwischen 71 und 80 Jahre alt.

Hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit, ausgedrückt in einem Bezug von Pflegegeld, lässt sich über die MieterInnen von Betreubaren Wohnungen sagen, dass knapp 30 Prozent ein solches bezogen, weitere 2,2 Prozent haben zum Erhebungszeitpunkt einen Antrag auf Bezug von Pflegegeld gestellt. Der weitaus überwiegende Teil der Personen mit Bezug von Pflegegeld erhielt Pflegegeld der Stufe 2 (42 Prozent), mehr als ein Drittel bezog Pflegegeld der Stufe 1 (35 Prozent), 13 Prozent bezogen bereits Pflegegeld der Stufe 3, sieben Prozent hatten Anspruch auf Pflegegeld der Stufe 4, drei Prozent auf Pflegegeld der Stufe 5. Zum Erhebungszeitpunkt bezog keine/r der MieterInnen Pflegegeld der Stufe 6, aber zwei Personen erhielten monatlich ein Pflegegeld in der Höhe der Stufe 7.

Zum Erhebungszeitpunkt im April 2005 waren bereits knapp 18 Prozent der Wohnungen mindestens ein weiteres Mal vergeben worden. In den meisten Fällen stand die Wohnung für NachmieterInnen zur Verfügung, weil die VormieterInnen verstorben sind. Das war in gut zwei Drittel der Fälle so (69 Prozent). 103 MieterInnen sind verzogen, von denen wiederum 67 in ein Alten- und Pflegeheim zogen (= 29 Prozent der freigewordenen Wohnungen).

Eine wesentliche sozialpolitische Zielsetzung für die Errichtung von Betreubaren Wohnungen ist der Verbleib in der Gemeinde. Dies hat sich für 76,4 Prozent der MieterInnen realisieren lassen. Sie mussten mit dem Umzug lediglich die Wohnung wechseln, nicht aber das soziale Umfeld in der Gemeinde. Für weitere knapp 9 Prozent hieß es nur, in die Nachbargemeinde zu übersiedeln. Durch möglichst gemeinde-nahe Betreuungsformen können die sozialen Kontakte weitgehend aufrecht erhalten

bleiben, gegenseitige Besuche sind weiterhin möglich, die Integration in das soziale Leben in der Gemeinde besteht weiter.

Die Gründe für die Vergabe der Betreubaren Wohnungen wurden bei dieser Erhebung im April 2005 auch erhoben. Am häufigsten genannt wurden dabei, neben dem Alter und der Betreuungsbedürftigkeit, auch die körperliche Beeinträchtigung der Personen und deren soziale Lebenssituation.

5.6. Kurzzeitpflege, Tagesbetreuung

Neben den so genannten Normplätzen verfügt eine Reihe der oberösterreichischen Alten- und Pflegeheime über **Kurzzeitpflegeplätze**. Diese Plätze können bis maximal 6 Wochen an Gäste vergeben werden, die einer vorübergehenden stationären Betreuung und Pflege bedürfen. Das können Menschen sein, deren pflegende Angehörige auf Urlaub fahren möchten oder selber erkrankt sind. Diese Überbrückung kann jedoch auch dazu dienen, dass sich hilfebedürftige Menschen nach einer schweren Krankheit in einem Heim bei intensiver Pflege erholen können.

Per 01.01.2006 standen insgesamt **222 fix gewidmete Kurzzeitpflegeplätze** zur Verfügung. Daneben bieten 20 Heime zusätzlich und 19 Heime ausschließlich variable Kurzzeitpflegeplätze an. Die Kapazitäten je Heim schwanken und sind regional unterschiedlich. Der Ausbaugrad von 3 Prozent der Normplätze laut Bedarfs- und Entwicklungsplan (BEP) ist zurzeit noch nicht erfüllt. Eine Ausnahme stellt das Angebot von 22 Plätzen im Alten- und Pflegeheim Schloß Hall in Bad Hall (Betreiber: Caritas für Betreuung und Pflege) dar: Hier finden Gäste aus dem gesamten oberösterreichischen Raum bei Bedarf einen Kurzzeitpflegeplatz, während in den anderen Alten- und Pflegeheimen auf die regionale Zuständigkeit Rücksicht genommen wird.

In 8 Alten- und Pflegeheimen wird gegenwärtig in einem räumlich gesonderten Bereich **Tagesbetreuung** angeboten. Zielgruppe sind Menschen, die Betreuungs- oder Pflegebedarf haben, jedoch geh- bzw. transportfähig sind. Sie können den Tag entweder täglich oder mehrmals pro Woche im geschützten Rahmen in der Tagesbetreuungseinrichtung verbringen und erhalten dort auch die Mahlzeiten. Für sie besteht die Möglichkeit zum Duschen oder Baden, es können pflegerische Leistungen in Anspruch genommen werden und es gibt Angebote zur Aktivierung und Unterhaltung.

Dieses Angebot wird im städtischen Bereich sehr gerne genutzt, in ländlichen Regionen ist die Entwicklung äußerst unterschiedlich: Während in Thalheim und Ebensee bereits vorgesehene Räumlichkeiten mangels Nachfrage - zum Zeitpunkt der Eröffnung - wieder rückgebaut werden mussten, sind in Ried und Andorf Gruppen entstan-

den, die sich von 2 bis 3 BesucherInnen langsam zu größeren Gruppen entwickelt haben.

Zurzeit gibt es rund **238** Plätze in Tagesbetreuungseinrichtungen, 177 davon befinden sich im räumlichen Verbund mit einem Alten- und Pflegeheim. Es gibt allerdings auch Heime, in denen Tagesgäste in die einzelnen Wohngruppen aufgenommen werden und dort ein ähnliches Service wie in einer Tagesbetreuungseinrichtung geboten bekommen. Insgesamt 61 Plätze befinden sich in solitär geführten Tagesbetreuungscentren, wie z.B. Perg, Kirchschatlag, Bad Ischl oder Steyr-Ennsleiten.

Das Angebot der Tagesbetreuung wird dort, wo es bereits bekannt und eingeführt ist, vor allem von den Angehörigen sehr begrüßt. Die Tarifgestaltung und hier insbesondere die der Transportkosten ist allerdings sehr oft hinderlich für die durchgängige Umsetzung und Realisierung des Konzeptes.

Die Sozialabteilung erarbeitet derzeit jedoch konzeptive Grundlagen für die Errichtung von Tagesbetreuungseinrichtungen. Darin werden Aussagen zu den erforderlichen räumlichen Bedarfen ebenso enthalten sein wie Überlegungen zur personellen Ausstattung. Mit Hilfe dieser konzeptiven Unterlagen sollen künftig verstärkt Tagesbetreuungseinrichtungen angeboten werden. Dabei stellt sicherlich die Finanzierung dieser Einrichtungen, sowohl was deren Errichtung als auch was deren laufenden Betrieb betrifft eine zentrale Frage für die Träger und die KlientInnen dar.

5.7. Mobile Betreuung durch soziale Dienste und Hauskrankenpflege

Mit der bundesweit einheitlichen Einführung des Pflegegeldes haben sich die Länder auch verpflichtet, Bedarfs- und Entwicklungspläne für die Pflegevorsorge für ältere Menschen zu erstellen. Oberösterreich hat 1996 diesen Bedarfs- und Entwicklungsplan vorgelegt. Darin sind neben quantitativen Angaben über den Ausbau vor allem auch grundsätzliche strategische Leitlinien festgelegt. Die in Oberösterreich dabei gewählte Strategie heißt: "Dezentrale Vernetzung mobiler und stationärer Dienste". Dieser Strategie liegt ein Maßnahmenmix zugrunde, der ausgehend von Information und Beratung über eine dezentrale Erbringung der Angebote bis hin zu einer Entlastung der familiären Pflegenetze durch professionelle Dienste einen Verbleib der Personen so lange wie möglich im vertrauten Umfeld zum Ziel hat. Auf einen kurzen Nenner gebracht, bedeutet (oder beschreibt) das die Leitlinie "mobil vor stationär". Die Sicherstellung einer selbstbestimmten und bedürfnisorientierten Lebensführung in der eigenen Wohnung hat Priorität vor institutioneller stationärer Betreuung. Damit einhergehend liegt eine Schwerpunktsetzung auf dem Ausbau der mobilen Dienste, denn diese stellen die Versorgung zu Hause sicher. „Der Bereich der mobilen pflege-

rischen Dienste umfasst eine breite Palette von Leistungen, die von qualifizierter Pflege über Hilfe bei der Weiterführung des Haushalts bis hin zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte reicht.“ (Zwischenbilanz 2003:6) Die Angebotspalette reicht in Oberösterreich von Kernstrukturen der mobilen Betreuung wie der Hauskrankenpflege (HKP) - erbracht durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) - und der Hilfe bei der Haushaltsweiterführung (Mobile Betreuung und Hilfe - MBH) - erbracht durch die Berufsgruppen der Altenfachbetreuerinnen und Altenfachbetreuer so wie der Heimhelferinnen und Heimhelfer - über ergänzende Angebote wie Mahlzeitendienste, Rufhilfe, Besuchsdienste bis hin zu mobilen Palliativ- und Hospizdiensten und Freiwilligenangeboten, sowie Unterstützung der familiären Netze.

Im vorliegenden Abschnitt soll einerseits die Ist-Situation dargestellt, aber auch die Entwicklung im vergangenen Jahrzehnt veranschaulicht werden. Dabei werden in den beiden angebotenen Diensten der Hauskrankenpflege und der Mobilen Betreuung und Hilfe jeweils Daten über die KlientInnenstruktur und die Personalentwicklung sowie die Entwicklung der erbrachten Leistungsstunden aufgezeigt.

Im Jahr 2005 wurden im Rahmen der Mobilen Hilfe und Betreuung 11.833 Personen und im Rahmen der Hauskrankenpflege 8.239 Personen unterstützt. Von diesen knapp 12.000 Personen, die im Jahr 2005 (die gesamten Zahlen für 2006 liegen zum Zeitpunkt der Endredaktion noch nicht vor) durch die Mobile Betreuung und Hilfe unterstützt wurden, bezogen 78,5 Prozent Pflegegeld. In der Hauskrankenpflege lag der Anteil der KlientInnen mit Bezug von Pflegegeld im Jahr 2005 bei 63,3 Prozent. Dieser geringere Anteil in der Hauskrankenpflege lässt sich dadurch erklären, dass die KlientInnen der Hauskrankenpflege zum Teil jünger sind und teilweise (noch) kein Pflegegeld beziehen. Die Hauskrankenpflege ist oftmals unmittelbar nach Krankenhausaufenthalt in den Haushalten und unterstützt Personen, die entweder noch nicht um Pflegegeld angesucht haben oder die keinen Anspruch auf Pflegegeld haben. Anspruch auf Pflegegeld besteht nur dann, wenn die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten andauern wird. Demgemäß unterscheiden sich die KlientInnen der Mobilen Betreuung und Hilfe und der Hauskrankenpflege doch zum Teil erheblich bei anderen statistischen Merkmalen, beispielsweise beim Alter, beim Geschlecht aber auch beim "Sozialen Umfeld". Diese Unterschiede werden nachstehend nun näher dargestellt und erläutert. Dennoch wird deutlich, dass die mobilen Dienste zu einem größeren Anteil jenen Personen zur Seite stehen, die Pflegegeld beziehen. Erste Ergebnisse der Auswertungen von einem Teil der KlientInnenzahlen von 2006 zeigen deutlich, dass die mobilen Dienste auch zum überwiegenden Teil von Personen mit Pflegegeld in Anspruch genommen werden. Auch wenn sich die unten stehende Tabelle nur auf einen kleinen Teil der KlientInnen des Jahres 2006 bezieht (die Gesamtdaten liegen zum Zeitpunkt der Endredaktion noch nicht vor), gibt sie bereits ein erstes Bild wieder. Es zeigt sich, dass sich die

KlientInnengruppen innerhalb der einzelnen Mobilen Angebote jedenfalls zum Teil unterscheiden.

Tabelle 9: Verteilung der Pflegegeldstufen der KlientInnen der Hauskrankenpflege und der Mobilen Betreuung und Hilfe in Prozent, erste Auswertung eines Teiles der vorliegenden Zahlen für 2006

	kein PG	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	PG 6	PG 7
Hauskrankenpflege	37,3	19,2	18,4	8,8	8,6	5,3	1,1	1,2
Mobile Betreuung und Hilfe, Altenfachbetreuung	24	19,5	22	12,3	11,7	7,1	1,7	1,6
Mobile Betreuung und Hilfe, Heimhilfe	26,5	23	30,4	10,9	6,2	2,1	0,3	0,5

PG: Pflegegeld; Quelle: eigene Berechnungen der Sozialabteilung, Amt der Oö. Landesregierung

Die Altersverteilung der KlientInnen der mobilen Dienste sieht für das Jahr 2005 folgendermaßen aus:

Tabelle 10: Altersverteilung der KlientInnen von Hauskrankenpflege und Mobiler Betreuung und Hilfe im Jahr 2005, absolut und relativ

Alter	0 - 19	in %	20 - 64	in %	65 - 74	in %	75 - 79	in %	80 - 84	in %	85+	in %
HKP	114	1,4	1.015	12,3	1.508	18,3	1.474	17,9	2.022	24,5	2.106	25,6
MBH	14	0,1	927	7,8	1.525	12,8	1.997	16,8	3.631	30,6	3.913	32,9
Ges.	128	0,6	1.942	9,7	3.033	15,1	3.471	17,2	5.653	28,1	6.019	29,9

Quelle: Statistische Erhebungen der Sozialabteilung bei den Anbieterorganisationen
HKP: Hauskrankenpflege; MBH: Mobile Betreuung und Hilfe

Aus oben stehender Tabelle wird ersichtlich, dass durch die Mobile Betreuung und Hilfe in einem größeren Ausmaß ältere Personen betreut werden als es in der

Hauskrankenpflege der Fall ist. 63,5 Prozent der KlientInnen der Mobilen Betreuung und Hilfe im Jahr 2004 waren 80 Jahre und älter, während unter den KlientInnen der Hauskrankenpflege vergleichsweise nur 50,1 Prozent in diesen Altersgruppen zu finden waren. Betrachtet man jedoch beide Dienste gemeinsam, so zeigt sich, dass 58 Prozent aller KlientInnen 80 Jahre und älter waren. Oder anders ausgedrückt - mehr als jede/r zweite KlientIn in den mobilen Diensten ist 80 Jahre und drüber. Der Anteil der BewohnerInnen eines Alten- und Pflegeheimes, die 81 Jahre und älter sind (die Altersgruppen bei der Erhebung der Daten der Alten- und Pflegeheime wurden etwas anders gewählt, daher 81 Jahre und älter), betrug zum 01.01.2006 70 Prozent. Somit lässt sich eindeutig festhalten, dass vor allem die Mobile Betreuung und Hilfe, aber zu einem überwiegenden Anteil auch die Hauskrankenpflege, Ziel gerichtete Dienste für die älteren Bevölkerungsgruppen anbieten.

Entscheidend für die Ausgestaltung des Angebotes an mobilen Diensten ist auch die Kenntnis über das soziale Umfeld der KlientInnen. In den in der Sozialabteilung dazu geführten Statistiken wird dabei erhoben, ob der/die KlientIn alleine oder im Familienverband lebt. Hier existieren erhebliche Unterschiede zwischen Hauskrankenpflege und Mobiler Betreuung und Hilfe und zum Teil zwischen den Statutarstädten und den ländlicher geprägten regionalen Trägern sozialer Hilfe. Im landesweiten Schnitt lebten von den mit Stichtag 31. 12. 2005 durch die HKP betreuten KlientInnen 36 Prozent allein und 64 Prozent im Familienverband, während von den zu diesem Stichtag durch die Mobile Betreuung und Hilfe betreuten KlientInnen 47 Prozent allein und 53 Prozent im Familienverband lebten. Daraus lässt sich ableiten, dass nur zum Teil sowohl Hauskrankenpflege als auch MBH ein und dieselbe Person versorgen.

Betrachtet man das soziale Umfeld der KlientInnen der HKP innerhalb der Bezirke, so sind selbst unter den regionalen Trägern sozialer Hilfe zum Teil erhebliche Unterschiede feststellbar. Während in Linz-Land 44 Prozent, in Steyr-Land 36 Prozent oder in Wels-Land 33 Prozent der HKP-KlientInnen zum Stichtag allein lebten, lebte in Freistadt oder Grieskirchen nur jede fünfte betreute Person (21 Prozent) allein. In der Stadt Linz hingegen lebten eine Mehrheit von 60 Prozent und in Steyr sogar 66 Prozent der durch die HKP betreuten Personen allein, in Wels waren es 41 Prozent.

Die regionalen Unterschiede hinsichtlich des sozialen Umfeldes der KlientInnen sind auch bei der Mobilen Betreuung und Hilfe gegeben. Freistadt weist auch hier mit 20 Prozent mit Abstand den geringsten Anteil an allein lebenden Personen auf. Bei den meisten Sozialhilfeverbänden liegen hier die Werte zwischen 25 Prozent und 41 Prozent an allein lebenden MBH-KlientInnen. Abgesehen von den drei Statutarstädten weisen aber auch einige Sozialhilfeverbände vergleichsweise hohe Anteile von allein lebenden KlientInnen auf, so z. B. Linz-Land mit 53, Gmunden mit 52 Prozent oder Kirchdorf und Ried mit jeweils 45 Prozent.

In den drei Statutarstädten liegen die Anteile der allein lebenden KlientInnen der MBH bei 76 Prozent in Linz, 65 Prozent in Steyr und 62 Prozent in Wels. Die Anteile der allein lebenden KlientInnen mobiler Dienste ist zum Teil durch soziodemografische Strukturen (Haushaltsgröße, Anzahl der Singlehaushalte etc.) bedingt, zu einem anderen Teil aber auch durch die "Zugangspolitik" zu mobilen Diensten. Einige regionale Träger stellen mobile Dienste explizit nur dort zur Verfügung, wo keine Angehörigen (in erreichbarer Nähe) vorhanden sind, also vorwiegend den allein lebenden KlientInnen. Die mobilen Dienste haben neben der Betreuung und Pflege der KlientInnen vor allem aber auch die Funktion der fachlichen Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger. Eventuelle Zugangskriterien, die auf das Fehlen Angehöriger abstellen, sind vor diesem Hintergrund zu überdenken.

Aufgrund der allgemeinen demografischen Situation mit einem höheren Anteil alter und hochaltriger Frauen in der Gesamtbevölkerung ist es nicht verwunderlich, dass der Frauenanteil unter den KlientInnen in den mobilen Diensten auch höher ist als jener der Männer. Der Vollständigkeit halber wird hier jedoch erwähnt, dass unter den KlientInnen der Mobilen Betreuung und Hilfe im Jahr 2005 73 Prozent Frauen und bei der Hauskrankenpflege genau zwei Drittel Frauen waren. Und dieser Unterschied zwischen Mobiler Betreuung und Hilfe und Hauskrankenpflege die Geschlechterverteilung betreffend lässt sich nicht alleine mit den demografischen Voraussetzungen erklären. Der Unterschied in der Geschlechterverteilung zwischen Hauskrankenpflege und Mobiler Betreuung und Hilfe lässt sich vor allem auch dadurch erklären, dass die Leistungen, die durch Angehörige des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) im Rahmen der Hauskrankenpflege erbracht werden, hoch spezialisiert sind und weniger durch pflegende Angehörige erbracht werden können. Die Leistungen der Mobilen Betreuung und Hilfe sind größtenteils Dienste zur Stützung der Selbsterhaltungskompetenz und Dienste zur Haushaltsweiterführung. Da die überwiegende Mehrheit der pflegenden Angehörigen Frauen sind und diese das Leistungsspektrum der Mobilen Betreuung und Hilfe zu einem gewissen Teil selbst abdecken, werden für die Unterstützung von Männern die Leistungen der Mobilen Betreuung und Hilfe nur zu 28 Prozent nachgefragt.

Für ein zielgerichtetes Ausgestalten des Angebotes ist es auch erforderlich, die Gründe für die Betreuungseinstellung zu kennen. Dabei werden wieder Unterschiede zwischen HKP und MBH deutlich. Bei der HKP wurde im Jahr 2005 die Hälfte der Betreuungen beendet, bei jeder zweiten Person deshalb, weil sie die Selbständigkeit wiedererlangt hat bzw. die Angehörigen die Betreuung zur Gänze übernommen haben. Knapp 10 Prozent übersiedelten in ein Alten- und Pflegeheim, 26 Prozent der im Jahr 2005 durch die HKP betreuten Personen verstarben. Bei der MBH wurde bei 37 Prozent der KlientInnen die Betreuung eingestellt, ein Viertel davon hat die Selbständigkeit wiedererlangt bzw. die Betreuung wurde zur Gänze durch die Angehörigen übernommen, ca. 20 Prozent übersiedelten in ein APH, knapp 30 Prozent sind

verstorben. Jeweils 1,6 Prozent der HKP- und MBH-KlientInnen, deren Betreuung eingestellt wurde, wurden in ein Krankenhaus aufgenommen.

Vor allem hinsichtlich der Erlangung der Selbständigkeit und der Übersiedlung in ein APH bestehen zwischen HKP und MBH deutliche Unterschiede, was auf die Differenziertheit der KlientInnen schließen lässt. Auffällig ist aber, dass die Arbeit der Hauskrankenpflege innerhalb eines Jahres bei jedem/r zweiten KlientIn eingestellt wurde, in der MBH war dies nur bei 37 Prozent der Fall. Das bedeutet auch eine längere Betreuungsdauer bei der MBH.

Neben diesen Strukturdaten über die KlientInnen der mobilen Dienste sind die Leistungsdaten der mobilen Dienste ebenfalls sehr aufschlussreich. Im Jahr 2005 wurden in Summe 937.136 Hausbesuche im Rahmen der Mobilen Betreuung und Hilfe und 505.147 Hausbesuche im Rahmen der Hauskrankenpflege durchgeführt. Pro betreutem/r KlientIn und Jahr entspricht das knapp 79 Hausbesuchen in der MBH und etwas mehr als 61 Hausbesuchen in der HKP. Durchschnittlich dauert ein Hausbesuch in der MBH 46 Minuten und ein Hausbesuch in der HKP 28 Minuten.

Der Personalstand betrug mit 31. 12. 2005 in der Mobilen Betreuung und Hilfe 794 AltenfachbetreuerInnen oder 474 Vollzeitäquivalente und 156 HeimhelferInnen oder ca. 75 Vollzeitäquivalente. In der Hauskrankenpflege waren zum 31. 12. 2005 340 Personen beschäftigt, das waren zugleich ca. 212 Vollzeitäquivalente.

Entsprechend der bereits beschriebenen Strategie "mobil vor stationär" wurde auf den Ausbau der mobilen Diensten im vergangenen Jahrzehnt ein besonderer Schwerpunkt gelegt. Die Entwicklungszahlen verdeutlichen die Ausbaubemühungen. Generell ist festzuhalten, dass sowohl bei der Hauskrankenpflege (HKP) als auch bei der Mobilen Betreuung und Hilfe (MBH) zum Teil enorme Steigerungen seit 1994 zu verzeichnen sind. Bei der Hauskrankenpflege hat die Zahl der betreuten KlientInnen von 4.786 im Jahr 1994 auf 8.239 im Jahr 2005 um 72 Prozent zugenommen. Die Zunahme der Zahl der betreuten KlientInnen betrug bei der Mobilen Betreuung und Hilfe 173 Prozent - die Zahl stieg von 4.356 im Jahr 1994 auf 11.883 im Jahr 2005. Zugleich hat sich auch die Versorgungsdichte erhöht. Für Gesamt-Oberösterreich gilt, dass die Betreuungsdichte bei der Mobilen Betreuung und Hilfe von 2,46 PE je 1.000 EW 75+ im Jahr 1994 auf 5,21 PE je 1.000 EW 75+ im Jahr 2005 zugenommen hat. Daraus wird deutlich, dass die ältere Bevölkerung in Oberösterreich wesentlich besser und intensiver mit Mobiler Betreuung und Hilfe versorgt ist, als dies noch vor mehr als zehn Jahren der Fall war. Dies bedeutet also nicht nur eine Zunahme an Personaleinheiten aufgrund der gestiegenen Zahl an älterer und/oder pflegebedürftiger Bevölkerung, sondern vor allem auch eine Steigerung der Betreuungsintensität im Hinblick auf die für 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner der Altersgruppe ab 75 Jahren zur Verfügung stehenden Personaleinheiten. Während die Versorgungsdichte mit stationären Plätzen in Alten- und Pflegeheimen von 1996 auf 2005 um 21 Prozent zurückgegangen ist, stieg

im Gegenzug die Versorgungsdichte in der Mobilen Betreuung und Hilfe von 1994 auf 2005 um 112 Prozent - eine Auswirkung der erfolgreichen Umsetzung der Strategie „mobil vor stationär“. In der Hauskrankenpflege stehen die statistischen Daten in der Sozialabteilung erst seit 1995 zur Verfügung, dennoch ist ein Vergleich im Zeitraum zwischen 1995 und 2005 möglich. Und auch hier zeigt sich, dass die Betreuungsdichte von 1995 auf 2005 ausgebaut wurde. Landesweit wurde die Dichte an Hauskranken-schwestern und -pflegern von 1,40 je 1.000 EW 75+ im Jahr 1995 auf 2,0 je 1.000 EW 75+ im Jahr 2005 erhöht - das entspricht einer Steigerung von 43 Prozent. Damit verbunden ist natürlich auch ein enormer Anstieg der Hausbesuche. Die beiden Dienste Hauskrankenpflege und Mobile Betreuung und Hilfe führten 1998 zusammengezählt 802.145 Hausbesuche durch. Diese Zahl ist 2005 bereits auf 1,442.283 gestiegen - eine Zunahmen um 80 Prozent.

Diese enormen Zuwachsraten in den Leistungsdaten drücken sich natürlich auch im Personalstand aus. 1998 waren in der Hauskrankenpflege 192 Personen beschäftigt, das entsprach 150,8 Vollzeitäquivalenten. In der Mobilen Betreuung und Hilfe waren 1998 505 Personen beschäftigt, das entsprach 316,15 Vollzeitäquivalenten. In Summe waren 1998 also 697 Frauen und Männer unterwegs, um ältere und/oder pflegebedürftige Menschen zuhause zu unterstützen. 2005 waren es bereits 1.283 Personen - nahezu eine Verdoppelung in acht Jahren.

Diese Zahlen zeigen doch sehr eindrucksvoll, in welchem Ausmaß die Versorgung mit mobilen Diensten im vergangenen Jahrzehnt vorangetrieben wurde.

5.8. Mobile Hospiz- und Palliativversorgung

Hinsichtlich der mobilen Hospiz- und Palliativversorgung in Oberösterreich ist festzuhalten, dass die Dienste zur Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen bereits 1998 im oberösterreichischen Sozialhilfegesetz als eine Form der persönlichen Hilfen aufgezählt wurde. Der Gesetzgeber hat demnach bereits vor acht Jahren diese besondere Unterstützungsform gesetzlich verankert. Im Gegensatz zur Mobilen Betreuung und Hilfe oder zu den teilstationären Tagesbetreuungsplätzen ist die Hospiz- und Palliativversorgung nicht in erster Linie an alte und pflegebedürftige Menschen gerichtet. Die Praxis zeigt vielmehr, dass das durchschnittliche Alter der Klientinnen und Klienten der Hospizvereine bei 63 Jahren liegt, also vergleichsweise niedrig ist. Mobile Hospiz- und Palliativversorgung richtet sich an Menschen, die schwer oder unheilbar krank sind und bei denen die Medizin nicht mehr auf die Heilung/Verbesserung ihres Gesundheitszustandes ausgerichtet ist, sondern auf die Linderung der Schmerzen und die Erhaltung einer bestmöglichen Lebensqualität. Hospiz- und Palliativversorgung schließt aber auch die Betreuung und Begleitung der Angehörigen mit ein und geht im Bedarfsfall bis über den Tod des Klienten hinaus (Trauerbegleitung). Aufgrund ihrer Entstehungsgeschichte wird Hospiz- und Palliativversorgung für die Klientinnen und Klienten kostenfrei angeboten. Die mobilen Hospizvereine und Palliativteams unterstützen Betroffene und ihre Angehörigen dabei, sich ihren Wunsch nach einem Sterben zuhause erfüllen zu können. Sie stehen dabei in engem Kontakt mit dem Betroffenen, den Angehörigen, dem behandelnden Hausarzt und den mobilen Diensten.

Im Rahmen der bundesweiten Planungen zu einem Österreichischen Strukturplan Gesundheit wurden 2006 auch quantitative und qualitative Vorgaben zu einer bundesweit einheitlichen flächendeckenden abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung vorgenommen. Bereits im Jahr 2003 hat die Sozialabteilung mit dem IFF, Institut für Organisationsethik und Palliative Care, in einem partizipativen Prozess unter aktiver Beteiligung der AkteurInnen und PartnerInnen einen Plan für eine integrierte mobile Hospiz- und Palliativversorgung erarbeitet. Dieser "Öö. Hospizplan" sieht die weitere Stärkung der Hospizbewegungen und den mittelfristigen Aufbau von 5 bis 6 integrierten, mobilen Palliativteams in Oberösterreich vor. Innerhalb der Landespolitik wurde nun allerdings eine inhaltliche Trennung und Klarstellung in Bezug auf die Zuständigkeiten vorgenommen. Für die Weiterentwicklung der Hospizarbeit und Hospizversorgung wird weiterhin die Sozialabteilung des Landes gemeinsam mit den regionalen Trägern sozialer Hilfe (Sozialhilfeverbände und Städte mit eigenem Statut) verantwortlich sein. Die Weiterentwicklung der palliativen Versorgung, sowohl intramural als auch extramural, liegt seitens des Landes in den Händen der zuständigen Gesundheitsabteilungen beim Amt der Öö. Landesregierung. Im Rahmen der Erarbeitung eines Regionalen Strukturplanes Gesundheit wird dieser Bereich auch mitbedacht werden.

In Oberösterreich existieren derzeit 14 mobile Hospizvereine oder Hospizbewegungen und zwei seitens des Landes finanzierte mobile Palliativteams. Die Sozialabteilung finanziert mit einer jährlichen Subvention die Hospizarbeit in Oberösterreich, die beiden Palliativteams werden in ihrer Aufbauphase aus dem Oö. Strukturfonds finanziert. Im Jahr 2004 wurden von etwas mehr als 8 hauptamtlich tätigen Vollzeitäquivalenten und 231 ehrenamtlich tätigen MitarbeiterInnen 504 PatientInnen betreut. Dabei wurden nahezu 1.500 telefonische und 11.900 persönliche Betreuungsstunden erbracht und dafür ca. 108.000 km zurückgelegt.

Die stationäre Palliativversorgung ist im Kapitel Krankenanstalten in diesem Bericht zu finden.

5.9. Angebote für pflegende Angehörige

Auch künftig werden die Familien und die pflegenden Angehörigen die größte Versorgungsstruktur im Zusammenhang mit der Begleitung und Betreuung alter Menschen bilden. Angesichts sich verändernder epidemiologischer und soziokultureller Gegebenheiten muss ein besonderes Augenmerk künftig den pflegenden Angehörigen gelten. Auf der einen Seite stellt die zunehmende Erwerbstätigkeit der Frauen eine grundlegende Veränderung in den familiären Betreuungssituationen dar, zum anderen verändern sich bisher gültige Familienmuster nachhaltig. Haushalte werden zahlenmäßig weit weniger als noch vor einem Jahrzehnt mit mehreren Generationen geführt, auch rein geografisch leben die Familien getrennter als früher. Die Familie an sich verändert aber auch ihre Erscheinungsform. Neben der traditionellen Kernfamilie bilden sich neue Familienformen heraus, mit mehreren Erwachsenen und ihren Kindern, so zum Beispiel die Patchworkfamilie - um das gängigste Bild zu nennen. Auf verhältnismäßig wenige Kinder kommen aber verhältnismäßig viele Angehörige der Elterngeneration, die zu versorgen sind und sein werden. Wenn zwei Einzelkinder der heutigen Kindergeneration heiraten, haben diese beiden Personen beispielsweise vier Erwachsene zu betreuen.

Trotz dieser sich verändernden familiären Strukturen wird das private Pflegepotential in seiner Gesamtheit nur wenig abnehmen, es wird nur eine verstärkte Nachfrage nach professioneller Unterstützung geben. Die künftige „Pflegegeneration“ ist es bereits gewohnt, sich bestimmte Dienste zuzukaufen, die gestiegene Erwerbstätigkeit der Frauen wird verstärkt dazu führen, dass die Angehörigen zwar noch immer zum überwiegenden Teil in ihrer gewohnten Umgebung betreut werden, dies aber in Kooperation und Abstimmung mit professioneller Pflege.

Das bedeutet neben dem Ausbau der mobilen Dienste aber auch ein gewisses Umdenken seitens der Arbeitgeber, denn neben der Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird zunehmend auch die Frage der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zum Thema werden - und das nach wie vor vorwiegend bei Frauen.

Die Angebote zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger müssen mit ihrem Maßnahmen-Portfolio auf die sich ändernden Gegebenheiten antworten - ein Beispiel sind da die künftig verstärkt auszubauenden Wochenend- und Abenddienste.¹⁴⁹

¹⁴⁹ vgl. dazu Haller et al. 2004

5.9.1. Angebote durch die Sozialabteilung des Landes OÖ

Neben den quantitativen Maßnahmen was die Unterstützung durch mobile Dienste anbelangt, wird durch die Sozialabteilung beim Amt der Oö. Landesregierung eine Reihe weiterer Angebote zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger finanziert. So besteht beim Bund ein Fonds, der pflegenden Angehörigen im Falle ihrer vorübergehenden Verhinderung aufgrund von Krankheit oder Urlaub eine Ersatzpflege finanziert. Diese Bundesförderung ist zum einen an bestimmte einkommens- und pflegebedingte Kriterien gebunden, zum anderen muss es sich um Bezieherinnen und Bezieher von Bundespflegegeld handeln. Diese Regelung wurde daher vor zwei Jahren analog für BezieherInnen von Landespflegegeld auch in Oberösterreich eingeführt. Seither haben 340 Personen in Oberösterreich ein entsprechendes Ansuchen gestellt.

Daneben finanziert die Sozialabteilung Personal bei der Servicestelle für pflegende Angehörige, die einerseits Gesprächsrunden organisieren und abhalten und andererseits Erholungsaufenthalte für pflegende Angehörige veranstalten.

5.9.2. Hilfe für pflegende Angehörige der SVB

Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern bietet pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, einen zweiwöchigen Erholungsaufenthalt in Anspruch zu nehmen. Ziel ist es, den Pflegepersonen die Möglichkeit zu geben, sich körperlich und seelisch zu erholen sowie durch Fachberatung Tipps für die körperlich und psychisch belastende Arbeit zu erhalten. Von den Teilnehmenden ist ein Kostenbeitrag zu leisten.

Die Programmschwerpunkte sind:

- Körperliche Erholung,
- Seelische Entspannung,
- Hilfe für die Pflege,
- Ärztlicher Rat,
- Rahmenprogramm.

5.9.3. ANNA - Angehörige nehmen Auszeit der OÖGKK

Da Pflgetätigkeiten oftmals neben der "alltäglichen" Arbeitsbelastung erledigt wird, führt dies häufig zur Erschöpfung - die Pflegenden gelangen an ihre physischen und psychischen Grenzen. Deswegen gibt es seit Februar 2007 ein neues Angebot der OÖGKK:

ANNA - Angehörige nehmen Auszeit - das Servicepaket für pflegende Angehörige

Der/die Angehörige fährt auf Kur. Abgestimmt auf die jeweiligen Bedürfnisse wird für diese Zeit gemeinsam mit dem Netzwerk Hilfe der OÖ Gebietskrankenkasse ein Versorgungsplan - von der Terminkoordination bis zur Organisation von Pflegeplätzen - für den/die zu Pflegenden entwickelt. Der/die pflegende Angehörige kann somit sorgenfreier eine Auszeit genießen.

Der Kur- und Erholungsaufenthalt dauert drei Wochen und wird im Linzerheim im Bad Schallerbach, im Tisserand in Bad Ischl und im Hanuschhof in Bad Goisern angeboten.

Ein umfangreiches medizinisches Leistungsspektrum und abwechslungsreiches Rahmenprogramm sorgen dafür, dass sich die pflegenden Angehörigen von den körperlichen und seelischen Belastungen im Pflegealltag erholen.

5.9.4. Stammtisch für Pflegende Angehörige

Der Stammtisch für Pflegende Angehörige ist ein regelmäßiges Angebot der Landes-sanitätsdirektion im Rahmen der Gesunden Gemeinde und unterstützt Betreuende und Pflegende Angehörige in der Situation der Pflege zu Hause. In Oberösterreich gibt es zurzeit in 61 Gemeinden einen Stammtisch für Pflegende Angehörige wobei 39 dieser Gemeinden mindestens eine Nachbargemeinde zur Teilnahme einladen.

Betreuende und pflegende Angehörige aus der Gemeinde bzw. Nachbargemeinden treffen sich einmal im Monat für zwei Stunden zu einem netten Beisammensein und um Erfahrungen auszutauschen. Begleitet wird diese offene Gesprächsrunde von einer Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekraft aus der Gemeinde/Nachbargemeinde.

Der Fonds Gesundes Österreich, das Land Oberösterreich und die Gemeinden unterstützen dieses Projekt finanziell. Die Kosten für Honorare, Schulungen der Stammtischleitung, Arbeitsmaterialien, Werbung und Administration, etc. werden über-

nommen. Die Teilnahme am Stammtisch für Pflegende Angehörige kann somit kostenlos angeboten werden.¹⁵⁰

Die Landessanitätsdirektion bietet pflegenden Angehörigen - Teilnehmer der Stammtische für Pflegende Angehörige - einmal jährlich sechs Erholungstage in Bad Leonfelden an. Ein auf die Zielgruppe abgestimmtes Rahmenprogramm wie: Entspannungs- und Bewegungsangebote, Massage, Workshops zu pflegerischen Themen, Kultur, humorvolle Abende, Beratungsgespräche, stellen ein umfassendes Angebot zur Freizeitgestaltung dar. Die Ersatzpflege für diesen Zeitraum ist im Vorfeld eine wichtige Thematik bei den Stammtischen, die vom pflegerischen Fachpersonal geleitet werden.

Das Land OÖ übernimmt einen Teil der Kosten der Vollpension und die Kosten des Rahmenprogramms inklusive personeller Betreuung.

5.9.5. Angebote der Caritas Oberösterreich

Die Caritas der Diözese Linz führt eine Servicestelle für pflegende Angehörige mit folgenden Angeboten:

- Gesprächsgruppen: In derzeit 20 Gesprächsrunden können pflegende Angehörige Erfahrungen austauschen, sich Wissen aneignen und neue Sichtweisen kennen lernen,
- Beratungen,
- Veranstaltungen,
- Erholungstage,
- Vorträge.

¹⁵⁰ *Gesunde Gemeinde OÖ 2006*

5.10. Sozialberatungsstellen

In Oberösterreich gibt es flächendeckend in allen Regionen Sozialberatungsstellen, die den Zugang zu sozialer Hilfe erleichtern sollen. Die beiden Hauptzielsetzungen sind einerseits fachkundige Information und Beratung über die vorhandenen Angebote, andererseits die gezielte Weitervermittlung an spezialisierte Einrichtungen, wie beispielsweise Schuldnerberatungseinrichtungen, Frauenhäuser oder Träger der Wohnungslosenhilfe. Die Sozialberatungsstellen sind von den regionalen Trägern sozialer Hilfe (Sozialhilfeverbände oder Städte mit eigenem Statut) einzurichten, die dies entweder selbst tun oder andere Träger damit beauftragt haben. Sozialberatungsstellen informieren kostenlos und auf Wunsch auch anonym, so dass ein niederschwelliger Zugang zu den erforderlichen sozialen Hilfen gewährleistet ist. Hauptanliegen der KlientInnen sind Fragen nach Unterstützungsleistung für pflegebedürftige Menschen, aber auch in finanziellen Belangen oder familiären/psychischen Krisensituationen wenden sich die Ratsuchenden an die 65 Sozialberatungsstellen im Land. Von 01.01. bis 11.05.2007 haben sich 10.421 KlientInnen in ganz Oberösterreich an die Sozialberatungsstellen gewandt. In Summe wurden die Klientinnen und Klienten bei 19.769 Beratungsbedarfen beraten. Die häufigsten Fragen wurden rund ums Thema "finanzielle Angelegenheiten" (49 %) gestellt, gefolgt vom Themenkomplex "Pflege und Betreuung" (41 %). In knapp 94 Prozent konnte der nachgefragte Beratungsbedarf bereits gedeckt werden, den Klientinnen und Klienten in den Sozialberatungsstellen konnte also rasch und unbürokratisch geholfen werden. Betreut werden die Sozialberatungsstellen derzeit von 94 Personen, die - rechnet man deren größtenteils teilweise Beschäftigung in Vollzeitstellen um - fast 39 Vollzeitäquivalenten entsprechen. Die Sozialberatungsstellen dienen aber auch als Drehscheibe und Vernetzungsstelle in der Region. Sie sind nicht nur für Rat und Hilfe suchende Personen eine erste Anlaufstelle, sondern auch für Institutionen und Einrichtungen wie die Überleitungspflege in den Krankenhäusern, die mobilen Dienste, die Gemeinden, etc in der Region. Zudem sind sie gesetzlich in den Fachkonferenzen, einem mindestens einmal jährlich verpflichtend einzuberufenden Beratungsgremium der regionalen Träger sozialer Hilfe (Sozialhilfeverbände und Städte mit eigenem Statut) vertreten. Sie nehmen auch eine wichtige Rolle im Rahmen der regionalen Sozialplanung wahr, in dem sie Rückmeldungen über die Bedarfssituation und die Bedarfsdeckung in der Region geben. Unter anderem dazu wurden die Sozialberatungsstellen mit Jänner 2007 mit einem einheitlichen EDV-System ausgestattet, das neben der einheitlichen und EDV-gestützten KlientInnendokumentation vor allem auch statistische Auswertungen über die Beratungsbedarfe der KlientInnen und deren Bedarfsdeckung möglich macht.

5.11. Rufhilfe

Durch die Rufhilfe haben insbesondere allein lebende Menschen in Krisensituationen rund um die Uhr einen Ansprechpartner. Im Notfall wählt ein Funksender, der als Armband getragen wird, die Notrufzentrale an, die nachfragt und im Notfall die erforderliche Hilfe einleitet und koordiniert. Die Sozialabteilung beim Amt der Oö. Landesregierung kauft die Geräte für das Rote Kreuz und den Samariterbund an, die sie ihrerseits den KundInnen zur Verfügung stellen. Seit 1997 wurden oberösterreichweit insgesamt über 6.700 solcher Geräte mit großer finanzieller Beteiligung durch das Land OÖ angeschafft.

5.12. Mahlzeitendienste

Das Einkaufen von Lebensmitteln und das tägliche Herstellen einer warmen Mahlzeit ist für viele ältere Menschen beschwerlich oder nicht eingeübt - speziell von Männern, die ihre Partnerin verloren haben.

Mahlzeitendienste können diese Lücke schließen. Neben der Anlieferung in die Wohnung bieten einige Alten- und Pflegeheime, aber auch Gasthäuser "stationäre Mittagstische" für ältere Menschen an, mit speziellen Portionsgrößen oder gestützten Tarifen. Die Vorteile dabei sind die soziale Kontakte und die Mobilisierung (sich anziehen, pflegen müssen).

Die Zuständigkeit für die Organisation von Mahlzeitendiensten liegt bei den Gemeinden. Gesammelte Daten für Oberösterreich, wie viele Personen während eines Jahres eine Essenzustellung in Anspruch nehmen bzw. wie viele Personen vom Angebot eines stationären Mittagstisches Gebrauch machen, liegen in der Sozialabteilung des Landes nicht auf. Allerdings bieten auch die Alten- und Pflegeheime in Oberösterreich teilweise Mahlzeitendienste an. Im Jahr 2005 wurden in den oberösterreichischen Alten- und Pflegeheimen 681.020 Portionen für das "Essen zu Hause" zubereitet.

5.13. Schwerpunktthema der Gesunden Gemeinden 2007: Seniorenengesundheit

Die Aktion Gesunde Gemeinde hat jedes Jahr ein Schwerpunktthema, zu dem spezielle Angebote geschaltet werden. Im Jahr 2007 widmet sich die Gesunde Gemeinde verstärkt dem Thema Seniorenengesundheit.

Zu diesem Zweck wurde eine eigene Broschüre entwickelt mit dem Titel "Gesundheit 50 plus", die Tipps und Informationen zu den Themen

- Reisen und Urlaub,
- Sport und Bewegung,
- Sexualität,
- Senioren und Tiere,
- Diabetes, Herz-Kreislauf,
- Hausapotheke,
- Erste Hilfe,
- Ernährung,
- Krebs,
- Körperpflege und Hygiene,
- Schlaf,
- Impfungen und
- Blasenschwäche

bietet. Daneben werden einige Organisationen und Hilfsmaßnahmen wie SelbA (Selbstständig im Alter) oder der Stammtisch für pflegende Angehörige vorgestellt.

Die Landessanitätsdirektion bietet den Gesunden Gemeinden ein Handbuch an, das neben Informationen über Förderungen, Ideen und KooperationspartnerInnen auch Arbeitsbehelfe und die Angebote der Landessanitätsdirektion beinhaltet. Diese Angebote beinhalten vor allem Themen für Vorträge, Ausstellungen und Kurse inklusive ReferentInnen. Im Jahr 2007 ist dabei dem Jahresschwerpunkt Senioren ein eigenes Kapitel mit folgenden Themen gewidmet:

- Referate und Kurse (Angst, Bewegung, Depression, Diabetes, Ernährung, Verdauungstrakt, grüner Star, Herz-Kreislaufkrankungen, Sturzprophylaxe, Sinn und Glück, Tanzen und Ohren),
- Bücher/Broschüren zum Jahresschwerpunkt,
- KooperationspartnerInnen zum Jahresschwerpunkt,
- Ideenliste "Gesundheit 50 plus",
- Linkliste.

5.14. Angebote zur psychischen Gesundheit

In diesem Bereich sind einige Angebote von pro mente und Exit Sozial aufgelistet, die für die Zielgruppe der SeniorInnen besonders interessant sind. Neben diesen hier beschriebenen Angeboten gibt es im Bereich der psychischen Gesundheit noch eine Menge weiterer Einrichtungen (wie z. B. die Landespflege- und Betreuungszentren), die ebenfalls viel mit SeniorInnen arbeiten. Weiters gibt es neben den hier beschriebenen Tagesbetreuungen für Demenzkranke auch noch ähnliche Einrichtungen von anderen Anbietern.

Wie bereits eingangs erwähnt, soll hier nur ein Blick auf die Bandbreite der Angebote gegeben werden. Eine Beschreibung aller Einrichtungen wäre so gut wie unmöglich.

5.14.1. Angebote von pro mente

Tandem - Tagestherapiezentrum für Demenzkranke

Die Leistungen des Tandems sind medizinische, psychologische sowie psychosoziale Angebote. Weiters wird ein Hol- und Bringdienst angeboten.

Medizinische Leistungen

Ein Facharzt für Psychiatrie und Allgemeinmediziner unterstützt dreimal im Monat das Tandem durch

- Beratung und Unterstützung bei der medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapie der Demenz,
- Angehörigenberatung im Zuge einer Sprechstunde.

Psychologische Leistungen

- Psychologische Behandlung der Betroffenen (z.B. bei Angst, motorische Unruhe ...),
- Psychologische Beratung der Angehörigen,
- Abhalten einer Angehörigengruppe (einmal im Monat),
- Neuropsychologische Behandlung (kognitives Training),
- Neuropsychologische Diagnostik (Werden z.B. die Kriterien einer Demenz erfüllt?).

Psychosoziale Maßnahmen

- Multimodales/themenzentriertes kognitives Training,
- ADL-Training (Aktivitäten des täglichen Lebens) durch eine Ergotherapeutin,
- Milieuthherapie (Schulung, Beratung der Angehörigen),
- Erinnerungsarbeit (dies besteht im Üben von biographischem und selbstbezogenem Wissen bzw. in der Validation),
- Kreative Verfahren (Musik, Malen, Gestalten ...).

Die hier aufgelisteten Angebote werden je nach Bedarf des Betroffenen und seiner Angehörigen durchgeführt. Die Kosten sind in dem sozial gestaffelten Tagestarif inkludiert.

Hol- und Bringdienst

Für den Bezirk Gmunden besteht ein Hol- und Bringdienst.

Zielgruppe

- Personen mit der Diagnose Demenz,
- Personen welche im Bezirk Gmunden wohnen,
- Personen welche nicht durch eine Institution (Pflegeheime, Altersheime etc..) versorgt werden.

aktivtreff - Erfahrungsaustausch für Menschen mit Demenz und Angehörige

Der Aktivtreff ist eine Einrichtung, welche den Erfahrungsaustausch für Menschen mit Demenz und Angehörige in Wohlfühlatmosphäre ermöglicht. Einmal in der Woche findet ein Treffen statt. Beratung und Information für Angehörige werden ebenso geboten wie Gesprächsrunden und Gedächtnistraining für Menschen mit Demenzerkrankungen.

Das nachmittägliche Betreuungsangebot bedeutet gleichzeitig eine stundenweise Entlastung für pflegende Angehörige.

Angebote für Menschen mit Demenz, welche von ihren Angehörigen zu Hause gepflegt werden oder noch im häuslichen Umfeld leben.

- Gesprächs- und Erzähl- bzw. Erinnerungsrunden,
- Ressourcenorientiertes, ganzheitliches Gedächtnistraining,
- Biografiearbeit,
- Kontakte zu Menschen mit dem gleichen Krankheitsbild,
- Jahreszeitliche Feste, Geburtstagsfeiern u.v.m.

Angebote für Angehörige:

- Professionelle psychosoziale und soziale Beratung,
- Fachvorträge und Schulungen,
- Vernetzung mit anderen Anbietern und Vermittlung von Hilfen/Diensten (Reinigung, Besuchsdienst, Essen auf Rädern, etc.),
- Angehörigengruppe (Erfahrungsaustausch unter den Angehörigen),
- Freizeit an einem Nachmittag in der Woche.

Wohnhof „Scherb“

„Gemeinsam statt einsam“ lautet das Motto am Wohnhof Scherb in Rainbach. Ältere, psychisch kranke oder psychosozial benachteiligte Menschen können ihren Lebensabend in dieser Einrichtung selbstbestimmt und soweit wie möglich aktiv verbringen. Auch bei zunehmender Pflegebedürftigkeit sind der Verbleib sowie die Betreuung sichergestellt.

Angebot

- 12 Dauerwohnplätze,
- Pflegerische Hilfe,
- „Rund um die Uhr“ - Betreuung,
- Gemeinschaftsaktivitäten,
- Möglichkeit zur Mitarbeit bei der Erhaltung und Bewirtschaftung des Hofes und im Garten,
- Kurzzeitpflege für max. 3 Wochen,
- 1 Tagesbetreuungsplatz (7:30 - 18:00),
- Angehörigenberatung.

Zielgruppe

- Ältere psychisch kranke und/oder psychosozial benachteiligte Menschen ab 55 Jahre,
- Betreuungsbedürftige Menschen mit oder ohne psychiatrische Diagnose (Kurzzeitpflege).

5.14.2. Angebote von Exit Sozial

Die Angebote von Exit Sozial in Linz-Urfahr, den Bezirken Eferding und Urfahr-Umgebung reichen von Beratung über Krisenintervention, Wohnen, Beschäftigung bis Freizeit sowie medizinische Versorgung in der Sozialpsychiatrischen Ambulanz. Alle Angebote des Vereins richten sich an Personen über 18 Jahre und daher auch an SeniorInnen

Zwei Gruppenangebote des Psychosozialen Zentrums Linz-Urfahr richten sich vor allem an ältere BürgerInnen, und zwar die "Selbsthilfegruppe für Frauen 50 plus" und die "Therapeutische Gruppe für Frauen 60 plus."

5.15. SelbA - Selbstständig im Alter

SelbA ist ein Projekt des Katholischen Bildungswerkes Oberösterreich, das der flächendeckenden Einführung und Etablierung des Trainingsprogramms SelbA zur Steigerung der Lebensqualität älterer Menschen in Bezug auf ihre ganzheitliche, physische und psychische Gesundheit dient.

Ausgehend von den allgemein bekannten, zukünftigen demografischen Veränderungen trägt SelbA durch das „speziell auf die Bedürfnisse von Senioren“ abgestimmte Trainingsprogramm dazu bei, dass die Selbstständigkeit älterer Menschen und deren Pflegebedürftigkeit möglichst lange hinausgeschoben werden kann.

Das Non-Profit-Projekt SelbA wird wegen seiner wissenschaftlich nachgewiesenen präventiven Effekte von folgenden Institutionen gefördert:

- Krankenanstaltenfonds des Landes OÖ,
- Sozialabteilung des Landes OÖ,
- Abteilungen Bildung, Jugend und Sport des Landes OÖ,
- Diözese Linz.

Inhaltlich basiert das SelbA-Trainingsprogramm auf einem ganzheitlichen Ansatz für mehr Lebensqualität im Alter und verbindet dazu die Bereiche Gedächtnistraining, Psychomotorisches Training und Kompetenztraining. Positive Wirkungen des SelbA-Trainingsprogrammes sind:

- Einleitung einer prozessorientierten Altenbildung,
- Präventive Vorsorge zur Erhaltung länger andauernder Selbstständigkeit,
- Verzögerung demenzieller Veränderungen,
- Allgemeine positive Auswirkungen auf den Gesundheitszustand,
- Vorbeugung der Vereinsamung älter Menschen.

Das SelbA-Trainingsprogramm wird in 281 Gemeinden Oberösterreichs angeboten, um direkt vor Ort in so genannten SelbA-Trainingsgruppen zu üben. Trainiert wird in 3 x 10 Trainingsblöcken in wöchentlichen oder 14-tägigen Abständen. Insgesamt gibt es in Oberösterreich 703 SelbA-Trainingsgruppen mit ca. 9.500 TeilnehmerInnen. Als Ergänzung zum Trainingsprogramm werden nach den 30 Trainingseinheiten vermehrt

erweiternde Aufbauprogramme zur aktiven Lebensgestaltung in Nachfolgegruppen, den SelbA-Clubs (317 Clubs) angeboten.¹⁵¹

¹⁵¹ *SelbA 2006*

5.16. Sonstige Angebote

5.16.1. Netzwerk Hilfe der OÖGKK

Nach einem Unfall oder bei einer schweren Erkrankung kommt zur Sorge um die Gesundheit die Angst vor der Zukunft. Das neue Service der OÖGKK - „Netzwerk Hilfe“ - bietet Betroffenen und ihren Angehörigen kompetente Unterstützung. Der/die speziell ausgebildete Netzwerk Hilfe-BetreuerIn der OÖGKK informiert, koordiniert, vermittelt und bewältigt Schnittstellen. Jede/r BetreuerIn hat vor Ort ein Netzwerk, um bei Bedarf die von den Betroffenen benötigten Leistungen abzurufen oder zu koordinieren. Dieses Netzwerk reicht vom regionalen Spital über die Vertragsärzte/-ärztinnen, Bandagisten, Sozialen Diensten und Selbsthilfegruppen bis hin zum Arbeitmarktservice und der Pensionsversicherung. Darüber hinaus ermöglicht der koordinierende Eingriff des Netzwerks Hilfe, Behandlungsverläufe vor allem an den Schnittstellen zwischen Spital, Rehabilitation, Arzt/Ärztin und Pflege besser abzustimmen. Dadurch wird der Heilungsprozess beschleunigt, PatientInnen können schneller wieder ihr gewohntes Leben - so weit wie möglich - aufnehmen. Das neue Kundenservice steht flächendeckend in ganz Oberösterreich zur Verfügung.

5.16.2. Gesunde Küche in Altenheimen

Das Projekt "Gesunde Küche" wurde initiiert von der Aktion Gesunde Gemeinde und möchte die traditionelle Hausmannskost auf die Erfordernisse der heutigen Zeit abstimmen und ein Essen anbieten, das gut schmeckt, gut tut und gesund hält. Sowohl Gemeinschaftsverpflegungen als auch Gastronomiebetriebe müssen, um das Auszeichnungsurkunde der Landessanitätsdirektion zu erhalten, bestimmte Kriterien einhalten. Dabei wird besonderer Wert auf frisch zubereitete Lebensmittel und richtige Ernährung gelegt.

In Oberösterreich nehmen derzeit 25 Alten- und Pflegeheime an diesem Projekt teil.

5.16.3. Seniorekom.at

Seniorekom.at ist eine Internetplattform von und für ältere Menschen mit umfangreichem Service- und Informationsangebot zu den Themen Gesundheit, Freizeit, Reise, Sicherheit, etc.

Seniorekom ist eine Initiative des Österreichischen Seniorenrates und steht unter der Schirmherrschaft von Herrn Bundespräsident Dr. Heinz Fischer.¹⁵²

5.16.4. Clubs Aktiv

Die Clubs Aktiv sind ein Angebot der Seniorenzentren Linz GmbH und durch 19 verschiedene Standorte auf das gesamte Stadtgebiet von Linz aufgeteilt. Clubs Aktiv sind Treffpunkte für SeniorInnen, in denen gemütliche Stunden in Gesellschaft von Freunden und Bekannten am Programm stehen. Die Besuche sind an keine Mitgliedschaft gebunden und kostenlos.¹⁵³

In den Clubs Aktiv wird in Zusammenarbeit mit der Volkshochschule ein abwechslungsreiches Programm angeboten:

- Kreativität: Töpfern, Malen, Basteln, Handarbeiten;
- Geselligkeit: Singkreise, Lesungen, Feste, Ausflüge, Spielrunden;
- Bewegung: Fit und Gesund, Spaß durch Bewegung, Yoga, Qui Gong, Chinesische Bewegungsübungen, Seniorentanz, Volkstanz;
- Gesundheit: Blutdruckmessen, Gedächtnistraining, Hör- und Sehtests;
- Bildung und Kultur: Diavorträge, Exkursionen.

Für SeniorInnen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, steht der Behindertenfahrdienst des Samariterbundes zur Verfügung.

5.16.5. „Sei unser Gast - Senioren & wir“ Wirte

Gelebte Mitmenschlichkeit, Gesundheit und Gastronomie sind die drei Schlüsselfaktoren, die „Sei unser Gast - Senioren & wir“ WirtInnen und Wirte auszeichnet.

¹⁵² *seinorkom 2006*

¹⁵³ *Stadt Linz 2006*

Im Rahmen dieses Projekts wird älteren Menschen eine Plattform für aktive Selbstverwirklichung geboten und es werden Impulse für einen Dialog zwischen allen Generationen gegeben.

Die „Sei unser Gast - Senioren & wir“ WirtInnen bieten gesundheits- und ernährungsbewussten Raum zum Wohlfühlen. Alles was gemeinsam gemacht wird, hat ein Ziel: den Gast zu verwöhnen. Weiters ist das Wirtshaus ein Marktplatz des Dialogs. Offen für alle Generationen aber mit Spezialisierung auf Menschen über 50.

Es werden alle fünf Sinne angesprochen und Qualität wird hoch geschrieben.

Durch die drei Säulen Mitmenschlichkeit, gelebte Gastlichkeit und gepflegte Gastronomie möchten die Wirtinnen und Wirte zu einem unverwechselbaren Partner für mehr Lebensqualität werden.¹⁵⁴

5.16.6. Time - die Zeittauschbörse

Time ist ein generationenübergreifendes Projekt, das vom Verein für Sozialprävention - im Auftrag der Stadt Linz - vor allem für SeniorInnen entwickelt wurde. Ziel dieser Einrichtung ist die Wiederbelebung der Nachbarschaftshilfe.

Die TeilnehmerInnen bringen Dienstleistungen oder Sachleistungen ein, die in Punkten und nicht mittels Geld bemessen werden. Jede Stunde ist gleich viel wert und die einzelnen Tätigkeiten werden auf einem Zeitkonto mit Plus- und Minuspunkten vergütet.¹⁵⁵

Angeboten werden Aktivitäten wie Gartenarbeiten, handwerkliche Tätigkeiten, Kinder- und Tierbetreuung, Musik- und Sprachunterricht, Büro- und Computerarbeiten ebenso auch Sachangebote wie Bekleidung, selbstgemachte Lebensmittel, Möbel und Übernachtungsangebote.

Getauscht wird auf Eigeninitiative. Es kann im eigenen oder auch mit Partner-Tauschkreisen getauscht werden.

Jährlich werden verschieden gemeinsame Veranstaltungen wie Tanzabende, Wanderungen, Faschings- und Weihnachtsfeiern unternommen.

¹⁵⁴ *tiscover 2006*

¹⁵⁵ *Stadt Linz 2006b*

Jeden ersten Donnerstag im Monat findet ein Time-Treffen statt. Diese Treffen bieten eine gute Gelegenheit, sich untereinander kennenzulernen und auszutauschen.¹⁵⁶

5.16.7. Seniorenratgeber

Die Broschüre „Linz für SeniorInnen“ beinhaltet Angebote und Serviceleistungen für SeniorInnen in der Stadt Linz.

Man findet darin auch Informationen über das Pflegegeld, das Betreubare Wohnen und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige.¹⁵⁷

5.16.8. Betreutes Reisen

Das Rote Kreuz Oberösterreich bietet seit 1998 betreute Reisen für SeniorInnen an. Ältere Menschen, die ohne Hilfe zumindest noch kurze Strecken zu Fuß bewältigen können, aber auch RollstuhlfahrerInnen mit Begleitperson werden von einem 4- bis 5-köpfigen Team bei der Reise begleitet.

Leistungen des betreuten Reisens:

- Persönlichen Besuch eines/r Rotkreuz-Betreuers/Betreuerin, bei alle Fragen und Formalitäten zur Reise geklärt werden;
- Auf Wunsch Abholung von zuhause inklusive Gepäcktransfer;
- Betreuung rund um die Uhr durch ein Team aus diplomiertem Pflegepersonal, Altenbetreuern und Rotkreuz-Sanitätern während der gesamten Reise;
- Bei Auslandsreisen ist ein österreichischer Arzt mit dabei, im Inland übernehmen die ortsansässigen Mediziner die ärztliche Betreuung;
- Hilfe beim Waschen, Ankleiden oder Essen ist jederzeit möglich;
- Nach vorheriger Absprache können auch verschiedene Pflegeleistungen übernommen werden;
- Bequemer, senioren- und behindertengerecht ausgestatteter Reisebus.¹⁵⁸

Im Jahr 2007 werden in dieser Form 25 Destinationen im In- und Ausland bereist.

¹⁵⁶ vsg 2006

¹⁵⁷ Stadt Linz 2006a

¹⁵⁸ <http://www.o.rotekreuz.at/81.html>

5.16.9. Influenzaimpfungen in Alten- und Pflegeheimen

Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse organisiert jährlich Impfkaktionen gegen Grippe in den eigenen Dienststellen. In diesem Zusammenhang erhalten ca. 90 Alten- und Pflegeheime in ganz Oberösterreich die Möglichkeit, sich an der Aktion zu beteiligen. Dieses Angebot wurde im Jahr 2006 von 70 Heimen genutzt; die jeweiligen Heimärzte verabreichten dabei während des Aktionszeitraums insgesamt 4.640 Grippeimpfungen.

Influenzainfektionen sind schwere Atemwegserkrankungen, die besonders bei Menschen über 60 Jahren zu einer erheblichen Übersterblichkeit beitragen. Daher empfiehlt der Impfausschuss des Obersten Sanitätsrats vor allem dieser Personengruppe eine Grippeimpfung; auch Betreuungspersonen von Risikogruppen (z. B. in Spitälern und Altersheimen) sollten gemäß dieser Empfehlung durch Impfung einer Erkrankung vorbeugen.

Diese Aktion trägt erheblich zur Erhöhung der Durchimpfungsrate und damit zur Vorbeugung der Ausbreitung von Influenza in Heimen bei. Darüber hinaus wird das Ansteckungsrisiko sowohl für Besucher als auch für das Betreuungspersonal minimiert.

6. Maßnahmenvorschläge

Im Rahmen der Oberösterreichischen Gesundheitskonferenz wurde 2003 ein ExpertInnenarbeitskreis zum Thema SeniorInnenengesundheit eingerichtet um Maßnahmenvorschläge für die Verbesserung der Gesundheit älterer Menschen in Oberösterreich auszuarbeiten. Die Aufgabe des Arbeitskreises bestand in der Analyse der Ist-Situation und in der Erarbeitung von Verbesserungsmöglichkeiten. Fragen der politischen Umsetzbarkeit bzw. Finanzierbarkeit der Maßnahmen waren nicht Aufgabe des Arbeitskreises. Im Vordergrund standen Vorschläge für SeniorInnen, die nicht in Alten- und Pflegeheimen leben.

Folgende ExpertInnen wirkten im Arbeitskreis mit:

- Dr. Michael Berger (Ärztchammer)
- Ulrike Hinterleitner (Landessanitätsdirektion)
- Mag. Heidi Klinglmair (Donau-Apotheke)
- Martin König (ARGE Alten- u. Pflegeheime)
- Dr. Wolfgang Ziegler (Ärztchammer) - *Vorsitzender*

Die Ergebnisse des Arbeitskreises wurden anlässlich der Gesundheitskonferenz im September 2004 vorgestellt. Für den Bereich Prävention und gesundes Altern wurden der Gesundheitskonferenz Maßnahmen in folgenden Bereichen vorgeschlagen:

- Gesundheitsförderliche Aktivitäten sollten ausgebaut werden, speziell in den Bereichen Ernährung und Bewegung (SeniorInnenturnen, Wandergruppen etc.). Da das Altern ein lebenslanger Prozess ist, wird es wichtig sein, in Zukunft auch schon in früheren Jahren darauf vorzubereiten. Daher wird der Gesundheitsförderung in Settings (Arbeit, Gemeinde ...) in Zukunft auch in Hinblick auf das gesunde Altern mehr Beachtung geschenkt werden müssen.
- Soziale Kontakte und Beziehungen im Alter sollten weiter gefördert werden z.B. durch die Weiterentwicklung von Tauschbörsen, exchange-learning-Modellen usw.
- Das steigende Ausmaß an Produkten und Dienstleistungen für die Zielgruppe ältere Menschen birgt die Gefahr der Unübersichtlichkeit des Marktes (z.B. hinsichtlich der Beurteilung der Qualität). In der Flut von Werbebotschaften ist es für Laien oft schwierig, seriöse und unseriöse Angebote auseinander zu halten. Über qualitativ hochwertige Leistungen und Produkte im Gesundheitsbereich für alte Menschen sollte daher besser informiert und Hilfestellungen angeboten werden: Denkbar wäre dazu z.B. die Einführung eines Gütesiegels

durch namhafte Institutionen. Darüber hinaus sollten leicht verständliche, zielgruppenorientierte Informationsmaterialien bezüglich sinnvoller und den Standards entsprechender Produkte und Dienstleistungen bereitgestellt und den Betroffenen zugänglich gemacht werden.

Für den Bereich der Selbst- und Laienhilfe werden folgende Schritte befürwortet:

- Angebote zur Aktivierung und Integration älterer Menschen, aber auch ihrer pflegenden Angehörigen sollten weiter ausgebaut werden, z.B. SeniorInnen-tourneen, Betreutes Reisen etc.
- Die Pflege durch Angehörige und andere nahe stehende Personen könnte durch die Beseitigung von Rechtsunsicherheiten gefördert werden. Bestehende Hilfs- und Unterstützungsangebote sollten näher an die Betroffenen gebracht werden. Möglichkeiten dazu bestehen in aufsuchenden Diensten z.B. in Form einer „Gemeindeschwester“, der Einrichtung präventiver Hausbesuche oder ähnlicher Lösungen. Wesentlich dabei ist, dass die betreffenden Dienste personell eng in das regionale soziale Gefüge (Gemeinde, Stadtteil) integriert sind, da höhere Akzeptanz und Bereitschaft zur Zusammenarbeit aus der Sicht der Betreuten angenommen werden kann. Die Vereinfachung und Vereinheitlichung administrativer Abläufe (Bewilligungsverfahren etc.) würde die Angehörigen entlasten und der schnelleren Bereitstellung von Pflege- und Hilfsmitteln förderlich sein.
- Generell sollte ehrenamtliche Tätigkeit aufgewertet werden. Die Anerkennung könnte bspw. in Form eines Ausweises für Ehrenamtliche („Ehrenamtlichen-Card“) ausgedrückt werden, die auch mit kleinen Vergünstigungen (z.B. Ermäßigungen bei kulturellen Veranstaltungen etc.) verbunden sein könnte.

Im Bereich der professionellen Hilfe sollten geriatrische Kompetenzen aufgewertet und ausgebaut werden. Einen wesentlichen Aspekt stellt die ganzheitliche und interdisziplinäre Betrachtung und Behandlung alter Menschen dar. Darüber hinaus schlägt der Arbeitskreis folgende Maßnahmen vor:

- Das Angebot an Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen sollte weiter ausgebaut sowie das Angebot an Physiko-, Logo- und Ergotherapie, insbesondere in peripheren Regionen (z.B. durch den Zugang externer PatientInnen zu Angeboten in Pflegeheimen), verbessert werden. Weiters sollte die Tagespflege imagemäßig aufgewertet werden.
- Es gibt zahlreiche nicht bewohnerbezogene Aufgaben und Problemstellungen in der (immer anspruchsvoller werdenden) Führung eines Pflegeheimes und in der Zusammenarbeit mit anderen lokalen Anbietern von Gesundheitsdiensten (ÄrztInnen, ApothekerInnen, BandagistInnen, TherapeutInnen...), die eine medizinisch - fachlich fundierte, ärztliche Mitentscheidung und Mitorganisation

verlangen. Zu diesen Aufgabenstellungen könnte jeweils ein/e möglichst aus dem Einzugsgebiet des Pflegeheimes und BewohnerInnen bzw. PatientInnen des Heimes betreuende/r Arzt/Ärztin verpflichtend beigezogen werden. In diesem Zusammenhang scheint es Ziel führend noch weitere Gespräche zwischen den AkteurInnen (z. B. im Rahmen einer Arbeitsgruppe) zu führen. An der freien Arztwahl der BewohnerInnen soll dabei nicht gerüttelt werden.

- Für pflegebedürftige Personen mit besonderen Diagnosen (Beatmungspflichtige PatientInnen, WachkomapatientInnen) sollten spezielle Lösungen erarbeitet werden.
- Erarbeitung von Lösungen zur Schnittstellenproblematik zwischen den stationären und extramuralen Versorgungseinrichtungen z.B. durch eine von ExpertInnen besetzte Arbeitsgruppe (Definition von Koordinations- und Kommunikationsstandards, einheitliche Behandlungs- und Pflegedokumentation, etc.). Dazu gehört auch die Qualitätssicherung der Überleitungspflege.

Literaturverzeichnis

- Altgeld et al. 2006 Altgeld, T. et al.: Prävention und Gesundheitsförderung - Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik. Friedrich-Ebert-Stiftung, Wirtschafts- und Sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum, Abteilung Arbeit und Sozialpolitik Bonn 2006.
- Arbeitskreis
Gesunde Unternehmen/Betriebe 2004 Arbeitskreis 'Gesunde Unternehmen/Betriebe' der OÖ Gesundheitskonferenz: Empfehlungen im Zusammenhang mit Gesundheitsziel 3. http://www.gesundheitsplanung.at/Endberichte/Betrieb_Endbericht.pdf Linz 2007.
- Arbeitskreis
Pflegevorsorge
1993-2005 Bundesministerium für Arbeit und Soziales bzw. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz: Berichte des Arbeitskreises für Pflegevorsorge. 1993 bis 2005 (13 Berichte). Wien 1993-2005. □
- ARGE Gesundheitsvorsorge 2005 ARGE Gesundheitsvorsorge 2005: FSME-Erkrankungsfälle in Österreich. http://www.zecken.at/Zecken.aspx_param_target_is_49687.v.aspx 5.3.2005.
- BMGFJ 2007 Strauss, R.; Fülöp, G.: Influenza in Österreich - Epidemiologie und Durchimpfungsraten. <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0019&doc=CMS1075899626901> 5.3.2007.
- BMSG 2007 Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen: <http://www.bmsg.gv.at/> 14.2.2007.
- BMSGK 1999 Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz: Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen 1999. (Seniorenbericht Kurzfassung). Wien 1999.
- BMSGK 2000 Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hrsg.): Seniorenbericht 2000 - Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen. Wien 2000.
- Caritas OÖ 2007 Caritas Oberösterreich: <http://www.dioezese-linz.at/caritas/> 4.4.2007.
- Crimmins E.M. 2001 Crimmins, E.M.; Saito, Y.: Trends in healthy life expectancy in the United States, 1970-1990: gender, racial, and educational differences. In: *Social Science & Medicine*, 52. Jg. (2001), S. 1629-1641.
- Cutler 2001 Cutler, D.M.: The reduction in disability among the elderly. In: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 98(12). Jg. (2001), S. 6546-6547.
- Doblhammer/Kytir 2001 Doblhammer, G.; Kytir, J.: Compression or expansion of morbidity? Trends in healthy-life expectancy in the elderly Austrian population between 1978 and 1998. In: *Social Science & Medicine*, 52. Jg. (2001), S. 385-391.
- DVSG 2006 Dachverband der OÖ. Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich: <http://212.41.250.36/FMPro?-db=shg&-lay=alldata&-format=main.html&-view> 7.12.2006.
- ESAW 2003 Weber, G.; Glück, J.; Sassenrath, S. Heiss, C.: European Study of Adult Well-Being (ESAW). Comparative Report on Self Resources. EU 5th Framework Project; Contract number: QLK6-CT-2001-00280 Wien 2003.
- ESAW 2005 Weber, G. et al: ESAW: European Study of Adult Well-Being. Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter. 2002-2004. Hauptergebnisse unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Österreich. Wien 2005.
- ESAW 2006a Ferring, D.; Wenger, C.: European Study of Adult Well-Being: (ESAW). Comparative Report on The European Model of Ageing Well

- <http://www.univie.ac.at/ESAW/Reports/modelfinalreport.pdf> 6.12.2006.
- ESAW 2006b Ferring, D.; Hallberg I.L.: European Study of Adult Well-Being: (ESAW). Comparative Report on Physical Health and Functional Status. EU 5th Framework Project; Contract number: QLK6-CT-2001-00280 <http://www.univie.ac.at/ESAW/Reports/healthfinalreport.pdf> 6.12.2006.
- Freedman 2002 Freedman, V.A.; Martin, L.G.; Schoeni R.F.: Recent Trends in Disability and Functionien Among Older Adults in the United States. A Systematic Review. In: Journal of the American Medical Association, 24(288). Jg. (2002), S. 3137-3146.
- Fries 1983 Fries, J.F.: The Compression of Morbidity. In: Milbank Quarterly, 83(4). Jg. (2005), S. 801-823.
- Fries 1992 Fries, J.F.: Strategies for reduction of morbidity. In: American Journal of Clinical Nutrition, 55. Jg. (1992), S. 1257S-1262S.
- gbebund.de Statistische Bundesamt, Zweigstelle Bonn (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes www.gbebund.de 30.01.2007.
- Gespag Oö. Gesundheits- und Spitals-AG: Krankenhäuser. <http://www.gespag.at/37388.php> 6.12.2006.
- Gesunde Gemeinde OÖ 2006 Gesunde Gemeinde Oberösterreich: Stammtisch für pflegende Angehörige. http://www.gesundegemeinde.ooe.gv.at/xchg/SID-3DCFCFBE-D1500D44/hs.xsl/108_DEU_HTML.htm 6.12.2006.
- Gesunde Gemeinde OÖ 2007 Gesunde Gemeinde Obberösterreich: <http://www.gesundegemeinde.ooe.gv.at> 5.4.2007.
- Gesundheitsbericht f. Deutschland 1998 Statistisches Bundesamt: Gesundheitsbericht für Deutschland Stuttgart 1998.
- Graham 2004 Graham, P.; Blakely, T.; Davis, P.; Sporle, A.; Pearce, N.: Compression, expansion, or dynamic equilibrium? The evolution of health expectancy in New Zealand. In: Journal of Epidemiology & Community Health, 58(8). Jg. (2004), S. 659-666.
- Gruenberg 1977 Gruenberg E.M.: The Failure of Success. In: Milbank Quarterly, 83(4). Jg. (2005), S. 779-800.
- Haller et al. 2004 Haller, R.; Hemedinger, F.; Jenner, E. et. al.: Vereinbarkeit von Beruf und Pflege Angehöriger. Projektbericht. Linz 2004.
- Heinz/Holzmann 2007 Heinz, F.X.; Holzmann, H.: Bilanz der FSME 2006. http://www.virologie.meduniwien.ac.at/home/upload/vei/2007/virusepidemiologische_information_2007-01.pdf (Institut für Virologie d. Med. Universität Wien) 5.3.2007.
- Hofmarcher/Riedel 1999 Hofmarcher, M.; Riedel, M.: Returns on Health Investment - Gesundheitszustand in der EU. Health System Watch IV/1999/2000 <http://www.ihs.ac.at/index.php?id=1190> 22.2.2007.
- Hofmarcher/Riedel 2002 Hofmarcher, M.; Riedel, M.: Gesundheitszustand in der EU: Ab dem 70. Lebensjahr wird's Beschwerlich. In: Soziale Sicherheit, Jg. 2002, H. 12, S. 49-64.
- Hurrelmann/Klotz/Haisch 2004 Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern 2004.
- IGP 2006 Institut für Gesundheitsplanung (Hrsg.): Gesundheitsbericht Oberösterreich 2006. Linz 2006.
- Kiesewetter 2007 Kiesewetter, E.: Betriebliche Gesundheitsförderung und alter(n)sgerechtes Arbeiten. http://www.arbeitundalter.at/docs/lf/Alternsgerechte-Arbeitswelt_Internet.pdf 1.3.2007.
- Koller 1999 Koller, M.M.: Der Zahn der Zeit. unimagazin; Zeitschrift der Universität Zürich Nr. 1/99 <http://www.unicom.unizh.ch/unimagazin/archiv/1-99/zeit.html> 15.3.2007.

- Land Oberösterreich 2003a Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, Sozialabteilung (Hrsg.): Sozialbericht Oberösterreich 2001, Band 1 - Textteil. Linz 2003.
- Land Oberösterreich 2003b Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, Sozialabteilung (Hrsg.): Oberösterreichischer Sozialbericht 2001, Band 2 - Datenband. Linz 2003.
- Land OÖ 2001 Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Statistik: Die Demografische Herausforderung. Linz 2001. (= Information der Abteilung Statistik des Amtes der Oö. Landesregierung 23/2001.)
- Land OÖ 2002 Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Statistik: Konsumerhebung 1999/2000. Zentrale Ergebnisse für Österreich und Oberösterreich. Linz 2002. (= Information der Abteilung Statistik des Amtes der Oö. Landesregierung 1/2001)
- Land OÖ 2005 Amt der OÖ Landesregierung, Abteilung Statistik: Leben in Oberösterreich. Ergebnisse der Volkszählung 2001 in Oberösterreich. Linz 2005.
- Land OÖ 2006 Land Oberösterreich: Sozialberatungsstellen, http://www.ooe.gv.at/cps/rde/xchg/SID-3DCFCFC332227F89/ooe/-hs.xml/25569_DEU_HTML.htm 19.12.2006.
- Land OÖ 2007 Landessanitätsdirektion (Aktion Gesunde Gemeinde) und Presseabteilung des Landes OÖ: Gesundheit 50 plus. Sonderausgabe Gesunde Gemeinde Aktuell 2007 . Linz 2007.
- LGL Bayern 2006 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Gesundheitsmonitor Bayern: Demenzerkrankungen; Ausgabe 1/2006. Die bayerische Gesundheitsberichterstattung online: www.lgl.bayern.de/de/left/fachinformationen/gesundheit/gbe.htm Erlangen 2006.
- Lutz/Skirbekk 2004 Lutz, W.; Skirbekk, V.: Kürzere Ausbildungszeiten können Geburtenrate anheben. Nebeneffekt einer Schulreform: Jüngere Bevölkerung (<http://www.demografische-forschung.org/archiv/defo0404.pdf> 5.4.2007) In: Demografische Forschung Aus Erster Hand, 1. Jg. (2004),
- Madersbacher 2003 Madersbacher, S.: Prävalenz der weiblichen Inkontinenz: Die Belastungskomponente ist prädominant. In: Journal für Urologie und Urogynäkologie, Jg. 2003, H. 10(1) (Ausgabe für Österreich), S. 26-27.
- Madersbacher 2005 Madersbacher H.: Harninkontinenz. (Aktualisierung: April 2005) <http://www.netdokter.at/krankheiten/fakta/fraueninkontinenz.htm> 8.3.2007.
- Manini et al. 2006 Manini, T.M.; Everhart, J.E.; Patel, K.V. et al.: Daily Activity Energy Expenditure and Mortality Among Older Adults. In: Journal of the American Medical Association, Jg. 2006, H. 296(2), S. 171-179.
- Manton/Gu 2001 Manton, K.G.; Gu, X.: Changes in the Prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999. In: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 98(11). Jg. (2001)
- Meggeneder 2007 Meggeneder, O: Betriebliche Gesundheitsförderung für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. http://www.bgf-tagung.ch/PDF/Symposium_03_Text_kurz.pdf 1.3.2007.
- Mor 2005 Mor, V.: The Compression of Morbidity Hypothesis: A Review of Research and Prospects for the Future. In: Journal of the American Geriatrics Society, 53 (9 Supp). Jg. (2005), S. 308-309.
- Naegele 2004 Naegele, G.: Präventionspotenziale stärken - Aspekte einer altersbezogenen Gesellschaftspolitik. Vortrag beim "1. Kongress des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung". http://www.forumpraevention.org/forumpraevention_1234/images//Kongr_Gesund_Altern/Naegele__Praeventionspotenziale-staerken.pdf Berlin 2004.
- Niederstadt 2006 Niederstadt, C.: Harninkontinenz. Ursachen, Therapieoptionen, soziale Auswirkungen aus hausärztlicher

Sicht. 57. Nürnberger Fortbildungskongress (NFK)	der Bayerischen Landesärztekammer. http://www.nfk2006.de/images/WP_Harninkontinenz_A.pdf 8.3.2007.
NÖ Altersalmanarch 2000/I	Amman, A.; Löger, B.; Lang, G.; Schmeikal, B.: Altwerden in Niederösterreich III; "Altersalmanarch 2000"; Teil I: Materialien und Konzepte zu Lebensverhältnissen St. Pölten 2001. (= Schriftenreihe des Zentrums für Alterswissenschaften und Sozialpolitikforschung. 21/Teil I)
NÖ Altersalmanarch 2000/II	Amman, A.; Löger, B.; Lang, G.; Schmeikal, B.: Altwerden in Niederösterreich III; "Altersalmanarch 2000"; Teil II: Pflegevorsorge: Aktuelle Trends und Fragen für die Zukunft. St. Pölten 2001. (= Schriftenreihe des Zentrums für Alterswissenschaften und Sozialpolitikforschung. 21/Teil II)
ÖBIG 2004	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Zwischenbilanz 2003: Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Oberösterreich. Wien 2004.
ÖKSA 2004	Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit: Demenz - Pflegende Angehörige. Alternative Betreuungsmodelle aus nationaler und internationaler Sicht. (Dokumentation der Jahreskonferenz 2004). Wien 2004.
OÖ Sozialratgeber 2007	Sozialplattform Oberösterreich: OÖ Sozialratgeber 2007. Linz 2007.
Österreichisches Rotes Kreuz 2007	Österreichisches Rotes Kreuz: http://www.o.rotekreuz.at 4.4.2007.
pro mente 2006a	Pro mente Oberösterreich: Tandem. http://www.promenteoee.at/tandem/ 12.12.2006.
pro mente OÖ 2006	Pro mente Oberösterreich: Psychische Gesundheit. http://pmooe.at/sitex/index.php/page.236/ 12.12.2006.
Psychiatrie Aktuell 2005a	Psychiatrie-Aktuell: Demenz http://www.psychiatrie-aktuell.de/disease/detail.jhtml?itemname=dementia&s=0 11.5.2003.
Rainer et al. 2002	Rainer M.; Jungwirth, S.; Krüger-Rainer, D. et al.: Pflegende Angehörige von Demenzerkrankten: Belastungsfaktoren und deren Auswirkungen. In: Psychiatrische Praxis, 29. Jg. (2002), S. 142-147.
Reinshagen 2005	Reinshagen, A.: Demenz (Altersdemenz) http://www.netdokter.de/krankheiten/fakta/demenz.htm 10.5.2005.
Robine/Michel 2004	Robine, J.M.; Michel, J.P.: Looking Forward to a General Theory on Population Aging. In: The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 59. Jg. (2004), S. M590-M597.
Sachverständigenrat 2001	Deutscher Bundestag 14. Wahlperiode: Drucksache 14/5660: Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. http://dip.bundestag.de/parfors/parfors.htm 8.3.2007.
SHARE 2006	Buber, I.; Prskawetz, A.; Henriette Engelhardt, H.; Schwarz, F.; Winter-Ebmer, R.: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. SHARE. First Results for Austria. Wien 2006.
Schäfer 2006	Schäfer, M.: Arthrose (Gelenkabnutzung) http://www.netdokter.de/krankheiten/fakta/gelenksabnutzungen.htm 2.3.2007.
Schwartz 2003	Schwartz F.W.; Badura, B.; Busse R. et al. (Hrsg.) (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München, Jena 2003.
seinorkom 2006	seniorkom: http://www.seniorkom.at 12.12.2006.
SelbA 2006	SelbA -: Selbständig im Alter http://www.dioezese-linz.at/pastoralamt/KBW/SelbA/ 8.12.2006.

Simma 1996 Simma & Partner: Bedarfs- und Entwicklungsplan des Landes Oberösterreich zur Pflegevorsorge Teil A: Pflegevorsorge für ältere Menschen. Amt der Oö. Landesregierung, Sozialabteilung. Dornbirn 1996.

Stadt Linz 2006 Magistrat der Landeshauptstadt Linz: Clubs Aktiv. <http://www.linz.at/services/kapitelAll.asp?uk=Clubs+Aktiv&kap=Senioren&nr=7> 7.12.2006.

Stadt Linz 2006a Stadt Linz: Seniorenratgeber. <http://www.linz.at/services/kapitelAll.asp?uk=Seniorenratgeber&kap=Senioren&nr=7> 12.12.2006.

Stadt Linz 2006b Stadt Linz: Zeit-Tausch-Börse time http://www.linz.at/services/kapitelAll_bereich.asp?NavigationID=58&bereich=Sozialesm&uk=Zeit-Tausch-Börse+time&kap=Senioren&nr=7 12.12.2006.

Stadt Wien 2003 Magistrat der Stadt Wien (Hrsg.): Lebenserwartung und Mortalität in Wien. Wien 2003.

Stadt Wien 1997 Magistratsabteilung 15 der Stadt Wien - Gesundheitswesen (Hrsg.): Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997. Wien 1997.

STAT 2005 Statistik Austria (Hg.): Demographisches Jahrbuch 2004. Wien 2005.

STAT 2006 Statistik Austria: Integrierte Statistik der Lohn- und Einkommensteuer. Wien 2006.

ATAT 2007 Statistik Austria: Annex 2: Weitere Definitionen zu Personen-, Haushalts- und Wohnungsmerkmalen; http://www.statistik.at/web_de/static/subdokumente/b_mz-arbeitskraefteerhebung_ab_2004_merkmale.pdf 27.8.2007

Techniker Krankenkasse 1998 Techniker Krankenkasse (Hrsg.): Demenz. Eine Information für Angehörige. Hamburg 1998.

tiscover 2006 tiscover Österreich: Sei unser Gast - Senioren & wir. <http://www.tiscover.at/at/guide/5,de,SCH1/objectId,MKA165633at,curr,EUR,season,at2,selectedEntry,home/home.html> 12.12.2006.

vsg 2006 vsg - verein für sozialprävention und gemeinwesenarbeit: time - die zeittauschbörse. http://www.vsg.or.at/time/src/time_frameset.htm 8.12.2006.

Wancata J. Wancata J.: Die Epidemiologie der Demenz. In: Wien. Med. Wschr., Jg. 2002, H. 152, S. 52-56.

WHO 1999 Stein, C; Moritz, I.: A life course perspective of maintaining independence in older age. WHO/HSC/AHE/99.2. Geneva 1999.

WHO 1999a Weltgesundheitsorganisation: Gesundheit21: Das Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO Kopenhagen 1999. (= Europäische Schriftenreihe Gesundheit für alle ; Nr. 6)

WHO 2002 WHO-Regionalbüro für Europa: Der Europäische Gesundheitsbericht 2002 Kopenhagen 2002. (= <http://www.euro.who.int/document/e76907g.pdf> 28.2.2007)

WHO CAPP 2007 WHO Oral Health Country/Area Profile Programme: Austria: Oral Disease Prevalence. <http://www.whocollab.od.mah.se/euro/austria/data/austriacar.html> 13.3.2007.

Wikipedia 2006 Wikipedia: Geriatrie <http://de.wikipedia.org/wiki/Geriatrie> 15.12.2006.

Wikipedia 2006a Wikipedia: Palliativstation. <http://de.wikipedia.org/wiki/Palliativstation> 18.12.2006.

Wukounig 2003 Wukounig, M.: PensionsbezieherInnen un Umgang mit Krankheit. Linz 2003. (= Gesundheitswissenschaften papers)

www.diakomannheim.de Diakoniekrankenhaus Mannheim: Akutgeriatrie. <http://www.diakomannheim.de/21.0.html> 15.12.2006.

- www.oe-ordensspitaeler.at OÖ Ordensspitäler Koordinations GmbH: Die Orden mit ihren Spitälern. <http://www.oe-ordensspitaeler.at/spital/spital.html> 7.12.2006.
- Zimmermann/Larisch 2006 Zimmermann, M.I./Larisch, K.: Osteoporose (Knochenschwund). <http://www.netdokter.de/krankheiten/fakta/knochenschwund.htm> 2.3.2007.
- Zysset 2002 Zysset, A.C.: Orale Gesundheit im Alter. In: Schweiz. Monatsschr. Zahnmed., 10/2002. Jg. (2002), H. 112, S. 1087-1089.

Abbildungen

Abbildung 1:	Bevölkerungsstruktur Oberösterreich 2001	4
Abbildung 2:	Entwicklung der Bevölkerung nach Altersgruppen; Oberösterreich (Prognose 2005 bis 2050).....	5
Abbildung 3:	Entwicklung der Bevölkerung über 60 Jahre; Oberösterreich (Prognose 2005 bis 2050).....	6
Abbildung 4:	Bevölkerungspyramiden für Oberösterreich 1981-2040	6
Abbildung 5:	Bevölkerungspyramiden im (Prognose-) Jahr 2040 nach Region (Viertel).....	7
Abbildung 6:	Einflussfaktoren auf Lebenszufriedenheit und Selbstwert.....	12
Abbildung 7:	Einkommensart Männer ab 60 Jahren; Österreich	16
Abbildung 8:	Einkommensart Frauen ab 60 Jahren; Österreich.....	17
Abbildung 9:	Durchschnittseinkommen; Österreich.....	17
Abbildung 10:	Einkommensgruppen Männer; Österreich	18
Abbildung 11:	Einkommensgruppen Frauen; Österreich	18
Abbildung 12:	Haushaltsausgaben PensionistInnenhaushalte; Österreich.....	20
Abbildung 13:	Haushaltsausgaben PensionistInnenhaushalte; Österreich.....	21
Abbildung 14:	Haushaltsausgaben PensionistInnenhaushalte; Österreich.....	22
Abbildung 15:	Wohnungsausstattung der PensionistInnenhaushalte; OÖ	23
Abbildung 16:	Anteil der über 60-Jährigen in Anstaltshaushalten; OÖ.....	25
Abbildung 17:	Anteil der über 60-Jährigen in Anstaltshaushalten nach Alters- gruppen; OÖ.....	26
Abbildung 18:	Anteil der über 60-Jährigen in Anstaltshaushalten nach Alters- gruppen; OÖ.....	26

Abbildung 19:	Ein-Personen-Haushalte; OÖ	28
Abbildung 20:	Familienstand; OÖ	30
Abbildung 21:	Erreichbarkeit von Kindern; OÖ.....	32
Abbildung 22:	Erreichbarkeit von Angehörigen (incl. Kinder); OÖ.....	33
Abbildung 23:	Erhaltene und geleistete Besuche; OÖ	34
Abbildung 24:	Häufigkeit von Hilfeleistungen; OÖ	36
Abbildung 25:	Art der Hilfeleistungen; OÖ.....	37
Abbildung 26:	Zusätzlich benötigte Hilfeleistungen; OÖ	38
Abbildung 27:	Bildungsgrad; OÖ	39
Abbildung 28:	Anteil der Bevölkerung mit Vorsorgeuntersuchung 2002-2005	47
Abbildung 29:	Impfschutz gegen Grippe.....	48
Abbildung 30:	Impfschutz gegen Wundstarrkrampf (Tetanus)	48
Abbildung 31:	FSME-Fälle in Österreich 1999-2006	49
Abbildung 32:	Impfschutz gegen FSME.....	49
Abbildung 33:	Impfschutz gegen Kinderlähmung (Polio).....	50
Abbildung 34:	Gesundheitsverhalten	51
Abbildung 35:	Gesundheitsverhalten - körperliche Aktivitäten (Sport, Bewegung) nach Alter	52
Abbildung 36:	Gesundheitsverhalten - gesundheitsbewusste Ernährung nach Alter	53
Abbildung 37:	Gesundheitsverhalten - keine gezielten Aktivitäten nach Alter	54
Abbildung 38:	Gesundheitsverhalten - gesundheitsbewusste Ernährung nach Bil- dungsgrad.....	55
Abbildung 39:	Gesundheitsverhalten - körperliche Aktivitäten (Sport, Bewegung) nach Bildungsgrad	55
Abbildung 40:	Gesundheitsverhalten - keine gezielten Aktivitäten nach Bildungs- grad.....	56

Abbildung 41:	A life-course perspective for maintenance of the highest possible level of functional capacity	59
Abbildung 42:	Lebenserwartung bei der Geburt in Europa	66
Abbildung 43:	Lebenserwartung mit 65 Jahren in Europa	67
Abbildung 44:	„Rektangularisierung“ der Überlebenskurve.....	68
Abbildung 45:	Überlebenswahrscheinlichkeit bis zum 85. Lebensjahr, Österreich..	69
Abbildung 46:	Lebenserwartung bei der Geburt, OÖ/Ö	70
Abbildung 47:	Weitere Lebenserwartung mit 60 Jahren, OÖ	71
Abbildung 48:	Lebenserwartung bei der Geburt, Bundesländer 2004	71
Abbildung 49:	Weitere Lebenserwartung mit 60 Jahren, Bundesländer 2004.....	72
Abbildung 50:	Weitere Lebenserwartung in Gesundheit - Männer	75
Abbildung 51:	Weitere Lebenserwartung in Gesundheit - Frauen.....	75
Abbildung 52:	Beschwerdefreie Lebenserwartung bei der Geburt.....	76
Abbildung 53:	Beschwerdefreie Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren	76
Abbildung 54:	Beschwerdefreie Lebenserwartung bei der Geburt - Anteil an der totalen Lebenserwartung in Prozent	77
Abbildung 55:	Todesursachen - Fälle	78
Abbildung 56:	Todesursachen - Männer	79
Abbildung 57:	Häufigste Todesursachen - Frauen	80
Abbildung 58:	Allgemeiner Gesundheitszustand in Österreich 1978 bis 1998 - Männer	81
Abbildung 59:	Allgemeiner Gesundheitszustand in Österreich 1978 bis 1998 - Frauen.....	82
Abbildung 60:	Allgemeiner Gesundheitszustand nach Altersgruppen - Männer	83
Abbildung 61:	Allgemeiner Gesundheitszustand nach Altersgruppen - Frauen	83
Abbildung 62:	Allgemeiner Gesundheitszustand (sehr gut/gut) nach Bildungsgrad	84

Abbildung 63:	Erkrankungshäufigkeit innerhalb eines Jahres.....	84
Abbildung 64:	Häufige Erkrankungen und Verletzungen (12-Monatsprävalenz).....	86
Abbildung 65:	Chronische Erkrankungen	88
Abbildung 66:	Beschwerden	90
Abbildung 67:	Anteil der Krankenhausaufenthalte mit Herz-Kreislauf-Diagnose	92
Abbildung 68:	Krankenhausaufenthalte mit Herz-Kreislauf-Diagnose nach Altersgruppe und Geschlecht	93
Abbildung 69:	Anteil der Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Hypertonie.....	94
Abbildung 70:	Anteil der Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Hypertonie nach Geschlecht und Alter.....	94
Abbildung 71:	Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Hypertonie nach Altersgruppe, Geschlecht und Alter.....	95
Abbildung 72:	Anteil der Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter ischämischer Herzkrankheit nach Alter	96
Abbildung 73:	Anteil der Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter ischämischer Herzkrankheit nach Geschlecht und Alter	97
Abbildung 74:	Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter ischämischer Herzkrankheit nach Altersgruppe, Geschlecht und Alter	98
Abbildung 75:	Krankenhausaufenthalte mit Diagnose Herzinfarkt nach Altersgruppe und Geschlecht.....	99
Abbildung 76:	Krankenhausaufenthalte mit Diagnose Herzinfarkt:.....	100
Abbildung 77:	Krankenhausaufenthalte mit Diagnose Angina Pectoris nach Altersgruppe und Geschlecht.....	101
Abbildung 78:	Anteil der Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Hirngefäßerkrankung	102
Abbildung 79:	Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Hirngefäßerkrankung nach Altersgruppe und Geschlecht	103
Abbildung 80:	Krebsmortalität Männer	104

Abbildung 81:	Krebsmortalität Frauen.....	105
Abbildung 82:	Krebsinzidenz Männer	106
Abbildung 83:	Veränderungen der Krebsinzidenz - Männer	107
Abbildung 84:	Krebsinzidenz Frauen	108
Abbildung 85:	Veränderungen der Krebsinzidenz - Frauen	109
Abbildung 86:	Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierten Atemwegserkrankungen - Fälle.....	110
Abbildung 87:	Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierten Atemwegserkrankungen - Fälle/100.000.....	111
Abbildung 88:	Anteil der Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierten Atemwegserkrankungen	112
Abbildung 89:	Chronische Schäden der Wirbelsäule.....	113
Abbildung 90:	Chronische Erkrankungen der Gelenke	114
Abbildung 91:	Chronischer Gelenksrheumatismus	114
Abbildung 92:	Anteil der Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Arthrose	115
Abbildung 93:	Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Arthrose	116
Abbildung 94:	Anteil der Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Veränderungen der Knochendichte und -struktur.....	117
Abbildung 95:	Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Veränderungen der Knochendichte und -struktur	117
Abbildung 96:	Ambulante Behandlungsprävalenz: Behandelte Diabetesfälle nach Altersgruppe und Geschlecht.....	118
Abbildung 97:	Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierten Diabetes-Spätfolgen nach Altersgruppe und Geschlecht	119
Abbildung 98:	Anteil mit trauriger oder depressiver Stimmung innerhalb der letzten Monate in Österreich.....	120
Abbildung 99:	Personen mit Antidepressiva-Verordnung	121
Abbildung 100:	Anteil der Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter affektiver Störung.....	122

Abbildung 101: Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierten affektiven Störungen.....	123
Abbildung 102: Inzidenz der Demenzerkrankungen.....	126
Abbildung 103: Prävalenz der Demenzerkrankungen	127
Abbildung 104: Anteil der Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Demenz...	127
Abbildung 105: Krankenhausaufenthalte mit diagnostizierter Demenz.....	128
Abbildung 106: Personen mit Verrechnung von Inkontinenzmaterial	130
Abbildung 107: Todesfälle aufgrund von Infektionserkrankungen, Österreich 2005.	131
Abbildung 108: Todesfälle durch Unfälle und Stürze (2004)	132
Abbildung 109: Unfallmortalität - Männer.....	132
Abbildung 110: Unfallmortalität - Frauen	133
Abbildung 111: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Oberschenkelhalsbrüchen - Fälle	133
Abbildung 112: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Oberschenkelhalsbrüchen - Rate	134
Abbildung 113: Anteil der Krankenhausaufenthalte mit der Diagnose Oberschenkelhalsbruch.....	134
Abbildung 114: Anteil mit Zahnersatz im internationalen Vergleich.....	136
Abbildung 115: Zahngesundheit in Österreich (ausgewählte Altersgruppen)	136
Abbildung 116: Zahnarztkontakte innerhalb eines Jahres nach Altersgruppen und Geschlecht.....	137
Abbildung 117: Hilfe nötig bei persönlichen Verrichtungen (z.B. Waschen, Anziehen)	138
Abbildung 118: Hilfe nötig bei Tätigkeiten des täglichen Lebens (z.B. Einkaufen)..	139
Abbildung 119: Medikamentenverordnungen - Verordnungsvolumen nach anatomischen ATC-Gruppen	144

Tabellen

Tabelle 1: Pflegegeld - Anstaltsbevölkerung	42
Tabelle 2: Altersstruktur der HeimbewohnerInnen	43
Tabelle 3: Personen mit Pflegegeldbezug in Oberösterreich, Stichtag 31.12.2005	140
Tabelle 4: Anzahl der Personen mit Bundespflegegeld, Sozialversicherungsträger in OÖ nach Alter und Geschlecht im Juli 1994.....	142
Tabelle 5: Entwicklung der Personen mit Pflegegeld seit 1994	142
Tabelle 6: Entwicklung der Anzahl pflegebedürftiger Personen mit und ohne Bezug von Pflegegeld bis 2030 (Gesamtsumme).....	143
Tabelle 7: Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen mit ÖÄK-Diplom für Geriatrie in OÖ nach Bezirken	153
Tabelle 8: Angestellt Ärzte/Ärztinnen mit ÖÄK-Diplom für Geriatrie in OÖ nach Bezirken.....	154
Tabelle 9: Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen mit ÖÄK-Diplom für Palliativmedizin in OÖ nach Bezirken	155
Tabelle 10: Angestellte Ärzte/Ärztinnen mit ÖÄK-Diplom für Palliativmedizin in OÖ nach Bezirken.....	156



INSTITUT
FÜR GESUNDHEITSPLANUNG

ISBN 978-3-902487-08-7