

Sorge-Kultur statt Versorgungs-Modell

Aussagekräftige Studien zu hochaltrigen Menschen sind kein einfaches Unterfangen. Die erste österreichische Hochaltrigenstudie schließt eine Forschungslücke. Vor allem aber setzt sie manchem Stereotyp eine differenziertere Darstellung entgegen und könnte die Basis für gesundheits- und sozialpolitische Planungen sein.

Erika Pichler



Die erste österreichische Hochaltrigenstudie zeigt die gleichbleibend hohe Lebenszufriedenheit der Befragten.

Wer nicht alt werden will, muss jung sterben“, sagt eine Teilnehmerin der *Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie* (ÖIHS). Ihr Zitat, das im Wechsel mit anderen auf der Homepage der Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA) eingeblendet wird, spricht von Pragmatismus gegenüber der späten Lebensphase. Andere Befragte begegnen dem Alter mit anderen Emotionen. Ein Mann genießt das Länger-Schlafen-Können in der Pension. Eine Frau vermisst das aufregende Gefühl, Liebesbriefe zu bekommen. Jemand hat Angst davor, sich einmal nicht viel mehr als das Wohnen leisten zu können.

Heterogene Gruppe

Hochaltrige sind eine nicht weniger heterogene Gruppe als Jugendliche, Erwachsene oder Senioren. Sie sind nicht über einen Kamm zu scheren – schon gar nicht als Forschungsobjekte. Dass Reihenuntersuchungen zu Menschen über 80

als das – wie oben dargestellt – verzerrte öffentliche Altersbild. Laut ÖIHS-Erhebung sind Hochaltrige nicht, wie vielfach angenommen, mehrheitlich in Heimen untergebracht, vielmehr leben vier Fünftel in ihrem privaten Zuhause. Zur gesellschaftlichen Problematisierung des hohen Alters tragen zudem über-



Studienleiter Georg Ruppe: Das negative Bild des hohen Alters hat Einfluss auf die objektive Gesundheit.

besonders aufwendig sind, ist laut dem Geriater, Forscher und ÖPIA-Leiter Georg Ruppe vorwiegend dem Umstand geschuldet, dass die meisten Hochbetagten – entgegen verbreiteten Klischees – nicht in Heimen leben, sondern im eigenen Haushalt. Allein schon an die Kontaktdaten zu kommen, Interviewzusagen zu bekommen, ist schwierig.

Im Wege persönlicher, fragebogengestützter Interviews wurden für die ÖIHS bereits in der ersten, explorativen Erhebungswelle 2013/2014 410 Personen im Alter von über 80 Jahren in Wien und der Steiermark zu ihrer Gesundheit und Lebenssituation befragt und einem geriatrischen Assessment unterzogen. Drei Jahre später erfolgte eine Wiederbefragung, wodurch erstmals wissenschaftlich fundierte Längsschnittdaten für Österreich vorgelegt werden konnten sowie eine Erweiterung auf das Bundesland Niederösterreich. Ergänzt wurden beide Erhebungswellen durch eine Fokusstudie mit qualitativen Interviews. Seit heuer ist eine wiederum erweiterte – das Bundesland Salzburg kam neu hinzu – dritte Erhebungswelle im Gange, die inzwischen mit einer deutlich größeren Stichprobe gegenüber der Ersterhebung arbeitet.

Die vielleicht wesentlichste Leistung der Studie insgesamt ist, ein realistischeres und differenzierteres Bild zu zeichnen

als das – wie oben dargestellt – verzerrte öffentliche Altersbild. Laut ÖIHS-Erhebung sind Hochaltrige nicht, wie vielfach angenommen, mehrheitlich in Heimen untergebracht, vielmehr leben vier Fünftel in ihrem privaten Zuhause. Zur gesellschaftlichen Problematisierung des hohen Alters tragen zudem überstrapazierte und wenig wertschätzende Begriffe wie „Überalterung“, „Defizit“ oder „Alterslast“ bei. Auch mediale Bilder, wie etwa das abgegriffene, aber zur Illustration immer wieder verwendete Sujet älterer Menschen mit Rollator im Pflegeheim, bewirken laut Ruppe unweigerlich Angst, Ablehnung und einen Negativzugang zum Thema Alter. „Dieser Negativ-Einfluss hat, wie wir inzwischen aus der Wissenschaft wissen, sogar einen Einfluss auf die objektive Gesundheit“, sagt der Forscher. „Menschen, die eine negative Einstellung zum eigenen Altern haben, haben damit tendenziell auch eine höhere Wahrscheinlichkeit, tatsächlich in schlechterer Gesundheit alt zu werden.“

Laut ÖIHS leiden zwar fast alle untersuchten Teilnehmer zumindest an einer chronischen Krankheit wie etwa Bluthochdruck. Zudem nehmen zwischen dem 80. und dem 85. Lebensjahr altersbedingte Funktionseinschränkungen signifikant (nämlich um knapp 40 Prozent) zu. Dennoch empfindet sich mehr als die Hälfte der Befragten selbst als „rüstig“ oder „fit“ und stuft ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ ein.

Thema Inkontinenz

Unter den chronischen Erkrankungen sehr alter Menschen hat für Georg Ruppe die Harninkontinenz, mit rund einem Drittel Betroffener in der Stichprobe, besondere Relevanz, ein Tabu-Thema und einer der wesentlichsten Gründe für die Pflegeheimaufnahme. Dies liege zum einen am erhöhten Organisations- und Pflegeaufwand für die Familie, zum anderen an der Schwierigkeit, den Bereich der Intimpflege zu enttabuisieren. Zu den Auswirkungen dieses Problems zählen sowohl erhöh-

Ergebnisse der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie (Auswahl)

- 80,5 % der befragten hochaltrigen Personen leben in den eigenen vier Wänden, 6,8 % in einem Seniorenheim oder einer betreuten Wohneinrichtung, 12,7 % in einem Pflegeheim.
- 13,7 % der Befragten schätzen sich als „rüstig“ und ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ ein; 40,7 % beschreiben sich als „fit“ und ihren Gesundheitszustand als „gut“.
- 36,3 % gelten als „pre-frail“ (beschreiben ihren Allgemeinzustand also als relativ labil mit fortschreitenden funktionalen Einschränkungen), 9,3 % als „frail“ (mit gravierenden gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen).
- 53,4 % der Befragten leiden an Bluthochdruck, 34,1 % an Harninkontinenz, 31,2 % an Herzkrankheiten. Im Mittelfeld liegen Erkrankungen wie Rheuma (29,0 %), Osteoporose (27,3 %), Krebskrankungen (18,8 %) und Diabetes (18,3 %). Von Depressionen sind 12,7 % der Hochaltrigen betroffen, von Alzheimer oder anderen Demenzerkrankungen 8,0 %.
- Der sozioökonomische Status beeinflusst maßgeblich den Gesundheitszustand. Große Unterschiede sind zwischen sozial besser und sozial schlechter gestellten Personen in puncto Multimorbidität (66,4 % zu 81,0 %), chronischen Schmerzen (43,9 %/58,6 %), Mobilitätseinschränkungen (12,8 %/29,3 %), subjektivem Gesundheitsempfinden als „gut“ oder „sehr gut“ (69,6 %/41,4 %) und depressiven Symptomen (4,0 %/27,6 %) festzustellen.

<http://www.oepia.at/hochaltrigkeit>

te Sturzgefahr, zum Beispiel bei nächtlichen Toilettengängen oder aufgrund von Schwindel, welcher oft auf die natürliche Reaktion inkontinenter Menschen zurückzuführen ist, weniger zu trinken. Aber auch Vereinsamung und Isolation, vermehrtes Zuhausebleiben, Passivität und – damit verbunden – Abbau an Muskelkraft sind Folgewirkungen, die eigentlich gut behandelbar wären.

Ein auffallendes Ergebnis der Studie ist für Ruppe auch der in Österreich starke Zusammenhang zwischen Gesundheit/Mortalität und sozioökonomischer Situation. Die Ergebnisse der ÖIHS zeigen deutlich, dass Hochaltrige mit niedrigem sozioökonomischem Status ihren Gesundheitszustand nicht nur schlechter einschätzen als sozial besser gestellte Personen, sondern tatsächlich häufiger unter Multimorbidität, an stärkeren Schmerzzuständen und Mobilitätseinschränkungen sowie auch an Depressionen leiden. Die Resultate kognitiver Tests zeigen zudem ein signifikant schlechteres Abschneiden von Personen in ungünstigen sozioökonomischen Verhältnissen, was laut Ruppe auch mit einem höheren Demenzrisiko korreliert. Bei Pflegebedürftigkeit werden sie eher nicht zu Hause gepflegt, sondern kommen in ein Pflegeheim und ihre Sterbewahrscheinlichkeit ist erhöht.

Gute Nachrichten

In positiver Hinsicht überraschend zeigten sich in der ÖIHS Längsschnitt-Ergebnisse, die auf das Potenzial hochaltriger Menschen hinweisen, ihren Gesundheitszustand noch einmal zu verbessern, auch wenn sie in der Studie schon einmal als „pre-frail“, also als annähernd gebrechlich, eingestuft wurden. „In der Geriatrie ist es eigentlich eine Regel, dass eine bereits vorhandene Gebrechlichkeit beim älteren Menschen ein unumkehrbarer Zustand ist. Wir sehen aber, dass, wenn wir die Gesamtgesundheit mit allen sozialen Umständen und im individuellen Kontext betrachten, es durchaus gewisses Potenzial für Verbesserungen gibt, die untersuchenswert sind“, sagt Ruppe. „Weiter gefestigte Erkenntnisse in diese Richtung hätten natürlich auch Auswirkungen auf gesundheits- und sozialpolitische Planungsfragen. Man denke nur an die Frage von Rehabilitation und Remobilisation in Pflegeheimen, die bisher eher als eine Endstation gesehen werden, oder auch an die Einstufung des Pflegegeldes, bei dem man praktisch immer von einer kontinuierlichen Erhöhung, also einer Verschlechterung der Gesamtfunktionalität ausgeht.“

Konsequenzen aus der Studie

Gezeigt hat sich durch die Längsschnittergebnisse die gleichbleibend hohe Lebenszufriedenheit der Befragten. Immerhin gaben mehr als drei Viertel bei der Zweiterhebung an, mit ihrer Lebenssituation sehr oder eher zufrieden zu sein, was einen ähnlich hohen Wert wie bei der Erstbefragung drei Jahre zuvor bedeutet.

Die subjektive Zufriedenheit hochaltriger Menschen ist auch für den Internisten und Geriater Thomas Frühwald, der im wissenschaftlichen Beirat der Studie stark engagiert ist, beeindruckend. Obwohl er selbst auch als Lehrender immer wieder darauf hinweist, dass die Mehrzahl der Über-80-Jährigen vital, robust,

autonom und nicht kognitiv beeinträchtigt sei, habe ihn trotz langjähriger klinischer Erfahrung und Kenntnis der Literatur überrascht, „dass sich Hochbetagte in ihrer Gesundheitssituation subjektiv viel besser einschätzen, als sie es objektiv sind, dass sie sich also wohler fühlen, als man es ihnen von diversen Assessments und Tests her zutrauen würde“.

Die Maßnahmen, die Thomas Frühwald aus der *Österreichischen Hochaltrigenstudie* ableiten würde, sind vor allem ethischer Natur. Zum einen gehe es darum, auch die Phase des hohen Alters gut zu gestalten. „Man soll nicht sagen, weil jemand schon so alt ist, zahlt sich etwas nicht mehr aus, und kurative Aspekte vergessen, die noch möglich wären. Man hat schließlich zu jedem Zeitpunkt noch eine Lebenserwartung. Auch Hundertjährige haben durchschnittlich noch zwei bis drei Jahre Lebenserwartung.“

Für Georg Ruppe wäre eine wichtige Konsequenz der Studie, die markante sozioökonomische – und damit auch gesundheitliche – Selektion von Hochaltrigen in der aktuellen Diskussion über die künftige Finanzierung von Pflege zu berücksichtigen. „Wie



Geriater Thomas Frühwald:
Schwierig, junge Ärzte für die Geriatrie zu überzeugen.

immer das künftige Pflegevorsorgemodell aussieht, sollten wir möglichst dazu beitragen, dass es zu keiner Zwei-Klassen-Betreuungs-Gesellschaft kommt.“ Eine weit auseinanderklaffende soziale Schere sei unter gesundheitlichem Aspekt schlicht gefährlich.

Aus der Studie abzuleiten sei jedoch noch eine weitere sozialpolitische Konsequenz, die schon heute entsprechende Weichenstellungen erfordern würde: „Wir müssen bedenken, wie viele Menschen eigentlich zu Hause leben und auch zu Hause alt werden und sterben wollen. Das heißt, wir müssen stark in den Ausbau von individuellen Modellen der mobilen und flexiblen Betreuung von Menschen zu Hause oder zumindest in kleinen Wohneinheiten oder Wohngemeinschaften investieren; und wegkommen von pauschalen Modellen, wo ‚die Alten‘ am besten in der Institution XY versorgt werden.“

Wesentlich für ein gesundes und gutes Alter sei jedoch auch die Möglichkeit, noch selbst für andere sorgen zu können. „Wenn die Sorge um andere wegfällt, und sei es auch eine noch so kleine Sorge um den Nachbarsbuben, um die Enkel, um die

Think Medical! Act Digital!

DMEA

21.–23. April 2020
Connecting Digital Health

Messegelände Berlin
www.dmea.de

GOLD Partner

AGFA HealthCare

Cerner

CGM CompuGroup Medical

ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen

medatixx
Damit die Praxis läuft.

Meierhofer

HEALTHCARE SOLUTIONS

SILBER Partner

3M

BEWATEC®

D·M·I ARCHIVIERUNG

Hewlett Packard Enterprise

InterSystems®

iSOLUTIONS HEALTH

Meona Die klinische Software

nexus/ag

PHILIPS

RZV

SIEMENS Healthineers

VISUS

vitagroup

Veranstalter

Organisation

In Kooperation mit

Unter Mitwirkung von

Blumen von jemand anderem oder durch die Anteilnahme am Telefon, dann geht es meistens ganz schnell bergab mit den Menschen.“

Aus Frühwalds Sicht zeigt die Studie zudem auf, dass auch auf rein sprachlicher Ebene weniger Segregation betrieben werden sollte, um den „social death through language“ (so der Titel eines *Lancet*-Artikels über den mit „Demenz“ verbundenen sozialen Tod) zu verhindern. Sowohl alltagssprachlich als auch medial sei die Diskussion über das Alter von negativen Vorzeichen geprägt. Dominierende Begriffe seien die „Last des Alters“, die „Zunahme der Pflegekosten“ oder das unschöne Wort „Demenz“ (wörtlich Geistlosigkeit), das in der deutschen Alltagssprache gängig sei, während man in internationalen Publikationen inzwischen durchwegs von kognitiver Beeinträchtigung oder kognitiver Behinderung spreche.

Zusammenspiel nichtsomatischer und sozialer Faktoren

Aufgrund derartiger Negativvorstellungen, die das Bild des Alterns nach wie vor beherrschten, sei es auch schwieriger, junge Menschen für das Fach Geriatrie zu gewinnen, sagt Frühwald, der, obwohl in Pension, noch immer als Lehrender seines Faches an Fachhochschulen sowie der Medizinischen Universität Graz tätig ist. Er selbst, der seine Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin teilweise in Genf absolvierte, habe dort sehr bald seine Leidenschaft für die Geriatrie entdeckt. Der holistische Zugang der Schweiz und eine für den alemannischen Raum typische „bürgerschaftliche Sorge um den Nachbarn“ seien für ihn damals neu und faszinierend gewesen, genauso wie das Arbeiten in multiprofessionellen Teams.

Die Geriatrie sei gerade durch ihre Komplexität und durch das Zusammenspiel mit nichtsomatischen und sozialen Faktoren spannend. So gebe es zum Beispiel in Fragen der Frailty, Multimorbidität und Polypharmazie hochinteressante Forschungsprojekte und Erkenntnisse, deren Anwendung die Lebensqualität hochaltriger Patienten sowie von Pflegeheimbewohnern signifikant erhöhen und unter Einbindung des Pflegepersonals zu sehr guten Ergebnissen führen könnte. Geriatrie sei also für heutige Medizinstudierende prinzipiell ein attraktives Fach, unter Forschungs-Gesichtspunkten ebenso wie als praktisches Berufsfeld. Meist seien sogar die Planstellen dafür vorhanden, könnten jedoch nicht besetzt werden. Es sei schwierig, junge Ärzte sowie Pflegepersonen für die Geriatrie zu überzeugen.

Dieser Umstand hänge auch mit der ärztlichen Ausbildung zusammen. „Österreich gehört meines Wissens zu den drei europäischen Ländern, in denen Geriatrie kein eigenständiges Fach, sondern nur ein Additivfach ist“, sagt Frühwald. Auch in der präpromotionellen Lehre sei Geriatrie meist nur schwach vertreten. An der MedUni Wien gebe es (im Gegensatz zu Graz) keine Professur mehr dafür. Eine eigentlich absurde Entwicklung, bedenkt man, dass sich laut Eurostat der Anteil hochaltriger Menschen schon bis zum Jahr 2030 nahezu verdoppeln dürfte. ❖

Dr. Erika Pichler
pichler@schaffler-verlag.com



Entwicklun

Theoretisch sollte die Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich schon ganz anders aussehen. Und in der Theorie sind sich auch alle einig. Praktisch wird es noch eine Weile dauern, um seit Jahren vorhandene Konzepte umzusetzen.

Christian F. Freisleben

Niemand käme auf die Idee, für die Versorgung eines Beinbruchs – etwa für einen Gips – in Österreich um Spenden zu bitten“, kritisierte Caritas-Präsident Michael Landau Ende des Vorjahres. „Die Hospiz- und Palliativversorgung muss in Österreich so selbstverständlich werden wie die reguläre medizinische und pflegerische Versorgung.“ Im stationären Hospiz- und Palliativbereich liegt der Versorgungsgrad bei 38 Prozent, im mobilen bei 79 Prozent, knapp die Hälfte der Palliativstationen ist regelfinanziert. 150 Millionen Euro werden in diesem Feld momentan im Jahr aufgewendet, 40 Prozent davon sind Spenden – vor allem für extramurale Angebote. 240 Millionen Euro jährlich wären für eine flächendeckende Versorgung nötig, 0,6 Prozent des jährlichen Gesundheitsbudgets.

Kaum noch Bewegung

Im Juni 2014 wurde im Parlament einstimmig die Einsetzung einer Enquete-Kommission zum Thema *Würde am Ende des Lebens* beschlossen, neun Monate später ebenso von allen Parteien ein Positionspapier abgesegnet, mit sehr klaren Maßnahmen.¹ „Umgesetzt wurde davon in den letzten Jahren allerdings wenig“, kritisiert Johann Baumgartner, Vizepräsident des Dachverbandes Hospiz Österreich. Es habe einige Schritte in Richtung Überführung in eine Re-