

Wis/Sen



Ein Service des Presse- & Informationsdienstes der Stadt Wien und des Wiener Seniorenbeauftragten

Inhalt der einundzwanzigsten Ausgabe

02

Erster Österreichischer Demenzbericht

Die Wiener Gebietskrankenkasse hat erstmals einen umfassenden Bericht über Demenz vorgelegt, der als Basis für die Entwicklung innovativer Konzepte dient, mit denen künftigen Entwicklungen begegnet werden kann.

11

Wien im Alter: Zukunftsszenarien von Karrieren (aus: Ageing Society)

Die traditionelle aufstiegsorientierte Karriere wird immer weniger Menschen möglich sein, der Umgang mit Unsicherheiten prägt die Zukunft. Work-Life-Balance wird wichtiger, für die eigene „Employability“ muss man selber sorgen.

18

Österreichischer Ernährungsbericht 2008

Es wird zu viel Fett und Fleisch und zu viel Süßes gegessen. Doch während in allen anderen Altersgruppen viele Übergewichtige zu finden sind, besteht im höheren Alter die Gefahr von Mangel- oder Unterernährung.

22

„Wis/Sen“-News

Hitzefalle Krankenhaus, Alten- und Pflegeheim. – Bischöfin kritisiert den Begriff „Überalterung“ – Jetzt erst recht! – Die neuen Altersverweigerer. – Worüber sich die ÖsterreicherInnen Sorgen machen. – Statistik: Langlebige ÖsterreicherInnen.

Das „Wis/Sen“-Infoservice

Wenn Sie die Originalfassung einer Studie entlehnen möchten, wenden Sie sich bitte an das Büro des Seniorenbeauftragten. (Telefon und E-Mail siehe Fußzeile.)

Impressum

„Wis/Sen“, ein Service des Presse- und Informationsdienstes der Stadt Wien und des Wiener Seniorenbeauftragten.

Redaktion: Mag. Elga Martinez-Weinberger, MA 53
elga.martinez-weinberger@wien.gv.at

„Wis/Sen“: Entlehen von Originalstudien

Friedrich Grundei
Seniorenbeauftragter der Stadt Wien
friedrich.grundeil@senior-in-wien.at
Telefon 4000 85881



Herausgeber

Wiener Gebietskrankenkasse

Wien, 2009

Teil 1: Analyse zur Versorgungssituation (232 Seiten)

Teil 2: Gesundheitsökonomische Aspekte der Demenz (116 Seiten)

Teil 3: Unterstützungsangebote und Projektdarstellungen zur integrierten Versorgung für demenzkranke Menschen (142 Seiten)

AutorInnen

Redaktion und Gestaltung: Abteilung Gesundheitspolitik und Prävention der Wiener Gebietskrankenkasse

Projektleitung: Mag. Karin Eger, Competence Center Integrierte Versorgung

Teil 1: Mag. (FH) Sonja Gleichweit, Mag. Martina Rossa u. a.

Teil 2: Ilse Grillnberger, Institut für BWL der Klein- und Mittelbetriebe der Wirtschaftsuniversität Wien

Teil 3: Abteilung Pflegeforschung Wien des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Johannes-Kepler-Universität-Linz:

Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Seidl (Ltg.), MMag. Dr. Ilsemarie Walter, Mag. Patricia Kacetl

Archivnummer G 008

Erster Österreichischer Demenzbericht

Hochrechnungen zu den Kosten, die in Österreich durch Demenzerkrankungen anfallen, ebenso wie aktuelle Prognosen hinsichtlich des Erkrankungsrisikos ergeben, dass es bis zum Jahr 2050 in Österreich voraussichtlich zu einer Verdreifachung der Anzahl der Demenzerkrankten kommen wird. Damit ist ein enormer Anstieg der Gesundheits- und Pflegekosten verbunden. Die Diagnose Demenz belastet neben den von ihr betroffenen Menschen und den Budgets der Krankenkassen vor allem auch die Angehörigen der Demenz-PatientInnen. Ziel künftiger Maßnahmen muss es sein, eine integrierte Versorgung Demenzkranker auf- bzw. auszubauen. Diese muss sich an den PatientInnen und deren Angehörigen orientieren und eine effiziente und effektive Zusammenarbeit aller beteiligten Institutionen und Personen sicherstellen.

Was ist Demenz?

Der erste Band des Ersten Österreichischen Demenzberichts widmet sich den medizinischen Grundlagen sowie der aktuellen Versorgungssituation Demenzerkrankter in Österreich. Er gibt einem Überblick über die Demenzformen und -stadien, enthält Daten über das Erkrankungsrisiko und behandelt u. a. auch ökonomische und rechtliche Fragen.

Eingangs wird dargestellt, welche Erkrankungen unter dem Begriff Demenz zu verstehen sind. Demenz umfasst nämlich eine Vielzahl geistiger Degenerationserscheinungen. Streng genommen ist Demenz somit keine eigenständige Krankheit, sondern ein Syndrom. Typisch sind dabei Verschlechterungen der Gedächtnisleistung, des Denkvermögens, der Orientierung, der Sprache und des praktischen Geschicks, jedoch keine Trübung des Bewusstseins. Der Demenz können Erkrankungen wie Morbus Alzheimer zugrunde liegen, sie kann Folge von Schlaganfällen sein, aber auch im Zusammenhang mit Morbus Parkinson oder anderen Ursachen stehen.

Die Erkrankung ist progressiv, das bedeutet, dass sie fortschreitet und über mehrere Stadien bis zum Tod verläuft. Dieser wird nicht durch die Erkrankung selbst verursacht, sondern durch motorische Symptome, die unter anderem zu Unbeweglichkeit und zu Schluckbeschwerden führen.

Stehen am Beginn der Erkrankung lediglich geringe Probleme bei alltäglichen Handlungen, sodass Menschen mit leichter Demenz durchaus zu einer selbständigen Lebensführung imstande sind, so werden die Einschränkungen im Laufe der Zeit immer stärker. Der/die Erkrankte ist zunehmend auf fremde Hilfe angewiesen, bis im fortgeschrittenen Krankheitsstadium dauerhafte Betreuung und auch Beaufsichtigung notwendig sind.

2050 kommt auf 17 Erwerbsfähige eine demenzkranke Person

Derzeit beträgt die Anzahl aller an Demenz Erkrankten in Österreich etwa rund 100.000, das sind 1,15 bis 1,27 %. 2050 werden es vermutlich 235.000 sein, manche Hochrechnungen haben sogar einen höheren Wert von 270.000 bis 290.000 ergeben. Die Anzahl der Neuerkrankungen pro Jahr wird sich bis 2050 verdoppelt haben und dann etwa 60.000, eventuell sogar 75.000 betragen. Somit wird, aktuellen Berechnungen zufolge, 2050 die Relation zwischen Erwerbsfähigen und Demenzkranken 17:1 betragen. Im Jahr 2000 lag sie noch bei 56:1.

Erkrankungsrisiko und Prävention

Das Alter stellt hier den stärksten Risikofaktor dar. Kardiovaskuläre Erkrankungen (Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems) erhöhen außerdem das Risiko für die Entwicklung einer Demenz. Hier kann und soll

Prävention ansetzen. Aber auch soziodemographische Faktoren wie etwa die Schulbildung und die Art der Berufsausübung spielen eine Rolle dabei, ob und wann Demenz entsteht. Geistige und körperliche Aktivität stellt somit eine geeignete Präventionsmaßnahme dar. Generell wird jedoch dargelegt, dass über die Möglichkeit, Demenz durch Prävention zu verhindern oder ihr Ausbrechen zu verzögern, bisher noch zu wenig gesicherte Erkenntnisse vorliegen.

In Summe sind mehr Frauen als Männer von Demenz betroffen. Dies hängt mit der höheren Lebenserwartung der Frauen und der Tatsache zusammen, dass das Risiko, an Demenz zu erkranken, in höherem Alter größer ist. Unter den jüngeren Alten sind allerdings mehr demenzkranke Männer zu finden.

Demenzfrüherkennung könnte Krankheitsverlauf verlangsamen

Noch gibt es zu wenige Erkenntnisse darüber, ob die Früherkennung und die daraufhin folgende frühzeitige Behandlung einer Demenz das Auftreten schwerer Symptome und in der Folge die Pflegebedürftigkeit hinauszögern kann. Dazu kommt, dass mit Verdachtsmomenten auf Demenz sehr vorsichtig umgegangen werden muss, da die Diagnose Demenz starke Ängste bei den betroffenen PatientInnen auslöst. Überdies ist auch insofern Vorsicht geboten, als es sich um eine Diagnose handelt, die trotz eines positiven Testergebnisses nicht als gesichert betrachtet werden kann. Die Studie beschreibt verschiedene Tests, die derzeit verwendet werden, und gibt eine Übersicht über derzeit verwendete Medikamente (Antidementiva).

Schlüsselfunktion der AllgemeinmedizinerInnen

International und selbstverständlich auch in Österreich gibt es eine Reihe von Leitlinien und Richtlinien zum Umgang mit Demenz, die mit genauer Quellenangabe in der Studie aufgelistet sind. Diese Leitlinien richten sich nicht nur an MedizinerInnen, sondern auch an andere in den Behandlungs- und Betreuungsprozess involvierte Fachkräfte sowie an Angehörige. Nationale Erhebungen zeigen, dass vor allem bei PatientInnen und Angehörigen ein großer Bedarf an Information und Unterstützung besteht.

Die zentrale Rolle in der Behandlung älterer Menschen, und so auch bei Demenz, nehmen AllgemeinmedizinerInnen ein. Diesen HausärztInnen kommt vor allem bei der Früherkennung von degenerativen Hirn-

leistungsstörungen eine Schlüsselfunktion zu. Sie überweisen bei Verdacht an FachärztInnen für Neurologie und koordinieren in der Folge die therapeutischen Maßnahmen. Durch Kontakt mit den Angehörigen können sie sich ein differenziertes Bild von der Situation der erkrankten Person machen und so die nötigen Maßnahmen veranlassen.

Spezialambulanzen beziehen ebenfalls Angehörige mit ein

Eine genaue Diagnostik von kognitiven Hirnleistungsstörungen hinsichtlich deren Art und Ursache ist zeitaufwändig und erfordert das Einbeziehen der Angehörigen bereits bei der Anamnese. Spezialambulanzen tragen Bezeichnungen wie Memory Klinik, Gedächtnisambulanz u. ä. Meist sind sie an Spitäler angegliedert. In diesen Einrichtungen, von denen es derzeit in Österreich rund 20 gibt, wird neben medikamentöser Therapie auch Hirnleistungstraining, Realitätsorientierungstraining u. ä. angeboten.

Patienten mit einer Demenz im Anfangsstadium sind sich ihrer kognitiven Einbußen sehr wohl bewusst und reagieren auf die Diagnose Demenz mit Angst und depressiven Symptomen, die bis hin zur Selbstmordgefährdung reichen können. Daher ist es auch Aufgabe dieser Spezialambulanzen, Fortbildungs- und Beratungsangebote für HausärztInnen sowie medizinisches und pflegerisches Fachpersonal bereitzustellen und durch entsprechende Öffentlichkeitsarbeit dazu beizutragen, dass Demenzerkrankungen enttabuisiert und entstigmatisiert werden.

Beratung und Koordination als pflegerische Aufgabe

Mobile Dienste verfügen zunehmend über MitarbeiterInnen, die eine Zusatzausbildung im Bereich der Demenzerkrankungen absolviert haben. Sie beraten jene Kolleginnen, die Demenzkranke betreuen, und unterstützen auch Angehörige mit ihrem Wissen. Vor allem geht es darum, Verhaltensweisen demenzkranker Menschen zu verstehen, um mit den Erkrankten besser kommunizieren zu können. Fachkräfte in geronto-psychiatrischen Zentren stehen ebenfalls für die Beratung Betroffener und deren Angehöriger zur Verfügung.

Beratung wird somit zunehmend eine pflegerische Aufgabe. Das Ziel dieser beratenden Tätigkeit ist es, Rahmenbedingungen zu schaffen, die es Demenzkranken ermöglichen, ihren Alltag zu bewältigen. Die Beratung

kann telefonisch oder persönlich erfolgen, entweder in einer Beratungsstelle oder in Form eines Hausbesuches.

Die Betreuung Demenzkranker erfordert ein Team, das koordiniert werden muss. Neben Haus- und FachärztInnen sind Krankenhaus, ambulante Einrichtungen, Ergo- und PhysiotherapeutInnen, gegebenenfalls SachwalterInnen, Behörden, aber auch Handwerker (bei der Wohnraumanpassung zur Erhöhung der Sicherheit) aufeinander abzustimmen. Die am Behandlungs- und Betreuungsprozess Beteiligten brauchen Informationsaustausch und Anleitung. Hier ist es wichtig, dass eine Person im Team das Case-Management übernimmt.

Die Studie verwendet für die Betreuung, die durch Angehörige erfolgt, den Begriff „Laienpflege“. Diese ist nach wie vor die häufigste Betreuungsform, weshalb Unterstützung in diesem Bereich die größte Wirkung hat. Dies allerdings nur, sofern sich diese Unterstützung an den Wünschen und Bedürfnissen der Pflegenden orientiert.

Teilstationäre Einrichtungen wie Tageszentren und Nachtpflege sind für die Gruppe der Demenzkranken ebenso wichtig wie Akutkrankenhäuser, Demenzstationen in Heimen und Rehabilitationseinrichtungen. Letzteres ist in Österreich noch kaum üblich. In Deutschland, wo es bereits entsprechende Einrichtungen gibt, spricht man im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen von „erhaltender Rehabilitation“.

Ökonomische Auswirkungen

Die für die Studie untersuchten Krankenkassen konnten allein zwischen 2004 und 2007 einen kontinuierlichen Anstieg jener Versicherten, die Demenzmedikamente bekamen, verzeichnen. Bei der Wiener Gebietskrankenkasse beispielsweise zeigte sich hier ein Anstieg von 3.931 auf 6.846 Personen. Die Verschreibungshäufigkeit weist jedoch auf eine erhebliche Fehl- bis Unterversorgung hin, denn Verschreibungen, die nicht eine gewisse Kontinuität haben, sind wirkungslos. Außerdem wurde festgestellt, dass nur ein Teil der an Demenz Erkrankten mit Antidementiva behandelt wird.

Die durchschnittlichen Heilmittelkosten für Demenzkranke lagen im Untersuchungszeitraum zwischen 1.500 und 1.700 Euro pro Jahr, während die jährlichen Heilmittelkosten der entsprechenden Altersgruppen ohne Demenz bei weniger als der Hälfte lagen. Auch beim Vergleich der

Arztkosten zeigt sich, dass an Demenz Erkrankte häufiger sowohl AllgemeinmedizinerInnen besuchen als auch mehr fachärztliche Hilfe benötigen als die Vergleichsgruppe.

Teil 2 der Studie befasst sich mit gesundheits-ökonomischen Aspekten der Demenz. Eingangs wird hier dargelegt, dass bisher in Österreich keine eigenen Erhebungen zu den Kosten der Behandlung und Betreuung Demenzkranker durchgeführt worden sind, sondern dass man sich auf Hochrechnungen gestützt hat, die auf Daten anderer europäischer Staaten beruhen. Eine dieser Berechnungen aus dem Jahr 2005 ergab für Österreich eine jährliche Kostenbelastung von 1,1 Milliarden Euro, wobei die medizinischen Kosten davon rund ein Viertel und die Kosten für die medikamentöse Behandlung rund ein Sechstel betragen. Pro PatientIn und Jahr ergaben sich somit tatsächliche Kosten von durchschnittlich 11.000 Euro. Andere Studien kamen sogar auf noch höhere Beträge.

Bei jeder Berechnungsform zeigt sich allerdings, dass derzeit ein Großteil der Betreuungskosten Demenzkranker von den Familienmitgliedern getragen werden muss. Berücksichtigt man die rückläufige Relation der erwerbstätigen Bevölkerung zu Demenzkranken (von 56:1 im Jahr 2000 auf 17:1 im Jahr 2050), dann wird deutlich, dass die Belastung der Familien noch stärker zunehmen wird.

Auf zwei Wegen zur Kostenermittlung

Zur Ermittlung der tatsächlichen Behandlungs- und Betreuungskosten Demenzkranker wurden zwei Ansätze gewählt, deren Ergebnisse miteinander kombiniert wurden:

- Der „bottom-up-Ansatz“ geht von einer repräsentativen Patientengruppe aus, deren Kosten genau und mit hohem zeitlichen Aufwand detailliert ermittelt werden.
- Für den „top-down-Ansatz“ werden volkswirtschaftliche Daten (wie beispielsweise Krankheitsstatistiken oder Sterbetafeln) herangezogen.

Es wurden sowohl direkt erfassbare Kosten (das sind ausgabenwirksame Kosten, d. h. es stehen ihnen tatsächliche Geldflüsse gegenüber) in die Berechnungen einbezogen, als auch Betreuungskosten, die nicht einnahmewirksam sind, da sie einem Betreuungsaufwand entsprechen, der unentgeltlich erbracht wird (bzw. erbracht werden muss). Diese Kosten sind insofern relevant, als ihnen – volkswirtschaftlich, aber auch individuell

gesehen – meist ein Wertschöpfungs- bzw. Verdienstentgang gegenübersteht.

Es zeigt sich, dass sich etwa im Bereich der Wiener Gebietskrankenkasse zwischen 2004 und 2007 die Zahl der Demenz-PatientInnen nahezu verdoppelt hat (von 3.931 auf 6.846) und die Kosten der ärztlichen Leistung pro Person sogar noch stärker angestiegen sind (von 418,59 auf 978,60 Euro). Das ergibt bei dieser PatientInnengruppe einen Anstieg des Gesamtaufwandes nur für ärztliche Leistungen von 1,6 auf 6,7 Millionen Euro. Die Kosten der Heilmittel pro Person sind dabei insgesamt nur um ca. 10 % gestiegen (von 1.448,35 auf 1.533,46 Euro). Mehr als die Hälfte der Heilmittelkosten betreffen Antidemenz-Medikamente.

Kosten bei häuslicher Pflege und im Pflegeheim

Durchschnittlich wurden für in häuslicher Pflege lebende Demenzkranke nach dem „top-down-Ansatz“ jährliche Gesamtkosten von 10.680 Euro pro PatientIn ermittelt, wobei allein die Pflegekosten 8.060 Euro ausmachen. Im Pflegeheim fallen hingegen 23.130 Euro an Pflegekosten im Jahr an, weshalb sich in diesem Fall die jährlichen Gesamtkosten pro Person auf 25.265 Euro belaufen. Dazu wird angemerkt, dass in Österreich rund 80 % der Demenzkranken zu Hause und nur 20 % in Pflegeheimen betreut werden.

Nach dem „bottom-up-Ansatz“ wurden folgende jährlichen Gesamtkosten errechnet:

Leichte Demenz: bei häuslicher Pflege: 5.030 Euro,
im Pflegeheim: 4.978 Euro.

Mittelschwere Demenz: bei häuslicher Pflege: 10.264 Euro,
im Pflegeheim: 69.010 Euro (in der Demenzstation).

Schwere Demenz: bei häuslicher Pflege: 17.851 Euro,
im Pflegeheim: 40.427 Euro (in der normalen Bettenstation).

Wenn man beide Ansätze in die Berechnungen einbezieht, ergibt sich, dass die gesamten durch die Demenzkrankheit verursachten Kosten bei Pflege zu Hause jährlich 12.443 Euro betragen und bei Pflege im Pflegeheim 34.888 Euro, was einen Durchschnittswert von 16.930 Euro pro PatientIn ergibt.

Weitere ausführliche Berechnungen zu den einzelnen Kostenfaktoren und zu den anfallenden Gesamtkosten je nach Krankheitsdauer sowie internationale Kostenvergleiche komplettieren den Teil 2 der Studie. Abschließend weist

die Autorin darauf hin, dass die tatsächlichen Kosten, vor allem bei den zu Hause Gepflegten, vermutlich noch höher liegen. Um diese genau zu ermitteln, sei es jedoch erforderlich, weitere groß angelegte Studien durchzuführen. Dies sei auch wichtig, um die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen zu erheben, die immerhin mit 80 % die Hauptlast der Betreuung Demenzkranker in Österreich tragen.

Defizite in der Versorgung Demenzkranker

- An erster Stelle wird hier der Zeitmangel genannt. ÄrztInnen, PflegerInnen, TherapeutInnen steht zu wenig Zeit für die Betreuung Demenzkranker zur Verfügung, weshalb sie auf deren spezielle Bedürfnisse nicht adäquat eingehen können.
- Erhaltende Therapien und kognitives Training sollten von den Krankenkassen bezahlt werden.
- Die Öffentlichkeit sollte besser informiert werden, damit Betroffenen nicht aus Angst vor der Diagnose den Arztbesuch hinausschieben und dadurch zu spät behandelt werden.
- Die Angebote zur Kurzzeitpflege reichen nicht aus.
- Mehr Zusammenarbeit aller involvierten Berufsgruppen wäre wünschenswert. Um dies zu ermöglichen, müssen jedoch datenrechtliche Fragen geklärt werden.
- Sachwalter, die Demenzkranke betreuen, benötigen eine entsprechende Schulung.
- Für Demenzkranke, die allein leben, gibt es kaum entsprechende Angebote.
- Die soziale Situation Angehöriger ist teilweise sehr schwierig.
- Lange Wartezeiten wegen mangelnder Ressourcen in Pflegeheimen, Memory-Kliniken und Ambulanzen.
- Angehörige und Betroffene benötigen langfristig eine/n kompetente/n AnsprechpartnerIn, der/die kurzfristig auch in Krisensituationen eingreifen und unterstützen kann. Weiters besteht ein intensiver Bedarf an Schulung, sowohl im Bereich der ProfessionistInnen als auch bei Ehrenamtlichen.

Weitere Problembereiche sind in den Schlussfolgerungen von Teil 1 (ab Seite 205) angeführt und erläutert. Ein Großteil der Problembereiche steht im Zusammenhang mit mangelnder Information bzw. Kommunikation und unzureichender bzw. nicht vorhandener Vernetzung.

Was bedeutet „Integrierte Versorgung“?

Teil 3 der Studie hat die für die Zukunft anzustrebende „integrierte Versorgung“ demenzkranker Menschen zum Thema. International gibt es, vor allem in den USA, bereits langjährige Erfahrungen mit diesem System, wobei ein Großteil der Programme darauf basiert, dass eine Person das Case-Management übernimmt. Dies kann der Hausarzt/die Hausärztin sein, eine Krankenpflegekraft, ein/e SozialarbeiterIn, ein/e PsychologIn oder aber eine spezielle Servicestelle. Erfolgreiche Modelle beziehen mehrere Berufsgruppen mit ein und bieten Handlungsanleitungen und Schulungen für Fachpersonal sowie für Betroffene und insbesondere für pflegende Angehörige.

Durch den Einsatz eines/r Case ManagerIn als zentrale Ansprechperson und Koordinierungsstelle wird eine durchgängige, an einem vorgegebenen strukturierten Ablauf orientierte und auf die individuellen Bedürfnisse der/des Demenzkranken abgestimmte Versorgung und Betreuung erreicht. Damit kann sowohl ein kontinuierlich hoher Qualitätsstandard als auch ein effizienter Ressourceneinsatz erreicht werden. Eine Reihe von Modellen zur „integrierten Versorgung“ aus Österreich, den USA, Kanada, Großbritannien, den Niederlanden, Schweden und Deutschland werden angeführt und beschrieben.

Wien im Alter: Zukunftsszenarien von Karrieren (aus: Ageing Society)

Herausgeber

Univ.-Prof. DI Dr. Edeltraud Hanappi-Egger und Univ.-Prof. Dr. Peter Schnedlitz:
„Ageing Society – Altern in der Stadt: Aktuelle Trends und ihre Bedeutung für die
strategische Stadtentwicklung“
Facultas Verlags- und Buchhandels AG
Wien 2009
ISBN 978-3-7089-0357-6
770 Seiten

AutorInnen

Das Kapitel „Wien im Alter: Zukunftsszenarien von Karrieren“ (S. 483-556)
wurde von Dr. Dipl. Psych. Astrid Podsiadlowski und Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Mayrhofer
verfasst.

Archivnummer B 004

Wien im Alter: Zukunftsszenarien von Karrieren (aus: Ageing Society)

Wie bereits in Ausgabe 20 berichtet, wurde im Zeitraum August 2007 bis November 2008 ein Grundlagenforschungsprojekt durchgeführt, das sich mit den Lebensbedürfnissen der künftigen älteren Menschen beschäftigt. Der Bericht ist unter dem Titel „Ageing Society – Altern in der Stadt: Aktuelle Trends und ihre Bedeutung für die strategische Stadtentwicklung“ auch als Buch erhältlich. Im Kapitel „Wien im Alter: Zukunftsszenarien von Karrieren“ wird der Frage nachgegangen, ob und inwiefern sich Karrierebilder und wahrscheinliche künftige Karriereverläufe der heute 30- bis 40-Jährigen von denen der heute Älteren unterscheiden.

Längere Lebensarbeitszeit durch demographischen Wandel

Der demographische Wandel (gekennzeichnet durch steigende Lebenserwartung, niedrige Geburtenraten und kontinuierliche Zuwanderung) wird in allen Zukunftsprognosen als zentrale gesellschaftliche, politische und wirtschaftliche Herausforderung und wesentliche Einflussgröße auf die Zukunft von Arbeit und somit auch von Karrieren angesehen. In diesem Zusammenhang stehen politische Bemühungen, ältere Menschen länger im Arbeitsprozess zu halten, die Lebensarbeitszeit zu verlängern, der besonders in Österreich starken Tendenz zur Frühverrentung entgegenzuwirken und das Potential älterer ArbeitnehmerInnen zu nutzen. Hinzu kommt, dass neben der jetzt schon empfohlenen privaten Altersvorsorge die

„Wis/Sen“: Entleihen von Originalstudien

Friedrich Grundei
Seniorenbeauftragter der Stadt Wien
friedrich.grundei@senior-in-wien.at
Telefon 4000 85881



Wien im Alter: Zukunftsszenarien von Karrieren (aus: Ageing Society)

Notwendigkeit eines Zuverdienstes zur Grundrente als immer wahrscheinlicher angesehen wird. Laut Statistik Austria sind 64.600 Erwerbstätige über 65 Jahren geringfügig beschäftigt. Seit 2002 hat sich die Zahl der „ruhelosen“ RuheständlerInnen fast verdoppelt.

Eine OECD-Studie aus dem Jahr 2001, bei der 20 Industrienationen hinsichtlich der Beschäftigung älterer ArbeitnehmerInnen verglichen wurden, reihte Österreich mit einer unterdurchschnittlichen Arbeitsmarktbeteiligung der 55- bis 64-Jährigen an die 18. Stelle. Hinzu kommt, dass Frauen trotz immer besserer Ausbildung und höherer Arbeitsmarktbeteiligung zwischen 61 und 65 Jahren nur ein Fünftel (!) des entsprechenden männlichen Brutto-Einkommens erhalten.

Work-Life-Balance wird immer wichtiger

Während noch vor 20 Jahren eine sinnvolle und befriedigende Arbeit für 70 % der Befragten besonders wichtig war, gilt dies heute nur mehr für 49 %. Zwar wird Arbeit als wichtiger Beitrag zu Wohlstand und Zukunft angesehen, aber der Faktor Lebensqualität gewinnt zunehmend an Bedeutung.

Die angestrebte Lebensqualität besteht für immer mehr Menschen in einer Work-Life-Balance, die sich in Arbeitsqualität und Zeitsouveränität bei gleichzeitiger finanzieller und sozialer Absicherung ausdrückt.

Aufgrund der Veränderung der Familienstrukturen muss die Aufteilung der Familien- und Erwerbsarbeit unter den Beteiligten individuell ausgehandelt werden. Je mehr Männer diese Work-Life-Balance anstreben, desto weniger wird für ArbeitgeberInnen das Geschlecht bei der Postenvergabe ausschlaggebend werden.

Allerdings zeigt sich in den Umfragen insofern ein Unterschied, als für Frauen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie primär zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr wichtig ist und sie sich berufliche Verantwortung und Herausforderung für spätere Jahre wünschen. Hingegen steht für Männer zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr die berufliche Weiterentwicklung im Vordergrund, während sie sich für die Zeit danach Selbstverwirklichung wünschen.

Wien im Alter: Zukunftsszenarien von Karrieren (aus: Ageing Society)

Traditionelle versus „postmoderne“ Karriere

In Europa stieg zwischen 1988 und 1998 das Verhältnis von MitarbeiterInnen mit atypischen Beschäftigungsverhältnissen (befristete Arbeitsverträge, Teilzeit, Selbständigkeit, mehrere Jobs parallel) zur Gesamtbeschäftigung um 37,1 %. Immer mehr Menschen befinden sich in „neuen“ Beschäftigungsformen wie „geringfügige Beschäftigung“ oder „freie Dienstverträge“. Dieser Trend zeigt, dass es künftig immer weniger ArbeitnehmerInnen geben wird, die eine traditionelle Karriere machen. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass ein hierarchischer Aufstieg erfolgt bzw. angestrebt wird, der in vertikaler Richtung verläuft. Neben vertikalen Karriereverläufen, die durch ein Auf und Ab auf der hierarchischen Karriereleiter gekennzeichnet sind, können Karrieren auch horizontale Veränderungen erfahren. Darunter versteht man Versetzungen in andere funktionale Bereiche oder Veränderungen von der Peripherie hin zum Kern einer Organisation, wobei aber das Berufsfeld an sich gleich bleibt. Eine traditionelle Karriere verläuft in fünf Stadien:

Auf die vorberufliche Phase folgt das Establishment (Etablierung im gewählten Berufsfeld), danach Advancement (mit Schwerpunkt beruflicher Aufstieg) und Maintenance (Sichern der erworbenen Position). Am Karriereplateau muss dann die Erkenntnis verkraftet werden, dass ein weiterer Aufstieg nicht möglich bzw. realistischere Weise nicht wahrscheinlich ist. Das Ausscheiden aus dem Berufsleben, das Retirement, beendet schließlich die traditionelle Karriere.

Für die neuen und künftigen Entwicklungen von Arbeitgeber-Organisationen, die durch Globalisierung von Märkten, neue Informationstechnologien mit vielfältigen Vernetzungsmöglichkeiten, Deregulierung des Wettbewerbs, rasch wechselnde KundInnenpräferenzen und kürzere Produktlebenszyklen gekennzeichnet sind, finden sich in der Literatur bereits eine Reihe von Bezeichnungen, beispielsweise „postmoderne Organisation“, „interorganisationales Netzwerk“, „fraktale Unternehmung“, „post-bureaucratic type“, „Hypertextorganisation“, „boundless organization“ u. a.

Karrieren in solchen Unternehmen verlaufen anders. So gibt es etwa in einer „boundless organization“ (grenzenlose Organisation) auch eine „boundless career“, bei der freie Bewegungen nach oben und unten, nach allen Seiten und über Kontinente hinweg möglich bzw. nötig sind. Dabei handelt es sich um eine Folge von Job-Chancen in unterschiedlichen Szenarien. Karrieren

Wien im Alter: Zukunftsszenarien von Karrieren (aus: Ageing Society)

sind nicht mehr auf einen einzigen Arbeitsgeber oder auf eine einige Funktionsorientierung gerichtet, sondern es kommt zu multiplen „Patchwork“- bzw. „Zick-Zack“-Karrieren mit lebenslänglichen Diskontinuitäten und fragilen Formen der Beschäftigung wie Teilzeit, freie Dienstverträge oder Werkverträge.

Vor diesem Hintergrund kann man vier idealtypische Karrieren unterscheiden: 1. die Karriere in der traditionellen Organisationswelt, 2. das Karrierefeld „freischwebender Professionalismus“ (bei dem in der Regel Arbeitgeber-/Arbeitnehmerverhältnisse vorliegen, allerdings befristet und vergleichsweise von jeweils kurzer Dauer), 3. die Selbstständigkeit und 4. die „chronische Flexibilität“. Bei letzterer existieren weder klare Berufsbilder noch formal geregelte Laufbahnnormen. In der Gruppe der jüngeren Befragten sind häufige Wechsel zwischen Tätigkeiten, Arbeitsbereichen, Unternehmen, Branchen und Beschäftigungsformen bereits Realität, Berufswechsel jedoch vergleichsweise selten.

Während heute die soziale Anerkennung vorwiegend für Berufskarrieren gegeben ist, die möglichst ohne Unterbrechungen oder Arbeitgeberwechsel verlaufen und einen Aufstieg erkennen lassen, werden künftig auch flexiblere und variantenreichere Formen Akzeptanz erhalten. Eine Zergliederung von Erwerbsverläufen bis hin zu mehrmaligem Berufswechsel wird künftig als „normal“ gelten. Die Bewältigung von Unsicherheiten wird für die heute 30- bis 40-Jährigen eine zentrale Herausforderung werden.

Eigene „Employability“ sicherstellen

Aus den Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt, die bereits im Gange sind und die nach Meinung von ExpertInnen und Betroffenen noch weiter voranschreiten werden, ergibt sich eine Verpflichtung für Arbeitskräfte, ihre „Employability“ sicherzustellen. Das online-Wörterbuch <http://dict.leo.org> übersetzt diesen Begriff mit Arbeitsmarktfähigkeit, Beschäftigungsfähigkeit bzw. Vermittelbarkeit. Es geht darum, für den Arbeitsmarkt „attraktiv“ zu sein und sich, wie schon im vergangenen Abschnitt erwähnt, auf flexible Arbeitsformen und Erwerbsverläufe einzulassen.

Bei der Entwicklung, Erhaltung und lebenslangen Weiterentwicklung der für die berufliche Tätigkeit notwendigen Qualifikation geht somit die Initiative und Verantwortung zunehmend an den/die ArbeitnehmerIn über,

Wien im Alter: Zukunftsszenarien von Karrieren (aus: Ageing Society)

wobei Gesellschaft und Arbeitgeber hier durchaus nicht aus der Verpflichtung entlassen werden, entsprechende Angebote bereitzustellen. ArbeitnehmerInnen sind jedoch gefordert, ihre Karriere aktiv zu planen und die dafür erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen. Dies betrifft Aus- und Weiterbildung ebenso wie die Erhaltung der Gesundheit. Flexibilität, Leistungsfähigkeit, Individualisierung und Vernetzung werden als Merkmale künftigen Arbeitens beschrieben.

Der Wunsch, sein Leben selbst zu gestalten und nicht durch einen Arbeitgeber gestalten zu lassen, wurde von einer der jüngeren Befragten so formuliert: „Karriere ist für mich im Prinzip eine Abfolge von Aufgaben, die ich mir selber stelle.“ Viele sehen ihre Berufszukunft als Wechselspiel zwischen ständiger Anpassung und individueller Entwicklung.

Arbeit im Alter: Gesundheit und Bildung im Zentrum

Viele Thesen sind im Zusammenhang mit Arbeit im Alter und der Arbeitswelt der Zukunft aufgestellt worden. Aus dem Trend zur Verbesserung der Work-Life-Balance wird geschlossen, dass es künftig zu lebensphasen-orientiertem Arbeiten kommen wird und die Übergänge in den (späteren) Ruhestand fließend sein werden. Von einer Erhöhung des Rentenalters wird ausgegangen, wobei ältere Menschen oft durchaus länger arbeiten möchten bzw. in anderen Fällen dies auch aus finanziellen Gründen tun müssen. Technische Entwicklungen ermöglichen dies auch zunehmend.

Dem Faktor Gesundheit kommt dabei eine entscheidende Bedeutung zu. Gesundheit wird als wertvolle Ressource angesehen, wobei es der medizinische Fortschritt in Kombination mit dem steigenden Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung auch zunehmend leichter machen wird, dass Menschen länger arbeiten können. In diesem Zusammenhang wird allerdings der Sorge Ausdruck verliehen, dass es zu einer Ausgrenzung von Menschen kommen kann, die nicht gesund sind.

Neben der Erhaltung der Gesundheit gewinnt lebenslanges Lernen künftig zunehmend an Bedeutung. Manche ExpertInnen nehmen sogar an, dass künftig im Lebenslauf Phasen von Bildung und Erwerbstätigkeit abwechseln werden.

Für Unternehmen wird es notwendig, ein aktives Personalmanagement zur Einbindung älterer MitarbeiterInnen zu betreiben und zu erkennen, dass bei altersgemischten Teams ein gegenseitiger Nutzen erzielt werden kann. Da –

Wien im Alter: Zukunftsszenarien von Karrieren (aus: Ageing Society)

im Sinne der im vorhergehenden Abschnitt behandelten „Employability“ – die individuelle Leistungsfähigkeit einen größeren Stellenwert bekommt, um überhaupt einen Arbeitsplatz zu bekommen bzw. diesen zu erhalten, bestehen für gut qualifizierte Ältere durchaus Chancen sich zu behaupten, nach dem Motto: „Qualifikation schlägt Alter“.

Zukunftsbilder von Karrieren in späteren Jahren

Abschließend werden vier mögliche Zukunftsbilder von Karrieren in späteren Berufs- und Lebensjahren vorgestellt:

„Live and work“ geht von europäischer Integration und Vielfalt aus. Dabei werden supranationale Regelungen möglichen Risiken der Benachteiligung entgegensteuern, sodass lebensphasenorientiertes Arbeiten mit hohen Gestaltungsspielräumen und Akzeptanz individualisierter Lebensführung möglich ist. Erwerbskarrieren sind demnach besonders flexibel, vielfältig und weitestgehend altersunabhängig, Arbeiten im Alter ist möglich und attraktiv.

„Some in – some out“ geht von einer globalen Öffnung, einer Liberalisierung des Arbeitsmarktes und einem Rückzug staatlicher Einflussnahme aus. Karrieren unterliegen der Vorrangstellung ökonomischer Rationalität. Das führt zu einer Ungleichheit, etwa zwischen Stamm- und Randbelegschaft bzw. zwischen normalen und atypischen Beschäftigungsverhältnissen und zu einer Kluft zwischen Qualifizierten, Mobilien, Gesunden und jenen, die dies nicht sind. Die Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen hinsichtlich finanzieller und sozialer Absicherung und Lebensqualität setzen sich bis ins höhere Alter fort.

Bei „Our small is beautiful“ findet eine Abschottung des österreichischen Arbeitsmarktes statt, die mit einer starken nationalstaatlichen Einflussnahme einhergeht. Konservative Werte dominieren, Vielfalt wird negativ bewertet. Karrieren verlaufen linear, es kommt aber zu einer Segregation aufgrund der Art des Beschäftigungsverhältnisses, des Alters, des Geschlechts und der Herkunft. Ältere, Arbeitslose und/oder Geringverdienende sind neben einem Grundsockel staatlicher Absicherung auf Unterstützung durch gemeinnützige Organisationen und Interessensgruppen angewiesen.

Bei „Careerpreneurship“ bestehen permanent Spannungen zwischen globalem wirtschaftlichem Druck und nationalstaatlichen Schutzregelungen. Karrieren müssen sich permanent an den Markt anpassen. Den Chancen,

**Wien im Alter: Zukunftsszenarien von Karrieren
(aus: Ageing Society)**

welche die Flexibilität des Arbeitsmarktes bietet, stehen mangels sozialer Absicherung hohe Risiken gegenüber. Eine wesentlich höhere Vielfalt an Karrieren ist bis ins Alter möglich, für viele aber nicht erreichbar. Längere Lebensarbeitszeiten und ein „ruheloser“ Ruhestand werden als normal angesehen, Unterstützungssystemen durch Unternehmen und Kommunen kommt hohe Bedeutung zu.

HerausgeberIn

Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien
in Kooperation mit der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
Wien, März 2009
436 Seiten

AutorInnen

o. Univ.-Prof. Dr. Ibrahim Elmadfa (Gesamtleitung/Koordination), Dr. Heinz Freisling,
Mag. Verena Nowak, Mag. Daniela Hofstädter u. a.
Archivnummer G 009

Österreichischer Ernährungsbericht 2008

Zum dritten Mal (nach 1998 und 2003) wird die Ernährungssituation in Österreich umfassend dargestellt. Ziel dieser Berichtslegung und vor allem der ihr zugrunde liegenden intensiven Forschungsarbeit ist es, möglichst frühzeitig Veränderungen im Ernährungsverhalten der Bevölkerung zu erkennen, um gegebenenfalls möglichst frühzeitig gesundheitspolitische Maßnahmen entwickeln zu können und präventiv gegen Ernährungsfehler vorzugehen. Neu ist diesmal, dass auch der Bereich der Gemeinschaftsverpflegung und des „Außer-Haus-Verzehrs“ behandelt wird. Eigene Abschnitte befassen sich vegetarischen Ernährungsformen, mit Light- und Diätprodukten, mit Fertiggerichten sowie mit der Ernährungssituation älterer HeimbewohnerInnen. Wegen der Fülle des Materials, das der Bericht enthält, wird in der Folge vorwiegend auf jene Inhalte eingegangen, welche die Ernährung älterer Menschen betreffen.

Übergewicht betrifft alle Altersgruppen

Übergewicht wird im Bericht an erster Stelle der ernährungsbedingten Gesundheitsrisiken genannt. 19 % der SchülerInnen sind bereits übergewichtig und 8 % davon adipös (Adipositas/Fettleibigkeit beginnt bei einem Body-Mass-Index von 30). Während die Prozentsätze bei Jugendlichen etwas niedriger liegen, steigen sie bei Erwachsenen (18 bis 65 Jahre) auf 42 % Übergewichtige an, 11 % davon sind als adipös zu bezeichnen.

Bei den Menschen über 64 Jahre haben 40 % einen Body-Mass-Index über dem Referenzwert, während 10 % in dieser Altersgruppe als untergewichtig zu bezeichnen sind. Trends zeigen eine Besorgnis erregende Zunahme der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei beiden Geschlechtern in

„Wis/Sen“: Entleihen von Originalstudien

Friedrich Grundei
Seniorenbeauftragter der Stadt Wien
friedrich.grundeil@senior-in-wien.at
Telefon 4000 85881



allen Altersgruppen, wobei Männer tendenziell häufiger übergewichtig oder adipös sind.

Zu viel Fett und Protein, zu wenig Kohlenhydrate

In allen Altersgruppen wird zu viel Fett (vor allem tierische Fette) und Protein konsumiert. Kohlenhydrate sollten 55 % der Gesamtenergie liefern, ein Wert, dem Kinder mit durchschnittlich 50 % noch am nächsten kommen. Allerdings stammen 17 % dieser Energie aus Saccharose. SeniorInnen beziehen 11 % der Tagesenergie aus Saccharose. Dagegen werden zu wenig komplexe Kohlenhydrate und Ballaststoffe konsumiert.

Bei Mikronährstoffen liegen alle Altersgruppen bei Folsäure und Vitamin D sowie bei Calcium unter den empfohlenen Werten, nehmen aber dafür zu viel Natrium zu sich.

Gegenüber 2003 haben sich in allen Altersgruppen Energie- und Cholesterinzufuhr vermindert, außer bei den SeniorInnen. Vitamine und Mineralstoffe werden weniger aufgenommen, mit Ausnahme von Jod.

Der Bericht kommt weiters zu dem Schluss, dass zu wenig Getreide (Brot) und Kartoffel konsumiert werden, auch der Anteil an Vollkornprodukten als wichtige Nährstoff- und Ballaststofflieferanten ist zu gering. Auch Obst und Gemüse werden weiterhin zu wenig gegessen, mit Ausnahme von Frauen zwischen 18 und 65 Jahren.

Süßwaren werden in zu hohen Mengen genossen, besonders von Kindern und Jugendlichen. In diesem Bereich besteht ein direkter Zusammenhang zwischen übermäßigem Konsum von Süßem und Übergewicht.

Bei der empfohlenen Trinkmenge liegen alle Altersgruppen im empfohlenen Bereich, wobei Leitungswasser hier an oberster Stelle der Beliebtheitskala steht und dessen hohe Qualität in Österreich geschätzt wird.

Energie- und Nährstoffaufnahme österreichischer SeniorInnen

Von April 2007 bis März 2008 wurden im Rahmen der ÖSES.sen.07-Studie erstmals repräsentative Daten zum Ernährungs- und Gesundheitszustand der älteren Menschen in Österreich erhoben. Es ergab sich, dass der Richtwert für Energiezufuhr im Durchschnitt zu zwei Drittel erreicht wurde. Bei der erhöhten Fettzufuhr, die zu Lasten der Kohlenhydrate und Ballaststoffe ging, war die Fettqualität aus ernährungswissenschaftlicher Sicht kritisch zu

bewerten. Der prozentuelle Anteil an gesättigten Fettsäuren überstieg den Referenzwert um fast zwei Drittel. Die unzureichende Versorgung mit bestimmten wichtigen Nährstoffen ließ sich auf zu häufigen Verzehr von tierischen Produkten wie Wurst und Käse sowie von Mehlspeisen und anderen Süßwaren zurückführen.

Die spezielle Situation älterer Menschen

So wie jüngere Menschen eine inhomogene Gruppe bilden, so trifft dies auch auf Ältere zu. Man weiß jedoch, dass physiologische Veränderungen, die mit dem Alterungsprozess einhergehen, oft Ursache für eine verminderte Freude am Essen sind, was zu einer unzureichenden Energie- und Nährstoffaufnahme führt. Mangelernährung wird vor allem im höheren Alter ein Thema. Bedarfsgerechte Ernährung wird schwieriger, da zwar der Energiebedarf sinkt, der Nährstoffbedarf jedoch unverändert bleibt bzw. im Falle von Vitamin D sogar steigt. Überdies unterscheidet sich der Energiebedarf von aktiven älteren Menschen wesentlich von dem jener Menschen, die bereits erheblich in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt sind.

Ernährung in der Heimsituation

Der Bericht stellt fest, dass sich das Nahrungsangebot in Pensionistenwohn- und Pflegeheimen zwischen den einzelnen Einrichtungen erheblich unterscheidet. Neben Heimen wurde auch die Nährstoffzusammensetzung des Angebotes mobiler Dienste (z. B. „Essen auf Rädern“) untersucht.

Generell fiel der hohe Anteil an Fleischgerichten auf, sowie die Tatsache, dass die angebotene fleischlose Alternative häufig aus Süßspeisen besteht. Dies ist allerdings auch durch die geschmacklichen Vorlieben älterer Menschen bedingt. Die empfohlenen Menschen an Obst, Gemüse und Milchprodukten werden in keinem der untersuchten Fälle erreicht. Die Studie stellt jedoch fest, dass sowohl in Heimen als auch bei mobilen Diensten – mit gewissen Ergänzungen – eine bedarfsgerechte Ernährung durchaus möglich ist. Dabei wird angemerkt, dass in den Wohn- und Pflegeheimen die Qualität der Ernährung auch stark von Wissen und der Eigeninitiative des zuständigen Personals abhängig ist.

Gefahr einer Mangelernährung im Alter

Während in allen Altersgruppen ein Trend zu Übergewicht festgestellt wurde, wurde mit zunehmendem Alter ein Trend zur Untergewichtigkeit beobachtet. Nach wie vor besteht daher Handlungsbedarf, um einer Mangelernährung im Alter vorzubeugen. Als Risikogruppen haben sich hier insbesondere Männer und BewohnerInnen von Pensionistenwohnhäusern herausgestellt.

Zwar ist im Alter eine ausgewogene Ernährung der beste Weg, einen Mangel zu vermeiden und die Gesundheit aufrechtzuerhalten, die bereits erwähnten physiologischen Veränderungen sind bei der Umsetzung dieser Empfehlung jedoch oft hinderlich. Diese Veränderungen sind beispielsweise: beeinträchtigte Hunger- und Sättigungsregulation, nachlassendes Geschmacks- und Geruchsempfinden, eingeschränkte Kaufähigkeit, körperliche Behinderungen, geistige Beeinträchtigungen, psychische Probleme und sozioökonomische Faktoren.

Eine spezielle Untersuchung analysierte die Ernährungssituation von Menschen in Einrichtungen, die der Langzeitpflege dienen. Das Durchschnittsalter der untersuchten Personen lag bei 86 Jahren. Von diesen PflegeheimbewohnerInnen hatten 14 % einen zufriedenstellenden Ernährungszustand, 48 % befanden sich im Risikobereich für Mangelernährung und bei 38 % wurde ein schlechter Ernährungszustand bzw. Mangelernährung festgestellt. Dabei waren die häufigsten Risikofaktoren: hoher Medikamentenkonsum (97 %), Schwierigkeiten beim Schneiden von Lebensmitteln (71 %), Depression (63 %), Immobilität (57 %) und geistige Beeinträchtigungen (52 %).

Der Ernährungsbericht empfiehlt, in diesem Bereich weiter zu forschen, zumal 350.000 Menschen in Österreich ständig Pflege brauchen. Weiters empfiehlt er, bei älteren Menschen, vor allem bei jenen, die pflegebedürftig sind, Qualität und Geschmack der Nahrung zu verbessern sowie die Rahmenbedingungen der Nahrungsaufnahme angenehmer zu gestalten. Weiters sollte in Langzeitpflegeeinrichtungen ein Ernährungsmanagement implementiert werden, das effektive Strategien entwickelt, die darauf abzielen, Mangelernährung vorzubeugen sowie bei bereits bestehender Mangelernährung zu intervenieren.

„Wis/Sen“-News

Hitzefälle Krankenhaus, Alten- und Pflegeheim

Angesichts des Sommerbeginns erhält eine Meldung aus dem Juni des Vorjahres wieder Aktualität. Der Wetter-Dienst www.donnerwetter.de hatte damals die Ergebnisse von Messungen veröffentlicht, die ein Donnerwetter.de-Team an heißen Sommertagen der vergangenen Jahre anonym in Krankenhäusern und Pflegeheimen durchgeführt hatte. Gemessen wurden sowohl Luft- als auch Hautoberflächentemperatur. Das Ergebnis: In einem „normalen“ Sommer kommt es zumindest an 14 Tagen in den obersten Stockwerken von Krankenhäusern zu Temperaturen von mehr als 30 Grad. Meistens waren es die beiden obersten Stockwerke, die von diesen hohen Temperaturen betroffen waren, nach einer langen Hitzeperiode kam es jedoch sogar im untersten Stockwerk mancher Gebäude zu Temperaturen über 26 Grad. Der Wetterdienst erinnerte in diesem Zusammenhang an die Hitzewelle 2003, bei der allein in Frankreich tausende Hitzetote zu beklagen waren. Aber auch in Deutschland waren die Todesfälle durch die Hitze gestiegen, in Frankfurt etwa an heißen Tagen auf das Doppelte des üblichen Wertes. Alte, kranke und pflegebedürftige Menschen waren am meisten betroffen. Dennoch wurden drei Jahre nach diesem Katastrophensommer immer noch in fast allen Heimen und Krankenhäusern ohne Klimaanlage gesundheitsgefährdende Temperaturen gemessen.

Quelle: <http://www.donnerwetter.de> vom 2. Juni 2008

Bischöfin kritisiert den Begriff „Überalterung“

Die evangelische Bischöfin Maria Jepsen fordert einen Bewusstseinswandel im Umgang mit alten Menschen und kritisiert in diesem Zusammenhang den Begriff „Überalterung“. Dieses hässliche Wort sollte in der politischen Debatte nicht mehr verwendet werden, sagte sie bei den 9. Alzheimer-Tagen in Hamburg. „Überalterung“ habe einen ähnlichen Klang wie „Überfremdung“, ein Wort, das an Deutschlands grausamste Zeit in der jüngeren Vergangenheit anknüpfe. Eine Gesellschaft könne zwar einen hohen Altenanteil haben, sie sei aber niemals „überaltert“. Jepsen wandte sich gegen eine Entwicklung in der Politik, die Alte und Junge gegeneinander ausspielt, und verwies auf Aussagen über die Renten- und Sozialpolitik, die suggerieren, dass die ältere Generation auf Kosten der jüngeren lebe. Wer alten Menschen mit dem Hinweis auf die Jüngeren die notwendige Hilfe versage, handle menschenverachtend. Es sei nicht länger hinzunehmen, dass sich alte Menschen als Belastung empfinden und sich beispielsweise scheuen, Hörgeräte oder Hüftgelenke zu beantragen.

Quelle: www.welt.de vom 18.6.2009

Jetzt erst recht!

Werner Bartl, Leiter der Programmentwicklung in Österreichs jüngstem Fernsehsender PULS 4, ist mit 50 Jahren der älteste Mitarbeiter seines Senders und entwickelt Programme für Menschen, die (angeblich) alle durchwegs jünger sind als er. Durch seine KollegInnen im Sender und seine Tochter im Teenageralter ist er hautnah im Kontakt mit seiner Zielgruppe. Seit er 50 ist, zählt er allerdings statistisch gesehen allerdings nicht mehr zu den „12- bis 49-Jährigen“, sondern zu „50plus“. Grund genug für ihn, das Lebensgefühl der heute ab 50-Jährigen unter die Lupe zu nehmen. Er fand dabei den revolutionären Geist derer, die schon in ihrer Jugend die Gesellschaft verändert haben und die drauf und dran sind, auch das Bild von Menschen in der zweiten Lebenshälfte neu zu definieren, und zwar unter jenem Motto, das auch seinem Buch den Titel gab: „Jetzt er recht!“. Bartl zeigt seinen LeserInnen eine Welt voll von energiegeladenen, neugierigen, aktiven, frischen und frechen Menschen, die in ihrem Leben Regie führen und sich – nicht ohne Selbstironie – auf das Abenteuer Zukunft einlassen.

Quelle: www.verlagsgruppepestyria.at

Die neuen „Altersverweigerer“

Sozialwissenschaftler der Universität Osnabrück haben in Berlin einen neuen Typus vorgestellt, den Altersverweigerer (und vermutlich gehört dazu auch die Altersverweigerin). Das wesentliche Erkennungsmerkmal dieser Personen soll darin bestehen, dass er/sie sich nicht alt fühlt. Dem Typus „Altersverweigerer“ kam der Osnabrücker Professor Dieter Otten auf die Spur, als er im Auftrag der Karstadt-Quelle-Versicherungen das Lebensgefühl von Menschen über 45 Jahren untersuchen ließ. Im Vergleich zu früheren Studien wird der Zeitpunkt, ab dem man andere Menschen bzw. auch sich selbst als „alt“ empfindet, immer später angesetzt. Die Grenze zwischen „alt sein“ und „nicht alt sein“ setzten die mehr als 1000 Befragten im Durchschnitt bei 77 Jahren an. Und was kennzeichnet die AltersverweigerInnen: Sie wollen ihr Geld zunehmend nicht mehr für die Nachkommen zusammenhalten, sondern es zum Großteil selbst ausgeben; sie wollen Geld nicht nur ausgeben, sondern auch weiterhin Geld verdienen; und schließlich denken sie nicht mehr, so wie frühere ältere Menschen, konservativ, was sich auch in ihrem Wahlverhalten niederschlägt. Prof. Otten hält es deshalb, wie auch schon viele andere, für nötig, sich von einem starren Altersbild zu lösen. „Zwar werden die Menschen immer älter, aber die Vorstellung, dass Deutschland ein kollektives Altersheim wird, geht an den tatsächlichen Verhältnissen weit vorbei.“

Quelle: www.sueddeutsche.de vom 18.6.2009

Worüber sich die ÖsterreicherInnen Sorgen machen

In einer Studie zum Wertewandel in Österreich zwischen 1990 und 2008 wurden die ÖsterreicherInnen auch gefragt, worüber sie sich Sorgen machen. Generell war der Sorgenpegel gegenüber 1990 deutlich gesunken. Am ehesten kümmerte die ÖsterreicherInnen 2008 das Schicksal älterer Menschen, gefolgt von Kranken und Behinderten. Erst danach sorgen sich die Menschen um Arbeitslose und Einwanderer. Vor allem aber sorgten sie sich um die eigene Familie und um sich selbst. Die Nachbarn, die Region oder die Gesellschaft an sich liegen nur einem Drittel am Herzen.

Quelle: www.profil.at vom 15. Juni 2009

Langlebige ÖsterreicherInnen

Mit Jahresbeginn 2009 lebten in Österreich 924 Menschen, die älter als 100 Jahre sind, 781 davon sind Frauen, 143 Männer. Seit 2002 nahm die Zahl der Langlebigen um 280 zu, das sind plus 43,5 Prozent.

274 der Langlebigen sind Wienerinnen (238) und Wiener (36). Das sind fast 30 Prozent aller Höchstbetagten Österreichs.

Mit Jahresbeginn 2002 lebten in Wien 188 Menschen, die 100 Jahre und älter waren. Die Steigerung der Anzahl der Langlebigen bis zum Jahr 2009 betrug 45,7 Prozent.

Über 100-Jährige in den einzelnen Bundesländern:

Burgenland 2002: 21, 2009: 34 (+ 61,9 %); Kärnten 48 / 62 (+ 29,2 %); NÖ 111 / 162 (+ 45,9 %); OÖ 85 / 109 (+ 28, 2 %); Salzburg 32 / 50 (+ 56,3 %); Steiermark 95 / 122 (+ 28,4 %); Tirol 42 / 76 (+ 80,9 %); Vorarlberg 22 / 35 (+ 59 %).

Von jenen 11.037 ÖsterreicherInnen, die im Jahresdurchschnitt 2008 95 Jahre und älter waren, lebten 2.913 (26,4 Prozent) in Wien.

Quelle: Statistik Austria

**Friedrich Grundei
Seniorenbeauftragter der Stadt Wien**
