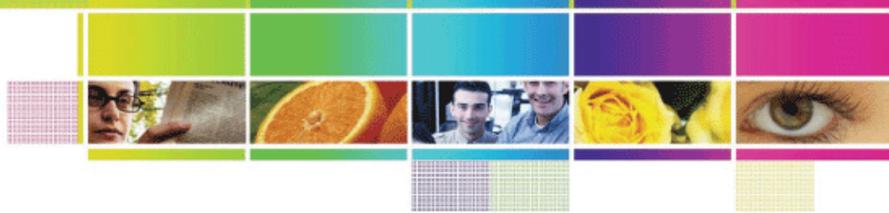




ÖSTERREICHISCHE
SOZIALVERSICHERUNG



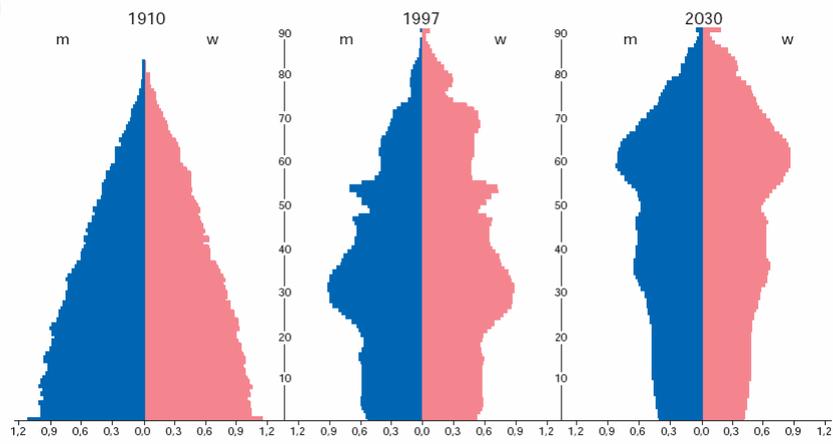
Psychische Gesundheit im Alter

Oktober 2011
Ingrid Wilbacher



© HVB-EBM

DEMOGRAFIE



Quellen: Volkszählung 1910; Bevölkerungsfortschreibung des ÖSTAT; Bevölkerungsschätzung des ÖSTAT 1998 – 2050 (mittlere Variante)



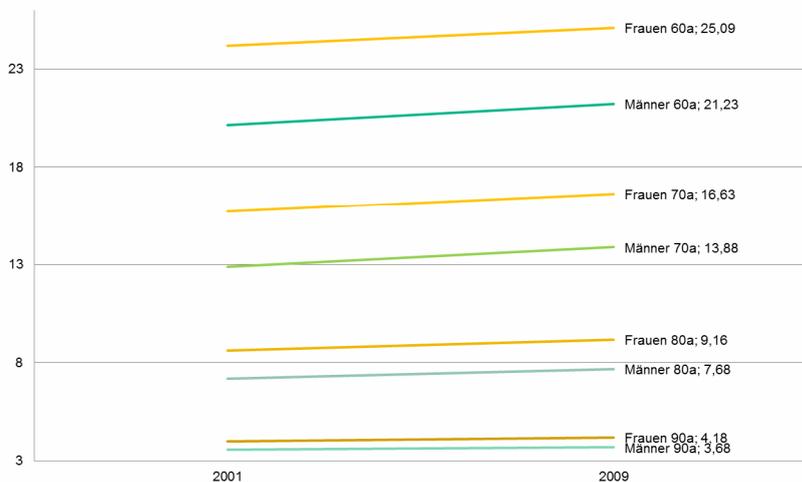
© HVB-EBM

Dr. Ingrid Wilbacher

2

Fernere Lebenserwartung nach Alter und Geschlecht 2001 und 2009

Q-Statistik Austria: demografische Indikatoren 1961-2009 für Österreich, eigene Grafik

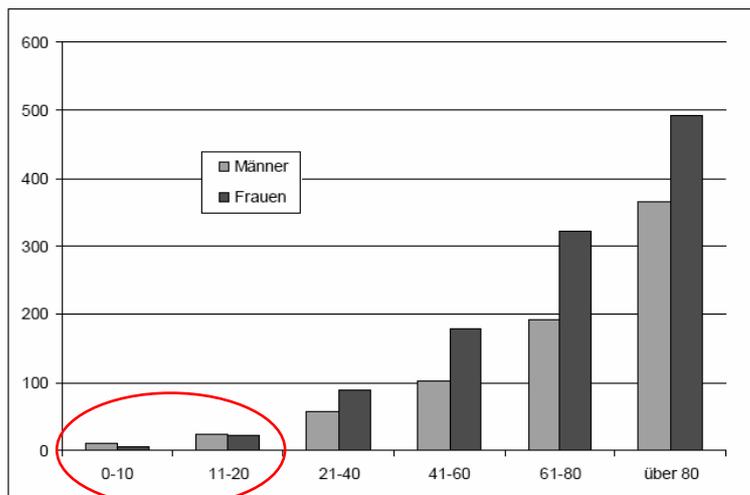


© HVB-EBM

Dr. Ingrid Wilbacher

3

Abb. 24: Prävalenz psychischer Erkrankungen pro 1000 Anspruchsberechtigte in den jeweiligen Altersgruppen, alle Träger, 2009



Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)



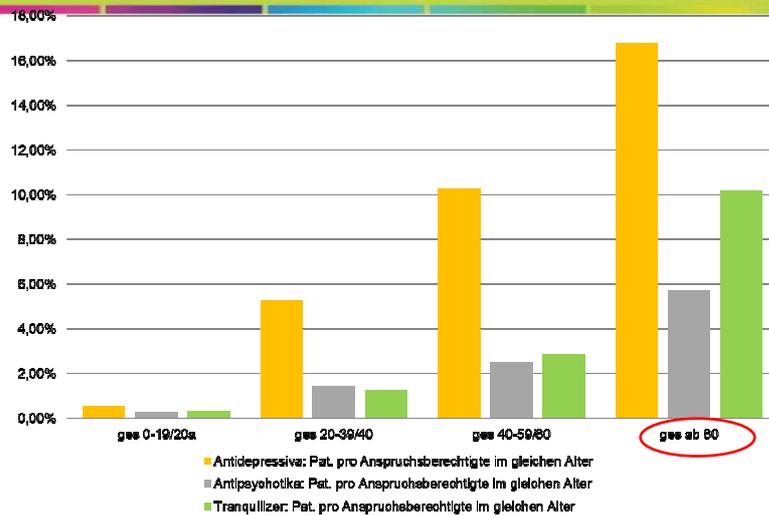
© HVB-EBM

Dr. Ingrid Wilbacher

4

Patienten mit Antidepressiva-, Antipsychotika-, Tranquillizer Verordnungen 2010 nach Alterskategorien

Q: Übersichtstabelle I des SGK Berichtes Analyse der Versorgung psychisch Kranker D eigene Berechnung nach
Anspruchsberechtigten 2010



© HVB-EBM

Dr. Ingrid Wilbacher

5

Indikationen zu den Medikamentengruppen

nach Indikationen und Zulassungen im Austria Kodex

- Antidepressiva (N06A): F30-39 affektive Störungen (**Depression**); F40-48 neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen; F50-59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- Antipsychotika (N05A): F00-09 organische, einschließlich symptomatischer, psychischer Störungen (**Demenz**); F20-29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; F30-39 affektive Störungen (**Depression**); F90-98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- Tranquillizer (N05C): F50-59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren



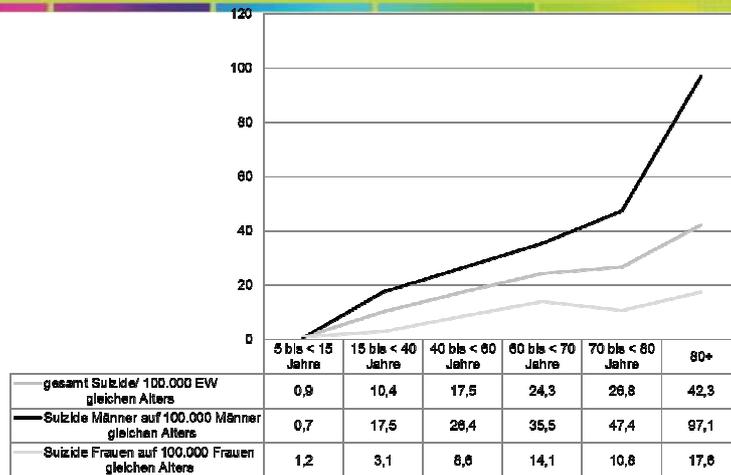
© HVB-EBM

Dr. Ingrid Wilbacher

6

Suizide auf 100.000 Personen gleichen Alters 2009

Statistisches Jahrbuch 2011, Statistik Austria, Kapitel 3.13 Gestorbene 2009 nach Todesursachen, Alter und Geschlecht auf 100.000 Lebende gleichen Alters und Geschlechts Deaths in 2009 by cause of death, age and sex



© HVB-EBM

Dr. Ingrid Wilbacher

7

Soziologisches

- Die heute 80-100jährigen sind 1911-1931 geboren, haben 1-2 Kriege und die schwere Wirtschaftskrise der 30er Jahre miterlebt;
- Frauen haben selten Berufsausbildung oder einen eigenen Beruf, steigen nach Kriegsrückkehr der Männer wieder aus dem Berufsleben aus, klassische Frauenrolle im Haus, dienend;
- üppige Ernährung (Fleisch, Zucker) und Tabak gelten als begehrliche Güter; Ärzte genießen uneingeschränkte Anbetung;
- Hauptmedien sind Zeitungen, später Fernsehen (kaum Internet);
- aufgrund von Kriegsverlusten gibt es in dieser Generation einen Frauenüberschuß, jedoch mit geringer sozialer Einbindung (Armut, Einsamkeit);
- oft noch schlechte Infrastruktur (Wasser, Heizung) mit hohem Bedienungsaufwand in den Wohnungen;
- viele sind derzeit schon in Betreuung;
- Personen mit traumatischen Lebenserfahrungen (Vertrieben) weisen im Alter eine höhere Rate an psychischen Beeinträchtigungen auf als Personen in der Kontrollgruppe;

Freitag, S.1,2 Hannig, C.1 & Schmidt, S. Longitudinal Urban Cohort Ageing Study. Einflussfaktoren traumatischer Erlebnisse auf die psychische Gesundheit im Alter. BMBF Förderkennzeichen 01ET0708 - 01ET07012 (Poster Heidelberg Statuskolloquium)



© HVB-EBM

Dr. Ingrid Wilbacher

8

Soziologisches

- Die heute 60-79jährigen sind 1932-1951 geboren, kennen den 2. Weltkrieg als Kindheitserinnerung, haben den Wiederaufbau erlebt und die Entwicklung des Wohlstandes genossen.
- Sie sind gut abgesichert (Sozialstaat greift erstmals voll), viel gereist, haben viel erlebt, sind gebildet, aufgeschlossener und aktiver, teilweise aber noch konservativ-traditionell.
- Sie leiden an typischen Zivilisationskrankheiten, haben eigene Hobbies, haben viele Umbrüche erlebt (68er), neue Chance bekommen (Studienzugang für alle), aber auch erstmals Scheidungen erlebt und uneheliche Kinder akzeptiert.
- Sie kennen Traditionsverlust und Neuanfänge. Der rasante technische Fortschritt fällt in ihre Zeit, die jüngeren haben schon Internet, alle haben Mikrowelle (und damit ungefährlicheren Kochzugang!), sie leben in guter Infrastruktur (Fließwasser und Heizung, Pensionistenclubs).
- Es besteht bei den Frauen traditionell eine hohe Anpassungsfreudigkeit an das Leben der Familie.



DIE ZIELGRUPPE UND IHRE UNTERSCHIEDLICHKEIT

Ältere Menschen (60- bis 75-Jährige) – „drittes Lebensalter“

Merkmale:

- Hoher Anteil von ihnen ist im Ruhestand, der Fokus richtet sich auf die eigene Familie und Lebensweise. Die eigenen Interessen werden aktiv verfolgt und die nachfolgende Generation wird unterstützt. Die Gesundheit und die Auseinandersetzung mit der zunehmenden Krankheit werden thematisiert.
- Sind durch Gesundheitsförderung in der Region erreichbar
- Maßnahmen zur gesundheitsförderlichen Lebensstilorientierung, zur Kompetenzerweiterung von Verlusterlebnissen, Sinnstiftung durch ehrenamtliche Arbeit



DIE ZIELGRUPPE UND IHRE UNTERSCHIEDLICHKEIT

Alte Menschen (75- bis 90-Jährige) – „viertes Lebensalter“

Merkmale:

- Zunahme funktioneller Einschränkungen
- Sind oftmals schwer durch gesundheitsförderliche Maßnahmen erreichbar
- Maßnahmen/Initiativen zum Erhalt der Aktivität/Mobilität, Einbindung in der Gesellschaft, Motivation zur Förderung eines gesundheitsgerechten Lebensstils

DIE ZIELGRUPPE UND IHRE UNTERSCHIEDLICHKEIT

Sehr alte oder hochbetagte Menschen (über 90-Jährige), Langlebige (über 100-Jährige)

Merkmale:

- Zunahme funktioneller Einschränkungen und der Pflegebedürftigkeit
- Sind oftmals schwer durch gesundheitsförderliche Maßnahmen zu erreichen
- Maßnahmen/Initiativen der Sturzprophylaxe und Erhalt der Mobilität treten in den Vordergrund

Rechtliches

- Regelpensionsalter: Vollendung des 65. LJ; 62. LJ bei bestimmten Voraussetzungen; Übergangszeiten vom Regelpensionsalter 60 bei Frauen auf 65 beide (APG)
- Wird während des Bezuges einer Alterspension auch eine Erwerbstätigkeit ausgeübt, hat dies - unabhängig vom erzielten Erwerbseinkommen - keinen Einfluss auf die Pensionshöhe.
- Pflege: ASVG §18b: Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege naher Angehöriger – für Personen, die eine(n) nahen Angehörige(n) mit Anspruch auf Pflegegeld mindestens Stufe 3 (nach §5 des BPGG) unter erheblicher Beanspruchung ihrer Arbeitskraft in häuslicher Umgebung pflegen und im Inland wohnen. Je Pflegefall nur für eine Person zulässig. Keine Unterbrechung durch Anstaltsaufenthalt des Pflegeflings. Die monatliche Beitragsgrundlage beträgt € 1.560,98 (2011). Beiträge trägt der Bund (S25 Band I Finanzierung). KV durch Mitversicherung oder aus dem eigenen Einkommen (bzw. Mindestsicherung).
- Am 1. Juli 1993 ist das Bundespflegegeldgesetz in Kraft getreten. Durch dieses Gesetz ist dafür vorgesorgt, dass alle Pflegebedürftigen, je nach dem Grad Ihrer Bedürftigkeit, ein Pflegegeld von monatlich zwischen € 154,20 und € 1.655,80 erhalten (Stand 2011)
- Das Pflegegeld hat den Zweck, in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, Bedürfnis-orientiertes Leben zu führen.
- Initiativen zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen auf EU-Ebene finden ihre rechtlichen Grundlagen in Artikel 152 des EU-Vertrages über Gesundheitsschutz für alle BürgerInnen, in den strategischen Prioritäten bis 2010 aus der Lissabon Strategie und in verschiedenen EU-Leitlinien u.a. über Altersdiskriminierung und demographischen Wandel (Swedish National Institute of Public Health, 2007).
- European Social Charter (1961), Article 13. The right to social and medical assistance.



Alter - Was tun? Prävention

Internationale Strategien für gesundes Altern leiten sich von den Ursprungsdokumenten der Gesundheitsförderung, der *Deklaration von Alma-Ata (WHO 1978)* und der *Ottawa Charta (WHO 1986)* ab. Weiterentwickelt in der *Bangkok Charta (WHO 2005)* für Gesundheitsförderung in der globalisierten Welt bleibt Gesundheitsförderung als gesundheitspolitischer Ansatz von Bedeutung. In zahlreichen wissenschaftlichen Dokumenten zum Thema „Aktives Altern“ nimmt gesundes Altern einen großen Stellenwert ein (Swedish National Institute of Public Health, 2007).

Im Zuge der zweiten UN-Weltversammlung zu Altersfragen brachte die UNO im Jahr 2002 den *Madrid international plan of action on ageing heraus (Healthy Ageing a Challenge for Europe, 2007)*. Dazu leistete die WHO (2002) ihren Beitrag mit dem *active ageing policy framework*. Dieser gibt einen politischen Rahmen für Aktionen zur Förderung des aktiven Alterns vor und liefert konkrete Anregungen für wichtige politische Maßnahmen, welche als Grundlage für die Ergreifung spezifischer Schritte auf regionaler, nationaler und lokaler Ebene dienen sollen.

http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cms/Window?action=2&p_menuid=67679&p_tabid=5&p_pubid=640492



Internationale Projekte

http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=67679&p_tabid=5&p_pubid=640492

Tschechische Republik	„Projects for Healthy Ageing“ – a funding programme (competition) of the Ministry for Health“	Förderung von NGOs, die Informationen über Gesundheit, Lebensstil und Krankheit, sowie Aktivitäten, wie Tanzen, Tourismus und Kunst anbieten.
England	„National Service Framework (NSF) for older people“, Department of Health (2001)	Altersdiskriminierung bewältigen, Personenbezogene Betreuung, Intermediäre Betreuung, Generelle Krankenhausbehandlung, Schlaganfallbetreuung, Stürze, Seelische Gesundheit, Förderung der Gesundheit und des aktiven Lebens bei Älteren,
Finnland	„Quality Recommendations for Guided Health-Enhancing Physical Activity for Older People“	Qualität im Bereich gesundheitsfördernder körperlicher Aktivität
	„Government Resolution on the Health 2015 public health programme“	Durchschnittliche Leistungsbereitschaft bei Leuten über 75 verbessern; Älteren Leuten muss versichert werden, dass sie Möglichkeiten haben, aktiv an der Gesellschaft teilzuhaben, ihr Wissen bzw. ihre Fähigkeiten weiterzuentwickeln, sich um sich selbst kümmern zu können, und so lange wie möglich ein unabhängiges qualitativ hochwertiges Leben mit adäquatem Einkommen zu führen; Stationäre und lokale Versorgung, sowie Verkehrswesen für die ältere Bevölkerung ausbauen; Entwickeln eines Programms mit Leistungen für ältere Menschen
Norwegen	„Working together for physical activity. The action plan on physical activity 2005-2009“	vermehrte körperliche Aktivität der Bevölkerung;
Schottland	„A National Framework for Service Change in the NHS in Scotland: Building a Health Service Fit for the Future“	integrierte Versorgung, präventive Behandlungen, Patient als Partner, High-Tech, gesundheitliche Ungleichheiten bekämpfen
	„Opportunity Age – meeting the challenges of ageing in the 21st century“	Unabhängigkeit, Auswahlmöglichkeit und Nachhaltigkeit unterstützen
	„Improving Health in Scotland – The Challenge“	Ungleichheiten zu verringern sowie die Gesundheit der benachteiligten Schichten zu verbessern
Schweden	„National Action Plan on Policy for the Elderly: aims, emphases and measures proposed“, (Government Bill Prop. 1997/98:113)	Ältere sollen in der Lage sein, ein aktives Leben zu führen und soziale Angelegenheiten sowie ihren Alltag zu beeinflussen; Ältere sollen in Sicherheit alt werden können; Ältere soll mit Respekt gegenübergetreten werden; Ältere sollen Zugang zu gutem Pflegedienst haben



© HVB-EBM

Dr. Ingrid Wilbacher

15

Nationale Ansätze

- Mehr Kooperation im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention mit älteren Menschen innerhalb der Sozialversicherung, um den Wissens- und Erfahrungsaustausch hinsichtlich der Maßnahmen für gesundes Altern anzuregen
- Ein klares Bekenntnis der Sozialversicherung für Gesundheitsförderung und Prävention mit älteren Menschen – basierend auf dem Grundsatz, dass es nie zu spät ist, die Gesundheit zu fördern und dem Recht älterer Menschen, als wertvolle Mitglieder der Gesellschaft, auf gesundheitliche Gleichstellung
- Lobbying für einheitliche Gesundheitsziele
- Nachhaltige Finanzierung für Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen garantieren, um Ergebnisse und Auswirkungen der Gesundheitsförderungsstrategien während des gesamten Lebenszyklus aufzeigen und kommunizieren zu können
- Kompetenzaufbau für Public Health und Gesundheitsförderung in der Sozialversicherung vorantreiben
- Eine wirksame gesellschaftliche Sensibilisierung für das Thema Gesundheit(sförderung) verbunden mit einer Änderung des Gesellschaftsverhaltens aller Mitglieder der Gesellschaft
- Stärkere Einbeziehung der SeniorInnenvertretungen in Entscheidungen
- Einwirken auf gesundheitsrelevante Entscheidungen in allen Politikfeldern
- Implementierung größerer, langfristig angelegter Zukunftsprojekte, die Gesundheitsförderungsbezug aufweisen und Projekte in Kooperationsstrukturen
- Entwicklung von Gesundheitsprogrammen, die die Gesundheit älterer Menschen auf allen Ebenen fördern unter besonderer Berücksichtigung „schwer erreichbarer“ Gruppen unter Einbezug der Zielgruppe und ihrer VertreterInnen selbst



© HVB-EBM

Dr. Ingrid Wilbacher

16

Nationale Ansätze

- Im Rahmen der Schwerpunktsetzung wurden die Modellprojekte *Lebenswerte Lebenswelten*, durchgeführt vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz, das Modellprojekt *Plan60*, durchgeführt vom Österreichischen Roten Kreuz und das internationale Forschungsprojekt *healthPROelderly*, durchgeführt vom Österreichischen Roten Kreuz, finanziert (Teilfinanzierungen durch den FGÖ). Mit dem Projekt *healthPROelderly* wirkt das Österreichische Rote Kreuz auch am EU-Projekt *Healthy Ageing* mit.

Weitere Informationen

http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=67679&p_tabid=5&p_pubid=640492

und

http://content.tibs.at/pix_db/documents/ActiveAgeingTEPs_gesamt.pdf



© HVB-EBM

Dr. Ingrid Wilbacher

17

Altersgruppen	Anteil an der Bevölkerung in % (Männer in %) Q: Jahresdurchschnittsbevölkerung 2009, Statistik Austria)	Gesundheitsprobleme Q: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/031382.htm	Psychische Erkrankungen	Sozio-logisches	Versorgungsstrukturen
60 – 69 a Pensionsantritt	11% (5,3%)	1. Herz-KL 2. Krebs 3. Ernährungs- und STW KH 4. KH der Atmungsorgane	Demenz * 54.785 Heavy user** 8,4% Suizide/100.000 EW gleichen Alters 24,3	2. Weltkrieg in Erinnerung, Wirtschaftsaufschwung, Greifen des Sozialstaates, mehr individuelle Freiheiten und Chancen, Hobbies, Zivilisationskrankheiten, Traditionenwechsel	9,36% PflegegeldbezieherInnen Diverse Public Health Programme auf Gemeindeebene oder in BL
70 – 79 a Alter	7,1% (3,1%)	5. Unfälle	Demenz * 75.180 Heavy user 6,34% Suizide/100.000 EW gleichen Alters 26,8		
80 – 89 a höheres Alter	4,2% (1,4%)	1. Herz-KL 2. Krebs, 3. KH der Atmungsorgane, Ernährungs- und STW KH 4. KH des Nervensystems	Demenz * 80.273 Heavy user Suizide/100.000 EW gleichen Alters 42,3	2 Kriege, Frauenrolle, Ernährungsschwankungen, leiden bereits an Degenerationskrankheiten	51,96% PflegegeldbezieherInnen Diverse Public Health Programme auf Gemeindeebene oder in BL
90+ Hochaltrigkeit	0,5% (0,1%)	5. KH der Atmungsorgane 6. Unfälle	Demenz * 9.760 Heavy user 0,54% Suizide/100.000 EW gleichen Alters 42,3		



© HVB-EBM

Dr. Ingrid Wilbacher

18

*Patienten mit Antidementiva Verordnungen – Übersichtstabelle IV SGKK Bericht
**Patienten mit >1 KH Aufenthalt wegen F Diagnose 2006 und mind. 1 KH Aufenthalt (F) 2007

*Einen Sinn verloren zu haben ist
schlimmer, als ihn nicht immer
befriedigen zu können.*

Simone de Beauvoir: Das Alter. 4. Aufl. 2008. Rowohlt Taschenbuch Verlag. ISBN 978-3-499-22749-3. S152

**Danke für Ihre
Aufmerksamkeit!**