



Alter und Behinderung aus der Sicht der Geriatrie

F. Böhmer, Wien

www.gleichstellung.at

In Österreich gibt es laut Behindertenbericht 2003 des Sozialministeriums ca. 2,1 Millionen Menschen mit körperlicher Beeinträchtigung; 476.000 davon in ihrer Bewegung. 24.000 Österreicher sind auf einen Rollstuhl angewiesen.

Schwerpunkte des EJMB betrafen die

- Sensibilisierung der Bevölkerung für ein verändertes Bild von Menschen mit Behinderung in der Öffentlichkeit
- Barrierefreiheit im umfassenden Sinn und
- Pflegevorsorge

mit dem Ziel, die soziale Teilhabe zu verbessern.

Die WHO geht bei Behinderung immer von 3 Begriffen aus:

- impairment (Schädigung)
= Mängel oder Abnormitäten der anatomischen, psychischen oder physiologischen Funktionen und Strukturen des Körpers
- disability (Beeinträchtigung)
= Funktionsbeeinträchtigung oder – Mängel aufgrund von Schädigungen, die typische Alltagssituationen behindern oder unmöglich machen
- handicap (Behinderung)
= Nachteile einer Person aus einer Schädigung oder Beeinträchtigung

Was ist eine Behinderung?

Die Behinderung erfasst sämtliche Arten körperliche, psychische und geistige Beeinträchtigung, wenn diese über längere Zeit anhalten und wenn sie ein gewisses Ausmaß haben. So ist z.B. ein junger Mann nach einem Unfall, der für vier Wochen mit einem Gips versorgt wird kein Behinderter. Hat nun aber der junge Mann nach der Gipsabnahme für immer ein versteiftes Knie ist er behindert. Ein Behinderter ist auch der Patient, der an einer chronischen Krankheit leidet (d.h. an einer langsam fortschreitenden oder ständig schwellenden Krankheit), die sich in funktionalen Störungen äußert. Er bleibt auch solange ein Behinderter, bis die Störung nicht behoben werden kann.

3 Faktoren:

- Es besteht ein regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand. Auf Art und Ursache kommt es dabei nicht an. Typische Alterserscheinungen werden nicht berücksichtigt.
- Die Funktionsbeeinträchtigung besteht nicht nur vorübergehend (mehr als 6 Monate).
- Die Behinderung wirkt sich in den verschiedenen Bereichen des Lebens so stark aus, dass mindestens ein GdB von 20 vorliegt.

GdB (=Grad der Behinderung) 20 - 100

Arten der Behinderung

Im deutschen Sprachraum wird der Begriff Behinderung noch aufgeteilt in folgende Untergruppen:

- Geistige Behinderung
- Hörschädigung (Gehörlosigkeit + Schwerhörigkeit)
- Körperbehinderung
- Lernbehinderung
- Mehrfachbehinderung
- Schwerbehinderung
- Schwerstbehinderung
- Sehschädigung (Blindheit + Sehbehinderung)
- Sprachbehinderung
- Verhaltensstörung

Geistige Behinderung

Als geistig behindert gelten Personen, die in ihrem Lernverhalten aufgrund einer anlagebedingten, vor der Geburt oder durch eine Hirnverletzung erworbenen, geistigen Funktionsschwäche erheblich in ihrer Entwicklung zurückgeblieben sind. Bei der Teilnahme am Leben der Gemeinschaft sind sie dauerhaft auf die Mithilfe weiterer Personen angewiesen.

Körperliche Behinderung

Als körperbehindert gelten Personen, deren Bewegungsfähigkeit aufgrund einer Schädigung ihres Stütz- und Bewegungssystems (Skelett, Muskeln, zentralnervöse Versorgung) erheblich eingeschränkt ist. Dazu zählen noch jene Personen, deren körperliches Leistungsvermögen infolge von Erkrankungen oder Schädigung innerer Organe erheblich eingeschränkt ist.

Definition:

Der geriatrische Patient ist ein biologisch älterer Patient, der durch altersbedingte Funktionseinschränkungen bei Erkrankungen akut gefährdet ist, zur Multimorbidität neigt und bei dem ein besonderer Handlungsbedarf in rehabilitativer, somatopsychischer und psychosozialer Hinsicht besteht (ZEA für Geriatrie, 1991).

Behinderteneinstellung

Altersschichtung der Begünstigten Behinderten

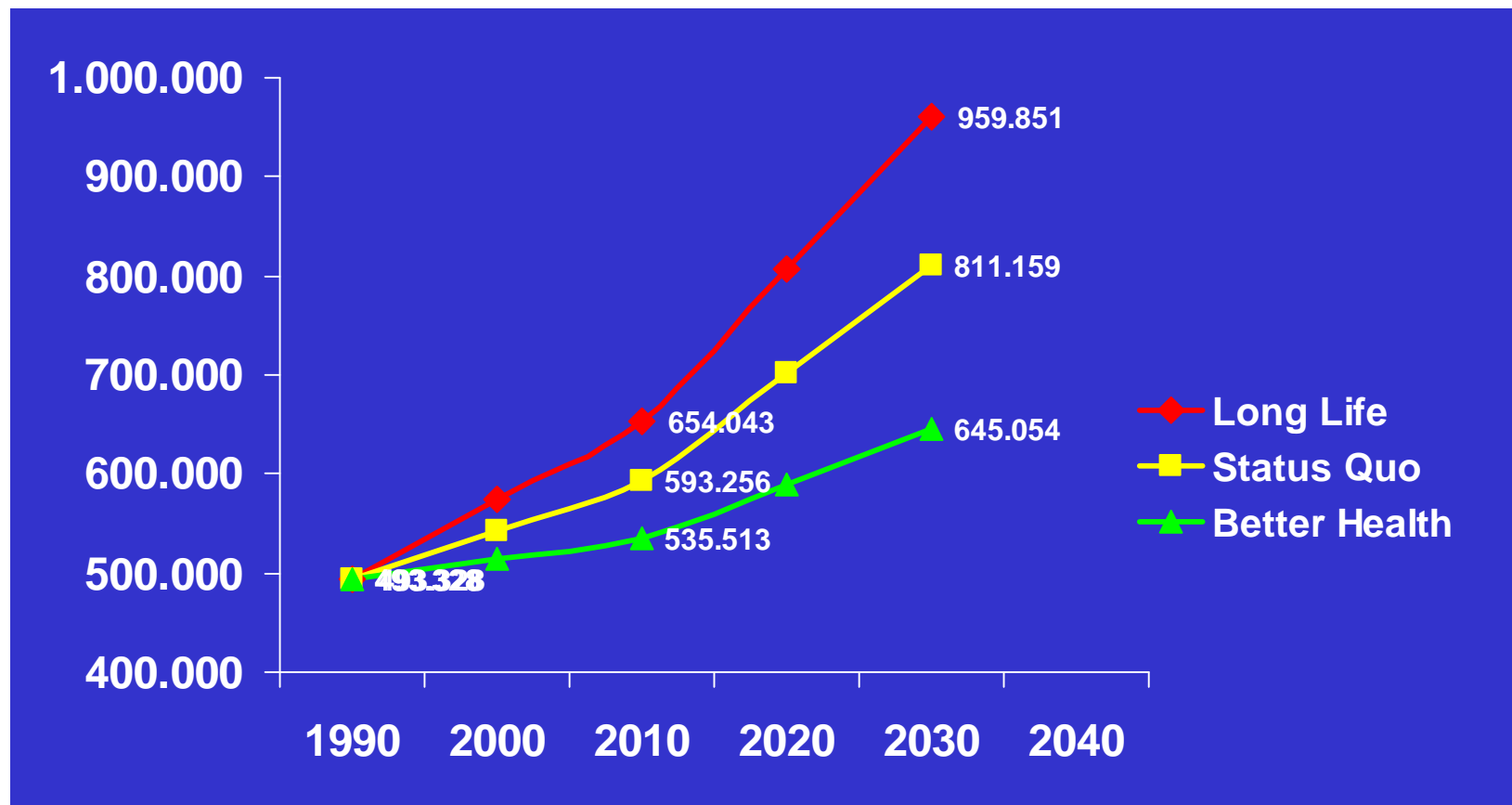
zum 1. Jänner 2004

Zum Stichtag vollendete Lebensjahre	Summe	In %
bis 17	132	0,15 %
18 bis 20	700	0,78 %
21 bis 25	2.429	2,71 %
26 bis 30	4.215	4,70 %
31 bis 35	7.407	8,26 %
36 bis 40	11.261	12,55 %
41 bis 45	14.143	15,76 %
46 bis 50	16.148	18,00 %
51 bis 55	18.700	20,84 %
56 bis 60	11.537	12,86 %
61 bis 65	2.594	2,89 %
66 und mehr	461	0,51 %
Insgesamt	89.727	100,00 %

Ich gebe zu, dass der betroffene Personenkreis sowohl im Rahmen des Seniorenberichts 2000, als auch insgesamt im Arbeitsprogramm des Kompetenzzentrums für Senioren- und Bevölkerungspolitik unseres Ressorts zu wenig Aufmerksamkeit erhalten hat.

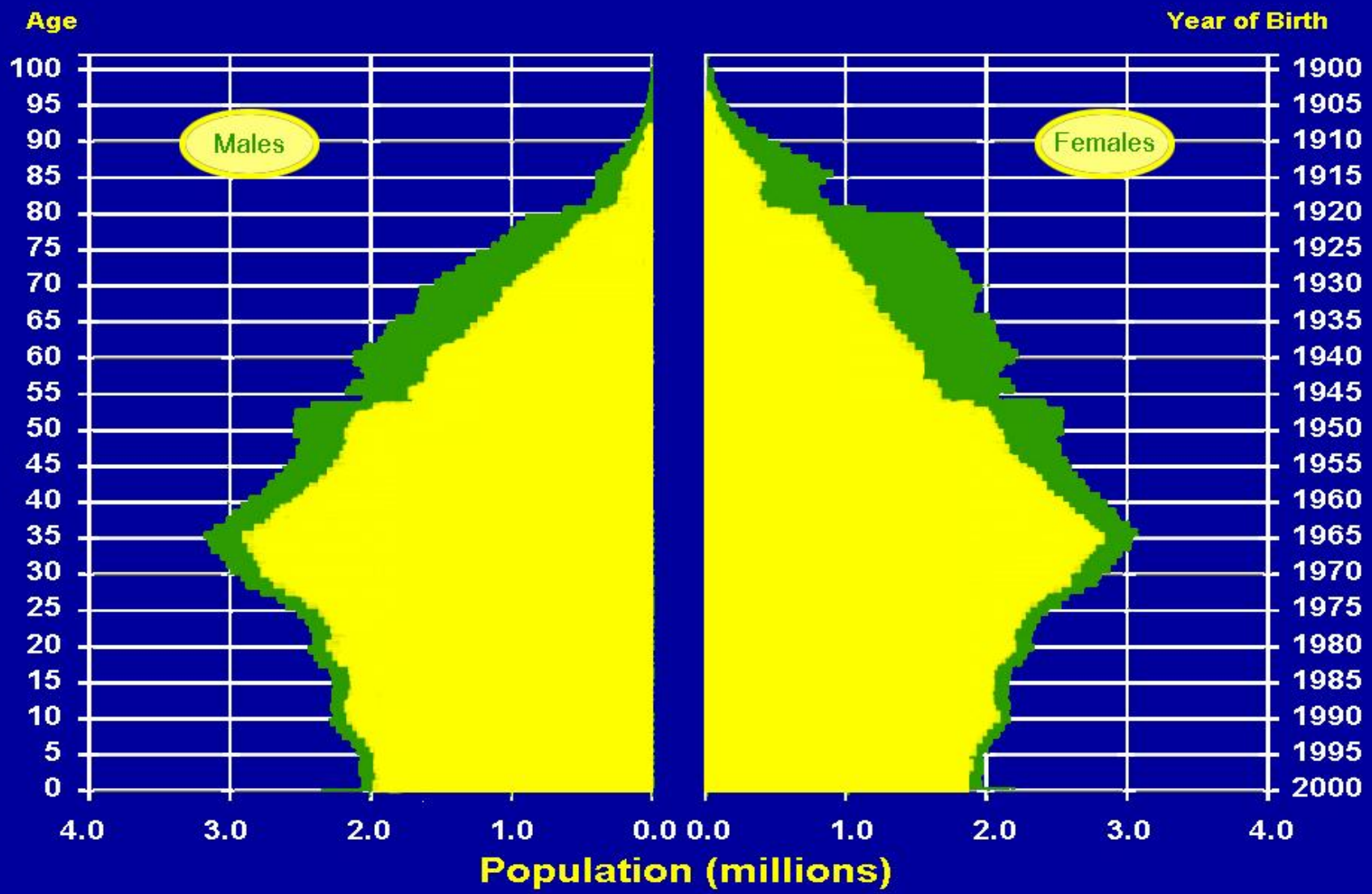
Bundesministerium für soziale Sicherheit,
Generationen und Konsumentenschutz,
31.3.2004

Prognose betreuungsbedürftiger Personen in Österreich



(Badelt, Holzmann-Jenkins, Matul, Österle - Wien 1995)

Europeans Union, 2000, Total and Disabled Population



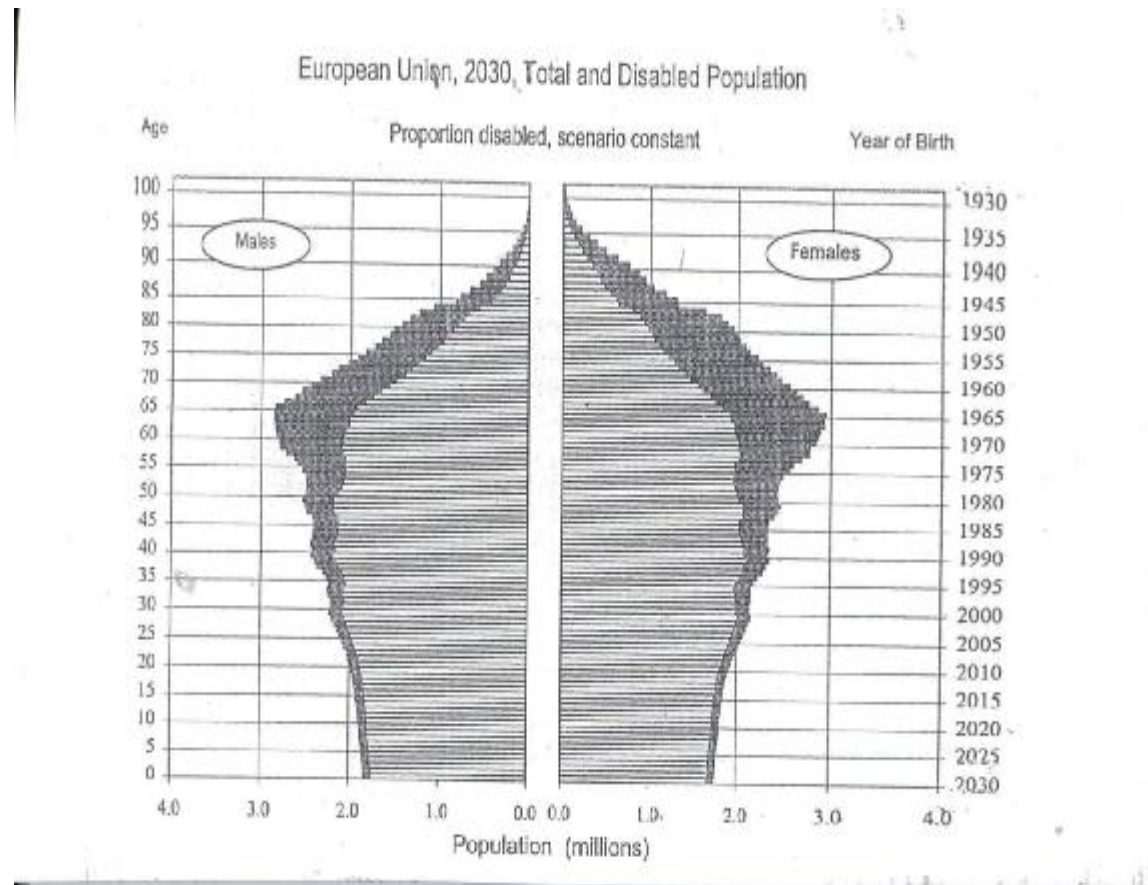
W. Lutz and S. Scherbov

European Demographic Research Paper

2003, Nr. 3

Europeans Union, 2030, Total and Disabled Population

Proportion disabled, scenario constant



W. Lutz and S. Scherbov

European Demographic Research Paper

2030, Nr. 3

Down syndrome in a population of elderly mentally retarded patients: genetic-diagnostic survey and implications for medical care.

Van Buggenhout GJ, Trommelen JC, Schoenmaker A, De BAL C, Verbeek JJ, Smeets DF, Ropers HH, Devriendt K, Hamel BC, Fryns JP

Am J Med Genet 1999 Aug 85:376-84

Abstract: Ninety-six adults with Down syndrome (DS) from an institutional setting of 591 mentally **retarded** were investigated systematically with respect to cytogenetic diagnosis, mental functioning and dementia, ophthalmological and audiological abnormalities, and thyroid function.

70 DS Pat.	> 40 a (73 %)
82 % of Pat.	moderately or severely mentally retarded
15 % of Pat.	profoundly retarded
3 % of Pat.	mildly retarded
90 % of Pat.	had dementia
17 % of Pat.	had normal visual acuity
70 % of Pat.	moderate to very severe hearing less
48 % of Pat.	in creased TSH level

Should Disability Items in the Census Be Used for Planning Services for Elders?

Robert J. Calsyn, PhD,^{1,2} Joel P. Winter, PhD,² and
Robert D. Yonker, MA²

The Gerontologist

2001, Vol. 41, No. 5, 583 - 588

Implications: These results suggest that the 2000 Census disability questions may be sufficiently valid for planning purposes. However, additional research with more representative samples of older adults is needed.

2000 Census Disability Items. – The 2000 Census contained the following disability items:

(St. Louis Country, Missouri = 6,6 % who are over age 65)

- „Because of a physical, mental, or emotional condition lasting six months or more, does this person have any difficulty dressing, bathing, or getting around inside the home?“ (ADL)
- „Does this person have a condition that substantially limits one or more basic physical activities such as walking, climbing stairs, reaching, lifting, or carrying?“ (IADL)
- „Because of a physical, mental or emotional condition lasting six month or more, does this person have difficulty going outside the home alone to shop or visit a doctor´s office?“ (IADL)

n = 4,508 > 65 a
St. Louis Country, Missouri
living at home

Percentage of Mailed Survey, Difficult on Each Task

Task	Percentage
Activity of Daily Living	
Bathing/showering	6,1
Dressing	3,9
Eating	1,9
Getting in and out of Bed or chair	5,2
Using the toilet	3,3
Instrumental Activity of Daily Living	
Walking	13,0
Getting outside	6,6
Preparing meals	7,6
Shopping for personal items	9,0
Managing money	5,5
Using the telephone	4,2
Doing light housework	7,8
Doing heavy house cleaning	28,2

The study did not include a standard measure of cognitive function

Study Limitations

- The generalizability of the results of this study are limited by a number of factors. First, our sample only included registered voters, primarily Caucasian, from one urban county of the Midwest.
- Only about a third of the sample returned our mail questionnaire. Thus, our results may not generalize to other samples, particularly minority elders, frail elders, and those older adults who may be less conscientious in returning surveys.
- The phone sample may have underrepresented older adults with hearing problems and more frail elders who are less likely to answer the phone. In addition, the most active older adults may also have been underrepresented in our phone sample because they were less likely to be at home when called.
- The results of our study might have been somewhat different if we had chosen a different criterion measure of disability.

The elderly mentally handicapped in hospital: a clinical study

K. A. DAY

Departement of Psychiatry, Northgate Hospital, Morpeth,
Northumberland, England

Lebenserwartung

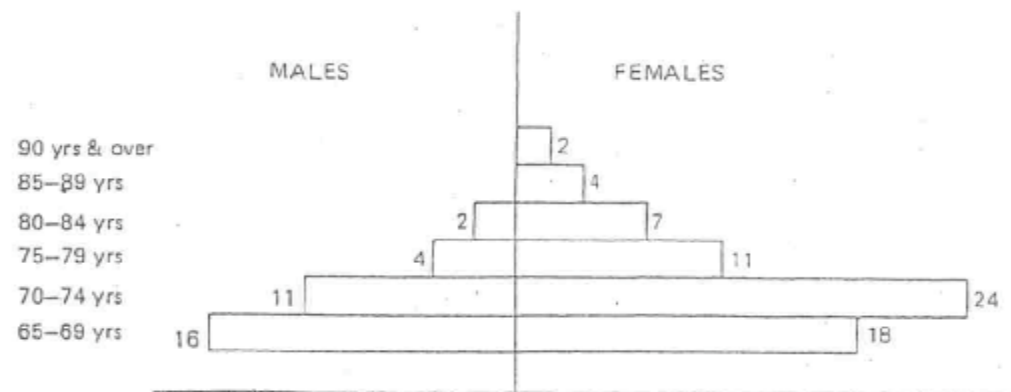
	?	?
1930	22 a	14,9 a
1980	59,8 a	58,3 a

According to Department of Health and Social Security (DHSS) statistics there were 6600 mentally handicapped people aged 65 years and over resident in mental handicap hospitals in England 1981.

In contrast to the elderly in the general population who have been much studied, attention has only recently focussed on the elderly mentally handicapped and there is comparatively little information on their characteristics and service needs.

Beispiel: Northgate Hospital

17 % (99 Pat.) der 585 Langzeitpat. waren = 65 a



Age, sex and severity of mental handicap

	65-69 years (n = 34)	70-74 years (n = 35)	75 years and Over (n = 30)	Males (n = 33)	Females (n = 66)	Total
Severe	12 (35 %)	12 (34 %)	10 (33 %)	13 (39 %)	21 (32 %)	34 (34 %)
Moderate	11 (32 %)	6 (17 %)	8 (27 %)	7 (21 %)	18 (27 %)	25 (25 %)
Mild	10 (29 %)	16 (45 %)	10 (33 %)	13 (39 %)	23 (35 %)	36 (36 %)
Borderline	1 (3 %)	1 (2 %)	2 (6 %)	0	4 (6 %)	4 (4 %)

Major medical and surgical problems by age and IQ

	Age Groups			Degree mental handicap			Total
	65 –69 years (n = 34)	70-74 years (n = 35)	75 years (n = 30)	Severe (n = 34)	Moderate (n = 25)	Mild/borderline (n = 40)	
Mobility problems	7 (21 %)	11 (31 %)	17 (57 %)**	9 (26 %)	10 (40 %)	15 (38 %)	34 (34 %)
Fractures	0	3 (8 %)	8 (27 %)**	3 (9 %)	3 (12 %)	6 (15 %)	12 (12 %)
Visual impairment	6 (18 %)	6 (17 %)	11 (37 %)*	6 (18 %)	4 (16 %)	14 (35 %)	24 (24 %)
Hearing impairment	4 (12 %)	6 (17 %)	11 (37 %)	5 (15 %)	3 (12 %)	14 (35 %)	22 (22 %)
Incontinence	4 (12 %)	5 (14 %)	3 (10 %)	4 (12 %)	4 (16 %)	4 (10 %)	12 (12 %)
Cardiorespiratory	2 (6 %)	12 (34 %)	10 (33 %)	8 (24 %)	8 (32 %)	6 (15 %)	24 (24 %)

** P< 0.01

*P<0.05

Duration of hospital care

Duration of hospital care ranged from 3 years to 64 years. Thirty per cent had been in hospital for over 40 years and 74 % for over 30 years, some from childhood. Two distinct groups could be distinguished, the vast majority (94 %) who had been in hospital for more than 10 years and a small group (6 %) admitted during the previous 10 years following the death of the primary caring relative.

Family contact

Forty-five per cent had had some contact with relatives during the previous year.

CONCLUSION

The elderly mentally handicapped pose an increasing challenge to service providers. More research is needed about their characteristics and service needs to inform future service developments.

DOWN'S SYNDROME

The life expectancy of Down's individuals has increased spectacularly over the past 50 years with over 40 % of live-born Down's infants now surviving to age 60 years (Baird & Sadovnik 1988).

Unfortunately, increased longevity has exposed a predisposition to premature ageing and dementia. There are excellent reviews of the topic by Oliver & Holland (1986), Dalton & Wisniewski (1990), Rabe et al. (1990) and Wisniewski (1994).

The need for assessment of sensory functioning in ageing people with mental handicap

H.M.J. VAN SCHROJENSTEIN LANTMANN-DE VALK,¹
M.J. HAVEMAN,² M.A. MAASKANT,² A.G.H. KESSELS,¹
H.F.J. URLINGS¹ & F. STURMANS²

¹Pepijn Centre, Echt and ²Departement of Epidemiology, University Limburg,
Maastricht, the Netherlands

Visual capabilities in people with Down´s syndrome (DS +; n = 307) and people with other causes of mental handicap (DS-; n = 1117) in relation to age

Visual capabilities (%)								
								Total
	Age (Years)	Normal	Normal with Glasses	Moderate	Blind	Degenerative %		Abs.N
DS+	0-19	55.6	33.3	11.1	0.0	0.0	100	45
	20-39	43.1	32.1	20.2	1.8	2.8	100	109
	40-49	44.4	28.6	23.8	1.6	1.6	100	63
	50-59	36.5	17.5	38.1	6.3	1.6	100	63
	60+	11.1	3.7	51.9	22.2	11.1	100	27
	Total		41.0	26.1	26.1	4.2	2.6	100
DS-	0-19	76.0	8.3	5.2	8.3	2.1	100	96
	20-39	64.3	27.1	4.5	3.9	0.3	100	336
	40-49	50.0	37.7	9.2	2.3	0.8	100	130
	50-59	49.8	37.0	10.8	1.3	1.0	100	305
	60+	40.0	40.8	14.0	3.6	1.6	100	250
	Total		54.3	32.5	9.0	3.3	1.0	100

Cataracts and severe refractive errors were reported as the most frequent cases of visual impairment

Age-related prevalence of cataracts (%) in relation to age in people with Down's syndrom (DS+) (n = 307) and people with other causes of mental handicaps (DS-) (n = 1110)

C a t a r a c t s			
Age (years)	DS+	DS-	Two-tailed P-value*
0-19	0.0	0.0	1.0
20-39	8.3	2.7	0.02
40-49	12.7	2.3	0.006
50-59	15.9	2.3	<0.00001
60+	63.0	9.6	<0.00001
Total	14.3	3.9	

*Test for the difference in proportions, tested with Fisher's exact test.

Auditory impairment

A higher percentage of auditory impairment was found in adults with DS than in other adults

Auditory capabilities and severity in people with Down's syndrome (DS+; n=307) and people with other causes of mental handicap (DS-; n=1121) in relation to age

		Auditory capabilities (%)					Total	
	Age Years	Normal	Normal with Aid	Moderate	Deaf	Not Testable	%	Abs.N
DS+	0-19	84.4	6.7	8.9	0.0	0.0	100	45
	20-39	90.8	1.8	4.6	0.9	1.8	100	109
	40-49	79.4	3.2	11.1	4.8	1.6	100	63
	50-59	66.7	4.8	14.3	9.5	4.8	100	63
	60 +	51.9	3.7	22.2	22.2	0.0	100	27
	Total	79.2	3.6	10.1	5.2	2.0	100	307
DS-	0-19	93.8	0.0	0.0	0.0	6.3	100	96
	20-39	91.4	1.8	3.0	3.0	0.9	100	338
	40-49	92.3	1.5	3.1	2.3	0.8	100	130
	50-59	89.5	2.6	4.9	2.0	1.0	100	306
	60 +	79.3	4.8	11.2	3.2	1.6	100	251
	Total	88.5	2.5	5.1	2.4	1.5	100	1121

DISCUSSION

The prevalence of both visual and auditory impairments appeared to be three to four times higher in elderly people with DS.

Adäquate Lebensführung der Behinderten

Die Verbesserung der modernen Medizin hat sehr viel höhere Überlebenschancen und damit auch die Sorge für behinderte Menschen als neue Aufgabe geschaffen.

Funktionsstörungen beziehen sich auf Orientierung, Selbstfürsorge. Teilhabe am Leben in der Familie und der größeren sozialen Gruppierung, ausreichende Möglichkeiten der Kommunikation, der Mobilität und der Gestaltung des Bewegungsraumes auch in den Freizeitaktivitäten. Die Verfügbarkeit über Lern- und Leistungsfähigkeit, die allgemeine Problembewältigung und die Verhaltens- und Entscheidungsfreiheit stecken den Raum ab, den wir vom funktionellen Bereich hier einbeziehen und für die soziale Wirklichkeit bereit halten zu müssen.

K. A. Jochheim

WMW 2/3/1987

Verminderung von Stigma und Diskriminierung von älteren Menschen mit Behinderung

Definitionen:

- **Stigma** ist das Ergebnis eines Prozesses, durch den bestimmten Menschen oder Gruppen ungerechtfertigt Schande vorgeworfen wird und durch den sie ausgeschlossen bzw. diskriminiert werden.
- **Diskriminierung** bedeutet jegliche Unterscheidung, Ausgrenzung oder Bevorzugung, die den Verlust oder die Beeinträchtigung gleicher Rechte zur Folge hat.

Adopted by the UN General Assembly resolution 46/119, Dec. 1991

Ursachen und Konsequenzen der Stigmatisierung älterer Menschen mit Behinderung

- **Ursachen:**

Ignoranz bzw. falschen Annahmen bezüglich des höheren Lebensalters, bezüglich vorkommender Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten

Angst vor dem Unbekannten, vor der Belastung durch eine Versorgungsverpflichtung und vor dem eigenen Altern

Streben nach sozialer Konformität und Sicherheit und daraus resultierend zur Unterdrückung jeglicher Abweichung

Kulturelle Faktoren, wie beispielsweise unterschiedliche Vorstellungen über den Wert älterer Mitglieder der Gesellschaft

Das tatsächliche oder vermutete Fehlen adäquater Präventions- und Behandlungsmaßnahmen

2) Konsequenzen:

Zu Altersdiskriminierung, einem Vorurteil, das die verbreitete Vorstellung beinhaltet, ältere Menschen seien schwach, krank, eigenartig, unflexibel, unproduktiv, etc.

Zu der Entwicklung von Tabu-Themen, die in der Öffentlichkeit nicht diskutiert werden (Sexualität, Inkontinenz, Demenz)

Zu der Entwicklung irreführender Pauschalierungen ältere und behinderte Menschen betreffend, die durch die Medien häufig gefördert und verstärkt werden

Zu der alarmierenden Einstellung von sogenannten Experten und Allgemeinbevölkerung betreffend Erfordernisse, Belastungen und Kosten der Versorgung

Zu der negativen Grundhaltung gegenüber Berufsgruppen und Einrichtungen, die ältere Menschen (mit Behinderungen) versorgen

Diese STIGMATISIERUNG älterer Menschen führt zur DISKRIMINIERUNG unter folgenden Aspekten:

- Schlechte Behandlung und Versorgung (Zugang, Verfügbarkeit)
- Marginalisierung innerhalb der Versorgungssysteme
- Auslagerung aus dem Gesundheitssystem
- Niedriger Status von professionellen Mitarbeitern und Versorgungseinrichtungen
- Schwierigkeiten Personal zu rekrutieren und es zu halten
- Inadäquate Finanzierung auf nationaler und lokaler Ebene
- Missbrauch, Vernachlässigung
- Unnötige Institutionalisierungen
- Ausschluss aus der Forschung und folglich fehlendes Wissen, um Politik und praktisch Tätige ausreichend zu informieren
- Entwürdigende sprachliche Ausdrücke

Aktionen gegen Stigma und Diskriminierung

Sicherzustellen, dass adäquate Versorgungsangebote im Gesundheits- und Sozialbereich verfügbar sind, die die Bedürfnisse älterer Menschen und derer, die sie versorgen, abdecken

Die Gesundheit älterer Menschen zu einem öffentlichen Thema zu machen
– Gesundheit ist im höheren Lebensalter ebenso wichtig wie im jüngeren

Ein größeres Verständnis und mehr Akzeptanz für ältere Menschen mit Behinderungen zu fördern und ein unterstützendes Umfeld zu schaffen

Zu mehr Forschung auf dem Gebiet wirksamer Behandlungsverfahren und der Pflege älterer Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen zu ermutigen.

Effektive Planung bezüglich der zu erwartenden demographischen Veränderungen

Wer ist alt?

Alt ist: wer nicht mehr

- beruflich tätig ist
- Geld verdient
- Ämter ausübt
- zu seiner sozialen Umwelt eine Rolle inne hat

Wer ist behindert?

„Behindert ist wer behindert wird“