

Gesundheit älterer Menschen in Österreich 2025

Gesundheitsbericht



Impressum

Medieninhaber, Verleger und Herausgeber:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK), Stubenring 1, 1010 Wien

Redaktion: Sandra Ecker-Shibamori, Petra Winkler, Sylvia Gaiswinkler, Jennifer Delcour, Paulina Wosko

Gesamtumsetzung: BMASGPK

Druck: BMASGPK

Copyright Titelblatt: iStock.com/gradyreese

Wien, 2026. Stand: 4. Februar 2026

ISBN-Nr.: 978-3-85010-744-0

Copyright und Haftung:

Auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des Bundesministeriums und der Autorin / des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin / des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Ecker-Shibamori, Sandra; Winkler, Petra; Gaiswinkler, Sylvia; Delcour, Jennifer; Wosko, Paulina (2025): Gesundheit älterer Menschen in Österreich. Gesundheitsbericht. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) (Hg.), Wien.

Diese und weitere Publikationen sind kostenlos über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter www.sozialministerium.gv.at/broschuerenservice sowie unter der Telefonnummer 01 711 00-86 25 25 zu beziehen.

Vorwort



Bundesministerin
Korinna Schumann
© Stefan Joham

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich freue mich, dass Sie den zweiten Gesundheitsbericht zu „Älteren Menschen in Österreich“ vor sich haben. Seit dem letzten Bericht hat sich vieles getan.

Unsere Gesellschaft steht vor einem tiefgreifenden demografischen Wandel. Nie zuvor waren so viele Menschen über 65 – und nie zuvor war es so wichtig, Gesundheit im Alter nicht als Randthema, sondern als zentrale gesellschaftliche Aufgabe zu begreifen.

Mit dem Alter verändern sich nicht nur die körperlichen Bedürfnisse, sondern auch die Anforderungen an medizinische Versorgung, Gesundheitsförderung, Prävention und Lebensqualität. Dieser Gesundheitsbericht widmet sich der Gesundheit im Alter mit dem Ziel, zentrale Einflussfaktoren sichtbar zu machen, bestehende Versorgungsstrukturen zu analysieren und auf dieser Basis konkrete Empfehlungen für zukünftige Maßnahmen zu formulieren. Vorrangig richtet sich der Bericht an politische Entscheidungsträger:innen, relevante Stakeholder:innen sowie alle Mitwirkenden im Gesundheitswesen, Betroffenen und Angehörigen.

Gesundheit im Alter ist kein Zustand, sondern ein dynamischer Prozess, der körperliche, psychische und soziale Aspekte umfasst. Eine ganzheitliche Betrachtung ist daher unerlässlich – und genau diese Perspektive möchten wir in den folgenden Kapiteln aufzeigen. Dieser Gesundheitsbericht soll dazu beitragen, dass wir in Österreich nicht nur älter, sondern auch gesünder alt werden. Er beleuchtet die gesundheitlichen Herausforderungen älterer Menschen im Kontext eines sich wandelnden Gesundheitssystems, sozialer Ungleichheit und einer immer älter werdenden Gesellschaft. Er zeigt auf, wo wir stehen – und was wir tun können, um ein Altern in Würde, Autonomie und Gesundheit zu ermöglichen.

Ich danke allen Mitwirkenden, die mit ihrem Fachwissen, ihrer Erfahrung und ihrem Engagement zum Entstehen dieses Berichts beigetragen haben.

Korinna Schumann
Bundesministerin

Kurzfassung

Hintergrund

Gesundheitsberichte stellen eine Grundlage für gesundheitspolitisches Handeln dar, weil darin der Gesundheitszustand der Bevölkerung, relevante Einflussfaktoren und die Versorgungssituation auf Basis aktueller Daten systematisch dargestellt und analysiert werden. Ziel ist es, auf Basis der daraus resultierenden Erkenntnisse Maßnahmenempfehlungen zur Förderung der Gesundheit und zur Verbesserung der Versorgung zu entwickeln. Der vorliegende Gesundheitsbericht widmet sich der Gesundheit der älteren Bevölkerung in Österreich (65 Jahre und älter). Laut Prognosen wird bis 2040 etwa ein Viertel der österreichischen Bevölkerung über 65 Jahre alt sein. Vor dem Hintergrund einer steigenden Lebenserwartung gewinnt diese Bevölkerungsgruppe zunehmend an gesellschaftlichem und gesundheitspolitischem Gewicht. Die höhere Lebenserwartung eröffnet neue Möglichkeiten der Teilhabe und des Engagements im Alter. Gleichzeitig steigt mit dem Alter die Wahrscheinlichkeit, von chronischen Erkrankungen, funktionalen Einschränkungen und Pflegebedarf betroffen zu sein. Um diesen Herausforderungen zu begegnen und die Potenziale des Alters voll entfalten zu können, ist ein ganzheitlicher Blick auf Gesundheit erforderlich. Vorliegender Bericht betrachtet Gesundheit somit im Zusammenspiel von Verhältnissen, individuellen Verhaltensweisen, der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung.

Methoden

Der Gesundheitsbericht stützt sich auf eine Sekundärdatenanalyse, vor allem von Routinestatistiken aus dem Gesundheitsbereich, die unter anderem die Analyse der Ergebnisse von nationalen Gesundheitsbefragungen, Registerdaten und Einzelstudien miteinander kombiniert. Ergänzt wird die Analyse quantitativer Daten durch qualitative Einschätzungen von Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis sowie durch die Auswertung von in Fokusgruppen mit älteren Menschen erhobenen qualitativen Daten. Dieser Ansatz wurde gewählt, um ein möglichst differenziertes Bild der gesundheitlichen Lage der älteren Menschen in Österreich zu zeichnen und daraus konkrete Handlungsbedarfe ableiten zu können.

Ergebnisse

Der **Gesundheitszustand** älterer Menschen wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Auf der **Verhältnisebene** spielen sozioökonomische Faktoren wie Bildung, Einkommen, soziale Teilhabe und Migrationshintergrund eine zentrale Rolle. Bildung und Einkommen beeinflussen Lebenserwartung und die Anzahl gesunder Lebensjahre maßgeblich. Geringe formale Bildung, die oftmals mit niedrigem Einkommen einhergeht, erhöht wiederum das Risiko für chronische Erkrankungen, funktionale Einschränkungen und Pflegebedarf. Soziale Beziehungen wirken protektiv, während Einsamkeit Morbidität und Mortalität steigert. Auf der **Verhaltensebene** sind u. a. Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Alkoholkonsum oder Rauchen wesentliche Risikofaktoren. Nur ein kleiner Teil der älteren Bevölkerung erfüllt die Bewegungsempfehlungen oder ernährt sich gesund. Männer zeigen häufiger Risikoverhalten, etwa durch erhöhten Alkohol- und Nikotinkonsum; zugleich steigt die Quote rauchender älterer Frauen, was zu einer steigenden Lungenkrebsinzidenz führt.

70 Prozent der ab 65-Jährigen leiden an mehreren **chronischen Erkrankungen / Gesundheitsproblemen**, die oftmals verhinderbar wären, allen voran Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Arthritis sowie Demenz. Depressionen betreffen rund 7 Prozent der ab 65-Jährigen, wobei mit steigendem Alter die Rate zunimmt, ebenso das Suizidrisiko, das bei älteren Männern besonders hoch ist. Die fernere **Lebenserwartung** beträgt mit 65 Jahren 18,4 Jahre für Männer und 21,6 Jahre für Frauen, doch nur etwa die Hälfte davon wird in guter Gesundheit verbracht. Frauen leben zwar länger als Männer, verbringen jedoch im Verhältnis mehr Jahre in schlechter Gesundheit. Frauen sind außerdem stärker von Altersarmut betroffen, dies wirkt sich wiederum negativ auf ihre Gesundheit aus. Regional zeigen sich Unterschiede im Gesundheitszustand älterer Menschen: Westliche Bundesländer weisen eine höhere Lebenserwartung auf, verzeichnen aber auch zunehmend negative Trends wie steigende Raten von Lungenkrebs und Diabetes.

Gesundheitsförderung ist ein zentrales Handlungsfeld für gesundes Altern. Viele Erkrankungen wie Demenz, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Depression können durch Gesundheitsförderungsmaßnahmen vermieden oder verzögert werden; auch der Krankheitsverlauf kann positiv beeinflusst werden. Maßnahmen zielen insbesondere auf die Förderung sozialer Teilhabe ab, um Einsamkeit zu vermeiden, was sich positiv auf die Gesundheit auswirkt. Die Förderung **positiver Altersbilder** hilft, Altersdiskriminierung zu vermindern und Selbstwirksamkeit, Motivation sowie gesellschaftliche Teilhabe zu fördern. Negative Stereotype hingegen führen zu Marginalisierung, Rückzug, verringerter Teilhabe, Einsamkeit und gesundheitlichen Risiken. Die Förderung von gesunder Bewegung und Ernährung im Alter sind weitere wichtige Handlungsfelder der Gesundheitsförderung.

Die medizinische, pflegerische und therapeutische **Versorgung** älterer Menschen ist komplex und oftmals fragmentiert. Von zentraler Bedeutung sind integrierte, interprofessionelle Versorgungsmodelle, die reibungslose Übergänge zwischen Versorgungsebenen sicherstellen und insbesondere die Förderung der funktionalen Gesundheit und somit die Selbstbestimmung als Ziel haben. Die Rolle informeller Pflege durch Angehörige ist zentral, jedoch mit hohen Belastungen verbunden.

Schlussfolgerungen

Die Gesundheit älterer Menschen in Österreich wird maßgeblich durch ein komplexes Zusammenspiel vieler Faktoren bestimmt. Die **steigende Lebenserwartung** geht mit einer hohen Krankheitslast und funktionalen Einschränkungen einher. Besonders deutlich zeigt sich der Einfluss **sozioökonomischer Ungleichheiten**. So sind etwa Bildung und Einkommen entscheidend für die Anzahl gesunder Lebensjahre.

Gesundheitsförderung im Alter leistet einen Beitrag zur Gestaltung altersfreundlicher Lebenswelten und sozialer Teilhabe und zum Abbau negativer Altersbilder. Sie adressiert etwa gesundheitsförderliches Verhalten wie die Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung und wirkt durch Förderung der sozialen Teilhabe Einsamkeit und deren gesundheitlichen Folgen entgegen. **Positive Altersbilder** sind ein Schlüssel zur Stärkung von Selbstwirksamkeit und zur Reduktion von Diskriminierung.

Integrierte, multiprofessionelle Versorgungssysteme sowie gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen mit dem Ziel, Wohlbefinden und die funktionale Gesundheit zu erhalten und zu fördern, sind wesentlich, um die Anzahl der gesunden Lebensjahre zu erhöhen. Bei der Entwicklung von Maßnahmen und Angeboten sollten Einflussfaktoren wie Bildung, Einkommen, Migrationshintergrund oder Geschlecht systematisch berücksichtigt werden.

Wesentlich sind **Versorgungsmodelle**, die medizinische, pflegerische, therapeutische und soziale Leistungen bündeln und eine nahtlose Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen sicherstellen. Dabei spielen insbesondere mobile und aufsuchende Dienste eine zentrale Rolle, um Menschen mit Pflegebedarf ein Leben im gewohnten Umfeld zu ermöglichen. Die Langzeitpflege muss als dynamischer Prozess verstanden und personell gestärkt werden.

Schlüsselwörter

Gesundheitsbericht, Alter, ältere Bevölkerung, gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Inhalt

Vorwort	3
Kurzfassung	4
1 Einleitung	10
1.1 Hintergrund.....	10
1.2 Ziele.....	12
1.3 Aufbau des Berichts	12
1.4 Datengrundlage und Datenqualität.....	13
1.5 Methodik.....	16
2 Demografie	20
3 Verhältnisbezogene Determinanten	22
3.1 Materielle Lebensbedingungen	22
3.1.1 Ökonomische Bedingungen	22
3.1.2 Wohnsituation und Lebensumfeld	25
3.2 Soziale Beziehungen	29
3.3 Erwerbstätigkeit und Freiwilligenarbeit	32
3.4 Altersbilder und Altersdiskriminierung (Ageismus).....	35
3.5 Ausgewählte Themen	38
3.5.1 Gewalt.....	38
3.5.2 Digitalisierung	39
3.5.3 Migrationshintergrund	42
4 Verhaltensbezogene Determinanten und individuelle Gesundheitsdeterminanten....	45
4.1 Gesundheitskompetenz.....	45
4.2 Lebensqualität und Lebenszufriedenheit	48
4.3 Bewegung und Mobilität	50
4.4 Ernährung	54
4.5 Gewichtsstatus.....	56
4.6 Mund- und Zahngesundheit	59
4.7 Suchtrelevante Verhaltensweisen	60
4.8 Vorsorge und Impfungen.....	64
4.9 Sexualität	68
5 Gesundheitszustand	71
5.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit	71
5.1.1 Lebenserwartung.....	71
5.1.2 Sterblichkeit	77

5.2	Selbsteingeschätzte Gesundheit.....	79
5.3	Geriatrische Syndrome	81
5.4	Funktionale Gesundheit.....	89
5.4.1	Funktionale Fähigkeiten.....	89
5.4.2	Einschränkungen im Alltag	95
5.4.3	Unterstützungs- und Pflegebedarf	99
5.4.4	Pflegegeldbezieher:innen	100
5.5	Multimorbidität	102
5.6	Somatische Erkrankungen	104
5.6.1	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	110
5.6.2	Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates	119
5.6.3	Krebs	123
5.6.4	Diabetes mellitus	130
5.6.5	Nierenerkrankungen	136
5.6.6	Infektionserkrankungen.....	140
5.7	Gerontopsychiatrische Erkrankungen	145
5.7.1	Depression	147
5.7.2	Demenz	154
6	Versorgung und Inanspruchnahme	157
6.1	Ambulanter Bereich.....	159
6.2	Akutstationärer Bereich.....	164
6.3	Akutgeriatrie/Remobilisation und Remobilisation/Nachsorge	170
6.4	Rehabilitation.....	177
6.5	Langzeitpflege	183
6.5.1	Formelle Betreuung und Pflege	183
6.5.2	Informelle Betreuung durch pflegende Angehörige.....	189
6.6	Hospiz und Palliativversorgung.....	193
	Sterbeverfügung.....	197
6.7	Integrierte Versorgung	199
7	Gesundheitsförderung.....	202
7.1	Strategien und Initiativen	203
7.1.1	International	203
7.1.2	Österreich	204
7.2	Zielgruppenrelevante Settings und Gesundheitsförderungsangebote in Österreich	207
7.2.1	Kommune.....	208
7.2.2	Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens	211
8	Maßnahmenempfehlungen	216

8.1 System allgemein.....	216
8.2 Ambulante Versorgung.....	219
8.3 Stationäre Akutversorgung.....	220
8.4 Akutgeriatrie/Remobilisation sowie Remobilisation/Nachsorge.....	220
8.5 Rehabilitation.....	220
8.6 Hospiz und Palliativversorgung.....	221
8.7 Langzeitpflege.....	221
8.8 Gesundheitsförderung.....	223
9 Resümee	224
Tabellenverzeichnis.....	227
Abbildungsverzeichnis.....	228
Literaturverzeichnis	235
Abkürzungen.....	251

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Die ältere Bevölkerung, im vorliegenden Bericht als Menschen ab 65 Jahren definiert, gewinnt angesichts der steigenden Lebenserwartung sowohl absolut als auch relativ zur Gesamtbevölkerung zunehmend an Bedeutung. Damit rückt sie auch gesundheitspolitisch und wirtschaftlich stärker in den Fokus. Diese Entwicklung wird sich in naher Zukunft noch mehr verstärken, da die geburtenstarken Jahrgänge der späten 1950er- und 1960er-Jahre, die sogenannte Baby-Boom-Generation, dann Teil der älteren und hochaltrigen Bevölkerung sein werden.

Die Zunahme der Lebenserwartung bietet der Bevölkerung die Perspektive, auch nach der Pensionierung noch lange am gesellschaftlichen Leben teilnehmen und in vielerlei Hinsicht Beiträge für ihre Familien und Gemeinschaften leisten zu können. Ältere Menschen bringen Erfahrung und Wissen mit. Viele nutzen ihre Zeit für Weiterbildung, Ehrenamt oder kreative Tätigkeiten (Wosko et al. 2024). Doch mit zunehmendem Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit für chronische Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität), Altersdemenz und Einschränkungen der Funktionsfähigkeit, wodurch Betroffene häufig auf Hilfe bei der Bewältigung von Alltagsaktivitäten angewiesen sind und ein hohes Risiko haben, dauerhaft Pflegebedarf zu haben (RKI 2019). Um die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben lange zu ermöglichen und Erkrankungen und Einschränkungen lange hinauszuzögern, braucht es einen fokussierten Blick auf die Gesundheit der älteren Generation.

Die WHO entwickelte das Konzept des „Active Ageing“ bzw. des „aktiven Alterns“, das „den Prozess der Optimierung der Möglichkeiten für Gesundheit, Teilhabe und Sicherheit, um die Lebensqualität im Alter zu verbessern“ (WHO 2002a), beschreibt. Im Rahmen der darauf aufbauenden UN-Dekade des gesunden und aktiven Alterns 2020–2030 (WHO 2022b) werden in globaler Zusammenarbeit Strategien in den vier Handlungsfeldern (1) Altersbilder, (2) altersfreundliche Lebensräume, (3) altersgerechte Versorgung und (4) Langzeitpflege für Ältere erarbeitet, um „das Leben älterer Menschen, ihrer Familien und der Gemeinschaften, in denen sie leben, zu verbessern“ (WHO 2022b). Dies ist mit den Sustainable Development Goals abgestimmt. Ein ähnliches Konzept ist das **gesunde Altern (Healthy Ageing)** (WHO 2021a), das laut WHO als der Prozess definiert ist, um die funktionale Fähigkeit zu entwi-

ckeln und aufrechtzuerhalten, die Wohlbefinden im Alter ermöglicht. Dieses Konzept betont die Bedeutung der intrinsischen Kapazität und des Lebensumfelds sowie der funktionalen Fähigkeiten für ein gesundes Altern:

- Die **intrinsische Kapazität** bezieht sich auf die Gesamtheit der körperlichen und geistigen Fähigkeiten, die eine Person zu einem bestimmten Zeitpunkt hat. Das **Lebensumfeld und die Verhältnisse** mit unterschiedlichen Ressourcen und Hindernissen wiederum bestimmen, ob eine Person ihre intrinsische Kapazität gut nutzen kann.
- Unter **funktionaler Fähigkeit** versteht man die physischen und mentalen Kapazitäten einer Person und die Art und Weise, wie sie mit ihrer Umwelt interagiert (WHO 2021a). Die funktionale Fähigkeit ergibt sich aus der Wechselwirkung zwischen der intrinsischen Kapazität und dem Lebensumfeld (WHO 2016b).

Ziel des **gesunden Alterns** ist es, Menschen dabei zu helfen, die intrinsische Kapazität und funktionale Fähigkeiten zu entwickeln und aufrechtzuerhalten, die Wohlbefinden im höheren Alter ermöglichen (WHO 2025b).

Vorliegender Bericht baut auf diesem Verständnis auf. Um Menschen ein aktives und gesundes Altern zu ermöglichen, sind verschiedene Ebenen zu beachten: die Verhältnisse, das Verhalten und die Gesundheits- und Krankenversorgung. Wahl/Gerstorf (2018) unterscheiden in Ihrem **CODA-Framework** (Context Dynamics in Aging) folgende fünf zentrale Lebensbereiche, die Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden im Alter nehmen und auch in vorliegendem Bericht vorrangig im Kapitel 3 zu den verhältnisbezogenen Determinanten bzw. im Kapitel 6 zur Versorgung behandelt werden:

- sozioökonomischer Kontext (siehe Kapitel 3.13 bzw. ATHIS-Datenauswertungen mit Bezug auf Bildung und Migrationshintergrund)
- sozialer Kontext (siehe Kapitel 3.2)
- physischer Kontext (z. B. Wohnumfeld, siehe Kapitel 3.1.2)
- Pflege-/Servicekontext (z. B. Verfügbarkeit von pflegerischen, medizinischen, sozialen Versorgungsangeboten, siehe Kapitel 6)
- technologischer Kontext (siehe Kapitel 3.5.2)

1.2 Ziele

Gesundheitsberichte geben Auskunft über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, über Determinanten der Gesundheit sowie über die gesundheitliche Versorgung und können zur Verbesserung der Gesundheit beitragen, indem sie im Idealfall eine Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen und Maßnahmen darstellen. Gesundheitsberichte stellen demnach eine relevante Phase im Sinne des Public Health Action Cycle (PHAC) dar – der PHAC ist ein idealtypisches Vier-Phasen-Modell¹, das zur theoretischen Analyse sowie zur Planung, Umsetzung und Bewertung von Gesundheitsinterventionen eingesetzt wird (Hartung/Rosenbrock 2022). Ergebnisse von Gesundheitsberichten betreffen dabei alle Bereiche des Gesundheitssystems von der Gesundheitsförderung über die Prävention bis zur Krankenversorgung und Rehabilitation. Wenn mehrere Bereiche des Gesundheitswesens von Beginn an in die Gesundheitsberichterstattung eingebunden sind und an der Ableitung von Handlungsbedarfen beteiligt werden, erhöhen sich die Chancen, dass Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung tatsächlich handlungsleitend werden. Deshalb wurde der vorliegende Gesundheitsbericht auch abteilungsübergreifend von drei Abteilungen (VI/A/1, VII/A/3 und VII/A/4) des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) beauftragt.

1.3 Aufbau des Berichts

Ziel ist, Gesundheit und Einflussfaktoren darauf auf der Makro- zur Mikroebene darzustellen: Nach einer demografischen Einordnung (Kapitel 2) werden zunächst ausgewählte Determinanten auf der Verhältnisebene (Kapitel 3) analysiert, um im nächsten Schritt die daraus resultierende Verhaltensebene (Kapitel 4) abzubilden. Anschließend werden die gesundheitliche Situation, die Lebenserwartung und die Gesamtsterblichkeit der Bevölkerung in Österreich ab 65 Jahren abgebildet (Kapitel 5). Diese gesundheitliche Situation ist wesentlich durch Lebensverhältnisse und Gesundheitsverhalten geprägt. Darauf folgen Analy-

¹ Der PHAC umfasst nach Hartung/Rosenbrock (2022) vier Phasen:

1. „*Problembestimmung*: Definition und Bestimmung des zu bearbeitenden Problems
2. *Strategieformulierung*: Konzipierung und Festlegung einer zur Problembearbeitung geeignet erscheinenden Strategie und daran anschließender Ziele und Maßnahmen
3. *Umsetzung*: Durchführung der definierten Maßnahmen
4. *Bewertung*: Prüfung der Ergebnisse und erzielten Wirkungen“

sen der Versorgungsstrukturen in Österreich (Kapitel 6), die bei Erkrankungen oder funktionalen Einschränkungen zum Tragen kommen. Abschließend werden Strategien, Programme und Projekte der Gesundheitsförderung vorgestellt, die darauf abzielen, die gesundheitsbezogenen Verhältnisse und Verhaltensweisen der älteren Bevölkerung zu verbessern (Kapitel 7). Anschließend werden Maßnahmenempfehlungen im Sinne einer guten Versorgung der älteren Bevölkerung zusammengefasst (Kapitel 8).

1.4 Datengrundlage und Datenqualität

Folgende Datenquellen sind für den vorliegenden Gesundheitsbericht zentral:

Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD)

In der DLD der österreichischen Krankenanstalten werden bei stationären Aufenthalten neben Alter, Geschlecht und Wohnort auch Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10) und medizinische Leistungen erfasst. Die Daten sind in Bezug auf Inzidenz oder Prävalenz nur für Erkrankungen aussagekräftig, die eine stationäre Behandlung erfordern. Für Erkrankungen wie etwa Demenz eignen sie sich vor allem zur Darstellung von Alters-, Geschlechtsunterschieden und zeitlichen Entwicklungen.

Krebsstatistik

Die Krebsstatistik der Statistik Austria bildet die Grundlage für die Berechnung der Krebsinzidenz (ICD-10: C00–C96 ohne C44). Erfasst werden alle Neuerkrankungen von Personen mit Wohnsitz in Österreich, die entweder hier behandelt wurden oder ursächlich an Krebs verstorben sind (maligne invasive Fälle und DCO-Fälle). Diese Daten werden nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Tumorlokalisation erfasst. Ein Abgleich mit der Todesursachenstatistik verbessert die Datenqualität, führt jedoch dazu, dass die Krebsstatistik regelmäßig rückwirkend revidiert wird. Im Bericht werden die häufigsten sowie präventionsrelevanten Krebslokalisationen dargestellt (vgl. Kapitel 5.6.3). Daten lagen zum Zeitpunkt der Berichtserstellung bis ins Jahr 2023 vor.

Pflegegeldstatistik

Die österreichische Pflegegeldstatistik wird von den SV-Trägern administriert, vom DVSV zur Verfügung gestellt und erfasst die Anzahl der Pflegegeldbezieher:innen sowie die Ausgaben für Pflegegeld. Das Pflegegeld ist eine zweckgebundene Leistung zur pauschalen Abdeckung pflegebedingter Mehraufwendungen und wird nach dem monatlichen Ausmaß des Pflegebedarfs in sieben Stufen zuerkannt.

Pflegedienstleistungsstatistik

Die Pflegedienstleistungsstatistik wird von der Statistik Austria auf Basis der Angaben der Bundesländer erstellt und erfasst Pflegedienstleistungsbereiche (z. B. Wohn- und Pflegeplätze bei stationären Betreuungs- und Pflegediensten, Ausgaben für Betreuungs- und Pflegedienste etc.) der Länder und Gemeinden, soweit ihre (Mit-)Finanzierung aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung oder sonstigen öffentlichen Mitteln erfolgt. Zur Gänze privat finanzierte Angebote sind in den Daten nicht erfasst.

Todesursachenstatistik

In der Todesursachenstatistik werden alle Todesfälle von Personen mit Wohnsitz in Österreich, seit 2009 auch im Ausland Verstorbene, erfasst. Sie basiert auf einer medizinisch dokumentierten Vollerhebung, die unter anderem nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Haupttodesursache stratifiziert ist, und bildet die Grundlage für die Berechnung von Mortalität und Lebenserwartung. Bei hochaltrigen, multimorbiden Personen wird häufig nicht genau nach der Todesursache geforscht, sondern eine Herz-Kreislauf-Erkrankung im Totenschein vermerkt, was zu einer Überschätzung dieser Todesursachen führt. Die sinkende Obduktionsrate kann laut Statistik Austria die Datenqualität beeinträchtigen (Griebler et al. 2023b).

European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)

EU-SILC² ist eine jährlich stattfindende Erhebung zu den Themen Einkommen, Wohnen, Bildung, Gesundheit und Zufriedenheit. Die Daten helfen, Armut sichtbar zu machen und das Haushaltseinkommen über die Jahre hinweg zu beobachten. Österreich nimmt seit 2003 an EU-SILC teil.

Panel Gesundheitsförderung

Im Rahmen des Panels Gesundheitsförderung³ werden Informationen zur psychosozialen Gesundheit der österreichischen Bevölkerung ab 16 Jahren sowie Daten zu spezifischen Themen der Gesundheitsförderung erhoben. Mit seiner vierteljährlichen Erhebungsfrequenz können Veränderungen zeitnah erfasst und die Auswirkungen der multiplen Krisen (COVID-19-Pandemie, Klimakrise, Kriege, Teuerung) sichtbar gemacht werden. Es handelt sich um eine repräsentative Wiederholungsbefragung. Die Stichprobengröße der ab 65-Jährigen liegt etwa bei 260 Personen.

Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS)

Die im Auftrag des BMASGPK alle fünf Jahre durchgeführte Gesundheitsbefragung (ATHIS)⁴ der Statistik Austria basiert auf der europäischen Erhebung (EHIS) mit nationalem Zusatzteil. Sie umfasst rund 15.000 Personen ab 15 Jahren, darunter etwa 4.000 ab 65-Jährige. Erhoben werden Gesundheitszustand, -verhalten, Inanspruchnahme von Leistungen und sozioökonomischer Hintergrund. Methodische Unterschiede zwischen den Erhebungen können die Ergebnisse beeinflussen (z. B. positivere Werte im Jahr 2014). ATHIS ist zentral für die Berechnung der Lebenserwartung in Gesundheit und die Analyse individueller sowie verhältnisbezogener Gesundheitsdeterminanten. Sie gilt als wichtigste Datenquelle zum Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Lage in Österreich.

² Siehe: <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions> [Zugriff am 24.09.2025]

³ Siehe: <https://oepgk.at/schwerpunkte/messung-der-gesundheitskompetenz/panel-gesundheitsfoerderung/> [Zugriff am 24.09.2025]

⁴ Siehe: [https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsberichte/%C3%96sterreichische-Gesundheitsbefragung-2014-\(ATHIS\).html](https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsberichte/%C3%96sterreichische-Gesundheitsbefragung-2014-(ATHIS).html) [Zugriff am 24.09.2025]

Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie (ÖIHS)

Die ÖIHS⁵ wird seit 2013 regelmäßig von der Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA) durchgeführt. Sie untersucht die Lebens-, Gesundheits- und Betreuungssituation von Menschen ab 80 Jahren, die sowohl in Privathaushalten als auch in Alten- und Pflegeheimen leben, in Österreich.

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)

Der SHARE⁶-Datensatz ist das Produkt einer europaweit koordinierten Längsschnittstudie, im Rahmen derer Menschen über 50 Jahre zu Themen wie Lebensgewohnheiten, körperlichem und geistigem Wohlbefinden sowie finanziellen und familiären Hintergründen befragt werden. Die Befragungen fanden in der Vergangenheit etwa alle zwei Jahre statt, wobei die erste Welle 2004 und die neunte und bisher letzte Welle im Jahr 2021/22 stattgefunden hat. Österreich war durchgehend daran beteiligt.

1.5 Methodik

Betrachtet wird in vorliegendem Bericht die Bevölkerung ab 65 Jahren. Wenn es die Datensituation erlaubt, werden drei Altersgruppen unterschieden:

- 65- bis 74-Jährige,
- 75- bis 84-Jährige und
- über 84-Jährige.

Dargestellt werden die Parameter Altersgruppen und Geschlecht. Differenziert wird darüber hinaus – sofern möglich und sinnvoll – nach Regionen, formalem Bildungsstatus und Migrationshintergrund. Der Gesundheitszustand wird auch im Zeitverlauf dargestellt. Dafür werden je nach Datenverfügbarkeit Zeitreihen über zehn Jahre (2015–2024) oder ab späteren Zeitpunkten (z. B. ATHIS-Befragungen 2014, 2019) herangezogen. Ergänzend wird auf den Gesundheitsbericht „Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich“ (Winkler et al. 2012) aus dem Jahr 2012 Bezug genommen.

⁵ Siehe: http://www.oepia.at/hochaltrigkeit/?page_id=17 [Zugriff am 24.09.2025]

⁶ Siehe: <https://share-eric.eu/> [Zugriff am 24.09.2025]

Neben der Sekundärdatenanalyse fanden im Mai 2025 zwei zweistündige Online-Gruppendiskussionen mit Expertinnen und Experten aus der Praxis sowie aus der Wissenschaft statt. Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgte in enger Abstimmung mit den Auftraggeberinnen und Auftraggebern sowie mit GÖG-Fachpersonen aus dem Bereich der Langzeitpflege, mit dem Ziel, ein möglichst breites Spektrum an Berufsgruppen und Fachrichtungen abzubilden, ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Ziel der Diskussionen war es, Handlungsbedarfe zu identifizieren, die über die reine Datenanalyse hinausgehen. Die Diskussion mit den Praktikerinnen und Praktikern orientierte sich an folgenden Leitfragen:

- Welche sind die drängendsten Probleme der älteren Bevölkerung im Hinblick auf Gesundheits- und Krankenversorgung?
- Wo bestehen Ansatzpunkte zur Verbesserung der aktuellen Situation?

An der Diskussion nahmen Vertreter:innen folgender acht Einrichtungen und Organisationen teil (alphabetisch gereiht):

- Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt
- Caritas, Angehörige & Demenz
- Psychosoziale Dienste Wien, Gerontopsychiatrisches Zentrum
- Gesundheitspflege Thalgau, Community Nurse
- IG 24 (Interessengemeinschaft 24-Stunden-Betreuung)
- ogsa (Österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit)
- PhysioAustria, Fachliches Netzwerk Geriatrie
- Allgemeinmedizinische Praxis Dr. Rosa Maria Ernst, Social Prescribing

In der Diskussion mit den wissenschaftlichen Expertinnen und Experten lag der Fokus auf der Versorgungsebene. Für jeden Versorgungsbereich wurde folgende Leitfrage diskutiert:

- Welche wesentlichen Handlungsbedarfe sehen Sie im Sinne der älteren Bevölkerung in dem jeweiligen Versorgungsbereich (ambulante und akutstationäre Versorgung, Akutgeriatrie und Rehabilitation, Langzeitpflege, Hospiz- und Palliativversorgung)?

Darüber hinaus sollten auch die dringendsten Handlungsbedarfe im Bereich der Gesundheitsförderung thematisiert werden. Da dies im Rahmen der Gruppendiskussion zeitlich nicht möglich war, wurde zu diesem Zweck ein separates, einstündiges Fachgespräch mit einer Expertin geführt.

An Diskussion und/oder Feedback beteiligten sich zehn wissenschaftliche Expertinnen und Experten (alphabetisch geordnet):

- Mag. (FH) Nina Fischer (ogsa; Wiener Pensionistenwohnhäuser)
- Dr. phil. Mag. Anna-Christina Kainradl, MA (Universität Graz, Zentrum für Interdisziplinäre Alterns- und Care-Forschung)
- Univ. Prof. Dr. Franz Kolland (Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften, Kompetenzzentrum Gerontologie und Gesundheitsforschung; ÖGGG)
- Univ.-Prof. Dr. Jana Nikitin (Universität Wien, Institut für Psychologie der Entwicklung und Bildung, Arbeitsbereich Psychologie des Alterns)
- Mag. pharm. Dr. phil. Petra Plunger, MPH (GÖG, Kompetenzzentrum Zukunft Gesundheitsförderung)
- Assoz. Prof. Mag. Mag. Dr. Elisabeth Reitingner (Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft)
- Mag. rer. nat. Christina Ristl (Universität Wien, Institut für Psychologie der Entwicklung und Bildung, Arbeitsbereich Psychologie des Alterns)
- Univ.-Prof. Dr. med. univ. Regina Roller-Wirnsberger (Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Forschungseinheit „Altersmedizin und lebenslange Gesundheit“; ÖGGG; ÖPIA)
- Dr. Georg Ruppe, MA (ÖPIA)
- Dr. phil. Verena Tatzer-Hanten, MSc (Fachhochschule Wiener Neustadt, Fakultät Gesundheit, Abteilung für Ergotherapie; ÖGGG)

Die zentralen Ergebnisse beider Diskussionsrunden wurden zusammengeführt und mit den Auftraggeberinnen und Auftraggebern und weiteren Vertreterinnen und Vertretern aus dem BMASGPK⁷ diskutiert. Die zentralen Handlungsbedarfe und Empfehlungen werden in vorliegendem Bericht in roten Infoboxen am Ende des jeweiligen Unterkapitels zu den Versorgungsebenen zusammenfassend dargestellt.

Ergänzend zu den Perspektiven von Expertinnen und Experten aus Versorgung, Wissenschaft und Politik wurde im vorliegenden Bericht auch die Sichtweisen älterer Bürger:innen berücksichtigt. Hierfür wurden die anonymisierten Transkripte zweier Fokusgruppen, die im Rahmen des vom BMASGPK beauftragten Projekts „Alter und demografischer Wandel“ (Wosko et al. 2024) durchgeführt wurden, einer Sekundäranalyse unterzogen. Die Fokusgruppen – jeweils eine im städtischen und eine im ländlichen Raum – umfassten insgesamt

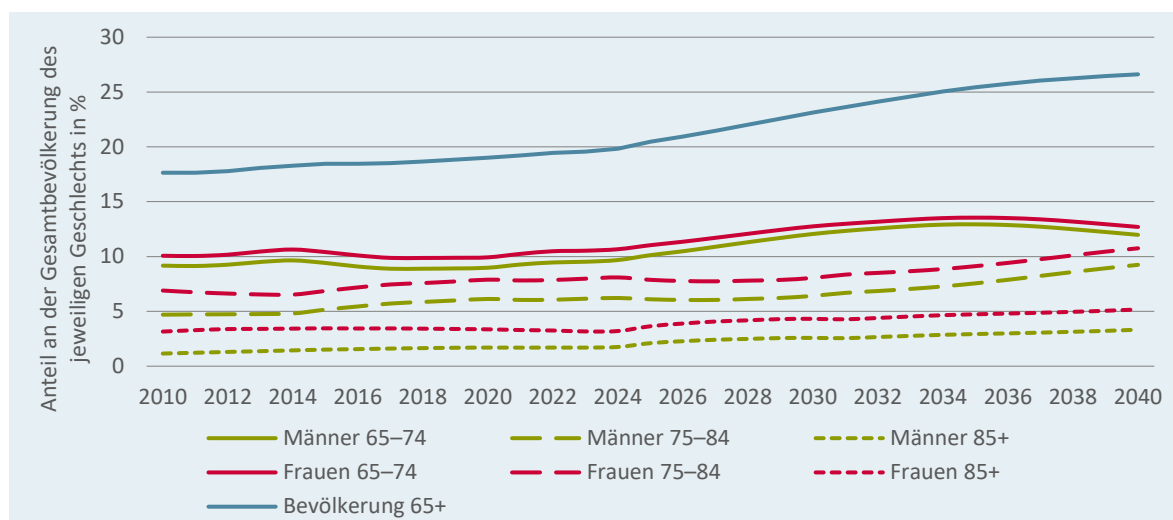
⁷ Abteilungen: VI/A/1, VII/A/3, VII/A/4, V/A/6, IV/B/11, IV/B/13, V/B/4, VII/B/8

33 Personen (Durchschnittsalter: 64,4 Jahre) und behandelten zahlreiche Themen, wie zum Beispiel Altersbilder, Wohnformen, Pflege und Betreuung oder Mobilität, die auch für den vorliegenden Bericht relevant sind. Die Transkripte wurden gesichtet und zentrale Aussagen thematisch den betreffenden Kapiteln zugeordnet. Exemplarische Zitate wurden in den entsprechenden Kapiteln in Form blauer Infoboxen integriert.

2 Demografie

Seit 2010 sind die Anteile an der Gesamtbevölkerung von Menschen ab 65 Jahren mit Wohnsitz in Österreich um 2,2 Prozentpunkte von 17,6 Prozent auf 19,8 Prozent im Jahr 2024 gestiegen – in absoluten Zahlen sind das 1.817.148 Menschen. 56 Prozent davon sind weiblich. Im Jahr 2040 werden laut Prognosen der Statistik Austria 2,6 Millionen (Mio.) Menschen 65 Jahre alt oder älter sein, was einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von 26,6 Prozent entspräche. Insbesondere der Anteil der 75- bis 84-Jährigen wird voraussichtlich weiterwachsen: von einem Anteil von 7,2 Prozent (656.754 Menschen) im Jahr 2024 auf 10 Prozent (966.249 Menschen) der Gesamtbevölkerung im Jahr 2040 (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Anteil der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2010–2040

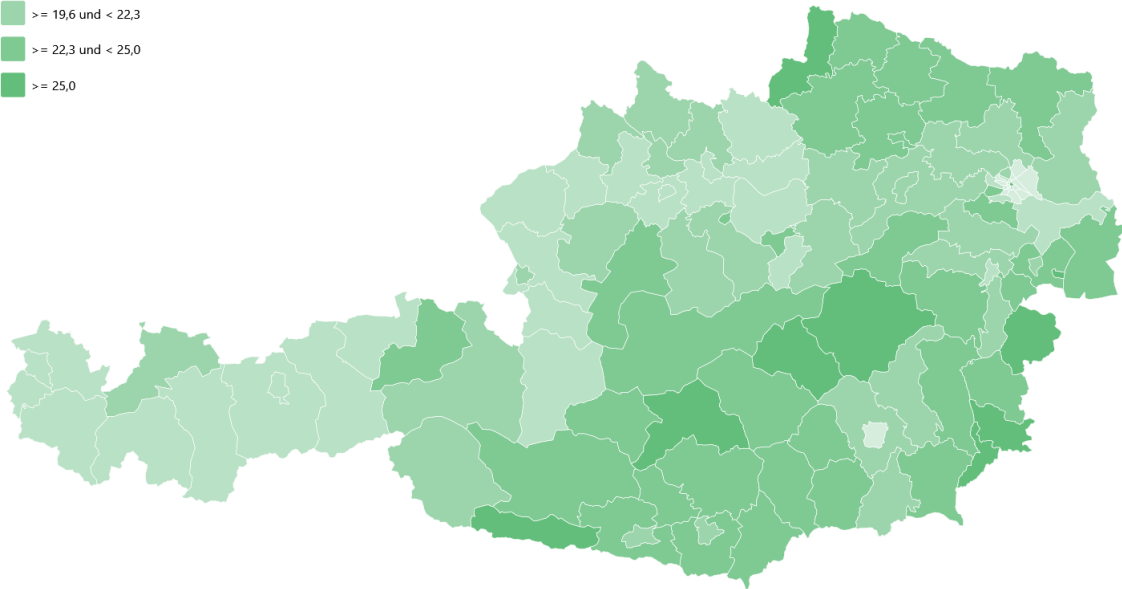
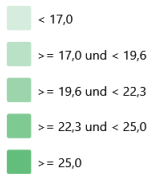


Quelle: Statistik Austria – Registerzählung (2011–2021), Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresbeginn 2023–2024), Bevölkerungsprognose 2023; Darstellung: GÖG

Der Anteil der Personen ab 65 Jahren war 2024 insbesondere im nördlichen Waldviertel, in der Obersteiermark, in weiten Teilen des Burgenlandes und Oberkärnten überdurchschnittlich hoch (über 22 % der Gesamtbevölkerung; vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Anteil der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung in Prozent nach Bezirken, 2024 (Jahresbeginn)

Anteile in %



Quelle: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2024; Darstellung: GÖG

Vergleicht man Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft mit Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft, zeigen sich deutliche Altersunterschiede: Anfang 2024 waren 23 Prozent der Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft (1.654.243) 65 Jahre oder älter, hingegen nur 7,4 Prozent der Personen ohne österreichische Staatsbürgerschaft (132.806).

3 Verhältnisbezogene Determinanten

Soziale Determinanten wie Bildung, finanzielle Situation oder Migrationshintergrund haben einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit. Eine Lebensverlaufsperspektive ist in diesem Zusammenhang zentral: Gesundheitliche Ungleichheiten entstehen oft bereits in der Kindheit und wirken sich über das gesamte Leben hinweg aus. Daher sind Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensbedingungen in frühen Lebensphasen entscheidend, um langfristig gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern (Wosko et al. 2024). Im Folgenden wird eine Auswahl verhältnisbezogener Determinanten vorgestellt, die einen erheblichen Einfluss auf gutes Altern haben.

3.1 Materielle Lebensbedingungen

3.1.1 Ökonomische Bedingungen

Von den rund 2,5 Millionen Personen ab 60 Jahren⁸ bezogen laut Einkommensbericht 2024 (Rechnungshof Österreich 2024b) im Jahr 2023 2.267.161 Personen mit Wohnsitz in Österreich eine Pension. Das durchschnittliche Pensionsantrittsalter (Alters- und Invaliditätspensionen, ohne Rehabilitationsgeld) lag 2023 bei Frauen bei 60,2 Jahren und bei Männern bei 62,2 Jahren. Die Differenz beträgt damit insgesamt 2,0 Jahre (Statistik Austria 2023).

Das durchschnittliche **Bruttojahreseinkommen** der Pensionistinnen und Pensionisten lag im Jahr 2023 bei 25.820 Euro (netto 22.917 Euro), wobei das Einkommen der Frauen mit 20.728 Euro (netto 19.353 Euro) deutlich unter dem der Männer mit 32.558 Euro (netto 27.019 Euro) lag. Frauen erhielten im Durchschnitt monatlich eine Bruttopension von 1.409 Euro, Männer erhielten 2.374 Euro. Der Pensionsunterschied nach Geschlecht lag damit in Österreich im Jahr 2023 bei 40,7 Prozent (EU-27 25,4 %). Seit 2013 haben sich die Einkommensunterschiede nach Geschlecht nur moderat verringert, der Gender Pension Gap ist um 3 Prozentpunkte (43,7 %) zurückgegangen (Statistik Austria 2024).

⁸ Der zugrunde liegende Einkommensbericht 2024 zieht die Altersgrenze bei 60 Jahren.

Zurückzuführen ist dies auf beitragspflichtige Einkommen (Bemessungsgrundlage) und die Versicherungsdauer für Pensionsanrechnungen. Dies bewirkt eine höhere Armutsgefährdung etwa von allein lebenden Pensionistinnen (Statistik Austria 2023).

Der Zusammenhang zwischen **Armut und Gesundheit** ist seit Langem bekannt und vielfach belegt (Lampert et al. 2005; Lampert/Kroll 2010; Pförtner 2013). Nicht nur erhöht ein schlechter Gesundheitszustand oder eine Erkrankung das Risiko, zu verarmen (soziale Selektionsthese), sondern umgekehrt kann Armut auch einen schlechteren Gesundheitszustand bewirken. Selbst in einem Wohlfahrtsstaat wie Österreich ist ein sozialer Gradient beim Gesundheitszustand erkennbar. Laut EU-SILC schätzen Menschen mit niedrigem Einkommen ihren Gesundheitszustand schlechter ein, sie haben deutlich häufiger chronische Erkrankungen und sind öfter von Einschränkungen im Alltag betroffen (Habl et al. 2014; Klimont 2020).

Im Jahr 2024 waren in Österreich laut EU-SILC rund 16 Prozent der ab 65-jährigen Bevölkerung **armutsgefährdet**. Ohne Sozialleistungen (Familien-, Arbeitslosen-, Gesundheits-, Bildungsleistungen, Wohnbeihilfen und Sozialhilfe) wären rund 19 Prozent armutsgefährdet gewesen. Ohne Pensions- und Sozialleistungen läge der Anteil armutsgefährdeter Personen ab 65 Jahren bei rund 89 Prozent, während er im Bevölkerungsdurchschnitt rund 43 Prozent beträgt. Frauen waren zu einem deutlich größeren Anteil armutsgefährdet als Männer (19 % vs. 12 % bei den jeweils ab 65-Jährigen) und angewiesen auf Sozialleistungen (vor Sozialleistungen beträgt der Anteil 23 % vs. 15 %) (Statistik Austria 2025b). Auch Daten der ÖIHS zeigen Ungleichheiten nach Geschlecht im höheren Alter auf: Vor allem sehr niedrige Einkommen (unter 1.000 Euro) betreffen in der Bevölkerung ab 85 Jahren überwiegend Frauen. Das Risiko für Altersarmut ist für hochaltrige Frauen einerseits aufgrund niedrigerer formaler Bildungsabschlüsse und einer selteneren und/oder fragmentierteren Berufskarriere, andererseits aufgrund der höheren Verwitwungsrate am größten (ÖPIA 2022).

Der Großteil der armutsgefährdeten Menschen ist nicht nur in einem einzelnen Jahr armutsgefährdet, sondern über einen längeren Zeitraum hinweg (dauerhafte Armutsgefährdung). Im Jahr 2024 waren in Österreich 15 Prozent der ab 65-jährigen Bevölkerung dauerhaft armutsgefährdet⁹.

⁹ Als dauerhaft armutsgefährdet gilt, wer in mindestens drei von vier aufeinanderfolgenden Jahren als armutsgefährdet eingestuft wird (Statistik Austria 2025).

Rund 4 Prozent der ab 65-jährigen Bevölkerung in Österreich waren laut EU-SILC im Jahr 2024 materiell depriviert¹⁰. Etwa 2 Prozent der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung sind **erheblich materiell depriviert**¹¹. Frauen sind sowohl häufiger von materieller Deprivation betroffen als Männer (5 % vs. 3 %) als auch häufiger von erheblicher materieller Deprivation (3 % vs. 2 %) (Statistik Austria 2025b).

Armuts- und ausgrenzungsgefährdete Personen leben in Haushalten mit geringer vorangegangener Erwerbsintensität und/oder sind materiell erheblich depriviert. Etwa 17 Prozent der ab 65-jährigen Bevölkerung waren im Jahr 2024 armuts- oder ausgrenzungsgefährdet. Ab 65-jährige Frauen sind stärker betroffen als Männer (20 % vs. 13 %) (Statistik Austria 2025b).

Reflexion zu materiellen Lebensbedingungen aus Sicht älterer Menschen

Im Rahmen der Fokusgruppen mit älteren Menschen wurden Gesundheit und finanzielle Absicherung als zentrale Voraussetzungen für ein gutes Leben im Alter dargestellt. Die beiden Aspekte werden in ihrer Bedeutung zum Teil sogar über das Vorhandensein sozialer Netzwerke gestellt, wie das folgende Beispiel veranschaulicht:

„Für mich ist das Wichtigste die Gesundheit und, wenn man Kinder hat, eine finanzielle Abdeckung. Das sind für mich persönlich jetzt unabhängig von einer Gesellschaft, in der ich mich gerne befinde – Sportvereine etc. –, aber trotzdem, Gesundheit und finanzielle Abdeckung sind für mich die beiden wichtigsten Dinge, unabhängig jetzt von meinen Kindern und meiner Frau.“ (Wosko et al. 2024)

Finanzielle Ressourcen werden auch als wesentlich für Wohnen und alternative Wohnformen (z. B. Seniorenwohngemeinschaften, Hausgemeinschaften oder Generationenwohnen) angesehen. Zwar werden gemeinschaftliches Wohnen und alternative Wohnprojekte grundsätzlich als attraktive Möglichkeiten wahrgenommen, etwa um Einsamkeit vorzubeugen, doch bleiben sie für manche aufgrund fehlender finanzieller Mittel unerreichbar.

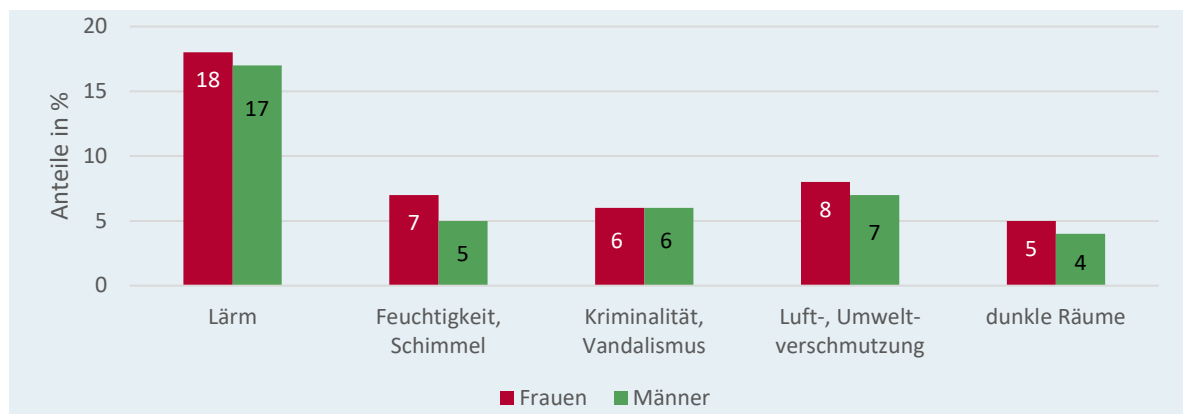
¹⁰ Als materiell und sozial benachteiligt gilt, wer sich von 13 EU-definierten Merkmalen mindestens fünf nicht leisten kann (Statistik Austria 2025b).

¹¹ Als erheblich materiell und sozial benachteiligt gilt, wer sich von 13 EU-definierten Merkmalen mindestens sieben nicht leisten kann (Statistik Austria 2025b).

3.1.2 Wohnsituation und Lebensumfeld

Wohnen, der Lebensraum und das Wohnumfeld spielen eine maßgebliche Rolle für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen. Eine leistbare Wohnung mit geringer Lärmbelastung, hellen Räumen, ohne Feuchtigkeit und Schimmel gehören zu gesundheitsförderlichen Faktoren. Eine sichere soziale Umgebung mit geringer Kriminalität und Gewalt sowie ein Wohnumfeld mit niedrigen Umweltbelastungen tragen zu höherer Lebensqualität und besserer Gesundheit bei. In Abbildung 3 werden auf Basis der EU-SILC-Erhebung 2024 fünf wesentliche Indikatoren der Wohnsituation dargestellt. Die Belastung durch Lärm liegt bei der ab 65-jährigen Bevölkerung mit einem Anteil von 18 Prozent deutlich über den anderen Belastungen wie Luft-, Umweltverschmutzung (7 %), Feuchtigkeit und Schimmel (6 %), Kriminalität und Vandalismus (6 %) oder dunklen Räumen (5 %). Es gibt kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern bei den Belastungen.

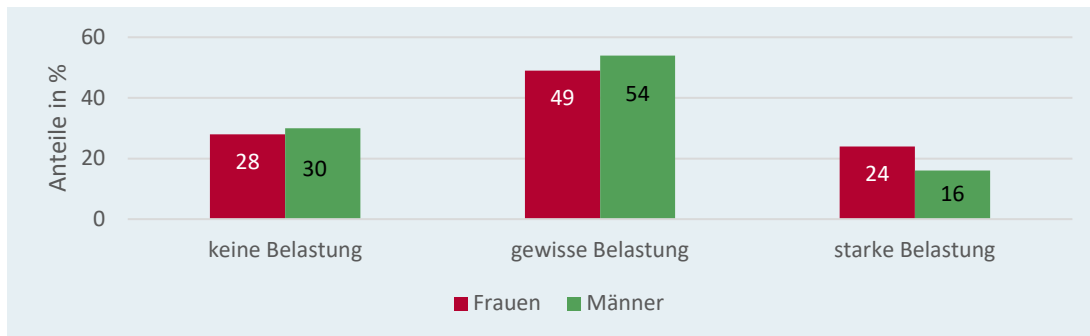
Abbildung 3: Wohnprobleme der ab 65-jährigen Bevölkerung in Österreich nach Geschlecht, 2024



Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2025; Berechnung und Darstellung: GÖG

Eine höhere Lebenszufriedenheit im Alter korreliert laut Kessler/Warner (2023) vor allem mit sozialen und gesundheitlichen Ressourcen von Personen und deren finanziellen Möglichkeiten und adäquaten Wohnbedingungen. Laut EU-SILC geben im Jahr 2024 51 Prozent der ab 65-jährigen Bevölkerung an, durch Wohnkosten subjektiv zumindest in einem gewissen Ausmaß belastet zu sein, 20 Prozent gaben eine starke Belastung an. Nach Geschlecht betrachtet zeigt sich, dass eine gewisse Belastung bei Männern häufiger vorliegt als bei Frauen (54 % vs. 49 %), während eine starke Belastung bei Frauen häufiger ist als bei Männern (24 % vs. 16 %) (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Subjektive Wohnkostenbelastung der ab 65-jährigen Bevölkerung in Österreich nach Geschlecht, 2024

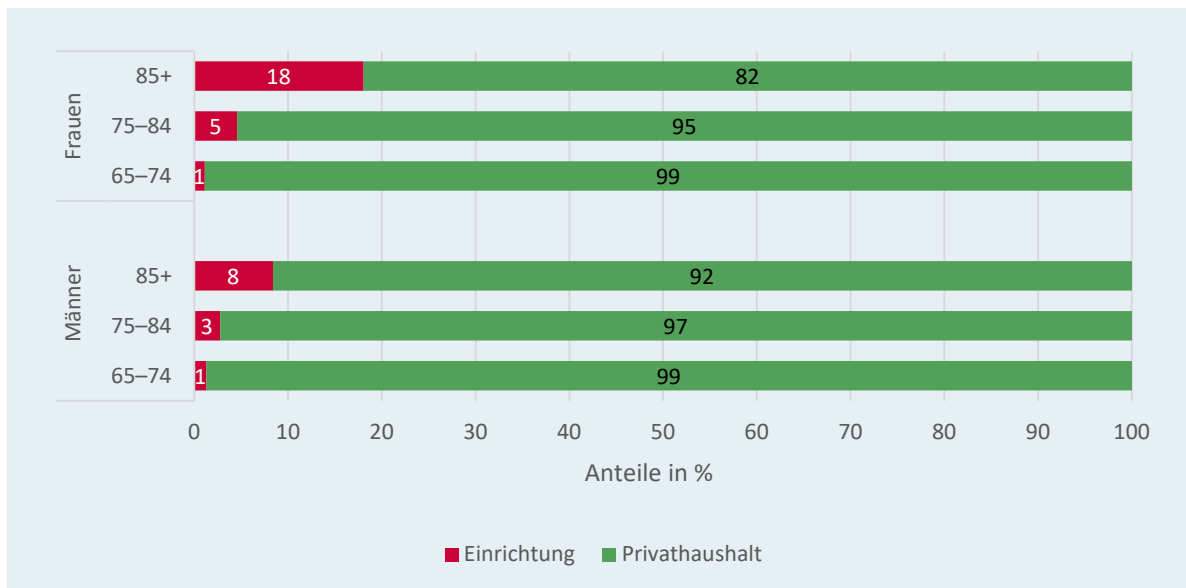


Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2025; Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Jahr 2023¹² lebten lediglich ca. 1 Prozent der 65- bis 74-Jährigen in **Einrichtungen** (v. a. in einer Heil- und Pflegeeinrichtung bzw. in einem Pensionisten- bzw. Altersheim). Auch unter den 75- bis 84-Jährigen ist der Anteil mit 2,7 Prozent der Männer und 4,6 Prozent der Frauen recht gering. Während unter den Männern bei den über 84-Jährigen der Anteil auf ca. 8 Prozent stieg, wuchs der Anteil bei den Frauen auf ca. 18 Prozent aller über 84-Jährigen, die in einer Einrichtung lebten, an. Seit dem letzten Gesundheitsbericht zu Alter und Gesundheit 2012 (mit Daten aus dem Jahr 2009) sind diese Anteile an der betrachteten Gesamtbevölkerung zwar gesunken, in absoluten Zahlen aber gestiegen: Während 2009 knapp 4.100 Männer und 25.500 Frauen ab 85 Jahren in einer Einrichtung lebten, waren es 2023 6.350 bzw. 26.800 Personen. Besonders deutlich wird hier außerdem der große Anteil der Frauen (2023 waren knapp 80 % aller 85-Jährigen in Einrichtungen weiblich) (vgl. Abbildung 5).

¹² Daten der abgestimmten Erwerbsstatistik lagen zum Zeitpunkt der Berichtserstellung bis 2023 vor.

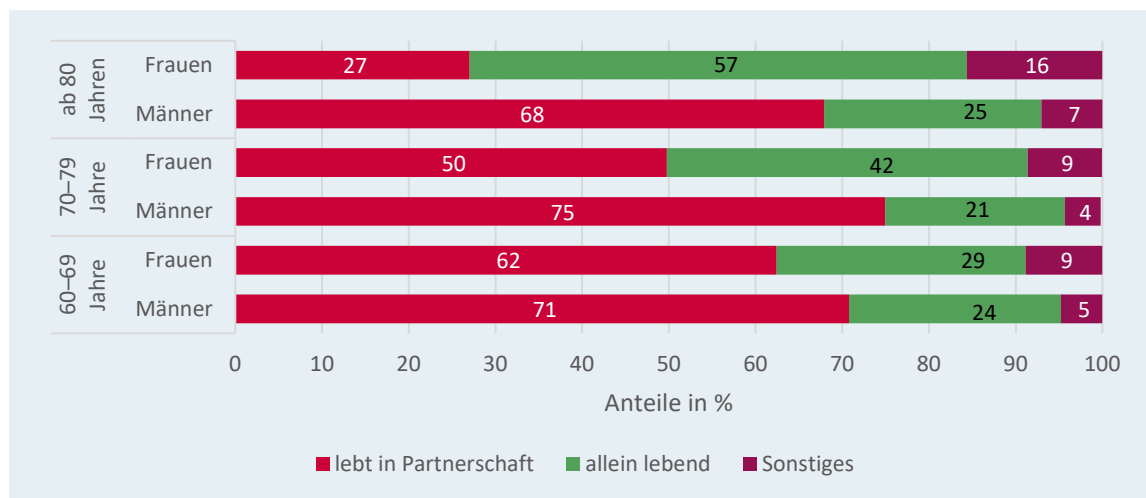
Abbildung 5: Bevölkerung ab 65 Jahren im Privathaushalt oder in einer Einrichtung lebend in Österreich nach Geschlecht und Altersgruppen, 2023



Quelle: Statistik Austria – abgestimmte Erwerbsstatistik 2023; Darstellung: GÖG

Im Fall **privat lebender Personen** weisen die Zahlen bezüglich **Leben in Partnerschaft** mit höher werdendem Alter einen zunehmend ausgeprägten Geschlechterunterschied auf. Frauen zwischen dem 60. und 69. Lebensjahr leben mit rund 71 Prozent noch überwiegend in Partnerschaften, ab dem 70. Lebensjahr lebt nur noch rund die Hälfte der Frauen in Partnerschaften. Ab dem 80. Lebensjahr lebt mehr als die Hälfte der Frauen (57 %) allein (vgl. Abbildung 6). Der Anteil allein lebender Männer verändert sich über die Altersphasen hinweg kaum und liegt zwischen rund 21 und 25 Prozent (statistik.at 2025).

Abbildung 6: Lebensformen der ab 60-jährigen¹³ österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2024



Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Eine ausführliche Studie für Österreich zu den vielfältigen Aspekten rund um Wohnen liegt mit dem „Wohnmonitor Alter“ aus dem Jahr 2024 vor (Kolland et al. 2024), auf den an dieser Stelle verwiesen wird.

Reflexion zum Lebensumfeld aus Sicht älterer Menschen

In der Fokusgruppe der älteren Menschen im ländlicheren Raum wird die Relevanz der Mobilität und Nahversorgung besonders hervorgehoben: Der Wunsch, möglichst lange gesund zu bleiben und selbst Auto fahren zu können, steht im Zusammenhang mit der eingeschränkten Infrastruktur vor Ort.

„Ich wünsch mir, dass ich lange gesund bleibe und Auto fahren kann, weil wir wohnen in einem kleinen Dorf und man muss ja manchmal wo hin. Das ist ein Problem. Das wäre vielleicht auch ein Thema, dass man die ganzen Supermärkte etwas einschränkt und kleine Greißler in die Ortschaften bringt. Es ist halt schwierig.“ (Wosko et al. 2024)

Hervorgehoben wurde auch die Bedeutung einer aktiven Lebensgestaltung im Alter, wozu auch neue Wohnformen zählen. Wohngemeinschaften wurden dabei als mögliche Option genannt, um selbstbestimmtes und gemeinschaftliches Altern zu ermöglichen:

¹³ Die zugrunde liegende Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2024 unterscheidet u. a. in Personengruppen 60–69 Jahre, 70–79 Jahre und ab 80 Jahre.

„Für mich ist am wichtigsten, nicht einsam zu sein. Und einsam ist für mich etwas anderes, als alleine zu sein. Und ich wohne derzeit alleine [...] ich bin in einer Arbeitsgruppe drinnen, wir bauen ein Haus für alte Menschen, was selbstverwaltet funktionieren wird, und ich bin mir ganz sicher, dass ich dort nicht einsam werde. Also ich habe eine Zukunftsperspektive, die mich gelassen sein lässt, was das Alter betrifft. Und ob ich dann gesund bleibe oder nicht, das ist dann nicht so entscheidend, wenn ich gut aufgehoben bin.“

„[...] ich stelle mir so eine Wohngemeinschaft vor, so wie die jungen Leute es haben. Dass sich Leute zusammenfinden, die zusammenwohnen, weil sie zusammenpassen. Das stelle ich mir vor.“ (Wosko et al. 2024)

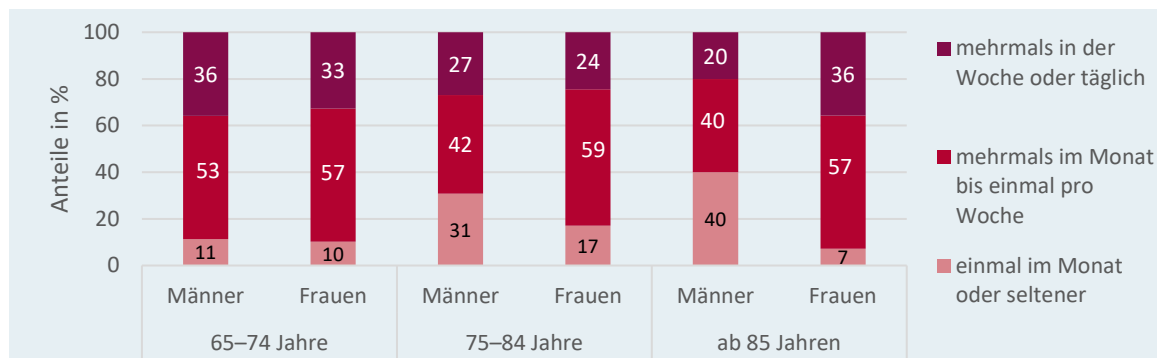
3.2 Soziale Beziehungen

Soziale Beziehungen und Netzwerke sind wesentliche Einflussfaktoren für die Gesundheit und das Wohlbefinden. Sie haben gesundheitsfördernde Potenziale und können einen Beitrag zur Stärkung der Resilienz von Menschen leisten. Ein Indikator, der vor allem für die Lebensqualität, das Wohlbefinden und für das Ausmaß sozialer Unterstützung eine bedeutende Rolle spielt, ist die Intensität bzw. Regelmäßigkeit sozialer Kontakte, z. B. in Form regelmäßiger Treffen mit Freundinnen und Freunden oder Verwandten (Jungbauer-Gans 2002).

Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 zufolge sinkt mit zunehmendem Alter die Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen leicht: Sind 89,5 Prozent der 65- bis 74-Jährigen (sehr) zufrieden, sind es 84,4 Prozent der ab 85-Jährigen. Laut European Social Survey (2023) haben rund 31 Prozent der ab 65-Jährigen in Österreich lebenden Personen mehrmals pro Woche bis täglich einen Kontakt mit Verwandten oder Freundinnen/Freunden und/oder Arbeitskolleginnen/-kollegen¹⁴. Für weitere 53 Prozent ist dies mehrmals im Monat bis maximal einmal in der Woche der Fall. Rund 16 Prozent der Bevölkerung ab 65 Jahren treffen nur einmal im Monat oder seltener Personen aus den angesprochenen Gruppen. Während bei Männern die Häufigkeit sozialer Kontakte mit steigendem Alter abnimmt, steigen die sozialen Kontakte bei Frauen ab 85 Jahren sogar nochmals an (vgl. Abbildung 7).

¹⁴ Das European Social Survey (ESS) verwendet in der Erhebung die Frage nach Freundinnen/Freunden und/oder Arbeitskolleginnen/-kollegen. Für ältere Personen außerhalb der Erwerbstätigkeit wird keine eigene Kategorie ohne Arbeitskolleginnen/-kollegen abgefragt.

Abbildung 7: Häufigkeit persönlicher Sozialkontakte der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2023



Quelle: European Social Survey (2023); Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Kontext sozialer Beziehungen haben die Faktoren der sozialen **Isolation und Einsamkeit** einen entscheidenden Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden, die physische sowie die psychische Gesundheit von Menschen. Während soziale Isolation quantitativ messbar ist, indem die Häufigkeit sozialer Kontakte und Interaktionen gemessen wird, ist Einsamkeit ein subjektives Gefühl, bei dem eine Person eine Diskrepanz zwischen gewünschten und tatsächlichen sozialen Beziehungen empfindet (WHO Commission on Social Connection 2025). Einsamkeit kann auch bei Menschen auftreten, die viele soziale Kontakte haben, wenn diese als unbefriedigend erlebt werden. Laut Socci et al. (2023) sind ältere Menschen in Alten- und Pflegeheimen besonders von Einsamkeit betroffen. Zu den generellen Risikofaktoren zählen unter anderem der Umzug in ein Alten- und Pflegeheim, Trennung oder Scheidung (Hajek/König 2020).

Im Rahmen der Hochaltrigenstudie ÖIHS wurde in der dritten Erhebungswelle (2019–2022) soziale Isolation erhoben. Es wurde ein Zusammenhang zwischen sozialer Isolation und Einsamkeit festgestellt, jedoch führt soziale Isolation nicht automatisch zu Einsamkeit (ÖPIA 2022). Als ein mögliches Maß für soziale Isolation wurde der „Mangel von wichtigen Bezugs- und Kontaktpersonen sowie von regelmäßigen Kontakten mit Menschen außerhalb des eigenen Haushalts“ genannt, also kein oder ein schwaches Netzwerk. In der ÖIHS-Stichprobe verfügten die meisten hochaltrigen Teilnehmer:innen (80–90 Jahre) über ein großes soziales Netz mit regelmäßigen familiären und außerfamiliären Kontakten. Stark sozial isolierte Personen waren mit 7,2 Prozent relativ selten. Besonders negativ scheint sich auch in dieser Erhebung das Wohnen in einem Alten- oder Pflegeheim auszuwirken, wo zwischen 19,7 Prozent der Bewohner:innen als sozial isoliert gelten.

17,8 Prozent der ÖIHS-Stichprobe fühlten sich in den vergangenen zwei Wochen außerdem manchmal bis immer einsam. Protektive Faktoren gegen Einsamkeit sind insbesondere außerfamiliäre Kontakte und die Größe und Stärke des sozialen Netzwerks¹⁵. Einsamkeit im Alter steht in einem signifikanten Zusammenhang mit dem funktionalen Status und dem Familienstand. Personen mit körperlichen Einschränkungen sowie verwitwete Personen sind deutlich häufiger einsam als Personen ohne körperliche Einschränkungen oder verheiratete Personen. Anders als der funktionale Status und der Familienstand zeigten sich wiederum keine signifikanten Zusammenhänge von Einsamkeit und der Wohnform (z. B. Alten- und Pflegeheim vs. Privathaushalt) oder der Kinderlosigkeit. Das bedeutet u. a.: Auch wenn Alten- und Pflegeheimbewohner:innen objektiv stärker sozial isoliert sind, empfinden sie sich nicht zwangsläufig als einsam (ÖPIA 2022).

Laut der ÖIHS zeigt sich, dass im höheren Alter (80–90 Jahre) Frauen ein signifikant höheres Einsamkeitsrisiko aufweisen als Männer. Ein Grund dafür wird darin vermutet, dass der Familienstand mit Einsamkeit korreliert, und ein deutlicher geschlechtsspezifischer Unterschied bei der Verwitwungsrate besteht: Mehr als die Hälfte der hochaltrigen Frauen (80–90 Jahre) ist verwitwet, während dies nur etwa jeden fünften Mann betrifft. In der Folge leben hochaltrige Frauen mehr als doppelt so häufig allein wie Männer. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit für soziale Isolation und Einsamkeit und begünstigt darüber hinaus, in Verbindung mit einem niedrigeren Bildungsgrad, das Risiko von Altersarmut (ÖPIA 2022).

Reflexion zu sozialen Beziehungen aus Sicht älterer Menschen

Soziale Beziehungen werden von den älteren Personen als ein wesentlicher Einflussfaktor für Gesundheit gesehen:

„Ich kann schon an meinem Lebensstil arbeiten, aber was so an großen Dingen kommt, das musst du annehmen und das Beste daraus machen. Aber was mir wichtig ist, ich möchte nicht einsam sein im Alter [...] das wäre ganz schlimm. Für mich ist ganz wichtig die Gesundheit. Aber zu dem, dass ich gesund bin, gehören soziale Kontakte. Das ist eines der wichtigsten Dinge für mich. Das weiß man ja schon, dass wenn diese fehlen, die Menschen krank werden. Natürlich Geld, ganz logisch, je mehr man hat, je mehr kann man machen damit.“
(Wosko et al. 2024)

¹⁵ Für die Berechnung der Stärke des sozialen Netzwerks wurde in der ÖIHS das „Produkt aus der Anzahl der Kontaktpersonen aus Familie sowie Freundes- und Bekanntenkreis mit der gemittelten Frequenz der Kontakte zu diesen Personengruppen gebildet.“ (ÖPIA 2022)

Aus Sicht der älteren Menschen aus den Fokusgruppen wird das Altern auch als Chance für mehr Zeit für soziale Beziehungen gesehen, etwa für die Familie, der ein hoher Stellenwert beigemessen wird:

„Dass man für die Familie im Alter mehr Zeit hat, das ist das Schöne. Dass man sich etwa mit den Enkelkindern mehr und anders beschäftigen kann, weil man eben mehr Zeit hat als früher. [...] Familie ist der kleinste Kern der Gesellschaft und der sollte funktionieren, weil wie sollte es im Größeren sonst gehen?“ (Wosko et al. 2024)

Auch der Kontakt mit der jüngeren Generation wird als wertvoll angesehen:

„Ein Arbeitskollege und ich sind gemeinsam in Pension gegangen und ca. drei Monate danach haben wir eine WhatsApp-Gruppe gemacht, auch mit Jungen. Diese trifft sich einmal im Monat und das praktizieren wir bis heute. Der Jüngste in der Gruppe ist 19 und die Ältesten sind ich und mein Kollege, wir sind 62 Jahre.“ (Wosko et al. 2024)

Bei Kinderlosigkeit spielen Freundschaften eine besonders wichtige Rolle:

„Ich habe bemerkt, dass viele Familie haben, Enkelkinder usw. Ich bin kinderlos. Deshalb habe ich mir gerade die Frage gestellt, ob sich das auf mich sehr negativ auswirken wird. Weil man nicht automatisch mit vielen jungen Leuten beisammen sein wird, möglicherweise. [...] Weil man halt merkt, die Jugend macht fit, die Enkeln halten einen fit, weil man was zum Tun hat, Aufpassen, Beschäftigung. Das wird spannend vielleicht.“

„Damit man nicht vereinsamt, damit man glücklich ist, muss man die Freundschaften pflegen. Nicht daheim sitzen bleiben und warten, die könnte mich anrufen und die könnte kommen. Man muss selber aktiv werden.“ (Wosko et al. 2024)

3.3 Erwerbstätigkeit und Freiwilligenarbeit

Erwerbsarbeit stellt für einen Großteil der Bevölkerung die primäre Einkommensquelle dar. Sie ermöglicht soziale Kontakte, erhöht das soziale Ansehen, stiftet Sinn und strukturiert den Alltag. Damit sind Art und Ausmaß der Erwerbstätigkeit wesentliche Determinanten der Gesundheit und des Wohlbefindens (RKI 2015). Eine Pensionierung ist für Menschen daher nicht nur ein Datum, sondern ein bedeutender Lebensübergang. Zahlreiche Veränderungen sind mit dieser Lebensphase verbunden. Sie betreffen unter anderem die Gestaltung des Alltags, finanzielle Ressourcen sowie die sozialen Beziehungen und Rollen. Gelingt es Menschen, sich auf die Veränderungen vorzubereiten und sind ausreichend Ressourcen vorhanden, kann das Leben außerhalb der Erwerbsarbeit die Gesundheit und das Wohlbefinden wie auch die Lebenszufriedenheit im Alter erhöhen.

In einer Studie aus der Schweiz (Reiner/Misoch 2024) wurden subjektive Erfahrungen zur Anpassung an die Pension erhoben. Dazu gehören Gewöhnungsprozesse, die zum Teil aufgrund von gesundheitlichen Problemen, verringerten finanziellen Spielräumen und dem Verlust beruflicher Kontakte als belastend erfahren werden können. Im Durchschnitt nahm die allgemeine Lebenszufriedenheit nach dem Eintritt in die Pension jedoch zu. Als zuträgliche Faktoren für eine erhöhte Lebenszufriedenheit wurden vor allem soziale, finanzielle und gesundheitliche Ressourcen genannt. Neben weiteren zuträglichen Faktoren (u. a. Wohnbedingungen, Freiheit und Selbstbestimmung, Fehlen von Problemen und kritischen Ereignissen) wurden laut der Studie häufig die Möglichkeit zur Weiterführung der beruflichen Tätigkeit und frühe Vorbereitungen auf die Pension genannt. Für ein zufriedenstellendes Leben nach einer Pensionierung spielen somit persönliche, soziale und ökonomische Ressourcen eine entscheidende Rolle.

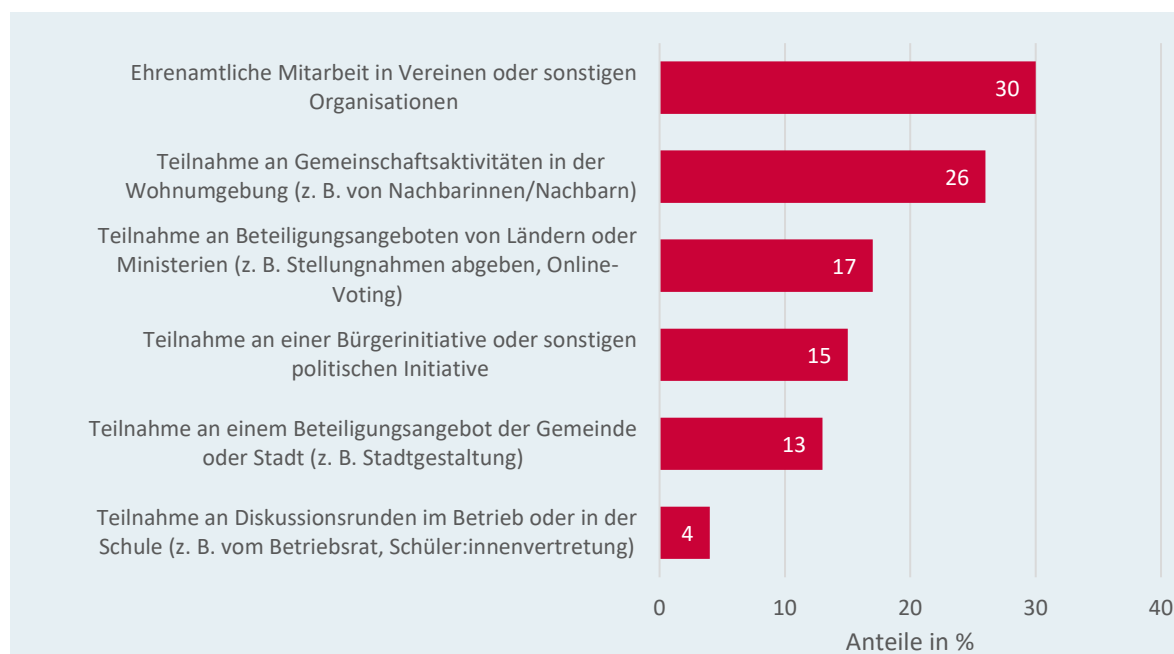
Laut Statistik Austria (2024) waren in Österreich 2023 15,9 Prozent der Pensionsbeziehenden während des Pensionsbezugs erwerbstätig. Ein Großteil von ihnen setzte die Erwerbstätigkeit gleich zu Bezugsbeginn fort (12,2 %), der Rest (3,7%) beendete die Erwerbstätigkeit vorerst, nahm sie aber später wieder auf. 48,7 Prozent gaben als Hauptgrund für die Erwerbstätigkeit die Freude an der Arbeit an. 17 Prozent waren auf ein zusätzliches Einkommen angewiesen, bei Frauen traf dies öfter zu als bei Männern: Fast jede fünfte Frau (19,4 %), aber nur beinahe jeder achte Mann (13,0 %) gab finanzielle Notwendigkeit als Hauptgrund für die Erwerbstätigkeit an. Für 12,3 Prozent war ein zusätzliches Einkommen zumindest attraktiv. 5,5 Prozent nannten soziale Kontakte als wichtigsten Grund für die Erwerbstätigkeit während des Pensionsbezugs.

Für Personen außerhalb von Erwerbsarbeitsphasen hat soziale Teilhabe eine hohe Bedeutung. Sie wird als aktive Beteiligung am gesellschaftlichen Leben verstanden (ÖPIA 2022) und ist beispielsweise messbar durch Indikatoren wie Außer-Haus-Mobilität, Aktivitätsgrad, Mediennutzung, Vereinsbesuche und ehrenamtliche Tätigkeiten oder Teilnahme an Gottesdiensten. Eine soziale Organisation der Arbeitsmarktbeteiligung und von Übergängen ist ein wesentlicher Einflussfaktor für gesundes Altern. Der Übergang von der Erwerbsarbeit in den Ruhestand erfolgt oft abrupt und führt häufig zum Verlust einer zentralen sozialen Aufgabe. Zudem geht dieser Übergang meist mit einer spürbaren Einschränkung sozialer Netzwerke einher, die einen großen Teil des Lebens mitgeprägt haben (Schmidhuber et al. 2021; Wosko et al. 2024).

Neben der Weiterführung der beruflichen Tätigkeit kann als sinnstiftende, alltagsstrukturierende die gesellschaftliche Teilhabe fördernde Aufgabe Freiwilligenarbeit einen wichtigen Stellenwert einnehmen. Laut dem 4. Freiwilligenbericht (BMSGPK 2022) waren im Jahr 2022 39,1 Prozent der über 60-Jährigen in den letzten 12 Monaten freiwillig tätig, das entspricht rund 1,2 Millionen Menschen, die rund 4,7 Stunden pro Woche informell oder formell freiwillige Arbeiten leisten (Göttlinger/Kronsteiner-Mann 2022). Der Anteil der Freiwilligentätigkeit nimmt mit zunehmendem Alter ab: Während bei den 60- bis 69-Jährigen noch 51,3 Prozent freiwillige Arbeiten leisten, sind es bei den 70- bis 79-Jährigen 41,2 Prozent und bei den ab 80-Jährigen 25,2 Prozent.

Daten aus dem Panel Gesundheitsförderung (Vana et al. 2024) zeigen, dass insgesamt rund 17 Prozent der ab 65-Jährigen in den letzten sechs Monaten mindestens einmal pro Woche ehrenamtlich in Vereinen oder sonstigen Organisationen mitgewirkt haben. Nach Teilnahmemebereichen (u. a. politische Teilhabe, Teilhabe an Gemeinschaftsaktivitäten) haben sich in den letzten drei Jahren Befragte in unterschiedlichem Ausmaß engagiert (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8: Ehrenamtliche Mitwirkung nach Teilnahmemebereichen der ab 65-Jährigen in Österreich in den letzten drei Jahren, 2024



Quelle: Panel Gesundheitsförderung (Welle 1; Mehrfachnennungen); Berechnung und Darstellung: GÖG

Laut Hochaltrigenstudie (ÖPIA 2022) üben hochaltrige Männer häufiger ein Ehrenamt aus (13,4 %) als Frauen (6,1 %). In diesem Zusammenhang ist aus der Forschung bekannt, dass ein höherer Partizipationsgrad häufig auf soziale Ressourcen verweist, über die Männer im Kontext von Freiwilligenarbeit und Ehrenamt im Alter in höherem Ausmaß als Frauen verfügen können.

Reflexion zu ehrenamtlichem Engagement aus Sicht älterer Menschen

Auch in der Fokusgruppe mit älteren Menschen wurde die Bedeutung von Aktivität im Alter, etwa durch ehrenamtliches Engagement, für ein gutes Altern hervorgehoben. Dabei wurde jedoch auch betont, wie wichtig es ist, eine ausgewogene Balance zu finden, um Überforderung und Stress zu vermeiden:

„Da muss ich aber auch selbst etwas tun dafür [Anm.: für ein gesundes Altern]. Da muss ich halt verschiedene Sachen machen und auch geistig irgendwie in Bewegung bleiben. Ich arbeite z. B. in der Bibliothek mit oder tu auch irgendwelche andere Sachen. Und das gehört halt irgendwie dazu, dass man nicht stehen bleibt. Es geht darum, etwas zu tun für sich selbst. Wenn das ein jeder macht, dann geht es länger hinaus, das schöne Leben. Es ist wichtig, dass man, so wie Sie gesagt haben, aktiv bleibt, wenn es möglich ist. Und es ist ganz gleich in welchen Situationen oder in welchen Sparten. Man muss wollen. [...] Und Gott sei Dank ist man dann in einem gewissen Alter, wo man Dinge bewusster macht. Man ist nicht mehr so gestresst wie im Berufsleben. Das ist ganz wichtig. [...] Ich denke, wenn man z. B. ehrenamtlich tätig ist, dann muss man auch manchmal auf sich selbst schauen können. Weil ich verbinde das auch mit dem Älterwerden. Nicht mehr so einen Stress zu haben, schauen, dass es einem selber gut geht. Die Dinge zu machen, für die man vorher nicht so wirklich Zeit gehabt hat. Und wenn man da eine gute Balance findet, dann gibt es Kraft. Und die kann man dann auch weitergeben, wenn man z. B. ehrenamtlich tätig ist.“ (Wosko et al. 2024)

3.4 Altersbilder und Altersdiskriminierung (Ageismus)

Vom Älterwerden und Altsein sind stereotype Bilder weitverbreitet. Sie können sich auf individuelle Lebensverläufe, die Teilhabe der älteren Bevölkerung am gesellschaftlichen Leben sowie auf das persönliche Wohlbefinden und die Gesundheit auswirken. Altersbilder existieren nicht nur in den Köpfen von Individuen (individuelle Altersbilder), sondern sind auch auf der Ebene von Organisationen (etwa betriebliches Altersklima) und der Gesell-

schaft (etwa Darstellungen vom Altsein in Medien) zu verorten. Altersbilder können stereotype Vorstellungen und Bewertungen anderer älterer oder alter Menschen sein (Altersfremdbilder), aber auch Bilder in Bezug auf den eigenen Alterungsprozess. Stereotype Altersbilder (insbesondere negativ behaftete Stereotype) können zu altersdiskriminierenden Verhaltensweisen führen (Kessler/Warner 2023; WHO 2021b).

Unter Altersdiskriminierung (auch Ageismus) wird das Phänomen verstanden, dass Menschen aufgrund ihres Alters in unangemessener Weise anders als andere Menschen behandelt werden. Negative Diskriminierung geht mit einer auf der Verhaltensebene stattfindenden Verweigerung von Anhörung, Rechten und Unterstützung einher. Sie umfasst im Wesentlichen paternalistische Verhaltensweisen und damit letztlich die folgenreiche Einschränkung von Autonomie und Selbstbestimmung älterer Menschen. Altersdiskriminierung kann aber auch als Konsequenz altersbezogener Vorurteile, Praktiken und institutioneller Strukturen verstanden werden, die in unangemessenem Verhalten gegenüber Menschen auf Grundlage ihres Alters resultieren. Die WHO (2021b) definiert Altersdiskriminierung als Stereotype (wie wir denken), Vorurteile (wie wir fühlen) und Diskriminierung (wie wir handeln) gegenüber anderen oder sich selbst gegenüber (Kessler/Warner 2023; Rothermund et al. 2021; WHO 2021b; Wosko et al. 2024).

Für Österreich liegen Daten zu Erfahrungen mit herabwürdigendem Verhalten von Personen ab 65 Jahren durch das Panel Gesundheitsförderung (Vana et al. 2024) vor. Darin geben 11 Prozent der ab 65-jährigen Befragten in Österreich an, in den letzten 12 Monaten gegen sie gerichtete herabwürdigende Äußerungen oder Handlungen aufgrund ihres Alters erlebt zu haben. 33 Prozent der ab 65-Jährigen geben an, dass ihrer Einschätzung nach herabwürdigende Darstellungen, Äußerungen oder Handlungen aufgrund von Alter in Österreich „sehr verbreitet“ oder „eher verbreitet“ sind.

Laut WHO (2021b) hat Altersdiskriminierung schwerwiegende und weitreichende Folgen für die Gesundheit und das Wohlbefinden. Für ältere Menschen ist Altersdiskriminierung mit einer kürzeren Lebenserwartung, einer schlechteren körperlichen und psychischen Gesundheit, einer langsameren Genesung nach einer Erkrankung und einem höheren Risiko von kognitivem Leistungsverlust verbunden. Altersdiskriminierung hat Einfluss auf die Lebensqualität älterer Menschen und kann zu sozialer Isolation und Einsamkeit beitragen. Verbreitete Alter(n)sbilder gehen laut WHO jedoch auch mit einschränkenden Vorstellungen einher, wenn es um Sexualität im Alter geht oder das erhöhte Risiko von Gewalt und Missbrauch gegenüber älteren Menschen unterschätzt wird.

Reflexion zu Altersbildern und Altersdiskriminierung aus Sicht älterer Menschen

In der Fokusgruppe mit älteren Menschen wurde über vorherrschende Altersbilder diskutiert und es bestand Einigkeit darüber, dass sich das Leben im Alter deutlich verändert hat: Heute sind viele Menschen im höheren Lebensalter aktiver und körperlich fitter als in früheren Generationen – doch sind sie dennoch mit negativen Altersbildern konfrontiert:

„Mir ist wichtig, dass man nicht so auf das Alter reduziert wird, dass man [...] gar nicht mehr so als Mensch wahrgenommen wird. Na sicher bin ich dann nicht mehr der Bürgermeister, weil ich bin in Pension, aber ich bin ja trotzdem mehr als die Zahl der Jahre. Ich würde mir schon wünschen, dass das selbstverständlich hingenommen wird überall, auch wenn man grau und faltig ist. Naja, aber das ist wahrscheinlich nur ein Wunsch.“

„Diese Verblüffung erlebe ich auch immer wieder. Ich geh in einer Woche tanzen, schwimmen, Radfahren und ich mache ehrenamtliche Sachen. Ich bekomme da immer die Reaktion: ‚Mein Gott, was du dir alles antust.‘ Ich sage darauf immer: ‚Ich tue es mir nicht an. Es macht Spaß.‘ Das können die meisten gar nicht glauben. Das ist ein Klischee, dass wenn man alt ist, nichts mehr kann, nichts mehr zusammenbringt und eh nur irgendwo herumsitzt. Das ist ein bisschen das Klischee.“ (Wosko et al. 2024)

Als förderlich wird Intergenerationalität gesehen, und den Austausch zu fördern im Sinne eines besseren gegenseitigen Verständnisses:

„Das Wichtigste ist einfach, die Generationen zu verbinden, indem man z. B. Begegnungsräume aufmacht, und die Leute selber durch die Begegnung lernen, sich besser zu verstehen. Was letztendlich dann auch bei den Jungen dazu führen würde, dass sie früher daran denken [...], weil sie ein anderes Bild von der Endlichkeit bekommen, weniger davor Angst haben, mit dem Altsein und mit dem Sterben sich beschäftigen. Und dann auch in einem Alter, in dem sie mitgestalten oder politisch aktiv sind, selber dafür sorgen, dass in Zukunft, in ihrer Alterszukunft, die Dinge so sind, dass sie gut leben können.“ (Wosko et al. 2024)

Trotz körperlicher Einschränkungen fühlen sich die Personen noch jung, gleichzeitig wird erkannt, dass es für ein gutes Altern wesentlich ist, aktiv zu bleiben:

„[...] ich fühle mich nicht alt. Ich schau manchmal in den Spiegel und je nach Tageslicht geht es bergauf oder bergab, aber im Großen und Ganzen fühle ich mich eigentlich jung. Ich merke natürlich mit dem Älterwerden, dass es langsam anfängt zu zwicken und zwacken und dass ich in der Früh ein bisschen steif bin, bis ich in die Gänge komme. Aber das akzeptiere ich. Aber ich komme schon darauf, ich kann mich jetzt nicht fallen lassen, ich muss da jetzt mehr Sport machen, dass der Körper – oder jetzt auch zur inneren Einstellung, so wie ich bin. Natürlich der Körper verfällt nicht, aber man hat Abnützungserscheinungen. Aber

was mir auch wichtig ist z. B., ich möchte die Vielseitigkeit, die in meinem ganzen Leben war, es wird sich viel verändern natürlich, aber dass ich weiterhin meine Interessen habe, vielleicht etwas Neues entdecke.“ (Wosko et al. 2024)

Als ein weiterer Faktor für gesundes Altern wird das Gefühl des „Gebrauchtwerdens“ genannt:

„[...] ich denke, wichtig ist das schöne Altern mit guten Aufgaben – und was ich jetzt mit Aufgaben meine, ist das Gebrauchtwerden. Dieses Gefühl, dass man für jemanden da ist, das ist eine Form, die gesundes Altern ermöglicht, weil man gebraucht wird, weil man ernst genommen wird.“ (Wosko et al. 2024)

„Altwerden“ wird auch als ein langer Lernprozess gesehen:

„Altwerden ist zwar schön, aber es ist auch anstrengend und es ist ein langer Lernprozess. Das müssen wir alle lernen. Es nützt halt nichts.“ (Wosko et al. 2024)

3.5 Ausgewählte Themen

3.5.1 Gewalt

Laut (WHO 2002b) handelt es sich bei Gewalt gegen ältere Menschen „[...] um eine einmalige oder wiederholte Handlung im Rahmen einer Vertrauensbeziehung oder um die Unterlassung geeigneter Maßnahmen, die älteren Menschen Schaden oder Leid zufügt.“ Gewalt¹⁶ kann überall dort vorkommen, wo ältere Menschen leben: zu Hause, im öffentlichen Bereich, in Alten- und Pflegeheimen, aber auch in Tageseinrichtungen oder in Krankenhäusern. Sie geschieht meist im Verborgenen, trifft nicht nur Menschen mit Pflegebedarf und tritt in allen Bevölkerungsgruppen auf. Ältere und Menschen mit Pflegebedarf können Gewalt im familialen Kontext sowie im Kontext von institutioneller Pflege erleben (gewaltinfo.at 2020).

Für Österreich gibt es keine öffentlich zugängliche Statistik, die explizit die Zahl von gewaltbetroffenen Personen ab 65 Jahren ausweist. Vorhandene Daten beziehen sich auf zum Teil

¹⁶ Laut der Plattform „Gegen die Gewalt in der Familie“ des Bundeskanzleramtes umfasst Gewalt u. a. körperliche Gewalt, psychische Misshandlung, Vernachlässigung, finanzielle Ausbeutung, sexuellen Missbrauch sowie freiheitsentziehende Maßnahmen, z. B. Einschränkungen der Freiheit, der Handlungs- und Entscheidungsautonomie (gewaltinfo.at 2020).

über zehn Jahre alte Berichte und fokussieren jeweils auf spezifische Gewaltbereiche (z. B. Frauen, Personen in Pflegeeinrichtungen). Ein umfassender Überblick zur Prävalenz unterschiedlicher Gewaltformen an und von älteren Menschen ist nicht vorhanden.

Laut einer internationalen Metastudie im Jahr 2017 (Yon et al. 2017) erfuhren weltweit 15,7 Prozent der Menschen ab 60 Jahren Gewalt. Psychische Gewalt betraf zumindest einmal im Jahr 11,6 Prozent der ab 60-jährigen Menschen, 6,8 Prozent waren von finanzieller Gewalt betroffen, 4,2 Prozent erlebten eine Form der Vernachlässigung, 2,6 Prozent körperliche Gewalt und 0,9 Prozent sexuelle Gewalt.

Innerhalb eines institutionellen Kontextes gaben nach einem Studienbericht zu Gewalt in der Pflege, basierend auf einem Kongress in Kassel 2016, nahezu ein Drittel (30,8 %) der befragten Pflegefachpersonen an, „eher häufig“ bis „sehr häufig“ zu erleben, dass Pflegemaßnahmen gegen den Willen von Menschen mit Pflegebedarf durchgeführt werden. 13,7 Prozent geben an, in den vergangenen drei Monaten selbst Opfer von Gewalt geworden zu sein (Weidner et al. 2017).

3.5.2 Digitalisierung

Digitalisierung hat in den letzten 15 Jahren den Alltag von Menschen grundlegend beeinflusst und verändert. Dies trifft auch auf die Bevölkerung der ab 65-Jährigen zu. Aktuelle Studien aus dem deutschsprachigen Raum (Rathgeb et al. 2024; Seifert 2025) untersuchen das digitale Nutzungsverhalten älterer Menschen und die Auswirkungen der Digitalisierung auf ältere Menschen. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass ältere Menschen Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) unterschiedlich häufig beziehungsweise intensiv nutzen und auch heterogene Einstellungen zur Technik haben. Viele ältere Personen wünschen sich eine Kombination aus digitaler und nicht-digitaler Welt.

Laut SHARE schätzt im Jahr 2022 etwa ein Drittel der ab 65-Jährigen ihre Computerkenntnisse als zumindest gut ein. Rund 23 Prozent geben an, noch nie einen Computer benutzt zu haben. Dies betrifft insbesondere Frauen (37 % vs. 11 % der Männer) und Personen ab 85 Jahren (64 %) sowie Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss (56 %).

Die Internetnutzung steigt laut Statistik Austria in Österreich bei den ab 65-jährigen Personen stetig, wodurch sich auch der „Digital Divide“ kontinuierlich verringert. Während vor rund 20 Jahren im Jahr 2003 noch wenige 65- bis 74-Jährige das Internet nutzten (4 %),

nutzten dieses 2023 in diesem Alterssegment bereits 79 Prozent. Die Differenz zwischen den 16- bis 24-Jährigen und 65- bis 74-Jährigen in der Internetnutzung ist demnach von 62 Prozentpunkten im Jahr 2003 auf 21 Prozentpunkte im Jahr 2023 gesunken (Djahangiri et al. 2024).

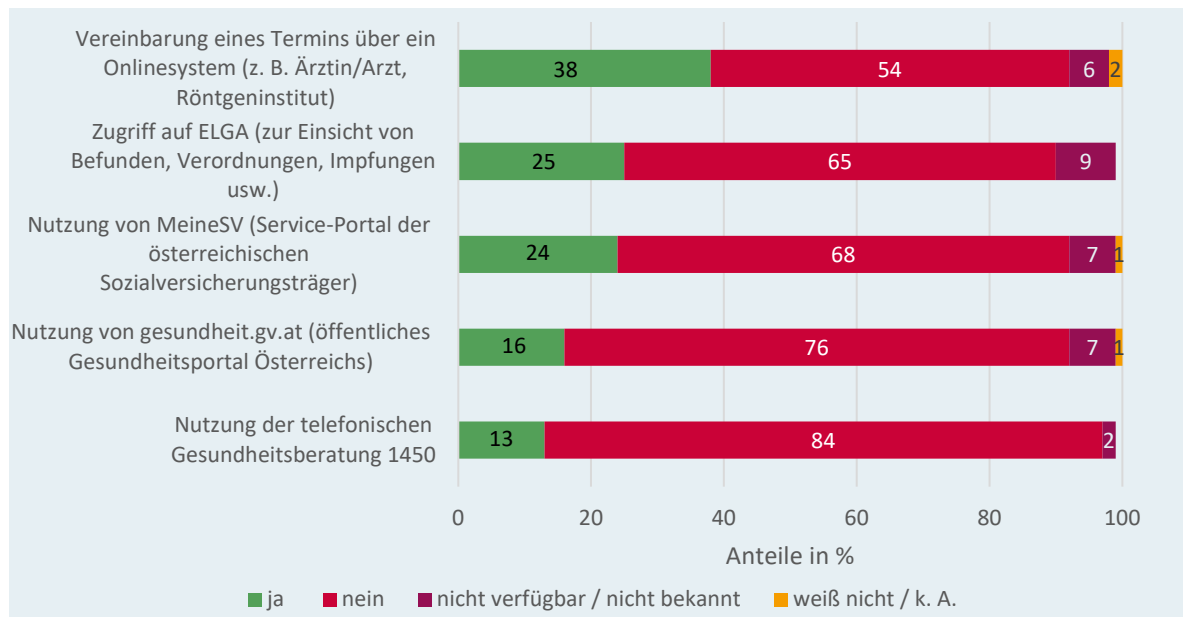
In Österreich liegt die Internetnutzung im Jahr 2023 bei den 16- bis 44-Jährigen bei knapp unter 100 Prozent. Im Altersvergleich sinkt die Nutzung bei den 45- bis 64-Jährigen leicht von 98 auf 93 Prozent und fällt schließlich bei den 65- bis 74-Jährigen auf 79 Prozent. Unter den 75- bis 84-Jährigen nutzen nur mehr 54 Prozent das Internet. Die Intensität der Nutzung nimmt ab 75 Jahren stetig ab. Nur noch 43 Prozent der 80- bis 84-Jährigen nutzen das Internet (Djahangiri et al. 2024).

Laut Statistik Austria (Djahangiri et al. 2024) unterscheidet sich die Internetnutzung vor allem nach Geschlecht und bildungsspezifischen Merkmalen. Ältere Männer und Höhergebildete nutzen das Internet stärker als Frauen und Niedriggebildete. Auch die Wohnform hat einen starken Effekt auf die Internetnutzung. Die Internetnutzung ist unter älteren Menschen in Mehrpersonenhaushalten verbreiteter als in Einpersonenhaushalten. Effekte bezüglich Urbanisierung sind hingegen nur schwach ausgeprägt und statistisch nicht signifikant.

Zu gesundheitstechnologischem Nutzungsverhalten in Österreich liegen Daten aus dem Panel Gesundheitsförderung (GÖG 2025b) vor. 17 Prozent der befragten ab 65-Jährigen nutzen zur Förderung einer gesunden Lebensweise und ihres Wohlbefindens Gesundheits-Apps auf dem Mobiltelefon oder als Wearable (Smartwatch). 23 Prozent verwenden medizinische Onlinegeräte oder Apps zur Überwachung oder Behandlung einer Krankheit oder eines Gesundheitsproblems.

Die Daten des Panels Gesundheitsförderung zeigen (vgl. Abbildung 9), dass von digitalen Gesundheitsdienstleistungen am häufigsten Online-Terminvereinbarungen (38 %) in Anspruch genommen werden. Auf die elektronische Gesundheitsakte (ELGA) greifen rund 25 Prozent zu, das Serviceportal der österreichischen Sozialversicherungsträger nutzen rund 24 Prozent. 16 Prozent haben in den letzten 12 Monaten das öffentliche Gesundheitsportal gesundheit.gv.at verwendet und 13 Prozent haben die telefonische Gesundheitsberatung 1450 gewählt. Nach einer Userbefragung des öffentlichen Gesundheitsportals (Ramssl-Sauer et al. 2025) wünschen sich in der Altersgruppe der ab 80-Jährigen 61 Prozent mehr Videos auf der Website und 94 Prozent einfacher formulierte Texte.

Abbildung 9: Nutzung digitaler Gesundheitsdienstleistungen der ab 65-Jährigen in Österreich, 2025



Quelle: Panel Gesundheitsförderung (Welle 6); Berechnung und Darstellung: GÖG

Spezifische digitale Kanäle wie Videogespräche mit einer Ärztin / einem Arzt oder die Verwendung von KI (künstlicher Intelligenz), um Informationen zu medizinischen oder gesundheitsbezogenen Themen zu erhalten, werden von den ab 65-Jährigen noch wenig genutzt oder sind nicht verfügbar oder bekannt. So haben nur 2 Prozent in den letzten 12 Monaten ein Videogespräch geführt oder KI-Technologie genutzt. Soziale Medien (wie Facebook, Instagram, Twitter/X, TikTok) oder Onlineforen werden für medizinische oder gesundheitsbezogene Meinungen, Gedanken, Fragen oder Gefühle von rund 10 Prozent genutzt und 24 Prozent verwenden Websites, um sich zu medizinischen oder gesundheitsbezogenen Themen informieren (GÖG 2025b).

Gesundheitstechnologien wie sprachgesteuerte Assistenzen (u. a. Ok Google, Alexa, Siri), smarte Haushaltstechnik (z. B. WLAN-gesteuerte Lampen), Wearables (Fitnessarmbänder, Smartwatches) oder Notfallsysteme und Notfallarmbänder können ältere Menschen dabei unterstützen, im eigenen Haushalt selbstständig den Alltag zu bewältigen und somit länger in ihrem persönlichen Wohnumfeld zu verbleiben. In einer Studie aus der Schweiz (Seifert 2025) wurden Fragen zu Gesundheitstechnologien nach Alter erhoben. Die regelmäßige Nutzung (täglich, fast täglich, mind. einmal im Monat) liegt für alle abgefragten Gesundheitstechnologien bei den ab 65-Jährigen jedoch unter 20 Prozent. Notrufsysteme wie das Notrufarmband werden laut der Studie erst im höheren Alter eingesetzt. 18 Prozent der ab

85-Jährigen besitzen eine solche Technik, jedoch nur 5 Prozent der 75- bis 84-Jährigen. Die Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen besitzt eher Smartwatches oder nutzt sprachgesteuerte Assistenztechnologie. Ähnliche Daten liegen für Österreich derzeit noch nicht vor.

Reflexion zur Digitalisierung aus Sicht älterer Menschen

In den Fokusgruppen mit älteren Menschen wurde die Digitalisierung zum Teil als Einschränkung ihrer Handlungsmöglichkeiten gesehen, aber auch als neue Realität, für die man offen sein sollte:

„Ich finde, man sollte im Alter für Neues offen sein. Auch für digitale Sachen usw. Da sagen so viele ‚nein, das brauche ich eh nicht mehr‘. Das ist aber ganz schlecht. [...] Dann entsteht das Gefühl der Hilflosigkeit. [...] Zum Beispiel bekommt man Informationen nur mehr digital. Da muss man sich gut auskennen. Sonst muss man notgedrungen zu jemand anderem gehen und das ist einfach kein gutes Gefühl, weil dann brauche ich jemanden. [...] Zum Beispiel, wenn man in ein Röntgeninstitut geht, dann bekommt man den Befund online: Zettel mit Code. Meine Frau hat kein Smartphone, kann dadurch nicht ID Austria anwenden, kann nicht in die Krankenkasse rein usw., weil sie kein Smartphone hat. Sie möchte aber auch keines. [...] Medizinischer Bereich, Information, Beziehungen, Banken etc.“ (Wosko et al. 2024)

3.5.3 Migrationshintergrund

Der von der Statistik Austria verwendeten UNECE-Definition zufolge umfasst die Bevölkerung mit Migrationshintergrund alle Personen, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden, unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit. Laut Statistik Austria (2025a) lebten in Österreich im Jahr 2024 durchschnittlich rund 2,5 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Das entspricht 27,8 Prozent der Gesamtbevölkerung. Jedoch sind nur 10,3 Prozent der Personen mit Migrationshintergrund 65 Jahre oder älter. Mit einem Durchschnittsalter zwischen 41 und 42 Jahren zählen die Staatsangehörigen aus Bosnien und Herzegowina, Serbien und Deutschland zum älteren Teil der Bevölkerung mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft. Die Gründe für eine Zuwanderung sind sehr unterschiedlich und reichen von einer befristeten Ausbildung oder Berufstätigkeit bis hin zu Flucht. Personen mit Migrations- oder Fluchthintergrund kommen aus einer Vielzahl von Herkunftsländern, die von den aktuellen EU-Staaten, dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei bis zu den Fluchtländern (Afghanistan, Syrien, Irak) und vielen weiteren Ländern (wie z. B. China, Indien, Somalia) reichen. Entsprechend vielfältig ist die migrantische Bevölkerung in Österreich. Die

Daten der Statistik Austria verdeutlichen, dass Menschen mit Migrationshintergrund sowohl in der Bevölkerungsgruppe mit akademischen Bildungsabschlüssen als auch in jener mit wenig formaler Bildung überproportional vertreten sind.

Menschen mit einem Migrationshintergrund sind häufiger von ungünstigen sozioökonomischen Faktoren betroffen, die sich auf die Gesundheit auswirken (u. a. prekäre Arbeitsbedingungen, schlechtere Wohnverhältnisse, deutlich höhere Armuts- und Ausgrenzungsbedrohung, dreimal so hohe Bedrohung von mehrfacher Ausgrenzung) (Statistik Austria 2025a). Auch die Erfahrungen, die Menschen mit Migrationshintergrund mit dem Gesundheitssystem machen, können sich von den Erfahrungen von Personen ohne Migrationshintergrund unterscheiden. Diese Erfahrungen prägen nicht nur ihre Einstellung zum Gesundheitssystem, sondern in der Folge auch ihre Bereitschaft, Dienstleistungen aus dem Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen. Allerdings erfassen nur wenige Studien die Meinung von Menschen mit Migrationshintergrund zum Gesundheitssystem im Aufnahmeland (Gaiswinkler/Weigl 2019; Kainradl 2024a). Der Zugang zum Gesundheitssystem kann für Menschen mit Migrationshintergrund mit einer Vielzahl von Barrieren verbunden sein. Für ältere Personen finden sich diese vor allem auf sprachlicher Ebene, nachdem viele ältere Menschen mit Migrationshintergrund (v. a. Angehörige der Arbeitsmigration aus Ländern Südosteuropas) wenig oder kein Deutsch sprechen – dies kann die Kommunikation mit medizinischem oder pflegerischem Personal erheblich erschweren (Kainradl 2024a). Unterschiedliche „kulturelle“ Verständnisse und Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit, Pflege und medizinischer Hilfe können auch eine Barriere für gelungene Kommunikation darstellen. Auch negative Vorurteile und mangelnde interkulturelle Kompetenz aufseiten des Personals können einer adäquaten Behandlung im Wege stehen. Zudem können frühere negative Erfahrungen durch Stereotypisierung und Diskriminierung bereits zu einem Rückzug und Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem geführt haben. Viele Gesundheitsdienstleistungen stehen nicht mehrsprachig zur Verfügung oder sind nicht auf die Bedürfnisse älterer Menschen mit Migrationshintergrund abgestimmt. In der nachberuflichen Lebensphase können sich manche belastenden Lebenslagen laut Kainradl (2024a) verdichten und damit die Möglichkeiten für eine selbstbestimmte Lebensführung beeinflussen. Herausforderungen mit dem und im Gesundheitssystem entstehen dabei weniger in der Akutversorgung als vielmehr in der Prävention, Nachsorge und Rehabilitation. In diesem Zusammenhang werden vor allem fehlende Präventions- und Rehabilitationsangebote des österreichischen Gesundheitswesens für ältere Menschen mit Migrationsbiografie und die fehlenden weiteren finanziellen Unterstützungen (Pflegegeld, Unterstützungen für medizinische und pflegerische Produkte) in transnationalen Pflegesettings als Barriere beschrieben (Kainradl 2024a).

Gesundheit, Krankheit und Pflege werden von unterschiedlichen Menschen mit Migrationshintergrund vielfältig verstanden, wie auch ihre Biografien unterschiedlich sind. Einstellungen, Haltungen, Wissen und Verhalten in Bezug auf Gesundheit und Krankheit wie auch der Zugang zum Gesundheitssystem lassen sich nicht in einer generalisierten Form beschreiben. Dennoch sollte diese Bevölkerungsgruppe aufgrund der Möglichkeit mehrfacher Diskriminierung einen zentralen Stellenwert einnehmen. Die Heterogenität der Gruppe älterer Menschen mit Migrationshintergrund sowie deren eigene Perspektiven sind dabei besonders zu berücksichtigen (Gaiswinkler/Weigl 2019; Kainradl 2024b; Weigl/Gaiswinkler 2019).

Im vorliegenden Bericht werden Daten zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund dort explizit angeführt, wo die Datenlage entsprechend vorhanden ist (u. a. in Kapitel 4.3 und 4.4).

4 Verhaltensbezogene Determinanten und individuelle Gesundheitsdeterminanten

Die Verhältnisse, die im vorherigen Kapitel behandelt werden, nehmen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten. Verhaltensbezogene Risikofaktoren, die im Folgenden behandelt werden, tragen in Österreich wesentlich zur Sterblichkeit bei. So waren etwa 36 Prozent der Todesfälle im Jahr 2019 auf Rauchen, ernährungsbedingte Risiken, Alkohol und geringe körperliche Aktivität zurückzuführen (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2023). Nachfolgend werden ausgewählte verhaltensbezogene Determinanten vorgestellt.

Reflexion zu gesundheitsrelevantem Verhalten im Alter aus Sicht älterer Menschen

Die Relevanz von gesundheitsrelevantem Verhalten für ein gesundes Altern wird auch in der Fokusgruppe mit älteren Menschen deutlich:

„In meiner Umgebung und in meinem Bekanntenkreis habe ich bemerkt, wenn jemand sehr aktiv ist in der Pension und hunderttausend Sachen macht, was ihm Spaß macht und so, der ist wesentlich länger fit, gesund und aktiv, als wenn man den Schalter umlegt und nur mehr daheim ist vor dem Fernseher und nur noch meckert über die Welt. Also in meinem Bekanntenkreis habe ich schon bemerkt, wenn man sich etwas weiter öffnet, dann kann man den Prozess des Alterns schon stark verlangsamen.“ (Wosko et al. 2024)

4.1 Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz bezeichnet laut M-POHL (Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy) das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in all ihren Formen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden. Ziel ist es, über gesundheitliche Anliegen zu kommunizieren, Gesundheitsdienste angemessen zu nutzen, die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden zu fördern, Krankheiten vorzubeugen und zu bewältigen sowie andere zu unterstützen oder stellvertretend Entscheidungen zu treffen.

Gesundheitskompetenz wird beeinflusst durch die sozialen, kulturellen und organisatorischen Kontexte, in denen Menschen leben, lernen, arbeiten und versorgt werden. Sie entsteht im Zusammenspiel von individueller Motivation und Kompetenz sowie der Zugänglichkeit, Verständlichkeit, Qualität und Nutzerfreundlichkeit gesundheitsbezogener Informationen und Angebote – einschließlich der verfügbaren Unterstützung bei gesundheitlichen Herausforderungen (M-POHL 2025; Sørensen et al. 2012). Menschen mit einer eingeschränkten allgemeinen GK weisen ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten auf (z. B. hinsichtlich Bewegung oder Ernährung), schätzen ihre gesundheitliche Situation schlechter ein, sind häufiger von gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag betroffen, nehmen das Gesundheitssystem stärker in Anspruch und verbringen mehr Tage im Krankenstand (Griebler et al. 2021a). Förderliche Faktoren für ein gesundheitskompetentes Handeln sind z. B. ein nutzerfreundlich und gesundheitskompetent gestaltetes und organisiertes Gesundheitssystem, gute Gespräche mit Angehörigen der Gesundheitsberufe, leicht zugängliche und verständliche Gesundheitsinformationen sowie das Empowerment von Bürgerinnen und Bürgern / Patientinnen und Patienten¹⁷. Wesentlich sind außerdem Grundkompetenzen wie Lesen und Schreiben, die Voraussetzung sind für das Verstehen und Nutzen von Gesundheitsinformationen (funktionale Gesundheitskompetenz), die es im Bildungsbereich – mit einem Fokus auf Chancengerechtigkeit – zu fördern gilt.

Daten zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung wurden österreichweit 2011 im Rahmen des HLS-EU (European Health Literacy Survey) (HLS-EU Consortium 2012) und 2020 im Rahmen der Österreichischen Gesundheitskompetenz-Erhebung 2020 (HLS₁₉-AT) (Griebler et al. 2021a) gesammelt. Zudem gibt das Panel Gesundheitsförderung Einblicke in die psychosoziale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, wie auch in die gesundheitsbezogene Klimakompetenz (Vana et al. 2024). Im Rahmen einer Onlinebefragung konnten außerdem 2021 erstmals umfassende Daten zur Ernährungskompetenz der Österreicher:innen gesammelt werden (Griebler et al. 2023a).

Ältere Menschen, Menschen mit niedrigem Sozialstatus, geringer formaler Bildung, finanziellen Schwierigkeiten sowie Personen mit chronischen Gesundheitsproblemen oder alltäglichen gesundheitlichen Einschränkungen gelten hinsichtlich der Gesundheitskompetenz als besonders vulnerabel bzw. benachteiligt (Griebler et al. 2021a).

¹⁷ Nähere Informationen finden sich auf der Website der österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz: www.oepgk.at.

Daten der Österreichischen Gesundheitskompetenz-Erhebung 2020 (HLS₁₉-AT) zeigen, dass sich ältere Menschen (ab 60 Jahren) häufiger bei Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe (51 %) Gesundheitsinformationen holen, während jüngere Menschen (18–29 Jahre) eher digitale Quellen nutzen. Dies zeigt sich auch in der digitalen Gesundheitskompetenz (DIGI-GK), bei der ältere Menschen häufiger Schwierigkeiten haben als jüngere Altersgruppen. Im Vergleich zu den unter 60-Jährigen griffen Personen ab 60 Jahren häufiger auch auf nicht-digitale schriftliche Unterlagen zurück (Griebler et al. 2021a).

Hinsichtlich der **Ernährungskompetenz** zeigten Männer und Personen mit niedriger formaler Bildung schlechtere Ergebnisse. Ältere Personen (65+) schnitten im Vergleich zu den Jüngeren im Bereich „Versuchungen widerstehen“ signifikant besser ab, während sie im Bereich „Gesundes Snacken“ schlechter abschnitten. Niedrigere Einkommensgruppen schnitten bei der funktionalen Gesundheitskompetenz und der Ernährungskompetenz schlechter ab. Mit zunehmendem Alter nimmt die durchschnittliche funktionale GK insgesamt ab (Griebler et al. 2023a).

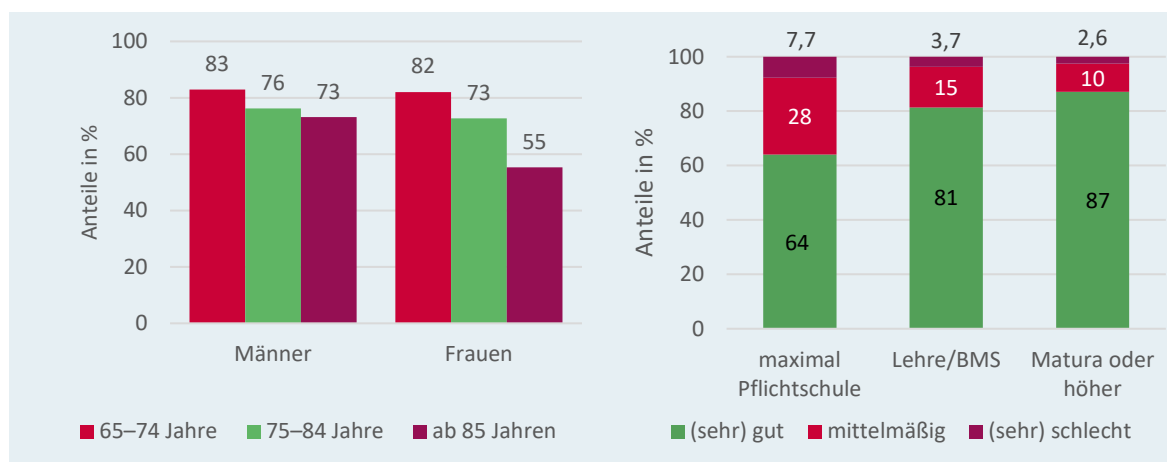
Hinsichtlich der **psychosozialen Gesundheitskompetenz** (PSGK) zeigt sich laut Ergebnissen der 2023 durchgeführten zweiten Welle des Panels Gesundheitsförderung, dass Personen ab 60 Jahren über alle PSGK-Themenbereiche hinweg größere Schwierigkeiten haben (GÖG 2024b), insbesondere bei der Beurteilung von Informationen (z. B. überprüfen, ob Informationen zur psychischen Gesundheit verlässlich sind) (Griebler et al. 2024). Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Klimakompetenz fühlen sich laut Panel Gesundheitsförderung ältere Menschen (65+) weniger in ihrer Gesundheit bedroht als jüngere Menschen. Dennoch ist der gesundheitliche Zusatznutzen für ältere Menschen eine wichtige Motivation, ihre Mobilitäts- und Ernährungsgewohnheiten zu ändern. Wesentlich ist es für diese Altersgruppe, dass ihre Ansprechpersonen in Gesundheitsfragen gut über die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels informiert sind (GÖG 2024a).

4.2 Lebensqualität und Lebenszufriedenheit

Lebensqualität

Lebensqualität beschreibt das körperliche, psychische, kognitive, soziale und umweltbezogene Wohlbefinden (Klimont 2020). Sie gewinnt vor allem im Kontext einer steigenden Lebenserwartung, vermehrter chronischer Krankheiten sowie einer verbesserten medizinischen Versorgung an Bedeutung (Ellert/Kurth 2013). Laut ATHIS 2019 bewerteten 77 Prozent der ab 65-jährigen Österreicher:innen ihre Lebensqualität als (sehr) gut, Männer häufiger als Frauen (80 % vs. 75 %). Bei Frauen ab 85 Jahren liegt der Anteil mit 55 Prozent deutlich unter dem der 65- bis 74-Jährigen (82 %), bei Männern ist der Unterschied zwischen den Altersgruppen nicht so hoch (vgl. Abbildung 10). Besonderes Gewicht hat dabei das Bildungs- und Einkommensniveau: Laut Felsinger et al. (2025) verschwinden statistisch signifikante beobachtete Unterschiede nach Geschlecht in der selbstberichteten Lebensqualität der älteren österreichischen Bevölkerung, wenn Einkommen und Bildung berücksichtigt werden. 87 Prozent der in ATHIS 2019 befragten ab 65-Jährigen mit Matura oder einem höheren Abschluss gaben an, eine (sehr) gute Lebensqualität zu haben, während dies nur 64 Prozent jener mit maximal Pflichtschulabschluss angegeben haben (vgl. Abbildung 10).

Abbildung 10: (Sehr) gute Lebensqualität der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen sowie nach Bildung, 2019

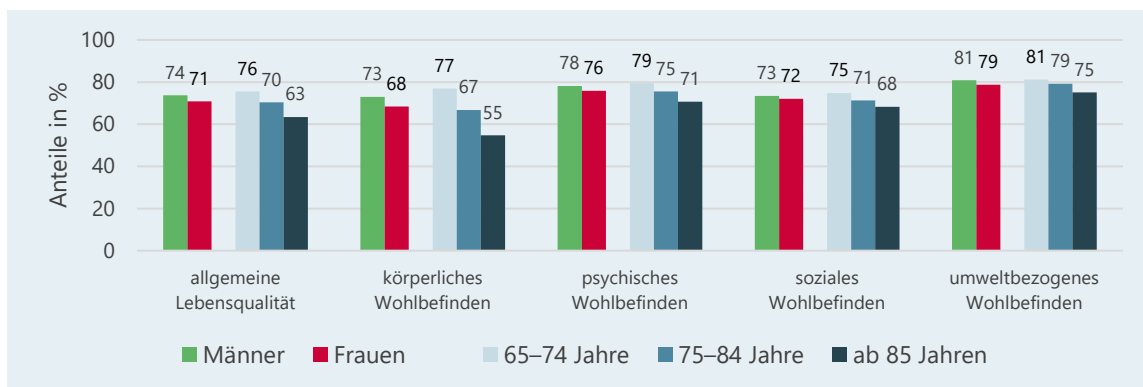


nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Gemäß Quality-of-Life-BREF-Index der WHO¹⁸ bewerteten im Jahr 2019 ab 65-Jährige in Österreich ihre allgemeine Lebensqualität mit durchschnittlich 72 von 100 Punkten. Die höchsten Werte wurden im Bereich Umwelt (80 Punkte), die niedrigsten beim körperlichen Wohlbefinden (70 Punkte) erzielt. Frauen bewerteten ihre Lebensqualität durchgehend schlechter, besonders das körperliche Wohlbefinden sinkt mit dem Alter stark (von 77 auf 55 Punkte bei den ab 85-Jährigen; vgl. Abbildung 11). Personen mit einer höheren Bildung bewerteten alle Bereiche höher als jene mit maximal Pflichtschulabschluss. Den größten Unterschied gibt es dabei im Bereich körperliches Wohlbefinden (79 vs. 62 Punkte), beim sozialen Wohlbefinden gibt es hingegen kaum Unterschiede.

Abbildung 11: Lebensqualität der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019



nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Lebenszufriedenheit

Bei der Lebenszufriedenheit handelt es sich um die persönliche Einschätzung der allgemeinen Lebenslage. Laut Buecker et al. (2023) belegen Studien, dass die Lebenszufriedenheit mit dem Alter sinkt – besonders stark bei den Hochaltrigen, wenige Jahre vor ihrem Tod. Laut ATHIS 2019 empfanden zwar 61 Prozent der ab 85-Jährigen ihre Lebensqualität als

¹⁸ Der WHOQOL-BREF ist mit 26 Items eine Kurzform des WHOQOL-100 und ist ein Instrument zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität. Er besteht aus den vier Bereichen „physische Gesundheit“, „psychisches Wohlbefinden“, „soziale Beziehungen“ und „Umwelt“.

(sehr) gut, doch scheint dies kaum Einfluss auf die allgemeine Lebenszufriedenheit zu haben: Laut ÖIHS bewerteten etwa 88 Prozent der 80- bis 90-Jährigen die Lebenszufriedenheit als eher oder sehr hoch. Der Anteil jener, die unzufrieden waren, ist mit 1,3 Prozent sehr gering. Dies lässt den Schluss zu, dass die allgemeine Lebensqualität nicht zwingend zu einer niedrigeren Lebenszufriedenheit führt, sondern auch andere Faktoren diese beeinflussen. Laut ÖIHS weisen etwa Alten- und Pflegeheimbewohner:innen, die oftmals besonders von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind, eine deutlich niedrigere Lebenszufriedenheit als Personen in Privathaushalten und Seniorenresidenzen auf (ÖPIA 2022).

Reflexion zur Lebensqualität aus Sicht älterer Menschen

Aus Sicht der älteren Menschen in den Fokusgruppen wird das Altern auch als Chance für mehr Lebensqualität wahrgenommen – insbesondere aufgrund der größeren zeitlichen Ressourcen und der gesteigerten Selbstbestimmtheit, die im Berufsleben teilweise nicht gegeben war:

„Und jetzt genieße ich, dass ich mehr Kultur mache. Öfter ins Theater und die Oper gehe. Das ist vorher nicht gegangen und das verbinde ich auch mit dem Älterwerden. Oder auch mehr Zeit haben für Freunde. Mit Freunden zu reisen. Das konnte ich zuvor nicht so mir nix dir nix.“

„Ich genieße es auch, dass man mehr Zeit hat. Dass man mal ein Buch lesen kann, dass ich mich hinsetzen kann und dass ich das genieße. Dass ich meinen großen Garten machen darf. Und vor allem, dass man die Termine, die man hat, dass man nicht so fremdbestimmt ist. Das ist für mich ein gravierender Unterschied, dass man in der Person nicht mehr fremdbestimmt ist.“ (Wosko et al. 2024)

4.3 Bewegung und Mobilität

Regelmäßige Bewegung kann Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Stürzen vorbeugen, das Risiko von Angstgefühlen und Depressionen verringern und trägt insgesamt zu einer besseren Lebensqualität und zur Förderung der funktionalen Fähigkeiten bei (FGÖ 2020; ÖPIA 2022). Besonders für hochaltrige Menschen (ab 80 Jahren) ist Mobilität ein entscheidender Faktor für den Erhalt von Selbstständigkeit und Autonomie und verringert soziale Isolation und Einsamkeit. Neben organisierten sportlichen Aktivitäten zählen zur Bewegung auch alltägliche und freizeitbezogene Aktivitäten und auch das Verlassen des Hauses (ÖPIA 2022).

Rund die Hälfte der im Rahmen des Bewegungsmonitorings Österreich (2022) befragten ab 70-Jährigen in Österreich bewerteten laut dem österreichischen Bewegungsmonitoring 2022 den Stellenwert von regelmäßiger Bewegung als (sehr) hoch. 20 Prozent gaben außerdem an, regelmäßig an organisierten sportlichen Aktivitäten (in Sportvereinen oder privaten Sportgruppen/Lauftreffs) teilzunehmen (BMKÖS 2022).

Die Ergebnisse der dritten Erhebungswelle der ÖIHS zeigen, dass 61 Prozent der ab 80-Jährigen ihr Zuhause mindestens einmal täglich verlassen. 10 Prozent verlassen ihr Zuhause seltener als einmal pro Woche oder nie. Dies betrifft insbesondere Personen mit funktionalen Einschränkungen, Personen in Alten- und Pflegeheimen, Frauen sowie alleinlebende und kinderlose Menschen. 21 Prozent würden zwar gerne öfters außer Haus, können es aber aus körperlichen, psychischen Gründen / Ängsten oder städtebaulichen Gründen nicht. Da die Studie während der COVID-19-Pandemie durchgeführt wurde, ist anzunehmen, dass dies einen Einfluss auf die Ergebnisse hatte (ÖPIA 2022).

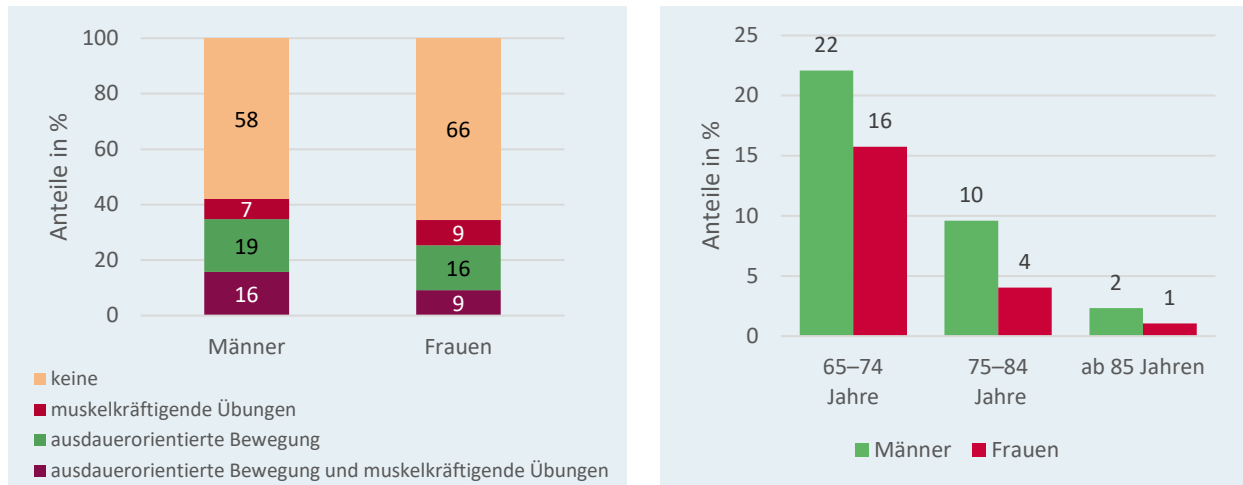
Bewegungsempfehlungen

Die **österreichischen Bewegungsempfehlungen** für gesunde Erwachsene ab 65 Jahren umfassen wöchentlich 150 Minuten ausdauerorientierte Bewegung¹⁹ sowie muskelkräftigende Übungen²⁰ an mindestens zwei Tagen. Als erfüllt gelten die Empfehlungen nur, wenn beide Komponenten umgesetzt werden. Laut ATHIS 2019 trifft dies auf rund 12 Prozent der ab 65-Jährigen zu – Männer deutlich häufiger als Frauen (16 vs. 9 %, vgl. Abbildung 12). Mit fortschreitendem Alter sinkt der Anteil weiter: Bei den 85-Jährigen liegt er nur noch bei 1,8 Prozent. Auffällig ist zudem, dass Frauen deutlich häufiger keine der beiden Empfehlungen erfüllen (66 % vs. 58 %) (vgl. Abbildung 12).

¹⁹ Ausdauerorientierte Bewegung bezeichnet Bewegungsarten wie Gehen, Laufen, Radfahren, Tanzen oder Schwimmen, die die Ausdauer verbessern.

²⁰ Muskelkräftigende Übungen stärken die Muskeln und Knochen.

Abbildung 12: Erfüllung der österreichischen Bewegungsempfehlung der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Bewegungsart, Geschlecht und Altersgruppen, 2019

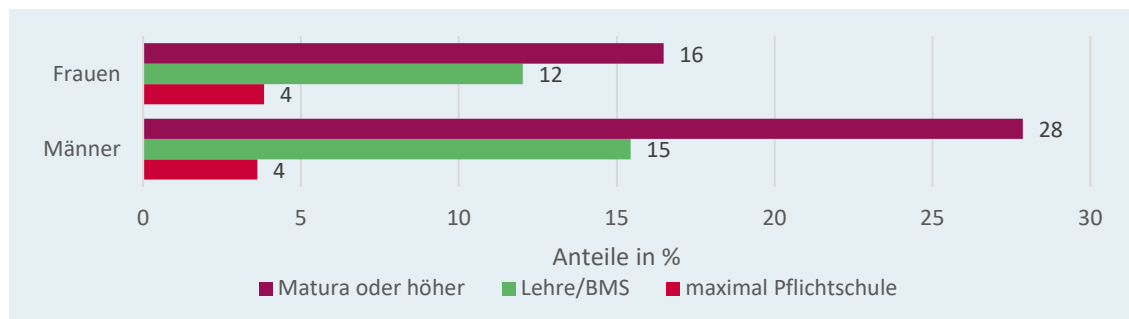


nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Einen besonders starken Zusammenhang gibt es zwischen Bewegungsverhalten und formalem Bildungsstand. Während lediglich 3,8 Prozent der ab 65-Jährigen in Österreich mit maximal einem Pflichtschulabschluss die Bewegungsempfehlungen erfüllen, sind es bei jenen mit Matura oder einem höheren Abschluss 23 Prozent. Dabei gibt es bei den Männern zwischen den Bildungsgruppen größere Unterschiede als bei den Frauen (vgl. Abbildung 13).

Abbildung 13: Erfüllung der österreichischen Bewegungsempfehlung bei der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und formaler Bildung, 2019



nur in Privathaushalten

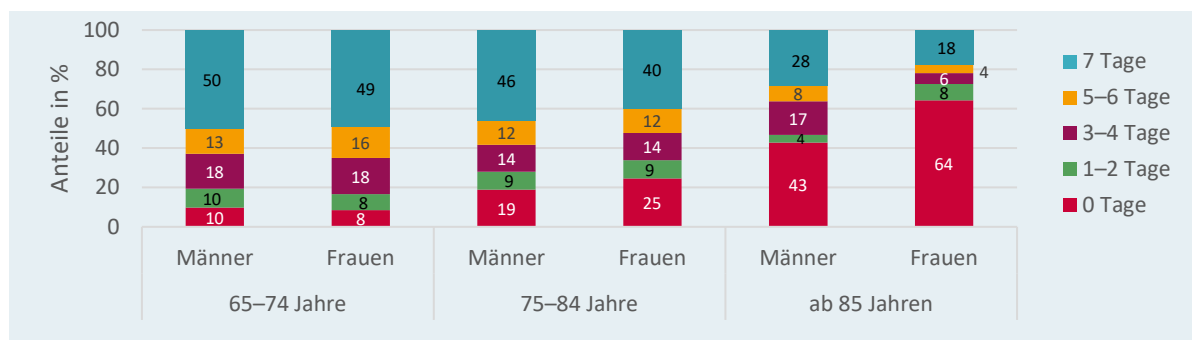
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Etwa gleich viele Personen mit und ohne Migrationshintergrund erfüllen laut ATHIS 2019 die österreichischen Bewegungsempfehlungen, jedoch ist der Anteil derer, die keine der beiden Empfehlungen erfüllen, bei ab 65-Jährigen mit Migrationshintergrund mit 71 Prozent höher als bei jenen in der gleichen Altersgruppe ohne Migrationshintergrund (61 %).

Alltagsbewegung

Alltagswege bereits ab zehn Minuten Dauer ohne Unterbrechung gelten als gesundheitsförderlich (FGÖ 2020). In Österreich sind ATHIS 2019 zufolge Personen ab 65 Jahren im Schnitt an 4,4 Tagen pro Woche mindestens zehn Minuten zu Fuß oder mit dem Fahrrad unterwegs. Etwa 20 Prozent dieser Altersgruppe bewegen sich an keinem einzigen Tag mindestens 10 Minuten, während 43 Prozent dies täglich tun. Mit zunehmendem Alter nimmt die Alltagsmobilität deutlich ab: 65- bis 74-Jährige sind im Schnitt an fünf Tagen pro Woche aktiv, ab 85-Jährige nur noch 2,2 Tage. Zwar ist auch in der ältesten Altersgruppe jede fünfte Person täglich mindestens zehn Minuten aktiv, doch steigt der Anteil jener, die sich an keinem Tag der Woche mehr als zehn Minuten bewegen, stark an – von 9 Prozent bei den 65- bis 74-Jährigen auf 57 Prozent bei den ab 85-Jährigen. Während sich Männer und Frauen im Alter von 65 bis 74 Jahren noch ähnlich häufig bewegen, nimmt die aktive Mobilität bei Frauen mit steigendem Alter deutlich schneller ab. In der Altersgruppe der ab 85-Jährigen sind 64 Prozent der Frauen und 43 Prozent der Männer an **keinem** Tag pro Woche mindestens zehn Minuten aktiv (vgl. Abbildung 14).

Abbildung 14: Alltagsbewegung der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019

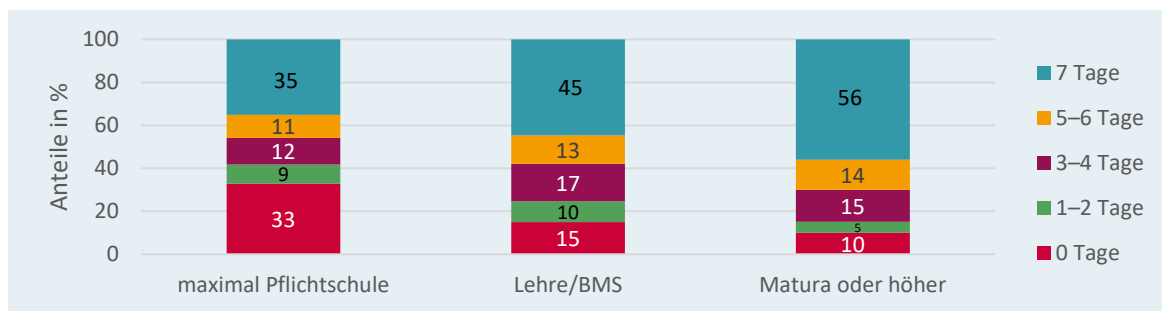


nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Menschen ab 65 Jahren mit höherem Bildungsabschluss (Matura oder mehr) bewegen sich im Alltag häufiger mindestens zehn Minuten am Stück als Personen mit maximal Pflichtschulabschluss (5,3 vs. 3,6 Tage/Woche). 33 Prozent der Personen mit maximal Pflichtschulabschluss bewegen sich an keinem Tag der Woche mehr als zehn Minuten mit dem Rad oder zu Fuß, bei Personen mit Matura oder höherem Abschluss nur 10 Prozent (vgl. Abbildung 15). Der Bildungsgradient ist für Männer und Frauen gleichermaßen feststellbar.

Abbildung 15: Alltagsbewegung bei der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach formaler Bildung, 2019



nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

4.4 Ernährung

Der Ernährungszustand im Alter ist dynamisch und durch das Zusammenspiel unterschiedlicher körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren geprägt. Eine gesunde und ausgewogene Ernährung mit einer hohen Nährstoffdichte stellt besonders bei älteren Menschen, kombiniert mit ausreichend Bewegung (siehe Kapitel 4.3), einen wesentlichen Bestandteil für den Erhalt bzw. Wiederherstellung der Gesundheit dar. Zudem haben Mahlzeiten eine hohe soziale Bedeutung, da sie dem Tag Struktur geben und für Genuss, Freude und Gemeinschaftlichkeit sorgen können (Berger et al. 2024; gesundheit.gv.at 2020a).

Wichtig für Personen ab 65 Jahren ist eine hohe Nährstoffdichte, da Vitamine und Mineralstoffe zu einer Aufrechterhaltung der Körperfunktionen beitragen. Eine ausreichende Versorgung mit Energie und Nährstoffen trägt nicht nur zu einem guten Ernährungszustand bei, sondern hilft, Krankheitsereignisse sowie Krankenhausaufenthalte und Infektionen besser

zu überstehen. Die Aufnahme von hochwertigen Proteinquellen sowie Calcium und Vitamin D ist essenziell, um eine Mangelernährung zu verhindern und die Knochenstruktur zu erhalten. Viele Menschen im Alter leiden vermehrt an Verstopfung aufgrund von altersbedingten Veränderungen an Leber, Bauchspeicheldrüse und Magen, weshalb eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr und eine Erhöhung des Ballaststoffanteils der Nahrung – zum Beispiel durch Vollkornprodukte, Obst und Gemüse und pflanzliche Proteinquellen wie Hülsenfrüchte (z. B. Bohnen, Linsen und Erbsen) – kombiniert mit ausreichend Bewegung (siehe Kapitel 4.3) wichtig ist. Um einen ungewollten Gewichtsverlust zu vermeiden, sind zudem regelmäßige Essenszeiten grundlegend (Frühwald et al. 2013; gesundheit.gv.at 2020d; oege.at 2025).

Die österreichischen Ernährungsempfehlungen sehen unter anderem den täglichen Konsum von ausreichend Trinkwasser, Obst und Gemüse, Getreide und Erdäpfeln, Milch und Milchprodukten sowie Samen, Nüssen und Ölen vor (BMSGPK 2024d). Die Ernährungsempfehlung von täglich fünf Portionen Obst und Gemüse erfüllen laut ATHIS 2019 lediglich 3,6 Prozent der ab 65-Jährigen in Österreich (2014: 6,1 %) – Frauen etwas häufiger als Männer (7,7 vs. 4 %), 65- bis 74-Jährige häufiger als 75- bis 84-Jährige bzw. ab 85-Jährige (4,8 vs. 2,6 bzw. 1,5 %). Im höheren Lebensalter sind außerdem sowohl pflanzliche als auch tierische Proteinquellen (Fisch, Fleisch, Hülsenfrüchte) von besonderer Bedeutung. Personen ab 65 Jahren, die sich ausschließlich pflanzlich ernähren, sollten auf eine sorgfältig geplante, bedarfsgerechte Ernährung mit ausreichender Proteinversorgung (1 g/kg Körpergewicht/Tag) sowie auf die Supplementierung von Vitamin B12 und gegebenenfalls weiterer kritischer Nährstoffe achten.

Ab 65-jährige Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss erfüllen den ATHIS-Daten zufolge deutlich häufiger entsprechend Empfehlung (5,2 %) als Personen mit Lehr-/BMS-Abschluss (3,9 %) oder maximal Pflichtschulabschluss (2,3 %). Auffällig ist auch, dass Personen mit Migrationshintergrund diese Empfehlung doppelt so häufig einhalten wie jene ohne (6,1 % vs. 3,3 %).

Mangelernährung ist ein ernstzunehmendes Problem im Alter. Sie führt zu einer Unterversorgung mit Mikro- (z. B. Vitaminen, Mineralstoffen) und Makronährstoffen (z. B. Proteinen, Fetten) (siehe auch Kapitel 5.3) und wird häufig fälschlich als „Altersschwäche“ interpretiert, mit teils negativen Folgen für Krankheitsverläufe und Sterblichkeit (gesundheit.gv.at 2020b). In österreichischen Alten- und Pflegeheimen lag die Prävalenz von Mangelernährung 2023 bei rund 13 Prozent, weitere 14 Prozent waren gefährdet

(Hiesmayr 2023). Besonders betroffen sind Frauen und Hochaltrige (Lohrmann 2010; Maderdonner 2010).

Um dem entgegenzuwirken, werden in rund der Hälfte der an dem nutritionDay – einer weltweiten Erhebung zur Ernährungsversorgung in Krankenhäusern und Pflegeheimen – teilnehmenden Institutionen Präventions- und Aufklärungsmaßnahmen angeboten (Broschüren, Ernährungsplan, Interventionen) (Hiesmayr 2023). Die Ursachen sind vielfältig: Neben physiologischen Veränderungen wie Appetitverlust, Kau- und Schluckbeschwerden oder Bewegungseinschränkungen spielen auch chronische Erkrankungen (z. B. Demenz, Parkinson), Medikamenteneinnahme, soziale Isolation und Altersarmut eine Rolle. Mangelernährung verstärkt wiederum Muskelabbau, Mobilitätseinschränkungen und Infektionsrisiken und kann soziale Isolation weiter verschärfen (gesundheit.gv.at 2020a).

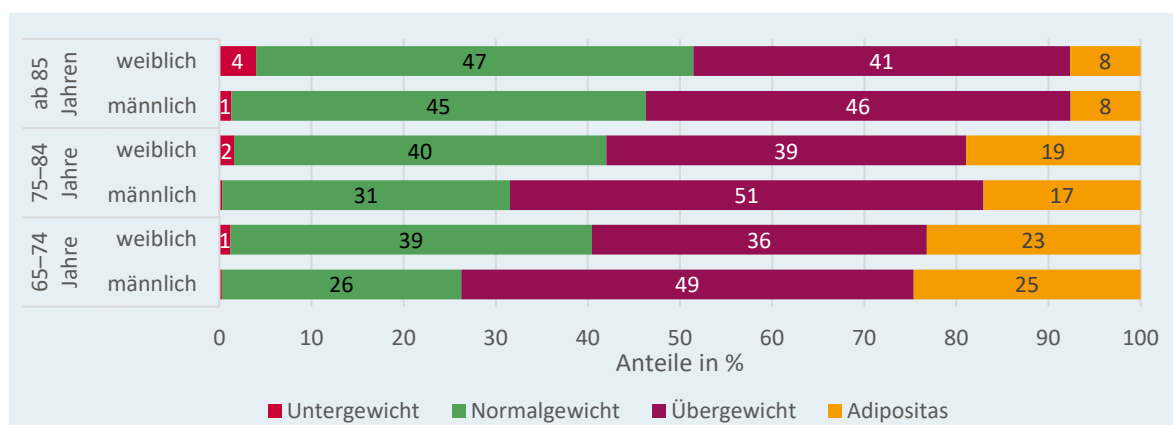
Auch **Dehydrierung** stellt im Alter ein Risiko dar. Sie wird durch verändertes Ess- und Trinkverhalten, eingeschränkte Mobilität, vermindertes Durstgefühl, Angst bei Inkontinenz sowie durch Erkrankungen wie Demenz oder Diabetes begünstigt. Auch Hitzeperioden, Medikamente und rasche kurzfristige Flüssigkeitsverluste durch z. B. Durchfall oder Fieber erhöhen das Risiko. Eine unzureichende Flüssigkeitszufuhr kann zu Kreislaufproblemen, Verwirrtheit, Nierenerkrankungen oder -versagen führen (siehe auch Kapitel 5.6.4) (MSD Manual 2024). Im Jahr 2023 entfielen laut DLD-Daten 86 Prozent aller Spitalsaufenthalte aufgrund von Dehydrierung (ICD-10: E86) auf Personen ab 65 Jahren (insgesamt 2.662 Fälle), vor allem in den Sommermonaten Juli und August. Frauen waren doppelt so häufig betroffen wie Männer. Laut Todesursachenstatistik lag die Sterberate bei rund 2,5 pro 100.000 Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren, alle Verstorbenen waren über 64 Jahre alt.

4.5 Gewichtsstatus

Der Gewichtsstatus eines Menschen unterliegt im Laufe des Lebens altersbedingten Veränderungen, die sowohl durch physiologische Prozesse wie den Rückgang der Muskelmasse als auch durch eine Verlangsamung des Stoffwechsels beeinflusst werden. Der Gewichtsstatus (Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas) wird anhand des BMI (Body-Mass-Index) festgestellt und ist auch im Alter ein gängiges Maß, verliert jedoch insbesondere an Aussagekraft, da er Muskelmasseverlust und Fettverlagerung nicht berücksichtigt (Hegazi/Halpern 2025).

Mit zunehmendem Alter sinken laut ATHIS 2019 die Raten von Übergewicht und Adipositas: Bei den 65- bis 74-Jährigen liegt die Adipositasrate bei 24 Prozent, bei den ab 85-Jährigen nur noch bei 8 Prozent. Gleichzeitig steigt das Untergewicht, besonders bei Frauen: von 1,2 Prozent bei den 65- bis 74-jährigen auf 4 Prozent bei den ab 85-jährigen Frauen (vgl. Abbildung 16).

Abbildung 16: Gewichtsstatus der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019



nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Bei älteren Menschen besteht meist keine Notwendigkeit zur Gewichtsreduktion, da dies Muskelmasse und Knochendichte verringern kann. Wichtig ist vielmehr, das Körpergewicht stabil zu halten, um Adipositas zu vermeiden (Volkert et al. 2025). Adipositas gilt als eine chronische Erkrankung, bei der eine Person einen Body-Mass-Index (BMI) von über 30 kg/m² hat (DAG 2025), und ist mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität assoziiert sowie mit einem erhöhten Risiko bei älteren Personen für metabolische und kardiovaskuläre Erkrankungen, Mobilitätseinschränkungen, Stürze und Gebrechlichkeit (Volkert et al. 2025). Ursache für Adipositas im höheren Lebensalter ist insbesondere eine zu hohe Energiezufuhr bei gleichzeitiger Reduktion des Energieverbrauchs (aufgrund geringerer Bewegung). Seltener führen endokrinologische Störungen und Medikamentennebenwirkungen zur Entwicklung von Adipositas (Lechleitner 2020).

Laut ATHIS 2019 sind etwa 43 Prozent der ab 65-Jährigen übergewichtig und rund 20 Prozent adipös. Männer sind häufiger übergewichtig als Frauen (50 % vs. 38 %), bei Adipositas

bestehen kaum Geschlechterunterschiede. Ab 65 Jahren sinkt die Adipositasrate mit zunehmendem Alter (BMSGPK 2020) – unter anderem, weil Adipositas die Lebenserwartung reduziert und wegen einem veränderten Hunger- und Durstempfinden, was zu einer Gewichtsabnahme führt – oftmals begleitet von Mangelernährung, Sarkopenie (Muskelabbau) und Frailty (Lechleitner 2020) (siehe Kapitel 5.3). Gleichzeitig steigt die Prävalenz der **sarkopenen Adipositas** (Adipositas mit gleichzeitigem Muskelabbau) im Alter: In Deutschland wird etwa von einer Prävalenz von ca. 4,5 Prozent der ab 65-Jährigen ausgegangen. Diese Adipositasform ist schwer zu erkennen, da ein hoher BMI die Sarkopenie verdecken kann, und geht mit erhöhter Sturzgefahr, eingeschränkter Mobilität und erhöhter Sterblichkeit einher (Rippl et al. 2025).

Da Adipositas häufig mit Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf- und muskuloskelettalen Leiden einhergeht, wird sie bei stationären Aufnahmen in Akutkrankenhäusern oft als Nebendiagnose dokumentiert. Im Jahr 2024 wurden laut DLD in Österreich 18.429 Patientinnen und Patienten (1.020 Pat. pro 100.000 EW) ab 65 Jahren mit der Haupt- und Nebendiagnose Adipositas (ICD-10: E66) stationär in Akut-Krankenanstalten aufgenommen. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten ist trotz steigender Prävalenz in der Gesamtbevölkerung seit 2015 gesunken – bei den Frauen etwas mehr als bei den Männern, deren Rate mit 1.050 Patienten (2015: 1.166) pro 100.000 EW höher ist (Frauen: 991 Pat. pro 100.000 EW; 2015: 1.218 Pat.).

ATHIS 2019-Daten zeigen, dass Menschen mit höherem formalem Bildungsabschluss seltener von Adipositas betroffen sind: Während 22 Prozent der Frauen ab 65 mit Pflichtschulabschluss adipös sind, sind es bei Frauen mit Matura oder höherem Abschluss 12 Prozent. Bei Männern ist der Unterschied geringer (23 % vs. 19 %). Besonders hoch ist die Adipositasrate bei ab 65-Jährigen mit Pflichtschulabschluss, die nicht in Österreich geboren wurden – hier liegt sie bei 40 Prozent (BMSGPK 2020).

4.6 Mund- und Zahngesundheit

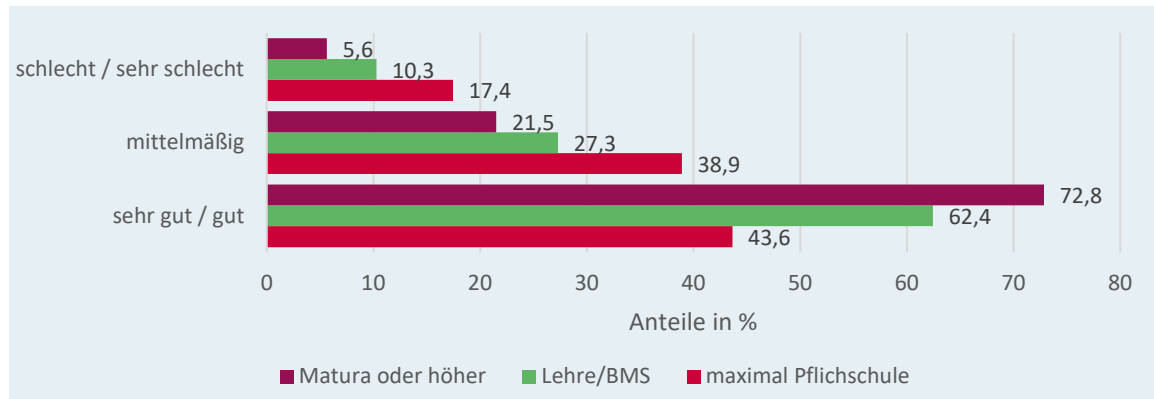
Eingeschränkte Mundgesundheit hat zahlreiche direkte und indirekte Auswirkungen. Parodontitis tritt häufig gemeinsam mit anderen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder rheumatoider Arthritis auf. Diese Erkrankungen stehen in Wechselwirkung zueinander und haben oft gemeinsame soziale, wirtschaftliche und lebensstilbedingte Ursachen (Schwarz/Schulze 2022).

2021 führte die Kompetenzstelle Mundgesundheit an der GÖG neben der Erhebung der Mundgesundheit von Erwachsenen (33- bis 44-Jährige, 65- bis 74-Jährige) erstmals auch eine Erhebung älterer Seniorinnen und Senioren (ab 75-Jährige) durch (Schwarz/Schulze 2022). Die Mundgesundheit älterer Menschen in Österreich hat sich laut dieser Erhebung in den letzten Jahrzehnten zwar deutlich verbessert, bleibt jedoch ein zentrales gesundheitliches Thema mit weitreichenden Auswirkungen. Der Anteil der 65- bis 74-Jährigen mit vollständigem natürlichem Gebiss ist von nur 0,7 Prozent im Jahr 2000 auf 28 Prozent gestiegen, bei den ab 75-Jährigen liegt er bei 19 Prozent. Orale Beschwerden wie Kauprobleme oder Zahnfleischentzündungen sind aber weit verbreitet: 43 Prozent der 65- bis 74-Jährigen und 38 Prozent der ab 75-Jährigen berichteten darüber; diese Beschwerden führen jedoch nur selten oder gelegentlich zu Einschränkungen im Alltag (Schwarz/Schulze 2022).

Frauen legen mehr Wert auf ihre Mundgesundheit als Männer. In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen messen 77 Prozent der Frauen (vs. 66 % der Männer) ihrer Mundgesundheit hohe Bedeutung bei, bei den ab 75-Jährigen sind es 74 Prozent der Frauen (vs. 66 % der Männer). Auch beim Zähneputzen zeigen sich Unterschiede: Etwa über 90 Prozent der Frauen putzen mindestens zweimal täglich die Zähne, bei den Männern sind es nicht ganz 80 Prozent (Schwarz/Schulze 2022).

Ein deutlicher Zusammenhang besteht laut ATHIS 2019 außerdem zwischen Bildung und Mundgesundheit: 72,8 Prozent der ab 65-Jährigen mit Matura oder höherem Abschluss bewerteten ihren Zahnstatus als gut oder sehr gut, während dies nur 43,6 Prozent der Personen mit maximal Pflichtschulabschluss taten (vgl. Abbildung 17).

Abbildung 17: Selbst eingeschätzter Zahnstatus der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach formaler Bildung, 2019



nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

4.7 Suchtrelevante Verhaltensweisen

Suchtformen lassen sich grundsätzlich in zwei Kategorien unterteilen: in **substanzgebundene Süchte** wie etwa Alkohol-, Nikotin- oder Medikamentenabhängigkeit und in **substanzungebundene Süchte**, zu denen unter anderem Glücksspielsucht oder Kaufsucht zählen. Substanzungebundene Suchtformen betreffen vor allem jüngere Menschen und werden nachfolgend nicht näher dargestellt. Lotto bildet hier eine Ausnahme: Je älter die Befragten sind, desto häufiger spielen sie Lotto. Die Suchtgefährdung durch Lotto ist aber insgesamt gering (Strizek/Schwarz 2022).

Einen Überblick über das Suchtverhalten in Österreich bietet die „Österreichische Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial“ (Strizek/Schwarz 2022). Weiters liefert der jährlich publizierte Epidemiologiebericht Sucht²¹ Informationen zu Suchterkrankungen in Österreich, jedoch werden in diesem kaum spezifische Auswertungen für die Bevölkerungsgruppe ab 65 Jahren gemacht – oftmals liegen Auswertungen bis 64 Jahre vor, oder aber etwa ab z. B. 35 Jahren oder älter. Im Epidemiologiebericht 2019

²¹ Siehe Epidemiologiebericht Sucht 2024: https://jasmin.goeg.at/id/eprint/4218/2/Epidemiologiebericht%20Sucht%202024_BF.pdf [Zugriff am 07.07.2025]

(Anzenberger et al. 2019) wurde das Schwerpunktthema „Drogensucht und Alter“ behandelt, worauf sich u. a. nachfolgende Ergebnisse beziehen.

Alkohol

Alkohol ist die am häufigsten konsumierte psychoaktive Substanz in Österreich (Strizek et al. 2025). Der Konsum beginnt oft früh und bleibt bis ins hohe Alter bestehen. Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit des täglichen Konsums, erreicht ein Maximum zwischen 70 und 79 Jahren (ca. 20 %) und sinkt erst ab 75 Jahren wieder (Anzenberger et al. 2019; Strizek/Schwarz 2022). Gleichzeitig denken ältere Menschen vergleichsweise selten darüber nach, Unterstützung hinsichtlich ihres Alkoholkonsums in Anspruch zu nehmen (1,5 % vs. 1,7 % der 15- bis 34-Jährigen und 2,1% der 35- bis 64-Jährigen) (Strizek/Schwarz 2022).

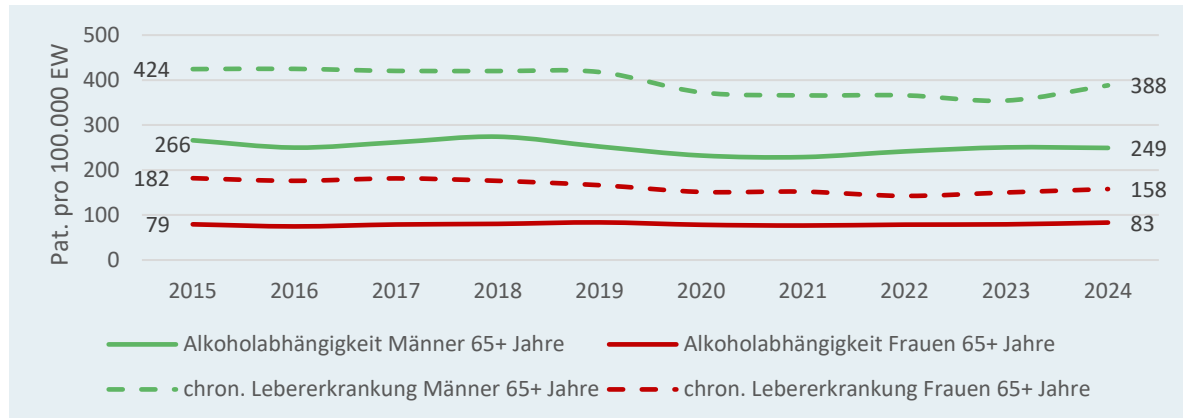
Männer weisen ab dem 30. Lebensjahr in nahezu allen Altersgruppen einen deutlich höheren Anteil problematischen Alkoholkonsums²² auf als Frauen. Altersunabhängig konsumieren Männer etwa doppelt so häufig (25 %) täglich oder fast täglich Alkohol wie Frauen (12 %) (Strizek/Schwarz 2022).

Daten zur alkoholassoziierten Morbidität und Mortalität stammen aus der DLD und der Todesursachenstatistik. Im Jahr 2024 wurden rund 9.000 Personen ab 65 Jahren **mit alkoholassoziierten Haupt- oder Nebendiagnosen**²³ in einer österreichischen Akutkrankenanstalt stationär behandelt, was rund 530 Pat. pro 100.000 EW entspricht – bei den 20- bis 64-Jährigen lag die standardisierte Rate bei ca. 350 Pat. pro 100.000 EW. Rund 2.800 Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren wurden mit der Haupt- oder Nebendiagnose **Alkoholabhängigkeit** stationär aufgenommen, davon waren 71 Prozent männlich. Seit 2015 ist die Zahl der stationären Aufnahmen wegen Alkoholabhängigkeit und chronischer Lebererkrankungen bei ab 65-Jährigen leicht rückläufig. Allerdings zeigt sich bei Frauen ab 65 Jahren ein Anstieg: von 79 auf 83 Patientinnen pro 100.000 EW (vgl. Abbildung 18).

²² Problematischer Alkoholkonsum wird definiert als mehr als 60 g Reinalkohol (= drei 0,5-l-Gläser Bier) pro Tag bei Männern bzw. 40 g (= zwei 0,5-l-Gläser Bier) bei Frauen (Uhl et al. 2009).

²³ ICD-10-Diagnosen: Alkoholabhängigkeit: F10.2, F10.3, Alkoholpsychosen: F10.4, F10.5, F10.6, F10.7, Sonstige psychische und Verhaltensstörungen: F10.8, Alkoholrausch: T51.0, T51.9, F10.0, F10.1, chronische Lebererkrankung – alkoholbedingt: K70x, chronische Lebererkrankung – nicht alkoholbedingt: K73x, K74x

Abbildung 18: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit Alkoholabhängigkeitsdiagnosen oder chronischen Lebererkrankungen (als Haupt- oder Nebendiagnose) in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht, 2015–2024



inklusive Nulltagesaufenthalte; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMASGPK, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Seit den 1990er-Jahren ist ein Rückgang alkoholbedingter Todesfälle zu verzeichnen. Im Jahr 2022 wurden laut Epidemiologiebericht Sucht (Anzenberger et al. 2024) 1,5 Prozent aller Todesfälle direkt mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht. Die tatsächliche Zahl dürfte jedoch höher liegen, da exzessiver Alkoholkonsum häufig eine maßgebliche Rolle spielt, ohne explizit erfasst zu werden. Männer sind etwa drei- bis viermal häufiger von alkoholassoziierten Todesursachen betroffen als Frauen. Unabhängig vom Geschlecht versterben betroffene Personen im Durchschnitt deutlich früher als Menschen mit anderen Todesursachen (Anzenberger et al. 2024).

Rauchen

Rund 8 Prozent der ab 65-Jährigen rauchen laut ATHIS 2019 täglich, ca. weitere 2 Prozent gelegentlich. Etwa 31 Prozent sind Ex-Rauchende und 60 Prozent sind Nichtraucher (haben nie täglich geraucht). Männer rauchen häufiger täglich (9 vs. 7 %) und sind häufiger Ex-Rauchende (44 vs. 21 %). Auch in den Altersgruppen zeigen sich Unterschiede: Die Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen raucht häufiger täglich als die Gruppe der ab 75-Jährigen (12 vs. 3 %). Ab 65-Jährige mit maximal Pflichtschulabschluss zählen häufiger zu den Nichtrauchenden (nie täglich geraucht) als solche mit Lehre/BMS, Matura oder höherem Abschluss

(70 vs. 55 vs. 53 %). Personen ab 65 Jahren, die im Ausland geboren wurden, rauchen häufiger täglich als in Österreich geborene Personen (13 vs. 7 %). Hingegen zählen in Österreich geborene Personen häufiger zu denjenigen, die nie täglich geraucht haben (61 vs. 50 %) (BMSGPK 2020). Auch im Alter haben viele Menschen, die täglich rauchen, den Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören. 27 Prozent der täglich Rauchenden versuchten im letzten Jahr erfolglos, das Rauchen aufzugeben. Das entspricht 2 Prozent der ab 65-Jährigen. Unter den ab 75-Jährigen berichteten 23 Prozent der täglich Rauchenden, im letzten Jahr vergeblich versucht zu haben, mit dem Rauchen aufzuhören (BMSGPK 2020).

Der Konsum von Rauchwaren stellt eines der größten vermeidbaren Gesundheitsrisiken dar, da er mit einer Vielzahl schwerwiegender Erkrankungen in Verbindung gebracht wird. Zu den langfristigen gesundheitlichen Folgen zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall, chronische Atemwegserkrankungen wie COPD, chronische Bronchitis und Asthma sowie verschiedene Krebsarten, darunter Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs, Harnblasenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs und Lungenkrebs (Schmutterer/Akartuna 2025). Laut Schätzungen im Rahmen des „Global Burden of Disease“-Monitorings waren im Jahr 2021 in Österreich etwa 8.500 Todesfälle – das entspricht rund 10 Prozent aller Todesfälle – auf den Konsum von Tabakprodukten, einschließlich Passivrauchen, zurückzuführen (Schmutterer/Akartuna 2025). Die Mortalität spiegelt zeitversetzt das Rauchverhalten wider, so auch die Veränderungen des Konsums nach Geschlecht: In den vergangenen Jahrzehnten ist die Mortalität nach Geschlecht durch Bronchialkarzinome bei Männern rückläufig, während sie bei Frauen zunimmt (siehe Kapitel 5.6.3).

Opioide

Opioide (z. B. Fentanyl) sind teilsynthetische oder vollständig synthetische Substanzen, die teilweise medizinisch eingesetzt werden (z. B. Fentanyl, Morphin), teilweise aber verbotene Suchtgifte sind (z. B. Heroin). Alle medizinisch eingesetzten Opioide sind verschreibungspflichtig und unterliegen dem Suchtmittelgesetz, teilweise auch speziellen Vorschriften wie dem Suchtgiftrezept. Sie spielen eine zentrale Rolle in der Behandlung starker Schmerzen, etwa bei Krebserkrankungen oder intensiven Nervenschmerzen (gesundheit.gv.at 2020c).

Opioidabhängigkeit wird zunehmend als chronische Erkrankung verstanden, die mit dem Alter bestehen bleibt. Generell wird beobachtet, dass der Anteil der älteren Menschen mit Suchtproblemen, insbesondere mit Opioidabhängigkeit, in Österreich wie auch in der EU seit Jahren kontinuierlich zunimmt. Grund dafür ist, dass die Zahl junger Menschen mit risikoreichem Drogenkonsum sinkt, während ältere Konsumentinnen und Konsumenten länger

im Suchthilfesystem verbleiben aufgrund der verbesserten therapeutischen Versorgung – insbesondere der Substitutionsbehandlungen –, was zu einer „Alterung“ der Klientel führt. Zwischen 2000 und 2018 hat sich etwa die Zahl der Personen ab 40 Jahren in Substitutionsbehandlung nahezu verzehnfacht – von 724 auf 7.165 Personen. Auch in der Altersgruppe ab 65 Jahren zeigt sich eine zunehmende Präsenz in Substitutionsbehandlungen. Das Risiko, an Hepatitis bzw. einer anderen Lebererkrankung zu versterben, ist unter den Personen in Substitutionsbehandlung zehnmal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Das Suizidrisiko ist dreimal so groß. Aber auch das Risiko, an Krebserkrankungen zu versterben, ist um das 1,9-Fache erhöht (Anzenberger et al. 2019).

Im Jahr 2024 wurden laut DLD-Daten rund 250 Personen ab 65 Jahren mit opioidassoziierten Haupt- oder Nebendiagnosen²⁴ in einer österreichischen Akutkrankenanstalt stationär behandelt, was rund 13 Pat. pro 100.000 EW der ab 65-Jährigen entspricht – bei den 20- bis 64-Jährigen liegt die standardisierte Rate bei ca. 37 Pat. pro 100.000 EW der Altersgruppe. Frauen werden insbesondere seit 2019 tendenziell öfter aufgenommen als Männer (2024: 11 vs. 15 Pat. pro 100.000 EW).

Neben den gesundheitlichen Herausforderungen treten bei älteren Suchtkranken auch andere Bedarfe in den Vordergrund: Viele leben allein, sind nicht erwerbstätig und sozial isoliert. Der Anteil älterer Klientinnen und Klienten von Substitutionsbehandlungen mit maximal Pflichtschulabschluss ist zwar niedriger als der von jüngeren, Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in dieser Gruppe aber dennoch überrepräsentiert (Anzenberger et al. 2019).

4.8 Vorsorge und Impfungen

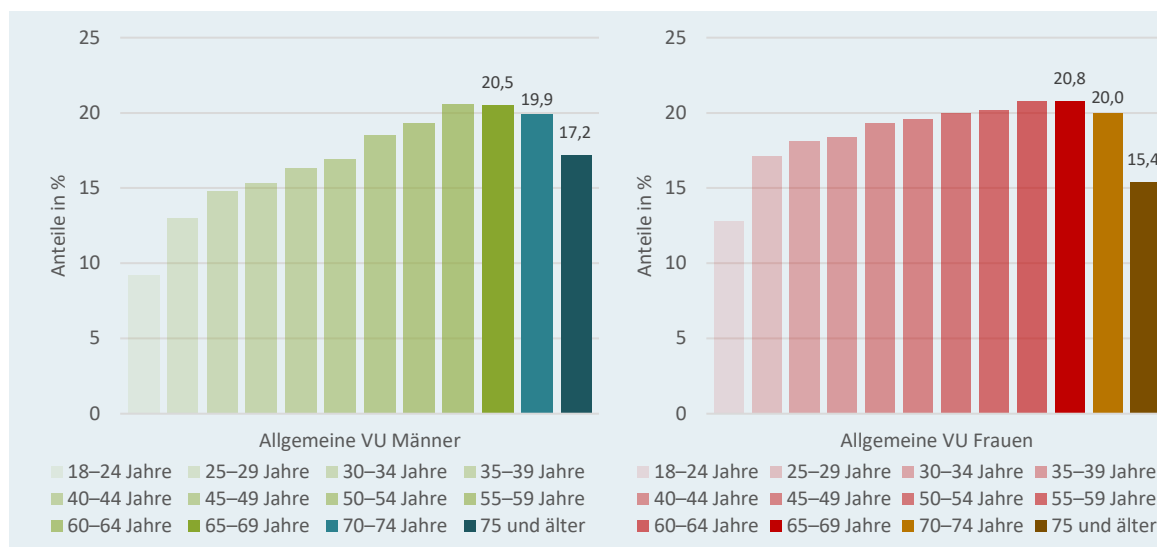
Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen

Die Inanspruchnahme allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen (VU) nimmt bis zum 65. Lebensjahr zu und geht danach wieder zurück. In der Altersgruppe der 65- bis 70-Jährigen unterzogen sich im Jahr 2023 21 Prozent der Männer und Frauen einer allgemeinen VU. Bei den ab 74-Jährigen war dieser Anteil mit 17 Prozent bei den Männern und 15 Prozent bei

²⁴ ICD-10-Diagnosen: Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: F11x; Vergiftung durch Opiode: T40.0, T40.1, T40.2, T40.3

Frauen deutlich geringer. Bei den Männern bedeutet dies immer noch eine höhere Inanspruchnahme als bei den unter 50-Jährigen, bei den Frauen ist dies deutlich weniger als in jüngeren Jahren (vgl. Abbildung 19).

Abbildung 19: Inanspruchnahme allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen (VU) in Österreich nach Geschlecht und Altersgruppen, 2023



Quelle: Dachverband der Sozialversicherungsträger – Statistik der Vorsorgeuntersuchungen 2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

Gynäkologische Voruntersuchung und Mammografie

Die Inanspruchnahme der gynäkologischen VU sinkt kontinuierlich mit zunehmendem Alter, verliert aber im hohen Alter auch eher an Relevanz – ebenso wie die Mammografie, die routinemäßig bis zum 75. Lebensjahr empfohlen wird. Nur 6 Prozent der 65- bis 69-Jährigen, 5 Prozent der 70- bis 74-Jährigen und gar nur 2,3 Prozent der über 74-Jährigen ließen im Jahr 2023 eine VU vornehmen. Die österreichische Gesundheitsbefragung 2019 zeigt, dass es in der Altersgruppe der Frauen ab 75 Jahren eine nicht unbedeutende Gruppe gibt, die noch nie eine Mammografie (11,1 %) und noch nie einen Gebärmutterhalsabstrich (12,7 %) durchführen ließ. In der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen ist dieser Anteil mit 3,5 (Mammografie) bzw. 3,6 Prozent (Gebärmutterhalsabstrich) sehr gering (BMSGPK 2020).

Koloskopie

Die Koloskopie zur Vorsorge einer Darmerkrankung wird in Österreich ab 45 Jahren empfohlen. Je nach Auffälligkeiten und Risiko werden Wiederholungsuntersuchungen in unterschiedlichen Intervallen empfohlen, weshalb die Frage, wann die letzte Koloskopie durchgeführt wurde, schwer zu interpretieren ist. Im Jahr 2019 wurde bei fast einem Drittel der 60- bis 74-Jährigen noch nie eine Koloskopie durchgeführt (bei 30,4 % der Männer und 32,3 % der Frauen). Auch bei den ab 75-Jährigen sind die Anteile hoch: Ein Viertel der Männer (24,6 %) und mehr als ein Drittel der Frauen (35,3 %) hatten noch nie eine Koloskopie durchführen lassen (BMSGPK 2020).

Impfungen

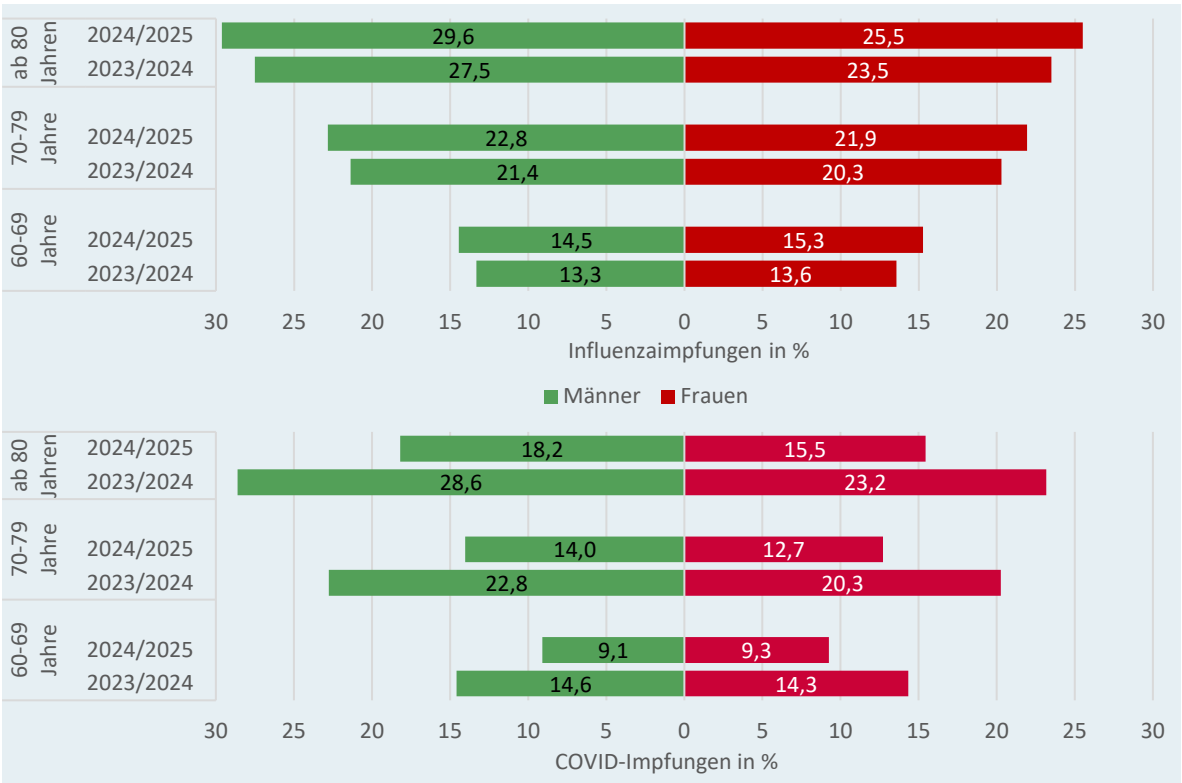
Daten zu Impfungen gegen Influenza und COVID sind im öffentlich zugänglichen Impfdaten-Dashboard²⁵ verfügbar. Dort liegen sie jedoch weder in einer kalenderjahrbezogenen Aufbereitung noch in den für diesen Bericht bevorzugten Altersgruppen vor. Zudem werden die Angaben fortlaufend korrigiert, da nachträgliche Meldungen einfließen. Trotz dieser Einschränkungen erlauben die Daten eine Einschätzung der Durchimpfungsraten.

Die Impfquoten steigen deutlich mit zunehmendem Alter. Von der Saison 2023/2024 auf 2024/2025 haben die Influenzaimpfungen in allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern zugenommen. In den vergangenen zwei Jahren ließen sich rund 13 bis 15 Prozent der 60- bis 69-Jährigen gegen Influenza impfen. Bei den 70- bis 79-Jährigen lag die Rate zwischen 20 und 23 Prozent. Unter den über 80-Jährigen stieg sie bei Frauen von 23,5 (2023/2024) auf 25,5 Prozent (2024/2025) und bei Männern von 27,5 (2023/2024) auf 29,6 Prozent (2024/2025). Die Raten sind bei den Männern tendenziell etwas höher, insbesondere im höheren Alter (vgl. Abbildung 20). Diese Ergebnisse decken sich weitgehend mit den diesbezüglichen Aussagen aus der letzten Österreichischen Gesundheitsbefragung. Demnach erhielten im Jahr 2019 13,7 Prozent der 60- bis 74-jährigen Männer und 11,8 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe innerhalb der letzten 12 Monate eine Grippechutzimpfung. Bei den ab 75-Jährigen waren es 22,7 Prozent der Männer und 21,9 Prozent der Frauen (BMSGPK 2020).

²⁵ Siehe: <https://www.impfdaten.at/> [Zugriff am 29.09.2025]

In der Saison 2023/2024 waren COVID-Impfungen viel häufiger als 2024/2025. Wie schon bei der Influenzaimpfung zeigt sich auch hier eine höhere Teilnahme bei Männern. Konkret ließen sich 2023/2024 in der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen 14,6 Prozent der Männer und 14,3 Prozent der Frauen impfen. Bei den 70- bis 79-Jährigen betrugen die Quoten 22,8 (Männer) bzw. 20,3 Prozent (Frauen). In der Gruppe der über 80-Jährigen lag die Impfquote bei 28,6 (Männer) bzw. 23,2 Prozent (Frauen). In der Gruppe der über 80-Jährigen lag die Impfquote bei 28,6 (Männer) bzw. 23,2 Prozent (Frauen). In der Saison 2024/2025 lagen die Werte jeweils rund 5 bis 10 Prozentpunkte darunter (vgl. Abbildung 20).

Abbildung 20: Influenza- und COVID-Impfungen der ab 60-jährigen Bevölkerung in Österreich nach Geschlecht und Altersgruppen 2023/2024 und 2024/2025



2023/2024: 35. KW 2023 bis 35. KW 2024; 2024/2025: 30. KW 2024 bis 33. KW 2025

Quelle: <https://www.impfdaten.at/> (Zugriff am 25.08.2025); Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2023–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Für die in Tabelle 1 aufgelisteten Krankheiten wird im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung erhoben, ob ein aufrechter Impfschutz besteht. Mit Ausnahme der FSME-Impfungen in der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen haben mehr Männer einen aufrechten Impfschutz als Frauen (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Aufrechter Impfschutz in der ab 60-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Erkrankung, Geschlecht und Altersgruppen, 2019

Krankheit	Altersgruppe	Männer	Frauen
Tetanus	60–74 Jahre	73,2 %	65,7 %
	75+ Jahre	62,7 %	54,7 %
Diphtherie	60–74 Jahre	56,7 %	54,8 %
	75+ Jahre	42,3 %	39,0 %
Polio	60–74 Jahre	54,5 %	50,9 %
	75+ Jahre	39,4 %	38,6 %
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	60–74 Jahre	61,7 %	63,6 %
	75+ Jahre	59,9 %	52,3 %
Pneumokokken	60–74 Jahre	14,9 %	13,7 %
	75+ Jahre	18,1 %	15,8 %

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 (BMSGPK 2020)

4.9 Sexualität

Die WHO definiert sexuelle Gesundheit als einen grundlegenden Bestandteil von Gesundheit und Wohlbefinden. Wesentlich hierfür ist ein respektvoller Umgang mit Sexualität und sexuellen Beziehungen sowie die Möglichkeit, lustvolle und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt (WHO 2024b). Trotz dieser hohen Relevanz fehlen in Österreich bislang umfassende, repräsentative Daten zum sexuellen Verhalten der Bevölkerung, insbesondere mit Blick auf ältere und hochaltrige Menschen. Sexualität im Alter ist nach wie vor ein gesellschaftliches Tabuthema (ÖPIA 2022), was unter anderem zu mangelnder Aufklärung, fehlender Thematisierung in der medizinischen Versorgung und unzureichender Berücksichtigung in Pflegeeinrichtungen führt (Gaiswinkler et al. 2024). Dabei zeigen Studien, dass Sexualität auch im hohen Alter und bei Pflegebedarf eine wichtige Rolle spielt und ältere Menschen weiterhin sexuell aktiv sind (Gaiswinkler et al. 2024; ÖPIA 2022). Erkenntnisse zur Sexualität im Alter lassen sich unter anderem aus der ÖIHS (ÖPIA 2022) sowie aus der deutschen GeSiD-Studie (Gesundheit und Sexualität in Deutschland) (UKE Hamburg 2020) gewinnen. Ergänzend liefert auch eine Untersuchung mit Daten aus der Berliner Altersstudie II (BASE-II) relevante Einblicke (Kolodziejczak et al.

2019). Zudem wurde im Rahmen von ATHIS 2019 die Zufriedenheit mit dem eigenen Sexualleben erhoben.

Mit zunehmendem Alter nehmen sexuelle Aktivität und sexuelle Gedanken ab (UKE Hamburg 2020), nicht jedoch das Bedürfnis nach Intimität (Kolodziejczak et al. 2019). Laut der ÖIHS messen 42,7 Prozent der 80- bis 90-Jährigen Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität (eher) große Bedeutung bei, während 19,3 Prozent dies als eher unwichtig und 38 Prozent als unbedeutend empfinden. Obwohl knapp die Hälfte der Befragten Zärtlichkeit und Sexualität als bedeutsam einschätzt, berichteten nur 18,3 Prozent von sexuellen Kontakten, 81,7 Prozent leben ohne aktive Sexualität. Es zeigt sich also eine Diskrepanz zwischen Wunsch und tatsächlich gelebter Sexualität (ÖPIA 2022). Das bestätigen auch die ATHIS-Ergebnisse zur Zufriedenheit mit dem Sexualleben: Waren 2019 58,6 Prozent der 65- bis 74-Jährigen mit ihrem Sexualleben (sehr) zufrieden, reduzierte sich der Anteil auf 21,6 Prozent bei den ab 85-Jährigen. Die Gründe dafür sind vielfältig. Zentral sind Beziehungskonstellationen – etwa das Fehlen von Partnerinnen und Partnern, Schwierigkeiten bei der Partnersuche, die Dauer und Qualität bestehender Beziehungen (Kolodziejczak et al. 2019; ÖPIA 2022) sowie gesundheitliche Einschränkungen und Erkrankungen (FUB 2004). Zudem zeigen die ÖIHS-Daten deutliche Unterschiede nach Geschlecht: 60,3 Prozent der Männer, aber nur 29,5 Prozent der Frauen messen Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität eine (eher) große Bedeutung bei. Dies lässt sich vor allem dadurch erklären, dass hochaltrige Männer deutlich häufiger in Paarbeziehungen leben, während viele Frauen im hohen Alter alleinstehend sind (ÖPIA 2022).

Ein weiterer zentraler Aspekt betrifft ältere LGBTIQ+-Personen, die häufig mehrfach diskriminiert werden – sowohl aufgrund ihres Alters als auch ihrer sexuellen Orientierung oder geschlechtlichen Identität. Diese intersektionale Benachteiligung kann soziale Isolation und den Verlust von Intimität begünstigen. In Pflegeeinrichtungen verschärfen mangelnde Privatsphäre und ablehnende Haltungen des Personals diese Problematik zusätzlich. Um eine inklusive Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, die geschlechtliche und sexuelle Vielfalt anerkennt, ist die Sensibilisierung des Fachpersonals ein wesentlicher Schritt²⁶ (Gaiswinkler et al. 2024). Es gibt bislang für Österreich keine systematische Erfassung von sexueller und geschlechtlicher Identität in repräsentativen gesundheitsbezogenen Erhebungen im Erwachsenenalter (im Gegensatz etwa zur HBSC-Studie für Schüler:innen). Die größte perio-

²⁶ Ein Konzept für einen Train-the-Trainer-Lehrgang zum Thema „Geschlechtersensibles Gesundheitssystem“ (Antony et al. 2025) für Gesundheitsfachkräfte wurde erstellt und 2025 pilotiert.

dische Quelle ist die FRA-LGBTIQ III-Studie (FRA 2024) der European Union Agency for Fundamental Rights, deren Daten nach Alter und Land ausgewertet werden können. Aus der Literatur zu älteren LGBTIQ+-Personen zeigen sich aber schlechtere Gesundheitschancen: niedrigere Lebensqualität und mehr Einsamkeit (Grabovac et al. 2019), schnellerer Verlust kognitiver Fähigkeiten durch „Minority Stress“ (Correro/Nielson 2020) sowie fehlende soziale Unterstützungsnetze im Alter (Westwood et al. 2020).

5 Gesundheitszustand

Die Kapitel zuvor zeigen, dass die Lebensumstände älterer Menschen äußerst vielschichtig und heterogen sind. Alle zuvor genannten Gesundheitsdeterminanten interagieren miteinander und beeinflussen die Gesundheit. Im Folgenden wird der Gesundheitszustand der Bevölkerung ab 65 Jahren anhand unterschiedlicher Indikatoren näher beleuchtet.

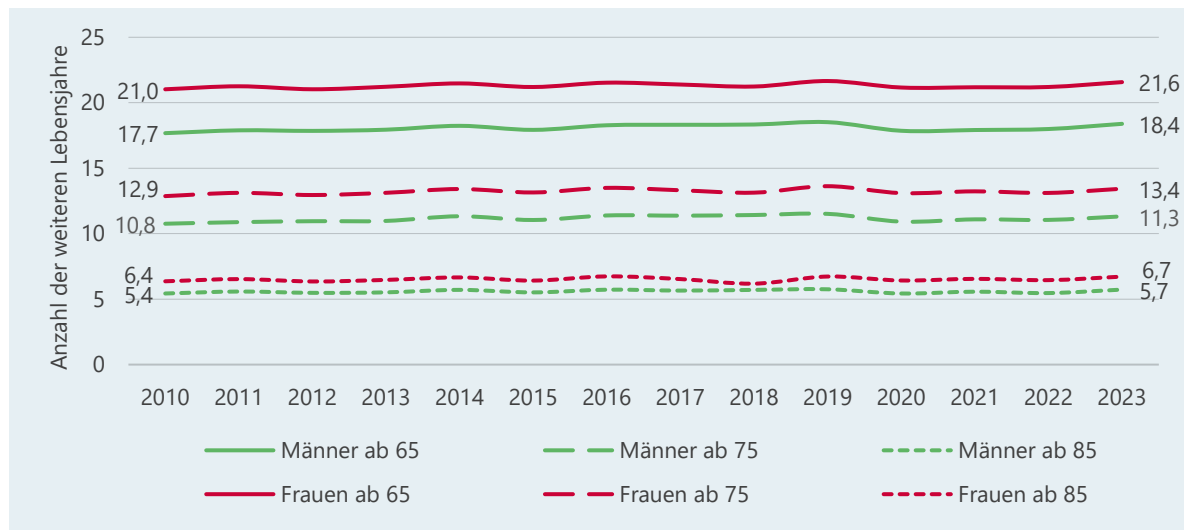
5.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit

5.1.1 Lebenserwartung

Die Daten der Statistik Austria zu den Volkszählungen zeigen, dass die Lebenserwartung bei der Geburt auch seit 2010 gestiegen ist (+0,2 % p.a. bei Männern und +0,1 % p.a. bei Frauen im Zeitraum 2010–2023), wenngleich weniger als im längerfristigen Trend. Der Zugewinn an Lebenserwartung für die ältere Bevölkerung war jedoch höher als jener zum Zeitpunkt der Geburt: **Mit 65 Jahren** konnten im Jahr 2023 **Männer mit 18,4** und **Frauen mit 21,6 weiteren Lebensjahren** rechnen. Das entspricht einem Zugewinn an 4,0 Prozent an zusätzlichen Lebensjahren bei Männern (+0,4 % p. a.) und 2,6 Prozent bei Frauen (+0,3 % p. a.). Mit steigendem Alter sinkt die Geschlechterdifferenz der fernerer Lebenserwartung laut Volkszählungsdaten und der Todesursachenstatistik: Im Jahr 2023 waren es in der Gruppe der 65- bis 74-Jährigen 2,8 Jahre, während es in der Gruppe der ab 85-Jährigen ein Jahr Differenz war (vgl. Abbildung 21).

Ungeachtet der steigenden Lebenserwartung seit 2010 sind doch vor allem temporäre epidemie- und pandemiebedingte Rückgänge zu sehen, die mit steigendem Alter immer deutlicher ausfallen. Sowohl die Grippewelle im Jahr 2018 als auch insbesondere das erste SARS-CoV-2-Pandemiejahr 2020 haben Spuren in der Entwicklung der Lebenserwartung hinterlassen. Insbesondere ist das anhand der fernerer Lebenserwartung der ab 85-Jährigen zu sehen (vgl. Abbildung 21).

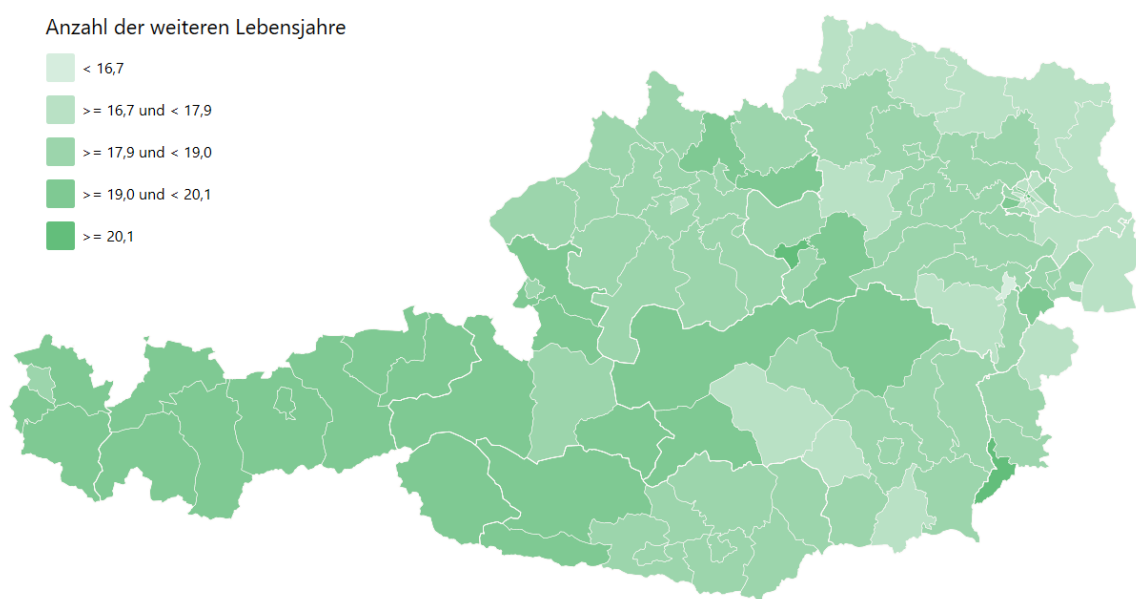
Abbildung 21: Fernere Lebenserwartung im Alter von 65, 75 und 85 Jahren nach Geschlecht in Österreich, 2010–2023



Quelle: Statistik Austria – Volkszählungen, Todesursachenstatistik 2010–2023; Berechnungen und Darstellung: GÖG

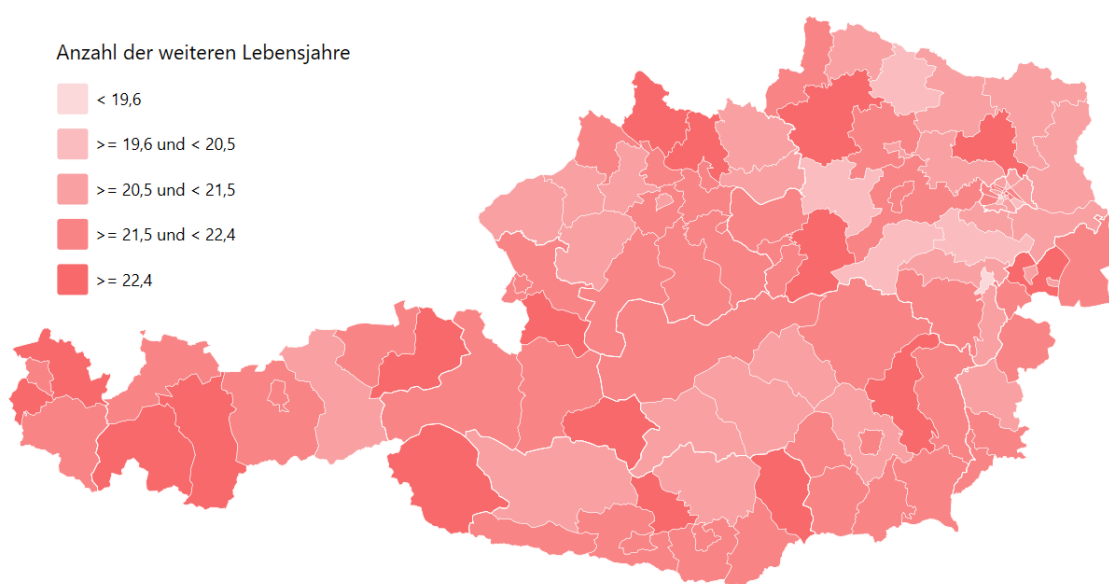
Der **regionale Vergleich** der ferneren Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren zeigt insbesondere bei Männern ein deutliches Ost-West-Gefälle. Männer in Tirol und Vorarlberg und in manchen wenigen ostösterreichischen Bezirken (z. B. im sozioökonomisch begünstigten Wiener Bezirk Innere Stadt) können mit mehr Lebensjahren rechnen als in Ostösterreich im Allgemeinen, insbesondere im nördlichen Wald- und Weinviertel (vgl. Abbildung 22). Bei Frauen ist das Ost-West-Gefälle weniger ausgeprägt, wenngleich sich in Bezirken in Niederösterreich die geringste fernere Lebenserwartung etwas häufiger zeigt (vgl. Abbildung 23).

Abbildung 22: Fernere Lebenserwartung der ab 65-jährigen Männer in Österreich nach Bezirken, 2023



Quelle: Statistik Austria – Volkszählung, Todesursachenstatistik 2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 23: Fernere Lebenserwartung der ab 65-jährigen Frauen in Österreich nach Bezirken, 2023

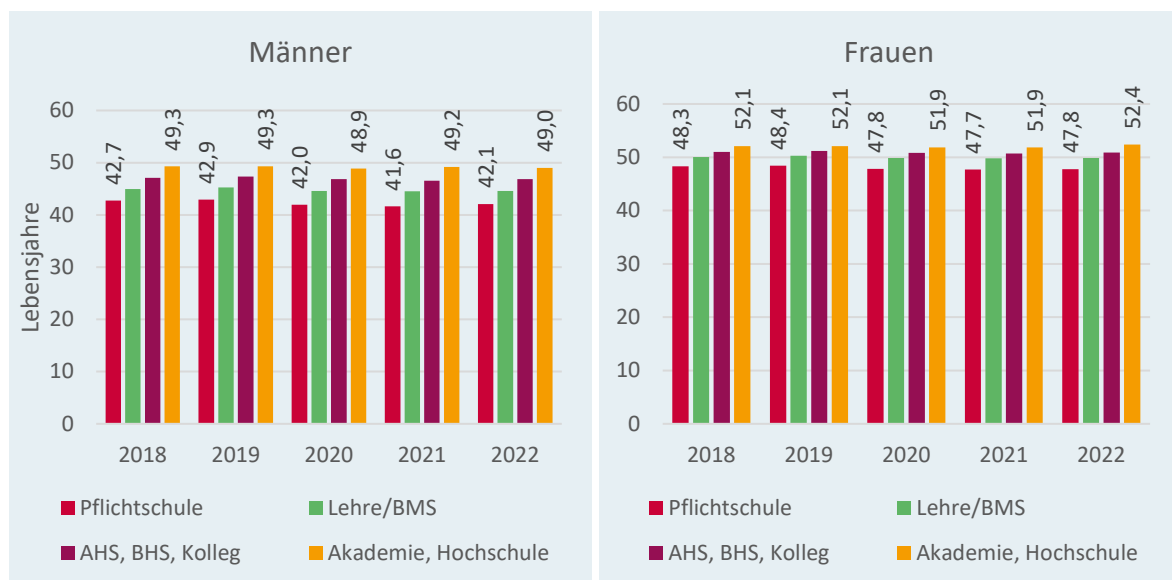


Quelle: Statistik Austria – Volkszählung, Todesursachenstatistik 2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.1.1.1 Lebenserwartung nach Bildung

Die Lebenserwartung bzw. die fernere Lebenserwartung nach Bildung zeigt sowohl bei Männern als auch bei Frauen einen deutlichen Gradienten. Im Jahr 2022 konnten 65-jährige Männer mit akademischem Abschluss noch weitere 20,7 Lebensjahre erwarten, Männer mit maximal Pflichtschulabschluss hingegen nur weitere 16,3 Jahre. Der Unterschied betrug somit 4,4 Lebensjahre. Dieser war fünf Jahre davor geringer (im Jahr 2018 betrug die Differenz 4,1 Lebensjahre), der Gradient ist also gestiegen. Bei Frauen dieses Alters ist der Bildungsgradient ebenfalls eindeutig. Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss konnten 2022 im Alter von 65 Jahren mit 20,4 weiteren Lebensjahren rechnen, die fernere Lebenserwartung von Frauen mit akademischem Abschluss betrug 23,6 Jahre. Die Differenz, nämlich 3,2 Jahre, betrug im Jahr 2018 noch 2,6 Jahre. Auch hier hat sich somit die gesundheitliche Chancengerechtigkeit verschlechtert. Da der Bildungsgradient mit zunehmendem Alter geringer wird (weil die frühen Sterbefälle nicht mehr in die Berechnung einfließen), wird im Folgenden die fernere Lebenserwartung im Alter von 35 Jahren nach Bildung dargestellt. Der beschriebene Unterschied je nach höchstem Bildungsabschluss ist in diesem Alter noch deutlicher (vgl. Abbildung 24).

Abbildung 24: Fernere Lebenserwartung im Alter von 35 Jahren nach höchstem formalem Bildungsabschluss und Geschlecht, 2018–2022



Quelle: Statistik Austria – Lebenserwartung nach Bildung, abgefragt am 10.09.2025; Darstellung: GÖG

5.1.1.2 Lebenserwartung in guter Gesundheit

Die Lebenserwartung in guter Gesundheit bezeichnet die Anzahl an Jahren, die Menschen voraussichtlich bei guter Gesundheit leben werden. Die Berechnung basiert auf verschiedenen Methoden und Datenquellen. Grundsätzlich wird die Lebenserwartung mit der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands, dem Vorliegen chronischer Erkrankungen oder funktionaler Einschränkungen verknüpft. Datenquellen für die Berechnung sind entweder ATHIS oder die jährliche EU-SILC. Im Wesentlichen gibt es keine gravierenden Unterschiede zwischen diesen beiden Möglichkeiten (ATHIS oder EU-SILC) der Darstellung der Lebenserwartung in guter Gesundheit.

Abbildung 25 zeigt die fernere Lebenserwartung in guter oder sehr guter Gesundheit im Alter von 65 Jahren auf Basis der österreichischen Gesundheitsbefragungen. Weil die Befragung 2014 bezüglich der Frage nach dem allgemeinen Gesundheitszustand eine Ausnahme zu sein scheint²⁷, wird hier der langfristige Trend seit 1978 dargestellt, der – abgesehen vom Jahr 2014 – kontinuierlich steigt. Im Jahr 2019 konnten 65-jährige Männer mit 9,3 und 65-jährige Frauen mit 10,2 weiteren Lebensjahren in Gesundheit rechnen.

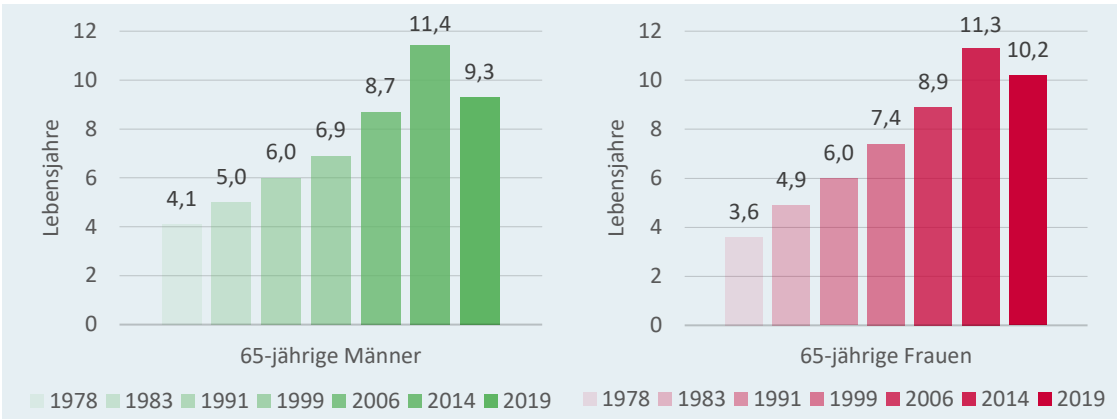
Der Unterschied nach Geschlecht ist somit bei der Lebenserwartung in Gesundheit deutlich geringer als bei der Lebenserwartung insgesamt, weil Frauen mehr Lebensjahre bei schlechter Gesundheit verbringen als Männer. Dies wird auch sichtbar, wenn die fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren mit dem Vorhandensein einer chronischen Erkrankung (Inhalt der jährlichen EU-SILC-Befragung) verknüpft wird (vgl. Abbildung 26), wenngleich eine chronische Erkrankung nicht mit einem subjektiv als schlechten empfundenen Gesundheitszustand gleichzusetzen ist. 65-jährige Frauen konnten im Jahr 2023 mit weiteren 9,3 Lebensjahren ohne chronische Erkrankung sowie weiteren 12,3 Lebensjahren mit zumindest einer chronischen Erkrankung rechnen. Bei Männern dieses Alters waren 8,5 weitere Lebensjahre ohne chronische Erkrankung und 9,9 Lebensjahre mit zumindest einer chronischen Erkrankung zu erwarten.

Im Vergleich der Abbildung 25 und Abbildung 26 im Jahr 2019 ist ersichtlich, dass weniger weitere Lebensjahre ohne chronische Erkrankung zu erwarten sind als Lebensjahre in guter

²⁷ In den Jahren 2006/2007 und 2019 wurde die Österreichische Gesundheitsbefragung etwa anhand persönlicher Interviews durchgeführt, im Jahr 2014 fand sie telefonisch statt, jeweils ergänzt um einen schriftlichen Fragebogen.

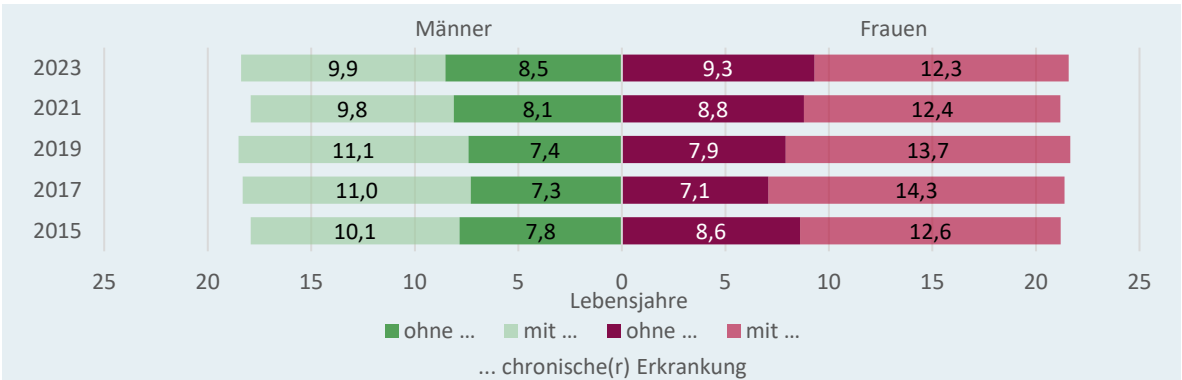
Gesundheit. Das bedeutet, dass trotz einer chronischen Erkrankung der Gesundheitszustand als gut oder sehr gut beurteilt werden kann.

Abbildung 25: Fernere Lebenserwartung in guter Gesundheit der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht, 1978–2019



Quelle: Statistik Austria – Lebenserwartung in Gesundheit, abgefragt am 10.01.2025; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 26: Fernere Lebenserwartung in guter Gesundheit der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht, 2015–2023



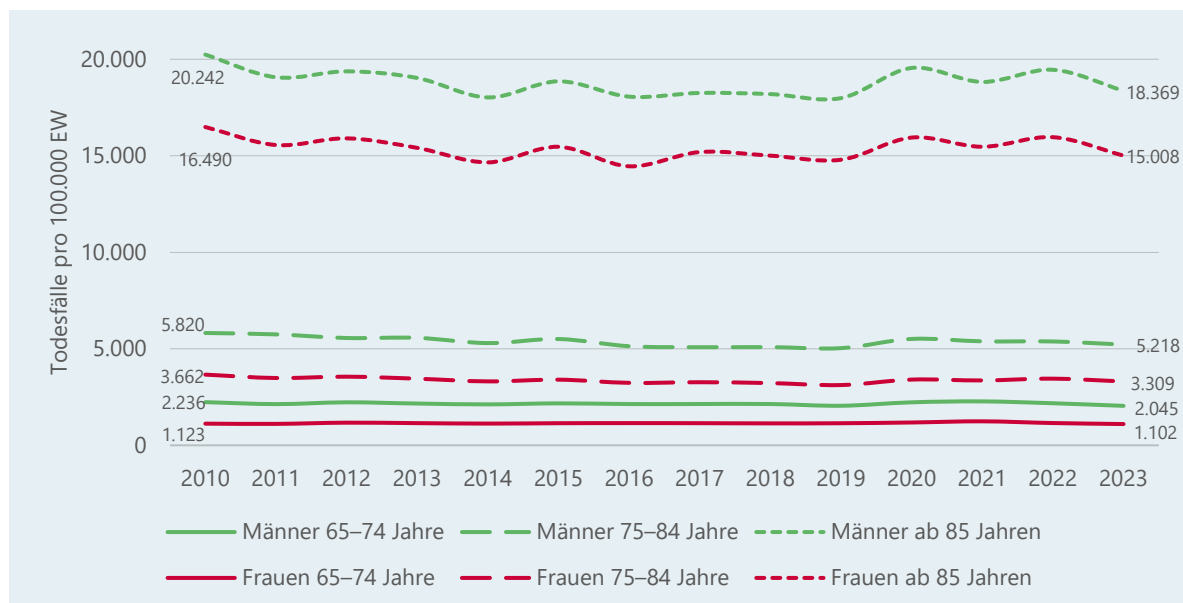
Quelle: Statistik Austria – Lebenserwartung in Gesundheit, abgefragt am 10.01.2025; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.1.2 Sterblichkeit

5.1.2.1 Gesamtsterblichkeit

Entsprechend der steigenden Lebenserwartung ist im Beobachtungszeitraum 2010 bis 2023 die Gesamtmortalität gesunken, trotz zwischenzeitlicher Steigerungen in den Jahren 2015 und 2020 und bei den 65- bis 74-Jährigen auch im Jahr 2021. Für die gesamte Bevölkerung ab 65 bedeutete dies einen durchschnittlichen Rückgang von 0,8 Prozent pro Jahr für beide Geschlechter. Die Mortalität hat sich insbesondere im ersten Pandemiejahr 2020 spürbar erhöht, bei Männern noch deutlicher als bei Frauen: Bei den 65- bis 74-Jährigen gab es einen Anstieg von 8,7 Prozent bei Männern und von 3,4 Prozent bei Frauen, bei den 75- bis 84-Jährigen waren es 9,5 (Männer) bzw. 9,1 Prozent (Frauen) und bei den ab 85-Jährigen 8,7 (Männer) bzw. 7,8 Prozent (Frauen) im Vergleich zu 2019 (vgl. Abbildung 27).

Abbildung 27: Sterblichkeit der ab 65-jährigen Bevölkerung in Österreich nach Geschlecht und Altersgruppen, 2010–2023

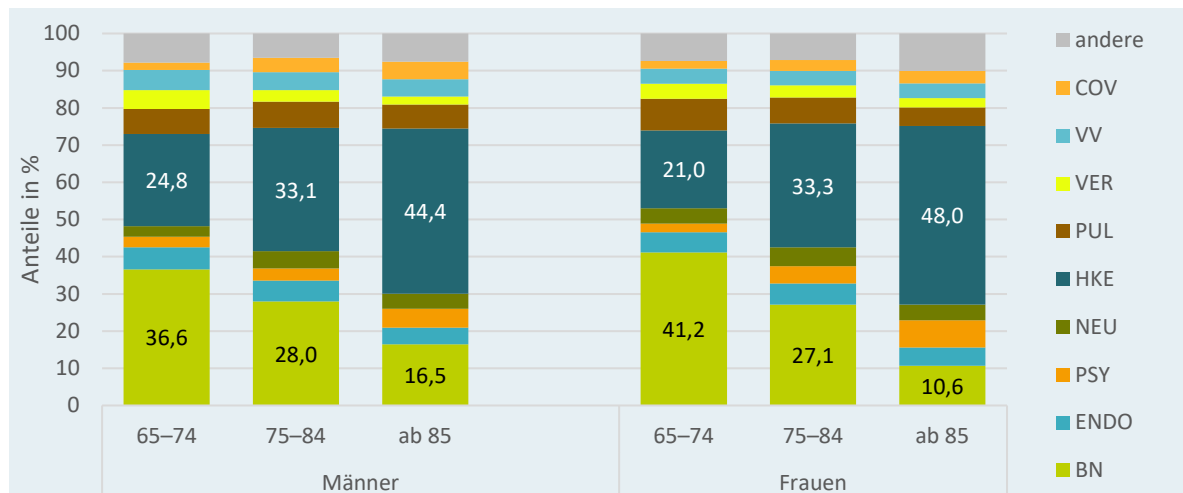


Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2010–2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.1.2.2 Haupttodesursachen

Haupttodesursache bei der ab 65-jährigen Bevölkerung waren im Jahr 2023 Krankheiten des Kreislaufsystems (38 % aller Todesfälle), gefolgt von Krebserkrankungen (23 % aller Todesfälle), wobei die Bedeutung von Krebserkrankungen mit zunehmendem Alter sinkt, während der Anteil der kreislaufsystembedingten Todesfälle mit zunehmendem Alter steigt²⁸ (vgl. Abbildung 28). Im Verlauf des Beobachtungszeitraums wurde der Anteil der Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen geringer, denn im Jahr 2010 verstarben noch 48 Prozent aller ab 65-Jährigen aufgrund einer Erkrankung des Kreislaufsystems.

Abbildung 28: Haupttodesursachen der ab 65-jährigen Bevölkerung in Österreich nach Geschlecht und Altersgruppen, 2023



ICD-10-Codes: HKE: I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; VV: S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen; BN: C00–D48 Neubildungen; VER: K00–K93 Krankheiten des Verdauungssystems; PUL: J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems; NEU: G00–G99 Krankheiten des Nervensystems; ENDO: E00–E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten; PSY: F00–F99 Psychische und Verhaltensstörungen; COV: U00–U99 COVID-19

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2010–2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

Folgende weitere Todesursachen (auf Kapitelebene) sind für die Bevölkerung ab 65 Jahren nennenswert, jeweils im Jahr 2023:

²⁸ In sehr hohem Alter und bei Multimorbidität wird allerdings vielfach nicht mehr nach der Grunderkrankung geforscht, sondern eine Kreislauferkrankung dokumentiert.

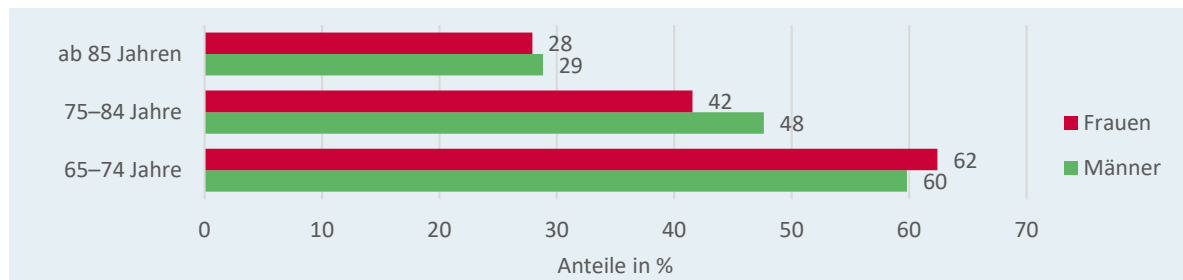
- Krankheiten des Atmungssystems: 6,4 Prozent aller Todesfälle (4.951); vor allem COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) (2.455; das ist die Hälfte dieser Todesfälle), aber auch Grippe und Pneumonie (1.534; das sind 31 % dieser Todesfälle)
- Stoffwechselerkrankungen: 5,2 Prozent (4.030 Todesfälle), vor allem Diabetes mellitus (3.053 Todesfälle; das sind rund drei Viertel dieser Todesfälle)
- Psychische und Verhaltensstörungen: 4,9 Prozent (3.751), vor allem Demenz (3.280; das sind 87 % dieser Todesfälle, wobei Betroffene an den Folgen oder Komplikationen der Demenz versterben)
- Verletzungen und Vergiftungen: 4,4 Prozent (3.386); vor allem Stürze verschiedener Art, aber auch Suizide (549; das sind 16 % dieser Todesfälle) und wiederum 98 assistierte Suizide (knapp 3 % dieser Todesfälle) (vgl. Kapitel 6.6)
- Krankheiten des Nervensystems: 4,2 Prozent (3.269), vor allem Parkinson (1.242; das sind 38 % dieser Todesfälle) und Alzheimer (1.202; das sind 37 % dieser Todesfälle)
- COVID-19: 3,4 Prozent (2.617)

5.2 Selbsteingeschätzte Gesundheit

Neben objektiven (zumeist biomedizinischen) Kriterien zur Messung eines guten Alterungsprozesses ist die subjektive Dimension von Gesundheit ein wichtiges Kriterium. Laut ÖPIA (2022) kann die subjektive Gesundheit den objektiven Gesundheitszustand genauso gut bzw. teilweise sogar besser beschreiben als medizinische Diagnosen.

Im Jahr 2019 bewerteten im Rahmen von ATHIS rund 51 Prozent der ab 65-jährigen Österreicher:innen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, Männer etwas häufiger als Frauen (53 % vs. 50 %). Die Ergebnisse des Panels Gesundheitsförderung 2023 zeigen einen höheren Anteil: 67 Prozent der ab 65-Jährigen gaben an, sich in (sehr) guter Gesundheit zu befinden. Mit zunehmendem Alter sinkt laut ATHIS 2019 die subjektive Gesundheit deutlich: Während sich 61 Prozent der 65- bis 74-Jährigen als (sehr) gesund einschätzten, waren es bei den 75- bis 84-Jährigen nur noch 44 Prozent und ab 85 Jahren lediglich 28 Prozent. Auffällig ist der Rückgang bei Frauen zwischen 65 und 74 bzw. 75 und 84 Jahren (–20 Prozentpunkte), während der Rückgang bei Männern moderater ausfällt (–12 Prozentpunkte). Ab 85 Jahren gleichen sich die Werte zwischen den Geschlechtern weitgehend an (vgl. Abbildung 29; ATHIS 2019).

Abbildung 29: Anteil der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung mit (sehr) gut selbsteingeschätzter Gesundheit nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019

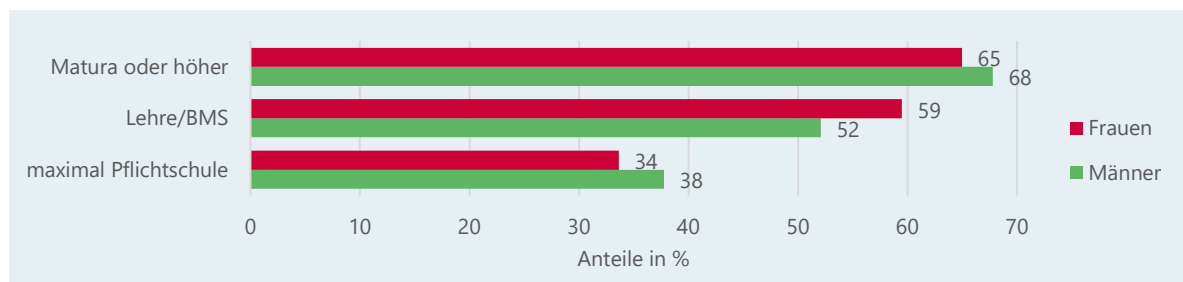


nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Ein klarer Zusammenhang besteht zwischen Bildung und subjektiver Gesundheit: Nur 35 Prozent der ab 65-Jährigen mit maximal Pflichtschulabschluss bewerteten ihre Gesundheit als (sehr) gut, bei jenen mit Matura oder höherem Abschluss sind es 67 Prozent (vgl. Abbildung 30).

Abbildung 30: Anteil der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung mit (sehr) gut selbsteingeschätzter Gesundheit nach formaler Bildung und Geschlecht, 2019



nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 (ATHIS 2020); Berechnung und Darstellung: GÖG

Ein weiterer subjektiver Indikator für gesundes Altern ist die Differenz zwischen gefühltem und chronologischem Alter. In Österreich fühlen sich ältere Menschen im Durchschnitt jünger als ihr chronologisches Alter, was als Ausdruck eines positiven Gesundheits- und Wohlbefindens gewertet werden kann (Rapp et al. 2022).

5.3 Geriatrische Syndrome

Unter geriatrischen Syndromen versteht man klinische Zustände bei älteren Patientinnen und Patienten, die sich nicht in klassische Krankheitskategorien einordnen lassen (Schmid et al. 2022). Es handelt sich um „unterschiedliche Problemkonstellationen bei älteren Menschen, die eine multifaktorielle Genese aufweisen“ (Lechleitner 2022). Geriatrische Syndrome sind oft mit einer Verschlechterung der Krankheitsprognose sowie einem Verlust der Selbstständigkeit bei älteren Menschen verbunden. Eine besonders relevante Rolle unter den geriatrischen Syndromen spielt Frailty (Schmid et al. 2022). Nachfolgend werden ausgewählte geriatrische Syndrome vorgestellt.

Frailty

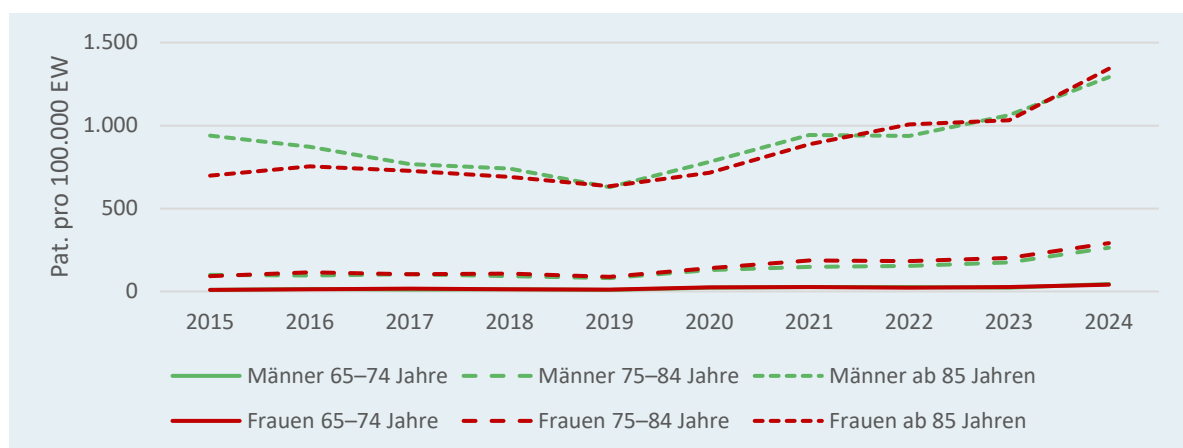
Frailty beschreibt die erhöhte „Verletzlichkeit“ im Alter (medunigraz.at 2025). Damit verbunden ist das Altern mit ausgeprägten funktionellen Defiziten. Klinische Kennzeichen für Frailty sind z. B. Gewichtsverlust, geringe Ausdauer, Ermüdbarkeit, Schwäche, langsames Gehen oder niedriges körperliches Aktivitätsniveau (Benzinger et al. 2021). Frailty ist gekennzeichnet von dem „Verlust von individuellen Reserven und von einer erhöhten Vulnerabilität gegenüber internen und externen belastenden Einflussfaktoren“, was laut Expertinnen und Experten durch den deutschen Begriff „Gebrechlichkeit“ nur unzureichend umschrieben wird (Benzinger et al. 2021). Frailty tritt unabhängig von spezifischen Krankheitszuständen auf, kann aber durch diese ausgelöst oder verstärkt werden. Zu den Symptomen von Frailty gehören Schwäche, verminderte Belastbarkeit, Gewichtsverlust und Sarkopenie – Letzteres bezeichnet den Verlust von Muskelmasse und eine Abnahme der Muskelkraft. Eine solche Gebrechlichkeit kann zu Stürzen mit Knochenbrüchen, Einschränkungen in den Alltagsfunktionen und Immobilität führen, wodurch die Betroffenen in ihrer Autonomie und Selbstständigkeit eingeschränkt werden (altersforschung.ac.at 2024). Prävention oder aber die Früherkennung und rechtzeitige Intervention können das Risiko von Frailty maßgeblich reduzieren bzw. den Verlauf verbessern.

Für die ÖIHS wurde ein Frailty-Index entwickelt, um die Prävalenz von Frailty in der älteren Bevölkerung in Österreich darzustellen. Grundsätzlich gestaltet es sich schwierig, die Prävalenz von Frailty gut abzubilden. Als Limitation wurde hervorgehoben, dass Personen, die als „frail“ eingestuft werden, für Befragungen schwer oder gar nicht zu erreichen sind. Unter den im Rahmen der ÖIHS befragten älteren Personen zeigte sich, dass 66 Prozent der Stichprobe der ab 80-jährigen (n = 549) von mehr oder weniger stark ausgeprägten funktionalen

Einschränkungen betroffen sind. 15,6 Prozent waren „von so gravierenden gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen betroffen, dass diese als ‚frail‘ kategorisiert werden müssen“ (ÖPIA 2022). Frauen im hohen Alter sind häufiger von Frailty betroffen als Männer. Zudem ist eine niedrige formale **Bildung** ein Risikofaktor: Während bei Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss zu 26,1 Prozent Frailty vorlag, waren es bei Personen mit Matura und höher lediglich 7,5 Prozent (ÖPIA 2022).

Daten aus der DLD der österreichischen Krankenanstalten zu „Senilität, Altersschwäche, Hohes Alter, Seneszenz, ohne Angabe einer Psychose“ (ICD-10 R54) als zugrunde liegender Haupt- oder Nebendiagnose ermöglichen zwar keine Aussagen über die Prävalenz, aber geben Einblick in Entwicklungen. Zwischen 2015 und 2024 kam es zu einer Zunahme der Anzahl der stationären **Patienten** ab 65 Jahren pro 100.000 EW um knapp 63 Prozent (2015: 171, 2024: 278); bei **Patientinnen** von knapp 93 Prozent (2015: 151, 2024: 291). Zwischen 2015 und 2019 kam zu einer Abnahme und seit 2019 über alle dargestellten Altersgruppen hinweg wieder zu einer Zunahme der Patientinnen und Patienten mit Frailty, sodass das Niveau in allen Altersgruppen 2024 über dem Niveau von 2015 lag. Die altersstandardisierte Rate ist bei beiden Geschlechtern der jeweiligen Altersgruppe ähnlich (vgl. Abbildung 31).

Abbildung 31: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit der Haupt- oder Nebendiagnose „Senilität, Altersschwäche, Hohes Alter, Seneszenz, ohne Angabe einer Psychose“ (ICD-10: R54) in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppe, 2015–2024



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMASGPK, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Harninkontinenz

Harninkontinenz ist eine insbesondere im höheren Alter weit verbreitete Erkrankung, gehört aber nicht zum „normalen Alterungsprozess“ (MSD Manual 2023). Es gibt verschiedene Formen der Inkontinenz (Dranginkontinenz, Stressinkontinenz, Überlaufinkontinenz, funktionale Inkontinenz). Oft treten mehrere Formen gleichzeitig auf, was als gemischte Blaseninkontinenz bezeichnet wird (MSD Manual 2023). Ursachen sind etwa in Veränderungen im Blasenmuskel zu finden, in neurogenen Steuerungsstörungen oder altersbedingten anatomischen Veränderungen des unteren Harntraktes. Auch medikamentöse Nebenwirkungen können eine Rolle spielen (Goepel et al. 2010).

Harninkontinenz beeinträchtigt das Wohlbefinden, die Mobilität und die Gesundheit der Betroffenen erheblich. Indirekte Folgen wie reduziertes Trinkverhalten, erhöhte Sturzgefahr, Medikamentenwechselwirkungen und verminderte Mobilität verstärken diese Probleme. Scham und Rückzug aufgrund der Erkrankung sowie strukturelle und gesellschaftliche Barrieren tragen zur sozialen Exklusion bei. Um diesen Prozessen entgegenzuwirken, ist es laut ÖPIA (2022) wichtig, die Auswirkungen auf den Alltag und das soziale Leben älterer Menschen näher zu untersuchen.

Laut ATHIS 2019 sind rund 14 Prozent aller ab 65-Jährigen in Österreich von Harninkontinenz betroffen – bei 82 Prozent davon wurde diese ärztlich diagnostiziert. Frauen sind fast doppelt so häufig betroffen wie Männer (18 vs. 10 %), was vor allem auf die Schwächung der Beckenbodenmuskulatur durch Geburten, hormonelle Veränderungen während der Menopause sowie die unterschiedliche Anatomie der Harnröhre zwischen den Geschlechtern zurückzuführen ist. Personen ab 85 Jahren leiden mehr als sechsmal so häufig an Harninkontinenz wie Personen zwischen 65 und 74 Jahren (38 % vs. 6 %). Fast die Hälfte aller Frauen ab 85 Jahren leidet unter Harninkontinenz. Während zudem etwa 22 Prozent aller ab 65-Jährigen mit maximal Pflichtschulabschluss von Harninkontinenz betroffen sind, sind es lediglich 8 Prozent unter jenen mit Matura oder einem höheren Abschluss (BMSGPK 2020).

Ergebnisse der ÖIHS zeigten, dass etwa 29,2 Prozent der hochaltrigen Bevölkerung (zwischen 80 und 90 Jahren) in Österreich unter Harninkontinenz leiden. Die tatsächliche Prävalenz könnte höher sein, da Harninkontinenz tabuisiert ist. Alten- und Pflegeheimbewohner:innen waren mit 50,8 Prozent sehr viel häufiger betroffen als Personen in Privathaushalten (25,8 %). Frauen sind nicht nur häufiger, sondern auch stärker (hinsichtlich der Menge des Harnverlustes) betroffen als Männer (ÖPIA 2022).

Mangelernährung

Bei älteren Menschen stellt Mangelernährung ein zentrales Ernährungsproblem dar. In Kombination mit akuten oder chronischen Erkrankungen kann eine reduzierte Energiezufuhr rasch zu einer Mangelernährung führen, die mit funktionellen Einschränkungen, Frailty, einem erhöhten Risiko für Komplikationen und Mortalität sowie einer verzögerten Genesung einhergeht (Volkert et al. 2025). Mangelernährung äußert sich entweder in einem Defizit an Energie aufgrund von Unterernährung (quantitativ) oder in einem Mangel an essenziellen Nährstoffen wie Eiweiß, Vitaminen und Mineralstoffen aufgrund einer unausgewogenen Ernährungsweise (qualitativ). Besonders ältere Menschen sind häufig von einer Kombination beider Formen betroffen. Die Ursachen sind vielfältig. Graeb/Wolke (2020) weisen auf das Modell „Determinants of Malnutrition in Aged Persons“ (DoMAP) hin, in welchem „eine geringe Nahrungszufuhr, ein erhöhter Bedarf und eine reduzierte Bioverfügbarkeit als zentrale Entstehungsmechanismen einer Mangelernährung benannt“ wurden. Direkt verursacht wird Mangelernährung etwa durch Erbrechen, Vergessen zu essen, Entzündungen, Kau- und Schluckbeschwerden, Mobilitätseinschränkungen, Geschmacksänderungen und/oder Appetitslosigkeit. Indirekte Determinanten sind etwa Demenz, Schmerzen oder Medikamente. Alterstypische Einflussfaktoren wie etwa Polypharmazie, Multimorbidität oder Frailty kommen erschwerend hinzu (Universität Wien 2024; Universität Wien o.J.).

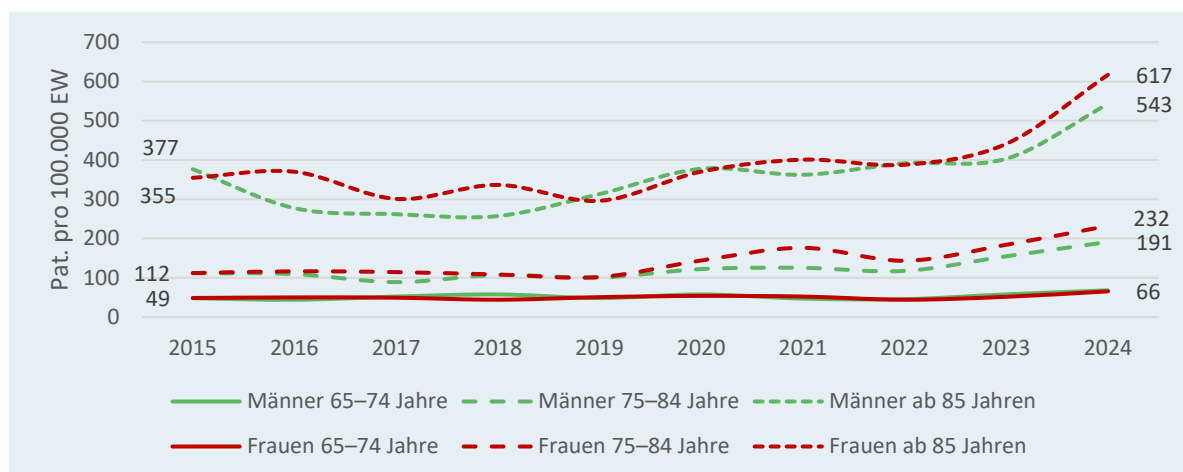
Trotz der weiten Verbreitung im höheren Lebensalter bleibt Mangelernährung häufig unerkannt – insbesondere bei jüngeren Personen mit normalem oder erhöhtem Körpergewicht, die von qualitativer Mangelernährung betroffen sind (gesundheit.gv.at 2020b). Da sich der Ernährungszustand älterer Menschen in Akutsituationen rasch verschlechtern kann und die Regeneration altersbedingt erschwert ist, kommt der Früherkennung sowie individuell angepassten ernährungstherapeutischen Maßnahmen besondere Bedeutung zu. Dadurch lässt sich eine bedarfsgerechte Energie- und Nährstoffzufuhr sicherstellen, der Ernährungszustand stabilisieren oder verbessern und funktionelle Einschränkungen können vermieden werden. Da solche Maßnahmen meist erst verzögert wirken, wird eine kontinuierliche Durchführung – auch über unterschiedliche Versorgungsebenen hinweg – empfohlen (Volkert et al. 2025).

Wird Mangelernährung im Alter nicht systematisch erkannt und behandelt, kann dies zur Schwächung des Immunsystems führen oder etwa die Heilung von Wunden verlangsamen. Ein Mangel an Proteinen und anderen wichtigen Nährstoffen führt auch häufig zu Muskelschwund (Sarkopenie), zusätzlichem Verlust an Fettmasse (Kachexie) sowie allgemeiner

Schwäche, was die Mobilität und Unabhängigkeit beeinträchtigt. In der Folge steigt das Risiko für Stürze, verlängerte Krankenhausaufenthalte und erhöhte Mortalitätsraten (gesundheit.gv.at 2020b) wie auch das Risiko für Einsamkeit.

Ähnlich wie zu Frailty geben Zahlen aus der DLD der österreichischen Krankenanstalten bezüglich „Mangelernährung“ (ICD-10 E40-E46) als Haupt- oder Nebendiagnose zwar keinen Aufschluss über die Prävalenz, aber über Entwicklungen. Sowohl bei Frauen wie auch bei Männern ab 65 Jahren ist die Anzahl der Patientinnen und Patienten pro 100.000 EW seit 2015 gestiegen, wobei es insbesondere in der Altersgruppe der ab 85-Jährigen immer wieder zu Schwankungen gekommen ist. Insbesondere seit 2022 steigt die Rate der Patientinnen und Patienten ab 75 Jahren mit Mangelernährung stetig an. Waren es 2022 388 Patientinnen und 392 Patienten pro 100.000 EW mit Mangelernährung, so waren es 2024 617 Patientinnen und 543 Patienten. Mit dem Alter steigt das Risiko einer Mangelernährung (vgl. Abbildung 32).

Abbildung 32: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit der Haupt- oder Nebendiagnose „Mangelernährung“ (ICD-10 E40–E46) in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppe, 2015–2024



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMASGPK, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Polypharmazie

Unter Polypharmazie wird meist die gleichzeitige Einnahme von fünf oder mehr Medikamenten verstanden. Die WHO nennt als gefährdete Personen neben älteren Personen (65 Jahre und älter) in Alten- und Pflegeheimen lebende Personen (WHO 2019a). Polypharmazie ist in der medizinischen Behandlung von älteren Personen häufig notwendig aufgrund von Multimorbidität. Aufgrund der demografischen Entwicklungen wird davon ausgegangen, dass die Prävalenz von Polypharmazie steigen wird. Sie kann also manchmal notwendig sein, aber auch erhebliche Risiken bergen, insbesondere, wenn potenziell inadäquate Medikamente (PIM) verschrieben werden. PIM sind Medikamente, die bei älteren Menschen ein höheres Risiko für Nebenwirkungen haben als sie potenziellen Nutzen bieten. Listen wie die PRISCUS-Liste oder die Beers-Liste helfen dabei, solche Medikamente zu identifizieren und zu vermeiden (ärzteblatt.de 2012). Folgen der Polypharmazie können vielfältig und schwerwiegend sein:

- die Wahrscheinlichkeit von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (Neben- und Wechselwirkungen) steigt mit der Anzahl der eingenommenen Medikamente
- Nebenwirkungen und die Komplexität der Medikamenteneinnahme können die Lebensqualität der Betroffenen erheblich beeinträchtigen (ärzteblatt.de 2016)
- häufigere Krankenhausaufenthalte aufgrund von Stürzen, Desorientiertheit oder anderen medikamentenbedingten Problemen (Amrein 2019)

Um die Risiken der Polypharmazie zu minimieren, wird eine regelmäßige Überprüfung der Medikation, idealerweise durch die Hausärztin / den Hausarzt, empfohlen. Dabei sollten Nutzen und Risiken jedes einzelnen Medikaments abgewogen und gegebenenfalls Anpassungen vorgenommen werden. Auch nicht-medikamentöse Therapien sollten in Betracht gezogen werden, um die Anzahl der notwendigen Medikamente zu reduzieren (ärzteblatt.de 2012). Empfehlungen umfassen etwa auch medizinische Audits, eine größere Einbeziehung von Apothekerinnen und Apothekern²⁹, gezielte Pläne für Hochrisikopatientinnen und -patienten und ein fehlerfreies Meldesystem (WHO 2019a).

Im Rahmen der SHARE-Befragung im Jahr 2022 gaben rund 24 Prozent der ab 65-Jährigen an, mehr als fünf Medikamente täglich einzunehmen. Mit steigendem Alter steigt auch die Zahl der Betroffenen – von 22 Prozent der 65- bis 74-Jährigen auf etwa 50 Prozent bei den

²⁹ Eine Studie zeigte, dass Medikationsüberprüfungen durch Apotheker:innen Krankenhausbesuche und -kosten erheblich reduzieren können (WHO 2019a)

ab 85-Jährigen. Auf dieses Ergebnis kommt auch die ÖIHS. Laut ihr nahm zudem jede:r achte 80- bis 90-Jährige regelmäßig mehr als zehn Medikamente ein (ÖPIA 2022). Die SHARE-Daten zeigen einen Zusammenhang zwischen Bildung und Polypharmazie – Menschen ab 65 Jahren mit Matura oder einem höheren Abschluss nehmen demnach seltener mehr als fünf Medikamente täglich ein als jene mit maximal einem Pflichtschulabschluss (27 % vs. 33 %). Auffällig hoch war die Polypharmazierate auch bei Personen, die nicht in Österreich geboren sind, mit 40 Prozent (vs. 28 % bei Personen, die in Österreich geboren sind). In Alten- und Pflegeheimen sind die Medikationsraten laut ÖPIA (2022) besonders hoch: In weniger als der Hälfte der Fälle werden weniger als zehn Medikamente verabreicht. Zudem wird dort häufig der Einsatz von psychotropen Substanzen, also Substanzen mit Einfluss auf die Psyche, beobachtet.

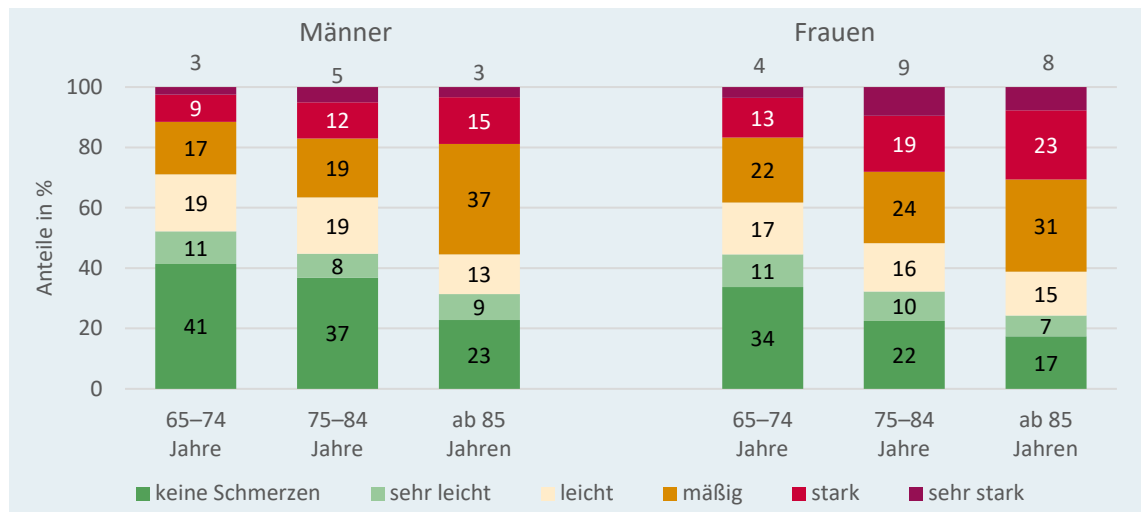
Schmerzen

Chronische Schmerzzustände sind ein häufig auftretendes Phänomen im höheren Alter. Häufigste Ursache sind Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, insbesondere Arthrosen, Osteoporose und entzündliche Gelenkserkrankungen (ÖPIA 2022).

Zur Verbreitung von Schmerzen können Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 herangezogen werden. Im Jahr 2019 hatten rund 68 Prozent der ab 65-Jährigen in Österreich (das sind ca. 1,1 Mio. Personen) in den letzten vier Wochen zumindest sehr leichte Schmerzen. Jede:r Fünfte (19 %) beklagte sich über (sehr) starke Schmerzen. Von den Schmerz betroffenen berichteten 76 Prozent, dass die Schmerzen sie zumindest ein wenig daran hindern, Alltagstätigkeiten zu Hause oder im Beruf zu erledigen. Rund ein Viertel gab an, dass sie die Schmerzen in notwendigen Tätigkeiten ziemlich bis äußerst behindern.

Frauen ab 65 Jahren leiden deutlich häufiger und unter stärkeren Schmerzen als Männer derselben Altersgruppe (73 vs. 62 %). Während etwa jede dritte Frau ab 65 Jahren (30 %) angab, in den letzten vier Wochen (sehr) starke Schmerzen verspürt zu haben, taten dies rund 19 Prozent der Männer (vgl. Abbildung 33). Auch in der ÖIHS wurde die Intensität von chronischen Schmerzen erhoben: Demnach leiden rund 50 Prozent der 80- bis 90-Jährigen darunter, etwa 35 Prozent von ihnen unter eher starken bis sehr starken chronischen Schmerzen und 50 Prozent sowohl bei Bewegung als auch bei Ruhe (ÖPIA 2022).

Abbildung 33: Schmerzen und Schmerzintensität (in den letzten vier Wochen) bei der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019



nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Mit steigendem Alter steigt neben der Schmerzintensität auch der Anteil jener, die (in den letzten vier Wochen) Schmerzen hatten, von etwas mehr als 70 Prozent bei den 65- bis 84-Jährigen auf 81 Prozent bei den ab 85-Jährigen.

Die ATHIS-Daten zeigen, dass ein niedriger formaler Bildungsabschluss ein Risikofaktor ist. Während 87 Prozent der ab 65-Jährigen mit maximal Pflichtschulabschluss angaben, in den letzten 4 Wochen unter Schmerzen gelitten zu haben, waren es bei jenen derselben Altersgruppe mit Matura oder einem höheren Abschluss 58 Prozent. Dabei ist auch der Anteil derjenigen mit starker bis sehr starker Schmerzintensität bei jenen mit einem höheren Abschluss geringer. Bei Frauen ist der Zusammenhang zwischen einem geringen formalen Bildungsabschluss und Schmerzen deutlicher ausgeprägt als bei Männern – etwa jede dritte Frau ab 65 Jahren mit maximal Pflichtschulabschluss leidet unter (sehr) starken Schmerzen, bei Männern ab 65 Jahren mit maximal Pflichtschulabschluss ist es jeder Fünfte (BMSGPK 2020).

5.4 Funktionale Gesundheit

Laut International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) gilt eine Person dann als funktional gesund, wenn sie in der Lage ist, Alltagsanforderungen selbstständig zu erledigen und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen (WHO 2002c; WHO 2024a). Ein Erhalt der funktionalen Fähigkeiten ermöglicht Wohlbefinden und Selbstbestimmung im Alter (Schuntermann 2005). Zu den funktionalen Fähigkeiten gehören unter anderem Sehen, Hören, Mobilität und kognitive Fähigkeiten (Konzentration/Erinnerungsvermögen) (ÖPIA 2022). Liegt eine körperliche, geistige oder psychische Funktionsbeeinträchtigung oder eine Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen vor, die nicht nur vorübergehend ist, spricht man von einer Behinderung (oesterreich.gv.at 2024).

Reflexion zur funktionalen Gesundheit aus Sicht älterer Menschen

Bei den Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmern besteht zum einen Einsicht darüber, dass frühere Verhaltensweisen Einfluss auf den aktuellen gesundheitlichen Status haben, und zum anderen Akzeptanz dessen, dass die funktionale Gesundheit zum Teil eingeschränkt ist:

„Und ich muss sagen, dass ich teilweise Schindluder mit meiner Gesundheit getrieben habe: zu wenig Bewegung, zu viel Gewicht usw. Und dem versuche ich jetzt etwas Herr zu werden, aber wie gesagt, ich muss feststellen, dass Altern für mich auch bedeutet, dass ich nicht mehr alles so tun kann, wie ich es tun möchte. Also, ich mache noch sehr viele Dinge und probiere auch in dem Bereich [Anm.: Gesundheit] verstärkt etwas zu tun. Das muss man auch akzeptieren: Was nicht mehr geht, das ist halt so.“ (Wosko et al. 2024)

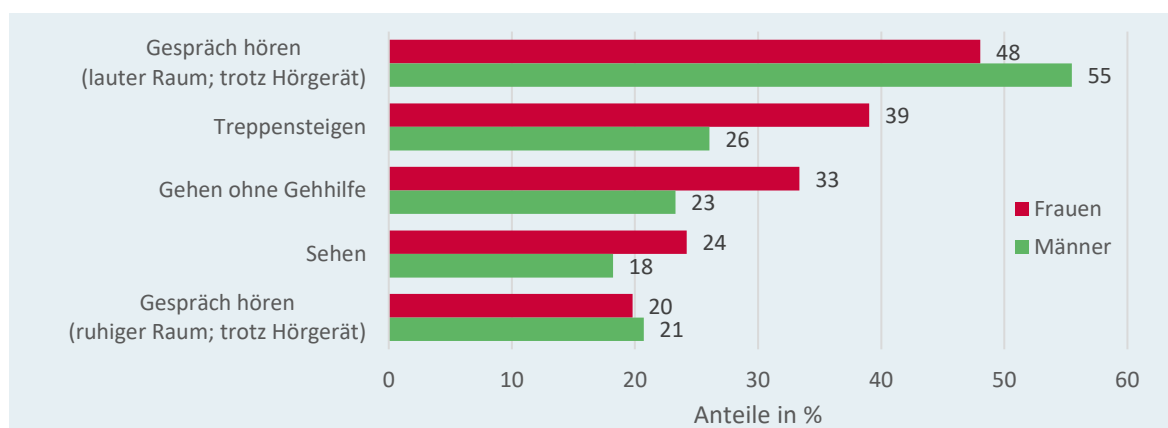
5.4.1 Funktionale Fähigkeiten

Beeinträchtigungen der körperlichen und sensorischen Fähigkeiten wie Sehen, Hören, Mobilität und Konzentration wirken sich nicht nur direkt auf die Lebensqualität älterer Menschen aus, sondern haben auch weitreichende Folgen wie ein erhöhtes Unfallrisiko oder ein erhöhtes Risiko von depressiven Symptomen infolge von durch die Einschränkungen bedingter sozialer Isolation. Schutzfaktoren wie soziale Beziehungen (z. B. Partnerschaften, Freundschaften) können diesen negativen Auswirkungen entgegenwirken (Ferreira Carrijo et al. 2023; Maier et al. 2021). Im folgenden Kapitel wird auf die körperlichen und sensorischen Einschränkungen eingegangen. Die Daten hierzu stammen, wenn nicht anders angegeben, aus ATHIS 2019.

Im Jahr 2019 waren rund 68 Prozent der ab 65-Jährigen in ihrer funktionalen Gesundheit eingeschränkt – Frauen und Männer etwa gleich häufig. Personen mit mindestens einer Einschränkung wiesen im Durchschnitt 2,3 funktionale Beeinträchtigungen auf.

Am häufigsten hat die ab 65-jährige Bevölkerung Schwierigkeiten beim Hören eines Gesprächs (trotz Hörgerät) in einem lauten Raum (51 %), beim Treppensteigen (33 %) und beim Gehen einer Strecke von 0,5 km ohne Gehhilfe (29 %). Männer berichteten häufiger über Hörprobleme (55 vs. 48 %), während Frauen häufiger Einschränkungen beim Treppensteigen (39 vs. 26 %), beim Gehen (33 vs. 23 %) und beim Sehen (24 vs. 18 %) angaben (vgl. Abbildung 34).

Abbildung 34: Funktionale Einschränkungen der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht, 2019



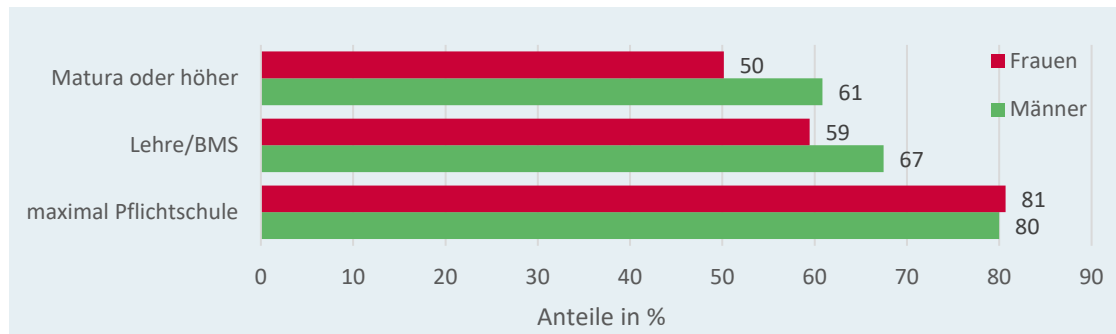
nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Personen mit funktionalen Einschränkungen deutlich: von 56 Prozent bei den 65- bis 74-Jährigen auf 92 Prozent bei den ab 85-Jährigen. Auch die durchschnittliche Anzahl an Einschränkungen nimmt zu – von 1,7 auf 3,5.

Ein klarer Zusammenhang besteht mit dem Bildungsniveau: 81 Prozent der Personen mit maximal Pflichtschulabschluss haben eine funktionale Einschränkung, gegenüber 56 Prozent mit Matura oder höherem Abschluss. Der Bildungseffekt ist bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern (vgl. Abbildung 35).

Abbildung 35: Funktionale Einschränkungen der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und formaler Bildung, 2019



nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

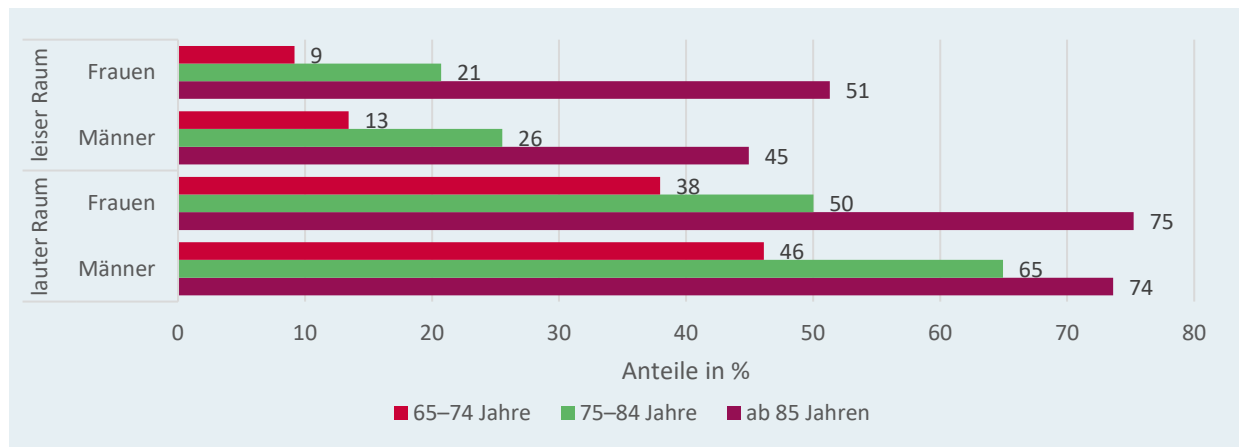
Hörvermögen

Hörprobleme zählen bei der über 70-jährigen Bevölkerung in den Industrieländern zu den dritthäufigsten Erkrankungen, die die Lebensqualität beeinträchtigen (WHO 2021d). Neben Einschränkungen bei Kommunikation, Bildung und sozialer Interaktion zeigen Studien auch ein erhöhtes vermeidbares Risiko für Demenz (Livingston et al. 2020), Depression (WHO 2021d) und eine höhere Sturzwahrscheinlichkeit (Kamil et al. 2016).

In Österreich haben laut ATHIS 2019 rund 51 Prozent der ab 65-Jährigen Schwierigkeiten, Gespräche in lauter Umgebung zu verstehen, etwa 20 Prozent auch in leiser Umgebung. Männer sind in lauten Räumen häufiger betroffen als Frauen (55 vs. 48 %). Trotz der hohen Prävalenz nutzen nur 16 Prozent dieser Altersgruppe ein Hörgerät (vgl. Abbildung 36).

Hörschwierigkeiten nehmen mit dem Alter zu: 42 Prozent der 65- bis 74-Jährigen, 57 Prozent der 75- bis 84-Jährigen und 75 Prozent der ab 85-Jährigen haben Schwierigkeiten, Gesprächen in lauten Räumen zu folgen. In leiser Umgebung steigt der Anteil von 11 bzw. 23 Prozent in den jüngeren Altersgruppen auf 49 Prozent bei den ab 85-Jährigen. Männer sind häufiger als Frauen schon früher betroffen, im hohen Alter (85 Jahre und älter) gleichen sich die Geschlechterunterschiede an – bei Frauen ab 85 Jahren ist der Anteil sogar etwas höher als bei Männern derselben Altersgruppe (vgl. Abbildung 36).

Abbildung 36: Hörschwierigkeiten der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019



nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Je höher der formale Bildungsstand, desto geringer ist der Anteil jener mit Hörschwierigkeiten. 59 Prozent der ab 65-Jährigen mit maximal Pflichtschulabschluss haben Hörprobleme in lauten Räumen, bei höher Gebildeten liegt der Anteil unter 50 Prozent. In leiser Umgebung ist der Unterschied noch deutlicher (30 vs. rund 15 %). Bei Männern wirkt sich Bildung stärker aus, was möglicherweise mit lärmintensiven Berufsfeldern zusammenhängt (Baustellen, Werkstätten etc.) (Engdahl/Tambs 2010).

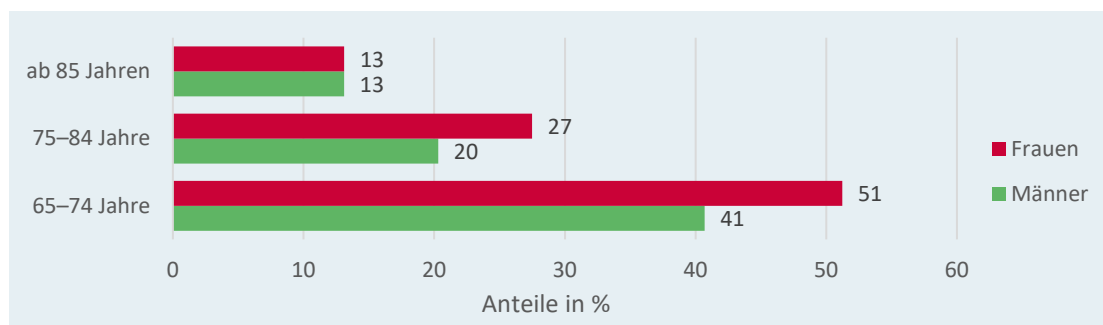
Sehvermögen

Ein schlechtes Sehvermögen wirkt sich oftmals negativ auf die Lebensqualität aus. Die Angst vor Erblindung zählt laut WHO (2019b) zu einer der größten Ängsten im Erwachsenenalter. Sehprobleme, insbesondere im Alter, erhöhen das Risiko für Depressionen, können zu einer verringerten Mobilität, einer höheren Sturzwahrscheinlichkeit und sozialer Isolation beitragen. Betroffene leben häufiger in Alten- und Pflegeheimen und sind häufiger von Gewalt betroffen als Menschen ohne Sehprobleme. Zudem kann schlechtes Sehvermögen die Behandlung anderer Erkrankungen erschweren, etwa durch Schwierigkeiten beim Lesen von Medikamenteninformationen (WHO 2019b).

Ein Großteil (93 %) der ab 65-Jährigen in Österreich benutzt laut ATHIS 2019 eine Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen). Dennoch berichteten 22 Prozent über Sehprobleme trotz Sehhilfe –

Frauen häufiger als Männer (24 vs. 18 %). Mit dem Alter verschärft sich die Situation deutlich: Bei den ab 85-Jährigen gaben 48 Prozent an, trotz Sehhilfe schlecht zu sehen. Während der Anteil bis 74 Jahre bei beiden Geschlechtern gleich ist (13 %), steigt er bei Frauen ab 75 Jahren im höheren Alter deutlich stärker an als bei den Männern (vgl. Abbildung 37).

Abbildung 37: Schwierigkeiten beim Sehen der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019



nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Es zeigt sich ein Zusammenhang mit dem formalen Bildungsgrad: 31 Prozent der ab 65-Jährigen mit maximal Pflichtschulabschluss berichteten über Sehprobleme, bei höher formal Gebildeten sind es 17 Prozent.

Mobilität

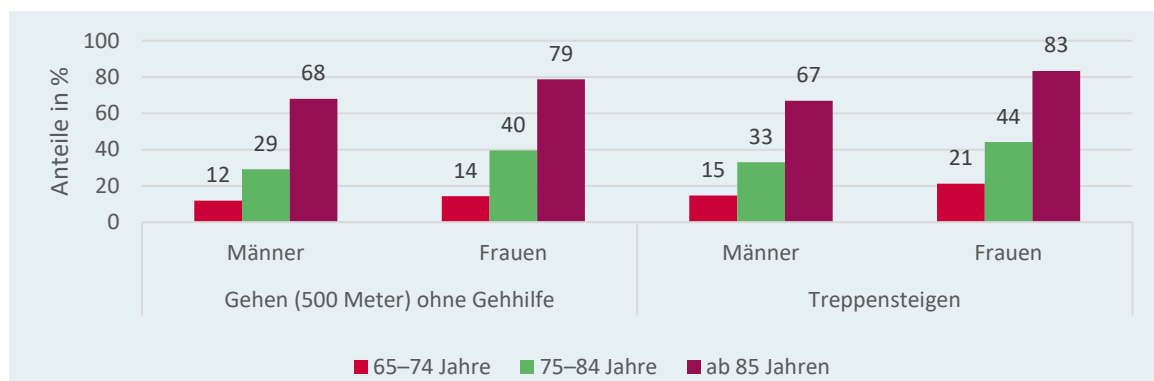
Einschränkungen in der Mobilität erschweren eine selbstständige Lebensführung und sind ein zentraler Risikofaktor für Hilfs- und Pflegebedarf im Alter. Unsicheres Gehen kann Stürze verursachen, die in der Folge weitere Selbstständigkeitsverluste nach sich ziehen (Stete/Wotha 2024) (vgl. Kapitel 5.6.2). Zudem kann eine eingeschränkte Mobilität zu sozialer Isolation und Einsamkeit führen (Luhmann/Bücker 2019).

Rund 29 Prozent aller ab 65-Jährigen in Österreich haben Schwierigkeiten, ohne Gehhilfe 500 Meter zu gehen, und 33 Prozent benötigen beim Treppensteigen zumindest einen Handlauf. Frauen sind dabei deutlich häufiger betroffen als Männer (Gehen: 33 vs. 23 %, Handlauf: 33 vs. 23 %).

Treppen: 39 vs. 26 %). Ein Grund hierfür ist, dass Frauen häufiger muskuloskelettale Erkrankungen wie Arthrose, Osteoporose, Rücken-, Nacken- und Gelenkschmerzen (Fuchs/Prütz 2017) (vgl. Kapitel 5.6.) aufweisen, was zu Schwierigkeiten in der Mobilität beiträgt.

Mit zunehmendem Alter verschärfen sich die Mobilitätseinschränkungen: Während bei den 65- bis 74-Jährigen 13 Prozent Schwierigkeiten beim Gehen haben, sind es bei den 75- bis 84-Jährigen bereits 35 Prozent und bei den ab 85-Jährigen 75 Prozent. Ein ähnliches Muster zeigt sich beim Treppensteigen. Frauen sind von Mobilitätseinschränkungen tendenziell früher betroffen, was auch mit Unterschieden im Bewegungsverhalten zusammenhängen kann (siehe Kapitel 4.3; vgl. Abbildung 38).

Abbildung 38: Schwierigkeiten beim Gehen von 500 Metern ohne Gehhilfe und beim Treppenbenutzen der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019

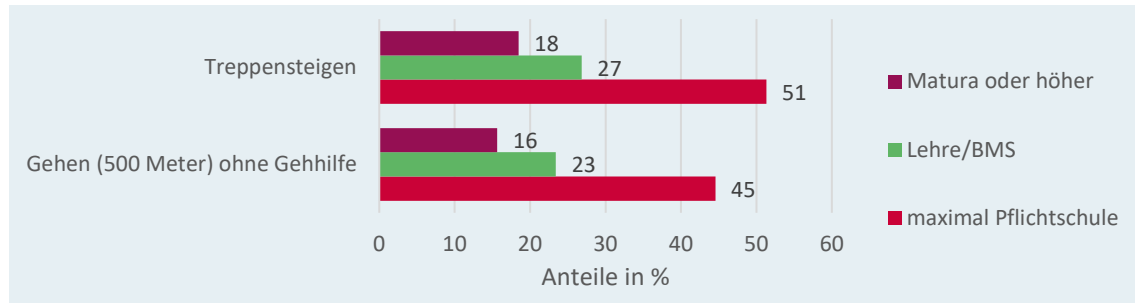


nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Mit dem formalen Bildungsstatus zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang auch bei der Mobilität – Personen mit maximal Pflichtschulabschluss haben etwa dreimal so häufig Schwierigkeiten beim Gehen und mehr als doppelt so häufig beim Treppensteigen wie Personen mit Matura oder höherem Abschluss (vgl. Abbildung 39).

Abbildung 39: Schwierigkeiten beim Gehen von 500 Metern ohne Gehhilfe und beim Treppensteigen der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach formaler Bildung, 2019



nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Erinnerung und Konzentration

Rund 30 Prozent der ab 65-jährigen Bevölkerung in Österreich berichteten über Schwierigkeiten beim Erinnern oder Konzentrieren – ein funktionaler Aspekt, der wesentlich für die selbstständige Alltagsbewältigung und Interaktion mit der Umwelt ist. Frauen sind insgesamt häufiger betroffen als Männer (32 vs. 26 %), wobei dieser Unterschied erst im hohen Alter entsteht: Ab 85 Jahren berichteten 66 Prozent der Frauen und 50 Prozent der Männer über entsprechende Einschränkungen. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil Betroffener deutlich: Während 17 Prozent der 65- bis 74-Jährigen über Konzentrations- oder Erinnerungsschwierigkeiten berichteten, sind es bei den 75- bis 84-Jährigen bereits 36 Prozent und bei den ab 85-Jährigen 61 Prozent.

Ein klarer Zusammenhang zeigt sich mit dem formalen Bildungsniveau: 44 Prozent der Personen mit maximal Pflichtschulabschluss sind betroffen, bei jenen mit Lehr- oder BMS-Abschluss sind es 25 Prozent und bei Personen mit Matura oder höherem Abschluss lediglich 17 Prozent.

5.4.2 Einschränkungen im Alltag

Beeinträchtigungen der funktionalen Fähigkeiten können zu Einschränkungen im Alltag führen. Darunter fallen Aktivitäten des täglichen Lebens (Activities of Daily Living, ADL), also grundlegende Tätigkeiten wie Essen und Anziehen, sowie instrumentelle Aktivitäten des

täglichen Lebens (IADL), die komplexere Tätigkeiten wie Einkaufen, Haushaltsführung, Telefonate, Finanzielles oder Medikamenteneinnahme beinhalten. Nachfolgende Auswertungen beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf Daten aus ATHIS 2019.

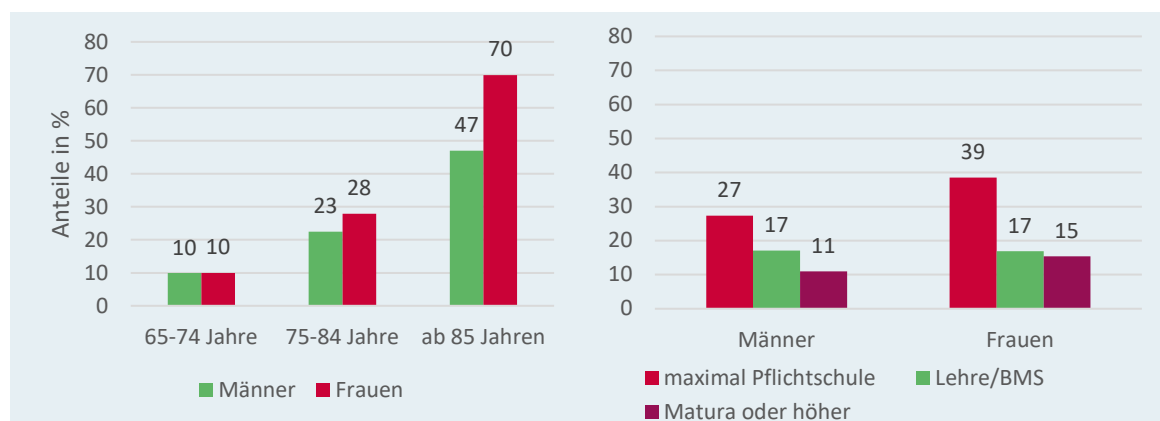
Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person (ADL)

Rund 22 Prozent der ab 65-Jährigen in Österreich berichteten über Schwierigkeiten bei der Körperpflege und Selbstversorgung (ADL). Frauen sind davon mit 26 Prozent deutlich häufiger betroffen als Männer (18 %).

Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Personen mit ADL-Einschränkungen deutlich zu. Besonders ausgeprägt ist dieser Anstieg bei Frauen ab 85 Jahren: Während in der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen Frauen 28 Prozent betroffen sind, steigt der Anteil bei den ab 85-Jährigen auf 70 Prozent (vgl. Abbildung 40).

Ab 65-jährige Personen mit maximal Pflichtschulabschluss sind häufiger von ADL-Einschränkungen betroffen (35 %) als Personen derselben Altersgruppe mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (17 %) oder mit Matura oder einer höheren formalen Bildung (13 %; vgl. Abbildung 40).

Abbildung 40: Schwierigkeiten in den ADL der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht, Altersgruppen und formaler Bildung, 2019

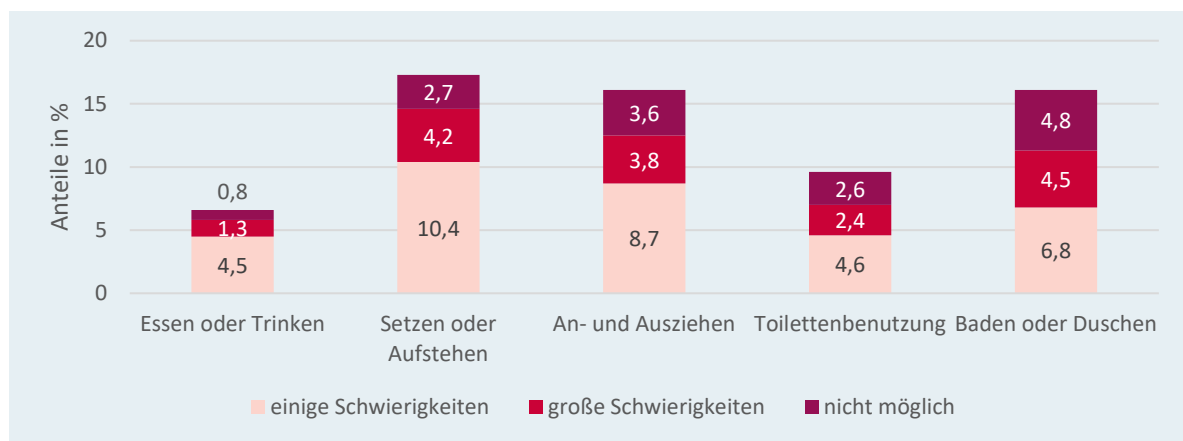


nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Personen ab 65 Jahren mit mindestens einer Einschränkung bei Basisaktivitäten des täglichen Lebens (ADL) weisen im Durchschnitt 3,0 solcher Einschränkungen auf. Die häufigsten Schwierigkeiten betreffen das Aufstehen und Hinsetzen (17 %), das An- und Ausziehen (16 %) sowie das Baden oder Duschen (ebenfalls 16 %; vgl. Abbildung 41).

Abbildung 41: ADL-Einschränkungen der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Aktivitäten, 2019



nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Mehr als die Hälfte der ab 85-jährigen Bevölkerung (63 %) weist Einschränkungen in mindestens einer Basisaktivität der Körperpflege und Selbstversorgung auf – viele sind nicht mehr in der Lage, diese Tätigkeiten eigenständig auszuführen. So kann beispielsweise rund ein Viertel dieser Altersgruppe nicht mehr selbstständig baden oder duschen. 18 Prozent sind nicht mehr in der Lage, sich eigenständig an- oder auszuziehen. In den beiden jüngeren Altersgruppen (65 bis 74 und 75 bis 84 Jahre) liegt der Anteil der Personen mit vergleichbaren Einschränkungen hingegen lediglich zwischen 1 und 3 Prozent.

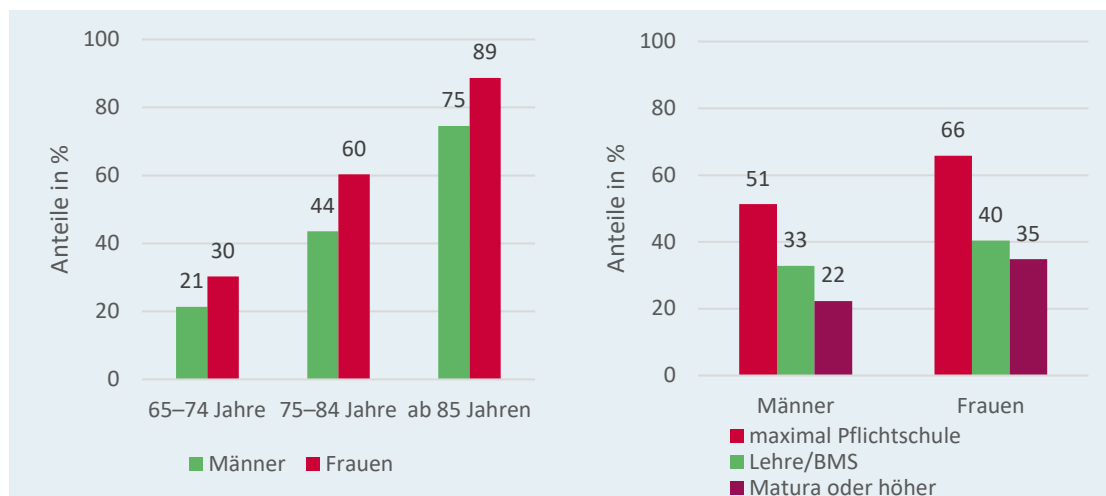
Einschränkungen bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)

Etwa 43 Prozent der österreichischen Bevölkerung ab 65 Jahren berichteten über Einschränkungen bei der Ausführung instrumenteller Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL). Frauen sind häufiger betroffen als Männer (50 % vs. 34 %), was unter anderem auf ihre stärkere Einbindung in haushaltsbezogene Tätigkeiten zurückzuführen ist. So geben 17 Prozent

der Männer, jedoch nur 2,1 Prozent der Frauen an, sich nicht um die Zubereitung von Mahlzeiten zu kümmern. Schwere Hausarbeiten entfallen bei 7,6 Prozent der Männer und 3,8 Prozent der Frauen.

Wie bereits bei den grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) zeigen sich auch bei den instrumentellen Aktivitäten (IADL) deutliche Unterschiede nach Alter und Geschlecht: Insbesondere Frauen ab 85 Jahren sind signifikant häufiger von IADL-Einschränkungen betroffen als jüngere Altersgruppen – der Anteil verdreifacht sich im Vergleich zu den 65- bis 74-Jährigen. Auch mit dem Bildungsniveau gibt es einen Zusammenhang: Ab 65-jährige Personen mit maximal Pflichtschulabschluss berichteten deutlich häufiger über Schwierigkeiten bei haushaltsbezogenen Tätigkeiten (62 %) als Menschen dieser Altersgruppe mit Lehr- oder BMS-Abschluss (37 %) bzw. mit Matura oder höherer Bildung (28 %; vgl. Abbildung 42).

Abbildung 42: Schwierigkeiten in den IADL der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht, Altersgruppen und formaler Bildung, 2019

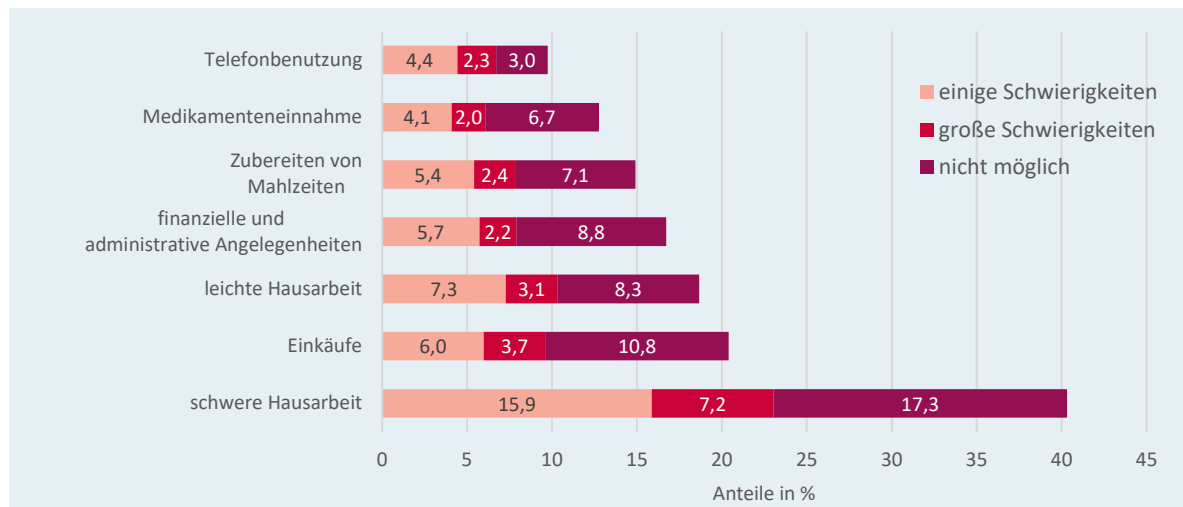


nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Durchschnitt haben jene ab 65-Jährigen mit mindestens einer Einschränkung bei Erledigungen des Haushalts 3,1 Einschränkungen. Am häufigsten sind dabei Schwierigkeiten bei schweren Hausarbeiten (40 %), bei Erledigungen von Einkäufen (20 %), bei leichten Hausarbeiten (19 %) und beim Zubereiten von Mahlzeiten (15 %; vgl. Abbildung 43).

Abbildung 43: Schwierigkeiten in den IADL der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Aktivitäten, 2019



nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Ein erheblicher Anteil der ab 85-jährigen Bevölkerung ist nicht mehr in der Lage, instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständig auszuführen. So können 56 Prozent keine schwere Hausarbeit mehr verrichten. Rund 40 Prozent sind nicht mehr in der Lage, Einkäufe zu tätigen, finanzielle oder administrative Angelegenheiten zu regeln oder leichte Hausarbeiten zu erledigen. Etwa ein Drittel dieser Altersgruppe kann weder die Medikamenteneinnahme eigenständig organisieren noch Mahlzeiten zubereiten.

5.4.3 Unterstützungs- und Pflegebedarf

Menschen mit ADL- und/oder IADL-Einschränkungen benötigen häufig Unterstützung, die sie oftmals durch Angehörige, Freunde und Bekannte (informell) oder aber von professionellem Pflege- oder Betreuungspersonal (formell) erhalten (siehe Kapitel 6.5).

Hilfe erhalten laut ATHIS 2019 etwa 75 Prozent aller ab 65-Jährigen – Frauen häufiger als Männer. Zwischen 20 und 30 Prozent jener, die bereits Hilfe erhalten, wünschen sich mehr Hilfe. Etwa 15 Prozent jener, die angaben, keine Hilfe zu erhalten, würden Hilfe benötigen. Insgesamt erhält rund ein Viertel der ab 65-Jährigen, die von Einschränkungen im Alltag

betroffen sind, also nicht ausreichend Hilfeleistung. Hinzu kommt, dass es laut Panel Gesundheitsförderung rund der Hälfte aller ab 65-Jährigen eher bis sehr schwerfällt, andere um Hilfe zu bitten.

Am häufigsten wird Hilfe aus dem sozialen Umfeld durch Freundinnen und Freunde und/oder Familienangehörige geleistet (81 bis 90 %) – dabei werden jene mit IADL-Einschränkungen etwas häufiger unterstützt. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in den Ergebnissen des Panels Gesundheitsförderung wider, wonach 80 Prozent der Befragten ab 65-Jährigen angeben, im Bedarfsfall sehr bis eher einfach Unterstützung und Hilfe von Verwandten, Freundinnen und Freunden oder Nachbarinnen und Nachbarn zu erhalten. Demgegenüber erhalten etwa 40 Prozent der ab 65-Jährigen mit ADL-Einschränkungen Hilfe von professionellem Pflege- oder Betreuungspersonal. Bei Personen dieser Altersgruppe mit Einschränkungen bei Erledigungen im Haushalt sind es rund 25 Prozent. Technische Hilfsmittel kommen bei rund der Hälfte aller ab 65-Jährigen mit Schwierigkeiten bei Basisaktivitäten der Körperpflege und Selbstversorgung zum Einsatz (vs. 14 % bei jenen mit IADL-Einschränkungen).

Während Männer mit Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und Selbstversorgung (ADL) etwas häufiger Hilfeleistungen aus dem privaten Umfeld erhalten als Frauen (84 vs. 79 %), werden Frauen bei beiden Einschränkungen wesentlich häufiger von professionellem Pflege- oder Betreuungspersonal betreut.

Informelle Hilfe erhalten Personen ab 65 Jahren in Österreich mit maximal Pflichtschulabschluss häufiger als jene mit Matura oder einem höheren Abschluss. Diese erhalten wiederum deutlich häufiger formelle Hilfeleistungen. Personen mit Migrationshintergrund ab 65 Jahren erhalten bei Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und Selbstversorgung seltener Hilfeleistungen als jene ohne Migrationshintergrund (68 vs. 73 %).

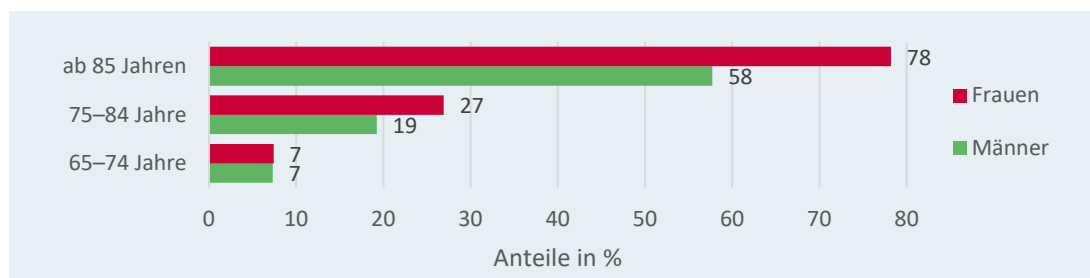
5.4.4 Pflegegeldbezieher:innen

Im Jahr 2024 gab es in Österreich rund 385.800 Anspruchsberechtigte auf Pflegegeld im Alter von 65 oder mehr Jahren. Etwa zwei Drittel davon waren weiblich und ein Drittel männlich. Das waren zwar um knapp 30.000 Menschen mehr als im Jahr 2016 (wobei dieser Zuwachs vor allem auf mehr Männer zurückzuführen war: +22.000 Männer und +8.000 Frauen), doch bezogen auf die Gesamtbevölkerung blieb der Anteil der Pflegegeld-Anspruchsberechtigten

weitgehend konstant: Rund ein Viertel aller Frauen und 16 Prozent aller Männer ab 65 Jahren hatten 2024 Anspruch auf Pflegegeld – dies änderte sich im Verlauf der letzten Jahre kaum.

Dieser Unterschied nach Geschlecht steigt mit dem Alter: In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen haben etwas mehr als 7 Prozent der Bevölkerung – Frauen und Männer gleichermaßen – Anspruch auf Pflegegeld. In der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen waren 27 Prozent der Frauen und 19 Prozent der Männer anspruchsberechtigt. Bei den ab 85-Jährigen hatten 78 Prozent der Frauen, aber nur 58 Prozent der Männer Anspruch auf Pflegegeld (vgl. Abbildung 44).

Abbildung 44: Anteil der Pflegegeld-Anspruchsberechtigten nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich, 2024



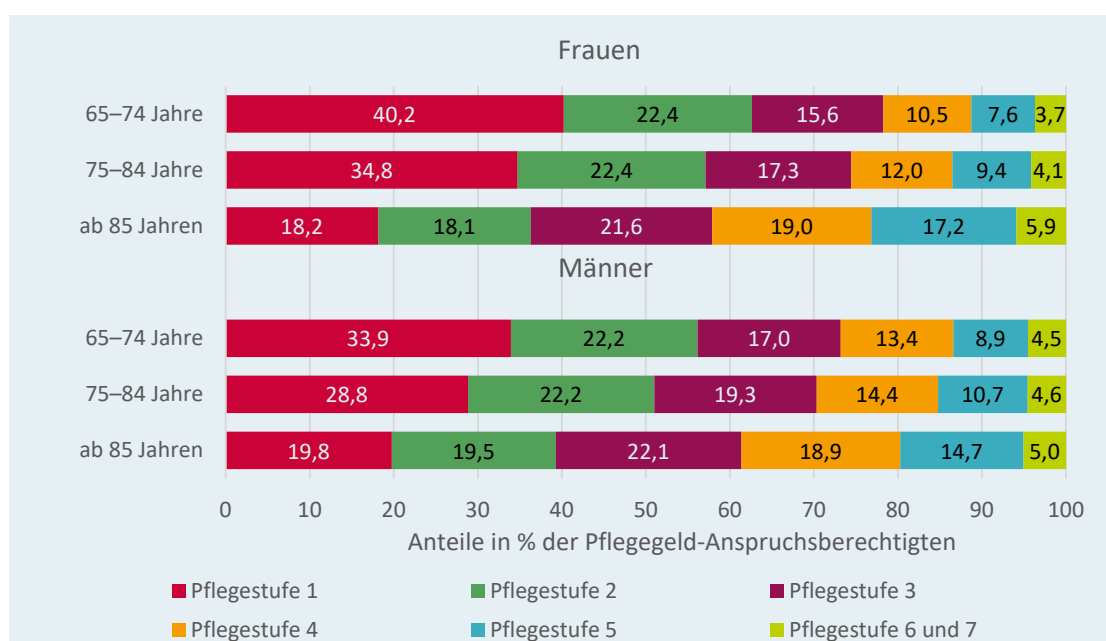
Quelle: Hauptverband – Pflegegeldstatistik 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Bis zum Alter von 84 Jahren beantragen Männer in der Regel erst in einem schlechteren Gesundheitszustand Pflegegeld als Frauen. Der Anteil der Pflegestufe 1 an allen Pflegestufen ist bei Männern dieser Altersstufen deutlich geringer. Er beträgt bei den 65- bis 74-Jährigen 34 Prozent (vs. 40 % bei den Frauen) und bei den 75- bis 84-Jährigen 29 Prozent (vs. 35 % bei den Frauen). Dem stehen höhere Anteile bei den Pflegestufen 3 bis 7 gegenüber: 44 Prozent der 65- bis 74-jährigen Pflegegeldbezieher haben eine Pflegestufe von mindestens 3 (vs. 37 % bei den Frauen) und bei den 75- bis 84-Jährigen sind es 49 Prozent (vs. 43 % bei den Frauen)³⁰.

³⁰ Das Ausmaß des Pflegegeldes richtet sich nach dem Pflegebedarf. Ab mehr als 65 Stunden beginnt Pflegestufe 1, mit zunehmendem Aufwand steigen die Stufen bis zur Stufe 7, die bei besonders hohem Pflegebedarf und über 180 Stunden Betreuung vergeben wird (österreich.gv.at 2025).

Bei den ab 85-Jährigen sind die Anteile der niedrigen Pflegestufen bei den Frauen etwas geringer und die höheren Pflegestufen häufiger, aber insgesamt ist der Unterschied nach Geschlecht geringer. Jeweils 18 Prozent der Pflegegeldbezieherinnen befinden sich in Pflegestufe 1 und in Pflegestufe 2 (vs. je 20 % bei den Männern), der Anteil der Pflegestufe 5 hingegen beträgt bei Frauen 17 Prozent (vs. 15 % bei Männern) und derjenige von Pflegestufe 6 und 7 Prozent (vs. 5 % bei Männern) (vgl. Abbildung 45).

Abbildung 45: Pflegegeld-Anspruchsberechtigte ab 65 Jahren in Österreich nach Pflegestufen, Geschlecht und Altersgruppen, 2024



Quelle: Hauptverband – Pflegegeldstatistik 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

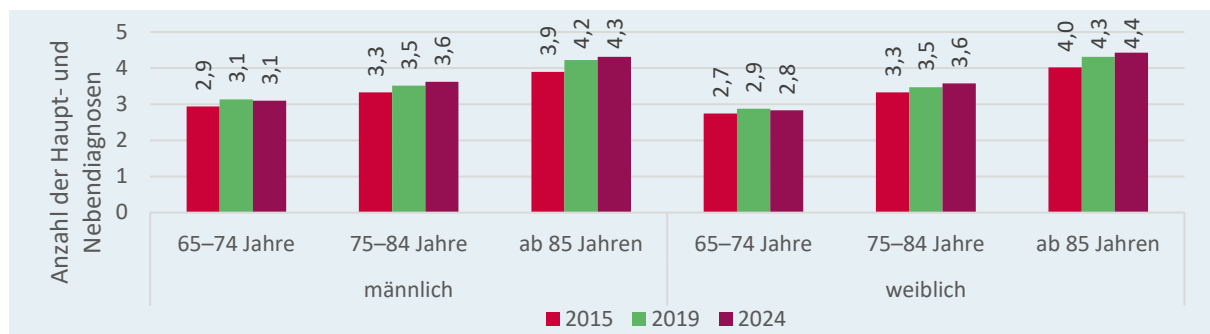
5.5 Multimorbidität

Multimorbidität ist definiert als das Vorhandensein von zwei oder mehr chronischen Erkrankungen bzw. Gesundheitsproblemen. Multimorbidität ist zwar nicht mit Frailty (vgl. Kapitel 5.3) gleichzusetzen, da trotz chronischer Erkrankungen die Funktionalität weitgehend intakt sein kann, doch steigt mit der Zahl und dem Schweregrad der Erkrankungen das Risiko dafür (ÖPIA 2022). Chronische Krankheiten sind im hohen Alter weit verbreitet: 71 Prozent der Befragten der ÖIHS (80 Jahre und älter) gaben an, an zwei und mehr chronischen Krankheiten zu leiden (ÖPIA 2022). Nach ATHIS 2019 weisen rund 70 Prozent der ab 65-Jährigen in

Österreich zwei oder mehr chronische Erkrankungen auf. Im Durchschnitt haben ab 65-Jährige in Österreich drei chronische Erkrankungen.

Als Anhaltspunkt für Multimorbidität wird die Anzahl der Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10-Diagnosen auf 3-Steller-Ebene) bei einem stationären Aufenthalt in einer österreichischen Akutkrankenanstalt herangezogen. Die nachfolgenden Werte sollten eher als zu niedrig gedeutet werden, da oftmals nur ein Teil der Nebendiagnosen (die nicht LKF-wirksam sind) dokumentiert wird. Es ist seit 2015 eine Zunahme der Haupt- und Nebendiagnosen zu verzeichnen. Mit steigendem Alter steigt die Anzahl der Diagnosen: 2024 wurden bei 65- bis 74-Jährigen durchschnittlich drei Erkrankungen festgestellt, während es bei den ab 85-Jährigen 4,4 Erkrankungen waren. Ein Unterschied nach Geschlecht ist kaum zu erkennen (vgl. Abbildung 46).

Abbildung 46: Anzahl der Haupt- und Nebendiagnosen der ab 65-jährigen Bevölkerung bei einem stationären Aufenthalt in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2015, 2019 und 2024



Quelle: BMASGPK, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2015, 2019 und 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.6 Somatische Erkrankungen

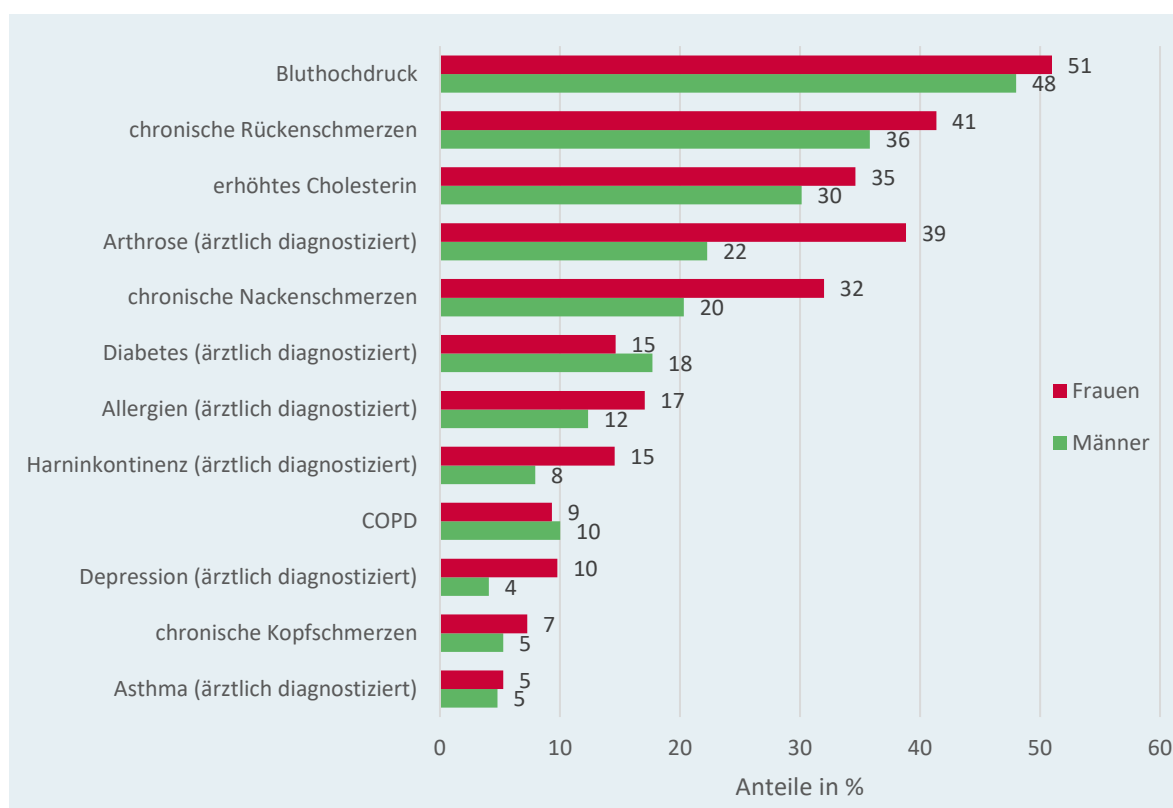
Mit zunehmendem Alter verändern sich die physiologischen Funktionen des Körpers – Zellregeneration, Stoffwechselprozesse und Immunabwehr nehmen ab. Diese altersbedingten Veränderungen und ergänzend dazu die Folgen von Gesundheitsdeterminanten auf Verhaltens- und Verhältnisebene führen dazu, dass ältere Menschen besonders anfällig für eine Vielzahl somatischer Erkrankungen sind. Erste Hinweise zur Krankheitslast durch somatische Erkrankungen in Österreich können anhand der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS 2014 & 2019; liefert Informationen zur Prävalenz), der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD, 2015–2024; liefert Informationen zu stationären Pat.) sowie der Todesursachenstatistik³¹ (2015–2024) gewonnen werden. Für ein vollständigeres Bild der Krankheitslast sind gezielte klinisch-epidemiologische Erhebungen notwendig. Nachfolgend wird nach einem Überblick über relevante somatische Erkrankungen näher auf ausgewählte Erkrankungen eingegangen.

Überblick

Laut ATHIS 2019 gaben rund 88 Prozent der österreichischen Bevölkerung ab 65 Jahren mindestens eine chronische Erkrankung oder ein Gesundheitsproblem an. Am häufigsten leiden ab 65-Jährige an Bluthochdruck (50 %; siehe Kapitel 5.6.1), chronischen Rückenschmerzen (39 %), erhöhtem Cholesterin (33 %), Arthrose (ärztlich diagnostiziert: 31 %) und chronischen Nackenschmerzen (27 %). Frauen und Männer sind ähnlich häufig von mindestens einer Erkrankung betroffen, Frauen jedoch deutlich häufiger von mehreren gleichzeitig (durchschnittlich 3,2 vs. 2,7 Erkrankungen). Besonders ausgeprägt sind die Prävalenzunterschiede nach Geschlecht bei Arthrose (39 vs. 22 %), chronischen Nackenschmerzen (32 vs. 20 %) und ärztlich diagnostizierter Harninkontinenz (15 vs. 8 %) (vgl. Abbildung 47).

³¹ Die Todesursachenstatistik basiert auf ärztlichen Angaben zur Todesursache, wobei pro Todesfall nur eine Ursache kodiert wird. Die Qualität der Daten hängt von der Genauigkeit der ärztlichen Angaben ab (Griebler et al. 2021).

Abbildung 47: Ausgewählte chronische Erkrankungen/Gesundheitsprobleme der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht, 2019

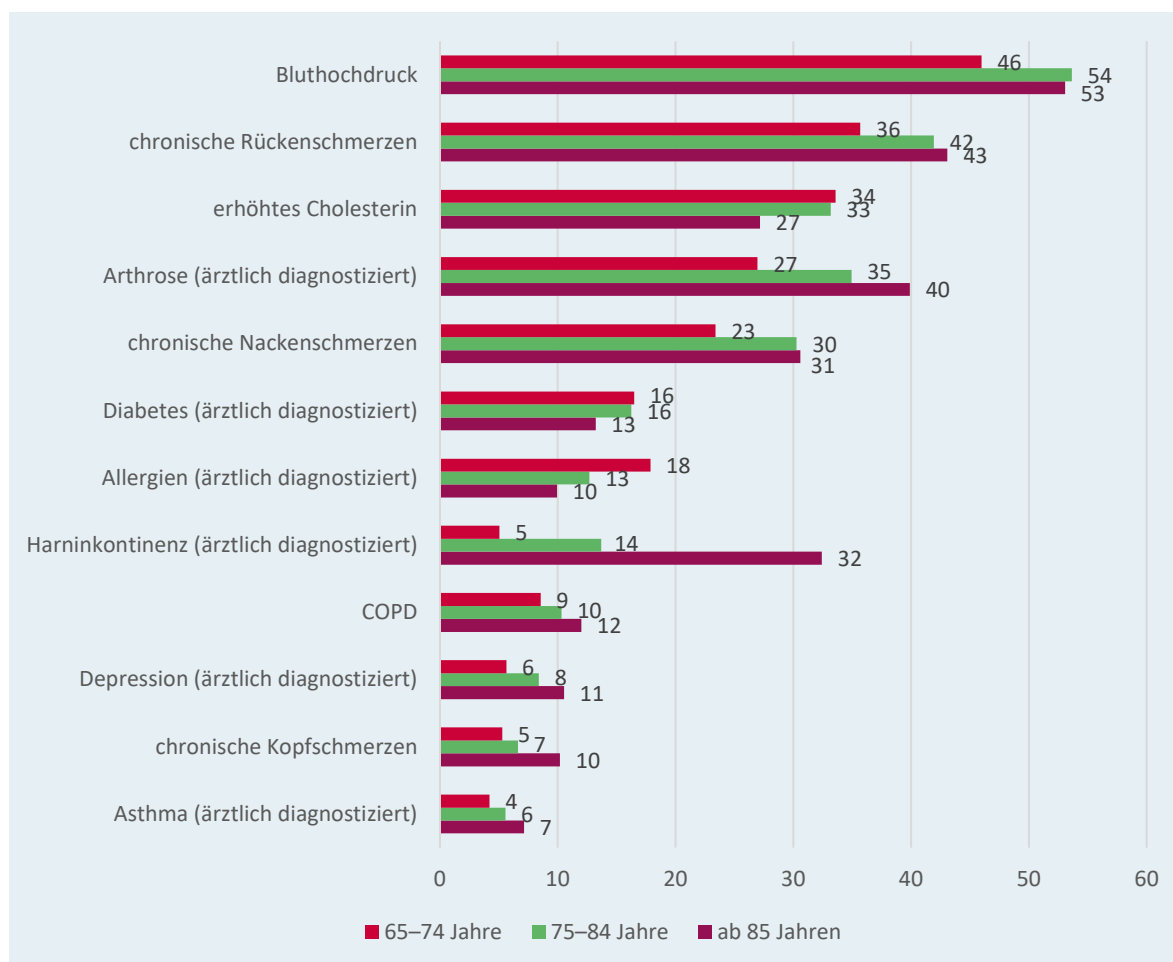


nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Mit zunehmendem Alter steigt nicht nur die Wahrscheinlichkeit, an einer chronischen Erkrankung zu leiden, sondern vor allem die Anzahl dieser Erkrankungen. Während der Anteil älterer Menschen mit mindestens einer chronischen Krankheit nur leicht zunimmt, steigt die durchschnittliche Zahl deutlich – von 2,6 bei den 65- bis 74-Jährigen auf 3,7 bei den ab 85-Jährigen. Dies liegt unter anderem daran, dass manche Erkrankungen wie Diabetes oder Hypercholesterinämie bereits früher auftreten und mit erhöhter Mortalität verbunden sind, wodurch ihre Prävalenz im hohen Alter sinkt. Andere Krankheiten wie Arthrose oder Harninkontinenz treten hingegen vermehrt erst im höheren Alter auf und tragen zur Zunahme der Multimorbidität bei (vgl. Abbildung 48).

Abbildung 48: Ausgewählte chronische Erkrankungen/Gesundheitsprobleme der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Altersgruppen, 2019

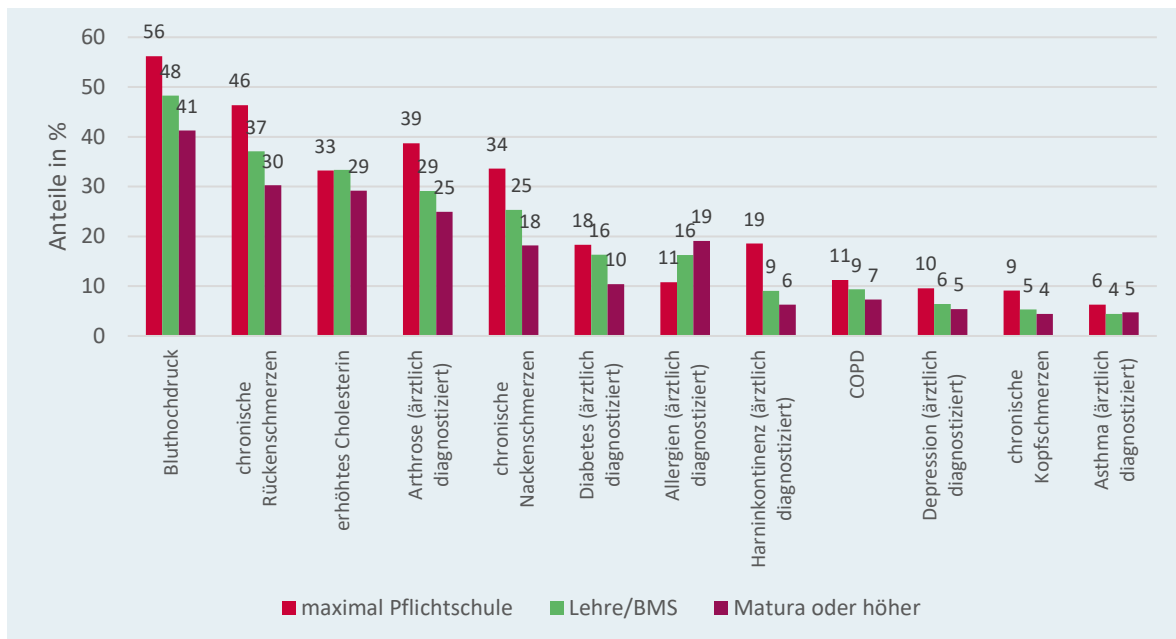


nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Eine höhere formale Bildung geht mit einer geringeren chronischen Erkrankungslast einher. Während Österreicher:innen ab 65 Jahren mit maximal Pflichtschulabschluss durchschnittlich 3,5 chronische Erkrankungen aufweisen, waren es bei jenen mit Matura oder einem höheren Abschluss 2,4 chronische Erkrankungen/Gesundheitsprobleme. Bis auf Allergien und erhöhtes Cholesterin ist der Anteil der Betroffenen bei allen in Abbildung 49 genannten chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen bei ab 65-Jährigen mit maximal Pflichtschulabschluss höher als bei jenen mit Matura oder einem höheren Abschluss. Deutliche Unterschiede zeigen sich insbesondere bei jenen chronischen Erkrankungen, die am häufigsten vorkommen (Bluthochdruck, chronische Rückenschmerzen, Arthrose und chronische Nackenschmerzen) (vgl. Abbildung 49).

Abbildung 49: Ausgewählte chronische Erkrankungen/Gesundheitsprobleme der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach formaler Bildung, 2019



nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Menschen mit Migrationshintergrund leiden häufiger unter chronischen Kopfschmerzen (11 % vs. 6 %) und ärztlich diagnostiziertem Diabetes (21 % vs. 15 %) als Menschen ohne Migrationshintergrund.

Häufigste stationäre Diagnosen

Die stationären Aufnahmen reduzieren sich in den letzten Jahren grundsätzlich. Dieser Trend ist maßgeblich auf gesundheitspolitische Reformbestrebungen zurückzuführen, die darauf abzielen, potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte in den ambulanten Bereich – insbesondere in die Primärversorgung – zu verlagern (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2023). Da für den ambulanten Sektor derzeit jedoch keine systematische Diagnosedokumentation vorliegt, stützt sich die Analyse auf Daten der DLD aus dem intramuralen Bereich. Im Jahr 2024 wurden insgesamt 610.556 Personen ab 65 Jahren in österreichischen Akutkrankenanstalten mindestens einmal stationär aufgenommen, was einer Rate von 33.679 Patientinnen und Patienten pro 100.000 EW dieser Altersgruppe entspricht. Zu den häufigsten Hauptdiagnosen bei stationären Aufnahmen in allen

Altersgruppen zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen, Erkrankungen des Urogenitaltrakts, onkologische Erkrankungen sowie Erkrankungen des Verdauungs- und Atmungssystems. Die Hospitalisierungsrate aufgrund von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems nimmt mit zunehmendem Alter ab (vgl. Abbildung 50).

Männer ab 65 Jahren wiesen 2024 mit ca. 36.600 pro 100.000 eine höhere Hospitalisierungsrate auf als Frauen derselben Altersgruppe (30.800 pro 100.000). Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit stationärer Aufenthalte deutlich an: Unter 100.000 Personen im Alter von 65–74 Jahren wurden rund 27.000 hospitalisiert, während es in der Altersgruppe der ab 85-Jährigen bereits 50.200 waren. Besonders markant sind die Unterschiede zwischen diesen Altersgruppen in Bezug auf nachfolgende Hauptdiagnosekapitel (auf ICD-10-Kapitelebene):

- Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (ca. 240 vs. 1.210 Pat. pro 100.000 EW)
- Infektionskrankheiten (ca. 720 vs. 2.870 Pat. pro 100.000 EW)
- Krankheiten des Atmungssystems (ca. 1.700 vs. 6.630 Pat. pro 100.000 EW)
- Verletzungen und Vergiftungen (ca. 2.710 vs. 9.550 Pat. pro 100.000 EW)

Es zeigen sich Veränderungen in der Verteilung der zugrunde liegenden Hauptdiagnosen seit dem letzten zielgruppenspezifischen Bericht (Winkler et al. 2012). Unverändert bleibt jedoch die hohe Relevanz von HKE, die sowohl bei Männern als auch bei Frauen die häufigste Ursache für eine stationäre Aufnahme in einer Akutkrankenanstalt darstellen (Männer: 8.320, Frauen: 5.570 pro 100.000 EW ab 65 Jahren).

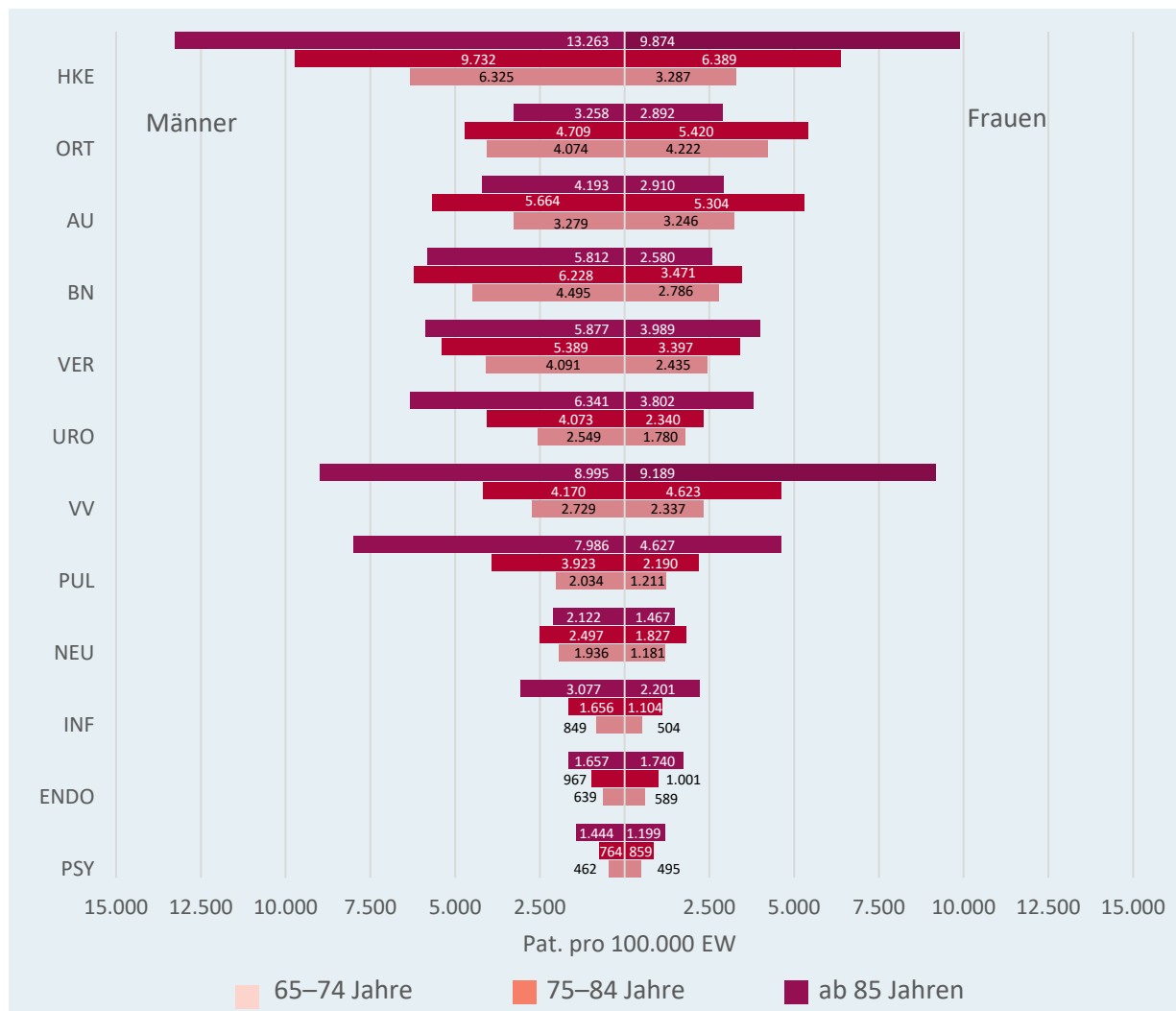
Die nächsthäufigsten Ursachen für einen stationären Aufenthalt nach HKE sind bei Frauen ab 65 Jahren:

- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ca. 4.930 Pat. pro 100.000 EW),
- Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (ca. 4.350 Pat. pro 100.000 EW) und
- Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (ca. 4.250 Pat. pro 100.000 EW).

Bei Männern sind die häufigsten zugrunde liegenden Hauptdiagnosen für einen stationären Aufenthalt nach HKE ab 65 Jahren:

- Neubildungen (ca. 5.210 Pat. pro 100.000 EW)
- Krankheiten des Verdauungssystems (ca. 4.740 Pat. pro 100.000 EW) und
- Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (ca. 4.180 Pat. pro 100.000 EW) (vgl. Abbildung 50).

Abbildung 50: Hauptdiagnosegruppen der stationär aufgenommenen ab 65-jährigen Patientinnen und Patienten in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2024



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

ICD-10-Codes: HKE: I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; ORT: M00–M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes; VV: S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen; AU: H00–H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde; BN: C00–D48 Neubildungen; VER: K00–K93 Krankheiten des Verdauungssystems; URO: N00–N99 Krankheiten des Urogenitalsystems; PUL: J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems; NEU: G00–G99 Krankheiten des Nervensystems;

INF: A00–B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten; ENDO: E00–E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten; PSY: F00–F99 Psychische und Verhaltensstörungen

Quelle: BMASGPK, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Nachfolgend werden ausgewählte somatische Erkrankungen, die unter der ab 65-jährigen Bevölkerung eine wesentliche Rolle spielen (können), näher vorgestellt.

5.6.1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) werden unterschiedliche Krankheiten gezählt, darunter etwa **ischämische Herzkrankheiten** (z. B. chronische ischämische Herzkrankheit, akuter Myokardinfarkt, Angina pectoris), **zerebrovaskuläre Erkrankungen** (z. B. Schlaganfälle), Herzinsuffizienz oder Vorhofflimmern und -flattern.

Die Krankheitslast, die in Österreich durch HKE entsteht, kann anhand der österreichischen Gesundheitsbefragung, der DLD sowie der Todesursachenstatistik erfasst werden. Diese Datenquellen liefern Hinweise auf das kardiovaskuläre Geschehen in Österreich, sind jedoch für eine umfassende Bestandsaufnahme und eine adäquate Bedarfs- und Versorgungsplanung nicht ausreichend. Insgesamt fehlen in den Daten klinisch unauffällige Fälle sowie falsch erfasste oder nicht dokumentierte Fälle (Griebler et al. 2021b). Hervorzuheben ist, dass sich Frauen und Männer deutlich in Symptomen, Risikofaktoren, Diagnostik, Therapie und Prognose bei HKE unterscheiden. Trotz der hohen Prävalenz werden HKE nach wie vor häufig als „männliche“ Erkrankungen wahrgenommen, was bei Frauen zu einer verzögerten oder unzureichenden Diagnostik führen kann. Das sogenannte „Yentl-Syndrom“ beschreibt, dass Frauen mit atypischen Symptomen oft unterdiagnostiziert und untertherapiert werden. Diese Verzerrung nach Geschlecht trägt wesentlich zur erhöhten Mortalität von Frauen infolge kardiovaskulärer Erkrankungen bei (Gaiswinkler et al. 2023): Frauen sterben häufiger an einem Herzinfarkt, obwohl sie im Schnitt später erkranken. Ihre Prognose ist schlechter, insbesondere bei jüngeren Patientinnen (Griebler et al. 2021b).

Ursachen und Risikofaktoren

Der häufigste Grund für eine HKE ist neben Bluthochdruck, Typ-2-Diabetes und Fettstoffwechselstörungen die Arteriosklerose (Geigl et al. 2024). Arteriosklerose beschreibt einen Alterungsprozess der Gefäße, der zu einem Elastizitätsverlust der Arterienwand und/oder zu einer Einengung des Gefäßdurchmessers führt. Arteriosklerose entwickelt sich meist

langsam und bleibt oft über Jahrzehnte symptomlos. Das Fortschreiten der Arteriosklerose wird durch ein komplexes Zusammenspiel zahlreicher modifizierbarer und nicht-modifizierbarer Risikofaktoren bestimmt. Diese umfassen:

- körperliche Faktoren: z. B. genetische Veranlagung, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie (Fettstoffwechselstörung), arterielle Hypertonie (Bluthochdruck), Übergewicht und Adipositas, Alter, Geschlecht
- verhaltensbezogene Faktoren: z. B. Rauchen, Fehlernährung, Bewegungsmangel, übermäßiger Alkoholkonsum
- psychische Faktoren: z. B. chronischer Stress, Persönlichkeitsfaktoren
- soziale Faktoren: z. B. Qualität sozialer Beziehungen und Netzwerke, Belastungen am Arbeitsplatz, Bildung, Einkommen

Diese Faktoren werden stark von gesellschaftlichen Bedingungen und dem individuellen Gesundheitsverhalten beeinflusst, die oft ungleich verteilt sind und sich über den gesamten Lebenslauf hinweg auswirken (Griebler et al. 2021b). Ansätze für die Gesundheitsförderung und die Prävention wären etwa die Steigerung der körperlichen Aktivität, Normalgewicht, Nichtrauchen und eine gesunde Ernährung (Geigl et al. 2024).

Prävalenz

2019 gaben im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung 4,7 Prozent der ab 65-Jährigen an, in den letzten 12 Monaten einen **Herzinfarkt** (HI) oder chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarkts gehabt zu haben. 5,1 Prozent berichteten von einem **Schlaganfall** (SA) oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls. Männer sind von beidem häufiger betroffen als Frauen (HI: 5,5 vs. 4,1 %; SA: 5,6 vs. 4,8 %). Je höher das Lebensalter, desto höher ist das Erkrankungsrisiko: Ab 85-Jährige berichteten dreimal so häufig von einem Herzinfarkt (9,4 vs. 3 %) und etwa fünfmal so häufig von einem Schlaganfall (12,9 vs. 2,3 %) als 65- bis 74-Jährige. Bei Männern scheint das Alter einen wesentlich höheren Einfluss auf die HI- und SA-Prävalenz zu haben als bei Frauen. Über **Bluthochdruck**, einen wesentlichen Risikofaktor für HI und SA, berichteten rund 50 Prozent aller ab 65-Jährigen in Österreich. Dabei sind Frauen geringfügig häufiger betroffen als Männer (51 vs. 48 %) und Personen ab 75 Jahren häufiger als 65- bis 74-Jährige (53 vs. 46 %) (siehe Tabelle 2). Mit der formalen Bildung gibt es einen wesentlichen Zusammenhang: Ab 65-Jährige mit maximal Pflichtschulabschluss haben häufiger Bluthochdruck als jene mit Matura oder einem höheren Abschluss (56 vs. 41 %).

Tabelle 2: Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems bei der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019

2019	Männer			Frauen		
	65–74 Jahre	75–84 Jahre	ab 85 Jahren	65–74 Jahre	75–84 Jahre	ab 85 Jahren
	Anteil Betroffener in Prozent					
Herzinfarkt	3,6	6,1	14,7	2,5	5,1	6,9
Schlaganfall	2,5	7,8	14,9	2,1	5,4	12
Bluthochdruck	46,0	50,3	50,7	45,9	56,3	54,2

nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Krankenhaushäufigkeit

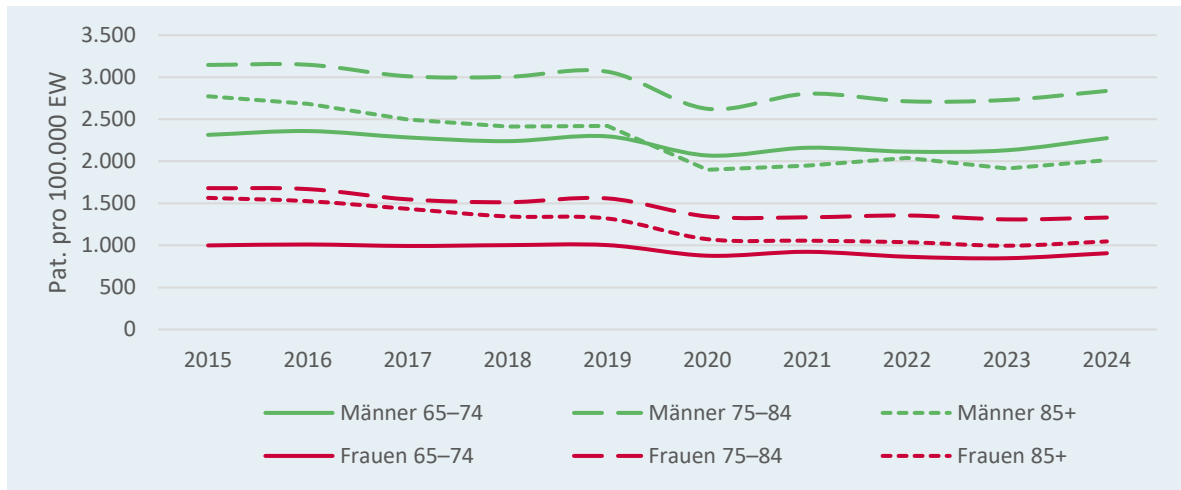
2024 wurden ca. 125.200 Personen ab 65 Jahren wegen einer HKE stationär aufgenommen, was ca. 21 Prozent aller in einem Akutkrankenhaus stationären Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren, und somit dem höchsten Anteil, entspricht. Zwischen 2015 und 2024 hat sich die Anzahl der stationären Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren reduziert – von 8.430 Patientinnen und Patienten pro 100.000 EW im Jahr 2015 auf 6.900 pro 100.000 EW. Unter Männern kommt es über alle Altersgruppen hinweg zu mehr stationären Aufnahmen als unter Frauen. Im Jahr 2024 wurden knapp 8.300 Patienten und 5.600 Patientinnen pro 100.000 EW ab 65 Jahren stationär aufgenommen. Die häufigste zugrunde liegende ICD-10-Diagnosegruppe bei stationären Aufnahmen aufgrund einer HKE war im Jahr 2024 die Gruppe der **ischämischen Herzkrankheit**³², gefolgt von den **zerebrovaskulären Krankheiten**³³.

³² ICD-10: I20: Angina pectoris, I21: Akuter Myokardinfarkt, I22: Rezidivierender Myokardinfarkt, Reinfarkt, Rezidivinfarkt, I23: Bestimmte akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt, I24: Sonstige akute ischämische Herzkrankheit, I25: Chronische ischämische Herzkrankheit

³³ ICD-10: I60: Subarachnoidalblutung, I61: Intrazerebrale Blutung, I62: Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung, I63: Hirninfarkt, I64: Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet, Zerebrovaskulärer Insult o.n.A., I65: Verschluss und Stenose der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt, I66: Verschluss und Stenose intrakranieller Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt, I67: Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten, I68: Zerebrovaskuläre Störungen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, I69: Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit

Die ischämische Herzkrankheit machte mit insgesamt ca. 30.400 Personen ab 65 Jahren rund 23 Prozent aller Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer HKE stationär aufgenommen wurden, aus. Auch innerhalb der Diagnosegruppe „ischämische Herzkrankheit“ zeigt sich ein deutliches Ungleichgewicht nach Geschlecht zuungunsten der Männer ab 65 Jahren: Die altersstandardisierte Hospitalisierungsrate lag bei Männern bei rund 2.400 pro 100.000 EW, während sie bei Frauen derselben Altersgruppe bei knapp 1.100 pro 100.000 EW lag. 2024 wurden (in Absolutzahlen) mehr als doppelt so viele Männer im Alter von 65 bis 74 Jahren stationär mit einer ischämischen Herzkrankheit aufgenommen wie Frauen derselben Altersgruppe (ca. 9.900 Patienten vs. ca. 4.500 Patientinnen). Ein Grund dafür liegt in der Schutzfunktion von Östrogen vor Gefäßverkalkung, indem es die Bildung atherosklerotischer Plaques hemmt. Mit dem Rückgang des Hormonspiegels in den Wechseljahren nimmt dieser Schutz ab – ein Grund, warum Herzinfarkte, die eine Diagnose in der Gruppe ischämische Herzkrankheit sind, bei Frauen meist später auftreten als bei Männern (NDR 2025). Mit zunehmendem Alter reduzieren sich somit auch die Unterschiede nach Geschlecht, wenn auch nur minimal. Ein weiterer möglicher Grund, weshalb mehr Männer als Frauen stationär aufgenommen werden, könnte das sogenannte Yentl-Syndrom sein: Frauen mit atypischen Symptomen werden häufig unterdiagnostiziert und untertherapiert (siehe Einleitung des Kapitels 5.6.1). Die meisten Patientinnen und Patienten waren 75 bis 84 Jahre alt, wobei insbesondere unter den Männern die Differenz zu den anderen Altersgruppen sehr hoch ist. Unter den Männern kam es zudem im Jahr 2019 zu einer Veränderung, die auch noch im Jahr 2024 anhielt: Lag die Altersgruppe 65–74 Jahre stets unter den ältesten Gruppen, „überholte“ sie die ab 85-jährigen Männer (vgl. Abbildung 51).

Abbildung 51: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit der Hauptdiagnosegruppe „ischämische Herzkrankheiten“ in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2015–2024



inklusive Nulltagesaufenthalte, exklusive Wiederaufnahmen; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

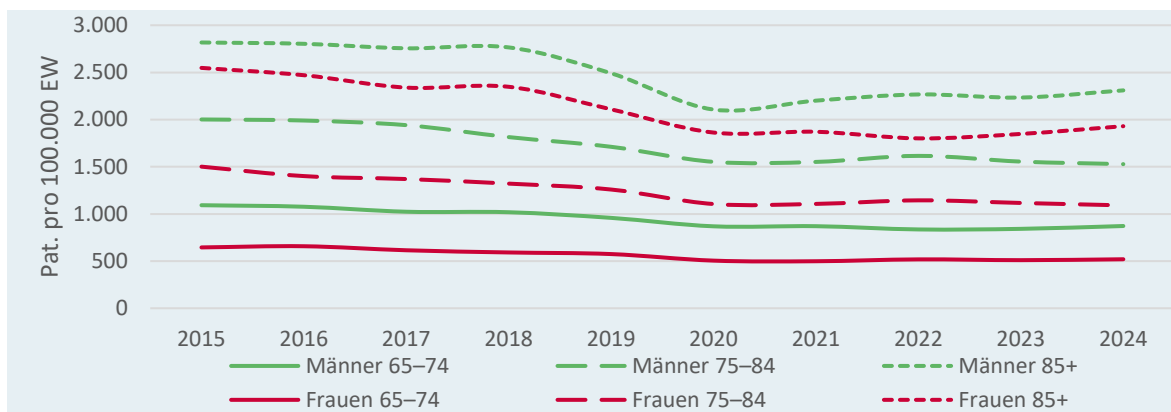
Quelle: BMASGPK, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Innerhalb der Diagnosegruppe der ischämischen Herzkrankheiten wurden 2024 70 Prozent der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren aufgrund einer **chronischen ischämischen Herzkrankheit** stationär aufgenommen wurden. Seit 2015 hat sich die Zahl der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit einer chronischen ischämischen Herzkrankheit als einzige Erkrankung innerhalb der Diagnosegruppe nicht verringert, sondern erhöht – von 1.200 Patientinnen und Patienten pro 100.000 EW im Jahr 2015 auf 1.300 pro 100.000 EW im Jahr 2024. Es wurden 2024 deutlich mehr Männer als Frauen aufgrund dieser Diagnose aufgenommen: 1.900 vs. 750 Patientinnen und Patienten pro 100.000 EW.

Etwa 20 Prozent aller Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren, die 2024 aufgrund einer ischämischen Herzkrankheit stationär aufgenommen wurden, mussten wegen eines **Herzinfarktes** (ICD-10: I21 akuter Myokardinfarkt) behandelt werden. Darunter befinden sich etwa ca. 490 Patienten ab 65 Jahren pro 100.000 EW und ca. 250 Patientinnen ab 65 Jahren pro 100.000 EW. Seit 2015 kam es zu einer Abnahme der Krankenhaushäufigkeit aufgrund eines Herzinfarktes sowohl bei den Männern (–28 %) als auch bei den Frauen (–33 %).

Tritt die Arteriosklerose nicht im Bereich des Herzens, sondern im Bereich des Gehirns auf, handelt es sich um die ICD-10-Diagnosegruppe **zerebrovaskuläre Erkrankungen** (ICD-10 I60–I69). 2024 wurden insgesamt rund 19.600 Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren stationär aufgenommen. Im Zeitverlauf 2015–2024 ist die Krankenhaushäufigkeit über alle Altersgruppen, aber insbesondere unter den ab 75-Jährigen gesunken, wobei insbesondere unter den ab 85-Jährigen ein Knick im Pandemiejahr 2020 festzustellen ist. Die Krankenhaushäufigkeit ist unter den Männern höher; sowohl bei Männern als auch bei Frauen steigt sie außerdem mit zunehmendem Alter (vgl. Abbildung 52).

Abbildung 52: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit der Hauptdiagnosegruppe „zerebrovaskuläre Krankheiten“ in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2015–2024



inklusive Nulltagesaufenthalte, exklusive Wiederaufnahmen; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMASGPK, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unter den Patientinnen und Patienten, die aufgrund der Diagnosegruppe „zerebrovaskuläre Krankheiten“ stationär aufgenommen wurden, entfielen 2024 ca. 61 Prozent auf die Hauptdiagnose Hirninfarkt (ICD-10 I63), darunter ca. 6.300 Männer (ca. 810 Pat. pro 100.000 EW) und 6.350 Frauen (ca. 580 Pat. pro 100.000 EW) ab 65 Jahren. Obwohl also die absolute Zahl der betroffenen Frauen etwas höher ist, zeigt sich im Vergleich nach Geschlecht innerhalb der Altersgruppe, dass anteilig mehr Männer betroffen sind. Seit 2015 kam es zu einer Abnahme von 5 Prozent der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren, die stationär aufgrund eines Hirninfarktes behandelt wurden.

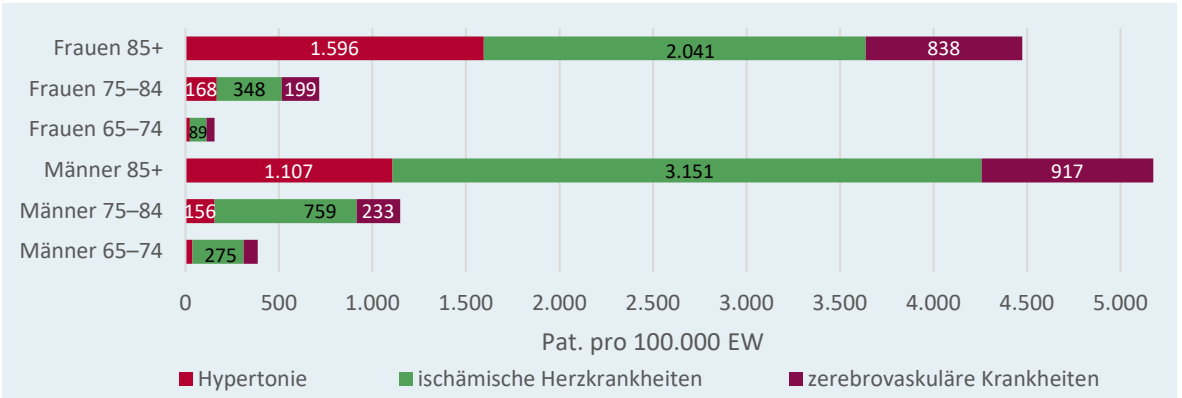
Mortalität

Im Jahr 2024 waren 35 Prozent der Todesfälle bei Männern sowie 39 Prozent bei Frauen auf HKE zurückzuführen. Hier zeigt sich seit dem letzten zielgruppenspezifischen Gesundheitsbericht eine Verbesserung (die Spanne lag 2010 je nach Geschlecht und Altersgruppe noch bei 35 bis 65 %), was neben einer besseren Versorgung (Griebler et al. 2021b) vermutlich auch auf eine genauere Dokumentation der Todesfälle zurückzuführen ist. Da bei Unklarheit oder Multimorbidität oftmals bei Hochaltrigen HKE dokumentiert wird, sind Zahlen zur Sterblichkeit aufgrund von HKE bei Hochaltrigen kritisch zu betrachten. Unter den HKE entfällt der größte Anteil der Todesfälle der ab 65-Jährigen auf:

- Hypertonie (ICD-10: I10–I15): (ca. 210 Patienten und ca. 270 Patientinnen ab 65 Jahren pro 100.000 EW), insbesondere die hypertensive Herzkrankheit (ca. 135 Patienten und ca. 185 Patientinnen ab 65 Jahren pro 100.000 EW)
- ischämische Herzkrankheiten (ICD-10: I20–I25) (ca. 800 Patienten und 425 Patientinnen ab 65 Jahren pro 100.000 EW), wobei die Todesfälle insbesondere auf
 - die chronische ischämische Herzkrankheit (ca. 720 Patienten und ca. 400 Patientinnen ab 65 Jahren pro 100.000 EW) und auf
 - einen akuten Myokardinfarkt (ca. 290 Patienten und ca. 150 Patientinnen ab 65 Jahren pro 100.000 EW) zurückzuführen sind
- zerebrovaskuläre Krankheiten (ICD-10: I60–I69): (ca. 240 Patienten und 200 Patientinnen pro 100.000 EW) (vgl. Abbildung 53)

Auffällig ist, dass Männer ab 65 Jahren im Vergleich zu Frauen derselben Altersgruppe früher an HKE versterben: Beinahe ein Drittel aller HKE-bedingten Todesfälle bei Männern (31 %) trat im Jahr 2024 bereits vor dem 79. Lebensjahr auf, während der Anteil bei Frauen mit 15 Prozent deutlich geringer war.

Abbildung 53: Todesfälle der ab 65-jährigen Bevölkerung aufgrund von HKE in Österreich nach den drei häufigsten Diagnosegruppen, Geschlecht und Altersgruppen, 2024

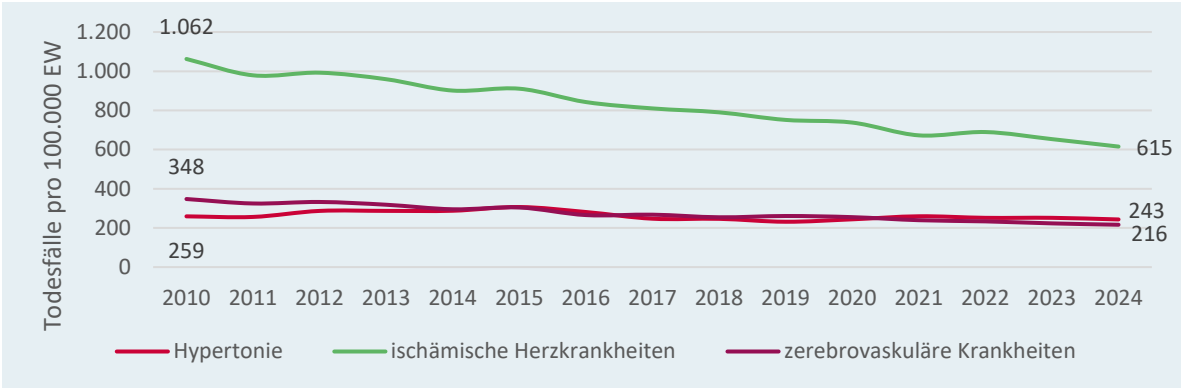


altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2024; Darstellung: GÖG

Es ist ein Rückgang der Todesfälle aufgrund von HKE zu beobachten, wobei insbesondere ischämische Herzkrankheiten – nach wie vor die Haupttodesursache unter den HKE – für immer weniger Todesfälle verantwortlich sind (2010: 1.062 und 2024: 615 Todesfälle pro 100.000 EW ab 65 Jahren). Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten zählen mit 243 bzw. 216 Todesfällen pro 100.000 zu den selteneren Todesursachen (vgl. Abbildung 54).

Abbildung 54: Todesfälle der ab 65-jährigen Bevölkerung aufgrund von HKE in Österreich nach den drei häufigsten Diagnosegruppen, 2010–2024



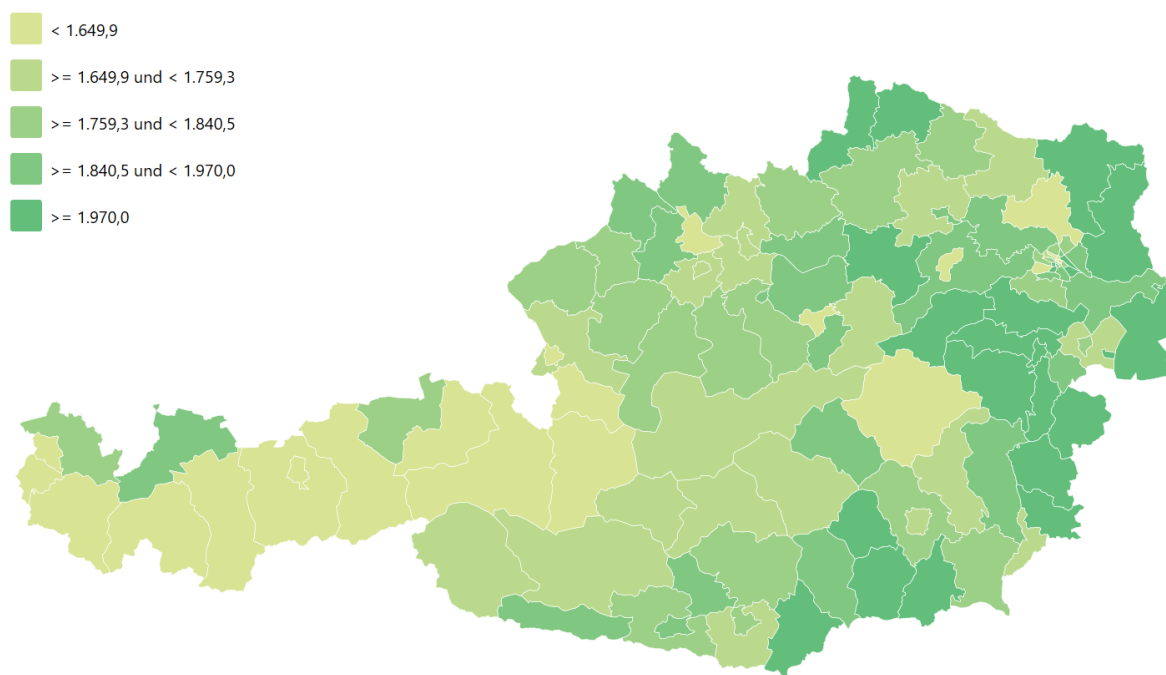
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2010–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Innerhalb Österreichs ist über den 10-Jahres-Zeitraum 2015–2024 ein Ost-West-Gefälle der Mortalität aufgrund von HKE festzustellen. Während in der Versorgungszone Ost die durchschnittliche HKE-Mortalität der ab 65-jährigen Bevölkerung bei knapp 1.900 Todesfällen pro 100.000 EW pro Jahr lag, lag die Rate in der Versorgungszone West bei ca. 1.600 Todesfällen pro 100.000 EW pro Jahr. Salzburg, Tirol und Vorarlberg weisen die niedrigsten HKE-Mortalitätsraten auf; lediglich die Bezirke Bregenz, Kufstein und Reutte weisen durchschnittliche Raten von ca. 1.800 bis 1.900 Todesfälle der ab 65-jährigen Bevölkerung pro 100.000 EW pro Jahr auf (vgl. Abbildung 55).

Abbildung 55: Todesfälle der ab 65-jährigen Bevölkerung aufgrund von HKE nach österreichischen Bezirken, 2015–2024

Todesfälle pro 100.000 EW und Jahr



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.6.2 Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates

Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates zählen zu den häufigsten chronischen Krankheiten bzw. Gesundheitsproblemen im Alter. Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung wird nach 19 chronischen Erkrankungen gefragt. Die zweithäufigste Angabe (nach Bluthochdruck) bei der über 60-jährigen Bevölkerung im Jahr 2019 waren chronische Rückenschmerzen: 38 Prozent der Österreicher:innen sind davon betroffen. 27 Prozent litten unter chronischen Nackenschmerzen oder Beschwerden an der Halswirbelsäule und fast ein Drittel hatte Arthrose. Alle drei Erkrankungen sind bei Frauen häufiger als bei Männern (vgl. Abbildung 47 auf Seite 105).

Ursachen und Risikofaktoren

Erkrankungen des Bewegungsapparates können durch berufliche Belastungen entstehen und werden durch (zu) wenig Bewegung und Übergewicht, aber auch Tabak- und übermäßigen Alkoholkonsum begünstigt. Auch können bestimmte Medikamente (z. B. Statine) Erkrankungen des Bewegungsapparates befördern. Darüber hinaus gibt es auch hormonelle Ursachen und auch eine genetische Disposition. Diese Risikofaktoren können mit rechtzeitiger Prävention adressiert werden: ausreichende Versorgung mit Calcium und Vitamin D, körperliche Aktivität, insbesondere für Kraft und Koordination, Verzicht auf Rauchen, kein oder mäßiger Alkoholkonsum, Regulierung des Körpergewichts (zu niedriges Gewicht erhöht das Frakturrisiko) und Vermeidung von Polypharmazie (Geigl et al. 2024).

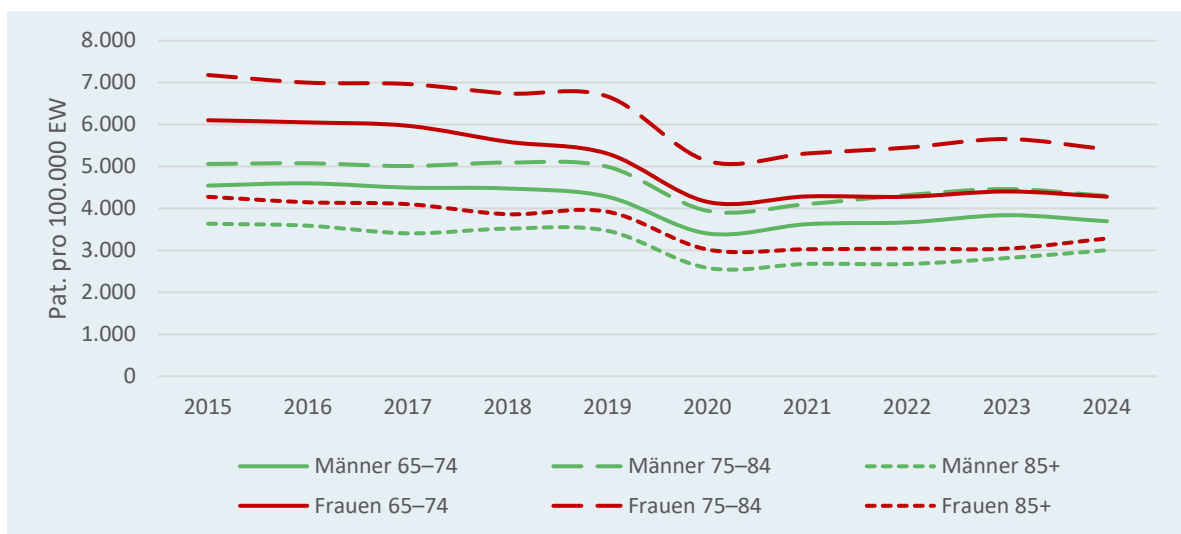
Krankenhaushäufigkeit

Im Jahr 2024 wurden ca. 76.500 Personen³⁴ ab 65 Jahren wegen einer Krankheit des Bewegungsapparates (ICD 10 M00-M99, Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes) stationär aufgenommen, 60 Prozent davon waren weiblich. Das entspricht einer Rate von 3.800 Patienten und 4.519 Patientinnen jeweils pro 100.000 EW. Die Tendenz dieser Rate war zwischen 2015 und 2019 insbesondere bei den Frauen rückläufig. Im Jahr 2020 zeigte sich bei beiden Geschlechtern ein sprunghafter Rückgang und seither ist wieder ein leichter Anstieg zu beobachten. Trotzdem war die Krankenhaushäufigkeit im Jahr 2024 bei Männern um 17 Prozent und bei den Frauen um 27 Prozent geringer als im Jahr 2015. Die Unterschiede nach Geschlecht haben sich im Zeitraum 2015 bis 2024 verringert.

³⁴ mit Wohnsitz in Österreich

Am gefährdetsten ist die Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen, aufgrund einer diesbezüglichen Krankheit stationär aufgenommen zu werden, am geringsten ist die Häufigkeit bei den ab 85-Jährigen (vgl. Abbildung 56).

Abbildung 56: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit der Hauptdiagnose „Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes“ in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2015–2024

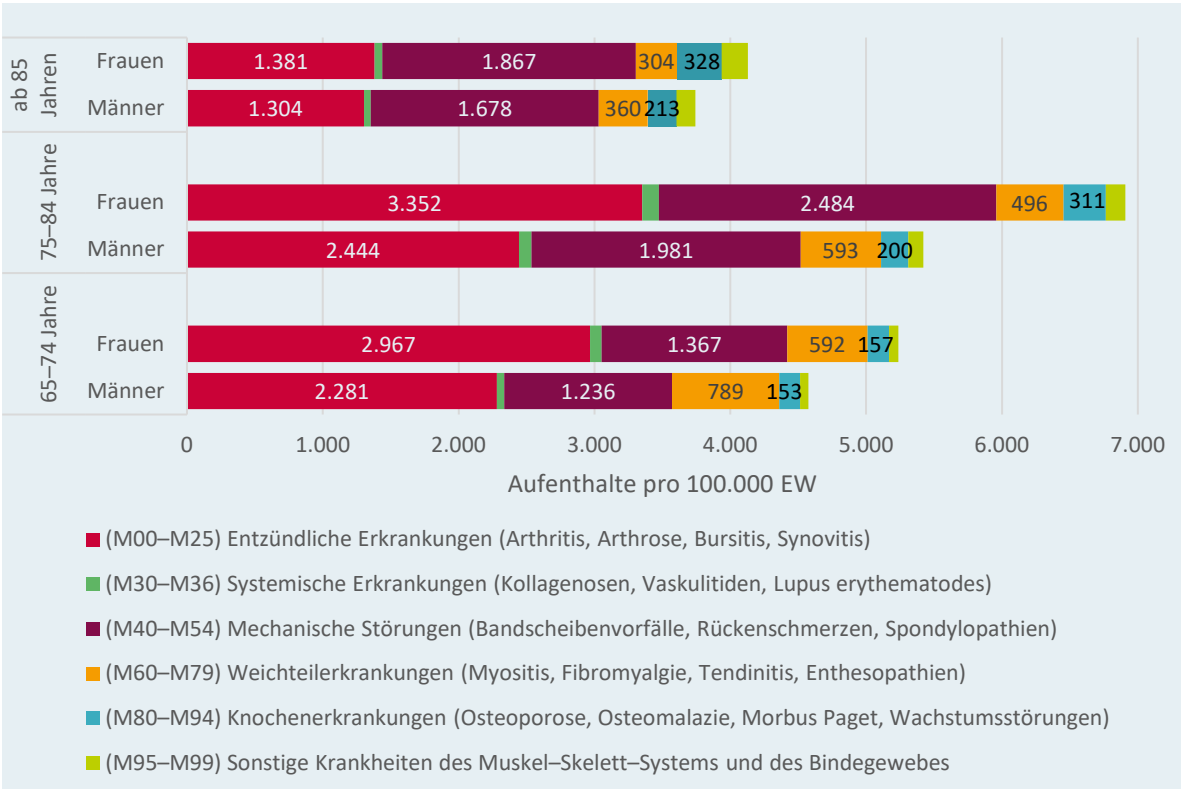


inklusive Nulltagesaufenthalte, exklusive Wiederaufnahmen; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Rund die Hälfte aller stationären Aufnahmen der ab 65-jährigen Wohnbevölkerung Österreichs aufgrund einer OR-Diagnose erfolgte im Jahr 2024 aufgrund einer entzündlichen Erkrankung, vor allem der Arthrose. Etwa ein Drittel der Aufenthalte wurde durch mechanische Störungen der Wirbelsäule verursacht und 12 Prozent gingen auf Weichteilerkrankungen zurück. Lediglich die Weichteilerkrankungen führen bei Männern häufiger zu einem Krankenhausaufenthalt als bei Frauen, alle anderen Krankheiten dieses Diagnosekapitels sind bei Frauen häufiger. Insbesondere in der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen machen entzündliche Erkrankungen der Gelenke und Rückenprobleme einen Krankenhausaufenthalt erforderlich (vgl. Abbildung 57).

Abbildung 57: Hauptdiagnosen bei stationären Aufenthalten von ab 65-jährigen Patientinnen und Patienten aufgrund von „Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes“ in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2024



inklusive Nulltagesaufenthalte; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013; kleine Werte sind aus Platzgründen nicht beschriftet.

Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Sturzbedingte Frakturen

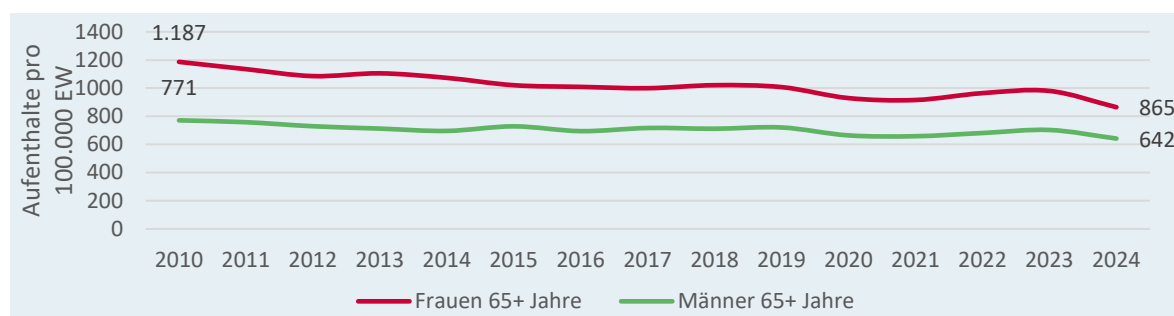
Pertrochantäre Frakturen³⁵ und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens sind mit Abstand die häufigsten Brüche des Oberschenkelknochens. Sie treten gehäuft bei älteren Menschen auf, sind in diesem Alter überwiegend sturzbedingt und ereignen sich mehrheitlich im häuslichen Kontext. Oberschenkelhalsbrüche gehen bei älteren Menschen mit einer erhöhten

³⁵ Pertrochantäre Frakturen bezeichnen eine Bruchstelle am oberen Ende des Oberschenkels, unmittelbar am Oberschenkelhals.

Sterblichkeit (innerhalb eines Jahres) sowie mit Einschränkungen in der Mobilität und Eigenständigkeit einher (Griebler et al. 2023b) und sind präventiv adressierbar.

In Österreichs Akutkrankenanstalten wurden im Jahr 2024 bei ab 65-jährigen Österreicherinnen und Österreichern rund 9.800 Aufenthalte aufgrund pertrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens dokumentiert (in Haupt- oder Nebendiagnose). Davon gingen 450 Aufenthalte (67 %) auf Frauen zurück. Altersstandardisiert bedeutete dies eine Rate von knapp 865 Aufenthalten pro 100.000 EW bei Frauen und von 642 Aufenthalten pro 100.000 EW bei Männern ab 65 Jahren. Der langfristige Trend zeigt einen Rückgang der stationären Aufenthalte mit pertrochantären Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens der älteren Bevölkerung, wenngleich es in einzelnen Jahren auch zwischenzeitliche Anstiege gibt (vgl. Abbildung 58).

Abbildung 58: Pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens bei ab 65-Jährigen nach Geschlecht in österreichischen Akutkrankenanstalten, 2010–2024

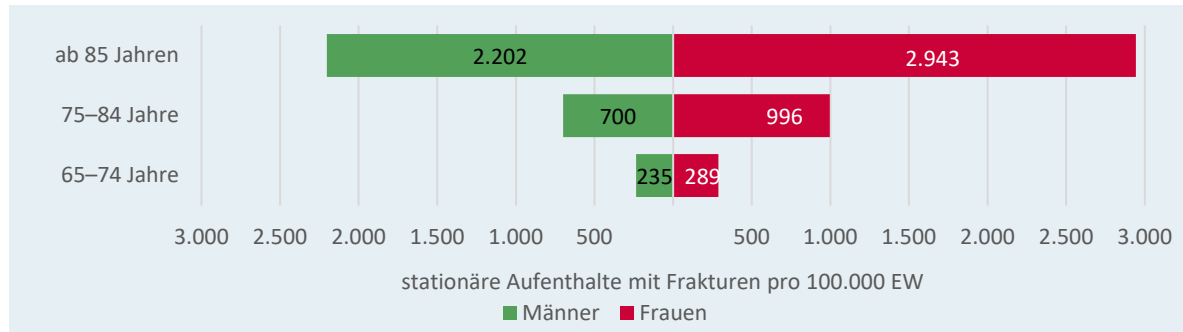


inklusive Nulltagesaufenthalte; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2010–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Gefahr eines Sturzes mit Frakturfolge steigt deutlich mit dem Alter und ist bei Frauen 1,2-mal (bei den 65- bis 74-Jährigen) bis 1,4-mal (bei den 75- bis 84-Jährigen) so hoch wie bei Männern. Im Jahr 2024 wurden 289 Frauen und 235 Männer (jeweils pro 100.000 altersstandardisiert) im Alter von 65 bis 74 Jahren mit dieser Fraktur stationär behandelt. Bei den 75- bis 84-Jährigen waren es fast 1.000 Frauen und 700 Männer und bei den ab 85-Jährigen 2.900 Frauen und 2.200 Männer (jeweils pro 100.000 altersstandardisiert, vgl. Abbildung 59).

Abbildung 59: Pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens bei ab 65-jährigen Patientinnen und Patienten in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2024



ICD-10: S720.x und S721.x; inklusive Nulltagesaufenthalte; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.6.3 Krebs

Krebs ist ein Sammelbegriff für eine Vielzahl von Erkrankungen, bei denen sich körpereigene Zellen unkontrolliert vermehren und dabei gesundes Gewebe zerstören können. Die Kombination aus biologischem Altern, lebenslanger Exposition gegenüber Risikofaktoren und einem schwächer werdenden Immunsystem macht ältere Menschen besonders anfällig, an Krebs zu erkranken (DKFZ 2019). Prävention, Früherkennung und eine individuell angepasste Therapie sind entscheidende Faktoren für die Entstehung, den Verlauf und die Prognose einer Krebserkrankung.

Die Krankheitslast aufgrund von Krebserkrankungen wird nachfolgend anhand der Krebsstatistik (2014–2023) und der Todesursachenstatistik (2015–2024) abgeschätzt.

Ursachen und Risikofaktoren

Die Ursachen und Risikofaktoren von Krebserkrankungen beruhen auf einem komplexen Zusammenspiel genetischer, umweltbedingter und lebensstilbezogener Faktoren, inklusive sozialer und kommerzieller Determinanten der Gesundheit. Neben genetischen Prädispositionen (wie z. B. beim hereditären Mamma- und Ovarialkarzinom) und bestimmten Infektionserregern (z. B. humane Papillomaviren beim Zervixkarzinom) spielen auch Umwelt- und

Lebensstilfaktoren eine zentrale Rolle bei der Krebsentstehung. Die Relevanz dieser Risikofaktoren variiert dabei je nach Tumorart und -lokalisierung. Zu den bedeutendsten vermeidbaren Risikofaktoren zählen das Rauchen (Lungen-, Blasen- und Nierenkarzinome), Adipositas und körperliche Inaktivität (Darm- und Brustkrebs), übermäßiger Alkoholkonsum (Leber-, Speiseröhren- und weitere Tumoren des Verdauungstraktes) und exzessive Sonnenexposition (Hautkrebs) (gesundheit.gv.at 2021b).

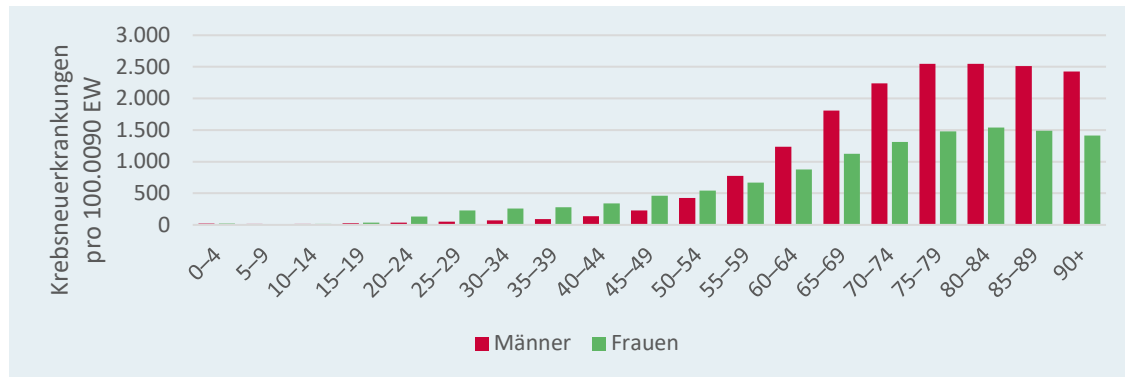
Das nationale Krebsrahmenprogramm Österreichs, erstmals 2014 veröffentlicht, ist ein umfassendes strategisches Konzept zur Verbesserung der Krebsversorgung. Es verfolgt die Ziele, Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken und die Zahl vermeidbarer Krebserkrankungen in der Bevölkerung nachhaltig zu senken (BMASGPK 2025).

Krebsneuerkrankungen

Zwar wird die Bedeutung von Krebserkrankungen mit zunehmendem Alter geringer, weil andere Krankheiten in den Vordergrund treten, doch steigt die altersstandardisierte Krebsinzidenz, mit Blick auf die Durchschnittswerte 2014–2023, bis zur Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen an (ca. 2.040 Betroffene pro 100.000 EW). 52 Prozent (bei Frauen) und 63 Prozent (bei Männern) aller neu diagnostizierten Krebserkrankungen entfielen im Beobachtungszeitraum durchschnittlich auf die ab 65-jährige Bevölkerung. Ab 85 Jahren sinkt die altersstandardisierte Krebsinzidenz.

Zwischen 2014 und 2023 war die altersstandardisierte Krebsinzidenz bis zum Alter von 54 Jahren bei Frauen höher als bei Männern. Ab 55 steigt die Rate bei Männern deutlich an. Ab 65 liegt sie im Schnitt um rund 61 Prozent über jener der Frauen (vgl. Abbildung 60). Pro Jahr erkrankten etwa 2.245 von 100.000 Männern ab 65 Jahren an Krebs, bei Frauen derselben Altersgruppe waren es rund 1.390 pro 100.000.

Abbildung 60: Krebsneuerkrankungen nach Geschlecht und 5-Jahres-Altersgruppen in Österreich, 2014–2023

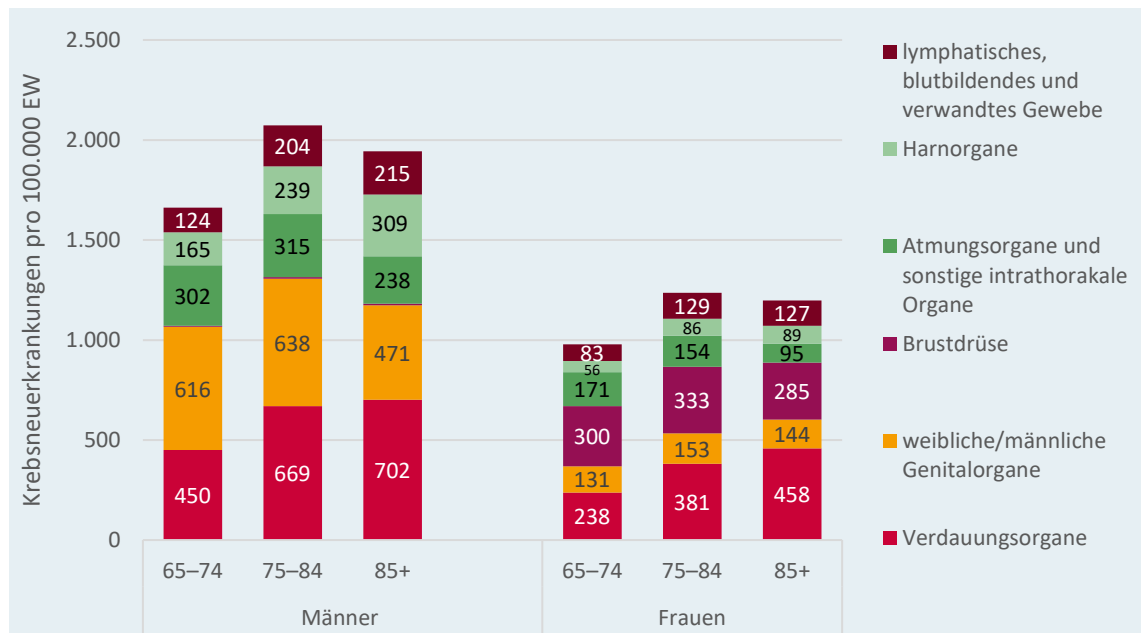


altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2014–2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

Zwischen 2014 und 2023 waren bei Frauen ab 65 Jahren die häufigsten Krebslokalisationen die Verdauungsorgane und die Brust (je ca. 310 Fälle pro 100.000), gefolgt von den Atmungsorganen (ca. 160 pro 100.000). Bei Männern derselben Altersgruppe betraf Krebs am häufigsten die männlichen Geschlechtsorgane (605 pro 100.000) – insbesondere die Prostata (594 pro 100.000) –, gefolgt von den Verdauungsorganen (555 pro 100.000) und den Atmungsorganen (ca. 300 pro 100.000 pro 100.000). Die Bedeutung von Darmkrebs nimmt mit dem Alter bei beiden Geschlechtern deutlich zu (vgl. Abbildung 61).

Abbildung 61: Krebsneuerkrankungen nach Lokalisationen, Geschlecht und Altersgruppen bei der ab 65-jährigen Bevölkerung in Österreich, 2014–2023



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2014–2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

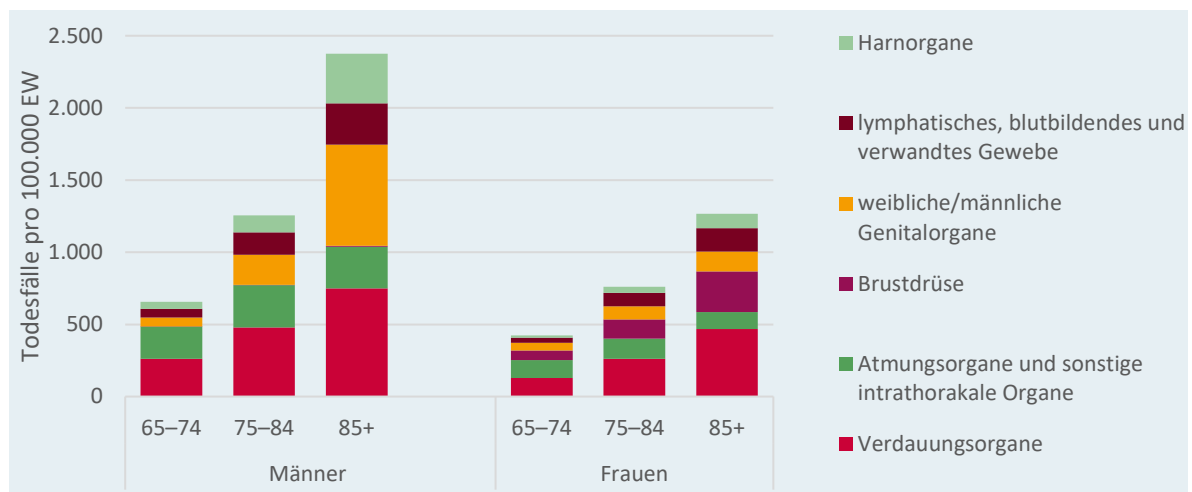
Krebsmortalität

Zwischen 2015 und 2024 war Krebs bei etwa einem Viertel aller **Todesfälle** von Männern ab 65 und einem Fünftel aller Todesfälle von **Frauen** die zugrunde liegende Ursache. Männer sterben somit deutlich häufiger an Krebs als Frauen derselben Altersgruppe. Mit zunehmendem Alter sinkt der Anteil krebsbedingter Todesfälle (weil andere Todesursachen häufiger werden), die Mortalitätsraten steigen jedoch.

- Männer:
 - 65–75 Jahre: 780 Todesfälle pro 100.000; häufigste Lokalisationen: Verdauungsorgane (33 %), Atmungsorgane (29 %)
 - 75–84 Jahre: 1.490 pro 100.000; Verdauungsorgane (32 %), Atmungsorgane (20 %)
 - 85+ Jahre: 2.940 pro 100.000; Verdauungsorgane (25,5 %), männliche Geschlechtsorgane (24 %)

- Frauen: Krebssterblichkeit rund **40 Prozent niedriger** als bei Männern (775 vs. 1.295 pro 100.000)
 - 65–75 Jahre: 490 pro 100.000; Verdauungsorgane (26 %), Atmungsorgane (25 %)
 - 75–84 Jahre: 900 pro 100.000; Verdauungsorgane (29 %)
 - 85+ Jahre: 1.600 pro 100.000; Verdauungsorgane (29 %), Brustdrüse (17 %) (vgl. Abbildung 62).

Abbildung 62: Krebssterblichkeit der ab 65-jährigen Bevölkerung in Österreich nach den häufigsten Lokalisationen, Geschlecht und Altersgruppen, 2015–2024

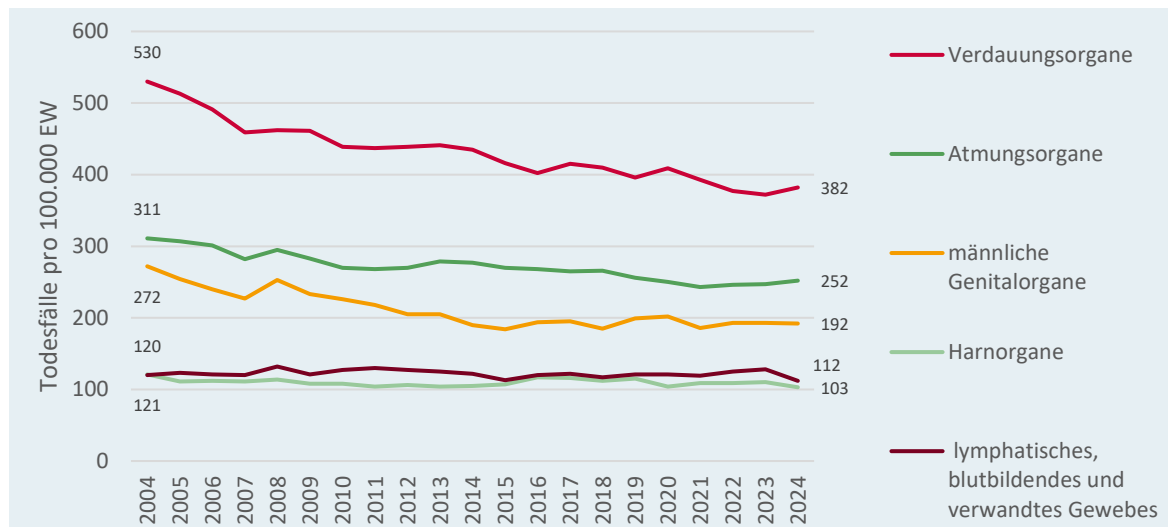


altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Zeitverlauf der letzten 20 Jahre zeigt sich bei den ab 65-jährigen Männern klar eine Reduktion der Krebssterblichkeit, wobei es Unterschiede gibt, wird die Todesursache auf der Lokalisationsebene (ICD-10 Gruppenebene) betrachtet. So kam es etwa zu Reduktionen bei Neubildungen in Verdauungsorganen (–28 %), bei männlichen Genitalorganen (–30 %), bei Atmungsorganen (–19 %) und Harnorganen (–15 %) (vgl. Abbildung 63). Hervorzuheben sind auch die Sterblichkeitsentwicklungen seit 2004 aufgrund von Melanomen und anderen bösartigen Neubildungen der Haut bei den Männern: Hier kam es zu einer Zunahme von 25 auf 37 Todesfälle pro 100.000 Männer über 64 Jahre (+48 %).

Abbildung 63: Krebssterblichkeit der ab 65-jährigen Männer in Österreich nach ausgewählten Lokalisationen, 2004–2024

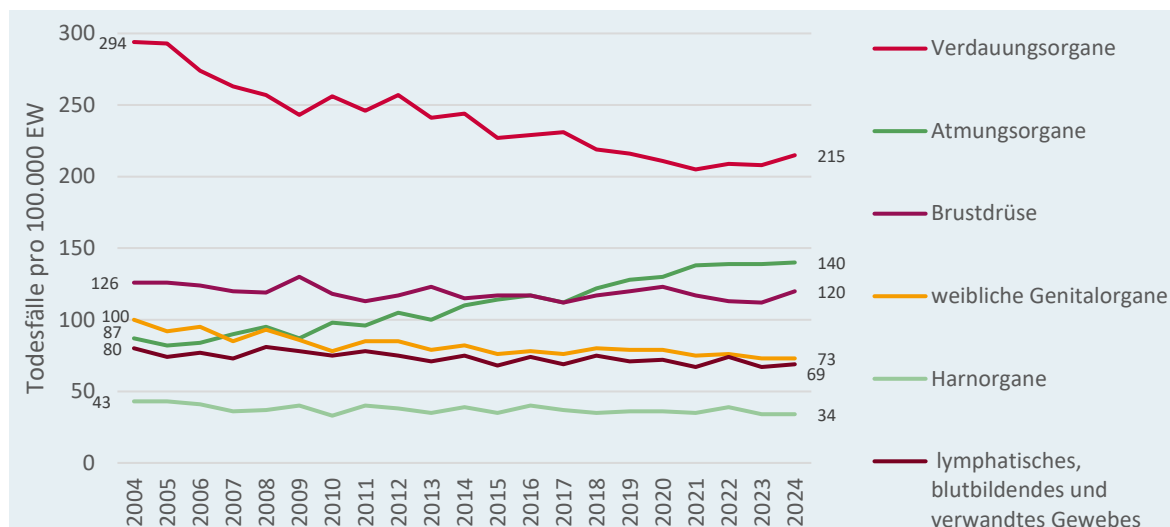


altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2004–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unter den ab 65-jährigen Frauen kam es zu einem großen Anteil auch zu Reduktionen der Sterblichkeit, wie etwa bei bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane (–27 %), der weiblichen Genitalorgane (–27 %), der Harnorgane (–21 %) oder etwa der Brustdrüse (–5 %). Auffällig ist aber der Anstieg der Krebsmortalität aufgrund bösartiger Neubildungen der Atmungsorgane. Hier kam es zu einem Anstieg um 61 Prozent: Verstarben 2004 87 von 100.000 ab 65-jährige Frauen an Krebs der Atmungsorgane, waren es 2024 140 pro 100.000 (vgl. Abbildung 64). Auch unter den Frauen ist eine Zunahme der Sterblichkeit aufgrund von Melanomen zu beobachten (2004: 14; 2024: 22 pro 100.000 Frauen ab 65 Jahren; +57 %).

Abbildung 64: Krebssterblichkeit der ab 65-jährigen Frauen in Österreich nach ausgewählten Lokalisationen, 2004–2024



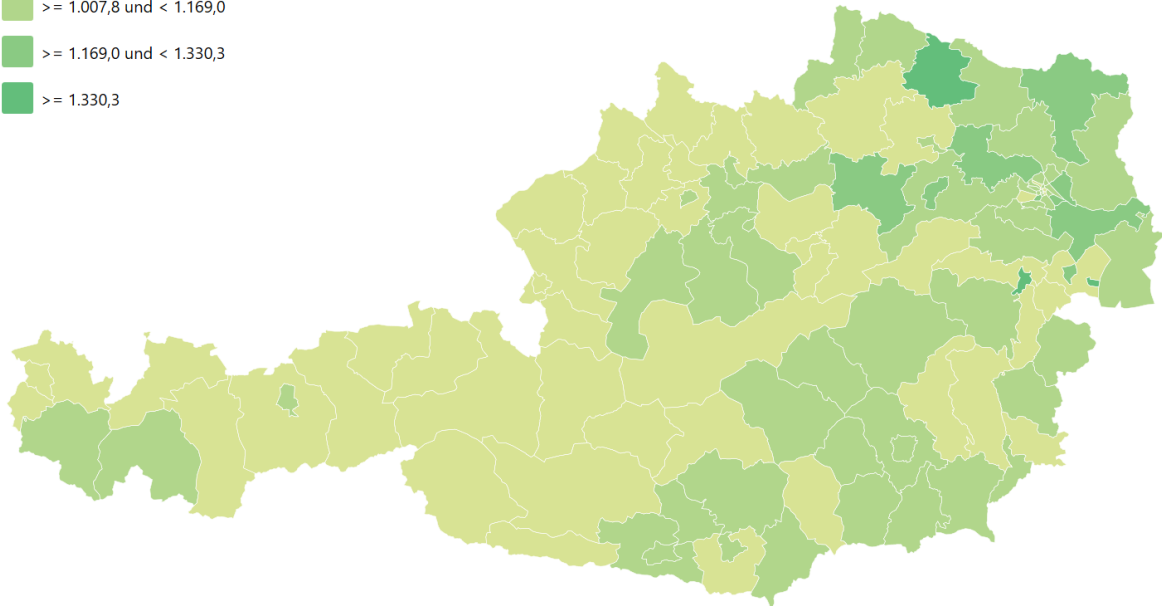
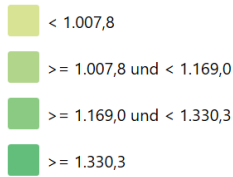
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2004–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Osten Österreichs – insbesondere in Wien und Niederösterreich – ist die Krebsmortalität unter den ab 65-Jährigen höher als im übrigen Bundesgebiet. Hauptursachen sind Krebserkrankungen der Verdauungsorgane, gefolgt von den Atmungsorganen. Auffällig ist, dass Tirol, trotz insgesamt niedriger Krebsmortalität, bei Atemwegskrebs die zweithöchste Sterblichkeitsrate nach Wien aufweist (201 vs. 234 Todesfälle pro 100.000 ab 65-Jährige) (vgl. Abbildung 65).

Abbildung 65: Krebsmortalität der ab 65-jährigen Bevölkerung nach österreichischen Bezirken, 2015–2024

Todesfälle pro 100.000 EW und Jahr



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.6.4 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus ist eine Gruppe von Stoffwechselerkrankungen³⁶, die durch einen erhöhten Blutzuckerspiegel (Hyperglykämie) gekennzeichnet sind und weltweit eine der häufigsten chronischen, nicht übertragbaren Krankheiten (NCDs) sind. Leichte Erhöhungen bleiben oft unbemerkt, während schwere Hyperglykämie zu Symptomen wie starkem Durst, häufigem Wasserlassen, unerklärlichem Gewichtsverlust, Sehstörungen und Infektanfälligkeit führen kann. Langfristig kann chronische Hyperglykämie zu Schäden an Augen, Nieren, Nerven, Herz und Blutgefäßen und Folgeerkrankungen wie Erblindung, Dialyseabhängigkeit und Amputationen führen (Schmutterer et al. 2017). Eine Studie des Robert-Koch-Instituts (RKI) untersuchte den Verlust gesunder Lebensjahre aufgrund von Diabetes. In der Altersgruppe

³⁶ Typ-1-Diabetes ist durch Insulinmangel gekennzeichnet, bei Typ-2-Diabetes liegt eine Insulinresistenz vor; zusätzlich gibt es Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) und seltenere Formen. Typ-2-Diabetes ist mit 90 Prozent die häufigste Diabetesform (MedUni Wien 2024).

der 65- bis 69-Jährigen zeigte sich bei Männern mit Diabetes im Vergleich zu Männern ohne Diabetes ein Verlust von 5,2 Lebensjahren, bei Frauen derselben Altersgruppe ein Verlust von 4,3 Lebensjahren. Mit zunehmendem Alter verringert sich diese Differenz. Insgesamt weisen Frauen mit Diabetes eine längere Lebenszeit frei von gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf als Männer (Baumert et al. 2021).

Trotz der grundsätzlich vermeidbaren Entstehung und Folgeerkrankungen stellt Diabetes mellitus eine erhebliche Belastung für das öffentliche Gesundheitswesen dar. Die Erkrankung führt zu einer hohen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und verursacht beträchtliche Kosten. Ein zusätzlicher Versorgungsengpass ergibt sich durch mangelnde Therapieadhärenz: Laut Kaleta et al. (2023) bricht etwa ein Drittel der Betroffenen in Österreich die Behandlung für mindestens ein Jahr ab – mit deutlich erhöhter Sterblichkeit im Vergleich zu regelmäßig betreuten Patientinnen und Patienten.

Ursachen und Risikofaktoren

Typ-2-Diabetes entsteht durch ein komplexes Zusammenspiel genetischer, verhaltensbezogener und umweltbedingter Faktoren. Insbesondere Übergewicht und Adipositas, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Bluthochdruck und erhöhte Blutfettwerte zählen zu den zentralen Risikofaktoren. Diese Faktoren sind oft Teil des sogenannten metabolischen Syndroms, das die Entstehung von Typ-2-Diabetes maßgeblich begünstigt. Auch sozioökonomische Faktoren wie der Bildungsstand und der Zugang zu Gesundheitsinformationen beeinflussen das Risiko erheblich. Ein weiterer Aspekt ist die genetische Veranlagung: Personen mit familiärer Vorbelastung haben ein deutlich erhöhtes Risiko, an Typ-2-Diabetes zu erkranken (Schmutterer et al. 2017).

Im Jahr 2017 wurde die österreichische Diabetes-Strategie erarbeitet, welche Wirkungsziele in den Bereichen Prävention, Diagnose, Therapie und Forschung festlegte und die Ziele der besseren Versorgung betroffener Personen und der Prävention von Neuerkrankungen verfolgt (BMSGPK 2025b)³⁷. Zudem wurde 2007 in Österreich das Disease-Management-Programm (DMP) „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff!“ für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 schrittweise eingeführt. Dieses DMP bietet eine strukturierte Betreuung und Therapie für Typ-2-Diabetikerinnen und -Diabetiker in ganz Österreich, um so die Lebensqualität der

³⁷ Siehe: Diabetesstrategie.at (2025)

Betroffenen zu verbessern und gesundheitliche Komplikationen zu vermeiden (vgl. Kapitel 6.7).

Prävalenz

In Österreich gibt es derzeit keine systematische Erfassung von Diabetesfällen, es wird aber eine Prävalenz von etwa 7 bis 11 Prozent der österreichischen Bevölkerung geschätzt, mit steigendem Trend (Kaleta et al. 2023). Kaleta et al. (2023) stellten in der Prävalenz und Inzidenz von Diabetes starke regionale Unterschiede fest. Die Diabetesinzidenz variiert zwischen 1 Prozent (insbesondere in der Nordsteiermark) und mehr als 5 Prozent (in den östlichsten Regionen). Einige westliche Regionen Österreichs weisen trotz niedriger Diabetesprävalenz eine höhere Inzidenz auf als viele südliche oder östliche Regionen – ein Hinweis auf ein mögliches Aufholwachstum. Gleichzeitig zeigt sich ein Rückgang der Inzidenz bei älteren Personen (ab 50 Jahren) und eine Zunahme bei Jüngeren, was den Bedarf an frühzeitiger Prävention und gezieltem Diabetesmanagement unterstreicht. Betrachtet nach Geschlecht nimmt die Inzidenz bei Männern ab etwa 50 Jahren ab, bei Frauen ab etwa 55 Jahren. Insgesamt steigt die Erkrankungshäufigkeit bei Frauen im jüngeren Alter stärker und sinkt im höheren Alter weniger stark als bei Männern (Kaleta et al. 2019).

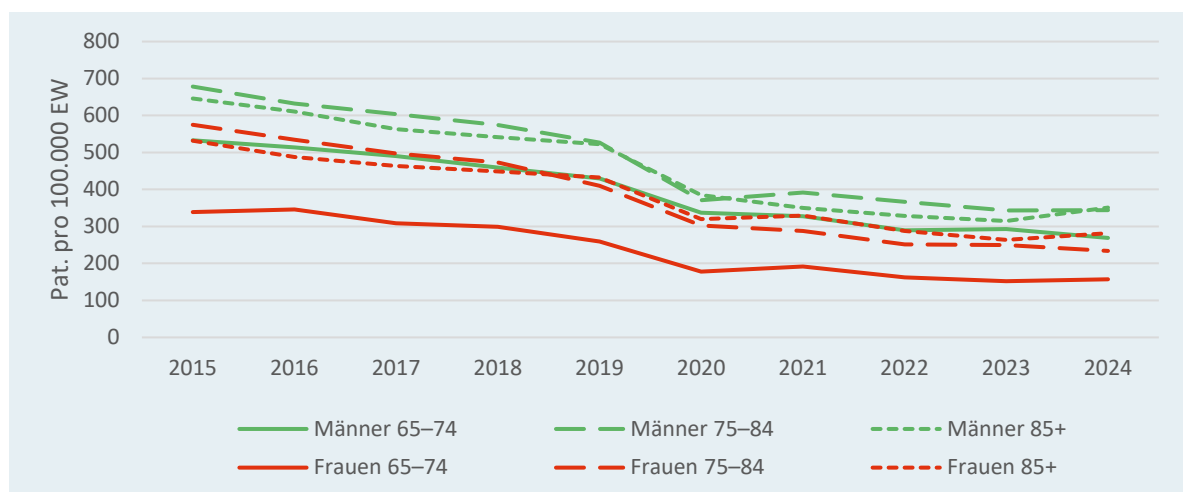
Der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 zufolge sind etwa 16 Prozent der österreichischen Bevölkerung mit ab 65 Jahren von Diabetes betroffen (entweder in den letzten 12 Monaten ärztlich diagnostiziert oder selbst berichtet). Die Prävalenz steigt mit zunehmendem Lebensalter und betrifft mit ca. 19 Prozent insbesondere die 70- bis 74-jährige Bevölkerung und ca. 14 Prozent der über 84-Jährigen. Es sind mit etwa 18 Prozent mehr ab 65-jährige Männer betroffen als Frauen derselben Altersgruppe (15 %). Eine niedrige formale Bildung ist ein Risikofaktor: Berichteten ca. 9 Prozent der ab 65-Jährigen mit Maturaabschluss (oder höher), an Diabetes erkrankt zu sein, waren es ca. 17 Prozent jener mit Lehr- oder BMS-Abschluss und 10 Prozent jener mit maximal Pflichtschulabschluss. Auch ein Migrationshintergrund scheint eine Determinante zu sein: Unter Personen ab 65 Jahren mit Migrationshintergrund sind etwa 21 Prozent an Diabetes erkrankt, im Vergleich zu 16 Prozent bei Personen ohne Migrationshintergrund (BMSGPK 2020).

Krankenhaushäufigkeit

Die DLD kann keine Hinweise zur Prävalenz geben, insbesondere auch deshalb, weil in Österreich wie auch EU-weit angestrebt wird, die Versorgung chronischer Erkrankungen nach

Möglichkeit auf die Primärversorgung zu verlagern. So liegt die Zahl der Krankenhausaufenthalte aufgrund von Diabetes in Österreich zwar noch leicht über dem EU-Durchschnitt, doch ging die Zahl der Aufenthalte laut OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023) zwischen 2014 und 2021 in Österreich schneller zurück als in der gesamten EU (–45 % vs. –34 %). Zwischen 2015 und 2024 kam es unter der Bevölkerung ab 65 Jahren sogar zu einer Reduktion der **Aufenthalte** aufgrund von Diabetes um ca. 53 Prozent (582 vs. 272 Aufenthalte pro 100.000 EW), mit einem Knick insbesondere im Pandemiejahr 2020. Unter den ab 65-jährigen Männern kam es zu einer etwa geringeren Abnahme (–51 %) als bei Frauen ab 65 Jahren (–57 %). Im Jahr 2024 waren 47 Prozent der Patientinnen und Patienten, die aufgrund von Diabetes stationär aufgenommen wurden, 65 Jahre oder älter (ca. 9.580 Pat. ab 65 Jahren). Außerdem zeigt sich: je höher das Alter, desto höher die Hospitalisierungsrate. Während 2024 213 Patientinnen und Patienten der Altersgruppe 65–74 Jahre pro 100.000 EW aufgrund von Diabetes stationär aufgenommen wurden, waren es 316 Patientinnen und Patienten ab 85 Jahren pro 100.000 EW. Altersstandardisiert nach Geschlecht wird ersichtlich, dass eher Männer als Frauen mit der Hauptdiagnose Diabetes mellitus stationär aufgenommen werden: 2024 wurden 304 Patienten vs. 198 Patientinnen pro 100.000 EW ab 65 Jahren dokumentiert (vgl. Abbildung 66).

Abbildung 66: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit der Hauptdiagnose „Diabetes mellitus“ in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2015–2024

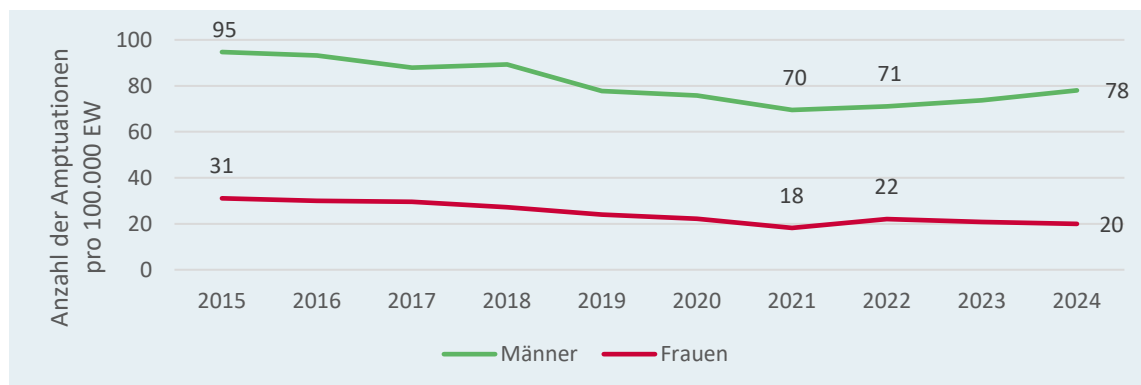


ICD-10: E10–14, inklusive Nulltagesaufenthalte; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMASGPK, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Diabetes kann zu Durchblutungsstörungen und Nervenschäden in den Extremitäten führen. Ohne rechtzeitige oder angemessene Behandlung, wie beim diabetischen Fußsyndrom, kann eine **Amputation** der unteren Extremitäten notwendig werden (Diabsurv.rki.de 2024). Eine gute Versorgungsqualität von Betroffenen kann somit das Risiko von Amputationen verringern. Die Rate der Krankenhauseinweisungen für größere Amputationen der unteren Extremitäten spiegelt die langfristige Qualität der Diabetesversorgung wider (OECD 2023). Die Zahl der Amputationen in österreichischen Akutkrankenanstalten nimmt insgesamt ab, so auch bei den ab 65-jährigen Personen mit Diabetes (ICD-10 E-10–E14). Während die Zahl der Amputationen 2010 bei insgesamt 1.620 lag, betrug sie 2024 rund 820. Es handelte sich zu insgesamt fast 100 Prozent entweder um Amputationen des Oberschenkels (27 %), des Unterschenkels (38 %) oder des Vorfußes bzw. Mittelfußes (34 %). Zwischen 2015 und 2021 kam es sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen zu einem Rückgang der Anzahl der Amputationen, seither kommt es aber bei den Männern wieder zu leichten Zunahmen. Bei geschlechtsstandardisierter Betrachtung wurden 2024 beinahe viermal so viele Amputationen an Männern wie an Frauen ab 65 Jahren durchgeführt (78 vs. 20 Amputationen pro 100.00 EW) (vgl. Abbildung 67).

Abbildung 67: Anzahl der Amputationen an ab 65-jährigen Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht, 2015–2024



ICD-10: E10–14, LKF-Leistungscode: MZ070 Exartikulation im Schultergelenk, MZ100 Unterarmamputation, MZ110 Amputation im Handgelenk oder distal (exkl. Finger), NZ080 Exartikulation im Hüftgelenk, NZ090 Oberschenkelamputation, NZ100 Exartikulation im Kniegelenk, NZ110 Unterschenkelamputation, NZ120 Amputation – Vorfuß, Mittelfuß;
inklusive Nulltagesaufenthalte; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

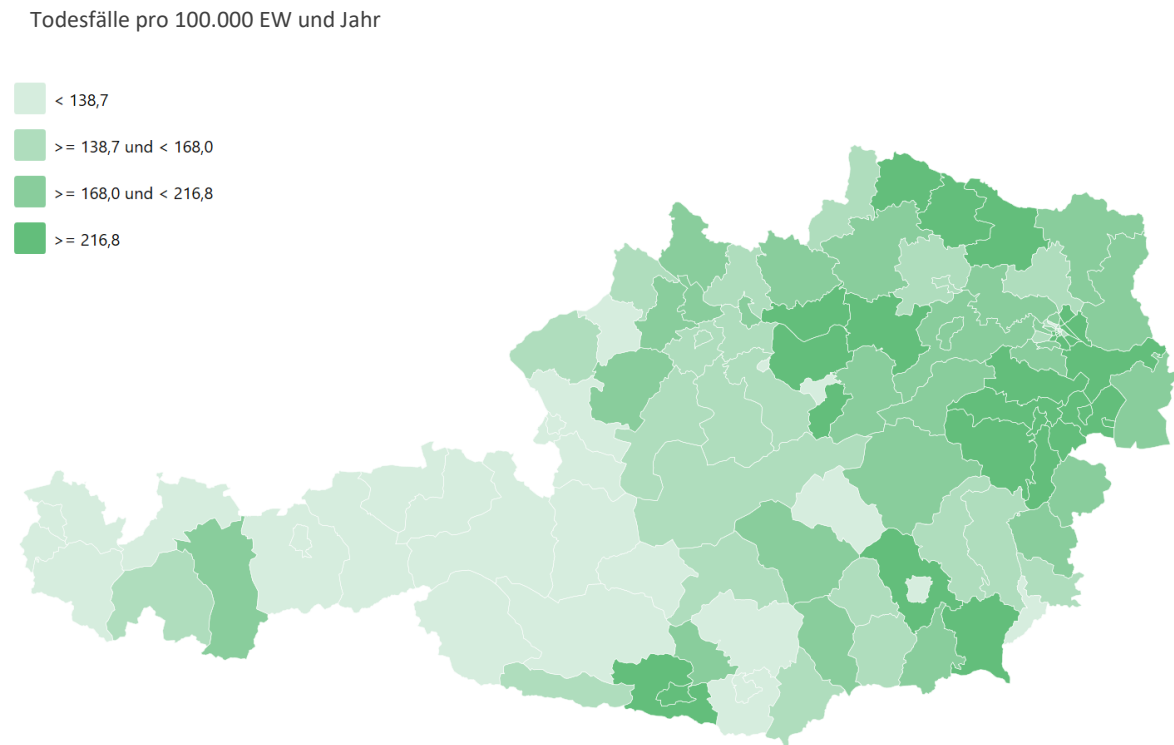
Mortalität

Die Todesursachenstatistik ist nicht geeignet, die Gesamtmortalität durch Diabetes abzubilden, da oftmals etwa kardiovaskuläre Erkrankungen als Todesursache dokumentiert werden, die aber oftmals auf Diabetes zurückzuführen sind (ÖDG 2025). Trotzdem können Unterschiede nach Geschlecht oder Region aufgezeigt werden, da die Diagnosesystematik innerhalb Österreichs (wie auch international) einheitlich ist.

Es versterben **mehr Männer als Frauen** an Diabetes: laut Todesursachenstatistik zwischen 2015 und 2024 jährlich etwa 202 pro 100.000 ab 65-jährige Männer versus 145 pro 100.000 ab 65-jährige Frauen.

Im Zeitraum 2015–2024 zeigt sich ähnlich etwa zur HKE-Mortalität (vgl. Kapitel 5.6.1) auch bei der Diabetessterblichkeit ab 65 Jahren ein **Ost-West-Gefälle**, mit höheren jährlichen Raten insbesondere in Niederösterreich (215 Todesfälle pro 100.000 EW), gefolgt vom Burgenland (206 Todesfälle pro 100.000 EW) und Wien (203 Todesfälle pro 100.000 EW). Die niedrigsten Raten finden sich in Vorarlberg (101 Todesfälle pro 100.000 EW) und Tirol (104 Todesfälle pro 100.000 EW) (vgl. Abbildung 68).

Abbildung 68: Mortalität der ab 65-jährigen Bevölkerung mit Diabetes nach österreichischen Bezirken, 2015–2024



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.6.5 Nierenerkrankungen

Die Nieren regeln den Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, den Säure-Basen-Haushalt und den Blutdruck und erfüllen eine wichtige Rolle im Knochenstoffwechsel und für das rote Blutbild. Erkrankungen der Niere beeinflussen somit den gesamten Körper. Grundsätzlich können primäre (von der Niere ausgehend) und sekundäre (Schädigung aufgrund anderer Erkrankungen) Nierenerkrankungen unterschieden werden (ÖGN 2024). Nierenerkrankungen werden gemäß ICD-10-Codierung unter N00–N29 dokumentiert.

Ursachen und Risikofaktoren

Zu den primären Nierenerkrankungen zählen die genetisch bedingten, die immunologisch entzündlichen oder infektionsbedingten Erkrankungen, aber auch durch Toxine oder Medikamente ausgelöste funktionelle Störungen. Sekundäre Nierenerkrankungen sind häufig die

Folge von anderen – sehr häufigen – Erkrankungen wie etwa kardiovaskulären Erkrankungen, Bluthochdruck und Diabetes bzw. stehen mit diesen Erkrankungen in Wechselwirkung. Wenn akute Erkrankungen zu einer Verschlechterung der Nierenfunktion führen, ist dies meist kompensierbar. Doch chronische Nierenerkrankungen³⁸ sind irreversibel. Eine chronische Nierenerkrankung (seit 2025 eine von sechs von der WHO als prioritär eingestufte NCD) hat oft einen langsam fortschreitenden Verlauf mit unspezifischen Symptomen, die deshalb lange unerkannt und dadurch unbehandelt bleibt (ÖGN 2024). Die folgenden Analysen beziehen sich auf die chronische Nierenerkrankung (Chronic Kidney Disease, CKD, ICD-10 N17–19), die zwar primär sein kann, in der Regel aber eine Folge von Diabetes, Übergewicht und Bluthochdruck ist und umgekehrt das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen (Herzinsuffizienz), aber auch von Anämie und Knochenstörungen erhöht (ÖGN 2024).

Prävalenz

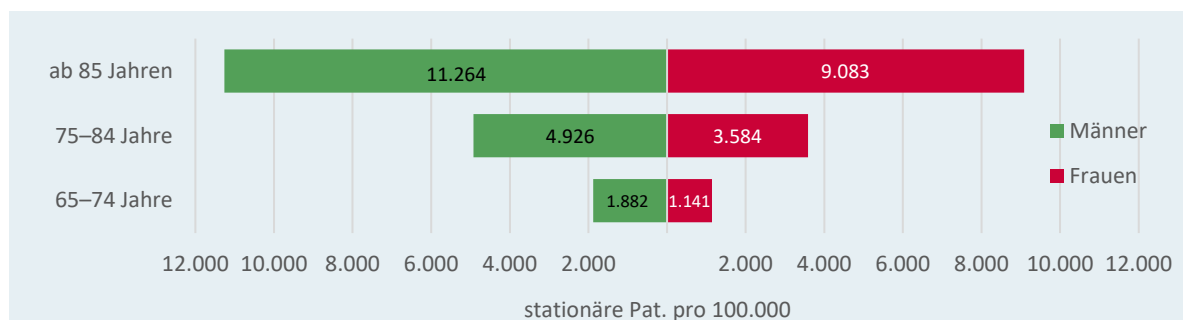
Gemäß dem Nephrologie-Report 2024 geht man weltweit, in den EU-28-Ländern und auch in Österreich von einer CKD-Prävalenz von 9 bis 10 Prozent der Bevölkerung aus. Lokale Daten aus Wien (Obermayr et al. 2008) und Salzburg (Franzen 2024) zeigen trotz methodischer Unterschätzung Prävalenzen von 8,6 bzw. 7,1 Prozent. Die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter stark – gemäß einem systematischen Review populationsbasierter Studien auf 23 bis 36 Prozent bei Personen ab 64 Jahren (Zhang/Rothenbacher 2008). Doch nur wenige Betroffene weltweit kennen ihre Diagnose (ÖGN 2024). Auch in einer Salzburger Studie zeigte sich, dass lediglich 3,7 Prozent der Betroffenen über ihre CKD-Diagnose informiert waren, während in derselben Kohorte rund 75 Prozent ihre Diabetesdiagnose kannten (ÖGN 2024). Diese Unterschätzung der Krankheit wird durch die Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung untermauert: Bei der letzten Befragung im Jahr 2019 gaben nur 2,4 Prozent der ab 15-jährigen Bevölkerung an, innerhalb des letzten Jahres chronische Nierenprobleme oder Nierenversagen gehabt zu haben. (BMSGPK 2020). In den Hauptrisikogruppen ist die CKD-Prävalenz besonders hoch: 20 bis 40 Prozent bei Diabetes-mellitus-Patientinnen und -Patienten, 20 Prozent bei Menschen mit Hypertonie und 35 Prozent bei Menschen mit kardiovaskulären Erkrankungen (ÖGN 2024; USRDS 2024).

³⁸ länger als drei Monate andauernd

Krankenhaushäufigkeit

Eine chronische Nierenerkrankung (ICD-10 N17–19) wird mit Blick auf die Prävalenz bei einem stationären Aufenthalt in Österreich seltener dokumentiert, als es die Prävalenzen aus diversen Studien nahelegen würden, schon gar nicht als Hauptdiagnose. Dennoch werden drei Aspekte sichtbar: (1) Die chronische Niereninsuffizienz wird bei Männern deutlich häufiger dokumentiert (vgl. Abbildung 69), obwohl die Prävalenz gemäß Gesundheitsbefragung bei Frauen etwas höher ist als bei Männern. (2) Eine chronische Nierenerkrankung wird als Nebendiagnose mehr als zehnmal häufiger dokumentiert als als Hauptdiagnose. Sie wurde im Jahr 2024 – und allein die stationären Patientinnen und Patienten sind die Basis für diese Abschätzung – bei 3 Prozent der ab 65-jährigen Männer und bei 2,2 Prozent der ab 65-jährigen Frauen dokumentiert. Eine Analyse an der Universitätsklinik Graz zeigte zudem, dass bei lediglich 38 Prozent der stationären Patientinnen und Patienten mit einer fortgeschrittenen CKD tatsächlich ein entsprechender ICD-10-Code erfasst war (Friedl et al. 2013). Es dürfte sich also um eine erhebliche Untererfassung handeln. (3) Die Häufigkeit der CKD-Dokumentation im Krankenhaus steigt mit dem Alter deutlich an. Im Jahr 2024 wurde im Rahmen eines stationären Aufenthalts bei rund 1.880 Männern und 1.140 Frauen (jeweils pro 100.000) der Altersgruppe 64 bis 74 Jahre eine chronische Niereninsuffizienz dokumentiert. Bei den 75- bis 84-Jährigen waren es bereits 4.930 Männer und 3.580 Frauen und bei den ab 85-Jährigen sogar 11.260 Männer und 9.080 Frauen (vgl. Abbildung 69).

Abbildung 69: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit einer chronischen Niereninsuffizienz in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2024



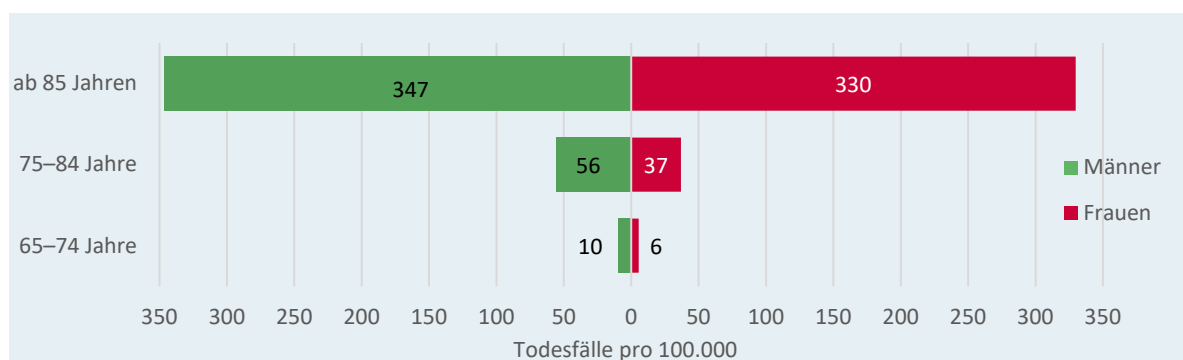
ICD-10: N17–N19; inklusive Nulltagesaufenthalte; Haupt- und Nebendiagnosen; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Mortalität

In Österreich starben im Jahr 2024 1.150 Menschen an einer chronischen Niereninsuffizienz (ICD-10 N17–N19). Nahezu alle waren älter als 64 Jahre, 59 Prozent davon waren Frauen. Trotzdem ist – entsprechend der allgemein höheren Mortalität von Männern – auch die Mortalität bei Nierenerkrankungen in allen Altersgruppen bei Männern höher als bei Frauen und spielt vor allem bei Menschen ab 85 Jahren eine große Rolle (vgl. Abbildung 70). Weitere 100 Menschen verstarben im Jahr 2024 an glomerulären Krankheiten (ICD-10 N00–N08) oder an tubulointerstitiellen Nierenerkrankungen (ICD-10 N10–N16). Eine Analyse der GBD CKD Collaboration ergab für Österreich im Jahr 2017 2.754 direkt CKD-bedingte Todesfälle, also deutlich mehr, als in der Todesursachenstatistik ausgewiesen sind. Die enge Korrelation mit anderen sehr häufigen Erkrankungen (kardiovaskulären Erkrankungen, Bluthochdruck und Diabetes) lässt allerdings vermuten, dass chronische Nierenerkrankungen bei deutlich mehr Todesfällen zumindest mitverantwortlich sind, denn CKD verschlechtert die Prognose häufiger Begleiterkrankungen erheblich (ÖGN 2024).

Abbildung 70: Todesfälle aufgrund einer chronischen Niereninsuffizienz der ab 65-jährigen Bevölkerung in Österreich nach Geschlecht und Altersgruppen, 2024



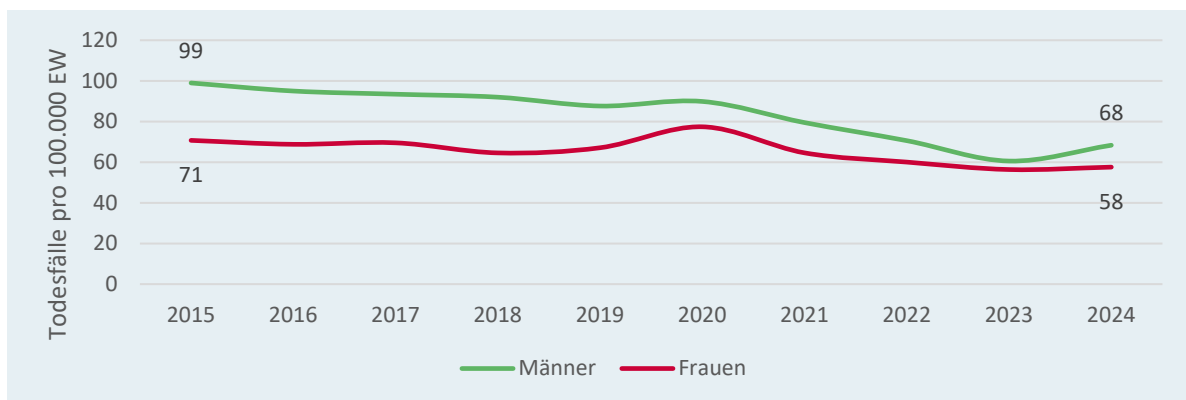
ICD-10: N17-N19; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

In Österreich waren die Todesfälle der ab 65-jährigen Bevölkerung aufgrund einer chronischen Niereninsuffizienz (ICD-10: N17–N19) in den letzten zehn Jahren zumindest bei Männern tendenziell rückläufig, aber zuletzt zeichnete sich wieder ein Anstieg ab. Im Jahr 2024 verstarben insgesamt 1.127 ab 65-Jährige an einer chronischen Niereninsuffizienz. Das entspricht einer standardisierten Rate von 68 Männern und 58 Frauen (jeweils pro 100.000,

vgl. Abbildung 71). Langfristig gehen Expertinnen und Experten aber davon aus, dass die Mortalität aufgrund einer chronischen Niereninsuffizienz erheblich steigen wird und im Jahr 2040 bereits die fünfthäufigste Todesursache darstellen wird (ÖGN 2024). Um den Verlauf der Erkrankung positiv zu beeinflussen, empfehlen Fachexpertinnen und -experten der ÖGN eine frühzeitige Diagnostik – so etwa die Erhebung der nötigen Parameter für Risikogruppen im Rahmen der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung sowie integrierter Vorsorgeprogramme (z. B. Therapie Aktiv) routinemäßig zu verankern.

Abbildung 71: Todesfälle aufgrund einer chronischen Niereninsuffizienz bei der ab 65-jährigen Bevölkerung in Österreich nach Geschlecht, 2015–2024



ICD-10: N17–N19; kardiovaskuläre Todesfälle, die CKD zugeschrieben werden können, sind nicht enthalten; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.6.6 Infektionserkrankungen

Das vorliegende Kapitel beleuchtet die epidemiologische Bedeutung von COVID-19 und Grippe und Pneumonie in der Bevölkerungsgruppe der ab 65-Jährigen und analysiert deren Auswirkungen auf Morbidität, Mortalität sowie die Krankenhaushäufigkeit.

5.6.6.1 COVID-19

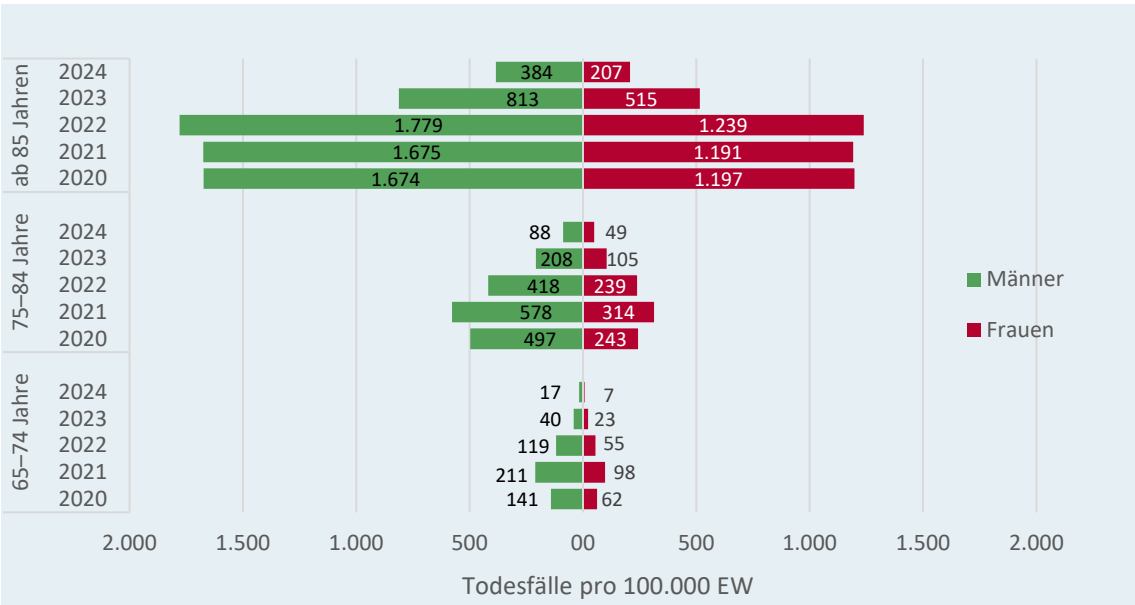
Die COVID-19-Pandemie aufgrund des Virus SARS-CoV-2 stellte insbesondere für ältere Menschen ein erhebliches gesundheitliches Risiko dar, da sie häufiger von Multimorbidität betroffen sind und ein erhöhtes Risiko für schwere Krankheitsverläufe und Mortalität aufweisen. Die mit der Pandemie verbundenen Schutzmaßnahmen führten zu weitreichenden

Einschränkungen in der sozialen Teilhabe und Lebensqualität dieser Bevölkerungsgruppe (BMSGPK 2021).

Mortalität

An COVID-19 verstarben in den Jahren 2020 bis 2024 etwa 24.600 Österreicher:innen, der überwiegende Teil – knapp 22.800 bzw. 93 Prozent – war 65 Jahre oder älter. Absolut waren dies ähnlich viele Männer (11.722) wie Frauen (11.045), doch die Sterberate war bei Männern deutlich höher. Pro 100.000 EW verstarben in den fünf Jahren 307 Männer und 224 Frauen in Österreich an COVID-19, wobei mit steigendem Alter zwar die COVID-19-Sterblichkeit deutlich steigt, aber der Unterschied nach Geschlecht geringer wird. In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen war über den gesamten Zeitraum die Sterblichkeit von Männern 2,2-mal so hoch wie bei Frauen, in der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen betrug der Unterschied 1,9 und bei den ab 85-Jährigen war die Rate von Männern 1,4-mal so hoch wie bei Frauen. Abbildung 72 zeigt auch, dass die COVID-19-Sterblichkeit ab 2023 deutlich abgenommen hat.

Abbildung 72: Todesfälle aufgrund von COVID-19 der ab 65-jährigen Bevölkerung in Österreich nach Geschlecht und Altersgruppen, 2020–2024



ICD-10: U07-U10; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

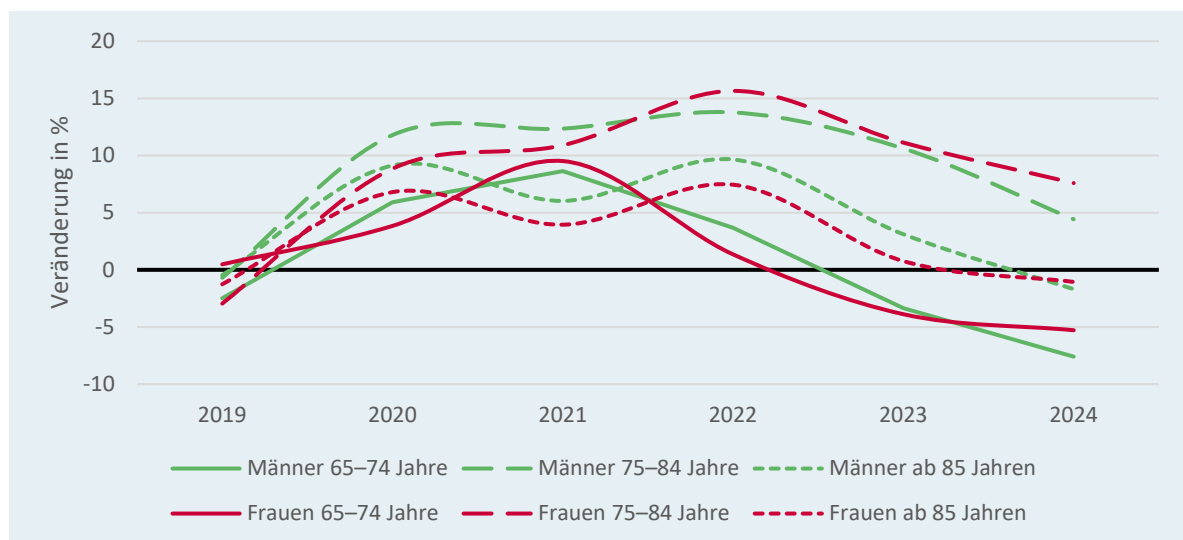
Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2020–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Übersterblichkeit

Die Folgen der COVID-19-Pandemie zeigen sich in demografischer Hinsicht unmittelbar und am deutlichsten bei den Sterbezahlen. Um diese Veränderungen besser einordnen zu können, wird die durchschnittliche, altersstandardisierte Sterblichkeit der Bevölkerung ab 65 Jahren aus den drei Jahren vor der Pandemie (2017 bis 2019) mit den jeweiligen Werten der Jahre 2019–2024 verglichen. Die Abweichungen von der Vorpandemieperiode sind in Abbildung 73 dargestellt.

Während der COVID-19-Pandemie stieg die Sterblichkeit älterer Menschen deutlich, besonders bei den ab 65-jährigen Männern (2020: +10,2 %, Frauen: +5,7 %). Die 75- bis 84-Jährigen zeigen über die Jahre die stärkste Übersterblichkeit, gefolgt von den ab 85-Jährigen, außer im Jahr 2021, in welchem die Sterblichkeit bei den 65- bis 74-Jährigen höher als bei ab 85-Jährigen war. Die stärkste Übersterblichkeit zeigte sich 2022 bei den 75- bis 84-Jährigen (Männer: +13,8 %, Frauen: +15,7 %). Seitdem ist die Übersterblichkeit rückläufig, bleibt aber bei den 75- bis 84-Jährigen über dem vorpandemischen Niveau (vgl. Abbildung 73).

Abbildung 73: Abweichung der Mortalitätsrate der ab 65-jährigen Bevölkerung von der Periode 2017–2019 in Österreich nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019–2024



altersstandardisiert nach jährlichem Bevölkerungsstand

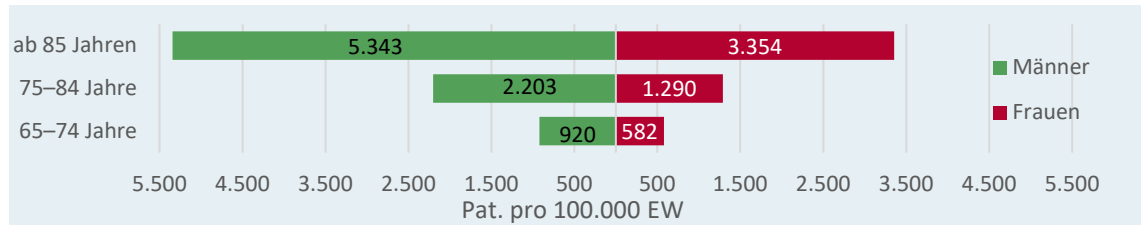
Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2017–2024; Statistik des Bevölkerungsstandes 2017–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.6.6.2 Grippe und Pneumonie

Krankenhaushäufigkeit

Mehr als 40.000 Menschen wurden im Jahr 2024 in österreichischen Akutkrankenanstalten aufgrund einer Grippe oder Pneumonie stationär aufgenommen. Zwei Drittel davon waren 65 Jahre oder älter. Für diese Altersgruppe bedeutete dies eine Krankenhaushäufigkeit von 1.911 Männern und 1.172 Frauen pro 100.000 EW. In Abbildung 74 zeigt sich einerseits die deutliche Steigerung mit fortschreitendem Alter: Sie ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern in der Altersgruppe ab 85 Jahren 5,8-mal so hoch wie in der Altersgruppe zwischen 65 und 74 Jahren. Andererseits zeigt sich auch ein eklatanter Unterschied zwischen Männern und Frauen: Je nach Altersgruppe war im Jahr 2024 die Krankenhaushäufigkeit von Männern 1,6- bis 1,7-mal so hoch wie diejenige von Frauen (vgl. Abbildung 74).

Abbildung 74: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren aufgrund einer Grippe oder Pneumonie in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2024



ICD-10: J09-J18; inklusive Nulltagesaufenthalte; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

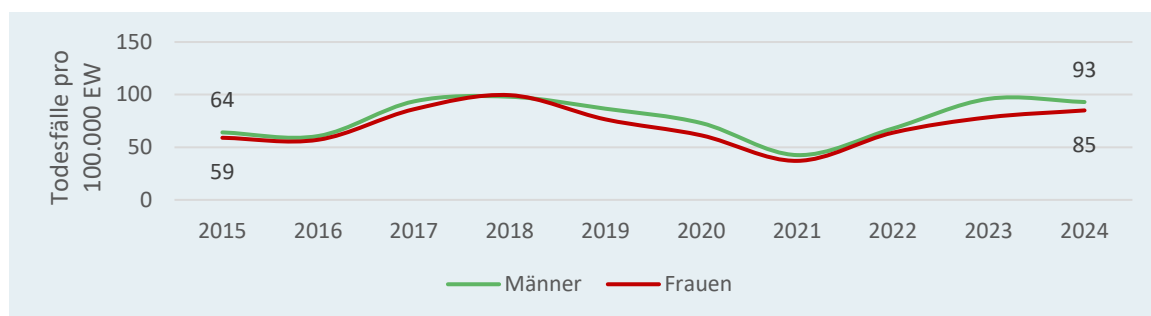
Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Mortalität

Im Jahr 2024 starben in Österreich 1.730 Menschen an einer Grippe oder Pneumonie, 93 Prozent davon waren 65 Jahre oder älter. Das bedeutete für diese Altersgruppe eine Mortalitätsrate von 85 Frauen und 93 Männern (jeweils pro 100.000 EW). Ähnlich hoch war die Mortalitätsrate zuletzt in den Jahren 2017 und 2018, besonders niedrig war sie im Jahr 2021, im ersten Winter, in dem strikte Hygienemaßnahmen aufgrund der COVID-19-Pandemie einzuhalten waren. Abbildung 75 zeigt die großen Schwankungen der relativ kurzen

Periode von zehn Jahren. Die Mortalitätsrate der Männer lag in den meisten Jahren etwas über derjenigen der Frauen.

Abbildung 75: Todesfälle aufgrund einer Grippe oder Pneumonie bei der ab 65-jährigen Bevölkerung in Österreich nach Geschlecht, 2015–2024

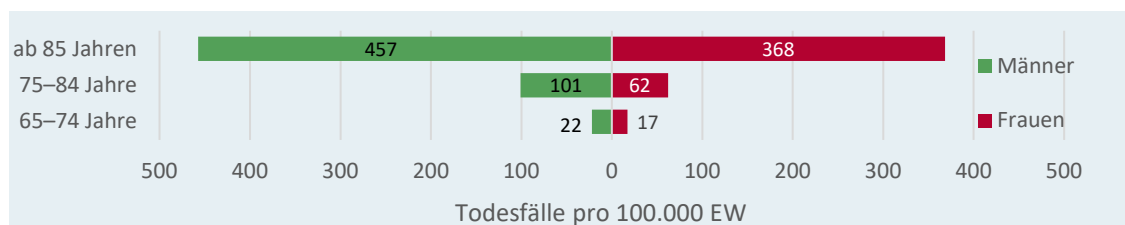


ICD-10: J09-J18; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Wie bei vielen anderen Krankheiten steigt auch bei Grippe und Pneumonie das Sterberisiko mit dem Alter deutlich. In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen verstarben im Jahr 2024 22 Männer und 17 Frauen an Grippe oder Pneumonie, in der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen waren es bereits 101 Männer und 62 Frauen und bei den ab 85-Jährigen 457 Männer und 368 Frauen (jeweils pro 100.000 EW). Der Unterschied zwischen Männern und Frauen war somit zwischen 75 und 84 Jahren besonders groß (vgl. Abbildung 76).

Abbildung 76: Todesfälle aufgrund einer Grippe oder Pneumonie der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2024



ICD-10: J09-J18, altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Auffällig ist, dass der Unterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich der Krankenhaushäufigkeit deutlich größer ist als bezüglich der Mortalität. Männer ab 65 Jahren wurden im Zeitraum 2015 bis 2024 1,6-mal bis doppelt so oft aufgrund einer Grippe oder Pneumonie stationär aufgenommen als Frauen. Die entsprechende Sterberate lag allerdings maximal 1,2-mal höher als bei Frauen und war in manchen Jahren auch gleich hoch. Außerdem zeigt sich beim Vergleich der Krankenhaushäufigkeit und der Mortalität, dass Grippe und Pneumonie zwar schon unter 65 Jahren einen so schweren Verlauf nehmen können, dass ein Krankenhausaufenthalt nötig ist (ein Drittel der Patientinnen und Patienten ist jünger als 65), aber das Risiko, daran zu sterben, ist vergleichsweise gering (7 % der Todesfälle passieren vor dem 65. Geburtstag).

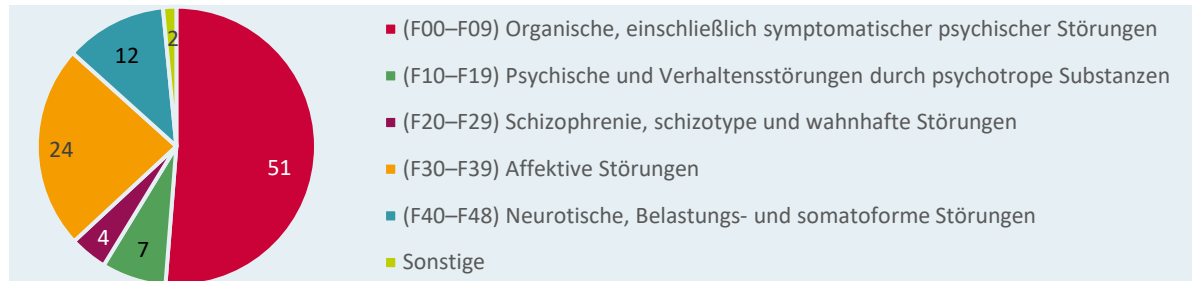
5.7 Gerontopsychiatrische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen im Alter unterscheiden sich in Verlauf und Ausprägung von denen jüngerer Menschen und stehen oft im Zusammenhang mit körperlichen, sozialen und kognitiven Veränderungen. Mit zunehmendem Alter steigt – neben somatischen Erkrankungen – auch das Risiko für psychische Störungen, insbesondere bei gesundheitlich stark eingeschränkten Personen (z. B. Multimorbidität, Frailty) (ÖPIA 2022). Eine Übersicht über die häufigsten gerontopsychiatrischen Krankheitsbilder folgt. Die Krankheitslast in Österreich durch gerontopsychiatrische Erkrankungen, kann insbesondere anhand der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS 2014 & 2019; liefert Informationen zur Prävalenz) und der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD, 2015–2024; liefert Informationen zu stationären Pat.) erfasst werden.

Häufigste stationäre Diagnosen

Im Jahr 2024 wurden laut DLD-Daten rund 2 Prozent aller **stationären** Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen (ICD-10: F00–F99) in Akutkrankenanstalten aufgenommen: etwa 13.500 Fälle bzw. 685 Männer und 770 Frauen pro 100.000 EW. Rund 23 Prozent aller stationären Fälle mit dieser Hauptdiagnose betrafen Personen ab 65 Jahren, wobei die höchste altersstandardisierte Rate bei den ab 85-Jährigen lag (ca. 1.410 pro 100.000). Zwischen 2015 und 2024 erfolgten die meisten Aufnahmen wegen organischer psychischer Störungen (F00–F09, 51 %), gefolgt von affektiven Störungen (F30–F39, 24 %), neurotischen und somatoformen Störungen (F40–F48, 12 %) sowie substanzbezogenen Störungen (F10–F19, 7 %) (vgl. Abbildung 77).

Abbildung 77: Verteilung der stationären Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit psychischen und Verhaltensstörungen in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Hauptdiagnosegruppen, Zeitraum 2015–2024



Angaben in Prozent

inklusive Nulltagesaufenthalte, exklusive Wiederaufnahmen; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Innerhalb der **vier genannten häufigsten Hauptdiagnosegruppen** sind bestimmte Erkrankungen unter den ab 65-Jährigen besonders relevant. Im Folgenden werden die Anteile der Personen ab 65 mit den jeweils häufigsten Erkrankungen innerhalb dieser Diagnosegruppen dargestellt, wie auch Unterschiede nach Geschlecht. Hervorzuheben ist, dass **Depressionen und Demenzen** grundsätzlich die häufigsten psychischen Störungen im höheren Lebensalter darstellen.

- **organische psychische Störungen** (ICD-10: F00–F09):
 - Delir (nicht bedingt durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen): 28 Prozent
 - Demenz bei Alzheimer-Krankheit: 20 Prozent
 - nicht näher bezeichnete Demenz: 30 Prozent
 - Abgesehen vom Delir wurden sowohl altersstandardisiert als auch anteilmäßig **mehr Frauen** (ca. 60 %) als Männer wegen der genannten Diagnosen stationär aufgenommen
- **affektive Störungen** (ICD-10: F30–F39):
 - depressive Episode oder eine rezidivierende depressive Störung (F32 und F33): 87 Prozent
 - Es wurden **mehr Frauen** als Männer aufgrund dieser Diagnosen stationär aufgenommen (64 % bzw. 70 %)

- **neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen** (ICD-10: F40–F48):
 - Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43): 42 Prozent
 - 63 Prozent der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren waren **weiblich**
- **psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen** (ICD-10: F10–F19):
 - psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) (siehe auch Kapitel 4.7): 79 Prozent
 - Anders als bei den anderen genannten Diagnosen wurden aufgrund dieser Diagnosen **mehr Männer** als Frauen ab 65 Jahren stationär aufgenommen (65 %)

5.7.1 Depression

Depressive Störungen im Alter sind ein gesundheitliches Problem, das sowohl Betroffene als auch das Gesundheitssystem belastet. Die Erkrankten ziehen sich häufig sozial zurück, was zu Folgeproblemen wie Immobilität, Bettlägerigkeit, Mangelernährung und Dehydratation führen kann. Zudem erhöhen Depressionen das Risiko für Morbidität und Mortalität bei körperlichen Begleiterkrankungen (Nowotny et al. 2019). Die Diagnose bei älteren Menschen ist aufgrund der oft untypischen Symptomatik schwierig. Einige Studien berichteten, dass sich die Symptomatik älterer Menschen von der jüngerer unterscheidet, während andere dies nicht bestätigen können (Nowotny et al. 2019). Außerdem können depressive Störungen Gedächtnisprobleme zur Folge haben, die mit einer Demenz verwechselt werden können (= „Pseudodemenz“). Etwa ein Viertel der Personen, die wegen Gedächtnisproblemen untersucht werden, leidet tatsächlich an einer psychischen Störung – meist handelt es sich dabei um eine Depression (gesundheit.gv.at 2021c). Aufgrund dieser diagnostischen Herausforderungen bleiben viele Depressionen im Alter unerkannt und unbehandelt (Nowotny et al. 2019).

Personen mit depressiven Erkrankungen haben ein etwa 20-fach erhöhtes Risiko, Suizid zu begehen. Umgekehrt stehen über 50 Prozent aller Suizide im Zusammenhang mit akuten depressiven Episoden. Die altersbezogene Suizidrate steigt mit zunehmendem Alter deutlich an (Nowotny et al. 2019).

Die Krankheitslast durch depressive Störungen in Österreich, gemessen in DALYs³⁹ (Disability-Adjusted Life Years), betrug 2023 laut dem Datentool GBD Compare (IHME 2023) bei Personen im Alter von 50 bis 69 Jahren 13.711 DALYs (545,0 DALYs pro 100.000 EW), was 1,55 Prozent aller DALYs in dieser Altersgruppe in Österreich entspricht. Im Vergleich liegt die Belastung bei Menschen ab 70 Jahren darunter: In dieser Altersgruppe waren es 6.422 DALYs (501,4 DALYs pro 100.000 EW), was 0,52 Prozent aller DALYs ausmacht.

Ursachen und Risikofaktoren

Depressive Symptome im Alter sind multifaktoriell bedingt; die Entwicklung depressiver Symptome ist „ein hoch komplexes Ergebnis einer biografischen Verkettung lang-, mittel- und kurzfristiger biologischer, sozialer und psychologischer Risiko- bzw. Stressfaktoren“ (Kessler/Boschmann 2020). Gemeinsam mit psychosozialen Faktoren wie dem Verlust nahestehender Personen oder dem Übergang in den Ruhestand (Morgado et al. 2024) spielen auch somatische Erkrankungen eine Rolle. So besteht etwa ein enger Zusammenhang zwischen Depressionen und koronaren Herzkrankheiten, chronischem Nierenversagen, Parkinson, Schlaganfall („Post-Stroke-Depression“) und Diabetes mellitus. Diese körperlichen Erkrankungen erhöhen das Risiko für depressive Störungen und umgekehrt. Auch häufig verabreichte Medikamente können depressive Symptome als Nebenwirkung haben (Nowotny et al. 2019). Li et al. (2021) zeigen außerdem, dass Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und den instrumentellen Aktivitäten (IADL) mit Depression und verminderter Lebenszufriedenheit korrelieren.

Gezielte Präventionsmaßnahmen können die Entwicklung von Depressionen verhindern, so etwa die Stärkung des Selbstbildes und der eigenen Überzeugung, schwierige Situationen bewältigen zu können. Dies lässt sich durch die Förderung individueller Bewältigungsstrategien und die Unterstützung bei der Ausübung persönlich bedeutsamer Aktivitäten erreichen. Ebenso wichtig ist die soziale Teilhabe, etwa durch den Aufbau stabiler sozialer Netzwerke und die aktive Einbindung in gemeinschaftliche Strukturen (gesundheit.gv.at 2021c).

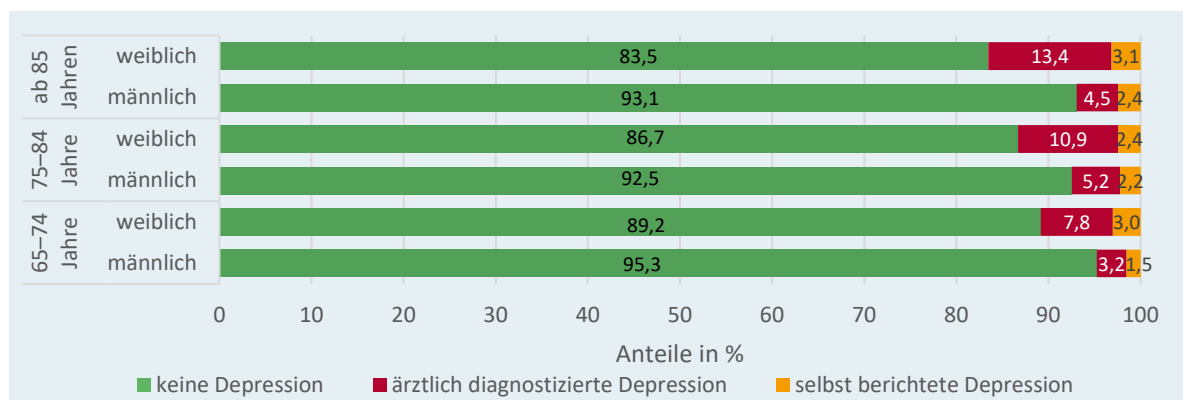
³⁹ DALYs bilden die Summe der Krankheitslast aus den Years of Life Lost (YLL), also den durch Tod verlorenen Lebensjahren, und den Years Lived with Disability (YLD), den durch gesundheitliche Einschränkungen verlorenen Lebensjahren (Porst et al. 2022).

Prävalenz

Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 weisen auf eine Zunahme der Prävalenz von Depression mit steigendem Alter hin und zeigen deutliche Geschlechterunterschiede: Rund 7 Prozent der ab 65-Jährigen gaben an, in den vergangenen 12 Monaten eine ärztlich diagnostizierte Depression erhalten zu haben (Männer: 4,1 %, Frauen: 9,8 %). Weitere 2,4 Prozent berichteten über depressive Symptome ohne ärztliche Diagnose.

Unterschiede nach Geschlecht bleiben bei Betrachtung nach Altersgruppen bestehen: Insgesamt 4,7 Prozent der 65- bis 74-jährigen Männer und 10,8 Prozent der Frauen der Altersgruppe berichteten von Depression in den letzten 12 Monaten (ärztlich diagnostiziert und selbst berichtet). In der Altersgruppe ab 85 Jahren steigen die Raten bei den Männern auf 6,9 Prozent und bei den Frauen auf 16,5 Prozent an (vgl. Abbildung 78).

Abbildung 78: Prävalenz von Depression in den letzten 12 Monaten der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019



nur in Privathaushalten

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Auch die ÖIHS bestätigt ähnliche Prävalenzraten für Depressionen im höheren Alter: Unter den 80- bis 90-Jährigen wurde eine Rate von 10,7 Prozent festgestellt. Beide Erhebungen – ÖIHS und ATHIS – unterstreichen zudem die hohe Bedeutung des Bildungsniveaus für das Depressionsrisiko. Laut ATHIS waren im Jahr 2019 etwa 7,4 Prozent der ab 65-Jährigen mit mindestens Maturaabschluss von Depression betroffen, während dieser Anteil bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss bei 13,1 Prozent lag (BMSGPK 2020). Zudem wurde

bei der Altersgruppe der 80- bis 90-Jährigen insbesondere ein Aufenthalt im Alten- und Pflegeheim (Depressionsrate: 31,2 % gegenüber 14 % im Privathaushalt) als ein scheinbar wesentlicher Einflussfaktor für Depression identifiziert (ÖPIA 2022).

Im Rahmen der SHARE-Befragung wird das Vorhandensein einer Depression anhand eines International entwickelten EURO-D-Score berechnet. Im Jahr 2022 galten demnach 21 Prozent der Befragten ab 65 Jahren als depressiv, Frauen mit rund 30 Prozent mehr als doppelt so häufig wie Männer (13 %). Insbesondere die ab 85-Jährigen wiesen mit fast 50 Prozent häufig depressive Symptome auf. Auch die SHARE-Daten zeigen: Ein geringer Bildungsstand scheint ein Risikofaktor zu sein (25 vs. 18 %).

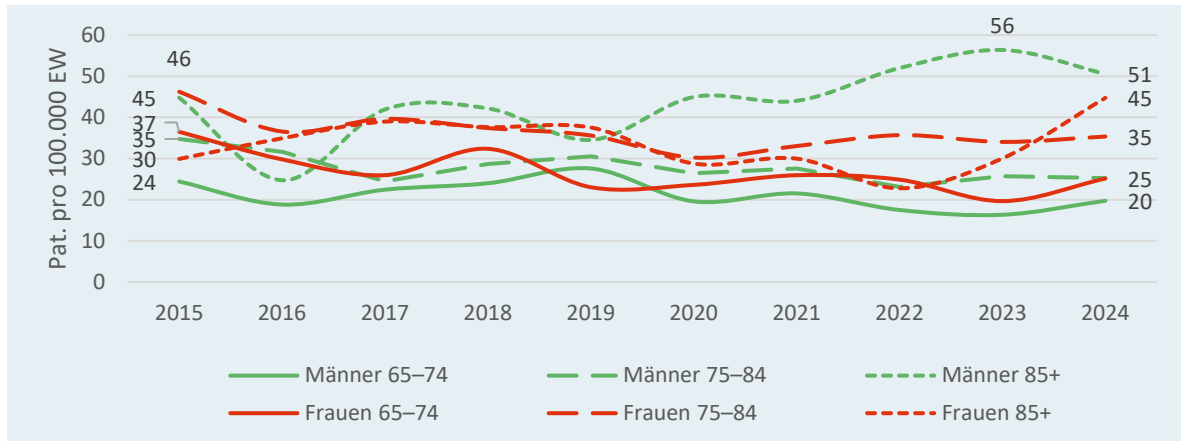
Krankenhaushäufigkeit

Im Jahr 2024 wurden rund 480 Personen ab 65 Jahren aufgrund einer Depression⁴⁰ stationär in einem österreichischen Akutkrankenhaus aufgenommen. Im Zeitraum von 2015 bis 2024 ist die altersstandardisierte Hospitalisierungsrate in dieser Altersgruppe um etwa 18,5 Prozent gesunken – von 35 auf 28 Fälle pro 100.000 EW. Frauen machten 2024 rund 63 Prozent aller stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren aus. Generell führen Depressionen aber häufiger bei jüngeren als bei älteren Menschen zu stationären Aufenthalten. So waren 2024 15 Prozent der hospitalisierten Personen aufgrund von Depressionen 65 Jahre oder älter – ein Anteil, der nahezu dem der anzahlmäßig kleineren Gruppe der 15- bis 19-Jährigen entspricht.

Eine altersstandardisierte Analyse nach Geschlecht für den Zeitraum 2015 bis 2024 zeigt insgesamt leicht rückläufige Hospitalisierungsraten bei den ab 65-Jährigen, wobei es zu jährlichen Schwankungen kam. Auffällig ist jedoch die Entwicklung bei den ab 85-Jährigen: Bei Männern stiegen die stationären Aufnahmen seit 2019 deutlich um 13 Prozent, mit einem Höchstwert von 56 Fällen pro 100.000 EW im Jahr 2024. Bei Frauen derselben Altersgruppe nahm die Zahl der Hospitalisierungen seit 2015 sogar um 50 Prozent zu (2024: 45 Fälle pro 100.000 EW), wobei ein kontinuierlicher Anstieg seit 2022 zu beobachten ist (vgl. Abbildung 79).

⁴⁰ ICD-10: F32 (Depressive Episode), F33 (Rezidivierende depressive Störung), F34.1 (Dysthymia), F43.2 (Anpassungsstörungen)

Abbildung 79: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit der Hauptdiagnose Depression⁴¹ in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2015–2024



inklusive Nulltagesaufenthalte, exklusive Wiederaufnahmen; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Suizid

Der Begriff Suizidalität umfasst nicht nur vollzogene Suizide, sondern auch suizidale Gedanken, Fantasien sowie Handlungen, die bewusst oder unbewusst auf die Herbeiführung des eigenen Todes abzielen. Das Suizidrisiko ist bei depressiven Menschen deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung, wobei dieser Effekt bei Frauen stärker ausgeprägt ist. Die Suizidalität steigt weiter an, wenn zusätzlich zur Depression andere psychiatrische Erkrankungen wie Panikstörungen oder Suchterkrankungen vorliegen (Nowotny et al. 2019).

Im Rahmen der SHARE-Befragung gaben 2022 rund 3 Prozent der ab 65-Jährigen an, sich im letzten Monat den Tod gewünscht zu haben; bei den ab 85-Jährigen sogar 19 Prozent. Besonders betroffen waren Personen mit niedriger Bildung, Armutsrisiko und Migrationshintergrund.

⁴¹ ICD-10: F32 (Depressive Episode), F33 (Rezidivierende depressive Störung), F34.1 (Dysthymia), F43.2 (Anpassungsstörungen)

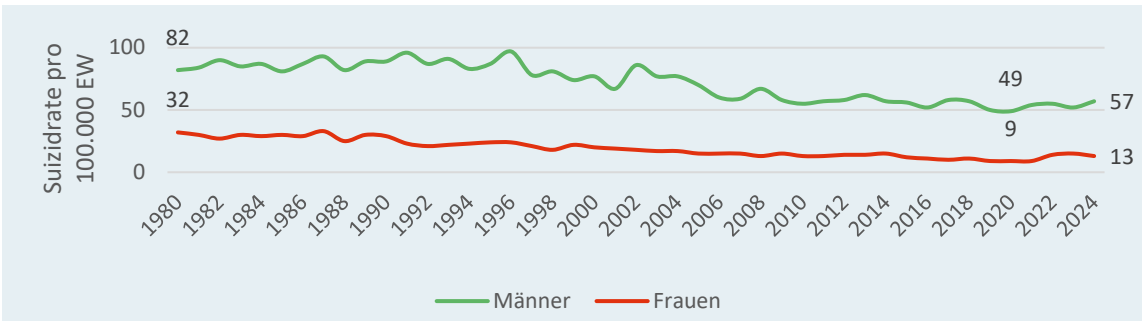
Verlässliche Zahlen zu **Suizidversuchen** fehlen, da sie oft nicht erkannt oder ungenau dokumentiert werden. ICD-10-Diagnosen⁴² bei stationären Aufenthalten im Rahmen der DLD der österreichischen Krankenanstalten vermischen suizidales und nicht-suizidales Verhalten, zeigen aber Unterschiede nach Alter und Geschlecht: Zwischen 2015 und 2024 wurden jährlich 19 Männer und 15 Frauen pro 100.000 EW ab 65 nach einem Suizidversuch stationär aufgenommen. Bei den 65- bis 74-Jährigen bestehen keine Geschlechtsunterschiede (je 13 pro 100.000), während die Rate bei Männern ab 75 Jahren deutlich steigt – auf 22 bei 75- bis 84-Jährigen und 39 bei ab 85-Jährigen. Bei Frauen bleibt sie konstant bei 18.

Die Todesursachenstatistik gibt Aufschluss über das **suizidale Geschehen** in Österreich. Nachfolgend werden Zahlen exklusive assistierter Suizide (vgl. Kapitel 6.6) dargestellt. 2024 nahmen sich 572 Menschen ab 65 Jahren das Leben⁴³. Die altersstandardisierte Suizidrate lag bei 57 Männern und 13 Frauen pro 100.000 – Männer sind damit über viermal häufiger betroffen. Seit Mitte der 1990er-Jahre sind die Suizidraten rückläufig, mit einer Stabilisierung ab den 2000er-Jahren. Die niedrigsten Werte wurden 2020 verzeichnet (Männer: 49, Frauen: 9 pro 100.000) (vgl. Abbildung 80).

⁴² ICD-10-Diagnosen: 931: Suizidversuch oder absichtliche Selbstverletzung, 931.9: Suizidversuch oder absichtliche Selbstverletzung, nicht näher bezeichnet, Z.915: Selbstbeschädigung in der Eigenanamnese, Parasuizid, Selbstvergiftung, versuchte Selbsttötung in Fondskrankenanstalten

⁴³ ICD-10-Diagnosen: X60-X84 und Y87.0; exkl. assistierter Suizide (ICD-10: U060), die seit 2022 dokumentiert werden und in den Jahren 2022 50 und 2023 51 Fälle ausmachten

Abbildung 80: Suizidrate¹ der österreichischen ab 65-jährigen Bevölkerung nach Geschlecht, 1980–2024

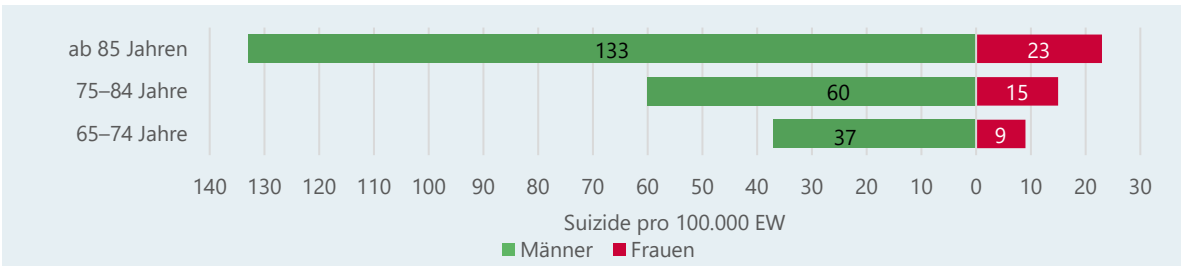


¹ ICD-10: X60-X84 (vorsätzliche Selbstbeschädigung), Y870 (Folgezustände nach vorsätzlicher Selbstbeschädigung), exkl. assistierter Suizide (ICD 10: U060), die seit 2022 dokumentiert werden altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1980–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 81 verdeutlicht, dass die Suizidrate mit dem Alter deutlich zunimmt, insbesondere bei Männern. Im Jahr 2024 nahmen sich 37 von 100.000 Männern im Alter von 65 bis 74 Jahren das Leben. Bei den ab 85-Jährigen stieg die Rate auf 133 pro 100.000. Auch bei Frauen zeigt sich ein Anstieg: Während die Suizidrate in der Altersgruppe 65–74 Jahre bei 12 pro 100.000 liegt, erhöht sie sich bei den ab 85-Jährigen auf 23 pro 100.000.

Abbildung 81: Suizidrate¹ der österreichischen ab 65-jährigen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2024



¹ ICD-10: X60-X84 (vorsätzliche Selbstbeschädigung), Y870 (Folgezustände nach vorsätzlicher Selbstbeschädigung), exkl. assistierter Suizide (ICD 10: U060), die seit 2022 dokumentiert werden

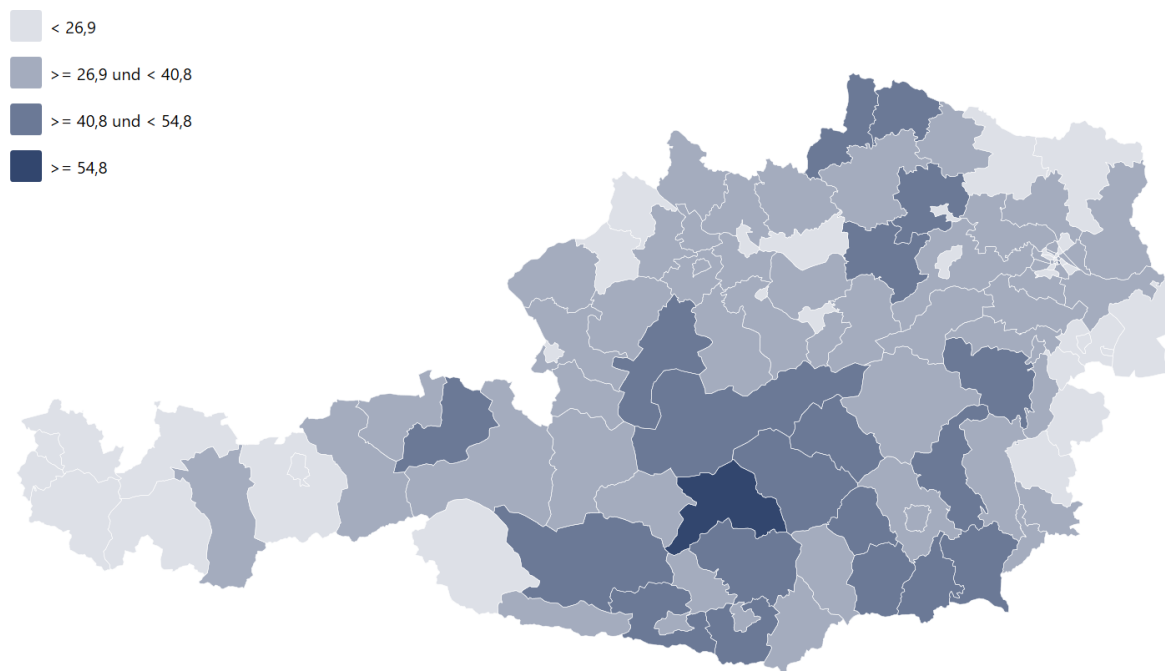
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Beobachtungszeitraum 2015–2024 zeigen sich die höchsten Suizidraten der ab 65-jährigen Bevölkerung in der Steiermark (42 pro 100.000 EW), gefolgt von Kärnten (39 pro 100.000 EW) und Niederösterreich (31 pro 100.000 EW). Die niedrigsten Suizidraten unter den ab 65-Jährigen finden sich im Burgenland (24 Suizide pro 100.000 EW) und Vorarlberg (26 Suizide pro 100.000 EW) (vgl. Abbildung 82).

Abbildung 82: Suizidrate¹ der ab 65-jährigen Bevölkerung nach österreichischen Bezirken, 2015–2024

Todesfälle pro 100.000 EW und Jahr



¹ ICD-10: X60-X84 (vorsätzliche Selbstbeschädigung), Y870 (Folgezustände nach vorsätzlicher Selbstbeschädigung), exkl. assistierter Suizide (ICD 10: U060), die seit 2022 dokumentiert werden
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.7.2 Demenz

Kognitive Einschränkungen im Alter reichen von leichten Gedächtnisstörungen bis hin zu schweren Demenzerkrankungen wie Alzheimer. Sie beeinflussen maßgeblich die Selbstständigkeit und Alltagsbewältigung älterer Menschen und stehen in engem Zusammenhang mit der allgemeinen Funktionalität. Nehmen neben den geistigen auch die körperlichen Fähigkeiten ab, kann das häufig zu gegenseitigen Verstärkungen von Einschränkungen führen.

Demenz ist ein Sammelbegriff für fortschreitende Erkrankungen des Gehirns, die mit dem Verlust geistiger Fähigkeiten wie Gedächtnis, Sprache, Orientierung und Denkvermögen einhergehen. Zu den häufigsten Formen zählen etwa die Alzheimer-Demenz (die häufigste Form), die vaskuläre Demenz, die Lewy-Body-Demenz und die frontotemporale lobäre Degeneration (oft mit frühen Veränderungen in Persönlichkeit und Verhalten). Jede Form hat eigene Ursachen, Symptome und Verläufe, was eine genaue Diagnose und eine individuell angepasste Therapie notwendig macht (GÖG 2025a).

Mit dem Alter steigt das Risiko für demenzielle Erkrankungen deutlich (ÖPIA 2022). Die ÖIHS-Erhebung bei 80- bis 90-Jährigen zeigte verbreitete kognitive Defizite: Nur 19,8 Prozent bestanden den Test fehlerfrei, 33,5 Prozent zeigten leichte und 46,7 Prozent erhebliche Auffälligkeiten mit Demenzverdacht. In Alten- und Pflegeheimen lag der Anteil mit Demenzverdacht bei 81,3 Prozent. Niedriger Bildungsstand, weibliches Geschlecht und höheres Alter korrelierten mit stärkeren Einschränkungen (ÖPIA 2022).

Die Krankheitslast durch Alzheimer und andere Demenzerkrankungen in Österreich betrug 2023 laut dem Datentool GBD Compare (IHME 2023) bei Personen im Alter von 50 bis 69 Jahren 9.033 DALYs (359,1 DALYs pro 100.000 EW), was 1,03 Prozent aller DALYs in dieser Altersgruppe in Österreich entspricht. Im Vergleich liegt die Belastung bei Menschen ab 70 Jahren deutlich höher: In dieser Altersgruppe waren es 87.820 DALYs (6.857,1 DALYs pro 100.000 EW), was 7,19 Prozent aller DALYs ausmacht und somit einen großen Anteil der Krankheitslast in dieser Altersgruppe darstellt.

Der österreichische Demenzbericht 2025⁴⁴ (GÖG 2025a) bietet einen umfassenden Überblick über das Krankheitsbild Demenz (von Epidemiologie über Prävention und Diagnostik bis hin zu Therapie und Versorgung) und liefert damit eine wertvolle Grundlage für die Weiterentwicklung der Demenzstrategie in Österreich. Daher wird in diesem Bericht auf eine detaillierte quantitative Darstellung verzichtet, es soll aber die gesellschaftliche Relevanz verdeutlicht werden.

Demenz stellt eine bedeutende Herausforderung für die Gesellschaft und die öffentliche Gesundheit dar. Sie betrifft nicht nur die direkt Erkrankten, sondern auch deren An- und Zugehörige, das Gesundheitssystem und die Gesellschaft insgesamt. Aufgrund der steigenden Zahl älterer Menschen wird ein deutlicher Anstieg der Demenzfälle erwartet: Für 2025

⁴⁴ Siehe: https://www.sozialministerium.gv.at/dam/sozialministeriumat/Anlagen/Themen/Pflege-und-Betreuung/Demenz/Demenzbericht-2025_bf.pdf [Zugriff am 24.07.2025]

wird die Prävalenz in Österreich auf rund 168.650 Personen geschätzt, bis 2050 könnte sie auf über 290.500 steigen. Damit verbunden ist ein wachsender Bedarf an medizinischer, pflegerischer und sozialer Versorgung. Die Betreuung von Menschen mit Demenz ist komplex und erfordert eine enge Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen. Neben medizinischer Behandlung sind pflegerische Betreuung, psychosoziale Unterstützung und die Einbindung von Angehörigen zentrale Elemente. Gleichzeitig entstehen erhebliche volkswirtschaftliche Kosten, sowohl direkt durch Pflege und Betreuung als auch indirekt durch Produktivitätsverluste und informelle Pflegeleistungen (GÖG 2025a).

Aus Public-Health-Sicht kommt der Prävention eine zentrale Rolle zu. Laut Livingston et al. (2020) ist beinahe die Hälfte aller Demenzfälle durch die Reduktion von 14 modifizierbaren Risikofaktoren verhinder- oder verzögerbar. Zu diesen modifizierbaren Risikofaktoren zählen u. a. geringe Bildung, Rauchen, Adipositas, körperliche Inaktivität, übermäßiger Alkoholkonsum, Diabetes oder soziale Isolation.

6 Versorgung und Inanspruchnahme

In diesem Kapitel werden die Versorgungsangebote in Österreich vorgestellt, die bei Krankheit(en) oder altersbedingter Frailty zum Tragen kommen. Neben den wesentlichen Versorgungsbereichen wird auch deren Inanspruchnahme durch die Zielgruppe der ab 65-Jährigen vorgestellt und analysiert. Die Daten dazu stammen insbesondere aus folgenden Quellen:

- Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD) (BMASGPK)
- Ärztestatistik (ÖÄK)
- Inanspruchnahmedaten zum ambulanten Bereich (BMASGPK)
- Krankenanstaltenstatistik (BMASGPK)
- Pflegedienstleistungsstatistik (Statistik Austria)

Zudem wird teilweise auf den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2023)⁴⁵ Bezug genommen, der verbindliche Planungsrichtwerte für die ambulante und stationäre Versorgung bis 2030 festlegt.

Im Rahmen von Fokusgruppen wurden mit Expertinnen und Experten aus Praxis und Wissenschaft Handlungsbedarfe und Empfehlungen für die Versorgung der älteren Bevölkerung besprochen und reflektiert (siehe Kapitel 1.5). Die zusammengefassten Ergebnisse sind am Ende jedes Versorgungskapitels in einer roten Box dargestellt.

Reflexion zur Versorgung der älteren Bevölkerung aus Sicht von Expertinnen und Experten

Die Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung stellt laut Expertinnen und Experten in den Gruppendiskussionen eine zentrale Herausforderung für das österreichische Gesundheitssystem dar. Eine **integrierte Versorgung** (siehe Kapitel 6.7) und **Interprofessionalität** gelten als Schlüssel für eine qualitativ hochwertige Betreuung älterer Menschen, sind jedoch bislang unzureichend verankert. Multiprofessionelle **mobile Palliativteams** (siehe Kapitel 6.6) können hier etwa als Vorbild für den Aufbau entsprechender Strukturen dienen.

⁴⁵ Siehe: https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/%C3%96SG_2023_-_Textband_Stand_25.04.2025.pdf [Zugriff am 28.07.2025]

Ein zentrales Hindernis ist der Mangel an **Gesundheitspersonal (Pflege, MTDG-Berufe)**, insbesondere im ambulanten Bereich. Die aktuelle Versorgungslage reicht laut Expertinnen und Experten nicht aus, um Pflegebedarf – etwa bei Demenz – wirksam zu verhindern. Es mangelt an **Ausbildungsplätzen** und die Anpassung der Ausbildungskapazitäten verläuft zu langsam. Zudem leide der geriatrische Bereich unter einem negativen gesellschaftlichen **Image**, das die Attraktivität dieses Arbeitsfeldes mindert. Erfahrungen aus der Palliativversorgung zeigen jedoch, dass gute Rahmenbedingungen zur Fachkräftebindung beitragen können. Interprofessionelles Arbeiten wird als Chance gesehen, dem Fachkräftemangel zu begegnen. **Geriatrische und interdisziplinäre Kompetenzen** sollten in allen Gesundheitsberufen gestärkt und bereits in der Ausbildung verankert werden. Die **Akademisierung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe** wird als Hebel für fachliche Weiterentwicklung, Forschung und gesellschaftliche Anerkennung betrachtet. Auch die Geschlechterverteilung ist ein Thema: Die Pflege ist stark weiblich geprägt, wobei Potenzial gesehen wird, mehr **Männer für Pflegeberufe** zu gewinnen.

Strukturell ist das Gesundheitssystem stark **diagnoseorientiert** – ein Ansatz, der den komplexen Bedürfnissen älterer Menschen nicht gerecht wird. Expertinnen und Experten betonen den Bedarf einer systemischen Neuausrichtung mit Fokus auf Förderung und Erhalt von Stabilität, Resilienz und Lebensqualität. Indikatoren wie vermeidbare Krankenhausaufenthalte könnten dabei als Maßstab für die Versorgungsqualität dienen.

In der Praxis zeigen sich außerdem **Versorgungslücken**: Es bedarf flächendeckender geriatrischer Strukturen, niederschwelliger Angebote, Mobilitätslösungen und Entlastung für pflegende Angehörige. Regionale Unterschiede und Zugangshürden erschweren die Inanspruchnahme. Vernetzte, sozialraumorientierte Ansätze wie Social Prescribing oder Community Nursing werden als Lösungswege genannt.

Zielgruppen- und Personenzentrierung ist zudem essenziell: Bildung, Einkommen, Migrationshintergrund, Geschlecht, Wohnort und familiäre Unterstützung beeinflussen die Gesundheitschancen älterer Menschen. Angebote sollten kultursensibel, mehrsprachig und inklusiv gestaltet werden. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus den Communities können helfen, Zugangshürden abzubauen.

Nicht zuletzt besteht eine **Forschungslücke**: Es bedarf mehr Mittel und gezielter Ausschreibungen für Versorgungsforschung im Alter, insbesondere für Forschung, die die Betroffenenperspektive miteinbezieht.

6.1 Ambulanter Bereich

Der ambulante Bereich umfasst Spitalsambulanzen und die extramurale Gesundheitsversorgung (z. B. Primärversorgung) und wird in Österreich, das historisch ein krankenhauszentriertes Land ist, forciert. So wurden in den letzten Jahren zentrale Strategien und Reformen entwickelt, um die Versorgung wohnortnah, effizient und bedarfsgerecht zu gestalten. Im Rahmen des Finanzausgleichs 2023 wurde etwa auch ein Fokus auf die ambulante Versorgung gesetzt, mit dem Ziel der Stärkung der Primärversorgung, sowie auf den Ausbau der Pflege. Grundsätzlich wird das Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ verfolgt (sozialministerium.gv.at 2023). Das bedeutet auch, dass digitale Angebote künftig – wo sinnvoll – Vorrang vor physischen Arztbesuchen oder Krankenhausaufenthalten haben sollen. In der „eHealth-Strategie Österreich“ (2024–2030) werden Schwerpunkte und die Prioritäten definiert, um die Digitalisierung des Gesundheits- und Pflegesystems voranzutreiben (digitale Gesundheitsdienste, etwa über die Gesundheitshotline 1450; elektronischer Impfpass, telemedizinische Angebote), wobei Wert auf digitale Gesundheitskompetenz und Chancengerechtigkeit gelegt wird (BMSGPK 2024b).

Im Folgenden wird der ambulante Versorgungsbereich vorgestellt, wobei ein Fokus auf der allgemeinmedizinischen Primärversorgung liegt. Diese spielt eine zentrale Rolle in der Betreuung älterer, multimorbider Patientinnen und Patienten, da sie eine kontinuierliche, wohnortnahe und ganzheitliche Versorgung ermöglicht. Hausärztinnen und -ärzte und das multiprofessionelle Team in der Primärversorgung begleiten die Patientinnen und Patienten oft über viele Jahre hinweg. Durch diese langjährige Beziehung können Veränderungen frühzeitig erkannt und gezielt behandelt werden. Dabei sind **niederschwellige geriatrische Assessments** ein wichtiges Instrument, um individuelle Versorgungsbedarfe systematisch zu erfassen und Krankenhausaufenthalte möglichst zu vermeiden.

Angebot ärztlicher allgemeinmedizinischer Versorgung

Zur Darstellung der ambulanten ärztlichen Versorgungskapazitäten können die sogenannten ÄAVE⁴⁶, die ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten der niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Wahlärztinnen und -ärzte, Spitalsambulanzen und Kassenambulatorien und Institute herangezogen werden. Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung lagen Daten bis 2023 vor. Die ÄAVE bilden die tatsächliche Verfügbarkeit ab und basieren auf dem jährlichen Leistungsvolumen eines / einer „durchschnittlich arbeitenden“ Arztes / Ärztin mit Kassenvertrag. Die ÄAVE kommen damit der Abschätzung der Versorgungsrelevanz zwar näher als die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, jedoch ist ein zeitlicher Vergleich nicht möglich. Dieser ist nur bei Indexierung eines Vergleichsjahres möglich, da die ÄAVE jährlich angepasst werden. Österreichweit standen 2023 pro 10.000 EW zur Verfügung:

- 10,3 ÄAVE niedergelassener Vertragsärztinnen und -ärzte (BL-Bandbreite: 9,5–10,8)
- 0,9 ÄAVE niedergelassener Wahlärztinnen und -ärzte (BL-Bandbreite: 0,6–1,7)
- 4,7 ÄAVE Spitalsambulanzen (BL-Bandbreite: 2,8–6,0)
- 0,5 ÄAVE Kassenambulatorien (BL-Bandbreite: 0,1–1) und
- 0,2 ÄAVE Institute (BL-Bandbreite: 0,0–0,8)

Die Versorgungsform, die durch ab 65-Jährige am meisten in Anspruch genommen wird, ist die **niedergelassene Allgemeinmedizin**. In Gesamtösterreich zeigt sich eine Versorgungsdichte von ÄAVE der niedergelassenen Allgemeinmedizin mit Kassenvertrag (Hausärztinnen und Hausärzte) von 4,1, wobei es regionale Unterschiede gibt. So weist das Burgenland mit einer Versorgungsdichte von 5,3 ÄAVE niedergelassener Kassenärztinnen und -ärzten pro 10.000 EW die höchste und Wien mit 3,6 ÄAVE die niedrigste Versorgungsdichte auf.

Bei der **Anzahl der Allgemeinmediziner:innen** mit Kassenvertrag ist absolut betrachtet (ohne Berücksichtigung des Beschäftigungsmaßes) zwischen 2015 und 2024 in ganz Österreich kaum eine Veränderung zu beobachten (Ö: –0,1 niedergelassene Allgemeinmedizi-

⁴⁶ „Messgröße für das durchschnittliche ärztliche Leistungsvolumen (differenziert nach Sonderfächern) gemäß Regiomed-System der SV (basierend auf dem jährlichen Leistungsvolumen eines ‚durchschnittlich arbeitenden‘ Arztes / einer Ärztin mit Kassenvertrag)“ (BMSGPK 2023b). Die Messgröße ÄAVE (Ärzte-Vollzeitäquivalente) entspricht demnach nicht der Anzahl an tätigen Ärztinnen und Ärzte – österreichweit gibt es mehr Ärztinnen und Ärzte als ÄAVE.

nerinnen und -mediziner pro 10.000 EW; BL-Bandbreite: –0,3 bis 1,7). Es kam in dem Zeitraum zu einer leichten Zunahme an Wahlärztinnen und -ärzten in dem Fachgebiet (Ö: +0,2; BL-Bandbreite: –0,2 bis +1,6).

Das Länderprofil Gesundheit für Österreich der Europäischen Kommission stellt fest, dass Österreich im Jahr 2019 die zweithöchste Anzahl an Ärztinnen und Ärzten pro EW in der EU hatte. Allerdings ist der Anteil der Allgemeinmediziner:innen (an allen in Österreich tätigen Ärztinnen und Ärzten) wiederum einer der niedrigsten in der EU (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2021). Um den Anteil zu erhöhen, sind Maßnahmen zur Attraktivierung der Arbeit in der niedergelassenen Allgemeinmedizin wesentlich, was mitunter einen Grund für die Forcierung von PVE darstellte. PVE sind insofern für die ältere Bevölkerung eine geeignete Versorgungsform, weil mit den multiprofessionellen Teams (u. a. Pflege, MTDG-Berufe, Psychologie und Sozialarbeit) besser auf die komplexen Bedürfnisse von älteren Menschen eingegangen werden kann. Mit Stand Juni 2025 gab es in Österreich 97 PVE (inkl. 13 Kinder-PVE), wobei es regional große Unterschiede gibt: Während Wien 31 PVE zählt oder die Steiermark 22 PVE, gibt es in Tirol, Kärnten und Burgenland jeweils nur eine PVE.

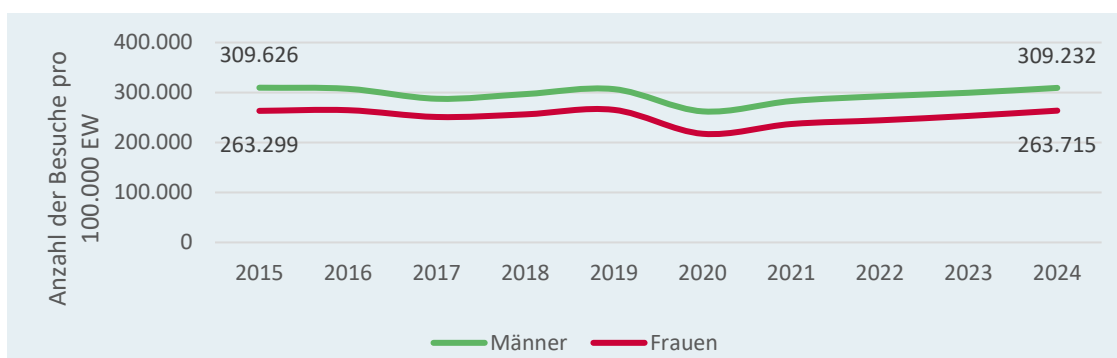
Inanspruchnahme ärztlicher allgemeinmedizinischer Versorgung

Daten zu extramuralen ambulanten Besuchen liegen von 2017 bis 2022 vor. Pro Jahr nimmt eine ab 65-jährige Person in Österreich den Inanspruchnahmedaten im ambulanten Bereich zufolge durchschnittlich 29-mal eine ärztliche Konsultation in Anspruch (extramural ambulant, spitalsambulant, stationär). Der überwiegende Teil davon entfällt auf den extramuralen ambulanten Bereich (2022: 89 % aller Aufenthalte/Besuche). Unter allen Besuchen der ab 65-jährigen Bevölkerung im extramuralen ambulanten Bereich im Jahr 2022 gehen unter den Männern 59 Prozent und unter den Frauen 62 Prozent auf die Allgemeinmedizin zurück. Nur 6 Prozent der ab 65-jährigen Bevölkerung waren im Jahr 2022 nicht bei einer Allgemeinmedizinerin bzw. einem Allgemeinmediziner.

Seit 2017 ist ein kontinuierlicher Anstieg der Inanspruchnahme zu beobachten: Die Zahl der Besuche durch Personen ab 65 Jahren stieg von 25,3 Millionen im Jahr 2017 auf 26,8 Millionen im Jahr 2022 – ein Zuwachs von 5,8 Prozent. Absolut, aber auch bei altersstandardisierter Betrachtung zeigt sich, dass Frauen ab 65 Jahren häufiger allgemeinmedizinische Leistungen in Anspruch nehmen als Männer derselben Altersgruppe (2022: 1,6 Mio. Besuche vs. 1,4 Mio. Besuche pro 100.000 EW).

Im **spitalsambulanten Bereich** hat die Anzahl der Besuche durch ab 65-Jährige von 2015 auf 2024 mit einem Anstieg von 4,4 auf 5,2 Mio. Besuche eine Zunahme der Aufenthalte/Besuche von +16,1 Prozent zu verzeichnen, bei Männern stärker als bei Frauen (+18,9 % vs. +13,7 %). In altersstandardisierter Betrachtung wiederum liegt die Inanspruchnahme der ab 65-Jährigen 2024 auf ähnlichem Niveau wie 2015 (vgl. Abbildung 83).

Abbildung 83: Anzahl der Besuche von ab 65-Jährigen im spitalsambulanten Bereich in Österreich nach Geschlecht, 2015–2024



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMASGPK – Inanspruchnahmedaten zum ambulanten Bereich 2015–2024; Darstellung: GÖG

18 Prozent der Besuche im spitalsambulanten Bereich der ab 65-Jährigen gehen auf die medizinische und chemische Labordiagnostik zurück, gefolgt von 13 Prozent auf die Radiologie, 10 Prozent auf das Fachgebiet Orthopädie und 9 Prozent auf die Innere Medizin.

Medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe

Wesentlich in der ambulanten Versorgung älterer Menschen in Österreich ist neben der ärztlichen und pflegerischen Versorgung (siehe Kapitel 6.5) auch die Versorgung durch die gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (MTDG-Berufe). Dazu zählen unter anderem Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diätologie, biomedizinische Analytik, Radiologietechnologie und Orthoptik. Die Rolle der MTDG-Berufe wurde durch das MTD-Gesetz 2024 gestärkt und erlaubt den Berufsgruppen, in vielen Bereichen eigenverantwortlich und ohne ärztliche Anordnung tätig zu werden, insbesondere in der Gesundheitsförderung und Prävention (Republik Österreich 2024). Eine weitere Aufwertung wäre durch den direkten Zugang zu den Leistungen der MTDG-Berufen möglich, diese

ist aber ausständig. Diese gesetzliche Neuerung ist besonders relevant für die ambulante geriatrische Versorgung, da sie eine flexible, patientenzentrierte Betreuung ermöglicht. MTDG-Berufe leisten einen wichtigen Beitrag zur wohnortnahen Betreuung und Rehabilitation älterer Menschen und für eine qualitativ hochwertige, interprofessionelle Versorgung, wie sie beispielsweise bereits in Primärversorgungseinheiten (PVE) umgesetzt wird.

Der Gesundheitsberuferegister (GBR)-Jahresbericht wertet jährlich Daten u. a. zu den MTDG-Berufen aus. Von den im Jahr 2024 rund 41.800 registrierten Personen, die in einem MTDG-Beruf tätig sind, sind 42 Prozent ausschließlich und weitere 17 Prozent überwiegend angestellt tätig. 27 Prozent arbeiten ausschließlich freiberuflich, 1 Prozent überwiegend freiberuflich. Besonders häufig freiberuflich tätig sind Physiotherapeutinnen und -therapeuten (47 %), Logopädinnen und Logopäden (36 %) und Ergotherapeutinnen und -therapeuten (23 %). Ein großer Anteil der in MTDG-Berufen tätigen angestellten Personen ist in Krankenanstalten tätig, gefolgt von Kuranstalten und Rehabilitationseinrichtungen und Ambulatorien. Mit Blick etwa auf die Diätologie, Logopädie, Physiotherapie oder Ergotherapie wird ebenso schnell ersichtlich, dass verhältnismäßig wenige Personen in Einrichtungen der Primärversorgung (Diätologie: 7 %, Logopädie: < 1 %, Physiotherapie: 2 % oder Ergotherapie: k. A.) oder in stationären Pflegeeinrichtungen/Tageszentren (Diätologie: 4 %, Logopädie: 3 %, Physiotherapie: 6 % oder Ergotherapie: 10 %) tätig sind (Pilwarsch 2025). Differenzierte Daten zum Bedarf im extramuralen Bedarf an MTDG-Berufen für die alternde Bevölkerung fehlen und sind für zukünftige Planungen wesentlich.

Reflexion zur Versorgung der älteren Bevölkerung aus Sicht von Expertinnen und Experten

Besonders betont wurde von den Expertinnen und Experten im Rahmen der Gruppendiskussion die Notwendigkeit, **interprofessionelle Ansätze** in der ambulanten Versorgung zu stärken (Sozial- und Gesundheitsberufe). Derzeit erfolgt die Versorgungsplanung häufig isoliert durch Allgemeinmediziner:innen, was die Komplexität geriatrischer Bedürfnisse nicht abdecken kann. Es wird empfohlen, multiprofessionelle Teams einzubinden. Die Expertinnen und Experten sehen zudem einen Bedarf an standardisiert eingesetzten **niederschweligen Screening-Instrumenten** wie dem ICOPE-Modell, die die funktionellen Bedarfe erfassen können.

Im Bereich der Primärversorgung wird auf bestehende Chancenungleichheiten bezüglich des Zugangs zu **multiprofessioneller Versorgung** hingewiesen. PVE stellen hierfür einen wesentlichen Schritt dar, auch **geriatrische Primärversorgungseinheiten** könnten laut Expertinnen und Experten künftig einen Beitrag leisten.

Weiters wird auf eine verbesserte Abgeltung von **Hausbesuchen** hingewiesen, um präventive Maßnahmen zu stärken und Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Dies betrifft sowohl ärztliche Hausbesuche als auch mobile therapeutische Angebote etwa durch MTDG-Berufe.

Strukturelle Rahmenbedingungen erschweren derzeit die Umsetzung innovativer Modelle. Auch der Mangel an Forschung zu Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren im ambulanten Bereich wird als Hindernis erkannt – hier braucht es gezielte Bottom-up-Forschung.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der **Kommunikation und personenzentrierten Versorgung**. Die Perspektive der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen sollte stärker berücksichtigt werden. Mehr Zeit für Gespräche, flexible Sprechzeiten, um so Vertrauen aufbauen und die diagnostische Genauigkeit verbessern zu können. Auch **soziale Bedarfe** im Umfeld der Patientinnen und Patienten sollten stärker systematisch erfasst werden.

Schließlich wird auf das Potenzial **technischer Unterstützung** hingewiesen. Smart-Home-Lösungen und KI-gestützte Systeme können die Selbstständigkeit älterer Menschen erhalten und fördern und Pflegebedarfe reduzieren. Investitionen in diese Technologien sowie der Ausbau entsprechender Strukturen werden als notwendig erachtet. Auch Telemedizin und Onlinekonsultationen sollten weiter ausgebaut werden, um den Zugang zur Versorgung zu erleichtern.

6.2 Akutstationärer Bereich

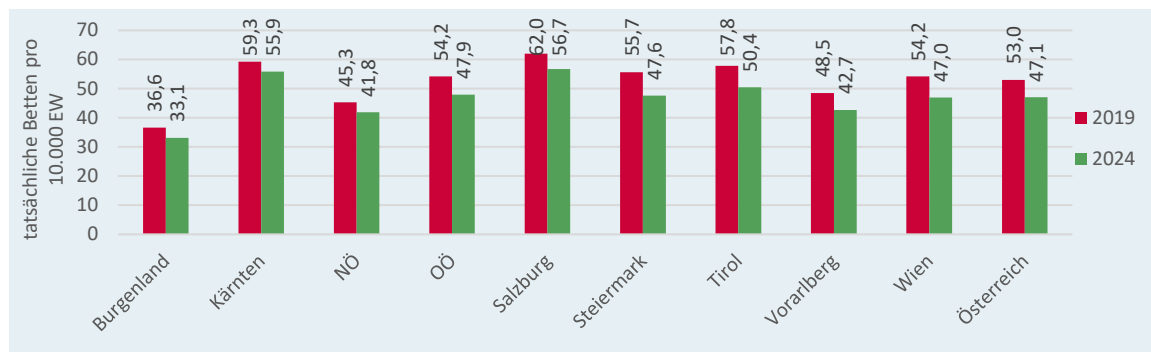
Der akutstationäre Bereich in der österreichischen Gesundheitsversorgung umfasst alle medizinischen Leistungen, die eine stationäre Aufnahme in einer Akutkrankenanstalt erfordern. Das österreichische Gesundheitssystem ist stark krankenzentriert. Österreich liegt nach Bulgarien, Deutschland und Rumänien auf dem vierten Platz in der Krankenhausbettendichte in der EU (OECD/European Commission 2024). Der größte Anteil der Gesundheitsausgaben entfällt auf die stationäre Versorgung (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2021). Ziel laut ÖSG 2023 ist es jedoch, die Akutkrankenanstalten zu entlasten durch:

- die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit und der durchschnittlichen Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Maß
- die Verlagerung von Leistungen, etwa in den tagesklinischen und ambulanten Bereich
- den Abbau von Akutbetten (BGA 2023)

Angebot

In Österreich standen im Jahr 2024 rund 43.100 tatsächliche Betten in insgesamt 144 Akutkrankenanstalten (Fondskrankenanstalten, Unfallkrankenhäuser und Sanatorien) zur Verfügung. Die durchschnittliche Versorgungsdichte lag bei ca. 47 Betten pro 10.000 EW, wobei es deutliche regionale Unterschiede gab: Salzburg wies mit 56,7 Betten die höchste, das Burgenland mit 33,1 Betten die niedrigste Dichte auf (vgl. Abbildung 84). Im Vergleich zu 2019 ist die Bettendichte in allen Bundesländern stark rückläufig – im Schnitt um rund 21 Prozent.

Abbildung 84: Versorgungsdichte durch tatsächliche Betten in österreichischen Akutkrankenanstalten pro 10.000 EW nach Bundesländern, 2019 und 2024



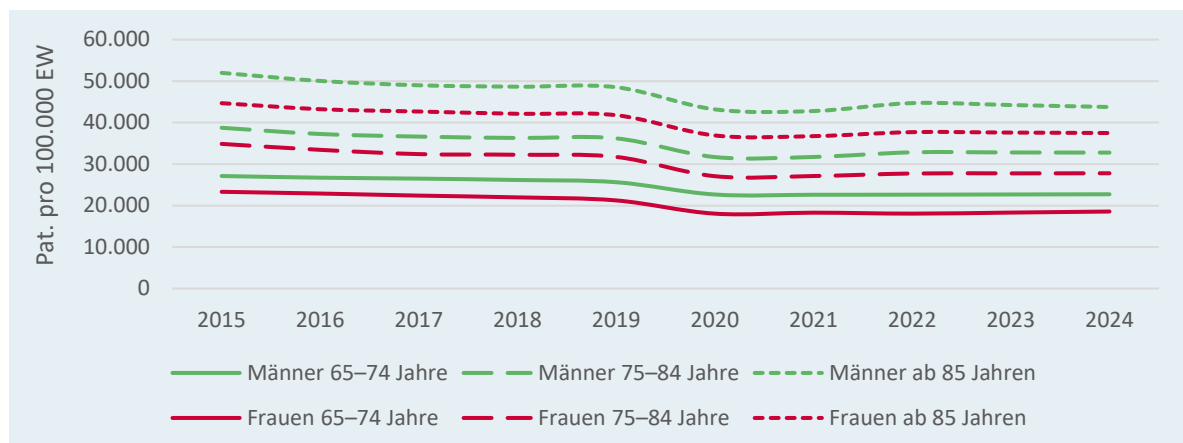
Quelle: BMASGPK – KA-Statistik 2019 und 2024; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2019 und 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Rund 23 Prozent aller Betten fanden sich laut KA-Statistik 2024 auf Abteilungen der Inneren Medizin, gefolgt von ca. 11 Prozent auf Abteilungen der Chirurgie, 8 Prozent auf Abteilungen der Psychiatrie und 6,4 Prozent auf Abteilungen der Orthopädie und Traumatologie. Besonders relevant für die Bevölkerung ab 65 Jahren ist die Fachrichtung der Inneren Medizin: 33 Prozent aller akutstationären Aufenthalte 2024 der ab 65-Jährigen sind auf diese Fachrichtung zurückzuführen. Mit der gezielten Verlagerung der Versorgung weg vom stationären hin zum ambulanten Bereich hat sich die Bettenversorgungsdichte in den letzten Jahren reduziert. Die Versorgungsdichte durch Akutbetten der Fachbereiche Akutgeriatrie und Remobilisation (vgl. Kapitel 6.3) und Palliativmedizin (vgl. Kapitel 6.6) ist aber gewachsen: um 0,3 bzw. 0,1 Betten pro 10.000 EW seit dem letzten zielgruppenspezifischen Gesundheitsbericht (Winkler et al. 2012).

Inanspruchnahme

Im Jahr 2024 entfielen in Österreich 46,5 Prozent aller rund 1.780.500 stationären Aufenthalte (exkl. Nulltagsaufenthalte) in Akutkrankenanstalten auf die Bevölkerung ab 65 Jahren. Die altersstandardisierte Krankenhaushäufigkeit steigt mit zunehmendem Alter deutlich an: So wurden im Jahr 2024 22 Prozent der 65- bis 74-Jährigen mindestens einmal stationär behandelt. Bei den 75- bis 84-Jährigen erhöhte sich dieser Anteil auf 33 Prozent, während bei den über 84-Jährigen bereits etwa 45 Prozent betroffen waren. Abbildung 85 zeigt, dass die Krankenhaushäufigkeit über alle Altersgruppen hinweg bei Männern höher liegt als bei Frauen. Während im Pandemiejahr 2020 ein Rückgang der stationären Aufenthalte zu beobachten war, stagniert die Häufigkeit seither insgesamt, mit leichten Zuwächsen bei den ab 85-Jährigen (vgl. Abbildung 85).

Abbildung 85: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2015–2024



exklusive Nulltagsaufenthalte; altersstandardisiert nach Europabevölkerung 2013

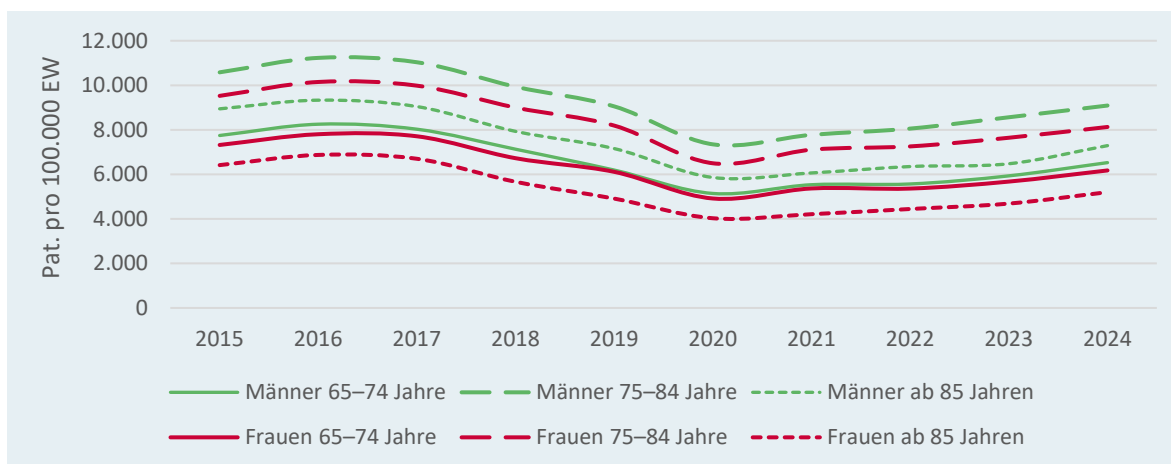
Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Während die Krankenhaushäufigkeit seit 2020 relativ konstant geblieben ist, steigen die **Nulltagsaufenthalte**⁴⁷ seit 2020 an (16 % vs. 18 % aller Aufenthalte), was den Zielen des ÖSG 2023, stationäre Aufenthalte zu reduzieren, entspricht. Krankenhausbehandlungen werden also vermehrt tagesklinisch abgewickelt. Vor 2020 zeichnete sich ein anderes Bild

⁴⁷ Aufnahme und Entlassung erfolgen am selben Tag

ab: Nach einem Höhepunkt im Jahr 2016 über alle Altersgruppen und Geschlechter hinweg kam es zu einem Rückgang dieser tagesklinischen Abwicklungen kontinuierlich bis ins Jahr 2020 (25 % vs. 16 % aller Aufenthalte). Unter Patientinnen und Patienten der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen sind im Zeitverlauf 2015–2024 durchgängig die meisten Nulltagesaufenthalte zu verzeichnen (2024: 9.100 Patienten und 8.130 Patientinnen pro 100.000 EW). Die wenigsten Nulltagesaufenthalte haben mit Abstand die über 84-jährigen Patientinnen, mit relativ großem Abstand zu den Männern derselben Altersgruppe (2024: 7.290 Patienten pro 100.000 EW vs. 5.200 Patientinnen pro 100.000 EW) (vgl. Abbildung 86).

Abbildung 86: Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren in österreichischen Akutkrankenanstalten mit Nulltagesaufenthalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2015–2024



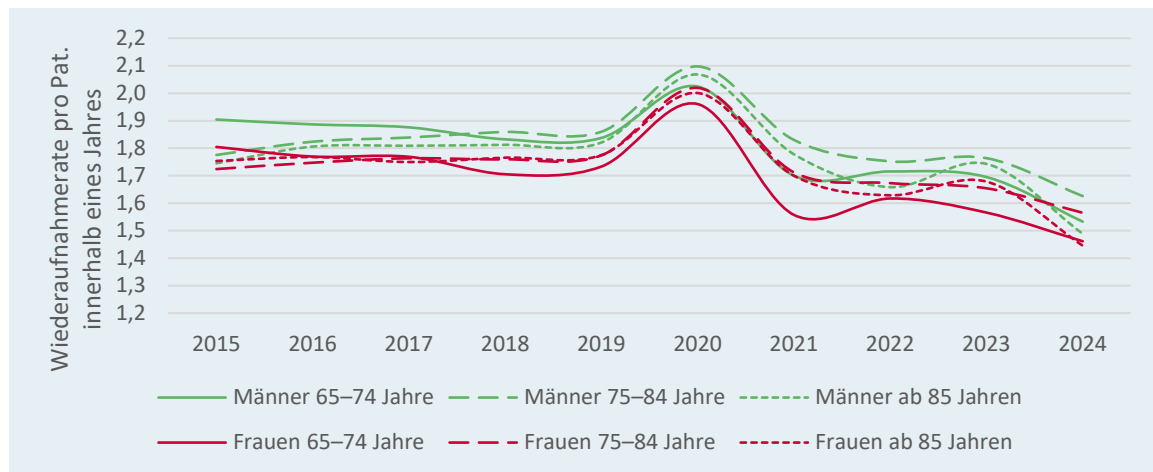
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Mit steigendem Alter nimmt den DLD-Daten zufolge die stationäre Verweildauer zu. Außerdem zeigen sich ab 75 Jahren Geschlechtsunterschiede in der stationären Verweildauer. Während im Jahr 2024 Patienten und Patientinnen im Alter von 65 bis 74 Jahren 6,4 bzw. 6,6 Tage im Akutkrankenhaus verbracht haben, waren es unter den 75- bis 84-Jährigen bereits 7,3 Tage bei Patienten und 8,1 Tage bei Patientinnen. Unter den über 84-Jährigen waren es bei den Männern 8,1 Tage und bei den Frauen 8,9 Tage.

Die Wiederaufnahmerate (exkl. Nulltagesaufenthalte) war bis 2019 relativ konstant. Im Jahr 2020 stieg sie jedoch in allen Altersgruppen an – zwar wurden weniger Patientinnen und Patienten stationär aufgenommen, jedoch wurden jene stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten in dem Jahr durchschnittlich zweimal stationär aufgenommen. Seit 2020 sank die Wiederaufnahmerate ab und ist im Jahr 2024 unter dem vorpandemischen Niveau. Männer werden in jeder betrachteten Altersgruppe öfter als Frauen wiederaufgenommen (vgl. Abbildung 87).

Abbildung 87: Wiederaufnahmerate der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2015–2024



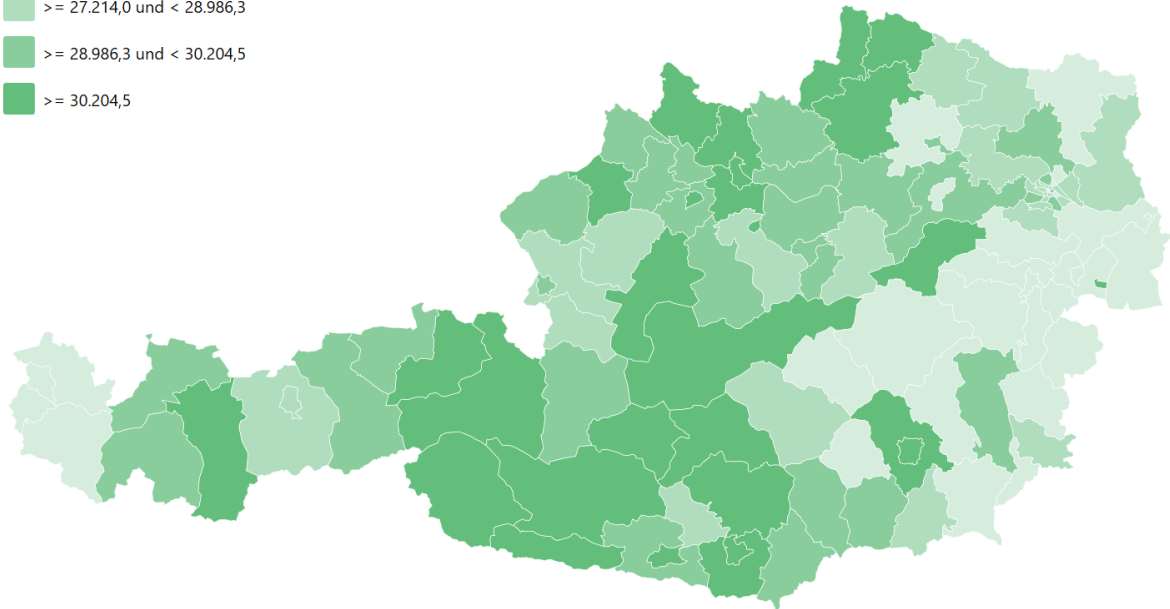
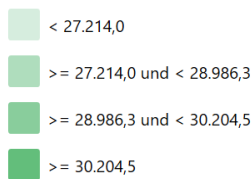
exklusive Nulltagesaufenthalte

Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Regional zeigen sich in der Krankenhaushäufigkeit der ab 65-jährigen Bevölkerung in österreichischen Akutkrankenanstalten große Unterschiede. So ist die Krankenhaushäufigkeit in Zentralösterreich, insbesondere in Oberösterreich, Kärnten, aber auch in Tirol, am höchsten, während sie im Osten Österreichs und in Vorarlberg vergleichsweise niedrig ist (vgl. Abbildung 88).

Abbildung 88: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren in österreichischen Akutkrankenanstalten pro 100.000 EW nach Bezirken (Quellregion), 2024

Stationäre Patientinnen und Patienten pro 100.000 EW



exklusive Nulltagesaufenthalte; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Reflexion zur Versorgung der älteren Bevölkerung aus Sicht von Expertinnen und Experten

Die Expertinnen und Experten wiesen im Rahmen der Gruppendiskussion darauf hin, dass manche ältere, multimorbide Menschen als „**hospital-dependent**“ gelten, da ihre medizinischen Bedürfnisse außerhalb des Krankenhauses nicht ausreichend gedeckt werden können. Es bedarf **geeigneter stationärer Übergangsformate**, weshalb integrierte Versorgungsmodelle sowie der Ausbau von Akutgeriatrie und Remobilisation (AG/R) wichtig seien. Zusätzlich wird auf ein **verbessertes Übergangsmanagement** zwischen zu Hause, Krankenhaus und Primärversorgung hingewiesen, um präventiv zu wirken und Alten- und Pflegeheimenintritte möglichst lange hinauszuzögern.

Auch die bestehenden **stationären Strukturen für geriatrische Patientinnen und Patienten** seien aktuell ausbaufähig. Die Expertinnen und Experten empfehlen daher eine umfassende Anpassung stationärer Prozesse an die Bedürfnisse älterer Menschen. Dazu zählen abteilungsunabhängige Aufnahme-Screenings, etwa mit der Clinical Frailty Scale, der Aufbau

multiprofessioneller geriatrischer Teams sowie gezielte Schulungen des Personals. Österreich müsse sich dabei stärker an erfolgreichen europäischen Modellen orientieren, um den bestehenden Entwicklungsrückstand aufzuholen.

6.3 Akutgeriatrie/Remobilisation und Remobilisation/Nachsorge

Die **Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)** ist ein Angebot für akut kranke geriatrische Patientinnen und Patienten mit alterstypischer Multimorbidität und/oder Frailty Syndrom, Einschränkungen der Selbstständigkeit oder Bedarf an funktionsfördernden Maßnahmen. Das Ziel ist, diese nach der Behandlung in einer Krankenanstalt in das gewohnte Lebensumfeld zu reintegrieren sowie – bei intendierter Rehabilitation im Anschluss an die AG/R-Versorgung – die Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit. Die AG/R-Einheiten bieten ein interdisziplinäres, multidimensionales Behandlungsangebot, einschließlich Entlassungsmanagement (BMSGPK 2024a; Reiter et al. 2025). Seit 2006 sind einheitliche Qualitätskriterien im ÖSG festgelegt. Ein wichtiger Meilenstein ist das „Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation“, das optimale Arbeitsabläufe und bestmögliche Ergebnisse für die Patientinnen und Patienten fördern soll (BMSGPK 2024a). Zudem erscheint jährlich der Akutgeriatrie-Bericht, welcher die Versorgungsqualität darstellt⁴⁸. Der Akutgeriatrie-Bericht 2024 deutet auf die Wirksamkeit von AG/R hin: Laut Joanneum Research/ÖGGG (2024) zeigten sich nach einem AG/R-Aufenthalt deutliche Verbesserungen in Mobilität und Selbstständigkeit, wobei auch die Medikamentenzahl bei vielen Patientinnen und Patienten reduziert werden konnte. Die Patientinnen und Patienten zeigten im Schnitt eine Verbesserung von 14,1 Punkten im Barthel-Index, was auf eine gesteigerte Selbsthilfefähigkeit hinweist. Über 90 Prozent der zuvor zu Hause lebenden Personen konnten zudem nach der Behandlung in der AG/R wieder in ihr gewohntes Umfeld zurückkehren.

In Österreich stehen vollstationäre AG/R sowohl mit internistischer als auch mit neurologischer Ausrichtung zur Verfügung. Zudem gibt es ambulante Behandlungsplätze, sogenannte **Geriatrische Tageskliniken**. Die Geriatrische Tagesklinik kann ausschließlich an Standorten

⁴⁸ Akutgeriatrie-Bericht 2024 siehe: <https://geriatrie-online.at/akutgeriatriebericht-2024/> [Zugriff am 01.08.2025]

mit einer stationären Einheit für AG/R angeboten werden. Die in AG/R vorhandene geriatrische Expertise wird in Kärnten außerdem in Form Geriatrischer Konsiliardienste (GeKo)⁴⁹ auch für stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen genutzt, etwa in Form von Visiten, u. a. mit den Zielen, vermeidbare Krankenhausaufenthalte zu reduzieren und Polymedikation zu reduzieren (GÖG 2019).

Neben der AG/R gibt es die **altersunabhängige Remobilisation/Nachsorge (RNS)**, eine abgestufte Form der Akutversorgung zur Weiterführung der Behandlung akut kranker Patientinnen und Patienten aus anderen akutstationären Fachbereichen. RNS dient als Bindeglied zwischen primärer Akutversorgung und Rehabilitation oder ambulanter Weiterbehandlung und bietet Frühremobilisation für Patientinnen und Patienten, die eine erhöhte Belagsdauer aufweisen. Zielgruppen sind Patientinnen und Patienten insbesondere bei Funktions-einbußen nach orthopädischen, unfallchirurgischen oder neurochirurgischen Eingriffen, bei chronischen, therapieresistenten Erkrankungen bzw. Schmerzzuständen oder internistischen Erkrankungen mit längerer Rekonvaleszenz (z. B. Pneumonie) (BGA 2023). Bei älteren Patientinnen und Patienten handelt es sich also um jene, die nicht multimorbid sind und kein Frailty-Syndrom aufweisen. Einheitliche Qualitätskriterien für RNS sind im ÖSG festgelegt und die Standort- und Kapazitätsplanungen erfolgen im Rahmen der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) (BMSGPK 2024a).

Angebot

Im Jahr 2024 standen laut KA-Statistik 1.802 vollstationäre tatsächliche Betten in **Abteilungen der AG/R** in 56 österreichischen Akutkrankenanstalten in allen Bundesländern außer Vorarlberg zur Verfügung – **9,9 tatsächliche Betten für 10.000 EW ab 65 Jahren**. Seit dem letzten zielgruppenspezifischen Gesundheitsbericht 2010 (Winkler et al. 2012) kam es zu einem Plus von rund 380 tatsächlichen Betten. Mit einer vollstationären Bettenmessziffer⁵⁰ (BMZvs) von 0,19 Betten pro 1.000 EW liegt die Versorgungsdichte durch AG/R-Betten unter der im ÖSG 2023 definierten unteren Grenze der BMZvs von 0,24 pro 1.000 EW (BGA 2023).

⁴⁹ Für nähere Informationen siehe: <https://www.ktn.gv.at/DE/repos/files/ktn.gv.at/Abteilungen/Abt5/Da-teien/UA%5fPflegewesen/Geriatrischer%20Konsiliar-dienst/Geko%5fInfo.pdf?exp=832316&fps=1e0ac4893480ce46d0ddba91ab1cdfcb1f17b5d2> [Zugriff am 01.08.2025]

⁵⁰ Bettenbedarf für Aufenthalte mit zumindest einem Belagstag; die Intervalle BMZvs(min) und BMZvs(max) zeigen das Planungsintervall (BGA 2023)

2023 wurden in sechs Bundesländern (Burgenland, Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Wien) **geriatrische Tageskliniken bzw. ambulante Betreuungsplätze** angeboten. Das Angebot ambulanter Betreuungsplätze steigt nach einem Einbruch im Pandemiejahr 2020 kontinuierlich an und liegt im Jahr 2024 bei 134 Betreuungsplätzen (laut KA-Statistik) in ganz Österreich.

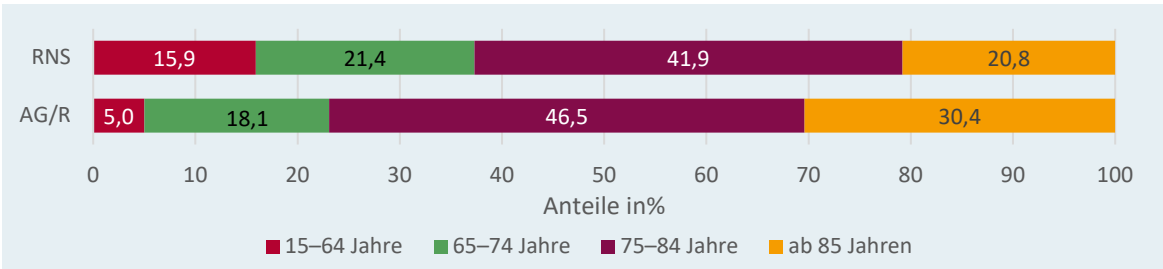
Weiters gibt es Angebote der **mobilen/ambulanten geriatrischen Remobilisation**, deren Aufgabe es ist, die Patientinnen und Patienten im häuslichen Umfeld zu remobilisieren. Die therapeutischen Leistungen unterscheiden sich grundsätzlich nicht von jenen im Zuge eines vollstationären AG/R-Aufenthalts. Das Therapieangebot umfasst Therapieeinheiten an mindestens drei Tagen/Woche über einen Zeitraum von durchschnittlich acht Wochen und wird in Akutkrankenanstalten in Kärnten, Oberösterreich oder der Steiermark angeboten (Pochobradsky/Neruda 2023).

Im Jahr 2024 gab es stationäre **RNS-Einheiten** in 16 österreichischen Akutkrankenanstalten, verteilt auf sechs Bundesländer; keine RNS-Einheiten gibt es im Burgenland, in Kärnten und Tirol. Ähnlich wie bei AG/R kam es in den Pandemiejahren zu einer Reduktion der Betten, doch wurden laut KA-Statistik seit 2022 wieder knapp 120 zusätzliche Betten zur Verfügung gestellt, sodass 2024 1,7 Betten pro 10.000 EW ab 65 Jahren zur Verfügung standen.

Inanspruchnahme

2024 waren laut DLD etwa 24.000 Patientinnen und Patienten auf einer AG/R und 4.380 auf einer RNS stationär aufgenommen. Ca. 95 Prozent der Patientinnen und Patienten auf einer AG/R und 84 Prozent auf einer RNS waren über 64 Jahre alt, wobei in beiden Einheiten insbesondere die 75- bis 84-jährigen Personen vertreten sind (AG/R: 46,5 %; RNS: 41,9 %) (vgl. Abbildung 89).

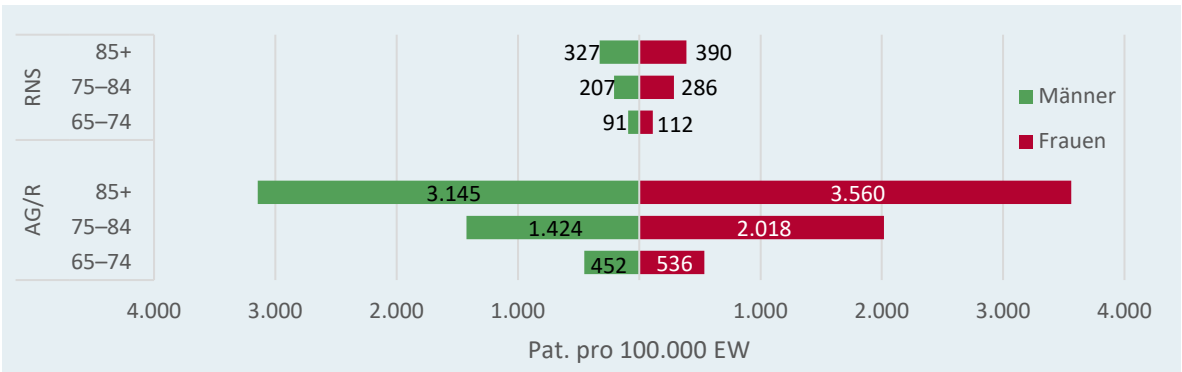
Abbildung 89: Altersverteilung der stationären Patientinnen und Patienten in einer AG/R und RNS einer österreichischen Akutkrankenanstalt, 2024



Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2024;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Sowohl in AG/R- als auch RNS-Einheiten wurden 2024 mit ca. 65 bis 66 Prozent aller Patientinnen und Patienten auf den Abteilungen mehr Frauen versorgt als Männer. Auch bei altersstandardisierter Betrachtung bleibt dieser Geschlechterunterschied bestehen, der mit steigendem Alter wächst (vgl. Abbildung 90).

Abbildung 90: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren in einer AG/R und RNS einer österreichischen Akutkrankenanstalt nach Geschlecht und Altersgruppen, 2024



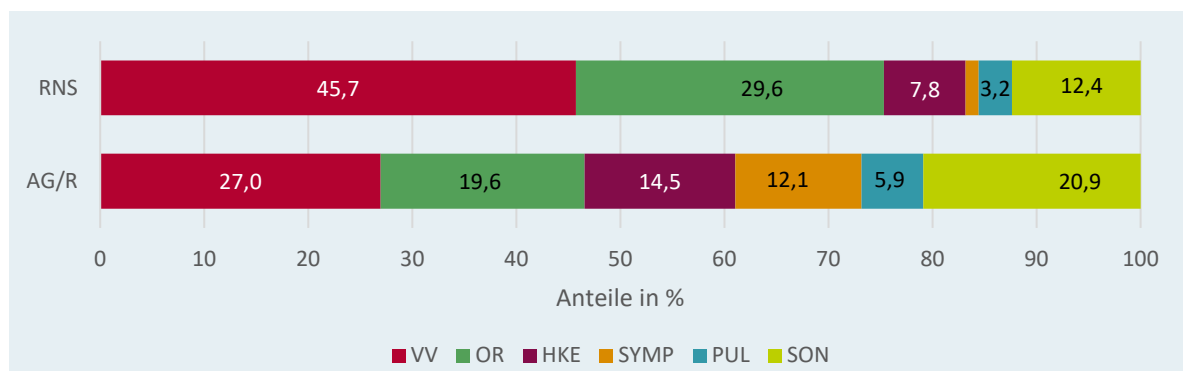
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2024;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die drei häufigsten Hauptdiagnosen, aufgrund welcher es unter den ab 65-Jährigen zu einer stationären Aufnahme in einer AG/R oder RNS kommt, sind:

- Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98) (VV)
- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99) (OR)
- Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99) (HKE) (vgl. Abbildung 91)

Abbildung 91: Stationäre Aufenthalte von ab 65-jährigen Patientinnen und Patienten in einer AG/R und RNS einer österreichischen Akutkrankenanstalt nach den fünf häufigsten Hauptdiagnosen, 2024



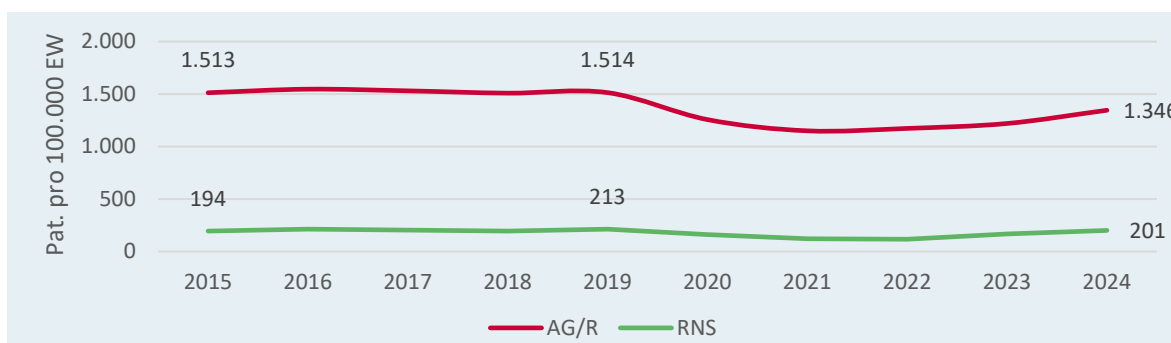
ICD-10-Codes: VV: S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen; OR: M00–M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes; HKE: I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; SYMP: R00–R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind; PUL: J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems; SON: Sonstige

Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Aufnahme auf eine AG/R sollte möglichst zeitnah nach dem auslösenden Ereignis erfolgen, idealerweise als Primäraufnahme direkt über eine Zuweisung durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt oder durch die Notärztin bzw. den Notarzt. Falls eine sofortige Aufnahme aufgrund spezieller diagnostischer oder therapeutischer Anforderungen oder struktureller Bedingungen nicht möglich ist, sollte die anschließende Übernahme (Sekundäraufnahme) dennoch möglichst frühzeitig erfolgen (Pochobradsky et al. 2017). Primäraufnahmen passieren aber nicht überall – laut dem Rechnungshofbericht zur AG/R-Versorgungssituation in Österreich passierten im Zeitraum Dezember 2021 bis Ende 2022 lediglich 27 Prozent der Aufnahmen primär (Rechnungshof Österreich 2024a).

Dem Akutgeriatrie-Bericht 2024 (Joanneum Research/ÖGGG 2024) zufolge waren 2024 die häufigsten zugrunde liegenden Funktionsstörungen in Akutgeriatrien herabgesetzte Belastbarkeit und Schmerz; Männer litten zudem deutlich häufiger unter Schluckstörungen. Im Durchschnitt wiesen Patientinnen und Patienten rund 7,6 Funktionsstörungen und etwa fünf Begleiterkrankungen auf, wobei Hypertonie, Arthrose und degenerative Wirbelsäulenerkrankungen besonders häufig waren. Therapeutisch kamen vor allem Physiotherapie, Ergotherapie und aktivierende Pflege zum Einsatz. Die stationären Aufenthalte der Personen ab 65 Jahren auf einer AG/R und RNS haben sich seit dem Pandemiejahr 2020 reduziert. Auf der stationären AG/R wurden seither weniger Patientinnen und Patienten aufgenommen (2019: ca. 1.500 Pat. ab 65 Jahren pro 100.000 EW, 2024: ca. 1.350) (vgl. Abbildung 92).

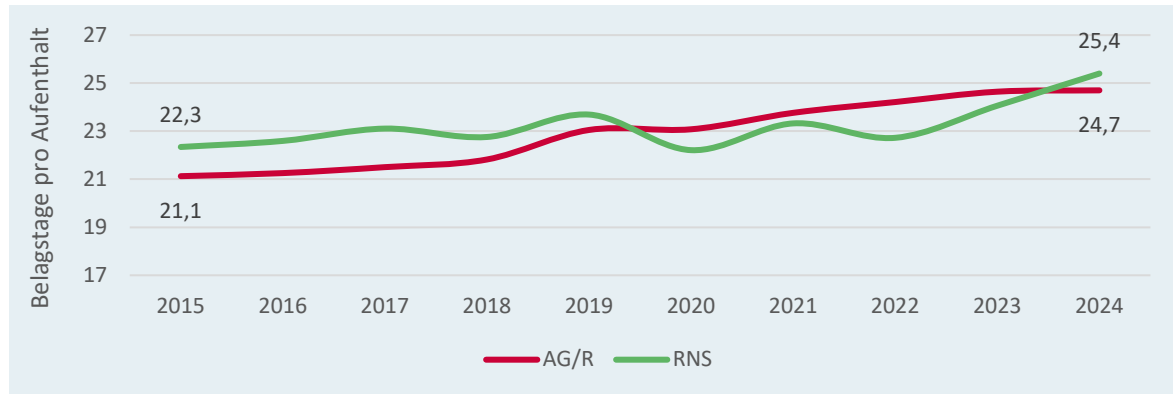
Abbildung 92: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren nach AG/R stationär und RNS in einer österreichischen Akutkrankenanstalt, 2015–2024



Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Seit 2015 ist die Wiederaufnahmerate auf RNS-Einheiten mit etwa 1,1 Aufenthalten pro Patient:in und Jahr konstant geblieben. Auf AG/R-Einheiten sank sie von 1,3 auf 1,1 Aufenthalte pro Patient:in im Jahr 2024. Während die Wiederaufnahmerate auf AG/R-Einheiten sinkt, stieg seit 2015 die Belagsdauer kontinuierlich: Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren wurden 2015 durchschnittlich 21 Tage, 2024 fast 25 Tage stationär aufgenommen. Auf RNS-Einheiten erhöhte sich die Belagsdauer von 22 Tagen im Jahr 2015 auf 25 Tage im Jahr 2024 (vgl. Abbildung 93).

Abbildung 93: Belagsdauer pro stationärem Aufenthalt von ab 65-jährigen Patientinnen und Patienten in einer AG/R und RNS einer österreichischen Akutkrankenanstalt, 2015–2024



Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Grundsätzlich ist im aktuellen ÖSG 2023 als ein Ziel festgelegt, u. a. die Versorgung in den Bereichen der Akutgeriatrie und/oder Remobilisation weiter auf- und auszubauen (BGA 2023). Die Daten sowohl zum Angebot als auch zur Inanspruchnahme insbesondere der AG/R deuten zwar auf einen Ausbau seit dem Pandemiejahr 2020 hin, das Vorpandemieniveau ist bisher aber (noch) nicht erreicht.

Reflexion zur Versorgung der älteren Bevölkerung aus Sicht von Expertinnen und Experten

Die Akutgeriatrie spielt laut Expertinnen und Experten in den Gruppendiskussionen eine zentrale Rolle in der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten. Expertinnen und Experten betonten in der Gruppendiskussion jedoch, dass der **Zugang** zu Akutgeriatrieplätzen vielerorts begrenzt ist und daher zwangsläufig nicht bedarfsorientiert erfolgt, sondern nach Verfügbarkeit.

Ein weiteres zentrales Thema ist die **Heterogenität** zwischen den **Bundesländern**. Während manche Regionen über einen gut ausgebauten Versorgungsstand an AG/R- und RNS-Einheiten verfügen, fehlen diese in anderen.

Die **Qualitätssicherung** in der Akutgeriatrie wird derzeit durch den jährlich publizierten Akutgeriatrie-Bericht gut abgebildet. Die klare Definition von Struktur- und Prozesskriterien, die im ÖSG abgebildet sind, wie auch Assessments, die dieselben Dimensionen erfassen, sind wesentlich, um die Versorgungsqualität langfristig zu sichern.

Darüber hinaus wird auf die Bedeutung **multiprofessioneller Teams** (u. a. DGKP, PFA, PA, MTDG, Psychologie und die Soziale Arbeit) hingewiesen, die idealerweise bereits in der Notaufnahme eingebunden werden sollten.

6.4 Rehabilitation

Der Rehabilitationsbereich ist – neben der Akut- und der Langzeitversorgung – ein wesentlicher Bestandteil einer integrierten Gesundheitsversorgung. Es werden vier Phasen der medizinischen Rehabilitation unterschieden:

- **Phase I – Frühmobilisation im Akutkrankenhaus:** findet unmittelbar nach einem akuten medizinischen Ereignis (z. B. Unfall, Operation) im Krankenhaus statt. Ziel ist die erste Mobilisierung und Stabilisierung der Patientinnen und Patienten.
- **Phase II – medizinische Rehabilitation im sozialversicherungsrechtlichen Sinn:** beginnt entweder direkt nach Phase I (=Anschlussheilverfahren oder Rehabilitation nach Unfall) oder nach einer akuten Behandlung im extramuralen Bereich (= Rehabilitationsheilverfahren). Sie kann stationär (mit Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung; ist dann immer Phase-II-Rehabilitation) oder ambulant (ohne Übernachtung; ambulant kann sowohl Phase II als auch Phase III der Rehabilitation sein) erfolgen.
- **Phase III – weiterführende ambulante Rehabilitation:** schließt an Phase II an und erfolgt in Form einer ambulanten Rehabilitation. Ziel ist die Stabilisierung des Rehabilitationserfolgs und die Wiedereingliederung in Alltag und Beruf.
- **Phase IV – langfristige wohnortnahe ambulante Nachsorge:** kann ohne ärztliche Aufsicht erfolgen und umfasst Maßnahmen zur langfristigen Sicherung des Rehabilitationserfolgs, z. B. durch regelmäßige Therapien oder betreute Trainingsprogramme in der Nähe des Wohnorts. Es handelt sich dabei nicht um eine Rehabilitation im sozialversicherungsrechtlichen Sinn. In dieser Phase ist die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten gefordert (österreichischer Rehabilitationskompass o. J.; Reiter et al. 2025).

Die **stationäre medizinische Rehabilitation** gemäß dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz umfasst unter anderem die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen, und wird künftig ausschließlich in bettenführenden (Sonder-)Krankenanstalten für Rehabilitation („stationäre Rehabilitationszentren“) durchgeführt (BGA 2023). Die **ambulante medizinische Rehabilitation** wird derzeit in Krankenanstalten gemäß dem Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) durchgeführt, in der Regel in

selbstständigen Ambulatorien. Zukünftig wird die ambulante medizinische Rehabilitation der Phase II ausschließlich in selbstständigen Ambulatorien erfolgen. Seit 2019 fallen in den Aufgabenbereich der ambulanten medizinischen Rehabilitation auch Maßnahmen der Teilerhabilitation (BGA 2023). So unterstützen in Österreich etwa TeleReha-Programme wie **EvoCar**, die **RehaAPP der PVA** und **HerzMobil Tirol** Patientinnen und Patienten nach der stationären Rehabilitation und ermöglichen Übungen und Gesundheitskontrolle zu Hause per App oder Tablet, mit Betreuung durch medizinisches Fachpersonal (Laschkolnig 2021). Die ambulante Rehabilitation gewinnt zunehmend an Bedeutung: Im ÖSG 2023 wird das Ziel formuliert, die stationäre Rehabilitation teilweise durch ambulante Angebote zu ersetzen – die Sollwerte für stationäre Rehabilitationsverfahren sinken von 2.131,9 (IST 2018) auf 2.109,3 pro 100.000 Erwachsene bis 2025 (SOLL), während die ambulante Phase-II-Rehabilitation von 144,8 (IST 2018) auf 413 Verfahren (SOLL 2025) deutlich ausgebaut werden soll (BGA 2023).

Das zentrale Steuerungsinstrument des Rehabilitationssystems ist der Rehabilitationsplan. Die aktuelle Fassung wurde 2025 publiziert mit dem Planungshorizont 2030⁵¹ (Reiter et al. 2025). Daten zur ambulanten Rehabilitation sind nicht in derselben flächendeckenden Form verfügbar wie für die stationäre Rehabilitation. Daher wird im Folgenden ausschließlich auf die stationäre Rehabilitation Bezug genommen.

Angebot

2024 gab es in ganz Österreich rund 80 Rehabilitationszentren, was einem Zuwachs von rund 10 Einrichtungen seit dem letzten zielgruppenspezifischen Gesundheitsbericht von vor rund 15 Jahren entspricht (Winkler et al. 2012). Zudem ist die Anzahl der tatsächlichen Betten laut KA-Statistik von etwa 104 Betten pro 100.000 EW im Jahr 2010 auf 132 Betten im Jahr 2024 angestiegen. Stand Mai 2025 entfallen von den rund 11.400 vertraglichen Betten im stationären Rehabilitationsbereich für Erwachsene in Österreich knapp 80 Prozent der Betten auf die Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG)⁵² „Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie“ (rund 35 %), „Zentrales und peripheres Nervensystem“ (rund 16 %), „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ und „Psychiatrische Rehabilitation“ (je rund 14 %).

⁵¹ Siehe Rehabilitationsplan 2025: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?content-id=10008.799150&version=1761222448> [Zugriff am 17.11.2025]

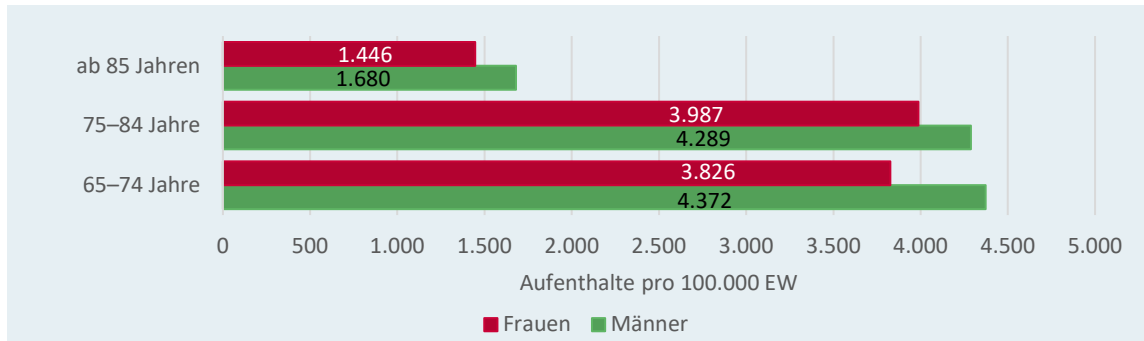
⁵² Die Rehabilitations-Indikationsgruppe beschreibt die Krankheitsgruppe, aufgrund deren sich die Patientin / der Patient in Rehabilitation befindet. Eine genaue Beschreibung der Rehabilitations-Indikationsgruppen findet sich im Rehabilitationsplan 2025 (Reiter et al. 2025).

Da geriatrische Patientinnen und Patienten oftmals mehrere Krankheitsbilder oder etwa Frailty vorweisen und so nicht nur einer RIG zugeteilt werden können, ist zum einen eine indikationsübergreifende rehabilitative Versorgung von multimorbiden Patientinnen und Patienten möglich. Zum anderen erfordert die rehabilitative Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten häufig einen multiprofessionellen und individuell auf die Patientin bzw. den Patienten abgestimmten Behandlungsansatz mit dem vorrangigen Ziel der physischen und sozialen Reaktivierung. Dabei wird berücksichtigt, dass bei geriatrischen Patientinnen und Patienten die Rehabilitationsfähigkeit eingeschränkt und demzufolge die Belastbarkeit unter den (grundsätzlich vorgesehenen) Nettotherapiezeiten pro Patient:in pro vollem Therapietag liegt.

Inanspruchnahme

Im Jahr 2024 kam es in Österreich zu insgesamt rund 164.400 stationären Rehabilitationsaufenthalten, etwa gleich verteilt auf Männer und Frauen. Rund 41 Prozent davon sind auf Personen über 64 Jahre zurückzuführen. Lediglich 2 Prozent waren über 84 Jahre alt. Unter den 65- bis 74-Jährigen waren es etwa 38.000 Rehabilitationsaufenthalte, was ca. 4.100 Aufenthalten pro 100.000 EW der Altersgruppe und einem Anstieg von rund 600 Aufenthalten seit dem letzten zielgruppenspezifischen Gesundheitsbericht 2010 entspricht (Winkler et al. 2012). Bei den 75- bis 84-Jährigen kam es 2024 zu knapp 26.400 Aufenthalten, was altersstandardisiert einer höheren Inanspruchnahme in dieser Zielgruppe entspricht, mit knapp 4.140 Aufenthalten pro 100.000 EW (+900 seit 2010). Im höheren Alter kommt es nur mehr selten zu einer stationären Rehabilitation: Bei den ab 85-Jährigen gab es lediglich ca. 3.600 Aufenthalte, was etwa 1.560 Aufenthalten pro 100.000 EW entspricht und etwas über der Zahl von 2010 liegt. Altersstandardisiert betrachtet wurden – anders als bei der Akutgeriatrie (siehe Kapitel 6.3) – über alle Altersgruppen hinweg mehr Männer als Frauen stationär in einem österreichischen Rehabilitationszentrum aufgenommen (vgl. Abbildung 94).

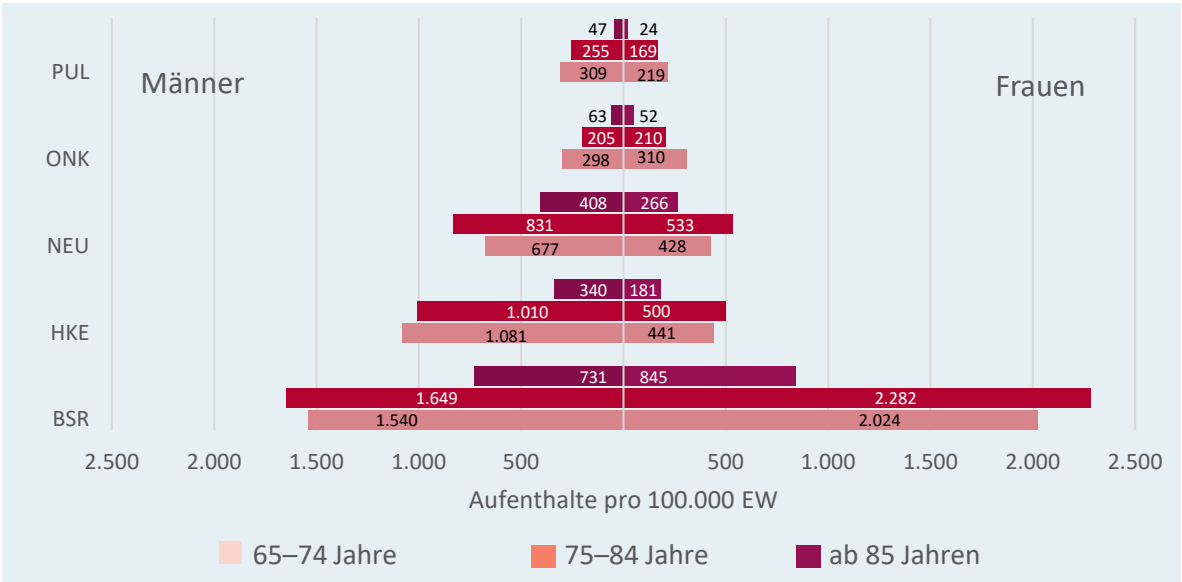
Abbildung 94: Anzahl der stationären Aufenthalte von Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren in österreichischen Rehabilitationszentren nach Geschlecht und Altersgruppen, 2024



Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Jahr 2024 waren die drei häufigsten zugrunde liegenden RIG bei den ab 65-Jährigen überwiegend Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats sowie Rheumatologie (1.700 Aufenthalte pro 100.000 EW ab 65 Jahren), gefolgt von HKE (1.700 Aufenthalte pro 100.000 EW ab 65 Jahren) und Erkrankungen des zentralen Nervensystems (570 Aufenthalte pro 100.000 EW ab 65 Jahren) – bei diesen beiden RIG waren mehr Männer als Frauen vertreten. Seit 2012 wird die onkologische Rehabilitation als eigene Indikationsgruppe geführt und nicht mehr organbezogen in andere Gruppen inkludiert. Mit 240 Aufenthalten pro 100.000 EW ab 65 Jahren ist sie die vierthäufigste RIG (vgl. Abbildung 95).

Abbildung 95: Häufigste zugrunde liegende Rehabilitations-Indikationsgruppen (2020) bei Aufhalten von Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren in stationären Rehabilitationseinrichtungen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2024

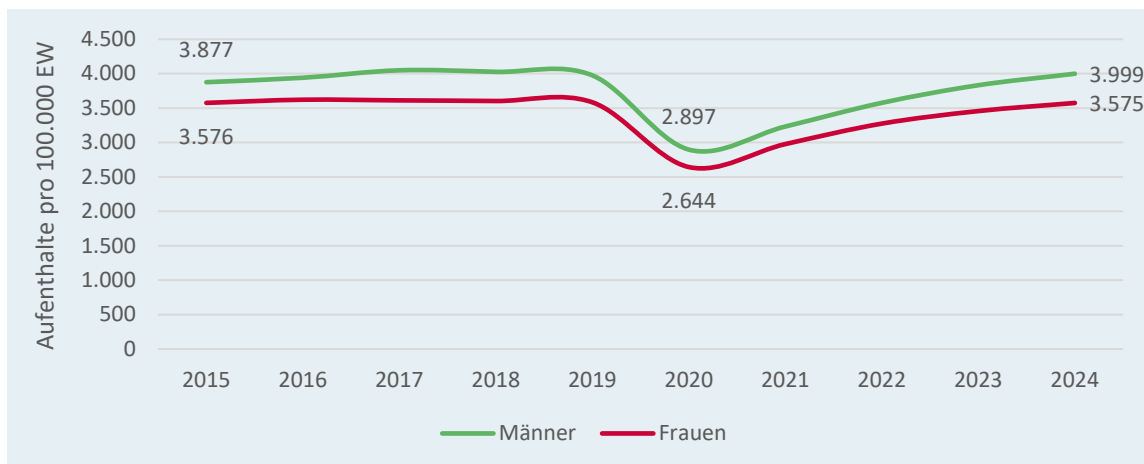


altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013
 Rehabilitationsindikationsgruppen: BSR: Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie; HKE: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, NEU: zentrales und peripheres Nervensystem, ONK: onkologische Rehabilitation, PUL: Atmungsorgane

Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Seit 2015 blieben die Zahlen der stationären Rehabilitationsaufenthalte bei den ab 65-Jährigen bis zum Pandemiejahr 2020 relativ stabil. Nach 2020 stieg die Zahl der Aufenthalte kontinuierlich, 2024 lag sie wieder auf dem vorpandemischen Niveau (vgl. Abbildung 96).

Abbildung 96: Stationäre Aufenthalte der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren in österreichischen Rehabilitationszentren nach Geschlecht, 2015–2024



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2015–2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Reflexion zur Versorgung der älteren Bevölkerung aus Sicht von Expertinnen und Experten

Die geriatrische Rehabilitation in Österreich steht laut Expertinnen und Experten in den Gruppendiskussionen vor Herausforderungen, die sowohl strukturelle als auch inhaltliche Aspekte betreffen. **Ambulante Rehabilitationsformen** für Ältere sind oftmals schwer zugänglich, was zu Chancenungleichheit führt; **stationäre wie auch ambulante Einrichtungen** sind indikationsspezifisch organisiert – etwa für onkologische oder kardiologische Patientinnen und Patienten – und berücksichtigen die komplexen Bedürfnisse geriatrischer Patientinnen und Patienten zu wenig. Es braucht grundsätzlich einheitliche Assessments sowie eine indikationsübergreifende Therapieplanung, die sich am funktionellen Status orientiert.

Hinzu kommt, dass **negative Altersbilder** die Reha-Bereitschaft älterer Menschen hemmen – viele sehen keinen Nutzen mehr in einer Maßnahme. Ein zentrales Anliegen ist die bessere Verzahnung der verschiedenen Rehabilitationsphasen.

Während die Akutgeriatrie als Phase I gut etabliert ist, besteht es bei der **systematischen Weiterführung in den Phasen II und III** Entwicklungsbedarf.

Darüber hinaus wird betont, dass **klare Struktur- und Prozesskriterien** notwendig wären, um Qualität und Wirksamkeit langfristig zu sichern. Der Ausbau geriatrischer Rehabilitationsangebote sollte daher mit verbindlichen Standards – etwa angelehnt an die Prozessqualitätsstandards der AG/R –, einheitlichen Assessments und stets mit einer indikationsübergreifenden Therapieplanung einhergehen.

Die Expertinnen und Experten empfehlen, in der rehabilitativen Versorgung multimorbider geriatrischer Patientinnen und Patienten einen multiprofessionellen und individuell auf die Patientinnen und Patienten abgestimmten Behandlungsansatz zu verfolgen. Auch die Förderung **positiver Altersbilder, kultursensibler Angebote und gezielter Forschung zur Optimierung der geriatrischen Rehabilitation** wird als zentral erachtet.

6.5 Langzeitpflege

Pflege und Betreuung für Ältere findet formell wie auch informell durch Angehörige statt. Nachfolgend werden beide Formen der Betreuung näher dargestellt. Die zugrunde liegende Datenquelle ist die Pflegedienstleistungsstatistik, wobei Daten von 2018 bis 2023 vorliegen.

6.5.1 Formelle Betreuung und Pflege

Im Bereich der Pflege und Betreuung gibt es in Österreich eine gemischte Zuständigkeit zwischen Bund und Ländern. Der Bund ist für Regelungen von Geldleistungen wie dem Pflegegeld zuständig, während die Länder für Sachleistungen verantwortlich sind. Die Länder beteiligen sich zu 40 Prozent an den Kosten für die Förderung zur 24-Stunden-Betreuung (auch Personenbetreuung genannt), die sich an betreuungsbedürftige Personen richtet. Die Bundesländer und Gemeinden sind für die bedarfsgerechte Versorgung zuständig. Wichtige Pflege- und Betreuungsdienste umfassen mobile Dienste (Hauskrankenpflege, Heimhilfen, Alltagsbegleitungen), stationäre Dienste (Alten- und Pflegeheime, betreute Wohnformen), alternative Wohnformen, Alltags- und Entlastungsdienste, Community Nursing, Kurzzeitpflege oder Tagesbetreuungseinrichtungen. Diese Angebote werden in unterschiedlichen Statistiken wie etwa der Pflegedienstleistungsstatistik erfasst. Weitere Entlastungsangebote wie Essen auf Rädern und Besuchsdienste sind nicht österreichweit erfasst. Zusätzlich gibt es die Möglichkeit einer 24-Stunden-Betreuung durch Personenbetreuer:innen (Griebler et al. 2023b). Österreich verfolgt in der Betreuung und Pflege den Grundsatz „ambulant vor stationär“ (Sackl et al. 2023), weshalb ein Ziel ist, das Versorgungsangebot insbesondere dahingehend auszubauen.

Angebot

Ein Indikator zur bedarfsgerechten Versorgung (stationär und ambulant) von Menschen mit Pflegebedarf und für einen regionalen Vergleich ist der mit dem Pflegefonds eingeführte sogenannte **Richtversorgungsgrad**. Dieser zeigt den Anteil der betreuten Personen an den Menschen mit Pflegebedarf im Bundesland, gemessen an der Anzahl der Pflegegeldbezieher:innen (jedoch ohne Unterscheidung nach Leistungsarten). Der Richtversorgungsgrad wurde seit 2011 schrittweise erhöht und lag für den Zeitraum 2017 bis 2023 bei mindestens 60 Prozent – eine Vorgabe, die laut Pflegevorsorgebericht 2023⁵³ alle Bundesländer, wenn auch mit regionalen Unterschieden, erfüllt haben (63,3 % in Kärnten bis 83,7 % in Vorarlberg). Zwischen 2012 und 2023 kam es in beinahe allen Bundesländern zu einer Zunahme des Versorgungsgrades, lediglich Wien verzeichnet eine Reduktion von 1,5 Prozentpunkten (2012: 65,1 %, 2023: 63,6 %)(BMASGPK 2024).

Für die Darstellung der Pflege- und Betreuungsstrukturen sei an dieser Stelle auf den Österreichischen Pflegevorsorgebericht (BMASGPK 2024) verwiesen, welcher auf Österreich und Bundesländerbasis u. a. folgende, für die Zielgruppe besonders relevante, Angebotsstrukturen der Lang- und Kurzzeitbetreuung und -pflege darstellt. Unterschieden wird in **Pflege – und Betreuungseinrichtungsangebote und extramurale Versorgungsangebote**:

Pflege – und Betreuungseinrichtungen

- **teilstationäre Tagesbetreuung:** Betreuung und Verpflegung während des Tages, z. B. Tageszentren
- **stationäre Betreuungs- und Pflegedienste:** Einrichtungen mit Rund-um-die-Uhr-Betreuung und -Pflege, z. B. Alten- und Pflegeheime
- **Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen:** zeitlich befristete Unterbringung mit Verpflegung, Betreuung und Pflege
- **alternative Wohnformen:** Wohnformen für Personen, die nicht allein wohnen können oder wollen, aber keine ständige Betreuung benötigen, z. B. niederschwellig betreutes Wohnen

Im betrachteten Zeitverlauf Ende 2018 bis Ende 2023 hat sich zwar die absolute Anzahl der Wohn- und Pflegeplätze um 3,5 Prozent auf 85.481 Plätze erhöht (2018: 82.608 Plätze); pro

⁵³ Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung lagen Daten bis 2023 vor.

1.000 EW ab 65 Jahren betrachtet hat sich die Zahl aber von 49,5 auf 47,0 Plätze pro 1.000 EW ab 65 Jahren reduziert. Die teilstationäre Tagesbetreuung hat seit 2018 mit +18,6 Prozent die größte Zunahme an Plätzen zu verzeichnen, 2023 standen in ganz Österreich 3.261 Plätze zur Verfügung (2018: 2.749). Plätze der Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen haben sich wiederum um 27 Prozent reduziert: Standen 2018 1.176 Plätze zur Verfügung, waren es 2023 858 Plätze. Lediglich in Wien und Tirol kam es in diesem Bereich zu einer Zunahme von Plätzen. Es zeigen sich grundsätzlich regionale Unterschiede bei der Anzahl der Plätze in den jeweiligen Bundesländern. Die größte Dichte wies Ende 2023 die Steiermark mit 68 Plätzen pro 1.000 EW ab 65 Jahren auf, die niedrigste Niederösterreich mit 28 Plätzen pro 1.000 EW.

Extramurale Versorgung

- **mobile Betreuungs- und Pflegedienste:** häusliche Betreuung und Pflege sowie Unterstützung bei der Haushaltsführung, z. B. Hauskrankenpflege, Heimhilfe
- **mehrstündige Alltagsbegleitung/Entlastungsdienste:** Angebote zur mehrstündigen Betreuung im häuslichen Umfeld
- **Case- und Caremanagement:** Angebote zur Bedarfsfeststellung, Organisation der notwendigen Betreuungs- und Pflegedienste und Nahtstellenmanagement, z. B. Planungs-, Beratungs- und Organisations-Vermittlungsleistungen in der Senioren- und Pflegearbeit

Zwischen 2018 und 2023 ist die durchschnittliche Zahl der verrechneten Leistungsstunden in der extramuralen Pflege pro Person ab 65 Jahren von 9,1 auf 8,1 Stunden (Jahressumme) gesunken. Dabei zeigen sich große Unterschiede zwischen den Bundesländern: 2023 lag Oberösterreich mit 5,4 Stunden am unteren Ende, Wien mit 15,7 Stunden an der Spitze. Bei Betrachtung nach den jeweiligen Angeboten zeigt sich etwa ein Rückgang der verrechneten Leistungsstunden der mobilen Betreuungs- und Pflegedienste um 4,1 Prozent seit 2018. Im Gegensatz dazu stiegen die Stunden für Alltagsbegleitung und Entlastungsdienste seit Einführung der Zweckzuschussmittel im Jahr 2018 stark an – um 317 % (von 84.387 auf 352.104 Stunden), insbesondere in Wien, Niederösterreich und der Steiermark.

Weitere Angebote der extramuralen Pflege und Betreuung, die noch nicht in der Pflegedienstleistungsstatistik erfasst werden, sind:

- **Community Nursing:** ein Pilotprojekt, das 2022 bis 2024 bundesweit durchgeführt wurde. Mit Community Nursing (CN) soll eine aufsuchende, niederschwellige, bedarfsorientierte Pflege und Unterstützung auf Gemeindeebene, insbesondere für ältere

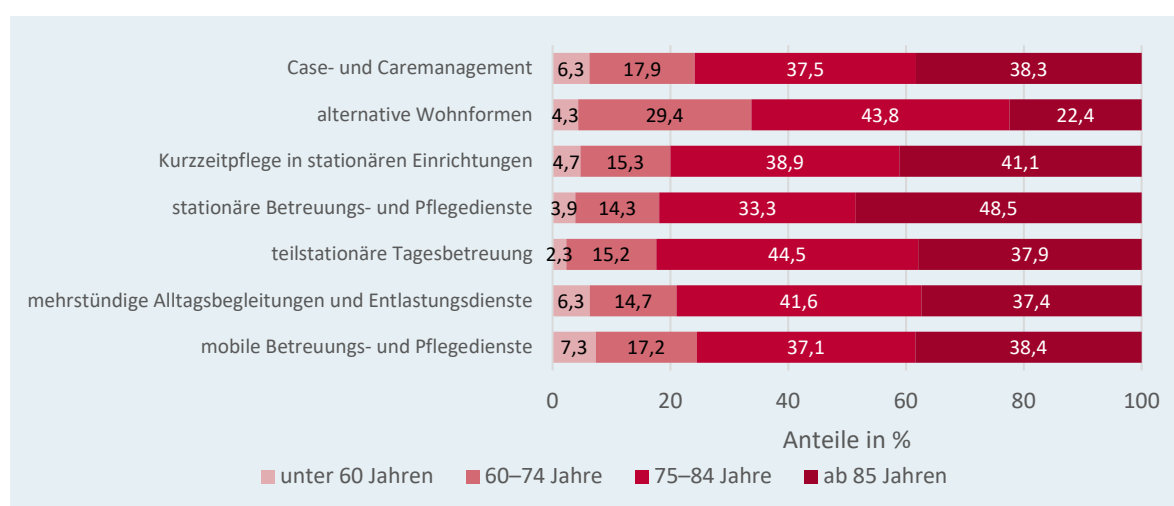
Menschen, sichergestellt werden. Zum Jahresende 2023 waren 116 Projekte aktiv und über 250 Pflegepersonen waren als Community Nurses tätig (Eberle et al. 2025). Seit 1. Jänner 2025 wird CN mit unterschiedlichen Umsetzungsstrategien in den Bundesländern weitergeführt⁵⁴ (siehe auch Kapitel 7.2.1).

- **24-Stunden-Betreuung:** gilt als ein bedeutsames „Instrumentarium für die Pflege daheim“, für welches seit der Legalisierung 2007 ein Förderungsmodell durch das BMSGPK entwickelt wurde (BMSGPK 2023a). Die Anzahl der Betreuer:innen lag 2021 bei rund 62.000 Personen (Aulenbacher et al. 2021).

Inanspruchnahme

Die im Bericht dargestellten Pflege- und Betreuungsangebote werden nahezu ausschließlich von älteren Menschen genutzt – im Durchschnitt zu 95 Prozent von Personen ab 60 Jahren. Besonders stark ist die Inanspruchnahme bei stationären und teilstationären Diensten sowie der Kurzzeitpflege in Einrichtungen: Rund 80 Prozent der Nutzer:innen waren im Jahr 2023 mindestens 75 Jahre alt (vgl. Abbildung 97).

Abbildung 97: Betreute/gepflegte Personen nach Versorgungsangeboten und nach Altersgruppen in Österreich, Ende 2023



Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik; Berechnung und Darstellung: GÖG

⁵⁴ Siehe: https://cn-oesterreich.at/system/files/inline-files/Factsheet_Weiterf%C3%BChrungCN2025_v2.pdf [Zugriff am 11.03.2025]

Insbesondere Frauen werden mit solchen Angeboten betreut, 2023 waren über alle Angebote hinweg durchschnittlich über 67 Prozent der Personen weiblich.

Zeitliche Entwicklungen der Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungseinrichtungen

In Hinblick auf die Anzahl der betreuten Personen kam es österreichweit zwischen 2018 und 2023 zu folgenden relativen Veränderungen:

- **teilstationäre Tagesbetreuung:** Zunahme um 16 Prozent betreuter Personen (8.188 auf 9.533 Personen). Die Anzahl der Besuchstage pro betreuter Person hat sich um ca. 8 Prozent reduziert (52,9 Tage pro Person auf 48,9 Tage).
- **stationäre Betreuungs- und Pflegedienste:** Zunahme um 0,4 Prozent betreuter Personen (95.100 auf 95.462 Personen). Die Anzahl der Bewohntage pro betreuter/gepflegter Person hat sich um ca. 1,3 Prozent reduziert (264,4 Tage pro Person auf 260,9 Tage)
- **Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen:** Reduktion um 16 Prozent betreuter Personen (9.871 auf 8.315 Personen). Die Anzahl der Bewohntage pro betreuter/gepflegter Person hat sich um ca. 5 Prozent erhöht (33,1 Tage pro Person auf 34,9 Tage).
- **alternative Wohnformen:** Reduktion um 16 Prozent betreuter Personen (3.485 auf 2.925 Personen), wobei der Rückgang darauf zurückzuführen ist, dass in Wien sozial betreutes Wohnen seit 2023 nicht mehr unter den „alternativen Wohnformen“ erfasst wird. Zu den alternativen Wohnformen stehen keine Daten zu den Bewohntagen zur Verfügung.

Zeitliche Entwicklungen der Inanspruchnahme von extramuraler Versorgung

Zwischen 2018 und 2023 kam es im Bereich der extramuralen Versorgung zu einer Zunahme der betreuten/gepflegten Personen, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß, naturgemäß in Abhängigkeit der Veränderung des Angebots. Kam es bei den mobilen Betreuungsdiensten lediglich zu einem Plus von 1,2 Prozent (2018: 153.486, 2023: 155.338 Personen), waren es im Case- und Caremanagement ein Plus von 32,8 Prozent (2018: 103.774, 2023: 137.806 Personen). Mehrstündige Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste haben seit 2018 sogar ein Plus von 207,9 Prozent Personen zu verzeichnen, beginnend von einem relativ niedrigen Niveau 2018 von 1.326 Personen hin zu 4.083 Personen im Jahr 2023.

- **Community Nursing:** Mit Stand November 2024 fanden zwischen 1. Jänner 2022 und 30. September 2024 rund 487.000 Kontakte mit Klientinnen und Klienten statt, sowohl niedergelassen als auch aufsuchend, etwa durch Hausbesuche (Pichler et al. 2024).
- **24-Stunden-Betreuung:** Einen Einblick in die Inanspruchnahme von 24-Stunden-Betreuung liefert die Anzahl der Bezieher:innen einer Förderung der 24-Stunden-Betreuung

vom Sozialministerium, diese werden im Österreichischen Pflegevorsorgebericht dargestellt. Die Anzahl der Bezieher:innen der Förderung nimmt grundsätzlich stetig ab. Von 2019 auf 2023 reduzierte sich die Zahl von 23.837 um 11 Prozent auf 22.013 Bezieher:innen (BMASGPK 2024). Regional zeigen sich Unterschiede: Fallen auf 1.000 EW ab 65 Jahren im Burgenland durchschnittlich 23 Bezieher:innen pro Monat, so sind es etwa in Wien fünf Bezieher:innen.

Reflexion zur formellen Betreuung und Pflege aus Sicht älterer Menschen

In den Fokusgruppen mit älteren Menschen wird Pflege und Betreuung als wesentliches Thema angesehen. Es werden Bedenken darüber geäußert, ob sie die Hilfe erhalten werden, die für sie notwendig ist:

„[...] Ich habe da schon Bedenken. [...] Aber es ist jetzt schon schwierig, dass man etwa einen Pflegeplatz bekommt, da braucht man ja jetzt schon mindestens die Pflegestufe 3 und auch dann hast du mindestens 6 Monate Wartezeit. Also auch wenn du es akut brauchst, geht da nichts. [...] Warum haben wir jetzt gerade ein gewisses Manko, also ich bin jetzt kein Politiker, aber ich erlebe das ja alles mit. Weil vor Jahren das Thema nicht ernst genommen wurde. Aber jetzt wird das Pflege auch politisch immer bedeutender, deshalb glaube ich, dass sie in naher Zukunft viel mehr machen werden.“ (Wosko et al. 2024)

Es herrscht aber auch Optimismus mit Blick auf die künftige Betreuungsfragen:

„Ich bin optimistisch, weil ich denke, dass gerade viele neue Dinge entstehen.“

„Ich hoffe, dass es dann, wenn ich es brauche, auch professionelle Hilfe gibt, die ich anfordern kann. [...] Bei dem Thema bin ich mir sicher, dass es dann die Unterstützung gibt, wenn ich sie brauche.“ (Wosko et al. 2024)

Als ein wesentlicher Punkt für die Betreuung wird eine vertrauensvolle Beziehung mit der betreuenden Person genannt, die nur durch Kontinuität sichergestellt werden kann:

„Aber was mir z. B. wichtig wäre, ist, dass nicht jedes Mal eine andere Person kommt. Dass es grundsätzlich so wäre, dass eine Betreuungsperson, auch wenn es schwer zu organisieren ist, für einen Menschen da ist. Weil es sonst mit Vulnerabilität und Vertrauen schwierig wird, und dann sind auch Beziehungen im Alltag möglich.“ (Wosko et al. 2024)

Während ein Alten- und Pflegeheim für viele ältere Menschen keine bevorzugte Option darstellt, wird die 24-Stunden-Betreuung häufig als bevorzugte Alternative genannt, da sie ein Altern zu Hause ermöglicht, jedoch ist diese von den finanziellen Gegebenheiten abhängig:

„Ich finde, mit den Pflegeheimen muss etwas geschehen, die müssen weiterentwickelt werden, weil niemand will hin und wenn man dann hin muss, bekommt man Depressionen.“

„Ich hätte lieber eine 24-Stundenpflege [sic!] bei mir daheim, als ins Pflegeheim zu gehen.[...] Der Vorteil ist, da bist du in der eigenen Umgebung, da fühlst du dich wohler als wie im Heim.“

„Die Menschen wollen natürlich zunächst zu Hause bleiben und scheitern tut es dann daran, dass man ein Pflegefall ist. Wenn man sich eine 24-Stunden-Hilfe leisten kann, kann man zu Hause bleiben. Es ist also eine Frage, ob man materiell gut ausgestattet ist.“ (Wosko et al. 2024)

Auch wurden Wünsche für künftige Betreuungsfragen gesammelt, die im Wesentlichen mehr Flexibilität, Individualität umfassen, aber auch einheitliche gerechte Regelungen in ganz Österreich:

„Ich würde mir wünschen, dass es da mehr Flexibilität [Anm.: bei der Betreuung] gibt und ich denke, dass unsere Strukturen dafür falsch aufgestellt sind. Wo es diese Möglichkeiten nicht gibt, wo ich sage, heute brauche ich jemanden, der mir die Fenster putzt, und morgen brauche ich jemanden, der mit mir ins Theater geht. Das heißt, es müsste hier eine individuelle Betreuung geben [...].“

„Ein Wunsch wäre, dass es in Österreich einheitliche Regeln gibt, was die Pflege betrifft. [...] Österreich ist ein so kleines Land und trotzdem gibt es in 9 Bundesländern verschiedene Regeln. Das ist furchtbar. Und der zweite Wunsch: Es gibt für Menschen mit Beeinträchtigung die persönliche Assistenz und für Alte gibt es das nicht.“ (Wosko et al. 2024)

6.5.2 Informelle Betreuung durch pflegende Angehörige

Die informelle Pflege und Betreuung durch pflegende Angehörige trägt in Österreich wesentlich dazu bei, das Pflegesystem aufrechtzuerhalten. Die Alterung der Bevölkerung und der Anstieg chronischer Krankheiten treiben die Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen an – eine Nachfrage, die die aktuellen Strukturen nicht decken können. Da das Pflegesystem also die Nachfrage nach Langzeitpflege allein nicht leisten kann, fällt die Verantwortung für die Betreuung und Pflege älterer Erwachsener auf Angehörige (Cartaxo et al. 2023). Etwa 80 Prozent der Personen mit Pflegebedarf werden zu Hause von Angehörigen betreut. Zu einem Großteil wird diese Aufgabe von Frauen übernommen (österreich.gv.at 2025). Eine Studie aus dem Jahr 2018 zu Angehörigenpflege stellte fest, dass in Österreich etwa 947.000 Personen in die Pflege und Betreuung von Angehörigen involviert waren. Davon betreuten 801.000 pflegende Angehörige ein Familienmitglied zu Hause, während 146.000 Menschen sich um Angehörige in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen kümmern. Pflegende Angehörige übernehmen einen Großteil der Betreuung älterer Menschen und sind dabei erheblichen Belastungen ausgesetzt – physisch, psychisch,

sozial, finanziell und zeitlich. Diese Belastungen werden in der Fachliteratur als „Caregiver Burden“ bezeichnet (Nagl-Cupal et al. 2018). Um sie zu verringern, stehen verschiedene Unterstützungsangebote zur Verfügung. Das BMSGPK bietet unter anderem Pflegegeld, Pflegekarenzgeld, psychologische Angehörigengespräche, den Angehörigenbonus, sozialversicherungsrechtliche Absicherung, Hausbesuche zur Qualitätssicherung durch diplomiertes Pflegepersonal sowie Schulungen an⁵⁵ (BMSGPK 2025a). Zunehmend gewinnen auch digitale Technologien an Bedeutung. Sie erleichtern den Zugang zu Informationen und den Austausch mit Fachkräften über internetbasierte Anwendungen. Sensortechnologien unterstützen durch die Überwachung von Bewegungsmustern und Vitalparametern und sorgen für mehr Sicherheit durch frühzeitige Benachrichtigungen. Soziale Roboter und Exergaming gelten außerdem als innovative Ansätze zur Aktivierung und Betreuung älterer Menschen (Dohr/Goldgruber 2024).

Reflexion zur informellen Betreuung und Pflege aus Sicht älterer Menschen

Es herrscht der Wunsch nach einer möglichst langen Autonomie und Hoffnung auf familiären Rückhalt. Nicht immer ist klar geklärt, wie die Betreuung später aussehen könnte:

„Ich wünsche mir, dass ich lange möglichst gesund bleibe und dass ich mich selber noch versorgen kann und alles machen kann, und wenn nicht mehr, dann weiß ich auch nicht. Ich habe einen Sohn und der wohnt bei mir und dann nehme ich an, dass es dann doch funktioniert [...] ich weiß es nicht.“ (Wosko et al. 2024)

Neben der Betreuung übernehmen Angehörige auch eine wichtige Rolle als Fürsprecher:innen der älteren Person, indem sie deren Interessen vertreten und unterstützen.

„Ich wünsche mir, dass ich nicht allein alt werde und dass meine Tochter da sein wird, um mich zu betreuen, wenn ich einmal alt bin. Weil ich glaube es ist wichtig, dass jemand für einen da ist und auch für einen spricht. Wenn man alleine ist, muss man jemanden finden, der sich für einen einsetzt, und das ist nicht immer selbstverständlich in unserer Gesellschaft.“ (Wosko et al. 2024)

Andere Personen wiederum wollen ihre Kinder künftig nicht in ihre Betreuung einbinden:

„Meine eigenen Kinder würde ich niemals belasten, dass die mich jetzt pflegen müssten. [...] die haben wirklich anders zu tun, ihre eigenen Kinder und so.“ (Wosko et al. 2024)

⁵⁵ Siehe: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=331> [Zugriff am 28.03.2025]

Reflexion zur Versorgung der älteren Bevölkerung aus Sicht von Expertinnen und Experten

Langzeitpflege wird laut Expertinnen und Experten in den Gruppendiskussionen in Österreich von der Allgemeinheit oftmals noch als „**Endstation**“ verstanden und auf Alten- und Pflegeheime oder 24-Stunden-Betreuung reduziert. International hingegen gilt Long-Term-Care als dynamischer Prozess mit rehabilitativem Potenzial und dem Ziel, Lebensqualität zu fördern und Funktionalität zu erhalten oder wiederherzustellen. Diese Sichtweise schafft Anreize für Rehabilitationsmaßnahmen und wirkt sich positiv auf die Haltung der betreuenden Fachkräfte aus. Langzeitpflege sollte daher als integriertes Versorgungssystem verstanden und geplant werden, das soziale und medizinische Aspekte sowie formelle und informelle Betreuung miteinander verbindet. Internationale Modelle – etwa das EU-Projekt INTERLINKS (<https://interlinks.euro.centre.org/>) – zeigen, wie eine moderne Identität von Long-Term-Care aussehen kann: als Netzwerk vielfältiger Unterstützungsangebote, das Menschen nicht nur versorgt, sondern auch befähigt, möglichst lange selbstbestimmt zu leben.

Laut Expertinnen und Experten muss ein Augenmerk auf die **ärztliche Versorgung innerhalb der Langzeitpflege** gelenkt werden, insbesondere in Pflegeeinrichtungen. Es werden aktuell Versorgungslücken gesehen, die zu verhinderbaren Notaufnahmen in Krankenhäusern führen können. Empfohlen werden daher etwa in **Pflegeeinrichtungen** „Pflegeheimärztinnen und -ärzte“ oder eine telemedizinische Mitbetreuung und regelmäßige Visiten. Grundsätzlich sollte **Interdisziplinarität** innerhalb stationärer Pflegeeinrichtungen unterstützt werden, was nicht nur die Versorgung verbessert, sondern auch die Arbeitszufriedenheit im Umgang mit komplexen Fällen steigert. So wird etwa der Bedarf einer strukturellen Einbindung von Ergo-, Logo und Physiotherapie in die Pflegeeinrichtung gesehen. Aktuell können diese oft nur privat organisiert, auf Abruf oder Initiative von Angehörigen aktiv werden.

Innerhalb von Pflegeeinrichtungen wird zudem noch weiterer Verbesserungsbedarf gesehen. So gibt es etwa **keine Zieldefinitionen und Benchmarks**, um Qualität definieren zu können – welches Ziel soll mit der Langzeitpflege erreicht werden? Ziele sollten gutes Älterwerden, eine gute Lebensqualität und soziale Teilhabe sein. Eine Möglichkeit, das zu fördern, wäre etwa, Pflegeeinrichtungen, die oftmals als abgegrenzte „andere“ Orte wahrgenommen werden (von Bewohnerinnen und Bewohnern, Mitarbeitenden, aber auch der umliegenden Bevölkerung), in die Kommune zu öffnen. Eine stärkere Öffnung der Alten- und Pflegeheime hin zur Kommune kann zum Beispiel durch offene Mittagstische oder Aktivitäten für externe Besucher:innen gefördert werden. „Da Alten- und Pflegeheime weiterhin

bestehen werden, sollte gezielt daran gearbeitet werden, sie stärker in das soziale Gefüge der Gemeinden einzubinden.“

Kritisch hervorgehoben wurde im Bereich der stationären Langzeitpflege außerdem das **Fehlen gerontopsychiatrischer Wohnbereiche** in Pflegewohnhäusern für verhaltensauffällige Patientinnen und Patienten oder Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen, die nicht unter die Gruppe der demenziellen Erkrankungen fallen. Diese Wohnbereiche sollten ausgebildetes psychiatrienerfahrenes Personal vorweisen, was aktuell nicht immer der Fall ist.

Reformbedarf wurde vonseiten der Expertinnen und Experten in der **24-Stunden-Betreuung** gesehen, insbesondere mit neuen Strategien über den heimischen Arbeitsmarkt – inklusive Berufsrecht, Entlohnung, Arbeitszeitmodellen. Erwähnt wurden die teils **mangelnde Versorgungsqualität** und mangelnde Ausbildung der Betreuenden im Vergleich zu den Aufgaben, die diese zu bewältigen haben. **Hausbesuche durch unabhängige Fachpersonen** wie DGKP erfolgen im Auftrag des BMASGPK und wurden seit 2023 weiter ausgeweitet – es erfolgt auch eine regelmäßige Auswertung dieser Hausbesuche. Derzeit tragen **Agenturen** zudem als freie Gewerbetreibende eine übermäßige Verantwortung – etwa beim Matching von Betreuungspersonen und Familien. Daher empfehlen die Expertinnen und Experten die Einrichtung einer neutralen, staatlich finanzierten Anlaufstelle für Betroffene, Angehörige und Betreuungspersonen (Anm.: für Betreuungspersonen gibt es mit CuraFair⁵⁶ eine österreichweite Servicestelle), die verlässliche Informationen bietet und rechtlich abgesichert ist.

Angemerkt wurde außerdem, dass die strukturelle Versorgung von Personen mit **Demenz** und deren Angehörigen – sowohl zu Hause als auch stationär – aktuell unzureichend ist. Es wird daher die **strukturelle Verankerung der Demenzversorgung** in allen Versorgungsbereichen empfohlen, orientiert an den Bedürfnissen der Betroffenen, etwa durch flexiblere mobile Angebote und spezialisierte Betreuungseinrichtungen. Expertinnen und Experten empfehlen einen **flächendeckenden Ausbau demenzsensibler Versorgungsangebote**, etwa in der Akutgeriatrie, Rehabilitation, Hospiz- und Palliativversorgung, in Tageszentren sowie durch Urlaubsbetten in Pflegeeinrichtungen. Um ein längeres Leben zu Hause mit Demenz zu ermöglichen, ist zudem frühzeitige, professionelle Unterstützung nach der Diagnose, etwa durch spezialisierte **Demenzteams** und Angebote für Angehörige relevant. Gleichzeitig ist es notwendig, die **Betreuungskompetenz** zu stärken – durch gezielte Zusatzausbildungen

⁵⁶ Siehe: <https://www.volkshilfe-ooe.at/dienstleistung/curafair/> [Zugriff am 29.09.2025]

und fachliche Begleitung von Betreuungspersonen im Umgang mit demenziellen Erkrankungen.

6.6 Hospiz und Palliativversorgung

Die Hospiz- und Palliativversorgung gewinnt aufgrund des demografischen Wandels zunehmend an Relevanz. Adäquate Hospiz- und Palliativversorgung wird idealerweise in einem System der abgestuften Versorgung geleistet. Dadurch kann dem Grundsatz, die richtigen Patientinnen und Patienten zur richtigen Zeit am richtigen Ort zu versorgen, entsprochen werden. Dieses System besteht aus einer palliativen Grundversorgung in den bestehenden Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens und darüber hinaus – bei komplexen Situationen und schwierigen Fragestellungen einer Versorgung – aus eigenen, spezialisierten Hospiz- und Palliativangeboten. Die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung stellt gemäß der Broschüre „Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung“⁵⁷ darüber hinaus in komplexen Situationen und bei schwierigen Fragestellungen zusätzliche Angebote zur Verfügung, die auf individuelle und unterschiedliche Bedarfs- und Bedürfnislagen abgestimmt sind (BMASGPK/GÖG 2025).

2022 wurde das Bundesgesetz über die Einrichtung eines Hospiz- und Palliativfonds (Hospiz- und Palliativfondsgesetz – HosPalFG) beschlossen. Mit diesem Bundesgesetz werden durch die Gewährung von Zweckzuschüssen an die Bundesländer der österreichweite bedarfsgerechte und flächendeckende Auf- und Ausbau sowie die Sicherung des laufenden Betriebs der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene sowie für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene unterstützt. Das Ziel dabei ist, Palliativpatientinnen und -patienten und deren An- und Zugehörigen Hospiz- und Palliativversorgung erreichbar, zugänglich und leistbar zur Verfügung zu stellen und mittels der spezialisierten Hospiz- und Palliativangebote die Grundversorgung zu ergänzen (BMASGPK/GÖG 2025). Mit dem HosPalFG wurde eine Finanzierungslücke geschlossen und der gesamte Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung in eine Regelfinanzierung überführt (OPG 2022). Gemäß § 6 HosPalFG wurden zudem Qualitätskriterien und -indikatoren für die Versorgungsangebote der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung erstellt (u. a. zu Zugangskriterien, Personalausstattung und -qualifikation, Infrastruktur und Leistungsangebot) (BMASGPK/GÖG 2025).

⁵⁷ Siehe: <https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/HOSPAL-Brosch%C3%BCre%202025.pdf> [Zugriff am 13.11.2025]

Angebot

Österreich verfügt über ein bundesweit abgestimmtes Versorgungskonzept zur spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung. Dieses Versorgungskonzept besteht aus insgesamt sechs spezialisierten Hospiz- und Palliativangeboten im Erwachsenenbereich (Hospizteam, mobiles Palliativteam, Palliativkonsiliardienst, Tageshospiz, stationäres Hospiz, Palliativstationen) (BMASGPK/GÖG 2025) (vgl. Abbildung 98).

Abbildung 98: Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung – Erwachsene

	Hospiz- und Palliativversorgung				
	Grundversorgung		spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		
	Einrichtung/Dienstleister:innen		begleitende/ unterstützende Angebote	betreu- ende Ange- bote	
Akut- bereich	Krankenhäuser		Hospiz- teams	Palliativ konsiliar- dienste	Palliativ- stationen
Langzeit- bereich	stationäre Pflege und Betreuung (Wohn- und Pflegeheime, Betreuungseinrichtungen)			Mobile Palliativ- teams	Statio- näre Hospize
Familien- bereich, Zuhause	niedergelassener Bereich (Fach-)Ärztinnen/-Ärzte, Primärversorgungs- einheiten, mobile Betreuungs- und Pflege- dienste, Therapeutinnen/Therapeuten etc.				Tages- hospize
	einfache Situationen (80 bis 90 Prozent der Sterbefälle)		komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen (10 bis 20 Prozent der Sterbefälle)		

Quelle: BMASGPK/GÖG (2025) nach HOSPIZ Österreich, ÖBIG 2004

Zur Sicherstellung der Prozessqualität steht das Prozesshandbuch (Nemeth et al. 2012) für alle sechs Angebote im Erwachsenenbereich zur Verfügung. Die Anzahl der Angebote (spezialisierte HOS/PAL-Einrichtungen und Plätze/Betten in (teil)stationären HOS/PAL-Einrichtungen) hat seit Inkrafttreten des HosPalFG am 1. Jänner 2022 zugenommen. Österreichweit ist die Anzahl der spezialisierten HOS/PAL-Einrichtungen im Erwachsenenbereich zwischen 2022 und 2023 von insgesamt 285 auf 292 gestiegen (Neruda/Pochobradsky 2025). Nachfolgend werden die sechs Angebote gemäß der Definition in der Broschüre „Speziali-

sierte Hospiz- und Palliativversorgung“ (BMASGPK/GÖG 2025) näher vorgestellt. Die Angaben stammen – wenn nicht anders angeführt – aus dem Infosheet „Hospiz- und Palliativfondsgesetz“⁵⁸.

- **Palliativstationen**⁵⁹ übernehmen die Versorgung in besonders komplexen Situationen, die durch andere Einrichtungen oder Dienste nicht bewältigt werden können. 2023 standen österreichweit laut KA-Statistik 44 Palliativstationen mit insgesamt rund 380 tatsächlichen Betten zur Verfügung (2022: 43 Stationen, rund 370 tatsächliche Betten).
- **Palliativkonsiliardienste** unterstützen Mitarbeiter:innen der Abteilungen und Ambulanzen im Krankenhaus mit fachlicher Expertise in der Betreuung von Palliativpatientinnen und -patienten. 2023 standen österreichweit in HosPal-Fonds-zweckbezugssussten HOS/PAL-Einrichtungen rund 127,2 VZÄ für Palliativkonsiliardienste in 60 Einrichtungen zur Verfügung (2022: knapp 111,9 VZÄ, 57 Einrichtungen).
- **Tageshospize** betreuen Palliativpatientinnen und -patienten, die den Großteil der Zeit in ihrer gewohnten Umgebung verbringen können, tagsüber und entlasten damit das betreuende Umfeld. 2023 standen in 8 Tageshospizen 38 Plätze/Betten zur Verfügung (2022: 4 Tageshospize, 26 Betten/Plätze).
- **Stationäre Hospize** versorgen rund um die Uhr Palliativpatientinnen und -patienten in besonders komplexen Situationen, in denen die pflegerische und psychosoziale Betreuung im Vordergrund steht. 2023 standen in 18 stationären Hospizen 156 Plätze/Betten zur Verfügung (2022: 15 stationäre Hospize, 141 Plätze/Betten).
- **Hospizteams** begleiten Palliativpatientinnen und -patienten sowie deren An- und Zugehörige in allen Versorgungskontexten. 2023 standen österreichweit 148 Hospizteams mit ca. 65,5 VZÄ zur Verfügung (2022: 151 Teams, 55,4 VZÄ).
- **Mobile Palliativteams** unterstützen Mitarbeiter:innen der Gesundheits- und Sozialversorgung außerhalb des Krankenhauses mit fachlicher Expertise in der Betreuung von Palliativpatientinnen und -patienten. 2023 standen österreichweit 58 mobile Palliativteams mit 326 VZÄ zur Verfügung (2022: 58 Teams mit 313,5 VZÄ).

⁵⁸ Siehe: <https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/Infosheet%20HosPalFG.pdf> [Zugriff am 13.11.2025]

⁵⁹ Palliativstationen werden über die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) und nicht über den HosPalFG abgedeckt.

Wesentlich in der Hospiz- und Palliativversorgung ist zudem das Ehrenamt. Im Jahr 2023 waren in den vom HOS/PAL-Fonds unterstützten spezialisierten Hospiz- und Palliativ-Einrichtungen insgesamt **2.757 Personen** in **Hospizteams** (im Erwachsenenbereich) aktiv (Neruda/Pochobradsky 2025).

Zudem wird die Integration von Hospizkultur und Palliative Care (HPC) in die Grundversorgung (etwa in Alten- und Pflegeheimen, Krankenhäusern und der mobilen Betreuung zu Hause) vorangetrieben. So bietet etwa der Praxisleitfaden „Hospizkultur und Palliative Care für Erwachsene in der Grundversorgung“⁶⁰ Einrichtungen konkrete Orientierung zur Umsetzung. Ergänzend wurde unter Federführung von Hospiz Österreich ein Organisationsentwicklungsprozess für Alten- und Pflegeheime entwickelt (HPCPH)⁶¹, der eine achtsame, würdevolle Begleitung am Lebensende fördert. Im Pilotprojekt „HPC Mobil“⁶² werden zudem erste Voraussetzungen geschaffen, um Palliative Care auch in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause systematisch zu verankern (sozialministerium.gv.at 2025). Ein zentrales Instrument der Hospizkultur ist der strukturierte Vorsorgedialog, der eine frühzeitige, wertschätzende Kommunikation über individuelle Wünsche zur Versorgung am Lebensende ermöglicht und damit die Selbstbestimmung der Betroffenen stärkt⁶³.

Inanspruchnahme

Die Hospiz- und Palliativversorgung orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen unheilbar kranker Patientinnen und Patienten sowie ihrer An- und Zugehörigen, unabhängig von der konkreten Diagnose, dem Krankheitsstadium oder der verbleibenden Lebenserwartung. Im Mittelpunkt steht die bestmögliche Lebensqualität. Dies umfasst eine umfassende Schmerzerfassung und -behandlung sowie die Linderung belastender Symptome auf physischer, psychischer und sozialer Ebene (Griebler et al. 2023b). Infolge des Ausbaus der Angebote konnten 2023 im Vergleich zu 2022 mehr Patientinnen und Patienten betreut werden. Nachfolgend werden – wenn nicht anders angeführt – wieder Daten des Infosheets „Hospiz- und Palliativfondsgesetz“ (Neruda/Pochobradsky 2025) zu Palliativpatientinnen

⁶⁰ Siehe: https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:807dbf0e-3653-4ee0-8ac3-65cb145df317/hospizkultur_und_palliative_care_fuer_erwachsene_in_der_grundversorgung_praxisleitfaden_0-fehler.pdf [Zugriff am 14.08.2025]

⁶¹ Siehe: <https://www.hospiz.at/fachwelt/hospiz-und-palliative-care-in-der-grundversorgung/hpc-in-alten-und-pflegeheimen/> [Zugriff am 14.08.2025]

⁶² Siehe: <https://hpc-mobil.hospiz.at/> [Zugriff am 14.08.2025]

⁶³ Nähere Informationen dazu, unter welchen Voraussetzungen der Vorsorgedialog sowie das Vorsorge- und Informationsgespräch aus Mitteln des HOS/PAL-Fonds abgegolten werden kann, finden sich hier: https://goeg.at/umsetzung_hospalfg [Zugriff am 06.10.2025]

und -patienten in HOS/PAL-Fonds-zweckbezuschussten HOSP/PAL-Einrichtungen vorgestellt.

- **Palliativstationen**⁶⁴ betreuten laut DLD-Daten 2023 7.531 Patientinnen und Patienten (2022: 7.150).
- **Palliativkonsiliardienste** betreuten 2023 15.044 Patientinnen und Patienten (2022: 14.480).
- **Tageshospize** betreuten 2023 364 Patientinnen und Patienten (2022: 336).
- **Stationäre Hospize** betreuten 2023 1.109 Patientinnen und Patienten (2022: 1.010).
- **Hospizteams** betreuten 2023 9.631 Patientinnen und Patienten (2022: 7.585).
- **Mobile Palliativteams** betreuten 2023 17.343 Patientinnen und Patienten (2022: 16.081).

Die publizierte Datenerhebung durch HOSPIZ Österreich (2022) gibt unter anderem auch Einblicke in die Altersverteilung der Patientinnen und Patienten. Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten lag 2022 demnach je nach Angebot bei Frauen zwischen 67,4 Jahren (Palliativkonsiliardienste) und 75,7 Jahren (Hospizteams) und bei Männern zwischen 68,0 Jahren (Palliativkonsiliardienste) und 73,7 Jahren (Hospizteams).

Sterbeverfügung

Seit dem 1. Jänner 2022 regelt das Sterbeverfügungsgesetz die rechtlichen Voraussetzungen für einen freien und selbstbestimmten Entschluss, das eigene Leben selbst zu beenden. Eine Sterbeverfügung kann von jeder volljährigen und entscheidungsfähigen Person errichtet werden, die dauerhaft schwer krank oder unheilbar krank ist und diesen Zustand als nicht anders abwendbares Leiden empfindet (Sterbeverfügungsgesetz). In der Todesursachenstatistik sind assistierte Suizide in den Suizidzahlen enthalten und mit dem Zusatzcode U060 „Assistierter Suizid / Sterbehilfe“ versehen. Im Jahr 2022 wurden unter den ab 65-Jährigen insgesamt 33 (insgesamt: 57) und im Jahr 2024 bereits 70 (insgesamt: 113) assistierte Suizide gezählt – davon etwas mehr Frauen als Männer (2024: 30 Männer und 40 Frauen ab 65 Jahren). Aufgrund der noch geringen Fallzahlen werden nachfolgend Daten der Jahre 2022 bis 2024 zusammengefasst. Die Altersspanne reichte von 20 bis über 90 Jahre, wobei 60 Prozent älter als 64 Jahre waren. Es zeigt sich ein klarer Unterschied nach Geschlecht: Von 2022 bis 2024 entfielen unter allen assistierten Suiziden insgesamt nach Geschlecht bei

⁶⁴ Palliativstationen werden über die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) und nicht über den HosPalFG abgedeckt.

Frauen 67 Prozent auf die Altersgruppe der ab 65-Jährigen. Bei Männern lag dieser Anteil bei 52 Prozent. Männer nehmen den assistierten Suizid mehr in jüngeren Jahren in Anspruch als Frauen. Bei den Frauen machten die 80- bis 84-Jährigen mit 17,7 Prozent aller assistierter Suizide unter Frauen und bei den Männern die 55- bis 59-Jährigen mit 17,2 Prozent aller assistierter Suizide unter Männern den jeweils größten Anteil aus.

Reflexion zur Versorgung der älteren Bevölkerung aus Sicht von Expertinnen und Experten

Laut Expertinnen und Experten im Rahmen der Gruppendiskussionen ist die Hospiz- und Palliativversorgung noch immer stark auf Personen mit **Krebserkrankungen** ausgerichtet. Deshalb wird darauf hingewiesen, dass auch geriatrische Patientinnen und Patienten sowie Menschen mit Demenz und chronischen Erkrankungen systematisch einbezogen werden sollen. Notwendig hierfür ist zum Beispiel die Integration von Palliative Care und Hospizarbeit in Pflegeeinrichtungen und der Primärversorgung etwa durch Capacity Building oder die verpflichtende Einführung von Instrumenten des Advanced Care Planning, z. B. VSD Vorsorgedialog®, Vorsorge- und Informationsgespräche, die die frühzeitige Auseinandersetzung mit dem Lebensende sowohl durch Betroffene als auch durch das versorgende Team fördern.

Empfohlen wird außerdem, den Ansatz der **Compassionate Communities**⁶⁵ breiter aufzugreifen, damit End-of-Life-Care auch abseits des Gesundheitssystems, etwa in Gemeinden, Betrieben, Schulen etc. wirksam wird.

Besonders positiv bewertet wurden die **mobilen Palliativteams**. Sie ermöglichen es den Menschen, in ihrer vertrauten Umgebung zu Hause zu sterben. Durch ihre interdisziplinäre Zusammenarbeit, ihre ständige Erreichbarkeit und die individuelle Betreuung gelten sie außerdem als gutes Beispiel für eine gelungene Unterstützung und Begleitung. Trotzdem braucht es auch in diesem Bereich noch mehr Angebote und auch insgesamt wird empfohlen, Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung weiter auszubauen. Das wird derzeit auch durch das Hospiz- und Palliativfondsgesetz unterstützt.

⁶⁵ Compassionate Communities sind ein gesundheitsfördernder Ansatz in der Palliativversorgung, der darauf abzielt, soziale Unterstützung und gemeinschaftliches Engagement rund um das Lebensende zu stärken. Sie mobilisieren Bürger:innen, Organisationen und Institutionen außerhalb des Gesundheitssystems, um gemeinsam Verantwortung für Sterben, Tod, Trauer und Pflege zu übernehmen und soziale Teilhabe zu fördern, etwa durch Weiterbildungsprogramme (z. B. Workshops für Bürger:innen zu Sterben, Tod und Trauer), Aufbau lokaler Netzwerke, Trauercafés etc. (Dumont et al. 2022).

Beim Ausbau von Angeboten sollten diese aber auch für **intersektional benachteiligte Gruppen** wie Wohnungslose oder sozial isolierte Menschen weiterentwickelt und zugänglich gemacht werden.

Hinsichtlich der **Sterbeverfügung** wurde angemerkt, dass diese zugänglicher gemacht werden sollte; in Pflegeeinrichtungen sind klare Handlungsanleitungen und Schulungen für Mitarbeitende im Umgang mit Sterbewünschen anzubieten.

6.7 Integrierte Versorgung

Die komplexen und häufig multiplen chronischen Erkrankungen im höheren Alter erfordern ein integriertes Versorgungsmanagement, das sich an den individuellen Bedarfen der Betroffenen orientiert. Ziel ist eine koordinierte, kontinuierliche und bruchfreie Versorgung über verschiedene Gesundheitsbereiche hinweg (Göhner et al. 2021). Integrierte Versorgung bedeutet eine bessere Vernetzung unterschiedlicher Einrichtungen im Gesundheitswesen und somit die Übergänge zwischen verschiedenen Behandlungs- und Fachbereichen zu optimieren und die Nahtstellen effizient und patientenorientiert zu gestalten.

Die WHO hat sich aus diesem Grund im Rahmen der UN Decade of Healthy Ageing (2021–2030) als ein Handlungsfeld die Implementierung von ICOPE („Integrated Care for Older People“) in die universelle Gesundheitsversorgung zum Ziel gesetzt. ICOPE ist ein von der WHO entwickelter Ansatz zur integrierten Versorgung älterer Menschen. Im Mittelpunkt stehen die Förderung und Erhaltung der sogenannten „intrinsischen Kapazität“ – also der körperlichen und geistigen Fähigkeiten – sowie der funktionellen Fähigkeiten älterer Menschen. ICOPE verfolgt einen personenzentrierten, ganzheitlichen Ansatz, der medizinische, soziale und psychologische Aspekte berücksichtigt und über die reine Krankheitsbehandlung hinausgeht. Das Hauptziel von ICOPE ist es, älteren Menschen ein gesundes, selbstbestimmtes Leben in Würde zu ermöglichen – möglichst in ihrem gewohnten Umfeld („Ageing in Place“). Dies soll durch frühzeitige Erkennung von Einschränkungen, gezielte Interventionen und die enge Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialdiensten erreicht werden. ICOPE unterstützt die Umsetzung einer primärversorgungsorientierten Gesundheitsversorgung und trägt zur Erreichung der Ziele der UN-Dekade des gesunden Alterns (2021–2030) und der universellen Gesundheitsversorgung (UHC) bei.

In Österreich wird ICOPE noch nicht umgesetzt, jedoch gibt es mehrere Programme zur integrierten Versorgung mit Fokus auf bestimmte Krankheitsbilder, die darauf abzielen, die

Koordination zwischen verschiedenen Gesundheitsdiensten zu fördern (gesundheitskasse.at 2025a). Das Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) der österreichischen Sozialversicherung spielt eine zentrale Rolle bei der Entwicklung und Umsetzung dieser Programme (etwa durch wissenschaftliche Grundlagenarbeiten wie Konzepterstellung, Koordination und Begleitung oder operative Implementierung von Projekten) (cciv.at 2025)⁶⁶. Eines dieser Programme ist etwa das Disease-Management-Programm (DMP) „**Therapie Aktiv – Diabetes im Griff**“ zur strukturierten Betreuung und Therapie für Typ-2-Diabetikerinnen und -Diabetiker. Verschiedene medizinische Fachrichtungen arbeiten zusammen, um eine umfassende und koordinierte Versorgung zu gewährleisten (BMSGPK 2023c). Die Ergebnisse des letzten Evaluierungsberichts aus dem Jahr 2019 unterstreichen die Wirksamkeit dieses Programmes: Einer Kontrollgruppe gegenübergestellt liegt die Mortalitätsrate der DMP-Gruppe signifikant darunter, zudem waren etwa auch die mittleren jährlichen Gesamtkosten um etwa 1.000 Euro niedriger (aufgrund geringerer stationärer Kosten der DMP-Gruppe) (Berghold/Riedl 2019). In einigen Bundesländern gibt es außerdem Initiativen für die **integrierte Versorgung bei Demenz**, die darauf abzielen, Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen zu unterstützen. Auch Menschen mit **chronischer Herzinsuffizienz** werden in mehreren Bundesländern mit integrierten Versorgungsprogrammen unterstützt: **Kardiomobil Salzburg**, **HerzMobil Steiermark** und **HerzMobil Tirol**. Diese Programme zielen alle darauf ab, eine umfassende und kontinuierliche Betreuung zu bieten, die sowohl die medizinischen als auch die edukativen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz sowie der Angehörigen abdeckt. Telemonitoring spielt oftmals auch eine wesentliche Rolle, um die medizinischen Parameter der Patientinnen und Patienten zu überwachen und die Therapie entsprechend anzupassen (gesundheitskasse.at 2025b).

Reflexion zur Versorgung der älteren Bevölkerung aus Sicht von Expertinnen und Experten

Expertinnen und Experten in den Gruppendiskussionen sehen in der Weiterentwicklung integrierter Versorgungsstrukturen für ältere Menschen ein zentrales Zukunftsthema. Besonders hervorgehoben wird der Bedarf an **Übergangsformaten** zwischen ambulanter und stationärer Pflege, um Versorgungskontinuität sicherzustellen und individuelle Pflegeverläufe besser zu begleiten.

⁶⁶ Siehe: auch <https://www.cciv.at> [Zugriff am 31.03.2025]

Gleichzeitig wird auf strukturelle Herausforderungen hingewiesen, insbesondere auf die derzeit **fragmentierte Finanzierungs- und Verwaltungslogik**. Diese erschwert die Umsetzung übergreifender, präventiver Versorgungsmodelle, obwohl erfolgreiche internationale Beispiele vorliegen. Um solche Modelle auch in Österreich zu ermöglichen, regen Expertinnen und Experten eine gezieltere Mittelverwendung sowie neue Anreizsysteme an, die sektorübergreifende Zusammenarbeit fördern.

Die derzeitige Organisation der Allgemeinmedizin und Primärversorgung – geprägt von Selbstständigkeit, hoher Arbeitsbelastung und begrenzten Ressourcen – lässt wenig Spielraum für die Beteiligung an innovativen Versorgungsprojekten. **Strukturelle Reformen**, etwa durch unterstützende Infrastrukturen oder alternative Beschäftigungsmodelle, könnten hier neue Möglichkeiten eröffnen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt betrifft die Rolle der **Sozialarbeit**. Diese wird als essenzieller Bestandteil einer ganzheitlichen Versorgung gesehen, insbesondere bei der Erfassung sozialer Bedarfe und der Vermittlung passender Unterstützungsangebote. Eine stärkere Anerkennung und flächendeckende Einbindung der Sozialarbeit in das Gesundheitssystem wird daher empfohlen.

7 Gesundheitsförderung

Mit zunehmendem Alter steigt zwar die Wahrscheinlichkeit, chronisch zu erkranken, doch der vorliegende Bericht zeigt deutlich gesundheitliche Ungleichheiten je nach sozioökonomischem Hintergrund (sichtbar vor allem anhand der formalen Bildung). Daher ist es besonders wichtig, gesundheitsfördernde Lebensstile und unterstützende Rahmenbedingungen auch für strukturell vulnerable Bevölkerungsgruppen zu ermöglichen. Dies kann dazu beitragen, viele chronische Krankheiten zu verhindern, ihren Verlauf positiv zu beeinflussen und die Lebensqualität zu erhöhen – und das bis ins hohe Alter, auch bei einem erhöhten Pflegebedarf.

Gesundheitsförderung zielt darauf ab, die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen zu erhalten und zu verbessern. Ältere Erwachsene bringen vielfältige Ressourcen und Potenziale mit, die in zielgruppenspezifischen Maßnahmen gezielt angesprochen werden sollten. In diesen Maßnahmen geht es nicht nur um die Förderung eines aktiven und selbstbestimmten Lebensstils, sondern auch um Maßnahmen auf der Verhältnisebene.

Der **Verhältnisansatz** spielt eine zentrale Rolle für gesundheitliche Chancengerechtigkeit, da er strukturelle Ungleichheiten adressiert – etwa in Bezug auf Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Bildung, Einkommen, Migrationshintergrund, Sprache oder Religionszugehörigkeit. Entscheidend ist dabei die **Partizipation**: Die Einbindung der Betroffenen in allen Phasen der Gesundheitsförderung und die Anerkennung ihres Erfahrungswissens, unabhängig vom sozialen Status, sind wesentlich, um gesundheitliche Ungleichheiten wirksam zu reduzieren.

In der Gesundheitsförderung spielt der **Settingansatz** eine große Rolle, also Maßnahmen im physischen und sozialen Umfeld von Menschen. Besonders wichtig für die Zielgruppe der älteren Bevölkerung ist das Wohnumfeld, ob privat oder in einer Einrichtung, da sich der Bewegungsradius im Alter einschränken kann.

Nachfolgend werden wesentliche Strategien und Initiativen sowie Projektbeispiele nach relevanten Settings vorgestellt.

7.1 Strategien und Initiativen

7.1.1 International

Das Thema des gesunden Alterns wird auf internationaler Ebene durch verschiedene Foren, Strategien, Programme sowie Berichte der UN (insbesondere WHO) adressiert und vorangetrieben. Dazu zählen zum Beispiel:

Die **First World Assembly on Ageing** führte 1982 zur Verabschiedung des Vienna International Plan of Action on Ageing, des ersten internationalen Rahmens für die Formulierung von Politiken und Programmen zum Altern (UN 1982). 1991 wurden die **United Nations Principles for Older Persons** verabschiedet, die die Rechte und das Wohlbefinden älterer Menschen in verschiedenen Bereichen definieren (UN 1991). Die **Second World Assembly on Ageing** fand im Jahr 2002 statt und führte zur Entwicklung des **Madrid International Plan of Action on Ageing**, der sich auf die Förderung der Gesundheit älterer Menschen und die Schaffung unterstützender Umgebungen konzentriert (UN 2002). Dies resultierte in der Entwicklung von „**Active Ageing: A Policy Framework**“ (WHO 2002a), das gesunde und aktive Lebensweisen im Alter fördern soll. Der **Weltbericht über Altern und Gesundheit** der WHO aus dem Jahr 2015 betont, dass Ausgaben für gesundes Altern als Investitionen und nicht als Kosten betrachtet werden sollten (WHO 2016a). Die **Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health** von 2017 zielt darauf ab, die funktionale Fähigkeit älterer Menschen zu maximieren und die Grundlagen für die UN Decade of Healthy Ageing zu schaffen (WHO 2017).

Die **UN Decade of Healthy Ageing (2021–2030)** ist eine globale Initiative, geleitet von der WHO und anderen UN-Organisationen. Sie ist eng mit den **Sustainable Development Goals (SDGs)** verknüpft und konzentriert sich auf vier Hauptaktionsbereiche (WHO 2021c):

- **Bekämpfung von Ageismus** (Altersdiskriminierung)
- **Altersfreundliche Umgebungen:** „Age-friendly cities and communities“ zielen darauf ab, Städte und Gemeinden so zu gestalten, dass sie die Bedürfnisse älterer Menschen berücksichtigen und ihre soziale Teilhabe fördern (Antony/Gaiswinkler 2019).
- **Integrierte Versorgung:** Der **ICOPE (Integrated Care for Older People)**-Ansatz soll eine kontinuierliche und integrierte Versorgung älterer Menschen gewährleisten – unterstützt durch das **ICOPE Handbook** für Gemeinden und die Primärversorgung (WHO 2025b).

- **Langzeitpflege:** Zugang und Qualität sicherstellen, um funktionale Gesundheit möglichst lange zu erhalten und würdevolles Altern zu ermöglichen (WHO 2021c)

Die WHO hat außerdem Empfehlungen veröffentlicht, die die Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit älterer Menschen adressieren und Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Alterns in einer sich wandelnden Umwelt vorschlagen, wie z. B. die Einbindung älterer Menschen in den Klimaschutz oder die Förderung klimaresilienter Wohnverhältnisse (WHO 2022a).

Der von der UNECE im Jahr 2024 veröffentlichte „**Policy Brief on Ageing: Mental Health of Older Persons**“ betont die Bedeutung von Nachbarschaften, öffentlichen Räumen und einem Angebot an öffentlichen Verkehrsmitteln für die soziale Teilhabe älterer Menschen. Der Policy Brief stellt zudem ein Handlungsmodell mit Schlüsselstrategien vor (UNECE 2024). Das Thema Altern und Gesundheit ist also weiterhin relevant und Strategien werden vorangetrieben. Aktuell entwickelt etwa die WHO im Zusammenhang mit dem Europäischen Arbeitsprogramm der WHO 2026–2030 in Kooperation mit den Mitgliedsstaaten eine EU-weite Strategie für das Altern: „**Altern ist Leben: Für ein Leben in Gesundheit und Wohlbefinden (2026–2030)**“. Diese zielt darauf ab, integrative Gesellschaften und Gesundheitssysteme für ältere Menschen aufzubauen, indem sowohl Sofortmaßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit, Pflege und des Wohlbefindens der heutigen älteren Menschen ergriffen als auch längerfristige Investitionen in ein Umfeld, das ein gesünderes Altern für künftige Generationen ermöglicht, getätigt werden (WHO 2025a).

7.1.2 Österreich

In Österreich gibt es eine Vielzahl von Strategien zur Förderung der Gesundheit der älteren Bevölkerung. Einige konzentrieren sich speziell auf diese Bevölkerungsgruppe, in anderen sind ältere Menschen eine von mehreren Zielgruppen. Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) spielt eine zentrale Rolle in der Gesundheitsförderung in Österreich. Mit der Verabschiedung des **Gesundheitsförderungsgesetzes** (GfG), BGBl. Nr. 51/1998, und der Übertragung von Aufgaben an den FGÖ, der seit dem 1. August 2006 ein Geschäftsbereich der GÖG ist, wurde eine gesetzliche Grundlage geschaffen, um Gesundheitsförderung und Prävention im Gesundheitswesen stärker zu verankern. Der FGÖ setzt wesentliche Aktivitäten, welche die Zielgruppe älterer Menschen adressieren und die „Gesundheit für Generationen“ fördern.

- Der **Bundesseniorenplan** „Altern und Zukunft“ (2011) zielt darauf ab, die Lebensqualität älterer Menschen in Österreich zu verbessern. Er basiert auf internationalen und nationalen Strategien und deckt 14 Handlungsfelder ab, darunter Gesundheit, Bildung, Arbeit im Alter und soziale Teilhabe. Der Plan wird vom BMSGPK in Zusammenarbeit mit verschiedenen Partnerinnen und Partnern umgesetzt (BMSGPK 2015) und enthält Ziele und Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und der Prävention, wie etwa die Förderung des Seniorensports oder die bessere Koordinierung von präventiven Angeboten bzw. Angeboten der Gesundheitsförderung (Antony et al. 2022).
- Die **zehn Gesundheitsziele Österreich** (2012) haben als zentrales Ziel die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit, Nachhaltigkeit und Lebensqualität. Gesundheitsziele, welche in der Umsetzung einen speziellen Fokus auf die ältere Bevölkerung legen, sind Gesundheitsziel 1 „Gemeinsam gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen schaffen“, Gesundheitsziel 5 „Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken“ und Gesundheitsziel 9 „Psychosoziale Gesundheit fördern“⁶⁷. Im Rahmen des Gesundheitszieleprozesses werden auch Schwerpunktthemen und Maßnahmen definiert, etwa der „Dialog gesund & aktiv altern“ (Antony et al. 2022)
 - Der politikfeldübergreifende „**Dialog gesund & aktiv altern**“ wurde 2019 vom Gesundheits- und Sozialministerium, dem FGÖ und der Sozialversicherung gestartet. Er soll einen Beitrag dazu leisten, die gesunden Lebensjahre älterer Menschen zu erhöhen, ihre soziale Teilhabe zu stärken, positive Altersbilder zu fördern und die Vernetzung zwischen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheits- und Sozialbereich zu verbessern. Zudem werden unterstützende Dokumente bereitgestellt, etwa der Leitfaden „Neue Bilder des Alter(n)s – wertschätzend über das Alter kommunizieren“, ein E-Learning-Kurs zu einem positivem Alter(n)sbild sowie eine Toolbox zur Unterstützung des Aufbaus einer Caring Community (Bauer/Wesp 2020). Außerdem wird ein Workshop zum Thema „Neue Bilder des Alter(n)s – wertschätzend über das Alter kommunizieren“ angeboten.
- Die **Gesundheitsförderungsstrategie** definiert „einen Rahmen für die Stärkung von zielgerichteter und abgestimmter Gesundheitsförderung und Primärprävention“ (BMSGPK 2024). Sie bietet eine grundsätzliche Orientierung für Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Österreich und spezifiziert verbindliche Ziele und Grundsätze für die Mittelverwendung der Landesgesundheitsförderungsfonds, des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), der Agenda Gesundheitsförderung und der Vorsorgemittel. Ein priorisierter

⁶⁷ <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/> [Zugriff am 25.03.2025]

Schwerpunkt für die Jahre 2024–2028 ist „Gesunde Lebenswelten und gesunde Lebensweisen (insbesondere Ernährung und Bewegung) mit Fokus auf Kindheit, Jugend und gesundes Älterwerden“ (BMSGPK 2024c).

- Die **Strategievereinbarung zur Verwendung der Vorsorgemittel 2024–2028** ist eine Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG und sieht vor, jährlich Mittel für überregional bedeutsame Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen bereitzustellen. Für 2024–2028 liegt einer von zwei Schwerpunkten auf der kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen ab 60 Jahren (Zillmann/delle Grazie 2023). Im Rahmen der Strategie werden Good-Practice-Beispiele der Gesundheitsförderung mit Fokus auf Förderung sozialer Teilhabe im Alter eruiert und online auf der „Plattform für Gesundheit und Lebensqualität im Alter“ dargestellt⁶⁸.
- Die **Agenda Gesundheitsförderung** fungiert als zentrale Umsetzungsstrategie des Bundes zur Unterstützung der Umsetzung der Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit und der Erreichung der Gesundheitsziele Österreich. Im Rahmenarbeitsprogramm 2024–2028 der Agenda Gesundheitsförderung wurden Themenschwerpunkte definiert, u. a. „Kommunale Rahmenbedingungen für psychosoziale Gesundheit und Teilhabe älterer Menschen“ (Agenda Gesundheitsförderung 2024). Das Kompetenzzentrum Zukunft Gesundheitsförderung an der Gesundheit Österreich setzt Aktivitäten in dem Bereich um.
- Die **Demenzstrategie – Gut leben mit Demenz** (2015) konzentriert sich auf die Unterstützung und Versorgung von Menschen mit Demenz sowie auf die Entlastung ihrer Angehörigen. Ziele sind u. a. die Förderung der Lebensqualität und Teilhabe von Betroffenen (Menschen mit Demenz und An- und Zugehörigen) und die Entstigmatisierung von Demenz. Die Umsetzung erfolgt im Rahmen der Plattform Demenzstrategie⁶⁹.
- In der im Jahr 2024 aktualisierten Fassung des **Nationalen Aktionsplans Bewegung (NAP.b)** sind Maßnahmen zur Integration von Bewegungsempfehlungen in das Gesundheitswesen sowie zur Verbesserung der Infrastruktur für Bewegung und Schaffung von bewegungsfreundlichen Umgebungen enthalten. Dabei wird auch ein Fokus auf die ältere Bevölkerung gelegt (Stickler/Farnberger 2024).
- Der **Nationale Aktionsplan Ernährung (NAP.e)** wurde entwickelt, um eine ausgewogene Ernährung und damit die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung zu fördern. Für ältere Menschen umfasst der NAP.e aus dem Jahr 2024 spezifische Empfehlungen zur Ernährung, insbesondere im Akutspital oder in Wohn- und Pflegeeinrichtungen für Seniorinnen und Senioren (Lehner et al. 2013).

⁶⁸ Siehe: <https://gesund-es-altern.at/ueber-uns> [Zugriff am 10.10.2025]

⁶⁹ Siehe: <https://demenzstrategie.at/umsetzungen> [Zugriff am 25.03.2025]

- Die **Nationale Strategie zur Anpassung an den Klimawandel** enthält u. a. einen Aktionsplan für unterschiedliche Aktivitätsfelder (z. B. Gesundheit oder Raumordnung). Ältere Menschen und deren Gesundheit sind dezidiert beim Handlungsbedarf „Prävention und Versorgung von besonders verwundbaren Bevölkerungsgruppen“ angesprochen. Ältere oder chronisch kranke Personen sind sowohl bei direkten Belastungen (z. B. Hitzewellen) als auch hinsichtlich indirekter Auswirkungen (z. B. Ausbreitung allergener und giftiger Pflanzen) aufgrund ihrer erhöhten Vulnerabilität besonders zu schützen (Balas et al. 2024).
- Im Rahmen der **Nationalen Strategie zur psychischen Gesundheit** vom Jahr 2018 werden für die ältere Bevölkerung Maßnahmen u. a. zur Förderung sozialer Kontakte, frühzeitiges Erkennen von Demenzen und mobile Angebote zur Erhaltung der Mobilität empfohlen (BMSGPK 2018b).
- Im **Aktionsplan Frauengesundheit** sind 17 Wirkungsziele und 40 Maßnahmen für mehr Chancengerechtigkeit für Frauen in verschiedenen Lebensphasen formuliert. So werden auch die Lebenssituation älterer Frauen adressiert und Ziele zur Versorgung und Teilhabe definiert. Maßnahmen sind etwa die Forcierung von Gesundheitsförderung und Präventionsprogramme für Frauen mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko oder die Berücksichtigung von Genderaspekten in Projekten zur sozialen Teilhabe und zur Gesundheitsförderung Älterer (BMSGPK 2018a).
- Die **Roadmap „Zukunft Gesundheitsförderung“** (2023) umfasst zehn Maßnahmenbündel, mittels derer eine gute Lebensqualität, viele gesunde Lebensjahre und Chancengerechtigkeit für alle gefördert werden sollen. Für die ältere Bevölkerung bedeutet dies v. a. Initiativen zur Verbesserung der Lebensqualität, der Förderung gesunder Lebensjahre und der Sicherstellung von Chancengerechtigkeit (Rohrauer-Näf et al. 2023).

7.2 Zielgruppenrelevante Settings und Gesundheitsförderungsangebote in Österreich

Ganzheitliche Gesundheitsförderung für ältere Menschen umfasst Maßnahmen in verschiedenen Bereichen wie etwa Ernährung, Bewegung, Gesundheitskompetenz, soziale Teilhabe, Klimawandelanpassung und Klimaschutz, kognitive Leistungsfähigkeit, Gesundheitsversorgung und Pflege. Diese Maßnahmen können durch verschiedene Hebel wie zum Beispiel Raumplanung, Wohnbau, Erwachsenenbildung, Kultur, Arbeitsmarktpolitik, Kommunalpolitik, das Freiwilligenwesen und Bürgerbeteiligung und somit in verschiedenen Settings, Politik- und Gesellschaftsbereichen unterstützt werden. Unter Berücksichtigung der in Kapitel 7.1 genannten relevanten nationalen und internationalen Strategien und Initiativen wird

deutlich, dass insbesondere das kommunale Umfeld (Caring Communities, altersfreundliche Städte, gesunde Gemeinden, gesunde Städte, gesunde Bezirke) sowie Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens wichtige Lebenswelten der älteren Bevölkerung darstellen, die einen besonderen Einfluss auf die Gesundheit dieser Bevölkerungsgruppe haben. Daher werden im Folgenden breitenwirksame gesundheitsfördernde Aktivitäten beider Settings vorgestellt.

7.2.1 Kommune

Ältere Menschen verbringen ihren Alltag mehr in der Wohnumgebung als jüngere (siehe Kapitel 4.3). Ihre Lebensbedingungen können insbesondere durch das Sozialwesen, das Wohnumfeld und den öffentlichen Verkehr beeinflusst werden. Deshalb bieten kommunale Settings günstige Voraussetzungen für Gesundheitsförderung (Nähe der politischen und administrativen Entscheidungsträger:innen zum Alltag der Bürger:innen, Beteiligungsmöglichkeiten, die gesellschaftliches Engagement und soziale Teilhabe fördern). Für eine wirksame kommunale Gesundheitsförderung sind intersektorale Ansätze notwendig, die politische und administrative Entscheidungsträger:innen, Bürger:innen und andere Stakeholder wie etwa Gesundheitsdienste oder soziale Dienste und NGOs in den Entscheidungsprozess integrieren, lokale Gegebenheiten berücksichtigen und lokale Ressourcen nutzen, auf Empowerment setzen sowie wissenschaftliche Methoden anwenden (Plunger et al. 2023). Besonders relevant für die kommunale Gesundheitsförderung in Österreich sind das **Netzwerk Gesunde Gemeinden** und das **Netzwerk Gesunde Städte**, welche Gemeinden und Städte dabei unterstützen, gesundheitsfördernde Strukturen zu schaffen.

Ein neueres Konzept in der kommunalen Gesundheitsförderung ist das Konzept der **Caring Communities** mit dem Schwerpunkt auf ältere Menschen. Diese Initiativen schaffen alter(n)sfreundliche und generationenfreundliche Lebensräume. Laut Plunger et al. (2023) haben **Caring Communities** und die kommunale Gesundheitsförderung für gesundes Altern neben vielen Gemeinsamkeiten auch wichtige konzeptuelle Unterschiede: Caring Communities basieren auf einem **care-ethischen Ansatz**, der die „universelle Bedürftigkeit aller Menschen“ und das „wechselseitige Aufeinander-angewiesen-Sein“ betont. Sie sehen Care als ein umfassendes Konzept mit individuellen und sozialen Verantwortlichkeiten.

Um die kommunale Gesundheitsförderung und Caring Communities voranzutreiben, hat das Kompetenzzentrum Zukunft Gesundheitsförderung (KoZuG) im Rahmen der Agenda Ge-

sundheitsförderung (siehe Kapitel 7.1.1) im Jahr 2023 ein empirisch fundiertes Handlungsmodell der kommunalen Gesundheitsförderung für gesundes Altern entwickelt⁷⁰. Dieses umfasst die sechs Handlungsfelder:

- Beteiligungs- und Entwicklungsprozesse, bürgerliches Engagement, Sorgenetz
- Nachbarschaftshilfe und Freiwilligenarbeit
- gesundheitsfördernde Lebensräume, Einrichtungen und Unternehmen
- Angebote zur Gesundheitsförderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz
- Drehscheibe zur Vernetzung und Vermittlung von Gesundheits(-förderungs)angeboten
- Assessment, Daten und Evaluation zur Planung und Steuerung (Plunger et al. 2023)

In Österreich gibt es verschiedene Initiativen und Programme zur kommunalen Gesundheitsförderung für ein gesundes Alter und zu Caring Communities mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Einige Beispiele werden nachfolgend vorgestellt.

Auf gesunde Nachbarschaft!

Der FGÖ hat 2012 die Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ ins Leben gerufen und förderte seither in mehreren Phasen Praxisprojekte in ganz Österreich, die auf unterschiedlichen Ebenen zur sozialen Teilhabe und zum gesundheitsfördernden Miteinander im kommunalen Setting beitragen (Krappinger et al. 2022). Zudem werden Ansätze und Methoden laufend in einer Toolbox gesammelt⁷¹. 2025 wurde der Projekt-Call „Gemeinsam statt einsam“ veröffentlicht, in welchem Modellprojekte unterstützt werden, die dazu beitragen sollen, die soziale Teilhabe und Teilnahme älterer Menschen zu fördern und damit Einsamkeit im Alter vorzubeugen (FGÖ 2025).

Demenzfreundliche Gemeinde

Mit dem Wirkungsziel 1 der Demenzstrategie (siehe Kapitel 7.1.1) „Teilhabe und Selbstbestimmung der Betroffenen sicherstellen“ wird das Ziel verfolgt, „sowohl Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen als auch An- und Zugehörige zu befähigen, ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu artikulieren und sichtbar zu machen.“ Hierfür ist es notwendig,

⁷⁰ Siehe: https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3376/1/Handlungsfelder_Potenzial_Zukunftsperspektiven_bf.pdf [Zugriff am 26.03.2025]

⁷¹ Siehe: <https://gesunde-nachbarschaft.at/toolbox> [Zugriff am 26.03.2025]

die Verhältnisse so anzupassen, dass ein selbstbestimmtes Leben für die Betroffenen ermöglicht wird, was in sogenannten „demenzfreundlichen Kommunen/Gemeinden“ erreicht werden soll (demenzstrategie.at 2025). Demenzfreundliche Kommunen/Gemeinden sind Orte, die sich um Menschen mit demenziellen Einschränkungen bemühen, um ihnen ein möglichst selbstständiges Leben zu ermöglichen. In diesen Gemeinden werden zahlreiche Maßnahmen ergriffen, um das Thema Demenz zu adressieren. Dazu gehören Informationsveranstaltungen zur Sensibilisierung der Bevölkerung, Anpassung der Infrastruktur für eine bessere Orientierung, inklusive/demenzfreundliche Gestaltung von Veranstaltungen sowie Unterstützung durch Freiwillige, etwa bei der Organisation von Ausflügen mit Betroffenen (pflege.gv.at 2025). Weitere Maßnahmen im Sinne des Wirkungsziels 1 der Demenzstrategie sind u. a. **Demenzcafés, Selbsthilfegruppen und gemeinsame Mittagstische** (GÖG 2019), **demenzfreundliche Apotheken** (Plunger et al. 2015) sowie **das E-Learning-Programm zur Schulung von Polizistinnen und Polizisten** im Umgang mit Personen mit Demenz (Donauuniversität Krems 2025). In Österreich gibt es mehrere demenzfreundliche Gemeinden und Bezirke⁷².

Community Nursing

Von Jänner 2022 bis Dezember 2024 wurden in Österreich flächendeckend Pilotprojekte zu Community Nursing umgesetzt, die durch die Aufbau- und Resilienzfazilität (Recovery and Resilience Facility, RRF) der Europäischen Kommission unterstützt und von der GÖG begleitet wurden⁷³. Unter Community Nursing versteht man die Tätigkeit von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die wohnortnah oder aufsuchend als zentrale Anlaufstelle für Fragen und Aktivitäten rund um Pflege und Gesundheit fungieren. Neben der Beratung und Betreuung gehört auch die Vernetzung mit anderen Gesundheits- und Pflegeanbietern zu den wesentlichen Aufgaben der Community Nurses. Zielgruppe dieses Angebots sind insbesondere Personen, die noch keine mobilen Dienste oder andere Angebote von Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen. Im Rahmen der Pilotprojekte lag der Fokus vor allem auf älteren und hochbetagten Menschen im direkten Wohnumfeld, die einen bestehenden oder absehbaren Informations-, Beratungs-, Pflege- und/oder Unterstützungsbedarf in pflege- und gesundheitsbezogenen Belangen haben. Darüber hinaus zählen auch pflegende oder betreuende Angehörige im familiären Rahmen zu den Zielgruppen (Community Nursing 2025). Externe Evaluationsergebnisse zeigen, dass die Pilotierung von

⁷² Siehe: <https://demenzfreundlich.at/> [Zugriff am 26.03.2025]

⁷³ Siehe: <https://cn-oesterreich.at/> [Zugriff am 26.03.2025]

Community Nursing in Österreich vielfältige positive Wirkungen auf unterschiedlichen Ebenen hatte (z. B. wurden der längere Verbleib zu Hause ermöglicht und die Selbstfähigkeit und das Wohlbefinden der „Klientinnen und Klienten“ gestärkt) und einen entscheidenden Schritt in Richtung einer nachhaltigen Entlastung des Gesundheits- und Sozialsystems darstellt (Pichler, Christine 2024). Nach Ende der Pilotphase liegt die zukünftige Umsetzung und Ausgestaltung von Community Nursing in der Verantwortung der Bundesländer (Eberle et al. 2024).

7.2.2 Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens

Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens bilden neben der Kommune ein bedeutendes Umfeld für die ältere Bevölkerung, insbesondere Einrichtungen der **Primärversorgung** sowie **Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtungen**.

Einrichtungen der **Primärversorgung**, als zentrale Anlaufstellen bei gesundheitlichen Fragen, werden von der breiten älteren Bevölkerungsgruppe genutzt. Dies eröffnet zum einen die Möglichkeit, diese Gruppe umfassend mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu erreichen. Mit dem 2014 im Rahmen der Bundeszielsteuerungskommission beschlossenen Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung (BMG 2014) sowie der Novellierung des Primärversorgungsgesetzes 2023 (PrimVG 2025) wurden Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitskompetenz als Kernaufgaben definiert. Der Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV), der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) und weitere Partner:innen fördern die Umsetzung dieser Aufgaben in Primärversorgungseinheiten (PVE) durch Maßnahmen und die Bereitstellung von Materialien⁷⁴.

Auch Apotheken sind eine relevante Anlaufstelle. Das Projekt „**Demenzfreundliche Apotheke**“ stärkt etwa die Rolle von Apotheken als niedrigschwellige Anlaufstellen für Menschen mit Demenz und deren Angehörige, indem Mitarbeitende gezielt sensibilisiert und geschult werden. Zudem fördert das Projekt die regionale Vernetzung mit Unterstützungsangeboten und trägt zur Entstigmatisierung von Demenz bei (fgoe.org 2015).

Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtungen sind eine wesentliche Säule der pflegerischen Versorgung älterer Menschen in Österreich. Ein wichtiger Ansatz in der gerontologischen

⁷⁴ Siehe: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.843940&portal=svportal> [Zugriff am 27.03.2025]

Pflege ist es, die Situation dieser Menschen zu stabilisieren oder zu verbessern und ein „gutes Leben“ zu ermöglichen. Dabei haben die Einrichtungen selbst einen starken Einfluss auf die Gesundheit ihrer Bewohner:innen und große Gestaltungsmöglichkeiten in Bezug auf Gesundheitsdeterminanten (Pfabigan 2021). Im Jahr 2014 veröffentlichte der FGÖ den **Leitfaden ganzheitliche Gesundheitsförderung im Setting Seniorenwohnhaus**⁷⁵, der die praktische Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten in Seniorenwohnhäusern unterstützen soll. Im Jänner 2021 folgte der **Wegweiser Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen**⁷⁶, eine Handreichung zur Entwicklung künftiger Projekte auf Basis von FGÖ-Erfahrungen und aktuellem Forschungsstand. Ebenfalls 2021 wurde der Förderschwerpunkt **„Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen 2021-2024“** gestartet. In diesem Rahmen förderte der FGÖ verschiedene Projekte, die sowohl auf die Gesundheit der Bewohner:innen als auch der Mitarbeiter:innen abzielen. Im Jahr 2022 entwickelte das BMASGPK den **„Qualitätsstandard für die Ernährung in Wohn- und Pflegeeinrichtungen für Seniorinnen und Senioren“**⁷⁷. Dieser enthält Hintergrundinformationen, Umsetzungsanleitungen und Checklisten zur Sicherstellung einer gesunden und nachhaltigen Ernährung in Wohn- und Pflegeeinrichtungen. Ergänzend vergeben Bund und Länder gemeinsam das **Nationale Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime (NQZ)**. Grundlage dafür ist eine Bewertung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen, die für die Lebensqualität der Bewohner:innen wesentlich sind⁷⁸.

Zu den erfolgreichen Umsetzungsprojekten in Pflege- und Betreuungseinrichtungen zählen **„Gesundheit hat kein Alter“** sowie **„Hospizkultur und Palliative Care in Pflegeheimen (HPCPH)“**. Ersteres wurde in mehreren Bundesländern durchgeführt und umfasste verschiedene Programme zur Förderung der Gesundheit von Bewohner:innen, Mitarbeiter:innen und Angehörigen. Ein Beispiel ist das Mobilitätsprogramm **„Bewegtes Leben“**, das darauf abzielt, die Mobilität der Bewohner:innen zu erhalten oder zu verbessern (gesundheit.gv.at 2021a). Das Projekt **„Hospizkultur und Palliative Care in Pflegeheimen“** wiederum ist ein Organisationsentwicklungsprozess mit dem Ziel, eine würdige Lebens-, Sterbe- und Abschiedskultur in Alten- und Pflegeheimen zu etablieren. Dazu gehören unter

⁷⁵ Siehe: https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/inline-files/GF_im_Seniorenwohnhaus_Leitfaden.pdf [Zugriff am 27.03.2025]

⁷⁶ Siehe: https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/2020-12/WB_19_gf_wegweiser_pflege_bfrei.pdf [Zugriff am 27.03.2025]

⁷⁷ Siehe: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:4f9ff5dc-a44c-4dee-b8d9-a22e6cd3c300/AKTUALISIERUNG_QS_f%C3%BCr_die_Ern%C3%A4hrung_in_Wohn-_und_Pflegeeinrichtungen_f%C3%BCr_Seniorinnen_und_Senioren.pdf [Zugriff am 27.03.2025]

⁷⁸ <https://www.sozialministerium.at/Ministerium/Preise-und-Guetesiegel/NQZ-Nationales-Qualitaetszertifikat-fuer-Alten--und-Pflegeheime.html> [Zugriff am 27.03.2025]

anderem Schulungen für Pflegekräfte. Zudem werden externe Partner:innen wie Hausärztinnen und Hausärzte oder die Seelsorge eingebunden, um eine umfassende palliative Versorgung sicherzustellen (hospiz.at 2025).

Social Prescribing

Social Prescribing ist ein innovativer Ansatz, der seit 2021 im Rahmen der Agenda Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Primärversorgung in Österreich pilotiert wird. Ziel ist es, gesundheitsrelevante, psychosoziale und emotionale Bedürfnisse wie z. B. Einsamkeit systematisch in der Primärversorgung zu berücksichtigen. Dabei werden Patientinnen und Patienten mit nicht-medizinischen Anliegen an eine Fachkraft mit Link-Working-Funktion vermittelt, die den Kontakt zu passenden regionalen Angeboten wie z. B. Seniorentreffs herstellt. Auf diese Weise können Bedürfnisse aufgegriffen werden, die ansonsten oftmals unbemerkt bleiben – insbesondere bei älteren, von Einsamkeit betroffenen Personen. Social Prescribing trägt zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei, indem es einen niederschweligen Zugang zu gesundheitsförderlichen Angeboten ermöglicht. Dies steigert nicht nur das Wohlbefinden und die soziale Teilhabe, sondern unterstützt die Betroffenen auch darin, aktiver zu ihrer Gesundheit beizutragen (Unger et al. 2025).

ONGKG – Altersfreundliche Gesundheitseinrichtungen

Das Österreichische Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG) entwickelte 2021 eine Zertifizierung für altersfreundliche Gesundheitseinrichtungen. Ziel ist es, die „Gesundheit älterer Menschen im und durch das Gesundheitswesen zu erhalten und bestmöglich zu fördern“. Das Anerkennungsverfahren des ONGKG unterstützt Gesundheitseinrichtungen dabei, ihre Strukturen, Prozesse und ihre Organisationskultur anhand von fünf Standards auszurichten:

- altersfreundliche Managementgrundsätze
- Kommunikation und Dienstleistungen
- Versorgungsprozesse
- Gestaltung der Umgebung
- Strukturen und Prozesse für Mitarbeiter:innen (ONGKG 2025)

Reflexion zur Versorgung der älteren Bevölkerung aus Sicht von Expertinnen und Experten

Expertinnen und Experten in den Gruppendiskussionen weisen auf das zentrale gesellschaftliche Problem **negativer Altersbilder** hin. Diese können sich ungünstig auf das Verhalten älterer Menschen und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auswirken. So nehmen Personen, die solche Vorstellungen internalisiert haben, beispielsweise seltener Rehabilitationsangebote wahr. Expertinnen und Experten plädieren daher für die Förderung positiver Altersbilder, etwa durch die Vermittlung einer ressourcenorientierten Perspektive in der Ausbildung von Gesundheitsberufen oder durch Formate wie **Erzählcafés**⁷⁹. Zudem könnten negative Altersbilder dazu führen, dass die Bedeutung von Gesundheitsförderung im höheren Lebensalter unterschätzt wird, aufgrund einer defizitorientierten Vorstellung, dass ab einem gewissen Alter Gesundheitsförderungsmaßnahmen kaum noch Wirkung zeigen. Um dem entgegenzuwirken, ist eine stärkere Advocacy für gutes Altern notwendig, insbesondere für strukturell benachteiligte Gruppen. Dies könne durch die Zusammenarbeit von Gesundheitsförderungsakteurinnen und -akteuren mit relevanten Netzwerken wie der Armutskonferenz oder Initiativen für pflegende Angehörige geschehen. Ein weiterer Fokus sollte auf der zielgerichteten (Weiter-)Entwicklung evidenzbasierter Maßnahmen liegen, welche einen **positiven Einfluss auf gesundes Altern** nehmen können, etwa durch die Förderung sozialer und politischer Teilhabe (z. B. durch Social Prescribing, Community Nursing oder Nachbarschaftshilfe). Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sollten dabei **intergenerational** gestaltet werden. Da bestehende Angebote häufig nur bestimmte Bevölkerungsgruppen – etwa Frauen mit starken sozioökonomischen Ressourcen – erreichen, ist zudem eine differenzierte Zielgruppenorientierung notwendig. Besonders berücksichtigt werden sollten hier etwa ältere Männer, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderung, Menschen mit Demenz sowie pflegende Angehörige. Hier sei ein gezielter Ausbau notwendig – inklusive organisatorischer Unterstützung für pflegende Angehörige, etwa durch parallele Betreuungsangebote.

Die **Vernetzung mit Fachdisziplinen** wie Geragogik und Palliative Care wird als wesentlich angesehen, um ganzheitliche Ansätze zu entwickeln.

⁷⁹ Ein Erzählcafé ist eine moderierte Gesprächsrunde, bei der Menschen in wertschätzender Atmosphäre persönliche Lebensgeschichten und Erfahrungen zu einem vorgegebenen Thema miteinander teilen. Dabei stehen respektvolles Zuhören, gegenseitiges Verständnis und der Austausch im Mittelpunkt.

Auch wurde darauf hingewiesen, dass kommunale Gesundheitsförderung von politischen Rahmenbedingungen abhängig ist. Darum sei es sinnvoll, sich stärker mit konkreten, evidenzbasierte Maßnahmen in **Subsettings** wie Bibliotheken, Apotheken oder Primärversorgungseinrichtungen zu vernetzen.

Auch der **Übergang in die Pension** wird als kritischer Lebensabschnitt identifiziert, der durch spezifische Gesundheitsförderungsangebote begleitet werden sollte. Zudem stellt die Digitalisierung eine zunehmende Herausforderung dar, weshalb Maßnahmen zur Förderung digitaler Kompetenzen älterer Menschen empfohlen werden.

Schließlich wird darauf hingewiesen, dass **Tod und Trauer** bislang kaum in der Gesundheitsförderung thematisiert werden. Eine Expertin sprach sich dafür aus, diese Themen stärker in die Gesundheitsförderung zu integrieren – etwa durch Kooperationen mit der Palliative Care Community und Angebote wie „Letzte-Hilfe-Kurse“.

8 Maßnahmenempfehlungen

Die im Rahmen von Gruppendiskussionen mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis identifizierten Handlungsbedarfe und Empfehlungen für die Versorgung der älteren Bevölkerung werden tabellarisch zusammengefasst. Die Darstellung erfolgt entlang zentraler Versorgungsebenen: des Gesundheitssystems insgesamt, der ambulanten und stationären Versorgung, der Akutgeriatrie, Rehabilitation, Hospiz- und Palliativversorgung, der Langzeitpflege sowie der Gesundheitsförderung.

8.1 System allgemein

Bereich	Handlungsbedarf	Empfehlung
Zielgrößen	Reaktives, auf einzelne Diagnosen (ICD-10) ausgerichtetes Gesundheitssystem geht zu wenig auf die komplexen und sich verändernden Bedürfnisse der älteren Bevölkerung ein	Reorientierung des Fokus der Gesundheitsleistung für ältere Patientinnen und Patienten hin zur Erhaltung von Resilienz und Stabilität (ICF-Core-Set) statt auf Einzelleistungen → neue Sichtweise auf Versorgung und Outcome
Forschung	Nicht ausreichend Gelder für Forschung in der Altersversorgung	Calls zur Forschung zur Altersversorgung entwickeln, insbesondere longitudinale Kohortenstudien, die Trends in sozialen und gesundheitsbezogenen Merkmalen im Zeitverlauf abbilden ⁸⁰
Integrierte, interdisziplinäre Versorgung	Die bestehende Finanzierungs- und Verwaltungslogik führt zum Teil dazu, dass: - Anreize für Umsetzung guter internationaler interdisziplinärer Versorgungsmodelle fehlen - die praktische Umsetzung interdisziplinärer Betreuung erschwert wird (Soziales, Gesundheit, Pflege)	„System Change“: Änderung von Finanzierungsformen und Anreizen, die die Integration von Good Practice zur integrierten Versorgung auch in Österreich ermöglichen
	Nicht ausreichend Übergangsformate zwischen ambulanter und stationärer Versorgung	Übergangsformate zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ausbauen
	Mangelnde Interdisziplinarität hat negativen Einfluss auf die Versorgungsqualität wie auch auf die Attraktivität des Arbeitsplatzes	- Interdisziplinarität als Teil der Ausbildungen planen - klare Kompetenzabgrenzung für die Berufsgruppen sicherstellen - interdisziplinäre Primärversorgungseinheiten (PVE) und mobile Palliativversorgung ausbauen

⁸⁰ Ein Good-Practice-Beispiel ist beispielsweise die English Longitudinal Study of Ageing (ELSA), siehe: <https://www.elsa-project.ac.uk/international-sister-studies> [Zugriff am 22.09.2025]

Bereich	Handlungsbedarf	Empfehlung
Integrierte, interdisziplinäre Versorgung	Beteiligung an Projekten und neuen integrierten Versorgungsmodellen für Allgemeinmediziner:innen und Primärversorger:innen aufgrund der Selbstständigkeit und der hohen Arbeitsbelastung („Einzelkämpferteams“) schwierig	Integration von Good Practice zur integrierten Versorgung auch in Österreich durch strukturelle Reformen (Anstellungsverhältnisse, unterstützende Infrastrukturen) ermöglichen
Gesundheitliche Chancengerechtigkeit	Es besteht eine Versorgungskluft zwischen: • Menschen mit und ohne Angehörige (z. B. Vermittlung zu Angeboten, Überbrücken fehlender digitaler Kompetenzen) • Menschen mit und ohne Migrationshintergrund • Stadt und Land • Frauen und Männer • Menschen mit und ohne Zugehörigkeit zur LGBTIQ+-Community • Menschen mit und ohne ausreichend finanzielle Ressourcen • Menschen mit höherer und niedriger formaler Bildung	Bei der Entwicklung von Maßnahmen/Angeboten ein besonderes Augenmerk auf benachteiligte Zielgruppen lenken
Geriatrische Angebote	Nicht ausreichend geriatrische Versorgungsangebote	Bedarfsgerechter Ausbau von z. B.: • einem umfassenden Betreuungsnetz von MTDG-Berufen • Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige • Angeboten für Personen mit Demenz • Aktivierungsangeboten • attraktiven Tageszentren
Zugang zu Versorgungsangeboten	Angebote werden z. T. nicht in Anspruch genommen, da sie • nicht bekannt sind (z. T. auch den Versorgerinnen und Versorgern nicht) • der Zugang erschwert ist (z. B. lange Wartezeiten)	• Angebote niederschwelliger gestalten • Personen beim Finden und Aufsuchen der Angebote unterstützen (Social Prescribing, Community Nursing, Case- und Caremanagement) • Angebote entwickeln wie z. B. autonome selbst organisierte, aber nicht kostenpflichtige Teams, die Vernetzungsarbeit leisten; kontinuierliche Verbindungspersonen in der Gemeinde, die vernetzt denkt und wo gemeldet werden kann, ob Hilfe benötigt wird, aber auch Hilfe angeboten werden kann • mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren arbeiten
Mobilität	Eingeschränkte Mobilität erschwert Inanspruchnahme von Angeboten	• aufsuchende Angebote (AM, MTDG, Pflege) ausbauen und leistungsgerecht vergüten • Taxinetze aufbauen anstelle von Rettungsfahrten
Personal	Geriatrische Expertise tlw. nicht ausreichend	• Facharztausbildung Geriatrie aufbauen • Spezialisierungen und Weiterbildungen in Gesundheitsberufen anbieten • Schulungen für Allgemeinmediziner:innen flächendeckend anbieten

Bereich	Handlungsbedarf	Empfehlung
Personal	Interdisziplinarität ist zu wenig Inhalt von Aus- und Weiterbildungen → Gefahr, dass Berufsgruppen aneinander vorbei arbeiten	Interdisziplinarität in der Aus- und Weiterbildung verankern → Kommunikation zwischen den Berufsgruppen kann vor allem dann gut gelingen, wenn dies schon sehr früh gelernt wird
	Weitere Akademisierung der Gesundheitsberufe notwendig	Akademisierung der Gesundheitsberufe weiter ausbauen im Sinne der Forschungskompetenz, Förderung der notwendigen fachlichen Tiefe und gesellschaftlichen Anerkennung
	Die derzeitige Versorgungslage reicht nicht aus, um Pflegebedarf wirksam zu verhindern. Es bedarf Investitionen in die Ausbildung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe, was den Aufbau funktionierender interprofessioneller Modelle erschwert	Investitionen in Ausbildungsplätze weiterhin erhöhen, Ausbildungsplätze ausbauen (siehe Pflegeausbildungszuschuss ⁸¹ und Pflegestipendium ⁸²)
Migration und Alter	• intersektionale Herausforderungen durch Alter und Migration • mangelndes Wissen der Gesundheitsberufe zu Heterogenität der älteren Menschen mit Migrationshintergrund und über Versorgungsangebote	• Maßnahmen zur Sensibilisierung für die Heterogenität der Bevölkerungsgruppe entwickeln • Wissen über ambulante Angebote und professionelle Dolmetschdienste fördern
	fehlende kulturoffene und mehrsprachige Angebote	• Angebote kulturoffener gestalten (u. a. auch Reha-Angebote) • mehrsprachige Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund entwickeln
	Auch wenn es Angebote gibt, werden diese von der Zielgruppe aus unterschiedlichen Gründen nicht angenommen	• Forschung zu Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren aus der Perspektive von Angehörigen, Expertinnen und Experten und insbesondere von Betroffenen • Strategien entwickeln, um Inanspruchnahme von Angeboten zu fördern (z. B. Zusammenarbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren)

⁸¹ Siehe: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Pflege/Pflegepersonal.html#PAusbZG> [Zugriff am 29.09.2025]

⁸² Siehe: <https://www.sozialministerium.gv.at/Services/Service-fuer-Buergerinnen-und-Buerger/FAQ.html#pflegestipendium-0113-1> [Zugriff am 29.09.2025]

8.2 Ambulante Versorgung

Handlungsbedarf	Empfehlung
Nicht ausreichende Interprofessionalität und Interdisziplinarität (v. a. Allgemeinmedizin)	Multi- und Interdisziplinarität gezielt fördern
Niederschwellige Screening-Instrumente werden nicht ausreichend angewandt	Screening-Instrumente (z. B. ICOPE-Modell) breit einführen
- Unterfinanzierung mobiler und aufsuchender Dienste - mangelnde Berücksichtigung ungleicher Chancen der Inanspruchnahme in der Bevölkerung (finanziell, geografisch, privatisierte Anbieter)	Finanzierungsplan und Anreizsysteme für mobile und aufsuchende Angebote (inkl. aufsuchender Nachtbetreuung, Chancengerechtigkeit – finanziell, geografisch, privatisierte Anbieter – für Inanspruchnahme) entwickeln
Mangelnde Evidenz zu Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren im ambulanten Bereich	Forschung zu Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren im ambulanten Bereich (inkl. Perspektive von Pat., Zu- und Angehörigen) vorantreiben
Ressourcenmangel für Beziehungsarbeit und Vertrauensaufbau	Ressourcenplan für Beziehungsarbeit und Vertrauensaufbau, personenzentrierte Versorgung entwickeln
- technologische Unterstützung noch nicht ausreichend alltagsnah und bedarfsgerecht für ältere Personen - zu wenig Angebote von Telemedizin und Onlinekonsultationen	- gezielte Investitionen (Forschungsförderung) in die Entwicklung und den Ausbau technischer und KI-gestützter Lösungen für das Leben zu Hause (Ziel: Erhalt von Autonomie und Selbstständigkeit älterer Menschen) umsetzen - Telemedizin und Onlinekonsultationen ausbauen
Nierenerkrankungen werden zu spät erkannt, was den Verlauf der Erkrankung negativ beeinflusst	Eine frühzeitige Diagnose und eine entsprechende Behandlung beeinflussen den Verlauf der Erkrankung positiv → die nötigen Parameter für Risikogruppen im Rahmen der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung sowie integrierter Vorsorgeprogramme (z. B. Therapie Aktiv) routinemäßig verankern

8.3 Stationäre Akutversorgung

Handlungsbedarf	Lösungsvorschläge
Stationäre Übergangsformate nicht ausreichend → „hospital-dependent patients“, weil medizinische Bedürfnisse außerhalb des Krankenhauses nicht ausreichend versorgt werden können	• integrierte Versorgung ausbauen • AG/R und RNS ausbauen
Stationäre Strukturen für geriatrische Patientinnen und Patienten unzureichend	Stationäre Prozesse rund um die ältere Bevölkerung anpassen: • Zertifizierung altersfreundlicher Gesundheitseinrichtungen⁸³ weiter ausbauen • abteilungsunabhängige Aufnahme-Screenings (z. B. Clinical Frailty Scale) einführen • geriatrische Expertise und Teams aufbauen

8.4 Akutgeriatrie/Remobilisation sowie Remobilisation/Nachsorge

Handlungsbedarf	Lösungsvorschläge
Zugang zu AG/R und RNS-Plätzen vielerorts begrenzt, Heterogenität in den Bundesländern	AG/R / RNS in allen Bundesländern bedarfsgerecht ausbauen

8.5 Rehabilitation

Handlungsbedarf	Lösungsvorschläge
Kein systematischer Anschluss von den Reha-Phasen II und III an die AG/R	• verbindliche Struktur- und Prozesskriterien für die Reha-Phasen I, II und III in der Geriatrie definieren und verbindlich verankern (Standards für Zieldefinition, Assessments und Qualitätskontrolle) • Qualitätskontrolle etwa durch Benchmark-Systeme
Einrichtungen sind indikationsspezifisch und berücksichtigen die komplexen Bedürfnisse geriatrischer Patientinnen und Patienten zu wenig	• indikationsübergreifende Therapieplanung, die sich am funktionellen Status orientiert, implementieren • klar definierte geriatrische Zielsetzungen, individuell in Abhängigkeit der Aktivitäts- und Partizipationsziele der Patientinnen und Patienten und nicht starr begrenzt (durch ICF-Core-Sets und Shared Decision Making)
Der Bedarf an ambulanter geriatrischer Rehabilitation wird oft zu spät erkannt, Versorgung deckt nicht den Bedarf und ist nicht interdisziplinär ausgerichtet; Zugang ist nicht für alle gleich	Die ambulante geriatrische Rehabilitation aufsuchend und interdisziplinär ausbauen und Zugangsbarrieren abbauen

⁸³ Siehe: <https://www.ongkg.at/schwerpunkte/altersfreundliche-gesundheitseinrichtungen> [Zugriff am 29.09.2025]

8.6 Hospiz und Palliativversorgung

Handlungsbedarf	Lösungsvorschläge
Angebote eher noch auf Onkologie ausgerichtet, weniger auf geriatrische Patientinnen und Patienten	- Angebot ausbauen - Angebot in alle Versorgungsbereiche integrieren (mobile Pflege, Betreuung und stationäre Langzeitpflege) - breite Einführung von Advanced Care Planning in Pflegeeinrichtungen
Mehr mobile Angebote für zu Hause notwendig	Insbesondere mobile Palliativteams weiterhin stark forcieren
Angebote nicht für alle gleichermaßen zugänglich (insbesondere mobile Angebote)	Angebote systematisch auch für Menschen zugänglich machen, die unter prekären Verhältnissen oder strukturell benachteiligt leben (wohnungslos, Migrationshintergrund, mit Behinderung, mit Demenz, ...)
Noch nicht ausreichend Palliative-Care-Kompetenzen beim Gesundheitspersonal	Palliative-Care-Kompetenzen in der Regelversorgung flächendeckend ausbauen
End-of-Life-Care kaum außerhalb des Gesundheitssystems verankert	Ansatz der Compassionate Communities breiter aufgreifen, etwa in Kooperation mit Expertinnen und Experten der Gesundheitsförderung, damit Palliative Care auch in Gemeinden, Betrieben, Schulen etc. wirksam wird

8.7 Langzeitpflege

Bereich	Handlungsbedarf	Lösungsvorschläge
„Long-Term Care“ (LTC)	Langzeitpflege wird oftmals noch als „Endstation“ verstanden und noch nicht umfassend genug gedacht (auf Alten- und Pflegeheime oder 24-Stunden-Betreuung reduziert)	- an internationalen Beispielen ad Identität von Long-Term-Care (siehe auch EU-Projekt INTERLINKS) orientieren - Langzeitpflege individuell, rehabilitativ und lebensqualitätsfördernd gestalten und als dynamischen Prozess verstehen → größere Anreize für Rehabilitationsmaßnahmen, Anstreben der Verbesserung der Funktionalität, Attraktivierung des Arbeitsumfelds - Langzeitpflege als integriertes System aus sozialen Aspekten und der gesundheitlichen Versorgung inklusive der formalen und der informellen Betreuung ansehen, strukturieren, planen - Ausbau alternativer Modelle, die den individuellen Bedürfnissen der Personen mit Pflegebedarf gerecht werden, wie z. B. ambulante Pflegedienste, Tagespflege
Pflegeeinrichtungen	Fehlende flächendeckende klare standardisierte Benchmarks und Zieldefinitionen guter Pflege erschweren die Qualitätsmessung und Qualitätsentwicklung der Pflegeeinrichtungen	- Ausbau des Nationalen Qualitätszertifikats - Etablierung eines fortlaufenden Prozesses, welcher darauf abzielt, Pflegeleistungen zu optimieren und sicherzustellen, dass die Bedürfnisse der Bewohner:innen bestmöglich gewahrt werden
	MTDG-Leistungen oft privat organisiert und nicht flächendeckend zugänglich → mangelnde Interdisziplinarität	Interdisziplinäre Zusammenarbeit vorantreiben, MTDG-Berufe strukturell stärker einbinden (→ verbessert die Versorgungsqualität und macht das Arbeitsumfeld attraktiver)

Bereich	Handlungsbedarf	Lösungsvorschläge
Pflegeeinrichtungen	Bedarf an strukturierter ärztlicher Versorgung in Pflegeeinrichtungen	• ärztliche Versorgung in der Langzeitpflege sicherstellen, um Hospitalisierungen zu vermeiden • z. B. Alten- und Pflegeheimärztinnen/-ärzte oder telemedizinische Mitbetreuung und regelmäßige Visiten
	Wahrnehmung als „abgeschlossener Ort“, nicht als Teil des sozialen Gefüges von Gemeinden	Alten- und Pflegeheime stärker in das kommunale Umfeld einbinden, z. B. durch offene Mittagstische, Aktivitäten für externe Besucher:innen
	Kaum gerontopsychiatrische Wohnbereiche in Pflegeeinrichtungen für Menschen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten / mit psychischen Erkrankungen, die nicht unter demenzielle Erkrankungen fallen	Ausbau gerontopsychiatrischer Wohnbereiche in Pflegewohnhäusern für Bewohner:innen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten
Versorgung bei Demenz	Versorgung von Menschen mit Demenz zu Hause und stationär noch strukturell unzureichend	Versorgung bei Demenz in allen Versorgungsbereichen stärker strukturell verankern, in Orientierung an den Bedürfnissen der Betroffenen (z. B. flexiblere Gestaltung der mobilen Angebote)
	Noch nicht ausreichend demenzsensible Versorgungsangebote	Demenzsensible Angebote flächendeckend in Stadt und Land ausbauen: • demenzsensible Akutgeriatrie und Rehabilitation • Hospiz-/Palliativversorgung für Menschen mit Demenz • Tageszentren mit Demenzschwerpunkten • Urlaubsbetten in stationären Pflegeeinrichtungen und Pflegewohnhäusern für mobile Personen mit Demenz
	Nicht ausreichend frühzeitige, professionelle Unterstützung im Umgang mit Demenz für Betroffene und Angehörige	• breiteres Angebot eines postdiagnostischen Supports sicherstellen • spezialisierte interdisziplinärer Demenzteams aufbauen • Gesundheitsförderungsangebote für Angehörige
	Bewusstsein für die notwendigen Kompetenzen in der Betreuung bei Demenz tws. noch nicht ausreichend (z. B. hohe Kommunikations- und Sprachkompetenz, um demenzbedingte Krisen, die den Wechsel in die stationäre Langzeitpflege notwendig machen, zu vermeiden)	• Begleitung von Menschen mit Demenz zu Hause durch Personen mit fachspezifischen Kompetenzen sicherstellen • notwendige Zusatzausbildungen für betreuende Personen, z. B. Konzepte der Delir-Vermeidung, flexiblerer Umgang und Einbindung von Angehörigen sicherstellen
24-Stunden-Betreuung	Agenturen tragen als freies Gewerbe zu hohe Verantwortung („Matching“, erste Anlaufstelle).	Neutrale, staatlich finanzierte Anlaufstelle (physisch bzw. digital) für zu Betreuende/Angehörige, die abgesicherte Informationen gibt, implementieren
	Konzept hinsichtlich Berufsrecht, Entlohnung und Arbeitszeitmodellen mangelhaft	Konzept der 24-Stunden-Betreuung hinsichtlich des heimischen Arbeitsmarkts – inkl. Berufsrecht, Entlohnung, Arbeitszeitmodelle – reformieren

8.8 Gesundheitsförderung

Handlungsbedarf	Lösungsvorschläge
- Negative Altersbilder führen zu defizitorientierter (tlw. bevormundender) Betreuung und Behandlung - Internalisierte negative Altersbilder führen z. B. zu seltener Inanspruchnahme von Rehabilitationsangeboten	Positive Altersbilder fördern, z. B.: - in der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen - Aus- und Weiterbildung hinsichtlich Gesundheitsförderung und Public Health - durch die Förderung ressourcenorientierter Perspektiven, etwa mit Maßnahmen wie Erzählcafés - Advocacy für gutes Altern
Relevanz von Gesundheitsförderung für die ältere Bevölkerung wird zu wenig wahrgenommen	- Advocacy durch die Gesundheitsförderungs-Community für gutes Altern, die ältere Bevölkerung, insbesondere strukturell vulnerable Gruppen, forcieren, z. B. durch Zusammenschluss von Gesundheitsförderungsakteurinnen und -akteuren und relevanten Netzwerken (z. B. IG pflegende Angehörige, Armutskonferenz) - klären, wo Gesundheitsförderung ansetzen kann → darauf mit evidenzbasierten Maßnahmen einen Fokus legen (z. B. soziale Teilhabe, politische Teilhabe – Social Prescribing, Community Nursing, Nachbarschaftshilfe) - Gesundheitsförderungsangebote intergenerational gestalten, nicht „segregierend“ nur für Ältere
Gesundheitsförderungsangebote erreichen hauptsächlich bestimmte Bevölkerungsgruppen (z. B. gesundheitskompetente Frauen), strukturell vulnerable Gruppen oder Männer weniger	- Differenzierung von Zielgruppen (z. B. ältere Männer, Menschen mit Migrationshintergrund, strukturell benachteiligte Bevölkerungsgruppen, Menschen mit Behinderung, LGBTIQ+-Personen) und Angebote partizipativ unter Beteiligung dieser Gruppen auf deren Bedürfnisse hin gestalten - Vernetzung mit Expertinnen und Experten aus anderen Feldern, zum Beispiel Geragogik, Palliative Care
Kommunale Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind oft eng an politische Konstellationen gebunden – ein Führungswechsel kann daher ihr vorzeitiges Ende bedeuten	- Weniger auf breiter kommunaler Ebene und mehr auf konkrete evidenzbasierte Maßnahmen und Subsettings fokussieren, die von den Maßnahmen profitieren können, wie Bildungsbereich (z. B. Bibliotheken) und Gesundheitsbereich (Primärversorgung, Apotheken etc.) - Entscheidungssträger:innen sensibilisieren - Langfristige Finanzierung und strategische Planung sicherstellen (Csandl et al. 2023)
Nicht ausreichend Gesundheitsförderungsangebote für Menschen mit Demenz, Menschen mit Behinderung und für pflegende Angehörige	- inklusive Gesundheitsförderungsangebote ausbauen - sicherstellen, dass pflegende Angehörige teilnehmen können – etwa durch die parallele Organisation von Betreuungsmöglichkeiten für die von ihnen gepflegten Personen
Übergang in die Pension als großer Einschnitt	Gesundheitsförderungsangebote ausbauen, um einen gesunden Übergang in die Pension zu ermöglichen
Digitalisierung als Barriere	Angebote zur Förderung der digitalen Kompetenz von älteren Personen flächendeckend anbieten
Tod und Trauer aktuell keine Themen in der Gesundheitsförderung	- Tod und Trauer auch in der Gesundheitsförderung adressieren - Vernetzung mit der Palliative Care Community - niederschwellige Maßnahmen wie „Letzte-Hilfe-Kurse“ unterstützen

9 Resümee

Der vorliegende Gesundheitsbericht zur Gesundheit der älteren Bevölkerung in Österreich unterstreicht, dass Altern nicht nur eine demografische Entwicklung, sondern auch eine **gesellschaftliche Chance** darstellt. Diese Chance gilt es aktiv zu nutzen: durch gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse, eine bedarfsgerechte Versorgung und die Stärkung sozialer Teilhabe. Die demografischen Daten verdeutlichen, dass der Anteil der ab 65-Jährigen kontinuierlich steigt und bis 2040 rund ein Viertel der Bevölkerung ausmachen wird. Damit wächst auch die gesundheitspolitische Relevanz dieser Bevölkerungsgruppe.

Ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Gesundheit auf allen Ebenen sind die **sozioökonomischen Faktoren**: Geschlecht, Bildung, Einkommen, Wohnsituation, Migrationshintergrund und soziale Netzwerke wirken sich direkt auf die Lebensqualität und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aus. In vorliegendem Bericht wird der Einfluss von Bildung auf Gesundheitschancen ersichtlich – Menschen mit höherer Bildung sind weniger gefährdet, an bestimmten Erkrankungen zu erkranken, etwa HKE oder Demenz, und können mit einer höheren Lebenserwartung rechnen. Dies zeigt die hohe Relevanz der Lebensverhältnisse auf die Gesundheit wie auch der Gesundheitsförderung, welche gezielt entgegenwirken könnte. Wesentlich hierfür ist, dass zum einen bei Gesundheitsförderungsangeboten, aber auch bei Angeboten der Krankenversorgung und Pflege und Betreuung ein Augenmerk auf die Personengruppen etwa mit niedriger formaler Bildung, mit Migrationshintergrund oder mit einem eingeschränkten sozialen Netz (z. B. Personen ohne Angehörige) gelenkt wird.

Ziel ist eine möglichst lange **Lebenserwartung in guter Gesundheit**. Die Lebenserwartung ab 65 Jahren liegt bei Männern bei 18,4 und bei Frauen bei 21,6 Jahren. Die Lebenserwartung in guter Gesundheit ist jedoch deutlich geringer, was die Notwendigkeit unterstreicht, gesundheitliche Einschränkungen möglichst lange hinauszuzögern. Prävention, Gesundheitsförderung und die Stärkung der Gesundheitskompetenz sind dabei zentrale Handlungsfelder. Besonders ältere Menschen mit eingeschränkten sozioökonomischen Ressourcen sollten hier gezielt adressiert werden.

Im Sinne des Konzepts des gesunden Alterns, das auf die Erhaltung der funktionellen Fähigkeit zur Sicherung von Selbstständigkeit und Wohlbefinden abzielt, ist die **Förderung funktionaler Gesundheit** ein zentrales Ziel. Präventive Maßnahmen, frühzeitige Unterstützung

und ein gesundheitsförderliches Umfeld können dazu beitragen, Einschränkungen zu vermeiden oder hinauszuzögern. Damit wird nicht nur die Lebensqualität verbessert, sondern auch die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen gestärkt. Ein vielversprechender Ansatz ist das von der WHO entwickelte **ICOPE-Modell**. Es verfolgt einen personenzentrierten, ganzheitlichen Zugang, der darauf abzielt, die körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie die funktionalen Ressourcen älterer Menschen zu erhalten. ICOPE setzt auf frühzeitige Erkennung von Einschränkungen, gezielte Interventionen und die enge Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialdiensten. Die Umsetzung erfordert multiprofessionelle Teams und die Einbindung lokaler Strukturen.

Dabei ist es immer wesentlich, Altern nicht defizitorientiert zu betrachten, sondern als Lebensphase mit Potenzial für Engagement, Lernen und Weiterentwicklung. Viele ältere Menschen sind heute aktiver und gesünder als frühere Generationen. Dennoch bestehen gesellschaftlich weiterhin **stereotype Altersbilder**, die ältere Menschen auf Einschränkungen reduzieren. Diese wirken sich negativ auf Gesundheit, Selbstbestimmung und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wie etwa die Rehabilitation aus. Der Bericht zeigt aber auch, dass ältere Menschen selbst ein differenziertes Bild vom Alter haben: Sie betonen ihre Vitalität, ihre Interessen und ihre Fähigkeit, Neues zu lernen, und wünschen sich, als ganze Person wahrgenommen und nicht auf das Alter reduziert zu werden.

Der **Gesundheitszustand** älterer Menschen ist komplex. Funktionale Einschränkungen nehmen mit dem Alter deutlich zu, insbesondere in den Bereichen Mobilität, Hören, Sehen und Gedächtnis. Gleichzeitig sind viele von mehreren chronischen Erkrankungen betroffen. Multimorbidität, Demenz und psychische Belastungen wie Depressionen oder Einsamkeit stellen zentrale Herausforderungen dar. Diese Gesundheitsprobleme wirken sich direkt auf die Lebensqualität und die Selbstständigkeit aus und erfordern eine Versorgung, die auf komplexe Gesundheitslagen ausgerichtet ist.

Die **psychische Gesundheit** verdient verstärkte Aufmerksamkeit, insbesondere in Hinblick auf die überaus hohen Suizidraten unter älteren Männern. Alkohol- und Tabakkonsum bleiben auch im Alter relevante Themen. Diese Aspekte müssen in der Prävention gezielt adressiert werden, um gesundheitliche Risiken zu minimieren und Ressourcen zu stärken.

Vor all diesen Hintergründen steht die **Versorgung älterer Menschen** vor großen Herausforderungen. Für eine gute Versorgung der älteren Bevölkerung mit oftmals komplexen Krankheitsbildern braucht es die Weiterentwicklung hin zu integrierten, interprofessionel-

len Versorgungsmodellen, die medizinische, pflegerische, therapeutische und soziale Leistungen bündeln. Besonders bei Übergängen, etwa vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung, braucht es bessere Abstimmung und Kontinuität. Die Versorgung soll nicht in getrennten Systemen stattfinden. Es braucht interprofessionelle Teams, die gemeinsam arbeiten: Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, MTDG-Berufe, Sozialarbeiter:innen und andere Berufsgruppen.

Multiprofessionelle Angebote wie die Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) haben sich als wirksam erwiesen, um funktionale Fähigkeiten zu erhalten und Pflegebedarf zu verzögern. Empfohlen wird, solche Angebote flächendeckend auszubauen und den Zugang chancengerecht zu gestalten.

Auch die **Langzeitpflege** wird künftig eine noch zentralere Rolle spielen. Dabei sollte sie nicht als statische „finale“ Versorgungsebene verstanden werden, sondern als Teil eines dynamischen Prozesses im Sinne eines „Long-Term-Care“-Ansatzes, der verschiedene Versorgungsformen miteinander verbindet und stets das Ziel verfolgt, die funktionale Gesundheit zu fördern. Damit dieser Anspruch erreicht werden kann, braucht es jedoch entsprechende personelle Ressourcen, die derzeit nicht ausreichend vorhanden sind. Der Unterstützungsbedarf steigt insgesamt, insbesondere bei Demenz und anderen chronischen Erkrankungen, und mit ihm die Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Versorgung. Die **informelle Pflege** durch Angehörige spielt in Österreich eine tragende Rolle, sollte aber unbedingt durch professionelle Angebote ergänzt und entlastet werden.

Mobile und aufsuchende Angebote, etwa durch Angehörige von MTDG-Berufen, Allgemeinmediziner:innen, Community Nurses, mobile Palliativteams oder andere geriatrische Dienste, sind essenziell, um älteren Menschen ein möglichst langes Leben im gewohnten Umfeld zu ermöglichen.

Insgesamt zeigt der vorliegende Bericht, dass gutes und gesundes Altern eine **gesamtgesellschaftliche Aufgabe** ist, die interdisziplinäre Ansätze, sektorübergreifende Strategien und eine Stärkung der sozialen und gesundheitlichen Infrastruktur erfordert. Die Förderung positiver Altersbilder und die gezielte Unterstützung vulnerabler Gruppen sind ebenso notwendig wie die Weiterentwicklung der Versorgungssysteme und die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aufrechter Impfschutz in der ab 60-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Erkrankung, Geschlecht und Altersgruppen, 2019.....	68
Tabelle 2: Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems bei der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019	112

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2010–2040	20
Abbildung 2: Anteil der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung in Prozent nach Bezirken, 2024 (Jahresbeginn).....	21
Abbildung 3: Wohnprobleme der ab 65-jährigen Bevölkerung in Österreich nach Geschlecht, 2024	25
Abbildung 4: Subjektive Wohnkostenbelastung der ab 65-jährigen Bevölkerung in Österreich nach Geschlecht, 2024	26
Abbildung 5: Bevölkerung ab 65 Jahren im Privathaushalt oder in einer Einrichtung lebend in Österreich nach Geschlecht und Altersgruppen, 2023	27
Abbildung 6: Lebensformen der ab 60-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2024.....	28
Abbildung 7: Häufigkeit persönlicher Sozialkontakte der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2023	30
Abbildung 8: Ehrenamtliche Mitwirkung nach Teilnahmebereichen der ab 65-Jährigen in Österreich in den letzten drei Jahren, 2024	34
Abbildung 9: Nutzung digitaler Gesundheitsdienstleistungen der ab 65-Jährigen in Österreich, 2025	41
Abbildung 10: (Sehr) gute Lebensqualität der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen sowie nach Bildung, 2019.....	48
Abbildung 11: Lebensqualität der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019.....	49
Abbildung 12: Erfüllung der österreichischen Bewegungsempfehlung der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Bewegungsart, Geschlecht und Altersgruppen, 2019.....	52
Abbildung 13: Erfüllung der österreichischen Bewegungsempfehlung bei der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und formaler Bildung, 2019.....	52
Abbildung 14: Alltagsbewegung der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019	53
Abbildung 15: Alltagsbewegung bei der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach formaler Bildung, 2019	54
Abbildung 16: Gewichtsstatus der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019.....	57

Abbildung 17: Selbst eingeschätzter Zahnstatus der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach formaler Bildung, 2019.....	60
Abbildung 18: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit Alkoholabhängigkeitsdiagnosen oder chronischen Lebererkrankungen (als Haupt- oder Nebendiagnose) in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht, 2015–2024.....	62
Abbildung 19: Inanspruchnahme allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen (VU) in Österreich nach Geschlecht und Altersgruppen, 2023	65
Abbildung 20: Influenza- und COVID-Impfungen der ab 60-jährigen Bevölkerung in Österreich nach Geschlecht und Altersgruppen 2023/2024 und 2024/2025.....	67
Abbildung 21: Fernere Lebenserwartung im Alter von 65, 75 und 85 Jahren nach Geschlecht in Österreich, 2010–2023	72
Abbildung 22: Fernere Lebenserwartung der ab 65-jährigen Männer in Österreich nach Bezirken, 2023	73
Abbildung 23: Fernere Lebenserwartung der ab 65-jährigen Frauen in Österreich nach Bezirken, 2023	73
Abbildung 24: Fernere Lebenserwartung im Alter von 35 Jahren nach höchstem formalem Bildungsabschluss und Geschlecht, 2018–2022.....	74
Abbildung 25: Fernere Lebenserwartung in guter Gesundheit der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht, 1978–2019	76
Abbildung 26: Fernere Lebenserwartung in guter Gesundheit der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht, 2015–2023	76
Abbildung 27: Sterblichkeit der ab 65-jährigen Bevölkerung in Österreich nach Geschlecht und Altersgruppen, 2010–2023.....	77
Abbildung 28: Haupttodesursachen der ab 65-jährigen Bevölkerung in Österreich nach Geschlecht und Altersgruppen, 2023	78
Abbildung 29: Anteil der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung mit (sehr) gut selbsteingeschätzter Gesundheit nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019	80
Abbildung 30: Anteil der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung mit (sehr) gut selbsteingeschätzter Gesundheit nach formaler Bildung und Geschlecht, 2019	80
Abbildung 31: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit der Haupt- oder Nebendiagnose „Senilität, Altersschwäche, Hohes Alter, Seneszenz, ohne Angabe einer Psychose“ (ICD-10: R54) in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppe, 2015–2024.....	82
Abbildung 32: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit der Haupt- oder Nebendiagnose „Mangelernährung“ (ICD-10 E40–E46) in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppe, 2015–2024	85

Abbildung 33: Schmerzen und Schmerzintensität (in den letzten vier Wochen) bei der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019	88
Abbildung 34: Funktionale Einschränkungen der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht, 2019	90
Abbildung 35: Funktionale Einschränkungen der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und formaler Bildung, 2019	91
Abbildung 36: Hörschwierigkeiten der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019	92
Abbildung 37: Schwierigkeiten beim Sehen der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019	93
Abbildung 38: Schwierigkeiten beim Gehen von 500 Metern ohne Gehhilfe und beim Treppenbenutzen der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019	94
Abbildung 39: Schwierigkeiten beim Gehen von 500 Metern ohne Gehhilfe und beim Treppensteigen der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach formaler Bildung, 2019	95
Abbildung 40: Schwierigkeiten in den ADL der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht, Altersgruppen und formaler Bildung, 2019	96
Abbildung 41: ADL-Einschränkungen der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Aktivitäten, 2019	97
Abbildung 42: Schwierigkeiten in den IADL der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht, Altersgruppen und formaler Bildung, 2019	98
Abbildung 43: Schwierigkeiten in den IADL der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Aktivitäten, 2019	99
Abbildung 44: Anteil der Pflegegeld-Anspruchsberechtigten nach Geschlecht und Altersgruppen in Österreich, 2024	101
Abbildung 45: Pflegegeld-Anspruchsberechtigte ab 65 Jahren in Österreich nach Pflegestufen, Geschlecht und Altersgruppen, 2024	102
Abbildung 46: Anzahl der Haupt- und Nebendiagnosen der ab 65-jährigen Bevölkerung bei einem stationären Aufenthalt in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2015, 2019 und 2024	103
Abbildung 47: Ausgewählte chronische Erkrankungen/Gesundheitsprobleme der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht, 2019	105
Abbildung 48: Ausgewählte chronische Erkrankungen/Gesundheitsprobleme der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Altersgruppen, 2019	106

Abbildung 49: Ausgewählte chronische Erkrankungen/Gesundheitsprobleme der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach formaler Bildung, 2019.....	107
Abbildung 50: Hauptdiagnosegruppen der stationär aufgenommenen ab 65-jährigen Patientinnen und Patienten in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2024.....	109
Abbildung 51: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit der Hauptdiagnosegruppe „ischämische Herzkrankheiten“ in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2015–2024	114
Abbildung 52: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit der Hauptdiagnosegruppe „zerebrovaskuläre Krankheiten“ in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2015–2024	115
Abbildung 53: Todesfälle der ab 65-jährigen Bevölkerung aufgrund von HKE in Österreich nach den drei häufigsten Diagnosegruppen, Geschlecht und Altersgruppen, 2024.....	117
Abbildung 54: Todesfälle der ab 65-jährigen Bevölkerung aufgrund von HKE in Österreich nach den drei häufigsten Diagnosegruppen, 2010–2024	117
Abbildung 55: Todesfälle der ab 65-jährigen Bevölkerung aufgrund von HKE nach österreichischen Bezirken, 2015–2024	118
Abbildung 56: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit der Hauptdiagnose „Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes“ in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2015–2024.....	120
Abbildung 57: Hauptdiagnosen bei stationären Aufenthalten von ab 65-jährigen Patientinnen und Patienten aufgrund von „Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes“ in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2024	121
Abbildung 58: Pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens bei ab 65-Jährigen nach Geschlecht in österreichischen Akutkrankenanstalten, 2010–2024.....	122
Abbildung 59: Pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens bei ab 65-jährigen Patientinnen und Patienten in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2024	123
Abbildung 60: Krebsneuerkrankungen nach Geschlecht und 5-Jahres-Altersgruppen in Österreich, 2014–2023.....	125
Abbildung 61: Krebsneuerkrankungen nach Lokalisationen, Geschlecht und Altersgruppen bei der ab 65-jährigen Bevölkerung in Österreich, 2014–2023	126

Abbildung 62: Krebssterblichkeit der ab 65-jährigen Bevölkerung in Österreich nach den häufigsten Lokalisationen, Geschlecht und Altersgruppen, 2015–2024	127
Abbildung 63: Krebssterblichkeit der ab 65-jährigen Männer in Österreich nach ausgewählten Lokalisationen, 2004–2024	128
Abbildung 64: Krebssterblichkeit der ab 65-jährigen Frauen in Österreich nach ausgewählten Lokalisationen, 2004–2024	129
Abbildung 65: Krebsmortalität der ab 65-jährigen Bevölkerung nach österreichischen Bezirken, 2015–2024	130
Abbildung 66: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit der Hauptdiagnose „Diabetes mellitus“ in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2015–2024	133
Abbildung 67: Anzahl der Amputationen an ab 65-jährigen Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht, 2015–2024	134
Abbildung 68: Mortalität der ab 65-jährigen Bevölkerung mit Diabetes nach österreichischen Bezirken, 2015–2024	136
Abbildung 69: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit einer chronischen Niereninsuffizienz in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2024	138
Abbildung 70: Todesfälle aufgrund einer chronischen Niereninsuffizienz der ab 65-jährigen Bevölkerung in Österreich nach Geschlecht und Altersgruppen, 2024	139
Abbildung 71: Todesfälle aufgrund einer chronischen Niereninsuffizienz bei der ab 65-jährigen Bevölkerung in Österreich nach Geschlecht, 2015–2024	140
Abbildung 72: Todesfälle aufgrund von COVID-19 der ab 65-jährigen Bevölkerung in Österreich nach Geschlecht und Altersgruppen, 2020–2024	141
Abbildung 73: Abweichung der Mortalitätsrate der ab 65-jährigen Bevölkerung von der Periode 2017–2019 in Österreich nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019–2024	142
Abbildung 74: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren aufgrund einer Grippe oder Pneumonie in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2024	143
Abbildung 75: Todesfälle aufgrund einer Grippe oder Pneumonie bei der ab 65-jährigen Bevölkerung in Österreich nach Geschlecht, 2015–2024	144
Abbildung 76: Todesfälle aufgrund einer Grippe oder Pneumonie der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2024	144

Abbildung 77: Verteilung der stationären Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit psychischen und Verhaltensstörungen in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Hauptdiagnosegruppen, Zeitraum 2015–2024	146
Abbildung 78: Prävalenz von Depression in den letzten 12 Monaten der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019.....	149
Abbildung 79: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit der Hauptdiagnose Depression in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2015–2024.....	151
Abbildung 80: Suizidrate ¹ der österreichischen ab 65-jährigen Bevölkerung nach Geschlecht, 1980–2024.....	153
Abbildung 81: Suizidrate ¹ der österreichischen ab 65-jährigen Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2024.....	153
Abbildung 82: Suizidrate ¹ der ab 65-jährigen Bevölkerung nach österreichischen Bezirken, 2015–2024.....	154
Abbildung 83: Anzahl der Besuche von ab 65-Jährigen im spitalsambulanten Bereich in Österreich nach Geschlecht, 2015–2024	162
Abbildung 84: Versorgungsdichte durch tatsächliche Betten in österreichischen Akutkrankenanstalten pro 10.000 EW nach Bundesländern, 2019 und 2024.....	165
Abbildung 85: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2015–2024.....	166
Abbildung 86: Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren in österreichischen Akutkrankenanstalten mit Nulltagesaufenthalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2015–2024.....	167
Abbildung 87: Wiederaufnahmerate der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2015–2024.....	168
Abbildung 88: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren in österreichischen Akutkrankenanstalten pro 100.000 EW nach Bezirken (Quellregion), 2024.....	169
Abbildung 89: Altersverteilung der stationären Patientinnen und Patienten in einer AG/R und RNS einer österreichischen Akutkrankenanstalt, 2024.....	173
Abbildung 90: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren in einer AG/R und RNS einer österreichischen Akutkrankenanstalt nach Geschlecht und Altersgruppen, 2024.....	173

Abbildung 91: Stationäre Aufenthalte von ab 65-jährigen Patientinnen und Patienten in einer AG/R und RNS einer österreichischen Akutkrankenanstalt nach den fünf häufigsten Hauptdiagnosen, 2024.....	174
Abbildung 92: Stationäre Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren nach AG/R stationär und RNS in einer österreichischen Akutkrankenanstalt, 2015–2024	175
Abbildung 93: Belagsdauer pro stationärem Aufenthalt von ab 65-jährigen Patientinnen und Patienten in einer AG/R und RNS einer österreichischen Akutkrankenanstalt, 2015–2024	176
Abbildung 94: Anzahl der stationären Aufenthalte von Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren in österreichischen Rehabilitationszentren nach Geschlecht und Altersgruppen, 2024.....	180
Abbildung 95: Häufigste zugrunde liegende Rehabilitations-Indikationsgruppen (2020) bei Aufenthalten von Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren in stationären Rehabilitationseinrichtungen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2024	181
Abbildung 96: Stationäre Aufenthalte der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren in österreichischen Rehabilitationszentren nach Geschlecht, 2015–2024.....	182
Abbildung 97: Betreute/gepflegte Personen nach Versorgungsangeboten und nach Altersgruppen in Österreich, Ende 2023	186
Abbildung 98: Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung – Erwachsene	194

Literaturverzeichnis

- Agenda Gesundheitsförderung (2024): *Rahmenarbeitsprogramm. Agenda Gesundheitsförderung 2024–2028*. Wien: Gesundheit Österreich.
- altersforschung.ac.at (2024): Frailty und Sarkopenie: Rechtzeitige Diagnose reduziert Risiken. [Online]. Akademie für Altersforschung am Haus der Barmherzigkeit. <https://altersforschung.ac.at/frailty-und-sarkopenie/> [Zugriff am 24.11.2025].
- Amrein, Eliane (2019): *Polypharmazie und Alter*. St. Gallen: Kantonsspital St. Gallen.
- Antony, Gabriele / Gaiswinkler, Sylvia (2019): *Good-Practice-Beispiele der Gesundheitsförderung mit Fokus auf Förderung sozialer Teilhabe im Alter. Ergebnisbericht*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Antony, Gabriele / Rohrauer-Näf, Gerlinde / Schlee, Lisa / Vana, Irina (2022): *Strategien für Gesundheitsförderung in Österreich. Factsheet*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Antony, Gabriele. / Pfabigan, Johanna. / Wahl, Anna. / Gaiswinkler, Sylvia. (2025): *Train-the-Trainer-Lehrgang zum Thema „Geschlechtersensibles Gesundheitssystem“*. Ergebnisbericht. Wien: Gesundheit Österreich.
- Anzenberger, Judith / Akartuna, Deniz / Busch, Martin / Klein, Charlotte / Schmutterer, Irene / Schwarz, Tanja / Strizek, Julian (2024): *Epidemiologiebericht Sucht 2024. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak – Annex*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Anzenberger, Judith / Busch, Martin / Grabenhofer-Eggerth, Alexander / Hojni, Markus / Klein, Charlotte / Schmutterer, Irene / Strizek, Julian / Tanios, Aida (2019): *Epidemiologiebericht Sucht 2019. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak*. Wien: Gesundheit Österreich.
- ärzteblatt.de (2012): Polypharmakotherapie im Alter: Weniger Medikamente sind oft mehr. [Online]. Deutsches Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/123048/Polypharmakotherapie-im-Alter-Weniger-Medikamente-sind-oft-mehr> [Zugriff am 24.11.2025].
- ärzteblatt.de (2016): Polypharmazie – Tendenz steigend, Folgen schwer kalkulierbar. [Online]. Deutsches Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/182151/Polypharmazie-Tendenz-steigend-Folgen-schwer-kalkulierbar> [Zugriff am 24.11.2025].
- ATHIS (2020): *Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey und methodische Dokumentation*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; Austrian Health Interview Survey. Wien.
- Aulenbacher, Brigitte / Lutz, Helma / Schwiter, Karin (2021): *Gute Sorge ohne gute Arbeit? Live-in-Care in Deutschland, Österreich und der Schweiz*. Zürich: Universität Zürich.
- Balas, Maria / Lindinger, Helga / Offenzeller, Martina / Völler, Sonja (2024): *Die Österreichische Strategie zur Anpassung an den Klimawandel*. Wien: Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie.
- Bauer, Monika / Wesp, Birgit (2020): *Dialog gesund & aktiv altern - Handlungsfelder und Empfehlungen zur Stärkung der Gesundheit älterer Menschen durch soziale Teilhabe. Konsenspapier*. Hg. v. Fonds Gesundes Österreich, Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien.

- Baumert, Jens / Heidemann, Christin / Reitzle, Lukas / Schmidt, Christian (2021): Gesunde Lebensjahre bei Personen mit und ohne Diabetes in Deutschland. In: *Journal of Health Monitoring* 6/2:46-53.
- Benzinger, Petra / Eidam, Annette / Bauer, Jürgen M. (2021): Klinische Bedeutung der Erfassung von Frailty. In: *Z Gerontol Geriatr* 54/3:285-296.
- Berger, Ursula / Hold, Andrea / Reitbauer, Marianne (2024): *Ernährung im Alter – Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden*. Graz: Albert Schweitzer Institut für Geriatrie und Gerontologie. Geriatriische Gesundheitszentren der Stadt Graz.
- Berghold, Andreas / Riedl, Regina (2019): *Disease Management Programm "Therapie aktiv - Diabetes im Griff"*. Abschlussbericht Evaluierung. Graz: Medizinische Universität Graz.
- BGA (2023): *Österreichischer Strukturplan 2023*. Wien: Bundesgesundheitsagentur.
- BMASGPK (2024): *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2023*. Hg. v. BMASGPK. Wien
- BMASGPK (2025): Nationales Krebsrahmenprogramm. [Online].
<https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Krebs/Nationales-Krebsrahmenprogramm.html> [Zugriff am 21.07.2025].
- BMASGPK / GÖG (2025): *Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene sowie Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Wien: Gesundheit Österreich.
- BMG (2014): „*Das Team rund um den Hausarzt*“ Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMKÖS (2022): *Ergebnisbericht Bewegungsmonitoring Österreich 2022*. Wien: Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlicher Dienst und Sport.
- BMSGPK (2015): *Altern und Zukunft - Bundesplan für Seniorinnen und Senioren*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- BMSGPK (2018a): *Aktionsplan Frauengesundheit 40 Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen in Österreich*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- BMSGPK (2018b): *Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit (3. Auflage). Empfehlungen des Beirats für psychische Gesundheit*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- BMSGPK (2020): *Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- BMSGPK (2021): *Ältere Menschen zwischen Schutz und Selbstbestimmung. Lebensqualität im Alter auch in Krisenzeiten*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien.
- BMSGPK (2022): *Freiwilliges Engagement in Österreich 2022. Ergebnisse der Erhebung zur Freiwilligentätigkeit*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien.
- BMSGPK (2023a): *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2022*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien.
- BMSGPK (2023b): *Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien.

- BMSGPK (2023c): *Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- BMSGPK (2024a): Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) und Remobilisation/Nachsorge (RNS) in Österreich. [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
[https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Akutgeriatrie-Remobilisation-\(AG-R\)-und-Remobilisation-Nachsorge-\(RNS\)-in-Oesterreich.html#:~:text=Remobilisation%2FNachsorge%20\(RNS\)%20ist,in%20Krankenanstalten%20mit%20breiter%20F%C3%A4cherstruktur](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Akutgeriatrie-Remobilisation-(AG-R)-und-Remobilisation-Nachsorge-(RNS)-in-Oesterreich.html#:~:text=Remobilisation%2FNachsorge%20(RNS)%20ist,in%20Krankenanstalten%20mit%20breiter%20F%C3%A4cherstruktur) [Zugriff am 24.11.2025].
- BMSGPK (2024b): *Digitale Gesundheitsreform – eHealth-Strategie Österreich*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- BMSGPK (2024c): *Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit. Überarbeitete Fassung 2024*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- BMSGPK (2024d): Österreichische Ernährungsempfehlungen. [Online]. BMSGPK.
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Ern%C3%A4hrung/%C3%96sterreichische-Ern%C3%A4hrungsempfehlungen-NEU.html> [Zugriff am 24.11.2025].
- BMSGPK (2025a): Betreuende und pflegende Angehörige. [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Betreuende-und-Pflegende-Angehoerige.html> [Zugriff am 28.03.2025].
- BMSGPK (2025b): Diabetes. [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Diabetes.html> [Zugriff am 24.01.2025].
- Buecker, Susanne / Luhmann, Maike / Haehner, Peter / Bühler, Janina Larissa / Dapp, Laura / Luciano, Eva / Orth, Ulrich (2023): The Development of Subjective Well-Being Across the Life Span: A Meta-Analytic Review of Longitudinal Studies. In: *Psychological Bulletin* 419/7-8:418-446.
- Cartaxo, Ana / Koller, Martina / Mayer, Hanna / Kolland, Franz / Nagl-Cupal, Martin (2023): Risk Factors with the Greatest Impact on Caregiver Burden in Informal Home care Settings in Austria: A Quantitative Secondary Data Analysis. In: *Health & Social Care in the Community* 1/2023:1-14.
- cciv.at (2025): Aufgaben des CCIV. [Online].
<https://www.cciv.at/cdscontent/?contentid=10007.864482&portal=ccivportal> [Zugriff am 31.03.2025].
- Community Nursing (2025): Was ist eine Community Nurse? [Online]. Gesundheit Österreich. <https://cn-oesterreich.at/community-nursing/was-ist-eine-community-nurse> [Zugriff am 31.03.2025].
- Correro, Anthony. N. / Nielson, Kristy A. (2020): A Review of Minority Stress as a Risk Factor for Cognitive Decline in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Elders. In: *J Gay Lesbian Ment Health* 24/1:2-19.

Csandi, Magdalena / Kager, Julia / Koch, Katharina / Schnabel, Florian (2023): *Strukturelle Verankerung von*

gesunden, altersgerechten Nachbarschaften – Caring Communities. Wien: Gesundheit Österreich.

DAG (2025): Definition von Übergewicht und Adipositas. [Online]. <https://adipositas-gesellschaft.de/ueber-adipositas/definition-von-adipositas/> [Zugriff am 23.04.2025].

demenzstrategie.at (2025): Teilhabe und Selbstbestimmung der Betroffenen sicherstellen. [Online]. Gesundheit Österreich.

https://www.demenzstrategie.at/de/Wirkungsziele/Wirkungsziele/iEffGoal_1.htm [Zugriff am 26.03.2025].

Diabetesstrategie.at (2025): Die österreichische Diabetes-Strategie – Gemeinsam Diabetes begegnen. [Online]. Gesundheit Österreich; Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.diabetesstrategie.at/> [Zugriff am 24.01.2025].

Diabsurv.rki.de (2024): Diabetesbedingte Amputationen. [Online]. Robert Koch Institut. https://diabsurv.rki.de/Webs/Diabsurv/DE/diabetes-in-deutschland/3-30_Diabetesbedingte_Amputationen.html [Zugriff am 27.01.2025].

Djahangiri, Nina / Kropfreiter, Valentina / Peterbauer, Jakob (2024): *Internetnutzung von älteren Menschen in Österreich*. Wien: Statistik Austria.

DKFZ (2019): Krebs im Alter: Behandlung und Versorgung individuell planen. [Online]. <https://www.krebsinformationsdienst.de/senioren-und-krebs-im-alter> [Zugriff am 21.07.2025].

Dohr, Sandra / Goldgruber, Judith (2024): Informelle Pflege im digitalen Zeitalter – Herausforderungen und Lösungen. In: *ProCare* 29/5:42-45.

Donauuniversität Krems (2025): Einsatz Demenz. E-Learning-Programm für den Umgang mit Menschen mit Demenz. [Online]. <https://www.donau-uni.ac.at/de/universitaet/fakultaeten/gesundheitsmedizin/departments/demenzforschung/forschung/projekte/einsatz-demenz.html> [Zugriff am 26.03.2025].

Dumont, Katia / Marcoux, Isabelle / Warren, Émilie / Alem, Farah / Alvar, Bea / Ballu, Gwenvael / Bostock, Anitra / Cohen, S. Robin / Daneault, Serge / Dube, Véronique / Houle, Janie / Minyaoui, Asma / Rouly, Ghislaine / Weil, Dale / Kellehear, Allan / Boivin, Antoine (2022): How compassionate communities are implemented and evaluated in practice: a scoping review. In: *BMC Palliat Care* 21/1:131.

Eberle, Linda / Edtmayer, Alice / Hagmann, Evelyn / Kerschbaum, Aida / Kucera, Sabrina / Leuprecht, Eva / Mayer, Lisa / Rappold, Elisabeth / Sackl, Anita (2025): *Pilotierung von Community Nursing in Österreich 2022–2024. Erkenntnisse und Ergebnisse aus der Pilotphase*. Wien: Gesundheit Österreich.

Eberle, Linda / Edtmayer, Alice / Rappold, Elisabeth / Anita, Sackl (2024): *Weiterführung von Community Nursing 2025. Umsetzungsstrategien der Bundesländer. Factsheet*. Wien: Gesundheit Österreich.

Ellert, Ute / Kurth, Bärbel-Maria (2013): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland, Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in

- Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 56/5-6:643-649.
- Engdahl, Bo / Tambs, Kristian (2010): Occupation and the risk of hearing impairment – results from the Nord-Trøndelag study on hearing loss. In: *Scand J Work Environ Health* 36/3:250-257.
- European Social Survey (2023): *ESS round 11 - 2023. Social inequalities in health, Gender in contemporary Europe*. <https://www.europeansocialsurvey.org/>, <https://ess.sikt.no/en/study/412db4fe-c77a-4e98-8ea4-6c19007f551b>
- Felsinger, Richard / Mayer, Susanne / Haidinger, Gerald / Simon, Judith (2025): Aging Well? Exploring Self-Reported Quality of Life in the Older Austrian Population Based on Repeated Cross-Sectional Data. In: *Journal of Aging & Social Policy* 37/4:654-670.
- Ferreira Carrijo, Mariana / Silva Augusto, Ana Cristina / Martins Alves, Aline / Moretti Luchesi, Bruna / da Silva Alencar, Taiene / Carvalho Reis Martins , Tatiana (2023): Relationship between depressive symptoms and social isolation, visual complaints and hearing loss in middle-aged and older adults. In: *Psiquiatriki* 2023/34:29-34.
- FGÖ (2020): *Bewegungsempfehlungen Erwachsene ab 65 Jahren*. Wien: Fonds Gesundes Österreich.
- FGÖ (2025): Projekt-Call „Gemeinsam statt einsam!“ veröffentlicht. [Online]. Fonds Gesundes Österreich. https://fgoe.org/Projekt-Call_Gemeinsam-statt-Einsam [Zugriff am 26.03.2025].
- fgoe.org (2015): Demenzfreundliche Apotheke. [Online]. <https://fgoe.org/projekt/demenzfreundliche-apotheke> [Zugriff am 12.05.2025].
- FRA (2024): *LGBTIQ equality at a crossroads. Progress and challenges*. Hg. v. European Union Agency for Fundamental Rights. Wien.
- Franzen, Michael (2024): *nichtpubl. Daten*. unveröffentlicht.
- Friedl, Claudia / Hemetsberger, Margit / Mader, Julia / Fahrleitner-Pammer, Astrid / Pieber, Thomas R. / Rosenkranz, Alexander R. (2013): Awareness of chronic kidney disease in Austria: a frequently under-recognized clinical picture. In: *Wien Klin Wochenschr* 125:362-367.
- Frühwald, Thomas / Hofer, Alexandra / Meidlinger, Bettina / Roller-Wirnsberger, Regina / Rust, Petra / Schindler, Karin / Sgarabottolo, Verena / Weissenberger-Leduc, Monique / Wolf, Alexandra / Wüst, Nadja (2013): *Wissenschaftliche Aufbereitung für Empfehlungen „Ernährung im Alter in verschiedenen Lebenssituationen“*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- FUB (2004): Wie wandelt sich Sexualität im Alter? Das Sexualleben älterer Frauen – ein tabuisiertes Thema. [Online]. Freie Universität Berlin. https://www.fu-berlin.de/presse/publikationen/fundiert/archiv/2004_01/04_01_schultz-zehden/index.html [Zugriff am 24.11.2025].
- Fuchs, Judith / Prütz, Franziska (2017): Prävalenz von Gelenkschmerzen in Deutschland. In: *Journal of Health Monitoring* 2/3:66-71.
- Gaiswinkler, Sylvia / Antony, Daniela / Delcour, Jennifer / Pfabigan, Johanna / Pichler, Michaela / Wahl, Anna (2023): *Frauengesundheitsbericht 2022*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien.
- Gaiswinkler, Sylvia / Wahl, Anna / Pfabigan, Johanna / Pilwarsch, Johanna / Antony, Daniela / Ofner, Tona / Delcour, Jennifer / Antosik, Jennifer (2024): *Gender-*

- Gesundheitsbericht 2024. Schwerpunkt: Sexuelle und reproduktive Gesundheit.* Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- Gaiswinkler, Sylvia / Weigl, Marion (2019): *Verständnis von Gesundheit und Krankheit von Frauen mit Migrationshintergrund.* Wien: Gesundheit Österreich.
- Geigl, Christoph / Anderle, Laura / Leitzmann, Michael / Janßen, Christian (2024): Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. [Online].
<https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-praevention-im-alter/> [Zugriff am 11.08.2025].
- gesundheit.gv.at (2020a): Ernährung älterer Menschen. [Online].
<https://www.gesundheit.gv.at/leben/altern/ernaehrung-im-alter/ernaehrung-senioren.html> [Zugriff am 24.11.2025].
- gesundheit.gv.at (2020b): Mangel- und Unterernährung im Alter. [Online]. Österreichisches Gesundheitsportal.
<https://www.gesundheit.gv.at/leben/altern/ernaehrung-im-alter/mangelernaehrung-senioren.html> [Zugriff am 16.01.2025].
- gesundheit.gv.at (2020c): Schmerzmittel (Mischanalgetika, Opiate & Opioide). [Online].
<https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/sucht/medikamentensucht/schmerzmittel-mischanalgetika-opiate-opioide.html#was-sind-opiate-und-opioide> [Zugriff am 16.07.2025].
- gesundheit.gv.at (2020d): Verdauungsprobleme im Alter. [Online].
<https://www.gesundheit.gv.at/leben/altern/ernaehrung-im-alter/verdauung-senioren.html> [Zugriff am 11.08.2025].
- gesundheit.gv.at (2021a): Gesundheit und Wohlbefinden im Seniorenheim. [Online].
<https://www.gesundheit.gv.at/leben/altern/wohnen-im-alter/seniorenheim-pflegeheim.html> [Zugriff am 12.05.2025].
- gesundheit.gv.at (2021b): Krebs: Risikofaktoren & Vorbeugung. [Online].
<https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/krebs/info/entstehung.html> [Zugriff am 21.07.2025].
- gesundheit.gv.at (2021c): Pseudodemenz: Ursachen. [Online].
<https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/gehirn-nerven/demenz/pseudodemenz.html> [Zugriff am 24.07.2025].
- gesundheitskasse.at (2025a): Integrierte Versorgung für chronisch Kranke. [Online].
<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.880214>.
- gesundheitskasse.at (2025b): Integrierte Versorgung für Herz-insuffizienz. [Online].
<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.882098&portal=oegkvportal> [Zugriff am 31.03.2025].
- gewaltinfo.at (2020): *Gewalt gegen ältere Menschen – Fachwissen.* Wien: Bundeskanzleramt Österreich – Gewaltprävention.
- Goepel, Mark / Kirschner-Hermanns, Ruth / Welz-Barth, Annette / Steinwachs, Klaus-Christian / Rübber, Herbert (2010): Harninkontinenz im Alter. In: *Deutsches Ärzteblatt* 107/30:6-531.
- GÖG (2019): *Die Österreichische Demenzstrategie "Gut leben mit Demenz": Was können Städte und Gemeinden dazu beitragen? Factsheet.* Wien: Gesundheit Österreich, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- GÖG (2024a): *GÖG-Panel Gesundheitsförderung 2023. Ergebnisse der dritten Befragungswelle. Tabellenband.* unveröffentlicht.

- GÖG (2024b): *GÖG-Panel Gesundheitsförderung 2023. Ergebnisse der zweiten Befragungswelle. Tabellenband*. unveröffentlicht.
- GÖG (2025a): *Österreichischer Demenzbericht 2025*. Wien: Gesundheit Österreich.
- GÖG (2025b): *Panel Gesundheitsförderung - Welle 6*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Göhner, Anne / Bitzer, Eva / Dreher, Elena / Farin-Glattacker, Erik / Heimbach, Bernhard / Kohler, Katharina / Maun, Andy / Metzner, Gloria / Voigt-Radloff, Sebastian (2021): Integriertes Versorgungsmanagement für chronisch erkrankte ältere Menschen in der eigenen Häuslichkeit: Evidenz aus Cochrane-Reviews. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 54/1:54-60.
- Göttlinger, Susanne / Kronsteiner-Mann, Christa (2022): *Freiwilliges Engagement in Österreich – Ergebnisse der Erhebung zur Freiwilligentätigkeit 2022*. Wien: Statistik Austria.
- Grabovac, Igor / Smith, Lee / McDermott, Daragh T. / Stefanac, Sinisa / Yang, Lin / Veronese, Nicola / Jackson, Sarah E. (2019): Well-Being Among Older Gay and Bisexual Men and Women in England: A Cross-sectional Population Study. In: *Journal of the American Medical Directors Association* 20/9:1080-1085.
- Graeb, Fabian / Wolke, Reinhold (2020): Mangelernährung bei geriatrischen Patient*innen: Risikofaktor stationäre Langzeitpflege? In: *HBScience* 2021/12:58-66.
- Griebler, Robert / Schütze, Denise / Bartuschka, Julia (2024): *Factsheet: Psychosoziale Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung. Ergebnisse des Panels Gesundheitsförderung*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Griebler, Robert / Schütze, Denise / Link, Thomas / Schindler, Karin (2023a): *Ernährungskompetenz in Österreich. Ergebnisbericht*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Griebler, Robert / Straßmayr, Christa / Mikšová, Dominika / Link, Thomas / Nowak, Peter und die Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK (2021a): *Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitskompetenz-Erhebung HLS19-AT*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien.
- Griebler, Robert / Winkler, Petra / Delcour, Jennifer / Antosik, Jennifer / Leuprecht, Eva / Nowotny, Monika / Schmutterer, Irene / Sax, Gabriele / Juraszovich, Brigitte / Pochobradsky, Elisabeth / Kucera, Sabrina (2023b): *Österreichischer Gesundheitsbericht 2022*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- Griebler, Robert / Winkler, Petra / Delcour, Jennifer / Eisenmann, Alexander (2021b): *Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Österreich. Update 2020*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien.
- Habl, Claudia / Braunegger-Kallinger, Gudrun / Haas, Sabine / Ladurner, Joy / Renner, Anna / Winkler, Petra (2014): Armut und Gesundheit. In: *Handbuch Armut in Österreich*. Dimmel, Nikolaus / Schenk, Martin / Stelzer-Orthofer, Christine (Hrsg.). Innsbruck - Wien - Bozen: StudienVerlag. S. 240-267.
- Hajek, André; / König, Hans-Helmu (2020): Which factors contribute to loneliness among older Europeans? Findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: Determinants of loneliness. In: Volume 89/July–August.
- Hartung, Susanne / Rosenbrock, Rolf (2022): Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. [Online].

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
<https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/public-health-action-cycle-gesundheitspolitischer-aktionszyklus/> [Zugriff am 24.11.2025].
- Hegazi, Refaat / Halpern, Bruno (2025): Looking beyond fat in obesity: the frequently overlooked importance of muscle mass. In: *Rev Endocr Metab Disord*.
- Hiesmayr, Michael (2023): *Country Report nutritionDay 2023 – Austria*. Wien: Medical University of Vienna.
- HLS-EU Consortium (2012): *Comparative Report of Health Literacy in eight EU member states: The European Health Literacy Survey HLS-EU (second revised and extended version)*. online Publication: <http://www.health-literacy.eu>.
- HOSPIZ Österreich (2022): *Spezialisierte Hospiz- und Palliativeinrichtungen für Erwachsene. Ergebnisse der Datenerhebung 2022*. HOSPIZ Österreich.
- hospiz.at (2025): HPC in Alten- und Pflegeheimen. [Online].
<https://www.hospiz.at/fachwelt/hospiz-und-palliative-care-in-der-grundversorgung/hpc-in-alten-und-pflegeheimen/> [Zugriff am 12.05.2025].
- IHME (2023): GBD Compare. [Online]. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).
<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [Zugriff am 26.11.2025].
- Joanneum Research / ÖGGG (2024): *Akutgeriatrie-Bericht 2024*. Graz: Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG).
- Jungbauer-Gans, Monika (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: *Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheit*. (Hrsg.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kainradl, Anna-Christina (2024a): *Intersektionale Diskriminierung von älteren Migrant*innen im österreichischen Gesundheitswesen. Eine ethische Analyse von Gerechtigkeitsdimensionen*. Graz: Universität Graz.
- Kainradl, Anna-Christina (2024b): Perspectives on vulnerability from the narratives of older migrants. In: *Z Gerontol Geriatr* 57/4:272-277.
- Kaleta, Michaela / Kautzky-Willer, Alexandra / Klimek, Peter / Thurner, Stefan (2019): *Analyse regionaler Variabilität der Diabetesinzidenz und der diabetesinduzierten Folgeerkrankungen (Diabetes Mellitus Typ 2)*. Wien: Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen.
- Kaleta, Michaela / Leutner, Michael / Thurner, Stefan / Endel, Gottfried / Kiss, Noemi / Robausch, Martin / Klimek, Peter / Kautzky-Willer, Alexandra (2023): Trends in diabetes incidence in Austria 2013–2017. In: *Scientific Reports* 13/8715:1-8.
- Kamil, Rebecca / Betz, Joshua Francis / Powers, Becky / Pratt, Sheila / Kritchevsky, Stephan / Ayonayon, Hilsa / Harris, Tammy / Helzner, Elizabeth / Deal, Jennifer / Martin, Kathryn / Peterson, Matthew / Satterfield, Suzanne / Simonsick, Eleanor / Lin, Frank (2016): Association of Hearing Impairment With Incident Frailty and Falls in Older Adults. In: *J Aging Health* 28/4:644-660.
- Kessler, Eva-Marie / Boschann, Annika (2020): Depression im Alter. In: *Jandbuch Klinische Psychologie*. Schnell, Thomas / Schnell, Knut (Hrsg.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kessler, Eva-Marie / Warner, Lisa (2023): *Ageismus. Altersbilder und Altersdiskriminierung in Deutschland*. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes.
- Klimont, Jeanette (2020): *Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.

- Kolland, Franz / Rohner, Rebekka / Vera, Gallistl (2024): *Wohnmonitor Alter: Praxis. Wandel. Krisen*. Innsbruck: Studienverlag GmbH.
- Kolodziejczak, Karolina / Rosada, Adrian / Drewelies, Johanna / Düzel, Sandra / Eibich, Peter / Tegeler, Christina / Wagner, Gert. G. / Beier, Klaus M. / Ram, Nilam / Demuth, Ilja / Steinhagen-Thiessen, Elisabeth / Gerstorf, Denis (2019): Sexual activity, sexual thoughts, and intimacy among older adults: Links with physical health and psychosocial resources for successful aging. In: *Psychology and aging* 34/4:389-404.
- Krappinger, Anna / Reiter, Andrea / Giedenbacher, Yvonne (2022): *Aus der Praxis für die Praxis Zentrale Evaluationsergebnisse und Lernerfahrungen aus Phase III der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“*. Wien: Fonds Gesundes Österreich, Gesundheit Österreich
- Lampert, Thomas / Kroll, Lars Eric (2010): *Armut und Gesundheit*. 1, Robert Koch-Institut
- Lampert, Thomas / Saß, Anke-Christine / Häfeling, Michael / Ziese, Thomas (2005): *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Robert Koch-Institut, 154
- Laschkolnig, Anja (2021): *Telemedizin in Österreich. Ergebnisbericht*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Lechleitner, Monika (2020): Adipositas im Alter – Evidenz für Gewichtsreduktion bei betagten Patienten? [Online]. <https://www.medmedia.at/univ-innere-medicin/adipositas-im-alter-evidenz-fuer-gewichtsreduktion-bei-betagten-patienten/> [Zugriff am 23.04.2025].
- Lechleitner, Monika (2022): Der geriatrische Patient. In: *Österreichische Ärztezeitung* 2022/11:26-32.
- Lehner, Petra / Sgarabottolo, Verena / Zilberszac, Alexander (2013): *Nationaler Aktionsplan Ernährung*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Li, An / Wang, Dewen / Lin, Shengnan / Chu, Meijie / Huang, Shiling / Lee, Chun-Yang / Chiang, Yi-Chen (2021): Depression and Life Satisfaction Among Middle-Aged and Older Adults: Mediation Effect of Functional Disability. In: *Front Psychol* 12/:755220.
- Livingston, Gill / Huntley, Jonathan / Sommerlad, Andrew / Ames, David / Ballard, Clive / Banerjee, Sube / Brayne, Carol / Burns, Alistair / Cohen-Mansfield, Jiska / Cooper, Claudia / Costafreda, Sergi G. / Dias, Amit / Fox, Nick / Gitlin, Laura N / Howard, Robert / Kales, Helen C. / Kivimäki, Mika / Larson, Eric B. / Ogunniyi, Adesola / Orgeta, Vasiliki / Ritchie, Karen / Rockwood, Kenneth / Sampson, Elizabeth L. / Samus, Quincy / Schneider, Lon S. / Selæk, Geir / Teri, Linda / Mukadam, Naaheed (2020): Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. In: *The Lancet Commissions* 2020/396:413-446.
- Lohrmann, Christa (2010): *Mangelernährung in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen. Erhebung der Prävalenz, Maßnahmen und Pflegeabhängigkeit. Masterarbeit*. Graz: Medizinischen Universität Graz.
- Luhmann, Maike / Bückner, Susanne (2019): *Einsamkeit und soziale Isolation im hohen Alter*. Bochum: Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie.
- M-POHL (2025): About M-POHL. M-POHL's umbrella definition of health literacy. [Online]. <https://m-pohl.net/Aims> [Zugriff am 24.09.2025].
- Maderdonner, Manuela (2010): *Mangelernährung in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen. Erhebung der Prävalenz, Maßnahmen und Pflegeabhängigkeit. Master of Science*. Graz: Medizinische Universität.

- Maier, Alexander / Riedel-Heller, Steffi G. / Pabst, Alexander / Lupp, Melanie (2021): Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. In: *PLOS ONE* 2021/1:1-38.
- MedUni Wien (2024): Weltdiabetestag: Neuer Ratgeber der MedUni Wien zu Diagnose, Therapie und Prävention. [Online]. Medizinische Universität Wien.
<https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/2024/news-im-november-2024/weltdiabetestag-neuer-ratgeber-der-meduni-wien-zu-diagnose-therapie-und-praevention/> [Zugriff am 24.01.2025].
- medunigraz.at (2025): Frailty: Gebrechlichkeit als Demenzrisiko? [Online].
<https://www.medunigraz.at/news/detail/frailty-gebrechlichkeit-als-demenzrisiko> [Zugriff am 07.10.2025].
- Morgado, Bruno / Silva, Celso / Agostinho, Ines / Bras, Filipe / Amaro, Pedro / Lusquinhos, Leonel / Schneider, Brooke / Fonseca, Cesar / Albacar-Rioboo, Nuria / Pinho, Lara (2024): Psychotherapeutic interventions for depressive symptoms in older adults in a community setting: a systematic review protocol. In: *Front Psychiatry* 15/:1448771.
- MSD Manual (2023): Harninkontinenz bei Erwachsenen. [Online].
<https://www.msdmanuals.com/de/heim/nieren-und-harnwegserkrankungen/beschwerden-beim-wasserlassen/harninkontinenz-bei-erwachsenen> [Zugriff am 24.11.2025].
- MSD Manual (2024): Dehydratation. [Online]. MSD Manuals.
<https://www.msdmanuals.com/de/heim/hormon-und-stoffwechselerkrankungen/wasserhaushalt/dehydratation> [Zugriff am 17.01.2025].
- Nagl-Cupal, Martin / Kolland, Franz / Zartler, Ulrike / Mayer, Hanna / Bittner, Marc / Koller, Martina Maria / Parisot, Viktoria / Stöhr, Doreen (2018): *Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke*. Wien: Universität Wien; Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- NDR (2025): Herzerkrankungen bei Frauen: Geschlechterunterschiede mit Risiko. [Online].
<https://www.ndr.de/ratgeber/gesundheit/Frauen-in-Gefahr-Geschlechterunterschiede-bei-Herzerkrankungen,herzerkrankungen100.html> [Zugriff am 21.08.2025].
- Nemeth, Claudia / Rottenhofer, Ingrid / Schleicher, Barbara / Bitschnau, Karl W. / Borovnyak, Erich / Sorge, Martin / Eisl, Christof S. / Heck, Ursula / Prohaska, Roswitha / Rupacher, Ernst / Werni-Kourik, Michaela (2012): *Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Neruda, Thomas / Pochobradsky, Elisabeth (2025): *Hospiz- und Palliativfondsgesetz. Entwicklung in der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung. Infosheet*. Hg. v. Österreich, Gesundheit. Wien.
- Nowotny, Monika / Kern, Daniela / Breyer, Elisabeth / Bengough, Theresa / Griebler, Robert (2019): *Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien.
- Obermayr, Rudolf P. / Temml, Christian / Knechtelsdorfer, Maarten / Gutjahr, Georg / Kletzmayer, Josef / Heiss, Susanne / Ponholzer, Anton / Madersbacher, Stephan / Oberbauer, Rainer / Klauser-Braun, Renate (2008): Predictors of new-onset decline

- in kidney function in a general middle-european population. In: *Nephrol Dial Transplan* 23/4:1265-1273.
- ÖDG (2025): Weltdiabetestag 2023 – Risiko erkennen und handeln! [Online]. Österreichische Diabetes Gesellschaft. <https://www.oedg.at/2023-11-PR-Weltdiabetestag-2023.html> [Zugriff am 27.01.2025].
- OECD (2023): *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OECD / European Commission (2024): *Health at a Glance: Europe 2024. State of Health in the EU cycle*. Brüssel: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung; Europäische Union.
- OECD / European Observatory on Health Systems and Policies (2021): *Österreich: Länderprofil Gesundheit 2021. State of Health in the EU*. Brussels: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies.
- OECD / European Observatory on Health Systems and Policies (2023): *Österreich: Länderprofil Gesundheit 2023, State of Health in the EU*. Brüssel: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies.
- oege.at (2025): Empfehlungen für Personengruppen. Ernährung im Alter. [Online]. ÖGE. <https://www.oege.at/category/wissenschaft/empfehlungen-fuer-personengruppen/> [Zugriff am 07.10.2025].
- oesterreich.gv.at (2024): Allgemeines zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen. [Online]. BMSGPK. https://www.oesterreich.gv.at/themen/menschen_mit_behinderungen/gleichstellung-von-menschen-mit-behinderungen/Seite.1871000.html [Zugriff am 24.11.2025].
- ÖGN (2024): *Österreichischer Nephrologie-Report 2024*. Wien: Österreichische Gesellschaft für Nephrologie.
- ONGKG (2025): Zertifizierung als altersfreundliche Gesundheitseinrichtung. [Online]. Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. <https://www.ongkg.at/schwerpunkte/altersfreundliche-gesundheitseinrichtungen> [Zugriff am 31.03.2025].
- OPG (2022): Hospiz- und Palliativfondsgesetz in Kraft. [Online]. Österreichische Palliativ Gesellschaft. <https://www.palliativ.at/aktuelles/nachrichten/news-detailseite/hospiz-und-palliativfondsgesetz-in-kraft> [Zugriff am 10.03.2025].
- ÖPIA (2022): *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie: Welle III 2019–2022. Die Herausforderungen des hohen Alters*. Wien: Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen.
- österreich.gv.at (2025): Allgemeines zu pflegenden Angehörigen. [Online]. Bundeskanzleramt Österreich. <https://www.oesterreich.gv.at/themen/pflege/5/Seite.360524.html> [Zugriff am 28.03.2025].
- österreichischer Rehabilitationskompass (o. J.): Österreichischer Rehabilitationskompass. Phase II (Einrichtungen im Rehabilitationskompass). [Online]. Gesundheit Österreich, <https://rehakompass.goeg.at/#/start> [Zugriff am 24.11.2025].
- Pfabigan, Doris; Pleschberger, Sabine (2021): *Gesundheitsförderung in Pflege- und Betreuungseinrichtungen – Ein Wegweiser für die Praxis, Wissensband 19. Zeuschner, Verena/Lang, Gert (Hg.)*. Wien: Fonds Gesundes Österreich, Gesundheit Österreich.

- pflege.gv.at (2025): Demenzfreundliche Gemeinden. [Online]. BMSGPK.
<https://pflege.gv.at/de/demenzfreundliche-gemeinden> [Zugriff am 26.03.2025].
- Pförtner, T.K. (2013): *Armut und Gesundheit in Europa: Theoretischer Diskurs und empirische Untersuchung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien
- Pichler, Christine (2024): *Management Summary Evaluation Community Nursing Österreich*. Klagenfurt: Fachhochschule Kärnten.
- Pichler, Christine / Aigner-Walder, Birgit / Horak, Melitta / Oberzaucher, Johannes / Fenzl, Thomas / Hagendorfer-Jauk, Gabriele / Ströckl, Daniela / Breuer, Johanna / Luger, Albert / Perchtaler, Manuela / Putz, Stephanie / Voutsinas, Christoph / Zografou, Eleni / Kräuter, Susanne / Bauer, Clara / Lidolt-Petscher, Bianca (2024): *Evaluation Community Nursing Österreich. Endbericht*. Hg. v. Fachhochschule Kärnten. Villach.
- Pilwarsch, Johanna; Schichl-Zach, Monika; Gruböck, Anna; Mathis-Edenhofer, Stefan; Wallner, Alexander; Gyimesi, Michael; Czásny, Ines; Huber, Jonas (2025): *Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2024*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Plunger, Petra / Tatzer, Verena / Heimerl, Katharina (2015): *Ins Gespräch kommen über Demenz. Toolbox*. Hg. v. Österreichische Apothekerkammer. IFF-Palliative Care und OrganisationsEthik, Alpen-Adria Universität Klagenfurt, Wien, Graz.
- Plunger, Petra / Wosko, Paulina / Schlee, Lisa / Rohrauer-Näf, Gerlinde (2023): *Handlungsfelder, Potenzial und Entwicklungsperspektiven für gesundes Altern in der Kommune*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Pochobradsky, Elisabeth / Neruda, Thomas (2023): *Standorte mobiler/ambulanter geriatrischer Remobilisation – AG/R*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Pochobradsky, Elisabeth / Neruda, Thomas / Nemeth, Claudia (2017): *Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation*. Gesundheit Österreich Wien:.
- Porst, Michael / Lippe, Elena V. / Leddin, Janko / Anton, Aaline / Wengler, Annelene / Breitzkreuz, Jan / Schussel, Katrin / Bruckner, Gabriela / Schröder, Helmut / Gruhl, Heike / Plass, Dietrich / Barnes, Benjamin / Busch, Markus A. / Haller, Sebastian / Hapke, Ulfert / Neuhauser, Hannelore / Reitzle, Lukas / Scheidt-Nave, Christa / Schlotmann, Andreas / Steppuhn, Henriette / Thom, Julia / Ziese, Thomas / Rommel, Alexander (2022): Krankheitslast in Deutschland und seinen Regionen. Ergebnisse zu den „disability-adjusted life years“ (DALY) aus der Studie BURDEN 2020. In: *Dtsch Arztebl Int* 119/46:785-792.
- PrimVG (2025): *Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz – PrimVG)*. BGBl. I Nr. 131/2017, Fassung vom 27.03.2025.
- Ramssl-Sauer, Alexandra / Gigler, Carina / Resl, Nicole / Santner, Martina / Mikšová, Dominika / Teufl, Lukas (2025): *Userbefragung zum Gesundheitsportal*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Rapp, Thomas / Ronchetti, Jérôme / Sicsic, Jonathan (2022): Where Are Populations Aging Better? A Global Comparison of Healthy Aging Across Organization for Economic Cooperation and Development Countries. In: *Value Health* 25/9:1520-1527.
- Rathgeb, Thomas / Doh, Michael / Tremmel, Florian / Gerigk, Yvonne (2024): *SIM-Studie 2024 Senior*innen, Information, Medien*. Stuttgart: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (mpfs).
- Rechnungshof Österreich (2024a): *Akutgeriatrie und Remobilisation in Niederösterreich und in der Steiermark*. Wien: Rechnungshof Österreich.

- Rechnungshof Österreich (2024b): *Allgemeiner Einkommensbericht 2024*. Wien: Rechnungshof Österreich.
- Reiner, Julia / Misoch, Sabina (2024): Subjective experiences in retirement adjustment : Qualitative results from Switzerland. In: *Z Gerontol Geriatr* 57/2:127-132.
- Reiter, Daniela / Fülöp, Gerhard / Kantorova, Sabina / Pochobradsky, Elisabeth / Röthlin, Florian / Stoppacher, Andreas (2025): *Rehabilitationsplan 2025*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Republik Österreich (2024): *Bundesgesetz über die gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (MTD-Gesetz 2024 – MTDG)*.
- Rippl, Michaela / Drey, Michael / Schluessel, Sabine (2025): Sarkopene Adipositas im Alter: Ursachen, Folgen und Behandlungsansätze. In: *Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie* 19/01:18-18-25.
- RKI (2015): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.
- RKI (2019): Themenschwerpunkt: Gesundheit im Alter. [Online]. Robert Koch Institut. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Gesundheit_im_Alter/Ges_alter_node.html [Zugriff am 05.08.2024].
- Rohrauer-Näf, Gerlinde / Vana, Irina / Schlee, Lisa / Antony, Gabriele (2023): *Roadmap "Zukunft Gesundheitsförderung" - 10 Maßnahmenbündel für eine gesundheitsfördernde Zukunft in Österreich*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Rothermund, Klaus / Klusmann, Verena / Zacher, Hannes (2021): Age Discrimination in the Context of Motivation and Healthy Aging. In: *Journals of Gerontology: Psychological Sciences* 76/2:167-180.
- Sackl, Anita / Stulik, Barbara / Weißenhofer, Sabine (2023): *Pflege – und Betreuungsstruktur in Österreich. Pflegereporting: Daten 2021*. Hg. v. Gesundheit Österreich. Wien.
- Schmid, Stephan / Schlosser, Sophie / Müller-Schilling, Martina (2022): Geriatriische Syndromemit intensivmedizinischer Relevanz. In: *Anästhesie Nachrichten* 2022/4:309-314.
- Schmidhuber, Lisa / Fechter, Charlotte / Schröder, Heike / Hess, Moritz (2021): Active ageing policies and delaying retirement: comparing work-retirement transitions in Austria and Germany. In: *Journal of International and Comparative Social Policy* 37,/2:176-193.
- Schmutterer, Irene / Akartuna, Deniz (2025): *Tabak- und Nikotinkonsum. Zahlen und Fakten 2024*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Schmutterer, Irene / Delcour, Jennifer / Griebler, Robert (2017): *Österreichischer Diabetesbericht 2017*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Schuntermann, M.F. (2005): *Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI; WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen.
- Schwarz, Tanja / Schulze, Elisabeth (2022): *Mundgesundheit und mundgesundheitsbezogene Lebensqualität in Österreich*. Hg. v. gesundheit Österreich. Wien.
- Seifert, Alexander (2025): *Digital Seniors 2025*. Zürich: Pro Senectute Schweiz.

- Socci, M. / Di Rosa, M. / D'Amen, B. / Melchiorre, M. G. (2023): Functional and Psychosocial Profile of Older People Living in Nursing Homes: Findings from the European Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). In: *Healthcare (Basel)* 11/19.
- Sørensen, Kristine / Van den Broucke, Stephan / Fullam, James / Doyle, Gerardine / Pelikan, Jürgen / Slonska, Zofia / Brand, Helmut (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: *BMC Public Health* 12/80:1-13.
- sozialministerium.gv.at (2023): Gesundheitsreform. [Online].
<https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitsreform.html> [Zugriff am 28.07.2025].
- sozialministerium.gv.at (2025): Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. [Online].
<https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Hospiz--und-Palliativversorgung-in-Oesterreich.html> [Zugriff am 14.08.2025].
- Statistik Austria (2023): *Gender-Statistik*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2024): *In der Pension ist Freude an der Arbeit das Hauptmotiv für Erwerbstätigkeit*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2025a): *Migration & Integration. Zahlen. Daten. Indikatoren 2025*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2025b): *Tabellenband EU-SILC 2024*. Wien: Statistik Austria.
- statistik.at (2025): Lebensformen. Die Informationsmanager. [Online]. Statistik Austria.
<https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/familien-haushalte-lebensformen/lebensformen> [Zugriff am 07.10.2025].
- Sterbeverfügungsgesetz: *Bundesgesetz über die Errichtung von Sterbeverfügungen (Sterbeverfügungsgesetz – StVfG) StF: BGBl. I Nr. 242/2021 (NR: GP XXVII RV 1177 AB 1255 S. 137. BR: 10806 AB 10837 S. 936.)*, Fassung vom 19.09.2025.
- Stete, Gisela / Wotha, Brigitte (2024): Mobilität älterer Menschen im öffentlichen Raum unter Gendergesichtspunkten. In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2024/8:884-889.
- Stickler, Thomas / Farnberger, Claus (2024): *Nationaler Aktionsplan Bewegung*. Wien: Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport.
- Strizek, Julian / Gaiswinkler, Sylvia / Nowotny, Monika / Puhm, Alexandra / Uhl, Alfred (2025): *Handbuch Alkohol-Österreich. Band 3: Ausgewählte Themen*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Strizek, Julian / Schwarz, Tanja (2022): *Repräsentativerhebung zu Konsum – und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial 2022. Tabellenband Wien*. Gesundheit Österreich, unveröffentlicht.
- Uhl, Alfred / Bachmayer, Sonja / Kobrna, Ulrike / Puhm, Alexandra / Springer, Alfred / Kopf, Nikolaus / Beiglböck, Wolfgang / Eisenbach-Stangl, Irmgard / Preinsperger, Wolfgang / Musalek, Michael (2009): *Handbuch Alkohol - Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends*. 3. überarbeitete und ergänzte Aufl., Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- UKE Hamburg (2020): *Gesundheit und Sexualität in Deutschland. Bericht für die Befragten*. Hg. v. BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Hamburg.

- UN (1982): *First World Assembly on Ageing*. Vienna: United Nations.
- UN (1991): *United Nations Principles for Older Persons*. New York: United Nations.
- UN (2002): *Report of the Second World Assembly on Ageing*. Madrid: United Nations.
- UNECE (2024): *Mental Health of Older Persons. UNECE Policy Brief on Ageing No. 29*. Genf: United Nations Economic Commission for Europe.
- Unger, Theresia / Rojatz, Daniela / Ecker, Sandra / Fehringer, Nina / Fenz, Lydia / Haas, Sabine (2025): *Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung. Factsheet*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Universität Wien (2024): "Meine Forschung": Mangelernährung bei Senioren. [Online]. <https://medienportal.univie.ac.at/uniview/forschung/detailansicht/artikel/meine-forschung-mangelernaehrung-bei-senioren/> [Zugriff am 24.11.2025].
- Universität Wien (o.J.): NutriAging - Informationsmaterialien zum Thema Ernährung und Alter. Wien:.
- USRDS (2024): CKD in the General Population. Prevalence of CKD in US adults. [Online]. NIDDK. <https://usrds-adr.niddk.nih.gov/2024/chronic-kidney-disease/1-ckd-in-the-general-population> [Zugriff am 26.09.2025].
- Vana, Irina / Schütze, Denise / Nitsch, Martina / Brugger, Katharina / Griebler, Robert (2024): *Panel Gesundheitsförderung*. Wien.
- Volkert, Dorothee / Bauer, Jürgen / Benzinger, Petra / Eglseer, Doris / Frühwald, Thomas / Gehrke, Ilse / Kiesswetter, Eva / Lenzen-Großimlinghaus, Romana / Wirth, Rainer (2025): *S3-Leitlinie Klinische Ernährung und Hydrierung im Alter*. Nürnberg: Institut für Biomedizin des Alterns.
- Wahl, Hans-Werner / Gerstorf, Denis (2018): A conceptual framework for studying context dynamics in aging (CODA). In: *Developmental Review* 50/:155-155-176.
- Weidner, Frank / Tucman, Daniel / Jacobs, Peter (2017): *Gewalt in der Pflege. Erfahrungen und Einschätzungen von Pflegefachpersonen und Schülern der Pflegeberufe*. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
- Weigl, Marion / Gaiswinkler, Sylvia (2019): *Blickwechsel – Migration und psychische Gesundheit*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Westwood, Sue / Willis, Paul / Fish, Julie / Hafford-Letchfield, Trish / Semlyen, Joanna / King, Andrew / Beach, Brian / Almack, Kathryn / Kneale, Dylan / Toze, Michael / Becares, Laia (2020): Older LGBT+ Health Inequalities in the United Kingdom: Setting a Research Agenda. In: *Journal Epidemiology and Community Health* 74/5:408-411.
- WHO (2002a): *Active Ageing. A Policy Framework*. Genf: World Health Organization.
- WHO (2002b): *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse*. Toronto, Kanada: World Health Organization.
- WHO (2002c): *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF*. Genf: World Health Organization.
- WHO (2016a): *Weltbericht über Altern und Gesundheit*. Genf: World Health Organization.
- WHO (2016b): *Zusammenfassung. Weltbericht über Altern und Gesundheit*. Genf: World Health Organization.
- WHO (2017): *Global strategy and action plan on ageing and health*. Genf: World Health Organization.
- WHO (2019a): *Medication Safety in Polypharmacy. Technical Report*. Genf: World Health Organization.
- WHO (2019b): *World report on vision*. Genf: World Health Organization.

- WHO (2021a): *Decade of healthy ageing: baseline report*. Genf: World Health Organization
- WHO (2021b): *Global Report on Ageism*. Genf: World Health Organization.
- WHO (2021c): *UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030*. Genf: World Health Organization.
- WHO (2021d): *World report on hearing*. Genf: World Health Organization.
- WHO (2022a): *The UN Decade of Healthy Ageing 2021-2030 in a Climate-changing World*. Genf: World Health Organization.
- WHO (2022b): WHO's work on the UN Decade of Healthy Ageing (2021–2030). [Online]. World Health Organization. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing> [Zugriff am 24.11.2025].
- WHO (2024a): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). [Online]. World Health Organization. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health> [Zugriff am 24.11.2025].
- WHO (2024b): Sexual health. [Online]. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1 [Zugriff am 24.11.2025].
- WHO (2025a): Altern ist Leben: WHO bringt Mitgliedstaaten zur Entwicklung einer neuen regionsweiten Strategie zusammen. [Online]. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/de/news-room/events/item/2025/02/17/default-calendar/ageing-is-living--who-brings-together-member-states-to-design-a-new-regional-strategy> [Zugriff am 26.03.2025].
- WHO (2025b): Integrated care for older people approach (ICOPE). [Online]. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/ageing-and-health/integrated-care-for-older-people-icope> [Zugriff am 26.03.2025].
- WHO Commission on Social Connection (2025): *From loneliness to social connection: charting a path to healthier societies*. Genf: WHO.
- Winkler, Petra / Pochobradsky, Elisabeth / Wirl, Charlotte (2012): *Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Wosko, Paulina / Marent, Johannes / Petra, Plunger / Décieux, Fabienne / Rappold, Elisabeth (2024): *Zukunftsvisionen: Altern in einer Gesellschaft im Wandel*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Yon, Yongjie / Mikton, Christopher / Gassoumis, Zachary / Wilber, Kathleen (2017): Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. In: *Lancet Glob Health* 5/2:e147-e156.
- Zhang, Qiu-Li / Rothenbacher, Dietrich (2008): Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: systematic review. In: *BMC Public Health* 8/:117.
- Zillmann, Nadine / delle Grazie, Judith (2023): *Vorsorgemittel 2024-2028. Strategievereinbarung zu den Themen „Psychosoziale Gesundheit mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendliche“ und „(Kommunale) Gesundheitsförderung für ältere Menschen ab 60 Jahren“*. Wien: Gesundheit Österreich.

Abkürzungen

ÄAVE	ärztliche ambulante Versorgungseinheiten
Abk.	Abkürzung
ADL	Activities of Daily Living (Aktivitäten des täglichen Lebens)
AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
Art.	Artikel
ATHIS	Austrian Health Interview Survey (Österreichische Gesundheitsbefragung)
BASE	Berliner Altersstudie
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMI	Body-Mass-Index
BMS	berufsbildende mittlere Schule
BMZvs	vollstationäre Bettenmessziffer
CCIV	Competence Center Integrierte Versorgung
CKD	Chronic Kidney Disease (chronische Niereninsuffizienz)
DALYs	Disability-Adjusted Life Years (krankheitsbereinigte Lebensjahre)
DCO	Death Certificate Only (nur über Todesbescheinigung bekannte Krankheitsfälle)
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
DMP	Disease-Management-Programm
DVSV	Dachverband der österreichischen Sozialversicherung
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
EU	Europäische Union
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions (Statistik der Europäischen Union über Einkommen und Lebensbedingungen)
EW	Einwohner:innen
ESS	European Social Survey
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GeSiD	Gesundheit und Sexualität in Deutschland

Panel GF	Panel Gesundheitsförderung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HI	Herzinfarkt
HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
HLS-EU	European Health Literacy Survey
HosPalFG	Hospiz- und Palliativfondsgesetz
IADL	Instrumental Activities of Daily Living (instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens)
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICOPE	Integrated Care for Older People
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologien
KA	Krankenanstalten
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KI	künstliche Intelligenz
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
Mio.	Millionen
MTDG-Berufe	Medizinische, therapeutische und diagnostische Gesundheitsberufe
NCD	Noncommunicable Diseases (Nicht übertragbare Krankheiten)
NGO	Nongovernmental Organization (Nichtregierungsorganisation)
NQZ	Nationales Qualitätszertifikat
ÖIHS	Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie
ONGKG	Österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen
ÖPIA	Österreichische Plattform für interdisziplinäre Altersfragen
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
Pat.	Patientinnen und Patienten
PIM	potenziell inadäquate Medikamente
PSGK	psychosoziale Gesundheitskompetenz
PHAC	Public Health Action Cycle

PHMF	Public Health Monitoring Framework
PVE	Primärversorgungseinheiten
RIG	Rehabilitations-Indikationsgruppen
RKI	Robert-Koch-Institut
RNS	Remobilisation/Nachsorge
SA	Schlaganfall
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
UN	United Nations
UNECE	United Nations Economic Commission for Europe (Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa)
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
VU	Vorsorgeuntersuchung
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life – BREF (Kurzversion)