

# Gesundheit älterer Menschen in Österreich 2025

Kurzbericht



## **Impressum**

Medieninhaber, Verleger und Herausgeber:

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

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

Gesamtumsetzung: BMASGPK

Druck: BMASGPK

Copyright Titelblatt: iStock.com/gradyreese

Wien, 2026. Stand: 23. April 2026

ISBN-Nr.: 978-3-85010-753-2

### **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 (2026): Gesundheit älterer Menschen in Österreich. Kurzbericht. 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](http://www.sozialministerium.gv.at/broschuerenservice) sowie unter der Telefonnummer 01 711 00-86 25 25 zu beziehen.

## **Inhalt**

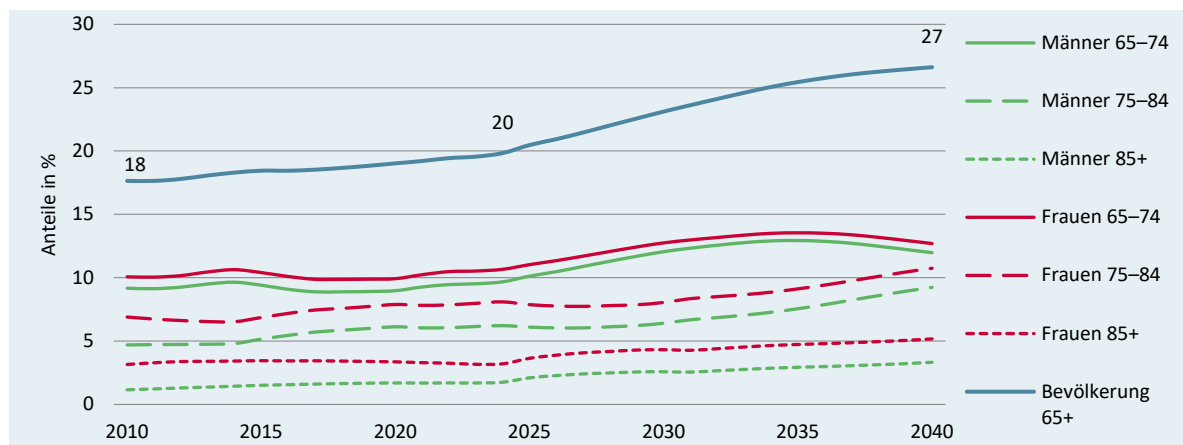
<b>Einleitung .....</b>	<b>4</b>
<b>Gesundheitszustand.....</b>	<b>4</b>
<b>Verhältnisbezogene Einflussfaktoren.....</b>	<b>7</b>
<b>Gesundheitsverhalten .....</b>	<b>9</b>
<b>Gesundheitsförderung .....</b>	<b>10</b>
<b>Versorgung und Empfehlungen .....</b>	<b>12</b>
<b>Resümee.....</b>	<b>14</b>
<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>15</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>16</b>
<b>Abkürzungen.....</b>	<b>19</b>
<b>Glossar.....</b>	<b>20</b>

## Einleitung

Der Bericht „Gesundheit älterer Menschen in Österreich“ beschreibt den gesundheitlichen Zustand, wesentliche gesundheitliche Einflussgrößen und die gesundheitliche Versorgung von **Menschen ab 65 Jahren** in Österreich. Im vorliegenden Kurzbericht sind zentrale Ergebnisse zusammengefasst. Nähere Ausführungen, auch zu Methodik und Datenquellen, sind im Gesamtbericht zu finden. Begriffe, die im Glossar erläutert werden, sind mit einem „<sup>6</sup>“ markiert.

Der Anteil älterer Menschen in Österreich wächst stetig, weshalb diese Bevölkerungsgruppe gesundheitspolitisch und wirtschaftlich an Bedeutung gewinnt. Im Jahr 2024 waren rund 1,8 Millionen Personen 65 Jahre alt oder älter (davon 65 % Frauen), was knapp einem Fünftel (19,8 %) der Gesamtbevölkerung entspricht. Bis 2040 wird ein Anstieg auf rund 27 Prozent erwartet (ca. 2,6 Mio. Menschen; vgl. Abbildung 1). Um den daraus erwachsenden Betreuungs- und Pflegebedarf bewältigen zu können, ist es von großer Bedeutung, älteren Menschen länger eine gute Gesundheit mit hoher Selbstständigkeit und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

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



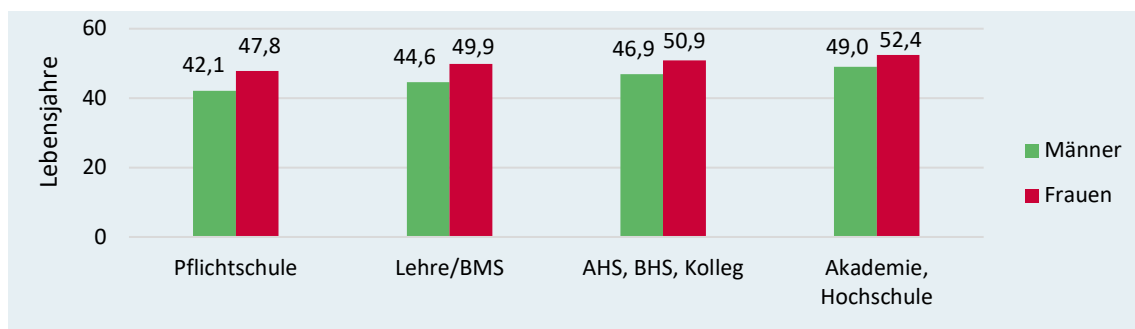
Quellen: Statistik Austria – Registerzählung (2011–2021), Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresbeginn 2023–2024), Bevölkerungsprognose 2023; Darstellung: GÖG

## Gesundheitszustand

Eine 65-jährige Frau in Österreich konnte im Jahr 2023 mit 21,6 weiteren Lebensjahren rechnen, ein 65-jähriger Mann mit 18,4 Lebensjahren. Doch nur ca. die Hälfte dieser Jahre wird in **guter Gesundheit** verbracht. Etwa 53 Prozent der Männer und 50 Prozent der

Frauen dieser Altersgruppe beurteilten 2019 im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut. Deutliche Unterschiede zeigen sich **nach Bildung**: Je höher der formale Bildungsabschluss, desto besser ist der allgemeine Gesundheitszustand. Entsprechend steigt sowohl die Lebenserwartung in guter Gesundheit als auch die gesamte Lebenserwartung – bei Männern wie bei Frauen (vgl. Abbildung 2). Dieser Bildungsgradient hat sich in den letzten Jahren noch verstärkt: Lag der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen Personen mit maximal Pflichtschulabschluss und jenen mit mindestens Hochschulabschluss im Jahr 2018 bei 6,5 Jahren für Männer und 3,8 Jahren für Frauen, so betrug er 2022 6,9 Jahre bei Männern und 4,6 Jahre bei Frauen.

Abbildung 2: Fernere Lebenserwartung im Alter von 35 Jahren nach höchstem formalem Bildungsabschluss und Geschlecht, 2022



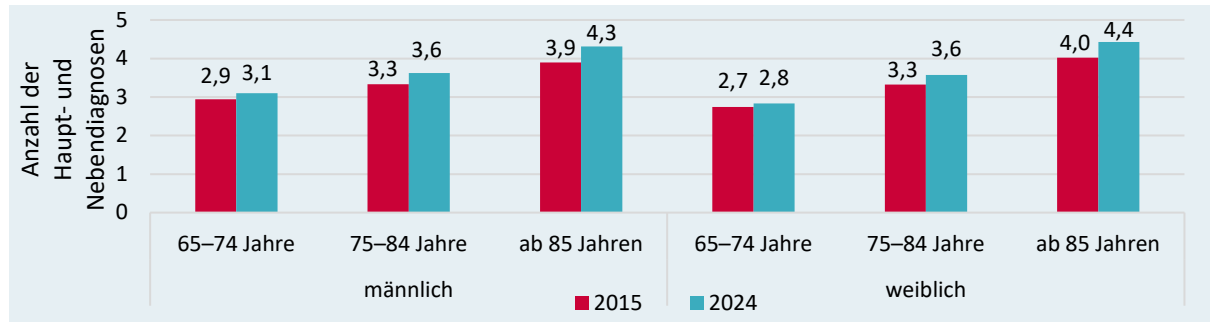
Quelle: Statistik Austria – Lebenserwartung nach Bildung, abgefragt am 10.09.2025; Darstellung: GÖG

Die **funktionale Gesundheit**<sup>6</sup> bestimmt das Maß an Selbstständigkeit, Selbstbestimmtheit und Teilhabe. Sie nimmt naturgemäß mit zunehmendem Alter ab. Bei den ab 85-Jährigen sind 92 Prozent in irgendeiner Weise funktional eingeschränkt: Rund 40 Prozent sind nicht in der Lage, Einkäufe zu tätigen oder Hausarbeiten zu erledigen, ein Viertel kann sich nicht mehr selbstständig waschen, 18 Prozent sind nicht in der Lage, sich selbstständig anzuziehen (ATHIS 2019). Solche Einschränkungen beeinträchtigen die Lebensqualität massiv und erhöhen unter anderem das Risiko sozialer Isolation und depressiver Symptome sowie das Sturzrisiko, was den Pflegebedarf weiter steigen lässt.

Mit zunehmendem Alter werden mehr chronische Krankheiten manifest. Laut ATHIS 2019 hatten rund 70 Prozent der ab 65-Jährigen in Österreich zwei oder mehr chronische Krankheiten. Ein weiteres Indiz für mit dem Alter steigende **Multimorbidität**<sup>6</sup> ist die Anzahl der Nebendiagnosen, die im Rahmen eines stationären Aufenthalts dokumentiert werden – selbst unter der Prämisse, dass Nebendiagnosen nicht zuverlässig vollständig dokumentiert werden. Im Jahr 2024 wurden bei einem Krankenhausaufenthalt bei 65- bis 74-Jährigen durchschnittlich rund drei, bei 75- bis 84-Jährigen rund 3,5 und bei ab 85-Jährigen mehr als

vier Diagnosen dokumentiert (zum Vergleich waren es bei den unter 65-Jährigen 2,3 Haupt- und Nebendiagnosen). Dies erhöht die Komplexität der Versorgung deutlich. Seit 2015 hat die so gemessene Multimorbidität zugenommen (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Anzahl der Haupt- und Nebendiagnosen der ab 65-jährigen Bevölkerung bei einem stationären Aufenthalt in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2015 und 2024



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

Entsprechend der Vielzahl an chronischen Erkrankungen im höheren Alter ist **Polypharmazie**<sup>6</sup> weit verbreitet: SHARE-Daten aus 2022 zeigen, dass 24 Prozent der ab 65-Jährigen täglich mehr als fünf Medikamente einnehmen, bei den ab 85-Jährigen trifft dies bereits bei rund 50 Prozent zu. Zentrale spezifische Krankheitsbilder im hohen Alter sind **geriatrische Syndrome**<sup>6</sup> wie z. B. Frailty<sup>6</sup> (15,6 % der über 80-Jährigen) und Mangelernährung – in den letzten zehn Jahren ist den Daten der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD) zufolge etwa die Anzahl stationärer Patientinnen und Patienten mit Mangelernährung um 61 Prozent gestiegen (2015: 110 Pat. vs. 2024: 177 Pat. ab 65 Jahren pro 100.000 EW).

Abbildung 4: Auswahl häufiger Erkrankungen der ab 65-jährigen Bevölkerung



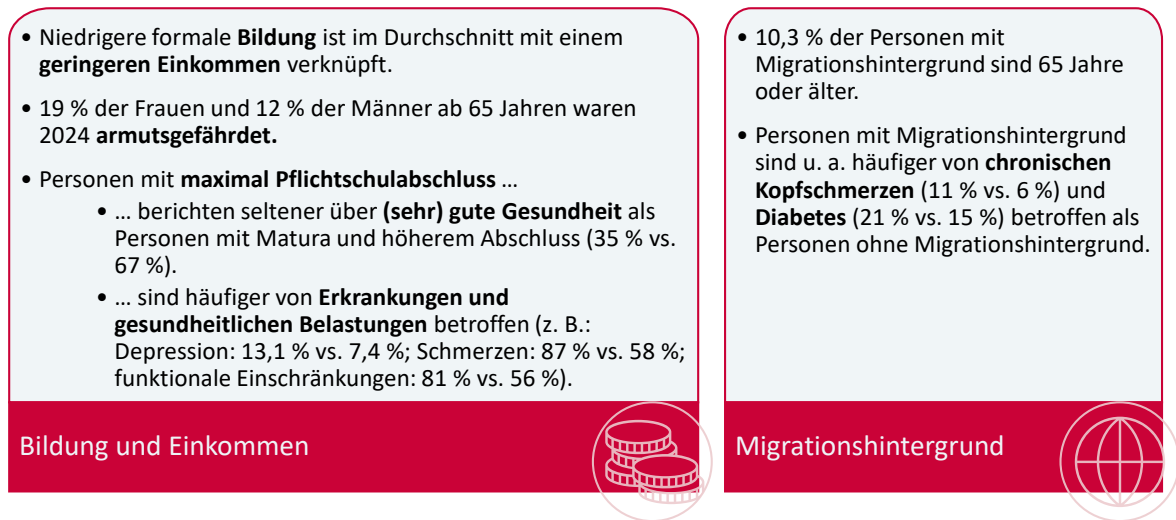
Quellen: ATHIS (2019), Krebsstatistik (2014–2023), DLD (2024), Todesursachenstatistik (2024), GÖG (2025); Darstellung: GÖG

Bei fast allen genannten funktionalen Einschränkungen, Erkrankungen und geriatrischen Syndromen zeigt sich eine Korrelation mit dem formalen Bildungsabschluss – je niedriger der formale Bildungsabschluss, desto häufiger ist die Betroffenheit – und ein großer Anteil der angeführten Leiden wäre **präventiv adressierbar**.

## Verhältnisbezogene Einflussfaktoren

Von allen Faktoren, die Gesundheit auf der Verhältnisebene beeinflussen und in Wechselwirkung zueinanderstehen, seien einerseits solche genannt, die im Verlauf des gesamten Lebens, aber auch im Alter eine große Rolle spielen, wie **Bildung und Einkommen**. Ein **Migrationshintergrund** kann ein potenziell erschwerender Einflussfaktor auf die Gesundheit im Alter sein, u. a. aufgrund von Barrieren im Gesundheitssystem, wie etwa Sprachhürden, fehlende kultursensible Angebote oder frühere Diskriminierungserfahrungen (Kainradl 2024).

Abbildung 5: Ausgewählte verhältnisbezogene Einflussfaktoren

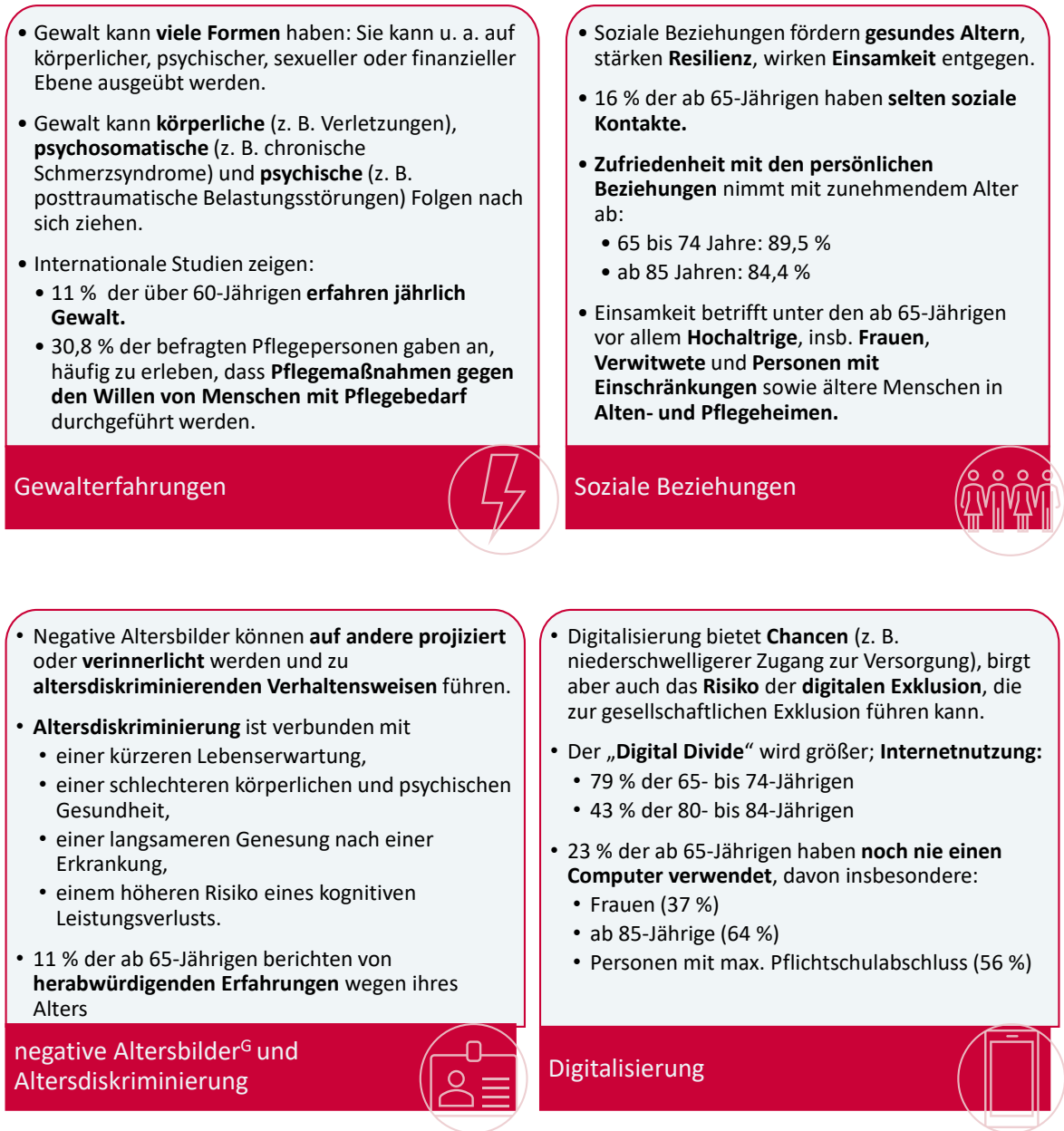


Quellen: ATHIS (2019), EU-SILC (2024); Darstellung: GÖG

Andererseits gibt es auch spezielle Themen, die im Alter eine besondere Ausprägung haben. Dazu zählen etwa unterschiedliche Formen von **Gewalt**, die sich in vielfältiger Weise zeigen kann (von Einschränkungen im öffentlichen Raum und finanzieller Ausbeutung über Vernachlässigung bis hin zu körperlicher und/oder psychischer Gewalt). Ebenso fallen darunter **soziale Beziehungen** und Einsamkeit: Ältere Menschen erleben häufiger Veränderungen, die Einsamkeit begünstigen können, wie etwa eine eingeschränkte funktionale Gesundheit oder geringe finanzielle Ressourcen.

Darüber hinaus gibt es Themen, die mit zunehmendem Alter zu einem besonderen gesundheitlichen Risiko werden können. Dazu gehören **negative Altersbilder**<sup>6</sup> sowie Herausforderungen im Umgang mit **Digitalisierung**, die bis hin zu digitaler Exklusion reichen können.

Abbildung 6: Ausgewählte verhältnisbezogene Einflussfaktoren mit Relevanz für die ältere Bevölkerung



Quellen: Hornberg et al. (2008), Yon et al. (2017), Weidner et al. (2017), ATHIS (2019), WHO (2021), SHARE (2022), European Social Survey (2023), Socci et al. (2023), Kessler/Warner (2023), Kainradl (2024), Panel Gesundheitsförderung (2024); Darstellung: GÖG

## Gesundheitsverhalten

Rund ein Drittel aller Todesfälle in Österreich geht auf **verhaltensbezogene Risikofaktoren** wie Rauchen, ungesunde Ernährung, Alkohol und Bewegungsmangel zurück

(OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2023); diese Risikofaktoren werden wiederum wesentlich von Lebensverhältnissen geprägt.

Abbildung 7: Ausgewählte Bereiche des Gesundheitsverhaltens der ab 65-jährigen Bevölkerung



Quellen: ATHIS (2019), Todesursachenstatistik (2024); Anzenberger et al. (2024), Schmutterer/Akartuna (2025); Darstellung: GÖG

## Gesundheitsförderung

Die Lebenserwartung steigt, doch die Anzahl der erwartbaren Lebensjahre in Gesundheit steigt nicht im gleichen Ausmaß: Mit zunehmendem Alter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit chronischer Erkrankungen, die oftmals verhinderbar wären. Besonders die formale Bildung beeinflusst maßgeblich, wie hoch dieses Risiko ist und wie viele Jahre Menschen in guter Gesundheit verbringen. Vor diesem Hintergrund wird der Bedarf an Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf **Verhaltens- wie auch auf Verhältnisebene**<sup>6</sup> deutlich, um die gesunde Lebensspanne zu verlängern und gesundheitliche Ungleichheiten im Alter zu reduzieren. Sowohl internationale Strategien wie die *UN Decade of Healthy Ageing* als auch Polycys auf nationaler Ebene wie die *Gesundheitsziele Österreich* oder die *Gesundheitsförderungsstrategie* adressieren diesen Bedarf.

Ein zentraler Ansatz in der Gesundheitsförderung ist der **Settingansatz**, der auf die „Lebenswelt von Menschen und damit auf die Rahmenbedingungen im jeweiligen Wohn-, Arbeits-, schulischen, Freizeit- oder Konsumumfeld“ (FGÖ o. J.) fokussiert. Besonders

relevant für die ältere Bevölkerung sind das Wohnumfeld (privat oder in Einrichtungen) sowie das Gemeindegsetting, da sich der Bewegungsradius im Alter oft verkleinert. Auch Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens spielen eine wichtige Rolle. Zu Initiativen der **kommunalen Gesundheitsförderung** in Österreich zählen u. a.

- die Initiative *Auf gesunde Nachbarschaft!*<sup>1</sup> des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) und
- die *Demenzfreundlichen Gemeinden<sup>2</sup> und Bezirke (Wien)*<sup>3</sup>.

Initiativen im Bereich des **Sozial- und Gesundheitswesens** sind u. a.

- Angebote des *Community Nursing*<sup>4</sup>, bei denen diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen wohnortnah oder aufsuchend als zentrale Anlaufstelle für Fragen und Aktivitäten rund um Pflege und Gesundheit fungieren,
- der Ausbau multidisziplinärer *Primärversorgungseinrichtungen*<sup>5</sup>, welche Gesundheitsförderung als eine Kernaufgabe haben,
- *Social Prescribing* als niederschwellige Möglichkeit, in Einrichtungen der Primärversorgung Patientinnen und Patienten an gesundheitsförderliche Angebote zu vermitteln, und
- die Zertifizierung für *altersfreundliche Gesundheitseinrichtungen* des Österreichischen Netzwerks gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG).

**Empfehlungen**<sup>6</sup>: Neben der sozialen Teilhabe als besonders relevantes Thema der Gesundheitsförderung im Alter sind insbesondere negative, defizitorientierte Altersbilder ein wesentliches gesellschaftliches Hindernis, welches durch Gesundheitsförderungsmaßnahmen adressiert werden kann. Diese Bilder prägen sowohl Versorgungsstrukturen als auch das Verhalten älterer Menschen und können dazu führen, dass Angebote wie Rehabilitation oder Gesundheitsförderung seltener genutzt werden. Wesentlich ist daher die Stärkung positiver Altersbilder, etwa durch intensivere Advocacy-Arbeit. Dazu zählen neben der Vernetzung mit relevanten Akteurinnen und Akteuren die Bewusstseinsbildung, die Verbesserung struktureller Rahmenbedingungen sowie die Förderung der Beteiligung älterer Menschen, insbesondere jener aus strukturell benachteiligten Gruppen. Da

---

<sup>1</sup> Siehe: [www.gesunde-nachbarschaft.at](http://www.gesunde-nachbarschaft.at) [Zugriff am 19.02.2026]

<sup>2</sup> Siehe: [www.demenzfreundlich.at](http://www.demenzfreundlich.at) [Zugriff am 19.02.2026]

<sup>3</sup> Siehe: <https://www.seniorinnen.wien/p/demenzfreundliche-bezirke> [Zugriff am 23.02.2026]

<sup>4</sup> Siehe: [www.cn-oesterreich.at](http://www.cn-oesterreich.at) [Zugriff am 19.02.2026]

<sup>5</sup> Siehe: [www.primaerversorgung.gv.at](http://www.primaerversorgung.gv.at) [Zugriff am 19.02.2026]

<sup>6</sup> Die Empfehlungen basieren auf Aussagen insbesondere einer Expertin und stellen eine Auswahl dar.

bestehende Gesundheitsförderungsangebote außerdem häufig vor allem ressourcenstarke Gruppen erreichen, sollte eine differenzierte Zielgruppenorientierung bei der Maßnahmenentwicklung verfolgt werden. Darüber hinaus wird u. a. die Bedeutung von Vernetzung mit anderen Fachgebieten (z. B. Geragogik oder Palliative Care) betont.

## Versorgung und Empfehlungen

Aufgrund des Wachstums der älteren Bevölkerung – absolut und in Relation zur Gesamtbevölkerung – steht die Versorgung dieser Altersgruppe vor großen strukturellen Herausforderungen entlang der gesamten Versorgungskette: vom ambulanten Bereich über die akutstationäre Behandlung bis hin zur Langzeitpflege.



Der extramurale **ambulante Sektor** ist gefordert, weil rund 89 Prozent aller medizinischen Kontakte von Personen ab 65 Jahren bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und hier vor allem bei Hausärztinnen und Hausärzten stattfinden (Inanspruchnahmedaten im ambulanten Bereich 2022). **Primärversorgungseinheiten<sup>6</sup>** (PVE) sind für die ältere Bevölkerung eine besonders geeignete Versorgungsform, da durch ihre multiprofessionellen Teams (u. a. Pflege, MTD-Berufe<sup>6</sup>, Psychologie und Sozialarbeit) besser auf die komplexen Bedürfnisse älterer Menschen eingegangen werden kann. Doch dieses Angebot ist regional sehr unterschiedlich. Zudem besteht ein Mangel an aufsuchenden Angeboten (durch Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonen und Angehörige von MTD-Berufen), die für eine weniger mobile ältere Bevölkerung besonders wichtig wären.

**Empfehlungen<sup>7</sup>**: Expertinnen und Experten empfehlen eine deutlich stärkere interprofessionelle und personenzentrierte ambulante Versorgung älterer Menschen, unterstützt durch standardisierte Screeninginstrumente wie das ICOPE<sup>6</sup> Handbook der WHO, besser vergütete Hausbesuche (durch Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonen und Angehörige von MTD-Berufen) sowie den Ausbau von PVE. Strukturelle Hürden erschweren derzeit die Forschung zu innovativen integrativen Versorgungsmodellen. Technische Lösungen wie Smart-Home-Systeme und der Einsatz von KI und Telemedizin bieten Potenzial, Selbstständigkeit zu fördern und den Zugang zur Versorgung zu erleichtern.



Auch die **stationäre Akutversorgung** steht angesichts der steigenden Zahl alter und hochaltriger Menschen vor großen Aufgaben, denn fast die Hälfte aller

---

<sup>7</sup> Die Empfehlungen in den roten Boxen basieren auf Diskussionsgruppen mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis und stellen eine Auswahl dar.

Krankenhausaufenthalte (46 % im Jahr 2023) entfällt auf Menschen ab 65 Jahren. Häufige Gründe sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, muskuloskelettale und Bindegewebserkrankungen sowie Verletzungen. Mit zunehmendem Alter steigen sowohl die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten als auch die Verweildauer deutlich an. Eine besondere Rolle spielt die **Akutgeriatrie/Remobilisation**<sup>6</sup>, die zur Wiederherstellung von Mobilität und Selbstständigkeit nach Akutereignissen beiträgt bzw. die Rehabilitationsfähigkeit wiederherstellen soll. Ältere Menschen nehmen **stationäre Rehabilitation** vor allem bei Erkrankungen des Bewegungsapparats, des Herz-Kreislauf-Systems und des Nervensystems in Anspruch; ab 85 Jahren sinkt die Inanspruchnahme deutlich (DLD 2024).

**Empfehlungen:** Weil ihre komplexen Bedürfnisse oftmals außerhalb des Krankenhauses kaum adäquat versorgt werden können, gelten manche älteren Patientinnen und Patienten als „hospital-dependent“. Daher werden (1) geeignete Übergangsformate und (2) integrierte Versorgungsmodelle, begleitet von einem (3) gut ausgebauten Übergangsmanagement zwischen zu Hause, Krankenhaus und Primärversorgung, um eine Versorgung zu Hause gut möglich zu machen, empfohlen. Letztendlich könnten dadurch Krankenhausaufenthalte verhindert und Pflegeheimenintritte hinausgezögert werden. Wichtig wäre zudem, stationäre Prozesse besser an geriatrische Bedürfnisse anzupassen.



Der Bedarf an **pflegerischer Versorgung** ist groß: 2024 gab es in Österreich rund 385.800 ab 65-jährige Anspruchsberechtigte auf Pflegegeld – das sind rund ein Viertel aller Frauen und 16 Prozent aller Männer ab 65 Jahren (Dachverband – Pflegegeldstatistik 2024). Die informelle Pflege und Betreuung durch pflegende Angehörige trägt wesentlich dazu bei, das Pflegesystem aufrechtzuerhalten: Etwa 80 Prozent der Personen mit Pflegebedarf werden zu Hause von Angehörigen betreut, zu einem Großteil von Frauen (österreich.gv.at 2025). Die formelle Langzeitpflege folgt dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ und umfasst u. a. mobile Dienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflege sowie Angebote wie Community Nursing oder 24-Stunden-Betreuung. Die Inanspruchnahme erfolgt überwiegend durch Menschen ab 75 Jahren (Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik 2023).

**Empfehlungen:** Langzeitpflege wird in Österreich noch häufig als „Endstation“ verstanden, doch ist ein dynamisches, rehabilitativ ausgerichtetes Long-Term-Care-Verständnis zu entwickeln, das Lebensqualität, Funktionalität und Selbstbestimmung in den Fokus rückt. Empfohlen wird dafür auch ein integriertes Versorgungssystem, das medizinische, pflegerische, therapeutische und soziale Aspekte sowie formelle und informelle Betreuung verbindet. Hervorgehoben wird hierfür etwa der Bedarf an interdisziplinären Teams und die strukturelle Einbindung von MTD-Berufen sowie Sozialarbeit. In Hinblick auf einen

wachsenden Bedarf wurde außerdem der flächendeckende Ausbau spezialisierter, demenzsensibler Angebote empfohlen.

## Resümee

Eine steigende Lebenserwartung trifft auf eine hohe Krankheitslast und häufige funktionale Einschränkungen, wobei formale Bildungs- und Einkommensunterschiede maßgeblich bestimmen, wie viele Jahre im Alter gesund verbracht werden können. Wesentlich ist daher, die Lebenserwartung in (guter) Gesundheit zu verlängern und gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren. Die Gesundheitsförderung kann dazu beitragen, etwa durch die Gestaltung von altersfreundlichen Lebenswelten, indem sie soziale Teilhabe stärkt und positive Altersbilder verbreitet. Gleichzeitig sind integrierte, multiprofessionelle Versorgungssysteme, die medizinische, pflegerische, therapeutische und soziale Leistungen bündeln, nahtlos koordinieren und durch aufsuchende Dienste ein Leben im vertrauten Umfeld ermöglichen, zentral, um Wohlbefinden und funktionale Gesundheit lange zu erhalten. Faktoren wie Einkommen, Migrationshintergrund und Geschlecht gilt es bei der Entwicklung von Angeboten stets systematisch zu berücksichtigen.

Insgesamt zeigt sich, dass gutes und gesundes Altern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die interdisziplinäre Ansätze, sektorübergreifende Strategien und eine Stärkung der sozialen und gesundheitlichen Infrastruktur erfordert.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil der ab 65-jährigen österreichischen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen, 2010–2040 .....	4
Abbildung 2: Fernere Lebenserwartung im Alter von 35 Jahren nach höchstem formalem Bildungsabschluss und Geschlecht, 2022.....	5
Abbildung 3: Anzahl der Haupt- und Nebendiagnosen der ab 65-jährigen Bevölkerung bei einem stationären Aufenthalt in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen, 2015 und 2024 .....	6
Abbildung 4: Auswahl häufiger Erkrankungen der ab 65-jährigen Bevölkerung .....	7
Abbildung 5: Ausgewählte verhältnisbezogene Einflussfaktoren.....	8
Abbildung 6: Ausgewählte verhältnisbezogene Einflussfaktoren mit Relevanz für die ältere Bevölkerung.....	9
Abbildung 7: Ausgewählte Bereiche des Gesundheitsverhaltens der ab 65-jährigen Bevölkerung.....	10

## Literaturverzeichnis

- 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.
- Benzinger, Petra / Eidam, Annette / Bauer, Jürgen M. (2021): Klinische Bedeutung der Erfassung von Frailty. In: Z Gerontol Geriatr 54/3:285-296.
- BMSGPK (2024): 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].
- 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>
- FGÖ (o. J.): Setting, Settings, Lebenswelten, Settingansatz. [Online]. Gesundheit Österreich GmbH. <https://fgoe.org/glossar/setting> [Zugriff am 24.02.2026].
- Franzkowiak, Peter (2025): Prävention und Krankheitsprävention. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. (BIÖG), Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (Hrsg.). Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG).
- GÖG (2025): Österreichischer Demenzbericht 2025. Wien: Gesundheit Österreich.
- Hornberg, Claudia / Schröttle, Monika / Bohne, Sabine / Khelaifat, Nadia / Pauli, Andrea (2008): Gesundheitliche Folgen von Gewalt. Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Heft 42. Hg. v. Institut, Robert Koch. Berlin: Robert Koch Institut.
- Kainradl, Anna-Christina (2024): Intersektionale Diskriminierung von älteren Migrant\*innen im österreichischen Gesundheitswesen. Eine ethische Analyse von Gerechtigkeitsdimensionen. Graz: Universität Graz.
- Kessler, Eva-Marie / Warner, Lisa (2023): Ageismus. Altersbilder und Altersdiskriminierung in Deutschland. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes.
- Lechleitner, Monika (2022): Der geriatrische Patient. In: Österreichische Ärztezeitung 2022/11:26-32.

- medunigraz.at (2025): Frailty: Gebrechlichkeit als Demenzrisiko? [Online].  
<https://www.medunigraz.at/news/detail/frailty-gebrechlichkeit-als-demenzrisiko>  
[Zugriff am 07.10.2025].
- 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.
- 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].
- Reiter, Daniela / Fülöp, Gerhard / Kantorova, Sabina / Pochobradsky, Elisabeth / Röthlin,  
Florian / Stoppacher, Andreas (2025): Rehabilitationsplan 2025. Wien: Gesundheit  
Österreich.
- Schmid, Stephan / Schlosser, Sophie / Müller-Schilling, Martina (2022): Geriatrische  
Syndrom mit intensivmedizinischer Relevanz. In: Anästhesie Nachrichten 2022/4:309-  
314.
- Schmutterer, Irene / Akartuna, Deniz (2025): Tabak- und Nikotinkonsum. Zahlen und  
Fakten 2024. Wien: Gesundheit Österreich.
- 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.
- Socci, Marco / Di Rosa, Mirko / D'Amen, Barbara / Melchiorre, Maria 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.
- 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.
- WHO (2002): Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF.  
Genf: World Health Organization.
- WHO (2021): Global Report on Ageism. Genf: World Health Organization.
- WHO (2024a): Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred  
assessment and pathways in primary care, 2nd ed. Overview. [Online]. World Health

Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726> [Zugriff am 13.01.2026].

WHO (2024b): 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].

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.

## Abkürzungen

ATHIS	Austrian Health Interview Survey (Österreichische Gesundheitsbefragung)
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions (Statistik der Europäischen Union über Einkommen und Lebensbedingungen)
EW	Einwohner:innen
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
ICOPE	Integrated Care for Older People
MTD	medizinisch-therapeutisch-diagnostisch
ÖIHS	Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie
ONGKG	Österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen
Pat.	Patientinnen und Patienten
PVE	Primärversorgungseinheiten
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe

## Glossar

Akutgeriatrie/Remobilisation	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 – deren Rehabilitationsfähigkeit herzustellen. AG/R-Einheiten bieten ein interdisziplinäres, multidimensionales Behandlungsangebot, einschließlich Entlassungsmanagement (BMSGPK 2024; Reiter et al. 2025).
Altersbilder	Altersbilder existieren nicht nur in den Köpfen von Individuen (individuelle Altersbilder), sondern sind auch auf der Ebene von Organisationen (etwa betriebliches Altersklima) und der Gesellschaft (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 (Kessler/Warner 2023; WHO 2021).
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).
funktionale Gesundheit	Eine Person gilt dann als funktional gesund, wenn sie in der Lage ist, Alltagsanforderungen selbstständig zu erledigen und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen (WHO 2002; WHO 2024b). 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).
geriatrische Syndrome	Geriatrische Syndrome sind 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.
gerontopsychiatrische Erkrankungen	psychische Erkrankungen im Alter

Verhaltens- und Verhältnisebene	bezieht sich auf die Ebene, auf welcher Maßnahmen gesetzt werden; die Verhaltensprävention zielt darauf ab, individuelles Verhalten zu verändern. Maßnahmen knüpfen dabei eng an den Lebenskontext der Zielgruppe an und werden kombiniert mit Maßnahmen auf Verhältnisebene. Die Verhältnisprävention dagegen umfasst ausschließlich strukturelle und politische Maßnahmen, die Gesundheit fördern (z. B. Eingriffe zur Veränderung der gesundheitsrelevanten ökologischen, sozialen, kulturellen Umwelten etc.) (Franzkowiak 2025).
ICOPE Handbook	Das ICOPE Handbook soll Gesundheits- und Pflegefachkräfte dabei unterstützen, evidenzbasierte Empfehlungen in der Primärversorgung, einschließlich der gemeindenahen Versorgung, umzusetzen. Es beschreibt praktische Versorgungspfade, etwa um Rückgänge der intrinsischen Kapazität zu erkennen, Bedarfe an sozialer Unterstützung zu identifizieren und einen personalisierten Versorgungsplan zu entwickeln (WHO 2024a).
Multimorbidität	Multimorbidität bezeichnet das Vorhandensein von zwei oder mehr chronischen Erkrankungen bzw. Gesundheitsproblemen.
MTD-Berufe	medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe; darunter fallen u. a. die Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Orthoptik und Physiotherapie.
Polypharmazie	Unter Polypharmazie wird meist die gleichzeitige Einnahme von fünf oder mehr Medikamenten verstanden.
Primärversorgungseinheiten	Primärversorgungseinheiten (PVE) sind eine Organisationsform der Primärversorgung, in der Allgemeinmediziner:innen mit Angehörigen verschiedener Gesundheits- und Sozialberufe im Team zusammenarbeiten.



“

Mit dem Älterwerden der Bevölkerung wächst die Verantwortung, Gesundheit, medizinische Versorgung und gesellschaftliche Teilhabe bis ins hohe Alter zu sichern.