



Altersalmanach 2024

Altwerden in Niederösterreich

Altersalmanach 2024

Altwerden in Niederösterreich

von

Franz Kolland

Rebekka Rohner

Christian Bischof

Gerhard Paulinger

Krems, Januar 2025

I. Vorwort

und Rahmenbedingungen zu Prognosen und Szenarien

Der Altersalmanach 2024 beschreibt und prognostiziert – so wie frühere Ausgaben – die sozio-demographische und gesundheitliche Entwicklung der älteren Bevölkerung in Niederösterreich. Dazu kommt als Kernstück des Almanachs seit 2008 die Darstellung der aktuellen und künftigen Pflegebedarfe. Die Prognosen basieren auf der traditionellen Einteilung in stationäre und mobile Dienste. Es ist ein wesentliches Ziel des Altersalmanachs, nachvollziehbare Grundlagen für die weitere Planung und Entwicklung von Pflegeleistungen zur Verfügung zu stellen, d.h. einen Bedarfs- und Entwicklungsplan vorzulegen.

Beeinflusst ist die Planerstellung 2024 von fünf gegenwärtig und in die Zukunft wirkenden gesellschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen:

Erstens der einsetzende Altersstrukturwandel in Gestalt des Älterwerdens der Baby Boom Generation und der Wandel der Lebensformen.

Als das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Anfang Mai 2022 seine Prognose zur Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz bis 2040 veröffentlichte, alarmierte diese sowohl die Fachöffentlichkeit als auch die Verantwortlichen im Pflegesystem. Hohe Aufmerksamkeit erreichte die folgende Aussage: Der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege wird aufgrund der Alterung der Bevölkerung bis ins Jahr 2040 um die Hälfte (+56%) steigen (Pellegrini et al., 2022). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die Prognose der Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Versorgungsart vollstationäre Dauerpflege in Bayern (2023). In dieser wird im Basisszenario für den Zeitraum 2017 bis 2040 ein Anstieg von 53,5% prognostiziert (Braeseke et al., 2023). Wenn auch diese Prognoseergebnisse in ihrer Allgemeinheit viele Fragen sowohl in methodischer Hinsicht als auch in Hinsicht auf die Komplexität der Pflegeversorgung aufwerfen, so sind sie nichtsdestotrotz ein Beleg für den Strukturwandel postindustrieller Gesellschaften in den nächsten Jahrzehnten. Ausgelöst wird der hier angesprochene Strukturwandel durch das Altern der **Baby Boom Generation**. Diesen Wandel gilt es zuallererst für die Pflegebedarfsprognose für Niederösterreich zu berücksichtigen.

In den nächsten Jahrzehnten werden die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er – 1970er Jahre die Hochaltrigkeit erreichen und die Nachfrage nach Dienstleistungen im stationären und mobilen Sektor erhöhen. Es wird die Zahl der Personen in der Altersgruppe 80+ von 88.991 im Jahr 2017 auf 141.335 im Jahr 2035 ansteigen. Diese demographische Verschiebung in der Altersstruktur wird begleitet von sozialen Verschiebungen in den **Lebensformen**. Stark angestiegen ist in den letzten Jahrzehnten die Zahl der alleinlebenden älteren Menschen (60+) in Niederösterreich, und zwar von 120.800 (2017) auf 131.800 (2021), wobei vor allem die Zahl der Alleinlebenden in der Altersgruppe der 70-79-Jährigen stärker zugenommen hat (siehe Kapitel 2.3.). Diese Veränderung hat nicht nur das Thema Einsamkeit als eine Folgeerscheinung in den Blickpunkt der

Öffentlichkeit geschoben, sondern auch Fragen der Versorgung von Alleinlebenden bei Pflegebedürftigkeit.

Ein weiterer sozio-demographischer Faktor, der neben der Geburtenstärke und der Lebensform das Pflegegeschehen im Alter beeinflusst, ist die **Lebenserwartung bei der Geburt**. Diese ist in den letzten Jahrzehnten in Niederösterreich gestiegen, und zwar bei den Frauen von 83,0 im Jahr 2010 auf 83,8 im Jahr 2022 und bei den Männern von 77,6 im Jahr 2010 auf 79,0 im Jahr 2022. Dabei hat die Corona-Pandemie den Trend des Anstiegs seit den 1990er Jahren gedämpft. Die Prognosen bezüglich der weiteren Entwicklung der Lebenserwartung sind von größeren Unsicherheiten geprägt. Dazu gibt es Hinweise, wonach in einigen OECD-Ländern seit etwa 2011 eine Abflachung des Anstiegs der Lebenserwartung zu verzeichnen ist (z.B. Großbritannien, USA).

Zweitens die Corona-Pandemie mit ihren Auswirkungen auf Altern und Pflege.

Die Corona-Pandemie hat zu einer Übersterblichkeit von hochaltrigen Menschen geführt und beeinflusst damit die Pflegesituation sowohl im stationären als auch im privaten Bereich. Dieses Ereignis verlangt eine Anpassung der letzten Prognose, die im Altersalmanach 2018 abgebildet ist. Auffällige pflegerelevante Parameter sind in diesem Zusammenhang etwa der Rückgang der Lebenserwartung 2020 um rund ein halbes Jahr (Statistik Austria, 2022) und allgemein die leicht sinkende Anzahl der Pflegegeldbezieher_innen (BMSGPK, 2022). Die OECD berichtet in Health at a Glance: Europe 2022 für die Mitgliedsländer einen durchschnittlichen Rückgang der Lebenserwartung durch die Corona-Pandemie von einem Jahr.

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie zeigen sich aber nicht nur in der Lebenserwartung und der gesundheitlichen Situation (Stichwort Long-Covid), sondern auch in Hinsicht auf die Betreuung und pflegerische Versorgung von vulnerablen, alten Menschen. Die Corona-bedingten Schutzmaßnahmen haben die stationären und mobilen Dienste in der Langzeitpflege mit erheblichen Herausforderungen konfrontiert. Die Maßnahmen reichten von Besuchsverböten und einer Intensivierung der Schutzausrüstung des Personals bis hin zum Ausbleiben von Gruppenaktivitäten, etwa zur physischen und kognitiven Aktivierung. So hat sich im Verlauf der Pandemie die Wahrnehmung und Bewertung von Pflegeheimen in der Öffentlichkeit verschlechtert und sich auf die Einstellungen des Pflegepersonals ungünstig ausgewirkt.

Drittens die Bedarfsentwicklung im Bereich des Pflegepersonals.

Die in den vorigen Punkten dargestellten demographischen und gesellschaftlichen Entwicklungen wirken sich auf den Fachkräftebedarf in Pflegeeinrichtungen und Krankenanstalten aus. Angestoßen wurde die öffentliche Diskussion durch eine Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich, die von der Gesundheit Österreich GmbH vorgelegt worden ist (Rappold & Juraszovich, 2019). Anzuführen sind hier etwa die Pensionsantritte der Baby Boom Generation, die zu einer erhöhten Nachfrage nach Pflegekräften führen und Rückgänge im Arbeitskräfteangebot für die Pflege. Zusätzlich ist eine hohe Fluktuationsrate bei Pflegekräften gegeben, wobei sich durch die Corona-Pandemie die Situation noch verschärft hat, da die Arbeitsbedingungen hohe Belastungen hervorrufen und die Bereitschaft erhöht haben, den Pflegeberuf zu verlassen.

Viertens Verschiebungen im Angebot an Dienstleistungen in der Betreuung/Pflege.

Wie der Bericht des Rechnungshofs (2020) zur Pflege in Österreich zeigt, hat Niederösterreich den geringsten Anteil aller Pflegegeldbeziehenden, die mit stationären Diensten versorgt werden. Diese Entwicklung ist über die bisherigen Ausgaben des Altersalmanach gut nachvollziehbar dargestellt und beschrieben. Empirische Studien zu den Wohnwünschen alter Menschen belegen deutlich, dass im Fall von Pflege und Betreuung diese primär in der gewohnten Wohnumwelt stattfinden sollen. Das hat in der jüngeren Vergangenheit zuerst zu einer Verschiebung von der Langzeitpflege in Richtung der mobilen Dienste und in der Folge in Richtung der 24-Stunden-Betreuung und der teilstationären Angebote geführt. War in der Vergangenheit sehr stark das handlungsleitende Konzept „Mobil vor Stationär“, so haben sich sowohl die pflegepolitische Orientierung als auch die Pflegepraxis die wissenschaftliche Diskussion zunehmend in Richtung „**Mobil und Stationär**“ verschoben.

Die jüngsten Entwicklungen im Angebot von Dienstleistungen in der Pflege gehen weiter in Richtung „Integrated Care“ und beziehen neben den bisherigen Angeboten den akutstationären Bereich über geriatrische Angebote stärker ein. Darüber hinaus werden gemeindenahere Initiativen über die Konzepte Caring Community und Community Nurses gefördert, die auf Vernetzung und Beteiligung im lokalen und regionalen Kontext setzen. In diese Richtung ist auch noch das Angebot der „Sozialen Alltagsbegleitung“ in NÖ zu nennen, welches pflegende Angehörige entlastet und soziale Teilhabe fördert. Schließlich zeichnen sich günstige Veränderungen im Bereich des privaten Wohnens ab, die Auswirkungen vor allem auf Pflegebedarfe in den unteren Pflegestufen haben könnten. Zu diesen neuen Entwicklungen zählt das starke Wachstum von Angeboten des betreuten bzw. begleiteten Wohnens oder das wachsende Interesse an gemeinschaftlichen Wohnformen. Zunehmende internationale Aufmerksamkeit bekommt in diesem Kontext das in Dänemark Ende der 1990er Jahre entwickelte Konzept des „Senior Cohousing“. In dieser Wohnform leben Menschen in einem gemeinsamen Lebensraum und behalten gleichzeitig ihre eigenen Wohnungen.

Fünftens die Veränderungen der gesunden Lebenserwartung in der Bevölkerung.

Neben den vier angeführten Rahmenbedingungen, die die Pflegebedarfsprognose im Altersalmanach 2024 bestimmen, ist die Entwicklung des Gesundheitszustands der älteren Menschen und die damit assoziierte Dauer der Pflegebedürftigkeit eine wichtige Basis für die Prognoseerstellung. Während die wissenschaftliche Forschung lange Zeit von einer Kompression der (Multi)-Morbidity im Alter ausgegangen ist, gehen neuere Studien von weniger eindeutigen Ergebnissen aus. Festgestellt wird eine Doppelentwicklung, nämlich bei den Hochaltrigen sinkende Inzidenzraten bei Herzinfarkt und bessere Alltagsfunktionalität und bei den jungen Alten höhere Inzidenzraten bei Herzinfarkt und ungünstigere Alltagsfunktionalität (Geyer & Eberhard 2022).

Im Rechnungshofbericht „Gesundheitsförderung und Prävention“ (2023) wird auf erhebliche Mängel in diesem Bereich hingewiesen, und zwar auf die ungünstige Situation und Entwicklung

der **gesunden Lebenserwartung** in Österreich. Demnach ist im Zeitraum 2014 bis 2019 ein Rückgang an gesunden Lebensjahren für Männer ab 65 Jahren von 11,4 Jahren auf 9,3 Jahren zu verzeichnen (S. 111). Dieser Rückgang ist deshalb problematisch, weil eine hohe Anzahl gesunder Lebensjahre Spielraum schafft für öffentliche Gesundheitsausgaben bzw. den Pflegebedarf positiv beeinflusst. In diesem Zusammenhang gelten der Krankheitsprävention und Gesundheitsvorsorge besonderes Augenmerk.

Beauftragt wurde dieses Projekt von der Abteilung Soziales und Generationenförderung. Bearbeitet wurde es vom Kompetenzzentrum für Gerontologie und Gesundheitsforschung an der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften in Krems.

Das Projekt Altersalmanach 2024 wurde in zwei Schritten durchgeführt, und zwar im ersten Schritt über Erhebungen zur Ist-Situation in Pflege und Betreuung in NÖ. In einem zweiten Schritt wurden Maßnahmen zur Abschwächung der Nachfrage nach stationärer Langzeitpflege bewertet. Dazu gehören die Einführung des NÖ Pflege- und Betreuungsschecks, der Aufbau des Seniorenwohnens und mehr finanzielle Unterstützung für die Tagespflege.

Bedanken möchte ich mich sowohl beim Projektteam, bei Frau Rebekka Rohner, MA. BA., Herrn Mag. Christian Bischof und Herrn Mag. Gerhard Paulinger, als auch bei den Trägern der Pflege und Betreuung in NÖ sowie den Verantwortlichen der Projektvergabe und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung Soziales und Generationenförderung des Amtes der NÖ Landesregierung. Sie alle haben dieses Projekt sowohl bei der Dateneinholung als auch der Datenanalyse und Dateninterpretation sachkundig, konstruktiv und engagiert unterstützt.



Franz Kolland, Projektleitung, September 2024

II. Executive Summary

Der vorliegende Bericht beschreibt den derzeitigen Bedarf an Pflege- und Betreuungsdienstleistungen in Niederösterreich und erstellt eine Prognose über die Entwicklung des Pflegebedarfs auf Basis der demographischen und gesundheitlichen Entwicklung. Zusammenfassend sollen nachfolgend zentrale Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus dieser Evaluierung dargestellt werden.

Zentrale Ergebnisse

Bevölkerungsentwicklung

- Die Analyse der Daten zur Bevölkerungsentwicklung zeigt auf Basis der jüngsten Bevölkerungsprognose (Letzte Aktualisierung des Würfels: 22.11.2023) einen Anstieg des Anteils der Bevölkerung 60 Jahre und älter an der niederösterreichischen Gesamtbevölkerung von 28,3% (2022) auf 34,3% (2035). In absoluten Zahlen wird ein Anstieg von 486.456 Personen auf 616.407 Personen erwartet.
- Bis 2030 ist die Bevölkerungsentwicklung vor allem von einer starken Zunahme der 60-69-Jährigen geprägt, wobei ein Anstieg der Anzahl von 226.525 (2022) auf 271.968 (2030) in Niederösterreich erwartet wird. Ab 2030 geht die **Baby Boom Generation** schrittweise in die 7. und 8. Lebensdekade, sodass die erwartete Anzahl an 60-69-Jährigen auf 252.424 bis 2035 sinkt. Entsprechend wird ab 2030 eine deutliche Zunahme der über 70-Jährigen prognostiziert.
- Relevant für die Pflegebedarfsplanung ist die Gruppe der **über 80-Jährigen**, die sogenannten Hochaltrigen. So stellt das 80. Lebensjahr eine Art Schwelle dar, bei der fast die Hälfte der Niederösterreicher_innen Pflegegeld bezieht (47,8%). Der Anteil der über 80-Jährigen wird in Niederösterreich deutlich zunehmen und zwar von 6,4% (2022) auf 7,9% (2035) der Gesamtbevölkerung. In absoluten Zahlen wird bei dieser Personengruppe ein Anstieg von 110.421 Personen auf 141.335 Personen erwartet.
- Demographisch bedeutsam sind auch Veränderungen in der **Lebenserwartung**. Dabei geht es weniger um die Lebenserwartung bei Geburt, sondern mehr um die Lebenserwartung der über 65-Jährigen. So wird bei den Männern (65+) ein Anstieg der ferneren Lebenserwartung von 17,7 auf 20,6 Jahre zwischen 2022 und 2035 prognostiziert und bei Frauen (65+) ein Anstieg von 21,0 auf 23,4 Jahre.
- Die Gründe für den Anstieg der Lebenserwartung sind vielfältig, u.a. spielt der **Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten** der älteren Bevölkerung eine wichtige Rolle. Analysen des NÖ-Gesundheitsbarometers zeigen, dass die älteren Niederösterreicher_innen (60+) eine sehr heterogene Gruppe hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes sind, und etwa 11% der über 80-Jährigen keine chronischen Erkrankungen aufweisen, somit eine hochresiliente Gruppe darstellen. Zudem lässt sich ein gewisses Bewusstsein für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen bei der älteren Bevölkerung feststellen. Allerdings ist das Bewusstsein gerade bei der Krebsvorsorge und Herz-Kreislauf-Erkrankungen

noch ausbaufähig. Alles in allem ist die fernere Lebenserwartung (65+) bei guter Gesundheit zwischen 1978 und 2019 um 5,2 Jahre bei den Männern und um 6,6 Jahre bei den Frauen gestiegen.

- Für die Langzeitpflege besonders relevant ist die Entwicklung von neurogenerativen Erkrankungen insbesondere von **Demenz**. Es gibt hierbei keine offizielle Statistik, allerdings wird geschätzt, dass aktuell in etwa 130.000 Personen in Österreich mit irgendeiner Art von Demenz leben. Bis 2050 wird mit einer Verdoppelung gerechnet (Wancata, 2015).
- Die Analyse der Demographie und des Pflegebedarfs zeigt **geschlechtsspezifische Unterschiede** hinsichtlich des Gesundheitszustandes und der Mortalität: Die Pflegebedarfsquote von Frauen in den relevanten Altersgruppen ist zwar höher als die der Männer, hat sich aber in den letzten Jahren reduziert, während sie sich bei Männern kaum verändert hat. Zudem haben Männer im Jahr 2020 eine um rund fünf Jahre niedrigere Lebenserwartung bei der Geburt (78,9 Jahre) als Frauen (83,6 Jahre). Aber: Der Anteil an hochaltrigen Männern ist zwischen 2017 und 2022 von 37,1% auf 39,7% gestiegen und es wird prognostiziert, dass er bis 2035 auf 40,7% steigen wird.
- Die **Covid-19-Pandemie** hat 2020 und 2021 zu einer Übersterblichkeit geführt. Diese Übersterblichkeit wirkt sich auf die Lebenserwartung bei der Geburt aus, wobei die Lebenserwartung bei den Frauen um ein halbes Jahr (2019: 83,6 Jahre; 2021: 83,1 Jahre) und bei den Männern um ein ganzes Jahr zurückgegangen ist (2019: 79,4 Jahre; 2021: 78,4 Jahre). Die pandemie-bedingte Übersterblichkeit dürfte, heutigen Prognosen zufolge, relativ schnell an Wirkung verlieren, die langfristigen Folgen sind allerdings noch nicht abzusehen.

Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsdienstleistungen

- Für die Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsdienstleistungen lassen sich in den letzten Jahren drei Einflussfaktoren benennen: Die Covid-19 Pandemie (2020 & 2021), die Abschaffung des Pflegeregresses (2018) und der zunehmende Mangel an Pflege- und Betreuungskräften. In den Stichmonaten 2020 und 2021 ist es in allen Pflegeformen zu einem deutlichen Rückgang der Inanspruchnahme im Vergleich zu den Vorjahren gekommen. Dieser Rückgang bei gleichzeitigem Anstieg der Pflegegeldbezieher_innen von 91.257 (2017) auf 92.765 Personen (2021) weist daraufhin, dass die Corona-Pandemie zu einem **Anstieg der informellen Pflege** geführt hat. Wie schon in den vergangenen Bedarfsprognosen, wird auch im Altersalmanach 2024 der hohe Stellenwert der informellen Pflege belegt. 70,4% der Pflegegeldbezieher und 60,4% der Pflegegeldbezieherinnen werden 2021 ausschließlich informell gepflegt. Sie nehmen keine 24-Stunden-Betreuung bzw. mobile oder stationäre Pflege und Betreuung in Anspruch. Während der Corona-Pandemie lässt sich ein Anstieg der informell gepflegten Personen von 57.213 Personen (2017) auf 59.522 Personen (2021) feststellen.
- Neue aber nicht unerwartete Erkenntnisse bringt der Altersalmanach 2024 zu den Auswirkungen der **Abschaffung des Pflegeregresses**. Bei der Inanspruchnahme der Pflegeformen zeigt sich seit Beginn (2018) ein klarer Rückgang der Förderbezieher_innen der 24-Stunden Betreuung. Die Anzahl an Förderbezieher_innen ist von 7.861 Personen (2017) auf 6.695 Personen (2021) gesunken. Im Gegensatz dazu lässt sich anhand der Inan-

spruchnahme der stationären Pflege zunächst ein Initialeffekt durch einen deutlichen Anstieg zwischen 2017 und 2018 von 8.940 auf 9.378 Personen (+ 4,9%) erkennen. Aufgrund der pandemie-bedingten Übersterblichkeit ist es in den Folgejahren zu keinem weiteren Zuwachs mehr gekommen und die Zahlen stagnieren bzw. gehen sogar etwas zurück. Eine detaillierte Analyse der Heimaufnahmen zwischen 2016 und 2021 zeigt jedoch, dass die Anzahl der Aufnahmen in Pflegeheimen deutlich angestiegen ist. Der Druck auf die Pflegeheime ist also gestiegen, wobei es dem Land Niederösterreich gelungen ist, die stark angestiegenen Wartezeiten wieder auf das Niveau vor der Abschaffung des Pflege-regresses zu verkürzen.

- Pflege in Niederösterreich ist vielfältig und kann im Privathaushalt, teilstationär oder stationär erfolgen, wobei es je nach Bedarf spezifische Pflege- und Betreuungsdienstleistungen gibt. Im vorliegenden Altersalmanach wurde ein Fokus auf die **psychosoziale Pflege und Betreuung** gelegt, welche spezifisch Pflegeheimbetten für Menschen mit psychischen Erkrankungen und einem hohen Betreuungs- oder Pflegebedarf bietet. Im September 2021 beanspruchten rund acht Prozent aller Pflegeheimbewohner_innen einen Pflegeplatz in psychosozialer Pflege oder Betreuung. Diese Personengruppe ist im Durchschnitt zwischen 13 und 19 Jahre jünger als andere Personen in der Langzeitpflege und sie weist einen höheren Männeranteil auf.
- Als enorme und deutlich verschärfte Herausforderung im Zusammenhang mit der Abschätzung des gegenwärtigen und zukünftigen Angebots an stationären und mobilen Diensten gilt die **Entwicklung des Pflegepersonals**. So hängt der Anstieg an informeller Pflege in den letzten Jahren auch mit dem Fachkräftemangel zusammen. Im Altersalmanach 2024 werden die wesentlichen Erkenntnisse aus einer Studie zur Entwicklung des Gesundheitspersonals in Niederösterreich zusammengefasst. Diese Studie beruht u.a. auf dem Gesundheitsberuferegister (GBR) zum Stichtag 31.12.2019. Sie verdeutlicht, dass sowohl bei einer Expansion, als auch bei einer Kompression der Morbidität mit einem hohen Mehrbedarf an diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften (2040: +45-54%), sowie Pflege(-fach)assistenzen (2040: +49-74%) in den verschiedenen Versorgungsbereichen gerechnet werden muss.

Entwicklung der Pflege- und Betreuungsdienstleistungen

- Basierend auf der demographischen Entwicklung und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung – gemessen über den Pflegebedarf - wird der **Bedarf an Pflege- und Betreuungsdienstleistungen bis 2035** prognostiziert. Dabei werden zwei verschiedene Szenarien berechnet, die jeweils die untere und obere Grenze darstellen. **Auf Basis des demographischen Szenarios ergibt sich bis 2035 ein Mehrbedarf in der stationären Pflege von +44% an betreuten Personen, in der mobilen Pflege von +39% und in der 24-Stunden-Betreuung von +51%.** Sollte trotz steigender Lebenserwartung eine Kompression der Morbidität gelingen, lässt sich ein geringerer Anstieg der betreuten Personen in den verschiedenen Pflegeformen annehmen (+24% in der stationären Pflege, +29% bei der 24-Stunden Betreuung und +18% in der mobilen Pflege).
- Die Prognose zeigt deutliche **regionale Unterschiede in der Bedarfsentwicklung**: Bei der stationären Pflege und Betreuung wird vor allem für Mödling (+72%), Tulln (+64%) und Krems-Stadt (+61%) ein überdurchschnittlicher Anstieg bis 2035 prognostiziert. Bei der

24h-Betreuung wird ein überdurchschnittlicher Anstieg an Bezieher_innen einer Förderung vor allem für Mödling (+87%), Bruck an der Leitha (+83%) und Tulln (+74%) bis 2035 prognostiziert. Und schließlich wird der höchste Bedarf an mobiler Pflege und Betreuung für Tulln (57%) bis 2035 prognostiziert, sowie für Mödling (+53%), und Baden (+52%).

- In diesem Altersalmanach wurden zusätzlich **alternative versorgungspolitische Szenarien** berechnet, die von einer Stagnation („Deckelung“) der stationären Pflege und der 24-Stunden-Betreuung auf ihrer derzeitigen Inanspruchnahme ausgehen und einen Substitutionsfluss zur mobilen Pflege berechnen. Wenn bis 2035 keine neuen Pflegeheime in NÖ gebaut werden, muss die mobile Pflege +62% mehr Personen betreuen (oberes Szenario), als dies derzeit der Fall ist. Wenn zusätzlich bis 2035 auch die 24-Stunden-Betreuung auf ihrem derzeitigen Stand stagniert bzw. verlangsamt wird, muss die mobile Pflege +82% übernehmen.
- Beobachtbar sind für die Dienstleistungen, die älteren pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen angeboten werden, nicht nur qualitative Veränderungen etwa in Hinsicht auf die Gestaltung der Alltagsaktivitäten, sondern auch quantitative Erweiterungen. Als zukunftsweisend können fünf Initiativen bzw. Maßnahmen des Landes NÖ eingeschätzt werden, die auf die Versorgungsstruktur von Pflege und Betreuung (im Alter) gerichtet sind. Diese Maßnahmen betreffen den **NÖ Betreuungs- und Pflegescheck**, das **„Seniorenwohnen“** bzw. die Einrichtung von kleinregionalen Sozialzentren, die Erhöhung der finanziellen Mittel für die **Tagespflege**, die **soziale Alltagsbegleitung** und im Spitalswesen die Einrichtung von AG/Rs, d.h. **Akutgeriatrie/Remobilisation**.

Der **NÖ Pflege- und Betreuungsscheck** – jährlich 1.000 Euro -, ermöglicht den Zukauf von Dienstleistungen für die Pflege und Betreuung zu Hause und finanzielle Mittel, um die Belastungen von pflegenden Angehörigen abzumildern.

Das **„Seniorenwohnen“** ist ein neues Wohn-/Betreuungsangebot, welches über das bisherige barrierefreie und begleitete Wohnen hinausgeht. Mit diesem Angebot soll es auch Personen mit höheren Pflegestufen möglich sein, so lange wie möglich eine selbständige Versorgung mit der notwendigen Unterstützung zu bieten. Es geht dabei um eine örtliche Verankerung mit Referenz auf die Bevölkerungsentwicklung im (hohen) Alter.

Ebenfalls ausgerichtet auf ein möglichst langes Leben zu Hause ist die Ausweitung der **Tagespflege**, die pflegebedürftigen Personen sozialen Austausch ermöglicht, eine bedürfnisorientierte Begleitung gibt sowie die pflegenden Angehörigen entlastet.

Die **„Soziale Alltagsbegleitung“** ist ein ergänzendes Angebot zu den sozialmedizinischen und sozialen Betreuungsdiensten. Sie richtet sich auf die Unterstützung der informellen Pflege/Betreuung.

Die **Akutgeriatrie** ist auf Krankheiten und Verletzungen des höheren Lebensalters spezialisiert. Die Behandlung erfolgt durch multidisziplinäre Teams und sie führt im Vergleich zur konventionellen medizinischen Versorgung zu einer deutlichen Verbesserung der Alltagskompetenz, Selbsthilfe- und geistigen Leistungsfähigkeit.

Schlussfolgerungen

Der vorliegende Altersalmanach verdeutlicht Handlungsbedarf auf mehreren Ebenen, und zwar im Bereich der Versorgungsstruktur, des Personals, der informellen Pflege und der Gesundheit.

- Erstens lässt sich aus dem Bedarfsanstieg in der stationären Pflege und Betreuung schlussfolgern, dass sowohl ein weiterer Ausbau der stationären Pflege und Betreuung in Niederösterreich notwendig wird als auch neue und ergänzende Versorgungsstrukturen aufgebaut werden müssen, da weder die informelle noch die mobile Pflege und Betreuung personell und funktional in der Lage sein werden, die zukünftigen Pflegebedarfe abzudecken.
- Es braucht also zweitens ergänzende/neue Dienstleistungsangebote und Maßnahmen im Versorgungssystem. Diese ergänzenden/neuen Dienstleistungsangebote und Maßnahmen sollen sich als intermediäre Angebote entlastend auf alle bestehenden Dienstleistungen und Versorgungsangebote auswirken. Dazu gehören finanzielle Unterstützungen für pflegebedürftige Personen bzw. pflegende Angehörige, um ein längeres Leben zu Hause zu gewährleisten. Dazu gehören neue Angebote im betreuten bzw. pflegeunterstützten Wohnen, um alleinlebende alte Menschen besser versorgen zu können. Dazu gehört schließlich der Aufbau von akutergeriatrischen Zentren und Konsiliardiensten in Kliniken, um auf die spezifische Krankheitssituation von alten Menschen, die durch Multimorbidität gekennzeichnet ist, besser reagieren zu können.
- Drittens löst der Bedarfsanstieg in der Langzeitpflege einen höheren Bedarf an Pflegekräften aus, sodass weitere Maßnahmen in der Anwerbung, Ausbildung und Qualifizierung angezeigt sind. Der Bedarfsanstieg an Pflegekräften in der Langzeitpflege wird zusätzlich durch eine verstärkte Nachfrage nach Pflegekräften im gesamten Gesundheitssystem beeinflusst. Sichtbar wird das am deutlich gestiegenen Wettbewerb in diesem Arbeitsmarktsegment. Längerfristige Prognosen zum Pflegepersonalbedarf sind allerdings mit erheblichen Unwägbarkeiten verbunden, weil deutliche Unsicherheiten bezüglich der weiteren Entwicklung des Familienpflegepotentials gegeben sind.
- Viertens hat die informelle Pflege zwar während der Pandemie zusätzlich an Bedeutung gewonnen, angesichts wenig dichter familiärer Beziehungen der Baby Boom Generation ist allerdings zukünftig von Rückgängen auszugehen. Verstärkt werden könnte dieser Rückgang durch ein abnehmendes innerfamiliales Solidaritätspotential. Der vom Land NÖ aufgelegte Pflege- und Betreuungsscheck ist hier eine Maßnahme, um Belastungen von pflegenden Angehörigen abzuschwächen und die Solidarität zu unterstützen. Die informelle Pflege wird in Zukunft weniger über pflegende Angehörige erfolgen, sondern stärker auf Selbstsorge und nicht-familiäre Netzwerke aufbauen. Vielversprechend ist in diesem Zusammenhang der Caring Community Ansatz und die Community Nurse.
- Fünftens ist die Gesundheitsvorsorge deutlich stärker in den Vordergrund zu rücken, um bei der längeren Lebenserwartung zu einer gesunden Lebenserwartung zu kommen bzw.

diese zu erhalten. Das Gesundheitsverhalten der älteren Niederösterreicher_innen ist im Bereich der Prävention und der Gesundheitskompetenzen weiter auszubauen.

Empfehlungen

Ansätze für zukünftige Entwicklungen werden in Kapitel 5.5 ausführlich diskutiert. Zusammenfassend können fünf Ideen festgehalten werden, die sich in Niederösterreich auch teilweise bereits in Umsetzung befinden.

- **Auf-/Ausbau der Akutgeriatrie:** Ein wichtiger Schritt zur Verringerung des Drucks auf mobile und stationäre Pflege wird in der Errichtung von akutgeriatrischen Abteilungen/Zentren/Konsiliardiensten gesehen. Die Akutgeriatrie ist auf Remobilisierung und Nachsorge bei multimorbiden Menschen spezialisiert. Bei der Aufnahme ins Spital wird das geriatrische Konzil zugezogen. Zudem ist die Akutgeriatrie nicht nur multiprofessionell, sondern auch multidisziplinär ausgerichtet.

Als zusätzliches oder alternatives Versorgungsangebot zur etablierten voll- und teilstationären geriatrischen Behandlung wird eine „**aufsuchende Akutgeriatrie**“ empfohlen. Sie kann eine stationäre Behandlung ersetzen („step-up“ bzw. Vermeidung einer Einweisung) oder eine frühzeitige unterstützte Entlassung aus dem Krankenhaus ermöglichen („step-down“), um medizinische Behandlungen oder Rehabilitation fortzusetzen.

Studien zufolge verringern akutgeriatrische Behandlungen die Wahrscheinlichkeit in ein Pflegeheim aufgenommen zu werden. In Niederösterreich werden die geplanten AG/Rs die bereits existierende Übergangspflege und die Remobilisationsteams um einen geriatrischen Schwerpunkt ergänzen.

- **Betreutes Wohnen als Teil des Pflegeversorgungssystems:** In Niederösterreich gibt es keine öffentlich-finanzierten, begleiteten Wohnformen und dieses Segment wird auch nicht als Teil der Pflegeversorgung gesehen. Aufgrund der Wohnbauförderung des Landes existiert eine flächendeckende Struktur an barrierefreien und begleiteten Wohnformen. Diese existierende Struktur wird über das neue „Seniorenwohnen“ erweitert, indem die Personen, die dieses Angebot in Anspruch nehmen eine verdichtete Unterstützung und Begleitung durch qualifizierte Heimhilfen, Pflegekräfte und Sozialbetreuung in einem größeren gemeinschaftlichen Wohnverbund bekommen. Zu berücksichtigen gilt es beim Ausbau dieser Dienstleistung, eine klare Unterscheidung bzw. Grenze zur Langzeitpflege aufrechtzuerhalten.
- **Caring Community:** Aufgrund des vermuteten Rückgangs der familiären Unterstützungsnetzwerke wird die Zukunft in der Förderung von nicht-familiärer Fürsorge oder aufsuchender Unterstützung gesehen. Dadurch soll ein längerer Verbleib im Zuhause, soziale Teilhabe und Selbstständigkeit im Alter ermöglicht werden, indem etwa Betreuungsangebote im nachbarschaftlichen/kommunalen Setting vermittelt werden und die Selbstsorge unterstützt wird. In Niederösterreich gibt es neben vereinzelt, ehrenamtlichen Nachbarschaftsinitiativen auch das Projekt der Community Nurses, wobei derzeit in 26 Projek-

ten in 59 involvierten Städten und Gemeinden (2023) die Rolle als aufsuchende Schnittstelle zwischen dem Privathaushalt und den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen getestet wird.

- **Schnittstelle Gesundheits- und Pflegesystem:** Ein weiteres Entwicklungspotential besteht in der präventiven und rehabilitativen Pflege. In Österreich wird Prävention und Rehabilitation getrennt vom Pflegesystem gedacht und organisiert, was für ein gesundes und aktives Altern nicht von Vorteil ist. Potential haben in diese Richtung Entlassungsmanagement und Übergangspflege.
- **Ausbau von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige:** Pflegende Angehörige leisten einen Großteil der Pflege- und Betreuungsarbeit und sind auch zukünftig von großer Bedeutung. Zur Entlastung der pflegenden Angehörigen ist die Tagespflege eine wichtige Maßnahme. Sie bietet neben der Entlastung für Angehörige älteren Menschen soziale Interaktion, um Vereinsamung vorzubeugen. Darüber hinaus wird der Erhalt der Selbstständigkeit gefördert ohne Verlust der Verbindung zum eigenen Zuhause. Ebenso günstig wird die Forcierung des Ausbaus der sozialen Alltagsbegleitung gesehen, welche mehrstündige Gesellschaft und soziale Anregung zu Hause anbietet.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	16
2. NIEDERÖSTERREICH IN ZAHLEN	19
2.1. ENTWICKLUNG DER BEVÖLKERUNG AUF LANDESEBENE	19
2.2. ENTWICKLUNG DER BEVÖLKERUNG AUF BEZIRKSEBENE	25
2.3. ENTWICKLUNG DER HAUSHALTSFORMEN IN NÖ	29
2.4. AUSWIRKUNGEN DER COVID-19 PANDEMIE	31
3. PFLEGE UND BETREUUNG IN NIEDERÖSTERREICH	34
3.1. PFLEGE GELDBEZUG IN NIEDERÖSTERREICH	34
3.2. PFLEGEFORMEN IN NIEDERÖSTERREICH	38
3.3. PSYCHOSOZIALE PFLEGE UND BETREUUNG	50
3.4. AUSWIRKUNGEN DER ABSCHAFFUNG DES PFLEGEREGRESSSES	54
3.4.1. Auswirkung auf die Selbstzahlenden und Pflegedienstleistungen	55
3.4.2. Entwicklung der Aufnahmen in Pflegeheime	57
4. ERGÄNZUNGSSTUDIE 1: NÖ PFLEGE- UND BETREUUNGSSCHECK	68
4.1. METHODISCHES VORGEHEN	69
4.2. ERGEBNISSE	70
4.3. FAZIT	84
5. PFLEGE BEDARFS PROGNOSE FÜR NIEDERÖSTERREICH	87
5.1. METHODIK UND SZENARIEN DER BEDARFS PROGNOSE	87
5.2. PROGNOSE DES PFLEGE GELDBEZUGS	91
5.3. PROGNOSE DER PFLEGEFORMEN	92
5.4. VERSORGUNGSPOLITISCHE ALTERNATIV-SZENARIEN	102
5.5. ANSÄTZE FÜR ZUKÜNFTIGE NEUE ENTWICKLUNGEN	106
6. ERGÄNZUNGSSTUDIE 2: SENIORENWOHNEN	113
6.1. WOHNEN IM ALTER	113
6.2. POTENZIALE UND GRENZEN VON BEGLEITETEN WOHNFORMEN	114

6.3. VORSTELLUNG DER PILOTPROJEKTE	117
6.4. EINSCHÄTZUNG DES SENIORENWOHNENS IN NÖ	119
7. ERGÄNZUNGSSTUDIE 3: TAGESPFLEGE	121
7.1. BEDEUTUNG DER TAGESPFLEGE	121
7.2. ENTWICKLUNG DER TAGESPFLEGE	123
8. PERSONALBEDARF IN DER PFLEGE	127
8.1. METHODIK	127
8.2. PROGNOSE 2030/2040	129
8.2.1. Demographisches Szenario	129
8.2.2. Kompressionsszenario	132
9. GESUNDHEITLICHE LEBENSITUATION ÄLTERER MENSCHEN	134
9.1. GESUNDHEITZUSTAND	136
9.2. GESUNDHEITSV ERHALTEN UND -KOMPETENZ	140
9.3. SELBSTSORGE IM HOHEN ALTER	143
10. DISKUSSION DER FRAGESTELLUNGEN DES ALTERSALMANACH 2024	145
11. LITERATURVERZEICHNIS	151
12. TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS	161
13. ANHANG	167
13.1. DATENGRUNDLAGE ALTERSALMANACH 2024	167
13.2. DATENGRUNDLAGE GESUNDHEITSPERSONALPROGNOSE 2021	170
13.3. WEITERFÜHRENDE TABELLEN	174

1. Einleitung

Die demographische Alterung wird in den kommenden Jahrzehnten verstärkt zu einer höheren Anzahl an pflegebedürftigen Menschen führen. In den letzten Dekaden war es vorrangig die steigende Lebenserwartung, die zu einem höheren Pflegebedarf im Alter geführt hat. In den kommenden Jahrzehnten gewinnt die Alterung der Baby Boom Generation, die, wie der Name schon sagt, die stärksten Geburtskohorten in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts aufweist, an Bedeutung und wird zusätzlich zu einer Erhöhung des Pflegebedarfs führen. Diese Entwicklung stellt Politik und Gesellschaft vor Herausforderungen, da dadurch die Schaffung von weiteren Kapazitäten in der Langzeitpflege notwendig wird, um auch in Zukunft eine gute Pflege und Betreuung gewährleisten zu können. Dies wird nicht nur mit höheren Kosten verbunden sein, sondern wirft auch die Frage auf, ob genügend Pflege- und Betreuungskräfte vorhanden sein werden. Neben demographischen Veränderungen wird die Entwicklung des Pflegebedarfs und des Pflegesystems auch von politischen, administrativen und gesundheitlichen Rahmenbedingungen beeinflusst.

Beeinflusst wird der Pflegebedarf vom **Gesundheitszustand** und vom **Gesundheitsverhalten** der älteren Niederösterreicher und Niederösterreicherinnen. Nationale und internationale Studienergebnisse weisen darauf hin, dass die Bevölkerung nicht nur älter wird, sondern auch länger gesund bleibt (Statistik Austria, 2020; Seematter-Bagnoud et al., 2021). Dabei wird angenommen, dass jüngere Alterskohorten von den besseren Lebens- und Wohnbedingungen, einem leichteren Zugang zu höherer Bildung, sowie den medizinischen Fortschritten profitieren (Enroth et al. 2021). Allerdings gibt es Geschlechtsunterschiede, und so weisen niederösterreichische Frauen eine höhere Pflegebedarfsquote auf als Männer. Bei den Männern hat sich allerdings die Pflegebedarfsquote in den letzten Jahren kaum geändert, im Gegensatz zu einem Rückgang bei den Frauen (siehe Kapitel 3.1.).

Neben dem allgemeinen Gesundheitszustand ist die **psychisch-psychiatrische Situation** als Einflussgröße anzuführen. Im Alter haben psychische und neurodegenerative Erkrankungen, wie Demenz, Depression oder Angststörungen, eine höhere Prävalenzrate und steigern den Pflegebedarf. Es wird geschätzt, dass aktuell in etwa 130.000 Personen in Österreich mit irgendeiner Art von Demenz leben. Bis 2050 wird mit einer Verdoppelung gerechnet (Wancata, 2015).

Als weitere Einflussgröße auf die Entwicklung des Pflegebedarfs ist die **Covid-19 Pandemie** anzuführen. Hier werden kurz- und langfristigen Auswirkungen auf die Mortalität und Morbidität angenommen. So wird vermutet, dass die Corona-Pandemie neben einer relativ kurzfristigen Periode der Übersterblichkeit auch langfristige Auswirkungen auf die Mortalität und Morbidität haben könnte, ähnlich der Spanischen Grippe von 1918 (Crimmins, 2021).

Seit der Veröffentlichung des letzten Altersalmanach 2018 ist es zu einer Reihe **politischer** und **administrativer Veränderungen** gekommen, die im vorliegenden Altersalmanach thematisiert und analysiert werden: Erstens ist seit dem 01.01.2018 der sogenannte *Pflegeregress* abgeschafft und damit entfallen Ersatzansprüche gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen

bzw. deren Angehörigen. Die Abschaffung des Pflegeregresses hat zu einem Mehrbedarf an stationärer Pflege geführt und wird auch weiter versorgungswirksam bleiben.

Zweitens wurde auf Basis der Ergebnisse des Altersalmanachs 2018 der erste Teil des *Ausbau- und Investitionsplans 2020-2030* vorgelegt. Ziel des ersten Teils ist es bestehende Standorte der Langzeitpflege zu verstärken und diese Einrichtungen modern und sicher aufzustellen. Dadurch sollen 649 zusätzliche Pflegeheimplätze bis 2030 geschaffen werden.

Drittens werden durch die Schaffung der *Landesgesundheitsagentur (LGA)* seit dem 01.01.2021 die Landesgesundheitsseinrichtungen und Pflegezentren in Niederösterreich unter einem gemeinsamen Dach geführt. Dies ermöglicht es, Gesundheit und Pflege stärker zu verschränken.

Viertens wurde 2022 ein *Pflegepaket* beschlossen, welches u.a. den Pflegeberuf attraktiver machen soll. Dazu wird das Land Niederösterreich die Ausbildungsplätze ausbauen und bietet seit dem 01.09.2022 eine Pflegeausbildungsprämie von monatlich 600 Euro für die Ausbildung zur Pflege- oder Sozialbetreuungskraft an.

Fünftens wurde das Bundespflegegeldgesetz novelliert. Mit dieser *Novelle* wird seit 1. Jänner 2020 das Pflegegeld in allen Stufen um den Pensionsanpassungsfaktor erhöht und jährlich valorisiert (BMSGPK, 01.01.2023). Zudem wirkt sich beim Pflegegeld die Erhöhung der Pflegestundenanzahl für Pflegestufe 1 und 2 aus, die seit 01.01.2015 in Kraft getreten ist (Stufe 1 von 60 auf 65 Stunden pro Monat bzw. Stufe 2 von 85 auf 95 Stunden pro Monat). So ist die Anzahl an Bezieher_innen von Pflegestufe 1 gestiegen und von Pflegestufe 2 gesunken (siehe Kap. 2.2).

Sechstens wurde mit 1. September 2023 die *Förderung für die 24-Stunden-Betreuung zum zweiten Mal in dem Jahr erhöht*. Der Bund hob die Förderbeträge mit 1. Jänner 2023 um 16,67 Prozent und mit 1. September 2023 um weitere 25 Prozent an. Die Förderung erhöht sich damit auf 800 Euro bei zwei selbstständigen Personenbetreuer_innen (Förderhöhe Ende 2022: 550 Euro) und auf 1.600 Euro bei zwei unselbstständigen Betreuungspersonen (Förderhöhe Ende 2022: 1.100 Euro).

Das **Ziel des Altersalmanach 2024** besteht darin, auf die gesellschaftlichen und gesundheitlichen Veränderungen reagieren zu können und weitere Planungssicherheit zu schaffen. Hierzu gilt es aktuelle und zukünftige Handlungsbedarfe zu identifizieren, um sowohl die weitere Entwicklung der Pflegeinfrastrukturen zu unterstützen als auch das Entstehen von Überkapazitäten zu vermeiden. Auch in diesem Altersalmanach liegt dabei ein besonderer Fokus auf der Regionalität der Ergebnisse, um eine wohnortnahe Organisation und Planung der Pflege zu gewährleisten. Vor dem Hintergrund der dargestellten Rahmenbedingungen für Pflegedienstleistungen im Alter sollen folgende Fragestellungen die Evaluierung des Pflegebedarfs in Niederösterreich leiten:

- Sind im Verlauf der Covid-19 Pandemie auffällige Veränderungen gegeben? Wie beeinflussen diese Veränderungen die Pflegebedarfs- und Entwicklungsprognose?
- Wie wird sich die Nachfrage nach Plätzen in der Langzeitpflege entwickeln? Wie wirkt sich die Abschaffung des Pflegeregresses auf die stationäre Pflege und Betreuung aus?

- Wie würde sich eine Stagnation („Deckelung“) der Pflegebetten in der stationären Pflege auf die mobile Pflege und Betreuung auswirken?
- Wie hat sich die 24-Stunden-Betreuung entwickelt und welche Rolle kann sie in der Zukunft spielen?
- Wie sind die Maßnahmen wie NÖ Pflege- und Betreuungsscheck, Seniorenwohnen und Erhöhung des Tagsatzes für die Tagespflege für eine stabile Situation in der Betreuung/Pflege zu Hause einzuschätzen?
- Welche Veränderungen sind für die Personalsituation in der Langzeitpflege zu erwarten?
- Wie sieht die gesundheitliche Lebenssituation der älteren Niederösterreicher und Niederösterreicherinnen aus und wo kann für die Förderung eines gesunden Alterns angesetzt werden?

Um die angeführten Fragen der Evaluierung entsprechend beantworten zu können, braucht es *erstens* Bestandsdaten der Inanspruchnahme der einzelnen Pflegeformen, sowie des Pflegegeldbezugs zu verschiedenen Zeitpunkten. *Zweitens* braucht es für die Evaluierung zusätzliche Daten, die über die bisherige Datenakquise hinausgehen. Dazu zählen Daten zu den Heimaufnahmen und dem Gesundheitszustand der älteren Niederösterreicher_innen, sowie Daten zur Bevölkerungsentwicklung unter Berücksichtigung von Covid-19. Und drittens wurde zur Bewertung des NÖ Pflege- und Betreuungsschecks eine eigene empirische Erhebung im Frühjahr 2024 durchgeführt.

2. Niederösterreich in Zahlen

Bevor die Pflegebedarfsprognose erläutert wird, wird im folgenden Kapitel zunächst die vergangene und zukünftige Bevölkerungsentwicklung in Niederösterreich dargestellt. Im April 2022 erschien die aktuelle kleinräumige Bevölkerungsprognose der Geschäftsstelle der Österreichischen Raumordnungskonferenz (Hanika, 2022). Die folgenden Ausführungen über die Entwicklung der niederösterreichischen Bevölkerung auf Ebene des Landes und der Bezirke basieren zum einen auf den vergangenen Entwicklungen von 2017 bis 2022, belegt durch die entsprechenden jährlich aktualisierten Bevölkerungsdaten der Statistik Austria und zum anderen auf der Einschätzung der zukünftigen Veränderungen der kleinräumigen ÖROK-Bevölkerungsprognose für Niederösterreich, angepasst um die aktuelle Bevölkerungsprognose der Statistik Austria (Letzte Aktualisierung des Würfels: 22.11.2023). Die aktuelle Prognose setzt im Berichtsjahr 2021 an und reicht bis ins Jahr 2035. Für die Darstellung im Altersalmanach wurde die Zeitreihe um die bekannten Zahlen für 2022 ergänzt, sodass der Prognosezeitraum mit 2023 beginnt. Im ersten Teil werden die prognostizierten Entwicklungen auf Landesebene bis 2035 präsentiert, im zweiten Teil die kleinräumigen Ergebnisse auf Bezirksebene. Die Bevölkerungszahlen beziehen sich jeweils auf den Bevölkerungsstand zu Jahresbeginn.

2.1. Entwicklung der Bevölkerung auf Landesebene

Zwischen den Jahren 2017 und 2021 stieg die Bevölkerungszahl in Niederösterreich von insgesamt 1.670.668 auf 1.698.796, also um rund 1,68% an. Niederösterreich wird auch in den kommenden Jahren weiterwachsen, allerdings in sich verringerndem Ausmaß: Das jährliche Bevölkerungswachstum flacht von jährlich etwa 0,4% für die Jahre bis 2030, auf etwa 0,3% im Jahr 2035 ab. Tabelle 1 zeigt die tatsächliche Bevölkerungsentwicklung von 2017 bis 2022 und die prognostizierte Entwicklung ab 2023. Bis 2035 wird die Anzahl der Einwohner_innen Niederösterreichs um 7,6% auf 1.797.628 steigen.

Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung in Niederösterreich nach Geschlecht (2017-2035)

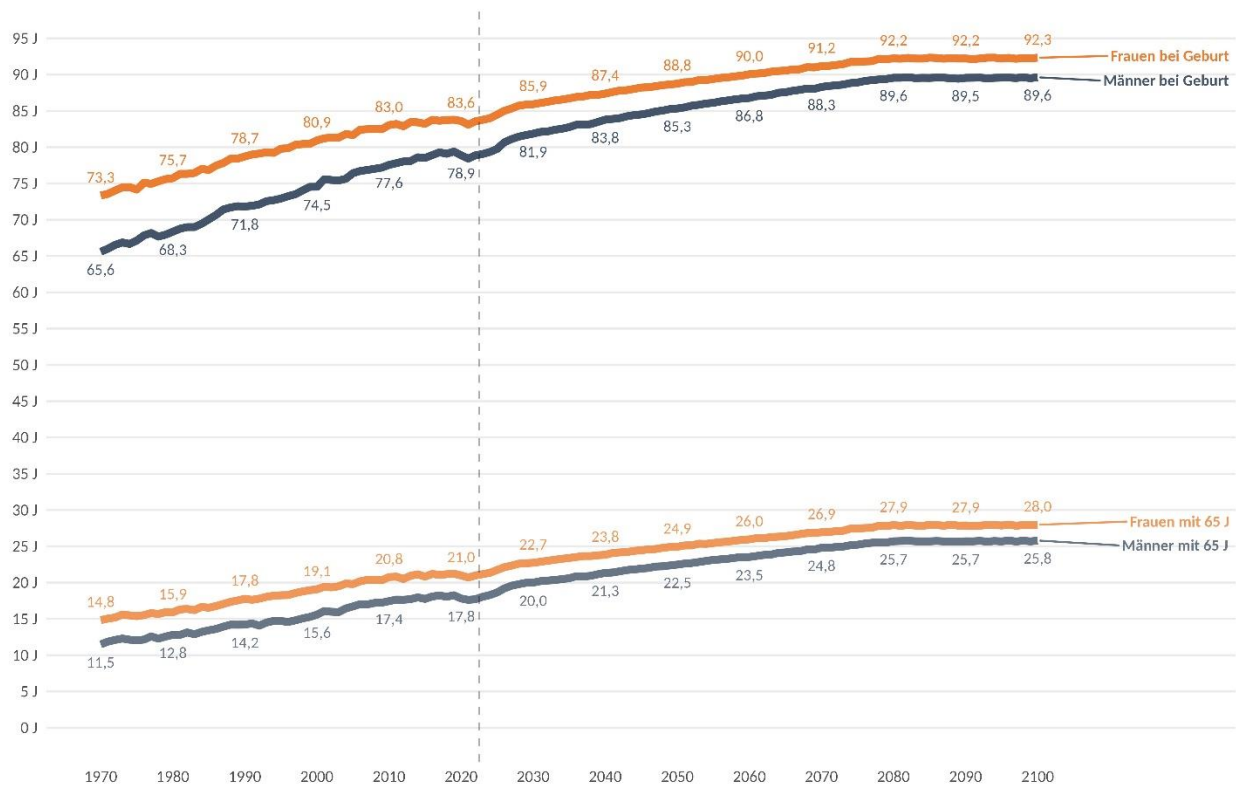
Jahr	Gesamt	Unterschied zum Vorjahr	Unterschied zu 2021	Männer	Frauen	Anteil Männer	Anteil Frauen
2017	1.670.668			822.697	847.971	49,24%	50,76%
2018	1.677.542	0,41%	-1,25%	825.898	851.644	49,23%	50,77%
2019	1.684.287	0,40%	-0,85%	829.174	855.113	49,23%	50,77%
2020	1.690.879	0,39%	-0,47%	832.553	858.326	49,24%	50,76%
2021	1.698.796	0,47%	0,00%	836.996	861.800	49,27%	50,73%
2022	1.718.373	1,15%	1,15%	845.231	873.142	49,19%	50,81%
2023	1.726.445	0,47%	1,63%	848.790	877.655	49,16%	50,84%
2024	1.732.251	0,34%	1,97%	850.926	881.325	49,12%	50,88%
2025	1.735.717	0,20%	2,17%	852.656	883.061	49,12%	50,88%
2026	1.741.230	0,32%	2,50%	855.384	885.846	49,13%	50,87%
2027	1.747.658	0,37%	2,88%	858.473	889.185	49,12%	50,88%
2028	1.754.804	0,41%	3,30%	861.853	892.952	49,11%	50,89%
2029	1.761.885	0,40%	3,71%	865.359	896.526	49,12%	50,88%
2030	1.768.123	0,35%	4,08%	868.350	899.773	49,11%	50,89%
2031	1.774.419	0,36%	4,45%	871.527	902.892	49,12%	50,88%
2032	1.780.585	0,35%	4,81%	874.562	906.023	49,12%	50,88%
2033	1.786.553	0,34%	5,17%	877.560	908.993	49,12%	50,88%
2034	1.792.160	0,31%	5,50%	880.524	911.636	49,13%	50,87%
2035	1.797.628	0,31%	5,82%	883.231	914.397	49,13%	50,87%

Quelle: Statistik Austria STATcube (2017-2022), adaptierte ÖROK Prognose 2021 (2023-2035) - eigene Berechnung u. Darstellung

Der Anteil der Frauen an der Gesamtbevölkerung nimmt leicht zu. Letzteres gründet in der unterschiedlichen Lebenserwartung der beiden Geschlechter: die Lebenserwartung von Frauen liegt, trotz des erkennbaren Trends zur Angleichung (Abbildung 1), über jener von Männern und durch die Zunahme der älteren Bevölkerung insgesamt, wirkt dies auf den Anteil der Frauen an der Gesamtbevölkerung zurück. Zurückgegangen ist die Lebenserwartung in den Jahren der Covid-19 Pandemie: Die Lebenserwartungen beider Geschlechter lagen in Niederösterreich 2019 bei 83,6 bzw. 79,4 Jahren und verringerten sich 2021 auf 83,1 bzw. 78,4 Jahre. Die Lebenserwartung schwankte auch schon in der Vergangenheit bei epidemischen Ereignissen, wie Grippewellen, aber das Ausmaß der Reduktion in den Jahren 2020 bis 2022 liegt weit über den Schwankungen in den Jahren seit 1970.

Bis zum Jahr 2035 wird eine Steigerung der geschlechtsspezifischen Lebenserwartung bei Geburt auf 86,7 Jahre für Frauen und 82,8 Jahren bei Männern erwartet. Erkennbar ist diese Konvergenz auch bei der Entwicklung der Lebenserwartung von Personen im Alter von 65 Jahren (auch: fernere Lebenserwartung): Aktuell (2022) liegt diese bei 21,0 Jahren für Frauen und 17,7 Jahren für Männer – bis 2035 wird eine Steigerung auf 23,4 bzw. 20,6 Jahre erwartet. Langfristig wird bei der Entwicklung der Lebenserwartung von einer Abflachung, also einer Verringerung der jährlichen Zuwachsrate ausgegangen und dem Erreichen eines Plateaus um das Jahr 2080 mit einer Lebenserwartung von 92,2 Jahren für Frauen und 89,6 Jahren für Männer.

Abbildung 1: Lebenserwartung bei Geburt und fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren in Niederösterreich (1970-2100)



Daten: Statistik Austria STATcube, Datenbank: Demographische Indikatoren 1961 bis 2100, Stand der Daten: 22.11.2023 - eigene Darstellung

Durch die Steigerung der Lebenserwartung steigt der Anteil der älteren, hochaltrigen und höchst-altrigen Bevölkerung. Tabelle 2 zeigt die absoluten Häufigkeiten der verschiedenen Altersgruppen. Die Anzahl der jungen Bevölkerung (bis unter 15 Jahre) und jener der Bevölkerung im Alter von 15 bis 59 Jahren nimmt bis 2035 ab, während die Anzahl der Personen in den darüber liegenden Altersgruppen ansteigt, speziell jene in hohem und höchstem Alter. Die Anzahl der Personen ab 80 Jahren steigt auf 141.335 Personen, und damit auf rund 7,9% der Gesamtbevölkerung. Für die Personen im Alter ab 90 Jahren geht die Prognose für den Zeitraum von 2021 bis 2035 fast von einer Verdopplung der Personen in dieser Altersgruppe aus, und zwar von 16.504 auf 28.574 Personen.

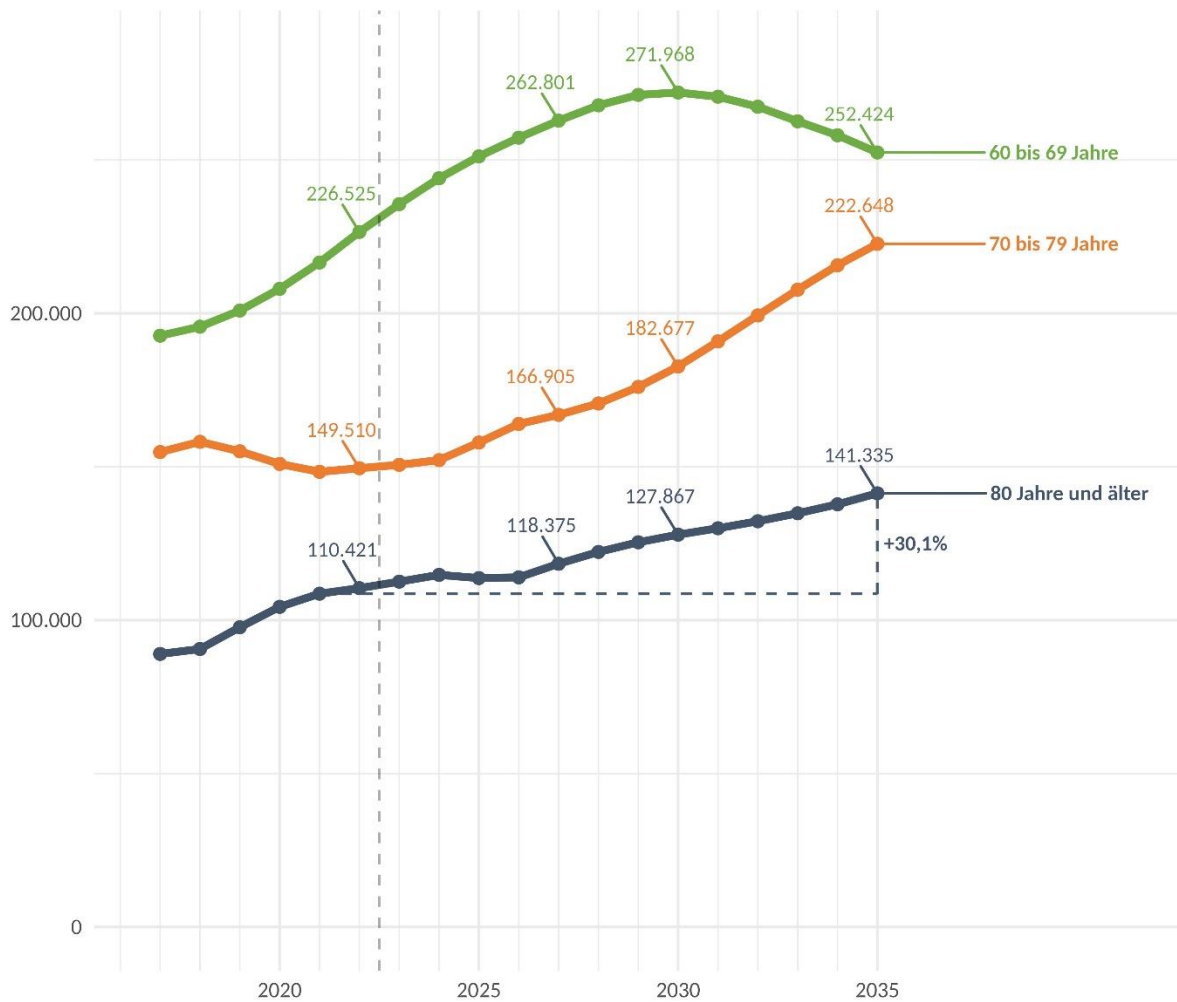
Tabelle 2: Bevölkerungsentwicklung in Niederösterreich nach Alter (absolute Häufigkeiten)

Jahr	Gesamt	unter 15 Jahre	15 bis 59 Jahre	60 bis 69 Jahre	70 bis 79 Jahre	80 bis 89 Jahre	90 Jahre und älter
2017	1.670.668	241.641	992.538	192.713	154.785	73.519	15.472
2018	1.677.542	242.577	990.617	195.636	158.118	74.842	15.752
2019	1.684.287	243.279	987.391	200.900	155.028	81.561	16.128
2020	1.690.879	244.144	983.498	207.983	150.914	87.886	16.454
2021	1.698.796	245.317	979.943	216.569	148.344	92.119	16.504
2022	1.718.373	250.272	981.645	226.525	149.510	94.176	16.245
2023	1.726.445	250.347	977.355	235.581	150.611	95.964	16.587
2024	1.732.251	250.798	970.510	244.027	152.161	97.914	16.841
2025	1.735.717	249.956	963.007	251.159	157.888	96.682	17.025
2026	1.741.230	249.652	956.441	257.242	163.950	96.499	17.446
2027	1.747.658	249.548	950.029	262.801	166.905	100.330	18.045
2028	1.754.804	249.615	944.556	267.791	170.616	103.098	19.129
2029	1.761.885	249.531	939.777	271.186	176.013	102.897	22.481
2030	1.768.123	249.369	936.242	271.968	182.677	102.253	25.614
2031	1.774.419	248.465	934.545	270.598	190.859	102.260	27.692
2032	1.780.585	247.682	934.010	267.332	199.323	103.815	28.423
2033	1.786.553	247.061	934.388	262.573	207.702	105.775	29.054
2034	1.792.160	246.736	933.989	258.020	215.661	108.178	29.577
2035	1.797.628	246.655	934.566	252.424	222.648	112.761	28.574

Quelle: Statistik Austria STATcube (2017-2022), adaptierte ÖROK Prognose 2021 (2023-2035) - eigene Berechnung u. Darstellung

Abbildung 2 veranschaulicht die Zusammensetzung der unterschiedlichen Altersgruppen ab 60 Jahren im Zeitverlauf 2017-2035. Die Anzahl der 60 bis 69-Jährigen erreicht etwa 2030 einen Höhepunkt mit 271.968 Personen und sinkt danach ab. Die Anzahl der Altersgruppe der 70 bis 79-Jährigen steigt von 2022 stetig an und beträgt 2035 insgesamt 222.648 Personen. Auch die Anzahl der über 80-Jährigen begann um 2019 zu steigen und erreicht 2035 insgesamt 141.335 Personen, was einem Anstieg von 30 Prozent zu 2021 entspricht. Die Grafik verdeutlicht dabei die Alterung der geburtenstarken Alterskohorten der sog. Baby Boomer der 1950er und 1960er Jahre, die neben der gestiegenen Lebenserwartung einer der Hauptgründe für den starken Anstieg der älteren und hochaltrigen Bevölkerung darstellt. Dabei sind die altersspezifischen Verlaufskurven als kommunizierende Gefäße zu betrachten und der zeitversetzte Anstieg des Anteils der höheren Altersgruppen ist direkt mit dem Eintritt der verbleibenden Personen aus den jüngeren Altersgruppen verbunden: So wird die Welle der 60-69-Jährigen weiter abnehmen und von den 70-79-Jährigen übertroffen werden, welche dann zeitversetzt zu einer Welle der über 80-jährigen Bevölkerung werden.

Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung der höheren Altersgruppen im Zeitverlauf (2017-2035)



Quelle: Statistik Austria STATcube (2017-2022), adaptierte ÖROK Prognose 2021 (2023-2035) - eigene Berechnung u. Darstellung

Tabelle 3 enthält die prognostizierte Entwicklung der kumulierten relativen Bevölkerungsanteile von Personen bis 59 Jahre, bzw. ab einem Alter von 60+, 70+, 80+ und 90+ Jahren. Der Anteil der Bevölkerung bis 59 Jahre wird von 73,9% der Gesamtbevölkerung in Niederösterreich auf etwa 65,7% bis 2035 sinken. Entsprechend wird dann mehr als ein Drittel (34,3%) der Bevölkerung in Niederösterreich 60 Jahre oder älter sein. Stark zunehmen wird dabei vor allem der relative Anteil der über 70-Jährigen. Bis 2035 wird jeder und jede Fünfte in Niederösterreich 70 Jahre alt oder älter sein. Auch der Anteil der über 90-Jährigen wird sich zwischen 2017 und 2035 fast verdoppeln und 2035 1,6 % der Gesamtbevölkerung ausmachen.

Tabelle 3: Bevölkerungsentwicklung in Niederösterreich nach Altersgruppe (kumulierte relative Häufigkeiten)

Jahr	bis 59 Jahre	Über 60 Jahre	Über 70 Jahre	Über 80 Jahre	Über 90 Jahre
2017	73,9%	26,1%	14,6%	5,3%	0,9%
2022	71,7%	28,3%	15,1%	6,4%	1,0%
2030	67,1%	33,0%	17,6%	7,2%	1,5%
2035	65,7%	34,3%	20,3%	7,9%	1,6%

Quelle: Statistik Austria STATcube (2017-2022), adaptierte ÖROK Prognose 2021 (2023-2035) - eigene Berechnung u. Darstellung

Ein genauerer Blick auf die Entwicklung der Geschlechtsverteilung in den höheren Altersgruppen (60+) belegt, dass der Anteil der Frauen aufgrund der höheren Lebenserwartung bei den 70-79-Jährigen (2022: 54,3%) und vor allem bei den über 80-Jährigen (2022: 60,3%) höher ist als der Anteil der Männer. Dieser Anteil nimmt seit 2017 kontinuierlich ab und wird auch bis 2035 weiter zurückgehen (siehe Tabelle 4). Mit anderen Worten: In Zukunft werden mehr Männer die Hochaltrigkeit erreichen. Es wird prognostiziert, dass der Anteil an über 80-jährigen Männern in Niederösterreich bis 2035 auf 40,7% steigen wird.

Tabelle 4: Bevölkerungsentwicklung der höheren Altersgruppen in Niederösterreich nach Geschlecht

Jahr	Männer			Frauen			Anteil Frauen		
	60 - 69 Jahre	70 - 79 Jahre	80+ Jahre	60 - 69 Jahre	70 - 79 Jahre	80+ Jahre	60 - 69 Jahre	70 - 79 Jahre	80+ Jahre
2017	93.453	71.182	32.997	99.260	83.603	55.994	51,5%	54,0%	62,9%
2022	110.830	68.295	43.827	115.695	81.215	66.594	51,1%	54,3%	60,3%
2030	132.998	85.038	51.231	138.970	97.639	76.636	51,1%	53,5%	59,9%
2035	122.261	104.849	57.501	130.163	117.799	83.834	51,6%	52,9%	59,3%

Quelle: Statistik Austria STATcube (2017-2022), adaptierte ÖROK Prognose 2021 (2023-2035) - eigene Berechnung u. Darstellung

Die weitere Entwicklung der Bevölkerungsgruppe 80+, die als wesentlich für gegenwärtige und zukünftige Pflegebedarfe gilt, zeigt bis 2055 einen starken Anstieg und danach – aus heutiger Sicht – eine Abflachung. Für 2035 geht die Bevölkerungsprognose der Statistik Austria von 141.335 Personen 80+ in Niederösterreich aus (siehe Tabelle 5), 20 Jahre später sind es dann 242.434 Personen 80 Jahre und älter.

2.2. Entwicklung der Bevölkerung auf Bezirksebene

Die Trends der Bevölkerungsentwicklung auf Ebene der einzelnen Bezirke spiegeln die unterschiedlichen Veränderungen auf Landesebene. Die folgende Tabelle veranschaulicht die Unterschiede in der Bevölkerungsentwicklung zwischen den Bezirken.

Während in Bezirken, wie Gänserndorf, Bruck an der Leitha und Tulln ein Bevölkerungszuwachs von über 10% erwartet wird, wird für Horn, Waidhofen an der Ybbs, Zwettl, Gmünd, Waidhofen an der Thaya ein Bevölkerungsrückgang zwischen 2,8% und 5,9% erwartet. Diese Unterschiede ergeben sich u.a. aufgrund unterschiedlicher Fertilitäts- und Mortalitätsraten, Altersstrukturen und Migrationsströme der Bezirke.

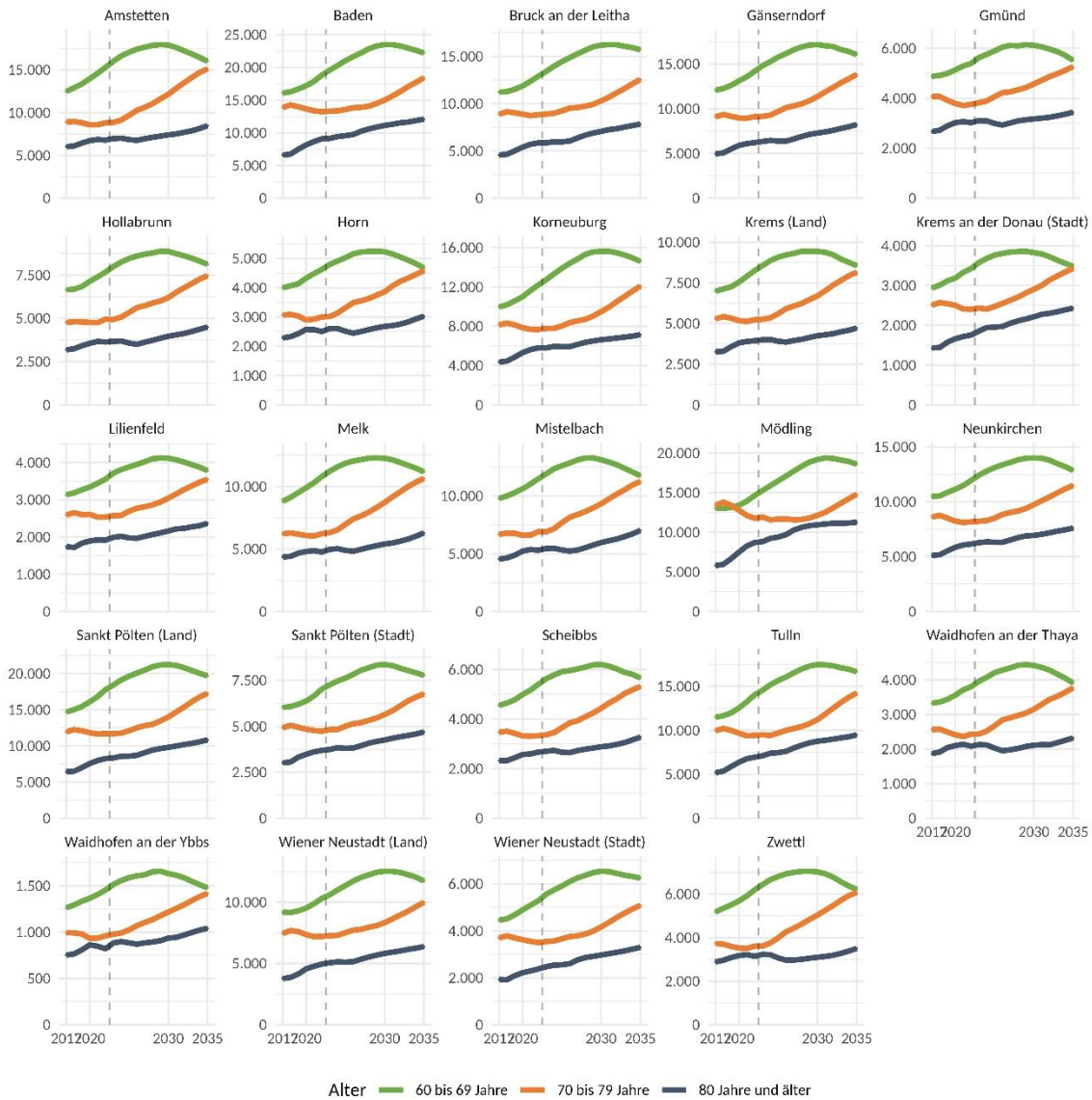
Tabelle 5: Prognostizierte Bevölkerungsentwicklung nach Bezirk

Wohnbezirk	2021	2025	2030	2035	Veränderung 2021-2035
Gänserndorf	106.846	111.473	116.724	121.446	+13,66%
Bruck an der Leitha	106.636	110.821	115.725	120.141	+12,66%
Tulln	106.827	110.351	114.430	118.010	+10,47%
Korneuburg	91.982	95.258	98.262	101.043	+9,85%
Wiener Neustadt (Stadt)	47.106	48.369	49.885	51.233	+8,76%
Mödling	119.627	122.820	125.730	128.385	+7,32%
Baden	147.850	151.512	154.950	158.131	+6,95%
Wiener Neustadt (Land)	79.523	81.240	82.911	84.404	+6,14%
Sankt Pölten (Land)	132.605	135.682	138.285	140.545	+5,99%
Mistelbach	76.073	77.418	78.702	79.995	+5,16%
Sankt Pölten (Stadt)	56.360	57.368	58.373	59.263	+5,15%
Amstetten	116.984	119.180	120.596	121.848	+4,16%
Melk	78.505	79.915	80.826	81.655	+4,01%
Hollabrunn	51.646	52.336	52.962	53.574	+3,73%
Krems an der Donau (Stadt)	24.921	25.321	25.553	25.747	+3,31%
Scheibbs	41.583	42.186	42.386	42.574	+2,38%
Neunkirchen	86.499	87.443	87.914	88.414	+2,21%
Krems (Land)	56.612	57.118	57.069	57.007	+0,70%
Lilienfeld	25.402	25.489	25.330	25.239	-0,64%
Horn	30.790	30.713	30.283	29.939	-2,76%
Waidhofen an der Ybbs	11.092	11.073	10.903	10.775	-2,86%
Zwettl	41.731	41.562	40.709	39.920	-4,34%
Gmünd	36.085	35.865	35.045	34.332	-4,86%
Waidhofen an der Thaya	25.511	25.206	24.569	24.007	-5,90%
Gesamt	1.698.796	1.735.717	1.768.123	1.797.628	5,82%

Quelle: Adaptierte ÖROK Prognose 2021 - eigene Berechnung u. Darstellung

Die Bevölkerungsentwicklung in Niederösterreich zeigt also eine insgesamt regional unterschiedliche Entwicklung. Diese unterschiedliche Entwicklung betrifft auch die ältere Bevölkerung und die sich daraus ergebenden Pflegebedarfe bzw. Ausbaunotwendigkeiten in der Langzeitpflege. Die folgende Abbildung zeigt die Veränderungen in der Altersstruktur zwischen den Bezirken.

Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung der höheren Altersgruppen auf Bezirksebene (2017-2035)



Quelle: Adaptierte ÖROK Prognose 2021 - eigene Berechnung u. Darstellung¹

Als Unterscheidungsmerkmale zwischen den Bezirken lassen sich heranziehen: 1) das Niveau des Anteils der hochaltrigen Bevölkerung und 2) der Zeitpunkt, zu dem der Anteil der 70 bis 79-Jährigen jenen der 60 bis 69-Jährigen überschreitet. Letzterer liegt bei den Bezirken Gmünd, Horn, Waidhofen an der Thaya und Zwettl zeitlich früher (ca. im Jahr 2036), und in den Bezirken Baden, Gänserndorf, Korneuburg, Mödling und v.a. Bruck an der Leitha und Wr. Neustadt (Stadt) nach 2035. Der Bezirk Mödling sticht in Bezug auf beide Kriterien hervor, zum einen hat der Anteil der 70 bis 79-Jährigen bereits um 2019 kurzzeitig den Anteil der 60 bis 69-Jährigen überschritten und zum anderen zeigt sich beim Anteil der ab 80-Jährigen näherungsweise eine Verdoppelung im Laufe der Jahre 2019 bis 2030.

¹ Anmerkung: Die vertikale Achse (Anzahl Personen) wurde zur Darstellung der Verläufe an die Bevölkerungszahlen in den Bezirken angepasst, dadurch lassen sich, unter Beachtung der bezirksspezifischen Skalierung, absolute und relative Verhältnisse ablesen

Die Entwicklung der über 80-Jährigen ist für den Pflegebedarf und den strategischen Ausbau besonders relevant, wobei hier zweierlei Zahlen interpretiert werden müssen. Einerseits zeigt Tabelle 6 die politischen Bezirke Niederösterreichs, geordnet nach dem von 2021 bis 2035 zu erwartenden Anstieg der absoluten Anzahl der hochaltrigen Bevölkerung im Alter von 80 und mehr Jahren. Die prognostizierte Veränderung liegt zwischen rund +8,6% (Waidhofen a.d. Thaya) und +43,8% (Wiener Neustadt – Stadt). Die absolute Anzahl an über 80-Jährigen ist vor allem im Wein- und Industrieviertel hoch und wird auch über 2035 hinaus weiter stark steigen. Daraus ergeben sich für diese Regionen verstärkt Pflegebedarfe und damit Ausbaunotwendigkeiten in der Langzeitpflege.

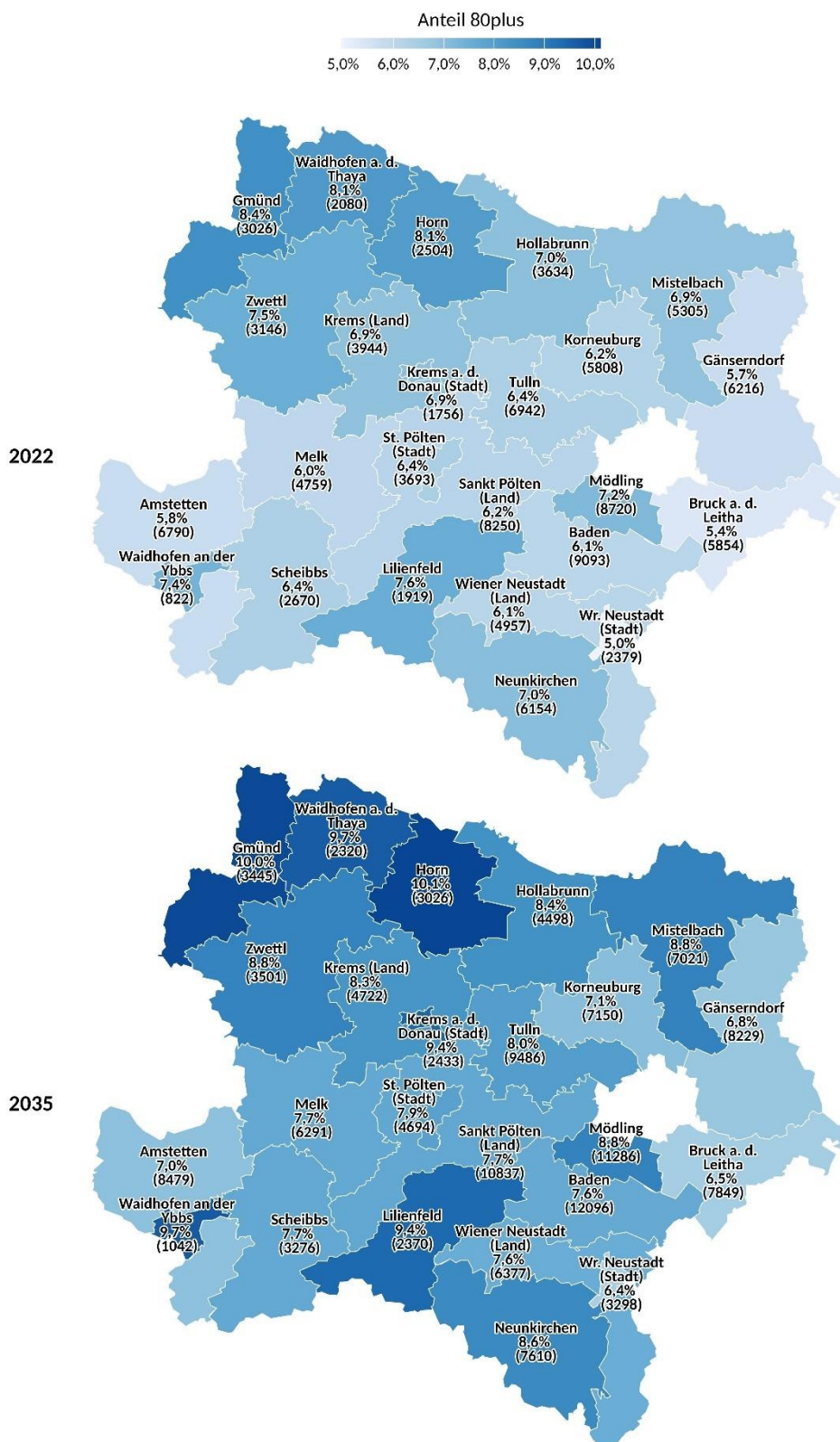
Zusätzlich zur absoluten Anzahl der über 80-Jährigen an der Bezirksbevölkerung zeigt Abbildung 4 auch die relativen Anteile der über 80-Jährigen an der Bezirksbevölkerung (2022 und 2035). Dabei wird ersichtlich, dass im Waldviertel zwar absolut betrachtet weniger über 80-Jährige leben, allerdings aufgrund des Bevölkerungsrückgangs der Anteil an der dort lebenden Bevölkerung höher ist und auch über 2035 hinaus stärker steigen wird als in anderen Regionen.

Tabelle 6: Anzahl der Hochaltrigen (80+) auf Bezirksebene bis 2035

Politischer Bezirk	2021	2025	2030	2035	Veränderung 2021-2035
Wiener Neustadt (Stadt)	2.294	2.555	2.971	3.298	+43,79%
Krems an der Donau (Stadt)	1.718	1.954	2.215	2.433	+41,59%
Tulln	6.772	7.460	8.763	9.486	+40,07%
Baden	8.682	9.578	11.140	12.096	+39,32%
Bruck an der Leitha	5.707	5.963	7.069	7.849	+37,54%
Mödling	8.277	9.406	10.950	11.286	+36,35%
Sankt Pölten (Land)	7.983	8.582	9.804	10.837	+35,76%
Gänserndorf	6.105	6.386	7.280	8.229	+34,79%
Wiener Neustadt (Land)	4.773	5.103	5.823	6.377	+33,61%
Mistelbach	5.364	5.325	5.962	7.021	+30,89%
Sankt Pölten (Stadt)	3.614	3.802	4.256	4.694	+29,87%
Melk	4.866	4.892	5.402	6.291	+29,28%
Korneuburg	5.622	5.920	6.632	7.150	+27,19%
Scheibbs	2.597	2.664	2.884	3.276	+26,15%
Neunkirchen	6.070	6.321	6.941	7.610	+25,37%
Amstetten	6.859	6.854	7.399	8.479	+23,61%
Lilienfeld	1.924	1.976	2.162	2.370	+23,16%
Hollabrunn	3.664	3.570	3.966	4.498	+22,77%
Waidhofen an der Ybbs	849	886	937	1.042	+22,75%
Krems (Land)	3.897	3.908	4.250	4.722	+21,17%
Horn	2.567	2.515	2.680	3.026	+17,89%
Gmünd	3.064	2.994	3.175	3.445	+12,42%
Zwettl	3.219	3.068	3.098	3.501	+8,76%
Waidhofen an der Thaya	2.136	2.025	2.110	2.320	+8,60%
Gesamt	108.623	113.707	127.867	141.335	+30,12%

Quelle: Adaptierte ÖROK Prognose 2021 - eigene Berechnung u. Darstellung

Abbildung 4: Anteil der über 80-jährigen Niederösterreicher_innen an der Gesamtbevölkerung nach Bezirk: Ist-Stand 2022 und Prognose 2035



Daten: Statistik Austria STATcube (für 2022), adaptierte ÖROK Bevölkerungsprognose 2021 (für 2035) – eigene Berechnung und Darstellung

2.3. Entwicklung der Haushaltsformen in NÖ

Neben den Veränderungen im Aufbau der Bevölkerung und der Altersstruktur ist die Entwicklung der Haushaltsformen für die Einschätzung des zukünftigen Pflege- und Betreuungsbedarfs von großer Bedeutung. Hier muss allerdings auf Befragungsdaten des Mikrozensus 2022 zurückgegriffen werden, welche für die niederösterreichische Bevölkerung von der Statistik Austria hochgerechnet wurden. Denn die Ergebnisse der aktuellen Registerzählung sind noch nicht verfügbar und die letzte Registerzählung ist aus dem Jahr 2011. Dementsprechend werden in diesem Alters-Almanach auch keine Auswertungen der Haushaltsformen auf Bezirksebene dargestellt, da der Erhebungsbias bei der kleinräumigen Berechnung schwer kalkulierbar ist. Auf Landesebene können auf Basis des MZ 2022 valide Hochrechnungen erstellt werden, da der MZ einerseits auf der Registerzählung 2011 aufbaut und andererseits eine sehr gute Zufallsstichprobe darstellt. Das ist deshalb der Fall, weil der Mikrozensus eine gesetzlich verpflichtende Befragung darstellt und eine Ausschöpfungsquote von rund 95% aufweist (Statistik Austria, 01.09.2021). Hochrechnung meint in diesem Fall, die Berechnung der Verteilung der Haushaltsformen in der Grundgesamtheit auf Basis der jeweiligen Befragungsdaten aus den Jahren 2017 bis 2021.

Tabelle 7: Entwicklung der Einpersonenhaushalte (1P-H) in NÖ nach Altersgruppen (2017-2021)

		2017	2018	2019	2020	2021
15-59 Jahre	1Person-HH	120.400	123.400	133.200	131.900	127.100
	N	992.538	990.617	987.391	983.498	979.943
	%	12,1%	12,5%	13,5%	13,4%	13,0%
60-69 Jahre	1Person-HH	40.800	37.900	40.100	42.100	43.400
	N	192.713	195.636	200.900	207.983	216.569
	%	21,2%	19,4%	20,0%	20,2%	20,0%
70-79 Jahre	1Person-HH	43.100	45.700	40.300	43.100	44.700
	N	154.785	158.118	155.028	150.914	148.344
	%	27,8%	28,9%	26,0%	28,6%	30,1%
80+ Jahre	1Person-HH	36.900	38.900	37.900	38.400	43.500
	N	88.991	90.594	97.689	104.340	108.623
	%	41,5%	42,9%	38,8%	36,8%	40,0%

Quelle: Statistik Austria STATcube, Datenbank: Privathaushalte (Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung). Stand der Daten: 19.03.2024 - eigene Berechnung u. Darstellung

Tabelle 7 verdeutlicht dabei, wie viele der Personen einer Altersgruppe in einem Einpersonenhaushalt leben und wie sich dieser absolute und relative Anteil zwischen 2017 und 2021 verändert hat. Bei den 15-59-jährigen Niederösterreicher_innen ist der Anteil mit rund 13% nicht nur niedrig, sondern er bleibt auch über die Jahre konstant auf diesem Niveau. Die Gruppe der 60-69-Jährigen ist zwischen 2017 und 2021 größer geworden und so ist auch der absolute Anteil an alleinlebenden 60-69-Jährigen in Niederösterreich von 40.800 Personen auf 43.400 Personen gestiegen. Berücksichtigt man das generelle Wachstum dieser Altersgruppe und betrachtet die Veränderung des relativen Anteils der Einpersonenhaushalte, lässt sich jedoch kaum eine Verände-

rung der Lebensstile erkennen. So ist der Anteil an Einpersonenhaushalten bei den 60-69-Jährigen von 21,2% im Jahr 2017 auf 20,0% im Jahr 2021 gesunken. Bei den 70-79-Jährigen lässt sich dagegen ein Anstieg zwischen 2017 und 2021 erkennen, wobei der Anteil von 27,8% auf 30,1% um 2,3% gestiegen, was bedeutet, dass fast jede dritte Person in dieser Altersgruppe allein lebt. Ab dem 80. Lebensjahr machen sich vor allem Verwitwungen stärker in der Haushaltsgröße bemerkbar. Hier liegt der Anteil an Einpersonenhaushalten bei 40%.

Tabelle 8: Entwicklung der Haushaltsformen bei den über 60-jährigen Niederösterreicher_innen nach Geschlecht der Referenzperson (2017-2021)

		1 Person		2 Personen		3+ Personen		Haushalte
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl
männlich	2017	37 000	24,8%	89 900	60,4%	21 900	14,7%	148 900
	2018	36 500	23,8%	92 300	60,2%	24 500	16,0%	153 200
	2019	35 700	23,8%	95 100	63,4%	19 300	12,9%	150 100
	2020	40 100	25,7%	95 600	61,4%	20 200	13,0%	155 800
	2021	43 500	28,1%	92 400	59,7%	19 000	12,3%	154 800
weiblich	2017	83 900	73,5%	24 900	21,8%	5 400	4,7%	114 200
	2018	86 100	72,4%	27 400	23,0%	5 400	4,5%	118 900
	2019	82 500	70,7%	28 000	24,0%	6 200	5,3%	116 700
	2020	83 500	68,8%	31 200	25,7%	6 600	5,4%	121 300
	2021	88 200	68,1%	34 600	26,7%	6 800	5,2%	129 600

Quelle: Statistik Austria STATcube, Datenbank: Privathaushalte (Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung). Stand der Daten: 17.03.2023 - eigene Berechnung u. Darstellung

Bei der Haushaltsgröße der älteren NiederösterreicherInnen (60+) bestehen Geschlechtsunterschiede. Diese lassen sich mit der unterschiedlichen Lebenserwartung und dem unterschiedlichen Heiratsalter von Frauen und Männern erklären. Ältere Frauen leben wesentlich häufiger allein als ältere Männer. Im Jahr 2021 waren 68,1% der weiblichen Haushalte in Niederösterreich Einpersonenhaushalte im Vergleich zu 28,1% der männlichen Haushalte. Männer leben wesentlich häufiger in Paarhaushalten, wobei 59,7% der Haushalte mit männlicher Referenzperson (2021) ein Paarhaushalt war im Gegensatz zu 26,7% der weiblichen Haushalte. Ältere Männer in Niederösterreich leben auch doppelt so häufig in Haushalten mit drei oder mehr Personen als ältere Frauen.

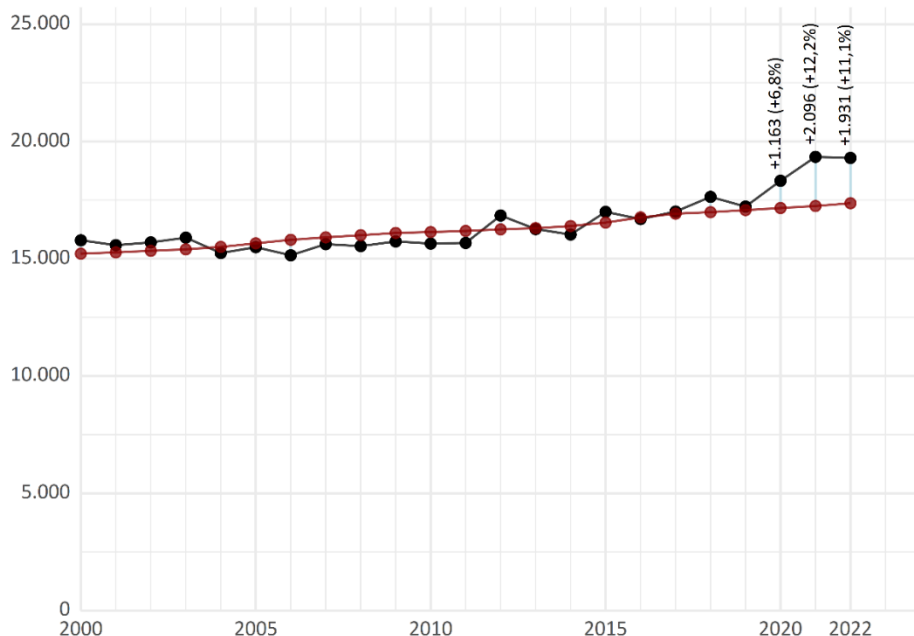
Im zeitlichen Verlauf lässt sich die Auswirkung der steigenden Lebenserwartung der Männer erkennen: So hat der Anteil an alleinlebenden älteren Männern von 24,8% im Jahr 2017 auf 28,1% im Jahr 2021 zugenommen, während der Anteil in Paarhaushalten abgenommen hat. Im Gegensatz dazu ist der Anteil der alleinlebenden Frauen von 73,5% (2017) auf 68,1% (2021) gesunken. Daraus lässt sich schließen, dass die oben beschriebene Zunahme an Einpersonenhaushalten bei den 60-79-Jährigen vor allem mit mehr alleinlebenden Männern zusammenhängen dürfte.

2.4. Auswirkungen der Covid-19 Pandemie

Die Auswirkungen der Covid-19 Pandemie auf das Leben der Menschen und im Speziellen auch das Leben der älteren Bevölkerung waren gravierend. Nicht zuletzt zeigt die Zahl der an oder mit Covid-19 verstorbenen Menschen, wie sehr sich die Pandemie seit ihrem Beginn 2020 auf das Leben (und das Sterben) ausgewirkt hat. Die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die langfristige demografische Entwicklung und den zukünftigen Pflegebedarf werden dabei im Vergleich mit der Wirkung des demografischen Wandels als eher gering eingeschätzt, z.B. im Bericht des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums OBSAN zum Bedarf an Alters- und Langzeitpflege (Pellegrini et al., 2022), allerdings mit dem Verweis auf die Tatsache, dass derartige Aussagen vage bleiben müssen und die tatsächlichen Auswirkungen erst in fernerer Zukunft beurteilt werden können. Andere Forscher betonen, dass auch Jahrzehnte nach der Spanischen Grippe 1918 Sterbefälle auf diese Krankheit zurückführbar sind und ein derartiger langfristiger Effekt auch bei Covid-19 möglich wäre (Crimmins, 2021).

Mit steigenden Bevölkerungszahlen steigen auch die beobachteten und zu erwartenden Sterbezahlen, also die Anzahl der Menschen in der Bevölkerung, die innerhalb eines Jahres sterben, auch wenn die durchschnittliche Lebenserwartung, also das mittlere Sterbealter zunimmt. Steigende Sterbezahlen sind also schon aufgrund der steigenden Bevölkerungszahlen zu erwarten. Übersterblichkeit ist dann gegeben, wenn die jährliche Sterbezahl, über das erwartete Ausmaß hinausgeht. Für die Berechnung der erwarteten Sterbezahlen eines Jahres gibt es unterschiedliche Berechnungsmethoden. Hier werden die erwarteten Sterbezahlen mittels linearem Regressionsmodell aus der Bevölkerungszahl errechnet, ohne Berücksichtigung der sich über die Zeit verändernden Alterszusammensetzung der Bevölkerung.

Abbildung 5: Erwartete und tatsächliche Sterbezahlen im Vergleich (Niederösterreich)



Quelle: Statistik Austria STATcube: Gestorbene in Österreich (2000-2022) ohne Auslandssterbefälle - eigene Berechnung u. Darstellung

Abbildung 5 zeigt die Sterblichkeit und Übersterblichkeit für die niederösterreichische Bevölkerung, unabhängig vom Alter. Die erwartete und die beobachtete Sterbezahl werden gemeinsam im Zeitverlauf dargestellt (rot = erwartete Anzahl, schwarz = beobachtete Anzahl). Klar erkennbar sind die stark von den Erwartungen abweichenden Zahlen für 2020 bis 2022. Die Übersterblichkeit in Niederösterreich betrug für 2020 insgesamt 6,8%, was bedeutet, dass 1.163 Personen mehr verstorben sind, als erwartet wären. Im Jahr 2021 stieg die Sterblichkeit weiter und überstieg das erwartete Maß um 12,2%. Im Jahr 2022 lässt sich dagegen mit 11,1% ein Rückgang der Übersterblichkeit erkennen. In Summe sind in den Jahren 2020 bis 2022 in Niederösterreich etwa 5.190 Menschen mehr gestorben als auf Basis der allgemeinen Bevölkerungsentwicklung zu erwarten gewesen wären.

Diese Übersterblichkeit hat sich – wie bereits bei Abbildung 1 in diesem Kapitel gezeigt wurde – auf die Lebenserwartung ausgewirkt, indem die Covid-19 Pandemie zu einem Rückgang der Lebenserwartung geführt hat. Konkret ist die Lebenserwartung bei der Geburt für die niederösterreichischen Männer zwischen 2019 und 2021 um ein ganzes Jahr gesunken (2019: 79,4 und 2021: 78,4). Der Rückgang bei den Frauen war zwar schwächer beträgt allerdings auch 0,5 Jahre (2019: 83,6 und 2021: 83,1). Mit dem Abflachen der Pandemie ist jedoch auch relativ schnell die Sterblichkeit in Niederösterreich wieder gesunken und damit die Lebenserwartung gestiegen. So ist im Jahr 2022 die Lebenserwartung bei der Geburt für Männer mit 79 Jahren und für Frauen mit 83,8 jeweils wieder um ein halbes Jahr gestiegen. Dementsprechend geht die Statistik Austria in ihrer aktuellen Bevölkerungsprognose (Stand Ende 2023), die diesem Altersalmanach zu Grunde liegt, auch nicht von Langzeitfolgen der Pandemie für die Sterblichkeit aus und rechnet bereits für das Jahr 2023 mit einer Lebenserwartung, die dem Stand vor der Pandemie entspricht (2019).

Zusammengefasst:

Die Analyse der Daten zur Bevölkerungsentwicklung zeigt auf Basis der jüngsten Bevölkerungsprognose (Letzte Aktualisierung des Würfels: 22.11.2023) einen Anstieg des Anteils der Bevölkerung 60 Jahre und älter an der niederösterreichischen Gesamtbevölkerung von 28,3% (2022) auf 34,3% (2035). In absoluten Zahlen wird ein Anstieg von 486.456 Personen auf 616.407 Personen erwartet.

Bis 2030 ist die Bevölkerungsentwicklung vor allem von einer starken Zunahme der 60-69-Jährigen geprägt, wobei ein Anstieg der Anzahl von 226.525 (2022) auf 271.968 (2030) in Niederösterreich erwartet wird. Ab 2030 geht die Baby Boom Generation schrittweise in die 7. Und 8. Lebensdekade, sodass die erwartete Anzahl an 60-69-Jährigen auf 252.424 bis 2035 sinkt. Entsprechend wird ab 2030 eine deutliche Zunahme der über 70-Jährigen prognostiziert.

Relevant für die Pflegebedarfsplanung ist die Gruppe der über 80-Jährigen, die sogenannten Hochaltrigen, weil um das 80. Lebensjahr eine Art Schwelle gegeben ist, an der rund die Hälfte der Niederösterreicher_innen Pflegegeld bezieht (wie das nachfolgende Kapitel veranschaulicht). Der Anteil, der über 80-Jährigen, wird in Niederösterreich deutlich zunehmen und zwar von 6,4% (2022) auf 7,9% (2035) der Gesamtbevölkerung. In absoluten Zahlen wird bei dieser Personengruppe ein Anstieg von 110.421 Personen auf 141.335 Personen erwartet.

Demographisch bedeutsam sind auch Veränderungen in der Lebenserwartung. Dabei geht es weniger um die Lebenserwartung bei Geburt, sondern mehr um die Lebenserwartung der über 65-Jährigen. So wird bei den Männern (65+) ein Anstieg der ferneren Lebenserwartung von 17,7 auf 20,6 Jahre zwischen 2022 und 2035 prognostiziert und bei Frauen (65+) ein Anstieg von 21,0 auf 23,4 Jahre. Die Covid-19 Pandemie hat zwar kurzfristig zu einer Übersterblichkeit und damit einer niedrigeren Lebenserwartung geführt, dürfte allerdings langfristig keine drastischen Auswirkungen auf die Sterblichkeit haben.

3. Pflege und Betreuung in Niederösterreich

Ebenfalls wird die Entwicklung der Pflegegeldbezieher_innen und die Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsdienstleistungen in Niederösterreich erläutert, sowie ein Fokus auf psychisch-psychiatrische Erkrankungen in Niederösterreich gelegt. All diese Daten bilden die Grundlage für die Pflegebedarfsprognose.

3.1. Pflegegeldbezug in Niederösterreich

Das Pflegegeld hat den Zweck in Form einer monatlichen und pauschalen Geldleistung die pflegebedingten Mehraufwendungen abzudecken. Um den individuellen Pflegebedürfnissen gerecht zu werden und ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, obliegt die Entscheidung über die Verwendung des Pflegegeldes der pflegebedürftigen Person. Die in Tabelle 9 angeführten Stunden und Beträge je Pflegegeldstufe gelten seit dem 01.01.2024 (BMSGPK, 01.01.2024).

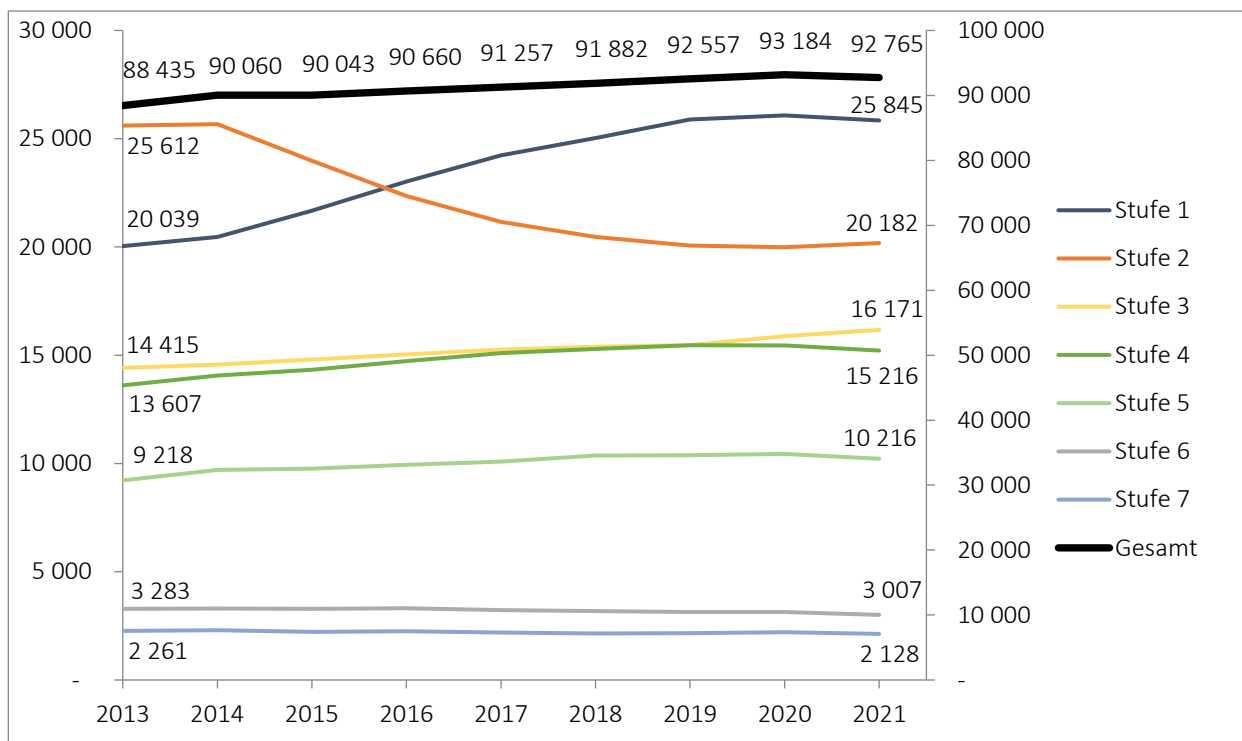
Tabelle 9: Pflegegeldstufen und Höhe des Pflegegelds

Pflegebedarf in Stunden pro Monat	Stufe	Betrag in Euro (monatlich, 2024)
mehr als 65 Stunden	1	192,00
mehr als 95 Stunden	2	354,00
mehr als 120 Stunden	3	551,60
mehr als 160 Stunden	4	827,10
mehr als 180 Stunden, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist	5	1.123,50
mehr als 180 Stunden, wenn zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist	6	1.568,90
mehr als 180 Stunden, wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder ein gleichzeitiger Zustand vorliegt	7	2.061,80

Quelle: BMSGPK, 01.01.2024

Die Höhe des Pflegegeldes richtet sich nach dem Pflegebedarf und wird in sieben Stufen unterteilt, wobei Pflegestufe 1 mehr als 65 Stunden Pflegebedarf pro Monat entspricht. Dies nimmt bis zu Pflegestufe 7 zu, welche mit mehr als 180 Stunden Pflegebedarf pro Monat und der Unmöglichkeit von zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten definiert wird. Zusätzlich gibt es noch Erschwerniszulagen für schwer pflegebedürftige Menschen. Das Pflegegeld muss von der pflegebedürftigen Person beim Bund beantragt werden und wird erst nach einer eingehenden Begutachtung durch einen Arzt/eine Ärztin oder DGKP gewährleistet.

Abbildung 6: Anzahl Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbezieher nach Pflegegeldstufe in Niederösterreich (2013-2021)



Rechte Y-Achse: Schwarze Linie Gesamt

Im Zeitraum 2013 bis 2020 (jeweils alle Bezüge des Monats September) stieg die Anzahl der Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbezieher in Niederösterreich kontinuierlich von 88.435 auf 93.184. Der Anstieg der Pflegegeldbezieher_innen in diesem Zeitraum verläuft wesentlich schwächer (+5,4%) als der Anstieg der über 80-Jährigen in Niederösterreich (+16,0%). Mit anderen Worten entwickelt sich der Pflegegeldbezug langsamer als die Alterung der Bevölkerung. Im Jahr 2021 gab es einen leichten Rückgang auf 92.765. Dieser Rückgang ist auf die Übersterblichkeit während der Covid-19 Pandemie zurückzuführen.

Durch die am 1.1.2015 durchgeführte Änderung der notwendigen Stundenanzahl für einzelne Pflegegeldstufen (Stufe 1 von 60 auf 65 Stunden bzw. Stufe 2 von 85 auf 95 Stunden) kam es in den letzten Jahren zu strukturellen Veränderungen: Während die Zahl der Bezieher und Bezieherinnen mit Stufe 2 seit 2015 kontinuierlich abnahm, ist die Zahl jener auf Stufe 1 angestiegen und löste im Jahr 2016 die Stufe 2 mit den meisten Beziehern und Bezieherinnen ab. Seit 2019 verlaufen die Stufe 1 und Stufe 2 auf einem gleichbleibenden Niveau.

Für die stationäre Langzeitpflege besonders relevant ist die Entwicklung der Stufen 4-7. Hier lässt sich zwischen 2013 und 2020 bei Stufe 4 und 5 ein gleichmäßiger Anstieg der Bezieher_innen von jeweils 13% erkennen, und zwar von 13.607 Personen mit Stufe 4 und 9.218 Personen mit Stufe 5 auf 15.448 bzw. 10.441 Personen. Im Gegensatz dazu bleibt die Anzahl an Bezieher_innen von Stufe 6 und 7 ziemlich konstant bzw. ist sie seit 2018/19 leicht rückläufig. Bei allen vier Pflegestufen kam es 2021 zu niedrigeren Bezugswerten als in den Vorjahren.

Die absoluten Zahlen liefern keine zureichende Aussage zur Entwicklung des Pflegegeldes. Ein absoluter Anstieg kann durch eine größere Bevölkerungsanzahl in einer Altersgruppe mit einem hohen Pflegebedarf oder durch eine veränderte Inanspruchnahme bedingt sein. Als relevanter Kennwert gilt daher die **altersspezifische Pflegebedarfsquote** (Rothgang & Müller, 2018). Sie repräsentiert die Wahrscheinlichkeit für die Inanspruchnahme in Abhängigkeit von der Altersgruppe. Die Pflegebedarfsquote wird durch die Anzahl der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher an der Gesamtbevölkerung in der jeweiligen Altersgruppe berechnet. Die Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher repräsentieren die pflegebedürftigen Personen. Sofern man annimmt, dass nicht alle pflege- und betreuungsbedürftigen Personen das Pflegegeld in Anspruch nehmen, ist daher eine leichte Unterschätzung der Pflegebedarfsquote anzunehmen. Es wird zusätzlich die Annahme getätigt, dass diejenigen Personen, die Pflegegeld beziehen, auch tatsächlich pflegebedürftig sind. Diese wird dadurch gestützt, dass der Antrag für Pflegegeld durch eine medizinische/pflegerische Expertise begleitet wird.

Abbildung 7: Altersspezifische Pflegebedarfsquoten nach Geschlecht, alle Pflegestufen

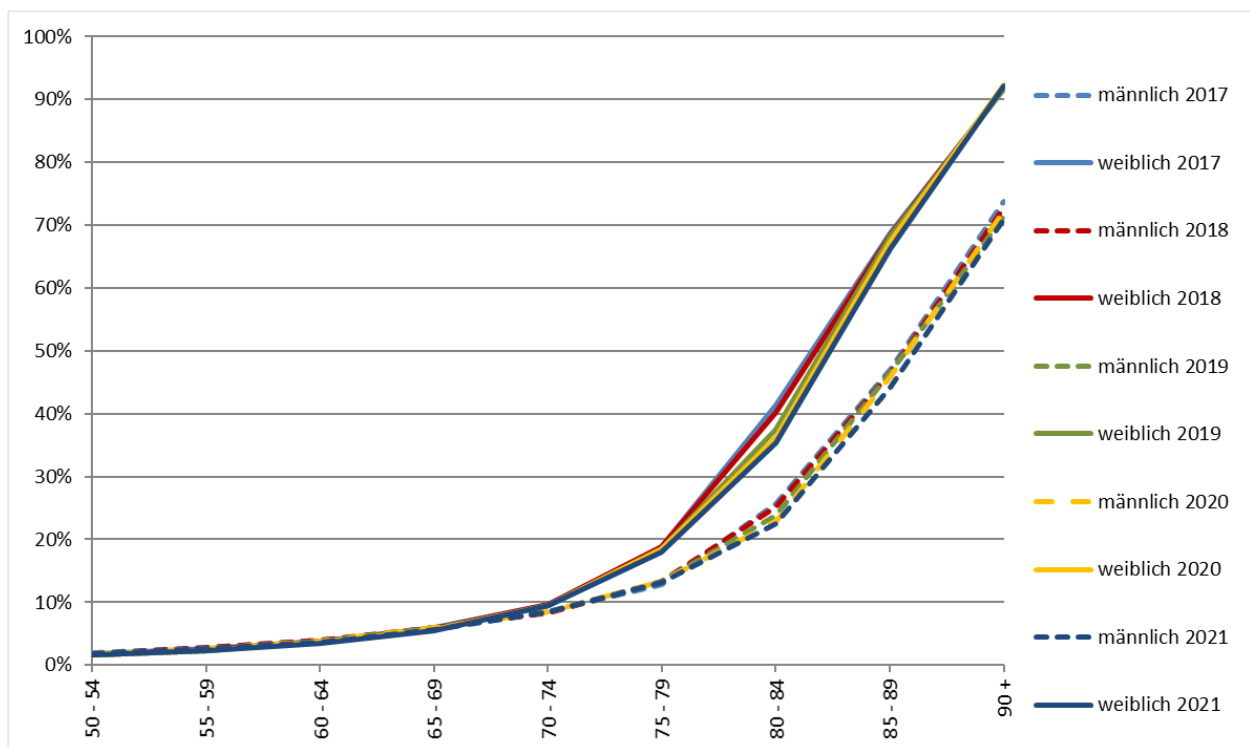


Abbildung 7 belegt einen relativ geringen Pflegebedarf bis etwa zum 74. Lebensjahr und danach einen steilen Anstieg. Die Pflegequote der Frauen ist ab dem 75. Lebensjahr deutlich höher als jene der Männer. Erklärbar ist dieser Unterschied einerseits über die unterschiedliche Gesundheitssituation von Frauen und Männern im höheren Alter: Wie Kapitel 9 über die gesundheitliche Lebenssituation der Niederösterreicher_innen zeigt, werden Männer - wenn sie das hohe Alter erreichen - eher gesünder hochaltrig bzw. geben weniger chronische Erkrankungen an. Andererseits könnte dies auch an einem unterschiedlichen Antragsverhalten liegen: Männer stellen später einen Antrag auf Pflegegeld, weil sie häufiger verheiratet altern und von ihrem/r Partner_in versorgt werden. Zudem verfügen ältere Männer meist über höhere Pensionen. Mit anderen Worten sind ältere Männer finanziell und pflegerisch weniger von

außerfamilialen Geld- und Sachleistungen abhängig und scheinen deshalb auch weniger in den Daten auf.

Auffällig ist zudem, dass in der höchsten Altersgruppe, nämlich der Gruppe 90+, bei den Männern rund ein Viertel und bei den Frauen rund ein Zehntel keinen Pflegegeldbezug aufweist. Diese Gruppe der „resilienten Hochaltrigen“, findet sich auch im NÖ-Gesundheitsbarometer 2019 wieder, wo 11% der über 80-Jährigen Befragten in Niederösterreich keine chronischen Erkrankungen angegeben haben (Kolland et al., 2019, siehe Kapitel 9). Auch in der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie konnte festgestellt werden, dass 34% der 80 – 84-jährigen Befragten eine hohe Funktionalität aufwiesen und kein oder geringer Unterstützungsbedarf vorlag (ÖPIA, 2022).

Die Abbildung zeigt zudem einen Rückgang der Pflegebedarfsquote bei den Frauen in den relevanten Altersgruppen über 75 Jahren. Bei den Frauen gab es im Zeitraum 2013 bis 2021 in der Altersgruppe 75-79 einen Rückgang um 3,5%, in der Altersgruppe 80-84 um 9,2%, in der Altersgruppe 85-89 betrug der Rückgang 4,3%, in der Gruppe 90+ blieb die Quote annähernd gleich. Bei den Männern zeigt sich ein geringerer Rückgang: 0,8% (75-79), 5,0% (80-84), 2,7% (85-89), 3,5% (90+). Bei den Frauen zeigt sich somit ein deutlicher Rückgang der Pflegebedarfsquote, bei den Männern hingegen ist der Rückgang leichter ausgeprägt. Dies spiegelt sich auch in der Entwicklung der ferneren Lebenserwartung in guter Gesundheit wider: Die gesunde Lebenserwartung stieg zwischen 1978 und 2019 für Frauen (+6,6 Jahre) stärker an als für Männer (+5,2 Jahre) (Statistik Austria, 2020). Diese Feststellung wird in weiterer Folge bei der Entwicklung des epidemiologischen Szenarios der Kompression eine große Bedeutung haben.

3.2. Pflegeformen in Niederösterreich

Pflege in Niederösterreich ist vielfältig und kann im Privathaushalt, teilstationär oder stationär erfolgen, wobei in vielen Fällen verschiedene Pflegeformen kombiniert werden. Die Organisation und Ausgestaltung des Pflegesystems unterscheidet sich von Bundesland zu Bundesland. Im nachfolgenden Kapitel werden vier Formen der Langzeitpflege/-betreuung in Niederösterreich, sowie die informelle Pflege/Betreuung in Hinblick auf die aktuellen Zahlen und die Entwicklung in den letzten Jahren dargestellt.

Mobile Betreuungs- und Pflegedienste

Der Anspruch dieser Dienste besteht darin, ein flächendeckendes Angebot für Personen bei Krankheit, Pflegebedürftigkeit und anderen Notlagen zu bieten, welches den betroffenen Menschen die Möglichkeit geben soll, möglichst lange in der gewohnten Umgebung gepflegt und betreut zu werden. Unter dieses Angebot fallen verschiedenste Dienste der sozialmedizinischen und sozialen Betreuungsdienste, welche etwa Leistungen der Hauskrankenpflege, der Heimhilfen und der sozialen Alltagsbegleitung umfassen. Soziale Alltagsbegleitung ist ein ergänzendes Angebot und soll pflegende Angehörige entlasten und betroffene Personen motivieren, wieder am sozialen Leben teilzunehmen (Land Niederösterreich, 26.01.2024).

24-Stunden-Betreuung

Bei der 24-Stunden-Betreuung handelt es sich um eine durchgehende Betreuung von pflegebedürftigen Personen im Privathaushalt. Die 24-Stunden-Betreuung lebt dabei im Haushalt und unterstützt die betreute Person bei der alltäglichen Haushalts- und Lebensführung. Grundsätzlich fallen pflegerische und medizinische Leistungen nicht in das Aufgabengebiet der 24-Stunden-Betreuung. Für den Erhalt eines Zuschusses zur Finanzierung einer 24-Stunden-Betreuung muss die zu betreuende Person mindestens Pflegegeldstufe 3 haben. In Niederösterreich wird zusätzlich eine Förderung für Personen mit Pflegegeldstufe 1 oder 2 bei nachgewiesener Demenzerkrankung vergeben (Land Niederösterreich, 11.4.2022).

Stationäre Betreuung/Pflege

Stationäre Pflege und Betreuung ist für Menschen gedacht, die über längere Zeit hindurch intensive Betreuung und Pflege benötigen, die zu Hause nicht gewährleistet werden kann. Dementsprechend ist für die Aufnahme in ein Pflegeheim mindestens Pflegestufe 4 erforderlich, allerdings kann eine Person auch bei Bedarf (Demenz, soziale Indikation, psychiatrische Pflege etc.) mit einer niedrigeren Pflegestufe aufgenommen werden (Land Niederösterreich, 18.11.2021). In Niederösterreich gibt es 103 Pflege- und Betreuungseinrichtungen (Stand 2023).

Teilstationäre Betreuung/Pflege

Dazu zählen Tages-, Kurzzeit- und Übergangspflege. Bei der Tagespflege handelt es sich um Angebote einer ganz oder zumindest halbtägigen Pflege und Betreuung, welche jedoch keine Übernachtung beinhaltet. Als Kurzzeitpflege wird in Niederösterreich die Möglichkeit bezeichnet, für bis zu 6 Wochen im Jahr in einem Pflegeheim betreut zu werden, während die pflegenden Angehörigen auf Urlaub oder im Krankenstand sind. Übergangspflege ist eine rehabilitative Pflege und Betreuung von bis zu 12 Wochen pro Jahr als Überbrückungshilfe nach der Akutbehandlung in einem Krankenhaus. Bei dieser Leistung steht die Rehabilitation im Vordergrund. Dadurch soll wieder ein selbstständiges Leben zu Hause ermöglicht werden (Land Niederösterreich, 01.01.2022).

Informelle Betreuung/Pflege

Informelle Pflege umfasst jegliche Pflege, die nicht durch professionelle Dienstleister erfolgt, und kann daher sowohl Selbstsorge als auch pflegende Angehörige bezeichnen. Unter pflegenden Angehörigen werden nicht nur Personen aus dem nächsten Familienkreis verstanden, sondern auch Freund_innen, Bekannte, Nachbarn etc. Pflegende Angehörige sind daher alle Personen, die in das Pflegearrangement eines pflegebedürftigen Menschen involviert sind (Meyer, 2006). Um informelle Pflege im Privathaushalt zu unterstützen, bietet das Land Niederösterreich verschiedene Leistungen an, wie etwa Urlaubsaktionen, Tages- und Kurzzeitpflege, soziale Alltagsbegleitung, den NÖ Pflege- und Betreuungsscheck oder das NÖ Demenzservice.

Tabelle 10: Absolute Anzahl der Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen

Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen					
	2017	2018	2019	2020	2021
Stationäre Betreuung und Pflege	8 940	9 378	9 274	9 359	9 167
24-Stunden-Betreuung	7 861	7 642	7 423	6 977	6 695
Mobile Betreuung und Pflege	17 243	17 513	17 773	17 455	17 381
Kurzzeitpflege*		311	232	199	200
Übergangspflege*		325	305	292	303
Tagespflege*		363	409	255	229

Anm.: Stichmonat: 2017 Dezember, 2018-2021 September.

*Aufgrund von Veränderungen der Abrechnungsmodalitäten, kann bei den teilstationären Diensten 2017 nicht dargestellt werden. Übergangspflege: 2018-2019 Jahresdurchschnitt

Tabelle 10 zeigt die Anzahl der Personen, die in Niederösterreich von 2017 bis 2021 in verschiedenen Pflegeformen betreut bzw. gepflegt werden. Dabei lassen sich Veränderungen erkennen, die sowohl auf die Abschaffung des Pflegeregresses 2018, den Pflegekräftemangel als auch die Covid-19 Pandemie 2020/21 zurückgeführt werden können.

In der **stationären Pflege und Betreuung** zeigt sich von Dezember 2017 auf September 2018 ein deutlicher Anstieg von 8.940 auf 9.378 Personen (+ 4,9%). Das ist eine direkte Auswirkung der Abschaffung des Pflegeregresses. Seit dem 1.1.2018 ist der Zugriff auf das Vermögen von Bewohner_innen stationärer Langzeitpflege und deren Angehörigen zur Abdeckung der Pflegekosten nicht mehr zulässig. In den Folgejahren kommt es zu keinem weiteren Zuwachs mehr und die Zahlen stagnieren bzw. gehen sogar etwas zurück. Das deutet auf einen kurzfristigen Initialeffekt durch die Abschaffung des Vermögensregresses hin. Die Entwicklungen werden in Kapitel 3.4 näher beleuchtet. Dabei zeigt eine Analyse der Heimaufnahmen zwischen 2016 und 2021, dass die Aufnahmen in Pflegeheimen deutlich angestiegen sind. Der Rückgang der Personen in stationärer Betreuung und Pflege in den Jahren 2020 und 2021 ist als Folge der Covid-19 Pandemie zu sehen.

Bei der **24-Stunden-Betreuung** kommt es seit 2017 durch die Abschaffung des Pflegeregresses zu einem Rückgang, der durch die Pandemie ab 2020 noch verstärkt wurde. Während der Coronapandemie wurde die Anreise des Betreuungspersonals aus dem Ausland erschwert. Diese Entwicklung der 24-Stunden-Betreuung lässt sich in ganz Österreich beobachten, auch wenn in manchen Bundesländern der Rückgang schwächer ausfiel (BMSGPK, 2022).

Im September 2021 wurden in Niederösterreich 17.381 Personen **mobil betreut und gepflegt**, wovon 437 Personen eine soziale Alltagsbegleitung in Anspruch nahmen. In der mobilen Betreuung und Pflege zeigt sich von 2017 bis 2019 ein Anstieg auf den Höchstwert von 17.773 Personen. Im September 2020 und 2021 ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen, was sowohl an der Pandemie als auch am Pflegekräftemangel liegt, da alle Pflegedienstleistungen und insbesondere die mobile Betreuung und Pflege in Niederösterreich mit einer Personalknappheit² konfrontiert sind, welche eine höhere Inanspruchnahme dieser Dienste erschwert.

In den **teilstationären Betreuungsformen** lässt sich seit 2018 bei der Kurzzeitpflege ein Rückgang erkennen. Während im September 2018 noch 311 Personen Kurzzeitpflege erhalten haben, sinkt diese Anzahl auf 200 Personen im September 2021. In der Tagespflege hat die Covid-19 Pandemie zu deutlichen Rückgängen geführt, da der Besuch von Tageszentren z.T. sehr stark eingeschränkt oder gar unmöglich war. So lag die Inanspruchnahme der Tagespflege im September

² <https://www.derstandard.at/story/2000098616481/pflege-personalknappheit-bei-mobilen-diensten-in-niederoessterreich>
<https://www.caritas-stpoelten.at/ueber-uns/news-presse/detail/news/78446-caritas-sucht-dringend-personal-in-der-mobilen-pflege/>

2019 noch bei 409 betreuten Personen und halbierte sich bis zum September 2021 auf 229 Personen. Die Übergangspflege ist dagegen relativ stabil und schwankt zwischen 292 und 325 Personen.

Tabelle 11: Inanspruchnahme des Pflegegeldes und der Pflegedienstleistungen nach Bezirk des (früheren) Hauptwohnsitzes im September 2021

Pflegedienstleistungen nach Bezirk des früheren Hauptwohnsitzes (Sept. 2021)							
	Pflegegeld	stationäre Betreuung und	24-Stunden-Betreuung	mobile Betreuung und Pflege	Kurzzeitpflege	Tagespflege	Übergangspflege
Amstetten	5 987	564	420	1 316	15	69	16
Baden	6 740	785	409	1 022	17	1-5	16
Bruck an der Leitha	5 097	380	218	558	7	16	16
Gänserndorf	5 531	327	521	1030	9	6	12
Gmünd	2 586	270	174	654	1-5	0	1-5
Hollabrunn	3 556	203	265	711	8	1-5	14
Horn	2 179	192	195	544	1-5	1-5	14
Korneuburg	4 250	274	360	809	6	14	22
Krems an der Donau (Stadt)	1 653	223	97	373	1-5	6	8
Krems (Land)	3 267	195	271	741	7	6	1-5
Lilienfeld	1 730	217	107	341	1-5	1-5	1-5
Melk	4 852	589	314	884	18	18	24
Mistelbach	4 506	536	450	809	12	1-5	9
Mödling	5 424	626	282	853	12	7	19
Neunkirchen	5 427	590	383	1030	14	6	26
Sankt Pölten (Stadt)	3 217	408	268	486	1-5	23	12
Sankt Pölten (Land)	7 062	806	530	1 300	11	22	28
Scheibbs	2 274	189	181	581	9	17	8
Tulln	5 329	628	449	915	12	1-5	1-5
Waidhofen an der Thaya	1 774	232	130	530	1-5	0	8
Waidhofen an der Ybbs	676	83	39	168	1-5	0	0
Wiener Neustadt (Stadt)	2 666	397	98	315	1-5	1-5	10
Wiener Neustadt (Land)	4 267	232	301	583	8	1-5	12
Zwettl	2 715	221	233	828	1-5	0	13
Niederösterreich	92 765	9 167	6 695	17 381	200	229	303

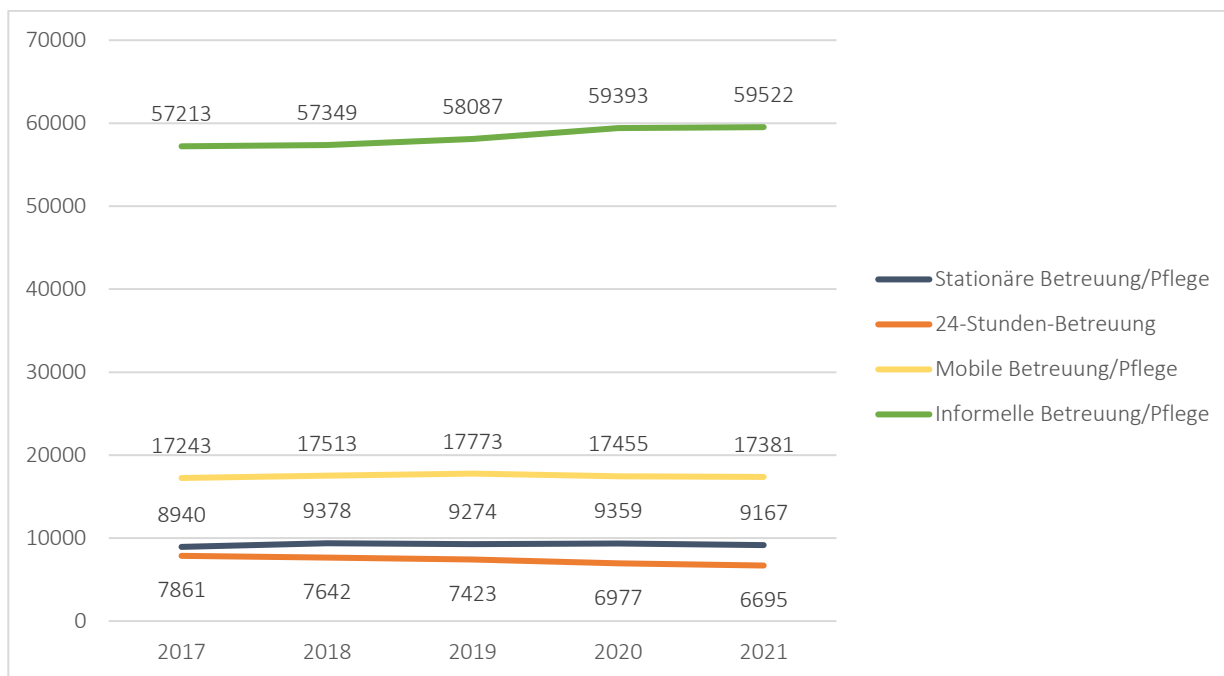
Anm.: Anonymisierung bei Anzahl weniger als 5 Personen.

In Tabelle 11 sind die Werte für die verschiedenen Pflege- und Betreuungsformen nach dem Bezirk des (früheren) Hauptwohnsitzes in alphabetischer Reihenfolge dargestellt. Dabei lassen sich Unterschiede erkennen: So nehmen Personen aus Zwettl (30% der Pflegegeldbezieher_innen

(PB)), Waidhofen an der Thaya (30% der PB) und Scheibbs (26% der PB) im niederösterreichischen Vergleich eher mobile Dienste für eine Pflege im häuslichen Umfeld in Anspruch (19% aller PB). Dagegen nehmen beispielsweise Personen aus Lilienfeld (13% der PB) oder Wiener Neustadt-Stadt (15% der PB) vermehrt stationäre Pflege und Betreuung in Anspruch.

Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der Pflegeformen auf und berücksichtigt **die informelle Pflege**. Ausgehend von der Anzahl der Pflegegeldbezieher_innen wurde die prozentuelle Verteilung der stationären Betreuung und Pflege, der 24-Stunden-Betreuung und der mobilen Betreuung und Pflege berechnet. Die informelle Pflege stellt den übrigen Anteil auf 100%. D.h. bei einem Pflegegeldbezug und keinem Auftreten der drei Pflegeformen (stationär, 24-Stunden-Betreuung und mobile Dienste) wird angenommen, dass es zumindest informelle Pflege und Betreuung gibt. Dieses Vorgehen lässt sich unter anderem im Bedarfsplan der Steiermark finden (Health & Joanneum Research, 2015). Für diese Berechnungsweise muss die Annahme aufgestellt werden, dass es keine Überschneidungen zwischen den Pflegeformen gibt. In der Praxis kann es sehr wohl Personen geben, welche z.B. 24-Stunden-Betreuung und mobile Betreuung gleichzeitig in Anspruch nehmen. Die informelle Pflege wird sehr häufig auch von der mobilen Betreuung und Pflege unterstützt. Diese Analyse kann daher keine Aussage über die individuelle Verteilung der Pflegeformen treffen, sondern verbleibt auf der Aggregatebene.

Abbildung 8: Informelle Pflege/Betreuung (nach Pflegegeldbezug) und Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen (2017-2021)



Anm.: Stichmonat Dezember 2017, alle anderen Jahre September

Der Effekt der Pandemie lässt sich langfristig noch nicht absehen. Abbildung 8 verdeutlicht allerdings, dass es im September 2020 und 2021 zu einer geringeren Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen, vor allem der 24-Stunden-Betreuung, gekommen ist. Im Stichmonat September 2020 zeigt sich ein Rückgang der Inanspruchnahme der 24-Stunden-Betreuung um 6 % und im

Stichmonate September 2021 von 4 % im Vergleich zum Vorjahr. Da jedoch die Anzahl an Pflegegeldbezieher_innen in dieser Zeit relativ gleichgeblieben ist, ist davon auszugehen, dass die informelle Pflege während der Pandemie zugenommen hat, was sich auch bestätigen lässt. So steigt die Anzahl der Personen mit informeller Pflege von 58.087 Personen im September 2019 (62,8 %) auf 59.522 im September 2021 (64,2 %). Während der Covid-19 Pandemie haben also pflegende Angehörige und Selbstsorge an Bedeutung gewonnen.

Abbildung 9: Prozentuale Verteilung der Pflegeformen im September 2021 für NÖ und nach Geschlecht

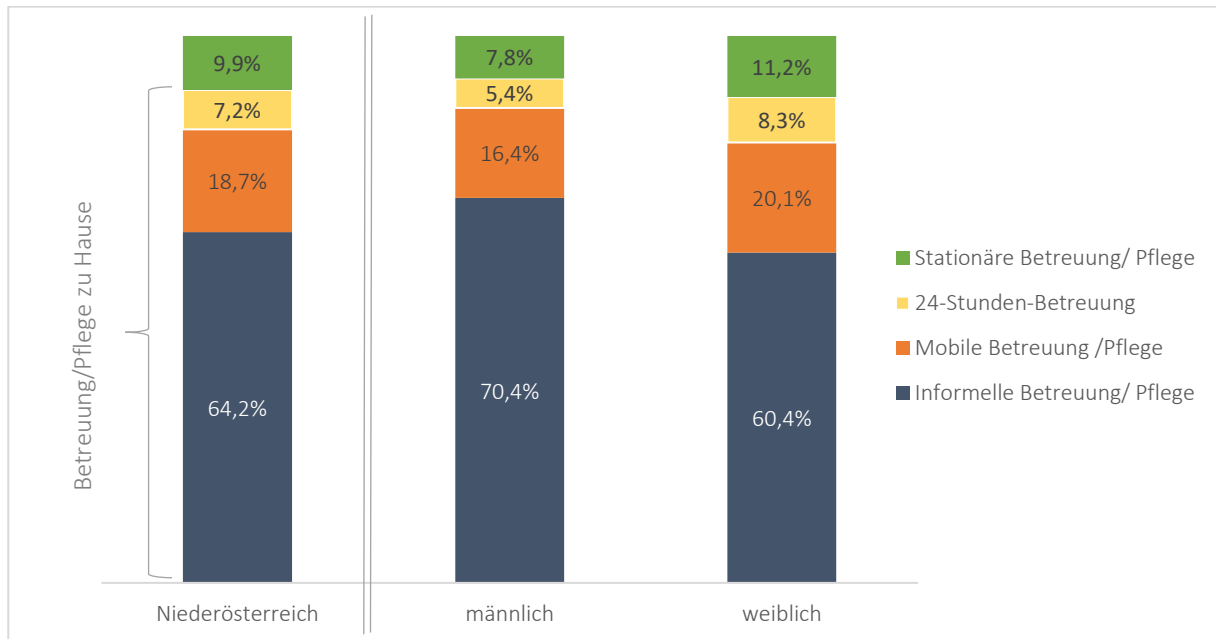


Abbildung 9 verdeutlicht die Bedeutung von Pflege- und Betreuungsformen im Privathaushalt. Die mit Abstand häufigste Pflegeform stellt im September 2021 mit 64,2% die informelle Pflege dar, gefolgt von der mobilen Betreuung und Pflege (18,7%), der stationären Betreuung und Pflege (9,9%) und der 24-Stunden-Betreuung (7,2%). Diese Reihenfolge gilt auch bei der Betrachtung nach dem Geschlecht. Hier zeigen sich allerdings Unterschiede in der Inanspruchnahme von professionellen Dienstleistungen und damit auch bei der informellen Pflege: Die informelle Pflege hat bei den Männern mit 70,4% eine deutlich größere Bedeutung als bei den Frauen (60,4%). Dies liegt vor allem daran, dass Frauen eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, länger als ihr Partner zu leben und damit seltener von diesem gepflegt werden, als dies umgekehrt bei den Männern der Fall ist.

Abbildung 10: Prozentuale Verteilung der Pflegeformen im September 2021 nach Bezirk

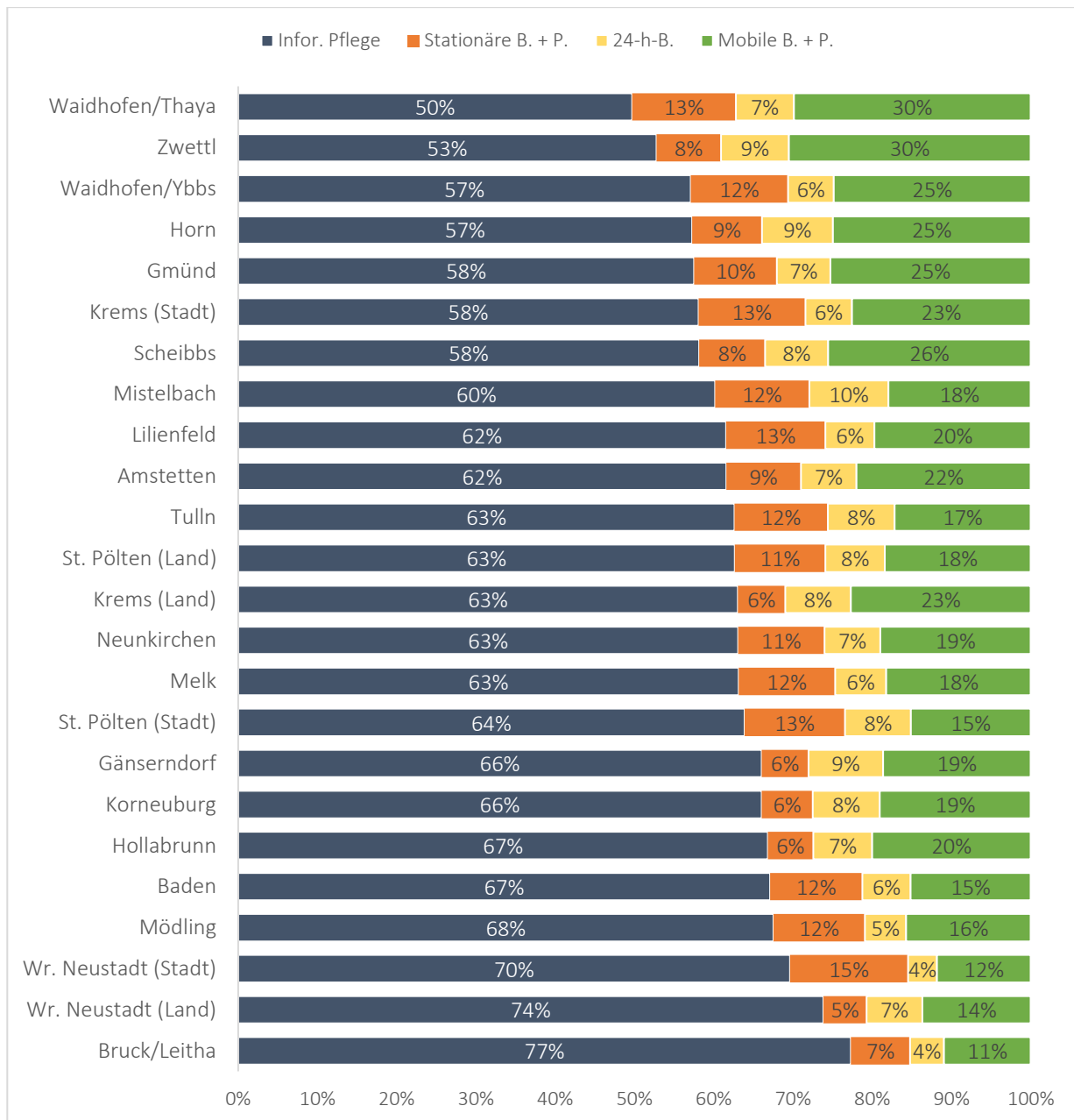


Abbildung 10 zeigt die Pflegeformen nach Bezirk des Hauptwohnsitzes in aufsteigender Reihenfolge der informellen Pflege. Die Bezirke weisen sehr unterschiedliche Werte auf, die Spannweite reicht von 50% bis 77% an Personen, die keine der drei öffentlichen (formellen) Dienstleistungen in Anspruch genommen haben und daher der informellen Pflege zugeordnet wurden. Besonders auffällig sind die letzten fünf Positionen mit hohen Anteilen an informeller Pflege. Es handelt sich hier um Bezirke aus der Thermenregion. Auf den ersten fünf Positionen liegen alle Bezirke des Waldviertels und ein Bezirk des Mostviertels. Zu diesen Diskrepanzen können drei Annahmen angeführt werden:

- (1) Wie die nachfolgende Tabelle 12 belegt, ist der Anteil der über 80-Jährigen in Waidhofen an der Thaya, Zwettl, Waidhofen an der Ybbs, Horn, Krems an der Donau, Gmünd und

Scheibbs an der Bevölkerung im Jahr 2021 höher (um 7-8%) als in den Bezirken der Thermenregion (um 5-6%).

- (2) Vor allem in Waidhofen an der Thaya, Waidhofen an der Ybbs, Horn und Krems-Stadt ist der Anteil an Personen mit Pflegestufe 4-7 an allen Pflegegeldbezieher_innen und damit der Pflegebedarf höher.
- (3) Zusätzlich gehören die angeführten Bezirke des Wald- bzw. Mostviertels zu den Regionen, die einen Bevölkerungsrückgang verzeichnen (außer Krems mit einem schwachen Wachstum). Das heißt, in diesen Bezirken könnte die Inanspruchnahme von professioneller Pflege und Betreuung deshalb höher sein, weil aufgrund von Abwanderungsbewegungen pflegende Angehörige weniger zur Verfügung stehen. Wie bereits erwähnt, bedeutet dies nicht, dass z.B. in Waidhofen an der Thaya wesentlich weniger informelle Pflege geleistet wird, sondern dass hier die informelle Pflege eher durch professionelle Dienstleistungen unterstützt wird. Aufgrund der Datenlage können Überschneidungen der Pflegeformen jedoch nicht erfasst werden.

Tabelle 12: Verteilungsunterschiede der Altersgruppe 80+, Pflegestufe 4-7 und des Bevölkerungswachstums nach Wohnbezirk

Bezirke (Hauptwohnsitz)	Anteil 80+ an Bezirksbevölkerung	Anteil Pflegestufe 4-7 an Pflegegeldbezug im Bezirk	Bevölkerungswachstum 2021-2035
Waidhofen/Thaya	8,20%	37,70%	-5,90%
Zwettl	7,60%	32,40%	-4,34%
Waidhofen/ Ybbs	7,80%	35,40%	-2,86%
Horn	8,40%	34,40%	-2,76%
Gmünd	8,30%	33,30%	-4,86%
Krems (Stadt)	6,70%	34,50%	+3,31%
Scheibbs	6,20%	33,10%	+2,38%
Mistelbach	6,90%	33,80%	+5,16%
Lilienfeld	7,40%	30,60%	-0,64%
Amstetten	5,80%	32,50%	+4,16%
Tulln	6,00%	37,10%	+10,47%
St. Pölten (Land)	5,70%	34,60%	+5,99%
Krems (Land)	6,70%	30,40%	+0,70%
Neunkirchen	6,80%	33,30%	+2,21%
Melk	6,10%	36,60%	+4,01%
St. Pölten (Stadt)	6,20%	30,90%	+5,15%
Gänserndorf	5,60%	31,80%	+13,66%
Korneuburg	5,80%	31,40%	+9,85%
Hollabrunn	6,90%	30,00%	+3,73%
Baden	5,50%	31,30%	+6,95%
Mödling	6,30%	35,40%	+7,32%
Wr. Neustadt (Stadt)	4,80%	31,10%	+8,76%
Wr. Neustadt (Land)	5,80%	30,60%	+6,14%
Bruck/Leitha	5,10%	30,00%	+12,66%

Die bisherige Darstellung hat die drei Pflegeformen: stationäre Betreuung und Pflege, 24-Stunden-Betreuung und mobile Betreuung und Pflege in einen Zusammenhang mit dem Pflegegeldbezug gestellt. In den folgenden Darstellungen soll näher auf Verteilungen nach Altersgruppen, Durchschnittsalter, Geschlecht und Pflegegeldstufen eingegangen werden.

Wird die Inanspruchnahme von Pflegegeld in Bezug zur Bevölkerung 80+ gesetzt, dann fällt auf, dass viele hochaltrige Menschen in guter Gesundheit leben. So beziehen 52,2% der über 80-jährigen Niederösterreicher und Niederösterreicherinnen kein Pflegegeld. Auch wenn es eine Dunkelziffer an pflegebedürftigen Personen gibt, die kein Pflegegeld beziehen, zeigt dieser Prozentsatz doch, dass ein großer Teil der hochaltrigen Bevölkerung in Niederösterreich nicht pflegebedürftig ist. **Allerdings stellt das 80. Lebensjahr eine Schwelle dar, ab der fast die Hälfte der Personen Pflegegeld beziehen.** Dieser Anteil steigt bei den über 90-Jährigen auf 86,2%. Anders formuliert bezieht die Hälfte der über 80-Jährigen und 14% der über 90-Jährigen kein Pflegegeld und weist somit administrativ keinen Pflegebedarf auf.

In Bezug auf die Pflegeformen haben 11,4% der über 80-jährigen Niederösterreicher_innen einen mobilen Pflege- und Betreuungsdienst engagiert, weitere 5,3% werden von einer 24-Stunden-Betreuung versorgt und 6,0% der über 80-Jährigen leben in Pflegeheimen. Sind die Personen, 90 Jahre alt oder älter, dann ist die Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen ca. doppelt bis dreimal so hoch.

Abbildung 11: Pflegegeldbezug und Dienstleistungsnutzung in der Altersgruppe 80+ und 90+ in Niederösterreich im Sept. 2021

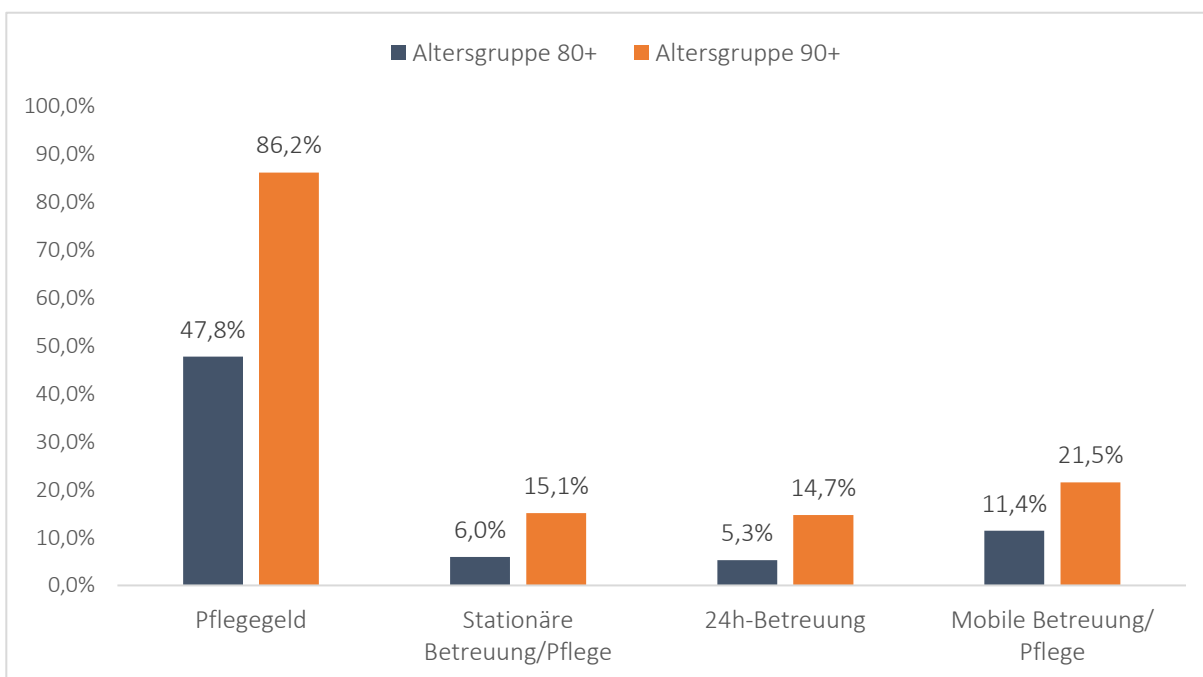


Abbildung 12 gibt den Mittelwert - also das Durchschnittsalter- und den Median an. Der Median zeigt das Alter, ab dem 50% der Personen entweder jünger oder älter sind. Hinsichtlich des Durchschnittsalters sind die Mittelwerte relativ ähnlich: Die Personen, die Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen, sind im Durchschnitt zwischen 81 und 85 Jahren alt. Im Vergleich mit dem Altersalmanach 2018 gibt es kaum Unterschiede in der Altersverteilung, lediglich bei der 24-Stunden-Betreuung ist ein deutlicher Anstieg des Alters erkennbar (2017: MW=84,2; MD=86). Betrachtet man zusätzlich den Median, fällt auf, dass der Median immer höher ist als der Mittelwert, was bedeutet, dass ein großer Teil der betreuten Personen älter als der Durchschnitt ist. So ist bei der stationären Betreuung und Pflege der Durchschnitt der Bewohner_innen 81,7 Jahre alt und 50% sind über 84 Jahre alt.

Am ausgeprägtesten sind die Unterschiede beim Pflegegeld. Das Durchschnittsalter der Pflegegeldbezieher_innen liegt bei 74,1 Jahren und der Median bei 81 Jahren. Der Unterschied fällt hier so groß aus, weil es auch eine größere Gruppe an unter 60-jähriger Pflegegeldbezieher_innen in Niederösterreich gibt (16,7%), allerdings sind 50% der Bezieher_innen über 81 Jahre alt.

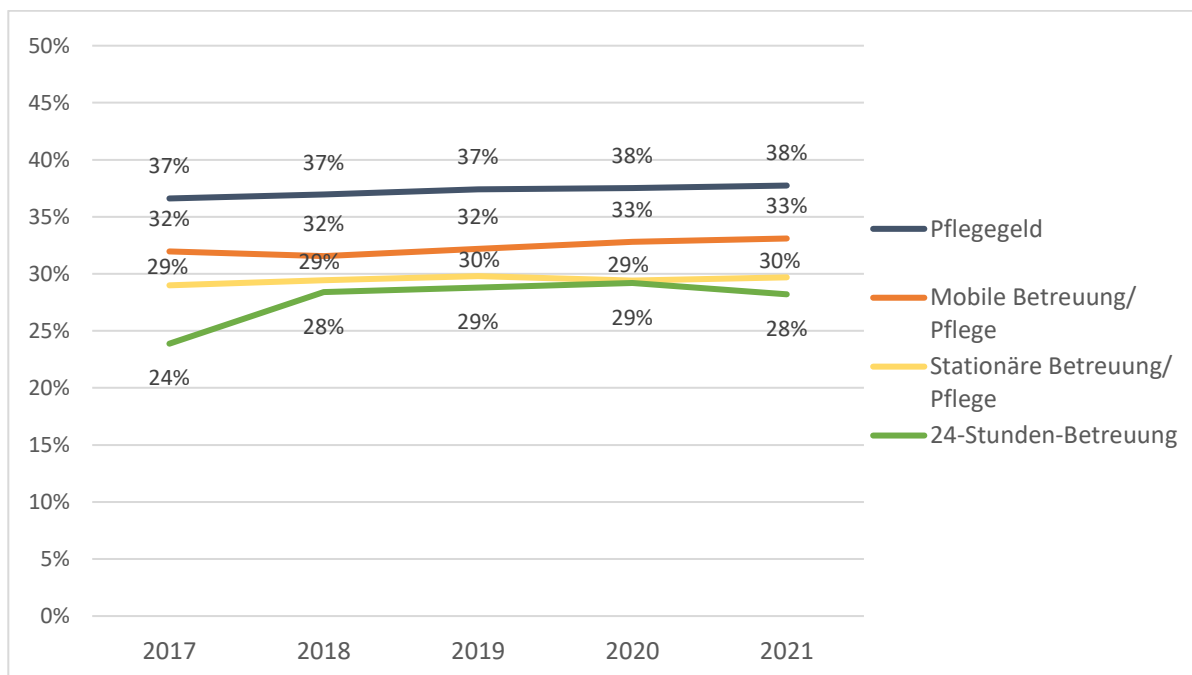
Abbildung 12: Mittelwert des Alters der Bezieher_innen von Pflegegeld und Pflegedienstleistungen (September 2021)



Abbildung 13 zeigt den steigenden Anteil der Männer in den jeweiligen Pflegeformen. Wie bereits erläutert, steigt die Lebenserwartung der Männer stärker an als die Lebenserwartung der Frauen, was sich auch in den Geld- und Sachleistungen des Pflegesystems widerspiegelt. Auf der Ebene des Pflegegeldes kommt es zu einem leichten Anstieg von 37% Männern im September 2017 auf 38% im September 2021. Auf der Ebene der Pflegedienstleistungen kommt es bei der mobilen Betreuung und Pflege ebenfalls zu einem Anstieg von 32% auf 33%. Der Anteil an Männern in der stationären Pflege und Betreuung bleibt dagegen zwischen 2017 und 2021 relativ konstant auf einem Niveau von 29% bis 30%, was wiederum daran liegt, dass Männer eher im häuslichen Umfeld versorgt werden.

Die größte Veränderung tritt bei der 24-Stunden-Betreuung auf: 2017 liegt der Männeranteil bei 24%, ab 2018 steigt er auf 28-29% an. Im Jahr 2018 sinkt die Anzahl von Personen in der 24-Stunden-Betreuung von 7.861 auf 7.642. Der Rückgang ist bei den Frauen mit 5.984 auf 5.474 stark ausgeprägt. Bei den Männern hingegen setzt sich der kontinuierliche Anstieg der letzten Jahre fort und die Zahlen steigen von 1.877 auf 2.168. Durch diese unterschiedlichen Entwicklungen hinsichtlich des Geschlechtes steigt der Anteil der Männer deutlich an. Bei den teilstationären Pflegeformen variieren die Männeranteile zwischen den einzelnen Erhebungszeiträumen sehr stark, was eher für eine zufällig Zusammensetzung spricht.

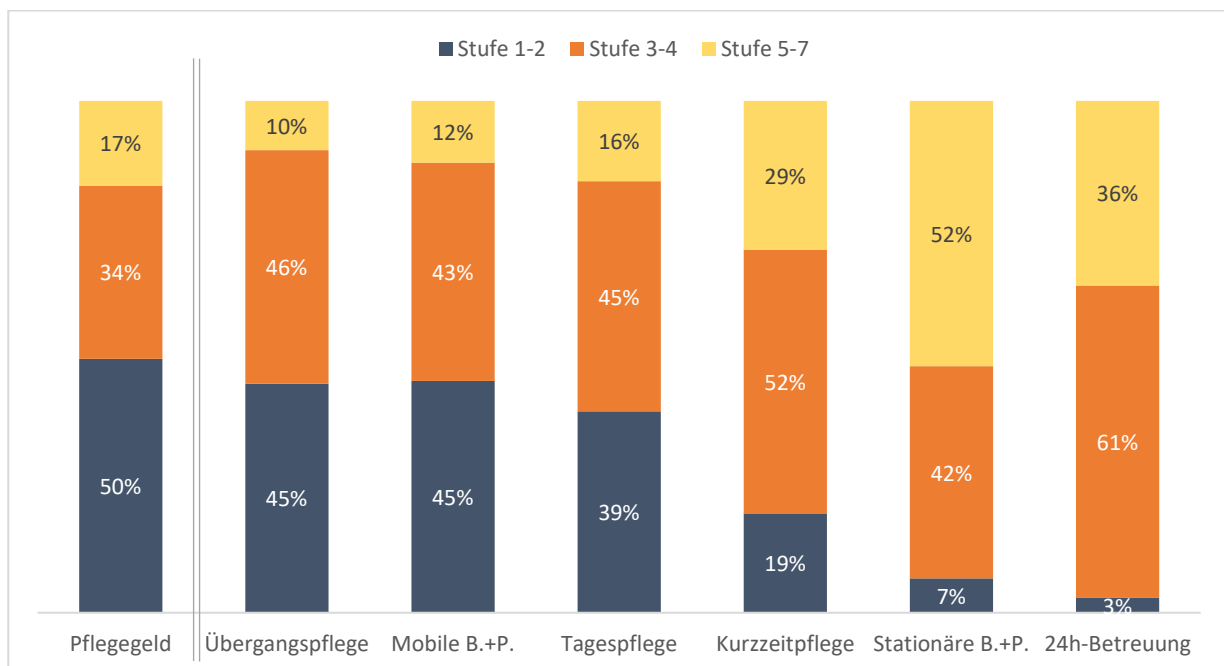
Abbildung 13: Prozentualer Anteil der Männer nach Pflegegeldbezug und Pflegeform (2017-2021)



Anm. Pflegegeld: jeweils September; übrige Pflegeformen: 2017 Dezember, 2018-2021 September

Schließlich zeigt sich anhand der Verteilung der Pflegegeldstufen, dass die verschiedenen Pflegeformen in Niederösterreich auf einen unterschiedlichen Pflegebedarf ausgerichtet sind. Während die Übergangspflege, mobile Betreuung und Pflege und die Tagespflege eher einen niedrigeren Pflegebedarf abdecken und die betreuten Personen überwiegend Pflegestufen 1-2 sowie 3-4 aufweisen, ist vor allem die stationäre Pflege auf einen höheren Pflegebedarf ausgelegt. 52% der Personen in stationären Pflegeeinrichtungen haben eine Pflegestufe zwischen 5 und 7. Im September 2021 betrug der Mittelwert bei der stationären Pflege und Betreuung 4,5 und ist damit wesentlich höher als bei der mobilen Pflege und Betreuung mit 2,8. Im Gegensatz dazu deckt die 24-Stunden-Betreuung eher einen mittleren Pflegebedarf ab, da 61% der betreuten Personen Pflegestufe 3-4 haben.

Abbildung 14: Verteilung des Pflegegeldes und der Pflegeformen nach Pflegegeldstufen (September 2021)



3.3. Psychosoziale Pflege und Betreuung

Psychische Erkrankungen treten im höheren Lebensalter gehäuft auf und umfassen vor allem Depressionen, Angsterkrankungen, Psychosen und auch Suchterkrankungen. So wird geschätzt, dass etwa 20% der über 65-Jährigen ohne Demenzerkrankung an einer psychischen Erkrankung leiden (Skoog, 2011). Auswertungen des Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE, 2015) ergaben, dass ein höherer Anteil der hochaltrigen Österreicher_innen eine depressive Symptomatik aufweisen als jüngere Altersgruppen, nämlich rund 38 Prozent der über 80-Jährigen. Dabei gaben hochaltrige Frauen mehr als doppelt so häufig an, von Depressionen betroffen zu sein als hochaltrige Männer (48 % und 19 %) (Wancata, 2019). Sehr ähnliche Werte finden sich in der Gesundheitsbefragung 2019 der Statistik Austria, wobei auch hier hochaltrige Frauen eine höhere Depressionssymptomatik angaben (Statistik Austria, 2020).

Die höhere Prävalenzrate von psychischen Erkrankungen hängt im Alter mit sozialen und biologischen Veränderungen zusammen. So werden einerseits biologische Faktoren betont, wie etwa Hirnatrophie und zerebrovaskuläre Erkrankungen. Dazu kommen Einschränkungen in der Alltagsfunktionalität. Andererseits wird auf die höhere Wahrscheinlichkeit im Alter verwiesen, den Verlust von nahestehenden Personen zu erleben, sowie die Veränderung des sozialen Status (Skoog, 2011). Die angeführten Veränderungen werden in einen Zusammenhang mit der höheren Prävalenzrate gebracht.

Depressionen, Angsterkrankungen und Aggressionen machen einen erheblichen Anteil an psychischen Erkrankungen von Pflegeheimbewohner_innen aus (Hirsch & Kastner 2004; Queirós et al. 2021), allerdings äußern sich psychische Erkrankungen im höheren Alter eher in untypischen Symptomatiken und werden daher oft übersehen oder als Begleiterscheinung von anderen Erkrankungen, wie etwa Demenz, behandelt (Jagsch, Defrancesco & Marksteiner, 2019). Depressionen im Alter beispielsweise äußern sich weniger häufig durch eine depressive Stimmung, sondern eher durch Aggression und Apathie (Skoog, 2011).

Wenn in diesem Kapitel von psychosozialer Pflege und Betreuung gesprochen wird, dann geht es nicht um Menschen in der Langzeitpflege, die auch eine entsprechende Symptomatik aufweisen, sondern um spezielle (eigenständige) Angebote für Menschen ab etwa 50 Jahren. In Niederösterreich gibt es eine Reihe von Programmen für psychisch erkrankte Personen jeder Altersgruppe. Neben der Psychiatrie in Krankenanstalten, gibt es u.a. Wohnkonzepte, Tagesstätten und einen psychosozialen Dienst, der für die Betreuung zu Hause zuständig ist (Land Niederösterreich, 2022). Im Speziellen für ältere Menschen mit chronischen, psychischen Erkrankungen wurden Kontingentbetten für psychosoziale Pflege und Betreuung in mehreren Pflegeheimen geschaffen (Land Niederösterreich, 04.03.2022). In der **psychosozialen Betreuung** befinden sich Personen mit psychischen Erkrankungen mit leichter bis mittlerer Ausprägung, die in der Regel älter als 50 Jahre alt sind und einen hohen Betreuungs-, jedoch einen niedrigen Pflegebedarf aufweisen. Nicht zur Zielgruppe der spezifischen psychosozialen Betreuung in Pflegeheimen zählen:

- Menschen in akuten Krisen bzw. Akutphasen einer psychischen Erkrankung

- Menschen mit akutem Suchtverhalten, d.h. die Behandlung der Suchterkrankung hat Priorität
- Menschen mit Demenz
- Menschen mit hoher Pflegebedürftigkeit
- Menschen der Zielgruppe nach § 24 NÖ SHG (Menschen mit besonderen Bedürfnissen)

Die Betten der **psychosozialen Pflege** in den drei psychosozialen Pflegezentren Niederösterreichs (PBZ Mauer, PBZ Tulln und Pflegeheim Beer) wurden für Menschen geschaffen, die aufgrund eines schweren chronisch-psychiatrischen Krankheitsbildes mit ausgeprägter Symptomatik, einen mittleren bis sehr hohen Pflege- und Unterstützungsbedarf aufweisen.

Inanspruchnahme der psychosozialen Betreuung und Pflege

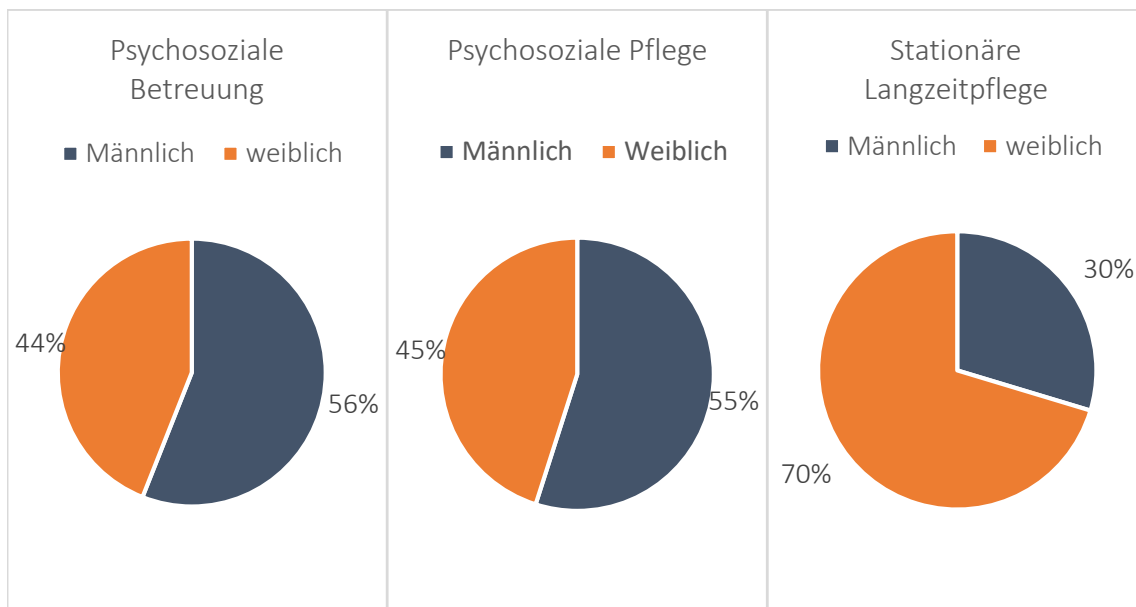
Im folgenden Kapitel wird die Inanspruchnahme der psychosozialen Pflege und Betreuung in der stationären Langzeitpflege Niederösterreichs näher beleuchtet. Konkret wird der Fragestellung nachgegangen: Bestehen sozio-demographische Unterschiede zwischen den Personen, die psychosoziale Betreuung/Pflege in Pflegeheimen in Anspruch nehmen im Vergleich zu Personen in stationärer Pflege?

Tabelle 13: Anzahl an Personen in der stationären Langzeitpflege, der psychosozialen Betreuung und psychosozialen Pflege (September 2021)

Betreute Personen nach Betreuungsform (Sept. 2021)		
	Anzahl	%
Stationäre Langzeitpflege	9 167	100%
Psychosoziale Betreuung	355	3,9%
Psychosoziale Pflege	335	3,7%

Wie Tabelle 13 zeigt, nahmen 355 Personen (=3,9% der Personen in stationärer Langzeitpflege) die (spezifische) psychosoziale Betreuung in Pflegeheimen in Anspruch. Weitere 335 bezogen psychosoziale Pflege.

Abbildung 15: Geschlechtsverteilung in der stationären Pflege (n=9.167), der psychosozialen Betreuung (n=355) und der psychosozialen Pflege (n=335) im Sept. 2021



Zwischen den Bewohner_innen der Langzeitpflege und den Personen in psychosozialer Betreuung und Pflege gibt es erhebliche soziodemographische Unterschiede. Personen, die die psychosoziale Betreuung oder Pflege in Anspruch nehmen, sind eher männlich und jünger, unterscheiden sich jedoch in ihrem Pflegebedarf voneinander. Zunächst verdeutlicht Abbildung 15 die Geschlechterunterschiede. Während die Langzeitpflege mit 70% größtenteils weiblich ist, überwiegen in der psychosozialen Betreuung mit 56% und in der psychosozialen Pflege mit 55% die Männer.

Abbildung 16: Altersverteilung in der stationären Langzeitpflege und Betreuung (n=9.167), der psychosozialen Betreuung (n=355) und der psychosozialen Pflege (n=335) im Sept. 2021

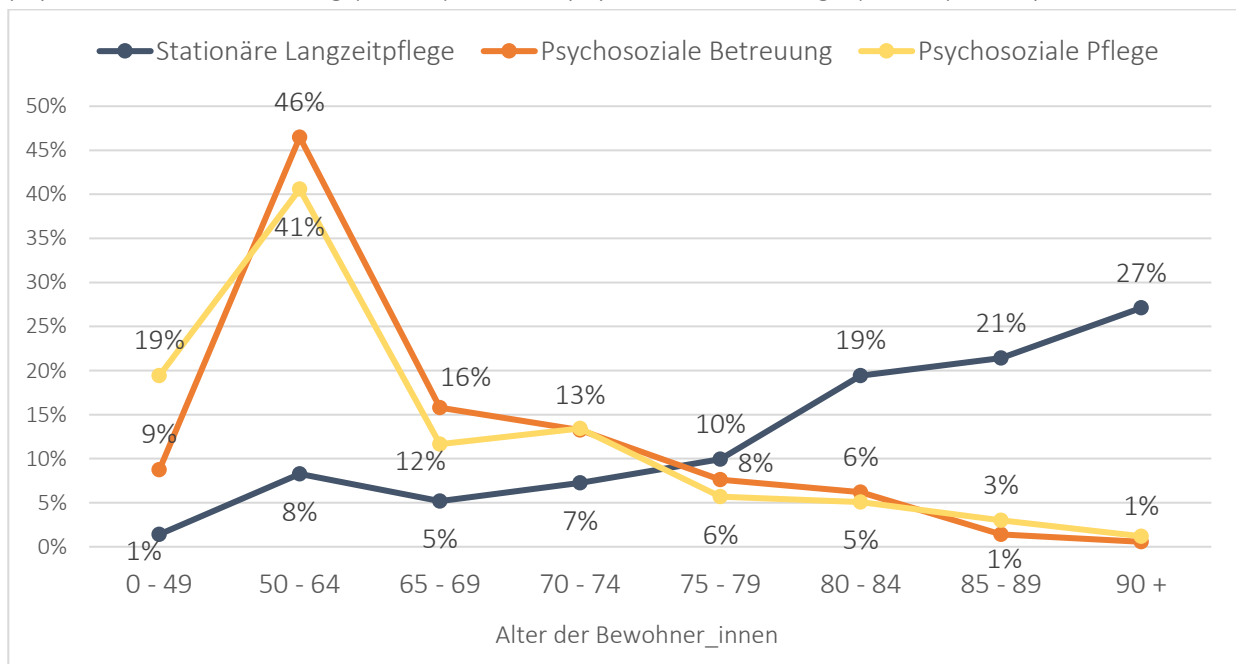
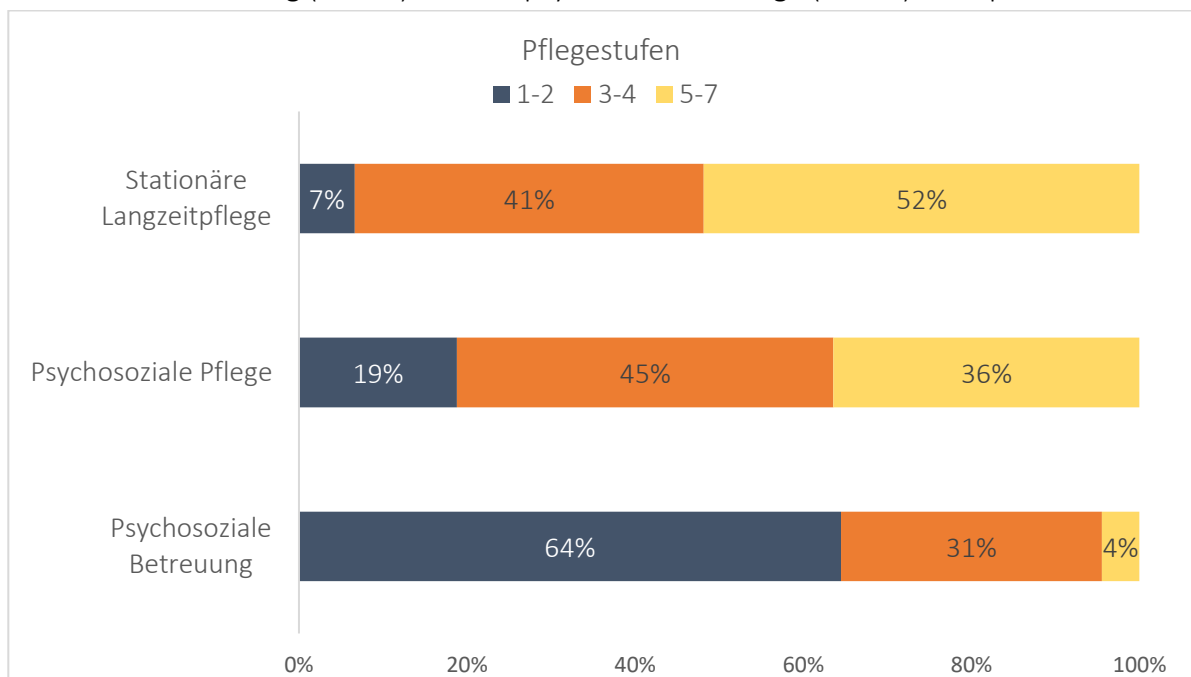


Abbildung 16 stellt die Altersverteilung in den drei Betreuungsformen dar. Während das Durchschnittsalter in der Langzeitpflege 2021 bei 81,7 Jahren liegt, ist das Durchschnittsalter der Personen in psychosozialer Betreuung mit 63,3 Jahren wesentlich niedriger. Dementsprechend sind 71 % der Personen in psychosozialer Betreuung unter 69 Jahren alt im Vergleich zu 14 % aller Personen in der stationären Pflege. Personen in der psychosozialen Pflege sind mit einem Durchschnittsalter von 60,5 Jahren ebenfalls wesentlich jünger als der Durchschnitt der Personen in der stationären Pflege und auch etwas jünger als die Personen in der psychosozialen Betreuung. So sind 72% der Personen in psychosozialer Pflege unter 69 Jahre alt, wovon 19% jünger als 50 Jahre sind.

Spezifische psychosoziale Pflege bzw. Betreuung werden also eher von jüngeren Personen in Anspruch genommen, welche sich jedoch in ihrem Pflegebedarf voneinander unterscheiden, wie Abbildung 17 verdeutlicht. Die Personen in der psychosozialen Pflege weisen einen recht hohen Pflegebedarf auf mit lediglich 19% an Bewohner_innen mit Pflegestufe 1 oder 2. Im Vergleich zur stationären Pflege ist der Pflegebedarf jedoch noch moderat, bei der 7% der Bewohner_innen Pflegestufe 1 oder 2 haben. Im Gegensatz dazu ist die psychosoziale Betreuung nicht auf einen hohen Pflegebedarf ausgelegt und dementsprechend weisen hier 64% der betreuten Personen Pflegestufe 1 oder 2 auf.

Abbildung 17: Verteilung der Pflegestufen in der stationären Langzeitpflege (n=8.659), der psychosozialen Betreuung (n=290) und der psychosozialen Pflege (n=335) im Sept. 2021



Die Analyse in diesem Kapitel zeigt einen Bedarf an Pflege und Betreuung aufgrund von psychisch-psychiatrischen Erkrankungen, der es auch Menschen mit niedrigerem und moderatem Pflegebedarf ermöglicht, gut betreut zu werden. So befinden sich zusammengenommen rund 8% der Pflegeheimbewohner_innen in spezifischer psychosozialer Pflege bzw. Betreuung. Sie unterscheiden sich in demographischer Hinsicht deutlich von Menschen in der „allgemeinen“ Langzeitpflege.

3.4. Auswirkungen der Abschaffung des Pflegeregresses

Am 29.06.2017 stimmte der österreichische Nationalrat für die Abschaffung des Pflegeregresses, demnach den Bundesländern ab 1. Jänner 2018 untersagt wurde, Ersatzansprüche gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen bzw. deren Angehörigen geltend zu machen.

§ 330a ASVG: Verbot des Pflegeregresses

Ein Zugriff auf das Vermögen von in stationären Pflegeeinrichtungen aufgenommenen Personen, deren Angehörigen, Erben/Erbinen und Geschenknehmer/inne/n im Rahmen der Sozialhilfe zur Abdeckung der Pflegekosten ist unzulässig.

Die Abschaffung des Pflegeregresses umfasst sämtliches Vermögen, ohne Berücksichtigung von dessen Höhe. D.h. jegliches Vermögen, welches nach der österreichischen Rechtsordnung unter den Vermögensbegriff fällt (Immobilien, Liegenschaften bzw. Wohnungseigentum, Barvermögen und Sparbücher), wird seit 1.1.2018 nicht mehr zur Abdeckung der Pflegekosten herangezogen. Neben dem *Pflegegeld* und der *Pension* wird jedoch weiterhin das „*sonstige Einkommen*“, also z.B. Mieteinnahmen, herangezogen. Sofern das Einkommen zur Abdeckung der Heimkosten nicht ausreicht, kommt in Niederösterreich die Sozialhilfe für den Restbetrag auf. Laut dem NÖ-Sozialbericht 2021, betragen die Ausgaben 2021 für die stationäre Pflege und Betreuung 457,8 Mio. Euro, wobei 41,7 Prozent dieser Ausgaben durch Einnahmen (Pensionen, Pflegegeld etc.) gedeckt werden konnte. Vor dem Verbot des Pflegeregresses im Jahr 2017 wurden 46,0 Prozent der Ausgaben durch Einnahmen gedeckt (Land Niederösterreich, 2022).

Die finanziellen Auswirkungen der Abschaffung des Pflegeregresses wurden in der ursprünglichen Verfassungsbestimmung auf 100 Mio. Euro jährliche Mehrkosten in ganz Österreich geschätzt, welche der Bund über den Pflegefonds den Ländern erstatten sollte (§ 330b ASVG). Die tatsächlichen Mehrkosten im Jahr 2018 betragen jedoch an die 300 Mio. Euro, welche der Bund in einem Zweckzuschuss auszahlte. Der Einnahmeentfall in der Langzeitpflege und im Behindertenbereich, sowie die Mehrkosten durch den Umstieg der Selbstzahlenden führte in Niederösterreich im Jahr 2018 zu einem Zweckzuschuss von insgesamt 55,4 Mio. Euro für die entstandenen Mehrkosten (Rechnungshof Österreich, 2020).

Die langfristigen Auswirkungen der Abschaffung des Pflegeregresses sind immer noch nicht zur Gänze absehbar. Es wird dabei davon ausgegangen, dass die Abschaffung zu einer höheren Nachfrage in der stationären Pflege und Betreuung führt und pflegebedürftige Menschen sowie pflegende Angehörige vermehrt die stationäre Pflege gegenüber anderen Pflegeformen vorziehen. Das konnte jedenfalls im Altersalmanach 2018, der sich mit den unmittelbaren Auswirkungen der Abschaffung des Pflegeregresses befasst hat, gut belegt werden. Die höhere Nachfrage wird auch aufgrund eines Rückgangs an informeller Pflege postuliert (Müllner, 2017; Pichlbauer, 2018; Firgo & Famira-Mühlberger, 2020). Auf Basis zusätzlicher Kostensteigerungen im Bereich der Lohnkosten und Sachkosten kommt eine WIFO-Studie zu dem Schluss, dass die Abschaffung des Pflegeregresses bis 2030 rund 600 Mio. Euro an Mehrkosten verursachen wird (Firgo & Famira-Mühlberger, 2020).

Das Ziel der folgenden Analyse ist es, die Auswirkungen der Abschaffung des Pflegeregresses in Bezug auf die Inanspruchnahme der Langzeitpflege in Niederösterreich näher in den Blick zu nehmen. Zu Beginn werden die Auswirkungen auf Selbstzahlende und die Inanspruchnahme anderer Pflegeformen diskutiert, anschließend wird die Entwicklung der Aufnahme in Pflegeheimen analysiert.

3.4.1. Auswirkung auf die Selbstzahlenden und Pflegedienstleistungen

Pflegebedürftige Personen, welche die Kosten der stationären Pflege und Betreuung aus ihrem Einkommen (Pension, Mieterträge, etc.), dem Pflegegeld und dem vorhandenen Vermögen vollkommen selbst tragen konnten, leben als sogenannte Selbstzahlende in Pflegeheimen. Der Wegfall des Pflegeregresses hat unter anderem zur Folge, dass pflegebedürftige Personen ihr Vermögen nicht mehr für die Deckung der Heimkosten einsetzen müssen und einen Antrag auf Hilfe bei stationärer Pflege durch die Sozialhilfe stellen können.

Derzeit gilt für eine Aufnahme in ein niederösterreichisches Pflegeheim bei gleichzeitiger Kostenträgerschaft durch das Land NÖ folgende Voraussetzungen:

- Österreichische Staatsbürgerschaft oder gleichgestellte Staatsbürgerschaft
- Hauptwohnsitz in Niederösterreich
- Vollendung des 60. Lebensjahres
- Pflegebedarf: Pflegegeldstufen 4-7

Bei jüngeren Personen bzw. Personen mit niedrigerer Pflegestufe können in begründeten Fällen die Kosten von der NÖ-Sozialhilfe übernommen werden, wie etwa bei Demenzerkrankungen oder psychisch-psychiatrische Erkrankungen (Land Niederösterreich, 2022).

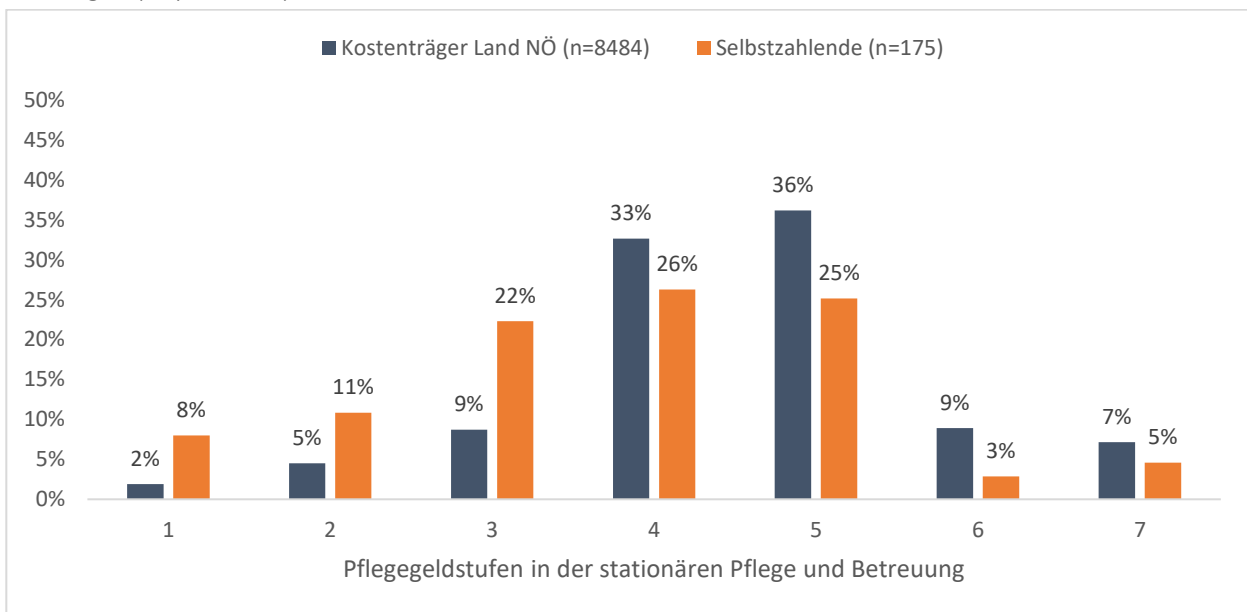
Tabelle 14: Anzahl und Anteil von Selbstzahlenden in der Langzeitpflege

Selbstzahlende im Jahresvergleich		
	Anzahl Selbstzahlende	Anteil an stationärer Pflege und Betreuung
2017.12	1.313	15%
2018.09	266	3%
2019.09	258	3%
2020.09	235	3%
2021.09	189	2%

Durch den Wegfall des Vermögensregresses ist es zu einem weitgehenden Entfall der Voll- bzw. Selbstzahlenden in der Langzeitpflege gekommen. Wie Tabelle 14 zeigt, sank der Anteil der Selbstzahlerinnen und Selbstzahler in der stationären Pflege und Betreuung deutlich, und zwar von 15 Prozent im Dezember 2017 auf drei Prozent im September 2018. Über 1.000 Personen, welche vor dem 1.1.2018 als Selbstzahlende in einem Pflegeheim lebten, stellten einen Antrag auf Übernahme der Kosten für den Heimaufenthalt. Die Anzahl an Selbstzahlenden ist seitdem konstant gesunken und machte im September 2021 zwei Prozent aller Personen in stationärer Pflege und Betreuung aus.

Betrachtet man nun die Selbstzahlenden im September 2021, lässt sich feststellen, dass sie eher eine niedrigere Pflegegeldstufe aufweisen als Personen, bei denen das Land Niederösterreich der Kostenträger ist. So haben 41 Prozent der Selbstzahlenden die Pflegegeldstufe 1 - 3 im Vergleich zu 16 Prozent der Personen, bei denen das Land der Kostenträger ist (siehe Abbildung 18). Einer der Gründe für die vollständige Eigenfinanzierung scheint also der Wunsch/Bedarf zu sein, in einem Pflegeheim zu leben, obwohl man die Förderbedingungen nicht erfüllt.

Abbildung 18: Verteilung der Pflegegeldstufen in der stationären Pflege und Betreuung nach Kostenträger (Sept. 2021)



Wie hat sich nun die Abschaffung des Pflegeregresses auf die Inanspruchnahme der verschiedenen Pflegedienstleistungen in Niederösterreich ausgewirkt?

Die konkreten Auswirkungen sind aufgrund der Covid-19 Pandemie und der damit verbundenen Übersterblichkeit sowie dem Pflegekräftemangel noch nicht ganz absehbar, weshalb im Folgenden zusätzlich zur Interpretation der Entwicklung der Anzahl an betreuten und gepflegten Personen auch die Aufnahmezahlen in der stationären Pflege und Betreuung dargestellt werden.

Zunächst zeigt Tabelle 15 verschiedene Entwicklungen bei den einzelnen Pflegeformen: Bei der 24-Stunden-Betreuung lässt sich ein Effekt der Abschaffung des Pflegeregresses erkennen: Die 24-Stunden-Betreuung hatte im Dezember 2017 einen Höchststand von 7.861 geförderten Personen. Seit 2018 nimmt jedoch die Inanspruchnahme um 2,8 bis 6 Prozent in Bezug auf das Vorjahr ab. Diese Entwicklung der 24-Stunden-Betreuung lässt sich in ganz Österreich beobachten, wobei einzig in Vorarlberg ein sehr geringer Zuwachs vorliegt (BMSGPK, 2022).

Die mobile Pflege und Betreuung ist dagegen von der Abschaffung des Pflegeregresses unbeeinflusst, da sie bis 2019 relativ konstante Wachstumsraten verzeichnet. Hier hat dagegen die Covid-19 Pandemie vor allem 2020 zu einem leichten Rückgang der Inanspruchnahme von 1,8 Prozent

geführt. Dabei muss allerdings auch der Pflegekräftemangel und die damit verbundenen Schwierigkeiten die Nachfrage abzudecken als Einfluss auf die Anzahl an betreuten Personen erwähnt werden.

Schließlich zeigt sich in der stationären Pflege und Betreuung ein Zuwachs zwischen 2017 und 2018 um 4,9 Prozent. Dabei dürfte es sich jedoch um einen kurzfristigen Effekt durch die Abschaffung des Regresses handeln, da im September 2019 um 1,1 Prozent weniger Personen stationär gepflegt wurden als im September 2018. Wie im nachfolgenden Kapitel näher ausgeführt wird, fanden 2018 auch mehr Neuaufnahmen statt als 2019. Zusätzlich wirkt sich die Pandemie durch eine geringe Zunahme 2020, sowie einen Rückgang von insgesamt 192 Personen zwischen September 2020 und 2021 aus. Mit 9.167 Bewohner_innen im September 2021 wurden somit weniger Personen in diesem Zeitraum stationär betreut und gepflegt als im September 2018. Dieser Rückgang dürfte jedoch weniger am geänderten Bedarf liegen, sondern eher an der pandemie-bedingten Übersterblichkeit, was sich an den Heimaufnahmedaten erkennen lässt, welche im folgenden Unterkapitel näher erläutert werden.

Tabelle 15: Entwicklung der Inanspruchnahme der Pflegeformen

Anzahl und prozentuale Veränderung der Pflegeformen zum Vorjahr						
		2017	2018	2019	2020	2021
Stationäre B. und P.	Anzahl	8 940	9 378	9 274	9 359	9 167
	% Vorjahr		+4,9%	-1,1%	+0,9%	-2,1%
24-Stunden-B.	Anzahl	7 861	7 642	7 423	6 977	6 695
	% Vorjahr		-2,8%	-2,9%	-6,0%	-4,0%
Mobile B. und P.	Anzahl	17 243	17 513	17 773	17 455	17 381
	% Vorjahr		+1,6%	+1,5%	-1,8%	-0,4%

Anm.: 2017 Dezember, 2018-2021 September

3.4.2. Entwicklung der Aufnahmen in Pflegeheime

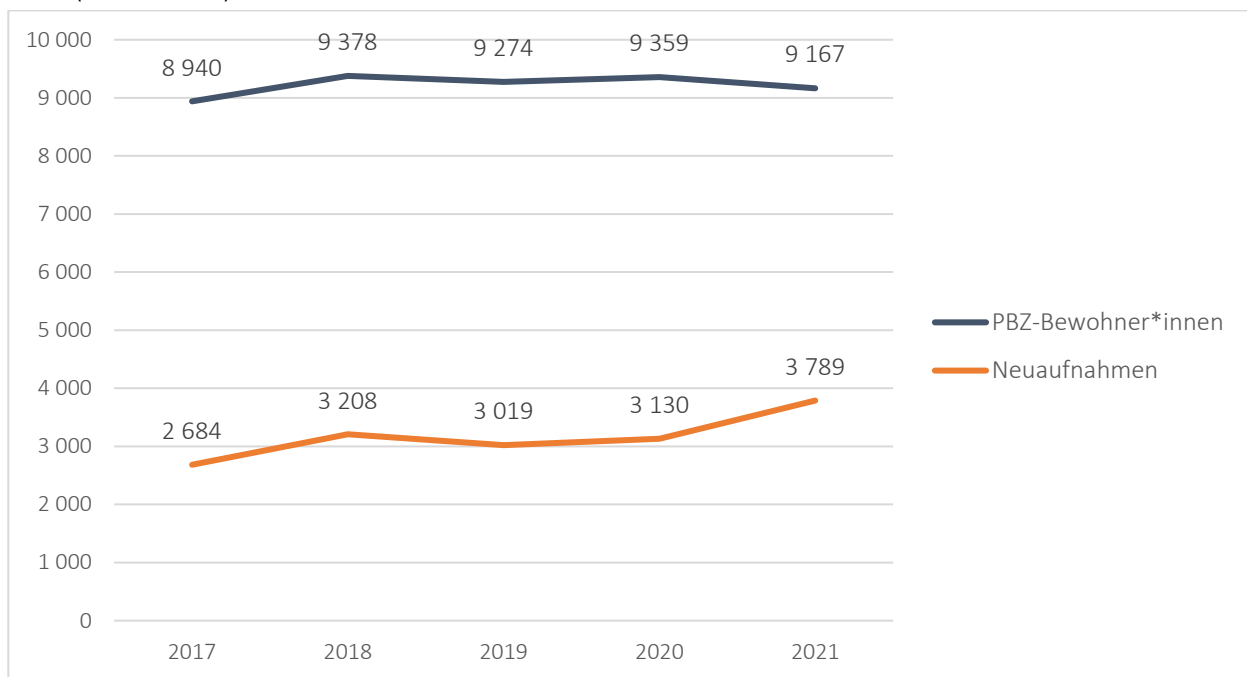
Im folgenden Unterkapitel werden Jahresdaten von Anfang 2016 bis Ende 2021 von Personen präsentiert, die in dieser Zeit in ein niederösterreichisches Pflegeheim eingezogen sind. Im Gegensatz zu den Daten im vorangegangenen Kapitel handelt es sich hierbei also nicht um Daten eines bestimmten Stichmonats, sondern des gesamten Jahres. Dazu ist außerdem festzuhalten, dass es sich hierbei nicht um alle Antragsstellungen handelt, sondern lediglich um die Antragsteller_innen, die dann auch tatsächlich einen Platz in Anspruch nahmen.

Tabelle 16: Anzahl und Veränderung der Neuaufnahmen in niederösterreichischen Pflegeheimen (2016-2021)

Anzahl an Neuaufnahmen in Pflegeheimen pro Jahr						
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Anzahl	2 535	2 684	3 208	3 019	3 130	3 789
Saldo zum Vorjahr		149	524	-189	111	659
Zuwachsrate		6%	20%	-6%	4%	21%

Die Anzahl an jährlichen Aufnahmen in niederösterreichischen Pflegeheimen ist von 2.535 Personen im Jahr 2016 auf 3.789 Personen im Jahr 2021 gestiegen. Pflegeheimaufnahmen zeigen dabei seit 2016 diskontinuierliche Steigerungsraten, am Ende aber deutliche Zuwächse. Einen größeren Sprung gab es 2018 mit einem Zuwachs von 20 Prozent zum Vorjahr. Mit anderen Worten hat die Abschaffung des Pflegeregresses nicht nur zu einem Rückgang der Selbstzahlenden geführt, sondern auch zu einem Anstieg an Neuaufnahmen. Ähnlich der Anzahl an Bewohner_innen gab es 2019 auch um sechs Prozent weniger Neuaufnahmen als 2018, was für einen kurzfristigen Initialeffekt der Abschaffung spricht.

Abbildung 19: Inanspruchnahme von und Neuaufnahmen in niederösterreichischen Pflegeheimen (2017-2021)



In Hinsicht auf die Covid-19 Pandemie zeigt die Anzahl an Neuaufnahmen ein leicht anderes Bild als die Anzahl an Bewohner_innen. So sind die Neuaufnahmen 2020 um vier Prozent zum Vorjahr gestiegen und 2021 um 21 Prozent. Es kann also angenommen werden, dass die Corona-bedingte Übersterblichkeit zwar zu einem kurzfristigen Rückgang der Anzahl an Bewohner_innen führt, die Abschaffung des Pflegeregresses jedoch eine höhere Inanspruchnahme bedingt. Die weitere Prüfung dieser Annahme kann erst in den nächsten Jahren erfolgen, wenn ein längerer Betrachtungszeitraum zur Verfügung steht und sich der Effekt der Pandemie abgeflacht hat. Die Strukturwirkung der Abschaffung des Pflegeregresses wird also frühestens in drei bis fünf Jahren voll absehbar sein. Dies gilt allerdings nur dann, wenn sich nicht andere Parameter stark verändern, wie z.B. die 24-Stunden-Betreuung oder die Personalsituation.

Tabelle 17: Vergleich der Anzahl der Neuaufnahmen in niederösterreichischen Pflegeheimen nach zuständiger Bezirkshauptmannschaft bzw. Magistrat

Neuaufnahmen auf Ebene der zuständigen Bezirkshauptmannschaft/Magistrat								
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Saldo 2016 - 2021	Zuwachs 2016- 2021
BH Amstetten	146	166	174	175	182	215	69	47%
BH Baden	328	282	278	264	280	312	-16	-5%
BH Bruck a. d. Leitha	51	117	158	130	107	102	51	100%
BH Gänserndorf	98	111	142	123	91	162	64	65%
BH Gmünd	77	56	72	60	61	71	-6	-8%
BH Hollabrunn	46	67	71	56	68	129	83	180%
BH Horn	85	126	111	107	151	157	72	85%
BH Korneuburg	86	89	117	90	117	114	28	33%
BH Krems-Land	46	54	54	50	53	60	14	30%
BH Lilienfeld	65	68	98	88	68	136	71	109%
BH Melk	192	210	229	213	232	293	101	53%
BH Mistelbach	87	86	143	249	304	284	197	226%
BH Mödling	21	27	144	106	106	191	170	810%
BH Neunkirchen	150	148	190	144	166	198	48	32%
BH Scheibbs	50	62	68	51	42	75	25	50%
BH St. Pölten-Land	188	236	297	300	295	353	165	88%
BH Tulln	185	258	328	328	328	324	139	75%
BH Waidhofen/Thaya	93	98	94	92	81	93	0	0%
BH Wr. Neustadt-Land	160	159	162	166	173	210	50	31%
BH Zwettl	57	67	49	39	35	66	9	16%
Mag. Krems-Stadt	56	51	82	87	91	97	41	73%
Mag. St. Pölten-Stadt	52	58	56	24	38	78	26	50%
Mag. Wr. Neustadt-Stadt	78	88	91	77	61	69	-9	-12%

In der Gegenüberstellung der Anzahl von Neuaufnahmen für einen stationären Platz auf Ebene der zuständigen Bezirkshauptmannschaften zeigt sich eine unterschiedliche Struktur der Zuwachsraten zwischen 2016 und 2021. Während das Magistrat Wiener Neustadt-Stadt (-12 %) und die BH Gmünd (-8 %) einen Rückgang von 2021 im Vergleich zu 2016 verzeichneten, nahmen die Neuaufnahmen in der BH Mödling um 810 Prozent und in der BH Mistelbach um 226 Prozent zu. Auch wenn diese Wachstumsraten besonders hoch erscheinen mögen, so muss dies auf Basis der absoluten Zahlen in das richtige Licht gerückt werden: Mödling hat 170 Personen im Jahr 2021 mehr aufgenommen als im Jahr 2016 und der Zuwachs in Mistelbach beträgt 197 Personen.

Bei fast allen Bezirkshauptmannschaften kam es im Jahr 2018 im Vergleich zu den Vorjahren zu einer höheren Anzahl an Neuaufnahmen. Im Jahr 2019 ist dagegen bei den meisten die Anzahl an

Neuaufnahmen wieder auf das Niveau von 2017 gesunken. Die Ausnahme stellt auch hier die BH Mistelbach dar, welche 2019 insgesamt 106 Neuaufnahmen mehr verzeichnet hat als 2018 (+74 %). Während 2020 die meisten einen Anstieg an Neuaufnahmen im Vergleich zum Vorjahr verzeichnen, ist es vor allem in der BH Gänserndorf (-32) und Lilienfeld (-20), sowie im Magistrat Wiener Neustadt-Stadt (-16) zu Rückgängen gekommen. Schließlich haben fast alle Bezirkshauptmannschaften im Jahr 2021 einen größeren Zuwachs an Neuanmeldungen im Vergleich zum Vorjahr erfahren, vor allem die BH Lilienfeld (+68) und das Magistrat St. Pölten-Stadt (+40) sind hier zu nennen.

Es folgt nun eine detailliertere Analyse auf Basis ausgewählter Indikatoren der aufgenommenen Personen, um der Frage nachzugehen, ob sich zwischen 2016 und 2021 Unterschiede in den Personengruppen und Aufnahmebedingungen finden lassen.

Hat sich die Altersstruktur der Neuaufnahmen im Betrachtungszeitraum verändert?

Der erste Indikator ist das Alter der Personen, die zwischen 2016 und 2021 in niederösterreichischen Pflegeheimen aufgenommen wurden.

Abbildung 20: Altersverteilung der Neuaufnahmen in NÖ-Pflegeheimen zwischen 2016 und 2021

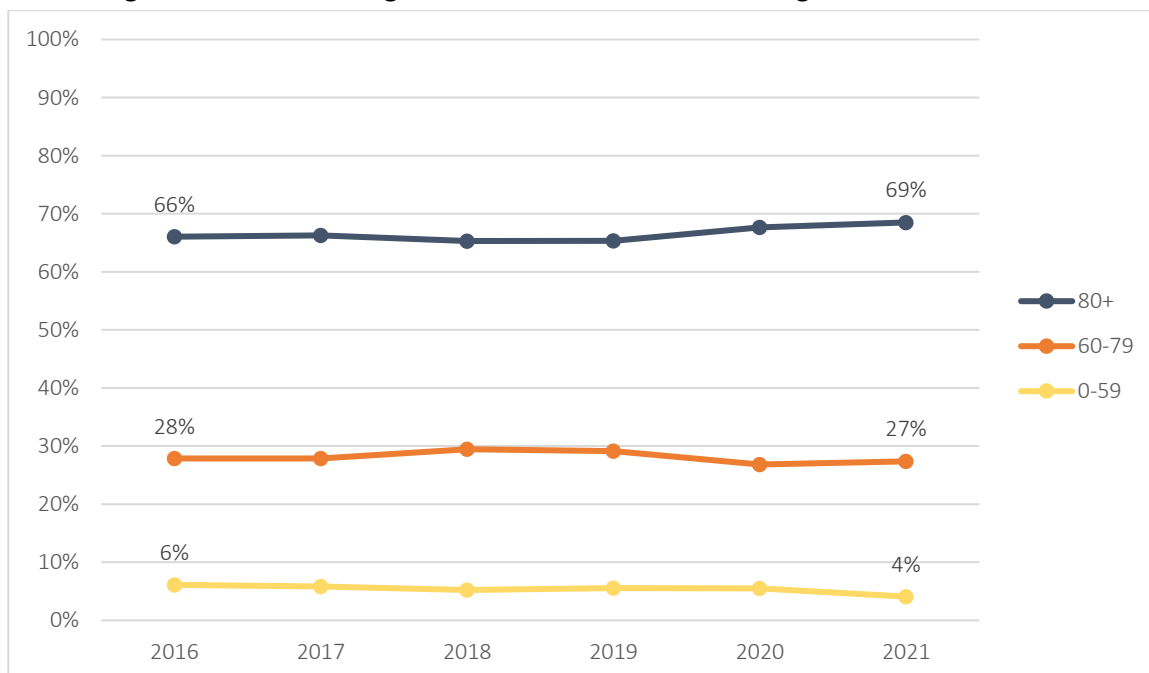


Abbildung 20 zeigt dabei, dass es in der Altersverteilung kaum Veränderungen gegeben hat. Die überwiegende Mehrheit ist bei der Aufnahme über 80 Jahre alt (66-69 %), etwas mehr als ein Viertel ist 60-79 Jahre alt (27-28 %) und ein geringer Anteil ist unter 60 Jahre alt (4-6 %). Der Anteil an jüngeren Personen ergibt sich durch die verschiedenen Pflegeangebote, die in Pflegeheimen vorhanden sind, wie etwa Hospizpflege oder psychosoziale Betreuung. Der Entfall des Pflege regresses hat in Niederösterreich keine Wirkung auf die Altersstruktur der Neuaufnahmen und auch die Covid-19 Pandemie hat daran nichts geändert.

Haben sich die Geschlechterverhältnisse im Betrachtungszeitraum verändert?

Der zweite Indikator stellt das Geschlecht der Personen dar, die in ein Pflegeheim aufgenommen werden. Aufgrund der höheren Lebenserwartung der Frauen in der Bevölkerung überwiegt auch der Anteil an Frauen in Pflegeheimen. Am 1.1.2022 waren 60,5 Prozent der über 80-Jährigen in Niederösterreich weiblich. Der Anteil an Frauen ist seit 2016 von damals 64,3 Prozent leicht zurückgegangen (Statistik Austria, 31.05.2022). Dies liegt u.a. an einem unterschiedlichen Anstieg der Lebenserwartung bei der Geburt: Während bei Männern in Niederösterreich die Lebenserwartung zwischen 2010 und 2020 von 77,6 auf 78,9 Jahre, also um 1,32 Jahre gestiegen ist, ist sie bei Frauen im selben Zeitraum um 0,58 Jahre höher geworden (Statistik Austria, 20.05.2021).

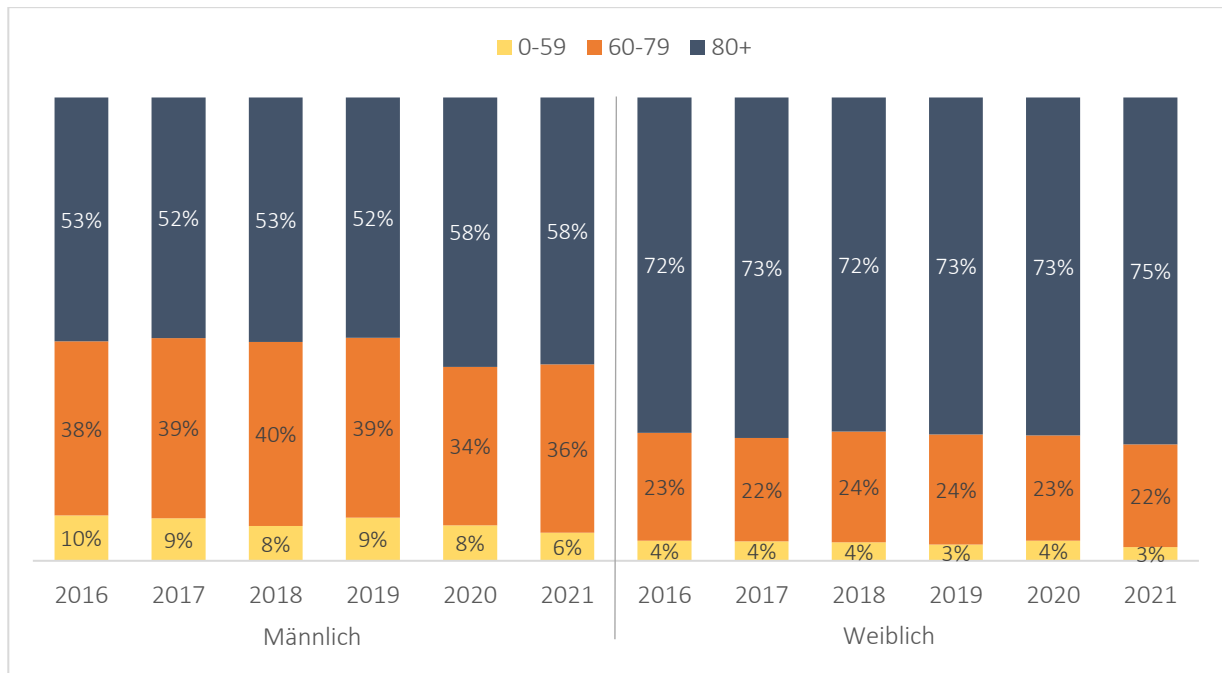
Das Geschlechterverhältnis bei den Neuaufnahmen in niederösterreichische Pflegeheime spiegelt das Verhältnis in der niederösterreichischen Bevölkerung (siehe Tabelle 18). So sind ca. zwei Drittel der Personen weiblich und ein Drittel ist männlich. Der Frauenanteil ist zwar etwas höher als bei den über 80-Jährigen Niederösterreich_innen, allerdings ist er auch von 68 Prozent im Jahr 2016 auf 63% im Jahr 2021 gesunken.

Tabelle 18: Geschlechterverhältnis der Neuaufnahmen in NÖ-Pflegeheime zwischen 2016 und 2021

	Männlich		Weiblich	
	Absolut	%	Absolut	%
2016	817	32%	1718	68%
2017	894	33%	1790	67%
2018	1131	35%	2077	65%
2019	1067	35%	1952	65%
2020	1115	36%	2015	64%
2021	1399	37%	2390	63%

Bei den Neuaufnahmen in Pflegeheime zeigen sich keine Veränderungen in der Altersstruktur von Frauen zwischen 2016 und 2021, allerdings durchaus in der Altersstruktur von Männern. Generell werden mehr unter 60-jährige Männer aufgenommen als Frauen, was - wie in Kapitel 3.3. bereits dargestellt - vor allem an der psychosozialen Pflege und Betreuung liegt. Im Jahr 2020 und 2021 wurden allerdings etwas mehr über 80-jährige Männer aufgenommen als in den Jahren zuvor. D.h. die Abschaffung des Pflegeregresses hat keine Auswirkung auf das Geschlechterverhältnis in der Langzeitpflege. Die dargestellten geringfügigen Veränderungen haben mit Veränderungen in der Lebenserwartung zu tun, d.h. dem Anstieg der Lebenserwartung von Männern.

Abbildung 21: Geschlechterverhältnis der Neuaufnahmen nach Alter (2016-2021)



Hat sich die Dringlichkeit der Aufnahme im Beobachtungszeitraum verändert?

Neben einem ausgefüllten Antrag, welcher soziodemografische Daten erfasst (Geschlecht, Alter, Einkommen etc.), müssen bei Antragsstellung in Niederösterreich ein ärztlicher Bericht und eine sogenannte Indikationsliste (Selbständigkeitsindex nach Jones) abgegeben werden. Die Indikationsliste reicht von Null „vollkommen selbstständig“ bis 88 „vollkommen auf Unterstützung angewiesen“ und ist ein wichtiges Indiz für die Dringlichkeit, jedoch können Rahmenbedingungen (z.B. die Art des Pflegebedarfs oder familiäre Umstände) eine abweichende Einschätzung erforderlich machen. Auf Basis der Unterlagen wird dann die Dringlichkeit einer Aufnahme als „dringend“ (38-44 Punkte), „sehr dringend“ (45-59 Punkte) oder „akut“ (60-88 Punkte) festgestellt.

Tabelle 19: Anzahl und Anteil der Neuaufnahmen nach Dringlichkeit zwischen 2016 und 2021

	Akut		Sehr dringend		Dringend	
	Absolut	%	Absolut	%	Absolut	%
2016	1 445	57%	852	34%	238	9%
2017	1 490	56%	894	33%	300	11%
2018	1 937	60%	924	29%	347	11%
2019	1 901	63%	801	27%	317	11%
2020	2 030	65%	766	24%	334	11%
2021	2 416	64%	934	25%	439	12%

Tabelle 19 zeigt die Verteilung der Dringlichkeit, wobei ein Anstieg an akuten Aufnahmen seit 2018 beobachtbar ist. Während 2017 die als akut eingestuftten Fälle noch 56 Prozent aller Neuaufnahmen ausmachten, waren es nach der Abschaffung des Pflegeregresses 60 bis 65 Prozent. Im Jahr 2021 wurden 2.416 Personen mit dem Status „akut“ aufgenommen, was im Vergleich zu 2017 um 1.000 Personen mehr ist. Dies deutet daraufhin, dass es bei der Vergabe von Pflegeplätzen eine Verschiebung gibt, nämlich von „sehr dringend“ zu „akut“.

Tabelle 20: Anteil der Personen mit akuter Dringlichkeit bei der Aufnahme nach zuständiger Behörde und Aufnahmejahr

Anteil der Dringlichkeitsstufe "Akut" an den Heimaufnahmen nach zuständiger Behörde							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Zuwachs 2016-2021
BH Amstetten	42%	43%	64%	66%	75%	66%	24%
BH Baden	61%	55%	52%	53%	46%	44%	-17%
BH Bruck an der Leitha	57%	56%	58%	58%	41%	43%	-14%
BH Gänserndorf	33%	13%	10%	11%	23%	64%	31%
BH Gmünd	73%	55%	74%	62%	66%	55%	-18%
BH Hollabrunn	41%	57%	75%	84%	88%	79%	38%
BH Horn	61%	60%	71%	78%	80%	71%	10%
BH Korneuburg	70%	58%	68%	79%	74%	60%	-10%
BH Krems-Land	70%	74%	78%	78%	77%	82%	12%
BH Lilienfeld	65%	62%	71%	66%	72%	63%	-1%
BH Melk	63%	72%	76%	74%	66%	64%	1%
BH Mistelbach	51%	41%	67%	74%	78%	86%	36%
BH Mödling	57%	67%	58%	58%	68%	53%	-4%
BH Neunkirchen	5%	18%	14%	28%	42%	41%	36%
BH Scheibbs	76%	66%	78%	84%	76%	73%	-3%
BH St. Pölten-Land	55%	58%	58%	60%	66%	66%	10%
BH Tulln	68%	67%	74%	71%	67%	75%	7%
BH Waidhofen a.d. Thaya	81%	79%	79%	85%	81%	75%	-5%
BH Wr. Neustadt-Land	61%	44%	51%	57%	51%	55%	-6%
BH Zwettl	82%	85%	90%	77%	89%	64%	-19%
Magistrat Krems-Stadt	86%	82%	85%	85%	85%	76%	-9%
Magistrat St. Pölten-Stadt	48%	79%	64%	54%	63%	64%	16%
Magistrat Wr. Neustadt-Stadt	59%	36%	48%	47%	56%	55%	-4%

Der Anteil an akuten Aufnahmen variiert sehr stark zwischen den zuständigen Bezirkshauptmannschaften bzw. Magistraten, wie Tabelle 20 verdeutlicht. Während 2016 einige Stellen einen sehr niedrigen Anteil an akuten Aufnahmen an allen ihren Neuaufnahmen verzeichnen (z.B. BH Neunkirchen: 5 %, n = 150), haben andere einen überdurchschnittlich hohen Anteil an akuten

Aufnahmen (Magistrat Stadt Krems: 86 %, n = 56). Bei vielen bleibt der Anteil im Beobachtungszeitraum relativ konstant, wie etwa dem Magistrat der Stadt Krems (76 – 86 %). Im Jahr 2021 verzeichneten zudem einige zuständige Stellen einen wesentlich geringeren Anteil an akuten Aufnahmen: In der BH Zwettl wurden 2021 um 25 Prozent weniger akute Fälle aufgenommen als 2020 und um 19 Prozent weniger als 2016. Ebenso ist der Anteil an akuten Aufnahmen in der BH Baden (-17 %), BH Bruck an der Leitha (-14 %) und BH Gmünd (-18 %) im Jahr 2021 wesentlich niedriger als 2016.

Im Gegensatz dazu verzeichnen manche zuständigen Stellen einen Anstieg an akuten Neuaufnahmen. Der Anteil an akuten Aufnahmen ist bei der BH Hollabrunn (+38 %), BH Mistelbach (+36 %) und BH Amstetten (+24 %) im Jahr 2021 wesentlich höher als 2016, allerdings stellt sich das höhere Niveau bereits ab 2018 bei diesen Bezirkshauptmannschaften ein. Auch bei der BH Neunkirchen werden 2021 um 36 Prozent mehr akute Neuaufnahmen verzeichnet als 2016, wobei es hier seit 2019 zu einem konstanten Anstieg kommt.

Hat sich die Dauer zwischen Antragstellung und Aufnahme im Beobachtungszeitraum verändert?

Eine weitere Dimension bei der Beobachtung potentieller Veränderungen in der Langzeitpflege ist die Zeit zwischen Antragstellung auf einen Heimplatz und Aufnahme in ein niederösterreichisches Pflegeheim. Die Zeitdauer („Wartezeit“) wird dabei in Tagen angegeben und die Anzahl an Tagen, die zwischen der Antragstellung und der Aufnahme vergehen, wird üblicherweise als Indikator für die Nachfrage nach Pflegeplätzen herangezogen.

Tabelle 21: Mittelwerte der Tage zwischen Antragstellung und Aufnahme (2016-2021)

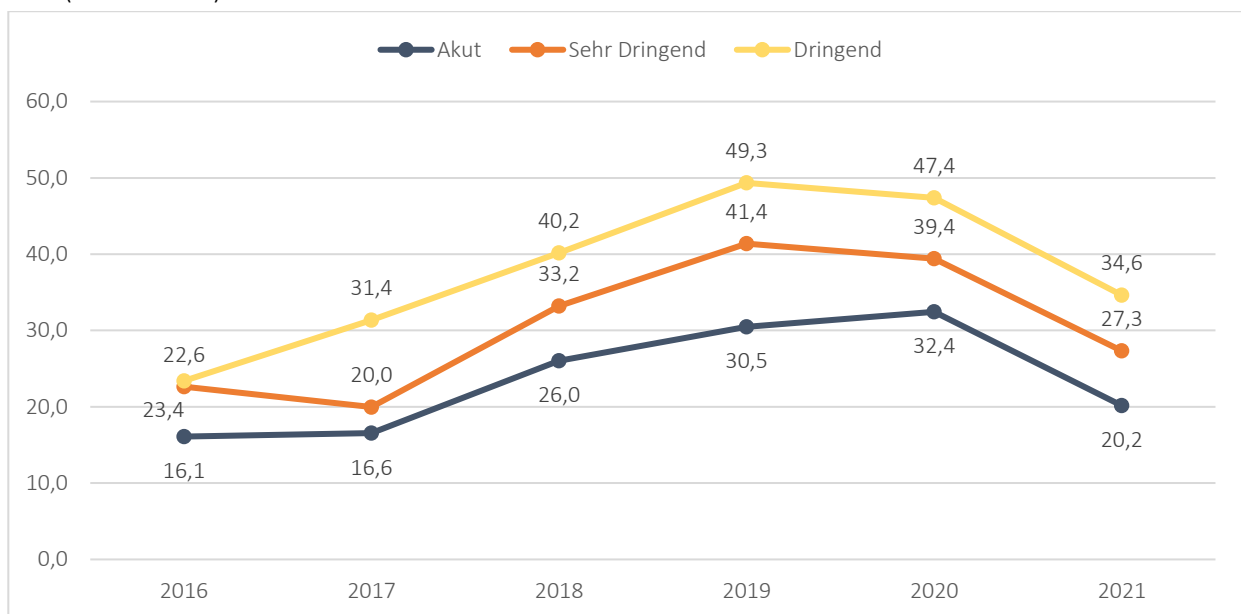
Tage zw. Antragstellung und Aufnahme („Wartezeit“)		
	Mittelwert	n
2016	19,0	2535
2017	19,3	2684
2018	29,6	3208
2019	35,4	3019
2020	35,7	3130
2021	23,6	3789

Die Abschaffung des Pflegeregresses hat nicht nur zu höheren Neuaufnahmen geführt, sondern auch zu einer längeren Wartezeit auf einen Pflegeplatz. Während 2016 und 2017 durchschnittlich 19 Tage zwischen der Antragstellung und der Aufnahme in ein Pflegeheim vergangen sind, ist die Dauer seit 2018 von 29,6 Tagen bis 2020 auf 35,7 Tage gestiegen. Dieser Anstieg konnte 2021 wieder deutlich verringert werden. Im Jahr 2021 hat sich die Dauer auf 23,6 Tage reduziert. Dies liegt daran, dass in der Zwischenzeit neue Pflegeplätze geschaffen werden konnten und 2021 mehr Menschen in ein Pflegeheim aufgenommen wurden. Die Abschaffung des Pflegeregresses hat kurzfristig zu längeren Wartezeiten auf einen Pflegeplatz geführt. Die langfristigen Trends

sind hierbei noch nicht absehbar, weil sich durch die Corona-Pandemie neue Verhältnisse ergeben haben, und zwar in Hinsicht auf die Sterblichkeit als auch in Hinsicht auf die Personalkapazitäten.

Die Dauer zwischen Antragstellung und Aufnahme unterscheidet sich nach der Dringlichkeit, wobei akute Fälle schneller einen Pflegeplatz erhalten als dringende Fälle. Abbildung 22 verdeutlicht, dass bei allen drei Dringlichkeitsstufen eine längere Wartezeit seit 2018 entstanden ist und diese längere Wartezeit vor allem zu Lasten der dringenden und sehr dringenden Fälle gegangen ist. So hat sich die Dauer zwischen 2017 und 2019 bei akuten Fällen von 16,6 auf 30,5 Tage um durchschnittlich 13,9 Tage erhöht, während sie sich im selben Zeitraum bei sehr dringenden Fällen um 21,4 Tage und bei dringenden Fällen um 17,9 Tage erhöht hat. Bei allen drei Dringlichkeitsstufen ist es 2021 zu einer Verkürzung der Dauer zwischen Antragstellung und Aufnahme gekommen.

Abbildung 22: Mittelwerte der Tage zwischen Antragstellung und Aufnahme nach der Dringlichkeit (2016-2021)



Fast alle Bezirkshauptmannschaften und Magistrate verzeichnen eine längere Dauer zwischen Antragstellung und Aufnahme seit 2018. Zu einer wesentlich längeren Dauer kommt es 2018 vor allem bei der BH Gänserndorf, BH Gmünd und BH Wiener Neustadt-Land: Bei der BH Gänserndorf hat sich zwischen 2017 und 2018 die Dauer von 7,8 auf 26,2 Tage mehr als verdreifacht. Bei den anderen beiden Bezirkshauptmannschaften hat sich die Dauer in diesem Zeitraum verdoppelt. Auch bei der BH Zwettl und dem Magistrat Wiener Neustadt-Stadt kommt es in diesem Zeitraum zu längeren Wartezeiten, hier scheint jedoch die Covid-19 Pandemie zusätzlich den Zugang zu Pflegeheimen verzögert zu haben. In Zwettl hat sich die Dauer zwischen Antragstellung und Aufnahme von 57,5 Tagen im Jahr 2019 auf 123,8 Tage im Jahr 2020 mehr als verdoppelt. Auch beim Magistrat der Stadt Wiener Neustadt findet der größte Anstieg zwischen 2019 und 2020 von 49,2 Tagen auf 64,7 Tagen statt.

Die Bezirkshauptmannschaften Mistelbach, Mödling und Tulln hatten seit 2018 mehr Aufnahmen und dabei einen geringen Anstieg der Wartezeiten. So stieg beispielsweise bei der BH Mödling die Wartezeit von 12,7 Tagen im Jahr 2017 auf 13,9 im Jahr 2018 und weiter auf 20 Tage in den Jahren 2019 und 2020.

Tabelle 22: Mittelwerte der Tage zwischen Antragstellung und Aufnahme nach zuständiger Behörde (2016-2021)

Mittelwert der Tage zwischen Antragstellung und Aufnahme nach zuständiger Behörde						
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
BH Amstetten	34,6	26,1	40,7	37,5	39,4	27,8
BH Baden	13,9	17,3	35,5	40,6	42,0	26,5
BH Bruck an der Leitha	12,8	13,1	18,1	28,3	26,4	35,4
BH Gänserndorf	10,9	7,8	26,2	42,3	40,8	16,1
BH Gmünd	12,6	20,3	41,8	48,6	45,9	37,8
BH Hollabrunn	27,9	23,0	47,6	65,4	48,8	18,1
BH Horn	18,2	20,3	33,8	28,1	21,0	14,2
BH Korneuburg	25,2	19,3	31,3	39,6	45,0	32,3
BH Krems-Land	25,1	12,2	35,5	36,1	49,2	22,5
BH Lilienfeld	29,5	21,5	23,4	35,5	38,4	20,1
BH Melk	15,1	20,5	23,8	36,8	32,0	19,4
BH Mistelbach	15,6	12,7	13,9	20,0	20,0	15,5
BH Mödling	10,0	28,3	22,9	29,6	23,3	10,9
BH Neunkirchen	23,8	30,4	32,6	52,8	45,5	30,3
BH Scheibbs	15,6	13,9	26,7	27,5	35,9	20,3
BH St. Pölten-Land	23,8	19,9	34,3	37,9	31,5	24,9
BH Tulln	14,2	14,6	20,9	25,8	26,7	20,7
BH Waidhofen a.d. Thaya	18,2	17,1	27,1	21,4	41,7	18,4
BH Wr. Neustadt-Land	18,8	23,1	40,4	42,5	43,5	32,9
BH Zwettl	14,9	13,9	41,6	57,5	123,8	43,0
Magistrat Krems-Stadt	18,7	22,5	24,7	21,3	24,6	19,2
Magistrat St. Pölten-Stadt	18,8	24,2	19,7	33,0	55,3	24,4
Magistrat Wr. Neustadt-Stadt	25,3	27,8	37,9	49,2	64,7	50,7

Anm.: Sehr hohe Wartezeiten könnten auch auf einen Eingabefehler oder eine nachträgliche Eingabe zurückführbar sein.

Hier muss angemerkt werden, dass es sich bei den Wartezeiten um Momentaufnahmen handelt, welche sehr kurzfristigen Änderungen unterworfen sind, etwa Bettensperren aufgrund der Pandemie oder Baugeschehen. Zudem können gerade bei einer niedrigeren Anzahl an Personen, einzelne Ausreißer mit langer Wartezeit den Mittelwert nach oben verzerren. Lange Wartezeiten von einzelnen Ausreißern können z.B. daran liegen, dass deren Einzug nachträglich eingetragen wurde oder sie aufgrund einer persönlichen Situation später eingezogen sind. Die steigenden Wartezeiten sollten daher nicht für die Ausbauplanung herangezogen werden.

Zusammengefasst:

Für die Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsdienstleistungen lassen sich in den letzten Jahren vor allem drei Einflussfaktoren benennen: Die Covid-19 Pandemie (2020 & 2021), der Pflegekräftemangel und die Abschaffung des Pflegeregresses (2018). In den Stichmonaten 2020 und 2021 ist es in allen Pflegeformen zu einem deutlichen Rückgang der Inanspruchnahme im Vergleich zu den Vorjahren gekommen. Dieser Rückgang bei gleichzeitigem Anstieg der Pflegegeldbezieher_innen von 91.257 (2017) auf 92.765 Personen (2021) weist daraufhin, dass es zu einem Anstieg der informellen Pflege gekommen ist. Wie schon in den vergangenen Bedarfsprognosen, wird auch im Altersalmanach 2024 der hohe Stellenwert der informellen Pflege belegt. 70,4% der Pflegegeldbezieher und 60,4% der Pflegegeldbezieherinnen werden 2021 ausschließlich informell gepflegt. Sie nehmen keine 24-Stunden-Betreuung bzw. mobile oder stationäre Pflege und Betreuung in Anspruch. Es lässt sich aufgrund der Corona-Pandemie und des Personalmangels ein Anstieg der informell gepflegten Personen von 57.213 Personen (2017) auf 59.522 Personen (2021) feststellen.

Neue aber nicht unerwartete Erkenntnisse bringt der Altersalmanach 2024 zu den Auswirkungen der Abschaffung des Pflegeregresses. Bei der Inanspruchnahme der Pflegeformen zeigt sich seit Beginn (2018) ein klarer Rückgang der Förderbezieher_innen der 24-Stunden Betreuung. Die Anzahl an Förderbezieher_innen ist von 7.861 Personen (2017) auf 6.695 Personen (2021) gesunken. Im Gegensatz dazu lässt sich anhand der Inanspruchnahme der stationären Pflege zunächst ein Initialeffekt durch einen deutlichen Anstieg zwischen 2017 und 2018 von 8.940 auf 9.378 Personen (+ 4,9%) erkennen. Obwohl der Anstieg der Anzahl an Bewohner_innen eher auf einen kurzfristigen Initialeffekt hindeutet, zeigt eine genauere Analyse der Heimaufnahmen, dass die Neuaufnahmen sich stark erhöht haben. Darüber hinaus hat die Abschaffung des Pflegeregresses zu einem Rückgang der Selbstzahlenden geführt. Die Abschaffung des Pflegeregresses hat zudem zu strukturellen Verschiebungen hin zu mehr „akuten“ Fällen und längeren Wartezeiten auf einen Pflegeplatz geführt.

Relevant für die Pflegebedarfsplanung ist die Gruppe der über 80-Jährigen, die sogenannten Hochaltrigen. So stellt das 80. Lebensjahr eine Art Schwelle dar, bei der fast die Hälfte der Niederösterreicher_innen Pflegegeld bezieht (47,8%). Dieser Anteil steigt bei den über 90-Jährigen auf 86,2%. Anders formuliert bezieht fast die Hälfte der über 80-Jährigen und mehr als vier Fünftel der über 90-jährigen Pflegegeld und weist somit administrativ einen Pflegebedarf auf.

Im Durchschnitt sind Personen in der Langzeitpflege 81,7 Jahre alt, in der 24-Stunden-Betreuung 85,3 Jahre und in der mobilen Betreuung/Pflege 81,2 Jahre alt. Im spezifischen Angebot der psychosozialen Betreuung und Pflege in Pflegeheimen befinden sich überwiegend jüngere Personen und Männer. Nach Pflegeformen zeigen sich für den Zeitraum 2017-2021 überall ein prozentueller Anstieg der Männer, wobei dieser Anstieg – von einem geringen Niveau ausgehend – am höchsten in der 24-Stunden-Betreuung ist.

4. Ergänzungsstudie 1: NÖ Pflege- und Betreuungsscheck

Autorinnen: Rebekka Rohner, Vera Hartmann & Sophie Buschenreithner

Der NÖ Pflege- und Betreuungsscheck ist eine jährliche Förderung in der Höhe von 1.000 Euro pro pflegebedürftiger Person, welcher seit Oktober 2023 von Menschen mit Pflegestufe 3 bis 7, die im Privathaushalt leben, beantragt werden kann (in Ausnahmefällen auch mit Pflegestufe 1 und 2 (z.B. Demenz-Diagnose)). Der NÖ Pflege- und Betreuungsscheck wird nicht zum Pflegegeld und anderen Sozialleistungen (NÖ Heizkostenzuschuss, Behindertenhilfe etc.) angerechnet, sondern zusätzlich ausbezahlt und kann entweder über ein Online Formular oder telefonisch beantragt werden (Amt der NÖ Landesregierung, 2024). Ziel des NÖ Pflege- und Betreuungsschecks ist es pflegebedürftige Menschen und ihren Familien zusätzliche finanzielle Möglichkeiten für einen Verbleib im eigenen Zuhause zu bieten. Damit soll einerseits der Wunsch der Mehrheit der älteren Menschen unterstützt werden, so lange wie möglich im eigenen Zuhause leben zu können und bei Bedarf durch Angehörige und/oder mobile Dienste betreut und gepflegt zu werden (Kolland, Rohner, & Gallistl, in Druck). Andererseits soll dies auch eine von vielen Maßnahmen darstellen, die in weiterer Folge dazu beitragen, Pflegeheime zu entlasten.

Ziel der vorliegenden Ergänzungsstudie ist einerseits mehr über den Zugang zum NÖ Pflege- und Betreuungsscheck zu erfahren und dabei sowohl die Informationswege nachvollziehen zu können, als auch mögliche Schwierigkeiten bei der Antragstellung zu erfassen. Andererseits liegt ein Fokus der Analyse auf der Verwendung des NÖ Pflege- und Betreuungsschecks. Da die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen sehr unterschiedlich sein können, ist der NÖ Pflege- und Betreuungsscheck zweckungebunden. Das heißt, die pflegebedürftigen Personen können selbst entscheiden, wofür sie das Geld einsetzen wollen. Daher ist ein weiteres Ziel der vorliegenden Studie, mehr darüber zu erfahren, wofür der NÖ Pflege- und Betreuungsscheck verwendet wurde.

Um die Verwendung dieses Geldes in Relation zu setzen, eignet sich ein kurzer Blick darauf, wie ältere Menschen ihr Einkommen generell verwenden und wofür sie es ausgeben. Grundsätzlich lässt sich bei älteren Österreichern und Österreicherinnen ein anderes Konsumverhalten als bei den jüngeren Altersgruppen feststellen. Laut der Konsumentenerhebung der Statistik Austria (2022b) von 2019/2020 gibt es Bereiche, in denen sich die Ausgaben von Personen im Alter von über 70 Jahren deutlich von denen jüngerer Altersgruppen unterscheiden. Ältere Österreicher und Österreicherinnen geben einerseits weniger ihres Haushaltseinkommens für Freizeit, Sport und Hobbys, aber auch für Bekleidung und Schuhe aus als jüngere Altersgruppen. Andererseits sind vor allem die Ausgaben für Gesundheit bei den über 70-Jährigen um das 2,6-fache höher als bei den unter 30-Jährigen: Während Personen unter 30 Jahren den geringsten Anteil ihres Einkommens für Gesundheit ausgeben (2,8%), steigt der Anteil der Haushaltsausgaben in diesem Bereich für Personen über 70 Jahre auf 7,2%.

Dies deutet daraufhin, dass die Lebensphase Alter durch spezifische Lebensbedingungen gekennzeichnet ist, die ein anderes Konsumverhalten bedingen. Es kann daher angenommen werden,

dass pflegebedürftige ältere Menschen – im Vergleich zu jüngeren/gesunden alten Menschen – einen noch höheren Anteil ihres Einkommens für Gesundheitsausgaben verwenden und dabei der NÖ Pflege- und Betreuungsscheck eine wichtige Unterstützung darstellen kann. Es gibt nicht wirklich vergleichbare Gutscheinsysteme in anderen Ländern. Große Initiativen wie der „Elderly Health Care Voucher Scheme“ in Hong Kong oder die „Service Vouchers“ in Finnland unterscheiden sich maßgeblich vom NÖ Pflege- und Betreuungsscheck durch ihre Zweckgebundenheit und ihren Fokus auf die Gesundheitsversorgung (Chong et al., 2021; Fung et al., 2022; Karsio & Anttonen, 2013; Tynkkynen et al., 2016).

Um konkrete Informationen über den Zugang zu und die Verwendung des NÖ Pflege- und Betreuungsschecks zu erhalten, wurde im Dezember 2023 eine empirische Studie vom Land NÖ an das Kompetenzzentrum für Gerontologie und Gesundheitsforschung in Auftrag gegeben. In dieser Studie haben an einer Online-Befragung insgesamt 8.849 Personen teilgenommen, die einen Antrag auf Auszahlung gestellt hatten und das Geld bereits erhalten haben. Der standardisierten Online-Fragebogen wurde in den Monaten März/April 2024 per Email versendet.

4.1. Methodisches Vorgehen

Fragebogen: Zur Befragung des NÖ Pflege- und Betreuungsschecks wurde ein Online-Fragebogen mit LimeSurvey erstellt, welcher die Themen Information und Zugang zum NÖ Pflege- und Betreuungsscheck abdeckt und die Verwendung und Zufriedenheit eruiert. Der Fragebogen wurde vom Forschungsteam in mehreren Runden evaluiert und adaptiert. Der finale Fragebogen wurde auch einem Pretest unterzogen. Dabei wurden Personen unterschiedlichen Alters beim Ausfüllen auf verschiedenen Endgeräten (Handy, Tablet und Computer) beobachtet und nach Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit befragt.

Grundgesamtheit und Ausschöpfungsquote: Am Stichtag dem 12.02.2024 sind insgesamt 34.581 Anträge auf den NÖ Pflege- und Betreuungsscheck eingelangt, davon wurden 2.585 telefonisch eingereicht, was einem Anteil von 7,5% entspricht. Die restlichen Anträge wurden online gestellt. Zielgruppe der Befragung waren alle Niederösterreicher_innen, die zumindest einen Antrag (2023 und/oder 2024) auf den NÖ Pflege- und Betreuungsscheck gestellt hatten und das Geld bereits erhalten haben: Dies entspricht 32.148 Personen (Stand 12.02.2024). Bei der hier präsentierten Studie handelt es sich um eine Teilerhebung, weil der Link zur Online-Umfrage an alle Antragsteller_innen versendet worden ist, die online einen Antrag gestellt haben (Telefonische Anträge wurden ausgeschlossen). Die Aussendung des Links zum Online-Fragebogen erfolgte direkt vom Land Niederösterreich, wobei ab dem 27.03.2024 bis zum 12.04.2024 in mehreren Tranchen zu je etwa 5.000 Personen Aussendungen erfolgten. Die Umfrage war einen Monat online und wurde am 02. Mai offline genommen. Insgesamt hatten 10.790 Personen den Fragebogen geöffnet, wobei 8.849 Personen den Fragebogen vollständig ausfüllten. Die Ausschöpfungsquote beträgt somit 28 %, die durchschnittliche Ausfülldauer betrug 5,4 Minuten. Auf die Verteilung der Stichprobe wird im Ergebnisteil eingegangen.

Datenauswertung: Die quantitative Datenauswertung erfolgt mit dem Programm IBM SPSS Statistics (Version 29). Primär werden alle Items des Online-Fragebogens deskriptiv dargestellt und bivariat ausgewertet. In einem weiteren Schritt werden verschiedene Gruppen von Antragsteller_innen gebildet und miteinander verglichen.

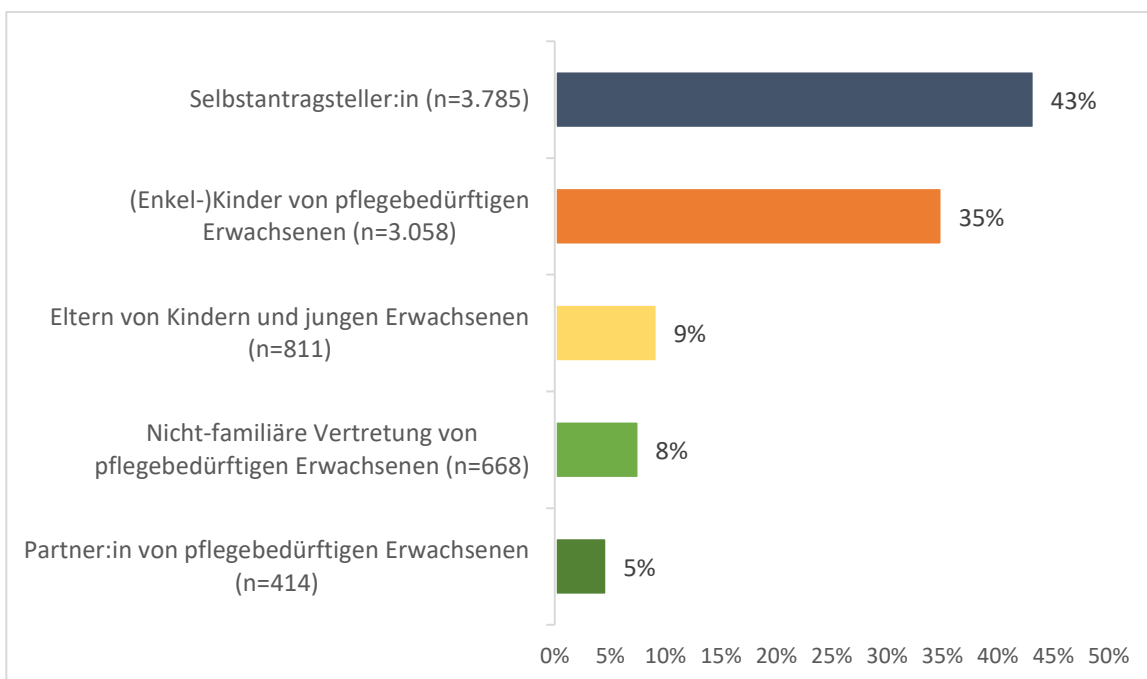
4.2. Ergebnisse

Bevor auf den Zugang zum, auf die Zufriedenheit mit und Verwendung vom NÖ Pflege- und Betreuungsscheck eingegangen wird, werden die Antragsteller und -stellerinnen, sowie auch die Scheckbezieher_innen näher betrachtet. Ziel ist es dabei mögliche Schwierigkeiten und Barrieren bei der Antragstellung zu erfassen, sowie mehr darüber zu erfahren, wofür das Geld eingesetzt wird.

Antragsteller und -stellerinnen

Der Antrag konnte sowohl von Angehörigen, der Erwachsenenschutzvertretung oder der pflegebedürftigen Person selbst gestellt werden, weshalb die Antragsteller_innen nicht unbedingt die Scheckbezieher_innen sein müssen. Der Antrag konnte für Personen mit Hauptwohnsitz in Niederösterreich ab Pflegestufe 3 (mit Ausnahmen auch darunter) gestellt werden, die im Privathaushalt leben. Daher wurde aus den drei Fragen, (1) für wen man einen Antrag gestellt hat, (2) für wie viele Personen man einen Antrag gestellt hat und (3) in welcher Beziehung man zu dieser Person steht, eine neue Variable erstellt, die die verschiedenen Gruppen der Antragsteller und -stellerinnen aufzeigt. Dabei lässt sich eine doch sehr diverse Gruppe an Antragsteller_innen erkennen:

Abbildung 23: Wer waren die Antragssteller_innen?



Zunächst einmal haben 43% der Antragsteller_innen für sich selbst einen Antrag gestellt. Ein großer Teil der Antragsteller_innen ist somit selbst Bezieher oder Bezieherin des NÖ Pflege- und Betreuungsschecks. Die zweitgrößte Gruppe der Personen, die den Antrag gestellt hat, waren Kinder und Enkelkinder der pflegebedürftigen Person (35%). Neun Prozent der Antragsteller_innen waren Eltern von minderjährigen Kindern und jungen Erwachsenen (n=811). Diese Gruppe wird als Eltern bezeichnet, da es sich überwiegend um Eltern handelt. Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass auch andere Menschen in Vertretung für pflegebedürftige Kinder einen Antrag gestellt haben (n=6). Acht Prozent der Antragsteller_innen sind entweder nicht mit der pflegebedürftigen Person verwandt (n=216) oder weiter entfernt verwandt (n=452). Und schließlich stellen die kleinste Gruppe der Antragsteller_innen mit fünf Prozent die (Ehe-)Partner und Partnerinnen der pflegebedürftigen Person dar. Dies zeigt die große Bedeutung der Familie bei der Unterstützung von pflegebedürftigen Personen.

Insgesamt haben 760 Personen (9%) einen Antrag für mehrere pflegebedürftige Personen gestellt, diese wurden allerdings zu Beginn des Fragebogens gebeten, die weiteren Fragen nur für eine der Bezieher_innen zu beantworten. Sie wurden dementsprechend der jeweiligen Gruppe zugeordnet, die das Beziehungsverhältnis zu der einen Person angibt, für die sie den Fragebogen beantwortet hat.

Pflege- und Betreuungsscheckbezieher_innen

Während bei den Antragsteller_innen vor allem das Beziehungsverhältnis zur pflegebedürftigen Person von Interesse war, wurden in Bezug auf den oder die Scheckbezieher_in auch soziodemographische Fragen zu Alter, Geschlecht und Pflegestufe gestellt.

Vergleicht man zunächst die Verteilung der Pflegestufen, des Alters und Geschlechts der Scheckbezieher_innen mit der Verteilung in der Grundgesamtheit aller Pflegegeldbezieher_innen in Niederösterreich (siehe BMSGPK, 2023), fällt auf, dass die vorliegenden Daten eine sehr ähnliche Verteilung aufweisen. In der vorliegenden Stichprobe haben 89 % der Scheckbezieher_innen eine Pflegestufe zwischen 3 und 5. Auch in der allgemeinen Verteilung der Pflegegeldbezieher_innen weisen 89 % der 46.774 Bezieher_innen mit Stufe 3 bis 7 entweder Stufe 3, 4 oder 5 auf. Ähnliches gilt für die Alters- und Geschlechtsverteilung: In der vorliegenden Stichprobe sind 60% weiblich und 83% über 60 Jahre alt. In Niederösterreich betrug 2022 der Frauenanteil an allen Pflegegeldbezieher_innen 62% und der Anteil an über 60-Jährigen bei 83% (ebda.).

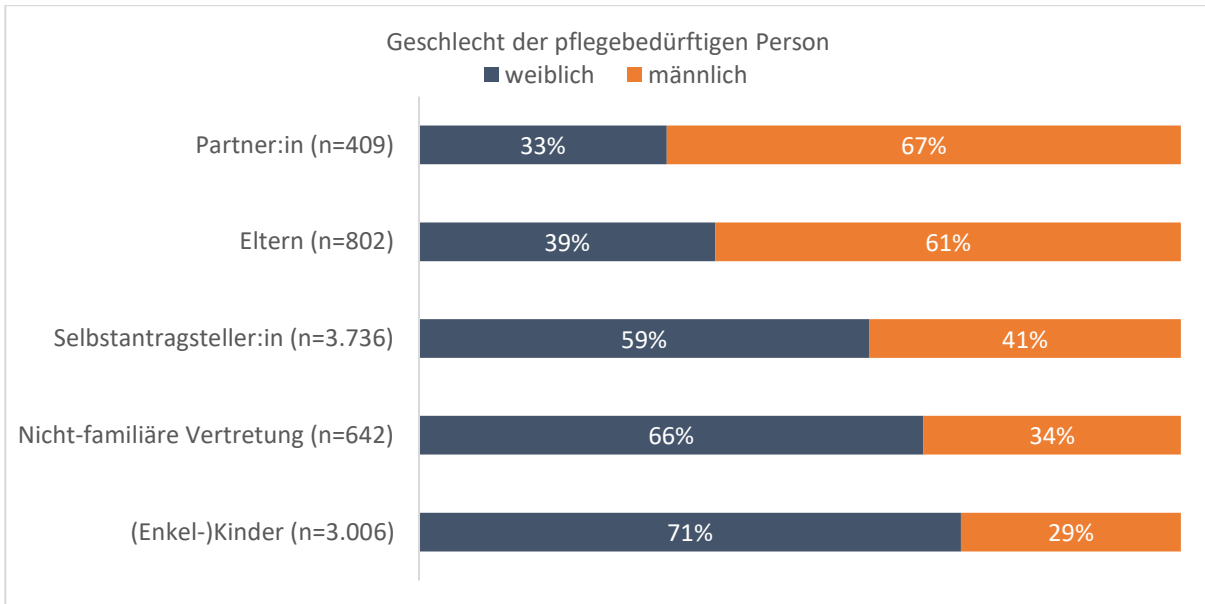
Tabelle 23 – Soziodemographische Merkmale der Scheckbezieher_innen

	Häufigkeit	%
Pflegestufe der Scheckbezieher_innen		
Stufe 3	3026	36%
Stufe 4	2734	32%
Stufe 5	1770	21%
Stufe 6	562	7%
Stufe 7	344	4%
Gesamt	8436	100%
Fehlend	413	
Geschlecht der Scheckbezieher_innen		
weiblich	5258	60%
männlich	3436	40%
Gesamt	8694	100%
Fehlend	155	
Alter der Scheckbezieher_innen		
0-19 Jahre	729	8%
20-39 Jahre	304	3%
40-59 Jahre	483	5%
60-79 Jahre	1737	20%
80+ Jahre	5544	63%
Gesamt	8797	100%
Fehlend	52	

In Bezug auf die Geschlechtsverteilung zeigt sich darüber hinaus, dass obwohl die überwiegende Mehrheit der Scheckbezieher_innen weiblich (60 %) ist, es Geschlechtsunterschiede nach den Antragsteller_innen gibt.³ So zeigt Abbildung 24, dass zum Beispiel 67 % der Partnerinnen für ihren Mann den NÖ Pflege- und Betreuungsscheck beantragt haben. Im Gegensatz dazu haben Kinder und Enkelkinder eher für weibliche (Groß-)Eltern einen Antrag gestellt.

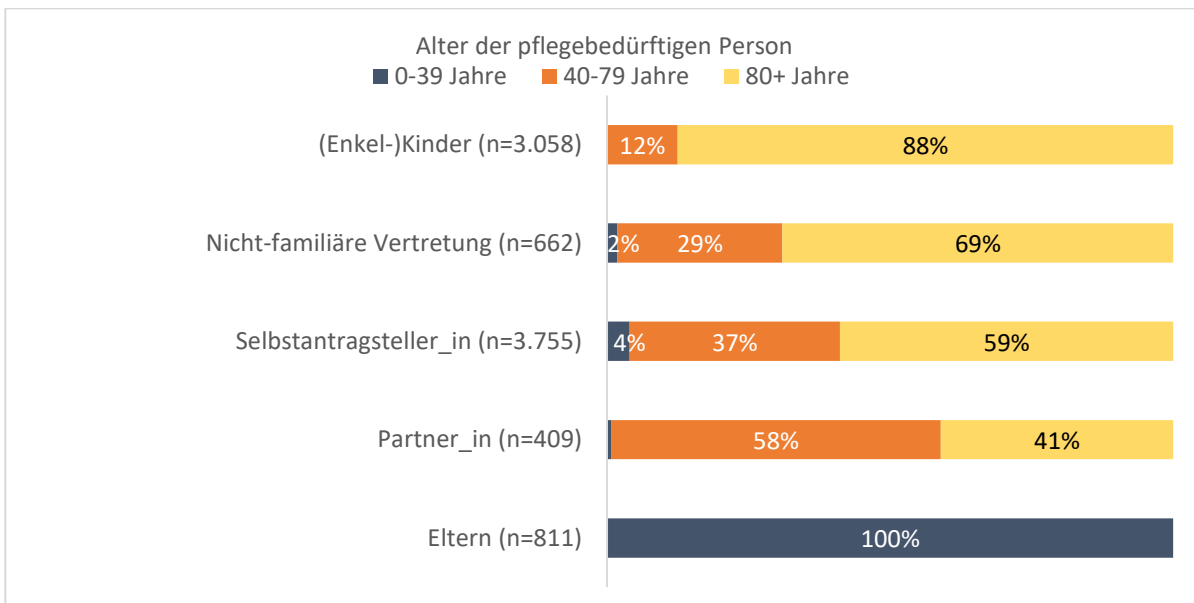
³ Cramers-V=0,237 p<0,001

Abbildung 24: Gruppe der Antragsteller_innen nach Geschlecht der pflegebedürftigen Person



Die Pflege- und Betreuungsscheckbezieher_innen sind – wie bereits beschrieben – überwiegend hochaltrig (63%), wobei das Alter je nach Antragsteller_in variiert. So zeigt sich etwa, dass die Partnerinnen nicht nur überwiegend für ihre Männer einen Antrag gestellt haben, sondern ihre Männer (und damit wahrscheinlich auch die Partnerinnen) eher jünger sind: 58 % sind zwischen 40 und 79 Jahre alt. Im Gegensatz dazu haben Enkelkinder und Kinder vor allem für hochaltrige (Groß-)Eltern einen Antrag gestellt. Hochaltrigkeit bedeutet allerdings nicht unbedingt, dass die pflegebedürftige Person abhängig von der Unterstützung anderer Personen bei der Antragstellung ist. Denn 59 % der Personen, die für sich selbst einen Antrag gestellt haben, sind 80 Jahre alt oder älter.

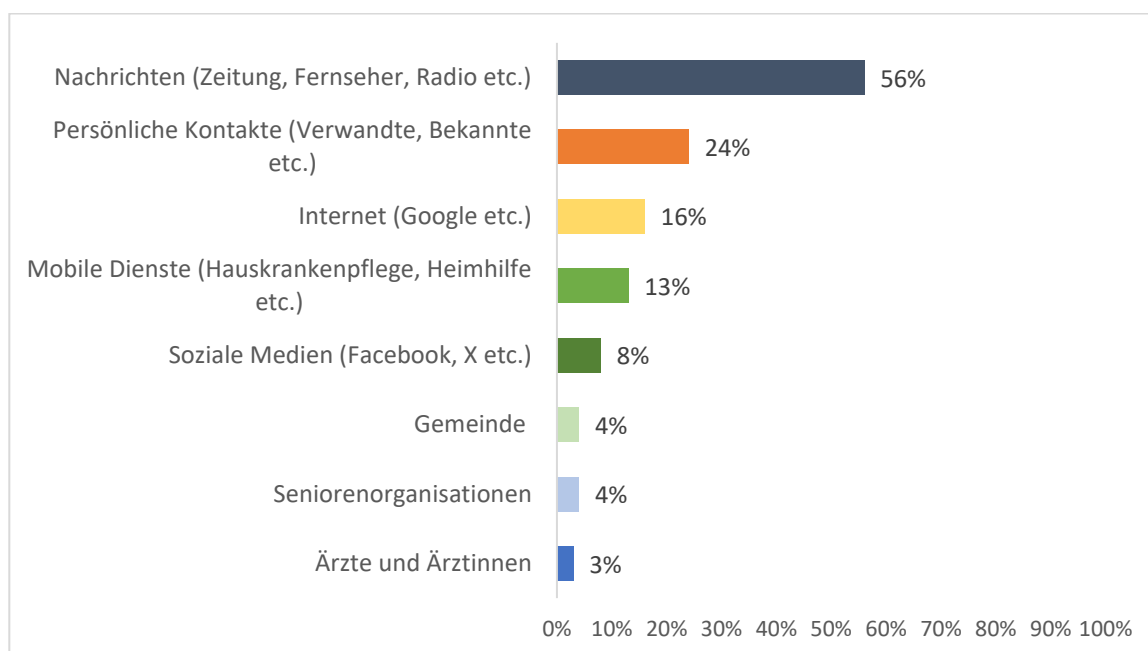
Abbildung 25: Gruppe der Antragsteller_innen nach dem Alter der pflegebedürftigen Person



Zugang zum Antrag

Wie haben die Antragsteller und -stellerinnen vom NÖ Pflege- und Betreuungsscheck erfahren? Ein Großteil der Niederösterreicher_innen (56%) wurde über die klassische Nachrichten (Zeitungen, Fernsehen etc.), gefolgt von persönlichen Kontakten (24%) über den Scheck informiert. Neben dem Internet (16%) waren aber auch mobile Dienste (SSMD, 24-Stunden-Betreuung) in der Informationsverbreitung relevant (13%), während Ärzte und Ärztinnen eher marginal beteiligt waren (3%). Ebenfalls kleinere Anteile des Informierens entfallen auf soziale Medien (8%), Gemeinden (4%) und Seniorenorganisationen (4%).

Abbildung 26: Wie wurden Sie auf den NÖ Pflege- und Betreuungsscheck aufmerksam? (mehrere Angaben möglich, n=8.849)



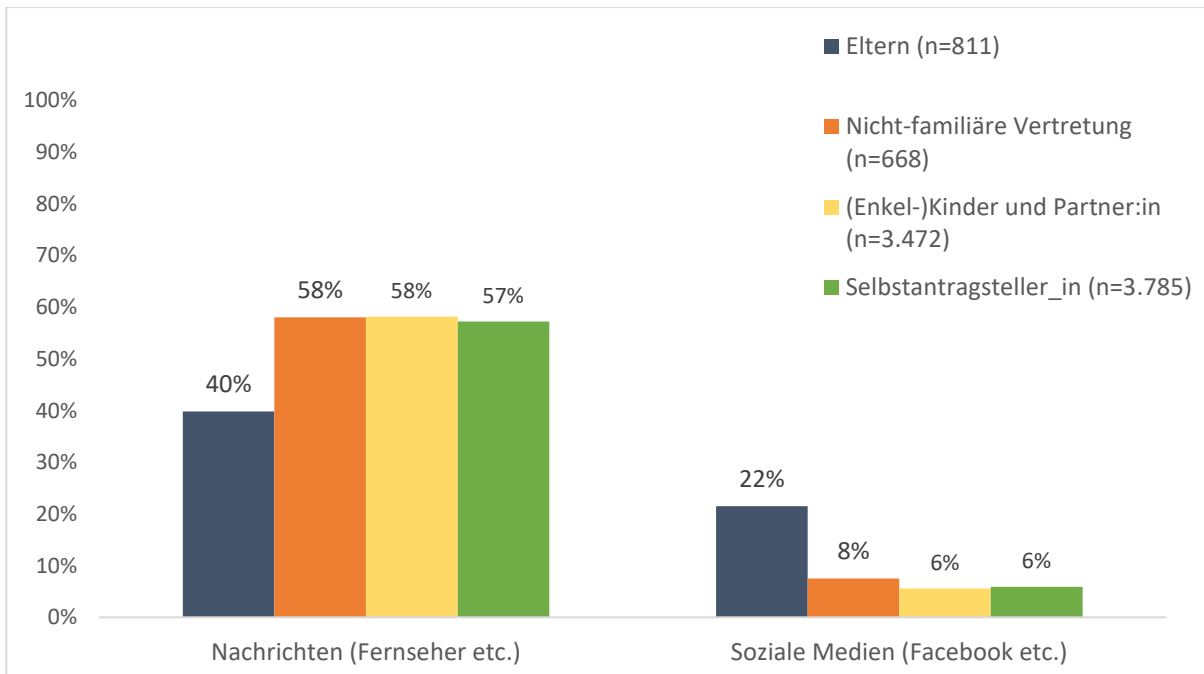
Da es sehr verschiedene Gruppen von Antragsteller_innen gibt, werden nachfolgend die Informationswege nach diesen Gruppen untersucht. Dabei zeigt sich nur in Bezug auf soziale Medien und klassische Medien (Nachrichten im Fernseher, Radio etc.) ein Unterschied, alle anderen Informationskanäle weisen kaum Unterschiede zwischen den Gruppen der Antragsteller_innen auf. Generell haben die Antragsteller_innen eher über die klassischen Nachrichten vom Scheck erfahren als über soziale Medien. Allerdings haben Eltern von pflegebedürftigen Kindern und jungen Erwachsenen häufiger angegeben über sozialen Medien⁴ vom Pflegescheck erfahren zu haben und weniger über die Nachrichten.⁵ Auch wenn bei dieser Gruppe mit 40 % immer noch mehr Personen über die Nachrichten informiert wurden. Dagegen haben die pflegebedürftigen Personen selbst, nicht-familiäre und familiäre Vertretungen von Erwachsenen vor allem über die Nachrichten vom NÖ Pflege- und Betreuungsscheck erfahren.

⁴ Cramers-V=0,170 p<0,001

⁵ Cramers-V=0,108 p<0,001

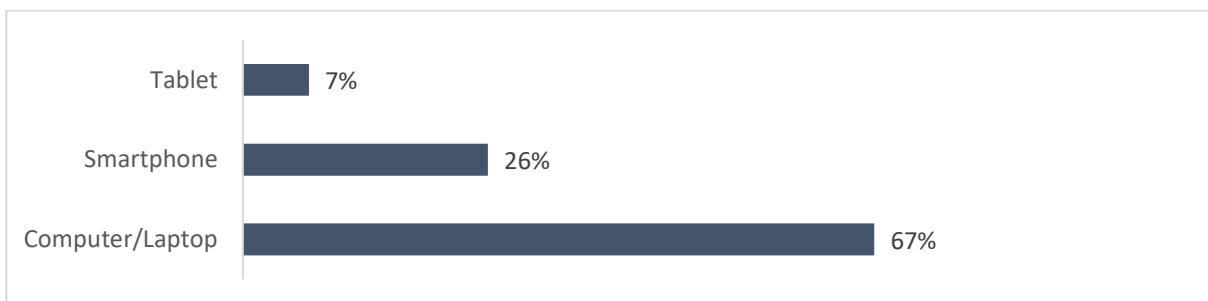
Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede des Informationskanals nach Pflegegeldstufe oder Geschlecht. Aber es gibt minimale Altersunterschiede: Die Antragsteller_innen von jüngeren Scheckbezieher_innen haben eher über soziale Medien⁶ und über das Internet⁷ erfahren (soziale Medien 20%, Internet 23%), als von älteren Scheckbezieher_innen (soziale Medien 5%, Internet 15%). Allerdings sind die sozialen Medien weniger eine relevante Informationsquelle, sondern eher die Nachrichten oder soziale Kontakte im eigenen Netzwerk.

Abbildung 27: Information über den Pflege- und Betreuungsscheck erhalten durch soziale Medien oder Nachrichten nach der Gruppe der Antragsteller_innen



Wie gestaltete sich der Zugang zum Online-Antrag und welche Schwierigkeiten lassen sich erkennen? Auf das Antragformular zugegriffen, haben zwei Drittel der Personen über einen Computer oder Laptop (67%). Ein Drittel hat mobile Geräte benutzt, dabei vermehrt das Smartphone (26%) und nur in geringem Ausmaß Tablets (7%).

Abbildung 28: Auf welchem Gerät haben Sie den Online-Antrag ausgefüllt?

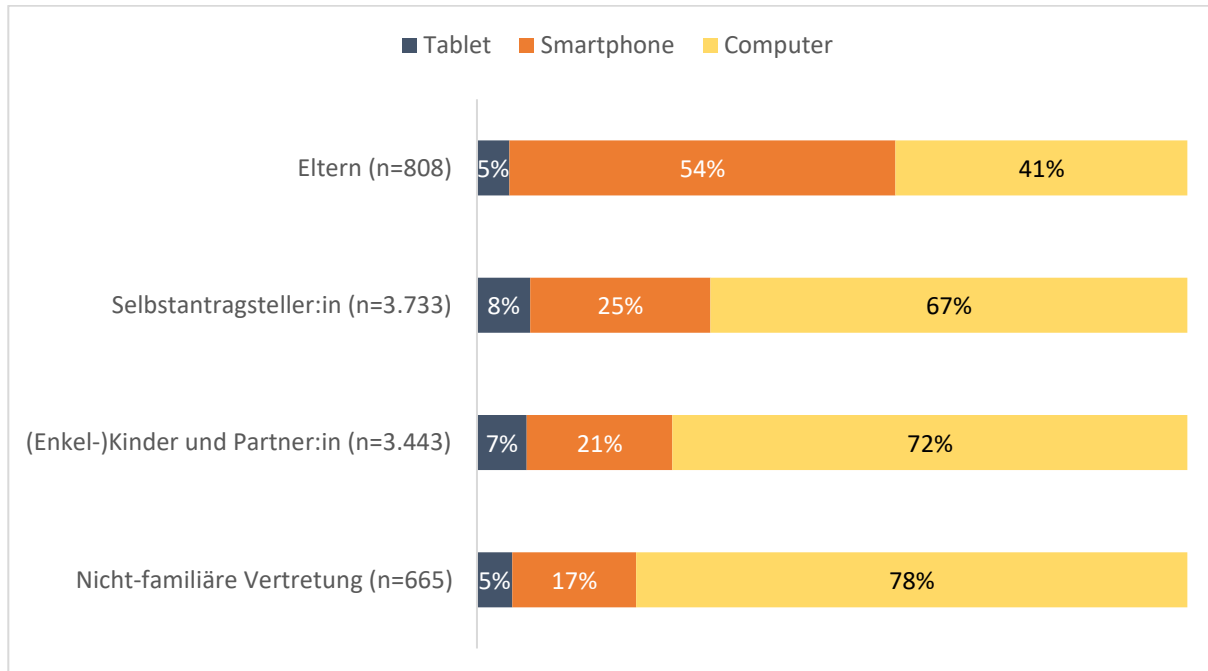


⁶ Cramers-V=0,182 p<0,001

⁷ Cramers-V=0,071 p<0,001

Eltern von pflegebedürftigen Kindern und jungen Erwachsenen werden nicht nur häufiger über soziale Medien informiert, sie haben auch häufiger das Smartphone (54%) für die Antragstellung genutzt als alle anderen Gruppen. Auch wenn bei den Selbstantragsteller_innen ein Drittel ein Smartphone oder ein Tablet für die Antragstellung genutzt haben, überwiegt auch hier der Zugang zum Antrag über den Computer. Mit 78 % ist es jedoch vor allem die nicht-familiäre Vertretung pflegebedürftiger Personen, die den Computer zur Antragstellung verwendet hat.

Abbildung 29: Zugang zum Antrag der verschiedenen Gruppen von Antragsteller_innen

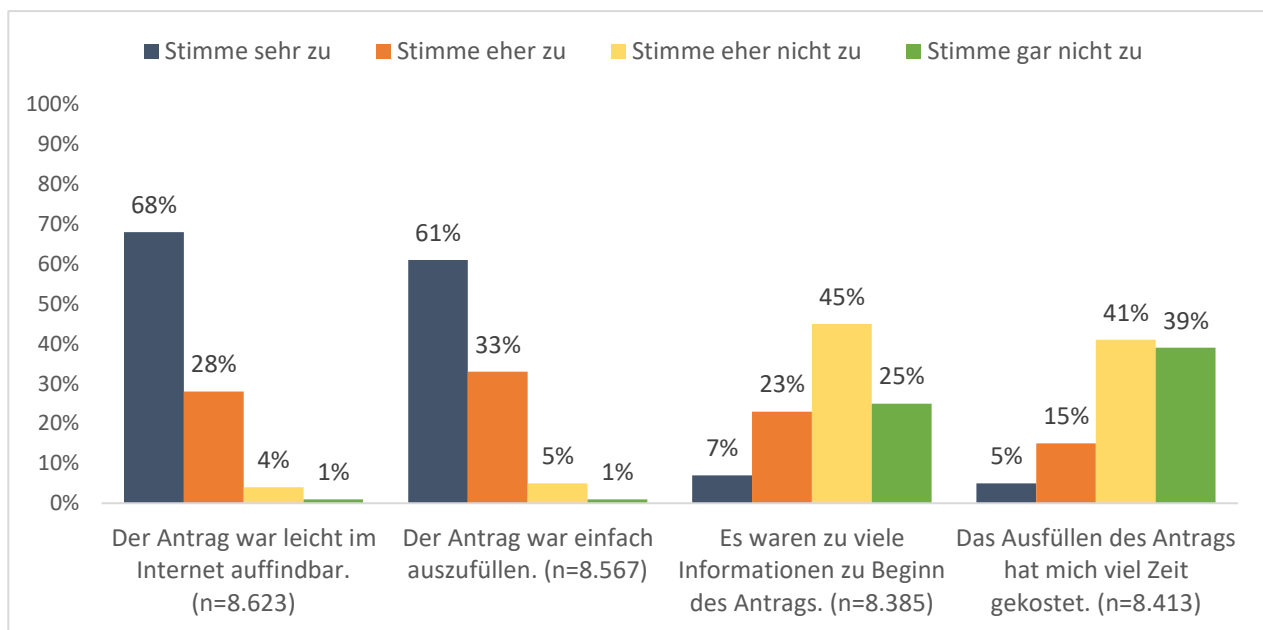


Generell wurde der Zugang zum bzw. das Ausfüllen des Antrages als eher einfach empfunden. Dabei war der Antrag für fast alle leicht im Internet zu finden: 96% stimmten der Aussage sehr oder eher zu, dass sie den Antrag leicht gefunden haben. Ebenfalls stimmten insgesamt 94% sehr oder eher zu, dass der Antrag einfach auszufüllen war. Der Online-Antrag war also für die Befragten eher kein Problem. Allerdings gab doch ein Fünftel der Befragten an, dass das Ausfüllen des Antrages viel Zeit gekostet hat und etwa 30% finden, es gibt zu viele Informationen zu Beginn des Antrages. Auch wenn die überwiegende Mehrheit das Beratungstool am Anfang des Antrags nicht als störend empfunden hat, gaben die Selbstantragsteller_innen etwas häufiger an (34 %), dass die Informationen zu viel waren.⁸

Beim Zusammenrechnen der Items ergibt sich eine Skala von 1 (Zugang war sehr schwer) bis 4 (Zugang war sehr leicht). Hier liegt der Mittelwert bei 3,3 (SD=0,55), was ebenfalls darauf hindeutet, dass die Befragten keine großen Schwierigkeiten beim Auffinden und Ausfüllen des Antrages hatten. Es muss allerdings betont werden, dass die Befragten zu den Personen gehören, die erfolgreich den Antrag ausfüllen konnten. Wir wissen dementsprechend nicht, welche Barrieren der Antrag für die Pflegegeldbezieher_innen darstellt, die keinen Antrag gestellt haben.

⁸ Cramers-v=0,069 p<0,001

Abbildung 30: Wie ist es Ihnen dabei gegangen, den NÖ Pflege- und Betreuungsscheck online zu beantragen?



Verwendung des Geldes

Wofür haben die Scheckbezieher_innen das Geld ausgegeben? Welche Bedeutung hat der NÖ Pflege- und Betreuungsscheck für die Pflegeversorgung zu Hause? Der NÖ Pflege- und Betreuungsscheck ist im Gegensatz zu anderen internationalen Gutscheinsystemen nicht zweckgebunden, d.h. die Bezieher_innen können frei entscheiden, wofür sie das Geld ausgegeben. Prinzipiell ist es aber das Ziel, Pflege und Betreuung zu Hause zu unterstützen. Um mehr über die Verwendung zu erfahren, wurden die Antragsteller_innen gebeten anzugeben, wofür die Scheckbezieher_innen das Geld ausgegeben haben:

Die überwiegende Mehrheit hat den NÖ Pflege- und Betreuungsscheck ganz oder teilweise für Pflege- und Betreuungsdienstleistungen oder Hilfsmittel eingesetzt. 41% der Befragten geben an, dass der/die Bezieherin das Geld (oder Teile davon) für mobile Dienste ausgegeben hat. Ähnlich oft (39%) wurde angegeben, dass damit Heilbehelfe oder Hilfsmittel angeschafft wurden. Jede/r Vierte gibt an das Geld für Therapien verwendet zu haben und etwas mehr als jede/r Fünfte hat es für die soziale Alltagsbegleitung ausgegeben. 16% haben das Geld an Angehörige und Bekannte weitergegeben, weil diese Unterstützung geleistet haben. 10% haben es für Tages-, Übergangs- oder Kurzzeitpflege verwendet und 7% der Befragten gaben Investitionen in barrierefreie Wohnraumanpassung an.

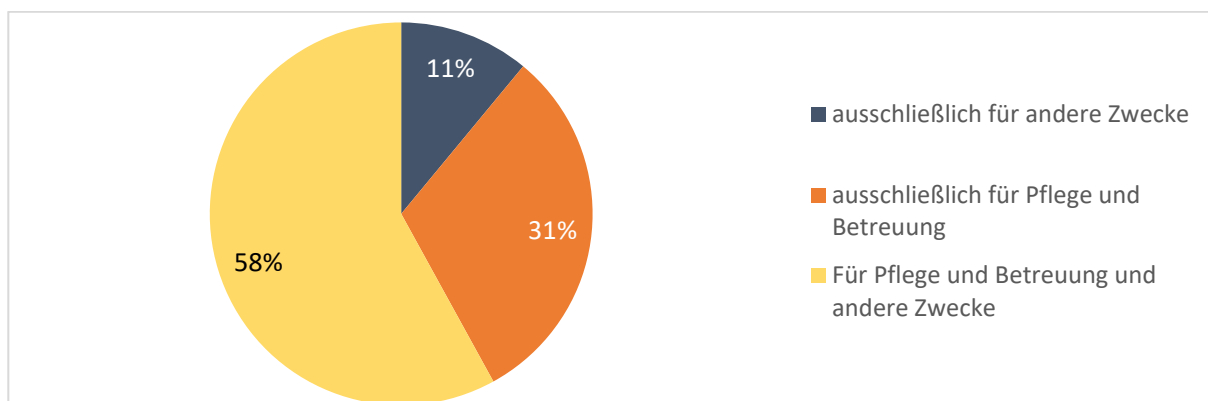
Neben Ausgaben für Pflege- und Betreuungsdienstleistungen wurden Teile davon auch für Güter des täglichen Bedarfs, Wohnen und Mobilität ausgegeben und konnten somit in Zeiten der Inflation einen Verbleib im Zuhause begünstigen: 29% haben Güter des täglichen Bedarfs, wie Lebensmittel oder Kleidung, besorgt und 15% haben Ausgaben rund um Wohnen und Mobilität getätigt. Nur etwa 4% der Befragten geben an, dass das Geld gespart bzw. noch nicht verwendet wurde.

Abbildung 31: Markieren Sie alle Ausgaben, die Sie/die pflegebedürftige Person mit dem Zuschuss getätigt haben (Mehrfachantworten möglich, n=8.628).



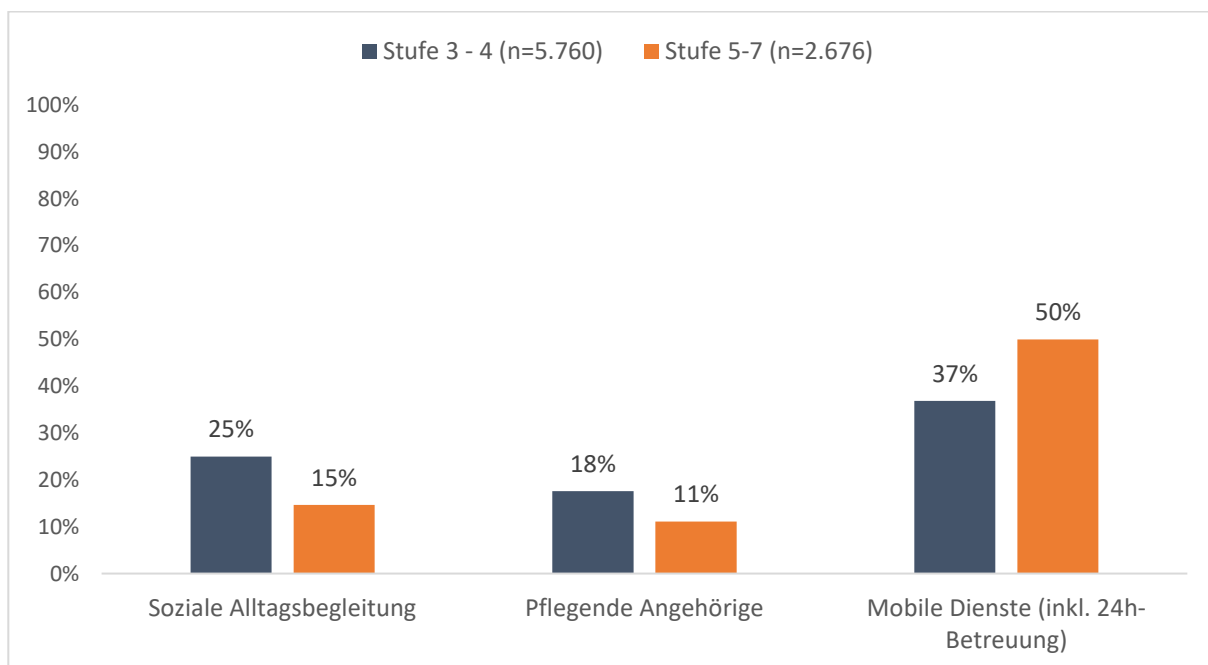
Um einen besseren Überblick darüber zu erhalten, bei wie vielen Bezieher_innen das Geld zurück in das Pflege- und Betreuungssystem geflossen ist, wurden die verschiedenen Antwortmöglichkeiten zusammengefasst. Zusammengenommen sind 89 % ganz oder teilweise für professionelle oder informelle Pflege- und Betreuungsdienstleistungen, Therapien oder die Anschaffung von Heilbehelfen ausgegeben worden, wobei insgesamt 31 % der Bezieher_innen das Geld ausschließlich für derartige Leistungen ausgegeben hat. Lediglich 11% der Bezieher_innen haben das Geld ausschließlich für andere Güter des täglichen Bedarfs, Wohnen oder Mobilität ausgegeben.

Abbildung 32: Verwendung des Geldes in Kategorien (n=8.538)



Betrachtet man die Verwendung näher, lässt sich erkennen, dass die Bezieher und Bezieherinnen das Geld zielgerichtet für ihren je spezifischen Bedarf verwendet haben. Zunächst lässt sich anhand der Pflegestufe erkennen, dass Personen mit höherer Pflegestufe, das Geld eher für Pflege ausgegebene haben, während Personen mit niedriger Pflegestufe häufiger das Geld für Betreuung verwendet haben. Die Hälfte der Personen mit Pflegestufe 5-7 hat das Geld u.a. für mobile Dienste (inkl. 24h-Betreuung) ausgegeben⁹. Personen mit Stufe 3 oder 4 haben dagegen häufiger geantwortet es für eine soziale Alltagsbegleitung (25%)¹⁰ bzw. informelle Pflege (18%)¹¹ ausgegeben zu haben.

Abbildung 33: Verwendung des Pflege- und Betreuungsschecks nach der Pflegestufe der Bezieher_innen.



Neben der Pflegestufe zeigen sich auch Unterschiede nach dem Alter, wobei 22% der Bezieher_innen unter 40 Jahren, das Geld nicht für Pflege- und Betreuung ausgegeben haben, während dies auf sieben Prozent der über 80-Jährigen zutrifft. Allgemein können wir sehen, dass hochaltrige Personen den Pflegescheck häufiger ausschließlich für Pflege und Betreuung ausgegeben haben, während jüngere etwas häufiger andere Zwecke damit bezahlt haben.¹²

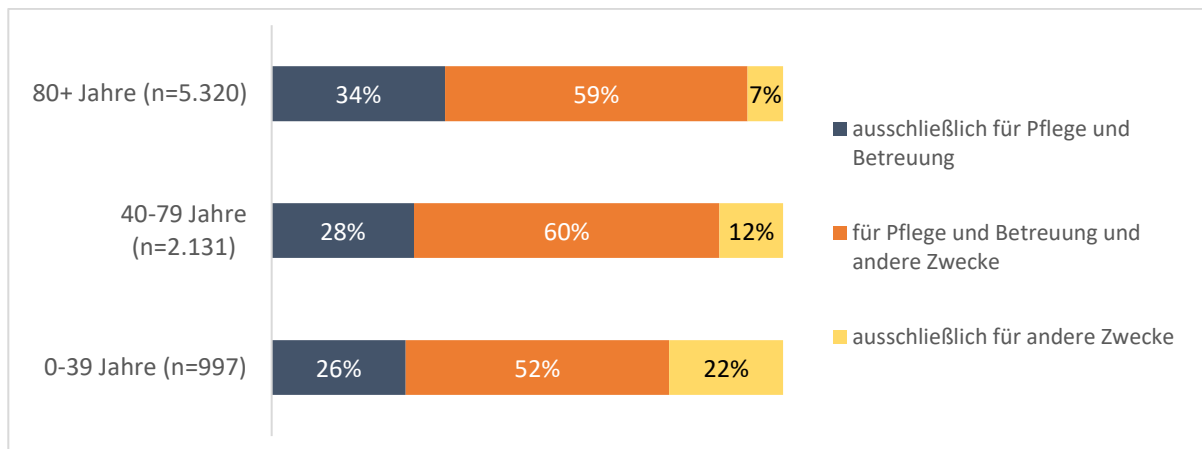
⁹ Cramers-V=0,113 p<0,001

¹⁰ Cramers-V=0,116 p<0,001

¹¹ Cramers-V=0,084 p<0,001

¹² Cramers-V=0,115 p<0,001

Abbildung 34: Allgemeine Verwendung des Pflege- und Betreuungsschecks nach Altersgruppen der Bezieher_innen



Betrachtet man die Verwendung noch konkreter, fällt auf, dass jüngere pflegebedürftige Menschen ganz andere Bedürfnisse - womöglich aufgrund anderer Erkrankungen - haben als ältere pflegebedürftige Menschen. Dementsprechend geben Jüngere das Geld auch eher für Therapien¹³ aus als ältere Menschen: 56% der Bezieher_innen unter 40 Jahren haben das Geld (u.a.) in Therapien investiert im Vergleich zu 15% der über 80-Jährigen. Auch Güter des täglichen Bedarfs haben Jüngere damit eher finanziert, der Unterschied zu den anderen Altersgruppen ist jedoch geringer.¹⁴ Vor allem über 80-Jährige Bezieher_innen haben das Geld eher für Heilbehelfe¹⁵ und mobile Dienste¹⁶ ausgegeben. Interessanterweise haben Jüngere auch häufiger das Geld gespart.¹⁷ 52% der über 80-Jährigen haben (u.a.) mobile Dienste mit dem Scheck finanziert. Keine Altersunterschiede zeigen sich beim Wohnen oder auch bei Wohnraumanpassungen. Dies deutet daraufhin, dass pflegebedürftige jüngere Menschen einerseits andere Pflege- und Betreuungsbedürfnisse haben und auch andere Lebensbedingungen als hochaltrige Pflegebedürftige.

¹³ Cramers-V=0,316 p<0,001

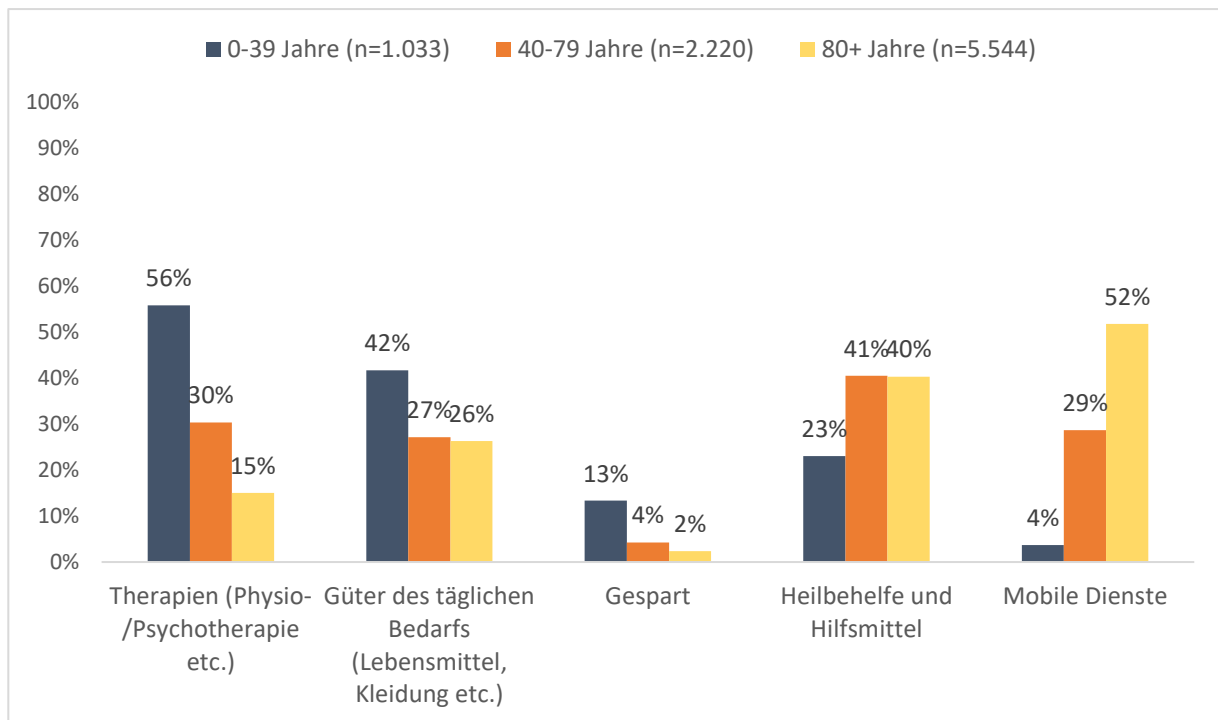
¹⁴ Cramers-V=0,109 p<0,001

¹⁵ Cramers-V=0,115 p<0,001

¹⁶ Cramers-V=0,337 p<0,001

¹⁷ Cramers-V=0,174 p<0,001

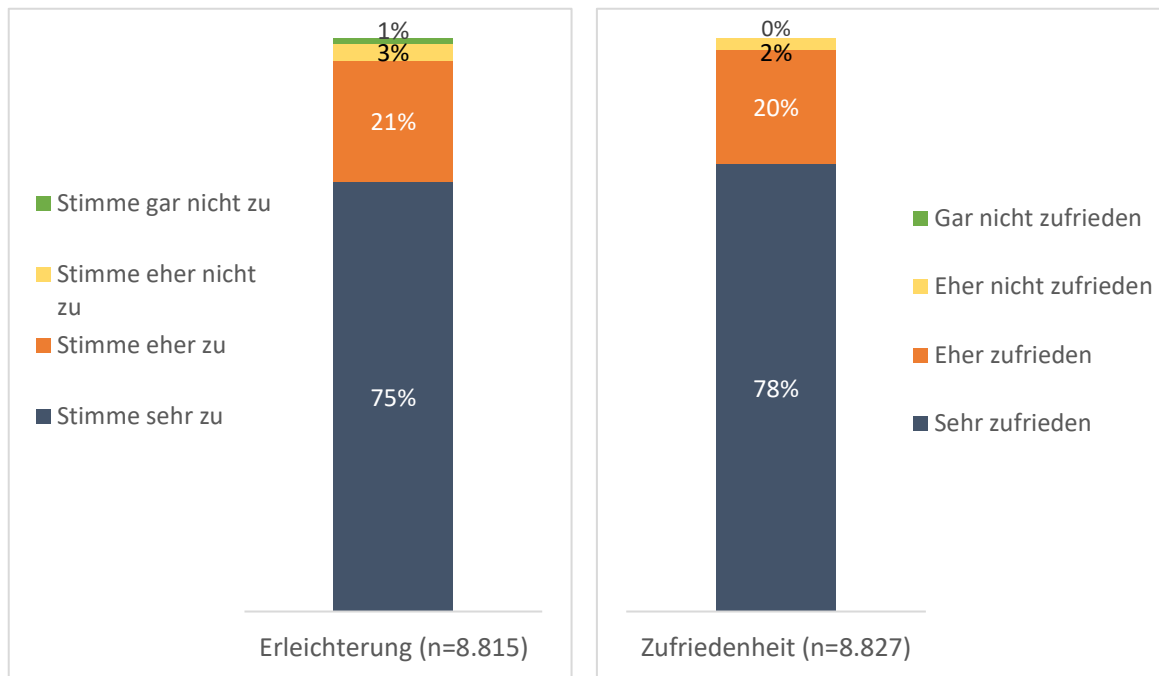
Abbildung 35: Spezifische Verwendung des Pflege- und Betreuungsschecks nach Altersgruppen der Bezieher_innen



Zufriedenheit der Bezieher_innen

Wie wird der NÖ Pflege- und Betreuungsscheck von den Befragten bewertet? Alles in allem, sind 78% der Befragten sehr zufrieden mit dem Angebot des NÖ Pflege- und Betreuungsschecks, weitere 20 sind eher zufrieden. Dementsprechend gaben von den 8.827 Befragten lediglich zwei Prozent eine Unzufriedenheit an. Ebenfalls stimmten 75 % der Befragten der Aussage sehr zu, dass der NÖ Pflege- und Betreuungsscheck eine Erleichterung bei der Pflege und Betreuung zu Hause bringt. Weitere 21 % stimmten der Aussage eher zu. Lediglich vier Prozent lehnten diese Aussage eher oder sehr ab.

Abbildung 36: Links: Haben Sie das Gefühl, dass der NÖ Pflege- und Betreuungsscheck eine Erleichterung bei der Pflege/Betreuung zu Hause bringt? Rechts: Alles in allem, wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot des NÖ Pflege- und Betreuungsschecks?

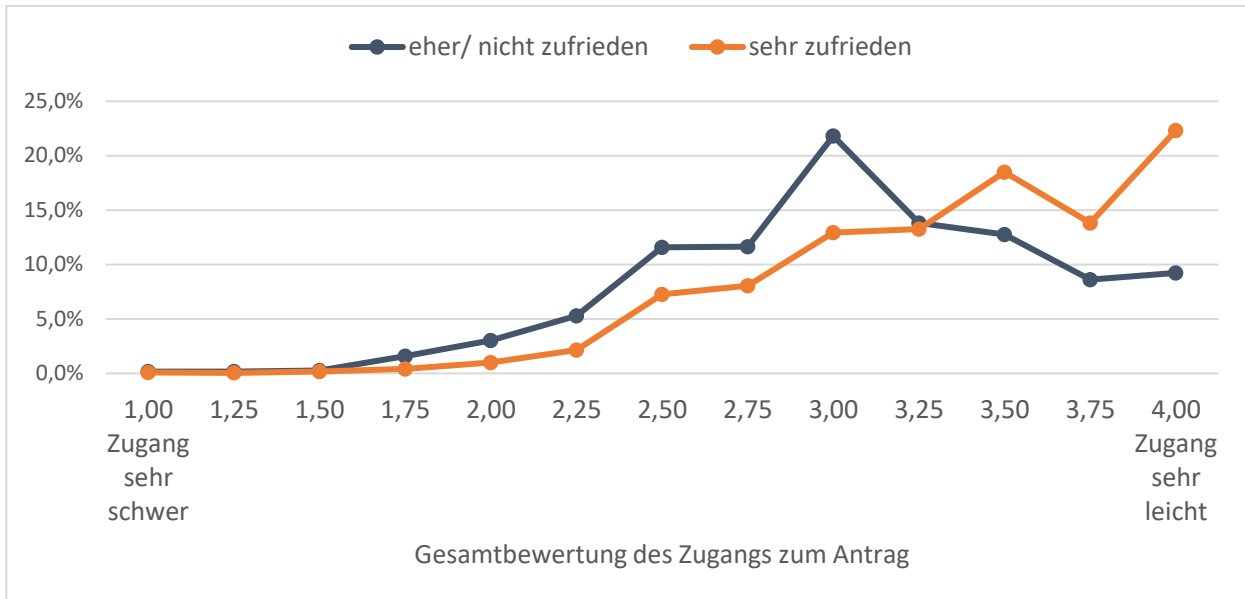


Einerseits lassen sich kaum Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen von Antragsteller_innen in der Zufriedenheit und Erleichterung feststellen, andererseits scheint auch die Verwendung keinen Einfluss darauf zu haben. Wofür das Geld also verwendet wurde, beeinflusst die Zufriedenheit mit dem Scheck und das Gefühl der Erleichterung nicht. Es zeigt sich allerdings, dass der Zugang zum Scheck und damit wie leicht oder schwer die Antragstellung für die Befragten war, die Zufriedenheit beeinflusst. Nimmt man alle vier Statements zum Ausfüllen des Antrages zusammen (leicht auffindbar, einfach ausfüllbar, zu viel Zeit gekostet, zu viele Informationen) und macht einen additiven Summenindex daraus, wird ersichtlich, dass je leichter der Online-Zugang erlebt wird, desto zufriedener sind die Befragten mit dem Angebot¹⁸ und desto eher empfinden sie ihn als Erleichterung.¹⁹

¹⁸ Mann-Whitney-U-Test: Mittlerer Rang – eher/nicht zufrieden: 3176. Mittlerer Rang – sehr zufrieden: 4417. P<0,001

¹⁹ Mann-Whitney-U-Test: Mittlerer Rang – eher/nicht zufrieden: 3573. Mittlerer Rang – sehr zufrieden: 4330. P<0,001

Abbildung 37: Index der Gesamtbewertung des Zuganges zum Antrag nach der Zufriedenheit mit dem Pflege- und Betreuungsscheck



Betrachtet man den Zugang differenzierter, besteht vor allem bei der Auffindbarkeit²⁰ und der Einfachheit des Ausfüllens²¹ ein mittlerer Zusammenhang mit der Zufriedenheit. Fast drei Viertel der Befragten, die sehr zufrieden sind, stimmen der Aussage sehr zu, dass der Antrag leicht zu finden war, während dies 49 % der Personen tun, die eher zufrieden oder nicht zufrieden mit dem Scheck sind. Ebenso verhält es sich bei der Aussage, dass der Antrag leicht auszufüllen war, wie Tabelle 24 zeigt. Ein schwacher Zusammenhang mit der Zufriedenheit besteht dagegen bei den Aussagen, dass das Ausfüllen viel Zeit gekostet hat²² und die Informationen am Anfang zu viel waren.²³ Die Einfachheit des Beantragens ist daher von größerer Bedeutung für die Zufriedenheit als die Zeit, die das Ausfüllen kostet, und die Wahrnehmung des Beratungstools am Beginn des Antrags.

Tabelle 24: Bewertung des Zuganges zum Antrag nach der Zufriedenheit mit dem Pflege- und Betreuungsscheck

		eher/ nicht zufrieden	sehr zufrieden
Der Antrag war leicht im Internet auffindbar.	stimme (gar) nicht zu	10%	3%
	stimme eher zu	41%	24%
	stimme sehr zu	49%	73%
	n	2.122	6.474
Der Antrag war einfach auszufüllen.	stimme (gar) nicht zu	11%	4%
	stimme eher zu	49%	29%
	stimme sehr zu	40%	67%
	n	2.122	6.421

²⁰ Pearsons-r= 0,228 p<0,001

²¹ Pearsons-r= 0,218 p<0,001

²² Pearsons-r= 0,139 p<0,001

²³ Pearsons-r= 0,125 p<0,001

4.3. Fazit

Ziel der vorliegenden Studie war es einerseits mehr über den Zugang zum NÖ Pflege- und Betreuungsscheck zu erfahren und andererseits die Verwendung des Schecks nachvollziehen zu können. Dafür wurde im April 2024 an alle Antragsteller_innen, die online einen Antrag gestellt haben und das Geld bereits ausbezahlt bekommen haben, ein Link zur Umfrage geschickt. Insgesamt haben 8.849 Personen den Fragebogen vollständig ausgefüllt, wobei 43 % der Antragsteller_innen selbst die Bezieher oder Bezieherinnen des NÖ Pflege- und Betreuungsschecks sind. Bei den anderen Antragssteller_innen handelt es sich überwiegend um nahestehende Verwandte: 35 % sind die Kinder oder Enkelkinder der Scheckbezieher_in, neun Prozent sind Eltern von Kindern und jungen Erwachsenen und fünf Prozent sind die (Ehe-)Partner oder Partnerinnen. Acht Prozent der Antragsteller_innen sind entweder nicht mit der Bezieher_in verwandt oder weiter entfernt verwandt. Bei den Pflege- und Betreuungsscheckbezieher_innen handelt es sich überwiegend um hochaltrige Personen (63 %) und Frauen (60 %). Es kann also in Hinblick auf die Stichprobe von einem außergewöhnlich guten Rücklauf gesprochen werden, zumal die Befragung Online stattfand und damit für die hier angesprochene Bevölkerungsgruppe eine entsprechende Herausforderung bestand.

Vom NÖ Pflege- und Betreuungsscheck erfahren hat mehr als die Hälfte (56%) über Medien (Nachrichten, Fernsehen, Radio). Ein weiterer wichtiger Informationskanal waren persönliche Kontakte (24%). Eltern wurden stärker als andere Personen, die einen Antrag gestellt haben über soziale Medien aufmerksam auf den Scheck. Die Anträge wurden meistens über Computer oder Laptop ausgefüllt (67%), Eltern nutzen eher das Smartphone. Generell zeigt sich eine hohe Zustimmung zu den Aussagen der Antrag sei leicht auffindbar und einfach auszufüllen. Etwas ambivalenter werden die Informationen zu Beginn des Antrags im Beratungstool gesehen, 30 % empfanden diese als zu viel.

Von besonderem Interesse ist die Verwendung des zur Verfügung gestellten Geldes, weil es erstens darum geht, abschätzen zu können, welche und ob diese Maßnahme eine Unterstützung für pflegende Angehörige und damit für Pflege/Betreuung zu Hause ergibt. Eng damit verbunden ist ein zweites Interesse, nämlich abschätzen zu können, welche versorgungspolitischen Effekte einer solchen Maßnahme zugeschrieben werden können.

Zusammengefasst:

Die Befragung von 8.849 Personen mit Pflegegeldbezug in NÖ zeigt, dass der NÖ Pflege- und Betreuungsscheck von den Bezieher_innen zielgerichtet zur Abdeckung von Bedarfen im Zusammenhang von Pflege und Betreuung eingesetzt wird. 31% der Befragten haben das Geld ausschließlich sowie weitere 58% teilweise für Pflege-, Betreuungs- oder Therapieleistungen verwendet. 11% der Befragten haben das Geld nicht für derartige Dienstleistungen ausgegeben. Jüngere Personen und solche mit niedrigerer Pflegestufe haben das Geld eher für Therapien und Betreuung ausgegeben, während hochaltrige Personen das Geld eher in mobile Pflege und Heilbehelfe investiert haben. Die empirisch feststellbaren Unterschiede in der Verwendung nach Alter und Pflegestufe lassen den Rückschluss zu, dass das Geld gezielt dort eingesetzt wird, wo es je nach Pflegestufe und Bedarf gebraucht wird. Dies inkludiert auch Ausgaben, die nicht unmittelbar im Rahmen des Pflege- und Betreuungssystems getätigt worden sind. Diese Ausgaben haben trotzdem eine Wirkung in Richtung eines längeren Verbleibs im eigenen Zuhause. So gaben insgesamt 29% der Bezieher_innen das Geld für Güter des täglichen Bedarfs (Lebensmittel, Kleidung etc.) aus und 15% verwendeten es für Wohnen und Mobilität.

Die Einschätzung der Zufriedenheit ist ein weiterer Aspekt dieser Studie. Fast alle Befragten sind mit dem Angebot des NÖ Pflege- und Betreuungsscheck zufrieden (98%) und empfinden ihn als Erleichterung in der Pflege und Betreuung zu Hause (96%), wobei jeweils drei Viertel der Befragten angaben, dass sie sehr zufrieden sind und der Scheck ihre Betreuungs- und Pflegesituation erleichtere. Nachdem die Bezieher_innen das Geld ihren Bedarfen entsprechend einsetzen können, zeigen sich keine Unterschiede in der Zufriedenheit und Erleichterung nach der jeweiligen Verwendung des Schecks. Allerdings beeinflusst der angegebene Aufwand für die Antragstellung die Zufriedenheit: Es zeigt sich eine höhere Zufriedenheit bei Personen, die angeben, dass der Antrag leicht zu finden und auszufüllen war. Die Einfachheit der Beantragung ist von größerer Bedeutung für die Zufriedenheit als die Zeit, die das Ausfüllen kostet, und die Wahrnehmung des Beratungstools am Beginn des Antrags.

Wie ist nun der NÖ Pflege- und Betreuungsscheck in Hinsicht auf die Pflegeversorgung in NÖ einzuschätzen? Welche Bedeutung hat dieser im Zusammenhang mit der Pflege und Betreuung zu Hause? Die Befragung der Antragsteller und -stellerinnen zeigt, dass der Pflege- und Betreuungsscheck von der Zielgruppe als deutliche Unterstützung für die Pflege und Betreuung zu Hause gesehen wird. Die Angaben zur Verwendung des Geldes lassen darauf schließen, dass es zielgerichtet nach den spezifischen Bedarfen für einen Verbleib zu Hause verwendet wurde. Es muss allerdings erwähnt werden, dass 57% der Antragsteller_innen, die bei der Umfrage mitgemacht haben, nicht die Scheckbezieher_innen selbst sind (d.h. mit der gesundheitlichen Situation und der digitalen Kompetenz der pflegebedürftigen Personen zu tun) und somit über die Verwendung einer anderen Person Auskunft gegeben haben. Aufgrund des sehr nahen (familiären) Verhältnisses der überwiegenden Mehrheit der Antragsteller_innen zu den Scheckbezieher_innen haben die Antworten – stellvertretend für die betreuenden/ pflegebedürftigen Personen – nichtsdestotrotz eine sehr hohe Gültigkeit und starke Aussagekraft.

Einschränkend soll hervorgehoben werden, dass bei der Befragung nur die Antragsteller_innen mitmachen konnten, die bereits erfolgreich einen Antrag gestellt haben. Es liegen keine Informationen vor über Barrieren für pflegebedürftige Menschen und ihre Familien, die bisher noch keinen Antrag gestellt haben. Es stellt sich die Frage, welche Personengruppen von den ca. 48.000 niederösterreichischen Anspruchsberechtigten (BMSGPK, 2023) nicht erreicht werden konnten. Einerseits zeigen die Antworten zu den Informationskanälen, über die man vom Scheck erfahren hat, dass die Information vor allem über das persönliche Netzwerk und klassische Medien, wie Zeitungen, Fernseher oder Radio, erfolgte. Es könnte also sein, dass Anspruchsberechtigte, die keinen Antrag gestellt haben, nicht ausreichend oder gar nicht informiert sind. Andererseits zeigt sich beim Zugang, dass lediglich 7,5 % telefonisch einen Antrag zwischen Oktober 2023 und Februar 2024 gestellt haben. Das verweist zwar auf die mittlerweile gute Reichweite von eGovernment-Tools, wirft allerdings auch die Frage auf, wo und wie der telefonische Zugang zum Antrag analog verbreitet wurde und der telefonische Zugang bekannt ist. In der Forschung wird in westlichen Gesellschaften auf digitale Ungleichheiten zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen verwiesen, wobei die hier adressierte Befragtengruppe stärker von digitaler Benachteiligung betroffen ist. Für die vorliegende Studie lässt sich annehmen, dass vor allem Angehörige mit niedrigerem sozio-ökonomischen Status, sowie hochaltrige Pflegebedürftige ohne Unterstützung größere Schwierigkeiten dabei haben den NÖ Pflege- und Betreuungsscheck – sowohl digital als auch telefonisch - zu beantragen.

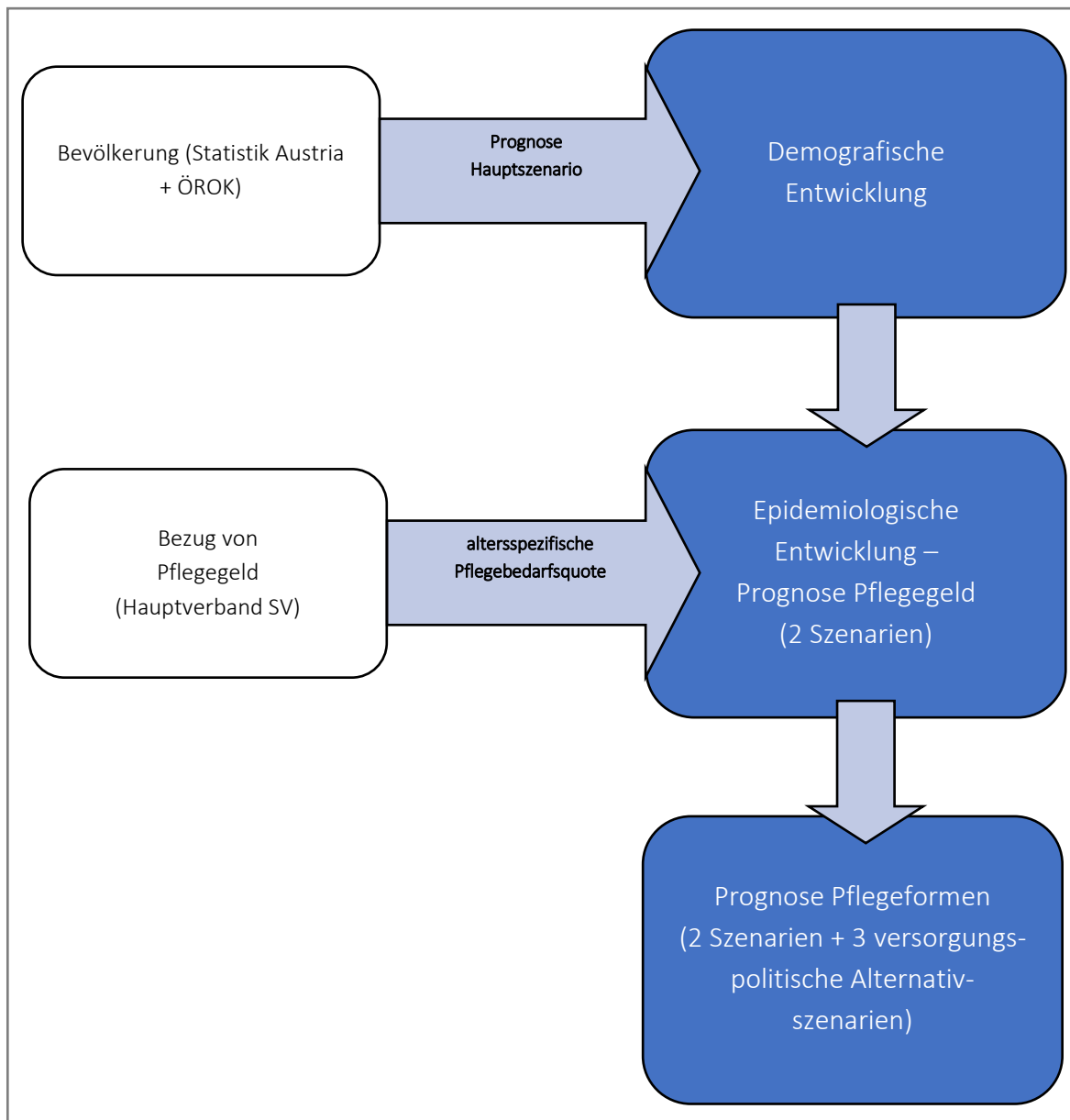
5. Pflegebedarfsprognose für Niederösterreich

Dieses Kapitel zeigt die zukünftige Entwicklung des Pflegebedarfs. Zu Beginn erfolgt eine Erörterung der Methodik dieser Bedarfsprognose bzw. werden die Modellparameter dargelegt. Im Anschluss werden im zweiten Schritt die Ergebnisse für die Entwicklung des Pflegegeldbezuges und der Pflegeformen bis 2035 dargestellt. Dann werden Prognoseszenarien vorgestellt, welche die Auswirkungen von potentiellen Änderungen in der Versorgungsstruktur beleuchten. Abschließend werden die zukünftigen Entwicklungen im Rahmen aktueller, wissenschaftlicher Diskussionen und internationaler Entwicklungen diskutiert.

5.1. Methodik und Szenarien der Bedarfsprognose

Die Prognose folgt dem in Abbildung 38 dargestellten Ablauf. Informationen zur Datenerhebung und -aufbereitung finden sich im Anhang. Die demografischen Daten bilden die Grundlage für die Prognose, diese beschreiben die demografischen Veränderungen bis zum Jahr 2035 und haben den stärksten Einfluss auf den zukünftigen Bedarf. Zur Anwendung kommt die kleinräumige Bevölkerungsprognose 2021-2050, welche auf den Langfristannahmen der Hauptvariante der Bevölkerungsprognose der Statistik Austria basiert (Hanika, 2022). Die Daten des Pflegegeldbezugs bestimmen die Anzahl der pflegebedürftigen Personen. Mittels dem Pflegegeldbezug wird die Pflegebedarfsquote berechnet und auf den Prognosezeitraum übertragen. Die Anzahl der pflegebedürftigen Personen ist die Basis zur Berechnung der Personen, welche diverse Pflegeleistungen in Anspruch nehmen (Bayer-Oglesby & Höpflinger, 2010). Zur Berechnung wird die gegenwärtige Wahrscheinlichkeit bzw. Prävalenz herangezogen.

Abbildung 38: Ablauf der Prognoseberechnung



Für die Prognose der epidemiologischen Entwicklung wird die empirische Pflegebedarfsquote nach Altersgruppen berechnet. Für die Berechnung nach weiteren Kriterien, wie nach dem Geschlecht und dem politischen Bezirk, wird die Formel erweitert (vgl. Rothgang & Vogler, 1997).

Formel 1 – Altersspezifische Pflegebedarfsquote Pflegegeldbezug: Altersgruppe x Bezirk x Geschlecht

$$PQ_{ijk} = \frac{P_{ijk}}{B_{ijk}}$$

P = Personen Pflegegeldbezug
 PQ = Altersspezifische Pflegebedarfsquote
 B = Bevölkerungsanzahl
 i = 1,2: Geschlecht (männlich, weiblich)
 j = 1,...,24: Bezirk
 k = 1,..., 8: Altersgruppen

Mit dieser Formel sind für alle Kombinationen von Altersgruppe x Bezirk x Geschlecht (8 x 24 x 2) Pflegebedarfsquoten (384 Kombinationen) berechnet worden. Für die Berechnung hinsichtlich der Pflegegeldstufen wurde diese Formel noch um die Pflegegeldeinstufung erweitert. Da in den höheren Pflegegeldstufen auf der regionalen Ebene geringe Fallzahlen auftreten, sind diese Werte mit einer hohen Schwankungsbreite behaftet: Deshalb wäre eine Einzelbetrachtung der Bestandteile der Kombinationen nicht valide.

Für die weiteren Berechnungen gilt jeweils der September als Bezugsmonat, d.h. alle Personen, die in diesem Monat Pflegeleistungen bezogen haben. Die Bevölkerungsdaten weisen den Stichtag 31.12. auf. Die Basisperiode der Prognose umfasst die Jahre 2017 bis 2021, der Projektionshorizont den Zeitraum 2022 – 2035.

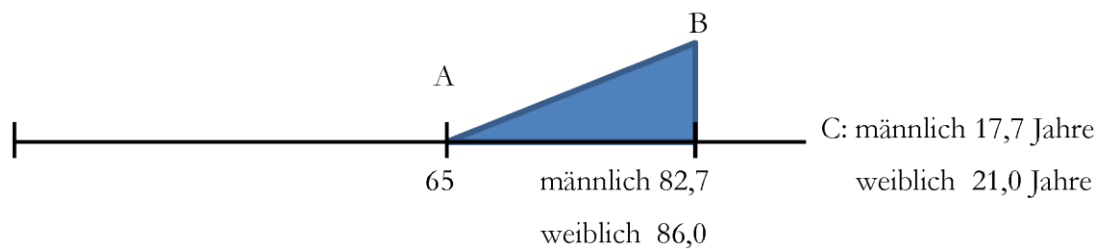
Die Prognoseberechnungen erfolgen nach den Merkmalen Alter (0-49, 50-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90+), Geschlecht und politischer Bezirk. Da sich die Bezirke hinsichtlich des Pflegebedarfs und der Nutzung der verfügbaren Pflegeleistungen sehr stark unterscheiden, wurde die Prognose nach dem Bottom-Up Prinzip durchgeführt. D.h. alle Berechnungen wurden für jeden Bezirk separat durchgeführt, das Gesamtergebnis für Niederösterreich wird durch die Summe dieser Einzelergebnisse gebildet. Für die Prognose gilt das Herkunftsprinzip, d.h. der Bezirk wird durch den (bei der stationären Pflege: früheren) Wohnort der Empfängerinnen und -empfänger der Pflegeleistung bestimmt und nicht durch den Ort der Pflegeleistung (z.B. Standort der stationären Einrichtung).

Epidemiologische Szenarien

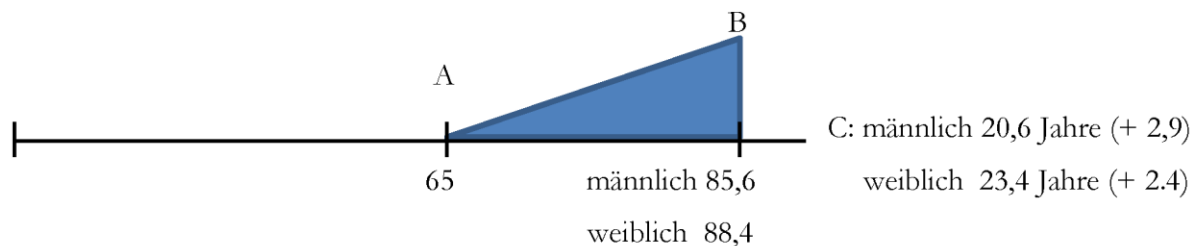
Die folgende Abbildung 39 stellt die epidemiologischen Szenarien dar (vgl. Bayer-Oglesby & Höpflinger, 2010). Die erste Darstellung zeigt den Ausgangspunkt, das Basisszenario, die Pflegebedürftigkeit tritt zu einem bestimmten Zeitpunkt ein, dauert einen Zeitraum und endet. Dieses Szenario wird nicht berücksichtigt, es geht davon aus, dass der Eintritt der Pflege und die Lebenserwartung bis zum Jahr 2035 gleichbleiben. Dies ist aber nicht der Fall, die fernere Lebenserwartung nimmt laut Prognose für niederösterreichische Männer im Alter von 65 Jahren vom Jahr 2022 bis zum Jahr 2035 um 2,9 Jahre zu und steigt damit von 17,7 auf 20,6 Jahre. Für Frauen steigt die fernere Lebenserwartung von 2022 auf 2035 um 2,4 Jahre von 21,0 auf 23,4 Jahre (siehe Abbildung 1). Die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren wurde gewählt, da zu diesem Zeitpunkt die Pflegebedürftigkeit deutlich ansteigt. Das blaue Dreieck in der Darstellung symbolisiert die Wahrscheinlichkeit des Pflegebedarfs, welche mit höherem Alter steigt.

Abbildung 39: Epidemiologische Szenarien

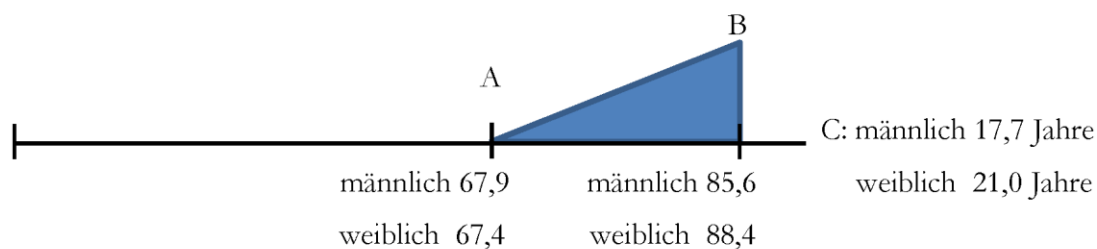
Basisszenario



Demographisches Szenario



Kompressionsszenario



A: Eintritt der Pflegebedürftigkeit
B: Ende der Pflegebedürftigkeit
C: Dauer der Pflegebedürftigkeit

Quelle: Abbildung adaptiert (Timonen 2008)

Um Veränderungen des Pflege- und Betreuungsbedarfs zu erfassen, werden **zwei Grundszenarien** berechnet. Diese Szenarien sind durch den Pflegegeldbezug gerahmt und beinhalten Annahmen, zu welchem Zeitpunkt im Lebensverlauf die Pflege beginnt und wie lange diese dauert. Diese leiten sich u.a. aus der wissenschaftlich diskutierten Kompressionshypothese und der Medikalisierungshypothese ab und werden in Prognoseszenarien häufig eingesetzt (etwa Famira-Mühlberger & Firgo, 2018; Pellegrini et al. 2022). Die unterschiedliche Pflegedauer ist beeinflusst von der Lebenserwartung und der zukünftigen gesundheitlichen Situation der älteren Bevölkerung. Die folgenden zwei Grundszenarien stellen die obere und untere plausible Grenze dar:

- Demographisches Szenario
- Kompressionsszenario

Das demographische Szenario trägt der sich ausweitenden Lebenserwartung Rechnung. Dadurch verlängert sich die Zeit der Pflegebedürftigkeit beim gleichen Eintrittsalter um 2,9 Jahre (Männer) bzw. 2,4 Jahre (Frauen). Dieses Szenario entspricht der Medikalisierungshypothese, welche davon ausgeht, dass sich der Zeitraum der Pflege verlängert. Das Eintrittsalter in die Pflege bleibt

dabei gleich. Durch eine höhere Lebenserwartung in der Zukunft verlängert sich daher die Zeitdauer der Pflege (Gruenberg, 1977). Da die verlängerte Lebenserwartung erst im Jahr 2035 gilt, wurde dieser Anstieg auf den Zeitraum 2022 bis 2035 gleichmäßig verteilt. Für die Plausibilität dieses Szenarios sprechen einerseits internationale Ergebnisse, die vor allem für Männer eine steigende Lebenserwartung mit Beeinträchtigung nachweisen konnten (Enroth et al. 2021; Payne 2022), andererseits aber auch die unveränderte Pflegebedarfsquote von niederösterreichischen Männern (siehe Abbildung 7), deren relativer Anteil in Zukunft steigen wird (siehe Tabelle 4).

Das Kompressionsszenario folgt der Kompressionshypothese. Nach dieser tritt der Zeitpunkt der Pflegebedürftigkeit erst später ein. Der spätere Zeitpunkt wird wiederum mit der gesteigerten Lebenserwartung bemessen. Somit bleibt die Dauer der Pflegebedürftigkeit gleich und verschiebt sich nach hinten. Personen werden also in der Zukunft nicht nur länger leben, sondern auch mehr Jahre in Gesundheit verbringen. Es kommt zur Kompression (Fries, 1980). Für die Plausibilität dieses Szenarios sprechen einerseits Ergebnisse aus der Schweiz, die auf eine Kompression hindeuten (Seematter-Bagnoud et al., 2021). Andererseits spricht auch der leichte Anstieg der Lebenserwartung in Gesundheit in Österreich dafür (siehe Abbildung 51), sowie der Rückgang der Pflegebedarfsquote bei niederösterreichischen Frauen in den relevanten Altersgruppen (siehe Abbildung 7).

Empirisch lassen sich alle zwei Hypothesen nachweisen – je nachdem, welche Indikatoren für Morbidität benutzt bzw. welche Länder betrachtet werden. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung ist daher noch nicht beendet (Blinkert & Gräf, 2009; Breyer, 2015; Chatterji, Byles, Cutler, Seeman, & Verdes, 2015; Fries, Bruce, & Chakravarty, 2011; Hörl u. a., 2009; Ho & Hendi, 2018, Marshall et al., 2019).

5.2. Prognose des Pflegegeldbezugs

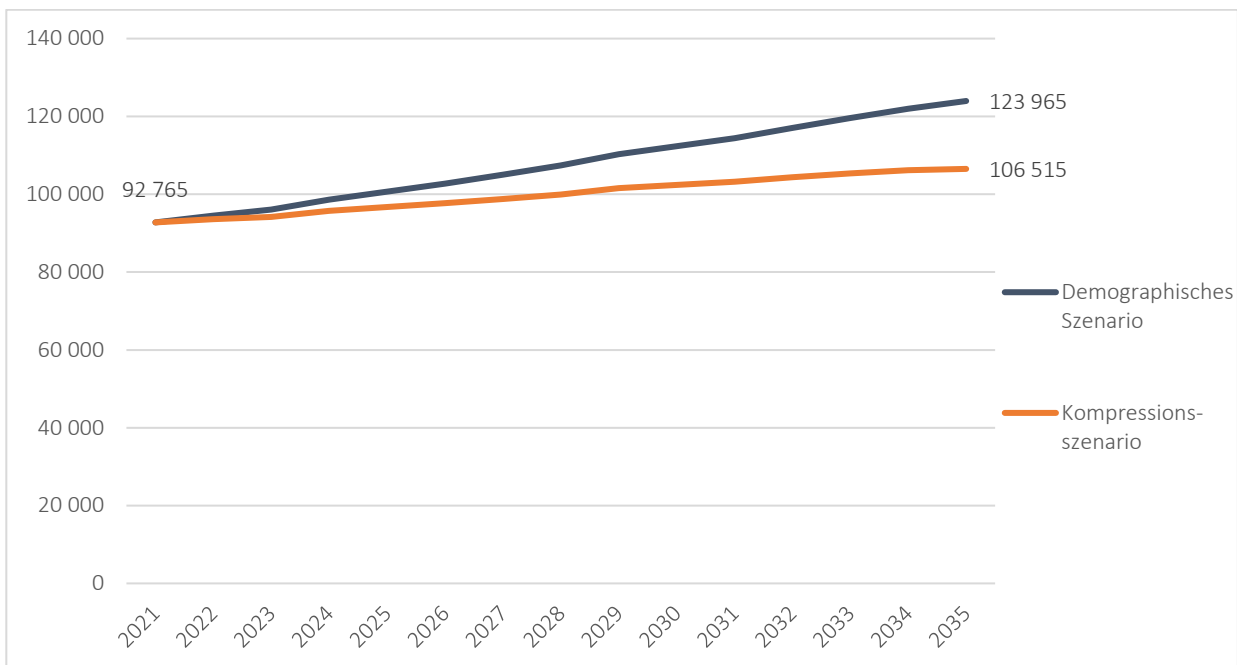
Mittels der dargestellten epidemiologischen Szenarien (1 bis 2) wurden die Pflegebedarfsquoten für den Projektionszeitraum 2022 bis 2035 berechnet. Die Pflegebedarfsquote für jedes Prognosejahr mit der Bevölkerungszahl von jedem Prognosejahr multipliziert, ergibt die prognostizierte Anzahl der Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbezieher. Diese Berechnung wird für jedes Szenario durchgeführt. Die Anzahl ergibt sich aus der Summe der Kombinationen.

Formel 2 – Prognose des Pflegegeldbezugs mittels altersspezifischer Pflegebedarfsquote (nach Altersgruppe x Bezirk x Geschlecht)

$PG = \sum_i \sum_j \sum_k B_{ijk} PQ_{ijk}$	<p>P = Personen Pflegegeldbezug PQ = Altersspezifische Pflegebedarfsquote B= Bevölkerungsanzahl</p> <p>i = 1, 2: Geschlecht (männlich, weiblich) j = 1,..., 24: Bezirk k = 1,..., 8: Altersgruppen (0-49, 50-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90+)</p>
--	--

Die folgende Abbildung zeigt die Prognoseergebnisse für Niederösterreich. Das Kompressionszenario stellt die niedrigste Variante und untere Grenze dar, der Anstieg bis 2035 fällt relativ gering aus (+15%). Das heißt, unter der Annahme eines gleichbleibenden Pflegebedarfs bis 2035 wird ein Anstieg der Pflegegeldbezieher und -bezieherinnen von 92.765 auf 106.515 prognostiziert. Das demographische Szenario stellt die obere Grenze mit einer Zuwachsrate von +34% bis 2035.

Abbildung 40: Prognose Pflegegeldbezug



Prognose Pflegegeldbezug							
	2021	2025		2030		2035	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Demographisches Szenario	92 765	100 678	+9%	112 342	+21%	123 965	+34%
Kompressionsszenario	92 765	96 755	+4%	102 425	+10%	106 515	+15%

5.3. Prognose der Pflegeformen

Im folgenden Kapitel wird nun die Auswirkung der demographischen Entwicklung und der Entwicklung des Pflegebedarfs auf die Inanspruchnahme der niederösterreichischen Pflegeformen prognostiziert. Die Prognose nach Bezirken findet sich am Ende von Kapitel 5.3. Vorneweg ist festzuhalten, dass die verschiedenen Pflegeformen sich nicht unabhängig voneinander entwickeln, d.h. starke Veränderungen in einer Form haben Auswirkungen auf die anderen Dienstleistungen. So kann ein geringerer Anstieg im Bereich der stationären Pflege nur erreicht werden, wenn die anderen Pflegeformen wachsen oder jedenfalls nicht abnehmen. Und von großer Bedeutung sind im Versorgungssystem die Leistungen der informellen Pflege. Gerade während der Corona-Pandemie hat sich gezeigt, dass der private/informelle Bereich an Bedeutung gewonnen hat (siehe Abbildung 8). Die folgende Prognose geht dabei vom IST-Stand 2021 aus und setzt

diesen fort. Mögliche Auswirkungen von strukturellen Verschiebungen werden im nachfolgenden Kapitel 5.4. thematisiert.

Stationäre Pflege und Betreuung

Für den zukünftigen Bedarf der stationären Pflege und Betreuung dienen die Prognoseergebnisse des Pflegegeldbezugs als Basisgröße, mittels dieser Werte wird die Nachfrage der stationären Pflege berechnet. Es wird die Anzahl der Personen in der stationären Pflege nicht in ein Verhältnis zur Bevölkerung gesetzt, sondern zur Anzahl der Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbezieher. Die altersspezifische Pflegebedarfsquote stationärer Pflege beschreibt die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme im Verhältnis zu der Anzahl der Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbezieher. Da die notwendige Stundenanzahl für die Pflegegeldstufe 1 und 2 gesetzlich geändert wurde und sich daher die Berechnungsbasis geändert hat, werden nur die Stufen 3 bis 7 herangezogen. Es gilt die Annahme, durch den Pflegegeldbezug ist die Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit vorausgesetzt und diese Personen verteilen sich dann auf die verschiedenen Pflegeformen: informelle Pflege, mobile Betreuung und Pflege, stationäre Pflege und Betreuung, 24-Stunden-Betreuung, teilstationäre Betreuung und Pflege. Die Berechnung der altersspezifischen Pflegebedarfsquote für die stationäre Pflege erfolgt wiederum für jede mögliche Kombination von Altersgruppe x Bezirk x Geschlecht.

Formel 3 – Altersspezifische Pflegebedarfsquote stationäre Pflege: Altersgruppe x Bezirk x Geschlecht

$$BQ_{ijk} = \frac{SP_{ijk}}{PG_{ijk}}$$

SP = Personen stationäre Pflege
BQ = Altersspezifische Pflegebedarfsquote stationäre Pflege
PG = Personen Pflegegeldbezug Stufe 3 – 7

i = 1, 2: Geschlecht (männlich, weiblich)
j = 1,..., 24: Bezirk
k = 1,..., 8: Altersgruppen
(0-49, 50-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90+)

Die Szenarien werden wiederum durch die unterschiedlichen epidemiologischen Szenarien der Pflegegeldprognose gebildet. Durch Multiplikation der Pflegebedarfsquote stationäre Pflege mit der Anzahl der Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbezieher für jedes Prognosejahr wird die Anzahl der Menschen in der stationären Pflege prognostiziert. Das demographische Wachstum wird durch die höhere Anzahl von Personen in den relevanten hochaltrigen Bevölkerungsgruppen berücksichtigt. Diese Berechnung wird wiederum für jedes epidemiologische Szenario durchgeführt.

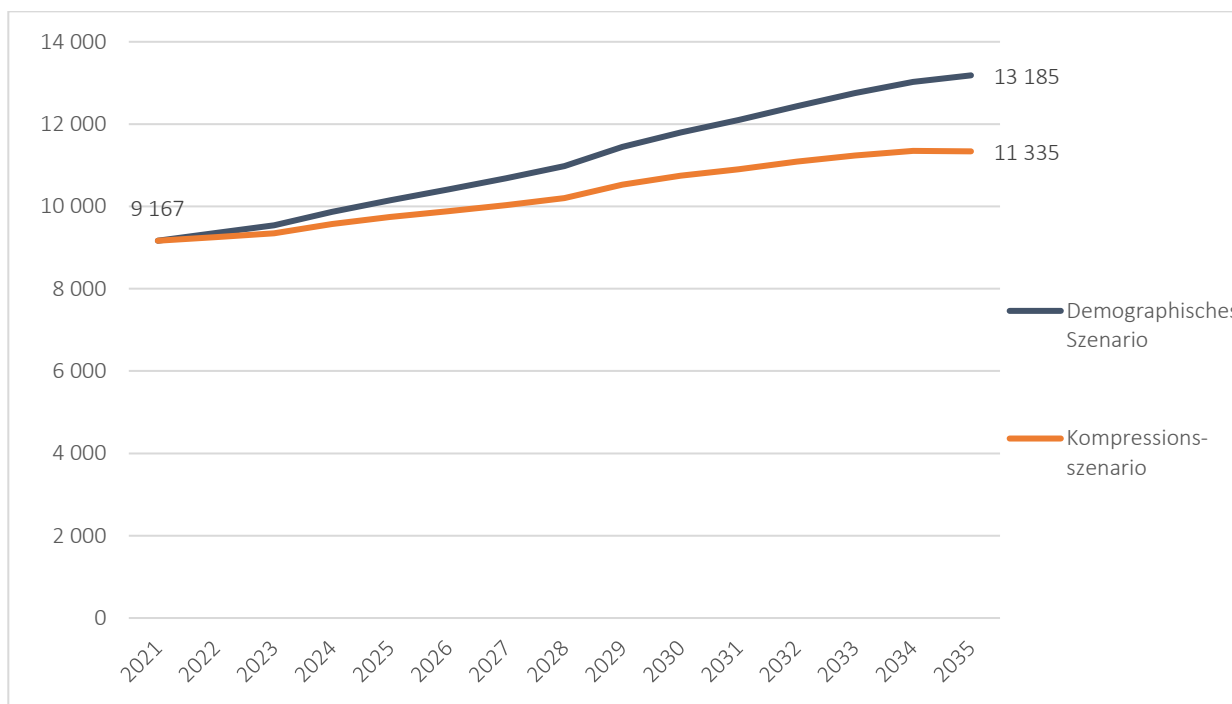
Formel 4 – Prognose der stationären Pflege mittels altersspezifischer Pflegebedarfsquote (nach Altersgruppe x Bezirk x Geschlecht)

$$SP = \sum_i \sum_j \sum_k PG_{ijk} BQ_{ijk}$$

SP = Personen stationäre Pflege
 BQ = Altersspezifische Pflegebedarfsquote stationäre Pflege
 PG = Personen Pflegegeldbezug Stufe 3 – 7
 i = 1, 2: Geschlecht (männlich, weiblich)
 j = 1, ..., 24: Bezirk
 k = 1, ..., 8: Altersgruppen
 (0-49. 50-64. 65-69. 70-74. 75-79. 80-84.

Die folgende Abbildung 41 zeigt die Ergebnisse der Bedarfsprognose für die stationäre Pflege und Betreuung. Auch hier stellt das Kompressionsszenario die untere Grenze dar, wobei bis zum Jahr 2035 eine Zuwachsrate von +24% berechnet wird. Das demographische Szenario stellt mit einer Zuwachsrate von insgesamt +44% die obere Grenze dar. Die Anstiege fallen hier deutlich höher als beim Pflegegeld aus, die Ursache dafür ist eine andere Altersstruktur. Die stationäre Pflege wird im Durchschnitt von Personen im hohen Alter in Anspruch genommen wie das Pflegegeld (siehe Abbildung 12), und diese Altersgruppen (80+) steigen durch die demographische Entwicklung in einem höheren Ausmaß (siehe Tabelle 3).

Abbildung 41: Prognose stationäre Pflege und Betreuung



Prognose stationäre Pflege und Betreuung							
	2021	2025		2030		2035	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Demographisches Szenario	9 167	10 151	+11%	11 799	+29%	13 185	+44%
Kompressionsszenario	9 167	9 740	+6%	10 745	+17%	11 335	+24%

24-Stunden-Betreuung

Die Prognose der 24-Stunden-Betreuung erfolgt analog der Berechnung der stationären Pflege. Es wird die altersspezifische Pflegebedarfsquote für jede Kombination von Altersgruppe x Bezirk x Geschlecht anhand des Pflegegeldbezuges der Stufen 3 bis 7 berechnet. Mittels dieser Vorgehensweise werden wiederum die zwei Szenarien berechnet.

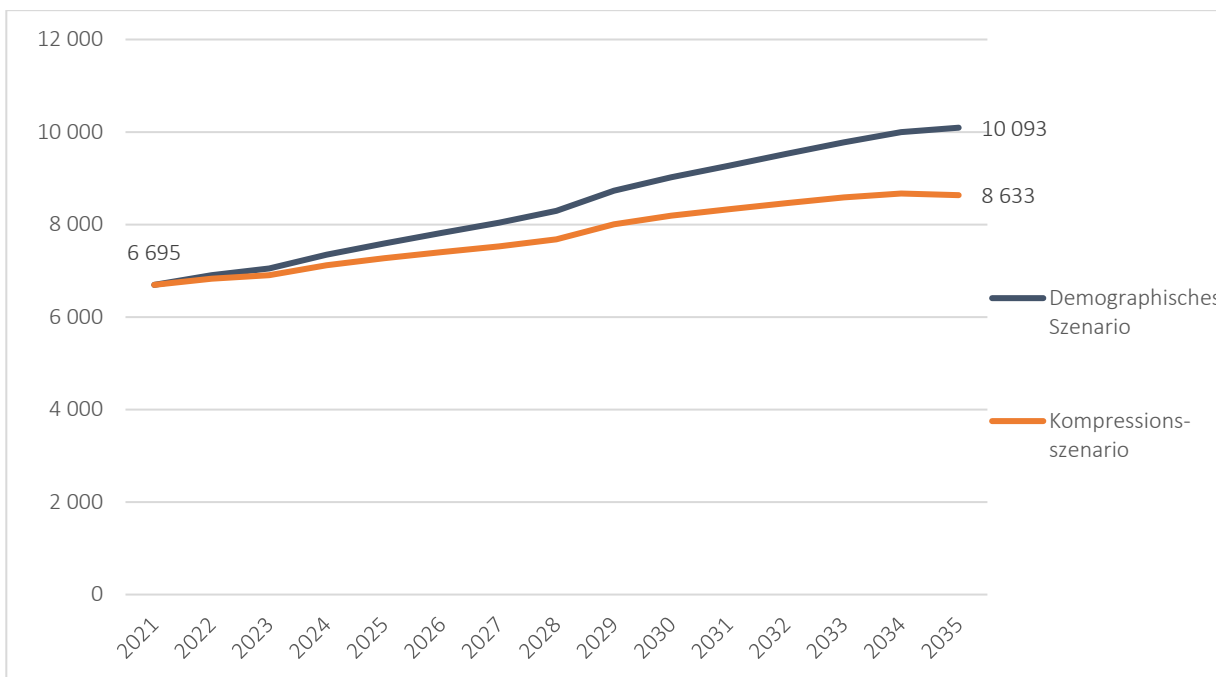
Die 24h-Betreuung unterliegt einer besonders stark angebotsinduzierten Nachfrage: Wenn nicht genügend, selbstständiges Betreuungspersonal diese Pflegeleistung anbietet, kann die Nachfrage nicht gedeckt werden. Wie in Kapitel 3.4. bereits dargestellt, ist es seit der Abschaffung des Pflegeregresses zu einem Rückgang der Fördernehmer_innen einer 24-Stunden-Betreuung gekommen. Dabei ist davon auszugehen, dass es bei dieser Pflegeform unter den aktuellen Bedingungen früher oder später zu einer Sättigung der Inanspruchnahme kommt.

Der zukünftige Bedarf an dieser Pflegeform ist dabei schwer prognostizierbar, da es erstens aufgrund der Abschaffung des Pflegeregresses bereits zu einer Verschiebung der Personen zur stationären Pflege gekommen ist und vermutlich auch zukünftig kommen wird. Zweitens wirkt sich auch hier der Fachkräftemangel aus und drittens hat sich die Personalsituation während der Covid-19 Pandemie zusätzlich verschärft. Das Personal in der 24h-Betreuung unterliegt speziellen Bedingungen der Arbeitsmigration, generell ist es ein Zusammenspiel vieler Einflüsse, wie politischer, sozialer, ökonomischer, historischer und kultureller Faktoren. Diese Faktoren treten sowohl im Herkunftsland der Betreuungskräfte, wie auch im Land ihrer Tätigkeit auf. Während der Pandemie wurde dieser Migrationsfluss unterbrochen und viele 24-Stunden-Betreuer_innen konnten entweder nicht einreisen oder nicht ausreisen, was die ohnehin schon sehr schweren Arbeitsbedingungen zusätzlich verschärft hat.

Die Personalsituation konnte in der vorliegenden Prognose allerdings nicht berücksichtigt werden. Der prognostizierte Anstieg bezieht sich auf den Anstieg an älteren Menschen mit Pflegebedarf und könnte sich, wenn die Nachfrage nicht gedeckt wird, auf andere Pflegeformen verschieben (siehe versorgungspolitisches Szenario 2).

Abbildung 42 zeigt die Ergebnisse der Prognose für die Nachfrage der 24-Stunden-Betreuung nach dem IST-Stand 2021. Beim demographischen Szenario kommt es zu einem Anstieg von 6.695 betreuten Personen im September 2021 auf 10.093 Personen im September 2035 (+51%).

Abbildung 42: Prognose 24-Stunden-Betreuung

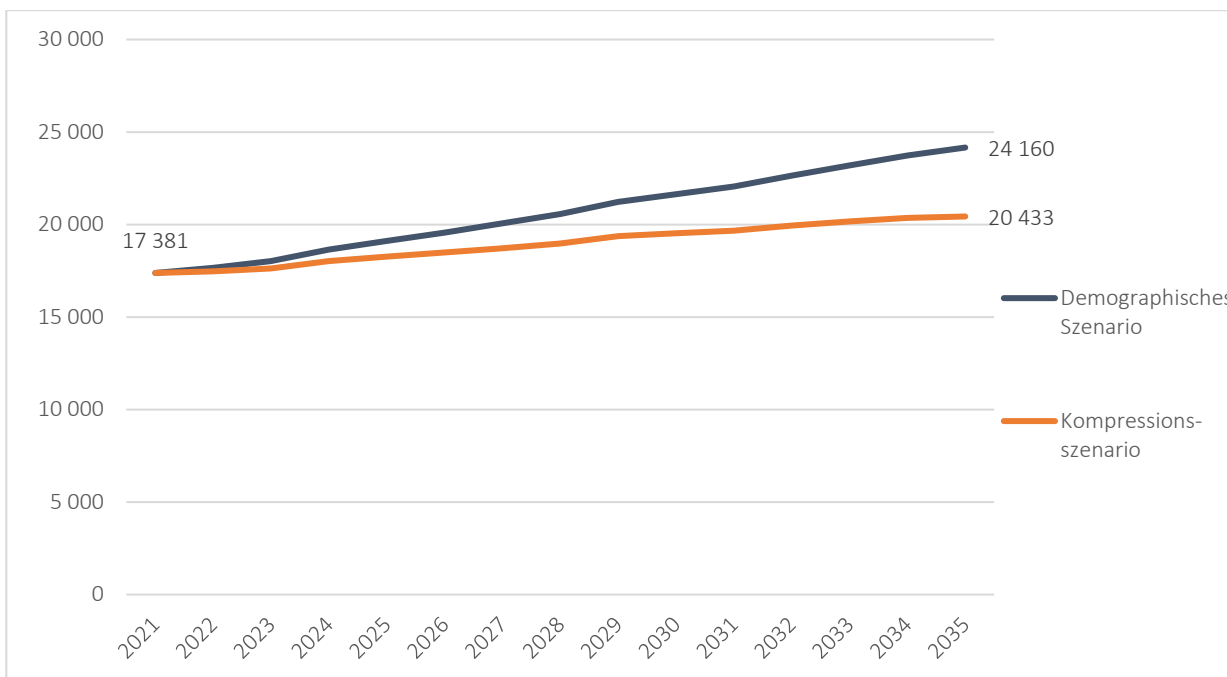


Prognose 24-Stunden-Betreuung							
	2021	2025		2030		2035	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Demographisches Szenario	6 695	7 591	+13%	9 023	+35%	10 093	+51%
Kompressionsszenario	6 695	7 270	+9%	8 193	+22%	8 633	+29%

Mobile Betreuung und Pflege

Für die Prognose der mobilen Betreuung und Pflege wird wie bisher, die altersspezifische Pflegebedarfsquote herangezogen. Die Anzahl der Personen in der mobilen Betreuung und Pflege wird in Verhältnis zum Pflegegeldbezug der Stufen 3 bis 7 berechnet. Diese Berechnung erfolgt wiederum in Abhängigkeit der Merkmale Altersgruppe x Bezirk x Geschlecht. Die folgende Abbildung zeigt das Ergebnis der Berechnungen mit dem Kompressionsszenario als untere Grenze und dem demographischen Szenario als obere Grenze. Bis 2035 wird unter der Annahme einer Kompression der Morbidität in Anstieg um 3.052 Personen (+18 %) erwartet. Unter der Annahme eines unveränderten Pflegeeintritts bei steigender Lebenserwartung ist mit einem Plus von 39% an mobil betreuten Personen zu rechnen.

Abbildung 43: Prognose mobile Pflege und Betreuung

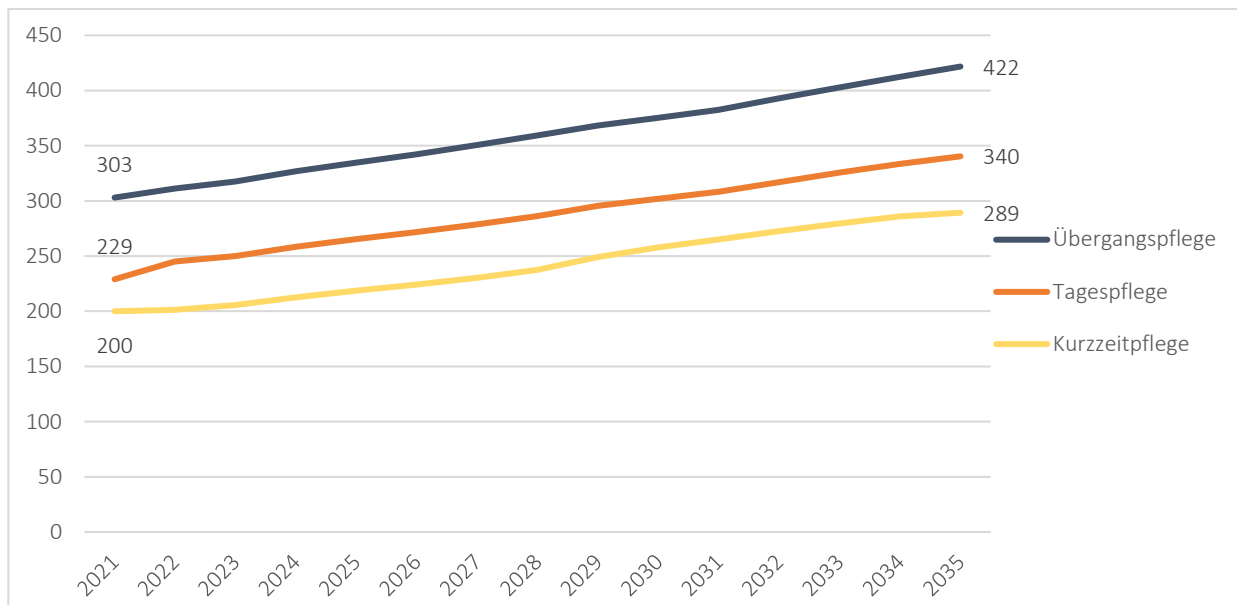


Prognose der mobilen Betreuung und Pflege							
	2021	2025		2030		2035	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Demographisches Szenario	17 381	19 115	+10%	21 639	+25%	24 160	+39%
Kompressionsszenario	17 381	18 272	+5%	19 523	+12%	20 433	+18%

Teilstationäre Betreuungs- und Pflegeformen

Bei den teilstationären Betreuungs- und Pflegeformen gibt es eine deutlich geringere Anzahl als bei den bisherigen Pflegeformen. Es erfolgt keine Berechnung nach Bezirk aufgrund der geringen Fallzahlen. Daher wird die altersspezifische Pflegebedarfsquote nur nach den Merkmalen Altersgruppe x Geschlecht berechnet. Ansonsten gibt es keine weiteren Abweichungen von der bisherigen Berechnungsmethodik. In der folgenden Abbildung sind die Prognoseergebnisse des demographischen Szenarios für die Kurzzeit-, Übergangs- und Tagespflege dargestellt. Im oberen Szenario ist also bei allen drei Formen mit einem Anstieg des Bedarfs zu rechnen (Kurzzeit: +45%; Übergang: +39%; Tag: +49%)

Abbildung 44: Teilstationäre Pflege- und Betreuungsdienste nach dem demographischen Szenario



	2021	2025		2030		2035	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Kurzzeitpflege	200	219	+9%	258	+29%	289	+45%
Tagespflege	229	265	+16%	302	+32%	340	+49%
Übergangspflege	303	335	+10%	375	+24%	422	+39%

Prognose der Pflegeformen nach Bezirk

Im folgenden Tabellenabschnitt werden – wie in den vergangenen Ausgaben des Altersalmanach – die drei wesentlichen Pflegeformen in Niederösterreich nach Bezirk prognostiziert, und für den Zeitraum 2025-2035 dargestellt. Da eine Darstellung der zwei epidemiologischen Szenarien die Lesbarkeit und Übersichtlichkeit stark einschränken würde, wird in den folgenden Tabellen das demographische Szenario angegeben. Die Pflegeformen auf Bezirksebene nach dem Kompressionszenario findet sich im Anhang. Dargestellt werden die Steigerungen über den Beobachtungszeitraum sowohl in absoluten Zahlen als auch in Prozent.

Wie in Kapitel 2.2. bereits dargestellt, steigt die absolute Anzahl an über 80-Jährigen vor allem im Wein- und Industrieviertel in den kommenden Jahren an und wird daher zu einem höheren Pflegebedarf in diesen Regionen führen. Bei der stationären Pflege und Betreuung wird vor allem in Mödling (+72%), Tulln (+64%), Krems -Stadt (+61%) und Wiener Neustadt Stadt (+56%) ein überdurchschnittlicher Anstieg bis 2035 prognostiziert. Bei der 24h-Betreuung wird ein überdurchschnittlicher Anstieg an Bezieher_innen einer Förderung vor allem in Mödling (+87%), Bruck an der Leitha (83%), Tulln (+74%) und Baden (+63%) bis 2035 prognostiziert. Und schließlich wird der höchste Bedarf an mobiler Pflege und Betreuung in Tulln (57%) bis 2035 prognostiziert, sowie in Mödling (+53%), Baden (+52%) und Krems an der Donau Stadt (+49%).

Tabelle 25 – Prognose stationäre Betreuung und Pflege 2021 – 2035, nach Bezirk

	2021	Prognose 2025			Prognose 2030			Prognose 2035		
		2025	Differenz zu 2021	Steigerung in %	2030	Differenz zu 2021	Steigerung in %	2035	Differenz zu 2021	Steigerung in %
Baden	785	844	59	8%	1 000	215	27%	1 136	351	45%
Bruck an der Leitha	380	430	50	13%	504	124	33%	578	198	52%
Mödling	626	729	103	17%	933	307	49%	1 080	454	72%
Neunkirchen	590	646	56	9%	735	145	25%	809	219	37%
Wiener Neustadt (Stadt)	397	446	49	12%	535	138	35%	621	224	56%
Wiener Neustadt (Land)	232	261	29	12%	309	77	33%	348	116	50%
Amstetten	564	617	53	9%	682	118	21%	752	188	33%
Melk	589	646	57	10%	730	141	24%	815	226	38%
Scheibbs	189	202	13	7%	223	34	18%	240	51	27%
Waidhofen an der Ybbs	83	93	10	12%	105	22	26%	111	28	34%
Gmünd	270	301	31	11%	322	52	19%	340	70	26%
Horn	192	208	16	9%	229	37	19%	246	54	28%
Waidhofen an der Thaya	232	255	23	10%	274	42	18%	291	59	25%
Zwettl	221	226	5	2%	240	19	8%	250	29	13%
Gänserndorf	327	373	46	14%	437	110	34%	487	160	49%
Hollabrunn	203	228	25	12%	254	51	25%	276	73	36%
Korneuburg	274	300	26	10%	364	90	33%	408	134	49%
Mistelbach	536	583	47	9%	666	130	24%	737	201	37%
Krems/Donau (Stadt)	223	265	42	19%	320	97	43%	359	136	61%
Krems (Land)	195	208	13	7%	237	42	21%	256	61	31%
Lilienfeld	217	220	3	2%	243	26	12%	263	46	21%
Sankt Pölten (Stadt)	408	446	38	9%	521	113	28%	580	172	42%
Sankt Pölten (Land)	806	885	79	10%	1 038	232	29%	1 173	367	46%
Tulln	628	739	111	18%	900	272	43%	1 030	402	64%
Summe*	9 167	10 151	984	11%	11 799	2 632	29%	13 185	4 018	44%

Demographische Szenario_ Die Summen können aufgrund von Rundungsdifferenzen um 1-2 Personen abweichend

Tabelle 26 – Prognose 24-Stunden-Betreuung 2021 – 2035, nach Bezirk

	2021	Prognose 2025			Prognose 2030			Prognose 2035		
		2025	Differenz zu 2021	Steigerung in %	2030	Differenz zu 2021	Steigerung in %	2035	Differenz zu 2021	Steigerung in %
Baden	409	471	62	15%	580	171	42%	667	258	63%
Bruck an der Leitha	218	277	59	27%	343	125	58%	399	181	83%
Mödling	282	350	68	24%	455	173	61%	528	246	87%
Neunkirchen	383	422	39	10%	497	114	30%	550	167	44%
Wiener Neustadt (Stadt)	98	106	8	8%	127	29	30%	147	49	50%
Wiener Neustadt (Land)	301	346	45	15%	417	116	39%	476	175	58%
Amstetten	420	469	49	12%	541	121	29%	591	171	41%
Melk	314	369	55	18%	429	115	37%	474	160	51%
Scheibbs	181	220	39	22%	252	71	39%	277	96	53%
Waidhofen an der Ybbs	39	47	8	22%	59	20	51%	63	24	62%
Gmünd	174	182	8	5%	201	27	15%	210	36	20%
Horn	195	222	27	14%	250	55	28%	265	70	36%
Waidhofen an der Thaya	130	141	11	9%	161	31	24%	168	38	29%
Zwettl	233	252	19	8%	268	35	15%	282	49	21%
Gänserndorf	521	583	62	12%	696	175	34%	787	266	51%
Hollabrunn	265	292	27	10%	330	65	25%	362	97	37%
Korneuburg	360	412	52	14%	507	147	41%	566	206	57%
Mistelbach	450	502	52	12%	588	138	31%	663	213	47%
Krems/Donau (Stadt)	97	110	13	14%	135	38	39%	151	54	56%
Krems (Land)	271	296	25	9%	336	65	24%	367	96	35%
Lilienfeld	107	115	8	8%	130	23	21%	141	34	32%
Sankt Pölten (Stadt)	268	280	12	4%	331	63	24%	370	102	38%
Sankt Pölten (Land)	530	591	61	12%	710	180	34%	809	279	53%
Tulln	449	534	85	19%	678	229	51%	781	332	74%
Summe*	6 695	7 591	896	13%	9 023	2 328	35%	10 093	3 398	51%

Demographische Szenario_ Die Summen können aufgrund von Rundungsdifferenzen um 1-2 Personen abweichend

Tabelle 27 – Prognose mobile Betreuung und Pflege 2021 –2035, nach Bezirk

	2021	Prognose 2025			Prognose 2030			Prognose 2035		
		2025	Differenz zu 2021	Steigerung in %	2030	Differenz zu 2021	Steigerung in %	2035	Differenz zu 2021	Steigerung in %
Baden	1 022	1 174	152	15%	1 373	351	34%	1 552	530	52%
Bruck an der Leitha	558	618	60	11%	717	159	29%	822	264	47%
Mödling	853	960	107	13%	1 169	316	37%	1 307	454	53%
Neunkirchen	1 030	1 096	66	6%	1 226	196	19%	1 347	317	31%
Wiener Neustadt (Stadt)	315	348	33	10%	402	87	28%	457	142	45%
Wiener Neustadt (Land)	583	656	73	13%	754	171	29%	847	264	45%
Amstetten	1 316	1 419	103	8%	1 577	261	20%	1 759	443	34%
Melk	884	958	74	8%	1 062	178	20%	1 206	322	36%
Scheibbs	581	634	53	9%	711	130	22%	791	210	36%
Waidhofen an der Ybbs	168	191	23	13%	216	48	29%	233	65	39%
Gmünd	654	686	32	5%	732	78	12%	777	123	19%
Horn	544	606	62	11%	649	105	19%	711	167	31%
Waidhofen an der Thaya	530	564	34	6%	591	61	11%	633	103	19%
Zwettl	828	873	45	5%	929	101	12%	1 000	172	21%
Gänserndorf	1 030	1 117	87	8%	1 277	247	24%	1 452	422	41%
Hollabrunn	711	755	44	6%	838	127	18%	927	216	30%
Korneuburg	809	917	108	13%	1 065	256	32%	1 196	387	48%
Mistelbach	809	898	89	11%	1 012	203	25%	1 152	343	42%
Krems/Donau (Stadt)	373	433	60	16%	503	130	35%	556	183	49%
Krems (Land)	741	815	74	10%	883	142	19%	988	247	33%
Lilienfeld	341	376	35	10%	414	73	21%	450	109	32%
Sankt Pölten (Stadt)	486	532	46	9%	605	119	25%	672	186	38%
Sankt Pölten (Land)	1 300	1 434	134	10%	1 669	369	28%	1 888	588	45%
Tulln	915	1 056	141	15%	1 264	349	38%	1 438	523	57%
Summe*	17 381	19 115	1 734	10%	21 639	4 258	25%	24 160	6 779	39%

Demographische Szenario_ Die Summen können aufgrund von Rundungsdifferenzen um 1-2 Personen abweichend

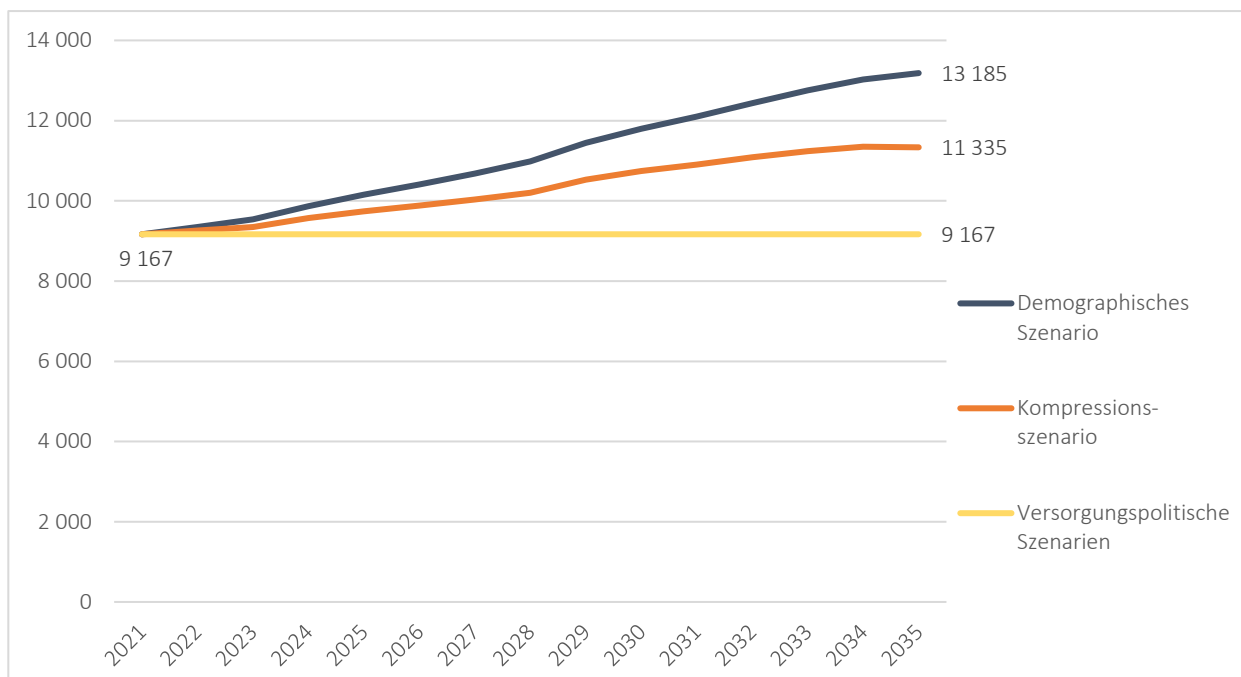
5.4. Versorgungspolitische Alternativ-Szenarien

In vielen europäischen Ländern und auch in Österreich, wird zunehmend versucht die stationäre Pflege und Betreuung abzubauen und mit alternativen Pflegeformen zu ergänzen bzw. zu ersetzen. So wurden zum Beispiel in Dänemark die Betten in der stationären Pflege und Betreuung zwischen 2010 und 2016 halbiert und dafür alternative Pflege- und Wohnformen ausgebaut (Kvist, 2018). Das Ziel der Strategie „ambulant vor stationär“ ist es, auch in Zukunft eine gute Versorgung von pflegebedürftigen Menschen gewährleisten zu können, Kosten zu reduzieren und den Wünschen der älteren Bevölkerung gerecht zu werden (Seematter-Bagnoud et al., 2021). Aus diesem Grund werden im folgenden Kapitel zwei weitere Szenarien berechnet, die aufzeigen, was eine Entlastung („Deckelung“) der Pflegeheime für Substitutionsflüsse in Richtung der anderen Pflegeformen bedeuten würde. Die Prognose der versorgungspolitischen Szenarien auf Bezirksebene findet sich im Anhang.

Mit anderen Worten gehen die zwei versorgungspolitischen Szenarien davon aus, dass bis 2035 keine neuen Pflegeheime in Niederösterreich gebaut werden. D.h. es wird berechnet, wie es sich auswirken würde, wenn die stationäre Pflege nicht weiter ausgebaut wird und der Anstieg an Personen stattdessen von der mobilen Pflege abgefangen wird. In Bezug auf die Substitutionsflüsse wäre es von Interesse gewesen, das begleitete und betreute Wohnen in das Prognosemodell aufnehmen zu können, was jedoch aufgrund fehlender Daten nicht möglich war. Wie Abbildung 45 verdeutlicht, wird bei den zwei versorgungspolitischen Szenarien die Anzahl der Personen in der stationären Pflege und Betreuung von 2021 konstant bei 9.167 Personen gehalten (gelbe Linie). Das heißt, es kommt nicht zu einer tatsächlichen Verschiebung der momentan im Pflegeheim lebenden Personen, sondern es handelt sich vielmehr um eine zukünftige Reduktion, indem alle zukünftig dazukommenden Personen nicht stationär, sondern im Privathaushalt (mit mobilen Diensten) gepflegt und betreut werden.

Konkret handelt es sich bei den zwei versorgungspolitischen Szenarien um Annahmen, die auf dem derzeitigen Pflegesystem beruhen. Sie zeigen dabei auf, dass eine Heimentlastung mit hohen Substitutionsflüssen in andere Pflegeformen vor allem von Personen mit hohem Pflegebedarf einhergehen.

Abbildung 45: Prognose der stationären Pflege und Betreuung nach den zwei epidemiologischen und versorgungspolitischen Szenarien



Es wird von einer Darstellung jeder möglichen Kombination der zwei epidemiologischen Szenarien mit den zwei versorgungspolitischen Szenarien abgesehen, da dies die Lesbarkeit des Berichts beeinträchtigen würde. Aus diesem Grund wird im folgenden Kapitel das **demographische Szenario als Ausgangsbasis** für die zukünftige Entwicklung und Verschiebung herangezogen. Es lassen sich plausible Argumente sowohl für das Eintreten des Kompressionsszenarios als auch des demographischen Szenarios finden (siehe Kapitel 5.1.). Keine der dahinterliegenden Annahmen konnte bisher eindeutig belegt werden (Chatterji et al., 2015; Enroth et al. 2021; Seematter-Bagnoud et al., 2021; Crimmins, 2021), weshalb im Folgenden das oberste der zwei Szenarien zur Darstellung der versorgungspolitischen Auswirkungen einer Pflegeheimentlastung verwendet wurde.

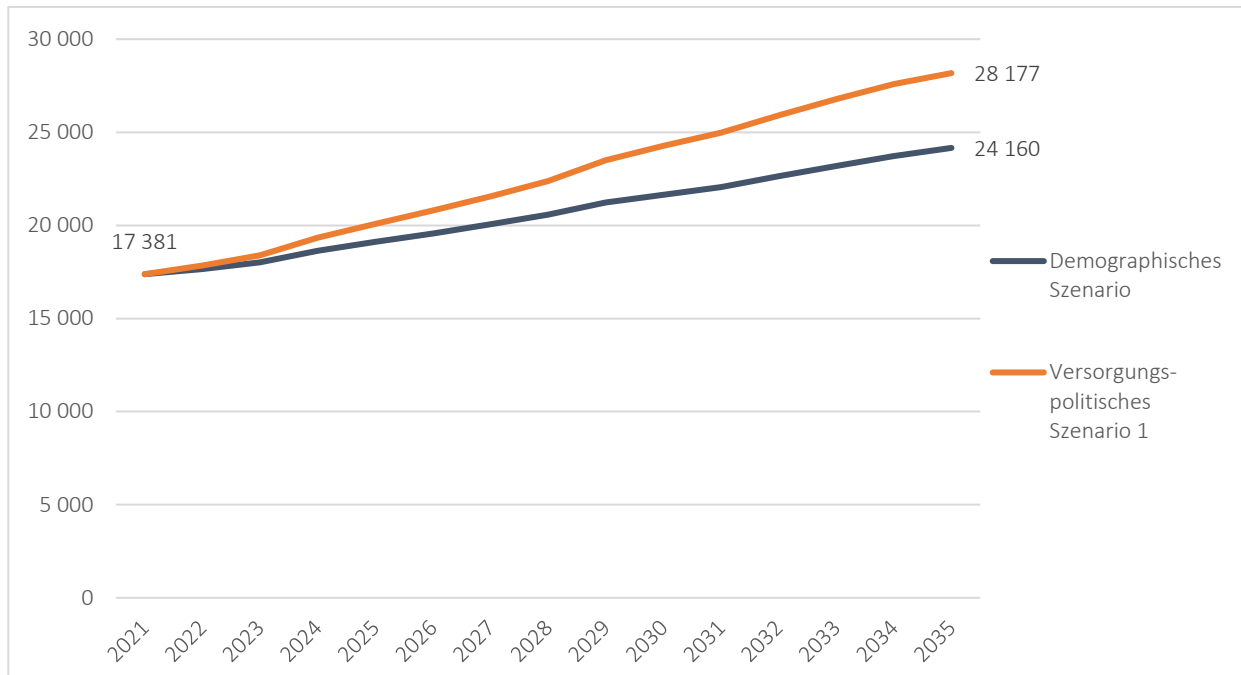
Versorgungspolitisches Alternativ-Szenario 1: Substitutionsfluss der stationären Pflege zur mobilen Pflege

Bei den versorgungspolitischen Szenarien stagniert die stationäre Pflege auf ihrem Stand von 2021, was bedeuten würde, dass bis 2035 keine weiteren Pflegeheime gebaut werden. Die Personen, die daher nicht stationär betreut und gepflegt werden, werden im ersten versorgungspolitischen Szenario von der mobilen Pflege und Betreuung übernommen. Das heißt, der Anstieg an Personen, des demographischen Szenarios stationäre Pflege bis 2035 kalkuliert wird, wird durch die mobile Pflege abgedeckt. Das entspricht insgesamt 4.017 Personen, die statt stationär, mobil gepflegt werden.

Wie Abbildung 46 verdeutlicht, würde dies einen massiven Ausbau der mobilen Pflege und Betreuung erfordern. Während beim demographischen Szenario bis 2035 mit +39% an Personen in mobiler Pflege und Betreuung zu rechnen ist, steigt dieser Wert auf +62%, wenn die mobile Pflege

zusätzlich die stationäre Pflege abfängt. Der große Unterschied ergibt sich vor allem durch einen Anstieg an Personen mit Pflegestufe 5-7, die ohne Ausbau der stationären Pflege in diesem Fall mobil versorgt werden müssten.

Abbildung 46: Prognose mobile Pflege und Betreuung: Versorgungspolitisches Szenario 1



Versorgungspolitisches Szenario 1 der mobilen Pflege und Betreuung							
	2021	2025		2030		2035	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Demographisches Szenario	17 381	19 115	+10%	21 639	+25%	24 160	+39%
Versorgungspolitisches Szenario 1	17 381	20 087	+16%	24 273	+40%	28 177	+62%

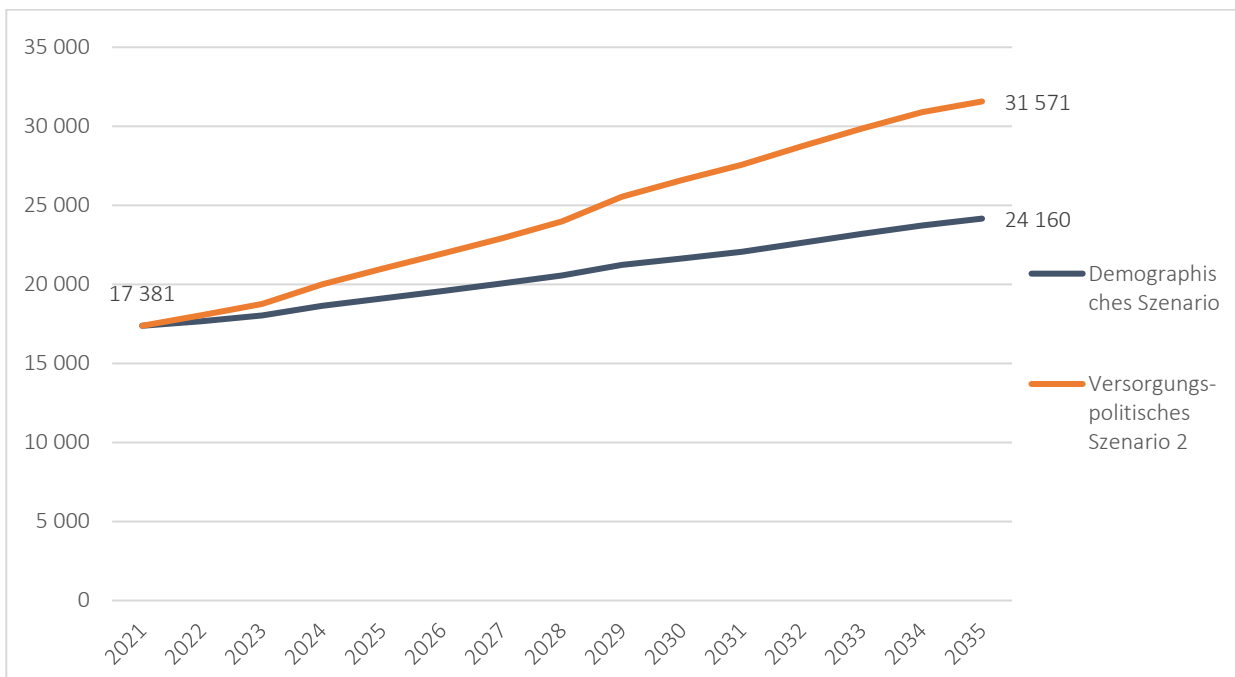
Versorgungspolitisches Alternativ-Szenario 2: Substitutionsfluss der stationären Pflege und 24-Stunden-Betreuung zur mobilen Pflege

Im zweiten versorgungspolitischen Szenario wird zusätzlich die 24-Stunden-Betreuung konstant gehalten. Wie bereits erwähnt, ist die 24-Stunden-Betreuung stark von Migrationsflüssen und wirtschaftlichen Faktoren geprägt und auch wenn aufgrund der demographischen Entwicklung ein Anstieg der 24-Stunden-Betreuung kalkuliert wird, ist nicht vorhersehbar, ob die gestiegene Nachfrage auch tatsächlich auf ein entsprechendes Angebot stoßen wird. Zudem ist seit der Abschaffung des Pflegeregresses 2018 die Anzahl an Personen, welche eine Förderung für eine 24-Stunden-Betreuung erhalten haben, konstant gesunken. Generell ist diese Pflegeform unter den aktuellen Förderbedingungen eher nur für Personen mit höherem sozioökonomischem Status leistbar. Denn im Gegensatz zur stationären Pflege muss das restliche Gehalt der Betreuungskraft und die Lebenshaltungskosten privat finanziert werden. Aktuell wurden zwar die Zuschüsse für die 24-Stunden-Betreuung von 550 Euro auf 640 Euro bei einer Betreuungskraft und von 1.100 auf 1.280 Euro bei zwei Betreuungskräften erhöht (BMSGPK, 10.02.2023), es gilt allerdings zu beachten, dass

diese Betreuungsform auch weiterhin nur bedingt eine Entlastung der Langzeitpflege darstellt, da eine 24-Stunden-Betreuung keine Pflege leisten darf.

Aus diesem Grund wird im zweiten versorgungspolitischen Szenario berechnet, was in Zukunft von der mobilen Pflege und Betreuung gestemmt werden muss, wenn keine neuen Pflegeheime gebaut werden und sich auch das Angebot bzw. die Nachfrage nach einer 24-Stunden-Betreuung nicht verändert. Abbildung 47 verdeutlicht, dass in diesem Fall bis 2035 insgesamt **82% mehr Personen mobil betreut und gepflegt** werden müssten als 2021.

Abbildung 47: Prognose mobile Pflege und Betreuung: Versorgungspolitisches Szenario 2



Versorgungspolitisches Szenario 2 der mobilen Pflege und Betreuung							
	2021	2025		2030		2035	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Demographisches Szenario	17 381	19 115	+10%	21 639	+25%	24 160	+39%
Versorgungspolitisches Szenario 2	17 381	20 997	+21%	26 605	+53%	31 571	+82%

Dies stellt vor allem die Versorgung von Personen mit Pflegestufe 5-7 vor große Herausforderungen. Wie Tabelle 28 noch einmal verdeutlicht, werden im September 2021 Personen mit höherem Pflegebedarf hauptsächlich stationär gepflegt und betreut (52% mit Pflegegeldstufe 5-7), während die mobile Pflege und Betreuung eher Personen mit leichterem Pflegebedarf pflegt und betreut (45% mit Pflegegeldstufe 1-2) und die 24-Stunden-Betreuung hauptsächlich einen mittleren Bedarf abdeckt (61% Pflegegeldstufe 3-4).

Die zwei versorgungspolitischen Szenarien verdeutlichen, dass der Bedarfsanstieg in der stationären Pflege und Betreuung entweder einen Ausbau der stationären Zentren erfordert oder die Implementierung neuer Versorgungsstrukturen, da die mobile Pflege und Betreuung derzeit nicht in der Lage ist, fehlende stationäre Strukturen zu kompensieren. Dies betrifft vor allem die Pflege und Betreuung von Personen mit Pflegestufe 5-7, die aktuell im mobilen Setting lediglich 12 Prozent der betreuten Personen ausmachen. Mit anderen Worten: Es reicht ein einfacher Ausbau der mobilen Pflege und Betreuung nicht aus, um die stationäre Pflege zu entlasten. Um in Zukunft auch Personen mit höheren Pflegestufen gut versorgen zu können, braucht es also andere Pflegekonzepte, die eine mobile Pflege und Betreuung auch bei höheren Pflegestufen ermöglichen.

Wie bereits erwähnt, können auf Basis der vorliegenden Daten keine Überschneidungen der Pflegeformen erfasst werden. Es kann allerdings davon ausgegangen werden, dass gerade Personen mit Pflegegeldstufe 5-7 nicht nur von einer 24-Stunden-Betreuung betreut werden, sondern auch von einem mobilen Pflegedienst. Dies kann allerdings aufgrund mangelnder Daten nicht berücksichtigt werden.

Tabelle 28: Verteilung der Pflegestufen nach Pflegeform (Sept. 2021)

Verteilung der Pflegestufen nach Pflegeform						
	Stufe 1-2		Stufe 3-4		Stufe 5-7	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ist-Stand 2021						
Stationäre B. und P.	610	7%	3 804	41%	4 753	52%
24-Stunden-B.	196	3%	4 081	61%	2 418	36%
Mobile B. und P.	7 881	45%	7 397	43%	2 102	12%

5.5. Ansätze für zukünftige neue Entwicklungen

Zusammengenommen zeigt die Pflegebedarfsprognose, dass der Bedarfsanstieg in der stationären Pflege und Betreuung entweder einen deutlichen Ausbau der stationären Zentren in Niederösterreich notwendig macht und/oder neue Versorgungsstrukturen implementiert werden müssen, da die mobile Pflege und Betreuung derzeit weder personell noch funktional in der Lage ist, die zukünftigen Pflegebedarfe abzudecken. In Österreich und vielen anderen Ländern wird daher an verschiedenen Lösungen gearbeitet, um auch in Zukunft eine gute Versorgung der Bevölkerung gewährleisten zu können.

Auf-/Ausbau der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)

Ein wichtiger Schritt in Richtung eines integrierten Versorgungsansatzes und zur Verringerung des Drucks auf mobile und stationäre Pflege wird in der Errichtung von akutgeriatrischen Abteilungen/Zentren/Konsiliardiensten gesehen. In diesem Kontext gilt die Formel: (Akut-)Geriatric

vor Pflege. Die Geriatrie ist deshalb so bedeutsam, weil sie einen gesamtheitlichen und multidisziplinären Blick auf den alten Menschen, auf die Multimorbidität im Alter hat und nicht nur einzelne Diagnosen behandelt. Die Akutgeriatrie ist auf Remobilisierung und Nachsorge bei multimorbiden Menschen spezialisiert. Sie verfolgt das Ziel, durch ein multiprofessionelles und multidisziplinäres Behandlungs- und Betreuungsangebot die Fähigkeiten zur weitgehend selbstständigen Lebensführung wiederherzustellen und die Reintegration in das gewohnte Umfeld zu ermöglichen (BMSGPK, 22.06.2021). In der Geriatrie wird nach neuen Studien auf das Konzept der „**Intrinsic Capacity**“ zurückgegriffen, welches u.a. von der World Health Organization (WHO, 2017) vertreten wird. Das Konzept betrachtet funktionale Einschränkungen aus einer Lebenslaufperspektive und argumentiert, dass physische und mentale Fähigkeiten dynamisch sind und sich nach Lebensstil und sozialem Hintergrund, aber auch nach gesundheitlicher und sozialer Intervention verändern können. Dementsprechend kann zwar eine Erkrankung zu einer rapiden Verschlechterung der Fähigkeiten führen, wenn jedoch früh genug auf medizinischer, psychischer und sozialer Ebene interveniert wird, kann ein Wiederherstellung der Funktionalität und ein Leben zu Hause erreicht werden (Hamaker et al. 2023).

Eine ganze Reihe von wissenschaftlichen Studien deutet darüber hinaus darauf hin, dass durch die Akutgeriatrie im Gegensatz zur disziplinären Standardversorgung signifikant weniger Stürze, Delirien, und funktionale Verluste verzeichnet werden und auch eine höhere Wahrscheinlichkeit besteht in den Privathaushalt und nicht in ein Pflegeheim entlassen zu werden (siehe Meta-Analyse von Fox et al. 2012 und Review von Ellis et al., 2017). Positive Auswirkungen der Akutgeriatrie zeigen sich nicht nur bei 70-80-Jährigen, sondern auch bei über 90-Jährigen mit stärkeren Einschränkungen (Kwetkat, Lehmann & Wittrich, 2014).

In Österreich gibt es mehrere akutgeriatrische Zentren in Wien, Oberösterreich, Kärnten, Salzburg, Steiermark und Tirol (BMSGPK, 22.06.2021). In Niederösterreich wird zurzeit am Aufbau von Zentren für Altersmedizin gearbeitet und damit das Angebot der Landeskliniken durch akutgeriatrische Teams und Ausstattung erweitert. Darüber hinaus sollen geriatrische Konsiliardienste bei Spitalsaufnahmen von multimorbiden, älteren Menschen hinzugezogen werden können, um so die ganzheitliche Versorgung zu verbessern. Als „aufsuchende Akutgeriatrie“ kann eine stationäre Behandlung ersetzt („step-up“ bzw. Vermeidung einer Einweisung) oder eine frühzeitige unterstützte Entlassung aus dem Krankenhaus ermöglicht werden („step-down“), um medizinische Behandlungen oder Rehabilitation fortzusetzen. Erste Zentren finden sich bereits im Landeskrankenhaus Waidhofen an der Thaya und Klosterneuburg.

Betreutes Wohnen als Teil des Pflegeversorgungssystems

Alternative Wohnformen zu stationären Pflegeeinrichtungen gibt es in Europa schon länger, sie gewinnen jedoch derzeit an Bedeutung. Im skandinavischen Raum werden zum Beispiel seit einigen Jahren stationäre Einrichtungen reduziert und stattdessen verschiedene Abstufungen des betreuten Wohnens ausgebaut, um Umzüge in stationäre Einrichtungen abzufangen (Kvist, 2018;

Grødem, 2018). In der Schweiz wird auch zunehmend an Ideen des betreuten Wohnens gearbeitet, welche in Zukunft eine zentrale Rolle bei der Kombination von stationären, ambulanten und intermediären Pflegeangeboten einnehmen soll. Die Idee dahinter ist, die Selbstsorge und Selbstständigkeit älterer Menschen in einer barrierefreien und altersgerechten Umgebung mit Unterstützung bei Bedarf gewährleisten zu können. In einer Studie, die die wissenschaftliche und politische Literatur zum Betreuten Wohnen analysiert hat, wurden basierend auf dem Literaturreview und Diskussionen mit Expert_innen vier aufbauende Stufen des betreuten Wohnens erarbeitet. Die vier Stufen unterscheiden sich in ihrem Angebot und reichen von Entlastung bei Haushaltstätigkeiten (Stufe D) über zusätzliche Aktivierungsangebote (Stufe C) bis zu inkludierten Angeboten der mobilen Pflege und Betreuung (Stufe B) und Unterstützung durch spezialisierte Fachpersonen für Palliativpflege oder Demenz (Stufe A). Es lassen sich jedoch Limitierungen des Angebots feststellen, wobei das betreute Wohnen bei Personen, die mehrmals täglich Leistungen benötigen, sozial auffälliges Verhalten aufweisen oder über Nacht Betreuung brauchen, an seine Grenzen stößt (Imhof & Mahrer-Imhof, 2018).

Aktuell entstehen in der Schweiz jedoch innovative Konzepte, die die Unterstützung nach dem kurzfristigen Bedarf anpassen. So wird das lange vorherrschende Modell „ambulant VOR stationär“ umgedacht und stattdessen an Konzepten gearbeitet, die ambulante UND stationäre Pflege ohne weiteren Umzug ermöglichen. Eine mögliche Umsetzung besteht in einem sogenannten „flexiblen Bettensystem“, welches je nach Bedarf ambulant oder stationär abrechnet und sich flexibel an den Gesundheitszustand der betreuten Person anpasst (Fässler, 2022). Das betreute Wohnen soll also zukünftig am Remobilisationsgedanken ansetzen und Umzüge in die Langzeitpflege aufgrund von kurzfristigen Verschlechterungen der Gesundheit abfangen. In der Schweiz sind jedoch viele betreute Wohneinheiten an stationäre Einrichtungen direkt angeschlossen, was ein flexibles Bettensystem erleichtert. Im Gegensatz dazu wird in der Steiermark der Pflegebedarf als Grenze zwischen dem betreuten und stationären Wohnen verwendet. So ist explizit geregelt, dass ein Ausschlussgrund aus dem betreuten Wohnen ein höherer Pflegebedarf darstellt. Also ein Pflegebedarf, welcher nicht durch Angehörige oder eine mobile Pflege und Betreuung abgedeckt werden kann. Entwickelt sich ein höherer Pflegebedarf muss die Person in ein stationäres Pflegezentrum umziehen (Land Steiermark, 2019).

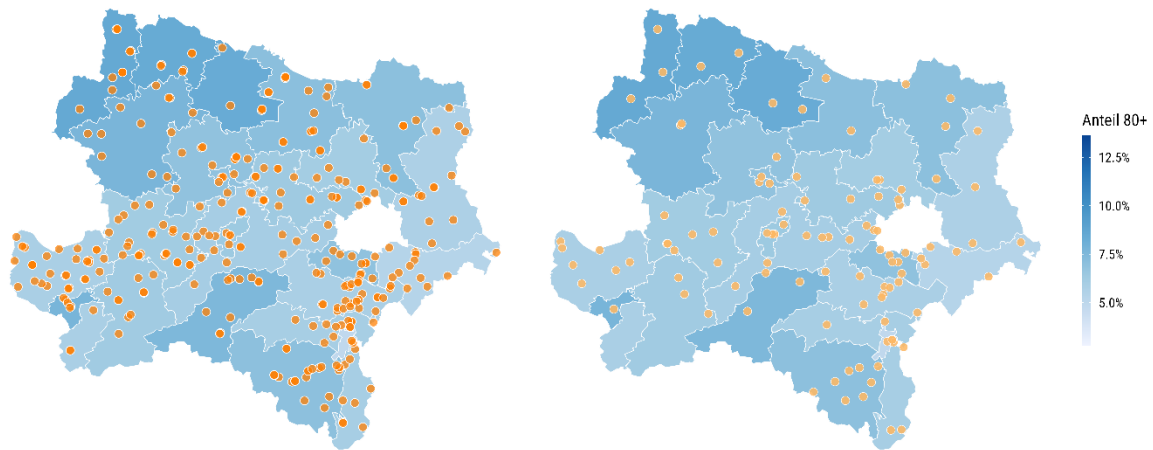
Mit einem Blick auf Niederösterreich, fällt auf, dass in den letzten Jahrzehnten aufgrund der Wohnbauförderung für barrierefreies und begleitetes Wohnen des Landes eine flächendeckende Struktur an derartigen Wohnformen entstanden ist (Abbildung 48). In Niederösterreich gibt es keine öffentlich-finanzierten, begleiteten Wohnformen und dieses Segment wird auch nicht als Teil der Pflegeversorgung gesehen (BMSGPK, 2022). Das begleitete Wohnen gehört zum Wohnbau, wobei es eine Vielzahl von gemeinnützigen und privaten Bauträgern gibt, die in Kooperation mit ehrenamtlichen oder sozialen Einrichtungen, verschiedene Angebote vermieten (Bauen und Wohnen NÖ, 2022). Im aktuell entstehenden Pilotprojekt „Seniorenwohnen“ – welches im nachfolgenden Kapitel näher beschrieben wird – soll in weiterer Folge an dieser bereits existierenden Struktur betreuter und barrierefreier Wohnformen mit neuen Pflege- und Betreuungskonzepten angesetzt werden.

Abbildung 48: Landkarte Niederösterreich – Verteilung der stationären Pflegeheime und der barrierefreien und begleiteten Wohnformen.

Wohn- und Pflegeeinrichtungen in Niederösterreich nach Bezirk

Begleitetes und barrierefreies Wohnen

Pflegeheime



Daten: Bevölkerungszahlen NÖ der Statistik Austria data.statistik.gov.at (Stand 1/2022), Pflege- und Betreuungszentren in Niederösterreich (Stand 12/2021), Einrichtungen für begleitetes und barrierefreies Wohnen von <https://www.noewohnbau.at/begleitetes-und-barrierefreies-wohnen> (Stand 12/2022)
Darstellung: Kompetenzzentrum Gerontologie und Gesundheitsforschung der Karl Landsteiner Privatuniversität Krems (2022)

Ausbau von Pflege- und Betreuungsformen im Privathaushalt

In Niederösterreich gibt es eine Reihe von Pflege- und Betreuungsangeboten zur Entlastung der pflegenden Angehörigen und zur Unterstützung der selbstständigen Lebensführung, die sich derzeit in einem flächendeckenden Ausbau befinden. Die **Tagespflege** bietet tagsüber pflegerische Tagesbetreuung für pflegebedürftige Menschen und soll vor allem zur Entlastung von pflegenden Angehörigen beitragen. Angesichts der großen Bedeutung von informeller Pflege und Betreuung in Niederösterreich, welche auch in Zukunft eine große Rolle spielen wird, können flächendeckende Angebote an Tagespflege zu einer Entlastung der pflegenden Angehörigen beitragen und damit auch zu einer Entlastung der stationären Pflege und Betreuung, da Umzüge aufgrund sozialer Indikationen stärker abgefangen werden können. In Kapitel 7 wird näher auf die Potentiale und Herausforderungen der Tagespflege eingegangen und die aktuelle Entwicklung (bis März 2024) näher betrachtet.

Die **soziale Alltagsbegleitung** stellt ein weiteres, sich im Ausbau befindendes, Angebot dar, durch das pflegende Angehörige entlastet und betroffene Personen motiviert werden sollen, wieder am sozialen Leben teilzunehmen. Soziale Alltagsbegleiter_innen kommen zu den Betroffenen nach Hause, bieten mehrstündige Gesellschaft und Betreuung und erledigen gemeinsam mit den Betroffenen Besorgungen, begleiten bei Spaziergängen und motivieren zu kleinen Unternehmungen im Alltag. Die Inanspruchnahme der sozialen Alltagsbegleitung hat sich zwischen März 2021 und März 2024 mehr als versechsfacht und soll in Zukunft weiter ausgebaut werden. Während

im März 2021 insgesamt 263 Personen betreut wurden, waren es ein Jahr später 541 Personen und im März 2024 bereits 1.634 betreute Personen.

Kleinräumige Nachbarschaftskonzepte: Cognability und Caring Community

Eine wichtige Ressource für ein gesundes und aktives Altern stellt der Wohnraum und die Wohnumgebung dar. Das Konzept der „**Cognability**“ geht dabei über die Idee von barrierefreien Wohnumgebungen hinaus und beschreibt, wie eine Wohnumgebung gestaltet sein muss, um die kognitive Gesundheit im Alter zu unterstützen. Eine Wohnumgebung kann sich dabei positiv und negativ auf die physische Aktivität, die soziale Interaktion und kognitive Stimulation im höheren Alter auswirken und damit die Neurogenese und Neuroplastizität beeinflussen. Das Vorhandensein von Parks und Sportmöglichkeiten, sowie Senior_innenzentren und Orte der sozialen Zusammenkunft und des kulturellen Austausches tragen nach diesem Konzept und den erhobenen Daten dazu bei, einen kognitiven Abbau zu verhindern bzw. zu verlangsamen (Finlay et al., 2022). Auf Gemeindeebene empfiehlt sich daher eine geographische Analyse der kognitiven, sozialen und physischen Stimulationsmöglichkeiten für ältere Menschen, um Entwicklungspotentiale für eine gesundheitsfördernde Umwelt zu identifizieren.

Andere kleinräumige Konzepte setzen eher am Rückgang der familiären Unterstützungsnetzwerke an und entwickeln Ideen von nicht-familiärer Fürsorge oder aufsuchender Unterstützung. Dabei geht es um die Etablierung eines kleinräumigen Unterstützungsnetzwerks, welches aus Nachbarn und Nachbarinnen besteht, wie etwa in den Konzepten des Mehrgenerationen-Wohnens, der Alters-WG oder den **Caring Communities**. Der Grundgedanke all dieser verschiedenen Konzepte ist, eine unterstützende Gemeinschaft für ältere Menschen zu schaffen bzw. Ansprechpersonen im Quartier zu etablieren, die auf das Wohlbefinden der älteren Menschen achten, vor allem wenn kein familiäres Unterstützungsnetzwerk vorhanden ist. Dadurch soll ein längerer Verbleib im Zuhause, soziale Teilhabe und Selbstständigkeit im Alter ermöglicht werden (siehe Projekte in der Schweiz²⁴). Auch wenn ehrenamtliche Fürsorgestrukturen in Zukunft wohl kaum langfristige Pflegetätigkeiten übernehmen können (wie dies derzeit pflegende Angehörige tun), können sie dazu beitragen, Pflegeangebote zu vermitteln und die Selbstsorge zu unterstützen, etwa durch Einkaufs-, Besuchs- oder Fahrtendienste. In Niederösterreich gibt es ehrenamtliche Nachbarschaftsinitiativen, wie etwa das Projekt „Nachbarschaftshilfe Plus“ im Waldviertel²⁵. Hier besteht also Potential durch die Förderung von Gemeinschaft zurückgehende familiäre Strukturen abzufangen.

Getestet wird derzeit über ein Pilotprojekt das Konzept bzw. Angebot der „**Community Nurse**“. Die Community Nurse soll eine aufsuchende Schnittstelle zwischen dem Privathaushalt und den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen darstellen und auf Gemeindeebene ältere Menschen im

²⁴ <https://caringcommunities.ch/cc/caring-community/>

²⁵ [NH Plus Nord – Nachbarschaftshilfe Plus \(nhplus-nrd.at\)](https://www.nhplus-nrd.at/)

Privathaushalt mit Informationen und Unterstützung erreichen (GÖG, o.D.). Im Jahr 2023 werden 26 Pilotprojekte in 59 niederösterreichischen Städten und Gemeinden getestet.

Pflegeprävention: Schnittstelle Gesundheits- und Pflegesystem

Ein weiteres Entwicklungspotential besteht in der präventiven und rehabilitativen Pflege. Gesundheitsförderung zeigt auch im hohen Alter positive Wirkungen auf die Pflegeentwicklung und die Lebensqualität. Es gilt diese stärker in den Vordergrund zu rücken, um bei der längeren Lebenserwartung zu einer gesunden Lebenserwartung zu kommen. Hier besteht in Österreich eine Trennung zwischen Gesundheits- und Pflegesystem, die für ein gesundes und aktives Altern potentiell nicht von Vorteil ist. Die WHO empfiehlt eine Entwicklung hin zu einem System von „**Integrated Care**“, wobei in Zukunft das Gesundheits- und Pflegesystem universal und sektionsübergreifend sein soll und sich nicht um die Versorgung von Krankheiten drehen soll. Stattdessen werden eine zielgerichtete, individuelle Versorgung und aktive Einbindung der Person und ihres Umfelds in ihre Pflege und Betreuung angestrebt (WHO, 2016).

Zusammengefasst:

Basierend auf der demographischen Entwicklung und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung wird der Bedarf an Pflege- und Betreuungsdienstleistungen bis 2035 prognostiziert. Dabei werden zwei verschiedene Szenarien berechnet, die jeweils die untere und obere Grenze darstellen. Die obere Grenze basiert auf der demographischen Entwicklung, die untere Grenze beruht auf dem sogenannten Kompressionsszenario. Dieses Kompressionsszenario wird schon seit mehreren Jahrzehnten als Referenz für Bedarfsschätzungen herangezogen. Es geht davon aus, dass sich die Zeit zwischen dem Eintritt von Krankheit/Behinderung und Tod verkürzt. Neue Studien sehen diesen Zusammenhang differenzierter und dahingehend zurückhaltender, dass sich der verbessernde Gesundheitszustand der Älteren in später geborenen Kohorten fortsetzt (Geyer & Eberhard 2022).

Auf Basis des demographischen Szenarios ergibt sich bis 2035 ein Mehrbedarf in der stationären Pflege von +44% an betreuten Personen, in der mobilen Pflege von +39% und in der 24-Stunden-Betreuung von +51%.

Die Prognose zeigt deutliche regionale Unterschiede in der Bedarfsentwicklung: Bei der stationären Pflege und Betreuung wird vor allem für Mödling (+72%), Tulln (+64%) und Krems-Stadt (+61%) ein überdurchschnittlicher Anstieg bis 2035 prognostiziert. Bei der 24h-Betreuung wird ein überdurchschnittlicher Anstieg an Bezieher_innen einer Förderung vor allem für Mödling (+87%), Bruck an der Leitha (+83%) und Tulln (+74%) bis 2035 prognostiziert. Und schließlich wird der höchste Bedarf an mobiler Pflege und Betreuung für Tulln (57%) bis 2035 prognostiziert, sowie für Mödling (+53%), und Baden (+52%).

Berechnet wurden für den Prognosezeitraum zusätzlich alternative versorgungspolitische Szenarien. Diese gehen von einer Stagnation („Deckelung“) der stationären Pflege aus, keinem weiteren Anstieg bei der Inanspruchnahme von 24-Stunden-Betreuung und einem Substitutionsfluss hin zur mobilen Pflege. Wenn bis 2035 keine neuen Pflegeheime in NÖ gebaut werden, muss die mobile Pflege +62% mehr Personen betreuen (oberes Szenario), als dies derzeit der Fall ist. Wenn zusätzlich bis 2035 auch die 24-Stunden-Betreuung auf ihrem derzeitigen Stand stagniert bzw. verlangsamt wird, muss die mobile Pflege +82% übernehmen. Beobachtbar sind für die Dienstleistungen, die älteren pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen angeboten werden, nicht nur qualitative Veränderungen etwa in Hinsicht auf die Gestaltung der Alltagsaktivitäten, sondern auch quantitative Erweiterungen. Als sehr dynamisch erweist sich hier die Entwicklung des barrierefreien und begleiteten Wohnens, wobei zurzeit im Pilotprojekt Seniorenwohnen eine mögliche Integration solcher Wohnformen in das Versorgungssystem getestet wird.

6. Ergänzungsstudie 2: Seniorenwohnen

Autor_innen: Rebekka Rohner & Philip Wiedemann

Das Land Niederösterreich beschloss im November 2023 den Start von fünf Pilotprojekten des Seniorenwohnens, um in kleinregionalen Sozialzentren den Wohn- und Betreuungsbedürfnissen älterer Menschen in Niederösterreich gerecht zu werden. Ziel ist es in weiterer Folge an den bereits existierenden Strukturen des barrierefreien und begleiteten Wohnens anzusetzen, welche in Kapitel 5.5 beschrieben wurden, und diese mit erweiterten Betreuungs- und Pflegekonzepten zu ergänzen, um so ein gesundes und aktives Altern zielgerichtet zu fördern. Die kleinregionalen Sozialzentren können im Endausbau neben einem Seniorenwohnen auch z.B. eine Sozialstation der mobilen Dienste, Arztpraxen oder Therapiezentren beinhalten. Im Folgenden werden nun die Pilotprojekte vorgestellt, wobei zunächst die Bedeutung des Wohnens und des Wohnumfeldes für das Altern erläutert wird, sowie die Potentiale und Grenzen bestehender betreute Wohnformen.

6.1. Wohnen im Alter

Wohnen im Alter gewinnt in unserer Gesellschaft immer mehr an Bedeutung, da die Bevölkerung insgesamt älter wird und mehr Menschen aufgrund des demographischen Wandels lange leben. Es bringt verschiedene Herausforderungen und Möglichkeiten mit sich, da die Bedürfnisse älterer Menschen vielfältig sind und sich im Laufe des Alterns ändern können. Wohnen ist dabei eines der existenziellen Grundbedürfnisse des Menschen und gilt als zentrale Dimension der Lebensqualität (Häußermann & Siebel, 2000, 2020). Im Alter gewinnt das unmittelbare Wohnumfeld einerseits aufgrund der Pensionierung und dem Wegfallen der Arbeitswege an Bedeutung, andererseits besteht im Alter auch eine höhere Wahrscheinlichkeit für Mobilitätseinschränkungen und damit einer zusätzlichen Fokussierung auf die unmittelbare Wohnumwelt (Saup, 1993).

Seit den 1970er Jahren wird in der ökologischen Gerontologie der Alterungsprozess im Austausch mit der sozialen und räumlichen Umwelt verstanden. Im Wesentlichen wird davon ausgegangen, dass eine gute Passung zwischen Umwelanforderungen und Kompetenzen des alternden Individuums zu Selbstständigkeit und Lebenszufriedenheit im Laufe des Alterns beitragen (Lawton, 1985; Lawton & Nahemow, 1973). Dabei wird auf die Bedeutung nicht nur von objektiven Barrieren, wie etwa Stufen, Badewannen oder mangelnder Infrastruktur, sondern auch auf die Bedeutung der subjektiv-erlebten Umwelt verwiesen. Bei der subjektiv-erlebten Umwelt sind einerseits Gefühle der emotionalen Verbundenheit einer Person mit ihrer Umwelt und Nachbarschaft von Bedeutung für die Lebenszufriedenheit, Autonomie und Identität und andererseits Gefühle der Unabhängigkeit, Selbstständigkeit und Handlungsmacht im Umgang mit der Umwelt (Claßen et al., 2014; Wahl & Oswald, 2016). Ältere Österreicher und Österreicherinnen wohnen – laut einer

repräsentativen Befragung von über 60-Jährigen – seit durchschnittlich 34 Jahren in ihrer derzeitigen Wohnform, weisen dementsprechend eine hohe Verbundenheit und Zufriedenheit mit ihrer Wohnform auf (Kolland et al., in Druck).

Das Wohnen älterer Menschen in Österreich ist also durch eine hohe Stabilität gekennzeichnet, was sich auch in dem Wunsch möglichst nicht wegziehen zu müssen äußert. Der möglichst lange Verbleib in der derzeitigen Wohnumwelt wird mit dem Begriff des sogenannte „Ageing in Place“ bezeichnet, wobei unter Wohnumwelt nicht nur die konkrete Wohnung oder das Haus fällt, sondern auch das Wohnquartier. Es kann also auch als ein „Ageing in Place“ gesehen werden, wenn ein älterer Mensch innerhalb derselben Gemeinde die Wohnform wechselt (Forsyth & Molinsky, 2021). Der Verbleib in der derzeitigen Wohnumwelt wird mit einer Reihe von psychologischen, sozialen und finanziellen Vorteilen für den älteren Menschen verbunden, und so hat die World Health Organization das „Ageing in Place“ als eines der Schlüsselthemen im Bereich Altern und Gesundheit aufgelistet (WHO, 2015).

Seit geraumer Zeit wird allerdings der Verbleib in sehr alten Wohnungen und Häusern kritisch hinterfragt und nur unter bestimmten Bedingungen empfohlen. Denn ohne die Möglichkeit eines barrierefreien Umbaus, ohne öffentliche Anbindung an notwendige Infrastruktur und ohne Möglichkeiten des sozialen Austausches kann sich ein „Ageing in Place“ auch negativ auf die Gesundheit auswirken. Dementsprechend steht ein Umzug in eine altersgerechte Wohnumgebung im Zusammenhang mit einer Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Alltagskompetenzen (Teti et al., 2014).

Hier setzt die Grundidee von betreuten oder begleiteten Wohnformen an. Diese sollen barrierefrei Wohnungen in zentraler Lage der jeweiligen Gemeinde bzw. Kleinregion bieten und durch ein Grundpaket an vor allem Betreuungs- und Reinigungsdienstleistungen die soziale Einbindung fördern, sowie dafür sorgen, dass die Bewohner_innen so lange wie möglich im Privathaushalt wohnen können. Grundsätzlich handelt es sich dabei also um privates Wohnen, wobei bei Bedarf mobile Pflegedienstleistungen und bei manchen Wohnformen auch 24-Stunden-Betreuungen zugekauft werden können. Um die Pilotprojekte des Seniorenwohnens besser abstecken zu können, wird zunächst noch auf Potentiale und Grenzen von derzeitigen begleiteten Wohnformen eingegangen.

6.2. Potenziale und Grenzen von begleiteten Wohnformen

Das begleitete oder betreute Wohnen ist kein neues Wohnkonzept: Formen des Assisted Living, Senior Housing oder der Retirement Homes wurden in den USA bereits seit den 1970ern betrieben (Wilson, 2007) und existieren auch seit den späten 2000ern in Österreich vermehrt (Bockholdt, 2017). Wie bereits in Kapitel 5.5 beschrieben, gibt es keine einheitliche Regelung, was derartige Wohnangebote für Dienstleistungen umfassen sollen, und so reicht das Angebot von Wohnformen mit sehr geringem Betreuungsausmaß bis hin zu Wohnformen, die komplexere Pflegedienstleistungen erbringen (Imhof & Mahrer-Imhof, 2018). In Österreich gibt es zudem

keine einheitliche Begrifflichkeit: Zwar wird der Begriff "Betreutes Wohnen" seit 2012 offiziell in der österreichischen ÖNORM CEN/TS 16118 empfohlen, jedoch verwendet jedes Bundesland und auch die verschiedenen Träger je eigene Begriffe, darunter fällt neben begleitetem und betreutem Wohnen zum Beispiel auch betreubares Wohnen, Seniorenresidenz oder Wohnen mit Service. Ihnen gemeinsam ist, dass es sich um privat-finanzierte Wohnformen handelt, welche das Ziel verfolgen, ältere Menschen auch bei gesundheitlichen Einschränkungen eine selbstständige und unabhängige Lebensführung zu ermöglichen und damit bis ins hohe Alter für eine hohe Lebensqualität zu sorgen (Michel, 2023). Dafür weisen diese Angebote ein gewisses Grundleistungspaket an Dienstleistungen auf und bieten die Organisation weiterer Pflege- und Betreuungsdienstleistungen an.

Ein erstes Potential von begleiteten und betreuten Wohnformen besteht nun darin, auch bei gesundheitlichen Einschränkungen ein selbstständiges Wohnen im Alter zu ermöglichen und damit zu einer hohen Lebensqualität älterer Menschen beizutragen. So zeigen Studien aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, dass Bewohner und Bewohnerinnen von solchen Wohnformen mittlere bis größere Schwierigkeiten bei Alltagstätigkeiten, wie Einkaufen gehen oder Stiegen steigen, aufweisen (Kolland et al., in Druck; Lange-Lagemann, 2010). Ebenfalls ist zu sehen, dass die Bewohnerstruktur betreuungsbedürftiger ist als der Durchschnitt der zu Hause lebenden älteren Menschen, gleichzeitig aber auch weniger pflegedürftig als Pflegeheimbewohner_innen (Lange-Lagemann, 2010). Dies ist naheliegend, denn aufgrund der bereits genannten Bedeutung des gewohnten Wohnumfelds entscheiden sich Menschen oft erst für eine begleitete Wohnform, wenn sie wegen funktioneller Einschränkungen die angebotenen Leistungen benötigen. So sind es oft hochaltrige Menschen, die ein privates Wohnen mit inkludierter Versorgung suchen (Kolland et al., in Druck).

Zweitens bergen diese Wohnformen das Potential neue Unterstützungsstrukturen zu schaffen, welche vor allem alleinstehende Personen oder auch Personen mit kaum vorhandenen, familiären Netzwerken abfangen können. Aufgrund der höheren Anzahl an kinderlosen älteren Menschen und der steigenden Anzahl an Alleinlebenden im Alter gewinnen alternative Wohnformen an Bedeutung. Denn es ist anzunehmen, dass bei einem größeren Teil der älteren Menschen die Angehörigen in Zukunft nicht mehr den Großteil der Pflege und Betreuung übernehmen werden können (Brandt, 2009). Betreute Wohnformen können dabei neben einer verlässlichen professionellen Betreuungs- und teilweise auch Pflegestruktur, auch die Förderung von Gemeinschaft und gegenseitiger Unterstützung bieten (Boggatz, 2019). Im Gegensatz zu anderen alternativen Wohnformen, wie etwa Mehrgenerationenhäuser, ist die Gemeinschaft nicht verpflichtend und dementsprechend werden Betreuungs- und Pflegetätigkeiten auch nicht von Nachbar_innen erwartet. Dies macht betreute Wohnformen weniger voraussetzungsreich als andere alternative Wohnformen, indem nicht so hohe soziale Kompetenzen auf Seiten der Bewohner und Bewohnerinnen erforderlich sind (Teti & Höpflinger, 2021).

Ein drittes Potential von begleiteten und betreuten Wohnformen besteht in der sozialen Einbindung und Aktivierung, was dazu beitragen kann, die gesunde Lebensdauer zu verlängern. In sol-

chen Wohnformen ist eine regelmäßige Ansprache und die Ermöglichung der Teilnahme an gemeinschaftlichen und gesundheitlichen Aktivitäten vorgesehen, wobei die Bewohner und Bewohnerinnen selbst über ihre Teilnahme und ihren Alltag bestimmen können (Resnick et al., 2018). Die World Health Organization (WHO) betont, dass für ein gesundes Altern, regelmäßige körperliche und geistige Aktivitäten von großer Bedeutung sind. So tragen etwa regelmäßige körperliche Aktivitäten dazu bei, das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Osteoporose und anderen chronischen Krankheiten zu verringern. Aber auch geistige und soziale Aktivitäten wie Lesen, Rätsel lösen, gemeinsames Kochen oder regelmäßiger Austausch sind wichtig, um die kognitiven Fähigkeiten zu erhalten und sozialer Isolation entgegenzuwirken (WHO, 2015).

Aktuell stellt eine zentrale Herausforderung des betreuten und begleiteten Wohnens die Finanzierung dieser Wohnform dar. So muss Miete, Grundleistungspaket und eventuelle Zusatzleistungen privat finanziert werden. Auch wenn in Niederösterreich ein Wohnzuschuss beantragt werden kann, muss der überwiegende Teil der Kosten von den älteren Menschen selbst getragen werden, weshalb es sich Personen mit niedrigerer Pension weniger leisten können. Dementsprechend zeigt sich auch in der aktuellen Bewohner_innenstruktur ein überproportional hoher Anteil an Bewohner_innen mit hohem Bildungsabschluss und hohem Einkommen (Kolland et al., in Druck).

Schließlich hat das betreute und begleitete Wohnen auch Grenzen. So halten Imhof und Mahrer-Imhof (2022) in ihrer Langzeitstudie mit Bewohner_innen in der Schweiz fest, dass ein steigender Betreuungs- und Pflegebedarf eine Herausforderung für diese Wohnformen darstellt. Konkret nennen sie dabei etwa, wenn eine Betreuung und Pflege in der Nacht notwendig wird oder Pflegeapparaturen notwendig werden, die es im Betreuten Wohnen nicht gibt. Eine weitere quantitative Studie mit Bewohner_innen in Österreich und der Schweiz zeigt, dass es dem betreuten Wohnen zwar gelingt, eine selbstbestimmte Lebensführung, Sicherheit, Privatheit und Wohnkomfort zu gewährleisten, allerdings wird vor allem das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Personen mit schlechterer Gesundheit kritischer bewertet (Kolland et al., in Druck).

In Niederösterreich ist eine weitere Grenze des aktuellen begleiteten Wohnens, dass die Ausgestaltung des Grundpakets an Betreuungs- und Pflegedienstleistungen nicht einheitlich geregelt ist. Dies bedingt, dass die Wohnqualität und die Art und Weise der Betreuungs- und Pflegetätigkeiten variiert. So fallen unter den Begriff der begleiteten Wohnformen sowohl Angebote, in denen für ein paar Stunden in der Woche Ausflüge und Aktivitäten organisiert werden, als auch luxuriöse Seniorenresidenzen mit komplexeren Pflegeleistungen. Hier setzt das neue Pilotprojekt Seniorenwohnen des Landes Niederösterreich an und erprobt in fünf verschiedenen Piloten, wie die Grenzen des aktuellen betreuten und begleiteten Wohnens ausgelotet und damit die Potentiale stärker genutzt werden können.

6.3. Vorstellung der Pilotprojekte

Im November 2023 beschloss die niederösterreichische Landesregierung die Einrichtung von vorerst fünf Pilotprojekten eines neuen Seniorenwohnens, welches ein Grundpaket nicht nur an Betreuungsleistungen, sondern auch an Pflegeleistungen umfasst. Mit den geplanten Projekten werden die bereits existierenden Strukturen betreuter und barrierefreier Wohnformen und deren bestehende Fördermöglichkeiten genutzt. Ergänzt wird mit unterstützenden Betreuungs- und Pflegekonzepten. Die Betreuung ist in diesem Seniorenwohnen unter der Woche für mindestens sieben Stunden pro Tag (Montag bis Freitag) gewährleistet, wobei neben einer sozialen Alltagsbegleitung auch eine Pflege(-fach)assistenz/Heimhilfe/Fachsozialbetreuung geplant ist, sowie in geringerem Ausmaß auch eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft. Außerhalb dieser Zeiten steht ein Notrufsystem zur Verfügung. Vorübergehende (max. zwei Wochen) intensivere individuelle Betreuungs- und Pflegeleistungen sind im Grundpaket enthalten, sofern sie während der täglichen Anwesenheit des Personals erbracht werden können. Für über dieses Angebot hinausgehenden Pflegebedarf können externe Dienstleister eingesetzt werden. Voraussetzung für die Aufnahme: Die Bewohner und Bewohnerinnen beziehen eine Alterspension und weisen zumindest Pflegestufe 1 auf.

In den fünf Versorgungsregionen Niederösterreichs soll je eine Einrichtung „Seniorenwohnen“ als Pilotprojekt durch verschiedene Trägerorganisationen aus dem Sozialbereich gestartet und unterstützt werden: im Waldviertel in Horn, im Weinviertel in Gänserndorf, im Mostviertel in Göstling, in der Region Mitte in Maria Anzbach und in der Thermenregion in Baden. Bei den fünf Piloten wurde dabei auf größtmögliche Vielfalt geachtet: So werden fünf verschiedene Träger einbezogen mit jeweils unterschiedlichen Strukturen und Erfahrungen. Ebenso sind einige Piloten am Land geplant, andere in der Stadt.

Nachfolgend sollen zwei Pilotprojekte näher beschrieben werden, die in der Umsetzung am weitesten fortgeschritten sind:

Caritas: Haus Baden

Das Haus Baden ist eines der am weitesten fortgeschrittenen Pilotprojekte. Mitten in Baden bietet seit mehreren Jahren das Haus, geführt von der Caritas, sowohl Dauer- als auch Urlaubsbewohner_innen einen Platz zum Leben. Durch seine zentrale Lage in der Innenstadt Badens profitieren die Bewohner_innen von der Nähe zu Geschäften, Apotheken, Arztpraxen und anderen wichtigen Einrichtungen, die zu Fuß erreichbar sind. Zudem ermöglicht die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr eine einfache Mobilität innerhalb der Stadt und darüber hinaus. Das Haus wurde 2021 generalsaniert und bietet in 31 Apartments Platz für bis zu 33 Personen. Die Wohnungen bestehen aus einem Wohn-/Schlafbereich mit eigenem Badezimmer. Gemeinsam genutzt wird der Speisesaal, das Wohnzimmer, der Fitnessraum und der Garten.

Zielgruppe des Angebots sind Senioren und Seniorinnen, die ihren Alltag nicht mehr alleine bestreiten möchten oder können, die sich bewusst für begleitetes Wohnen entscheiden und/ oder

die eine Alternative zur Einsamkeit und Eintönigkeit suchen. Die Voraussetzung für eine Aufnahme ist eine geringe Pflegestufe, was in der Regel Pflegestufe 1 bis 4 umfasst, je nach Art der benötigten Unterstützung. Jeder Einzug erfolgt erst nach einem ausgiebigen Gespräch mit dem diplomierten Pflegepersonal. Denn die Bewohner_innen sollten nicht nur in der Lage sein, gewisse alltägliche Aufgaben, wie sich waschen oder ankleiden, möglichst selbstständig zu bewältigen, sondern auch Interesse am Leben in Gemeinschaft haben. Dabei ist ein Probewohnen bzw. ein Wohnen auf Zeit ebenfalls möglich.

Das Angebot des Haus Baden umfasst nicht nur das vorgegeben Grundleistungspaket an Betreuung und Pflege durch soziale Alltagsbegleitung, DGKP, Pflegeassistenzen und Heimhilfen, sondern bietet neben Reinigungstätigkeiten auch eine Vollverpflegung (Frühstück, Mittag-, Abendessen und Jausen), sowie ein umfangreiches Angebot an Aktivitäten und Seelsorge an. Die Mitarbeiter_innen verfolgen dabei das Lebensqualitätskonzept der Caritas und zielen auf Gleichberechtigung, Selbstbestimmung und einen Dialog auf Augenhöhe ab. Dementsprechend sind jedoch auch die Kosten für die Bewohner_innen sehr hoch. Ein Spezifikum dieses Angebots ist die Einbettung des Seniorenwohnens in die größeren Strukturen der Caritas, wodurch die Grundleistungen (z.B. Verpflegung) und Zusatzleistungen (z.B. mobile Dienste) innerhalb derselben Organisation geplant und organisiert werden können und auch ein Übergang in die stationäre Pflege der Caritas ermöglicht werden kann.

Barmherzige Schwestern: Haus St. Louise in Maria Anzbach

Das Seniorenwohnen im Haus St. Louise der Barmherzigen Schwestern wird durch einen Umbau möglich gemacht und hat schließlich für 16 Bewohner_innen in 14 Wohneinheiten Platz (1 Apartment für Paare). Die Größe der Wohneinheiten liegt zwischen 15 m² und 24m² und jede Einheit beinhaltet ein eigenes Badezimmer. Die gemeinschaftlichen Flächen (ca. 200m²) bieten Aufenthaltsräume, eine Gemeinschaftsküche und einen gemeinsamen Speiseraum, Waschküche und Terrasse.

Als Zielgruppe werden Personen mit Pflegestufe 1 oder höher, die ihren Alltag alleine meistern können, definiert. Die Ausschlusskriterien für das Haus St. Louise sind dabei akute Suchtproblematik, fortgeschrittene Demenz, Selbst- oder Fremdgefährdungspotenzial oder die Notwendigkeit von Betreuung und Pflege in der Nacht. In einem umfangreichen Vorgespräch wird der Pflegebedarf abgeschätzt und auch die Erwartungen und Bedürfnisse des/r Interessenten/in erfragt. Das Ziel des Angebots soll es sein, einerseits ein selbstständiges und gesundes Altern zu fördern und andererseits ein Umzug in ein Pflegeheim so lange wie möglich hinauszuzögern oder gar ein Verbleib bis zum Lebensende im Seniorenwohnen zu ermöglichen.

Das Angebot der Barmherzigen Schwestern umfasst neben dem vorgeschriebenen Grundpaket von 7 Stunden pro Tag Anwesenheit einer Betreuungsperson unter der Woche auch als Wahlleistung 5 Stunden Betreuung am Wochenende. Alle Betreuungs- und Pflegeleistungen, die darüber hinausgehen werden als individuelle Wahlleistungen von den Bewohner_innen selbst getragen.

Im Unterschied zum Haus Baden sind Verpflegung und Reinigungsdienste nicht im Grundangebot enthalten, können aber als Wahlleistung organisiert werden. Dies macht das Angebot aber auch günstiger. Das Angebot umfasst somit:

- Sicheres Wohnen durch tägliche Ansprache, Anwesenheit von Personal und ein Notrufsystem.
- Informiertes Wohnen durch ein umfangreiches Aufnahmegespräch und weitere Informationsangebote für Angehörige und Bewohner_innen.
- Organisiertes Wohnen durch die Organisation von individueller Wahlleistungen (Essen, Reinigungsdienste, Fußpflege, mobile Pflege, Therapien, Reparaturen etc.)
- Aktives Wohnen durch das Anbieten von gesundheitsförderlichen, gemeinschaftlichen und kulturellen Aktivitäten.

Das Spezifikum des Haus St. Louise ist nun, dass das Seniorenwohnen im selben Haus wie das Pflegeheim der Barmherzigen Schwestern angesiedelt ist. Dies soll in weiterer Folge integrierte Pflege unter einem Dach ermöglichen, indem einerseits Bewohner_innen des Seniorenwohnens in den stationären Bereich der Langzeitpflege ziehen können oder auch für längere Genesungsprozesse die rehabilitative Übergangspflege des Hauses in Anspruch nehmen können. Andererseits wäre auch ein Ziel, dass die stationäre Pflege durchlässiger wird und Bewohner_innen des Pflegeheims, die ihren Alltag wieder selbstständig bewältigen können, in das Seniorenwohnen ziehen können.

6.4. Einschätzung des Seniorenwohnens in NÖ

Das „Seniorenwohnen“ ist ein neues Wohn-/Betreuungsangebot, welches über das bisherige barrierefreie und begleitete Wohnen hinausgeht. Mit diesem Angebot soll es auch Personen mit höheren Pflegestufen möglich sein so lange wie möglich ein selbständiges Leben mit der notwendigen Unterstützung zu führen.

Dabei werden folgende Ziele für das Seniorenwohnen in NÖ verfolgt:

- Sicherheit einer bedarfsgerechten punktuellen Unterstützung durch aufsuchende und anleitende Betreuung.
- Möglichkeiten, die Einsamkeit und den Rückgang von sozialen Kontakten zu vermeiden.
- Gezielte Aktivierung und Gesundheitsförderung
- Verdichtete Unterstützung und Begleitung von älteren Menschen durch qualifizierte Heimhilfen, Pflegekräfte und Fachsozialbetreuer und -betreuerinnen (Altenarbeit) in einem größeren gemeinschaftlichen Wohnverbund.

Das „Seniorenwohnen“ ist aus gerontologischer Perspektive ein innovatives Element und Angebot in der Pflegeversorgung. Es verbreitert die Vielfalt des betreuten Lebens/Wohnens im Alter, was einerseits wichtig ist, um die traditionelle Dichotomie von stationär vs. extramural/privat

verlassen zu können und andererseits wichtig, um die Wahlmöglichkeiten zu erweitern. Optionenvielfalt ist zwar kein neuer aber ein wesentlicher Aspekt würdevollen Alterns, wenn Betreuungsbedarf gegeben ist.

Die geplanten Projekte werden mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit die hier angeführten Ziele für das Seniorenwohnen erreichen. Sowohl die passgenaue Unterstützung als auch die Ermöglichung von sozialen Kontakten ist über die bisher vorgelegten Konzepte gut nachvollziehbar dargestellt. Die „verdichtete Unterstützung“ ist aufgrund ihres innovativen Charakters eine Frage der sozialen Praxis. Es wird sich hier zeigen, wie in den verschiedenen Pilotprojekten durch die Vielfalt der Trägerschaft dieses Ziel unterschiedlich ausgestaltet wird und damit Vorbildfunktion für weitere Projekte haben wird. Ebenfalls wird sich in der Praxis zeigen, welche Strukturen und Vorgehensweisen, beim Umgang mit einem sich verändernden Pflegebedarf zielführend sind.

In der Wirksamkeit kann für dieses Modell davon ausgegangen werden, dass ein ev. Übergang in die Langzeitpflege verzögert werden kann. Vor allem bei Personen, die vor dem Eintritt ins „Seniorenwohnen“ allein gelebt haben, wird es zu einer deutlichen Erhöhung der Lebensqualität kommen. Dazu kommt eine deutlich bessere sozialen Situation im Falle von gesundheitlichen Einschränkungen oder infolge von Stürzen. So sind gerade Menschen, die allein leben, besonders dann nach Stürzen gefährdet, wenn ihre sozialen Netzwerke stark ausgedünnt sind.

In weiterer Folge ist die Begleitung der Pilotprojekte durch das Kompetenzzentrum für Gerontologie und Gesundheitsforschung vorgesehen. Dabei werden die Herausforderungen und Entwicklungsmöglichkeiten der Angebotsstruktur aus Sicht der Bewohner_innen und der Träger beleuchtet. Eine zentrale Frage wird sein, welche Rolle das Seniorenwohnen in der Pflegeversorgung hat und wie die längerfristige Situation von Menschen in dieser Pflege-/Betreuungsform aussieht bzw. aussehen wird.

7. Ergänzungsstudie 3: Tagespflege

Autorin: Rebekka Rohner

Die Tagespflege gehört zu den teilstationären Pflege- und Betreuungsleistungen und bietet tagsüber pflegerische Leistungen für pflegebedürftige ältere Menschen an. Sie ist somit Teil eines eigenständigen Bereichs im Pflegesystem, welche als Bindeglied zwischen den Systemen der stationären und mobilen Pflege und Betreuung gesehen wird. Die grundlegende Zielsetzung der teilstationären Angebote ist es, älteren Menschen, die in der mobilen Versorgung unterversorgt, in der stationären jedoch überversorgt sind, eine adäquate Leistungsstruktur zu bieten. Als primäre Zielgruppe der Tagespflege gelten pflegebedürftige, ältere Menschen, die den Alltag nicht mehr alleine bewältigen können und durch mobile Dienste unterversorgt sind. Als sekundäre Zielgruppe werden die pflegenden Angehörigen definiert. Die Tagespflege soll dazu beitragen pflegende Angehörige untertags zu entlasten und einen frühzeitigen Umzug in die Langzeitpflege abzufangen (Felder et al., 2008). Bei der Tagespflege handelt es sich um ein stetig wachsendes Angebot, welches wohnortnahe – auf Gemeindeebene – ausgebaut wird.

Der Tagespflegegast hat für die Tagespflege ein Entgelt in Höhe des, in der NÖ Pflegeheim Verordnung für die Tagespflege festgelegten, Tarifs zu leisten, welcher jährlich angepasst wird. Der Tarif betrug 2017 insgesamt 56,43€ pro Tag, stieg bis 2022 auf 64,71€ pro Tag und wurde mit dem 01.01.2024 auf 97,90€ pro Tag angehoben (Land Niederösterreich, 2018, 04.03.2022, 2023). Den größten Teil dieses Tarifs übernimmt das Land Niederösterreich, wobei die Tagespflegegäste einen Kostenbeitrag abhängig und gestaffelt nach der Höhe des Einkommens und der Pflegegeldstufe leisten müssen.

Im folgenden Kapitel soll nun die Tagespflege in Niederösterreich detaillierter betrachtet werden, wobei einerseits nationale und internationale Studien zur Bedeutung der Tagespflege im Versorgungssystem geschildert werden. Andererseits wurden zusätzliche Daten bis einschließlich dem 31.03.2024 erhoben. Dies ermöglicht eine Analyse der aktuellen Entwicklungen der Inanspruchnahme.

7.1. Bedeutung der Tagespflege

Bevor auf die konkreten Daten des Landes Niederösterreich eingegangen wird, soll ein Überblick über die vorhandene Forschung gegeben werden. Der überwiegende Teil der Literatur beschäftigt sich mit der Bedeutung der Tagespflege für die primäre Zielgruppe, nämlich die pflegebedürftigen älteren Menschen. Ein Scoping Review stellt dabei fest, dass verschiedenste Studien den Besuch eines Tagespflegezentrums mit einer Verbesserung der Lebensqualität der pflegebedürftigen Person in Verbindung bringen, sowie einer höheren Aktivität und Funktionalität. Des Weiteren konnte eine Verbesserung der mentalen Gesundheit bzw. eine Verzögerung eines kognitiven Abbaus bei den Besucher_innen in verschiedenen Studien aufgezeigt werden (Orellana et al.,

2020). Trotz dieser positiven Effekte der Tagespflege wird dieses Angebot sowohl in Niederösterreich als auch in anderen Ländern verhältnismäßig wenig genutzt. Eine deutschlandweite Befragung von über 1.100 pflegebedürftigen älteren Menschen ergab, dass neben den vier Prozent, die die Tagespflege bereits nutzen, weitere 13 Prozent der Befragten das Angebot noch nicht nutzen, aber Interesse daran hätten. Rund die Hälfte gab explizit an, kein Interesse am Angebot zu haben (Dorin et al., 2014). Eine höhere Nutzungsintensität der Tagespflege lässt sich in einer weiteren Studie vor allem bei alleinlebenden älteren Menschen, bei kürzerer Entfernung zwischen Wohnort und Tagespflegezentrum und bei höher gebildeten, sowie jüngeren pflegenden Angehörigen feststellen (Wasić et al., 2022).

Einiges an Literatur gibt es auch zur sekundären Zielgruppe der Tagespflege, wobei die Möglichkeiten der Entlastung pflegender Angehöriger analysiert wird. So zeigen Studien, dass das Stress- und Depressionslevel der pflegenden Angehörigen an Tagen, an denen die betreute Person im Tageszentrum ist, niedriger ausfällt (Zarit et al., 2011; Klein et al., 2016; Tretteteig et al., 2016). Dabei ist für Angehörige bei dem Tagespflegeangebot neben einer Berücksichtigung der Bedürfnisse des älteren Menschen, auch eine gute Kommunikation zwischen Angehörigen, Personal und pflegebedürftiger Person, sowie ein zuverlässiger Fahrtendienst von großer Bedeutung (Stronczek et al., 2023). Allerdings konnte eine Umfrage in Bayern mit knapp 1.000 pflegenden Angehörigen zeigen, dass mehr als zwei Drittel der pflegenden Angehörigen weder gegenwärtig noch zukünftig das Tagespflegeangebot nutzen wollen. In einer multivariaten Analyse stellte sich heraus, dass vor allem diejenigen pflegenden Angehörigen Interesse an einer zukünftigen Nutzung der Tagespflege haben, die eine Person mit dementieller Erkrankung pflegen oder eine frühere negative Beziehungsqualität zur pflegebedürftigen Person angegeben haben (Bösl et al., 2024).

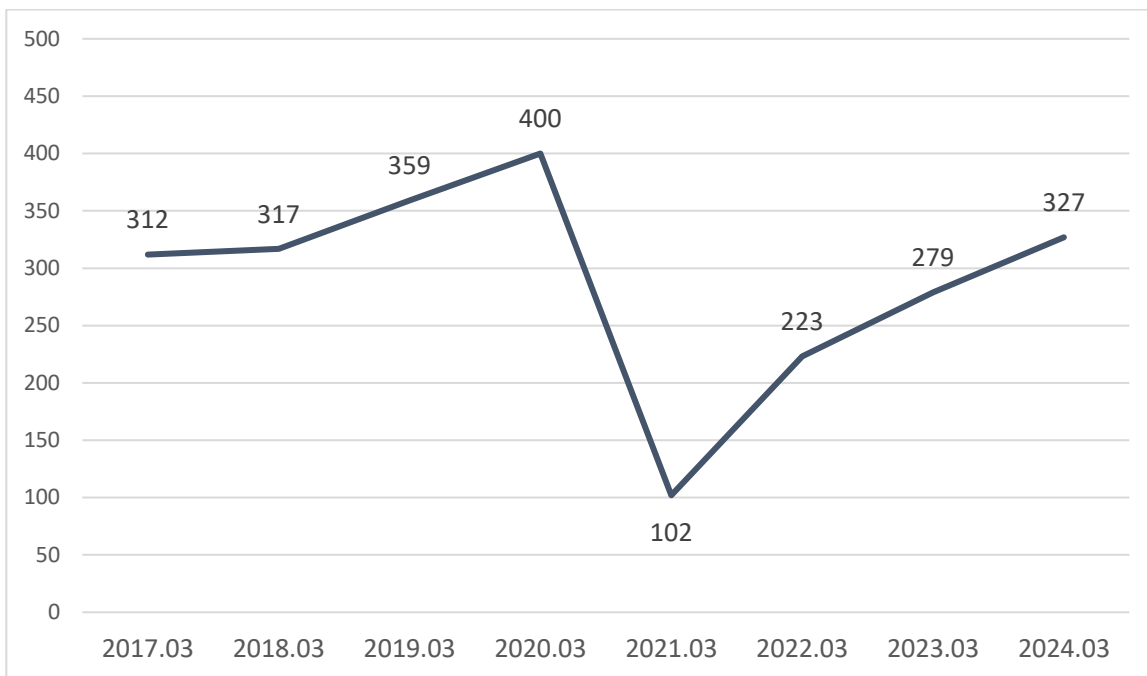
Schließlich gibt es sehr wenige Forschungen, die sich mit den Auswirkungen der Tagespflege auf das Pflegesystem beschäftigen und die verschiedenen Studien zeigen teilweise unterschiedliche Effekte – womöglich aufgrund methodischer Unterschiede und einer Vielzahl an Einflussfaktoren. Grundsätzlich lässt sich aber eine Unterstützung eines längeren Verbleibs im Privathaushalt annehmen (Orellana et al., 2020; Chen & Berkowitz, 2012). So zeigt etwa eine quasi-experimentelle Studie aus Kanada, welche administrative Daten von rund 16.000 pflegebedürftigen älteren Menschen über einen Zeitraum von vier Jahren analysierte, dass ältere Menschen, die regelmäßig Tagespflege in Anspruch nahmen, eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit eines Umzugs ins Pflegeheim aufwiesen (Kelly et al., 2016).

7.2. Entwicklung der Tagespflege

Um die Auswirkungen des Ausbaus der Tagespflege im Generellen erfassen zu können, wurden zusätzlich die Daten von 1. Oktober 2021 bis 31.3.2024 abgefragt und ergänzt. Damit kann die Entwicklung der Tagespflege in Niederösterreich von 2017 bis 2024 analysiert werden. Die Daten werden auf Monatsebene analysiert, wobei entgegen dem restlichen Altersalmanach hier der März als Stichmonat genommen wird, da dadurch 2024 mitberücksichtigt werden kann.

Die Entwicklung der Anzahl an monatlich betreuten Personen zeigt zunächst einen Anstieg zwischen 2017 und 2020 und dann einen starken Einbruch durch die Covid-19 Pandemie. Dabei besuchten im März 2020 insgesamt 400 Personen die Tagespflege, während es ein Jahr später nur mehr 102 Personen waren. Seit 2021 steigen die Zahlen an betreuten Personen wieder an und die Anzahl an betreuten Personen befindet sich im März 2024 wieder auf dem Niveau von 2017. Der langsame Anstieg nach der Pandemie hängt mit dem Mangel an Fachkräften zusammen und der Schwierigkeit die vorhandenen Plätze mit Personal abzudecken.

Abbildung 49: Anzahl an betreuten Personen von März 2017 bis März 2024



Bei der Entwicklung der monatlichen Anzahl an betreuten Personen in der Tagespflege lassen sich regionale Unterschiede erkennen. In Tabelle 29 sind drei verschiedene regionale Entwicklungen nach dem Hauptwohnsitz der betreuten Personen markiert. Die gelb markierten Bezirke haben seit 2017 einen Anstieg an betreuten Personen verzeichnet, wobei Amstetten, Hollabrunn und Korneuburg im März 2024 höhere Zahlen als in den Jahren davor verzeichnet haben. Bei Melk und Scheibbs ist es vor allem im Vergleich zu März 2017 und 2018 zu einer höheren Anzahl gekommen.

Bei den nicht markierten, grau-weißen Bezirken in der Mitte der Tabelle hat sich die Anzahl der betreuten Personen 2023 und 2024 wieder auf das Niveau von vor der Pandemie stabilisiert.

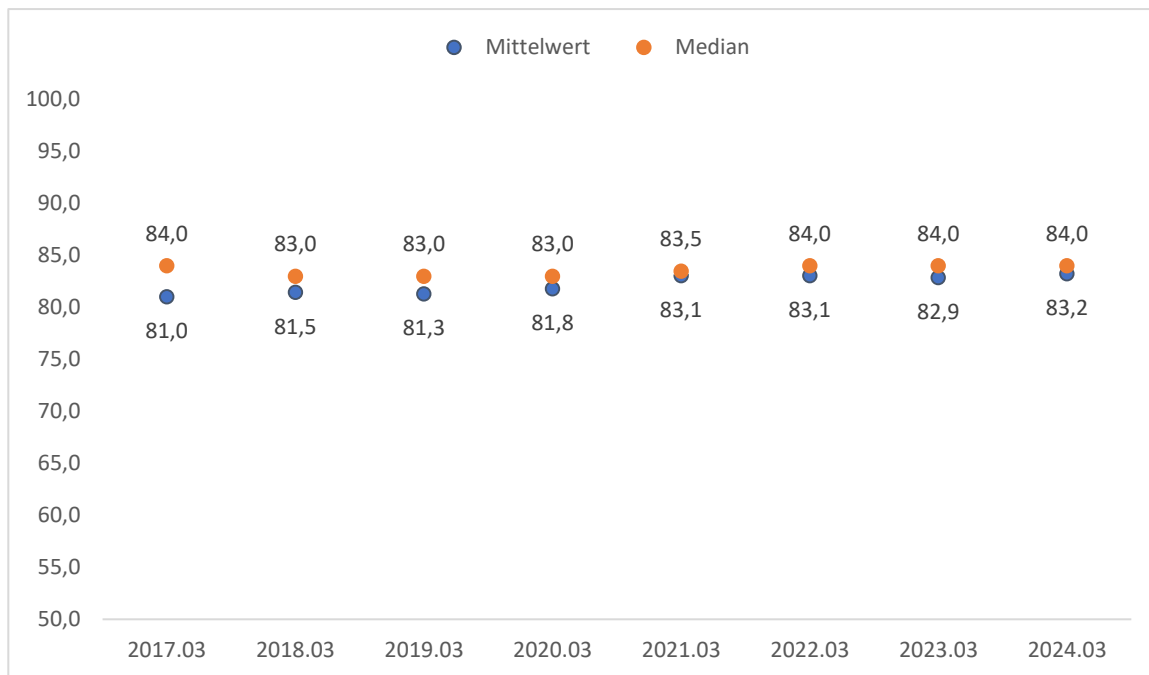
Schließlich verzeichnen neun Bezirke (blau) ab 2020 einen Rückgang der Anzahl an betreuten Personen. So ist etwa die Zahl an betreuten Personen in Gmünd von acht im März 2017 und neun im März 2019 auf drei im März 2024 gesunken. Einen besonders starken Rückgang verzeichnen Mödling und Zwettl, wo die Anzahl an betreuten Personen nach der Pandemie ein Fünftel der Anzahl vor der Pandemie beträgt. Dieselben Entwicklungstrends auf Bezirksebene zeigen sich auch, wenn man die jährliche Inanspruchnahme der Tagespflege betrachtet.

Tabelle 29: Anzahl an betreuten Personen in der Tagespflege nach Wohnbezirk der Person (2017.03-2024.03)

	2017.3	2018.3	2019.3	2020.3	2021.3	2022.3	2023.3	2024.3
Amstetten	58	59	74	77	25	80	87	106
Hollabrunn	10	11	9	13	1	2	6	19
Korneuburg	19	20	17	26	11	14	20	28
Melk	14	15	27	30	9	18	20	24
Scheibbs	5	3	9	11	14	11	11	12
Baden	4	9	7	3	0	0	1	2
Bruck an der Leitha	25	22	31	26	0	15	21	21
Horn	1	3	2	3	0	1	5	1
Krems (Land)	5	5	7	8	3	4	4	4
Krems (Stadt)	2	3	4	2	2	5	6	8
Lilienfeld	3	5	5	3	0	2	4	1
Neunkirchen	8	10	10	14	1	3	5	8
St. Pölten (Land)	27	22	35	41	17	15	26	30
Wr. Neustadt (Land)	6	3	7	9	0	1	5	3
Wr. Neustadt (Stadt)	5	9	4	4	0	2	3	7
Gänserndorf	14	7	1	12	0	7	8	6
Gmünd	8	9	4	12	1	3	4	3
Mistelbach	11	12	13	13	0	5	6	5
Mödling	25	28	31	25	0	5	6	5
St. Pölten (Stadt)	34	30	32	36	16	25	21	25
Tulln	14	15	10	10	2	4	6	7
Waidhofen/Thaya	3	6	5	5	0	0	1	0
Waidhofen/Y. (Stadt)	0	0	0	2	0	0	0	0
Zwettl	11	11	15	14	0	0	2	2

Ein Blick auf die Alters- und Geschlechtsverteilung der betreuten Personen zeigt, dass sich einerseits in der Tagespflege das Geschlechterverhältnis seit 2017 nicht verändert hat. Im Durchschnitt nehmen Frauen mit 70% die Tagespflege in den Stichmonaten häufiger in Anspruch als Männer. Andererseits steigt das Durchschnittsalter im Erhebungszeitraum an, und zwar von 81 Jahren im März 2017 auf 83,2 Jahren im März 2024. Der Median hat sich in diesem Zeitraum jedoch nicht verändert, was bedeutet, dass die betreuten Personen in der Tagespflege etwas altershomogener geworden sind und die Streuung geringer wurde.

Abbildung 50: Altersmittelwert und -median der betreuten Personen in der Tagespflege (2017.03-2024.03)



Abschließend wurden noch Veränderungen bei den Tagespflegegästen betrachtet. Dabei lässt sich zunächst festhalten, dass zwischen 2017 und 2024 insgesamt 15% von den 2.054 registrierten Personen nur in einem Monat das Angebot in Anspruch genommen haben und danach nicht mehr. Mehr als die Hälfte besuchte die Tagespflege länger als sechs Monate, knapp ein Drittel länger als ein Jahr. Von allen Personen, die mehr als einen Monat zwischen 01.01.2017 und 31.03.2024 erfasst wurden (n=1.744), kam es bei 66 Personen zu einer Änderung der Pflegestufe (4%). Bei allen anderen Tagespflegegästen blieb die Pflegegeldstufe unverändert. Dies deutet auf eine stabilisierende Wirkung der Tagespflege hin, sollte allerdings auch nicht überinterpretiert werden, da es sich um administrative Daten handelt und sowohl die Änderung der Pflegegeldstufe einen längeren administrativen Prozess bedeutet als auch unklar ist, ob eine Änderung der Pflegegeldstufe wirklich systematisch bei Tagespflegegästen erfasst wird. Hier bräuchte es vertieftes Wissen zur Veränderung des Gesundheitszustandes in der Tagespflege.

Zusammengefasst:

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass die Tagespflege ein Angebot darstellt, welches sehr viel Potential der Gesundheitsförderung und Aktivierung hat. Sie trägt dazu bei, Einsamkeit und Isolation abzufangen, entlastet pflegende Angehörige und trägt damit zu einem längeren Verbleib im Privathaushalt bei. Der weitere Ausbau der Tagespflege auf Gemeindeebene in Niederösterreich wird daher in seiner Wirkung auf die Versorgung von Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf als günstig eingeschätzt. Dabei sollte langfristig ein flächendeckender Ausbau angestrebt werden, wobei jedoch gerade im Wein- und Industrieviertel aufgrund des höheren Anteils an informeller Pflege (Abbildung 10) und des Bevölkerungswachstums von einer höherer Entlastung pflegender Angehöriger ausgegangen werden kann. Die Gemeinde wird deshalb als bevorzugter Ort von Tagespflege gesehen, weil in der wissenschaftlichen Literatur eine gute Erreichbarkeit der Tagespflegezentren von den Angehörigen und pflegebedürftigen Menschen betont wird. Eine besonders große und nach der Pandemie deutlich verschärfte Herausforderung stellt der Fachkräftemangel dar sowie die Qualitätssicherung bei einem raschen Ausbau.

8. Personalbedarf in der Pflege

Wie wirkt sich die Entwicklung des Pflegebedarfs auf den Bedarf an Pflegekräften aus? Mit welchem Mehrbedarf an Pflegekräften ist IN NÖ zu rechnen? Um diese Fragen zu beantworten, wird die Gesundheitspersonalprognose²⁶ zusammengefasst, welche das Kompetenzzentrum für Gerontologie und Gesundheitsforschung der Karl Landsteiner Privatuniversität für das Land Niederösterreich erstellt hat (Kolland, Bischof et al., 2021). Diese Prognose basiert im Wesentlichen auf den Daten des Gesundheitsberuferegisters (GBR). Das Register erfasst seit 1. Juli 2018 alle Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und bietet damit die Möglichkeit die Berechnungen auf Basis des genauen Ist-Stands des Gesundheitspersonals durchzuführen (Stichtag 31. Dezember 2019). Der Ist-Stand der folgenden Prognose liegt also vor der Covid-19 Pandemie und berücksichtigt diese daher nicht in der Berechnung.²⁷ Ein Vergleich der prognostizierten Anzahl für 2021 und dem Ist-Stand 2021 verdeutlicht jedoch die Angemessenheit der Prognose (siehe Tabelle 34).

Ausgehend von diesem Ist-Stand wird der jährliche Mehrbedarf an Pflegekräften berechnet, der sich aus zwei Kennzahlen zusammensetzt, dem Ersatzbedarf und dem Zusatzbedarf. **Ersatzbedarf** an Gesundheitspersonal entsteht durch den Abgang von Pflegekräften wie zum Beispiel durch Pensionierungen. **Zusatzbedarf** entsteht durch Veränderungen in der Gesellschaft, die zusätzliches Personal notwendig machen, wie etwa durch das Bevölkerungswachstum. Aus der Summe von Ersatz- und Zusatzbedarf ergibt sich der **absolute Mehrbedarf** an Pflegekräften.

8.1. Methodik

Zur Prognostizierung des Gesundheitspersonalbedarfs wurde (1) ein Datenauszug aus dem Gesundheitsberuferegister (GBR, Stichtag 31. Dezember 2019), (2) Daten zur ambulanten und stationären Inanspruchnahme von NÖ Fondskrankenanstalten in Form der Diagnose-Leistungsdokumentation (DLD), (3) die Pflegebedarfsprognose des Altersalmanachs NÖ 2018, sowie (4) die kleinräumige Bevölkerungsprognose für Niederösterreich (Hanika, 2019) herangezogen (genauere Erklärungen zu den Datensätzen finden sich im Anhang). Für diese Prognose ist hervorzuheben, dass der Datenauszug aus dem GBR keine Differenzierung der Personenzahlen je nach Versorgungsbereich beinhaltet, sodass in dieser Prognose der Begriff Arbeitsstellen treffender für die prognostizierten Zahlen ist. Grund hierfür ist, dass eine Person (ein Kopf) in mehreren Versorgungsbereichen tätig sein kann, wodurch es zu Doppelzählungen einzelner Personen kommt. **Da die überwiegende Mehrheit der DGKP, PFA und PA jedoch nur eine Arbeitsstelle besetzen, handelt es sich im vorliegenden Bericht durchaus annäherungsweise um Köpfe.** Im GBR werden insgesamt

²⁶ Im Endbericht der Gesundheitspersonalprognose Niederösterreich wurde auch der Bedarf an medizinisch-technischen Diensten (MTD) prognostiziert. Diese arbeiten jedoch nur zu einem geringen Anteil in der Langzeitpflege, weshalb sie hier nicht erwähnt werden.

²⁷ Kürzlich wurde von der GÖG eine aktualisierte Berechnung vorgelegt, welche allerdings im vorliegenden Bericht nicht mehr berücksichtigt werden konnte. Siehe Rappold, Gyimesi & Czásny (2023).

11 Versorgungsbereiche angeführt, die für diese Prognose zu drei Versorgungsbereichen aggregiert werden.

Tabelle 30: Aggregation der GBR Versorgungsbereiche

Versorgungsbereich	Aggregation
- Ambulante Dienste	Langzeitpflege
- PBZ + Private Pflegeheime	
- Krankenhaus (andere)	Akutstationär
- LK-Holding Kliniken	
- niedergelassener Bereich	Sonstige
- Ambulatorien inkl. Einrichtungen der ÖGK	
- Behinderteneinrichtungen	
- Rehabilitationseinrichtungen	
- Sonstige Einrichtungen + keine Zuordnung	

Für die Prognose des Ersatzbedarfs werden in allen Szenarien die Pensionierungsdaten aus dem GBR herangezogen. Für die Errechnung des Zusatzbedarfs unterscheiden sich die Szenarien hinsichtlich ihrer Annahmen²⁸:

1. Demographisches Szenario

In diesem Szenario wird der Bedarf des Gesundheitspersonals für den Bereich der Langzeitpflege (mobile und stationäre Pflege) basierend auf der Annahme einer Expansion der Morbidität berechnet. Diese Annahme stützt sich auf Daten des Altersalmanachs 2018, in dem im Szenario *Fortschreibung* davon ausgegangen wird, dass sich durch die steigende Lebenserwartung auch die Phase der Pflegebedürftigkeit verlängert (Kolland, Richter & Bischof, 2019: 39).

Für die akutstationären Versorgungsbereiche (NÖ Fondskrankenanstalten) werden Leistungsdaten aus der DLD differenziert nach Alter und Geschlecht verwendet. Hierfür wird ein Personalschlüssel errechnet, der das aktuell beschäftigte Personal im akutstationären Bereich ins Verhältnis zu den erbrachten Leistungen setzt. Unter der Annahme, dass der Personalschlüssel unverändert bleibt, kann dann durch Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur auf Veränderungen im Personalbedarf geschlossen werden.

²⁸ Im Endbericht der Gesundheitspersonalprognose Niederösterreich wurden vier Szenarien berechnet. Aus Konsistenz- und Platzgründen werden hier lediglich die zwei Szenarien dargestellt, die alle Datensätze beinhalten und auf denselben Annahmen wie die Pflegebedarfsprognose basieren.

2. Kompressionsszenario

Die Annahmen in diesem Szenario sind weitgehend identisch mit denen aus Szenario 1. Allerdings wird in Szenario 2 von einer Kompression der Morbidität ausgegangen (Fries, 1980). Sie geht davon aus, dass die Lebenserwartung zwar steigt, sich aber das Eintrittsalter in die Phase der Morbidität ebenfalls erhöht. Die Bevölkerung altert also nicht nur, sie bleibt auch länger gesund. Das bedeutet, dass die Dauer der Pflegebedürftigkeit trotz steigender Lebenserwartung gleichbleibt und sich die Pflegebedürftigkeit nach hinten verschiebt. Auch in diesem Szenario wird bei den sonstigen Bereichen lediglich das Bevölkerungswachstum berücksichtigt und beim akutstationären Bereich, wie in Szenario 1, die Inanspruchnahme der Leistungen mitgerechnet. Im akutstationären Bereich konnte hier keine Kompression berechnet werden, da es für diesen Bereich an Daten fehlt, wie sich eine Kompression auswirken könnte.

8.2. Prognose 2030/2040

Die im Folgenden getätigten Aussagen zum künftigen Bedarf sind als Schätzungen unter der Berücksichtigung des potenziellen Bevölkerungswachstums, der Bevölkerungsalterung und einer potentiellen Expansion oder Kompression der Inanspruchnahme von medizinischen und pflegerischen Leistungen zu verstehen. Die Ergebnisse der Gesundheitspersonalprognose werden im folgenden Kapitel getrennt nach den Berufen der diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger_innen (DGKP) und der Pflege(-fach)assistenz (PA & PFA) dargestellt.

8.2.1. Demographisches Szenario

In Szenario 1 wird das Bevölkerungswachstum, die Pensionierungen, die Veränderung der Alters- und Geschlechtsstruktur der Patient_innen im akutstationären Bereich und die Expansion der Morbidität in der Langzeitpflege berücksichtigt. Lediglich im sonstigen Bereich liegen keine Daten zur Inanspruchnahme von Leistungen vor, weshalb hier nur das Bevölkerungswachstum berücksichtigt wurde.

Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger_innen (DGKP)

Unter der Berücksichtigung der Annahmen von Szenario 1 ergibt sich für die Entwicklung der DGKP folgendes Bild (Tabelle 32): Im akutstationären Bereich sind derzeit mit 9.130 Arbeitsstellen die meisten DGKP angestellt. Aufgrund der Pensionierungen ist mit einem Ersatzbedarf von 2.531 Arbeitsstellen bis 2040 zu rechnen und aufgrund der Bevölkerungsveränderung ist - bei gleichbleibender geschlechts- und altersspezifischer Inanspruchnahme des akutstationären Bereichs - mit 1.702 zusätzlichen Arbeitsstellen bis 2040 zu rechnen. Das ergibt einen Mehrbedarf von 46% (4.233 Arbeitsstellen) bis 2040 im Vergleich zu 2019.

Unter der Annahme einer Expansion der Morbidität in der Langzeitpflege kann von einem Zusatzbedarf von 1.005 Arbeitsstellen bis 2030 und von 2.008 Stellen bis 2040 ausgegangen werden. Nimmt man den Ersatzbedarf dazu, bedeutet das einen Mehrbedarf von 53% (1.902 Arbeitsstel-

len) bis 2030 und von 85% (3.093 Arbeitsstellen) bis 2040. Dabei sind Annahmen einer derzeitigen Unterbesetzung in der Langzeitpflege (Rappold & Juraszovich, 2019) noch nicht berücksichtigt.

Beide Versorgungsbereiche zusammengenommen müssen also bis zum Jahr 2030 unter den vorliegenden Annahmen insgesamt 3.685 DGKP-Arbeitsstellen ersetzt werden und 2.052 zusätzliche Arbeitsstellen geschaffen werden. Das ergibt einen Mehrbedarf von 36% (5.737 Arbeitsstellen). Bis zum Jahr 2040 wird von einem Mehrbedarf von 54% (8.587 Arbeitsstellen) ausgegangen. Dabei sind strukturelle Veränderungen wie der Ausbau von Dienstleistungen oder Ausbildungsstätten jedoch nicht mitberücksichtigt.

Tabelle 31: Demographisches Szenario für den Beruf der DGKP nach Versorgungsbereich 2030/2040

	Akutstationär	Langzeitpflege	Sonstiger Bereich	Gesamt
Ist-Stand der DGKP 2019	9 130	3 618	3 163	15 911
2030				
Ersatzbedarf 2030	1 995	897	793	3 685
Zusatzbedarf 2030	907	1 005	139	2 052
Mehrbedarf (%Mehrbedarf)	2 902 (+32%)	1 902 (+53%)	932 (+29%)	5 737 (+36%)
2040				
Ersatzbedarf 2040	2 531	1 085	1 026	4 642
Zusatzbedarf 2040	1 702	2 008	235	3 945
Mehrbedarf 2040 (%Mehrbedarf)	4 233 (+46%)	3 093 (+85%)	1 261 (+40%)	8 587 (+54%)

Pflegeassistent und Pflegefachassistent (PA, PFA)

In Niederösterreich waren 2019 insgesamt weniger als hundert Stellen mit einer Pflegefachassistentin besetzt, da die Absolvent_innenzahlen bei dieser neuen Berufsgruppe noch sehr niedrig waren. Aus diesem Grund sind keine fundierten Aussagen über die Entwicklung der PFA möglich, weshalb sie im Folgenden gemeinsam mit den PA prognostiziert werden.

Tabelle 32: Demographisches Szenario für den Beruf der PA und PFA nach Versorgungsbereich 2030/2040

	Akustationär	Langzeitpflege	Sonstiger Bereich	Gesamt
Ist-Stand der PA+PFA 2019	1 289	4 435	1 213	6 936
2030				
Ersatzbedarf 2030	469	1 125	223	1 817
Zusatzbedarf 2030	128	1 237	53	1 419
Mehrbedarf 2030 (%Mehrbedarf)	597 (+46%)	2 362 (+53%)	276 (+23%)	3 236 (+47%)
2040				
Ersatzbedarf 2040	670	1 375	281	2 327
Zusatzbedarf 2040	240	2 464	90	2 794
Mehrbedarf 2040 (%Mehrbedarf)	910 (+71%)	3 839 (+87%)	371 (+31%)	5 121 (+74%)

Der überwiegende Teil der Arbeitsstellen der PA und der PFA finden sich derzeit in der Langzeitpflege. Hier wird ein Ersatzbedarf von 1.375 Stellen und einem zusätzlichen Bedarf von 2.464 Stellen bis 2040 prognostiziert. Das bedeutet einen Mehrbedarf von 87% (3.839 Arbeitsstellen). Zusätzlich ist im Jahr 2040 im akutstationären Bereich von einem Mehrbedarf von 71% (910 Arbeitsstellen) auszugehen. Insgesamt wird unter den Annahmen von Szenario 1 für das Jahr 2030 ein Mehrbedarf von 47% (3.236 Arbeitsstellen) und von 74% (5.121 Arbeitsstellen) bis zum Jahr 2040 ausgegangen.

Vergleicht man die Ergebnisse dieser Prognose mit dem Ist-Stand an Pflegekräfte in Niederösterreich zum Stichtag des 31.12.2021 (also zwei Jahre nach dem Stichtag auf dem diese Prognose basiert), fällt auf, dass das Szenario die Entwicklung recht gut prognostizieren konnte (siehe GBR-Auszug in Holzweber et al. 2022). Vor allem bei den PA und PFA gibt es kaum Unterschiede. Größere Unterschiede gibt es lediglich bei den DGKP im sonstigen Versorgungsbereich, was sich wahrscheinlich aufgrund der mangelnden Datenlage zu diesem Bereich ergeben hat. So konnte der sonstige Bereich nur auf Basis des Bevölkerungswachstums prognostiziert werden, da keine Daten zur Inanspruchnahme verfügbar sind.

Tabelle 33: Vergleich Ist-Stand der Pflegekräfte 2021 mit dem prognostizierten Stand

	DGKP		PA/PFA	
	Ist-Stand 2021	Prognose 2021	Ist-Stand 2021	Prognose 2021
Akustationär	9 933	9 272	1 399	1 309
Langzeitpflege	3 807	3 765	4 821	4 614
Sonstiger Bereich	2 190	3 190	1 167	1 223
Gesamt	15 930	16 228	7 387	7 146

8.2.2. Kompressionsszenario

Im Kompressionsszenario wird anstatt von einer Expansion der Morbidität von einer Kompression der Morbidität in der Langzeitpflege ausgegangen. Das heißt, im Gegensatz zu Szenario 1, wird davon ausgegangen, dass eine höhere Lebenserwartung nicht zu einer höheren Anzahl an pflegebedürftigen, älteren Menschen führt. Die Menschen leben also nicht nur länger, sie bleiben auch länger gesund und brauchen dementsprechend weniger Pflegekräfte. Die Kompression bezieht sich dabei nur auf die Langzeitpflege, da sie für den akutstationären und sonstigen Bereich nicht berechnet werden konnte.

Tabelle 34: Kompressionsszenario der Pflegekräfte bis 2030/2040

	DGKP	PFA/PA	Gesamt
Ist-Stand 2019	15 911	6 936	22 846
2030			
Ersatzbedarf 2030	3 685	1 817	5 502
Zusatzbedarf 2030	1 412	637	2 049
Mehrbedarf 2030 (% Mehrbedarf)	5 097 (+32%)	2 454 (+35%)	7 551 (+33%)
2040			
Ersatzbedarf 2040	4 642	2 327	6 969
Zusatzbedarf 2040	2 530	1 046	3 577
Mehrbedarf 2040 (% Mehrbedarf)	7 172 (+45%)	3 373 (+49%)	10 546 (+46%)

Die Annahme einer Kompression führt bei den DGKP in allen Versorgungsbereichen zu einem Zusatzbedarf von 1.412 Arbeitsstellen bis 2030 und von 2.530 Arbeitsstellen bis 2040. Das bedeutet einen Mehrbedarf von 32% (5.097 Arbeitsstellen) bis 2030 und von 45% (7.172 Arbeitsstellen) bis 2040.

Bei den PA und PFA wird unter der Annahme Kompression ein Zusatzbedarf von 637 Arbeitsstellen bis 2030 und von 1.046 Arbeitsstellen bis 2040 prognostiziert. Gemeinsam mit dem Ersatzbedarf ergibt das einen Mehrbedarf an PA und PFA von 35% (2.454 Arbeitsstellen) bis 2030 und von 49% (3.373 Arbeitsstellen) bis 2040.

Insgesamt kann unter der Annahme einer Kompression in der Langzeitpflege von einem Mehrbedarf an Pflegekräften von 33% (7.551 Arbeitsstellen) bis 2030 und von 46% (10.546 Arbeitsstellen) bis 2040 ausgegangen werden.

Zusammengefasst:

Vergleicht man die Ergebnisse der beiden Szenarien miteinander, ergeben sich bei den DGKP eher geringe Unterschiede, da die DGKP vor allem im akutstationären Bereich tätig sind und hierfür keine Kompression der Morbidität berechnet werden konnte. Während beim Kompressionszenario bis 2040 ein Mehrbedarf von 7.172 DGKP-Arbeitsstellen (45%) prognostiziert wird, wird beim demographischen Szenario ein Mehrbedarf von 8.587 Arbeitsstellen (54%) berechnet. Es ergibt sich eine Differenz zwischen den beiden Szenarien von 9%.

Anders sieht dies bei den PA und PFA aus, die hauptsächlich in der mobilen und stationären Langzeitpflege tätig sind. Während beim Kompressionszenario bis 2040 ein Mehrbedarf von 3.373 Arbeitsstellen (49%) prognostiziert wird, wird beim demographischen Szenario ein Mehrbedarf von 5.121 Arbeitsstellen (74%) berechnet. Es ergibt sich eine Differenz zwischen den beiden Szenarien von 25%. Da Pflegekräfte meist nur eine Arbeitsstelle besetzen, kann in diesem Bericht annäherungsweise von Köpfen gesprochen werden.

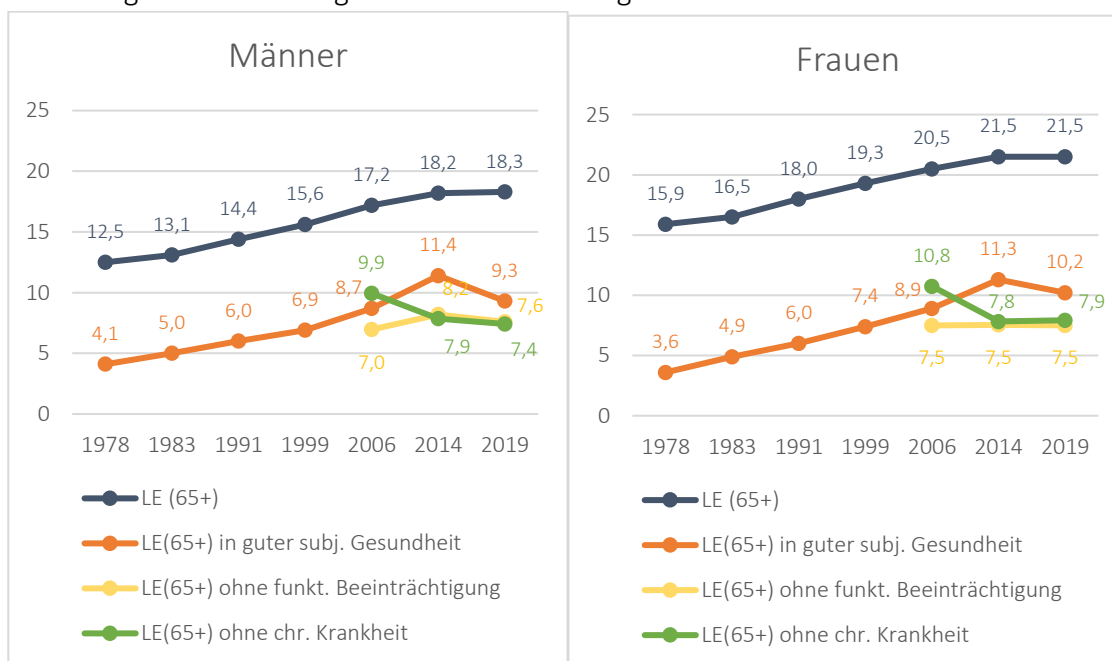
Die Gesundheitspersonalprognose verdeutlicht also, dass sowohl bei einer Expansion als auch bei einer Kompression der Morbidität mit einem hohen Mehrbedarf an Pflegekräften in den verschiedenen Versorgungsbereichen gerechnet werden muss. Der zukünftige Pflegebedarf wirft nicht nur Fragen im Bereich der Versorgung mit Pflege- und Betreuungsformen auf, sondern auch dahingehend, wie viele Pflegekräfte für einen derartig gestiegenen Bedarf gebraucht werden. Eine Limitation der vorliegenden Prognose ist, dass bei der Schätzung des Ersatzbedarfs lediglich Pensionierungen berücksichtigt werden konnten und damit angenommen wird, dass die Pflegekräfte bis zur Pensionierung in diesem Beruf tätig bleiben. Studien verweisen jedoch auf eine hohe Fluktuationsrate und Unzufriedenheit der Pflegekräfte, sowohl vor als auch während der Pandemie (Kolland, Rohner et al. 2021; Favez & Zúñiga, 2021).

Aufgrund dieser Aussicht hat die NÖ-Landesregierung Maßnahmen zum Ausbau und der Attraktivierung der Pflegeausbildung beschlossen. So werden einerseits mehr Ausbildungsplätze geschaffen, andererseits bietet das Land Niederösterreich eine Pflegeausbildungsprämie seit dem 01.09.2022 an. Personen, die in Niederösterreich die Ausbildung zu einer Pflege(-fach)assistenz, Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekraft oder Diplom-/ oder Fach-Sozialbetreuungs-kraft antreten, erhalten monatlich 600 Euro Ausbildungsprämie (Land Niederösterreich, o.D.).

9. Gesundheitliche Lebenssituation älterer Menschen

Die Entwicklung des Gesundheitszustands und das Vorhandensein von Beeinträchtigungen bei älteren Menschen steht in engem Zusammenhang mit dem Pflege- und Betreuungsbedarf. Seit den 1980ern gibt es hierzu zwei Hypothesen, welche entweder von einer Expansion oder einer Kompression der Morbidität ausgehen. Bei der Morbiditätsexpansion (auch Medikalisierungshypothese genannt) erhöht sich der Pflegebedarf, da der Anstieg der Lebenserwartung mit einer Verlängerung der Jahre, die in Krankheit verbracht werden, einhergeht (Gruenberg, 1977). Bei der Kompression der Morbidität werden die Menschen nicht nur älter, sondern bleiben auch länger gesund (Fries, 1980). Seitdem haben sich nationale und internationale Studien mit den beiden Hypothesen beschäftigt, und obwohl keine der Hypothesen sich bisher als einzig richtige Hypothese herausgestellt hat, kommen viele Studien in Europa zu dem Schluss, dass die Morbidität - vor allem bei Frauen - sich entweder nicht verändert oder sich komprimiert hat (Chatterji et al., 2015; Enroth et al. 2021; Seematter-Bagnoud et al., 2021). Die Entwicklung der Gesundheit von älteren Menschen ist jedenfalls von großer Bedeutung für die Sozialpolitik. Die Statistik Austria befragt daher in unregelmäßigen Abständen seit den 1970er Jahren die österreichische Bevölkerung (15+) zu ihrem Gesundheitszustand und -verhalten. Aus der subjektiven Gesundheitseinschätzung wird dann in Kombination mit der Lebenserwartung die **Lebenserwartung in guter Gesundheit** berechnet.

Abbildung 51: Entwicklung der Lebenserwartung nach Geschlecht



Grafik: Eigene Darstellung. (1) Datenquelle der subj. Gesundheit: Statistik Austria (2020). Sterbetafeln bzw. Mikrozensus-Sonderprogramme 1978, 1983, 1991, 1999 und Gesundheitsbefragung 2006/07, 2014 und 2019²⁹. (2) Datenquelle ohne funkt. B. und ohne chr. K.: Statistik Austria (2023): Sterbetafeln und EU-SILC. Erstellt am 10.03.2023.³⁰

²⁹ Fragestellung 1978 bis 1999: „Wie beurteilen Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand?“ Fragestellung 2006/07, 2014 und 2019: „Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?“. Antwortkategorien jeweils: „Sehr gut – Gut – Mittelmäßig – Schlecht – Sehr schlecht“.

³⁰ Fragestellung 2003–2007: "Sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch eine Behinderung oder eine sonstige gesundheitliche Beeinträchtigung bei der Verrichtung alltäglicher Arbeiten beeinträchtigt?" "Ja, stark beeinträchtigt"

Die fernere Lebenserwartung in guter subjektiver Gesundheit für Frauen liegt im Jahr 2019 mit 10,2 Jahren knapp über jener der Männer mit 9,3 Jahren. Die gesunde Lebenserwartung stieg seit 1978 um 5,2 Jahre bei den Männern und um 6,6 Jahre bei den Frauen. Entscheidend hierbei ist jedoch eher, wie sich die gesunde Lebenserwartung im Verhältnis zur gesamten Lebenserwartung entwickelt hat. Der prozentuale Anteil der gesunden Lebenserwartung an der gesamten Lebenserwartung (65+) stieg bei den Männern zwischen 1978 und 2019 von 32,8 % auf 50,8 % und bei den Frauen von 22,6 % auf 47,4 %.

Allerdings lässt sich ein Rückgang der gesunden Lebenserwartung bei Männern und Frauen zwischen 2014 und 2019 erkennen. Vergleicht man andere Parameter der gesunden Lebenserwartung mit den Werten, die aus der subjektiven Gesundheit gebildet wurden, zeigt sich auch bei der ferneren Lebenserwartung ohne chronische Krankheiten und der ferneren Lebenserwartung ohne funktionale Einschränkungen ein leichter Rückgang. Diese beiden Kennzahlen werden allerdings nicht aus der Gesundheitsbefragung gebildet, sondern aus dem EU-SILC, womit ein etwaiger Erhebungseffekt ausgeschlossen werden kann. Vergleicht man die Ergebnisse im europäischen Raum, fällt auf, dass zwischen 2010 und 2018 ca. ein Viertel der europäischen Länder einen Rückgang der gesunden Lebenserwartung (65+) bei Frauen und Männern verzeichnet haben, wobei neben Österreich auch Dänemark, Island und die Schweiz dazu gehören (Eurostat, 01.06.2022). Die Ergebnisse deuten für Österreich langfristig auf eine Kompression der Morbidität hin und betonen damit die Bedeutung von Krankheitsprävention, ob jedoch die Entwicklungen seit 2010 einen langfristigen Trend darstellen, ist im Moment noch nicht absehbar. Der Rückgang der gesunden Lebenserwartung bei steigender Lebenserwartung würde eher für eine Expansion der Morbidität sprechen.

Für die Planung und Implementierung von Versorgungsstrukturen braucht es allerdings nicht nur Informationen über die Anzahl älterer Menschen oder deren Morbidität, sondern auch über deren faktische Lebensgestaltung und Gesundheitspraktiken. Im folgenden Kapitel soll daher ein näherer Blick auf die Gesundheit der älteren Niederösterreicher_innen gelegt werden und dabei folgende Fragen beantwortet werden:

- Wie sieht der Gesundheitszustand der älteren Niederösterreicher_innen aus?
- Welches Gesundheitsverhalten weisen die älteren Niederösterreicher_innen auf?
- Wie kann Selbstsorge im höheren Alter gestaltet werden?

Um diese Fragen zu beantworten, werden Ergebnisse zweier Studien zusammengefasst, und zwar einerseits des Gesundheitsbarometers Alter 2019 (Kolland et al., 2019) und der Studie „Aktiv ins hohe Alter“ (Kolland et al., 2022).

– Ja, ein wenig beeinträchtigt – Nein, nicht beeinträchtigt." "Haben Sie eine chronische Krankheit?". Fragestellung 2014–2020: "Wie sehr sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt? Würden Sie sagen, Sie sind..." "Stark eingeschränkt – Etwas eingeschränkt – Nicht eingeschränkt." "Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem?"

9.1. Gesundheitszustand

Das niederösterreichische Gesundheitsbarometer Alter 2019 ist eine Studie des Kompetenzzentrums für Gerontologie und Gesundheitsforschung, in der im Zeitraum von April bis Juli 2019 insgesamt 2.042 Niederösterreicher_innen ab 60 Jahren telefonisch befragt wurden. Ziel der Studie war es, erstmalig differenzierteres Wissen über das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskompetenzen der älteren und hochaltrigen Bevölkerung in Niederösterreich zu generieren. So basiert zwar der niederösterreichische Gesundheitsbericht 2016 auf den Gesundheitsbefragung der Statistik Austria, allerdings werden hier alle älteren Menschen ab dem 60. Lebensjahr zusammengefasst dargestellt (Griebler et al., 2017). Im Zusammenhang mit der Entwicklung von Gesundheit, Wohlbefinden und Aktivität ist es notwendig, nicht generell von dem Alter oder den Älteren zu sprechen, sondern zumindest die Gruppe der hochaltrigen Personen (80+) von der jüngeren Altersgruppe (60-79) zu unterscheiden. Denn dabei handelt es sich nicht nur um eine andere Generation mit anderen Werten und Lebensstilen, sondern auch um eine andere Lebensphase, welche durch eine höhere Wahrscheinlichkeit für Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet ist (BMFSFJ, 2002). Eine der großen Herausforderungen für die Zukunft besteht dabei darin, eine Kultur und Versorgungsstruktur zu schaffen, welche die Selbstsorge älterer Menschen in verschiedenen Lebenssituationen ermöglicht und unterstützt und damit ein selbstbestimmtes und gesundes Altern fördert.

Bei der Messung des Gesundheitszustands unterscheidet man zwischen objektiven und subjektiven Maßzahlen. Zu den objektiven Maßzahlen zählen z.B. Blutdruckwerte, Sehkraften oder auch das Vorhandensein von Krankheiten oder körperlichen Einschränkungen. Die subjektive Gesundheit misst dagegen, die individuelle Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes bzw. wie man sich gesundheitlich fühlt. Dabei besteht zwar ein positiver Zusammenhang zwischen subjektiver und objektiver Gesundheit, dieser ist jedoch nicht sonderbar stark. Denn viele ältere Menschen mit objektiv-schlechter Gesundheit schätzen ihre Gesundheit subjektiv als gut ein (Spuling et al., 2017).

Aus solchen Inkongruenzen lässt sich schließen, dass gesundheitliche Risiken durch die bloße Diagnostik von Erkrankungen nicht zur Gänze greifbar sind. So werden in der subjektiven Gesundheit auch Lebensstile, Lebenslagen und Altersbilder auf einer latenten Ebene berücksichtigt. Die Einschätzung der eigenen Gesundheit hängt dabei u.a. davon ab, mit wem man seine Gesundheit vergleicht. Im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen kann die Gesundheit als schlechter erlebt werden. Im Vergleich zu gleichaltrigen Personen oder der Erwartung, die man an die Gesundheit im hohen Alter hat, kann sie jedoch als gut empfunden werden (Moor et al., 2006).

Die subjektive Gesundheit bezieht sich daher nicht nur auf den aktuellen Gesundheitszustand, sondern kann auch erwartete gesundheitliche Veränderungen in der Zukunft umfassen und gilt deshalb neben der objektiven Gesundheit als ein wichtiges Maß für die Planung und Entwicklung von Versorgungsstrukturen. Denn einerseits weisen Menschen mit schlechter subjektiver Gesundheit relativ unabhängig von ihrer objektiven Gesundheit eine höhere Mortalität auch über

Jahre hinweg auf (Benyamini et al., 2003; Bopp et al., 2012) und gehen andererseits auch eher gesundheitsförderliche Verhaltensweisen nach (Benyamini 2011).

Multimorbidität

Den Befragten im Gesundheitsbarometer Alter 2019 wurde eine Liste von 20 chronischen Erkrankungen vorgelesen (Bluthochdruck, Diabetes, Krebs etc.), wobei die Befragten für jede der 20 Krankheiten gesondert angeben mussten, ob sie davon betroffen sind. Anschließend wurden die Krankheiten zusammengezählt.

Tabelle 35: Anzahl chronischer Krankheiten nach Altersgruppen

Anzahl chronischer Erkrankungen						
Anzahl an Erkrankungen	60+	60-69	70-79	80+	Männlich	Weiblich
0	21%	31%	13%	11%	25%	17%
1	29%	35%	28%	18%	31%	27%
2	22%	16%	29%	21%	22%	21%
3	13%	10%	14%	20%	11%	15%
4+	16%	8%	17%	30%	12%	19%
n	2 042	892	739	411	949	1 093

Quelle: Kolland et al. 2019

In Summe weisen 21 % der Befragten (60+) keine Erkrankungen auf und 51 Prozent weisen zwei oder mehr Erkrankungen auf und können somit als multimorbid eingeschätzt werden. Der Anteil an Multimorbidität ist dabei bei den über 80-Jährigen mit 71 Prozent wesentlich höher als bei den 60-69-Jährigen mit 34 Prozent. Während bei den 60-69-Jährigen acht Prozent vier oder mehr Krankheiten aufweisen, sind es bei den über 80-Jährigen 30 Prozent. Die Hochaltrigkeit ist jedoch für viele eine relativ gesunde Lebensphase. So geben 11% der über 80-Jährigen an keine der angeführten chronischen Erkrankungen zu leiden und weitere 18% gaben eine dieser Erkrankungen an. In Niederösterreich weisen also viele hochaltrige Menschen eine hohe Resilienz gegenüber gesundheitlichen Verschlechterungen auf. Dabei lassen sich jedoch Geschlechterunterschiede feststellen, so geben Männer in allen Altersgruppen (60+) weniger chronische Erkrankungen an als Frauen³¹. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung der Statistik Austria (2020), die feststellte, dass in allen Altersgruppen (15+) Frauen mehr chronische Erkrankungen angeben als Männer.

Funktionale Einschränkungen

Neben konkreten Krankheiten wurde auch der Unterstützungsbedarf bei der Ausführung von sogenannten Activities of Daily Living (ADL) abgefragt, wie etwa Einkaufen gehen, Treppen steigen, oder sich anziehen. Betrachtet man die Funktionalität im Alltag, zeigt sich zwar ebenfalls der Trend, dass höhere Altersgruppen einen größeren Unterstützungsbedarf angeben, allerdings

³¹ Cramers-V=0,145 p<0,001

lässt sich gleichzeitig eine erhebliche Differenz zwischen Erkrankungen und Funktionalität feststellen, d.h. die Funktionalität wird deutlich besser eingestuft. Das ist eine wesentliche gerontologische Erkenntnis und richtet sich gegen jene Sichtweise, die das Alter primär aus einer pathogenetischen Perspektive betrachtet

Tabelle 36: Unterstützungsbedarf im Alltag nach Altersgruppen

Unterstützungsbedarf im Alltag					
		60+	60-69	70-79	80+
Einkaufen	<i>ohne jede Hilfe</i>	80%	93%	81%	52%
	<i>mäßige Unterstützung</i>	16%	6%	17%	35%
	<i>völlig abhängig</i>	4%	1%	2%	13%
	<i>n</i>	2039	892	739	408
Größere Distanzen überwinden	<i>ohne jede Hilfe</i>	66%	84%	60%	34%
	<i>mäßige Unterstützung</i>	21%	12%	27%	30%
	<i>völlig abhängig</i>	13%	3%	12%	36%
	<i>n</i>	2007	877	725	405
Treppen steigen	<i>ohne jede Hilfe</i>	82%	93%	83%	59%
	<i>mäßige Unterstützung</i>	15%	6%	15%	32%
	<i>völlig abhängig</i>	3%	1%	2%	9%
	<i>n</i>	2035	890	738	407
Baden / Duschen	<i>ohne jede Hilfe</i>	87%	96%	90%	63%
	<i>mäßige Unterstützung</i>	10%	3%	9%	30%
	<i>völlig abhängig</i>	2%	1%	1%	7%
	<i>n</i>	2040	892	737	411
Anziehen	<i>ohne jede Hilfe</i>	90%	98%	93%	70%
	<i>mäßige Unterstützung</i>	8%	2%	5%	26%
	<i>völlig abhängig</i>	2%	0%	1%	4%
	<i>n</i>	2040	892	737	411

Quelle: Kolland et al. 2019

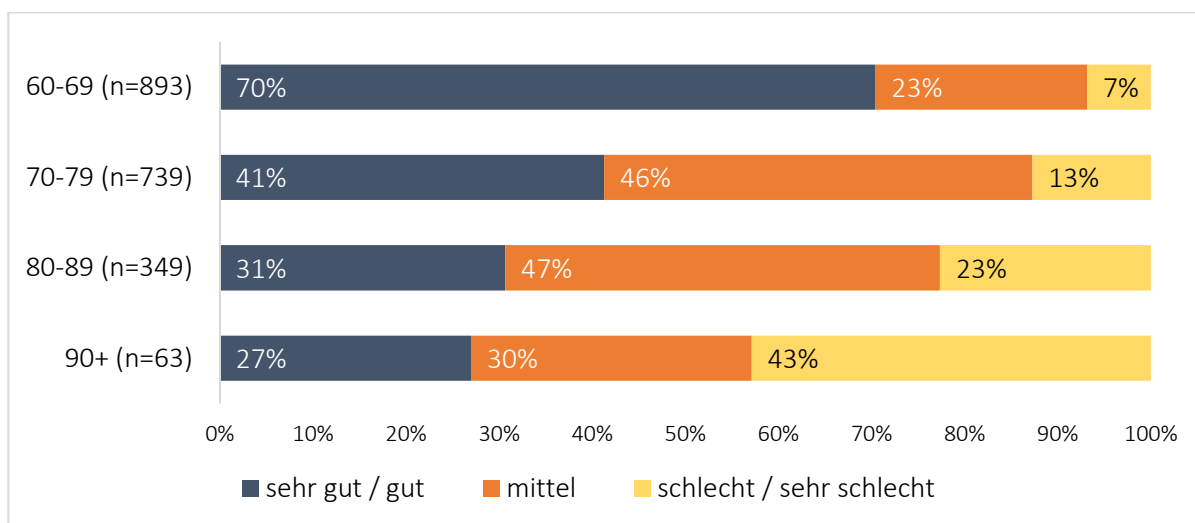
Mehr als die Hälfte der über 80-Jährigen ist bei den meisten Tätigkeiten nicht auf Hilfe angewiesen. Bei den 60-79-Jährigen sind es über 80 Prozent. Völlig abhängig von Unterstützung sind die wenigsten Befragten. Die einzige Ausnahme stellt der Unterstützungsbedarf beim Überwinden von größeren Distanzen dar. Dies ist eine wesentliche gerontologische Erkenntnis: Krankheiten und Einschränkungen sind nicht gleichbedeutend mit Pflegebedarf. Denn auch wenn 71% der über 80-Jährigen von Multimorbidität betroffen sind, meistern die meisten Befragten ihren Alltag ohne Unterstützung. So besteht auch lediglich bei der Mobilität (Einkaufen gehen und größere

Distanzen zurücklegen³²) ein schwacher, geschlechtsspezifischer Unterschied in der Funktionalität, welcher durch die Generationenlage bedingt sein kann, da viele der heute älteren Frauen keinen Führerschein besitzen. Ältere Menschen weisen somit erhebliche Resilienz auf und können auch bei gesundheitlichen Problemen ein selbstsorgendes Leben führen.

Subjektive Gesundheit

Eine weitere eindeutige Differenz gibt es zwischen der Anzahl an Erkrankungen und der subjektiven Gesundheitseinschätzung. Zwar geben auch hier höhere Altersgruppen einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand an als jüngere Altersgruppen, allerdings empfinden viele hochaltrige Befragten ihre Gesundheit als gut oder sehr gut.

Abbildung 52: Subjektiver Gesundheitszustand nach Altersgruppen



Quelle: Kolland et al. 2019

An die 70% der 60 bis 69-Jährigen bewerten ihre Gesundheit als sehr gut bzw. gut. Bei den über-90-Jährigen bewerten 27% ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut und ein knappes Drittel als mittelmäßig. Die meisten hochaltrigen Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher können also mit den gesundheitlichen Veränderungen derartig umgehen, dass sie subjektiv nicht als (stark) belastend wahrgenommen werden.

³² Einkaufen: Cramers-V=0,118 p<0,001; Distanz: Cramers-V= 0,080 p>0,01

9.2. Gesundheitsverhalten und -kompetenz

Unter Gesundheitskompetenz lässt sich die Fähigkeit von Menschen definieren, „Informationen zu finden, zu verstehen, zu kommunizieren und gute gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen“ (Dierks, 2017: 2). Sie gewinnt vor dem Hintergrund des komplexer werdenden Gesundheitssystems zunehmend an Bedeutung und wird vor allem als individuelle Fähigkeit begriffen. Dabei geht es einerseits darum, dass sich eine Person kompetent durch das Gesundheitssystem navigieren kann und z.B. Informationen über Vorsorgeprogramme einholt und diese aufsucht. Andererseits geht es auch darum Informationen, die von medizinischem Personal gegeben werden, zu verstehen und informierte Entscheidungen fällen zu können. Diese individuellen Kompetenzen sind von äußeren Bedingungen geprägt, wie etwa dem Aufbau des Gesundheitssystems oder Sozialisationsprozessen. Die Gesundheitskompetenz ist eng mit dem Bildungsniveau verknüpft (Quenzel & Schaeffer, 2016), welches unterschiedlich in der älteren Bevölkerung verteilt ist. Für einen guten Umgang mit gesundheitlichen Veränderungen im Alter und damit auch für einen geringeren Pflegebedarf, braucht es also Gesundheitskompetenzen.

Vorsorgeuntersuchungen

Ein Aspekt der Gesundheitskompetenz, welcher zu einer Verringerung von Erkrankungen beiträgt, stellt die präventive Vorsorgeuntersuchung und Früherkennung dar. Vorsorgeuntersuchungen werden - laut einem Bericht des Rechnungshofes, welcher sich auf Daten des Hauptverbandes für das Jahr 2019 bezieht - vergleichsweise wenig in Anspruch genommen. Österreichweit hatten 2019 insgesamt 14,7 Prozent eine Vorsorgeuntersuchung gemacht (Rechnungshof Österreich, 2023). Diese zurückhaltende Einstellung zeigt sich teilweise auch bei den älteren Niederösterreicher_innen. Auch wenn hier ein durchaus höheres Bewusstsein für Vorsorgeuntersuchungen erkennbar wird, ist dieses noch ausbaufähig.

Tabelle 37: Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennung nach Altersgruppen

Welche der folgenden Maßnahmen zur Vorsorge oder Früherkennung haben Sie in den letzten 12 Monaten vorgenommen?			
	60+	60-79	80+
Krebsfrüherkennung	20%	20%	21%
Diabetesfrüherkennung ³³	29%	27%	40%
Zahn-/Gebisskontrolle ³⁴	44%	46%	37%
Lungenuntersuchung	17%	16%	19%
Augenuntersuchung ³⁵	39%	36%	51%
Gehöruntersuchung ³⁶	15%	13%	24%
Grippeimpfung	10%	10%	12%
Andere Impfungen ³⁷	9%	10%	6%
Gynäkologische Vorsorge ^{*38}	19%	22%	9%
Männervorsorge ^{**39}	13%	14%	8%
Gesundenuntersuchung	32%	33%	31%
n	2042	1631	411

*nur weibliche Befragte (n = 1049) **nur männliche Befragte (n = 948) Quelle: Kolland et al. 2019

Am häufigsten werden Zahn-/Gebisskontrollen (44 %) und Augenuntersuchungen (39 %) von den älteren Befragten gemacht. Auch bei der Gesundenuntersuchung war ein knappes Drittel der Befragten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung. Gewisse Vorsorgeuntersuchungen werden von hochaltrigen Menschen signifikant häufiger in Anspruch genommen als von jüngeren Befragten, wie etwa die Diabetesfrüherkennung (40 %) oder die Augen- (51 %) und Gehöruntersuchung (24 %). Dagegen werden gynäkologische Untersuchungen von 60-79-jährigen Frauen (22 %) und Männervorsorge von 60-79-jährigen Männern im Sample (14 %) eher in Anspruch genommen als von hochaltrigen Männern und Frauen. Diese Zahlen verdeutlichen - vor allem im Vergleich zu Allgemeinbevölkerung - ein gewisses Bewusstsein bei den älteren Niederösterreicher_innen für den Nutzen von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Allerdings beziehen sich die meisten Untersuchungen auf funktionale Einschränkungen beim Sehen, Hören oder Essen.

Kompetenzen im Umgang mit Gesundheitsinformationen

Neben dem kompetenten Verhalten im Umgang mit der Gesundheit wurde auch nach Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen gefragt. Die Gesundheitskompetenz wurde in diesem Kontext über drei Fragen abgefragt, nämlich über (1) Schwierigkeiten beim Verstehen von medizinischen Informationen, sowie (2) Arztbriefen und ärztlichen Berichten und (3) über die

³³ Chi² p = 0,000; Cramer's V = 0,118

³⁴ Chi² p = 0,001; Cramer's V = 0,074

³⁵ Chi² p = 0,000; Cramer's V = 0,122

³⁶ Chi² p = 0,000; Cramer's V = 0,125)

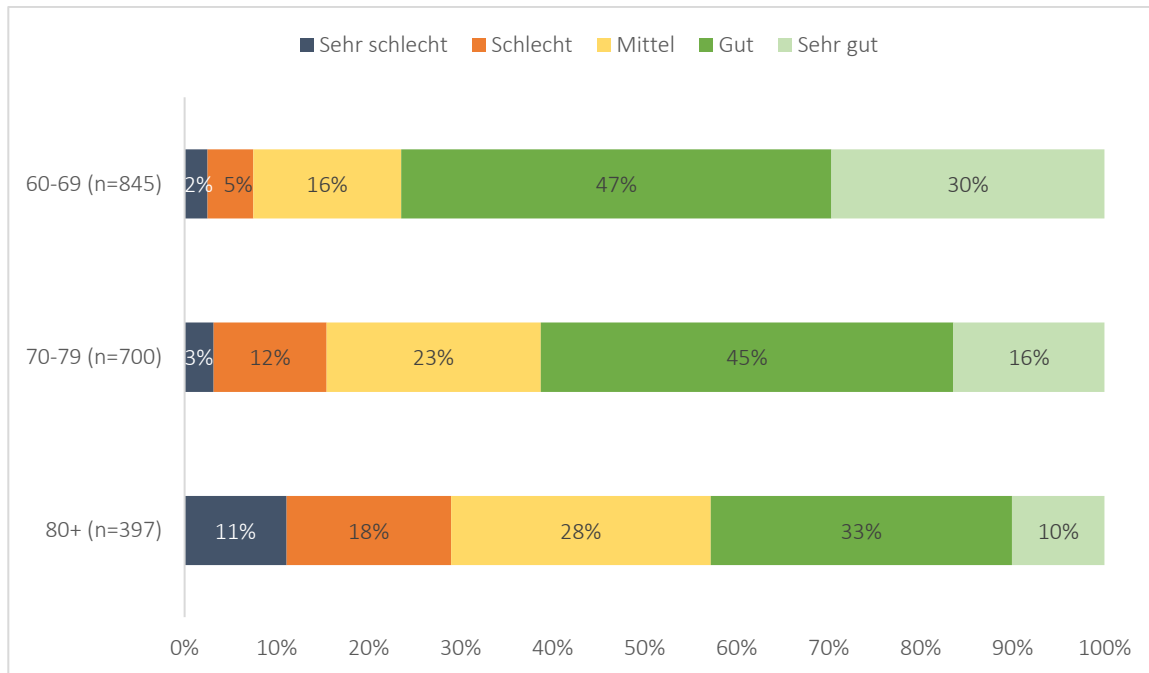
³⁷ Chi² p = 0,036; Cramer's V = 0,046

³⁸ Chi² p = 0,000; Cramer's V = 0,131

³⁹ Chi² p = 0,002, Cramer's V = 0,068

Sicherheit beim selbstständigen Ausfüllen von medizinischen Formularen. Diese drei wurden zu einem Index zusammengefasst, der von 1 = sehr niedrige Kompetenzen bis 5 = sehr hohe Kompetenzen reicht.

Abbildung 53: Einschätzung der Gesundheitskompetenz nach Altersgruppen



Über 80-Jährige geben wesentlich niedrigere Gesundheitskompetenzen an als 60-69-Jährige. Der Zusammenhang ($r_p = -0,336$ $p = 0,000$) ist als mittelmäßig stark zu bezeichnen, dieser wird zwar nach Kontrolle der Bildung schwächer ($r_p = -0,277$ $p = 0,000$), löst sich aber nicht auf. Wie kann der Zusammenhang zwischen Alter und Kompetenz erklärt werden? Berücksichtigt man die Anzahl an chronischen Erkrankungen und damit die Häufigkeit der Konfrontation mit medizinischen Informationen und dem Gesundheitssystem, hebt sich der Alterseffekt auf. D.h. es liegt weniger am Alter per se und eher an der höheren Wahrscheinlichkeit im höheren Alter mit komplexen medizinischen Informationen konfrontiert zu werden, was dann zu einer anderen Beurteilung der eigenen Gesundheitskompetenz führt. Daher ist es sehr wichtig, medizinische Informationen für alle Altersgruppen niederschwellig und verständlich aufzubereiten, sowie an den Kommunikationskompetenzen des medizinischen Personals zu arbeiten. Je besser ältere Menschen verstehen, was sie haben und wie sie damit umgehen können, desto eher können sie Selbstsorge tragen und sind weniger abhängig von anderen Personen

9.3. Selbstsorge im hohen Alter

Schließlich soll das Projekt „Aktiv ins hohe Alter“ angeführt werden, in dem hochaltrige Menschen, ihre Aktivitäten und die vielfältige Angebotsstrukturen für diese Bevölkerungsgruppe in Niederösterreich in den Blick genommen wurden (Kolland et al., 2022). Dabei konnte u.a. festgestellt werden, dass in der hochaltrigen Lebensphase Selbstsorge im Umgang mit den sozialen, physischen und kognitiven Veränderungen zunehmend den Alltag bestimmt. Die Selbstsorgepraktiken orientieren sich an dem Erkennen und dem Bewusstsein darüber, was und wer als *gut* für einen selbst angesehen wird. Hochaltrige Menschen arbeiten dabei jeden Tag daran ihre Selbstständigkeit im Alltag aufrechtzuerhalten und setzen sich einerseits aktiv mit ihrer Gesundheit auseinander und entwickeln Strategien, wie sie mit Einschränkungen die Abhängigkeit von anderen Personen möglichst geringhalten können. Andererseits intensivieren sie bereits bekannte Sozialkontakte oder suchen nach neuen. Hochaltrige Menschen sind also nicht einfach passive Rezipienten von Pflege- und Betreuungsdienstleistungen, sie tragen selbstständig Sorge um sich und entscheiden, welche Unterstützungsformen in ihrem Alltag dienlich sind und welche nicht.

Da gerade die Lebensphase der Hochaltrigkeit vermehrt von Fremdsorge geprägt ist, sind auch die Möglichkeiten zur Selbstsorge erschwert. Sind keine institutionellen oder sozialen Strukturen vorhanden, die darauf abzielen Selbstständigkeit bei Einschränkungen zu ermöglichen, kann Selbstsorge auch verhindert werden. Denn gerade außerhäusliche Mobilität wird durch fehlende Strukturen, wie etwa ein öffentliches Verkehrsnetz oder einen leistbaren Taxidienst, erschwert. Hier müssen sich hochaltrige Menschen dann entweder in Abhängigkeit von Angehörigen begeben oder auf Mobilität verzichten. Die Verwirklichung eines guten Lebens im hohen Alter ist folglich damit verbunden, ob und in welchem Ausmaß hochaltrige Personen um sich selbst Sorge tragen können (Grebe, 2015; Keupp, 2021).

Denn insgesamt geht es nicht darum Vulnerabilitäten und Pflegebedürftigkeit im hohen Alter abzulehnen oder gar zu verhindern, sondern gesellschaftliche Möglichkeiten zu schaffen, wie die Selbstsorge unterstützt und für hochaltrige Menschen vereinfacht werden kann. Dabei ist es zentral die Heterogenität der Personen im hohen Alter zu berücksichtigen und gesellschaftliche Strukturen zu schaffen, die die Selbstsorge unterstützen. Dies kann über einen niederschweligen Zugang zu Möglichkeiten der sozialen Teilhabe geschehen, aber auch über die Ermöglichung eines selbstsorgenden Umgangs mit funktionalen Einschränkungen oder die Förderung von Gesundheitskompetenzen, sowie niederschweligen Gesundheitsinformationen.

Zusammengefasst:

Der **Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten** der älteren Bevölkerung spielt eine wichtige Rolle bei der Lebenserwartung. Analysen des NÖ-Gesundheitsbarometers zeigen, dass die älteren Niederösterreicher_innen (60+) eine sehr heterogene Gruppe hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes sind, und etwa 11% der über 80-Jährigen keine chronischen Erkrankungen aufweisen, somit eine hochresiliente Gruppe darstellen. Zudem lässt sich ein gewisses Bewusstsein für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen bei der älteren Bevölkerung feststellen. Allerdings ist das Bewusstsein gerade bei der Krebsvorsorge und Herz-Kreislauf-Erkrankungen noch ausbaufähig. Alles in allem ist die fernere Lebenserwartung (65+) bei guter Gesundheit zwischen 1978 und 2019 um 5,2 Jahre bei den Männern und um 6,6 Jahre bei den Frauen gestiegen.

10. Diskussion der Fragestellungen des Altersalmanach 2024

Sieben Fragestellungen prägen den Altersalmanach 2024. Nach der Darstellung der Daten und von Forschungsbefunden können folgende Antworten gegeben werden:

1. Sind im Verlauf der Covid-19 Pandemie auffällige Veränderungen gegeben? Wie beeinflussen diese Veränderungen die Pflegebedarfs- und Entwicklungsprognose?

Die Covid-19 Pandemie hat zu einer Übersterblichkeit vor allem bei den über 80-jährigen Niederösterreicher_innen geführt und damit zu einem Rückgang der Lebenserwartung bei der Geburt um ein halbes Jahr für Frauen (2019: 83,6 Jahre; 2021: 83,1 Jahre) und um ein ganzes Jahr für Männer (2019: 79,4 Jahre; 2021: 78,4 Jahre). Nach heutigen Prognosen dürfte die pandemie-bedingte Übersterblichkeit ihren Effekt relativ schnell verlieren, allerdings sind langfristige Folgen noch nicht abzusehen. So wäre es denkbar, dass - ähnlich der Spanischen Grippe (1918) - auch noch Jahrzehnte später die je gegebene Mortalität auf SARS-CoV-2 zurückführbar ist.

Die Übersterblichkeit und die Schutzmaßnahmen in den Jahren 2020 und 2021 haben auch zu einem Rückgang der Anzahl an betreuten Personen bei allen Pflege- und Betreuungsdienstleistungen in Niederösterreich geführt. Da die Anzahl an Pflegegeldbezieher_innen in dieser Zeit zugenommen hat, ist davon auszugehen, dass die informelle Pflege während der Pandemie an Bedeutung gewonnen hat. So ist die Anzahl an Personen, die keine 24-Stunden-Betreuung bzw. mobile oder stationäre Pflege und Betreuung in Anspruch genommen haben, von 57.213 Personen (2017) auf 59.522 Personen (2021) gestiegen. Die informelle Pflege hat in Niederösterreich generell einen sehr hohen Stellenwert, da im September 2021 insgesamt 64% der Pflegegeldbezieher_innen informell gepflegt werden. Die tatsächliche Zahl an betreuenden Personen ist dabei höher, da auch bei Inanspruchnahme von professionellen Pflege- und Betreuungsdienstleistungen die Angehörigen involviert sind. Obwohl die informelle Pflege während der Pandemie an Bedeutung gewonnen hat, wird angesichts wenig dichter familiärer Beziehungen der Baby Boom Generation zukünftig von Rückgängen der informellen Pflege ausgegangen. Die informelle Pflege wird in Zukunft weniger über pflegende Angehörige erfolgen, sondern stärker auf Selbstsorge und nicht-familiäre Netzwerke aufbauen. Vielversprechend ist in diesem Zusammenhang der Caring Community Ansatz zur Unterstützung von Pflege und Betreuung in der häuslichen Umgebung.

2. Wie wird sich die Nachfrage nach Plätzen in der Langzeitpflege entwickeln? Wie wirkt sich die Abschaffung des Pflegeregresses auf die stationäre Pflege und Betreuung aus?

Einen großen Einfluss auf die Nachfrage nach Plätzen in der stationären Pflege hat die Abschaffung des Pflegeregresses. Bei der Anzahl an Bewohner_innen in stationären Pflegeheimen lässt sich zunächst ein Initialeffekt durch einen deutlichen Anstieg zwischen 2017 und 2018 von 8.940 auf 9.378 Personen (+ 4,9%) erkennen. Eine detaillierte Analyse der Heimaufnahmen zwischen 2016 und 2021 zeigt, dass die Anzahl der Aufnahmen in Pflegeheime deutlich angestiegen ist und 2021 mit 3.789 Personen um 21% mehr Personen aufgenommen wurden als 2020. Die Nachfrage nach Pflegeheimplätzen ist also gestiegen und es ist anzunehmen, dass sich die Nachfrage in Zukunft weiter verstärken wird. Dementsprechend ergibt sich bis 2035 im demographischen Szenario der Prognose ein Mehrbedarf in der stationären Pflege von +44%.

3. Wie würde sich eine Stagnation bei den Pflegebetten in der stationären Pflege auf die mobile Pflege und Betreuung auswirken?

In vielen europäischen Ländern und auch in Österreich, wird zunehmend versucht die stationäre Pflege und Betreuung abzubauen bzw. nicht weiter auszubauen und durch alternative Pflegeformen zu ersetzen. Das Ziel der Strategie „ambulant und stationär“ ist es, auch in Zukunft eine gute Versorgung von pflegebedürftigen Menschen gewährleisten zu können, Kosten zu reduzieren und den Wünschen der älteren Bevölkerung gerecht zu werden. Aus diesem Grund wurde im Altersalmanach 2024 berechnet, wie es sich auswirken würde, wenn bis 2035 keine neuen Pflegezentren gebaut werden, die Inanspruchnahme also auf dem Stand von 2021 bleibt (9.167 Personen) und der Pflegebedarf stattdessen von der mobilen Pflege abgedeckt wird.

Wenn bis 2035 keine neuen Pflegeheime in NÖ gebaut werden, muss die mobile Pflege +62% mehr Personen betreuen (demographisches Szenario), als dies derzeit der Fall ist. Nachdem in Niederösterreich die verschiedenen Pflegeformen auf verschiedene Pflegebedarfe ausgerichtet sind, würde ein derartiger Substitutionsfluss von der stationären zur mobilen Pflege vor allem Personen mit höheren Pflegestufen (5-7) betreffen. Im September 2021 hatten 2.102 der mobil betreuten Personen (12%) Pflegestufe 5-7. Aus heutiger Perspektive kann kaum davon ausgegangen werden, dass dieser Zuwachs sich realisieren lässt. Um in Zukunft Personen mit höherem Pflegebedarf gut versorgen zu können, braucht es also neue/zusätzliche Angebote. Das Land Niederösterreich startete daher 2024 mit dem Pilotprojekt „Seniorenwohnen“, welches als neuer Teilbereich des Pflegesektors genau an dieser Problematik ansetzen soll. Darüber hinaus wird an einer weiteren Verstärkung von Angeboten zur Remobilisation und Akutgeriatrie im Klinikbereich gearbeitet.

4. Wie hat sich die 24-Stunden-Betreuung entwickelt und welche Rolle kann sie in der Zukunft spielen?

Bei der Inanspruchnahme der 24-Stunden-Betreuung zeigt sich seit 2018 mit der Abschaffung des Pflegeregresses ein deutlicher Rückgang der Förderbezieher_innen. Die Anzahl an Förderbezieher_innen ist von 7.861 Personen (2017) auf 6.695 Personen (2021) gesunken. Ein möglicher Grund dafür liegt in den Kosten einer 24-Stunden-Betreuung: Auch wenn 2023 die Förderhöhe für eine derartige Betreuung angehoben wurde, muss immer noch ein Großteil der Kosten für die Betreuungskraft sowie die Lebenshaltungskosten von der Privatperson selbst aufgebracht werden. Aus diesem Grund ist die stationäre Pflege durch die Abschaffung des Pflegeregresses für viele ältere Menschen eine Alternative geworden. Zudem haben auch die Lockdowns und damit die Einreiseschwierigkeiten die Situation verschärft. Der zukünftige Bedarf an dieser Betreuungsform ist dabei schwer prognostizierbar, da politische, soziale, ökonomische, historische und kulturelle Faktoren das Angebot und die Nachfrage beeinflussen. Auf Basis des aktuellen Ist-Standes ist beim demographischen Szenario mit einem Anstieg von 6.695 betreuten Personen im September 2021 auf 10.093 Personen im September 2035 (+51%) zu rechnen. Dies kann sich jedoch je nach Förderbedingungen und den Bedingungen in den Herkunftsländern der Betreuungskräfte ändern.

5. Wie sind die Maßnahmen wie NÖ Pflege- und Betreuungsscheck, Seniorenwohnen und Erhöhung des Tagsatzes für die Tagespflege für eine stabile Situation in der Betreuung/Pflege zu Hause einzuschätzen?

Das Land Niederösterreich hat 2023 und 2024 sowohl finanzielle Individualunterstützungen, als auch den Ausbau bestehender und Aufbau neuer Strukturen initiiert. Diese ergänzenden/neuen Dienstleistungsangebote und Maßnahmen sollen sich als intermediäre Angebote entlastend auf alle bestehenden Dienstleistungen und Versorgungsangebote auswirken. Dazu gehören finanzielle Unterstützungen für pflegebedürftige Personen bzw. pflegende Angehörige, um ein längeres Leben zu Hause zu gewährleisten. Dazu gehört der Ausbau der Tagespflege und die Schaffung neuer Angebote im betreuten bzw. pflegeunterstützten Wohnen, um ältere Menschen mit leichtem bis mittlerem Pflegebedarf besser versorgen zu können. Dazu gehört schließlich der Aufbau der Akutgeriatrie und Remobilisation in Kliniken, um auf die spezifische Krankheitssituation von alten Menschen, die durch Multimorbidität gekennzeichnet ist, besser reagieren zu können.

- Der NÖ Pflege- und Betreuungsscheck – jährlich 1.000 Euro – stellt eine Unterstützung bei der Wahl bedarfsgerechter Pflege- und Betreuungsdienstleistungen im Privathaushalt dar und wird auch überwiegend zur Finanzierung von informeller oder professioneller Unterstützung oder von Heilbehelfen, Wohnraumanpassungen oder Therapien

verwendet. Gerade die Zweckungebundenheit des Schecks ermöglicht dabei eine bedarfsgerechte Unterstützung für den Verbleib im Privathaushalt.

- Die Tagespflege birgt viel Potential zur Gesundheitsförderung und Aktivierung und kann durch eine Entlastung der pflegenden Angehörigen zu einem längeren Verbleib im Privathaushalt beitragen. Der weitere Ausbau der Tagespflege in Niederösterreich wird daher als günstig eingeschätzt, wobei in der Literatur eine gute Erreichbarkeit der Tagespflegezentren von den Angehörigen und pflegebedürftigen Menschen betont wird und daher eine wohnortnahe Entlastung das Ziel sein sollte.
- Das Seniorenwohnen ist ein neues Wohn-/Betreuungsangebot, welches über das bisherige barrierefreie und begleitete Wohnen hinausgeht. Die fünf Pilotprojekte starten 2024 und werden durch ein umfangreiches Pflege- und Betreuungskonzept erweitert. Das Ziel ist es ein sicheres und aktivierendes Umfeld zu schaffen, welches ein möglichst langes, selbstständiges Leben begünstigt. Die Piloten bergen dabei das Potential die stationäre Pflege und Betreuung zu entlasten.
- Schließlich wird der Aufbau von akutgeriatrischen Zentren und auch von geriatrischen Konsiliardiensten im Krankenhaus angestrebt, wobei Erfahrungen aus anderen Bundesländern und Ländern zeigen, dass akutgeriatrische Interventionen eine Remobilisation und eine Verbesserung der Funktionalität bis ins höchste Alter ermöglichen können und somit eine langfristige Institutionalisierung abfangen können.

6. Welche Veränderungen sind für die Personalsituation zu erwarten?

Als größte und deutlich verschärfte Herausforderung im Zusammenhang mit der Abschätzung des zukünftigen Angebots an stationären und mobilen Diensten gilt die Entwicklung des Pflegepersonals. Basierend auf dem Gesundheitsberuferegister (GBR) zum Stichtag 31.12.2019 wurde eine Gesundheitspersonalprognose erstellt, welche einen hohen Mehrbedarf an Pflegekräften prognostiziert. Sowohl bei einer Expansion als auch bei einer Kompression der Morbidität (unteres und oberes Szenario) wird ein Mehrbedarf an diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften von +45-54% in den verschiedenen Versorgungsbereichen bis 2040 kalkuliert. Es ergibt sich bis 2040 auch ein hoher Mehrbedarf an Pflege(-fach)assistenzen von +49-74%, welcher vor allem die Langzeitpflege betrifft. Wie sich das NÖ-Pflegepaket auf die Personalsituation auswirken wird, ist derzeit noch nicht abzusehen. Jedenfalls besteht hier Handlungsbedarf.

7. Wie sieht die gesundheitliche Lebenssituation der älteren Niederösterreicher und Niederösterreicherinnen aus und wo kann für eine Förderung eines gesunden Alterns angesetzt werden?

Analysen des NÖ-Gesundheitsbarometers zeigen, dass die älteren Niederösterreicher_innen (60+) eine sehr heterogene Gruppe hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes sind. Etwa 11% der über 80-Jährigen weisen keine chronischen Erkrankungen auf und sind somit eine hochresiliente Gruppe. Insgesamt weisen 29% der über 60-Jährigen drei oder mehr chronische Erkrankungen auf, bei den über 80-Jährigen steigt der Anteil auf 50%. Dabei geben Frauen in allen Altersgruppen mehr Erkrankungen an als Männer. Das Gesundheitsbewusstsein der älteren Bevölkerung in NÖ kann als gut eingeschätzt werden, wenngleich in manchen Bereichen, wie z.B. der Krebsvorsorge Aufholbedarf gegeben ist. Gerade bei komplexeren Krankheitsbildern im höheren Alter lässt sich ein selbstsorgender Umgang durch höhere Gesundheitskompetenzen und niederschwellige Gesundheitsinformationen fördern. Auf struktureller Ebene können solche Prozesse durch akutgeriatrische Zentren und Ansätze des Integrated Care unterstützt werden.

Was bedeuten diese Entwicklungen für den Ausbau- und Investitionsplan 2020 – 2030, Teil 2?

Ein Vergleich der Bedarfsprognosen Altersalmanach 2018 und 2024 verdeutlicht, dass die neuerliche Analyse im Altersalmanach 2024 mehr Planungssicherheit ermöglicht, indem der Ausbau- und Investitionsplan an die neue Bedarfslage angepasst werden kann. Dabei wird in Tabelle 39 ersichtlich, dass sich vor allem in der 24-Stunden-Betreuung und den teilstationären Dienstleistungen seit der Prognose 2018 – corona-bedingt – starke Veränderungen ergeben haben. Bei beiden Dienstleistungen ist die Anzahl an betreuten Personen 2020 wesentlich niedriger als es 2018 prognostiziert worden ist. Dementsprechend wird im Altersalmanach 2024 auch von einer wesentlich niedrigeren Inanspruchnahme der 24-Stunden-Betreuung und der teilstationären Dienste bis 2035 ausgegangen.

Im Vergleich zur 24-Stunden-Betreuung und der teilstationären Pflege/Betreuung wird auf Basis der aktuellen demographischen Prognosen und der aktuellen Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen – im Vergleich zu 2018 - eine höhere Anzahl an Pflegegeldbezieher_innen und an Personen in stationärer und mobiler Pflege bis 2035 berechnet.

Tabelle 38: Vergleich der Prognosen Altersalmanach 2018 und 2024

Vergleich der Ergebnisse des Altersalmanach 2018 und 2024						
	2020		2030		2035	
	Almanach 2018	Almanach 2024	Almanach 2018	Almanach 2024	Almanach 2018	Almanach 2024
Pflegegeld	94 332	93 184	104 050	102 425	107 726	106 515
Stationäre Betreuung/ Pflege	9 225	9 359	10 612	10 745	11 047	11 335
24h-Betreuung	8 219	6 977	9 870	8 193	10 471	8 633
Mobile Betreuung/Pflege	17 883	17 455	20 002	19 523	20 838	20 433
Teilstationäre Betreuung/Pflege	1 371	763	1 522	844	1 587	891

Anm.: Altersalmanach 2018: Mittleres Szenario Kompression der Morbidität (nur Frauen); Altersalmanach 2024: Kompressions-szenario

In Zukunft wird bei der aktuellen Versorgungsstruktur in Niederösterreich sowohl ein (weiterer) Ausbau der stationären Zentren und mobilen Dienste notwendig sein, als auch der weitere Aufbau neuer und ergänzender Angebote. Entsprechende erste Schritte sind bereits durch den Ausbau- und Investitionsplan – Teil 1 erfolgt, welcher den Beschluss umfasst, durch die Verstärkung bestehender Standorte insgesamt 649 zusätzliche Betten bis 2030 zu schaffen. Des Weiteren sind verschiedene Schritte in der Schaffung ergänzender Angebote unternommen worden, etwa der Ausbau der Tagespflege und der sozialen Alltagsbegleitung oder der Einführung des NÖ Pflege- und Betreuungsschecks oder dem Pilotprojekt Seniorenwohnen. Als neue wesentliche Bestimmungsgröße für den weiteren Ausbau der Dienste gilt jedoch die Personalentwicklung, d.h. die Abdeckung des steigenden Personalbedarfs. Dieser stellt eine der zentralen Herausforderungen der kommenden Jahre dar.

11. Literaturverzeichnis

- Amt der NÖ Landesregierung, A. S. und G. (2024, Januar 22). NÖ Pflege- und Betreuungsscheck. https://www.noegov.at/noe/Pflege/NOe_Pflege_und_Betreuungsscheck.html
- Bauen und Wohnen NÖ (2022). Wohnbauförderung BEGLEITETES und BARRIEREFREIES WOHNEN. URL: [Begleitetes und Barrierefreies Wohnen - NÖ Wohnbau \(noe-wohnbau.at\)](https://www.noegov.at/noe-wohnbau) (Zuletzt abgerufen am: 04.05.2022)
- Bayer-Oglesby, L., & Höpflinger, F. (2010). Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. Methodik und kantonale Kennzahlen (Bd. 47). Neuchatel: OBSAN
- Benyamini, Y. (2011). Why does self-rated health predict mortality? An update on current knowledge and a research agenda for psychologists. *Psychology and Health*, 26(11), 1407-1413. doi: 10.1080/08870446.2011.621703.
- Benyamini, Y., Blumstein, T., Lusky, A. & Modan, B. (2003). Gender Differences in the Self-Rated Health–Mortality Association: Is It Poor Self-Rated Health That Predicts Mortality or Excellent Self-Rated Health That Predicts Survival? *The Gerontologist*, 43 (3), 396–405.
- Blinkert, B., & Gräf, B. (2009). Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen. Frankfurt am Main: Deutsche Bank Research.
- Bockholdt, J. (2017). Exkurs: Entwicklungen ambulanter und stationärer Langzeitpflege und ambulant betreuter Wohnformen in Österreich. In C. Hasenau & L. Michel (Hrsg.), *Ambulant betreute Wohngemeinschaften: Gestalten, finanzieren, umsetzen* (2. überarbeitete Auflage). Vincentz Network.
- Boggatz, T. (2019). *Betreutes Wohnen: Perspektiven zur Lebensgestaltung bei Bewohnern und Betreuungspersonen*. Springer Berlin.
- Bopp, M., Braun, J., Gutzwiller, F., Faeh, D. & Swiss National Cohort Study Group (2012). Health Risk or Resource? Gradual and Independent Association between Self-Rated Health and Mortality Persists Over 30 Years. *PLoS ONE* 7(2): e30795. doi:10.1371/journal.pone.0030795
- Bösl, S., Diehl, K., Pendergrass, A., Gräbel, E. (2024): Tagespflege: Wer nutzt sie und wer möchte sie nutzen? Multivariable Analyse der aktuellen und zukünftigen Inanspruchnahme der Tagespflege bei der häuslichen Pflege. *Gesundheitswesen*, 86 (Suppl. 1): 29–36.
- Braeseke, G., Lingot, N., Pflug, C., Pörschmann-Schreiber, U. & Tisch, T. (2023): Gutachten für den Bereich der Pflege für die Jahre 2025 bis 2050 in Bayern, IGES Institut GmbH, Berlin. www.pflegebedarf2050.bayern.de
- Brandt, M. (2009). *Hilfe zwischen Generationen; Ein europäischer Vergleich*. VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH.
- Breyer, F. (2015). Demographischer Wandel und Gesundheitsausgaben: Theorie, Empirie und Politikimplikationen. *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, 16(3), 215–230. <https://doi.org/10.1515/pwp-2015-0016>

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2002). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Bonn: BMFSFJ.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (2018): Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Wien.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2022) (Hg.). Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2021. Wien: Sektion IV.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2023) (Hg.). Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2022. Wien: Sektion IV.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (22.06.2021). Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) und Remobilisation/Nachsorge (RNS) in Österreich. Online unter: [Akutgeriatrie/Remobilisation \(AG/R\) und Remobilisation/Nachsorge \(RNS\) in Österreich \(sozialministerium.at\)](https://www.sozialministerium.at/Akutgeriatrie/Remobilisation-AG-R-und-Remobilisation-Nachsorge-RNS-in-Osterreich) (abgerufen am 30.01.2023).
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (01.01.2024). Pflegegeld. Online unter: <https://www.sozialministerium.at/The-men/Pflege/Pflegegeld.html> (abgerufen am 04.06.2024).
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (10.02.2023). 24-Stunden-Betreuung. Online unter: [Informationen zur 24-Stunden-Betreuung in Österreich \(sozialministerium.at\)](https://www.sozialministerium.at/Informationen-zur-24-Stunden-Betreuung-in-Osterreich) (abgerufen am 10.02.2023)
- Chatterji S., Byles J., Cutler D., Seeman T. & Verdes E. (2015). Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*, 385: 563–75.
- Chen YM and Berkowitz B (2012) Older adults' home- and community-based care service use and residential transitions: a longitudinal study. *BMC Geriatrics* 12, 44.
- Chong, K. C., Fung, H., Yam, C. H. K., Chau, P. Y. K., Chow, T. Y., Zee, B. C. Y., Wong, E. L. Y., Wang, M. H., & Yeoh, E. K. (2021). Long-term effectiveness of elderly health care voucher scheme strategies: A system dynamics simulation analysis. *BMC Public Health*, 21, 1235. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11280-z>
- Claßen, K., Oswald, F., Doh, M., Kleinemas, U., & Wahl, H.-W. (2014). Umwelten des Alterns: Wohnen, Mobilität, Technik und Medien (1., Bd. 10). Kohlhammer.
- Crimmins, E. M. (2021). Recent trends and increasing differences in life expectancy present opportunities for multidisciplinary research on aging. *Nature Aging*, 1,12-13.
- Dierks, M.-L. (2017). „Gesundheitskompetenz – Was ist das?“ *Public Health Forum* 25 (1): 2–5. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2016-2111>.
- Dorin, L.; Metzging, S.; Krupa, E.; und Büscher, A. (2014): Erholungszeiten für Familien von Schwerpflegebedürftigen: Inanspruchnahme und Potenzial von Tages- und Kurzzeitpflege. In: *Pflege & Gesellschaft: Zeitschrift für Pflegewissenschaft*. 19. Jahrgang, Heft 1.
- Ellis, G., Gardner, M., Tsiachristas, A., Langhorne, P., Burke, O., Harwood, R.H., Conroy, S.P., Kircher, T., Somme, D., Saltvedt, I., Wald, H., O'Neill, D., Robinson, D. & Shepperd, S. (2017). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital.

- Cochrane Database of Systematic Reviews 9 (CD006211): DOI: 10.1002/14651858.CD006211.pub3.
- Enroth L., Raitanen J., Halonen P., Tiainen K. & Jylhä M. (2021). Trends of Physical Functioning, Morbidity and Disability-free Life Expectancy among the Oldest Old: Six Repeated Cross-sectional Surveys between 2001 and 2018 in the Vitality 90+ Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 76 (7): 1227–1233
- Eurostat (01.06.2022). Healthy life years statistics. Data-File: Healthy life years by sex (from 2004 onwards) [HLTH_HLYE] Online unter: [Healthy life years statistics - Statistics Explained \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&code=sdg-8-8-2&plugin=1) (abgerufen am 04.04.2023)
- Famira-Mühlberger, U., & Firgo, M. (2018). Aktuelle und künftige Versorgungsfunktion der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Österreich. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Favez, L. & Zúñiga, F. (2021). Die Situation des Personals in Alters- und Pflegeheimen (Obsan Bulletin 05/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Fässler, D. (2022). Leben und Wohnen im Alter in der Schweiz – Herausforderungen und Stoßrichtungen. In: H. Budliger (Hrsg.). *Demografie, Wohnen, Immobilien*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 61-82. https://doi.org/10.1007/978-3-658-38012-0_5
- Felder, D.; Egger, H.; Ehgartner, G.; Amann, A. (2008): Tagesangebote für betreuungs- und/oder Pflegebedürftige ältere Menschen in Niederösterreich. (Endbericht) Zentrum für Alterswissenschaften, Gesundheits- und Sozialpolitikforschung.
- Finlay, J., Esposito, M., Langa, K., Judd, S. & Clarke, P. (2022). Cognability: An Ecological Theory of neighborhoods and cognitive aging. *Social Science and Medicine*, 309, 115220.
- Firgo, M. & Famira-Mühlberger, U. (2020). Öffentliche Ausgaben für Pflege nach Abschaffung des Regresses in der stationären Langzeitpflege. *WIFO Monatsberichte* 6/2020, S. 479-486.
- Forsyth, A., & Molinsky, J. (2021). What Is Aging in Place? Confusions and Contradictions. *Housing Policy Debate*, 31(2), 181–196. <https://doi.org/10.1080/10511482.2020.1793795>
- Fox, M.T., Persaud, M., Maimets, I., O'Brien, K., Brooks, D., Tregunno, D. & Schraa, E. (2012). Effectiveness of Acute Geriatric Unit Care Using Acute Care for Elders Components: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc*, 60: 2237-2245. <https://doi.org/10.1111/jgs.12028>
- Fries, J. F. (1980). Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity. *N Engl J Med* 303 (3): 130-135.
- Fries, J. F., Bruce, B., & Chakravarty, E. (2011). Compression of Morbidity 1980–2011: A Focused Review of Paradigms and Progress. *Journal of Aging Research*, 2011, 1–10. <https://doi.org/10.4061/2011/261702>
- Fung, V. L.-H., Lai, A. H.-Y., Yam, C. H.-K., Wong, E. L.-Y., Griffiths, S. M., & Yeoh, E.-K. (2022). Healthcare vouchers for better elderly services? Input from private healthcare service providers in Hong Kong—Fung—2022—Health & Social Care in the Community—Wiley Online Library.

- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) (o.D.). Pilotprojekte Community Nursing. URL: [Pilotprojekte Community Nursing | Gesundheit Österreich GmbH \(goeg.at\)](#) (Zuletzt abgerufen am: 23.05.2022).
- Geyer, S. & Eberhard, S. (2022) Kompression und Expansion der Morbidität. Deutsches Ärzteblatt, 119(47): 810-815.
- Grebe, H. (2015). Ein gewisser Zustand des Glücks. bpb.de. <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/211748/ein-gewisser-zustand-des-gluecks/>
- Griebler, R., Winkler, P., Gaiswinkler, S., Bengough, T., Delcour, J., Juraszovich, B., Nowotny, M., Pochobradsky, E., Schleicher, B., Schmutterer, I. & Wachabauer, D. (2017). Niederösterreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005-2014. St. Pölten: Niederösterreichische Landesregierung und NÖ Gesundheits- und Sozialfonds.
- Grødem, A.S. (2018). ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Norway. Brüssel: Europäische Kommission.
- Gruenberg, E.M. (1977). The failures of success. Milbank Memorial Fund Quarterly, 55 (1): 3–24.
- Hamaker, M., Gijzel, S., Rostoft, S. & van den Bos, F. (2023). Intrinsic capacity and resilience: Taking frailty to the next level. Journal of Geriatric Ontology, 14, 101421.
- Hanika, A. (2019). Kleinräumige Bevölkerungsprognose für Österreich 2018 bis 2040 (ÖROK-Prognose). Wien: Geschäftsstelle der Österreichischen Raumordnungskonferenz (ÖROK).
- Hanika, A. (2022). ÖROK-Regionalprognosen 2021-2050: Bevölkerung. Hrsg. Geschäftsstelle der Österreichischen Raumordnungskonferenz (ÖROK). Wien: Österreichische Raumordnungskonferenz.
- Häußermann, H., & Siebel, W. (2000). Soziologie des Wohnens. Eine Einführung in Wandel und Ausdifferenzierung des Wohnens (2 Aufl.). Juventa Verlag.
- Häußermann, H., & Siebel, W. (2020). Soziologie des Wohnens. Eine Einführung in Wandel und Ausdifferenzierung des Wohnens. In S. Schipper & L. Vollmer (Hrsg.), Wohnungsfor-schung: Ein Reader (S. 263–302). transcript Verlag.
- Health & Joanneum Research (2015). Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen. Steiermark 2025. Graz: HEALTH – Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften; JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH.
- Hirsch, R.D., Kastner, U. (2004). Heimbewohner mit psychischen Störungen – Expertise. Köln: KDA.
- Ho, J. Y. & Hendi, A. S. (2018). Recent trends in life expectancy across high income countries: retrospective observational study. BMJ, 362: k2562.
- Holzweber, L., Pilwarsch, J., Zach, M., Gruböck, A., Mathis-Edenhofer, S. & Wallner, A. (2022). Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2021. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Hörl, J., Kolland, F., & Majce, G. (2009). Hochaltrigkeit in Österreich - Eine Bestandsaufnahme. (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Hrsg.) (2.). Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

- Imhof L. & Mahrer-Imhof R. (2018). *Betreutes Wohnen in der Schweiz: Grundlagen eines Modells*. Studie im Auftrag von CURAVIVA Schweiz, senesuisse, Pro Senectute Schweiz, Spixtex Schweiz. Winterthur: Nursing Science & Care GmbH
- Imhof, L., & Mahrer-Imhof, R. (2022). *Das 4-Stufen-Modell des Betreuten Wohnens in der Praxis*. Evaluation eines Projekts im Pflgewohnheim St. Christophorus Basel (2020–2022). Basel: Nursing Science & Care GmbH.
- Jagsch, C., Defrancesco, M. & Marksteiner, J. (2019). *Alte Menschen*. In: Nowotny, Monika; Kern, Daniela; Breyer, Elisabeth; Bengough, Theresa; Griebler, Robert (Hg.): *Depressionsbericht Österreich*. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien, S.61-63.
- Karsio, O., & Anttonen, A. (2013). *Marketisation of eldercare in Finland: Legal frames, outsourcing practices and the rapid growth of for-profit services* (S. 85–125).
- Kelly R, Puurveen G and Gill R (2016) *The effect of adult day services on delay to institutional placement*. *Journal of Applied Gerontology* 35, 814–835.
- Keupp, H. (2021). *Eigensinn und Selbstsorge: Subjektsein in der Zivilgesellschaft*. 21.
- Klein, L.C., Kim, K., Almeida, D.M., Femia, E.E., Rovine, M.J. & Zarit, S.H. (2016). *Anticipating an Easier Day: Effects of Adult Day Services on Daily Cortisol and Stress*. *The Gerontologist*, 56 (2), 303-312.
- Kolland, F., Bischof, C., Rohner, R., Ullrich, M. & Paulinger, G. (2021). *Gesundheitspersonalprognose Niederösterreich: Bericht*. Krems: Karl Landsteiner Privatuniversität - Kompetenzzentrum für Gerontologie und Gesundheitsforschung.
- Kolland, F., Bohrn, K., Hengl, L. & Gallistl, V. (2022). *Aktiv ins hohe Alter: Innovative Aktivitäts- und Bildungsangebote für hochaltrige Personen in Niederösterreich*. Endbericht. Krems: Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften.
- Kolland, F., Rohner, R., Hartmann, V., Hengl, L., Bohrn, K. & Gallistl, V. (2021): *KL-Pflegekräfte-Studie 2021: Pflegekräfte in der Corona-Pandemie*. Projektendbericht. Krems: Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften.
- Kolland, F., Richter, L., Hartmann, V. & Gösenbauer, B. (2019). *Gesundheitsbarometer Alter 2019: Healthy Ageing in Niederösterreich*. Endbericht. Krems: Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften.
- Kolland, F., Richter, L. & Bischof, C. (2019). *Altersalmanach 2018 - Altwerden in Niederösterreich*. Krems: Karl Landsteiner Privatuniversität & Universität Wien.
- Kolland, F., Rohner, R., & Gallistl, V. (in Druck). *Wohnmonitor Alter: Praxis. Wandel. Krisen* (befindet sich im Druck). StudienVerlag.
- Kvist, J. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Denmark*. Brüssel: Europäische Kommission.
- Kwetkat, A., Lehmann, T. & Wittrich, A. (2014). *Geriatrische Frührehabilitation: Eine Chance für Hochbetagte*. *Z Gerontol Geriat*, 47: 372–378.

- Lai, A. H.-Y., Kuang, Z., Yam, C. H.-K., Ayub, S., & Yeoh, E.-K. (2018). Vouchers for primary healthcare services in an ageing world? The perspectives of elderly voucher recipients in Hong Kong. *Health & Social Care in the Community*, 26(3), 374–382.
<https://doi.org/10.1111/hsc.12523>
- Land Niederösterreich (o.D.). Förderrichtlinie NÖ Pflegeausbildungsprämie. Online unter: [Service - Förderungen für Pflegeausbildungen des Landes NÖ \(foerderung-pflegeausbildung-noe.at\)](#) (abgerufen am 04.04.2023).
- Land Niederösterreich (18.11.2021). Anmeldung und Aufnahme: NÖ Pflege- und Betreuungszentren. Online unter: [Anmeldung und Aufnahme - Land Niederösterreich \(noe.gv.at\)](#) (abgerufen am: 26.04.2022).
- Land Niederösterreich (2018). NÖ Sozialbericht 2017. St. Pölten: Amt der NÖ Landesregierung - Abteilung Soziales und Generationenförderung.
- Land Niederösterreich (2022). NÖ Sozialbericht 2021. St. Pölten: Amt der NÖ Landesregierung - Abteilung Soziales und Generationenförderung.
- Land Niederösterreich (2023). NÖ Sozialbericht 2022. St. Pölten: Amt der NÖ Landesregierung - Abteilung Soziales und Generationenförderung.
- Land Niederösterreich (01.01.2022). Spezielle Pflegeangebote. Online unter: [Spezielle Pflegeangebote - Land Niederösterreich \(noe.gv.at\)](#) (abgerufen am 24.07.2024).
- Land Niederösterreich (04.03.2022). Leistungen und Pflegeformen der NÖ Pflege- und Betreuungszentren. Online unter: [Leistungen und Pflegeformen der NÖ Pflege- und Betreuungszentren - Land Niederösterreich \(noe.gv.at\)](#) (abgerufen am: 21.11.2022)
- Land Niederösterreich (11.4.2022). NÖ Modell zur 24-Stunden-Betreuung; Kostenersatz für COVID-19 Testungen von 24-Stunden-Betreuungskräften. Online unter: [NÖ Modell zur 24-Stunden-Betreuung - Land Niederösterreich \(noe.gv.at\)](#) (abgerufen am: 21.11.2022)
- Land Niederösterreich (12.2.2022). Pilotprojekt „Community Nurse“ soll Angebot im Gesundheits- und Sozialbereich erweitern. URL: [Pilotprojekt „Community Nurse“ soll Angebot im Gesundheits- und Sozialbereich erweitern - Land Niederösterreich \(noe.gv.at\)](#) (Zuletzt abgerufen am: 26.04.2022).
- Land Niederösterreich (26.01.2024). Sozialmedizinische und soziale Betreuungsdienste. Online unter: [Sozialmedizinische und soziale Betreuungsdienste - Land Niederösterreich \(noe.gv.at\)](#) (abgerufen am: 24.07.2024)
- Land Steiermark (2019). Richtlinie „Betreutes Wohnen“ für Seniorinnen und Senioren. (Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft). Graz. Online unter: [Richtlinie Betreutes WohnenNEU2019.pdf \(steiermark.at\)](#) (abgerufen am 04.04.2023).
- Lange-Lagemann, D. (2010). *Betreutes Wohnen im Alter: Anforderungen an Seniorenwohnanlagen im ländlichen Raum*. Diplomica-Verlag.
- Lawton, M. P. (1985). The Elderly in Context: Perspectives from Environmental Psychology and Gerontology. *Environment and Behavior*, 17(4), 501–519.

- Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Hrsg.), *The psychology of adult development and aging* (S. 619–674). American Psychological Association.
- Lehner, K. & Heidinger, T. (2021). *Entlassungsmanagement. Ein Bericht zu Entlassungen aus Krankenhäusern in Pflege- und Betreuungszentren in Niederösterreich*. Karl Landsteiner Privatuniversität: Kompetenzzentrum für Gerontologie und Gesundheitsforschung.
- Marshall, L., Finch, D., Cairncross L. & Bibby J. (2019). *Mortality and life expectancy trends in the UK: stalling progress*. London: The Health Foundation.
- Meyer, M. (2006): *Pflegende Angehörige in Deutschland. Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen*. Deutsche Überarbeitung des "National Background Report for Germany" im Rahmen des EU-Projektes – EUROFAMCARE.
- Michel, L. (2023). *Betreutes Wohnen für ältere Menschen: Nachhaltig gestalten und erfolgreich realisieren*. Vincentz Network.
- Moor, C., Zimprich, D., Schmitt, M. & Kliegel, M. (2006). Personality, Aging Self-Perceptions, and Subjective Health: A Mediation Model. *Int'l. J. Aging and Human Development*, 63 (3), 241-257.
- Müllner, J. (2017). Von der Abschaffung des Pflegeregresses und was daraus folgt. *Journal für Rechtspolitik*, 25, S. 182–194.
- Orellana K, Manthorpe J, Tinker A. (2020). Day centres for older people: a systematically conducted scoping review of literature about their benefits, purposes and how they are perceived. *Ageing and Society*, 40(1):73-104. doi:10.1017/S0144686X18000843
- Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA) (2022). *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie: WELLE III 2019 – 2022. Die Herausforderungen des hohen Alters*. Wien: ÖPIA.
- Payne, C. F. (2022). Expansion, Compression, Neither, Both? Divergent Patterns in Healthy, Disability-Free, and Morbidity-Free Life Expectancy Across U.S. Birth Cohorts, 1998–2016. *Demography* 59 (3), 949–973.
- Pellegrini, S., Dutoit, L., Pahud, O. & Dorn, M. (2022). *Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz: Prognose bis 2040*. (OBSAN Bericht 03/2022) Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Pichlbauer, E. (2018). *Das österreichische Pflegesystem: Ein europäischer Sonderfall*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Queirós, A.M., von Gunten, A., Martins, M., Wellens, N., Verloo, H. (2021). The Forgotten Psychopathology of Depressed Long-Term Care Facility Residents: A Call for Evidence-Based Practice. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra*, 11: S. 38–44. DOI: 10.1159/000514118
- Quenzel, G. & Schaeffer, D. (2016). „Health Literacy - Gesundheitskompetenz Vulnerabler Gruppen“. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Rappold, E., Gyimesi, M., Czásny, I. (2023): *Prognose für ausgewählte Gesundheitsberufe in Niederösterreich bis 2035*. *Gesundheit Österreich*, Wien

- Rappold, E. & Juraszovich, B. (2019). Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK).
- Rechnungshof Österreich (2020). Pflege in Österreich: Bericht des Rechnungshofes. Wien: Rechnungshof.
- Rechnungshof Österreich (2023). Gesundheitsförderung und Prävention: Bericht des Rechnungshofes. Wien: Rechnungshof.
- Resnick, B., Galik, E., Boltz, M., Vigne, E., Holmes, S., Fix, S., & Zhu, S. (2018). Physical Activity and Function in Assisted Living Residents. *Western Journal of Nursing Research*, 40(12), 1734–1748. <https://doi.org/10.1177/0193945918764448>
- Rothgang, H., & Müller, R. (2018). Pflereport 2018. Berlin: BARMER.
- Rothgang, H., & Vogler, A. (1997). Die zukünftige Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahre 2040 und ihre Einflußgrößen (ZeS-Arbeitspapier No. 06/97). Bremen: Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik. Abgerufen von <https://ideas.repec.org/p/zbw/zeswps/061997.html>
- Saup, W. (1993). Alter und Umwelt: Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie. Kohlhammer GmbH.
- Seematter-Bagnoud, L., Belloni, G., Zufferey, J., Peytremann-Bridevaux, I., Büla, C. & Pellegrini S. (2021). Lebenserwartung und Gesundheitszustand: Jüngste Entwicklungen (Obsan Bulletin 03/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Skoog, I. (2011). Psychiatric Disorders in the Elderly. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(7): 387–397.
- Spuling, S., Wurm, S., Wolff, J. & Wünsche, J. (2017). Heißt krank zu sein sich auch krank zu fühlen? Subjektive Gesundheit und ihr Zusammenhang mit anderen Gesundheitsdimensionen. In: Mahne, K., Wolff, J., Simonson, J. & Tesch-Römer, C. (Hrsg.). Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Wiesbaden: Springer VS, S.157-170.
- Statistik Austria (2020). Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
- Statistik Austria (20.05.2021). Lebenserwartung bei der Geburt 1970 bis 2020 nach Bundesländern und Geschlecht. Online unter: [Sterbetafeln - STATISTIK AUSTRIA - Die Informationsmanager](#) (abgerufen am 13.01.2023)
- Statistik Austria (01.09.2021). Mikrozensus ab 2004 – Arbeitskräfte- und Wohnungserhebung (Jahresdurchschnitt über alle Wochen). Online unter: [b_mz-arbeitskraefte-wohnungserhebung_ab_2004_stichprobenumfang_und_ausschoepfung.pdf \(statistik.at\)](#) (abgerufen am 03.04.2023).
- Statistik Austria (31.05.2022). Statistik des Bevölkerungsstandes - Tabelle: Bevölkerung zu Jahresbeginn nach Bundesland, Alter, Geschlecht sowie österreichischer/ausländischer Staatsangehörigkeit 2002 bis 2022. Online unter: [Bevölkerung nach Alter/Geschlecht - STATISTIK AUSTRIA - Die Informationsmanager](#) (Abgerufen am 13.01.2023).
- Statistik Austria (2022). Demographisches Jahrbuch. Wien.

- Statistik Austria (2022b). Verbrauchsausgaben 2019/20 Sozialstatistische Ergebnisse der Konsumerhebung. Tabelle 3: Monatliche Verbrauchsausgaben – Alter der Referenzperson in 10-Jahresgruppen. Online unter: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/ausgaben-und-ausstattung-privater-haushalte/ausgaben> (abgerufen am 21.05.2024)
- Stroncsek, M., Cruel, E., Steiner, L., Latteck, Ä.-D., Büker, C. (2023). Teilstationäre Versorgung im Fokus – Entwicklung wissenschaftsgestützter Impulse zur Gestaltung von Tagespflegen für ältere Menschen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 181, 88-97.
- Teti, A., Grittner, U., Kuhlmeier, A., & Blüher, S. (2014). Wohnmobilität im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47(4), 320–328. <https://doi.org/10.1007/s00391-013-0538-0>
- Teti, A., & Höpflinger, F. (2021). Wohnen im höheren Lebensalter: Konzepte und aktuelle Entwicklungen. In F. Eckardt & S. Meier (Hrsg.), *Handbuch Wohnsoziologie* (S. 477–502). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Timonen, V. (2008). *Ageing societies: a comparative introduction*. Maidenhead: Open Univ. Press.
- Tretteteig, S., Vatne, S. & Mork, R. (2016). The influence of day care centres for people with dementia on family caregivers: an integrative review of the literature. *Aging & Mental Health*, 20 (5), 450-462.
- Tynkkynen, L.-K., Chydenius, M., Saloranta, A., & Keskimäki, I. (2016). Expanding choice of primary care in Finland: Much debate but little change so far. *Health Policy*, 120(3), 227–234. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.015>
- Wahl, H.-W., & Oswald, F. (2016). Theories of Environmental Gerontology: Old and New Avenues for Person–Environmental Views of Aging. In V. L. Bengtson, R. A. Settersten, B. K. Kennedy, N. Morrow-Howell, & J. Smith (Hrsg.), *Handbook of Theories of Aging: Bd. Third edition* (S. 621–641). Springer Publishing Company; nlebk. <http://search.ebsco-host.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1241982&site=ehost-live>
- Wancata, J. (2015). Studien und Hochrechnungen für Österreich. In: Höfler, S., Bengough, T., Winkler, P., Griebler, R. (Hg.): *Österreichischer Demenzbericht 2014*. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien, S.19-21.
- Wancata, J. (2019). Alte Menschen. In: Nowotny, M., Kern, D., Breyer, E., Bengough, T., Griebler, R. (Hg.): *Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien, S.112-117.
- Wasić, C., Gräßel, E., Luttenberger, K., Donath, C. (2022). Prädiktoren für die Nutzungsintensität von Tagespflegen bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen. *Z Gerontol Geriat* 55, 575–582. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01972-x>
- Wilson, K. B. (2007). Historical Evolution of Assisted Living in the United States, 1979 to the Present. *The Gerontologist*, Special Issue III, 47, 8–22.

World Health Organization (WHO) (2015). World Report on Ageing and Health. World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2016). Framework on integrated, people-centred health services. Report by the Secretariat. A69/39: Provisional agenda item 16.1.

World Health Organization (WHO) (2017). WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing - Topic focus: frailty and intrinsic capacity. Report of consortium meeting: 1–2 December 2016 in Geneva, Switzerland. Geneva: WHO (WHO/FWC/ALC/17.2). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Zarit, S.H., Kim, K., Femia, E.E., Almeida, D.M., Savla, J. & Molenaar, P.C. (2011). Effects of adult day care on daily stress of caregivers: A within-person approach. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 66 (5), 538-546.

12. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung in Niederösterreich nach Geschlecht (2017-2035).....	20
Tabelle 2: Bevölkerungsentwicklung in Niederösterreich nach Alter (absolute Häufigkeiten)....	22
Tabelle 3: Bevölkerungsentwicklung in Niederösterreich nach Altersgruppe (kumulierte relative Häufigkeiten)	24
Tabelle 4: Bevölkerungsentwicklung der höheren Altersgruppen in Niederösterreich nach Geschlecht	24
Tabelle 5: Prognostizierte Bevölkerungsentwicklung nach Bezirk.....	25
Tabelle 6: Anzahl der Hochaltrigen (80+) auf Bezirksebene bis 2035	27
Tabelle 7: Entwicklung der Einpersonenhaushalte (1P-H) in NÖ nach Altersgruppen (2017-2021)	29
Tabelle 8: Entwicklung der Haushaltsformen bei den über 60-jährigen Niederösterreicher_innen nach Geschlecht der Referenzperson (2017-2021)	30
Tabelle 9: Pflegegeldstufen und Höhe des Pflegegelds.....	34
Tabelle 10: Absolute Anzahl der Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen	39
Tabelle 11: Inanspruchnahme des Pflegegeldes und der Pflegedienstleistungen nach Bezirk des (früheren) Hauptwohnsitzes im September 2021	41
Tabelle 12: Verteilungsunterschiede der Altersgruppe 80+, Pflegestufe 4-7 und des Bevölkerungswachstums nach Wohnbezirk	45
Tabelle 13: Anzahl an Personen in der stationären Langzeitpflege, der psychosozialen Betreuung und psychosozialen Pflege (September 2021)	51
Tabelle 14: Anzahl und Anteil von Selbstzahlenden in der Langzeitpflege	55
Tabelle 15: Entwicklung der Inanspruchnahme der Pflegeformen	57
Tabelle 16: Anzahl und Veränderung der Neuaufnahmen in niederösterreichischen Pflegeheimen (2016-2021)	57
Tabelle 17: Vergleich der Anzahl der Neuaufnahmen in niederösterreichischen Pflegeheimen nach zuständiger Bezirkshauptmannschaft bzw. Magistrat.....	59

Tabelle 18: Geschlechterverhältnis der Neuaufnahmen in NÖ-Pflegheime zwischen 2016 und 2021	61
Tabelle 19: Anzahl und Anteil der Neuaufnahmen nach Dringlichkeit zwischen 2016 und 2021	162
Tabelle 20: Anteil der Personen mit akuter Dringlichkeit bei der Aufnahme nach zuständiger Behörde und Aufnahmejahr	63
Tabelle 21: Mittelwerte der Tage zwischen Antragstellung und Aufnahme (2016-2021)	64
Tabelle 22: Mittelwerte der Tage zwischen Antragstellung und Aufnahme nach zuständiger Behörde (2016-2021)	66
Tabelle 23 – Soziodemographische Merkmale der Scheckbezieher_innen	72
Tabelle 24: Bewertung des Zuganges zum Antrag nach der Zufriedenheit mit dem Pflege- und Betreuungsscheck.....	83
Tabelle 25 – Prognose stationäre Betreuung und Pflege 2021 – 2035, nach Bezirk	99
Tabelle 26 – Prognose 24-Stunden-Betreuung 2021 – 2035, nach Bezirk.....	100
Tabelle 27 – Prognose mobile Betreuung und Pflege 2021 –2035, nach Bezirk	101
Tabelle 28: Verteilung der Pflegestufen nach Pflegeform (Sept. 2021)	106
Tabelle 29: Anzahl an bereuten Personen in der Tagespflege nach Wohnbezirk der Person (2017.03-2024.03).....	124
Tabelle 30: Aggregation der GBR Versorgungsbereiche	128
Tabelle 31: Demographisches Szenario für den Beruf der DGKP nach Versorgungsbereich 2030/2040.....	130
Tabelle 32: Demographisches Szenario für den Beruf der PA und PFA nach Versorgungsbereich 2030/2040.....	131
Tabelle 33: Vergleich Ist-Stand der Pflegekräfte 2021 mit dem prognostizierten Stand	131
Tabelle 34: Kompressionsszenario der Pflegekräfte bis 2030/2040.....	132
Tabelle 35: Anzahl chronischer Krankheiten nach Altersgruppen	137
Tabelle 36: Unterstützungsbedarf im Alltag nach Altersgruppen.....	138
Tabelle 37: Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennung nach Altersgruppen	141

Tabelle 38: Vergleich der Prognosen Altersalmanach 2018 und 2024.....	150
Tabelle 39: Anforderung der Daten im Detail	167
Tabelle 40 – Prognose stationäre Betreuung und Pflege 2021 – 2035, nach Bezirk, Kompressionsszenario.....	174
Tabelle 41 – Prognose 24-Stunden Betreuung und Pflege 2021 – 2035, nach Bezirk, Kompressionsszenario.....	175
Tabelle 42: Prognose mobile Betreuung und Pflege 2021 – 2035, nach Bezirk, Kompressionsszenario.....	176
Tabelle 43: Prognose mobile Betreuung und Pflege 2021 – 2035, nach Bezirk, versorgungspolitisches Szenario 1: Substitution der stationären P. + B.	177
Tabelle 44: Prognose mobile Betreuung und Pflege 2021 – 2035, nach Bezirk, versorgungspolitisches Szenario 2: Substitution der stationären Pflege und 24h-Betreuung...	178

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Lebenserwartung bei Geburt und fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren in Niederösterreich (1970-2100)	21
Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung der höheren Altersgruppen im Zeitverlauf (2017-2035)	23
Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung der höheren Altersgruppen auf Bezirksebene (2017- 2035)	26
Abbildung 4: Anteil der über 80-jährigen Niederösterreicher_innen an der Gesamtbevölkerung nach Bezirk: Ist-Stand 2022 und Prognose 2035	28
Abbildung 5: Erwartete und tatsächliche Sterbezahlen im Vergleich (Niederösterreich).....	31
Abbildung 6: Anzahl Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbezieher nach Pflegegeldstufe in Niederösterreich (2013-2021)	35
Abbildung 7: Altersspezifische Pflegebedarfsquoten nach Geschlecht, alle Pflegestufen.....	36
Abbildung 8: Informelle Pflege/Betreuung (nach Pflegegeldbezug) und Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen (2017-2021)	42

Abbildung 9: Prozentuale Verteilung der Pflegeformen im September 2021 für NÖ und nach Geschlecht	43
Abbildung 10: Prozentuale Verteilung der Pflegeformen im September 2021 nach Bezirk	44
Abbildung 11: Pflegegeldbezug und Dienstleistungsnutzung in der Altersgruppe 80+ und 90+ in Niederösterreich im Sept. 2021.....	46
Abbildung 12: Mittelwert des Alters der Bezieher_innen von Pflegegeld und Pflegedienstleistungen (September 2021).....	47
Abbildung 13: Prozentualer Anteil der Männer nach Pflegegeldbezug und Pflegeform (2017-2021)	48
Abbildung 14: Verteilung des Pflegegeldes und der Pflegeformen nach Pflegegeldstufen (September 2021).....	49
Abbildung 15: Geschlechtsverteilung in der stationären Pflege (n=9.167), der psychosozialen Betreuung (n=355) und der psychosozialen Pflege (n=335) im Sept. 2021	52
Abbildung 16: Altersverteilung in der stationären Langzeitpflege und Betreuung (n=9.167), der psychosozialen Betreuung (n=355) und der psychosozialen Pflege (n=335) im Sept. 2021	52
Abbildung 17: Verteilung der Pflegestufen in der stationären Langzeitpflege (n=8.659), der psychosozialen Betreuung (n=290) und der psychosozialen Pflege (n=335) im Sept. 2021	53
Abbildung 18: Verteilung der Pflegegeldstufen in der stationären Pflege und Betreuung nach Kostenträger (Sept. 2021)	56
Abbildung 19: Inanspruchnahme von und Neuaufnahmen in niederösterreichischen Pflegeheimen (2017-2021)	58
Abbildung 20: Altersverteilung der Neuaufnahmen in NÖ-Pflegheime zwischen 2016 und 2021	60
Abbildung 21: Geschlechterverhältnis der Neuaufnahmen nach Alter (2016-2021)	62
Abbildung 22: Mittelwerte der Tage zwischen Antragstellung und Aufnahme nach der Dringlichkeit (2016-2021)	65
Abbildung 23: Wer waren die Antragssteller_innen?	70
Abbildung 24: Gruppe der Antragsteller_innen nach Geschlecht der pflegebedürftigen Person	73
Abbildung 25: Gruppe der Antragsteller_innen nach dem Alter der pflegebedürftigen Person.	73

Abbildung 26: Wie wurden Sie auf den NÖ Pflege- und Betreuungsscheck aufmerksam? (mehrere Angaben möglich, n=8.849)	74
Abbildung 27: Information über den Pflege- und Betreuungsscheck erhalten durch soziale Medien oder Nachrichten nach der Gruppe der Antragsteller_innen	75
Abbildung 28: Auf welchem Gerät haben Sie den Online-Antrag ausgefüllt?	75
Abbildung 29: Zugang zum Antrag der verschiedenen Gruppen von Antragsteller_innen.....	76
Abbildung 30: Wie ist es Ihnen dabei gegangen, den NÖ Pflege- und Betreuungsscheck online zu beantragen?	77
Abbildung 31: Markieren Sie alle Ausgaben, die Sie/die pflegebedürftige Person mit dem Zuschuss getätigt haben (Mehrfachantworten möglich, n=8.628)).	78
Abbildung 32: Verwendung des Geldes in Kategorien (n=8.538).....	78
Abbildung 33: Verwendung des Pflege- und Betreuungsschecks nach der Pflegestufe der Bezieher_innen.....	79
Abbildung 34: Allgemeine Verwendung des Pflege- und Betreuungsschecks nach Altersgruppen der Bezieher_innen	80
Abbildung 35: Spezifische Verwendung des Pflege- und Betreuungsschecks nach Altersgruppen der Bezieher_innen	81
Abbildung 36: Links: Haben Sie das Gefühl, dass der NÖ Pflege- und Betreuungsscheck eine Erleichterung bei der Pflege/Betreuung zu Hause bringt? Rechts: Alles in allem, wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot des NÖ Pflege- und Betreuungsschecks?	82
Abbildung 37: Index der Gesamtbewertung des Zuganges zum Antrag nach der Zufriedenheit mit dem Pflege- und Betreuungsscheck.....	83
Abbildung 38: Ablauf der Prognoseberechnung.....	88
Abbildung 39: Epidemiologische Szenarien	90
Abbildung 40: Prognose Pflegegeldbezug.....	92
Abbildung 41: Prognose stationäre Pflege und Betreuung.....	94
Abbildung 42: Prognose 24-Stunden-Betreuung.....	96
Abbildung 43: Prognose mobile Pflege und Betreuung	97

Abbildung 44: Teilstationäre Pflege- und Betreuungsdienste nach dem demographischen Szenario.....	98
Abbildung 45: Prognose der stationären Pflege und Betreuung nach den zwei epidemiologischen und versorgungspolitischen Szenarien	103
Abbildung 46: Prognose mobile Pflege und Betreuung: Versorgungspolitisches Szenario 1	104
Abbildung 47: Prognose mobile Pflege und Betreuung: Versorgungspolitisches Szenario 2	105
Abbildung 48: Landkarte Niederösterreich – Verteilung der stationären Pflegeheime und der barrierefreien und begleiteten Wohnformen.....	109
Abbildung 49: Anzahl an betreuten Personen von März 2017 bis März 2024	123
Abbildung 50: Altersmittelwert und -median der betreuten Personen in der Tagespflege (2017.03-2024.03).....	125
Abbildung 51: Entwicklung der Lebenserwartung nach Geschlecht	134
Abbildung 52: Subjektiver Gesundheitszustand nach Altersgruppen	139
Abbildung 53: Einschätzung der Gesundheitskompetenz nach Altersgruppen	142

13. Anhang

13.1. Datengrundlage Altersalmanach 2024

Die verwendeten Daten wurden zwischen Februar und Mai 2022 bei den verschiedenen Trägern abgefragt und beinhalten den Stichmonat September für die Jahre 2019, 2020 und 2021. Das bedeutet, dass alle Personen, die im jeweiligen September eine Förderung oder Pflegegeld bezogen haben oder sich in Betreuung befanden, mit ihrem Geschlecht, Alter, Wohnbezirk, Pflegegeldstufe, Pflegeform und Kostenträger erfasst wurden. Die Daten für 2013 bis 2018 sind für die meisten Pflegeformen bereits aus dem letzten Altersalmanach 2018 aufbereitet. Hier handelt es sich jedoch zumeist um den Stichmonat Dezember. Beim Altersalmanach 2018 mussten aus pragmatischen Gründen für das Jahr 2018 die September Daten genutzt werden, es hat sich dabei herausgestellt, dass die Werte des Septembers valider als sind als diejenigen aus dem Dezember. Der Dezember stellt mit den Feiertagen keinen durchschnittlichen Monat dar. Lediglich für die stationäre und teilstationäre Pflege gibt es keinen kompletten Datensatz für den Zeitraum von 2013 bis 2016, da keine Daten zu den privaten Pflegeheimen vorliegen. Die folgende Tabelle beschreibt nun die Datensätze und die Datenquellen der Erhebung 2022:

Tabelle 39: Anforderung der Daten im Detail

Datensatz	Datenquelle
Pflegegeldbezieher_innen	Dachverband der Sozialversicherungsträger
24-Stunden-Betreuung	Bis 09.2019: GS5 (Restdaten bei Sozialministerium) Ab 09.2020: Sozialministerium (Restdaten bei GS5)
Gesamtliste Pflegeheime und Bettenbestand	GS5
NÖ Pflege- und Betreuungszentren	09.2019: GS5 + GS7 Ab 09.2020: GS5 + LGA
Private Pflegeheime	Eigene Erhebung
Sozialmedizinische und soziale Betreuungsdienste	Eigene Erhebung
Bevölkerungsentwicklung und -prognose	Statistik Austria

Bevölkerung

Die Bevölkerungsdaten weisen jeweils den Stichtag 31.12. auf. Die Werte der Jahre 2017 bis 2022 und die Prognosewerte der Jahre 2023 bis 2035 stammen von der Statistik Austria und wurden am 18.2.2024 abgerufen (Letzte Aktualisierung des Würfels: 22.11.2023).⁴⁰ Da die Bevölkerungsprognose keine Zahlen auf Ebene der Bezirk aufweist, wurde die kleinräumige Bevölkerungsprognose aus dem Jahr 2022 ebenfalls verwendet, diese wurde im Auftrag der Österreichischen Raumordnungskonferenz (ÖROK) von der Statistik Austria erstellt und am 29.5.2022 abgerufen.⁴¹ Die kleinräumige Prognose wurden herangezogen um die Bezirksverteilung der aktuellen Prognose zu berechnen. Durch die Vorgehensweise konnten aktuelle Prognosewerte auf Bezirksebene generiert werden.

Pflegegeld

Die Daten bezüglich des Pflegegeldbezuges stammen vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Diese Daten wurden neu angefordert für 2013 bis 2021 (jeweils September). Für diese Datenquelle gibt es keine Bezirkszuordnung, verfügbar ist die Postleitzahl der Bezieherinnen und Bezieher. Die Zuordnung zum politischen Bezirk erfolgt mittels einem mehrstufigen Zuordnungsverfahren von Postleitzahlen zu politischen Bezirken.

Stationäre Einrichtungen

Die Daten der stationären Einrichtungen (Pflegeformen: stationäre Betreuung und Pflege, Kurzzeitpflege, Übergangspflege, Tagespflege) umfassen die Jahre 2019 – 2021 und stammen aus mehreren Quellen. Grund dafür ist, dass aufgrund der Verrechnung der Pflegeleistungen unterschiedliche Abteilungen Zugriff auf die Daten haben. Es handelt sich dabei um Verwaltungsdaten zur Abrechnung der Pflegeleistungen. Wenn Niederösterreich (BH oder Magistrat) der Kostenträger ist, ist die Abteilung für Soziales und Generationen (GS5) zuständig, unabhängig davon, ob es sich um ein Pflege- und Betreuungszentrum (PBZ) oder eine private Einrichtung handelt. Werden die Kosten von den betreuten Personen selbst getragen (Selbstzahlenden), ist bei den NÖ-PBZ seit 2020 die Landesgesundheitsagentur zuständig, davor war es die GS7. Bei den privaten Einrichtungen gibt es keinen gesammelten Datenzugriff zur Erfassung der Selbstzahlenden, weshalb eine eigene Erhebung durchgeführt wurde und 54 private Einrichtungen kontaktiert wurden. Die erhobenen Daten wurden auch zur Validierung der offiziellen Verwaltungsdaten herangezogen.

Alle Datenquellen wurden harmonisiert und zu einem Datensatz zusammengefügt. Zusätzlich wurden die Daten aus dem Altersalmanach 2018 mit den Monaten Dezember 2017 und September 2018 für die Analyse und Prognose herangezogen.

⁴⁰ <https://www.statistik.at/datenbanken/statcube-statistische-datenbank>

⁴¹ <https://www.oerok.gv.at/raum/daten-und-grundlagen/oerok-prognosen/oerok-prognose-2021>

24-Stunden-Betreuung

Die Daten der 24-Stunden-Betreuung beinhalten die Jahre 2018 bis 2021 (September 2018 und setzen sich aus zwei Quellen zusammen: 1) Abteilung Soziales (GS5) und Sozialministerium.⁴²

Die Daten der Abteilung Soziales waren nur nach den Pflegestufen 1 bis 2, 3 bis 4 und 5 bis 7 aggregiert verfügbar. Aus dem Altersalmanach 2018 wurden die Jahre 2013 -2017 (Dezember verwendet).

Mobile Betreuung und Pflege (SSMD)

Diese Daten wurden direkt bei den Rechtsträgern der sozialmedizinischen und sozialen Betreuungsdienste erhoben. Abgefragt wurden die Werte von 2019 bis 2021 (September). Des Weiteren wurden die Daten aus dem Altersalmanach 2018 mit den 2013 - 2017 (Dezember) und 2018 (September) herangezogen.

Datenaufbereitung

Die Daten wurden anschließend aufbereitet und validiert. Das bedeutet, dass in einem ersten Schritt alle Datensätze auf eine einheitliche Schreibweise der Variablen hin überprüft wurden und gegebenenfalls Anpassungen vorgenommen wurden. In einem zweiten Schritt wurde die Validität der Daten überprüft, in dem die verschiedenen Datensätze miteinander abgeglichen wurden, sowie mit der Bettenbestandsliste, mit den Daten der Erhebung aus dem Jahr 2018 und der Pflegedienstleistungsstatistik aus dem Jahr 2021.

Datenschutz

Ein besonderes Augenmerk wurde bei der Datenerhebung auf den Datenschutz gelegt. Da die Datenerhebung durch die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen gesetzlich geregelt ist, mussten keine extra Datenschutzvereinbarung mit jeder Institution geschlossen werden.

Der Datenschutz wurde folgendermaßen gewährleistet:

1. Die Daten werden zu keinem anderen Zweck verwendet, als zur Erstellung der Prognose und es wurden lediglich Daten erhoben, die für die Prognose notwendig sind, und keine weiteren Daten.
2. Die Daten wurden pseudonymisiert. Zudem wurde bei der LGA aufgrund der geringen Anzahl an Fällen aggregierte Daten abgefragt.
3. Für die Übermittlung der Daten wurde ein zeitlich-begrenzter Zugang für den Upload der Daten auf einem OneDrive Ordner der Karl-Landsteiner Privatuniversität personalisiert und

⁴² Die 24-Stunden-Betreuung sieht eine Betreuung ab Stufe 3 vor. Das niederösterreichische Fördermodell zur 24-Stunden-Betreuung sieht unter bestimmten Voraussetzungen auch eine Förderung bei Bezug der Pflegegeldstufen 1 und 2 vor. Im Fördermodell des Bundes gibt es keine Förderungen für die Stufen 1 und 2. Die

versendet. Jede Institution erhält einen eigenen Ordner und hat nur Zugriff auf seinen jeweiligen Ordner, kann also die Daten der anderen nicht einsehen. Diese Übertragung erfolgt über HTTPS. Damit sind die Integrität und Vertraulichkeit des Datenverkehrs zwischen dem Computer des Nutzers und der Website geschützt. Die übermittelten Daten liegen ausschließlich auf gesicherten Trägern und es haben ausschließlich Mitglieder des Forschungsprojektes Zugriff.

4. Die Daten werden 10 Jahre ab dem Projektende auf einem verschlüsselten Ordner gespeichert und anschließend gelöscht.

Anmerkungen für den nächsten Altersalmanach

Für den Altersalmanach wäre es von Vorteil, wenn bei der stationären Pflege und Betreuung ebenfalls die Grundtarife abgefragt werden könnten, da mit dem Grundtarif 4 die psychosoziale Pflege im Zeitverlauf analysiert werden kann und somit eine Gegenüberstellung der psychosozialen Betreuung und der psychosozialen Pflege möglich wird. Wenn möglich könnten im nächsten Altersalmanach auch Daten der Hospiz- und Palliativpflege abgefragt werden und damit ein Schwerpunkt auf diese Thematik gelegt werden. Schließlich wäre es bei allen Daten von Vorteil, wenn die Zuordnung zu den politischen Bezirken auf der Gemeindekennziffer basieren würde und nicht auf der Postleitzahl. Die Gemeindekennziffer würde die geographische Validität stark erhöhen.

13.2. Datengrundlage Gesundheitspersonalprognose 2021

Gesundheitsberuferegister (GBR)

Die zentrale Grundlage für diese Prognose stellt ein Datenauszug aus dem GBR dar, der im Auftrag des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung erstellt wurde. Das Register erfasst seit 1. Juli 2018 alle Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie der gehobenen medizinisch-technischen Dienste und bietet damit die Möglichkeit die Berechnungen auf Basis des genauen Ist-Stands des Gesundheitspersonals durchzuführen (Stichtag 31. Dezember 2019). Für diese Prognose ist hervorzuheben, dass der Datenauszug aus dem GBR keine Differenzierung der Personenzahlen bzw. Köpfe je nach Versorgungsbereich beinhaltet, sodass in dieser Prognose der Begriff *Arbeitsstellen* treffender für die prognostizierten Zahlen ist. Grund hierfür ist, dass eine Person (ein Kopf) in mehreren Versorgungsbereichen tätig sein kann, beispielsweise kann eine Person gleichzeitig eine Arbeitsstelle in einer NÖ Fondskrankenanstalt und in einem Pflegeheim haben, wodurch es zu Doppelzählungen einzelner Personen kommt. Gängig ist in solchen Fällen die Umrechnung in Vollzeitäquivalente⁴³, da im GBR allerdings keine

⁴³ Vollzeitäquivalente geben an wie viele Vollzeitstellen sich bei einem Personalstamm mit unterschiedlichem Beschäftigungsausmaß bspw. durch Teilzeitkräfte rechnerisch ergeben würden.

Angaben über das Beschäftigungsausmaß gemacht werden, können diese nicht berechnet werden. Das bedeutet, dass sich der Mehrbedarf in dieser Prognose aus bestehenden Arbeitsstellen, die es aufgrund von Pensionierungen neu zu besetzen gilt (=Ersatzbedarf), und aus zusätzlichen Arbeitsstellen, die neu geschaffen werden müssen (=Zusatzbedarf), zusammensetzt. Der Datenauszug aus dem GBR beinhaltet folgende Differenzierungen⁴⁴:

Berufe: Die Auswertungen betreffen sechs der zehn im GBR erfassten Gesundheitsberufe: Physiotherapeutischer Dienst (PD), Ergotherapeutischer Dienst (ED), Logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst (LD), Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP), Pflegefachassistenz (PFA), Pflegeassistenz (PA).

Versorgungsregionen, Art der Berufsausübung und Pensionsantrittsalter: Die Daten des GBR sind nach NÖ-Versorgungsregionen getrennt verfügbar (NÖ Mitte, Waldviertel etc.). In dieser Prognose werden die Ergebnisse für das gesamte Bundesland dargestellt und nicht nach Versorgungsregionen differenziert. Für die Art der Berufsausübung wurden zwei Arten berücksichtigt, (1) ausschließlich angestellte Personen, sowie (2) Personen, die ihren Beruf zu Teilen freiberuflich und angestellt ausüben. Über ausschließlich freiberuflich tätige Personen können keine Aussagen gemacht werden, da keine Daten über die Zuordnung zu den verschiedenen Versorgungsbereichen vorliegen. Neben den Versorgungsregionen und der Art der Berufsausübung gibt das GBR auch noch Auskunft über die zu erwartenden zukünftigen Pensionierungen bis 2030. Diese Pensionierungsdaten sind Grundlage für die Berechnung des Ersatzbedarfs des Gesundheitspersonals.

Diagnose-Leistungsdokumentation (DLD)

Die im Rahmen der Krankenanstalten-Dokumentation erfassten medizinischen Leistungen und Diagnosen werden jährlich vorgenommen. Dabei werden ambulante und stationäre Krankenhausaufenthalte und die damit verknüpften Diagnosen und Leistungen erfasst. Der hier verwendete Auszug der DLD enthält Daten zur Anzahl der stationären Aufenthalte und ambulanten Besuche in NÖ Fondskrankenanstalten (FKA) im Jahr 2019, sowie zu den erbrachten logopädisch-phoniatrischen, physiotherapeutischen und ergotherapeutischen Therapieleistungen in den FKA⁴⁵. Diese Leistungen liegen der vorliegenden Prognose getrennt nach Altersgruppen (5-Jahresabschnitte), dem Geschlecht und der Aufenthaltsform (stationär/ambulant) zu Grunde.

⁴⁴ zur Methodik siehe Bericht von Aistleithner & Schörner (2020)

⁴⁵ Aufenthalte/Besuche in NÖ FKA mit vorhandener Leistung: Logopädisch-phoniatrische Therapie (GK010, GK540, GK550); Physiotherapie (PE010, PE510, PE520, PE530, PE540, PE550); Ergotherapie (ZN360, ZN840, ZN850).

Die Daten betreffen ausschließlich NÖ Fondskrankenanstalten (ehemals LK-Holding), keine privaten Krankenanstalten, keine Rehabilitationseinrichtungen, keine Ambulatorien oder ambulante Dienste. Während die erbrachte Leistung der medizinisch-technischen Berufe (MTD) den Berufsgruppen zuordenbar ist, sind die Leistungen der Pflegekräfte (DGKP, PA und PFA) keinem Leistungscode eindeutig zuordenbar. Deshalb wurde die Leistung der Pflegekräfte in FKA durch die allgemeine Anzahl stationärer Krankenhausaufenthalte abgedeckt.⁴⁶

Altersalmanach 2018

Für den zukünftigen Bedarf im Versorgungsbereich der *Langzeitpflege* (ambulante Dienste, PBZ und private Pflegeheime) wurde auf die prognostizierte Inanspruchnahme dieses Bereichs im Altersalmanach von 2018 zurückgegriffen. Diesem wurden die prognostizierten Zahlen für pflegebedürftige Personen entnommen, welche für die genannten Versorgungsbereiche berechnet wurden. Berechnungsgrundlage für diese Werte ist der Pflegegeldbezug, über den die Anzahl der pflegebedürftigen Personen errechnet wird (siehe ausführlich zur Methodik Kolland, Richter & Bischof, 2019: 37ff.). Für die Berechnung in der vorliegenden Prognose wurde die Differenzierung der pflegebedürftigen Personen nach Geschlecht, Altersgruppen (0-49, 50-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90+) und Versorgungsregionen (NÖ Mitte, Waldviertel etc.) herangezogen.

Bevölkerungsprognose 2018 – 2040

Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur sind zentral, um den Bedarf an Gesundheitspersonal in der Zukunft zu prognostizieren. Als Datenquelle für das Bevölkerungswachstum und die Veränderungen in der Altersstruktur wird für die vorliegende Prognose die kleinräumige Bevölkerungsprognose für Österreich herangezogen, welche im Auftrag der Österreichischen Raumordnungskonferenz (ÖROK) von der Statistik Austria erstellt wurde (siehe ausführlich Hanika, 2019).

Für Niederösterreich wird ein Bevölkerungswachstum von 7,2% bis 2040 prognostiziert, womit die Bevölkerung von 1.686.377 Personen im Jahr 2020 auf 1.807.106 Personen im Jahr 2040 wächst. Neben diesem allgemeinen Bevölkerungswachstum verändert sich auch die Altersverteilung innerhalb der niederösterreichischen Bevölkerung. Während 2018 rund 20% der Bevölkerung bis 19 Jahre alt sind, 60% zwischen 20 und 65 Jahre und 20% älter als 65, verändert sich

⁴⁶ Für die Pflegekräfte wurden die stationären Leistungen für die Bedarfsrechnung herangezogen. Für die anderen Berufe die Summe aus stationären und ambulanten Leistungen. Während bei einer MTD-Leistung davon ausgegangen werden kann, dass sie ambulant und stationär recht gleich abläuft und somit die beiden Bereiche summiert werden können, kann bei Pflegekräften nicht davon ausgegangen werden. Da kein gesichertes Maß zur Verfügung steht, wie man die erbrachte Leistung von Pflegekräften bei stationären Aufenthalten im Vergleich zu ambulanten Aufenthalten gewichtet, wurden lediglich die Anzahl der stationären Aufenthalte bei den Berufen DGKP, PFA und PA berücksichtigt.

diese Verteilung in der Zukunft vor allem hinsichtlich des Anteils der älteren Bevölkerung. Laut der Prognose für 2040 bleibt der Anteil der bis 19-jährigen Bevölkerung in Niederösterreich bei 20%, der Anteil der Personen zwischen 20 und 65 Jahren sinkt auf rund 52% und der Anteil der Personen älter als 65 steigt auf rund 28% an. Diese Veränderungen der Bevölkerung werden durch die Daten der kleinräumigen Bevölkerungsprognose in der vorliegenden Prognose mitberücksichtigt.

13.3. Weiterführende Tabellen

Tabelle 40 – Prognose stationäre Betreuung und Pflege 2021 – 2035, nach Bezirk, Kompressi-
onsszenario

	2021	Prognose 2025			Prognose 2030			Prognose 2035		
		2025	Differenz zu 2021	Steigerung in %	2030	Differenz zu 2021	Steigerung in %	2035	Differenz zu 2021	Steigerung in %
Themenregion										
Baden	785	806	21	3%	900	115	15%	960	175	22%
Bruck an der Leitha	380	412	32	9%	459	79	21%	497	117	31%
Mödling	626	691	65	10%	831	205	33%	906	280	45%
Neunkirchen	590	620	30	5%	672	82	14%	700	110	19%
Wiener Neustadt (Stadt)	397	430	33	8%	493	96	24%	545	148	37%
Wiener Neustadt (Land)	232	250	18	8%	281	49	21%	299	67	29%
Thermental										
Amstetten	564	593	29	5%	623	59	10%	646	82	14%
Melk	589	624	35	6%	672	83	14%	711	122	21%
Scheibbs	189	194	5	3%	205	16	9%	209	20	11%
Waidhofen an der Ybbs	83	89	6	7%	96	13	16%	96	13	16%
Waldviertel										
Gmünd	270	289	19	7%	293	23	9%	291	21	8%
Horn	192	200	8	4%	210	18	9%	213	21	11%
Waidhofen an der Thaya	232	246	14	6%	252	20	9%	253	21	9%
Zwettl	221	218	-3	-1%	220	-1	0%	216	-5	-2%
Weinviertel										
Gänserndorf	327	359	32	10%	399	72	22%	421	94	29%
Hollabrunn	203	219	16	8%	233	30	15%	239	36	18%
Korneuburg	274	286	12	4%	327	53	19%	344	70	25%
Mistelbach	536	561	25	5%	607	71	13%	633	97	18%
Waldviertel										
Krems/Donau (Stadt)	223	256	33	15%	294	71	32%	314	91	41%
Krems (Land)	195	200	5	3%	217	22	11%	221	26	13%
Lilienfeld	217	212	-5	-2%	223	6	3%	228	11	5%
Sankt Pölten (Stadt)	408	428	20	5%	475	67	16%	499	91	22%
Sankt Pölten (Land)	806	851	45	6%	949	143	18%	1016	210	26%
Tulln	628	707	79	13%	815	187	30%	879	251	40%
NO-Mitte										
Summe*	9.167	9.740	573	6%	10.745	1.578	17%	11.335	2.168	24%

Tabelle 41 – Prognose 24-Stunden Betreuung und Pflege 2021 – 2035, nach Bezirk, Kompressi-
onsszenario

	2021	Prognose 2025		Prognose 2030		Prognose 2035				
		2025	Differenz zu 2021	Steigerung in %	2030	Differenz zu 2021	Steigerung in %	2035	Differenz zu 2021	Steigerung in %
Baden	409	448	39	10%	520	111	27%	561	152	37%
Bruck an der Leitha	218	265	47	21%	311	93	43%	341	123	56%
Mödling	282	331	49	17%	403	121	43%	438	156	55%
Neunkirchen	383	405	22	6%	453	70	18%	474	91	24%
Wiener Neustadt (Stadt)	98	102	4	4%	116	18	18%	126	28	29%
Wiener Neustadt (Land)	301	331	30	10%	378	77	26%	406	105	35%
Amstetten	420	450	30	7%	492	72	17%	506	86	20%
Melk	314	356	42	13%	396	82	26%	414	100	32%
Scheibbs	181	211	30	16%	228	47	26%	235	54	30%
Waidhofen an der Ybbs	39	46	7	17%	54	15	40%	55	16	41%
Gmünd	174	175	1	1%	184	10	6%	181	7	4%
Horn	195	214	19	10%	230	35	18%	230	35	18%
Waidhofen an der Thaya	130	136	6	5%	148	18	14%	145	15	11%
Zwettl	233	242	9	4%	245	12	5%	242	9	4%
Gänserndorf	521	560	39	8%	637	116	22%	680	159	31%
Hollabrunn	265	280	15	6%	301	36	14%	311	46	17%
Korneuburg	360	393	33	9%	457	97	27%	478	118	33%
Mistelbach	450	481	31	7%	535	85	19%	566	116	26%
Krems/Donau (Stadt)	97	106	9	9%	124	27	28%	131	34	35%
Krems (Land)	271	284	13	5%	305	34	13%	313	42	16%
Lilienfeld	107	110	3	3%	117	10	10%	120	13	12%
Sankt Pölten (Stadt)	268	267	-1	0%	299	31	12%	315	47	17%
Sankt Pölten (Land)	530	567	37	7%	647	117	22%	698	168	32%
Tulln	449	510	61	14%	613	164	36%	665	216	48%
Summe *	6 695	7 270	575	9%	8 193	1 498	22%	8 633	1 938	29%

Tabelle 42: Prognose mobile Betreuung und Pflege 2021 – 2035, nach Bezirk, Kompressionszenario

	2021	Prognose 2025			Prognose 2030			Prognose 2035		
		2025	Differenz zu 2021	Steigerung in %	2030	Differenz zu 2021	Steigerung in %	2035	Differenz zu 2021	Steigerung in %
Baden	1 022	1 113	91	9%	1 218	196	19%	1 281	259	25%
Bruck an der Leitha	558	591	33	6%	647	89	16%	695	137	25%
Mödling	853	906	53	6%	1 027	174	20%	1 070	217	25%
Neunkirchen	1 030	1 049	19	2%	1 109	79	8%	1 146	116	11%
Wiener Neustadt (Stadt)	315	334	19	6%	367	52	17%	395	80	26%
Wiener Neustadt (Land)	583	628	45	8%	681	98	17%	719	136	23%
Amstetten	1 316	1 358	42	3%	1 425	109	8%	1 486	170	13%
Melk	884	922	38	4%	973	89	10%	1 042	158	18%
Scheibbs	581	606	25	4%	640	59	10%	666	85	15%
Waidhofen an der Ybbs	168	182	14	8%	195	27	16%	196	28	17%
Gmünd	654	657	3	1%	665	11	2%	662	8	1%
Horn	544	582	38	7%	591	47	9%	608	64	12%
Waidhofen an der Thaya	530	541	11	2%	537	7	1%	540	10	2%
Zwettl	828	837	9	1%	844	16	2%	850	22	3%
Gänserndorf	1 030	1 068	38	4%	1 153	123	12%	1 229	199	19%
Hollabrunn	711	724	13	2%	763	52	7%	793	82	11%
Korneuburg	809	871	62	8%	948	139	17%	992	183	23%
Mistelbach	809	859	50	6%	916	107	13%	976	167	21%
Krems/Donau (Stadt)	373	417	44	12%	460	87	23%	481	108	29%
Krems (Land)	741	780	39	5%	797	56	8%	835	94	13%
Lilienfeld	341	361	20	6%	377	36	10%	386	45	13%
Sankt Pölten (Stadt)	486	509	23	5%	548	62	13%	572	86	18%
Sankt Pölten (Land)	1 300	1 371	71	5%	1 508	208	16%	1 604	304	23%
Tulln	915	1 007	92	10%	1 135	220	24%	1 212	297	32%
Summe*	17 381	18 272	891	5%	19 523	2 142	12%	20 433	3 052	18%

Tabelle 43: Prognose mobile Betreuung und Pflege 2021 – 2035, nach Bezirk, versorgungspolitisches Szenario 1: Substitution der stationären P. + B.

	2021	Prognose 2025			Prognose 2030			Prognose 2035		
		2025	Differenz zu 2021	Steigerung in %	2030	Differenz zu 2021	Steigerung in %	2035	Differenz zu 2021	Steigerung in %
Baden	1 022	1 232	210	21%	1 588	566	55%	1 903	881	86%
Bruck an der Leitha	558	666	108	19%	842	284	51%	1 020	462	83%
Mödling	853	1 062	209	25%	1 475	622	73%	1 759	906	106%
Neunkirchen	1 030	1 151	121	12%	1 372	342	33%	1 566	536	52%
Wiener Neustadt (Stadt)	315	397	82	26%	540	225	71%	681	366	116%
Wiener Neustadt (Land)	583	685	102	17%	832	249	43%	962	379	65%
Amstetten	1 316	1 472	156	12%	1 694	378	29%	1 946	630	48%
Melk	884	1 013	129	15%	1 205	321	36%	1 430	546	62%
Scheibbs	581	647	66	11%	745	164	28%	845	264	45%
Waidhofen an der Ybbs	168	202	34	20%	236	68	40%	262	94	56%
Gmünd	654	715	61	9%	783	129	20%	849	195	30%
Horn	544	623	79	15%	687	143	26%	765	221	41%
Waidhofen an der Thaya	530	586	56	11%	634	104	20%	691	161	30%
Zwettl	828	877	49	6%	948	120	14%	1 029	201	24%
Gänserndorf	1 030	1 164	134	13%	1 386	356	35%	1 611	581	56%
Hollbrunn	711	778	67	9%	888	177	25%	997	286	40%
Korneuburg	809	945	136	17%	1 155	346	43%	1 331	522	65%
Mistelbach	809	944	135	17%	1 141	332	41%	1 353	544	67%
Krems/Donau (Stadt)	373	475	102	27%	601	228	61%	691	318	85%
Krems (Land)	741	828	87	12%	925	184	25%	1 051	310	42%
Lilienfeld	341	378	37	11%	440	99	29%	496	155	45%
Sankt Pölten (Stadt)	486	569	83	17%	719	233	48%	844	358	74%
Sankt Pölten (Land)	1 300	1 511	211	16%	1 901	601	46%	2 255	955	73%
Tulln	915	1 167	252	28%	1 536	621	68%	1 840	925	101%
Summe*	17 381	20 087	2 706	16%	24 273	6 892	40%	28 177	10 796	62%

Tabelle 44: Prognose mobile Betreuung und Pflege 2021 – 2035, nach Bezirk, versorgungspolitisches Szenario 2: Substitution der stationären Pflege und 24h-Betreuung

	2021	Prognose 2025			Prognose 2030			Prognose 2035		
		2025	Differenz zu 2021	Steigerung in %	2030	Differenz zu 2021	Steigerung in %	2035	Differenz zu 2021	Steigerung in %
Baden	1 022	1 293	271	27%	1 758	736	72%	2 161	1 139	111%
Bruck an der Leitha	558	726	168	30%	967	409	73%	1 200	642	115%
Mödling	853	1 132	279	33%	1 648	795	93%	2 007	1 154	135%
Neunkirchen	1 030	1 190	160	16%	1 485	455	44%	1 732	702	68%
Wiener Neustadt (Stadt)	315	404	89	28%	570	255	81%	729	414	131%
Wiener Neustadt (Land)	583	729	146	25%	949	366	63%	1 138	555	95%
Amstetten	1 316	1 522	206	16%	1 816	500	38%	2 117	801	61%
Melk	884	1 070	186	21%	1 320	436	49%	1 591	707	80%
Scheibbs	581	687	106	18%	815	234	40%	940	359	62%
Waidhofen an der Ybbs	168	209	41	24%	258	90	54%	286	118	70%
Gmünd	654	725	71	11%	810	156	24%	884	230	35%
Horn	544	649	105	19%	740	196	36%	835	291	53%
Waidhofen an der Thaya	530	597	67	13%	665	135	25%	729	199	38%
Zwettl	828	898	70	8%	983	155	19%	1 075	247	30%
Gänserndorf	1 030	1 224	194	19%	1 562	532	52%	1 878	848	82%
Hollabrunn	711	805	94	13%	953	242	34%	1 095	384	54%
Korneuburg	809	997	188	23%	1 303	494	61%	1 535	726	90%
Mistelbach	809	999	190	23%	1 281	472	58%	1 566	757	94%
Krems/Donau (Stadt)	373	489	116	31%	640	267	72%	745	372	100%
Krems (Land)	741	854	113	15%	988	247	33%	1 144	403	54%
Lilienfeld	341	388	47	14%	465	124	36%	531	190	56%
Sankt Pölten (Stadt)	486	583	97	20%	783	297	61%	948	462	95%
Sankt Pölten (Land)	1 300	1 574	274	21%	2 081	781	60%	2 533	1 233	95%
Tulln	915	1 253	338	37%	1 765	850	93%	2 172	1 257	137%
Summe*	17 381	20 997	3 616	21%	26 605	9 224	53%	31 571	14 190	82%