



Versorgungsplanung für eine alternde Gesellschaft

Klagenfurt, 18.9.2018

1. **Eckpunkte der demografischen Entwicklung**
 - Wie verändern sich die großen Alterskohorten?
 - Was bedeutet dies in Bezug auf die quantitativen Kapazitäten?

2. **Veränderungen in der Morbidität**
 - Wechselwirkungen zwischen medizinischen Fächern
 - Krankheitsverläufe

3. **Auswirkungen auf den Bedarf**
 - In qualitativer und quantitativer Hinsicht

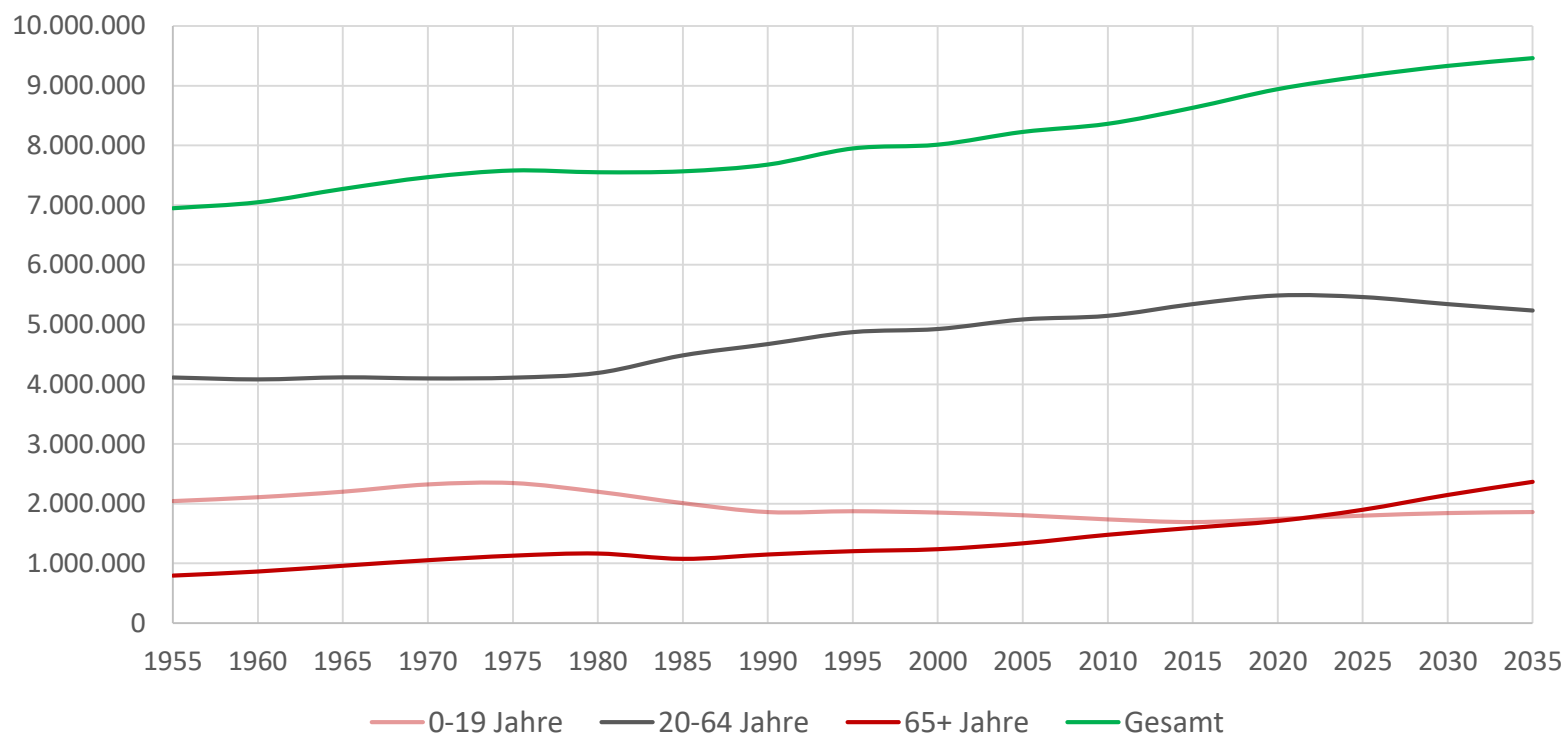
4. **Anforderungen an das Versorgungssystem**

Eckpunkte der demografischen Entwicklung

Bevölkerungsentwicklung in Österreich

- Anstieg der Gesamtbevölkerung in Österreich
 - von 1955 bis 2015: +25% (6,9 Mio. auf 8,63 Mio.)
 - Prognose von 2015 bis 2035: +9,6% (8,63 Mio. auf 9,46 Mio.)
- Im Jahr 2035 leben 2,37 Mio. Menschen älter als 65 in Österreich (+198 % seit 1955)

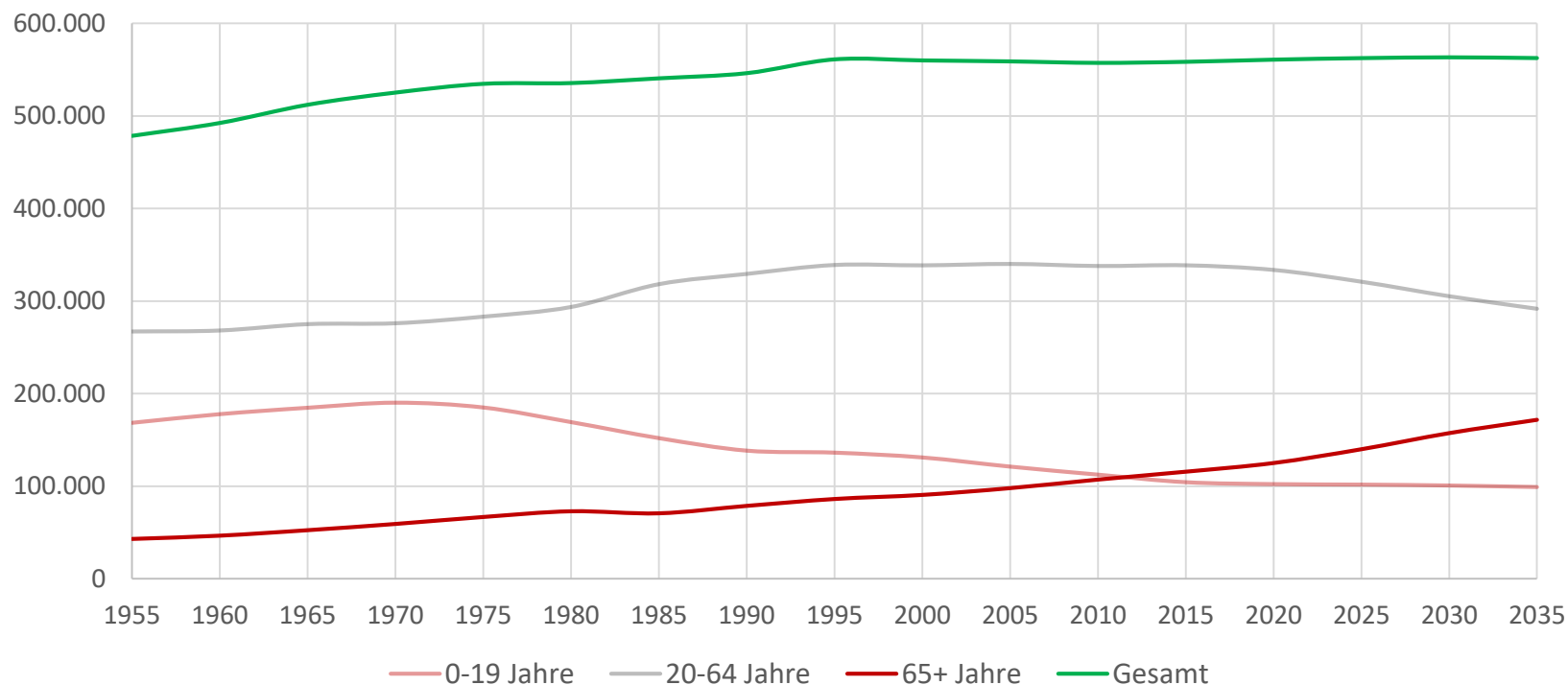
Bevölkerungsentwicklung nach breiten Altersgruppen in Ö



Q: Statistik Austria, Demografische Prognose (Hauptvariante), Bevölkerung zum Jahresdurchschnitt 1952 bis 2100 für Österreich nach breiten Altersgruppen

- Anstieg der Gesamtbevölkerung in Kärnten
 - von 1955 bis 2015: +16,7% (479 T. auf 559 T.)
 - Prognose von 2015 bis 2035: +0,7% (559 T. auf 563 T.)
- Im Jahr 2035 leben 172.000 Menschen älter als 65 in Kärnten (+300 % seit 1955)

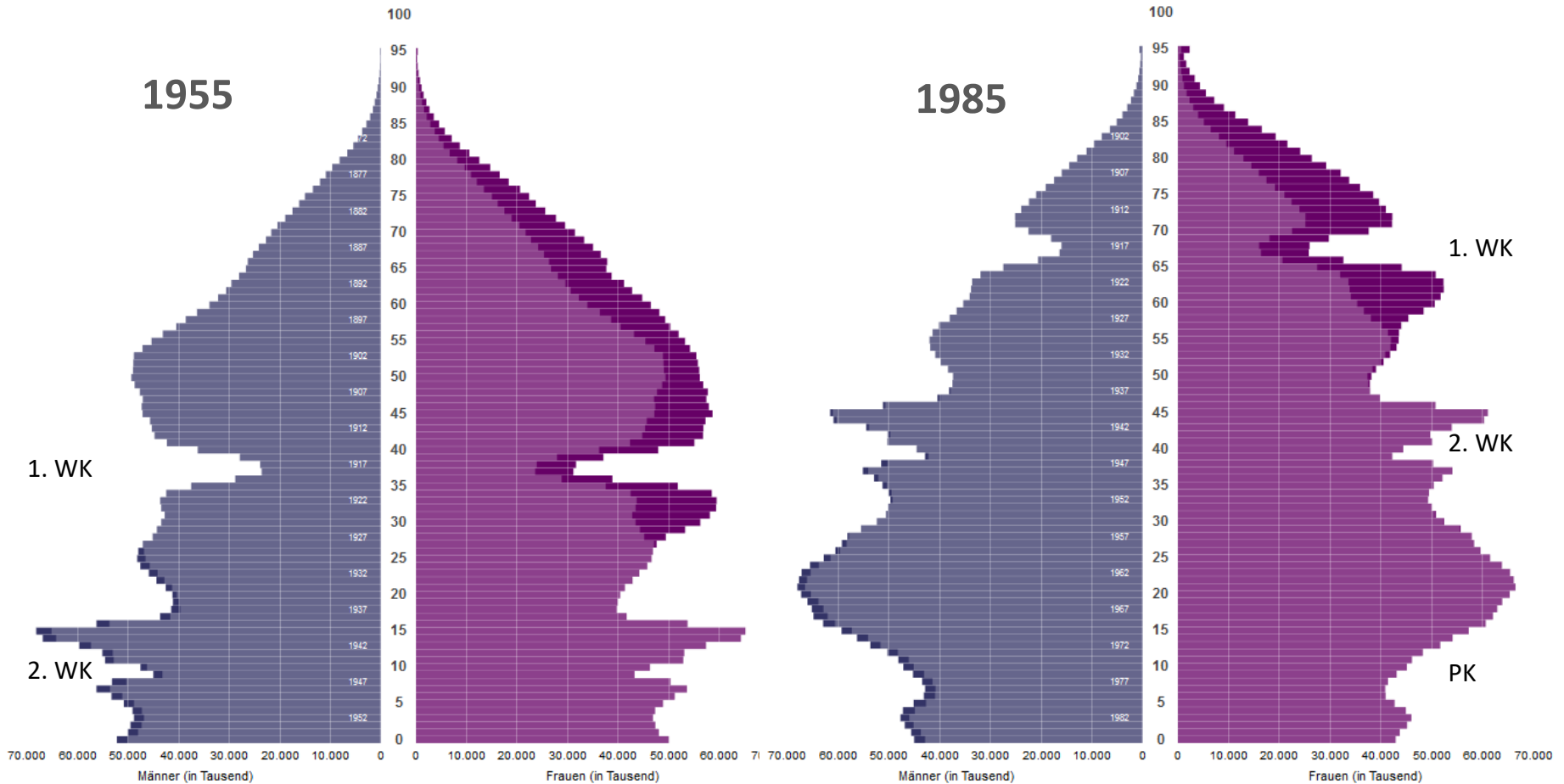
Bevölkerungsentwicklung nach breiten Altersgruppen in Kärnten



Q: Statistik Austria, Demografische Prognose (Hauptvariante), Bevölkerung zum Jahresdurchschnitt 1952 bis 2100 für Kärnten nach breiten Altersgruppen

Eckpunkte der demografischen Entwicklung

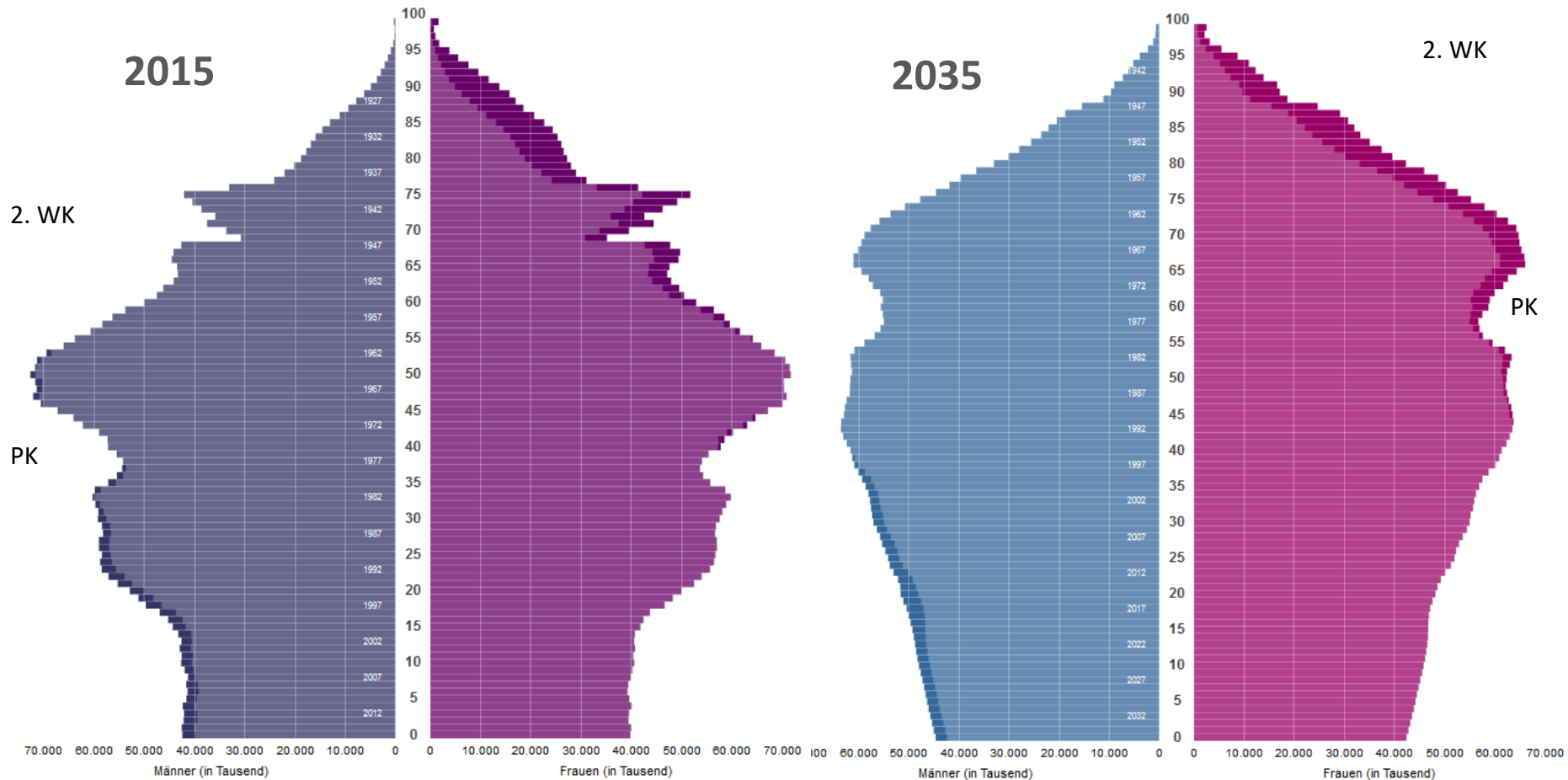
Bevölkerungspyramide für Österreich (1955 - 1985)



Q: Statistik Austria, Bevölkerungspyramide Österreich 1952-2100 – Prognose

Eckpunkte der demografischen Entwicklung

Bevölkerungspyramide für Österreich (2015 - 2035)

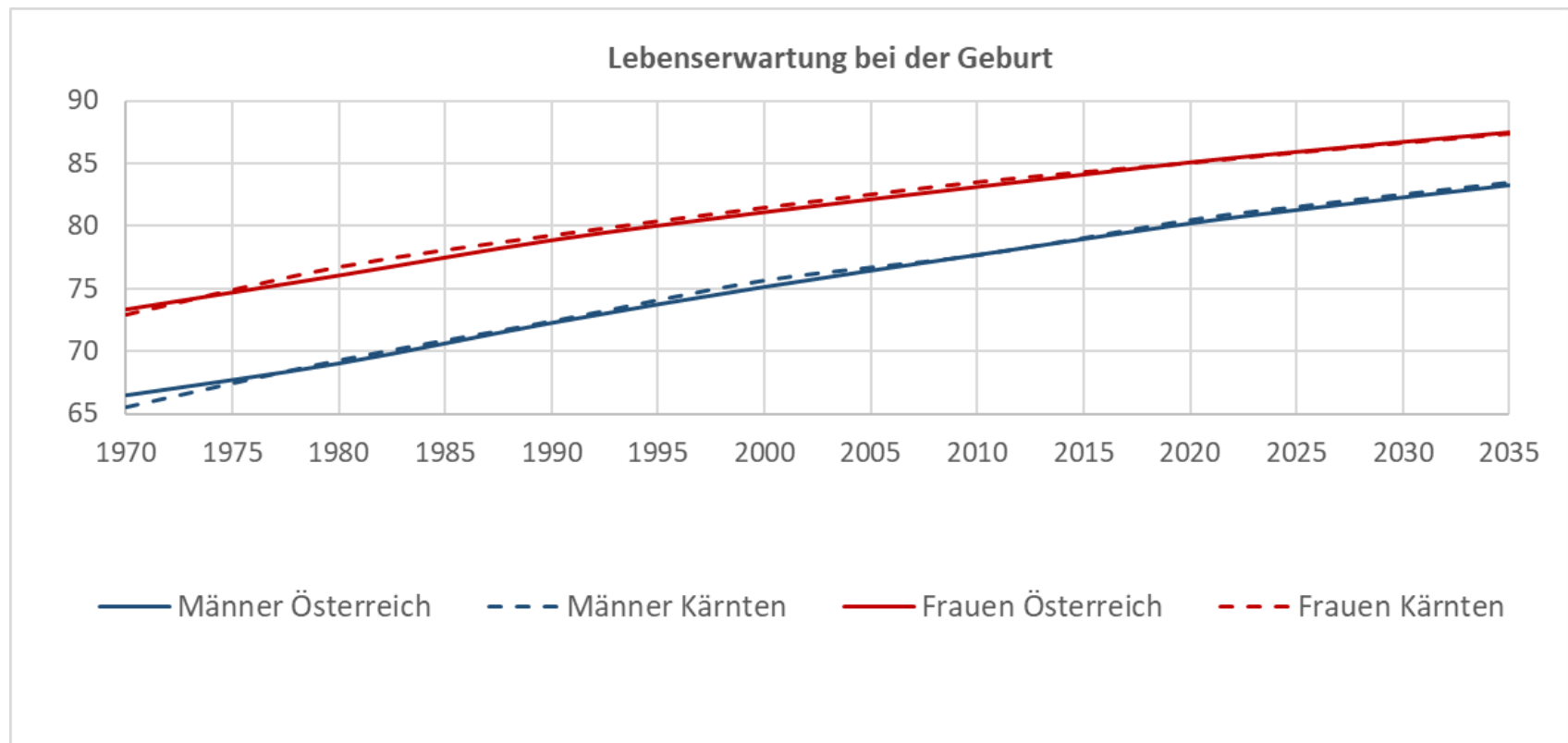


Q: Statistik Austria, Bevölkerungspyramide Österreich 1952-2100 – Prognose

Eckpunkte der demografischen Entwicklung

Lebenserwartung bei der Geburt

- Männer-Ö: 1970 lag die LE(G) bei 66,5 Jahren, 2035 wird sie 83,2 Jahre betragen (Kärnten: 65,5 auf 83,4 Jahre)
- Frauen-Ö: Anstieg von 73,4 auf 87,5 Jahre (Kärnten: 72,9 auf 87,4 Jahre)

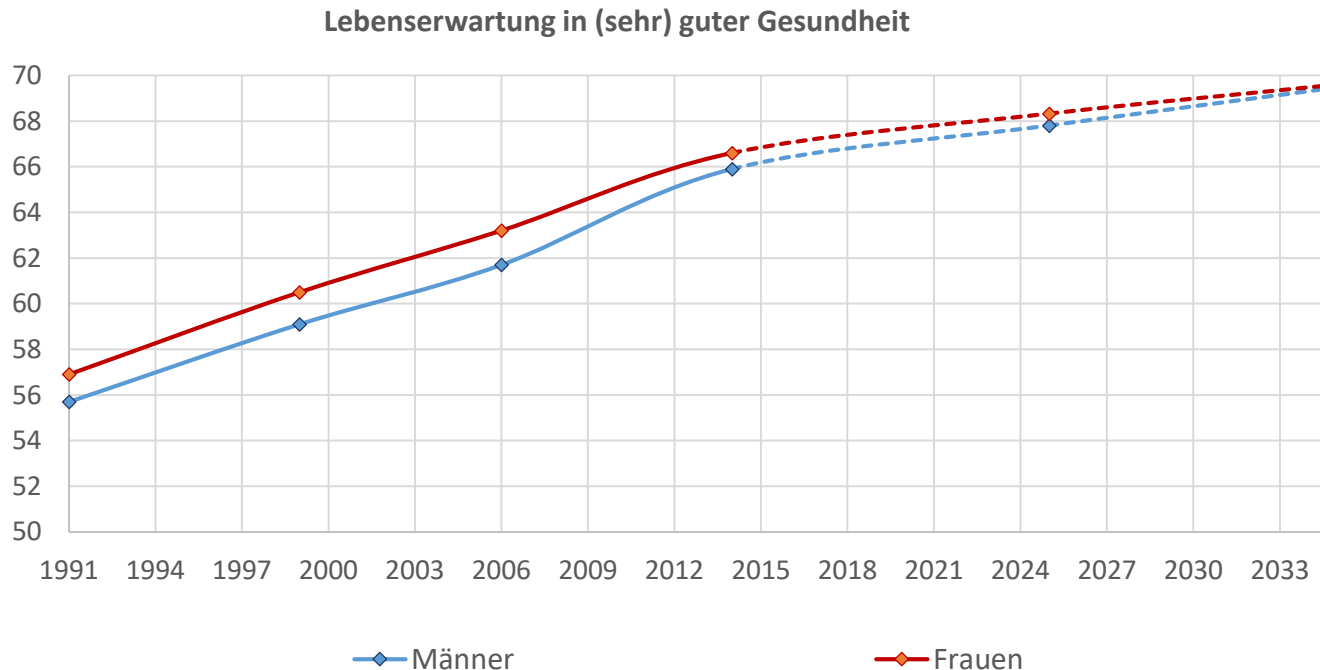


Q: Statistik Austria, Lebenserwartung bei der Geburt 1970-2035

Quantitative Bedarfsentwicklung

Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit in Österreich (1)

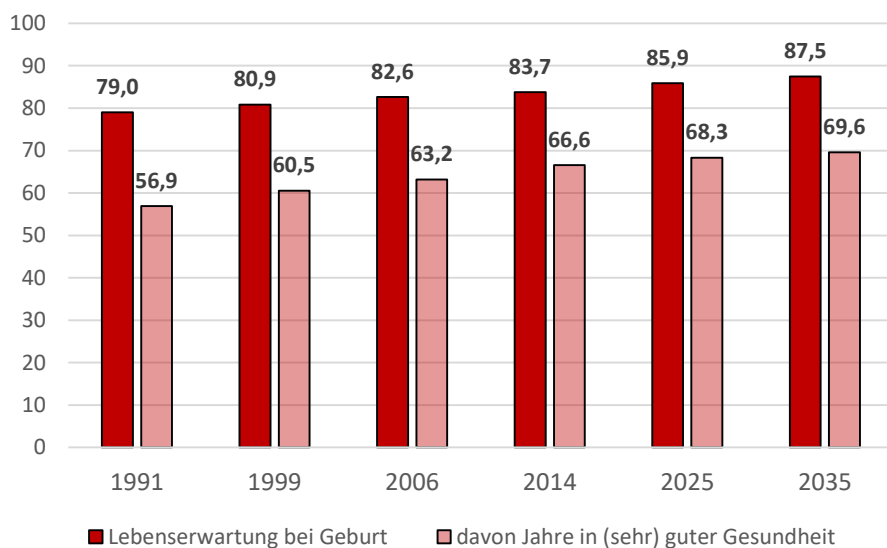
- Anstieg bei Männern von 55,7 Jahren (1991) auf 65,9 Jahre (2014)
- Anstieg bei Frauen von 56,9 Jahren (1991) auf 66,6 Jahre (2014)
- Unter der Annahme, dass der Anteil an subjektiv gesunden Lebensjahren von 2014-2035 nicht sinken wird, steigt die Anzahl der Jahre in (sehr) guter Gesundheit für beide Geschlechter weiter an



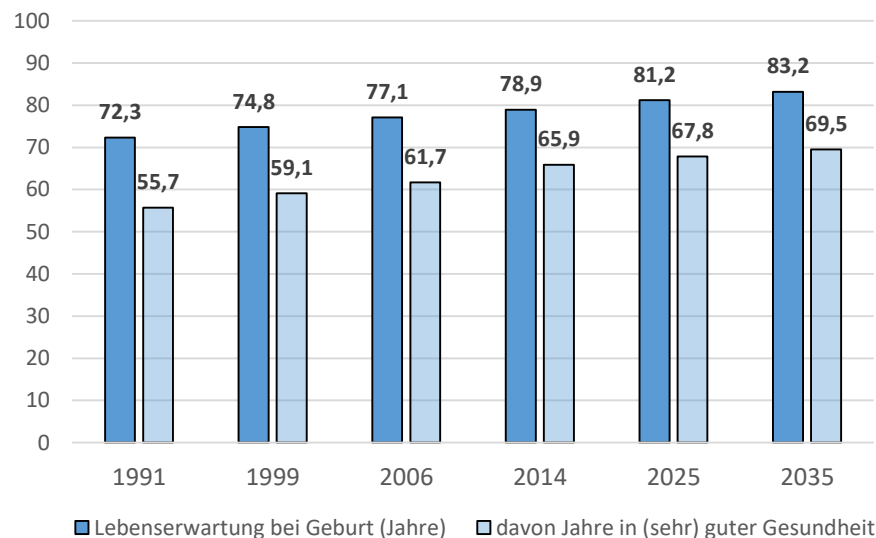
Q: ATHIS 2014, Lebenserwartung in Gesundheit 1991, 1999, 2006/07, 2014 (Sterbetafeln und Mikrozensus bzw. ATHIS)

- Die Lebensjahre in (sehr) guter Gesundheit nehmen stärker zu als die Lebenserwartung insgesamt

Lebenserwartung in Gesundheit - Frauen



Lebenserwartung in Gesundheit - Männer

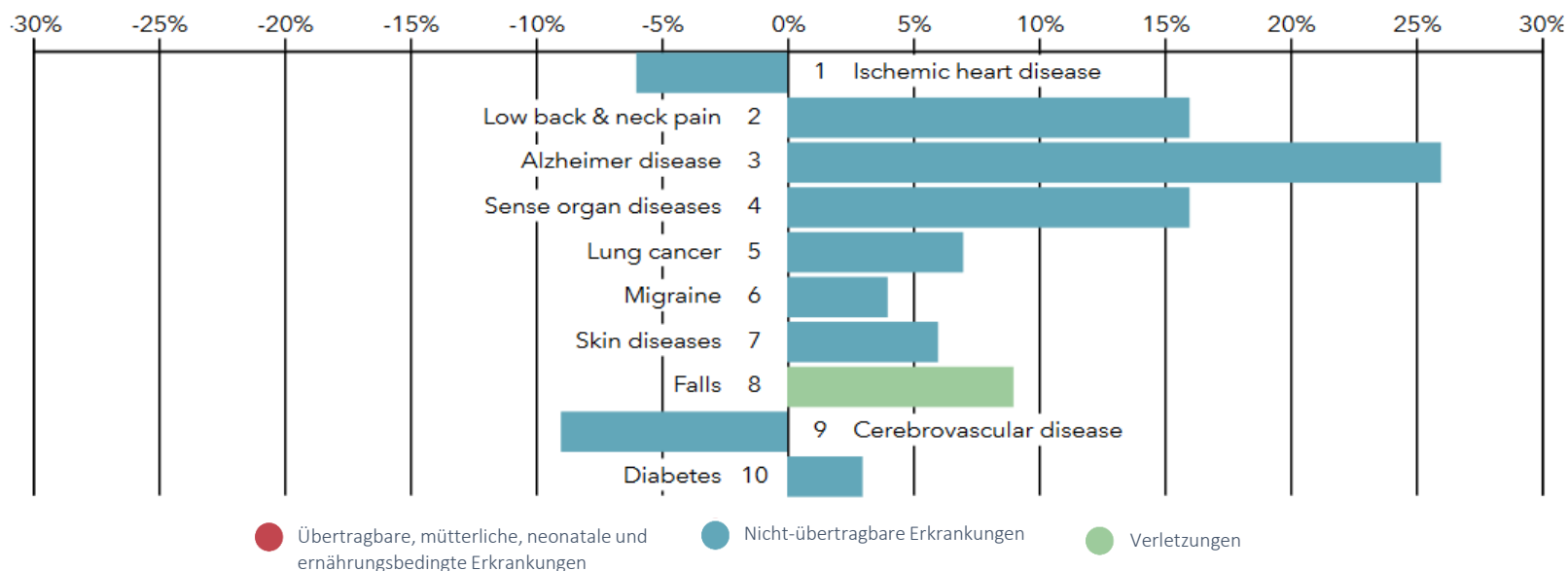


Q: ATHIS 2014, Lebenserwartung in Gesundheit 1991, 1999, 2006/07, 2014 (Sterbetafeln und Mikrozensus bzw. ATHIS)

- Die Gruppe der älteren und alten Menschen wächst als einzige stark an
 - Höhere Lebenserwartung
 - Geburtenstarke Jahrgänge kommen nun in dieses Alter
- Diese Entwicklung ist eine vorübergehende und wird sich ab ca. 2050 wieder einbremsen
 - Die Zahl der Menschen im Alter 65+ wird dann wieder abnehmen
- Die Jahre in einem subjektiv (sehr) guten Gesundheitszustand nehmen stärker zu als die Lebenserwartung
- *Der quantitative Bedarf an medizinischer Versorgung steigt, jedoch NICHT linear mit dem Alterszuwachs in der Bevölkerung, sondern in gedämpfter Form.*
- *Es bedarf flexibel gestaltbarer Angebote, die langfristig jedoch auch wieder rückbaubar sind*

- Größte epidemiologische Studie weltweit mit einer standardisierten Beschreibung der Gesundheits-/Krankheitslage der Weltbevölkerung.
 - durchgeführt von mehr als 3.000 Forscherinnen und Forschern aus über 130 Ländern, koordiniert durch das amerikanische *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)* der *University of Washington*
- Messung der Krankheitslast als Anzahl der Lebensjahre, die durch frühzeitigen Tod, Behinderung und Krankheit verloren gehen (disease-adjusted life years, DALYs).
- Seit 1990 jährliche Quantifizierung von Mortalität, Morbidität und Behinderung
 - für über 300 Krankheiten, Verletzungen und Risikofaktoren
 - in mehr als 195 Ländern,
 - global, regional und national,
 - nach Alter und Geschlecht,
- Die aktuelle Global Burden of Disease-Studie 2016 wurde 2017 in sechs Studien in der medizinischen Fachzeitschrift *The Lancet* publiziert.

- Wandel der Morbiditätsstruktur
 - von übertragbaren Infektionserkrankungen zu nicht-übertragbaren chronischen Erkrankungen
 - Zunahme altersbedingt degenerativer Erkrankungen
- Die 10 führenden Ursachen für Krankheitslast (DALYs) in Österreich im Jahr 2016 und Veränderung in % (2005-2016)
 - Rückgang von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Zunahme von degenerativen und altersbedingten chronischen Krankheiten



Q: Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016)

- Zunahme der Zahl dauerhafter (chronischer) Erkrankungen und Syndrome
 - Kontinuierliche Versorgungsprozesse über viele Jahre und verschiedene Versorgungssektoren
 - Neben Heilung gewinnt dauerhafte Symptomlinderung oder –kontrolle an Bedeutung
 - Multiple Erkrankungsbilder bei einzelnen Personen nehmen zu

- Zunahme der Zahl an Menschen mit dauerhaften Funktionseinschränkungen
 - Fortschritt vieler Menschen in sehr hohe Altersgruppen
 - Verlust der Mobilität,
 - Verlust der Fähigkeit zur autonomen Lebensführung
 - Soziale Vulnerabilität im Alter nimmt zu

- **Umgang mit schrittweisem Verlust der Funktionalität**
 - Niederschwellige und bedürfnisgerechte (und damit frühere) Kontaktaufnahme ermöglichen
 - Grenzen zwischen Gesundheitsversorgung, Langzeitpflege und sozialer Unterstützung auflösen
 - Die Koordination von Versorgungsprozessen als Aufgaben definieren
 - Soziale Strukturen im Wohnumfeld schaffen/stärken (Angehörigenentlastung, Tagesbetreuung...)
- **Gestaltung kontinuierlicher Versorgungsprozesse**
 - Stärkung der Kapazitäten der kontinuierlich versorgenden Strukturen
 - Umgang mit alten und hochaltrigen Menschen als eine zentrale Kompetenz in der Primärversorgung etablieren
 - Gezielte Präventionsmaßnahmen für Risikogruppen stärken (Aktivierung schaffen)
 - Angebote soweit als möglich örtlich bündeln – multiprofessionelle Teams schaffen
 - Kommunikation und Informationsaustausch zwischen den Akteuren weiter verbessern
 - Aufsuchende Angebote stärken (nicht-ärztlich)

- Veränderung der Kapazitätsgewichtung zwischen Fächern
 - z.B.: neurologische, traumatologisch-orthopädische Angebote stärken
 - Umgang mit alten und hochaltrigen Menschen als eine zentrale Kompetenz gewinnt in allen Fächern an Bedeutung
- Nutzung der AG/R-Kapazitäten zur frühzeitigen Verlegung von akutstationären Stationen
- Stärkung der Durchgängigkeit von akutstationären Strukturen und solchen der Kurz- und Langzeitpflege
 - Koordiniertes Entlassungsmanagement
 - Modelle der Überleitungspflege auf ihre Tauglichkeit hin prüfen
 - Nachgehende medizinische und therapeutische Versorgungsangebote schaffen



Herzlichen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit