

4.1 Analyse der Situation

Die demografischen Entwicklungen der nächsten Jahre weisen nicht nur in Österreich, sondern auch in weiten Teilen von Europa auf einen Anstieg der älteren Generation hin. Auch in Wien wird die ältere Bevölkerung ansteigen. Zugleich wird Wien jedoch zum jüngsten Bundesland. Die Herausforderungen sind auch für Wien nicht zu unterschätzen.

Im Vergleich zu anderen Staaten verfügt Österreich über ein breites Unterstützungsangebot, das sich sowohl aus finanziellen Leistungen (Pflegegeld) als auch aus Sachleistungen (Pflege- und Betreuungsangebote) zusammensetzt. Wien weist eine lange Tradition an Pflege- und Betreuungsangeboten auf und hat einen sehr hohen Versorgungsgrad.

In Wien wird der Anteil der älteren Bevölkerung ebenfalls steigen. Aufgrund des Zuzugs wird Wien jedoch bis 2030 das jüngste Bundesland sein und ist somit eine der wenigen Regionen in Europa, die nicht nur wächst, sondern sich auch verjüngt.

Weiters bedeutet eine höhere Lebenserwartung nicht zwingend einen entsprechenden Anstieg des Pflege- und Betreuungsaufwandes. Vielmehr verschiebt sich der Zeitpunkt der Pflegebedürftigkeit, die Dauer der Pflegebedürftigkeit bleibt in etwa gleich. Prävention, Gesundheitsvorsorge sowie auch rehabilitative Maßnahmen werden daher immer wichtiger, um die Kostenentwicklung in der Pflege und Betreuung aufzuhalten. Darüber hinaus ist eine Anpassung der Pflege- und Betreuungsleistungen an die geänderten Rahmenbedingungen erforderlich.

Es entspricht daher nicht den Tatsachen, dass ein Pflegenotstand zu erwarten ist. Zweifellos gibt es aber Herausforderungen, denen sich alle Beteiligten stellen müssen:

- Lückenschluss (z.B. Ausweitung von mobilen und teilstationären Angeboten) sowie bedarfsgerechter Ausbau und Weiterentwicklung des Angebots
- Abstimmung zwischen Gesundheits- und Sozialsystem
- Akquirierung zusätzlicher Mittel für die Pflege und Betreuung (neue Finanzierungsform)
- Ausbau und Weiterentwicklung im Bereich der Pflege- und Betreuungsberufe sowie Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger.

Die aktuelle Diskussion zwischen Bund und Ländern über die Strukturreform im Bereich der Pflege und Betreuung soll spätestens bis zu den nächsten Finanzausgleichsverhandlungen Ergebnisse liefern und so die Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich sichern. Vor allem die Frage der Finanzierung (Steuerfinanzierung versus Versicherungsfinanzierung), der weitere Ausbau, die Sicherung der erforderlichen Personalressourcen sowie die Harmonisierung der Tarife und der Kernleistungen stehen dabei auf der Tagesordnung.

Die Länder sind bei der letzten LandessozialreferentInnenkonferenz im Juni 2012 übereingekommen, aus der Sozialhilfelogik auszusteigen (z.B. Wegfall von Angehörigenregress sowie des Vermögenseinsatzes), sofern etwaige Einnahmenentfälle im Zuge einer Gesamtfinanzierungsstrategie gesichert sind.

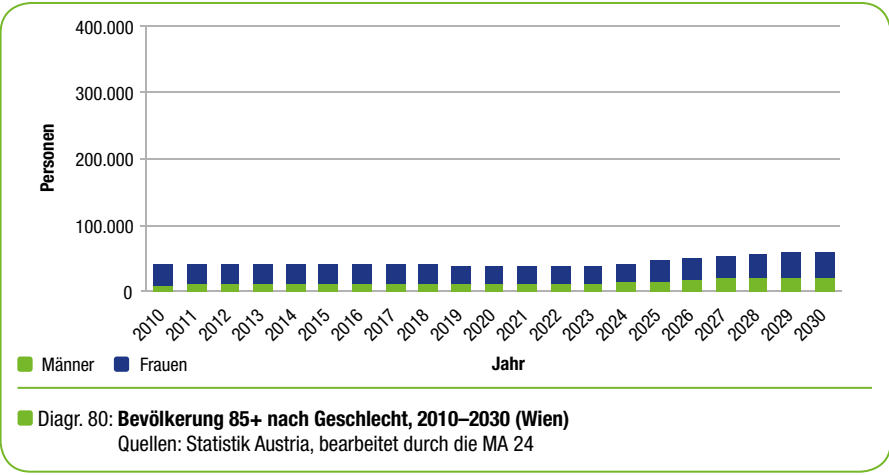
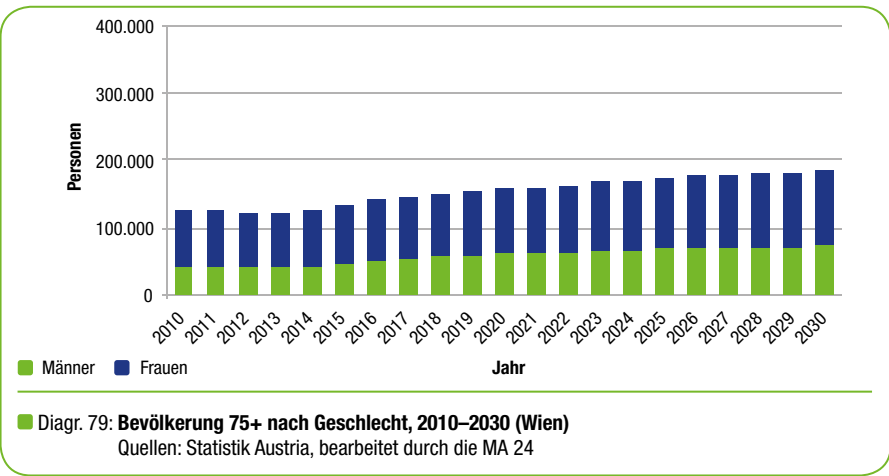
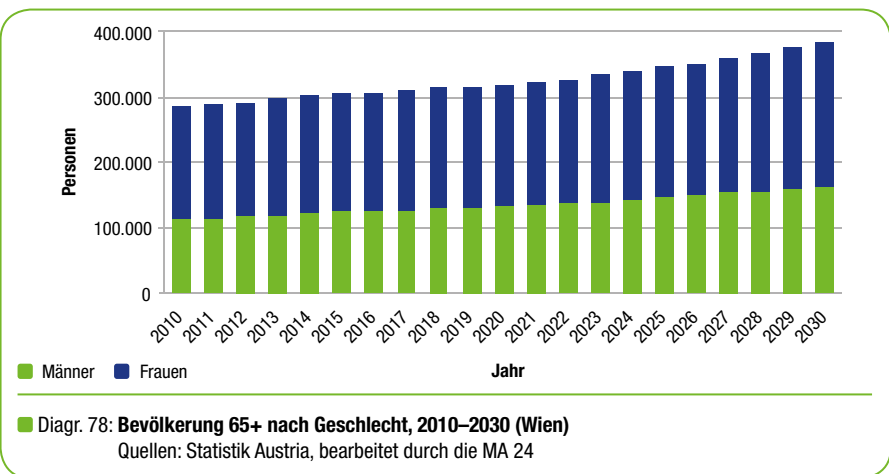
Der oftmals ausgerufene Pflegenotstand ist angesichts des hohen Ausbaugrades der Pflege- und Betreuungsleistungen sowie bei genauerer Betrachtung der demografischen Entwicklungen nicht zu erwarten. Trotzdem bedarf es gemeinsamer Anstrengungen der Beteiligten, um die Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich zu sichern.

4.1.1 Bevölkerungsentwicklung

Der bedeutsamste Faktor bei der Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen ist das Alter. Daher kommt der demografischen Entwicklung in diesem Bereich eine besondere Bedeutung zu.

Die Anzahl der über 64-jährigen Menschen wird in Wien von rund 290.000 im Jahr 2010 bis zum Jahr 2030 auf mehr als 380.000 steigen. Das bedeutet in dieser Altersgruppe eine Zunahme von über 30%. Die Anzahl der über 74-Jährigen wird sich im gleichen Zeitraum von rund 126.000 Personen auf rund 185.000 Personen erhöhen, jene der über 84-Jährigen von rund 40.000 auf fast 60.000. Diese beiden Gruppen werden also einen Anstieg um rund 50% verzeichnen.

Zwischen 2010 und 2030 wird die Anzahl der über 84-Jährigen von 40.000 auf fast 60.000 Personen steigen. Diese Gruppe ist auch Hauptzielgruppe der durch den *FSW* angebotenen Pflege- und Betreuungsleistungen.





© Foto: Liz Collet – digitalstock.de

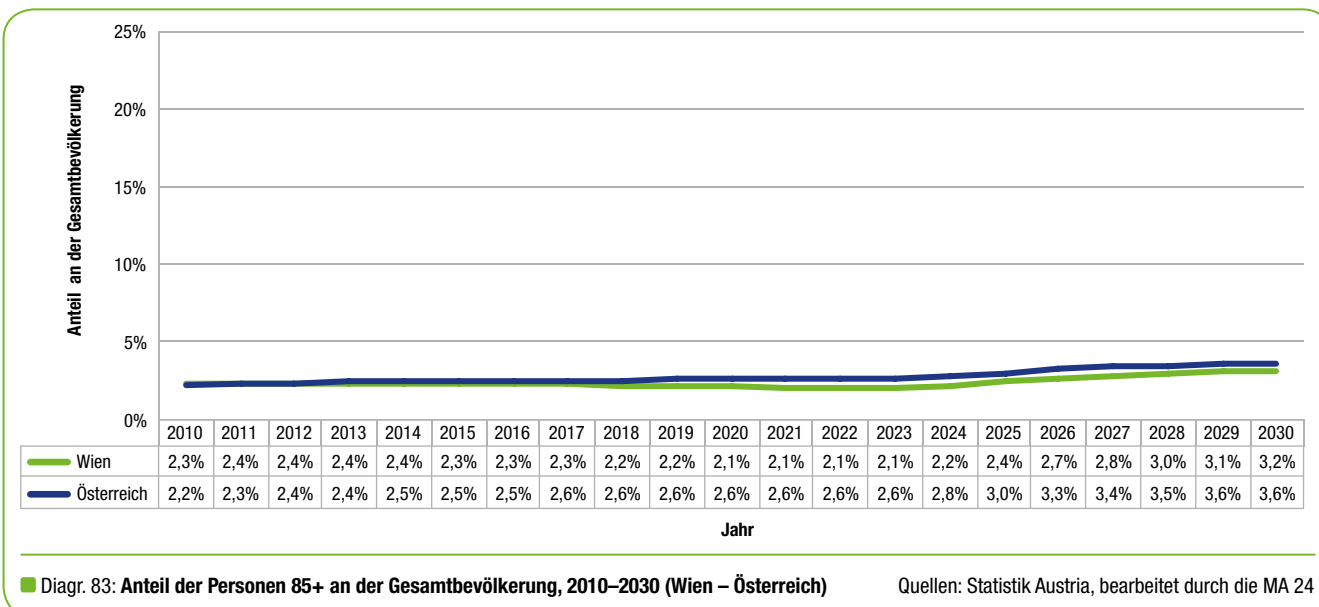
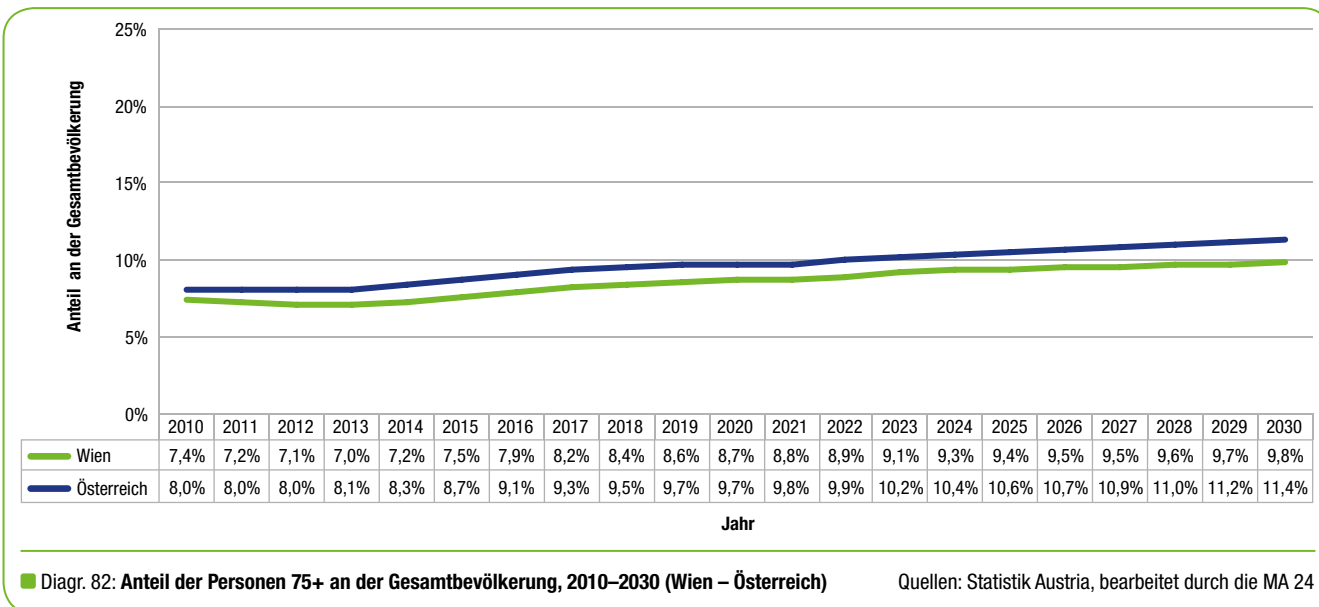
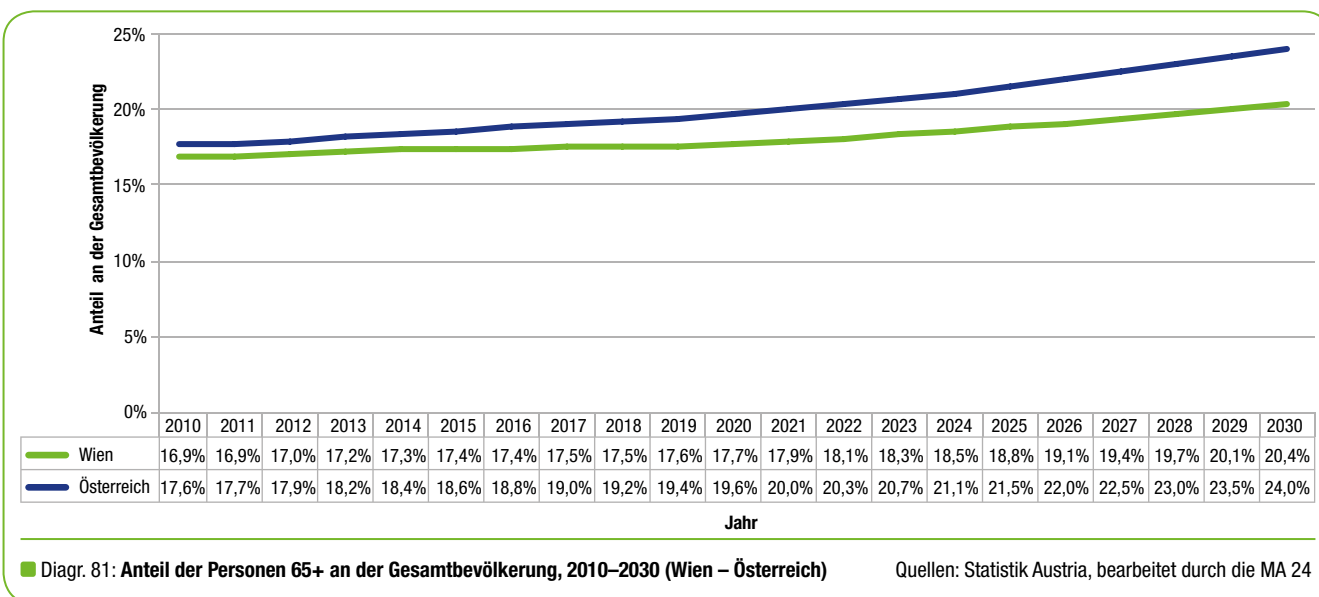
Wegen des höheren Anteils älterer Personen an der Gesamtbevölkerung stellt sich die Frage: Wer wird in Zukunft Pflegeleistungen erbringen und wer finanziert die erforderlichen Pflege- und Betreuungsleistungen?

Obwohl in Wien ebenfalls ein Anstieg der älteren Bevölkerung zu erwarten ist, wird Wien dank der Zuwanderung das jüngste Bundesland Österreichs werden.

Für die Versorgung pflegebedürftiger Personen ist auch der Anteil älterer Personen an der Gesamtbevölkerung von Bedeutung. In Österreich wird der Anteil der über 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung von fast 18% im Jahr 2010 bis zum Jahr 2030 auf 24% steigen. Der Anteil der über 74-Jährigen wird sich im gleichen Zeitraum von 8% auf mehr als 11% erhöhen, jener der über 84-Jährigen von 2,2% auf 3,6%. Die Entwicklung wird regional unterschiedlich verlaufen.

Wien wird nach den neuesten Prognosen – vor allem aufgrund der Zuwanderung – künftig das stärkste Bevölkerungswachstum aller neun Bundesländer aufweisen und das Bundesland mit der jüngsten Bevölkerungsstruktur werden. So wird der Anteil der über 64-Jährigen in Wien im Jahr 2030 nach den aktuellen Prognosen der *Statistik Austria* 20,4% betragen, der Anteil der über 74-Jährigen 9,8% und der Anteil der über 84-Jährigen 3,2%. Damit wird Wien in allen Altersgruppen unter dem Bundesdurchschnitt liegen.

Der Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen wird aufgrund der unterschiedlichen demografischen Entwicklung in Wien schwächer wachsen als in den übrigen Bundesländern, der Anstieg wird aber auch hier sehr deutlich ausfallen.



Innerhalb von acht Jahren hat sich die (fernere) Lebenserwartung um etwas mehr als ein Jahr erhöht.

Der Anteil der Jahre, die ohne funktionelle Beeinträchtigung verbracht werden, ist insbesondere bei Männern gestiegen.

Gründe für den Anstieg der älteren Generation sind die geburtenstarken Jahrgänge der *Babyboomer-Generation* und die gestiegene Lebenserwartung. Die (fernere) Lebenserwartung von Personen im Alter von 65 Jahren beläuft sich im Jahr 2003 auf 16,4 Jahre bei Männern und 19,8 Jahre bei Frauen. Im Jahr 2010 hat sich dieser Wert bei Männern auf 17,7 Jahre und bei Frauen auf 21 Jahre erhöht.

Bei Männern hat sich der Anteil der Jahre ohne funktionelle Beeinträchtigung (wie z.B. Einschränkungen beim Gehen, Treppensteigen oder bei der Fingerfertigkeit sowie Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens) im Zeitraum 2003 bis 2010 von 41% auf 47%, also um sechs Prozentpunkte erhöht. Frauen weisen nicht nur einen niedrigeren Anteil an Jahren ohne funktionelle Beeinträchtigung auf, der Wert hat sich im selben Zeitraum auch bloß um zwei Prozentpunkte erhöht. Die im Vergleich zu Männern höhere Lebenserwartung von Frauen (3,3 Jahre im Jahr 2010) wird laut *Statistik Austria* vorwiegend mit funktionellen Beeinträchtigungen verbracht. Frauen weisen auch schon etwas früher funktionelle Beeinträchtigungen auf.

Wie hoch der Anteil der Jahre ist, der mit funktionellen Beeinträchtigungen verbracht wird, hängt laut Statistik primär vom erreichbaren Alter ab. Da Frauen älter werden, ist dieser Anteil bei Frauen auch wesentlich höher. Darüber hinaus kann es noch andere Gründe geben, die für die längere Dauer der funktionellen Einschränkung verantwortlich sind (z.B. Frauen, die zuvor ihre Männer pflegen und danach selbst pflegebedürftig werden).

Jahr	Männer				Frauen			
	Lebenserwartung in Jahren			Anteil der Jahre ohne funktionale Beeinträchtigungen (%)	Lebenserwartung in Jahren			Anteil der Jahre ohne funktionale Beeinträchtigungen (%)
	zusammen	davon Jahre ...			zusammen	davon Jahre ...		
		ohne funktionale Beeinträchtigungen	mit funktionalen Beeinträchtigungen			ohne funktionale Beeinträchtigungen	mit funktionalen Beeinträchtigungen	
2003	16,4	6,8	9,6	41	19,8	6,8	13,1	34
2004	16,8	7,2	9,6	43	20,3	7,0	13,3	34
2005	16,9	6,7	10,2	40	20,3	6,6	13,7	33
2006	17,2	7,0	10,2	40	20,5	7,5	13,0	37
2007	17,4	7,2	10,1	42	20,7	7,7	13,1	37
2008	17,5	7,3	10,2	42	20,8	7,3	13,5	35
2009	17,5	8,1	9,4	46	20,8	8,0	12,8	38
2010	17,7	8,2	9,5	47	21,0	7,6	13,4	36

■ Tab. 35: Fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, 2003–2010 (Österreich)
 Quellen: Statistik Austria, Sterbetafeln bzw. EU-SILC. Erstellt am: 04.10.2011, bearbeitet durch die MA 24

Neue Familien- und Beschäftigungsformen haben Einfluss auf die künftigen Potenziale informeller Pflege- und Betreuungsleistungen sowie auf die Anforderungen an die formellen Pflege- und Betreuungsleistungen.

4.1.2 Veränderte Lebens- und Arbeitskonzepte

Nicht nur die demografischen, sondern auch die gesellschaftlichen Veränderungen haben Einfluss auf die Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen. Zum einen ermöglichen der gestiegene Wohnungsstandard und ein entsprechend ausgebauten Angebot an mobilen, ambulanten und semistationären Pflege- und Betreuungsleistungen einen längeren Verbleib in der eigenen Wohnung. Zum anderen nehmen die sogenannten informellen Pflege- und Betreuungsleistungen ab – aufgrund geänderter Familienkonstellationen (Anstieg der alleinlebenden Personen, Kleinfamilien etc.), einer größeren Mobilität der

Gesellschaft (eingeschränkte Verfügbarkeit von Angehörigen aufgrund der Distanz), der Flexibilisierung der Arbeitszeit und gestiegener Anforderungen im Beruf sowie der zunehmenden Berufstätigkeit von Frauen.

Der Anteil der informellen Pflege- und Betreuungsleistungen wird laut Prognosen in den nächsten Jahren weiter zurückgehen. Dementsprechend werden die formellen Pflege- und Betreuungsleistungen auszubauen sein. Die Herausforderungen liegen jedoch nicht ausschließlich bei der Finanzierung, sondern auch bei der Ausgestaltung dieser Leistungen. Die Ansprüche sind aufgrund individuellerer Lebensentwürfe und einer größeren Mündigkeit der Betroffenen gestiegen. Zudem wird auf die Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit sowie auf die Flexibilisierung der Angebote (z.B. Durchlässigkeit von mobilen und stationären Pflege- und Betreuungsangeboten oder Zusammenwirken von informellen und formellen Pflege- und Betreuungsleistungen) ein stärkeres Augenmerk zu legen sein.

Pflegende Angehörige

Der überwiegende Anteil der pflegebedürftigen Personen in Österreich lebt zu Hause und wird von Angehörigen unterstützt. Die *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007*¹⁴⁰ hat ergeben, dass 76% der älteren Menschen (über 59 Jahre) bei länger andauernder Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit von Familienangehörigen und weitere 3% von Personen aus dem Freundeskreis bzw. der Nachbarschaft betreut werden. Teilweise werden zusätzlich mobile Dienste in Anspruch genommen, laut einer Studie des *BMASK* etwa in einem Viertel der Fälle.¹⁴¹

Nach wie vor leisten Angehörige den Hauptteil der Pflege- und Betreuungsleistungen. Umso wichtiger sind entsprechende Unterstützungsangebote sowie die finanzielle und sozialversicherungsrechtliche Absicherung.

Merkmale pflegender Angehöriger in Wien¹⁴²

Zu Hause betreute PflegegeldbezieherInnen	69.000
davon unterstützt durch Angehörige	60.000 (= 87%)
Personen, die hilfs- und/oder pflegebedürftige Angehörige unterstützen	81.600
Frauenanteil an den pflegenden Angehörigen	78,4%
Frauen im Alter von 55–64 Jahren unter pflegenden Angehörigen	23,8%
Anteil der pflegenden Angehörigen, die mehr als fünf Stunden pro Woche Unterstützungsleistungen erbringen	70%

Laut Mikrozensus gaben 2002 in Österreich 281.900 Frauen und 144.000 Männer über 17 Jahre an, nahe Angehörige und Bekannte zu pflegen oder zu betreuen.¹⁴³ Die Befragung ergab:

- Von der erwachsenen Bevölkerung erbrachten 6,7% Hilfs- und Pflegeleistungen, und zwar 8,5% der Frauen und 4,7% der Männer.
- In der Regel wurden Angehörige der eigenen Generation oder der Eltern-generation betreut, seltener die Generation der Großeltern.
- 40% der Hilfs- und Pflegebedürftigen lebten mit jenen, die sie betreuen, im selben Haushalt und weitere 15% lebten in einer anderen Wohnung, aber im selben Haus.

¹⁴⁰ Vgl. Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, 2007.

¹⁴¹ Vgl. Pochobradsky et al. 2005.

¹⁴² Berechnungen der MA 24 aus der Studie von Pochobradsky et al. 2005 sowie Daten des FSW.

¹⁴³ Vgl. Statistik Austria: Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege, 2003.

- Am häufigsten wurden Hilfs- und Pflegeleistungen für Angehörige der Elterngeneration erbracht.
- In 30% aller Fälle erfolgen Pflegeleistungen für die eigene Mutter, in 11% für die Schwiegermutter.
- Nur in 9% der Fälle wurden Väter und in 3% Schwiegerväter betreut oder gepflegt.
- In 18% der Fälle handelte es sich bei der gepflegten Person um die Ehepartnerin oder den Ehepartner, vermehrt ab dem Alter von 55 Jahren.
- Vor allem bei Personen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren fiel die Pflege der Eltern teilweise mit der Pflege der Partnerin oder des Partners zusammen, was eine erhebliche Mehrbelastung bedeutete.



© Foto: Peter Maszlen – Fotolia.com

Die Zahlen zeigen auch geschlechtsspezifische Unterschiede. Diese haben in erster Linie mit dem Altersunterschied zwischen den Eheleuten und der kürzeren Lebenserwartung der Männer zu tun. Ältere Männer können überwiegend mit der Hilfe ihrer Ehefrauen rechnen, welche im Schnitt etwas jünger sind. Wenn ältere Frauen selbst hilfs- oder pflegebedürftig werden, sind sie oft bereits verwitwet oder ihre Ehemänner sind nicht mehr in der Lage, Hilfe zu leisten. Erwachsene Kinder pflegen daher viel häufiger ihre Mutter bzw. Schwiegermutter als ihren Vater bzw. Schwiegervater. Besonders in ländlichen Gebieten übersiedeln verwitwete oder allein lebende pflegebedürftige Eltern manchmal zu ihren Kindern oder umgekehrt.

In Wien ist der Anteil an informellen Pflege- und Betreuungsleistungen geringer als in den restlichen Bundesländern. Dies ist auf andere Haushaltsformen und vor allem auf einen höheren Anteil an berufstätigen Frauen zurückzuführen.

Auch traditionelle Rollenbilder, wonach Pflege und Betreuung zu den Aufgaben der Frauen zählen, zeigen nach wie vor Wirkung. In einer Studie des *Spectra-Institutes*¹⁴⁴ aus dem Jahre 2006 erklärten sich 47% der Frauen, aber nur 16% der Männer zuständig für die Betreuung älterer und pflegebedürftiger Familienangehöriger.

Die Ergebnisse der Befragung in Wien weichen zum Teil von den Ergebnissen der anderen Bundesländer ab:

Der Anteil der betreuten Personen im selben Haus bzw. in derselben Wohnung war geringer. 63% aller betreuten Personen wurden in Wien nicht im selben Haus betreut (österreichweit: 45%). Der Anteil der Betreuenden lag mit 6% um 0,7 Prozentpunkte nur gering unter dem österreichweiten Durchschnitt.

30% der Befragten in Wien gaben an, dass der wöchentliche Zeitaufwand für die Betreuung unter fünf Stunden beträgt. Da Pflegegeld erst ab einem Unterstützungsbedarf von mehr als 60 Wochenstunden zuerkannt wird, werden in diesen Fällen Personen betreut, die weniger gravierende Einschränkungen haben,

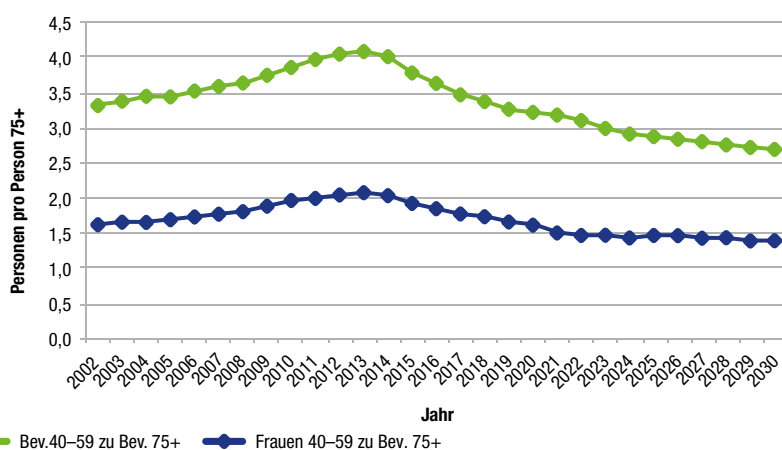
¹⁴⁴ Website des Spectra Marktforschungsinstitutes, http://www.spectra.at/archiv/Aktuell_05_06_Rollenbild.pdf (19.04.2012).

von mehreren Personen unterstützt werden oder die zusätzlich institutionelle Dienste in Anspruch nehmen.

Nach der Studie des *WIFO* zur Finanzierung der Pflege in Österreich wird das *informelle Pflege- und Betreuungspotenzial* aus verschiedenen Gründen zukünftig unter Druck geraten.¹⁴⁵ So wird sich das Verhältnis der Personen im erwerbstätigen Alter – insbesondere Frauen im Alter zwischen 40 und 59 Jahren (häufigste Altersgruppe der pflegenden Töchter) – zu den Personen über 74 Jahre stark verändern.

In Wien wird das Verhältnis bis zum Jahr 2013 noch ansteigen, bis auf jede Person über 74 Jahre etwas mehr als vier Personen bzw. zwei Frauen im Alter zwischen 40 und 59 Jahren kommen. Danach wird sich der *Pillenknick* – die schwachen Geburtsjahrgänge Anfang der 1970er-Jahre – bemerkbar machen. Dieser Effekt wird sich durch das zunehmend hohe Alter der *Babyboomer* der Nachkriegsjahre verstärken, bis in den 2020er-Jahren in Wien weniger als drei Personen auf eine Person über 75 Jahre kommen.

Entscheidend für die Entwicklung des informellen Pflege- und Betreuungspotenzials ist vor allem das Verhältnis der Personen im erwerbstätigen Alter zu den pflegebedürftigen Menschen. Dieses wird laut *WIFO* in den nächsten Jahren sinken.



■ Diagr. 84: Entwicklung der Altersverhältnisse Bev. 40–59 zu Bev. 75+ im Zeitraum 2002–2030 (Wien)
Quellen: Statistik Austria, bearbeitet durch die MA 24

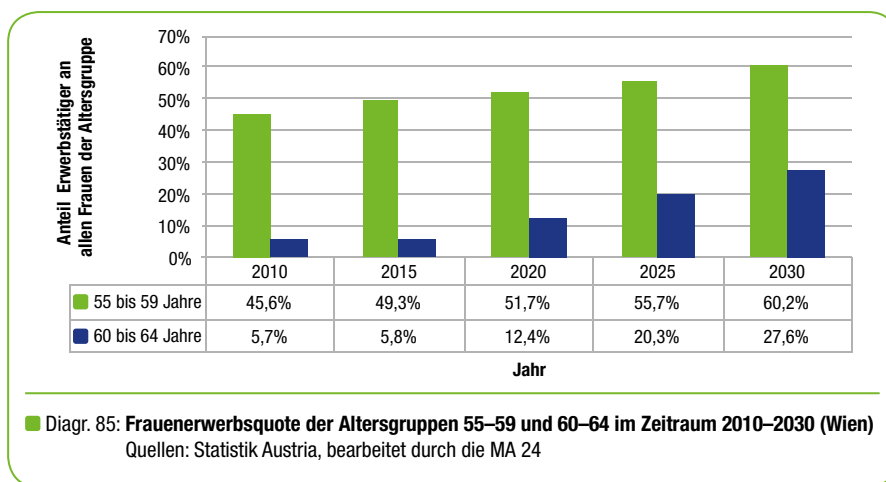
Der Rückgang an familiärem Pflege- und Betreuungspotenzial muss vorwiegend durch institutionelle Angebote kompensiert werden.

Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen

Die Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen hat sich in Österreich in den letzten Jahrzehnten stark erhöht. Dieser Trend wird sich – auch durch die Angleichung des Pensionsantrittsalters – in den nächsten Jahren weiter fortsetzen. Die Ausweitung der Beschäftigung von Frauen hat dabei eine große wirtschaftliche Bedeutung. Diese Entwicklung wird allerdings zu einem Rückgang der informellen Pflege- und Betreuungsleistungen führen, da diese bisher zu einem Großteil von Frauen im erwerbsfähigen Alter erbracht wurden. In Wien hat diese Entwicklung schon früher eingesetzt und wird sich daher zukünftig nicht so stark auswirken wie im Rest von Österreich.

¹⁴⁵ Vgl. Mühlberger et al. 2008.

Bei der Gruppe der 55- bis 59-jährigen WienerInnen wird bis 2030 ein Anstieg um 32% erwartet, bei den 60- bis 64-Jährigen (ausgehend von einem derzeit sehr niedrigen Niveau) sogar um über 480%. Im Unterschied dazu wird dieses Wachstum in ganz Österreich über 40% bei den 55- bis 59-Jährigen und mehr als 500% bei den über 60-Jährigen betragen.



Der Anstieg der Erwerbsquoten erfolgt bei den bis zu 54-jährigen Frauen bereits seit längerer Zeit stetig, wenn auch eher langsam. Bei den 55- bis 64-Jährigen ist hingegen ab 2015 ein starker Anstieg zu erwarten. Da die 55- bis 64-jährigen Frauen rund 25% der pflegenden Angehörigen ausmachen, wird sich der Anstieg der Erwerbstätigkeit in dieser Altersgruppe auch am stärksten auf das informelle Pflege- und Betreuungspotenzial auswirken.

Singlehaushalte

Geringere Auswirkungen auf die künftige Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen hat die Entwicklung der Singlehaushalte. Deren Anteil wird sich laut *Statistik Austria* bei den über 64-Jährigen kaum verändern.

Die Zunahme der Singlehaushalte wird immer wieder als Argument für einen wachsenden Bedarf an institutioneller Betreuung angeführt. Nach den Prognosen der *Statistik Austria* ist der Trend zu mehr Singlehaushalten bei der Bevölkerung über 64 Jahre jedoch nur schwach ausgeprägt.

Zwar wird der Anteil der Personen über 64 Jahre an der Gruppe der alleine lebenden Menschen zunehmen, dies jedoch korrelierend mit der allgemeinen Zunahme des Anteils dieser Altersgruppe an der Bevölkerung. Bei den über 64-Jährigen werden die Singlehaushalte nur schwach zunehmen. Die höheren Scheidungsraten werden vermutlich durch die wachsende Bereitschaft zu neuen Bindungen im höheren Alter ausgeglichen.

Anteil Personen 65+ an allen Einpersonenhaushalten	Anteil der alleine lebenden Personen an allen Personen 65+	Jahr
34,5%	49,8%	2005
36,0%	49,6%	2010
37,3%	50,0%	2015
38,7%	50,9%	2020
39,2%	50,8%	2025
39,7%	50,5%	2030

■ Tab. 36: **Singlehaushalte 65+ im Zeitraum 2005–2030 (Österreich)**
 Quellen: Statistik Austria, bearbeitet durch die MA 24

4.1.3 Entwicklung pflegebedürftiger Personen

Wie hoch die Anzahl pflegebedürftiger Personen in Wien (wie auch in Österreich) ist, kann nur geschätzt werden. Eine wichtige Messgröße ist die Anzahl der Personen mit Pflegegeldbezug. Doch nicht alle Menschen, die Pflegegeld beziehen, nehmen auch Pflege- und Betreuungsleistungen in Anspruch und nicht alle Menschen, die pflegebedürftig sind, beziehen Pflegegeld. So nimmt auch ein kleiner Anteil von Menschen ohne Pflegegeld geförderte Pflege- und Betreuungsleistungen in Anspruch. Vielfach handelt es sich um pflegebedürftige Personen, deren Antrag auf Pflegegeld erst bearbeitet wird. Auf der anderen Seite ist die Zahl der durch den *FSW* versorgten KundInnen ebenfalls nur eine Annäherung an die Zahl der pflegebedürftigen Personen. Viele WienerInnen mit Pflege- und Betreuungsbedarf werden durch ihre Angehörigen versorgt bzw. nehmen private Dienste und Leistungen in Anspruch.

Die Zahl der PflegegeldbezieherInnen ist in Österreich seit Beginn der Pflegegeldeinführung im Jahr 1993 beinahe jährlich gestiegen. Im Jahr 1993 bezogen rund 300.000 Personen Pflegegeld, im Jahr 2000 waren es bereits rund 337.000 Personen und im Jahr 2010 insgesamt 442.378 Personen (seit 1993 ein fast 50%iger Anstieg).¹⁴⁶ Sehr ähnlich verlief die Entwicklung in Wien. Der Anstieg ist in den ersten Jahren vor allem auf die zunehmende Bekanntheit und Akzeptanz des Pflegegeldes zurückzuführen. Die Steigerung in den letzten Jahren ist mit der demografischen Entwicklung zu begründen.

In Wien bezogen 2010 insgesamt 86.826 Personen Pflegegeld, davon 58.263 Frauen und 28.563 Männer. Der Anteil der BundespflegegeldbezieherInnen an allen PflegegeldbezieherInnen beträgt in Wien rund 82%. Die BezieherInnen von Landespflegegeld sind jünger als jene von Bundespflegegeld. Sowohl in den Alterskohorten 0–20 als auch 21–40 überwiegen die LandespflegegeldbezieherInnen. Ab dem 61. Lebensjahr stellt sich das Verhältnis Landespflegegeld- zu BundespflegegeldbezieherInnen umgekehrt dar. Erklärbar ist dieser Unterschied durch den Anspruchskreis. Bundespflegegeld setzt die Inanspruchnahme einer Bundesleistung voraus, in der Regel ist dies eine Pensionsleistung. Kinder und jüngere Personen (z.B. erwerbstätige Personen, MindestsicherungsbezieherInnen, Menschen mit Behinderung), die keinen Anspruch auf eine derartige Leistung haben, zählen daher zur Zielgruppe des Landespflegegeldes.

Insgesamt stellen Personen, die älter als 60 Jahre sind, mehr als drei Viertel aller PflegegeldbezieherInnen. Vor allem Personen über dem 80. Lebensjahr nehmen Pflegegeld in Anspruch (47%).

Seit Einführung des Pflegegeldes ist die Anzahl der BezieherInnen fast durchgängig von Jahr zu Jahr gestiegen.

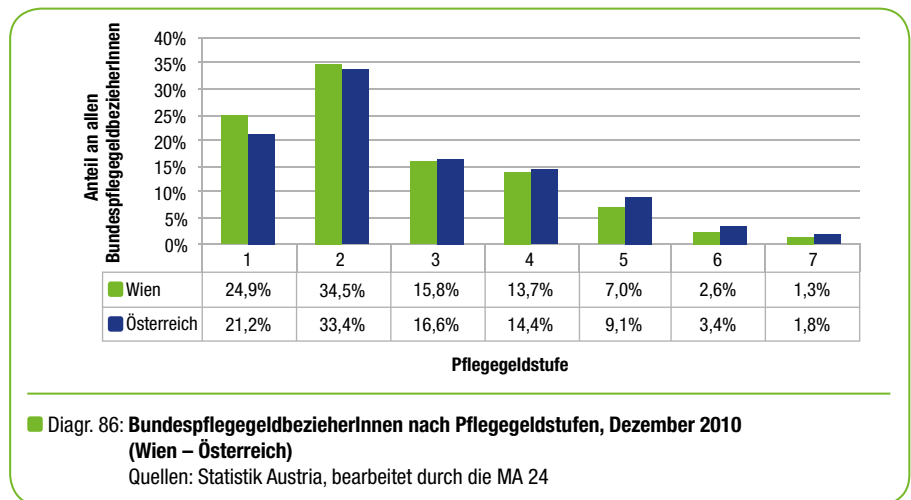
In Wien gibt es rund 87.000 PflegegeldbezieherInnen. Nicht alle nehmen Pflege- und Betreuungsleistungen des *FSW* in Anspruch. Jüngere Anspruchsberechtigte beziehen vorwiegend Landespflegegeld, ältere zu einem überwiegenden Teil Bundespflegegeld. Seit 01.01.2012 wird das Landespflegegeld durch den Bund vollzogen.

Alter	Frauen		Männer		Männer und Frauen		Summe
	Bundespflegegeld	Landespflegegeld	Bundespflegegeld	Landespflegegeld	Bundespflegegeld	Landespflegegeld	
0–20	46	1.411	62	2.190	108	3.601	3.709
21–40	595	1.207	818	1.574	1.413	2.781	4.194
41–60	3.739	1.697	3.639	1.453	7.378	3.150	10.528
61–80	15.686	1.814	9.308	1.126	24.994	2.940	27.934
81+	29.853	2.215	7.630	763	37.483	2.978	40.461
							86.826

■ Tab. 37: Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen nach Altersgruppe und Geschlecht, 2010 (Wien)
Quellen: BMASK, Pflegevorsorgebericht 2010, bearbeitet durch die MA 24

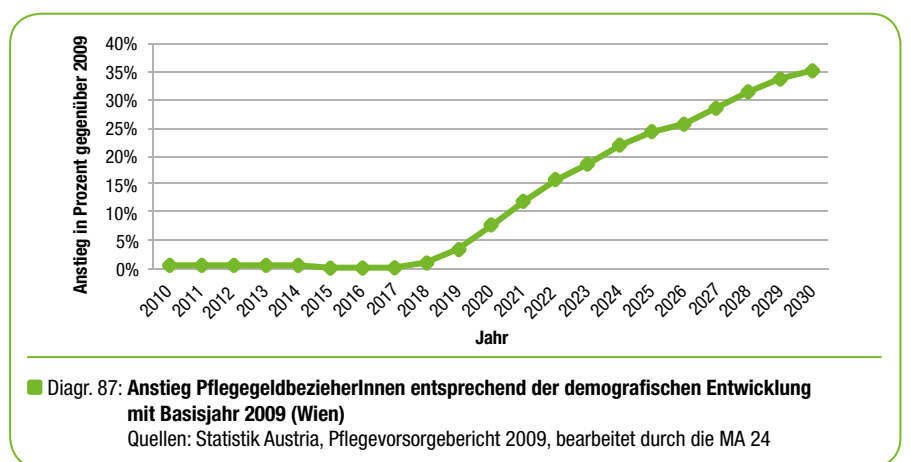
¹⁴⁶ Vgl. BMASK, Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2010, 2011.

Nach wie vor ist der Anteil der niedrigeren Pflegegeldstufen (1 bis 3) höher als jener der höheren Stufen. In Wien weisen 75% der BundespflegegeldbezieherInnen diese niedrigen Stufen auf. Der Österreichschnitt beträgt hingegen nur rund 71%. Die Ursachen für diesen Unterschied konnten trotz eingehender Analyse des *BMASK* nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Unter Umständen liegt der höhere Anteil in Wien an einer früheren Beantragung von Pflegegeld durch Personen mit einem geringen Pflege- und Betreuungsbedarf. Die Inanspruchnahme mobiler Dienste ist stets mit einer umfassenden Beratung und Unterstützung bei der Beantragung des Pflegegeldes durch die Case ManagerInnen des *FSW* verbunden. Möglicherweise sind aber auch eine strengere Einstufung durch die Gutachter, Unterschiede beim Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung oder ein weniger von Scham besetztes Antragsverhalten in der Stadt dafür verantwortlich.



Der Großteil der BezieherInnen bezieht Pflegegeld der Stufen 1 bis 3. In Wien ist der Anteil der niedrigen Pflegegeldstufen etwas höher als im Bundesdurchschnitt.

Wenn die Zahl der PflegegeldbezieherInnen in Wien für den Zeitraum 2010 bis 2030 nach Altersgruppen entsprechend der Bevölkerungsprognose der *Statistik Austria* hochgerechnet wird, ergibt dies einen Anstieg von etwas mehr als 35%. Die Zahl der PflegegeldbezieherInnen würde demnach bis 2018 relativ konstant bleiben und ab 2019, wegen des starken Anstiegs der Altersgruppe der über 79-Jährigen, kontinuierlich steigen.



4.1.4 Herausforderung Demenz

Unter dem Begriff *Demenzen* wird eine Reihe von Erkrankungen zusammengefasst, die mit einer Degeneration der geistigen Fähigkeiten einhergehen. Die wichtigsten sind dabei die Demenzen vom Typ Alzheimer und die vaskulären Demenzen, die gemeinsam über 80% aller Erkrankungen ausmachen.¹⁴⁷ Demenz verläuft zumeist in mehreren Stadien. Während Betroffene mit einer leichten Demenz noch weitgehend selbstständig sind, ist bei einer mittleren Demenz meist schon einiges an Hilfe durch andere Personen nötig und bei einer schweren Demenz ist eine eigenständige Lebensführung gar nicht mehr möglich. Durch die häufig fehlende Krankheitseinsicht wird die Betreuung zusätzlich erschwert.

Mit der geänderten Altersstruktur der Bevölkerung verändert sich auch das Auftreten demenzieller Erkrankungen. Die Prävalenz (= Anteil der Erkrankten an der Gesamtpopulation) der Demenz hängt sehr stark vom Alter ab. Prinzipiell sollte die Entwicklung der Demenz analog zur Bevölkerungsentwicklung verlaufen. Da andere Beeinträchtigungen tendenziell abnehmen (z.B. durch modernere Behandlungsmethoden, einen besseren Allgemeinzustand), ist mit einer Zunahme des Anteils der an Demenz Erkrankten unter den pflegebedürftigen Personen zu rechnen. Es gibt in Österreich noch keine explizite Erhebung der Prävalenz demenzieller Erkrankungen. Hochrechnungen lassen jedoch vermuten, dass sowohl die absoluten Zahlen als auch die Prävalenz in den nächsten Jahren stark zunehmen werden.

Im *Österreichischen Demenzbericht* wird von rund 160.000 an Demenz erkrankten Personen im Jahr 2030 ausgegangen. Dies entspricht innerhalb von 30 Jahren fast einer Verdoppelung. Vor allem die steigende Lebenserwartung ist für diese Entwicklung ausschlaggebend. Die steigende Anzahl der an Demenz erkrankten Personen stellt alle Leistungsbereiche vor große Herausforderungen.

Jahr	Anzahl der an Demenz erkrankten Personen	Erwerbsfähige Personen (im Alter von 15–64)	Erwerbsfähige Personen pro erkrankter Person	
				Änderung zu 2010
2001	90.493	3.811.145	42	
2010	108.983	4.103.910	38	
2020	131.347	4.186.904	32	-15%
2030	165.078	4.102.718	25	-34%

■ Tab. 38: **Entwicklung der Demenzen, 2000–2030 (Österreich)**
 Quellen: WGKK, Erster Österreichischer Demenzbericht, Teil 2, berechnet durch die MA 24



¹⁴⁷ Vgl. WGKK: Erster Österreichischer Demenzbericht, Teil 2, 2009.

© Foto: Gerhard Seybert - Fotolia.com

Demenzarten

Es wird zwischen **primären** und **sekundären Demenzen** unterschieden. Primäre Demenzen werden durch direkte Schädigung des Hirngewebes hervorgerufen, im Unterschied dazu liegen die Ursachen bei sekundären Demenzen außerhalb des Gehirns und sind Folgeerscheinung anderer Krankheiten (z.B. akuter Sauerstoffmangel, Vergiftungen mit Alkohol oder Drogen, MS etc.)

Die häufigste und auch bekannteste Form der Demenzerkrankung ist die **Alzheimer-Demenz**. Sie wird zu den primär fortschreitenden Demenzerkrankungen gezählt. Bezeichnend für die Erkrankung sind ein schleichender und nahezu unmerklicher Beginn sowie eine schrittweise Verschlechterung der Gedächtnisleistungen. Zu Be-

ginn stehen leichte Gedächtnisstörungen, ein Nachlassen von Interesse, Antrieb und Aufmerksamkeit. Die Gedächtnisstörungen werden im Verlauf der Erkrankung immer ausgeprägter, was zu einer erheblichen Beeinträchtigung beim Denken, Urteilen, Planen und bei praktischen Tätigkeiten führt.

Die **gefäßbedingte (vaskuläre) Demenz** stellt die zweithäufigste Form der Demenzerkrankungen dar. Der Beginn einer vaskulären Demenz ist im Vergleich zur Alzheimer-Demenz eher plötzlich. Der Verlauf ist meist stufenförmig, mit Phasen der Verbesserung, des Gleichbleibens oder auch der Verschlechterung. Störungen in der Durchblutung, hervorgerufen durch wiederholte, kleine und oft unbemerkte Schlaganfälle, führen zu einem

Nachlassen der Gehirnleistung. Auftretende Symptome sind u.a. Sprachprobleme, Stimmungsschwankungen, Lähmungen usw. Schätzungsweise liegt in etwa 20% der Fälle eine Mischform von Alzheimer-Demenz und vaskulärer Demenz vor.

Neben diesen beiden häufigsten Formen der Demenzerkrankung sind derzeit über 50 weitere Erkrankungen bekannt, die demenzähnliche Krankheitszeichen aufweisen. Das Gehirn wird in ähnlichen Bereichen, allerdings aus anderen Gründen geschädigt. Beispielsweise könnten Schädel-Hirn-Traumen, infektiös-entzündliche Erkrankungen, Hirntumore oder Niereninsuffizienz zu einer dementiellen Erkrankung führen.

Die Betreuung von DemenzpatientInnen wird in den nächsten Jahren einen Schwerpunkt der Pflegevorsorge darstellen. Besonders wichtig werden die Früherkennung und frühzeitige Behandlung, somit auch die enge Abstimmung und Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen.

Demenzen zählen zu den teuersten Erkrankungen¹⁴⁸, wobei die Leistungen der Angehörigen, die bei diesem Krankheitsbild besonders hoch und belastend sind, volkswirtschaftlich gar nicht mit eingerechnet werden können. Demenzerkrankte haben einen hohen Pflege- und Betreuungsbedarf, der in aller Regel ein breites Spektrum umfasst. Während sich die Hilfeleistungen zu Beginn der Krankheit in erster Linie darauf beziehen, den Betroffenen die Organisation des Alltags abzunehmen, kommen in späteren Stadien die Grund- und Körperpflege sowie die ständige Beaufsichtigung hinzu. Angehörige von dementen Personen berichten davon, durchschnittlich sechs Stunden in Hilfs- und Pflegetätigkeiten involviert zu sein, und 57,3% der Pflegepersonen geben an, ihren Schlaf für die Erkrankten unterbrechen zu müssen und zwar häufig über Jahre hinweg.¹⁴⁹

Die Betreuung von DemenzpatientInnen wird in den nächsten Jahren ein Schwerpunkt der Pflegevorsorge sein. MitarbeiterInnen stationärer Pflegeeinrichtungen berichten übereinstimmend von einem ständigen Anstieg des Anteils dementer Personen unter den BewohnerInnen, da eine adäquate mobile Versorgung dieser Zielgruppe sehr schwierig ist. Demente Personen sind schwer betreubar, da sie oft nicht alleine gelassen werden können. Angehörige brauchen ausreichende und vor allem die richtigen Unterstützungsangebote.

¹⁴⁸ Vgl. Murman 2001.

¹⁴⁹ Siehe FN 148.

Laut *Österreichischem Demenzbericht*¹⁵⁰ wären vor allem nachfolgende Maßnahmen und Angebote erforderlich, die derzeit in Österreich nicht bzw. nicht ausreichend vorhanden sind:

- Maßnahmen der Früherkennung und frühzeitigen Behandlung
- Mehr Pflegepersonen sowie ärztliches Personal mit einer Spezialschulung für Demenzerkrankungen
- Schulungs- und Unterstützungsprogramme für Angehörige
- Mobile Projekte, wie aufsuchende Beratung, Assessments in der eigenen Wohnung und Koordination der Betreuung durch ProfessionistInnen (*Case Management*)
- Flexible Gestaltung mobiler Dienste nach den Bedürfnissen der pflegenden Angehörigen
- Ausbau des Angebotes für Demenzerkrankte im teilstationären Bereich: Möglichkeiten der Tagesbetreuung in der Wohnumgebung, flexible Öffnungszeiten, individuelle Betreuung, Angebote für die EhepartnerInnen der Erkrankten.

Bei der stationären Pflege und Betreuung dementer Personen gibt es spezielle Erfordernisse. Die bauliche Gestaltung der Wohneinrichtung sollte klein und übersichtlich sein, da zu große Einrichtungen und eine zu hohe Belegschaft bei dementen Personen zu Irritationen und Konflikten führen können. Vieles spricht daher für die Einrichtung von Pflegewohngruppen gerade bei demenzerkrankten älteren Menschen. Eine unverwechselbare Gestaltung bestimmter Orte oder eine gute Lichtführung kann Orientierungsschwächen teilweise kompensieren. Spezielle Möbel können zusätzlich Erleichterung schaffen, wie zum Beispiel Spezialschränke mit Anordnung der Kleidung in der richtigen Reihenfolge des Anziehens. Demenzbetroffene Personen sollten mit Reizen weder verwirrt noch überflutet werden. Schlecht beleuchtete Räume, unruhige Tapetenmuster oder unerwartete Spiegelungen können zu Angst und Unruhe führen. Umgekehrt können Wohnküchen mit Gerüchen und sichtbaren Utensilien der Passivität entgegenwirken. Außerdem kann die Herkunft der BewohnerInnen berücksichtigt und damit ihre persönliche Identität gestützt werden. Gegenstände aus der Vergangenheit oder Möbel von zu Hause können emotionale Geborgenheit vermitteln. Sinnvoll kann auch die Schaffung von Reminiszenzräumen sein, deren Dekoration und Einrichtung bewusst einer bestimmten Zeitepoche nachgebildet sind.

Laut *Demenzbericht* ist derzeit etwa nur ein Drittel bis ein Viertel aller an Demenz Erkrankten medikamentös versorgt. Viele Demenzen werden lange nicht diagnostiziert. Obwohl Demenzen nicht heilbar sind, kann der Krankheitsverlauf bei rechtzeitiger Behandlung positiv beeinflusst werden.



¹⁵⁰ Vgl. WGKK: Erster Österreichischer Demenzbericht, Teil 3, 2009.

Laut *Demenzbericht*¹⁵¹ sind derzeit schätzungsweise nur ein Drittel bis ein Viertel aller an Demenz Erkrankten medikamentös versorgt. Viele Demenzen werden lange nicht diagnostiziert. Obwohl Demenzen derzeit nicht heilbar sind, kann der Krankheitsverlauf bei rechtzeitiger Behandlung medikamentös beeinflusst werden. Durch Verbesserungen in diesem Bereich könnte es zu einer Verringerung des prognostizierten Pflege- und Betreuungsaufwandes kommen. Angesichts der massiven Forschungsanstrengungen und erster Erfolge der Hirn- und Alzheimerforschung ist es durchaus wahrscheinlich, dass es bis 2020 bei der Behandlung und Rehabilitation verschiedener Demenzformen zu Fortschritten kommen wird. Wie bei der Pflegebedürftigkeit im Allgemeinen kann auch bei demenziellen Erkrankungen der medizinische Fortschritt den demografisch bedingten Anstieg kranker Menschen in bedeutsamer Weise abschwächen.

Auszug aus dem Buch *Der alte König in seinem Exil*

Das gemeinschaftliche Versagen am Anfang lag hinter uns, und die unangenehmen Erinnerungen verloren rasch an Schärfe, denn wir gingen jetzt behutsamer mit dem Vater um, außerdem hielt uns der Alltag mit immer neuen Überraschungen auf Trab. Wir schauten damals wenig zurück und viel nach vorn, denn die Krankheit stellte uns vor ständig neue Herausforderungen. Wir waren Neulinge und versuchten die ohnehin unsichere Herrschaft über unser aller Leben aufrechtzuerhalten – auf der Grundlage von fehlendem Wissen und fehlender Kompetenz.

Der Vater ging viel auf Wanderschaft, meistens zu meinem älteren Bruder Peter, der schräg vis-à-vis wohnt und drei Töchter hat. Doch immer öfter gingen die Ausflüge über den gewohnten Radius hinaus, manchmal mitten in der Nacht, nur unzureichend bekleidet, ängstlicher Blick. Zwischendurch war der Vater nicht auffindbar, weil er sich in eines der Kinderzimmer verirrt und dort in ein Bett gelegt hatte, manchmal stöberte er in den Schränken und wunderte sich, wenn ihm Werners Hosen nicht passten. Irgendwann beschrifteten wir seine Tür mit August und sperrten die Zimmer daneben zu. Oft war sein Schädel blutig oder er kam mit aufge-

schlagenen Knien zurück, weil er auf dem Weg hinunter zu seinem Elternhaus über den steilen und stellenweise verwachsenen Bühel gestürzt war. Einmal drang er in sein Elternhaus ein und stand plötzlich bei der Schwägerin im ersten Stock und erkundigte sich nach dem Bruder Erich. Noch in meiner Kindheit war der Riegel an der Tür durch ein Loch im Holz, in das man den Zeigefinger führte, leicht zu öffnen gewesen. Der Vater hatte es bestimmt mehrfach probiert, nicht wissend, dass der Mechanismus nicht mehr griff. Die Vergeblichkeit seiner Versuche muss ihn vollends verunsichert haben, so dass er sich entschloss, die Tür aufzubrechen.¹⁵²



© Foto: Osterland – Fotolia.com

¹⁵¹ Vgl. WGKK: Erster Österreichischer Demenzbericht, Teil 3, 2009.

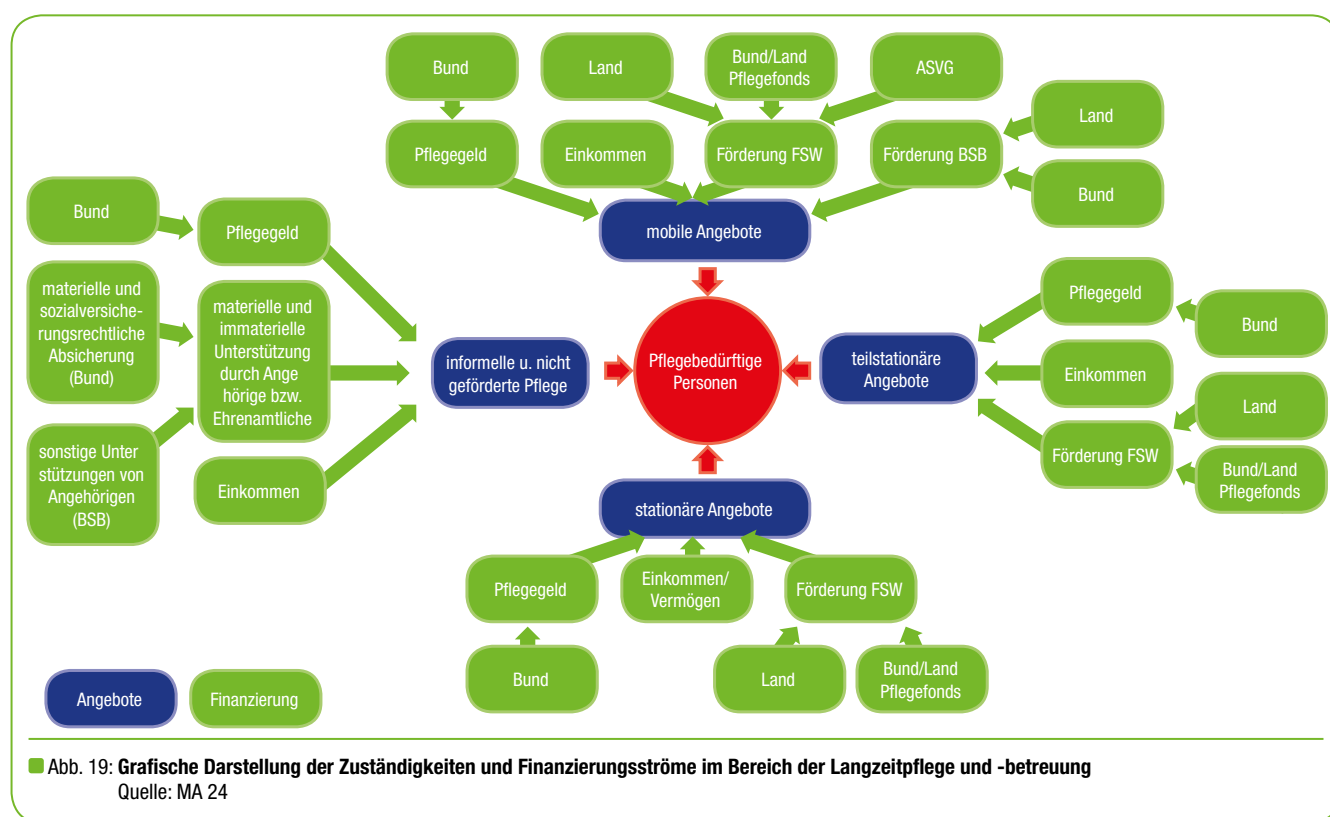
¹⁵² Geiger 2011, S. 49f.

4.2 Leistungen der Geschäftsgruppe Gesundheit und Soziales

Die Organisation und Finanzierung der Pflege ist in Österreich vor allem aufgrund der föderalistischen Struktur und der Trennung zwischen Sozial- und Gesundheitswesen äußerst komplex. Der Zugang zu den Sachleistungen erfolgt in Wien jedoch fast ausschließlich über den FSW, der als zentrale Koordinationsstelle der Pflege- und Betreuungsleistungen fungiert.

Die nachfolgende Darstellung zeigt – unter Berücksichtigung der Wiener Situation – die Leistungs- und Finanzierungsstruktur der Pflege und Betreuung in Österreich. Die Sachleistungen werden fast ausschließlich durch die anerkannten Einrichtungen des FSW (Land) angeboten. Vor allem im Bereich der stationären und teilstationären Leistungen gibt es fast ausschließlich Einrichtungen, die geförderte Leistungen anbieten.

Das österreichische System der Pflegevorsorge ist ein Mischsystem und besteht aus Geld- und Sachleistungen. Zuständig für die meisten Sachleistungen sind die Länder, während der Bund für das Pflegegeld zuständig ist.



Von Seiten des Bundes erfolgen primär die Bereitstellung des Pflegegeldes (finanzielle Leistung) sowie die Gewährung von Leistungen für pflegende Angehörige. In einigen ausgewählten Bereichen finanziert der Bund auch Sachleistungen (z.B. 24-Stunden-Betreuung).

Mit Einführung des Pflegegeldes steht pflegebedürftigen Menschen in Österreich zumindest ein pauschalierter Betrag zur Finanzierung der Pflege- und Betreuungskosten zur Verfügung. Dieser deckt zwar nicht die Gesamtkosten der erforderlichen Pflege und Betreuung ab, ermöglicht aber eine größere Wahlfreiheit, entsprechende Leistungen zuzukaufen.

Das Pflegegeld ist eine zweckgebundene Leistung, die ausschließlich zur Abdeckung der pflegebedingten Mehraufwendungen bestimmt ist. Es stellt daher keine Einkommenserhöhung dar. Da die tatsächlichen Pflegekosten das Pflegegeld in den meisten Fällen übersteigen, kann das Pflegegeld nur als pauschalierter Beitrag zu den Kosten der erforderlichen Pflege verstanden werden. Das Pflegegeld soll den Pflegebedürftigen eine gewisse Unabhängigkeit und – wenn möglich – den Verbleib in der gewohnten Umgebung ermöglichen. Die Voraussetzungen sind ein ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung bzw. einer Sinnesbehinderung, die voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird, sowie ein ständiger Pflegebedarf von zumindest 60 Stunden im Monat. Ein Pflegebedarf im Sinne des Pflegegeldgesetzes liegt dann vor, wenn sowohl bei Betreuungsmaßnahmen (z.B. Kochen, Essen, Medikamenteneinnahme, An- und Auskleiden, Körperpflege etc.) als auch bei Hilfsverrichtungen (z.B. Einkauf von Nahrungsmitteln, Medikamenten, Reinigung der Wohnung etc.) Unterstützung nötig ist. Die Höhe des Pflegegeldes wird je nach Ausmaß des Pflegebedarfs und unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit festgelegt, wobei es insgesamt sieben Pflegestufen gibt.

Die erforderliche Stundenanzahl für die Stufen 1 und 2 und die Höhe des Pflegegeldes der Stufe 6 wurden Anfang 2011 erhöht. Eine weitere Änderung betraf das Landespflegegeld, das 2012 durch den Bund übernommen wurde.

Die Höhe des Pflegegeldes ist abhängig vom Grad der Pflege- und Hilfsbedürftigkeit und liegt im Jahr 2012 zwischen 154,20 Euro und 1.655,80 Euro.

Pflegestufe	Pflegebedarf in Stunden pro Monat	Betrag in Euro monatlich
1	mehr als 60 Stunden	154,20 Euro
2	mehr als 85 Stunden	284,30 Euro
3	mehr als 120 Stunden	442,90 Euro
4	mehr als 160 Stunden	664,30 Euro
5	mehr als 180 Stunden, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist	902,30 Euro
6	mehr als 180 Stunden, wenn regelmäßig während des Tages und der Nacht zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen zu erbringen sind, oder die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson erforderlich ist, weil eine Eigen- oder Fremdgefährdung wahrscheinlich ist	1.260,00 Euro
7	mehr als 180 Stunden, wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder ein gleich zu erachtender Zustand vorliegt	1.655,80 Euro

■ Tab. 39: Pflegegeldstufen und Höhe des Pflegegeldes
Quellen: BMASK, bearbeitet durch die MA 24

Die Finanzierung der einzelnen Sachleistungen erfolgt aus Mitteln der Betroffenen (Pflegegeld, Einkommen und teilweise auch aus Vermögen), aus Sozialhilfemitteln des Landes (z.B. Förderungen des *FSW*) und zum Teil aus Mitteln des Gesundheitswesens (z.B. die Medizinische Hauskrankenpflege). Generell unscharf und reformbedürftig ist die Nahtstelle zum Gesundheitssystem. Zu erwähnen sind hier Rehabilitationsleistungen, die Finanzierung von Hilfsmitteln, die Akutgeriatrie, Kurzzeitpflege sowie die Übergangs- und Überleitungspflege. Vor allem im Bereich der stationären Leistungen fließen teilweise noch zusätzliche Mittel des Landes in die Errichtung der Einrichtungen (teilweise über die Wohnbauförderung).

Große Bedeutung kommt auch den Unterstützungen durch Angehörige sowie den ehrenamtlichen Tätigkeiten zu.

4.2.1 Stationäre Pflege- und Betreuungseinrichtungen

Wien weist eine hohe Versorgungsdichte im Bereich der stationären Versorgung auf. Derzeit wird der größte Teil der Wohn- und Pflegeplätze in Wien durch städtische Organisationen (*KAV und KWP*) angeboten. Der Anteil der privaten durch den *FSW* geförderten Einrichtungen ist aber in den letzten Jahren gestiegen und hat zu einer größeren Vielfalt der Angebote geführt.

Insgesamt standen im Jahr 2010 rund 17.400 geförderte Wohn- und Pflegeplätze für die WienerInnen zur Verfügung. Von den geförderten Kontingentplätzen entfielen 53% auf das *KWP* und 19% auf den *KAV*. Rund 28% der Plätze wurden durch private Träger bereitgestellt. Von den rund 6.449.900 Verrechnungstagen stammen rund 50% vom *KWP*, rund 20% vom *KAV* und rund 30% von privaten, vom *FSW* anerkannten Einrichtungen.

Insgesamt standen im Jahr 2010 rund 17.400 geförderte Wohn- und Pflegeplätze für die WienerInnen zur Verfügung.

	Gesamt	KWP	KAV	Privat
Geförderte Wohn- und Pflegeplätze	17.400	9.180	3.270	4.950
Pflegeplätze (inklusive Kurzzeit- und Urlaubspflege)	9.600	1.810	3.270	4.520
Wohnplätze (mit und ohne Betreuungsleistungen)	7.800	7.370	0	430
Verrechnungstage Pflege- und Wohnplätze	6.449.880	3.271.100	1.258.000	1.920.780

■ Tab. 40: Angebot an Wohn- und Pflegeplätzen, 2010 (Wien)
Quellen: FSW, berechnet durch die MA 24

In den nächsten Jahren wird insbesondere das Angebot an Pflegeplätzen mit Wohncharakter ausgebaut werden. Die medikalisierten Pflegeplätze des *KAV* (= Pflegeplätze mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung) sollen mit ihrem spezialisierten medizinischen Angebot schwerkranken pflegebedürftigen Menschen und spezifischen Zielgruppen vorbehalten sein. Gleichzeitig wird vom *KWP* mit den *Innovativen Wohn- und Pflegewohnhäusern* ein neues, wohnorientiertes Angebot geschaffen. Nach dem Totalumbau des städtischen Pflegeheimbereiches (Schaffung von Pflegewohnhäusern anstelle der bisherigen Geriatriezentren) richtet sich auch das *KWP* aufgrund der geänderten BewohnerInnenstruktur und der geänderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen neu aus. Das Alter der BewohnerInnen im *KWP* sowie die Pflege- und Betreuungsleistungen sind in den letzten Jahren sukzessive gestiegen. Zudem besteht beim Großteil der Bevölkerung der Wunsch, solange wie möglich zu Hause zu verbleiben. Begünstigt wird dies auch durch einen verbesserten Wohnungsstandard und das breite Angebot an mobilen Diensten. Die Angebote des *KWP* werden daher stärker nach dem individuellen Pflege- und Betreuungsbedarf der BewohnerInnen ausgerichtet. Zukünftig bietet das *KWP* vor allem Plätze im *Betreuten Wohnen* an. Reine Wohnplätze wird es nur mehr im eingeschränkten Ausmaß geben. Damit folgt das *KWP* auch dem internationalen Trend zur Reduktion von Wohnplätzen.



© Foto: FSW

Es gibt bereits drei Pflegewohnhäuser des KAV der neuen Generation, die auch baulich und architektonisch modernsten Bedürfnissen entsprechen.

Die Verlagerung von Akutbetten aus dem Spitals- in den Pflegebereich wurde wiederholt gefordert. Wien stellt sich diesen Herausforderungen und baut seine Krankenhaus- und Pflegelandschaft entsprechend um.

Neubauprogramm im KAV

2016 wird es anstelle der veralteten Geriatriezentren in Wien nur noch neue Pflegewohnhäuser auf höchstem Qualitätsniveau geben. Die *Pflegewohnhäuser Leopoldstadt* (alte Busgarage), *Meidling* (Kabelwerk) und *Simmering* (Mautner Markhofgründe) sind bereits in Betrieb. Das *Pflegewohnhaus Innerfavoriten* (Heller-Fabrik) wird voraussichtlich Ende 2012/ Anfang 2013 fertiggestellt. Ein weiteres neues Pflegewohnhaus wird vom KAV in Liesing errichtet. 2013 werden hier die modernst ausgestatteten Ein- und Zweibettzimmer besiedelt. Der Neubau des *Pflegewohnhauses Baumgarten* (auf dem Gelände des alten Geriatriezentrums Baumgarten) wird ebenfalls voraussichtlich im Jahr 2013 fertiggestellt. Zusätzlich wird das *Geriatriezentrum Donaustadt* generalsaniert und mit einem zusätzlichen Neubau erweitert, sodass auch hier die Anforderungen einer modernen Pflegeeinrichtung erfüllt werden. Die Fertigstellung wird hier im Jahr 2014 erfolgen.

Im Zuge des Spitalskonzepts wird das *Kaiserin-Elisabeth-Spital* bis 2015/16 zum modernen *Pflegewohnhaus Rudolfsheim-Fünfhaus*, das die Pflege aus dem Geriatriezentrum im *SMZ Sophienspital* weiterführt. Das *Geriatriezentrum Am Wienerwald* wird 2015 geschlossen.

Die neuen Pflegewohnhäuser zählen zur neuen Generation der Pflegeeinrichtungen. Die besonderen Qualitätsmerkmale dieser Häuser sind:

- Kleine, überschaubare Wohnbereiche vermitteln Vertrautheit und Sicherheit und sollen die Lebensqualität der BewohnerInnen erhöhen.
- Es wird auf Kommunikations- und Kontaktmöglichkeiten geachtet und auf die steigende Zahl demenzkranker Menschen besondere Rücksicht genommen.

In den neuen Häusern werden medizinische Leistungen, Pflege und Therapie auf höchstem Niveau gewährleistet. Dazu gehört eine Rund-um-die-Uhr-Anwesenheit von ÄrztInnen. Sämtliche Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten sind vor Ort vorhanden.

Weiters wird das *Geriatriezentrum Donaustadt* generalsaniert. Hier wird in einem Anbau auch ein Zentrum für 90 langzeitbeatmete Personen und WachkomapatientInnen errichtet. Die Bauarbeiten werden 2014 abgeschlossen sein. 328 Pflegeplätze werden zur Verfügung stehen.

Pflegewohnhaus Meidling – Hotel mit Medizinservice

Dr. Norbert Regitnig-Tillian, freier Journalist

Außen, an der Fassade das Nestroy-Zitat „Altwerden ist die einzige Möglichkeit länger zu leben“. Innen, durchdachte Architektur und ein Pflegekonzept, das ein Altern in Würde ermöglicht. Ein Besuch im neuen Pflegewohnhaus Meidling.

14 Uhr. Ein warmer Frühlingsnachmittag. Kaffeezeit im Pflegewohnhaus Meidling. Bewohnerinnen und Bewohner kommen in den Aufenthaltsraum. Manche zu Fuß. Manche im Rollstuhl. Herr Josef mit Rollator. Als er den Journalisten sieht, sagt er: „Schreiben S´ unbedingt, dass wir die liebste Schwester hier auf der Station haben, gell Schwester Hermina?“ Frau Hermina, Stationschwester im fünften Stock, serviert gerade Kaffee mit Mehlspeise und schmunzelt. „Mögen S´ wieder eine Streicheleinheit, Herr Pepi?“, und streicht Herrn Pepi über den Rücken. Lachen in der Runde.

Langweilig, sagt Frau Annelies, sei ihr hier noch nie gewesen. Es gibt immer etwas zu tun. Körperpflege, Mahlzeiten, Friseur, Pediküre, Therapien, Arztbesuche. „Am liebsten“, sagt die 97-Jährige, die erst vor Kurzem ihre Wohnung aufgegeben hat, „stricke ich einen Schal nach dem anderen. Für die Verwandtschaft.“ Aber wenn ihr eine Stricknadel hinunterfällt, ist das ein Problem. „Wenn ich im Rollstuhl sitze, komme ich schwer mit den Händen auf den Boden herunter ... und immer die Schwester rufen ... nein.“ Frau Maria, 82, ebenfalls im Rollstuhl, weiß Rat. „Mein Neffe hat mir eine lange Grillzange

mitgebracht, das funktioniert. Ich zeig' sie Ihnen.“

Das Pflegewohnhaus Meidling ist ein modernes Haus. Kleine Stationen, pro Stockwerk zwei, mit je

16 Einzelzimmern und vier Doppelzimmern. Helle, große Aufenthaltsräume, breite Gänge. Öffentlich gut erreichbar, eingebunden in den neu errichteten Stadtteil Kabelwerk. „Das neue Geriatriekonzept der Stadt ist weggegangen von den großen zentralen Pflegeinstitutionen“, sagt Christa Wutschitz, Leiterin des Pflegehauses Meidling. „Jetzt wird auf kleine regionale Einheiten gesetzt und die Hotelkomponente in den Vordergrund gestellt.“

Bis 2015 werden durch das Neubauprogramm neun neue Pflegewohnhäuser errichtet. Die Zahl der Pflegeplätze in Wien steigt damit von 9.100 auf über 10.000 an. Das Geriatriezentrum Donaustadt wird general saniert. Die Pflegewohnhäuser Leopoldstadt, Simmering und Meidling sind bereits fertiggestellt. 2015 wird es in Wien nur noch neue Pflegewohnhäuser geben. Das Geriatriezentrum Am Wienerwald wird geschlossen.

Medizinservice. Bewohnerinnen und Bewohner eines Pflegewohnhauses haben mindestens Pflegestufe 3. In den neuen Häusern werden Medizin, Pflege und Therapie auf höchstem Niveau geleistet. Dazu gehört eine 24-Stunden-Präsenz von Ärztinnen und Ärzten. Sämtliche Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten sind direkt vor Ort vorhanden.

Es gibt einen Ambulanzbereich, in dem fachärztliche Untersuchungen (Augen, HNO, Interne, Dermatologie, Urologie, Physikalische Medi-



© Foto: Monique Heintz

zin, Neurologie und Psychiatrie) durchgeführt und Therapien eingeleitet werden. „Alles, was konservativ behandelbar ist, kann im Haus behandelt werden“, sagt Wutschitz. Die Pflege ist nach modernen Prinzipien organisiert. Keine „Warm, satt und sauber“-Versorgungsphilosophie mehr. „In meiner Ausbildung habe ich davon noch gehört“, sagt Schwester Heidemarie Wild. „Heute wird mit den Menschen individuell gearbeitet.“ Mit Biografiearbeit, mit Animation. Angebote werden geschaffen und neue Wege der Kommunikation gegangen.

Gerade biegt Frau Hermine um die Ecke. Die an Demenz erkrankte Frau stellt sich zur Schwester, fragt sie, was auf ihrem weißen Armband steht. Offensichtlich ihre persönlichen Daten, ihre Station. Frau Wild liest ihr ruhig ihren Namen vor. Frau Hermine schaut ein wenig überrascht, ist aber offensichtlich zufrieden mit der Antwort. Wie man mit Menschen kommuniziert, die in ihrer eigenen Welt leben, wird so mit einem einfachen Beispiel beantwortet: Unmittelbar. Konkret. Nicht kompliziert und abstrakt. Nicht sagen, da oben steht der Name und den müsste man ja wissen. Über die Vergangenheit reden, das Zuhause von früher, wenn man vergessen hat, dass man jetzt im Pflegeheim lebt. „Die Erinnerungsarbeit hilft, sich wieder besser in der Gegenwart einzufinden“, sagt Schwester Wild.

Demenz wird in vier von fünf Fällen diagnostiziert. So wie in jedem neuen Pflegewohnhaus gibt es auch in Meidling zwei eigene Demenzstationen. Sie sind architektonisch durchdacht, so wie das ganze Haus. Es gibt



© Foto: Veronika Arnost

© Fotos: Pflegewohnheim Meidling

keine Sackgassen, sondern Rundwege, auf denen man immer wieder an den Ausgangspunkt zurückkehren kann. Stationsschwester Heidemarie Wild schätzt die Architektur der „Demenzschleifen“: „Unsere Bewohnerinnen und Bewohner können so ihren Bewegungsdrang ausleben. Manche sind ja von der Früh bis spätabends auf den Beinen. Da muss man sie zwischendurch sanft erinnern, dass es Zeit zum Essen wäre.“

Insgesamt leben 256 Menschen im neuen Pflegewohnhaus. Der Großteil ist im letzten Jahr aus dem *Geriatrizentrum Am Wienerwald* hierher übersiedelt. Frau Kacer, 82, schätzte dort vor allem den großen Park und das viele Grün. „Aber in Lainz hab' ich in ei-

nem Vierbettzimmer gewohnt, das war, na ja wissen S', wenn jemand schnarcht, dann konnte ich nicht einmal mit Ohropax schlafen.“ Und da ist die Ruhe im Einzelzimmer doch was Feines. Alle Zimmer im neuen Pflegewohnhaus sind mit einer Loggia ausgestattet. Die Hälfte der zur Verfügung stehenden Zimmer sind zum großen ruhigen Innenhof des Hauses ausgerichtet. Die andere Hälfte der Zimmer besitzt eine traumhafte Südlage mit Blick auf das Leithagebirge und den Schneeberg.

Herr Friedrich Zawrel ist zufrieden. Der 84-Jährige hat eine bewegte Geschichte hinter sich. Er ist einer der wenigen Über-

lebenden der NS-Vernichtungsmaschinerie am Spiegelgrund auf den Steinhofgründen. „Früher war ich oft in Schulen eingeladen und habe meine Geschichte erzählt“, sagt Zawrel. „Heute schaffe ich das nur noch selten.“ Einen Schwächeanfall in seiner Wohnung überlebte er nur, weil er zufällig Besuch hatte. Rettung. Krankenhaus. Alleine leben? Keine Chance mehr. „Meine Freunde haben sich darum bemüht, einen guten Platz für mich zu finden“, sagt der Träger des Goldenen Verdienstzeichens des Landes Wien, der seinen ehemaligen Peiniger, den NS-Arzt und späteren Psychiater Heinrich Gross, erkannt und aufgedeckt hat. „Ich bin dankbar, dass ich es jetzt so gut erwischt habe.“

Innovative Wohn- und Pflegehäuser (IWP)

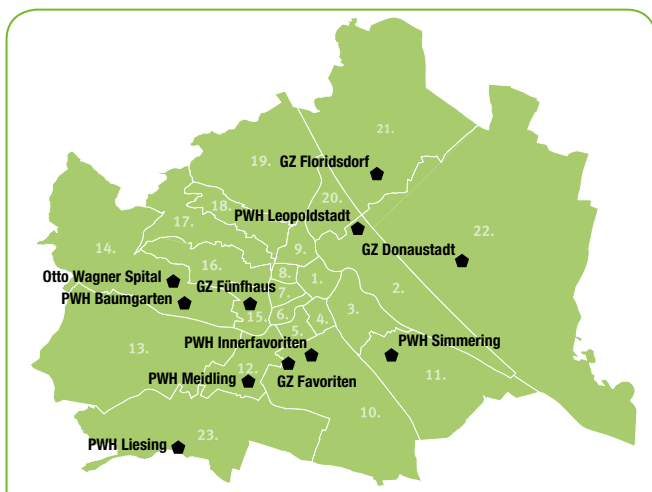
Das KWP setzt mit den vier geplanten IWPs ein völlig neues Konzept um. Die Betreuung der BewohnerInnen im eigenen Appartement wird kombiniert mit einem medizinischen und therapeutischen Angebot. Die Idee ist, dass die Wohnappartements bei Bedarf in Pflegeappartements umgewandelt werden können, ohne dass die BewohnerInnen übersiedeln müssen. Der Bau des ersten IWP in Döbling ist bereits abgeschlossen. Anfang des Jahres 2013 wird das Haus vollständig bewohnt sein. Bis 2016 werden das IWP *Rosenberg*, das IWP *Liebhartsthal* und das IWP *Liebhartsthal II* errichtet.

Die Neuausrichtung des KWP

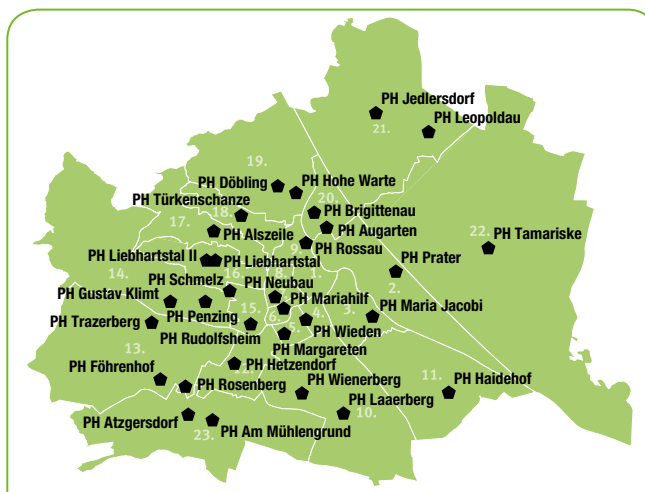
Die drei Angebotssegmente des KWP *Unterstützt Wohnen*, *Betreut Wohnen* und *Gepflegt Wohnen* orientieren sich am individuellen Bedarf der BewohnerInnen. Die Leistung *Unterstützt Wohnen* ist ein Angebot für BewohnerInnen, die noch kein Pflegegeld beziehen. Es beinhaltet die Unterkunft inkl. Reinigung und Pflege. BewohnerInnen von *Betreut Wohnen* benötigen eine PflegegeldEinstufung. Sie erhalten die erforderliche Pflege und Betreuung im Appartement und haben Zugang zur *Tag.betreuung* (Förderung der körperlichen und geistigen Fitness sowie der sozialen Kontakte). Ab Pflegegeldstufe 3 steht auch das Angebot *Tag.Familie* zur Verfügung (sinnstiftende Angebote und Förderung der Fähigkeiten) bzw. ist auch – wenn die Unterbringung im Appartement nicht mehr möglich ist – die Aufnahme im *Gepflegt Wohnen* möglich. Weiterhin stehen im KWP Spezialleistungen wie Remobilisierung, Demenzbetreuung sowie das neue Wohnangebot für Menschen mit Behinderung zur Verfügung. Der künftige Schwerpunkt im KWP wird vorwiegend im *Betreut Wohnen* liegen und die stationäre Pflege in Wien entlasten.

Neue private Pflegeheime

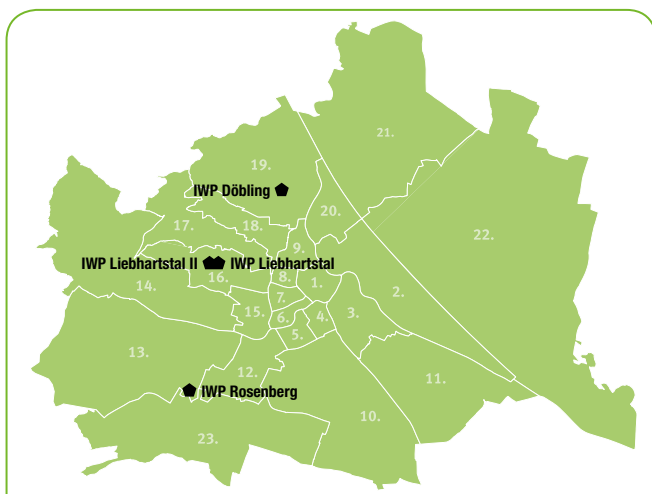
2010 wurde das *Seniorenhaus Kagran (CaSa)* mit zehn Hausgemeinschaften für jeweils 13 bis 14 Personen eröffnet. 2011 wurde das Angebot durch das *Kolpinghaus Gemeinsam Leben Leopoldstadt*, das unter einem Dach mehrere Generationen und Angebote vereint (Mutter-Kind-Einrichtung, Pflege, Appartements), sowie das *Betreute Wohnen (Sozial Global)* mit fünf Wohngemeinschaften zu je 12 bis 13 BewohnerInnen ergänzt. Letztere Einrichtung befindet sich auf dem Dach des *Pflegewohnhauses Meidling*. Alle genannten Institutionen sind Teil des Ausbauplans im Rahmen des *GeriatRIEkonzeptes* und anerkannte Einrichtungen des *FSW*. Im 22. Bezirk ist mit dem *SeniorInnen- und Pflegehaus Stadlau (Caritas der Erzdiözese Wien)* auf dem ehemaligen Waagner-Biro-Gelände ein weiteres modernes Pflegeheim im Entstehen (Fertigstellung voraussichtlich im Herbst 2013).



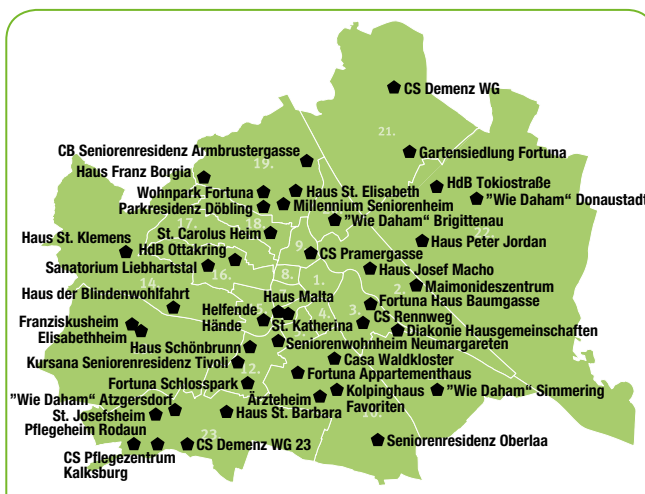
■ Abb. 20: Die Pflegewohnhäuser und GeriatRIEZentren des KAV ab 2012
Quelle: MA 24



■ Abb. 21: Die Pensionistenwohnhäuser des KWP
Quelle: MA 24



■ Abb. 22: Die Innovativen Wohn- und Pflegehäuser
Quelle: MA 24



■ Abb. 23: Private Wohn- und Pflegeheime
Quelle: MA 24

Leistungs- und Ausgabenentwicklung

Insgesamt nutzten im Jahr 2010 rund 22.850¹⁵³ Personen das stationäre Angebot der *Stadt Wien*. Der Großteil der in stationären Einrichtungen untergebrachten Personen (ca. 13.700 oder 60%) lebte in einem Pflegeheim. Rund 8.900 Personen (39%) nahmen ein Wohnplatzangebot in Anspruch (*Betreutes Wohnen*). Das Angebot der Kurzzeit- und Urlaubspflege wird von ca. 1.000 Personen pro Jahr genutzt. Insgesamt nimmt der Anteil der BewohnerInnen von Wohnplätzen in den letzten Jahren ab.

Leistung (Förderung mehrerer Leistungen möglich)	Anzahl Personen	Änderung zu 2009
Wohnen und Pflege	22.850	-0,3%
Pflegeplätze in Wohn- und Pflegeheimen	7.570	+7,3%
Pflegeplätze mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung	6.160	-2,8%
Betreutes Wohnen für SeniorInnen	8.870	+0,2%
Kurzzeitpflege	670	-2,9%
Urlaubspflege	310	-3,1%

■ Tab. 41: **BewohnerInnen stationärer Einrichtungen, 2010 (Wien)**
Quellen: FSW, Geschäftsbericht 2010, bearbeitet durch die MA 24

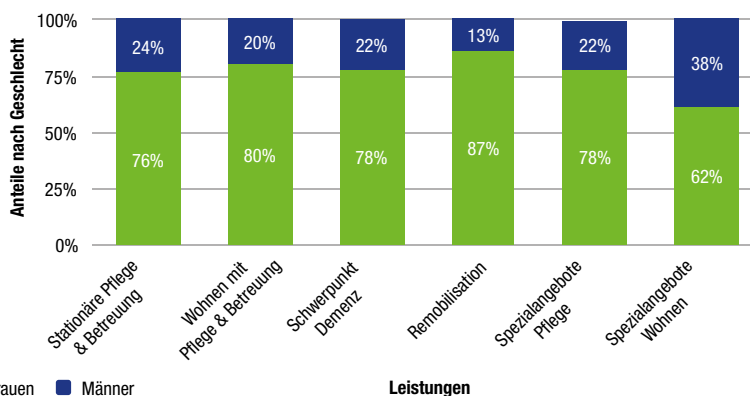
Die Kosten der stationären Pflege und Betreuung in Wien belaufen sich auf 852 Mio. Euro, davon finanziert die Stadt rund zwei Drittel. Den Rest finanzieren die Betroffenen mit ihrem Einkommen und dem Pflegegeld.

Die Bruttoausgaben für die stationäre Versorgung beliefen sich im Jahr 2010 auf rund 852 Mio. Euro, die Nettokosten (abzüglich Kostenbeiträge und Regresse) auf 565 Mio. Euro.

Die BewohnerInnen der Wiener Wohn- und Pflegeheime

Frauen pflegen nicht nur häufiger, sie sind auch die Hauptzielgruppe der Pflege- und Betreuungsleistungen. Im Bereich der stationären Versorgung liegt der Anteil der Frauen bei rund 80%.

Die Geschlechterverteilung ist in fast allen stationären Angeboten ähnlich. Der Anteil der Frauen liegt bei ca. 80%. Nur die Spezialangebote im Bereich Wohnen (z.B. Sozialbetreutes Wohnen) werden stärker von Männern in Anspruch genommen.



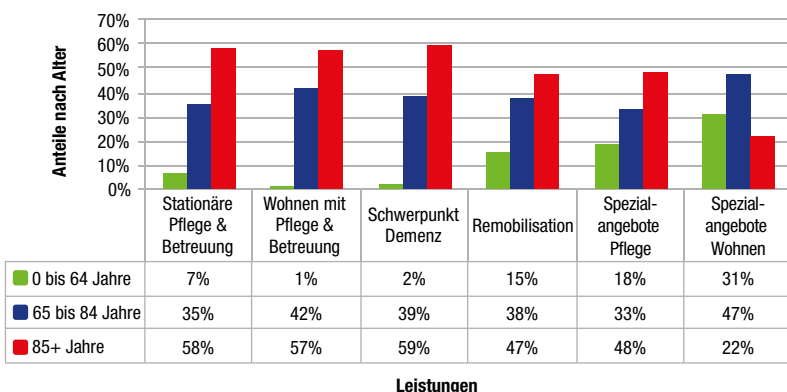
■ Diagr. 88: **BewohnerInnen stationärer Einrichtungen nach Geschlecht, 2010 (Wien)**
Quellen: FSW, bearbeitet durch die MA 24

¹⁵³ Die hier angeführten Zahlen entsprechen den Werten des Geschäftsberichtes des FSW im Jahr 2010 und unterscheiden sich geringfügig von den in der Pflegestatistik im Rahmen des Pflegefondsgesetzes mitgeteilten Daten. Die Unterschiede sind primär auf den Zeitpunkt der Datenauswertung zurückzuführen. Größere Unterschiede gibt es im Bereich der Wohnplätze. Aufgrund der großzügigeren Definition im Pflegefondsgesetz werden auch Personen in alternativen Wohnformen erfasst. Die Anzahl der betreuten Personen würde sich um rund 1.500 erhöhen.

Bei den stationären Hauptleistungen wie Pflege und Wohnen liegt der Anteil der über 85-Jährigen bei rund 60%. Kaum ein Altersunterschied ist zwischen Personen auf Pflege- und Wohnplätzen festzustellen.

Der Anteil der unter 65-Jährigen ist im stationären Bereich gering. Die *Stadt Wien* hat in den letzten Jahren durch ein konsequentes *Case Management*, den Ausbau von mobilen Diensten sowie die Schaffung alternativer Unterbringungsmöglichkeiten (z.B. im *Sozialbetreuten Wohnen*) dafür gesorgt, dass es zu keinen Fehlbelegungen auf kostenintensiven Pflegeplätzen kommt und den Betroffenen geeignetere Unterstützungsangebote zur Verfügung gestellt werden.

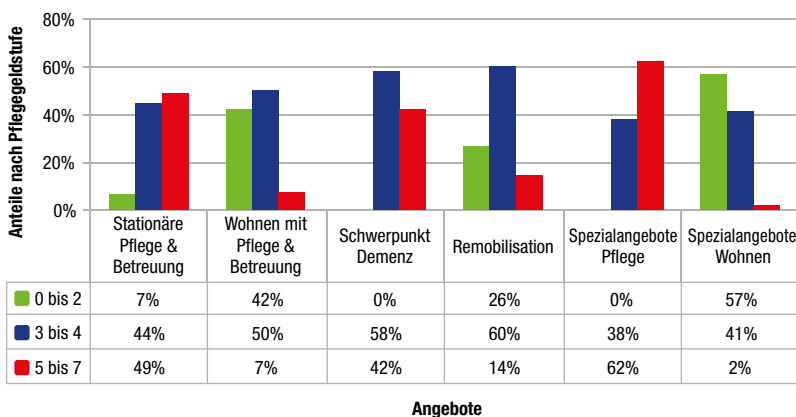
Im stationären Bereich sind rund 60% der BewohnerInnen älter als 85 Jahre. Vor allem für jüngere Personen hat die *Stadt Wien* alternative Angebote entwickelt.



■ Diagr. 89: **BewohnerInnen stationärer Einrichtungen nach Altersgruppen, 2010 (Wien)**
 Quellen: FSW, bearbeitet durch die MA 24

Die angeführten Gründe haben dazu geführt, dass die Anzahl der Personen ohne Pflegegeldbezug im Bereich der stationären Pflege verschwindend gering ist. Das Wohnangebot wird aber noch zu einem hohen Anteil von Personen ohne PflegegeldEinstufung beansprucht. Beim Wohnangebot ist auch der Anteil der Personen mit Pflegegeldstufe 5 oder höher mit 7% sehr gering. Die BewohnerInnen des *KWP* (Wohnplätze) unterscheiden sich daher vor allem durch die Höhe des Pflegegeldes und nicht so sehr durch das Alter. Freilich hat dies auch mit der bisherigen Praxis der Beantragung zu tun. Ein Wohnplatz ist von einem Teil der BewohnerInnen auch ohne Pflegegeld finanzierbar, während ein Pflegeplatz weit höhere Kosten verursacht und kaum alleine mit der Pension der Betroffenen finanziert werden kann. Seit 01.01.2012 werden auch die Plätze innerhalb des *KWP* durch den *FSW* vergeben. Dies stellt einen wichtigen Schritt hin zu einer bedarfsgerechten Vergabe der Wohn- und Pflegeplätze dar.

Der Großteil der BewohnerInnen von Pflegeheimen verfügt über eine PflegegeldEinstufung. Anders ist dies bei den BewohnerInnen von Wohnheimen. Diese haben nur zum Teil einen Anspruch auf Pflegegeld. Mit der Reform im *KWP* wird sich dieser Anteil jedoch reduzieren.



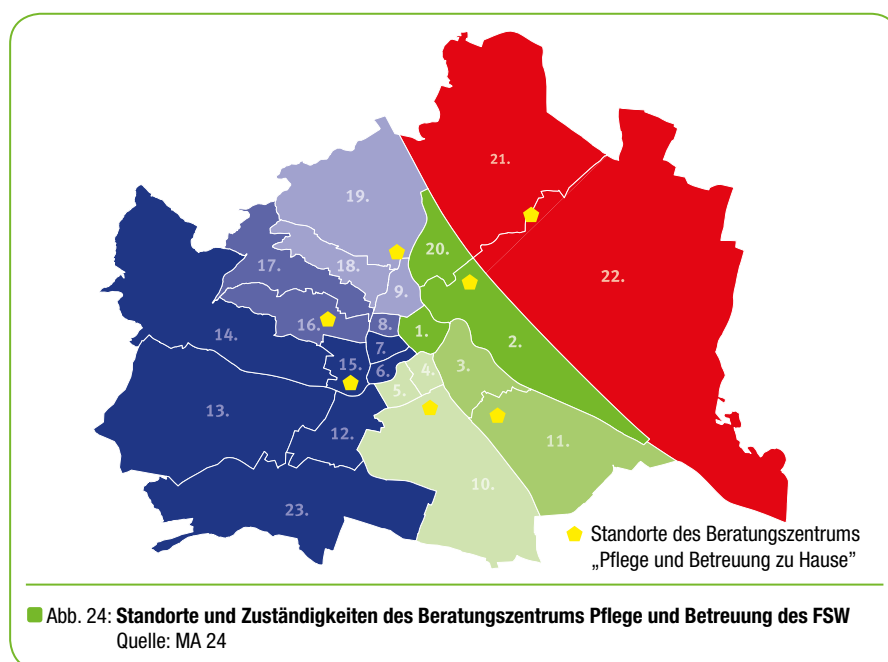
■ Diagr. 90: **BewohnerInnen stationärer Einrichtungen nach Pflegegeldstufen, 2010 (Wien)**
 Quellen: FSW, bearbeitet durch die MA 24

4.2.2 Mobile Pflege und Betreuung

In jedem Strategiekonzept der letzten Jahre zum Thema Pflege und Betreuung wurde dem Prinzip *ambulant vor stationär* Rechnung getragen. Die meisten Menschen wünschen sich, ihren Lebensabend so lange wie möglich zu Hause zu verbringen. Auch aus Kostengründen wird diesem Prinzip oberste Priorität eingeräumt. Das *Land Wien* hat die Leistungen im mobilen Bereich stark ausgebaut. Rund zwei Drittel der mit Pflege- und Betreuungsleistungen versorgten Menschen in Wien nehmen mobile und teilstationäre Leistungen in Anspruch, der Rest ist stationär versorgt. Ob dieser Anteil noch höher wird bzw. wie sich die Inanspruchnahme in den nächsten Jahren verändern wird (z.B. höhere Inanspruchnahme von formellen Diensten), ist Gegenstand einer von der *MA 24* beauftragten Studie.

In Wien erfolgt die Koordination und Förderung der Sozialen Dienste seit 2004 durch das *Beratungszentrum Pflege und Betreuung zu Hause (bzP)* des *FSW*.

In Wien erfolgt die Koordination und Förderung der Sozialen Dienste seit 2004 durch das *Beratungszentrum Pflege und Betreuung zu Hause (bzP)* des *FSW*. Wird eine geförderte Betreuungsleistung beantragt, erfolgt im Rahmen eines Hausbesuches eine Beratung sowie eine Bedarfserhebung und Bedarfseinschätzung der individuellen Betreuungs- und Pflegesituation durch eine Case Managerin oder einen Case Manager des zuständigen *bzP*. Die geförderten Dienstleistungen werden von einer vom *FSW* anerkannten Organisation erbracht, wobei die Wünsche der KlientInnen in Bezug auf die durchführenden Organisationen nach Möglichkeit berücksichtigt werden. Auch nach der Übergabe der Betreuung bleiben die MitarbeiterInnen des *bzP* AnsprechpartnerInnen für Änderungswünsche und Fragen zum Betreuungsverlauf.



Um den Menschen auch im fortgeschrittenen Alter ein Leben in der eigenen Wohnung zu ermöglichen, gibt es in Wien zahlreiche Pflege- und Betreuungsangebote für zu Hause. Diese können vorübergehend oder dauerhaft in Anspruch genommen werden. Die wichtigsten Leistungen sind dabei die Hauskrankenpflege, die Heimhilfe und die 24-Stunden-Betreuung. Daneben werden in Wien unter anderem auch Essen auf Rädern, der Besuchs- und Begleitdienst, der Wäscheservice, der Reinigungsdienst und verschiedene Beratungsleistungen angeboten.

Mobile Hauskrankenpflege

Mobile Hauskrankenpflege bedeutet Pflege von Menschen mit Pflegebedarf im eigenen Zuhause. Grundsätzlich werden bei der Mobilen Hauskrankenpflege zwei Arten unterschieden: Medizinische Hauskrankenpflege (MedHKP) und Hauskrankenpflege (HKP).

Medizinische Hauskrankenpflege

Die MedHKP ist im *ASVG* geregelt und soll einen Krankenhausaufenthalt ersetzen. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen führen die Pflegemaßnahmen nach schriftlicher ärztlicher Verordnung durch. MedHKP wird für ein und denselben Krankheitsfall für die Dauer von 28 Kalendertagen gewährt. Dieser Zeitraum kann durch chef- bzw. kontrollärztliche Bewilligung seitens des Sozialversicherungsträgers verlängert werden. Der *FSW* fördert die MedHKP zusätzlich, da die Kostenersätze der *WGKK* nicht kostendeckend sind.

Im Unterschied zu anderen mobilen Leistungen ist die Medizinische Hauskrankenpflege eine Leistung, die im *ASVG* geregelt ist. Dementsprechend bedarf es auch einer Verordnung durch den Arzt.

Hauskrankenpflege

Wenn die Art der Krankheit bzw. der Pflegebedarf über den Bewilligungszeitraum der MedHKP hinaus Pflegemaßnahmen erforderlich macht, kann Hauskrankenpflege in Anspruch genommen werden. Diese HKP wird von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie PflegehelferInnen durchgeführt.

Ein Teil der Kosten wird durch den *FSW* gefördert. Den betreuten Personen wird ein Kostenbeitrag nach sozial gestaffelten Tarifen in Rechnung gestellt. Den Differenzbetrag zu den tatsächlichen Kosten übernimmt der *FSW*. Der zu bezahlende Kostenbeitrag hängt vom Einkommen, der Höhe des Pflegegeldes sowie der Anzahl der benötigten Stunden ab. Der maximal zu bezahlende Kostenbeitrag beläuft sich 2012 auf 24,95 Euro pro Stunde.



© Foto: FSW

Heimhilfe

Heimhilfen tragen zur Wahrung und Förderung der Selbstständigkeit bei, indem sie Menschen bei der täglichen Lebensführung unterstützen, z.B. durch Reinigung des Wohn- und Sanitärbereiches, Erledigung von Einkäufen, Versorgen von Wäsche und Kleidung. Eine weitere Aufgabe von HeimhelferInnen ist die Sicherung von Grundbedürfnissen sowie die Förderung des körperlichen Wohlbefindens durch Hilfestellung bei der Körperpflege, bei der Speiseplanung sowie bei der Zubereitung von Mahlzeiten. Sie sind ein wichtiges Bindeglied zwischen den betreuten Personen, deren Familien und anderen Betreuungspersonen.

Je nach Bedarf kann eine Heimhilfe bis zu dreimal täglich zu bestimmten Zeiten (zwischen 7:00 und 20:00 Uhr) bewilligt werden. Die Kosten für die Heimhilfe hängen vom Einkommen, der Höhe des Pflegegeldes und der Anzahl der benötigten Stunden ab. Im Jahr 2012 beträgt der maximale Kostenbeitrag für KundInnen 19 Euro pro Stunde.



© Foto: Visionär - Fotolia.com

Die 24-Stunden-Betreuung deckt nur einen kleinen Teil des gesamten Leistungsangebots ab.

Die Kosten der 24-Stunden-Betreuung sind für die Betroffenen trotz Förderung sehr hoch. Darüber hinaus müssen die Lebenshaltungskosten finanziert und die Betreuungspersonen in der Regel mit dem Haushaltseinkommen mitversorgt werden.

24-Stunden-Betreuung

Ist die ständige Anwesenheit einer Betreuungsperson im Haus notwendig, so kann für diese sogenannte 24-Stunden-Betreuung eine Förderung beim *Bundessozialamt* beantragt werden. Dabei gelten folgende allgemeine Anspruchsvoraussetzungen:

- Vorliegen eines Betreuungsverhältnisses im Sinne des Hausbetreuungsgesetzes oder der Gewerbeordnung
- Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3
- Einkommensgrenze 2.500 Euro netto pro Monat für Alleinstehende
- Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung; bei BezieherInnen von Pflegegeld ab der Stufe 5 wird in aller Regel von der Notwendigkeit einer solchen Betreuung auszugehen sein. Bei BezieherInnen von Pflegegeld der Stufen 3 und 4 ist die Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung durch eine fachärztliche Bestätigung nachzuweisen.

Seit 01.01.2009 müssen die Betreuungskräfte entweder eine theoretische Ausbildung nachweisen, die im Wesentlichen derjenigen der Heimhilfe entspricht, oder seit mindestens sechs Monaten die Betreuung der Förderwerberin oder des Förderwerbers sachgerecht durchgeführt haben oder es muss eine fachspezifische Ermächtigung der Betreuungskraft zu pflegerischen Tätigkeiten vorliegen.

Die häufigste Organisation der 24-Stunden-Betreuung erfolgt durch zwei selbstständige BetreuerInnen, die sich abwechselnd jeweils 14 Tage im Haus befinden. Da die Bezahlung für inländische ArbeitnehmerInnen nicht sehr attraktiv ist, handelt es sich bei den BetreuerInnen überwiegend um Frauen aus Osteuropa. Obwohl es für angestellte BetreuerInnen eine höhere Förderung des *Bundessozialamtes* gibt, wird diese Form seltener gewählt, da die zu betreuenden Personen oder ihre Angehörigen dabei den Status einer Arbeitgeberin bzw. eines Arbeitgebers mit allen dazugehörigen Pflichten haben.

Mit einer Pflegeperson, die sich ständig im Haus befindet, kann fast jeder Pflegebedürftige zu Hause betreut werden. Aus mehreren Gründen stellt dieses Angebot dennoch in vielen Fällen keine Alternative zu einem Pflegeheim dar:

- Es müssen Angehörige oder sonstige Personen zur Verfügung stehen, die bei der Organisation der Betreuung helfen.
- Die Wohnung muss zumindest ein Zimmer haben, das den Betreuungspersonen zur Verfügung gestellt werden kann.
- Die pflegebedürftige Person muss bereit sein, ihre Wohnung mit den Pflegepersonen zu teilen.

Obwohl die Förderung vor einiger Zeit erhöht wurde, ist die 24-Stunden-Betreuung doch erst ab einem überdurchschnittlichen Einkommen oder mit einer hohen Pflegegeldstufe finanzierbar. Neben den Kosten für die Betreuung müssen die Miete und die Lebenshaltungskosten finanziert werden, wobei die Betreuungspersonen in der Regel mitversorgt werden.

Zu bedenken ist auch, dass die 24-Stunden-Betreuung vermutlich aus wirtschaftlichen Gründen keine langfristige Versorgungsstrategie sein kann. Schon

heute wird die äußerst fordernde Beschäftigung kaum von inländischen Arbeitskräften wahrgenommen. Bei einer Angleichung der Lohnverhältnisse und einem Rückgang der Arbeitslosigkeit in den osteuropäischen Ländern könnte es in Zukunft schwierig werden, genügend Pflegekräfte zu finden. Die 24-Stunden-Betreuung ist demnach kein Ersatz für die vorhandenen Leistungen im Bereich der stationären und mobilen Versorgung, sondern eine ergänzende Leistung.

Die Inanspruchnahme der 24-Stunden-Betreuung ist von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich. Niederösterreich weist aufgrund der Nähe zur Slowakei, aus der ein Großteil der PersonenbetreuerInnen kommt, und aufgrund einer proaktiven Informationspolitik die höchste Dichte an 24-Stunden-Betreuung auf. In Wien wird die 24-Stunden-Betreuung seltener in Anspruch genommen. Die Unterschiede sind auch auf den unterschiedlichen Ausbaugrad von stationären und mobilen Leistungen zurückzuführen. Fehlen entsprechende Angebote, muss verstärkt auf die 24-Stunden-Betreuung zurückgegriffen werden. Weiters erfüllen viele Wohnungen in Wien nicht die entsprechenden Anforderungen (eigenes Zimmer für die PersonenbetreuerInnen).

Die Kosten für die 24-Stunden-Betreuung werden zwischen Bund und Ländern im Verhältnis 60:40 geteilt.

Leistungs- und Ausgabenentwicklung

Von allen mobilen Diensten werden großteils Heimhilfeleistungen in Anspruch genommen (22.010 KundInnen), gefolgt von der HKP (8.270 KundInnen). Mit Ausnahme des Sonderreinigungsdienstes und der MedHKP verfügt der überwiegende Teil der betreffenden Personen über eine PflegegeldEinstufung. Das Alter der KundInnen liegt im Schnitt über 80 Jahre.

	KundInnen	Anzahl Dienstleistungen	Leistungseinheit	Anteil der Pflegegeldbeziehenden	Ø Pflegegeldstufe	Alter (Median)
Besuchsdienst	5.620	279.960	Stunden	92,9%	2,80	82 J. 3 Mon.
Essen auf Rädern	6.770	1.163.860	Zustellungen	92,0%	2,78	83 J. 8 Mon.
HH	22.010	4.021.950	Stunden	86,9%	2,59	82 J. 0 Mon.
HKP	8.270	1.266.640	Stunden	92,5%	3,56	81 J. 7 Mon.
MedHKP	6.330	102.900	Stunden	75,6%	3,03	79 J. 4 Mon.
Reinigungsdienst	3.760	35.850	Stunden	97,1%	2,46	77 J. 5 Mon.
Sonderreinigungsdienst	180	13.640	Stunden	50,6%	2,03	63 J. 7 Mon.
Wäschedienst	460	5.920	Zustellungen	96,9%	2,80	79 J. 6 Mon.

■ Tab. 42: **Mobile Leistungen, 2010 (Wien)**
Quellen: FSW, berechnet durch die MA 24

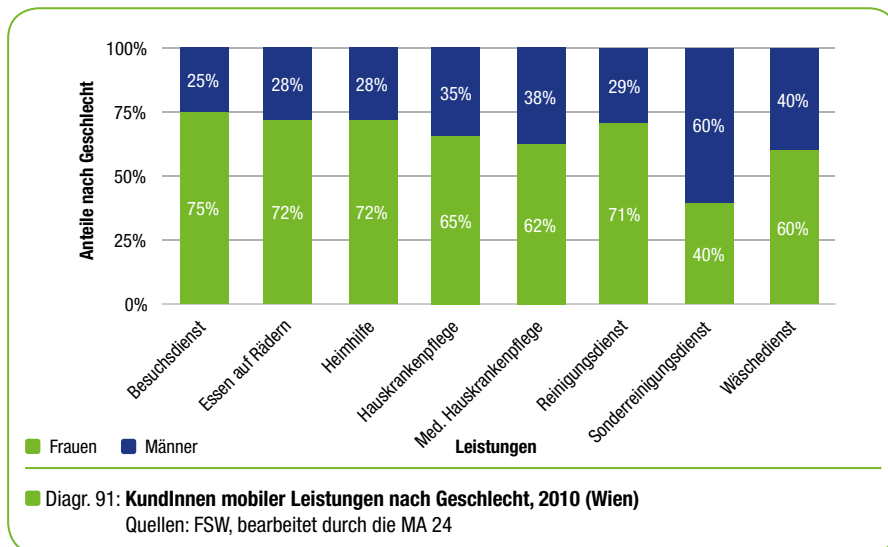
Zusätzlich erhielten 1.490 Personen eine Förderung für eine 24-Stunden-Betreuung.

Die Bruttokosten für die mobilen Dienste beliefen sich im Jahr 2010 auf 202 Mio. Euro. Der Kostendeckungsgrad lag bei 28%. Somit betrug der Nettoaufwand für das *Land Wien* rund 146 Mio. Euro.

Der Aufwand des *Landes Wien* im Bereich der mobilen Dienste belief sich nach Abzug der Kostenbeiträge auf rund 146 Mio. Euro.

Die NutzerInnen der mobilen Dienste in Wien

Mit Ausnahme des Wäschendienstes und des Sonderreinigungsdienstes liegt der Anteil von Frauen bei der Inanspruchnahme von mobilen Diensten teilweise weit über 60%. Im Vergleich zu den stationären Leistungen ist jedoch der Anteil der Männer in diesem Leistungssegment höher.



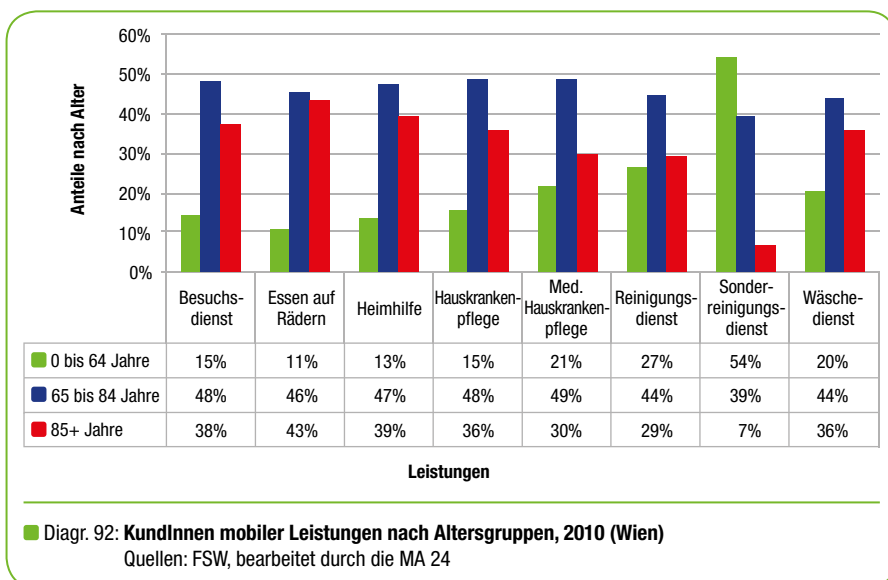
Im Vergleich zur Zielgruppe der stationären Leistungen sind die NutzerInnen der mobilen Dienste jünger.

Mobile Leistungen werden – im Vergleich zu den stationären Leistungen – schon in früheren Jahren in Anspruch genommen. Vor allem der Reinigungsdienst, der Sonderreinigungsdienst und der Wäschdienst bzw. die MedHKP werden stärker von jüngeren Personen genutzt. Bei der MedHKP ist dies mit den Anspruchsvoraussetzungen zu erklären, da diese Leistung keine ursächliche Leistung im Bereich der Langzeitversorgung ist, sondern eine im ASVG verankerte krankenhauseretzende Leistung, die auch jüngeren Personen zur Verfügung steht und an keinen Pflegegeldbezug gebunden ist.

Heimhilfe, HKP, Essen auf Rädern sowie der Besuchsdienst sind hingegen Dienstleistungen, die typischerweise von älteren Personen nachgefragt werden.



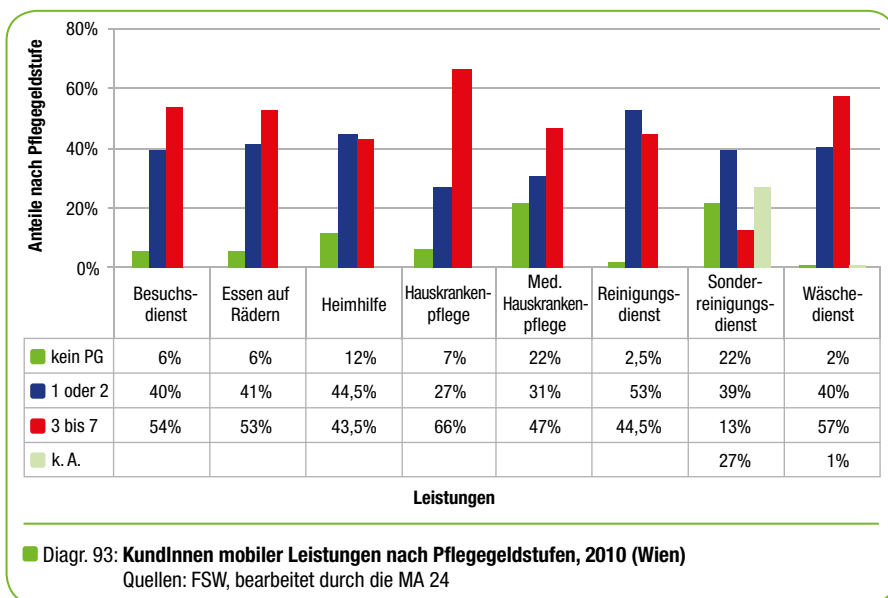
© Foto: Dan Race - Fotolia.com



Die Mehrheit der KundInnen mobiler Leistungen bezieht Pflegegeld. Der Anteil der Personen ohne Pflegegeldbezug liegt zwischen 2 und 22%, wobei der größte Prozentsatz hier auf die MedHKP und den Sonderreinigungsdienst fällt. Bei einem Teil der Personen ohne Pflegegeldbezug handelt es sich um neue KundInnen des FSW, deren Antrag auf Pflegegeld noch nicht entschieden wurde.

Der Großteil der Leistungen wird vor allem von Personen mit höheren Pflegegeldstufen in Anspruch genommen – so zum Beispiel die HKP mit 66% PflegegeldbezieherInnen der Stufen 3 bis 7. Personen mit Pflegegeldbezug der Stufen 1 oder 2 bilden die Mehrheit der KundInnen bei Reinigungsdiensten. Bei der Heimhilfe fallen jeweils über 40% der KundInnen auf niedrige und höhere Pflegegeldstufen.

Die Zielgruppe der mobilen Leistungen ist jünger und verfügt über niedrigere Pflegegeldstufen als in der stationären Pflege. Aber auch bei den mobilen Leistungen ist erkennbar, dass viele Menschen diese erst bei höherer Hilfsbedürftigkeit in Anspruch nehmen.



4.2.3 Teilstationäre Pflege und Betreuung

In den *Tageszentren für Seniorinnen und Senioren* werden ältere Menschen werktags zwischen 7:30 und 17:00 Uhr individuell betreut. Ein strukturierter Tagesablauf, bedarfsgerechte Pflege, Gruppen- und Einzelangebote sowie die sozialen Kontakte helfen dabei, der Vereinsamung entgegenzuwirken und persönliche Fähigkeiten und Fertigkeiten zu fördern.

Die Betreuung erfolgt durch SozialarbeiterInnen, Ergo- und PhysiotherapeutInnen, HeimhelferInnen, PflegehelferInnen, KreativanimatourInnen und diplomiertes Pflegepersonal. Bei Bedarf sind Abholung und Heimtransport durch einen von den *Tageszentren* organisierten Fahrtendienst möglich. Der Besuch kann bis zu fünfmal pro Woche, aber auch an einzelnen Tagen erfolgen.

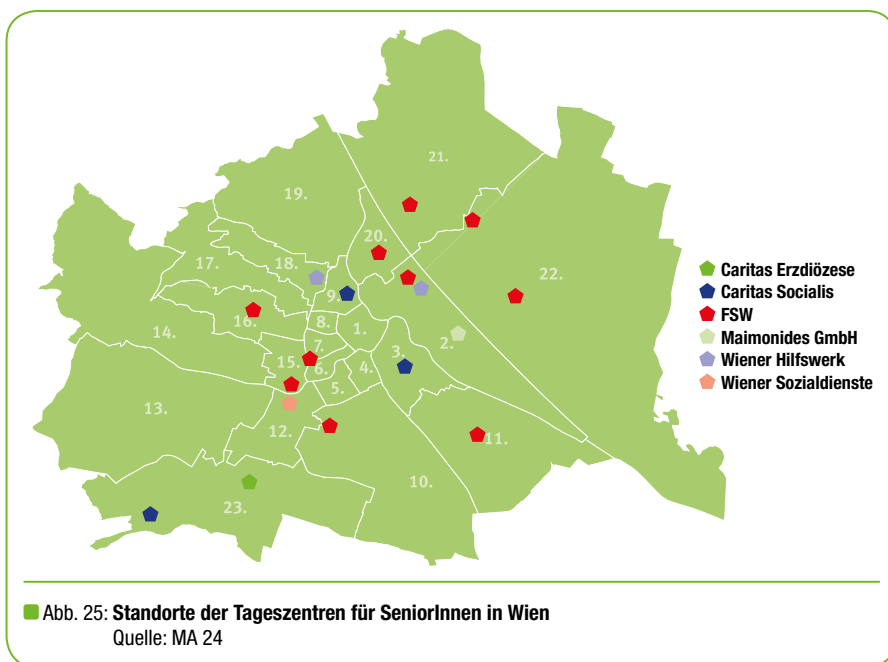
Das Angebot beinhaltet:

- Drei Mahlzeiten täglich (Frühstück, Mittagessen, Jause)
- Individuelle Beratung durch SozialarbeiterInnen
- Ergo- und Physiotherapie
- Gedächtnis- und Bewegungstraining
- Werk- und Beschäftigungsgruppen
- Musikgruppen, Gesprächsgruppen
- Ausflüge, Feste, Veranstaltungen
- Beratung von Angehörigen
- Unterstützung bei der Körperpflege
- Pflegerische Leistungen
- Betreuung nach Schlaganfall, bei Alzheimer Erkrankung, Parkinsonscher Krankheit, Multipler Sklerose.



© Foto: Alexander Rath - Fotolia.com

Voraussetzung ist, dass die Person nicht bettlägerig ist. Der individuell zu bezahlende Kostenbeitrag hängt vom Einkommen, von der Höhe des Pflegegeldes und der Anzahl der benötigten Betreuungsleistungen ab. Die genaue Berechnung erfolgt durch das *Beratungszentrum Pflege und Betreuung zu Hause* des FSW. Auch für privat geführte Tageszentren ist eine Förderung durch den FSW möglich. Der maximale Kostenbeitrag pro Tag lag im Jahr 2010 bei 16,86 Euro. 2010 gab es in Wien 17 *Tageszentren für Seniorinnen und Senioren* mit insgesamt 683 Plätzen. Neun Tageszentren werden von der *Wiener Pflege- und Betreuungsdienste GmbH* des FSW geführt, die restlichen von anderen Organisationen. Damit kamen im Jahr 2010 auf je 1.000 Personen über 75 Jahre rund 5,5 Plätze in Tageszentren.



Demente Personen können grundsätzlich in allen Tageszentren betreut werden. Dennoch gibt es zusätzlich zwei Einrichtungen, die auf Alzheimer-PatientInnen spezialisiert sind. Darüber hinaus finanziert der FSW jeweils ein Tageszentrum für Schlaganfall- und Multiple Sklerose-PatientInnen, um auf die speziellen Bedürfnisse dieser Personen eingehen zu können.

In Wien gibt es zwei Tageszentren, die auf Alzheimer-PatientInnen spezialisiert sind.

Leistungs- und Ausgabenentwicklung

Die Aufwendungen sind im Vergleich zum Vorjahr um 32% gestiegen. Dabei ist zu beachten, dass im Jahr 2010 die Kosten für den Neu- bzw. Umbau von zwei Tageszentren enthalten sind. Die Bruttokosten betragen 2010 rund 18 Mio. Euro, die Nettokosten 16,3 Mio. Euro.

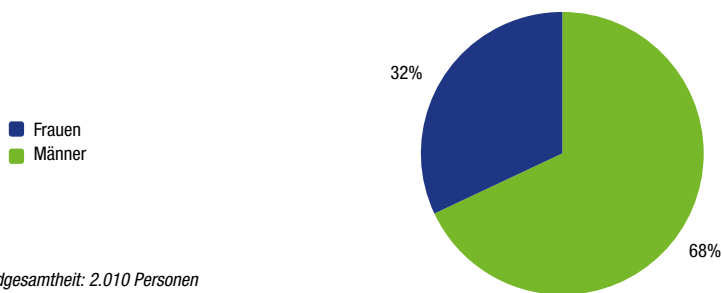
	Anzahl	Änderung zu 2009
Besuchstage in allen Tageszentren	154.650	+9%
BesucherInnen	2.010	+8%
Fahrtendienste der Tageszentren des FSW	22.200	
Durchschnitt der Besuchstage pro Monat	10	
Durchschnittsbesuchsdauer	14 Monate	
Durchschnittsalter der BesucherInnen	80 Jahre 8 Monate	
Aufwendungen des FSW (auf 1000 Euro gerundet)	17.977.000	+32%

■ Tab. 43: Eckdaten der Wiener Tageszentren, 2010 Quellen: FSW, berechnet durch die MA 24

Die NutzerInnen der Tageszentren in Wien

Wie bei den stationären und mobilen Leistungen zählen großteils Frauen (68%) zu den BesucherInnen der Tageszentren.

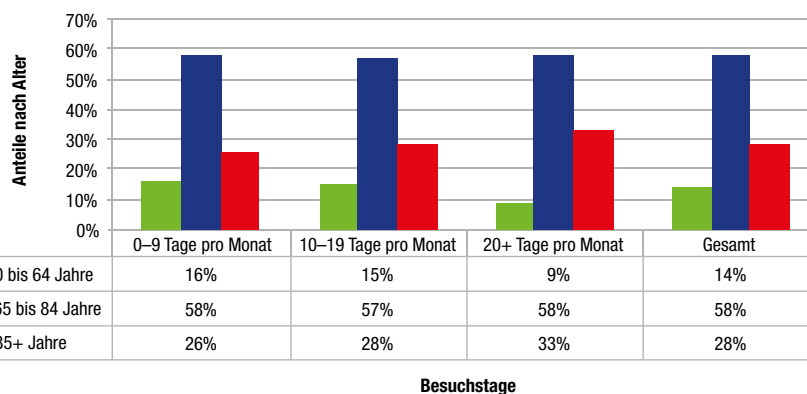
Vor allem Frauen zählen zu den BesucherInnen der Tageszentren.



Grundgesamtheit: 2.010 Personen

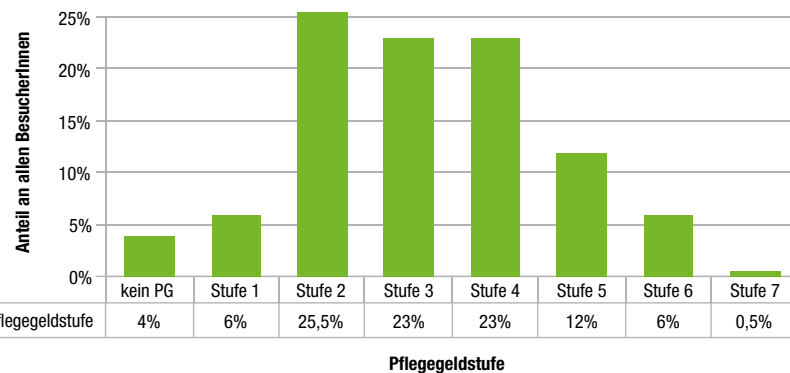
■ Diagr. 94: TageszentrumsbesucherInnen nach Geschlecht, 2010 (Wien)
Quellen: FSW, berechnet durch die MA 24

Die Altersstruktur weicht von der Altersstruktur der Personen, die mobile Leistungen in Anspruch nehmen, ein wenig ab. Der Anteil der 65- bis 84-Jährigen ist höher als im mobilen Segment, während der Anteil der Hochaltrigen geringer ist. Die Inanspruchnahme steigt im höheren Alter. Liegt der Anteil der 85-Jährigen, die ein Tageszentrum zwischen ein- und neunmal pro Monat besuchen, nur bei rund 26%, liegt dieser bei Personen, die das Tageszentrum mehr als 20 Tage pro Monat besuchen, bereits bei 33%.



■ Diagr. 95: TageszentrumsbesucherInnen nach Altersgruppen und Anzahl der monatlichen Besuchstage, 2010 (Wien)
Quellen: FSW, bearbeitet durch die MA 24

Die meisten BesucherInnen eines Tageszentrums beziehen ein Pflegegeld der Stufe 2 bis 4. Personen mit hohen Pflegegeldstufen nehmen das Angebot kaum in Anspruch.

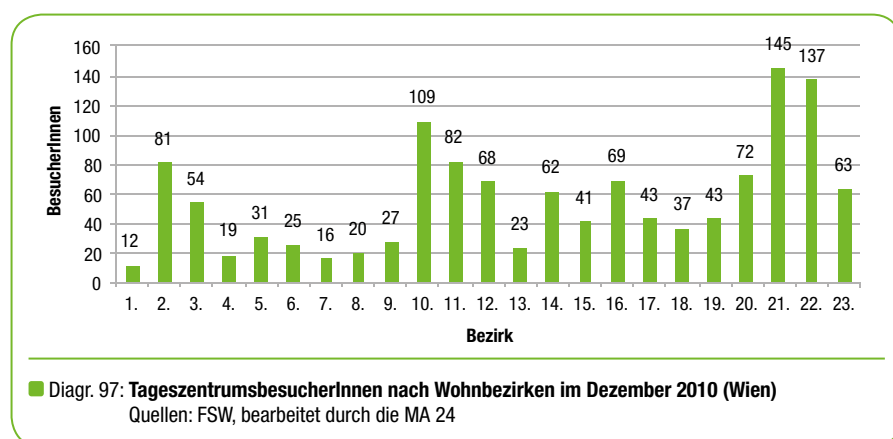


■ Diagr. 96: TageszentrumsbesucherInnen nach Pflegegeldstufen, 2010 (Wien)
Quellen: FSW, bearbeitet durch die MA 24

Regionale Verteilung

Bei den Tageszentren handelt es sich um Einrichtungen, die neben der Betreuung und Förderung der BesucherInnen auch der Entlastung pflegender Angehöriger dienen. Die Nutzung hängt hier sehr stark vom Angebot ab. In den meisten Bundesländern wird der Bedarf nach Quoten (z.B. bestimmte Platzanzahl pro Bevölkerung 75+ oder pro PflegegeldbezieherInnen) abgeschätzt.

Wien hat einen höheren Bedarf als die anderen Bundesländer, da Tageszentren tendenziell ein Angebot für den urbanen Bereich sind. In ländlichen Gegenden ist es schwierig, eine gute Auslastung zu erzielen und dabei die Anreisezeiten in einem verträglichen Rahmen zu halten.



4.2.4. Angebote für SeniorInnen

Das Angebot für SeniorInnen wurde in Wien in den letzten Jahren stark erweitert. Es gibt eine Fülle verschiedener Angebote aus den Bereichen Geselligkeit, Bewegung, Sport, Fitness, Reisen, Computer und Internet, Bildung sowie Kultur. Zentrale Ansprechstelle für diese Angebote ist das *SeniorInnenbüro* der *Stadt Wien*.

Zu den vielfältigen finanziellen Unterstützungen der *Stadt Wien* für SeniorInnen zählen beispielsweise der Mobilpass, der Kulturpass, die Mietbeihilfe für PensionsbezieherInnen, der Heizkostenzuschuss sowie der Freizeitfahrtendienst und die Parkometerabgabe-Befreiung für Menschen mit Bewegungseinschränkung.

Informationen zu den Angeboten und Begünstigungen für SeniorInnen in Wien gibt es im *SeniorInnenbüro*, wo auch Informationsbroschüren zu verschiedenen Themen erhältlich sind.¹⁵⁴

SeniorInnen werden zunehmend als neue Zielgruppe der Wirtschaft erkannt. Die *Stadt Wien* bietet bereits seit vielen Jahren vielfältige Angebote für SeniorInnen an, die für alle leistbar sind.

¹⁵⁴ Nähere Infos unter: www.senior-in-wien.at.

2012 im Zeichen des Zusammenhalts

Ein Beitrag des SeniorInnenbüros der Stadt Wien

Aus gutem Grund ist das Europäische Jahr 2012 nicht nur dem aktiven Altern gewidmet, sondern auch der Solidarität der Generationen, also der gegenseitigen Unterstützung von Jüngeren und Älteren. Denn soziale Sicherheit und sozialer Zusammenhalt sind die Grundlagen dafür.

Europas Bevölkerung wird immer älter und bleibt immer länger vital und aktiv. Dank des sozialen und medizinischen Fortschritts hat unser Leben mehr Jahre und es geht darum, diesen gewonnenen Jahren möglichst viel Sinn und Inhalt zu geben. Der demografische Wandel bringt vielfältige Herausforderungen, aber auch Chancen. Anstatt das Altern als Belastung oder Bedrohung zu sehen, wird es im Europäischen Jahr aus einer anderen Perspektive betrachtet: als Verdienst und Erfahrungsschatz, von dem alle Generationen profitieren.

Was ist aktives Altern?

Aktives Altern bedeutet, bei guter Gesundheit und als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft älter zu werden, im Alltag unabhängiger und engagierter sein zu können. Wichtig ist, das große Potenzial auszuschöpfen, über das ältere Generationen auch in hohem Alter verfügen. Die inhaltlichen Schwerpunkte dazu sind in vier Hauptbereiche gegliedert:

Der Bereich *Arbeitswelt* konzentriert sich auf die Erhöhung der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz; auf Unterstützung, länger in einer Beschäftigung zu bleiben, und darauf, dass lebensbegleitendes Lernen den Bedürfnissen der älteren Berufstätigen angepasst wird.

Im Bereich *Teilhabechancen* soll sichergestellt werden, dass der gesellschaftliche Beitrag älterer Menschen stärker gewürdigt wird und Bedingungen geschaffen werden, die ihre Rolle fördern.

Altern in Gesundheit und Würde umfasst neben einer individuellen und kollektiven Selbstvorsorge auch die Gestaltung altersentsprechender Umfeldler wie Wohnen, Ver-



Dr.ⁱⁿ Angelika Rosenberger-Spitzky und Marianne Klicka

© Foto: FSW

kehr sowie Zugänglichkeit von Gebäuden, öffentlichen Räumen und Institutionen. Der Bereich *Generationen* lenkt die Aufmerksamkeit auf die Beziehung der Altersgruppen untereinander. Solidarität und wechselseitige Akzeptanz sollen dabei nicht aus den Augen verloren werden. Generationenverbindende Aktivitäten auf allen Ebenen ermöglichen es, Vorurteilen und Diskriminierung konstruktiv zu begegnen. Indem sich SeniorInnen aktiv einbringen – zum Beispiel als UnterstützerInnen für die Familie oder im Rahmen der Freiwilligenarbeit – leben sie Solidarität mit anderen und erhalten damit weitgehend ihre Selbstständigkeit.

Zahlreiche Aktivitäten für alle WienerInnen

Im *Europäischen Jahr 2012* wurde den Wiener SeniorInnen in zahlreichen Veranstaltungen zu den Schwerpunkten *aktives Altern*, Gesundheit, Bewegung & Aktivität oder Pflege & Betreuung die Gelegenheit geboten, sich zu informieren, Neues kennenzulernen und dieses gleich vor Ort auszuprobieren.

Zum Thema *aktives Altern* standen unter anderem gesundheitsfördernde Aktivitäten in insgesamt zwölf PensionistInnenclubs auf dem Programm. Dazu zählten z.B. Ernährungsworkshops oder spielerische Bewegungseinheiten. In Wiener Einkaufszentren fanden Veranstaltungen zum Thema Herz-Kreislauf-Risiko statt, in SeniorInnenzentren,

PensionistInnenclubs und Einrichtungen wie den *Wiener Volkshochschulen* gab es spezielle Angebote für SeniorInnen, die sich geistig fit halten wollen. Insbesondere die Nachfrage nach Computerkursen ist in den letzten Jahren stark gestiegen.

Als soziale Drehscheibe fördert und vermittelt der *FSW* auch Leistungen für SeniorInnen oder ältere Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf. Die MitarbeiterInnen des KundInnenservice beraten kostenlos und kompetent KundInnen und ihre Angehörigen in den Beratungszentren des *FSW*.

Die *Tageszentren für Seniorinnen und Senioren* des *FSW* bieten ihren KundInnen abwechslungsreiche und auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmte Aktivitäten. So geben sie älteren Menschen die Möglichkeit, den Tag gemeinsam mit anderen aktiv und gut betreut zu verbringen. Im Rahmen der Aktion *Tag der offenen Tür* sind SeniorInnen und Angehörige in allen neun Tageszentren des *FSW* eingeladen, die Einrichtungen kennenzulernen.

Zahlreiche Tageszentren, PensionistInnenclubs, Vereine etc. haben spezifische Sportangebote für SeniorInnen in Wien. Zur Förderung von Beweglichkeit und Koordination sind InteressentInnen eingeladen, sich z.B. an Gymnastik- oder Nordic Walking-Gruppen zu beteiligen, bei Tanzkursen mitzumachen oder gemeinsam zu schwimmen.

Das SeniorInnenbüro als Drehscheibe

Im *SeniorInnenbüro* hat das Team rund um Dr.ⁱⁿ Angelika Rosenberger-Spitzy als Botschafterin und die Dritte Landtagspräsidentin Marianne Klicka als Koordinatorin des *EU*-Jahres 2012 in Wien zahlreiche Tipps und Ratschläge, wie alle Generationen voneinander profitieren können. Ein Beispiel dafür ist das Projekt *LesepatInnen*, bei dem ältere

Menschen an Wiener Schulen mit Kindern das Lesen üben. Beide Altersgruppen sollen Einblick in die Welt des jeweils anderen erhalten, um so das Verständnis füreinander zu stärken. Eine weitere Möglichkeit bietet sich in der *Wiener Hauptbücherei*, wo ältere Menschen als freiwillige HelferInnen mitarbeiten. Wie ehrenamtlich tätige SeniorInnen

immer wieder berichten, macht Aktivität im Alter Freude und ist anderen oft eine wertvolle Hilfe.

Das *SeniorInnenbüro* unter 01/4000-85 80 oder unter www.senior-in-wien.at steht für Fragen und Auskünfte gerne zur Verfügung.

2012 – Europäisches Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen

Das *Europäische Jahr* sensibilisiert die Öffentlichkeit für den gesellschaftlichen Beitrag älterer Menschen, indem bessere Rahmenbedingungen für *aktives Altern* geschaffen und die Solidarität zwischen den Generationen gestärkt wird. In die Umsetzung der Inhalte sind zahlreiche AkteurInnen wie KoordinatorInnen und BotschafterInnen einge-

bunden, die durch ihre Bekanntheit und ihr persönliches Engagement die Bedeutung des *Europäischen Jahres* vermitteln.

www.aktualtern2012.at, *Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz*, Informationen und weiterführende Links.

www.senior-in-wien.at oder 01/4000-85 80, *SeniorInnenbüro der Stadt Wien*, Koordination zahlreicher Diskussionen und Initiativen zum *Europäischen Jahr*.

Pflege- und Betreuungsleistungen

Um Menschen im fortgeschrittenen Alter ein Leben in der eigenen Wohnung zu ermöglichen, fördert die *Stadt Wien* individuelle Pflege- und Betreuungsangebote für zu Hause. Diese können vorübergehend oder dauerhaft in Anspruch genommen werden.

Zu den mobilen Angeboten zählen unter anderem:

- Heimhilfe
- Essen auf Rädern
- Besuchs- und Begleitdienst
- INDIBET – die Heimhilfe für demente und/oder psychisch kranke Menschen
- Reinigungsdienst
- Wäscheservice
- 24-Stunden-Betreuung (Förderung durch das Bundessozialamt möglich)
- Kontinenzberatung
- Hauskrankenpflege

Darüber hinaus gibt es in Wien 17 *Tageszentren für Seniorinnen und Senioren*, in denen ältere Menschen tagsüber individuell betreut werden. Ist die häusliche Betreuung nicht mehr ausreichend, stehen verschiedene stationäre Einrichtungen zur Verfügung. Ältere Personen werden hier entsprechend ihren Bedürfnissen und ihrem Pflegebedarf betreut.

Die vom *FSW* geförderten Pflege- und Betreuungsleistungen umfassen mobile, teilstationäre sowie stationäre Angebote. Zusätzlich bietet der *FSW* Beratung und *Case Management* sowie einige ambulante Angebote an.



Alter und Pflege

Der Anstieg der älteren Bevölkerung führt zu einer größeren Anzahl Pflegebedürftiger und verändert deren Verhältnis zu den nicht pflegebedürftigen Personen. Diese Entwicklung führt zu einem steigenden Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal, entsprechend höheren Pflege- und Betreuungsleistungen und damit auch zu einem höheren Finanzierungsbedarf.

Das *Wiener Geriatriekonzept* sieht sowohl den Ausbau als auch die qualitative Weiterentwicklung dieser Leistungen vor. Dazu zählt die Eröffnung weiterer stationärer Pflegeeinrichtungen, der bis 2015 abgeschlossene Ersatz der alten Geriatriezentren durch die neuen Pflegewohnhäuser des *Wiener Krankenanstaltenverbundes*, die Neuorientierung des *Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser* sowie der Ausbau und die Weiterentwicklung der mobilen und teilstationären Dienste in Wien.

Die steigenden Kosten im Bereich der Pflege und Betreuung bedürfen sowohl für das bestehende Angebot als auch für den weiteren Ausbau gemeinsamer Anstrengungen von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern. Auch alternative Formen der Finanzierung müssen überlegt werden. Das derzeitige Finanzierungssystem beruht auf drei Pfeilern: Pflegegeld, Eigenmittel der Betroffenen aus Einkommen und Vermögen sowie Sozialhilfemittel. Seit 2011 werden Teile der Pflege- und Betreuungsleistungen auch aus dem von Bund und Ländern dotierten *Pflegefonds* mitfinanziert.

Die Diskussion sollte nicht nur zu zusätzlichen Mitteln für die Pflege und Betreuung, sondern auch zu einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitswesen und dem Pflegesektor sowie zu einem Ausstieg aus der Sozialhilfefinanzierung führen. Letztere ist eine versteckte 100%ige Vermögenssteuer für untere Einkommensschichten, die die erforderlichen Pflege- und Betreuungsleistungen nicht aus ihrem Einkommen und dem Pflegegeld finanzieren können.

© Foto: FSW