

Der Vorteil gegenüber anderen Systemen ist die zentrale Steuerung und Koordination der Pflege und Betreuung in Wien durch das Beratungszentrum Pflege und Betreuung. Damit kann Unter- und Überversorgung vermieden und adäquate Unterstützung rasch und aufeinander abgestimmt organisiert werden.

Der stationäre Versorgungsgrad ist in Wien im Vergleich zu den anderen Bundesländern mit Abstand am höchsten.

Während der Umbau im KAV mit Ende 2015 bzw. Anfang 2016 abgeschlossen ist, erfolgen die Neuausrichtung des KWP und die Umstellung auf die neuen Angebote längerfristig.

In Wien werden stationäre, mobile sowie teilstationäre Pflege- und Betreuungsleistungen angeboten. Die Leistungen werden von städtischen, stadtnahen und privaten TrägerInnen erbracht. Nahezu alle Pflege- und Betreuungsleistungen in Wien werden durch den FSW gesteuert und gefördert.¹⁴⁴ Den Betroffenen und ihren Angehörigen stehen mit dem Beratungszentrum Pflege und Betreuung¹⁴⁵ eine zentrale Beratungs- und Koordinationsstelle (*Case Management*) zur Verfügung.

Leistungsbeschreibung

Stationäre Leistungen

Wien verfügt mit rund 17.300 geförderten Wohn- und Pflegeplätzen über ein großes und breit gefächertes Angebot im stationären Bereich. Wien weist damit den höchsten Versorgungsgrad (Plätze im Verhältnis zu PflegegeldbezieherInnen) in ganz Österreich auf. Diese Anzahl wurde in den letzten Jahren auch mithilfe privater Anbieter erreicht, was zu einer breiteren Vielfalt der Wiener Pflegelandschaft beigetragen hat. Städtische bzw. stadtnahe Organisationen (KAV und KWP) stellen aber mit 71% nach wie vor den Großteil dieser Plätze.

	Gesamt	KWP	KAV	Privat
geförderte Wohn- und Pflegeplätze	17.287	8.924	3.387	4.976
Pflegeplätze (inklusive Kurzzeit- und Urlaubspflege)	9.741	1.805	3.387	4.549
Wohnplätze (mit und ohne Betreuungsleistungen)	7.546	7.119	0	427

TABELLE 35: Angebot an Wohn- und Pflegeplätzen, 2013 (Wien)
Quelle: FSW, berechnet durch die MA 24

Die **Umwandlung der Geriatriezentren des KAV** in moderne Pflegewohnhäuser wird 2015 abgeschlossen sein, womit den WienerInnen in diesen Einrichtungen ausschließlich Ein- und Zweibettzimmer zur Verfügung stehen. Mit der Wiedereröffnung des modernisierten und erweiterten Pflegewohnhauses Donaustadt werden rund 90 neue Spezialplätze für Langzeitbeatmete sowie eine Apalliker Care Unit geschaffen.¹⁴⁶

Die **Neuausrichtung des KWP** erfolgt überwiegend durch die kontinuierliche Umwandlung von Wohnplätzen in Plätze des *Betreuten Wohnens*. Seit 01.01.2012 steht neu einziehenden Personen neben dem *Betreuten Wohnen* das Angebot *Gepflegt.Wohnen stationärer Bereich* zur Verfügung. Wie bisher, wenn auch in reduziertem Ausmaß, können unbetreute Wohnplätze im Rahmen des *Unterstützten Wohnens* in Anspruch genommen werden. Für BewohnerInnen des *Betreuten Wohnens* mit erhöhtem Pflege- und Betreuungsbedarf wurde mit dem Angebot *Tag.Betreuung* ein neues Angebot zur Förderung der körperlichen und geistigen Fitness sowie der sozialen Kontakte der BewohnerInnen geschaffen. Für Personen, die aufgrund einer fortgeschrittenen demenziellen Erkrankung oder mobiler Einschränkungen nicht (mehr) in der Lage sind, ihren Tagesablauf selbst zu organisieren oder zu strukturieren, wurde mit dem Angebot *Tag.Familie* eine intensivere Form der Tagesbetreuung geschaffen.

144 Website des FSW, <http://www.fsw.at/foerderwesen/> (26.06.2014).

145 Website des FSW, http://pflege.fsw.at/bzp/bzp_leistungen.html (25.06.2014).

146 Website des KAV, <http://www.wienkav.at/kav/pflegewohnhaus.asp> (26.06.2014).

Ziel dieses neuen Angebotes ist es, durch sinnstiftende Aufgaben und Betätigungen die Selbstkompetenz der BewohnerInnen zu stärken und die Lebensqualität zu steigern.¹⁴⁷

Darüber hinaus steht Menschen mit Behinderung im Haus Mariahilf das neue Angebot *Betreutes Wohnen Tag.Familie* zur Verfügung. Die Leistung wurde speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung im höheren Alter abgestimmt und umfasst Wohnen, Betreuung und Pflege. Es besteht auch die Möglichkeit, gemeinsam mit einem Elternteil einzuziehen.¹⁴⁸

Auch im **Bereich der privaten AnbieterInnen** wurden in den letzten Jahren neue Wege beschritten, etwa mit dem Generationenwohnen: Menschen unterschiedlichen Alters teilen ein gemeinsames Zuhause in einem familienähnlichen Umfeld. Ein hohes Maß an Selbstbestimmung bleibt damit bis ins hohe Alter gewahrt. Auch das Hausgemeinschaftsmodell verfolgt dieses Ziel. Unterstützt durch professionelle Pflegedienste wird eine aktive Beteiligung an Alltagsaktivitäten ermöglicht.¹⁴⁹ Das Modell der SeniorInnenwohngemeinschaften richtet sich an Personen, die aus physischen, psychischen oder sozialen Gründen nicht mehr alleine leben können oder wollen. Die SeniorInnenwohngemeinschaften werden durch mobile Dienste versorgt.¹⁵⁰ Die zuletzt eröffnete Einrichtung einer privaten Trägerin ist das Wohn- und Pflegehaus St. Teresa der Caritas der Erzdiözese Wien, das im März 2014 in Betrieb ging und nach dem Hausgemeinschaftsmodell geführt wird.

Mobile Leistungen

Die mobilen Pflege- und Betreuungsleistungen stellen eine wichtige Unterstützung zur Erhaltung der Lebensqualität älterer Menschen in den eigenen vier Wänden dar. Mit der steigenden Lebenserwartung und dem Wunsch der WienerInnen, möglichst lange zu Hause zu leben, kommt diesem Angebot eine zunehmende Bedeutung zu. Daher wurden die mobilen Angebote in den letzten Jahren deutlich ausgebaut. Auch im Bereich der mobilen Versorgung weist Wien einen hohen Versorgungsgrad auf.

Die am meisten nachgefragte Leistung bei den mobilen Angeboten ist die Heimhilfe (22.029 KundInnen), gefolgt von der Hauskrankenpflege (9.187 KundInnen) und der Medizinischen Hauskrankenpflege (6.697 KundInnen). Der überwiegende Teil der KundInnen mobiler Dienste bezieht Pflegegeld. Der Altersmedian der KundInnen liegt – mit Ausnahme des Altersmedians der KundInnen des Sonderreinigungs- und des Wäschedienstes – bei mindestens 80 Jahren.

Mobile Dienste werden typischerweise von PflegegeldbezieherInnen in Anspruch genommen, die älter als 80 Jahre sind.

¹⁴⁷ Website des KWP, http://www.kwp.at/betreutes_wohnen.aspx (12.08.2014).

¹⁴⁸ Website des KWP, http://www.kwp.at/pics/web/Dokumente/HZL_MmB_web.pdf (25.06.2014).

¹⁴⁹ Vgl. FSW – Leistungsbericht 2011, dritter Band, S. 37.

¹⁵⁰ Website des FSW, http://pflege.fsw.at/wohnformen_pflege/seniorenwg/index.html (25.06.2014).

	KundInnen	Anzahl Dienstleistungen	Leistungseinheit	Anteil der PflegegeldbezieherInnen	Ø Pflegegeldstufe	Alter in Jahren (Median)
Besuchsdienst	6.179	319.474	Stunden	91,7%	2,78	81
Essen auf Rädern	2.286	476.557	Zustellungen	93,6%	2,94	83
Heimhilfe	22.029	3.866.490	Stunden	85,5%	2,62	81
Hauskrankenpflege	9.187	1.401.597	Stunden	92,7%	3,31	81
Medizinische Hauskrankenpflege	6.697	116.896	Stunden	76,3%	2,98	80
Sonderreinigungsdienst	161	2.446	Stunden	48,4%	2,01	66
Wäschedienst	299	4.498	Zustellungen	97,7%	2,94	78

TABELLE 36: Mobile Leistungen, 2013 (Wien)
 Quelle: FSW, berechnet durch die MA 24

Tageszentren für Seniorinnen und Senioren sind vor allem im Hinblick auf das sinkende informelle Pflegepotenzial von großer Bedeutung. Sie übernehmen wichtige Versorgungsfunktionen und tragen zur Entlastung der Angehörigen bei.

Teilstationäre Leistungen –Tageszentren für Seniorinnen und Senioren

Mit den Tageszentren steht älteren Menschen in Wien ein Betreuungsangebot zur Verfügung, das neben einem strukturierten Tagesablauf und verschiedensten Einzel- und Gruppenaktivitäten auch die Möglichkeit bietet, tagsüber notwendige Pflegeleistungen vor Ort in Anspruch zu nehmen. Dies ist vor allem im Hinblick auf das sinkende informelle Pflegepotenzial von großer Bedeutung.

Die Anzahl der Tageszentren wurde in den letzten Jahren sukzessive erhöht. 2013 standen 22 Tageszentren mit insgesamt 790 Plätzen zur Verfügung. Davon wurden elf von der Wiener Pflege- und Betreuungsdienste GmbH des FSW geführt, der Rest von privaten Organisationen. Fünf Tageszentren sind auf bestimmte Zielgruppen spezialisiert. Drei Einrichtungen stehen für Alzheimer- bzw. DemenzpatientInnen zur Verfügung, jeweils eine Einrichtung widmet sich den besonderen Anforderungen von Schlaganfall- und Multiple Sklerose-PatientInnen. Im Juni 2014 wurde das neueste Tageszentrum des FSW auf dem Areal des ebenfalls neu eröffneten Pflegewohnhauses Baumgarten eröffnet. Tageszentren werden verstärkt im städtischen Bereich eingesetzt. Wien hat hier ebenfalls eine Vorreiterrolle und die bei weitem höchste Anzahl an verfügbaren Plätzen.

Leistungsentwicklung

2013 nahmen rund 58.000 Personen Pflege- und Betreuungsleistungen des FSW in Anspruch. Dazu zählen gemäß der Klassifizierung nach dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) stationäre Leistungen (Wohnen und Pflege), mobile persönliche Betreuungs- und Pflegedienste¹⁵¹, mobile Beratungs- und Unterstützungsangebote¹⁵², spezielle Mobilitätshilfen und Beförderungsdienste¹⁵³, ambulante Beratungs- und Unterstützungsangebote¹⁵⁴, thera-

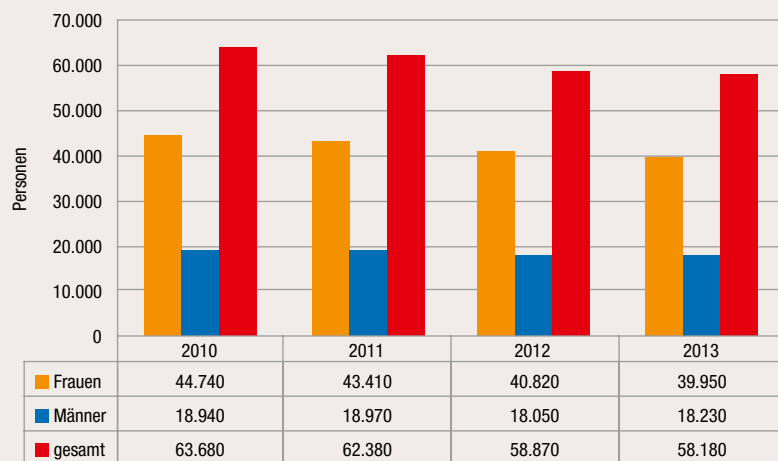
¹⁵¹ Heimhilfe (inkl. Übergangsheimhilfe des FSW, Heimhilfe für psychisch kranke und an Demenz erkrankte Personen), Mobile Hauskrankenpflege, die Medizinische Hauskrankenpflege und 24-Stunden-Betreuung.

¹⁵² Essen auf Rädern, Besuchsdienst, Reinigungsdienst (wurde 2012 eingestellt), Wäschedienst Sonderreinigungsdienst, Pflegenotruf und Akut-Interventionsdienst.

¹⁵³ Fahrtendienste etc.

¹⁵⁴ Soziale Arbeit im Krankenhaus, Kontinenz- und Stomaberatung, psychosoziale Beratung und Therapie und mobile soziale Arbeit.

peutische und psychosoziale Dienste¹⁵⁵, mobile Hospizteams und teilstationäre Einrichtungen¹⁵⁶. Die Anzahl der Personen, die diese Leistungen in Anspruch genommen haben, ist in den letzten Jahren leicht zurückgegangen. Im Vergleich zum Jahr 2010 hat die Gesamtanzahl der KundInnen mit Pflege- und Betreuungsleistungen um rund 9% abgenommen. Dies ist auf die demografische Entwicklung der letzten Jahre (siehe Kapitel 2 und Kapitel 6.2.1) sowie auf Änderungen im Angebotsspektrum des FSW zurückzuführen.



In Wien gab es in den letzten Jahren einen leichten Rückgang bei der Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen.

ABBILDUNG 124: KundInnen mit Pflege- und Betreuungsbedarf nach Geschlecht, 2010–2013 (Wien)
Quelle: FSW, bearbeitet durch die MA 24

Auch die Pflegequote ist in den letzten Jahren rückläufig. Die Anzahl der pflegebedürftigen Personen (PflegegeldbezieherInnen) ist nicht im selben Ausmaß gestiegen wie die Gesamtbevölkerung. Zuletzt waren 4,9% der Bevölkerung pflegebedürftig.

i ndikator 49					PFLEGEQUOTE (WIEN)
Jahr	2009	2010	2011	2012	Veränderungsrate (2009–2012)
Pflegequote	5,0%	5,1%	5,0%	4,9%	-2,8%
Berechnung: Anteil der PflegegeldbezieherInnen an der Gesamtbevölkerung					
Interpretation: Die Pflegequote hat in Wien im Zeitraum von 2009 bis 2012 leicht abgenommen. Der leichte Rückgang dürfte hier nur ein vorübergehender Effekt sein, der zum einen durch die demografische Entwicklung und zum anderen durch geänderte Zugangsbestimmungen in den niedrigen Pflegegeldstufen zu erklären ist. Keinesfalls ist daraus die Annahme abzuleiten, dass der Pflegebedarf der Bevölkerung in den nächsten Jahren abnehmen könnte.					
Quelle: BMASK – Pflegevorsorgeberichte, Statistik Austria – STATcube, berechnet durch die MA 24					

155 Ergotherapie, Logotherapie und Physiotherapie.
156 Tageszentren.

Die mobilen persönlichen Betreuungs- und Pflegedienste verzeichneten im Beobachtungszeitraum leichte Zuwächse, wohingegen die Anzahl der Personen mit mobilen Beratungs- und Unterstützungsangeboten deutlich (um rund 16%) abgenommen hat. Hauptgründe dafür sind die Einstellung des Reinigungsdienstes im Jahr 2012 sowie alternative (nicht geförderte) Angebote, die eine sinkende Nachfrage nach dem Angebot Essen auf Rädern mit sich gebracht haben.

Die Anzahl der stationär versorgten KundInnen des Bereiches Pflege und Betreuung ist in den letzten Jahren leicht zurückgegangen. Allerdings hat die Gesamtzahl der Personen mit Pflege- und Betreuungsbedarf in den letzten Jahren einen noch deutlicheren Rückgang erfahren, weshalb die stationäre Versorgung der KundInnen anteilmäßig zugenommen hat.

i ndikator 50		RELATIVE PFLEGEQUOTE STATIONÄR (WIEN)			
Jahr	2010	2011	2012	2013	Veränderungsrate (2010–2013)
Relative Pflegequote stationär	35,9%	36,2%	38,2%	37,8%	5,4%
Berechnung: Anteil stationär versorgter Personen an allen Personen, die Pflege- und Betreuungsleistungen in Anspruch genommen haben					
Interpretation: Der Anteil der stationär versorgten Personen an allen Personen mit Pflege- und Betreuungsbedarf hat in den letzten Jahren um 5,4% zugenommen. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass die Intensität der Pflegebedürftigkeit unter allen KundInnen des Bereiches Pflege und Betreuung zugenommen hat.					
Anmerkung: Doppelzählungen in der relativen Pflegequote stationär und nicht stationär sind aufgrund von Personen, die im gleichen Jahr in beiden Bereichen auftreten, möglich.					
Quelle: FSW, berechnet durch die MA 24					

Das Angebot des (unbetreuten) Wohnens wurde im Jahr 2013 erwartungsgemäß deutlich weniger in Anspruch genommen als im Vorjahr. Dies ist vor allem auf die bereits beschriebene Neuausrichtung des KWP – die Umwandlung reiner Wohnplätze in Wohnplätze mit Betreuungsleistungen – zurückzuführen.

Die Anzahl der BesucherInnen der Tageszentren ist geringfügig, aber stetig gestiegen, in den kommenden Jahren ist aufgrund der neueröffneten Tageszentren mit einem entsprechenden Anstieg der KundInnenzahlen zu rechnen.

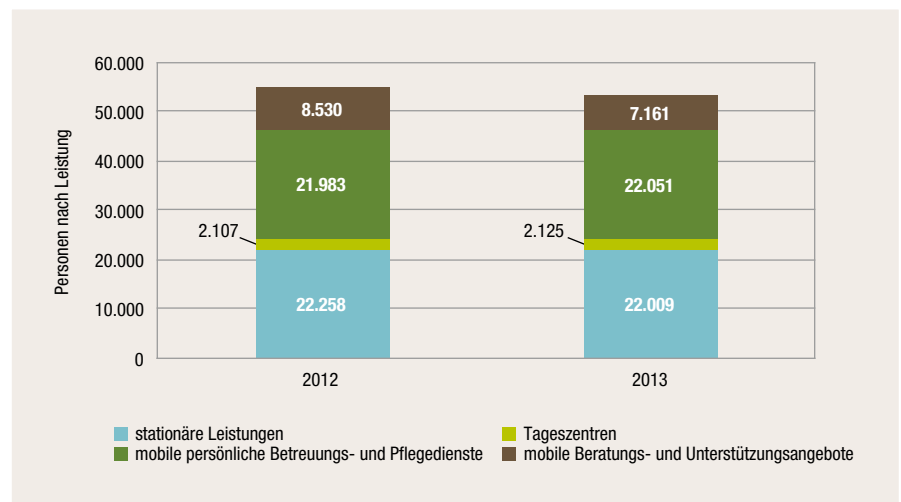
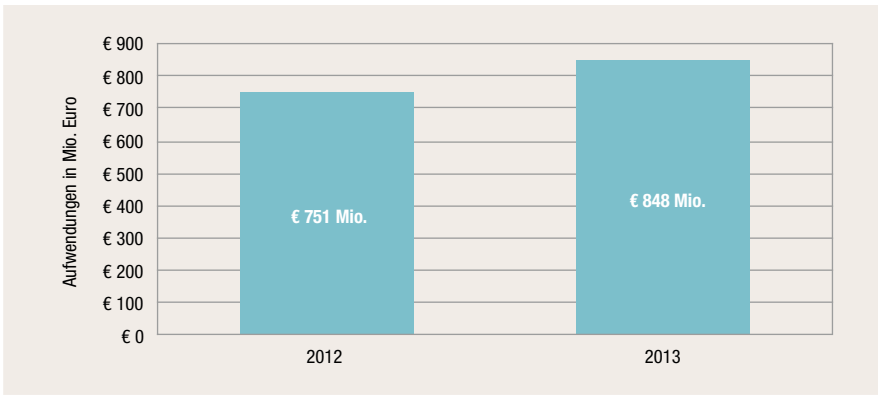


ABBILDUNG 125: KundInnen mit Pflege- und Betreuungsbedarf nach Leistungen, 2012–2013 (Wien)
Quelle: FSW, bearbeitet durch die MA 24

Die Gesamtausgaben des FSW beliefen sich im Jahr 2013 auf rund 1,2 Mrd. Euro. Davon entfallen rund zwei Drittel auf den Bereich Pflege und Betreuung. Von 2012 auf 2013 sind die Ausgaben in diesem Bereich um rund 13% gestiegen.



Der FSW hat 2013 rund 848 Mio. Euro für die Pflege und Betreuung aufgewendet.

ABBILDUNG 126: Ausgaben Fachbereich Pflege und Betreuung, 2012–2013 (Wien)
Quelle: FSW, bearbeitet durch die MA 24

Beschreibung der LeistungsbezieherInnen

Die einzelnen Teilbereiche der Pflege- und Betreuungsleistungen werden von verschiedenen Altersgruppen in einem unterschiedlichen Ausmaß in Anspruch genommen. Ein Vergleich zwischen den Geschlechtern zeigt zum Teil markante Unterschiede in der Altersstruktur: Knapp zwei Drittel der Frauen, die stationäre Leistungen in Anspruch nehmen, ist älter als 85 Jahre. Bei den Männern befinden sich in der gleichen Altersgruppe lediglich 39% in einer stationären Einrichtung. Männer ziehen darüber hinaus im Schnitt bereits in jüngeren Jahren in die stationären Einrichtungen. Das Angebot der Tageszentren wird erwartungsgemäß von einer jüngeren Zielgruppe in Anspruch genommen. Frauen, die mobile persönliche Betreuungs- und Pflegedienste oder mobile Beratungs- und Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen, sind fast zur Hälfte mindestens 85 Jahre alt. Die männlichen Kunden der beiden mobilen Leistungsgruppen gehören jeweils nur etwa zu einem Viertel der Altersgruppe der über 85-Jährigen an.

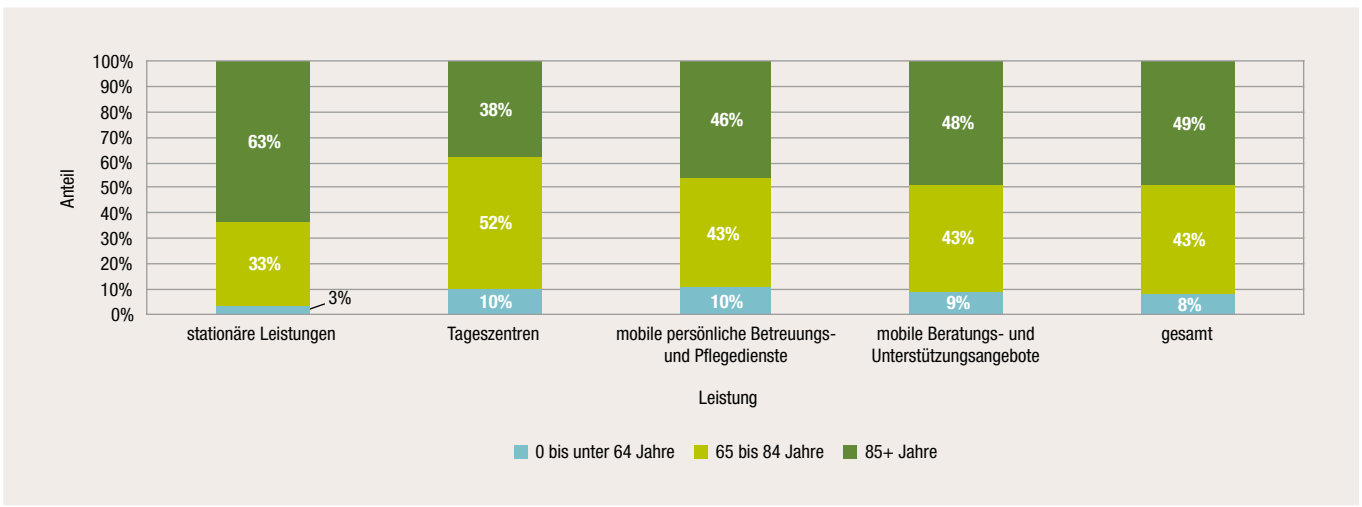


ABBILDUNG 127: Kundinnen Bereich Pflege und Betreuung nach Alter und Leistungen, 2013 (Wien)
Quelle: FSW, berechnet durch die MA 24

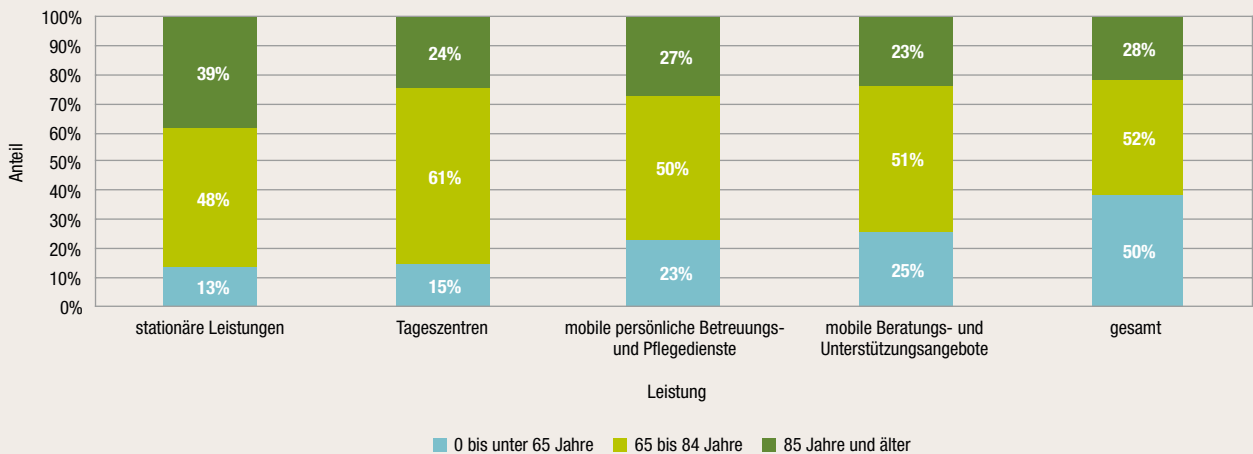


ABBILDUNG 128: Kunden Bereich Pflege und Betreuung nach Alter und Leistungen, 2013 (Wien)
 Quelle: FSW, berechnet durch die MA 24

Die mittlere Verweildauer der im Bereich der allgemeinen stationären Pflege untergebrachten Personen liegt bei rund zwei Jahren und zwei Monaten. Frauen verbringen 27,7 Monate in einer stationären Pflegeeinrichtung, Männer kommen auf 22,6 Monate. Basis der Darstellung in Abbildung 129 sind alle im Laufe des Jahres 2013 aus der Leistung ausgeschiedenen Personen.

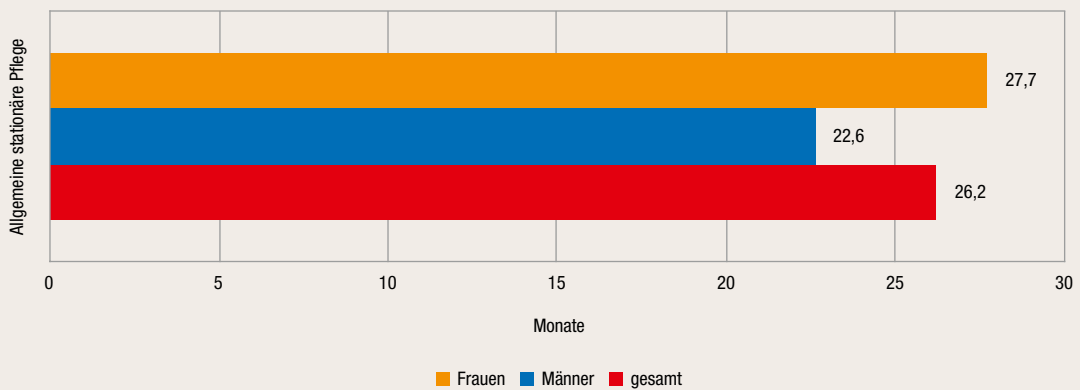


ABBILDUNG 129: Durchschnittliche Bezugsdauern der KundInnen der allgemeinen stationären Pflege nach Geschlecht, 2013 (Wien)
 Quelle: FSW, berechnet durch die MA 24

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Bereich der allgemeinen stationären Pflege liegt bei etwas mehr als zwei Jahren.

Die am stärksten nachgefragten Leistungen im mobilen Bereich sind die Hauskrankenpflege sowie die Heimhilfe. Abbildung 130 veranschaulicht die Inanspruchnahme dieser beiden Angebote nach Geschlecht. Die Hauskrankenpflege wird im Schnitt rund ein Jahr und zehn Monate lang bezogen (Frauen beziehen im Durchschnitt etwas mehr als ein Monat länger als Männer). Während Frauen und Männer bei der Hauskrankenpflege also ähnliche Bezugsdauern aufweisen, ist die Inanspruchnahme der Heimhilfe unterschiedlich verteilt: Frauen stehen im Durchschnitt knapp 34 Monate im Bezug der Leistung, Männer werden um knapp ein halbes Jahr kürzer mit diesem Angebot versorgt.

6.1 Leistungen zur Pflege und Betreuung sowie Gesundheitsdienstleistungen für spezielle Zielgruppen

6.1.1 Pflege und Betreuung

Vielfalt bestimmt die Wiener Pflege- und Betreuungslandschaft. Betroffene können aus einer Vielzahl an Angeboten wählen. Auf die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Betroffenen wird großer Wert gelegt.

Der Bereich Pflege und Betreuung hat in Wien in den letzten Jahren eine umfassende Modernisierung erfahren. Im Zuge des im Jahr 2004 beschlossenen *Wiener Geriatriekonzeptes* wurden unter anderem die Umwandlung der Geriatriezentren des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) in moderne Pflege-wohnhäuser und die Neuausrichtung des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (KWP) umgesetzt. Zusätzlich wurden private Träger verstärkt in den Ausbau des stationären Angebots eingebunden. Den WienerInnen steht nunmehr das modernste stationäre Pflegeangebot Österreichs zur Verfügung. Der Großteil der Plätze wurde neu geschaffen und die alten Einrichtungen modernisiert bzw. geschlossen. Das Angebot ist breit gefächert und reicht von den Pflegewohnhäusern des KAV und den beiden Standorten des Hauses der Barmherzigkeit mit einer permanenten medizinischen Betreuung bis hin zu den Häusern des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser, die ihr Angebot auf Menschen mit etwas geringerem Pflegebedarf ausgerichtet haben. Zusätzlich gibt es auf bestimmte Zielgruppen spezialisierte Einrichtungen (z.B. jüdisches Pflegewohnhaus) sowie unterschiedliche Modelle der Organisation der Pflege (z.B. Hausgemeinschaftsmodell, Mehrgenerationenwohnhäuser). Die Zielsetzung des Wiener Geriatriekonzeptes, die Pflege zu den Menschen zu bringen, wird durch eine wohnortnahe Versorgung sichergestellt. Großeinrichtungen wie das frühere Geriatriezentrum Wienerwald gehören der Vergangenheit an. Damit ist auch die Versorgung in der früheren Wohnumgebung bzw. in der Nähe der Angehörigen möglich. Alle neuen Standorte sind außerdem gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln (meist U-Bahn-Anbindung) erschlossen. Die Bedarfsplanung der Magistratsabteilung 24 (MA 24) und die Versorgungsplanung des Fonds Soziales Wien (FSW) sorgen dafür, dass die Plätze in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen.

Bedarfs- und Versorgungsplanung

infobox

Die neue Strategie *Pflege und Betreuung in Wien 2030* sieht keinen weiteren Ausbau der stationären Versorgung in Wien vor. Der künftige Bedarf soll einerseits durch die bestehenden Einrichtungen und andererseits durch kleinteiligere Projekte (z.B. Wohngemeinschaften) sowie durch neue Leistungsangebote im Bereich der teilstationären und mobilen Versorgung abgedeckt werden. Das Kuratorium Wiener

Pensionisten-Wohnhäuser wird ebenfalls verstärkt pflegerische Aufgaben übernehmen. Der Steuerung durch das *Case Management* des FSW kommt in Zukunft noch zentralere Bedeutung zu, da auch die Schnittstelle zum Gesundheitswesen miteinbezogen werden muss (z.B. bei der Remobilisation oder der Demenzversorgung).

Die mobile und teilstationäre Versorgung in Wien hat sich in den letzten Jahren ebenfalls weiterentwickelt. Ähnlich wie in der stationären Pflege und Betreuung ist das Angebot vielfältiger geworden und die individuellen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen werden noch stärker berücksichtigt. In Wien sind die mobilen Dienste ohne Wartezeit verfügbar. Auch im Bereich der sta-

tionären Versorgung sind die Wartezeiten im Normalfall kurz. Trotz des hohen Standards der Pflege- und Betreuungsdienste in Wien bleibt die Pflege und Betreuung für die Betroffenen leistbar. In Wien gibt es keinen Regress von Eltern für ihre volljährigen Kinder bzw. von Kindern für ihre Eltern und die Tarife sind in der mobilen und teilstationären Versorgung sozial gestaffelt. Bei stationärer Unterbringung wird sowohl auf Einkommen (inkl. Pflegegeld) als auch auf Vermögen zurückgegriffen. Den Betroffenen stehen aber ein Taschengeld sowie die Pensionssonderzahlungen zur freien Verfügung.

Die Evaluierung des *Wiener Geriatriekonzeptes* ergab, dass das Konzept zur Gänze umgesetzt wurde. Den Schlussstein bilden die Neu- bzw. Wiedereröffnung der Pflegewohnhäuser Rudolfsheim-Fünfhaus und Donaustadt.

Das neue Strategiekonzept *Pflege und Betreuung in Wien 2030* baut auf dem *Wiener Geriatriekonzept* auf und setzt neben der Weiterentwicklung der Pflege- und Betreuungsleistungen auf neue Angebote zur Unterstützung und Entlastung der Angehörigen sowie auf die Implementierung von Remobilisationsangeboten.

Das *Wiener Geriatriekonzept* aus dem Jahre 2004 wurde sukzessive abgearbeitet und zur Gänze umgesetzt. Die Pflege und Betreuung in Wien hat dadurch einen Modernisierungsschub erfahren.

Pflege und Betreuung in Wien 2030

infobox

Die Stadt Wien hat ein neues Strategiekonzept für die Pflege und Betreuung erarbeitet. Darin wurden die folgenden Leitlinien für die Weiterentwicklung des Angebots festgelegt:

1. Evidenzbasierte Planung und wirkungsorientierte Steuerung sichern die Versorgung der WienerInnen mit qualitativ hochwertigen Pflege- und Betreuungsangeboten in der nächsten Planungsperiode bis 2030.
2. Ein nachhaltiges Finanzierungssystem sowie ein sozial ausgewogenes Kostenbeitragssystem tragen zur künftigen Finanzier- und Leistbarkeit der Pflege und Betreuung in Wien bei.
3. Partizipation, aktive Teilhabe und Prävention sind die Eckpunkte einer neuen SeniorInnenpolitik in Wien.
4. Gezielte Information, gestützte Entscheidungsfindung und ein vereinfachter Zugang zu den Pflege- und Betreuungsleistungen in Wien sind die Grundlage für ein durchlässiges und partizipativ orientiertes Betreuungs- und Pflegeangebot.
5. Pflegenden bzw. betreuenden Angehörigen werden frühzeitig entlastet und zielgerichtet unterstützt, begleitend werden Maßnahmen für Freiwillige gesetzt.
6. Ziel ist, eine selbstständige Lebensführung bis ins hohe Alter zu ermöglichen.
7. Angestrebt wird eine integrierte Versorgung mit individuellen, flexiblen und durchlässigen Pflege- und Betreuungsangeboten.
8. Pflege- und Betreuungsleistungen sind für alle gesellschaftlichen Gruppen zugänglich und decken alle Formen und Stadien von Pflege- und Betreuungsbedarfen ab.

9. Pflege und Betreuung sind ein Produktivfaktor und eine wichtige Investition in die Zukunft unserer Stadt.

Die neue Strategie legt den Schwerpunkt auf die Vermeidung bzw. Reduzierung von Pflegebedürftigkeit. Das Angebot wird daher rehabilitativer und flexibler ausgerichtet. Der inklusive Ansatz der Wiener Pflege- und Betreuungspolitik setzt einen offenen und niederschweligen Zugang sowie ein leistbares und vielfältiges Angebot voraus. Dazu zählt auch die Förderung der Beteiligung und Teilhabe von älteren Menschen in regionalen Entwicklungs- und Entscheidungsprozessen. Die Strategie sieht weiters eine größere Durchlässigkeit zwischen den unterschiedlichen Betreuungsformen und Leistungssystemen vor. So sollen die Übergänge in stationäre Einrichtungen reversibel gestaltet und die kurzfristige Aufnahme und die Remobilisierung in den stationären Einrichtungen forciert werden.

In einem ersten Schritt wird ein umfassendes Unterstützungspaket für Angehörige umgesetzt. Dieses soll zur Entlastung der Angehörigen beitragen und verbesserte Rahmenbedingungen für Berufstätige schaffen. Es umfasst nicht nur individuelle Beratung und Unterstützung, sondern auch Schulungen der Angehörigen sowie die Möglichkeit, im Verhinderungsfall sehr rasch und unbürokratisch Unterstützung für die Betreuung und Pflege der Angehörigen zu erhalten. Zusätzlich wird die Stadt Wien die Ausweitung der Öffnungszeiten der Tageszentren in einem Pilotprojekt erproben und bei Annahme des Angebots auf alle Tageszentren ausweiten.

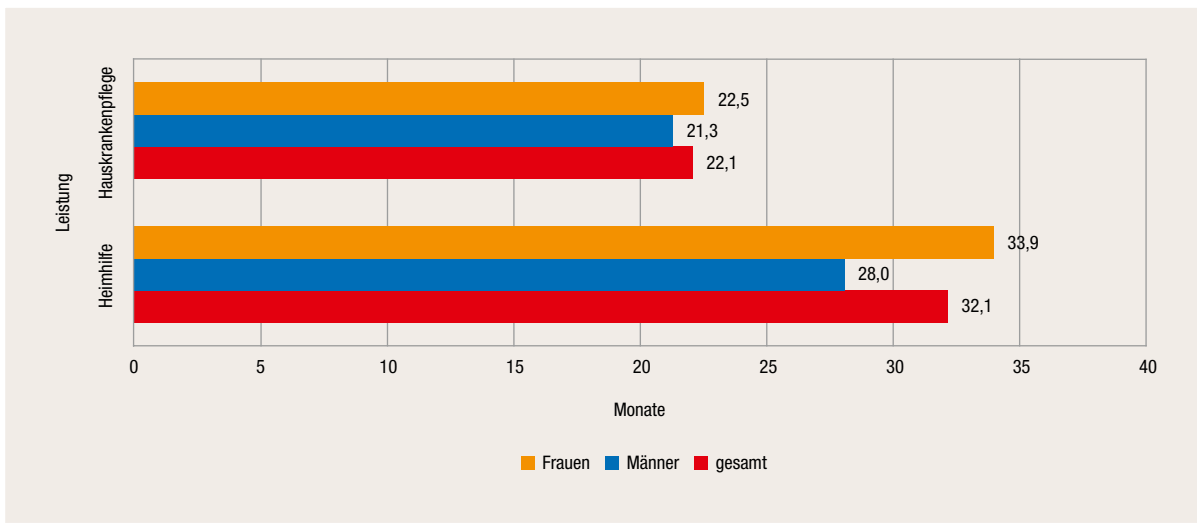


ABBILDUNG 130: Durchschnittliche Bezugsdauern der KundInnen der Leistungen Heimhilfe und Hauskrankenpflege nach Geschlecht, 2013 (Wien)
 Quelle: FSW, berechnet durch die MA 24

Für die Berechnung der jeweiligen Bedarfe und der benötigten Angebote ist es wichtig, die Entwicklung der Verweildauern zu analysieren. Bei den durchschnittlichen Verweildauern gab es in den letzten vier Jahren keine auffälligen Veränderungen. Generell ist festzustellen, dass diese in allen Leistungsbereichen geringfügig zugenommen haben.

6.1.2 Gesundheitsmaßnahmen für spezielle Zielgruppen

Gesundheitsmaßnahmen für obdachlose und wohnungslose Menschen

Wohnungs- bzw. Obdachlosigkeit stellt für die Betroffenen eine hohe Belastung dar. Bei einem Großteil der Wohnungs- und Obdachlosen führt sie zu psychischen und physischen Problemen bzw. Erkrankungen. Erschwerend kommt hinzu, dass es für Wohnungs- und Obdachlose aus verschiedenen Gründen oft schwierig ist, medizinische Angebote anzunehmen, etwa aufgrund von Zugangsbarrieren oder Schamgefühlen.

Wohnungs- und obdachlose Menschen weisen überdurchschnittlich oft psychische und physische Probleme auf. Dies ist zum einen auf die Belastungen zurückzuführen, zum anderen auf Zugangsbarrieren des Gesundheitssystems.

Die Wiener Wohnungslosenhilfe bietet daher niederschwellige, bedarfsorientierte Angebote an, um die gesundheitliche Situation der wohnungs- und obdachlosen Menschen zu verbessern und zu stabilisieren.

Der **Louise-Bus** stellt obdachlosen Menschen an wechselnden Standorten medizinische Versorgung zur Verfügung und vermittelt weiterführende Behandlungsangebote. Für nicht versicherte Obdachlose bietet der Louise-Bus die Möglichkeit einer Notversorgung. Im Jahr 2013 wurden 2.675 Personen im Rahmen von 9.803 Konsultationen von den ÄrztInnen und freiwilligen HelferInnen des Louise-Busses betreut.

Das Team **neunerhausarzt** sucht die KlientInnen von 15 Übergangs- und Dauerwohneinrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe vor Ort auf und betreut sie medizinisch. In bestimmten Fällen werden ehemalige, bereits wieder selbstständig wohnende KlientInnen der Wohnungslosenhilfe weiter betreut und beim

Übergang in das medizinische Regelsystem begleitet. Mit dem Angebot der **neunerhaus Zahnarztpraxis** wird eine niederschwellige zahnmedizinische Grundversorgung für wohnungs- und obdachlose Menschen sichergestellt. Vom neunerhausarzt wurden 2013 insgesamt 1.183 Personen betreut (16.289 Konsultationen), von der neunerhaus Zahnarztpraxis 1.135 Personen (3.432 Konsultationen).

Der **Liaisondienst der Psychosozialen Dienste Wien (PSD)** ist für die sozialpsychiatrische Versorgung von Menschen in Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe zuständig.

Das **Frauengesundheitszentrum FEM** und das **Männergesundheitszentrum MEN** bieten eine aufsuchende psychologische Beratung und Gesundheitsberatung für Frauen und Männer in den Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe.

Krankenversicherung für MindestsicherungsbezieherInnen

Seit Einführung der Bedarfsorientierten Mindestsicherung (BMS) sind die BezieherInnen in die gesetzliche Krankenversicherung miteinbezogen. BMS-BezieherInnen erhalten wie alle versicherten Personen eine E-Card und können das Gesundheitswesen barrierefrei und ohne Stigmatisierung in Anspruch nehmen. Die MA 40 übernimmt im Rahmen der BMS die Krankenversicherungsbeiträge für alle BMS-BezieherInnen, sofern sie nicht als Pflichtversicherte von der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst sind. Die Höhe des Krankenversicherungsbeitrages entspricht dem Betrag für AusgleichszulagenbezieherInnen. Ist der tatsächliche Leistungsaufwand der Krankenversicherungsträger höher als die entrichteten Beträge, wird die Differenz durch den Bund beglichen.

Etwas mehr als ein Fünftel der BMS-BezieherInnen weist keine eigene Krankenversicherung auf und muss über die BMS versichert werden.

Im Jahr 2011 betragen die Ausgaben des Landes Wien für die Krankenversicherungsbeiträge 12,7 Mio. Euro. Damit konnten 25.527 Personen unterstützt werden, unter ihnen knapp 3.500 Kinder. 2012 beliefen sich die Ausgaben auf 16,5 Mio. Euro. Das entspricht einer Steigerung von 30%. Unterstützt wurden 28.786 Personen mit knapp 5.000 Kindern. 2013 stiegen die Ausgaben um 17% auf 18,1 Mio. Euro. Finanziert wurden damit die Krankenversicherungsbeiträge von 33.638 Personen, darunter 5.686 Kinder. Im Jahresschnitt waren 1,45% der bei der Wiener Gebietskrankenkasse versicherten Personen über die BMS versichert. Das ist mehr als doppelt so viel als der Bundesschnitt von 0,62%.¹⁵⁷

Die Ausgaben der Krankenversicherung verteilen sich zu fast 42% auf Heilmittel, zu 26% auf ärztliche Hilfen, zu ca. 7% auf Zahnbehandlungen und zu ca. 14% auf die Anstaltspflege (Mittel für Gesundheitsfonds). Besonders auffallend ist der hohe Medikamentenverbrauch der BMS-BezieherInnen, der um ca. 23% höher liegt als bei der Grundgesamtheit aller krankenversicherten Personen in Wien.¹⁵⁸ Dafür gibt es mehrere mögliche Gründe, etwa die gesundheitliche Situation der Zielgruppe (z.B. hoher Anteil von Dauermedikamentation) oder nach wie vor bestehende Zugangshürden bei der Gesundheitsversorgung. Genauere Wirkungsanalysen stehen allerdings noch aus.

¹⁵⁷ Sonderauswertung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger 2014.

¹⁵⁸ Sonderauswertung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger 2014.

Die Gruppe der durch die MA 40 versicherten Personen unterscheidet sich teilweise von der Gesamtheit der BMS-BezieherInnen. So ist der Anteil der älteren BezieherInnen (ab 30) etwas höher und der Anteil der Alleinunterstützten mit 53% (37% bei der Gesamtpopulation) deutlich höher. Wenig überraschend beziehen 54% eine Dauerleistung bzw. stehen im Vollbezug (15% bei der Gesamtpopulation). Auch die Bezugsdauer (während eines Jahres) ist bei den durch die MA 40 versicherten Personen deutlich höher. 86% beziehen die BMS zwischen sechs und zwölf Monaten (72% bei der Gesamtpopulation).

Sucht- und Drogenhilfe

Eine wichtige Funktion an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialsystem nimmt das Sucht- und Drogenhilfenetzwerk Wien ein. Das Angebot reicht von der Prävention (Institut für Suchtprävention) über die niederschwellige Einrichtung Jedmayer (mit Tageszentrum, Wohnangebot, Beratung und Betreuung, Infektionsprophylaxe und gemeinwesenorientierter Straßensozialarbeit), Suchtambulanzen (Institut für Suchtdiagnostik, Ambulatorium Suchthilfe Wien) bis hin zu Behandlungseinrichtungen (z.B. Grüner Kreis, Anton Proksch Institut, Schweizer Haus Hadersdorf, Verein Dialog etc.).

Grundlage der Wiener Drogenpolitik ist das vom Gemeinderat beschlossene Wiener Drogenkonzept 1999, das durch die Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013 weiterentwickelt wurde. Mit dem neuen Gesamtkonzept für eine integrierte Versorgung von Menschen mit einer Alkoholerkrankung (*Alkohol 2020*) wurde auch die Zusammenarbeit zwischen Pensionsversicherungsanstalt, Wiener Gebietskrankenkasse und der Sucht- und Drogenkoordination Wien auf eine neue Basis gestellt.

Die neue Strategie *Alkohol 2020* ist ein gelungenes Beispiel für die enge Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialbereich, auch über die Grenzen der Stadt Wien hinaus.

Alkohol 2020 – eines der zentralen Projekte für die Umsetzung der Wiener Gesundheitsreform

infobox

Alkohol 2020 ist ein gemeinsames Projekt der Pensionsversicherungsanstalt (PVA), der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) und der Stadt Wien im Rahmen der Gesundheitsreform und verfolgt das Ziel, bessere Betreuungsangebote für Menschen mit einer Alkoholerkrankung zu schaffen. Dabei wird erstmalig ein integriertes Versorgungssystem aufgebaut, in dem alle beteiligten LeistungserbringerInnen patientenorientiert zusammenarbeiten werden: niedergelassene ÄrztInnen, spezialisierte Suchthilfe-Einrichtungen im ambulanten und stationären

Bereich sowie Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Mit 01.10.2014 hat das regionale Kompetenzzentrum im 6. Bezirk seine Arbeit aufgenommen. Das Kompetenzzentrum wird für die Aufnahme von Personen mit einer Alkoholerkrankung in das Pilotprojekt *Alkohol 2020* zuständig sein. Dabei erstreckt sich das Leistungsspektrum von der Diagnostik über die Erarbeitung von individuellen Maßnahmenplänen bis hin zur Vermittlung der PatientInnen in die betreuenden Einrichtungen.

Mobile Frühförderung und Frühförderung in Ambulatorien

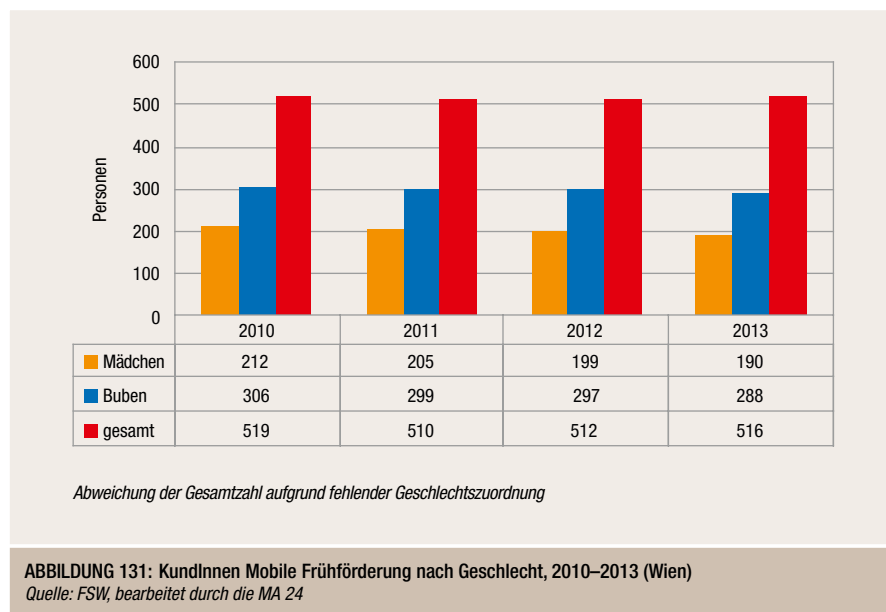
Das Ziel der Frühförderung ist es, die Entwicklung und Begleitung von Kindern mit Behinderung oder Entwicklungsverzögerung in den entscheidenden ersten Lebensjahren zu unterstützen und zu fördern. Im Jahr 2013 wurden die ersten Vorhaben aus dem gemeinsam von der Stadt Wien und WGKK erarbeiteten *Masterplan Kindergesundheitsversorgung 2011–2015* umgesetzt. Im September 2013 eröffnete der Verein Wiener Sozialdienste zwei neue Zentren für Ent-

Die Versorgungssituation im Bereich der Frühförderung hat sich durch die Eröffnung zweier neuer Ambulatorien wesentlich verbessert.

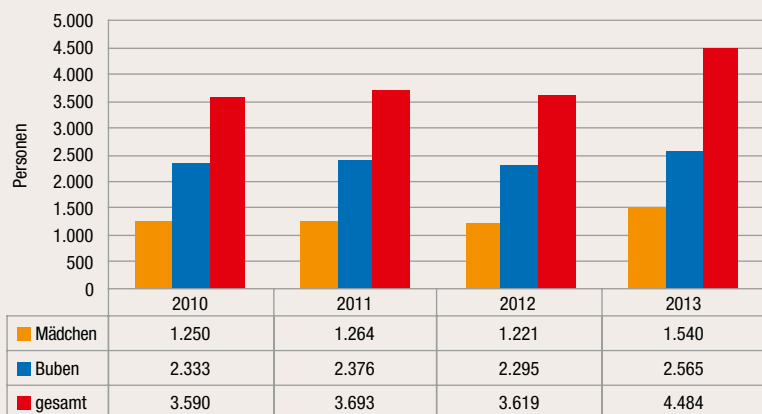
wicklungsförderung, die für rund 1.000 Kinder in der Altersgruppe der Null- bis Sechsjährigen und deren Familien Betreuung und Therapie anbieten. Im Mai 2014 wurde im Norden von Wien ein weiteres Ambulatorium mit einer Kapazität für bis zu 700 Kinder eröffnet. Darüber hinaus gibt es in Wien auch die Mobile Frühförderung. Das Leistungsangebot beinhaltet unter anderem eine individuelle abgestimmte Förderung und Begleitung des Kindes in der gewohnten Umgebung sowie die Unterstützung der Bezugspersonen im Umgang und in der Auseinandersetzung mit der Behinderung des Kindes.

Die gesetzliche Grundlage für die Frühförderung ist im § 7 *Wiener Chancengleichheitsgesetz*¹⁵⁹ geregelt. Die Förderung kann ab der Geburt bis zum Schuleintritt des Kindes gewährt werden.

Bei der Inanspruchnahme der Leistung Mobile Frühförderung zeigen sich im Zeitraum 2010 bis 2013 kaum Veränderungen. Die Zahl der KundInnen in den Ambulatorien für Entwicklungsdiagnostik und -förderung ist hingegen stark gestiegen (+24%), nicht zuletzt aufgrund des Ausbaus der Plätze im Jahr 2013. Die Leistungen der Frühförderungen werden überwiegend von Buben in Anspruch genommen.



¹⁵⁹ Website des BKA, <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrW&Gesetzesnummer=20000240> (14.07.2014).



Abweichung der Gesamtzahl aufgrund fehlender Geschlechtszuordnung

ABBILDUNG 132: KundInnen Frühförderung in Ambulatorien nach Geschlecht, 2010–2013 (Wien)

Quelle: FSW, bearbeitet durch die MA 24

Im Bereich der Mobilen Frühförderung blieben die Ausgaben konstant. Zu einer Ausgabensteigerung kam es jedoch durch den Ausbau des Angebots in den Ambulatorien (+75%).

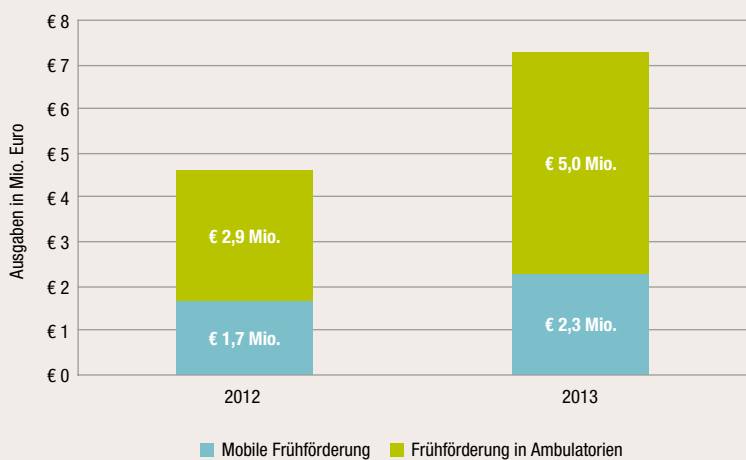


ABBILDUNG 133: Ausgaben Mobile Frühförderung und Frühförderung in Ambulatorien, 2012–2013 (Wien)

Quelle: FSW, bearbeitet durch die MA 24

Die Gruppe der durch die MA 40 versicherten Personen unterscheidet sich teilweise von der Gesamtheit der BMS-BezieherInnen. So ist der Anteil der älteren BezieherInnen (ab 30) etwas höher und der Anteil der Alleinunterstützten mit 53% (37% bei der Gesamtpopulation) deutlich höher. Wenig überraschend beziehen 54% eine Dauerleistung bzw. stehen im Vollbezug (15% bei der Gesamtpopulation). Auch die Bezugsdauer (während eines Jahres) ist bei den durch die MA 40 versicherten Personen deutlich höher. 86% beziehen die BMS zwischen sechs und zwölf Monaten (72% bei der Gesamtpopulation).

Sucht- und Drogenhilfe

Eine wichtige Funktion an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialsystem nimmt das Sucht- und Drogenhilfenetzwerk Wien ein. Das Angebot reicht von der Prävention (Institut für Suchtprävention) über die niederschwellige Einrichtung Jedmayer (mit Tageszentrum, Wohnangebot, Beratung und Betreuung, Infektionsprophylaxe und gemeinwesenorientierter Straßensozialarbeit), Suchtambulanzen (Institut für Suchtdiagnostik, Ambulatorium Suchthilfe Wien) bis hin zu Behandlungseinrichtungen (z.B. Grüner Kreis, Anton Proksch Institut, Schweizer Haus Hadersdorf, Verein Dialog etc.).

Grundlage der Wiener Drogenpolitik ist das vom Gemeinderat beschlossene Wiener Drogenkonzept 1999, das durch die Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013 weiterentwickelt wurde. Mit dem neuen Gesamtkonzept für eine integrierte Versorgung von Menschen mit einer Alkoholerkrankung (*Alkohol 2020*) wurde auch die Zusammenarbeit zwischen Pensionsversicherungsanstalt, Wiener Gebietskrankenkasse und der Sucht- und Drogenkoordination Wien auf eine neue Basis gestellt.

Die neue Strategie *Alkohol 2020* ist ein gelungenes Beispiel für die enge Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialbereich, auch über die Grenzen der Stadt Wien hinaus.

Alkohol 2020 – eines der zentralen Projekte für die Umsetzung der Wiener Gesundheitsreform

infobox

Alkohol 2020 ist ein gemeinsames Projekt der Pensionsversicherungsanstalt (PVA), der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) und der Stadt Wien im Rahmen der Gesundheitsreform und verfolgt das Ziel, bessere Betreuungsangebote für Menschen mit einer Alkoholerkrankung zu schaffen. Dabei wird erstmalig ein integriertes Versorgungssystem aufgebaut, in dem alle beteiligten LeistungserbringerInnen patientenorientiert zusammenarbeiten werden: niedergelassene ÄrztInnen, spezialisierte Suchthilfe-Einrichtungen im ambulanten und stationären

Bereich sowie Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Mit 01.10.2014 hat das regionale Kompetenzzentrum im 6. Bezirk seine Arbeit aufgenommen. Das Kompetenzzentrum wird für die Aufnahme von Personen mit einer Alkoholerkrankung in das Pilotprojekt *Alkohol 2020* zuständig sein. Dabei erstreckt sich das Leistungsspektrum von der Diagnostik über die Erarbeitung von individuellen Maßnahmenplänen bis hin zur Vermittlung der PatientInnen in die betreuenden Einrichtungen.

Mobile Frühförderung und Frühförderung in Ambulatorien

Das Ziel der Frühförderung ist es, die Entwicklung und Begleitung von Kindern mit Behinderung oder Entwicklungsverzögerung in den entscheidenden ersten Lebensjahren zu unterstützen und zu fördern. Im Jahr 2013 wurden die ersten Vorhaben aus dem gemeinsam von der Stadt Wien und WGKK erarbeiteten *Masterplan Kindergesundheitsversorgung 2011–2015* umgesetzt. Im September 2013 eröffnete der Verein Wiener Sozialdienste zwei neue Zentren für Ent-

6.2 Umfeld- und Leistungsanalyse

6.2.1 Allgemeine Analyse zur Pflege und Betreuung

Demografische Entwicklungen und ihre Auswirkungen

Die demografischen Entwicklungen der nächsten Jahre und Jahrzehnte werden massive Veränderungen auf allen Ebenen der Gesellschaft mit sich bringen. Wie bereits in Kapitel 2 ausführlich beschrieben, werden ältere Bevölkerungsgruppen mittel- und langfristig stark anwachsen, auch wenn sich diese Entwicklung in Wien durch die Zunahme jüngerer Personengruppen weniger drastisch auswirken wird als in allen anderen Bundesländern.

Bis in das Jahr 2030 wird die Gruppe der über 75-Jährigen um fast 50% steigen (im Vergleich zum Ausgangswert 2010).

In der Altersgruppe der über 75-Jährigen ist seit 2013 eine Zunahme zu verzeichnen, die sich bis 2030 fortsetzen wird. Gegenüber dem Ausgangswert von 2010 wird die Gesamtzahl der Personen, die das 75. Lebensjahr vollendet haben, im Jahr 2030 um rund 47,4% höher sein.

In den nächsten Jahren wird die Gruppe der über 85-Jährigen sinken. Allerdings steigt die Anzahl ab 2023 wieder und ab 2025 stark an.

In der Altersgruppe der über 85-Jährigen zeichnet sich eine dazu deutlich differente Entwicklung ab: Nach leichten Zuwächsen in den Jahren 2011 bis 2015 setzt vorübergehend eine Abnahme dieser Personengruppe ein, die von 2016 bis 2022 andauern wird. Erst danach wird auch die Personengruppe der über 85-Jährigen anwachsen. Ab 2025 gewinnt der Anstieg massiv an Dynamik. Im Vergleich zum Jahr 2010 wird für das Jahr 2030 eine um rund 55% gewachsene Population der über 85-Jährigen erwartet.

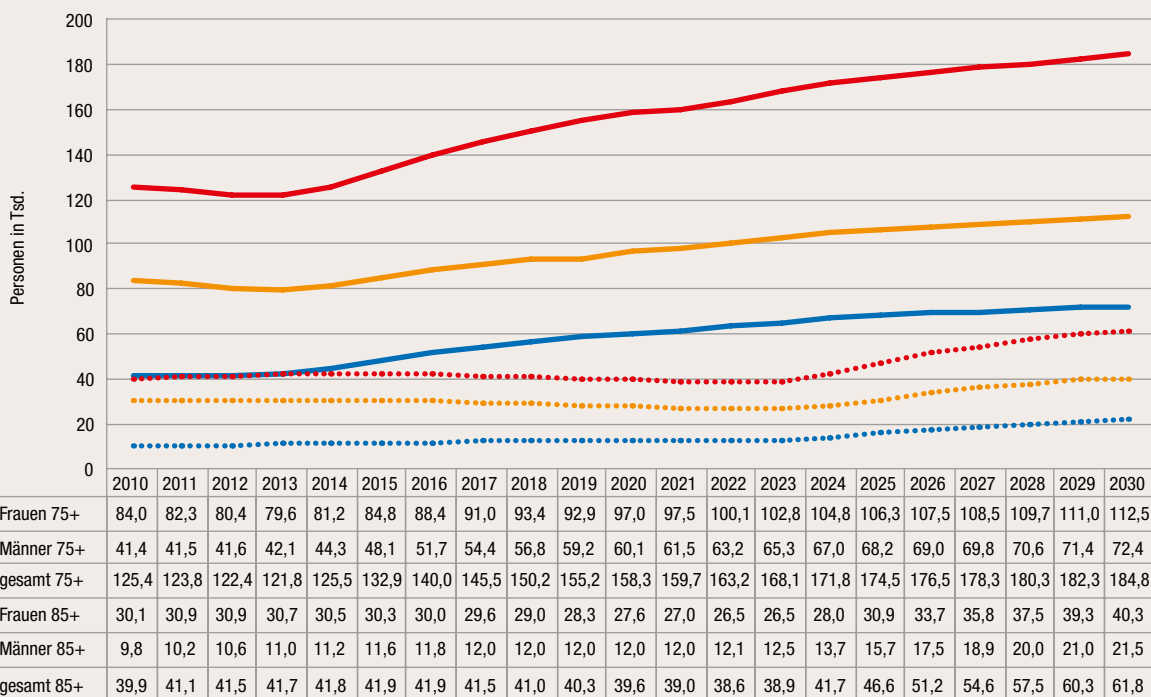


ABBILDUNG 134: Bevölkerungsentwicklung 75+ und 85+, 2010–2030 (Wien)
Quelle: Statistik Austria, berechnet durch die MA 24

Wie die folgenden Indikatoren veranschaulichen, werden in höheren Alterskohorten freilich nicht nur die Personengruppen größer, auch die Anteile einiger Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung werden sich – zum Teil markant – ändern. Zeigt etwa der Anteil der Personen im Alter von 85 Jahren oder älter an der Gesamtbevölkerung (Hochbetagtenquote) über die letzten vier Jahre keine wesentlichen Änderungen, so ist es über eine Beschreibung einzelner Kohorten hinaus aufschlussreich, verschiedene Altersgruppen zueinander in Relation zu setzen. Die Indizes *Ageing Index* sowie *Greying Index* liefern diesbezügliche Anhaltspunkte. Letzterer ist ein Index, der zur Beschreibung des Alterungsprozesses in den älteren Bevölkerungsgruppen verwendet wird. Der *Ageing Index* wiederum zeigt die Veränderungen im Verhältnis Alt zu Jung auf.

i ndikator 51					HOCHBETAGTENQUOTE (WIEN)
Jahr	2010	2011	2012	2013	Veränderungsrate (2010–2013)
Hochbetagtenquote	2,35%	2,41%	2,40%	2,37%	0,8%
Berechnung: Anteil der Bevölkerung 85+ an der Gesamtbevölkerung					
Interpretation: Die Hochbetagtenquote in Wien ist im Zeitraum von 2010 bis 2013 um 0,8% gestiegen.					
<i>Quelle: Statistik Austria – STATcube, berechnet durch die MA 24</i>					

i ndikator 52					AGEING INDEX (WIEN)
Jahr	2010	2011	2012	2013	Veränderungsrate (2010–2013)
Ageing Index	87,0	86,7	87,6	88,1	1,3%
Berechnung: Bevölkerung 65 Jahre und älter auf 100 Personen im Alter von 0 bis 19 Jahren					
Interpretation: Der Ageing Index ist im Zeitraum von 2010 bis 2013 leicht gestiegen. Sowohl die Gruppe der 0- bis 19-Jährigen als auch jene der über 65-Jährigen ist gewachsen, letztere jedoch in stärkerem Ausmaß, weshalb der Ageing Index zugenommen hat.					
<i>Quelle: Statistik Austria – STATcube, berechnet durch die MA 24</i>					

i ndikator 53					GREYING INDEX (WIEN)
Jahr	2010	2011	2012	2013	Veränderungsrate (2010–2013)
Greying Index	24,2	24,3	23,8	23,1	-4,4%
Berechnung: Anzahl der Personen über 80 Jahre auf 100 Personen im Alter von 65 bis 79 Jahren					
Interpretation: Der Greying Index hat im Zeitraum von 2010 bis 2013 um 4,4% abgenommen. Während die Gruppe der 65-bis 79-Jährigen gewachsen ist, nahm die Zahl der über 80-Jährigen leicht ab, was die Abnahme des Index beschleunigte. Die Entwicklung in der Kohorte 80+ wird jedoch nur vorübergehend stattfinden, da die geringe Anzahl der Personen dieser Altersgruppe auf die hohen Bevölkerungsverluste während des 2. Weltkrieges zurückzuführen ist.					
<i>Quelle: Statistik Austria – STATcube, berechnet durch die MA 24</i>					

Informelle Pflege und Betreuung

Nach wie vor lebt die Mehrheit der pflege- und betreuungsbedürftigen Personen in Österreich zu Hause und wird von Angehörigen unterstützt. Laut einer aktuellen Studie des Wirtschaftsforschungsinstituts (WIFO) zum *Ausbau der stationären Pflege in den Bundesländern*¹⁶⁰ ist der Anteil der informellen Pflege im internationalen Vergleich hoch. Weiters geht aus der Studie hervor, dass

¹⁶⁰ Vgl. WIFO 2014, S. 26 ff.

Das österreichische Pflege- und Betreuungssystem baut nach wie vor auf einer stark entwickelten informellen Pflege und Betreuung auf. Das informelle Pflege- und Betreuungspotenzial ist in Wien (wie auch in anderen Großstädten) traditionellerweise geringer und wird in den nächsten Jahren auch weiter rückläufig sein.

Das Pflegegeld ist eine finanzielle Leistung zur teilweisen Abdeckung des Pflegebedarfes und fällt seit 2012 ausschließlich in Bundeskompetenz.

die Unterstützung durch die öffentliche Hand ein hohes Niveau aufweist. Dies gilt auch für die Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Seitens der MA 24 wird davon ausgegangen, dass sich der zu erwartende Rückgang des informellen Pflegepotenzials (bzw. der Rückgang an Personen, die zur Pflege Angehöriger zur Verfügung stehen) zwar auch in Wien auf die institutionalisierten Angebote auswirken wird, jedoch dürften sich die Effekte im Vergleich zu anderen Bundesländern moderat auswirken. Dies geht zum einen auf den höheren Versorgungsgrad mit stationären Leistungen zurück, zum anderen ist das informelle Pflegepotenzial in Wien durch die städtische Struktur ohnehin geringer als in ländlichen Bereichen. Eine ausführliche Auseinandersetzung mit der Thematik der informellen Pflege bietet der Sozialbericht 2012 der MA 24¹⁶¹.

Pflegegeldentwicklung

Der Bezug von Pflegegeld ist nach wie vor ein wichtiger Indikator für die Pflegebedürftigkeit. Die Inanspruchnahme von Pflegegeld ist seit der Einführung im Jahr 1993 in Wien in fast jedem Jahr gestiegen. War diese Entwicklung in den ersten Jahren nach der Einführung auf den steigenden Bekanntheitsgrad und die steigende Akzeptanz zurückzuführen, so gehen die Steigerungen in jüngerer Vergangenheit auf demografische Entwicklungen zurück. Erwartungsgemäß sind die meisten PflegegeldbezieherInnen höheren Alters. Knapp die Hälfte (rund 48%) der BezieherInnen des Jahres 2012 gehörten der Altersgruppe der über 80-Jährigen an. Zwei Drittel der BezieherInnen waren Frauen (66,3%).

Alter	Frauen	Männer	Gesamt
0 bis 20 Jahre	1.348	2.202	3.550
21 bis 40 Jahre	1.731	2.287	4.018
41 bis 60 Jahre	5.132	4.921	10.053
61 bis 80 Jahre	15.982	10.287	26.269
80+ Jahre	31.862	8.795	40.657
gesamt	56.055	28.492	84.547

TABELLE 37: PflegegeldbezieherInnen nach Altersgruppe und Geschlecht, 2012 (Wien)
Quelle: BMASK – Pflegevorsorgebericht 2012, bearbeitet durch die MA 24

Laut Auskunft des BMASK lag die Zahl der PflegegeldbezieherInnen in Wien im Juli 2014 bei 85.803. Gegenüber dem 31.12.2012 ist die Anzahl um 1,5% gestiegen.

Der Anteil der BezieherInnen in den Pflegegeldstufen 1 und 2 liegt bei rund 57%, nicht ganz 2% beziehen ein Pflegegeld der Stufe 7. Ein Anstieg der Pflegeintensität kann zumindest in den letzten Jahren nicht festgestellt werden.

161 Vgl. Stadt Wien, MA 24 – Sozialbericht 2012, S. 131 ff.

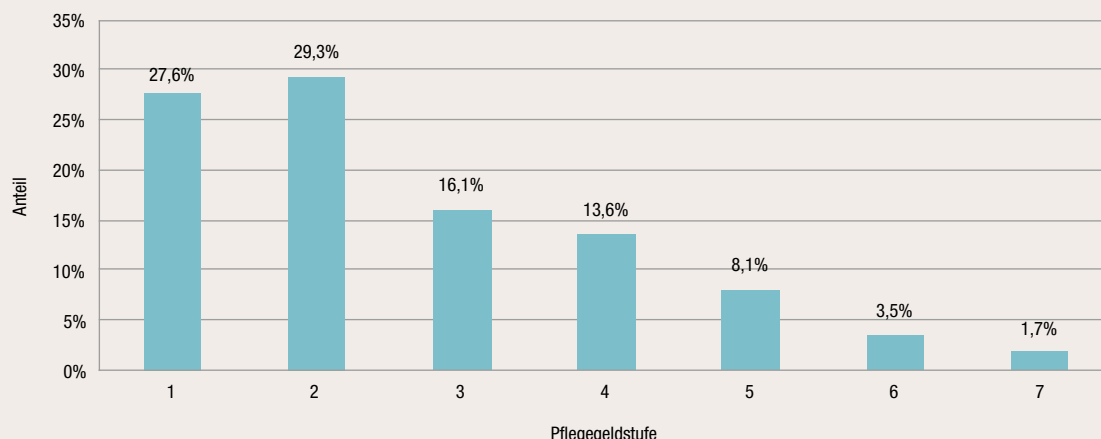


ABBILDUNG 135: Verteilung der PflegegeldbezieherInnen nach Pflegegeldstufen, Juli 2014 (Wien)
Quelle: BMASK, bearbeitet durch die MA 24

Indikator 54 HOHE PFLEGEINTENSITÄT (WIEN)

Jahr	2009	2010	2011	2012	Veränderungsrate (2009–2012)
Hohe Pflegeintensität	41,3%	40,6%	41,7%	42,7%	3,4%

Berechnung: Anteil der PflegegeldbezieherInnen mit Pflegegeldstufe 3 oder höher an allen PflegegeldbezieherInnen

Interpretation: Der Anteil der PflegegeldbezieherInnen der Stufe 3 oder höher hat im Zeitraum von 2009 bis 2012 – mit einem zwischenzeitlichen Rückgang im Jahr 2010 – um 3,4% zugenommen. Zu berücksichtigen ist, dass bedingt durch geänderte Zugangsbestimmungen für den Bezug von Pflegegeld der Stufen 1 und 2 seit 01.01.2011 auch von einer Veränderung der Pflegebedürftigkeit innerhalb dieser beiden Gruppen ausgegangen werden kann. Insofern wird es erst nach einer Beobachtung des Indikators über einen längeren Zeitraum, einhergehend mit einer Analyse der Zuwachsraten der einzelnen Pflegegeldstufen möglich sein, fundierte Aussagen zur Entwicklung der Pflegeintensität der BezieherInnen zu treffen.

Quelle: BMASK – Pflegevorsorgeberichte 2009–2012, berechnet durch die MA 24

Wien verfügt über ein breit gefächertes Angebot an Pflege- und Betreuungsleistungen und bietet der Bevölkerung im bundesweiten Vergleich außerordentlich viele Sachleistungen. Mit den Indikatoren *Inanspruchnahme von Sachleistungen unter PflegegeldbezieherInnen* wurde für den stationären und nicht-stationären Bereich seitens der MA 24 ein Messinstrument geschaffen, das beginnend mit dem Jahr 2009 eine Analyse der erreichten Personen ermöglicht. Die Inanspruchnahme von stationären und nicht-stationären Leistungen durch PflegegeldbezieherInnen (potenziell pflegebedürftige Personen) hat in den letzten Jahren kaum Veränderungen gezeigt.

Indikator 55 INANSPRUCHNAHME VON SACHLEISTUNGEN UNTER PFLEGEGELDBEZIEHERINNEN – STATIONÄRER BEREICH (WIEN)

Jahr	2009	2010	2011	2012	Veränderungsrate (2009–2012)
Inanspruchnahme stationärer Leistungen	26,9%	26,0%	26,2%	26,0%	-3,4%

Berechnung: Anteil der durch stationäre Leistungen versorgten Personen an allen PflegegeldbezieherInnen

Interpretation: Der Anteil jener Personen, die stationäre Leistungen in Anspruch nehmen, an allen PflegegeldbezieherInnen Wiens ist in den Jahren von 2009 bis 2012 um 3,4% zurückgegangen.

Quelle: FSW, bearbeitet durch die MA 24

i ndikator 56 INANSPRUCHNAHME VON SACHLEISTUNGEN UNTER PFLEGEgeldBEZIEHERINNEN – NICHT-STATIONÄRER BEREICH (WIEN)					
Jahr	2009	2010	2011	2012	Veränderungsrate (2009–2012)
Inanspruchnahme nicht-stationärer Leistungen	48,1%	45,9%	42,4%	42,8%	-11,1%
Berechnung: Anteil der durch nicht-stationäre Leistungen versorgten Personen an allen PflegegeldbezieherInnen					
Interpretation: Der Anteil jener Personen, die nicht-stationäre Leistungen in Anspruch nehmen, an allen PflegegeldbezieherInnen Wiens ist in den Jahren von 2009 bis 2012 um 11,1% zurückgegangen.					
<i>Quelle: FSW, bearbeitet durch die MA 24</i>					

Das Pflegegeld wird seit 01.01.2012 ausschließlich durch den Bund gewährt. Eine Ausnahme stellt die Pflegegeldergänzungsleistung für Persönliche Assistenz in Wien dar, die sich an Menschen mit Behinderung richtet.

Pflegegeldergänzungsleistung für Persönliche Assistenz

infobox

Eine besondere Unterstützung im Alltag für Menschen mit Behinderung stellt die im Jahr 2008 in Wien eingeführte Pflegegeldergänzungsleistung für Persönliche Assistenz dar. Diese wird zusätzlich zum Pflegegeld ausbezahlt. Darüber hinaus steht Menschen mit Behinderung auch die bundesweit geregelte Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz, in Bundesschulen und beim Studium zur Verfügung.*

Die Pflegegeldergänzungsleistung für Persönliche Assistenz ist eine finanzielle Leistung und erfolgt in Form einer Direktzahlung an die FördernehmerInnen.

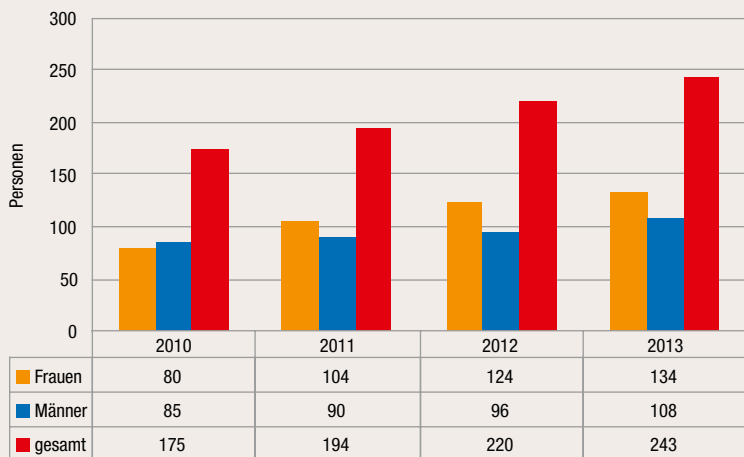
Die Persönliche Assistenz ist im *Wiener Chancengleichheitsgesetz (CGW) § 14* geregelt. Die Leistung wird auf Basis einer Förderrichtlinie des FSW erbracht, es besteht kein Rechtsanspruch.

* Website des Sozialministeriumservice, <http://www.sozialministeriumservice.at/> (05.09.2014) und Website des BMBF, <https://www.bmbf.gv.at/> (05.09.2014)

Die Pflegegeldergänzungsleistung für Persönliche Assistenz soll Menschen mit schwerer Körperbehinderung im Erwerbsalter in die Lage versetzen, ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben zu führen. Die Aufgabe von persönlichen AssistentInnen besteht darin, Beeinträchtigungen der KundInnen auszugleichen, d.h. sie bei jenen Tätigkeiten zu unterstützen, die sie selbst nicht leisten können (Unterstützung bei Körperpflege, Haushaltsführung, Freizeitaktivitäten, Kommunikation, Mobilität, Besorgungen und Behördenwegen, Erhaltung der Gesundheit etc.).

Die Höhe der Förderung richtet sich nach dem tatsächlichen Assistenzbedarf und der Pflegegeldstufe. Bei der Bemessung der Fördersumme wird ein Selbstbehalt berücksichtigt. Die LeistungsbezieherInnen haben die Wahl, die Dienste von DienstleisterInnen in Anspruch zu nehmen oder als selbstständige ArbeitgeberInnen aufzutreten. Über die zweckmäßige Verwendung der Fördermittel muss ein regelmäßiger Nachweis erbracht werden.

Seit der Einführung der Pflegegeldergänzungsleistung für Persönliche Assistenz im Jahr 2008 ist die Anzahl der BezieherInnen von 135 auf 243 Personen gestiegen. Das entspricht einer Steigerungsrate von 80%. Die Leistung wird von mehr Frauen als Männern in Anspruch genommen (im Verhältnis 55:45).



Abweichung der Gesamtzahl aufgrund fehlender Geschlechtszuordnung

ABBILDUNG 136: KundInnen Pflegegeldergänzungsleistung nach Geschlecht, 2010–2013 (Wien)

Quelle: FSW, bearbeitet durch die MA 24

Die Ausgaben für die Pflegegeldergänzungsleistung für Persönliche Assistenz steigen aufgrund der anhaltenden Nachfrage weiter an. Die Steigerungsrate von 2012 auf 2013 betrug rund 13%. Deutlich sichtbar wird das hohe finanzielle Niveau für diese Leistung auch bei der Betrachtung der Pro-Kopf-Zuschüsse/Jahr. Im Jahr 2013 betragen sie im Durchschnitt pro Person 45.300 Euro.

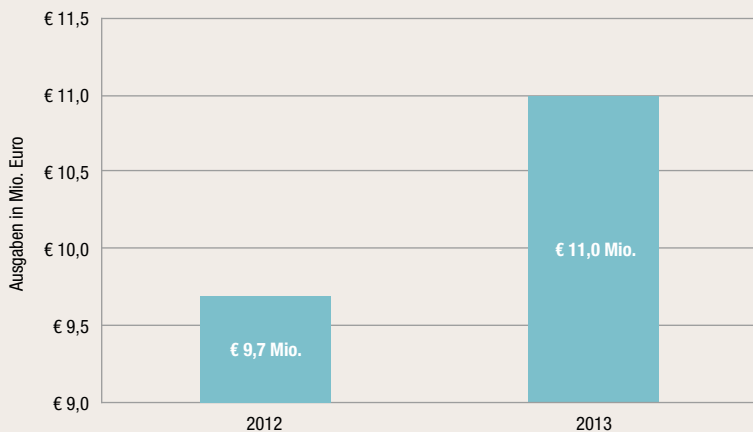


ABBILDUNG 137: Ausgaben Pflegegeldergänzungsleistung für Persönliche Assistenz, 2012–2013 (Wien)

Quelle: FSW, bearbeitet durch die MA 24

Bei der Altersverteilung zeigt sich, dass bei den Männern die Gruppe der 25- bis 39-Jährigen mit 34% am stärksten vertreten ist. Bei den Frauen weist die Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen mit 34% den höchsten Anteil auf. Relativ wenige FördernehmerInnen sind in den Altersgruppen 18 bis 24 Jahre und über 60 Jahre vertreten, ihr Anteil liegt jeweils zwischen 6% und 7%.

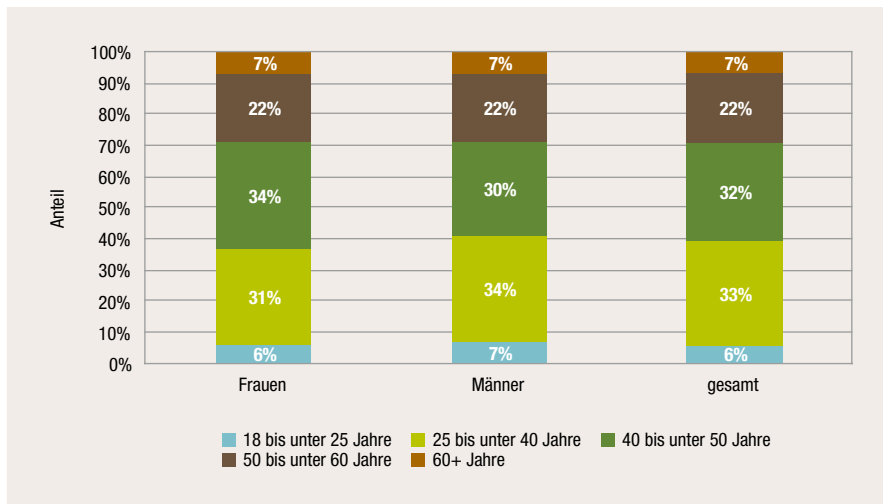


ABBILDUNG 138: Altersverteilung KundInnen Pflegegeldergänzungsleistung, 2013 (Wien)
Quelle: FSW, bearbeitet durch die MA 24

Über 70% der FördernehmerInnen beziehen Pflegegeld der Stufen 5 bis 7. Die Pflegestufe 5 ist dabei mit 37% am häufigsten vertreten. Den geringsten Anteil (10%) weisen KundInnen mit der Pflegestufe 3 auf.

Pflegegeldstufe	Personen	Anteil in %
PG-Stufe 7	57	23%
PG-Stufe 6	27	11%
PG-Stufe 5	90	37%
PG-Stufe 4	45	19%
PG-Stufe 3	24	10%
gesamt	243	100%

TABELLE 38: BezieherInnen der Pflegegeldergänzungsleistung nach Pflegestufen, 2013 (Wien)
Quelle: FSW, bearbeitet durch MA 24

Demenz

Der prognostizierte Anstieg der demenziellen Erkrankungen wird die Versorgungslandschaft im Bereich der Pflege und Betreuung in Zukunft vor große Herausforderungen stellen. Laut der bereits erwähnten Studie des WIFO zum *Ausbau der stationären Pflege in den Bundesländern* stellt eine demenzielle Erkrankung bereits in fast 50% aller Aufnahmen in stationäre Pflegeeinrichtungen den Grund für die Aufnahme dar.¹⁶² Durch die Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung und die steigende Lebenserwartung aufgrund des

¹⁶² Vgl. WIFO 2014, S. 5.

medizinischen Fortschritts wird die Prävalenz (Anteil der Erkrankten an der Gesamtpopulation) der Demenz in den nächsten Jahren stark zunehmen. Laut dem ersten österreichischen Demenzbericht wird für das Jahr 2030 bundesweit von rund 165.000 demenzkranken Personen ausgegangen.¹⁶³ Schätzungen zufolge lebten im Jahr 2012 rund 27.000 an Demenz erkrankte Personen in Wien. Bis zum Jahr 2030 wird mit einem Anstieg auf 37.000 Personen gerechnet.

Die WGKK und die Stadt Wien sind AuftraggeberInnen eines Projektes zur Umsetzungsplanung einer integrierten Demenzversorgung in Wien, das auf eine umfassende Versorgung von demenzkranken Personen abzielt. Ein Schwerpunkt des Projektes ist die Früherkennung und Frühbehandlung von Demenzerkrankungen. Zusätzlich soll das Angebot für Angehörige ausgebaut werden. Im Rahmen von Schulungen sollen etwa Angehörige unterstützt werden, eine höhere Handlungskompetenz im Umgang mit der erkrankten Person zu erlangen. Ein längerfristiges Ziel des Projektes ist es, stationäre Aufenthalte von demenzkranken Personen zu reduzieren und die extramurale Versorgung zu verstärken. Das Projekt wurde im Rahmen der Zielsteuerung beschlossen.

Gesundheitsreform 2013 – Zielsteuerung

infobox

Bund, Länder und Sozialversicherung sind in einer Vereinbarung gemäß *Artikel 15a B-VG* übereingekommen, ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung einzurichten. Mit der neuen Vereinbarung soll erreicht werden, dass die Finanzierbarkeit des öffentlichen Gesundheitswesens durch einen vereinbarten und nachhaltigen Ausgabendämpfungspfad sichergestellt wird. Vor dem Hintergrund der bestehenden Zuständigkeiten verfolgen die nunmehr vorliegenden bundesgesetzlichen Regelungen daher das Ziel, durch moderne Formen einer vertraglich abgestützten Staatsorganisation eine optimale Wirkungsorientierung sowie eine strategische und ergebnisorientierte Kooperation und Koordination bei der Erfüllung der jeweiligen Aufgaben zu erreichen. Durch das vertragliche Prinzip Kooperation und Koordination sollen die organisatorischen und finanziellen Partikularinteressen der Systempartner überwunden werden. Kern der vorliegenden bundesgesetzlichen Regelungen ist die Einrichtung eines partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems auf Basis von privatrechtlichen Zielsteuerungsverträgen auf Bundes- und Landesebene, das eine bessere Abstimmung zwischen den Krankenanstalten und dem niedergelassenen Versorgungsbereich garantieren soll. Anfang Dezember 2013 wurde der Bundes-Zielsteuerungsvertrag

vom letzten Vertragspartner unterschrieben. Das Kernstück des Bundes-Zielsteuerungsvertrages ist der Ziele- und Maßnahmenkatalog. In diesem sind ausgehend von strategischen Zielsetzungen zahlreiche operative Ziele und Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele für die Steuerungsbereiche Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisqualität festgelegt.

Der *Landeszielsteuerungsvertrag Wien* wurde in der ersten Sitzung der *Wiener Landeszielsteuerungskommission* am 23.09.2013 entsprechend der vorgesehenen gesetzlichen Frist beschlossen. Ergänzend zu den für Wien spezifischen Konkretisierungen der Ziele und Maßnahmen aus dem Bundeszielsteuerungsvertrag wurden folgende für Wien als relevant erkannte Ziele und Maßnahmen im Landeszielsteuerungsvertrag verankert: Medikamentenversorgung in Pflegeheimen, Ökonomisierung der Verschreibweise in Fonds-Krankenanstalten, Verbesserung des Transportwesens in Wien, medizinische Versorgung von Pflegeheimen und die Weiterentwicklung der Hauskrankenpflege. Im Zusammenwirken der Systempartner wurde im Wiener Gesundheitsfonds ein Gesundheitsförderungsfonds eingerichtet, der mit einem Gesundheitsförderungskonzept für die Dauer der Vertragsperiode hinterlegt ist.

¹⁶³ Vgl. WGKK 2009, Teil 2.

mangel, ungünstige Ernährung), welches für einen Großteil der vermeidbaren Krankheits- und Sterbefälle verantwortlich ist.

Armut ist gleichzeitig Ursache wie Folge von gesundheitlichen Problemen. Personen am unteren Ende der Einkommensskala erkranken mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit als wirtschaftlich besser gestellte Personen. Ärmere Personen leben häufiger in einem schlechten, gesundheitlich belastenden Wohnumfeld. Sie leisten am Arbeitsplatz oft schwere körperliche Arbeit und haben weniger Regenerationsmöglichkeiten. Hinzu kommt meist ein Mangel an entsprechenden Gesundheitsaktivitäten, mangelndes Ernährungsbewusstsein, höhere Raucherprävalenzen sowie höherer Alkoholkonsum. Auf der psychischen Ebene herrscht bei ärmeren Personen größere Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation, und psychische Krisensituationen treten häufiger auf.¹⁶⁹

Armut ist gleichzeitig Ursache wie Folge von gesundheitlichen Problemen.

Ökonomische und soziale Verhältnisse beeinflussen also nachweislich den Gesundheitszustand von Menschen, und zwar zum einen durch die physiologischen Auswirkungen der emotionalen und sozialen Bedeutung dieser Verhältnisse, zum anderen durch die direkten Auswirkungen der materiellen Gegebenheiten selbst. Vor allem für wohlhabende Industrieländer wie Österreich ist die Erkenntnis interessant, dass es weniger das tatsächliche Einkommen als vielmehr das Ausmaß von Einkommensunterschieden zwischen Bevölkerungsgruppen ist, welches sich in besserer Gesundheit und erhöhtem psychosozialen Wohlbefinden widerspiegelt. Das heißt, je geringer die Einkommensunterschiede in einer Bevölkerung sind, desto stabiler und besser ist auch der Gesundheitszustand und desto höher die Lebenserwartung in dieser Bevölkerung.¹⁷⁰

Weniger das tatsächliche Einkommen als das Ausmaß von Einkommensunterschieden wirkt sich auf die Gesundheit der Bevölkerung aus.

Gesundheitliche Situation nach sozioökonomischen Faktoren

Ebenso wie in anderen Ländern und in internationalen Studien wurde auch für Österreich wiederholt der signifikante Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren (Bildung, Berufsstatus, Einkommen) einerseits und Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand andererseits nachgewiesen. Wenngleich durch die geringere Fallzahl in der Aussagekraft der Ergebnisse oft etwas eingeschränkt, liegen auch für Wien einschlägige Daten vor.

Unter den Risikomerkmale der sozialen Lage kommt dem Bildungsniveau besondere Bedeutung zu. Der Einfluss der Bildung auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten ist vielfach belegt. Bildung hat einen zentralen Einfluss auf die soziale, kulturelle und politische Teilhabe und spiegelt sich in den Arbeitsmarktchancen wider. Die arbeitsbezogenen körperlichen und psychischen Belastungen variieren je nach Berufsstatus und zugrundeliegendem Qualifikationsniveau und wirken sich in der Folge auf die Gesundheit der Menschen aus. Aber auch die Möglichkeiten, gesundheitsförderliche Lebensweisen zu realisieren, unterscheiden sich je nach Bildungsniveau.

Bildung hat einen zentralen Einfluss auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Menschen.

¹⁶⁹ Ergebnisse des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys 2000/01. Vgl. Stadt Wien, BSGF – Gesundheitsbericht 2004.

¹⁷⁰ Vgl. Marmot & Wilkinson 2001; Marmot 2005.

Sozioökonomische Faktoren haben auch Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Surveys wie die auch in Österreich regelmäßig durchgeführte *HBSC-Studie*¹⁷¹ belegen, dass Wiener Kinder und Jugendliche aus weniger wohlhabenden Familien ihre Gesundheit als schlechter beschreiben, häufiger von gesundheitlichen Beschwerden berichten und auch eine geringere Lebenszufriedenheit aufweisen als Kinder und Jugendliche aus wohlhabenderen Familien. Mit einem niedrigeren Familienwohlstand assoziiert sind darüber hinaus ungesündere Ernährungsgewohnheiten, weniger körperliche Bewegung und mehr Stunden vor dem Fernseher. Ebenso weisen Kinder und Jugendliche aus niedrigeren Wohlstandsgruppen ein erhöhtes Risikoverhalten in Bezug auf Rauchen und Alkoholkonsum auf.¹⁷²

Verwendete Daten

infobox

Die Aussagen dieses Kapitels beruhen auf den Auswertungen verschiedener Gesundheitsbefragungen für Wien und Österreich sowie einschlägiger Berichte und Studien. Aufgrund der zum Teil geringen Fallzahlen für Wien musste bei den Befragungsergebnissen in manchen Fällen auf österreichweite Daten zurückgegriffen werden. Die Grundaussage ist in diesen Fällen jedoch auch auf Wien übertragbar.

Da die Ergebnisse zum Gesundheitsverhalten unterschiedlicher sozioökonomischer Gruppen über die Zeit hinweg mehr oder weniger gleichbleibend sind, wurde in diesen Fällen auch auf die Ergebnisse früherer Gesundheitsbefragungen und Gesundheitsberichte zurückgegriffen.

Für die Darstellung der folgenden Ergebnisse wurden folgende Surveys und Datengrundlagen herangezogen:

- Die im Auftrag der Stadt Wien (MA 24) durchgeführte *Sonderauswertung der EU-SILC Erhebungen 2011 bis 2013 (3-Jahresdurchschnittswerte) für Wien und Österreich* durch die Statistik Austria.
- Die im Auftrag der Stadt Wien (Bereichsleitung für Strukturentwicklung) durchgeführte *Sonderauswertung der Daten zur österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 für Wien*.
- Die im Auftrag der Stadt Wien (MA 18) von der Universität Wien durchgeführte aktuelle Studie zur *Lebensqualität in Wien im 21. Jahrhundert*.
- Der im Auftrag der Stadt Wien (Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement) durchgeführte *Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001*.
- Ergebnisse der *HBSC-Studie für Wien**.
- Ergebnisse zur *Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Wien***.

* Veröffentlicht im Wiener Kindergesundheitsbericht 2011 der Stadt Wien

** Veröffentlicht im Wiener Kindergesundheitsbericht 2011 der Stadt Wien

Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand einer Bevölkerung lässt sich anhand mehrerer Merkmale charakterisieren. Gesundheitsbefragungen beziehen sich zumeist auf die subjektive Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes, das Vorhandensein von chronischer Krankheit und die dadurch hervorgerufenen Einschränkungen im Alltagsleben, die Art der vorhandenen chronischen Erkrankungen, das Vorhandensein von Schmerzen, das psychische Befinden, die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie den gesundheitsbezogenen Betreuungs- und Pflegebedarf.¹⁷³

171 HBSC: Health Behaviour in School-aged Children. Internationale Studie zur Gesundheit und zum Risikoverhalten von SchülerInnen.

172 Vgl. Ramelow et al. 2011.

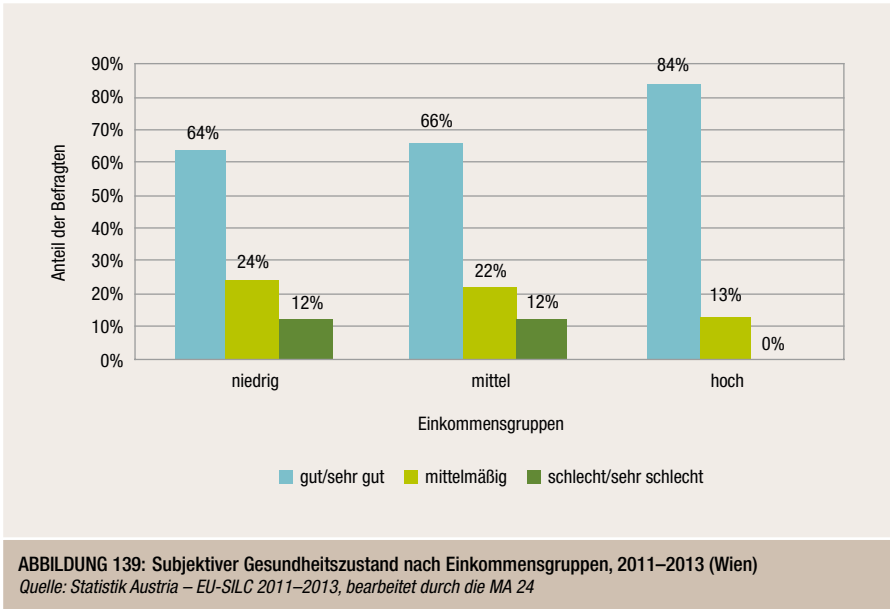
173 Stadt Wien, BST – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Ergebnisse für Wien.

Die subjektive Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes bzw. die Bewertung der eigenen Gesundheit gilt als bedeutsamer Indikator zur Bestimmung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Obwohl die subjektive Einschätzung der Gesundheit von objektiv messbaren Gesundheitsparametern (z.B. Krebsregister, Mortalitätsstatistik, Hauptdiagnosen der Spitalsentlassungsstatistik) deutlich abweichen kann, liefert sie unter Umständen eine genauere und vor allem vollständigere Beschreibung des Gesundheitszustandes und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einer Gesellschaft als objektive Parameter.¹⁷⁴ Vielfach sind objektive Parameter gar nicht dokumentiert und auch sehr selten mit anderen sozioökonomischen Parametern korrelierbar.

Eine im Auftrag der Stadt Wien durchgeführte *Sonderauswertung der EU-SILC*¹⁷⁵ Erhebungen für die Jahre 2011 bis 2013 nach Einkommensgruppen¹⁷⁶ bestätigt den deutlichen Zusammenhang zwischen gesundheitlichem Befinden und ökonomischer Situation.

Bemerkenswert ist vor allem der signifikante Einfluss des Einkommens auf den subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand: 84% der Wiener Befragten aus der höchsten Einkommensgruppe bezeichnen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut, hingegen nur 64% der Befragten aus der niedrigsten Einkommensgruppe (österreichweit 82% vs. 60%). Umgekehrt liegt der Anteil der Befragten, die ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht einstufen, in der höchsten Einkommensgruppe unter 4%, in der niedrigsten Einkommensgruppe hingegen bei 12%. Dies gilt sowohl für Wien als auch für Gesamtösterreich.¹⁷⁷

Ärmere Personen fühlen sich weniger gesund als wirtschaftlich besser gestellte Personen.



174 Stadt Wien, BST – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Ergebnisse für Wien.
 175 EU-SILC: The European Union Statistics on Income and Living Conditions (Europäische Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen). Vgl. Statistik Austria – EU-SILC 2011–2013.
 176 Einkommensgruppen gemessen am äquivalisierten Medianeinkommen (2012: 21.807 Euro): Niedrige Einkommen (unter 60% des äquivalisierten Medianeinkommens – 2012 unter 13.804 Euro); entspricht der Gruppe der Armutsgefährdeten), mittlere Einkommen (60–180% des äquivalisierten Medianeinkommens – 2012 zwischen 13.804 und 39.252 Euro), hohe Einkommen (über 180% des äquivalisierten Medianeinkommens – über 39.252 Euro).
 177 Vgl. Statistik Austria – EU-SILC 2011–2013.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die aktuelle Studie zur *Lebensqualität in Wien im 21. Jahrhundert*, welche die Auswirkungen von Bildung und Einkommen auf den Gesundheitszustand bestätigen. So nehmen mit größer werdendem Nettoäquivalenzeinkommen des Haushalts die Anteile der Personen mit sehr gutem Gesundheitszustand deutlich zu, wobei vor allem Personen mit Hochschulabschluss zu einem besonders hohen Anteil ihren Gesundheitszustand als sehr gut einschätzen. Tendenziell bestehen auch Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund.¹⁷⁸

Wie bereits eingangs erwähnt, beschreiben auch Wiener Kinder und Jugendliche aus weniger wohlhabenden Familien ihre Gesundheit weniger gut als Kinder und Jugendliche aus höheren Wohlstandsgruppen.¹⁷⁹

Gesundheitliche Beeinträchtigungen

Die Auswertung der *EU-SILC Erhebungen* der letzten drei Jahre belegt eindrucksvoll den Zusammenhang zwischen Einkommenssituation und Vorhandensein gesundheitlicher Beeinträchtigungen. So weisen Personen in der höchsten Einkommensgruppe den geringsten Anteil chronisch Kranker auf. Dies gilt sowohl für Wien als auch für Gesamtösterreich (Anteil jeweils 29%). In Wien sticht der hohe Anteil chronisch Kranker in der mittleren Einkommensgruppe hervor (40% Wien, 33% Gesamtösterreich). Eine Erklärung dafür muss vorerst ausbleiben.

Wenig Verdienende weisen einen höheren Anteil chronisch Kranker auf als gut oder sehr gut Verdienende.

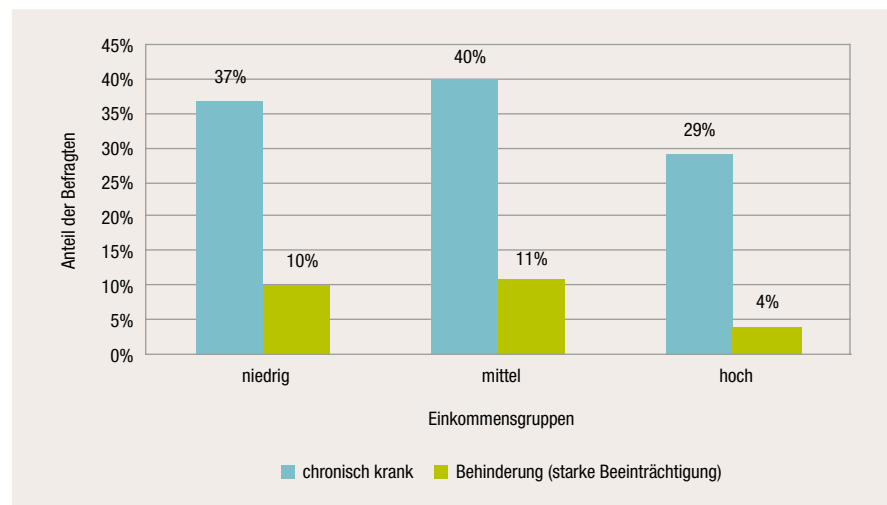


ABBILDUNG 140: Gesundheitliche Beeinträchtigungen nach Einkommensgruppen, 2011–2013 (Wien)
Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2011–2013, bearbeitet durch die MA 24

Je geringer das Einkommen, desto häufiger werden starke gesundheitliche Beeinträchtigungen genannt.

Bei der Frage nach dem Vorliegen einer starken Beeinträchtigung durch Behinderung sind die Fallzahlen für Wien (trotz des errechneten Dreijahresdurchschnitts) vor allem in der oberen Einkommensgruppe sehr gering, sodass auf die Auswertung für Gesamtösterreich zurückgegriffen wird. Diese zeigt einen klaren Zusammenhang zwischen Einkommenssituation und Beeinträchtigung durch Behinderung: Je niedriger das Einkommen, desto häufiger wird von einer starken Beeinträchtigung berichtet. Das Gefälle ist dabei sehr stark (13% – 10% – 5%).

¹⁷⁸ Vgl. Stadt Wien, MA 18 – Lebensqualität in Wien im 21. Jahrhundert, 2014.
¹⁷⁹ Vgl. Ramelov et al. 2011.

Die Geschlechter unterscheiden sich dabei nur geringfügig, bei einem leichten Überwiegen der Männer in der niedrigsten Einkommensgruppe und einem leichten Überwiegen der Frauen in den beiden anderen Einkommensgruppen.

Auffallend ist, dass in allen drei Einkommensgruppen und sowohl in Wien als auch in Gesamtösterreich die Anteile von berichteten Gesundheitsbeeinträchtigungen bei den österreichischen StaatsbürgerInnen deutlich höher liegen als bei den nicht-österreichischen StaatsbürgerInnen (*siehe Kapitel 6.2.6*).¹⁸⁰ Möglicherweise handelt es sich hierbei um Altersstruktureffekte, da MigrantInnen im Durchschnitt jüngeren Altersgruppen angehören.

Die Auswertung der letzten österreichischen Gesundheitsbefragung für Wien¹⁸¹ zeigt darüber hinaus, dass es auch je nach Bildungsniveau und Stellung am Arbeitsmarkt (vor allem Arbeitslosigkeit) deutliche Unterschiede bei der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes gibt. Insbesondere zeigen sich auffallende Unterschiede in der berichteten Häufigkeit chronischer Krankheiten. Auch hier zeigt sich wieder ein Zusammenhang mit dem Bildungsniveau: Bevölkerungsschichten mit niedrigerer formaler Ausbildung berichten öfter, unter Bluthochdruck, Diabetes, chronischer Bronchitis bzw. Lungenemphysem, Grauem Star, Harninkontinenz sowie chronischen Angstzuständen bzw. Depression zu leiden. Ebenso wird in den unteren Bildungsschichten häufiger von gesundheitlichen Einschränkungen im Alltagsleben berichtet.¹⁸²

Die Auswertung für Österreich zeigt darüber hinaus einen starken Zusammenhang zwischen Adipositas (Fettleibigkeit) und sozioökonomischer Schicht. Männer und Frauen, die als höchste abgeschlossene Schulbildung Grundschule oder Lehre angeben, haben eine etwa dreimal so hohe Wahrscheinlichkeit, an Adipositas zu leiden wie Personen mit einer weiteren Ausbildung nach der Matura.¹⁸³

Besonders auffällig ist die Beeinträchtigung arbeitsloser Personen durch chronische Krankheiten. Bis auf wenige Ausnahmen¹⁸⁴ ist bei Arbeitslosen die Lebenszeitprävalenz der einzelnen chronischen Krankheiten deutlich höher als bei Erwerbstätigen. Arbeitslose leiden drei Mal so häufig wie Erwerbstätige an chronischen Angstzuständen und Depressionen. Auch Tinnitus, chronische Bronchitis bzw. Lungenemphysem ist bei ihnen nahezu drei Mal so häufig. Auffallend ist eine überdurchschnittlich starke Betroffenheit Arbeitsloser von Osteoporose und Inkontinenz. Letztere scheinen jedoch vor allem auch altersbedingt zu sein. Insgesamt ist das psychische Wohlbefinden von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen gemindert. Arbeitslose berichten häufiger als Erwerbstätige von Nervosität, Niedergeschlagenheit, Traurigkeit und seltener von Gelassenheit, Glücksempfinden, Schwung und Energie. Sie fühlen sich jedoch tendenziell seltener erschöpft und müde als Erwerbstätige. Auch sind arbeitslose Personen häufiger von Einschränkungen im Alltagsleben betroffen, die durch gesundheitliche Probleme hervorgerufen werden.¹⁸⁵

Arbeitslose Personen weisen oft chronische Krankheiten, Depression und Angstzustände auf.

¹⁸⁰ Wenngleich der Anteil nicht-österreichischer StaatsbürgerInnen in der höchsten Einkommensgruppe sehr gering ist, lässt sich die durchgehende Tendenz erkennen.

¹⁸¹ Stadt Wien, BST – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Ergebnisse für Wien.

¹⁸² Stadt Wien, BST – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Ergebnisse für Wien.

¹⁸³ Vgl. Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07. Vgl. Stadt Wien, MA 15 – Gesundheitsbericht Wien 2010.

¹⁸⁴ Ausnahmen finden sich in Wien bei Asthma, Allergien, Diabetes und Grauem Star.

¹⁸⁵ Stadt Wien, BST – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Ergebnisse für Wien.

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sind geprägt von sozioökonomischen Faktoren.

Bildung und Einkommen beeinflussen die Häufigkeit von ÄrztInnenbesuchen.

Nicht zuletzt sind auch Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund festzustellen (siehe Kapitel 6.2.6).

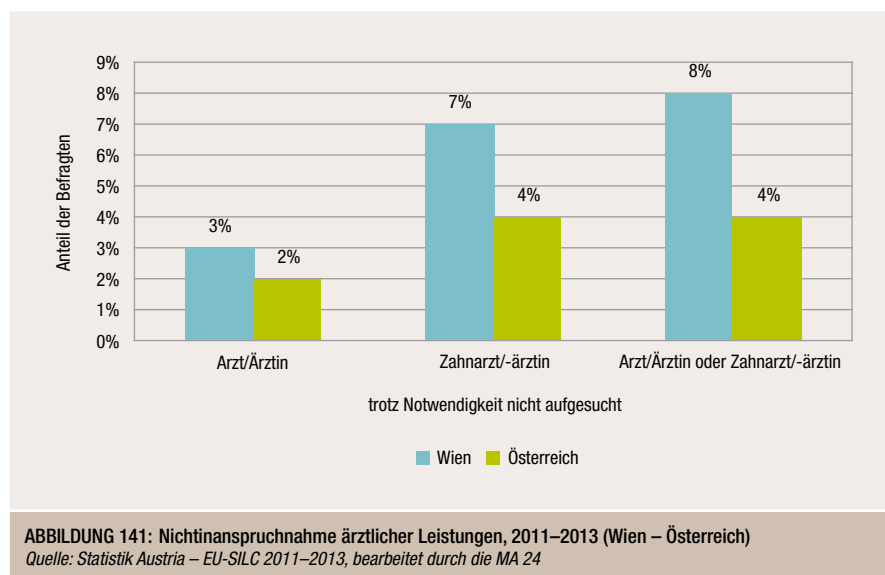
Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Gesundheitsversorgung

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, wie etwa Ernährung, Gesundheitsaktivitäten, Rauchen, Alkoholkonsum usw., und die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und Vorsorgeangeboten sind geprägt von sozioökonomischen Faktoren. Vor allem der Bildungsstatus ist ein dominanter Einflussfaktor.

Für Wien ist feststellbar, dass sozial Schwächere bzw. insbesondere Personen mit niedrigem formalem Bildungsniveau weniger gesundheits- und ernährungsbewusst sind und seltener gesundheitsrelevante Vorsorgeangebote wahrnehmen als höher Gebildete.¹⁸⁶ Das Gesundheitsvorsorgeverhalten ist auch davon abhängig, ob jemand erwerbstätig oder arbeitslos ist und ob ein Migrationshintergrund besteht.¹⁸⁷

Ähnlich wie beim Gesundheitsverhalten ist ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten und dem Bildungsniveau feststellbar: Formal niedrig Gebildete sind öfter im Krankenhaus als höher Gebildete.¹⁸⁸

Wie oft eine Ärztin bzw. ein Arzt aufgesucht wird, wird ebenfalls vom Bildungsniveau beeinflusst.¹⁸⁹ Auffallend ist der im Vergleich zu Gesamtösterreich doppelt so hohe Anteil von Personen in Wien, die keine Arztpraxis oder (insbesondere) zahnärztliche Ordination aufsuchen (8% vs. 4% der Befragten), obwohl eine Behandlung notwendig wäre (siehe Abbildung 141). Eine genauere Analyse nach Einkommensgruppen zeigt dabei, dass die Gruppe der Einkommensschwächsten den höchsten Anteil bei der Nichtinanspruchnahme einnimmt.¹⁹⁰



186 Vgl. Gesundheitsberichte der Stadt Wien.
 187 Stadt Wien, BST – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Ergebnisse für Wien.
 188 Stadt Wien, BST – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Ergebnisse für Wien.
 189 Stadt Wien, BST – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Ergebnisse für Wien.
 190 Vgl. Statistik Austria – EU-SILC 2011–2013.

Arbeitslose haben (im Vergleich zu Erwerbstätigen) höhere Anteile an ÄrztInnenkonsultationen und auch durchschnittlich mehr Konsultationen innerhalb eines bestimmten Zeitraums.¹⁹¹ Auch ein allfälliger Migrationshintergrund wirkt sich auf die Häufigkeit und die Art des Besuches einer allgemeinmedizinischen Praxis aus (*siehe Kapitel 6.2.6*).

Bildung und Einkommen haben auch einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von zahnärztlicher Versorgung und auf die Gründe für einen ZahnärztInnenbesuch. Niedrig Gebildete suchen seltener eine Zahnarztpraxis auf als höher Gebildete. Auch geben sie häufiger als höher Gebildete Schmerzen oder Beschwerden als Hauptgrund für den Zahnarztbesuch an, jedoch seltener als letztere die Kontrolluntersuchung und Mundhygiene. Ähnliches lässt sich für Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft feststellen (*siehe Kapitel 6.2.6*).¹⁹²

Der große Einfluss der Bildung zeigt sich bereits bei der Zahngesundheit von Kindern. So konnte eine eindeutige Korrelation zwischen Bildung der Eltern (insbesondere der Mutter) und Zahngesundheit der Kinder festgestellt werden.¹⁹³

In Wien ist der Anteil von Personen, die trotz Notwendigkeit keine zahnärztliche Praxis aufsuchen, fast doppelt so hoch wie in Gesamtösterreich (7% vs. 4% der Befragten) (*siehe Abbildung 141*). Das hat offenbar primär finanzielle Gründe, denn der höchste Anteil der Nicht-Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen findet sich in der niedrigsten Einkommensgruppe.¹⁹⁴ Zu bedenken ist jedoch auch, dass Bildung und Einkommen stark korrelieren.

Auch bei den sonstigen Gesundheitsdienstleistungen (wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Homöopathie, Akupunktur und sonstige komplementäre Behandlungsmethoden, Psychotherapie, Ernährungsberatung, Hauskrankenpflege) sind deutliche Unterschiede nach Bildungsniveau, Einkommen und Migrationshintergrund festzustellen. Personen mit niedrigem Bildungsniveau nehmen deutlich seltener sonstige Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch als höher Gebildete, Erwerbstätige seltener als Arbeitslose und Personen mit Migrationshintergrund seltener als Personen ohne Migrationshintergrund.¹⁹⁵

Wie oft Medikamente eingenommen werden, hängt vom Bildungsniveau, Lebensunterhalt und vielleicht auch damit zusammen, ob ein Migrationshintergrund gegeben ist oder nicht. Teilweise besteht ein Unterschied, ob es sich um ärztlich verordnete oder rezeptfreie Medikamente handelt. Während Personen mit niedrigem Bildungsniveau häufiger ärztlich verordnete Medikamente einnehmen als höher Gebildete, verhält es sich bei rezeptfreien Medikamenten genau umgekehrt.¹⁹⁶

Bei den Unterschieden betreffend Bildung und Migrationshintergrund können jedoch Altersstruktureffekte eine Rolle spielen. MigrantInnen haben ein niedrigeres Durchschnittsalter als Personen ohne Migrationshintergrund, und die

Sozial Schwache gehen seltener zu Zahnärztinnen als sozial besser Gestellte. In Wien ist der Anteil von Personen, die eine zahnärztliche Praxis trotz Notwendigkeit nicht aufsuchen, fast doppelt so hoch wie in Gesamtösterreich.

191 Stadt Wien, BST – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Ergebnisse für Wien.

192 Stadt Wien, BST – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Ergebnisse für Wien.

193 Vgl. Oppolzer 2011.

194 Vgl. Statistik Austria – EU-SILC 2011–2013.

195 Stadt Wien, BST – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Ergebnisse für Wien.

196 Stadt Wien, BST – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Ergebnisse für Wien.

6.2.2 Allgemeine Analyse zum Thema Armut und Gesundheit

Der Begriff Armut ist schwer fassbar. Es gibt keine objektive, wissenschaftliche Definition von Armut. Armut ist vielmehr das Ergebnis sozialer Wertsetzungen, die sich auch in statistischen Indikatoren spiegeln können. Ziel dieser Indikatoren zur Armut ist es herauszufinden, bei welchen Gruppen konkrete Maßnahmen gesetzt werden können und in welche Richtung die Entwicklung geht.¹⁶⁴

Der sozioökonomische Status (gebildet aus den drei Hauptvariablen Bildung, Einkommen und berufliche Stellung) gilt als jene Determinante, die die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Menschen am stärksten beeinflusst. Sowohl die zwischen als auch innerhalb von Ländern bestehenden sozioökonomischen und sozialen Unterschiede wirken sich auf die Gesundheit der Bevölkerung bzw. von bestimmten Bevölkerungsgruppen aus. Dementsprechend hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der Vergangenheit immer wieder auf die Notwendigkeit des Ausgleichs der Lebensbedingungen und Gesundheitschancen innerhalb und zwischen den einzelnen Ländern verwiesen.¹⁶⁵ Auch auf europäischer Ebene wurden in den letzten Jahren international vergleichende Projekte durchgeführt, anhand derer Strategien zur Reduzierung der Chancenungleichheit im Bereich der Gesundheit entwickelt wurden.¹⁶⁶

Die Gesundheit des Einzelnen wird also in hohem Maße durch die Lebensbedingungen bzw. Lebensumstände bestimmt. Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage und der gesundheitlichen Situation sind vielfach dokumentiert.¹⁶⁷ Der signifikante Einfluss sozioökonomischer Variablen (Bildung, Einkommen, berufliche Stellung) auf Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand und Lebenserwartung ist spätestens seit den Studien von Michael Marmot¹⁶⁸ hinlänglich bekannt und wurde auch in zahlreichen Studien und Gesundheitsbefragungen (national und international) wiederholt bestätigt.

Viele Krankheiten und Gesundheitsstörungen treten in den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen häufiger auf. Besonders deutlich sind gesundheitliche Konsequenzen sozialer Benachteiligung in Bevölkerungsgruppen, deren Lebensverhältnisse durch dauerhafte Belastungen und Nachteile gekennzeichnet sind. Dazu zählen gering Qualifizierte, Einkommensschwache und von ständiger Armut Betroffene (wie SozialhilfebezieherInnen, Langzeitarbeitslose, alleinerziehende Mütter, PensionistInnen).

Wie sich in Surveys immer wieder bestätigt, stehen Bildung und Einkommen in einem engen Verhältnis zueinander. Sozial benachteiligte Gruppen haben nicht nur eine schlechtere Gesundheit, sie sind aus gesundheitlichen Gründen auch häufiger in der Bewältigung des Alltags eingeschränkt. Gleichzeitig neigen sie häufiger zu gesundheitsriskantem Verhalten (wie etwa Rauchen, Bewegungs-

Es gibt einen engen Zusammenhang zwischen Bildung und Einkommen. Personen mit einem schwächeren sozialen Status weisen im Schnitt auch eine schlechtere Gesundheit auf.

¹⁶⁴ Vgl. Statistik Austria – Studie zu Armut und sozialer Eingliederung in den Bundesländern 2011, 2013.

¹⁶⁵ Vgl. WHO 1999.

¹⁶⁶ Z.B. EU-Projekte zu Closing the Gap: Strategies for Action to tackle Health Inequalities in Europe.

¹⁶⁷ Vgl. Lampert et al. 2005; Pochobradsky et al. 2002; Mielck 2000; Marmot & Wilkinson 1999; Zürcher 2014; Wolff & Fritschi 2014.

¹⁶⁸ Whitehall Studies I & II, seit 1967. Marmot & Wilkinson 1999.

der Anzahl der Hochbetagten zeigt einen deutlichen Anstieg bei den Männern von 12,1% zwischen 2010 und 2013 (Frauen +1,7%), auch wenn die Absolutzahl der über 85-jährigen Frauen noch um ein Dreifaches über jener der Männer liegt.

Informelle Pflege

Bei den Einschätzungen zum künftigen informellen Pflegepotenzial sind Veränderungen im Geschlechterverhältnis zu berücksichtigen. Neben den demografischen Entwicklungen, insbesondere der Reduktion des Verhältnisses von Frauen im Alter von 40 bis 59 Jahren zu Personen über 75 Jahren, sind gesellschaftliche Veränderungen zentral. Derzeit sind Frauen im erwerbsfähigen Alter die wesentlichen Akteurinnen der informellen Pflege. Die Erwerbstätigenquoten von Frauen und Männern in Wien haben sich jedoch bereits stark angenähert (siehe Kapitel 3.2.2) und das WIFO geht von einer weiter steigenden Arbeitsmarktbeteiligung (älterer) Frauen in den kommenden Jahren aus. Gründe sind die höhere Ausbildung und die Erhöhung des Pensionsantrittsalters.²⁰⁰ Frauen in Wien geben jedoch als häufigsten Grund (29%) für eine Teilzeitbeschäftigung an, Kinder oder pflegebedürftige Erwachsene zu betreuen.²⁰¹ Auch die Ergebnisse der Zeitverwendungsstudie zeigen, dass Frauen immer noch deutlich mehr Zeit für unbezahlte Arbeit, wie beispielsweise für Pflegetätigkeit, aufwenden als Männer.²⁰² Wechselwirkungen zwischen einem möglichen Aufbrechen dieser traditionellen Rollenverteilung und dem Angebot der institutionalisierten Pflege- und Betreuungsangebote müssen berücksichtigt werden.

Derzeit sind Frauen im erwerbsfähigen Alter die wesentlichen Akteurinnen der informellen Pflege. Es ist von einer weiteren Reduktion des informellen Pflegepotenzials in den kommenden Jahren auszugehen.

Pflegegeldentwicklungen

Im Jahr 2012 waren zwei Drittel (66,3%) der PflegegeldbezieherInnen in Wien Frauen. Besonders markant ist der Geschlechterunterschied bei den über 80-Jährigen, hier beträgt der Frauenanteil 78,4%. In den jüngeren Altersgruppen ist der Unterschied weniger stark ausgeprägt, in den Altersgruppen der 0- bis 40-Jährigen überwiegt – bei deutlich geringeren Absolutzahlen – der Männeranteil. Frauen befinden sich fast doppelt so häufig wie Männer in einer höheren Pflegegeldstufe (3 bis 7), die auf eine höhere Pflegeintensität schließen lässt. Die Anzahl der Männer hat im Zeitraum 2009 bis 2012 mit 6,8% jedoch stärker zugenommen als die der Frauen (+1,2%).

6.2.4 Genderanalyse Gesundheit

Neben den sozioökonomischen Faktoren (Einkommen, Bildung, berufliche Stellung etc.) hat auch das Geschlecht Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand. Frauen und Männer sind etwa von gesundheitlichen Risikofaktoren unterschiedlich stark betroffen. Die Daten der *Gesundheitsbefragung 2006/2007* zeigen für Wien, dass Männer öfter als Frauen rauchen und

²⁰⁰ Vgl. WIFO 2014.

²⁰¹ Statistik Austria – Arbeitsmarktstatistiken, Ergebnisse der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung und der Offenen-Stellen-Erhebung, berechnet durch die MA 23.

²⁰² Die Zeitverwendungserhebung wurde 2008/09 von der Statistik Austria durchgeführt. 8.200 Personen führten einen Tag lang ein Tagebuch, in das alle Tätigkeiten eingetragen wurden, die länger als 15 Minuten dauern. Die Zeitverwendungsstudie liefert wesentliche Erkenntnisse über die Aufteilung der bezahlten und unbezahlten Arbeit zwischen Frauen und Männern in Österreich. Ergebnisse für Wien können im Wiener Gleichstellungsmonitor 2013 und im Statistik-Journal Wien 2/2014 nachgelesen werden.

Gruppe der höher Gebildeten ist im Durchschnitt jünger als die Gruppe der niedrig Gebildeten.¹⁹⁷

6.2.3 Genderanalyse Pflege und Betreuung

Es ist bekannt, dass deutlich mehr Frauen als Männer Pflege- und Betreuungsangebote in Anspruch nehmen. So betrug der Frauenanteil bei den KundInnen mit Pflege- und Betreuungsbedarf des FSW im Jahr 2013 68,7% (siehe Abbildung 124, S. 193). Dies ist im Wesentlichen auf die unterschiedlichen Lebenserwartungen und Lebensformen von Frauen und Männern im Alter zurückzuführen. Die fernere Lebenserwartung von Frauen im Alter von 65 liegt in Österreich 2013 um 3,3 Jahre über derjenigen der Männer. Allerdings wird für Männer erwartet, dass sie durchschnittlich einen höheren Anteil (47%) der Jahre ohne chronische Krankheiten verbringen können als Frauen (43%). Frauen leiden länger an chronischen Krankheiten und haben dadurch einen erhöhten Pflegebedarf.

Jahr	Frauen				Männer			
	Lebenserwartung in Jahren			Anteil der Jahre ohne chronische Krankheit (%)	Lebenserwartung in Jahren			Anteil der Jahre ohne chronische Krankheit (%)
	gesamt	davon Jahre ...			gesamt	davon Jahre ...		
		ohne chronische Krankheit	mit chronischer Krankheit	ohne chronische Krankheit		mit chronischer Krankheit		
2010	21,0	7,2	13,9	34	17,7	7,6	10,0	43
2011	21,2	8,3	12,9	39	17,9	8,0	9,9	45
2012	21,0	8,8	12,2	42	17,8	8,4	9,4	47
2013	21,2	9,1	12,1	43	17,9	8,4	9,5	47

TABELLE 39: Fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, 2010–2013 (Österreich)
 Quelle: Statistik Austria – Sterbetafeln und EU-SILC, bearbeitet durch die MA 24

Zudem zeigt ein Blick auf die Haushaltsstrukturen in Wien, dass Männer häufig auch in höherem Alter in einer Partnerschaft leben, während Frauen – auch aufgrund der höheren Lebenserwartung – ihren Lebensabend öfter alleinlebend verbringen. Pflegebedürftige Männer können so häufiger durch ihre Partnerin unterstützt werden, wohingegen Frauen seltener mit der Betreuung durch ihre Partner rechnen können.¹⁹⁸

Im Beobachtungszeitraum 2010 bis 2013 ist insgesamt ein leichter Rückgang bei den Personen, die Pflege- und Betreuungsleistungen in Anspruch genommen haben, feststellbar. Dies ist fast ausschließlich auf den Rückgang bei den Frauen (–12%) zurückzuführen. Möglicherweise steht dies im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung. Da Männer zunehmend älter werden bzw. sich der Abstand der Lebenserwartungen von Frauen und Männern verringert, verringert sich das Geschlechterverhältnis (Frauen/Männer) in Wien insgesamt. Nach aktuellen Bevölkerungsprognosen ist davon auszugehen, dass sich das Verhältnis von Frauen und Männern bis 2020 weiter verringert und dann wieder geringfügig ansteigen wird.¹⁹⁹ Auch die geschlechtsspezifische Betrachtung

¹⁹⁷ Stadt Wien, BST – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Ergebnisse für Wien.
¹⁹⁸ Vgl. Stadt Wien, MA 23, 2/2014.
¹⁹⁹ Vgl. Stadt Wien, MA 23, 1/2014.

der Anzahl der Hochbetagten zeigt einen deutlichen Anstieg bei den Männern von 12,1% zwischen 2010 und 2013 (Frauen +1,7%), auch wenn die Absolutzahl der über 85-jährigen Frauen noch um ein Dreifaches über jener der Männer liegt.

Informelle Pflege

Bei den Einschätzungen zum künftigen informellen Pflegepotenzial sind Veränderungen im Geschlechterverhältnis zu berücksichtigen. Neben den demografischen Entwicklungen, insbesondere der Reduktion des Verhältnisses von Frauen im Alter von 40 bis 59 Jahren zu Personen über 75 Jahren, sind gesellschaftliche Veränderungen zentral. Derzeit sind Frauen im erwerbsfähigen Alter die wesentlichen Akteurinnen der informellen Pflege. Die Erwerbstätigenquoten von Frauen und Männern in Wien haben sich jedoch bereits stark angenähert (siehe Kapitel 3.2.2) und das WIFO geht von einer weiter steigenden Arbeitsmarktbeteiligung (älterer) Frauen in den kommenden Jahren aus. Gründe sind die höhere Ausbildung und die Erhöhung des Pensionsantrittsalters.²⁰⁰ Frauen in Wien geben jedoch als häufigsten Grund (29%) für eine Teilzeitbeschäftigung an, Kinder oder pflegebedürftige Erwachsene zu betreuen.²⁰¹ Auch die Ergebnisse der Zeitverwendungsstudie zeigen, dass Frauen immer noch deutlich mehr Zeit für unbezahlte Arbeit, wie beispielsweise für Pflegetätigkeit, aufwenden als Männer.²⁰² Wechselwirkungen zwischen einem möglichen Aufbrechen dieser traditionellen Rollenverteilung und dem Angebot der institutionalisierten Pflege- und Betreuungsangebote müssen berücksichtigt werden.

Derzeit sind Frauen im erwerbsfähigen Alter die wesentlichen Akteurinnen der informellen Pflege. Es ist von einer weiteren Reduktion des informellen Pflegepotenzials in den kommenden Jahren auszugehen.

Pflegegeldentwicklungen

Im Jahr 2012 waren zwei Drittel (66,3%) der PflegegeldbezieherInnen in Wien Frauen. Besonders markant ist der Geschlechterunterschied bei den über 80-Jährigen, hier beträgt der Frauenanteil 78,4%. In den jüngeren Altersgruppen ist der Unterschied weniger stark ausgeprägt, in den Altersgruppen der 0- bis 40-Jährigen überwiegt – bei deutlich geringeren Absolutzahlen – der Männeranteil. Frauen befinden sich fast doppelt so häufig wie Männer in einer höheren Pflegegeldstufe (3 bis 7), die auf eine höhere Pflegeintensität schließen lässt. Die Anzahl der Männer hat im Zeitraum 2009 bis 2012 mit 6,8% jedoch stärker zugenommen als die der Frauen (+1,2%).

6.2.4 Genderanalyse Gesundheit

Neben den sozioökonomischen Faktoren (Einkommen, Bildung, berufliche Stellung etc.) hat auch das Geschlecht Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand. Frauen und Männer sind etwa von gesundheitlichen Risikofaktoren unterschiedlich stark betroffen. Die Daten der *Gesundheitsbefragung 2006/2007* zeigen für Wien, dass Männer öfter als Frauen rauchen und

²⁰⁰ Vgl. WIFO 2014.

²⁰¹ Statistik Austria – Arbeitsmarktstatistiken, Ergebnisse der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung und der Offenen-Stellen-Erhebung, berechnet durch die MA 23.

²⁰² Die Zeitverwendungserhebung wurde 2008/09 von der Statistik Austria durchgeführt. 8.200 Personen führten einen Tag lang ein Tagebuch, in das alle Tätigkeiten eingetragen wurden, die länger als 15 Minuten dauern. Die Zeitverwendungsstudie liefert wesentliche Erkenntnisse über die Aufteilung der bezahlten und unbezahlten Arbeit zwischen Frauen und Männern in Österreich. Ergebnisse für Wien können im Wiener Gleichstellungsmonitor 2013 und im Statistik-Journal Wien 2/2014 nachgelesen werden.

gesellschaftspolitische Aufgabe, die in Wien angesichts der zu erwartenden demografischen Entwicklungen weiter an Bedeutung gewinnen wird.

Eine Datenanalyse durch den FSW hat ergeben, dass 85% seiner KundInnen in Österreich geboren sind. 15% entfallen somit auf Personen, deren Geburtsland nicht Österreich ist. Im Bereich der Pflege und Betreuung gesamt wie auch in den Teilbereichen stationär und nicht-stationär ist die Verteilung gleich. Grundsätzlich ist feststellbar, dass die Inanspruchnahme der Leistungen von in Österreich bzw. nicht in Österreich geborenen KundInnen sehr ähnlich ausfällt. Ausnahmen bestehen für WienerInnen, die in der Türkei, der Russischen Föderation, im Iran, in Serbien, Montenegro und dem Kosovo geboren sind. Sie nehmen in deutlich geringerem Ausmaß Pflege- und Betreuungsleistungen in Anspruch.

Stationärer Bereich

Von den insgesamt 1.942 KundInnen des stationären Bereiches, die nicht in Österreich geboren wurden, stammt fast die Hälfte aus der Tschechischen Republik bzw. Deutschland. Die Anzahl der KundInnen war im Zeitraum von 2009 bis 2011 relativ konstant. Auffallend ist, dass in der Türkei geborene KundInnen des FSW im Vergleich zur Anzahl der in Wien lebenden TürkInnen stark unterrepräsentiert sind. In Abbildung 143 ist diese Personengruppe in der Gruppe *Andere* enthalten.

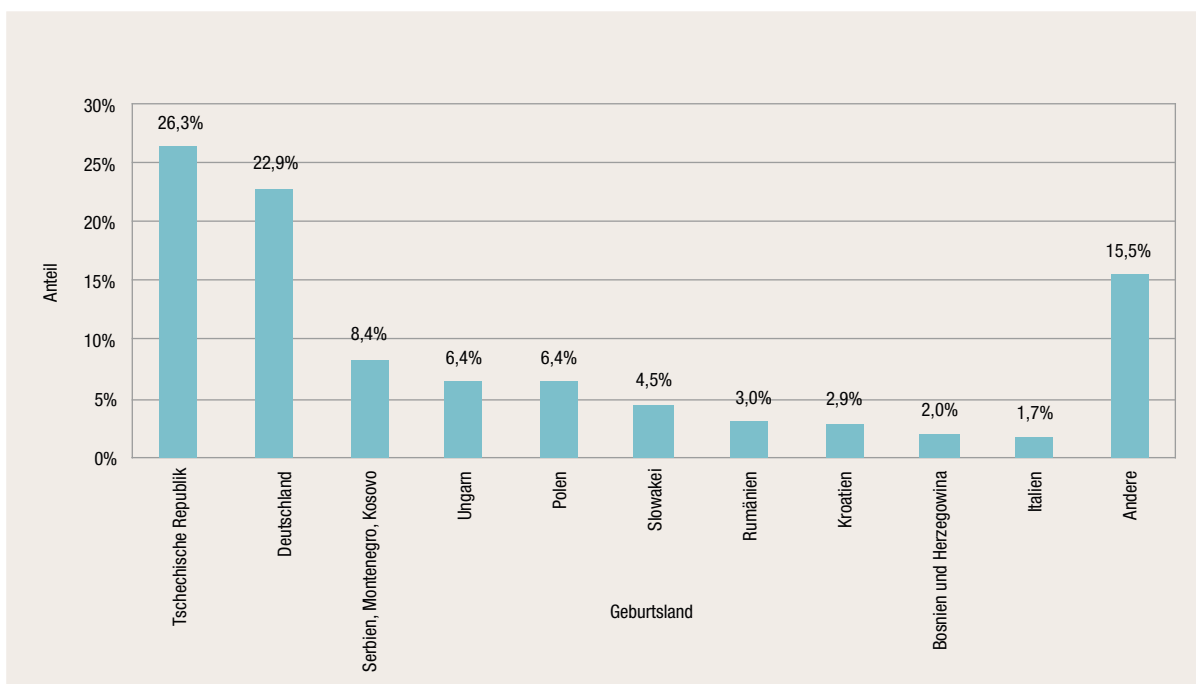


ABBILDUNG 143: Nicht in Österreich geborene KundInnen im Bereich der stationären Pflegeangebote, 2011 (Wien)
Quelle: FSW, bearbeitet durch die MA 24

Im stationären Bereich nahm im Jahr 2011 etwa ein Drittel der in Österreich geborenen WienerInnen im Alter von 85 Jahren oder älter Leistungen in Anspruch. Bei den genannten Ländern liegt die Inanspruchnahme bei 5% bis 10% der Bevölkerung dieser Altersgruppe. Am geringsten ist die Nachfrage bei im Iran geborenen Personen, hier liegt die Nachfrage bei 1,3%.

Nicht-stationärer Bereich

Im nicht-stationären Bereich konnten die Daten von 11.022 KundInnen analysiert werden. Von den 15% nicht in Österreich geborenen KundInnen wurde etwa ein Viertel in der Tschechischen Republik geboren, etwas mehr als ein Fünftel in Deutschland. Auch im Bereich der mobilen und teilstationären Angebote sind in der Türkei geborene Personen unterrepräsentiert, KundInnen aus Ungarn sind hingegen gemessen an ihrem Anteil an der Wiener Bevölkerung stärker vertreten. In der Türkei geborene KundInnen sind in Abbildung 144 in der Gruppe *Andere* enthalten.

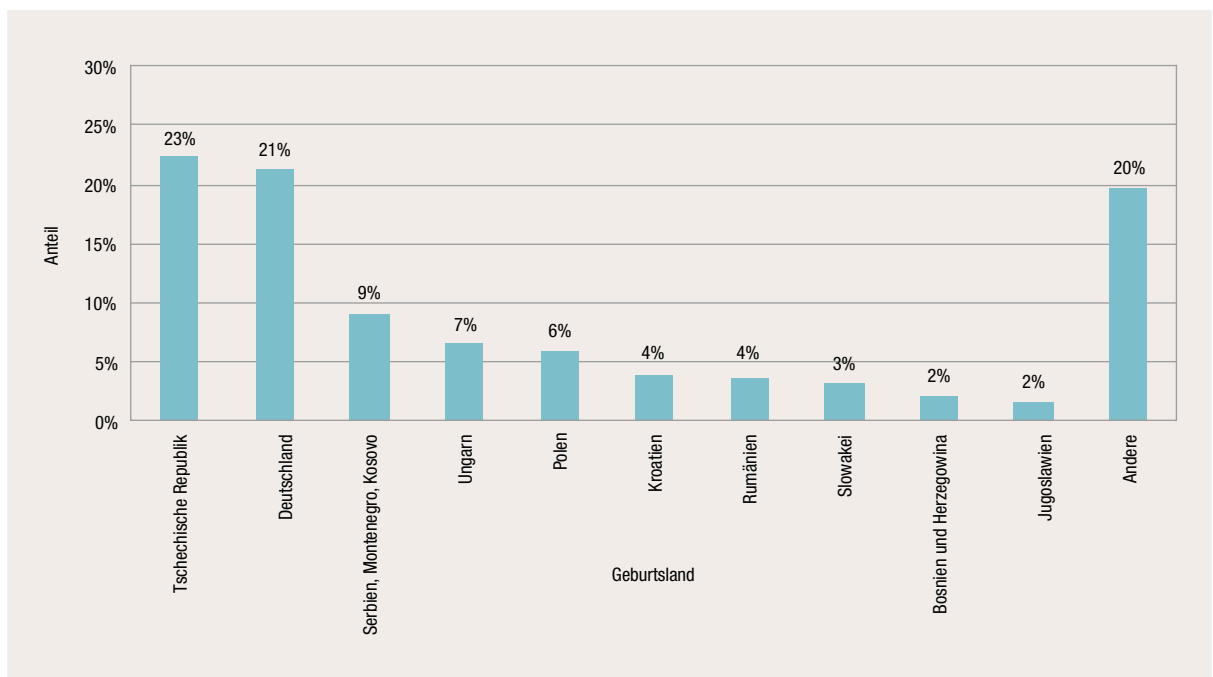


ABBILDUNG 144: Nicht in Österreich geborene KundInnen im Bereich der nicht-stationären Pflegeangebote, 2011 (Wien)
Quelle: FSW, bearbeitet durch die MA 24

In der nicht-stationären Pflege und Betreuung sind die Unterschiede noch markanter als im stationären Bereich. Unter den in Österreich geborenen WienerInnen im Alter von 85 Jahren oder älter bezogen im Jahr 2011 mehr als ein Viertel zumindest eine Leistung. Demgegenüber steht ein Anteil von nur rund 3% der Personen derselben Altersgruppe, die in der Russischen Föderation, dem Iran, in Serbien, Montenegro und dem Kosovo geboren wurden, und nicht-stationäre Pflege- und Betreuungsangebote in Anspruch nahmen. Besonders hervorzuheben sind in der Türkei geborene Personen: Im Jahr 2011 wurden lediglich 22 Personen im Bereich Pflege und Betreuung versorgt.

häufiger einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen. Frauen sind öfter körperlich nicht aktiv. Von starkem Übergewicht sind Frauen und Männer gleichermaßen betroffen.²⁰³

Männer fühlen sich gesünder als Frauen.

Männer schätzen im Vergleich zu Frauen ihren Gesundheitszustand deutlich häufiger als sehr gut oder gut ein. Dies gilt für alle Einkommensgruppen.²⁰⁴

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind auch bei der Häufigkeit chronischer Erkrankungen feststellbar. In allen drei Einkommensgruppen sind Frauen stärker von chronischen Krankheiten betroffen als Männer. In Wien fällt die Differenz noch gravierender aus als in Gesamtösterreich.

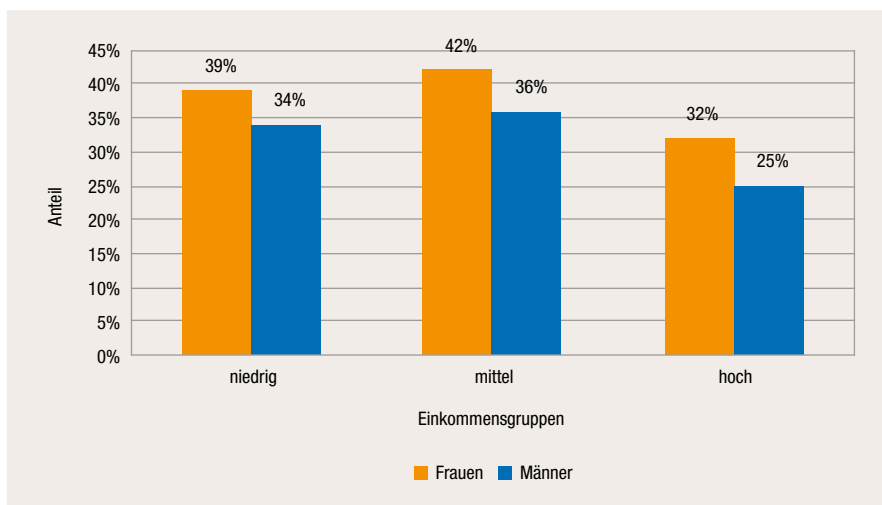


ABBILDUNG 142: Chronische Erkrankungen nach Einkommensgruppen und Geschlecht, 2011–2013 (Wien)
Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2011–2013, 3-Jahresdurchschnitte; bearbeitet durch die MA 24.

Das Ziel einer geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung ist es, *den Bedürfnissen und Lebensrealitäten von Frauen und Männern gleichermaßen gerecht*²⁰⁵ zu werden. In Wien wurde bereits 1999 das *Institut für Frauen- und Männergesundheit* gegründet, das heute aus den Frauengesundheitszentren FEM und FEM Süd und dem Männergesundheitszentrum MEN besteht. Diese Servicestellen bieten geschlechtsspezifische Gesundheitsinformationen und Beratungen an.²⁰⁶

6.2.5 Migrationsanalyse Pflege und Betreuung

Wie bereits in Kapitel 2 beschrieben verfügt ein bedeutender Teil der Wiener Bevölkerung über einen Migrationshintergrund. Auch im Bereich der Pflege und Betreuung hat die Stadt Wien großes Interesse, das Verhalten dieser Personengruppe in Bezug auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen zu erheben und zu analysieren. Dies ist zum einen für die zukünftige Planung des Bereiches der Pflege und Betreuung von großer Wichtigkeit. Zum anderen ist die Berücksichtigung der Bedürfnisse von Personen aus verschiedenen Ländern eine sozial- und

²⁰³ Vgl. Stadt Wien, MA 57, 2014.

²⁰⁴ Vgl. Statistik Austria – EU-SILC 2011–2013.

²⁰⁵ Vgl. Stadt Wien, MA 57, 2014, S. 260.

²⁰⁶ Website des FEM, <http://www.fem.at/#Verein> (08.09.2014).

6.2.6 Migrationsanalyse Gesundheit

Bei der Frage, welche Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit bestehen, sind vor allem drei Aspekte von Bedeutung: soziale Ungleichheit, sprachliche Barrieren und kulturelle Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverständnis. Migration ist nicht zuletzt ein kritisches Lebensereignis, das nicht nur die individuelle Biografie prägt, sondern auch über mehrere Generationen hinweg die Familienentwicklung. Im Zuge der Migration kann es zu psychosozialen Belastungen kommen, als Folge von Gewalterfahrungen, Trennung von der Familie, Diskriminierung oder einem unklaren Aufenthaltsstatus.²⁰⁷

So sind auch Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund festzustellen. Ein Migrationshintergrund geht unter anderem auch mit geringeren Einkommenschancen, schlechterer wirtschaftlicher Lage, schlechteren Aussichten auf dem Arbeitsmarkt bzw. häufigerer Betroffenheit von Arbeitslosigkeit sowie schlechteren Wohnverhältnissen einher.²⁰⁸

Gesundheitszustand

Auffallend ist, dass bei Personen mit Migrationshintergrund der Anteil chronisch Kranker sowie der Anteil von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen im Alltagsleben geringer ist als bei Personen ohne Migrationshintergrund. Berücksichtigt werden muss jedoch, dass die Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund ein geringeres Durchschnittsalter aufweist und daher der Gesundheitszustand insgesamt besser ist.²⁰⁹

In Wien fühlen sich nicht-österreichische StaatsbürgerInnen, die der mittleren Einkommensgruppe angehören, deutlich gesünder als österreichische StaatsbürgerInnen. Letztere schätzen ihre Gesundheit häufig nur als mittelmäßig ein. Für Gesamtösterreich lassen sich diese Unterschiede nicht feststellen.²¹⁰

Die aktuelle Studie zur *Lebensqualität in Wien im 21. Jahrhundert* kommt in diesem Punkt zu einem differenzierteren Ergebnis. Die Studie stellt grundsätzlich ebenfalls Unterschiede hinsichtlich der Einschätzung der Gesundheit zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund fest. Allerdings wird unterschieden zwischen Angehörigen der ersten und der zweiten Generation. Während sich die Angehörigen der zweiten Generation tendenziell gesünder als Personen ohne Migrationshintergrund fühlen, sind es dieser Studie zufolge vor allem die MigrantInnen der ersten Generation, die sich weniger gesund fühlen als Personen ohne Migrationshintergrund oder Angehörige der zweiten Generation. Vor allem ImmigrantInnen aus der Türkei berichten von einer vergleichsweise schlechten Gesundheit, aber auch ImmigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien und Deutschland geben seltener einen sehr guten Gesundheitszustand an.²¹¹

²⁰⁷ Stadt Wien, BST – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Ergebnisse für Wien.

²⁰⁸ Stadt Wien, BST – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Ergebnisse für Wien.

²⁰⁹ Stadt Wien, BST – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Ergebnisse für Wien.

²¹⁰ Vgl. Statistik Austria – EU-SILC Sonderauswertung 2011–2013.

²¹¹ Vgl. Stadt Wien, MA 18 – Lebensqualität in Wien im 21. Jahrhundert, 2014.

Nicht-österreichische StaatsbürgerInnen berichten seltener von chronischen Krankheiten und starken gesundheitlichen Beeinträchtigungen als österreichische StaatsbürgerInnen.

MigrantInnen besuchen seltener als Personen ohne Migrationshintergrund eine allgemeinmedizinische oder zahnärztliche Praxis. Hauptgründe für den Arztbesuch sind für MigrantInnen Gesundheitsbeschwerden oder Schmerzen und seltener eine Kontrolluntersuchung, Rezepteinholung oder Mundhygiene.

Medizinischem Fortschritt ist zu verdanken, dass die Lebenserwartung von Menschen auch mit schwerster Behinderung steigt.

Gesundheitsbeeinträchtigungen

Nicht-österreichische StaatsbürgerInnen berichten deutlich seltener von chronischen Krankheiten und Beeinträchtigungen durch Behinderung als österreichische StaatsbürgerInnen. Dies gilt für alle drei Einkommensgruppen²¹² und sowohl für Wien als auch für Gesamtösterreich. Da MigrantInnen im Durchschnitt jüngeren Altersgruppen angehören, handelt es sich hierbei vermutlich um Altersstruktureffekte.

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Gesundheitsversorgung

Personen mit Migrationshintergrund suchen weniger häufig eine Ärztin bzw. einen Arzt für Allgemeinmedizin auf als Personen ohne Migrationshintergrund. Auch bei den Gründen für den Arztbesuch sind Unterschiede erkennbar: MigrantInnen gehen häufiger als Personen ohne Migrationshintergrund zu einer Ärztin bzw. einem Arzt für Allgemeinmedizin, wenn sie krank sind, Beschwerden haben oder eine Nachuntersuchung bzw. Kontrolle notwendig ist. Sie suchen jedoch seltener eine Arztpraxis für Allgemeinmedizin wegen einer Vorsorgeuntersuchung oder wegen eines Rezepts auf.²¹³

Personen mit nicht-österreichischer Staatsangehörigkeit suchen zu geringeren Anteilen ZahnärztInnen auf. Als Hauptgrund für den Zahnarztbesuch geben sie häufiger als Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft Schmerzen oder Beschwerden an, jedoch seltener die Kontrolluntersuchung und Mundhygiene.²¹⁴

Personen mit Migrationshintergrund nehmen nicht nur rezeptfreie, sondern auch ärztlich verordnete Medikamente seltener ein als Personen ohne Migrationshintergrund.²¹⁵

6.2.7 Analyse zur Situation von Menschen mit Behinderung

Der medizinische Fortschritt führt dazu, dass die Überlebenschancen von Menschen mit schwersten Behinderungen steigen. Das bedingt aber auch, dass mehr Menschen mit Behinderung intensiv gepflegt und adäquat betreut werden müssen. Weiters gleicht sich die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung jener der Gesamtbevölkerung an. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im höheren Lebensalter die Wahrscheinlichkeit zunimmt, dass zusätzlich zur Behinderung altersbedingte gesundheitliche Erkrankungen und Beeinträchtigungen auftreten. Dies kann bedeuten, dass die Betroffenen zusätzlich Pflegeleistungen benötigen.

Die bestehenden Einrichtungen und Angebote müssen daher einer Bewertung unterzogen werden, ob sie für jüngere Personengruppen und für die Gruppe der von Multimorbidität betroffenen älteren Menschen mit Behinderung geeignet und ausreichend sind.

²¹² Wenngleich der Anteil nicht-österreichischer StaatsbürgerInnen in der höchsten Einkommensgruppe sehr gering ist, lässt sich die durchgehende Tendenz dennoch erkennen.

²¹³ Diese Unterschiede sind zum Teil auf das niedrigere Alter der MigrantInnen zurückzuführen. Vgl. Stadt Wien – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07.

²¹⁴ Stadt Wien, BST – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Ergebnisse für Wien.

²¹⁵ Stadt Wien, BST – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Ergebnisse für Wien.

Menschen mit Behinderungen stehen neben den Leistungen aus der Behindertenhilfe auch die Angebote aus dem Bereich Pflege und Betreuung zur Verfügung. Im Jahr 2013 haben 418 Personen aus dem Teilbetreuten Wohnen, 80 Personen aus dem Vollbetreuten Wohnen und 343 Personen aus dem Bereich der Tagesstruktur Leistungen in Anspruch genommen, etwa die Heimhilfe oder (medizinische) Hauskrankenpflege. Am häufigsten wurde das Angebot der Heimhilfe beansprucht.

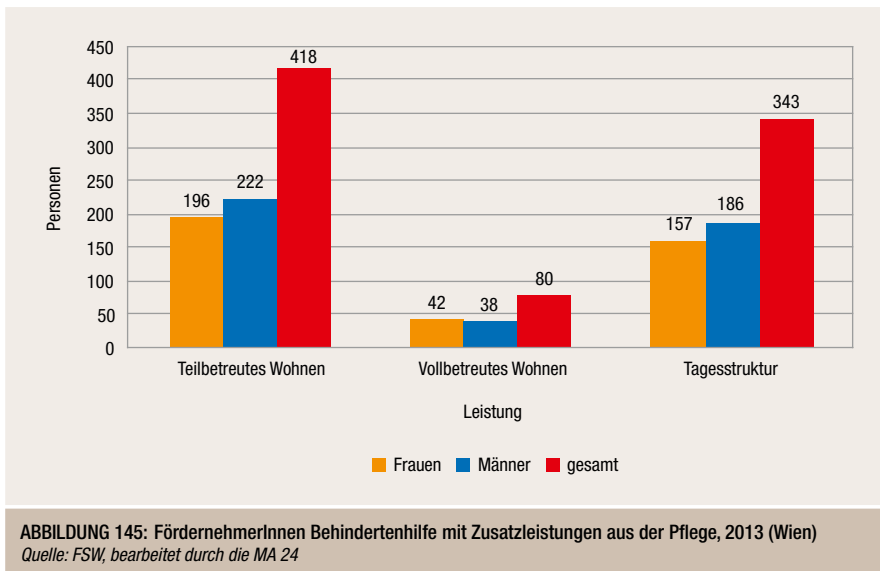


ABBILDUNG 145: FördernehmerInnen Behindertenhilfe mit Zusatzleistungen aus der Pflege, 2013 (Wien)
 Quelle: FSW, bearbeitet durch die MA 24

Aktuell wird im Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen zum Thema Betreuung und Pflege von jüngeren Menschen in Pflgewohnhäusern gearbeitet. In Form von Face-to-Face-Gesprächen mit den Betroffenen wird erhoben, wie viele Personen bei Vorliegen eines entsprechenden Angebotes extramural betreut werden könnten und welche Vorstellungen und Wünsche die Personen betreffend ihre zukünftige Lebenssituation haben.

Nicht-österreichische StaatsbürgerInnen berichten seltener von chronischen Krankheiten und starken gesundheitlichen Beeinträchtigungen als österreichische StaatsbürgerInnen.

MigrantInnen besuchen seltener als Personen ohne Migrationshintergrund eine allgemeinmedizinische oder zahnärztliche Praxis. Hauptgründe für den Arztbesuch sind für MigrantInnen Gesundheitsbeschwerden oder Schmerzen und seltener eine Kontrolluntersuchung, Rezepteinholung oder Mundhygiene.

Medizinischem Fortschritt ist zu verdanken, dass die Lebenserwartung von Menschen auch mit schwerster Behinderung steigt.

Gesundheitsbeeinträchtigungen

Nicht-österreichische StaatsbürgerInnen berichten deutlich seltener von chronischen Krankheiten und Beeinträchtigungen durch Behinderung als österreichische StaatsbürgerInnen. Dies gilt für alle drei Einkommensgruppen²¹² und sowohl für Wien als auch für Gesamtösterreich. Da MigrantInnen im Durchschnitt jüngeren Altersgruppen angehören, handelt es sich hierbei vermutlich um Altersstruktureffekte.

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Gesundheitsversorgung

Personen mit Migrationshintergrund suchen weniger häufig eine Ärztin bzw. einen Arzt für Allgemeinmedizin auf als Personen ohne Migrationshintergrund. Auch bei den Gründen für den Arztbesuch sind Unterschiede erkennbar: MigrantInnen gehen häufiger als Personen ohne Migrationshintergrund zu einer Ärztin bzw. einem Arzt für Allgemeinmedizin, wenn sie krank sind, Beschwerden haben oder eine Nachuntersuchung bzw. Kontrolle notwendig ist. Sie suchen jedoch seltener eine Arztpraxis für Allgemeinmedizin wegen einer Vorsorgeuntersuchung oder wegen eines Rezepts auf.²¹³

Personen mit nicht-österreichischer Staatsangehörigkeit suchen zu geringeren Anteilen ZahnärztInnen auf. Als Hauptgrund für den Zahnarztbesuch geben sie häufiger als Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft Schmerzen oder Beschwerden an, jedoch seltener die Kontrolluntersuchung und Mundhygiene.²¹⁴

Personen mit Migrationshintergrund nehmen nicht nur rezeptfreie, sondern auch ärztlich verordnete Medikamente seltener ein als Personen ohne Migrationshintergrund.²¹⁵

6.2.7 Analyse zur Situation von Menschen mit Behinderung

Der medizinische Fortschritt führt dazu, dass die Überlebenschancen von Menschen mit schwersten Behinderungen steigen. Das bedingt aber auch, dass mehr Menschen mit Behinderung intensiv gepflegt und adäquat betreut werden müssen. Weiters gleicht sich die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung jener der Gesamtbevölkerung an. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im höheren Lebensalter die Wahrscheinlichkeit zunimmt, dass zusätzlich zur Behinderung altersbedingte gesundheitliche Erkrankungen und Beeinträchtigungen auftreten. Dies kann bedeuten, dass die Betroffenen zusätzlich Pflegeleistungen benötigen.

Die bestehenden Einrichtungen und Angebote müssen daher einer Bewertung unterzogen werden, ob sie für jüngere Personengruppen und für die Gruppe der von Multimorbidität betroffenen älteren Menschen mit Behinderung geeignet und ausreichend sind.

²¹² Wenngleich der Anteil nicht-österreichischer StaatsbürgerInnen in der höchsten Einkommensgruppe sehr gering ist, lässt sich die durchgehende Tendenz dennoch erkennen.

²¹³ Diese Unterschiede sind zum Teil auf das niedrigere Alter der MigrantInnen zurückzuführen. Vgl. Stadt Wien – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07.

²¹⁴ Stadt Wien, BST – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Ergebnisse für Wien.

²¹⁵ Stadt Wien, BST – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Ergebnisse für Wien.



6 Gesundheit und Alter

Die demografischen Entwicklungen der nächsten Jahre sind vor allem von einem höheren Anteil älterer Menschen und von der Erhöhung der Lebenserwartung geprägt. Damit werden Strategien immer wichtiger, die Maßnahmen zur Erreichung eines langen Lebens in Gesundheit unterstützen. Das *Wiener Geriatriekonzept* hat bereits wichtige Akzente gesetzt und zu einer Veränderung und Modernisierung der Wiener Pflegelandschaft geführt. Rund 919 Mio. Euro hat die Stadt Wien in die Umsetzung investiert und eines der modernsten Pflegesysteme geschaffen. Die Umsetzung des Konzeptes ist nun abgeschlossen. Um auch in Zukunft Versorgungssicherheit und hohe Qualität für alle pflegebedürftigen WienerInnen und deren Angehörige zu gewährleisten, wurde ein neues Strategiekonzept erarbeitet. Das neue Konzept *Pflege und Betreuung in Wien 2030* zielt vor allem auf die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialbereich ab und beinhaltet eine umfassende Remobilisationsstrategie für pflegebedürftige WienerInnen.

Auch bei der Integration von BezieherInnen einer bedarfsorientierten Mindestsicherung oder von wohnungslosen Menschen gewinnen gesundheitliche Interventionen zunehmend an Bedeutung.