

Das Kapitel über Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung umfasst die Bereiche

- ▶ Gesundheitsförderung
- ▶ Gesundheitsschutz und Prävention mit Fokus auf Impfungen und Krebsvorsorgeuntersuchungen
- ▶ Kuration, differenziert nach ambulanter und akutstationärer Versorgung, sowie Rehabilitation
- ▶ Langzeitpflege und -betreuung

Schließlich werden

- ▶ ausgewählte Outcome-Indikatoren der Versorgungsqualität dargestellt und
- ▶ abschließend drei spezifische Versorgungsaspekte (Schwangerschaft und Geburt, psychiatrische, psychosomatische und psychosoziale Versorgung sowie Versorgung von Menschen mit einem Drogenproblem) thematisiert.

6.1 Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung (GF) konzentriert sich auf den Aufbau individueller sowie „gesellschaftlicher“ Ressourcen (Jordan 2015; WHO 1986) und propagiert die *Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse*. Sie verfolgt dabei – im Sinne der Ottawa-Charta – nachstehende Strategien:

- ▶ Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- ▶ Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten
- ▶ Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- ▶ Neuorientierung der Gesundheitsdienste und anderer gesundheitsrelevanter Einrichtungen
- ▶ Förderung und Entwicklung persönlicher Kompetenzen und Ressourcen

Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang der *Settingansatz* (der versucht, spezifische Kontexte in eine gesundheitsförderliche Richtung zu entwickeln, z. B. Familien, Kindergärten, Schulen, Betriebe, Krankenhäuser, Städte, Gemeinden usw.) sowie der *Health-in-All-Policies-Ansatz*, der Gesundheitsthemen in Bereichen außerhalb der klassischen Gesundheitspolitik (nachhaltig) verankern möchte (Leppo et al. 2013; Pelikan J.M. 2010; Poland et al. 2000; Ståhl et al. 2006; Stegeman et al. 2012; WHO 2014; WHO 2015). Die Relevanz dieser Ansätze wird durch die Ergebnisse der Kapitel 5 und 7 untermauert.

Gesundheitsförderungsstrukturen

In Wien haben sich in den letzten 10 Jahren viele Akteure mit der Implementierung und Umsetzung von Gesundheitsförderung beschäftigt. In diesem Zeitraum wurden zahlreiche Projekte und Programme gestartet, über die jedoch keine gesammelten Daten vorliegen. Für das Land Wien agiert die 2009 gegründete Wiener Gesundheitsförderung (WiG) als Hauptakteurin. Die breitgefächerten Angebote dieser gemeinnützigen GmbH werden im Anschluss näher beschrieben. Daneben sind jedoch auch die maßgeblichen Aktivitäten anderer Akteure, etwa des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) sowie der zahlreichen Vereine, von über 100 Schulen, Betrieben (66 mit Gütesiegel), 9 Krankenhäusern sowie die gesundheitsfördernden Projekte und Maßnahmen der Wiener Gebietskrankenkasse zu erwähnen, die alle ein Ziel haben: bessere Gesundheit und bessere Lebensqualität für alle Wienerinnen und Wiener.

Aktivitäten der Wiener Gesundheitsförderung (WiG)

Seit Anfang 2009 vereint die Wiener Gesundheitsförderung gemeinnützige GmbH – WiG, die zu 100 Prozent im Eigentum der Stadt Wien steht, alle Bereiche der Gesundheitsförderung des Ressorts für Gesundheit, Soziales und Generationen und entwickelt die Aktivitäten der Gesundheitsförderung unter einem Dach im Sinne einer umfassenden Public-Health-Strategie für die WienerInnen weiter. Gesundheit wird nicht als statischer Zustand, sondern als ein in Bewegung befindlicher Prozess verstanden. Gesundheitsorientiertes Denken steht im Zentrum – und damit die Frage, wie Verhaltensweisen und Verhältnisse gesundheitsförderlicher gestaltet werden können. Gesundheitliche Benach-

teilungen aufgrund des sozialen Status, des Geschlechts oder eines Migrationshintergrunds sollen ausgeglichen werden. Neben der Umsetzung eigener Gesundheitsförderungsaktivitäten (durchschnittlich 30 pro Jahr) und der Förderung innovativer Initiativen (durchschnittlich 25 pro Jahr) hat die Wiener Gesundheitsförderung auch die Aufgabe, die vielfältigen Player im Feld zu koordinieren und zu vernetzen sowie – durch Lobbying und Networking – zu einer stärkeren Beachtung der gesundheitlichen Sichtweisen in allen Lebens- und Politikbereichen beizutragen.

2014 wurde Wien nach einem umfassenden Aufnahmeverfahren und mit einem Beschluss des Wiener Gemeinderates in die aktuelle sechste Phase (2014–2018) des Gesunde-Städte-Netzwerks der WHO aufgenommen. Die inhaltlichen Schwerpunkte richten sich an der WHO-Strategie „Gesundheit 2020“ aus. Koordinationsstelle für das WHO-Projekt „Wien – Gesunde Stadt“ ist seit 2009 die Wiener Gesundheitsförderung.

Seit 2010 stellt die kommunale Gesundheitsförderung in der Großstadt Wien einen zentralen Bereich der Wiener Gesundheitsförderung dar, sie konzentriert sich dabei auf Bezirke, die aufgrund soziodemografischer Daten sowie Gesundheitsdaten definiert wurden. Seit dem Start des Programms Gesunde Bezirke wurde die Zahl der Schwerpunkt-Bezirke von ursprünglich 5 auf aktuell 9 fast verdoppelt. In der Leopoldstadt, in Margareten, Mariahilf, Favoriten, Rudolfsheim-Fünfhaus, Ottakring, der Brigittenau, in Floridsdorf und der Donaustadt wird – in enger Zusammenarbeit mit den Bezirksvorstehungen sowie mit Einrichtungen und Akteuren vor Ort – versucht, die Wohnumgebung mitsamt ihren Angeboten wie Kindergärten, Schulen, Jugendeinrichtungen, Seniorentreffs oder Freizeiteinrichtungen in Richtung gesundheitsfördernder Lebenswelten zu verändern. Unter dem Titel „Ihre Gesunde Idee für den Bezirk!“ werden außerdem Privatpersonen wie auch Organisationen aus den Gesunden Bezirken dabei unterstützt, ebendort selbst kleinere gesundheitsförderliche Maßnahmen umzusetzen.

Mit den Mitteln des Wiener Landesgesundheitsförderungsfonds (3 Millionen Euro jährlich) ist sichergestellt, dass in Wien die Gesundheitsförderung in wichtigen Themenbereichen und Lebenswelten ausgebaut, weiterentwickelt und nachhaltig verankert wird. Das von der Wiener Gesundheitsförderung und der Wiener Gebietskrankenkasse erarbeitete Maßnahmenkonzept beinhaltet eine breite Palette an Projekten, die neben klassischen Gesundheitsthemen immer auch soziale Aspekte berücksichtigen. Die Konzentration lag dabei in der ersten Phase (2014 bis 2016) auf den Zielgruppen Kinder und Jugendliche sowie auf den Themen Betriebliche Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz. Für die zweite Phase (2016 bis 2019) startet die Wiener Gesundheitsförderung ein großes Projekt für Seniorinnen und Senioren. Unter dem Titel „Gesund älter werden in Wien“ richtet es sich vor allem an ältere Menschen, die bisher nicht über Senioreneinrichtungen oder -organisationen erreicht werden konnten. Die Finanzierung des Selbstvertretungszentrums Wien wird auch in der zweiten Phase fortgesetzt. Ziel dieses Zentrums ist es, das Selbstbewusstsein von Menschen mit Lernschwierigkeiten zu stärken, ihre Diskriminierung zu vermindern und ihre Teilhabe auf allen gesellschaftlichen Ebenen zu verbessern. Erreicht wird dies durch Informations- und Aufklärungsarbeit, Betroffenenberatung, durch Fort- und Weiterbildung von Menschen mit Lernschwierigkeiten, Öffentlichkeitsarbeit und die Erstellung von Materialien in Leichter Sprache.

Seit 2010 gibt es überdies eine österreichweit koordinierte und qualitätsgesicherte Vorsorgestrategie. Sie ist die Basis für überregionale Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme, die durch die Bundesgesundheitsagentur finanziert werden. Auch die Wiener Gesundheitsförderung nutzt die finanziellen Mittel, die von der Bundesgesundheitsagentur zur Verfügung gestellt werden. So wurde in der Periode 2011 bis 2014 das Projekt „Wiener Netzwerk Kindergartenverpflegung“ umgesetzt, von 2015 bis 2016 wurden unter dem Schwerpunkt „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen“ in 12 Wiener Bezirken Jugendgesundheitskonferenzen durchgeführt, in deren Rahmen sich Jugendliche auf ihre eigene Weise mit dem Thema Gesundheit beschäftigten und die Ergebnisse auch der Öffentlichkeit präsentierten.

Selbsthilfegruppen leisten durch ihre Arbeit einen eigenständigen, durch Professionelle nicht zu ersetzenden Beitrag für das Gesundheits- und Sozialwesen. Die Selbsthilfe-Unterstützungsstelle SUS Wien in der Wiener Gesundheitsförderung ist die erste Anlaufstelle für alle, die Fragen zum Angebot und zur Arbeit von Selbsthilfegruppen haben. Als themenübergreifende Kontaktstelle steht sie für Betroffene, Angehörige und VertreterInnen relevanter Berufsgruppen gleichermaßen zur Verfügung.

Outcome-Messung

Im Jahr 2014 wurden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit Indikatoren für eine „Outcome-Messung im Gesundheitswesen“ definiert (BMG 2015c). Darin enthalten sind auch Indikatoren für den GF-Bereich. Sie adressieren (s. nachstehende Tabelle) wesentliche Themenbereiche der Gesundheitsförderung (Gesundheitskompetenz, Ernährung, Bewegung, Sozialkapital, betriebliche GF, schulische GF) und ermöglichen eine Einschätzung des „Gegensteuerungspotenzials“ (Konnten Trends in eine positive Richtung verändert werden?) bisheriger GF-Aktivitäten.

Indikatoren für den GF-Bereich:

1. Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen
2. Schulklima (s. Punkt 5.2.4)
3. Sozialkapital (s. Punkt 5.4)
4. Obst- und Gemüsekonsum (s. Punkt 4.3.1)
5. Gesundheitswirksame Bewegung (s. Punkt 4.3.2)
6. Gesundheitskompetenz
7. Neuerkrankungsfälle bösartiger Neubildungen (Lunge; Darm; Haut; Zervix; s. Punkt 3.3.1)
8. Neuerkrankungsfälle ausgewählter Herz-Kreislauf-Erkrankungen (akuter Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall; s. Punkt 3.3.1)
9. Neuerkrankungsfälle von Typ-2-Diabetes (s. Punkt 3.3.1)
10. Neuerkrankungsfälle von COPD

Für Wien liegen derzeit hinsichtlich 7 der 10 genannten Indikatoren Daten vor (2–5 und 7–9), Trenddaten nur für die Indikatoren 7, 8 und 9. Die Indikatoren 7 bis 9 (ausgewählte Inzidenzen) werden sowohl im GF-Bereich als auch im Präventionsbereich zur Outcome-Messung herangezogen (s. Punkt 6.2.2). Sie repräsentieren mittel- bis langfristige Outcomes, die u. a. durch die Gesundheitskompetenz sowie durch eine gesunde Ernährung und Bewegung beeinflusst sind.

Die Ergebnisse der Outcome-Messung verdeutlichen, dass es bereits positive Entwicklungen geben hat.

- ▶ Die Anzahl akuter Myokardinfarkte ist bei Männern über den gesamten Beobachtungszeitraum (2005–2014) weitgehend gleich geblieben und bei Frauen kontinuierlich gesunken. Die altersstandardisierte Rate ist für beide Geschlechter um rund 18 Prozent gesunken.
- ▶ Ein weitgehend gleichbleibender Trend ist bei der Diabetes-Typ-2-Inzidenz (2012–2014) zu verzeichnen.
- ▶ Bei Wiener Männern ist des Weiteren ein sinkender Trend (2003–2012) der Darmkrebs-Inzidenz, der Prostatakrebs-Inzidenz und der Inzidenz bösartiger Neubildungen der Haut (Melanome) zu erkennen. Bei Wiener Frauen ist eine Abnahme der Darmkrebs-Inzidenz, der Inzidenz des Zervix-Karzinoms und bösartiger Neubildungen der Haut zu beobachten.
- ▶ Im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung zeigt sich, dass Wiens SchülerInnen (im Alter von 11, 13 und 15 Jahren) das Schulklima an ihren Schulen mit rund 71 von 100 Punkten bewerteten. Im Vergleich zum Jahr 2010 kam es diesbezüglich für beide Geschlechter sowie für alle Altersgruppen zu einer Verbesserung.

Noch mehr *Bemühungen* braucht es allerdings noch in den Bereichen Ernährung und Bewegung sowie hinsichtlich des Sozialkapitals:

- ▶ Der Prozentsatz von Wienerinnen und Wienern, die – empfehlungskonform – täglich Obst und Gemüse essen, liegt aktuell bei nur 33 Prozent. Der Anteil der WienerInnen, der den österreichischen Bewegungsempfehlungen entspricht, nur bei 24 Prozent.
- ▶ Der Prozentsatz von Wienerinnen und Wienern, der über ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung (Sozialkapital) verfügt, liegt derzeit nur bei knapp 50 Prozent. 13 Prozent schätzen das Ausmaß sozialer Unterstützung gering ein.

Negative Entwicklungen sind bei der Lungenkrebs-Inzidenz (bei Wiener Frauen; von 46 auf 55 Neuerkrankungsfälle pro 100.000; 2003–2012) und beim ischämischen Schlaganfall zu beobachten. Im Beobachtungszeitraum ist die Anzahl ischämischer Schlaganfälle jährlich um durchschnittlich 3 Prozent und die altersstandardisierte Rate um 1,6 Prozent pro Jahr gestiegen.

6.2 Prävention

Prävention dient der Vermeidung oder Verringerung von Krankheit. Je nachdem, in welchem Stadium der Erkrankung eine präventive Maßnahme ansetzt, wird zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention¹⁴ unterschieden.

Zu den wichtigsten Maßnahmen der Primärprävention zählen *Impfungen*, da sie wirksam und kosteneffektiv sind. Neben dem individuellen gesundheitlichen Nutzen spielen Impfungen auch für die öffentliche Gesundheit eine wichtige Rolle, da ab einer bestimmten Durchimpfungsrate die gesamte Bevölkerung davon profitiert (auch Menschen, die z. B. aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können); man spricht vom sogenannten Herdenschutz (Robert Koch Institut 2015).

Früherkennungs- und Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen (s. Punkt 6.2.1) zählen zu den wichtigen Maßnahmen der Sekundärprävention und dienen dem frühzeitigen Erkennen und der damit verbundenen Verringerung von Risikofaktoren und Erkrankungen. Sie werden vorrangig von „Ober- und Mittelschichtfamilien“ in Anspruch genommen (Robert-Koch-Institut 2004).

Ebenso wie im GF-Bereich soll auch im Präventionsbereich das Gegensteuerungspotenzial präventiver Maßnahmen anhand ausgewählter *Outcome-Indikatoren* eingeschätzt werden (s. Punkt 6.2.2).

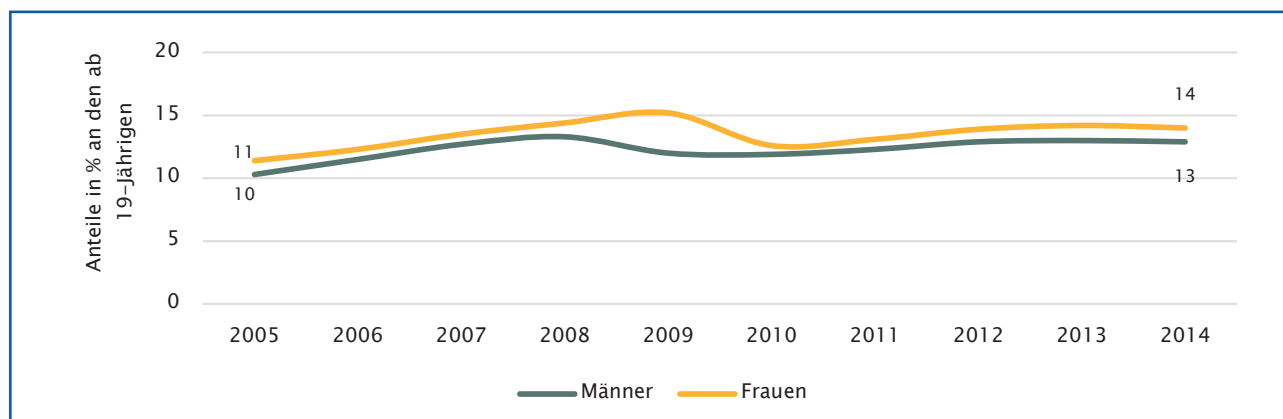
6.2.1 Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen

Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen

Im Jahr 2014 lebten in Wien rund 1,4 Mio. Personen ab 18 Jahren. Rund 200.000 davon nehmen eine allgemeine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch, das entspricht etwa 13,5 Prozent der Bevölkerung (14 % der Frauen und 13 % der Männer). Im Jahr 2005 lag der entsprechende Wert bei nur rund 11 Prozent für Frauen und bei 10 Prozent für Männer (s. Abbildung 6.1).

Abbildung 6.1:

Inanspruchnahme allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen in Wien, 2005–2014



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger – Statistik der Vorsorgeuntersuchungen 2005–2014

¹⁴ In der Präventionsmedizin werden drei Arten der Prävention unterschieden:

- ▶ Primärprävention (Erhalt der Gesundheit und Vorbeugung von Krankheit)
- ▶ Sekundärprävention (Früherkennung bzw. Verhinderung des Fortschreitens einer Krankheit)
- ▶ Tertiärprävention (Verhinderung des Fortschreitens sowie des Eintritts von Komplikationen)

Definitionen und Daten

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) führt die Statistik über die allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen. Die Statistik enthält Daten über die Anzahl untersuchter Personen nach Geschlecht und Bundesland sowie über die Anzahl gynäkologischer Untersuchungen.

Zur Teilnahme berechtigt sind in Österreich wohnhafte Personen ab 18 Jahren, das heißt auch alle Nicht-Versicherten haben Anspruch auf eine unentgeltliche Vorsorgeuntersuchung im Rahmen des allgemeinen Untersuchungsprogramms.

Früherkennung häufiger Krebserkrankungen (Gebärmutterhalskrebs, Brustkrebs, Darmkrebs)

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollen ermöglichen, eine Krebserkrankung in einem frühen Stadium zu erkennen, notwendige Therapien einzuleiten und dadurch die krankheitsspezifische Mortalität zu verringern. Diese Untersuchungen garantieren jedoch keine absolute Zuverlässigkeit, alle kranken Personen korrekt als krank und alle Gesunden als gesund zu erkennen. (Robert Koch Institut 2015).

Untersuchungen zur Vorbeugung und Früherkennung von Darmkrebs

Das Kolorektalkarzinom (Dickdarm- und Mastdarmkrebs) ist in Österreich bei Männern mit 13 Prozent die dritthäufigste, bei Frauen mit 11 Prozent die zweithäufigste Krebserkrankung (s. Punkt 3.3.1).

Abgesehen vom Gesundheitsverhalten (Zigaretten- und Alkoholkonsum, körperliche Aktivität, Ernährung), gilt auch das Vorhandensein von Polypen (mit Zellveränderungen) als Risikofaktor für die Entstehung von Darmkrebs (American Institute for Cancer Research 2007). Polypen entstehen im Laufe der Jahre – als harmlose Schleimhautwucherungen – auf der Darmschleimhaut. Da dieser Prozess mitunter viele Jahre dauern kann, kommt der Vorsorgeuntersuchung eine wichtige Rolle zu.

In Österreich wird ab einem Alter von 50 Jahren (im Falle einer starken familiären Vorbelastung auch schon früher) die regelmäßige Inanspruchnahme (alle fünf Jahre) einer Darmspiegelung empfohlen.

Laut Österreichischer Gesundheitsbefragung 2014 haben sich 39 Prozent der ab 50-jährigen WienerInnen (Stand 2014) im empfohlenen Zeitraum einer Vorsorgeuntersuchung zur Erkennung von Darmkrebs unterzogen (BL-Bandbreite: 38–50 %). Noch nie einer Darmspiegelung unterzogen haben sich hingegen 44 Prozent der ab 50-jährigen WienerInnen. Im Vergleich zu vorliegenden Abrechnungsdaten und darauf basierenden Hochrechnungen erscheinen diese Anteile jedoch sehr niedrig, und es muss von einer Überschätzung ausgegangen werden.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Die Inanspruchnahme einer Darmspiegelung zur Früherkennung von Darmkrebs wird von Wienern mit einem höheren Bildungsabschluss (im empfohlenen Zeitraum) häufiger in Anspruch genommen als von Wienern mit maximal einem Pflichtschulabschluss (48 vs. 31 %). Ein ähnlich gearteter Zusammenhang findet sich auch hinsichtlich des Haushaltseinkommens: Wiener Männer der obersten Einkommensgruppe nehmen häufiger eine Darmspiegelung in Anspruch als Wiener der untersten Einkommensgruppe (47 vs. 32 %).

WienerInnen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) unterzogen sich in den letzten fünf Jahren häufiger eine Darmspiegelung als WienerInnen mit Migrationshintergrund (51 vs. 38 %).

Definitionen und Daten

Die Ergebnisse in Bezug auf *Darmspiegelungen* werden im vorliegenden Kapitel unter anderem auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (50 Jahre oder älter) und beruhen auf Selbstangaben.

Untersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs

Bei Brustkrebs (Mammakarzinom) handelt es sich um eine bösartige Veränderung des Brustgewebes. Das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, steht in Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten (Alkoholkonsum, körperliche Aktivität, Ernährung, Rauchen), hormonellen Faktoren und Erbfaktoren. So findet sich z. B. bei Frauen mit hohem Fettkonsum und Übergewicht sowie bei Frauen, die erst im fortgeschrittenen Lebensalter ihr erstes Kind gebären, häufiger Brustkrebs. Das höchste Brustkrebsrisiko weisen aber Frauen auf, in deren Familie bereits Brustkrebs aufgetreten ist (Mutter, Schwester etc.). Brustkrebs ist bei österreichischen Frauen die häufigste Krebserkrankung (s. Punkt 3.3.1).

Laut nationalen sowie internationalen Leitlinien¹⁵ handelt es sich beim Mammografie-Screening (Röntgenuntersuchung der Brust) um eine Maßnahme zur „Sekundärprävention“ (Früherkennung bzw. Verhinderung des Fortschreitens einer Krankheit). Daher lädt das österreichische Brustkrebsfrüherkennungsprogramm¹⁶ seit 2014 „gesunde“ Frauen zwischen 45 und 69 Jahren dazu ein, alle zwei Jahre eine Früherkennungsmammografie vornehmen zu lassen. Das Wiener Frauengesundheitsprogramm hat bereits seit den 1990er-Jahren Maßnahmen gesetzt, um Frauen über die Mammographie zu informieren. Diese waren so ausgerichtet, dass sie auch Frauen aus sozial schwachen Regionen und Frauen mit Migrationshintergrund erreichen konnten.

77 Prozent der 45- bis 69-jährigen Wienerinnen nahmen (Stand 2014) innerhalb der letzten zwei Jahre eine Vorsorge-Mammografie in Anspruch (BL-Bandbreite: 56–78 %). Bei 4 Prozent der Wienerinnen dieser Altersgruppe wurde noch nie ein Mammografie-Screening durchgeführt. Da es sich um Befragungsdaten handelt, ist eine überschätzte Inanspruchnahme nicht auszuschließen.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Ein Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme eines Mammografie-Screenings und Bildung, Haushaltseinkommen oder Migrationshintergrund lässt sich nicht erkennen.

Definitionen und Daten

Die Ergebnisse zu Mammographien werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (45 bis 69 Jahre) und beruhen auf Selbstangaben.

Untersuchungen zur Vorbeugung und Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs

Ein Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) ist ein bösartiger Tumor des Gebärmutterhalses und ist weltweit der vierthäufigste bösartige Tumor bei Frauen (Stewart/Wild 2014). Im Zusammenhang mit der Entwicklung eines Zervixkarzinoms stehen das Gesundheitsverhalten (vor allem Rauchen, früher Beginn von sexueller Aktivität und damit in Verbindung stehende Infektionen), eine hormonelle Verhütung sowie eine Immunsuppression. Wichtigster Auslöser für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs ist jedoch eine Infektion mit humanen Papillomviren (HPV, HP-Viren), speziell mit den Hochrisiko-Typen HPV 16 und HPV 18. Liegt eine chronische Infektion mit diesen Hochrisiko-Typen vor, kann es zur Bildung eines Zervixkarzinoms kommen. Weil diese Entwicklung häufig über einen Zeitraum von mehreren Jahren verläuft und weil Gebärmutterhalskrebs im Frühstadium meist keine Symptome bewirkt, wird (bei Frauen ab dem 18. Lebensjahr) eine regelmäßige Screening-Untersuchung mittels Abstrichs am Gebärmutterhals (PAP-Abstrich) empfohlen. Als geeignetes Routine-Intervall gelten lt. internationaler Evidenz drei Jahre. Mit dieser Methode können Veränderungen der Zellen am Gebärmutterhals und somit Vorstufen von Gebärmutterhalskrebs entdeckt und erfolgreich behandelt werden (Pongratz et al. 2014).

Bei 84 Prozent der 20- bis 69-jährigen Wienerinnen wurde (Stand 2014) innerhalb der letzten drei Jahre ein PAP-Abstrich zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs durchgeführt (BL-Bandbreite: 82–89 %). Der Anteil jener Wienerinnen, die noch nie einen PAP-Abstrich durchführen ließen, liegt bei

¹⁵ European guidelines for quality assurance in mammography screening, IARC Handbooks for Cancer Prevention

¹⁶ <http://www.frueh-erkennen.at>

10 Prozent. Da es sich um Befragungsdaten handelt, ist eine überschätzte Inanspruchnahme nicht auszuschließen.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Die Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung zum Erkennen von Gebärmutterhalskrebs weist einen positiven Zusammenhang mit der formalen Bildung auf: Wienerinnen mit maximal einem Pflichtschulabschluss nehmen einen PAP-Abstrich seltener im empfohlenen Zeitraum in Anspruch als Frauen mit einer höheren formalen Bildung (72 vs. 90 %). Das gilt auch für Wienerinnen der untersten Einkommensgruppe im Vergleich zu höchsten Einkommensgruppe (82 vs. 93 %).

Wienerinnen ohne Migrationshintergrund ließen in den letzten drei Jahren häufiger einen PAP-Abstrich machen als Wienerinnen mit Migrationshintergrund (86 vs. 78 %).

Definitionen und Daten

Die Inanspruchnahme-Daten in Bezug auf den *PAP-Abstrich* zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) errichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (20 bis 69 Jahre) und beruhen auf Selbstangaben.

6.2.2 Outcome-Messung

Im Jahr 2014 wurden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit Indikatoren für eine „Outcome-Messung im Gesundheitswesen“ definiert (BMG 2015c). Darin enthalten sind auch Indikatoren für den Präventionsbereich. Sie adressieren wesentliche Themenbereiche der Prävention (s. unten) und ermöglichen eine Einschätzung des „Gegensteuerungspotenzials“ bisheriger Präventionsaktivitäten (Konnten Trends in eine positive Richtung verändert werden?):

1. Sturzbedingte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens (s. Punkt 3.3.2)
2. Tabakkonsum (s. Punkt 4.3.3)
3. Alkoholkonsum (s. Punkt 4.3.4)
4. Adipositas (s. Punkt 4.1.1)
5. Durchimpfungsraten bei Kindern
6. Neuerkrankungsfälle bösartiger Neubildungen (Lunge; Darm; Haut; Zervix; s. Punkt 3.3.1)
7. Neuerkrankungsfälle ausgewählter Herz-Kreislauf-Erkrankungen (akuter Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall; s. Punkt 3.3.1)
8. Neuerkrankungsfälle von Typ-2-Diabetes (s. Punkt 3.3.1)
9. Neuerkrankungsfälle von COPD

In Wien liegen derzeit für 7 der 9 genannten Indikatoren Daten vor (1–4; 6–8). Die Indikatoren 6 bis 8 (ausgewählte Inzidenzen) werden sowohl im Präventionsbereich als auch im GF-Bereich zur Outcome-Messung herangezogen und an dieser Stelle nicht mehr berichtet (s. Abschnitt 6.1). Sie repräsentieren mittel- bis langfristige Outcomes, die durch einen regelmäßigen Tabak- und Alkoholkonsum sowie durch einen stark erhöhten Körperfettanteil (Adipositas) beeinflusst sind.

Die Ergebnisse der Outcome-Messung verdeutlichen, dass es bereits positive Entwicklungen gab (Inzidenzen s. Abschnitt 6.1).

- ▶ Sturzbedingte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens sind im Zeitraum 2005 bis 2014 stark zurückgegangen, sowohl bei den 60- bis 74-Jährigen als auch bei den ab 75-Jährigen.
- ▶ Bei den Wienerinnen hat der Anteil der Übergewichtigen und Adipösen seit 2006/2007 in allen Altersgruppen (leicht) abgenommen.

Noch mehr Bemühungen braucht es allerdings in Bezug auf das Rauchverhalten und beim Thema Übergewicht und Adipositas:

- ▶ Der Anteil täglich rauchender WienerInnen hat seit 2006/2007 deutlich zugenommen; um 3 Prozentpunkte bei den Männern und um 12 Prozentpunkte bei den Frauen. Im Jahr 2014 rauchten 33 Prozent der Wiener und 32 Prozent der Wienerinnen täglich.
- ▶ Acht Prozent der WienerInnen konsumieren an 5 oder mehr Tagen pro Woche Alkohol (6 % täglich oder fast täglich), 6 Prozent pflegen einen riskanten Alkoholkonsum (Trenddaten liegen derzeit nicht vor), Männer häufiger als Frauen (an 5 oder mehr Tagen pro Woche: 12 vs. 5 %; riskanter Alkoholkonsum: 7 vs. 4 %).
- ▶ Seit 2006/2007 hat der Anteil adipöser Männer sowohl bei den 15- bis 29-Jährigen als auch bei den ab 60-Jährigen zugenommen. Darüber hinaus kam es bei den 15- bis 29-jährigen Männern auch zu einem Anstieg der Übergewichtigen.

6.3 Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung umfasst neben der ärztlichen und therapeutischen Versorgung im niedergelassenen Bereich alle Leistungen, die in selbstständigen Ambulatorien oder im spitalsambulanten Bereich erbracht werden. Zudem wird die pharmakologische Versorgung in diesem Abschnitt beschrieben.

6.3.1 Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich

Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach)

In Wien standen im Jahr 2014 im niedergelassenen Bereich – laut Ärzteliste der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014) – rund 1.400 Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach¹⁷) zur Verfügung. Fast 60 Prozent davon haben einen Kassenvertrag. Von diesen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sind (s. Abbildung 6.2):

- ▶ 44 Prozent Frauen,
- ▶ 66 Prozent 55 Jahre oder älter und
- ▶ 14 Prozent 65 Jahre oder älter.

Die Angaben zum Vertragsstatus sind dabei unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger zu sehen. Abweichungen zwischen den Angaben zu Vertragsärztinnen und Vertragsärzten gemäß Ärzteliste und den Vertragspartnerdaten der Sozialversicherung sind daher möglich.

Von den rund 600 Wahlärztinnen und Wahlärzten sind im Jahr 2014 63 Prozent ausschließlich als Wahlärztinnen/Wahlärzte tätig. Sie sind jünger als die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und häufiger weiblich (s. Abbildung 6.2). Die Zahl der Wahlärztinnen und Wahlärzte hat zwischen 2005 und 2014 um rund 30 Prozent zugenommen.

Im Jahr 2014 kamen in Wien rund 45 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte (BL-Bandbreite: 39-50 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW) und etwa 35 Wahlärztinnen und Wahlärzte auf 100.000 EW (BL-Bandbreite: 19-35 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW). Während die Ärztedichte von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zwischen 2005 und 2014 gesunken ist, hat die Dichte von Wahlärztinnen und Wahlärzten (ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Versorgungswirksamkeit) zugenommen (s. Abbildung 6.2).

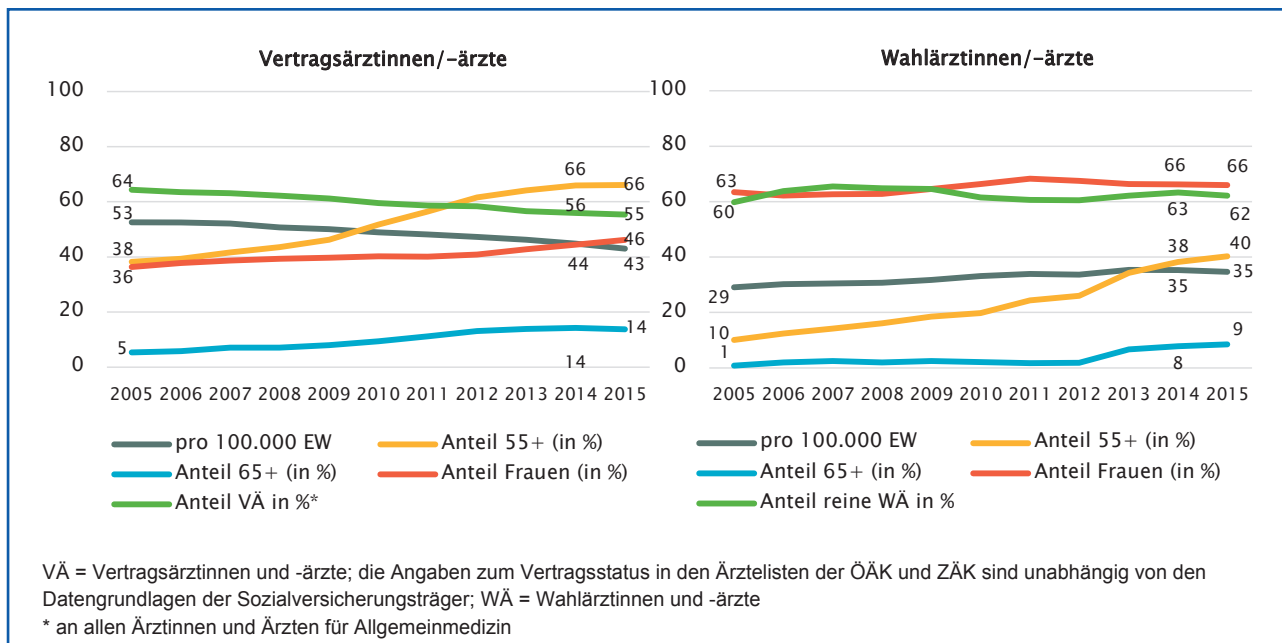
Nach Angaben der Sozialversicherungsträger stehen in Wien – laut *REGIOMED* – im Jahr 2014 im vertragsärztlichen Bereich rund 690 ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) für Allgemeinmedizin zur Verfügung. Eine ÄAVE entspricht dabei grundsätzlich einem durchschnittlich arbeitenden Arzt / einer durchschnittlich arbeitenden Ärztin der jeweiligen Fachrichtung in Österreich. Die Versorgungsdichte bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten der Allgemeinmedizin beträgt demnach 39 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 39-61) und liegt damit unter der obengenannten Vertragsärzt-

¹⁷ Das Erstfach entspricht jener Fachrichtung, in der die Ärztin / der Arzt in erster Linie tätig ist (zur Vermeidung von Mehrfachzählungen).

tedichte (laut Ärzteliste). Im Wahlarztbereich werden gemäß REGIOMED 9 ÄAVE für Allgemeinmedizin ausgewiesen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 0,5 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 0,4–1,4).

Abbildung 6.2:

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach) in Wien: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015



Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014)
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Jahr 2014 wurden – laut ATHIS – 74 Prozent der WienerInnen (im Alter von 15 oder mehr Jahren) vor weniger als 12 Monaten von einem Arzt / einer Ärztin für Allgemeinmedizin *beraten, untersucht oder behandelt* (rund 1.116.000 Personen; BL-Bandbreite: 70–79 %). Dies gilt für die weibliche Bevölkerung zwischen 30 und 59 Jahren häufiger als für die männliche Bevölkerung (78 vs. 68 %). Kein Unterschied findet sich hingegen bei den Altersgruppen (73–77 %). Im Vergleich zum ATHIS 2006/2007 ist die Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin etwa gleich geblieben.

Fachärztinnen und Fachärzte (Erstfach; exkl. Zahnärztinnen und Zahnärzte)

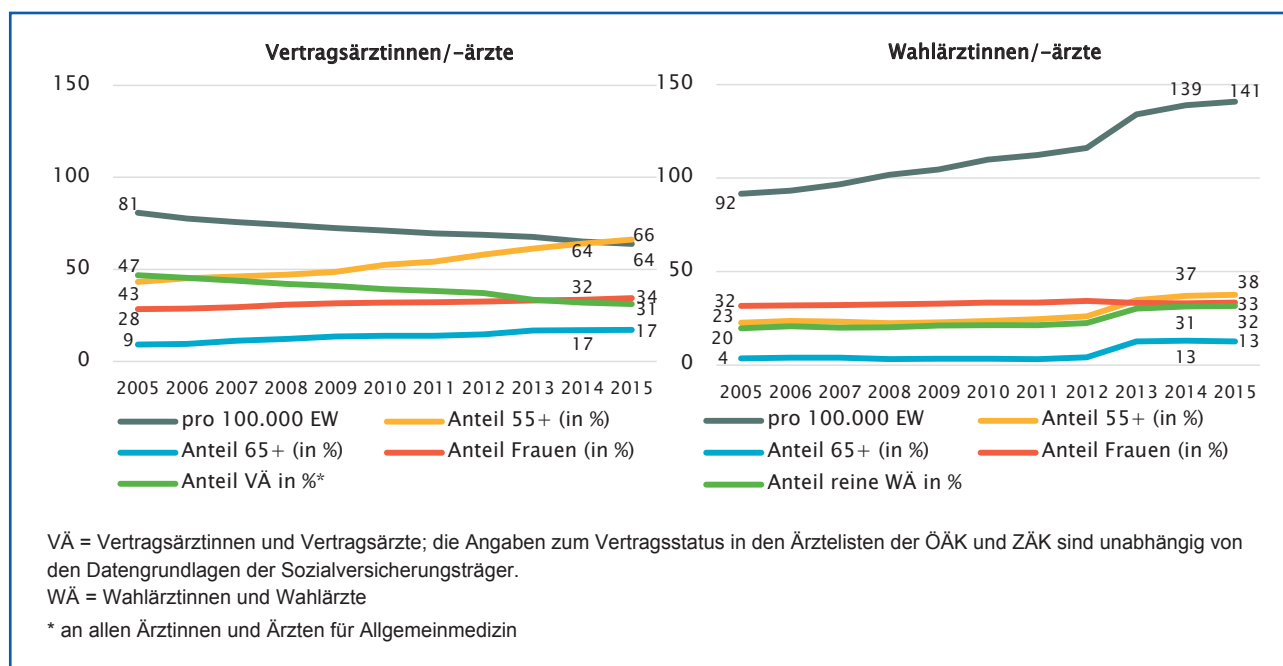
In Wien standen im Jahr 2014 im niedergelassenen Bereich – laut Ärzteliste der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014) – rund 3.600 Fachärztinnen/Fachärzte (Erstfach) zur Verfügung. Rund 30 Prozent davon haben einen Kassenvertrag. Von diesen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sind (s. Abbildung 6.3):

- ▶ 34 Prozent Frauen,
- ▶ 64 Prozent 55 Jahre oder älter und
- ▶ 17 Prozent 65 Jahre oder älter.

Die Angaben zum Vertragsstatus sind dabei unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger zu sehen. Abweichungen zwischen den Angaben zu Vertragsärztinnen und Vertragsärzten gemäß Ärzteliste und den Vertragspartnerdaten der Sozialversicherung sind daher möglich. Von den rund 2.500 Wahlärztinnen und Wahlärzten sind im Jahr 2014 rund 30 Prozent ausschließlich als solche tätig. Sie sind jünger als die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte (s. Abbildung 6.3). Die Zahl der Wahlärztinnen und Wahlärzte hat zwischen 2005 und 2014 um rund 60 Prozent zugenommen.

Abbildung 6.3:

Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte (Erstfach) in Wien: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015



Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014)
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Jahr 2014 kamen rund 65 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte (BL-Bandbreite: 32–65 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW) und etwa 139 Wahlärztinnen und Wahlärzte auf 100.000 EW (BL-Bandbreite: 58–139 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW). Während die Ärztedichte von Vertragsärztinnen und -ärzten in den Jahren 2005–2014 gesunken ist, hat die Dichte von Wahlärztinnen und Wahlärzten (ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Versorgungswirksamkeit) zugenommen (s. Abbildung 6.3).

Nach Angaben der Sozialversicherungsträger stehen in Wien – laut *REGIOMED* – in der Kategorie Fachärztinnen und Fachärzte (exkl. Zahnärztinnen und Zahnärzte) – im vertragsärztlichen Bereich – je nach Fachrichtung zwischen 0,3 und 112 ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) zur Verfügung (2014). Eine ÄAVE entspricht dabei grundsätzlich einem durchschnittlich arbeitenden Arzt / einer durchschnittlich arbeitenden Ärztin der jeweiligen Fachrichtung in Österreich. Die Versorgungsdichte bei Fachärztinnen und Fachärzten variiert demnach je nach Fachrichtung zwischen 0,01 und 6 ÄAVE pro 100.000 EW. Im Wahlarztbereich werden gemäß *REGIOMED* zwischen 0,5 und 14 ÄAVE für die einzelnen Fachrichtungen ausgewiesen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 0,03 bis 0,8 ÄAVE pro 100.000 EW.

Im Jahr 2014 wurden – laut *ATHIS* – 76 Prozent der WienerInnen (im Alter von 15 oder mehr Jahren) vor weniger als 12 Monaten von einem Facharzt / einer Fachärztin (FÄ; exkl. zahnärztlicher Versorgung) beraten, untersucht oder behandelt (rund 365.000 Personen; BL-Bandbreite: 67–79 %). Dies gilt für Frauen häufiger als für Männer (87 vs. 64 %). Im Jahr 2006/2007 fiel die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen etwas geringer aus als 2014 (71 %).

Für beide Geschlechter gilt, dass die Inanspruchnahme von Fachärztinnen/Fachärzten (insgesamt) in der Altersgruppe 60 Jahre oder älter ansteigt (bei den Männern von rund 60 auf 81 %; bei den Frauen von rund 85 auf 92 %).

Betrachtet man die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen nach (ausgewählten) Fachrichtungen, so wird deutlich, dass die Wiener Bevölkerung in den letzten 12 Monaten am häufigsten von nachstehenden Fachärztinnen/Fachärzten beraten, untersucht oder behandelt wurden:

- ▶ Gynäkologin/Gynäkologe (Frauen)
- ▶ Augenärztin/Augenarzt
- ▶ Hautärztin/Hautarzt
- ▶ Internistin/Internist
- ▶ Orthopädin/Orthopäde

Mit Ausnahme der FÄ für Urologie nehmen Frauen alle ausgewiesenen FÄ häufiger in Anspruch als Männer.

Bei der männlichen Bevölkerung nimmt die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen in den meisten Fachbereichen mit dem Alter zu. Davon ausgenommen ist die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen in den Bereichen Dermatologie, Orthopädie und HNO. Sie wurden am häufigsten von der Bevölkerung ab einem Alter von 60 Jahren, gefolgt von den 15- bis 29-Jährigen, in Anspruch genommen.

Bei der weiblichen Bevölkerung zeigt sich ein diesbezüglich differenzierteres Bild:

- ▶ FÄ für Innere Medizin, Orthopädie, HNO und Neurologie werden mit dem Alter häufiger in Anspruch genommen, Gynäkologinnen und Gynäkologen seltener.
- ▶ Die Inanspruchnahme von FÄ für Dermatologie, Augenheilkunde und Urologie nimmt erst bei den ab 60-jährigen Frauen zu.

Zahnärztinnen und Zahnärzte

In Wien standen im Jahr 2014 im niedergelassenen Bereich – laut Ärzteliste der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014) – rund 950 Zahnärztinnen/Zahnärzte (Erstfach¹⁹) zur Verfügung. Fast 80 Prozent davon haben einen Kassenvertrag. Von diesen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten sind:

- ▶ 44 Prozent Frauen,
- ▶ 50 Prozent 55 Jahre oder älter und
- ▶ 10 Prozent 65 Jahre oder älter (s. Abbildung 6.4).

Die Angaben zum Vertragsstatus sind dabei unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger zu sehen. Abweichungen zwischen den Angaben zu Vertragsärztinnen und Vertragsärzten gemäß Ärzteliste und den Vertragspartnerdaten der Sozialversicherung sind daher möglich.

Von den rund 200 Wahlzahnärztinnen und Wahlzahnärzten waren im Jahr 2014 rund 70 Prozent ausschließlich als Wahlzahnärztinnen/Wahlzahnärzte tätig. Sie sind jünger als die Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte (s. Abbildung 6.4).

Im Jahr 2014 kamen rund 43 Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte (BL-Bandbreite: 26–43 Zahnärztinnen/Zahnärzte pro 100.000 EW) und etwa 11 Wahlzahnärztinnen und Wahlzahnärzte auf 100.000 EW (BL-Bandbreite: 6–20 Zahnärztinnen/Zahnärzte pro 100.000 EW). Während die Zahnärztedichte bei den Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten zwischen 2005 und 2014 gesunken ist, hat die Dichte bei den Wahlzahnärztinnen und Wahlzahnärzten (ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Versorgungswirksamkeit) leicht zugenommen (s. Abbildung 6.4).

Nach Angaben der Sozialversicherungsträger stehen in Wien – laut *REGIOMED* – im Bereich der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte rund 537 ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) zur Verfügung (2014). Eine ÄAVE entspricht dabei grundsätzlich einem durchschnittlich arbeitenden Zahnarzt / einer durchschnittlich arbeitenden Zahnärztin in Österreich²⁰. Die Versorgungsdichte bei Zahnärztinnen und Zahnärzten beträgt demnach 30 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 29–34) und liegt unter der zuvor genannten Vertragszahnärztedichte (laut Zahnärzteliste). Im Wahl-

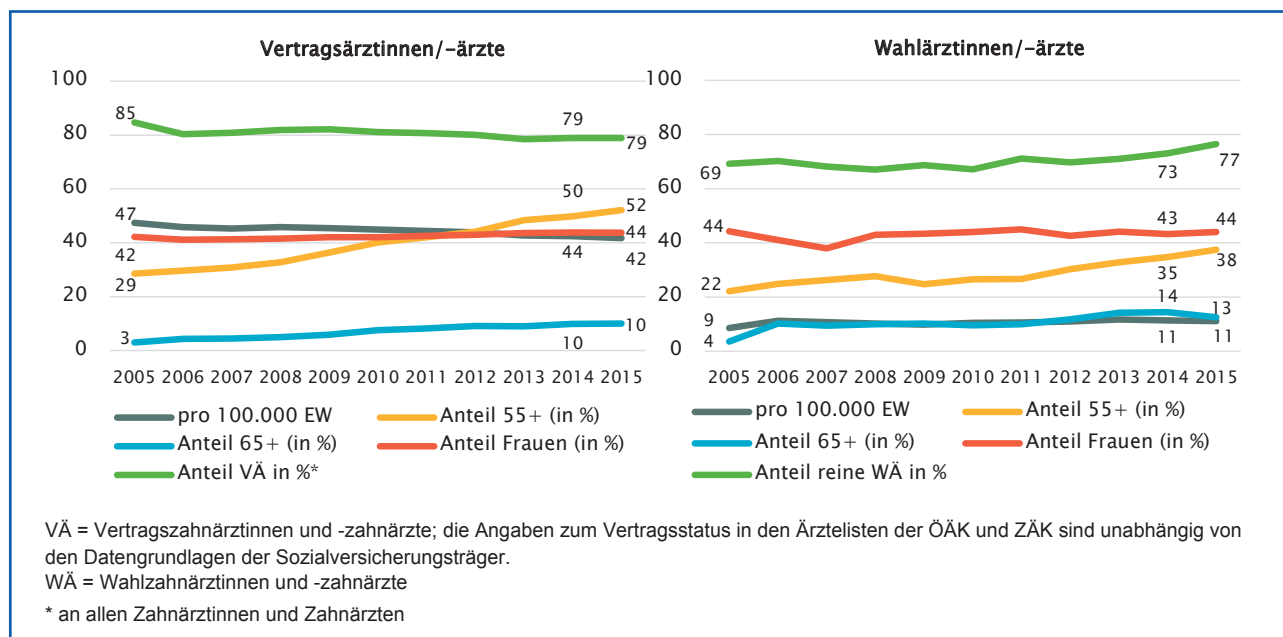
¹⁹ Das Erstfach entspricht jener Fachrichtung, in der die Ärztin / der Arzt in erster Linie tätig ist (zur Vermeidung von Mehrfachzählungen).

²⁰ inkludiert sind FÄ für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, neue Zahnärztinnen und Zahnärzte (Dr.med.dent), Dentisten sowie FÄ für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie

arztbereich werden gemäß REGIOMED rund 25 ÄAVE im zahnärztlichen Bereich ausgewiesen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 1,4 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 1–6).

Abbildung 6.4:

Niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte (Erstfach) in Wien: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015



Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014)
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Jahr 2014 wurden – laut ATHIS – 69 Prozent der WienerInnen (im Alter von 15 oder mehr Jahren) vor *weniger als 12 Monaten* von einem Zahnarzt / einer Zahnärztin *beraten, untersucht oder behandelt* (rund 1.037.000 Personen; BL-Bandbreite: 69–77 %), 43 Prozent vor weniger als sechs Monaten (rund 649.000 Personen; BL-Bandbreite: 43–55 %). Dies trifft auf Frauen häufiger zu als auf Männer (73 bzw. 47 % vs. 64 bzw. 39 %). Im Vergleich zum ATHIS 2006/2007 kam es zu keinen wesentlichen Veränderungen. Am geringsten fällt die Inanspruchnahme von Zahnärzten und Zahnärztinnen bei ab 60-Jährigen aus (63 bzw. 42 %).

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte werden von der 30- bis 59-jährigen (max. Pflichtschulabschluss: 62 %, Lehre/BMS: 70 %, höherer Abschluss: 78 %) sowie von der männlichen Bevölkerung (max. Pflichtschulabschluss: 33 %, Lehre/BMS: 69 %, höherer Abschluss: 73 %) bei steigendem Bildungsgrad häufiger in Anspruch genommen. Auch die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen (innerhalb der letzten 12 Monate) nimmt mit dem Bildungsgrad zu (max. Pflichtschulabschluss: 52 %, Lehre/BMS: 71 %, höherer Abschluss: 74 %).

Hinsichtlich des Haushaltseinkommens findet sich ein ähnliches Muster:

- ▶ Die untersten Einkommensgruppen der männlichen Wiener Bevölkerung (ab 30 Jahren) nehmen seltener fachärztliche Leistungen in Anspruch als jene der obersten Einkommensgruppen (53–63 % vs. 70–73 %).
- ▶ WienerInnen ab 30 Jahren, die dem untersten Einkommensquintil angehören, nehmen zahnärztliche Leistungen (innerhalb der letzten 12 Monate) deutlich seltener in Anspruch als WienerInnen, die dem obersten Einkommensquintil zuzurechnen sind (58 vs. 76 %).

Darüber hinaus zeigt sich, dass WienerInnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) seltener zu Fachärztinnen bzw. Fachärzten gehen als WienerInnen ohne Migrationshintergrund (68 vs. 81 %). Auch auf die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen hat bei den Wienern der Migrationshin-

tergrund Einfluss (67 % bei Männern ohne Migrationshintergrund und 59 % bei Männern mit Migrationshintergrund).

Definitionen und Daten

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte sowie die Ärztedichte (Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW) wird auf Basis der Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK berichtet. Hinweise bezüglich der Versorgungsdichte (ärztliche ambulante Versorgungseinheiten pro 100.000 EW) entsprechen dem Regimed-System (s. Fußnoten). *Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten* (ÄAVE) stehen für die durchschnittliche Anzahl an e-card-Erstkonsultationen (Berechnungsmethodik s. ÖSG 2012).

Die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

6.3.2 Physio- und ergotherapeutische Versorgung im niedergelassenen Bereich

Physiotherapie

Über das Angebot physiotherapeutischer Leistungen im niedergelassenen Bereich ist derzeit wenig bekannt. Es mangelt an einer vollständigen Erfassung von ambulant tätigen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und von deren Leistungsangebot. Auch Angaben zum Bedarf fehlen. Informationen liegen ausschließlich zur Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen vor.

Im Jahr 2014 wurden – laut ATHIS – 18 Prozent der WienerInnen (im Alter von 15 oder mehr Jahren) vor weniger als 12 Monaten von einer Physiotherapeutin / einem Physiotherapeuten beraten, untersucht oder behandelt (rund 266.000 Personen; BL-Bandbreite: 16–22 %). In der Altersgruppe 60 Jahre oder älter nehmen Frauen häufiger physiotherapeutische Leistungen in Anspruch als Männer (24 vs. 18 %). Verglichen mit dem ATHIS 2006/2007, hat sich die Inanspruchnahme niedergelassener Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten etwa verdoppelt.

Die Inanspruchnahme ambulanter physiotherapeutischer Leistungen steigt bei beiden Geschlechtern ab einem Alter von 30 Jahren deutlich an (bei den Männern von 10 auf 18 %, bei den Frauen von 13 auf 21–24 %).

Ergotherapie

Ebenso wie für ambulant erbrachte physiotherapeutische Leistungen gilt auch für die ergotherapeutische Versorgung, dass wenig über die Angebotsseite bekannt ist. Auch hier mangelt es an einer vollständigen Erfassung von ambulant tätigen Therapeutinnen und Therapeuten und deren Angebot. Aussagen zum Verhältnis von Angebot und Nachfrage sind damit auch im Bereich der Ergotherapie nicht möglich. Auch Bedarfsangaben fehlen. Informationen liegen – auch für die ambulante Ergotherapie – nur hinsichtlich der Inanspruchnahme ergotherapeutischer Leistungen vor.

Im Jahr 2014 wurden – laut ATHIS – 3 Prozent der WienerInnen (im Alter von 15 oder mehr Jahren) vor weniger als 12 Monaten von einer Ergotherapeutin / einem Ergotherapeuten beraten, untersucht oder behandelt (rund 41.000 Personen; BL-Bandbreite: 2–3 %). Im Jahr 2006/2007 lag der Wert bei 2 Prozent.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Bezüglich der Inanspruchnahme physio- und ergotherapeutischer Leistungen finden sich nur bildungsbedingte Unterschiede. Keine Unterschiede sind in Bezug auf den Migrationshintergrund sowie das Haushaltseinkommen erkennbar.

Die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen nimmt bei der weiblichen Bevölkerung mit dem Bildungsgrad zu (von 15 % mit max. Pflichtschulabschluss auf 26 % bei einem höheren Bildungsabschluss), die Inanspruchnahme ergotherapeutischer Leistungen hingegen ab (von 2 % bei einem höheren Bildungsabschluss auf 6 % bei max. einem Pflichtschulabschluss).

Definitionen und Daten

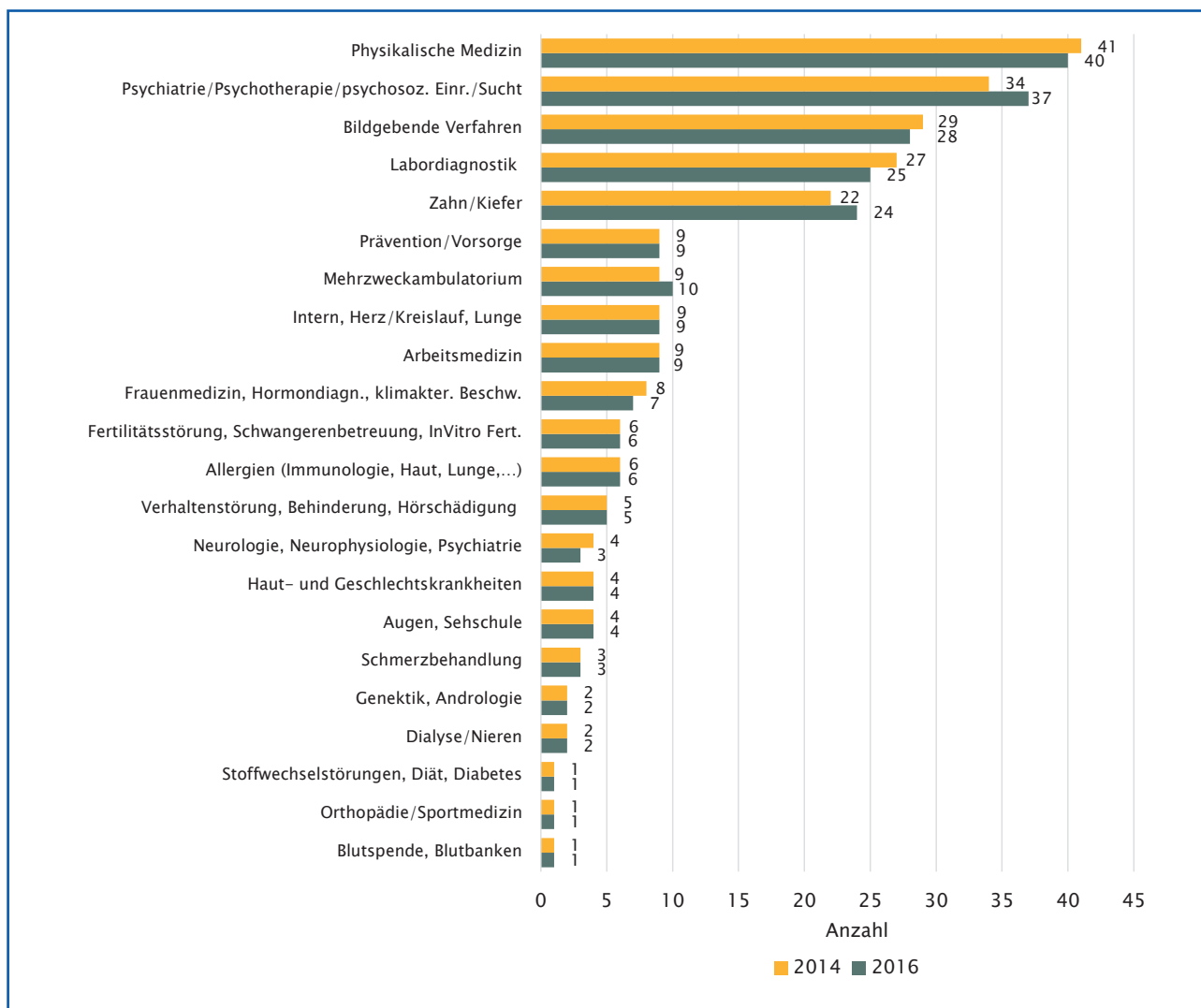
Die Inanspruchnahme *ambulanter physio- und ergotherapeutischer Leistungen* wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

6.3.3 Selbstständige Ambulatorien

Im Juni 2014 standen der Wiener Bevölkerung rund 220 selbstständige Ambulatorien zur Verfügung (2016: 223). Ihr Leistungsspektrum konzentriert sich mehrheitlich auf nachstehende Bereiche: Physikalische Medizin, Psychiatrie, Psychotherapie, psychosoziale Versorgung und Sucht, Bildgebende Verfahren, Labordiagnostik, Zahn und Kiefer (s. Abbildung 6.5).

Abbildung 6.5:

Leistungsbereiche selbstständiger Ambulatorien in Wien, 2014 und 2016



Quelle: BMGF – Kataster der selbstständigen Ambulatorien (Datenbankabruf: 17. 6. 2014 und 27. 01. 2016)
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Anzahl selbstständiger Ambulatorien ist dem Kataster der selbstständigen Ambulatorien des BMGF entnommen. Es handelt sich hierbei um ein unverbindliches Verzeichnis des Gesundheitsressorts. Die Informationen in diesem Verzeichnis stammen aus früheren Primärerhebungen (zuletzt 2009), die auf Basis von Bescheiden der Bundesländer – soweit sie dem Gesundheitsressort zur Kenntnis gebracht werden – laufend aktualisiert werden. Das Verzeichnis umfasst (Fach-)Arztpraxen-ähnliche Einrichtungen, ambulante Behandlungseinrichtungen und ambulante Spitäler.

6.3.4 Spitalsambulante Versorgung

Bei der spitalsambulanten Versorgung handelt es sich um die Versorgung von nicht-stationären Patientinnen und Patienten auf nicht bettenführenden Hauptkostenstellen (Mildschuh et al. 2012).

Frequenzen

Im Jahr 2014 betrug die Frequenz ambulanter Patientinnen und Patienten in Wiener Spitalsambulanzen rund 4,1 Millionen (rohe Rate: 230.200 pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 145.000–271.800). Sie ist seit 2005 absolut um etwa 1 Prozent gestiegen, pro 100.000 EW um rund 7 Prozent gesunken.

Am häufigsten werden Spitalsambulanzen in den Bereichen Innere Medizin, Radiologie, Unfallchirurgie und Kinderheilkunde aufgesucht.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Mit sinkendem Bildungsgrad nimmt die Wiener Bevölkerung (laut ATHIS 2014) häufiger spitalsambulante Leistungen in Anspruch (max. Pflichtschulabschluss: 27 %; Matura oder höher: 15 %). Bei der männlichen Bevölkerung bzw. bei ab 60-Jährigen gilt dies vermehrt für Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss 25 bzw. 39 %). Bei der weiblichen Bevölkerung sind es ausschließlich Frauen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss, die seltener eine Spitals-/Unfallambulanz aufsuchen (20 vs. 33 %).

Zusammenhänge mit dem Einkommen zeigen sich nur bei den 30- bis 59-Jährigen sowie bei der weiblichen Bevölkerung. Für beide gilt, dass die Inanspruchnahme spitalsambulanter Leistungen mit sinkendem Haushaltseinkommen steigt (bei den 30- bis 59-Jährigen von 14 auf 22 %; bei den Frauen von 21 auf 29 %).

Wienerinnen mit Migrationshintergrund haben in den letzten 12 Monaten häufiger eine Spitals-/Unfallambulanz in Anspruch genommen als Wienerinnen ohne Migrationshintergrund (32 vs. 26 %).

Definitionen und Daten

Die Daten zu den *Spitalsambulanzen* wurden der KA-Kostenstellenstatistik entnommen. Der Kontakt zu einer Spitals- oder Unfallambulanz inkludiert den Kontakt zu einem Facharzt oder einer Fachärztin. Hier unberücksichtigt bleiben Kontakte während eines stationären Aufenthaltes.

Zusammenhänge mit sozioökonomischen Faktoren werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 untersucht (Klimont/Baldaszi 2015). Alle Daten beziehen sich auf WienerInnen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

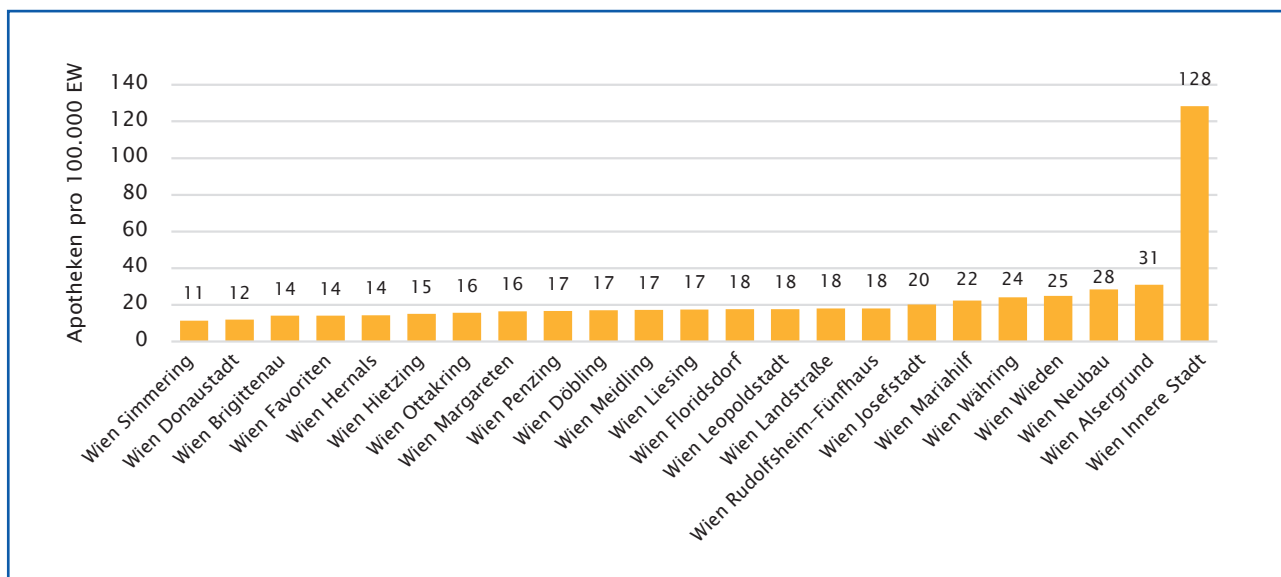
6.3.5 Pharmazeutische Versorgung

Apotheken

Im Jahr 2014 standen der Wiener Bevölkerung 318 Apotheken zur Verfügung (exkl. Spitals- und Filialapotheken). Ihre Anzahl ist seit 2005 um 7 Prozent gestiegen. Im Jahr 2015 kamen noch vier weitere Apotheken hinzu.

Im Jahr 2015 betrug die Apothekendichte 18 Apotheken pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 13–18). Sie variierte in den Wiener Bezirken zwischen 11 (in Wien-Simmering) und 128 (in Wien-Innere Stadt; s. Abbildung 6.6).

Abbildung 6.6:
Apothekendichte nach Wiener Bezirken, 2015



Quelle: Österreichische Apothekerkammer „Apothekendichte in Zahlen 2016“ und Apothekenindex Österreich
Berechnung und Darstellung: GÖG

Medikamenteneinnahme

Im Jahr 2014 haben – laut ATHIS – 48 Prozent der WienerInnen ab 15 Jahren (innerhalb der letzten zwei Wochen) ärztlich verschriebene Medikamente eingenommen (rund 728.000 Personen; BL-Bandbreite: 44–56 %), die weibliche Bevölkerung häufiger als die männliche (55 vs. 41 %). Im Jahr 2006/2007 waren es 46 Prozent.

Rezeptfreie Medikamente werden von 39 Prozent der WienerInnen (rund 587.0000 Personen) eingenommen (BL-Bandbreite: 28–39 %), von 15- bis 29-jährigen Männern häufiger als von gleichaltrigen Frauen (37 vs. 30 %), von ab 30-jährigen Frauen häufiger als von gleichaltrigen Männern (48 vs. 33 %). Gegenüber dem ATHIS 2006/2007 ist dies eine Steigerung von 16 Prozentpunkten.

Während die Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente mit dem Alter deutlich zunimmt (von 24 % bei den 15- bis 29-Jährigen über 46 % bei den 30- bis 59-Jährigen auf 81 % bei den ab 60-Jährigen), steigt die Einnahme rezeptfreier Medikamente ab einem Alter von 30 Jahren etwas an (von 33 % bei den 15- bis 29-Jährigen auf 40–42 % bei den ab 30-Jährigen).

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Ärztlich verschriebene Medikamente werden von WienerInnen mit höherer Bildung (30 Jahre und älter; Matura oder höher) seltener eingenommen (49 %) als von WienerInnen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (63 %) bzw. mit maximal einem Pflichtschulabschluss (66 %). Umgekehrt nehmen WienerInnen mit höherer Bildung häufiger rezeptfreie Medikamente ein (47 %) als WienerInnen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (37 %).

Darüber hinaus zeigt sich, dass 30- bis 59-jährige WienerInnen sowie die weibliche Bevölkerung häufiger verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen, wenn sie den unteren Einkommensgruppen angehören (30- bis 59-Jährige: unterstes Einkommensquintil 52 %, oberstes Einkommensquintil 39 %; Frauen: unterstes Einkommensquintil 72 %, oberstes Einkommensquintil 53 %). Umgekehrt nehmen 30- bis 59-jährige WienerInnen aus dem untersten Einkommensquintil deutlich seltener rezeptfreie Medikamente ein als WienerInnen aus dem obersten Quintil (25 vs. 45 %).

WienerInnen ohne Migrationshintergrund nehmen häufiger verschreibungspflichtige Medikamente ein als WienerInnen mit Migrationshintergrund (51 vs. 43 %); ein Ergebnis, das vor allem durch den Altersunterschied der Vergleichsgruppen bedingt ist (WienerInnen ohne Migrationshintergrund sind häufiger 60plus als WienerInnen mit Migrationshintergrund). Rezeptfreie Medikamente werden häufiger von der männlichen Bevölkerung mit Migrationshintergrund (41 vs. 31 % ohne Migrationshin-

Definitionen und Daten

Die Anzahl selbstständiger Ambulatorien ist dem Kataster der selbstständigen Ambulatorien des BMGF entnommen. Es handelt sich hierbei um ein unverbindliches Verzeichnis des Gesundheitsressorts. Die Informationen in diesem Verzeichnis stammen aus früheren Primärerhebungen (zuletzt 2009), die auf Basis von Bescheiden der Bundesländer – soweit sie dem Gesundheitsressort zur Kenntnis gebracht werden – laufend aktualisiert werden. Das Verzeichnis umfasst (Fach-)Arztpraxen-ähnliche Einrichtungen, ambulante Behandlungseinrichtungen und ambulante Spitäler.

6.3.4 Spitalsambulante Versorgung

Bei der spitalsambulanten Versorgung handelt es sich um die Versorgung von nicht-stationären Patientinnen und Patienten auf nicht bettenführenden Hauptkostenstellen (Mildschuh et al. 2012).

Frequenzen

Im Jahr 2014 betrug die Frequenz ambulanter Patientinnen und Patienten in Wiener Spitalsambulanzen rund 4,1 Millionen (rohe Rate: 230.200 pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 145.000–271.800). Sie ist seit 2005 absolut um etwa 1 Prozent gestiegen, pro 100.000 EW um rund 7 Prozent gesunken.

Am häufigsten werden Spitalsambulanzen in den Bereichen Innere Medizin, Radiologie, Unfallchirurgie und Kinderheilkunde aufgesucht.

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Mit sinkendem Bildungsgrad nimmt die Wiener Bevölkerung (laut ATHIS 2014) häufiger spitalsambulante Leistungen in Anspruch (max. Pflichtschulabschluss: 27 %; Matura oder höher: 15 %). Bei der männlichen Bevölkerung bzw. bei ab 60-Jährigen gilt dies vermehrt für Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss 25 bzw. 39 %). Bei der weiblichen Bevölkerung sind es ausschließlich Frauen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss, die seltener eine Spitals-/Unfallambulanz aufsuchen (20 vs. 33 %).

Zusammenhänge mit dem Einkommen zeigen sich nur bei den 30- bis 59-Jährigen sowie bei der weiblichen Bevölkerung. Für beide gilt, dass die Inanspruchnahme spitalsambulanter Leistungen mit sinkendem Haushaltseinkommen steigt (bei den 30- bis 59-Jährigen von 14 auf 22 %; bei den Frauen von 21 auf 29 %).

Wienerinnen mit Migrationshintergrund haben in den letzten 12 Monaten häufiger eine Spitals-/Unfallambulanz in Anspruch genommen als Wienerinnen ohne Migrationshintergrund (32 vs. 26 %).

Definitionen und Daten

Die Daten zu den *Spitalsambulanzen* wurden der KA-Kostenstellenstatistik entnommen. Der Kontakt zu einer Spitals- oder Unfallambulanz inkludiert den Kontakt zu einem Facharzt oder einer Fachärztin. Hier unberücksichtigt bleiben Kontakte während eines stationären Aufenthaltes.

Zusammenhänge mit sozioökonomischen Faktoren werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 untersucht (Klimont/Baldaszi 2015). Alle Daten beziehen sich auf WienerInnen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

6.3.5 Pharmazeutische Versorgung

Apotheken

Im Jahr 2014 standen der Wiener Bevölkerung 318 Apotheken zur Verfügung (exkl. Spitals- und Filialapotheken). Ihre Anzahl ist seit 2005 um 7 Prozent gestiegen. Im Jahr 2015 kamen noch vier weitere Apotheken hinzu.

Im Jahr 2015 betrug die Apothekendichte 18 Apotheken pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 13–18). Sie variierte in den Wiener Bezirken zwischen 11 (in Wien-Simmering) und 128 (in Wien-Innere Stadt; s. Abbildung 6.6).

6.4.1 Krankenhausaufenthalte in Wiener Akut-Krankenanstalten

Im Jahr 2014 wurden in Wiener Akutkrankenanstalten rund 637.000 Spitalsaufenthalte (inkl. Null-Tage-Aufenthalte) dokumentiert (rohe Rate: 36.000 Aufenthalte pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 22.200–38.800 Aufenthalte pro 100.000 EW):

- ▶ 90 Prozent entfallen auf FKA
- ▶ 78 Prozent auf Wienerinnen und Wiener
- ▶ 56 Prozent auf Frauen
- ▶ 52 Prozent auf Personen ab 60 Jahren

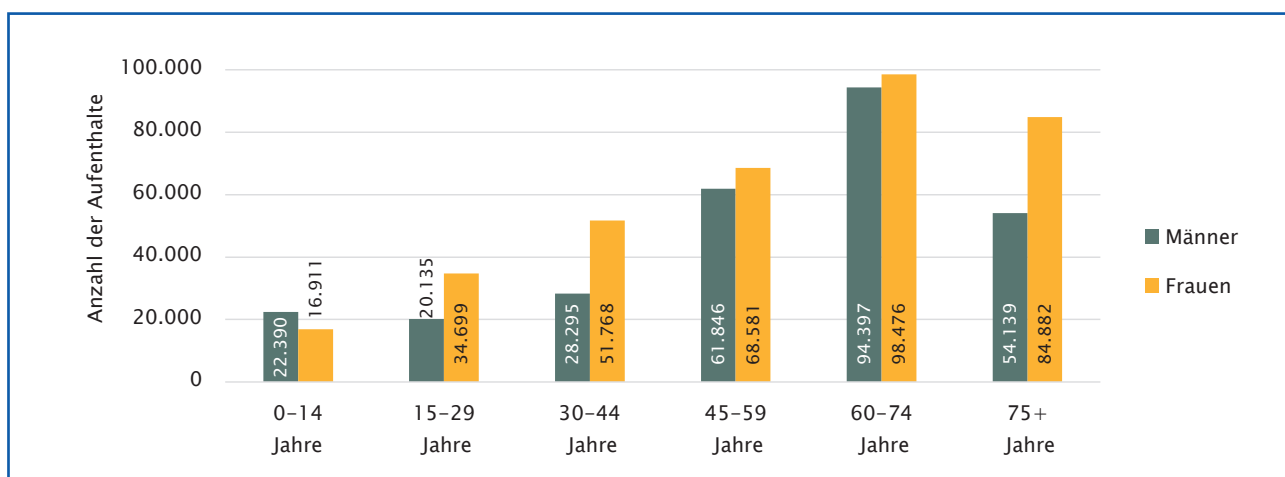
Erwartungsgemäß steigt die Anzahl akutstationärer Aufenthalte mit dem Alter: von etwa 39.300 Aufenthalten von 0- bis 14-Jährigen auf 139.000 Aufenthalte von ab 75-Jährigen.

Wienerinnen werden häufiger akutstationär aufgenommen als Wiener. Dies gilt insbesondere für die 15- bis 29-Jährigen, die 30- bis 44-Jährigen und die ab 75-Jährigen (s. Abbildung 6.7). Der deutliche Rückgang von Aufnahmen ab 75-jähriger Männer erklärt sich durch den Lebenserwartungsunterschied zwischen Männern und Frauen (s. Abschnitt 3.1).

30 Prozent der Aufenthalte (rund 191.000) werden als Null-Tage-Aufenthalte (NTA) geführt.

Abbildung 6.7:

Stationäre Aufenthalte in Wiener Akut-Krankenanstalten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Seit 2005 ist die Anzahl akutstationärer Aufenthalte um rund 11 Prozent gestiegen, bei Frauen um 10 Prozent, bei Männern um 13 Prozent. Der NTA-Anteil hat im selben Zeitraum um 7 Prozent zugenommen.

Während bei den 0- bis 14-Jährigen die Anzahl akutstationärer Aufenthalte seit 2005 abgenommen hat (minus 14 %), ist insbesondere bei den ab 60-Jährigen ein Anstieg zu verzeichnen (von 275.100 auf 331.900 Aufenthalte; +21 %).

Vermehrt finden akutstationäre Aufenthalte (2014; inkl. NTA) in den bettenstarken Akutbereichen statt:

- ▶ Innere Medizin (rund 178.000 Aufenthalte)
- ▶ Chirurgie (rund 63.000 Aufenthalte),
- ▶ Frauenheilkunde und Geburtshilfe (rund 51.000 Aufenthalte),
- ▶ Orthopädie und orthopädische Chirurgie (rund 42.000 Aufenthalte)

In der Akutgeriatrie ist – aufgrund der langen Belagsdauer – eine geringere Anzahl akutstationärer Aufenthalte (rund 6.400) zu beobachten (s. Tabelle 6.1).

Die durchschnittliche Belagsdauer je Spitalsaufenthalt (im Sinne einer vollstationären Akutversorgung = exkl. NTA und Langzeitaufenthalten) beträgt in Wiener Akutkrankenanstalten im Jahr 2014 5,44 Tage (für FKA: 5,63 Tage; BL-Bandbreite: 4,94–5,55 Tage bzw. 4,95–5,68 Tage). Am längsten ist sie (exkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychiatrie und Psychosomatik) im Bereich der Akutgeriatrie (17 Tage).

Seit 2005 hat die Belagsdauer in fast allen Bereichen abgenommen, insgesamt um durchschnittlich 0,7 Tage. Ein Anstieg ist hingegen in der Intensivüberwachung und in der Akutgeriatrie zu beobachten (jeweils +8 %), ein deutlicher Rückgang in den Bereichen Haut- und Geschlechtskrankheiten (–30 %), Orthopädie und orthopädische Chirurgie (–29 %), Augenheilkunde (–25 %) und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (–21 %; s. Tabelle 6.1).

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Unterschiede in der Inanspruchnahme akutstationärer Leistungen finden sich – in Bezug auf Bildung und Einkommen (laut ATHIS 2014) – nur bei der 30- bis 59-jährigen Bevölkerung. WienerInnen mit maximal einem Pflichtschulabschluss wurden in den letzten 12 Monaten häufiger in einer Akutkrankenanstalt versorgt als WienerInnen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (16 vs. 8 %). In dieser Altersgruppe zeigt sich zudem ein negativer Zusammenhang mit dem Einkommen: je geringer das Haushaltseinkommen, desto ausgeprägter die Inanspruchnahme (unterstes Einkommensquintil: 20 %, oberstes Einkommensquintil: 8 %). Die weibliche Bevölkerung ohne Migrationshintergrund wird häufiger stationär versorgt als Frauen mit Migrationshintergrund (16 vs. 13 %).

Definitionen und Daten

Null-Tage-Aufenthalte (NTA) sind jene stationär aufgenommenen Patienten, deren Aufenthalt innerhalb eines Kalendertages abgeschlossen ist.

Die *durchschnittliche Belagsdauer* gibt die Anzahl der Belagstage pro stationären Aufenthalt an (exkl. NTA und Langzeitaufenthalte = 1–28 Tage).

Die *Wiederaufnahmerate* (inkl. NTA) gibt die Anzahl der Aufenthalte pro PatientIn p. a. in derselben Fachrichtung an. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten wird dabei mit einem Patientenalgorithmus ermittelt (s. Punkt 6.4.2).

Die Daten über die akutstationären Aufenthalte stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und beziehen sich auf alle stationären Aufenthalte in Wiener Akutkrankenanstalten (zielbezogen). Aufenthalte mit Unterbrechungen werden dabei nur einmal gezählt.

Die Angaben hinsichtlich sozioökonomischer Faktoren werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Sie beziehen sich auf WienerInnen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

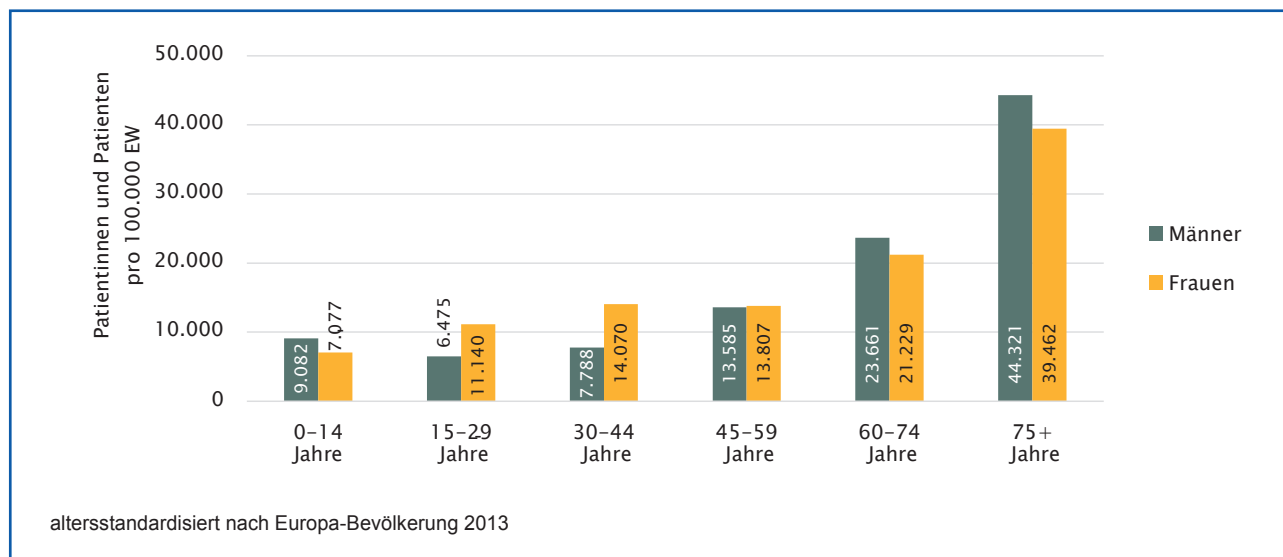
6.4.2 Wiener PatientInnen in österreichischen Akut-Krankenanstalten

Im Jahr 2014 wurden rund 256.000 WienerInnen in österreichischen Akutkrankenanstalten versorgt (altersstandardisierte Rate nach Europa-Bevölkerung 2013: 15.200 PatientInnen pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 15.200–18.700). Mehrheitlich handelt es sich bei den akutstationär Aufgenommenen um Frauen (57 %) und um Personen ab 60 Jahren (43 %).

Mit rund 15.700 Patientinnen pro 100.000 EW ist die altersstandardisierte Patientenrate der Wienerinnen (nach Europa-Bevölkerung 2013) deutlich höher als jene der Wiener (rund 14.700 Patienten pro 100.000 EW). Nach Altersgruppen betrachtet, werden Frauen häufiger in der Gruppe der 15- bis 44-Jährigen behandelt, Männer häufiger in der Gruppe der 0- bis 14- und ab 60-Jährigen. Die Wahrscheinlichkeit einer akutstationären Behandlung nimmt mit dem Alter deutlich zu (s. Abbildung 6.8).

Abbildung 6.8:

Akutstationär versorgte WienerInnen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Mehrheitlich werden die WienerInnen aufgrund nachstehender Diagnosen behandelt (s. Tabelle 6.2):

- ▶ Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (15 % aller Wiener PatientInnen (Pat.); 2.300 Pat. pro 100.000 EW)
- ▶ Verletzungen und Vergiftungen (14 %; 2.000 Pat. pro 100.000 EW)
- ▶ Herz-Kreislauf-Erkrankungen (13 %; 2.200 Pat. pro 100.000 EW);
- ▶ Krankheiten des Verdauungssystems (13 %; 1.900 Pat. pro 100.000 EW)
- ▶ Krebserkrankungen (11 %; 1.800 Pat. pro 100.000 EW)
- ▶ Krankheiten des Urogenitalsystems (10 %; 1.600 Pat. pro 100.000 EW)

Männer werden häufiger aufgrund nachstehender Diagnosen versorgt:

- ▶ Herz-Kreislauf-Erkrankungen (2.600 Patienten vs. 1.800 Patientinnen pro 100.000 EW)
- ▶ Verletzungen und Vergiftungen (2.200 Patienten vs. 1.900 Patientinnen pro 100.000 EW)
- ▶ Krankheiten des Verdauungssystems (2.100 Patienten vs. 1.700 Patientinnen pro 100.000 EW)
- ▶ Krebserkrankungen (1.900 Patienten vs. 1.700 Patientinnen pro 100.000 EW)
- ▶ Atemwegserkrankungen (1.600 Patienten vs. 1.200 Patientinnen pro 100.000 EW)
- ▶ Krankheiten des Nervensystems (1.100 Patienten vs. 900 Patientinnen pro 100.000 EW)

Frauen häufiger aufgrund von:

- ▶ Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (2.700 Patientinnen vs. 1.900 Patienten)
- ▶ Krankheiten des Urogenitalsystems (1.800 Patientinnen vs. 1.400 Patienten)
- ▶ Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (1.500 Patientinnen vs. 1.400 Patienten)

Tabelle 6.2:

Akutstationäre versorgte WienerInnen nach Hauptdiagnosegruppen*, 2014

Hauptdiagnosegruppen	Männer			Frauen		
	absolut	pro 100.000 EW**	Anteil an allen männlichen Pat. (in %)	absolut	pro 100.000 EW	Anteil an allen weiblichen Pat. (in %)
ORT	14.585	1.938	13	24.196	2.697	17
VV	16.982	2.193	15	17.605	1.888	12
HKE	17.517	2.647	16	16.625	1.801	11
VER	16.296	2.133	15	15.667	1.713	11
BN	12.700	1.860	12	15.449	1.707	11
URO	9.910	1.393	9	16.648	1.763	11
PUL	11.862	1.595	11	10.902	1.198	7
AUG	9.142	1.419	8	13.498	1.525	9
GEB	–	–	–	22.149	2.112	15
NEU	8.256	1.116	8	8.209	905	6
Sonstige	26.861	3.568	24	33.101	3.573	23

absteigend nach der Gesamthäufigkeit sortiert (ausgenommen sonstige Erkrankungen)

* exkl. F00-F99: Psychische- und Verhaltensstörungen (s. Punkt 6.8.2.5)

** altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

ICD-10-Codes:

BN: C00-D48 Neubildungen; NEU: G00-G99 Krankheiten des Nervensystems; AUG: H00-H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde; HKE: I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; PUL: J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems; VER: K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems; ORT: M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes; URO: N00-N99 Krankheiten des Urogenitalsystems; GEB: O00-O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gibt es nur bei Frauen

VV: S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Quelle: BMGF – KA-Statistik 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Rate akutstationärer Wiener PatientInnen (pro 100.000 EW; altersstandardisiert) hat seit 2005 um 5 Prozent abgenommen. Besonders stark zurückgegangen ist das Patientenaufkommen bei Krankheiten des Kreislaufsystems (–20 %) sowie bei Krankheiten des Atmungssystems (–16 %). Krankheiten des Auges haben hingegen sowohl bei Männern als bei Frauen stark zugenommen (+36 %; s. Abbildung 6.9 auf folgender Seite).

Definitionen und Daten

Die Daten stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und beziehen sich auf alle WienerInnen, die in einer österreichischen Akutkrankenanstalt aufgenommen wurden (quellbezogen). Ihre Schätzung beruht (da ihre Zahl nicht direkt ermittelbar ist) auf einem Algorithmus, der Personen mit der gleichen Wohnpostleitzahl, demselben Geschlecht und Geburtsdatum als ident bewertet. Unschärfen ergeben sich durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnort (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch Wohnortwechsel (Überschätzung der Patientenzahl). Unter akutstationären PatientInnen werden jene Personen zusammengefasst, die innerhalb eines Kalenderjahres in einer Fondskrankenanstalt, einem Unfallkrankenhaus oder einem Sanatorium aufgenommen wurden.

tergrund) sowie häufiger von der weiblichen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund eingenommen (45 vs. 40 % mit Migrationshintergrund).

Definitionen und Daten

Die Ergebnisse in puncto Einnahme ärztlich verschriebener und rezeptfreier Medikamente werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

6.4 Akutstationäre Versorgung

Im Jahr 2014 standen der Wiener Bevölkerung 30 Akutkrankenanstalten zur Verfügung (21 Fonds-Krankenanstalten, 2 Unfallkrankenhäuser, 6 Sanatorien), darunter auch das Wiener AKH. Alle WienerInnen können zumindest eine dieser Krankenanstalten innerhalb einer halben Stunde (im Straßen-Individualverkehr) erreichen.

In den Wiener Akutkrankenanstalten werden rund 10.900 tatsächliche Akutbetten vorgehalten, rund 90 Prozent davon in Fonds-Krankenanstalten (FKA). Die Akutbettendichte beträgt 6,16 Betten bzw. 5,56 FKA-Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 3,94–7,21 bzw. 3,94–6,21). Ohne Akutbetten der Akutgeriatrie und Remobilisation liegt die Bettendichte bei 5,95 Betten bzw. 5,36 FKA-Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 3,94–6,93 bzw. 3,94–5,93). Die behördlich genehmigte Anzahl systemisierter Betten beträgt 12.328 Akutbetten (6,98 Betten pro 1.000 EW). Das versorgungswirksame Bettenäquivalent beträgt 11.219 Betten (6,35 pro 1.000 EW).

Die meisten Akutbetten stehen (exkl. Psychiatrie; s. Punkt 6.8.2.4) in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurologie zur Verfügung (s. Tabelle 6.1). Seit 2005 hat die Anzahl stationärer Akutbetten um rund 8 Prozent abgenommen. Die Anzahl systemisierter Betten wurde um 5 Prozent reduziert. Das Bettenäquivalent hat sich – den tatsächlichen Betten entsprechend – um 9 Prozent verringert. Während es in nahezu allen Bereichen zu einem Abbau von Akutbetten gekommen ist, wurde das Akutbettenkontingent in der Akutgeriatrie um 72 Prozent und in der Intensivüberwachung und -betreuung um 26 Prozent aufgestockt (s. Tabelle 6.1).

Definitionen und Daten

Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (BGK 2012) ist für jede Fachrichtung festgelegt, innerhalb welcher Zeit spezifische *Versorgungsangebote* für WienerInnen erreichbar sein müssen. Die hier beschriebene 30-Minuten-Grenze ist ein Durchschnittswert über alle Fachrichtungen und sollte für mindestens 90 Prozent der Wiener Bevölkerung gewährleistet sein. Die Standortauswahl konzentriert sich dabei ausschließlich auf Wiener Standorte. Standorte in benachbarten Bundesländern bleiben unberücksichtigt. Der Erreichbarkeitswert bezieht sich auf den Straßen-Individualverkehr. Er wird – auf Basis einer angenommenen Durchschnittsgeschwindigkeit – vom jeweiligen Gemeindemittelpunkt zum nächstgelegenen Gemeindemittelpunkt errechnet und ist unabhängig von Tageszeiten und Öffnungszeiten als reine Wegzeit zu interpretieren.

Die *Akutbettendichte* gibt die Anzahl der Akutbetten pro 1.000 EW an. Das *Bettenäquivalent* beschreibt die Anzahl an Betten, die unter der Prämisse einer Soll-Auslastung von 85 Prozent erforderlich sind.

Tabelle 6.1:

Kennzahlen der akutstationären Versorgung in Wien nach Fachbereichen*, 2005 und 2014

Fachbereiche		Tatsächliche Betten ¹			BMZ Inter- vall ²		Aufenthalte (inkl. NTA)			Durchschnittliche Belagsdauer in Tagen (exkl. NTA und Langzeitaufenthal- ten ⁴)			Wiederaufnahmerate (inkl. NTA)		
		2005	2014	Verän- derung absolut und in %			2005	2014	Verände- rung absolut und in %	2005	2014	Ver- ände- rung in %	2005	2014	Ver- ände- rung in %
Innere Medizin	absolut	3.257	2.744	-513	1,04– 1,73	absolut	168.598	177.543	+8.945	7,5	6,5	-13	2,12	2,30	+8
	pro 1.000 EW	2,00	1,55	-22 %		pro 100.000 EW ³	10.327	10.049	-3 %						
Chirurgie	absolut	1.234	1.099	-135	0,52– 0,87	absolut	61.914	63.131	+1.217	5,8	5,1	-12	1,28	1,26	-2
	pro 1.000 EW	0,76	0,62	-18 %		pro 100.000 EW	3.792	3.573	-6 %						
Gemischter Belag (Sanatorien)	absolut	766	779	+13	-	absolut	39.165	49.614	+10.449	4,4	3,9	-10	1,44	1,44	0
	pro 1.000 EW	0,58	0,55	-4 %		pro 100.000 EW	513	593	+16 %						
Orthopädie und orthopädische Chirurgie	absolut	746	700	-46	0,26– 0,43	absolut	29.152	41.616	12.464	7,7	5,5	-29	1,19	1,23	3
	pro 1.000 EW	0,46	0,40	-13 %		pro 100.000 EW	1.786	2.356	32 %						
Neurologie	absolut	651	644	-7	0,21– 0,35	absolut	18.293	19.473	1.180	8,7	8,4	-3	1,54	1,53	-1
	pro 1.000 EW	0,40	0,36	-9 %		pro 100.000 EW	1.121	1.102	-2 %						
Intensivüber- wachung und -betreuung	absolut	494	624	130	0,21– 0,36	absolut	13.444	13.338	-106	5,5	6,0	8	1,78	1,37	-23
	pro 1.000 EW	0,30	0,35	17 %		pro 100.000 EW	823	755	-8 %						
Frauenheil- kunde und Geburtshilfe	absolut	650	563	-87	0,24– 0,40	absolut	48.676	50.876	2.200	4,1	3,5	-14	1,36	1,44	6
	pro 1.000 EW	0,40	0,32	-20 %		pro 100.000 EW	2.982	2.880	-3 %						
Akutgeriatrie und Remobilisation	absolut	211	363	+152	0,34– 0,56	absolut	3.788	6.355	2.567	15,7	17,0	8	1,16	1,19	2
	pro 1.000 EW	0,13	0,21	+59 %		pro 100.000 EW	232	360	55 %						
Unfallchirurgie	absolut	323	353	+30	0,30– 0,50	absolut	16.633	11.811	-4.822	6,04	5,69	-6	1,13	1,13	0
	pro 1.000 EW	0,20	0,20	0 %		pro 100.000 EW	2.976	2.125	-29 %						
Unfallchirurgie (UKH)	absolut	302	270	-32	-	absolut	14.163	14.114	-49	5,4	5,0	-9	1,12	1,10	-2
	pro 1.000 EW	0,56	0,19	-18 %		pro 1.000 EW	178	163	-8 %						
Urologie	absolut	315	283	-32	0,11– 0,18	absolut	19.040	19.119	79	5,6	4,8	-14	1,36	1,38	2
	pro 1.000 EW	0,19	0,16	-17 %		pro 100.000 EW	1.166	1.082	-7 %						

Fortsetzung nächste Seite

Fachbereiche		Tatsächliche Betten ¹			BMZ Inter- vall ²	Aufenthalte (inkl. NTA)			Durchschnittliche Belagsdauer in Tagen (exkl. NTA und Langzeitaufenthal- ten ⁴)			Wiederaufnahmerate (inkl. NTA)			
		2005	2014	Verän- derung absolut und in %		2005	2014	Verände- rung absolut und in %	2005	2014	Ver- ände- rung in %	2005	2014	Ver- ände- rung in %	
Pulmologie	absolut	315	266	-49	0,10– 0,16	absolut	14.057	15.086	1.029	7,7	6,5	-16	1,76	1,86	6
	pro 1.000 EW	0,19	0,15	-22 %		pro 100.000 EW	861	854	-1 %						
Kinderheil- kunde	absolut	329	244	-85	0,16– 0,27	absolut	22.287	20.708	-1.579	4,4	3,9	-10	1,38	1,65	20
	pro 1.000 EW	0,20	0,14	-31 %		pro 100.000 EW	1.365	1.172	-14 %						
Hals-, Nasen- und Ohrenkrank- heiten	absolut	267	218	-49	0,09– 0,15	absolut	20.607	18.063	-2.544	4,1	3,5	-15	1,31	1,17	-11
	pro 1.000 EW	0,16	0,12	-25 %		pro 100.000 EW	1.262	1.022	-19 %						
Augenheil- kunde	absolut	236	194	-42	0,06– 0,11	absolut	24.889	53.734	28.845	3,2	2,4	-25	1,45	1,98	37
	pro 1.000 EW	0,14	0,11	-24 %		pro 100.000 EW	1.525	3.041	99 %						
Haut- und Geschlechts- krankheiten	absolut	261	185	-76	0,06– 0,09	absolut	10.918	12.356	1.438	7,5	5,2	-30	1,48	1,59	7
	pro 1.000 EW	0,16	0,10	-35 %		pro 100.000 EW	669	699	5 %						
Neurochirurgie	absolut	143	131	-12	0,06– 0,09	absolut	4.806	4.998	192	9,3	8,2	-12	1,16	1,17	1
	pro 1.000 EW	0,09	0,07	-15 %		pro 100.000 EW	294	283	-4 %						
Kinder- Chirurgie	absolut	85	84	-1	0,04– 0,06	absolut	6.964	8.144	1.180	3,6	3,2	-9	1,16	1,18	1
	pro 1.000 EW	0,05	0,05	-9 %		pro 100.000 EW	427	461	8 %						
Nuklearmedizin	absolut	101	84	-17	–	absolut	4.771	4.138	-633	5,4	4,7	-14	1,87	1,52	-19
	pro 1.000 EW	0,06	0,05	-23 %		pro 100.000 EW	292	234	-20 %						
Plastische Chirurgie	absolut	74	57	-17	0,02– 0,03	absolut	2.900	3.091	191	5,3	5,0	-6	1,12	1,12	0
	pro 1.000 EW	0,05	0,03	-29 %		pro 100.000 EW	178	175	-2 %						
Mund-, Kiefer- und Gesichts- chirurgie	absolut	39	42	3	–	absolut	1.774	2.446	672	6,6	5,3	-21	1,28	1,21	-5
	pro 1.000 EW	0,02	0,02	0 %		pro 100.000 EW	109	138	27 %						

absteigend nach der Anzahl tatsächlicher Betten im Jahr 2014 sortiert

* exkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychiatrie und Psychosomatik (s. Punkt 0)

1 Alle Angaben beziehen sich auf Fonds-Krankenanstellen, davon ausgenommen der „Gemischte Belag“ (Sanatorien) und der Fachbereich „Unfallchirurgie“ (FKA und UKH), jeweils grau hinterlegt.

2 Die Bettenmessziffer (BMZ; systematisierte Betten pro 1.000 EW) gilt ausschließlich für fondsfinanzierte Krankenanstellen.

3 rohe Rate: Aufenthalte pro 100.000 Wiener EW inkl. Null-Tage-Aufenthalte

4 exkl. Null-Tage-Aufenthalte (NTA) und Langzeitaufenthalte (> 28 Tage)

BMZ = Bettenmessziffer

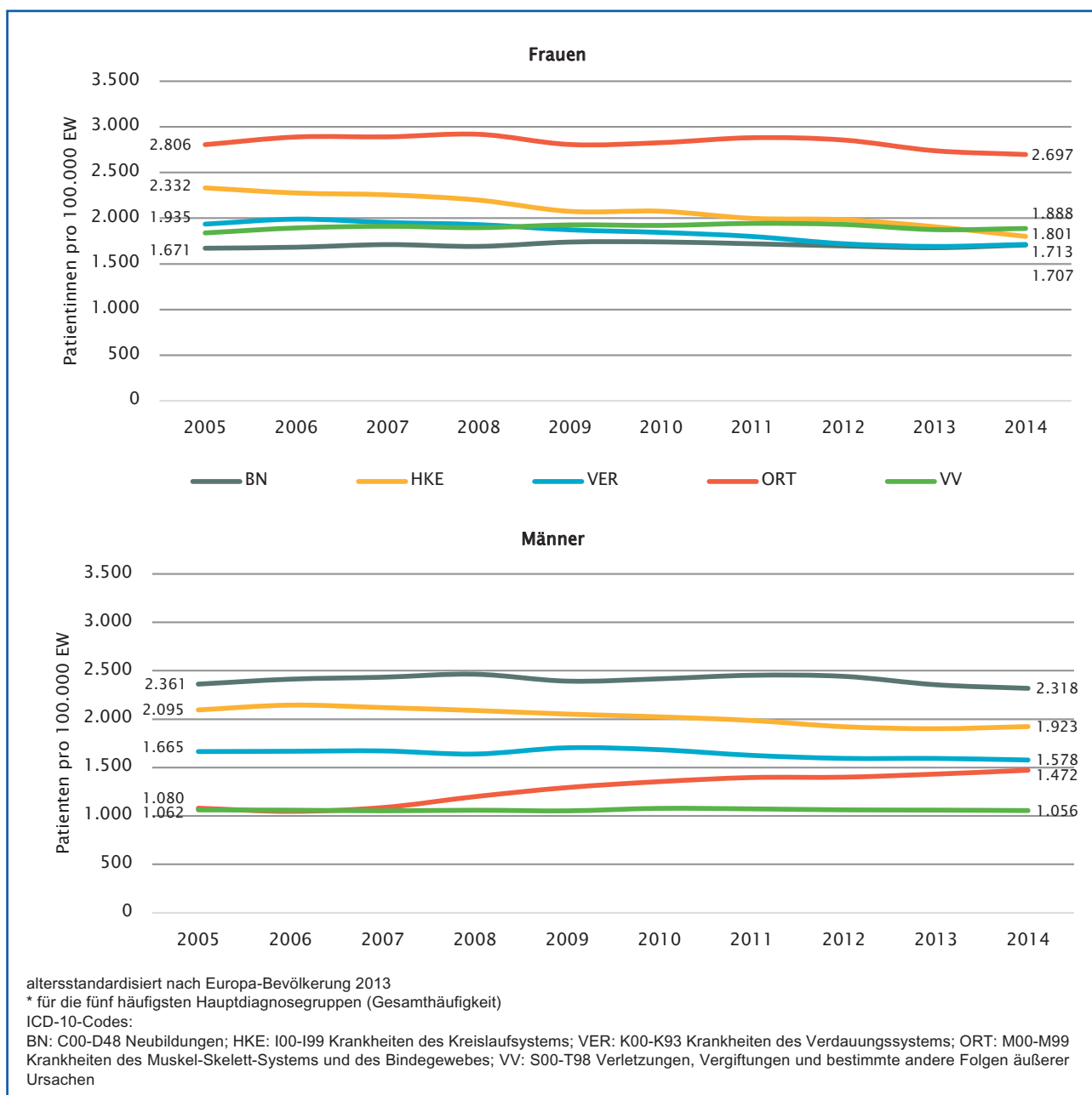
EW = EinwohnerInnen

FKA = Fonds-Krankenanstellen

UKH = Unfallkrankenhaus

Quellen: BMGF – Kostenstellenstatistik 2005 und 2014; BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstellen 2005 und 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 6.9:
Entwicklung akutstationär versorgter WienerInnen nach Hauptdiagnosegruppen*, 2005–2014



Quelle: BMGF - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005 und 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

6.5 Stationäre Rehabilitation

In Wien gab es im Jahr 2014 drei stationäre Reha-Einrichtungen mit insgesamt rund 350 tatsächlichen Betten. In Tabelle 6.8 werden die systemisierten (d. h. behördlich genehmigten) Betten, die Bettenäquivalente und die Aufenthalte in Wiener Rehabilitationszentren in den Jahren 2012 und 2014 ausgewiesen. Seit 2012 haben sich die Bettenäquivalente in fast allen Reha-Indikationsgruppen erhöht. Davon ausgenommen sind Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems (s. Tabelle 6.3).

Tabelle 6.3:

Systemisierte Betten, Bettenäquivalente und Aufenthalte in stationären Reha-Einrichtungen in Wien nach Reha-Indikationsgruppen*, 2012 und 2014

	Systemisierte Betten	Bettenäquivalente Aufenthalte				Aufenthalte (zielbezogen)		
	2014	Ist-Stand 2012	Ist-Stand 2014	Veränderung zu 2012 in %		2012	2014	Veränderung zu 2012 absolut und in %
KH des Bewegungs- und Stützapparats (BSR)	152	22	126	+482	absolut	218	1.916	+1.698
					pro 100.000 EW**	16	134	+752 %
KH des zentralen und peripheren Nervensystems (NEU)	147	145	129	-11	absolut	1.433	1.431	-2
					pro 100.000 EW	104	100	-3 %
Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (UCNC)	52	41	65	+57	absolut	295	617	+322
					pro 100.000 EW	21	43	+103 %

Absteigend sortiert nach der Aufenthaltshäufigkeit 2014

* exkl. psychiatrische Rehabilitation (s. Punkt 6.8.2.7) und der Reha-Indikationsgruppen Onkologische Reha, Krankheiten des Stoffwechselsystems und Verdauungsapparats, Lymphologie-Reha, Krankheiten der Atmungsorgane und Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, für die es im Jahr 2014 in Wien noch kein in Betrieb befindliches Angebot gab.

** rohe Rate: Aufenthalte pro 100.000 Wiener EW

Quellen: BMGF – Krankenanstaltenstatistik 2012 und 2014
 BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2012 und 2014
 Berechnung und Darstellung: GÖG

Patientinnen und Patienten

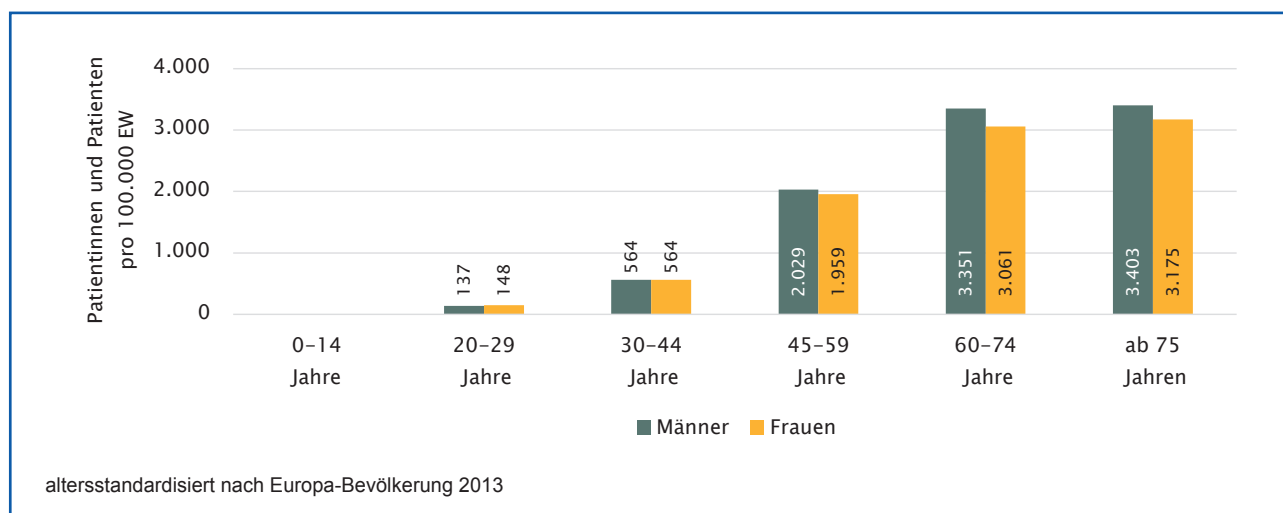
Im Jahr 2014 haben etwa 22.000 WienerInnen (im Alter von 20 oder mehr Jahren) eine Rehabilitation (Minstdauer 8 Tage) in Anspruch genommen (altersstandardisierte Rate nach Europa-Bevölkerung 2013: 1.700 PatientInnen pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 1.000–2.200). Davon waren:

- ▶ 53 Prozent Frauen und
- ▶ 72 Prozent Personen zwischen 45 und 74 Jahren.

Insgesamt betrachtet, treten Wiener häufiger eine stationäre Rehabilitation an als Wienerinnen (1.800 vs. 1.700 pro 100.000 EW; altersstandardisiert), ältere WienerInnen häufiger als jüngere (s. Abbildung 6.10).

Abbildung 6.10:

Wiener Patientinnen und Patienten in stationären Reha-Einrichtungen nach Alter und Geschlecht, 2014



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Bei beiden Geschlechtern sind Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats der häufigste Grund für eine stationäre Rehabilitation.

Während die weibliche Bevölkerung häufiger aufgrund von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats, nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen eine Reha in Anspruch nimmt – zudem auch häufiger eine onkologische oder lymphologische Reha –, unterzieht sich die männliche Bevölkerung häufiger infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems, Krankheiten des Stoffwechselsystems, des Verdauungsapparats und der Atmungsorgane einer Reha (s. Abbildung 6.11 auf folgender Seite).

Definitionen und Daten

Die *Indikationsgruppe* beschreibt die Krankheitsgruppe, aufgrund deren sich der Patient / die Patientin in Rehabilitation befindet. Eine genaue Beschreibung der Indikationsgruppen findet sich im Reha-Plan 2012 (Reiter et al. 2012). Seit 2012 wird „onkologische Rehabilitation“ als eigene Rehabilitationsindikationsgruppe geführt und nicht mehr organbezogen in die anderen Indikationsgruppen inkludiert.

Die *systemisierte Bettenzahl* gibt die Anzahl der behördlich bewilligten Betten an. *Bettenäquivalente* beschreiben die Bettenanzahl, die unter der Prämisse einer Auslastung von 95 Prozent erforderlich ist, um das tatsächliche Aufkommen abdecken zu können.

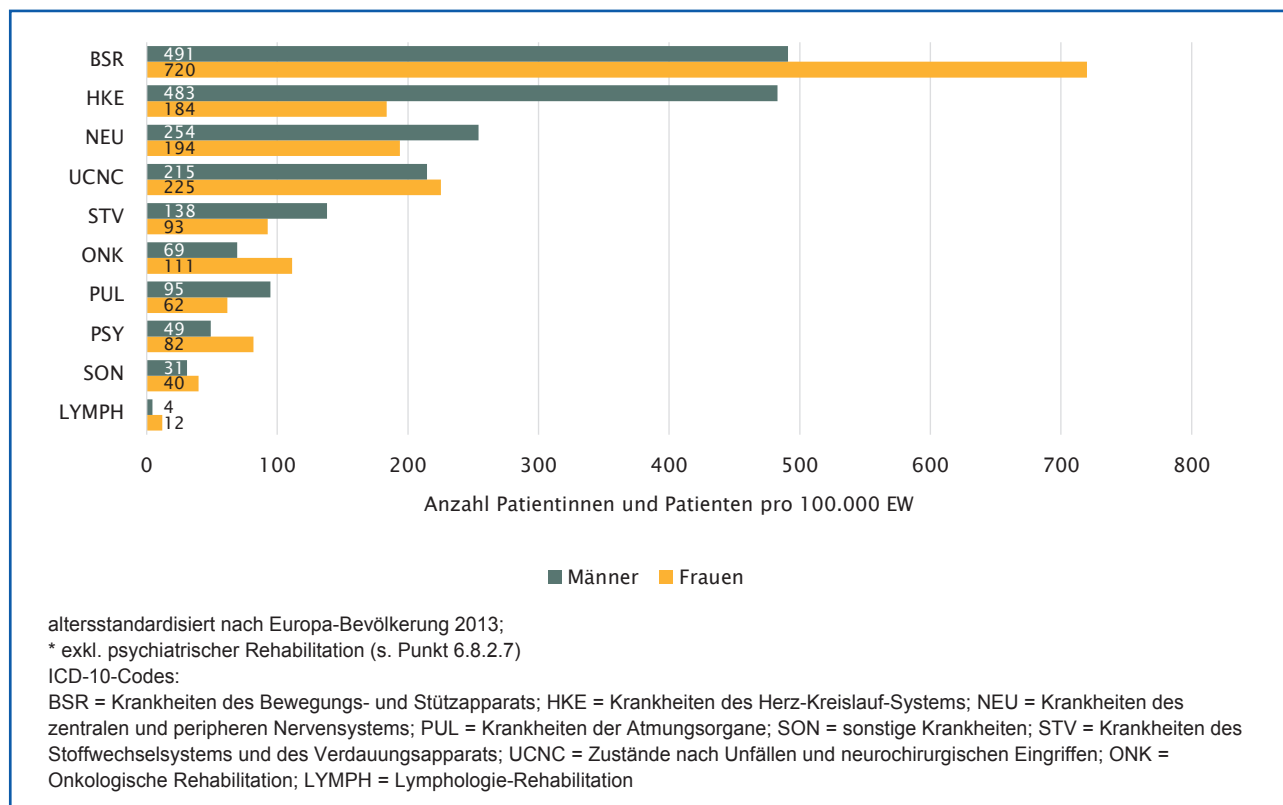
Die Zuordnung der Betten zu den Reha-Indikationsgruppen BSR, NEU und UCNC wird voraussichtlich im Reha-Plan 2016 gemeinsam mit Expertinnen und Experten neu beurteilt. Dadurch werden sich z. T. erhebliche Abweichungen in den Mengengerüsten der entsprechenden Indikationsgruppen im Vergleich zu diesem Bericht und zum Reha-Plan 2012 ergeben. Die Daten über die Bettenzahlen wurden der Krankenanstaltenstatistik (KA-Statistik) des BMGF entnommen.

Die Aufenthalte stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten. Die Angaben zu den Aufenthalten sind zielbezogen und beziehen sich auf alle erwachsenen Patientinnen und Patienten (20 Jahre oder älter), die einen Aufenthalt von mehr als sieben Tagen in einem Wiener Rehabilitationszentrum hatten.

Angaben zu den Reha-PatientInnen (quellbezogen; 20 Jahre oder älter) beruhen auf einer Schätzung, da ihre Zahl nicht direkt ermittelbar ist. Der dafür verwendete Algorithmus geht davon aus, dass Personen mit der gleichen Wohnpostleitzahl, gleichem Geschlecht und Geburtsdatum ident sind. Unschärfen ergeben sich diesbezüglich durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnort (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch Wohnortwechsel (Überschätzung der Patientenzahl).

Abbildung 6.11:

Wiener Patientinnen und Patienten (20 Jahre und älter) in stationären Reha-Einrichtungen nach Indikationsgruppen* und Geschlecht, 2014



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
 Berechnung und Darstellung: GÖG

6.6 Langzeitpflege und -betreuung

Mit dem Strategiekonzept „Pflege und Betreuung in Wien 2030“ legt die Stadt Wien Leitlinien zur Weiterentwicklung des Angebotes an Pflege- und Betreuungsleistungen in den nächsten Jahren vor (Stadt Wien 2016). Der Schwerpunkt liegt auf der inhaltlichen Weiterentwicklung der Angebote sowohl im mobilen und teilstationären Bereich als auch auf Wohnangeboten mit integrierten Pflege- und Betreuungsleistungen. Präventive und rehabilitative Angebote sollen forciert werden, sowie neue Versorgungsformen, insbesondere im Bereich der Remobilisation und Stabilisation.

6.6.1 PflegegeldbezieherInnen

Aufgrund der demografischen Entwicklung muss in Wien wie österreichweit von einer steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen ausgegangen werden. Zur Anzahl pflege- und betreuungsbedürftiger Personen kann in Österreich als Orientierungsgröße die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen herangezogen werden.

Mit Stand Dezember 2014 bezogen in Wien rund 86.000 WienerInnen Pflegegeld, das entspricht einem Bevölkerungsanteil von rund 4,8 Prozent (BL-Bandbreite: 4–4 %). Im Jahr 2012 waren es rund 85.000 Personen, 2015 rund 84.000 Personen.

Mehr als die Hälfte der Wiener PflegegeldbezieherInnen (57 Prozent) haben Anspruch auf Pflegegeld der Stufen 1 und 2, 43 Prozent auf die Stufen 3 bis 7 (s. Abbildung 6.12).

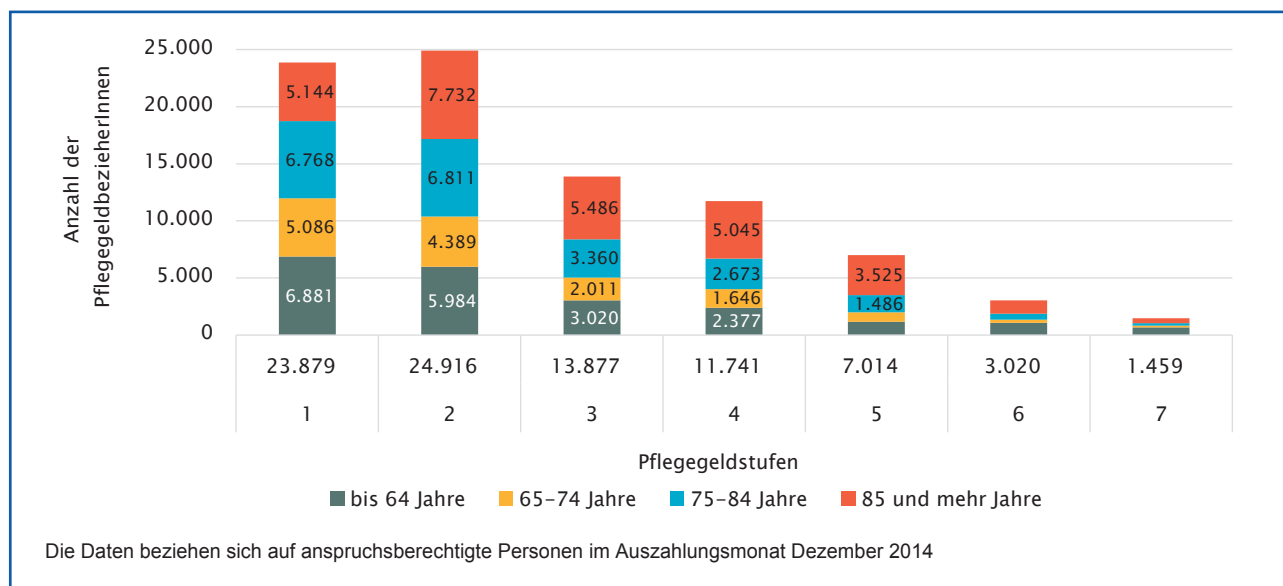
Die Mehrheit der WienerInnen, die Pflegegeld beziehen, ist älter als 65 Jahre (75 %):

- ▶ 33 Prozent bzw. rund 28.500 Personen sind 85 Jahre und älter.
- ▶ 25 Prozent sind zwischen 75 und 84 Jahren.
- ▶ 17 Prozent sind zwischen 65 und 74 Jahren (s. Abbildung 6.12).

65 Prozent der PflegegeldbezieherInnen sind weiblich, 35 Prozent männlich. Während sich zwischen Männern und Frauen keine wesentlichen Unterschiede in der Verteilung auf Pflegegeldstufen zeigen, sind Frauen, die Pflegegeld beziehen, eher älter: 40 Prozent der Pflegegeldbezieherinnen sind 85 Jahre und älter, hingegen nur 20 Prozent der Pflegegeldbezieher.

Abbildung 6.12:

PflegegeldbezieherInnen in Wien nach Pflegegeldstufen und Altersgruppen, 2014



Quelle: Hauptverband – Pflegegeldstatistik 2014
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Pflegegeld kann bezogen werden, wenn ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung bzw. einer Sinnesbehinderung vorliegt, die voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird. Die Höhe des Pflegegeldes wird – je nach Ausmaß des erforderlichen Pflegebedarfs und unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit – in sieben Stufen festgelegt. Erforderlich ist ein Pflegebedarf von mehr als 60 Stunden pro Monat. Die Anzahl der Stunden des monatlichen Pflegebedarfs wird im Rahmen einer Begutachtung durch eine Ärztin / einen Arzt oder eine Pflegefachkraft festgelegt. Die Daten sind der Pflegegeldstatistik 2014 des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger entnommen und beziehen sich auf die anspruchsberechtigten Personen im Auszahlungsmonat Dezember 2014.

6.6.2 Formelle Angebote

Zur Unterstützung der Betreuung und Pflege zu Hause werden in Wien Pflegeleistungen und medizinische Versorgung (Hauskrankenpflege, medizinische Hauskrankenhilfe und mobile Palliativbetreuung) angeboten. Daneben gibt es als Unterstützung im Alltag Heimhilfe (inkl. Heimhilfe für demente und/oder psychisch kranke Menschen), Essen auf Rädern, Besuchs- und Begleitdienste und einen Wäscheservice.

Als Unterstützung für pflegende Angehörige wird die Möglichkeit der Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen im Urlaubs- oder Krankenfall angeboten. Zu Hause lebende pflegebedürftige Menschen haben in Wien auch die Möglichkeit, Tageszentren zu besuchen.

Wien bietet zur stationären Pflege und Betreuung Wohngemeinschaften sowie Wohn- und Pflegehäuser an.

Im Folgenden werden Angebote folgender Bereiche beschrieben:

- ▶ Mobile Dienste (Hauskrankenpflege und Heimhilfe)
- ▶ Stationäre Dienste (Wohn- und Pflegehäuser)
- ▶ Teilstationäre Dienste (Tageszentren)
- ▶ Kurzzeitpflege
- ▶ Alternative Wohnformen (inkl. Wohngemeinschaften)

Zur besseren Vergleichbarkeit werden die Leistungen bzw. die Anzahl der betreuten Personen zur Anzahl der ab 60-jährigen EW in Bezug gesetzt, denn diese sind die primäre Zielgruppe dieser Angebote.

Definitionen und Daten

Die Daten basieren auf den Angaben der Länder zur *Pflegedienstleistungsstatistik* und umfassen fünf der in § 3 Abs. 1 Pflegefondsgesetz (PFG) aufgelisteten sechs Dienstleistungsbereiche der Länder und Gemeinden in der Langzeitpflege, soweit ihre (Mit-)Finanzierung aus Mitteln der Sozialhilfe/Mindestsicherung bzw. sonstigen öffentlichen Mitteln erfolgt (mobile, teilstationäre und stationäre Dienste, Kurzzeitpflege, alternative Wohnformen); Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung sind hier nicht erfasst, außerdem sind SelbstzahlerInnen nicht in den Daten enthalten.

In Wien wurden im Jahr 2014 von mobilen Diensten rund 5,7 Mio. Leistungsstunden angeboten. Das sind rund 14.650 Stunden pro 1.000 EW im Alter von 60 oder mehr Jahren (BL-Bandbreite: 3.571–14.654 Stunden pro 1.000 EW).

Tabelle 6.4:

Pflege- und Betreuungsangebote in Wien, 2011 und 2014

	Anzahl der erbrachten Leistungsstunden bzw. der verfügbaren Plätze		Leistungsstunden/Plätze pro 1.000 EW 60 Jahre oder älter	
	2011	2014	2011	2014
Mobile Dienste (Leistungsstunden) ¹	5.745.740	5.747.020	14.960	14.654
Stationäre Angebote (Plätze) ²	9.296	9.424	24	24
Teilstationäre Angebote (Plätze) ²	735	795	2	2
Kurzzeitpflege (Plätze)	210	225	0,5	0,6
Alternative Wohnformen (Plätze) ²	8.980	9.176	23	23

¹ Leistungsstunden für das gesamte Jahr 2014 bzw. 2011

² Plätze per 31. 12. 2014 bzw. per 31. 12. 2011

Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG

In stationären Einrichtungen (Wohn- und Pflegehäusern) stehen rund 9.400 Plätze zur Verfügung. Das sind rund 24 Plätze pro 1.000 EW im Alter von 60 oder mehr Jahren (BL-Bandbreite: 22–46 Plätze pro 1.000 EW). In Wien wohnt zudem eine Vielzahl von Menschen in alternativen Wohnformen. In diesem Bereich stehen der Wiener Bevölkerung rund 9.200 Plätze zur Verfügung, das sind rund 23 Plätze pro 1.000 EW im Alter von 60 oder mehr Jahren (BL-Bandbreite ohne Wien: 0,2–5). Darüber hinaus werden rund 800 Plätze (2 Plätze pro 1.000 EW 60 plus) in teilstationären Einrichtungen und rund 200 Plätze (1 Platz pro 1.000 EW 60plus) für Kurzzeitpflege angeboten.

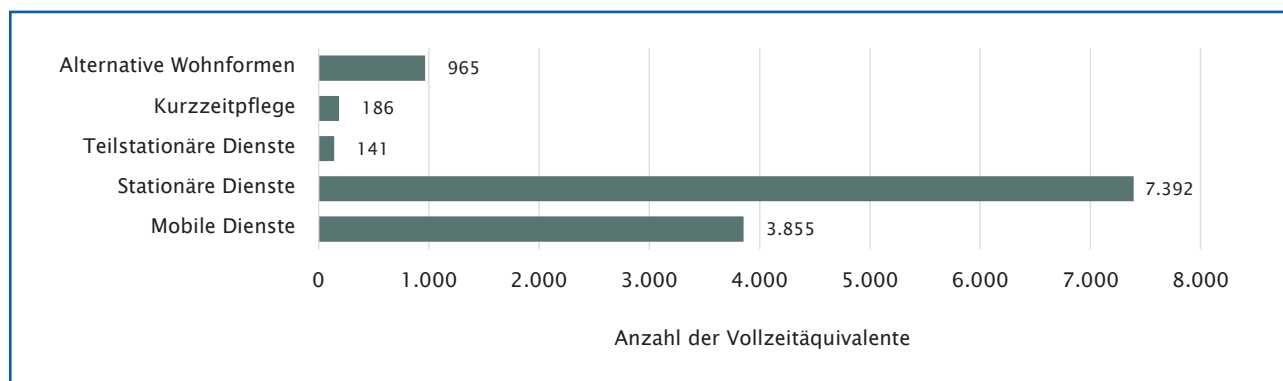
Insgesamt sind die Leistungsstunden und Wohnplätze der einzelnen Angebote von 2011 bis 2014 nahezu unverändert geblieben, sowohl in der Anzahl als auch gemessen an der Einwohnerzahl.

Pflege- und Betreuungspersonen

Insgesamt sind in den angeführten Angeboten rund 15.000 Personen bzw. 12.540 Vollzeitäquivalente mit der Betreuung und Pflege von Menschen beschäftigt, die meisten davon im stationären Bereich (s. Abbildung 6.13).

Abbildung 6.13:

Pflege- und Betreuungspersonen: Vollzeitäquivalente nach Angeboten in Wien, 2014



Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik
Darstellung: GÖG

Die Mehrzahl der Pflege- und Betreuungspersonen ist weiblich: In Hinblick auf die Gesamtheit aller Dienste sind rund 83 Prozent Frauen. Mit jeweils 20 Prozent sind die meisten männlichen Vollzeitäquivalente bei stationären Diensten und in der Kurzzeitpflege beschäftigt.

Die Betreuung zu Hause wird in hohem Maß durch 24-Stunden-PersonenbetreuerInnen unterstützt. In Wien haben insgesamt 11.680 PersonenbetreuerInnen eine aktive Gewerbeberechtigung, davon sind 9.335 aktiv tätig (Wirtschaftskammer Österreich 2016).

Definitionen und Daten

Im Jahr 2007 wurden die Rahmenbedingungen für eine qualitätsgesicherte *24-Stunden-Betreuung* auf legaler Basis geschaffen (§ 159 Gewerbeordnung, §§ 3b, 15 Abs. 7 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, § 50 b Ärztegesetz) und gleichzeitig entwickelte das Sozialministerium auch ein entsprechendes Fördermodell. Als Voraussetzungen für die Förderung gelten unter anderem: Anspruch auf Pflegegeld zumindest der Stufe 3 und eine Einkommensgrenze von 2.500,- Euro netto, die nicht überschritten werden darf (erhöht sich für jede/n unterhaltsberechtigte/n Angehörige/n). Weiter muss die Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung nachgewiesen werden. Die Betreuungskraft muss eine Pflichtversicherung abgeschlossen haben und bestimmte Qualitätserfordernisse erfüllen. Die Anzahl der PersonenbetreuerInnen mit Gewerbeberechtigung wird in der Wirtschaftskammer Österreich erfasst, Daten über die Anzahl jener Menschen, die eine Förderung erhalten, werden im Sozialministerium dokumentiert.

Betreute Personen

Im Jahr 2014 wurden von den Wiener Trägereinrichtungen (in Bezug auf die genannten Angebote) rund 55.460 Personen betreut (14,2 % aller EW im Alter von 60 oder mehr Jahren), wobei einzelne Personen durchaus auch mehrere Dienste in Anspruch nehmen können (z. B. mobil betreute Personen, die gleichzeitig eine Tagesbetreuungseinrichtung besuchen und Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen).

Zur Anzahl betreuter Personen, die sich in einer 24-Stunden-Betreuung befinden, gibt es keine Informationen. Allerdings haben im Jahr 2015 rund 2.100 Wienerinnen und Wiener eine diesbezügliche Förderleistung des Sozialministeriumservice in Anspruch genommen (Bundesministerium für Arbeit 2015).

Tabelle 6.5:

Betreute Personen in Wien nach Angeboten, in Köpfen und als Prozentanteil der PflegegeldbezieherInnen bzw. der EW (60 Jahren und älter), 2011 und 2014

	Absolut		Betreute Personen Anteil Pflegegeld- bezieherInnen in %		Anteil an den EW 60+ (in %)	
	2011	2014	2011	2014	2011	2014
	Mobile Dienste	26.900	28.610	31,5	33,3	7,0
Stationäre Angebote	13.360	13.280	15,7	15,5	3,5	3,4
Teilstationäre Angebote	2.000	2.200	2,3	2,6	0,5	0,6
Kurzzeitpflege	979	1.130	1,1	1,3	0,3	0,3
Alternative Wohnformen	10.160	10.240	11,9	11,9	2,7	2,6

Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG

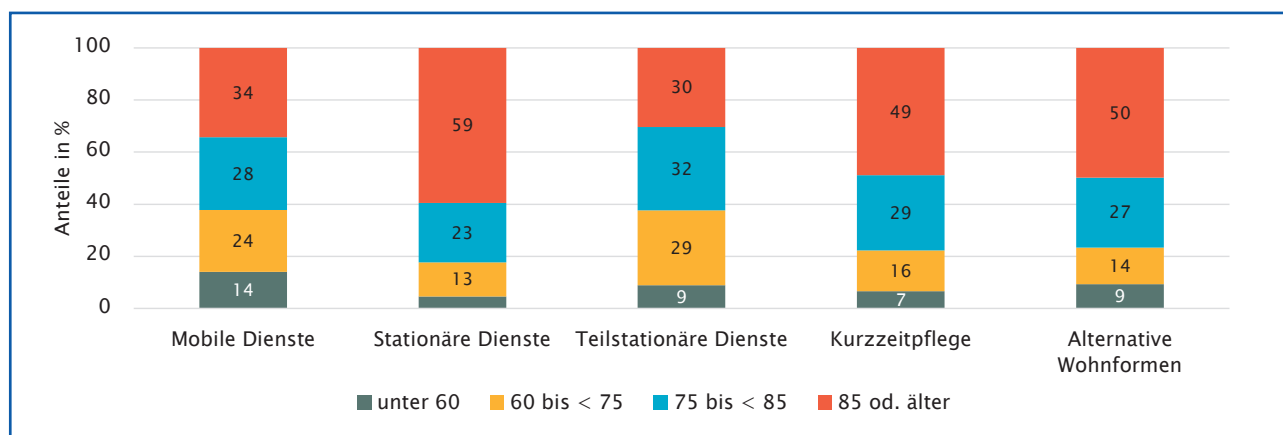
Die Mehrheit der betreuten Personen erhält mobile Leistungen, rund 33 Prozent aller PflegegeldbezieherInnen (BL-Bandbreite: 27–35 %) bzw. 7 Prozent der EinwohnerInnen ab 60 Jahren (BL-Bandbreite: 6–8 %). Die Anzahl der mobil betreuten Personen ist von 2011 auf 2014 leicht angestiegen. Nahezu konstant geblieben ist die Anzahl der in stationären Einrichtungen gepflegten/betreuten Personen. Stationär (in Wohn- und Pflegehäusern) wurden im Jahr 2014 rund 13.300 Menschen betreut, das sind 15,5 Prozent aller PflegegeldbezieherInnen (BL-Bandbreite: 12–20 %) bzw. 3,4 Prozent aller Menschen ab 60 Jahren (BL-Bandbreite: 3–5 %). Insgesamt wohnen 10.240 Personen in alternativen Wohnformen, das sind rund 12 Prozent aller PflegegeldbezieherInnen (BL-Bandbreite ohne Wien: 0–2,6 %) bzw. 2,6 Prozent der EW ab 60 Jahren (BL-Bandbreite ohne Wien: 0–0,6 %).

Rund 90 Prozent aller betreuten Personen sind 60 Jahre und älter, mehr als 70 Prozent über 75 Jahre, 44 Prozent über 85 Jahre. Der höchste Anteil ab 75-Jähriger findet sich bei den stationären Angeboten sowie in der Kurzzeitpflege, der geringste Anteil bei den mobilen Diensten (s. Abbildung 6.14).

Von mobilen Diensten werden zu 37 Prozent Personen mit den Pflegegeldstufen 1 und 2 betreut, in den stationären Einrichtungen ist der Anteil der Menschen mit den Pflegegeldstufen 4 bis 7 am höchsten. In den alternativen Wohnformen liegt der Anteil der BewohnerInnen mit den Pflegegeldstufen 1 und 2 bei 48 Prozent (s. Abbildung 6.15).

Abbildung 6.14:

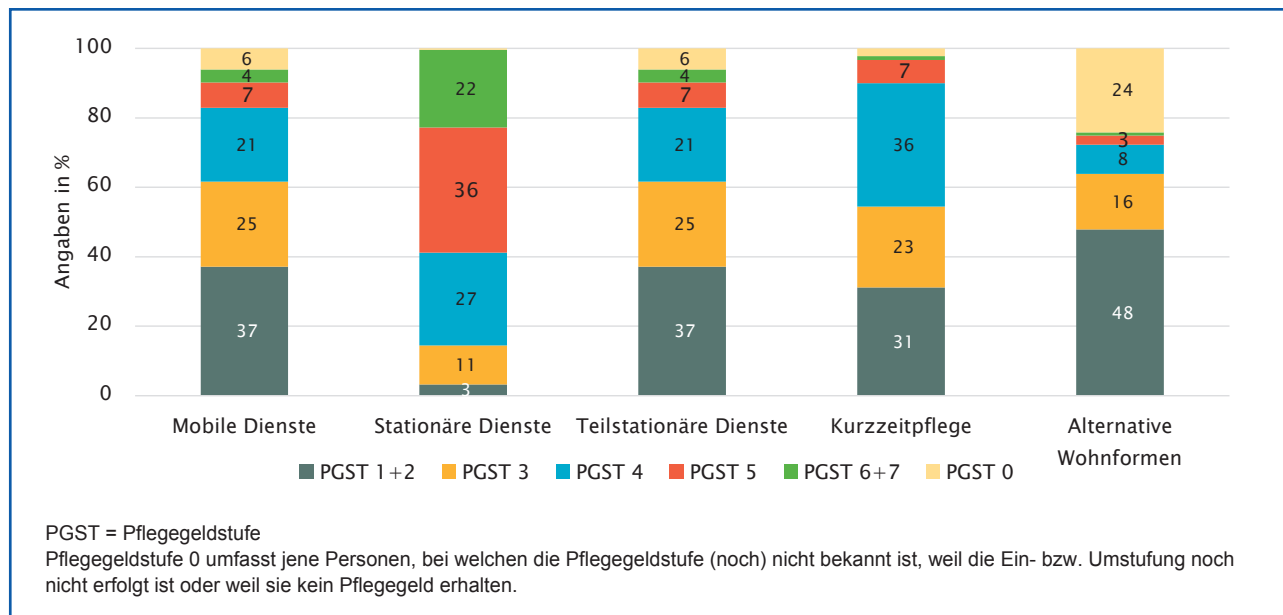
Betreute WienerInnen nach Diensten und Altersgruppen, 2014



Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 6.15:

Betreute WienerInnen nach Diensten und Pflegegeldstufen, 2014



Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik
 Berechnung und Darstellung: GÖG

6.6.3 Informelle Pflege- und/oder Unterstützungsleistungen

14 Prozent der WienerInnen haben – laut ATHIS – im Jahr 2014 mindestens einmal pro Woche eine oder mehrere Personen mit altersbedingten Problemen, chronischer Erkrankung oder einem Gebrechen gepflegt/unterstützt (rund 214.000 Personen; BL-Bandbreite: 14–23 %). In 77 Prozent der Fälle handelt es sich bei den betreuten/unterstützten Personen um Familienmitglieder.

Pflege- und Unterstützungsleistungen werden mehrheitlich von Frauen (54 %), Personen im Alter von 30 bis 59 Jahren (52 %), von erwerbstätigen Personen (45 %; davon 72 % vollzeitbeschäftigt) und von PensionistInnen (28 %) erbracht. 20 Prozent versorgen zudem Kinder im Alter von 0 bis 15 Jahren (6 % zwei oder mehr Kinder). 42 Prozent sind selbst chronisch krank oder von einem dauerhaften Gesundheitsproblem betroffen. 37 Prozent sind aus gesundheitlichen Gründen im Alltag selbst eingeschränkt (6 % stark eingeschränkt). 24 Prozent schätzen ihre Lebensqualität als mittelmäßig bis sehr schlecht ein.

67 Prozent der informell Pflegenden pflegen bzw. unterstützen Familienmitglieder oder andere Personen bis zu 10 Stunden pro Woche, 17 Prozent im Ausmaß von 10 bis 20 Stunden, 16 Prozent im Ausmaß von 20 oder mehr Stunden. Im Ausmaß mindestens eines Halbtagsjobs engagieren sich vor allem Frauen (67 %) für Familienangehörige und andere Personen. 55 Prozent sind in Pension, 31 Prozent erwerbstätig (davon 76 % vollzeitbeschäftigt).

Definitionen und Daten

Das Ausmaß *informeller Pflege- und Unterstützungsleistungen* wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

6.7 Ausgewählte Outcome-Indikatoren zur Versorgungsqualität

Im Jahr 2014 wurden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit Indikatoren für eine „Outcome-Messung im Gesundheitswesen“ definiert (BMG 2015c). Darin enthalten sind auch Indikatoren für den Kurationsbereich. Nachstehend wird eine Auswahl dieser Indikatoren präsentiert.

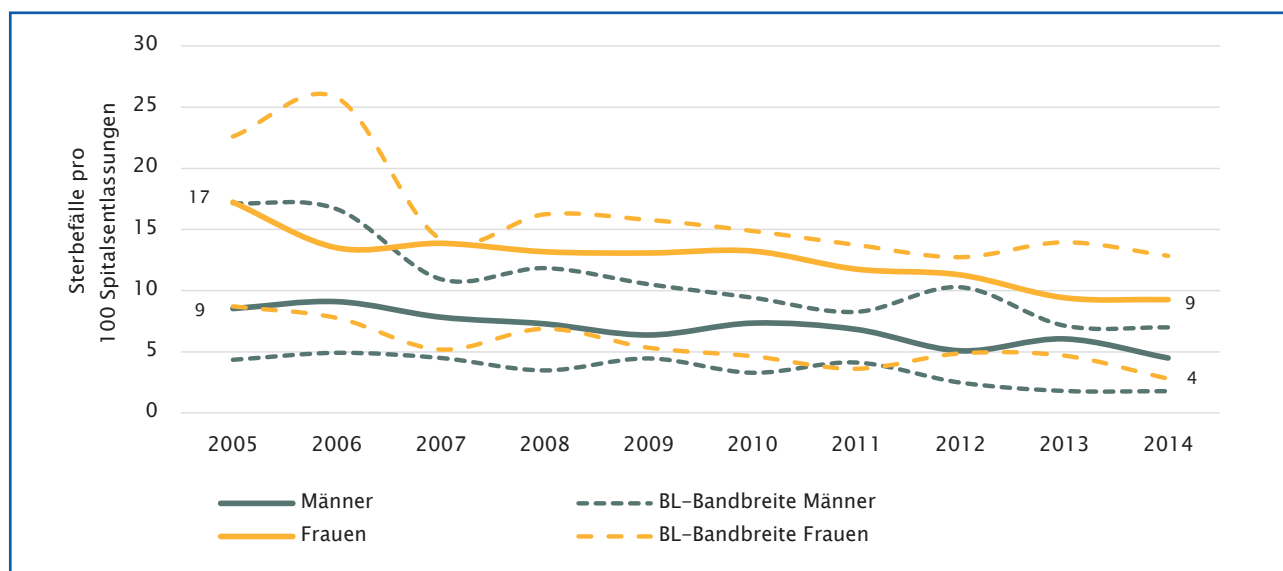
6.7.1 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt (AMI)

179 Menschen mit akutem Myokardinfarkt (Hauptdiagnose ICD-10 I21 und I22) starben im Jahr 2014 innerhalb der ersten 30 Tage ihres Aufenthaltes in einem Wiener Krankenhaus (84 Männer und 95 Frauen). Bezogen auf 100 Spitalsaufenthalte mit derselben Hauptdiagnose bedeutet dies eine AMI-Sterblichkeit von 6,2 Todesfällen pro 100 Spitalsaufenthalte. Nicht nur absolut, sondern insbesondere bezogen auf 100 Spitalsentlassungen ist die höhere 30-Tage-Sterblichkeit von Frauen nach einem akuten Myokardinfarkt sichtbar: 9,3 von 100 stationär behandelten Myokardinfarkten enden bei Frauen tödlich (BL-Bandbreite: 3–13), 4,5 bei Männern (BL-Bandbreite: 2–7). Die Rate ist bei Frauen also mehr als doppelt so hoch.

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt ist – mit einigen Schwankungen – rückläufig. Sie konnte zwischen 2005 und 2014 für Frauen von 17 auf 9 und für Männer von 9 auf 5 Todesfälle pro 100 stationäre Aufenthalte reduziert werden. Der geschlechtsspezifische Unterschied ist somit geringer geworden (s. Abbildung 6.16).

Abbildung 6.16:

30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt in Wiener Akut-Krankenhäusern im Vergleich zur Bundesländer-Bandbreite nach Geschlecht, 2005–2014



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005–2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem akuten Myokardinfarkt (AMI) misst (bei den ab 45-Jährigen) den Anteil der innerhalb von 30 Tagen in einer Akut-Krankenanstalt Verstorbenen pro 100 Spitalsaufenthalte wegen eines akuten Myokardinfarkts (Hauptdiagnose I21 und I22). Sie ist ein Indikator für die Qualität der Akutversorgung.

Der Indikator basiert auf der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und berücksichtigt folglich keine Todesfälle vor oder nach der Hospitalisierung. Die Sterblichkeit wird damit unterschätzt.

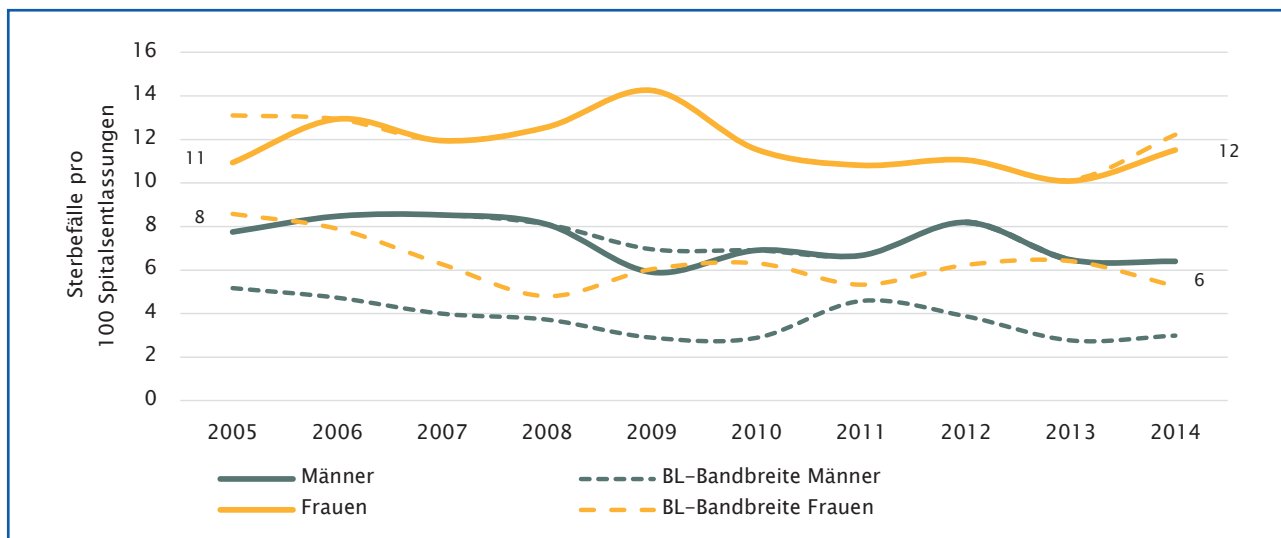
6.7.2 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall

273 Menschen starben im Jahr 2014 innerhalb der ersten 30 Tage ihres Aufenthaltes in einem Wiener Krankenhaus aufgrund eines Schlaganfalles (Hauptdiagnose ICD-10 I63 und I64). Fast zwei Drittel davon sind weiblich. Entsprechend groß ist der geschlechtsspezifische Unterschied: 12 von 100 Spitalsaufenthalten von Frauen mit Schlaganfall enden innerhalb der ersten 30 Tage im Krankenhaus tödlich, bei Männern sind es mit 6 Fällen nur halb so viele (BL-Bandbreite: Frauen 5–12, Männer 3–6, s. Abbildung 6.17).

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall ist bei Männern tendenziell rückläufig, bei Frauen ist kein Trend erkennbar. (S. Abbildung 6.17)

Abbildung 6.17:

30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall in Wiener Akutkrankenhäusern im Vergleich zur Bundesländer-Bandbreite nach Geschlecht, 2005–2014



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005–2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall misst (bei den ab 45-Jährigen) den Anteil der innerhalb von 30 Tagen in einer Akut-Krankenanstalt Verstorbenen pro 100 Spitalsaufenthalte wegen eines Schlaganfalls (Hauptdiagnose I63 und I64). Sie ist ein Indikator für die Qualität der Akutversorgung.

Der Indikator basiert auf der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und berücksichtigt folglich keine Todesfälle vor oder nach der Hospitalisierung. Die Sterblichkeit wird damit unterschätzt.

6.7.3 Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren

Als Qualitätsindikator der pharmazeutischen Versorgung gilt seit einigen Jahren die potenziell inadäquate Medikation bei Älteren (PIM). Dieser Indikator ist definiert als Anteil der ab 70-Jährigen, der in einem Kalenderjahr mindestens mit einem potenziell inadäquaten Medikament (Packung) versorgt wurde.

Eine potenziell inadäquate Medikation ist mit unerwünschten Ereignissen wie etwa Tod oder Hospitalisierungen assoziiert und verweist damit einerseits auf die Verschreibungsqualität im ambulanten Bereich, andererseits auf die Patientensicherheit (Mann et al. 2014).

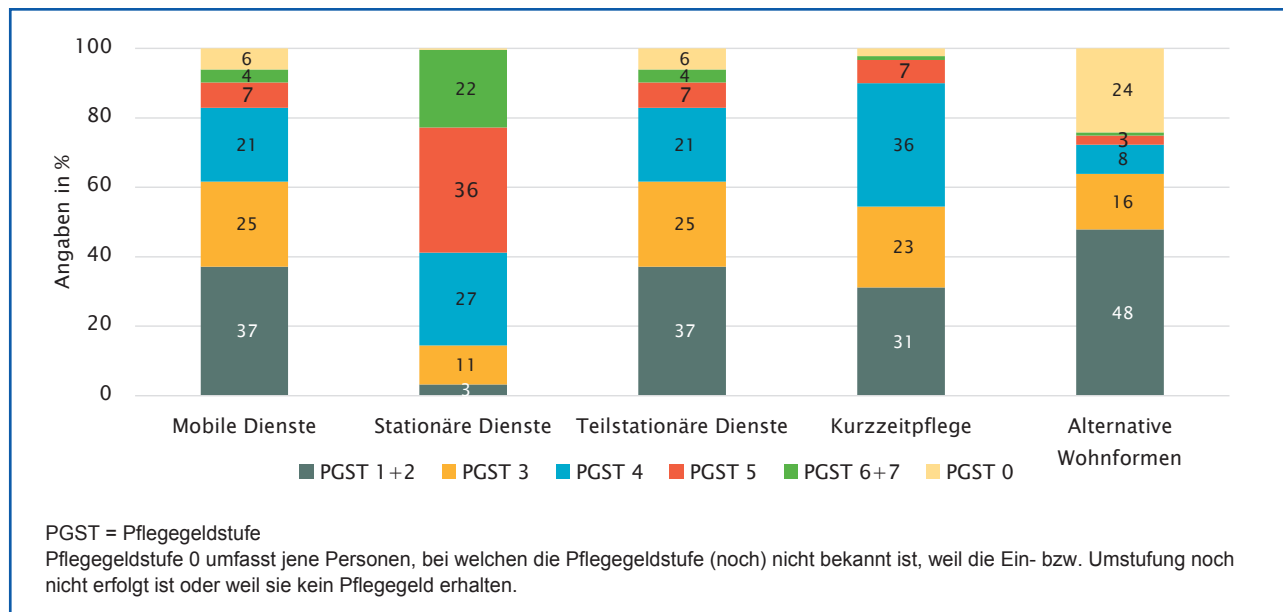
Im Jahr 2012 haben in Wien 52 Prozent der ab 70-Jährigen mindestens eine potenziell inadäquate Medikation erhalten (BL-Bandbreite: 44–57 %). Weiterführende Aussagen sind derzeit nicht möglich.

Definitionen und Daten

Die Definition für *potenziell inadäquate Medikation* (PIM) fußt auf Vorarbeiten von Mann et al. (2012) und geht davon aus, dass eine Reihe von Medikamenten wegen ihrer pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Wirkungen für ältere Menschen ungeeignet sind bzw. zu unerwünschten Nebenwirkungen führen. Insgesamt fließen 73 Wirkstoffe in die Berechnung des PIM-Anteils ein (jeweils nur in oralen Formen). Sobald eine Person ab 70 Jahren einen dieser Wirkstoffe erhalten hat (mindestens eine Packung), zählt sie zur PIM-Gruppe.

Abbildung 6.15:

Betreute WienerInnen nach Diensten und Pflegegeldstufen, 2014



Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik
 Berechnung und Darstellung: GÖG

6.6.3 Informelle Pflege- und/oder Unterstützungsleistungen

14 Prozent der WienerInnen haben – laut ATHIS – im Jahr 2014 mindestens einmal pro Woche eine oder mehrere Personen mit altersbedingten Problemen, chronischer Erkrankung oder einem Gebrechen gepflegt/unterstützt (rund 214.000 Personen; BL-Bandbreite: 14–23 %). In 77 Prozent der Fälle handelt es sich bei den betreuten/unterstützten Personen um Familienmitglieder.

Pflege- und Unterstützungsleistungen werden mehrheitlich von Frauen (54 %), Personen im Alter von 30 bis 59 Jahren (52 %), von erwerbstätigen Personen (45 %; davon 72 % vollzeitbeschäftigt) und von PensionistInnen (28 %) erbracht. 20 Prozent versorgen zudem Kinder im Alter von 0 bis 15 Jahren (6 % zwei oder mehr Kinder). 42 Prozent sind selbst chronisch krank oder von einem dauerhaften Gesundheitsproblem betroffen. 37 Prozent sind aus gesundheitlichen Gründen im Alltag selbst eingeschränkt (6 % stark eingeschränkt). 24 Prozent schätzen ihre Lebensqualität als mittelmäßig bis sehr schlecht ein.

67 Prozent der informell Pflegenden pflegen bzw. unterstützen Familienmitglieder oder andere Personen bis zu 10 Stunden pro Woche, 17 Prozent im Ausmaß von 10 bis 20 Stunden, 16 Prozent im Ausmaß von 20 oder mehr Stunden. Im Ausmaß mindestens eines Halbtagsjobs engagieren sich vor allem Frauen (67 %) für Familienangehörige und andere Personen. 55 Prozent sind in Pension, 31 Prozent erwerbstätig (davon 76 % vollzeitbeschäftigt).

Definitionen und Daten

Das Ausmaß *informeller Pflege- und Unterstützungsleistungen* wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

6.7 Ausgewählte Outcome-Indikatoren zur Versorgungsqualität

Im Jahr 2014 wurden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit Indikatoren für eine „Outcome-Messung im Gesundheitswesen“ definiert (BMG 2015c). Darin enthalten sind auch Indikatoren für den Kurationsbereich. Nachstehend wird eine Auswahl dieser Indikatoren präsentiert.

6.8 Spezifische Versorgungsaspekte

6.8.1 Schwangerschaft und Geburt

In Wien kamen im Jahr 2014 19.260 Kinder auf die Welt, im Durchschnitt der letzten zehn Jahre waren es 17.764. Das entspricht einer Rate von 10,8 Lebendgeburten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 7,6–10,8).

Säuglingssterblichkeit und neonatale Sterblichkeit

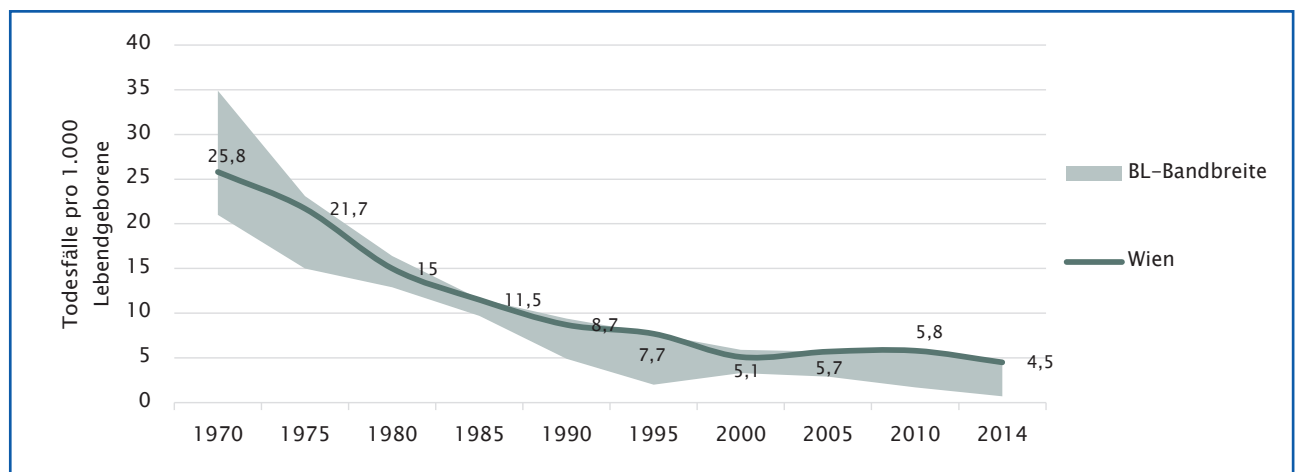
Im Jahr 2014 starben in Wien 87 Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres. Das bedeutet eine Säuglingssterblichkeit von 4,5 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeborene (BL-Bandbreite: 0,7–4,5). Dies ist – abgesehen von den Jahren 2006 und 2012 (4,3) – der historisch niedrigste Wert (s. Abbildung 6.18). Entsprechend dem bundesweiten Trend war in Wien die Säuglingssterblichkeit bis zur Jahrtausendwende stark rückläufig. In den Jahren 2001–2005 stieg sie wieder leicht, um in der Folge wieder leicht zu sinken.

Wie auch in Österreich insgesamt sterben in Wien mehr Buben als Mädchen im ersten Lebensjahr, in manchen Jahren sind über 60 Prozent der Todesfälle männlich (Statistik Austria 2015a).

Rund drei Viertel der Sterbefälle bei Säuglingen ereignen sich in den ersten vier Lebenswochen. Diese Fälle werden als *neonatale Sterblichkeit* bezeichnet. Die Rate betrug in Wien im Jahr 2014 3,7 Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten (BL-Bandbreite: 0,5–3,7). Zumeist haben diese Todesfälle ihren Ursprung in der Perinatalperiode (ICD-10: P00-P96, mehr als die Hälfte) oder sind auf „Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien“ (ICD-10: Q00-Q99, rund ein Drittel) zurückzuführen.

Abbildung 6.18:

Säuglingssterblichkeit in Wien im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1970–2014



Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 2014
Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Österreichweit ist die Säuglingssterblichkeit bei Müttern, die ihre formale Bildung mit einer Pflichtschule oder weniger abgeschlossen haben, höher als bei Müttern mit einem Matura- oder Hochschulabschluss (2014: 5,1 vs. 2,5 %) (Statistik Austria 2015a).

Definitionen und Daten

Die *Säuglingssterblichkeit* gibt die Anzahl der im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder pro 1.000 Lebendgeborene dieser Zeitspanne an. Der Großteil dieser Todesfälle ereignet sich in den ersten Lebenstagen als Folge von Frühgeburten und/oder Fehlbildungen. Zur Präzisierung gibt es deshalb auch den Indikator *neonatale Sterblichkeit*. Diese misst die Anzahl der in den ersten 28 Tagen verstorbenen Kinder pro 1.000 Lebendgeborene dieser Zeitspanne. Datenquelle für die Säuglingssterblichkeit ist die Statistik des Bevölkerungsstandes.

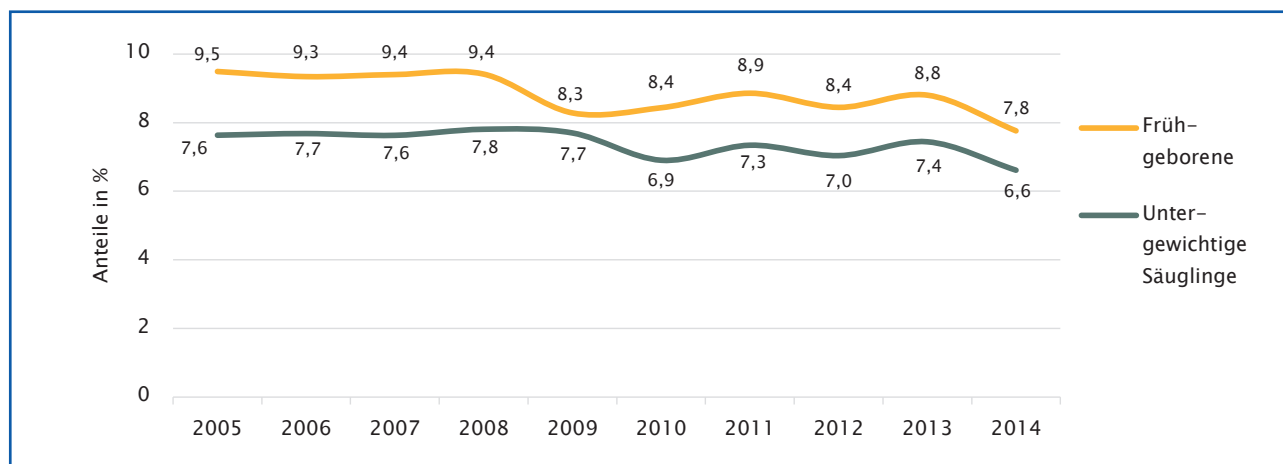
Frühgeburten und geringes Geburtsgewicht

Von den insgesamt 19.260 Neugeborenen im Jahr 2014 kamen in Wien rund 1.590 Kinder zu früh (vor Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche) auf die Welt. Das entspricht einer Frühgeborenenrate von 8,2 Prozent (BL-Bandbreite: 7,2–8,7 %). Der Großteil davon (98,4 %) kommt nach Vollendung der 32. Schwangerschaftswoche auf die Welt (Statistik Austria 2015a).

In Österreich ist die Frühgeborenenrate seit mehreren Jahrzehnten weitgehend konstant. Während der letzten 30 Jahre (1984–2014) schwankte der Wert zwischen 7,8 und 8,9 Prozent. In Wien scheint sich die Rate seit 2010 auf einem etwas niedrigeren Niveau eingependelt zu haben (s. Abbildung 6.19). Der Anteil der Kinder, die mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2.500 Gramm auf die Welt kommen, liegt etwas unter der Frühgeborenenrate. Im Jahr 2014 kamen in Wien 6,9 Prozent der Säuglinge mit einem Gewicht von weniger als 2.500 Gramm auf die Welt (BL-Bandbreite: 5,8–7,5).

Abbildung 6.19:

Frühgeborene und geringes Geburtsgewicht in Wien, 2005–2014



Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 2014
Darstellung: GÖG

Trotz des offensichtlichen Zusammenhanges zwischen Frühgeburt und Geburtsgewicht besteht nicht zwangsläufig eine Kausalität: Etwa 40 Prozent der Frühgeburten sind nicht untergewichtig, und knapp 30 Prozent der Untergewichtigen sind keine Frühgeburt (österreichweite Auswertung aus dem Jahr 2011, Klimont 2012).

Definitionen und Daten

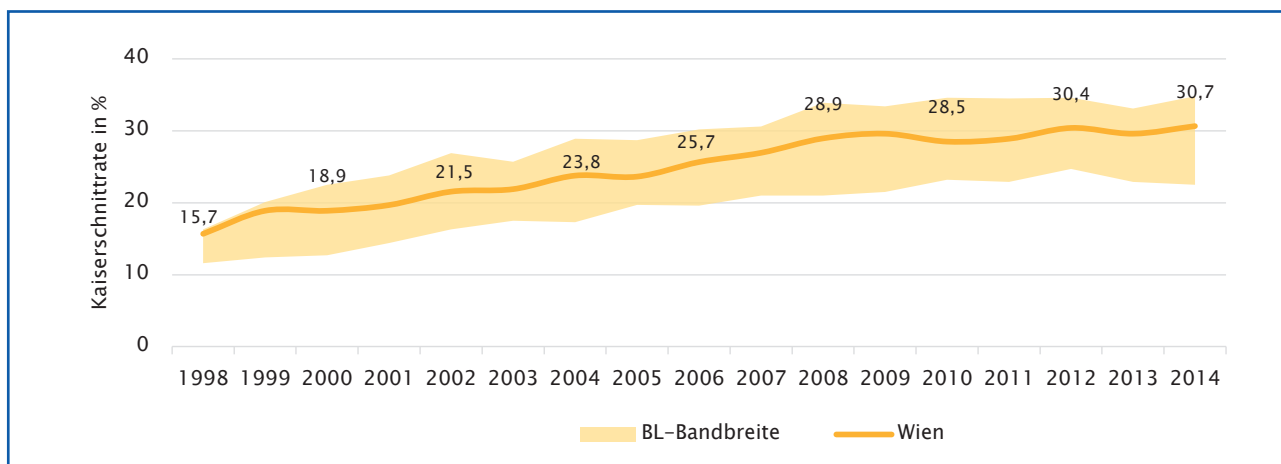
Als *Frühgeburt* gilt jede Schwangerschaft, die vor Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche beendet wird. Die Frühgeborenenrate berechnet sich aus dem Anteil der Frühgeborenen an allen Lebendgeborenen. Säuglinge mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2.500 Gramm gelten – unabhängig von der Schwangerschaftsdauer – als *Low-Birth-Weight-Säuglinge*. Datenquelle für die Frühgeborenenrate ist die Statistik des Bevölkerungsstandes.

Kaiserschnitttrate

Die Art der Entbindung hat sich in Wien wie auch in Österreich insgesamt in den letzten 15 Jahren deutlich verändert. Im Jahr 2014 kam in Wien fast ein Drittel aller Kinder mittels Kaiserschnitts auf die Welt (BL-Bandbreite: 22,5–34,8 %). Kurz vor der Jahrtausendwende waren es noch 16 Prozent. Seither ist die Rate weitgehend kontinuierlich gestiegen, doch seit dem Jahr 2008 scheint sich eine Sättigung abzuzeichnen (s. Abbildung 6.20).

Abbildung 6.20:

Kaiserschnittrate in Wien im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1998–2014



Quelle: Statistik Austria, Jahrbücher der Gesundheitsstatistik 1998–2014
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

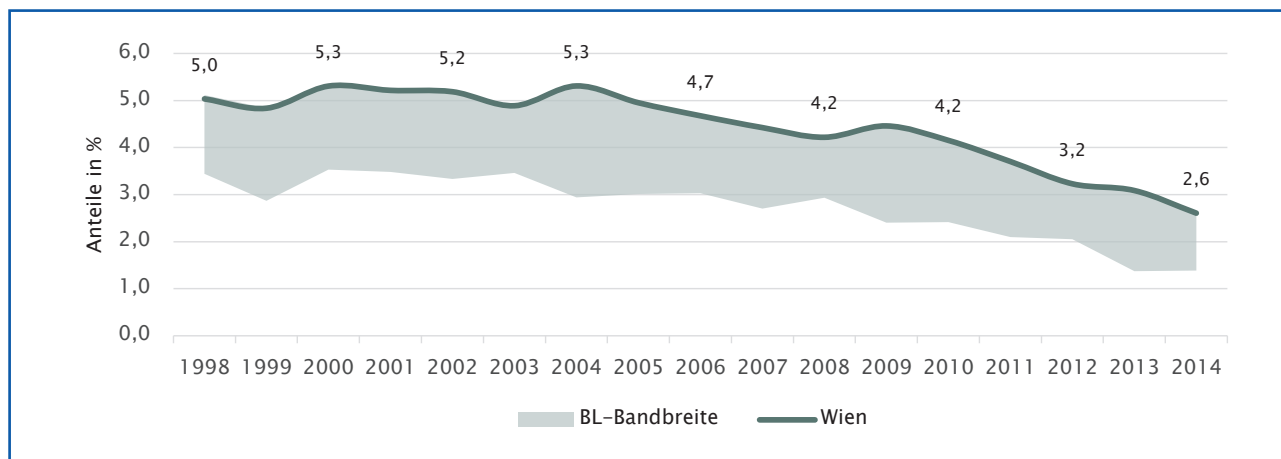
Die *Art der Geburt* wird in der Geburtenstatistik von Statistik Austria dokumentiert. Derzeit wird nicht zwischen medizinisch indizierten und sogenannten Wunsch-Kaiserschnitten unterschieden.

Teenager-Mütter

Langfristig gesehen, ist der Anteil von Teenager-Müttern in Wien kontinuierlich gesunken, wiewohl es Ende der 1960er- und Mitte der 1970er-Jahre auch kurzzeitige Höhepunkte mit Anteilen von 14 bzw. 13 Prozent gegeben hatte. Bis Mitte der 1990er-Jahre ist diese Quote deutlich zurückgegangen, um nach einigen Jahren der Stagnation (um die Jahrtausendwende herum) ab 2004 erneut zu sinken (s. Abbildung 6.21).

Abbildung 6.21:

Teenager-Geburten in Wien im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1998–2014



Quelle: Statistik Austria, Jahrbücher der Gesundheitsstatistik 1998–2014
Darstellung: GÖG

Im Jahr 2014 waren rund 500 Mütter in Wien unter 20 Jahre alt (5 davon waren jünger als 15 Jahre). Dies entspricht einer Rate von 2,6 Prozent (BL-Bandbreite im Jahr 2014: 1,4–2,6 %, s. Abbildung 6.21). Im Zeitraum von 1998–2014 zeigte sich am anderen Ende der Skala ein gegenläufiger Trend: Der Anteil von über 40-jährigen Müttern ist in Wien in diesem Zeitraum von 1,9 (1998) auf 4,9 Prozent (2014) gestiegen (BL-Bandbreite: 3,2–4,9). Damit ist das Niveau so hoch wie nie zuvor. Das Durchschnittsal-

ter aller Wienerinnen bei der Geburt eines Kindes lag im Jahr 2014 bei 30,5 Jahren (BL-Bandbreite: 30,2–31,0).

Definitionen und Daten

Das *Alter der Mutter* bei der Geburt wird in der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung von Statistik Austria dokumentiert.

6.8.2 Psychiatrische, psychosomatische und psychosoziale Versorgung

6.8.2.1 Ambulantes Versorgungsangebot

Krankenanstalten mit psychiatrischen Ambulanzen

In Wien werden in fünf Krankenanstalten in Summe 11 psychiatrische Spitalsambulanzen angeboten:

- ▶ Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus Klin. Abt. f. Biologische Psychiatrie
- ▶ Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus Klin. Abt. f. Sozialpsychiatrie
- ▶ Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus Univ.-Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie
- ▶ Anton Proksch Institut Wien Abteilung I für Alkohol- und Medikamentenabhängige
- ▶ Anton Proksch Institut Wien Abteilung IV für Alkohol- und Medikamentenabhängige
- ▶ Anton Proksch Institut Wien Abteilung II – Drogenabteilung
- ▶ SMZ Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital Psychiatrische Abteilung
- ▶ Sozialmedizinisches Zentrum Ost der Stadt Wien – Donauspital Psychiatrische Abteilung
- ▶ Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe – Otto-Wagner-Spital und Pflegezentrum, 1. Psychiatrische Abteilung mit Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik
- ▶ Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe – Otto-Wagner-Spital und Pflegezentrum, 3. Psychiatrische Abteilung
- ▶ Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe – Otto-Wagner-Spital und Pflegezentrum, Zentrum für Suchtkranke

Die Versorgung im niedergelassenen Bereich wird durch mehrere Berufsgruppen geleistet:

- ▶ Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie
- ▶ Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- ▶ Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- ▶ Ärztinnen und Ärzte mit PSY-III-Diplom
- ▶ Klinische Psychologinnen und Psychologen

Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie

In Wien praktizierten im Jahr 2014 laut *Ärzteliste* der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014) rund 350 PsychiaterInnen, davon 30 mit Kassenvertrag (rund 9 %). Das entspricht insgesamt einer FÄ-Dichte von 20 FÄ pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 3–20) und einer Dichte an FÄ mit Kassenvertrag von 1,7 pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 1,3–3,0). 48 Prozent der PsychiaterInnen sind Frauen, 51 Prozent sind 55 Jahre oder älter, 16 Prozent 65 Jahre oder älter. Seit 2005 ist die Ärztedichte von 16 auf 20 FÄ pro 100.000 EW gestiegen (+23 %).

Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie

In Wien praktizierten im Jahr 2014 laut Ärzteliste der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014) 45 FÄ mit einer Ausbildung im Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) bzw. mit einem Zusatzfach Kinder- und Jugendneuropsychiatrie²¹, davon nur zwei mit Kassenvertrag (4 %). Das entspricht insgesamt einer FÄ-Dichte von 2,5 FÄ pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 0,3–3,2) und einer Dichte an FÄ mit Kassenvertrag von 0,1 pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 0,1–1,3). 44 Prozent der Kinder- und JugendpsychiaterInnen sind Frauen. 36 Prozent sind 55 Jahre oder älter, 13 Prozent 65 Jahre oder älter. Seit 2005 ist die Ärztedichte von 1,6 auf 2,5 FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie gestiegen (+60 %).

Berufsberechtigte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Mit Stand 31. 12. 2014 waren in Wien rund 3.400 Personen zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt. Das entspricht einer Dichte von rund 19 Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten pro 10.000 EW (BL-Bandbreite: 5–19 TherapeutInnen pro 10.000 EW). Der Anteil der berufsberechtigten Frauen liegt dabei bei 73 Prozent. Das Durchschnittsalter der Psychotherapeutinnen ist mit rund 55 Jahren etwas niedriger als jenes ihrer männlichen Kollegen mit 57 Jahren. 94 Prozent der berufsberechtigten Personen sind österreichische StaatsbürgerInnen.

Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom

In Wien praktizierten im Jahre 2015 – laut Ärzteliste der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014) – rund 390 Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom. Das entspricht einer Ärztedichte von 22 pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 5–22). 15 Prozent dieser Ärztinnen/Ärzte (n = 57) haben einen Kassenvertrag (3,2 pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 1–5), 64 Prozent sind Frauen, 65 Prozent 55 Jahre oder älter, 21 Prozent 65 Jahre oder älter.

Im Vergleich zum Jahr 2012 ist die Ärztedichte von 18 auf etwa 22 PSY-III-Diplom-Ärztinnen und -Ärzte pro 100.000 EW gestiegen (+19 %).

Klinische PsychologInnen

Mit Stand 31. 12. 2014 waren in Wien rund 2.900 Personen in die Liste der Klinischen PsychologInnen eingetragen. Dies entspricht einer Dichte von rund 16 Klinischen PsychologInnen pro 10.000 EW (BL-Bandbreite: 6–17 pro 10.000 EW). Der Anteil der berufsberechtigten Frauen liegt dabei bei 84 Prozent. Das Durchschnittsalter der Klinischen Psychologinnen ist mit 44 Jahren niedriger als jenes ihrer männlichen Kollegen mit 50 Jahren.

²¹ In Österreich wurde das Fach „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ im Jahr 2007 als eigenständiges Sonderfach etabliert. Davor konnte es als Zusatzausbildung zu den Sonderfächern Pädiatrie, Psychiatrie oder Neurologie erworben werden (Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, KJNP).

Definitionen und Daten

FÄ für Psychiatrie und FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie: Datenquellen sind die Ärztelisten von ÖÄK und ZÄK.

PsychotherapeutInnen: Seit Anfang 1991 regelt das Psychotherapiegesetz (PthG, BGBl Nr. 361/1990) die Berufsausübung der *PsychotherapeutInnen*. Nach Abschluss der Ausbildung werden die AbsolventInnen in die vom BMGF geführte PsychotherapeutInnenliste eingetragen. Die eingetragenen Personen sind verpflichtet, jede Änderung ihrer Daten gemäß § 18 Abs 1 PthG binnen eines Monats an das BMGF zu melden. Diese Liste erfasst die Anzahl der berufsberechtigten Personen, nicht jedoch die Kapazitäten der angebotenen Leistungen. Sie schließt außerdem Personen ein, die ihren Beruf nicht ausüben: Unterschiedliche Erhebungen zeigen, dass 10–20 Prozent der eingetragenen Personen temporär oder längerfristig ihren Beruf nicht ausüben (Sagerschnig 2015). Bei Angabe mehrerer Berufssitze erfolgte die regionale Zuteilung nach der erstgenannten Berufsadresse (Stichtage: jeweils 31.12.).

Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom: Mit der Erlangung des ÖÄK-Diploms für psychotherapeutische Medizin (PSY-III-Diplom) erhalten Ärztinnen/Ärzte die Berechtigung, selbstständig und eigenverantwortlich psychotherapeutische Medizin anzuwenden. Datenquellen sind die Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK.

Klinische PsychologInnen: Seit Anfang 1991 regelt das Psychologengesetz (BGBl Nr. 360/1990) die Berufsausübung der Klinischen *PsychologInnen*. Im Jahr 2013 wurde das neue Psychologengesetz 2013 (BGBl Nr. 182/2013) beschlossen, das BGBl Nr. 360/1990 trat mit 30. 6. 2014 außer Kraft. Nach Abschluss der Ausbildung werden die AbsolventInnen in die vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) geführte Liste der Klinischen PsychologInneneingetragen. Die eingetragenen Personen sind verpflichtet, jede Änderung ihrer Daten gemäß § 31 Abs 1 Psychologengesetz binnen eines Monats an das BMGF zu melden (Sagerschnig 2015). Diese Liste erfasst die Anzahl der berufsberechtigten Personen, nicht jedoch die Kapazitäten der angebotenen Leistungen. Sie schließt außerdem Personen ein, die ihren Beruf nicht ausüben. Bei Angabe mehrerer Berufssitze erfolgte die regionale Zuteilung nach der erstgenannten Berufsadresse (Stichtage: jeweils 31.12.).

6.8.2.2 Inanspruchnahme der ambulanten Versorgungsangebote

Laut Österreichischer Gesundheitsbefragung 2014 haben 8 Prozent der WienerInnen (BL-Bandbreite: 5–8 %) – das sind rund 126.000 Personen – in den letzten 12 Monaten entweder eine Psychologin oder einen Psychologen, eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten und/oder eine Psychiaterin oder einen Psychiater in Anspruch genommen. Dies trifft auf WienerInnen im Alter von 15 bis 29 Jahren häufiger zu als auf gleichaltrige Wiener (10 vs. 3 %).

Am häufigsten werden PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und/oder PsychiaterInnen von 30- bis 59-jährigen WienerInnen konsultiert (11 % vs. 5–6 %).

Definitionen und Daten

Die Inanspruchnahme von PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und/oder PsychiaterInnen in den letzten 12 Monaten wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet. Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

6.8.2.3 Psychosoziale Dienste

Die bestehenden Versorgungsstrukturen in Wien sind komplex, weil zahlreiche Träger an der Versorgung psychisch erkrankter Personen beteiligt sind und viele Einrichtungen nicht nur psychisch kranke Menschen betreuen, sondern auch andere Zielgruppen. Darüber hinaus besteht in Wien keine zentrale Stelle, an der sämtliche Dokumentationen über die vorhandenen Einrichtungen und deren Angebote und Leistungen zusammenlaufen. Die nachfolgende Darstellung beruht auf den Angaben des PSD und des Fonds Soziales Wien, wobei nicht alle Daten vorliegen. Ein entsprechendes Meldesystem für die geförderten Leistungsanbieter ist beim Fonds Soziales Wien im Aufbau begriffen. Aus diesem Grund beinhaltet die nachfolgende Darstellung ausschließlich Informationen über die Anzahl vorhandener Einrichtungen und die Anzahl vorhandener Plätze.

Nach den vorliegenden Angaben boten im Jahr 2013 47 Einrichtungen psychosoziale Beratung an. Zudem ist ein psychosozialer Notdienst eingerichtet. Für die Wohnbetreuung stehen 1.424 Plätze in 34 Einrichtungen zur Verfügung, die zum Teil auf einzelne Zielgruppen spezialisiert sind. Angaben

zum Bereich der mobilen Wohnbetreuung konnten nicht geliefert werden. Tagesstrukturierende Angebote können in 28 Einrichtungen wahrgenommen werden, zudem gibt es zwei Klubeinrichtungen. Sechs Einrichtungen bieten berufliche Eingliederungshilfe und 10 Einrichtungen mobile Arbeitsunterstützung an. Für Menschen mit psychischen Problemen/Krisen gibt es in Wien insgesamt 27 Selbsthilfegruppen.

Die Psychosozialen Dienste in Wien (PSD Wien) bieten eine breite Palette an sozialpsychiatrischen Angeboten an: Jede der 8 psychosozialen Versorgungsregionen ist mit einem Ambulatorium ausgestattet. Im Jahre 2015 konnten 7.763 Personen eine niederschwellige, an den individuellen Bedarf angepasste sozialpsychiatrische Behandlung erhalten (2014: 7.909; 2013: 7.505). Die 24-Stunden-Erreichbarkeit in Krisensituationen wird durch ein Verbundsystem zwischen dem Sozialpsychiatrischen Notdienst (SND), dem Mobilien Psychiatrischen Krisendienst (MPK) und der PsychoSozialen Information (PSI) gewährleistet. Zusätzliche überregionale Angebote sind ein Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik, das GerontoPsychiatrische Zentrum, das Institut für Psychiatrische Frührehabilitation, das Institut für Psychotherapie mit angeschlossenem Tageszentrum für Borderlinestörung und das Department für Behindertenpsychiatrie mit Autismuszentrum. Zusätzlich werden Liaison-Dienste mit Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe und Einrichtungen der Wiener Jugendwohlfahrt (MAG11) angeboten.

Definitionen und Daten

Die Daten zu den *psychosozialen Diensten* stammen aus der letzten Aktualisierung der Bestandsaufnahme der außerstationären psychiatrischen Versorgung für das Jahr 2013, die von GÖG/ÖBIG im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur durchgeführt wurde (Kern et al. 2014). Die Daten des PSD Wien sind den Leistungsberichten des PSD entnommen (PSD Wien 2014; PSD Wien 2015; PSD Wien 2016)

6.8.2.4 Akut- und teilstationäres Versorgungsangebot

Allgemeinpsychiatrie

Der Wiener Bevölkerung stehen sieben Standorte für Allgemeinpsychiatrie (AKH Wien, SMZ SÜD KFJ/Preyer, KH Hietzing – Rosenhügel, KH Rudolfstiftung, KH SMZ-Ost – Donauspital, Otto-Wagner-Spital, Therapiezentrum Ybbs) zur Verfügung.

Laut Kostenstellenstatistik des BMGF 2014 wurden in Wien insgesamt 721 tatsächliche Betten für die allgemeine psychiatrische Versorgung vorgehalten, darunter 56 tagesklinische Plätze. Das entspricht einer Bettenmessziffer (BMZ) von 0,41 tatsächlichen Psychiatrie-Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0,18–1,55) und liegt innerhalb des im ÖSG 2012 (BGA 2012) definierten Soll-Bereichs (0,34 bis 0,57 Betten pro 1.000 EW).

Spezielles Versorgungsangebot für Personen mit Abhängigkeitserkrankungen

In Wien wurden im Jahr 2014 in drei Einrichtungen (Anton Proksch Institut – SHA Wien-Kalksburg, Otto-Wagner-Spital, Therapiezentrum Ybbs) 382 tatsächliche Betten, darunter 6 tagesklinische Plätze, für die längerfristige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Suchtdiagnose bereitgestellt. Das entspricht einer Bettendichte von 0,22 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0–0,23) und liegt somit oberhalb des Planungsrichtwertes von 0,16 Betten pro 1.000 EW.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

In Wien gibt es zwei Standorte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (AKH Wien und KH Hietzing – Rosenhügel) mit 61 tatsächlichen Betten, darunter 5 tagesklinische Plätze (2014). Dies entspricht einer landesweiten BMZ von 0,03 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0–0,06) und liegt somit unter der Untergrenze des BMZ-Soll-Intervalls von 0,08–0,13 Betten pro 1.000 EW.

Angebote für Menschen mit Behinderung

Für Menschen, die neben einer intellektuellen Beeinträchtigung auch psychiatrisch erkrankt sind, gibt es neben den inklusiven psychiatrischen Angeboten auch eine Spezialstation im Krankenhaus Hietzing – Rosenhügel mit 20 Betten.

Im Department für Behindertenpsychiatrie des Psychosozialen Dienstes mit Autismus-Zentrum wurden 2014 144 Patientinnen und Patienten behandelt. Es fanden 1.713 Konsultationen statt.

Psychosomatik

Eine Abteilung für Psychosomatik (PSO) steht in Wien im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern mit 26 tatsächlichen Betten für Erwachsene zur Verfügung. Das entspricht einer BMZ von 0,015 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0–0,103) und liegt somit unterhalb der ÖSG-Planungsrichtwerte (0,05 bis 0,08 Betten pro 1.000 EW).

Für die PSO-Versorgung von Kindern und Jugendlichen gibt es in Wien zwei Standorte (AKH Wien, Wilhelminenspital) mit insgesamt 35 tatsächlichen Betten. Das entspricht einer BMZ von 0,02 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0–0,036) und liegt somit knapp innerhalb des ÖSG-BMZ-Intervalls (0,02–0,03).

Definitionen und Daten

Für die Darstellung der *Bettenkapazitäten* wurde die Kostenstellenstatistik des BMGF aus dem Jahr 2014 herangezogen. Dabei wurden die unterschiedlichen Angebote (Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik) getrennt dargestellt. In der Darstellung des akut- und teilstationären Versorgungsangebotes wurden folgende Versorgungsbereiche nicht berücksichtigt: Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Rehabilitation, die psychiatrische Intensivbetreuung, und der psychiatrische Langzeitbereich.

6.8.2.5 Inanspruchnahme der akut- und teilstationären Versorgungsangebote

Patientinnen und Patienten an psychiatrischen und psychosomatischen Abteilungen in Wien

In Wien wurden im Jahre 2014 etwa 7.400 Personen (mit rund 13.000 Aufenthalten) an akut- und teilstationären psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausabteilungen behandelt. Die durchschnittliche Belagsdauer betrug (exkl. NTA) 21 Tage.

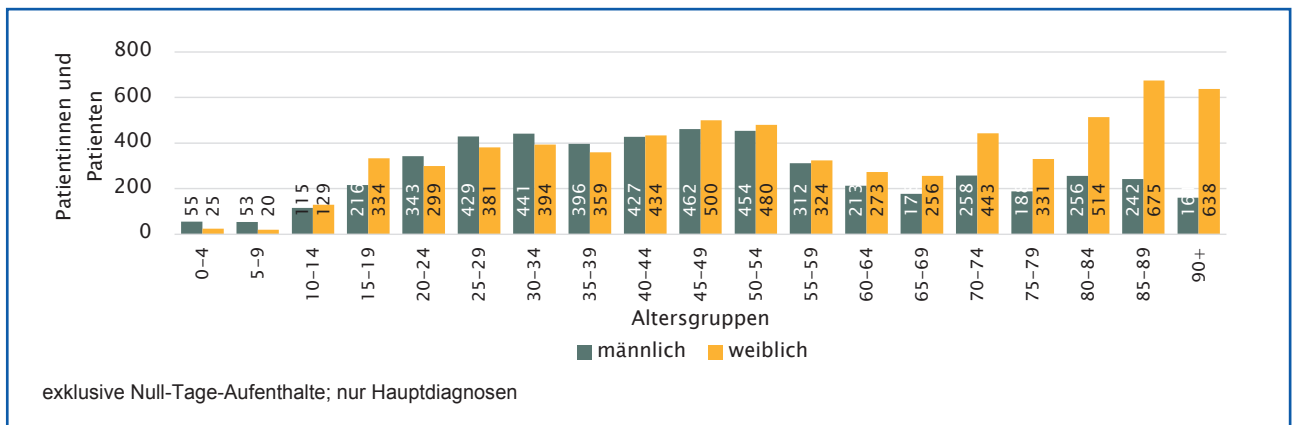
WienerInnen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose an akut- und teilstationären Abteilungen in Österreich

Im Jahr 2014 wurden insgesamt rund 11.800 Wiener Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (ICD-10: F00-F99) in einer österreichischen Krankenanstalt (akut- und teilstationär) behandelt. Das entspricht einer altersstandardisierten Rate (Europa-Bevölkerung 2013) von 679 pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 530–1.025 pro 100.000 EW). Seit 2005 hat sich die Anzahl dieser Patientinnen und Patienten zwar um 4,1 Prozent erhöht, die standardisierte Rate ist hingegen um 3,1 Prozent gesunken.

57 Prozent dieser Personen sind Mädchen und Frauen, 43 Prozent Burschen und Männer. Im Teenageralter werden mehr Patientinnen gezählt, bei den 20- bis 39-Jährigen überwiegen die Männer, ab dem 45. Lebensjahr wieder die Frauen (absolut und pro 100.000, s. Abbildung 6.22 und Abbildung 6.23).

Abbildung 6.22:

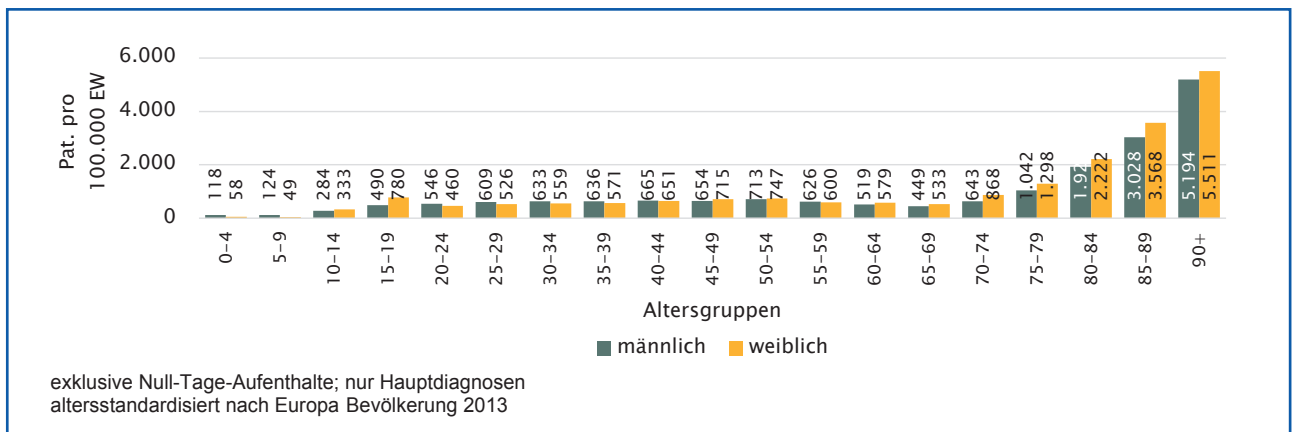
WienerInnen mit akut- und teilstationären Aufenthalten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Altersgruppen und Geschlecht, absolut, 2014



Quelle: BMGF-Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 6.23:

WienerInnen mit akut- und teilstationären Aufenthalten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Altersgruppen und Geschlecht, altersstandardisierte Rate, 2014



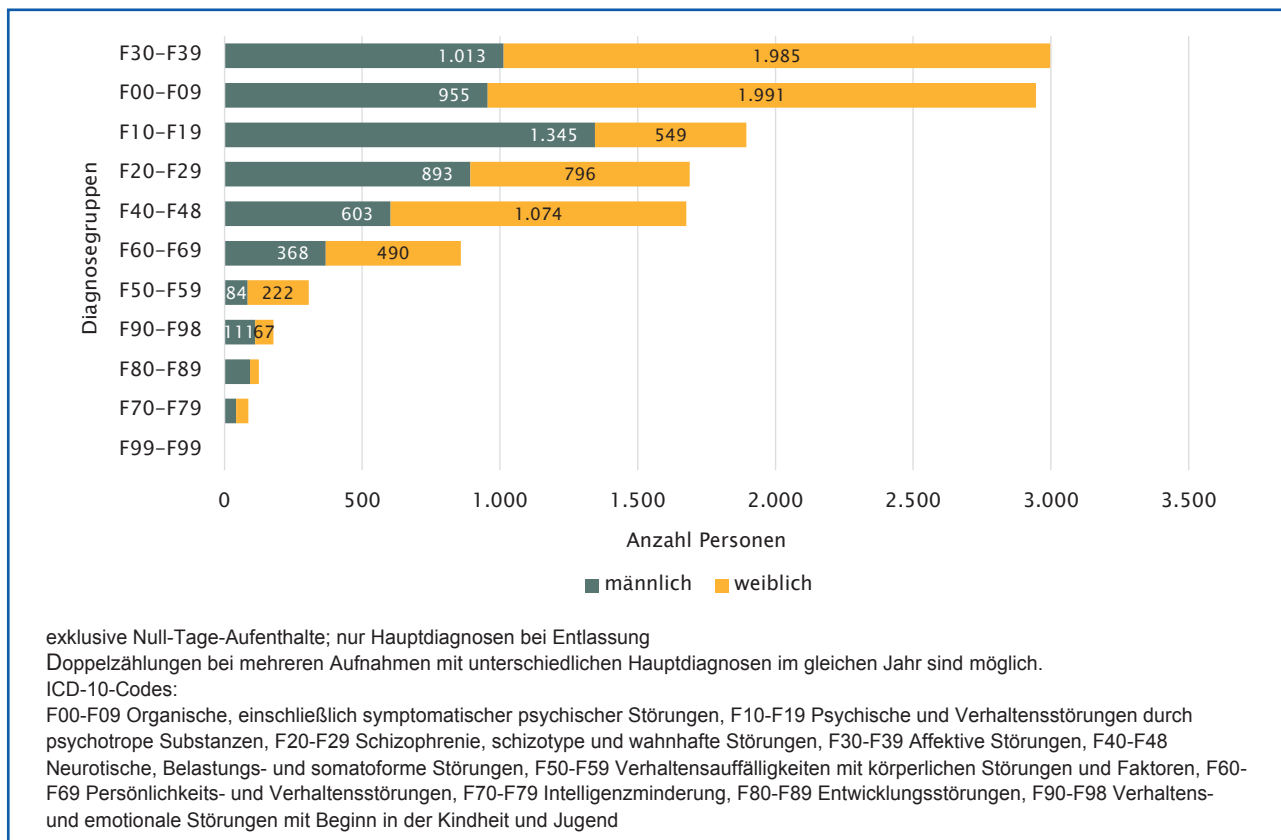
Quelle: BMGF-Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Gemessen an der absoluten Patientenzahl, ist die anteilig größte Gruppe jene der 45- bis 54-Jährigen; gemessen an der Rate pro 100.000, ist der Anteil der ab 70-Jährigen am höchsten (s. Abbildung 6.22 und Abbildung 6.23). 34 Prozent der Personen ab 70 sind mit der Hauptdiagnose einer demenziellen Erkrankung in stationärer Behandlung.

Die häufigsten psychiatrischen Hauptdiagnosen dieser (teil)stationären sind affektive Störungen (ICD-10: F30-F39), gefolgt von organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen (ICD-10; F00-F09) und von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10; F10-F19; s. Abbildung 6.24). Bei Wienerinnen stehen mit je 27 Prozent die organischen, einschliesslich symptomatischen psychischen Störungen und die affektiven Störungen an erster Stelle, bei Wienern mit 24 Prozent die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Abbildung 6.24:

WienerInnen mit stationärem Aufenthalt mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose, nach Diagnosegruppen und Geschlecht, 2014



Quelle: BMGF-Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
 Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Datenbasis für die Inanspruchnahme *akut- und teilstationärer Versorgungsangebote* ist die Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten, die jeden einzelnen Aufenthalt erfasst.

Einschränkend ist anzumerken, dass ein Aufenthalt erst nach der Entlassung dokumentiert wird, alle Informationen beziehen sich daher auf den Wissensstand zum Zeitpunkt der Entlassung. Patientenzahlen werden (da sie nicht direkt ermittelbar sind) auf Grundlage eines Algorithmus ermittelt, der Personen mit der gleichen Wohnpostleitzahl, demselben Geschlecht und Geburtsdatum als ident behandelt. Unschärfen ergeben sich diesbezüglich durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnort (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch Wohnortswechsel (Überschätzung der Patientenzahl). Unter akutstationären PatientInnen werden jene Personen erfasst, die innerhalb eines Kalenderjahres in einer Fondskrankenanstalt, einem Unfallkrankenhaus oder in einem Sanatorium aufgenommen wurden. Personen mit Aufenthalt, die weniger als einen Tag dauerten, wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

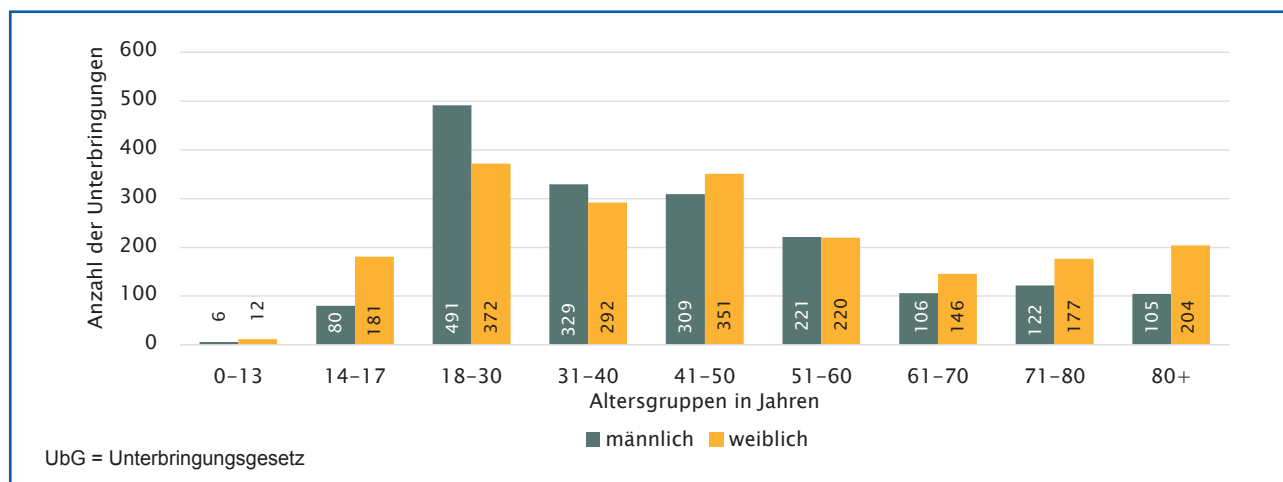
6.8.2.6 Unterbringungen ohne Verlangen nach Unterbringungsgesetz (UbG)

Im Jahr 2014 fanden etwa 3.600 Unterbringungen ohne Verlangen nach UbG an psychiatrischen Abteilungen in Wien statt. Das entspricht einer rohen Rate von 202 Unterbringungen pro 100.000 EW (BL-Bandbreite²²: 150–395 pro 100.000 EW). Der Vergleich zwischen den Geschlechtern zeigt ein leichtes Überwiegen der Unterbringungen von Frauen (53 % der Unterbringungen). Besonders deutlich ist der Überhang von Unterbringungen von Frauen in den Altersgruppen 14- bis 17-Jährige (Frauen 69 %) und über 80-Jährige (Frauen 66%), von Männern in der Altersgruppe 18- bis 30-Jährige (Männer 57 %; s. Abbildung 6.25).

²² aufgrund der länderübergreifenden Versorgungslage exklusive Burgenland und Steiermark

Abbildung 6.25:

Unterbringungen ohne Verlangen nach UbG in Wien, nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014

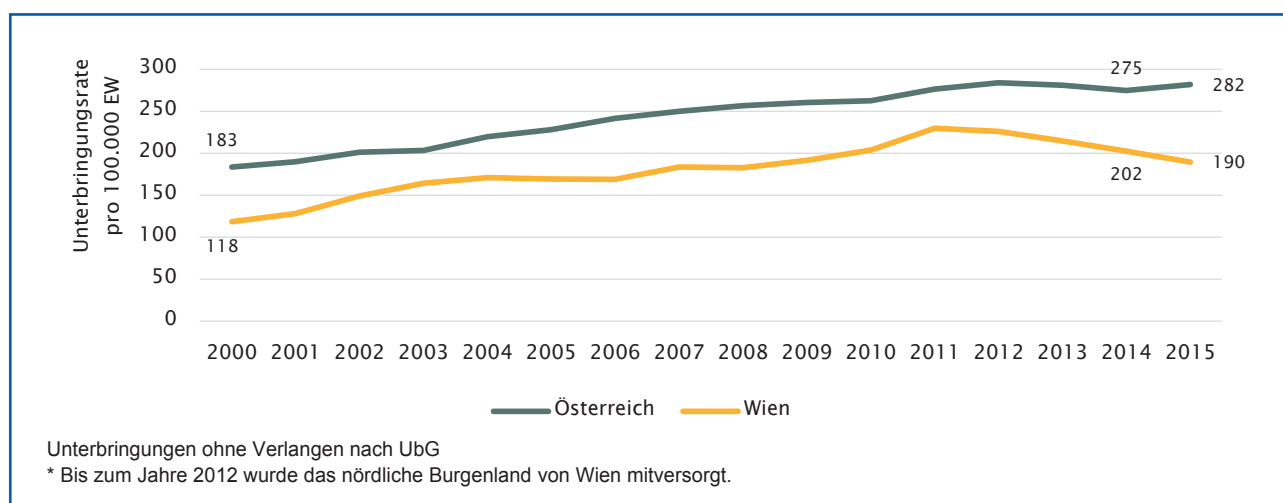


Quelle: VertretungsNetz – Patientenrechtsanwaltschaft 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Unterbringungsrate in Wien ist seit dem Jahr 2000 um 71 Prozent gestiegen (von 118 auf 202 Unterbringungen pro 100.000 EW) und liegt in ihrer Entwicklung unter dem Bundesdurchschnitt (s. Abbildung 6.26). Seit Ende 2012 werden Patientinnen und Patienten aus dem nördlichen Burgenland nicht mehr in Wien nach UbG untergebracht.

Abbildung 6.26:

Unterbringungsrate in Wien, 2000–2015*



Quellen: Bundesrechenzentrum; Statistik Austria – Jahresdurchschnittsbevölkerung
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Unterbringungsrate ist ein Indikator, der einer Vielzahl von Einflussfaktoren unterliegt. Hier kommt es nicht nur im Vergleich der Bundesländer zu einer breiten Streuung (siehe oben), sondern auch zwischen den einzelnen Krankenhäusern und Krankenhaustypen. Mögliche Einflussfaktoren, die in den Expertengesprächen zur Unterbringung in den Jahren 2012 und 2013 diskutiert wurden (Ladurner et al. 2015), sind

- ▶ unterschiedliche Patientengruppen (Diagnosespektrum),
- ▶ regionale Gegebenheiten,
- ▶ Versorgungsstrukturen (außerstationäre psychosoziale Versorgungsstrukturen, somatische Abteilungen und Pflegeheime),
- ▶ Anwendungspraktiken des Heimaufenthaltsgesetzes,

- ▶ strukturelle Rahmenbedingungen der unterbringenden Abteilung (Personalstand, Architektur, Größe der Abteilung sowie Auslastung und Bettenverfügbarkeit) und
- ▶ unterschiedliche Unterbringungspraktiken.

Definitionen und Daten

Das seit 1991 geltende Unterbringungsgesetz (UbG) regelt die *unfreiwillige Aufnahme von Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen* sowie die Anwendung von Zwangsmaßnahmen während der Unterbringung. Im Jahr 2010 wurde das Gesetz novelliert (UbG).

Die Daten der Bezirksgerichte zu Unterbringungen wurden vom Bundesrechenzentrum geliefert. Für die Bevölkerungsdaten wurde die Jahresdurchschnittsbevölkerung der Statistik Austria herangezogen.

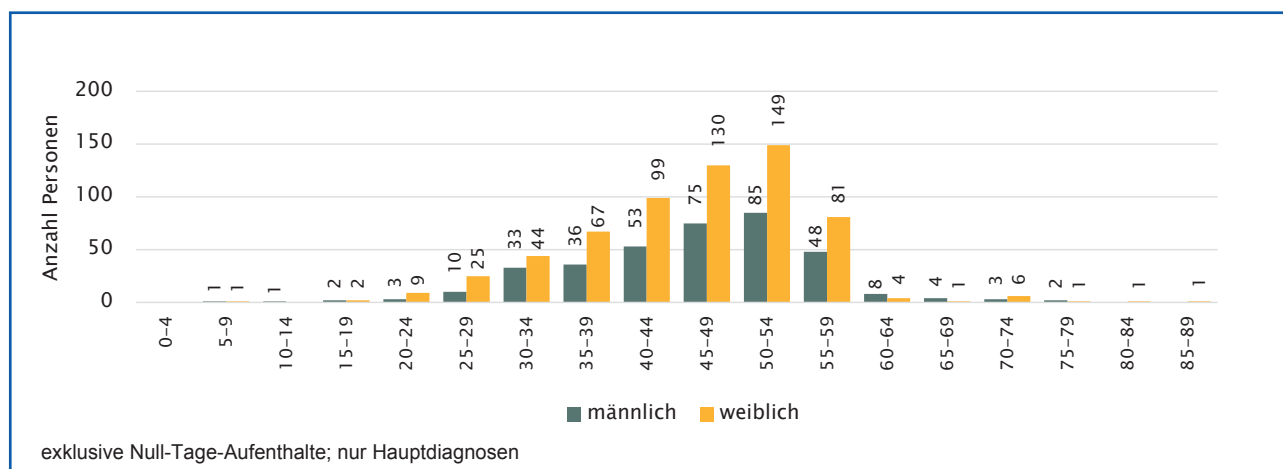
6.8.2.7 Stationäre psychiatrische Rehabilitation

In Wien gibt es keinen Standort für eine stationäre psychiatrische Rehabilitation.

Im Jahr 2014 nahmen rund 980 WienerInnen aufgrund psychiatrischer Diagnosen (ICD-10: F00-F99) österreichweite Rehabilitationsangebote in Anspruch. Das entspricht einer altersstandardisierten Rate (nach Europa-Bevölkerung 2013) von 53 Personen pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 19–112). 63 Prozent der Personen sind Frauen, 37 Prozent Männer. Die Altersverteilung zeigt eine Häufigkeitsspitze bei den 45- bis 54-Jährigen mit einem höheren Anteil an Frauen (Absolut- und Relativwerte, s. Abbildung 6.27 und Abbildung 6.28).

Abbildung 6.27:

WienerInnen mit stationären Reha-Aufenthalten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Altersgruppen und Geschlecht, absolut, 2014



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

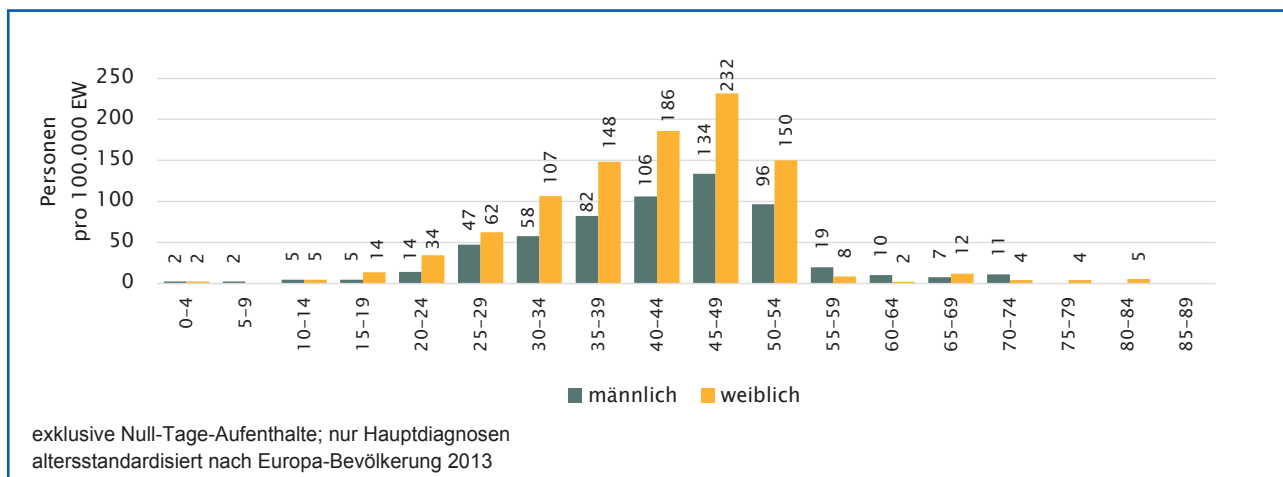
Die Anzahl der WienerInnen, die mit einer psychiatrischen Diagnose (Hauptdiagnose F00-F99 nach ICD-10) in einer stationären Rehabilitationseinrichtung behandelt wurden, lag im Jahre 2014 im Vergleich zum Jahr 2005 um ein Vielfaches höher (2005: n=85 vs. 2014: n=984). Auch die altersstandardisierte Rate zeigt unter Berücksichtigung der Änderungen der Bevölkerungsstruktur eine Steigerung um einen Faktor 10 (2005: 5 vs. 2014: 53 Personen pro 100.000 EW).

Hauptdiagnosen der Patientinnen und Patienten

Im Jahre 2014 stammten die häufigsten psychiatrischen Hauptdiagnosen der Reha-PatientInnen aus der Gruppe der affektiven Störungen (F30-F39), gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48) (s. Abbildung 6.29). Bei beiden Geschlechtern stehen die affektiven Störungen an erster Stelle der psychiatrischen Hauptdiagnosen (Frauen: 59 %; Männer 52 %).

Abbildung 6.28:

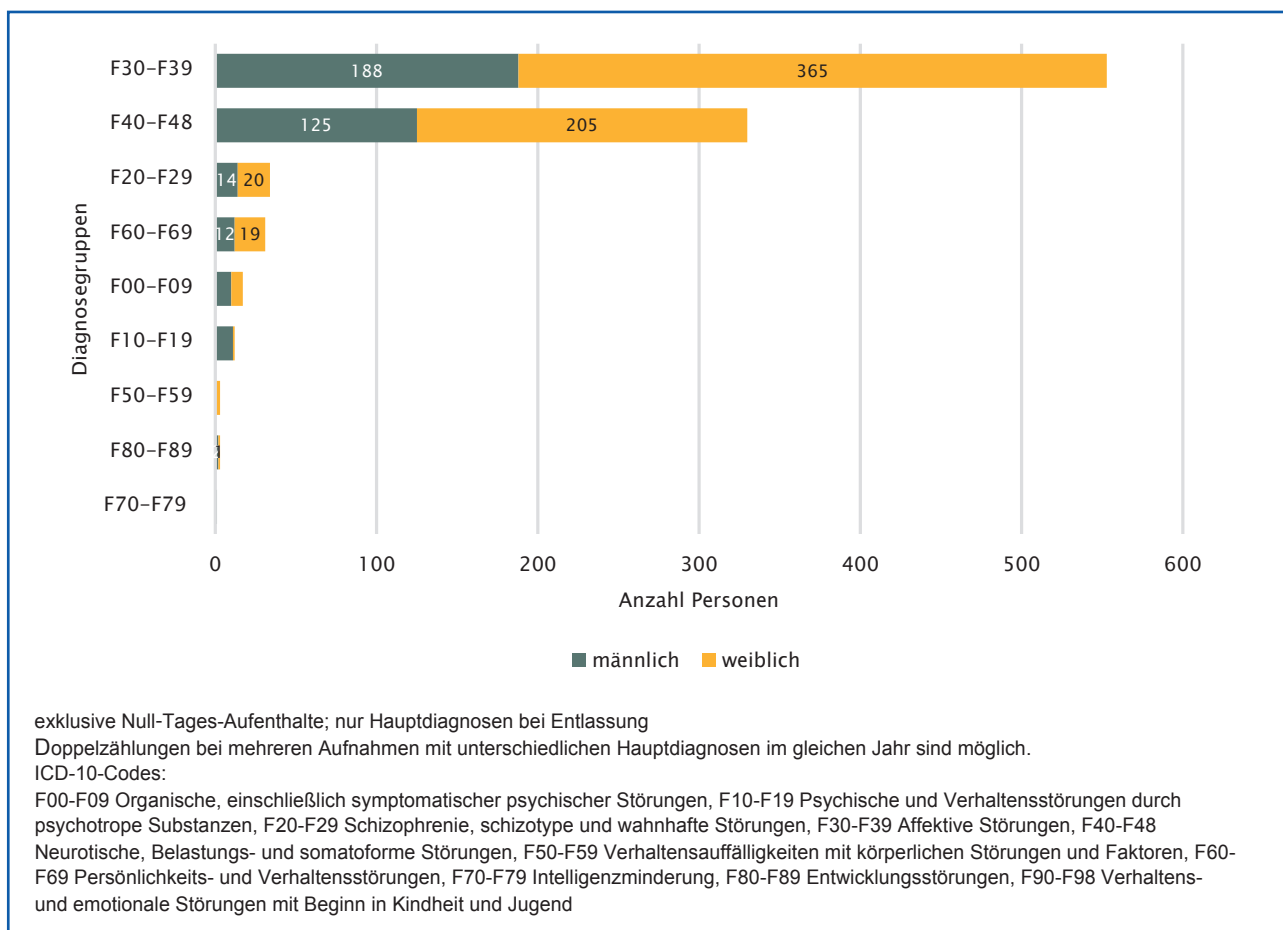
WienerInnen mit stationären Reha-Aufenthalten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Altersgruppen und Geschlecht, altersstandardisierte Rate, 2014



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 6.29:

Wiener Patientinnen und Patienten mit stationären Reha-Aufenthalten aufgrund psychiatrischer Diagnosen, nach Diagnosegruppen und Geschlecht, 2014



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die PatientInnen-Daten stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten und werden der GÖG/ÖBIG vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) zur Verfügung gestellt. Die DLD umfasst unter anderem die Dokumentation jedes einzelnen Aufenthaltes. Einschränkend ist anzumerken, dass ein Aufenthalt erst nach der Entlassung dokumentiert wird, alle Informationen beziehen sich daher auf den Wissensstand zum Zeitpunkt der Entlassung. Patientenzahlen werden (da sie nicht direkt ermittelbar sind) auf Grundlage eines Algorithmus ermittelt, der Personen mit der gleichen Wohnpostleitzahl, demselben Geschlecht und Geburtsdatum als ident behandelt. Unschärfen ergeben sich diesbezüglich durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnort (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch Wohnortswechsel (Überschätzung der Patientenzahl). Die Auswertungen beziehen sich auf Rehabilitationszentren. Rehabilitationszentren, die nicht als bettenführende Krankenanstalten, sondern als „selbstständige Ambulatorien mit angeschlossenen Beherbergungsbetrieb“ geführt werden (Sonnenpark Neusiedlersee, Sonnenpark Bad Hall, Sonnenpark Lans), werden in der DLD nicht erfasst. Personen mit Aufenthalten, die kürzer als einen Tag dauerten, wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

6.8.3 Versorgung von Menschen mit einem risikoreichen Opiatkonsum

Am 31. 12. 2014 befanden sich in Wien 7.648 Personen in Substitutionsbehandlung. Das entspricht einer rohen Rate von 630 Personen pro 100.000 WienerInnen im Alter von 15 bis 64 Jahren (BL-Bandbreite: 111–630). Insgesamt haben im Jahr 2014 8.297 Personen eine Substitutionsbehandlung erhalten. Das sind zwischen 64 und 69 Prozent aller WienerInnen mit einem risikoreichen Opiatkonsum. (Busch et al. 2015a; Busch et al. 2015b)

Im Rahmen der Substitutionsbehandlung stehen der Wiener Bevölkerung 279 versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung (Stichtag 31. 12. 2014; eSuchtmittel). Die Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte beträgt 359 (LISA = Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte). Wien weist damit – gemeinsam mit Niederösterreich und dem Burgenland – die meisten substituierenden Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 15- bis 64-Jährige auf. Im Gegensatz zu einigen anderen Bundesländern werden hier aber auch weit über die Hälfte der Personen in Substitutionsbehandlung in Arztpraxen versorgt. (Busch et al. 2015b)

In Wien gab es mit Stand März 2016 17 §-15-Einrichtungen, die für gesundheitsbezogene Maßnahmen (Beratung, Behandlung und Betreuung) bei Suchtmittelmissbrauch zur Verfügung standen. Die Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH (SDW) sowie ihre 100-prozentige Tochtergesellschaft Suchthilfe Wien gGmbH (SHW) sind Trägerorganisationen von einigen der 17 §-15-Einrichtungen. Darüber hinaus gehören zur SDW und zur SHW verschiedene Einrichtungen und Projekte, die zwar keine §-15-Einrichtungen sind, in denen aber Behandlung und Betreuung angeboten wird. Die SDW ist verantwortlich „für die Koordination, Förderung, Unterstützung und Umsetzung von Maßnahmen entsprechend den Grundsätzen und Zielen des Wiener Drogenkonzeptes 1999 bzw. seit Oktober 2013 der Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013“. Im Jahr 2014 hat die SDW u. a. folgende Organisationen unterstützt: API Betriebs gemeinnützige GmbH, Verein Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgefährdete und deren Angehörige (Sucht und Beschäftigung, Polizeianhaltezentrum, Suchtprävention und Früherkennung), Kolping Österreich – Drogenberatungsstelle für Jugendliche, Verein Grüner Kreis und Verein P.A.S.S. (Schmiedhuber/Lochner 2015).

Definitionen und Daten

§-15-Einrichtungen sind Einrichtungen, die gemäß § 15 Suchtmittelgesetz für gesundheitsbezogene Maßnahmen (Beratung, Behandlung und Betreuung) bei Suchtgiftmissbrauch zur Verfügung stehen.

Die Ergebnisse bezüglich *risikoreichen Opiatkonsums* werden auf Basis folgender Quellen berichtet:

- ▶ eSuchtmittel, eine vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) geführte personenbezogene Datenevidenz, zu deren Führung das BMGF aufgrund des Suchtmittelgesetzes verpflichtet ist
- ▶ Österreichischer Suchthilfekompass
- ▶ LISA (Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte)

Für detailliertere Informationen über die einzelnen Datenquellen siehe auch den Bericht zur Drogensituation 2015 (Weigl et al. 2015) sowie den Epidemiologiebericht Drogen (Busch et al. 2015a; Busch et al. 2015b).

Kapitel 7

