

# Gesundheitsziele Wien 2025

Indikatorenmonitoring  
Update-Bericht





Wiener Gesundheitsziele 2025

Indikatorenmonitoring  
Update-Bericht



# Vorwort



Die Gesundheit der Wiener\*innen kontinuierlich zu verbessern und zu fördern, steht im Fokus der Wiener Gesundheitsziele 2025. Im Jahr 2015 wurden sie beschlossen, in den letzten Jahren gab es eine Vielzahl von unterschiedlichen Maßnahmen, um die Ziele zu erreichen. All diese Aktivitäten haben eine Gemeinsamkeit: Sie verfolgen einen „Health in All Policies“-Ansatz und setzen dort an, wo Gesundheit entsteht. „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ – diesem Leitsatz der WHO folgen auch die Wiener Gesundheitsziele.

Nun ist der richtige Zeitpunkt gekommen, um zu überprüfen, wo wir stehen. Das Indikatorenmonitoring ist dabei ein Herzstück: So werden die Zielwerte greifbarer, so können wir sehen, was die vielfältigen Tätigkeiten, Maßnahmen und Initiativen der Wiener Gesundheitsziele-Community bewirken.

Anknüpfend an den Baseline-Bericht 2017 zeigt dieses Update auf, wie sich die Indikatoren entwickelt haben und wie es um den Grad der Zielerreichung bestellt ist. Bei vielen Indikatoren sehen wir eine Entwicklung in die richtige Richtung, bei einigen wenigen zeigt sich Handlungsbedarf. Ergänzend zur Aufbereitung der quantitativen Entwicklung der Daten wurden mit Expert\*innen einige ausgewählte Indikatoren diskutiert und analysiert, um den quantitativen Status mit qualitativen Analysen und tiefer gehenden Überlegungen zu ergänzen, Ursachen zu identifizieren und konkrete Handlungsempfehlungen zu formulieren. So bietet der vorliegende Update-Bericht eine umfassende Grundlage für die weitere Arbeit für die Gesundheit der Wiener\*innen bis 2025.

Ein großes Dankeschön gilt der Wiener Gesundheitsziele-Community, all jenen Organisationen, die für Gesundheitsziele relevante Maßnahmen in Wien umsetzen. Ohne sie würden wir unser Ziel – mehr gesunde Lebensjahre für die Wiener\*innen – nicht erreichen.

**Peter Hacker**  
Amtsführender Stadtrat für Soziales,  
Gesundheit und Sport

**Kristina Hametner**  
Leiterin Büro für Frauengesundheit  
und Gesundheitsziele

# Kurzfassung

## Hintergrund

Die Wiener Gesundheitsziele 2025 wurden 2015 im Sinne von „Health in All Policies“ im Wiener Gemeinderat beschlossen. Übergeordnete Zielsetzung ist es dabei, die Gesundheit der Wienerinnen und Wiener in allen Lebensphasen sowie Lebenswelten nachhaltig zu fördern und zu verbessern. Dafür wurden neben den neun Wiener Gesundheitszielen auch konkrete Wirkungsziele samt Indikatoren formuliert. Das Monitoring der Indikatoren ist ein wesentlicher Baustein des Wiener Gesundheitszieleprozesses. Es gewährleistet, dass der Grad der Zielerreichung messbar und transparent ist. Im Jahr 2017 wurde mit dem Baseline-Bericht eine valide Ausgangsbasis geschaffen, um die ersten drei Wiener Gesundheitsziele mit einem Monitoring zu begleiten.

## Methodisches

Der vorliegende Bericht des Wiener Gesundheitsziele-Monitorings fasst die bisherigen Monitoring-Ergebnisse zusammen und legt ein Update zu den Indikatoren vor. Die Ergebnisse sind pro Gesundheitsziel so zusammengefasst, dass ein Überblick für die ersten drei Wiener Gesundheitsziele möglich ist. Dabei steht auch eine Einschätzung der Trendentwicklung im Fokus.

Pro Gesundheitsziel wurden auch mehrere Indikatoren, deren Entwicklung seit der Erstellung des Baseline-Berichts (2017) nicht in die gewünschte Richtung vorangeschritten ist, einer qualitativen Beurteilung im Rahmen des zweiten Berichtsteils unterzogen. Grundlage dieses Berichtsteils sind Workshops mit Expert\*innen zu den einzelnen Indikatoren. Durch diese gezielte Ergebnisanalyse wird erreicht, dass die Wiener Gesundheitsziele bis 2025 bestmöglich umgesetzt werden können.

## Ergebnisse auf einen Blick

Die Ergebnisse des Update-Berichts werden in Hinblick auf den Grad der Zielerreichung beurteilt. Für den Großteil der definierten Indikatoren ist der Grad der Zielerreichung als positiv einzuschätzen: Frühgeburtenrate, Spontangeburtenrate, Rate der assistierten Geburten, Anteil rauchender Schwangerer, Kariesfreiheit bei Sechsjährigen, problematische Körperwahrnehmung, täglich rauchende Schüler\*innen, Geburten durch unter 20-Jährige, frühzeitige Schul- und Ausbildungsabbrecher\*innen, Arbeitnehmer\*innen in Betrieben mit BGF-Gütesiegel, Arbeitsunfälle, Beschäftigungsquoten der über 50-Jährigen, nicht stationär versorgte Pflegebedürftige, Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit der über 64-Jährigen, sehr guter Gesundheitszustand der 60- bis 74-Jährigen und über 74-Jährigen sowie die psychische, soziale und körperliche Lebensqualität der 60- bis 84-Jährigen.

Negativ ist die Entwicklung bei folgenden Indikatoren zu bewerten: Schwangere mit Adipositas, Schüler\*innen mit Übergewicht und Adipositas, Krankenstandsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen und Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen. Die genannten Indikatoren wurden daher im Rahmen der Expert\*innenworkshops diskutiert. Für den Indikator Personen in alternativen Wohnformen ist zwar eine negative Entwicklung zu verzeichnen, sie ist aber auf die Datengrundlage zurückzuführen. Entsprechendes ist für den täglichen Alkoholkonsum von Schüler\*innen festzuhalten.

Bei einigen Indikatoren ist eine eindeutige Aussage nicht möglich, da es positive und negative Entwicklungen gibt: Bei der Jugendarbeitslosigkeit gehen die Entwicklungen bei Frauen und Männern auseinander, bei der psychischen und sozialen Lebensqualität der 20- bis 64-Jährigen gibt es sowohl Unterschiede zwischen den Geschlechtern als auch in den Dimensionen. Bei der Kaiserschnitttrate gibt es Unterschiede, wenn nach öffentlichen Spitälern und der Gesamtzahl der Wiener Spitäler unterschieden wird. Beim täglichen Obst- bzw. Gemüsekonsum und Süßigkeiten- bzw. Limonadenkonsum von Schüler\*innen zeigt sich kein eindeutiges Bild, sowohl entlang der Altersgruppen als auch zwischen den Geschlechtern. Auch bei der täglichen körperlichen Aktivität sowie der Lebenszufriedenheit von Schüler\*innen zeichnet sich keine eindeutige Entwicklung ab. Bei funktionalen Einschränkungen der über 60-Jährigen bestehen Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Mangels Referenzwert ist eine Aussage beim Indikator Frühpensionierungen aufgrund psychischer Erkrankungen nicht möglich, zudem ist ein Anstieg der Neuzuerkennungen bei Frauen und ein Rückgang bei Männern zu verzeichnen. Dieser Indikator war ebenfalls Gegenstand eines Expert\*innenworkshops. Auch zur Häufigkeit stationärer Aufenthalte von Schwangeren kann wegen des Fehlens eines Referenzwertes keine Aussage getroffen werden. Das trifft auch beim Indikator zu ausgewählten Aufwendungen der Krankenversicherung für Bezieh\*innen der Mindestsicherung zu. Aufgrund eines Instrumentwechsels kann zur Selbstwirksamkeitserwartung von Schüler\*innen nur der aktuelle Stand abgebildet werden.

## **Ausblick**






Die Ergebnisse werden den Mitgliedern der Foren und somit der Community der Wiener Gesundheitsziele übermittelt. Sie werden eine qualifizierte Grundlage für die Weiterentwicklung von geeigneten Maßnahmen darstellen.

## Indikatoren der Wiener Gesundheitsziele 1, 2 und 3 im Überblick



Indikator Gesundheitsziel 1	Geschlecht Altersgruppe	Jahr	Entwicklung	Tendenz	Bewertung	Anmerkung
Frühgeburtenrate (in %)		2015/2019	7,6/7,4	Rückgang		
Häufigkeit stationärer Aufenthalte während der Schwangerschaft (exkl. Geburtsfälle)		2015/2019	5.633/4.696	Rückgang		kein Zielwert definiert, Beobachtung der Entwicklung
Anteil Schwangerer mit Adipositas (in %)		2015/2019	11,1/12	Steigerung		
Anteil rauchender Schwangerer (in %)		2015/2019	14,9/13,6	Rückgang		
Lebendgeburtenrate nach Entbindungsart (in %)						
• Spontangeburtensrate		2015/2019	62,8/63,5	Steigerung		
• Kaiserschnitttrate		2015/2019	30/30,1			
• assistierte Geburten		2015/2019	7,2/6,4	Rückgang		
Anteil der 11-, 13- & 15-Jährigen mit Übergewicht oder Adipositas (in %)	Mädchen 11-Jährige, 5. Schulstufe 13-Jährige, 7. Schulstufe 15-Jährige, 9. Schulstufe Burschen 11-Jährige, 5. Schulstufe 13-Jährige, 7. Schulstufe 15-Jährige, 9. Schulstufe	2010/2018	16,7/20,3 13,2/25,7 14,3/14,0	Steigerung, außer bei Mädchen der 9. und Burschen der 7. Schulstufe		
Anteil der 11-, 13- & 15-Jährigen, die täglich Süßigkeiten konsumieren (in %)	Mädchen 11-Jährige, 5. Schulstufe 13-Jährige, 7. Schulstufe 15-Jährige, 9. Schulstufe Burschen 11-Jährige, 5. Schulstufe 13-Jährige, 7. Schulstufe 15-Jährige, 9. Schulstufe	2010/2018	45,3/38,4 45,2/40,4 48,0/41,0 50,5/52,4 47,3/39,1 55,0/31,5	Rückgang bei Mädchen, Rückgang bei Burschen mit Ausnahme der 5. Schulstufe		
Anteil der 11-, 13- & 15-Jährigen, die täglich Obst und/oder Gemüse konsumieren (in %)	Mädchen 11-Jährige, 5. Schulstufe 13-Jährige, 7. Schulstufe 15-Jährige, 9. Schulstufe Burschen 11-Jährige, 5. Schulstufe 13-Jährige, 7. Schulstufe 15-Jährige, 9. Schulstufe	2010/2018	61,1/59,8 50,8/51,4 45,6/46,6 50,4/49,0 42,4/42,1 26,5/45,1	Rückgang bei Mädchen der 5. Schulstufe, Steigerung bei Mädchen der 7. & 9. Schulstufe, Rückgang bei Burschen mit Ausnahme der 9. Schulstufe		
Kariesfreiheit bei 6-Jährigen (in %)		2006/2016	34/45	Steigerung		
Tage pro Woche, an denen 11-, 13- & 15-Jährige in den vergangenen 7 Tagen für mind. 60 Minuten körperlich aktiv waren	Mädchen 11-Jährige, 5. Schulstufe 13-Jährige, 7. Schulstufe 15-Jährige, 9. Schulstufe Burschen 11-Jährige, 5. Schulstufe 13-Jährige, 7. Schulstufe 15-Jährige, 9. Schulstufe	2010/2018	4,5/4,2 3,9/3,9 3,2/3,4 5,1/4,7 4,7/4,4 3,9/4,1	Rückgang bei Mädchen der 5. und bei Burschen der 5. & 7. Schulstufe, Stagnation der Werte bei Mädchen der 7. Schulstufe, Anstieg bei beiden Geschlechtern in der 9. Schulstufe		

Indikator Gesundheitsziel 1	Geschlecht Altersgruppe	Jahr	Entwicklung	Tendenz	Bewertung	Anmerkung
Anteil der unter- und normalgewichtigen 11-, 13- & 15-Jährigen, die den eigenen Körper als ein bisschen bis viel zu dick einstufen (in %)	Mädchen 11-Jährige, 5. Schulstufe 13-Jährige, 7. Schulstufe 15-Jährige, 9. Schulstufe	2010/2018	28,1/17,9 39,8/32,1 43,4/29,6	Rückgang in allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern	😊	
	Burschen 11-Jährige, 5. Schulstufe 13-Jährige, 7. Schulstufe 15-Jährige, 9. Schulstufe	2010/2018	20,5/16,7 22,9/17,1 16,1/11,1			
Durchschnittliche Einschätzung der Lebenszufriedenheit der 11-, 13- & 15-Jährigen (Punkte, Skala 0 – 10)	Mädchen 11-Jährige, 5. Schulstufe 13-Jährige, 7. Schulstufe 15-Jährige, 9. Schulstufe	2010/2018	7,4/7,6 7,3/7,4 6,9/6,8	Steigerung bei Mädchen der 5. und Rückgang in der 7. Schulstufe, Rückgang bei Burschen in der 5., Steigerung in der 7. und Stagnation in der 9. Schulstufe	😐	
	Burschen 11-Jährige, 5. Schulstufe 13-Jährige, 7. Schulstufe 15-Jährige, 9. Schulstufe	2010/2018	8,0/7,4 7,7/7,9 7,5/7,5			
Durchschnittliche Einschätzung der Selbstwirksamkeitserwartung der 11-, 13- & 15-Jährigen (Punkte, Skala 0 – 100)	Mädchen 11-Jährige, 5. Schulstufe 13-Jährige, 7. Schulstufe 15-Jährige, 9. Schulstufe	2018	54,8 61,0 62,2	keine Aussage möglich, Instrumentenwechsel	😐	
	Burschen 11-Jährige, 5. Schulstufe 13-Jährige, 7. Schulstufe 15-Jährige, 9. Schulstufe	2018	54,9 60,2 64,0			
Anteil der Geburten durch unter 20-Jährige an allen Lebendgeburten (in %)		2015/2019	2,6/1,7	Rückgang	😊	
Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabbrecher*innen/ Anteil der 18- bis 24-Jährigen, die über keinen weiterführenden Bildungsabschluss verfügen und an keiner Aus- und Weiterbildung teilnehmen (in %)		2015/2018	12,7/12,1	Rückgang	😊	
Anteil der 15-Jährigen, die täglich rauchen (in %)	Mädchen	2010/2018	22,0/6,2	Rückgang	😊	
	Burschen	2010/2018	16,0/5,6			
Anteil der 15-Jährigen, die täglich Alkohol trinken (in %)	Mädchen	2010/2018	1,3/8,7	Steigerung	😞	geringe Stichprobengröße
	Burschen	2010/2018	5,1/12,1			

Indikator Gesundheitsziel 2	Geschlecht Altersgruppe	Jahr	Entwicklung	Tendenz	Bewer- tung	Anmerkung
Anzahl der Personen in Wiener Unternehmen mit gültigem BGF- Gütesiegel, gemessen an allen Arbeitnehmer*innen (in %)		2015/2019	9,6/13,3	Steigerung	😊	
Arbeitsunfälle (bzw. Schadensfälle der AUVA) pro 1.000 Erwerbstätige		2015/2020	18,8/15,8	Rückgang	😊	Werte 2019 sind höher – Corona-Effekt 2020
Beschäftigungsquoten der über 50-jährigen Frauen & Männer (in %) nach dem Wohnortprinzip und der Berechnungsmethode der MA 23 (Erwerbsquote exkl. Arbeitslose)	Frauen	2015/2020	66,1/71,6	Steigerung	😊	
	Männer	2015/2020	60,8/64			
Jugendarbeitslosigkeit bei 15- bis 24-Jährigen (in %)	Frauen	2015/2020	11,9/13,5	Steigerung bei Frauen, Rückgang bei Männern	😞	Werte 2019 sind niedriger – Corona-Effekt 2020
	Männer	2015/2020	17,9/16,6			
Frühpensionierungen bei 50- bis 65-jährigen Frauen & Männern in Form von Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspensionen inkl. Rehabilitationsgeld aufgrund psychiatrischer Erkrankungen, absolut und pro 100.000 Erwerbstätige dieser Altersgruppe	Frauen	2014/2020	581,7/705,7	Steigerung bei Frauen, Rückgang bei Männern	😞	kein Zielwert definiert, Beobachtung der Entwicklung
	Männer	2014/2020	551,6/539,3			
Krankenstandsfälle aufgrund psychischer und/oder Verhaltensstörungen, absolut und pro 1.000 WGKK-Versicherte	Frauen	2013/2019	40/50	Steigerung	😞	
	Männer	2013/2019	19/24			
Durchschnittliche Einschätzung der psychischen und sozialen Lebensqualität von 20- bis 64-jährigen erwerbstätigen Frauen & Männern in Wien (Punkte, Skala 0 – 100)	Frauen	2006/2019	psychisch 78,1/77,8 sozial 77,1/74,8	Rückgang bei Frauen, Steigerung der psychischen und Rückgang der sozialen Lebensqualität bei Männern	😞	
	Männer	2006/2019	psychisch 79,6/81 sozial 78,6/75,8			
Anteil von Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (exkl. Behinderung) (in %)	Frauen	2014/2020	12,7/14,4	Steigerung	😞	
	Männer	2014/2020	14,2/15,5			
Ausgaben der Krankenversicherung für medizinische Rehabilitation (a), Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung (b), Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung von Mindestsicherungsbezieher*innen (c) (in Tsd. EUR)		2015	(a) 1.438 (b) 15 (c) 649	Steigerung	😞	kein Zielwert definiert, Beobachtung der Entwicklung
		2019	(a) 2.133 (b) 95 (c) 1.135			

Indikator Gesundheitsziel 3	Geschlecht Altersgruppe	Jahr	Entwicklung	Tendenz	Bewertung	Anmerkung
Anteil der Pflegebedürftigen (Pflegegeldbezieher*innen), die nicht stationär versorgt werden (in %)		2012/2019	73,5/73,9	Steigerung		
Anteil an Personen in alternativen Wohnformen an allen auf Wohn- und Pflegeplätzen untergebrachten Menschen (in %)		2012/2019	1,1/0,8	Rückgang		
Lebenserwartung in sehr guter und guter Gesundheit bei über 64-Jährigen (Punkte, Skala 0 – 100)	Frauen	2006/2019	8,9/10,3	Steigerung		
	Männer	2006/2019	8,5/9,1			
Anteil der 60- bis 74-Jährigen und über 74-Jährigen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut beschreiben (in %)	Frauen 60–74	2006/2019	59,5/68,3	Steigerung		
	Frauen 74+		31,4/37,2			
	Männer 60–74	2006/2019	52,3/58,4			
	Männer 74+		45,7/50,8			
Anteil der 60- bis 84-Jährigen mit weniger als drei funktionalen Einschränkungen (in %)	Frauen	2006/2019	68/72	Steigerung bei Frauen, Rückgang bei Männern		
	Männer	2006/2019	84/78			
Durchschnittliche Einschätzung der körperlichen, psychischen und sozialen Lebensqualität der 60- bis 84-Jährigen (Punkte, Skala 0 – 100)	Frauen	2006/2019	psychisch 67,0/78,0 sozial 67,4/72,4 körperlich 63,4/72,9	Steigerung		
	Männer	2006/2019	psychisch 69,8/78,1 sozial 67,8/70,2 körperlich 66,8/73,8			

#### Legende

-  positive Entwicklung
-  positive und negative Entwicklung/keine eindeutige Aussage möglich
-  negative Entwicklung

# Inhalt

<b>Quantitatives Indikatorenmonitoring der Wiener Gesundheitsziele</b>	<b>17</b>
Einleitung	18
Wiener Gesundheitsziel 1: Von Anfang an gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche erhöhen	19
Frühgeburtenrate	20
Häufigkeit stationärer Aufenthalte während der Schwangerschaft (exkl. Geburtsfälle)	21
Anteil Schwangerer mit Adipositas	23
Anteil rauchender Schwangerer	24
Lebendgeburten nach Entbindungsart	25
Schüler*innen mit Übergewicht oder Adipositas	27
Täglicher Süßigkeiten- bzw. Limonadenkonsum von Schüler*innen	28
Täglicher Obst- bzw. Gemüsekonsum von Schüler*innen	29
Kariesfreiheit bei sechsjährigen Kindern	30
Körperliche Aktivität von Schüler*innen	31
Problematische Körperwahrnehmung von Schüler*innen	32
Lebenszufriedenheit von Schüler*innen	33
Selbstwirksamkeitserwartung von Schüler*innen	35
Geburten durch unter 20-jährige Frauen	36
Frühe Schul- und Ausbildungsabbrecher*innen	36
Rauchverhalten von Schüler*innen	37
Alkoholkonsum von Schüler*innen	38
Wiener Gesundheitsziel 2: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt stärken	40
Personen in Wiener Unternehmen mit gültigem BGF-Gütesiegel	41
Arbeitsunfälle	41
Beschäftigungsquote der über 50-jährigen Frauen und Männer	42
Jugendarbeitslosigkeit	43
Frühpensionierungen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen	44
Krankenstandsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen	45
Psychische und soziale Lebensqualität von Erwerbstätigen	46
Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen	47
Ausgaben der Krankenversicherung für Mindestsicherungsbezieher*innen	48
Wiener Gesundheitsziel 3: Selbstständigkeit und Lebensqualität bis ins hohe Alter fördern	50
Pflegebedürftige Personen, die nicht stationär versorgt werden	51
Personen in alternativen Wohnformen	51
Gesunde Lebenserwartung	53
Selbst eingeschätzter Gesundheitszustand	53
Funktionale Beeinträchtigungen	54
Einschätzung der körperlichen, psychischen und sozialen Lebensqualität	55
Literaturverzeichnis	59

<b>Qualitative Analyse ausgewählter Indikatoren</b>	<b>61</b>
Gruppendiskussion zum Wiener Gesundheitsziel 1	63
Schwangere mit Adipositas	64
Schüler*innen mit Übergewicht oder Adipositas	67
Gruppendiskussion zum Wiener Gesundheitsziel 2	73
Krankenstandsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen	74
Frühpensionierungen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen	79
Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen	83
Gesamtzusammenfassung der Diskussionen zum Wiener Gesundheitsziel 2	86
Gruppendiskussion zum Wiener Gesundheitsziel 3	88
Gesunde Lebenserwartung	89
Funktionale Einschränkungen	93
Gesamtzusammenfassung der Diskussionen zum Wiener Gesundheitsziel 3	95
Abschlussstatement	96
Ergänzungen des internationalen wissenschaftlichen Beirats	97

# Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Frühgeburtenrate Wien, 2015 – 2019, in %	20
Abb. 2:	Vergleich Frühgeburtenrate Wien und Österreich, 2015 – 2019, in %	21
Abb. 3:	Häufigkeit stationärer Aufenthalte von Schwangeren aufgrund einer Diagnose aus HDG 12 in Wien, 2015 – 2019	22
Abb. 4:	Häufigkeit stationärer Aufenthalte von Schwangeren aufgrund einer Diagnose aus HDG 12 in Österreich, 2015 – 2019	22
Abb. 5:	Anteil Schwangerer mit Adipositas und Übergewicht in Wien, 2015 – 2019, in %	23
Abb. 6:	Anteil rauchender Schwangerer in Wien, 2015 – 2019	24
Abb. 7:	Spontangeburt, Kaiserschnitte und sonstige assistierte Geburten in Wien, 2015 – 2019, in %	25
Abb. 8:	Kaiserschnitttrate in Wien, 2015 – 2019, in %	25
Abb. 9:	Kaiserschnitttrate in den öffentlichen Spitälern der Stadt Wien, 2015 und 2020	26
Abb. 10:	Anteil der Wiener Schüler*innen mit Übergewicht oder Adipositas, 2010 – 2018, in %	27
Abb. 11:	Anteil der Wiener Schüler*innen, die mindestens einmal täglich Süßigkeiten und/oder Limonaden konsumieren, 2010 – 2018, in %	28
Abb. 12:	Anteil der Wiener Schülerinnen, die täglich Obst und/oder Gemüse essen, 2010 – 2018, in %	29
Abb. 13:	Anteil der Wiener Schüler, die täglich Obst und/oder Gemüse essen, 2010 – 2018, in %	30
Abb. 14:	Tage pro Woche, an denen Wiener Schüler*innen mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind, Mittelwerte, 2010 – 2018, in %	31
Abb. 15:	Anteil der unter- und normalgewichtigen 11-, 13- und 15-jährigen Wiener Schülerinnen, die den eigenen Körper als ein bisschen bis viel zu dick einstufen, 2010 – 2018, in %	32
Abb. 16:	Anteil der unter- und normalgewichtigen 11-, 13- und 15-jährigen Wiener Schüler, die den eigenen Körper als ein bisschen bis viel zu dick einstufen, 2010 – 2018, in %	33
Abb. 17:	Lebenszufriedenheit der Wiener Schüler*innen, 2010 – 2018, Skala 0 – 10	34
Abb. 18:	Selbstwirksamkeitserwartung der Wiener Schüler*innen, 2018, Skala 0 – 100	35
Abb. 19:	Anteil der Geburten durch unter 20-jährige Frauen in Wien, 2015 – 2019, in %	36
Abb. 20:	Anteil der frühen Schul- und Ausbildungsabbrecher*innen (FABA-Quote) in Wien, 2015 – 2019, in %	37
Abb. 21:	Anteil der 15-jährigen Wiener Schüler*innen, die täglich rauchen, 2010 – 2018, in %	38
Abb. 22:	Anteil der Wiener Schüler*innen, die täglich Alkohol trinken, 2010 – 2018, in %	39
Abb. 23:	Anerkannte Arbeits- und Wegunfälle auf 1.000 Beschäftigungsverhältnisse in Wien und Österreich, 2015 – 2020, in %	41
Abb. 24:	Beschäftigungsquote der über 50-jährigen Frauen und Männer in Wien nach dem Wohnortprinzip und der Berechnungsmethode der MA 23, 2015 – 2020, in %	42

Abb. 25:	Arbeitslosenquote der unter 25-Jährigen nach Geschlecht in Wien, 2015 – 2020, in %	43
Abb. 26:	Frühpensionierungen der 50- bis 65-jährigen Wiener*innen (Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspensionen sowie Rehabilitationsgeld) aufgrund psychiatrischer Erkrankungen, 2014 – 2020, pro 100.000 Erwerbstätige dieser Altersgruppe	44
Abb. 27:	Krankenstandsfälle aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen nach Geschlecht in Wien, 2015 – 2019, pro 1.000 ÖGK-Versicherte	46
Abb. 28:	Durchschnittliche Einschätzung der psychischen und sozialen Lebensqualität von 20- bis 64-jährigen erwerbstätigen Frauen und Männern in Wien, 2006 – 2019, Skala 0 – 100	47
Abb. 29:	Anteil Arbeitssuchender mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen exkl. Behinderungen nach Geschlecht in Wien, 2016 – 2020, in %	48
Abb. 30:	Ausgewählte Aufwendungen der Krankenversicherung in Wien für Mindestsicherungsbezieher*innen, 2015 und 2019	48
Abb. 31:	Bezieher*innen der Mindestsicherung, 2015 – 2019	49
Abb. 32:	Anteil an Pflegegeldbezieher*innen in Wien, die nicht stationär versorgt werden, 2015 – 2019, in %	51
Abb. 33:	Anteil der Personen, die in alternativen Wohnformen untergebracht sind, an allen auf Wohn- und Pflegeplätzen untergebrachten Menschen in Wien, 2013 – 2019, in %	52
Abb. 34:	Fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren in Wien und Österreich, 2006 – 2019, in Jahren	53
Abb. 35:	Subjektiv (sehr) guter Gesundheitszustand 60- bis 74-jähriger Frauen und Männer in Wien, 2006 – 2019, in %	54
Abb. 36:	Subjektiv (sehr) guter Gesundheitszustand der über 74-jährigen Frauen und Männer in Wien, 2006 – 2019, in %	54
Abb. 37:	Anteil der 60- bis 84-jährigen Frauen und Männer nach Anzahl der funktionalen Einschränkungen in Wien, 2019, in %	55
Abb. 38:	Vergleich der durchschnittlichen Einschätzung der körperlichen, psychischen und sozialen Lebensqualität der 60- bis 84-jährigen Frauen und Männer in Wien, 2006 – 2019, Skala 0 – 100	56
Abb. 39:	Durchschnittliche Einschätzung der körperlichen, psychischen und sozialen Lebensqualität der 60- bis 84-jährigen Frauen in Wien, 2006 und 2019, Skala 0 – 100	56
Abb. 40:	Durchschnittliche Einschätzung der körperlichen, psychischen und sozialen Lebensqualität der 60 bis 84-jährigen Männer in Wien, 2006 und 2019, Skala 0 – 100	57



# **Quantitatives Indikatoren- monitoring der Wiener Gesundheitsziele**

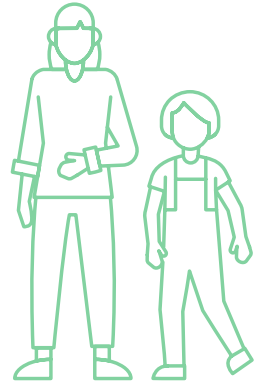
# Einleitung

Die Wiener Gesundheitsziele 2025 wurden im Jahr 2015 erarbeitet, um die Gesundheit und Lebensqualität der Wiener\*innen in allen Lebensphasen und Lebenswelten zu verbessern und zu fördern. Der Wiener Weg basiert auf einem umfassenden intersektoralen Prozess, der von einer engen Zusammenarbeit der Expert\*innen geprägt ist. Insgesamt wurden neun Gesundheitsziele definiert und zugehörige Wirkungsziele formuliert. Für die ersten drei Gesundheitsziele wurden auch Indikatoren bestimmt. Im Baseline-Bericht (2017) wurde eine Ausgangsbasis für das langfristige Indikatorenmonitoring der ersten drei Wiener Gesundheitsziele geschaffen. Der vorliegende Update-Bericht schließt an den Baseline-Bericht an und schreibt nun die Entwicklung der Indikatoren dieser drei Gesundheitsziele fort. Der derzeitige Stand der Indikatoren wird aufgezeigt, in Relation zum Zielwert gesetzt und einer Bewertung unterzogen. Der Grad der Zielerreichung wird analysiert.

Im zweiten Berichtsteil werden jene Indikatoren, deren Entwicklung nicht zielkonform bewertet werden konnte, im Rahmen einer qualitativen Ergebnisanalyse diskutiert. Basis dieses Berichtsteils sind gezielte Gruppendiskussionen im Rahmen von im Herbst 2021 durchgeführten Expert\*innenworkshops.

# Wiener Gesundheitsziel 1

Von Anfang an gesundheitliche  
Chancengerechtigkeit für Kinder  
und Jugendliche erhöhen



Wichtige Weichenstellungen für die gesundheitliche Entwicklung und das Gesundheitsverhalten werden bereits in frühester Kindheit gesetzt. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist nicht nur auf individueller Ebene von Relevanz, sondern auch auf gesundheits- sowie gesellschaftspolitischer Ebene. Das Wiener Gesundheitsziel fokussiert darauf, möglichst früh Schwangere, Eltern und Kinder zu stärken, um den jeweiligen Gesundheitszustand zu verbessern und Ungleichheiten entgegenzuwirken.

Um das Wiener Gesundheitsziel 1 zu operationalisieren, wurden für zwei Altersgruppen spezifische Wirkungsziele formuliert:

## Wirkungsziele

**Altersgruppe A:** Die Basis für einen guten Start legen: Chancengerechtigkeit bei Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft fördern

- **Wirkungsziel 1:** Psychische und physische Gesundheit von Schwangeren verbessern
- **Wirkungsziel 2:** Die Chance auf Spontangeburt erhöhen
- **Wirkungsziel 3:** Elternkompetenz stärken

Für die Altersgruppe A wurde unabhängig von einem Wirkungsziel auch der Indikator Frühgeburtenrate definiert. Um die Entwicklungen bei den einzelnen Indikatoren, die sich auf Schwangerschaft bzw. Schwangere beziehen, analysieren zu können, wurden die Daten zur Anzahl der Lebendgeborenen in Wien und Österreich für den Zeitraum 2015 – 2019 berücksichtigt. Im Betrachtungszeitraum kam es in Österreich zu einem Anstieg der Geburtenzahl um 0,7 %, in Wien nahmen die Geburten um 0,02 % zu.

**Altersgruppe B:** Gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen – insbesondere aus sozial benachteiligten Gruppen – in ihren Lebenswelten und Familien fördern

- **Wirkungsziel 1:** Ernährung bei Kindern und Jugendlichen verbessern
- **Wirkungsziel 2:** Zahngesundheit besonders bei sozial benachteiligten Familien verbessern
- **Wirkungsziel 3:** Körperliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen stärken, unter besonderer Berücksichtigung von genderspezifischen Faktoren
- **Wirkungsziel 4:** Seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen stärken, unter besonderer Berücksichtigung von genderspezifischen Faktoren

- **Wirkungsziel 5:** Lebens- und Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen erhöhen – insbesondere bei vulnerablen Gruppen – und bei besonderen Bedürfnissen verbessern
- **Wirkungsziel 6:** Anteil der Jugendlichen ohne substanzgebundene und nicht substanzgebundene Süchte erhöhen

### Indikatoren

Die Wirkungsziele wurden anhand verschiedener Indikatoren konkretisiert, die im Folgenden im Detail analysiert werden.

## FRÜHGEBURTENRATE

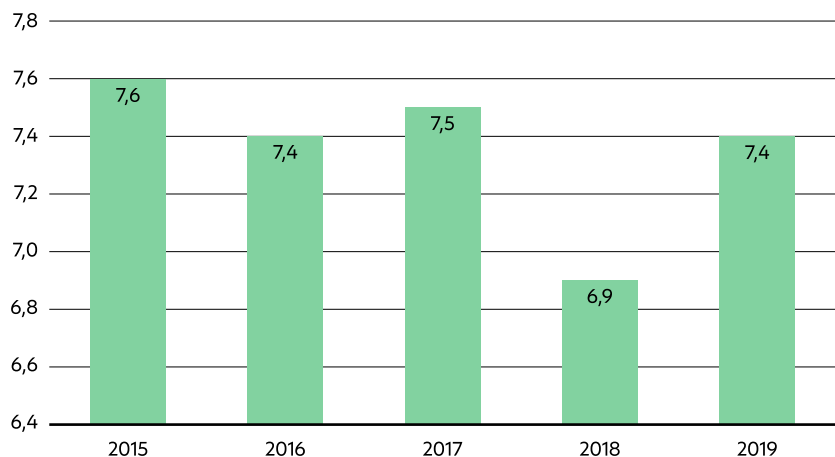
**Zielwert:** Stabilisierung der Frühgeburtenrate bei 8 %



**Grad der Zielerreichung:** Der aktuelle Wert der Geburtenrate liegt mit 7,4 % unter dem vorgegebenen Zielwert von 8 %. Die Entwicklung kann daher als positiv eingestuft werden.

Die Frühgeburtenrate wird für den Zeitraum 2015 – 2019 für Wien und Österreich dargestellt. In Wien ist die Frühgeburtenrate im Betrachtungszeitraum zurückgegangen. Betrug sie im Jahr 2015 noch 7,6 %, ist sie im Jahr 2019 auf 7,4 % gesunken.

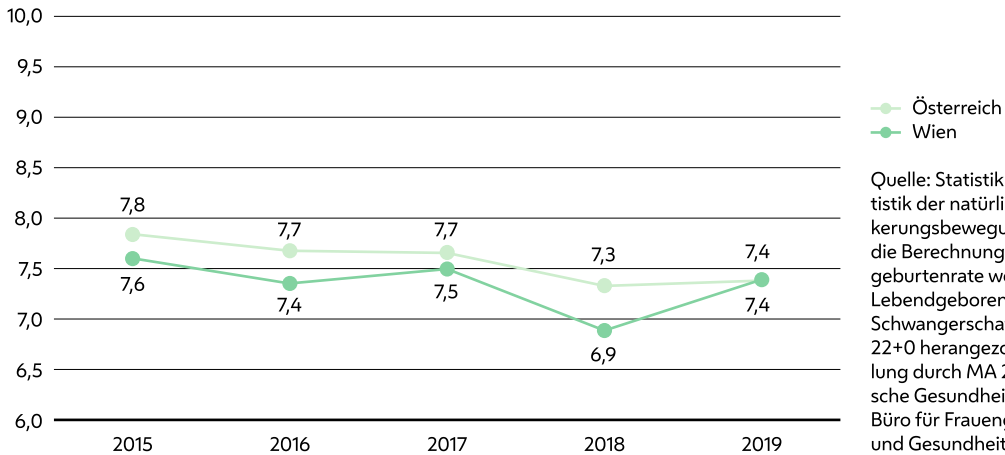
**Abb. 1: Frühgeburtenrate Wien, 2015 – 2019, in %**



Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Für die Berechnung der Frühgeburtenrate werden nur Lebendgeborene ab der Schwangerschaftswoche 22+0 herangezogen. Darstellung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

Auch in Österreich kam es im genannten Zeitraum zu einem Rückgang der Frühgeburtenrate, wie Abbildung 2 veranschaulicht. Ein Vergleich mit Wien zeigt, dass sich die Werte 2019 jeweils bei 7,4 % einpendelten.

**Abb. 2: Vergleich Frühgeburtenrate Wien und Österreich, 2015 – 2019, in %**



Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Für die Berechnung der Frühgeburtenrate werden nur Lebendgeborene ab der Schwangerschaftswoche 22+0 herangezogen. Darstellung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

### Wirkungsziel 1 zu Altersgruppe A: Psychische und physische Gesundheit von Schwangeren verbessern

Folgende Indikatoren wurden für dieses Wirkungsziel definiert:

- Häufigkeit stationärer Aufenthalte während der Schwangerschaft
- Anteil Schwangerer mit Adipositas
- Anteil rauchender Schwangerer

### HÄUFIGKEIT STATIONÄRER AUFENTHALTE WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT (EXKL. GEBURTSFÄLLE)

**Zielwert:** Kein Zielwert formuliert, Beobachtung der Entwicklung. Empfehlung: Indikator wäre langfristig zu erstellen, zu validieren und in das Indikatorenset aufzunehmen.

**Grad der Zielerreichung:** Ein Rückgang der Fallzahlen könnte vorsichtig als positive Entwicklung eingeschätzt werden. Allerdings ist der Rückgang nicht automatisch mit einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Schwangeren bzw. einem allgemeinen Rückgang der HDG-12-Komplikationen einzustufen, da kein Indikator zur Behandlung von diesen schwangerschaftsbezogenen Komplikationen im niedergelassenen Bereich vorliegt. Mangels Referenzwert kann keine Aussage zum Grad der Zielerreichung gemacht werden.

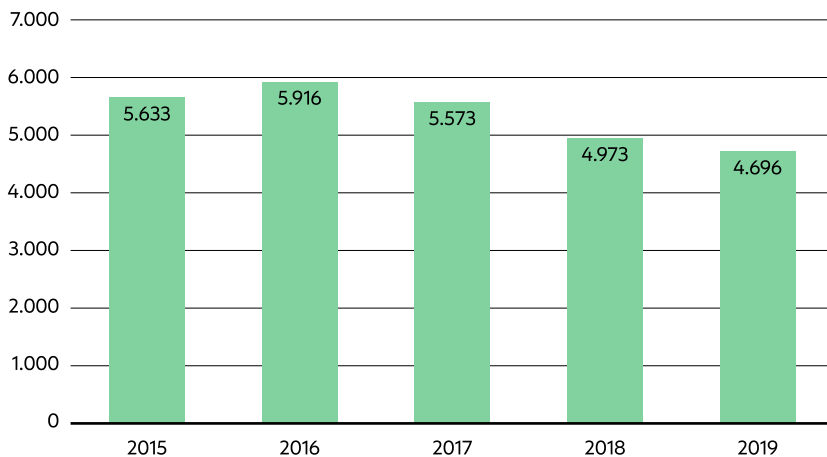


Wie im Baseline-Bericht diskutiert, wird dieser Indikator im Rahmen des Monitorings durch die Hauptdiagnosegruppe HDG 12 abgebildet, die folgende Krankheitsbilder im Schwangerschaftsverlauf und bei der Geburt umfasst: Abort, Blutung in der Spätschwangerschaft, Komplikationen in der Schwangerschaft und im Wochenbett sowie peri- und postpartale Komplikationen.

Die Häufigkeit stationärer Aufenthalte während der Schwangerschaft wird für den Zeitraum 2015 – 2019 für Wien und Österreich dargestellt. In Wien ist die

Anzahl der stationären Aufenthalte aufgrund einer Diagnose aus HDG 12 im Betrachtungszeitraum gesunken. Wurden im Jahr 2015 noch 5.633 Fälle verzeichnet, sind es aktuell 4.696 Fälle.

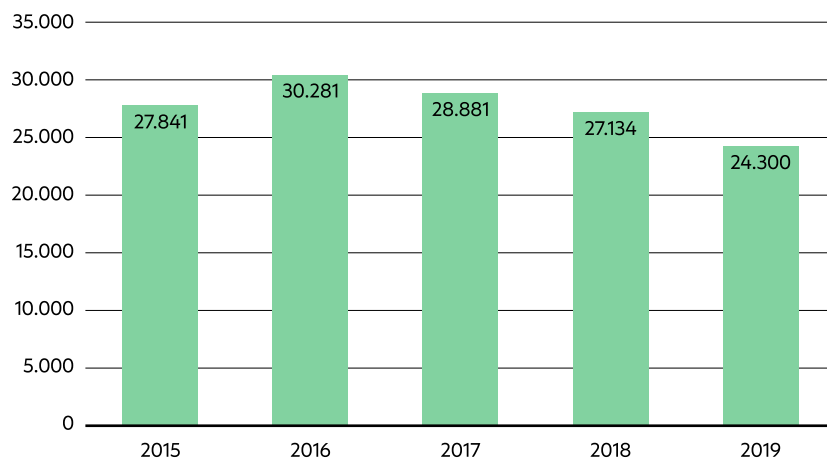
**Abb. 3: Häufigkeit stationärer Aufenthalte von Schwangeren aufgrund einer Diagnose aus HDG 12 in Wien, 2015 – 2019**



Quelle: Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG), Berechnung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Gesundheitsdaten & Medizinisches Qualitätsmanagement, Darstellung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

Auch auf Österreichebene gingen die Fallzahlen zurück, wie Abbildung 4 veranschaulicht. Der Rückgang beträgt 12,7 %.

**Abb. 4: Häufigkeit stationärer Aufenthalte von Schwangeren aufgrund einer Diagnose aus HDG 12 in Österreich, 2015 – 2019**



Quelle: Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG), Berechnung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Gesundheitsdaten & Medizinisches Qualitätsmanagement, Darstellung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

## ANTEIL SCHWANGERER MIT ADIPOSITAS

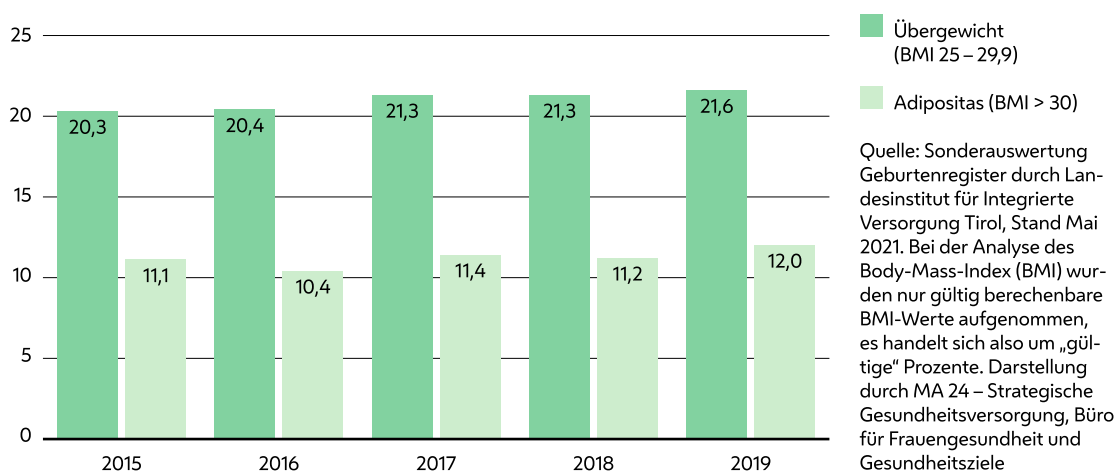
**Zielwert:** Trendumkehr und Reduktion des Anteils Schwangerer mit Adipositas um 5 % auf einen Wert von 9,9 %

**Grad der Zielerreichung:** Der Anteil von Schwangeren mit Adipositas beträgt aktuell 12 % und steigt seit 2015. Dabei sind nicht für alle Schwangeren Daten verfügbar. Die Tendenz ist als negativ zu bewerten.



Der Anteil von Schwangeren mit Adipositas wird für Wien im Zeitraum 2015 – 2019 dargestellt. Ergänzend wird die Entwicklung des Anteils von Schwangeren mit Übergewicht angeführt.

**Abb. 5: Anteil Schwangerer mit Adipositas und Übergewicht in Wien, 2015 – 2019, in %**



Laut Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol konnte für 70 % der Schwangeren in Wien der BMI berechnet werden. In den Bundesländern schwankt der Anteil beträchtlich – so konnte der BMI in Tirol für 97 % der Schwangeren und in Niederösterreich für 62 % der Schwangeren berechnet werden.

Die Anteile an Schwangeren mit Übergewicht wie auch mit Adipositas sind in Wien im Betrachtungszeitraum gestiegen. Der Anteil Schwangerer mit Adipositas betrug im Jahr 2015 11,1 % und liegt aktuell bei 12 %.

## ANTEIL RAUCHENDER SCHWANGERER

**Zielwert:** Reduktion des Anteils rauchender Schwangerer auf 0 bis maximal 10 %; Rauchen entspricht dabei einer Zigarette pro Tag.



**Grad der Zielerreichung:** Der Anteil der rauchenden Schwangeren liegt aktuell bei 13,6 %. Es kam zu einem Rückgang seit 2015. Die Tendenz ist als positiv einzuschätzen.

Bei den Datenangaben ist laut Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol, das die Daten zur Verfügung stellte, zu berücksichtigen, dass es sich bei der Auswertung des Rauchverhaltens um einen Näherungswert handelt, der mit Vorsicht zu interpretieren ist. Rauchen wird nicht in allen Abteilungen in den Spitälern korrekt und vollständig dokumentiert. Zu beachten ist darüber hinaus, dass Schwangere ihr Rauchverhalten selbst nur zum Teil korrekt angeben. Unplausible Fälle wurden ausgeschlossen. Nur Abteilungen mit mindestens 8 % dokumentierten Raucherinnenanteil im Jahr 2019 wurden für die aktuelle Auswertung herangezogen. Dies waren in Wien acht, in den anderen Bundesländern 14 Abteilungen.

Zudem gab es eine Änderung im Fragebogen, die jedoch noch nicht in allen Krankenhäusern softwaretechnisch umgesetzt wurde. Im neuen Fragebogen wird explizit nach Rauchen (Antwortmöglichkeit ja/nein) gefragt. Im alten Fragebogen wurde nach der Anzahl der konsumierten Zigaretten gefragt. In diesem Fragesystem wurden Schwangere als Nichtraucherinnen eingestuft, wenn keine Anzahl angegeben wurde, obwohl sich in diesen Angaben auch Raucherinnen, deren Rauchverhalten nicht dokumentiert wurde, befinden könnten. Die Auswertung bezieht sich auf Abteilungsdaten (Geburt im jeweiligen Bundesland).

Im Jahr 2019 beträgt der Anteil rauchender Schwangerer in Wien 13,6 %, was einem Rückgang von 8,7 % gegenüber dem Referenzjahr 2015 entspricht.

**Abb. 6: Anteil rauchender Schwangerer in Wien, 2015 – 2019**

Quelle: Sonderauswertung Geburtenregister durch Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol, Stand Mai 2021, Darstellung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

Jahr	Anteil Schwangerer in der Auswertung	Anteil rauchender Schwangerer (in %)
2015	12.443	14,9
2016	13.506	14,0
2017	13.966	14,6
2018	13.529	13,7
2019	13.652	13,6

Auf Österreichebene lag der Anteil 2015 wie auch 2019 bei 10 %.

### **Wirkungsziel 2 zu Altersgruppe A: Die Chance auf Spontangeburt erhöhen**

Folgender Indikator wurde für dieses Wirkungsziel definiert:

- Lebendgeburten nach Entbindungsart (in %)

## LEBENDGEBURTEN NACH ENTBINDUNGSART

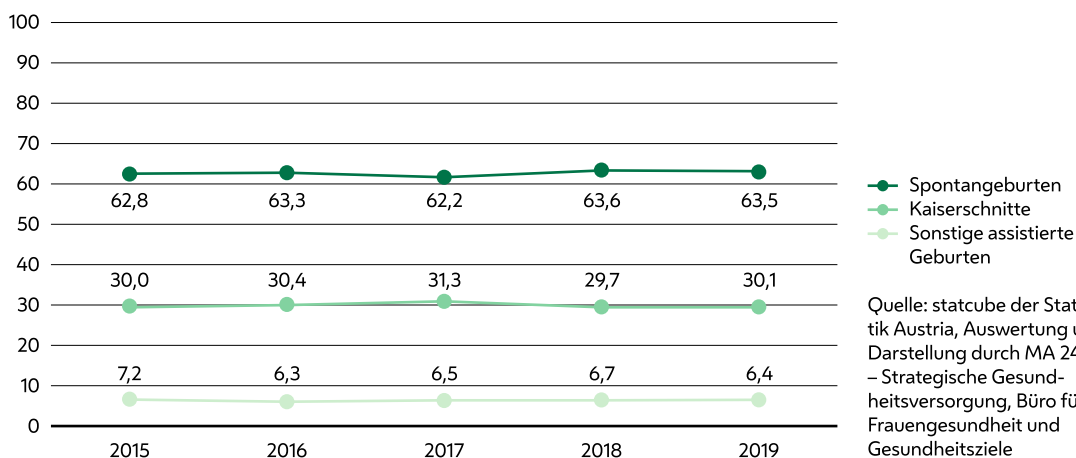
**Zielwert:** Steigerung der Spontangeburtensrate auf 70 % und Senkung der Kaiserschnitttrate auf 25 % sowie sonstiger assistierter Geburten auf 5 %

**Grad der Zielerreichung:** Die Spontangeburtensrate beträgt 2019 in Wien 63,5 %, die Kaiserschnitttrate 30,1 % und die Rate der sonstigen assistierten Geburten 6,4 %. Die Tendenz hinsichtlich Zielerreichung ist insgesamt als nicht eindeutig einzuschätzen, auch wenn es im Bereich Spontangeburtens zu einer Steigerung (+1 %) und bei den sonstigen assistierten Geburten zu einem Rückgang (-10,5 %) kam. Die Kaiserschnitttrate hingegen blieb relativ stabil, nähert sich aber in den öffentlichen Spitälern dem Zielwert an.



Seit dem Jahr 2015 hat sich die Rate der Spontangeburtens in Wien erhöht. Waren 2015 noch 62,8 % der Geburten Spontangeburtens, erhöhte sich der Anteil 2019 auf 63,5 %. Die Rate der assistierten Geburten (Manualhilfe, Zangen- geburt, Saugglocke) ging zurück: Sie lag 2015 bei 7,2 % und beträgt aktuell 6,4 %.

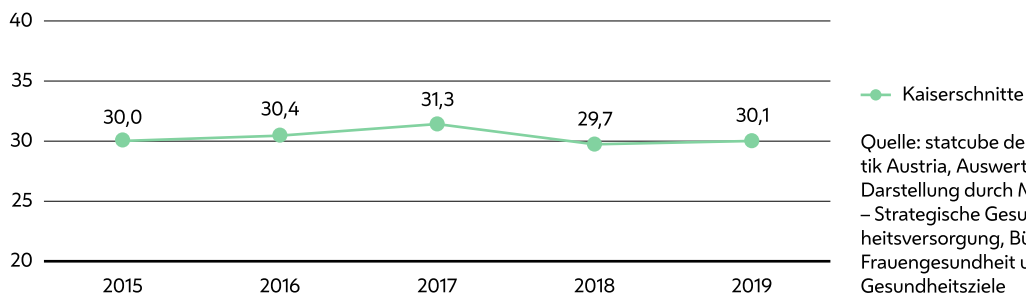
**Abb. 7: Spontangeburtens, Kaiserschnitte und sonstige assistierte Geburten in Wien, 2015 – 2019, in %**



Quelle: statcube der Statistik Austria, Auswertung und Darstellung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

Die Kaiserschnitttrate in Wien blieb im Beobachtungszeitraum relativ konstant.

**Abb. 8: Kaiserschnitttrate in Wien, 2015 – 2019, in %**



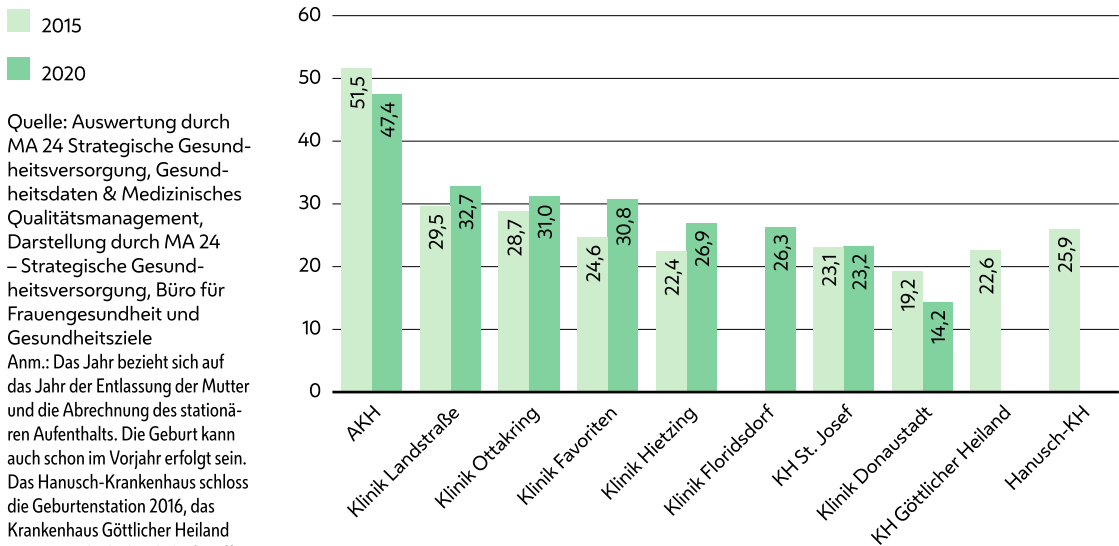
Quelle: statcube der Statistik Austria, Auswertung und Darstellung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

### Exkurs: Kaiserschnittrate in den öffentlichen Spitälern der Stadt Wien

Für die Wiener Gesundheitsziele ist besonders die Kaiserschnittrate in den öffentlichen Spitälern von Interesse. Die Wiener Grundsatzerklärung zur Spontangeburt (Wimmer-Puchinger & Kral 2018) empfiehlt im Rahmen eines Self-Commitments einiger öffentlicher Spitäler (Wiener Gesundheitsverbund, Vinzenz Gruppe) eine Kaiserschnittrate von höchstens 20 % für Abteilungen ohne Risikogeburten und eine Kaiserschnittrate von maximal 30 % für Perinatalzentren mit Risikogeburten (AKH und Klinik Floridsdorf).

Die Kaiserschnittraten reichen 2020 in den einzelnen Häusern von 14,2 % bis 47,4 %. Für das Jahr 2020 muss auch der Einfluss der Covid-19-Pandemie mitberücksichtigt werden, denn laut Studien (z. B. Vousden et al. 2021) ist die Kaiserschnittrate bei Covid-19-positiven Schwangeren erhöht. Die Klinik Ottakring ist die Anlaufstelle für Covid-19-positive Schwangere in Wien. Über alle öffentlichen Spitäler gerechnet, ergibt sich insgesamt eine Kaiserschnittrate von 28,9 %. Wird das AKH mit seinem überregionalen Versorgungsauftrag aus der Analyse exkludiert, liegt die Kaiserschnittrate bei 25,7 %.

**Abb. 9: Kaiserschnittrate in den öffentlichen Spitälern der Stadt Wien, 2015 und 2020**



Quelle: Auswertung durch MA 24 Strategische Gesundheitsversorgung, Gesundheitsdaten & Medizinisches Qualitätsmanagement, Darstellung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

Anm.: Das Jahr bezieht sich auf das Jahr der Entlassung der Mutter und die Abrechnung des stationären Aufenthalts. Die Geburt kann auch schon im Vorjahr erfolgt sein. Das Hanusch-Krankenhaus schloss die Geburtsstation 2016, das Krankenhaus Göttlicher Heiland 2018. Die Klinik Floridsdorf eröffnete 2019.

In Hinblick auf die Wiener Gesundheitsziele, die eine Kaiserschnittrate von 25 % anstreben, nähert sich die Kaiserschnittrate somit dem Zielwert an.

### Wirkungsziel 1 zu Altersgruppe B: Ernährung bei Kindern und Jugendlichen verbessern

Folgende Indikatoren wurden für dieses Wirkungsziel definiert:

- Anteil der 11-, 13- und 15-jährigen Mädchen und Burschen mit Übergewicht oder Adipositas (laut BMI, Grenzwerte nach Cole)
- Anteil der 11-, 13- und 15-jährigen Mädchen und Burschen, die täglich Süßigkeiten und/oder zuckerhaltige Limonaden konsumieren (in %)
- Anteil der 11-, 13- und 15-jährigen Mädchen und Burschen, die täglich Obst und/oder Gemüse konsumieren (in %)

## SCHÜLER\*INNEN MIT ÜBERGEWICHT ODER ADIPOSITAS

**Zielwert:** Stabilisierung des Anteils von Schüler\*innen mit Übergewicht oder Adipositas auf die Werte von 2010 mit dem Ziel einer rückläufigen Tendenz

### Referenzwerte 2010

- 11-Jährige/5. Schulstufe: Mädchen 16,7 %, Burschen 13,7 %
- 13-Jährige/7. Schulstufe: Mädchen 13,2 %, Burschen 23,5 %
- 15-Jährige/9. Schulstufe: Mädchen 14,3 %, Burschen 25,2 %

**Grad der Zielerreichung:** Mit Ausnahme der Mädchen in der 9. Schulstufe und der Burschen in der 7. Schulstufe steigen die Anteile der Schüler\*innen mit Übergewicht oder Adipositas. Die Tendenz ist als negativ einzustufen, da bei den Altersgruppen, die Anstiege verzeichnen, die Zielwerte kaum erreichbar scheinen.

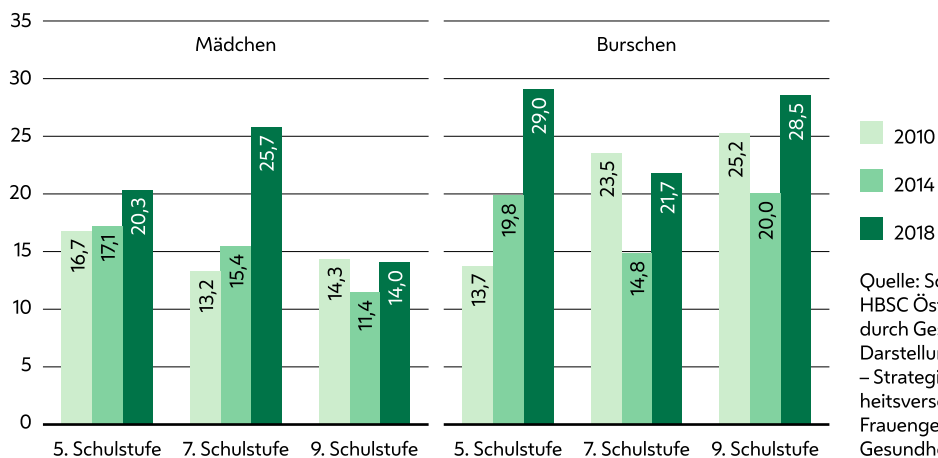


Im Vergleich zu 2010 erhöht sich der Anteil von Schüler\*innen mit Adipositas oder Übergewicht bei den Mädchen in der 5. und 7. Schulstufe an. In der 9. Schulstufe ist hingegen ein Rückgang zu verzeichnen. Bei Burschen kommt es zu Steigerungen in der 5. und 9. Schulstufe, in der 7. Schulstufe geht der Anteil zurück.

Nach Geschlecht betrachtet ist 2018 der Anteil von Schülerinnen mit Übergewicht bzw. Adipositas in der 7. Schulstufe am höchsten, bei Schülern in der 5. Schulstufe. Auch die Anstiege sind in diesen beiden Schulstufen im Zeitvergleich am höchsten.

Die Autor\*innen der HBSC-Studie führen an, dass die tatsächlichen Anteile noch höher ausfallen könnten, da bei selbstberichteten Daten eine Tendenz zur Unterschätzung des eigenen Gewichts besteht (Felder-Puig et al. 2019).

**Abb. 10: Anteil der Wiener Schüler\*innen mit Übergewicht oder Adipositas, 2010 – 2018, in %**



## TÄGLICHER SÜSSIGKEITEN- BZW. LIMONADENKONSUM VON SCHÜLER\*INNEN

**Zielwert:** Stabilisierung des Süßigkeiten- bzw. Limonadenkonsums auf dem Wert von 2010 mit dem Ziel einer rückläufigen Tendenz

### Referenzwerte 2010

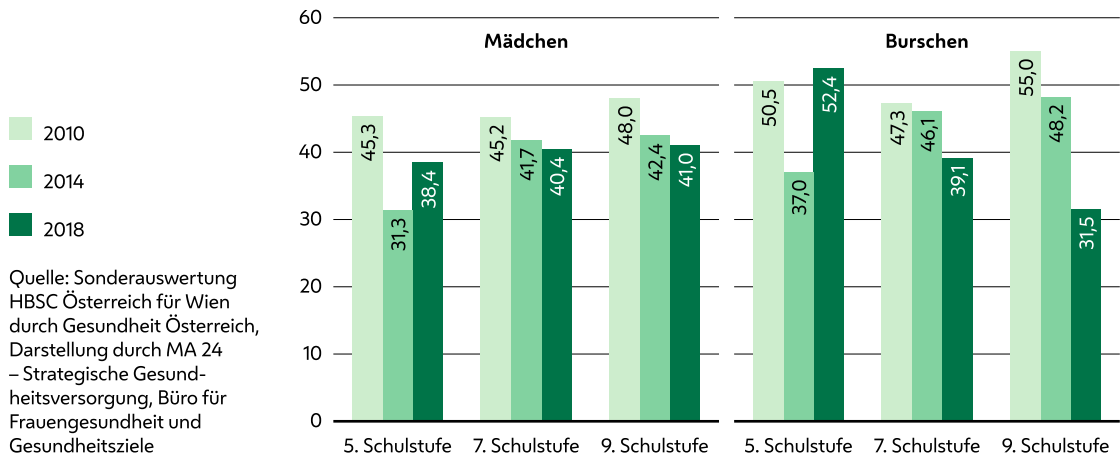
- 11-Jährige/5. Schulstufe: Mädchen 45,3 %, Burschen 50,5 %
- 13-Jährige/7. Schulstufe: Mädchen 45,2 %, Burschen 47,3 %
- 15-Jährige/9. Schulstufe: Mädchen 48 %, Burschen 55 %



**Grad der Zielerreichung:** Der Anteil der Schüler\*innen, die täglich Süßes konsumieren, sinkt bei beiden Geschlechtern und allen Altersgruppen mit Ausnahme der Burschen in der 5. Schulstufe. Die Entwicklung ist demnach bei Mädchen als positiv und Burschen sowohl als positiv als auch als negativ einzuschätzen.

Im Vergleich zu 2010 sinken aktuell die Anteile bei Mädchen in allen Altersgruppen: in der 5. Schulstufe von 45,3 % auf 38,4 %, in der 7. Schulstufe von 45,2 % auf 40,4 % sowie in der 9. Schulstufe von 48 % auf 41 %. Bei Burschen verringern sich die Anteile nur in der 7. Schulstufe von 47,3 % auf 39,1 % und in der 9. Schulstufe von 55 % auf 31,5 %. In der 5. Schulstufe hingegen kommt es zu einem Anstieg von 50,5 % auf 52,4 %. Insgesamt ist der Rückgang bei Burschen in der 9. Schulstufe am höchsten (-42,7 %), bei Mädchen in der 5. Schulstufe (-15,2 %).

**Abb. 11: Anteil der Wiener Schüler\*innen, die mindestens einmal täglich Süßigkeiten und/oder Limonaden konsumieren, 2010 – 2018, in %**



## TÄGLICHER OBST- BZW. GEMÜSEKONSUM VON SCHÜLER\*INNEN

**Zielwert:** Fortschreibung bzw. Steigerung des positiven Trends: Steigerung des täglichen Obst- und/oder Gemüsekonsums in allen Altersgruppen um 10 % gegenüber den Werten von 2010

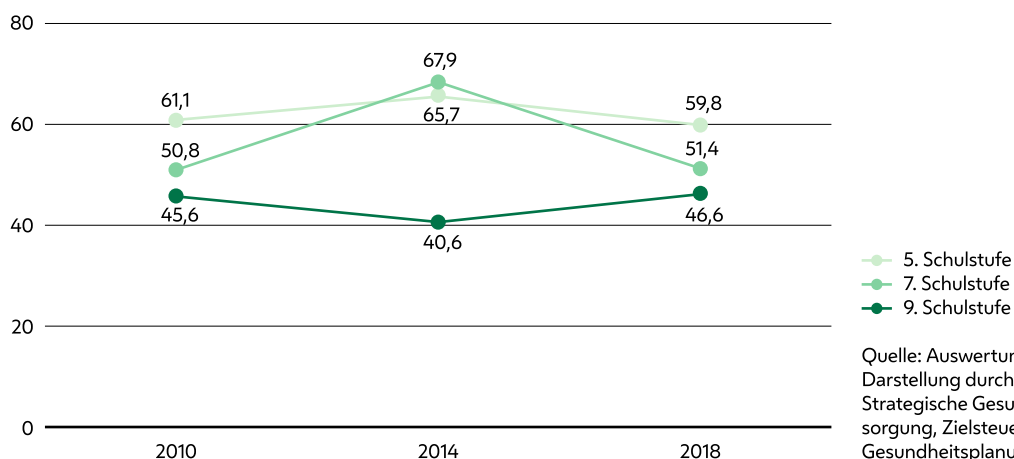
### Referenzwerte 2010

- 11-Jährige/5. Schulstufe: Mädchen 61,1%, Burschen 50,4 %
- 13-Jährige/7. Schulstufe: Mädchen 50,8 %, Burschen 42,4 %
- 15-Jährige/9. Schulstufe: Mädchen 45,6 %, Burschen 26,5 %

**Grad der Zielerreichung:** Der Anteil der Wiener Schüler\*innen, die täglich Obst bzw. Gemüse konsumieren, sinkt bei Mädchen und Burschen in der 5. Schulstufe. Bei Mädchen steigt der Konsum in den beiden anderen Schulstufen. Bei Burschen nimmt der Gemüsekonsum in der 7. Schulstufe ab und erhöht sich in der 9. Schulstufe. Die Tendenz ist daher nicht eindeutig über alle Altersgruppen und beide Geschlechter zu beurteilen.



**Abb. 12: Anteil der Wiener Schülerinnen, die täglich Obst und/oder Gemüse essen, 2010 – 2018, in %**

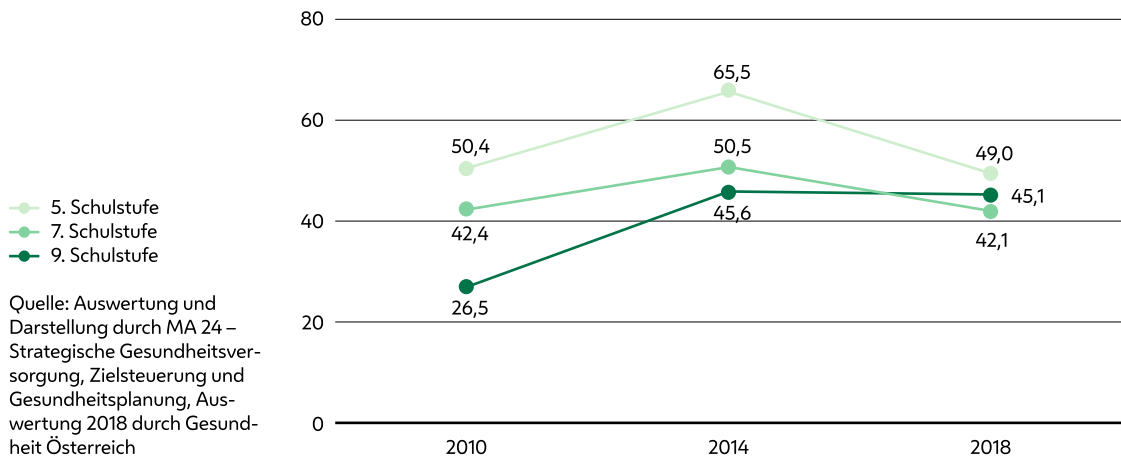


Quelle: Auswertung und Darstellung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Zielsteuerung und Gesundheitsplanung

Der Anteil der Mädchen, die angaben, täglich Obst und/oder Gemüse zu essen, sinkt im Vergleich zu 2010 in der 5. Schulstufe und steigt in der 7. und 9. Schulstufe. Dennoch ist der Anteil in der 5. Schulstufe mit 59,8 % am höchsten. Am geringsten ist der Anteil in der 9. Schulstufe. Immerhin 51,4 % der Schülerinnen in der 7. Schulstufe gaben an, täglich Obst bzw. Gemüse zu konsumieren. Bei Burschen verringert sich der Anteil jener, die täglich Obst bzw. Gemüse konsumieren, in der 5. und in der 7. Schulstufe. In der 9. Schulstufe kommt es zu einem Anstieg. Auch bei den Schülern nimmt der Obst- bzw. Gemüsekonsum mit ansteigender Schulstufe ab.

Über alle Schulstufen hinweg konsumieren mehr Mädchen als Burschen täglich Obst bzw. Gemüse.

**Abb. 13: Anteil der Wiener Schüler, die täglich Obst und/oder Gemüse essen, 2010 – 2018, in %**



**Wirkungsziel 2 zu Altersgruppe B: Zahngesundheit besonders bei sozial benachteiligten Familien verbessern**

Für dieses Wirkungsziel wurde folgender Indikator definiert:

- Kariesfreiheit bei sechsjährigen Mädchen und Burschen (in %)

**KARIESFREIHEIT BEI SECHSJÄHRIGEN KINDERN**

**Zielwert:** Mehr als 50 % der Sechsjährigen sind kariesfrei.



**Grad der Zielerreichung:** Der Anteil von Kindern mit kariesfreiem Gebiss steigt im Vergleich zu 2006. Die Entwicklung ist positiv einzustufen.

Im Baseline-Bericht konnte dazu keine Aussage getroffen werden. Nun gibt es eine neue Zahnstaterhebung, die folgendes Bild zeichnet: Aktuell verfügen im österreichweiten Vergleich 55 % der sechsjährigen Kinder über ein kariesfreies Gebiss. Wien liegt mit einem Anteil von 45 % deutlich unter dem Bundesdurchschnitt, aber deutlich über dem Wiener Wert von 34 % aus dem Jahr 2006 (Bodenwinkler et al. 2017).

**Wirkungsziel 3 zu Altersgruppe B: Körperliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen stärken, unter besonderer Berücksichtigung von genderspezifischen Faktoren**

Für dieses Wirkungsziel wurde folgender Indikator definiert:

- Tage pro Woche, an denen 11-, 13- und 15-jährige Mädchen und Burschen mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind

## KÖRPERLICHE AKTIVITÄT VON SCHÜLER\*INNEN

**Zielwert:** In allen Altersgruppen wird ein Zielwert von mindestens fünf Tagen pro Woche<sup>1</sup> angestrebt, bei gleichzeitiger Reduktion des Geschlechterunterschiedes.

### Referenzwerte 2010

- 11-Jährige/5. Schulstufe: Mädchen 4,5 Tage, Burschen 5,1 Tage
- 13-Jährige/7. Schulstufe: Mädchen 3,9 Tage, Burschen 4,7 Tage
- 15-Jährige/9. Schulstufe: Mädchen 3,2 Tage, Burschen 3,9 Tage

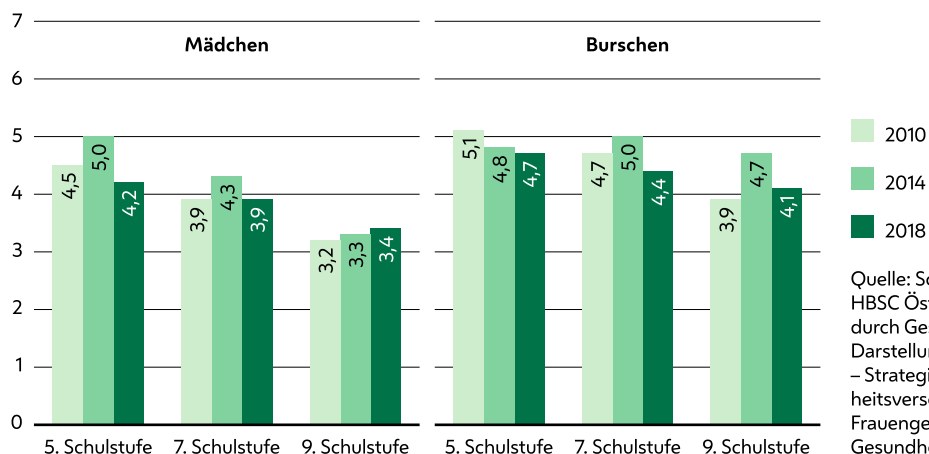
**Grad der Zielerreichung:** Die körperliche Aktivität von Mädchen sinkt in der 5. Schulstufe, in der 7. Schulstufe stagniert sie und in der 9. Schulstufe steigt sie an. Bei Burschen verringert sie sich in der 5. und 7. Schulstufe und verzeichnet in der 9. Schulstufe einen Zuwachs. Die Tendenz wird bei beiden Geschlechtern in der 9. Schulstufe als positiv, in der 5. Schulstufe hingegen als negativ eingeschätzt. In der 7. Schulstufe kann keine eindeutige Tendenz festgestellt werden, denn der Wert stagniert bei Mädchen, bei Burschen sinkt er.



Der Vergleich der Mittelwerte von 2010 und der aktuellen Werte zeigt, dass Mädchen in der 9. Schulstufe am wenigsten Bewegung machen. Auf die Altersgruppen bezogen, ist bei beiden Geschlechtern die körperliche Aktivität in der 9. Schulstufe mit 3,4 Tagen bei Mädchen und 4,1 Tagen bei Burschen am geringsten. Interessanterweise kommt es im Zeitvergleich bei beiden Geschlechtern in dieser Altersgruppe zu Anstiegen. In der 7. Schulstufe reduziert sich die körperliche Aktivität bei Burschen und beträgt 4,4 Tage, bei Mädchen stagniert sie bei 3,9. In der 5. Schulstufe ist bei beiden Geschlechtern ein Rückgang festzustellen, bei Mädchen auf 4,2 und bei Burschen auf 4,7 Tage.

Sowohl 2010 als auch 2018 waren die Werte in allen Altersgruppen bei Burschen höher als bei Mädchen.

**Abb. 14: Tage pro Woche, an denen Wiener Schüler\*innen mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind, Mittelwerte, 2010 – 2018, in %**



Quelle: Sonderauswertung HBSC Österreich für Wien durch Gesundheit Österreich, Darstellung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

**Wirkungsziel 4 zu Altersgruppe B: Seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen stärken, unter besonderer Berücksichtigung von genderspezifischen Faktoren**

Folgende Indikatoren wurden für dieses Wirkungsziel definiert:

- Anteil der 11-, 13- und 15-jährigen unter- und normalgewichtigen Mädchen und Burschen, die ihren Körper als ein bisschen bis viel zu dick einstufen (in %)
- Durchschnittliche Einschätzung der Lebenszufriedenheit durch 11-, 13- und 15-jährige Mädchen und Burschen

**PROBLEMATISCHE KÖRPERWAHRNEHMUNG VON SCHÜLER\*INNEN**

**Zielwert:** Senkung des Werts für das Gefühl, zu dick zu sein, in allen Altersgruppen um mindestens 10 % gegenüber den Werten von 2010 bei gleichzeitiger Reduktion des Geschlechterunterschieds

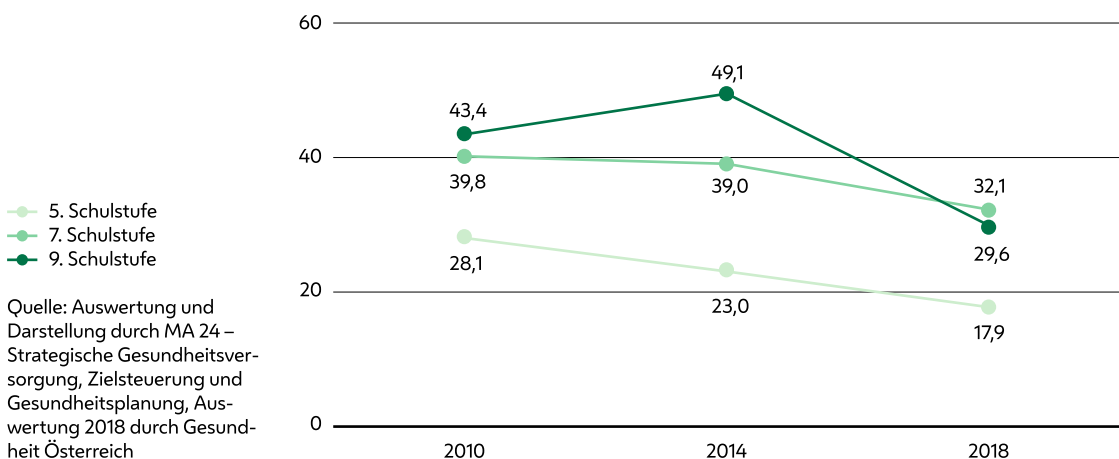
**Referenzwerte 2010**

- 11-Jährige/5. Schulstufe: Mädchen 28,1 %, Burschen 20,5 %
- 13-Jährige/7. Schulstufe: Mädchen 39,8 %, Burschen 22,9 %
- 15-Jährige/9. Schulstufe: Mädchen 43,4 %, Burschen 16,1 %



**Grad der Zielerreichung:** In allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern sinkt die problematische Körperwahrnehmung. Die Entwicklung ist aufgrund der Rückgänge als positiv einzustufen. Die Geschlechterunterschiede bleiben bestehen.

**Abb. 15: Anteil der unter- und normalgewichtigen 11-, 13- und 15-jährigen Wiener Schülerinnen, die den eigenen Körper als ein bisschen bis viel zu dick einstufen, 2010 – 2018, in %**

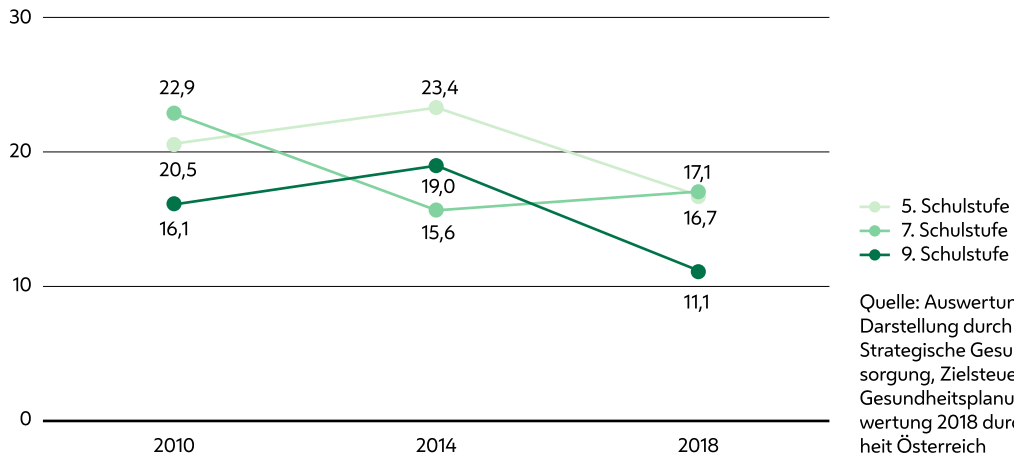


Bei Mädchen nimmt die problematische Körperwahrnehmung in allen Schulstufen seit 2010 ab: Betrag der entsprechende Wert in der 5. Schulstufe im Jahr 2010 noch 28,1%, so liegt er aktuell bei 17,9%. In der 7. Schulstufe beträgt er derzeit 32,1%, im Referenzjahr waren es noch 39,8%. 29,6% der Mädchen in der 9. Schulstufe schätzen ihren Körper aktuell als zu dick ein. 2010 waren es noch 43,4%.

Auch bei Burschen geht die problematische Körperwahrnehmung in allen Schulstufen seit 2010 zurück: in der 5. Schulstufe von 20,5% auf aktuell 16,7%, in der 7. Schulstufe von 22,9% auf 17,1% und in der 9. Schulstufe von 16,1% auf 11,1%.

In allen Altersgruppen liegen die Anteile der Mädchen, die eine problematische Körperwahrnehmung haben, deutlich über jenen der Burschen.

**Abb. 16: Anteil der unter- und normalgewichtigen 11-, 13- und 15-jährigen Wiener Schüler, die den eigenen Körper als ein bisschen bis viel zu dick einstufen, 2010 – 2018, in %**



## LEBENSZUFRIEDENHEIT VON SCHÜLER\*INNEN

**Zielwert:** Steigerung der Lebenszufriedenheit in allen Altersgruppen um einen Punkt gegenüber den Werten von 2010 bei gleichzeitiger Reduktion des Geschlechterunterschieds

### Referenzwerte 2010

- 11-Jährige/5. Schulstufe: Mädchen 7,4 Punkte, Burschen 8 Punkte
- 13-Jährige/7. Schulstufe: Mädchen 7,3 Punkte, Burschen 7,7 Punkte
- 15-Jährige/9. Schulstufe: Mädchen 6,9 Punkte, Burschen 7,5 Punkte

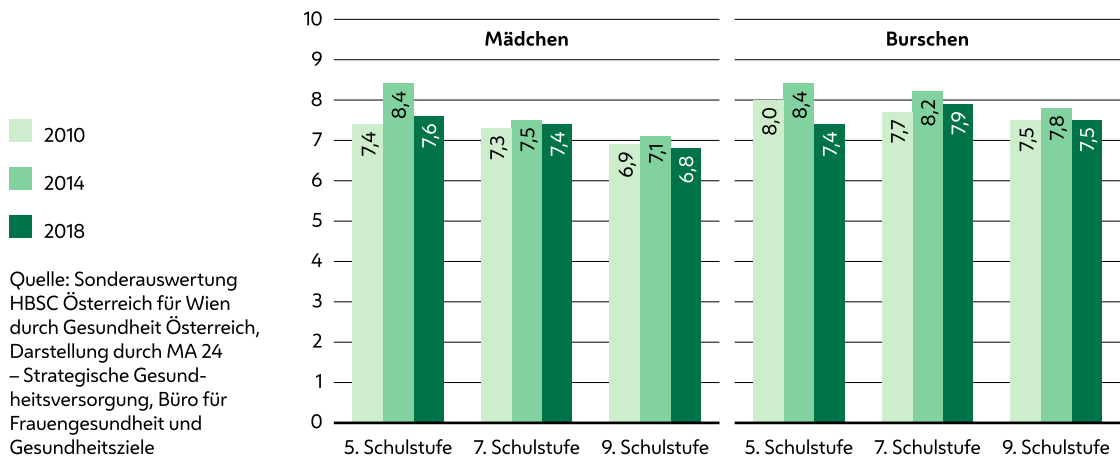
**Grad der Zielerreichung:** Bei Mädchen steigt die Lebenszufriedenheit in der 5. und 7. Schulstufe, in der 9. Schulstufe geht sie zurück. Die Lebenszufriedenheit der Burschen sinkt in der 5. Schulstufe, nimmt in der 7. Schulstufe zu und stagniert in der 9. Schulstufe. Mit Ausnahme der 5. Schulstufe sind die



Werte der Burschen durchwegs höher als jene der Mädchen. Die Entwicklung kann bei Mädchen in der 5. und 7. Schulstufe und bei Burschen in der 7. Schulstufe als positiv eingestuft werden. Negativ zu bewerten ist die Entwicklung der Lebenszufriedenheit der Mädchen in der 9. Schulstufe und jene der Burschen in der 5. Schulstufe.

Im Vergleich zu den Referenzwerten steigt bei Mädchen in der 5. Schulstufe der Wert um 0,2 Punkte und in der 7. Schulstufe um 0,1 Punkte. In der 9. Schulstufe ist ein Rückgang um ebenfalls 0,1 Punkte festzustellen. Bei Burschen ist in der 5. Schulstufe ein Rückgang um 0,6 Punkte zu verzeichnen, in der 7. Schulstufe hingegen ein Anstieg um 0,2 Punkte. In der 9. Schulstufe gibt es keine Veränderung.

**Abb. 17: Lebenszufriedenheit der Wiener Schüler\*innen, 2010 – 2018, Skala 0 – 10**



**Wirkungsziel 5 zu Altersgruppe B: Lebens- und Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen erhöhen – insbesondere bei vulnerablen Gruppen – und bei besonderen Bedürfnissen verbessern**

Folgende Indikatoren wurden für dieses Wirkungsziel definiert:

- Durchschnittliche Einschätzung der Selbstwirksamkeitserwartung bei 11-, 13- und 15-jährigen Mädchen und Burschen
- Anteil der Geburten durch unter 20-Jährige an allen Lebendgeburten (in %)
- Anteil früher Schul- und Ausbildungsabbrecher\*innen (in %)

## SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG VON SCHÜLER\*INNEN

**Zielwert:** Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung in allen Altersgruppen um mindestens 10 % gegenüber den Werten von 2010 auf einen Wert von rund 3,3

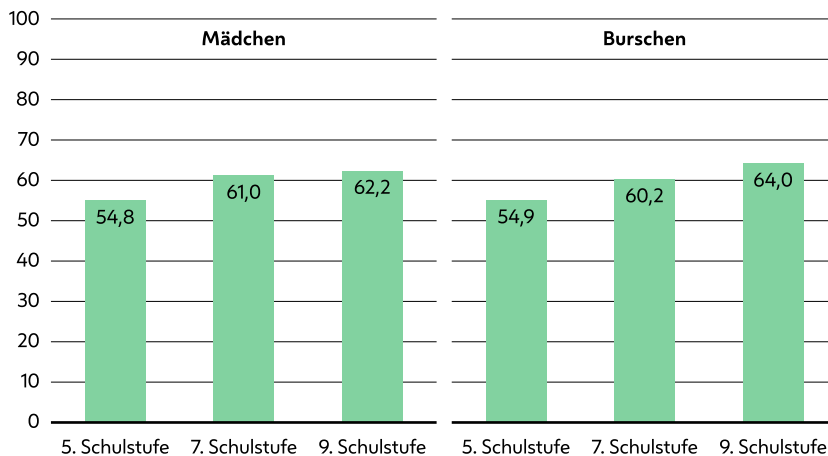
**Grad der Zielerreichung:** Mangels Vergleichbarkeit ist keine Aussage möglich.



2014 wurde die Selbstwirksamkeit im Rahmen der HBSC-Studie nicht erhoben und im Jahr 2018 mit einem anderen Instrument als 2010. Deshalb ist an dieser Stelle kein Trendvergleich möglich. Die aktuellen Werte sehen wie folgt aus:

Bei beiden Geschlechtern steigt die durchschnittliche Einschätzung der Selbstwirksamkeitserwartung mit dem Alter an und ist in der 9. Schulstufe am höchsten. In der 5. Schulstufe wird die Selbstwirksamkeitserwartung von Mädchen mit 54,8 und von Burschen mit 54,9 Punkten bewertet. In der 7. Schulstufe liegt der Wert der Mädchen über jenem der Burschen.

**Abb. 18: Selbstwirksamkeitserwartung der Wiener Schüler\*innen, 2018, Skala 0 – 100**



Quelle: Sonderauswertung HBSC Österreich für Wien durch Gesundheit Österreich, Darstellung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

## GEBURTEN DURCH UNTER 20-JÄHRIGE FRAUEN

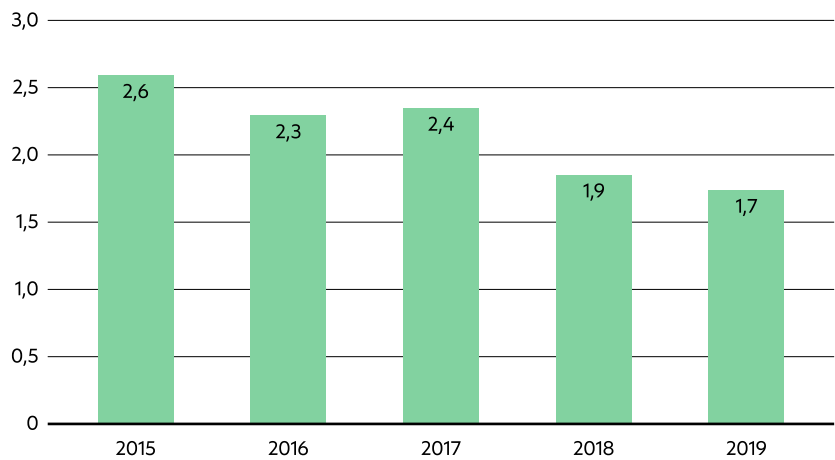
**Zielwert:** Fortführung des positiven rückläufigen Trends bis hin zu einem Wert von 1,4 %



**Grad der Zielerreichung:** Die Tendenz ist als positiv zu bewerten, der rückläufige Trend setzt sich im Vergleich zum Jahr 2015 fort.

Der Anteil der Geburten sinkt im Beobachtungszeitraum. Betrag der Anteil 2015 noch 2,6 %, liegt er aktuell bei 1,7 %.

**Abb. 19: Anteil der Geburten durch unter 20-jährige Frauen in Wien, 2015 – 2019, in %**



Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, inkl. im Ausland Geborene von Müttern mit Wohnsitz in Österreich, Stand September 2020, Darstellung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

## FRÜHE SCHUL- UND AUSBILDUNGSABBRECHER\*INNEN

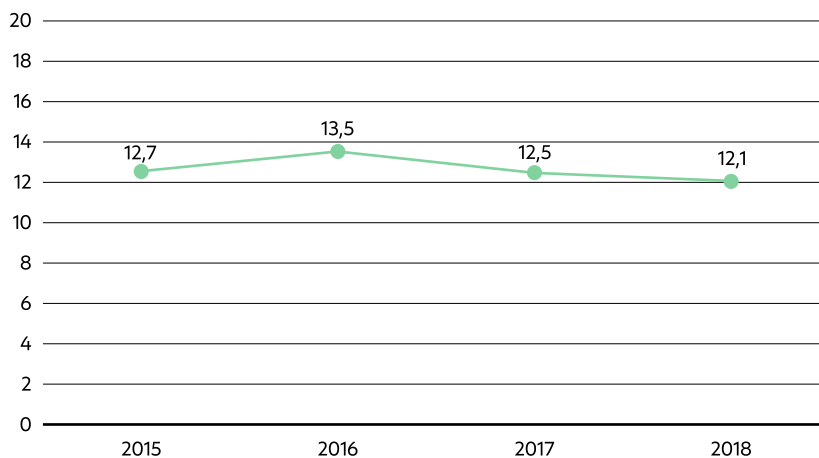
**Zielwert:** Reduktion auf einen Anteil von 8,1% (Zielwert aus dem Qualifikationsplan Wien)



**Grad der Zielerreichung:** Der Anteil der frühen Schul- und Ausbildungsabbrecher\*innen sinkt in Wien, die Tendenz ist als positiv einzuschätzen.

Zwischen 2015 und 2019 kam es zu einem Rückgang der Quote früher Ausbildungsabbrecher\*innen in Wien: Die letztverfügbaren Werte aus dem Jahr 2018 weisen eine Quote von 12,1% aus. Im Referenzjahr 2015 betrug die Quote 12,7 %.

**Abb. 20: Anteil der frühen Schul- und Ausbildungsabbrecher\*innen (FABA-Quote) in Wien, 2015 – 2019, in %**



Quelle: Statistik Austria, Monitoring der Ausbildung bis 18 im Auftrag des BMAFJ.  
Anm.: Frühe Ausbildungs-AbbrecherInnen (FABA) sind als Personen im Alter von 15 bis 17 Jahren definiert, die zum Stichtag 31.10. des jeweiligen Jahres einen Hauptwohnsitz in Österreich haben, keine Ausbildung besuchen, keine Pension beziehen und höchstens einen Pflichtschulabschluss besitzen. Es handelt sich dabei um eine Annäherung an die internationale Definition der Early School Leavers. Anteil der FABA an der jeweiligen Gesamtbevölkerung. Darstellung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

**Wirkungsziel 6 zu Altersgruppe B: Anteil der Jugendlichen ohne substanzgebundene und nichtsubstanzgebundene Süchte erhöhen**

Folgende Indikatoren wurden für dieses Wirkungsziel definiert:

- Anteil der 15-jährigen Mädchen und Burschen, die täglich rauchen (in %)
- Anteil der 15-jährigen Mädchen und Burschen, die täglich Alkohol trinken (in %)

**RAUCHVERHALTEN VON SCHÜLER\*INNEN**

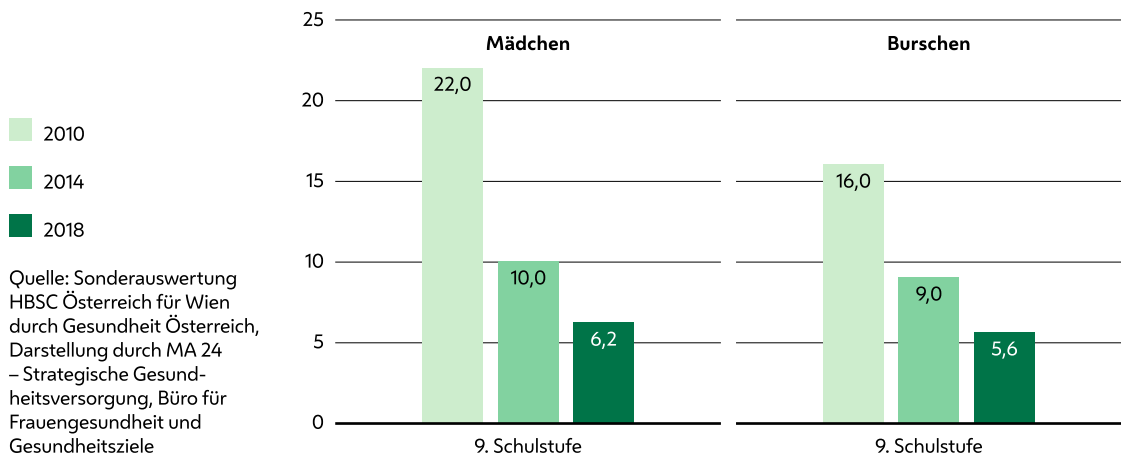
**Zielwert:** Reduktion auf maximal 15 % bei gleichzeitiger Reduktion des Geschlechterunterschieds

**Grad der Zielerreichung:** Die Anteile der täglich rauchenden Schüler\*innen sinken bei beiden Geschlechtern. Die Entwicklung ist als positiv einzustufen.



Sowohl 2010 als auch 2018 gaben mehr 15-jährige Mädchen als Burschen an, täglich zu rauchen. Betrug der Anteil täglich rauchender Schülerinnen 2010 noch 22 %, ist er im Jahr 2018 auf 6,2 % gesunken. Auch der Anteil täglich rauchender Burschen verringert sich, und zwar von 16 % im Jahr 2010 auf aktuell 5,6 %.

**Abb. 21: Anteil der 15-jährigen Wiener Schüler\*innen, die täglich rauchen, 2010 – 2018, in %**



## ALKOHOLKONSUM VON SCHÜLER\*INNEN

**Zielwert:** Reduktion auf 0 % bei gleichzeitiger Reduktion des Geschlechterunterschieds



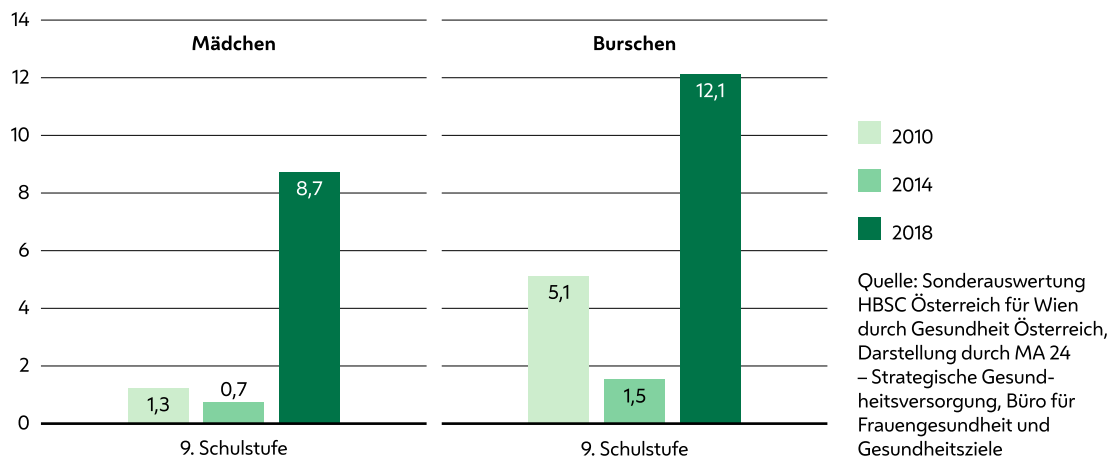
**Grad der Zielerreichung:** Anstieg bei beiden Geschlechtern, die Tendenz ist daher als negativ einzustufen.

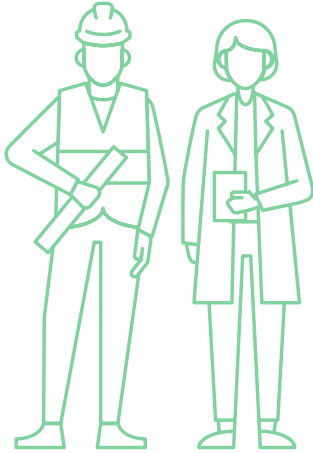
Die Anteile der 15-jährigen Mädchen und Burschen, die angaben, täglich Alkohol zu konsumieren, steigen bei beiden Geschlechtern seit 2010. Betrug der Anteil der Mädchen 2010 noch 1,3 %, so liegt er aktuell bei 8,7 %. Bei Burschen vergrößerte sich der Wert von 5,1 % auf 12,1 %.

Der enorme Anstieg verwundert. Auf Nachfrage erhielten die Autorinnen des Berichts dazu folgende Hintergrundinformation: Da die Wiener Stichprobe klein ist, fallen einzelne (Fehl-)Angaben mehr ins Gewicht. Es wäre zu überlegen, den Indikator auf den wöchentlichen Konsum von Alkohol zu erweitern, da dieser aussagekräftiger ist.<sup>2</sup>

2) Die Autorinnen danken Rosemarie Felder-Puig (GÖG) für die hilfreichen ergänzenden Informationen.

**Abb. 22: Anteil der Wiener Schüler\*innen, die täglich Alkohol trinken, 2010 – 2018, in %**





# Wiener Gesundheitsziel 2

## Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt stärken

Das Setting Arbeitswelt beeinflusst die Gesundheit wesentlich. Arbeitsbedingungen und Arbeitsklima wirken dabei sowohl auf psychischer als auch auf physischer Ebene. Erwerbsarbeitslosigkeit auf der anderen Seite hat Auswirkungen auf die Gesundheit der betroffenen Personen.

### Wirkungsziele

- **Wirkungsziel 1:** Gesundheit in Wiener Betrieben fördern, insbesondere in Kleinbetrieben inklusive Ein-Personen-Unternehmen
- **Wirkungsziel 2:** Alter(n)sgerechte Arbeit in Wiener Betrieben fördern (lebensphasengerecht: Schwerpunkte 50+ und junge Arbeitnehmer\*innen)
- **Wirkungsziel 3:** Psychosoziale Gesundheit bei Erwerbstätigen stärken
- **Wirkungsziel 4:** Gesundheit von Bezieher\*innen der Mindestsicherung und beschäftigungslosen Menschen stärken – unter Berücksichtigung jugendlicher Arbeitsloser

### Indikatoren

Die Wirkungsziele wurden anhand verschiedener Indikatoren konkretisiert, die nachfolgend im Detail analysiert werden.

### Wirkungsziel 1: Gesundheit in Wiener Betrieben fördern, insbesondere in Kleinbetrieben inklusive Ein-Personen-Unternehmen

Folgende Indikatoren wurden für dieses Wirkungsziel definiert:

- Anzahl der Personen, die in einem Wiener Unternehmen arbeiten, das ein gültiges BGF-Gütesiegel hat, gemessen an allen Wiener Arbeitnehmer\*innen
- Arbeitsunfälle (bzw. Schadensfälle in der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, AUVA) pro 1.000 Erwerbstätige

## PERSONEN IN WIENER UNTERNEHMEN MIT GÜLTIGEM BGF-GÜTESIEGEL<sup>3</sup>

**Zielwert:** 25 % der Wiener Arbeitnehmer\*innen<sup>4</sup> sind in einem Unternehmen tätig, das qualitätsgesicherte betriebliche Gesundheitsförderung durchführt.

**Grad der Zielerreichung:** Der Anteil an Arbeitnehmer\*innen in BGF-Gütesiegel-Betrieben steigt, die Entwicklung ist als positiv einzustufen.

Im Jahr 2015 waren 9,6 % der Wiener Arbeitnehmer\*innen in einem BGF-Gütesiegel-Betrieb beschäftigt. 2019 stieg dieser Anteil auf 13,3 %.



3) Das BGF-Gütesiegel wird vom Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung für die Dauer von drei Jahren verliehen und kann dann erneut beantragt werden.

4) Unter Arbeitnehmer\*innen werden selbstständig Beschäftigte (Angestellte und Arbeiter\*innen), geringfügig Beschäftigte und Lehrlinge subsumiert.

## ARBEITSUNFÄLLE

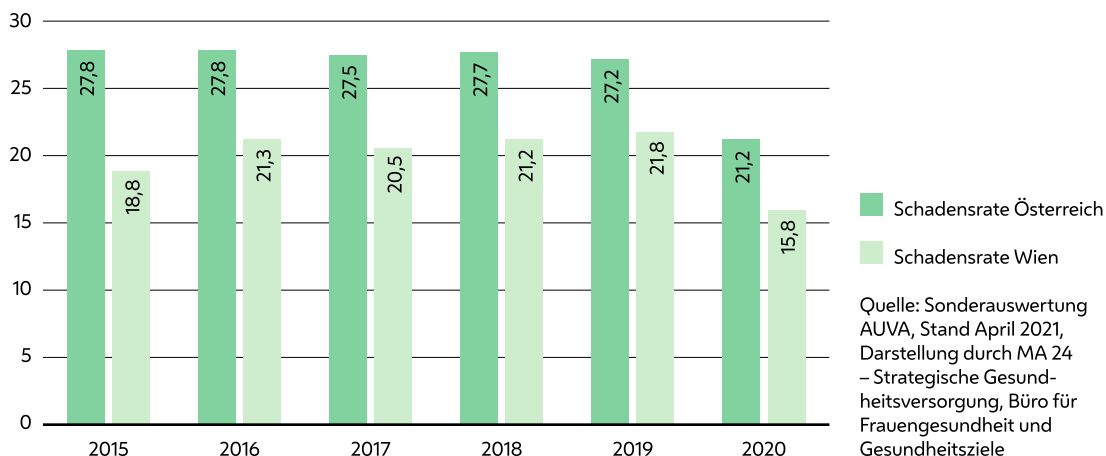
**Zielwert:** Reduktion der Anzahl der Arbeitsunfälle in gleichbleibendem Maße

**Referenzwert 2013:** 25 Arbeitsunfälle je 1.000 Wiener Erwerbstätige

**Grad der Zielerreichung:** Die Entwicklung ist als positiv zu bewerten. Die Anzahl der anerkannten Arbeitsunfälle sinkt in Wien. Im Jahr 2020 ist auch ein Effekt durch die Corona-Pandemie zu berücksichtigen.

Sowohl in Wien als auch in Gesamtösterreich sinkt im Betrachtungszeitraum 2015 – 2020 die Anzahl der anerkannten Arbeits- und Wegunfälle. Besonders auffallend ist natürlich der Rückgang im Jahr 2020, der mit der Corona-Pandemie zusammenhängen dürfte. Erstreckt sich die Analyse nur auf den Zeitraum bis 2019, zeigt sich im Vergleich zu 2015 ein Anstieg.

**Abb. 23: Anerkannte Arbeits- und Wegunfälle auf 1.000 Beschäftigungsverhältnisse in Wien und Österreich, 2015 – 2020, in %**



## Wirkungsziel 2: Alter(n)sgerechte Arbeit in Wiener Betrieben fördern (lebensphasengerecht: Schwerpunkte 50+ und junge ArbeitnehmerInnen)

Folgende Indikatoren wurden für dieses Wirkungsziel definiert:

- Beschäftigungsquote der über 50-jährigen Frauen und Männer (in %) nach dem Wohnortprinzip und der Berechnungsmethode der MA 23 (Erwerbsquote exkl. Arbeitslose)
- Jugendarbeitslosigkeit 15- bis 24-Jähriger (in %)

### BESCHÄFTIGUNGSQUOTE DER ÜBER 50-JÄHRIGEN FRAUEN UND MÄNNER

**Zielwert:** Steigerung um mindestens 10 % gegenüber den Werten von 2013 bei gleichzeitiger Reduktion des Geschlechterunterschieds

**Referenzwerte 2013:** Frauen 68,8 %, Männer 64,4 %

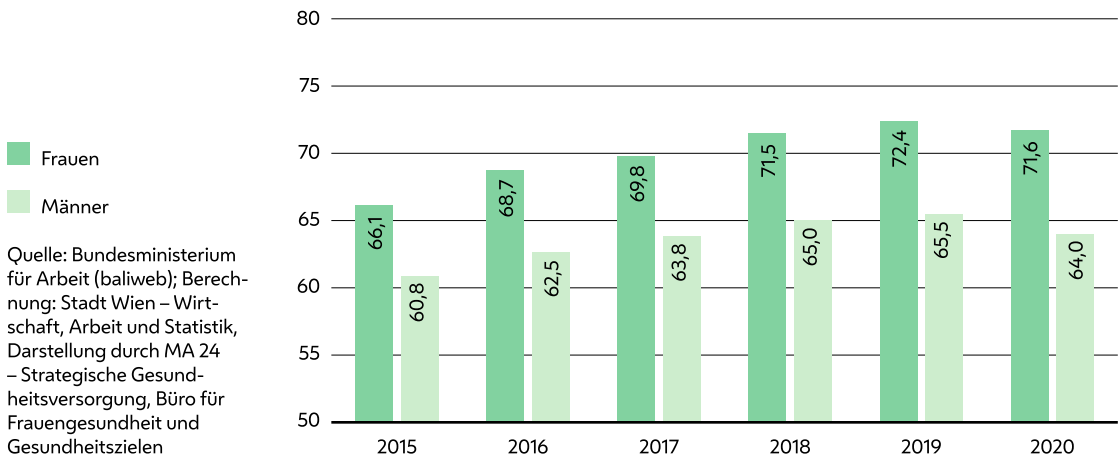


**Grad der Zielerreichung:** Die Beschäftigungsquote der über 50-jährigen Frauen und Männer ist im Beobachtungszeitraum gestiegen: die der Frauen um 5,5 %, jene der Männer um 3,6 %. Die Tendenz ist damit als positiv einzustufen.

5) Anmerkung von Stadt Wien – Wirtschaft, Arbeit und Statistik: Es gab eine Revision der Selbstständigen-Daten für das Jahr 2015, wodurch sich die Zahl der selbstständigen Frauen stark und die der selbstständigen Männer leicht verringerte. Dies wirkt sich natürlich auch auf die Beschäftigungsquoten dieses Jahres aus.

Die Beschäftigungsquote der über 50-jährigen Frauen erhöht sich von 66,1 % im Jahr 2015 auf 71,6 % im Jahr 2020. Jene der Männer verzeichnet im gleichen Zeitraum einen Zuwachs von 60,8 % auf 64,4 %.<sup>5</sup>

**Abb. 24: Beschäftigungsquote der über 50-jährigen Frauen und Männer in Wien nach dem Wohnortprinzip und der Berechnungsmethode der MA 23, 2015 – 2020, in %**



## JUGENDARBEITSLOSIGKEIT

**Zielwert:** Senkung der Arbeitslosenquote um 2 %

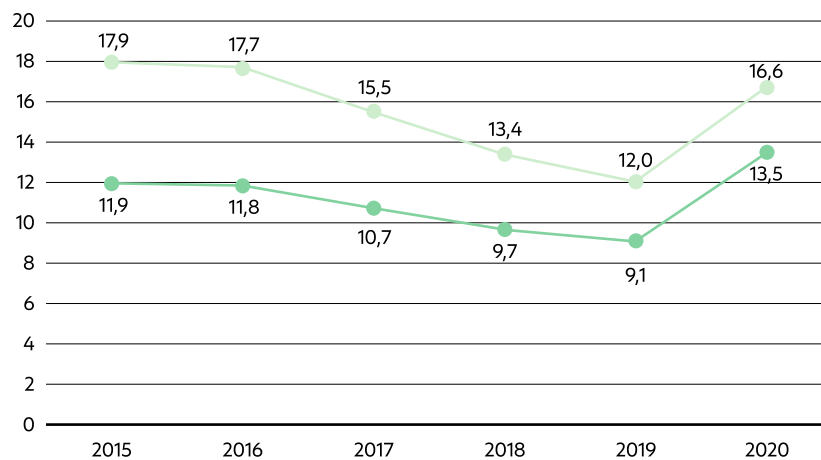
**Grad der Zielerreichung:** Die Arbeitslosenquote der unter 25-Jährigen in Wien steigt im Beobachtungszeitraum bei den Frauen um 1,6 % an, bei Männern sinkt sie um 1,3 %. Die Tendenz bei Frauen ist als negativ zu bewerten, bei Männern als positiv. Im Jahr 2020 ist auch ein Effekt durch die Corona-Pandemie zu berücksichtigen.



Die Arbeitslosenquote von Frauen unter 25 Jahren liegt in Wien im Jahr 2020 bei 9,1 %, bei Männern der gleichen Altersgruppe bei 16,6 %. Wird das Pandemiejahr 2020 nicht berücksichtigt, zeigt sich bei beiden Geschlechtern ein Rückgang der Arbeitslosenquoten: Zwischen 2015 und 2019 sank die Arbeitslosenquote bei Frauen um 23,5 % und bei Männern um rund 33 %.

Hinsichtlich der Entwicklung zwischen 2019 und 2020 jedoch lässt sich bei beiden Geschlechtern ein Anstieg beobachten, der bei Frauen höher ausfällt (+48 %) als bei Männern (+38 %).

**Abb. 25: Arbeitslosenquote der unter 25-Jährigen nach Geschlecht in Wien, 2015 – 2020, in %**



● Frauen  
● Männer

Quelle: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (baliweb); Auswertung durch Stadt Wien – Wirtschaft, Arbeit und Statistik  
Anm.: Jahresdurchschnittsdaten, Darstellung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

### Wirkungsziel 3: Psychosoziale Gesundheit bei Erwerbstätigen stärken

Folgende Indikatoren wurden für dieses Wirkungsziel definiert:

- Frühpensionierungen der 50- bis 65-jährigen Wiener\*innen in der Form von Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspensionen inkl. Rehabilitationsgeld aufgrund psychiatrischer Erkrankungen pro 100.000 Erwerbstätiger dieser Altersgruppe
- Krankenstandsfälle aufgrund psychischer und/oder Verhaltensstörungen pro 1.000 Versicherte der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK)
- Durchschnittliche Einschätzung der psychischen und sozialen Lebensqualität von 20- bis 64-jährigen erwerbstätigen Frauen und Männern

## FRÜHPENSIONIERUNGEN AUFGRUND PSYCHIATRISCHER ERKRANKUNGEN

**Zielwert:** Kein Zielwert formuliert, Beobachtung der Entwicklung

**Angepasste Referenzwerte 2014:** 50- bis 65-jährige Frauen 581,7 pro 100.000 Erwerbstätige dieser Altersgruppe; 50- bis 65-jährige Männer 551,6 pro 100.000 Erwerbstätige dieser Altersgruppe



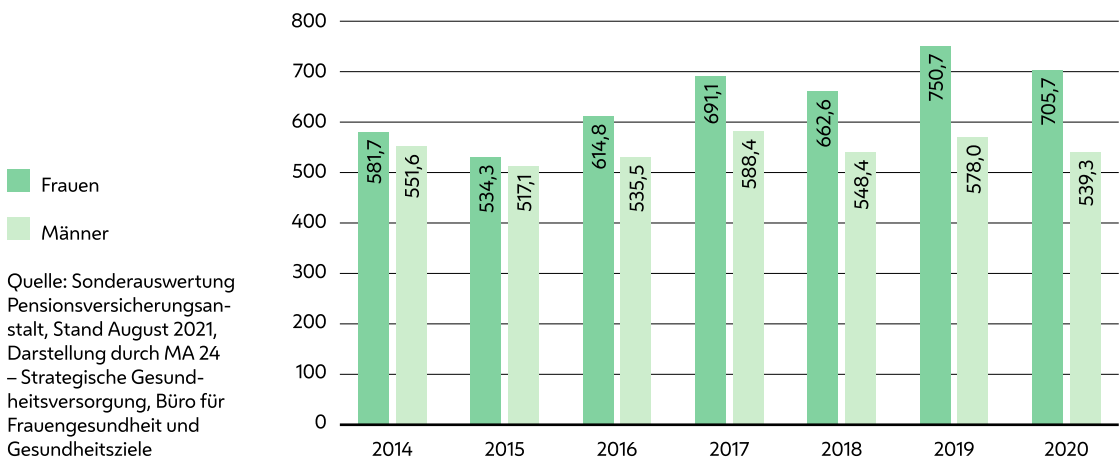
**Grad der Zielerreichung:** Im Zeitraum 2014 – 2019 ist ein Anstieg der Neuzugänge bei Frauen und Männern zu verzeichnen. Wird 2020 miteinberechnet, gibt es einen Anstieg der Neuzugänge bei Frauen und einen Rückgang bei Männern.

6) Die Autorinnen danken dem Leiter der Statistikabteilung der Pensionsversicherungsanstalt Mag. Franz Hollarek für seine hilfreichen Ergänzungen und Auswertungen.

Im Baseline-Bericht wurden nur die Neuzugänge zur Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspension berücksichtigt. Für eine langfristige Vergleichbarkeit der Daten ist es erforderlich, den Indikator zu adaptieren und das Rehabilitationsgeld miteinzubeziehen.<sup>6</sup> Dieser Bericht folgt damit der Empfehlung von Mag. Franz Hollarek, der die Autorinnen des Berichts im Rahmen einer Sonderauswertung mit wichtigen Informationen unterstützt hat.

Das Rehabilitationsgeld (Rehageld) wurde mit 1. Jänner 2014 eingeführt und ist eine finanzielle Unterstützung für Personen, für die eine vorübergehende, mindestens sechs Monate andauernde Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit festgestellt wurde. Weitere Anspruchsvoraussetzung ist, dass Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation nicht zumutbar oder zweckmäßig sind. Diese Unterstützungsform steht für Geburtsjahrgänge ab 1964 zur Verfügung (ÖKG online, PVA online).

**Abb. 26: Frühpensionierungen der 50- bis 65-jährigen Wiener\*innen (Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspensionen sowie Rehabilitationsgeld) aufgrund psychiatrischer Erkrankungen, 2014 – 2020, pro 100.000 Erwerbstätige dieser Altersgruppe**



Wie Abbildung 26 zeigt, erhöht sich zwischen 2014 und 2019 die Anzahl der Frühpensionierungen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen. Mehr Frauen als Männern wird eine Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension sowie Reha-geld zuerkannt. Auch der Anstieg ist bei Frauen mit +29 % in diesem Zeitraum höher als bei Männern (+4,8 %).

Mag. Franz Hollarek, der das durch die Zeitreihe ab 2012 bestätigt, weist darauf hin, dass es „Brüche“ nur im Jahr 2014 und 2020 gab. 2014 wurde das Reha-geld eingeführt, wodurch es zu einem verstärkten Zustrom zur Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspension kam. Im Jahr 2020 sind insgesamt weniger Zugänge bei Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen sowie beim Reha-geld zu verzeichnen. Die Ursachen werden in den vermehrten Todesfällen von potenziellen Pensionszugängen aufgrund von COVID-19 vermutet sowie in der Einführung der Kurzarbeit, wodurch mehr Beschäftigte im Job gehalten werden konnten.

Wird die Entwicklung 2014 – 2020 analysiert, zeigt sich ein Rückgang der Neuzugänge bei Männern (-2,2 %) und ein Anstieg bei Frauen (+21,3 %).

Im zweiten Berichtsteil werden auf Basis eines Expert\*innenworkshops mögliche Ursachen für diese Entwicklung und Handlungsempfehlungen für diesen Indikator diskutiert.

## KRANKENSTANDSFÄLLE AUFGRUND PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN

**Zielwert:** Der Anteil soll – insbesondere bei Frauen – eingebremst werden.

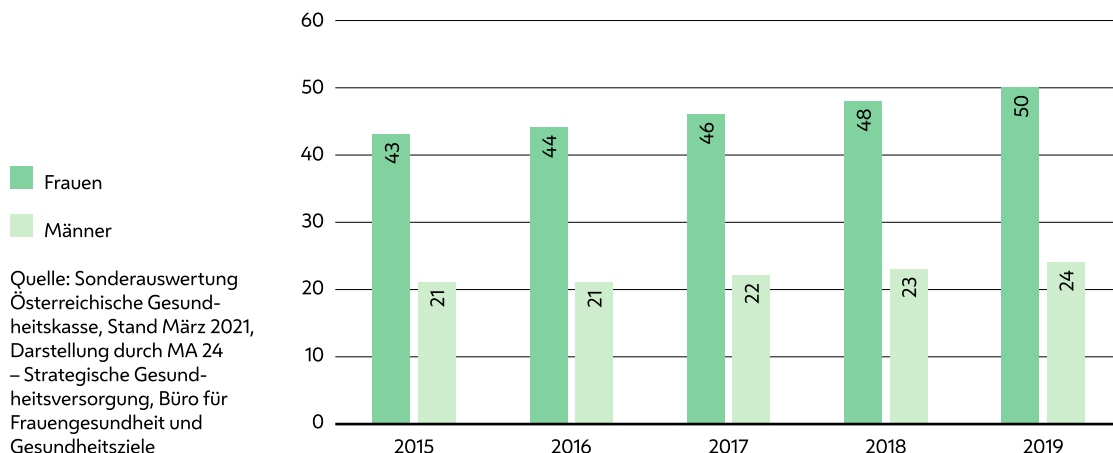
**Referenzwerte 2013:** Frauen 40 pro 1.000 ÖGK-Versicherte, Männer 19 pro 1.000 ÖGK-Versicherte

**Grad der Zielerreichung:** Der Anteil steigt im Betrachtungszeitraum bei Frauen und bei Männern an. Der Zuwachs ist bei Männern höher als bei Frauen. Insgesamt ist die Tendenz als negativ zu bewerten.



Im Jahr 2019 gibt es, bezogen auf 1.000 Versicherte, aufgrund von psychischen Ursachen rund doppelt so viele Krankenstandsfälle bei Frauen wie bei Männern. Bei beiden Geschlechtern erhöhen sich die Krankenstandszahlen im Beobachtungszeitraum, wobei der Anstieg bei Männern höher (+18,8 %) ist als bei Frauen (+16,8 %).

**Abb. 27: Krankenstandsfälle aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen nach Geschlecht in Wien, 2015 – 2019, pro 1.000 ÖGK-Versicherte**



In Hinblick auf die Referenzwerte aus dem Jahr 2013 lässt sich ebenfalls ein Anstieg bei beiden Geschlechtern feststellen, der sowohl bei Frauen (+23,9 %) als auch bei Männern (+28,7 %) noch höher ausfällt.

Im zweiten Berichtsteil werden mögliche Ursachen für den Anstieg und Handlungsempfehlungen für diesen Indikator diskutiert.

## PSYCHISCHE UND SOZIALE LEBENSQUALITÄT VON ERWERBSTÄTIGEN

**Zielwert:** Steigerung der psychischen und sozialen Lebensqualität um 5 Skalenpunkte (von 100 möglichen) gegenüber den Werten von 2006/2007 bei gleichzeitiger Reduktion des Geschlechterunterschieds

### Referenzwerte 2006/2007

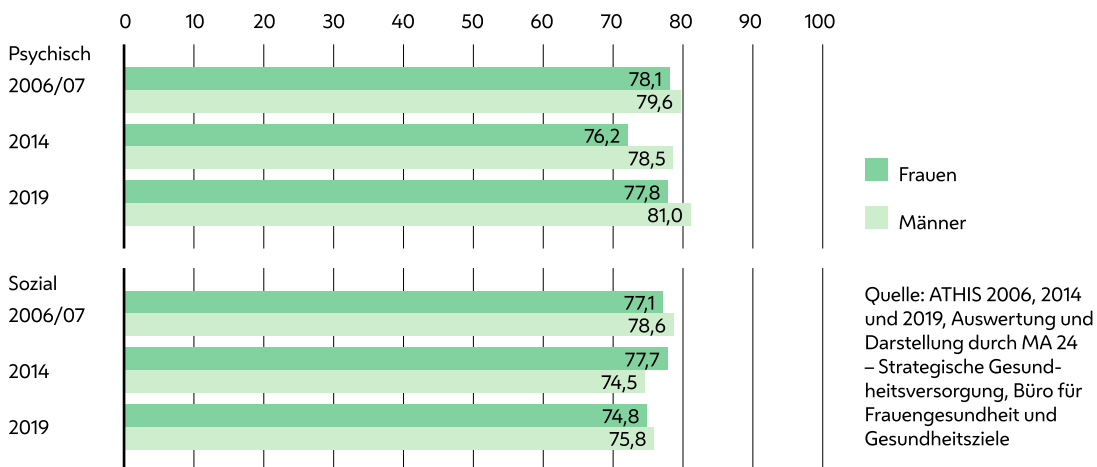
- Psychische Lebensqualität: Frauen 78,1 Punkte; Männer 79,6 Punkte
- Soziale Lebensqualität: Frauen 77,1 Punkte; Männer 78,6 Punkte



**Grad der Zielerreichung:** Im Vergleich zu den Referenzwerten sinkt die psychische Lebensqualität bei Frauen und steigt bei Männern. Die soziale Lebensqualität sinkt bei Frauen und Männern. Die Tendenz ist bei der psychischen Lebensqualität bei Frauen als negativ, bei Männern als positiv einzuschätzen. Bei der sozialen Lebensqualität ist die Tendenz bei Frauen und Männern als negativ zu bewerten.

2019 beträgt die psychische Lebensqualität bei Frauen 77,8 und bei Männern 81 Punkte. Das entspricht einem Rückgang von 0,3 % bei Frauen und einem Anstieg um 1,4 % bei Männern. Die soziale Lebensqualität beträgt aktuell bei Frauen 74,8 und bei Männer 75,8 Punkte, was einem Rückgang um 2,3 % bzw. 2,8 % gleichkommt.

**Abb. 28: Durchschnittliche Einschätzung der psychischen und sozialen Lebensqualität von 20- bis 64-jährigen erwerbstätigen Frauen und Männern in Wien, 2006 – 2019, Skala 0 – 100**



**Wirkungsziel 4: Gesundheit von Bezieher\*innen der Mindestsicherung und beschäftigungslosen Menschen stärken – unter Berücksichtigung jugendlicher Arbeitsloser**

Folgende Indikatoren wurden für dieses Wirkungsziel definiert:

- Anteil von Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (exkl. Behinderungen)
- Ausgaben der Krankenversicherung für medizinische Rehabilitation, Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung sowie Gesundheitsförderung für Mindestsicherungsbezieher\*innen

**ARBEITSSUCHENDE MIT GESUNDHEITLICHEN VERMITTLUNGSEINSCHRÄNKUNGEN**

**Zielwert:** Senkung

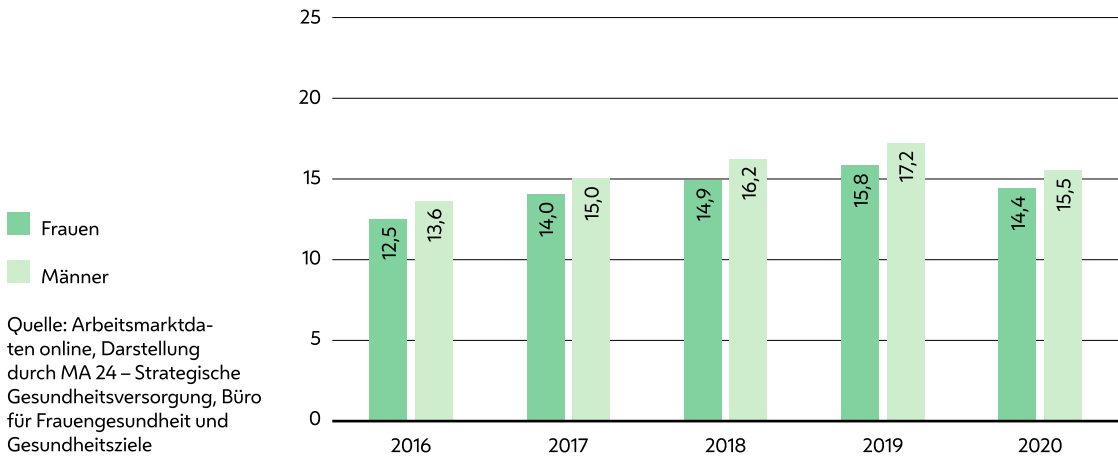
**Referenzwerte 2014:** Frauen 12,7 %, Männer 14,2 %

**Grad der Zielerreichung:** Die Anteile steigen bei beiden Geschlechtern. Die Tendenz ist daher als negativ zu bewerten.



Der Anteil an arbeitssuchenden Frauen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (exkl. Behinderungen) beträgt 2020 bei Frauen 14,4 % und bei Männern 15,5 %. Im Betrachtungszeitraum ist der Anteil der Männer durchwegs höher als jener der Frauen. Der Zuwachs ist bei Frauen höher (+15,1%) als bei Männern (+14,6 %). Wird das Pandemiejahr 2020 nicht berücksichtigt, sind die Anteile bzw. Anstiege noch höher: 2019 betrug der Anteil bei Frauen 15,8 % (+26 %) und bei Männern 17,2 % (+26,8 %).

**Abb. 29: Anteil Arbeitssuchender mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen exkl. Behinderungen nach Geschlecht in Wien, 2016 – 2020, in %**



In Hinblick auf die Referenzwerte aus dem Jahr 2014 ergibt sich unter Berücksichtigung des Pandemiejahres eine Steigerung des Anteils bei Frauen um 13 % und bei Männern um 9 %.

Im zweiten Berichtsteil werden mögliche Ursachen für diese Anstiege und Handlungsempfehlungen für diesen Indikator diskutiert.

## AUSGABEN DER KRANKENVERSICHERUNG FÜR MINDESTSICHERUNGSBEZIEHER\*INNEN

7) Siehe Baseline-Bericht (Hametner et al. 2017, S. 61)

**Zielwert:** Kein Zielwert formuliert, Beobachtung der Entwicklung<sup>7</sup>



**Grad der Zielerreichung:** Die Aufwendungen der Krankenversicherung steigen im Beobachtungszeitraum in allen ausgewählten Kategorien.

**Abb. 30: Ausgewählte Aufwendungen der Krankenversicherung in Wien für Mindestsicherungsbezieher\*innen, 2015 und 2019**

Quelle: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Stand Mai 2021, Darstellung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

Beträge in Tausend Euro	2015	2019
Medizinische Rehabilitation	1.438	2.133
Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung	15	95
Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung	649	1.135

Der enorme Anstieg insbesondere in der Kategorie Früherkennung verwundert, kann aber weder durch Änderungen in den Leistungen noch durch eine Veränderung in der Anzahl der Bezieher\*innen erklärt werden. Die Anzahl der Personen sowie der Bedarfsgemeinschaften, die Mindestsicherung beziehen, sinkt in Wien. Im Bundesländervergleich weist Wien aber den geringsten Rückgang an Bezieher\*innen auf.

**Abb. 31: Bezieher\*innen der Mindestsicherung, 2015 – 2019**

Anzahl der Personen und Bedarfsgemeinschaften sowie Höhe der Ausgaben in der Mindestsicherung 2013 – 2019 <sup>1</sup>	2015	2016	2017	2018	2019	Veränderung 2015 – 2019	
						absolut	relativ
<b>Personen</b>							
Österreich	284.374	307.533	307.854	289.646	267.683	-16.691	-5,87 %
Burgenland	3.776	3.851	3.775	3.257	3.001	-775	-20,52 %
Kärnten <sup>2</sup>	5.498	6.209	6.521	6.711	6.356	858	15,61 %
Niederösterreich	26.551	30.566	28.798	25.620	24.349	-2.202	-8,29 %
Oberösterreich	19.587	20.379	20.421	18.941	16.252	-3.335	-17,03 %
Salzburg	14.358	14.728	13.929	12.967	11.577	-2.781	-19,37 %
Steiermark <sup>3</sup>	28.704	28.702	27.784	25.455	22.904	-5.800	-20,21 %
Tirol	15.914	16.536	17.486	16.232	15.413	-501	-3,15 %
Vorarlberg <sup>3</sup>	11.611	13.078	13.623	13.180	12.084	473	4,07 %
<b>Wien</b>	<b>158.375</b>	<b>173.484</b>	<b>175.517</b>	<b>167.283</b>	<b>155.747</b>	<b>-2.628</b>	<b>-1,66 %</b>
<b>Bedarfsgemeinschaften<sup>4</sup></b>							
Österreich	168.447	182.173	184.986	172.447	154.058	-14.389	-8,54 %
Burgenland	2.199	2.253	2.180	1.835	1.733	-466	-21,19 %
Kärnten	4.175	4.437	4.193	4.176	3.956	-219	-5,25 %
Niederösterreich	13.816	15.293	13.819	12.200	11.428	-2.388	-17,28 %
Oberösterreich	11.606	12.256	11.389	10.530	9.266	-2.340	-20,16 %
Salzburg	8.527	8.659	8.278	7.599	6.736	-1.791	-21,00 %
Steiermark	14.509	14.922	14.219	13.128	11.925	-2.584	-17,81 %
Tirol	9.470	9.636	10.166	9.102	8.096	-1.374	-14,51 %
Vorarlberg	5.383	6.053	6.080	5.751	5.160	-223	-4,14 %
<b>Wien</b>	<b>98.762</b>	<b>108.664</b>	<b>114.662</b>	<b>108.126</b>	<b>95.758</b>	<b>-3.004</b>	<b>-3,04 %</b>

Quelle: Statistik Austria, Mindestsicherungsstatistik. Darstellung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

Anm.:

1) Jeweils Jahressummen.

2) 2018 mit Vorjahr(en) wegen der Umstellung von der Aggregat- auf die Individualdatenlieferung nicht vollständig vergleichbar.

3) Einschließlich der nicht unterstützten Kinder in Bedarfsgemeinschaften mit Mindestsicherungsbezug.

4) Die Bedarfsgemeinschaft ist die Einheit der Leistungsbemessung in der Mindestsicherung. Eine Bedarfsgemeinschaft kann eine oder mehrere Personen umfassen; ein Haushalt kann aus mehr als einer Bedarfsgemeinschaft bestehen.

# Wiener Gesundheitsziel 3

## Selbstständigkeit und Lebensqualität bis ins hohe Alter fördern

Mit den Wiener Gesundheitszielen soll der Rahmen für ein langes, durch Selbstbestimmung geprägtes Leben in möglichst guter Gesundheit geschaffen werden.

### Wirkungsziele

- **Wirkungsziel 1:** Differenzierte, bedarfsgerechte Wohnformen im Hinblick auf selbstbestimmtes, leistbares Wohnen fördern
- **Wirkungsziel 2:** Eine sinnhafte soziale, politische, ökonomische, kulturelle Teilhabe an der Lebenswelt für ältere und alte Menschen ermöglichen
- **Wirkungsziel 3:** Physische und psychische Gesundheit bis ins hohe Alter fördern
- **Wirkungsziel 4:** Chancengleichheit im Zugang zu sektorenübergreifender geriatrischer Rehabilitation und Remobilisation schaffen, um bleibende Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern

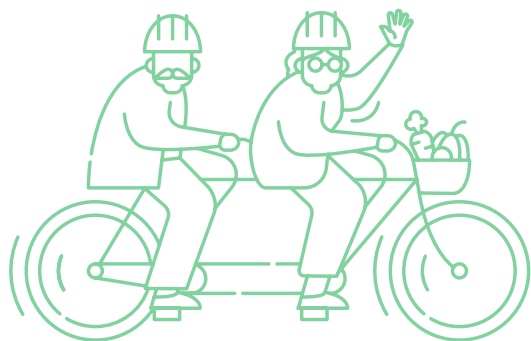
### Indikatoren

Die Wirkungsziele wurden anhand verschiedener Indikatoren konkretisiert, die nachfolgend im Detail analysiert werden.

### Wirkungsziel 1: Differenzierte, bedarfsgerechte Wohnformen im Hinblick auf selbstbestimmtes, leistbares Wohnen fördern

Folgende Indikatoren wurden für dieses Wirkungsziel definiert:

- Anteil der pflegebedürftigen Menschen (Pflegegeldbezieher\*innen), die nicht stationär versorgt werden
- Anteil der Personen, die in alternativen Wohnformen (mobil versorgte Senior\*innen-WGs) untergebracht sind, an allen auf Wohn- und Pflegeplätzen untergebrachten Menschen in Wien



## PFLEGEBEDÜRFTIGE PERSONEN, DIE NICHT STATIONÄR VERSORGT WERDEN

**Zielwert:** Steigerung; Zielwert-Anpassung an Projekt „Strategiepapier Pflege“

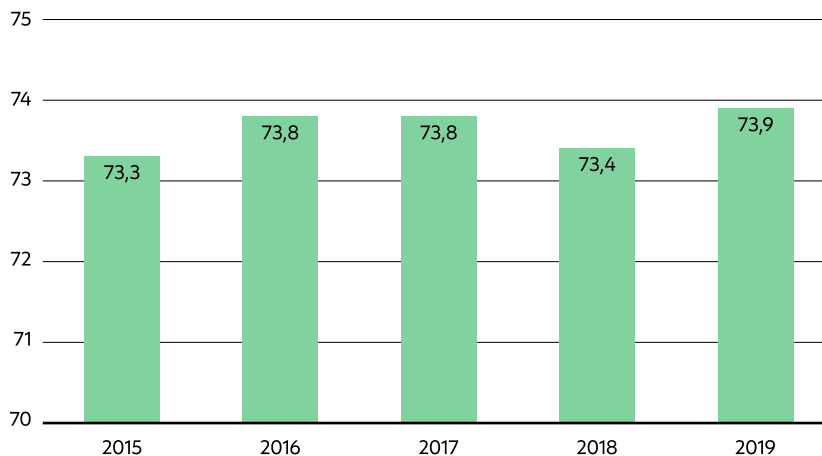
**Referenzwert 2012:** 73,5 %

**Grad der Zielerreichung:** Der Anteil der nicht stationär versorgten pflegebedürftigen Personen in Wien steigt im Beobachtungszeitraum. Die Tendenz ist als positiv einzuschätzen.



Im Beobachtungszeitraum erhöht sich der Anteil der pflegebedürftigen Menschen, die nicht stationär versorgt werden, um 0,8 %. Im Hinblick auf den Referenzwert aus dem Jahr 2012 ergibt sich ebenfalls ein Anstieg (+0,4 %).

**Abb. 32: Anteil an Pflegegeldbezieher\*innen in Wien, die nicht stationär versorgt werden, 2015 – 2019, in %**



Quelle: Sonderauswertung Fonds Soziales Wien, Stand März 2021, Darstellung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

## PERSONEN IN ALTERNATIVEN WOHNFORMEN

**Zielwert:** Steigerung; Zielwert-Anpassung an Projekt „Strategiepapier Pflege“

**Referenzwert 2013:** 1,1 %

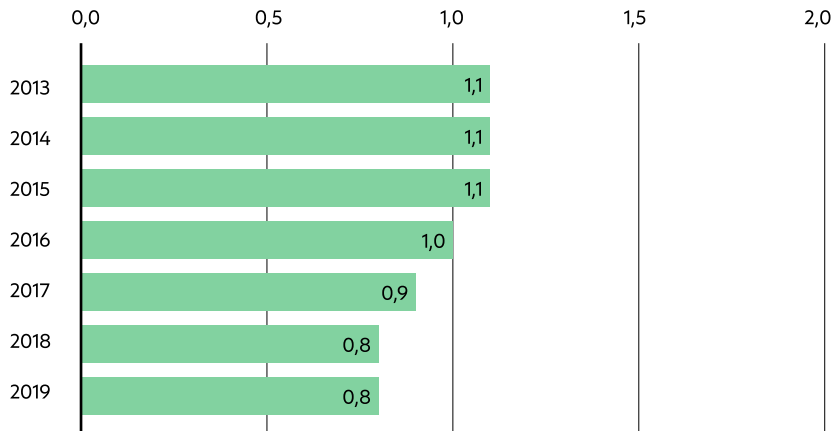
**Grad der Zielerreichung:** Der Anteil der Personen, die in alternativen Wohnformen (mobil versorgte Senior\*innen-WGs) untergebracht sind, an allen auf Wohn- und Pflegeplätzen untergebrachten Menschen in Wien sinkt im Betrachtungszeitraum auf 0,8 %. Im Jahr 2015 bzw. im Referenzjahr 2013 waren es noch 1,1 %, was ein Minus von 24,8 % bedeutet.



Laut Auskunft des Fonds Soziales Wien (FSW) wurde im Baseline-Bericht fälschlicherweise davon ausgegangen, dass die Kund\*innen der mobil versorgten Senior\*innen-WGs in der Zahl der Kund\*innen des Bereichs „Wohnen & Pflege“ enthalten sind. Dies ist jedoch nicht der Fall – sie werden dem mobilen Bereich zugerechnet.

**Abb. 33: Anteil der Personen, die in alternativen Wohnformen untergebracht sind, an allen auf Wohn- und Pflegeplätzen untergebrachten Menschen in Wien, 2013 – 2019, in %**

Quelle: Sonderauswertung Fonds Soziales Wien (FSW), Stand März 2021, Darstellung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele  
Anm.: Kund\*innen auf Wohn- und Pflegeplätzen bzw. stationäre Kund\*innen: Logik wie im Leistungsbericht des FSW 2013, Band 2, S. 18, Summe Kund\*innen Wohnen und Pflege; inkludierte Leistungen: Urlaubspflege, Remobilisation (Kurzzeitpflege), Betreutes Wohnen (1), Sozial betreutes Wohnen für Senior\*innen (2), Pflegeplätze in Wohn- und Pflegeheimen, Pflegeheime mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung für Wiener\*innen, Hausgemeinschaften in Wohn- und Pflegeheimen



**Wirkungsziel 2: Eine sinnhafte soziale, politische, ökonomische, kulturelle Teilhabe an der Lebenswelt für ältere und alte Menschen ermöglichen**

Folgender Indikator wurde für dieses Wirkungsziel formuliert:

- Beschäftigungsquote der über 50-jährigen Frauen und Männer (in %) nach dem Wohnortprinzip und der Berechnungsmethode der MA 23 (Erwerbstätigenquote exkl. Arbeitslose)

Die Erwerbstätigenquote der über 50-Jährigen wurde bereits im Rahmen des Wiener Gesundheitsziels 2 erörtert.

**Wirkungsziel 3: Physische und psychische Gesundheit bis ins hohe Alter fördern**

Folgende Indikatoren wurden für dieses Wirkungsziel formuliert:

- Lebenserwartung in sehr guter oder guter Gesundheit bei über 64-jährigen Frauen und Männern (berechnet auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung ATHIS)
- Anteil der 60- bis 74-jährigen und über 74-jährigen Frauen und Männer, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut beschreiben (in %)
- Anteil der 60- bis 84-jährigen Frauen und Männer mit weniger als drei funktionalen Einschränkungen
- Durchschnittliche Einschätzung der körperlichen, psychischen und sozialen Lebensqualität von 60- bis 84-jährigen Frauen und Männern

## GESUNDE LEBENSERWARTUNG

**Zielwert:** Steigerung der gesunden Lebensjahre um 1,5 Jahre gegenüber dem Wert von 2006/2007

**Referenzwerte 2006/2007:** Frauen 8,9 Jahre, Männer 8,5 Jahre

**Grad der Zielerreichung:** Die fernere Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit im Alter von 65 Jahren steigt zwischen 2006 und 2019. Die Tendenz ist als positiv einzustufen.



Wird der Zeitraum 2006 bis 2019 betrachtet, dann steigt die Lebenserwartung in sehr guter bzw. guter Gesundheit bei beiden Geschlechtern, wobei in absoluten Zahlen der Anteil gesunder Lebensjahre bei Frauen höher liegt als bei Männern. Werden jedoch die Anteile der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre in Prozent berücksichtigt, zeigt sich, dass Frauen 2019 einen geringeren Anteil der ferneren Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit (49,5 %) verbringen als Männer (51,7 %). Den Empfehlungen der Expert\*innengruppe folgend, werden die relativen Angaben als Ergänzung in die Berichte aufgenommen.<sup>8</sup>

8) Für nähere Ausführungen siehe Qualitative Analyse ausgewählter Indikatoren ab S. 89

**Abb. 34: Fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren in Wien und Österreich, 2006 – 2019, in Jahren**

Jahr	Wien		Österreich	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
2006/2007	8,9	8,5	9	8,8
2014	11,1	11,6	11,3	11,4
2019	10,3	9,1	10,2	9,3

Quelle: ATHIS 2006/2007, Klimont & Klotz (2016); Zahlen 2019: Sonderauswertung durch Klimont, März 2021

Zwischen 2014 und 2019 sank die gesunde Lebenserwartung, mögliche Gründe dafür werden im zweiten Berichtsteil (Ergebnisdarstellung und -analyse) diskutiert.

## SELBST EINGESCHÄTZTER GESUNDHEITZUSTAND

**Zielwert:** Steigerung der Werte in beiden Altersgruppen und Geschlechtern um zumindest 10 % gegenüber den Werten von 2006/2007

**Referenzwerte 2006/2007**

- Altersgruppe 60- bis 74-Jährige: Frauen 59,5 %, Männer 52,3 %
- Altersgruppe über 74-Jährige: Frauen 31,4 %, Männer 45,7 %

**Grad der Zielerreichung:** In beiden Altersgruppen steigen die Anteile der Frauen und Männer, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einschätzen.



In der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen beträgt der Anteil der Frauen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einschätzen, 68,3 %, jener der Männer 58,4 %. Zwischen 2006 und 2019 steigt der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als gut bzw. sehr gut beschreiben, bei Frauen um 14,8 % und bei Männern um 11,7 %.

**Abb. 35: Subjektiv (sehr) guter Gesundheitszustand 60- bis 74-jähriger Frauen und Männer in Wien, 2006 – 2019, in %**

Quelle: ATHIS 2014 und 2019, Berechnung und Darstellung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

Jahr	Wien	
	Frauen	Männer
2006/2007	59,5	52,3
2014	65,9	72,9
2019	68,3	58,4

In der Altersgruppe der über 74-Jährigen kommt es ebenfalls zu einem Zuwachs, der bei Frauen höher ausfällt (+18,5 %) als bei Männern (+11,2 %).

**Abb. 36: Subjektiv (sehr) guter Gesundheitszustand der über 74-jährigen Frauen und Männer in Wien, 2006 – 2019, in %**

Quelle: ATHIS 2014 und 2019, Berechnung und Darstellung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

Jahr	Wien	
	Frauen	Männer
2006/2007	31,4	45,7
2014	45,8	59,5
2019	37,2	50,8

## FUNKTIONALE BEEINTRÄCHTIGUNGEN

**Zielwert:** Steigerung der Werte um zumindest 10 % je Geschlecht gegenüber den Werten von 2006/2007

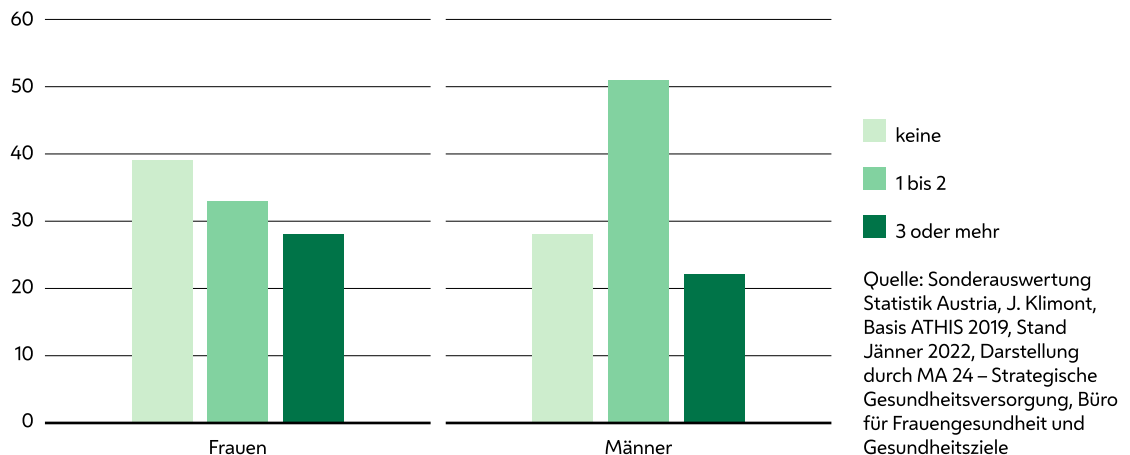
**Referenzwerte 2006/2007:** Frauen 68 %, Männer 84 %



**Grad der Zielerreichung:** Der Anteil der Frauen, die über weniger als drei funktionale Einschränkungen klagen, steigt. Bei Männern, die über weniger als drei funktionale Einschränkungen klagen, sinkt der Anteil hingegen. Die Tendenz ist somit bei Männern als negativ und bei Frauen als positiv einzuschätzen.

2019 gaben 72 % der Frauen und 78 % der Männer im Alter von 60 bis 84 Jahren an, weniger als drei funktionale Einschränkungen zu haben. Im Vergleich zu den Referenzwerten 2006/2007 bedeutet das bei Frauen einen Anstieg um 4 % und bei Männern einen Rückgang um 6 %. In Ergänzung dazu zeigt Abbildung 37 auf, wie es um die Anzahl der funktionalen Einschränkungen nach Geschlecht bestellt ist.

**Abb. 37: Anteil der 60- bis 84-jährigen Frauen und Männer nach Anzahl der funktionalen Einschränkungen in Wien, 2019, in %**



## EINSCHÄTZUNG DER KÖRPERLICHEN, PSYCHISCHEN UND SOZIALEN LEBENSQUALITÄT

**Zielwert:** Steigerung der körperlichen, psychischen und sozialen Lebensqualität um 5 Skalenpunkte (von insgesamt 100 möglichen) gegenüber den Werten von 2006/2007 bei gleichzeitiger Reduktion des Geschlechterunterschieds

### Referenzwerte 2006/2007

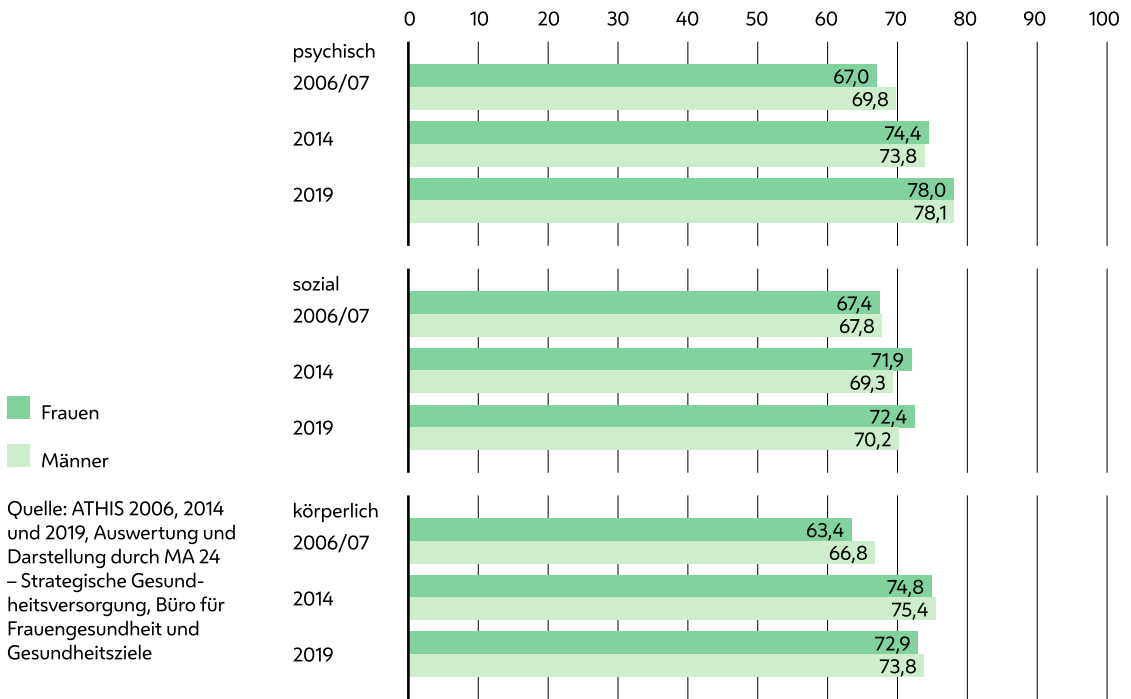
- Körperliche Lebensqualität: Frauen 63,4 Punkte, Männer 66,8 Punkte
- Psychische Lebensqualität: Frauen 67,0 Punkte, Männer 69,8 Punkte
- Soziale Lebensqualität: Frauen 67,4 Punkte, Männer 67,8 Punkte

**Grad der Zielerreichung:** Sowohl bei Frauen als auch bei Männern kommt es im Betrachtungszeitraum zu einer Steigerung in allen Dimensionen der Lebensqualität. Die Entwicklung ist als positiv einzustufen, in manchen Dimensionen ist der Zielwert bereits erreicht.



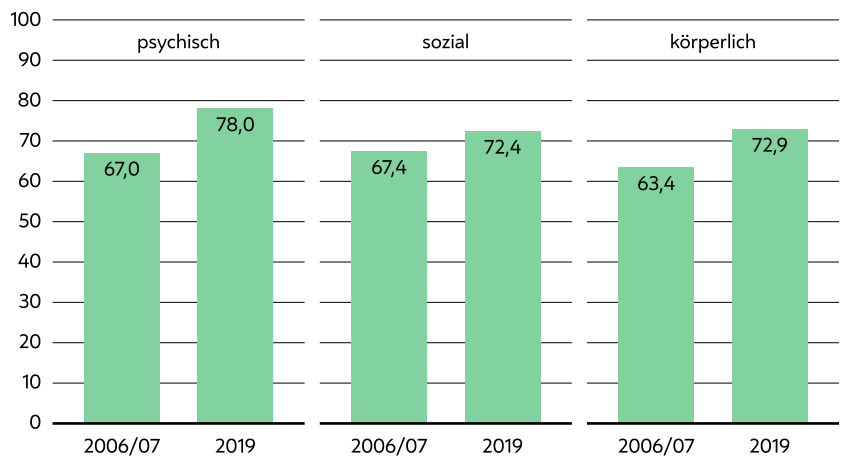
Im direkten Vergleich der Geschlechter und der einzelnen Dimensionen der Lebensqualität zeigt sich für das Jahr 2019, dass sich im Bereich der psychischen Lebensqualität die Werte angeglichen haben. Bei der sozialen Lebensqualität ist der Wert bei Frauen höher, Männer hingegen schätzen ihre körperliche Lebensqualität höher ein als Frauen.

**Abb. 38: Vergleich der durchschnittlichen Einschätzung der körperlichen, psychischen und sozialen Lebensqualität der 60- bis 84-jährigen Frauen und Männer in Wien, 2006 – 2019, Skala 0 – 100**



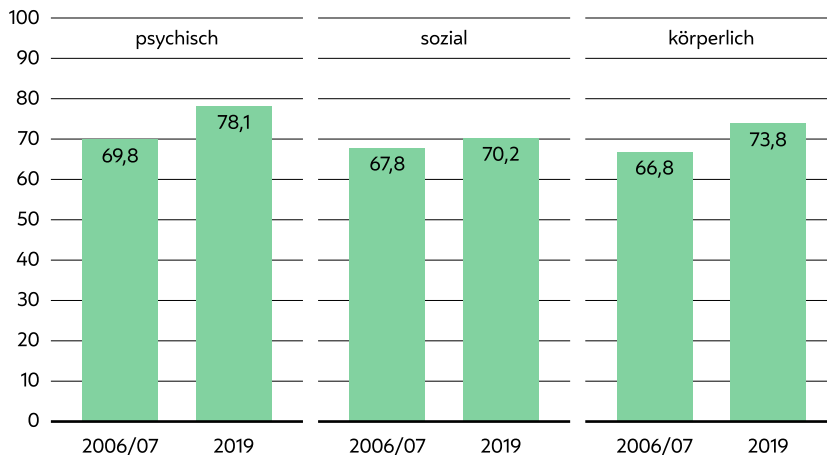
Im Betrachtungszeitraum steigt die psychische Lebensqualität von Frauen um 11, die soziale um 5 und die körperliche um 9,5 Punkte an.

**Abb. 39: Durchschnittliche Einschätzung der körperlichen, psychischen und sozialen Lebensqualität der 60- bis 84-jährigen Frauen in Wien, 2006 und 2019, Skala 0 – 100**



Bei Männern nimmt die psychische Lebensqualität um 8,3, die soziale um 2,4 und die körperliche um 7 Punkte zu.

**Abb. 40: Durchschnittliche Einschätzung der körperlichen, psychischen und sozialen Lebensqualität der 60 bis 84-jährigen Männer in Wien, 2006 und 2019, Skala 0 – 100**



Quelle: ATHIS 2006 und 2019, Auswertung und Darstellung durch MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung, Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele



## LITERATURVERZEICHNIS

**Bodenwinkler, A. et al. (2017):** Länder-Zahnstatuserhebung 2016: Sechsjährige in Österreich. Zahnstatus sechsjähriger Kinder mit und ohne Migrationshintergrund. Gesundheit Österreich, Wien

**Felder-Puig, R. et al. (2019):** Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien. Bezogen unter [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:0f4973f8-dc8b-4227-9e64-c76cec64b343/2018%20HBSC-Bericht%20mit%20Alternativtexten\\_final.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:0f4973f8-dc8b-4227-9e64-c76cec64b343/2018%20HBSC-Bericht%20mit%20Alternativtexten_final.pdf)

**Hametner, K. et al. (2017):** Wiener Gesundheitsziele 2025. Indikatorenmonitoring Baseline-Bericht. Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele, Wien. Bezogen unter <https://gesundheitsziele.wien.gv.at/wp-content/uploads/sites/44/2018/02/gesundheitsziele-baseline.pdf> (Zugriff am 13.12.2021)

**Klimont, J. & Klotz J. (2016):** Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung. Auswertungen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014. Statistische Nachrichten 9/2016, S. 664-669

**ÖGK online:** Rehabilitationsgeld. Bezogen unter <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.837743> (Zugriff am 14.12.2021)

**PVA online:** Rehabilitationsgeld. Bezogen unter <https://www.pv.at/cdscontent/?contentid=10007.707671&portal=pvaportal> (Zugriff am 14.12.2021)

**Vousden, N. et al. (2021):** The incidence, characteristics and outcomes of pregnant women hospitalized with symptomatic and asymptomatic SARS-CoV-2 infection in the UK from March to September 2020: A national cohort study using the UK Obstetric Surveillance System (UKOSS). PLoS ONE 16(5): e0251123. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251123>

**Wimmer-Puchinger, B. & Kral, S. (2018):** Wiener Grundsatzklärung zur Spontangeburt. Die Chance auf Spontangeburt erhöhen. Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele, Wien. Bezogen unter <https://www.digital.wienbibliothek.at/wbrup/download/pdf/3491307?originalFilename=true>



# **Qualitative Analyse ausgewählter Indikatoren**

Für den Update-Bericht des Wiener Gesundheitsziele-Indikatorenmonitorings wurden Workshops mit Expert\*innen zu den ersten drei Wiener Gesundheitszielen abgehalten. Ziel war es, ausgewählte Indikatoren zu einzelnen Wirkungszielen mit Expert\*innen zu diskutieren, da diese sich im Vergleich zum Baseline-Bericht (2017) bzw. im Vergleich zum gesetzten Zielergebnis verschlechtert haben. Die Daten waren Ausgangslage für die Gespräche, um den quantitativen Status mit qualitativen Analysen und tiefer gehenden Überlegungen zu ergänzen. In den Workshops wurden Ursachen identifiziert, Hypothesen diskutiert und konkrete Handlungsempfehlungen aufgegriffen.

Moderiert wurden die Workshops von Dr.<sup>in</sup> Sabine Steinbacher. Die Ergebnisse, die per Tonbandaufnahme mit Einverständnis aller Beteiligten gesichert und teiltranskribiert wurden, sind nachfolgend angeführt. Mit den Teilnehmer\*innen wurde im Vorfeld vereinbart, dass die Aussagen keiner Person zugeordnet werden, sondern dass ein Gesamtbild der Gruppendiskussionen nachgezeichnet wird.

# Gruppendiskussion zum Wiener Gesundheitsziel 1

Am 13.10.2021 stand von 14.30 bis 17.30 Uhr zum Wirkungsziel 1 zur Altersgruppe A „Psychische und physische Gesundheit von Schwangeren verbessern“ der Indikator „Anteil Schwangerer mit Adipositas“ zur Diskussion.

Das Wirkungsziel 1 zur Altersgruppe B „Ernährung bei Kindern und Jugendlichen verbessern“ wurde anhand des Indikators „Anteil der 11-, 13- und 15-jährigen Mädchen und Burschen mit Übergewicht oder Adipositas“ vertiefend diskutiert.

## **Eingeladene Expertinnen:**

- Prim.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Heidemarie Abrahamian, Primaria, Leiterin der internistischen Abteilung, Klinik Penzing
- Dr.<sup>in</sup> Johanna Brix, Vizepräsidentin der Österreichischen Adipositas Gesellschaft (ab 14.10.2021 Präsidentin der ÖAG), Oberärztin der Klinik Landstraße
- Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Susanne Greber-Platzer, MBA, Leiterin der Ambulanz für Adipositas, Fettstoffwechselstörungen und Ernährungsmedizin der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde der Medizinischen Universität Wien (Behandlung ausschließlich von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr)
- Mag.<sup>a</sup> Kathleen Löschke, MPH, Klinische und Gesundheitspsychologin, stv. Leiterin des Frauengesundheitszentrums FEM Süd

## **Vom Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele, Abteilung Strategische Gesundheitsversorgung der Stadt Wien haben teilgenommen:**

- Mag.<sup>a</sup> Kristina Hametner, Leiterin des Büros für Frauengesundheit und Gesundheitsziele
- Mag.<sup>a</sup> Denise Schulz-Zak, Referentin des Büros für Frauengesundheit und Gesundheitsziele
- Mag.<sup>a</sup> Ulrike Repnik, MA, Referentin des Büros für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

# Schwangere mit Adipositas

## LEITFRAGEN

**Hintergrundinformation:** Der Anteil schwangerer Frauen mit Adipositas steigt.

- Welche Faktoren könnten für den Anstieg verantwortlich sein?

**Zielsetzung:** Der Anteil Schwangerer mit Adipositas soll auf 9,9 % gesenkt und eine Trendumkehr herbeigeführt werden.

- Wo sollte präventiv angesetzt werden?
- Welche weiteren Maßnahmenempfehlungen haben Sie, um dem Gesundheitsziel bis 2025 näher zu kommen?

## GRÜNDE FÜR DEN ANSTIEG

**Adipositas als gesellschaftliche Krankheit** anzuerkennen und als solche zu behandeln, ist wichtig und überfällig. Die Gesellschaft und die verschiedenen Berufsgruppen sollen lt. den Expertinnen weg von individuellen Schuldzuweisungen und einfachen Lösungen wie Lebensstiländerungen. Die **komplexen Zusammenhänge** sollen **sichtbarer** gemacht werden. So beeinflussen z. B. sozioökonomische Faktoren wie Einkommen und Bildung den Anstieg von Übergewicht/Adipositas.

Kritisch betrachtet wird die **Ausbildung von Mediziner\*innen**, da Adipositas kaum im Curriculum vorkommt.

Eine der Expertinnen sieht **drei Gründe** für den Anstieg an schwangeren Frauen mit Adipositas: (1) einen **allgemeinen Anstieg an übergewichtigen Frauen in der Bevölkerung**, (2) einen **Anstieg des Alters bei schwangeren Frauen** und (3) die **Herkunft** aus einem anderen Land. Unterschiedliches Ernährungsverhalten aufgrund unterschiedlicher kultureller Vorstellungen von gesunder Ernährung in der Schwangerschaft ist häufig gegeben. Mit der **zunehmenden Zahl an anderen Herkunftsländern** steigen auch die sprachlichen und kulturellen Herausforderungen.

Das **Entwurzelungsphänomen** und die „Zerrissenheit“ in der 2. und 3. Generation von Migrant\*innen führen lt. einer Studie aus Schweden zu einem Anstieg von Übergewicht/Adipositas. Diese zeigt u. a. den Zusammenhang von Stress und dem Anstieg des Blutzuckerspiegels auf. Das **Frauenbild** und die unterschiedlichen kulturellen Bedeutungen spielen ebenfalls eine Rolle. Frauen mit **Migrationserfahrung** sind **vielen psychosozialen Stressfaktoren** ausgesetzt.

Die **Schulung von schwangeren adipösen Frauen** z. B. im Rahmen einer Insulintherapie ist oft **schwierig**, weil das **(sprachliche) Verständnis** dafür nicht immer ausreichend ist. Eine kontinuierliche **Einhaltung der notwendigen Schritte** ist häufig aus verschiedenen Gründen nicht möglich. Die **Zeitressourcen**, die es braucht, um diesen Herausforderungen zu begegnen, sind

im **medizinischen Versorgungssystem** zurzeit nicht ausreichend vorhanden. Der **Anteil an psychiatrischen Erkrankungen von schwangeren Frauen** nimmt zu. Das Verschreiben von Psychopharmaka führt wiederum zu mehr Appetit und weiterer Gewichtszunahme. Auch der Anteil an Frauen, die unter ungünstigem Essverhalten wie z. B. „**Emotional Eating**“ leiden, ist im Allgemeinen hoch und unter Migrantinnen noch etwas höher.

## HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

### Präventiv<sup>9</sup>

Die **Einbindung** des Themas Adipositas in die **Curricula** von medizinischen Ausbildungen soll verstärkt werden. Der **Ausbau bestehender zentraler Strukturen**, in denen alle notwendigen Dienste wie medizinische, diätologische, psychologische, sozialarbeiterische Betreuung sowie geburtsvorbereitende Betreuung durch Hebammen „unter einem Dach“ angeboten werden können, wird empfohlen. Die **Einbindung von Vätern** in die Beratungen ist wichtig und soll im Rahmen von **Elternbildung** ausgebaut werden. **Videodolmetsch** wird als wichtige Ressource gesehen, um die Bedürfnisse erkrankter Frauen, die besonders vulnerabel sind, zu verstehen.

9) Präventive und kurative Handlungsempfehlungen können sich überschneiden.

**Junge Frauen** sollen mit **niederschweligen Bildungsangeboten** besser erreicht werden, nicht zuletzt aufgrund der Zunahme von Analphabetismus. Als Aspekte von Niederschwelligkeit gelten ein langsames Tempo und weniger Druck als in herkömmlichen Kursen. Eine **Monatszeitung in mehreren Sprachen** nach dem Modell kostenloser U-Bahn-Zeitungen aufzulegen, ist eine weitere Idee für eine niederschwellige Bildungsmaßnahme.

**Gesundheitsmultiplikator\*innen, Lots\*innen und Vertrauenspersonen** sind bereits Bestandteil in fast jedem Projekt – eine Ausweitung ist angedacht.

### Kurativ

Die **interdisziplinäre Zusammenarbeit** soll einsetzen, wenn klar ist, dass eine Frau schwanger ist. **Engmaschige Beratung** und **Begleitung** sollen angeboten werden. Lern- und Austauschmöglichkeiten in der **Gruppe** (z. B. Workshops, Runder Tisch, Bewegungseinheiten, Einkaufen und Kochen) werden ebenso empfohlen wie **Einzelbetreuung** nach Bedarf.

Ein neues **Diabeteszentrum in Wien** wird voraussichtlich im Juli 2022 eröffnen und vermehrt die Möglichkeit von Gruppen- und Einzelbetreuung unter Einbindung erstsprachlicher Expert\*innen und weiterer Schlüsselpersonen bieten. Das Ausrollen eines engmaschigen Angebots für Gestationsdiabetikerinnen in Wien wird empfohlen.

**Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen** können für umfassendere Aufklärung und Beratung genutzt werden. Die kostenlosen **Hebammensprechstunden** sollen stärker von sogenannten „bildungsfernen“ schwangeren Frauen in Anspruch genommen werden.

**Lange Wartezeiten** in der **psychotherapeutischen Versorgung** generell sind Realität. Der **Ausbau psychotherapeutischer Angebote** – auch erstsprachlicher Angebote – kann die Versorgung verbessern. Für einen **flächendeckenden Ausbau** stellen sich lt. den Expertinnen u. a. folgende Fragen: Wo kommen die Psycholog\*innen her? Wer stellt sie an? Wer bezahlt sie? Da Kinder direkt und/oder indirekt von Adipositas der schwangeren Mütter betroffen sind, soll mit dem **Kindeswohl argumentiert** werden, um notwendige Ressourcen zu lukrieren.

In der **Vermittlung verhaltenstherapeutischer Skills** zur gesundheitsfördernden Ernährung, z. B. Führen eines **Tagebuchs**, sieht eine der Expertinnen ebenfalls eine Möglichkeit. **Unterstützende Tools** wie Ernährungskalender mit monatlichen Schwerpunktthemen werden bereits eingesetzt.

In der Wiener Versorgungslandschaft gibt es für schwangere Frauen mit Adipositas **viele kleine Projekte**. Den Expertinnen fehlen jedoch **gesammelte Informationen** und **Kontaktdaten**. **Bezirksübergreifende Zuweisungen** könnten eine wichtige Ressource sein; **verstärkte Vernetzung** und **Kooperation** wird vorgeschlagen.

## ZUSAMMENFASSENDE ERGEBNISANALYSE

Die Gründe für den Anstieg der Zahl an schwangeren Frauen mit Adipositas sind vielfältig. Sozioökonomische Faktoren wie Bildung, berufliche Stellung, Einkommen und Migrationshintergrund spielen eine große Rolle. Um den Anteil adipöser schwangerer Frauen zu senken und eine gegenteilige Entwicklung in Gang zu setzen, sind die in die Diskussion eingebrachten Handlungsempfehlungen einerseits auf einer gesellschaftlichen und strukturellen Ebene, andererseits auf einer individuellen, verhaltensverändernden Ebene zu sehen.

Zu den wichtigsten strukturellen Handlungsempfehlungen gehört die gesellschaftliche Anerkennung von Adipositas als Krankheit – nicht zuletzt, um Stigmatisierung vorzubeugen und die Versorgungslage mittels rechtlicher Grundlagen zu verbessern. Der Ausbau bestehender Einrichtungen wie FEM Süd oder Diabeteszentren sowie von Maßnahmen wie Videodolmetsch, Zugang zu Psychotherapie, Ausbau von Vernetzungsstrukturen und Informationsplattformen, Möglichkeiten der bezirksübergreifenden Vermittlung u. a. m. sind hier zu nennen.

Eine engmaschige und interdisziplinäre Beratung und Begleitung u. a. in Form von Workshops, die Vermittlung verhaltenstherapeutischer Skills, Elternbildung, Hebammensprechstunden und die Nutzung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen sind Möglichkeiten, um die individuelle Handlungsebene miteinzubeziehen. Es gilt, Frauen aufzuklären und zu motivieren, für sich und ihre ungeborenen Kinder gesundheitliche Verbesserungen zu erreichen.

Der Zusammenhang zwischen adipösen schwangeren Frauen und die daraus oft resultierende Prädisposition bei Kindern, ebenfalls adipös zu werden, wurde mehrmals betont. Der nachfolgende Indikator setzt sich mit dem Thema „Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas“ auseinander.

# Schüler\*innen mit Übergewicht oder Adipositas

## LEITFRAGEN

**Hintergrundinformation:** Zwischen 2014 und 2018 stiegen die Anteile bei allen Schulstufen und beiden Geschlechtern.

- Welche Faktoren könnten für den Anstieg verantwortlich sein?
- Wie können die Unterschiede zwischen Mädchen und Burschen erklärt werden?

**Zielsetzung:** Stabilisierung auf die HBSC-Werte aus dem Jahr 2010 bzw. eine rückläufige Tendenz bis 2025 – aktuell ist die Tendenz jedoch steigend (Ausnahme: 15-jährige Mädchen im Vergleich 2018 zu 2010, hier ist der Wert leicht gesunken).

- Wo sollte präventiv konkret angesetzt werden?
- Welche Maßnahmenempfehlungen haben Sie, um dem Gesundheitsziel bis 2025 näher zu kommen?

## GRÜNDE FÜR DEN ANSTIEG

Einleitend ist zu erwähnen, dass die vorgestellten Werte laut der HBSC-Studie zur Unterschätzung tendieren, da Kinder und Jugendliche ihr Gewicht oft niedriger schätzen, als es tatsächlich ist. Es ist davon auszugehen, dass die ohnehin hohen Werte noch höher sind.

Der Wiener Gesundheitsbericht 2016 weist aus, dass der Anteil an übergewichtigen bzw. adipösen erwachsenen Personen mit Migrationshintergrund niedriger ist als der von Österreicher\*innen. Lt. einer Expertin ist der Anteil von morbid adipösen Kindern und Jugendlichen, die sie behandelt, ausgeglichen.

Wie beim Thema „Schwangere Frauen mit Adipositas“ schon eingebracht, spielt auch hier eine wichtige Rolle, dass starkes Übergewicht und Adipositas **nicht als Krankheit im Bewusstsein** der Gesellschaft verankert sind. „Auch Kinder sind krank, haben oft schon eine Fettleber, und das ist die Vorstufe zur Steatosis hepatis, wo es Richtung Fibrose geht; haben Hypertonie, oft eine Behandlung und Therapie mit ACE-Hemmern.“ Orthopädische und gut sichtbare körperliche Veränderungen der Haut (z. B. Dehnungstreifen) gibt es häufig schon in jungen Jahren. Psychische Probleme und ein geringes Selbstwertgefühl sind nicht selten eine Folge der Erkrankung.

Etwa 25 % der Kinder und Jugendlichen in Wien sind lt. den Expertinnen übergewichtig oder adipös. Im AKH werden 2 bis 3 % dieser morbid adipösen Kinder und Jugendliche behandelt; es gibt Wartelisten. Die **Versorgung in Wien** für Kinder mit Adipositas ist demzufolge nicht ausreichend ausgebaut.

**Niedergelassenen Ärzt\*innen** kommt eine wichtige Rolle zu. Zum vorherrschenden Versorgungsdefizit gehört auch der Mangel an **Kinderfachärzt\*innen**. „Wenn man sieht, wie viele Kinderärzte zusperrten und dass man mittlerweile 50 % Wahlärzte bei den Kinderärzten hat und ganze Bezirke keinen Kinderfacharzt mehr haben, dann sage ich: Da haben wir ein Riesenproblem.“

Bei Kindern mit Adipositas sind **sozioökonomische Faktoren** wie nicht ausreichende Bildung, niedrige Einkommen, kulturelle Bedeutungen von Körperlichkeit u. a. m. prädisponierend.

**Familiäre Belastungen** wie adipöse Eltern und/oder Verwandte erhöhen ebenfalls das Risiko für Kinder, adipös zu werden. Deshalb ist auch hier – wie bereits angeführt – die **Bildung von Müttern/Vätern/Eltern** wichtig.

Auf die **Schul- und spätere Ausbildung** adipöser Kinder und Jugendlicher ist ebenfalls Augenmerk zu legen. Der oben angesprochene zunehmende Analphabetismus in jungen Familien bestimmt häufig den Bildungsweg der Kinder mit. Kinder mit **wenig Tagesstruktur**, wenig Reizen und wenig Angeboten sind gefährdeter, übergewichtig bzw. adipös zu werden.

Kinder mit niedrigem **Selbstwertgefühl** und diejenigen, die **im Freundeskreis nicht gut integriert** sind, werden öfter gemobbt und **kompensieren Frustrationen** häufig mit **energiedichten Lebensmitteln**. Adipöse Kinder und Jugendliche brauchen viel **Wertschätzung**: „Die muss man viel intensiver abholen, die brauchen viel mehr Lob als alle anderen.“

**Ungesundes Essen, sitzende Tätigkeiten** und **wenig Bewegung** werden als weitere Faktoren identifiziert, die das Risiko, übergewichtig/adipös zu werden, erhöhen. Kleine Kinder haben einen natürlichen Drang, sich zu bewegen. Mit der Präpubertät ändert sich das: „Am Ende der Volksschule ist der Anstieg an Kindern mit Adipositas hoch; davor sind es tendenziell Einzelfälle.“

Studien belegen, dass Kinder und Jugendliche aus einkommensschwächeren Bezirken am Schulweg öfter an **Fast-Food**-Ständen vorbeikommen. Ungesunde Ernährung ist dadurch leichter zugänglich. **Werbung** generell hat einen großen Einfluss auf Kinder und Jugendliche. Als Gegenmaßnahme wird ein Werbeverbot für ungesunde Lebensmittel und Getränke empfohlen.

Die **fehlende Lobby für Kinder und Jugendliche mit Adipositas** wird als weiterer Grund für den Anstieg gesehen.

## **GESCHLECHTERSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE**

Unterschiede zwischen Mädchen und Burschen mit Übergewicht/Adipositas liegen – neben anderen Faktoren – auf einer **hormonellen/metabolischen** Ebene, die lt. einer Expertin u. a. bewirkt, dass Burschen nach der Pubertät deutlich übergewichtiger sind. Das oben schon angesprochene oft niedrige Selbstwertgefühl von Jugendlichen mit Adipositas beeinflusst auch die **Wahrnehmung des eigenen Körpers**.

Der **soziale Druck**, den vorherrschenden **Schönheitsidealen** und **Körpernormen** zu entsprechen, ist für eine Diskussionsteilnehmerin stärker bei Mädchen als bei Burschen gegeben. In der **geschlechtersensiblen Arbeit** soll darauf Bedacht genommen werden. Unterschiedliche Zugänge und Angebote für Mädchen und Burschen können zielgerichtet unterstützen.

In ihren Behandlungsgruppen sieht eine Expertin ungefähr dieselben Schwierigkeiten und Probleme bei Burschen und Mädchen. **Unterschiede** werden lediglich in der **sozialen Kontaktform** gesehen. Mädchen ziehen sich lt. den Beobachtungen der Expertin schneller zurück und sind eher introvertiert; Burschen zeigen sich eher extrovertiert und hin und wieder verhaltensauffällig.

**Rollenspezifische Unterschiede** sind relevant. Studien belegen, dass der Einfluss der Eltern auf die kindliche Ernährung eine zentrale Rolle spielt – nicht nur hinsichtlich genetischer Dispositionen. Das **Modelllernen von Müttern und Vätern** und deren Funktion als Vorbild spielen im Ernährungs- und Bewegungsbereich eine große Rolle.

## HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

### Präventiv

Eine Empfehlung der Expertinnen ist – wie oben schon angeführt –, **Bildung von Eltern** mit einem niederschweligen Zugang zu ermöglichen. Bestehende Strukturen wie Kindergärten, Tageseinrichtungen usw. sollen dafür genutzt werden, dass die Eltern z. B. mittels Bildmaterial Grundlegendes über gesunde Ernährung lernen, um es dann an die Kinder weiterzuvermitteln.

Ein **strukturierter Tagesablauf** mit Möglichkeiten, Kinder altersadäquat zu beschäftigen und zu fördern, ist ein wichtiger Faktor, um Adipositas zu verhindern. Die Skills, einen Tag gut zu strukturieren, sollen Eltern ebenfalls erlernen. Die **Bildung von Kindern und Jugendlichen** und das Erfahren einer sinnhaften Tagesstruktur soll durch **Nachmittagsbetreuung** und **Ganztagschulen** unterstützt werden.

Bei der **institutionellen Versorgung** etwa in **Kindergärten und Schulen** wird schon angesetzt, indem primär Wasser zum Trinken angeboten wird. Auch Schulen legen zunehmend den Fokus auf gesunde Kost wie Obst, Gemüse, Vollkornbrot, Nüsse und Cerealien. Dies könnte lt. den Expertinnen weiter ausgebaut werden. Projekte wie „Gesundes Essen im Kindergarten“ und „Wassertrinken in Volksschulen“ (Wiener Wasserschulen), die schon in der Vergangenheit gefördert wurden, sollen auch in Zukunft Bestandteil des Angebots sein.

Regelmäßige **Vermittlungsprojekte**, in denen es um gesunde Ernährung geht, werden von externen Einrichtungen u. a. in Volksschulen schon durchgeführt. Ergänzend dazu gibt es **Gesundheitstage**, die Schüler\*innen und Eltern ansprechen. Dabei ist die **Sensibilisierung der Direktor\*innen und des Lehrpersonals** ein weiterer wichtiger gesundheitsfördernder Aspekt. Die **Ausweitung von Projekten und Schulprogrammen** wird empfohlen. Neben der Vermittlung von ernährungsrelevanten Themen auf Projektbasis sollen diese Themen **verpflichtend in geeignete Unterrichtsfächer integriert** werden.

Der **Sportunterricht** in der **Schule** soll **ausgebaut** und auch schon im **Kinder-  
garten** durchgeführt werden.

### **Kurativ**

Eine Handlungsempfehlung, um dem Versorgungsdefizit an Kinderfachärzt\*innen zu begegnen, sind **Primärversorgungszentren** für Kinder. Diese sollen lt. den Expertinnen neben Mediziner\*innen mit Psycholog\*innen, Diätolog\*innen, Therapeut\*innen und Sozialarbeiter\*innen usw. besetzt werden.

**Rehabilitation für Kinder** ist in Österreich erst seit ein paar Jahren möglich. Derzeit gibt es in Österreich zwei Rehabilitationszentren, in denen adipöse Kinder und Jugendliche, oft in Begleitung eines Elternteils, behandelt werden können. Die Chancen auf nachhaltige Erfolge **nach** einer **Rehabilitation** erhöhen sich, wenn Kinder und Jugendliche weiterhin an ein **Behandlungszentrum angebunden** sind, wo sie strukturiert betreut werden. Die Kinderrehabilitation und die Familientherapie gehören ausgebaut, da es in der Behandlung adipöser Kinder und Jugendlicher immer um Familienstrategien geht.

**Camps für Kinder und Jugendliche nach dem Vorbild von Diabetes-Camps**, nur mit längerer Laufzeit, sind gute Möglichkeiten, mit Betroffenen in der Peer Group zu arbeiten und gemeinsam Skills im Umgang mit Übergewicht/Adipositas zu erlernen.

**Social Media**, z. B. Instagram, kommt für **Awareness-Kampagnen** schon zum Einsatz. Die Zielgruppe der Jugendlichen ist über Instagram leicht zu erreichen. Schwierig ist es, geeignete **Influencer\*innen** zum Thema Übergewicht/Adipositas zu finden. Wenige Influencer\*innen möchten Übergewicht als Erkrankung und die damit verbundenen negativen Folgen thematisieren.

Unterstützen können **Smartphone-Apps**, die mit **Belohnungssystemen** für gesundes Essen und Bewegung arbeiten. Diese sollen in der Arbeit mit Jugendlichen vermehrt genutzt werden. Für **Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung** sollen auch Kanäle wie YouTube verwendet werden.

Die Einrichtung von **Ganztagschulen** auszuweiten und **keine Schulen mehr aufgrund der Corona-Pandemie zu schließen**, sind weitere Handlungsempfehlungen.

In der **psychotherapeutischen Therapie** von Kindern hat es sich bewährt, auch Eltern mit Übergewicht miteinzubeziehen und gemeinsam an **Verhaltensskills** zu arbeiten. Als weitere Möglichkeit wird von den Expertinnen der Einsatz von **Gesundheitscoaches** vorgeschlagen, die direkt in der Familie unterstützen.

Wichtige **Betreuungs- und Begleitungsangebote** sind u. a. „**Enorm in Form**“<sup>10</sup>, ein Programm für Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 14 der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) und der **Sportunion**<sup>11</sup>. Ein weiteres wichtiges schulbegleitendes Projekt sind die „**Starken Freunde**“<sup>12</sup>. Ein gesunder Lebensstil und gemeinsame Aktivitäten in der **Peer Group** stehen dabei im Fokus. Das Schamgefühl und die Hemmschwelle, sich in Gruppen mit gleichermaßen Betroffenen zu bewegen, sind niedriger.

10) <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.874181&portal=oegkportal>

11) <https://sportunion.at>

12) <http://www.starkefreunde.at>

**Stigmatisierung** und **soziale Isolation** sind oft Folgen von Adipositas. Um dem entgegenzuwirken, brauchen Kinder und Jugendliche schon früh Anti-Mobbing-Strategien. **Sozialarbeit in Schulen** ist wichtig, um den betroffenen Kindern und Jugendlichen die notwendige Unterstützung zu geben.

Die **Vernetzung und Koordination von Institutionen**, die sich mit diesen Themen beschäftigen und eine Lobby sein können, wird vorgeschlagen. Eine **virtuelle Plattform** mit allen notwendigen Akteur\*innen und Angeboten zum Thema Übergewicht und Adipositas in Wien wird gewünscht. Hier sollen Angebote, Materialien und Broschüren gebündelt zur Verfügung stehen.

Abschließend soll noch angemerkt werden, dass **Kontinuität** bei allen Angeboten und Behandlungen von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas sehr wichtig ist. Programme, die während der letzten 1,5 Jahre aufgrund der Corona-Pandemie (mehrmals) unterbrochen wurden, waren nicht so erfolgreich wie in der Zeit davor. Soziale Isolation verstärkte wieder das ungesunde und häufige Essen.

## ZUSAMMENFASSENDE ERGEBNISANALYSE

Es ist nicht überraschend, dass es sowohl bei den Gründen als auch bei den Handlungsempfehlungen für die Zielgruppen schwangere Frauen mit Adipositas sowie Kinder und Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas Überschneidungen gibt. Ein Grund dafür ist eine mögliche Prädisposition bei Kindern, deren Mütter/Eltern/Verwandte selbst adipös sind. Überschneidungen gibt es bei der fehlenden gesellschaftlichen Anerkennung von Adipositas als Krankheit und der damit einhergehenden – noch nicht ausreichenden – Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Dabei spielen Rehabilitationszentren für Kinder und Jugendliche eine wichtige Rolle, die es in Österreich noch nicht lange gibt. Die Situation bei Kinderfachärzt\*innen mit Kassenverträgen, die immer mehr von Wahlarztverträgen abgelöst werden, spielt ebenso eine große Rolle.

Weitere Parallelen sind sozioökonomische Faktoren wie Bildung, Status im Berufsleben, Einkommen und Migrationshintergrund. Diese spielen auch in Bezug auf die Ernährung und den (un)gesunden Lebensstil von Kindern und Jugendlichen eine wichtige Rolle. Welches Wissen gibt es zur gesunden/ungesunden Ernährung? Wie viel Geld steht zur Verfügung? Welche Bedeutungen haben Körperbilder in unterschiedlichen Gesellschaften/Kulturen? Wie identifizieren sich Kinder und Jugendliche mit ihren Eltern? Welche Rollen lernen bzw. übernehmen sie? Was übernehmen Mädchen, was Burschen?

Sowohl die Bildungsmöglichkeiten der Mütter/Eltern als auch die der Kinder und Jugendlichen sind Grundlage, um die sozioökonomischen Faktoren zu beeinflussen. Dazu sind Ganztagschulen/Nachmittagskinderbetreuung wichtige Möglichkeiten, damit Kinder und Jugendliche begleitet lernen und sie Strukturen erhalten und um sicherzustellen, dass sie nicht sich selbst überlassen sind.

Wer kann eine Lobby für Kinder und Jugendliche mit Adipositas sein und wie können Alltagsstigmatisierungen, Diskriminierungen und Mobbing vermieden

werden? Neben den individuellen Handlungsstrategien für Kinder und Jugendliche, die gelernt werden müssen, braucht es auch eine breite Unterstützung durch politische Entscheidungsträger\*innen und Organisationen im Gesundheitsbereich.

Budgetäre Mittel werden für den Ausbau der Versorgungsstruktur ebenso benötigt wie für die Förderung von Projekten, deren Mehrwert bereits sichtbar ist, und für neue Projekte, die angegangen werden sollen. In der Prävention spielen Einrichtungen der Elementarbildung und Schulen eine wichtige Rolle. Die schon vorhandenen Aktivitäten könnten ausgeweitet werden. Programme wie „Enorm in Form“ und „Starke Freunde“ sind Good-Practice-Beispiele, die weitere Modelle nach sich ziehen können, um Bewusstsein und Sensibilisierung zu fördern, neue Strategien zu entwickeln, zu trainieren und das Selbstwertgefühl in der Peer Group zu stärken.

Wo genau in der geschlechterspezifischen Arbeit anzusetzen ist, muss weiter diskutiert werden. Die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Schönheitsidealen, Rollenbildern, Identifikationsmechanismen, mit dem unterschiedlichen Umgang und den Auswirkungen von Adipositas bei Mädchen und Burschen können dabei Ansatzpunkte sein.

Kurzfristige Lösungen bis 2025 können im Ausbau und in der Weiterführung der schon erfolgreichen Arbeit von Organisationen im Gesundheitsbereich sein. Dabei sind nicht zuletzt Kindergärten und Schulen wichtige Sensibilisierungs- und Lernorte. Die gesellschaftliche Anerkennung von Adipositas als Krankheit wird noch zahlreiche breitflächig angelegte Diskurse und viel politischen Willen erfordern. Medizinische Versorgungsstrukturen weiter aus- bzw. aufzubauen ist ein langfristiges Vorhaben.

# Gruppendiskussion zum Wiener Gesundheitsziel 2

Am 05.10.2021 wurde von 14.00 bis 17.00 Uhr mit sechs Expert\*innen zum Wirkungsziel 3 „Psychoziale Gesundheit bei Erwerbstätigen stärken“ zu den Indikatoren „Krankenstandsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen und/oder Verhaltensstörungen pro 1.000 ÖGK-Versicherte“ und „Frühpensionierungen der 50- bis 65-jährigen Wiener\*innen in der Form von Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspensionen inkl. Rehabilitationsgeld aufgrund psychiatrischer Erkrankungen pro 100.000 Erwerbstätiger dieser Altersgruppe“ dieser Altersgruppe diskutiert.

Zu Wirkungsziel 4 „Gesundheit von Bezieher\*innen der Mindestsicherung und beschäftigungslosen Menschen stärken – unter Berücksichtigung jugendlicher Arbeitsloser“ wurde der Indikator „Anteil von Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (exkl. Behinderung)“ in der Gruppendiskussion behandelt.

## **Eingeladene Expert\*innen:**

- Mag.<sup>a</sup> Isabella Guzi, Österreichische Gesundheitskasse, Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health, Wien
- Mag.<sup>a</sup> Huberta Haider, MBA, Leiterin von FEM Süd Frauenassistentz
- Dr.<sup>in</sup> Irene Kloimüller, MBA, Programmleiterin von fit2work Betriebsberatung (Förderperiode I und II) für das Sozialministerium, Service im Auftrag der Österreichischen Bundesregierung
- Dr.<sup>in</sup> Sonja Nistler, MPH, stv. Leiterin des Gesundheits- und Vorsorgezentrums der KFA, Fachärztin für Innere Medizin
- Dr. Martin Skoumal, Chefarzt der Pensionsversicherungsanstalt
- Mag.<sup>a</sup> Alexandra Weilhartner, MA MA, ösb Consulting, Prokuristin, Leiterin des Active Ageing Programmes

## **Vom Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele, Abteilung Strategische Gesundheitsversorgung der Stadt Wien haben teilgenommen:**

- Mag.<sup>a</sup> Kristina Hametner, Leiterin des Büros für Frauengesundheit und Gesundheitsziele
- Mag.<sup>a</sup> Denise Schulz-Zak, Referentin des Büros für Frauengesundheit und Gesundheitsziele
- Mag.<sup>a</sup> Ulrike Repnik, MA, Referentin des Büros für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

# Krankenstandsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen

## LEITFRAGEN

**Hintergrundinformation:** Bei beiden Geschlechtern steigen die Krankenstandszahlen, wobei der Anstieg bei Männern im Beobachtungszeitraum höher ist als bei Frauen.

- Welche Faktoren könnten für die jeweiligen Anstiege verantwortlich sein?
- Welche Erklärungen gibt es aus Ihrer Sicht für die geschlechterspezifischen Unterschiede?
- Warum ist die Anzahl an Krankenstandsfällen wegen psychischer Erkrankungen bei Frauen höher als bei Männern?
- Warum steigt die Zahl bei Frauen und Männern an?

**Zielsetzung:** Der Anstieg der Krankenstandsfälle soll eingebremst werden, insbesondere bei Frauen.

- Welche Maßnahmen erachten Sie für sinnvoll, um das Ziel zu erreichen?

## GRÜNDE FÜR DEN ANSTIEG

Die **Belastungen** für Menschen in der **Arbeitswelt** steigen. Immer mehr Aufgaben müssen in kürzerer Zeit erledigt werden; Stellen werden oft nicht mehr nachbesetzt. Der Handlungsspielraum für Menschen am Arbeitsplatz ist häufig eingeschränkt, deshalb sinken die Attraktivität des Arbeitsplatzes und die Motivation der Arbeitnehmer\*innen. Der **Fachkräftemangel** in vielen Branchen lässt den Druck weiterwachsen. **Geringe Entlohnung** und oft **wenig Anerkennung** und **Wertschätzung** sind ebenfalls belastende Faktoren.

Die **branchenspezifischen Belastungen** differieren stark. Im Pflegebereich, Handel und in der Reinigungsbranche sind die Mitarbeiter\*innen (in der Mehrzahl Frauen) starken psychischen und körperlichen Belastungen ausgesetzt. Darüber hinaus haben viele Frauen eine **Mehrbelastung** aufgrund von **Betreuungspflichten**. Die nicht zuletzt durch die Corona-Pandemie noch stärker gestiegenen Belastungen münden vielfach in psychische Erkrankungen.

Die Expert\*innen sind sich einig, dass **psychische Erkrankungen insgesamt stark zugenommen** haben. Die **Pandemie** verstärkte diese Entwicklung. Das Thema psychische Erkrankungen wurde in den letzten 1,5 Jahren teilweise enttabuisiert; es wurde viel darüber gesprochen und geschrieben. An der **Stigmatisierung** hat sich allerdings noch nichts verändert. Das **Versorgungsdefizit**, das im psychologischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Bereich herrscht, wurde durch die Pandemie noch **sichtbarer**. Lt. Expert\*innen sinkt ohne ein begleitendes psychologisches Angebot die Wahrscheinlichkeit einer Wiedereingliederung der betroffenen Menschen in den Arbeitsmarkt.

Eine Expertin weist auf die vielen Frauen aus Kriegsgebieten hin, die durch die Pandemie eine **Retraumatisierung** erfahren haben, die sich in Depressionen, Angststörungen und massiven Traumata zeigt. Der Zugang zum medizinischen und psychologischen Behandlungssystem ist für Personen unterschiedlicher Herkunft oft schwierig, da es sprachliche Barrieren und wenig Versorgungsangebote in anderen Erstsprachen gibt.

**Kündigungen während eines Krankenstandes** nehmen zu. Deshalb sind viele Personen oft monatelang zu Hause und finden keinen Weg mehr zurück in den Arbeitsmarkt. Die psychischen Belastungen steigen dadurch noch weiter an. Den Expert\*innen zufolge liegt der „Return to Work“ nach sechs bis acht Monaten Krankenstand lediglich bei ca. 15 %. Der **Verlust der Tagesstruktur** durch den Wegfall der Erwerbsarbeit kann ebenfalls zu einem krankmachenden Faktor werden.

**Homeoffice** hat die Arbeitswelt verändert; die Grenzen zwischen Arbeit und Privatleben verschwimmen zunehmend. Viele arbeitsmedizinische und rechtliche Fragen sind offen und es bleibt abzuwarten, wie sich diese **neue Arbeitsrealität** in naher Zukunft entwickelt. Lt. Expert\*innen muss bedacht werden, dass nicht in allen Branchen Homeoffice möglich ist, z. B. im Reinigungsbereich.

Den Expert\*innen ist es auch wichtig, darauf hinzuweisen, dass bei **jungen Menschen**, Lehrlingen und Personen über 20 Jahren die **psychiatrischen Erkrankungen** ebenfalls **stark steigen**. Eine Expertin bringt den Begriff „Millennial Burnout“ ein. Die Anforderungen am Arbeitsplatz und die **Entgrenzung von Arbeit und Freizeit** sind für diese Gruppe besonders hoch. Jugendliche, deren **Eltern psychisch erkrankt** sind, haben ein **erhöhtes Risiko**, auch psychisch krank zu werden.

Die **Übernahme von Selbstverantwortung durch Patient\*innen** in und nach der Rehabilitation **sinkt** – unabhängig von der Indikation. Viele sehen sich den Anforderungen der heutigen Arbeitswelt nicht mehr ausreichend gewachsen.

## GESCHLECHTSSPEZIFISCHE FAKTOREN

**Hohe psychische Belastungen in Berufen „nahe am Menschen“**, in **Niedriglohnbranchen**, in denen häufiger Frauen arbeiten, und die zusätzliche **Belastung** durch **Betreuungspflichten** werden als Gründe für den Anstieg von Krankenständen bei Frauen gesehen. Chronische körperliche Erkrankungen, die im Beruf erworben wurden, schlagen sich häufig in psychischen Krankheiten wie Depressionen nieder. Die **gestiegenen Belastungen** zeigen sich auch in **männerdominierten** Branchen.

Neben der **psychischen Belastung** spielt die **körperliche Anstrengung im Pflegebereich**, in dem viele Frauen beschäftigt sind, eine Rolle. Das wird oft nicht gesehen und ist ein weiteres **Gender Bias**.

**Diagnosen bei Frauen** sind **häufiger psychosomatischer bzw psychiatrischer Natur**, wie etwa die Diagnose Depression. Diagnosen bei **Männern** beziehen sich häufiger auf **körperliche Symptome und Substanzmissbrauch**.

**Frauen sprechen offener über Emotionen** als Männer, sind aber auch häufig mit **stereotypen Zuschreibungen von Mediziner\*innen** konfrontiert. Ein Grund dafür wird in der **medizinischen Ausbildung** gesehen, in der nicht genügend auf geschlechterspezifische Unterschiede eingegangen wird, sodass in der praktischen Arbeit ein Gender Bias entsteht.

Die Anzahl psychiatrischer Diagnosen steigt auch bei Männern. Ein Grund ist lt. den Expert\*innen, dass die **seelische Gesundheit auch bei Männern ein Thema** geworden ist und zunehmend direkter angesprochen wird.

Es nehmen **mehr Frauen als Männer eine Vorsorgeuntersuchung** (Gesundenuntersuchung) in Anspruch und sie nehmen häufiger an **Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung** teil.

## HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Ein Ansatz, die Arbeitswelt mit zu verändern, wird in der **Arbeit mit Betrieben** gesehen. **Führungskräfte** von Unternehmen werden als **Türöffner\*innen** für **Beratungsprogramme** identifiziert. Wichtig ist, auch die Klein- und Kleinstbetriebe zu erreichen, die den höchsten Anteil der Betriebslandschaft in Österreich ausmachen. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), Arbeitnehmer\*innenschutz, betriebliches Wiedereingliederungsmanagement wie z. B. Wiedereingliederungsteilzeit (WIETZ), Behaltmanagement usw. können Themen betrieblicher Beratungen sein.

Der **Problematik der Vereinbarkeit** von Berufs- und Privatleben aufgrund von Betreuungspflichten soll u. a. mit **flexibleren Arbeitsstrukturen** begegnet werden, was für Frauen verstärkt Entlastung bringen soll.

„**Employer Branding**“ wird nicht nur über betriebliche Gesundheitsförderung gemacht, sondern auch über Wiedereingliederungsteilzeit. Derzeit werden lt. Expert\*innen 60 % der Wiedereingliederungsteilzeit von Frauen in Anspruch genommen.

**Veranstaltungen für Betriebe**, die während der Pandemie **online** stattgefunden haben, wurden stärker genutzt. Dieser Zugang soll in Zukunft für Betriebsberatungen – ergänzend zum persönlichen Kontakt – beibehalten bzw. ausgebaut werden.

Der „**Early Intervention**“-Ansatz, nämlich Beschäftigte zu erreichen, bevor sie psychisch erkranken, ist für die präventive Arbeit leitend. **Warnsignale** zu **erkennen** ist deshalb wichtig. Schlüsselpersonen in Betrieben, z. B. Belegschaftsvertretungen, Eingliederungsbeauftragte oder Arbeitsmediziner\*innen, sollen u. a. Informationen über Prävention von psychischen Erkrankungen weitergeben. Auch **Führungskräfte** sollen **sensibilisiert** werden, Warnsignale frühzeitig zu erkennen. Die **Klein- und Kleinstbetriebe**, die häufig unter einem starken wirtschaftlichen Druck stehen, sollen dabei verstärkt eingebunden werden. Der **gewerblichen Interessenvertretung** kommt hier eine wichtige Rolle zu.

An Maßnahmen der **betrieblichen Gesundheitsförderung** nehmen mehr Frauen als Männer teil; Männer sollen deshalb verstärkt angesprochen werden.

Informationsaustausch sowie die Reflexion von **Führungskulturen** werden den Expert\*innen zufolge bereits mitgedacht. Die **Führung auf Distanz** wird durch die Zunahme von Homeoffice in Zukunft ein noch wichtigeres Thema. Die **Kooperation** mit der **Wirtschaftskammer** und der **Industriellenvereinigung** ist bedeutsam, um Betriebe zu sensibilisieren. Es geht darum, das vorhandene Arbeitskräftepotenzial gut zu unterstützen – nicht zuletzt aufgrund des Fachkräftemangels.

**Vorsorgeuntersuchungen** sollen wie bisher aktiv angeboten werden. Sie werden bereits genutzt, um ergänzend **psychosoziale Faktoren** zu **erheben** und in die Untersuchung miteinzubeziehen. Diese **niederschwellige** Vorgehensweise soll ausgeweitet werden. Das **Erkennen von Stressfaktoren** und das **präventive Gegensteuern** können Krankenstandsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen senken. **Männer** sollen **verstärkt** zur Vorsorgeuntersuchung **eingeladen** werden.

Um alle betrieblichen Mitarbeiter\*innen zu erreichen, sollen **Kooperationsprojekte** mit Schlüsselpersonen wie **Community Nurses** weitergeführt bzw. ausgebaut werden. Diese sollen in unterschiedlichen Sprachen die Vorteile etwa einer Vorsorgeuntersuchung vermitteln. Die Vorsorgeuntersuchung wird lt. Erfahrung einer Expertin auch immer wieder von jungen Menschen nachgefragt. Dieses Potenzial soll u. a. für die BGF genutzt werden.

**Schulische Gesundheitsförderung** soll weiterhin aktiv, aber auch umfassender angeboten werden. Derzeit werden **Gesundheitscoaches** an Schulen ausgebildet, um mit Peers an Gesundheitsthemen zu arbeiten. Diese Programme sollen **ausgeweitet** werden.

**Lehrlingscoaching** soll helfen, die Anzahl von Lehrlingen im Krankenstand zu verringern und die Anzahl derjenigen, die ihre Lehre abschließen, zu erhöhen.

Das **psychologische** und **psychotherapeutische Angebot** soll (weiter) ausgebaut werden. Der Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung ist bereits angelaufen, sie soll mit einem Stufenplan bis 2023 das bisher höchste Niveau in Österreich erreichen.

## ZUSAMMENFASSENDE ERGEBNISANALYSE

Die Veränderung der Arbeitswelt spielt eine große Rolle beim Anstieg von Krankenstandsfällen aufgrund psychischer Erkrankungen. Der steigende Druck auf Arbeitnehmer\*innen bleibt nicht ohne Folgen. Auch zunehmend junge Menschen sind diesem Druck nicht gewachsen. Die Vorbereitung und die Unterstützung in der Schul- und Ausbildungszeit sind deshalb von besonderer Bedeutung.

Homeoffice bietet Chancen, wenn der Handlungsspielraum von Arbeitnehmer\*innen erweitert wird. Es beinhaltet aber auch Risiken, wenn arbeitsrechtliche und arbeitsmedizinische Faktoren zu ihren Lasten gehen. Deshalb ist es unerlässlich, diese Entwicklung zu beobachten, um frühzeitig Fehlentwicklungen zu identifizieren und gegenzusteuern.

Neben der Erwerbsarbeit sind für viele – hauptsächlich Frauen – die Belastungen im unbezahlten Bereich der Betreuungspflichten (Haushalt, Kinder, Angehörigenpflege etc.) hoch. Eine gerechtere gesellschaftliche Umverteilung der Care-Arbeit und die Anerkennung dieses gesellschaftstragenden Bereiches lassen nach wie vor auf sich warten.

Die betriebliche Ebene spielt für die Senkung der Anzahl von Krankenstandsfällen aufgrund psychischer Erkrankungen, sowohl bei Frauen als auch bei Männern, eine bestimmende Rolle. Neben den Maßnahmen, die schon erfolgreich angewendet werden, wie Vorsorgeuntersuchung, betriebliche Gesundheitsförderung, betriebliche Beratungsprogramme etc., ist es wichtig, diese auszuweiten. Geschlechterspezifische Zugänge sind notwendig.

Auch wenn die Thematisierung von psychischen Erkrankungen zugenommen hat, ist es doch nicht einfach, über psychische Diagnosen zu sprechen. Gesellschaftliche Entstigmatisierung ist Voraussetzung dafür. Mit dem Ausbau der psychotherapeutischen Versorgungslandschaft in Österreich bis 2023 ist ein bedeutsamer Schritt gesetzt. Es bleibt abzuwarten, ob der Zugang zu den Angeboten für alle Arbeitnehmer\*innen, unabhängig von Alter, Geschlecht und Herkunft, möglich ist.

Die verstärkte Kooperation mit wichtigen Stakeholdern wie Österreichische Gesundheitskasse, Pensionsversicherungsanstalt (PVA), Krankenanstalten, Gewerkschaften, Wirtschaftskammer, Industriellenvereinigung usw. ist essenziell, um gemeinsam weiter erfolgreiche Programme auszubauen, neue zu konzipieren und umzusetzen.

Seit einigen Jahren werden an medizinischen Universitäten und anderen Ausbildungsstätten in Österreich Geschlechterfragen verstärkt in den Blick genommen. Es ist wichtig, historisch gewachsene Anamnese- und Diagnoseinstrumente und stereotype Zuschreibungen weiter zu hinterfragen, um bereits praktizierende wie auch zukünftige Mediziner\*innen und Gesundheitsmitarbeiter\*innen in Bezug auf mögliche Gender Bias zu sensibilisieren.

# Früh pensionierungen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen

## LEITFRAGEN

**Hintergrundinformation:** Der Anteil der psychiatrischen Krankheiten an allen Neuzugängen bei Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspensionen stieg im Beobachtungszeitraum kontinuierlich an. Um die Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten, berücksichtigt der Update-Bericht nun das 2014 eingeführte Reha-geld.

- Welche Faktoren könnten für die jeweiligen Anstiege verantwortlich sein?

**Hintergrundinformation:** Mehr Frauen als Männern wird eine entsprechende Leistung zuerkannt. Der Anstieg ist bei Frauen höher als bei Männern.

- Welche Erklärungen gibt es aus Ihrer Sicht für die geschlechterspezifischen Unterschiede?

**Zielsetzung:** Es wurde kein Zielwert formuliert, die Entwicklung wird beobachtet.

- Welche Maßnahmen erachten Sie für sinnvoll, um das Ziel zu erreichen?

## GRÜNDE FÜR DEN ANSTIEG

Wie oben schon erwähnt, führen **Krankenstände** aufgrund psychiatrischer Diagnosen immer wieder zu **Kündigungen**. Finden die Personen nicht mehr in die Arbeitswelt zurück, kann dies ebenfalls in die **Früh pension** münden. Reha-geld-Bezieher\*innen haben sich „zu einem extrem hohen Prozentsatz“ aus dem Berufsleben „verabschiedet“. Nach oft monate- und auch jahrelanger Krankheitsdauer sehen die Betroffenen häufig keinen Weg mehr, am Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Der **Verlust von Alltagsstruktur** führt häufig zur Verstärkung bzw. zu weiteren psychischen Symptomen.

Auch wenn die psychiatrische Rehabilitation erfolgreich ist, durch Arbeits-assistenz sehr gut unterstützt wird und der Wille zur Arbeit hoch ist, gibt es – vor allem für Frauen im Niedriglohnbereich und mit geringer beruflicher Qualifikation – wenig Möglichkeiten, in den Arbeitsprozess zurückzukehren. Häufig fehlt es an geeigneten Arbeitsplätzen. Die wichtigste Schnittstelle in der Vermittlung von Arbeit – das Arbeitsmarktservice (AMS) – kann in vielen Fällen **keine adäquaten Arbeitsplätze** zur Verfügung stellen. Arbeitsstellen mit einfachen Tätigkeiten sind darunter ebenso zu verstehen wie altersgerechte Arbeits-plätze.

Erschwerend kommt hinzu, dass viele „zu krank zum Arbeiten und zu gesund für die Pension sind“. Diese Menschen werden lt. Expert\*innen zwischen Antrag auf Reha-geld, AMS und ÖGK „hin und her geschickt“.

Ein Good-Practice-Beispiel aus Wien soll an dieser Stelle erwähnt werden: In einem Wiener Krankenhaus gibt es Projekte für insgesamt ca. 450 Reinigungskräfte plus Personen aus dem Krankentransportbereich. In Kooperation mit Organisationen und erstsprachlichen Gesundheitsmultiplikator\*innen wird an der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter\*innen gearbeitet. Es werden u. a. Arbeitsprozesse aufgeschlüsselt und besonders belastende Tätigkeiten umverteilt. Integrierte kleine Pausen geben den Mitarbeiter\*innen die Möglichkeit, einzeln oder gemeinsam Bewegungsübungen zu machen. Solche Projekte können helfen, Frühpensionen zu verhindern.

Ein weiterer Grund, warum Personen nicht mehr in den Arbeitsprozess zurückkehren können oder wollen, sind – wie oben schon angeführt – herausfordernde Arbeitsbedingungen. So gibt es den Expert\*innen zufolge beispielsweise im Bereich der Heimhilfen häufig arbeitsrechtliche und den Arbeitnehmer\*innen-schutz betreffende Defizite.

**Begutachtende Ärzt\*innen** dürfen für Patient\*innen keinen Reha-Antrag stellen, diese müssen die Reha selbst beantragen. Dieser hochschwellige Zugang wird als weiteres Defizit gesehen, weil dadurch präventive Interventionen erschwert werden können.

## HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Eine wichtige präventive Maßnahme, um Frühpensionen zu verhindern, ist die **Gesundheitsvorsorge aktiv** (ehemalige Kurmaßnahme) der PVA. Sie zielt auf (1) aktive Bewegung, (2) Motivation und (3) mentale Gesundheit ab. Sollte sich während der Rehabilitation abzeichnen, dass es psychische Probleme gibt, kann eine psychiatrische Rehabilitation bewilligt werden. Ebenso wie im betrieblichen Eingliederungsmanagement wird seit 2016 auch hier der Weg der frühzeitigen Intervention eingeschlagen. Im sogenannten RehaJET® (Rehabilitation für Job, Erwerbsfähigkeit, Teilhabe) liegt der Fokus auf beruflicher und sozialer Teilhabe. Er orientiert sich nicht mehr ausschließlich an der Wiederherstellung körperlicher Funktionen. Wichtige Aspekte sind die multidisziplinäre Begutachtung und die Eigenverantwortung der Patient\*innen, die stärker eingefordert wird. Ziel bis 2025 ist es, das Modell flächendeckend in Österreich zu etablieren. Dadurch soll breitflächig die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Senkung von Berufsunfähigkeitspensionen und Pflegebedürftigkeit angestrebt werden. Neben der stationären und ambulanten Rehabilitation wird aktuell eine „Tele-Reha“ aufgebaut, um berufsbegleitend zu unterstützen.

Auch hier ist die Schnittstelle zum AMS bedeutend, und es erfordert ein Umdenken, um den oben angeführten Paradigmenwechsel in der Reha zu unterstützen. So sollten Personen mit guter Vermittlungsfähigkeit bzw. Umschulungsbedarf vom AMS die Möglichkeit erhalten, RehaJET® in Anspruch nehmen zu können, damit sie dort gezielt medizinisch berufsorientiert begleitet werden. Für die **Schaffung und Vermittlung von adäquaten Arbeitsplätzen**, z. B. für Personen nach der Reha, sollen **Tätigkeitsprofile aufgeschlüsselt** und in **neue Aufgabenpakete** zusammengefasst werden. Wenn ein Job beispielsweise fünf Anforderungskriterien hat und die sich bewerbende Person drei

davon erfüllen kann, soll dieses Potenzial sowohl von Unternehmen als auch vom AMS stärker genutzt bzw. unterstützt werden. Es wurde auf „MAGMA, Modellprojekt Arbeitsplatzgarantie Marienthal“ des AMS in Gramatneusiedl hingewiesen, das allen Langzeitarbeitslosen (länger als 12 Monate arbeitslos) ein **Recht auf Beschäftigung** einräumt.

Die verstärkte **Zusammenarbeit mit Programmen wie fit2work** wird empfohlen. Die Zusammenarbeit mit **Arbeitsmediziner\*innen** in größeren Betrieben, die Personen u. a. über Programme wie RehaJET® oder fit2work informieren können, ist essenziell. Die **Betriebsberatung** ist ein guter Ansatz, auch für Klein- und Mittelbetriebe, die über keine Arbeitsmediziner\*in verfügen. Die Betriebe zeigen ein starkes Interesse, da sie ihr Fachpersonal behalten wollen. Dadurch gibt es die Bereitschaft, etwas früher auf Personal zu verzichten – mit der Aussicht, dass die Personen in das Unternehmen zurückkehren. Ein weiteres Ziel ist, dass Arbeitsmediziner\*innen nicht nur informieren, sondern direkt in die Reha zuweisen können. Dafür soll sich die **Ärztammer** einsetzen.

Die Einstellung, dass die Rückkehr zur Erwerbsarbeit mit mehr positiven gesundheitlichen Auswirkungen verbunden ist als eine dauerhafte Berufsunfähigkeit, soll gestärkt werden. **Arbeit** soll als **Teil des Heilungsprozesses** bei psychiatrischen Erkrankungen gesehen werden. Die gesellschaftliche Konnotation von Arbeit als negativer Belastungsfaktor soll verändert werden, was zu einem weiteren Paradigmenwechsel führen könnte.

Die **Selbstwirksamkeitsspirale** bei psychiatrischen Erkrankungen soll aktiviert und ebenfalls gestärkt werden. Dazu ist eine genaue Vorstellung notwendig, was die Arbeitswelt erwartet und wie diesen Erwartungen begegnet werden kann.

## **GESCHLECHTERSPEZIFISCHE ASPEKTE**

**Gendermedizin** wird im Rehabilitationsbereich vorerst im kardiologischen Bereich berücksichtigt. Mit den eingesetzten Leistungsprofilen in der Reha soll es einfacher werden, die Bedürfnisse zielgenauer zu berücksichtigen. Wenn es um den „Return to Work“ geht, braucht es unterschiedliche Ansätze, um den Bedürfnislagen von Frauen und Männern sowie den betrieblichen Anforderungen gerecht zu werden.

Das **Diagnoseverhalten von Mediziner\*innen** muss hinterfragt werden, da Frauen häufiger psychische Diagnosen wie etwa Depression bekommen. **Bundesländerspezifische Datenlagen** zur Zuerkennung psychiatrischer Berufsunfähigkeitspensionen für Frauen und Männer sollen **analysiert** werden, um die Frage zu beantworten, warum es z. T. große Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Bundesländern gibt.

Eine **genderbasierte Evaluation** von Einflussfaktoren in den unterschiedlichen Arbeitsbereichen wird ebenso angeregt wie die **verstärkte Sensibilisierung** von **Arbeitsmediziner\*innen** und **Arbeitsinspektor\*innen** für geschlechterspezifische Aspekte.

## ZUSAMMENFASSENDE ERGEBNISANALYSE

Die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Erreichung des Wiener Gesundheitsziels finden zum Teil schon statt. Der Paradigmenwechsel in der Rehabilitation von funktionsorientiert zu teilhabeorientiert und das Einbeziehen der psychosozialen Ebene sind vielversprechend. Stationäre/ambulante und Tele-Reha sind dabei Säulen einer langfristigen Unterstützung. Um dieses System breitflächig und nachhaltig zum Erfolg zu führen und die notwendigen Synergien zu schaffen, ist die Kooperation mit etablierten Institutionen wie Österreichische Gesundheitskassa, Arbeitsmarktservice, Ärztekammer etc. essenziell. Die frühzeitige Zuweisung in eine Reha oder ein anderes Unterstützungsprogramm und die Bereitstellung von Arbeitsplätzen mit ausgewogenen Anforderungen sind notwendig. Die derzeitige Zuweisungspraxis soll überarbeitet werden, um die bestehenden Möglichkeiten zu erweitern. Zuweisungen durch begutachtende Ärzt\*innen und Arbeitsmediziner\*innen sind wünschenswert. Geschlechterspezifische Faktoren sollen bei der gesamten Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen als Querschnittsmaterie integriert werden, um Gender Bias zu vermeiden und Frauen und Männern eine gerechte(re) Teilhabe im medizinischen Versorgungssystem und im Berufsleben zu ermöglichen.

# Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen

## LEITFRAGEN

**Hintergrundinformation:** Im Zeitraum 2016 – 2020 stiegen die Anteile bei beiden Geschlechtern. Der Anstieg ist bei Frauen höher als bei Männern. Im Jahr 2020 waren 14,4 % der arbeitssuchenden Frauen bzw. 15,5 % der arbeitssuchenden Männer von gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen betroffen.

- Welche Faktoren könnten für die jeweiligen Anstiege verantwortlich sein?
- Wie erklären Sie sich die Unterschiede zwischen den Geschlechtern?

**Zielsetzung:** Der Anteil soll gesenkt werden. Die Referenzwerte aus dem Jahr 2014 betragen bei Frauen 12,7 % und bei Männern 14,2 %.

- Welche gesundheits- und arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen erachten Sie für sinnvoll, um das Ziel zu erreichen?

## GRÜNDE FÜR DEN ANSTIEG

Der Ausstieg aus einem Job ist vielfach der **Überlastung** geschuldet, z. B., wenn Stellen abgebaut werden und Arbeitsaufgaben zusätzlich zum üblichen Arbeitspensum von Mitarbeiter\*innen übernommen werden müssen. Die **Gefahr des Ausbrennens** ist dadurch hoch.

Im **Krankenstand** befindliche Personen werden nicht selten von Arbeitgeber\*innen **gekündigt**.

Die Erfahrung der Expert\*innen zeigt, dass Betrieben nicht immer bekannt ist, dass es seit 1990 **gesetzliche Grundlagen zum Schutz von Arbeitnehmer\*innen** gibt, die u. a. die Verpflichtung mit sich bringen, für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz zu sorgen.

Das **Bewusstsein**, dass **Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen wertvolle Arbeitskräfte** sein können, ist in der Gesellschaft und in Unternehmen zu wenig ausgeprägt. Betriebsberatungen und präventive Programme in Unternehmen werden oft nicht umgesetzt, weil sie nicht verpflichtend sind.

Die Ursache für den Anstieg der Zahl von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen wird u. a. auch darin vermutet, dass die **Motivation nach einer Reha, weitere Gesundheitsmaßnahmen umzusetzen**, nicht immer gegeben ist. Ein Grund ist, dass sich Patient\*innen häufig nicht mehr im Arbeitsprozess sehen (wollen) und dies auch offen äußern. Begründet wird dies u. a. mit der (Nicht-)Attraktivität der Arbeitsplätze und dem Fehlen adäquater Stellen.

Der **Mangel an altersgerechten Arbeitsplätzen** ist auch ein Faktor für den Anstieg. Es gibt zu wenige Arbeitsmöglichkeiten für ältere Personen, die einen Ausgleich zwischen Anforderungen und Möglichkeiten benötigen.

Die individuelle **Einstellung** zur **Pension** und zum **Pensionsantritt** hat ebenfalls einen Einfluss. Die stufenweise Anhebung des Pensionsantrittsalters wird auch als ein Grund gesehen, nicht mehr in den Arbeitsmarkt zurückzukehren.

Alle bisher identifizierten geschlechterspezifischen Unterschiede sind auch hier zutreffend.

## HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen sollen so **frühzeitig** wie möglich geeignete **Rehabilitationsmaßnahmen** erhalten.

Trotz gesundheitlicher Einschränkungen sind Personen erwerbsfähig. **Arbeitsplätze** sollen **umgestaltet** werden und es soll zwischen Fähigkeiten, Ressourcen, Einschränkungen und Anforderungen ausbalanciert werden. Lt. den Expert\*innen wird Betrieben zunehmend bewusst, dass dies eine Möglichkeit ist, (Fach-)Personal langfristig zu halten.

Im Ausbildungsbereich ist es schon zur **Öffnung von Pflegeberufen für Menschen mit körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen** gekommen; die Umstrukturierung von Heimhilfelehrgängen ist am Laufen.

Die Schaffung bzw. Ausweitung von **altersgerechten Arbeitsplätzen**, die stärker die Möglichkeiten der betroffenen Personen berücksichtigen, ist sinnvoll. Das Bewusstsein dafür soll in Betrieben gestärkt werden. Die Expert\*innen sind sich einig, dass Arbeitgeber\*innen Modellen zustimmen, die für das Unternehmen attraktiv sind, z. B. Wiedereingliederungsteilzeit und Altersteilzeit. Dabei brauchen kleine Betriebe, bei denen Probleme rascher in Kündigung münden, besondere Unterstützung.

Es gibt ein Spannungsfeld zwischen freiwilliger vs. verpflichtender Umsetzung von Programmen in Unternehmen. Um **Bewusstsein auf Unternehmensseite** zu schaffen, sind unterschiedliche Akteur\*innen und Argumente nötig. Ein Argument ist der **Fachkräftemangel**, dem mit vielfältigen Maßnahmen begegnet werden muss. Ein weiteres Argument ist die **Senkung interner und externer Kosten**, die ein Personalwechsel mit sich bringt. Es gilt auch, das Bewusstsein dafür zu schärfen, „dass **Arbeitgeber regional sichtbar** sind“. Betriebe sind erfolgreicher, wenn die lokalen und regionalen Bedürfnisse des Arbeitsmarktes mitberücksichtigt werden. Eine Folge ist, dass sie einen Ruf als „gute“ Arbeitgeber\*innen festigen.

Die **Wirtschaftskammer** und die **Industriellenvereinigung** können zur Kommunikation mit Betrieben einen wesentlichen Beitrag leisten. Wichtig ist, die **Führungskräfte** mit gezielten Informationen zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit von Mitarbeiter\*innen zu **erreichen**. **Betriebliche Gesundheitsförderung** und **partizipative Gesundheitszirkel** sollen – wie oben schon

beschrieben – mithelfen, Krankenstände, aber auch mögliche Kündigungen und damit Arbeitslosigkeit und Frühpensionen zu verhindern.

Mehr Informationen für Kleinbetriebe braucht es auch im Zusammenhang mit dem **Arbeitnehmer\*innenschutz** der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA). So übernimmt z. B. die AUVA seit 2018 Kostenzuschüsse bis 75 % für arbeitsunfähige Mitarbeiter\*innen. Ein Hebel, Betriebe zu motivieren, ist die **Verknüpfung von Förderungen mit dem Schutz von Arbeitnehmer\*innen**.

Nicht zuletzt wird eingebracht, dass **langzeitarbeitslose** Personen eine **spezielle Risikogruppe** bilden, der **präventiv psychologische bzw. psychiatrische Angebote** besser zugänglich gemacht werden sollen.

## ZUSAMMENFASSENDE ERGEBNISANALYSE

Wenn es darum geht, vermehrt Arbeitsplätze für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu schaffen, muss ein Paradigmenwechsel stattfinden: weg vom defizitorientierten Denken hin zu einem ressourcenorientierten Verständnis. Das Potenzial, das diese Personengruppe nicht zuletzt für den Arbeitsmarkt und die Gesellschaft mit sich bringt, sollte vermehrt als wertvoller Beitrag gesehen werden. Der Ausbau einer Struktur parallel zum ersten Arbeitsmarkt ist eine gesellschaftlich-politische Aufgabe, an der sich viele Stakeholder und Akteur\*innen beteiligen sollten.

# Gesamtzusammenfassung der Diskussionen zum Wiener Gesundheitsziel 2

Tradierte Herangehensweisen zur Senkung von Krankenständen, Frühpensionen und Arbeitssuchendenzahlen reichen nicht (mehr) aus. Die Ergebnisse der Diskussionen und die eingebrachten Handlungsempfehlungen sind auf (1) gesellschaftlicher Ebene, (2) institutioneller Ebene, (3) betrieblicher Ebene und (4) individueller Ebene einzuordnen.

## **(1) Gesellschaftliche Ebene**

Überbeanspruchungen am Arbeitsplatz und Mehrfachbelastungen können langfristig u. a. zu (psychischer) Krankheit, Frühpension (Bezug von Reha-geld, Berufsunfähigkeitspension, Invaliditätspension) und (Langzeit-)Arbeitslosigkeit führen. Bezahlte Erwerbsarbeit und die meist unbezahlte Care-Arbeit sind nach wie vor zwischen Frauen und Männern ungleich verteilt und bewertet. Die Verantwortung für die ungleich verteilten Belastungen in der Versorgungsarbeit zu übernehmen, ist eine gesellschaftliche Aufgabe. Entlastung, gerecht(er)e Verteilung und Anerkennungsmechanismen spielen sowohl in der Erwerbsarbeit als auch in der Care-Arbeit eine wesentliche Rolle. Gesellschaftliche Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen ist grundlegend, um frühzeitig intervenieren und dadurch einen weiteren Anstieg verhindern zu können.

## **(2) Institutionelle Ebene**

Der Um- und Ausbau von gesundheitsfördernden Institutionen hat schon begonnen. Diesen gilt es zu intensivieren und Kooperationen zwischen Österreichischer Gesundheitskasse, Pensionsversicherungsanstalt, Privatversicherungen, Krankenanstalten, Arbeiterkammer, Gewerkschaften, Wirtschaftskammer, Industriellenvereinigung u. a. m. zu stärken. Der stattfindende Ausbau der psychotherapeutischen Versorgungslandschaft in Österreich ist ebenfalls ein wichtiger Schritt.

## **(3) Betriebliche Ebene**

Die betriebliche Ebene spielt für die Senkung der Anzahl von Krankenstandsfällen, Frühpensionen und Arbeitssuchenden ebenfalls eine wesentliche Rolle. Maßnahmen, die schon erfolgreich angewendet werden, etwa die betriebliche Gesundheitsförderung, betriebliche Beratungsprogramme, Wiedereingliederungsteilzeit, Altersteilzeit usw., sollen ausgebaut werden. Den Wert von Personen mit Einschränkungen für den Arbeitsmarkt zu erkennen, ist für einen Ausbau bedarfsgerechter Arbeitsplätze essenziell. Erfolgreiche Modelle können als Vorbilder dienen.

## **(4) Individuelle Ebene**

Es braucht die erhöhte Bereitschaft von Arbeitnehmer\*innen, angebotene gesundheitsfördernde Maßnahmen (Vorsorgeuntersuchung, BGF, Gesundheit aktiv etc.) in Anspruch zu nehmen, um Krankheiten vorzubeugen bzw. einen Heilungsprozess nachhaltig zu unterstützen. Die Selbstverantwortung und

Selbstwirksamkeit in diesem Prozess sind wesentlich. Ein (verbesserter) Arbeitsmarkt mit mehr Chancen für Personen mit psychischen und körperlichen Einschränkungen ist für die Motivation zur weiteren Erwerbsarbeit grundlegend.

Um Frauen und Männern gleichermaßen gerecht zu werden, ist es unerlässlich, auf den gesellschaftlichen, institutionellen und betrieblichen Ebenen die jeweiligen Erfordernisse und Auswirkungen frühzeitig in den Blick zu nehmen. Alle Ebenen bedingen sich gegenseitig.

# Gruppendiskussion zum Wiener Gesundheitsziel 3

Am 04.10.2021 wurden von 13.30 bis 16.30 Uhr mit vier Expert\*innen zum Wirkungsziel 3 „Physische und psychische Gesundheit bis ins hohe Alter fördern“ die Indikatoren „Lebenserwartung in sehr guter oder guter Gesundheit bei über 64-jährigen Frauen und Männern“ (im weiteren Text als „gesunde Lebensjahre“ bezeichnet) und „Anteil der 60- bis 84-jährigen Frauen und Männer mit weniger als drei funktionalen Einschränkungen“ diskutiert. In der Diskussion wurde auch auf das Wirkungsziel 2 „Eine sinnhafte soziale, politische, ökonomische, kulturelle Teilhabe an der Lebenswelt für ältere und alte Menschen ermöglichen“ eingegangen.

## **Eingeladene Expert\*innen:**

- Univ.-Doz. Dr. Gerald Gatterer, Berufsverband der Psycholog\*innen/Sektion Gerontopsychologie sowie Institut für Altersforschung an der Sigmund Freud PrivatUniversität
- Mag.<sup>a</sup> Jeannette Klimont, Statistik Austria
- Prim.<sup>a</sup> Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Katharina Pils, Primaria, Vorständin des Instituts für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Standorte Klinik Landstraße und Klinik Favoriten
- ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Christoph Reinprecht, Institut für Soziologie an der Universität Wien

## **Vom Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele, Abteilung Strategische Gesundheitsversorgung der Stadt Wien haben teilgenommen:**

- Mag.<sup>a</sup> Kristina Hametner, Leiterin des Büros für Frauengesundheit und Gesundheitsziele
- Mag.<sup>a</sup> Denise Schulz-Zak, Referentin des Büros für Frauengesundheit und Gesundheitsziele
- Mag.<sup>a</sup> Ulrike Repnik, MA, Referentin des Büros für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

# Gesunde Lebenserwartung

## LEITFRAGEN

**Hintergrundinformation:** Die aktuellen Daten von 2019 zeigen im Vergleich zu 2014 einen Rückgang der gesunden Lebensjahre, wobei die Werte höher als die Werte von 2006/2007 sind.

- Warum ist die Lebenserwartung in guter/sehr guter Gesundheit nicht weiter gestiegen?
- Wie lassen sich die geschlechterspezifischen Unterschiede erklären?

**Hintergrundinformation:** 2019 betrug der Anteil der in (sehr) guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre bei Frauen 49,5 % und bei Männern 51,7 %. In absoluten Zahlen konnten Frauen im Alter von 65 Jahren 10,3 Lebensjahre und Männer 9,1 Lebensjahre in (sehr) guter Gesundheit verbringen.

- Was kann unternommen werden, um die gesunde Lebenserwartung zu steigern?

## GRÜNDE FÜR DIE DATENENTWICKLUNG UND VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE

Die Frage, warum die Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit nicht weiter gestiegen ist, konnte von den Expert\*innen nicht beantwortet werden, da einige Probleme der Datenerhebung identifiziert wurden. Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsdesigns in den Erhebungen 2014 und 2019 kann ein Bias nicht ausgeschlossen werden. Folgende Verbesserungsvorschläge wurden gesammelt:

Die **untersuchte Gruppe** der über 64-jährigen Frauen und Männer ist **zu groß gefasst**. Dadurch ist die Interpretation der Daten sehr schwierig. Es wird in Anlehnung an die WHO vorgeschlagen, die Gruppe in drei Alterskohorten aufzuteilen: 65- bis 75-Jährige, 75- bis 85-Jährige und über 85-jährige Frauen und Männer. Die Voraussetzungen für die Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit sind in den Altersgruppen sehr unterschiedlich. Aussagekräftig sind Ergebnisse aus den einzelnen Gruppen und Vergleiche zwischen den Gruppen. Durchschnittswerte sind in diesem Zusammenhang nicht geeignet, weil dadurch **Interventionen und Programme nicht treffsicher konzipiert und umgesetzt** werden können.

Die österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS wird von der Statistik Austria im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz alle fünf bis sechs Jahre durchgeführt. Sie basiert auf der Europäischen Gesundheitsbefragung; Ergebnisse fließen dorthin zurück. Die österreichische Erhebung wird als „**reiner Befragungs-Survey**“ mit **subjektiven Ergebnissen** durchgeführt. Die Expert\*innen empfehlen eine ausgeglichene Aufnahme von subjektiven und objektiven Parametern, um Artefakte zu vermeiden.

13) Es wird empfohlen, 2014 aus dem Bericht zu streichen und sich den Verlauf insgesamt anzuschauen. Dieser Vorschlag ist im aktuellen Indikatorenbericht umgesetzt.

Die in verschiedenen Jahren erhobenen Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung sind schwer vergleichbar, weil **unterschiedliche Erhebungsdesigns** angewendet wurden. 2006 und 2019 wurde eine eigene Stichprobe aus dem zentralen Melderegister gezogen, mit diesen Personen wurde ein persönliches Gespräch geführt. 2014 wurden aus budgetären Gründen keine persönlichen Interviews geführt. Der Mikrozensus (Arbeitskräfteerhebung) wurde für die Rekrutierung der Zielpersonen genutzt, und es wurde eine Telefonerhebung durchgeführt. Personen, die in den Mikrozensus eingebunden sind, werden in einem festgelegten Zeitraum ca. fünfmal befragt. „Nach dem fünften Mal wurden sie gefragt, ob sie Interesse haben, an der Gesundheitsbefragung mitzumachen.“ In diesem Pool der **Respondent\*innen** finden sich **wenige ältere Menschen**, weil sie nicht im Fokus des Mikrozensus stehen. Bei Personen, die schon häufiger befragt wurden, sinkt die Bereitschaft, an weiteren Befragungen teilzunehmen. „Die Ausschöpfung bei der älteren Bevölkerung ist einfach schlechter.“ Allgemeine Vorbehalte gegen Befragungen und gesundheitliche Einschränkungen bei älteren Personen lassen die Bereitschaft weiter zurückgehen. Die Personen, die sich dennoch für die Befragung zur Verfügung stellen, geben lt. Expert\*innen eher positive Antworten, was ein doppeltes Bias verursacht.<sup>13</sup>

2019 wurde wieder eine **Face-to-Face-Befragung** durchgeführt. Die Expert\*innen sind sich einig, dass diese Form für ältere Personen die beste Erhebungsmethode ist, gerade weil es um sensible Themen wie Gesundheit geht. Eine Rückkehr zu dieser Methode wird empfohlen.

Im Mikrozensus werden keine Fragen zur Gesundheit gestellt. Anzahl der Arztbesuche, chronische Krankheiten usw. sind Teil der Gesundheitsbefragung. Sonderauswertungen können auf Anfrage erstellt werden.

**Sozioökonomische und soziodemografische Determinanten wie Einkommen, Bildung, Migration, Wohnort Stadt/Land, Wohnungsumgebung** sollen miteinander bezogen werden, ebenso **Lebensstilfaktoren** wie Ernährung, Bewegung und die Einnahme psychotroper Substanzen. Es können auch externe Datensätze in die Berechnungen aufgenommen werden.

Studien belegen, dass z. B. in Wien die Lebenserwartung in verschiedenen Bezirken unterschiedlich groß ist. Die Diversität aufgrund von Migration hat die Kohorten dramatisch verändert: **Migration, Bildung und Geschlecht bilden einen wichtigen Zusammenhang**. Aus der geriatrischen Literatur ist bekannt, dass Menschen, die Angehörige pflegen, „subjektiv eine deutlich schlechtere Gesundheit haben“, weil sie durch die Pflege psychisch sehr belastet sind. Soziale Kontakte werden oft auf ein Minimum reduziert. Pflegende Angehörige sind nach wie vor überproportional Frauen. In der Auswertung der Lebenserwartung wurde die **Frage, ob man Angehörige pflegt, bisher zwar inkludiert, „aber nicht quergerechnet“**. Es wird empfohlen, diese Daten auszuwerten, nicht zuletzt, um adäquate Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige machen zu können.

Das soziale Gefüge, in das ältere Menschen eingebunden sind, ist für die Frage der fernen Lebenserwartung bei guter/sehr Gesundheit ebenfalls relevant. Der sogenannte **„Social Support Skill“**, der Auskunft darüber gibt, ob Personen

im Bedarfsfall eine geringe, mittlere oder starke Unterstützung haben, ist nicht zuletzt **geschlechterrelevant**. Frauen haben – je älter sie sind – weniger Unterstützung, da sie ihre männlichen Partner häufig überleben. Frauen werden zwar älter als Männer, aber die Jahre, die sie älter werden, verbringen sie häufig in schlechterer Gesundheit. Für die Expert\*innen stellt sich die Frage, welche Determinanten diese Unterschiede verursachen. Durch eine methodisch verbesserte Erhebung können auch darauf Antworten gefunden werden.

Bei **subjektiven Einschätzungen** sind die **Vergleichswerte häufig unterschiedlich**. Überlebende aus der Kriegsgeneration haben oft viele Verbesserungen, z. B. sozialen Aufbau und beruflichen Aufstieg, in ihrem Leben erfahren. Die Generation, die heute um die 60 Jahre alt ist und denen es schon in ihrer Kindheit und auch danach relativ gut ging, erlebt es z. T. anders: „Jetzt wird es eigentlich schlechter. Jetzt wird das Klima schlechter, es wird die soziale Absicherung schlechter, der Zugang zur Medizin wird gerade schlechter.“

Subjektiv bessere Lebensqualität beschreiben auch Personen, die sich engagieren und in soziale Kontexte eingebunden sind. Es sollen deshalb **Fragen nach sozialer Eingebundenheit** in die Erhebung aufgenommen werden. In Studien zur Lebensqualität sollen Parameter genauer definiert werden.

## HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

**Pflegende Angehörige**, das sind vor allem Frauen, brauchen während der Pflegezeit **adäquate Unterstützung**, sodass die oben angesprochenen psychischen Belastungen gesenkt werden können. Frauen, die ihre männlichen (Ehe-) Partner bis zu deren Ableben pflegen, brauchen Angebote für die Zeit danach. Wenig soziale Kontakte und der Wegfall der sinnhaften Tätigkeit führen nicht selten zu Isolation und Depression.

**Traditionelle soziale Orte** und Treffpunkte wie Pensionist\*innenklubs, Pensionist\*innencafés, Häuser der Begegnung oder Senior\*innenturnen sind nach wie vor wichtig; es braucht aber auch **moderne Alternativen**.

Die **Schaffung** sogenannter „**Ankerorte**“ ist eine Empfehlung. Diese sollen eine soziale Einbindung auf Basis individueller Interessen und Bedürfnisse ermöglichen. Ehrenamt, (kulturelle) Vereinsarbeit, politische Arbeit, religiöse Gemeinschaften, Sportvereinigungen usw. sind Möglichkeiten, sich zu engagieren. Je nach Bedarf kann es an diesen Orten auch zu einem überlebensnotwendigen Informations-, Ressourcen- und Erfahrungsaustausch und zu gegenseitiger Unterstützung kommen, z. B. zwischen neu zugezogenen Personen aus anderen Ländern.

„Meaningful Ageing“ braucht sinnhafte Aktivitäten, Begegnungen und „**Orte der Soziabilität**“, die eine Verbindung mit „der Welt“ schaffen. „Das kann auch ein Markt sein, wo ich sage, ich gehe auf den Markt und gehe in die Welt.“ Wichtig ist lt. Expert\*innen, Möglichkeitsstrukturen zu schaffen, um Teilhabe/ Teilnahme zu fördern. Niederschwellige Möglichkeiten für die Entwicklung von Aktivitäten, etwa die Gründung einer Wandergruppe, sind ebenfalls notwendig.

**Erfolgreiche Initiativen** wie beispielsweise „Urban Gardening“ bieten sinnstiftende Tätigkeiten im öffentlichen bzw. halböffentlichen Raum. Personen können sich um etwas kümmern, können Kontakte schließen und sind sichtbar.

**Stadtteil-Quartiershäuser und Stadtteilzentren**, in denen sich Initiativen und Nachbar\*innen etc. treffen und austauschen können, fehlen in Wien. Beispiele gibt es in Paris „in jedem Bezirk oder noch kleinteiliger, wo man hingehen kann, um Themen mit der Nachbarschaft oder einer anderen Öffentlichkeit zu besprechen“. Die in **Wien** etablierte **Gebietsbetreuung** wird als Infrastruktur gesehen, die solche Möglichkeiten bieten könnte.

**Beteiligungsprojekte** wie die **lokale Agenda** oder **Projekte der Wiener Gesundheitsförderung** sind weitere Beispiele, die für eine „gewisse Gesellschaftsschicht“ funktionieren. Es braucht aber auch **niederschwellige Möglichkeiten**.

**Unterschiedliche Lebensentwürfe** bestimmen die Beziehungsarten im Alter mit. Mögliche Konstellationen sind neben der traditionellen Oma-Opa-Konstellation die „modernen jungen Alten“, die keine Familie mehr brauchen, neue Partner\*innenschaften im Alter mit z. T. sehr hohen Altersunterschieden oder Familienneugründungen im Alter. Die Zufriedenheit mit der Beziehungsart wirkt sich auf die Lebensqualität im Alter aus und kann einen Beitrag zur gesunden Lebenserwartung leisten.

**Die Vorbereitung auf die Zeit nach der Erwerbsarbeitsphase** – die Pensionszeit – ist wichtig. Einerseits gibt es die Freude darauf, den Anforderungen des Arbeitsmarktes nicht mehr entsprechen zu müssen. Andererseits merken nicht wenige Menschen nach einer gewissen Zeit, dass die Ruhe, das Reisen etc. auf die Dauer oft zu wenig Befriedigung bringen. Vielen steht jahrzehntelange Pensionszeit zur Verfügung. Diese Zeit vorbereiteter und aktiver anzugehen, wird angeregt. „Ich glaube, dass man Alter bzw. Nicht-berufstätig-Sein lernen muss.“ Projekte, bei denen erfahrene Pensionist\*innen neu in Pension gekommene Personen coachen und mit ihnen gemeinsam aktiv sind, könnten initiiert werden. Im Rahmen von betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten kann das Thema „Wie bereite ich mich auf die Pensionszeit vor? Wie finde ich meine neue Rolle?“ aufgegriffen werden. Im letzten Arbeitsjahr Trainingskurse für die Pension zu etablieren, gab es als Projekt schon. Diese Idee könnte wiederbelebt werden. Der Pensionsantritt ist ein sehr individueller Prozess und abhängig von den jeweiligen Lebensumständen der Menschen.

**„Derzeit erfolgreich altern ist schwierig“**, so die Einschätzung für die Zeit während der Pandemie. Es gibt „fatale Folgen für viele Menschen dieser vulnerablen Gruppe“. Der **Zugang zu medizinischer Versorgung ist eingeschränkt**: einerseits aus Angst vor Ansteckung und andererseits, weil gesundheitliche Einrichtungen höhere Barrieren errichtet haben. Die Isolation von Personen in Alters- und Pflegeheimen ist gestiegen. In diesen Einrichtungen werden verstärkt neue digitale Möglichkeiten zur Kommunikation mit Angehörigen/ Freund\*innen eingesetzt. In Zukunft sollen dort vermehrt **digitale Tools zur Prävention von Vereinsamung und sozialer Isolation** eingesetzt werden. Dieser Prozess sollte gut begleitet sein.

# Funktionale Einschränkungen

## LEITFRAGEN

**Hintergrundinformation:** Im Baseline-Bericht 2017 konnte der Indikator „Anteil der 60- bis 84-Jährigen mit weniger als drei funktionalen Einschränkungen“ nicht abgebildet werden.

**Zielsetzung:** Eine Steigerung der ATHIS-Werte von 2006/2007 (Frauen: 68 %, Männer 84 %) um zumindest 10 % wird angestrebt.

In der ATHIS wurden bisher unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt:

- ATHIS 2006/2007: Funktionale Einschränkungen als Schwierigkeiten beim Gehen, Treppensteigen, Bücken und Niederknien, Einkaufstaschetragen sowie bei Tätigkeiten wie Fingerfertigkeit und Drehbewegungen mit der Hand (nach Anzahl der Einschränkungen). Anzahl der Einschränkungen kann auch für 2014 und 2019 abgebildet (berechnet) werden.
- ATHIS 2014: Funktionale Einschränkungen beim Sehen, Hören, Mobilität (keine, einige, große Schwierigkeiten)
- ATHIS 2019: Funktionale Einschränkungen im sensorischen (Sehen, Hören), mobilen und kognitiven Bereich (über alle Altersgruppen). Die Fragen haben sich zwischen 2014 und 2019 nicht verändert, es ist nur der kognitive Bereich dazugekommen.

Notwendig für ein kontinuierliches Monitoring sind vergleichbare, regelmäßig erscheinende und verfügbare Daten.

- Welcher Indikator mit zugänglichen Daten könnte für das Wirkungsziel „Physische und psychische Gesundheit bis ins Alter fördern“ herangezogen werden?

## ÜBERPRÜFUNG DES AKTUELLEN INDIKATORS

Der Indikator umfasst die **Altersgruppe der 60- bis 84-Jährigen** und ist, wie im vorherigen Kapitel angeführt, zu grob gefasst. Um der Gruppe der „60-Jährigen“ gerecht zu werden, braucht es nicht nur die Erhebung der funktionalen Einschränkungen, sondern auch Parameter „wie sehr gute Mobilität, sehr gute kognitive Leistungsfähigkeit, sehr gute sensorische Fähigkeiten usw.“. Die Auswertung könnte auch mit der Antwortkategorie „keine Schwierigkeiten“ erfolgen.

Funktionale Einschränkungen im sensorischen (Sehen, Hören), mobilen und kognitiven Bereich (über alle Altersgruppen) benötigen **ergänzende Parameter**, um das Wirkungsziel „Physische und psychische Gesundheit bis ins hohe Alter fördern“ zu unterstützen und damit die Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern. Anleihen dazu können beim ADL-Score (Activities of Daily Living) und IADL-Score (Instrumental Activities of Daily Living) für die Messung von (instrumentellen) Alltagskompetenzen genommen werden. Zu den Erhebungsbereichen „Sensorik“, „Motorik“ und „Kognition“ soll „**Psyche**“, z. B. mit der Depressionsskala, ergänzt werden. 2014 und 2019 wurde der PHQ-8 zur Erfassung der depressiven Symptomatik integriert.

Einig sind sich die Expert\*innen darüber, dass im Erhebungsablauf **Ja/Nein-Fragen nicht ausreichen**, um Mobilitätseinschränkungen und andere Einschränkungen angemessen abzubilden. Die **Antwortkategorien** sind aktuell „keine, einige, große Schwierigkeiten, ich kann es gar nicht“. Weitere mögliche Antwortkategorien werden wie folgt vorgeschlagen:

- „sehr gute Mobilität – durchschnittliche Mobilität – eingeschränkte Mobilität“
- „keine Schwierigkeiten – einige Schwierigkeiten – große Schwierigkeiten – zu große Schwierigkeiten – ich kann es gar nicht“
- „keine Schwierigkeiten – einige Schwierigkeiten – große Schwierigkeiten – zu große Schwierigkeiten – ich kann es gar nicht – ich kann es ausgezeichnet – ich kann es sehr gut“. Die letzten zwei Antwortkategorien in diesem Vorschlag sollen „die Rüstigen, die erfolgreichen Senior\*innen“ abbilden.

Schlechte **Mobilität** ist „eindeutig ein Indikator für eine geringere Lebenserwartung“. Neben anderen **Parametern** soll auch die „**frei gewählte Gehgeschwindigkeit**“ herangezogen werden, um die Lebenserwartung einzuschätzen. „Surrogatparameter“ wie „frei gewählte Gehgeschwindigkeit“ sind wichtig, um bei Auffälligkeiten eine detaillierte Abklärung vorzunehmen. Ob medizinisch-therapeutische Interventionen gemacht werden, wird auch in Bezug auf zu erwartende (gute) Lebensjahre abgewogen. Es wird auch darauf hingewiesen, dass **Gehgeschwindigkeit** nicht nur abhängig von der Funktionalität, sondern auch von **psychischen Faktoren** ist. In diesem Zusammenhang wird auf die Studie „Die Arbeitslosen von Marienthal“ hingewiesen.

Das **Sicherheitsempfinden** älterer Menschen wird als zentral definiert und soll in Befragungen einbezogen werden. Die Lebensqualitätsskala der WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) inkludiert umweltbezogene Faktoren und bildet Sicherheitsempfinden ab. Ein Beispiel ist die Angst vor einer Klimakatastrophe. Diese nimmt zu, weil sich Befragte vor klimatischen Auswirkungen weniger gut geschützt fühlen. Stadthitze ist ein Thema, das alte Menschen ganz besonders betrifft. Viele Personen sind dadurch „gezwungen“, zu Hause zu bleiben. Je heißer ein Sommer, desto höher die Sterberate. Wichtig ist die Definition, ab wann etwas eine **Einschränkung** oder eine **Krankheit** ist. Die Definition von Krankheitsfaktoren verändert sich laufend. Dadurch erhebt sich wieder die Frage der **Datenvergleichbarkeit**, nicht zuletzt bei Langzeitstudien, die über 10 bis 15 Jahre laufen.

# Gesamtzusammenfassung der Diskussionen zum Wiener Gesundheitsziel 3

Gemeinsam war beiden Diskussionen, dass einige Schwierigkeiten der Datenerhebung zu den einzelnen Indikatoren sichtbar wurden. Ein Problem stellen die großen Altersgruppen dar, weil die unterschiedlichen Voraussetzungen von z. B. 65- bis 75-Jährigen, 75- bis 85-Jährigen usw. nicht differenziert dargestellt und angemessen berücksichtigt werden können. In der Folge sind adäquate Ableitungen für geeignete Maßnahmen schwierig.

Die schwierige Vergleichbarkeit der Daten ist der Anwendung unterschiedlicher Methoden, dem Anteil älterer Personen in den Befragungen und der Definition bzw. Neu-/Umdefinition schon verwendeter Indikatoren geschuldet.

Eine Mischung aus subjektiven und objektiven Faktoren und das Einbeziehen soziodemografischer und sozioökonomischer Determinanten ist für ein ganzheitliche(re)s Bild in Bezug auf Lebenserwartung und Lebensqualität wichtig.

Um das Wiener Gesundheitsziel 3 weiter gut zu unterstützen, ist es notwendig, Aufschluss über die soziale Einbindung der Befragten in Familien, Freundes- und Bekanntenkreis, unterstützende Institutionen usw. zu erhalten. Angebote, die dieses Gesundheitsziel unterstützen, sollen darauf aufbauen. Eine Analyse kann aufzeigen, welche der bestehenden, gut genutzten Angebote erhalten bleiben und welche neu geschaffen werden sollen. Inhaltlich-soziale und räumliche Angebote sollen neue „Ankerorte“, „Orte der Soziabilität“ schaffen.

Probleme der Datenerhebung und der Vergleichbarkeit sind langfristig zu sehen. Damit verbunden ist die Problematik eines Übersichts-Indikatorenberichtes, da Indikatoren, die noch vor einigen Jahren sinnvoll waren, aktuell u. U. verändert werden müssen. Als Zukunftsthemen der Datenerhebung aufgrund gesellschaftlicher Diskurse und Übereinkommen werden die Geschlechteridentitäten und nichtbinäre Zuordnungen identifiziert, die heute schon mitgedacht werden sollen.

# Abschluss- statement

Die Zusammensetzung der Teilnehmer\*innen in den Workshops baute auf einem „Health in All Policies“-Ansatz auf. Es zeigte sich, dass der interdisziplinäre Austausch zu neuen Informationen und Erkenntnisgewinnen für alle führte. Die Teilnehmer\*innen aller drei Workshops kamen zum Schluss, dass diese Form der Auseinandersetzung zu den Indikatoren sehr wertvoll ist.

# Ergänzungen des internationalen wissenschaftlichen Beirats

Am 02.12.2021 fand online die 5. Sitzung des internationalen wissenschaftlichen Beirats zu den Wiener Gesundheitszielen 2025 statt. Ziel der Einbindung dieses Beirats war, auf Grundlage der Handlungsempfehlungen aus den Diskussionen weitere Ansatzmöglichkeiten und Schritte für die Vorgehensweise in Wien abzuleiten. Die Inputs der Teilnehmer\*innen wurden mit deren Einverständnis auf Tonband aufgenommen und für die Ergebnissicherung verwendet.

Die Mitglieder des Beirats, die nicht anwesend sein konnten, hatten die Möglichkeit, ihre Anregungen schriftlich einzubringen. Die ergänzenden Handlungsempfehlungen und Ansatzmöglichkeiten wurden aber ausschließlich von den anwesenden Beiratsmitgliedern formuliert.

## **Vorsitz:**

- Mag. Richard Gauss, Bereichsleiter der Geschäftsgruppe Soziales, Gesundheit und Sport, Leiter der Abteilung Strategische Gesundheitsversorgung, Geschäftsführer des Wiener Gesundheitsfonds
- Mag.<sup>a</sup> Kristina Hametner, Leiterin des Büros für Frauengesundheit und Gesundheitsziele in der Abteilung Strategische Gesundheitsversorgung

## **Mitglieder:**

- Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Theda Borde, Professorin für Sozialmedizinische/medizinsoziologische Grundlagen der Sozialen Arbeit an der Alice Salomon Hochschule Berlin (anwesend)
- Dr.<sup>in</sup> Christina Dietscher, Fachexpertin und Referentin für Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz und Public Health am Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (anwesend)
- Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. Thomas Dorner, MPH, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Public Health
- emer. Univ.-Prof. Dr. Jürgen Pelikan, Institut für Soziologie an der Universität Wien, Direktor des WHO-Kooperationszentrums für Gesundheitsförderung im Krankenhaus und Gesundheitswesen
- Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Doris Schaeffer, Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld (anwesend)
- Dr. Matthias Wismar, Senior Health Policy Analyst am WHO European Observatory on Health Systems and Policies
- Ao. Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Beate Wimmer-Puchinger, ehemalige Frauengesundheitsbeauftragte, Präsidentin des Berufsverbandes Österreichischer Psycholog\*innen (BÖP)

Der Beirat würdigte die erarbeiteten Handlungsempfehlungen und brachte ergänzend dazu folgende Inputs ein:

### **Indikatoren „Schwangere mit Adipositas“ und „Schüler\*innen mit Übergewicht oder Adipositas“**

- Die WHO erkennt Adipositas als Krankheit an. In der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) ist Adipositas daher aufgelistet. Dies muss jedoch in Österreich bekannter gemacht werden.
- Wichtig ist die Nutzung und Verbreitung von Behandlungsleitlinien für Patient\*innen, Angehörige und Mediziner\*innen der AMWF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.
- Die Stärkung eines multiprofessionellen Zugangs soll forciert werden. Leitlinienbasierte und transparente Zuständigkeiten und Abläufe sind für die Behandlung von Adipositas notwendig. Für die Behandler\*innen und für die Betroffenen muss klar sein, wo „in der Kette angedockt wird“.
- Interprofessionalität soll dazu führen, Adipositas nicht nur über Medizin zu denken, sondern die wichtige Rolle von Pflegekräften, Hebammen und Community Nurses zu stärken. Oft werden Aufgaben von Ärzt\*innen wahrgenommen, die im internationalen Kontext von Pflegepersonen durchgeführt werden. Das Thema Adipositas soll nicht nur stärker in die Ausbildung von Mediziner\*innen Eingang finden, sondern auch in alle anderen Gesundheitsberufe.
- Medizin spielt bei Adipositas eine wichtige Rolle. Dennoch sollte stärker der Kontext der sozialen Lebenswelten in den Blick genommen werden. Die neue Berufsgruppe der Community Nurses, die sich in Österreich etabliert, soll bei communitynahen Ansätzen vermehrt eingesetzt werden.
- Die „Frühen Hilfen“ wie Familienhebammen und Familienkrankenschwestern\*innen sollen stärker miteinbezogen werden. Diese können Familien und Kinder bis zum dritten Lebensjahr begleiten. Adipositas-Beratung und -Begleitung soll in die Qualifizierung und Weiterbildung dieser Berufsgruppen aufgenommen werden. Das Angebot der längerfristigen Begleitung soll freiwillig sein.
- In Schulen könnten neben Schulsozialarbeit auch School Nurses die Gesundheitskompetenz von Schüler\*innen, Lehrer\*innen und Direktor\*innen fördern. In Deutschland wird beispielsweise im Nationalen Aktionsplan (NAP) die Einführung von Gesundheit als Schulfach gefordert.
- Das österreichische Versorgungssystem fokussiert zu stark auf die Akutversorgung, was bewirkt, dass die Versorgung chronischer Erkrankungen „chronisch unterausgestattet“ ist. Damit chronische Probleme besser bearbeitet werden können, braucht es vermehrt Disease Management und Case Management.

- Die Honorierungskataloge der medizinischen Leistungen müssen überarbeitet werden – einerseits, um Kassenverträge für niedergelassene Kinderfachärzt\*innen attraktiver zu machen, und andererseits, um Behandlungsgespräche in der benötigten Länge und Qualität führen zu können. „Es braucht eine ökonomische Studie, wie viel Folgekosten für das System aufgrund von zu wenig Gesprächszeit entstehen.“
- Patient\*innenedukation, Patient\*innenbildung, die Förderung von Health Literacy sind bei Adipositas sehr wichtig, kommen jedoch oft zu kurz. Breitere Ansätze sind notwendig, wie „Gesundheitskompetente Organisationen“, „Gesundheitskompetente gynäkologische Praxen“ und „Gesundheitskompetente Primärversorgungszentren“. Neben Mediziner\*innen sollen Hebammen, Diätolog\*innen und gesundheitskompetentes Pflegepersonal in Primärversorgungszentren vermehrt eingesetzt werden.
- Es braucht ein Werbeverbot für ungesunde Nahrungsmittel und es ist wichtig, gemeinsam daran zu arbeiten. Es gilt, die adipositasfördernde Umgebung (obesogenic environment) in den Blick zu nehmen und z. B. die Alltagsbewegung, die oft vernachlässigt wird, zu fördern, beispielsweise durch den „gehenden/laufenden Schulbus“.

**Indikatoren „Krankenstandsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen“, „Frühpensionierungen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen“ sowie „Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen“**

- Bei den Themen Krankenstand, Frühpensionierung und Arbeitslosigkeit wird noch stärker deutlich, wie unsere Gesellschaft funktioniert und wo es sich „spielt“. Deshalb sind gesetzliche Anknüpfungspunkte und mögliche Nachschärfungen wichtig.
- Das Thema Mehrfachbelastungen wird viel zu wenig diskutiert. Frauen, die früher Kinderbetreuungspflichten hatten, übernehmen oft die Pflege von älteren Angehörigen und sind so über einen sehr langen Zeitraum mehrfachbelastet.
- In anderen Ländern gibt es Berufsgruppen wie z. B. Occupational Nurses in Betrieben, die wichtige Aufgaben wahrnehmen können, etwa Mitarbeiter\*innen mit psychischen Belastungen im Rahmen von BGF und BGM zu begleiten.
- Über adäquate Arbeitsplatzgestaltung und adäquate Tätigkeitsprofile nachzudenken, wird unterstützt. Es nützt wenig, ältere Arbeitnehmer\*innen fit zu machen, es braucht auch das Umgestalten von Arbeitsplätzen. Sowohl in Österreich als auch in Deutschland ist noch viel zu tun. Das Pensionsantrittsalter bzw. Lebensarbeitsalter wird hinaufgesetzt, aber es wird nicht darüber gesprochen, welche Auswirkungen dies auf die Arbeitsplatzgestaltung hat.
- Der Wert von Arbeit kann erhöht werden, wenn es genügend „wertvolle“ Arbeitsplätze gibt. Es gibt auch einen schichtspezifischen Zusammenhang, wie lange eine Person einen Arbeitsplatz ausführen kann.

- Entstigmatisierung psychischer Probleme am Arbeitsplatz voranzutreiben ist wichtig, nicht nur bei Arbeitnehmer\*innen, sondern auch bei Manager\*innen. Es geht u. a. um die Frage, wie die persönliche Betroffenheit/Erfahrung für die Gestaltung von Arbeitsplätzen genutzt werden kann, um den Bedürfnissen der Menschen zu entsprechen. Das Thema psychische Belastungen am Arbeitsplatz soll auch in den Ausbildungen zu Manager\*innen berücksichtigt werden.
- Psychische Gefährdungsbeurteilung und Evaluierung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz sind verpflichtend und gute Stellschrauben, um BGF einzuleiten. In Österreich gibt es immer noch Berührungsängste mit diesem Instrument, da nicht genügend geklärt ist, wie mit den Ergebnissen umgegangen wird. Ein weiterer Aspekt ist, dass nicht nur Belastungen am Arbeitsplatz aufgenommen werden sollen, sondern auch Belastungen im Lebensalltag, z. B. aufgrund der Pandemie.
- Die BGF und BGM zu stärken und die Verantwortungsübernahme durch die Unternehmen zu forcieren, z. B. im Rahmen der Fürsorgepflicht, ist wichtig. Dadurch werden sie zur Managementaufgabe und sollen in die Managementausbildungen aufgenommen werden. Die Menschenbilder, auf denen diese Ausbildungen basieren, sollen ebenfalls reflektiert werden. Demografie-Management in Verbindung mit zunehmendem Fachkräftemangel soll in Konzepte des BGM Eingang finden.
- Der Wandel durch Digitalisierung muss jetzt schon mitgedacht werden. Die Zunahme der psychischen Belastungen kann als „Vorbeben“ für die kommenden Änderungen gedeutet werden. Dieser Wandel muss klug genutzt werden, nicht zuletzt, damit Sorgen und Ängste wegen eines möglichen Verlusts des Arbeitsplatzes nicht in weitere psychische Erkrankungen führen.
- Die Arbeitspsychologie soll in Unternehmen stärker genutzt werden. Kleinbetriebe können vernetzt und durch gemeinsame arbeitsmedizinische Fachkräfte unterstützt werden.
- Unternehmen könnten mit einem Siegel „Gute Arbeitgeber\*innen“ ausgestattet werden. Das hätte u. a. zur Folge, dass sowohl Führungskräfte als auch Betriebsrät\*innen verstärkt an „guten“ Rahmenbedingungen in Betrieben interessiert sind.
- In Deutschland gibt es einen deutlich höheren Anteil an immigrierten Arbeitnehmer\*innen, die in Frührente sind. Es ist auch wichtig, in Österreich nicht nur nach Geschlecht differenziert zu analysieren, sondern auch nach Immigration.

## Indikatoren „Gesunde Lebenserwartung“ und „Funktionale Einschränkungen“

Bei diesen Indikatoren wurde auf die Handlungsempfehlungen auf sozialer Ebene eingegangen.

- Die Schaffung von Ankerorten bringt die Frage mit sich, wie die Menschen, allen voran pflegende Frauen, zu diesen Ankerorten kommen. Eine wichtige Rolle kann hierbei der ambulante Pflegedienst übernehmen, der Kooperationen mit Ankerorten eingehen und betroffene Personen über die Möglichkeiten informieren kann.
- Wichtig ist, den Anteil der Lebensjahre im Alter, die gesund und ohne Funktionseinschränkungen verbracht werden können, zu erhöhen. Dafür ist die Gesundheitsförderung im Alter auszubauen. Die Bewegungsförderung soll dabei eine wesentliche Rolle spielen. Gesundheitsfördernde Maßnahmen sind in allen Lebensbereichen, Lebenswelten und Settings, in denen sich ältere Menschen aufhalten, erforderlich.
- Um lange gesund und fit zu bleiben, soll das Ehrenamt „gut mitgenommen“ werden. Auch hier ist wichtig, dass die Informationen über Möglichkeiten z. B. über Community Nurses weitergegeben werden. In der letzten Berufsphase vor der Pensionierung können solche Informationen auch in Unternehmen verbreitet werden. Mit weiteren Methoden soll auf den Ruhestand vorbereitet werden.
- Zur „Frühen Hilfe“ soll die „Späte Hilfe“ kommen, die Angebotsstrukturen für ältere Personen sollen vernetzt werden. Um die Zeit des gesunden Alterns zu verlängern, müssen die unterschiedlichen Lebensphasen altersdifferenziert betrachtet werden. Gesundheitsförderung im Alter heißt Bewegungsförderung. Hierauf ist stärker zu achten, indem sie etwa mit Orten wie Parks verbunden wird. Dabei können auch Kommunikationsgruppen entstehen. Eine Beobachtung ist, dass Haustiere wichtig für soziale Kontakte sind.
- Mögliche Lösungen zu gesellschaftlichen Problemen sollen mit Betroffenen erarbeitet werden. Partizipative Formen der Interventionsentwicklung sind deshalb zu verfolgen. Diese Lösungen sind stärker alltagsbezogen und richten sich an den Lebensrealitäten der Personen aus.
- In Bezug auf „moderne Alte“ sollen auch moderne Formen der Unterstützung geschaffen werden, um die Lebensjahre in guter/sehr guter Gesundheit zu stärken. Altersgerechtes und intergenerationelles Wohnen sollen ebenfalls partizipativ entwickelt und unterschiedliche Altersgruppen einbezogen werden. Innovative Wohnformen und Projekte helfen, eine „Ghetto-bildung“ zu vermeiden.
- Ideen, Erwartungen und Vorstellungen unterscheiden sich auch stark nach Schicht und sozialen Gruppen. Die gesellschaftliche Diversität und heterogene Lebensformen sollen auf „nachahmungswürdige“ Ansätze durchforstet werden, beispielsweise solche zur Stärkung und zum weiteren Ausbau des Familienzusammenhalts.
- Doppelangebote werden reduziert, um Ressourcen für Neues zu schaffen.

## **Impressum**

Eigentümerin und Herausgeberin: Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele/Wiener Programm für Frauengesundheit in der Abteilung Strategische Gesundheitsversorgung der Stadt Wien, Brigittenauer Lände 50-54/2/5, 1200 Wien

Für den Inhalt verantwortlich: Kristina Hametner, Leiterin Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

## **Quantitatives Indikatorenmonitoring**

Inhaltliches Konzept, Projektleitung und Erstellung: Denise Schulz-Zak

## **Qualitative Analyse ausgewählter Indikatoren**

Inhaltliches Konzept, Projektleitung und Koordination der Gruppendiskussionen: Ulrike Repnik und Denise Schulz-Zak

Moderation, Durchführung und Berichterstellung der Gruppendiskussionen: Sabine Steinbacher, Steinbacher | Unternehmungen

Layout: Kathi Reidelshöfer

Lektorat: Judith Kreiner

Fotocredits: Cover: SeventyFour/shutterstock, S. 5 (Peter Hacker): David Bohmann, S. 5 (Kristina Hametner): Daniela Thurner

Druck: MA 21 B

Wien, Mai 2022, 1. Auflage

Wir sind erreichbar:

Telefon: 01 4000-84200

E-Mail: [gesundheitsziele@ma24.wien.gv.at](mailto:gesundheitsziele@ma24.wien.gv.at)

ISBN 978-3-9519855-3-4

Detaillierte Informationen zu den Wiener Gesundheitszielen sowie zu zahlreichen Projekten und Initiativen finden Sie auf unserer Webseite: [gesundheitsziele.wien.gv.at/](http://gesundheitsziele.wien.gv.at/)





