

Altern in Gesundheit

Vienna Healthy Ageing Profile

Mai 2007

Stadt Wien, Bereichsleitung für Strukturentwicklung /
Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung

Projektleitung:

Mag. Ursula Hübel
Koordinatorin für Wien im Rahmen des Healthy Ageing Subnetwork
des WHO Healthy Cities Project

Autorinnen:

Dr. Erika Baldaszi	Kapitel 2. Zugang zu Gesundheits- und Unterstützungseinrichtungen Kapitel 3.1. Einkommen und soziale Status (Punkte 6 und 7) Kapitel 3.2. Wohnverhältnisse und Umwelt Kapitel 3.3. Arbeit (Punkte 3 bis 9) Kapitel 3.4. Aus- und Weiterbildung (Punkte 3 bis 5) Kapitel 3.5. Soziale Inklusion Kapitel 3.6. Zukunfts- und Entwicklungsthemen
Dr. Elfriede Urbas	Kapitel 1. Demografische und Gesundheitssituation Kapitel 3.1. Einkommen und sozialer Status (Punkte 1 bis 5) Kapitel 3.3. Arbeit (Punkte 1 und 2) Kapitel 3.4. Aus- und Weiterbildung (Punkte 1 und 2)

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung.....	7
1. <i>Demografische und Gesundheitssituation</i>	8
1.1 Demografische Trends und Prognosen	8
1.1.1 Bevölkerung ab dem 50. Lebensjahr.....	8
1.1.2 Ältere Bevölkerung im Bezirksvergleich.....	9
1.1.3 Geburten, Sterbefälle, natürliches Bevölkerungswachstum, Migration.....	9
1.1.4 Altersabhängigkeitsquotient.....	13
1.1.5 Familienstand und Haushaltsformen.....	13
1.2 Gesundheit	16
1.2.1 Lebenserwartung.....	16
1.2.2 Mortalität und Todesursachen.....	17
1.2.3 Selbst berichtete Morbidität.....	19
1.2.4 Psychische und Verhaltensstörungen.....	21
1.2.5 Kapazitäten der Selbstversorgung – Bedarf an Hilfe und Pflege.....	22
1.2.6 Gesundheitsverhalten.....	23
2. <i>Gesundheits- und Sozialdienste für ältere Menschen in Wien</i>	25
2.1 Gesundheitsversorgung	27
2.1.1 Primäre Versorgung: Zugang und Qualität.....	27
2.1.2 Gesundheitsförderung und Prävention.....	28
2.1.2.1 Gesundheitsförderung.....	28
2.1.2.2 Vorsorgeverhalten.....	29
2.1.3 Ursachen stationärer Aufenthalte (Spitalsentlassungen).....	30
2.1.4 Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung aufgrund des Alters.....	31
2.1.5 Medikamenteneinnahme.....	31
2.1.6 Abdeckung medizinischer Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung.....	32
2.1.7 Kosten als Barriere der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems.....	33
2.1.8 Spezielle Heilbehelfe und Hilfsmittel.....	33
2.2 Sozialzentren und Sozialhilfe	34
2.3 Gesundheits- und Pflegedienste für ältere Menschen	36
2.3.1 Ambulante Pflege und Betreuung.....	36
2.3.1.1 Beratungszentren Pflege und Betreuung zu Hause des Fonds Soziales Wien.....	36
2.3.1.2 Anbieter und Angebote der Ambulanten Dienste.....	37
2.3.1.3 KlientInnen und Leistungen der Ambulanten Dienste.....	39
2.3.1.4 Betreuungspersonal der Ambulanten Dienste.....	41
2.3.1.5 Qualitätsstandards in der ambulanten Pflege und Betreuung.....	41
2.3.2 Geriatrische Tageszentren, Kurzzeitpflege, betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften.....	42
2.3.3 Betreuungsangebote für Menschen mit besonderen Bedürfnissen.....	44
2.3.4 Stationäre Wohn- und Pflegeeinrichtungen.....	44
2.3.4.1 Politische und rechtliche Rahmenbedingungen.....	44
2.3.4.2 Angebot an Wohn- und Pflegeplätzen.....	45
2.3.4.3 Betreuungspersonal in den Wohn- und Pflegeeinrichtungen.....	47
2.3.5 Hospize, palliative Pflege.....	47
2.3.6 Professionell und im familiären Umfeld Pflegende, Unterstützung älterer Pfleger.....	50
2.3.6.1 Professionell Pflegende.....	50
2.3.6.2 Unterstützung für ältere Pfleger.....	50
2.3.6.3 Pflegende Angehörige.....	51
2.4 Zugangsbarrieren und Angebote für ältere MigrantInnen im Sozial- und Gesundheitssystem	52
2.4.1 Barrieren für ältere MigrantInnen im Zugang zum Gesundheitssystem.....	52
2.4.2 Spezifische Sozial- und Gesundheitsdienste für ältere MigrantInnen in Wien.....	53

3.	<i>Das soziale Bild – Stärken und Schwachstellen</i>	55
3.1	Einkommen und sozialer Status	55
3.1.1	Höhe des Einkommens	55
3.1.2	Art des Einkommens	55
3.1.3	Personen mit staatlicher oder städtischer finanzieller Unterstützung	56
3.1.4	Ältere Personen, die Familienmitglieder finanziell und anders unterstützen	57
3.1.5	Ältere Personen als Freiwillige	58
3.1.6	Wohlstand, Reichtum, Vermögen	59
3.1.7	Einfluss auf die Gemeinschaft.....	60
3.2	Wohnverhältnisse und Umwelt	61
3.2.1	Aspekte der Wohnverhältnisse	61
3.2.1.1	Eigentum oder Miete der Wohnung	61
3.2.1.2	Wohnungskosten	62
3.2.1.3	Ausstattung der Wohnung	62
3.2.1.4	Art und Größe der Wohnung	64
3.2.1.5	Zugang zu Grünflächen	65
3.2.1.6	Vorsorge für Wohnungsverbesserung	66
3.2.1.7	Selbstbeurteilung der Qualität der eigenen Wohnung	67
3.2.2	Zugang und Barrieren zu Gebäuden	67
3.2.2.1	Zugang zu öffentlichen Einrichtungen	67
3.2.2.2	Zugang zum öffentlichen Raum	69
3.2.3	Transportmittel und Verkehrsteilnahme	70
3.2.3.1	Zugang zu öffentlichen Transportmitteln	70
3.2.3.2	Besitz eines Autos	70
3.2.3.3	Andere Transportmöglichkeiten	71
3.2.3.4	Aspekte der Sicherheit.....	71
3.2.4	Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Menschen in der Städteplanung	73
3.3	Arbeit und Berufstätigkeit	73
3.3.1	Erwerbstätigkeit	73
3.3.2	Arbeitslosigkeit	75
3.3.3	Diskriminierung am Arbeitsplatz aufgrund des Alters	75
3.3.4	Schulungs- und Trainingsangebote	76
3.3.5	Flexibles Pensionsalter - Korridorpension	76
3.3.6	Möglichkeit der Teilzeitarbeit	77
3.3.7	Vorbereitung auf die Pensionierung	77
3.3.8	Programme für ältere ArbeitnehmerInnen.....	77
3.4	Aus- und Weiterbildung	80
3.4.1	Bildungsniveau.....	80
3.4.2	Angebote zum lebenslangen Lernen	80
3.4.3	Informelle Bildung, kulturelle Angebote	82
3.4.4	Ältere Menschen als TrainerInnen/ExpertInnen.....	84
3.4.5	Diskriminierung bei Aus- und Weiterbildung aufgrund des Alters.....	84
3.5	Soziale Inklusion	85
3.5.1	Partizipation an Entscheidungsprozessen.....	85
3.5.2	PensionistInnenklubs in den Häusern zum Leben	86
3.5.3	Ermäßigte Preise für kulturelle Angebote, Urlaub	86
3.6	Zukunfts- und Entwicklungsthemen	87
3.6.1	Verwendung moderner Technologien	87
3.6.2	Stadtentwicklung	88
3.6.3	Inklusion/Exklusion älterer Menschen	89
3.6.4	Forschung zum Leben älterer Menschen in der Stadt	89
4.	<i>Literatur</i>	91

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1-1: Bevölkerung in Wien 2005 (Jahresdurchschnitt) nach Altersgruppen und Geschlecht	9
Tabelle 1-2: Bevölkerungsbewegung in Wien 1995 bis 2005.....	10
Tabelle 1-3: Bevölkerungsbewegung (Raten) in Wien und Österreich 2005	11
Tabelle 1-4: Bevölkerungszusammensetzung Wiens 2001	11
Tabelle 1-5: Personen mit nicht-österreichischer Staatsangehörigkeit in Wien 2001 nach Altersgruppen und Geschlecht	12
Tabelle 1-6: Bevölkerungsvorausschätzung für Wien 2010 bis 2050 (mittlere Variante) nach breiten Altersgruppen	12
Tabelle 1-7: Bevölkerung in Wien und Österreich 2005 (Jahresdurchschnitt) nach Alter; Altersabhängigkeitsquotient	13
Tabelle 1-8: Familienstand der Bevölkerung ab 50 Jahren in Wien 2001 nach Altersgruppen und Geschlecht...	15
Tabelle 1-9: Privathaushalte in Wien 2001 nach Haushaltsgröße.....	15
Tabelle 1-10: Personen in Einpersonenhaushalten in Wien 2003 (Jahresdurchschnitt) nach Alter und Geschlecht	16
Tabelle 1-11: Vorhandensein und räumliche Entfernung von Verwandten bei Personen ab 60 Jahren in Wien 1998.....	16
Tabelle 1-12: Todesursachen (ICD-10, Hauptgruppen) in Wien 2005 nach Alter (ausgewählte Altersgruppen) und Geschlecht	19
Tabelle 1-13: Zufriedenheit mit der Gesundheit in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht	19
Tabelle 1-14: Häufigste chronische Erkrankungen in Wien 1999 nach Alter (ausgewählte Altersgruppen) und Geschlecht	20
Tabelle 1-15: Psychische Beschwerden in den letzten zwei Wochen (Index) in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht	22
Tabelle 1-16: Selbstmord und Selbstbeschädigung (ICD-10 <X60-X84>) in Wien 2004 nach Alter und Geschlecht	22
Tabelle 1-17: Rauchgewohnheiten in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht	23
Tabelle 1-18: Täglicher Alkoholkonsum in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht.....	24
Tabelle 1-19: Körperliche Bewegung bzw. sportliche Betätigung in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht.....	24
Tabelle 2-1: Stationär behandelte PatientInnen in Wiener Krankenanstalten 2004 nach ausgewählten Hauptdiagnosen, Alter und Geschlecht.....	30
Tabelle 2-2: Leistungen der Wiener Gesundheits- und Sozialzentren* 2004 und 2005.....	37
Tabelle 2-3: KlientInnen der Ambulanten Dienste in Wien 2005 nach Organisationen und Diensten; Betreuungsstunden und Betreuungspersonal nach Diensten.....	40
Tabelle 2-4: KlientInnen der Ambulanten Dienste in Wien 2005 nach Pflegegeldstufen.....	41
Tabelle 2-5: Geschätzte Zahl der Pflege- und Betreuungspersonen in der ambulanten Pflege und Betreuung 2002 nach Bundesländern.....	41
Tabelle 2-6 KlientInnen geriatrischer Tageszentren in Wien 2005 nach Pflegegeldstufe.....	43
Tabelle 2-7. Geriatriezentren des Wiener Krankenanstaltenverbundes 2003 innerhalb Wiens	46
Tabelle 2-8. Wohn- und Pflegeplätze in Wiener 2004 nach Bezirken	47
Tabelle 2-9: Geschätzte Zahl der Pflege- und Betreuungspersonen in den Wohn- und Pflegeheimen 2002 nach Bundesländern	47
Tabelle 2-10 Konzept zur abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich 2004	49
Tabelle 2-11: Palliativmedizinische Planbetten/Akutbetten und Standorte in Wien 2005.....	49
Tabelle 3-1: Jahresnettoeinkommen (Dezile) der Erwerbstätigen und PensionistInnen in Wien 2001 nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht	55
Tabelle 3-2: Lebensunterhalt der Bevölkerung ab 50 Jahren in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht	56
Tabelle 3-3: PflegegeldbezieherInnen (Bundespflegegeld, alle Entscheidungsträger) in Wien und Österreich 2002 nach Pflegestufe.....	57
Tabelle 3-4: Freiwilligenarbeit in Österreich 1982, 2000, 2005 nach Tätigkeitsfeldern, Geschlecht	59
Tabelle 3-5:Wiener Gemeinderatsabgeordnete nach Parteizugehörigkeit, Altersgruppen und Geschlecht.....	60
Tabelle 3-6: Rechtsverhältnis der Wohnung in Wien 2003 nach Alter und Geschlecht	62
Tabelle 3-7: Wohnungskosten (ohne Betriebskosten) in Wien 2003 nach Alter und Geschlecht.....	62
Tabelle 3-8: Ausstattungskategorien der Wohnungen von Haushaltvorständen ab 60 Jahren und älter in Wien 2004 nach Rechtsverhältnis	63
Tabelle 3-9: Ausstattungskategorien Wien 2004 nach Alter bzw. Nationalität (des Haushaltvorstandes).....	63
Tabelle 3-10: Heizgelegenheit in der Wohnung in Wien 2003 nach Alter und Geschlecht.....	64
Tabelle 3-11: Art der Wohnung in Wien 2003 nach Alter und Geschlecht	64

Tabelle 3-12: Wohnungsgrößen in Wien 2004 nach Alter bzw. Nationalität (des Haushaltsvorstandes)	65
Tabelle 3-13: Nutzung von Kleingärten, Schrebergärten, Wochenend- und Sommerhäusern in Wien 2003	66
Tabelle 3-14: Selbstbeurteilung der Qualität der eigenen Wohnung in Wien 2003 nach Alter und Geschlecht...	67
Tabelle 3-15: Mangel an Einrichtungen in der Wohnumgebung in Wien 2003 nach Alter und Geschlecht	68
Tabelle 3-16: Barrierefreiheit in den österreichischen ÄrztInnenpraxen 2003 nach Bundesländern	69
Tabelle 3-17: Vorhandensein eines PKWs im Haushalt in Wien 2003 nach Alter und Geschlecht	71
Tabelle 3-18: Tägliche/sehr häufige Nutzung von Verkehrsmitteln in Wien 2003 nach Alter und Geschlecht....	71
Tabelle 3-19: Gefühl der Sicherheit in der eigenen Wohnumgebung in Wien 2003 nach Alter und Geschlecht .	72
Tabelle 3-20: Kennziffern zur Erwerbstätigkeit in Wien 1991 und 2001 nach Geschlecht	74
Tabelle 3-21: Arbeitslosigkeit in Wien und Österreich 2004 (Jahresdurchschnitt) nach Alter und Geschlecht ...	75
Tabelle 3-22: Umsetzung der Lissabon-Ziele	78
Tabelle 3-23: Höchste abgeschlossene Ausbildung in Wien 2001 nach Alter (ausgewählte Altersgruppen) und Geschlecht.....	80
Tabelle 3-24: TeilnehmerInnen an Volkshochschulkursen in Wien und Österreich 2002/03 nach Alter	81
Tabelle 3-25: Themenangebote im Bereich der Altenbildung 2003/2004	82
Tabelle 3-26: Informelle Lernaktivitäten in Österreich 2003 in den letzten 12 Monaten nach Bundesländern, Alter und Geschlecht.....	83
Tabelle 3-27: Nutzung kultureller Angebote in Wien 2003 nach Alter und Geschlecht.....	84
Tabelle 3-28: Geschätzte Zahl der Mitglieder und Organisationsgrad der österreichischen SeniorInnenorganisationen.....	85
Tabelle 3-29: Ausstattung der Haushalte mit Informations- und Kommunikationstechnologie 2005 nach Bundesländern.....	87
Tabelle 3-30: ComputerbenutzerInnen und InternetnutzerInnen 2005 nach Ausbildungsniveau und Lebensunterhalt, Bundesländern, Altersklassen und Geschlecht	88

GRAFIKVERZEICHNIS

Grafik 1-1: Bevölkerungspyramide Wiens 2005 (Jahresdurchschnitt)	8
Grafik 1-2: Bevölkerung im Alter von 55 und mehr Jahren in Wien am 31.12.2005 nach Wohnbezirk	9
Grafik 1-3: Geburten (Lebendgeborene) und Sterbefälle in Wien 1991 bis 2005.....	10
Grafik 1-4: Familienstand der Wiener Bevölkerung 2001 nach Alter und Geschlecht.....	14
Grafik 1-5: Lebenserwartung bei der Geburt und ab 60 Jahren in Wien 1995 bis 2005 nach Geschlecht	17
Grafik 1-6: Sterbefälle in Wien 2005 nach Alter und Geschlecht.....	18
Grafik 1-7: Chronische Erkrankungen in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht	20
Grafik 1-8: Gegenwärtige psychische Gesundheitsprobleme in Österreich und der Europäischen Union (EU-15) 2003 nach Alter	21
Grafik 1-9: Bedarf an Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens und persönlichen Verrichtungen in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht	23
Grafik 1-10: Ernährungsgewohnheiten in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht	25
Grafik 2-1: Konsultationen von HausärztInnen und FachärztInnen sowie Ambulanz- und Spitalsaufenthalte innerhalb der letzten drei Monate in Wien 2001, nach Alter und Geschlecht	27
Grafik 2-2: Beurteilung der Versorgung mit Krankenhäusern / PensionistInnen- und Pflegeheimen in Wien 2003	28
Grafik 2-3: Selbst berichtete regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht	29
Grafik 2-4: Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten (in den letzten vier Wochen) in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht	32
Grafik 2-5: Leistbarkeit von Medikamenten bzw. Rezeptgebühren für den Haushalt in Wien 2003.....	33
Grafik 2-6: KlientInnen der Ambulanten Dienste in Wien 2005 nach Altersgruppen	40
Grafik 2-7: KlientInnen geriatrischer Tageszentren in Wien 2005 nach Altersgruppen	43
Grafik 3-1: Regelmäßige Unterstützungsleistungen für Verwandte bzw. Bekannte außerhalb des Haushalts durch Personen ab 60 Jahren im Wien 2003 nach Geschlecht.....	58
Grafik 3-2: Wiener Gemeinderatsabgeordnete nach Parteizugehörigkeit und Altersgruppen.....	60
Grafik 3-3: Wahlverhalten in Österreich: Nationalratswahl 2006 nach Alter und Geschlecht (Prozent der gültigen Stimmen)	61
Grafik 3-4: Flächennutzung in Wien 2005.....	65
Grafik 3-5: Unfälle in Österreich 2005 nach Lebensbereichen, Alter und Geschlecht	72
Grafik 3-6: Erwerbsquoten der Wiener Bevölkerung 2001 nach Alter und Geschlecht	75

Einleitung

Die Stadt Wien hat sich 1989 dem **Gesunde Städte-Netzwerk der WHO** angeschlossen, das in seiner derzeitigen Phase IV aus rund 80 Städten besteht. **„Healthy Ageing“** / „**Altern in Gesundheit**“ wird im Rahmen eines eigenen Subnetzwerkes als zentrales Thema bearbeitet und ein reger Informations- und Wissensaustausch zwischen den Städten wurde initiiert. Grundgedanke des Healthy Ageing Networks ist ein über die bloße Gesunderhaltung im höheren Alter hinausgehendes positives und dynamisches Bild des Alterns. Einzelne Zielsetzungen dabei sind, in den jeweiligen Städten spezifische Anliegen im Bereich der Gesundheit älterer Menschen sichtbar zu machen, die Mitbestimmung älterer Menschen zu fördern, unterstützende und gesundheitsfördernde Umwelten zu schaffen und den Zugang zu Gesundheits- und Sozialdienstleistungen sicher zu stellen.

Eines der gemeinsamen Projekte des WHO-Netzwerkes „Altern in Gesundheit“ ist, in Form des nun vorliegenden **„Healthy Ageing Profile“** den teilnehmenden Städten einen Vergleich der wichtigsten demografischen, Gesundheits- und Sozialindikatoren zu ermöglichen. Es wurden über 80 Indikatoren gemeinsam ausgewählt, wobei sich jeweils rund die Hälfte auf Gesundheits- und Sozialfragen beziehen. Die im Healthy Ageing Profile behandelten **Gesundheitsthemen** sind Gesundheitsverhalten, Gesundheitsförderung, Lebenserwartung, Krankenhausaufenthalte und Sterblichkeit. Ein großer Teil der Indikatoren bezieht sich auf die **medizinische Versorgung**, beginnend beim niedergelassenen Bereich, über Medikamente und Selbstbehalte, zur mobilen Pflege, geriatrischen Versorgung und den Hospizen. Die Situation pflegender Angehöriger wird thematisiert. Das **soziale Bild** umfasst Einkommen, Wohnen, Berufstätigkeit, Aus- und Weiterbildung (lebenslanges Lernen) und weiters die gesellschaftliche Teilhabe (Freiwilligenarbeit, Engagement in Vereinen, politische Repräsentanz). An **Zukunftsthemen** wurden die Verwendung moderner Technologien, Stadtentwicklung, soziale Inklusion bzw. Exklusion und Forschung im Altenbereich behandelt.

Mit seiner Prämisse eines positiven Altersbildes fügt sich das Healthy Ageing Profile gut in die aktuelle Wiener Gesundheitspolitik ein: Beispielsweise wurde in dem im Jahr 2004 von der Gemeinderätlichen Geriatriekommission erarbeiteten Strategiekonzept für die Betreuung älterer Menschen in Wien mit dem Titel „Lebenswertes Altern in Wien – aktiv und selbstbestimmt“ ebenfalls eine grundsätzlich positive Sichtweise des Alterns in den Vordergrund gestellt. Das Healthy Ageing Profile soll in erster Linie einen raschen Überblick über die gesundheitliche und soziale Lage der älteren Wiener Bevölkerung ermöglichen – ebenso wie einen Vergleich mit den Partnerstädten im WHO-Netzwerk –, es versteht sich aber nicht zuletzt als ein weiterer Beitrag zum deutlicheren Sichtbarmachen der Chancen und Risiken, die der Prozess des Älterwerdens mit sich bringt.

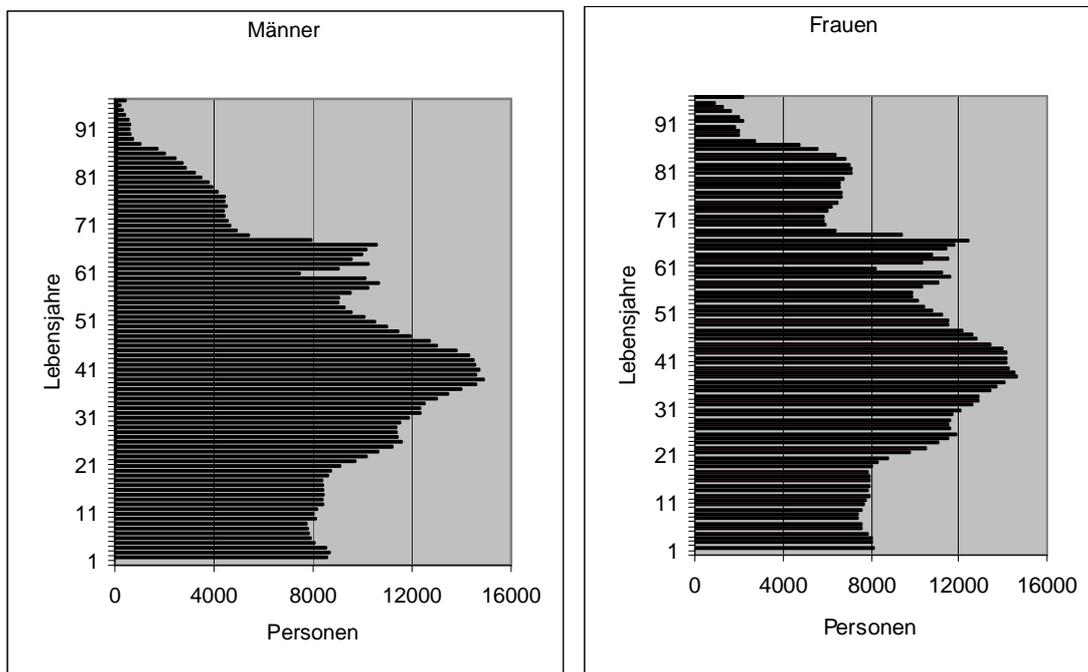
1. Demografische und Gesundheitssituation

1.1 Demografische Trends und Prognosen

1.1.1 Bevölkerung ab dem 50. Lebensjahr

Die Bevölkerung Wiens umfasst im Jahresdurchschnitt 2005 1,637.772 EinwohnerInnen, 780.906 Männer und 856.866 Frauen. 34,3 Prozent der Wiener Bevölkerung (560.954 Personen) sind 50 Jahre oder älter. Bei den Männern ist der Anteil der 50-Jährigen und Älteren (30,8 Prozent, 239.875 Männer) deutlich geringer als bei den Frauen (37,5 Prozent, 321.079 Frauen). Frauen sind in der Bevölkerung ab 50 Jahren mit einem Anteil von 57,3 Prozent deutlich überrepräsentiert.

Grafik 1-1: Bevölkerungspyramide Wiens 2005 (Jahresdurchschnitt)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Bevölkerungsfortschreibung.

Die bei weitem größte Altersgruppe unter der älteren Bevölkerung sind die 55- bis 64-Jährigen. Diese Altersgruppe macht im Jahr 2005 12,6 Prozent der Wiener Bevölkerung aus (12,5 Prozent der Männer und 12,7 Prozent der Frauen). 7,8 Prozent der Wiener Bevölkerung (7,2 Prozent der Männer und 8,4 Prozent der Frauen) ist zwischen 65 und 74 Jahre alt, 6,1 Prozent (4,3 Prozent der Männer und 7,8 Prozent der Frauen) fallen in die Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen. 1,9 Prozent (1,0 Prozent der Männer und 2,8 Prozent der Frauen) haben ein Alter von 85 oder mehr Jahren. Während unter den 55- bis 64-Jährigen lediglich 52,8 Prozent Frauen sind, ist der Frauenanteil in den höheren Altersgruppen deutlich höher: Mehr als drei Viertel (76,6 Prozent) der Wiener Bevölkerung ab 85 Jahren sind Frauen.

Tabelle 1-1: Bevölkerung in Wien 2005 (Jahresdurchschnitt) nach Altersgruppen und Geschlecht

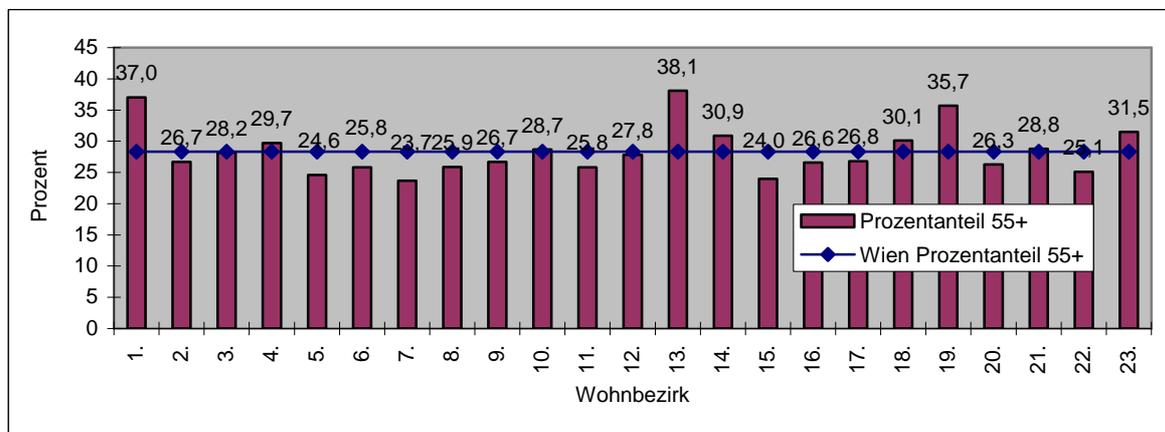
Alter (Jahre)	gesamt		Männer		Frauen		Frauenanteil %
	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent	
gesamt	1.637.772	100	780.906	100	856.866	100	52,4
50 und älter	560.954	34,3	239.875	30,8	321.079	37,5	57,3
0-14	239.755	14,6	122.972	15,7	116.783	13,6	48,7
15-24	192.133	11,7	96.470	12,4	95.663	11,2	49,8
25-34	245.270	15,0	121.158	15,5	124.112	14,5	50,6
35-44	283.012	17,3	142.854	18,3	140.158	16,4	49,5
45-54	214.602	13,1	104.527	13,4	110.075	12,8	51,3
55-64	205.352	12,5	96.942	12,4	108.410	12,7	52,8
65-74	127.057	7,8	55.744	7,1	71.313	8,3	56,1
75-84	99.788	6,1	33.028	4,2	66.760	7,8	66,9
85+	30.803	1,9	7.211	0,9	23.592	2,8	76,6

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Bevölkerungsfortschreibung; eigene Berechnungen.

1.1.2 Ältere Bevölkerung im Bezirksvergleich

Der Anteil der älteren Bevölkerung (ab 55 Jahre) variiert in den Wiener Gemeindebezirken zwischen 24,0 Prozent und 38,1 Prozent. Am höchsten ist der Altenanteil im dreizehnten, ersten und neunzehnten Bezirk. Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang auf die hohe Zahl von Plätzen in stationären Einrichtung der Altenhilfe (Wohn- und Pflegeheime) im dreizehnten und neunzehnten Wiener Gemeindebezirk. Am niedrigsten sind die Anteile der 55-Jährigen und älteren im fünfzehnten, siebenten und fünften Bezirk.

Grafik 1-2: Bevölkerung im Alter von 55 und mehr Jahren in Wien am 31.12.2005 nach Wohnbezirk

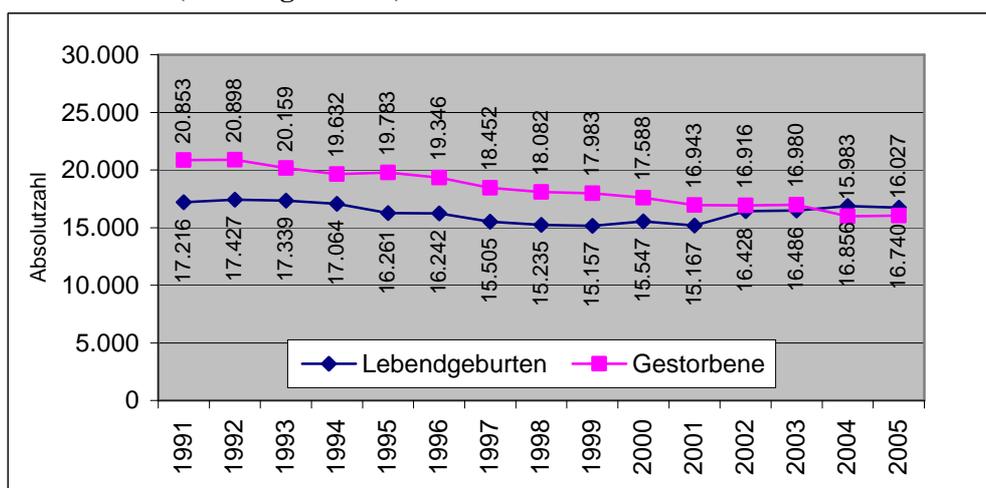


Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Bevölkerungsfortschreibung; zitiert nach REFERAT STATISTIK UND ANALYSE (Magistratsabteilung 5); eigene Berechnungen.

1.1.3 Geburten, Sterbefälle, natürliches Bevölkerungswachstum, Migration

Im Jahr 2005 wurden in Wien 16.740 Kinder (Lebendgeborene) geboren. Dem standen 16.027 Sterbefälle gegenüber. Wien hatte damit – wie bereits im Vorjahr – nach vielen Jahren wieder eine positive Geburtenbilanz (plus 713). Die Zahl der **Geburten und Sterbefälle** ist in Wien bis zum Jahr 2001 zunächst gesunken. Seither verzeichnete Wien jedoch steigende Geburtenzahlen, während die Zahl der Sterbefälle weiter zurückging.

Grafik 1-3: Geburten (Lebendgeborene) und Sterbefälle in Wien 1991 bis 2005



Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005), S.32.

Die **Zuwanderung** ist in Wien seit der zweiten Hälfte der 1990er Jahre stark gestiegen. Obwohl in den letzten Jahren gleichzeitig ein verstärkter Trend zur Abwanderung festzustellen ist, ist die Wanderungsbilanz in Wien nach wie vor positiv. Vor allem in den letzten Jahren waren steigende Wanderungsgewinne zu verzeichnen. Die Zahl der **Einbürgerungen** ist in Wien in den letzten Jahren ebenfalls stark gestiegen, ist aber seit 2004 wieder rückläufig.

Tabelle 1-2: Bevölkerungsbewegung in Wien 1995 bis 2005

Jahr	Natürliche Bevölkerungsbewegung				Wanderung			Einbürgerungen
	Eheschließungen	Lebendgeborene	Gestorbene	Geburtenbilanz	Zuwanderung	Abwanderung	Wanderungsbilanz	
1995	9.548	16.261	19.783	-3.522	43.921	41.084	2.837	6.841
1996	9.146	16.242	19.346	-3.104	43.537	37.244	6.293	9.044
1997	9.227	15.505	18.452	-2.947	45.320	43.689	1.631	8.628
1998	8.693	15.235	18.082	-2.847	46.386	42.162	4.224	9.350
1999	9.104	15.157	17.983	-2.826	52.244	43.133	9.111	11.007
2000	9.007	15.547	17.588	-2.041	51.058	43.598	7.460	9.469
2001*	8.387	15.167	16.943	-1.776	59.442	49.594	9.848	13.394
2002	9.266	16.428	16.916	-488	69.180	47.717	21.463	14.672
2003	9.836	16.486	16.980	-494	69.603	54.485	15.118	18.085
2004	10.703	16.856	15.983	873	78.005	55.603	22.402	16.354
2005	9.956	16.740	16.027	713	74.425	53.962	20.463	12.240

Die Angaben beziehen sich auf die Wohnbevölkerung.

* Revidierte Wanderungsergebnisse, beruhend auf der Volkszählung 2001.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung; zitiert nach REFERAT STATISTIK UND ANALYSE (Magistratsabteilung 5).

Wien hatte im Jahr 2005 bei den **Eheschließungen, Ehescheidungen, Geburten und Sterbefällen** höhere **Raten** als das gesamte Bundesgebiet. Während die allgemeine Fruchtbarkeitsrate, d.h. die Anzahl der im Kalenderjahr Lebendgeborenen pro 1.000 Frauen im reproduktionsfähigen Alter, in Wien etwas höher als in Österreich insgesamt war, lag die Gesamtfruchtbarkeitsrate in Wien mit einem Wert von 1,38 nur sehr knapp unter dem österreichischen Durchschnitt von 1,41. Die Gesamtfruchtbarkeitsrate gibt an, wie viele lebend geborene Kinder eine Frau zur Welt bringen würde, wenn im Laufe ihres Lebens dieselben altersspezifischen Fertilitätsverhältnisse herrschen würden wie im betreffenden Kalenderjahr. Die **Nettoreproduktionsrate**, welche Auskunft über die Zahl der lebend geborenen Töchter unter den altersspezifischen Fertilitäts- und Sterblichkeitsverhältnissen des betreffenden Kalenderjahres gibt, lag im Jahr 2005 in Wien mit 0,66 ebenfalls nur knapp unter jener des gesamten Bundesge-

biets (0,68). Erst bei einem Wert von eins würde die Fertilität ausreichen, um die Müttergeneration vollständig durch Töchter zu ersetzen.

Wien verzeichnete im Jahr 2005 einen im Vergleich zu Gesamt-Österreich überdurchschnittlich hohen Geburtenüberschuss, der vor allem der ausländischen Bevölkerung zuzuschreiben ist.

Tabelle 1-3: Bevölkerungsbewegung (Raten) in Wien und Österreich 2005

2005	Wien	Österreich
	Raten auf 1.000 EinwohnerInnen	
Eheschließungen	6,1	4,8
Ehescheidungen	3,7	2,4
Lebendgeborene	10,2	9,5
Gestorbene	9,8	9,1
Geburtenüberschuss, -defizit (-)	0,44	0,36
davon:		
ÖsterreicherInnen	-1,16	-0,36
NichtösterreicherInnen	1,57	0,89
Allgemeine Fruchtbarkeitsrate*	46,5	45,0
Gesamtfruchtbarkeitsrate**	1,38	1,41
Nettoreproduktionsrate***	0,66	0,68

* Zahl der im Kalenderjahr Lebendgeborenen pro 1.000 Frauen im reproduktionsfähigen Alter (15 bis unter 45 Jahre).

** Zahl der lebend geborenen Kinder, die eine Frau zur Welt bringen würde, wenn im Laufe ihres Lebens dieselben altersspezifischen Fertilitätsverhältnisse herrschen würden wie im betreffenden Kalenderjahr (ohne Berücksichtigung der Sterblichkeit der Frau).

*** Zahl der lebend geborenen Töchter, die eine Frau zur Welt bringen würde, wenn im Laufe ihres Lebens dieselben altersspezifischen Fertilitäts- und Sterblichkeitsverhältnisse herrschen würden wie in dem betreffenden Kalenderjahr.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung; zitiert nach REFERAT STATISTIK UND ANALYSE (Magistratsabteilung 5).

Laut Volkszählung 2001 ist insgesamt ca. ein Viertel (23,6 Prozent) der **Wiener Bevölkerung** im Ausland geboren. Ca. 10 Prozent der Wiener Bevölkerung sind im Ausland geboren, haben aber österreichische Staatsbürgerschaft. 16,0 Prozent der Wiener Bevölkerung sind nicht österreichische Staatsangehörige.¹

Von der **älteren Bevölkerung Wiens** (ab 50 Jahren) ist ca. ein Fünftel (20,3 Prozent) im Ausland geboren. 8,0 Prozent der 50-jährigen und älteren Bevölkerung Wiens sind nicht-österreichische Staatsangehörige.

Tabelle 1-4: Bevölkerungszusammensetzung Wiens 2001

Bevölkerung Wiens	absolut	Prozent
gesamt	1.550.123	100
im Ausland geboren	366.289	23,6
im Ausland geboren mit österreichischer Staatsangehörigkeit	152.589	9,8
nicht-österreichische Staatsangehörigkeit*	248.264	16,0
Bevölkerung ab 50 Jahren		
gesamt	547.173	100
im Ausland geboren	110.987	20,3
nicht-österreichische Staatsangehörigkeit*	43.802	8,0

* unabhängig vom Geburtsort.

Quelle: Volkszählung 2001; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2004a), S.92ff.; eigene Berechnungen.

Von den 248.264 WienerInnen mit **nicht-österreichischem Staatsangehörigkeit** sind 17,6 Prozent (43.802 Personen) 50 Jahre oder älter, 1,1 Prozent (2.704 Personen) hatten ein Alter von 75 und mehr Jahren. Der Frauenanteil ist unter den Personen mit nicht-österreichischer Staatsangehörigkeit zwar

¹ Ohne Berücksichtigung des Geburtslandes.

etwas niedriger als in der Gesamtbevölkerung Wiens, nimmt aber ebenfalls in den höheren Altersgruppen zu.

Tabelle 1-5: Personen mit nicht-österreichischer Staatsangehörigkeit in Wien 2001 nach Altersgruppen und Geschlecht

Alter (Jahre)	gesamt		Männer		Frauen		Frauenanteil %
	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent	
gesamt	248.264	100	131.543	100	116.721	100	47,0
50 und mehr	43.802	17,6	23.522	17,9	20.280	17,4	46,3
0 bis 14	43.556	17,5	22.467	17,1	21.089	18,1	48,4
15 bis 24	33.765	13,6	17.049	13,0	16.716	14,3	49,5
25 bis 34	57.504	23,2	28.507	21,7	28.997	24,8	50,4
35 bis 44	48.447	19,5	27.939	21,2	20.508	17,6	42,3
45 bis 54	38.256	15,4	21.845	16,6	16.411	14,1	42,9
55 bis 64	16.448	6,6	9.011	6,9	7.437	6,4	45,2
65 bis 74	7.584	3,1	3.631	2,8	3.953	3,4	52,1
75 und mehr	2.704	1,1	1.094	0,8	1.610	1,4	59,5

Quelle: Volkszählung 2001; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2004a), S.101.

Der überwiegende Teil der in Wien lebenden Personen mit **nicht-österreichischer Staatsangehörigkeit** stammt aus Ländern außerhalb der Europäischen Union, vorwiegend Staatsangehörige Serbiens und Montenegros sowie türkische StaatsbürgerInnen. Die beiden größten Gruppen aus den EU-Staaten sind die polnischen und die deutschen StaatsbürgerInnen.

Laut der **Bevölkerungsprognose** der STATISTIK AUSTRIA wird Wien künftig das stärkste Bevölkerungswachstum von allen Bundesländern erfahren. Dabei kommt der Migration zunehmende Bedeutung zu. Bereits jetzt entfällt rund 40 Prozent der Immigration nach Österreich auf Wien. Nach der vorliegenden Prognose wird die Bevölkerungszahl Wiens von 1,64 Millionen im Jahr 2005 bis zum Jahr 2015 um 11 Prozent auf 1,79 Millionen und bis zum Jahr 2030 um 20 Prozent auf 1,93 Millionen ansteigen. Mitte des 21. Jahrhunderts wird die Bevölkerung Wiens die 2-Millionen-Grenze überschritten haben und mit 2,05 Millionen EinwohnerInnen um 27 Prozent mehr Personen zählen als 2004. So viele EinwohnerInnen hatte Wien zuletzt im Jahr 1910.²

Tabelle 1-6: Bevölkerungsvorausschätzung für Wien 2010 bis 2050 (mittlere Variante) nach breiten Altersgruppen

Jahr	Bevölkerung insgesamt	Alter (Jahre)			Alter (Jahre)			Altersabhängigkeitsquotient*
		bis 14	15 bis 64	65 u. mehr	bis 14	15 bis 64	65 u. mehr	
		absolut			Prozent			
2004	1.613.329	237.230	1.128.378	247.721	14,7	69,9	15,4	22,0
2005	1.637.772	239.755	1.140.369	257.648	14,6	69,6	15,7	22,0
2010	1.718.212	251.458	1.181.714	285.040	14,6	68,8	16,6	24,1
2015	1.787.427	268.375	1.216.762	302.290	15,0	68,1	16,9	24,8
2020	1.843.587	283.030	1.246.853	313.704	15,4	67,6	17,0	25,2
2025	1.890.689	293.693	1.261.115	335.881	15,5	66,7	17,8	26,6
2030	1.931.621	300.175	1.264.273	367.173	15,5	65,5	19,0	29,0
2035	1.966.246	303.251	1.267.313	395.682	15,4	64,5	20,1	31,2
2040	1.997.075	305.083	1.278.907	413.085	15,3	64,0	20,7	32,3
2045	2.025.883	307.170	1.292.000	426.713	15,2	63,8	21,1	33,0
2050	2.050.824	309.813	1.296.852	444.159	15,1	63,2	21,7	34,2

* Zahl der 65-Jährigen und Älteren im Vergleich zu den 15- bis 64-Jährigen.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung; sowie eigene Berechnungen.

Des Weiteren wird für Wien eine geringere Zunahme des Altenanteils als für das gesamte Bundesgebiet vorausgesagt. Die starken Wanderungsgewinne, insbesondere die Zuwanderung aus dem Ausland,

² STATISTIK AUSTRIA, Pressemitteilung vom 17.10.2005.

sorgen nicht nur für hohe Anteile an Personen im Erwerbsalter, sondern verringern durch höhere Geburtenzahlen den Rückgang des Anteils der Kinder an der Gesamtbevölkerung. Während im gesamten Bundesgebiet und in den Bundesländern die Bevölkerung stark altern wird, wird in Wien der Anteil der 65-Jährigen und Älteren von derzeit 15,7 Prozent auf 19,0 Prozent im Jahr 2030 bzw. auf 21,7 Prozent bis zur Mitte des Jahrhunderts steigen. Dies wäre zu diesem Zeitpunkt der von allen Bundesländern niedrigste Altenanteil. Die Zahl der unter 15-Jährigen wird in Wien (entgegen dem Bundestrend) künftig deutlich steigen, und zwar von 239.755 im Jahr 2005 auf 268.000 im Jahr 2015 (plus 13 Prozent) bzw. auf 300.000 im Jahr 2030 (plus 27 Prozent). Beträgt ihr Anteil derzeit in Wien noch 14,6 Prozent, so wird er im Jahr 2030 bei 15,5 Prozent liegen, bis Mitte des Jahrtausends aber wieder zurückgehen (und zwar auf 15,1 Prozent).

1.1.4 Altersabhängigkeitsquotient

Der **Altersabhängigkeitsquotient** (old age dependency ratio) bezeichnet den Anteil der Personen im Pensionsalter an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. Er ist hier als die Zahl der 65-Jährigen und Älteren im Vergleich zu den 15- bis 64-Jährigen dargestellt. Er betrug in Wien im Jahr 2005 22,0 Prozent und ist damit niedriger als im gesamten Bundesgebiet (24,0 Prozent). Derzeit stehen in Wien einer Person im Alter von 65 und mehr Jahren 4,5 Personen im erwerbsfähigen Alter gegenüber.

Tabelle 1-7: Bevölkerung in Wien und Österreich 2005 (Jahresdurchschnitt) nach Alter; Altersabhängigkeitsquotient

Alter (Jahre)	Wien		Österreich	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent
0 bis 14	239.755	14,6	1.317.707	16,0
15 bis 64	1.140.369	69,6	5.577.212	67,7
65 und mehr	257.648	15,7	1.338.837	16,3
gesamt	1.637.772	100	8.233.306	100
Altersabhängigkeitsquotient*		22,0		24,0

* Zahl der 65-Jährigen und Älteren im Vergleich zu den 15- bis 64-Jährigen.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Bevölkerungsfortschreibung; eigene Berechnungen.

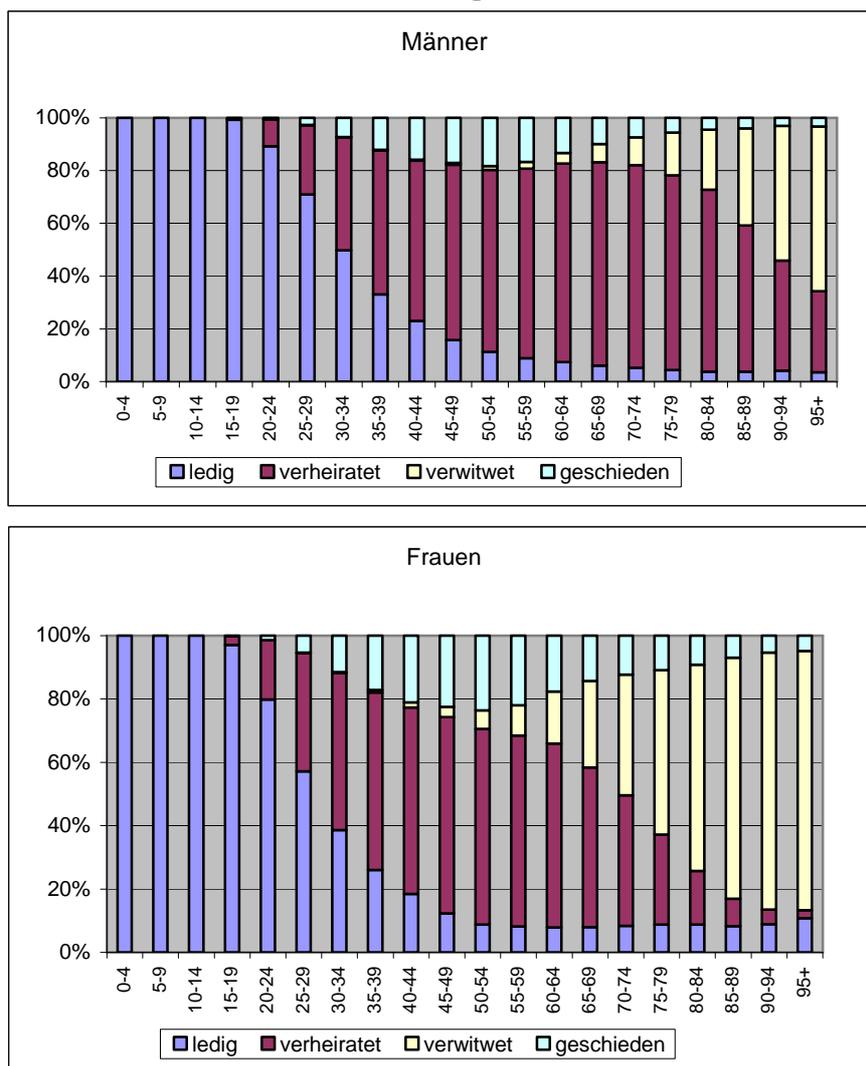
Trotz der vergleichsweise günstigen Bevölkerungsprognose für Wien wird der Altersabhängigkeitsquotient künftig merkbar steigen (vgl. dazu Tabelle 1.6). Und zwar wird er von 22,0 Prozent im Jahr 2005 auf 24,8 Prozent im Jahr 2015 bzw. auf 29,0 Prozent im Jahr 2030 zunehmen. Im Jahr 2050 wird er beachtliche 34,2 Prozent erreichen. Damit stehen im Jahr 2050 einer Person im Alter von 65 und mehr Jahren nur mehr drei Personen im erwerbsfähigen Alter gegenüber.

1.1.5 Familienstand und Haushaltsformen

Laut Volkszählung 2001 sind in Wien 45,0 Prozent der Männer und 37,2 Prozent der Frauen ledig,³ 44,1 Prozent der Männer und 38,5 Prozent der Frauen verheiratet. 8,6 Prozent der Männer und 12,1 Prozent der Frauen sind geschieden, 2,4 Prozent der Männer und 12,2 Prozent der Frauen verwitwet.

³ Bezogen auf die Bevölkerung ab 15 Jahren betrug der Anteil der Ledigen in Wien im Jahr 2001 bei den Frauen 27 Prozent, bei den Männern 35 Prozent.

Grafik 1-4: Familienstand der Wiener Bevölkerung 2001 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Volkszählung 2001; zitiert nach REFERAT STATISTIK UND ANALYSE (Magistratsabteilung 5); eigene Berechnungen.

In der älteren Bevölkerung (ab 50 Jahren) finden sich deutlichere Geschlechtsunterschiede, vor allem was die Anteile der Verheirateten und Verwitweten betrifft. Nahezu drei Viertel (72,4 Prozent) der Männer, aber nur 45,2 Prozent der Frauen sind verheiratet, 7,2 Prozent der Männer, aber 30,4 Prozent der Frauen sind verwitwet. 12,8 Prozent der Männer ab 50 Jahren und 16,0 Prozent der Frauen sind geschieden, 7,6 Prozent der Männer und 8,4 Prozent der Frauen ledig.

Aufgrund der höheren Lebenserwartung, nimmt insbesondere bei den Frauen der Anteil der Verheirateten in den höheren Altersgruppen stark ab, während jener der Verwitweten steigt. Der Anteil der Geschiedenen verringert sich (bedingt durch geringere Scheidungsraten unter den älteren Kohorten) mit höherem Alter.

Tabelle 1-8: Familienstand der Bevölkerung ab 50 Jahren in Wien 2001 nach Altersgruppen und Geschlecht

Altersgruppen	Männer					Frauen				
	gesamt	ledig	verheiratet	verwitwet	geschieden	gesamt	ledig	verheiratet	verwitwet	geschieden
	absolut	Zeilenprozent				absolut	Zeilenprozent			
gesamt	731.344	45,0	44,1	2,4	8,6	818.779	37,2	38,5	12,2	12,1
50 und mehr	229.640	7,6	72,4	7,2	12,8	317.533	8,4	45,2	30,4	16,0
50 bis 64	142.642	9,3	71,9	2,5	16,3	156.394	8,3	60,2	10,3	21,2
65 bis 74	50.111	5,6	77,0	8,7	8,6	69.748	8,2	45,5	33,1	13,3
75 bis 84	29.065	4,1	72,2	18,4	5,2	64.984	8,8	24,3	56,7	10,3
85 und mehr	7.822	3,9	50,9	41,5	3,8	26.407	8,6	7,1	78,0	6,3

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Volkszählung 2001; eigene Berechnungen.

Neben dem Familienstand gewähren auch **Haushaltsstrukturen** wichtige Einblicke in die Formen des Zusammenlebens. Die Möglichkeiten des Zusammenlebens und damit die Struktur der Privathaushalte werden unter anderem durch demografische Entwicklungen (Veränderungen in der Altersstruktur) beeinflusst.

In Wien gab es laut Volkszählung 2001 771.083 Privathaushalte. Drei Viertel der Privathaushalte (74,9 Prozent) sind entweder Ein- oder Zwei-Personen-Haushalte, knapp die Hälfte (44,7 Prozent) sind Einpersonenhaushalte. In nur 3,7 Prozent der Privathaushalte in Wien leben fünf oder mehr Personen. Des Weiteren weist die Volkszählung 871 Gemeinschaftsunterkünfte aus, in denen 22.920 Personen (1,5 Prozent der Gesamtbevölkerung) leben, großteils BewohnerInnen von Alten- und Pflegeheimen.

Tabelle 1-9: Privathaushalte in Wien 2001 nach Haushaltsgröße

Art der Haushalte	absolut	Prozent
Privathaushalte	771.083	100
mit ... Personen		
einer	344.655	44,7
zwei	232.607	30,2
drei	101.570	13,2
vier	63.357	8,2
fünf	19.629	2,5
sechs und mehr	9.265	1,2
Personen pro Privathaushalt	1,98	

Quelle: Volkszählung 2001, STADT WIEN (2003a), S.29; eigene Berechnungen.

Laut Mikrozensus 2003 leben in Wien in mehr als der Hälfte (55,8 Prozent) der Einpersonenhaushalte Frauen. In ca. der Hälfte der Einpersonenhaushalte (51,2 Prozent) leben Personen im Alter von 50 und mehr Jahren, in knapp einem Fünftel (18,7 Prozent) Personen ab 75 Jahre. Allerdings finden sich deutliche Unterschiede in der Alterstruktur der in Einpersonenhaushalten lebenden Männer und Frauen. Zwei Drittel (65,9 Prozent) der in Einpersonenhaushalten lebenden Frauen haben ein Lebensalter von 50 und mehr Jahren, mehr als ein Viertel (28,4 Prozent) ist 75 Jahre oder älter. Von den in Einpersonenhaushalten lebenden Männer dagegen ist nur ca. ein Drittel (32,7 Prozent) 50 Jahre oder älter, nur 6,5 Prozent sind 75 Jahre oder älter.

Tabelle 1-10: Personen in Einpersonenhaushalten in Wien 2003 (Jahresdurchschnitt) nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	gesamt	Männer	Frauen
	Einpersonenhaushalte in 1.000		
	359,4	158,9	200,5
Prozent			
gesamt	100	100	100
50 und mehr	51,2	32,7	65,9
bis 24	5,8	7,6	4,3
25 bis 34	19,8	26,5	14,4
35 bis 44	17,3	25,3	10,8
45 bis 54	12,3	15,7	9,6
55 bis 64	15,4	12,3	17,9
65 bis 74	10,8	6,0	14,6
75 und mehr	18,7	6,5	28,4

Quelle: Mikrozensus 2003, Jahresergebnisse; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2005b), S.259; eigene Berechnungen.

Laut Ergebnissen des Mikrozensus aus dem Jahr 1998 hatten in Wien von den Personen ab 60 Jahren 10,1 Prozent der Männer und 11,8 Prozent der Frauen keine lebenden Verwandten. 22,7 Prozent der Männer und 24,9 Prozent der Frauen lebten mit Verwandten im selben Haus bzw. in einer Wohnung, bei ca. einem Viertel der Männer (24,4 Prozent) und bei etwas über einem Viertel der Frauen (27,2 Prozent) wohnten die Verwandten höchstens eine Viertel Stunde entfernt.

Tabelle 1-11: Vorhandensein und räumliche Entfernung von Verwandten bei Personen ab 60 Jahren in Wien 1998

Vorhandensein und räumliche Entfernung von Verwandten*	gesamt	Männer	Frauen
	absolut (in 1.000) (=100%)		
	1.546,8	619,0	927,8
Prozent			
keine lebenden Verwandten	11,2	10,1	11,8
Verwandte			
im selben Haus/Wohnung	24,1	22,7	24,9
höchstens 1/4 Stunde entfernt	26,5	25,4	27,2
1/4 bis höchstens 1/2 Stunde entfernt	16,0	18,4	14,6
1/2 bis höchstens 1 Stunde entfernt	13,0	13,8	12,5
mehr als 1 Stunde entfernt	9,3	9,7	9,1

* Tochter, Sohn; Schwiegertochter, -sohn; (Ur-)EnkelIn; (Schwieger-)Mutter, -Vater; Geschwister.

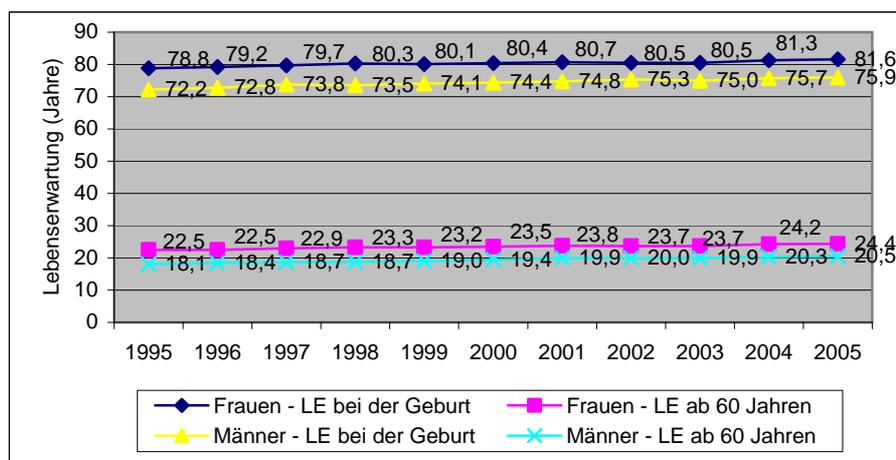
Quelle: Mikrozensus Juni 1998; zitiert nach BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN (2000), S.73.

1.2 Gesundheit

1.2.1 Lebenserwartung

Die allgemeine Wohlstandssteigerung, verbesserte Hygiene, vermehrte Gesundheitsvorsorge und Unfallverhütung sowie Fortschritte in Medizin hatten zur Folge, dass die durchschnittliche **Lebenserwartung** in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen ist. Gegenwärtig (Stand 2005) haben in Wien Männer bei der Geburt durchschnittlich 75,9 Jahre, Frauen 81,6 Jahre vor sich. Frauen in Wien leben also derzeit im Durchschnitt 5,7 Jahre länger als Männer. Mit einem Lebensalter von 60 Jahren haben Männer im Schnitt weitere 20,4 Jahre, Frauen weitere 24,4 Jahre (also um 4,0 Jahre mehr) zu leben. Der Vorsprung der Frauen gegenüber den Männern hat sich sowohl bei der Lebenserwartung bei der Geburt als auch bei der ferneren Lebenserwartung (im Alter von 60 Jahren) im letzten Jahrzehnt etwas verringert. Seit 1995 stieg die Lebenserwartung bei der Geburt bei den Männern um 3,7 Jahre bei den Frauen jedoch nur um 2,8 Jahre. Auch die fernere Lebenserwartung hat bei den Frauen (mit 1,9 Jahren) weniger stark als bei den Männern (mit 2,5 Jahren) zugenommen.

Grafik 1-5: Lebenserwartung bei der Geburt und ab 60 Jahren in Wien 1995 bis 2005 nach Geschlecht



LE = Lebenserwartung.

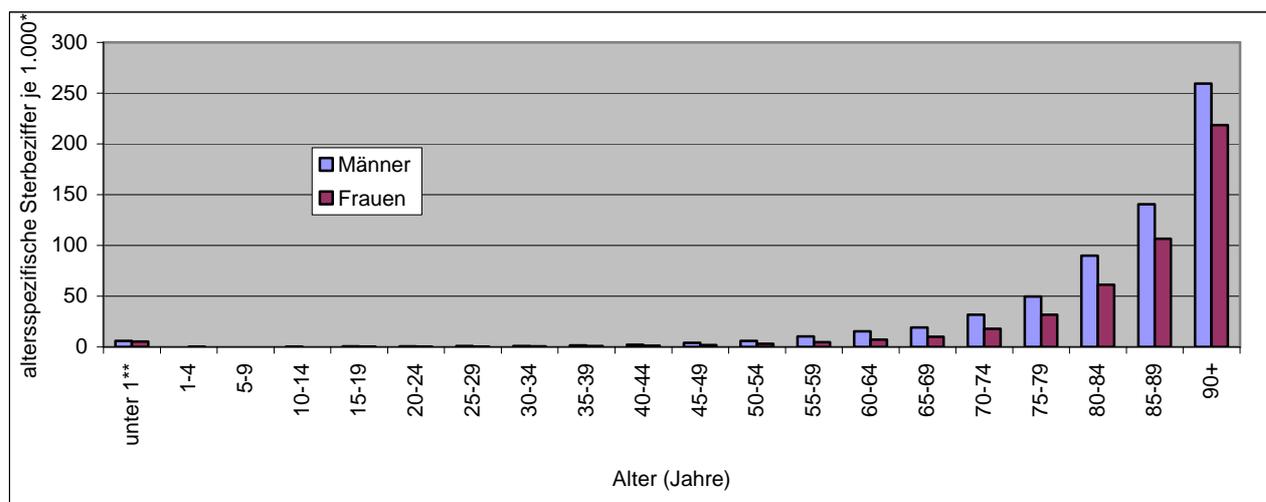
Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005d), S.57.

Die Ursachen für die höhere Lebenserwartung der Frauen sind nicht bis in alle Einzelheiten geklärt. Eine Rolle spielt unter anderem ihr Lebensstil: Frauen leben im Allgemeinen gesundheitsbewusster, achten z.B. mehr auf gesunde Ernährung, konsumieren seltener Nikotin und Alkohol, gehen häufiger zum Arzt. Sie erleiden weniger häufig tödliche Unfälle als Männer und begehen seltener Suizid. Allerdings gleicht sich der Lebensstil der Frauen in gewissen Bereichen zunehmend dem der Männer an. So etwa ist der Anteil der Raucherinnen in den letzten Jahren deutlich gestiegen.

1.2.2 Mortalität und Todesursachen

Im vergangenen Jahrzehnt war die Zahl der **Sterbefälle** in Wien weiter rückläufig. Gab es im Jahr 1995 noch 19.783 Sterbefälle, waren es im Jahr 2005 nur mehr 16.027 (8.927 Frauen und 7.100 Männer). Ca. zwei Drittel (68,2 Prozent) der Sterbefälle von Männern und 86,5 Prozent der Sterbefälle von Frauen betrafen Personen im Alter von 65 und mehr Jahren. 18,5 Prozent der verstorbenen Männer und 41,0 Prozent der verstorbenen Frauen hatten ein Alter von 85 oder mehr Jahren erreicht. Obwohl in absoluten Zahlen mehr Frauen als Männer versterben, sind insbesondere in den höheren Altersgruppen die altersspezifischen Sterbeziffern der Männer deutlich höher als jene der Frauen.

Grafik 1-6: Sterbefälle in Wien 2005 nach Alter und Geschlecht



* Zahl der Sterbefälle je 1.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner der jeweiligen Altersgruppe.

** Bezogen auf 1.000 Lebendgeborene.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2006).

Dominierend unter den Todesursachen sind (unter Berücksichtigung der Hauptdiagnose) die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems. Von den im Jahr 2005 in Wien verstorbenen Männern sind 40,0 Prozent, von den Frauen 51,5 Prozent an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung verstorben. 29,0 Prozent der Männer und 23,5 Prozent der Frauen starben an einer Krebserkrankung. Zusammen waren Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs im Jahr 2005 für drei Viertel der Sterbefälle von Frauen (75,0 Prozent) und für über zwei Drittel der Sterbefälle von Männern (69,0 Prozent) verantwortlich. Sterbefälle aufgrund von Krankheiten der Atmungs- und Verdauungsorgane sowie aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen nehmen im Vergleich zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs nur eine untergeordnete Rolle ein, sind aber bei den Männern häufiger Todesursache als bei den Frauen. Von den im Jahr 2005 verstorbenen Wiener Männern sind 6,2 Prozent an Krankheiten der Verdauungsorgane, 6,3 Prozent aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen und 5,3 Prozent an Krankheiten der Atmungsorgane verstorben. Dagegen waren bei den Frauen in 4,6 Prozent der Sterbefälle Krankheiten der Atmungsorgane, in 4,0 Prozent Krankheiten der Verdauungsorgane und in 4,0 Prozent Verletzungen und Vergiftungen die Todesursache.

Die Todesursachen unterscheiden sich je nach dem Alter der Verstorbenen. Während bei den im Alter von 45 bis 64 Jahren Verstorbenen (unabhängig vom Geschlecht) bösartige Neubildungen häufigste Todesursache sind, sind es bei den im Alter von 65 und mehr Jahren Verstorbenen Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems. Zudem spielen bei den 45- bis 64-Jährigen Krankheiten der Verdauungsorgane, Verletzungen und Vergiftungen als Todesursache eine größere Rolle als bei den 65-Jährigen und Älteren. Bei letzteren dagegen haben Krankheiten der Atmungsorgane größere Bedeutung.

Tabelle 1-12: Todesursachen (ICD-10, Hauptgruppen) in Wien 2005 nach Alter (ausgewählte Altersgruppen) und Geschlecht

Todesursachen (Pos. Nr. ICD10)	Männer			Frauen		
	Alter (Jahre)					
	gesamt	45 bis 64	65+	gesamt	45 bis 64	65+
	Sterbefälle = 100 Prozent					
gesamt <A00-Y89>	7.100	1.765	4.843	8.927	928	7.725
	Prozent					
Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems <I00-I99>	40,0	27,4	47,6	51,5	17,9	57,1
Bösartige Neubildungen <C00-C97>	29,0	36,9	28,0	23,5	52,6	20,0
Sonstige Krankheiten <A00-B99, D01-H95, L00-R99>	13,2	13,0	10,6	12,5	11,4	11,7
Krankheiten der Verdauungsorgane <K00-K93>	6,2	12,4	3,7	4,0	8,9	3,3
Verletzungen und Vergiftungen <V01-Y89>	6,3	7,2	3,6	4,0	5,8	3,1
Krankheiten der Atmungsorgane <J00-J99>	5,3	3,2	6,5	4,6	3,3	4,9

Sortiert nach den häufigsten Todesursachen bei den Männern (gesamt).

Quelle: Todesursachenstatistik; STATISTIK AUSTRIA (2006), S.156f.; eigene Berechnungen.

1.2.3 Selbst berichtete Morbidität

Auch wenn ältere Menschen weniger mit ihrer Gesundheit zufrieden sind als jüngere, ist auch im Alter der überwiegende Teil der Menschen mit der eigenen Gesundheit weiterhin zufrieden. Von den 60- bis 74-Jährigen sind 85,5 Prozent der Männer und 78,0 Prozent der Frauen mit ihrer Gesundheit („sehr“ oder „ziemlich“) zufrieden, von den 75-Jährigen und älteren immerhin noch drei Viertel (75,8 Prozent) der Männer und zwei Drittel (66,3 Prozent) der Frauen. 14,5 Prozent der 60- bis 74-jährigen Männer und 22,1 Prozent der Frauen dieses Alters sind mit ihrer Gesundheit „wenig“ oder „gar nicht zufrieden“. Im Alter von 75 oder mehr Jahren steigt dieser Prozentsatz auf 24,2 Prozent bei den Männern bzw. 33,7 Prozent bei den Frauen.

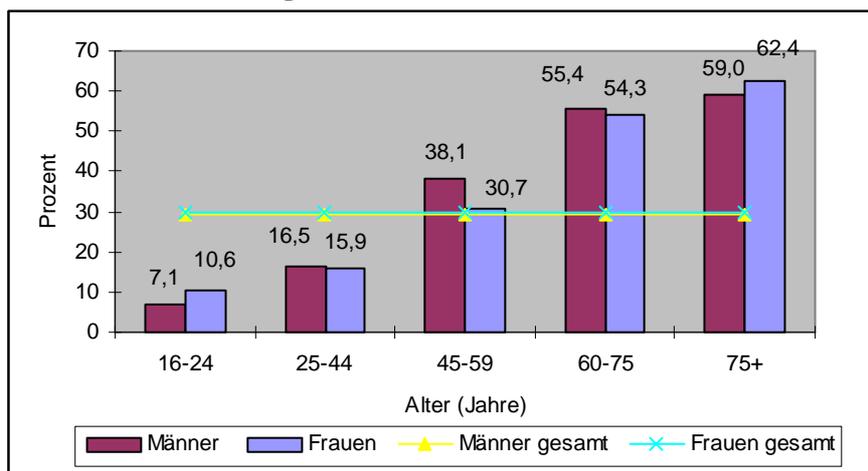
Tabelle 1-13: Zufriedenheit mit der Gesundheit in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht

Alter (vollendete Jahre)	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
	Zeilenprozent			
	Männer			
16 bis 24	37,3	52,3	8,6	1,9
25 bis 44	33,4	55,4	10,1	1,1
45 bis 59	33,5	48,7	13,7	4,1
60 bis 74	30,5	55,0	12,6	1,9
75+	23,9	51,9	13,2	11,0
gesamt	32,8	53,1	11,4	2,7
	Frauen			
16 bis 24	27,9	55,4	15,9	0,8
25 bis 44	38,6	48,9	10,0	2,5
45 bis 59	31,3	48,1	12,6	8,0
60 bis 74	29,2	48,8	16,6	5,5
75+	22,4	43,9	18,5	15,2
gesamt	32,6	48,8	13,1	5,5

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey; zitiert nach STADT WIEN (2001), S.175.

Vor allem **chronische Krankheiten** nehmen im Alter zu. In Wien sind laut Eigenangaben von der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung ab 16 Jahren 29,3 Prozent der Männer und 29,7 Prozent der Frauen chronisch krank. Von den 60- bis 75-Jährigen geben 55,4 Prozent der Männer und 54,3 Prozent der Frauen eine (oder mehrere) chronische Krankheit(en) an, von den 75-Jährigen und Älteren bereits 59,0 Prozent der Männer und 62,4 Prozent der Frauen. Eine wichtige Rolle, insbesondere im höheren Alter, spielt die Multimorbidität, d.h. das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer, meist chronischer Erkrankungen.

Grafik 1-7: Chronische Erkrankungen in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2004), S.89.

Die häufigste chronische Erkrankung bei älteren Frauen und Männern ist laut Mikrozensus der erhöhte Blutdruck. Während bei den Männern die 60- bis 74-Jährigen am häufigsten davon betroffen sind, steigt bei den Frauen der Anteil der Betroffenen mit zunehmendem Alter. Am zweithäufigsten sind (bei beiden Geschlechtern) im Alter von 45 bis 74 Jahren Schäden an der Wirbelsäule, im Alter von 75 und mehr Jahren andere Herzerkrankungen. Eine wichtige Rolle im Krankheitsspektrum älterer Menschen spielen des Weiteren Gelenkerkrankungen an Hüfte und Bein sowie die Zuckerkrankheit.

Tabelle 1-14: Häufigste chronische Erkrankungen in Wien 1999 nach Alter (ausgewählte Altersgruppen) und Geschlecht

45 bis 59 Jahre		60 bis 74 Jahre		75 und mehr Jahre	
Männer					
Art der Erkrankung*	%	Art der Erkrankung*	%	Art der Erkrankung*	%
erhöhter Blutdruck	8,9	erhöhter Blutdruck	20,6	erhöhter Blutdruck	15,1
Schäden an der Wirbelsäule	8,5	Schäden an der Wirbelsäule	9,7	andere Herzerkrankungen	11,7
Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein)	3,9	Zuckerkrankheit	7,4	Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein)	7,9
Zuckerkrankheit	3,1	Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein)	6,2	Zuckerkrankheit	6,9
Gelenkerkrankungen (Schulter, Arm)	2,9	andere Herzerkrankungen	6,1	Schäden an der Wirbelsäule	6,2
sonstige chronische Krankheiten	2,5	Augenkrankheiten	3,3	Augenkrankheiten	4,8
andere Herzerkrankungen	2,2	Gelenkerkrankungen (Schulter, Arm)	3,0	Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfall)	4,4
andere Magenkrankheiten (z.B. Gastritis)	2,1	Lungenasthma	2,9	Lungenasthma	4,0
Frauen					
erhöhter Blutdruck	9,6	erhöhter Blutdruck	14,4	erhöhter Blutdruck	16,3
Schäden an der Wirbelsäule	9,1	Schäden an der Wirbelsäule	12,8	andere Herzerkrankungen	9,9
Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein)	5,1	Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein)	8,5	Schäden an der Wirbelsäule	9,7
niedriger Blutdruck	4,9	Zuckerkrankheit	6,4	Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein)	9,5
Gelenkerkrankungen (Schulter, Arm)	4,3	andere Herzerkrankungen	6,1	Zuckerkrankheit	6,5
sonstige chronische Krankheiten	3,3	Gelenkerkrankungen (Schulter, Arm)	4,9	Gelenkerkrankungen (Schulter, Arm)	5,2
Venenentzündungen, -thrombosen, Krampfadern	2,9	Gelenksrheumatismus	4,8	Gelenksrheumatismus	5,1
Hautallergien	2,8	Gefäßstörungen an den Beinen	4,7	Augenkrankheiten	4,6

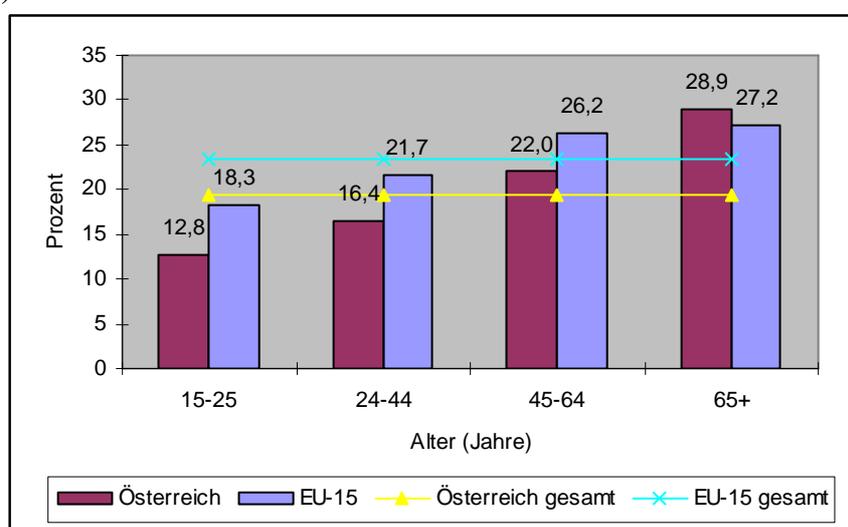
* Sortiert nach den häufigsten im Mikrozensus erfassten chronischen Erkrankungen. Krebserkrankungen finden sich unter den sonstigen Erkrankungen.

Quelle: Mikrozensus 1999; zitiert nach STADT WIEN (2004), S.93f.; eigene Berechnungen.

1.2.4 Psychische und Verhaltensstörungen

Für Wien (und Österreich) fehlen Angaben zur Inzidenz und Prävalenz psychischer und Verhaltensstörungen. Einen generellen Überblick über psychische Gesundheitsprobleme in Österreich gibt eine Eurobarometer-Erhebung aus dem Jahr 2003. Ein Fünftel (19,5 Prozent) der österreichischen Bevölkerung berichtet über aktuelle psychische Gesundheitsprobleme, Frauen (21,2 Prozent) etwas häufiger als Männer (17,0 Prozent),⁴ das sind, vor allem bei den Frauen, deutlich weniger als im europäischen Durchschnitt (EU-15). In der Europäischen Union berichten 23,4 Prozent (27,6 Prozent der Frauen und 18,9 Prozent der Männer) über diesbezügliche Probleme. Psychische Gesundheitsprobleme nehmen mit dem Alter zu. Im Vergleich zur Europäischen Union finden sich psychische Gesundheitsprobleme in Österreich unter jüngeren Personen und im mittleren Alter seltener, bei älteren Personen jedoch der Tendenz nach häufiger.

Grafik 1-8: Gegenwärtige psychische Gesundheitsprobleme in Österreich und der Europäischen Union (EU-15) 2003 nach Alter



Mental Health-Index (MHI-5), Score 52 oder weniger.

Quelle: Eurobarometer 58.2, EORG (2003).

Auch psychische Beschwerden finden sich vor allem im hohen Alter überdurchschnittlich häufig. Basierend auf den Ergebnissen des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys 2001 wurde ein Index konstruiert, der sowohl Zahl als auch Stärke der psychischen Beschwerden mit einschließt.⁵ 12,7 Prozent der 75-jährigen und älteren Männer und doppelt so viele Frauen in diesem Alter (26,0 Prozent) haben demnach ausgeprägte psychische Beschwerden.

⁴ Eurobarometer 58.2, EORG (2003)

⁵ Berücksichtigt sind: Schlafstörungen; Müdigkeit; Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen; Melancholie, Depression, Unglücklichsein; Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit; Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen. Für leichte Beschwerden wurde 1 Punkt, für starke wurden 2 Punkte vergeben.

Tabelle 1-15: Psychische Beschwerden in den letzten zwei Wochen (Index) in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Männer			Frauen		
	niedrig	mittel	hoch	niedrig	mittel	hoch
16-24	77,2	20,8	20,0	63,0	26,6	10,4
25-44	67,4	26,7	5,9	63,1	28,9	8,0
5-59	63,2	30,6	6,2	52,5	36,1	11,4
60-74	66,6	27,6	5,8	50,7	36,8	12,6
75+	53,4	33,9	12,7	40,0	34,0	26,0
gesamt	66,5	27,5	5,9	56,1	32,2	11,7

Index von 0-12: niedrig = Punktwert 0 (beschwerdefrei); mittel = Punktwert 1-3; hoch = Punktwert 4-12.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2004a), S.89.

In Wien haben sich im Jahr 2004 181 Männer und 74 Frauen das Leben genommen. Mehr als ein Drittel (39,2 Prozent) der Selbstmorde von Männern und mehr als die Hälfte (58,1 Prozent) der Selbstmorde von Frauen wurden von 55-Jährigen und Älteren verübt. Am höchsten ist die altersspezifische Suizidsterblichkeit (Zahl der Selbstmorde je 100.000 der jeweiligen Altersgruppe) bei den Männern im Alter von 85 und mehr Jahren, bei den Frauen in der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen. Aber auch Männer im Alter von 75- bis 84 Jahren begehen überdurchschnittlich häufig Suizid.

Tabelle 1-16: Selbstmord und Selbstbeschädigung (ICD-10 <X60-X84>) in Wien 2004 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Männer			Frauen			Frauenanteil %
	absolut	Prozent	je 100.000*	absolut	Prozent	je 100.000	
0 - 14	-	-	-	-	-	-	-
15 - 24	13	7,2	14,0	6	8,1	6,5	31,6
25 - 34	31	17,1	25,9	8	10,8	6,5	20,5
35 - 44	38	21,0	26,9	8	10,8	5,8	17,4
45 - 54	28	15,5	27,5	9	12,2	8,4	24,3
55 - 64	28	15,5	28,1	15	20,3	13,5	34,9
65 - 74	12	6,6	23,5	9	12,2	13,5	42,9
75 - 84	21	11,6	64,5	17	23,0	24,9	44,7
85+	10	5,5	147,9	2	2,7	8,9	16,7
gesamt	181	100	23,5	74	100	8,7	29,0

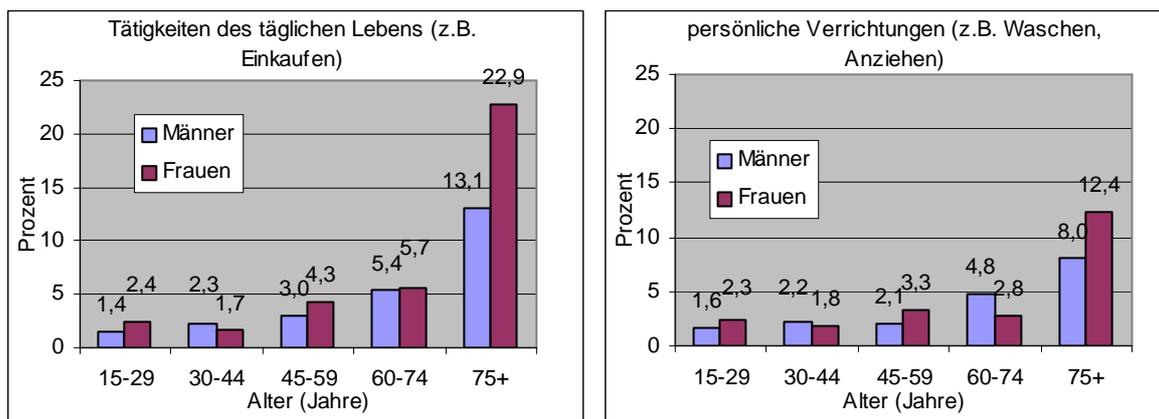
* Altersspezifische Mortalität: Zahl der Selbstmorde je 100.000 der jeweiligen Altersgruppe.

Quelle: Todesursachenstatistik; STATISTIK AUSTRIA (2005e), S.152f.; eigene Berechnungen.

1.2.5 Kapazitäten der Selbstversorgung – Bedarf an Hilfe und Pflege

Der Bedarf an Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens und bei persönlichen Verrichtungen nimmt mit dem Alter zu. Vor allem im hohen Alter besteht, insbesondere bei den Frauen, vermehrter Bedarf an Hilfe und Pflege. Laut Eigenangaben benötigen von den in Privathaushalten lebenden Personen im Alter von 60 bis 74 Jahren 5,4 Prozent der Männer und 5,7 Prozent der Frauen Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens, bei den 75-Jährigen und Älteren steigt dieser Anteil bei den Männern auf 13,1 Prozent und bei den Frauen auf 22,9 Prozent. Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen haben von den 60- bis 74-Jährigen 4,8 Prozent der Männer und 2,8 Prozent der Frauen, von den 75-Jährigen und älteren 8,0 Prozent der Männer und 12,4 Prozent der Frauen.

Grafik 1-9: Bedarf an Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens und persönlichen Verrichtungen in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Mikrozensus 1999; zitiert nach STADT WIEN (2002), S.110f.

Einen Überblick über die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit gibt auch die Statistik über den Pflegegeldbezug (vgl. dazu Abschnitt 3.1.3).

1.2.6 Gesundheitsverhalten

Das Gesundheitsverhalten ist nicht nur in jungen Jahren, sondern auch im Alter von großer Bedeutung für die Gesundheit. Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bewegungsarmut und ungesunde Ernährung sind Ursachen für eine Reihe von Erkrankungen, insbesondere der Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems.

Rauchen

Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 rauchen von der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung ab 16 Jahren 39,8 Prozent der Männer und 29,4 Prozent der Frauen täglich. Mit zunehmendem Alter wird jedoch tägliches Rauchen bei beiden Geschlechtern seltener. Während von den 60- bis 74-Jährigen noch ca. ein Fünftel der Männer und Frauen täglich raucht, verringert sich bei den 75-Jährigen und Älteren der Anteil der täglich Rauchenden auf 8,3 Prozent bei den Männern und auf 6,9 Prozent bei den Frauen.

Tabelle 1-17: Rauchgewohnheiten in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	gegenwärtiges Rauchen		
	ja, täglich	ja, aber nicht täglich	nein
Prozent			
Männer			
16 bis 24	56,1	4,7	39,2
25 bis 44	46,5	5,3	48,2
45 bis 59	40,4	2,3	57,3
60 bis 74	20,6	2,1	77,3
75+	8,3	2,1	89,6
gesamt	39,8	3,8	56,4
Frauen			
16 bis 24	51,6	6,5	41,9
25 bis 44	30,9	6,5	62,6
45 bis 59	32,9	2,3	64,7
60 bis 74	20,3	0,4	79,3
75+	6,9	0	93,1
gesamt	29,4	3,9	66,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S.145.

Alkoholkonsum

52,4 Prozent der männlichen Bevölkerung Wiens ab 16 Jahren trinken täglich Bier, 41,5 Prozent täglich Wein und 16,2 Prozent täglich Spirituosen. Bei den Frauen ist tägliches Trinken von Alkohol deutlich seltener als bei den Männern. Zudem trinken Frauen nicht wie die Männer Bier am häufigsten, sondern Wein. Knapp ein Drittel der weiblichen Bevölkerung Wiens (31,0 Prozent) trinkt täglich Wein, 16,2 Prozent trinken täglich Bier und 6,1 Prozent Spirituosen. Bei den Männern ist der tägliche Konsum von Bier und Spirituosen im mittleren Alter (45 bis 59 Jahre) am weitesten verbreitet, der tägliche Weinkonsum im höheren Alter. Bei den Frauen ist täglicher Konsum von Bier und Spirituosen unter den jungen Frauen (16 bis 24 Jahre) am häufigsten, täglicher Weinkonsum bei 60- bis 74-jährigen Frauen.

Tabelle 1-18: Täglicher Alkoholkonsum in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	täglicher Konsum von ; Mehrfachnennungen		
	Bier	Wein	Spirituosen
Prozent			
Männer			
16 bis 24	47,0	19,9	15,3
25 bis 44	54,5	39,3	14,9
45 bis 59	58,4	44,1	20,1
60 bis 74	50,8	65,5	19,0
75+	36,3	68,0	6,7
gesamt	52,4	41,5	16,2
Frauen			
16 bis 24	24,9	22,9	8,3
25 bis 44	12,9	32,5	6,4
45 bis 59	17,6	31,3	6,2
60 bis 74	15,8	34,3	4,4
75+	15,9	29,8	5,1
gesamt	16,2	31,0	6,1

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S.141ff..

Bewegung

Von der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahren betätigen sich nahezu die Hälfte (47,6 Prozent) der Männer und mehr als ein Drittel (37,0 Prozent) der Frauen zumindest mehrmals in der Woche intensiv körperlich bzw. betreiben Sport. 14,8 Prozent der Männer und nahezu ein Viertel der Frauen (24,0 Prozent) tun dies höchstens einmal im Monat bzw. überhaupt nie. Intensive körperliche Bewegung und sportliche Betätigung verlieren mit zunehmendem Alter an Bedeutung. So geben z.B. von den 60- bis 74-Jährigen nur mehr 39,0 Prozent der Männer und 33,2 Prozent der Frauen an, sich mehrmals in der Woche oder öfter körperlich zu betätigen. 34,9 Prozent der Männer und 43,8 Prozent der Frauen tun dies in dieser Altersgruppe höchstens einmal im Monat bzw. nie.

Tabelle 1-19: Körperliche Bewegung bzw. sportliche Betätigung in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht

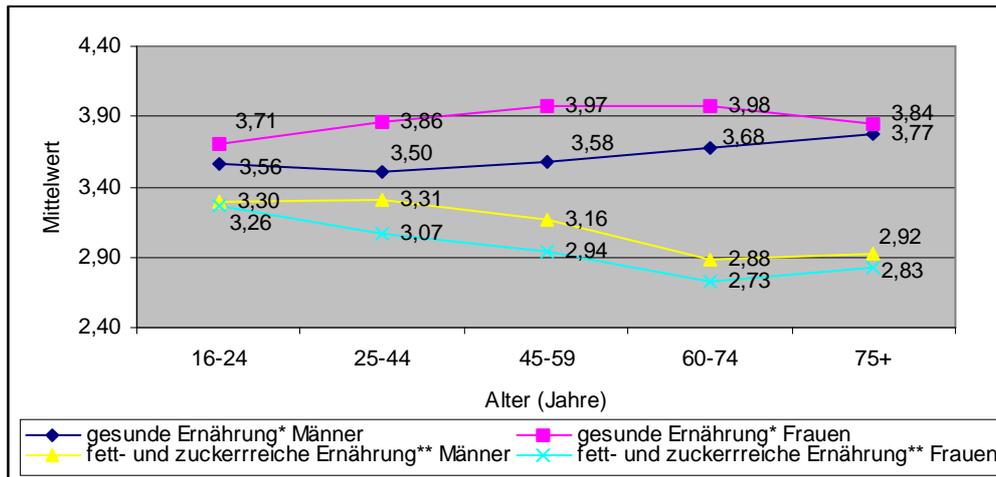
Alter (Jahre)	täglich oder fast täglich	mehrmals in der Woche	etwa 1-mal pro Woche	2- bis 3-mal im Monat	1-mal im Monat oder seltener	nie
	Prozent					
Männer						
16 bis 24	25,3	36,5	18,2	6,9	9,4	3,7
25 bis 44	17,2	32,2	22,6	8,0	10,7	9,3
45 bis 59	19,1	32,6	13,7	10,3	9,9	14,5
60 bis 74	18,1	20,9	17,0	9,0	11,2	23,7
75+	7,6	6,4	15,7	2,6	17,1	50,6
gesamt	18,2	29,4	18,6	8,2	10,8	14,8
Frauen						
16 bis 24	9,1	24,3	31,2	13,3	12,7	9,4
25 bis 44	16,2	28,2	18,3	8,5	11,5	17,3
45 bis 59	14,4	25,3	22,2	7,5	11,8	18,8
60 bis 74	14,0	19,2	13,9	9,1	11,4	32,4
75+	1,9	10,2	5,9	2,1	16,7	63,3
gesamt	13,2	23,8	18,6	8,1	12,3	24,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001), S.136.

Ernährung

Umfragen zu den Ernährungsgewohnheiten in Wien zeigen, dass *gesunde Ernährung*, d.h. häufiger Konsum von Fisch, gekochtem Gemüse, Rohkost bzw. rohem Gemüse, Salat, frischem Obst und Vollkornbrot mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnt. *Fett- und zuckerreiche Ernährung*, d.h. häufiger Konsum von Wurstwaren, Fleisch, Mehlspeisen, Kuchen, Keksen, sonstigen Süßwaren und Eiern wird dagegen mit zunehmendem Alter seltener. Erst im hohen Alter ab 75 Jahren wird wieder weniger Wert auf gesunde Ernährung gelegt: Im Vergleich zur vorangehenden Altergruppe sind fett- und zuckerreiche Ernährung wieder etwas häufiger. Frauen legen mehr Wert auf gesunde Ernährungsweise als Männer. Im höheren Alter (ab 75 Jahren) verringert sich allerdings der Geschlechtsunterschied.

Grafik 1-10: Ernährungsgewohnheiten in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



* Häufiger Konsum von Fisch, gekochtem Gemüse, Rohkost bzw. rohem Gemüse, Salat, frischem Obst und Vollkornbrot.

** Häufiger Konsum von Wurstwaren, Fleisch, Mehlspeisen, Kuchen, Keksen, sonstigen Süßwaren und Eiern. Die Beurteilung erfolgte über eine fünfstufige Skala von (fast) täglich, mehrmals pro Woche, selten, nie.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2003b), S.122.

2. Gesundheits- und Sozialdienste für ältere Menschen in Wien

Neue Strategien für die Betreuung älterer Menschen in Wien

Der Wiener Gemeinderat hat am 1. Juli 2004 das Strategiekonzept "Lebenswertes Altern in Wien – aktiv und selbst bestimmt" beschlossen, welches die strategischen Ziele und zukünftigen Maßnahmen im Bereich der Betreuung älterer Menschen in Wien zum Inhalt hat. Ausgangspunkt der Strategienentwicklung ist das Anstreben eines **Paradigmenwechsels in der gesellschaftlichen Sichtweise des Alter(n)s**: Die Betonung von Selbstbestimmung, Unabhängigkeit und der aktiven Teilnahme älterer Menschen am öffentlichen Leben sollen die Gleichsetzung von Alter mit Untätigkeit, Krankheit und Abhängigkeit ablösen. Ältere Menschen müssen zukünftig vermehrt als heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Bedürfnissen aufgefasst werden. Für die Versorgung und Pflege älterer Menschen bedeutet diese Sichtweise des Alters, dass ein breites Spektrum an ambulanten und stationären Angeboten zur Verfügung stehen sollte, das den individuellen Bedürfnissen der älteren Menschen gerecht wird, aber auch ihr soziales Netzwerk mit einbezieht und zugleich gesundheitsökonomischen Kriterien entspricht, indem die jeweils niedrigste effiziente Betreuungsstufe zum Einsatz kommt.⁶

Handlungsbedarf im Bereich der **ambulanten Betreuung** älterer Menschen sieht das Strategiekonzept vor allem im Entlassungs- und Schnittstellenmanagement, wobei der Behebung von Kommunikationsdefiziten zwischen KlientInnen, Angehörigen und professionell Betreuenden zentrale Bedeutung

⁶ STADT WIEN, Gemeinderätliche Geriatriekommission (2004), S5.

zukommt.⁷ In der **stationären Betreuung** wird ein Fehlen von bedarfsgerechten Angeboten, die sich nach dem Ausmaß des Pflegebedarfs richten, moniert. Veränderungen sind demnach vor allem in den derzeit bestehenden Großeinrichtungen zu setzen. Dezentralisierung und Vernetzung des Angebots sind hier die Zielsetzungen, ebenso wie die Betonung der Rehabilitation, wie dies z.B. in dem Leitprinzip zum Ausdruck kommt, dass ein Rehabilitationsversuch vor Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung verpflichtend sein soll.

Folgende **konkrete Ziele** werden im Strategiekonzept der Gemeinderätlichen Geriatriekommission genannt, wobei die qualitative Verbesserung der Sozial- und Gesundheitsdienste im Sinne eines flexiblen, sich an die individuelle Situation anpassenden Angebots für ältere Menschen im Vordergrund steht:

- **Selbstverantwortung und Selbstbestimmung:** Instrumente sind u. a. die PatientInnenverfügung,⁸ die Vorsorgevollmacht,⁹ die Betreuungsverfügung.
- **Vermeiden sozialer Isolation:** Ansätze sind soziale Sicherung; Bewusstseinsbildung für ein positives Altersbild; Partizipation und Mitentscheidung der älteren Bevölkerung; das Brechen von Tabus z.B. in Bezug auf Tod oder Sexualität im Alter; altersgerechte Arbeitswelt; neue Wohnmodelle und bauliche Einrichtungen für ältere Menschen, die dazu beitragen, eine Gettoisierung zu vermeiden.
- **Von der Pflegekette zum Pflegenetzwerk:** diversifizierte Angebote an professionellen Dienstleistungen entsprechend der individuellen Lebenslage; keine Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung ohne nachgewiesenen Rehabilitationsversuch.
- **Vorbereitung auf das Alter:** gesellschaftliche Etablierung des Alters als gleichwertigen Lebensabschnitt, Einbindung älterer Menschen durch ehrenamtliche Tätigkeiten und andere Formen der Partizipation, wie z.B. neue Arbeitsmodelle (z.B. „senior experts“)¹⁰ oder offene Generationenzentren.
- **Wirkungsorientierte Steuerung der öffentlichen Finanzmittel:** Neupositionierung und Differenzierung des derzeitigen Versorgungsangebotes; Konzipierung der ambulanten Dienstleistungen für die nächsten Jahrzehnte; Stärkung des Case Managements und der interdisziplinären Zusammenarbeit; Einführung eines Stufenmodells für das Assessment ambulanter und stationärer Leistungen; alternative Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten; Förderung von Kostenbewusstsein und Kostentransparenz; ressortübergreifendes Einbeziehen von Stadtplanung und -entwicklung im Sinne des selbst bestimmten Wohnens und der Modernisierung stationärer Langzeiteinrichtungen.

Betreuungsformen der Zukunft sind gemäß dem Strategiekonzept der Gemeinderätlichen Geriatriekommission neben dem bereits genannten Case und Care Management und dem Schnittstellenmanagement das geriatrische Assessment, die Betonung der Rehabilitation, der präventive und gesundheitsfördernde Aspekt und die Qualitätssicherung, u. a. durch KlientInnenorientierung und Beschwerdemanagement.

Das **Pflege- und Betreuungspersonal** ist als eine der wesentlichsten Ressourcen zu sehen. Hier sind sowohl in der Aus- und Weiterbildung als auch in den Rahmenbedingungen der beruflichen Tätigkeit zahlreiche Maßnahmen zu setzen. Beispiele sind die Etablierung einer Ausbildung zum Altenfachbetreuer oder eines Regelstudiums der Pflegewissenschaften, sowie eines Lehrstuhls für Geriatrie und Gerontologie. Im Bereich der Berufsausübung sind die Erfordernisse der sehr heterogenen Arbeitsumwelten der ambulanten und stationären Betreuung sowie der Pflege zu Hause zu bewältigen, vor allem durch flexible Arbeitszeitmodelle, Ausbau der Teamarbeit, Vereinfachung der Dokumentation und Abbau von Hierarchien.

Das Strategiekonzept für die Betreuung älterer Menschen „Lebenswertes Altern in Wien - aktiv und selbst bestimmt“ gibt in einem umfassenden **Maßnahmenkatalog** die zukünftigen Handlungsfelder vor. Maßnahmen sind in den Bereichen **des öffentlichen und privaten Betreuungsangebots** zu setzen (Neuorientierung, Flexibilisierung und Vernetzung des Angebots; Ausbau ambulanter und teilsta-

⁷ STADT WIEN, Gemeinderätliche Geriatriekommission (2004), S7-8.

⁸ siehe z.B. <http://www.igsl-hospizbewegung.at/>

⁹ siehe z.B. <http://www.help.gv.at/Content.Node/290/Seite.2900200.html>

¹⁰ siehe z.B. <http://www.asep.at/>; <http://www.arbeitundalter.at/>

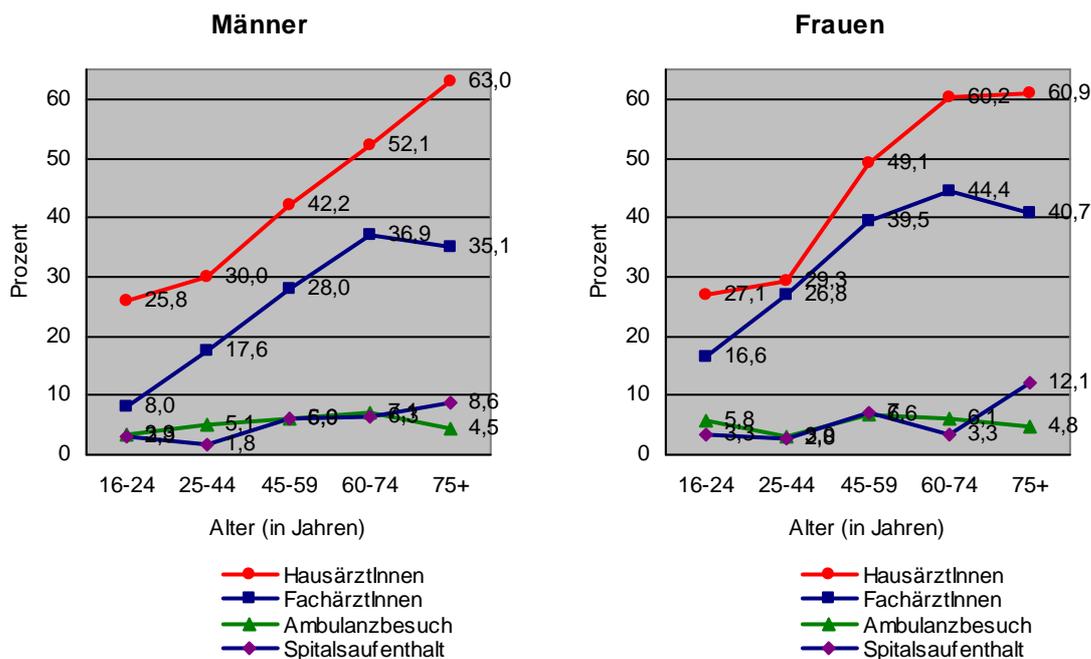
tionärer Angebote sowie betreuter Wohngemeinschaften), weiters im Bereich der **Aus- und Weiterbildung** sowie der **Berufssituation des Gesundheitspersonals**, aber auch auf **gesellschaftspolitischer Ebene** im Sinne einer Intergenerationen-Solidarität und schließlich sind im gesundheitsökonomischen Bereich Maßnahmen zur **wirkungsorientierten Steuerung der Finanzmittel** durch vermehrte Transparenz des Leistungsangebots, durch eine Erhöhung der Treffsicherheit der Leistungen und durch Verbesserungen im Bereich der Pflegegeldbestimmungen zu setzen.¹¹

2.1 Gesundheitsversorgung

2.1.1 Primäre Versorgung: Zugang und Qualität

Da ein großer Teil der schweren und chronischen Erkrankungen erst in höherem Alter auftritt (siehe Kapitel 1), ist es nahe liegend, dass die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems mit zunehmendem Alter steigt. Dies gilt insbesondere für die Inanspruchnahme von HausärztInnen: Während laut den Ergebnissen des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys 2001 rund ein Viertel der 16- bis 24-jährigen WienerInnen angibt, innerhalb der letzten drei Monate den/die HausärztIn aufgesucht zu haben, sind es bei den 45- bis 59-Jährigen bereits rund die Hälfte und bei den 75-Jährigen und Älteren über 60 Prozent. Die selbst berichtete Häufigkeit von Spitalsaufenthalten hingegen steigt erst ab 75 Jahren deutlich an und zwar bei Frauen stärker als bei Männern.

Grafik 2-1: Konsultationen von HausärztInnen und FachärztInnen sowie Ambulanz- und Spitalsaufenthalte innerhalb der letzten drei Monate in Wien 2001, nach Alter und Geschlecht



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; zitiert nach STADT WIEN (2001).

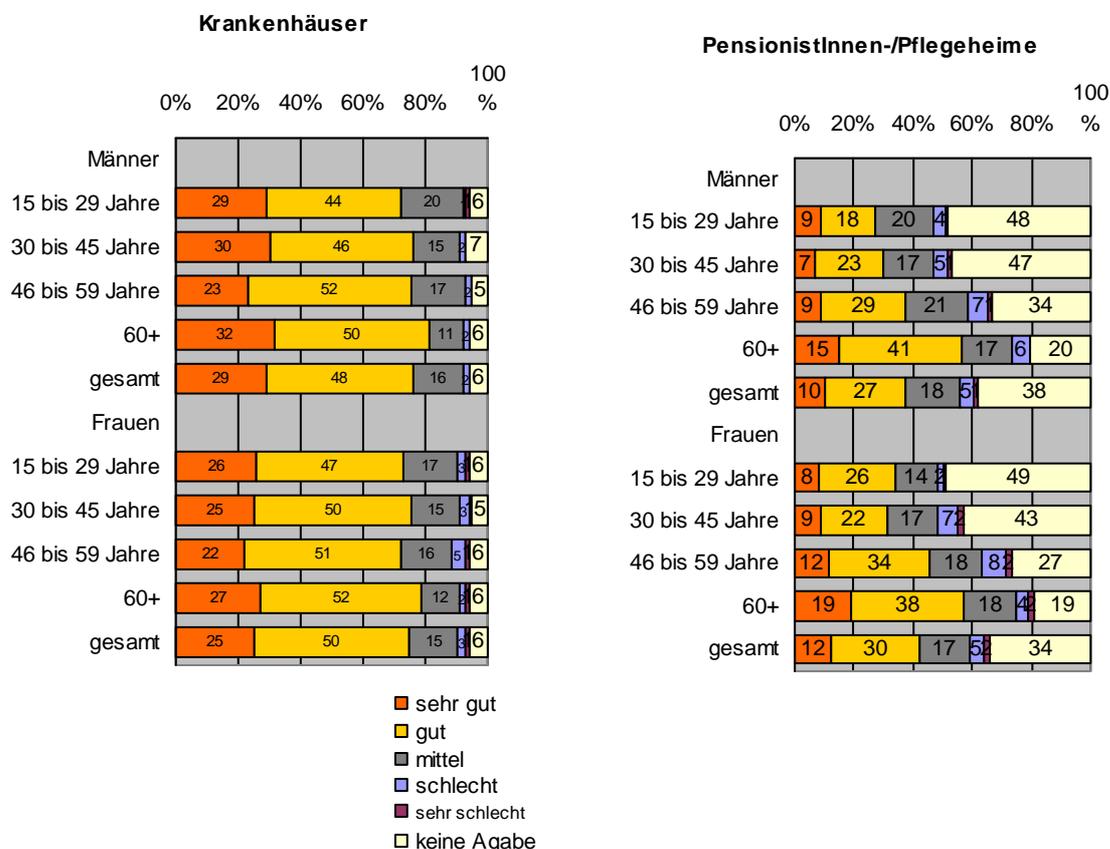
Die **Versorgung Wiens mit Krankenhäusern** wird laut einer Bevölkerungsbefragung im Jahr 2003 von rund einem Viertel der WienerInnen als „sehr gut“ und von etwa der Hälfte als „gut“ bewertet, d.h. drei Viertel der Bevölkerung beurteilen die Versorgungslage positiv. Frauen und Männer unterscheiden sich in ihrer Bewertung nur geringfügig, mit Ausnahme eines Trends, dass jüngere Frauen und ältere Männer ein besonders positives Urteil abgeben.

Dass **PensionistInnen- und Pflegeheime** frühestens ab einem Alter von 60 Jahren ein Thema sind, wird im Antwortverhalten der Befragten deutlich: Bei den unter 60-Jährigen beträgt der Anteil jener, die die Frage nach der Beurteilung der Versorgung mit PensionistInnen- und Pflegeheimen nicht be-

¹¹ STADT WIEN, Gemeinderätliche Geriatriekommission (2004), S27-32.

antworten je nach Altersgruppe zwischen einem Drittel und der Hälfte der Befragten. Und es sind auch die über 60-Jährigen, die die PensionistInnen- und Pflegeheime am häufigsten positiv beurteilen.

Grafik 2-2: Beurteilung der Versorgung mit Krankenhäusern / PensionistInnen- und Pflegeheimen in Wien 2003



Quelle: IFES (2003), *Leben und Lebensqualität in Wien*, Tab.f99_20; f99_7.

2.1.2 Gesundheitsförderung und Prävention

2.1.2.1 Gesundheitsförderung

Aktives Altern, Selbstbestimmung, Partizipation, Vorbereitung auf das Altern sind Ansätze, die den theoretischen Konzepten der Gesundheitsförderung entstammen. Da der Bereich der Gesundheitsförderung noch relativ jung ist – die Ottawa-Charta wurde im Jahr 2006 zwanzig Jahre alt – sind ein Großteil der Aktivitäten auf Projektbasis organisiert und (noch) selten im Regelbetrieb anzutreffen. Im Folgenden drei Beispiele für Gesundheitsförderungsprojekte für die Zielgruppe älterer Menschen in Wien:

Gesundheitsförderung älterer Menschen war Schwerpunkt des Fonds Gesundes Österreich in den Jahren 2003/2004, und in diesem Rahmen wurde das **Modellprojekt „Plan 60“**¹² vom **Wiener Roten Kreuz** umgesetzt. Mit einer breiten Auffassung von Gesundheitsförderung wurden im Rahmen von „Plan 60“ mehrere Aktivierungs- und Empowerment-Maßnahmen initiiert. Zielsetzungen waren die Steigerung der Lebensqualität älterer WienerInnen durch Aktivität und Engagement, die Aktivierung und Stärkung der Ressourcen älterer Menschen in Kursen, die Entwicklung und Bereitstellung einer Struktur zur Umsetzung von Ideen und die Gesundheitsförderung älterer Menschen durch aktive Teilnahme am gesellschaftspolitischen Leben.

¹² <http://www.plan60.at>

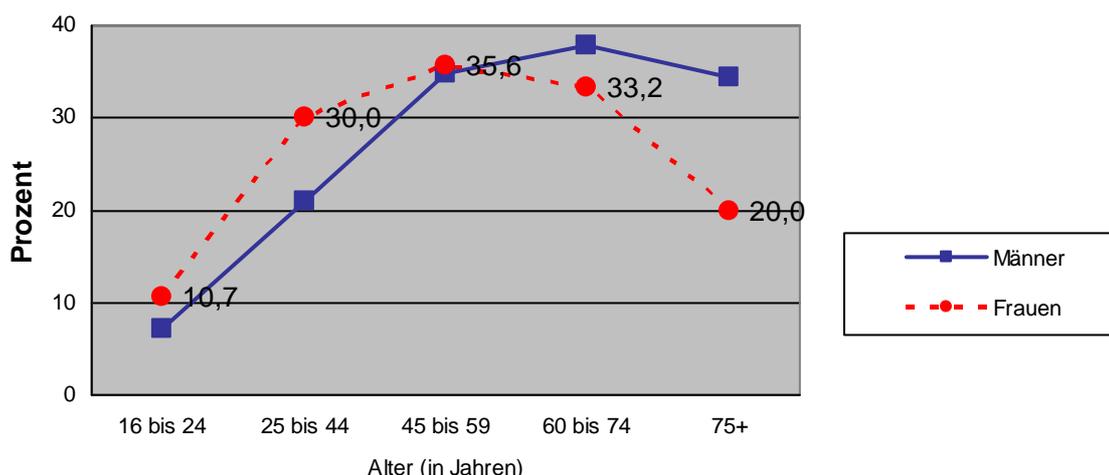
Im Rahmen des **WHO-Demonstrationsprojekts „Aktiv ins Alter! - Investition in die Gesundheit älterer Menschen“**¹³ wurden zwischen 2003 und 2005 in drei typischen Wohngebieten der älteren Bevölkerung Wiens innovative Methoden der aufsuchenden Aktivierung mit dem Ziel entwickelt und erprobt, die Lebensqualität älterer Menschen zu verbessern. Im Sinne des Empowerments wurden 55- bis 80-jährige WienerInnen – ausgehend von Hausbesuchen – dabei unterstützt, selbst aktiv zu werden. Ein weiteres Ziel war die Förderung der Zugänglichkeit und Vernetzung der auf regionaler Ebene tätigen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen und Initiativen. Ein besonderes Anliegen von „Aktiv ins Alter!“ war es, die im Projekt entwickelten Strategien der Gesundheitsförderung und Aktivierung sozial isolierten Gruppen, wie z. B. zurückgezogen lebenden, vereinsamten Menschen oder MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien oder der Türkei, sowie in strukturschwachen Stadtregionen anzubieten.

Ein weiteres Pilotprojekt (2006-2008) wird in Kooperation der MA 18 – Stadtentwicklung und Stadtplanung mit der Bereichsleitung für Strukturentwicklung, Geschäftsgruppe Gesundheit und Soziales durchgeführt. Das Projekt **„SALTO – gut & selbst bestimmt älter werden im Stadtteil“**¹⁴ verknüpft die Themen „Altern in Gesundheit“ und „gesundheitsfördernde Stadtplanung“ miteinander, welche beide auch im Fokus der Phase IV des Gesunde Städte Netzwerks der WHO stehen. Innovative Maßnahmen zur Hebung der Lebensqualität älterer BewohnerInnen kommen zum Einsatz und intervenieren in die Rahmenbedingungen, damit Frauen und Männer möglichst lange im heimatlichen Grätzl leben können. Zwei Pilotgebiete wurden ausgewählt: das Viertel um die Quadenstraße im 22. Bezirk und das Triesterviertel im 10. Bezirk.

2.1.2.2 Vorsorgeverhalten

In Wien nahmen im Jahr 2003 rund 75.500 Frauen und 61.500 Männer an der kostenlosen Vorsorgeuntersuchung teil. Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 nimmt die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen mit zunehmendem Alter bei Frauen und Männern in Wien zu, bei den über 75-Jährigen ist sie jedoch wieder rückläufig. Während in der Altersgruppe zwischen 45 und 59 Jahren annähernd gleich viele Frauen und Männer angeben, regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen, sind es in den Altersgruppen ab 60 Jahren deutlich mehr Männer als Frauen. Neben dem Geschlecht ist das Vorsorgeverhalten auch von anderen Faktoren abhängig: Z.B. steigt laut Selbstauskunft die Häufigkeit der regelmäßigen Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen mit der Höhe des Haushaltseinkommens und der Schulbildung.¹⁵

Grafik 2-3: Selbst berichtete regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, zitiert nach STADT WIEN (2001).

¹³ <http://www.aktivinsalter.at>

¹⁴ <http://www.saltowien.at>

¹⁵ STADT WIEN (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey

2.1.3 Ursachen stationärer Aufenthalte (Spitalsentlassungen)

Die Häufigkeit stationärer Aufenthalte nimmt – ebenso wie die (weiter oben dargestellte) Inanspruchnahme der primären Versorgung – mit dem Alter stark zu: Rund ein Drittel aller Spitalsaufenthalte des Jahres 2004 in Wien entfällt auf die Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen, ein weiteres Drittel auf die 65-Jährigen und Älteren. Insgesamt waren im Jahr 2004 in Wien 569.043 Spitalsaufenthalte erforderlich, 56,6 Prozent davon bei Frauen. Am häufigsten waren Spitalsaufenthalte aufgrund von Krebs (51.126 Aufenthalte von Männern, 59.121 von Frauen), gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (34.102 bzw. 33.219 Aufenthalte) und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (20.939 bzw. 36.693 Aufenthalte). Das Geschlechtsverhältnis innerhalb der einzelnen Altersgruppen kehrt sich mit zunehmendem Alter um: Bei den Spitalsaufenthalten von unter 45-Jährigen überwiegen Männer, bei den 45- bis 64-Jährigen ist das Geschlechtsverhältnis ausgewogen und von den 65-Jährigen und Älteren sind 60,4 Prozent Frauen.

Tabelle 2-1: Stationär behandelte PatientInnen in Wiener Krankenanstalten 2004 nach ausgewählten Hauptdiagnosen, Alter und Geschlecht

Hauptdiagnose (ICD-10) – Auswahl, sortiert nach Häufigkeit insgesamt	Stationäre PatientInnen insgesamt		Alter								Durchschnittl. Aufenthaltsdauer (Tage)	
			0 bis 14 Jahre		15 bis 44 Jahre		45 bis 64 Jahre		65 Jahre und mehr			
			M*	F**	M	F	M	F	M	F		
Alle Diagnosen A00-Z99	247.227	321.816	25.112	18.520	54.750	85.531	84.462	91.133	82.903	126.632	8,1	8,1
Männer-, Frauenanteil (Spaltenprozent)	43,4	56,6	57,6	42,4	39,0	61,0	48,1	51,9	39,6	60,4	43,8	56,2
Anteile der Altersgruppen (Zeilenprozent)	100,0	100,0	4,4	3,3	9,6	15,0	14,8	16,0	14,6	22,3	100	100
Krebs (Neubildungen) (C00-D48)	51.126	59.121	2.227	1.564	5.333	8.740	22.187	25.990	21.379	22.827	7,2	4,4
Brustdrüse (C50)	94	15.009	1	0	26	2.113	37	8.116	30	4.780	8,0	5,2
Bronchus und Lunge (C34)	7.980	3.924	1	0	230	159	4.608	2.301	3.141	1.464	10,3	9,7
Dickdarm (C18)	4.612	2.869	1	1	148	120	2.140	1.046	2.323	1.702	8,5	9,9
Prostata (C61)	4.458	-	-	-	23	-	1.697	-	2.738	-	8,2	-
KH des Kreislaufsystems (I00-I99)	34.102	33.219	236	129	3.460	2.667	13.370	8.805	17.036	21.618	9,7	10,7
Andere ischäm. Herzkrankheiten (I23-I25)	6.485	3.511	4	2	454	80	2.997	1.171	3.030	2.258	7,5	9,2
Zerebrovaskuläre KH (I60-I69)	4.675	5.158	15	9	353	324	1.619	1.373	2.688	3.452	18,2	19,2
Hypertonie [Hochdruckkrankheit] (I10-I15)	2.336	4.462	20	4	276	173	830	970	1.803	2.238	6,8	8,6
Herzrhythmusstörungen (I44-I49)	3.313	3.129	42	24	316	214	1.152	653	1.672	2.197	9,6	15,7
Herzinsuffizienz (I50)	1.762	2.453	0	1	26	15	325	159	1.411	2.278	12,5	14,2
Atherosklerose (I70)	1.972	1.173	0	1	44	22	801	250	1.127	900	11,9	11,7
Akuter Myokardinfarkt (I21-I22)	1.537	1.100	2	0	127	21	706	230	702	849	10,8	12,5
KH des Muskel-Skelett-Systems (M00-M99)	20.939	39.693	483	451	5.363	6.072	9.082	15.572	6.011	17.598	7,2	9,1
Arthropathien, Arthrosen (M00-M22,24,25)	4.967	12.219	186	176	885	1.210	1.972	4.735	1.924	6.4098	9,7	10,4
Rückenschmerzen (M54)	2.275	5.357	8	9	582	806	848	1.723	837	2.819	7,4	9,8
KH des Verdauungssystems (K00-K93)	21.135	22.309	1.445	990	5.903	5.741	7.956	7.436	5.831	8.142	6,7	7,4
Verletzungen, Vergiftungen (S00-T98)	20.191	19.426	2.393	1.682	9.307	4.351	5.088	4.251	3.402	9.142	6,8	9,6
Fraktur des Oberschenkelknochens (S72)	972	2.787	26	19	136	43	200	224	610	2.501	18,4	20,9
KH des Atmungssystems (J00-J99)	18.403	16.032	5.436	4.168	4.187	3.617	4.279	3.382	4.501	4.865	7,1	7,3
Chron. Obstrukt. Lungen-KH (J40-44, J47)	4.068	3.581	133	72	251	199	1.762	1.358	1.914	1.952	10,3	10,9
Pneumonie (J12-J18)	2.964	2.662	670	520	417	332	605	418	1.272	1.392	11,4	12,0
Asthma (J45-J46)	569	810	125	83	203	305	118	260	123	162	5,4	6,8
Psychische u. Verhaltensstörungen (F00-F99)	10.761	11.465	1.127	726	5.637	4.937	2.670	2.752	1.327	3.050	17,2	18,2
Schizophrene Störungen (F20-F29)	2.375	2.056	3	8	1.745	1.104	557	729	70	215	25,5	23,9
PVS durch Alkohol (F10)	2.306	740	14	25	1.109	350	1.012	315	171	50	10,7	8,6
Affektive Störungen (F30-F39)	1.281	2.863	5	23	590	966	471	1.073	215	801	19,5	19,0
Demenz (F00-F03)	679	1.601	0	0	5	4	28	49	646	1.548	24,0	21,6
PVS psychotrope Substanzen (F11-F19)	888	470	14	20	801	382	63	51	10	27	17,4	19,6
KH des Urogenitalsystems (N00-N99)	13.228	21.681	2.017	1.140	2.792	8.196	3.987	6.940	4.432	5.405	6,0	5,4
KH des Auges (H00-H59)	11.017	17.870	229	224	824	748	3.034	2.948	6.930	13.950	3,1	3,2
KH des Nervensystems (G00-G99)	10.134	11.289	750	634	2.496	2.639	3.659	3.307	3.229	4.709	7,6	9,2
Zerebr. Transit. ischämische Attacken (G45)	846	1.195	1	0	54	25	232	213	559	957	7,6	9,5
Alzheimer-Krankheit (G30)	168	354	0	0	0	0	11	15	157	339	17,6	17,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	6.774	10.322	427	430	964	1.686	2.437	3.021	2.946	5.185	9,6	9,3
Diabetes mellitus (E10-E14)	4.358	4.815	84	102	443	322	1.617	1.086	2.214	3.305	11,2	12,0

*M = Männer; **F = Frauen;

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2006), Tab 3.1.2.

2.1.4 Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung aufgrund des Alters

Altersdiskriminierung in der Gesundheitsversorgung liegt dann vor, wenn Anbieter von Gesundheitsangeboten für die Gesundheit relevante Entscheidungen in erster Linie nach dem Alter und nicht nach den Bedürfnissen des/der KlientIn treffen. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist im vergangenen Jahrzehnt eine zunehmende Verknappung der finanziellen Ressourcen eingetreten, einerseits aufgrund eines deutlich ausgeweiteten Leistungsangebotes und zum Anderen durch eine stärkere Inanspruchnahme der Leistungen durch alte und hochaltrige Versicherte sowie einen Rückgang der Zahl der BeitragszahlerInnen. Daraus ergeben sich Forderungen nach Rationalisierungsmaßnahmen und nach Steigerung der Effizienz sowie dem Abbau von Fehl-, Über- und Unterversorgung. In weiterer Folge stellen sich ethische Fragen der Verteilungsgerechtigkeit bzw. des Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung. Besonders die Frage nach Rationierung, also ob und unter welchen Voraussetzungen und Grenzen der Einsatz kostenintensiver medizinischer Versorgung für ältere und insbesondere hochaltrige Menschen zu rechtfertigen ist, wird in einigen europäischen Ländern, z.B. in England, bereits diskutiert. Um dieser Tendenz der Altersdiskriminierung im Gesundheitswesen entgegenzuwirken, hat das UK Department of Health zahlreiche praktische Vorschläge zur Bewusstmachung und Bekämpfung von Diskriminierungen Älterer erarbeitet und propagiert.¹⁶

Lebensalter und Krankheitsprognose sind als Kriterien für Begrenzungen medizinischer Leistungen ethisch nicht vertretbar. Die Leistungsbegrenzung gegenüber Alten und Hochaltrigen bedeutet Entsolidarisierung und kommt einer Aufkündigung des Generationenvertrages gleich.¹⁷

Medizinische und pflegerische Versorgung Hochaltriger müssen in gleicher Weise nach evidenzbasierten Wirksamkeitskriterien erfolgen wie in jüngeren Altersgruppen. Daher ist die Vernachlässigung der Forschung zur gesundheitlichen Versorgung Hochaltriger im Vergleich zur Versorgung jüngerer Altersgruppen, wie diese bislang z.B. im systematischen Ausschluss von Älteren aus Medikamentenstudien praktiziert wurde, aus ethischer Sicht ebenfalls nicht zu rechtfertigen.

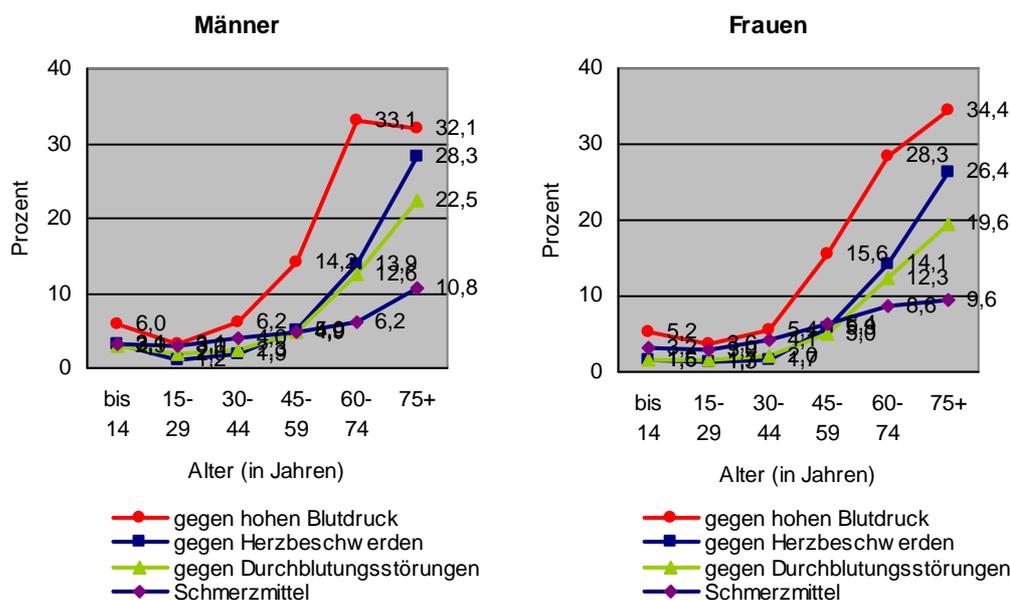
2.1.5 Medikamenteneinnahme

Korrespondierend zur steigenden Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung im stationären, ambulanten und niedergelassenen Bereich nimmt auch die Häufigkeit der Medikamenteneinnahme im höheren Lebensalter stark zu – insbesondere ab 75 Jahren. Dieser Trend ist für Frauen und Männer in ähnlichem Ausmaß zu beobachten. Am häufigsten werden laut Selbstangaben Medikamente zur Behandlung des Bluthochdrucks eingenommen, im Besonderen von den 75-Jährigen und Älteren, von denen rund ein Drittel der Befragten Bluthochdruck-Medikamente nehmen. Sehr häufig sind auch Medikamente gegen Herzbeschwerden und Durchblutungsstörungen, letztere werden von rund einem Fünftel der Befragten eingenommen; rund zehn Prozent nehmen Schmerzmittel.

¹⁶ <http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/OlderPeoplesServices/>

¹⁷ BMFSFJ (2002), S.357.

Grafik 2-4: Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten (in den letzten vier Wochen) in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Mikrozensus Wien 1999, S.140.

2.1.6 Abdeckung medizinischer Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung

In Österreich sind 97 bis 98 Prozent der Bevölkerung krankenversichert. Eine Studie aus dem Jahr 2004¹⁸ hat festgestellt, dass 160.000 ÖsterreicherInnen (2,4 Prozent) nicht krankenversichert sind, darunter vor allem MigrantInnen, weiters Jugendliche, die nach der Pflichtschule nie ins Arbeitsleben finden, aber auch Arbeitslose, die sich nicht beim AMS melden, sowie Frauen, die nach Scheidungen ihre Mitversicherung verlieren. Ältere Menschen sind demnach nicht primär vom Fehlen einer Krankenversicherung betroffen.

Für viele PensionistInnen sind jedoch Selbstbehalte ein Problem, die in Österreich zu einem großen Teil in Form von Rezeptgebühren zu leisten sind. Laut OECD¹⁹ betrug im Jahr 2003 der Anteil der Selbstbehalte an den Gesundheitsausgaben in Österreich 19 Prozent, der öffentliche Anteil 69 Prozent, die restlichen Gesundheitsausgaben wurden von privaten Trägern geleistet. Damit liegt Österreich beim Ausmaß der Selbstbehalte in Europa im oberen Drittel, das von 9 Prozent in den Niederlanden bis zu 24 Prozent in Spanien reicht.

Mit 1. Jänner 2005 wurden in Österreich die Rezeptgebühren (bei Fahrtendiensten die doppelte Rezeptgebühr) sowie die Selbstbehalte für Sehbehelfe erhöht (letztere betragen mindestens 72,60 Euro). Diese Erhöhung wurde stark kritisiert: Hauptargument war, dass sozial Schwache, Kranke und PensionistInnen die Hauptlast tragen müssen. Was die **Befreiung von der Rezeptgebühr** von derzeit 4,45 Euro betrifft, betragen die Richtsätze 2005 für das Nettoeinkommen (ohne Pflegegeld), unter dem eine Befreiung gewährt wird für Alleinstehende 662,99 Euro, bei erhöhtem Medikamentenbedarf 762,44 Euro, bei Ehepaaren, Lebensgemeinschaften 1.030,23 Euro sowie bei erhöhtem Medikamentenbedarf 1.184,76 Euro.

Bei der Einführung der **e-card** im Jahr 2005 wurden SozialhilfeempfängerInnen nicht berücksichtigt, sie müssen weiter spezielle Krankenscheine verwenden. Über die Vergabe der e-card auch an diese Bevölkerungsgruppe wird derzeit im Hauptverband der Sozialversicherungsträger verhandelt.

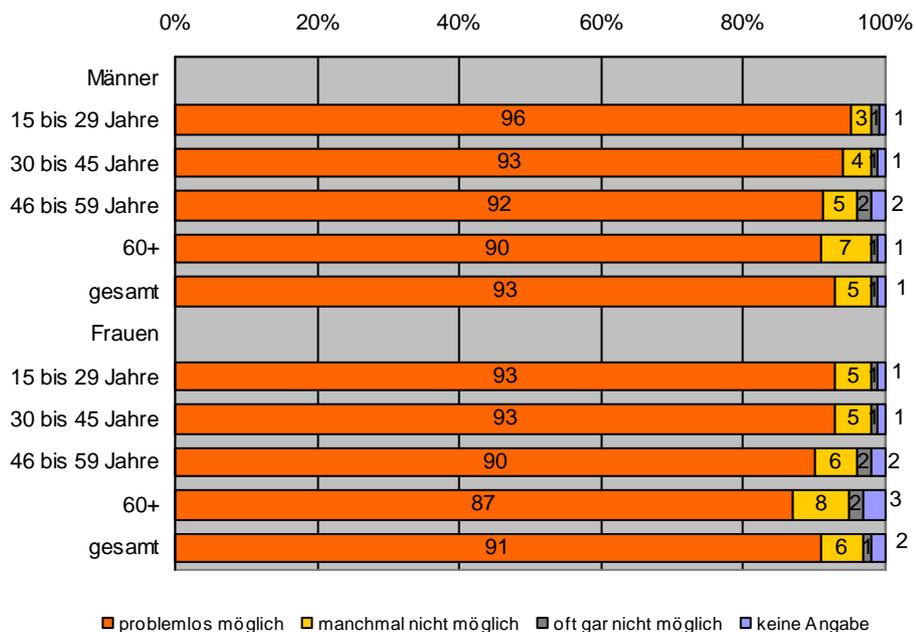
¹⁸ EUROPÄISCHES ZENTRUM FÜR WOHLFAHRTSPOLITIK UND SOZIALFORSCHUNG (2004)

¹⁹ OECD (2004)

2.1.7 Kosten als Barriere der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

Laut einer Bevölkerungsbefragung in Wien im Jahr 2003 ist für vier bis zehn Prozent der Befragten WienerInnen die **Rezeptgebühr** manchmal oder gar nicht leistbar. Ältere sind tendenziell häufiger betroffen als Jüngere: Zehn Prozent der Frauen und acht Prozent der Männer in der Altersgruppe ab 60 Jahren können sich laut Eigenangaben die Rezeptgebühr manchmal oder oft nicht leisten.

Grafik 2-5: Leistbarkeit von Medikamenten bzw. Rezeptgebühren für den Haushalt in Wien 2003



Quelle: IFES (2003), *Leben und Lebensqualität in Wien*, Tab.f117_7.

2.1.8 Spezielle Heilbehelfe und Hilfsmittel

Heilbehelfe und Hilfsmittel²⁰ werden den in den gesetzlichen Krankenversicherungen Versicherten in einfacher Ausführung gewährt oder auch leihweise zur Verfügung gestellt.

- **Heilbehelfe** (z.B. Gummistrümpfe, Inhalatoren, orthopädische Schuheinlagen, ...) dienen zur Heilung oder Linderung eines Krankheitszustandes.
- **Hilfsmittel** (Rollstühle, Körperersatzstücke, ...) werden gewährt, wenn die Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, durch Verstümmelung, Verunstaltung oder körperliche Gebrechen beeinträchtigt wird.

Sämtliche Heilbehelfe und Hilfsmittel müssen von einem Arzt verordnet werden. Folgende Heilbehelfe und Hilfsmittel sind **bewilligungspflichtig**: Krankenfahrstühle (auch elektrische) und deren Reparaturen, Elektrofahrzeuge, fahrbare Zimmer-WCs, Bade- und PatientInnenlifter, Krankenbetten, Heimbeatmungsgeräte. Rund 70 Prozent aller Heilbehelfe und Hilfsmittel sind **bewilligungsfrei** (z. B. Krücken, Rollator (Gehbehelf), Blutzuckermessgeräte, ...). Im Jahr 2004 wurden von der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) in 14,9 Millionen Fällen Heilbehelfe oder Hilfsmittel finanziert, dafür sind 57,5 Millionen Euro an Kosten angefallen.²¹ Die **Höhe des Selbstkosten-Anteils** hat im Jahr 2005 zehn Prozent des Tarifs betragen. Die Kosten werden bis zu einem **Höchstbetrag** von 363 Euro übernommen. Ausgenommen davon sind verordnete Behelfe, die als medizinische Maßnahme der Rehabilitation gewährt werden. In diesem Fall entfällt sowohl der Kostenanteil als auch der Höchstbetrag. Der **Selbstkosten-Anteil entfällt** weiters bei Versicherten, welche das 15. Lebensjahr noch nicht voll-

²⁰ http://www.wgkk.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=221&p_menuid=60517&p_id=5

²¹ <http://www.wgkk.at/mediaDB/100343.PDF>

endet oder wegen einer erheblichen Behinderung ohne Rücksicht auf das Lebensalter Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe haben und bei Versicherten, die von der Rezeptgebühr befreit sind.

2.2 Sozialzentren und Sozialhilfe

Sozialhilfe hat die Aufgabe, hilfsbedürftigen Menschen die Führung eines menschenwürdigen Lebens zu ermöglichen. Hilfsbedürftigkeit liegt vor, wenn der Lebensunterhalt weder durch den Einsatz der eigenen Kräfte und Mittel oder durch familiäre Unterhaltsleistungen noch aufgrund eines sozialversicherungsrechtlichen Leistungsanspruchs gesichert ist. Sozialhilfe umfasst Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfs (Leistungen mit Rechtsanspruch), Hilfe in besonderen Lebenslagen sowie soziale Dienste (beides Leistungen ohne Rechtsanspruch). Sozialhilfe soll erst dann relevant werden, wenn andere Absicherungen nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Da die Sozialhilfegesetzgebung Ländersache ist, variiert die Höhe der Geldleistungen von Bundesland zu Bundesland zum Teil erheblich. Der Bezug von Sozialhilfe verpflichtet zu gewissen Eigenleistungen: Hilfsbedürftige müssen jede zumutbare Arbeit annehmen und vor dem Bezug bereits ihr eigenes Vermögen für den Lebensunterhalt verwendet haben. Die Sozialhilfe umfasst Geld-, Sach- oder Dienstleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts, für den Fall der Krankheit, der Pflegebedürftigkeit, zur Unterstützung der Familie und des Haushalts, als Hilfestellung zur Erziehung und Erwerbsbefähigung, zur Schaffung einer wirtschaftlichen Lebensgrundlage, zur Beseitigung außergewöhnlicher Notstände, Kostenübernahme einer Bestattung.²²

Die Zahl der Personen in Wien, die Leistungen der **Sozialhilfe** erhalten, ist in den letzten vier Jahren von 25.900 (1/2000) auf 48.000 (12/2004) pro Monat gestiegen (+85 Prozent). Die Steigerung ist auch bei den Haushalten ersichtlich, wo die Anzahl der Haushalte, die Sozialhilfe empfangen haben von 19.500 auf 31.500 gestiegen ist (das ist ein Anstieg um 62 Prozent). 53 Prozent der SozialhilfebezieherInnen sind weiblich, 47 Prozent männlich. 60 Prozent der SozialhilfebezieherInnen sind im erwerbsfähigen Alter, 28 minderjährig und 12 Prozent über sechzig Jahre alt.²³

In Wien werden künftig flächendeckend **Sozialzentren** die bisherigen Sozialreferate und Außenstellen für Sozialarbeit ersetzen. Die derzeit acht Sozialzentren (zehn sind geplant) sind sowohl für materielle Hilfen (Sozialhilfe) als auch persönliche Hilfen (Beratung, Betreuung, Sozialarbeit) zuständig. Zielsetzung der Sozialzentren ist, maßgeschneiderte Hilfsangebote bei sozialen und finanziellen Problemen sowie bei multikomplexen Problemlagen anzubieten, wobei diplomierte SozialarbeiterInnen die Angebote der Beratung und Betreuung sowie die erforderlichen finanziellen Hilfen gemeinsam mit dem/der Hilfesuchenden abstimmen. Zusätzlich ist über eine eigene **Servicestelle Sozialhilfe** rasche Hilfe und Information über Anspruchsvoraussetzungen in der Sozialhilfe erhältlich. MitarbeiterInnen der **Sozialreferate** in den Bezirken 4 bis 7, 19, 20 und 22 unterstützen ausschließlich bei finanziellen Problemen.

In Wien steht ein breites Spektrum an **Angeboten sozialer Leistungen** zur Verfügung, die nachfolgend kurz charakterisiert sind.²⁴

Pflegevorsorge – Pflegegeld: 1993 wurden ein Bundespflegegesetz sowie weitgehend übereinstimmende Landespflegegesetze beschlossen. Ziel war die Vereinheitlichung der Pflegevorsorge und die Ermöglichung eines abgestuften, bedarfsorientierten Pflegegeldes, das unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit einen Rechtsanspruch zusichert. Insgesamt erhalten vier Prozent der österreichischen Bevölkerung Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz und 0,7 Prozent nach den Landespflegegeldgesetzen. Voraussetzungen für einen Anspruch auf Pflegegeld sind Pflegebedarf für mindestens sechs Monate, mehr als 50 Stunden Betreuungsbedarf monatlich und ein Hauptwohnsitz in Österreich. Die Pflegestufen sind wie folgt definiert:

²² STATISTIK AUSTRIA (2005), S.337.

²³ <http://wien.at/vtx/vtx-rk-xlink?DATUM=20050118&SEITE=020050118012>

²⁴ <http://www.wien.gv.at/ma15/sozial/index.htm>

Stufe 1	mehr als 50 Stunden Pflegebedarf (pro Monat)	148,30 Euro
Stufe 2	mehr als 75 Stunden Pflegebedarf	273,40 Euro
Stufe 3	mehr als 120 Stunden Pflegebedarf	421,80 Euro
Stufe 4	mehr als 160 Stunden Pflegebedarf	632,70 Euro
Stufe 5	mehr als 180 Stunden Pflegebedarf, wenn außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist	859,30 Euro
Stufe 6	mehr als 180 Stunden Pflegebedarf, wenn zeitlich unkoordinierbare Betreuung erforderlich ist	1.171,70 Euro
Stufe 7	mehr als 180 Stunden Pflegebedarf, wenn die Bewegungsfähigkeit stark eingeschränkt ist	1.562,10 Euro

Sozialhilfe – Geldaushilfe und Dauerleistungen (finanzielle Notlagen): Anspruch auf Sozialhilfe haben Personen, die über kein Einkommen oder über zu wenig Einkommen verfügen. Die AntragstellerInnen sind grundsätzlich verpflichtet, ihren Arbeitswillen nachzuweisen (Meldung beim Arbeitsservice) mit Ausnahme von Personen, denen keine Arbeit zugemutet werden kann (Minderjährige; SchülerInnen bis Maturaniveau; allein erziehende Mütter und Väter mit im gemeinsamen Haushalt lebenden unversorgten Kindern (bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres); Personen, die das 65. Lebensjahr (Männer) bzw. das 60. Lebensjahr (Frauen) vollendet haben und über kein Einkommen (Pension) verfügen (Dauerleistung); Personen, die vom dem/der Amtsarzt/ärztin für mindestens sechs Monate arbeitsunfähig befunden werden (Dauerleistung).

Sozialhilfe – Krankenhilfe: Krankenhilfe umfasst Kostenersatz für ärztliche Behandlung, Arzneimittel, Heilmittel, Unterbringung in Krankenanstalten. Krankenhilfe erhalten alle Personen, die nicht krankenversichert sind und Sozialhilfe erhalten.

Sozialhilfe – Sonderbedarf (Hilfe in besonderen Lebenslagen): Im Einzelfall und nach individueller Prüfung übernimmt die Stadt Wien auch die Kosten für Bekleidung, Bettwäsche, Hausrat, Instandsetzung der Wohnung und Installationen, Beschaffung einer Unterkunft sowie die Nachzahlung von Pensionsbeiträgen zur Erlangung einer Alterspension.

Mietbeihilfe für PensionsbezieherInnen: Diese Geldleistung für PensionsbezieherInnen wird von der Stadt Wien gewährt, wenn durch die Höhe der Gesamtmiete ein bestimmtes Mindesteinkommen unterschritten wird.

Heizkostenzuschuss: Anspruchsberechtigt sind alle in Wien wohnhaften und auch gemeldeten Personen, deren Haushaltseinkommen die jeweiligen ASVG-Richtsätze nicht überschreiten. Dazu zählen BezieherInnen von Arbeitslosengeld, Notstandshilfe; Pensionen, Kinderbetreuungsgeld, Sozialhilfe; ausgenommen sind Heimbewohner/innen, Obdachlose und Asylwerber/innen.

Zeugnis für Begünstigung (Gebührenbefreiung): Bei sozialer und/oder körperlicher Hilfsbedürftigkeit kann eine Befreiung von den Rundfunkgebühren und eine Zuschussleistung zu den Fernsprechentgelten (Telefongebührenbefreiung) beantragt werden.

Der **Sozialpass** dient als Nachweis einer voraussichtlich dauernd gleich bleibenden Einkommenssituation (Pensionsbezug) und als Ausweis für PensionistInnenenklubs des Kuratoriums Wiener PensionistInnen-Wohnhäuser. Mit einem Sozialpass, der bei geringen finanziellen Mitteln ausgestellt wird (mit der Bezeichnung "P"), können bestimmte Ermäßigungen in Anspruch genommen werden (Wiener Linien, Städtische Bäder, Tiergarten Schönbrunn, Haus des Meeres, Zuschuss zur Hundeabgabe). Anspruchsberechtigt sind PensionistInnen und SozialhilfebezieherInnen mit österreichischer oder EWR-Staatsbürgerschaft und Hauptwohnsitz in Wien.

Opferfürsorge: Als Opfer im Sinne des Opferfürsorgegesetzes 1947 gelten Personen, die in der Zeit zwischen 6. März 1933 und 9. Mai 1945 in Folge ihres Kampfes um ein freies, demokratisches Österreich oder aus politischen Gründen, aus Gründen der Abstammung, Religion, Nationalität oder auf Grund einer Behinderung verfolgt wurden und dabei bestimmte Schädigungen erlitten haben (z.B. schwere Gesundheitsschädigung, Haft, Unterbrechung der Ausbildung, Emigration, Flucht, Tragen des Judensterns). Inhaber einer entsprechenden Amtsbescheinigung erhalten Opfer- oder Hinterbliebenenrenten sowie einkommensabhängige Unterhaltsrenten oder Beihilfen zur Sicherung des Lebensunterhalts. Außerdem gelten für Inhaber einer Amtsbescheinigung oder eines Opferausweises verschiedene Begünstigungen, Fürsorge- und Entschädigungsmaßnahmen. Die Zahl der Versorgungsberechtigten ist

von 1995 bis 2005 von 2.800 auf 2.000 gesunken. Der finanzielle Aufwand fiel von 20,8 auf 13,7 Millionen Euro (2004).²⁵

2.3 Gesundheits- und Pflegedienste für ältere Menschen

2.3.1 Ambulante Pflege und Betreuung

Ambulante Dienste haben eine zentrale Bedeutung in der Umsetzung der sozial- und gesundheitspolitischen Zielsetzung, hilfs- und pflegebedürftigen Menschen möglichst lange ein selbst bestimmtes Leben zu Hause zu ermöglichen. Die wesentlichsten Vorteile der ambulanten Dienste sind die Vermeidung bzw. Verzögerung einer stationären Aufnahme, die Ermöglichung der frühen Entlassung aus der stationären Versorgung, die Unterstützung und Entlastung der Angehörigen und anderer Betreuungspersonen und schließlich die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und Verhinderung von Isolation und Vereinsamung. Die **Leitlinie „mobile vor stationärer Betreuung“** wurde demnach auch von allen österreichischen Bundesländern ihren Bedarfs- und Entwicklungsplänen zur Vorsorge für pflegebedürftige Personen²⁶ vorangestellt. Diese Pläne sind das Resultat der im Jahr 1993 von Bund und Ländern getroffenen Vereinbarung (Artikel 15a B-VG / Bundesverfassungsgesetz), gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen zu setzen und das Leistungsangebot für alte und behinderte pflegebedürftige Menschen bis zum Jahr 2010 bedarfsgerecht auszubauen. In den Bedarfs- und Entwicklungsplänen wurden drei wesentliche **Erfordernisse für die zukünftige Entwicklung der mobilen Pflege** definiert: die Erhöhung der Anzahl der Pflege- und Betreuungspersonen bei gleichzeitigem Ausgleich regionaler Unterschiede; eine Höherqualifizierung des Personals und die Sicherung der Qualität der Leistungen.

2.3.1.1 Beratungszentren Pflege und Betreuung zu Hause des Fonds Soziales Wien

Im Jahr 2006 wurden die **Gesundheits- und Sozialzentren** in „**Beratungszentren Pflege und Betreuung zu Hause**“ umbenannt. Diese Zentren wurden im Jahr 2004 in den Zuständigkeitsbereich des **Fonds Soziales Wien (FSW)** übernommen, dem ab Juli 2004 Aufgabenbereiche der ehemaligen Magistratsabteilung 47 "Pflege und Betreuung" und Teile der ehemaligen Magistratsabteilung 12 "Wien Sozial" übertragen worden sind. Die behördliche Aufsicht sowie die Zuerkennung der Sozialhilfe wurde von der Magistratsabteilung 15 "Gesundheitswesen und Soziales" übernommen. Vor Zusage einer geförderten Betreuungsleistung erfolgt bei einem Hausbesuch eine Beratung sowie eine Bedarfserhebung und Bedarfseinschätzung der individuellen Betreuungs- und Pflegesituation durch eine/n MitarbeiterIn der Gesundheits- und Sozialzentren (CasemanagerIn). Durchgeführt werden die Dienstleistungen von einer durch den Fonds Soziales Wien anerkannten Organisation. Wünsche der KlientInnen in Bezug auf die durchführende Organisation werden berücksichtigt. Auch nach Übernahme der Betreuung durch eine Organisation bleiben die MitarbeiterInnen der Beratungszentren Pflege und Gesundheit zu Hause AnsprechpartnerInnen für Änderungswünsche und Fragen zum Betreuungsverlauf.

Um Betroffenen und Angehörigen den Zugang zu den zahlreichen ambulanten Angeboten rund um Pflege und Betreuung zu erleichtern, führt der Fonds Soziales Wien derzeit insgesamt acht „Beratungszentren Pflege und Betreuung zu Hause“ mit multiprofessionellen Teams aus Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, SozialarbeiterInnen, TherapeutInnen und SeniorenberaterInnen. Jährlich suchen etwa 22.000 Personen diese Zentren auf; es finden etwa 30.000 Informations- und Beratungsleistungen statt, rund 4,5 Millionen Einzelleistungen, von Heimhilfen über Hauskrankenpflege bis hin zu Essen auf Rädern, werden vermittelt.

²⁵ http://www.bmsg.gv.at/cms/site/attachments/2/6/6/CH0630/CMS1140166432702/taetigkeitsbericht_kap5.pdf

²⁶ BMSG (1999).

Tabelle 2-2: Leistungen der Wiener Gesundheits- und Sozialzentren* 2004 und 2005

Art der Leistung	2004	2005
Anträge auf Soziale Dienste in den Gesundheits- und Sozialzentren		
KlientInnen	11.086	11.462
KlientInnen der Ambulanten Dienste		
<i>darunter:</i>		
Heimhilfe	16.322	16.650
Heimhilfe Springerinnen	5.097	5.159
Heimhilfe individuelle Betreuung	499	511
Anleitung Heimhilfe individuelle Betreuung	555	566
Hauskrankenpflege Langzeit Pflegehilfen (Vereine)	2.927	3.162
Hauskrankenpflege Langzeit DGKP (Vereine)	3.861	4.239
Reinigungsdienst	3.971	3.925
Besuchsdienst	2.940	3.068
Essen auf Rädern	7.106	7.305
Wäschedienst	679	593
Gesamt	22.863	23.118
Medizinische Hauskrankenpflege (FSW-Personal)	4.432	4.396
Hauskrankenpflege Langzeit DGKP (FSW-Personal)	0	1.759
Case Management		
Hausbesuche	12.598	13.242
Sozialarbeit		
KlientInnen	6.153	6.197

* Im Jahr 2006 in „Beratungszentren Pflege und Betreuung zu Hause“ umbenannt.

Quelle: FONDS SOZIALES WIEN (2006).

2.3.1.2 Anbieter und Angebote der Ambulanten Dienste

Die **Anbieter der Ambulanten Dienste sowie der Wohneinrichtungen** sind im 1992 gegründeten **Dachverband der Wiener Pflege- und Sozialdienste**²⁷ vereinigt, der 2006 auf „**Dachverband Wiener Sozialdienste**“ umbenannt wurde und dem auch die Stadt Wien als Mitglied angehört. Insgesamt gehören dem Dachverband 40 Organisationen an, 23 davon im Bereich der mobilen Betreuung, 17 im Bereich der Wohn- und Pflegeheime. Von den in der mobilen Betreuung und Pflege tätigen Organisationen haben 13 einen Leistungsvertrag mit der Stadt Wien zur Erbringung von Pflege- und Betreuungsleistungen abgeschlossen. Von den 17 stationären Wohn- und Pflegeeinrichtungen verfügen 15 über eine Vereinbarung mit der Stadt Wien. Die im Rahmen des Dachverbandes zusammengeschlossenen Organisationen bieten folgende mobile Leistungen an.²⁸

- Ziel der **Hauskrankenpflege** ist es, unter Achtung der Selbstbestimmtheit sowie der Wünsche und der Bedürfnisse der KlientInnen, ganzheitliche Lösungen diverser Betreuungs- und Pflegeprobleme anzubieten. Dadurch soll älteren und pflegebedürftigen Menschen ermöglicht werden, ein Leben in gewohnter Umgebung zu führen. Die Hauskrankenpflege orientiert sich am Pflegemodell von Dorothea Orem. Dieses Konzept, dessen Grundaussage mit „Hilfe zur Selbsthilfe“ beschrieben werden kann, hat Gültigkeit für alle VertragspartnerInnen des Fonds Soziales Wien.
- Die **medizinische Hauskrankenpflege** ist im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) geregelt. Sie ist anstelle von Krankenhauspflege zu gewähren, das heißt, der Teil der Hauskrankenpflege, der von der Krankenversicherung bezahlt wird, muss medizinisch sein und einen Krankenhausaufenthalt ersetzen. Hauskrankenpflege ist auf vier Wochen begrenzt, eine Verlängerung ist nur nach Vorliegen einer chef- oder kontrollärztlichen Bewilligung möglich. Die medizinische Hauskrankenpflege wird ausschließlich durch diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal erbracht. Die Tätigkeiten dürfen nur auf ärztliche Anordnung erfolgen. Vom Fonds Soziales Wien wird medizinische Hauskrankenpflege zu sozial gestaffelten Tarifen ermöglicht. Elf Organisationen bieten derzeit in Wien medizinische Hauskrankenpflege an. Die medizinische Hauskrankenpflege umfasst z.B. Wundversorgung, Verabreichung von Injektionen, Blutdruck- und Blutzuckermessung, Gesundheits- und Pflegeberatung. In Absprache mit der/dem KlientIn wird ein Betreuungs- und Pflegeplan festgelegt und ein individueller Betreuungs- und Pflegeverlauf orga-

²⁷ <http://www.dachverband.at>

²⁸ http://www.dachverband.at/downloads/Dienstleistungsangebote_ambulant.pdf (Verzeichnis aller anbietenden Organisationen)

nisiert. Um eine individuell abgestimmte Betreuung und Pflege zu gewährleisten, erfolgt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Berufsgruppen. **Akutupflege, Betreuung und Krankentransporte** stehen **rund um die Uhr** zur Verfügung.

- Diplomierte **ErgotherapeutInnen** unterstützen durch Üben von Alltagsaktivitäten (wie Greifen, Schneiden, Haare bürsten) bei der Erhaltung und Wiederherstellung von körperlich funktionellen und geistig seelischen Fähigkeiten. Darüber hinaus beraten sie bei einer eventuell notwendigen Wohnungsanpassung und bei der Hilfsmittelauswahl (z. B. Haltegriffe, Betterhöhungen, Schienen, Besteck, Geschirr).
- Diplomierte **PhysiotherapeutInnen** tragen zur Vermeidung und Behandlung von Störungen des Bewegungsapparates, z. B. nach Unfällen, Schlaganfall, Abnützungen oder bei Entwicklungsstörungen bei. Sie helfen durch Training von Bewegungen und Alltagsaktivitäten (wie Aufstehen, Hinsetzen, Gehen, Stiegensteigen) und fördern die körperliche Selbständigkeit.
- Diplomierte **LogopädInnen** helfen bei Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Hörens, sowohl im Kindesalter als auch bei Erwachsenen z. B. nach einem Schlaganfall oder Unfällen.
- **HeimhelferInnen** tragen zur Wahrung und Förderung der Selbstständigkeit bei, indem sie die Aufrechterhaltung des Haushalts durch Unterstützung bei der täglichen Lebensführung ermöglichen, z.B. durch Reinigung des Wohn- und Sanitärbereiches, Erledigung von Einkäufen, Versorgen von Wäsche und Kleidung. Eine weitere Aufgabe von HeimhelferInnen ist die Sicherung von Grundbedürfnissen sowie die Förderung des körperlichen Wohlbefindens durch Hilfestellung bei der Körperpflege, bei der Speiseplanung sowie bei der Zubereitung von Mahlzeiten. Sie sind ein wesentliches Bindeglied zwischen den KlientInnen, deren familiärem und sozialem Umfeld und anderen Betreuungspersonen. Die Ausbildung zum/zur HeimhelferIn erfordert die Absolvierung eines dreimonatigen Kurses nach dem Wiener Heimhilfegesetz. Einige Organisationen bieten 24-Stunden-Betreuung zu Hause an.
- MitarbeiterInnen des **Besuchs- und Begleitdienstes** begleiten z.B. bei Behördenwegen, Arztbesuchen, Spaziergängen, erledigen Einkäufe und sind PartnerInnen für Gespräche und für die Freizeitgestaltung. MitarbeiterInnen des Besuchsdienstes erhalten in mehreren Einzelgesprächen Instruktionen über den Umgang mit Klienten/innen, die Rollstuhlhandhabung, die allgemeinen Arbeitsrichtlinien sowie Richtlinien hinsichtlich der Zusammenarbeit mit der Dienststelle.
- MitarbeiterInnen des **Reinigungsdienstes** sind für grobe Reinigungsarbeiten zuständig, wie z.B. Reinigung von Fenstern, Türen, Fußböden und Teppichen, Möbelpflege, Säuberung von Sanitärbereichen. MitarbeiterInnen des Reinigungsdienstes erhalten eine mehrstündige Einschulung hinsichtlich Reinigungstechniken, Unfallverhütung, Umgang mit Klienten/innen, allgemeine Arbeitsrichtlinien sowie Richtlinien hinsichtlich der Zusammenarbeit mit der Dienststelle.
- Der **Sonderreinigungsdienst** unterstützt Menschen, die aufgrund von Krankheit oder altersbedingter Probleme ihre Wohnung nicht sauber halten konnten. Die Unterstützung erfolgt durch Entrümpeln, Müllentsorgung und Reinigen der Wohnung.
- Die **Haushaltshilfe** bietet Unterstützung betreffend die tägliche Haushaltsführung (z.B. Bügeln) oder die Reinigung des Wohnbereiches. Die Durchführung leichter Gartenarbeiten kann ebenso von der Haushaltshilfe übernommen werden, wie die Betreuung von Haustieren während einer Urlaubsreise.
- Schmutzwäsche wird von einem **Wäschepflegedienst** regelmäßig durch Hausabholung übernommen und schrankfertig wieder zugestellt.
- Wenn die selbständige Zubereitung von Mahlzeiten nicht mehr möglich ist, stellt **Essen auf Rädern** betreuungsbedürftigen Menschen täglich, frisch zubereitet, Mahlzeiten zu. Es stehen mehrere Kostarten zur Auswahl, z. B. Vollkost, vegetarische oder leichte Vollkost, Diabetikerkost. Essen auf Rädern wird durch den „Fonds Soziales Wien“ subventioniert. Weitere Angebote sind **Essen à la carte** (Wiener Rotes Kreuz), wobei tiefgekühlte Speisen einmal wöchentlich geliefert werden; **Gusto Service** liefert Speisen wahlweise für fünf oder sieben Tage; der **Offene Mittagstisch** in den Pflege- und Sozialzentren der Caritas Socialis bietet täglich preiswerte Menüs unter Berücksichtigung verschiedenster Diäterfordernisse an.
- Der **Sozialruf Wien** ist eine Notrufeinrichtung des „Fonds Soziales Wien“, die vor allem der Sicherheit älterer Menschen dient, die alleine leben. Er bietet Beratung für Menschen in akuten

Lebenskrisen und veranlasst Hilfsmaßnahmen bei plötzlich auftretenden Pflegeproblemen. Der SozialRuf Wien ist unter der Telefonnummer 5337777 täglich von acht bis zwanzig Uhr (auch Samstag, Sonn- und Feiertag) erreichbar. Im Internet sind umfassende Informationen unter sozial-info.wien.at abrufbar.

- Der **Seniorennotruf** ist ein Notruftelefon, das durch einfache Handhabung (wie Knopfdruck an einem Armband) Alarm an einer zentralen Stelle auslöst, von der aus, rund um die Uhr, sofort entsprechende Hilfsmaßnahmen eingeleitet werden.
- Die organisierte **Nachbarschaftshilfe** besteht aus ehrenamtlichen MitarbeiterInnen, die mit Hilfe einer Einsatzstelle unterschiedlichste Hilfeleistungen in einem bestimmten regionalen Bereich und/oder für einen bestimmten Personenkreis übernehmen.
- Die **Nachbarschaftszentren** sind ein Treffpunkt, wo Menschen aller Generationen einander helfen und unterstützen. Ein Team von PsychologInnen, diplomierten SozialarbeiterInnen und diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen steht darüber hinaus zur Verfügung. In den Nachbarschaftszentren wird die Zusammenarbeit von Fachpersonal und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen mit dem familiären und nachbarschaftlichen Umfeld gefördert.
- **Allgemeine Nachbarschaftshilfe** wird in unterschiedlichen Formen von einzelnen Mitgliedsorganisationen des Dachverbands Wiener Pflege- und Sozialdienste angeboten.

2.3.1.3 KlientInnen und Leistungen der Ambulanten Dienste

Im Jahr 2005 wurden in den vom Fonds Soziales Wien finanziell unterstützten Organisationen der Ambulanten Dienste 52.560 KlientInnen betreut. Der Anteil der betreuten Frauen betrug insgesamt rund drei Viertel; in der Altersgruppe ab 80 Jahren und mehr lag der Frauenanteil bei über 80 Prozent. Am häufigsten wurden Leistungen im Bereich der Heimhilfe (rund 3,5 Mio. Stunden), von „Essen auf Rädern“ (rund 1,2 Mio. Stunden) und in der Hauskrankenpflege (rund 463.000 Stunden) erbracht. Rund 3.000 HeimhelferInnen, fast 500 PflegehelferInnen, über 300 diplomierte KrankenpflegerInnen und 540 im Besuchsdienst Arbeitende waren 2005 im Einsatz.

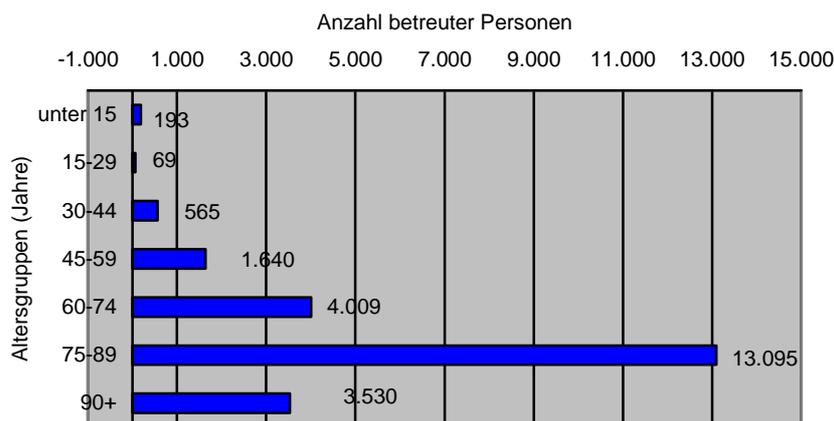
Tabelle 2-3: KlientInnen der Ambulanten Dienste in Wien 2005 nach Organisationen und Diensten; Betreuungsstunden und Betreuungspersonal nach Diensten

	Heimhilfe	Heimhilfe-SpringerIn	Heimhilfe Individuelle Betreuung	Anleitung Heimhilfe Individuelle Betreuung	Hauskrankenpflege Langzeit-Pflegehilfe	Hauskrankenpflege Langzeit-DGKP	Medizinische HKP (seit 2005)	Reinigungsdienst	Besuchsdienst	Essen auf Rädern	Wäschedienst	Gesamt
KlientInnen												
Gesamt	16.840	5.183	511	566	3.217	6.131	5.119	3.954	3.112	7.334	593	52.560
Organisationen												
Sozial Global	2.887	1.979	-	-	243	514	17	882	443	3.165	-	10.130
Volkshilfe Wien	3.055	1.618	511	566	529	570	33	1.046	536	2.813	-	11.277
Wiener Soz-dienste	3.118	1.537	-	-	309	499	47	1.047	484	-	-	7.041
FSW	-	49	-	-	-	1.759	4.396	-	-	-	-	6.204
Wiener Hilfswerk	1.305	-	-	-	262	488	271	432	256	1.356	-	4.370
Caritas Erzdiözese	2.224	-	-	-	732	988	71	188	671	-	-	4.874
Wiener Rotes Kreuz	1.634	-	-	-	197	304	-	-	193	-	-	2.328
SD Adventmission	834	-	-	-	288	318	51	197	152	-	-	1.840
Wiener HKP	497	-	-	-	314	397	81	29	88	-	-	1.406
Junge Panther	180	-	-	-	36	25	-	43	75	-	-	359
ASB Österreich	454	-	-	-	66	107	10	12	27	-	-	676
Caritas Socialis 3	293	-	-	-	77	79	46	43	62	-	-	600
Caritas Socialis 9	139	-	-	-	50	25	-	15	50	-	-	279
Caritas Socialis 23	166	-	-	-	66	40	-	18	63	-	-	353
KleineSoziale Netze	52	-	-	-	44	18	1	2	12	-	-	129
Wienwork	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	593	593
Andere	2	-	-	-	4	-	95	-	-	-	-	101
Betreuungsstunden												
Stunden gesamt	3.526.646	13.226	37.170	4.617	533.828	171.550	63.781	46.788	146.019	1.215.790	7.161	5.702.795
Stunden pro KlientIn	209,4	2,6	72,7	8,2	165,9	28,0	12,5	11,8	46,9	165,8	12,1	109,7
Betreuungspersonal												
	HeimhelferInnen				PflegehelferInnen	DGKP Vereine	DGKP FSW	Reinigungskräfte	BesucherInnen	Personal	Betreuende	(4.487)
	3.005				491	224	89	75	538	154	k.A.	

Legende: DGKP=Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal; D=Soziale Dienste; ASB= Arbeiter-Samariterbund; k.A.=keine Angaben

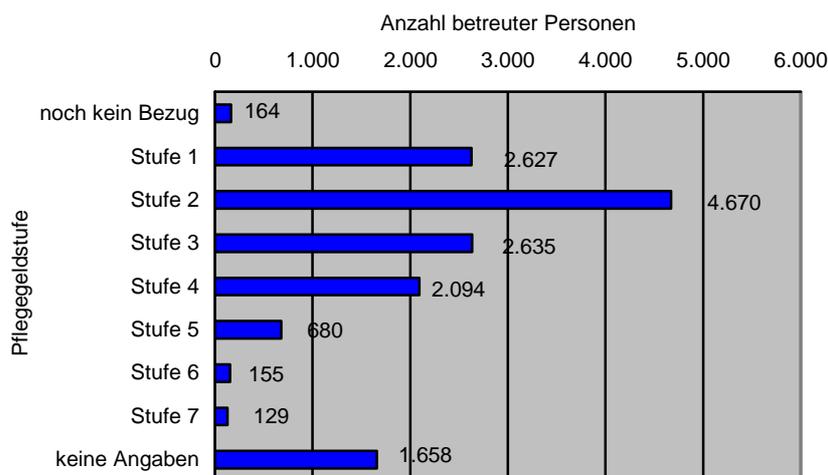
Quelle: FONDS SOZIALES WIEN (2006); Zusammenfassung mehrerer Tabellen.

Grafik 2-6: KlientInnen der Ambulanten Dienste in Wien 2005 nach Altersgruppen



Quelle: FONDS SOZIALES WIEN (2006).

Tabelle 2-4: KlientInnen der Ambulanten Dienste in Wien 2005 nach Pflegegeldstufen



Quelle: FONDS SOZIALES WIEN (2006).

2.3.1.4 Betreuungspersonal der Ambulanten Dienste

Insgesamt waren im Jahr 2002 2.695 Betreuungspersonen in Wien im Rahmen der Ambulanten Dienste tätig, zehn Prozent davon waren Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, neun Prozent AltenhelferInnen, PflegehelferInnen oder AltenfachbetreuerInnen und 81 Prozent HeimhelferInnen. Wien weist im Bundesländervergleich mit neun Prozent den deutlich geringsten Anteil an diplomiertem Personal in der mobilen Altenpflege auf, im österreichischen Durchschnitt sind es 22 Prozent²⁹.

Tabelle 2-5. Geschätzte Zahl der Pflege- und Betreuungspersonen in der ambulanten Pflege und Betreuung 2002 nach Bundesländern

Stichtag: 31.12.2002	EW 75+	Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (DGKP)		AltenhelferInnen, PflegehelferInnen, AltenfachbetreuerInnen (AH/PH/AFB)		HeimhelferInnen (HH)		gesamt		Qualifikationsstruktur			
Bundesland	absolut	Vollzeitäquivalente (40-Stunden-Beschäftigung)									Prozent		
		absolut	per 1.000 EW 75+	absolut	per 1.000 EW 75+	absolut	per 1.000 EW 75+	absolut	per 1.000 EW 75+	DGKP	AH/PH/AFB	HH	
Burgenland	22.271	48	2,2	27	1,2	112	5,0	187	8,4	26	14	60	
Kärnten**	42.367	89	2,1	189	4,5	122	2,9	401	9,5	22	47	31	
Niederösterreich	113.509	492	4,3	312	2,7	1.122	9,9	1.926	17,0	26	16	58	
Oberösterreich	93.114	179	1,9	390	4,2	0	0,0	569	6,1	31	69	0	
Salzburg	32.267	168	5,2	102	3,2	270	8,4	540	16,7	31	19	50	
Steiermark	91.612	252	2,8	239	2,6	300	3,3	791	8,6	32	30	38	
Tirol	40.000	133	3,3	150	3,7	91	2,2	374	9,1	36	40	24	
Vorarlberg	18.794	116	6,2	13	0,7	200	10,6	329	17,5	35	4	61	
Wien	128.278	257	2,0	243	1,9	2.194	17,1	2.695	21,0	10	9	81	
gesamt	583.321	1.734	3,0	1.665	2,9	4.411	7,6	7.811	13,4	22	22	56	

*Volkszählung 2001; **Stichtag Mai 2002

Quelle: ÖBIG (2004).

2.3.1.5 Qualitätsstandards in der ambulanten Pflege und Betreuung

Die fünf größten österreichischen Pflegedienstorganisationen haben im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft freie Wohlfahrt (BAG), die aus Rotem Kreuz, Caritas, Diakonie, Hilfswerk und Volkshilfe besteht, Qualitätsmerkmale der ambulanten Pflege und Betreuung erarbeitet.³⁰ Die allgemeinen Qualitätsmerkmale umfassen die Forderung nach einem Leitbild der Pflegeorganisation, Personalentwick-

²⁹ ÖBIG (2004).

³⁰ http://www.rotekreuz.at/prod_images/

Qualitaetsmerkmale_in_der_mobilen_Pflege_und_Betreuung_1b8bb48114646766091b617c0e5b2fbc.pdf

lung und ein zeitgemäßes Case- und Kommunikations-Management sowie Zusammenarbeit im interdisziplinären Team. Die Kernprozesse des KundInnenkontakts, die KundInnenaufnahme, die Betreuungsvereinbarung und die Anamnese wurden definiert. Auf die Bedeutung eines systematischen Beschwerdemanagements wird hingewiesen und Kriterien für den nachvollziehbaren Ablauf des Ablehens bzw. Abbrechens wurden festgelegt. Die Qualitätsstandards enthalten auch einen konkreten **Leitfaden für die KlientInnen der Pflegedienste**:

1. Sind Ihnen Adresse und telefonische Erreichbarkeit der Organisation bekannt?
2. Gibt es schriftliches Informationsmaterial?
3. Gibt es für Ihre Pflege und Betreuung eine verantwortliche Ansprechperson?
4. Werden beim ersten Hausbesuch bzw. laufend Ihre Wünsche und Erwartungen erfasst und wird darauf eingegangen?
5. Werden Sie über die Kosten der Pflege und Betreuung informiert?
6. Wird mit Ihnen eine schriftliche Vereinbarung über die Pflege und Betreuung abgeschlossen?
7. Werden mit Ihnen Ziele und Maßnahmen der Pflege und Betreuung besprochen und schriftlich festgehalten?
8. Werden mit Ihnen die Zeiten der Hausbesuche besprochen und werden Sie über Änderungen rechtzeitig informiert?
9. Wird eine Pflegedokumentation geführt und ist Ihnen jederzeit eine Einsichtnahme möglich?
10. Werden Sie über ergänzende soziale Dienste informiert?
11. Reagiert der Pflegedienst rasch auf einen veränderten Pflegebedarf?
12. Werden Ihre Angehörigen in Planung und Pflege auf Wunsch mit einbezogen?

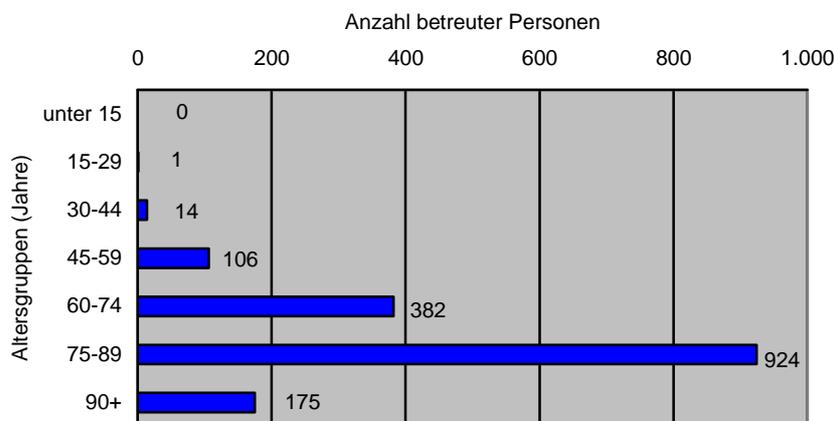
2.3.2 Geriatrische Tageszentren, Kurzzeitpflege, betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften

Geriatrische Tageszentren bieten Menschen mit unterschiedlichem Unterstützungs- oder Pflegebedarf wochentags einen ganztägigen Aufenthalt an. Sie ermöglichen den Verbleib in der eigenen Wohnung und entlasten durch ihre Angebote pflegende Angehörige. In den Tageszentren werden die vorhandenen Fähigkeiten der BesucherInnen durch persönliche Assistenz (wie Körperpflege), ein reichhaltiges Trainings- und Aktivierungsprogramm gefördert und/oder fehlende kompensiert. Zusätzlich werden täglich drei Mahlzeiten angeboten.

In Wien gibt es sieben geriatrische Tageszentren des Fonds Soziales Wien – in denen täglich rund 350 WienerInnen betreut werden – und acht Zentren privater Träger mit weiteren 180 Betreuungsplätzen. Ziel dieser Einrichtungen ist, durch strukturierte Tagesabläufe sowie durch aktivierende und therapeutische Angebote Menschen dabei zu unterstützen, möglichst lange in ihrer gewohnten Wohnumgebung zu leben. Darüber hinaus sollen pflegende Angehörige entlastet werden. Wien verfügt im Bundesländervergleich über das größte Angebot an teilstationären Betreuungsplätzen (530 der 1.070 Betreuungsplätze in ganz Österreich) und bietet darüber hinaus auch drei Tageszentren für spezielle Betreuungsgruppen wie Menschen mit **Multipler Sklerose** oder **Morbus Alzheimer** an.³¹ Im Jahr 2005 wurden über 1.600 Personen in den Wiener geriatrischen Tageszentren betreut, rund drei Viertel davon waren Frauen. Mehr als die Hälfte der Betreuten ist 80 Jahre oder älter. Der Frauenanteil bei den über 80-Jährigen Betreuten liegt bei über 80 Prozent.

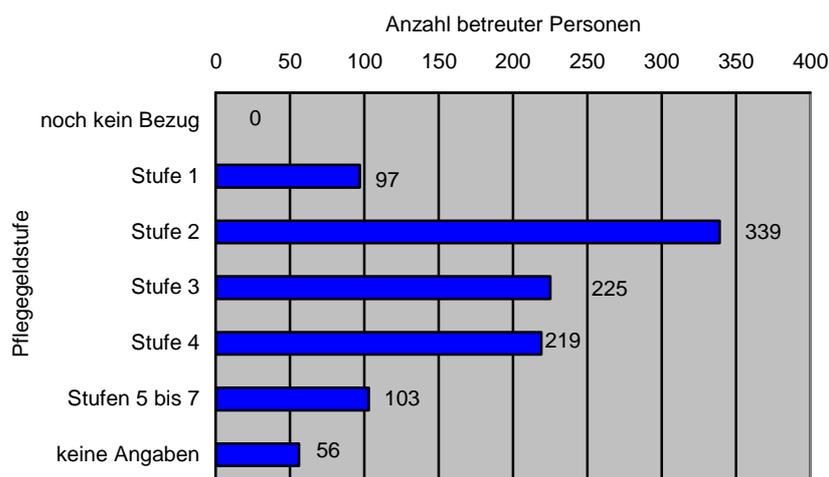
³¹ ÖBIG (2004)

Grafik 2-7: KlientInnen geriatrischer Tageszentren in Wien 2005 nach Altersgruppen



Quelle: FONDS SOZIALES WIEN (2006).

Tabelle 2-6 KlientInnen geriatrischer Tageszentren in Wien 2005 nach Pflegegeldstufe



Quelle: FONDS SOZIALES WIEN (2006).

Andere Wohn- und Pflegeformen

- **Geriatrische Kurzzeitpflege** dient der Rehabilitation und Erholung nach einem Krankenhausaufenthalt oder als Wiedereinstieg für eine selbständige Lebensführung daheim. Neben qualifizierter Pflege und Betreuung stehen vielseitige Angebote im aktiven und kreativen Bereich zur Verfügung. Diese Form der Pflege kann bis zu drei Monate in Anspruch genommen werden.
- Das Angebot der **Alzheimer-Kurzzeitpflege** und der **Multiple Sklerose (MS)-Kurzzeitpflege** stellen eine wichtige Entlastung für pflegenden Angehörigen dar.

Wenn ein Verbleib in der eigenen Wohnung nicht mehr möglich ist, werden auch außerhalb von Heimbetrieben folgende Wohnformen angeboten:

- Das **Betreute Wohnen** richtet sich an ältere Menschen, die selbständig und unabhängig leben wollen, aber dennoch ein Bedürfnis nach sicheren Rahmenbedingungen haben. In kleinen Wohneinheiten könne je nach Bedarf Angebote wie z. B. Essen, Hauskrankenpflege, Reinigungsdienst, Notrufsystem in Anspruch genommen werden.
- In **Betreuten Seniorenwohngemeinschaften** leben jeweils mehrere SeniorInnen, die Pflege und Betreuung brauchen. Unter möglichst gewohnten Bedingungen sollen Selbstbestimmtheit, Ge-

meinsamkeit, gegenseitige Hilfestellung sowie professionelle Pflege und Betreuung sichergestellt werden.

2.3.3 Betreuungsangebote für Menschen mit besonderen Bedürfnissen

Menschen mit speziellen Erkrankungen und in besonderen Lebenssituationen benötigen spezifische Beratung, Betreuung und Unterstützung. Einige Angebote können daheim, in Tageszentren und in stationären Einrichtungen in Anspruch genommen werden.

- **Diabetesberatung für Typ 2–DiabetikerInnen** umfasst Tipps zu Ernährung und Bewegung sowie Wissen über die Selbstkontrolle bei Diabetes.
- **Kontinenzberatung (Beratung bei Inkontinenz)** wird von speziell ausgebildeten diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie durch diplomierte PhysiotherapeutInnen – auf Wunsch auch anonym – durchgeführt.
- Für **Menschen mit Morbus Alzheimer** gibt es zur Entlastung von betreuenden Angehörigen ein Angebot der Rund-um-die-Uhr-Betreuung zu Hause. Dauer und Zeitpunkt der Unterstützungsleistung kann frei gewählt werden. Wenn andere Betreuungsformen nicht mehr ausreichen, stehen Langzeitpflegeeinrichtungen zur Verfügung, die u. a. spezielle Pflege und Betreuung bei Desorientierung sowie ein Sicherheitssystem zum Schutz vor äußeren Gefährdungen, psychosoziale und emotionale Begleitung und gerontopsychiatrische Facharztversorgung anbieten.
- **Multiple Sklerose (MS)-Betroffenen** steht ein Angebot zur Verfügung, das Betreuung durch diplomierte SozialarbeiterInnen, kostenlose psychologische und juristische Beratung, Besuchs- und Begleitdienst durch Zivildienen, Vermittlung von Therapieaufenthalten, Selbsthilfegruppen und Clubs sowie Informationsbroschüren umfasst.
- Für **psychisch kranke Menschen** steht die Einrichtung „INDIBET“ zur Verfügung (INDIBET = Abkürzung für Individuelle Betreuung). Speziell geschulte HeimhelferInnen unterstützen bei der Bewältigung des Alltags, wie z. B. Haushaltsführung, Körperpflege, Einhalten von Terminen und Aufrechterhalten von sozialen Kontakten.
- Spezielle **Stomaberatung** und **Wundversorgung** steht für alle Menschen zur Verfügung, die mit einer künstlich angelegten Körperöffnung („Stoma“), wie z. B. einem künstlichen Blasen- oder Darmausgang, leben müssen.

2.3.4 Stationäre Wohn- und Pflegeeinrichtungen

2.3.4.1 Politische und rechtliche Rahmenbedingungen

Das vergangene Jahrzehnt war geprägt von einer intensiven Diskussion über **Strategien zur qualitativen und quantitativen Verbesserungen der Altenpflege**. Konkrete Maßnahmen wurden bereits 1993 durch die 15-a-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern eingeleitet, auf welche eine Erarbeitung von **Bedarfs- und Entwicklungsplänen** zur Vorsorge für pflegebedürftige Menschen in den Bundesländern folgte. Ausgelöst durch das bekannt Werden von Pflegemissständen in der geriatrischen Versorgung in Wien wurde ein **Pflegeombudsmann**³² eingerichtet, der noch bis Ende 2006 im Amt ist. Ab 1. Jänner 2007 tritt ein Gesetz zur Einrichtung einer Wiener Patienten- und Pflegeanwaltschaft in Kraft, durch das die Wiener Patienten-anwaltschaft und die Wiener Pflegeombudsstelle organisatorisch zusammengefasst werden. Die **Gemeinderätliche Geriatriekommission**³³ hat 2004 ein **Strategiekonzept** „Lebenswertes Altern in Wien – aktiv und selbst bestimmt“ erarbeitet, welches am 1. Juli 2004 vom Wiener Gemeinderat beschlossen wurde (siehe Anfang Kapitel 2).

Weitere Schritte in Richtung einer Qualitätsverbesserung der Altenpflege stellen zwei Gesetze dar, die im Jahr 2005 beschlossen wurden, nämlich das mit 29. Juni 2005 in Kraft getretene **Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz**³⁴ und das **Heimaufenthaltsgesetz**, welches mit 1. Juli 2005 rechtsgültig wur-

³² <http://www.pflegeombudsmann.at>

³³ <http://www.wien.gv.at/>

³⁴ <http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/landesgesetzblatt/jahrgang/2005/html/lg2005015.htm>

de, ein Bundesgesetz, das ebenfalls auf die Verbesserung der rechtlichen Situation von Personen in Betreuungseinrichtungen abzielt.

Das **Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz** definiert klare Qualitätskriterien und sichert damit die Rechte der BewohnerInnen. Ziele sind:

- die Gewährleistung der angemessenen Betreuung und im Bedarfsfall der angemessenen Pflege der BewohnerInnen der Wiener Wohn- und Pflegeheime;
- die Wahrung der Menschenwürde, Privatsphäre, Individualität, Selbstbestimmtheit, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung der BewohnerInnen;
- der Schutz vor Beeinträchtigung der persönlichen, physischen, psychischen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen und Bedürfnisse der BewohnerInnen;
- die Sicherstellung der personellen und ausstattungsbezogenen Strukturen der Heime;
- die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Anforderungen älterer Frauen und Männer.

Gegenüber der bisherigen Rechtslage im Wiener Sozialhilfegesetz werden mit dem neuen Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz erstmals bestimmte Anforderungen an die Betreiber ausdrücklich festgelegt. So müssen zur Transparenz von Leistungsangebot und Organisation eine Betriebs- und Leistungsbeschreibung, eine Heimordnung und Konzepte betreffend Personalausstattung, Pflege sowie medizinische und therapeutische Betreuung vorgelegt werden. Zur Sicherstellung der BewohnerInnenrechte werden Vertrauenspersonen bestellt, bei der Wiener Patientenanzwaltschaft eine Heimkommission eingerichtet und in größeren Heimen auch BewohnerInnenvertreterInnen gewählt.

Städtische und private Heime werden weiterhin von der behördlichen Aufsicht (Magistratsabteilung 15) kontrolliert. Unterstützend wird die Heimkommission tätig werden. Werden Mängel festgestellt, so kann die Behörde wie bisher mittels Bescheid deren Behebung auftragen und bei Nichteinhaltung Strafverfahren einleiten oder in schwerwiegenden Fällen sogar Heimschließungen verfügen. Für neu errichtete Heime werden die Bestimmungen sofort gelten. Für bestehende Einrichtungen gibt es Übergangsbestimmungen.

Das **Heimaufenthaltsgesetz** sichert den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Dieses Bundesgesetz regelt die Voraussetzungen für die Zulässigkeit einer **Beschränkung der persönlichen Freiheit**. Den Betroffenen werden fachkundige, beim Verein für Sachwalterschaft und PatientInnenanzwaltschaft angestellte BewohnerInnenvertreterInnen zur Seite gestellt, die in alle Entscheidungen im Zusammenhang mit einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme eingebunden werden müssen. Auf Initiative des Wiener Pflegeombudsmanns³⁵ und mit finanzieller Unterstützung seitens der Stadt Wien hat der Verein für Sachwalterschaft ein Büro direkt im Geriatriezentrum am Wienerwald bezogen und die BewohnerInnenvertretung im Rahmen des Heimaufenthaltsgesetzes auch für das Geriatriezentrum vor Ort übernommen.

Beratungszentrum für stationäre Angebote des Fonds Soziales Wien

Das „Beratungszentrum Wohn- und Pflegeheime“³⁶ des Fonds Soziales Wien versteht sich als Kompetenzzentrum für alle stationären Angebote der Stadt Wien. Die Serviceeinrichtung stellt den einfachen Zugang zu allen privaten und städtischen Pflege- und Betreuungseinrichtungen sicher. Aufgabe der Servicestelle ist die Prüfung des Pflege- und Betreuungsbedarfs, der Zuständigkeit als Sozialhilfeträger und der finanziellen Eigenmittel der/des Pflegebedürftigen. Anträge können auch online per Internet gestellt werden. Pro Jahr werden in Wien über 7.000 Anträge für eine Aufnahme in eine stationäre Einrichtung gestellt.

2.3.4.2 Angebot an Wohn- und Pflegeplätzen

1964 wurde von der Stadt Wien das **Kuratorium Wiener Pensionistenheime** gegründet, bis 1996 wurden 31 PensionistInnenwohnheime (Häuser zum Leben) für WienerInnen ab 60 Jahren errichtet. Insgesamt stehen derzeit rund 7.700 Wohnplätze und 1.750 Plätze auf den Pflegestationen in den Wiener PensionistInnenwohnheimen zur Verfügung. Die Größe der einzelnen Heime liegt zwischen 220 und 300 Plätzen (die stationären Einheiten verfügen über 20 bis 100 Plätze). Was die **Anspruchsvoraussetzung** und die **Finanzierung** des Heimaufenthaltes betrifft, hängt die Eigenleistung vom Einkommen ab, wobei der Höchstbeitrag - d.h. Eigenfinanzierung ohne jeglichen Zuschuss - 2004 bei 1.101,00 Euro für das Einzel- und 1.900 Euro für das Doppelappartement betrug. Können die Betreu-

³⁵ <http://www.pflegeombudsmann.at>

³⁶ http://pflege.fsw.at/wohnformen_fuer_pflegebeduerftige/servicestelle_aufnahme/index.html

ungs- und Hilfeleistungen nicht zur Gänze vom Nettoeinkommen bzw. dem Pflegegeld bezahlt werden, muss der Differenzbetrag durch Vermögen (Sparbücher, Wertpapiere, etc...), Immobilien (Verkaufserlös, Grundbuch-Belastung) oder einen etwaigen Zuschuss der Kinder (wenn Unterhaltspflicht besteht) abgedeckt werden. Ist dies nicht möglich, muss lediglich der „zumutbare Betrag“ bezahlt werden. Dieser beträgt 80 Prozent aller monatlichen Einkünfte, plus 90 Prozent des Pflegegelds (berechnet von Stufe 3). Die Differenz zu den Heimkosten wird aus Mitteln der Sozialhilfe übernommen. Voraussetzung für den Bezug von **Sozialhilfe** ist die österreichische Staatsbürgerschaft, das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit, der Nachweis, dass ambulante Betreuung nicht mehr ausreicht, Pflegebedürftigkeit von mindestens Stufe 3, Hauptwohnsitz in Wien; tatsächlicher Aufenthalt in Wien; kein verwertbares Vermögen wie etwa Wohnungseigentum oder Bargeld; fehlendes oder nicht ausreichendes Vermögen.³⁷

In Wien wird derzeit für die Inanspruchnahme von 37 **Wohn- und Pflegeheimen** unterschiedlicher nicht öffentlicher Träger bei unzureichenden Einkommensverhältnissen ein Kostenzuschuss gewährt. Der Antrag ist beim Fonds Soziales Wien zu stellen, Heimaufsicht und Qualitätssicherung liegen bei der MA15. Insgesamt werden in Wien rund 5.300 Wohn- und Pflegeplätze angeboten. Die Zahl der Plätze pro Heim liegt zwischen 20 und 430. Träger sind u. a. die Barmherzigen Brüder, die Caritas der Erzdiözese Wien, die Caritas Socialis, die Franziskanerinnen, das Haus der Barmherzigkeit. Im Jahr 2004 wurden 7.117 KlientInnen in den vom Fonds Sozialen Wien geförderten Wohn- und Pflegeheimen an 1.731.613 Verpflegungstagen betreut (das bedeutet durchschnittlich 243,3 Verpflegungstage pro KlientIn); rund drei Viertel der KlientInnen waren Frauen.³⁸

In den acht in Wien vom Wiener Krankenanstaltenverbund (WKAV) betriebenen **Geriatrizentren** stehen rund 4.900 Plätze zur Verfügung. Weitere 840 Plätze befinden sich in den ebenfalls vom KAV betriebenen Geriatrizentren in Niederösterreich (Ybbs, Klosterneuburg, St. Andrä). Voraussetzung für die Aufnahme sind das Einverständnis der pflegebedürftigen Person, Bezug von Pflegegeld der Stufe 3, österreichische Staatsbürgerschaft oder Gleichstellung und Hauptwohnsitz in Wien. Anträge sind beim Fonds Soziales Wien zu stellen. Es besteht die Möglichkeit einer auf fünf Wochen beschränkten **Urlaubsbetreuung** oder einer auf drei Monaten beschränkten **Kurzzeitpflege**.

Tabelle 2-7. Geriatrizentren des Wiener Krankenanstaltenverbundes 2003 innerhalb Wiens

	Bezirk	Plätze	darunter:		
			Urlauberbetten	Wohnheimbetten	Kurzzeitpflege
SMZ Sophienspital	7.	140	-	-	12
GZ Favoriten / SMZ Süd	10.	190	-	-	-
GZ Am Wienerwald	13.	2.440	9	97	67
GZ Baumgarten und St. Rochusheim	14.	930	-	-	-
SMZ Baumgartner Höhe / Otto Wagner Spital	14.	280	5	15	45
GZ SMZ Floridsdorf	21.	120	-	-	-
GZ Donaustadt / SMZ Ost	22.	400	5	-	-
GZ Liesing	23.	400	6	52	-
Total		4.872	25	164	124

Legende: SMZ= Sozialmedizinisches Zentrum; GZ = Geriatrisches Zentrum

Quelle: www.kontrollamt.wien.at/berichte/2003/lang/6-01-KA-II-K-12-3.pdf; S.36.

³⁷ <http://www.wien.gv.at/ma47/kosten.htm#betrag>

³⁸ FONDS SOZIALES WIEN (2005), S.76ff.

Tabelle 2-8. Wohn- und Pflegeplätze in Wiener 2004 nach Bezirken

Bezirk	31 PensionistInnenwohnheime*		37 Wohn- und Pflegeheime**	8 Geriatrische Zentren***	Gesamt
	Wohnplätze	Pflegeplätze			
1. Bezirk	-	-	-	-	-
2. Bezirk	554	137	114	-	805
3. Bezirk	293	62	144	-	499
4. Bezirk	204	53	-	-	257
5. Bezirk	268	76	-	-	344
6. Bezirk	221	50	107	-	378
7. Bezirk	233	62	-	140	435
8. Bezirk	-	-	-	-	-
9. Bezirk	234	46	66	-	346
10. Bezirk	514	96	671	190	1.471
11. Bezirk	246	51	140	-	437
12. Bezirk	266	61	564	-	891
13. Bezirk	748	152	123	2.440	3.463
14. Bezirk	520	63	361	1.210	2.154
15. Bezirk	467	141	-	-	608
16. Bezirk	335	76	350	-	761
17. Bezirk	227	60	-	-	287
18. Bezirk	322	54	369	-	745
19. Bezirk	504	146	1301	-	1.951
20. Bezirk	268	56	-	-	324
21. Bezirk	517	153	332	120	1.122
22. Bezirk	272	62	150	400	884
23. Bezirk	512	94	467	400	1.473
Gesamt	7.725	1.751	5.259	4.900	19.635

Quelle: *<http://www.haeuser-zum-leben.com/haeuser.asp>; **www.sozialinfo.wien.at; ***www.kontrollamt.wien.at/berichte/2003/lang/6-01-KA-II-K-12-3.pdf; S.36

2.3.4.3 Betreuungspersonal in den Wohn- und Pflegeeinrichtungen

Insgesamt waren im Jahr 2002 6.300 Betreuungspersonen in Wien in Alten- und Pflegeheimen tätig, 42 Prozent davon waren Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, 44 Prozent AltenhelferInnen, PflegehelferInnen, AltenfachbetreuerInnen und 14 Prozent HeimhelferInnen. Wien weist im Bundesländervergleich mit 42 Prozent nach Niederösterreich den zweithöchsten Anteil an diplomiertem Personal in der stationären Altenpflege auf, der österreichische Durchschnitt liegt bei 35 Prozent.

Tabelle 2-9: Geschätzte Zahl der Pflege- und Betreuungspersonen in den Wohn- und Pflegeheimen 2002 nach Bundesländern

Stichtag: 31.12.2002	Diplomierte Gesundheits- und Kranken- pflegerInnen (DGKP)	AltenhelferInnen, PflegehelferInnen, Altenfachbetreuer- Innen (AH/PH/AFB)	Heimhelfer- Innen (HH)	Medizinisch- technische Dienste	gesamt	Qualifikationsstruktur		
						DGKP	AH/ PH/ AFB	HH
Federal county	Vollzeitäquivalente (40-Stunden-Beschäftigung)				Prozent			
Burgenland*	193	232	84	0,4	509	38	46	16
Kärnten**	196	508	166	-	870	23	58	19
Niederösterreich	1.779	1.768	-	52	3.599	50	50	-
Oberösterreich	810	2.550	268	0	3.628	22	70	8
Salzburg	389	780	204	0	1.373	22	57	21
Steiermark	535	1.477	282	-	2.294	23	64	13
Tirol	362	1.090	333	9	1.794	20	61	19
Vorarlberg	235	454	180	-	869	27	52	21
Wien	2.624	2.749	712	215	6.300	42	44	14
Total	7.123	11.608	2.229	276	21.236	35	55	10

*31.12.2000; ** Mai 2002; ***31.3.2003, Schätzung;

Quelle: ÖBIG (2004)

2.3.5 Hospize, palliative Pflege

Die meisten Menschen wünschen sich, am Ende ihres Lebens in der gewohnten Umgebung betreut zu werden und zu sterben.³⁹ In Wien sterben rund 70 Prozent der Menschen im Spital, 9 Prozent in Heimen, 6 Prozent beim Transport, bei Unfällen oder unter sonstigen Bedingungen und nur 15 Prozent zu

³⁹ ZULEHNER (2001).

Hause. Im österreichischen Schnitt sterben rund 55 Prozent der Menschen im Spital, 12 Prozent in Heimen, 6 Prozent unter sonstigen Umständen und 27 Prozent zu Hause. Das heißt, dass in Wien viel mehr Menschen in Spitälern oder Heimen sterben (79 Prozent) als in Österreich insgesamt (67 Prozent). Daher muss das Bemühen, ein Sterben in Würde sowohl in Institutionen als auch zu Hause zu ermöglichen, eine wesentliche gesundheitspolitische Zielsetzung sein.

Palliativpflege (Palliative Care) hat sich aus der Hospizbewegung entwickelt und bezeichnet ein Versorgungskonzept, das die Linderung von Leiden bei Menschen, für die eine Heilung nicht mehr realisierbar erscheint, zum Ziel hat. Palliative Care ist laut Definition der WHO „ein Ansatz, mit dem die Lebensqualität von PatientInnen und ihrer Familien verbessert werden soll, wenn sie mit einer lebensbedrohlichen Krankheit und den damit verbundenen Problemen konfrontiert sind. Dies soll durch Vorsorge und Linderung von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen und anderen physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen erfolgen.“⁴⁰

Der Grundstein der Hospizbewegung in Wien und in Österreich wurde in den 1980er Jahren durch die Schwesterngemeinschaft der Caritas Socialis (CS) gelegt, die in Wien ein interdisziplinäres Hospiz-Außenteam aufgebaut hat, das im Herbst 1989 mit Hospizarbeit anfang.⁴¹ In den 1990er Jahren kam es in Wien und Österreich zur Gründung von mehreren Hospizen, Palliativstationen und mobilen Teams und in weiterer Folge zur Gründung von Dachverbänden.⁴² Im Jahr 1997 wurde Palliativpflege in die Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege aufgenommen.

In der ab 2005 gültigen Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (§15a B-VG, Artikel 3, Abs. 2) haben der Bund und die Bundesländer beschlossen, dass „eine österreichweit gleichwertige, flächendeckende abgestufte Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich einheitlich zu planen sowie prioritär umzusetzen ist. Im Sinne eines bedarfsgerechten Angebotes ist die Realisierung der übergreifenden Planung der Palliativ- und Hospizversorgung in allen Bereichen und auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung, d.h. im stationären Akut- und Langzeitbereich, im ambulanten Bereich sowie an den Nahtstellen zum Pflegebereich sicherzustellen.“

Die strukturelle Verankerung der Palliativmedizin in Österreich erfolgte erstmals im Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan 1999 (ÖKAP/GGP), indem der flächendeckende Auf- und Ausbau von Palliativeinheiten in den Akutkrankenhäusern zwischen dem Bund und allen Bundesländern vereinbart und geplant wurde. Im November 2004 wurde vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) gemeinsam mit relevanten ExpertInnen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen ein **Konzept für ein abgestuftes Hospiz- und Palliativversorgungssystem** entwickelt. Im diesem Konzept wurden die einzelnen Bausteine definiert, die Zugangskriterien beschrieben sowie Strukturqualitätskriterien für die einzelnen Einrichtungen - Palliativstationen, Stationäre Hospize, Tageshospiz, Mobiles Hospizteam und Hospizteam - festgelegt.

⁴⁰ WHO (2002).

⁴¹ BAUMGARTNER (2004a,b).

⁴² Hospiz Österreich (<http://www.hospiz.at>); Österreichische Palliativgesellschaft (<http://www.palliativ.at>); OPG – Österreichische Palliativgesellschaft (<http://www.palliative-care.at>).

Tabelle 2-10 Konzept zur abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich 2004

Grundversorgung	Unterstützende Angebote		Betreuende Angebote
Aktbereich Krankenhäuser	Hospizteams (ein Team je 40.000 EinwohnerInnen)	Palliativ-Konsiliardienste (muss jeder Palliativstation angegliedert sein)	Palliativstationen (60 Betten je Mio. EinwohnerInnen)
Langzeitbereich Alten- und Pflegeheime		Mobile Palliativteams (ein Team je 140.000 EinwohnerInnen)	Stationäre Hospize
Familienbereich, zu Hause Niedergelassene ÄrztInnen, mobile Dienste, The- rapeutInnen, ...			Tageshospize

Quelle: ÖBIG (2004).

Im Jahr 2005 gab es in Wien zwei Palliativstationen, drei stationäre Hospize, einen Palliativkonsiliardienst, ein Tageshospiz, zwei mobile Palliativteams und ein ehrenamtliches Hospizteam.^{43,44}

Im Wiener Krankenanstalten- und Großgeräteplan 2003 (WKAP) ist der Ausbau der Palliativmedizin von derzeit 49 auf 97 Betten an 9 Standorten vorgesehen (davon sechs Spitäler des Krankenanstaltenverbundes (KAV)).

Tabelle 2-11: Palliativmedizinische Planbetten/Akutbetten und Standorte in Wien 2005

Krankenanstalt (Träger)	Bereich	Planbetten	Akutbetten
AKH Wien, Innere Medizin I (KAV)	Hämatologie/Onkologie	8	5
KH Barmherzige Schwestern (Caritas)	Innere Medizin	13	12
Kaiser Franz Josef-Spital (KAV)	Innere Medizin	8	-
KH Hietzing, 5. Med. Abteilung (KAV)	Anästhesie	14	14
KH St. Elisabeth (Ordensspital)	Innere Medizin	8	8
Wilhelminenspital (KAV)	Hämatologie/Onkologie	10	-
KH Göttlicher Heiland (Ordensspital)	Innere Medizin	14	10
Donauspital (KAV)		14	-
Baumgartner Höhe (KAV)		8	-
gesamt		97	49

Quellen: KIM (2005), Hospiz- und Palliativführer Österreich 2005 (S.55).

Durch den Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) wird zwar die Einrichtung von Palliativstationen in Krankenhäusern gefördert und ihre Finanzierung gesichert, die öffentliche Finanzierung von Hospizen und mobiler Hospizbetreuung, aber auch von Hospizbetten mit palliativer Betreuung in Pflegeheimen ist dadurch aber nicht geregelt. Eine weitere noch zu lösende Aufgabe im Bereich der Palliativversorgung ist das Schnittstellenmanagement zwischen den verschiedenen Versorgungseinrichtungen (Krankenhäuser, HausärztInnen, Tageshospiz, Hauskrankenpflege, ...). Da sich der überwiegende Teil der Menschen in Österreich wünscht, daheim zu sterben, ist der Ausbau von mobilen, interdisziplinären Teams besonders zu fördern, die mit anderen Versorgungseinrichtungen vernetzt sind. Schließlich sind die Ausbildung der in der professionellen Begleitung Arbeitenden sowie die Supervision von Freiwilligen sicher zu stellen.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

An der Universität für Innere Medizin I im AKH Wien wurde im November 2005 die erste österreichische Professur für Palliativmedizin besetzt, nämlich eine Stiftungsprofessur für Palliativmedizin in der Onkologie. Die Professur ist mit der Leitung von fünf palliativmedizinischen Betten verbunden, die mittelfristig auf 15 Betten ausgebaut werden sollen.

Seit Ende 2002 wird von der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) ein Palliativdiplom für den Abschluss einer dementsprechenden curricularen Fortbildung verliehen.⁴⁵

⁴³ KRATSCHMAR, TEUSCHL (2005)

⁴⁴ www.caritas-wien.at; www.cs.or.at; www.cs.or.at; www.goettlicherheiland.at; www.ordensspitaeler.at; www.pflegehospiz-kaisermuehlen.at; www.hilfswerk.at; www.wienkav.at/kav/khl/

In Wien, Linz, Salzburg, St. Pölten, Vorarlberg und beim Institut für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Universitäten Klagenfurt, Wien, Innsbruck und Graz (IFF)⁴⁶ werden interdisziplinäre Palliativlehrgänge im Umfang von 180 Stunden angeboten. Unter den AbsolventInnen bildeten Pflegende den größten Anteil (60 Prozent), gefolgt von ÄrztInnen (30 Prozent) und Mitgliedern anderer Berufsgruppen (10 Prozent).

2.3.6 Professionell und im familiären Umfeld Pflegende, Unterstützung älterer Pfleger

2.3.6.1 Professionell Pflegende

Die Altenpflege stellt einen zentralen Bereich der Pflegeberufe dar. In Wien sind in der **mobilen Pflege** rund 2.700 Pflegende tätig, wobei die Qualifikationsstruktur sehr ungleich verteilt ist: 10 Prozent der in der mobilen Pflege Tätigen sind diplomiertes Pflegepersonal, 9 Prozent AltenhelferInnen, PflegehelferInnen, AltenfachbetreuerInnen und 81 Prozent HeimbeförderInnen. Bei den 6.300 in der Pflege und Betreuung in **Alten- und Pflegeheimen** Tätigen ist der Anteil des diplomierten Pflegepersonals mit 42 Prozent deutlich höher, 44 Prozent sind Alten-, Pflegehelferinnen/-betreuerinnen und 14 Prozent HeimbeförderInnen⁴⁷. Wien weist im Bundesländervergleich mit neun Prozent den deutlich geringsten Anteil an diplomiertem Personal in der mobilen Altenpflege auf, der österreichische Durchschnitt liegt bei 22 Prozent. Im Gegensatz dazu hat Wien mit 42 Prozent nach Niederösterreich den zweithöchsten Anteil an diplomiertem Personal in der stationären Altenpflege, wobei der Durchschnitt in ganz Österreich bei 35 Prozent liegt.

In den letzten Jahren wurde in Österreich – und besonders in Wien – das Phänomen des „Pflegenotstandes“ diskutiert.⁴⁸ Dieser Begriff hat mehrere Bedeutungen, welche für unterschiedliche Perspektiven auf die Situation stehen, nämlich den Mangel an Pflegepersonal, die Qualitätsmängel in der pflegerischen Versorgung und die Berufswirklichkeit des Pflegepersonals. Als Ursachen des „Pflegenotstandes“ werden die geringe Zahl an Ausbildungsplätzen, die kurze Berufsverweildauer, die Tatsache, dass viele in der Pflege tätigen nach Berufspausen nicht mehr in den Beruf zurückkehren und die Beschränkungen der Rekrutierung von Pflegepersonal aus dem Ausland diskutiert. Verschiedene Untersuchungen haben die besonderen psychischen und körperlichen Belastungen von Beschäftigten im Bereich der Altenpflege aufgezeigt.⁴⁹ Generell ist die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals in diesem Bereich gering. Vor allem Zeitdruck, psychische Belastung und der Umgang mit schwierigen PatientInnen werden als zentrale Stressquellen genannt.

2.3.6.2 Unterstützung für ältere Pfleger

Der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) ist mit derzeit rund 32.000 MitarbeiterInnen eine der größten Gesundheitseinrichtungen in Europa. Von den rund 13.000 MitarbeiterInnen in der Pflege erreichen – hauptsächlich aufgrund des hohen Belastungspotenzials - nur ein Prozent das reguläre Pensionsalter.⁵⁰ Der Pflegeberuf zählt aufgrund der starken körperlichen und psychosozialen Belastungen zu den Berufen, die besonders hohe Anforderungen an ältere ArbeitnehmerInnen stellt. Die Fluktuation im Pflegeberuf ist extrem hoch – 85 Prozent des Pflegepersonals im patientennahen Dienst sind unter 35 Jahre alt.

Ausgehend von diesen Fakten wurde bereits im Jahr 1999 das Pilotprojekt „**Meisterhafte Pflegekunst – Alter(n)sgerechte und gesundheitsgerechte Karrierewege im Pflegeberuf**“⁵¹ initiiert, das langfristig den vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf wegen mangelnder Perspektiven entgegenwirken wollte. Das Modell wurde auf drei Stationen von Krankenanstalten des Wiener KAV erprobt und evaluiert.

In einem weiteren, von 1996 bis 2001 im Rahmen des Wiener KAV laufenden Projekt konnten positive Erfahrungen mit der Reduktion der täglichen Arbeitszeit im Pflegebereich gesammelt werden. Im

⁴⁵ ZDRAHAL (2003).

⁴⁶ <http://www.iff.ac.at/pallorg/>

⁴⁷ ÖBIG (2004).

⁴⁸ KRAJIC et al. (2003); KRAJIC et al. (2005).

⁴⁹ MAUNZ, STEYRER (2001); SIMSA et al. (2003).

⁵⁰ http://www.netzwerk-bgf.at/dokumente/b199_netzwerkfassung.pdf

⁵¹ <http://www.oegvp.at/2000e.pdf>

Kaiserin-Elisabeth-Spital wurde die tägliche Arbeitszeit von 12,5 Stunden auf 8 bis 10 Stunden reduziert, um Überforderung und chronischen Stress entgegenzuwirken. Es zeigte sich, dass die Zustimmung zu der kürzeren Dienstform umso größer war, je mehr Erfahrung das Personal mit einem Acht-Stunden-Dienst hatte. Besonders bei den älteren Pflegenden war die Zufriedenheit mit der Arbeitszeitverkürzung hoch. Zudem waren weniger Krankenstände und Überstunden erforderlich.

Im Herbst 2005 hat das „**Wiener Informationsnetzwerk zur Gesundheitsförderung in Spitälern und Pflegeeinrichtungen**“⁵² eine Kampagne zum Thema „Altern in Gesundheit“ für MitarbeiterInnen des Wiener KAV gestartet. Im Mittelpunkt der Aktivitäten steht die Förderung der Altersorientierung in der Entwicklung der Organisationen. – Dies kann zum Beispiel durch folgende Lösungsansätze erreicht werden.⁵³

- *Altersgerechte Einstellung neuer MitarbeiterInnen* mit dem Ziel, einer hinsichtlich des Alters möglichst heterogenen Belegschaft, wodurch es möglich wird, die Fähigkeiten älterer und jüngerer MitarbeiterInnen optimal zu kombinieren.
- *Flexible und moderne Arbeitsorganisation*, die Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der Arbeitszeit anbietet (Teilzeitstellen, individuell freie Bestimmung der Stundenanzahl pro Woche, Aufteilen einer Stelle auf mehrere Personen), sowie Arbeitsautonomie ermöglicht (Entscheidungskompetenz im eigenen Arbeitsbereich).
- *Arbeitsplatzgestaltung und betriebliche Gesundheitsförderung* in Spitälern und Pflegeeinrichtungen zielt vor allem auf die Organisation der Dienste ab (z.B. die Möglichkeit der Reduktion von Nachtdiensten und möglichst schonender Schichtdienste für ältere MitarbeiterInnen). Für ältere MitarbeiterInnen im Pflegebereich eignen sich z.B. Stationsstrukturen mit kleinen Einheiten, Primary Nursing und Zimmerpflege. Hinsichtlich der Arbeitsplatzgestaltung spielen die Berücksichtigung von Ergonomie und die Kompensation der Abnahme von körperlichen Fähigkeiten und Sinnesfunktionen z.B. durch Beleuchtung und größere Schrift eine wichtige Rolle.
- *Innerbetriebliche Beförderung und Arbeitsplatzwechsel (Job Rotation)* sind Instrumente zum Erhalt von Motivation (z.B. Stationswechsel, Wechsel vom Stationsdienst in den Funktionsdienst, von der Station in die Ambulanz und umgekehrt).
- *Fort- und Weiterbildung* bzw. lebenslanges Lernen und die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung (Supervision, Coaching) können helfen, veränderte berufliche Anforderungen besser zu bewältigen.
- Wenn *Kündigungen* notwendig sind, sollte nicht das Alter als bestimmendes Kriterium herangezogen werden, sondern die tatsächliche Kompetenz.
- *Verbesserungen der Arbeitssituation älterer MitarbeiterInnen* bedürfen eines Einstellungswandels und des Abbaus intergenerationaler Vorurteile bei allen MitarbeiterInnen, aber auch auf der Führungs-Ebene.

2.3.6.3 Pflegende Angehörige

In Wien gibt es rund 78.600 pflegende Angehörige, in ganz Österreich sind es rund 425.900 (281.900 Frauen und 144.000 Männer).⁵⁴ Nur etwa ein Prozent der unter 25-Jährigen, aber zehn Prozent der über 50-Jährige betreuen nahe Angehörige. Am häufigsten werden Pflegeleistungen für die Elterngeneration erbracht (in 30 Prozent der Fälle), rund ein Fünftel der pflegenden Angehörigen sorgt für den/die EhegattIn. Pflegende Angehörige stehen unter massivem Stress, eine Entlastung kann primär durch flexible mobile oder ambulante Dienste und finanzielle Unterstützung erreicht werden.

Die **Familienhospizkarenz**,⁵⁵ die am 1. Juli 2002 in Kraft getreten ist, sichert pflegenden Angehörigen Rechtsanspruch auf Herabsetzung, Änderung oder Freistellung von der Normalarbeitszeit zur Begleitung sterbender Angehöriger zu. Familienhospizkarenz kann grundsätzlich drei Monate in Anspruch genommen und auf sechs Monate verlängert werden. ArbeitnehmerInnen sind während der Sterbebegleitung und vier Wochen danach vor Kündigung geschützt. Sie bleiben kranken- und pensionsversichert. Diese Regelung ist wegen der fehlenden finanziellen Absicherung betreuender Angehöriger von Beginn an der Kritik ausgesetzt gewesen. Und auch die Inanspruchnahme entsprach nicht

⁵² <http://www.gspwien-info.net/index.htm>

⁵³ http://www.gspwien-info.net/downloads/factsheet_aging.pdf

⁵⁴ STATISTIK AUSTRIA (2002).

⁵⁵ <http://www.help.gv.at/Content.Node/44/Seite.440300.html>

den Erwartungen: Im Jahr 2003 wurde die Familienhospizkarenz in ganz Österreich lediglich von 506 Personen in Anspruch genommen. Die Dauer der Karenz erstreckte sich im Durchschnitt über zwei bis drei Monate. Aussagen können allerdings nur über die Nutzung der Vollkarenzierung gemacht werden, da es keine Stelle gibt, bei der Daten über die Beantragung einer Teilkarenz gesammelt werden. Die fehlende finanzielle Absicherung des Lebensunterhaltes der Pflegeperson während der Karenz wird zumeist als ein Hauptgrund der geringen Inanspruchnahme genannt. Auch die fehlende Anrechnung längerer Karenzzeiten auf die Pensionsansprüche sowie die flächendeckende Versorgung mit mobilen palliativen Supportteams werden als Hindernisse für eine breite Inanspruchnahme der Familienhospizkarenz gesehen.⁵⁶

2.4 Zugangsbarrieren und Angebote für ältere MigrantInnen im Sozial- und Gesundheitssystem

2.4.1 Barrieren für ältere MigrantInnen im Zugang zum Gesundheitssystem

Im Bereich des **Pflegegelds** sind die **Anspruchsvoraussetzungen für MigrantInnen und Flüchtlinge** häufig zu hoch gesteckt. Die Anspruchsberechtigung für das **Bundespflegegeld** ist an den Bezug einer Pension und an den regulären Aufenthalt in Österreich gebunden. Hierin liegt bereits eine Hürde für Flüchtlinge und für MigrantInnen, die erst in höherem Alter nach Österreich gekommen sind. Anspruchsvoraussetzung für die Alterspension sind fünfzehn Beitragsjahre innerhalb der letzten dreißig Jahre. Auf diese Zahl kommen viele nur unter Anrechnung von Versicherungszeiten im Herkunftsland, welche aber nur durch ein entsprechendes Abkommen möglich ist, das wiederum für viele Herkunftsländer nicht besteht. Beispielsweise wurde ein derartiges Abkommen mit Bosnien erst Jahre nach Kriegsende geschlossen. Ältere bosnische Flüchtlinge hatten nach Auslaufen der Unterstützungsaktion meist keine Einkommensquelle und somit keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld und mangels Staatsbürgerschaft auch keinen Anspruch auf Sozialhilfe. Die Unterhaltskosten müssen damit zur Gänze von den Angehörigen getragen werden.

Wenn die Voraussetzungen für den Bezug von Bundespflegegeld nicht erfüllt werden, kann Landespflegegeld beantragt werden. Das **Wiener Landespflegegeld** ist nicht an den Bezug einer Pension, aber an die Staatsbürgerschaft gebunden. Anspruchsberechtigt sind österreichische StaatsbürgerInnen oder diesen gleichgestellte Personen. Damit besteht kein Anspruch für MigrantInnen, die die Staatsbürgerschaft des Herkunftslands beibehalten haben. Es gibt allerdings die Möglichkeit eines Nachsichtsantrags, dem bei Vorliegen tatsächlicher Pflegebedürftigkeit auch meist stattgegeben wird. Dem Antrag folgt eine ärztliche Untersuchung bei der das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und damit die Höhe des Pflegegelds festgesetzt werden. Bei Verschlechterung des Gesundheitszustands ist ein Erhöhungsantrag möglich.⁵⁷ Werden soziale Dienste in Anspruch genommen, errechnen die MitarbeiterInnen der Gesundheits- und Sozialzentren einen Selbstbehalt nach einem sozial gestaffelten Kostenbeitragssystem. Bei Bezug einer Mindestpension wird kein Selbstbehalt aus dem Einkommen verrechnet, jedoch ein anteilmäßiger Betrag aus dem Pflegegeld, der dieses jedoch nicht übersteigt.

Die Wiener **Wohn- und Pflegeheime** sind derzeit in ihren Speise- und kulturellen Angeboten auf österreichische NutzerInnen abgestimmt. Eine weitere mögliche Barriere für MigrantInnen ohne österreichische Staatsbürgerschaft besteht darin, dass für den Fall, dass die Kosten für einen Heimplatz nicht durch das eigene Einkommen und Vermögen abgedeckt werden können, keine Abdeckung der Differenz durch die Sozialhilfe in Anspruch genommen werden kann, da hierfür die österreichische Staatsbürgerschaft erforderlich ist.⁵⁸

Obwohl in den städtischen **Geriatrizentren und Pflegeheimen** jede/r Pflegebedürftige, der/die in keiner anderen Betreuungsform entsprechend betreut und gepflegt werden kann, aufgenommen wird, nehmen MigrantInnen diese Betreuungsform äußerst selten in Anspruch.

⁵⁶ LANDAU (2004)

⁵⁷ <http://www.wien.gv.at/ma15/pflegegeld/verfahren.htm>

⁵⁸ <http://www.wien.gv.at/ma47/kosten.htm#betrag>

2.4.2 Spezifische Sozial- und Gesundheitsdienste für ältere MigrantInnen in Wien

Zur Frage der sozialen und gesundheitlichen Lage der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Wien wurden in den vergangenen Jahren mehrere Projekte durchgeführt und Initiativen gesetzt. Die angestrebte interkulturelle Öffnung des Gesundheits- und Sozialbereichs geht dennoch nur langsam voran. Ein Großteil der entstandenen Angebote ist auf der Ebene von Vereins- oder Freiwilligenarbeit angesiedelt, eine Diversifizierung der öffentlichen sozialen Dienste und Einrichtungen ist nur marginal zu erkennen.

Die „asylkoordination österreich“⁵⁹ hat im Jahr 2005 einen Bericht zum Thema interkulturelle Altenpflege in Wien vorgelegt,⁶⁰ in dem spezifische Angebote und Veränderungsbedarf aus der Sicht von ZuwanderInnen und Trägerinstitutionen analysiert werden. Nachfolgend ein Auszug aus diesem Bericht.

IntegrationsInfoService – muttersprachlicher Kontaktbesuchsdienst

Die seit 1993 von den Gesundheits- und Sozialzentren angebotene SeniorInnenberatung wurde bislang nur in deutscher Sprache angeboten, was dazu führte, dass dieses Angebot von MigrantInnen kaum in Anspruch genommen wurde. Im Rahmen des von den Wiener Sozialdiensten durchgeführten und von der EU-Gemeinschaftsinitiative EQUAL unterstützten Projektes „IntegrationsInfoService von MigrantInnen für MigrantInnen“ wird derzeit ein muttersprachlicher Kontaktbesuchsdienst für MigrantInnen erprobt. Das Projekt verbindet Qualifizierung von MigrantInnen der jüngeren Generation als BeraterInnen mit einer im Rahmen der Hausbesuche durchgeführte Erhebung der Bedürfnisse der älteren Generation und entsprechender Beratung. Erste Ergebnisse zeigen, dass das Angebot gut angenommen wurde, insgesamt fanden rund 1.000 Besuche statt. Die Besuche dauerten länger als bei InländerInnen. Oft fehlte Grundlagenwissen über das Sozialsystem und über migrantInnenspezifische Angebote. Die ProjektmitarbeiterInnen resümierten, dass die Erweiterung des Kontaktbesuchsdienstes um muttersprachliche MitarbeiterInnen zwar äußerst wünschenswert ist, allerdings genügt interkulturelle Information alleine nicht, sondern es bestehe die Notwendigkeit weiterer Betreuungsangebote in für Wiener MigrantInnen relevanten Sprachen.

Beratung am Eck: Servicestelle für Zugewanderte

Ausgehend von mehreren Befragungen⁶¹ bei älteren MigrantInnen in Wien, die einen geringen Kenntnisstand hinsichtlich des Angebots an Gesundheits- und Sozialleistungen, wie z.B. Heimhilfe, mobile Krankenpflege, Sozialnotruf oder Pensionistenwohnheime festgestellt haben, wurden konkrete Maßnahmen gesetzt. Die im Rahmen des Projekts „Senior Plus“ eingerichtete Beratungsstelle unter dem Namen „Beratung am Eck“ wurde als Servicestelle für MigrantInnen im Rahmen des Gesundheits- und Sozialzentrums für den 6., 7., 14. und 15. Bezirk weitergeführt. Die Trägerorganisation Sozial Global stellt drei MitarbeiterInnen zur Verfügung, die nicht nur in der Beratungsstelle selbst, sondern auch als SeniorInnenberaterInnen regelmäßig in den Gesundheits- und Sozialzentren zur Verfügung stehen. In den ersten zwei Jahren des Bestehens stieg die Zahl der Beratungen um 90 Prozent auf rund 1.700 Kontakte. Die Beratungen beinhalten Hilfe bei Übersetzungen, beim Ausfüllen von Formularen oder bei finanziellen Fragen, vor allem zu Pensionen, Beihilfen und Pflegegeld.

Seniorentreff und Beratung für ältere MigrantInnen im 10. Bezirk

Der Seniorentreff im 10. Bezirk entstand auf Eigeninitiative von zwei türkischen Frauen, mit dem Ziel, der Einsamkeit und dem hohen Bedarf an Austausch und Beratung bei älteren MigrantInnen entgegen zu wirken. Jeden Samstag Nachmittag bieten die beiden Frauen in den Räumlichkeiten des „Vereins zur Integration von Jugendlichen und MigrantInnen“ Unterstützung beim Ausfüllen von Formularen und bei Übersetzungen an, stellen sich als Gesprächspartnerinnen zur Verfügung und organisieren Ausflüge, Informationsveranstaltungen sowie einen Deutschkurs. Die Angebote werden

⁵⁹ <http://www.asyl.at>

⁶⁰ KREMLA (2005)

⁶¹ REINPRECHT (1999, 2000)

vorwiegend von älteren türkischsprachigen MigrantInnen in Anspruch genommen, etwa drei Viertel davon sind Frauen. Die beiden Gründerinnen üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

Seniorenverein von und für MigrantInnen

Der „Seniorenverein von und für MigrantInnen“ ist eine Interessensvertretung von zugewanderten SeniorInnen und strebt die Gleichstellung mit anderen SeniorInnenvertretungen an, das heißt vor allem Sitz und Stimme im Bundesseniorenbeirat. Derzeit können in den österreichischen SeniorInnenverbänden nur Männer ab 60 und Frauen ab 55 Mitglieder werden, die eine Pension beziehen und österreichische Staatsangehörige sind. Ziele des „Seniorenvereins von und für MigrantInnen“ sind die Förderung von Selbsthilfe, Freizeitgestaltung, Integration und Weiterbildung. Zu den Aktivitäten des Vereins gehören Vorträge und Versammlungen, Diskussionsabende, sowie die Beratung von Institutionen, die sich für ältere MigrantInnen öffnen wollen. Die Arbeit der 26 Mitglieder erfolgt ausschließlich ehrenamtlich.

Internationaler Pensionistenclub

Die auf Basis des österreichischen SeniorInnengesetzes geförderten **Pensionistenclubs** waren bislang vor allem auf die Bedürfnisse älterer ÖsterreicherInnen ausgerichtet, daher wurden drei Modellprojekte für ältere MigrantInnen geplant und umgesetzt. Im fünften Wiener Gemeindebezirk wurde auf Initiative von MitarbeiterInnen des Pensionistenwohnhauses Margareten in Zusammenarbeit mit dem Büro der Wiener Integrationsstadträtin, dem Kuratorium für Wiener Pensionistenwohnhäuser und der Bezirksvertretung der **Internationale Club** eingerichtet. Die Clubtreffen finden jeden Freitag am Nachmittag statt. Zielsetzung des Clubs ist das Zusammentreffen von SeniorInnen unterschiedlicher ethnischer und kultureller Herkunft. Zum Programm gehören gemeinsame Veranstaltungen, z.B. ein Filmabend über die Türkei, Feste und Abende zum Kennenlernen der Traditionen der verschiedenen Gruppen. Ein Erfolg dieser Arbeit ist, dass Kontakte auch außerhalb der Treffen entstanden sind. Im 15. Bezirk findet der Club an jedem Mittwochnachmittag in den Räumen der „Beratung am Eck“ statt. Der von einer türkischsprachigen Betreuerin begleitete Club wird vor allem von Frauen besucht. Informationsangebote, z.B. über Pensionsrecht ergänzen die Treffen, deren wichtigstes Element auch hier das Zusammenkommen an einem leistbaren und öffentlichen, aber doch geschützten Ort ist. Auch dieser Club ist mit wöchentlich 20 bis 30 BesucherInnen stark frequentiert.

3. Das soziale Bild – Stärken und Schwachstellen

3.1 Einkommen und sozialer Status

3.1.1 Höhe des Einkommens

Das höchste durchschnittliche Jahreseinkommen erzielen in Wien (bei beiden Geschlechtern) die BeamtInnen, gefolgt von den Angestellten, den PensionistInnen und den Lehrlingen. Männer verdienen erheblich mehr als Frauen, wobei hier unter anderem die höhere Teilzeitquote der Frauen eine Rolle spielt. Männliche Angestellte verdienen (gemessen am durchschnittlichen Jahresnettoeinkommen) um ca. 60 Prozent mehr als weibliche, Arbeiter um ca. 30 Prozent mehr als Arbeiterinnen. Selbst unter den Lehrlingen verdienen die männlichen um 22 Prozent mehr als die weiblichen. Am geringsten ist der Geschlechtsunterschied bei den BeamtInnen. Beamte haben gegenüber Beamtinnen einen Einkommensvorsprung von 20 Prozent.

Tabelle 3-1: Jahresnettoeinkommen (Dezile) der Erwerbstätigen und PensionistInnen in Wien 2001 nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht

.. Prozent ... verdienen weniger als ... Euro	Lehrlinge	ArbeiterInnen	Angestellte	BeamtInnen	PensionistInnen
Männer					
10 Prozent	1.041	1.753	2.119	16.738	8.287
20 Prozent	1.989	3.398	9.266	19.697	11.538
30 Prozent	2.716	7.228	15.295	21.594	14.130
40 Prozent	3.762	10.501	18.310	23.333	15.926
50 Prozent	5.699	12.728	21.201	24.669	17.492
60 Prozent	6.133	15.285	24.621	27.242	19.567
70 Prozent	6.568	16.838	28.743	29.371	20.610
80 Prozent	8.726	19.508	36.069	33.402	23.652
90 Prozent	8.952	22.228	48.292	40.952	31.070
Durchschnitt	5.052	12.647	25.999	27.870	19.137
Frauen					
10 Prozent	829	1.644	2.112	15.621	5.156
20 Prozent	1.659	2.179	6.613	16.415	8.231
30 Prozent	2.227	5.668	10.635	19.085	8.954
40 Prozent	2.795	8.014	13.011	20.535	10.345
50 Prozent	4.495	9.992	15.688	22.298	12.349
60 Prozent	5.580	11.971	17.659	24.075	13.701
70 Prozent	5.770	13.100	20.306	26.278	16.379
80 Prozent	5.959	14.875	23.589	28.097	18.572
90 Prozent	6.580	16.720	28.147	32.927	23.628
Durchschnitt	4.127	9.748	16.431	23.237	13.699
Geschlechterdifferenz* (Prozent)					
Durchschnitt	22,4	29,7	58,2	19,9	39,7
Median-Einkommen	26,8	27,4	35,1	10,6	41,6

* Männer verdienen um Prozent mehr als Frauen.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Volkswirtschaft und MA 66; zitiert nach STADT WIEN (Hrsg.) (2003a), S. 222; eigene Berechnungen.

Ebenso wie die Aktiveinkommen sind auch die Pensionsbezüge der Frauen deutlich niedriger als jene der Männer. Das durchschnittliche Jahresnettoeinkommen der Pensionisten lag in Wien im Jahr 2001 um ca. 40 Prozent über jenem der Pensionistinnen.

3.1.2 Art des Einkommens

In Wien verfügt der überwiegende Teil der 50-Jährigen und Älteren (57,1 Prozent der Männer und 68,6 Prozent der Frauen) über eine Eigen- bzw. Hinterbliebenenpension (Stand 2001). Etwas mehr als ein Drittel (35,1 Prozent) der 50-jährigen und älteren Männer und etwas weniger als ein Fünftel (18,1

Prozent) der Frauen ab 50 Jahren sind erwerbstätig (einschließlich geringfügiger Erwerbstätiger), 6,5 Prozent der Männer und 2,4 Prozent der Frauen arbeitslos. Während bei den Männern im Alter von 60 bis 65 Jahren der Rückgang der Erwerbstätigkeit am höchsten ist, findet bei den Frauen der größte Einschnitt im Alter von 55 bis 60 Jahren statt. Im Alter von 65 und mehr Jahren sind nur mehr 3,5 Prozent der Männer und 1,1 Prozent der Frauen erwerbstätig, 96,0 Prozent der Männer und 91,2 Prozent der Frauen verfügen in diesem Alter über eine Eigen- bzw. Hinterbliebenenpension.

Tabelle 3-2: Lebensunterhalt der Bevölkerung ab 50 Jahren in Wien 2001 nach Alter und Geschlecht

Lebensunterhalt*	Männer				
	50 und mehr	50 bis 54	55 bis 60	60 bis 65	65 und mehr
gesamt (N=100 Prozent)	229.640	51.774	49.495	41.373	86.998
	Prozent				
erwerbstätig (einschließlich geringfügig erwerbstätig)*	35,1	78,3	60,0	17,7	3,5
arbeitslos**	6,5	12,4	14,5	3,2	0,0
Eigen-, Hinterbliebenenpension	57,1	7,2	23,6	78,1	96,0
sonstige Einkommensempfänger	0,9	1,4	1,2	0,9	0,5
Haushaltsführende	0,4	0,7	0,7	0,2	0,0
sonstige erhaltene Personen	0,0	0,0	0,0	-	-
	Frauen				
gesamt (N=100 Prozent)	317.533	55.528	54.185	46.681	161.139
	Prozent				
erwerbstätig (einschließlich geringfügig erwerbstätig)*	18,7	69,3	28,8	7,3	1,1
arbeitslos**	2,4	9,8	3,6	0,3	0,0
Eigen-, Hinterbliebenenpension	68,6	7,5	53,0	81,2	91,2
sonstige Einkommensempfänger	1,5	1,8	1,8	1,5	1,4
Haushaltsführende	8,8	11,5	12,8	9,7	6,3
sonstige erhaltene Personen	0,0	0,0	0,0	0,0	-

* Als erwerbstätig gilt, wer in den letzten Wochen vor der Zählung einer bezahlten Tätigkeit von mindestens einer Wochenstunde nachgegangen ist (einschließlich Selbständige und mithelfende Familienangehörige).

** Arbeitslos sind Personen, die in keinem Beschäftigungsverhältnis stehen und Arbeit suchen, unabhängig davon, ob sie Arbeitslosenunterstützung beziehen. Der Bezug von Sondernotstandshilfe wird nicht als Arbeitslosigkeit gewertet.

Quelle: Volkszählung 2001; Zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2004a), S.146.

3.1.3 Personen mit staatlicher oder städtischer finanzieller Unterstützung

In Österreich gibt eine Reihe von Unterstützungsleistungen, die Bund, Länder und Städte älteren Menschen gewähren. Bei den folgenden Ausführungen handelt es sich um keine vollständige Aufzählung sondern lediglich um Beispiele.

Ausgleichszulage: Unterschreitet das Haushaltseinkommen von PensionistInnen eine bestimmte Grenze, wird in Österreich eine Ausgleichszulage gewährt. Im Dezember 2004 erhielten in Österreich 228.391 Personen (11,2 Prozent des Pensionstandes) eine Ausgleichszulage. In Wien ist (aufgrund insgesamt höherer Pensionen) der Anteil der BezieherInnen von Ausgleichszulage mit 8,2 Prozent (30.578 Personen), ebenso wie die durchschnittliche Ausgleichszahlung pro Person mit Euro 229.- niedriger als im gesamten Bundesgebiet (Euro 239.-).⁶²

Pflegegeld: Seit 1993 wird in Österreich, unabhängig von Einkommen, bei ständigem Pflegebedarf von monatlich mehr als 50 Stunden Pflegegeld gewährt. Die Höhe des Pflegegeldes richtet sich nach der Höhe des Pflegebedarfs, insgesamt gibt es 7 Pflegestufen. In Wien gab es im Dezember 2002 57.870 PflegegeldbezieherInnen (Bundespflegegeld). Dazu kommen noch 12.357 BezieherInnen von Landespflegegeld. Über drei Viertel (77,2 Prozent) der BezieherInnen von Bundespflegegeld in Wien hatten Pflegegeld der Stufen eins bis drei. Nur 2,4 Prozent erhielten Pflegegeld der höchsten Pflegestufen (Stufe 6 und 7).

⁶² DIE ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG IN ZAHLEN (2005), S.22.

Tabelle 3-3: PflegegeldbezieherInnen (Bundespflegegeld, alle Entscheidungsträger) in Wien und Österreich 2002 nach Pflegestufe

Pflegestufe	Wien		Österreich*	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent
Stufe 1	14.117	24,4	58.868	19,4
Stufe 2	20.013	34,6	109.502	36,2
Stufe 3	10.519	18,2	52.008	17,2
Stufe 4	7.993	13,8	45.658	15,1
Stufe 5	3.797	6,6	24.947	8,2
Stufe 6	834	1,4	7.027	2,3
Stufe 7	597	1,0	4.739	1,6
gesamt	57.870	100	302.749	100

* Inklusive BezieherInnen im Ausland.

Quelle: SOZIALE SICHERHEIT (2003), Heft 5, S.250.

Das Durchschnittsalter der BezieherInnen von Bundespflegegeld betrug in Österreich im Dezember 2002 77,6 Jahre. Das Durchschnittsalter der Frauen ist höher (80,0 Jahre) als jenes der Männer (72,4 Jahre).

Sonstige Leistungen: Im Jahr 2003 wurden in Wien insgesamt 21.118 Personen im Rahmen der *stationären Altenhilfe* unterstützt, weil sie betreuungs- bzw. pflegebedürftig waren und ihre Eigenmittel zur Bestreitung der Heimgebühren nicht ausreichten. Die Ausgaben dafür beliefen sich auf ca. 291 Millionen Euro.⁶³

Auch im Bereich der *sozialen Dienste* werden Zuschüsse (für Heimhilfe, Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern etc.) gewährt. Die Ausgaben der Stadt Wien für (ambulante) soziale Dienste beliefen sich im Jahr 2003 auf ca. 138 Millionen Euro. Der größte Betrag wurde für Heimhilfe aufgewendet.

Des Weiteren gewährt die Stadt Wien *Mietbeihilfe* für PensionsbezieherInnen, wenn durch die Höhe der Gesamtmiete ein bestimmtes Mindesteinkommen unterschritten wird. Gewährt werden des Weiteren *Heizbeihilfe*, sowie Dauerleistungen für erwerbsunfähige Personen (Frauen über dem 60. Lebensjahr, Männer über dem 65. Lebensjahr, 14-mal jährlich), etc.

3.1.4 Ältere Personen, die Familienmitglieder finanziell und anders unterstützen

Finanzielle Transferleistungen älterer Menschen

Aktuelle Diskussionen über die zunehmende Zahl älterer Menschen streichen häufig die finanzielle Belastung durch Pensionen, Gesundheitsleistungen etc. aufgrund dieses demografischen Trends hervor. Tatsache ist jedoch, dass ältere Menschen ihre Kinder bzw. Enkel häufig finanziell unterstützen. Im Rahmen der SHARE-Studie⁶⁴ zu Gesundheit, sozio-ökonomischem Status sowie sozialen und familiären Netzwerken, an der 22.000 Personen ab 50 Jahren in elf europäischen Ländern (darunter auch Österreich) teilnahmen, wurde u. a. auch nach finanziellen Transfers gefragt. Die befragten 50-Jährigen und Älteren haben mehr finanzielle Unterstützung gegeben als sie erhalten haben: 28 Prozent haben ihren Kindern oder Enkeln im Jahr vor der Befragung Beträge im Wert von 250 Euro oder mehr gegeben, aber nur 6 Prozent haben entsprechende Beträge erhalten. Wesentlichstes Motiv für einen Geldtransfer an die eigenen Kinder bzw. Enkelkinder ist der Kauf von Wohnungen bzw. Häusern.

Finanzielle Transferleistungen von Großeltern an Kinder bzw. Enkel sind in Österreich auch gesetzlich geregelt, nämlich in Form des **Unterhaltsanspruchs der Kinder gegen die Großeltern** (Kindschaftsrecht im Rahmen des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches (ABGB)).⁶⁵ Sind beide Elternteile nicht in der Lage, die angemessenen Unterhaltsbedürfnisse des (ehelichen oder unehelichen) Kindes zu decken, so müssen die Großeltern den fehlenden Teil aufbringen, soweit sie dazu imstande sind (§ 141). Die Unterhaltspflicht der Großeltern tritt dann ein, wenn die Eltern objektiv betrachtet (z.B. wegen völliger Erwerbsunfähigkeit) zur Leistung des Unterhalts nicht in der Lage sind. Als Ausgleich für

⁶³ STATISTIK AUSTRIA (2006), S.223.

⁶⁴ <http://www.share-project.org>

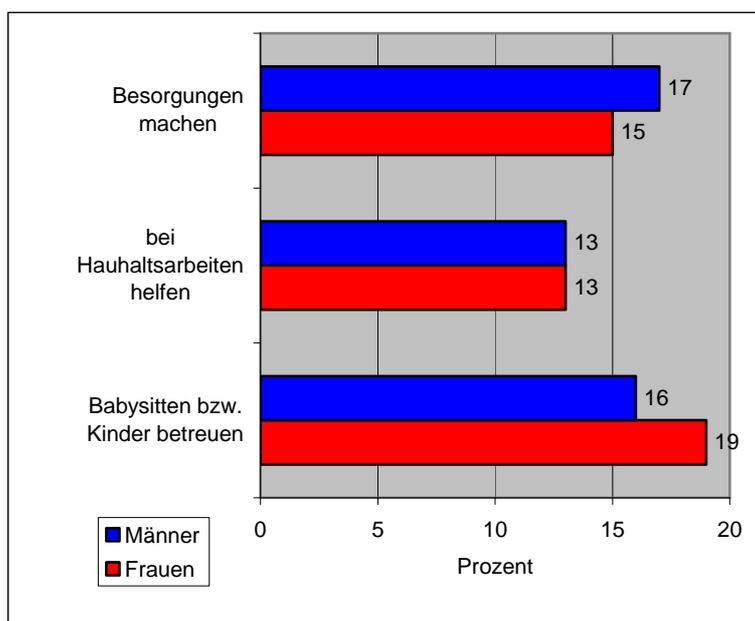
⁶⁵ <http://www.ris.bka.gv.at>; <http://www.help.gv.at>

ihre früheren eigenen Unterhaltspflichten gegenüber dem Kind (Enkelkind) haben auch die Eltern und Großeltern einen Unterhaltsanspruch gegenüber dem Kind, wenn sie nicht mehr imstande sind, sich selbst zu erhalten (§ 143).

Sonstige Unterstützungsleistungen älterer Menschen

Abgesehen von Geldleistungen erbringt ein Teil der älteren Menschen (ab 60 Jahren) in Wien **regelmäßig Unterstützungsleistungen** für außerhalb ihres Haushalts lebende Verwandte oder Bekannte. So z.B. geben von den 60-jährigen und älteren WienerInnen 19 Prozent der Frauen und 16 Prozent der Männer an, regelmäßig Kinder zu betreuen, je 13 Prozent helfen bei Haushaltsarbeiten, 17 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen machen Besorgungen.

Grafik 3-1: Regelmäßige Unterstützungsleistungen für Verwandte bzw. Bekannte außerhalb des Haushalts durch Personen ab 60 Jahren im Wien 2003 nach Geschlecht



Mehrfachangaben.

Quelle: IFES (2003).

3.1.5 Ältere Personen als Freiwillige

Drei Viertel der erwachsenen ÖsterreicherInnen waren im Jahr 2005 Mitglied in einem der 104.000 gemeldeten Vereine, ehrenamtlich tätig war rund ein Drittel. Für Wien liegen keine konkreten Angaben zur ehrenamtlichen Tätigkeit vor. Die Abteilung für Sozialpolitik der Wirtschaftsuniversität Wien, welche sich seit vielen Jahren mit den wirtschaftlichen und sozialpolitischen Aspekten der ehrenamtlichen Arbeit beschäftigt, führte in den Jahren 1982 und 2001 bundesweite Befragungen zu dieser Thematik durch. Im Jahr 2005 wurde vom Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (BMSGK) eine neuerliche Befragung nach dem Vorbild der beiden vorangegangenen Erhebungen beauftragt.⁶⁶ Demnach waren 2005 33 Prozent der ÖsterreicherInnen ehrenamtlich tätig, 37 Prozent der Männer und 30 Prozent der Frauen. Auch wenn eine Vergleichbarkeit der vorhandenen Ergebnisse aus methodischen Gründen nur eingeschränkt möglich ist, zeichnet sich im Zeitvergleich eine deutliche Verringerung der Freiwilligenarbeit ab. Und zwar ist der Anteil der im Bereich der Freiwilligenarbeit Tätigen von 1982 bis 2000 um 7,8 Prozentpunkte und von 2000 bis 2005 um 18,1 Prozentpunkte geringer geworden. Auch in der Verteilung der Tätigkeitsfelder der Freiwilligenarbeit zeigen sich große Unterschiede zwischen den einzelnen Erhebungen (wobei allerdings im Jahr 1982 Freiwilligenarbeit im Bereich des Sports nicht erfasst wurde). Auffallend ist vor allem eine deutliche Verringerung der freiwilligen Tätigkeit im Bereich der sozialen Dienste und der Nachbar-

⁶⁶ <http://www.freiwilligenweb.at/cms/upload/bilder/PRESSEUNTERLAGEFassung261105endgultig.pdf>. Die Interviews wurden 1982 und 2001 vom IFES-Institut Wien durchgeführt, 2005 vom IMAS-Institut Linz.

schaftshilfe. Die starke Verringerung der Freiwilligenarbeit in Österreich erstaunt vor allem vor dem Hintergrund, dass im Jahr 2001, das von den Vereinten Nationen zum „Jahr der Freiwilligen“ erklärt worden war, in Österreich viele Aktivitäten zur Förderung der Freiwilligenarbeit gesetzt wurden.

Tabelle 3-4: Freiwilligenarbeit in Österreich 1982, 2000, 2005 nach Tätigkeitsfeldern, Geschlecht

	1982	2000	2005*
	Beteiligungsgrad in Prozent		
Gesamt	58,9	51,1	33,0
Männer	64,0	55,5	37,0
Frauen	53,9	47,2	30,0
Tätigkeitsfelder			
Sport	-	8,3	14,5
soziale Dienste (Alten-, Behinderten-, Besuchsdienste)	25,3	16,8	13,9
Politik, Interessensvertretung	7,0	6,8	11,2
Katastrophenhilfe	6,0	4,3	10,7
Bildung (Schule, Kindergarten)	-	6,7	10,1
religiöse Dienste	7,4	9,6	9,7
Nachbarschaftshilfe	38,5	23,5	9,3
Kultur, Unterhaltung	15,2	15,0	8,2
Umwelt, Natur- und Tierschutz	-	5,0	7,3

Quelle: BADEL (2001), S.8; *www.freiwilligenweb.at (Pressunterlage 26.11.2005)

3.1.6 Wohlstand, Reichtum, Vermögen

Die ungleiche Verteilung von Vermögen innerhalb eines Staates wird unter anderem mit der „Lebenszyklenhypothese“ erklärt: Junge Menschen hatten noch nicht Zeit und Gelegenheit, privates Vermögen anzuhäufen, während ältere Menschen bereits materiellen Reichtum erworben haben, den sie dann im Alter aufbrauchen.⁶⁷ Es liegen wenige systematische Studien zur Untermauerung dieser Hypothese und auch keine offiziellen Zahlen über die Verteilung des privaten Geldvermögens in Österreich vor, die eine Aufschlüsselung nach soziodemografischen Aspekten zuließe. Der Armut- und Reichtumsbericht⁶⁸ der Österreichischen Gesellschaft für Politikberatung und Politikentwicklung (ÖGPP) sowie der Bericht über die soziale Lage 2002-2004⁶⁹ des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (BMSGK, Abschnitt „Reichtum in Österreich“) gehen zwar auf die Fragestellung der Vermögensbildung und des Reichtums ein, sehen diese aber aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive und stellen keine Vergleiche zwischen unterschiedlichen Altersgruppen an. Die jüngste in Österreich publizierte umfassende Studie, die Vermögensverhältnisse mit soziodemographischen Aspekten in Zusammenhang bringt, stammt aus dem Jahr 1997 und basiert auf einer Befragung von 700 Wiener Haushalten.⁷⁰ Dieser Studie zufolge ist ab einem Alter des Haushaltsvorstandes von 40 Jahren der Nettobestand an Geldvermögen überdurchschnittlich hoch und in der Altersgruppe von 50 bis 59 Jahren erreicht er seinen Höhepunkt. Die Haushalte der 40- bis 57-jährigen Haushaltsvorstände haben 44,5 Prozent des gesamten Geldvermögens, während ihr Anteil an der untersuchten Gruppe nur bei etwa einem Drittel liegt. Nach Erreichen des Pensionsalters sinkt das Nettogeldvermögen leicht, bleibt aber auch bei den Haushalten der über 70-Jährigen Haushaltsvorstände noch über dem Durchschnitt. In der Vermögensverteilung gibt es große soziale Ungleichheiten: Haushalte mit Selbständigen und höheren Angestellten verfügen über den dreifachen Wert an Geldvermögen wie ArbeiterInnenhaushalte, angelernte ArbeiterInnen und HilfsarbeiterInnen über weniger als die Hälfte des Geldvermögens von ausgebildeten ArbeiterInnen.

⁶⁷ REDAK, SCHLAGER (2004), S.155

⁶⁸ ÖGPP (2004)

⁶⁹ BMSG (2004), S.233-251

⁷⁰ MOOSLECHNER (1997), S.15

3.1.7 Einfluss auf die Gemeinschaft

Wiener Gemeinderatsabgeordnete

Das Altersspektrum der Wiener Gemeinderatsabgeordneten reicht von 21 bis 67 Jahren. Größte Gruppe sind die 41- bis 50-Jährigen. Zehn der 100 Wiener Gemeinderatsabgeordneten sind über 60 Jahre alt, nur vier sind unter 30 Jahre alt.

Grafik 3-2: Wiener Gemeinderatsabgeordnete nach Parteilzugehörigkeit und Altersgruppen

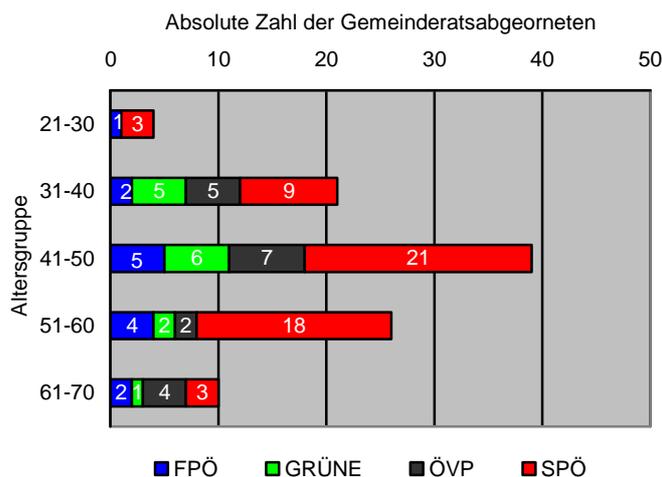


Tabelle 3-5: Wiener Gemeinderatsabgeordnete nach Parteilzugehörigkeit, Altersgruppen und Geschlecht

	FPÖ	GRÜNE	ÖVP	SPÖ	Gesamt
Gesamt	14	14	18	54	100
Altersgruppen					
21-30	1	0	0	3	4
31-40	2	5	5	9	21
41-50	5	6	7	21	39
51-60	4	2	2	18	26
61-70	2	1	4	3	10
Jüngste/r	21	32	34	28	21
Älteste/r	62	65	67	65	67
Frauen	2	10	6	23	41
Frauenanteil, %	14	71	33	43	41

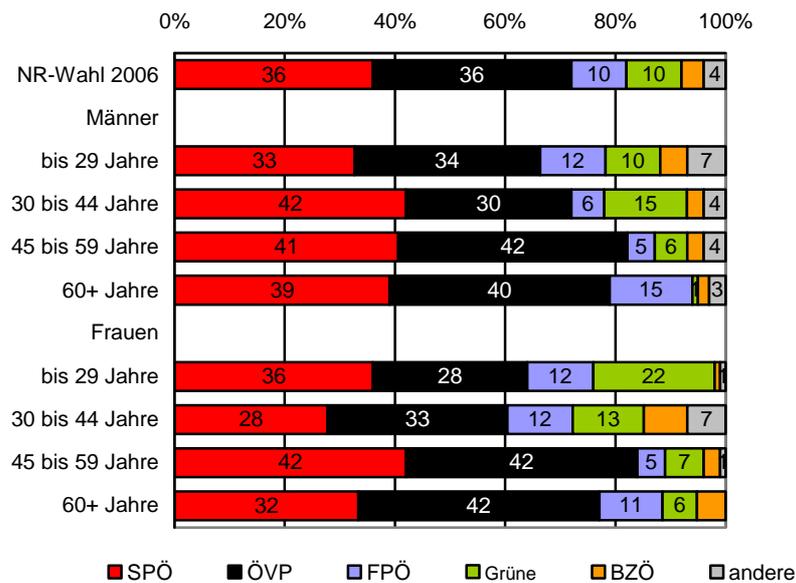
Quelle: [http://www.magwien.gv.at/advuew/internet/AdvPrSrv.asp?Layout=polstelle&HLayout= politikersuche&Type=K&STELLECD=1997031808394662](http://www.magwien.gv.at/advuew/internet/AdvPrSrv.asp?Layout=polstelle&HLayout=politikersuche&Type=K&STELLECD=1997031808394662)

Wahlverhalten älterer Menschen

In den vergangenen Jahren hat sich die politische Landschaft in Österreich – wie in vielen europäischen Ländern – grundlegend verändert. Nach drei Jahrzehnten des Regierens sozialdemokratischer Bundeskanzler in Österreich ging diese Ära im Jahr 2000 zu Ende. Wien wird jedoch seit Ausrufung der Republik im Jahr 1945 unverändert von der Sozialdemokratischen Partei (SPÖ) regiert. Die Alters- bzw. Generationenfrage spielt bei den politischen Entwicklungen der vergangenen Jahre eine nicht unbedeutende Rolle, wie beispielsweise nachfolgend an den Ergebnissen der Nationalratswahl 2006 zu erkennen ist.⁷¹

⁷¹ z.B. BAUER (2004).

Grafik 3-3: Wahlverhalten in Österreich: Nationalratswahl 2006 nach Alter und Geschlecht (Prozent der gültigen Stimmen)



Quelle: <http://www.sora.at/>

3.2 Wohnverhältnisse und Umwelt

3.2.1 Aspekte der Wohnverhältnisse

3.2.1.1 Eigentum oder Miete der Wohnung

Laut einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Jahr 2003 lebt ein Drittel der WienerInnen in Hauptmietwohnungen; diese stellen somit das häufigste Rechtsverhältnis dar – jedoch eher für unter 40-Jährige. Bei WienerInnen ab 60 Jahren ist die Gemeindewohnung die häufigste Wohnform (28 Prozent), gefolgt von Eigentumswohnungen und Hauptmieten. Genossenschaftswohnungen als Wohnform sind ebenfalls bei älteren WienerInnen häufiger als bei jüngeren.

Tabelle 3-6: Rechtsverhältnis der Wohnung in Wien 2003 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Hauptmiete	Eigentum (Wohnung, Haus)	Gemeinde- wohnung	Genos- schafts- wohnung	Untermiete	Sonstiges
	Prozent					
Gesamt	33	24	23	17	1	1
Altergruppen						
15 bis 19	42	25	22	9	1	1
20 bis 29	43	19	20	15	2	1
30 bis 39	37	18	23	20	1	1
40 bis 49	35	25	20	17	1	2
50 bis 59	29	28	24	17	1	1
60 bis 69	24	27	28	19	0	1
70+	31	26	27	14	0	2
Männer	34	24	24	16	1	1
15 bis 29	42	23	20	13	2	1
30 bis 45	38	19	23	17	1	2
46 bis 59	33	26	25	16	1	1
60+	27	38	27	17	0	2
Frauen	33	24	23	17	1	1
15 bis 29	44	19	21	13	2	1
30 bis 45	33	20	22	22	1	1
46 bis 59	29	30	21	16	1	2
60+	28	26	28	16	0	1

Quelle: IFES (2003), *Leben und Lebensqualität in Wien, Basis-Auswertung Band I, Tabelle f16.*

3.2.1.2 Wohnungskosten

Laut Selbstauskunft im Rahmen einer Bevölkerungsbefragung im Jahr 2003 zahlten 52 Prozent der WienerInnen bis zu 350 Euro für ihre Wohnung ohne Strom und Heizung (wobei der Anteil an Personen, die keine Angaben machten, mit 13 Prozent relativ hoch ist). Mit zunehmendem Alter wird der Anteil der Personen, die 350 Euro oder weniger zahlen, größer, was durch günstige Mietvereinbarungen (Friedenszins) und den stark gestiegenen Mieten in den letzten Jahren erklärbar ist. Frauen ab 70 Jahren wohnen häufiger in Wohnungen, die weniger als 350 Euro an Miete kosten als gleichaltrige Männer (67 vs. 56 Prozent); dies kann als eine Auswirkung geschlechtsspezifischer Einkommens- und Besitzverhältnisse verstanden werden.

Tabelle 3-7: Wohnungskosten (ohne Betriebskosten) in Wien 2003 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	bis 350 Euro	351 Euro und mehr	nichts, keine Angabe
	Prozent		
Gesamt	52	36	13
Altersgruppen			
15 bis 19	20	38	42
20 bis 29	47	42	11
30 bis 39	45	47	8
40 bis 49	48	41	11
50 bis 59	61	32	8
60 bis 69	63	25	12
70+	70	15	17
Männer	54	34	12
15 bis 29	38	38	24
30 bis 45	51	42	7
46 bis 59	58	35	7
60+	56	23	14
Frauen	52	34	14
15 bis 29	39	44	19
30 bis 45	41	49	10
46 bis 59	58	32	12
60+	67	16	15

Quelle: IFES (2003), *Leben und Lebensqualität in Wien, Basis-Auswertung Band I, Tabelle f18a.*

3.2.1.3 Ausstattung der Wohnung

Von den etwa 256.000 SeniorInnenhaushalten in Wien (ohne Personen, die in Seniorenheimen wohnen) sind rund 78.600 Haushalte in privaten Mietwohnungen angesiedelt, mehr als ein Viertel davon

sind Substandard-Wohnungen. Dem gegenüber sind die rund 77.400 in Gemeindewohnungen befindlichen Seniorenhaushalte zu 88 Prozent mit einem Kategorie-A-Standard versorgt.

Tabelle 3-8: Ausstattungskategorien der Wohnungen von Haushaltsvorständen ab 60 Jahren und älter in Wien 2004 nach Rechtsverhältnis

Haushaltsvorstand 60 Jahre und älter		Ausstattungskategorie				gesamt
		A	B	C	D	
Private Mietwohnung	absolut	52.900	1.900	3.400	20.500	78.600
	Prozent	68	2	4	26	
Eigentumswohnung, Eigenheim	absolut	44.800	0	800	1.200	46.800
	Prozent	95	0	2	3	
Gemeindewohnung	absolut	67.500	2.600	5.500	1.700	77.400
	Prozent	88	3	7	2	
Geförderte Mietwohnung	absolut	33.200	500	200	400	34.200
	Prozent	97	1	1	1	
Sonstige Wohnung	absolut	14.800	100	600	4.300	19.800
	Prozent	75	1	3	22	
gesamt	absolut	213.300	5.100	10.500	27.900	256.800
	Prozent	83	2	4	11	

Legende: Kategorie A: mindestens 30 qm Nutzfläche, Küche, Bad, WC, Heizung, Warmwasseraufbereitung; Kategorie B: Küche, Bad, WC; Kategorie C: WC, Wasserentnahmestelle; Kategorie D: Wasser oder WC sind nicht im Inneren der Wohnung

Quelle: Synthesis-Datenbank/Wohnen, Prognose 2005, Stand Oktober 2004.

Ein Vergleich der Altersgruppen unter 30, 30 bis 60 und ab 60 und mehr Jahren (Alter des Haushaltsvorstandes) hinsichtlich der Ausstattungskategorien zeigt, dass es hier kaum Altersunterschiede gibt: Mehr als 80 Prozent der Haushaltsvorstände aller Altersgruppen wohnen in Kategorie A-Wohnungen und zwischen 9 und 11 Prozent in Wohnungen der Kategorie D.

Ein Vergleich von AusländerInnen- mit InländerInnenhaushalten (definiert aufgrund der Nationalität des Haushaltsvorstandes) zeigt jedoch deutliche Unterschiede: Nur 76 Prozent der Haushalte mit AusländerInnen als Haushaltsvorstand verfügen über Kategorie A-Wohnungen, während es bei den InländerInnen 84 Prozent sind.

Tabelle 3-9: Ausstattungskategorien Wien 2004 nach Alter bzw. Nationalität (des Haushaltsvorstandes)

Altersgruppen, Nationalität		Wohnungskategorie				gesamt
		A	B	C	D	
Haushaltsvorstand unter 30 Jahren	absolut	48.800	2.500	2.800	5.400	59.400
	Prozent	82	4	5	9	
Haushaltsvorstand 30-60 Jahre	absolut	153.600	6.900	9.900	17.700	187.900
	Prozent	82	4	5	9	
Haushaltsvorstand 60+	absolut	213.300	5.100	10.500	27.900	256.800
	Prozent	83	2	4	11	
InländerInnenhaushalte gesamt	absolut	599.000	17.900	26.300	67.600	710.800
	Prozent	84	3	4	10	
AusländerInnenhaushalte gesamt	absolut	42.000	3.000	1.700	8.300	55.100
	Prozent	76	5	3	15	

Legende: Kategorie A: mindestens 30 qm Nutzfläche, Küche, Bad, WC, Heizung, Warmwasseraufbereitung; Kategorie B: Küche, Bad, WC; Kategorie C: WC, Wasserentnahmestelle; Kategorie D: Wasser oder WC sind nicht im Inneren der Wohnung

Quelle: Synthesis-Datenbank/Wohnen, Prognose 2005, Stand Oktober 2004.

Der überwiegende Teil der WienerInnen beheizt die eigene Wohnung mit **Gas**, **Fernwärme** oder **Strom**. Insgesamt nennen sechs Prozent der WienerInnen Öl als Heizmaterial; wobei der Anteil der Älteren mit 9 Prozent etwas über dem Durchschnitt liegt. Hingegen heizen Ältere etwas seltener mit Fernwärme als Jüngere.

Tabelle 3-10: Heizgelegenheit in der Wohnung in Wien 2003 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Gas	Fernwärme	elektrischer Strom	Öl	Koks, Kohle, Holz	keine Angabe
	Prozent					
Gesamt	50	33	7	6	2	1
Altersgruppen						
15 bis 19	41	41	9	3	2	4
20 bis 29	50	40	6	3	1	1
30 bis 39	47	41	5	5	2	1
40 bis 49	51	33	6	6	3	1
50 bis 59	53	28	8	9	2	1
60 bis 69	50	31	8	9	2	-
70+	57	19	13	7	3	1
Männer	50	33	8	6	2	1
15 bis 29	47	39	7	4	1	2
30 bis 45	47	37	7	6	2	1
46 bis 59	54	29	7	8	1	1
60+	55	25	11	7	2	1
Frauen	50	33	7	6	2	1
15 bis 29	47	41	7	2	1	2
30 bis 45	49	42	3	4	2	1
46 bis 59	52	28	8	8	3	1
60+	53	24	10	9	3	1

Quelle: IFES (2003), *Leben und Lebensqualität in Wien, Basis-Auswertung Band I, Tabelle f19.*

3.2.1.4 Art und Größe der Wohnung

Was die **Art der Wohnung** betrifft, wohnten laut Selbstauskunft im Rahmen einer Bevölkerungsbefragung in Wien aus dem Jahr 2003 52 Prozent der Befragten in Wohngebäuden mit bis zu dreißig Wohnungen und rund ein Drittel in Wohngebäuden mit mehr als dreißig Wohnungen. Lediglich acht Prozent der Befragten gibt an, in einem Ein- oder Zweifamilienhaus zu wohnen und sechs Prozent in einem Reihnhaus. 60- bis 69-Jährige wohnen häufiger in Wohngebäuden mit mehr als dreißig Wohnungen als Personen anderen Alters, und zwar betrifft dies vor allem Frauen.

Tabelle 3-11: Art der Wohnung in Wien 2003 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Wohngebäude mit bis zu 30 Wohnungen	Wohngebäude mit mehr als 30 Wohnungen	Ein-, Zweifamilienhaus	Reihnhaus
	Prozent			
Gesamt	52	34	8	6
Altersgruppen				
15 bis 19	53	31	9	6
20 bis 29	58	32	5	5
30 bis 39	54	33	9	6
40 bis 49	51	33	8	7
50 bis 59	50	33	10	7
60 bis 69	47	38	10	4
70+	51	36	9	3
Männer	53	33	8	6
15 bis 29	55	31	8	6
30 bis 45	56	32	6	6
46 bis 59	50	35	8	7
60+	50	35	11	4
Frauen	55	34	8	6
15 bis 29	58	32	5	5
30 bis 45	51	33	8	7
46 bis 59	50	32	11	7
60+	49	39	9	3

Quelle: IFES (2003), *Leben und Lebensqualität in Wien, Basis-Auswertung Band I, Tabelle f9.*

Hinsichtlich der **Wohnungsgröße** der eigenen Wohnung sind keine Unterschiede zwischen 30- bis 60-jährigen und den über 60-jährigen Haushaltsvorständen zu erkennen: Jeweils mehr als ein Drittel wohnten in Wohnungen zwischen 60 und 89 Quadratmeter. Lediglich bei den unter 30-Jährigen ist der Anteil jener, die in Wohnungen unter 44 Quadratmeter leben, etwas höher als bei den anderen beiden Altersgruppen.

Tabelle 3-12: Wohnungsgrößen in Wien 2004 nach Alter bzw. Nationalität (des Haushaltsvorstandes)

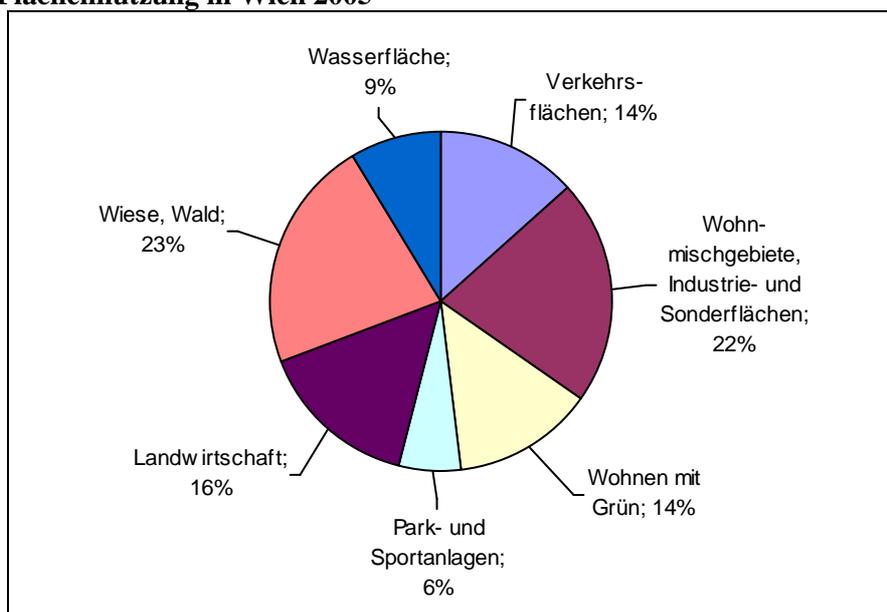
Altersgruppen, Nationalität		Wohnungsgröße in Quadratmetern					gesamt
		≤44	45-49	60-89	90-129	≥130	
Haushaltsvorstand unter 30 Jahren	absolut	16.200	15.700	19.100	7.100	1.500	59.600
	Prozent	27	26	32	12	3	
Haushaltsvorstand 30-60 Jahre	absolut	44.700	49.500	65.500	23.000	5.300	188.000
	Prozent	24	26	35	12	3	
Haushaltsvorstand 60+	absolut	65.200	67.600	88.500	28.400	7.000	256.700
	Prozent	25	26	34	11	3	
InländerInnenhaushalte gesamt	absolut	143.400	161.900	271.300	107.200	27.000	710.800
	Prozent	20	23	38	15	4	
AusländerInnenhaushalte gesamt	absolut	9.700	11.000	18.600	10.900	4.800	55.000
	Prozent	18	20	34	20	9	

Quelle: Synthesis-Datenbank/Wohnen, Prognose 2005, Stand Oktober 2004.

3.2.1.5 Zugang zu Grünflächen

Dass Wien zu Recht als „Grüne Stadt“ bezeichnet wird, ist unter anderem an der Flächenstatistik ersichtlich: Das Wiener Stadtgebiet von 41.490 Hektar besteht beinahe zur Hälfte aus Frei- und Erholungsräumen (18.851 Hektar), davon sind 15.709 Hektar landschaftliches Grün (Grüngürtel), 2.217 Hektar öffentliche Bundes- oder Stadt-Gartenanlagen und 1.925 Hektar Gewässer. Zudem gibt es wohnungsbezogenes Grün und private Gartenanlagen, die jedoch ungleichmäßig über das Stadtgebiet verteilt sind. Große Grünanlagen sind eher in den Cottagegebieten zu finden, die dicht bebauten Stadtgebiete mit geringen Wohnungsgrößen - wo vor allem einkommensschwache WienerInnen wohnen - verfügen über deutlich weniger Grünflächen.

Grafik 3-4: Flächennutzung in Wien 2005



STADT WIEN (2005), STEP 2005; S.183 (Abbildung 35).

Grün- und Freiräume im bebauten Stadtgebiet

Die Grünflächen des „dicht bebauten Stadtgebietes“ entsprechend dem Stadtentwicklungsplan 1994 (STEP 94) müssen den vielen unterschiedlichen Bedürfnissen der WienerInnen gerecht werden, was sich in den vielfältigen Nutzungsformen widerspiegelt, wie beispielsweise stadtteilgliedernde Grünzüge, historische Parkanlagen, Parks (Stadtteil- und Beseirparks), wohnungsbezogene Grünflächen, Sport- und Spielflächen, Grünanlagen von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen („Gesunde Gärten“), Plätze und Fußgängerzonen, Alleen, Gewässer, Friedhöfe und kleinräumig agrarisch genutzte Flächen.

In den vergangenen Jahren wurde in Wien zunehmend die **soziale Funktion der Grün- und Freiräume in bebauten Stadtgebieten** erkannt und entsprechende Projekte initiiert. Die Grundannahme dabei ist,

dass durch die Gestaltung einer Parkanlage nicht nur die Nutzungsmöglichkeiten, sondern auch die NutzerInnen vordefiniert werden. Dieser Annahme folgend wurden z.B. von der Wiener Leitstelle Alltags- und Frauengerechtes Planen und Bauen Projekte **der geschlechtssensiblen Parkgestaltung** durchgeführt, das heißt, in einem partizipativen Prozess wurden Mädchen direkt in die Parkgestaltung einbezogen und ihre Wünsche und Bedürfnisse konnten unter professioneller Anleitung zu Planungsvorschlägen verdichten werden. Solche Modellprojekte der Aneignung der Nutzung öffentlicher Räume könnten auch auf die Bedürfnisse älterer Menschen umgelegt werden.

Nahezu die Hälfte der Wiener Bevölkerung lebt in Stadtgebieten, die mindestens 500 Meter vom Grüngürtel oder den großen Grünanlagen des bebauten Stadtgebietes wie z. B. Augarten, Belvedere, Schweizergarten, Schönbrunn, Türkenschanzpark, Kongresspark entfernt sind. Eine Förderung der besseren Erreichbarkeit dieser Grünflächen ist erstrebenswert.

Andererseits verfügen laut eigenen Angaben im Rahmen einer Bevölkerungsbefragung in Wien im Jahr 2003 zwölf Prozent der Befragten über ein Wochenend- oder Sommerhaus und elf Prozent über einen Kleingarten oder Schrebergarten. Ältere Menschen, insbesondere die Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen, verfügt überdurchschnittlich häufig über Klein- und Schrebergärten.

Tabelle 3-13: Nutzung von Kleingärten, Schrebergärten, Wochenend- und Sommerhäusern in Wien 2003

Alter (Jahre)	Wochenendhaus, Sommerhaus	Kleingarten, Schrebergarten	Sonstiges, nichts davon
	Prozent		
Gesamt	12	11	77
Altergruppen			
15 bis 19	16	11	73
20 bis 29	12	8	80
30 bis 39	9	8	83
40 bis 49	12	10	78
50 bis 59	15	14	71
60 bis 69	14	17	69
70+	12	12	76
Männer			
15 bis 29	16	9	75
30 bis 45	10	9	81
46 bis 59	14	12	74
60+	16	16	68
Frauen			
15 bis 29	11	9	80
30 bis 45	10	9	81
46 bis 59	14	14	72
60+	10	13	77

Quelle: IFES (2003), *Leben und Lebensqualität in Wien, Basis-Auswertung Band I, Tabelle f24.*

3.2.1.6 Vorsorge für Wohnungsverbesserung

Die Stadt Wien fördert den Neubau von Wohnungen jährlich mit rund 250 Millionen Euro, ein im internationalen Vergleich hoher Betrag. Mit Hilfe dieser Unterstützung können **5.500 Wohnungen** die pro Jahr errichtet werden. Dadurch ist das Niveau der Mieten in Wien im Vergleich niedrig. Parallel dazu fördert die Stadt mit 200 Millionen Euro jährlich die **Sanierung von Wohnhäusern**, wodurch Wohnhäuser mit insgesamt 10.000 Wohnungen gefördert saniert werden können. Weiters werden mit Fördermitteln pro Jahr 570 Aufzüge saniert und 200 Aufzüge neu errichtet. Die im Jahr 2004 beschlossene **Novelle der Bauordnung**⁷² besagt, dass alle neu errichteten Wohnhäuser barrierefrei gebaut werden müssen. Darüber hinaus wurde in der Neubaurechtsverordnung mit Wirksamkeit 1. Dezember 2004 eine besondere **Förderung für die behinderten- und seniorInnengerechte Ausstattung von Wohnungen** geschaffen. Diese ermöglicht bei der Errichtung von Wohnungen und Heimplätzen eine Förderung von bis zu 75 Prozent für behinderten- und seniorInnengerechte Ausstattungselemente, z.B. für Notruftelefone, Zutrittskontrolle über das Zylinderschloss, rutschsichere Verfließung, bodengleiche Duschbereiche, Anhaltgriffe oder Behindertenplätze in der Tiefgarage.⁷³

⁷² <http://www.bauordnung.at/oesterreich/wien.php>

⁷³ Quelle: PID-Rathauskorrespondenz vom 08.06.2005; <http://www.wien.at/vtx/vtx-rk-xlink/>

3.2.1.7 Selbstbeurteilung der Qualität der eigenen Wohnung

Bei der Selbstbeurteilung der Qualität der eigenen Wohnung (nach dem Schulnotensystem) wird der Anschluss an den öffentlichen Verkehr am besten bewertet (Note 1,62), aber auch die Nähe der Wohnung zu Grünanlagen wird als gut beurteilt (1,90), ebenso wie die Größe der Wohnung (1,97). Die Preiswürdigkeit der Wohnung, die ruhige Lage und das Ansehen des Wohnviertels folgen auf den weiteren Rangplätzen. Die Größe der eigenen Wohnung, deren Preiswürdigkeit und der Anschluss an den öffentlichen Verkehr wird von älteren Menschen positiver beurteilt als von jüngeren.

Tabelle 3-14: Selbstbeurteilung der Qualität der eigenen Wohnung in Wien 2003 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Anschluss an öffentlichen Verkehr	Nähe zu Grünanlagen	Größe der Wohnung	Preiswürdigkeit	ruhige Lage	Ansehen des Wohnviertels
Mittelwerte (1 = sehr gut, bis 5 = sehr schlecht)						
Gesamt	1,62	1,90	1,97	2,08	2,25	2,33
Altersgruppen						
15 bis 19	1,63	1,85	2,02	2,23	2,09	2,29
20 bis 29	1,64	2,10	2,24	2,29	2,23	2,45
30 bis 39	1,73	1,90	2,17	2,17	2,21	2,37
40 bis 49	1,61	1,86	2,04	2,11	2,25	2,32
50 bis 59	1,63	1,89	1,82	1,96	2,29	2,32
60 bis 69	1,54	1,84	1,78	1,97	2,32	2,38
70+	1,53	1,86	1,65	1,87	2,30	2,16
Männer	1,67	1,95	2,04	2,08	2,27	2,38
15 bis 29	1,68	2,02	2,14	2,23	2,18	2,39
30 bis 45	1,71	1,98	2,21	2,16	2,27	2,37
46 bis 59	1,68	1,98	1,94	2,02	2,34	2,47
60+	1,58	1,82	1,79	1,90	2,27	2,31
Frauen	1,59	1,86	1,92	2,07	2,24	2,29
15 bis 29	1,60	2,00	2,19	2,32	2,19	2,40
30 bis 45	1,68	1,78	2,08	2,13	2,14	2,30
46 bis 59	1,55	1,83	1,78	1,99	2,28	2,23
60+	1,50	1,87	1,66	1,92	2,34	2,24

Quelle: IFES (2003), *Leben und Lebensqualität in Wien, Basis-Auswertung Band I, Tabelle f26.*

3.2.2 Zugang und Barrieren zu Gebäuden

3.2.2.1 Zugang zu öffentlichen Einrichtungen

Von den Einrichtungen, welche die WienerInnen in Ihrer Wohnumgebung besonders vermissen, steht der **Greißler** an vorderster Stelle: Rund ein Viertel der Befragten hätte gerne einen Greißler in der Nähe, und zwar wünschen sich dies Ältere häufiger als Junge. Insgesamt an zweiter Stelle der Wunschliste für Angebote in der näheren Wohnumgebung stehen **Abfallcontainer** für Biomüll, Metall und Plastik. Diese werden von Jüngeren häufiger gewünscht als von Älteren. Auf den weiteren Rängen folgen Städtische Büchereien, Polizeiwachzimmer, Postamt, Supermarkt, Krankenhaus, Apotheke und Praktische ÄrztInnen. Immerhin 45 Prozent der Befragten wünschen sich keine weiteren Einrichtungen in ihrer Wohnumgebung. Ältere Menschen sind häufiger wunschlos zufrieden als jüngere.

Tabelle 3-15: Mangel an Einrichtungen in der Wohnunggebung in Wien 2003 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Greißler	Abfall- container (Bio, Metall, Plastik)	Städtische Bücherei	Polizei- wach- zimmer	Postamt	Super- markt	Kranken- haus	Apotheke	Praktische/r ÄrztIn	nichts/ keine Antwort
	Prozent									
gesamt	25	17	13	13	11	10	8	6	4	45
Altersgruppen										
15 bis 19	16	14	22	11	11	8	20	8	8	41
20 bis 29	18	23	20	10	10	9	14	8	6	41
30 bis 39	24	22	15	10	10	11	8	6	5	44
40 bis 49	25	17	12	10	10	10	7	6	5	46
50 bis 59	31	15	9	11	11	10	5	5	3	48
60 bis 69	28	15	10	10	10	10	6	5	3	49
70+	29	11	8	12	12	12	6	6	3	47
Männer	24	17	12	12	10	8	9	5	5	46
15 bis 29	17	19	20	11	9	7	18	8	7	42
30 bis 45	24	20	13	9	10	8	7	5	5	46
46 bis 59	31	14	9	13	11	8	6	5	4	48
60+	25	13	8	18	10	8	6	5	3	49
Frauen	26	17	13	13	11	12	8	6	4	45
15 bis 29	18	21	21	10	12	10	14	8	6	39
30 bis 45	25	20	15	10	11	13	8	7	5	43
46 bis 59	28	16	10	13	10	12	5	6	3	48
60+	31	13	9	17	12	13	5	6	3	47

Quelle: IFES (2003), *Leben und Lebensqualität in Wien, Basis-Auswertung Band I, Tabelle f35.*

Barrierefreie ÄrztInnenpraxen in Wien

Mobilität ist eine Grundvoraussetzung für gesellschaftliche Integration. Als mobilitätsbehindert gelten insbesondere bewegungsbehinderte Menschen (Behinderung im Gehen, Stehen, Greifen, Mehrfachbehinderung, Oberkörperbehinderte), wahrnehmungsbehinderte Menschen (Blinde, Sehbehinderte, Gehörlose, Hörbehinderte), sprachbehinderte Menschen, Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung, aber auch ältere Menschen, werdende Mütter, Kinder, Personen mit vorübergehenden Unfallfolgen oder Beeinträchtigungen nach Operationen.⁷⁴

In Österreich gibt es zwar seit 1994 **Planungsgrundsätze für barrierefreies Bauen**, die in der Ö-NORM B 1600 „Barrierefreies Bauen – Planungsgrundsätze“ zusammen gefasst sind, diese sind jedoch nicht verbindlich (z.B. zumindest der Haupteingang muss stufenlos erreichbar sein, Niveauunterschiede dürfen nicht mehr als drei Zentimeter betragen, Hauptstiegen müssen beidseitig mit einem Handlauf versehen sein, öffentliche Baulichkeiten müssen mit einem behindertengerechten WC-Raum ausgestattet sein).

Der Wiener Landtag hat im Dezember 2000 in einer **Novelle der Bauordnung** beschlossen, dass bei allen Neubauten barrierefreier Zugang in die Gebäude und die Bewegung innerhalb der Gebäude gewährleistet sein muss – für Rollstuhlfahrer, aber auch für ältere und gebrechliche Menschen sowie Eltern, die mit Kinderwagen unterwegs sind. Die wichtigsten Änderungen der Novelle sind: Erstens muss der **Zugang zu Arztpraxen und Ambulanzen** auch dann barrierefrei gewährleistet sein, wenn diese nicht im Erdgeschoß liegen. Zweitens müssen Kinderspielplätze, Räume zum Abstellen von Kinderwagen oder Fahrrädern, Gemeinschaftsräume, Waschküchen und Saunaräume **vom Hauseingang her** möglichst barrierefrei erreichbar sein. Andernfalls müssen Aufzüge, Rampen oder Aufstieghilfen sicherstellen, dass körperbehinderte Menschen diese Räume ohne fremde Hilfe erreichen können. Die dritte Verbesserung betrifft den **Zugang zu Garagen**: Jede Garage mit mehr als dreißig PKW-Stellplätzen muss über einen Behinderteneinstellplatz verfügen, für je fünfzig weitere Stellplätze muss ein zusätzlicher Behindertenstellplatz gebaut werden. Darüber hinaus muss jede Garage mit mehr als 300 PKW-Stellplätzen über einen Aufzug oder Aufstieghilfen erreichbar sein.

Im Rahmen der 58. ASVG-Novelle vom August 2001 ist ein Gesetz in Kraft getreten, das einen **behinderten- und altengerechten Zugang zu Gruppenpraxen** vorschreibt, demnach Gruppenpraxen spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen enthalten und die Mindeststandards der

⁷⁴ BMSG (2003), S.48

ÖNORM B 1600 „Barrierefreies Bauen“ sowie der ÖNORM B 1601 „Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen“ umsetzen müssen.

Bundesweite Ist-Stand-Erhebung zur Barrierefreiheit der ÄrztInnenpraxen

Veranlasst durch das Jahr der Behinderung 2003 hat der Österreichische Hauptverband der Sozialversicherungsträger gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (ÖAR) und dem Dachverband der Vereinigung zur Vertretung der Interessen behinderter Menschen in allen Bundesländern eine Ist-Stand-Erhebung der barrierefreien Ausstattung von ÄrztInnenpraxen der österreichischen VertragsärztInnen durchgeführt.⁷⁵ Den Ergebnissen der Erhebung zufolge sind barrierefreie WC-Anlagen, Parkplätze und stufenlose Zugänge in Wiener ÄrztInnenpraxen deutlich seltener als in Praxen in den Bundesländern.

Tabelle 3-16: Barrierefreiheit in den österreichischen ÄrztInnenpraxen 2003 nach Bundesländern

Maßnahmen	gesamt	Wien	Nieder- österreich	Burgen- land	Ober- österreich	Salz- burg	Steier- mark	Kärnten	Tirol	Vorarl- berg
	Prozent									
Hörverstärker	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
Taktile Schilder	14	16	14	17	15	11	10	13	15	15
WC-Anlagen	19	12	19	25	20	23	20	25	23	23
Parkplatz	31	17	27	35	40	33	35	45	43	38
Stufenlos	55	46	52	57	64	56	54	62	65	67
Türklingelhöhe	76	75	73	63	80	73	71	74	82	80
Breite Türen	92	86	93	95	96	90	92	94	93	93
Fax, E-mail	88	84	88	90	88	88	90	87	88	88
Schilderhöhe	89	86	91	90	92	89	85	88	90	92

Quelle: STOWASSER (2004); S.192ff.

3.2.2.2 Zugang zum öffentlichen Raum

In Wien wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Maßnahmen zur Ermöglichung der freien Nutzung des öffentlichen Raums auch für körperlich beeinträchtigte Personen gesetzt. Viele dieser Maßnahmen wurden in Zusammenarbeit mehrerer Abteilungen der Stadt Wien erarbeitet und umgesetzt, wobei es auch zu einem interdisziplinären Austausch zwischen Gesundheits-, Stadtentwicklungs- und VerkehrsexpertInnen kam.

In ganz Wien wurden **Blinden- und Sehbehindertenleitsysteme**, d.h. akustische und taktile Hinweise, eingerichtet. Damit sehbehinderte oder blinde FußgängerInnen Kreuzungen sicher überqueren können, sind an zahlreichen Ampeln **akustische Signale** zur Hilfestellung installiert, wobei "Auffindungssignale" den Standort der Ampel angeben und "Freigabesignale" zur Anzeige der Fußgänger-Grünphase dienen. Tastbare Informationsschilder an den Anmeldekästchen der Ampelständer informieren über die Anzahl der zu überquerenden Fahrstreifen.

Taktile Leitsysteme, wie z.B. Bodenleitstreifen und Bodenplatten sind mit einem Langstock oder den Füßen ertastbar. In den U-Bahn-Stationen sind sieben bis neun Bodenleitstreifen entlang der Bahnsteige angebracht. An wichtigen Punkten und vor Rolltreppen befinden sich schachbrettartige Markierungen. Gerillte und genoppte Bodenplatten dienen als "Aufmerksamkeitsfelder" und signalisieren das Ende des Gehsteiges oder eine Richtungsänderung.

Im Jahr 2003 wurden von der Wiener Straßenverwaltung (MA 28) in Wien rund 630 **Gehsteigabsenkungen** durchgeführt. Im Bezirk Josefstadt konnten bereits alle wichtigen Fußgängerquerungen behindertengerecht abgesenkt werden. In den anderen Bezirken Wiens sind mehr als zwei Drittel aller Fußgängerquerungen barrierefrei ausgeführt. Seit 1988 arbeiten alle Bezirke mit Hilfe eines besonderen Finanzierungsprogramms und unter Mitwirkung der MA 28 konsequent an der flächendeckenden Umsetzung von Gehsteigabsenkungen in Kreuzungsbereichen und an Fußgängerübergängen.

Aktivitäten zur **Baustellenabsicherung** (entsprechend ÖNORM V 2104) wurden gesetzt, wie z.B. Absperrungen von Baustellen aus festem Material anstelle von bloßen Absperrbändern oder das Errichten von Ersatzgehsteigen mit Abgrenzung zur Fahrbahn und einer Rampe für RollstuhlfahrerInnen.⁷⁶

⁷⁵ STOWASSER (2004), S.192ff

⁷⁶ <http://www.wien.gv.at/verkehr/organisation/pdf/folder.pdf>

Das **Projekt ALT.MACHT.NEU** ist ein Beispiel für ein regionales Projekt auf Bezirksebene (Rossau, 9. Wiener Gemeindebezirk), das sich mit dem Identifizieren und Beheben eingeschränkter Bewegungsfreiheit älterer Menschen im öffentlichen Raum auseinandersetzt. Ein halbes Jahr lang waren die ursprünglichen ProjektbetreiberInnen, eine Gruppe von StudentInnen, mit SeniorInnen aus dem PensionistInnen-Wohnhaus Seegasse in der Rossau unterwegs, um den öffentlichen Raum zu erkunden und störende Hindernisse ausfindig zu machen. Es entwickelte sich eine engagierte Gruppe von SeniorInnen, die in Workshops einen Ideenkatalog erarbeitete, wie die Rossau den Bedürfnissen älterer Menschen besser angepasst werden könne. Die AGENDA 21 am Alsergrund hat das Projekt nach seinem Abschluss weiter begleitet und regelmäßige Treffen veranstaltet, die sich z.B. um einen barrierefreien Zugang zum nächstgelegenen Supermarkt bemühen. VertreterInnen aus Politik und Verwaltung wurden zur Besichtigung der Geschäftseingänge und Entwicklung von Lösungsvorschlägen eingeladen. Die Fußgängerbeauftragte der Stadt Wien und VertreterInnen der zuständigen Magistratsabteilungen diskutierten mit dem Betreiber der Supermarktfiliale die Vorschläge, wobei mehrere praktikable Varianten erarbeitet werden konnten. Als nächster Schritt ist geplant, dass der Supermarktbetreiber einen Detailplan vorlegt, der mit Unterstützung des Bezirks und des Magistrats realisiert werden soll (Stand Juli 2005).⁷⁷

3.2.3 Transportmittel und Verkehrsteilnahme

3.2.3.1 Zugang zu öffentlichen Transportmitteln

Als Beitrag zum "Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderung 2003" hat das Ressort „Stadtentwicklung und Verkehr“ der Stadt Wien die Ausstellung "**barriere frei! - stadt ohne hindernisse?**" organisiert⁷⁸. Die Ausstellung hat die vielfältigen Hindernisse im öffentlichen Raum aufgezeigt und folgende Ideen und Maßnahmen zu ihrem Abbau vorgestellt:

Nahezu alle **U-Bahn-Stationen** in Wien wurden mit **Liften** ausgestattet, welche über taktile Tasten und verbale Ankündigungen mittels Tonband verfügen und dadurch auch für blinde Menschen nutzbar sind. An allen U-Bahn-Stationen sind mittlerweile auch Blindenleitsysteme eingerichtet.

Wiener Busse, Straßenbahnen und U-Bahnen wurden mit sicheren **Einstiegen** versehen. Rund 200 Niederflurbusse hat die Stadt Wien in den vergangenen Jahren mit "Klapprampen" nachgerüstet, deren Einbau bei neuen Bussen bereits serienmäßig erfolgt. Mit der Niederflur-Straßenbahn ULF steht den Fahrgästen ein Verkehrsmittel mit der weltweit niedrigsten Einstiegshöhe von 19 Zentimeter zur Verfügung (welche im Bedarfsfall sogar noch auf 10 Zentimeter verringert werden kann). Auch der neue U-Bahn-Wagen hat barrierefreie Einstiege, das heißt der Spalt zwischen Bahnsteig und Waggon wurde erheblich verringert und bei den Einstiegen hinter dem Fahrerstand sowie am Ende des Zuges gibt es die so genannten Mehrzweckabteile mit ausfahrbaren Rampen, die den Spalt vollständig überbrücken. Alle neuen Fahrzeuge der Wiener Linien haben optische und akustische Stationsanzeigen für seh- und hörbehinderte Menschen.

3.2.3.2 Besitz eines Autos

Die Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen verfügt von allen Altersgruppen am häufigsten über ein eigenes Auto im Haushalt (58 Prozent). Ab dem 70. Lebensjahr wird der Autobesitz deutlich geringer: In dieser Altersgruppe geben nur 40 Prozent an, ein Auto im Haushalt zur Verfügung zu haben, und zwar Frauen deutlich seltener als Männer.

⁷⁷ <http://www.agenda21.or.at/>

⁷⁸ <http://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/barrierefrei/index.htm>

Tabelle 3-17: Vorhandsein eines PKWs im Haushalt in Wien 2003 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	ein PKW	kein PKW	zwei oder mehrere PKW
	Prozent		
gesamt	54	28	18
Altergruppen			
15 bis 19	52	16	31
20 bis 29	52	28	20
30 bis 39	58	22	20
40 bis 49	56	20	24
50 bis 59	55	21	21
60 bis 69	58	30	12
70+	40	56	4
Männer	58	22	21
15 bis 29	50	23	27
30 bis 45	60	19	20
46 bis 59	56	21	24
60+	63	24	13
Frauen	51	33	17
15 bis 29	55	25	21
30 bis 45	56	22	22
46 bis 59	54	25	22
60+	39	56	5

Quelle: IFES (2003), *Leben und Lebensqualität in Wien, Basis-Auswertung Band I, Tabelle f82.*

3.2.3.3 Andere Transportmöglichkeiten

Die tägliche oder sehr häufige Nutzung **öffentlicher Verkehrsmittel** liegt insgesamt bei 57 Prozent. Unter 20-Jährige und über 70-Jährige nutzen überdurchschnittlich häufig öffentliche Verkehrsmittel, wobei Frauen in beiden dieser Altersgruppen häufiger sind als Männer. Die tägliche oder sehr häufige Nutzung des **Fahrrades** berichten insgesamt 21 Prozent der Befragten, aber auch unter den 50- bis 59-Jährigen benutzt eine Viertel das Fahrrad sehr häufig, ältere Frauen jedoch deutlich seltener als gleichaltrige Männer. Insgesamt jedoch ist die Nutzung des Fahrrades bei jüngeren Befragten häufiger als bei älteren.

Tabelle 3-18: Tägliche/sehr häufige Nutzung von Verkehrsmitteln in Wien 2003 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Öffentliche Verkehrsmittel	Auto als FahrerIn	Auto als MitfahrerIn	Fahrrad	Moped, Motorrad
	Prozent				
Gesamt	57	42	15	21	3
Altergruppen					
15 bis 19	92	11	42	29	3
20 bis 29	68	43	19	23	5
30 bis 39	52	53	14	24	5
40 bis 49	53	51	12	23	3
50 bis 59	50	48	13	20	2
60 bis 69	52	41	13	19	1
70+	58	20	9	7	-
Männer	51	53	10	23	5
15 bis 29	73	40	23	28	7
30 bis 45	43	62	7	25	7
46 bis 59	45	58	6	22	3
60+	47	47	7	19	1
Frauen	63	33	19	18	1
15 bis 29	80	25	29	22	2
30 bis 45	59	44	16	25	1
46 bis 59	58	39	19	19	1
60+	60	19	14	8	-

Quelle: IFES (2003), *Leben und Lebensqualität in Wien, Basis-Auswertung Band I, Tabelle f80; Mehrfachantworten.*

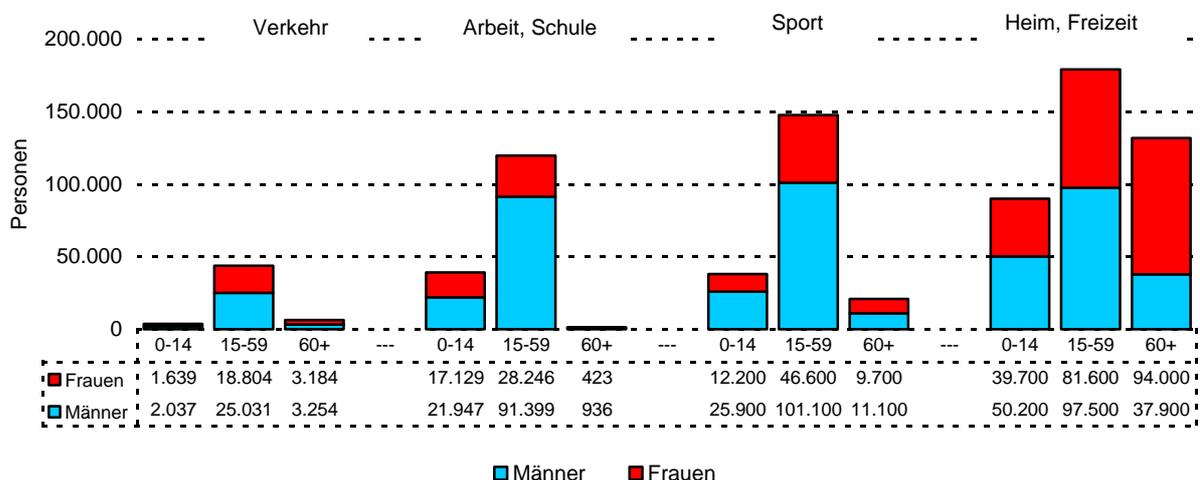
3.2.3.4 Aspekte der Sicherheit

Ältere Menschen ab 60 Jahren haben deutlich seltener Unfälle im Straßenverkehr, am Arbeitsplatz und beim Sport als jüngere, relativ häufig aber sind Unfälle in Heim und Freizeit. Nur rund jeder zehnte Sport- oder Verkehrsunfall geht zu Lasten der 60-Jährigen und Älteren, aber etwa ein Drittel der

Heim- und Freizeitunfälle- Besonders betroffen sind ältere Frauen: mehr als zwei Drittel der Heim- und Freizeitunfälle von 60-Jährigen und Älteren betreffen Frauen.

In Wien sind im Jahr 2005 113.200 von 821.500 Unfällen in ganz Österreich passiert, das sind 13,8 Prozent. Besonders Sportunfälle sind in Wien deutlich seltener als im gesamten Bundesgebiet: nur rund 8 Prozent der Unfälle in Wien sind Sportunfälle, während im gesamten Bundesgebiet jeder vierte Unfall ein Sportunfall ist.

Grafik 3-5: Unfälle in Österreich 2005 nach Lebensbereichen, Alter und Geschlecht



Quelle: INSTITUT SICHER LEBEN (2006), Freizeitunfallstatistik 2005.

Ein großer Teil der befragten WienerInnen fühlen sich in ihrer **Wohnumgebung** sicher, was Belästigungen auf der Straße, verfolgt Werden bei Nacht oder Überfälle auf der Straße betreffen. Hinsichtlich Wohnungseinbrüchen und Autodiebstahl, -einbruch ist das Sicherheitsgefühl jedoch eingeschränkt. Ältere Menschen fühlen sich in vielen Bereichen tendenziell weniger sicher als jüngere.

Tabelle 3-19: Gefühl der Sicherheit in der eigenen Wohnumgebung in Wien 2003 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Wie sicher fühlen Sie sich ...					
	vor Belästigung auf der Straße	vor Verfolgtwerden bei Nacht	vor Überfällen auf der Straße	insgesamt vor Kriminaldelikten	vor Wohnungseinbruch	Vor Autodiebstahl, -einbruch
gesamt	1,94	1,95	1,96	2,01	2,14	2,28
Altersgruppen	Mittelwerte (1 = sehr sicher, bis 5 = gar nicht sicher)					
15 bis 19	2,08	2,16	1,97	1,93	1,77	2,03
20 bis 29	2,01	1,95	1,87	1,95	2,06	2,29
30 bis 39	1,93	1,89	1,85	1,98	2,16	2,39
40 bis 49	1,88	1,88	1,85	1,94	2,20	2,35
50 bis 59	1,91	1,92	1,97	1,99	2,23	2,32
60 bis 69	1,94	1,96	2,10	2,10	2,19	2,32
70+	1,96	2,09	2,22	2,14	2,12	1,96
Männer	1,84	1,72	1,81	1,94	2,08	2,28
15 bis 29	1,80	1,65	1,70	1,80	1,86	2,12
30 bis 45	1,79	1,64	1,72	1,91	2,10	2,35
46 bis 59	1,90	1,79	1,88	1,98	2,20	2,37
60+	1,86	1,81	1,99	2,06	2,12	2,23
Frauen	2,03	2,16	2,08	2,06	2,19	2,28
15 bis 29	2,25	2,37	2,11	2,08	2,05	2,28
30 bis 45	1,98	2,09	1,93	2,00	2,21	2,36
46 bis 59	1,95	2,05	2,04	2,01	2,29	2,35
60+	2,00	2,18	2,28	2,16	2,18	2,09

Quelle: IFES (2003), Leben und Lebensqualität in Wien, Basis-Auswertung Band I, Tabelle f75

3.2.4 Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Menschen in der Städteplanung

Die Bedürfnisse älterer Menschen in der Städteplanung haben seit einigen Jahren vermehrt Aufmerksamkeit erlangt. Konkrete Maßnahmen im Bereich des Wohnens wurden für Ältere im Wiener Stadtentwicklungsplan festgeschrieben. Der **Wiener Stadtentwicklungsplan 2005 (STEP 05)**⁷⁹ ist das Kernstück der Wiener Stadtplanung und -entwicklung und legt den zukünftigen Ausbau der Stadt fest. Er zeichnet die Verteilung von Bauland und Grünland vor, weist Entwicklungsgebiete aus und setzt diese mit der übergeordneten Verkehrsinfrastruktur (U-Bahn, S-Bahn, Straßenbahn und hochrangiges Eisenbahn- und Straßennetz) in Beziehung. Dem STEP 05 liegen die Grundsätze und Prinzipien Lebensqualität, Nachhaltigkeit, Partizipation, Gender Mainstreaming und Diversität zugrunde, die auch Basis für Handlungsempfehlungen und Maßnahmen sind.

Eine Maßnahme des STEP 05 besteht im **altersfreundlichen Planen und Bauen** mit dem Ziel, ein selbst bestimmtes Leben im Alter zu ermöglichen. Dazu gehört zum einen, die Wahl zu haben, in welcher Wohnform man im Alter leben will, zum andern die Möglichkeit, im Alter auch mit körperlichen Einschränkungen in der vertrauten Umgebung wohnen zu können. Barrierefreiheit und seniorengeeignete Ausstattung sollen daher Standard bei Neu- um Umbauten werden.

Eine weitere Maßnahme, die der STEP 05 für ältere Menschen in Wien vorsieht, ist die **Entwicklung neuer Wohnformen**. Um dem Anspruch gesunden und selbst bestimmten Alterns gerecht zu werden, sollen die traditionellen Alten- und Pflegeheime durch neue, bedarfsgerechte Wohnformen ergänzt und abgelöst werden. Beispiele dafür sind Wohn- und Hausgemeinschaften mit zum Teil intergenerationellen Wohnmöglichkeiten, Gemeinschaftseinrichtungen bzw. Gemeinschaftsservices sowie mit unterschiedlichen Betreuungsmodellen. Eine enge Vernetzung mit dem Stadtteil soll zu mehr Mobilität und Integration älterer Menschen beitragen.

Eine aktuelle, von einem transdisziplinären Team erstellte Studie⁸⁰ zum Thema „**Sicherung der Lebensqualität im Alter**“, die in Kooperation zwischen der Magistratsabteilung für Stadtentwicklung und Stadtplanung (MA 18) und der Bereichsleitung für Sozial- und Gesundheitsplanung der Stadt Wien entstanden ist, definierte auf Basis des Stadtentwicklungsplans die für die Sicherung der Gesundheit von älteren Menschen relevanten Aspekte. Eine Dokumentation vorhandener Fachliteratur, die Analyse des Handlungsbedarfs und die Vorschläge für zukünftige Handlungsstrategien beziehen sich auf die Schwerpunkte Gesundheit, Soziales, Verkehr, öffentlicher Raum / Grün- und Freiraum, öffentlicher Raum / Quartier und nimmt weiters Bezug auf die besondere Situation älterer MigrantInnen. Darauf aufbauend wurde im Jahr 2006 in Kooperation mit der Geschäftsgruppe Gesundheit und Soziales das Pilotprojekt „**sALTO – gut & selbst bestimmt älter werden im Stadtteil**“⁸¹ gestartet, in dem in zwei Wiener Grätzln modellhaft Maßnahmen erprobt werden (siehe auch 2.1.2.1).

3.3 Arbeit und Berufstätigkeit

3.3.1 Erwerbstätigkeit

In Wien lag die Erwerbsquote (einschließlich geringfügiger Erwerbstätiger) der Männer 2001 bei 81,8, jene der Frauen bei 75,4 Prozent. (In Entsprechung zum gesetzlichen Pensionsalter in Österreich ist hier der Anteil der erwerbstätigen Männer an der 15- bis 64-jährigen männlichen Wohnbevölkerung bzw. der Anteil der erwerbstätigen Frauen an der 15- bis 59-jährigen weiblichen Wohnbevölkerung ausgewiesen).

⁷⁹ <http://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/step/>

⁸⁰ FEIGELFELD, FEUERSTEIN (2005)

⁸¹ <http://www.saltowien.at>

Tabelle 3-20: Kennziffern zur Erwerbstätigkeit in Wien 1991 und 2001 nach Geschlecht

Kennziffern zur Erwerbstätigkeit	Männer			Frauen		
	1991	2001	2001	1991	2001	2001
	Lebensunterhaltskonzept*		inkl. geringfügig erwerbstätig**	Lebensunterhaltskonzept*		inkl. geringfügig erwerbstätig**
Gesamtbevölkerung	714.525	731.344	731.344	825.323	818.779	818.779
Erwerbspersonen	420.411	423.942	434.506	354.059	365.842	382.526
Erwerbstätige zusammen	381.923	371.848	383.744	320.624	327.757	345.901
Vollzeit***	377.599	365.516	378.255	264.972	261.308	259.049
Teilzeit****	11.484	17.175	17.522	55.652	66.449	66.646
Geringfügige*****			11.996			20.206
Arbeitslose	38.488	52.094	50.762	33.435	38.085	36.625
Allgemeine Erwerbsquote (ohne Alterseinschränkung)	58,8	58,8	59,4	42,9	44,7	46,7
Erwerbsquote 15-64 Jahre	81,1	80,1	81,8	66,0	66,8	69,6
Erwerbsquote 15-59 Jahre	-	-	-	71,3	72,6	75,4

* Erwerbstätig nach dem Lebensunterhaltskonzept sind Personen, die einer bezahlten Tätigkeit von mindestens 12 Wochenstunden nachgehen (Selbständige und mithelfende Familienangehörige, Präsenz- und Zivildienere sowie KarenzurlauberInnen eingeschlossen). Personen mit geringfügiger Beschäftigung (unter 12 Wochenstunden) sind hier nicht eingerechnet.

** Nur 2001: Erwerbstätige mit einer Arbeitszeit von 1 bis 11 Wochenstunden.

*** Erwerbstätige und Arbeitslose.

**** Einschließlich Präsenz-, Zivildienst, Elternkarenz.

***** Als Teilzeit galt 2001 eine wöchentliche Arbeitszeit von 12 bis 31 Stunden, 1991 von 12 bis 32 Stunden.

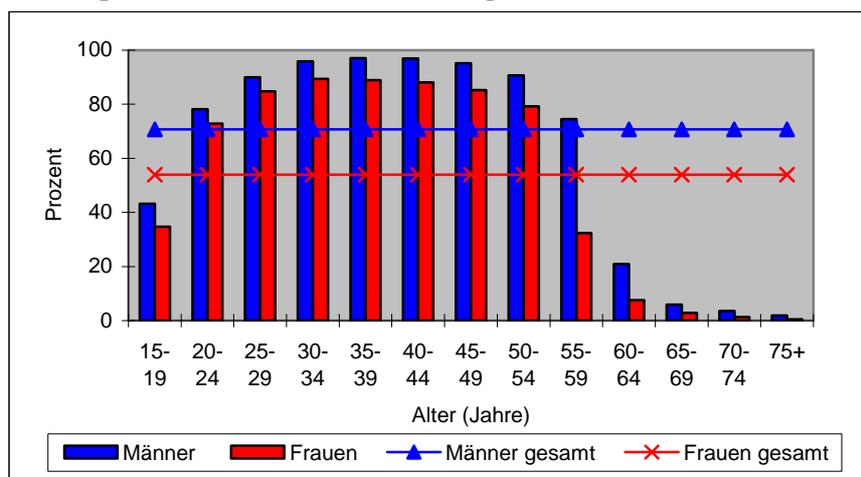
Quelle: Volkszählung 1991 und 2001; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2004a), S.10.

Seit dem Jahr 2001 ist die Erwerbsquote der Frauen in Wien weiter gestiegen. Für das Jahr 2004 weist das Arbeitsmarktservice für Wien eine Erwerbsquote der Männer von 79,0 Prozent und der Frauen von 78,6 Prozent aus. In Wien ist die Erwerbsquote der Frauen deutlich höher als im gesamten Bundesgebiet (Männer: 80,4 Prozent; Frauen 69,2 Prozent).⁸² Allerdings spielt insbesondere bei Frauen, Teilzeitbeschäftigung ebenso wie geringfügige Beschäftigung eine zunehmend bedeutsamere Rolle.

Die Erwerbsquote der 50- bis 55-Jährigen lag in Wien im Jahr 2001 bei den Männern bei 70,7 Prozent, bei den Frauen bei 32,4 Prozent. In den darauf folgenden Altersgruppen nehmen die Erwerbsquoten stark ab. So lag die Erwerbsquote der 55- bis 60-Jährigen bei den Männern nur mehr bei 20,9 Prozent und bei den Frauen bei 7,6 Prozent. Unter den 60- bis 65-Jährigen verringert sie sich bei den Männern auf 5,9 Prozent und bei den Frauen auf 2,8 Prozent. Von den 65- bis 70-Jährigen sind nur mehr 3,5 Prozent der Männer und 1,3 Prozent der Frauen erwerbstätig.

⁸² ARBEITSMARKTSERVICE (AMS), Arbeitsmarktprofile 2004; <http://www.ams.or.at/>. Erwerbstätige laut Fortschreibung der Erwerbstätigen. Erwerbsquote Frauen: erwerbstätige Frauen in Prozent der 15- bis 59-jährigen weiblichen Wohnbevölkerung; Erwerbsquote Männer: erwerbstätige Männer in Prozent der 15- bis unter 65-jährigen männlichen Wohnbevölkerung.

Grafik 3-6: Erwerbsquoten der Wiener Bevölkerung 2001 nach Alter und Geschlecht



Erwerbsquote: Erwerbspersonen (Berufstätige, einschließlich geringfügiger Erwerbstätigkeit und Arbeitslose) je 100 EinwohnerInnen der jeweiligen Gruppe.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Direktion Volkswirtschaft und MA 66; zitiert nach STADT WIEN (Hrsg.) (2003a), S.28.

3.3.2 Arbeitslosigkeit

Im Jahr 2004 waren in Wien 82.025 Personen beim Arbeitsmarktservice als arbeitslos vorgemerkt. 21,7 Prozent (17.766 Personen) waren 50 Jahre oder älter. Die Arbeitslosenquote, d.h. der Anteil der als arbeitslos vorgemerkten Personen an den Erwerbspersonen (unselbständig Beschäftigte und Arbeitslose) ist bei den 50-Jährigen und Älteren mit 11,4 Prozent deutlich höher als in der Gesamtbevölkerung (9,8 Prozent). Dies trifft für beide Geschlechter zu.

Tabelle 3-21: Arbeitslosigkeit in Wien und Österreich 2004 (Jahresdurchschnitt) nach Alter und Geschlecht

Alter (vollendete Jahre)	Wien					Österreich				
	Arbeitslose		Arbeitslosenquote*			Arbeitslose		Arbeitslosenquote*		
	absolut	Prozent	gesamt	Männer	Frauen	absolut	Prozent	gesamt	Männer	Frauen
15 bis 18	959	1,2	3,5	3,3	3,7	4.477	1,8	2,4	1,9	3,1
19 bis 24	8.315	10,1	12,0	15,7	8,8	34.271	14,1	9,8	11,2	8,5
25 bis 39	33.448	40,8	9,6	10,7	8,4	97.361	39,9	7,0	7,2	6,7
40 bis 49	21.538	26,3	9,2	10,7	7,6	61.673	25,3	6,5	6,9	5,9
50 und älter	17.766	21,7	11,4	13,5	8,8	46.099	18,9	8,3	8,9	7,4
gesamt	82.025	100	9,8	11,4	8,1	243.880	100	7,1	7,5	6,6

* Vorgemerkte arbeitslose Personen in Prozent der unselbständig Beschäftigten plus arbeitslose Personen.

Quelle: ARBEITSMARKTSERVICE, Arbeitsmarktdaten 2004; www.ams.or.at

3.3.3 Diskriminierung am Arbeitsplatz aufgrund des Alters

Die Europäische Union hat im Jahr 2000 eine Richtlinie zur Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf erlassen, die unter anderem ein Verbot der Diskriminierung aufgrund des Alters vorsieht. Österreich hat die Richtlinie im neuen Gleichbehandlungsgesetz umgesetzt, das 2004 in Kraft getreten ist (GIBG, BGBl I 66/2004).⁸³ Im österreichischen Arbeitsrecht gibt es in Gesetzen und Kollektivverträgen sowie bei Regelungen des/der ArbeitgeberIn Bestimmungen, die direkt nach dem Alter differenzieren oder die sich bei verschiedenen Altersgruppen von ArbeitnehmerInnen unterschiedlich auswirken. Hier stellt sich die Frage, inwieweit sowohl eine Bevorzugung als auch eine Benachteiligung aufgrund des Alters gesetzeskonform ist. Ein Beispiel: Zu hinterfragen sind auch Regelungen, die dem Senioritätsprinzip folgen und ältere ArbeitnehmerInnen begünstigen. So kann ein höheres Entgelt für

⁸³ <http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/landesgesetzblatt/jahrgang/2004/html/lg2004035.htm>

Ältere die ArbeitgeberInnen motivieren, eher Jüngere einzustellen und Ältere eher zu kündigen und ein erhöhter Kündigungsschutz für Ältere könnte die ArbeitgeberInnen davon abhalten, jemanden einzustellen, der in der Nähe der Altersgrenze ist.

Bisher stand es der/dem einzelnen ArbeitgeberIn weitgehend frei, bei Personalentscheidungen nach dem Alter zu differenzieren. Das Diskriminierungsverbot schränkt diese Handlungsfreiheit weitgehend ein. Fragt man nach den Gründen, aus denen ArbeitgeberInnen nach dem Alter entscheiden, so kann man zwei wesentliche Motive erkennen: ökonomische Gründe und Vorurteile. Ältere ArbeitnehmerInnen werden vor allem aus wirtschaftlichen Überlegungen seltener eingestellt oder eher gekündigt. Und zwar werden geringere Leistungsfähigkeit und häufigere Krankenstände erwartet, sowie höhere Lohnkosten aufgrund des Senioritätsprinzips. Darüber hinaus geht es um die Grundfragen des Schutzes älterer ArbeitnehmerInnen, die bereits (noch) ein Arbeitsverhältnis haben und weiters um die Förderung der Beschäftigung älterer Personen. Lange Zeit wurde das Schwergewicht auf den Schutz im Arbeitsverhältnis gelegt und als Alternative dazu nur die Strategie gefördert, ältere ArbeitnehmerInnen in Frühpension zu schicken, was sich aber aufgrund der Belastung für das Pensionssystem als zunehmend problematisch erwiesen hat.

Im Rahmen einer gemeinsamen Maßnahme der Sozialpartner (Industriellenvereinigung, Arbeiterkammer, Wirtschaftskammer, Gewerkschaftsbund) wurde die Initiative „Arbeit und Alter“ eingerichtet, die sich mit altergerechtem Arbeiten auseinandersetzt (Homepage: www.arbeitundalter.at).

3.3.4 Schulungs- und Trainingsangebote

Im Jahr 2003 wurde im Rahmen des Budgetbegleitgesetzes eine Reihe von Initiativen für ältere ArbeitnehmerInnen beschlossen,⁸⁴ wie z.B. die **Qualifikationsoffensive für ältere ArbeitnehmerInnen bzw. für Arbeitslose über 50 (und unter 25 Jahren)**, wobei dem Arbeitsmarktservice (AMS) der Auftrag erteilt wurde, bei Gefährdung oder Verlust des Arbeitsplatzes die Teilnahme an einer Ausbildungs- oder Wiedereingliederungsmaßnahme zu ermöglichen. Eine weitere Maßnahme der **Qualifizierungsförderung für Beschäftigte** durch das AMS im Rahmen des Europäischen Sozialfonds (ESF) hat das Ziel, einerseits die Beschäftigung durch Qualifizierung zu sichern, andererseits die Weiterbildungsaktivitäten für die Arbeitgeber zu erleichtern (gültig seit Juni 2005). Diese Förderung erhalten alle nicht öffentlichen ArbeitgeberInnen.

- Der **Ziel 1-Förderung**, die in der Förderung der Qualifizierung von Beschäftigten in **kleinen und mittleren Unternehmen** besteht, wird Priorität eingeräumt. Bei Vorlage eines Bildungsplanes besteht die Möglichkeit der Förderung von Qualifizierungsmaßnahmen für Frauen und Männer ab 45 Jahren, für unqualifizierte Männer unter 45 Jahren sowie für Fach- und Führungskräfte der unteren Managementebene bei Maßnahmen zur Vorbereitung auf die EU-Erweiterung. Die zu fördernden ArbeitnehmerInnen müssen sich in einem vollversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis bzw. in Elternkarenz befinden. Die Höhe der Förderung beträgt drei Viertel der Kosten (maximal 10.000 Euro pro TeilnehmerIn). Die Finanzierung erfolgt zu 75 Prozent durch den Europäischen Sozialfonds (ESF), 25 Prozent werden durch das Arbeitsmarktservice (AMS) national kofinanziert.
- **Ziel 3-Förderung** ermöglicht die Qualifizierungsförderung von Frauen und Männern ab 45 Jahren sowie von unqualifizierten Männern unter 45 Jahren ausschließlich im Rahmen von Job-Rotation-Projekten oder Qualifizierungsverbänden. Die Höhe der Förderung beträgt zwei Drittel der Kursgebühren (maximal 10.000 Euro pro TeilnehmerIn). Die Finanzierung erfolgt je zur Hälfte aus Mitteln des AMS und des ESF.

3.3.5 Flexibles Pensionsalter - Korridorpension

Das Regelpensionsalter für die Alterspension beträgt 65 Jahre bei Männern und 60 Jahre bei Frauen. Mit der Pensionsharmonisierung 2005 wurde ein **Pensionskorridor**⁸⁵ geschaffen, d.h. ein selbst bestimmter Pensionsantritt im Alter zwischen 62 bis 65 Jahren; bis zum Alter von 68 Jahren kann ein Bonus erworben werden. Die Regelung ist vorerst nur für Männer relevant, weil bei Frauen das Alter des Anspruchs auf eine Alterspension noch bis 2028 unter 62 Jahren liegt. Die Korridorpension ab Vollendung des 62. Lebensjahres kann nur in Anspruch genommen werden, wenn mindestens 450 Versicherungsmonate (37,5 Versicherungsjahre) vorliegen.

⁸⁴ <http://www.bmwa.gv.at/BMWA/Aktuelles/Arbeit/>

⁸⁵ <http://help.gv.at/Content.Node/27/Seite.270120.html>

3.3.6 Möglichkeit der Teilzeitarbeit

Bei Vereinbarungen zum **Altersteilzeitgeld** ersetzt dieses die Hälfte der finanziellen Aufwendungen, die für den/die DienstgeberIn durch den Übertritt eines/r DienstnehmerIn in die Altersteilzeitarbeit über die tatsächlich geleistete Arbeitszeit hinaus zusätzlich anfallen. Wird jedoch während der Altersteilzeitarbeit eine zuvor arbeitslose Ersatzarbeitskraft oder ein Lehrling nicht nur vorübergehend eingestellt und im Zusammenhang mit dem Altersteilzeitmodell kein Dienstverhältnis aufgelöst, werden die zuvor genannten finanziellen Aufwendungen zur Gänze ersetzt. Der Vorteil für die betroffenen DienstnehmerInnen liegt darin, dass sie bei einer 40 bis 60 Prozent reduzierten (gesetzlichen oder kollektivvertraglichen) Normalarbeitszeit zusätzlich zur Entlohnung für die tatsächlich geleistete Arbeit bis zur Höchstbeitragsgrundlage einen Lohnausgleich in der Höhe von mindestens 50 Prozent des Differenzbetrages zwischen dem vor der Herabsetzung der Normalarbeitszeit gebührenden Entgelt und dem der verringerten Arbeitszeit entsprechenden Entgelt erhalten. Gleichzeitig sind für sie Beiträge zur Sozialversicherung in gleicher Höhe wie vor Übertritt in die Altersteilzeitarbeit abzuführen.

3.3.7 Vorbereitung auf die Pensionierung

In Wien und Österreich gibt es mehrere Institutionen, die Informationsmaterialien und/oder persönliche Beratung zur Vorbereitung auf die Pension anbieten, wie z. B. die Pensions- bzw. Sozialversicherungsanstalten bzw. der Hauptverband der Sozialversicherungsträger, die Arbeiterkammer Wien, das Arbeitsmarktservice, die sozialpolitische Abteilung der Wirtschaftskammer Wien oder die PensionistInnenverbände.

Betriebliche Begleitung beim Übergang in den Ruhestand und Pensionsvorbereitung waren in Wien und in Österreich lange Zeit kein Thema. Bewusstsein für diese Themen zu schaffen hat sich daher eine im Rahmen des EQUAL-Projekts „**AEIOU – Arbeitsfähigkeit Erhalten für Individuen, Organisationen und Unternehmen**“⁸⁶ gemeinsam mit dem Österreichischen Institut für Erwachsenenbildung (IEB) im Jahr 2004 veranstaltete Tagung zum Thema „Vom Umgang mit dem Übergang“ zum Ziel gesetzt. ExpertInnen aus unterschiedlichen Disziplinen stellten Ansätze zur Verbesserung der Unterstützung beim Übergang in die Pensionierung vor und betonten die Bedeutung altersgerechter Arbeitsplätze. Pensionsvorbereitung wird als Baustein zu einem gesunden Älterwerden gesehen, sofern ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt wird, der beinhaltet, dass man sich allgemein mit der kommenden Lebensphase gedanklich beschäftigt, aber sich auch über wichtige rechtliche und wirtschaftliche Aspekte informiert und bei allen Schritten das familiäre und weitere soziale Umfeld (neu) zu betrachten versucht.

Das Bildungszentrum des Roten Kreuzes⁸⁷ bietet eine Fachausbildungen zum/zur **TrainerIn in Pensionsvorbereitung** an. Die Ausbildung umfasst die Vermittlung von Kenntnissen zu physischen und psychischen Veränderungen im Laufe des Alterns, zu sozialen und psychischen Krisen durch den Wechsel von der Berufstätigkeit in die Pension, zu wirtschaftlichen und rechtlichen Aspekten der Pensionierung, zu Lebensstil und Prävention, sowie zu Gesundheit und Sinnfindung.

3.3.8 Programme für ältere ArbeitnehmerInnen

Zur Bekämpfung von Arbeitsmarktproblemen entschloss sich der Europäische Rat von Lissabon im März 2000 zu einer koordinierten Beschäftigungspolitik und einem gemeinsamen Vorgehen im Rahmen der „Lissabon-Strategie“. Als EU-Zielwerte bis 2010 wurden eine Gesamtbeschäftigungsquote von 70 Prozent und eine Frauenbeschäftigungsquote von 60 Prozent festgelegt, sowie eine Beschäftigungsquote von 50 Prozent bei den älteren Arbeitskräften (55 bis 64 Jahre). Während die Gesamtbeschäftigungsquote und die Frauenbeschäftigungsquote in Österreich über dem EU-Durchschnitt liegen, liegt die Beschäftigungsquote älterer ArbeitnehmerInnen im Jahr 2003 mit 30,1 Prozent weit darunter und somit auch deutlich vom Lissabon-Ziel von 50 Prozent entfernt.

⁸⁶ http://www.equal-aeiou.at/Upload/Tagungsdokumentation_Umgang_mit_dem_Übergang_EW.pdf

⁸⁷ <http://www.rotekreuz.at/>

Tabelle 3-22: Umsetzung der Lissabon-Ziele

	Jahr	Gesamt	Frauen	Ältere (55 bis 64 Jahre)
		Beschäftigungsquote in Prozent		
Lissabon-Zielwert	2010	70,0	60,0	50,0
EU-15	2003	64,4	56,1	41,7
EU-25	2003	63,0	55,1	40,2
Österreich	2003	69,0	61,7	30,1

Quelle: Eurostat, Stand Mai 2005.

In Diskussionen über die Anhebung der Erwerbsquoten älterer ArbeitnehmerInnen werden häufig die Länder Nordeuropas als beispielhaft genannt, wo die Erwerbsbeteiligung älterer Personen deutlich höher ist. Die Beschäftigungsquote beträgt laut OECD-Statistik 2004 zum Beispiel in Schweden 71,2 (Männer) bzw. 66,8 Prozent (Frauen), in Finnland 51,4 bzw. 48,5 Prozent, in Dänemark 68,0 bzw. 53,1 Prozent, in Norwegen 73,5 bzw. 63,9 Prozent und in Island sogar 89,4 bzw. 84,4 Prozent. So läuft beispielsweise in **Finnland** neben einem "Programm für ältere ArbeitnehmerInnen" auch ein "Wellbeing at work"-Programm. Mittels eines "Wellbeing at work"-Index (WAT) wird kontinuierlich (bei 80 Prozent der finnischen ArbeitnehmerInnen) die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen erhoben und entsprechende Maßnahmen gesetzt. **Schweden** hat eine umfassende Pensionsreform eingeleitet, die u. a. eine verstärkte Finanzierung des Systems durch ArbeitgeberInnen und MitarbeiterInnen sowie ein höheres (und flexibleres) Pensionsalter vorsieht. Auch in **Österreich** wurden erste Schritte gesetzt, wie z.B. die Entlastung von Arbeitszusatzkosten für ältere MitarbeiterInnen, neue Arbeitszeitmodelle (z.B. Altersteilzeit), Maßnahmen des Arbeitsmarktservice für Betriebe und Arbeitskräfte sowie unterschiedliche Beratungsleistungen. Die Sozialpartner haben die Webseite www.arbeitundalter.at zum Thema eingerichtet, wo u. a. Best-practice-Beispiele angeführt sind.

Maßnahmen des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit (BMWA)

Das Budgetbegleitgesetz 2003 enthält eine Reihe von Änderungen zur Förderung der Beschäftigung insbesondere älterer ArbeitnehmerInnen, aber auch eine Reihe von Maßnahmen zur Forcierung und Unterstützung von Personen zur raschen (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsmarkt.⁸⁸ Einige Beispiele:

Im Rahmen der **Aktion "56/58 Plus"** werden die Lohnnebenkosten für über 56/58-jährige ArbeitnehmerInnen um 6 Prozentpunkte, für ArbeitnehmerInnen über 60 um über 12 Prozentpunkte gesenkt. Die Finanzierung erfolgt durch den Wegfall der Arbeitslosen-, der Unfall-, FLAF- und Insolvenzentgeltfonds-Beiträge.

Die **Qualifikationsoffensive für ältere ArbeitnehmerInnen** sieht unter bestimmten Voraussetzungen, wie z.B. bei Gefährdung des Arbeitsplatzes, eine verstärkte Verwendung von Mitteln der aktiven Arbeitsmarktpolitik zur Qualifizierung von älteren Beschäftigten vor.

Qualifizierungsmaßnahmen für Arbeitslose über 50 oder unter 25 Jahren sind jemandem aus diesen Altersgruppen zu ermöglichen, wenn ihm/ihr binnen drei Monaten keine zumutbare Beschäftigung angeboten werden kann. Das Arbeitsmarktservice (AMS) hat den Auftrag, dem/der Arbeitslosen die Teilnahme an einer Ausbildungs- oder Wiedereingliederungsmaßnahme anzubieten.

Die **Reform der Altersteilzeit** sieht eine Verlängerung über den 31.12.2003 hinaus vor. Eine Beschränkung auf fünf Jahre mit Übergangsbestimmungen ist gegeben. Altersteilzeit in "geblockter" Form ist nur mehr bei Einstellung einer zuvor arbeitslosen Ersatzkraft möglich. Das höchstmögliche Altersteilzeitgeld wird in Zukunft nur mehr an jene Betriebe ausbezahlt, die eine Ersatzkraft einstellen; wird keine zusätzliche Arbeitnehmerin oder kein zusätzlicher Arbeitnehmer eingestellt, erhält der Betrieb die Hälfte.

Aufgrund des Auslaufens der vorzeitigen Alterspension bei Arbeitslosigkeit wird ein **Arbeitslosenübergangsgeld**, dessen Höhe sich an der zu erwartenden Pensionsleistung orientiert, eingeführt. Ein "Fallen" in die Notstandshilfe ist dadurch ausgeschlossen.

Die **Reform des Bonus-/Malus-Systems der Alterspension** besagt für die **Bonus**-Regelung, dass 4 Prozent der Gesamtbemessungsgrundlage für jedes Jahr Pensions-Aufschub (bisher zwischen 2 und 5 Prozent) gewährt werden. Der **Malus**, also der Abschlag für diejenigen, die eine vorzeitige Alterspension erwirkt haben, wurde linear auf drei Steigerungspunkte pro Jahr angehoben, und zwar unter Fest-

⁸⁸ <http://www.bmwa.gv.at/BMWA/Aktuelles/Arbeit/00898budgetbegleitgesetzmassnahmenfueraeltere Arbeitnehmer.htm>

legung einer Höchstgrenze von 10,5 Steigerungspunkten oder 15 Prozent der Pension. Weitere Maßnahmen betreffen die Beseitigung der Ungleichbehandlung bei der Freisetzung von Frauen und Männern sowie ein späteres Einsetzen des Kündigungsschutzes bei älteren MitarbeiterInnen, die mit einem Bonus eingestellt wurden.

Maßnahmen des Wiener ArbeitnehmerInnenförderungsfonds (WAFF) und des Arbeitsmarktservice (AMS)

"Erfahrung hat Zukunft" - Mehr Chancen für Unternehmen und die Generation 45+ in Wien ist der Wiener Beitrag zur Entwicklungspartnerschaft TEP_EQUAL_ELDERLY, einem EU-Projekt, das im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative EQUAL umgesetzt wird. Gefördert wird dieses zweijährige Projekt vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (BMWA) sowie dem Europäischen Sozialfonds (ESF). Der Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds (waff) hat gemeinsam mit den PartnerInnen Österreichischer Gewerkschaftsbund (ÖGB), Arbeiterkammer Wien, Wirtschaftskammer Wien, Industriellenvereinigung und dem Arbeitsmarktservice (AMS) Wien dieses Projekt im Oktober 2005 gestartet. Wiener Klein- und Mittelbetriebe werden dabei in Form einer kostenlosen Beratung unterstützt, die Bedingungen im Betrieb so zu gestalten, dass die Arbeitsfähigkeit der Generation der über 45-Jährigen erhalten und gefördert wird. Erfahrung und Wissen älterer ArbeitnehmerInnen und Führungskräfte sollen gezielt für das Unternehmen und zur Förderung von Jüngeren verwendet werden. Die Beratungen werden vom Institut für humanökologische Unternehmensführung (IBG)⁸⁹ durchgeführt. Das Projekt hat das Ziel, mehr Aufmerksamkeit für die Generation der über 45-Jährigen in Unternehmen zu legen und vor allem deren Vorsprung bei den sozialen Kompetenzen zur Geltung zu bringen, aber auch die spezifischen Bedürfnisse dieser Generation zu berücksichtigen, etwa was die Arbeitszeiten betrifft. Für Unternehmen sind eine Verbesserung des Wissenstransfers zwischen den jüngeren und älteren ArbeitnehmerInnen sowie der Spannungsabbau zwischen den Generationen zu erwarten.

Das Europäische Service für Personalvermittlung und Unternehmensgründung (EUSPUG)⁹⁰ des **AMS Wien** und Niederösterreich bietet das Programm „Fit for Job – Fit for Change – Fit ab 40“ für Führungskräfte und AkademikerInnen an (Frauen ab 40, Männer ab 45 Jahren), welches bei der beruflichen Weiterentwicklung unterstützt und eine Plattform für Anbieter und Nachfrager von Führungskräften und Fachqualifikationen darstellt.

Maßnahmen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung

Das "**Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP)**"⁹¹, an dem zwanzig europäische Länder teilnehmen, befasst in seiner **fünften Initiative "Healthy Work in an Ageing Europe"** unter Österreichischer Leitung (Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, OÖGKK) seit dem Jahr 2004 mit DienstnehmerInnen in der zweiten Hälfte ihres Berufslebens. Ein **Statusbericht**, für den vorbildliche Beispiele der Gesundheitsförderung in Betrieben gesammelt worden sind, wurde erstellt. Dabei zeigte sich, dass vor allem drei Punkte zur Gesundheit der Belegschaften und damit auch zum wirtschaftlichen Erfolg der Betriebe beitragen können: Die Behebung von gesundheitsbelastenden Arbeitssituationen, die Schaffung von alter(n)sgerechten Arbeitszeiten und die Wahrung und Weiterentwicklung der beruflichen Qualifikation älterer DienstnehmerInnen. Maßnahmen wie Weiterbildung, körperliche Übungen während des Dienstes sowie Mentoringfunktionen für SeniorInnen sollen gesetzt werden. Weiters soll dafür Sorge getragen werden, dass Qualifikationsmaßnahmen für ältere MitarbeiterInnen auch tatsächlich ermöglicht werden. In einer **arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung**, dem zweiten Teil der fünften Initiative, wird ein Überblick über den Gesundheitszustand der Erwerbsbevölkerung und die Belastungsfaktoren durch die Arbeit gegeben. Eine internationale Konferenz des ENWHP im Juni 2006 in Linz wird unter dem Motto "30-40-50-plus - Gesunde Arbeit in einem älter werdenden Europa" stehen.

⁸⁹ <http://www.ibg.co.at>

⁹⁰ <http://www.euspug.at/index.html>

⁹¹ <http://www.enwhp.org/>

3.4 Aus- und Weiterbildung

3.4.1 Bildungsniveau

Ältere Menschen haben im Vergleich zu jüngeren ein niedrigeres Bildungsniveau, in besonderem Maße gilt dies für Frauen.⁹² Männer ab 50 Jahre in Wien haben zwar deutlich häufiger eine abgeschlossene Lehrlingsausbildung, jedoch seltener einen Abschluss einer mittleren und höheren Schule, eines Kollegs, einer Berufs- und Lehrerbildenden Akademie sowie einer Universität bzw. (Fach-)Hochschule als Männer im Alter von 30 bis 49 Jahren. Auffallend bei den Männern ist der gering höhere Anteil mit Pflichtschulbildung unter den 30 bis 49-Jährigen, vermutlich bedingt durch die zunehmende Zahl von Männern mit Migrationshintergrund unter den jüngeren Kohorten. Frauen ab 50 Jahren haben deutlich häufiger nur Pflichtschulbildung, häufiger eine Lehrlingsausbildung, dafür aber seltener einen Abschluss einer mittleren und höheren Schule, eines Kollegs, einer Berufs- und Lehrerbildenden Akademie und einen Universitäts- bzw. (Fach-)Hochschulabschluss als Frauen im Alter von 30 bis 49 Jahren.

Tabelle 3-23: Höchste abgeschlossene Ausbildung in Wien 2001 nach Alter (ausgewählte Altersgruppen) und Geschlecht

höchste abgeschlossene Ausbildung	30 bis 49 Jahre				50 und mehr Jahre			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent
Allgemeinbildende Pflichtschule	61.574	24,7	72.754	28,9	53.373	23,2	137.708	43,4
Lehrlingsausbildung	86.843	34,8	50.552	20,1	107.985	47,0	79.528	25,0
Berufsbildende mittlere Schule	15.766	6,3	40.997	16,3	11.613	5,1	52.391	16,5
Allgemeinbildende höhere Schule	21.002	8,4	24.563	9,8	14.423	6,3	17.266	5,4
Berufsbildende höhere Schule	20.198	8,1	14.513	5,8	11.852	5,2	9.158	2,9
Kolleg	1.952	0,8	2.788	1,1	963	0,4	1.545	0,5
Berufs- und Lehrerbildende Akademie	1.905	0,8	9.485	3,8	1.275	0,6	3.440	1,1
Universität, (Fach-)Hochschule	40.078	16,1	36.035	14,3	28.156	12,3	16.497	5,2
gesamt	249.318	100	251.687	100	229.640	100	317.533	100

Quelle: Volkszählung 2001; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA (2004a), S.115; eigene Berechnungen.

3.4.2 Angebote zum lebenslangen Lernen

Im März 2000 hat der Europäische Rat in Lissabon das strategische Ziel für das kommende Jahrzehnt vorgegeben, die Union zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum der Welt zu machen. Eine wesentliche Komponente dieser Strategie ist lebenslanges Lernen.⁹³ Lebenslanges Lernen umfasst Lernen aus persönlichen, sozialen und beruflichen Gründen. Es kann in den unterschiedlichsten Umgebungen erfolgen, d. h. innerhalb oder außerhalb der formalen Bildungssysteme. Lebenslanges Lernen zu fördern bedeutet, mehr in Menschen und ihr Wissen zu investieren, den Erwerb von Basisqualifikationen (einschließlich digitaler Kompetenz) zu unterstützen und den Weg für innovativere, flexiblere Formen des Lernens zu ebnet. Menschen aller Altersgruppen soll ein gleichberechtigter und ungehinderter Zugang zu hochwertigen Lernangeboten und einer Vielzahl von Lernerfahrungen in ganz Europa ermöglicht werden. Den Bildungssystemen kommt bei der Verwirklichung dieses Ziels eine entscheidende Rolle zu. Dies spiegelt sich auch in der Mitteilung wieder, in der die Mitgliedsstaaten aufgefordert werden, ihre formalen Bildungs- und Berufsbildungssysteme zu reformieren, um Barrieren zwischen verschiedenen Lernformen zu beseitigen.⁹⁴ Ein Bericht über den Status quo zur Implementierung des lebenslangen Lernens in Österreich wurde im Dezember 2003 an die Europäische Kommission gerichtet.⁹⁵

Die **Erwachsenenbildung** stellt in Österreich ein äußerst vielfältiges und differenziertes Institutionengefüge dar, das von öffentlich-rechtlichen Medien mit gesetzlichem Bildungsauftrag, innerbetriebli-

⁹² Für den Vergleich mit jüngeren Kohorten werden hier die 30 bis 49-Jährigen herangezogen, um davon ausgehen zu können, dass bereits eine abgeschlossene Ausbildung vorliegt.

⁹³ http://europa.eu.int/comm/education/policies/2010/et_2010_de.html

⁹⁴ http://europa.eu.int/comm/education/policies/lll/lll_de.html

⁹⁵ http://europa.eu.int/comm/education/policies/2010/lll_report/lll_at_de.pdf

cher Weiterbildung, kommerziellen privaten Weiterbildungseinrichtungen, gemeinnützigen privaten Einrichtungen mit Weiterbildungscharakter, öffentlichen Einrichtungen zur Weiterbildung, Weiterbildung durch Schulen und Universitäten, Weiterbildung durch Interessensvertretungen und deren Vorfeldorganisationen und der Erwachsenenbildung im engeren Sinne reicht.⁹⁶ In den Institutionen der Erwachsenenbildung steht ein enorm vielfältiges und umfangreiches Bildungsangebot bereit, das meist generationsübergreifend angelegt ist. Die bestehende Datenlage lässt jedoch bisher für Wien kaum repräsentative Aussagen über das konkrete Bildungsverhalten und die Einstellungen zur Weiterbildung im Alter zu. Eine wichtige Funktion ihm Rahmen der Weiterbildung übernehmen in Wien die Volkshochschulen. Im Jahr 2002/03 entfiel nahezu ein Drittel (30,9 Prozent) der HörerInnen in Kursen an Volkshochschulen in Österreich auf Wien. 28,7 Prozent der HörerInnen an Volkshochschulen in Wien waren 50 Jahre oder älter.

Tabelle 3-24: TeilnehmerInnen an Volkshochschulkursen in Wien und Österreich 2002/03 nach Alter

Alter (Jahre)	Wien		Österreich	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent
unter 15 Jahre	12.478	8,6	38.781	8,3
15 bis 19	10.830	7,5	18.913	4,0
20 bis 29	26.147	18,1	73.190	15,6
30 bis 39	31.904	22,1	113.987	24,3
40 bis 49	23.024	15,9	93.205	19,9
50 bis 59	18.731	13,0	65.083	13,9
60 bis 69	16.920	11,7	48.755	10,4
70 und älter	4.584	3,2	16.484	3,5
gesamt	144.618	100	468.398	100

Quelle: Verband Österreichischer Volkshochschulen; zitiert nach STATISTIK AUSTRIA, Direktion Bevölkerung.

Im Rahmen einer Studie⁹⁷, welche die Bildungsangebote für ältere Menschen in Österreich in den Jahren 2003 und 2004 analysierte, wurden LeiterInnen von Kursen aus Bildungsorganisationen, SeniorInnen- und Hilfsorganisationen, Kirchen, Interessensvertretungen, Kommunen, von Privatanbietern, sowie aus diversen Vereinen zu jenen Kursen befragt, deren TeilnehmerInnen mehrheitlich über 50 Jahre alt waren. Knapp 80 Prozent der befragten KursleiterInnen waren Frauen, von denen mehr als Hälfte war selber über 50 Jahre alt waren. 826 einzelne Kurse zu 500 unterschiedlichen Themenbereichen wurden genannt. Dies unterstreicht die große Bedeutung des Themas Alter im Bildungssektor bzw. des Themas Bildung in der Altenarbeit. Häufigste Themen von Angeboten in der Altenbildung sind Gedächtnistraining und Bewegung; Computerkurse nehmen immerhin mit 12,1 Prozent der Nennungen den dritten Rangplatz in der Themenliste ein.

⁹⁶ BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN (2000), S.344f..

⁹⁷ KOLLAND (2005)

Tabelle 3-25: Themenangebote im Bereich der Altenbildung 2003/2004

Thematik der Kurse für TeilnehmerInnen ab 50 Jahre	Nennungen absolut	Prozent
Gedächtnistraining (mit Bewegung)	161	19,5
Bewegung	150	18,2
Technik, Computer	100	12,1
Lebenssinn, Religion	94	11,4
Tanz, Seniorentanz	70	8,5
Sprachen	69	8,4
Geselliges, Diskussion, Reisen	55	6,7
Aus- und Weiterbildung für Soziales	44	5,3
Kunst(-handwerk), Kultur	33	4,0
Gesundheit	15	1,8
Sonstiges	35	4,2
gesamt	826	100

Quelle: Kolland (2005), S.17

3.4.3 Informelle Bildung, kulturelle Angebote

Informelles Lernen, um die eigenen Fähigkeiten und/oder Fertigkeiten zu verbessern, umfasst zum Beispiel Aktivitäten wie das Selbststudium mit Hilfe von Fachliteratur; das Lernen am Computer mittels Internet, von CD-ROMs oder auch Audio-, Videokassetten; das Konsumieren von Bildungssendungen in Rundfunk und Fernsehen (wie z.B. „Universum“, „Modern Times“, Ö1 „Dimensionen“); den Besuch von Büchereien oder Vorträgen; den Wissensaustausch unter Fach-, und ArbeitskollegInnen. Das von der Altersgruppe ab 60 Jahren, aber auch insgesamt am häufigsten für informelle Lernaktivitäten verwendete Medium sind Bildungssendungen in Fernsehen oder Radio (von 58,8 Prozent aller Befragten), der bei Frauen häufiger ist als bei Männern (62,0 vs. 54,8 Prozent).⁹⁸ Bildungssendungen im Fernsehen sind für Ältere die wichtigste Quelle für informelles Lernen, ihre Inanspruchnahme nimmt als einzige der zur Auswahl stehenden Lernformen mit dem Alter zu – alle anderen Formen des Lernens werden von jungen Menschen häufiger genannt als von älteren. Das Selbststudium von Fachliteratur wird als zweithäufigste Quelle für informelles Lernen genannt (von 48,5 Prozent der Männer und 43,4 Prozent der Frauen), der Besuch von Büchereien oder Lernzentren ist aber eher selten (12,0 Prozent der Männer, 16,6 Prozent der Frauen). Im Bereich des informellen Lernens wird der „digital divide“, d. h. die soziale Bestimmtheit der Internet-Nutzung, besonders deutlich. Die Altersunterschiede beim Internet-Lernen sind immens, aber auch Geschlechtsunterschiede sind erkennbar: 43,1 Prozent der männlichen und 45,7 Prozent der weiblichen 15- bis 19-Jährigen lernen mit Hilfe des Internets, bei den über 65-Jährigen sind es nur 3,3 Prozent der Männer und 2,2 Prozent der Frauen. Insgesamt nutzten 19,9 Prozent der Männer und nur 15,2 Prozent der Frauen das Internet zum Lernen. Generell nutzen Männer markant häufiger als Frauen das Selbststudium von Fachliteratur, den Wissensaustausch mit KollegInnen und das Lernen via Computer, von Frauen wird häufiger als von Männern eine Präferenz von Bildungssendungen in Fernsehen und Radio, sowie häufiger ein Besuch von Büchereien und Vorträgen genannt. In Wien ist die Nutzung von Büchereien und Lernzentren häufiger als in den anderen Bundesländern (mit Ausnahme von Vorarlberg), bei der Häufigkeit des Internetlernens liegt Wien ebenfalls an zweiter Stelle (hinter Tirol); beim Selbststudium, dem Austausch mit KollegInnen und dem Besuch von Vorträgen liegt Wien jedoch auf den hinteren Rangplätzen.

⁹⁸ STATISTIK AUSTRIA (2004c)

Tabelle 3-26: Informelle Lernaktivitäten in Österreich 2003 in den letzten 12 Monaten nach Bundesländern, Alter und Geschlecht

Alter (Jahre), Bundesländer	Bildungs- sendungen	Selbststudi- um Fachlite- ratur	Wissen- saus-tausch mit Kolle-	Vorträge	Internet- Lernen	Büchereien, Lernzentren	Computer- Lernen ohne Internet
	Prozent der Personen, die mindestens ein Mal im vergangenen Jahr eine der Aktivitäten unternommen haben						
gesamt	58,8	45,9	35,8	25,4	17,4	14,5	13,4
Männer	54,8	48,5	42,7	24,2	19,9	12,1	14,8
15 bis 19	42,7	53,5	33,6	13,3	43,1	18,6	33,6
20 bis 24	40,4	56,4	47,7	24,8	35,6	18,1	26,0
25 bis 29	41,4	55,6	58,2	24,1	30,3	14,8	18,3
30 bis 34	47,2	55,6	59,6	27,7	25,4	12,9	19,3
35 bis 39	47,4	51,7	61,0	26,6	22,0	11,1	14,6
40 bis 44	48,1	51,3	59,7	24,0	19,8	10,1	16,4
45 bis 49	53,1	49,6	56,9	27,3	18,1	9,7	13,6
50 bis 54	54,7	49,6	48,9	24,9	14,7	9,1	11,3
55 bis 59	59,5	47,3	38,8	28,6	12,0	11,7	9,7
60 bis 64	74,5	41,4	13,3	24,0	7,0	10,7	6,0
65+	78,9	34,1	5,7	21,5	3,3	9,8	3,0
Frauen	62,0	43,4	29,4	26,4	15,2	16,6	12,0
15 bis 19	47,1	56,7	25,0	18,5	45,7	27,6	37,6
20 bis 24	46,4	57,4	44,7	31,4	35,9	27,8	25,3
25 bis 29	45,9	51,0	48,2	27,1	29,3	20,7	18,7
30 bis 34	55,1	53,0	46,0	28,7	16,3	19,8	15,5
35 bis 39	53,1	49,0	45,2	27,4	16,4	16,4	15,1
40 bis 44	55,2	49,5	44,8	32,0	16,2	18,1	12,8
45 bis 49	55,8	46,3	41,2	32,2	12,1	15,1	8,4
50 bis 54	61,7	43,8	34,3	29,6	8,9	14,0	8,1
55 bis 59	69,5	40,2	20,0	30,4	7,3	14,7	6,7
60 bis 64	79,3	29,8	5,4	23,7	4,1	11,2	2,9
65+	81,5	27,4	3,3	19,5	2,2	10,4	1,9
Bundesländer							
Burgenland	57,9	43,9	36,8	22,5	15,0	12,8	10,7
Kärnten	52,6	44,6	38,5	33,0	15,4	15,6	14,0
Niederösterreich	57,9	45,4	30,2	24,1	15,1	9,1	11,0
Oberösterreich	62,4	42,5	39,8	26,4	16,6	13,6	14,1
Salzburg	54,2	51,8	36,6	26,3	19,2	16,5	12,1
Steiermark	61,0	51,1	41,8	25,0	17,0	14,0	15,6
Tirol	59,8	50,9	38,6	25,9	21,4	16,6	13,4
Vorarlberg	51,3	46,6	32,4	29,9	18,6	20,8	12,1
Wien	58,7	41,9	31,3	22,3	19,2	17,8	14,1

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2004c), Mikrozensus Juni 2003, S.395ff.

Bis zu einem Alter von 70 Jahren nutzen ältere Menschen die in Wien vorhandenen **kulturellen Angebote** in hohem Maße, ab 70 Jahren geht dann die Häufigkeit aller im Rahmen einer Befragung im Jahr 2003 zur Auswahl stehenden Alternativen zurück. Am beliebtesten bei allen Altersgruppen ab dem 50. Lebensjahr sind Museums- und Theaterbesuche. Bei ab 50-Jährigen ist der Besuch von Opern und klassischen Konzerten deutlich häufiger als bei Jüngeren. Umgekehrt verhält es sich bei Kinobesuchen: 92 Prozent der 15- bis 19-Jährigen, aber nur mehr 54 Prozent der 50- bis 59-Jährigen waren im Jahr vor der Befragung im Kino. In den höheren Altersgruppen besuchen Frauen tendenziell häufiger als Männer Opern, Operetten und klassische Konzerte.

Tabelle 3-27: Nutzung kultureller Angebote in Wien 2003 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Museum, Ausstellung	Kino	Theater	lokale Kultur-Events	Konzert moderner Musik	Operette, Musical	Konzert klassischer Musik	Öffentliche Bücherei	Oper	Literaturveranstaltung, Lesung	Kurs einer Volkshochschule
Prozent der Personen, die mindestens ein Mal im vergangenen Jahr ein Angebot genutzt haben											
gesamt	70	66	63	50	40	37	32	27	23	18	13
Altergruppen											
15 bis 19	75	96	60	48	64	32	19	65	19	15	10
20 bis 29	68	92	56	60	58	29	23	39	17	15	14
30 bis 39	69	82	59	58	51	31	29	29	18	16	15
40 bis 49	74	75	65	56	49	38	31	28	20	18	13
50 bis 59	72	54	72	50	31	47	39	19	28	23	13
60 bis 69	73	39	74	40	17	47	41	16	30	21	13
70+	57	23	57	26	9	36	35	11	30	15	10
Männer	71	68	61	53	45	34	29	26	20	18	9
15 bis 29	72	94	55	57	62	27	21	46	17	17	10
30 bis 45	70	79	58	58	53	30	29	25	16	16	9
46 bis 59	73	61	64	57	45	40	31	19	20	19	9
60+	69	33	67	37	16	43	35	14	26	17	10
Frauen	69	64	65	47	35	40	34	29	26	17	16
15 bis 29	69	98	59	55	58	34	23	50	18	13	15
30 bis 45	72	83	63	56	48	36	29	33	20	16	18
46 bis 59	72	56	75	47	27	50	43	23	31	26	18
60+	62	29	64	30	19	40	40	13	33	19	12

Quelle: IFES (2003), *Leben und Lebensqualität in Wien, Basis-Auswertung Band I, Tabelle f43*

3.4.4 Ältere Menschen als TrainerInnen/ExpertInnen

In den vergangenen Jahren wurden im europäischen Raum und auch in Österreich und Wien arbeitsmarktpolitische Initiativen eingeleitet, um das Bewusstsein zu fördern, dass ältere ArbeitnehmerInnen im Betrieb zunehmend als das Potenzial des Arbeitsmarktes der Zukunft gesehen und ihr Erfahrungswissen vermehrt geschätzt wird. Beispielsweise wurde im April 2002 in Deutschland das Programm „Erfahrungswissen für Initiativen (EFI)“⁹⁹ gestartet, an dem sich zehn Bundesländer mit 35 Standorten beteiligen. Ziel des Modellprogramms ist es, zu zeigen, was Ältere in der Rolle der „senior Trainerin“ für die Gesellschaft leisten und wie sie ihre Erfahrung für Initiativen, Vereine und Einrichtungen im Freiwilligenbereich einbringen können.

Auf der Ebene des **Führungspersonals** sind in den vergangenen Jahren österreichische ExpertInnen-Netzwerke entstanden. Die **Austrian Taskmanagement Group** (ATMG) ist eine gemeinsame Initiative fünf verschiedener Organisationen: des Austrian Senior Experts Pool (ASEP), des Europäischen Service für Personalvermittlung und Unternehmensgründung (EUSPUG), des Wirtschaftsforums der Führungskräfte (WdF), der Wirtschaftskammer Österreich (WKÖ), die auch die elektronische Plattform zur Verfügung stellt und die gesetzliche Interessenvertretung für Task-Manager ist, sowie von work@professional, sowie der GPA-Interessengemeinschaft der Fach- und Führungskräfte (www.interesse.at/professional). Task-Management ist eine Form der zeitlich begrenzten Unterstützung durch erfahrene Führungskräfte. Mithilfe einer Vermittlungsplattform im Internet können sich Personen mit Gewerbebescheinigung registrieren und an Unternehmen, die MitarbeiterInnen auf Zeit benötigen, vermittelt werden. Task-ManagerInnen (mit Gewerbeberechtigung) bieten ihre fachlichen Kompetenzen an, das nachfragende Unternehmen kauft die Erfüllung eines konkreten Auftrags (eines Tasks). Allerdings sollte eine Ersetzung bestehender Dienstverhältnisse durch Task-Verträge vermieden werden.

3.4.5 Diskriminierung bei Aus- und Weiterbildung aufgrund des Alters

Motivation und Beteiligung an beruflicher und privater Weiterbildung verändert sich mit dem Lebensalter. Einen guten Überblick zur **Beteiligung an Weiterbildungsangeboten** in Österreich liefert der

⁹⁹ <http://www.efi-programm.de>

Mikrozensus zum „Lebenslangen Lernen“ vom Juni 2003.¹⁰⁰ Da eine Auswertung, die zugleich die Bundesländer und die unterschiedlichen Altersgruppen ausweist, nicht vorliegt, wird hier auf die Gesamt-Österreichischen Ergebnisse Bezug genommen. Von den 35- bis 39-Jährigen beteiligen sich 19,8 Prozent an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung, ab dem 45. Lebensjahr nimmt die Beteiligung kontinuierlich ab. Von den 50- bis 54-Jährigen nehmen nur mehr 13,3 Prozent und von den 55- bis 59 gar nur 7,4 Prozent an beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen teil.

Das Institut für Empirische Sozialforschung (IFES) hat im Frühjahr 2001 im Auftrag der Arbeiterkammer Oberösterreich eine repräsentative Befragung zu **Weiterbildungswünschen älterer Arbeitsloser** durchgeführt. Es zeigte sich, dass die Mehrheit dieser Personengruppe die Chance, einen neuen und vor allem adäquaten Arbeitsplatz zu finden, sehr gering einschätzt. Die meisten Bewerbungen älterer Arbeitsloser gehen negativ aus, weil sie entweder als zu alt für den neuen Job oder als gesundheitlich nicht mehr genug belastbar eingeschätzt werden. Weitere Gründe sind unter anderem mangelnde Qualifikation oder zu hohe Gehaltsvorstellungen. Gängige Attribute, die älteren ArbeitnehmerInnen zugeschrieben werden sind mangelnde Flexibilität, eingeschränkte Produktivität, geringe Belastbarkeit, vermehrte Krankenstände. Die negativen Erfahrungen bei der Jobsuche führen in letzter Konsequenz bei den Betroffenen, so die Befragungsergebnisse, zu Motivationslosigkeit und sinkendem Selbstwertgefühl. Dieses Verhalten wird von den PersonalentscheiderInnen wiederum als deutliches Signal für mangelnde Lernbereitschaft oder eine generell negative Haltung Neuem gegenüber gedeutet. Die Personalverantwortlichen fühlen sich in ihren Vorurteilen und Klischees bestätigt und sehen das Alter auch weiterhin als taugliches Selektionskriterium an.

3.5 Soziale Inklusion

3.5.1 Partizipation an Entscheidungsprozessen

Seniorenrat, SeniorInnenorganisationen und SeniorInnenbeauftragte

Der **Österreichische Seniorenrat** ist per Gesetz als Dachverband und Interessensvertretung der SeniorInnenorganisationen berufen (§ 24 Abs.1 des 1998 erlassenen Bundes-Seniorengesetzes; B-SG, BGBl. I Nr. 84/1998) und beim Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (BMSGK) eingerichtet. Eine wesentliche Aufgabe des Bundesseniorenrates besteht in der Vergabe der allgemeinen Seniorenförderung (§ 19 B-SG). Seit 2000 ist der Seniorenrat den Sozialpartnern gleichgestellt und u. a. in der Kommission zur langfristigen Pensionsversicherung sowie im Sozial- und Gesundheitsforum (Beratung des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger) vertreten.

Tabelle 3-28: Geschätzte Zahl der Mitglieder und Organisationsgrad der österreichischen SeniorInnenorganisationen

	Wien		Österreich	
	Mitglieder	Organisationsgrad in Prozent	Mitglieder	Organisationsgrad in Prozent
Pensionistenverband	32.523	9,5	386.282	22,3
Seniorenbund	28.000	8,1	320.000	18,5
Seniorenring	k. A.	-	50.000	2,9
Zentralverband der Pensionisten	k. A.	-	10.000	0,6
PensionistInnen im ÖGB	27.500	8,0	140.000	8,1
Sonstige (z.B. Graue Panther, etc.)	k. A.	-	5.000	0,3
gesamt	-	-	911.282	52,6

*Organisationsgrad = Anteil der Mitglieder an der Gesamtbevölkerung über 60 Jahren (Österreich = 1.733.031; Wien = 344.050); k. A. = keine Angaben

Quellen: www.pvoe.at, www.seniorenbund.at, www.seniorenring-oesr.at, www.oegb.at, www.seniorenrat.at

Seniorenbeauftragter und Seniorenbüro der Stadt Wien

Im Jahr 1996 wurde in Wien ein Seniorenbeauftragter¹⁰¹ ernannt und das Seniorenservicebüro eingerichtet. Gleichzeitig wurde auch ein Seniorenbeirat einberufen, in dem alle großen Wiener SeniorInnenorganisationen Sitz und Stimme haben. Hauptaufgabe des Seniorenbeauftragten und des Seniorenbüros sind die Information der SeniorInnen, die Koordination der seniorinnenrelevanten Anliegen und

¹⁰⁰ STATISTIK AUSTRIA (2004)

¹⁰¹ <http://www.senior-in-wien.at>

Interessen in allen Bereichen der Verwaltung der Stadt, die Einleitung neuer Initiativen, die Unterstützung der ehrenamtlichen Tätigkeit der WienerInnen, aber auch die Bearbeitung von Anfragen, Hinweisen, Anliegen und Beschwerden. So wurden mehr als ein Dutzend Informationsbroschüren erstellt und laufend aktualisiert (pro Jahr werden von rund 8.000 SeniorInnen 27.000 Exemplare bestellt). Beim SeniorInnen-Service-Telefon (Telefon 4000-8580) konnten im abgelaufenen Jahr mehr als 3.000 Anfragen beantwortet werden. Aber auch im Internet gibt es einen SeniorInnen-Schwerpunkt, unter <http://www.wien.gv.at/senioren/> findet man zahlreiche Informationen. Eine eigene Datenbank für alle seniorenpezifischen Fragen steht auch unter <http://sozialinfo.wien.at/> zur Verfügung.

BezirksseniorInnenbeauftragte

Seit dem Jahr 1998 gibt es in jedem Wiener Bezirk eine/n ehrenamtliche/n BezirksseniorInnenbeauftragten. Diese sind Mitglieder der jeweiligen Bezirksvertretung und werden von den BezirksvorsteherInnen ernannt. Sie kommen regelmäßig (etwa monatlich) zu Sitzungen mit dem Wiener Seniorenbeauftragten. Aufgabe der BezirksseniorInnenbeauftragten ist es, die Anliegen der älteren Generation in den Bezirken zu vertreten. Dies reicht vom Öffentlichen Verkehr über die Parkraumgestaltung bis hin zu Freizeitaktivitäten, betrifft aber auch die Bereiche Pflege und Betreuung.

3.5.2 PensionistInnenklubs in den Häusern zum Leben

Die Häuser zum Leben verstehen sich auch als Treffpunkte für SeniorInnen aus den umliegenden Wohngrätzeln und bieten **Kultur- und Veranstaltungsprogrammen** an. Der **Gästemittagstisch** bietet zu moderaten Preisen ein Buffet bzw. eine Auswahl aus drei bis vier Menüs. Die in mehreren Häusern geführten **Seniorencafés** sind ebenfalls für Gäste offen. Mit 1. Jänner 2001 hat das Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser die Betriebsführung der **180 Pensionistenklubs** mit rund 15.000 Klubmitgliedern übernommen. Die Aktivitäten reichen von Kaffeejause, handwerklich-kreativem Basteln, Musik und Unterhaltung über Fachvorträge von ExpertInnen über seniorenrelevante Themen, wie Gesundheit und Hygiene im Alter, Pflegegeld, Erbrecht oder die Rechte der SeniorInnen als KonsumentInnen bis zu Ausflügen und Reisen mit Angeboten von seniorenfreundlichen Urlaubsquartieren.

3.5.3 Ermäßigte Preise für kulturelle Angebote, Urlaub

Im Rahmen der im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen PensionistInnenverbände gibt es für Mitglieder zahlreiche und vielfältige vergünstigte Angebote für kulturelle Aktivitäten (Konzerte, Oper, Ausstellungen, ...) und Reisen.¹⁰² Die **allgemeinen Ermäßigungen für SeniorInnen** gibt es ab dem Alter von 65 Jahren bei Männern bzw. 60 Jahren bei Frauen oder bei sehr geringer Pension unter einer definierten Grenze.¹⁰³ Nachfolgend einige Beispiele häufig genutzter Ermäßigungen für PensionistInnen:

Die "**VorteilsCard Senior**" der **Österreichischen Bundesbahnen (ÖBB)** ermöglicht Frauen ab 60 und Männer ab 65 eine Ermäßigung von 45 bis 50 Prozent auf allen Bahnstrecken sowie für viele Busse in Österreich und eine Ermäßigung von 25 Prozent für Fahrten in andere EU-Länder und einige weitere europäische Staaten. Die Karte gilt ab dem gewählten Datum und kostet für ein Jahr 26,50 Euro. Erhältlich ist die Karte mit Foto und Altersnachweis beim Bahnschalter und in vielen Trafiken, eine Verlängerung ist über Internet online möglich.

Die **Wiener Linien** gewähren Männern ab 65 und Frauen ab 60 sowie Sozialpass-InhaberInnen Ermäßigungen bei Fahrscheinen. Im Fahrzeug kostet der Halbp reis-Einzelfahrschein ein Euro (Normalpreis: zwei Euro bzw. 1,50 Euro im Vorverkauf). Der Zwei-Fahrten-Fahrschein für SeniorInnen, den es nur im Vorverkauf gibt, kostet zwei Euro. Die Jahresnetzkarte für SeniorInnen kostet bei monatlicher Zahlung 209 anstelle 417 Euro, bei Einmalzahlung 204 anstelle 409 Euro. Die Monats-Netzkarten kosten 20,90 Euro anstelle 46 Euro.

Für eine **Befreiung von der ORF-Gebühr** bzw. einen **Zuschuss zur Telefongebühr** liegt die Einkommensgrenze bei einem Haushalt mit einer Person bei 742,55 Euro, bei einem Haushalt mit zwei

¹⁰² z.B. <http://www.pvoe.at>, <http://www.seniorenbund.at>

¹⁰³ <http://www.senioren.wien.at/mitmachen/mitmachen.index.htm>

Personen bei 1.153,86 Euro und bei jeder weiterer Person im Haushalt steigt die Grenze um 79,03 Euro.

3.6 Zukunfts- und Entwicklungsthemen

3.6.1 Verwendung moderner Technologien

Die Verwendung moderner Technologien ist in Österreich weit verbreitet: 91,1 Prozent der Haushalte besitzen mindestens ein Mobiltelefon, 94,9 Prozent einen Fernseher, 63,1 Prozent einen Computer und 46,7 Prozent einen Internet-Zugang. Wien liegt hinsichtlich der Häufigkeit von Haushalten, die über einen Internet-Zugang und zumindest ein Mobiltelefon verfügen, über dem österreichischen Durchschnitt, bei der Ausstattung mit Computer und Fernseher jedoch unter dem Durchschnitt.

Tabelle 3-29: Ausstattung der Haushalte mit Informations- und Kommunikationstechnologie 2005 nach Bundesländern

Bundesländer	Alle Haushalte in 1.000	Ausstattung der Haushalte mit			
		Internet-Zugang	Computer	Mobiltelefon	Fernsehen
		in Prozent			
Burgenland	98	40,0	57,1	81,6	96,8
Kärnten	214	39,9	58,9	86,2	95,3
Niederösterreich	568	48,0	64,5	86,2	97,2
Oberösterreich	501	46,9	68,1	87,2	96,7
Salzburg	198	50,0	63,5	87,2	96,0
Steiermark	436	41,2	61,3	89,1	94,9
Tirol	256	49,1	62,6	87,5	97,3
Vorarlberg	133	50,9	64,8	86,5	96,7
Wien	764	49,1	61,4	91,1	90,3
gesamt	3 168	46,7	63,1	88,0	94,9

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005h), Europäische Erhebung über den IKT-Einsatz in Haushalten 2005 (Befragung: Februar bis März 2005).

Die **Computernutzung** hängt stark vom **Alter** ab: nur 12 Prozent der 65- bis 74-Jährigen, aber 91 Prozent der 16- bis 24-Jährigen haben im Jahr 2005 in den letzten drei Monaten vor der Befragung einen Computer benutzt. Auch sind nur 20 Prozent der PensionistInnen ComputerbenutzerInnen, hingegen aber 79 Prozent aller Erwerbstätigen und 98 Prozent der SchülerInnen und StudentInnen. 29 Prozent aller insgesamt befragten Personen haben noch nie einen Computer benutzt, in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen trifft dies auf 80 Prozent der Befragten zu.

Die **Internetnutzung** ist nach wie vor männlich dominiert: Insgesamt haben im Jahr 2005 55 Prozent aller in österreichischen Haushalten lebenden 16- bis 74-Jährigen in den letzten drei Monaten vor der Befragung das Internet genutzt, 60 Prozent der Männer, aber nur 50 Prozent der Frauen. 61 Prozent der WienerInnen sind InternetnutzerInnen, das ist der höchste Anteil im Bundesländervergleich. Nur 15 Prozent der PensionistInnen haben das Internet genutzt, aber 95 Prozent aller SchülerInnen und StudentInnen ab 16 Jahren und 69 Prozent der Erwerbstätigen. 40 Prozent aller Befragten haben das Internet noch nie verwendet. 90 Prozent der 65- bis 74-Jährigen nutzen das Internet nicht.

Tabelle 3-30: ComputerbenutzerInnen und InternetnutzerInnen 2005 nach Ausbildungsniveau und Lebensunterhalt, Bundesländern, Altersklassen und Geschlecht

Alter (Jahre), Bundesland, Bildungsniveau	Alle Personen in 1.000	darunter: Personen, die in den letzten drei Monaten ...	
		Computer benutzt haben in %	Internet genutzt haben in %
Männer nach Alter			
16 bis 24 Jahre	460	90,8	84,8
25 bis 34 Jahre	547	86,5	78,8
35 bis 44 Jahre	705	78,3	68,3
45 bis 54 Jahre	545	67,3	58,3
55 bis 74 Jahre	772	34,0	26,2
gesamt	3.030	68,4	60,2
Frauen nach Alter			
16 bis 24 Jahre	443	90,2	82,8
25 bis 34 Jahre	548	81,0	72,7
35 bis 44 Jahre	690	71,8	61,3
45 bis 54 Jahre	551	57,2	45,2
55 bis 74 Jahre	859	17,6	12,4
gesamt	3.091	58,4	50,0
Bundesland			
Burgenland	209	54,6	45,6
Kärnten	416	58,5	49,9
Niederösterreich	1.163	62,0	52,9
Oberösterreich	1.029	65,1	54,9
Salzburg	393	67,2	59,4
Steiermark	898	60,7	51,1
Tirol	516	64,0	56,8
Vorarlberg	267	64,6	58,4
Wien	1.229	66,6	60,5
Ausbildungsniveau			
Volks-, Hauptschulabschluss	1.523	38,9	31,9
Lehrabschluss, AHS, BHS	3.697	68,3	58,5
Hochschule, Universität	900	84,7	79,9
Lebensunterhalt			
Erwerbstätige	3.522	78,6	69,1
PensionistInnen, RentnerInnen	1.228	20,4	14,9
Nichtberufstätige(r) Hausfrau/-mann	437	36,6	25,9
StudentInnen, SchülerInnen	386	97,7	94,8
Sonstige soziale Stellung	548	59,1	50,0
gesamt	6.120	63,4	55,0

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (2005), Europäische Erhebung über den IKT-Einsatz in Haushalten 2005 (Befragung: Februar bis März 2005).

3.6.2 Stadtentwicklung

Im Wiener Stadtentwicklungsplan 2005 (STEP 05) wurden als Zukunftsthemen die Förderung altengerechten Wohnens und die Entwicklung neuer Wohnformen für Alte und Hochbetagte als wichtige Anliegen der Stadt Wien festgelegt. Erste Ansätze wurden bereits erarbeitet, wobei ausgehend von einer kleinräumigen Analyse der Bevölkerungsstruktur und der sozialen und gesundheitlichen Infrastruktur für ältere Menschen in Wien¹⁰⁴ Prognosen für einzelne Distrikte gestellt worden sind. Diese Prognosen erachten für eine am Bedarf eines Wohnquartiers orientierten Planung vor allem eine Erweiterung des Sozial- und Gesundheitsangebots für notwendig. Besonderer Handlungsbedarf wird für die in den Sechziger- und Siebzigerjahren entstandenen Großsiedlungen gesehen, die damals von überwiegend jungen Familien bezogen wurden und daher in vielen Bereichen nicht den Kriterien des barrierefreien bzw. altersgerechten Bauens entsprechen (z. B. die Gestaltung der Grünflächen, der Bereich des Hauseingangs, der Sanitärbereich der Wohnungen, die Angebote der kommerziellen, sozialen und gesundheitlichen Infrastruktur). Als Ansatz für die Gestaltung einer zukünftigen bedarfsgerechten Wohnsituation im Alter wird ein wohnquartierbezogenes Modell zur integrierten Stadtteilentwicklung vorgeschlagen, das Maßnahmen zur Errichtung bzw. Erweiterung der gesundheitlichen und sozialen Infrastruktur mit jenen einer barrierefreien Gestaltung des Wohnungsumfeldes und der Wohnung verbindet.

¹⁰⁴ FEUERSTEIN (2004)

3.6.3 Inklusion/Exklusion älterer Menschen

Alte Menschen haben nicht nur eine höhere Armutsgefährdung, durch Verluste von PartnerInnen, Familienmitgliedern, FreundInnen besteht auch die Gefahr sozialer Isolation. Krankheit und Gebrechlichkeit sind weitere Barrieren der Inklusion. Die Stadt Wien hat sich in dem von der Gemeinderätlichen Geriatriekommission im Jahr 2004 beschlossenen Strategiekonzept „Lebenswertes Altern in Wien – aktiv und selbst bestimmt“¹⁰⁵ für die Zukunft die Weiterentwicklung der mobilen Pflege einerseits, aber auch der stationären geriatrischen Versorgung zum Ziel gesetzt. Eine weitere Zukunftsfrage ist die Integration sowie die soziale und gesundheitliche Versorgung der aufgrund der demographischen Entwicklung steigenden Zahl an älteren MigrantInnen in Wien. Hier wurden erste Analysen unternommen,¹⁰⁶ die als Ausgangspunkt für sozial- und gesundheitspolitische Strategien dienen. Die Problematik der älteren MigrantInnen wird auch eines der zentralen Zukunftsthemen der 2004 neu gegründeten Wiener Magistratsabteilung für Integrations- und Diversitätsangelegenheiten (MA 17)¹⁰⁷ sein. Aufgrund des hohen Frauenanteils bei der älteren Bevölkerung wird es in Zukunft erforderlich, bei allen Maßnahmen zur Inklusion älterer Menschen besonderes Augenmerk auf geschlechtsspezifische Aspekte zu legen.

3.6.4 Forschung zum Leben älterer Menschen in der Stadt

Es gibt zahlreiche Forschungsprojekte und Publikation zu vielfältigen Aspekten der Situation älterer Menschen in Wien, die von unterschiedlichen Institutionen durchgeführt werden. Eine gemeinsame, interdisziplinäre Forschungsstrategie oder umfassende Programme wären wünschenswert, sind jedoch noch ausständig.

Nachfolgend einige ausgewählte Beispiele für Forschungsarbeiten aus dem Bereich Altern in Wien:

Institut für Soziologie der Universität Wien, Schwerpunkt Sozialgerontologie, Lebenslauf- und Sozialpolitikforschung:¹⁰⁸ Forschungen auf diesem Gebiet reichen bis in die 1960er Jahre zurück. Themen sind beispielsweise die Generationenbeziehungen und das Generationenverhältnis; die Zukunft des Alters (demographische Entwicklung, wachsende Pflegeproblematik); Gewalt gegen alte Menschen; Altersstereotype; gesellschaftliche Integration und Alterskultur; Chancen und Risiken der neuen Informations- und Kommunikationstechnologien im Lebenszyklus; Bedarfsprognostik der stationären, ambulanten und teilstationären Einrichtungen; Evaluation von Modelleinrichtungen; Basisanalysen für Raumordnungskonzepte, bundeslandspezifische Dauerberichterstattung zur Lage der älteren Menschen.

Forschungsinstitut für Altersökonomie, Wirtschaftsuniversität Wien:¹⁰⁹ Das von der Stadt Wien (Geschäftsgruppe Gesundheit und Soziales, Bereichsleitung für Strukturentwicklung sowie MA 7 - Kultur) in Kooperation mit der Wirtschaftsuniversität Wien im Oktober 2006 gegründete „Forschungsinstitut für Altersökonomie“ betrachtet die Lebenslage älterer Menschen im Alter von 50+ aus einer sozioökonomischen Perspektive und erweitert somit die österreichische Altersforschung um den sozioökonomischen Ansatz. Das Forschungsprogramm 2006-2009 beinhaltet als einen Schwerpunkt die Analyse der sozioökonomischen Situation von Menschen im Alter von über 50 Jahren im großstädtischen Kontext, darauf aufbauend wird eine Bandbreite kommunalpolitischer Handlungsmöglichkeiten entwickelt und diskutiert. Ein weiterer Schwerpunkt ist die umfassende ökonomische Analyse des Pflegesektors mit dem Ziel, die ökonomischen Folgen von Pflegebedürftigkeit für betroffene Individuen, für deren Familien und für ArbeitgeberInnen pflegender Angehöriger zu erheben und somit die „versteckten“ privaten Kosten der Pflegebedürftigkeit abzuschätzen. Die dritte Forschungslinie nimmt auf positive Facetten des Alterns Bezug, indem es die produktiven Beiträge älterer Menschen in der Gesellschaft analysiert.

Die **Ludwig Boltzmann Gesellschaft** führt zwei Institute im Bereich der Alters- und Geriatrieforschung:

¹⁰⁵ STADT WIEN (2004)

¹⁰⁶ REINPRECHT (1999, 2000)

¹⁰⁷ <http://www.wien.gv.at/integration/>

¹⁰⁸ <http://www.soz.univie.ac.at/schwerpunkte/>

¹⁰⁹ <http://www.wu-wien.ac.at/altersoekonomie>

Das **Institut für Altersforschung** im SMZ-Ost Donauespital hatte beispielsweise 2005 die Schwerpunkte seiner wissenschaftlichen Tätigkeit in den Bereichen des Stoffwechsels im Alter und der Demenzforschung. Die Vienna Trans Danube Aging (VITA) Studie ist eine prospektive, interdisziplinäre bevölkerungsbezogene Studie über die Inzidenz und die Risikofaktoren des Morbus Alzheimer sowie die Inzidenz des Morbus Alzheimer bei Höchstbetagten.

Das **Ludwig Boltzmann Institut für interdisziplinäre Rehabilitation in der Geriatrie** im SMZ Sophienspital beschäftigt sich einerseits mit Qualitätssichernden Maßnahmen im Bereich der Rehabilitation älterer Menschen nach hüftgelenksnaher Femurfraktur, andererseits werden Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsvorsorge und Prävention gesetzt. Die Präsentation der Daten, die Entwicklung internationaler Netzwerke und intensiver Gedankenaustausch im Bereich der Geriatrie sind ein zentrales Anliegen. Das Institut ist federführend in der Organisation des **Wiener Internationalen Geriatriekongresses**.

Sozial- und Gesundheitsberichterstattung: In Wien wurde 1998 der erste Wiener Seniorengesundheitsbericht veröffentlicht.¹¹⁰ Auf Bundesebene wurde im Jahr 2001 vom Ministerium für soziale Sicherheit und Generationen der erste und bisher einzige Altenbericht mit dem Titel „Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen“¹¹¹ herausgegeben (in Deutschland wurde bereits der fünfte Altenbericht erarbeitet).¹¹²

Arbeit und Alter, Arbeitssituation (älterer) Pfleger: Die Situation älterer Menschen am Arbeitsplatz ist seit vielen Jahren Thema an der Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA)¹¹³. Das Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie hat sich mit der Situation Pfleger in Wien generell auseinandergesetzt („Pflegerlotsand“ in der stationären und mobilen Pflege) und auch zur Arbeitswelt älterer Pfleger¹¹⁴ Forschungsarbeiten erstellt. Die altersgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen, besonders in den stark belasteten Gesundheitsberufen, bedarf auch weiterhin intensiver Forschung zur Erarbeitung von Lösungsansätzen.

Lebensqualität, Stadtentwicklung und Altern in Wien: Die Großstudie „Leben und Lebensqualität in Wien“ wurde im Jahr 2003 von der Abteilung für Stadtentwicklung (MA18)¹¹⁵ in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse stehen in Zusammenhang mit Bemühungen, durch Analysen der baulichen Strukturen im Kontext der sozialen und gesundheitlichen Rahmenbedingungen die Wohn- und Lebenssituation älterer Menschen in Wien zu verbessern. In die Erarbeitung neuer Konzepte der Stadtentwicklung und Statplanung werden transdisziplinäre Teams aus StadtsoziologInnen, ArchitektInnen und GesundheitsförderungsexpertInnen eingebunden.^{116, 117}

Gesundheitsförderung: Der Fonds Gesundes Österreich¹¹⁸ hat das Wiener Modellprojekt „Plan60“ im Bereich der Gesundheitsförderung älterer Menschen initiiert, wobei die wissenschaftliche Begleit-evaluation ein wesentlicher Bestandteil war. Umgesetzt wurde das Projekt vom Wiener Roten Kreuz, das neben seinen Forschungsaktivitäten ein breites Angebot im Bereich der Pflege und Betreuung älterer Menschen anbietet. Forschung im Bereich der Gesundheitsförderung älterer Menschen in Wien steht erst an den Anfängen, weitere Studien sind aber – als Grundlage für gezielte Gesundheitsförderung - dringend erforderlich. Große Bedeutung kommt dabei der Evaluation von Gesundheitsförderungsprojekten zu.

Ältere Frauen: Die Ergebnisse des vom Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung¹¹⁹ durchgeführten 12-Länder-Forschungsprojekts MERI¹²⁰ (Mapping existing research and identifying knowledge gaps on older women) belegen, dass die Chancengleichheit für ältere Frauen

¹¹⁰ STADT WIEN (1998)

¹¹¹ BMSG (2001)

¹¹² <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/forschungsnetz.html> (>Forschungsberichte >Ältere Menschen)

¹¹³ z.B. KRENN (2004), weitere Informationen auf www.forba.at

¹¹⁴ <http://www.univie.ac.at/lbimsg/> oder <http://www.gspwien-info.net>

¹¹⁵ <http://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/ma18/index.htm>

¹¹⁶ <http://www.srz-gmbh.com>

¹¹⁷ <http://www.christianefuerstein.at>

¹¹⁸ <http://www.fgoe.org>

¹¹⁹ <http://www.euro.centre.org>

¹²⁰ www.own-europe.org/meri/pdf/article-austria.pdf

noch lange nicht erreicht ist und auf vielen Gebieten das Wissen über die Situation von Frauen ab 50 begrenzt ist. Gesellschaftliche und politische Partizipation sowie die Bildung älterer Frauen sind zwei große Themenbereiche, die weder in lokalen, regionalen, nationalen noch in internationalen Kontexten als bedeutsam eingestuft werden. Als eine weitere Unbekannte wurde das Thema Gewalt gegen ältere Frauen thematisiert, wobei besonderer Bedarf an konkreten Daten zur Gewalt im Pflegebereich besteht. Schließlich ist eine fundierte Analyse der materiellen Situation im Hinblick auf eine höhere Armutsgefährdung älterer Frauen ausständig.

Migration und Alter: Das Institut für Soziologie der Universität Wien befasst sich seit vielen Jahren mit der Gesundheitsförderung älterer MigrantInnen in Wien. Das im Auftrag der Stadt Wien durchgeführte WHO-Demonstrationsprojekt „Aktiv ins Alter! – Investition in die Gesundheit älterer Menschen“¹²¹ zielte darauf ab, die bestehende Infrastruktur im Sinne einer „interkulturellen Öffnung“ transparenter und für unterschiedliche Zielgruppen und Milieus zugänglicher zu machen. Zum Projekt liegt eine Begleitevaluation vor. Die Ergebnisse sind ein Beitrag, konkrete Ansatzpunkte für zukünftige Strategien in der Integration älterer MigrantInnen in Wien zu definieren.

4. Literatur

AGE – The European Older People’s Platform (2004), Age Barriers: Older people’s experience of discrimination in access to goods, facilities and services.

ANDERSEN-Consulting (2002), Analyse des Leistungsangebots der Stadt Wien für Senioren, Wien.

BADELDT, C., HOLLERWEGER, E. (2001), Das Volumen der ehrenamtlichen Arbeit in Österreich, Working Paper No. 6, Wien: Institut für Sozialpolitik der Wirtschaftsuniversität Wien.

BADELDT, Ch. (1999), Ehrenamtliche Arbeit im Non-Profit-Sektor, in: BADELDT, Ch. (Hrsg.), Handbuch der Nonprofit Organisationen, Stuttgart: Schäffer-Poeschl, 2.Auflage, S.432-462.

BAUER, W.T. (2004), Wenn die Wähler weniger werden. Überlegungen zum Problem der sinkenden Wahlbeteiligung. Wien: ÖGPP – Österreichische Gesellschaft für Politikberatung und Politikentwicklung. Online-Version: <http://www.politikberatung.or.at/documents/wahlbeteiligung.pdf>

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, SeniorInnen, Frauen und Jugend (2002), Vierter Altenbericht, Online-Version: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-21789-4.-Altenbericht-Teil-IV.property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf>

BMSG - Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hg.) (1999) Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich. Übersicht über die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder. Erstellt vom ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.

BMSG - Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hg.) (2003) Bericht über die Lage der behinderten Menschen in Österreich. Wien: BMSG.

BMSG – Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hg.) (2000), Seniorenbericht 2000. Wien: BMSG.

BMSG – Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (Hg.) (2001), Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan ÖKAP/GGP 2001. Anlage zur Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, Stand 1. Januar 2002. Wien: BMSG.

BMSG – Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2001), Bericht über zur Lebenssituation älterer Menschen, Wien: BMSG.

BMSGK – Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2005), Pflegevorsorge in Österreich, Online-Version: <http://www.eu2006.bmsg.gv.at>

BMSGK – Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2004), Bericht über die soziale Lage 2003 – 2004, Wien: BMGF.

BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN (2000), Ältere Menschen. Neue Perspektiven, Seniorenbericht 2000: Zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich, Wien.

¹²¹ <http://www.aktivinsalter.at/>

- COUNCIL OF EUROPE (2003), Recommendation of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. November 2003. Online-Version: <http://www.coe.int/>
- DACHVERBAND HOSPIZ ÖSTERREICH (Hg.) (2001), Standards für die Befähigung ehrenamtlicher Mitarbeiter/innen.
- DACHVERBAND HOSPIZ ÖSTERREICH (Hg.) (2002), Standards für Pflegepersonen in der mobilen Hospiz-/Palliativpflege.
- DACHVERBAND HOSPIZ ÖSTERREICH (Hg.) (2003a), Die letzten Schritte des Weges. Ansichten – Einsichten – Aussichten. Hospiz- und Palliativbetreuung in Österreich.
- DACHVERBAND HOSPIZ ÖSTERREICH (Hg.) (2003b), Standards „Sozialarbeit im Bereich Palliative Care“.
- DACHVERBAND HOSPIZ ÖSTERREICH (Hg.) (2004), Strukturqualitätskriterien für Stationäre Hospize in Österreich.
- DACHVERBAND WIENER PFLEGE- UND SOZIALDIENSTE (Hrsg.) (2002), Situation des Pflegepersonals in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, Wien.
- DIE ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG IN ZAHLEN (2005), 15. Ausgabe März 2005, Wien (www.sozialversicherung.at/mediaDB/84792.PDF).
- ENQUETE-KOMMISSION „ETHIK UND RECHT DER MODERNEN MEDIZIN“ (2005), Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit. Zwischenbericht vom 22.06.2005. Deutscher Bundestag, Drucksache 15/5858.
- EUROBAROMETER 58.2 (2003), The mental health status of the european population, written by The European Opinion Research Group (EORG).
- EUROPÄISCHES ZENTRUM FÜR WOHLFAHRTSPOLITIK UND SOZIALFORSCHUNG (2004), Quantitative und qualitative Erfassung und Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich, im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Online-Version: <http://www.armut.at/ebnkv-end-internet.pdf>
- EUROPÄISCHES ZENTRUM FÜR WOHLFAHRTSPOLITIK UND SOZIALFORSCHUNG (2005), Die Lebenssituation älterer Frauen in Österreich und in Europa, Wissen & Wissenslücken. ExpertInnen-Workshop im Rahmen des EU-Projekts MERI – Mapping existing research and identifying knowledge gaps concerning the situation of older women in Europe, Wien, 11. April 2005, Autorinnen: Yvonne Giedenbacher, Charlotte Strümpel, Wien. Online-Version: <http://www.bmsg.gv.at/cms/site/attachments/4/3/5/CH0104/CMS1121677255001/dokumentation.pdf>
- FEIGELFELD, H., FEUERSTEIN, C. (2005), Securing quality of life for the elderly – urban planning and urban development. Präsentation am WHO Healthy Ageing Vienna Meeting, December 2005.
- FEUERSTEIN, C. (2004), Demographische Alterung und bauliche Strukturen in Wien. Wien.
- FONDS SOZIALES WIEN (2006), Jahresbericht Pflege. Auswertungen zu den Jahren 2003 bis 2005. Wien, Oktober 2006.
- HÖFLER, A.E. (2001), Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich, Wien.
- IFES - INSTITUT FÜR EMPIRISCHE SOZIALFORSCHUNG (2003), Leben und Lebensqualität in Wien, Wien.
- INSTITUT SICHER LEBEN (2006), Freizeitunfallstatistik 2005. Online-Version: <http://www.sicherleben.at>
- KATHOLISCHER LAIENRAT ÖSTERREICHS (2004), Brief an den Bundeskanzler Wolfgang Schüssel mit Anregungen für eine Verbesserung der Hospizkarenz v. November 2004, www.hospiz.at/pdf_dl/FHKkarenzbrief.pdf (22.6.2005).
- KIM – Klinik für Innere Medizin I, AKH Wien (2005), Palliativmedizin an der Klinik für Innere Medizin I, Präsentation bei der Fortbildung am 19. Februar 2005 im AKH Wien, Online-Version: http://www.meduniwien.ac.at/innere-med-1/palliativstation/_images/palliativkonzeptvortrag.pdf
- KOLLAND, F. (2005), Bildungschancen für ältere Menschen. Ansprüche an ein gelungenes Leben. Wien/Münster: LIT-Verlag.
- KONTROLLAMT WIEN (2003a), Bericht KA-K-24/02. Online-Version: <http://www.kontrollamt.wien.at/berichte/2003/lang/4-20-KA-II-K-24-2.pdf>

- KONTROLLAMT WIEN (2003b), Bericht KA-K-13/03. Online-Version: <http://www.kontrollamt.wien.at/berichte/2003/lang/6-02-KA-II-K-13-3.pdf>
- KRAJIC, K., NOWAK, P., RAPPOLD, E. (2005), Pfl egenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten, Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie.
- KRAJIC, K., VYSLOUZIL, M., NOWAK, P. (2003), Pfl egenotstand in Österreich, Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie.
- KRATSCHMAR, A. (2002), Hospiz- und Palliativführer Österreich: selbst bestimmt leben - bis zuletzt, AutorInnen: Andreas Kratschmar; Hildegard Teuschl, Wien : Bundeskanzleramt, Bundespressediens t.
- KREMLA, M. (2005), Interkulturelle Altenpflege in Wien: Angebote und Veränderungsbedarf aus der Sicht von ZuwanderInnen und Trägereinrichtungen. Wien.
- KRENN, M., VOGT, M. (2004), Ältere Arbeitskräfte in belastungsintensiven Tätigkeitsbereichen: Probleme und Gestaltungsansätze. Wien: Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA), Studie im Auftrag der Kammer für Arbeiter und Angestellten Wien und der Gewerkschaft Bau-Holz.
- KUNTER, C. (2005): Aktiv Altern in Wien. Eine Analyse der gesundheitsförderlichen Angebotsstruktur für SeniorInnen. Wien: Unveröff. Dipl-Arb.
- LANDAU, M. (2004), Familienhospizkarenz – Angehörige begleiten Sterbende. Ein österreichisches Modell. Vortrag auf dem 95. Deutschen Katholikentag am 17. Juni 2004 in Ulm.
- MAHIDI, M. (2000), Wohnen älterer Menschen, in: BMSG, Seniorenbericht 2000. Wien.
- MAUNZ, STEYRER (2001), Das Burnout-Syndrom in der Krankenpflege: Ursachen – Folgen – Prävention. Middle European Journal of Medicine 2001;113:296-300.
- MOOSLECHNER, P. (1997), Die Geldvermögensposition privater Haushalte in Österreich, Wien: WIFO.
- NEXT-Study – Nurses' Early Exit Study. www.next-study.net
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2004), Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich, Entwurf des Endberichts, Stand: 10.11.2004.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2004), Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich – Zwischenbilanz, Wien.
- OECD (2004), Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. Authors: Francesca Colombo and Nicole Tapay. OECD Working Papers. No. 15. DELSA/ELSA/WD/HEA(2004)6. France: OECD. <http://www.oecd.org/dataoecd/34/56/33698043.pdf>
- ÖGPP – Österreichische Gesellschaft für Politikberatung und Politikentwicklung (2004), Armuts- und Reichtumsbericht für Österreich, Wien. Online-Version: <http://www.politikberatung.or.at/documents/Armuts-%20und%20Reichtumsbericht.pdf>
- PUBLIC OPINION - INSTITUT FÜR QUALITATIVE SOZIALFORSCHUNG (2005), Qualifikationsgewinn durch Freiwilligenarbeit. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Wien.
- REDAK, V., SCHLAGER, C. (2004), Auf dem Weg in die 40-Prozent-Ökonomie? Die Vermögensgesellschaft und ihre wirtschafts- und gesellschaftspolitischen Implikationen. In: ARMUTSKONFERENZ, ATTAC, BEI-GEWUM, Was Reichtümer vermögen, Warum reiche Gesellschaften bei Pensionen, Gesundheit und Sozialem sparen. Wien: Mandelbaum Verlag.
- REINPRECHT, C. (1999), Ältere MigrantInnen in Wien. Empirische Studie zu Lebensplanung, sozialer Integration und Altersplanung. Studie im Rahmen von „Senior Plus“ (URBAN-Projekt für Menschen ab 55 in der Gürtelregion), gefördert von der Stadt Wien, MA47, und von der EU (EFRE). Wien.
- REINPRECHT, C. (2000), Alte MigrantInnen und einheimische SeniorInnen. Zur Lebenssituation der älteren ausländischen und einheimischen Wohnbevölkerung Wiens. SWS-Rundschau 40(1):63-80.
- SIMSA R. et al. (2003), Personalmanagement und Arbeitszufriedenheit in Organisationen der Altenbetreuung und –pflege, Teilbericht des Forschungsprojektes P 14769: “Beschäftigung im Nonprofit Sektor“, gefördert durch den Wissenschaftsfonds, Wien. Online-Version: http://www.isw-linz.at/media/files/2_2004/LF_simsa_2_04.pdf

- SPÖRK, E. (2001), Lebensqualität bis zuletzt hierarchiefrei organisiert im CS Hospiz Rennweg. Die Anfänge der Hospizidee in Österreich, in: Heimerl, K./Heller, A. (Hg.), Eine große Vision in kleinen Schritten. Aus Modellen der Hospiz- und Palliativbetreuung lernen, Lambertus, S. 107 ff.
- STADT WIEN (1998), Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997, Wien: MA15, Referat Gesundheitsberichterstattung.
- STADT WIEN (Hrsg.) (2002), Mikrozensus 1999. Ergebnisse zur Gesundheit in Wien, Wien (Autorin: Urbas, E.).
- STADT WIEN (Hrsg.) (2002a), Gesundheitsbericht Wien 2002 (Autorin: Bachinger, E.), Wien.
- STADT WIEN (Hrsg.) (2003), Lebenserwartung und Mortalität in Wien und Österreich - Internationaler Vergleich, Wien (Autorin: Bachinger, E.).
- STADT WIEN (Hrsg.) (2003a), Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien, Ausgabe 2003, Wien.
- STADT WIEN (Hrsg.) (2003b), Lebensstile in Wien, Wien (AutorInnen: Freidl, W., Stronegger, W.J., Neuhold, Ch.).
- STADT WIEN (Hrsg.) (2004), Chronische Krankheiten in Wien, Wien (Autorinnen: Urbas, E., Klimont, J., Bachinger, E.).
- STADT WIEN (Hrsg.) (2004a), Psychische Gesundheit in Wien. Subjektives Empfinden und psychosoziale Faktoren, Wien (Autorin: Urbas, E.)
- STADT WIEN (Hrsg.) (2005), Situationsbericht Frauen in Wien 2005, Wien (AutorInnen: Bergmann, N., Einzinger-Heinzl, V., Lechner, F., Sorger, C., Spacek, K., Wetzl, P., Willsberger, B.).
- STADT WIEN (Hrsg.) (2005a), Gesundheitsbericht Wien 2004, Wien (Autorinnen: Bachinger, E., Csitkovics, M., Wais, C.) (im Erscheinen).
- STADT WIEN (Hrsg.) (2005b), Stadtentwicklungsplan (STEP) 2005; Stadtentwicklung Wien, Magistratsabteilung 18, Stadtentwicklung und Stadtplanung. Online-Version: <http://www.wien.at/stadtentwicklung/step>
- STADT WIEN, GEMEINDRÄTLICHE GERIATRIEKOMMISSION (2004), Strategiekonzept für die Betreuung älterer Menschen „Lebenswertes Altern in Wien – aktiv und selbst bestimmt“.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2000), Lebenssituation älterer Menschen (Autorin: Wiedenhofer, B.), Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2002), Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege. Ergebnisse des Mikrozensus 2002. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und KonsumentInnenenschutz.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2003), Bevölkerung Österreichs im 21. Jahrhundert (Autoren: Hanika, A, Lehart, G., Marik, S.), Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2003a), Familienstrukturen und Familienbildung. Ergebnisse des Mikrozensus September 2001, Teil II, Wien (hergestellt vom Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz).
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2004), Volkszählung. Hauptergebnisse I, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2004a), Volkszählung. Hauptergebnisse II, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2004b), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2002, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2004c), Lebenslanges Lernen, Ergebnisse des Mikrozensus Juni 2003, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2005), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2005a), Großzählung 2001. Ausgewählte Maßzahlen nach Gemeinden, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2005b), Mikrozensus. Jahresergebnisse 2003, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (2005c), Pressemitteilung vom 04.07.2005, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2005d), Demographisches Jahrbuch, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2005e), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2005f), Statistisches Jahrbuch Österreichs, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2005g), Sozial(hilfe)leistungen der Bundesländer 2003 und im Jahrzehnt 1994-2003, in: Statistische Nachrichten 4, S.336-348.

STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2005h), IKT-Einsatz in Haushalten 2005, Ergebnisse der Europäischen Erhebung über den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien in Haushalten 2005, Wien.

STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2006), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2005.

STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2006a), Statistisches Jahrbuch 2006.

STOWASSER, S. (2004) Barrierefreiheit in den Arztpraxen – bundesweite Ist-Stand-Erhebung. Soziale Sicherheit Mai 2004;192-193.

STREISSLER, A. (2004), Geriatrische Langzeitpflege: Situation und Entwicklungsperspektiven, Materialien zur Wirtschaft und Gesellschaft, Hrsg.: Kammer für Arbeiter und Angestellte, Wien.

SYNTHESIS FORSCHUNG (2004), Wohnversorgung in Wien. Online-Version: <http://www.wohnfonds.wien.at/>

WHO – World Health Organization (1989), Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Online-Version: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German

WHO (2002), National Cancer Control Programmes – Policies and Managerial Guidelines, Genf.

WHO –World Health Organization (2002), Aktiv altern: Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln, Madrid 2002. Online-Version: <http://www.euro.who.int/ageing>

WHO –World Health Organization (2002a), Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. JPSMEU 24, S. 91-96.

WIENER SOZIALDIENSTE (laufend), IntegrationsInfoService von MigrantInnen, Projekt im Rahmen der EU-Gemeinschaftsinitiative EQUAL, transnationale Partnerschaft „Team up“.

WIFO – Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (2005), Sustaining Employment of Older Workers in an Ageing Society, Authors: Gudrun Biffl, Joseph E. Isaac, Working Papers 256/2005, Wien: WIFO..

ZDRAHAL, F. (2003), Palliativdiplom für Ärzte. Jahrelange Bemühungen der Österreichischen Palliativgesellschaft zeigen nun Erfolg, in: Zeitschrift für Palliativmedizin 4, S. 3.

ZULEHNER, P.M. (2001), Jedem seinen eigenen Tod. Für die Freiheit des Sterbens, Ostfildern: Schwabenverlag.

Links

AMANDA: Advanced Multivariate Analysis of New Data on Aging http://www.mea.uni-mannheim.de/mea_neu/

SHARE: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe <http://www.share-project.org>

PROCARE: Providing Integrated Health and Social Care for Older People <http://www.euro.centre.org/procare>

OASIS: Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity http://www.dza.de/download/DP_32.pdf
<http://http://www.dza.de/forschung/forsch-oasis.html>

EUROFAMCARE: Service for Supporting Family Carers of Elderly people in Europe <http://www.uke.uni-hamburg.de/eurofamcare>