

Gesundheitsziele Wien 2025



Indikatorenmonitoring Baseline-Bericht



**GESUNDHEITSZIELE
WIEN**



**GESUNDHEITS
SOZIALPLANUNG**

StoDt+Wien

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Wiener Gesundheitsziele auf einen Blick	6
Einleitung und Hintergrund	8
Wiener Gesundheitsziel 1: Von Anfang an gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche erhöhen	11
Frühgeburtenrate	12
Stationäre Aufenthalte während der Schwangerschaft	14
Adipöse Schwangere	17
Rauchende Schwangere	18
Lebendgeburten nach Entbindungsart	21
Ernährung von Kindern und Jugendlichen	24
Übergewichtige und adipöse SchülerInnen	26
Körperliche Aktivität von SchülerInnen	27
Subjektive Körperwahrnehmung von SchülerInnen	28
Lebenszufriedenheit von SchülerInnen	29
Selbstwirksamkeitserwartung von SchülerInnen	30
Rauchverhalten und Alkoholkonsum von SchülerInnen	30
Kariesfreiheit	34
Geburten durch unter 20-jährige Frauen	35
Frühe AusbildungsabbrecherInnen	37
Wiener Gesundheitsziel 2: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt stärken	44
ArbeitnehmerInnen in Unternehmen mit gültigem BGF-Siegel	45
Arbeitsunfälle	46
Beschäftigungsquote der über 50-jährigen Frauen und Männer	48
Jugendarbeitslosigkeit 15- bis 24-Jährige	51
Frühpensionierungen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen	53
Krankenstandsfälle aufgrund von psychischen Erkrankungen	55
Einschätzung der psychischen und sozialen	
Lebensqualität von Erwerbstätigen	56
Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen	59
Ausgaben der Krankenversicherung für BMS-BezieherInnen	61

Wiener Gesundheitsziel 3: Selbstständigkeit und Lebensqualität bis ins hohe Alter fördern	68
Nicht-stationär versorgte PflegegeldbezieherInnen	69
Menschen in alternativen Wohnformen	70
Beschäftigungsquote der über 50-jährigen Frauen und Männer	71
Gesunde Lebenserwartung	71
Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	72
Einschätzung der Lebensqualität	75
Funktionale Beeinträchtigungen	76
Zusammenfassung	79
Anhang	82



**Dieser Bericht unterstützt das
Wiener Gesundheitsziel 9**

Gesundheitsmonitoring aufbauen



Vorwort

Gesundheitsziele sind ein bewährtes Instrument für gesundheitspolitische Maßnahmen. Der Wiener Gemeinderat hat im Juni 2015 die Wiener Gesundheitsziele 2025 im Sinne von „Health In All Policies“ beschlossen. Ziel ist es, die Gesundheit der Wienerinnen und Wiener in allen Lebensphasen sowie Lebenswelten nachhaltig zu fördern und zu verbessern. Dafür wurden neben den 9 Wiener Gesundheitszielen auch konkrete Wirkungsziele samt Indikatoren definiert, die den Grad der Zielerreichung messbar machen. Der Fortschritt der Wiener Gesundheitsziele wird daher mit einem umfassenden Monitoringsystem überprüft und begleitet. Der vorliegende Baseline-Bericht bildet die Ausgangsbasis für das langfristige Indikatorenmonitoring bis 2025. So wird sichtbar, wie sich einzelne Ziele entwickeln und ob wir am richtigen Weg sind.

Über das Indikatorenmonitoring werden die einzelnen Themenbereiche im Detail begleitet und beobachtet und es wird möglich, Entwicklungen aufzuzeigen und Trends zu erkennen. So können die Wiener Gesundheitsziele nicht nur Schritt für Schritt erreicht, sondern auch wertvolle Informationen und Erkenntnisse gewonnen werden, die in die Weiterentwicklung der Wiener Gesundheitslandschaft einfließen können. Das Indikatorenmonitoring ist damit ein wesentlicher Baustein der Wiener Gesundheitsziele.



© PID/David Bohmann

Sandra Frauenberger
Stadträtin für Soziales,
Gesundheit und Frauen



© WiG/Christine Bauer

Mag.ª Kristina Hametner
Leiterin des Büros für Frauenge-
sundheit und Gesundheitsziele

Wiener Gesundheitsziele auf einen Blick



1

Von Anfang an gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche erhöhen



2

Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt stärken



3

Selbstständigkeit und Lebensqualität bis ins hohe Alter fördern und erhalten



4

Integrierte Versorgung etablieren



5

Gesundheitskompetenz der Wiener Bevölkerung stärken



6

Prävention, Früherkennung und Behandlungsabläufe bei epidemiologisch relevanten Krankheiten gezielt optimieren



7

Psychosoziale Gesundheit der Wiener Bevölkerung fördern



8

Lebensraum Stadt weiter attraktivieren, Umweltbelastung gering halten und Bewegung fördern



9

Gesundheitsmonitoring aufbauen

GENDERGERECHT / SOZIAL GERECHT

Die Wiener Gesundheitsziele 2025 wurden 2015 vom Wiener Gemeinderat beschlossen. Die Ziele wurden in einem multidisziplinären, partizipativen Prozess erarbeitet. Sie orientieren sich an den Rahmengesundheitszielen des Bundes und sind mit Maßnahmen der Gesundheitsreform (Landeszielsteuerung) verschränkt. Es wird von einem umfassenden Gesundheitsbegriff ausgegangen (Health in All Policies).

Die Wiener Gesundheitsziele sind zielgruppenspezifisch, beziehen sich auch auf strukturelle Aspekte und beinhalten Querschnittsaspekte wie Gesundheitskompetenz, psychische Gesundheit, Gendergerechtigkeit und gesundheitliche Chancengerechtigkeit. Für die Wiener Gesundheitsziele wurden Wirkungsziele formuliert. Wirkungsziele sind outcomeorientiert und beziehen sich auf die Veränderung des Gesundheitszustands von Bevölkerungsgruppen oder auch Gesundheitsdeterminanten. Für die Messung der Zielerreichung sind Indikatoren erforderlich. Das Monitoring der Wiener Gesundheitsziele erfasst die Gesundheitsziele 1 bis 3 und bezieht sich indirekt auch auf die Ziele 5 und 7. Die anderen Gesundheitsziele sind von anderen Monitoringprozessen umfasst.

Einleitung und Hintergrund

Die Gesundheit und die Lebensqualität der Wiener Bevölkerung in allen Lebensphasen und allen Lebenswelten zu verbessern sowie zu fördern, ist das Kernstück der Wiener Gesundheitsziele 2025. Insgesamt wurden im Wiener Gesundheitszieleprozess neun Gesundheitsziele mit zugehörigen Wirkungszielen und Indikatoren definiert. Die Umsetzung der Wiener Gesundheitsziele sieht auch ein umfassendes Monitoring vor. Das Monitoringsystem umfasst zwei Ebenen: zum einen die Ebene der Indikatoren im Rahmen eines Outcome-Monitorings, bei dem im Wesentlichen die Entwicklung der Indikatoren zu den Wirkungszielen der Wiener Gesundheitsziele regelmäßig beobachtet wird. Zum anderen setzt das Monitoring auf der Ebene der umgesetzten Maßnahmen an. Letzteres beinhaltet eine regelmäßige Erfassung von Maßnahmen, die maßgeblich zur Erreichung der Wiener Gesundheitsziele beitragen und in Abstimmung mit den bereits eingerichteten Gesundheitszieleforen entwickelt und umgesetzt werden sollen. Auf Basis der Monitoring-Ergebnisse sollen in weiterer Folge Empfehlungen zur Unterstützung des Wiener Gesundheitsziele-Prozesses und zum Aufbau eines integrierten Gesundheitsmonitorings (Wiener Gesundheitsziel 9) abgeleitet werden. Die Ergebnisse des Maßnahmenmonitorings werden in einem jeweils eigenen Bericht dargestellt und regelmäßig aktualisiert. Der vorliegen-

de Bericht zu den Indikatoren der Wiener Gesundheitsziele hat zum Ziel, die Indikatoren bestmöglich zu beschreiben, um eine valide Ausgangsbasis („baseline“) für das langfristige Indikatorenmonitoring zu schaffen. Hauptaufgabe des Monitoringsystems ist die Beobachtung des Erreichungsgrads der Wiener Gesundheitsziele. Im folgenden Bericht werden die entwickelten 33 Indikatoren zu den ersten drei Wiener Gesundheitszielen umfassend dargestellt und die Qualität der vorhandenen Daten beurteilt. Die Beschreibung der IST-Situation bezieht sich - sofern möglich - auf den Stand 2016 bzw. auf den letztverfügbaren Datenstand. Ebenso ist ein zeitlicher Verlauf über die Entwicklung einzelner Indikatoren aufgeschlüsselt. Die Indikatoren werden für Wien im Vergleich zu Österreich dargestellt. Der Bericht wird in regelmäßigen Abständen aktualisiert. Der Aufbau des Berichts folgt der Logik der Wiener Gesundheitsziele. Für jedes Gesundheitsziel werden die Wirkungsziele aufgezeigt und die davon umfassten Indikatoren analysiert. Die Datenqualität jedes Indikators wird von den AutorInnen überprüft und diskutiert. Jedes Kapitel beinhaltet abschließend einen Indikatorenüberblick, der die wesentlichen Charakteristika im Hinblick auf die Verfügbarkeit, Häufigkeit und Aussagekraft der jeweiligen Indikatoren zusammenfasst.



Gesundheitsziel 1

Von Anfang an
gesundheitliche
Chancengerechtigkeit
für Kinder und
Jugendliche
erhöhen

Wiener Gesundheitsziel 1

Wirkungsziele und Indikatoren

Altersgruppe A

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

Altersgruppe B

Gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen -
insbesondere aus sozial benachteiligten Gruppen - in ihren
Lebenswelten und Familien fördern

Wirkungsziel 1

Psychische und physische Gesundheit von
Schwangeren verbessern

Indikatoren zu Wirkungsziel 1

- » Frühgeburtenrate
- » Häufigkeit stationärer Aufenthalte während
der Schwangerschaft (exkl. Geburtsfälle)
- » Anteil adipöser Schwangerer
- » Anteil rauchender Schwangerer

Wirkungsziel 2

Die Chance auf Spontangeburt erhöhen

Indikator zu Wirkungsziel 2

- » Lebendgeburten nach Entbindungsart (in %)

Wirkungsziel 3

Elternkompetenz stärken

Wirkungsziel 1

Ernährung bei Kindern und Jugendlichen verbessern

Indikatoren zu Wirkungsziel 1

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

Wirkungsziel 2

Zahngesundheit besonders bei sozial benachteiligten Familien verbessern

Indikator zu Wirkungsziel 2

- » Kariesfreiheit bei 6-jährigen Mädchen und Burschen (in %)

Wirkungsziel 3

Körperliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen stärken, unter
besonderer Berücksichtigung von genderspezifischen Faktoren

Indikator zu Wirkungsziel 3

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

Wirkungsziel 4

Seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen stärken,
unter besonderer Berücksichtigung von genderspezifischen Faktoren

Indikatoren zu Wirkungsziel 4

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

Wirkungsziel 5

Lebens- und Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen
erhöhen – insbesondere bei vulnerablen Gruppen – und bei besonderen
Bedürfnissen verbessern

Indikatoren zu Wirkungsziel 5

- » Durchschnittliche Einschätzung der Selbstwirksamkeitserwartung
bei 11-, 13-, 15-jährigen Mädchen und Burschen
- » Anteil der Geburten durch unter 20-Jährige an allen
Lebendgeburten (in %)
- » Anteil frühzeitiger AusbildungsabbrecherInnen (in %)

Wirkungsziel 6

Anteil der Jugendlichen ohne substanzgebundene und
nicht-substanzgebundene Süchte erhöhen

Indikatoren zu Wirkungsziel 6

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



Wiener Gesundheitsziel 1

Von Anfang an gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche erhöhen



Das Wiener Gesundheitsziel 1 umfasst die Wirkungsziele der Förderung von Chancengerechtigkeit bei Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft, der Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit von Schwangeren, der Erhöhung der Chance auf Spontangeburt sowie der Stärkung der Elternkompetenz. Des Weiteren wird in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen die Förderung der gesunden Entwicklung, womit insbesondere eine Verbesserung der Ernährung und der Zahngesundheit, die Stärkung der körperlichen Aktivität und der seelischen Gesundheit, die Erhöhung der Lebens- und Gesundheitskompetenz sowie eine Reduktion des Anteils an Jugendlichen mit substanzgebundenen und nicht-substanzgebundenen Süchten angestrebt. Im folgenden Kapitel werden diese Wirkungsziele geordnet nach den jeweiligen Indikatoren dargestellt.

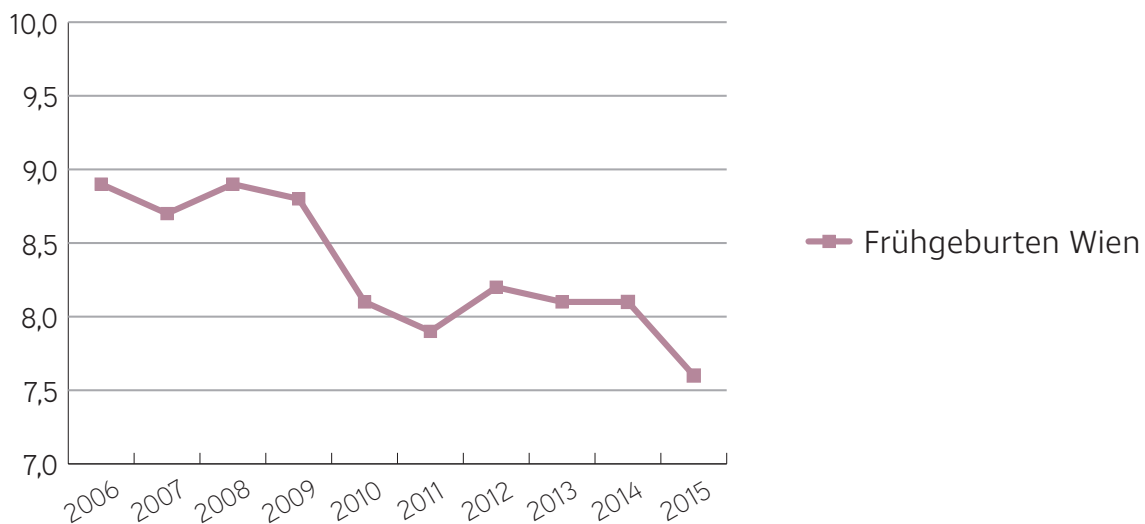


Frühgeburtenrate

Das erste Wirkungsziel legt den Fokus auf einen guten Start und damit auf die Förderung von Chancengerechtigkeit bei Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft. Die Stabilisierung der Frühgeburtenrate auf 8% ist ein wichtiger Zielwert bei der Erreichung dieses Wirkungsziels.

Nach dem Verständnis der Statistik Austria zählen alle Lebendgeborenen ab der 22. und vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche zu den Frühgeborenen. Die folgende Abbildung stellt die Entwicklung der Frühgeburtenrate in Wien im Zeitraum 2006-2015 dar. Betrug die Frühgeburtenrate 2006 noch 8,9%, reduzierte sich diese im Jahr 2015 auf 7,6%.¹ Dies entspricht einem Rückgang von 14,1%.

Abbildung 1: Frühgeburtenrate in Wien, 2006-2015



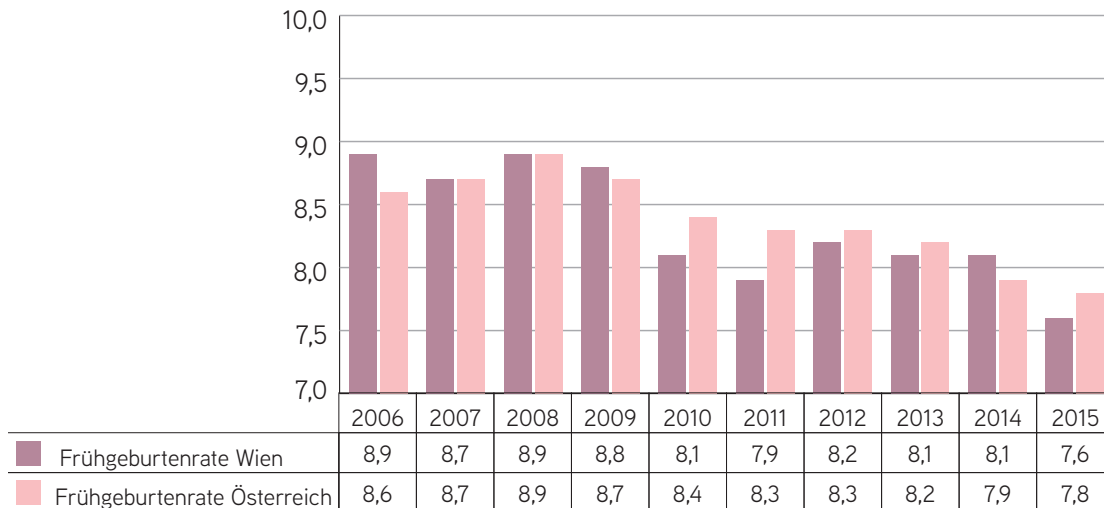
Anm.: Für die Berechnung der Frühgeborenenrate werden nur Lebendgeborene ab der Schwangerschaftswoche 22+0 herangezogen. Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, Stand 2016

Die Frühgeburtenrate hat sich im selben Betrachtungszeitraum auch in Gesamtösterreich reduziert: waren im Jahr 2006 noch 8,6% der Geburten Frühgeburten, lag der Anteil 2015 bereits bei 7,8%. Der Anteil ist demnach um 9% gesunken.

¹Statistik Austria (2015): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014. Wien



Abbildung 2: Frühgeburtenrate in Wien und Österreich im Vergleich, 2006-2015



Quelle: Statistik Austria 2016, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, bearbeitet durch MA24 Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

DATENQUALITÄT FRÜHGEBURTENRATE

Daten zu Geburten haben Vollerhebungscharakter.² Die Statistik Austria veröffentlicht Daten zu Geburten anhand des Wohnorts der Mutter. Die Daten werden monatlich von der Statistik Austria aufgearbeitet (vorläufige Ergebnisse) und jährlich (endgültige Ergebnisse) erfasst. Die Qualität der Daten kann als sehr hoch eingestuft werden, da die Informationen von Standesämtern geliefert werden, die durch eine durchlaufende Nummerierung im Geburtenbuch auch eine Kontrolle der Vollzähligkeit der Daten erlaubt. Die Zuverlässigkeit und die Genauigkeit der Daten ist damit gegeben, wird aber auch durch Plausibilitätsprüfungen kontrolliert. Es werden Lebend- und Totgeburten erfasst. In Bezug auf Frühgeburten machte ein Messfehler in der Schwangerschaftsdauer (uneinheitliche

Erfassung am Geburtenzählblatt) eine Revidierung der ermittelten Werte der Jahre 1995-2010 durch Abgleich mit dem Geburtenregister und einer modellbasierten Imputation erforderlich, sodass nunmehr von korrekten Werten ausgegangen werden kann³. Die Frühgeburtenraten werden für die Bundesländer und Österreich nach Schwangerschaftsdauer in angefangenen Wochen jeweils im aktuellen Jahrbuch der Gesundheitsstatistik veröffentlicht. Die abschließende Tabelle enthält eine Einschätzung der Datenqualität des Indikators. Für den Indikator sind Daten frei verfügbar. Die Daten werden regelmäßig erhoben und sind hinsichtlich des Wirkungsziels als aussagekräftig einzuschätzen.

Indikator	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft	Sonderauswertung
Frühgeburtenrate	😊	😊	😊	□

²Statistik Austria (2012): Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Statistik der Standesfälle einschließlich Todesursachenstatistik

³Klimont, J. (2012): Frühgeburten in Österreich. Zeitliche Trends und Risikofaktoren auf Basis revidierter Ergebnisse. Statistische Nachrichten 09/2012, S.660-668



Stationäre Aufenthalte während der Schwangerschaft

Die Häufigkeit stationärer Aufenthalte während der Schwangerschaft wird als Indikator für die psychische und physische Gesundheit von Schwangeren herangezogen. In Österreich basiert die Dokumentation von Leistungen und Diagnosen auf dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-System) und der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten. Aktuell ist es so, dass im stationären Bereich eine Schwangerschaft nicht zwingend dokumentiert werden muss, wenn die Erkrankung nicht ursächlich mit der Schwangerschaft verbunden ist. Es gibt im aktuellen System demnach keine Zusatzdiagnose bzw. Zusatzcodierung für eine bestehende, komplikationsfreie Schwangerschaft. Aus dem ambulanten Spitalsbereich und im niedergelassenen Bereich gibt es derzeit keine Daten.

Eine Annäherung an den Gesundheitszustand von schwangeren Frauen ist über die

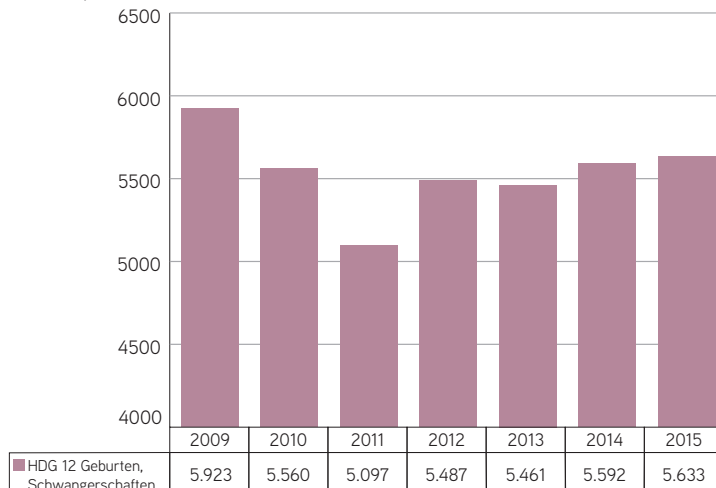
schwangerschaftsassozierten Diagnosen im internationalen Diagnosenkatalog der WHO (ICD-10) möglich.

Das Kapitel XV „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ des ICD-10 beinhaltet alle Diagnosen bzw. Komplikationen, die mit einer Schwangerschaft in Verbindung gebracht werden können (Gruppe O). Im österreichischen LKF-System kommen in Anlehnung an die ICD-10 Hauptdiagnosengruppen (HDG) zur Anwendung.⁴ Die Hauptdiagnosengruppen HDG12 umfassen folgende Krankheitsbilder im Schwangerschaftsverlauf und bei der Geburt: Abort, Blutung in der Spätschwangerschaft, Komplikationen in der Schwangerschaft und im Wochenbett, sowie peri- und postpartale Komplikationen. Für diese Diagnoseschlüssel gibt es Daten, die im Rahmen einer Sonderauswertung im „Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen“ (DIAG) für Wien und Österreich zur Verfügung stehen.

⁴BMG (2011): das österreichische LKF-System. http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/4/8/CH1164/CMS1098272734729/lkf-broschuere_bmg_2010_nachdruck_2011.pdf



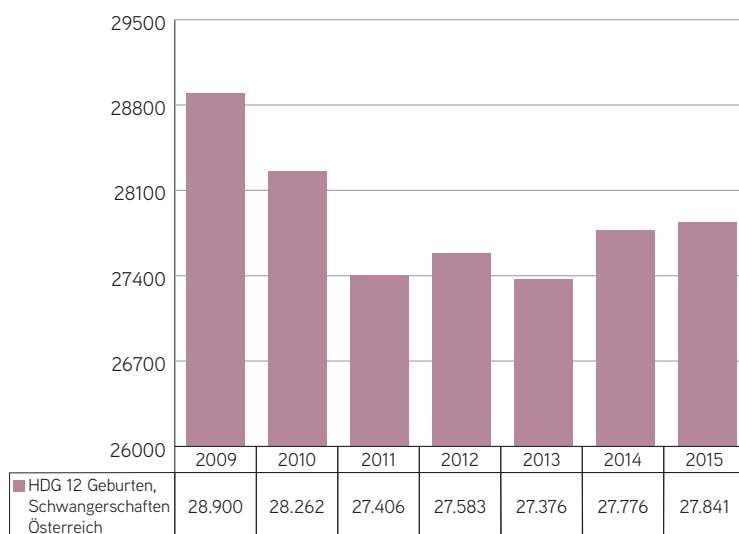
Abbildung 3: Stationäre Aufenthalte von Schwangeren aufgrund einer Diagnose aus HDG 12 in Wien, 2009-2015



Quelle: DIAG, Berechnung durch MA24 Gesundheitsdaten und strategische Krankenanstaltenfinanzierung

Im Jahr 2015 wurden in Wien 5.633 stationäre Aufenthalte aufgrund von Diagnosen der HDG 12 verzeichnet. Der Rückgang seit 2009 beträgt 4,9%, obwohl sich die Anzahl der Geburten in Wien von 17.154 auf 19.931 erhöht hat.⁵

Abbildung 4: Stationäre Aufenthalte von Schwangeren aufgrund einer Diagnose aus HDG 12 in Österreich, 2009-2015



Quelle: DIAG 2016, Berechnung durch MA24 Gesundheitsdaten und strategische Krankenanstaltenfinanzierung

Im selben Betrachtungszeitraum ist die Anzahl an stationären Aufenthalten aufgrund von HDG 12 Diagnosen in Österreich von 28.900 im Jahr 2009 auf 27.841 im Jahr 2015 gesunken. Dies entspricht einem Rückgang von 3,7%.

⁵Quelle: Statistik Austria



DATENQUALITÄT STATIONÄRE AUFENTHALTE WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT

Die im Bericht dargestellten Daten basieren auf einer Sonderauswertung der MA 24 Gesundheitsdaten und strategische Krankenanstaltenfinanzierung, die dafür das Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG) verwendet hat. Das DIAG wird vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen betreut. Mittels DIAG können die Landesgesundheitsfonds und die Sozialversicherungen im Rahmen der Bundesgesundheitsagentur auf Diagnose-, Leistungs-, Kosten-, Personal- und epidemiologische Daten der Fondskrankenanstalten zugreifen. Das DIAG beinhaltet auf der Ebene der aufenthaltsbezogenen Daten Hauptdiagnose, Zusatzdiagnosen und medizinische Einzelleistungen. Auf der Ebene der PatientInnen werden Geburtsdatum, Geschlecht, Staatsbürgerschaft, Hauptwohnsitz, Entlassungsdatum und Entlassungsart dokumentiert.⁶ Um die Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten, wurden Daten ab dem Jahr 2009 herangezogen.

Derzeit liegen nur Daten über Aufenthalte vor, ein Personenbezug kann aus den momentanen Daten nicht hergestellt werden. Dies sollte aber in den nächsten Jahren möglich werden.

Für den Indikator ist jedenfalls zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Aufenthalte nicht mit der Anzahl an schwangeren Pati-

entinnen mit einer HDG 12 Diagnose gleichzusetzen ist.

Es kann auch sein, dass eine Patientin öfters aufgrund derselben oder auch anderer Diagnosen dieser Gruppe stationäre Aufenthalte in Anspruch genommen hat.

Eine Schwierigkeit besteht darüber hinaus in der Interpretation des Rückgangs von stationären Aufenthalten. Ein Rückgang ist nicht mit einer Verbesserung der Gesundheit gleichzusetzen, auch wenn dies anzunehmen ist. Daher müsste gleichzeitig auch die Versorgung im niedergelassenen Bereich mitberücksichtigt werden. So kombiniert würde ein ganzheitlicher Indikator Aufschluss über die Gesundheit von Schwangeren geben.

In die Wiener Gesundheitsziele wurde die Empfehlung aufgenommen, mittelfristig einen geeigneten Indikator zu erstellen und zu validieren. Dieser Indikator soll dann in das bestehende Indikatorenset integriert werden.

Abschließend fasst die Übersichtstabelle die Datenqualität des Indikators zusammen: nachdem eine Sonderauswertung erforderlich war, wird die Verfügbarkeit als eingeschränkt eingestuft. Die Häufigkeit ist hingegen als regelmäßig zu bezeichnen. Die mangelnde Aussagekraft des hier dargestellten Indikators ist eingehend erörtert worden.

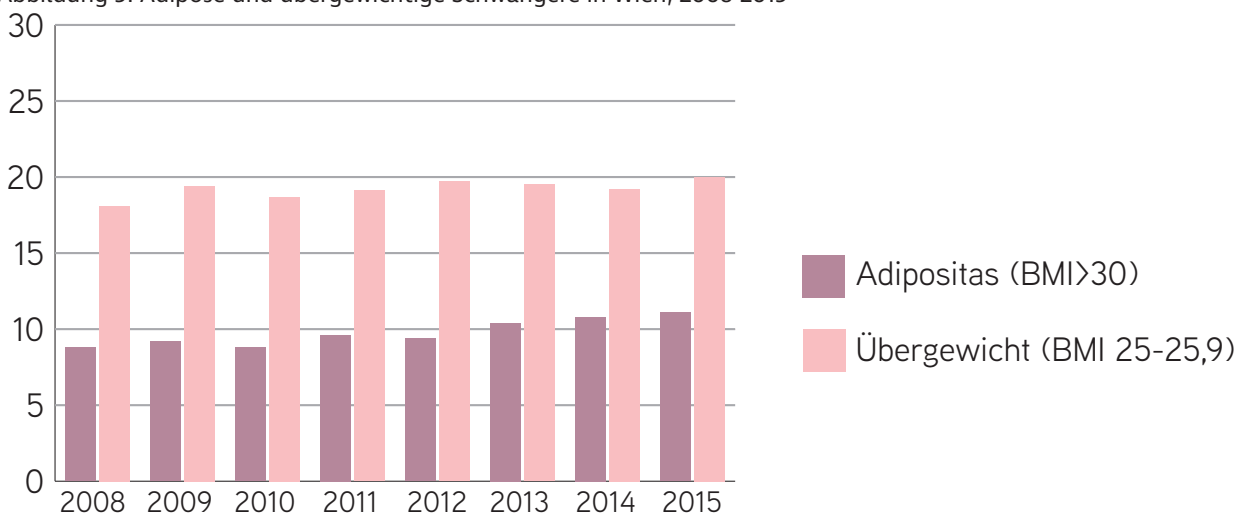
Indikator	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft	Sonderauswertung	Anmerkungen
Häufigkeit stat. Aufenthalte whrd. Schwangerschaft					Valider Indikator noch zu entwickeln

⁶Hofmarcher, MM (2013): Das österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen. Bundesministerium für Gesundheit, Medizinisch Wissenschaftlicher Verlag, Wien

Adipöse Schwangere

Der Anteil adipöser Schwangerer soll im Rahmen der Wiener Gesundheitsziele auf 9,9% gesenkt und eine Trendumkehr herbeigeführt werden. Für die Erfassung von Adipositas bei Schwangeren ist der BMI ausschlaggebend. Dafür werden Größe und Gewicht der Mutter vor der Schwangerschaft benötigt. Für den BMI liegen valide Daten nur für 60% der Schwangeren vor.⁷ Die folgende Abbildung veranschaulicht die BMI-Werte nach WHO-Klassifikation für Wien.

Abbildung 5: Adipöse und übergewichtige Schwangere in Wien, 2008-2015



Anm.: Adipositas Grad I-III zusammengefasst

Quelle: Sonderauswertung des Instituts für klinische Epidemiologie der Tirol Kliniken GmbH, 2017; Darstellung durch MA24 Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

Für Wien liegen Daten zum BMI für 60% der schwangeren Frauen vor. Der Anteil an adipösen Schwangeren in Wien ist von 8,8% im Jahr 2008 auf 11,1% im Jahr 2015 gestiegen. Der Anstieg über den gesamten Betrachtungszeitraum von 2008-2015 beträgt daher 26%. Auch der Anteil an Schwangeren mit Übergewicht steigt in diesem Zeitraum (+10,5%) und beträgt 2015 20%.

Aus dem Geburtenregister können Daten auf Österreichebene entnommen werden. Für das Jahr 2015 liegen für 85,3% der Schwangeren Daten zu Größe und Gewicht und damit auch ein BMI-Wert vor. Adipös sind demnach 10,5% der erfassten Schwangeren, von schwerer Adipositas (Grad III) ist 1% betroffen.

⁷Sonderauswertung des Instituts für klinische Epidemiologie der Tirol Kliniken, 2017



Rauchende Schwangere

Der Anteil jener Schwangeren, die mindestens eine Zigarette pro Tag rauchen, soll auf 0 bis maximal 10% gesenkt werden.

Daten zum Anteil rauchender Schwangerer liegen aus einer Sonderauswertung des Instituts für klinische Epidemiologie der Tirol Kliniken GmbH für acht Wiener Abteilungen vor. Zu berücksichtigen ist, dass ein Großteil der Schwangeren keine Angaben zum Rauchverhalten gemacht hat.

Tabelle 1: Anteil rauchender Schwangerer in Wien, 2008-2015

Jahr	Anzahl Schwangerer*	Anteil Raucherinnen
2008	12.462	18,0%
2009	12.669	17,2%
2010	10.692	16,3%
2011	14.518	16,2%
2012	12.330	16,5%
2013	13.386	16,0%
2014	12.439	15,6%
2015	11.263	16,3%

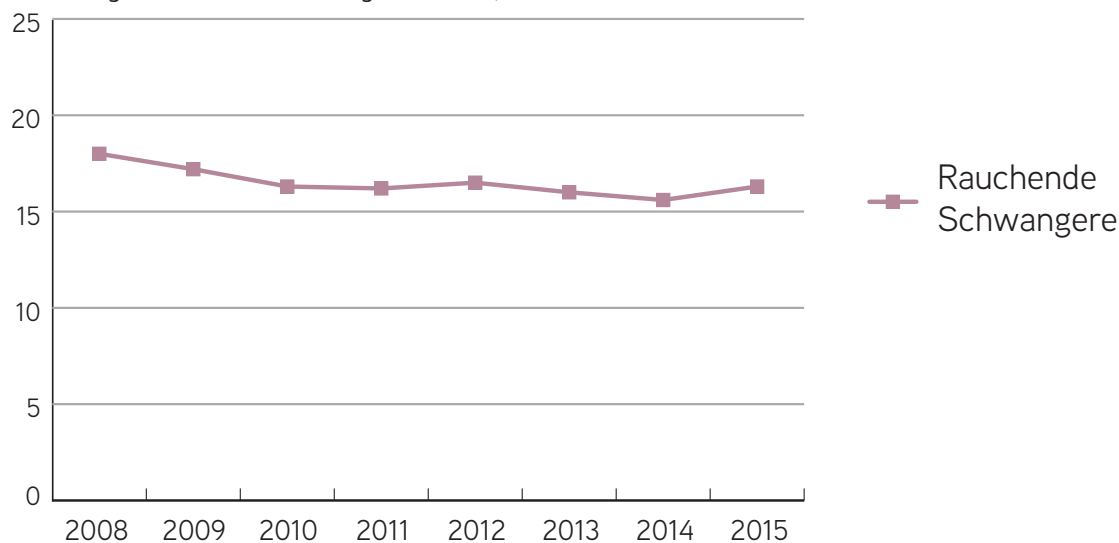
*Anzahl Schwangerer, die in der Auswertung berücksichtigt wurden

Quelle: Sonderauswertung des Instituts für klinische Epidemiologie der Tirol Kliniken GmbH, 2017

Werden nur die Daten jener schwangeren Frauen berücksichtigt, die angaben zu rauchen, rauchten im Jahr 2015 16,3% der schwangeren Frauen in Wien. Im Jahr 2008 waren es noch 18%. Für den Betrachtungszeitraum ergibt das einen Rückgang von 9,4%.



Abbildung 6: Rauchende Schwangere in Wien, 2008-2014



Quelle: Sonderauswertung des Instituts für klinische Epidemiologie der Tirol Kliniken GmbH, 2017, Darstellung durch MA24 Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

Die hohe Anzahl an fehlenden Angaben sowie die Uneinheitlichkeit der Dokumentation erschweren definitive Aussagen zum Raucherstatus schwangerer Frauen in Wien. Aufgrund der Datenqualität kann demnach kein eindeutiger Schluss gezogen werden.

Für Österreich liegen Daten zum Rauchverhalten aus dem Geburtenregister nur für die Hälfte der Schwangeren vor. Werden nur jene Schwangeren berücksichtigt, die Informationen über das Rauchverhalten angaben, haben 2015 österreichweit 14,9% der Schwangeren geraucht. Zu beachten ist auch hier, dass nur für 54,3% der Schwangeren Daten vorliegen.⁸

DATENQUALITÄT ADIPÖSE BZW. RAUCHENDE SCHWANGERE

Das Institut für klinische Epidemiologie der Tirol Kliniken GmbH erfasst im Rahmen des Geburtenregisters die geburtshilflichen Ergebnisse aller Krankenhausgeburten in Österreich mit dem Ziel durch Qualitätsvergleiche und Umsetzung einer strukturierten Qualitätsverbesserung zur Senkung der perinatalen Mortalität und Morbidität beizutragen. Es werden basisepidemiologische Daten erhoben und aufbereitet. Die Erhebung basiert auf der regelmäßigen

Dokumentation der wichtigsten geburtshilflichen Daten durch die geburtshilflichen Abteilungen. Die Abteilungen erhalten daraufhin Informationen über die eigenen Qualitätsparameter, die mit denen aller anderen Abteilungen verglichen werden können, wobei der Schutz von Abteilungsdaten gewährleistet ist. Im Rahmen eines jährlichen Berichts werden die Daten für Österreich veröffentlicht.

⁸Oberaigner, W., Leitner, H. (2015): Geburtenregister Österreich: Bericht Geburtsjahr 2015. IET-Bericht, 2016, Innsbruck



Für Wien hat das Institut eine Sonderauswertung durchgeführt. In dieser Analyse wurden einige Beschränkungen explizit angeführt. Bei den Daten zu Adipositas von Schwangeren wurden nur die Fälle mit einem gültig berechenbaren BMI-Wert aufgenommen. Demnach handelt es sich um „gültige“ Prozentwerte. Problematisch stellt sich die Auswertung dar, da wichtige Parameter wie Größe und Gewicht der Mutter vor der Schwangerschaft nur teilweise dokumentiert sind. Es besteht ein klarer Verbesserungsbedarf in der Dokumentation.

Das Rauchverhalten von Schwangeren wird weder bundes- noch landesspezifisch einheitlich erfasst. Die Dokumentation des Rauchverhaltens schwangerer Frauen ist als problematisch einzustufen, da die Erhebung zwischen den Abteilungen sehr heterogen erfolgt.⁹

Es wurden nur Abteilungen berücksichtigt, die einen Raucherinnenanteil ab 8% aufwiesen. Zudem durfte der Anteil fehlender Werte nicht mehr als 85% betragen. Für die Auswertung wurde die Annahme getroffen, dass Nicht-rauchen sowohl durch die Angabe „Nein“ als auch durch „ohne Angabe“ dokumentiert wird.

Dies könnte zu einer Unterschätzung des Raucherinnenanteils führen, da in der Gruppe „Ohne Angabe“ auch nicht dokumentierte Raucherinnen anzunehmen sind.

Es gingen nur jene Daten in die Auswertung ein, die seitens des Instituts für klinische Epidemiologie der Tirol Kliniken als plausibel erachtet wurden.¹⁰ Die Ergebnisse sind daher seitens des Instituts explizit mit Vorsicht zu interpretieren. Eine Verbesserung der Dokumentationsqualität wäre erforderlich, um verlässliche Werte zum Rauchverhalten zu erhalten.

Die abschließende Tabelle enthält eine Einschätzung der Datenqualität der Indikatoren Anteil adipöser und rauchender Schwangerer. Die Daten wurden im Rahmen einer Sonderauswertung des Instituts für klinische Epidemiologie der Tirol Kliniken GmbH zur Verfügung gestellt, daher wird die Verfügbarkeit mit Einschränkungen angegeben. Daten für beide Indikatoren werden regelmäßig erhoben, allerdings gibt es Verbesserungsbedarf in der Aussagekraft.

Indikator	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft	Sonderauswertung	Anmerkungen
Adipöse Schwangere					Dokumentation vereinheitlichen
Rauchverhalten Schwangerer					Dokumentation vereinheitlichen

⁹Oberaigner, W., Leitner, H., Fachbeirat Geburtenregister Österreich (2015): Bericht Geburtenregister Österreich, Geburtsjahr 2014. IET-bericht, Innsbruck

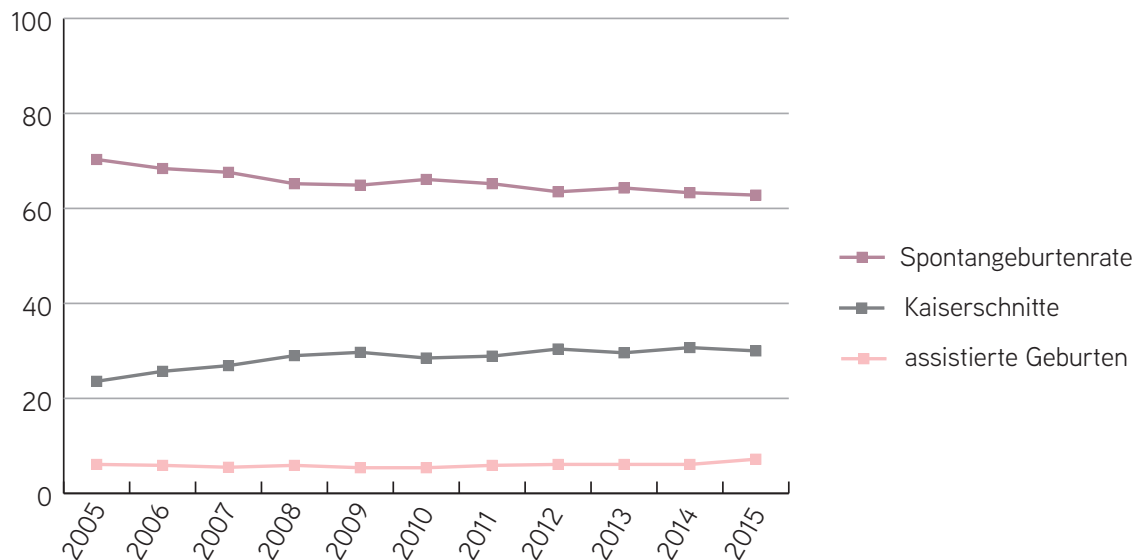
¹⁰Sonderauswertung des Instituts für klinische Epidemiologie der Tirol Kliniken, 2017

Lebendgeburten nach Entbindungsart

Die Chance auf Spontangeburt zu erhöhen, ist ein Wirkungsziel, das ebenfalls im Bereich gesundheitliche Chancengerechtigkeit einzuordnen ist. Eine Steigerung der Spontangeburtensrate auf 70% sowie eine Senkung der Kaiserschnitttrate auf 25% soll erreicht werden. Der Anteil sonstiger assistierter Geburten soll auf 5% gesenkt werden.

Aktuell (2015) beträgt der Anteil an Spontangeburtensrate in Wien 62,8%, die Kaiserschnitttrate 30% und der Anteil sonstiger assistierter Geburten 7,2%. Bei sonstigen assistierten Geburten handelt es sich um Geburten mit Manualhilfe, Saugglocke und Zange. Die folgende Abbildung veranschaulicht die Entwicklung der verschiedenen Entbindungsarten in Wien.

Abbildung 7: Kaiserschnitte, Spontangeburtensrate und sonstige assistierte Geburten in Wien, 2005-2015

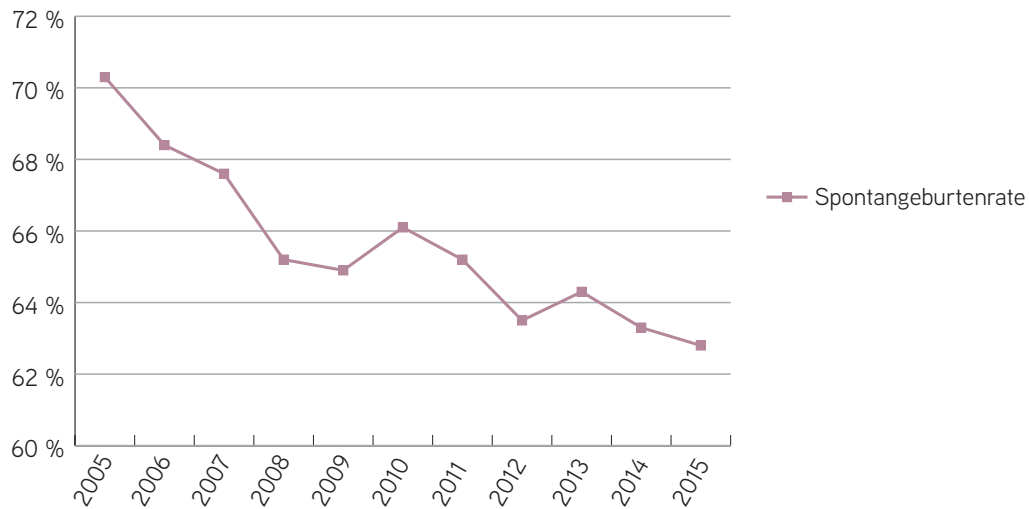


Quelle: Statistik Austria 2016, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, 2016, bearbeitet durch MA24 Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

Im Folgenden werden die Kaiserschnitttrate sowie die Rate der Spontangeburtensrate nochmals gesondert dargestellt. Die Spontangeburtensrate ist im Zeitraum 2005-2015 in Wien von 70,3% auf 62,8% gesunken. Das entspricht einem Rückgang von 10,6%.



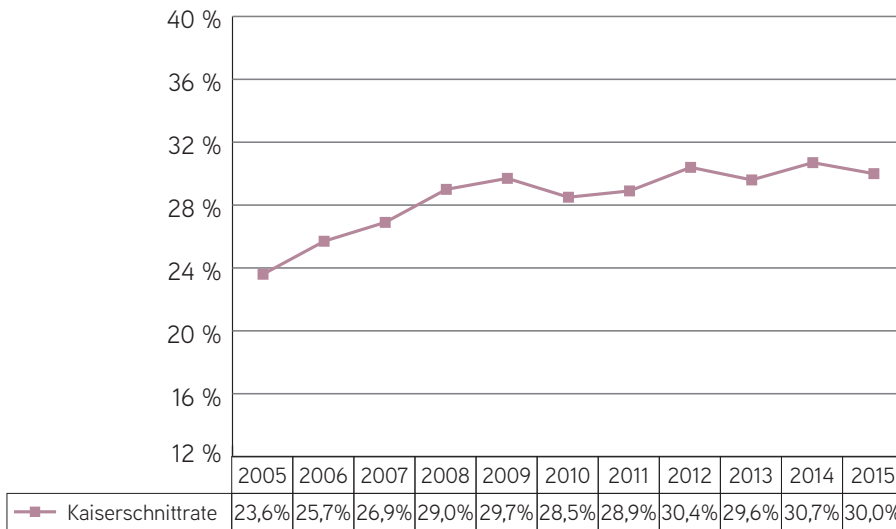
Abbildung 8: Spontangeburtensrate Wien, 2005-2015



Quelle: Statistik Austria 2016, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, bearbeitet durch MA24 Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

Im selben Betrachtungszeitraum ist die Kaiserschnitttrate in Wien von 23,6% im Jahr 2005 auf 30% im Jahr 2015 gestiegen, was einem Anstieg von rund 27% entspricht.

Abbildung 9: Kaiserschnitttrate Wien, 2005-2015

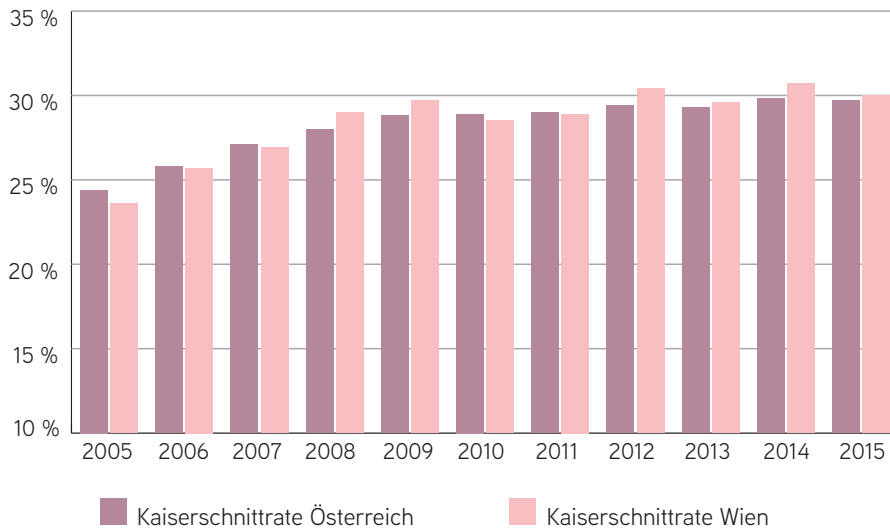


Quelle: Statistik Austria 2016, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, bearbeitet durch MA24 Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

Auch die Kaiserschnitttrate auf Österreichebene verzeichnet eine ähnliche Entwicklung. Im Jahr 2005 betrug die Kaiserschnitttrate 24,4%, im Jahr 2015 stieg der Anteil bereits auf 29,7%. Der Anstieg ist entsprechend mit 21,7% zu beziffern.



Abbildung 10: Kaiserschnittraten Wien und Österreich im Vergleich, 2005-2015



Quelle: Statistik Austria 2016, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, bearbeitet durch MA24 Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

Sowohl in Wien als auch auf gesamtösterreichischer Ebene kam es im Betrachtungszeitraum zu einem Anstieg der Kaiserschnittrate, der im Vergleich in Wien höher ausfällt als in Gesamtösterreich.

DATENQUALITÄT LEBENDGEBURTEN NACH ENTBINDUNGSART

Daten zu den Entbindungsarten sind über die statistische Datenbank statcube der Statistik Austria frei zugänglich. Zudem bietet die Statistik Austria auf ihrer Internetseite auch Auswertungen über medizinische und sozialmedizinische Merkmale von Geborenen an. Diese Auswertungen sind frei zugänglich. Auch im Rahmen des „Jahrbuchs für Gesundheitsstatistik“ sind einige Auswertungen verfügbar.

Abschließend wird die Datenqualität des Indikators zusammengefasst. Für den Indikator sind Daten frei verfügbar. Die Daten werden regelmäßig erhoben und sind hinsichtlich des Wirkungsziels als aussagekräftig einzuschätzen.

Indikator	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft	Sonderauswertung
Lebendgeburten nach Entbindungsart	☺	☺	☺	□



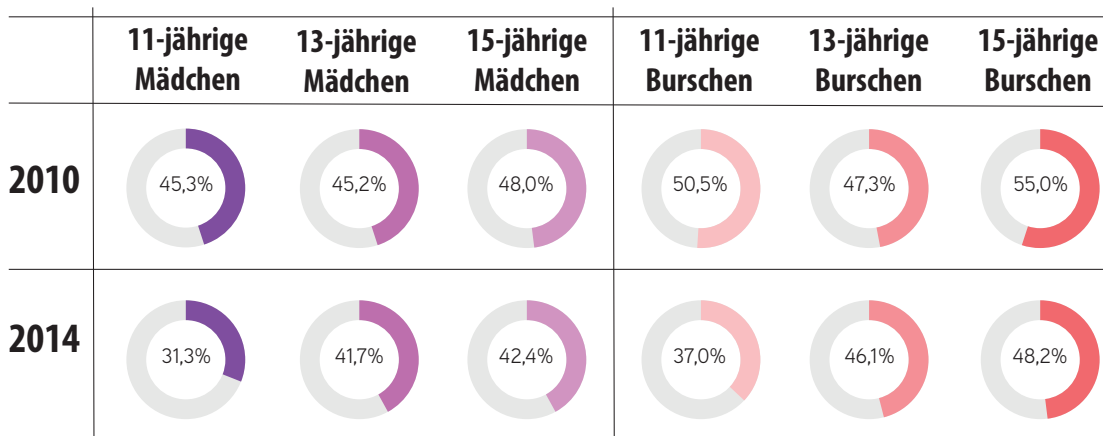
Ernährung von Kindern und Jugendlichen

Die Ernährung bei Kindern und Jugendlichen zu verbessern, stellt nicht nur ein Rahmengesundheitsziel auf Österreichebene dar, sondern auch ein Wirkungsziel der Wiener Gesundheitsziele. In der HBSC-Studie wird das Ernährungsverhalten von Schülerinnen und Schülern durch Fragen nach der Häufigkeit des Verzehrs von Obst, Gemüse, Süßigkeiten und süßen Limonaden abgedeckt, aber auch durch die Frage nach

Übergewicht oder Adipositas. Seit 2014 wird zudem auch der Konsum von nährstoffarmen, fetten und salzreichen Nahrungsmitteln erhoben.

Im Rahmen der Wiener Gesundheitsziele soll erreicht werden, dass sich der Anteil der Mädchen und Burschen, die täglich Süßigkeiten bzw. Limonaden konsumieren, auf die Werte aus dem Jahr 2010 stabilisieren. Zielvorgabe ist es, darüber hinaus eine rückläufige Tendenz zu erwirken.

Abbildung 11: Anteil der SchülerInnen in Wien, die täglich Süßigkeiten und/oder zuckerhaltige Limonaden konsumieren, in Prozent, 2010 und 2014



Quelle: BMGF/IFGP HBSC 2010, 2014

In allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern ist der Anteil der SchülerInnen, die angaben, täglich Süßigkeiten bzw. zuckerhaltige Limonaden zu konsumieren, im Zeitraum 2010-2014 gesunken. Am deutlichsten ist der Rückgang in der Gruppe der 11-Jährigen: der Rückgang bei den Burschen beträgt 27%, jener der Mädchen 31%. Die Ausgangsanteile, die für das Monitoring herangezogen werden, betragen 2010 bei den Burschen noch 50,5% und bei den Mädchen 45,3%. Im Jahr 2014 konsumierten 37% der 11-jährigen Burschen und 31,3% der gleichaltrigen Mädchen täglich Süßigkeiten bzw. zuckerhaltige Getränke.

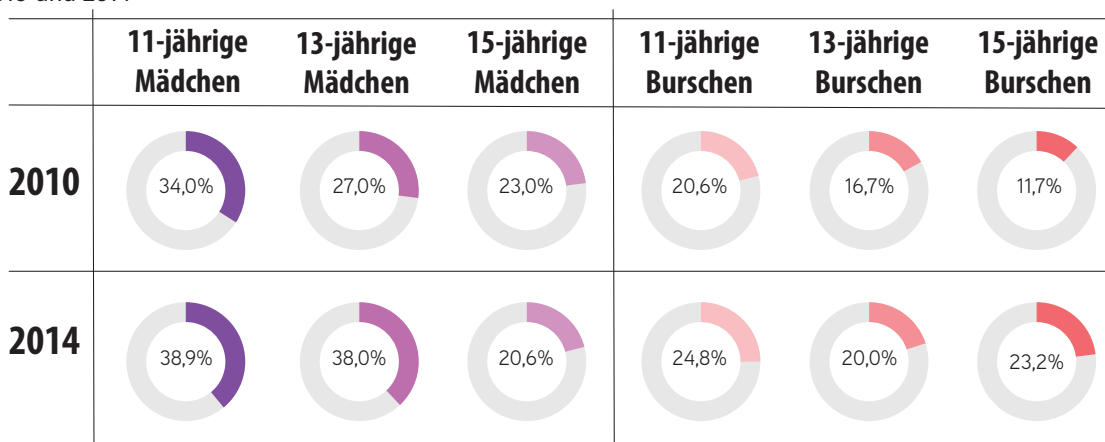
In der Gruppe der 13-Jährigen steigt dieser Anteil bei den Burschen auf 46,1%, bei den Mädchen auf 41,7%. Im Vergleich: 2010 lagen diese Werte bei den Burschen bei 47,3% und bei den Mädchen bei 45,2%. Die Veränderung seit 2010 ist damit in dieser Altersgruppe am geringsten.

Aktuell sind die Anteile des täglichen Süßigkeiten-/Limonadenkonsums bei den 15-jährigen SchülerInnen mit 48,2% der Burschen und 42,4% der Mädchen am höchsten. Auch 2010 waren die Anteile dieser Altersgruppe am höchsten: 55% der Burschen und 48% der Mädchen konsumierten täglich Süßigkeiten bzw. zuckerhaltige Getränke.

Zusammenfassend betrachtet ist ein Geschlechterunterschied nach wie vor zu verzeichnen: der Anteil der Burschen, die angaben, täglich Süßigkeiten bzw. zuckerhaltige Getränke zu verzehren, ist über alle Altersgruppen hinweg höher als jener der Mädchen.
 Beim Indikator Obst- und Gemüsekonsum wird der Anteil der 11-, 13- und 15-jährigen

Mädchen und Burschen, die täglich Obst und Gemüse konsumieren, erfasst. Der Zielwert stellt eine Fortschreibung bzw. Steigerung des positiven Trends dar. In allen Altersgruppen soll eine Steigerung des täglichen Obst- und Gemüsekonsums um 10% gegenüber den Werten von 2010 erzielt werden.

Abbildung 12: Anteil der SchülerInnen in Wien, die täglich Obst und Gemüse konsumieren, in Prozent, 2010 und 2014



Quelle: BMGF/IFGP HBSC 2010, 2014

Der tägliche Obst- und Gemüsekonsum von SchülerInnen in Wien ist bei beiden Geschlechtern in den Altersgruppe der 11- und 13-Jährigen seit 2010 gestiegen. In diesen Altersgruppen ist der Anteil der Mädchen, die angaben, täglich Obst- und Gemüse zu konsumieren, höher als jener der Burschen. Dieser Geschlechterunterschied fällt beträchtlich aus: während im Jahr 2014 39% der 11-jährigen Mädchen täglich Obst und Gemüse konsumierten, betrug der Anteil der gleichaltrigen Burschen nur 25%. Zum Vergleich: im Jahr 2010 konsumierten 34% der Mädchen und 21% der Burschen dieser Altersgruppe täglich Obst und Gemüse. Der Anstieg im Zeitraum 2010-2014 beträgt bei den Mädchen 12,6%, bei den Burschen 17%. Noch deutlicher ist der Geschlechterunterschied bei den 13-Jährigen: 38% der Mädchen konsumieren 2014 täglich Obst und Gemüse, aber nur 20% ihrer Altersgenossen.

Im Jahr 2010 betragen diese Anteile bei den Mädchen 27% und bei den Burschen 17%. Bei beiden Geschlechtern ist seit 2010 ein Anstieg zu verzeichnen, wobei dieser bei den Mädchen mit 29% höher ausfällt als bei den Burschen mit 16,5%.

Bei den 15-jährigen SchülerInnen stieg der Obst- und Gemüsekonsum nur bei den Burschen an. Dieser Anstieg im Ausmaß von 49,6% ist gleichzeitig der höchste Wert im Zeitvergleich. 2010 lag der Anteil noch bei 11,7%, aktuell geben 23,2% der Burschen an, täglich Obst- und Gemüse zu sich zu nehmen. Der Anteil der gleichaltrigen Mädchen sank um 11,6% und beträgt 2014 demnach nur mehr 20,6%. Im Jahr 2010 waren es noch 23% der Mädchen.

Interessant ist, dass der tägliche Obst- und Gemüsekonsum bei den Mädchen mit zunehmendem Alter sinkt. Bei den Burschen



sinkt der Anteil zunächst zwischen den Altersstufen 11 und 13 Jahren, um dann im Alter von 15 Jahren wieder zu steigen. Nur in dieser Altersgruppe ist der Anteil der Bur-

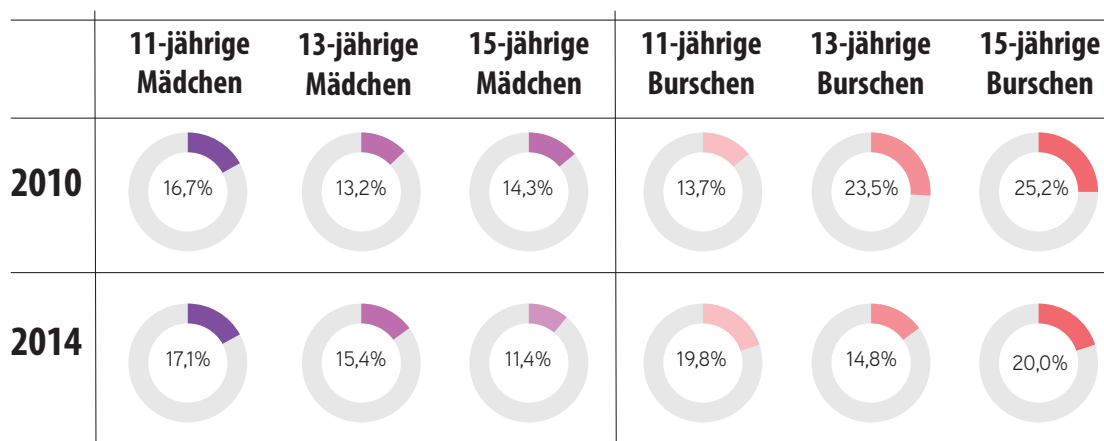
schen 2014 höher als jener der Mädchen. Gemeinsam ist beiden Geschlechtern, dass die Anteile in der Altersgruppe der 11-Jährigen am höchsten sind.

Übergewichtige und adipöse SchülerInnen

Ein weiterer Indikator für das Ernährungsverhalten ist auch der Anteil an SchülerInnen, die laut Body Mass Index (BMI) übergewichtig oder adipös sind. Dieser Anteil soll auf den Werten aus dem Jahr 2010 stabilisiert werden, eine rückläufige Tendenz zu erreichen, ist angestrebt. Der Anteil der 11-, 13- und 15-jährigen Mädchen und Burschen, die laut BMI übergewichtig oder adipös sind (Grenzwerte nach Cole), wird im Rahmen des Wirkungsziels beobachtet. In Österreich gibt es derzeit keine valide Datenbasis, wie viele Kinder und Jugendliche verschiedener

Altersstufen tatsächlich übergewichtig oder adipös sind. Die im folgenden verwendeten Daten sind der HBSC-Studie entnommen. Daher beruhen die Angaben zum BMI auf selbstberichteten Daten. Gerade Kinder und Jugendliche neigen zu Fehlwahrnehmung beim eigenen Körpergewicht. Die Interpretation sollte daher mit Vorsicht erfolgen, eine Orientierung und Trendabschätzung sind aber möglich.¹¹

Abbildung 13: Anteil der übergewichtigen oder adipösen SchülerInnen in Wien, in Prozent, 2010 und 2014



Quelle: BMGF/IFGP HBSC 2010, 2014

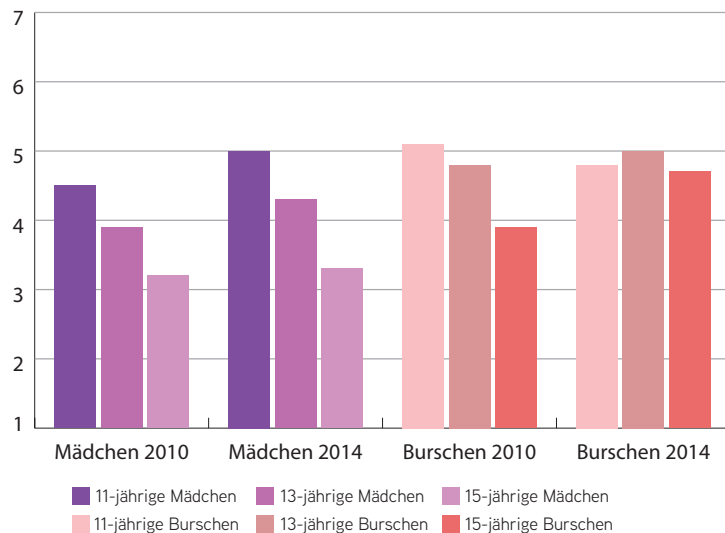
¹¹Bundesministerium für Gesundheit (2015): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC Survey 2014. Wien

In der Altersgruppe der 15-jährigen ist der Anteil der übergewichtigen bzw. adipösen SchülerInnen seit 2010 gesunken. Der Anteil der Mädchen sank seit 2010 um 20% und beträgt 2014 11,4%. Bei den Burschen beträgt der Rückgang 21% und liegt aktuell bei 20%. Bei den 13-jährigen zeigt sich ein anderes Bild: während der Anteil der Mädchen um 17% zunahm und aktuell 15,4% beträgt, sank der Anteil der Burschen um 31% auf 14,8%. Sowohl bei den Mädchen als auch bei den Burschen der jüngsten Altersgruppe stieg der Anteil im Zeitvergleich: der Anstieg des Anteils der Burschen um 45% führt zu einem aktuellen Wert von 19,8%, während der Anstieg bei den Mädchen mit 2,4% zu beziffern ist und derzeit 17,1% beträgt.

Körperliche Aktivität von SchülerInnen

Die Stärkung der körperlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen ist ein Wirkungsziel, das unter besonderer Berücksichtigung von genderspezifischen Faktoren erreicht werden soll. Die Anzahl der Tage pro Woche an denen 11-, 13- und 15-jährige Mädchen und Burschen mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind, wird als Indikator herangezogen. In Anlehnung an die Bewegungsempfehlung des FGÖ, die an 7 Tagen die Woche mindestens 60 Minuten körperliche Aktivität vorsieht, wird - als erste Annäherung - in allen Altersgruppen ein Zielwert von 5 Tagen pro Woche angestrebt. Gleichzeitig soll der Geschlechterunterschied reduziert werden.

Abbildung 14: Körperliche Aktivität von SchülerInnen in Wien, Mittelwerte, 2010 und 2014



Anm.: Körperliche Aktivität wird als Anzahl der Tage pro Woche, an denen 11-, 13- und 15-Jährige in Wien in den vergangenen 7 Tagen für mind. 60 Minuten körperlich aktiv waren, definiert
 Quelle: BMGF/IFGP HBSC 2010, 2014

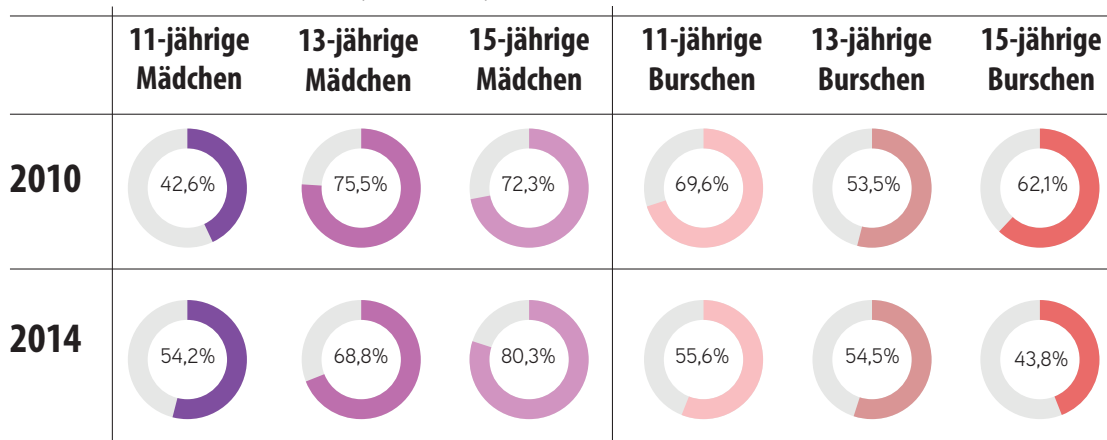


Mit Ausnahme der 11-jährigen Burschen ist die Anzahl der Tage pro Woche, an denen SchülerInnen körperlich aktiv waren, seit dem Jahr 2010 gestiegen. 11-jährige Burschen bewegen sich 2014 im Mittel an 4,8 Tagen pro Woche, während es bei 11-jährigen Mädchen wöchentlich 5 Tage sind. Auch 13-jährige Burschen erreichen 5 Tage pro Woche, ihre Altersgenossinnen bewegen sich an 4,3 Tagen. Am geringsten ist die körperliche Aktivität mit 3,3 Tagen bei 15-jährigen Mädchen. Gleichaltrige Burschen gaben an, dass sie an 4,7 Tagen pro Woche körperlich aktiv sind.

Subjektive Körperwahrnehmung von SchülerInnen

Die subjektive Körperwahrnehmung gibt bezogen auf das Körpergewicht Aufschluss darüber, ob sich Kinder und Jugendliche selbst als zu dick, zu dünn oder genau richtig einschätzen. Ein Indikator der Wiener Gesundheitsziele ist der Anteil jener 11-, 13- und 15-jährigen unter- und normalgewichtigen Mädchen und Burschen, die ihren Körper als ein bisschen bis viel zu dick einschätzen. Ziel ist es, in allen Altersgruppen eine Senkung des Gefühls, zu dick zu sein, um mindestens 10% gegenüber den Werten aus dem Jahr 2010 zu erwirken, wobei auch der Geschlechterunterschied reduziert werden soll.

Abbildung 15: Anteil der unter- und normalgewichtigen SchülerInnen in Wien, die den eigenen Körper als ein bisschen bis viel zu dick einstufen, in Prozent, 2010 und 2014



Quelle: BMGF/IFGP HBSC 2010, 2014

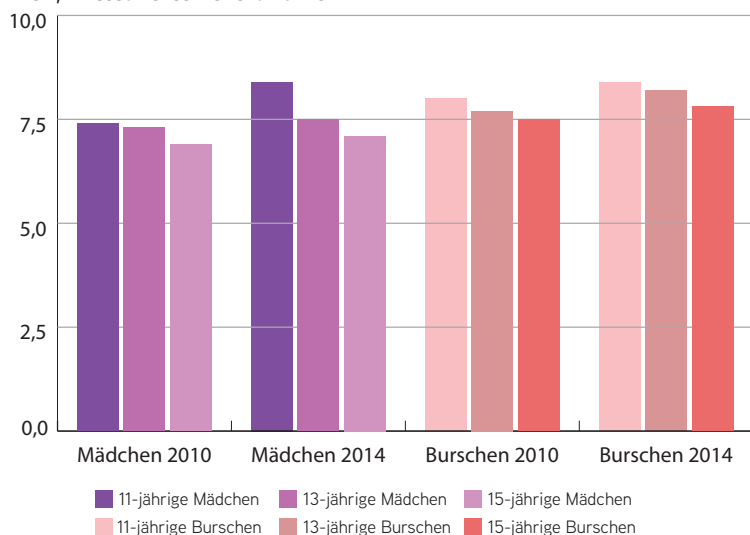
Im Jahr 2014 ist der Anteil der 15-jährigen Mädchen, die sich als zu dick einschätzen, im Altersgruppen- und Geschlechtervergleich mit 80,3% am höchsten. Im Vergleich zu den Werten des Jahres 2010 ist dieser Anteil sogar noch gestiegen (+11%). Bei den gleichaltrigen Burschen ist dieser Anteil im selben Zeitraum gesunken (-29,5%) und beträgt aktuell 43,8%. In der Gruppe der 11-Jährigen kam es bei den Burschen zu einer Reduktion des Anteils (-20%), während es bei den Mädchen zu einem erheblichen Anstieg (+27%) kam. Demnach hielten sich 2014 55,6% der Burschen und 54,2% der Mädchen dieser Altersgruppe für zu dick. In der Altersgruppe der 13-Jährigen beträgt der Anteil bei den Mädchen aktuell 68,8% und bei den Burschen 54,5%. Bei den Burschen stieg im Vergleichszeitraum der Anteil um 1,9%, bei den Mädchen sank der Anteil um 8,9%. Mit Ausnahme der Altersgruppe der 11-Jährigen, ist im Allgemeinen der Anteil der Mädchen, die sich als zu dick einstufen, im Jahr 2014 deutlich höher als jener der Burschen.



Lebenszufriedenheit von SchülerInnen

Lebenszufriedenheit wird in der HBSC-Studie als das Verhältnis von erwarteter und erreichter Lebensqualität definiert. Dabei erfolgt nicht nur eine Beurteilung der gesundheitsorientierten Zufriedenheit, sondern eine globale Einschätzung des Lebens. Demgemäß ist dieser Indikator umfassender angelegt als die subjektive Gesundheitswahrnehmung. Die Einschätzung der durchschnittlichen Lebenszufriedenheit der 11-, 13- und 15-jährigen Mädchen und Burschen findet daher Eingang in die Wiener Gesundheitsziele. Zielwert ist eine Steigerung der Lebenszufriedenheit in allen Altersgruppen um einen Skalenpunkt und eine gleichzeitige Reduktion des Geschlechterunterschieds. Die Einschätzung im HBSC erfolgt mit einer Skala von 0 („schlechtestes mögliches Leben“) und 10 („bestes mögliches Leben“).

Abbildung 16: Durchschnittliche Einschätzung der Lebenszufriedenheit der SchülerInnen in Wien, Mittelwerte 2010 und 2014



Anm.: Wertebereich 0-10

Quelle: BMGF/IFGP 2010, 2014

Seit 2010 hat die Lebenszufriedenheit in allen Altersgruppen beider Geschlechter zugenommen. Am größten ist der Anstieg in der Gruppe der 11-jährigen Mädchen (+ 1 Skalenpunkt). Für das Jahr 2014 ergeben sich folgende Resultate: Sowohl bei den 11-jährigen Mädchen als auch bei den Burschen wird die Lebenszufriedenheit mit 8,4 Skalenpunkten eingeschätzt. Mit zunehmendem Alter nimmt die Lebenszufriedenheit ab: 13-jährige Burschen bewerten ihre Lebenszufriedenheit mit 8,2 Punkten, 15-jährige Burschen nur mehr mit 7,8 Punkten. Die Werte der Mädchen liegen noch darunter: 13-Jährige schätzen ihre Lebenszufriedenheit mit 7,5 Punkten ein, 15-jährige Mädchen nur mehr mit 7,1 Punkten.



Selbstwirksamkeitserwartung von SchülerInnen

Ziel ist es, eine Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung in allen Altersgruppen um mindestens 10% gegenüber den Werten von 2010 zu erreichen. Derzeit sind nur Daten für das Jahr 2010 verfügbar. Die nächste HBSC-Erhebung wird 2018 stattfinden. Als Ausgangspunkt für die Zielwertformulierung und damit auch für das Indikatorenmonitoring werden folgende Werte aus dem Jahr 2010 herangezogen:

Tabelle 2: Durchschnittliche Einschätzung der Selbstwirksamkeit der SchülerInnen in Wien, 2010

Alter	11	13	15
Mädchen	3,0	2,9	2,9
Burschen	2,9	3,0	3,0

Anm.: Wertebereich 0-4; 0 geringe Selbstwirksamkeit, 4 hohe Selbstwirksamkeit; Mittelwerte
Quelle: BMGF/IFGP 2010

Bei der durchschnittlichen Einschätzung der Selbstwirksamkeit liegen die Werte der 11-jährigen Mädchen leicht über den Werten der gleichaltrigen Burschen, in den anderen Altersgruppen liegen die Werte der Mädchen geringfügig unter jenen der gleichaltrigen Burschen.

Rauchverhalten und Alkoholkonsum von SchülerInnen

Der Anteil der Jugendlichen ohne substanzgebundene und nicht-substanzgebundene Süchte soll erhöht werden. Im Rahmen dieses Wirkungsziels werden der Alkoholkonsum und der Raucherstatus von Jugendlichen beobachtet. Der tägliche Alkoholkonsum von 15-jährigen Jugendlichen soll auf 0% und der Geschlechterunterschied reduziert werden. Der Anteil an 15-jährigen Jugendlichen, die angaben, täglich zu rauchen, soll auf maximal 15% reduziert werden. Auch bei diesem Zielwert wird eine Reduktion des Geschlechterunterschieds angestrebt.

Der Alkoholkonsum wurde mit einer Frage nach der Häufigkeit, mit der Jugendliche bestimmte, einzeln abgefragte alkoholische Getränke konsumieren, erhoben. Diese Vorgangsweise erlaubt es Jugendlichen, sich eher an den tatsächlichen Alkoholkonsum zu erinnern, als wenn nur eine allgemeine Frage nach der Höhe des Alkoholkonsums gestellt wird. Im Jahr 2010 konsumierten 5,1% der 15-jährigen Wiener Burschen und 1,3% der Mädchen dieser Altersgruppe täglich Alkohol. Dieser Anteil sank 2014 auf 1,5% bzw. 0,7%. Demgemäß beträgt der Rückgang bei den männlichen Jugendlichen 70%, bei weiblichen Jugendlichen 46%.



Abbildung 17: Anteil der 15-jährigen SchülerInnen, die täglich Alkohol trinken, Wien, 2002-2014

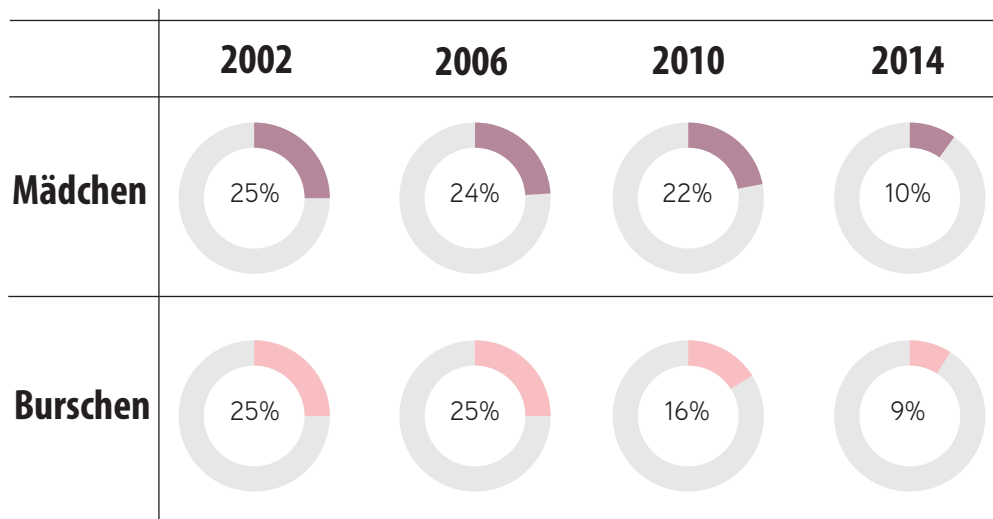


Quelle: BMGF/IFGP HBSC 2002, 2006, 2010, 2014

Methodisch wurde das Rauchverhalten der SchülerInnen mit einer Frage nach der Häufigkeit des derzeitigen Tabakkonsums abgefragt. Der selbstberichtete Raucherstatus wurde mit der biochemisch validierten Raucherprävalenz verglichen und ist daher als guter Indikator für die tatsächliche Raucherquote zu bezeichnen.

Das Rauchverhalten von Jugendlichen im Alter von 15 Jahren hat sich zwischen 2010 und 2014 ebenfalls deutlich verändert. In Wien rauchten 2010 22% der 15-jährigen Mädchen und 16% der Burschen täglich. Der Anteil der täglich rauchenden Mädchen hat sich zwischen 2010 und 2014 um mehr als die Hälfte reduziert. Auch bei den Burschen ist ein deutlicher Rückgang von 44% zu verzeichnen.

Abbildung 18: Anteil der 15-jährigen SchülerInnen, die täglich rauchen, Wien 2010 und 2014



Quelle: BMGF/IFGP HBSC 2002, 2006, 2010, 2014



DATENQUALITÄT GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSVERHALTEN VON SCHÜLERINNEN

Die „Health behaviour in school aged children“ (HBSC) Studie liefert seit 1986 im Abstand von vier Jahren selbstberichtete Daten zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Schülerinnen und Schüler der 5., 7. und 9. Schulstufe.¹² Der österreichische HBSC Fragebogen beinhaltet Indikatoren zu subjektiver Gesundheit, Gesundheitskompetenz, individuellen und sozialen Ressourcen sowie Gesundheits- und Risikoverhalten. Die Studie wird vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt und finanziert. Die Teilnahme erfolgt schriftlich, anonym und freiwillig im Rahmen regulärer Schulstunden. In Österreich werden seit 2010 auch Daten von der 11. Schulstufe erhoben. In der aktuellen HBSC Befragung aus dem Jahr 2014 umfasste die Gesamtstichprobe insgesamt 5.614 Schülerinnen und Schüler. Die Repräsentativität war hinsichtlich Alter, Geschlecht, Schultyp und Bundesland gegeben. Die Teilnahmerate lag bei 65%. Die Daten der Gruppe der Berufsschülerinnen und Berufsschüler wurden aufgrund der geringen Teilnahme nachträglich exkludiert. Prin-

zipiell wurden keine Daten aus sonder- und heilpädagogischen Einrichtungen erfasst. Die Auswertungen auf Österreichebene sind im Rahmen des veröffentlichten Berichts zugänglich. Für Aussagen auf Wienebene sind Sonderauswertungen erforderlich.

Abschließend erfolgt eine Einschätzung der Datenqualität der Indikatoren zum Gesundheitsverhalten und der Gesundheit der Wiener Schülerinnen und Schüler. Nachdem für Aussagen zur Wiener Situation Sonderauswertungen erforderlich waren, ist die Verfügbarkeit der Indikatoren als eingeschränkt einzustufen. Daten werden im Rahmen der HBSC-Studien im Vierjahresrhythmus gesammelt und damit ist die Regelmäßigkeit gegeben. Mit Ausnahme des Indikators zur Selbstwirksamkeit, für den bisher nur Daten aus dem Jahr 2010 zur Verfügung stehen, ist die Aussagekraft der Indikatoren im Hinblick auf das jeweilige Wirkungsziel als hoch einzuschätzen.

¹²Bundesministerium für Gesundheit (2015): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC Survey 2014. Wien



Indikator	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft	Sonderauswertung	Anmerkungen
Obst- und Gemüsekonsum				<input checked="" type="checkbox"/>	
Limonaden- und Süßigkeitenkonsum				<input checked="" type="checkbox"/>	
Übergewichtige und adipöse SchülerInnen				<input checked="" type="checkbox"/>	
Körperliche Aktivität				<input checked="" type="checkbox"/>	
Lebenszufriedenheit von SchülerInnen				<input checked="" type="checkbox"/>	
Subjektive Körperwahrnehmung				<input checked="" type="checkbox"/>	
Selbstwirksamkeitserwartung				<input checked="" type="checkbox"/>	Keine Vergleichsdaten
Täglich rauchende 15-Jährige				<input checked="" type="checkbox"/>	
Täglich Alkohol konsumierende 15-Jährige				<input checked="" type="checkbox"/>	

Kariesfreiheit

Im Rahmen der Wiener Gesundheitsziele soll erreicht werden, dass mehr als 50% der 6-jährigen Kinder kariesfrei sind. Aussagen zu Karies in Wien sind nur schwer möglich: bei der letzten Zahnstatuserhebung der Sechsjährigen in Österreich aus dem Jahr 2011 war Wien nicht beteiligt.

Bei der Länder-Zahnstatuserhebung der Zwölfjährigen 2012 erhob die GÖG für Wien eine für die Auswertung auf Bundesebene notwendige Anzahl an Zwölfjährigen, aber Daten bzw. Aussagen auf Landesebene sind nicht möglich. Österreichweit sind 52% der

Sechsjährigen kariesfrei.¹³ Dieser Wert setzt sich aus dem Anteil jener Sechsjährigen zusammen, die ein völlig gesundes Milchgebiss ohne jegliche kariöse Spuren haben (39,2%) und jenen, die Kariesvorstufen (12,3%) aufweisen. Beide Gruppen gelten laut WHO-Definition als kariesfrei. In beiden Gruppen zeigen Mädchen geringfügig bessere Werte: 40,2% Mädchen und 38,8% der Buben verfügen über ein völlig gesundes Milchgebiss, während 14,1% der Mädchen und 10,5% der Buben Kariesvorstufen aufweisen.




DATENQUALITÄT KARIESFREIHEIT

Basierend auf der Methodik der Oral Health Surveys erhebt die Koordinationsstelle Zahnstatus der GÖG regelmäßig den Zahnstatus aller Indexaltersgruppen.¹⁴ In den Indexaltersgruppen sind die Sechsjährigen, die Zwölfjährigen, die 18-Jährigen, die 35- bis 44-Jährigen und die 65 bis 74-Jährigen umfasst.

Empfehlungen der WHO entsprechend werden die Untersuchungen im Rhythmus von fünf Jahren wiederholt, damit neben dem aktuellen Gesundheitsstatus auch Veränderungen in der Mundgesundheit beobachtet und bestehende Vorsorgeprogramme überprüft werden können. In Kooperation mit dem Hauptverband der österreichischen

Sozialversicherungsträger startete 2006 ein neuer Zyklus an Zahnstatuserhebungen bei Sechs- und Zwölfjährigen, sodass gemeinsam mit den Bundesländern Auswertungen auf Landes- und Versorgungsregionesebene möglich sind.

Abschließend wird die Qualität des Indikators zusammengefasst. Derzeit sind keine Wiener Daten verfügbar. Auch die Häufigkeit wird in Bezug auf vergangene Erhebungen mit Wienbezug als eingeschränkt eingestuft. Für 2017 sind aktuelle Zahnstatuserhebungen zu erwarten, daher kann die Aussagekraft derzeit nicht bewertet werden.

Indikator	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft	Sonderauswertung	Anmerkungen
Zahnstatus					Ergebnisse der neuen Zahnstatuserhebung ab Juni 2017

¹³Bodenwinkler, A., Kerschbaum, J., Sax, G. (2012). Zahnstatus 2011. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Wissenschaftlicher Endbericht. Wien

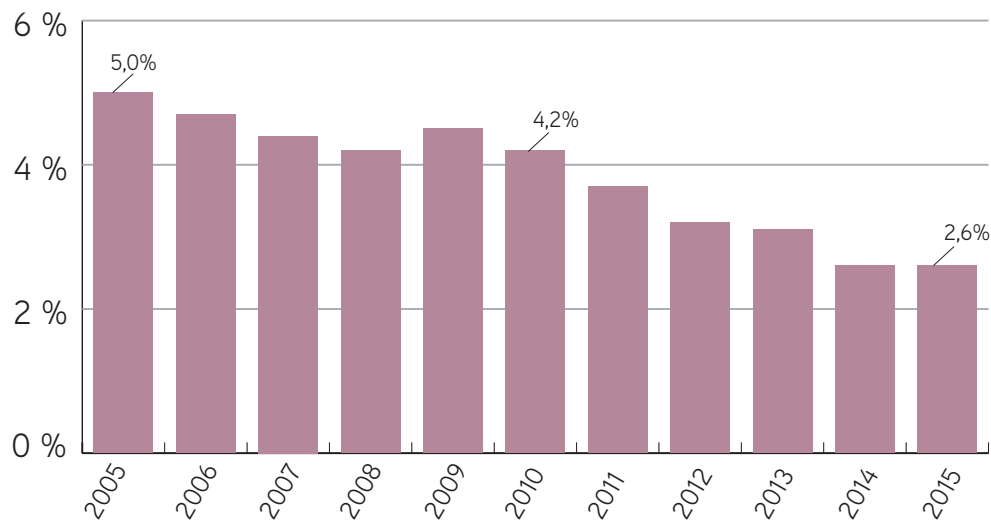
¹⁴Koordinationsstelle Zahnstatus online <http://www.goeg.at/de/Bereich/Zahnstatuserhebungen.html>

Geburten durch unter 20-jährige Frauen

Seit dem Jahr 2005 ist der Anteil an Geburten durch unter 20-jährige Frauen kontinuierlich gesunken. Dieser positiv rückläufige Trend soll im Rahmen der Wiener Gesundheitsziele fortgeführt werden und 2025 einen Zielwert von 1,4% erreichen.

Im Jahr 2015 betrug der Anteil an Lebendgeburten in dieser Altersgruppe an allen Lebendgeburten in Wien 2,6%. Über den Betrachtungszeitraum seit 2005 beträgt der Rückgang dieses Anteils damit 47,6%. In absoluten Zahlen gab es im Jahr 2005 noch 829 Geburten durch unter 20-Jährige, 2015 sank diese Anzahl auf 517.

Abbildung 19: Anteil der Geburten durch unter 20-Jährige an allen Lebendgeburten in Wien, 2005-2015

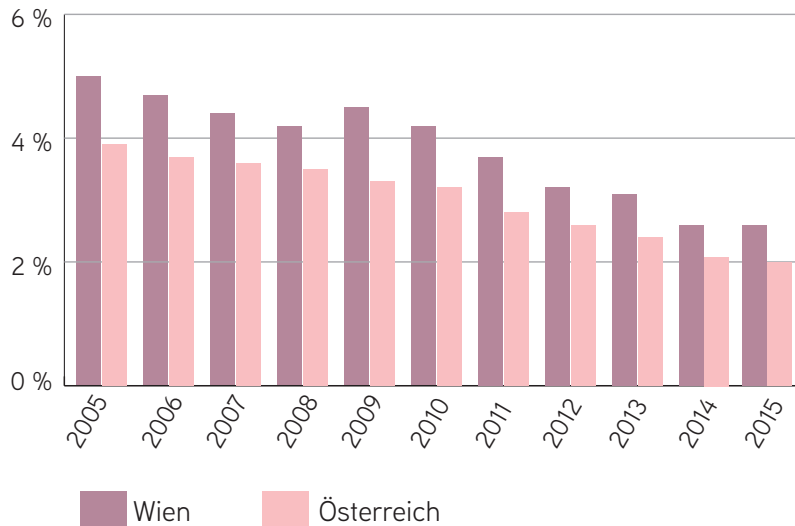


Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Stand Juni 2016

In Gesamtösterreich liegt der Anteil der Geburten durch unter 20-jährige Frauen im gesamten Betrachtungszeitraum deutlich unter dem Wiener Wert. Der Anteil beträgt im Jahr 2015 2% (Ausgangswert 2005: 3,9%), der entsprechende Rückgang seit 2005 liegt sogar bei 48,2%. In absoluten Zahlen beträgt der Anteil 2015 1.713 Geburten. Damit zeigt sich auch, dass rund ein Drittel aller Geburten durch unter 20-Jährige auf Wien entfallen.



Abbildung 20: Anteil der Geburten durch unter 20-Jährige an allen Lebendgeburten, Wien und Österreich im Vergleich, 2005-2014



Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, Stand Juni 2016

DATENQUALITÄT GEBURTEN DURCH UNTER 20-JÄHRIGE FRAUEN

Daten zu den Geburten durch unter 20-jährige Frauen werden in der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung gesammelt. Die Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung wird von der Statistik Austria aufbereitet. Bis einschließlich Oktober 2014 erfolgte die Aufbereitung auf Basis der monatlichen Meldungen der rund 1.400 Standesämter nach dem Ereignisort. Ab 1. November 2014 werden die Daten aus dem Zentralen Personenstandsregister übermittelt. Die Veröffentlichung erfolgt nach dem Wohnort der Mutter. Bis zur Einführung des Zentralen Personenstandsregisters konnten Geburten von in Österreich wohnhaften Personen (Hauptwohnsitz), die im Ausland

stattfanden, statistisch nur unvollständig erfasst werden. Auch in Österreich stattfindende Geburten von im Ausland wohnhaften Personen werden aufgearbeitet, sind jedoch in den publizierten Daten nicht enthalten.¹⁵ Wurden also bislang die im Ausland Geborenen von Müttern mit Wohnsitz in Österreich nicht von der Statistik umfasst, sind diese erstmals ab 2015 in der Auswertung inkludiert.

Die wesentlichen Charakteristika des Indikators können folgendermaßen zusammengefasst werden: die Daten sind frei verfügbar und erscheinen regelmäßig.

Die Aussagekraft ist im Hinblick auf das Wirkungsziel als hoch einzustufen.

Indikator	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft	Sonderauswertung
Geburtenanteil <20-Jährige				

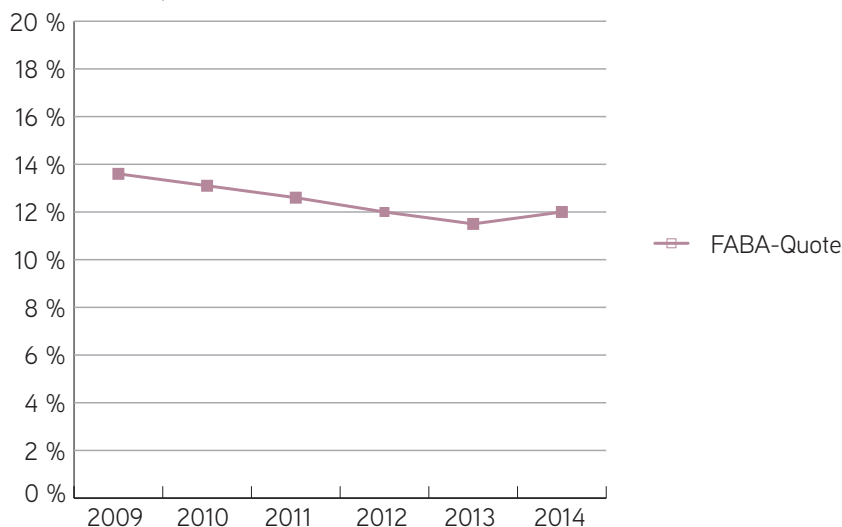
¹⁵http://www.statistik.at/web_de/presse/102645.html

Frühe AusbildungsabbrecherInnen

Der Anteil früher AusbildungsabbrecherInnen soll im Rahmen der Wiener Gesundheitsziele auf maximal 8,1% reduziert werden, dieser Zielwert entspricht dem Wiener Qualifikationsplan. **Frühe AusbildungsabbrecherInnen (FABA)** sind gemäß der Definition der Statistik Austria jene Personen ab 15 Jahren, die keinen über die Pflichtschule hinausgehenden Abschluss erzielt haben und sich zum Beobachtungszeitpunkt (31.10. jeden Jahres) in keiner formalen Ausbildung oder AMS-Schulung befinden und auch keine Eigenpension beziehen.¹⁶ Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Altersgruppe der 15 bis 17-Jährigen in Wien. Diese Beschränkung ist im Kontext der Ein-

führung der „Ausbildungspflicht bis 18“ zu sehen. Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist jede/r Minderjährige nach Erfüllung der allgemeinen Schulpflicht zu einer weiterführenden Bildung oder Ausbildung verpflichtet, wenn noch kein weiterführender Abschluss erzielt wurde. Zielsetzung ist es, weiterführende Qualifikationen zu erreichen und gleichzeitig frühzeitigen Bildungsabbrüchen entgegenzuwirken.¹⁷ Für Wien sind für die FABA im Alter von 15 bis 17 Jahren Daten ab 2009 verfügbar. 2009 betrug die FABA-Quote 13,6%, aktuell (2014) liegt sie bei 12%. Der Rückgang entspricht daher 11,4%.

Abbildung 21: Quote der frühzeitigen AusbildungsabbrecherInnen (FABA) im Alter von 15-17 Jahren in Wien, 2009-2014



Quelle: Statistik Austria 2017, Bildungsbezogenes Erwerbskarrierenmonitoring, Bearbeitung durch MA24 Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

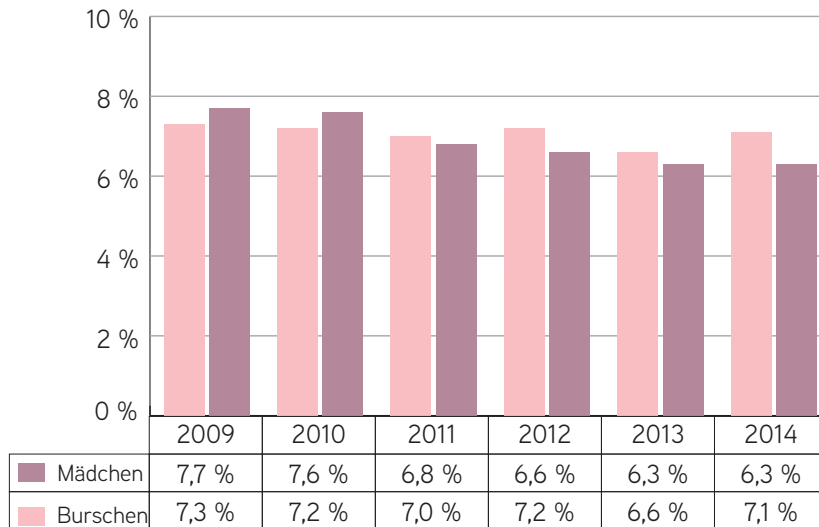
¹⁶http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung_und_kultur/bildungsbezogenes_erwerbskarrierenmonitoring_biber/index.html

¹⁷https://www.sozialministeriumservice.at/site/Arbeitsmarktprojekte/Ausbildung_bis_18/



Es können aufgrund der Datenlage auch Aussagen zu Geschlechterunterschieden gemacht werden. Bei beiden Geschlechtern kam es zu einem Rückgang der FABA-Quote seit 2009, wobei dieser Rückgang bei den Mädchen mit 18,3% deutlicher ausfällt als bei den Burschen mit 3%. Im Jahr 2009 lag die FABA-Quote der Mädchen noch über jener der Burschen, aktuell ist die Situation genau umgekehrt.

Abbildung 22: Quote der frühzeitigen AusbildungsabbrecherInnen (FABA) im Alter von 15-17 Jahren nach Geschlecht in Wien, 2009-2014



Quelle: Statistik Austria 2017, Bildungsbezogenes Erwerbskarrierenmonitoring, Bearbeitung durch MA24 Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

DATENQUALITÄT FRÜHZEITIGE SCHUL- UND AUSBILDUNGSABBRECHERINNEN

Datengrundlage für diesen Indikator ist ein bildungsbezogenes Erwerbskarrierenmonitoring (kurz BibEr), das durch das Sozialministerium (Sektion VI), Arbeitsmarktservice und der Statistik Austria durchgeführt wird. Ziel dieses Projektes ist es, die Erwerbskarrieren aller in Österreich wohnhaften Personen nach Ausscheiden aus einer formalen Bildungsinstitution statistisch auswertbar zu machen. Neben den für die Wiener Gesundheitsziele relevanten Frühen AusbildungsabbrecherInnen werden daher auch Absolventinnen und Ab-

solventen einer formalen Ausbildung, sowie Personen, die eine formale Ausbildung ohne positiven Abschluss beendet haben und NEET (Not in Employment, Education or Training; Personen ab 15 Jahren, die sich in keiner formalen Ausbildung befinden, keiner Erwerbstätigkeit nachgehen und keine Eigenpension beziehen – unabhängig davon, ob sie einen über die Pflichtschule hinausgehenden Bildungsabschluss haben) hinsichtlich ihrer weiteren Erwerbskarriere in diesem Projekt beobachtet.



Sowohl im Fall der FABA als auch der NEET erfolgt somit eine Annäherung an die international gängigen Definitionen der „Early School Leavers“ und NEET.

Auf Basis der Daten des bildungsbezogenen Erwerbskarrierenmonitorings wird auch das Monitoring der „Ausbildungspflicht bis 18“ zum Zwecke der Bedarfsplanung und zur Erfolgsmessung von der Statistik Austria umgesetzt. Für dieses Monitoring wird die Altersgruppe der 15 bis 17-Jährigen als best

mögliche Abschätzung der Zielgruppe der FABA herangezogen. Daher wird auch im Rahmen der Wiener Gesundheitsziele der Fokus auf diese Altersgruppe gelegt.

Abschließend wird die Datenqualität des Indikators zusammengefasst. Die Daten für die Altersgruppe 15-17 Jahre sind frei verfügbar und erscheinen regelmäßig. Die Aussagekraft ist im Hinblick auf das Wirkungsziel, wiederum mit Einschränkung auf die Altersgruppe, als hoch einzustufen.

Indikator	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft	Sonderauswertung	Anmerkungen
Frühzeitige AusbildungsabbrecherInnen					



INDIKATOREN DES WIENER GESUNDHEITZIELS 1 IM ÜBERBLICK

Indikator	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft	Sonderauswertung	Anmerkungen/Empfehlung
Frühgeburtenrate	😊	😊	😊	☐	
Adipöse Schwangere	😐	😊	😐	☒	Dokumentation vereinheitlichen
Rauchverhalten Schwangerer	😐	😊	😐	☒	Dokumentation vereinheitlichen
Häufigkeit stationärer Aufenthalte während der Schwangerschaft	😐	😊	😐	☒	Indikator noch zu entwickeln Daten auf PatientInnenebene ausbaufähig
Geburtenanteil <20-Jährige	😊	😊	😊	☐	
Lebendgeburten nach Entbindungsart	😊	😊	😊	☐	
Obst-/Gemüsekonsum Kinder und Jugendliche	😐	😊	😊	☒	
Süßigkeiten-/Limonadenkonsum Kinder und Jugendliche	😐	😊	😊	☒	
Adipöse und übergewichtige SchülerInnen	😐	😊	😊	☒	
Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen	😐	😊	😊	☒	
Kariesfreiheit von 6-jährigen Kindern	😐	😐	😐	☐	Ergebnisse der neuen Zahnerhebung ab Juni 2017



Lebenszufriedenheit von SchülerInnen							
Subjektive Körperwahrnehmung							
Selbstwirksamkeitserwartung von SchülerInnen							
Frühzeitige Schul- und AusbildungsabbrecherInnen							
Täglich rauchende 15-Jährige							
Täglich Alkohol trinkende 15-Jährige							

Legende	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft
	frei verfügbar	regelmäßig	sehr gut
	mit Einschränkungen	mit Einschränkungen	mit Einschränkungen
	schwierig	unregelmäßig/unklar	Verbesserungsbedarf



Wiener Gesundheitsziel 2

**Gesundheitsförderung
in der Arbeitswelt stärken**

Wiener Gesundheitsziel 2

Wirkungsziele und Indikatoren

Wirkungsziel 1

Gesundheit in Wiener Betrieben fördern, insbesondere in Kleinbetrieben inklusive Ein-Personen-Unternehmen

Indikatoren zu Wirkungsziel 1

- » Anzahl der Personen, die in einem Wiener Unternehmen arbeiten, das ein gültiges BGF-Gütesiegel hat – gemessen an allen Wiener Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern
- » Arbeitsunfälle (bzw. Schadensfälle in der AUVA) pro 1.000 Erwerbstätige

Wirkungsziel 2

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

Indikatoren zu Wirkungsziel 2

- » Beschäftigungsquoten der über 50-jährigen Frauen und Männer (in %) nach dem Wohnortprinzip und nach der Berechnungsmethode der MA23 Wirkungsziel 3
- » Jugendarbeitslosigkeit 15 bis 24-Jährige (in %)

Wirkungsziel 3

Psychosoziale Gesundheit bei Erwerbstätigen stärken

Indikatoren zu Wirkungsziel 3

- » Frühpensionierungen der 50-65-jährigen Frauen und Männer in Form von Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspensionen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen pro 100.000 Erwerbstätiger dieser Altersgruppe
- » Krankenstandsfälle aufgrund von psychischen und/oder Verhaltensstörungen pro 1.000 WGKK-Versicherte
- » Durchschnittliche Einschätzung der psychischen und sozialen Lebensqualität von 20 bis 64-jährigen erwerbstätigen Frauen und Männern in Wien

Wirkungsziel 4

Gesundheit von Bezieherinnen bzw. Beziehern der Mindestsicherung und beschäftigungslosen Menschen stärken – unter Berücksichtigung jugendlicher Arbeitsloser

Indikatoren zu Wirkungsziel 4

- » Anteil von Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (exkl. Behinderung)
- » KV-Ausgaben für medizinische Rehabilitation, Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung, Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung für Mindestsicherungsbezieherinnen und -bezieher (in Euro pro Kopf) in Relation zur Gruppe der erwerbstätigen Normalversicherten



Wiener Gesundheitsziel 2

Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt stärken



Das Wiener Gesundheitsziel 2 umfasst die Wirkungsziele Förderung von Gesundheit in Wiener Betrieben (insbesondere Kleinbetriebe inkl. Ein-Personen-Unternehmen) und Alter(n)sgerechte Arbeit in Wiener Betrieben sowie die Stärkung der psychosozialen Gesundheit bei Erwerbstätigen. Ebenso stellt die Stärkung der Gesundheit von BezieherInnen der Mindestsicherung und beschäftigungslosen Menschen (inkl. jugendlicher Arbeitsloser) ein eigenes Wirkungsziel dar. Im folgenden Kapitel werden diese Wirkungsziele geordnet nach den jeweiligen Indikatoren dargestellt.



ArbeitnehmerInnen in Unternehmen mit gültigem BGF-Siegel

Zielsetzung ist es, dass 25% der Wiener Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in einem Unternehmen tätig sind, das qualitätsgesicherte Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) durchführt. Als Indikator für die Erreichung dieses Zielwerts dient die Anzahl der ArbeitnehmerInnen, die in einem Wiener Unternehmen arbeiten, das ein gültiges BGF-Gütesiegel hat, gemessen an allen Wiener ArbeitnehmerInnen.

Das BGF-Siegel wird Unternehmen, die die Qualitätskriterien des Netzwerks BGF erfüllen, nach einer Prüfung durch ein unabhängiges Institut und Expertinnen und Experten des Netzwerks für eine Gültigkeitsdauer von drei Jahren verliehen. Nach Ablauf

dieser Frist kann das Gütesiegel erneut beantragt werden. Der Betrieb wird auch bei einer Neueinreichung hinsichtlich seiner Gesundheitsorientierung geprüft.¹⁸




Für die Berechnung des Anteils wurden die MitarbeiterInnen aller Wiener Betriebe, die im Jahr 2015 ein gültiges BGF-Siegel hatten, herangezogen. Die Anzahl der Wiener ArbeitnehmerInnen setzt sich aus unselbstständig Beschäftigten (Angestellte, ArbeiterInnen), geringfügig Beschäftigten und Lehrlingen zusammen.¹⁹ Im Jahr 2015 waren demgemäß 9,6% der Wiener ArbeitnehmerInnen in einem Betrieb mit gültigem BGF-Siegel tätig.

DATENQUALITÄT ARBEITNEHMERINNEN IN UNTERNEHMEN MIT GÜLTIGEM BGF-SIEGEL

Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse betreibt als Medieneigentümerin die Plattform „Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung“, die ein Zusammenschluss von Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Sozialpartner und des Fonds Gesundes Österreich ist. Die Plattform stellt eine öffentlich zugängliche, kostenlose Datenbank zur Verfügung, die Informationen über Unternehmen enthält, welche die BGF-Charta unterzeichnet bzw. die ein BGF-Gütesiegel erhalten haben.

Diese beiden Instrumente bilden Stufen des Qualitätsmanagements betrieblicher Gesundheitsförderung, damit einheitliche Bewertungskriterien und Nachhaltigkeit gewährleistet sind.²⁰

Abschließend wird die Datenqualität des Indikators zusammengefasst. Die freie Verfügbarkeit des Indikators ist aufgrund des Zugangs zur Datenbank bzw. zu Arbeitsmarktdaten gegeben. Beide Datengrundlagen werden regelmäßig aktualisiert. Die Aussagekraft dieses Indikators ist hinsichtlich des Wirkungsziels ebenfalls gegeben.

Indikator	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft	Sonderauswertung	Anmerkungen
MitarbeiterInnen BGF-Siegel Betriebe					

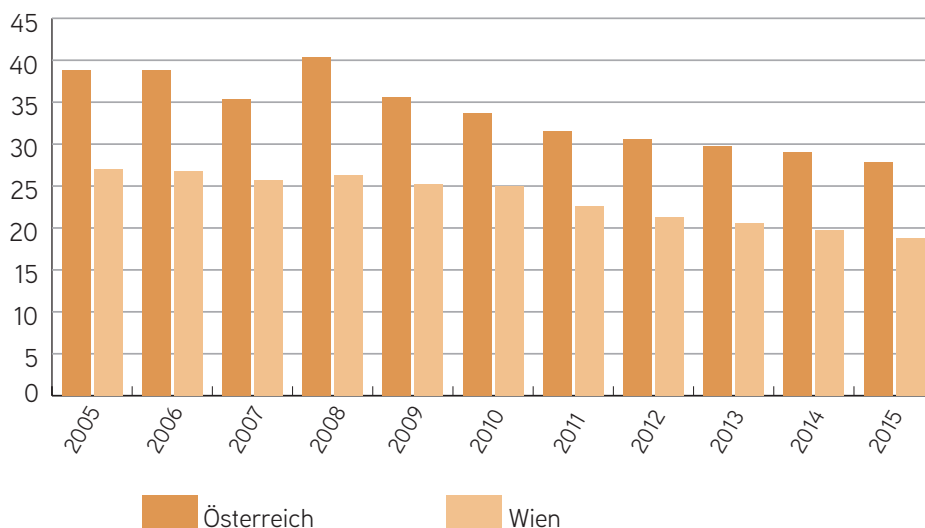


Arbeitsunfälle

Anerkannte Weg- und Arbeitsunfälle der DienstnehmerInnen geben Aufschluss über die Gesundheit in Wiener Betrieben. Zielvorgabe der Wiener Gesundheitsziele ist eine Reduktion der Anzahl an Arbeitsunfällen in gleichbleibendem Maße, gemessen in Arbeitsunfällen pro 1.000 Erwerbstätige. Diese Unfallrate hat sich in Wien im Betrachtungszeitraum von 27 Unfällen (2005) auf 18,8 Unfälle (2015) pro 1.000 Erwerbstätige reduziert. Das ist ein Rückgang von 30,2%.

Die Wiener Arbeitsunfallrate liegt im Allgemeinen unter der österreichischen. Auf Österreichebene beträgt der Rückgang über den gesamten Zeitraum 28,3%. Im Betrachtungszeitraum kam es sowohl in Wien als auch in Österreich zu einem deutlichen Rückgang der Unfallraten.

Abbildung 23: Arbeitsunfallrate auf 1.000 Beschäftigungsverhältnisse in Wien und Österreich 2005-2015



Quelle: Sonderauswertung AUVA, Stand Oktober 2016

¹⁸<http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/bgfportal/content?contentid=10007.752621&portal-componentId=gtn1d80cf22-69a3-4800-84e6-12cd2367c453&viewmode=content>

¹⁹<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/207/Seite.2070002.html>

²⁰<http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/bgfportal/content?contentid=10007.752617&portal-componentId=gtn1d80cf22-69a3-4800-84e6-12cd2367c453&viewmode=content>



DATENQUALITÄT ARBEITSUNFÄLLE

Die AUVA ist für die Abwicklung von Arbeitsunfällen und Fällen von Berufskrankheiten zuständig. Die Statistikabteilung der AUVA stellte eine Sonderauswertung der Entwicklung der anerkannten Arbeitsunfälle der DienstnehmerInnen für Wien und Österreich zur Verfügung. Unter Arbeitsunfällen sind plötzlich von außen auftretende Körperschädigungen im ursächlichen, örtlichen und zeitlichen Zusammenhang mit der versicherten Erwerbstätigkeit oder Ausbildung zu verstehen. Auch Wege und Tätigkeiten, die im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit oder Ausbildung zu sehen sind, stehen unter Versicherungsschutz. Bestimmte Unfälle sind darüber hinaus den Arbeitsunfällen gleichgestellt, selbst wenn sie Personen betreffen, die nicht unfallversichert sind. Der Versicherungsschutz gilt für ArbeitnehmerInnen, Selbständige,

Kindergartenkinder im verpflichtenden Kindergartenjahr, Schülerinnen und Schüler sowie Studierende. Mitglieder von bestimmten freiwilligen Hilfsorganisationen sind ebenso versichert.²¹ Überblicksdaten zu Schadensfällen sind für das jeweilige aktuelle Kalenderjahr auf Österreichebene öffentlich auf der Internetseite zugänglich, zudem bestehen einige Publikationen in der Form von Schwerpunktauswertungen. Abschließend wird die Datenqualität des Indikators zusammengefasst. Nachdem für Aussagen zur Entwicklung der Arbeitsunfälle eine Sonderauswertung erforderlich war, wird die Verfügbarkeit als eingeschränkt eingestuft. Die Daten werden regelmäßig erhoben und aufbereitet. Die Aussagekraft ist hinsichtlich des Wirkungsziels gegeben.

Indikator	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft	Sonderauswertung	Anmerkungen
Arbeitsunfälle					

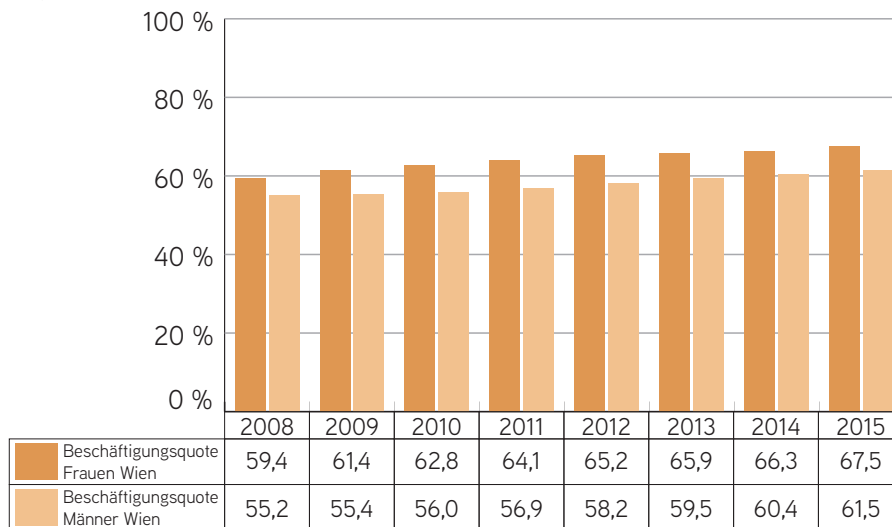
²¹<https://www.auva.at/portal27/auvaportal/content?contentid=10007.671001&viewmode=content>



Beschäftigungsquote der über 50-jährigen Frauen und Männer

Im Wirkungsziel, das auf die Förderung alter(n)sgerechter Arbeit in Wiener Betrieben abzielt, ist die Beschäftigungsquote der über 50-jährigen Bevölkerung (Frauen 50-59, Männer 50-64 Jahre) ein Schwerpunkt. Eine Steigerung der Beschäftigungsquote um mindestens 10 Prozentpunkte gegenüber den Werten von 2013 soll erreicht werden, wobei gleichzeitig auch der Geschlechterunterschied reduziert werden soll.

Abbildung 24: Beschäftigungsquoten von über 50-jährigen Frauen und Männern in Wien im Vergleich, 2008-2015

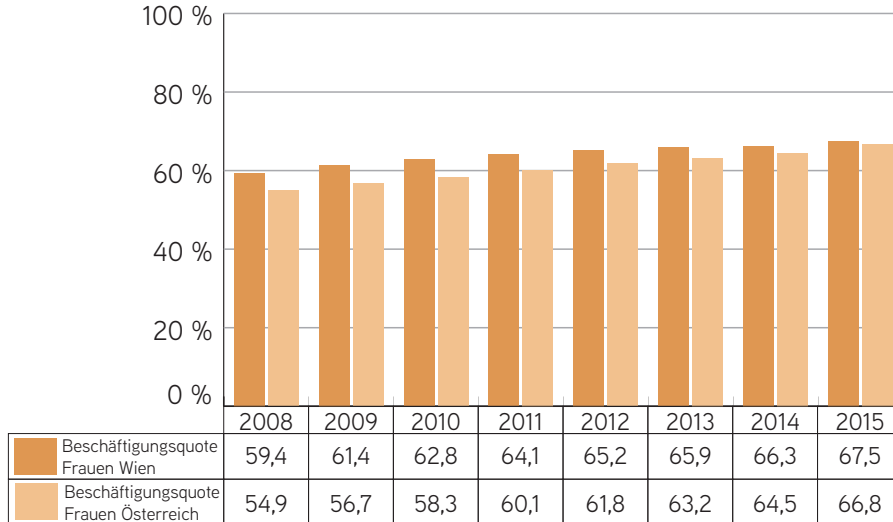


Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Baliweb); Berechnung MA 23

Die Beschäftigungsquote der über 50-jährigen Frauen und Männer in Wien hat sich im Betrachtungszeitraum 2008-2015 bei beiden Geschlechtern erhöht. Lag die Beschäftigungsquote der 50 bis 59-jährigen Frauen 2008 noch bei 59,4%, beträgt sie 2015 bereits 67,5%. Dies entspricht einem Anstieg von 13,7%. Die Beschäftigungsquote der 50 bis 64-jährigen Männer erhöhte sich im gleichen Zeitraum von 55,2% auf 61,5%. Der Anstieg beträgt 11,5%. Dass die Beschäftigungsquote der Frauen in dieser Altersgruppe über jener der Männer liegt, mag im ersten Moment überraschen. Dieser Geschlechterunterschied kann zum einen mit dem unterschiedlichen gesetzlichen Pensionsantrittsalter von Frauen und Männern erklärt werden. Zum anderen können die Werte auch auf Unterschiede im tatsächlichen Pensionsantrittsalter zurückgeführt werden. Die Daten können dahingehend interpretiert werden, dass Frauen eher das gesetzliche Pensionsantrittsalter erreichen (z.B. aufgrund fehlender Versicherungszeiten wegen Kinderbetreuungspflichten u.ä.) als Männer.



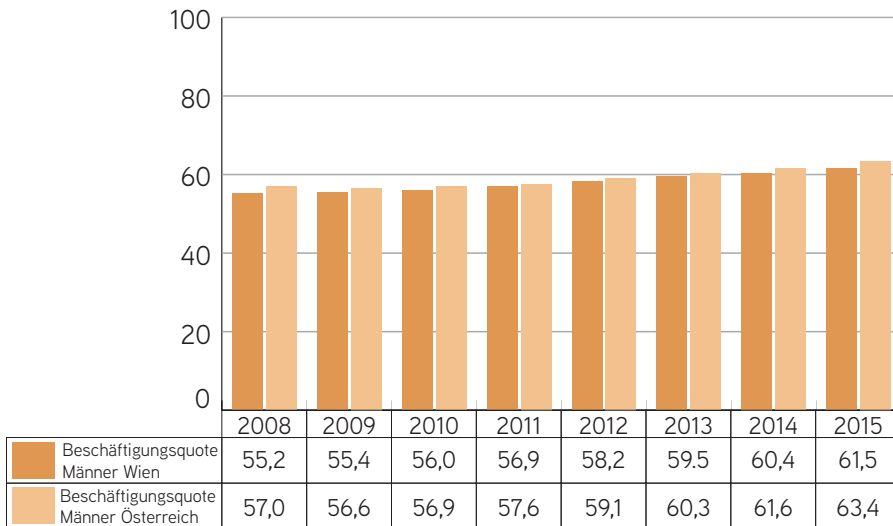
Abbildung 25: Beschäftigungsquote der 50- bis 59-jährigen Frauen in Wien und Österreich im Vergleich, 2008-2015



Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Baliweb); Berechnung MA 23

Werden die Beschäftigungsquoten geschlechtsspezifisch im Österreichvergleich dargestellt, zeigt sich, dass die Beschäftigungsquote der Frauen in Wien durchgehend über der österreichischen liegt. Sowohl in Wien als auch in Österreich steigt die Beschäftigungsquote der Frauen an. In Österreich ist der Anstieg mit 21,7% zu beziffern.

Abbildung 26: Beschäftigungsquote der 50- bis 64-jährigen Männer in Wien und Österreich im Vergleich, 2008-2015



Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Baliweb) 2016; Berechnung MA 23

Auch die Beschäftigungsquote der Männer steigt sowohl in Wien als auch in Österreich an. Der Anstieg beträgt in Österreich 11%, in Wien ist er mit 11,5% geringfügig höher. Im Vergleich zu den Beschäftigungsquoten der Frauen ist es besonders interessant, dass die österreichische Beschäftigungsquote der Männer über den gesamten Betrachtungszeitraum hinweg über der Wiener Beschäftigungsquote liegt.



DATENQUALITÄT BESCHÄFTIGUNGSQUOTE

Die Beschäftigungsquote ist definiert als der Anteil der unselbständigen und selbständigen Beschäftigten (auf Registerdatenbasis; 15-64 Jahre) an der Wohnbevölkerung (15-64 Jahre).²² Dem derzeitigen gesetzlichen Pensionsantrittsalter entsprechend wurden für die Berechnung der Beschäftigungsquote unterschiedliche Altersabgrenzungen für Frauen und Männer gewählt (Frauen: 15 bis 59 Jahre, Männer: 15 bis 64 Jahre).²³

Die hier verwendeten Daten wurden von der MA23 berechnet und zur Verfügung gestellt. Basis für die Berechnungen ist das durch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz betreute Online-Datenbankabfragesystem von Arbeitsmarktinformationen (BALI). Inhalte des Systems sind veröffentlichte Daten des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger zu unselbstständigen Beschäftigten und Daten des Arbeitsmarktservice zur Arbeitslosigkeit. Über das System können Daten zur Beschäftigung und Arbeitslosigkeit, Informationen zum Arbeitskräftepotenzial

und zur Arbeitslosenquote nach nationaler Definition abgefragt werden. Es ist möglich, nach Geschlecht, Alter und Branchen zu gliedern. Abfragen zur selbständigen Beschäftigung, zur Beschäftigung und Arbeitslosigkeit von ausländischen Arbeitskräften und zu Schulungsteilnahmen können ebenfalls abgefragt werden. Auf Basis von Hauptverbandsdaten werden die Registerarbeitslosenquoten und das Arbeitskräftepotenzial vor bzw. ab 2008 (Umstellung der Daten auf die neue Wirtschaftsklassensystematik ÖNACE 2008) berechnet.²⁴

Abschließend wird die Datenqualität des Indikators zusammengefasst. Nachdem für Aussagen zur Entwicklung der Beschäftigungsquote Berechnungen durch die MA23 erforderlich waren, wird die Verfügbarkeit als eingeschränkt eingestuft. Die Daten werden regelmäßig erhoben und aufbereitet. Die Aussagekraft ist hinsichtlich des Wirkungsziels gegeben.

Indikator	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft	Sonderauswertung	Anmerkungen
Beschäftigungsquote 50+					Unterschiedliche Altersspannen aufgrund des unterschiedlichen Pensionsantrittsalters erschweren Aussagen

²²<http://www.arbeitsmarktpolitik.at/bali/hBeqErq.aspx>

²³<https://www.wien.gv.at/statistik/arbeitsmarkt/beschaeftigung/definitionen.html>

²⁴<http://www.arbeitsmarktpolitik.at/bali/Default.aspx>



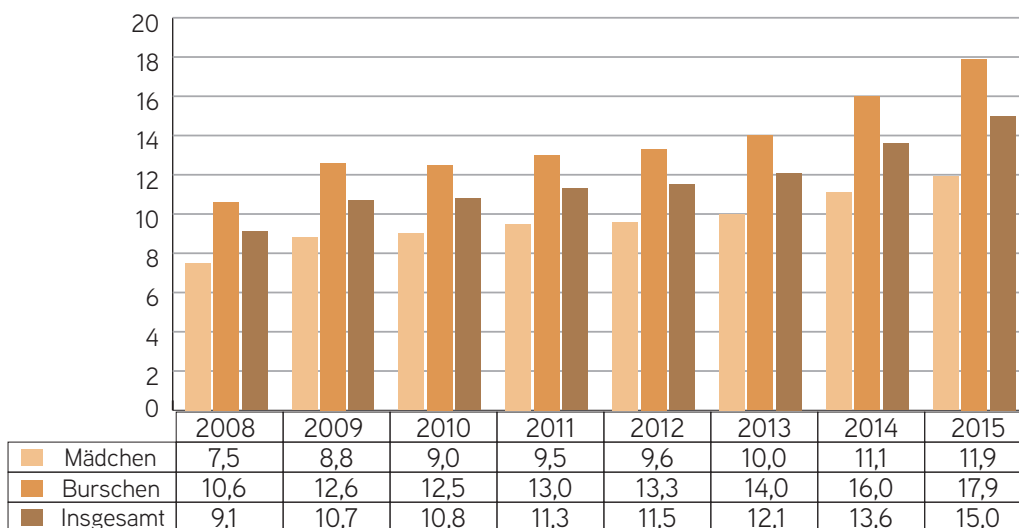
Jugendarbeitslosigkeit 15- bis 24-Jährige

Die Jugendarbeitslosigkeit der 15-24-Jährigen soll im Rahmen der Wiener Gesundheitsziele ebenfalls gesenkt werden. Der Zielwert wurde mit einer Senkung der Jugendarbeitslosigkeit um 2 Prozentpunkte festgesetzt. Der Ausgangswert aus dem Jahr 2014, der als Grundlage für den Zielwert herangezogen wird, beträgt bei den Mädchen dieser Altersgruppe 11,1% sowie bei den Burschen 16%.²⁵ Betrachtet man die Entwicklung der Registerarbeitslosenquote in Wien, beträgt

diese Quote im Jahr 2015 insgesamt 15%. Seit 2008 ist die Arbeitslosigkeit in dieser Altersgruppe insgesamt angestiegen, der Zuwachs beträgt 64,8%.

Differenziert nach dem Geschlecht zeigt sich, dass die Arbeitslosenquote der männlichen Jugendlichen mit 17,9% deutlich höher ist als der weiblichen mit 11,9%. Dieser Geschlechterunterschied ist über den gesamten Betrachtungszeitraum zu beobachten.

Abbildung 27: Arbeitslosenquote der unter 25-Jährigen nach Geschlecht für Wien, 2008-2015



Anm.: Es handelt sich um Jahresdurchschnittsdaten.

Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Baliweb) 2016; Berechnung MA 23

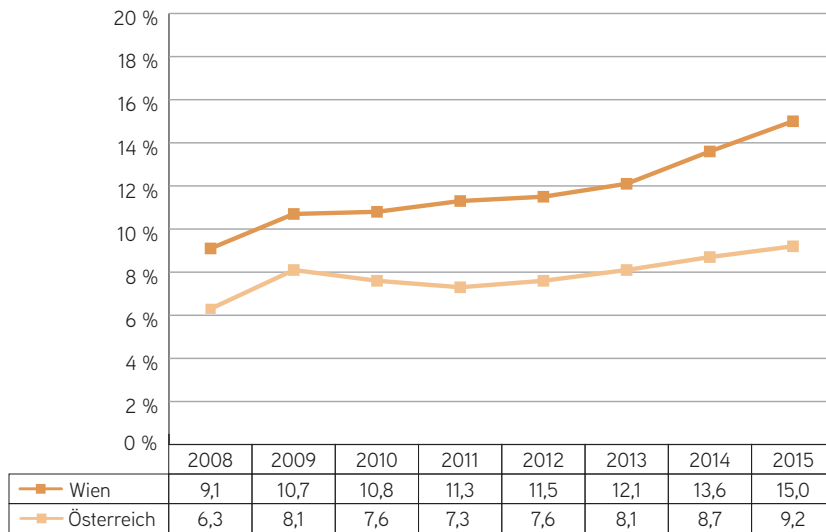
In Österreich ist im gleichen Zeitraum die Arbeitslosigkeit unter Jugendlichen ebenfalls angestiegen, der Anstieg beträgt 46,1%. Es ist auch ein Geschlechterunterschied zu verzeichnen, der Anteil der männlichen arbeitslosen Jugendlichen liegt über alle Jahre hinweg deutlich über dem der weiblichen arbeitslosen Jugendlichen.

Vergleicht man die Entwicklung in Wien und Österreich, zeigt sich, dass die Arbeitslosenquote über den gesamten Betrachtungszeitraum hinweg in Wien deutlich über der österreichischen liegt.

²⁵Es werden die Daten zum Zeitpunkt des Gemeinderatsbeschlusses zu den Wiener Gesundheitszielen 2015 herangezogen.



Abbildung 28: Arbeitslosenquote der unter 25-Jährigen in Wien und Österreich im Vergleich, 2008-2015



Anm.: Es handelt sich um Jahresdurchschnittsdaten.

Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Baliweb) 2016; Berechnung MA 23

DATENQUALITÄT JUGENDARBEITSLOSIGKEIT

Die hier verwendeten Daten stellen die Registerarbeitslosenquote bzw. nationale Arbeitslosenquote dar. Diese basiert auf den beim Arbeitsmarktservice (AMS) vorgemerkten Arbeitslosen und den beim Hauptverband der Sozialversicherungsträger erfassten unselbstständig Beschäftigten. Die Registerarbeitslosenquote entspricht dem Anteil der beim AMS vorgemerkten Arbeitslosen am Arbeitskräftepotenzial, worunter die Summe aus unselbstständig Beschäftigten und vorgemerkten Arbeitslosen zu verstehen ist. Unter vorgemerkten Arbeitslosen sind beim AMS zum Zwecke der Arbeitsvermittlung registrierte Personen zu verstehen, die nicht in Beschäftigung oder Ausbildung (Schulung) stehen. Die regionale Zuordnung erfolgt nach dem Wohnort der Arbeitslosen.²⁶

Die hier dargestellten Auswertungen beruhen auf Berechnungen der MA23. In der Auswertung werden nur Daten im Zeitraum 2008-2015 berücksichtigt, da auf Grund einer Umstellung bei den Beschäftigungsdaten die Werte vor 2008 nicht mit jenen nach 2008 vergleichbar sind (Zeitreihenbruch). Abschließend wird die Datenqualität des Indikators zusammengefasst. Nachdem für Aussagen zur Entwicklung der Beschäftigungsquote Berechnungen durch die MA23 erforderlich waren, wird die Verfügbarkeit als eingeschränkt eingestuft. Die Daten werden regelmäßig erhoben und aufbereitet. Die Aussagekraft ist hinsichtlich des Wirkungsziels gegeben.

Indikator	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft	Sonderauswertung
Jugendarbeitslosigkeit	☹️	😊	😊	☒

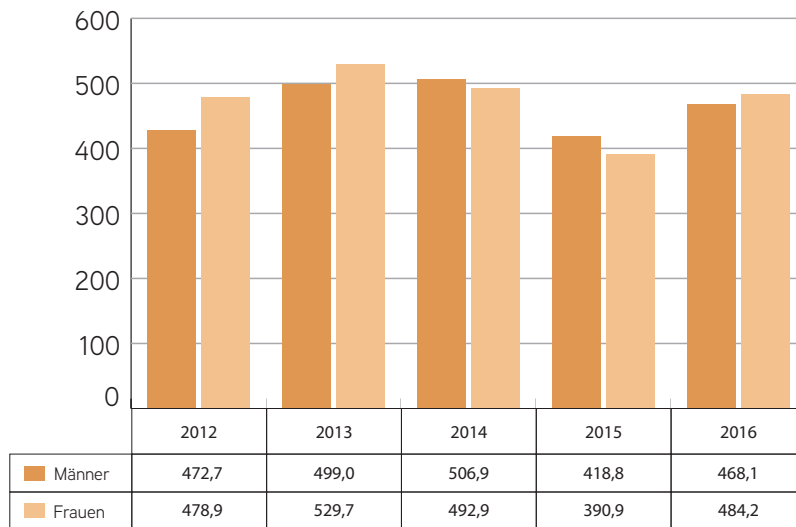
²⁶<https://www.wien.gv.at/statistik/arbeitsmarkt/arbeitslosigkeit/definitionen.html>



Frühpensionierungen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen

Die Frühpensionierungen (Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspensionen) der 50- bis 65-jährigen Bevölkerung aufgrund psychiatrischer Erkrankungen pro 100.000 Erwerbstätiger dieser Altersgruppe dienen als Indikator für die psychosoziale Gesundheit von Erwerbstätigen.

Abbildung 29: Frühpensionierungen der 50-65-Jährigen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen pro 100.00 Erwerbstätiger der Altersgruppe, Wien 2012-2016



Quelle: Sonderauswertung PVA 2017, Sonderauswertung Hauptverband der Sozialversicherungsträger 2017, Berechnung durch MA 24 Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele





Im Zeitraum 2012-2016 steigen die Frühpensionierungen aufgrund psychiatrischer Diagnosen bei den Frauen an, bei den Männern kam es zu einer Reduktion der Frühpensionierungen. Aktuell (2016) wird - bezogen auf 100.00 Erwerbstätiger dieser Altersgruppe - 484 Frauen bzw. 468 Männern eine Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension zuerkannt.



DATENQUALITÄT FRÜHPENSIONIERUNGEN

Für die Berechnung des Indikators für Wien wurde seitens der PVA eine Sonderauswertung zu den Zugängen der Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspensionen aufgrund psychiatrischer Krankheiten der Altersgruppe ab 50 Jahren zur Verfügung gestellt. Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger übermittelte in einer Sonderauswertung die Anzahl der Pflichtversicherten nach Alter, jeweils zum Stand Juli eines Jahres ab dem Jahr 2012. Die Berechnung erfolgte durch die MA24.

Zusammengefasst stellt sich die Datenqualität des Indikators wie folgt dar: nachdem Sonderauswertungen erforderlich waren, wird die Verfügbarkeit als eingeschränkt eingestuft. Sowohl die Daten zu den Pensionszugängen als auch zu den Pflichtversicherten erscheinen jährlich. Die Aussagekraft kann in Bezug auf das Wirkungsziel als sehr gut eingestuft werden.

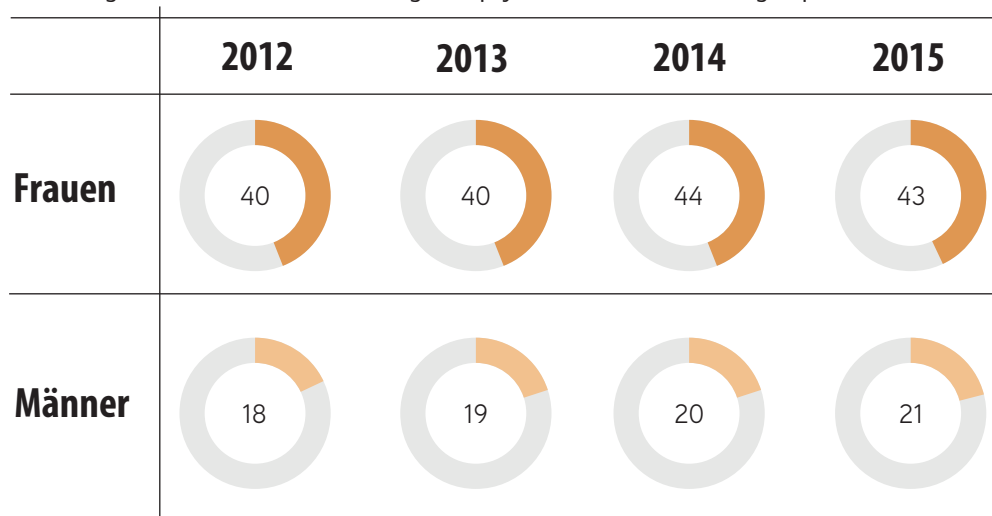
Indikator	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft	Sonderauswertung
Frühpensionierungen				



Krankenstandsfälle aufgrund von psychischen Erkrankungen

Als weiterer Indikator für die psychosoziale Gesundheit von Erwerbstätigen werden die Krankenstandsfälle aufgrund von psychischen Erkrankungen bzw. Verhaltensstörungen pro 1.000 WGKK Versicherter herangezogen. Der Anstieg der Krankenstandsfälle soll eingebremst werden.

Abbildung 30: Krankenstandsfälle aufgrund psychiatrischer Erkrankungen pro 1.000 WGKK Versicherter, 2012-2015



Quelle: Sonderauswertung WGKK, Stand Dezember 2016

Die Krankenstandsfälle aufgrund psychiatrischer Erkrankungen nehmen im Zeitraum 2012-2015 bei beiden Geschlechtern zu. Der Anstieg ist bei den Männern (+13%) höher als bei den Frauen (+7,8%). Bemerkenswert ist jedenfalls der große Geschlechterunterschied bereits bei den Ausgangswerten: im Jahr 2015 gab es bezogen auf 1.000 Versicherte 43 Krankenstandsfälle von Frauen aufgrund psychiatrischer Ursachen, hingegen nur 21 Krankenstandsfälle von Männern.



DATENQUALITÄT KRANKENSTANDSFÄLLE

Die Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) stellte im Rahmen einer Sonderauswertung Daten zu den Krankenstandsfällen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen ab dem Jahr 2008 zur Verfügung. Nachdem es zwischen 2011 und 2012 zu einer Umstellung der Codierung der Krankheitsgruppen kam, werden in der Aufstellung für diesen Bericht erst Daten ab 2012 herangezogen, um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten.

Abschließend wird die Datenqualität des Indikators zusammengefasst. Nachdem Sonderauswertungen der WGKK erforderlich waren, wird die Verfügbarkeit als eingeschränkt eingestuft. Die Daten werden regelmäßig erhoben und aufbereitet. Die Aussagekraft ist hinsichtlich des Wirkungsziels gegeben.

Indikator	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft	Sonderauswertung
Krankenstandsfälle wg. psychiatr. Diagnosen				

Einschätzung der psychischen und sozialen Lebensqualität von Erwerbstätigen

Auch dieser Indikator fokussiert auf die psychosoziale Gesundheit von Erwerbstätigen. Die durchschnittliche Einschätzung der psychischen und sozialen Lebensqualität von 20 bis 64-jährigen erwerbstätigen Frauen und Männern soll um 5 Skalenpunkte (von 100 möglichen Skalenpunkten) gegenüber den Werten aus der österreichischen Gesundheitsbefragung von 2006/2007 gesteigert werden. Gleichzeitig wird darauf

abgezielt, die bestehenden Geschlechtsunterschiede zu reduzieren.

Die soziale Lebensqualität der erwerbstätigen Frauen stieg leicht an, während die der erwerbstätigen Männer deutlich abnahm. Die psychische Lebensqualität nahm sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern seit 2006/2007 ab.



Tabelle 3: Durchschnittliche Einschätzung der Lebensqualität von Erwerbstätigen (Alter 20-64) in Wien, 2014

	psychische Lebensqualität		soziale Lebensqualität	
	2006/2007	2014	2006/2007	2014
Frauen	78,1	76,2	77,1	77,7
Männer	79,6	78,5	78,6	74,5

Anm.: Skala von 0-100, Quelle: ATHIS 2006/2007 und 2014, Berechnungen für 2014 durch MA24 Sozialplanung

Für das Jahr 2014 können auch Aussagen für Wien und Österreich im Vergleich getroffen werden. In Gesamtösterreich fallen die Werte in beiden Dimensionen der Lebensqualität bei beiden Geschlechtern höher als in Wien aus.

Tabelle 4: Durchschnittliche Einschätzung der Lebensqualität von Erwerbstätigen (Alter 20-64) in Wien und Österreich im Vergleich, 2014

	psychische Lebensqualität		soziale Lebensqualität	
	Wien	Österreich	Wien	Österreich
Frauen	76,2	77,1	77,7	78,4
Männer	78,5	79,6	74,5	76,4

Quelle: ATHIS 2014, Berechnungen für Wien durch MA24 Sozialplanung







DATENQUALITÄT LEBENSQUALITÄT

Der Indikator Lebensqualität wird über die Österreichische Gesundheitsbefragung (Austrian Health Interview Survey, kurz ATHIS) abgedeckt. Lebensqualität wird gemäß WHO „als die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen²⁷ definiert. Neben der allgemeinen Lebensqualität wird auch die physische, psychische, soziale und umweltbezogene Lebensqualität erfasst.

Basierend auf der Europäischen Gesundheitsbefragung führte die Statistik Austria von Oktober 2013 bis Juni 2015 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesgesundheitsagentur eine für die österreichische Bevölkerung repräsentative Erhebung zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch. Die Grundgesamtheit für die österreichische Gesundheitsbefragung betrug 15.771 Personen ab 15 Jahren in Privathaushalten, davon 6.986 Männer und 8.785 Frauen. Die Befragungen wurden mit telefonischen Interviews und schriftlichen Fragebögen durchgeführt. Vergleiche mit der Gesundheitsbefragung von 2006/2007 sind nur teil-

weise möglich, da in der aktuellen ATHIS nur Privathaushalte befragt wurden, in der früheren Version hingegen die Anstaltsbevölkerung mitberücksichtigt wurde. Zwischen 1970 bis 1999 erfolgten Gesundheitsbefragungen in unregelmäßigen Abständen als Sonderprogramme im Rahmen des Mikrozensus. Aufgrund von Unterschieden im Erhebungsdesign und Frageprogramm lassen sich längere Zeitreihen nur punktuell abbilden.²⁸ Die aktuelle Gesundheitsbefragung wurde erstmals nach neuen europäischen Standards durchgeführt, um eine weitestgehend harmonisierte Befragung im Rhythmus von fünf Jahren zu gewährleisten und damit die Datenvergleichbarkeit zwischen den Ländern zu verbessern²⁹ Der Datensatz der Österreichischen Gesundheitsbefragung wird auf Anfrage zu Forschungszwecken kostenlos von der Statistik Austria zur Verfügung gestellt. Für Aussagen zum vorliegenden spezifischen Indikator waren zusätzliche Berechnungen der MA24 Sozialplanung erforderlich.

Die abschließende Tabelle enthält eine Einschätzung der Datenqualität des Indikators Lebensqualität. Die Daten der ATHIS sind frei und regelmäßig verfügbar. Die Aussagekraft ist hinsichtlich des Wirkungsziels als hoch einzuschätzen.

Indikator	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft	Sonderauswertung
Lebensqualität				

²⁷Definition gemäß WHO Instrument WHOQOLBREF1, das Grundlage für ATHIS 2006/2007 und 2014 ist. entnommen aus: Klimont, J.; Baldaszi, E. (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur, Wien

²⁸Klimont, J.; Baldaszi, E. (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur, Wien

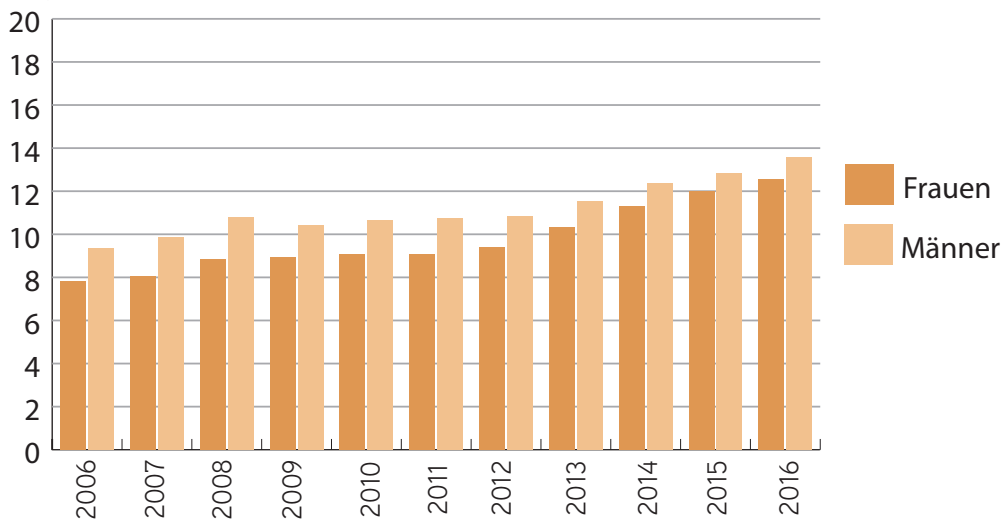
²⁹http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Gesundheitsberichte/Oesterreichische_Gesundheitsbefragung_2014_ATHIS_



Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen

Die Gesundheit von beschäftigungslosen Menschen soll gestärkt und der Anteil von Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (exkl. Behinderung) soll bis 2025 gesenkt werden.

Abbildung 31: Anteil der Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen exkl. Behinderung an allen arbeitslosen Personen nach Geschlecht in Wien, 2006-2016



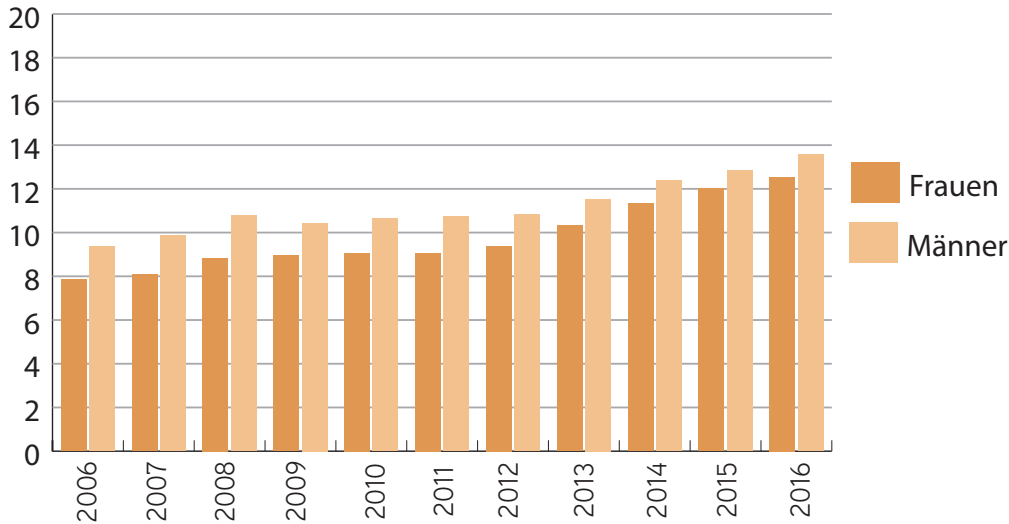
Quelle: AMS, Arbeitsmarktdaten online, Stand Februar 2017, erstellt durch MA24 Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

In Wien steigt der Anteil an Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (exkl. Behinderung) seit 2006 an. Im Jahr 2016 beträgt dieser Anteil 12,5% (Frauen) und 13,6% (Männer). Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern kam es zu einem deutlichen Anstieg von 60% bzw. 45%. Der Anteil an Männern mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen ist über den gesamten Betrachtungszeitraum höher als jener der Frauen.

In Österreich zeigt sich ein ähnliches Bild, auch hier ist der Anteil der Männer mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen durchwegs höher als der Anteil der Frauen. Der Anteil der Männer ist 2016 mit 17,6%, jener der Frauen mit 15,7% zu beziffern. Der Anstieg seit 2006 beträgt bei den Frauen 86% und bei den Männern 59%.



Abbildung 32: Anteil der Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen exkl. Behinderung an allen arbeitslosen Personen nach Geschlecht in Österreich, 2006-2016



Quelle: AMS, Arbeitsmarktdaten online, Stand Februar 2017; erstellt durch MA24 Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

DATENQUALITÄT ARBEITSSUCHEDE MIT GESUNDHEITLICHEN VERMITTLUNGSEINSCHRÄNKUNGEN

Die Abteilung Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation des AMS Österreich bietet online kostenlos ein umfangreiches Angebot an Statistiken zu arbeitsmarktspezifischen Themen an. Darüber hinaus sind Berichte und vorgefertigte Tabellen mit Monats- und Jahresdaten zu Beschäftigung, Arbeitslosigkeit, Stellenangebot, Lehrstellenmarkt verfügbar.³⁰ Die Daten sind mittels Datenbankabfragesystem frei zugänglich und stehen nach Personenmerkmalen, in

diesem Fall Arbeitssuchende mit sonstigen gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen zur Verfügung. Arbeitssuchende Menschen mit Behinderung sind eigens erfasst.

Abschließend wird die Datenqualität des Indikators zusammengefasst: die Daten sind frei zugänglich, werden regelmäßig erhoben und aufbereitet und sind hinsichtlich des Wirkungsziels aussagekräftig.

Indikator	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft	Sonderauswertung
Arbeitssuchende mit gesundheitl. Vermittlungseinschränkungen	😊	😊	😊	☐

³⁰<http://www.ams.at/ueber-ams/medien/arbeitsmarktdaten>



Ausgaben der Krankenversicherung für BMS-BezieherInnen

Die Gesundheit von Bezieherinnen und Beziehern der bedarfsorientierten Mindestsicherung (BMS) soll gestärkt werden. Als Indikator werden die Ausgaben der Krankenversicherungen (KV-Ausgaben) im Bereich der medizinischen Rehabilitation, der Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung sowie der Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung herangezogen. Diese KV-Ausgaben sollen im Vergleich zur Gruppe der Normalversicherten gleich bzw. höher sein. Eine etwaige Benachteiligung von MindestsicherungsbezieherInnen müsste allerdings erst verifiziert werden. Daher werden im Rahmen des Baseline-Berichts die Entwicklung dieser ausgewählten KV-Ausgaben für Wien und Österreich sowie auch die Entwicklung der Anzahl dieser Gruppe dargestellt. BMS-Bezieherinnen und BMS-Bezieher ohne krankenversicherungsrechtliche Absicherung erhalten mit der Einbeziehung in die gesetzliche Krankenversicherung eine e-card, womit ein gleichberechtigter Zugang zu medizinischen Leistungen gewährleistet ist. Auf eine Gegenüberstellung zur Gruppe der Normalversicherten wie in der ursprüngli-

chen Indikatorenformulierung wird demgemäß verzichtet.

Für Aussagen zu den KV-Ausgaben für medizinische Rehabilitation, Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung sowie Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung für Bezieherinnen und Bezieher der Bedarfsorientierten Mindestsicherung ist zunächst die Entwicklung der Inanspruchnahme dieser Leistung zu berücksichtigen. In der Statistik der Bedarfsorientierten Mindestsicherung wird zwischen Personen und Bedarfsgemeinschaften unterschieden. Auf Personenebene zeigt sich im Bundesländervergleich, dass Wien mit Abstand die meisten MindestsicherungsbezieherInnen zu verzeichnen hat. In allen Bundesländern kommt es im Betrachtungszeitraum zu einem Anstieg der MindestsicherungsbezieherInnen. Am höchsten fällt dieser mit rund 46,8% in der Steiermark aus. Werden Wien und Gesamtösterreich genauer betrachtet, wird deutlich, dass der Anstieg in Wien geringer ausfällt als in Österreich.

Tabelle 5: BezieherInnen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung¹⁾, 2012-2015

	2012	2013	2014	2015	Veränderung 2012-2015
P e r s o n e n					
Österreich	221.341	238.392	256.405	284.374	28,48 %
Burgenland	3.023	3.203	3.424	3.776	24,91 %
Kärnten	4.979	5.020	5.186	5.498	10,42 %
Niederösterreich	18.966	21.407	24.138	26.551	39,99 %
Oberösterreich	14.214	16.200	17.594	19.587	37,80 %
Salzburg	12.039	12.468	13.376	14.358	19,26 %
Steiermark ²⁾	19.552	22.104	25.604	28.704	46,81 %
Tirol	13.465	14.258	15.220	15.914	18,19 %
Vorarlberg ²⁾	8.583	9.523	10.289	11.611	35,28 %
Wien	126.520	134.209	141.574	158.375	25,18 %
B e d a r f s g e m e i n s c h a f t e n ³⁾					
Österreich	133.713	143.161	152.839	168.447	25,98 %
Burgenland	1.764	1.838	1.962	2.199	24,66 %
Kärnten	3.805	3.857	4.013	4.175	9,72 %
Niederösterreich	10.558	11.492	12.863	13.816	30,86 %
Oberösterreich	9.093	10.514	11.310	11.606	27,64 %
Salzburg	7.155	7.547	8.093	8.527	19,18 %
Steiermark	9.414	10.718	12.678	14.509	54,12 %
Tirol	8.203	8.644	9.036	9.470	15,45 %
Vorarlberg	3.948	4.382	4.786	5.383	36,35 %
Wien	79.773	84.169	88.098	98.762	23,80 %

Quelle: Statistik Austria, Statistik der Bedarfsorientierten Mindestsicherung 2016

¹⁾ Die Angaben zu den Personen, Bedarfsgemeinschaften und Ausgaben sind jeweils Jahressummen.

²⁾ Inkl. nicht unterstützte Kinder.

³⁾ Eine Bedarfsgemeinschaft besteht entweder aus einer (alleinunterstützten) Person oder aus mehreren Personen, die gemeinsam von der Mindestsicherung unterstützt werden.



Auch auf Ebene der Bedarfsgemeinschaften stieg der Anteil der Mindestsicherungsbezieherinnen und Mindestsicherungsbezieher im Betrachtungszeitraum in allen Bundesländern. Wien stellt auch im Hinblick auf Bedarfsgemeinschaften den größten Anteil an Personen, die diese Leistung beziehen. Im direkten Bundesländervergleich stellt die Steiermark das Bundesland mit dem höchsten Anstieg dar (+54%). Der Anstieg in Wien fällt im Vergleich zu Österreich geringer aus.

In Wien sind im Zeitraum 2012- 2015 die KV-Ausgaben für alle drei Bereiche gestiegen. Die Ausgaben für medizinische Rehabilitation um 44,7%, jene für Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung um 15,4% und die Ausgaben für Früherkennung von Krankheiten sowie Gesundheitsförderung um 37,2%.

Tabelle 6: Ausgewählte Aufwendungen der WGKK für BMS- BezieherInnen, 2012-2015

<i>Beträge in Tausend Euro</i>	2012	2013	2014	2015	Veränderung 2012-2015
Medizinische Rehabilitation	994	1.163	1.273	1.438	44,67 %
Gesundheitsfestigung & Krankheitsverhütung	13	13	19	15	15,38 %
Früherkennung von Krankhei- ten & Gesundheitsförderung	473	639	695	649	37,21 %

Quelle: Berichte des Arbeitskreises Bedarfsorientierte Mindestsicherung 2012, 2014 und 2016, herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

Auch im Österreichvergleich zeigt sich, dass die Aufwendungen für diese ausgewählten Bereiche gestiegen sind. Analog zur Wiener Situation ist der Anstieg der KV-Ausgaben für medizinische Rehabilitation am höchsten, was unter Berücksichtigung der Anzahl an Mindestsicherungsbezieherinnen und Mindestsicherungsbezieherinnen auch nicht überraschend ist.

Tabelle 7: Ausgewählte Aufwendungen aller österreichischen GKK für BMS- BezieherInnen, 2012-2015

<i>Beträge in Tausend Euro</i>	2012	2013	2014	2015	Veränderung 2012-2015
Medizinische Rehabilitation	1.744	2.017	2.178	2.501	43,41
Gesundheitsfestigung & Krankheitsverhütung	83	86	106	97	16,87
Früherkennung von Krankhei- ten & Gesundheitsförderung	840	1.067	1.220	1.167	38,93

Quelle: Berichte des Arbeitskreises Bedarfsorientierte Mindestsicherung 2012, 2014 und 2016, herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz







DATENQUALITÄT AUSGABEN DER KRANKENVERSICHERUNG FÜR BMS-BEZIEHERINNEN

Die BMS wurde 2010 in den ersten Bundesländern eingeführt, 2011 war dieser Prozess in allen Bundesländern abgeschlossen. Damit kann das Jahr 2012 als erstes Jahr herangezogen werden, um Vergleiche und Aussagen zur Entwicklung dieser Leistung zu machen.³¹ Das in den Berichten des Arbeitskreises Bedarfsorientierte Mindestsicherung veröffentlichte Datenmaterial wurde auf Ebene des Bundes von den verantwortlichen Sektionen des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Pensionsversicherung, Arbeitsmarkt) sowie dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Krankenversicherung) zur Verfügung gestellt. Daten auf Länderebene wurden von der Statistik Austria bzw. von den Bundesländern selbst aufbereitet.³² Die jeweils aktuellen Berichte sind auf der Internetseite des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz veröffentlicht und frei zugänglich.

Von der Statistik der Bedarfsorientierten Mindestsicherung der Bundesländer werden Geldleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts und Wohnbedarfs außerhalb stationärer Einrichtungen sowie die Krankenhilfe (Übernahme der Krankenversicherungsbeiträge, allfällige sonstige Leistungen, wie bspw. Selbstbehal-

te) umfasst. In der Statistik hingegen nicht berücksichtigt werden Betreuungs- und Pflegeleistungen, Wohnbeihilfe, Leistungen aus dem Titel der Hilfe zur Erziehung und Erwerbsbefähigung sowie der ausschließliche Bezug von Taschengeldern und von Hilfen in besonderen Lebenslagen. Darüber hinaus gibt die Statistik Auskunft über die Anzahl der MindestsicherungsbezieherInnen (Personen, Bedarfsgemeinschaften), über die Dauer des Leistungsbezugs und die Ausgabenhöhe. Die Statistik basiert auf Meldungen der Bundesländer an die Statistik Austria und ersetzt seit dem Berichtsjahr 2011 die vormalige Sozialhilfestatistik. Die Länder sind durch die Bund-Länder-Vereinbarung dazu verpflichtet, statistische Daten an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und die Statistik Austria zu übermitteln.³³

Abschließend wird die Datenqualität des Indikators zusammengefasst. Daten sind frei und regelmäßig verfügbar. Die Aussagekraft ist in Bezug auf den ursprünglichen Indikator, der einen Vergleich zur Gruppe der normalversicherten erwerbstätigen Frauen und Männer vorsah, eingeschränkt. Aussagen zur Entwicklung der ausgewählten KV-Ausgaben für die Gruppe BMS-BezieherInnen sind möglich.

Indikator	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft	Sonderauswertung
KV Ausgaben für BMS-BezieherInnen				

³¹Pratscher, K. (2016): Bedarfsorientierte Mindestsicherung der Bundesländer im Jahr 2015. Statistische Nachrichten 11/2016, S. 846-858

³²https://www.sozialministerium.at/site/Service_Medien/Infomaterial/Downloads/?method=searchPublicationAndDownloads&category1=value_13&query=&button1id=Downloads+suchen

³³Pratscher, K. (2016). Direktion Bevölkerung/Soziales und Lebensbedingungen; Stand des Berichts: 16.09.2016 (Erstfassung: 19.08.2016). Beauftragung: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (GZ: BMASK-59800/0009-V/B/7/2016, 29.04.2016). verfügbar unter: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/9/1/7/CH3434/CMS1473918066487/bms-statistik_2015.pdf



INDIKATOREN DES WIENER GESUNDHEITZIELS 2 IM ÜBERBLICK

Indikator	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft	Sonderauswertung	Anmerkungen/Empfehlung
MitarbeiterInnen in BGF-Siegel Unternehmen					
Arbeitsunfälle					
Beschäftigungsquote					Altersspannen aufgrund des unterschiedlichen Pensionsantrittsalters erschweren Aussagen
Jugendarbeitslosigkeit					
Frühpensionierungen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen					
Krankenstandfälle aufgrund psychiatrischer Erkrankungen					
Lebensqualität von Erwerbstätigen					
Arbeitssuchende mit gesundh. Vermittlungseinschränkungen					
KV-Ausgaben für BMS-BezieherInnen					Indikator zu überdenken, Benachteiligung erst nachzuweisen

Legende	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft
	frei verfügbar	regelmäßig	sehr gut
	mit Einschränkungen	mit Einschränkungen	mit Einschränkungen
	schwierig	unregelmäßig/unklar	Verbesserungsbedarf



Wiener Gesundheitsziel 3

**Selbstständigkeit und
Lebensqualität bis ins
hohe Alter**

Wiener Gesundheitsziel 3

Wirkungsziele und Indikatoren

Wirkungsziel 1

Differenzierte, bedarfsgerechte Wohnformen im Hinblick auf selbstbestimmtes, leistbares Wohnen fördern

Indikatoren zu Wirkungsziel 1

- » Anteil der pflegebedürftigen Menschen (Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher), die nicht stationär versorgt werden
- » Anteil an Personen, die in alternativen Wohnformen (= mobil versorgte Senioren-WG) untergebracht sind, an allen auf Wohn- und Pflegeplätzen untergebrachten Menschen in Wien

Wirkungsziel 2

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

Indikator zu Wirkungsziel 2

- » Beschäftigungsquoten der über 50-jährigen Frauen und Männer (in %) nach dem Wohnortprinzip und nach der Berechnungsmethode der MA23

Wirkungsziel 3

Physische und psychische Gesundheit bis ins hohe Alter fördern

Indikatoren zu Wirkungsziel 3

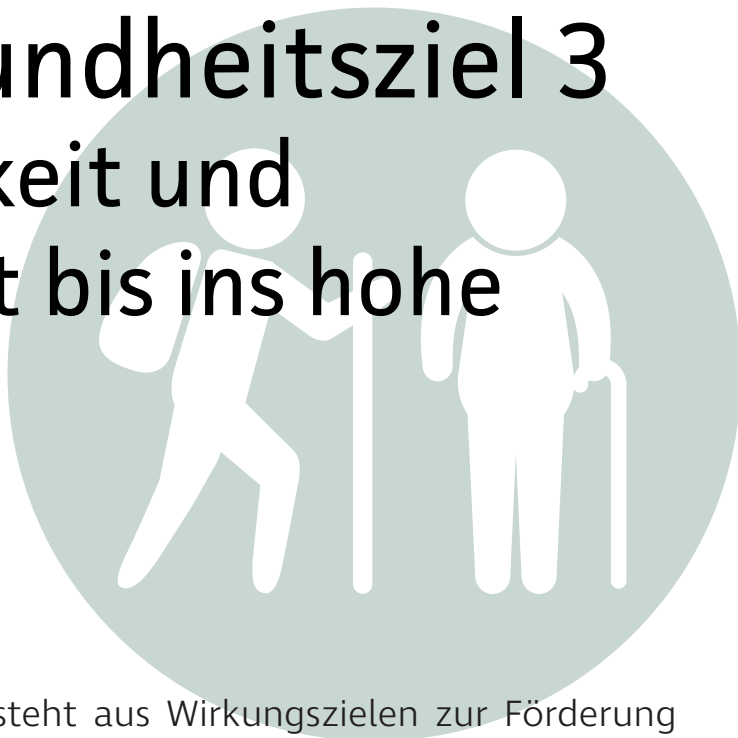
- » Anteil der 60- bis 74-jährigen und über 74-jährigen Frauen und Männer, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut beschreiben (in %)
- » Lebenserwartung in sehr guter oder guter Gesundheit bei über 64-jährigen Frauen und Männern
- » Anteil der 60- bis 84-jährigen Frauen und Männer mit weniger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

Wirkungsziel 4

Chancengleichheit im Zugang zu sektorenübergreifender geriatrischer Rehabilitation und Remobilisation schaffen, um bleibende Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern



Wiener Gesundheitsziel 3 Selbstständigkeit und Lebensqualität bis ins hohe Alter fördern



Das Wiener Gesundheitsziel 3 besteht aus Wirkungszielen zur Förderung von differenzierten, bedarfsgerechten Wohnformen im Hinblick auf selbstbestimmtes, leistbares Wohnen, aber auch zur Förderung sinnhafter Teilhabemöglichkeiten (sozial, politisch, kulturell, ökonomisch) an der Lebenswelt sowie zum Erhalt und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit bis ins hohe Alter. Im folgenden Kapitel werden diese Wirkungsziele geordnet nach den jeweiligen Indikatoren dargestellt.



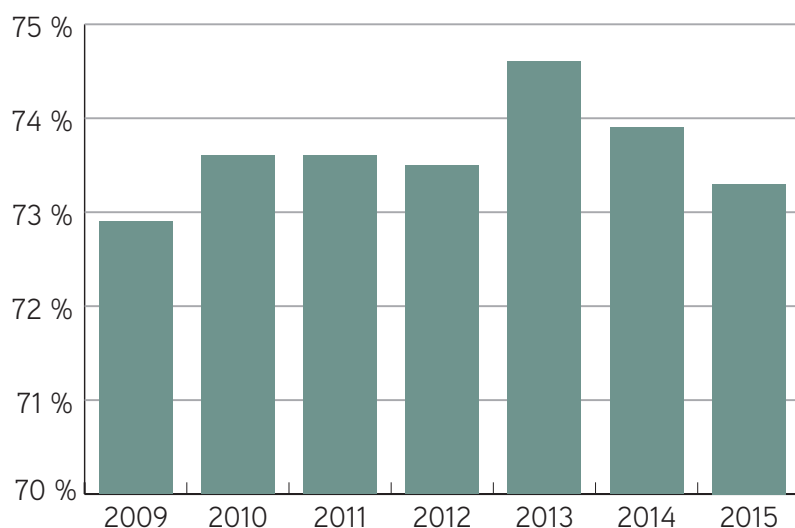
Nicht-stationär versorgte PflegegeldbezieherInnen

Der Anteil an pflegebedürftigen Menschen (PflegegeldbezieherInnen), die nicht stationär versorgt werden, soll erhöht und der Zielwert gemäß „Strategiekonzept Pflege und Betreuung in Wien 2030“ angepasst werden.³⁴ Das Strategiekonzept baut auf dem Geriatriekonzept 2004 auf und setzt für die nächsten 15 Jahre neue Schwerpunkte. Kernstück ist die Durchlässigkeit der verschiedenen Angebote. Die Pflegeangebote sind an die sich verändernden Lebensrealitäten der Menschen anzupassen. Das Prinzip „Prävention und Rehabilitation vor Langzeitpflege“ löst das bisherige Prinzip „ambulant vor stationär“ ab. Das Strategiekonzept besteht aus neun Leitlinien, anhand derer die Stadt Wien das Pflegeangebot weiterentwickeln und ausrichten wird. Das

Konzept ist demnach nicht als Endpunkt, sondern als Ausgangspunkt zu verstehen. Daher sind derzeit im Konzept auch keine Zielwerte formuliert.

Der Bezug von Pflegegeld kann als aussagekräftiger Indikator für die Pflegebedürftigkeit eines Menschen bezeichnet werden.³⁵ Die Entwicklung der Inanspruchnahme von stationären Versorgungsmöglichkeiten gibt auch darüber Aufschluss, wie sich die Pflegelandschaft zusammensetzt. Der Anteil an PflegegeldbezieherInnen, die keine stationäre Versorgung in Anspruch nehmen, steigt in Wien. Im Jahr 2015 lag der Anteil bei 73,3%. Seit 2009 ist der Anteil um 0,5% gestiegen.

Abbildung 33: Anteil der PflegegeldbezieherInnen in Wien, die nicht stationär versorgt werden, 2009-2015



Anm.: Bis 2011 sind Landes- und Bundespflegegeld als Summe ausgewiesen.
Quelle: Sonderauswertung FSW 2016, Berechnung durch MA24 Sozialplanung

³⁴Das Strategiekonzept ist online verfügbar unter <https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/soziales/pflege2030.html>

³⁵Stadt Wien, MA24 (Hrsg.ⁱⁿ) (2015): Wiener Sozialbericht. Wiener Sozialpolitische Schriften Band 8.

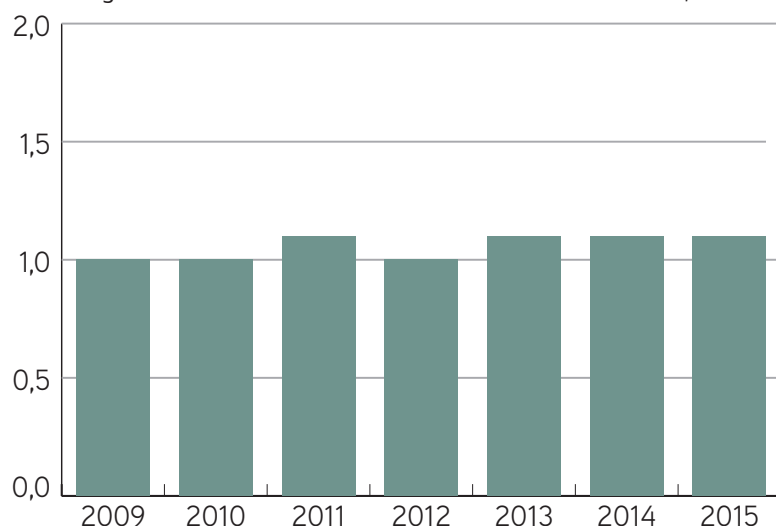


Menschen in alternativen Wohnformen

Die Erhöhung des Anteils an Personen, die in alternativen Wohnformen untergebracht sind, gemessen an allen auf Wohn- und Pflegeplätzen untergebrachten Menschen in Wien, dient als Indikator für differenzierte und bedarfsgerechte Wohnformen. Der Zielwert wird entsprechend dem „Strategiekonzept Pflege und Betreuung in Wien 2030“ angepasst werden. Zu den Angeboten des Fonds Soziales Wien

zählen Leistungen der Urlaubspflege, Remobilisation (Kurzzeitpflege), betreutes Wohnen, sozial betreutes Wohnen für SeniorInnen, Pflegeplätze in Wohn- und Pflegeheimen, Pflegeheime mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung für WienerInnen und Wiener, Hausgemeinschaften in Wohn- und Pflegeheimen sowie mobile persönliche Betreuungs- und Pflegedienste in SeniorInnen-Wohngemeinschaften.

Abbildung 34: Anteil von Personen in alternativen Wohnformen, 2009-2015



Quelle: Sonderauswertung FSW 2016, Berechnung durch MA24 Sozialplanung

Der Anteil an Personen in alternativen Wohnformen ist von 1% im Jahr 2009 auf 1,1% im Jahr 2015 gestiegen, was einem Anstieg von 11% entspricht. In absoluten Zahlen dargestellt wohnten im Jahr 2009 noch 220 Seniorinnen und Senioren in mobil versorgten Wohngemeinschaften, 2015 bereits 240 Seniorinnen und Senioren (+ 9,1%).



DATENQUALITÄT NICHT-STATIONÄR VERSORGTGE PFLEGEGELDBE-ZIEHERINNEN UND MENSCHEN IN ALTERNATIVEN WOHNFORMEN

Die Daten zu alternativen Wohnformen als auch zum Anteil der nicht-stationär versorgten PflegegeldbezieherInnen wurden im Rahmen einer Sonderauswertung durch den FSW zur Verfügung gestellt und die Berechnung von der MA24 Sozialplanung durchgeführt. Abschließend wird die Datenqualität des Indikators zusammengefasst. Nachdem eine Sonderauswertung für Aussagen zum Indikator erforderlich war, ist eine freie Verfügbarkeit nicht gegeben. Die Daten werden regelmäßig aufbereitet und die Aussagekraft ist im Hinblick auf das Wirkungsziel als hoch einzuschätzen.

Indikator	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft	Sonderauswertung
Nicht-stationär versorgte PflegegeldbezieherInnen				
Menschen in alternativen Wohnformen				

Beschäftigungsquote der über 50-jährigen Frauen und Männer

Die Beschäftigungsquote der über 50-jährigen Frauen und Männer ist auch im dritten Wiener Gesundheitsziel ein Indikator. Dieser Indikator wurde bereits im entsprechenden Kapitel zum zweiten Wiener Gesundheitsziel umfassend erörtert.

Gesunde Lebenserwartung

Die Steigerung der gesunden Lebensjahre um 1,5 Jahre (gegenüber dem Wert von 2006/2007) der über 64-jährigen ist ein zentraler Zielwert. Der Indikator „gesunde Lebenserwartung“ erfasst gleichzeitig die Entwicklung von Morbidität, Mortalität und Beeinträchtigung. Damit wird dem Aspekt der Qualität der zusätzlich verbrachten Lebensjahre Rechnung getragen.³⁶

³⁶Klimont, J.; Balaszti, E. (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit und Bundesgesundheitsagentur, Wien



Die fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren in (sehr) guter Gesundheit ist gestiegen³⁷: bei Frauen in Wien liegt aktuell (2014) die fernere Lebenserwartung bei 21 Jahren, davon 11,1 Jahre in (sehr) guter Gesundheit. Männer in Wien können mit 17,7 Jahren rechnen, wovon 11,6 Jahre in (sehr) guter Gesundheit verbracht werden. Im Vergleich zu den Daten von 2006/2007, die für Frauen eine gesunde Lebenserwartung von 8,9 Jahren und für Männer von 8,5 Jahren errechneten, kam es bei beiden Geschlechtern zu einem Anstieg der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre.

Tabelle 8: Fernere Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit nach Geschlecht in Wien und Österreich

Jahr	Wien		Österreich	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
2006/2007	8,9	8,5	9,0	8,8
2014	11,1	11,6	11,3	11,4

Quelle: Statistik Austria ATHIS 2006/2007; Klimont & Klotz (2016)

Lagen die statistisch erwartbaren gesunden Lebensjahre für 65-jährige Frauen auf Österreichebene im Jahr 2006/2007 bei 9 Jahren (1991: 6 Jahre) und für gleichaltrige Männer bei 8,8 Jahren (1991: 6 Jahre)³⁸, sind diese laut der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 sowohl bei Frauen als auch bei Männern angestiegen: aktuell betragen die statistisch noch erwartbaren Lebensjahre in (sehr) guter Gesundheit für Frauen 11,3 Jahre bei einer Lebenserwartung bei 21,5 Jahren, für gleichaltrige Männer 11,4 Jahre bei einer ferneren Lebenserwartung von 18,2 Jahren.

Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

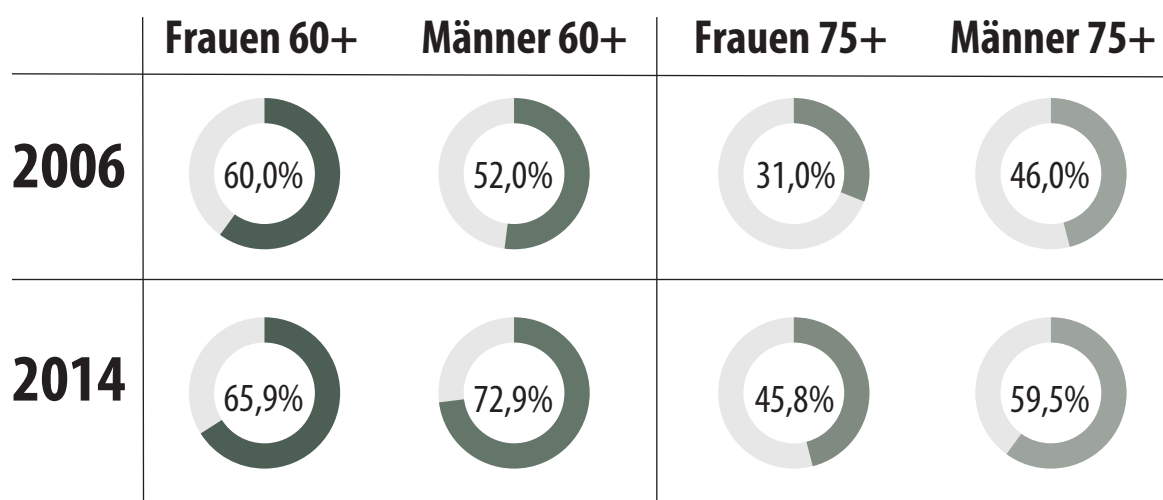
Der selbsteingeschätzte oder subjektive Gesundheitszustand erfasst im Gegensatz zu klinischen Befunden weitere Dimensionen von Gesundheit, da implizit auch psychische und soziale Aspekte berücksichtigt werden. Im Rahmen der Wiener Gesundheitsziele wird der Anteil der Bevölkerung der Altersgruppen 60-74 Jahre und über 74 Jahre berücksichtigt, die ihren selbsteingeschätzten Gesundheitszustand mit sehr gut oder gut bewerten. Zielsetzung ist eine Steigerung in beiden Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern um zumindest 10 Prozentpunkte, bezogen auf die Werte aus 2006/2007.

³⁷Klimont, J.; Klotz, J. (2016): Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung. Auswertungen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014. Statistische Nachrichten 9/2016, S. 664-669

³⁸Klimont, J., Kytir, J.; Leitner, B. (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit und Bundesgesundheitsagentur, Wien



Abbildung 35: Subjektiv (sehr) guter Gesundheitszustand älterer Männer und Frauen in Wien, 2006 und 2014



Altersgruppe 60+ entspricht Alter 60-74 Jahre

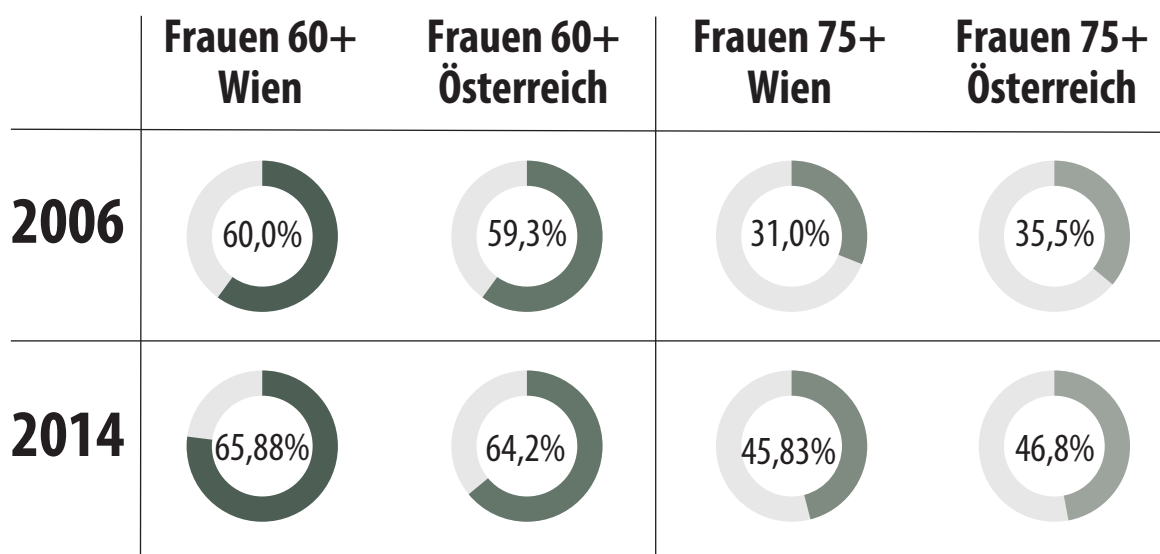
Quelle: ATHIS 2006/2007, ATHIS 2014, Berechnung durch MA24 Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

Erfreulicherweise hat der Anteil der Menschen im Alter von 60 bis 74 und älter als 75, die angaben, ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut zu beurteilen, in beiden Altersgruppen zugenommen. Zwischen den Geschlechtern besteht ein beträchtlicher Unterschied: so schätzten im Jahr 2014 65,9% der Frauen der Altersgruppe 60-74 und 72,9% der Männer ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut ein. In der Altersgruppe der über 74-Jährigen beträgt dieser Anteil 45,8% bzw. 59,5%. Seit der Gesundheitsbefragung im Jahr 2006/2007 ist die Zunahme dieses Anteils bei den Frauen mit 9,8% (Altersgruppe 60-74) und 47,9% (Altersgruppe 75+) zu beziffern. Bei den Männern ist der

Anteil um 40,2% (Altersgruppe 60-74) und 29,3% (Altersgruppe 75+) gestiegen. Im Vergleich dazu beträgt in Österreich der Anteil der 60 bis 74-jährigen Männer, die angaben, dass ihr Gesundheitszustand (sehr) gut ist 64,4%, der Anteil der über 74-Jährigen liegt bei 61,8%. Hingegen bezeichnen 64,2% der bis 74-jährigen Frauen und nur mehr 46,8% der über 74-jährigen Frauen ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut. Seit 2006 ist der Anteil der 60 bis 74-jährigen Männer mit guter Gesundheit um 10,3% gestiegen, der Anteil der gleichaltrigen Frauen um 8,3%. Auch der Anteil der über 75-jährigen Männer ist um 41,1%, der Anteil der Frauen um 31,8% gestiegen.



Abbildung 36: Subjektiv (sehr) guter Gesundheitszustand älterer Frauen, Vergleich Österreich und Wien, 2006 und 2014

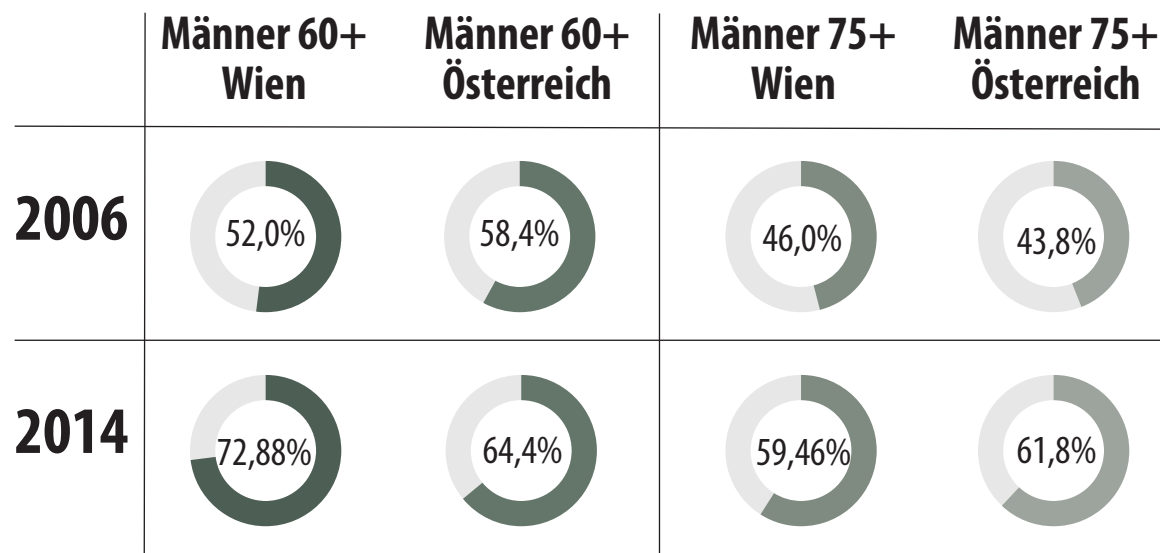


Anm.: Altersgruppe 60+ entspricht Alter 60-74 Jahre

Quelle: ATHIS 2006/2007, ATHIS 2014, Berechnung durch MA24 Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

Zusammenfassend ist sowohl in Wien als auch in Österreich der Anteil an Frauen in beiden Altersgruppen mit subjektiv (sehr) guter Gesundheit gestiegen.

Abbildung 37: Subjektiv (sehr) guter Gesundheitszustand älterer Männer, Vergleich Österreich und Wien, 2006-2014



Anm.: Altersgruppe 60+ entspricht Alter 60-74 Jahre

Quelle: ATHIS 2006/2007, ATHIS 2014, Berechnung durch MA24 Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

Wie bei der weiblichen Bevölkerung beider Altersgruppen fällt auch der Anteil der Männer, die ihre Gesundheit als (sehr) gut einschätzen, im zeitlichen Vergleich höher aus.



Einschätzung der Lebensqualität

Die Förderung der psychischen und physischen Gesundheit wird anhand des Indikators der durchschnittlichen Einschätzung der körperlichen, psychischen und sozialen Lebensqualität von Menschen im Alter von 60 bis 84 Jahren berücksichtigt. Zielsetzung ist es, eine Steigerung der psychischen und sozialen Lebensqualität um 5 Skalenpunkte (insg. max. 100 möglich) gegenüber den Werten des ATHIS von 2006/2007 zu erreichen. Gleichzeitig sollen bestehende Geschlechtsunterschiede reduziert werden.

Tabelle 9: Durchschnittliche Einschätzung der Lebensqualität von 60-84-Jährigen in Wien; Vergleich 2006 und 2014

Lebensqualität	psychisch		sozial		physisch	
	2006/2007	2014	2006/2007	2014	2006/2007	2014
Frauen	67	74,4	67,4	71,9	63,4	74,8
Männer	69,8	73,8	67,8	69,3	66,8	75,4

Quelle: ATHIS 2006/2007 und 2014, Berechnungen durch MA24 Sozialplanung

Im Vergleich zu 2006/2007 hat sich die durchschnittliche subjektive Einschätzung der sozialen, psychischen und körperlichen Lebensqualität der 60 bis 84-jährigen Menschen in Wien positiv entwickelt: in allen Bereichen und bei beiden Geschlechtern kam es zu einer Erhöhung der Werte. Frauen schätzen ihre psychische und soziale Lebensqualität höher ein als gleichaltrige Männer. Die physische Lebensqualität wird von den Männern höher eingestuft als von den Frauen. Hingegen lagen im Jahr 2006/2007 die Einschätzungen der Frauen in allen drei Bereichen der Lebensqualität unter jenen der Männer.

Für das Jahr 2014 können auch Aussagen für Wien und Österreich im Vergleich getroffen werden. Die psychische und physische Lebensqualität von Frauen erreicht in Wien höhere Werte, während die soziale Lebensqualität in Österreich höher eingestuft wird. Bei den Männern liegt die Einschätzung der physischen Lebensqualität in Wien über den Werten für Österreich, die psychische und soziale Lebensqualität liegt unter den Österreichwerten.



Tabelle 10: Durchschnittliche Einschätzung der Lebensqualität von 60-84-Jährigen in Wien und Österreich im Vergleich, 2014

Lebensqualität	psychisch		sozial		physisch	
	Wien	Österreich	Wien	Österreich	Wien	Österreich
Frauen	74,4	73,0	71,9	74,8	74,8	74,0
Männer	73,8	76,3	69,3	71,8	75,4	75,0

Quelle: ATHIS 2006/2007 und 2014, Berechnungen durch MA24 Sozialplanung

Funktionale Beeinträchtigungen

Der Anteil an Personen im Alter von 60-84 Jahren, die weniger als drei funktionale Einschränkungen aufweisen, soll um mindestens 10 Prozentpunkte gegenüber den Werten von 2006/2007 gesteigert werden.

In der Gesundheitsbefragung von 2006/2007 wurden die Befragten unter anderem nach Schwierigkeiten beim Gehen, Treppen steigen, Bücken und Niederknien, Einkaufstasche Tragen sowie nach Tätigkeiten wie Fingerfertigkeit und Drehbewegungen mit der Hand befragt. Die Auswertung erfolgte nach der Anzahl der funktionalen Beeinträchtigungen in der Altersgruppe der über 60-jährigen Personen. In der aktuellen Gesundheitsbefragung wurde nach funktionalen Beeinträchtigungen in den Bereichen hören, sehen und Mobilität gefragt. Damit sind Vergleiche nicht möglich. Daher ist der Indikator für das Wirkungsziel neu zu überdenken.

DATENQUALITÄT GESUNDE LEBENSERWARTUNG, SELBSTEINGESCHÄTZTER GESUNDHEITZUSTAND, LEBENSQUALITÄT UND FUNKTIONALE BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Die Indikatoren gesunde Lebenserwartung, selbsteingeschätzter Gesundheitszustand sowie Lebensqualität und funktionale Beeinträchtigungen sind Bestandteil der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS). Datengrundlage des Indikators gesunde Lebenserwartung ist zum einen die österreichische Gesundheitsbefragung und zum anderen die Sterbetafeln aus den demographischen Indikatoren. Die gesunde Lebenserwartung ist demnach eine Kombination aus dem selbsteingeschätzten Gesundheitszustand und der allgemeinen Lebenserwartung. Der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand ist ein guter Indikator für das allgemeine Wohlbefinden und wird im Rahmen von ATHIS mit der Frage „Wie gut ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?“ abgedeckt. Die Antwortmöglichkeiten reichen von sehr gut, gut, über mittelmäßig und schlecht bis sehr schlecht. Nachdem die subjektive Gesundheit stark vom Alter abhängt, wurden die Daten altersstandardisiert, um einen strukturbereinigten Vergleich zu gewährleisten.³⁹ In der aktuellen Gesundheitsbefragung sind Daten zur gesunden Lebenserwartung sowohl bei der Geburt als auch die ferne Lebenserwartung ab einem Alter von 65 Jahren im Zeitvergleich nach Geschlecht für Österreich verfügbar.



Eine Auswertung auf Ebene der Bundesländer ist nicht Teil der ATHIS, ist aber über einen Fachartikel in den statistischen Nachrichten 9/2016 zugänglich.

Basisdaten zur Lebensqualität auf Österreichebene werden ebenfalls über ATHIS abgedeckt. Für Aussagen zum vorliegenden spezifischen Indikator waren zusätzliche Berechnungen der MA24 Sozialplanung erforderlich.

Abschließend wird die Datenqualität der analysierten Indikatoren zusammengefasst. Für den Indikator gesunde Lebenserwartung ist die Verfügbarkeit für auf Wien bezogene Daten als eingeschränkt einzustufen, da eine Sonderauswertung erforderlich ist. Daten zum subjektiven Gesundheitszustand und zur Lebensqualität sind regelmäßig verfügbar. Alle Indikatoren basieren auf der regelmäßig durchgeführten ATHIS. Mit Ausnahme der funktionalen Beeinträchtigungen können die Indikatoren als aussagekräftig bezeichnet werden.

Indikator	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft	Sonderauswertung	Anmerkungen
Gesunde Lebenserwartung					Wiener Daten nur eingeschränkt verfügbar
Subjektiver Gesundheitszustand					
Lebensqualität					
Funktionale Beeinträchtigungen					Fehlende Vergleichbarkeit

³⁹Klimont, J.; Klotz, J. (2016): Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung. Auswertungen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014. Statistische Nachrichten 9/2016, S.664-669



INDIKATOREN DES WIENER GESUNDHEITZIELS 3 IM ÜBERBLICK

Indikator	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft	Sonderauswertung	Anmerkungen/Empfehlung
Nicht-stationär versorgte PflegegeldbezieherInnen					
Alternative Wohnformen					
Gesunde Lebenserwartung					Wiener Daten nur eingeschränkt verfügbar, Österreichsdaten regelmäßig
Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand					
Physische, psychische und soziale Lebensqualität					
Funktionale Einschränkungen					Indikator zu überdenken

Legende	Verfügbarkeit	Häufigkeit	Aussagekraft
	frei verfügbar	regelmäßig	sehr gut
	mit Einschränkungen	mit Einschränkungen	mit Einschränkungen
	schwierig	unregelmäßig/unklar	Verbesserungsbedarf

Zusammenfassung

Der Baseline-Bericht bildet die Ausgangssituation für das langfristige Indikatorenmonitoring bis 2025 ab. Die einzelnen Indikatoren der ersten drei Wiener Gesundheitsziele werden im Bericht nach Möglichkeit für Wien und Österreich im Vergleich, im zeitlichen Verlauf und aktuellsten Datenstand zum Zeitpunkt der Berichtserstellung dargestellt. Wichtige Datengrundlagen sind dabei die Österreichische Gesundheitsbefragung, die HBSC-Studie, Daten der Statistik Austria sowie Sonderauswertungen verschiedener Trägerorganisationen und Institute.

Das erste Wiener Gesundheitsziel **„Von Anfang an gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche erhöhen“** fokussiert auf die Gesundheit von Schwangeren sowie von Kindern und Jugendlichen. Dementsprechend breit gefächert sind die zugehörigen Indikatoren. Die **Frühgeburtenrate** beträgt aktuell 7,6% und sinkt im zeitlichen Verlauf. Die **Kaiserschnitttrate** liegt derzeit bei 30% und hat eine deutliche steigende Tendenz. Beim Indikator zur **Häufigkeit stationärer Aufenthalte von Schwangeren** wurde die Empfehlung aufgenommen, mittelfristig einen geeigneten Indikator zu erstellen und zu validieren. Aussagen zum Anteil **adipöser bzw. rauchender Schwangerer** sind aufgrund von Dokumentationsproblemen erschwert. Der Anteil von **Geburten durch unter 20-jährige Frauen** beträgt aktuell 2,6% und ist im Betrachtungszeitraum gesunken.

Zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen konnten Daten für 11-, 13- und 15-jährige Schüle-

rinnen und Schüler herangezogen werden. Der Anteil der SchülerInnen, die angaben, **täglich Süßigkeiten bzw. zuckerhaltige Limonaden** zu konsumieren, sinkt in allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern. Der Anteil der Burschen ist über alle Altersgruppen hinweg höher als jener der Mädchen.

Der **tägliche Obst- und Gemüsekonsum** von SchülerInnen steigt bei beiden Geschlechtern in den Altersgruppe der 11- und 13-Jährigen. Bei den 15-jährigen SchülerInnen steigt der Obst- und Gemüsekonsum nur bei den Burschen an, während dieser bei den gleichaltrigen Mädchen sinkt.

Sowohl bei den Mädchen als auch bei den Burschen der jüngsten Altersgruppe steigt der Anteil **übergewichtiger bzw. adipöser SchülerInnen** an. Bei den 13-Jährigen nimmt der Anteil der Mädchen zu, während der Anteil der Burschen abnimmt. In der Altersgruppe der 15-Jährigen sinkt der Anteil der übergewichtigen bzw. adipösen SchülerInnen. In Österreich gibt es derzeit keine valide Datenbasis, wie viele Kinder und Jugendliche verschiedener Altersstufen tatsächlich übergewichtig oder adipös sind, daher kann nur auf selbstberichtete Daten aus der HBSC-Studie zurückgegriffen werden.

Die **körperliche Aktivität** von SchülerInnen nimmt – mit Ausnahme der 11-jährigen Schüler – bei beiden Geschlechtern und allen Altersgruppen zu.

Die **subjektive Körperwahrnehmung** gibt - bezogen auf das Körpergewicht - Aufschluss darüber, ob sich Kinder und Jugendliche selbst als zu dick, zu dünn oder genau richtig einschätzen. Mit Ausnahme der Altersgruppe der 11-Jährigen, ist im Allgemeinen

der Anteil der Mädchen, die sich als zu dick einstufen, bedeutend höher als jener der Burschen.

Die **Lebenszufriedenheit** der Wiener SchülerInnen steigt im Zeitvergleich in allen Altersgruppen beider Geschlechter an, allerdings sinkt die Lebenszufriedenheit mit zunehmendem Alter der SchülerInnen.

Bei der durchschnittlichen Einschätzung der **Selbstwirksamkeit** liegen die Werte der 11-jährigen Mädchen leicht über den Werten der gleichaltrigen Burschen, in den anderen Altersgruppen liegen die Werte der Mädchen geringfügig unter jenen der gleichaltrigen Burschen. Es sind nur Werte aus dem Jahr 2010 verfügbar, ein zeitlicher Vergleich ist derzeit nicht möglich.

Sowohl der **tägliche Alkoholkonsum** als auch das **tägliche Rauchen** von 15-Jährigen ist bei beiden Geschlechtern erheblich gesunken. 1,5% der männlichen und 0,7% der weiblichen SchülerInnen konsumieren täglich Alkohol. 10% der Mädchen und 9% der Burschen rauchen täglich.

Auch der Anteil an **frühen AusbildungsabrecherInnen** (FABA) ist ein Indikator für die Chancengerechtigkeit für Jugendliche im Rahmen des ersten Wiener Gesundheitsziels. Die Wiener FABA-Quote der Altersgruppe 15-17 Jahre liegt bei 12%. Bei beiden Geschlechtern sinkt die FABA-Quote, wobei dieser Rückgang bei den Mädchen deutlicher ausfällt als bei den Burschen.

Ein Wirkungsziel des ersten Gesundheitsziels ist, die Zahngesundheit zu verbessern. Für den Indikator **Kariesfreiheit** bei 6-Jährigen können allerdings derzeit keine Aussagen getroffen werden. Aktuelle Zahnstaturhebungen für 2017 sind zu erwarten.

Das zweite Wiener Gesundheitsziel zielt auf die „**Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt stärken**“ ab. Ein Indikator für die Gesundheit in Wiener Betrieben ist die **Anzahl an Wiener ArbeitnehmerInnen in Unternehmen mit gültigem BGF-Siegel**. Aktuell sind 9,6% der Wiener ArbeitnehmerInnen in einem Betrieb mit gültigem BGF-Siegel tätig.

Anerkannte Weg- und Arbeitsunfälle der Wiener DienstnehmerInnen geben ebenso Aufschluss über die Gesundheit in Wiener Betrieben. Die Wiener Unfallrate beträgt 18,8 pro 1.000 Erwerbstätiger und hat eine sinkende Tendenz.

Die Förderung alter(n)sgerechter Arbeit ist auf Indikatorenebene als Beschäftigungsquote älterer Personen und der Jugendarbeitslosigkeit Teil der Wiener Gesundheitsziele. Die **Beschäftigungsquote** der über 50-jährigen Frauen (Alter 50-59) und Männer (Alter 50-64) in Wien hat sich bei beiden Geschlechtern erhöht; bei den Frauen beträgt sie 67,5% und bei den Männern 61,5%.

Die **Jugendarbeitslosigkeit** (Altersgruppe 15-24) steigt in Wien und beträgt insgesamt 15%. Differenziert nach dem Geschlecht zeigt sich, dass die Arbeitslosenquote der männlichen Jugendlichen erheblich höher ist als die der weiblichen.

Die **Frührenten** (Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitsrenten) der 50- bis 65-jährigen Bevölkerung **aufgrund psychiatrischer Erkrankungen** pro 100.000 Erwerbstätiger dieser Altersgruppe dienen als Indikator für die psychosoziale Gesundheit von Erwerbstätigen. Die Anzahl der Frührenten steigt bei den Frauen an, bei den Männern kam es zu einer Reduktion. Die **Krankenstandsfälle aufgrund von psychischen Erkrankungen** bzw. Verhaltensstörungen nehmen bei beiden Geschlechtern zu. Auffällig ist der große Geschlechterunterschied: bezogen auf 1.000 Versicherte gibt es 43 Krankenstandsfälle von Frauen aufgrund psychiatrischer Ursachen, hingegen nur 21 Krankenstandsfälle von Männern.

Die **soziale Lebensqualität** der erwerbstätigen Frauen steigt leicht an, während die der erwerbstätigen Männer deutlich abnimmt. Die **psychische Lebensqualität** nimmt sowohl bei Frauen als auch bei Männern ab. In Wien steigt der Anteil an **Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Einschränkungen** (exkl. Behinderung) an. Im Jahr 2016 beträgt dieser Anteil bei Frauen 12,5% und bei Männern 13,6%.

Die **Ausgaben der Krankenversicherungen für BezieherInnen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung** im Bereich der medizinischen Rehabilitation, der Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung sowie der Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung nehmen in Wien zu. Die Wiener Gebietskrankenkasse wendet für medizinische Rehabilitation € 1,4 Mio. auf, für den Bereich Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung € 15 Tsd. und für Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung € 649 Tsd.

Das dritte Wiener Gesundheitsziel steht im Zeichen der Förderung von **„Selbstständigkeit und Lebensqualität bis ins hohe Alter“**.

Ein Indikator für dieses Ziel ist der Anteil an **PflegegeldbezieherInnen, die nicht stationär versorgt werden**. Der Anteil steigt in Wien und liegt bei 73,3%. Der Anteil an **Personen in alternativen Wohnformen** beträgt 1,1% und ist im Steigen begriffen.

Die **Lebenserwartung in Gesundheit** der über 64-Jährigen steigt sowohl bei Frauen als auch bei Männern an. Für Frauen liegen die statistisch erwartbaren Lebensjahre in

(sehr) guter Gesundheit bei 11,1 Jahren, für Männer bei 11,6 Jahren. Im Rahmen der Wiener Gesundheitsziele ist auch der **selbsteingeschätzte Gesundheitszustand** ein Indikator. Der Anteil der 60 bis 74-Jährigen und über 74-Jährigen, die ihren Gesundheitszustand mit sehr gut oder gut beschreiben, steigt bei beiden Geschlechtern. Der Anteil der Männer mit (sehr) gutem Gesundheitszustand ist dabei wesentlich höher als jener der Frauen. Beispielsweise schätzen in der Altersgruppe 74+ 59% der Männer, aber nur 46% der Frauen ihre Gesundheit als (sehr) gut ein.

Die Förderung der psychischen und physischen Gesundheit wird anhand des Indikators der durchschnittlichen **Einschätzung der körperlichen, psychischen und sozialen Lebensqualität** von Menschen im Alter von 60 bis 84 Jahren berücksichtigt. In allen Bereichen der Lebensqualität und bei beiden Geschlechtern steigen die Werte an. Während Frauen ihre psychische und soziale Lebensqualität höher einschätzen als Männer, schätzen Männer ihre physische Lebensqualität höher ein.

Anhang

Das Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele bedankt sich herzlich für die engagierte Mitwirkung und Unterstützung der angeführten Expertinnen und Experten.

Peter Frühwirt, MSc	MA24 - Sozialplanung
Sylvia Gaiswinkler, MA	Gesundheit Österreich GmbH
Mag. Robert Griebler	Gesundheit Österreich GmbH
Mag. Christoph Heigl	OÖGKK Forum Gesundheit, Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention
Mag. Bakk. Gabriel Hilbrand	MA23 - Dezernat Wirtschaft
Mag. Felix Hofmann	MA24 - Zielsteuerung und Gesundheitsplanung
Petra Ihle, BA	Statistik Austria
Dr. ⁱⁿ Jeannette Klimont	Statistik Austria
Mag. Dr. Gustav Lebhart	MA23 - Wirtschaft, Arbeit und Statistik
Mag. Hermann Leitner	Institut für klinische Epidemiologie der Tirol Kliniken, Geburtenregister Österreich
Mag. ^a Beate Mayer	AUVA - Hauptstelle Abteilung Statistik
Mag. ^a Dipl.-Ing. ⁱⁿ Ulrike Pailer	MA24 - Gesundheitsdaten und strategische Krankenanstaltenfinanzierung
Dipl.-Vw ⁱⁿ Jana Schultheiß	MA24 - Sozialplanung
Katharina Weber, MA	WGKK, Abteilung Gesundheitsservice und Prävention
MMag. ^a Sabine Wieser	WGKK, Abteilung Gesundheitsservice und Prävention
Mag. Mark Willuhn	MA24 - Sozialplanung

Weiters danken wir der Pensionsversicherungsanstalt und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die erstellten Sonderauswertungen.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anteil rauchender Schwangerer in Wien, 2008-2015	18
Tabelle 2: Durchschnittliche Einschätzung der Selbstwirksamkeit der SchülerInnen in Wien, 2010	30
Tabelle 3: Durchschnittliche Einschätzung der Lebensqualität von Erwerbstätigen (Alter 20-64) in Wien, 2014	57
Tabelle 4: Durchschnittliche Einschätzung der Lebensqualität von Erwerbstätigen (Alter 20-64) in Wien und Österreich im Vergleich, 2014	57
Tabelle 5: BezieherInnen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung ¹⁾ , 2012-2015	62
Tabelle 6: Ausgewählte Aufwendungen der WGKK für BMS- BezieherInnen, 2012-2015	63
Tabelle 7: Ausgewählte Aufwendungen aller österreichischen GKK für BMS- BezieherInnen, 2012-2015	63
Tabelle 8: Fernere Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit nach Geschlecht in Wien und Österreich	72
Tabelle 9: Durchschnittliche Einschätzung der Lebensqualität von 60-84-Jährigen in Wien; Vergleich 2006 und 2014	75
Tabelle 10: Durchschnittliche Einschätzung der Lebensqualität von 60-84-Jährigen in Wien und Österreich im Vergleich, 2014	76

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Frühgeburtenrate in Wien, 2006-2015	12
Abbildung 2: Frühgeburtenrate in Wien und Österreich im Vergleich, 2006-2015	13
Abbildung 3: Stationäre Aufenthalte von Schwangeren aufgrund einer Diagnose aus HDG 12 in Wien, 2009-2015	15
Abbildung 4: Stationäre Aufenthalte von Schwangeren aufgrund einer Diagnose aus HDG 12 in Österreich, 2009-2015	15
Abbildung 5: Adipöse und übergewichtige Schwangere in Wien, 2008-2015	17
Abbildung 6: Rauchende Schwangere in Wien, 2008-2014	19
Abbildung 7: Kaiserschnitte, Spontangeburt und sonstige assistierte Geburten in Wien, 2005-2015	21
Abbildung 8: Spontangeburtensrate Wien, 2005-2015	22
Abbildung 9: Kaiserschnitttrate Wien, 2005-2015	22
Abbildung 10: Kaiserschnitttraten Wien und Österreich im Vergleich, 2005-2015	23
Abbildung 11: Anteil der SchülerInnen in Wien, die täglich Süßigkeiten und/oder zuckerhaltige Limonaden konsumieren, in Prozent, 2010 und 2014	24
Abbildung 12: Anteil der SchülerInnen in Wien, die täglich Obst und Gemüse konsumieren, in Prozent, 2010 und 2014	25
Abbildung 13: Anteil der übergewichtigen oder adipösen SchülerInnen in Wien, in Prozent, 2010 und 2014	26
Abbildung 14: Körperliche Aktivität von SchülerInnen in Wien, Mittelwerte, 2010 und 2014	27
Abbildung 15: Anteil der unter- und normalgewichtigen SchülerInnen in Wien, die den eigenen Körper als ein bisschen bis viel zu dick einstufen, in Prozent, 2010 und 2014	28
Abbildung 16: Durchschnittliche Einschätzung der Lebenszufriedenheit der SchülerInnen in Wien, Mittelwerte 2010 und 2014	29
Abbildung 17: Anteil der 15-jährigen SchülerInnen, die täglich Alkohol trinken, Wien, 2002-2014	31
Abbildung 18: Anteil der 15-jährigen SchülerInnen, die täglich rauchen, Wien 2010 und 2014	31
Abbildung 19: Anteil der Geburten durch unter 20-Jährige an allen Lebendgeburten in Wien, 2005-2015	35
Abbildung 20: Anteil der Geburten durch unter 20-Jährige an allen Lebendgeburten, Wien und Österreich im Vergleich, 2005-2014	36
Abbildung 21: Quote der frühzeitigen AusbildungsabbrecherInnen (FABA) im Alter 15-17 in Wien, 2009-2014	37
Abbildung 22: Quote der frühzeitigen AusbildungsabbrecherInnen (FABA) im Alter 15-17 nach Geschlecht in Wien, 2009-2014	38

Abbildung 23: Arbeitsunfallrate auf 1.000 Beschäftigungsverhältnisse in Wien und Österreich 2005-2015	46
Abbildung 24: Beschäftigungsquoten von über 50-jährigen Frauen und Männern in Wien im Vergleich, 2008-2015	48
Abbildung 25: Beschäftigungsquote der 50- bis 59-jährigen Frauen in Wien und Österreich im Vergleich, 2008-2015	49
Abbildung 26: Beschäftigungsquote der 50- bis 64-jährigen Männer in Wien und Österreich im Vergleich, 2008-2015	49
Abbildung 27: Arbeitslosenquote der unter 25-jährigen nach Geschlecht für Wien, 2008-2015	51
Abbildung 28: Arbeitslosenquote der unter 25-jährigen in Wien und Österreich im Vergleich, 2008-2015	52
Abbildung 29: Frühpensionierungen der 50-65-jährigen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen pro 100.00 Erwerbstätige der Altersgruppe, Wien 2012-2016	53
Abbildung 30: Krankenstandsfälle aufgrund psychiatrischer Erkrankungen pro 1.000 WGKK Versicherte, 2012-2015	55
Abbildung 31: Anteil der Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen exkl. Behinderung an allen arbeitslosen Personen nach Geschlecht in Wien, 2006-2016	59
Abbildung 32: Anteil der Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen exkl. Behinderung an allen arbeitslosen Personen nach Geschlecht in Österreich, 2006-2016	60
Abbildung 33: Anteil der PflegegeldbezieherInnen in Wien, die nicht stationär versorgt werden, 2009-2015	69
Abbildung 34: Anteil von Personen in alternativen Wohnformen, 2009-2015	70
Abbildung 35: Subjektiv (sehr) guter Gesundheitszustand älterer Männer und Frauen in Wien, 2006 und 2014	73
Abbildung 36: Subjektiv (sehr) guter Gesundheitszustand älterer Frauen, Vergleich Österreich und Wien, 2006 und 2014	74
Abbildung 37: Subjektiv (sehr) guter Gesundheitszustand älterer Männer, Vergleich Österreich und Wien, 2006-2014	74

Abkürzungsverzeichnis

AMS	Arbeitsmarktservice Österreich
ATHIS	Austrian Health Interview Survey, Österreichische Gesundheitsbefragung
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BALI	Online-Datenbankabfragesystem von Arbeitsmarktinformatio- nen
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BibEr	Bildungsbezogenes Erwerbskarrierenmonitoring
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body Mass Index
BMS	Bedarfsorientierte Mindestsicherung
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
FABA	Frühe AusbildungsabbrecherInnen
FSW	Fonds Soziales Wien
GKK	Gebietskrankenkasse
HBSC	Health behaviour in school age children - Studie
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Literatur- und Quellenverzeichnis

Arbeitsmarktservice Österreich (2017): Arbeitsmarktdaten. Online <http://www.ams.at/ueber-ams/medien/arbeitsmarktdaten>

Bodenwinkler, A., Kerschbaum, J., Sax, G. (2012). Zahnstatus 2011. Sechsjährige in Österreich. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Wissenschaftlicher Endbericht. Wien

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2013): Erster Bericht des Arbeitskreises Bedarfsorientierte Mindestsicherung. Dezember 2012, Wien

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2015): Zweiter Bericht des Arbeitskreises Bedarfsorientierte Mindestsicherung. Dezember 2014, Wien

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2017): Dritter Bericht des Arbeitskreises Bedarfsorientierte Mindestsicherung. Dezember 2016, Wien

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Das österreichische LKF-System. Broschüre, Wien

Bundesministerium für Gesundheit (2015): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Wien

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Wien

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2007): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Wien

Hofmarcher, MM (2013): Das österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen. Bundesministerium für Gesundheit, Medizinisch Wissenschaftlicher Verlag, Wien

Klimont, J. (2012): Frühgeburten in Österreich. Zeitliche Trends und Risikofaktoren auf Basis revidierter Ergebnisse. Statistische Nachrichten 09/2012, S.660-668

Klimont, J., Baldaszti, E. (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit und der Bundesgesundheitsagentur, Wien

Klimont, J., Kytir, J., Leitner, B. (2007) Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und der Bundesgesundheitsagentur, Wien

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

Koordinationsstelle Zahnstatus online <http://www.goeg.at/de/Bereich/Zahnstatuserhebungen.html>

Netzwerk BGF (2016): BGF-Gütesiegel, online <http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/bgfportal/content?contentid=10007.752621&portal:componentId=gtn1d-80cf22-69a3-4800-84e6-12cd2367c453&viewmode=content>

Oberaigner, W., Leitner, H. (2015): Geburtenregister Österreich: Bericht Geburtsjahr 2015. IET-Bericht, 2016, Innsbruck

Pratscher, K. (2016): Bedarfsorientierte Mindestsicherung der Bundesländer im Jahr 2015. Statistische Nachrichten 11/2016, S. 846-858

Pratscher, K. (2016): Statistik der Bedarfsorientierten Mindestsicherung 2015. Direktion Bevölkerung/Soziales und Lebensbedingungen; Stand des Berichts: 16.09.2016 (Erstfassung: 19.08.2016). Beauftragung: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (GZ: BMASK-59800/0009-V/B/7/2016, 29.04.2016). online verfügbar https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/9/1/7/CH3434/CMS1473918066487/bms-statistik_2015.pdf

Sozialministerium Service (2017): Information über Bildungs- und Ausbildungsangebote zur Erfüllung der Ausbildungspflicht. Online https://www.sozialministeriumservice.at/site/Arbeitsmarktprojekte/Ausbildung_bis_18/

Stadt Wien, Magistratsabteilung 24 Gesundheits- und Sozialplanung (Hrsg.ⁱⁿ) (2016): Pflege und Betreuung in Wien 2030. Strategiekonzept. Wien

Stadt Wien, Magistratsabteilung 24 (Hrsg.ⁱⁿ) (2015): Wiener Sozialbericht. Wiener Sozialpolitische Schriften Band 8. Wien

Statistik Austria (2015): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014. Wien

Statistik Austria (2012): Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Statistik der Standesfälle einschließlich Todesursachenstatistik. Bearbeitungsstand 01.02.2012, Statistik Austria, Wien

Statistik Austria (2017): Bildungsbezogenes Erwerbskarrierenmonitoring. Online http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung_und_kultur/bildungsbezogenes_erwerbskarrierenmonitoring_biber/index.html

Statistik Austria (2017). Statistik der Bedarfsorientierten Mindestsicherung, online https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/bedarfsorientierte_mindestsicherung/index.html

Sonderauswertungen

Sonderauswertung Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

Sonderauswertung Fonds Soziales Wien

Sonderauswertung Hauptverband der Sozialversicherungsträger

Sonderauswertung Institut für klinische Epidemiologie der Tirol Kliniken

Sonderauswertung der Pensionsversicherungsanstalt

Sonderauswertung Wiener Gebietskrankenkasse

Impressum

Herausgeberin, Medieninhaberin, für den Inhalt verantwortlich

Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele in der MA24 - Mag.^aKristina Hametner
Magistratsabteilung 24 - Gesundheits- und Sozialplanung

Projektleitung

Mag.^aDenise Zak

Inhalt und Redaktion

Mag.^aKristina Hametner, Mag.^aUlrike Repnik, Mag.^aDaniela Thurner, Mag.^aDenise Zak

Grafik und Layout

Vlatka Frketić/FrkaDizajn

Lektorat

Mag.^aMonika Frank

Copyright

MA24 - Gesundheits- und Sozialplanung 2017. Alle Rechte vorbehalten