



Städteportraits



GESUNDHEITS +
SOZIALPLANUNG

StaDt  Wien
Wien ist anders.

Wiener Sozialpolitische Schriften 1

Herausgegeben von der MA 24

STÄDTEPORTRAITS

WIEN, BRÜSSEL, HAMBURG, LISSABON, PRAG, STOCKHOLM

**Analyse und Vergleich der Wohlfahrtssysteme ausgewählter europäischer Großstädte
unter besonderer Berücksichtigung
der aktuellen sozialen und ökonomischen Herausforderungen**

Wien, im Juli 2010

Impressum

Auftraggeberin und Herausgeberin:

Magistratsabteilung 24

Gesundheits- und Sozialplanung

AutorInnenschaft:

Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung

Projektleitung:

Michael Fuchs

Projektteam:

Pieter Vanhuyse, Gabriele Schmied

unter Mitarbeit von:

Irmgard Eisenbach-Stangl, Katrin Gasior, Catharina Hjortsberg, Frederique Hoffmann, Bernd Marin, Ricardo Rodrigues, Georg Ruppe, Andrea Schmidt, Jana Vobecká

Projektkoordination MA 24

Susanne Guld, Peter Stanzl, Otto Rafetseder

Grafik Cover:

Dietmar Stiedl

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Stadträtin für Gesundheit und Soziales	8
Vorwort der Leiterin der MA 24	9
1 <u>Einleitung</u>.....	11
1.1 Literatur.....	14
2 <u>Executive Summary</u>	15
2.1 Die Großstädte und ihre Sozial- und Gesundheitssysteme	15
2.1.1 Brüssel.....	15
2.1.2 Hamburg	16
2.1.3 Lissabon	18
2.1.4 Prag	20
2.1.5 Stockholm	22
2.1.6 Wien.....	24
2.2 Wien im Städtevergleich der Sozial- und Gesundheitssysteme	26
2.3 Die Großstädte nach Indizes zur Performance-Messung.....	29
2.3.1 Policy-Kontext und Umfeldbedingungen	29
2.3.2 Aufwand bzw. Anstrengungen der Städte.....	31
2.3.3 „Objektive“ und subjektive Performance.....	33
3 <u>Großstadtfaktor: spezielle Probleme und Herausforderungen</u>	35
3.1 Literatur.....	38
4 <u>Systemische Analyse der Sozial- und Gesundheitssysteme auf Einzelstadtebene</u>	39
4.1 Brüssel.....	39
4.1.1 Föderale Struktur.....	39

4.1.2	Geldleistungen (und Krankenhilfe) im Rahmen der Sozialhilfe	42
4.1.3	Pflege und soziale Dienste im Rahmen der Sozialhilfe	45
4.1.4	Behindertenhilfe.....	47
4.1.5	Wohnungslosenhilfe.....	49
4.1.6	Psychosoziale Versorgung	52
4.1.7	Gesundheitssystem.....	54
4.1.8	Allgemeine Betrachtung der Sozialsysteme: „Empowerment“ und Gender Mainstreaming....	58
4.1.9	Quellen.....	58
4.2	Hamburg.....	60
4.2.1	Föderale Struktur.....	60
4.2.2	Geldleistungen (und Krankenhilfe) im Rahmen der Sozialhilfe	62
4.2.3	Pflege und soziale Dienste im Rahmen der Sozialhilfe	68
4.2.4	Behindertenhilfe.....	70
4.2.5	Wohnungslosenhilfe.....	73
4.2.6	Psychosoziale Versorgung	77
4.2.7	Gesundheitssystem.....	81
4.2.8	Quellen.....	85
4.3	Lissabon	87
4.3.1	Föderale Struktur.....	87
4.3.2	Geldleistungen (und Krankenhilfe) im Rahmen der Sozialhilfe	92
4.3.3	Pflege und soziale Dienste im Rahmen der Sozialhilfe	94
4.3.4	Behindertenhilfe.....	97
4.3.5	Wohnungslosenhilfe.....	99
4.3.6	Psychosoziale Versorgung	101
4.3.7	Gesundheitssystem.....	104
4.3.8	Allgemeine Betrachtung der Sozialsysteme: „Empowerment“	108
4.3.9	Quellen.....	108
4.4	Prag	109
4.4.1	Föderale Struktur.....	109
4.4.2	Geldleistungen (und Krankenhilfe) im Rahmen der Sozialhilfe	111
4.4.3	Pflege und soziale Dienste im Rahmen der Sozialhilfe	113
4.4.4	Behindertenhilfe.....	117
4.4.5	Wohnungslosenhilfe.....	120
4.4.6	Psychosoziale Versorgung	123
4.4.7	Gesundheitssystem.....	124
4.4.8	Allgemeine Betrachtung der Sozialsysteme: „Empowerment“ und Gender Mainstreaming..	127
4.4.9	Quellen.....	128

4.5 Stockholm	130
4.5.1 Föderale Struktur.....	130
4.5.2 Geldleistungen (und Krankenhilfe) im Rahmen der Sozialhilfe	131
4.5.3 Pflege und soziale Dienste im Rahmen der Sozialhilfe	133
4.5.4 Behindertenhilfe.....	136
4.5.5 Wohnungslosenhilfe.....	139
4.5.6 Psychosoziale Versorgung	141
4.5.7 Gesundheitssystem.....	144
4.5.8 Quellen.....	147
4.6 Wien	148
4.6.1 Föderale Struktur.....	148
4.6.2 Geldleistungen (und Krankenhilfe) im Rahmen der Sozialhilfe	150
4.6.3 Pflege und soziale Dienste im Rahmen der Sozialhilfe	156
4.6.4 Behindertenhilfe.....	163
4.6.5 Wohnungslosenhilfe.....	166
4.6.6 Psychosoziale Versorgung	171
4.6.7 Gesundheitssystem.....	178
4.6.8 Allgemeine Betrachtung der Sozialsysteme.....	185
4.6.9 Quellen.....	187

5 Systemischer Vergleich der Sozial- und Gesundheitssysteme der Großstädte..... 190

5.1 Föderale Struktur	190
5.2 Geldleistungen (und Krankenhilfe) im Rahmen der Sozialhilfe..... 193	
5.2.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen	193
5.2.2 Funktionale Gliederung und Organisation.....	194
5.2.3 Zielsetzungen und Strategien	196
5.2.4 Zielgruppen.....	198
5.2.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen	200
5.2.6 Finanzierung und Kosten	201
5.3 Geschlossene Sozialhilfe (im Wesentlichen Pflege, soziale Dienste)	202
5.3.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen	202
5.3.2 Funktionale Gliederung und Organisation.....	203
5.3.3 Zielsetzungen und Strategien	207
5.3.4 Zielgruppen.....	208
5.3.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen	208
5.3.6 Finanzierung und Kosten	209
5.4 Behindertenhilfe..... 211	

5.4.1	Rechtliche und politische Rahmenbedingungen	211
5.4.2	Funktionale Gliederung und Organisation.....	212
5.4.3	Zielsetzungen und Strategien	213
5.4.4	Zielgruppen.....	213
5.4.5	Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen	214
5.4.6	Finanzierung und Kosten	215
5.5	Wohnungslosenhilfe	216
5.5.1	Rechtliche und politische Rahmenbedingungen	216
5.5.2	Funktionale Gliederung und Organisation.....	217
5.5.3	Zielsetzungen und Strategien	218
5.5.4	Zielgruppen.....	219
5.5.5	Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen	220
5.5.6	Finanzierung und Kosten	220
5.6	Psychosoziale Versorgung	221
5.6.1	Rechtliche und politische Rahmenbedingungen	221
5.6.2	Funktionale Gliederung und Organisation.....	222
5.6.3	Zielsetzungen und Strategien	222
5.6.4	Zielgruppen.....	223
5.6.5	Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen	224
5.6.6	Finanzierung und Kosten	225
5.7	Gesundheitssysteme	226
5.7.1	Rechtliche und politische Rahmenbedingungen	226
5.7.2	Funktionale Gliederung und Organisation.....	227
5.7.3	Zielsetzungen und Strategien	228
5.7.4	Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen	229
5.7.5	Finanzierung und Kosten	230
5.7.6	Versorgungsdichte	231
5.8	Allgemeine Betrachtung der Sozialsysteme: „Empowerment“ und Gender Mainstreaming	
	235	
5.9	Literatur.....	236
6	<u>Die Determinanten städtischer Performanz bei der Bereitstellung öffentlicher Dienste: Theoretischer Überblick und Rahmen</u>	238
6.1	Literatur.....	245
7	<u>Synthetische Indizes zur Messung der Städte-Performance</u>	247

7.1	Hintergrund und Methodik.....	247
7.2	Zusammensetzung und Ergebnisse der Indizes	250
7.2.1	Policy-Kontext und Policy-Umfeld: City Prosperity- und City Burden-Index	250
7.2.2	Aufwand bzw. Anstrengungen der Städte: City Input-Index	258
7.2.3	“Objektiver” und subjektiver Output: City Performance-Index	259
7.2.4	City Futurability-Index	263
7.3	Zusammenhänge zwischen den Indizes bzw. Dimensionen.....	265
7.3.1	Gegenwartsbezogene Perspektive.....	265
7.3.2	Zukunftsbezogene Perspektive	269
7.4	Literatur.....	274
8	Zusammenfassung.....	275
8.1	Allgemeine föderale Strukturen	276
8.2	Geldleistungen im Rahmen der Sozialhilfe.....	276
8.3	Pflege und soziale Dienste im Rahmen der Sozialhilfe	278
8.4	Behindertenhilfe.....	280
8.5	Wohnungslosenhilfe.....	282
8.6	Psychosoziale Versorgung	283
8.7	Gesundheitssysteme	285
8.8	Städte-Performance auf Basis von quantitativen Indizes.....	288
8.9	Conclusio.....	293
9	Anhang 1: Fragebogen für ExpertInnen	294
10	Anhang 2: Zusammensetzung der Indizes.....	301

Vorwort der Stadträtin für Gesundheit und Soziales

Wien nimmt in Österreich eine ganz besondere Rolle ein. Als Metropole, Wirtschaftsmotor, Innovationszentrum, als Stadt der Vielfalt und Weltoffenheit, kommt Wien traditionell seiner sozialen Verantwortung mit großem Engagement nach und bietet seinen BürgerInnen höchste Lebensqualität.

Ein breites Angebot an Sozialdienstleistungen sorgt für verlässliche Absicherung in schwierigen Lebenssituationen. Das hochqualitative und dicht ausgebauten Angebot an öffentlichen Spitätern bietet Spitzenmedizin für alle.

Allerdings stellen die international beobachtbaren Entwicklungen wie die Alterung der Gesellschaft, die Prekarisierung am Arbeitsmarkt und die immer stärkere Öffnung der Einkommensschere die bestehenden Systeme vor große Herausforderungen. Die Ausgaben im Gesundheits- und Sozialbereich steigen stetig, während sich die Einnahmen, besonders in wirtschaftlich schwierigen Zeiten, rückläufig entwickeln.

Die vorliegende Studie vergleicht die Gesundheits- und Sozialsysteme von sechs europäischen Großstädten: Wien, Brüssel, Hamburg, Lissabon, Prag und Stockholm. Dabei gewährt sie einen analytischen Blick auf die Auswirkungen von internen und externen Einflussfaktoren auf die städtische Performance. Sie zeigt Indikatoren und Steuerungspotenziale auf und beleuchtet aussagekräftige Kennzahlen.

Wien schneidet besonders in den Bereichen der öffentlichen Infrastruktur, der Investitionen in Dienstleistungen sowie der Zukunftsfähigkeit – im Sinne der politischen Anstrengungen für das Morgen – sehr gut ab. Darüber hinaus werden Verbesserungspotenziale und Entwicklungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Mag.a Sonja Wehsely
Stadträtin für Gesundheit und Soziales

Vorwort der Leiterin der MA 24

Großstädte erfüllen zumeist gegenüber dem Umland besondere Aufgaben und sind dadurch mit sehr spezifischen Problemlagen konfrontiert. Sie sind Wachstums- und Wirtschaftsmotoren, Arbeitgeberinnen, Innovationszentren und Impulsgeberinnen und bieten für große Einzugsgebiete soziale und medizinische Dienstleitungen sowie vielfältige Bildungseinrichtungen.

Metropolen ziehen mit ihren Arbeitsangeboten, Konsummöglichkeiten und ihrer Infrastruktur in- und ausländische ZuwanderInnen mit unterschiedlichen Erwartungen, Ressourcen und Bedürfnissen an, die die Gesundheits- und Sozialsysteme vor große Herausforderungen stellen. Dazu zählt die Entwicklung spitzenmedizinischer Höchstleistungen genauso wie die soziale und medizinische Versorgung von PatientInnen mit stigmatisierenden Erkrankungen aus den ländlichen Gebieten, die die Angebote und die Anonymität der Großstadt suchen.

Um die spezifischen Potentiale und Problemlagen in großen Städten besser verstehen zu können, ist ein Blick über die Grenzen, auf andere Millionenstädte, unumgänglich. Mit Hamburg, Lissabon, Prag, Brüssel und Stockholm wurden fünf Städte außerhalb Österreichs betrachtet, die aus unterschiedlichen Ausgangspositionen auf ähnliche Herausforderungen reagieren. Anhand definierter Indikatoren wurden Kennzahlen, Steuerungsmöglichkeiten und inhaltliche Rahmenbedingungen bewertet und daraus aussagekräftige Indizes entwickelt. So besteht Vergleichbarkeit der Strategien und Angebote trotz unterschiedlicher Ausgangsbedingungen.

Diese Studie liefert wichtige Ergebnisse und Erkenntnisse zu momentanen Bedarfslagen, Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten, die auch in zukünftige Planungen einfließen werden.

Ich darf mich beim Europäischen Zentrum, das für diese umfassende Betrachtung verantwortlich zeichnet, herzlich bedanken und Ihnen, liebe Leserin und lieber Leser eine spannende Lektüre wünschen!

Mag.a Agnes Berlakovich

Leiterin der MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung

1 Einleitung

Europäische Großstädte stehen angesichts der steigenden Kosten der Sozial- und Gesundheitssysteme vor besonderen Herausforderungen, obwohl sich - je nach Konzeption der Wohlfahrtspolitik - in den europäischen Ländern die Kompetenzen und Aufgaben von lokalen Verwaltungen unterscheiden. Als zentral ist hierbei die Sicherung von Wohlstand und sozialem Zusammenhalt bei gleichzeitig nachhaltiger Ausgabenfinanzierung anzusehen.

Trotz relativ hoher Ausbildungs-, Einkommens- und Wohlstandsniveaus sind gerade Großstädte – unabhängig von der jeweiligen Staatszugehörigkeit – im Vergleich zu anderen Landesteilen zumeist mehr von sozialer Ungleichheit betroffen, viele Personen sind mit Arbeitslosigkeit, sozialer Ausgrenzung und Armut konfrontiert und damit auch häufiger von Sozialtransfers abhängig. Auch Morbiditäts- und Mortalitätsraten sind erhöht, zusätzlich sind Sonderindikationen im Gesundheitsbereich wie stigmatisierende und infektiöse Erkrankungen oder Suchterkrankungen gehäuft festzustellen. Gleichzeitig werden in Großstädten kostenintensive hochspezialisierte Dienstleistungen und medizinische Infrastrukturen bereitgestellt, die ein großes Einzugsgebiet versorgen. Die Summe all dieser speziellen Bedingungen kann als spezifischer „Großstadtfaktor“ umschrieben werden, dem andere Landesteile innerhalb desselben Staatsgefüges in der Regel nicht ausgesetzt sind.

Hinzu kommt eine Reihe von aktuellen Faktoren, welche den Druck auf den öffentlichen Sektor von Großstädten erhöhen: eine alternde Bevölkerung führt zu einem Anstieg der Nachfrage nach Sozial- und Gesundheitsdiensten. Forderungen nach Qualitätsverbesserungen verstärken zusätzlich die Tendenz, mehr und bessere Dienstleistungen für die BürgerInnen zu erbringen. Obwohl in einigen Regionen Zuwanderung für einen Auftrieb an den lokalen Arbeitsmärkten gesorgt hat, verschiebt sich gleichzeitig das Verhältnis zwischen Erwerbstägigen und Nichterwerbstägigen. Die wirtschaftlichen Bedingungen in Zeiten der ökonomischen Krise verschärfen diese ungünstige Situation. Als Konsequenz werden die Finanzen der Kommunen entweder durch sinkendes eigenes Steuereinnahmepotenzial bzw. Zuteilungskürzungen und/oder die Forderung eines ausgeglichenen Haushalts seitens nationaler Verwaltungen eingeengt, was wiederum Druck zu Kostensenkungen erzeugt.

Ziel der vorliegenden Expertise ist es, eine substantielle empirische Untersuchung des Sozial- und Gesundheitssystems in Wien im Vergleich mit jenen der fünf europäischen Großstädte Brüssel, Hamburg, Lissabon, Prag und Stockholm vorzunehmen. Im Einvernehmen mit der weitreichenden Literatur basierend auf Esping-Andersens (1990) ursprünglicher Typologie unter Hinzunahme der „südlichen“ (vgl. z.B. Ferrera 1996 und der

“postkommunistischen” (vgl. z.B. Cerami/Vanhuyse 2009) Erweiterung, wurden Großstädte ausgewählt, die die vier Wohlfahrtsstaats-Haupttypen in Kontinental-Europa repräsentieren:

- Konservativ-korporativer Wohlfahrtsstaat: (neben Wien) Hamburg, Brüssel,
- Sozialdemokratischer Wohlfahrtsstaat: Stockholm,
- Südlicher Wohlfahrtsstaat: Lissabon,
- Postkommunistischer Wohlfahrtsstaat: Prag.

Diese Auswahl ist darin begründet, dass die Typisierung auf äußerlich eindeutig unterschiedlichen Systemmerkmalen basiert, die aber intern im Hinblick auf Sozialrechte und -pflichten, Umverteilung, Sozialnetze, etc. einer ähnlichen Logik folgen. Zusätzlich handelt es sich durchgehend um Hauptstädte (Ausnahme Hamburg), die auch einen ausgewogenen geografischen Mix darstellen.

Aufbauend auf die allgemeinen Verwaltungs- und föderalistischen Strukturen (insbesondere administrative Struktur, Kompetenzverteilung und Finanzierungsströme) im nationalen Gefüge, stehen

- die „offene“ (Geldleistungen) und
- „geschlossene“ Sozialhilfe (Pflege, soziale Dienste),
- die Behindertenhilfe,
- die Wohnungslosenhilfe und
- die psychosoziale Versorgung sowie
- der intramurale Sektor des Gesundheitssystems

im inhaltlichen Zentrum. Entsprechend der großen Komplexität und Vielfalt, durch die sowohl Sozial- als auch Gesundheitssysteme gekennzeichnet sind, beziehen sich die Systembeschreibung bzw. der Systemvergleich auf die Aspekte

- rechtliche und politische Rahmenbedingungen,
- funktionale Gliederung und Organisation,
- Zielsetzungen und Strategien,
- Zielgruppen,

- Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen sowie
- Finanzierung und Kosten,

im Gesundheitsbereich darüber hinaus zusätzlich auf

- die Versorgungsdichte.

Der Systemvergleich erfolgt auch unter der Heranziehung von relativen Indikatoren, z.B. BezieherInnen einer Leistung pro 1.000 EinwohnerInnen, Kosten einer Leistung pro EinwohnerIn, etc. und soll sowohl allgemeine bzw. stadtübergreifende als auch singuläre Herausforderungen der Städte und darauf angewandte Lösungsansätze aufzeigen.

Da diese Analyse sehr spezifisch orientiert ist und die Leistungsindikatoren zu BezieherInnen und Ausgaben zum Teil nur eingeschränkt vergleichbar sind (unterschiedliche Erfassung von Leistungen, unterschiedliche vorgelagerte Leistungen, Stichtagserhebung vs. Ganzjahreszählung, etc.), wurde zusätzlich eine Untersuchung der Städte auf der Basis von zentralen, statistisch relevanten und eindeutig quantitativ vergleichbaren Indikatoren, die entsprechend dem unterschiedlichen regionalen und nationalen Kontext, in dem sich die Städte befinden, nicht nur reine Output- bzw. Performance-Indikatoren darstellen, durchgeführt. Vielmehr werden sozioökonomische Hintergrund- und Kontextfaktoren, die zu einem Großteil für die Städte endogene Variablen darstellen, sowie Inputfaktoren (eigener Aufwand bzw. Anstrengungen) der jeweiligen Großstädte berücksichtigt und dazu in Beziehung gesetzt. Die Indikatoren werden zu aussagekräftigen Indizes verdichtet, die ein Ranking der Großstädte sowohl hinsichtlich des derzeitigen Status' als auch der Fähigkeit, auf Veränderungen und Herausforderungen in der Zukunft zu reagieren, ermöglichen.

Insgesamt werden somit qualitative Ergebnisse mit quantitativem Input kombiniert bzw. komplettiert. Dabei werden sowohl die unikaten als auch die gemeinsamen Merkmale der einzelnen Großstädte herausgearbeitet. Als Methode wurde auf der eine Seite eine ausführliche Literatur- und Datenanalyse eingesetzt. Im Wesentlichen stützt sich diese auf regionale Sozial- und Gesundheitsberichterstattungen bzw. spezifische Webseiten der einzelnen Städte. Weiters wurden allgemeine Informationen zu den lokalen Sozial- und Gesundheitssystemen auf internationaler Informationsebene (z.B. OECD, WHO) herangezogen. Für die quantitative Analyse wurden auf die Städte bezogene statistische Daten ausgewertet (als Quellen dienten dabei insbesondere „OECD Regional Data“, „Eurostat Urban Audit“, Städte-Webseiten, lokale Datenreports und statistische Ämter). Auf der

anderen Seite wurden für jede Großstadt jeweils in der Regel drei bis fünf persönliche bzw. telefonische Interviews mit ExpertInnen (Verwaltung Sozialsystem, Verwaltung Gesundheitssystem, WissenschaftlerInnen, ehemalige PolitikerInnen, etc.) auf Basis eines halbstandardisierten Fragebogens (siehe Anhang) durchgeführt.

Die Untersuchung ist wie folgt strukturiert: anschließend an das Executive Summary thematisiert Kapitel 3 als Einstieg kurz den sogenannten „Großstadtfaktor“ im Sinne von speziellen Problemen und Herausforderungen, denen Großstädte im Vergleich zu nicht-städtischen Regionen ausgesetzt sind. Kapitel 4 enthält die Ergebnisse der systemischen Analyse zu den Sozial- und Gesundheitssystemen getrennt nach Bereichen auf Einzelstadtebene. Diese werden in Kapitel 5 im Sinne eines direkten Vergleichs aller sechs Großstädte aufgearbeitet. Mit dem theoretischen Konzept für einen Vergleich der Städteperformance auf Basis von aussagekräftigen quantitativen statistischen Indikatoren befasst sich Kapitel 6. Kapitel 7 hat die entsprechende Analyse der Großstädte zum Inhalt: die statistischen Indikatoren werden zu zusammengesetzten Indizes verlinkt, die eine Art “City Profiling“ erlauben, mit dem verschiedene Maße der Policy-Effizienz und -Effektivität erstellt werden können. Die zentralen Ergebnisse der Expertise werden in Kapitel 8 nochmals zusammengefasst.

1.1 Literatur

- Cerami A., Vanhuysse P. (Hg., 2009): Post-Communist Welfare Pathways: Theorizing Social Policy Transformations in Central and Eastern Europe, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Esping-Andersen G. (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge, United Kingdom: Polity Press.
- Ferrera M. (1996): The “Southern” Model of Welfare in Social Europe, in: Journal of European Social Policy 6 (1)/1996: 17-37.

2 Executive Summary

2.1 Die Großstädte und ihre Sozial- und Gesundheitssysteme

2.1.1 Brüssel

Belgien ist eine bundesstaatlich organisierte konstitutionelle Monarchie mit sechs föderalistischen, sich überschneidenden, Einheiten: drei Regionen und drei Gemeinschaften. Die Hauptstadt Brüssel hat aufgrund ihrer bilingualen Natur einen speziellen Status. In der Praxis weisen ihre verschiedenen Verwaltungsinstitutionen Mängel bei der horizontalen und vertikalen Koordination auf.

Die monetäre Sozialhilfe wird in Belgien auf der nationalen Ebene geregelt. Autonom sind die Kommunen nur bei ergänzenden Leistungen und Diensten, die von den Gemeinden selbst finanziert werden. Die zunehmende Sozialhilfebedürftigkeit in Brüssel ist in erster Linie durch strukturelle Langzeitarbeitslosigkeit bedingt. Darüber hinaus gibt es sehr viele AntragstellerInnen aus anderen EU-Mitgliedsstaaten. Die Richtsätze für Personen im Erwerbsalter befinden sich unterhalb der Schwelle zur Armutgefährdung. Eine zusätzliche Problematik entsteht bei der Berücksichtigung der hohen Kosten für privates Wohnen und der Knappheit des Angebots an sozialen Wohnmöglichkeiten.

Für das Angebot an Pflege und sozialen Diensten sind die Gemeinden Brüssels zuständig. In Zukunft ist der Trend zu häuslicher und ambulanter Pflege noch zu verstärken. Ein Problem besteht jedoch im Rückgang der familiären bzw. informellen Pflege. Auch sind die zu entrichtenden Selbstbehalte bei der Hauskrankenpflege in vielen Fällen nur schwer aufzubringen. Zunehmend kommen Angehörige von Drittstaaten, die keiner der offiziellen Sprachen Belgiens mächtig sind, in ein betreuungsbedürftiges Alter.

Für die Unterstützung von Menschen mit Behinderungen sind in Belgien die Regionen und Sprachgemeinschaften verantwortlich. Ergänzende Initiativen können von den Gemeinden autonom organisiert werden. Insgesamt ist die Behindertenhilfe in der Region Brüssel-Hauptstadt rückständig. Im Wesentlichen ist dies auf eine mangelhaft koordinierte Politik zwischen den Gemeinschaften und den Gemeinden zurückzuführen. Besondere Herausforderungen für die Zukunft stellen das unzureichende Angebot an adaptierten Wohnmöglichkeiten sowie an Strukturen zur Unterbringung von alternden behinderten Personen dar.

Bei der Gestaltung der Wohnungslosenhilfe ist die Stadt Brüssel autonom. Eine langfristige strukturelle Lösung für das Problem der Wohnungslosigkeit steht jedoch nach wie vor aus. Die Situation am Wohnungsmarkt ist sehr angespannt, es stehen zu wenige

Sozialwohnungen zur Verfügung und die Wohnkosten sind im letzten Jahrzehnt stark gestiegen.

Für die Organisation und Planung der psychosozialen Versorgung ist die Region Brüssel-Hauptstadt zuständig. Mit der Psychiatriereform 1990 wurden in Belgien psychiatrische Spitalsbetten abgebaut und durch neue ambulante Angebote ersetzt. Gleichzeitig wurden alternative Einrichtungen (Pflegeheime, betreute Unterbringung, Unterbringung zu Hause) geschaffen. Die Reform 1999 hatte wiederum zum Ziel, spezialisierte Betreuung in psychiatrischen Spitätern anzubieten und die Kooperation zwischen intramuralem und extramuralem Sektor zu verbessern.

Das belgische Gesundheitssystem ist sowohl auf Bundes- als auch auf Regionalebene organisiert. Die Gemeinden in Brüssel sind für die Kontrolle der Umsetzung der Regelungen verantwortlich. Nach Angabe der befragten ExpertInnen gibt es in Belgien zu wenig Qualitätskontrolle im medizinischen Bereich. Darüber hinaus verursacht in Brüssel die mangelnde Koordination zwischen den Gemeinschaften Probleme. Im Spitalskontext sollen Therapiepläne eine patientInnenzentrierte medizinische Versorgung sicherstellen. Es wurden lokale multidisziplinäre Netzwerke etabliert, die verschiedene Spitalsaktivitäten rund um spezielle Krankheitsbilder oder PatientInnengruppen organisieren. Seit Anfang der 1980er Jahre gibt es Bestrebungen, Spitalsbetten in geriatrische Betten umzuwandeln. Das belgische Gesundheitssystem wird zu rund 70% durch Sozialversicherungsbeiträge und Steuern finanziert. Das bestehende „Fee-for-Service“-System enthält kaum Steuerungsmittel gegen eine Kostenexplosion, auch wenn PatientInnen grundsätzlich mehr Kosten zurückerstattet bekommen, wenn sie nicht direkt eine fachmedizinische Leistung konsumieren. Gleichzeitig vermeiden viele BürgerInnen von Brüssel Arztbesuche aufgrund der relativ hohen Eigenleistungen.

2.1.2 Hamburg

Deutschland ist ein föderaler Bundesstaat. Die Bundesländer haben eigene Gesetzgebungskompetenzen, die meisten stehen aber heute dem Bund zu. Zu wichtigen Aufgaben der Kommunen zählen u.a. Pflege und soziale Dienste. Hamburg ist als Stadtstaat ein Bundesland und zugleich als Stadt eine Einheitsgemeinde.

Die große Mehrheit der arbeitsfähigen HilfeempfängerInnen in der „offenen Sozialhilfe“ unterliegt der Organisationshoheit des Bundes („Grundsicherung für Arbeitsuchende“). Ein zentraler Grund für ihre zunehmende Zahl sind prekäre Beschäftigungsverhältnisse. Die nicht arbeitsfähigen KlientInnen gehören hingegen zur Zuständigkeit der Stadt. Die subjektiven

Hürden beim Zugang sind geringer geworden; es wurde versucht, das Ambiente diskriminierungsfrei zu gestalten. Teilweise noch zu verbessern wäre hingegen die übergreifende Betreuung der Betroffenen durch flankierende Maßnahmen im Rahmen eines Case-Managements seitens der kommunalen Dienststellen.

Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe kann beantragt werden, wenn Pflegeleistungen der Sozialversicherung und andere Einkommen nicht ausreichen, die benötigten Leistungen zu bezahlen. Hierbei ist Hamburg zu 100% autonom. In der Stadt gibt es nach wie vor einen Überhang an stationären Leistungen. Dies hat aber auch mit Zielgruppe zu tun, da auf die Sozialhilfe eher Personen mit hoher Pflegebedürftigkeit angewiesen sind. Herausforderungen für die Zukunft stellen die alternde Bevölkerung, Qualitätsprobleme sowie die Schwierigkeit, geeignetes Personal zu finden, dar. Als Gegenmaßnahmen werden Imagekampagnen durchgeführt, Alternativen zur gewerblichen und stationären Pflege aufgebaut und eine verstärkte Prophylaxe im Gesundheitsbereich betrieben.

Auch bei der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ist die Stadt Hamburg weitgehend autonom. Jede Leistung der „Eingliederungshilfe“ kann, mit einem Rechtsanspruch seit 2008, als persönliches Budget beantragt werden. Diese neue Form der Leistungsgewährung setzt auf mehr Selbstbestimmung der KlientInnen. Einen diesbezüglichen Trend gibt es auch im Hinblick auf persönliche Assistenz und Tagesstrukturmaßnahmen. Einen Schwerpunkt stellt auch die Forcierung nicht-institutionellen Wohnens dar. Herausforderungen für die Zukunft bestehen in der Dezentralisierung und der sozialräumlichen Vernetzung von Leistungsangeboten. Es sollen auch verstärkt integrative Maßnahmen (Arbeit, Schule) angeboten werden. Die Beschäftigung, etwa von psychisch kranken Menschen, gestaltet sich jedoch schwierig, da der Arbeitsmarkt nicht aufnahmefähig ist.

Die Hilfe für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten, die sich auch auf wohnungslose Personen bezieht, ist in Deutschland durch Bundesgesetz geregelt. Die konkrete Organisation der Hilfen liegt bei der Stadt Hamburg. Im Jahr 2004 wurde die Neuordnung des Hilfesystems beschlossen. Grundgedanke war es, möglichst viele Hilfen aus einer Hand anzubieten. Ein konkreter Handlungsbedarf besteht nach Angabe der befragten ExpertInnen in der Bereitstellung von mehr Einzelzimmern in öffentlichen Einrichtungen, da KlientInnen vermehrt gesundheitliche Probleme aufweisen, die mit einer Mehrfachunterbringung nicht vereinbar sind. Da trotz spezieller Vereinbarungen mit Unternehmen das Angebot an Wohnungen für Betroffene knapp ist, ist auch die Verweildauer in den öffentlichen Wohnunterkünften gestiegen.

Für die Psychiatrie und die medizinische Behandlung von Drogen- und alkoholkranken Personen sind im Rahmen ihrer Aufgaben im Bereich des Gesundheitswesens der Bund und die Länder zuständig. Im Bereich der psychosozialen Versorgung und der Drogen- und Suchthilfe einschließlich präventiver Maßnahmen verfügt die Stadt Hamburg über eine weitgehende Autonomie. Nicht unbedingt erforderliche stationäre Betreuungen sollen vermieden werden, der Schwerpunkt liegt auf gemeindenaher, an den jeweiligen Bedarf angepasster, Versorgung. Der Krankenhausplan 2010 enthält aber auch das Ziel der Stärkung der psychiatrischen Versorgung, insbesondere im tagesklinischen Bereich. Konzepte der Drogenhilfe beschäftigen sich in erster Linie mit jungen Menschen und Prävention.

Die gesetzliche Krankenversicherung wird in Deutschland durch das (nationale) Sozialgesetzbuch geregelt. Die Länder sind für die Krankenhausinfrastruktur und für den öffentlichen Gesundheitsdienst verantwortlich. Die ambulante vertragsärztliche Versorgung wird weitgehend durch die Selbstverwaltung der ÄrztInnen und die Krankenkassen gesteuert. Eines der Ziele des Krankenhausplanes 2010 in Hamburg ist die Entwicklung ganzheitlicher Behandlungsstrukturen unter der Aufhebung der Trennung von stationärem und ambulanten Sektor. Bedarfspläne für die außerstationäre Versorgung sollen sicherstellen, dass eine wohnortnahe ambulante medizinische Versorgung gewährleistet ist. Praxisnetze, Verbünde mit Krankenhäusern und anderen Gesundheitsanbietern sowie die „integrierte Versorgung“ in medizinischen Zentren gewinnen an Bedeutung. Positive Auswirkungen sind die Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen, die Optimierung der medizinischen Abläufe sowie eine Reduktion der Kosten. In der stationären Versorgung kommt ein duales Finanzierungssystem (Länder, Krankenkassen) zur Anwendung.

2.1.3 Lissabon

Portugal weist eine zentralisierte Verwaltungsstruktur auf. Die lokalen Ebenen haben nur wenig Autonomie und Kompetenzen. Auch im Bereich des Gesundheitssystems und der Sozialen Dienste werden die Regelungen auf zentraler Ebene getroffen, die regionalen und lokalen Institutionen der nationalen Ministerien stellen die entsprechenden Leistungen bereit.

Auch die monetäre Sozialhilfe wird auf der nationalen Ebene geregelt. Über ihre lokalen Dienste organisiert das Institut für soziale Sicherheit die Prüfung der Anträge und die Auszahlung der Leistungen. Die Stadt Lissabon beteiligt sich lediglich an lokalen Zentren, die als Koordinationsorgane für die soziale Eingliederung von KlientInnen zuständig sind. Die Höhe der Geldleistungen befindet sich grundsätzlich unter der statistischen Armutgefährdungsrate.

Für die Finanzierung und Regulierung von Pflege und sozialen Diensten ist das nationale Sozialministerium die hauptverantwortliche Behörde. Es stellt auch direkt Pflegedienste mittels ihm unterstehender Institutionen bereit. Die Stadt Lissabon kann zwar Bauvorhaben (z.B. Altersheime) durchführen oder eine Unterstützung an Leistungsanbieter gewähren, spielt aber insgesamt eine untergeordnete Rolle. Im Jahr 2006 wurde begonnen, ein Nationales Netzwerk für Langzeitpflege einzurichten, das die bestehenden Versorgungslücken schließen soll. Aber auch im ambulanten Bereich ist der Zugang zu Dienstleistungen mit Problemen und Wartezeiten behaftet. Die informelle Betreuung bleibt auch in Zukunft die wichtigste Ressource für Pflege und Betreuung älterer Menschen in Lissabon. Die Pflegepersonen erhalten jedoch wenig öffentliche Unterstützung. Eine rasch alternde Bevölkerung – auch aufgrund des Wegzugs jüngerer Personen in die Umgebung von Lissabon – verschärfen das Problem der zukünftigen Verfügbarkeit informeller Pflege zusätzlich.

Geldleistungen und ein großer Teil der sozialen Dienste für behinderte Personen werden in Portugal ebenfalls auf der nationalen Ebene finanziert und reguliert. Eine dem nationalen Sozialministerium unterstehende Institution ist der wichtigste Anbieter von entsprechenden Sozialdiensten in Lissabon. Die Stadt Lissabon stellt lediglich finanzielle Hilfen an Partnerorganisationen zur Verfügung oder schließt Vereinbarungen für den Betrieb von Einrichtungen. Für die KlientInnen stehen nur Sach- und ergänzende Geldleistungen zur Verfügung, jedoch keine "persönlichen Budgets".

Die Wohnungslosenhilfe wird in Portugal grundsätzlich durch nationale Gesetze geregelt. Die Stadt Lissabon spielt bei der Unterstützung für Betroffene in puncto Förderung und Leistungsbereitstellung jedoch eine etwas größere Rolle als in anderen Sozialbereichen, da die von der nationalen Ebene bereitgestellten Mittel vergleichsweise gering ausfallen. Dabei gibt es jedoch noch große Mängel. Im Bereich der grundlegenden Versorgung fehlt es an ausreichenden Notschlafplätzen, es existieren auch zu wenige Angebote für spezifische Zielgruppen. Tagsüber gibt es nur wenige Anlaufstellen, auch an den Wochenenden mangelt es etwa an Stellen für Essensausgaben. Auch die psychosoziale Versorgung von KlientInnen ist verbesserungsbedürftig. Der Zugang zu Sozial- oder Mietwohnungen als weiterführender Hilfeschritt ist nur sehr marginal gegeben.

Die Psychiatrie liegt im Rahmen der Gesundheitsversorgung in der Zuständigkeit der regionalen Gesundheitsverwaltungen, die direkt dem nationalen Gesundheitsministerium unterstehen. Auch die psychosoziale Versorgung in Lissabon wird hauptsächlich in „Gesundheitszentren“ der regionalen Gesundheitsverwaltung organisiert. Das nationale Institut für Suchtstoffabhängigkeit ist für Maßnahmen für Drogen- und

AlkoholkonsumentInnen verantwortlich. Psychische Gesundheit weist in Portugal generell nur einen geringen Prioritätsgrad auf, es werden ungenügende finanzielle Mittel aufgewendet. Seit den späten 1990er Jahren findet eine gewisse Abkehr von der stark institutionalisierten Versorgung statt, in Lissabon existiert jedoch nach wie vor ein Überhang an stationären Leistungen. Die Kontinuität in der ambulanten, wohnortnahmen Versorgung ist vielfach nicht gewährleistet. Auch gibt es nur wenige ergänzende Maßnahmen wie etwa im Bereich der Arbeitsintegration.

Das nationale Gesundheitsministerium ist in Portugal für die Koordination der Gesundheitsfürsorge und die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitssystems verantwortlich. Dieses wird von den Regionalen Gesundheitsverwaltungen administriert, die auch die Krankenhäuser kontrollieren. Aktivitäten der Stadt Lissabon beschränken sich auf präventive Maßnahmen und eine begrenzte Rolle beim Aufbau von Gesundheitszentren. Studien weisen auf eine schichtabhängige Inanspruchnahme von Haus- und FachärztInnen hin, viele PatientInnen wenden sich im Krankheitsfall direkt an die Krankenhäuser. Um die Versorgung zu verbessern, den stationären Bereich zu entlasten und Wartelisten zu verringern, hat das Ministerium multidisziplinäre Gesundheitszentren eingerichtet. Weitere Maßnahmen stellen eine frühere Entlassung, zentral organisierte Wartelisten sowie die Kooperation mit privaten Anbietern (z.B. Augenchirurgie) dar. Die wichtigste Finanzierungsquelle für das Gesundheitssystem bilden mit 58% die Beiträge an die öffentlichen Versicherungen, 23% werden durch private Zuzahlungen aufgebracht. Die zahnärztliche Behandlung ist nicht Teil des öffentlichen Systems und von den PatientInnen selbst oder über private Versicherungen zu bezahlen.

2.1.4 Prag

Die Stadt Prag hat den Sonderstatus, sowohl eine sich selbst verwaltende Region als auch eine Gemeinde zu sein, hat jedoch nur wenig Kontrolle über die von der staatlichen Ebene umverteilten budgetären Ressourcen. Die regionale Verwaltungsebene ist in der Tschechischen Republik generell von geringer Bedeutung. Die Gemeinden sind zuständig für die Bereitstellung sozialer Dienste, insbesondere in Angelegenheiten des Wohnens, der Gesundheitsfürsorge und der Prävention von Suchtkrankheiten.

Die monetäre Sozialhilfe wird in der Tschechischen Republik zur Gänze auf der nationalen Ebene geregelt. Die Leistungshöhe ist eher gering angesetzt. Da die Stadt Prag bisher über keine einheitliche Koordination der Sozialpolitik auf ihrem Territorium verfügt, sind die Geldleistungen zudem relativ isoliert. Einrichtungen, die weitere

Unterstützungsangebote zur sozialen Eingliederung anbieten, sind nicht mit der Organisation und der Bereitstellung der Sozialhilfe durch die Stadt verbunden. Die KlientInnen müssen sich um diese mehr oder weniger selbst kümmern.

Angelegenheiten der Pflege und der Sozialen Dienste werden gleichfalls auf nationaler Ebene geregelt. Die Stadt Prag ist für die konkrete Bereitstellung der Hilfen und das Monitoring des Bedarfs verantwortlich. In der Stadt gibt es unter älteren und behinderten Menschen nach wie vor eine höhere Nachfrage nach institutioneller Pflege, als aufgrund von Angebotsbeschränkungen zur Verfügung steht. Wegen der geringen Kapazitäten und des Rückgangs an familiärer Pflege verbleiben ältere oder behinderte Menschen häufig zur Pflege im Krankenhaus. Die Gesundheits- und Sozialdienste sind auch nicht koordiniert. Im Ergebnis werden viele Sozialdienste auf einer ad hoc-Basis von NGOs angeboten. Für die Anbieter sozialer Dienste stellt es ein zusätzliches Problem dar, dass sie finanzielle Unterstützungen auf jährlicher Basis erhalten. Dadurch ist unsicher, über welches Budget im nächsten Jahr verfügt werden kann, mehrjährige Planungen werden erschwert.

Auch die Behindertenhilfe wird in der Tschechischen Republik auf nationaler Ebene geregelt. Der Aufgabenbereich der Stadt Prag liegt in der Bereitstellung der Dienste. Zusätzlich besitzt sie spezielle Gemeindewohnungen für körperlich behinderte KlientInnen, das Angebot ist jedoch unzureichend. Grundsätzlich besteht das Erfordernis, den Trend hin zu Instrumenten, die einen mehr selbst bestimmten Lebensstil fördern (z.B. Programme persönlicher Assistenz), weiter zu verstärken. Gleichzeitig plant jedoch das nationale Sozialministerium, das System der Geldleistungen für behinderte Personen zu reformieren, da dieses häufig nicht für soziale Dienste verwendet werde.

Auf der Grundlage des (nationalen) Gesetzes zu Sozialdienstleistungen sind die Regionen verantwortlich, Unterstützungen für wohnungslose Personen sicherzustellen. Die Verantwortung für die Organisation und die konkrete Ausgestaltung der Hilfen in Prag liegt somit bei der Stadt. Im Jahr 2008 wurde erstmals ein Generalkonzept zur Lösung des Problems der Wohnungslosigkeit erstellt. Ein Büro für Delogierungsprävention ist durch das in Wien angewandte Modell inspiriert. Laut Angabe der ExpertInnen gibt es jedoch zu wenige Plätze in Wohnheimen. Besondere Herausforderungen stellen Drogen- und Alkoholprobleme und die Verschuldung von KlientInnen sowie die Stigmatisierung von betroffenen Kindern und Jugendlichen dar.

Der Bereich der Psychiatrie im engeren Sinne fällt so wie die stationäre Alkohol- und Drogenbehandlung in den Bereich der Gesundheitsversorgung. Die Schaffung von Einrichtungen zur psychosozialen Versorgung sowie die Prävention von Suchtkrankheiten

gehören hingegen zu den autonomen Zuständigkeiten der Stadt Prag. Bei der Versorgung gibt es jedoch grundsätzliche Mängel, da die entsprechenden Gesundheits- und Sozialdienste nicht integriert bzw. nicht koordiniert sind.

Die Gesundheitsagenden in der Tschechischen Republik werden auf der nationalen Ebene geregelt. Auch auf die Krankenhäuser hat die Stadt Prag, abgesehen von wenigen kleineren Spitätern und spezialisierten Zentren der Gesundheitsfürsorge, keinen direkten Einfluss. Als Besonderheit gibt es – als Erbe des früheren Regimes – zahlreiche „Polikliniken“ mit fächerübergreifenden ambulanten Angeboten, die von privaten Betreibern übernommen wurden. Generell stellt die Überinanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und die ineffiziente Verwendung von Ressourcen (z.B. Pflegebedürftige in Krankenhäusern) eine wichtige Herausforderung für die Zukunft dar. Eine (geringe) Gebühr pro Krankenhaustag wurde im Jahr 2008 eingeführt, um die Belagsdauer von Spitalsbetten zu reduzieren. In der Tschechischen Republik gibt es drei Hauptquellen bei der Finanzierung des Gesundheitswesens: Krankenversicherungsbeiträge (76%), Steuern (9%) sowie Eigenbeteiligungen der PatientInnen (13%).

2.1.5 Stockholm

Schweden ist eine parlamentarisch-demokratische Monarchie. Es weist zwei Ebenen der lokalen Administration auf. Die Hauptaufgaben der „Kreisräte“ auf der regionalen Ebene sind die Organisation des Gesundheitswesens einschließlich der Gesundheitsfürsorge für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Suchtproblemen. Die Kommunen sind u.a. für das Bereitstellen der Sozialdienste und für örtliche Fragen zuständig. Stockholm ist bevölkerungsmäßig die größte der 290 schwedischen Gemeinden.

Für die Bereitstellung von monetären Sozialhilfeleistungen sind die Gemeinden und damit die Stadt Stockholm verantwortlich. Es müssen jedoch nationale Standards und Richtlinien eingehalten werden. Insgesamt verfügt die Stadt damit nur über eine sehr begrenzte Autonomie. Die Geldleistungen sind grundsätzlich in armutsvorbeidender bzw. existenzsichernder Höhe. Eine Arbeitsvermittlung erfolgt ausschließlich über die Arbeitsagenturen und liegt nicht im Bereich der Sozialhilfe. Eine generelle Herausforderung für die Zukunft stellt die Zunahme der SozialhilfebezieherInnen dar.

Die nationale Gesetzgebung zu sozialen Hilfen und zur Pflege in Schweden erlaubt den Gemeinden und Stadtverwaltungen relativ große Freiheiten in Planung und Organisation. Die Stadt Stockholm verfügt damit über einen relativ hohen Grad an Autonomie. Eine der wichtigsten Prinzipien der schwedischen Politik für ältere Menschen ist, öffentliche

Maßnahmen so zu gestalten, dass diese so lange wie möglich in ihrer eigenen Wohnung leben können. Es gibt jedoch zum Teil Probleme bei der weiteren Betreuung und Behandlung von älteren Personen nach der Entlassung aus dem Spital. Insgesamt ist das Zusammenspiel zwischen Betreuung zu Hause, Primärversorgung und Spitalsversorgung noch zu verbessern. In Zukunft könnte die familiäre bzw. informelle Betreuung angesichts der Alterung der Bevölkerung zu einem Problemfeld werden.

Die Betreuung von Personen mit Behinderungen wird ebenfalls durch staatliche Rahmengesetze geregelt. Sie ermächtigen die lokalen Verwaltungen, die Dienstleistungen entlang ihrer eigenen Richtlinien zu implementieren. Entsprechend weist die Stadt Stockholm ein relativ hohes Maß an Autonomie auf. Bis zum Alter von 65 Jahren können Personen mit Behinderungen bzw. Eltern von behinderten Kindern auch ein persönliches Budget zum Ankauf von Leistungen beantragen. Der überwiegende Teil der behinderten Menschen in Schweden lebt in eigenen Wohnungen. Im Rahmen des Gesetzes über die Sozialdienste müssen die Kommunen alternative Wohnformen für Personen, die nicht mehr in der eigenen Wohnung leben können, zur Verfügung stellen. Zu den häufigsten Formen zählen Wohngruppen.

Auch die Wohnungslosenhilfe basiert in Schweden auf nationalen Rahmengesetzen. Generell ist die regionale Verwaltung (Kreisrat von Stockholm) für die Organisation der Maßnahmen zuständig. In der Gestaltung verfügt die Stadt über eine weitreichende Autonomie. Die Anzahl der wohnungslosen Menschen ist relativ stabil, daher bestehen keine besonderen Herausforderungen. Mehrere Studien belegen, dass fast alle wohnungslosen Personen von der Hilfe erreicht werden.

Die psychiatrische Betreuung ist ein integrierter Bestandteil des Gesundheitssystems. Grundsätzlich sind die Kreisräte (Kreisrat von Stockholm) für die Gesundheitsversorgung zuständig. Die Stadt Stockholm ist verpflichtet, eine psychosoziale Versorgung und eine Unterstützung für suchtkranke Personen bereitzustellen, kann aber über deren Gestaltung frei entscheiden. Im letzten halben Jahrhundert wurde die psychosoziale Betreuung in Schweden im ambulanten Bereich massiv ausgebaut. Ungefähr 70% der Personen mit psychischen Krankheiten wohnen in ihrem eigenen Zuhause. Bei der Betreuung und Behandlung von alkoholabhängigen Personen besteht nach Angabe der befragten ExpertInnen ein Bedarf an einer Modernisierung, die Betreuung von drogenabhängigen Personen ist hingegen sehr fortschrittlich.

Rechtliche Grundlage für die Gesundheitsversorgung ist das nationale Gesetz über Gesundheits- und medizinische Dienste. Die Kreisräte (Kreisrat von Stockholm) sind

grundsätzlich für die Gesundheitsversorgung zuständig. Die Stadt Stockholm hat keinerlei Kompetenzen im Bereich des Gesundheitssystems. Die privaten Spitäler sind in das allgemeine Gesundheitssystem integriert und unterliegen zumindest teilweise der Kontrolle des Kreisrats. Die ambulante Versorgung wird u.a. in Gesundheitszentren angeboten. Zur Reduktion von potenziellen Wartezeiten im stationären Bereich existiert eine Website, auf der jener Kreisrat einsichtig ist, der die kürzeste Warteliste für eine bestimmte Behandlung aufweist. Das Gesundheitssystem wird in erster Linie aus Steuern finanziert, zu einem gewissen Ausmaß auch aus Gebühren für Dienstleistungen und aus Selbstbehalten. Bei direkter Konsultation von Spezialambulanzen werden höhere Selbstbehalte verlangt, um ein Umgehen der primären Gesundheitsfürsorge einzudämmen.

2.1.6 Wien

Österreich ist ein Bundesstaat bestehend aus neun selbständigen Bundesländern. Nur genau aufgezählte Kompetenzen in Gesetzgebung und/oder Vollziehung werden vom Bund wahrgenommen, die Aufzählung ist freilich relativ umfangreich. Zu den Zuständigkeiten der Bundesländer zählen u.a. das Gesundheits- und das Sozialhilfewesen. Die Gemeinden haben wichtige Aufgaben der allgemeinen Daseinsvorsorge inne, darunter z.B. die Bereitstellung von Pflege und Sozialhilfe. Die Hauptstadt Wien verfügt als Bundesland und Gemeinde über zwei politische Entscheidungsstrukturen.

Die monetäre Sozialhilfe ist in Österreich in neun Landesgesetzen geregelt. Die Stadt Wien ist somit zu 100% autonom. SozialhilfebezieherInnen, welche aus Alters- oder Krankheitsgründen langfristig arbeitsunfähig sind, beziehen eine Dauerleistung entsprechend der Ausgleichszulage in der Pensionsversicherung. Diese und die Leistungen für größere Familien liegen in ihrer Gesamtheit über der statistischen Armutsgefährdungsschwelle. Obwohl Arbeitsvermittlung und Arbeitsintegration in die Zuständigkeit des Bundes fallen, setzt die Stadt Wien seit längerem auf eigene Programme zur beruflichen Integration von SozialhilfebezieherInnen. Entsprechende Angebote wurden ausgebaut, da zunehmend arbeitsfähige Personen Sozialhilfe beziehen. Gegenwärtige und zukünftige Herausforderungen bestehen in hoher Arbeitsmarktdynamik, der Erosion von Beschäftigung und dem Problem der Arbeitsfähigkeit (Sucht- und psychische Erkrankungen der KlientInnen nehmen zu). Erforderlich wären eine stärkere Verschränkung von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen mit Gesundheitsangeboten sowie geförderte Dauerarbeitsplätze.

Auch im Bereich der Pflege und der Sozialen Dienste ist Wien weitgehend autonom. Ein Großteil der Sachleistungen befindet sich in der Kompetenz der Stadt. Sukzessive werden die

bisher stark an Krankenhausstrukturen orientierten Pflegeplätze in Plätze umgewandelt, bei denen der Wohnaspekt im Vordergrund steht. Das Wiener Geriatriekonzept sieht den Grundsatz „ambulant vor stationär“ vor. Auch der teilstationäre Bereich wurde in den letzten Jahren stark ausgebaut. Ein Mangel besteht derzeit noch in der Vernetzung der unterschiedlichen Dienste und Einrichtungen. Zu entwickeln gilt es ferner alternative Betreuungsformen wie selbstverwaltete Wohnheime und intergenerationale Wohnformen. Ganz allgemein stellen aufgrund der demographischen Veränderungen auch die Finanzierung der Leistungen und der Rückgang der informellen Pflege zu Hause eine große Herausforderung für die Zukunft dar.

Die Zuständigkeit für die Behindertenhilfe in Österreich liegt grundsätzlich im Bereich der Länder, aber sowohl die Länder als auch der Bund tragen Verantwortung. Die Sachleistungen werden in erster Linie vom Land Wien bereitgestellt. Damit Menschen ein selbstbestimmtes Leben führen können, gibt es auch Unterstützung im Bereich Beratung und Assistenz. Seit 2008 gibt es die direkte finanzielle „Pflegegeldergänzungsleistung für persönliche Assistenz“. Das Behindertengesetz geht von Erwerbstätigkeit aus, es gibt eine Abgrenzung mit dem Pensionsalter. Entsprechend werden Leistungen für ältere Personen auf freiwilliger Basis erbracht. In der Praxis gibt es aber vor allem Wohngemeinschaften mit pädagogischer und pflegerischer Betreuung, die die Hilfe lange abdecken können. Dennoch gilt auch in Wien die Zunahme der älteren behinderten Personen als Herausforderung, aktuelle Themen sind auch Fragen der beruflichen Integration in Krisenzeiten.

Die Wohnungslosenhilfe wird in Österreich zur Gänze durch die Länder geregelt, die Umsetzung liegt bei den Gemeinden. Die Stadt Wien ist somit bei der Regelung zu 100% autonom. Der Entwicklungsplan („Wiener Stufenplan“) ist seit ca. 20 Jahren in Kraft und wurde weitgehend erfolgreich umgesetzt. Wenn KlientInnen als „wohnfähig“ angesehen werden, besteht in jedem Unterstützungssegment die Möglichkeit der Übersiedlung in eine eigene Wohnung. Bei eingeschränkter „Wohnfähigkeit“ wird sozial betreutes Wohnen zur Verfügung gestellt. Seit dem Jahr 2008 stehen zusätzliche Hilfen für Familien zur Verfügung, der praktizierte Ansatz ist „Housing First“. Ein günstiger Wohnraum außerhalb des Gemeindesektors ist jedoch nur schwer zu organisieren, da der Wohnungsmarkt sehr angespannt ist. Deshalb wird verstärkt in Drogierungsprävention investiert. Von Gerichtsverfahren betroffene Personen werden schriftlich über die Hilfestellungen der Stadt informiert. Es gibt jedoch ein Schnittstellenproblem, da nicht alle Verfahren seitens der Justiz gemeldet werden. Da generell psychische Probleme von wohnungslosen Personen zunehmen, wäre ein Ausbau des psychiatrischen Liaisondienstes anzustreben.

Die Psychiatrie im engeren Sinne und die medizinische Behandlung von suchtkranken Personen fallen in den Bereich der Gesundheitsversorgung. In der Mehrzahl der Bereiche der psychosozialen Versorgung und der Drogenhilfe sind die Bundesländer und damit auch die Stadt Wien hinsichtlich ihrer Organisation autonom. In den letzten 20 Jahren wurden Betten im stationären Bereich reduziert sowie die ambulante Versorgung ausgebaut, darüber hinaus wurde die Dezentralisierung des Angebots forciert. Die Einrichtungen der Psychosozialen Dienste bilden ein umfassendes ambulantes psychiatrisch-psychosoziales Versorgungssystem. Vor allem der Bereich Demenz und die Versorgung alter Menschen werden aufgrund der demographischen Entwicklung in Zukunft an Bedeutung gewinnen. In der Drogenhilfe gibt es ein dichtes Netz an stationären, ambulanten, beratenden und präventiven Angeboten. Die vier Säulen des Wiener Drogenkonzepts sind Prävention; Beratung, Behandlung und Betreuung; arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und soziale (Re)Integration sowie öffentlicher Raum und Sicherheit.

Die Grundsatzgesetzgebung für das Gesundheitssystem hat in Österreich der Bund inne, die Ausführungsgesetzgebung liegt bei den Ländern. Das Land Wien ist mit seinem Versorgungsauftrag für die Organisation der Fondsrankenanstalten zuständig. Für die privaten Spitäler besteht von Seiten der Stadt keine Regelungsmöglichkeit. In Wien ist nach wie vor ein Überhang an stationärer Versorgung festzustellen. Die Planungen für den regionalen Wiener Strukturplan 2015 sehen bereits einen Abbau von 4% der Betten im Spitalsbereich vor, die Kapazität im Pflegebereich wird erhöht. Der ambulante Bereich ist noch aufzuwerten, insbesondere sollen mehr Gruppenpraxen geschaffen und Versorgungsformen wie Tageskliniken forciert werden. Es wird auch verstärkt an einer besseren Koordination zwischen den Spitäler und der außerstationären Betreuung gearbeitet. Als Ursache der Probleme ist in erster Linie die duale Finanzierung zu identifizieren. Das Gesundheitswesen wird zu fast der Hälfte aus Versicherungsbeiträgen sowie zu rund jeweils einem Viertel aus Steuern und Selbstbehalten gespeist. Für schwer erreichbare Gruppen werden in Wien maßgeschneiderte „Health Literacy“-Programme durchgeführt. Allgemeine Wartelisten gibt es in den Bereichen Orthopädie und Augenheilkunde.

2.2 Wien im Städtevergleich der Sozial- und Gesundheitssysteme

Bei der offenen Sozialhilfe kann das Angebot Wiens im Städtevergleich in Summe als gut bewertet werden: die Stadt weist in diesem Bereich die größte Autonomie auf, es gibt eine gute Vernetzung mit ergänzenden Angeboten (darunter niederschwellige

Beschäftigungsprojekte) und (preisbereinigt) vergleichsweise hohe Richtsätze. Die standardisierten BezieherInnen- (2007 pro 1.000 EinwohnerInnen: 53) und Ausgabenquoten (2007 pro EinwohnerIn: 132 Euro) liegen bei einem in etwa durchschnittlichen Anteil der Erwerbspersonen an der Gesamtbevölkerung (2008 72,7%; Durchschnitt aller sechs Städte 74,4%) und einer in etwa durchschnittlichen Arbeitslosigkeitsrate (2007: 8,3% vs. 8,5% im Durchschnitt) sowie in Anbetracht der zusätzlich vorgelagerten Notstandshilfe als Sozialversicherungsleistung im oberen Bereich. Eine spezielle Herausforderung für die Zukunft stellt die Zunahme der teilarbeitsfähigen oder nicht arbeitsfähigen KlientInnen dar.

Auch im Bereich der Pflege und der sozialen Dienste kann das Angebot Wiens insgesamt als vergleichsweise gut bewertet werden. Die Stadt weist in diesem Bereich ebenfalls die größte Autonomie auf und bietet vielfältige Leistungen im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich an. Sie weist bei einem sogar leicht unterdurchschnittlichen Bevölkerungsanteil von Personen über 74 Jahre (2003-06: 8,1% vs. 8,7% im Durchschnitt) sowohl bei den KlientInnen (2008 pro 1.000 EinwohnerInnen über 65: 88 im ambulanten Bereich, 143 inkl. Wohnen im stationären Bereich) als auch bei den Ausgaben (2008 pro EinwohnerIn über 65: 561 Euro im ambulanten Bereich, 2.985 Euro inkl. Wohnen im stationären Bereich) Quoten im oberen Bereich aus. Mit den Ausbauplänen im Rahmen des Geriatriekonzepts 2015 sollte eine ausreichend qualitätsvolle Bedarfsdeckung auch in Zukunft sichergestellt sein. Allerdings wären das Zusammenspiel und die Vernetzung zwischen ambulanten und mobilen Diensten sowie dem stationären Bereich noch stärker zu forcieren. Auch im teilstationären Bereich (Tageszentren) ist noch ein weiterer Bedarf gegeben, der in den nächsten Jahren gedeckt werden soll.

Im Bereich der Behindertenhilfe fällt die Bewertung Wiens im Städtevergleich eher durchschnittlich aus: die Stadt weist gemeinsam mit Hamburg und Brüssel die größte Autonomie auf und bietet vielfältige Leistungen an, darunter seit kurzem auch eine Pflegegeldergänzungsleistung für persönliche Assistenz. Die Betreuungs- und Ausgabenquoten liegen im mittleren Bereich, in manchen Fällen gibt es zu wenig freie Kapazitäten. In Zukunft wird die Zahl der älteren behinderten Personen zunehmen. Im Wiener Chancengleichheitsgesetz gibt es jedoch eine (rechtliche) Abgrenzung mit dem Pensionsalter, um eine Differenzierung gegenüber den Pflege- und Betreuungsleistungen im Alter zu ermöglichen. Modelle für adäquate Angebote für ältere Menschen mit Behinderung werden derzeit erarbeitet.

Bei der Wohnungslosenhilfe lässt sich für Wien im Städtevergleich insgesamt ein auf allen Versorgungsebenen gut ausgebautes, stufenförmiges Angebot nachweisen, das auch an

spezifische Zielgruppen angepasst ist. Durch die Regelungskompetenzen im Rahmen des Wiener Sozialhilfegesetzes verfügt die Stadt über eine relativ große Autonomie. Hinzu kommen als positive Bedingungen, welche Wohnungslosigkeit schon im Vornehinein eindämmen, eine vergleichsweise geringe Langzeitarbeitslosenquote (2007: 2,9% vs. 3,9% im Durchschnitt der sechs Städte) sowie aus der subjektiven Sicht der Bevölkerung eine überdurchschnittlich positive Bewertung hinsichtlich der Einfachheit, gute Wohnungen zu vertretbaren Preisen zu finden (2006 auf einem Index von 0-100: 24,8 vs. 18,1 Punkte im Durchschnitt). Eine Ausweitung der bereits vorhandenen Angebote der Wohnungslosenhilfe wäre noch bei der Tagesbetreuung und bei der psychosozialen Versorgung anzustreben.

Wien verfügt im Städtevergleich insgesamt auch über eine gut ausgebauten psychiatrische und psychosoziale Versorgung sowie eine umfangreiche Unterstützung im Bereich der Sucht- und Drogenhilfen. Es stehen zahlreiche spezialisierte Angebote für unterschiedliche Zielgruppen zur Verfügung, z.B. für junge und alte Menschen, Frauen, sozial benachteiligte Personen. Der Zugang zu psychosozialen Diensten sowie zu Sucht- und Drogenhilfen ist sehr niederschwellig gestaltet.

Im Gesundheitsbereich besteht für Wien im Vergleich zu den anderen Städten nicht zuletzt durch die Einrichtung des Wiener Gesundheitsfonds und die Organisationsstruktur der Fondskrankenanstalten eine große Autonomie. Bei der Zufriedenheit mit den Krankenanstalten liegt Wien im Städtevergleich an der Spitze (2006 auf einem Index von 0-100: 90,0 vs. 78,7 Punkte im Durchschnitt der sechs Städte). Es ist allerdings ein Übermaß an stationärer Versorgung festzustellen, die hohe Bettendichte gepaart mit der hohen Zahl an Krankenhausaufenthalten (2007 pro 1.000 EinwohnerInnen: 357 vs. 296 im Durchschnitt exkl. Brüssel) weist auf einen besonderen Handlungsbedarf hinsichtlich einer Verlagerung von teuren stationären Leistungen in den ambulanten Bereich hin.

In Summe verfügt Wien über gut ausgebauten Sozial- und Gesundheitssysteme, welche im internationalen Städtevergleich zu den bestorganisierten und wirkungsvollsten zählen. Ein Handlungsbedarf lässt sich nur in spezifischen Teilbereichen ausmachen, während die anderen untersuchten Städte (mit der Ausnahme von Hamburg und Stockholm) zum Teil einen massiven Handlungsbedarf (z.B. Brüssel: Wohnungslosenhilfe, Behindertenhilfe; Lissabon: Pflege und soziale Dienste, Wohnungslosenhilfe, psychosoziale Versorgung; Prag: Pflege und soziale Dienste) aufgrund von groben strukturellen Mängeln aufweisen.

2.3 Die Großstädte nach Indizes zur Performance-Messung

Entsprechend dem unterschiedlichen regionalen und nationalen Kontext, in dem sich die Städte befinden, stellen die zentralen Indikatoren zur wirtschaftlichen und sozialen Situation nicht nur ausschließliche Performance-Indikatoren dar. Vielmehr wurden auch Hintergrund- und Kontextfaktoren zum bestehenden wirtschaftlichen und sozialem Umfeld sowie Inputfaktoren im Sinne von eigenem Aufwand bzw. Anstrengungen der Städte als eigene Kategorien berücksichtigt. Innerhalb der jeweiligen Kategorie wurden die Indikatoren zu aussagekräftigen Indizes verdichtet, welche vom Europäischen Zentrum in Anlehnung an die einschlägige ökonomische Literatur entwickelt wurden, und ein quantitatives Ranking der Großstädte ermöglichen.¹

2.3.1 Policy-Kontext und Umfeldbedingungen

Der „Prosperity“-Index ist auf den „positiven“ Kontext des städtischen Umfelds bezogen. Er soll bewerten, inwieweit eine Stadt wirtschaftlich und sozial gedeiht, gut situiert oder wohlhabend ist, bzw. bei zumindest teilweise beeinflussbaren Faktoren auch, inwieweit die Umsetzung ihrer politischen Maßnahmen „gelingt“. Es handelt sich dabei um die einfache Summe folgender Variablen:

- der Anteil der lokalen Erwerbspersonen mit Ausbildung im tertiären Bereich (ein Messwert für Humankapital), plus
- der Anteil der Erwerbspersonen an der Gesamtbevölkerung im Erwerbsalter (ein Messwert für das Ausmaß der Integration in den Arbeitsmarkt bzw. die Erwerbsbeteiligung), plus
- das städtische Bruttoregionalprodukt pro EinwohnerIn nach KKS relativ zu dem der reichsten Stadt in der EU (ein Messwert für den wirtschaftlichen Wohlstand), plus
- das durchschnittliche jährliche Wachstum des Bruttoregionalprodukts (ein Messwert für die wirtschaftliche Entwicklung), plus

¹ Die Auswahl der einzelnen Indikatoren für die verwendeten Indizes erfolgte einerseits auf Basis ihrer inhaltlichen Aussagekraft, andererseits auf Basis der Verfügbarkeit von vergleichbaren Daten für alle sechs untersuchten Städte. Für den jeweiligen Index¹ wären daher in mehreren Fällen „geeigneter“ Indikatoren denkbar, welche aber aufgrund von fehlenden Daten (für einzelne Städte) nicht herangezogen werden konnten.

- die gesamten kommunalen Einnahmen pro EinwohnerIn als Anteil am städtischen Bruttoregionalprodukt pro Kopf (ein Messwert für den steuerlichen bzw. finanziellen Handlungsspielraum der Stadt).

Besonders gut schneidet Wien bei letzterem Indikator mit einem Anteil von 16,4% ab (Durchschnitt über alle sechs Städte 9,6%) – der steuerliche bzw. finanzielle Handlungsspielraum der Stadt ist demnach, entsprechend der Kompetenzverteilung bzw. dem Autonomiegrad (vgl. dazu auch weiter unten), als herausragend zu bezeichnen. Bei den anderen Indikatoren dieser Gruppe für Humankapital, Erwerbsbeteiligung, wirtschaftlichen Wohlstand und wirtschaftliche Entwicklung erzielt Wien hingegen nur eher unterdurchschnittliche Werte.

Der „Burden“-Index ist auf den „negativen“ Kontext des städtischen Umfelds bezogen. Er hat eine Bewertung darüber zum Ziel, inwieweit eine Stadt finanzielle oder wirtschaftliche Herausforderungen aufweist bzw. ungünstig situiert ist, oder bei zumindest zum Teil von der Stadt beeinflussbaren Faktoren auch, inwieweit die Umsetzung politischer Maßnahmen „fehlschlägt“ bzw. nicht die gewünschte Wirkung erzielt. Es handelt sich dabei um die einfache Summe folgender Variablen:

- Anteil der über 75 Jahre alten BürgerInnen (ein Messwert für das relative Ausmaß an stark bedürftigen Menschen im Hinblick auf Langzeitpflege und medizinische Versorgung), plus
- der Anteil der Bevölkerung mit einer Staatsbürgerschaft aus einem Drittstaat (ein Messwert für ethnische Heterogenität), plus
- der Anteil der lokalen Arbeitskräfte, die von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind (ein Messwert für tiefgreifende Arbeitsmarktprobleme), plus
- der gesamte kommunale Schuldenstand pro EinwohnerIn als Anteil am gesamten städtischen Bruttoregionalprodukt pro Kopf (ein Messwert für einen Mangel an finanziellem Handlungsspielraum), plus
- die Anzahl der Eigentumsdelikte pro 100 EinwohnerInnen (ein Messwert für die Kriminalität in der Stadt).

Besonders gute, weil niedrige Werte, erreicht Wien beim relativen Schuldenstand (2,5% vs. 7,7% im Durchschnitt) und bei der Langzeitarbeitslosigkeit (2,9% vs. 3,9%). Es bestehen

somit für Wien weder ein Mangel an einem finanziellen Handlungsspielraum noch tiefgreifende Arbeitsmarktprobleme. Eher nachteilige, weil überdurchschnittlich hohe Werte, ergeben sich für Wien hingegen beim Anteil an ethnischer Heterogenität, beim Anteil an stark pflegebedürftigen Menschen sowie beim Messwert für Eigentumsdelikte.

Der maßgebende städtische „Net-Prosperity“-Index wird schließlich aus der einfachen Differenz zwischen dem Wert des „Prosperity“- (positives Umfeld) und dem Wert des „Burden“-Index‘ (negatives Umfeld) gebildet. Mit 174 Punkten platziert sich Stockholm auf dem ersten Platz, auch Brüssel und Prag verzeichnen mit 152 bzw. 141 Punkten noch überdurchschnittliche Werte (Durchschnitt: 140 Punkte). Es folgen Wien (132 Punkte) und Hamburg (127 Punkte). Das schlechteste Ergebnis erzielt Lissabon mit 115 Punkten.

Unter Berücksichtigung von zehn unterschiedlichen Dimensionen, welche die Situation einer Stadt in wirtschaftlichen und sozio-demographischen Belangen abbilden, lässt sich somit für Wien feststellen, dass die Stadt weder besonders vorteilhaft noch besonders nachteilig in puncto Umfeldbedingungen oder -herausforderungen, welche sie bewältigen muss, positioniert ist. Das bedeutet, dass die Wiener Stadtregierung als politische Akteurin im Städtevergleich weder mit besonders begünstigenden noch mit besonders einschränkenden Umfeldbedingungen vor bzw. bei der Implementierung von konkreten Stadt-Policies konfrontiert ist.²

2.3.2 Aufwand bzw. Anstrengungen der Städte

Die aufwandsbezogene Dimension des Städtemodells wird durch den City Input-Index erfasst. Er ist auf eine Bewertung darüber ausgerichtet, inwieweit eine Stadt selbst politische Anstrengungen unternimmt (bzw. unternehmen kann), um gegebenenfalls gewisse Akzente in der Wirtschafts-, Standort-, Arbeitsmarkt-, Sozial- und Gesundheitspolitik zu setzen. Es werden sowohl die Bereitstellung von Infrastruktur, die Investitionen in Dienstleistungen (Kinderbetreuung, Spitäler) als auch der Grad der Flexibilität bzw. des Spielraums der Großstädte beim Design und der Implementierung von Dienstleistungen in den Sozial- und Gesundheitssystemen sowie das allgemeine Ausgabenniveau untersucht. Dabei handelt es sich um die einfache Summe von folgenden Variablen:

² Für sich betrachtet handelt es sich bei den angeführten Variablen für den „Prosperity“-bzw. den „Burden“- sowie letztlich für den „Net-Prosperity“-Index zum Teil auch um Performance-Indikatoren, wie z.B. Erwerbsbeteiligung oder Arbeitslosigkeit. Aus der Perspektive einer Stadtregierung sind jedoch diese Performance-Variablen kaum beeinflussbar, wenn etwa für die Arbeitsmarktpolitik in erster Linie die nationale Ebene verantwortlich ist, und daher eher dem Kontext zuzuordnen.

- Bewertung der Stadt nach dem Mercer-Index für städtische Infrastruktur relativ zur Bewertung der bestbewerteten Stadt (ein Messwert für den Aufwand im Hinblick auf öffentliche Güter und Dienstleistungen wie Elektrizität, Wasserversorgung, Telefon, Post, öffentliche Verkehrsmittel, Verkehrsbelastung, und Flughäfen), plus
- der Autonomiegrad der jeweiligen Stadt bei der Gestaltung und Organisation der Sozial- und Gesundheitssysteme (ein Messwert für die Einflussmöglichkeiten der Stadt auf diesen Gebieten), plus
- die gesamten kommunalen Ausgaben pro EinwohnerIn als Anteil am gesamten städtischen Bruttoregionalprodukt pro Kopf (ein Messwert für den finanziellen Aufwand der Stadt), plus
- die Betreuungsquote von Kindern unter drei Jahren in Kindertagesstätten (ein Messwert für die frühzeitige Investition in Humankapital und die Unterstützung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf), plus
- die Anzahl an Krankenhausbetten pro 1.000 EinwohnerInnen (ein Messwert für den gesundheitspolitischen Aufwand³).

Besonders gute Werte erzielt Wien beim Mercer Infrastruktur-Index (95,7% vs. 92,1% im Durchschnitt aller sechs Städte). Darüber hinaus weist Österreichs Hauptstadt ein vergleichsweise hohes Ausgabenniveau auf (15,5% vs. 9,1%) – investiert also wesentlich mehr als die anderen Städte –, verfügt im Städtevergleich über die größte Autonomie bei den Sozial- und Gesundheitssystemen sowie über eine überdurchschnittliche Bettendichte im stationären Bereich. Lediglich bei den Betreuungsquoten für Kinder unter drei Jahren ergibt sich für Wien – trotz der im Österreichvergleich mit Abstand höchsten Quoten – ein unterdurchschnittlicher Wert. In den letzten Jahren haben sich die Betreuungsquoten in der Stadt durch den Ausbau von Einrichtungen und die Einführung der für Eltern kostenfreien Betreuung allerdings stark erhöht, was in dem internationalen Indikator noch nicht berücksichtigt wurde.

In Summe verzeichnet Stockholm (156 Punkte) den höchsten Input-Index-Wert und damit die größten stadtpolitischen Anstrengungen, vor Wien (150 Punkte) und Lissabon (144 Punkte). Während sich Brüssel mit 141 Punkten noch knapp über dem Durchschnittswert von

³ Ad hoc ist weder eine hohe noch eine geringe Anzahl an Betten als positiv oder negativ zu bewerten, es ist aber eine eindeutige Unterscheidung in hohen vs. geringen Input möglich.

139 Punkten befindet, liegt Hamburg mit 136 Punkten bereits knapp darunter. Den geringsten Input-Wert weist Prag mit 108 Punkten auf.

Wenn also die konkreten Policy-Anstrengungen der Stadtregierungen betrachtet werden, zeigt sich für die Stadt Wien, welche weder besonders vorteilhafte noch besonders nachteilige Umfeldbedingungen aufweist (siehe oben), ein sehr dynamischer Policy-Input. Trotz keineswegs ausgeprägt positiver Umfeldbedingungen investiert die Stadt demnach im Städtevergleich relativ viel bzw. unternimmt überdurchschnittliche Anstrengungen, um für ihre EinwohnerInnen eine hohe Lebensqualität, gute wirtschaftliche Bedingungen und eine gute soziale Absicherung sicherzustellen.

2.3.3 „Objektive“ und subjektive Performance

Der City Performance-Index bewertet schließlich, inwieweit eine Stadt erfolgreich qualitative öffentliche Güter und Dienstleistungen bereitstellt bzw. letztlich auch, inwieweit die Umsetzung ihrer politischen Maßnahmen „gelingt“. Als „objektiver“ Maßstab wird im Sinne eines Überblicks über Verwaltungs-, Institutions-, System- und Dienstleistungsstrukturen die Bewertung der Stadt auf dem Mercer Lebensqualitäts-Index herangezogen. Dies ist ein Messwert für die „objektive“ Performance einer Stadt unter Berücksichtigung von insgesamt zehn Kategorien, darunter Umwelt, Wohnverhältnisse, Erholung und Freizeit, medizinische Versorgung, politisches und soziales Umfeld, wirtschaftliches und kulturelles Umfeld, Schulen und Ausbildung, sowie öffentliche Dienstleistungen und Beförderung.

Wien erzielt dabei als auf dem Mercer Lebensqualitäts-Index insgesamt bestbewertete Stadt das höchstmögliche Resultat von 100%, der Durchschnitt der sechs untersuchten Städte liegt bei 94,6%.

Zum anderen tragen auch subjektive Wahrnehmungen und Einschätzungen der BürgerInnen zu einem vollständigen Bild der Performance einer Stadt bei. Als subjektive Output-Variablen werden die Zufriedenheit der BürgerInnen auf fünf Dimensionen des Befragungsteils im Rahmen des Urban-Audit-Programms von Eurostat verwendet. Die Auswahl der fünf Bereiche erfolgte zum einen im Sinne von aussagekräftigen allgemeinen Variablen sowie zum anderen im Sinne von spezifischen Variablen, welche sich auf das Themenfeld der vorliegenden Studie beziehen (Zugang zu Wohnungen, Zufriedenheit mit Krankenhäusern). Es handelt sich dabei jeweils um einen synthetischen Index zwischen 0 (nicht zufrieden) und 100 Punkten (zufrieden):

- Stadtleben allgemein („zufrieden, in dieser Stadt zu leben“), plus

- administrative Leistung („administrative Dienste helfen effizient“), plus
- Umgang mit budgetären Ressourcen („budgetäre Ressourcen werden in verantwortungsvoller Weise verwendet“), plus
- Zugang zu Wohnungen („einfach, gute Wohnungen zu vertretbaren Preisen zu finden“), plus
- Zufriedenheit mit Krankenhäusern.

Wien erhält von seiner Bevölkerung in allen Kategorien überdurchschnittlich hohe Bewertungen. Am deutlichsten fallen die positiven Unterschiede zu den anderen Städten beim verantwortungsvollen Umgang mit budgetären Ressourcen (68,6 Punkte vs. 48,4 Punkte im Durchschnitt der sechs Städte), bei der Zufriedenheit mit den Krankenhäusern (90,0 vs. 78,7 Punkte) und bei der Bewertung des Zugangs zu Wohnungen (24,8 vs. 18,1 Punkte) aus. Bei der Zufriedenheit mit dem Stadtleben allgemein (94,2 vs. 93,0 Punkte) und der Bewertung der administrativen Leistung (55,1 vs. 54,5 Punkte) liegen die Werte nahe dem Durchschnitt aller sechs Städte, fallen aber ebenfalls noch überdurchschnittlich aus.

Der Gesamt-Performance-Index stellt die einfache Summe aus der „objektiven“ Output-Variable und den subjektiven Output-Variablen dar. Für Wien (433 Punkte) und Brüssel (423 Punkte) ergeben sich mit Abstand die höchsten Werte. Es folgen Hamburg (394 Punkte) und Stockholm (372 Punkte). Die geringsten Werte verbuchen Prag (359 Punkte) und Lissabon (344 Punkte). Der Durchschnittswert der sechs Städte beträgt 388 Punkte.

Wien führt damit bei der Messung der Policy-Performance in „objektiven“ Variablen sowie in subjektiven Wahrnehmungen der BewohnerInnen die Städte in der Stichprobe eindeutig an und bietet die höchste Lebensqualität für seine BürgerInnen. In der zusammenfassenden Gesamtbetrachtung zeigt sich eine starke Evidenz, dass die Stadt auf Basis der gegebenen Umfeldbedingungen und Ressourcen mit dem eigenen Policy-Input ein Maximum an Performance erzielt: Wien verfügt im Vergleich über eher unterdurchschnittliche Policy-Kontext-Werte, unternimmt aber überdurchschnittliche Anstrengungen und weist die beste städtische Performance auf.

3 Großstadtfaktor: spezielle Probleme und Herausforderungen

Bei einer vergleichenden Analyse von Großstädten ist vorab zu berücksichtigen, dass sie in der Regel für ihre jeweiligen Länder bzw. Staaten nicht repräsentativ sind. Sie stehen häufig besonders schwierigen politischen, ökonomischen und sozialen Herausforderungen gegenüber.

Obwohl es einige bemerkenswerte Ausnahmen gibt und Großstädte selbst häufig innerstädtische Ungleichheiten verdecken, kann allgemein festgestellt werden, dass Großstädte tendenziell ein höheres Niveau an sozialen Herausforderungen aufweisen. Zentrale Indikatoren wie etwa Einkommensungleichheit (bzw. generell sozio-ökonomische Ungleichheiten) sowie der Anteil der von Armut und sozialer Ausgrenzung betroffenen BürgerInnen signalisieren mit zumeist über dem nationalen Durchschnitt liegenden Werten einen erhöhten politischen Handlungsbedarf (siehe z.B. Hamnett 1993; Saraceno 2003).

Ein kürzlich von Eurocities (2009) veröffentlichter Bericht beweist dies in sehr anschaulicher Weise. Darin wird gezeigt, dass Großstädte in der Europäischen Union in der Regel höhere Arbeitslosen- und Armutsraten verzeichnen als der jeweilige Gesamtstaat im Durchschnitt. Auch in den der Studie zugrundeliegenden sechs Städten betrug die Arbeitslosenrate im Jahr 2005 im Durchschnitt 8,9% gegenüber einem nationalen Durchschnitt über die sechs entsprechenden Staaten von 7,5% (vgl. Tab. 1). Gleichzeitig weisen sowohl Arbeitslosen- als auch Armutsraten beträchtliche Unterschiede innerhalb einer Stadt beziehungsweise zwischen einzelnen Stadtvierteln auf. Auch die Jugend- und Langzeitarbeitslosigkeit ist in den Städten höher als auf der staatlichen Ebene im Durchschnitt. Ebenso ist die Ausgrenzung auf dem Wohnungsmarkt und ein erhöhter Anteil an wohnungslosen Personen ein häufiges Problem (siehe auch European Cities Against Child Poverty 2008). Höhere Migrationsraten in den Städten bewirken auf der einen Seite eine geringere Alterung der Bevölkerung und potentiell einen Anstieg der aktiven BeitragszahlerInnen für die sozialen Systeme, könnten aber auf der anderen Seite unter Umständen auch verstärkt soziale und wirtschaftliche Probleme verursachen (vgl. z.B. Alesina et al. 1999; Alesina/Ferrara 2000; 2005; Putnam 2007). Als Resultat all dieser Faktoren und der dadurch bewirkten Konzentration von bedürftigen Personen, erreichen die von Städten zu erbringenden Leistungen etwa im Bereich der Sozialhilfe und der Wohnungslosenhilfe, aber auch in anderen sozialen Bereichen, ein deutlich höheres Maß als im nationalen Durchschnitt.

Darüber hinaus ist die Lebenserwartung von in europäischen Großstädten lebenden Menschen signifikant geringer als von Personen, welche außerhalb der städtischen Gebiete leben (Eurocities 2009). (In unserer Stichprobe ergibt sich hingegen vor allem bedingt durch den Vergleich Prag/Tschechische Republik, wo die Lebenserwartung in der Hauptstadt höher ausfällt, im Durchschnitt über Frauen und Männer für das Jahr 2006 eine mehr oder weniger identische Lebenserwartung von 79,4 Jahren in den Großstädten und 79,3 Jahren auf Länderebene, vgl. Tab. 1). Während sich Unterschiede in allgemeinen Morbiditätsraten häufig noch deutlicher innerhalb der Städte bzw. zwischen den einzelnen Stadtvierteln zeigen, sind Großstädte praktisch ohne Ausnahmen mit einer substantiell erhöhten Konzentration an Personen mit psychischen Erkrankungen, drogenbezogenen Problemen und hochinfektiösen Erkrankungen konfrontiert.

Zusätzlich zu der allgemein erhöhten Anzahl an bedürftigen BürgerInnen müssen Großstädte zahlreiche soziale Leistungen (z.B. Sozialhilfe, Wohnungslosenhilfe) sowie psychosoziale Versorgung, Pflege und medizinische Leistungen bzw. die generelle Infrastruktur (z.B. Verkehr) auch für eine nicht unbedeutliche Zahl an Personen mit einem (ursprünglichen) Wohnsitz außerhalb der Stadt bereitstellen. Dies trifft insbesondere auf kostenintensive, hoch spezialisierte Dienstleistungen und medizinische Infrastruktur zu. In unserer Stichprobe zeigt sich beispielhaft anhand der Spitalsbetten pro 1.000 EinwohnerInnen in der Periode 2003-06 eine deutlich höhere Bettendichte von 8,7 im Durchschnitt der Großstädte gegenüber 6,1 im Durchschnitt über die zugehörigen sechs Länder (vgl. Tab. 1). Auch lässt sich in Städten generell eine stärkere Nachfrage nach qualitativ hochstehenden Dienstleistungen nachweisen. Die Folge sind mit Abstand höhere Sozial- und Gesundheitskosten pro EinwohnerIn als im nationalen Durchschnitt.

Trotz allgemein überdurchschnittlich hoher Einkommen der lokalen Arbeitskräfte und eines überdurchschnittlichen Bruttoregionalprodukts, haben die Städte zur Bewältigung der Sozial- und Gesundheitskosten aber häufig nur eingeschränkte Befugnisse und Kontrollen, da zahlreiche öffentlichen Maßnahmen, Entscheidungskompetenzen sowie ökonomische und gesetzliche Mittel, um bestimmten sozialen und ökonomischen Herausforderungen zu begegnen, üblicherweise der nationalen Ebene obliegen, und sie somit von der Ausgestaltung des jeweiligen Finanzausgleichs abhängig sind. Auch indirekt über den Konsum kommen die höheren Einkommen der lokalen Arbeitskräfte nur limitiert der jeweiligen Stadt zugute, da viele Arbeitsplätze von PendlerInnen aus dem Umland eingenommen werden, und daher die Einkommen zumindest zum Teil „abfließen“.

Tab. 1: Indikatoren im Vergleich Großstädte vs. nationale Durchschnitte in der Stichprobe

	Durchschnitt Großstädte (Brüssel, Hamburg, Lissabon, Prag, Stockholm, Wien)	Nationale Durchschnitte (Belgien, Deutschland, Portugal, Tschechische Rep., Schweden, Österreich)
Arbeitslosenrate 2005*	8,9	7,5
Lebenserwartung 2006**	79,4	79,3
Krankenhausbetten per 1.000 EW 2003-06	8,7	6,1

* Stockholm/Schweden: 2004

** Durchschnitt für Frauen und Männer zusammen

Q: Eurostat; OECD

Die Stadt Brüssel stellt für die beschriebenen Sachverhalte ein besonders illustratives Beispiel dar, da budgetäre Mittel knapp bemessen und soziale Bedürfnisse massiv in Erscheinung treten. Die 19 Gemeinden von Brüssel befinden sich mit der Hauptstadtregion Brüssel in der drittreichsten Region Europas nach London und Luxemburg. Die Unternehmen in dieser Region zeichnen für 34% der Gesamteinnahmen bei der Körperschaftssteuer für ganz Belgien verantwortlich, mit nur 10% der Gesamtbevölkerung produziert diese Region 20% des nationalen Bruttoinlandsprodukts.

Dennoch ist Brüssel-Stadt-19 als Teil der Region paradoxe Weise eine sehr „arme“ Stadt. Zusätzlich zu mehr als 100.000 DiplomatInnen und anderen nicht-belgischen Staatsangehörigen und ihren Familien bei einer Gesamtbevölkerung von rund einer Million, haben nicht weniger als 53% an den insgesamt rund 700.000 Arbeitsplätzen Personen inne, welche nicht in Brüssel wohnen (insbesondere Ein- und AuspendlerInnen) und keine lokalen Steuern zahlen, aber von der lokalen öffentlichen Infrastruktur wie etwa Straßen, öffentlichen Verkehrsmitteln, Sicherheit und Polizei, medizinische Versorgung etc. profitieren (Corijn/Vloeberghs 2009). Etwa 90% der städtischen Ressourcen setzen sich aus Transfers seitens übergeordneter Verwaltungsebenen zusammen, nur rund 10% stellen eigene Einnahmen aus den 19 Gemeinden der belgischen Hauptstadt dar. Im Ergebnis sind vier Brüsseler Gemeinden unter den fünf Gemeinden mit den niedrigsten steuerlichen Einnahmen in ganz Belgien zu finden.

Gleichzeitig weist die Stadt eine massive strukturelle Langzeitarbeitslosigkeit und eine geringe Verfügbarkeit von Sozialwohnungen gepaart mit hohen Wohnkosten, welche auch bereits den Mittelstand finanziell bedrohen, auf. Bedingt auch durch den hohen Anteil an Jugendlichen mit Migrationshintergrund beträgt die Jugendarbeitslosigkeit in der Stadt Brüssel heute rund 35%; einer von fünf Jugendlichen in der Region Brüssel-Hauptstadt verlässt das Schulsystem nur mit einem Abschluss der primären Schulstufe. 5% aller BürgerInnen sind von der Sozialhilfe abhängig, bei den 18-24-Jährigen sogar mehr als zwei Drittel, und jede/r vierte SozialhilfeempfängerIn in Belgien lebt in Brüssel. 14% der

EinwohnerInnen der Hauptstadtregion Brüssel haben zudem Anspruch auf eine Rückvergütung für Medikamentenkosten aufgrund geringer Einkommen (Corijn/Vloeberghs 2009). Trotz einer teuren medizinischen Infrastruktur und einer relative hohen Dichte an niedergelassenen ÄrztInnen vermeiden jedoch viele Brüsseler BürgerInnen Arztbesuche aufgrund der relativ hohen Eigenleistungen bzw. Selbstbehalte innerhalb des staatlichen Gesundheitssystems (Dierckx 2002).

3.1 Literatur

- Alesina A., Baqir R. & Easterly, W. (1999): 'Public Goods and Ethnic Divisions', *Quarterly Journal of Economics* 114, 1243–84.
- Alesina A., La Ferrara E. (2000): 'Participation in Heterogeneous Communities', *Quarterly Journal of Economics* 115, 847–904.
- Alesina A., La Ferrara E. (2005): 'Ethnic Diversity and Economic Performance', *Journal of Economic Literature* 43, 762–800.
- Corijn, E. and Vloeberghs E. (2009): *Brussel! Urban Notebooks*. Brussels: VUB Press.
- Dierckx D. (2002): *De quoi vivons-nous. La pauvreté en Belgique*, une publication de la série "Horizons" de Cera Foundation, Bruxelles.
- Eurocities (2009): *Social Exclusion and Inequalities in European Cities: Challenges and Responses*. Brussels: Progress.
- European Cities Against Child Poverty (2008): www.againstchildpoverty.com
- Hamnett, C. (1993): *Social Polarisation in Global Cities: Theory and Evidence*. *Urban Studies*, Vol. 31, No. 3, pp. 401-424.
- Putnam, R.D. (2007): 'E Pluribus Unum: Diversity and Community in the Twenty-First Century,' *Scandinavian Political Studies*, 30(2), 137-174.
- Saraceno C. (ed.) (2003): *Social Assistance Dynamics in Europe: National and Local Poverty Regimes*. Policy Press.

4 Systemische Analyse der Sozial- und Gesundheitssysteme auf Einzelstadtebene

4.1 Brüssel

4.1.1 Föderale Struktur

Belgien ist eine bundesstaatlich organisierte konstitutionelle Monarchie. Sie setzt sich aus sechs föderalistischen, sich überschneidenden, Einheiten zusammen: drei Regionen und drei Gemeinschaften. Jede Einheit hat ein eigenes Parlament und eine eigene Regierung. Die Flämische Gemeinschaft und Flandern sind (inklusive ihrer Institutionen) fusioniert. Zusätzlich ist Belgien in Provinzen und Gemeinden aufgeteilt.

Die Bundesbehörden haben Kompetenzen, die nicht explizit auf die Gemeinschaften und Regionen übertragen wurden („Restzuständigkeit“), und eine Anzahl von speziell benannten Befugnissen (Geldpolitik, Justiz, soziale Sicherheit, Innenpolitik, etc.). Darüber hinaus ist die nationale Ebene auch verantwortlich für die Akkreditierung, Regulierung und Finanzierung von Spitätern.

Die Regionen wurden in Hinblick auf die wirtschaftliche Vielfalt Belgiens geschaffen. Ihre Kompetenzen beziehen sich daher auf wirtschaftliche Fragen (Wirtschaftspolitik, Beschäftigungspolitik), ergänzt durch territoriale Aspekte (Umwelt, Raumplanung, Wohnen, Energie, öffentliche Arbeiten und Transport, etc.).

Persönliche und örtliche Angelegenheiten fallen – so wie Kultur und Bildung – unter die Aufsicht der Gemeinden. Die Gemeinden können beschließen, das Angebot an sozialen Diensten (z.B. Pflege) zu verändern oder zu ergänzen. Bei Geldleistungen (Sozialhilfe) sind sie mit ihren Öffentlichen Zentren für Soziale Wohlfahrt (OCMW) für die Bereitstellung und Auszahlung der Leistungen, die auf nationaler Ebene geregelt werden, verantwortlich. Bei den Spitätern sind sie für die Kontrolle der Implementierung der auf Bundesebene festgelegten Regulierungen zuständig.

Die Hauptstadt Brüssel weist aufgrund ihrer bilingualen Natur einen speziellen Status auf. Die sozioökonomische und politisch-institutionelle Situation ist komplex. Brüssel ist gleichzeitig:

- die Hauptstadt sowohl der EU als auch der föderalen Regierung des Königreichs Belgien, Wohnsitz von 1.1 Millionen Einwohnern einschließlich einer großen Zahl nicht steuerpflichtiger Beamten und Diplomaten,

- eine Region mit einer Regionalregierung („Brüssel-Hauptstadt“), die für alle territorialen Angelegenheiten verantwortlich ist,
- eine Region mit zwei sprachlich definierten Bevölkerungsgruppen (flämisch- und französischsprachig), die für alle personenbezogenen Angelegenheiten wie z.B. Sprachen, Bildung und Kultur zuständig sind. Jede/r BürgerIn kann für sich jene Gemeinschaft aussuchen, der er/sie angehören möchte.
- Brüssel ist auch eine Stadt bestehend aus 19 gleichberechtigten unabhängigen kommunalen Einheiten (Brüssel Stadt-19). Jede Einheit weist eine/n eigene/n BürgermeisterIn und einen eigenen Gemeinderat auf. Dieser ist zuständig für örtliche Angelegenheiten einschließlich eines OCMW⁴, das sich um Sozialhilfe und damit verbundene Dienstleistungen kümmert (Corijn/Vloeberghs 2009).

Die regionalen Kompetenzen werden durch die Institutionen der Region Brüssel-Hauptstadt ausgeübt. Jede Brüsseler Institution verfügt über ein legislatives und ein exekutives Organ, eine Verwaltung und ein eigenes Budget.

Die Zuständigkeiten der Gemeinschaften werden in Brüssel von der französischen und der flämischen Bevölkerungsgruppe sowie von den drei Gemeinschafts-Kommissionen ausgeübt:

- GGC/CCC (Gemeinsame Kommission beider Gemeinschaften),
- COCOF (Französische Gemeinschaftskommission) und
- VGC (Flämische Gemeinschaftskommission).

Jede der drei Gemeinschaftskommissionen hat organisatorische Befugnisse wie die Einrichtung von Institutionen, Initiativen sowie deren Finanzierung. Die normativen Instrumente der Brüsseler Institutionen sind wie folgt:

- Das Brüsseler Parlament erlässt seine eigenen Rechtsvorschriften in Form von Verordnungen.
- Die Gemeinsame Kommission hat auch gesetzgeberische Kompetenz und erlässt eigene Vorschriften. Sie hat die Verantwortung für Angelegenheiten, für die keine der beiden

⁴ Die OCMWs werden von einem Rat für Soziale Maßnahmen verwaltet, dessen Mitglieder durch den Gemeinderat gewählt werden.

Gemeinschaften für sich alleine eine Kompetenz auf dem zweisprachigen Gebiet der Region Brüssel-Hauptstadt hat. Dies betrifft in erster Linie Institutionen, die aufgrund ihrer Organisation nicht ausschließlich an eine der beiden Gemeinschaften gebunden sind. Diese zweisprachigen Institutionen sind entweder öffentliche Institutionen, die per definitionem zweisprachig sind, wie die OCMWs und die öffentlichen Krankenhäuser oder private Einrichtungen, die sich nicht für eine bestimmte Gemeinschaft entschieden haben.

- Die COCOF kann seit 1994 autonom in bestimmten Angelegenheiten, die von der französischen Bevölkerungsgruppe übertragen wurden, tätig werden und Gesetzgebung in Form von Verordnungen erlassen (u.a. den Großteil der Gesundheitsversorgung und individuellen Sozialleistungen betreffend).
- Die Flämische Gemeinschaft hat keine Kompetenzen an die VGC übertragen. Demnach verfügt sie über keine gesetzgebende Gewalt.

Das Zuständigkeitskriterium der Einheitsgemeinschaft bezieht sich auf die Sprache, nach der die Institution organisiert wird. Beispiele für Institutionen sind die einsprachigen französisch- oder flämisch-sprachigen Krankenhäuser (d.h. insbesondere die Universitätskliniken). Diese Institutionen müssen dennoch für alle Personen offen sein, auch wenn sie de facto in erster Linie von jenen in Anspruch genommen werden, die die Sprache der Institution sprechen.

In der Praxis weisen die verschiedenen Verwaltungsinstitutionen Mängel bei der horizontalen und vertikalen Koordination und beim Austausch von Informationen auf. Flämisch- und französischsprachige Gemeinden, die auf demselben Territorium im Dienste der jeweiligen Bevölkerungsgruppen arbeiten, haben kein reguläres Forum, in dem sie kommunizieren sowie Aktivitäten planen und koordinieren. In der Praxis nehmen individuelle Betreuungspersonen im Rahmen verschiedener sozialer Dienste (z.B. KrankenpflegerInnen, SozialarbeiterInnen, WohnreferentInnen) Überprüfungen auf Anspruchsberechtigung, etc. vor, bevor sie ihre KlientInnen versorgen. Generell erfolgt dies auf ad-hoc Basis und ohne Information anderer Instanzen. So überprüfen z.B. WohnreferentInnen die Wohnsituation, teilen dieses Wissen aber nicht auf systematischer Basis mit den OCMWs. Der OCMW-Direktor jeder Gemeinde agiert wiederum relativ unabhängig vom jeweiligen Gemeinderat für soziale Angelegenheiten.

Darüber hinaus berücksichtigt die institutionelle Auferlegung der flämisch / französischen Dichotomie bei der Festlegung der Kompetenzen der Gemeinschaften und der

Bereitstellung von Diensten nicht die soziologischen Gegebenheiten. So wird z.B. geschätzt, dass bis zu 50% der EinwohnerInnen privat eine andere Sprache als Französisch oder Niederländisch sprechen. Dennoch sind alle personenbezogenen sozialen Dienstleistungen, wie z.B. Bildung, nach einem Schema strukturiert, dass die Einwohner dazu zwingt, zu wählen, ob sie entweder flämisch oder französisch sprechen. Viele Krankenhäuser haben keine oder fast keine MitarbeiterInnen, die ausreichend Flämisch sprechen, obwohl das Angebot der medizinischen Dienste aus rechtlicher Sicht in beiden Sprachen zur Verfügung stehen sollte.

Bezogen auf budgetäre Einnahmen stammen in Brüssel rund 88% der Ressourcen aus staatlichen Transfers und nur rund 12% aus eigenen Einnahmen, wie Erbschaftssteuer, Verkehrsteuer und Grundsteuer.

4.1.2 Geldleistungen (und Krankenhilfe) im Rahmen der Sozialhilfe

4.1.2.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Die monetäre Sozialhilfe wird auf Bundesebene geregelt und fällt hauptsächlich in deren Verantwortung. Die OCMWs, die in jeder Gemeinde vertreten sind, erhalten Transfers von der Bundesebene (Nationales Amt für soziale Sicherheit), um die Sozialhilfe („Eingliederungseinkommen“) auszahlen zu können. Die Prüfung der Anträge und die faktische Auszahlung liegen in der Verantwortung der OCMWs. Autonom sind die Kommunen nur bei ergänzenden Geldleistungen und sozialen Diensten, die von den Gemeinden selbst organisiert und finanziert werden.

Die monetäre Sozialhilfe ist ein in der belgischen Verfassung garantiertes Recht, es besteht ein Rechtsanspruch. Das „Eingliederungseinkommen“ ergibt sich aus dem Recht auf soziale Integration, während darüber hinausgehende "individuelle Hilfen" im Rahmen des Rechts auf Sozialhilfe geleistet werden.

4.1.2.2 Funktionale Gliederung und Organisation

An monetären Leistungen stehen das „Eingliederungseinkommen“ zur Sicherung des Existenzminimums (Männer bis 65 Jahre, Frauen bis 63 Jahre) sowie ein garantiertes Einkommen für ältere Menschen zur Verfügung. Zusätzlich gibt es Unterstützungen zur Deckung von Wohn- und Heizkosten.

Für bedürftige Personen ohne Krankenversicherung übernehmen die OCMWs Spitals- und andere medizinische Kosten.

Im Rahmen von individualisierten Projekten zur sozialen Eingliederung kümmern sich die OCMWs mit ihren SozialarbeiterInnen auch um die soziale Betreuung der KlientInnen, z.B. bei Personen, für die aus verschiedensten Gründen eine reguläre Beschäftigung (noch) nicht möglich ist. Hier fungieren die OCMWs auch als legale Arbeitgeber, die ein gewisses Gehalt bezahlen. Ziel ist es, dass die KlientInnen Berufserfahrung sammeln und ihre soziale Situation (z.B. über den Erwerb von Ansprüchen auf vorrangige Sozialversicherungstransfers) stabilisieren können. Die OCMWs übernehmen auch die Verantwortung für die Qualifizierung der KlientInnen. Zusätzlich werden auch Hilfen bei der Arbeitssuche (am freien Arbeitsmarkt) und Hilfen bei der Wohnungssuche angeboten.

Bei Beschäftigungsprojekten arbeiten die OCMWs zum Teil mit gemeinnützigen Arbeitgebern zusammen. Einige große Organisationen spielen dabei eine wichtige Rolle.

4.1.2.3 Zielsetzungen und Strategien

Die Sozialhilfebedürftigkeit bzw. Armut in Brüssel ist in erster Linie durch den Mangel an Qualifikationen und durch hohe, strukturelle Langzeitarbeitslosigkeit bedingt. Darüber hinaus gibt es immer mehr AntragstellerInnen aus anderen EU-Mitgliedsstaaten. Die Freizügigkeit der ArbeitnehmerInnen innerhalb der Europäischen Union und die durch die Krise beeinträchtigte Arbeitsmarktlage führen dazu, dass viele nicht-belgische EU-StaatsbürgerInnen in Brüssel arbeitslos und armutsgefährdet sind. Dazu kommt, dass aufgrund von Unterschieden in den Lebens- und Arbeitsbedingungen die Sozialhilfe in Belgien zum Teil einem Vielfachen des Mindestlohns in einem anderen Mitgliedstaat entspricht.

Die Höhe des „Eingliederungseinkommens“ ist von der familiären Situation abhängig. Es gibt Richtsätze für Alleinstehende, Paare, Alleinerziehende sowie Paare mit Kindern. Grundsätzlich handelt es sich um ein indexiertes Einkommen, das eine menschenwürdige Existenz ermöglichen sollte. Allerdings befinden sich die Richtsätze, abgesehen von der "Einkommensgarantie" für ältere Menschen, unterhalb der Schwelle zur Armutgefährdung (beim „Eingliederungseinkommen je nach Familienzusammensetzung um 4 bis 17%). Eine zusätzliche Problematik in dieser Hinsicht entsteht bei der Berücksichtigung der hohen Kosten für privates Wohnen und der enormen Knappheit des Angebots an sozialen Wohnmöglichkeiten. Mehr als die Hälfte der EinwohnerInnen von Brüssel gibt zwischen 41 und 65% ihres gesamten Einkommens für Miete aus. Die Wohnungskrise hat somit auch

bereits die Mittelschicht erfasst (Corijn/Vloeberghs 2009).

4.1.2.4 Zielgruppen

Rund ein Viertel der Personen, die ein „Eingliederungseinkommen“ in Brüssel erhalten, beziehen eine Teilleistung, sie müssen ihre niedrigen Einkommen ergänzen. Für rund drei Viertel ist das „Eingliederungseinkommen“ die einzige Einkommensquelle.

Unter den BezieherInnen des „Eingliederungseinkommens“ sind die Frauen in der Mehrheit (57%). Unter den gesamten SozialhilfeklientInnen (Eingliederungseinkommen und garantiertes Einkommen für ältere Menschen) ist insbesondere bei Personen unter 25 Jahren und bei Personen im Pensionsalter eine Zunahme auszumachen. Im Jahr 2006 waren von allen BezieherInnen 23% unter 25 Jahren, 47% im Alter von 25 bis 49 Jahren, 18% im Alter von 50 bis 64 Jahren und 12% über 65 Jahre.

63% der BezieherInnen des „Sozialen Eingliederungseinkommens“ hatten die belgische Staatsbürgerschaft, 7% jene eines anderen EU-Staates und 30% die eines Drittstaates. Fast die Hälfte der BezieherInnen lebte alleine, rund ein Viertel waren Paare ohne Kinder und ein weiteres Viertel Paare mit Kindern bzw. AlleinerzieherInnen.

4.1.2.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Das soziale „Eingliederungseinkommen“ ist als letzter Ausweg zu betrachten; Anspruchsberechtigung besteht dann, wenn die betreffende Person nicht über ausreichende Mittel verfügt und keine vorrangigen Ansprüche gegenüber Dritten (Sozialversicherung, Unterhalt, etc.) hat. EmpfängerInnen müssen ihren tatsächlichen Wohnsitz in Brüssel oder den Status als politischer Flüchtling haben. Nicht anspruchsberechtigt sind illegal aufhältige Personen. Bei Arbeitsfähigkeit im erwerbsfähigen Alter muss auch Arbeitswilligkeit gegeben sein (gewisse Ausnahmen für Personen unter 25 Jahren).

Allerdings führt nach Angabe der ExpertInnen die Überlastung des Verwaltungspersonals und der SozialarbeiterInnen zu einem Mangel an Kontrolle und zu Fehlallokationen, wie z.B. der „automatischen“ Vergabe von Leistungen an jugendliche, auch nicht bedürftige, SchulabgängerInnen.

4.1.2.6 Finanzierung und Kosten

Die Finanzierung der Sozialhilfe erfolgt in erster Linie aus Steuern (hauptsächlich staatliche Transfers, aber auch aus dem Budget der kommunalen Haushalte von Brüssel). Die Kosten im Vergleich zum Bruttoregionalprodukt sind steigend, da die Zahl der für Sozialhilfe in Frage kommenden Personen seit dem Jahr 2000 stetig zugenommen hat.

4.1.3 Pflege und soziale Dienste im Rahmen der Sozialhilfe

4.1.3.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Sowohl die Langzeitpflege als auch die sozialen Dienste werden von den OCMWs in Brüssel bereitgestellt. Die Gemeinderäte der Gemeinden Brüssels können beschließen, das Angebot an sozialen Diensten zu verändern oder zu ergänzen, um sich abzeichnenden Erfordernissen zu stellen.

4.1.3.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Langzeitpflege wird in erster Linie für ältere Menschen angeboten, die nicht mehr zu Hause leben können und in einem Alters- oder Pflegeheim untergebracht sind.

Als soziale Dienste für zu Hause werden von den OCMWs ein Unterstützungsdiens für Familien und Senioren sowie Heimhilfen organisiert. Es werden Dienste für tägliche Haushalts- und Hygieneaufgaben bereitgestellt. Angeboten werden auch spezifische Maßnahmen wie Besuchsdienste, Transportdienste, Hilfe bei administrativen Aufgaben, spazieren gehen sowie technische Hilfen (z.B. kleine Reparaturen und Renovierungsarbeiten, die für eine besser adaptierte Wohnumgebung notwendig sind). Der Dienst wird von Reinigungskräften, Betreuungspersonen und PflegehelferInnen ausgeführt.

Dieser wird durch die Einbeziehung von durch die OCMWs genehmigte (Haus)ÄrztInnen und PhysiotherapeutInnen ergänzt. Im Rahmen der Hauskrankenpflege werden ältere oder bedürftige Personen von KrankenpflegerInnen zu Hause versorgt, welche die von den ÄrztInnen verschriebenen Behandlungen vornehmen. Für die Hauskrankenpflege stehen allerdings nur vergleichsweise beschränkte Mittel zur Verfügung.

Darüber hinaus können ältere Menschen, die sich für die flämische Gemeinschaft entschieden haben, um einen monatlichen Zuschuss von ca. 150 € für nicht-medizinische altersbezogene Versorgung ansuchen.

Jede OCMW in Brüssel führt mindestens ein öffentliches Altersheim, der Hauptanteil der stationären Pflege findet jedoch in Heimen des privaten Sektors (sowohl gewinnorientiert und als auch nicht-gewinnorientiert) statt. Diese sind reglementiert und müssen von einer der zwei sprachlichen Bevölkerungsgruppen beglaubigt werden. Darüber hinaus gibt es eine kleine Zahl von Altenbetreuungszentren, die kulturelle und soziale Dienstleistungen bereitstellen. Die Sozialdienste werden in erster Linie von den OCMWs bereitgestellt, es gibt jedoch auch einen privaten Markt.

Unter den verschiedenen sozialen Diensten gibt es eine gut funktionierende Kooperation bei der Suche nach maßgeschneiderten Lösungen für bedürftige Personen. Es stehen mehrere Optionen zur Verfügung, um Menschen so lange wie möglich in ihren Wohnungen zu versorgen (medizinische Grundversorgung, Heimhilfe, Hilfe bei Aktivitäten des täglichen Lebens, usw.). Institutionelle Pflege wird denjenigen angeboten, die nicht mehr in der Lage sind, zu Hause zu wohnen. Allerdings wäre der Trend in Richtung häuslicher und ambulanter Pflege in Zukunft noch zu verstärken.

Die OCMWs verwalten neben Pflegeeinrichtungen auch medizinische Einrichtungen mit Betten für geriatrisch-medizinische Behandlungen. Für die (allgemeine) Schnittstellenkoordination zwischen Gesundheits- und Pflegebereich gibt es Vereinbarungen zwischen den OCMWs, den Krankenhäusern, den ÄrztInnen und den Apotheken.

4.1.3.3 Zielsetzungen und Strategien

Eine Herausforderung für die Zukunft besteht in der Zunahme der älteren Menschen, die nicht von ihren Familien betreut werden. Es kommen auch zunehmend Angehörige von Drittstaaten, die keiner der offiziellen Sprachen Belgiens mächtig sind, in ein betreuungsbedürftiges Alter.

4.1.3.4 Zielgruppen

Es gibt keine spezifischen Zielgruppen in der Pflege bzw. bei den sozialen Diensten. Ältere und bedürftige Personen sollen weitgehend in die Gesellschaft integriert werden und ein menschenwürdiges Leben führen können. Die sozialen Dienstleistungen richten sich vor allem an zu Hause lebende, ältere und behinderte Menschen, deren körperliche Behinderungen (Sehstörungen, Hör- oder gesundheitliche Probleme) zugenommen haben, und die nicht länger ihre eigenen grundlegenden Notwendigkeiten erledigen können.

4.1.3.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Jeder Fall wird basierend auf Gesundheitszustand und Pflegebedarf individuell geprüft, um die beste Betreuungsform und gleichzeitig einen effizienten Mitteleinsatz zu gewährleisten.

Um anspruchsberechtigt auf institutionelle Langzeitpflege zu sein, muss die betreffende Person entsprechendes Alter oder Bedürftigkeit aufweisen und im Gebiet der Stadt Brüssel wohnhaft sein. Verfügen die Personen nicht über ausreichende Eigenmittel bzw. Ansprüche gegenüber Dritten (z.B. kann jede Person über 25 Jahre mit Wohnsitz in der Region Brüssel-Hauptstadt eine freiwillige Pflegeversicherung abschließen), prüfen die OCMWs eine Unterstützung durch die Sozialhilfe, um die Kosten in einem öffentlichen Heim abzudecken. Das übrige stationäre Angebot konzentriert sich auf den privaten Sektor, der nur im Hinblick auf Qualität und Logistik reguliert ist.

Die Leistungen der sozialen Dienste (Unterstützung für Familien und Senioren, Unterstützung im Alltag) sind für alle Personen mit Wohnsitz in der Stadt Brüssel zugänglich. Die zu entrichtenden Gebühren für erbrachte Dienstleistungen basieren auf einer Skala, die die Ressourcen der KlientInnen bzw. deren Haushaltsmitglieder berücksichtigt.

Die zu entrichtenden persönlichen Zuzahlungen im Falle von langer Betreuungs- bzw. Pflegebedürftigkeit sind für den Mittelstand in vielen Fällen nur schwer aufzubringen. Die Kosten einer Hauskrankenpflege sind praktisch zur Gänze von der betreffenden Person oder den Angehörigen zu bezahlen. Es gibt zwar einen Kostenzuschuss, der aber äußerst gering ausfällt und erst im Nachhinein ausbezahlt wird.

4.1.3.6 Finanzierung und Kosten

Die Finanzierung der Pflege und der sozialen Dienste im Rahmen der Sozialhilfe erfolgt in erster Linie über Steuern. Die betreuten Personen sind an den Kosten mit persönlichen Zuzahlungen beteiligt. (Die freiwillige Pflegeversicherung wird ebenfalls über Steuern [staatliche Subventionen] und persönliche Fixbeträge der Mitglieder finanziert).

4.1.4 Behindertenhilfe

4.1.4.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Die Regionen und Sprachgemeinschaften sind für die Unterstützung von Menschen mit Behinderungen zuständig. Die Dienste werden von den OCMWs bereitgestellt. Ergänzende

Initiativen können von den Gemeinden autonom organisiert werden (z.B. Einführung neuer Dienstleistungen, Förderung des Zugangs zu öffentlichen Dienstleistungen).

Eine Invaliditätsbeihilfe wird vom Öffentlichen Dienst der Sozialen Sicherheit auf nationaler Ebene gewährt.

4.1.4.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Menschen mit Behinderungen erhalten in Brüssel Unterstützung in physischer, sozialer, psychologischer und administrativ-rechtlicher Hinsicht. Es werden folgende Unterstützungen bereitgestellt: adaptiertes Wohnen, selbständiges Leben in einer beaufsichtigten Wohnung, Tageszentren, Gesundheitsdienste, Unterstützung bei der professionellen Betreuung von Menschen mit Behinderungen, Hilfe zur Autonomie und im Sozialleben, Hilfe beim Finden von geeigneten Arbeitsstellen, Arbeit in beaufsichtigten Werkstätten sowie Transportdienste. Darüber hinaus erhalten Menschen mit Behinderungen auch Zuschüsse, die es ihnen und ihren Familien ermöglichen, die Leistungserbringer der Dienste je nach Bedürfnissen und Angebot selbst zu wählen.

NGOs, Vereinigungen, Forschungszentren und Netzwerke unterstützen und beaufsichtigen behinderte Menschen vor allem in ihrer beruflichen Praxis bzw. bei der Arbeitsintegration. Partnereinrichtungen gibt es darüber hinaus in den Bereichen Qualifizierung (z.B. Computertraining), ambulante Dienste bzw. bei Unterstützungsangeboten für Personen mit speziellen Handicaps (z.B. sehbehinderte Personen).

4.1.4.3 Zielsetzungen und Strategien

Eines der Hauptziele der Behindertenhilfe ist die gesellschaftliche Integration der Betroffenen. Dazu gibt es verschiedene Ansätze wie Arbeit in geschützten Werkstätten, weitgehend selbständiges Wohnen in einer betreuten bzw. beaufsichtigten Wohnung sowie das Angebot an Tageszentren, etc. In den Tageszentren wird vor allem auf die Entwicklung eines Programms von Aktivitäten und individuellem Coaching geachtet. In Zusammenarbeit mit der betreffenden Person und mit externen InteressenvertreterInnen wird ein individualisiertes Programm mit relevanten Aktivitäten entwickelt. Ein multidisziplinäres Team bietet Qualitätskontrolle.

Besondere Herausforderungen für die Zukunft stellen das unzureichende Angebot an adaptierten Wohnmöglichkeiten sowie an Strukturen zur Unterbringung von alternden behinderten Personen dar.

4.1.4.4 Zielgruppen

Die Zielgruppen der Behindertenhilfe umfassen alle Formen der Behinderung. Für die Zukunft planen die OCMWs in Brüssel spezielle Wohnungen bereitzustellen, die an die Bedürfnisse von älteren behinderten Personen angepasst sind.

4.1.4.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Auf Ersuchen der betreffenden Person, von Angehörigen, eines internen oder externen Dienstes oder eines anderen Akteurs begutachtet das zuständige OCMW die individuelle Situation. Die Zuteilung von Leistungen erfolgt aufgrund einer medizinischen Untersuchung und einer Überprüfung der finanziellen Mittel der KlientInnen.

Insgesamt birgt die Behindertenhilfe in der Region Brüssel-Hauptstadt hohes Entwicklungspotential. Im Wesentlichen ist dies auf eine mangelhafte Koordination und schlecht abgegrenzte Zuständigkeiten zwischen den Gemeinschaften und den Gemeinden zurückzuführen. Die OCMWs hätten zwar de facto viel operationalen Raum, aber geringe budgetäre Mittel, um sich diesem Versorgungsbereich zu widmen.

4.1.4.6 Finanzierung und Kosten

Die Steuermittel zur Finanzierung stammen aus den Haushalten des Bundes (staatliche Transfers), der Sprachgemeinschaften und der Regionen. Die (anteiligen) Kosten für die Versorgung werden je nach den persönlichen Mitteln der Betroffenen in Rechnung gestellt.

4.1.5 Wohnungslosenhilfe

4.1.5.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Die OCMWs in Brüssel sind unter anderem für strukturelle Maßnahmen zur Bekämpfung von Wohnungs- und Obdachlosigkeit zuständig. Die Stadt Brüssel ist somit bei der Gestaltung der Wohnungslosenhilfe autonom. Die Wohnungslosenhilfe wird aus den Haushalten der Sprachgemeinschaften und der Region Brüssel sowie aus Transfers der nationalen Ebene finanziert.

4.1.5.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Personen, die bereits wohnungs- bzw. obdachlos sind oder mit dem Risiko einer Delegierung konfrontiert sind, können sich an die OCMWs in ihrer Gemeinde in Brüssel wenden. Neben institutionellen Unterbringungsformen (siehe unten) können diese auch die Kaution für eine neue Wohnung übernehmen, eine vorläufige Wohnmöglichkeit vermitteln und Hilfe bei der Suche nach einer Übergangswohnung anbieten. Die KlientInnen haben auch Anspruch auf einen einmaligen Übersiedlungszuschuss. Darüber hinaus werden unterstützende Maßnahmen wie psychologische Unterstützung und soziale Integrationsmaßnahmen angeboten (Barometre social 2009; Front Commun SDF Bruxelles o.J.).

Es gibt in Brüssel 20 behördliche Obdachlosenheime, die von einer der Sprachgemeinschaften subventioniert werden. Eine 120-Betten-Herberge sowie ein Nachtasyl bieten Notunterkünfte. Ein Tageszentrum steht den Betroffenen untertags zur Verfügung. Es wird auch ambulante psychosoziale Versorgung für Obdachlose angeboten, es gibt Dusch- und Waschmöglichkeiten, Mahlzeiten, medizinische Versorgung und eine Kleiderausgabe. Außerdem wird Straßensozialarbeit durchgeführt (AMA 2009; Figus asbl 2010; Social Brussels 2010).

1999 wurde ein Notfallservice als dringende Antwort auf das wachsende Problem der Obdachlosigkeit gegründet. 2001 wurde seitens einer Non-Profit-Organisation ein Notfallzentrum für soziale Maßnahmen etabliert, welches als Dachorganisation für das Notfallservice fungiert. Ihre Aufgabe ist es, auf Notlagen und Wohnungslosigkeit zu reagieren und Menschen in kritischen sozialen Situationen Hilfe anzubieten. Insgesamt gibt es zehn private Organisationen, die Hilfen für Obdachlose anbieten. Bei einer gebührenfreien Telefon-Hotline werden auch Anfragen von Obdachlosen und Hinweise auf Menschen in Not angenommen.

4.1.5.3 Zielsetzungen und Strategien

Wohnungslosigkeit stellt in Brüssel ein wichtiges politisches Thema und ein zentrales Problemfeld dar. Die interviewten ExpertInnen betonen die angespannte Wohnungslage. Es stehen zu wenige Sozialwohnungen zur Verfügung und es bestehen lange Wartelisten. Aus Furcht, dass Sozialbauten soziale Probleme anziehen könnten, gab es eine Reihe von Protesten der BürgerInnen gegen eine weitere Errichtung, weswegen nur wenig zusätzliches Angebot pro Jahr hinzukommt. Allgemein sind die Wohnkosten im letzten Jahrzehnt stark

gestiegen, mehr als die Hälfte der Bevölkerung muss zwischen zwei Fünftel und zwei Drittel ihres Einkommens für die Miete aufwenden.

Der Mangel an leistbaren Privatwohnungen und an Sozialwohnungen wird sich in den nächsten zehn Jahren noch verstärken. Die Bevölkerung nimmt aufgrund von Zuwanderung und relativ hoher Fertilität zu. In Anbetracht des zu erwartenden Bevölkerungswachstums müssten bis 2021 schätzungsweise 70.000 neue Wohneinheiten gebaut werden, nur um den Status Quo von Wohnungsangebot und -nachfrage aufrecht zu erhalten (Corijn/Vloeberghs 2009).

Im Jahr 2006 gab es Schätzungen zufolge zwischen 1.600 und 2.000 wohnungslose Menschen in der Region Brüssel-Hauptstadt, davon leben über 250 auf der Straße. Die Anzahl an Plätzen für die Betreuung von Wohnungslosen liegt aber nur bei rund 1.200. Von den in Institutionen bzw. in Wohnungen betreuten Personen waren im Jahr 2008 45% in Obdachlosenheimen untergebracht, 8% in Nachtasylen und 2% in Notunterkünften. 45% lebten in Übergangswohnungen oder in betreuten Wohneinheiten.

Insgesamt existieren für Krisenzeiten (z.B. bei starkem Frost im Winter) einige gut funktionierende Notfall-Lösungen (unter Koordination von städtischen Einrichtungen und von NGOs), jedoch steht eine kohärente und langfristige strukturelle Lösung für das Problem der Wohnungslosigkeit nach wie vor aus (Baromètre Social 2009).

4.1.5.4 Zielgruppen

Die in Brüssel angewandte Definition für Wohnungslosigkeit entspricht der Nomenklatur der FEANTSA (Europäische Föderation der Wohnungslosen-Hilfsorganisationen). Eine Person gilt als wohnungslos, wenn sie nicht über eine eigene Unterkunft verfügt, wenn sie nicht in der Lage ist, eine Unterkunft aus eigenen Mitteln zu bekommen und derzeit keine Unterkunft hat oder sich in vorübergehender Unterbringung befindet (Barometre social 2009).

In der Region Brüssel-Hauptstadt überwiegen wie in anderen Städten die männlichen Betroffenen: 2008 waren rund drei Viertel der wohnungslosen Personen Männer, ein Viertel Frauen. Etwa 20% waren unter 18 Jahre alt.

4.1.5.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Das Recht auf soziale Hilfen für mittellose Personen (kein Einkommen und Vermögen und keine vorrangigen Ansprüche gegenüber Dritten) ist in der belgischen Verfassung garantiert,

was auch den Anspruch auf Wohnungslosenhilfe beinhaltet. Die Hilfe ist lediglich für sich illegal in Brüssel aufhaltende Personen nicht zugänglich.

4.1.5.6 Finanzierung und Kosten

Die Wohnungslosenhilfe wird aus steuerlichen Mitteln finanziert (Haushalte der Sprachgemeinschaften und der Region Brüssel sowie Transfers von der nationalen Ebene).

4.1.6 Psychosoziale Versorgung

4.1.6.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Die Region Brüssel-Hauptstadt ist für die Organisation und Planung der psychosozialen Versorgung zuständig. Die Gemeinden Brüssels stellen die Leistungen zur Verfügung und sind auch für Prävention und Information verantwortlich.

4.1.6.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Die OCMWs in den Gemeinden Brüssels bieten psychosoziale Versorgung für die BewohnerInnen der Stadt an. Eine Betreuung erfolgt in der Regel über Einbindung einer Reihe von privaten gemeinnützigen Organisationen, wie etwa des Roten Kreuzes und verschiedener karitativer Organisationen, die in der Stadt gut vernetzt sind. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von speziellen Diensten in Brüssel:

Das Community Help Service, eine Non-Profit-Organisation, betreibt in Brüssel das Mental Health Centre. Dort gibt es auch einen rund um die Uhr verfügbaren Informations- und Krisentelefondienst, der mit ausgebildeten Freiwilligen unter der Aufsicht von professionellen TherapeutInnen besetzt ist. In dieser Einrichtung arbeitet ein qualifiziertes Team aus PsychologInnen, PsychiaterInnen und pädagogischen Fachkräften, das durch ehrenamtliches Verwaltungspersonal unterstützt wird. Es bietet Hilfe z.B. bei Lern- und Verhaltensproblemen von Kindern, Fragen der Elternschaft, Drogen- und Alkoholsucht, Depression und Angstzuständen, Ehe- und Familienproblemen und Trauer- bzw. Todesfällen an (CHS 2009).

Die Abteilung für Maßnahmen psychosozialer Begleitung arbeitet im Auftrag des Jugendgerichts oder der Jugendwohlfahrt. Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche von 0 bis 18 Jahren, deren gesundheitliche, soziale oder familiäre Situation problematisch ist, sowie Eltern oder Erziehungsberechtigte, die mit Schwierigkeiten bei der Erziehung konfrontiert

sind. Das Pädagogische Beratungszentrum stellt ebenfalls soziale, erzieherische und psychologische Beratung und Begleitung für Kinder, Jugendliche und ihre Familien zur Verfügung (GAPS Bruxelles 2010).

Der Soziale Dienst stellt Hilfen für Alkohol-, Medikamenten- und DrogenkonsumentInnen zur Verfügung. Ziel ist die soziale Integration der Betroffenen sowie die gesundheitliche Stabilisierung und die Vermittlung zu psychosozialen und medizinischen Diensten (Homepage der Stadt Brüssel 2010). Es gibt drei große Einrichtungen für Drogenprobleme in der Brüsseler Region, sowie eine Reihe von kleineren Einrichtungen. Ein psychosozialer Betreuungsdienst durch SozialarbeiterInnen unterstützt Personen mit Suchterkrankungen. Für Therapien sind die Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge zuständig.

4.1.6.3 Zielsetzungen und Strategien

1990 wurde in Belgien eine Psychiatriereform durchgeführt, im Zuge derer psychiatrische Spitalsbetten reduziert und durch neue ambulante Angebote ersetzt wurden, um die soziale Integration der PatientInnen zu fördern. Alternative Einrichtungen für psychiatrische PatientInnen (psychiatrische Pflegeheime, betreute Unterbringung, Unterbringung zu Hause) wurden geschaffen. Die Reform hatte auch zum Ziel, die Qualität der Betreuung durch eine bessere regionale Versorgung zu verbessern. Außerdem wurde der Schwerpunkt etwas von der Prävention in Richtung Behandlung verlagert.

Eine weitere Reform 1999 hatte zum Ziel, intensive und spezialisierte Betreuung in psychiatrischen Spitätern anzubieten, die Kooperation zwischen intramuralem und extramuralem Sektor zu verbessern und Betten aus dem Altenpflege- und Spitalsbereich in Betten in psychiatrischen Pflegeheimen und betreuter Unterbringung umzuwandeln.

4.1.6.4 Zielgruppen

Generell sind alle Menschen, die psychische Erkrankungen oder Probleme aufweisen sowie Personen, die Drogen konsumieren oder drogenabhängig sind, die Zielgruppen der psychosozialen Versorgung und der Drogenhilfe in Brüssel. Für Problemgruppen, die spezifische Unterstützung benötigen, werden die Dienste angepasst.

4.1.6.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Anspruchsberechtigt auf die psychosoziale Versorgung sind belgische StaatsbürgerInnen und EU-StaatsbürgerInnen. Den ExpertInnen zufolge existieren keine speziellen Hürden beim Zugang. Im Allgemeinen wird je nach Verfügbarkeit von Ressourcen geholfen.

4.1.6.6 Finanzierung und Kosten

Die Finanzierung der psychosozialen Unterstützung erfolgt in erster Linie über Steuergelder.

4.1.7 Gesundheitssystem

4.1.7.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Das belgische Gesundheitssystem ist sowohl auf Bundes- als auch auf Regionalebene organisiert. Seit 1980 wurde die Verantwortung für die Gesundheitspolitik teilweise von der nationalen Ebene auf die regionalen Verwaltungen übertragen. Die Verantwortung für die Gesundheitspolitik teilen sich die Bundesregierung, der Öffentliche Dienst der sozialen Sicherheit, das Nationale Institut für die Kranken- und Invaliditätsversicherung und die Gesundheitsministerien der flämisch-, französisch- und deutschsprachigen Bevölkerungsgruppen.

Die Bundesregierung ist für die Regulierung und Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig, sie bestimmt die Zulassungskriterien, finanziert Krankenhäuser und Intensivmedizin, ist für Rechtsvorschriften über die unterschiedlichen beruflichen Befähigungsnachweise und für die Registrierung von Arzneimitteln und ihre Preiskontrolle verantwortlich. Im Aufgabenbereich der Region Brüssel-Hauptstadt liegen die Gesundheitsförderung, die Mutter-/Kind-Gesundheitsdienste, die Umsetzung von Krankenhaus-Zulassungsstandards und die Finanzierung von Spitalsinvestitionen. Die Gemeinden in Brüssel sind verantwortlich für die Kontrolle der Umsetzung dieser Regelungen.

4.1.7.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Die Spitäler werden von der Region Brüssel beauftragt, eine bestimmte Anzahl von Betten für jede medizinische Kategorie zur Verfügung zu stellen. Die Planung erfolgt in Form von Zielwerten (z.B.: 2,9 Betten pro 1.000 EinwohnerInnen für allgemeine stationäre

Versorgung). Weiters gibt es ein Komitee zur Planung der medizinischen Versorgung auf staatlicher Ebene.

Im organisatorischen, personellen, hygienischen und architektonischen Bereich gibt es verschiedene Normen, die die Spitäler erfüllen müssen. Der Zugang zu Gesundheitsberufen ist durch ein Gesetz reglementiert.

Auf der staatlichen Ebene kontrolliert die Abteilung für Medizinische Evaluierung und Kontrolle die Inanspruchnahme der Gesundheitseinrichtungen. Aufgabe der Abteilung ist es, die Vergütung von Gesundheitsleistungen zu evaluieren, Information bereitzustellen sowie Empfehlungen auszusprechen. Über Gesundheitsdienstleister, die den vorgegebenen Kriterien nicht entsprechen, können nach einem sechsmonatigen Monitoring Sanktionen verhängt werden.

Der nationale Rat für Qualitätssicherung, der 2002 eingerichtet wurde und aus RepräsentantInnen der Ärzteschaft, der Universitäten, der wissenschaftlichen medizinischen Vereinigungen, der Krankenkassen und des Ministeriums für soziale Angelegenheiten und öffentliche Gesundheit besteht, ist ebenfalls für Qualitätssicherung verantwortlich.

Nach Feststellung von nicht nachvollziehbaren Unterschieden in Behandlung, Medikation und Untersuchungsmethoden, wurde seit 2003 auch im extramuralen Bereich eine Politik implementiert, die die medizinische Qualität sichern soll. Auch hier gibt es bei Nicht-Erfüllen von Standards die Möglichkeit von Sanktionen.

Dennoch gibt es nach Angabe der befragte ExpertInnen in Belgien zu wenig Qualitätskontrolle im medizinischen Bereich. Darüber hinaus stellen für Brüssel die Vielschichtigkeit der Zuständigkeiten sowie die mangelnde Koordination zwischen den Stakeholdern im medizinischen Bereich Probleme dar. Beispielsweise sollte jede Abteilung in jedem Spital zweisprachig kommunizieren können, in der Praxis wird jedoch in der überwiegenden Mehrheit der Abteilungen nur französisch gesprochen.

4.1.7.3 Zielsetzungen und Strategien

Im Spitalskontext gibt es in Belgien Bemühungen, Therapiepläne zum Einsatz zu bringen. Im Jahr 2000 hat das „Centre for Health Services and Nursing Research of the Catholic University Leuven“ das belgisch-flämische Therapieplan-Netzwerk gegründet, um Spitäler bei der Entwicklung, Implementierung und Evaluierung dieser Therapiepläne zu unterstützen. Die Therapiepläne sollen eine patientInnenzentrierte Zusammenarbeit zwischen AllgemeinmedizinerInnen, SpezialistInnen und anderen Betreuungspersonen und somit die

medizinische Betreuung generell verbessern. Mehr als 450 Therapiepläne sind in Entwicklung oder wurden bereits in Spitälern implementiert.

Um die Qualität der Betreuung weiter zu optimieren, wurden lokale multidisziplinäre Netzwerke etabliert, die verschiedene Spitalsaktivitäten rund um spezielle Krankheitsbilder oder PatientInnengruppen (z.B. Kinder) organisieren. Für jedes Programm gibt es Kriterien im Zusammenhang mit der Zielgruppe, der Art und dem Inhalt der Betreuung, der notwendigen Infrastruktur, der geographischen Erreichbarkeit, etc. Derzeit gibt es Betreuungsprogramme für Reproduktionsmedizin, Herzkrankheiten, Onkologie sowie Geriatrie und Pädiatrie.

Um auf die geänderten Herausforderungen, die besonders durch die Alterung der Bevölkerung zu erwarten sind, reagieren zu können, gibt es seit 1982 Bestrebungen, Spitalsbetten in geriatrische Betten bzw. Betten in Pflegeheimen umzuwandeln.

4.1.7.4 Zielgruppen

Auch in Belgien ist eine Zunahme der Anzahl älterer Menschen mit den damit verbundenen Veränderungen im Bedarf bei der Gesundheitsversorgung festzustellen.

4.1.7.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Das belgische Gesundheitssystem beruht auf den Grundsätzen des gleichen Zugangs für alle Personen und auf Wahlfreiheit. Es gibt eine nationale Krankenversicherung, die nahezu die gesamte gemeldete Bevölkerung abdeckt und ein sehr breites Paket an Leistungen umfasst. Alle Personen mit Anspruch auf eine Krankenversicherung müssen einer Krankenkasse beitreten: entweder einer der sechs großen Krankenkassen oder einem regionalen Dienst der öffentlichen Hilfskasse für Kranken- und Invaliditätsversicherung. Nicht krankenversicherte, bedürftige Personen mit regulärem Wohnsitz in Brüssel können sich an die OCMWs wenden, welche die Kosten für medizinische Behandlungen übernehmen. Darüber hinaus hat jede Person in Belgien (auch ohne offiziellen Wohnsitz und gültige Papiere) das Recht auf medizinische Hilfe im Notfall.

Aufgrund der relativ hohen Eigenleistungen (siehe unten) vermeiden viele BelgierInnen Arztbesuche: Schätzungen zufolge konsultieren 9% aller belgischen Haushalte wegen der Kosten keine ÄrztInnen, in der Brüsseler Region beträgt dieser Anteil sogar 44% (Dierckx 2002).

Um spezielle medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, existiert nach Angabe der ExpertInnen kein „Gatekeeping-System“, bei dem eine Überweisung von praktischen ÄrztInnen benötigt wird. Die PatientInnen können direkt FachärztInnen oder eine Spitalsambulanz aufsuchen. Auch der Zugang zu sehr teuren und/oder hochspezialisierten Leistungen ist relativ großzügig. Allerdings bekommen PatientInnen in der Regel mehr Kosten von der Versicherung zurückerstattet, wenn sie zuerst ihren Hausarzt konsultieren und sich von diesem überweisen lassen.

4.1.7.6 Finanzierung und Kosten

Das belgische Gesundheitssystem wird in erster Linie (zu rund 70%) durch Sozialversicherungsbeiträge und Steuern finanziert. Die PatientInnen tragen mittels Zuzahlungen zur Finanzierung bei. Bei Arztbesuchen entrichten sie üblicherweise die Kosten der Leistungen im Voraus und erhalten von der Krankenkasse eine Rückvergütung. Die meisten Leistungen werden zu rund 75% erstattet. Bei stationärer Pflege und Arzneimitteln bezahlt die Krankenkasse die Anbieter direkt, die PatientInnen entrichten „nur“ potentielle Selbstbehalte. Wenn PatientInnen wegen eines „Notfalls“ ein Krankenhaus aufsuchen, bei dem sich herausstellt, dass dieser nicht gerechtfertigt war, ist eine geringe Gebühr in der Höhe von etwa 12 Euro zu entrichten.

Von ExpertInnen wird die mangelnde Transparenz des Modells, bei dem Ärzteschaft, Krankenhäuser und Sozialversicherungsträger hinter geschlossenen Türen über Rückerstattungstarife, etc. entscheiden, kritisiert. Das System der Einzelleistungsvergütung (fee-for-service) enthält auch kaum Steuerungsmittel gegen eine „Kostenexplosion“.

Das grundlegende Merkmal der belgischen Spitalsfinanzierung ist ihre doppelte Vergütungsstruktur nach der Art der erbrachten Leistungen: Unterbringungsleistungen, Pflegeleistungen sowie Unfall- und Notfalldienste werden über ein fixes prospektives Budgetsystem auf der Grundlage von diagnosebezogenen Fallgruppen finanziert, hingegen werden medizinische und medizinisch-technische Leistungen (Beratungen, Labor, medizinische Profilerstellung und technische Leistungen) und paramedizinische Aktivitäten (z.B. Physiotherapie) den Anbietern auf Honorarbasis vergütet (Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse 2008).

Spitäler können für Einzel- oder Doppelzimmer Aufzahlungen verlangen, die jedoch 2009 für bestimmte Gruppen von PatientInnen, wie z.B. PatientInnen der Palliativmedizin, verboten wurden. Für andere PatientInnen wurde eine Obergrenze eingeführt. In Belgien

haben etwa 66% der Bevölkerung eine Zusatzversicherung, vor allem um die zusätzlichen Kosten für ein Einzel- oder Doppelzimmer erstattet zu bekommen.

4.1.7.7 Versorgungsdichte

In der Stadt Brüssel gibt es fünf Hauptspitäler, darunter drei Universitätskliniken. Die Bettendichte beträgt in der Periode 2003-06 7,9 pro 1.000 EinwohnerInnen (Quelle: Eurostat Urban Audit). Von den drei Regionen Belgiens weist Brüssel allerdings die geringste Dichte an psychiatrischen Betten mit 1,0 pro 1.000 EinwohnerInnen auf.

Hingegen befanden sich von allen ÄrztInnen Belgiens im Jahr 2007 14% in Brüssel, wo weniger als 10% der belgischen Bevölkerung leben (Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse 2008). In der Region Brüssel-Hauptstadt standen 2005 6,1 ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen zur Verfügung (Quelle: OECD Regional Data).

Nach Angabe der ExpertInnen gibt es in Belgien eine sehr gute Abdeckung in puncto medizinischer Versorgung. Die Wartelisten sind im internationalen Vergleich, abgesehen von einigen speziellen Leistungen (etwa in der Zahnmedizin), relativ kurz.

4.1.8 Allgemeine Betrachtung der Sozialsysteme: „Empowerment“ und Gender Mainstreaming

Es existieren keine offiziellen Strategien des „Empowerments“ bzw. der Einbeziehung der Betroffenen. Bei den sozialen Leistungen und Diensten auf örtlicher Ebene gibt es auch keine speziellen Maßnahmen im Sinne von Gender Mainstreaming.

4.1.9 Quellen

4.1.9.1 Interviews

Dr Irina CLEEMPUT, Mitherausgeberin des Journals of Health Policy, derzeit Direktorin (Turnus 2009-2010) des International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), Dozentin für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik an der Katholischen Universität von Leuven (K.U. Leuven).

Marie-Paule CONNAN, Mitarbeiterin des OCMW in Brüssel, Abteilung Kommunikation und Organisation.

Professor Dr. Eric CORIJN, Professor für Sozial- und Kulturgeographie und Stadtforschung, Freie Universität Brüssel, Direktor der Forschungsgruppe COSMOPOLIS.

Sven GATZ MP, Politiker in Brüssel, Ex-Mitglied des Brüsseler Parlaments, derzeit parlamentarischer Obmann der Liberalen Fraktion (Open VLD) im Flämischen Parlament, und Mitherausgeber zahlreicher Bücher über Stadt-Governance.

Sophie GERKENS, Gesundheitsökonomin am Belgischen Health Care Knowledge Centre (KCE), und Autorin des 2010 erscheinenden Berichts „Health Services and Governance in Belgium“.

4.1.9.2 Literatur

Association des Maisons d' Accueil et des Services d'Aide aux Sans-Abri (AMA) (2009): Internetquelle: <http://www.ama.be/ama/nos-membres-en-region-de-bruxelles-capitale/>, abgerufen am 15. Dez. 2009.

Barometre social (2009): Rapport Bruxellois sur l'etat de la pauvreté 2009.

Brussels Institute for Statistics and Analysis (2009): Mini-Bru 2009. Brussels-Capital Region in figures, Brüssel.

Community Help Service (CHS) (2009): Internetquelle: <http://www.chsbelgium.org/helpline.htm>, abgerufen am 18. Dez. 2009.

Corijn E., Vloeberghs E. (2009): Brussel! Urban Notebooks. Brussels: VUB Press.

Dierckx D. (2002): De quoi vivons-nous. La pauvreté en Belgique, Une publication de la série "Horizons" de Cera Foundation, Bruxelles.

Figus asbl (Hrsg., 2010): Guide Social 2009-10, 19th Edition, Internetquelle: <http://public.guidesocial.be/guide-social/guide-social.html?page=article>, <http://public.guidesocial.be/conseils/maisons-d-accueil.html>, <http://public.guidesocial.be/conseils/revenu-d-integration-sociale.html>, abgerufen am 18. Jan. 2010.

Front Commun SDF Bruxelles (o.J.): Flandre – Wallonie Guide pour les Sans-Abri.

GAPS Bruxelles (2010): Internetquelle: http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/fileadmin/sites/ajss/upload/ajss_super_editor/professionnel/documents/contacts/COE/coe_bxl_i0691_GAPS.pdf, abgerufen am 1. Feb. 2010.

Homepage der Stadt Brüssel (2010): SAS, Internetquelle: <http://www.brussels.be/artdet.cfm/4278>, abgerufen am 27. Jan. 2010.

Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA) (2008): Cellule Statistique, Données Statistiques Thématiques: Chapitre 14-Santé Indicateurs Statistiques 2008, Internetquelle: http://www.bruxelles.irisnet.be/cmsmedia/fr/is_2008_sante.pdf?uri=ff8081811f009185011f02ca7afc0231, abgerufen am 27. Jan. 2010.

Social Brussels (2010): Internetquelle: www.bruxellessocial.irisnet.be, abgerufen am 11. Jan. 2010.

4.2 Hamburg

4.2.1 Föderale Struktur

Deutschland ist ein föderaler Bundesstaat, Bund und Länder existieren eigenständig nebeneinander. Die jeweiligen Kompetenzen können nur im gegenseitigen Einvernehmen geändert werden. Im vertikalen Verwaltungsaufbau bilden die Gemeinden die unterste Stufe. Sie besitzen Gebietshoheit und „Allzuständigkeit“, d.h., dass sie grundsätzlich für alle Belange ihres Gebietes zuständig sind. Dies wird jedoch durch Landes- und Bundesrecht eingeschränkt; Bund und Länder weisen den Gemeinden die Aufgaben und entsprechende Finanzmittel zu.

In Deutschland finden sich zentrale Gesetze und Regelungen sowie eigene Gesetzgebungskompetenzen der Bundesländer. Grundsätzlich gilt, dass die Bundesländer Gesetze erlassen dürfen, soweit das Grundgesetz nicht ausdrücklich etwas anderes vorsieht. Diesen Handlungsspielraum beschreibt das Grundgesetz dadurch, dass es die Kompetenzen des Bundes benennt. Danach lassen sich vier Ausprägungen für die Gesetzgebungszuständigkeit ableiten:

- Im Bereich der ausschließlichen Gesetzgebungszuständigkeiten des Bundes haben die Länder nur dann die Befugnis zur Gesetzgebung, wenn und soweit sie dazu in einem Bundesgesetz ausdrücklich ermächtigt werden. Die betreffenden Gebiete sind im Grundgesetz konkret benannt und abschließend aufgezählt. Dazu zählen u.a. Auslandsbeziehungen, Grundsatzfragen im Bereich des Währungs-, Geld- und Münzwesens; Aufsicht über den Waren- und Zahlungsverkehr mit dem Ausland inkl. Zoll- und Grenzschutz.
- Unter der Voraussetzung, dass eine bundeseinheitliche Regelung erforderlich ist, darf der Bund für ebenfalls konkret benannte Gebiete sogenannte Rahmengesetze erlassen. In der Regel müssen die Länder dazu eigene Landesgesetze erlassen, die diesen Rahmen ausfüllen. Beispielhafte Rechtsgebiete sind das Hochschulwesen, die Raumordnung und das Melde- und Ausweiswesen.
- In den Bereichen der konkurrierenden Gesetzgebung kann der Bund, "wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftsfreiheit im gesamtstaatlichen Interesse eine

bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht" tätig werden. Was der Bund nicht geregelt hat, können die Länder solange durch eigene Gesetze ausfüllen, bis der Bund von seiner Kompetenz Gebrauch macht und seinerseits den Sachverhalt für das gesamte Bundesgebiet regelt. Die Gebiete der konkurrierenden Gesetzgebung sind ebenfalls im Grundgesetz aufgeführt: Wirtschaftsrecht, Arbeitsrecht inkl. Arbeitsvermittlung, Regelungen zur Sozialversicherung, Zulassung zu ärztlichen Berufen, Wohnungswesen, Straßenverkehr, Abfallbeseitigung.

- Die Gebiete, die nicht im Grundgesetz als ausschließliche Rahmengesetzgebung oder konkurrierende Gesetzgebung des Bundes aufgeführt sind, liegen in der alleinigen Gesetzgebungskompetenz der Länder. Hierzu zählen u.a. Bildung, Kultur, Regelungen für Verwaltung und Gliederung von Kommunen, außerschulische Jugendbildung, Regelungen zur Besoldung und Laufbahn der BeamtInnen, öffentliche Gesundheits- und Pflegeinfrastruktur.

Die meisten Gesetzgebungskompetenzen stehen heute dem Bund zu. Er hat auch mit der Begründung „der Notwendigkeit zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse“ immer mehr Gesetzgebungsbefugnisse in Anspruch genommen. Der Vollzug der Gesetze ist ganz allgemein Ländersache. Diese vollziehen nicht nur ihre eigenen Gesetze, sondern auch Bundesgesetze in eigener Angelegenheit, d.h. ohne Weisungsrecht des Bundes durch ihre eigenen Verwaltungen. Ausnahmen hierzu bilden die Bundesauftragsverwaltung und die bundeseigene Verwaltung.

Zu den wichtigsten Pflichtaufgaben der Kommunen zählen die Müllabfuhr, die Versorgung mit Strom, Gas und Wasser, Straßenreinigung, Kinderbetreuung durch Kindergärten und Horte, Auszahlung von Wohn- und Heizgeld im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende („Hartz IV“), Bau- und Wohnungswesen sowie Verkehr. Kommunale Parlamente und politische Verwaltungen sind als formale politische Organe für die Ausgestaltung dieser Aufgaben zuständig.

Die Steuerverteilung zwischen der Bundesebene und der Länderebene (vertikale Steuerverteilung) sowie die Steuerverteilung zwischen den Ländern wird durch den aktiven Finanzausgleich geregelt. Beim Länderfinanzausgleich im engeren Sinne werden von „Geberländern“, deren Finanzkraft überdurchschnittlich ist, Ausgleichsbeträge an „Nehmerländer“ mit unterdurchschnittlicher Finanzkraft geleistet. Der Bund kann, soweit nach Durchführung des Länderfinanzausgleichs noch unangemessene Unterschiede zum Durchschnitt existieren, finanzschwachen Ländern zusätzliche Bundesmittel gewähren. Der

kommunale Finanzausgleich findet zwischen Landesebene und kommunaler Ebene statt und ist in 14 kommunalen Finanzausgleichsgesetzen geregelt.

Es gibt Steuern, die ausschließlich Bund (Versicherungssteuer, Großteil Verbrauchssteuern, Solidaritätszuschlag), Ländern (Vermögensteuer, Erbschaftssteuer, Grunderwerbssteuer, Kraftfahrzeugsteuer, Lotteriesteuer, Biersteuer) oder Gemeinden (Grundsteuer, Gewerbesteuer) zustehen und sogenannte Gemeinschaftsteuern (Körperschaftssteuer, Einkommensteuer, Umsatzsteuer, Hundesteuer, Getränkesteuer, Vergnügungssteuer). Letztere werden nach einem bestimmten Verteilungsschlüssel zwischen Bund, Ländern und Gemeinden aufgeteilt. Bei den Gemeinden kommen noch Einnahmen aus kommunalen Leistungen hinzu, bei den Stadtstaaten auch Gemeindesteuereinnahmen.

Die Freie und Hansestadt Hamburg ist als Stadtstaat ein Bundesland der Bundesrepublik Deutschland und zugleich als Stadt eine Einheitsgemeinde. Die Aufgaben der Kommune und des Landes werden nicht getrennt. Die Stadt ist verwaltungstechnisch in sieben Bezirke mit Bezirksamtern aufgeteilt. Jeder Bezirk gliedert sich in mehrere Stadtteile, von denen es insgesamt 105 gibt.

Das Landesparlament, die Hamburgische Bürgerschaft, wird vom Volk gewählt. Die Regierung des Landes ist der Senat, dessen Präsident der Erste Bürgermeister ist. Dieser wird seit 1996 direkt durch die Bürgerschaft gewählt, hat seitdem die Richtlinienkompetenz in der Politik und beruft seinen Stellvertreter (Zweiter Bürgermeister) und die übrigen Senatoren, die von der Bürgerschaft bestätigt werden müssen. Jeder Senator leitet eine der Senatsbehörden, vergleichbar einem Ministerium in anderen Ländern.

Auf der Ebene der jeweiligen Bezirke wird mit den Bezirksversammlungen jeweils ein eigenes Parlament gewählt. Diese haben rechtlich die Stellung von Verwaltungsausschüssen mit eingeschränkten Kompetenzen.

4.2.2 Geldleistungen (und Krankenhilfe) im Rahmen der Sozialhilfe

4.2.2.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Arbeitsfähige HilfeempfängerInnen in der „offenen Sozialhilfe“ unterliegen dem Sozialgesetzbuch (SGB) II (Grundsicherung für Arbeitsuchende, „Hartz IV“). Die Organisationshoheit liegt beim Bund. Die Fachstellen in Hamburg stellen den Leistungsanspruch nur „dem Grunde nach“ fest, die Bewilligung und Zahlung erfolgt durch

die Arbeitsgemeinschaften (ARGE⁵). Die Stadt ist nur für flankierende Maßnahmen (z.B. psychosoziale Beratung, Schuldnerberatung, Suchtberatung, Betreuung minderjähriger oder behinderter Kinder) sowie die (anteilige) Finanzierung der Kosten der Unterkunft zuständig.

Die nicht arbeitsfähigen KlientInnen, die aufgrund von Alter bzw. Behinderung in die Sozialhilfe kommen (SGB XII: laufende Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung), gehören hingegen zur Zuständigkeit der Stadt Hamburg. Auf diesem Gebiet ist sie autonom. Die Hilfe für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten wird ebenfalls durch Bundesgesetz geregelt, die konkrete Ausgestaltung liegt jedoch bei der Stadt. Für die betreffenden Haushalte bewilligen die Fachstellen selbst bei Bedarf ein Darlehen oder eine Beihilfe bei Mietschulden.

Der mit Abstand größte Teil der EmpfängerInnen und damit auch der Ausgaben für die Mindestsicherungsleistungen entfällt auf Leistungen nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) und damit nicht in die Kompetenz der Stadt Hamburg.

Auf die Hilfe zum Lebensunterhalt und die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie auf die Grundsicherung für Arbeitsuchende (Zuständigkeit der ARGEs) besteht ein Rechtsanspruch. Bei der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten liegt die Hilfe größtenteils im Ermessen der Behörden.

4.2.2.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Im Jahr 2005 trat die Grundsicherung für Arbeitsuchende („Hartz IV“) in Kraft. Gleichzeitig wurde das bisherige Bundessozialhilfegesetz aufgehoben; das Sozialhilferecht wurde in das Sozialgesetzbuch (als SGB XII) eingeordnet (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2006, 6).

Zu den finanziellen Transferleistungen der sozialen Mindestsicherungssysteme zählen nun:

- Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II
 - Arbeitslosengeld II: Erwerbsfähige Personen 15-64 Jahre,
 - Sozialgeld: Nichterwerbsfähige Personen, die mit erwerbsfähigen Personen in einer Bedarfsgemeinschaft leben (v.a. Kinder);

⁵ Um das Leistungsangebot aus einer Hand anbieten zu können, sind Agenturen für Arbeit und Kommunen in Arbeitsgemeinschaften zu zentralen Anlaufstellen zusammengefasst (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008, 19).

- Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen im Rahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII: Kinder und zeitweise Erwerbsgeminderte unter 65 Jahren, die nicht mit erwerbsfähigen Personen in einer Bedarfsgemeinschaft leben;
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Rahmen der Sozialhilfe nach dem SGB XII: Personen ab 18 Jahren, die dauerhaft voll erwerbsgemindert sind und Personen ab 65 Jahren (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008, 5).⁶

Die Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen und die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden im Wesentlichen in Form von Regelsätzen, ggf. Mehrbedarfszuschlägen und durch die Übernahme der Unterkunftskosten einschließlich der Heizkosten gewährt; darüber hinaus können auch Beiträge zur Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Alterssicherung übernommen werden (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008, 31/34). Die Grundsicherung für Arbeitsuchende umfasst die Regelleistung, Leistungen für Unterkunft, Heizung und Sonderleistungen. Außerdem werden Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung abgeführt (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008, 20).

Als zusätzliche Leistungen stehen die Hilfen zur Überwindung besonderer Schwierigkeiten und die Hilfen zur Gesundheit zur Verfügung. Die Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten richten sich an Personen, bei denen besonders belastende Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind. Insbesondere von Wohnungslosigkeit und in Verbindung damit von weiteren existenziellen Problemlagen betroffene oder bedrohte Personen gehören zu diesem Adressatenkreis (Destatis 2009, 19f). Es werden z.B. Mietschulden durch ein Darlehen oder eine Beihilfe abgedeckt.

Unter „Hilfen zur Gesundheit“ versteht man alle Gesundheitsleistungen, die auch Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen können. Diese Hilfen erhalten nicht krankenversicherte Menschen, die nicht über die finanziellen Mittel verfügen, sich selbst angemessen gegen Krankheit abzusichern. Seit 2004 übernimmt im Bedarfsfall eine vom Leistungsberechtigten ausgewählte gesetzliche Krankenkasse im Bereich des für die Hilfe zuständigen Trägers der Sozialhilfe die Krankenbehandlung. Die Krankenkasse stellt den leistungsberechtigten Personen eine Krankenversichertenkarte aus. Die den Krankenkassen für diese Personen entstehenden Kosten werden von den zuständigen Sozialhiflträgern erstattet. Nur bei HilfeempfängerInnen, die voraussichtlich nicht

⁶ AsylwerberInnen erhalten seit 1993 keine Sozialhilfe sondern Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen (z.B. Nichtsesshafte), stellen die Sozialämter die notwendige medizinische Versorgung selbst sicher, indem sie im Bedarfsfall die erbrachten medizinischen Leistungen unmittelbar vergüten.

Von den Gesamtausgaben der Stadt Hamburg im Bereich der offenen Sozialhilfe entfielen im Jahr 2007 11% auf Hilfen zur Sicherung des Lebensunterhalts, 57% auf die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, 25% auf Hilfen zur Gesundheit und 8% auf Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (Destatis 2009, 22).

Für ergänzende Unterstützungsangebote sind bei nicht arbeitsfähigen Personen mit den Bezirksämtern kommunale Dienststellen zuständig. Die jeweiligen LeiterInnen sind auch für Gesundheit, Jugendhilfe, Kindertagesbetreuung, etc. zuständig. Die KlientInnen können an flankierenden Maßnahmen (Schuldnerberatung, Wohnungssuche, psychosoziale Beratung, Erwerb von Qualifikationen, etc.) teilnehmen. Zum Teil erfolgt dies im Rahmen eines Case-Managements, beim dem ein Gesamtplan für die Betroffenen erstellt wird. Das Ausmaß der übergreifenden Betreuung hängt jedoch von den örtlichen Dienststellen ab und ist nicht immer weit entwickelt.

Für arbeitsfähige Personen ist die Grundsicherung für Arbeitsuchende relativ isoliert, die Maßnahmen sind nicht systematisch verflechtet. Allerdings gibt es auch im SGB II einen Katalog mit flankierenden Maßnahmen, nach dem SacharbeiterInnen mit den KlientInnen einen Gesamtplan zur Eingliederung erstellen sollen. Es wurden einerseits neue Programme zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt aufgelegt, sowie Anreize zur Stärkung der Eigeninitiative der EmpfängerInnen gesetzt. Auf der anderen Seite sieht das Gesetz nun schärfere Sanktionsmöglichkeiten und Zumutbarkeitsregelungen vor (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008, 19). So werden im Rahmen des SGB II von den Arbeitsgemeinschaften etwa Aufträge an freie Träger gegeben, z.B. zur Bereitstellung von „1-Euro-Jobs“.

4.2.2.3 Zielsetzungen und Strategien

Die Grundlage für die Berechnung der Leistungen ist die „Bedarfsgemeinschaft“. Ab Juli 2007 wurde der so genannte Eckregelsatz (für Alleinstehende bzw. Haushaltsvorstände) bundeseinheitlich auf 347 Euro pro Monat festgelegt. Jeder weiteren Person in der Bedarfsgemeinschaft ab 14 Jahren stehen 80 % des Eckregelsatzes zu, Personen unter 14 Jahren 60 %. Den Regelsätzen liegt das Prinzip der Pauschalierung zu Grunde. Seit 2005 werden einmalige Leistungen nur noch für die Erstausstattung einer Wohnung, die

Erstausstattung für Bekleidung (bei Schwangerschaft/Geburt) und mehrtägige Klassenfahrten anerkannt (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008, 20). Die Miete wird gesondert ermittelt, die jeweils reale Miete mit Obergrenze nach Hamburger Mietenspiegel wird bezahlt. Die Beträge sind allerdings kürzlich vom Verfassungsgericht aufgehoben worden.

Eine weitere rechtliche Herausforderung bei der Bereitstellung der Sozialhilfe besteht darin, dass das Bundesverfassungsgericht dem deutschen Gesetzgeber den Auftrag erteilt hat, bis 2010 die im Rahmen der Arbeitsmarktreformen 2005 eingeführte Mischbetreuung der langzeitarbeitslosen Personen in gemeinsamer Trägerschaft durch die Kommunen und die Bundesagentur für Arbeit (in den Arbeitsgemeinschaften) zu beenden, da diese Vermengung derzeit grundgesetzwidrig ist (IZA Compact Januar/Februar 2010). Mögliche Lösungen sind eine Änderung des Grundgesetzes oder eine Rückverlagerung der Aufgaben zu den Kommunen, die diese anstelle der jetzt zuständigen Bundesagentur für Arbeit übernehmen.

In Bezug auf steigende Arbeitslosigkeit ist in Hamburg keine dramatische Entwicklung mehr zu erwarten, die ökonomische Krise hat sich nicht so massiv ausgewirkt wie befürchtet. Allerdings sollte nach Angabe der befragten ExpertInnen die Arbeitsmarktverwaltung das Fallmanagement verbessern sowie Eingliederungspläne für schwierige Fälle entwickeln und ganzheitlich im Sinne eines Karriereplans anlegen. Ein Problem sind nach wie vor prekäre Beschäftigungsverhältnisse, da ergänzend Sozialhilfe benötigt wird.

4.2.2.4 Zielgruppen

Im Jahr 2007 war mehr als die Hälfte der BezieherInnen sowohl von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt (53%) als auch von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (55%) weiblich.

Bei der laufenden Hilfe zum Lebensunterhalt war ein Fünftel der BezieherInnen unter 18 Jahren, vier Fünftel waren im erwerbsfähigen Alter. Fast drei Viertel aller Leistungen gingen an Einpersonenhaushalte.

Bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung waren rund zwei Drittel der EmpfängerInnen über 65 Jahre, rund ein Drittel war unter 65 Jahren (voll erwerbsgemindert). 79% waren deutsche StaatsbürgerInnen, 4% EU-StaatsbürgerInnen, 17% hatten die Staatsbürgerschaft eines Drittstaats. Rund sieben Zehntel erhielten eine Ergänzungs-, rund drei Zehntel eine Vollleistung (Destatis 2009; Statistik Hamburg).

4.2.2.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Die Sozialhilfe hat die Aufgabe, in Not geratenen BürgerInnen ohne ausreichende anderweitige Unterstützung eine der Menschenwürde entsprechende Lebensführung zu ermöglichen. Sie erbringt gemäß SGB XII Leistungen für diejenigen Personen und Haushalte, die ihren Bedarf (vor allem an Ernährung, Unterkunft, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Heizung und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens) nicht aus eigener Kraft decken können (Einkommen, Vermögen) und auch keine (ausreichenden) Ansprüche aus vorgelagerten Versicherungs- und Versorgungssystemen haben (Destatis 2009, 8; Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008, 31/34). Eine weitere Voraussetzung ist ein legaler Aufenthalt, EU-StaatsbürgerInnen haben Anspruch auf alle Leistungen, Drittstaatsangehörige benötigen einen „verfestigten“ Aufenthalt.

Bei der Grundsicherung für Arbeitsuchende ist Arbeitsfähigkeit und Arbeitswilligkeit eine weitere Voraussetzung. Als erwerbsfähig gilt, wer unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden pro Tag arbeiten kann (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008, 20). Die Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen („originäre“ Sozialhilfe) erhalten seit 2005 nur noch die nicht erwerbsfähigen Hilfsbedürftigen. Dazu gehören zum Beispiel vorübergehend Erwerbsunfähige, längerfristig Erkrankte oder VorruhestandsrentnerInnen und Kinder in diesen Haushalten (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008, 29). Bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gilt als Voraussetzung Erwerbsunfähigkeit oder das Erreichen von 65 Jahren.

Bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erfolgt im Gegensatz zur Hilfe zum Lebensunterhalt kein Rückgriff auf das Einkommen der unterhaltsverpflichteten Kinder bzw. Eltern des Anspruchsberechtigten (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008, 15). In Hamburg haften jedoch Kinder generell nicht mehr für ihre Eltern. Solange umgekehrt Eltern für ihre Kinder zivilrechtlich noch aufkommen müssen (bis zur Beendigung der ersten Ausbildung in einer „angemessenen Zeit“), wird deren Einkommen herangezogen. Die in einer „Bedarfsgemeinschaft“ lebenden nicht unterhaltspflichtigen Personen müssen zwar keinen Unterhalt leisten, ihr Einkommen wird bei der Bedürftigkeitsprüfung, insbesondere bei der Mietunterstützung, jedoch eingerechnet. Eine Rückzahlungsverpflichtung gibt es bei der Sozialhilfe nicht. Bei der Grundsicherung für Arbeitsuchende werden darüber hinaus bestimmte Freibetragsregelungen berücksichtigt (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008, 20).

Die subjektiven Hürden beim Zugang zur Sozialhilfe sind geringer geworden, es wurde versucht, die Dienststellen und das Ambiente diskriminierungsfrei zu gestalten. Die Dienststellen müssen jede Form von Antrag (auch mündlich) entgegennehmen. Dennoch ist es nicht ausgeschlossen, dass manche Personen Sozialhilfe nur ungern in Anspruch nehmen, insbesondere Erwerbstätige mit geringem Einkommen.

4.2.2.6 Finanzierung und Kosten

Alle Leistungen werden ausschließlich aus Steuern finanziert. Auch bei der Grundsicherung für Arbeitsuchende handelt es sich um eine steuerfinanzierte Fürsorgeleistung, die sich ausschließlich am Bedarf der EmpfängerInnen (und nicht am letzten Nettolohn) orientiert. Die finanzielle Belastung wird gemeinsam von Bund und Kommunen (Stadt Hamburg) getragen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008, 19).

4.2.3 Pflege und soziale Dienste im Rahmen der Sozialhilfe

4.2.3.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Grundsätzlich ist die Pflege Angelegenheit der Sozialversicherung und organisatorisch im Gesundheitssystem angesiedelt. Bei der Hilfe zur Pflege (im Rahmen der Sozialhilfe) ist die Stadt Hamburg zu 100% autonom (vgl. dazu auch weiter unten).

4.2.3.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Im Rahmen des SGB XII Sozialhilfe werden die Hilfe zur Pflege und die Hilfe in anderen Lebenslagen als Hilfen in besonderen Lebenslagen gewährt (Destatis 2009, 9).

Hilfe zur Pflege wird innerhalb und außerhalb von Einrichtungen angeboten. Bei EmpfängerInnen, die in Einrichtungen (Pflegeheime u.ä.) leben, wird der Bedarf in der Regel zur Gänze durch die Bewilligung von stationärer Pflege abgedeckt. Für die Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen sieht das Gesetz deutlich mehr unterschiedliche Einzelleistungen für verschiedene Bedarfssituationen vor, wie etwa häusliche Pflege, Heranziehung von „besonderen Pflegekräften“ zur Beratung oder zeitweiligen Entlastung von Angehörigen, Übernahme der Kosten für Hilfsmittel, etc.

Teilstationäre Pflege wird in Einrichtungen gewährt, in denen die Leistungsberechtigten Tagespflege bzw. Nachtpflege erhalten. Kurzzeitpflege wird für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des/der Pflegebedürftigen oder in sonstigen

Krisensituationen gewährt, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist (Destatis 2009c, 7/13).

Ein Pflegegeld gibt es in der Sozialhilfe nicht (dieses wird von der Pflegeversicherung bezahlt), seit kurzem kann jedoch ein persönliches Budget für Pflegeleistungen beantragt werden. Derzeit wird dieses aber von den KlientInnen kaum genutzt.

Die Hilfe in anderen Lebenslagen umfasst verschiedene Leistungen, und zwar die Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, die Altenhilfe und die Blindenhilfe (Destatis 2009, 19f).

Leistungserbringer sind sowohl Einrichtungen der Stadt selbst als auch Einrichtungen von freien Trägern, die entweder über Subventionen (zuwendungsförderung) oder über Pflege- bzw. Kostensätze finanziert werden.

Im SGB XII („Vorrang von ambulanten Leistungen“) wird eine Verlagerung in Richtung ambulante Leistungen angestrebt. In der Praxis gibt es nach wie vor einen Überhang an stationären Leistungen. Dies hat aber auch mit Zielgruppe zu tun, da auf die Sozialhilfe eher Personen mit hoher Pflegebedürftigkeit angewiesen sind.

Durch die Einführung der Pflegeversicherung wurde der Bereich Pflege in das Gesundheitssystem eingegliedert. Für versicherte Personen ist die Krankenkasse auch Pflegeversicherungsträger. Die Pflegeversicherung arbeitet mit festen Beträgen. Wenn die benötigten Dienste teurer sind bzw. die Pflegekassenleistungen und andere Einkommen nicht ausreichen, besteht die Möglichkeit, Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe zu beantragen. Insgesamt ist die Abgrenzung zwischen Gesundheits- und Pflegesystem im Detail geregelt, es gibt keine Schnittstellenprobleme. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen klärt Zweifelsfälle auf, das „Exportieren“ von einem System in das andere findet nicht mehr statt.

4.2.3.3 Zielsetzungen und Strategien

Herausforderungen für die Zukunft stellen die alternde Bevölkerung, Qualitätsprobleme in der Pflege sowie die Schwierigkeit, geeignetes Personal zu finden, dar. Die Pflege ist derzeit ein eher unattraktiver Beruf, es besteht bereits zum Teil ein Mangel an Pflegekräften.

Als Gegenmaßnahmen werden Imagekampagnen für den Berufszweig durchgeführt. Gleichzeitig wird versucht, Alternativen zur gewerblichen und stationären Pflege aufzubauen. Eine weitere Maßnahme stellt eine verstärkte Prophylaxe im Gesundheitsbereich dar (z.B. Vermeidung von Zivilisationskrankheiten), um Pflegebedürftigkeit zu verringern.

4.2.3.4 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Mit der Hilfe zur Pflege unterstützt die Sozialhilfe pflegebedürftige Menschen. Diese Leistung wird denjenigen Personen gewährt, die in Folge von Krankheit oder Behinderung bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf fremde Hilfe angewiesen sind. Hilfe zur Pflege wird nur geleistet, wenn Pflegebedürftige die Pflegeleistungen finanziell weder selbst tragen können noch sie von Dritten – zum Beispiel der Pflegeversicherung (seit 1995 häusliche Leistungen, seit 1996 stationäre Leistungen) – erhalten (Destatis 2009, 19f).⁷

Die Hilfe zur Pflege wird individuell über ein Fallmanagement durch die Bezirksämter, das medizinische Begutachtungen inkludiert, bewilligt.

4.2.3.5 Finanzierung und Kosten

Die Hilfe zur Pflege wird über Steuern und zum Teil über Kostenbeiträge der Betroffenen finanziert. Bei der Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen deckten im Jahr 2007 die Eigenleistungen der Betroffenen bzw. sonstige Einnahmen allerdings nur rund 2% der Gesamtkosten, bei der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen rund 9%.

4.2.4 Behindertenhilfe

4.2.4.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen wird in Deutschland entweder von den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe (u.a. Länder) oder durch die örtlichen Sozialhilfeträger (u.a. kreisfreie Städte) gewährt (Destatis 2009, 17). Entsprechend ist die Stadt Hamburg bei der Behindertenhilfe weitgehend autonom, sie ist zentrale Aufgabe der Stadt.

Wenn ein Nutzen der Eingliederungshilfe für die gesellschaftliche Teilhabe anzunehmen ist, besteht ein Rechtsanspruch. Seit dem Jahr 2008 besteht auch ein Rechtsanspruch auf ein Persönliches Budget (vgl. weiter unten; Destatis 2009b, 14).

⁷ Grundsätzlich gehören alle in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur sozialen Pflegeversicherung. Als Beispiel kann angeführt werden, dass in Hamburg an Heimkosten im Jahr 2007 3.040 Euro zu entrichten waren. Die Pflegeversicherung zahlt für vollstationäre Dauerpflege bundesweit seit Juli 2008 monatlich in der höchsten Pflegestufe (III) 1.470 Euro (ohne Härtefallregelungen). Zur Finanzierung der darüber hinausgehenden Pflegeheimkosten müssen die Pflegebedürftigen eigene finanzielle Mittel aufwenden oder auf Sozialleistungen, wie die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe, zurückgreifen (Destatis 2009c, 20).

4.2.4.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (SGB XII, Hilfe in besonderen Lebenslagen) hat die Aufgabe, eine drohende Behinderung zu verhüten, eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen bzw. zu mildern und die Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft einzugliedern. Sie soll behinderte Menschen zu einem weitgehend selbstständigen Leben befähigen. Dazu zählen Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten, heilpädagogische Leistungen für Kinder oder Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (Destatis 2009, 17).

Im Jahr 2007 entfielen in Hamburg mehr als 50% der gewährten Leistungen auf Hilfen zum selbstbestimmten Wohnen in betreuten Wohnmöglichkeiten. 20% der EmpfängerInnen erhielten Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (Destatis 2009b, 20).

In der Regel werden die Leistungen der Behindertenhilfe von Partnereinrichtungen erbracht. Die Stadt Hamburg stellt in erster Linie diagnostische Leistungen bereit, um den Hilfsbedarf zu ermitteln, sowie die Bildungsleistungen im Rahmen des Schulwesens. Zum Teil ist die Stadt jedoch auch mit einigen Prozenten an den freien Trägern von Einrichtungen beteiligt.

Jede Leistung der „Eingliederungshilfe“ kann seit ein paar Jahren (Rechtsanspruch seit 2008) als persönliches Budget beantragt werden. Diese neue Form der Leistungsgewährung setzt auf mehr Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der behinderten Menschen, welche die von ihnen benötigten Leistungen selbst einkaufen können. Hierbei werden laufende Geldleistungen gezahlt, über deren Verwendung der/die Leistungsberechtigte relativ frei entscheiden kann. Grundlage ist eine Zielvereinbarung zwischen dem/der Berechtigten und dem(n) Leistungsträger(n), welche die individuellen Förder- und Leistungsziele sowie die zu erbringenden Nachweise für die Bedarfsdeckung und die Qualitätssicherung enthält. Ansprechpartner des/der Betroffenen ist die beauftragte Stelle, die das trägerübergreifende Budget als Komplexleistung koordiniert (Destatis 2009b, 13).

In der Praxis wird die Leistung allerdings selten beantragt, da die KlientInnen damit noch nicht vertraut sind. Nach wie vor wird eher um Sachleistungen angesucht (z.B. ein Platz in einer Werkstatt für behinderte Personen oder in einer Wohngruppe), die von der Stadt direkt bezahlt werden. Ende 2007 wurden insgesamt 26 persönliche Budgets gewährt (Destatis 2009b, 14).

4.2.4.3 Zielsetzungen und Strategien

Menschen mit Behinderungen soll ein selbstbestimmtes, barrierefreies Leben in Hamburg und eine größtmögliche Teilhabe an der allgemeinen Versorgung, dem Arbeitsmarkt und dem Leben in der Gemeinschaft ermöglicht werden. Einen Trend zu mehr selbstbestimmter Lebensführung gibt es sowohl im Hinblick auf persönliche Assistenz als auch im Hinblick auf Tagesstrukturmaßnahmen. Einen Schwerpunkt stellt auch die Unterstützung selbstbestimmten, nicht-institutionellen Wohnens dar.

Eine Herausforderung für die Zukunft besteht darin, mehr KlientInnen zu qualifizieren, das persönliche Budget zu nutzen. Dies ist auch politisch gewünscht. Weitere Herausforderungen bestehen in der Dezentralisierung und der sozialräumlichen Vernetzung von Leistungsangeboten. Es sollen auch verstärkt integrative Maßnahmen (Arbeit, Schule [keine Sonderschulen]) angeboten werden. In den Kindergärten sind behinderte Kinder bereits flächendeckend integriert.

4.2.4.4 Zielgruppen

Die Zielgruppe der Behindertenhilfe setzt sich aus Menschen mit körperlichen, geistigen, seelischen oder Mehrfachbehinderungen zusammen. Die „schwierigste“ Zielgruppe ist die der psychisch behinderten Menschen.

In puncto altersbedingter Behinderung wird, wenn es sich lediglich um eine altersbedingte Beeinträchtigung, aber um keine Behinderung handelt, keine Eingliederungshilfe gewährt. Mit zunehmendem Alter wird zwar häufig ein Behindertenausweis beantragt, dieser dient jedoch häufig dazu, sich Vergünstigungen im Nahverkehr zu verschaffen oder Hilfsmittel zu erhalten.

4.2.4.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Das SGB IX definiert Menschen als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Nach SGB XII erhalten Personen, die durch eine Behinderung (im Sinne von SGB IX) wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des

Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann.

Leistungsberechtigt sind somit alle Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert oder von einer Behinderung bedroht sind, soweit die Hilfe nicht von einem vorrangig verpflichteten Leistungsträger – wie zum Beispiel der Krankenversicherung, der Rentenversicherung oder der Agentur für Arbeit – erbracht wird (Destatis 2009, 17).

Die Ermittlung des Hilfsbedarfs erfolgt über eine Einstufung durch die Sozialhilfeverbände, die den Grad der Behinderung festlegen. Diese basiert auf diagnostischen Regeln, die auch berücksichtigen, welche Leistungen ein behinderter Mensch braucht, um ein erfülltes Leben zu führen. Das System ist insgesamt noch zu perfektionieren. Darüber hinaus wird die Anerkennung von Schwerbehinderung bundesweit katalogmäßig durch Anhaltspunkte festgelegt.

Grundsätzlich besteht keine Unterversorgung bei der Eingliederungshilfe für behinderte Personen. Partiell gibt es jedoch Schwierigkeiten, die individuell passenden Maßnahmen zu finden. So gestaltet sich etwa die Beschäftigung von psychisch kranken Menschen nicht einfach, da der Arbeitsmarkt nicht aufnahmefähig ist. Die rein rehabilitative Versorgung funktioniert zufriedenstellend.

4.2.4.6 Finanzierung und Kosten

Die Behindertenhilfe wird fast zur Gänze aus Steuern finanziert, es gibt nur wenige Kostenbeiträge. Die Rehabilitation gestaltet sich für Betroffene beispielsweise ohne jeglichen Kostenbeitrag.

4.2.5 Wohnungslosenhilfe

4.2.5.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

In Deutschland sehen Bundesgesetze bei entsprechender Bedürftigkeit die Übernahme von Mietschulden als Darlehen oder Beihilfe vor. Demnach sind öffentliche Stellen vorzuhalten, die diese Leistungen bewilligen. Auch die Hilfe für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten, die sich auch auf wohnungslose Personen bezieht, ist durch Bundesgesetz geregelt.

Die konkrete Organisation dieser Hilfen liegt bei der Stadt Hamburg. Sie ist somit bei der Ausgestaltung der Unterstützungen für wohnungs- und obdachlose Menschen, der öffentlichen Unterbringung, der Wohnversorgung und ergänzenden Maßnahmen weitgehend autonom.

4.2.5.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Für die Bereitstellung und Organisation der Wohnungslosenhilfe in Hamburg sind in erster Linie die städtischen Fachstellen für Wohnungslosenhilfe in den Hamburger Bezirken, die Anstalt öffentlichen Rechts „fördernd und wohnen“ sowie die Sozialen Beratungsstellen (als von der Stadt geförderte Vereine) aktiv. Es gibt aber auch Angebote anderer Träger, wie etwa von ökumenischen Organisationen, etc.

Die Hamburger Wohnungslosenhilfe hat die Schwerpunkte Prävention, vorübergehende öffentliche Unterbringung, Integration durch Wohnungsversorgung sowie ergänzende niedrigschwellige Hilfen (z.B. Beratung, Essensausgabe, medizinische Versorgung). Sie verfügt insgesamt über ein koordiniertes System, wobei einzelne Hilfssegmente auch aufeinander aufbauen. Die beteiligten Institutionen sind vernetzt und bieten auch Case-Management. So werden mit Betroffenen Gesamtpläne zur Eingliederung erstellt, z.B. Abbau von Schulden, Alkoholbehandlung, Wohnungssuche, Qualifizierungsmaßnahmen, etc.

Die Fachstellen sind in der Delogierungsprävention tätig und beraten und unterstützen Haushalte, deren Mietverhältnis aufgrund von Mietschulden oder ungebührlichem Verhalten, etc. bedroht ist.

Für bereits wohnungslose Personen bewilligen die Fachstellen öffentliche Unterbringung. „fördernd und wohnen“ ist mit der Unterbringung obdachloser Menschen beauftragt und betreibt insgesamt 57 Einrichtungen und zwei Notschlafstellen sowie 44 Häuser für wohnungslose Menschen. Weiters gibt es eine Übernachtungsstätte der Schwestern der Mutter Theresa und ein Übernachtungsheim der Bahnhofsmission. Das „Winternotprogramm“ stellt in der kalten Jahreszeit zusätzliche Schlafplätze zur Verfügung, zum Teil in zusätzlich aufgestellten Wohncontainern. Für die Versorgung untertags gibt es insgesamt acht Tagesaufenthaltsstätten.

In einem Folgeschritt vermitteln die Fachstellen Personen aus öffentlicher Unterbringung in Wohnungen von zwölf Hamburger Wohnungsunternehmen, mit denen die Stadt einen Kooperationsvertrag abgeschlossen hat. Fünf Wohnprojekte (u.a. der gemeinnützigen Wohnungslosen-GmbH) bieten obdachlosen Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten befristet Unterkünfte mit Betreuung durch SozialarbeiterInnen.

Die Fachstellen verhelfen den Betroffenen auch zu weitergehenden Hilfen wie Schuldner- und sozialer Beratung. Die insgesamt sieben Sozialen Beratungsstellen bieten offene Sprechstunden, Beratung und Unterstützung an. Sie können ohne Anmeldung in Anspruch genommen werden.

Für die Zielgruppe wird auch niederschwellige medizinische Versorgung bereitgestellt. In einigen Einrichtungen werden medizinische und psychiatrische Sprechstunden abgehalten. Weiters gibt es einen Bus mit eingebauter ärztlicher Praxis und einen Zahnarztbus. Eine Krankenstube für obdachlose Menschen, die vom Caritasverband Hamburg betrieben wird, bietet eine stationäre Aufenthaltsmöglichkeit zur Erholung nach einem Krankenhausaufenthalt oder zur Vermeidung eines solchen.

Weitere Angebote für wohnungslose Personen gibt es in Form von Essen- und Kleiderausgabestellen. Das Diakonische Werk und StraßensozialarbeiterInnen suchen die Betroffenen an Plätzen auf, an denen sie sich üblicherweise aufhalten, und versorgen sie mit heißen Getränken, Essen und Kleidung (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg 2006; 2007; 2009c; Homepage der Stadt Hamburg; „Fördern und Wohnen“ 2010).

4.2.5.3 Zielsetzungen und Strategien

Die übergeordneten Ziele der Wohnungslosenhilfe bestehen in dem Aufrechterhalten bzw. Wiedererlangen einer eigenen Wohnung sowie in der (Wieder)Eingliederung in die Gesellschaft und in das Erwerbsleben (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg 2006, 19).

Vor dem Hintergrund der Reform des Arbeitslosen- und Sozialhilferechts („Hartz IV“) wurde im Jahr 2004 vom Hamburger Senat die Neuordnung des Hilfesystems für Wohnungslose sowie die Einrichtung von Fachstellen für Wohnungsnotfälle, die die Bezirksstellen zur Wohnungssicherung ablösten, beschlossen. Die Fachstellen nahmen ihre Arbeit im Jahr 2005 auf. Grundgedanke war es, möglichst viele Hilfen aus einer Hand anzubieten. Im Jahr 2007 ermöglichte eine Gesetzesänderung Personen, die zuvor versichert waren, wieder in den Schutz ihrer früheren gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung zu gelangen. Dies führte zu einer Erleichterung und Verbesserung der medizinischen Versorgung von obdachlosen Personen (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2007, 1f; Homepage der Stadt Hamburg).

Eine Datenerfassung von wohnungslosen Personen erfolgt seitens der Behörden in einer zentralen Datenbank. Weiters werden innerhalb der Einrichtungen Aufzeichnungen geführt,

z.B. über die Anzahl und soziodemographischen Merkmale der KlientInnen, Dauer der Unterbringung). Auch die Wohnungsunternehmen führen Statistiken. Die Daten werden jedoch nicht publiziert, sondern intern zur Strategieentwicklung verwendet. Allerdings regelt ein Gesetz von 2009 die Zählung und Befragung der betroffenen Personengruppe als Landesstatistik (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg 2009c, 108).

Ein konkreter Handlungsbedarf besteht nach Angabe der befragten ExpertInnen in der Bereitstellung von mehr Einzelzimmern im Rahmen der Unterbringung in öffentlichen Einrichtungen, da alleinstehende KlientInnen vermehrt psychische und/oder körperliche Probleme aufweisen, die mit einer Mehrfachunterbringung nicht vereinbar sind.

4.2.5.4 Zielgruppen

Die generelle Zielgruppe der Wohnungslosenhilfe in Hamburg sind Menschen, die von Wohnungslosigkeit bedroht sind oder die bereits wohnungslos geworden sind. Der Deutsche Städtetag schuf Mitte der 1980er Jahre den Begriff „Wohnungsnotfälle“, der Menschen bezeichnet, die entweder aktuell von Wohnungsnot betroffen oder unmittelbar von Wohnungsnot bedroht sind, oder in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben. Auf der Straße lebende Menschen stellen nur eine kleine Untergruppe davon dar. Seit 2004 wird in Fachkreisen eine erweiterte und präzisierte Definition verwendet, die etwa Personen mit Unterkunft in Behelfsunterkünften sowie bei Freunden, Bekannten oder Verwandten inkludiert (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg 2009c; Forschungsverbund Wohnungslosigkeit und Hilfen in Wohnungsnotfällen 2005).

Im Rahmen der Hamburger Wohnungslosenhilfe gibt es Angebote für spezifische Gruppen, z.B. Jugendliche, Frauen, ehemals inhaftierte Frauen, Männer, Personen mit Alkohol- und Suchtproblemen, Alleinstehende mit besonderen sozialen Schwierigkeiten, kranke und psychisch beeinträchtigte Personen. Die getrennte Unterbringung von ZuwanderInnen in gesonderten Unterkünften wurde hingegen im Jahr 2007 aufgegeben.

Die überwiegende Mehrzahl der wohnungslosen Personen in Hamburg sind alleinstehende Männer. In stationären Einrichtungen und Wohnunterkünften beträgt der Männeranteil einheitlich über 80%. In den Wohnunterkünften sind rund drei Viertel der KlientInnen alleinstehende Personen (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2007; 2009).

4.2.5.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Nach Angabe der befragten ExpertInnen haben nur EU-BürgerInnen Zugang zu den Leistungen der Wohnungslosenhilfe. Haustiere sind in der öffentlichen Unterbringung nur dann erlaubt, wenn es sich um abgeschlossene Wohneinheiten handelt. In Gemeinschaftseinrichtungen gibt es eine begrenzte Anzahl an Plätzen, bei denen eine Haustierhaltung gestattet ist.

Die Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Wohnunterkünften hängt vor allem vom Angebot an Wohnungen für den betroffenen Personenkreis ab. Da dieses trotz der speziellen Vereinbarungen mit den Wohnungsunternehmen derzeit eher knapp ist, ist auch die Verweildauer in den Unterkünften gestiegen.

Nur schwer von der Wohnungshilfe zu erreichen sind obdachlose, auf der Straße lebende, Personen aber auch junge Erwachsene im Alter von 18 bis 25 Jahren, etwa Punks, die sich in Gruppen formieren.

4.2.5.6 Finanzierung und Kosten

Die Wohnungslosenhilfe wird vorwiegend aus Steuermitteln der Stadt Hamburg finanziert. Bundesmittel werden gewährt, wenn die betroffene Person Anspruch auf die Grundsicherung für Arbeitsuchende hat. Insbesondere niedrigschwellige Hilfen freier Träger werden auch aus Spenden finanziert.

4.2.6 Psychosoziale Versorgung

4.2.6.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

In Hamburg ist die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz für Beratung und Maßnahmen für Menschen mit seelischen oder psychischen Problemen bzw. besonderen sozialen Schwierigkeiten verantwortlich, ebenso für Drogen- und Suchthilfe einschließlich präventiver Maßnahmen (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2009b, 113f).

Für die Psychiatrie und die medizinische Behandlung von Drogen- und Alkoholkranken sind im Rahmen ihrer Aufgaben im Bereich des Gesundheitswesens der Bund und die Länder zuständig (vgl. weiter unten „Gesundheitssystem“).

Insgesamt verfügt die Stadt Hamburg im Bereich der psychosozialen Versorgung und der Drogenhilfe über eine große Autonomie.

4.2.6.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Die psychosoziale Versorgung im stationären Bereich stellen in erster Linie psychiatrische Abteilungen in öffentlichen und gemeinnützigen Krankenhäusern sicher. Zudem gibt es mehrere Pflegeeinrichtungen mit Möglichkeiten der Demenzbetreuung. Teilstationäre Rehabilitation und spezielle psychosomatische Versorgungsangebote in Kliniken runden das Angebot ab.

Im ambulanten Bereich stehen Betroffenen mit seelischen oder psychischen Problemen oder besonderen sozialen Schwierigkeiten Beratungsstellen der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz zur Verfügung. Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, die eine eigene Angebotsstruktur aufweisen, bieten Beratung und sofortige Hilfe im Krisenfall an. Ihr Schwerpunkt liegt auf gemeindenaher, an den jeweiligen Bedarf angepasster Versorgung. Durch die Sozialpsychiatrischen Dienste der bezirklichen Fachämter für Gesundheit werden Beratung, Vorsorge und nachgehende Hilfen in Fällen von psychischen Störungen, geistigen Behinderungen, psychischen Alterserkrankungen, Anfallsleiden, Suchtkrankheiten und Lebenskrisen zur Verfügung gestellt.

Begleitende Eingliederungshilfe für psychisch kranke Personen bieten auch eine Vielzahl von gemeinnützigen Vereinen und Trägern an. Einrichtungen für die berufliche (Re)Integration umfassen Arbeitseinrichtungen und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Darüber hinaus finden sich Einrichtungen des betreuten Wohnens sowie Einrichtungen zur Tagesbetreuung (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2009b; Homepage der Stadt Hamburg).

Das Angebot an ambulanten und stationären Hilfen im Drogen- und Alkoholbereich ist sehr umfangreich. Stationäre und teilstationäre Hilfen werden in mehreren Hamburger Krankenhäusern angeboten. Die Behandlung ist üblicherweise in den Abteilungen für Psychiatrie angesiedelt. Die Krankenhäuser führen zum Teil auch Drogenambulanzen und Suchtaufnahmestationen.

Das innerbehördliche Koordinationsgremium der Suchtprävention in Hamburg ist die „Ständige Arbeitsgruppe Suchtprävention“ unter Federführung der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz. Das Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen ist für die Praxiskoordination der Suchtvorbeugung zuständig.

Die Träger der ambulanten Hilfen und Beratungsstellen für Drogenabhängige sind zumeist Vereine. Ambulante Suchttherapie sowie Substitutionsbehandlung kann in Anspruch

genommen werden. DrogenkonsumentInnen werden auch sogenannte Gesundheitsräume zur Verfügung gestellt, in denen Drogenkonsum und Spritzentausch unter hygienischen und sicheren Bedingungen möglich ist. Zusätzliche Leistungen sind die Weitervermittlung zu anderen Einrichtungen, ärztliche Versorgung, warmes Essen und günstige Kleidung. Auch Krisenwohnungen stehen zur Verfügung (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2009b; Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen 2008; 2009; Springer 2003).

4.2.6.3 Zielsetzungen und Strategien

Schon seit Mitte der 1970er Jahre war es in Deutschland ein Ziel, nicht unbedingt erforderliche Hospitalisierungen bei psychischen Erkrankungen zu vermeiden und gemeindenahe Versorgungsstrukturen auszubauen. Der Trend geht in Richtung Reduktion der Kapazitäten und der Verweildauer im stationären Bereich bei gleichzeitigem Ausbau von Tageskliniken, betreuten Wohngemeinschaften, ambulanten Kriseninterventionszentren und Zentren zur psychosozialen Beratung und sozialen Unterstützung sowie in Richtung Vorsorge und Rehabilitation (Busse/Riesberg 2005, 139f).

Auch im Bereich des sozialpsychiatrischen Hilfesystems in Hamburg besteht das Ziel, nicht unbedingt erforderliche stationäre Betreuungen zu vermeiden. Der Krankenhausplan 2010 enthält aber auch das Ziel der Stärkung der psychiatrischen Versorgung, insbesondere im tagesklinischen Bereich (Freie und Hansestadt Hamburg o.J.; Homepage der Stadt Hamburg: Krankenhausplan 2010).

Konzepte der Drogenhilfe in Hamburg beschäftigen sich in erster Linie mit jungen Menschen und Prävention (Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen 2008, 13).

4.2.6.4 Zielgruppen

Die allgemeine Zielpopulation der psychosozialen Versorgung sind psychisch Kranke und Personen mit psychosozialen Problemen. Die Hilfen sind mit einer Vielzahl spezialisierter Leistungen auch auf unterschiedliche Sub-Zielgruppen (Frauen, Männer, Jugendliche, Personen mit bestimmten Krankheitsbildern [Demenz, Psychosomatik], Drogen- und AlkoholkonsumentInnen, etc.) abgestimmt. Für MigrantInnen gibt es auch fremdsprachige Angebote.

Im Bereich Wohnheime und Übergangseinrichtungen gibt es Einrichtungen, die sich teilweise an spezielle Zielgruppen wie Mädchen und Frauen, Mütter oder Familien mit Kindern, Jugendliche und junge Erwachsene oder Personen mit bestimmten Krankheitsbildern (z.B. Psychosen, schwere Persönlichkeitsstörungen) richten. Auch mehrere Spitäler betreiben Ambulanzen mit unterschiedlichen Schwerpunkten und für unterschiedliche Zielgruppen, z.B. psychosoziale Medizin, Abhängigkeitserkrankungen, Gerontopsychiatrie, Forensische Psychiatrie (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2009b).

Im Jahr 2007 war das Geschlechterverhältnis bei den aus einer stationären Behandlung entlassenen PatientInnen mit Verhaltens- und psychischen Störungen in Hamburg ausgeglichen (Männer 50,2%, Frauen 49,8%). Die Hälfte der Betroffenen befand sich in der Altersklasse 15-44 Jahre, rund ein Drittel war zwischen 45 und unter 65 Jahre alt. 16% waren 65 Jahre oder älter, 3% befanden sich im Alter unter 15 Jahren (Statistikamt Nord 2010, 58).

Auch einige ambulante Hilfen und Beratungsstellen der Drogenhilfe wenden sich an spezielle Zielgruppen wie Frauen, Jugendliche, Personen in Substitutionsbehandlung oder haben einen Schwerpunkt auf bestimmte Drogen (etwa Kokain und Cannabis). Manche sind ausschließlich auf Personen mit illegalem Drogengebrauch ausgerichtet, andere beraten auch alkoholabhängige Personen.

4.2.6.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Der Zugang zur Psychiatrischen Versorgung in den Spitäler ist im Rahmen der Gesundheitsversorgung geregelt, ebenso die medizinische Behandlung bei Drogen- oder Alkoholabhängigkeit. Grundsätzlich ist eine Krankenversicherung (bzw. eine Kostentragung durch die Sozialhilfe oder private Personen/Träger) dafür erforderlich, wobei eine Notfallversorgung stets bereitgestellt wird.

Niederschwellige Angebote der psychosozialen Versorgung und der Drogenhilfe sind im Allgemeinen für alle Personen, die Hilfe benötigen, verfügbar.

4.2.6.6 Finanzierung und Kosten

Die Finanzierung der psychosozialen Versorgung und der Drogenhilfe erfolgt in erster Linie über Steuern. Private Einrichtungen und ambulante Projekte, die bestimmte Kriterien erfüllen, werden von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz der Stadt Hamburg gefördert.

Im Haushaltspan-Entwurf 2009/2010 werden insgesamt 2,0 Mio. Euro für psychosoziale Betreuung und Beratung veranschlagt (2007: 1,8 Mio.) sowie 17,2 Mio. Euro für Hilfen für Suchtkranke und -gefährdete im Bereich ambulanter Beratungs- und Versorgungsangebote (2007: 16,4 Mio.) (Freie und Hansestadt Hamburg o.J.).

4.2.7 Gesundheitssystem

4.2.7.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Im deutschen Gesundheitssystem besteht eine klare institutionelle Trennung zwischen dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, der primären und sekundären Versorgung im ambulanten Sektor und der traditionell auf die stationäre Behandlung beschränkten Krankenhausversorgung. Wichtigste gesetzliche Grundlage im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung ist das (nationale) Sozialgesetzbuch, das die gesetzliche Krankenversicherung regelt. In den Ländern, und damit auch im Stadtstaat Hamburg, gibt es für das Gesundheitswesen zuständige Landesministerien. Die Länderregierungen sind für die Krankenhausinfrastruktur und für den öffentlichen Gesundheitsdienst verantwortlich (Busse/Riesberg 2005).

Die ambulante vertragsärztliche Versorgung wird weitgehend unabhängig durch die Selbstverwaltung der ÄrztInnen und die Krankenkassen gesteuert (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2009a, 27).

Insgesamt verfügt Hamburg über eine relativ große Autonomie im Bereich des intramuralen Gesundheitswesens.

4.2.7.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Die Abteilung für Gesundheit am Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz (angesiedelt bei der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz) besteht aus den Fachabteilungen Öffentlicher Gesundheitsdienst, Drogen und Sucht, Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung, Versorgungsplanung und Sozialversicherung. Sie ist für die Versorgungsplanung zuständig, die Krankenhausplanung, Krankenhausinvestitionsförderung, Psychiatrieplanung und Maßregelvollzug⁸, Gesundheitsstatistik, Krankenhausrecht, Pflegesatzrecht (Genehmigung von Krankenhausentgelten) und Konzessionierungen für private Krankenhäuser inkludiert.

⁸ Entspricht in Österreich dem Maßnahmenvollzug.

Mit der Aufstellung und Strukturierung der Krankenhausversorgung sichert die Fachabteilung Versorgungsplanung die bedarfsgerechte Versorgung der Hamburger Bevölkerung in den Krankenhäusern. Im Rahmen dieser Aufgabe fungiert die Fachabteilung als Geschäftsstelle des Landesausschusses für Krankenhaus- und Investitionsplanung (Homepage der Stadt Hamburg: Abteilung Gesundheit).

Die Fachabteilung Öffentlicher Gesundheitsdienst bearbeitet Fragen des Infektionsschutzes und des Impfwesens, der Reproduktions- und Transplantationsmedizin sowie der Ethik in der Medizin. Sie ist weiters zuständig für die fachliche Steuerung der bezirklichen Gesundheitsämter und beschäftigt sich mit den Ausbildungs- und Prüfungsangelegenheiten für die akademischen Berufe und Fachberufe im Gesundheitswesen. Zu der Fachabteilung gehört auch das Landesprüfungsamt für Heilberufe. Darüber hinaus übt der Öffentliche Gesundheitsdienst die Dienst- und Fachaufsicht über das Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin aus (Homepage der Stadt Hamburg: Abteilung Gesundheit).

In Hamburg gibt es 32 Krankenhäuser, die zur Versorgung der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen dienen. Zusätzlich gibt es 19 Privatkliniken. Durch Zusammenschlüsse hat sich seit dem Jahr 2000 die Anzahl der Krankenhäuser verringert. Im Jahr 2005 wurden die Landesbetrieb-Krankenhäuser verkauft, wodurch sich die Trägerschaft maßgeblich verändert hat. Es erfolgte eine Verdopplung der Anzahl privater Kliniken ohne Versorgungsauftrag (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2009, 28).

4.2.7.3 Zielsetzungen und Strategien

Der Krankenhausplan 2010 wurde im Jahr 2007 (als Fortschreibung des Krankenhausplans 2005) beschlossen. Eines seiner Ziele ist die Entwicklung ganzheitlicher Behandlungsstrukturen unter Überwindung der Sektorgrenzen, also die Aufhebung der Trennung von stationärem und ambulatem Sektor (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales 2007).

Zugelassene Krankenhäuser sind seit 2007 auf Antrag berechtigt, bestimmte Behandlungen und hochspezialisierte Leistungen ambulant zu erbringen. Bei der Bewilligung wird die vertragsärztliche Versorgungssituation berücksichtigt. Dazu existiert ein Katalog der möglichen ambulanten Leistungen. (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2009).

Bedarfspläne für die außerstationäre Versorgung sollen sicherstellen, dass über das Angebot an ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen eine wohnortnahe und bedarfsgerechte ambulante medizinische Versorgung gewährleistet ist. Zu diesem Zweck legt die Kassenärztliche Vereinigung Hamburgs im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen fest, wie viele ÄrztInnen für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehen sollen. Sogenannte Praxisnetze (Praxisverbünde, ÄrztInnennetze) gewinnen an Bedeutung. Auch Verbünde mit Krankenhäusern, Apotheken oder anderen GesundheitsanbieterInnen wie PhysiotherapeutInnen können eingegangen werden. Positive Auswirkungen sind der bessere Austausch zwischen den ÄrztInnen sowie die Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen. Derzeit gibt es acht Praxisnetze in Hamburg.

Ein ähnliches Versorgungsangebot ist die „Integrierte Versorgung“ in medizinischen Versorgungszentren. Sie beinhaltet sektorenübergreifende Zusammenarbeit des ambulanten und stationären Sektors und verschiedener Fachbereiche sowie die Kooperation mit nichtärztlichen Berufsgruppen. Wie in Praxisgemeinschaften arbeiten mehrere ÄrztInnen und anderes medizinisches Personal zusammen. Der Vertragspartner sind jedoch nicht die einzelnen ÄrztInnen, sondern das medizinische Versorgungszentrum. Die Optimierung und Vereinfachung der medizinischen Abläufe soll u.a. helfen, Kosten zu reduzieren. In Hamburg gibt es derzeit 33 medizinische Versorgungszentren (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales 2001; Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2009a).

4.2.7.4 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

In Deutschland gibt es eine grundsätzliche Versicherungspflicht für den Krankheitsfall, entweder bei einer gesetzlichen oder einer privaten Krankenkasse. Insbesondere FreiberuflerInnen und Kleingewerbetreibende sind privat versichert. Der Wechsel in die gesetzliche bzw. der Ausstieg aus der privaten Krankenversicherung gestaltet sich schwierig. Manche Leistungen, die die gesetzliche Versicherung übernimmt, werden von der privaten Versicherung nicht bezahlt. Für ältere, weniger gesunde, Personen steigen darüber hinaus die privaten Beiträge exorbitant an. Entsprechend nimmt die Zahl der Personen, die sich keine Krankenversicherung leisten können, zu (Busse/Riesberg 2005; Neubacher 2009).

Für nicht versicherte Personen stehen die „Hilfen zur Gesundheit“ im Rahmen der Sozialhilfe zur Verfügung (vgl. weiter oben „Geldleistungen [und Krankenhilfe] im Rahmen der Sozialhilfe“). Nicht versicherte Personen haben auch in bestimmten (karitativen) Einrichtungen die Möglichkeit, sich kostenlos behandeln zu lassen. Ein Anspruch auf Notfallbehandlung besteht nach einem Urteil des Bundessozialgerichts jedenfalls.

Beim Zugang zu Krankenhäusern wird anhand von Kriterienkatalogen bestimmt, ob eine vollstationäre Behandlung im jeweiligen Fall angezeigt ist. Da nicht jeder individuelle Fall nach diesen Standards beurteilt werden kann, beauftragen die Krankenkassen die medizinischen Dienste mit der Begutachtung im Einzelfall. Begutachtungsrichtlinien stellen sicher, dass diese Einzelfallbegutachtungen bundesweit nach vergleichbaren Kriterien erfolgen (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. 2010).

4.2.7.5 Finanzierung und Kosten

In der stationären Versorgung kommt ein duales Finanzierungssystem zur Anwendung, wobei Investitionen (v.a. bauliche und ausstattungsbezogene Kosten) durch die Stadt Hamburg (über Steuern) gedeckt werden, während die Behandlungskosten von den Krankenkassen getragen werden (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales 2009, 31). Laut Krankenhausplan 2010 stellt der Senat jährlich über 100 Millionen Euro für Krankenhausinvestitionen zur Verfügung (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2007b).

Rehabilitationsmaßnahmen werden von der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Bundesanstalt für Arbeit, der Sozialhilfe und der Kriegsopferversorgung einschließlich der Kriegsopferfürsorge finanziert (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales 2001, 149).

Die ambulante vertragsärztliche Versorgung wird weitgehend unabhängig durch die Selbstverwaltung der ÄrztInnen und Krankenkassen gesteuert.

Die Gesamtkosten für allgemeine stationäre Krankenhausleistungen betrugen im Jahr 2007 rund 1,7 Milliarden Euro. Die Durchschnittskosten pro Fall sind mit 4.236 Euro in Hamburg höher als in Deutschland gesamt (3.519 Euro), was wesentlich auf das spezielle und kostenintensivere Behandlungsspektrum des Universitätsklinikums zurückzuführen ist (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2009a).

2003 wurde das „DRG-Vergütungsrecht“ (diagnosebezogene Fallgruppen) eingeführt. Dabei handelt es sich um ein Entgeltsystem für Krankenhäuser, das sich am Schweregrad von Krankheiten orientiert (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2007b).

4.2.7.6 Versorgungsdichte

Hamburg ist eine „Gesundheitsmetropole“ mit modernen Krankenhäusern und einem ausgebauten Angebot an Spitzenmedizin. Die stationären Anstalten werden auch massiv von

PatientInnen aus benachbarten Bundesländern genutzt. Mehrere Großprojekte sollen den weiteren Ausbau und die weitere Modernisierung des Gesundheitsangebots sicherstellen und im privaten Bereich auch verstärkt PatientInnen aus Südeuropa und Russland anziehen (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2009a, 29; Homepage der Handelskammer Hamburg 2010).

In der Periode 2003-06 betrug die Bettendichte in Hamburgs Krankenhäusern 7,0 pro 1.000 EinwohnerInnen (Quelle: Eurostat Urban Audit). Von Ende 2000 bis Anfang 2008 wurde die Zahl der Krankenhausbetten, u.a. aufgrund des Rückgangs der Belagsdauer, um ca. 15% reduziert (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2009a, 29).

Im Jahr 2005 kamen auf 1.000 EinwohnerInnen 4,7 praktizierende ÄrztInnen (Quelle: OECD Regional Data). Laut Bedarfsplänen der kassenärztlichen Vereinigung Hamburg war im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung im Jahr 2007 in sieben von 14 medizinischen Fachrichtungen eine Überversorgung auszumachen (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2009a, 27).

4.2.8 Quellen

4.2.8.1 Interviews

Maria MADERYC, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Amt für Soziales, Hamburg

Uwe RIEZ, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Amt für Familie, Hamburg

4.2.8.2 Literatur

Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (2001): Stadtdiagnose 2. Zweiter Gesundheitsbericht für Hamburg. Amt für Gesundheit, Referat für Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung. Hamburg.

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg (2006): Das soziale Hilfesystem für wohnungslose Menschen. Hamburg.

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (2007): Evaluation der Fachstellen für Wohnungsnotfälle Juli 2005 – Juni 2007. Hamburg.

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (2007b): Krankenhausplan 2010 der Freien und Hansestadt Hamburg. Hamburg.

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (2009): Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg. Mai 2009, Hamburg.

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (2009b): Therapieführer Psychiatrie und Psychotherapie. Diagnostische, therapeutische und rehabilitative Angebote in Hamburg. 15. wiederholt überarbeitete Auflage. Stand: September 2009. Hamburg.

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg (2009c): Obdachlose, auf der Straße lebende Menschen in Hamburg 2009. Hamburg.

Bundesministerium der Finanzen (2010): Internetquelle: http://www.bundesfinanzministerium.de/nn_39848/DE/BMF_Startseite/Service/Glossar/S/025__Steuerkompetenzen.html#doc10072bodyText4, abgerufen am 17. Feb. 2010.

Bundeszentrale für politische Bildung (o.J.): Infoblatt Gesetzgebungskompetenzen.

Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (2008): Suchtprävention in Hamburg. Konzept, Struktur und Projekte (Bd. 2). Hamburg.

Büro für Suchtprävention der Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V. (2009): Kursbuch Sucht. Ein Wegweiser durch das Hamburger Suchthilfesystem, Hamburg.

Busse R., Riesberg A. (2005): Gesundheitssysteme im Wandel (HIT) Deutschland., WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Kopenhagen.

Destatis (2009): Sozialleistungen Sozialhilfe 2007, Wiesbaden.

Destatis (2009b): Statistik der Sozialhilfe: Eingliederungshilfe für behinderte Menschen 2007, Wiesbaden.

Destatis (2009c): Statistik der Sozialhilfe: Hilfe zur Pflege 2007, Wiesbaden.

Fördern und Wohnen Hamburg (2010): Internetquelle: www.foerdernundwohnen.de, abgerufen am 14. Jan. 2010.

Forschungsverbund Wohnungslosigkeit und Hilfen in Wohnungsnotfällen (Hrsg., 2005): Gesamtbericht 2005, Darmstadt.

Freie und Hansestadt Hamburg (o.J.): Haushaltsplan-Entwurf 2009/2010, Einzelplan 4, Behörde für Soziales, Familie und Verbraucherschutz.

Handelskammer Hamburg (2010): Spitzenmedizin - Gesundheitsmetropole Hamburg, Internetquelle: http://www.hk24.de/share/hw_online/hw2008/artikel/06_titel/08_02_13_spitzenmedizin.html, abgerufen am 12. März 2010.

Heinemann A.W. (o.J.), Bund-Länder-Finanzbeziehungen in Deutschland, Landeszentrale für politische Bildung – Bremen.

Homepage der Stadt Hamburg, Internetquelle: <http://www.hamburg.de/bsg/> (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz), abgerufen am 13. Jan. 2010.

Homepage der Stadt Hamburg, Abteilung Gesundheit (G3), Internetquelle: <http://www.hamburg.de/wir-ueber-uns/1627182/g-3.html> abgerufen am 9. Februar 2010.

Institut für Zukunft der Arbeit (2010): Compact Januar/Februar 2010.

Knetsch F. (2006): Was machen eigentlich Bund, Länder und Kommunen? Wer ist für was zuständig? Dürfen die das? Und was kriegen sie dafür?, in: BRAND EINS 09/06, 124f.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2010): Krankenhausbehandlung, Internetquelle: <http://www.mds-ev.org/Krankenhausbehandlung.htm>, abgerufen am 11. März 2010.

Neubacher A. (2009): Armut per Gesetz, in: Der Spiegel (27/2009), 45.

Neukirchen M. (2006): Föderalismusreform in Deutschland: 10 Fragen zum Deutschen Föderalismus, Juli 2006.

Springer A. (2003): Konsumräume. Expertise im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung. Wien.

Statistikamt Nord (2010): Statistisches Jahrbuch Hamburg 2009/2010.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2006): Sozialhilfe regional 2004. Ein Vergleich aller 439 Kreise in Deutschland.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008): Soziale Mindestsicherung in Deutschland 2006.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2008): Statistisches Jahrbuch Hamburg 2008/09, Hamburg.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2009): Die Sozialhilfe in Hamburg und Schleswig-Holstein 2007, K I 1 - j/07, Teil 1 19. März 2009.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2009b): Pflegestatistik in Hamburg und Schleswig-Holstein 2007. Pflegeeinrichtungen, Beschäftigte und Pflegebedürftige. K II 8 - 2j/07 26. Februar 2009.

Wikipedia: <http://www.wikipedia.de/>, Internetquelle, abgerufen am 14. Jan. 2010.

4.3 Lissabon

4.3.1 Föderale Struktur

Portugal weist eine relativ zentralisierte Verwaltungsstruktur auf. Es fehlt der föderale Charakter von anderen Staaten wie z.B. Österreich und Deutschland. Die lokalen Verwaltungsebenen haben aber auch im Vergleich zu ihren Pendants in nicht-föderalen

Staaten (z.B. Gemeinden in Schweden) wenig Autonomie, Kompetenzen und Ressourcen in wichtigen Bereichen der Verwaltung.

Die wichtigsten Organe der öffentlichen Verwaltung sind die nationale Regierung, gewählt durch das nationale Parlament, und die Institutionen der öffentlichen zentralen Verwaltung, die sich daraus ableiten. Zusätzlich gibt es Ebenen der zentralen Verwaltung, die auf lokaler Ebene tätig sind. Die Ebenen der zentralen Verwaltung setzen sich zusammen aus:

- Zentralen Diensten: tragen Verantwortung für Portugal gesamt (z.B. Ministerium für Gesundheit und ihre Generaldirektionen);
- Lokalen Diensten: haben eine begrenzte geografische Reichweite und unterstehen in der Regel zentralen Dienststellen (z. B. Regionale Gesundheitsverwaltung);
- Indirekter staatlicher Verwaltung: öffentliche Stellen mit rechtlicher und finanzieller Autonomie gegenüber dem Staat; sie sind mit der Durchführung der Politik der zentralen Verwaltung oder des Ministeriums, von dem sie abhängen, beauftragt (z.B. Institut für soziale Sicherheit).

Daneben weist Portugal zwei lokale Verwaltungsebenen auf:

- Stadtgemeinden: örtlich gewählte Verwaltungsebene, von denen es in Portugal 308 gibt;
- Sprengel (Freguesias): niedrigste Ebene der örtlich gewählten Verwaltung.

Entlang dieser beiden relativ parallelen Strukturen wurden Koordinierungsstellen für eine Reihe von Aufgaben gegründet, um die lokalen Dienstleistungen der zentralen Verwaltung und der Gemeinden zusammenzubringen; manchmal auch gemeinsam mit anderen Interessenvertretern – wie etwa NGOs, die am Lokalen Rat für Soziale Dienste und Leistungen (CLAS) teilnehmen, der die Maßnahmen im sozialen Bereich innerhalb der Gemeindegrenzen koordiniert.

Die Gemeinden sind geographisch in Regionen zusammengefasst, 18 Bezirke auf dem portugiesischen Festland und 5 NUTS II Regionen.⁹ Diese haben keine gewählten Verwaltungsgremien und dienen in erster Linie der Bestimmung der räumlichen Ausdehnung der lokalen Dienste der zentralen Verwaltung. So legt beispielsweise in der Sozialpolitik das Ministerium für Arbeit und soziale Solidarität Politik und Sozialleistungen fest, die dann

⁹ Die Inselgruppen Madeira und die Azoren im Atlantischen Ozean haben den speziellen Status von autonomen Regionen (eigene Parlamente und begrenzte legislative Autonomie).

durch das Institut für Soziale Sicherheit umgesetzt werden, das seinerseits 18 Soziale Zentren auf Bezirksebene, welche die Leistungen und Dienste verwalten und die Anspruchsvoraussetzungen prüfen, beaufsichtigt.

Das nationale Parlament legt per Gesetz fest, in welchem Umfang Zuständigkeiten für welche Politikbereiche an die Gemeinden abgetreten werden. Diesen wiederum steht es frei, einige dieser Aufgaben an die Sprengel zu delegieren. Somit haben die Gemeinden rechtlich bei einem breiten Spektrum von Themen ein Mitspracherecht, wobei die Aufgaben der Kommunen innerhalb dieser Bereiche stark variieren. Raumplanung, Instandhaltung der Straßen, Kommunikation und Bereitstellung einiger öffentlicher Güter durch eigene kommunale Unternehmen sind etwa Bereiche, bei denen die Gemeinden eine größere Rolle spielen. In der Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftspolitik haben sie nur sehr begrenzte Befugnisse. Sie haben auch nur eine sehr begrenzte Autonomie, Steuern und Gebühren zu erheben.

Das Gesundheitsministerium und das Ministerium für Arbeit und Soziale Solidarität sind für das Gesundheitssystem bzw. die Sozialen Dienste verantwortlich. Die wichtigsten Entscheidungen werden auf zentraler Ebene durch diese Ministerien getroffen, während ihre regionalen und lokalen Institutionen die entsprechenden Maßnahmen bereitstellen und organisieren. Nur sehr wenige Kompetenzen wurden auf die Gemeinden übertragen:

- **Sozialdienste:** Die Gemeinden können Sozialdienste in den Bereichen Kinderbetreuung, Altenpflege, Wohnungslosigkeit, Behinderung sowie Drogen und Alkohol-Missbrauch gründen, betreiben oder auf andere Weise unterstützen. Sie sind in dem Lokalen Rat für Soziale Dienste und Leistungen vertreten und sind im Prozess der Organisation öffentlicher Investitionen und Programme in diesem Bereich zu konsultieren. Sie arbeiten auch mit anderen Beteiligten an den Programmen und Maßnahmen zur Förderung der sozialen Eingliederung und zur Bekämpfung von Armut zusammen.
- **Gesundheit:** Die Kommunen nehmen an der Planung des Gesundheitswesens teil und sind in den lokalen Koordinierungsstellen der Gesundheitspolitik vertreten. Sie können Zentren medizinischer Grundversorgung errichten, unterhalten und unterstützen, Maßnahmen für öffentliche Gesundheit festlegen, und an der Bereitstellung von Fürsorge für pflegebedürftige Personen innerhalb ihrer territorialen Grenzen partizipieren.

Bei der Verwaltung oder Ausführung auf nationaler Ebene festgelegter politischer Maßnahmen spielen die Kommunen eine größere Rolle. In Zusammenarbeit mit den örtlichen

Diensten der zentralen Verwaltung haben sie die Aufgabe, Projekte zu realisieren oder Bedarfe zu bewerten. Dafür vorgesehen sind die Lokalen Räte für Soziale Dienste und Leistungen, die als Koordinationseinrichtungen auf lokaler oder regionaler Ebene mehrere Interessenvertreter auf gleichberechtigter Basis zusammenführen: das Ministerium für Arbeit und soziale Solidarität und seine lokalen Dienste, die Gemeinden, NGOs, die Anbieter von sozialen Diensten, etc.

Insgesamt spielen die Gemeinden im Bereich der Sozial- und Gesundheitspolitik in der Praxis jedoch eine untergeordnete Rolle. Sie sind meist beschränkt auf die Rolle als „Fürsprecher“ der Bedarfe ihrer BürgerInnen. Die meisten Regelungsaspekte bleiben ein Vorrecht der zentralen Verwaltung. Das nationale Parlament ist nicht nur das wichtigste gesetzgebende Organ; die Regulierung und Verwaltung der Politik wird auch meist zentral von den Ministerien und ihren zentralen Diensten (entweder durch Generaldirektionen oder Institute), oder ihren lokalen Diensten vollzogen.

Die relativ geringe politische Rolle der Gemeinden geht wesentlich darauf zurück, dass die meisten finanziellen Mittel zentral verwaltet und nicht an die Gemeinden verteilt werden. Auch die meisten sozialen Einrichtungen und Dienste sind entweder im nationalstaatlichen Besitz bzw. werden vom Zentralstaat verwaltet (z. B. Krankenhäuser) oder werden von privaten Non-Profit Organisationen betrieben (z. B. in der Langzeitpflege). Zwar können die Kommunen Initiativen zur Gründung sozialer Dienste ergreifen, aber es fehlen ihnen in der Regel ausreichende finanzielle Mittel, um dies auf einer nachhaltigen und breiten Basis zu tun. In jedem Fall würde ihre Zulassung und Regulierung vom Ministerium für Arbeit und Soziale Solidarität oder vom Ministerium für Gesundheit abhängen. Portugiesische Gemeinden haben auch nur sehr begrenzte Möglichkeiten, Steuern selbst einzuheben.

Die wichtigsten Quellen zur Finanzierung der Kommunen sind:

- Von der Zentralregierung eingehobene und an die Gemeinden übertragene Steuereinnahmen: Gesamteinnahmen aus den Steuern auf Immobilien und Kraftfahrzeuge, und 5% der Einkommenssteuern der BürgerInnen mit Wohnsitz in der Gemeinde;
- Steuern auf die Gewinne von in der Gemeinde niedergelassenen Unternehmen bis zu einem Maximum von 1,5%;
- Gebühren für öffentliche Güter, die von den Gemeinden oder von kommunalen Unternehmen bereitgestellt werden (Abfallwirtschaft, Kanalisation, Wasser);

- Transfers aus dem Staatshaushalt für besondere Investitionsprojekte, vorbehaltlich eines Abkommens zwischen Gemeinde und Zentralregierung;
- Transfers aus dem Staatshaushalt für allgemeine Zwecke, die darauf abzielen, bestehende Unterschiede zwischen den Gemeinden zu kompensieren, in der Regel durch höhere Transfers an benachteiligte Gebiete.

Für die meisten Gemeinden sind die Transfers aus dem Staatshaushalt die wichtigste Quelle der Finanzierung. Die Bedeutung von Lissabon hinsichtlich Bevölkerung und Wirtschaft hat jedoch zur Folge, dass die übertragenen Steuereinnahmen die Mehrheit der verfügbaren Einnahmen ausmachen.

Was den Aufbau, das Management oder die Finanzierung des Gesundheitssystems (sowohl intra- als auch extramural) und der Sozialen Dienste betrifft, so ist die Gemeinde Lissabon dafür nur marginal im Sinne des Bereitstellens von Sozialen Diensten zuständig. Ihre Rolle ist jedoch in jenen Bereichen größer, die für gewöhnlich nicht so viel finanzielle Unterstützung durch das Ministerium für Arbeit und Soziale Solidarität erhalten, wie etwa Drogen- und Alkoholabhängigkeit, psychosoziale Betreuung und Unterstützung für Obdachlose. Die Koordination zwischen der Gemeinde Lissabon und den lokalen Diensten der Ministerien wird durch schriftliche Vereinbarungen reguliert.

Für die Sozialen Dienste in der Stadt Lissabon gibt es neben der Gemeinde und den lokalen Diensten der Ministerien einen weiteren wichtigen öffentlichen Interessenvertreter: die Misericórdia von Lissabon (SCML). In ganz Portugal bilden die Misericórdias unabhängige, karitative Organisationen, die soziale Dienste anbieten. Die SCML untersteht jedoch dem Ministerium für Arbeit und Soziale Solidarität, das ihre Funktion regelt und ihre Gremien ernennt. Sie entwickelt verschiedene Maßnahmen im Bereich der sozialen Dienste (Armutsbekämpfung, soziale Integration, Bereitstellung sozialer Dienstleistungen), der Bildung und der Gesundheit. Hauptquelle der Finanzierung sind die Einnahmen aus den staatlichen Lotteriespielen (ca. 50%). Obwohl sie dem Ministerium für Arbeit und Soziale Solidarität untersteht, ist die SCML ein relativ unabhängiger Anbieter in den Bereichen Gesundheits- und Sozialdienste in der Stadt Lissabon; sie arbeitet auf diesen Gebieten mit der Lissaboner Zentralstelle für soziale Sicherheit und mit der Gemeinde Lissabon zusammen.

4.3.2 Geldleistungen (und Krankenhilfe) im Rahmen der Sozialhilfe

4.3.2.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Sowohl das „Soziale Eingliederungseinkommen“ (für Personen im Erwerbsalter) als auch der „Alterssolidaritätszuschuss“ (für Personen im Pensionsalter) als Leistungen der monetären Sozialhilfe werden durch das Ministerium für Arbeit und soziale Solidarität auf der nationalen Ebene geregelt. Über ihre lokalen Dienste verwaltet das Institut für soziale Sicherheit die Auszahlungen und organisiert die Prüfung der Anträge bzw. Kontrollen. Die Gemeinde Lissabon organisiert oder zahlt keinerlei Geldleistungen der Sozialhilfe aus.

Die Gemeinden beteiligen sich lediglich an den lokalen Eingliederungszentren, die als Koordinationsorgane für die Begleitung des Prozesses der sozialen Eingliederung von KlientInnen zuständig sind. Diese setzen sich aus verschiedenen öffentlichen Einrichtungen (Schulen, Gesundheitszentren, Arbeitsamt) zusammen und werden von der lokalen Dienststelle für Soziale Sicherheit geleitet werden (im Fall von Lissabon übernimmt die SCML die Leitungsfunktion).

Auf die Mindesteinkommensleistungen besteht ein Rechtsanspruch. Die Richtsätze werden bei individuellem Bedarf (Behinderung, Pflegebedürftigkeit, etc.) erhöht.

4.3.2.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Es werden Mindesteinkommensleistungen in Form des „Sozialen Eingliederungseinkommens“ (RSI) und des „Alterssolidaritätszuschusses“ (CSI) im Sinne einer Sozialrente bereitgestellt. Abgedeckt werden in der Regel auch die Wohnkosten.

Das „Soziale Eingliederungseinkommen“ stellt sowohl eine Geldleistung als auch ein Programm zur sozialen Eingliederung dar. Als solches besteht es aus einer bindenden Vereinbarung, die vom/von der EmpfängerIn unter Einbeziehung der lokalen Zentren für Soziale Sicherheit und Beschäftigung unterzeichnet wird. Das Programm legt die Maßnahmen bzw. Verpflichtungen des/der Begünstigten und dessen/deren Haushaltsmitglieder fest, z. B. Teilnahme an einer Berufsausbildung, Einschreibung in der Schule (für Kinder im Haushalt) und Arbeitsbereitschaft bei Arbeitsfähigkeit (obligatorische Eintragung beim Arbeitsamt im Falle von Arbeitslosigkeit und Erstellung eines persönlichen Beschäftigungsplans für den/die KlientIn, der Ausbildung, niedrigschwellige Beschäftigung, etc. umfassen kann). Die Nichteinhaltung der im Programm vereinbarten Maßnahmen führt zur Einstellung der Leistung.

Die Gemeinde Lissabon unterstützt private Organisationen (üblicherweise Non-Profit), die unterstützende Maßnahmen im Bereich der Sozialhilfe entwickeln, finanziell.

4.3.2.3 Zielsetzungen und Strategien

Sowohl das „Soziale Eingliederungseinkommen“ als auch der „Alterssolidaritätszuschuss“ werden auf Haushaltsebene festgelegt und sind abhängig von der Haushaltssammensetzung (Single; Paar; Kinder). Seit dem Jahr 2007 werden die Leistungen nach dem Index für soziale Leistungen angepasst. Dieser wird jedes Jahr auf Basis einer Reihe von festgelegten Regeln (je nach Entwicklung des Verbraucherpreisindexes und des Wirtschaftswachstums) aktualisiert. Die Höhe der Leistungen befindet sich grundsätzlich unter der statistischen Armutgefährdungsrate.

4.3.2.4 Zielgruppen

In der Stadt Lissabon waren im Jahr 2008 27% der BezieherInnen der monetären Sozialhilfeleistungen („Soziales Eingliederungseinkommen“ und „Alterssolidaritätszuschuss“) unter 18 Jahren, 39% im Alter von 18 bis unter 60 Jahren und 34% 60 Jahre und darüber. Rund 6% der BezieherInnen des Eingliederungseinkommens lebten in Haushalten von ZuwanderInnen. 33% der BezieherInnenhaushalte des Eingliederungseinkommens waren Singlehaushalte, 28% AlleinerzieherInnenhaushalte, 24% Paarhaushalte mit Kindern und 16% Paarhaushalte ohne Kinder (Rede Social 2009/IIES).

4.3.2.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Anspruchsberechtigt auf das „Soziale Eingliederungseinkommen“ sind arbeitsfähige Personen, die sich rechtmäßig in Portugal aufhalten, zwischen 18 und 64 Jahre alt sind, und sich in einer finanziellen Notlage befinden. Der „Alterssolidaritätszuschuss“ ist für ältere Menschen (65 Jahre und älter) vorgesehen, die eine geringe Alters- oder Hinterbliebenenrente erhalten, oder für Personen, die eine lebenslange monatliche Beihilfe für Behinderte beziehen (Personen über 24 Jahre, die aufgrund einer körperlichen oder geistigen Behinderung nicht in der Lage sind, ihren Lebensunterhalt durch berufliche Tätigkeit zu verdienen).

Das zu berücksichtigende Einkommen umfasst alle Einkommen der Haushaltsmitglieder, das zu berücksichtigende Vermögen einen bestimmten Prozentsatz der Vermögenswerte mit Ausnahme eines Eigenheims, wenn dieses von der Größe her angemessen ist. Für das

„Soziale Eingliederungseinkommen“ gilt eine Freigrenze von 20% eines etwaigen Nettolohns. Beim „Alterssolidaritätszuschuss“ umfasst das zu berücksichtigende Einkommen auch einen Teil des Einkommens der Kinder, wenn dieses über einem bestimmten Schwellenwert liegt (unabhängig davon, ob diese im gleichen Haushalt leben oder nicht).

4.3.2.6 Finanzierung und Kosten

Als beitragsfreie Leistungen werden sowohl das „Soziale Eingliederungseinkommen“ als auch der „Alterssolidaritätszuschuss“ ausschließlich aus dem Staatshaushalt, d.h. über Steuern, finanziert.

4.3.3 Pflege und soziale Dienste im Rahmen der Sozialhilfe

4.3.3.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Das nationale Ministerium für Arbeit und soziale Solidarität ist die hauptverantwortliche Behörde für die Finanzierung, Regulierung, Entwicklung und Kommissionierung von Langzeitpflegediensten. Es verwaltet und stellt auch direkt Pflegedienste mittels des Instituts für Soziale Sicherheit bereit, im Falle Lissabons vor allem mittels der SCML.

Die Gemeinden einschließlich Lissabon können Bauvorhaben (z.B. Altersheime) durchführen oder eine finanzielle oder sonstige Unterstützung an Anbieter von Pflegeleistungen gewähren, spielen aber insgesamt eine untergeordnete Rolle als Anbieter.

Im Hinblick auf die Errichtung und Unterstützung von Institutionen und Diensten auf dem Gebiet der Langzeitpflege hat die Gemeinde Lissabon schriftliche Vereinbarungen mit der Regionalen Gesundheitsverwaltung von Lissabon abgeschlossen. Ebenso hat sie gemeinsam mit der Regionalen Gesundheitsverwaltung von Lissabon und mehreren Non-Profit-Organisationen Verträge abgeschlossen, auf deren Basis Letztere Einrichtungen der Gemeinde Lissabon führen.

4.3.3.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Die sozialen Dienstleistungen umfassen Unterstützungs- und Beratungszentren (Informationen über verfügbare Leistungen), Heimhilfe, Essen auf Rädern, Transportdienste sowie Pflegeheime und Wohnheime (Betreuung im institutionalisierten Rahmen). Im Hinblick auf Geldleistungen gibt es einige ergänzende Beihilfen zur Kompensation der erhöhten Kosten, die mit der Notwendigkeit, Pflege zu sichern bzw. bereitzustellen, verbunden sind.

Langzeitpflege, d.h. Betreuung für pflegebedürftigen Menschen, wurde bis vor kurzem entweder in Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge (z.B. Krankenhäuser) oder von beim Ministerium für Arbeit und soziale Solidarität registrierten Anbietern bereitgestellt. Im Jahr 2006 haben das Gesundheitsministerium und das Ministerium für Arbeit und soziale Solidarität begonnen, gemeinsam ein Nationales Netzwerk für Langzeitpflege einzurichten, das die bestehenden Lücken in der Versorgung schließen soll (das Netzwerk hat jedoch eine Tendenz in Richtung eines medizinischen Ansatzes mit der Bereitstellung von Gesundheitsdiensten).

Die Gemeinde Lissabon hat Abdeckungsziele für Heime und Wohnungen für SeniorInnen, Tagesbetreuungszentren, Nachtbetreuungszentren sowie häusliche Pflege und Betreuung festgelegt. Das Ministerium für Arbeit und soziale Solidarität bietet Zuschüsse für die Errichtung oder Erweiterung von häuslichen Betreuungsdiensten, die von der Gemeinde ergänzt werden können. Insgesamt ist der Trend in Richtung häuslicher bzw. ambulanter Leistungen aber noch wesentlich zu forcieren.

Private Anbieter (vor allem im Non-Profit-Bereich) spielen eine wichtige Rolle bei der Pflegeversorgung, sowohl zu Hause als auch unter institutionellen Rahmenbedingungen. Sowohl Non-Profit- als auch kommerzielle Träger müssen den Mindeststandards entsprechen und bei den lokalen Zentren für Soziale Sicherheit registriert sein, die auch für die Regulierung und Kontrolle zuständig sind.

Im Prinzip sollte der Zugang zur Fürsorge im Rahmen des Nationalen Netzwerks für Langzeitpflege durch Entlassungsmanagement oder durch Überweisung von Kliniken, ÄrztInnen oder Gesundheitszentren, erfolgen. Der Übergang von der Betreuung zu Hause in eine Institution wird in der Regel von den Sozialhelfediensten der Gemeinde Lissabon oder vom Anbieter organisiert. Allerdings sind informelle Pflegepersonen (Familienangehörige) nach wie vor häufig diejenigen, die für die Bewerkstelligung des Übergangs zwischen Krankenhaus und Langzeitpflege verantwortlich sind, insbesondere dann, wenn nur eine weniger intensive Betreuung zu Hause erforderlich ist.

4.3.3.3 Zielsetzungen und Strategien

Die Gemeinde Lissabon hat jüngst den Gerontologie-Plan (2009-2013) beschlossen, der intendiert, verschiedene Maßnahmen zu integrieren, die sich vorteilhaft auf die Lebensbedingungen von älteren Personen auswirken und/oder die Stadt im Hinblick auf eine alternde Bevölkerung vorbereiten. Mit Bezug auf den geringen Handlungsspielraum, den die Gemeinden aufweisen, adressiert der Plan hauptsächlich Maßnahmen im kleinen Maßstab,

wie z.B. die Adaptierung der Umgebung und von öffentlichen Gebäuden, oder eine stärkere Verbreitung von “Tele-Assistenz”-Projekten (z.B. installierte Alarme in den Wohnungen älterer Personen, direkte Telefonverbindungen zu Betreuungspersonen, etc.).

Die informelle Betreuung bleibt auch in Zukunft die wichtigste Quelle der Pflege für bedürftige ältere Menschen in Lissabon bzw. Portugal, die Pflegepersonen erhalten jedoch wenig öffentliche Unterstützung. Eine finanzielle Unterstützung ist, abgesehen von wenigen bezahlten Urlauben, in der Regel nicht verfügbar und vorübergehende Ersatzbetreuung ist nicht vorhanden. Bestimmte Jahreszeiten (z.B. um Weihnachten) sind für eine Zunahme der Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen, die von ihren Familien für einige Tage in Krankenhäuser gebracht werden, bekannt. Traditionell hohe Beschäftigungsquoten von Frauen in Portugal und eine rasch alternde Bevölkerung – der Anteil von älteren Personen hat in den letzten Jahrzehnten, zum Teil auch aufgrund des Wegzugs jüngerer Personen in die Umgebung von Lissabon, massiv zugenommen – verschärfen jedoch das Problem der zukünftigen Verfügbarkeit informeller Pflege zusätzlich. Eine weitere aktuelle Herausforderung sind die allein lebenden älteren Menschen in der Stadt Lissabon, die wenig soziale Kontakte und einen schlechten Zugang zu Pflegediensten aufweisen.

4.3.3.4 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Eine grundsätzliche Voraussetzung für den Zugang zu Pflegeleistungen bzw. Sozialen Diensten im Rahmen der Sozialhilfe sind ein Pflege- bzw. Betreuungsbedarf und ein Wohnsitz in Lissabon. Darüber hinaus sind die Leistungen subsidiär, d.h. die KlientInnen verfügen nicht über ausreichendes Einkommen oder Vermögen bzw. vorrangige Ansprüche gegenüber Dritten, um die Kosten für die Leistungen zu bestreiten.

Für die Ermittlung des Hilfebedarfs erfolgt eine individuelle Begutachtung bzw. Untersuchung der betreffenden Person.

Trotz der jüngsten Bemühungen um eine Steigerung des noch sehr geringen öffentlichen Angebots an Langzeitpflege (sowohl zu Hause als auch institutionell), ist der Zugang zu Dienstleistungen immer noch mit Problemen behaftet. Insbesondere bei einem Bedarf an institutioneller Pflege ist dieser zum Teil auch von langen Wartezeiten begleitet. Dringende Fälle werden allerdings vorgereiht.

Kommerzielle Anbieter von Pflegediensten sind zum Großteil auf dem freien Markt tätig. Nur wenige haben Abkommen mit dem nationalen Ministerium für Arbeit und soziale Solidarität für die Versorgung einer begrenzten Anzahl von Personen zu einem begünstigten Tarif und sind daher in der Regel für die Betroffenen sehr teuer. Auf der anderen Seite werden

die öffentlichen stationären Einrichtungen, welche zum Teil in alten Gebäuden untergebracht sind, mit niedrigeren Qualitätsstandards in Verbindung gebracht werden.

4.3.3.5 Finanzierung und Kosten

Die Pflege und die Sozialen Dienste werden im Wesentlichen aus Steuermitteln finanziert. Im Rahmen des Nationalen Netzwerks für Langzeitpflege ist vorgesehen, dass die medizinische Komponente vor allem vom Nationalen Gesundheitsdienst finanziert wird, während das Ministerium für Arbeit und soziale Solidarität die sozialen Dienste abdeckt. Bei den sozialen Diensten haben die KlientInnen eine einkommensbezogene Zuzahlung leisten. Bei nicht subventionierten kommerziellen Anbietern kann diese auch sehr hoch ausfallen. Im Falle von staatlichen Beihilfen zur Kompensation der Betreuungs- und Pflegekosten sind diese subjektbezogen, werden aber direkt an den Anbieter gezahlt, und nicht an die Person, die die Betreuung benötigt.

4.3.4 Behindertenhilfe

4.3.4.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Geldleistungen und ein großer Teil der sozialen Dienste für behinderte Personen werden vom nationalen Ministerium für Arbeit und soziale Solidarität finanziert und reguliert. In Lissabon ist die SCML der wichtigste Anbieter von Sozialdiensten für behinderte Menschen.

Einer der Bereiche, der unter die Verantwortung der Stadt Lissabon selbst fällt, ist die Barrierefreie Zugänglichkeit von öffentlichen Einrichtungen und öffentlichem Raum. Sie stellt auch finanzielle Hilfen an Non-Profit Organisationen zur Verfügung, die Personen mit Behinderungen unterstützen, oder schließt Vereinbarungen mit Non-Profit-Organisationen oder anderen öffentlichen Institutionen für den Betrieb von Einrichtungen.

4.3.4.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Die sozialen Dienstleistungen für behinderte Personen umfassen Unterstützungs- und Beratungszentren (Bereitstellung von Informationen über verfügbare Leistungen), Heimhilfe, Transportdienste, ein berufliches Unterstützungszentrum (Verbesserung der Kompetenzen und der sozialen Integration), sowie für die Betreuung im institutionalisierten Rahmen Pflege- und Wohnheime. Fast 70% der gewährten Leistungen im Jahr 2007 betrafen das berufliche Unterstützungszentrum, weitere 25% Pflege und Wohnheime (Carta Social 2010; GEP 2008).

In Bezug auf Geldleistungen gibt es auf nationaler Ebene einige ergänzende Beihilfen zur Kompensation der erhöhten Kosten, die mit Behinderung oder mit der Notwendigkeit, Pflege zu sichern bzw. bereitzustellen, verbunden sind. Keine der Geldleistungen kann jedoch als ein "persönliches Budget" oder Pflegegeld angesehen oder eingestuft werden. Sie sind bloße Einkommensbeihilfen, die für gewöhnlich zur Ergänzung anderer Sozialleistungen (z.B. Renten oder äquivalente Leistungen) erbracht werden.

Die Gemeinde Lissabon stellt (meist auf der Basis von Subventionen) finanzielle Hilfen an Non-Profit Organisationen zur Verfügung, die Personen mit Behinderungen unterstützen, oder schließt Vereinbarungen mit Non-Profit-Organisationen oder anderen öffentlichen Institutionen (z.B. der SCML) über das Betreiben von gemeindeeigenen oder von der Gemeinde errichteten Einrichtungen. Kleinere Projekte bzw. Maßnahmen auf dem Gebiet der Stadt Lissabon ergeben sich aus Partnerschaften mit den Behindertenverbänden, mit privaten Non-Profit-Anbietern, dem nationalen Ministerium für Arbeit und Soziale Solidarität oder der SCML.

4.3.4.3 Zielsetzungen und Strategien

Die Ziele der sozialen Integration von behinderten Personen werden auf der staatlichen Ebene vom Nationalen Institut für Rehabilitation als der zentralen Behörde in diesem Aufgabenbereich festgelegt.

Durch ihre Abteilung für Soziale Unterstützung hat die Gemeinde Lissabon mehrere kleine Projekte für behinderte Menschen entwickelt. Diese Projekte reflektieren das Ziel, Personen mit Behinderungen ein unabhängigeres Leben zu ermöglichen. Unter diesen Projekten, die auch Menschen im erwerbsfähigen Alter mit Behinderungen in den Arbeitsmarkt zu integrieren suchen, sind z.B. ein kostenloser Transportdienst von zu Hause zu Ausbildungszentren, ein Programm zur Adaptierung der Wohnumgebung und mehrere soziale Einrichtungen.

4.3.4.4 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Der Zugang zu den Leistungen der Behindertenhilfe ist auf jene Personen beschränkt, die mit einem bestimmten Grad der Behinderung eingestuft werden, oder die bei ihren täglichen Verrichtungen Unterstützung von sozialen Diensten benötigen.

Potentielle KlientInnen werden durch Angehörige, die Behindertenverbände oder die Sozialversicherungsdienste gemeldet und individuell von den MitarbeiterInnen der sozialen Dienste untersucht und eingestuft.

4.3.4.5 Finanzierung und Kosten

Die Leistungen für Menschen mit Behinderungen werden aus Steuermitteln finanziert. Die KlientInnen der sozialen Dienste haben zum Teil einen einkommensabhängigen Beitrag zu den Leistungen zu entrichten, der in der Regel gering ist. Die Adaptierung der Wohnumgebung verlangt als einzige Maßnahme substantiellere Zuzahlungen.

4.3.5 Wohnungslosenhilfe

4.3.5.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Die Wohnungslosenhilfe wird grundsätzlich durch nationale Gesetze geregelt. Die Stadt Lissabon spielt bei der Unterstützung für wohnungslose Menschen in puncto Förderung und Bereitstellung von Leistungen eine etwas größere Rolle als in anderen Sozialbereichen, da die vom nationalen Ministerium für Arbeit und Soziale Solidarität dafür vorgesehenen Mittel vergleichsweise gering ausfallen. Die Finanzierung der Leistungen erfolgt im Wesentlichen durch die Stadt Lissabon, das Institut für Soziale Sicherheit (indirekte staatliche Verwaltung) und die SCML, die dem Ministerium für Arbeit und Soziale Solidarität untersteht.

4.3.5.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Die kommunale Abteilung für Soziales und die Bezirke Lissabons arbeiten eng mit anderen Organisationen (Polizei, NGOs, kirchlichen Organisationen, Gesundheitsdiensten, etc.) zusammen, um wohnungslose Menschen zu identifizieren und an den sozialen Notdienst der SCML zu vermitteln, der Beratung, Unterstützung und Informationen anbietet. Weiters ist die Stadt Lissabon für die multidisziplinären Hilfeteams verantwortlich, die mit auf der Straße lebenden Menschen arbeiten. So etwa sind mobile Teams auf der Straße unterwegs, die die obdachlosen Menschen zum nationalen Gesundheitsdienst vermitteln.

Der soziale Notdienst der SCML und die Hilfeteams fungieren oft als Einstiegspunkte für Obdachlose zu Reintegration in die Gesellschaft. Die Einsatzteams stellen ein Vertrauensverhältnis her, das die soziale Reintegration fördern soll. Die KlientInnen werden

an geeignete Sozialdienste wie Wohnzentren, „soziale Kantinen“, Essensausgaben, den nationalen Gesundheitsdienst, etc. weitergeleitet.

In Lissabon gibt es drei von NGOs geführte Wohnzentren, die speziell auf Obdachlose ausgerichtet sind. Zwei weitere Einrichtungen werden von der SCML betrieben. In diesen Zentren können die wohnungslosen Personen auch duschen und Kleidung ausheben. Die SCML finanziert in Ausnahmefällen auch die Kosten eines Zimmers in einer Herberge. In den Wohnzentren lernen die KlientInnen (wieder) „Regeln“ des sozialen Zusammenlebens und erhalten psychosoziale Unterstützung und weiterführende Hilfe auf Basis eines individuellen Integrationsplans.

Zwischen den Hilfeteams und den MitarbeiterInnen der Wohnzentren finden regelmäßige Koordinationstreffen statt. Insgesamt sind in der Wohnungslosenhilfe in Lissabon viele Personen auf freiwilliger Basis tätig (Rede Social 2009, 70ff).

4.3.5.3 Zielsetzungen und Strategien

In Portugal gibt es eine „Nationale Strategie für die Eingliederung wohnungsloser Menschen“. Unter der Schirmherrschaft des Lokalen Rats für Soziale Dienste und Leistungen, der die Maßnahmen im sozialen Bereich innerhalb der Gemeindegrenzen koordiniert, wurden die Situation von wohnungslosen Menschen sowie entsprechende soziale Dienste evaluiert (Rede Social, 2009). Die Stadt Lissabon hat mehrere Studien und Erhebungen über Obdachlose in Auftrag gegeben (Pereira et al. 2000; Rede Social 2009). Sie hat auch eine Arbeitsgruppe gegründet, die zum Ziel hat, zur besseren Kenntnis und Verständnis der wohnungslosen Personen beizutragen, und die Arbeit der verschiedenen Akteure in dem Bereich besser zu koordinieren. Die Arbeitsgruppe hat eine anonyme Datenbank eingerichtet, in der alle Personen erfasst sind, die von einem der sozialen Dienste kontaktiert wurden.

Obwohl einige Unterstützungsbereiche gut ausgebaut sind, etwa die mobilen Teams auf der Straße, welche die obdachlosen Menschen zu weiterführenden sozialen Diensten vermitteln, bestehen auf dem Gebiet der Wohnungslosenhilfe in Lissabon noch große Mängel. Im Bereich der grundlegenden Versorgung gibt es zu wenige Notschlafplätze, diese müssten zudem besser über die Stadt verteilt werden. Es sind auch zu wenige Angebote für spezifische Zielgruppen vorhanden. Die meisten Unterkünfte sind nur abends bzw. in der Nacht geöffnet, tagsüber gibt es nur wenige Anlaufstellen. An den Wochenenden mangelt es an Stellen für Essensausgaben, einige „soziale Kantinen“ sind stark überlaufen. Der Zugang zu Sozial- oder Mietwohnungen als weiterführender Schritt ist nur sehr marginal gegeben. Auch die

psychosoziale Versorgung von Obdachlosen sowie das Entlassungsmanagement aus dem Krankenhaus sind verbesserungsbedürftig.

4.3.5.4 Zielgruppen

Eine große Zukunftsherausforderung für die Institutionen, die mit wohnungslosen Personen arbeiten, ist die Heterogenität der Zielgruppe und das Erfordernis, spezifische Dienstleistungen anzubieten. Der soziale Notdienst der SCML versucht, den besonderen Bedürfnissen der einzelnen Gruppen, wie etwa MigrantInnen oder DrogenkonsumentInnen, gerecht zu werden.

Wie in anderen Städten auch, wurde im Jahr 2007 für Lissabon festgestellt, dass sich der überwiegende Teil der obdachlosen Personen (86%) aus Männern zusammensetzt (Rede Social 2009).

4.3.5.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Grundsätzlichen Anspruch auf Leistungen haben alle wohnungslosen Personen in Lissabon, auch illegal aufhältige Personen. Als, wenn auch geringe, Zugangshürde kann betrachtet werden, dass manche Einrichtungen einen geringen Übernachtungsbeitrag von den KlientInnen verlangen.

4.3.5.6 Finanzierung und Kosten

Die Wohnungslosenhilfe wird in erster Linie über Steuern finanziert. Über das Budget der SCML tragen im Speziellen auch Einnahmen aus den staatlichen Lotteriespielen zur Finanzierung bei. Darüber hinaus werden auch Mittel des Europäischen Sozialfonds für die Wohnungslosenhilfe verwendet. Die auf dem Gebiet tätigen NGOs erhalten auf Antrag Zuwendungen der Stadt Lissabon und der SCML, finanzieren sich aber auch aus Spenden.

4.3.6 Psychosoziale Versorgung

4.3.6.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Die Psychiatrie liegt im Rahmen der Gesundheitsversorgung in der Zuständigkeit der regionalen Gesundheitsverwaltung von Lissabon. Psychische Gesundheit gilt seit 1963 als eigener Bereich der Gesundheitsversorgung, in diesem Jahr wurden auch psychiatrische

Abteilungen in die allgemeinen Spitäler integriert (Barros/Simões 2007). Erst im Jahr 1998 wurde auch die psychosoziale Versorgung gesetzlich verankert. In Lissabon wird diese hauptsächlich in „Gesundheitszentren“ der regionalen Gesundheitsverwaltung organisiert und angeboten.

Das nationale Institut für Drogen- und Suchtstoffabhängigkeit ist für die Planung, Entwicklung und Evaluation von präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen für Drogen- und AlkoholkonsumentInnen verantwortlich. Es ist auch zuständig für die Koordination der Politik auf Stadt- bzw. lokaler Ebene.

Die Autonomie der Stadt Lissabon auf dem Gebiet der psychosozialen Versorgung und der Drogen- und Alkoholhilfe ist somit sehr beschränkt.

4.3.6.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Psychosoziale und psychiatrische Versorgung wird in den „Gesundheitszentren“ (ambulante Versorgung) und in den Spitäler mit psychiatrischen Abteilungen (hauptsächlich stationäre Versorgung) angeboten. Seit den späten 1990er Jahren fand bis zu einem gewissen Grad eine Abkehr von der bis dahin praktizieren stark institutionalisierten Versorgung in psychiatrischen Spitäler statt. Neben der eigentlichen Behandlung bzw. Betreuung (vgl. dazu auch weiter unten) gibt es nur wenige ergänzende Maßnahmen, wie z.B. Arbeitsintegration im Rahmen von „geschützten Werkstätten“, die Ausbildung und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Problemen anbieten.

Im Bereich der Drogenhilfe arbeiten die regionale Geschäftsstelle des nationalen Instituts für Drogen- und Suchtstoffabhängigkeit und die Stadt Lissabon eng zusammen. Von der Stadt werden regelmäßige Koordinationstreffen und ein Austausch zwischen den verschiedenen Akteuren im Drogenbereich gefördert, um deren Vorgehen zu systematisieren und auch auf Schnittstellenbereiche (z.B. Unterstützung für Obdachlose angesichts der Überschneidungen zwischen den beiden KlientInnengruppen) auszuweiten.

Der „Integrierte Aktionsplan zur Betreuung von drogenabhängigen Personen“ umfasst zwei Beratungsdienste, zwei mobile Teams und ein Übergangswohnheim. Die Beratungsdienste stellen Informationen bereit, vermitteln DrogenkonsumentInnen zu anderen Sozialdiensten und bieten niederschwellige Betreuung, Untersuchung auf Infektionskrankheiten, Spritzenausch und psychosoziale Unterstützung an. Die mobilen Teams offerieren zusätzlich auch Substitutionsbehandlungen. Das Übergangswohnheim ermöglicht den KlientInnen (zum Teil auch alkoholabhängige Personen) die Vermittlung zu institutionalisierten Dienstleistungen, die in erster Linie von NGOs angeboten werden.

Parallel dazu betreibt die Stadt Lissabon auch ein Programm zur Prävention von Drogenkonsum insbesondere bezogen auf die Zielgruppen Eltern, LehrerInnen sowie Kinder und Jugendliche. Dieses Programm wird von den Bezirken Lissabons durchgeführt und besteht aus Informationskampagnen, Schulungen, Elternberatung und Gesundheitsvorsorge.

4.3.6.3 Zielsetzungen und Strategien

Psychische Gesundheit hat in Portugal eine eher geringe Priorität und es werden verhältnismäßig wenig finanzielle Mittel für die Prävention und Gesundheitsförderung in diesem Bereich aufgewendet. Die PatientInnen und ihre Familien werden kaum in die Planung einbezogen.

Entsprechend ist das System der psychosozialen Versorgung in Lissabon in einigen Bereichen verbesserungswürdig: es gibt nach wie vor einen Überhang an stationärer Versorgung und wenig gemeindenahe Dienstleistungen und Case-Management. Auch die Kontinuität in der Versorgung ist vielfach nicht gewährleistet; es gibt kaum Nachbetreuung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus und zu wenig ambulante Dienste, wodurch PatientInnen häufig wieder einen stationären Aufenthalt benötigen. Die unterschiedlichen Dienste sind unzureichend miteinander koordiniert. Schließlich gibt es auch Qualitätsprobleme, insbesondere im ambulanten Bereich.

Im Bereich der Drogenhilfe besteht seit 2003 auf dem Stadtgebiet eine Kooperation der Stadt Lissabon mit dem Institut für Drogen- und Suchtstoffabhängigkeit und der Zentralstelle der sozialen Sicherheit für einen „Integrierten Aktionsplan zur Prävention von Drogenabhängigkeit“.

4.3.6.4 Zielgruppen

Bei der psychosozialen Versorgung gibt es nach Angabe der ExpertInnen keine spezialisierte Betreuung bzw. Versorgung für bestimmte Gruppen von KlientInnen. Pro Jahr werden rund 2% der Bevölkerung in den „Gesundheitszentren“ betreut.

4.3.6.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Ein Anspruch auf psychiatrische Behandlung und psychosoziale Versorgung besteht grundsätzlich auch für Randgruppen. Illegal aufhältigen Personen wird zumindest eine Notversorgung gewährt. Der Zugang zu den „Gesundheitszentren“ ist jedoch

höherschwelliger und die Versorgung ist nicht umfassend ausgebaut: es wird geschätzt, dass rund 5-8% der Lissaboner Bevölkerung ernsthafte psychische Probleme haben.

Die Leistungen der Drogenhilfe stehen allen Personen offen, auch MigrantInnen und sich illegal aufhaltenden Personen. Es wird lediglich verlangt, sich auf Drogenmissbrauch testen zu lassen. Die Behandlungen sind grundsätzlich kostenlos, Betroffene können auch von pauschalierten Selbstbehalten befreit werden, wenn sie von den Sozialdiensten an den Nationalen Gesundheitsdienst vermittelt werden.

4.3.6.6 Finanzierung und Kosten

Die Finanzierung der psychosozialen Versorgung und der Drogenhilfe erfolgt in erster Linie über Steuern (kommunale Haushalte und staatliche Transfers).

Die „Gesundheitszentren“ verfügen über keine eigenen Budgets und es existiert auch kein Budget für psychosoziale Versorgung auf der nationalen Ebene. In der Praxis verfügen die entsprechenden Abteilungen nur über eine geringe Autonomie und Planungskapazität innerhalb des allgemeinen Gesundheitssystems, in das sie integriert sind.

4.3.7 Gesundheitssystem

4.3.7.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Das nationale Gesundheitsministerium ist für die Koordination der gesamten Gesundheitsfürsorge und die Finanzierung des nationalen öffentlichen Gesundheitssystems verantwortlich. Letzteres wird von den Regionalen Gesundheitsverwaltungen, welche es in jeder NUTS-II-Region gibt und die direkt dem Gesundheitsministerium unterstehen, administriert. Die Regionalen Gesundheitsverwaltungen beaufsichtigen und kontrollieren die Krankenhäuser, sind direkt für die Grundversorgung verantwortlich, erteilen Versorgungsaufträge an private Anbieter und koordinieren auf lokaler Ebene alle Aspekte der Gesundheitsversorgung einschließlich der Verbindungen zu anderen Interessenvertretern (z.B. Gemeinden).

Trotz der dezentralen Organisation verfügen die Regionalen Gesundheitsverwaltungen nur über eine geringe Autonomie, insbesondere in Bezug auf die budgetären Aspekte. Sie sind lediglich für die allgemeine Haushaltsplanung und die Ausgaben für die Grundversorgung verantwortlich, während die Budgets für die Krankenhäuser weiterhin direkt vom Gesundheitsministerium festgelegt und verteilt werden. Nach Barros/Simões (2007, 30) haben

die Regionalen Gesundheitsverwaltungen vor allem eine beaufsichtigende und evaluierende Rolle inne.

Die Rolle der Kommunen wie der Stadt Lissabon ist im Gesundheitswesen – vor allem aufgrund budgetärer Limitierungen – auf präventive Maßnahmen und eine begrenzte Rolle beim Aufbau von Gesundheitszentren beschränkt. Bei der Planung neuer Dienste oder Programme auf Gemeindegebiet werden zwar in gewisser Weise auch die Bedürfnisse der EinwohnerInnen berücksichtigt; die Entscheidungsfindung bleibt aber sehr zentralisiert, der Betrieb erfolgt über die Regionalen Gesundheitsverwaltungen.

4.3.7.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Während die Allgemeinmedizin und die Gesundheitsfürsorge für Mütter und Kinder direkt vom öffentlichen nationalen Gesundheitssystem bereitgestellt werden, werden Bereiche wie diagnostische Dienste (z.B. Radiologie) und Physiotherapie meist auf privater Basis angeboten, zumeist auf der Grundlage von Verträgen mit dem öffentlichen Gesundheitssystem. Das Gesundheitsministerium setzt die Konditionen und Qualitätsanforderungen einseitig fest, private Anbieter können sich unter diesen Voraussetzungen registrieren lassen.

Die zahnärztliche Behandlung stellt einen Sonderfall dar, sie ist nicht Teil des öffentlichen nationalen Gesundheitssystems und wird von diesem auch nicht finanziert. Sie wird in erster Linie durch private Ambulanzen angeboten und ist gänzlich von den PatientInnen selbst oder über private Versicherungen zu bezahlen.

Stationäre Versorgung wird hauptsächlich von öffentlichen Krankenhäusern bereitgestellt. In einigen Bereichen, in denen Wartelisten reduziert werden sollen (z.B. Augenchirurgie), gibt es jedoch auch Subaufträge an private Kliniken

4.3.7.3 Zielsetzungen und Strategien

Um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung durch erhöhte Produktivität und Flexibilität zu verbessern, sowie die stationäre Versorgung zu entlasten (in Lissabon müssen derzeit mehrere ältere Spitäler aufgrund ihrer schlechten Qualität geschlossen werden; vgl. auch weiter unten), hat das nationale Gesundheitsministerium „Familiengesundheitszentren“ eingerichtet. Diese bestehen aus multidisziplinären Abteilungen und bieten ärztliche Erstversorgung an. Eine neuere Studie (Gouveia et al. 2006, zit. in Barros/Simões 2007) kam

zu dem Schluss, dass sich diese Einrichtungen günstig auf die Kosten pro Krankheitsfall sowie für verschriebene Medikamente auswirkt.

Den interviewten ExpertInnen zufolge funktioniert die Zusammenarbeit der Regionalen Gesundheitsverwaltung mit der Stadt Lissabon bei der Planung und Durchführung der lokalen Gesundheitspolitik zufriedenstellend. So werden Entscheidungen über die Prioritäten der lokalen Gesundheitspolitik gemeinsam getroffen. Als Eigentümerin vieler Gebäude und Grundstücke und durch ihre regulativen Kompetenzen in der Stadtplanung hat die Stadt Lissabon eine nicht unerhebliche Rolle bei der Auswahl von Standorten neuer Gesundheitszentren.

4.3.7.4 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Das nationale Gesundheitssystem sichert grundsätzlich alle EinwohnerInnen Portugals ab, auch Randgruppen haben Anspruch auf Gesundheitsfürsorge. Unabhängig von ihrer Staatsbürgerschaft sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren portugiesischen StaatsbürgerInnen gleichgestellt, Erwachsene ohne EU-Staatsbürgerschaft müssen sich drei Monate legal in Portugal befinden, um anspruchsberechtigt zu sein. Illegal aufhältige Personen haben Zugang zur Notversorgung. Im Hinblick auf die Erfassung der Bevölkerung gehört das portugiesische System nach einem Bericht der NGO Médecins du Monde zu den inklusivsten in Europa (Chauvin et al. 2009).

Dennoch ist das portugiesische Gesundheitssystem nach wie vor von massiven sozialen Ungleichheiten gekennzeichnet. Barros/Simões (2007, 124) zitieren mehrere Studien, die auf eine stark einkommensabhängige Inanspruchnahme von Haus- und FachärztInnen hinweisen. Weiters schränkt der Mangel an Informationen den Zugang von MigrantInnen zum Gesundheitssystem ein.

Die HausärztInnen sind grundsätzlich als Einstieg in die öffentliche Gesundheitsfürsorge gedacht und sollten die Rolle eines „Gatekeepers“ erfüllen. Dennoch haben viele PatientInnen keine/n HausärztIn und wenden sich im Krankheitsfall direkt an die Krankenhäuser (Barros/Simões 2007, 92). Nach Bentes et al. (2004) benötigen 25% der Personen, welche eine Notfallbehandlung in einem Krankenhaus aufsuchen, keine sofortige Behandlung. Auch die Gebühr für eine „Notfallbehandlung“ im Krankenhaus von rund 9 Euro scheint für eine wirksame Steuerung der PatientInnenflüsse zu gering zu sein.

4.3.7.5 Finanzierung und Kosten

Die wichtigste Finanzierungsquelle für das nationale Gesundheitssystem bilden mit 58% die Versicherungsbeiträge im Rahmen des öffentlichen Systems. 23% werden durch private Zuzahlungen aufgebracht; weitere Quellen sind Steuern, private Subversicherungssysteme und freiwillige private Versicherungen.

Für Konsultationen, Notfallsbehandlungen, diagnostische Tests, therapeutische Verfahren und Arzneimittel sind seitens der PatientInnen pauschale Gebühren zu entrichten. RentnerInnen mit geringen Einkommen zahlen geringere Gebühren, einige chronisch kranke Personen (z.B. Diabetes, Parkinson) sind generell von Selbstbehalten befreit. Insbesondere bei Arzneimitteln (38%) und der Inanspruchnahme von Ambulanzen (29%) wird ein erheblicher Anteil der Gesundheitskosten aus der eigenen Tasche der PatientInnen bestritten. Zuzahlungen in öffentlichen Krankenhäusern und bei der Grundversorgung belaufen sich hingegen lediglich auf jeweils weniger als 1% der Gesamtausgaben (Barros/Simões 2007, 48).

Zur Ergänzung der allgemeinen Krankenversicherung besteht die Möglichkeit einer freiwilligen privaten Zusatzkrankenversicherung. Diese wird vor allem für Bereiche abgeschlossen, für welche die Abdeckung durch die allgemeine Krankenversicherung gering oder gar nicht vorhanden ist, wie z.B. der Zahnbehandlung, oder für medizinische Bereiche, in denen lange Wartelisten auftreten können.

4.3.7.6 Versorgungsdichte

In der Stadt Lissabon gab es im Zeitraum 2003-06 pro 1.000 EinwohnerInnen 15,6 Spitalsbetten (Quelle: Eurostat Urban Audit). Auf 1.000 EinwohnerInnen entfielen im Jahr 2005 in der Region Lissabon 3,8 niedergelassene ÄrztInnen (Quelle: OECD Regional Data). Obwohl die Versorgung im Spitalsbereich als überaus dicht erscheint,¹⁰ gibt es laut Angabe der befragten ExpertInnen keine Überversorgung in bestimmten Bereichen.

Auf der anderen Seite gibt es Wartelisten für Operationen – obwohl rückläufig, lag die mittlere Wartezeit im Jahr 2006 bei 6,9 Monaten (Ministério da Saúde 2007) – und auch für Facharzttermine. Das Thema Wartelisten für chirurgische Eingriffe hat erhebliche öffentliche Aufmerksamkeit erregt. Mit der Vergabe von Aufträgen an private Anbieter (z. B. Augenchirurgie), der Schaffung von Anreizen zur Erhöhung der Produktivität und Effizienz, eines zentral organisierten Transfers von PatientInnen zwischen den Krankenhäusern und dem

¹⁰ In der Region Lissabon beträgt die Bettendichte allerdings nur noch 5,9.

Bestreben, PatientInnen früher in die ambulante Versorgung zu entlassen, wurden einige Gegenmaßnahmen entwickelt, um Spitäler zu entlasten und dadurch die Wartelisten zu reduzieren. In einigen Fällen führten diese Maßnahmen auch zu registrierbaren Erfolgen.

4.3.8 Allgemeine Betrachtung der Sozialsysteme: „Empowerment“

Die Gemeinde Lissabon hat im Jahr 1997 die Kommunale Behörde für die Integration von Menschen mit Behinderungen gegründet. Dies ist ein beratendes Gremium, an dem die Gemeinde und die Behindertenverbände teilnehmen, und damit die Wünsche und Sichtweisen der Betroffenen einbringen.

4.3.9 Quellen

4.3.9.1 Interviews

Ana DANTAS, Abteilung für Sozialhilfe der Stadt Lissabon

Helena FONSECA, Abteilung für Sozialhilfe der Stadt Lissabon

Maria FRIAS, Abteilung für Sozialhilfe der Stadt Lissabon

Gabriela MAIA, Leiterin der Abteilung für Studien und Planung der Regionalen Gesundheitsverwaltung Lisboa e Vale do Tejo

Filomena MARQUES, Abteilung für Sozialhilfe der Stadt Lissabon

Patrícia NEVES, Abteilung für Studien und Planung der Regionalen Gesundheitsverwaltung Lisboa e Vale do Tejo

Rui NICOLA, Kabinett für Strategie und Planung des Ministeriums für Arbeit und Soziale Solidarität

4.3.9.2 Literatur

Barros P., Simões J. (2007): Portugal: Health system review. In Allin, S. and Mossialos, E. (Hrsg.) Health Systems in Transition. Geneva: World Health Organisation.

Bentes M., Dias C., Sakellarides C. und Bankauskaite V. (2004): Health care systems in transition: Portugal. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Câmara Municipal de Lisboa (2009): Relatório de Gestão 2008 (Management Report 2008). Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa.

Carta Social (2010): Internetquelle: www.cartasocial.pt, abgerufen am 2.2. 2010.

Chauvin P., Parizot I. und Simmonot, N. (2009): O Acesso aos Cuidados de Saúde das Pessoas sem Autorização de Residência em 11 Países da Europa [Access to Health Care by People Without Resident Permits in 11 European Countries]. Report by the Doctors of the World Observatory on Health Care Access.

Gabinete Estratégia e Planeamento (GEP; 2008): Carta Social 2007, Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Gouveia M., Silva S., Oliveira P. und Pinto L. M. (2006): Análise dos custos dos centros de saúde e do regime remuneratório experimental (Analysis on the costs of primary care centres and experimental remuneratory regime). Lisbon, Unidade de Missão dos Cuidados de Saúde Primários (Primary Care Task Force).

Instituto da Drogas e da Toxicodependência (2010): Internetquelle: www.idt.pt, abgerufen am 2.2. 2010.

Instituto Segurança Social (2009): Guia Práctico: Complemento Solidário para Idosos [Practical Guide: Old-age Solidarity Supplement]. Lisboa: Instituto Segurança Social.

Ministério da Saúde (2007): Indicadores de desempenho SNS 2004–2006 [NHS's Statistical performance report 2004–2006]. Lisboa: Ministério da Saúde.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010): Internetquelle: www.observaport.org/, abgerufen am 15.2. 2010.

Pereira, A., Barreto, P. and Fernandes, G. (2000): Análise longitudinal dos sem-abrigo em Lisboa: a situação em 2000 [Longitudinal Analysis of Homeless People in Lisbon: the situation in 2000]. Lisboa: Laboratório Nacional de Engenharia Civil.

Portal da Saúde (2010): Internetquelle: www.portaldasaude.pt/, abgerufen am 24.2. 2010

Rede Social – Grupo de Trabalho para a Pessoa Sem Abrigo (2009): Plano Cidade para a Pessoa Sem Abrigo Lisboa [City Plan for the Homeless People]. Lisboa: Rede Social Lisboa.

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (2009): Relatório e Contas 2008 [Management Report 2008]. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (2010): Internetquelle: www.scml.pt, abgerufen am 24.2. 2010.

Segurança Social (2010): Internetquelle, www.seg-social.pt, abgerufen am 1.2. 2010.

4.4 Prag

4.4.1 Föderale Struktur

Mit 10,3 Millionen Einwohnern und einer Bevölkerungsdichte von 130 Einwohnern pro Quadratkilometer, ist die Siedlungsstruktur der Tschechischen Republik stark fraktionsiert. Sie

wird durch ein verstreutes Netzwerk von Siedlungen charakterisiert – ein dichtes Netz von Dörfern und kleinen bis mittelgroßen Städten. Die Organisation der lokalen Gebietskörperschaften bezieht sich auf zwei Ebenen: die Gemeinden und die Regionen.

In der Tschechischen Republik gibt es eine große Zahl von kleinen, nicht-integrierten Gemeinden (im Jahr 2009 gab es insgesamt 6.249 Gemeinden, davon hatten fast 80% eine EinwohnerInnenzahl von weniger als 1.000). Der Rechtsstatus der Gemeinden als selbst verwaltete Einheiten ist ungeachtet ihres Umfangs sehr homogen. Selbst bei der Hauptstadt Prag und den 19 „Statutarstädten“ mit besonderem Status (diese können z.B. in selbst verwaltete Stadtbezirke unterteilt sein und über eine duale Verwaltungsstruktur verfügen) sind die Unterschiede im Rechtsstatus minimal.

Die kommunale Verwaltung ist charakterisiert durch ein duales Funktionsmodell im Sinne von eigenen sowie übertragenen staatlichen Kompetenzen (Illner 2003a, 3). Als Einheiten der Selbstverwaltung sind die Gemeinden in Angelegenheiten ihrer unabhängigen Kompetenzen keinen anderen Organen der staatlichen Verwaltung untergeordnet (diese sind lediglich befugt, die Rechtmäßigkeit der Entscheidungen und die finanziellen Konten der Gemeinden zu prüfen) (Illner 2003b, 265f; siehe auch Ochrana/Šumpíková 2007).

Die Gemeinden sind zuständig für die Entwicklung sozialer Dienste im Hinblick auf die Bedürfnisse ihrer BürgerInnen. Dies umfasst insbesondere Angelegenheiten des Wohnens und der Gesundheitsfürsorge, etc. Die autonomen Gemeindekompetenzen beinhalten u.a. die Einhebung von Kommunalgebühren, die Schaffung von Gesundheitseinrichtungen und den Schutz öffentlicher Gesundheit, Prävention von Alkoholismus und anderen Suchtkrankheiten.

Neben der Selbstverwaltung können staatliche Verwaltungsaufgaben durch Rechtsakte an die Kommunen übertragen werden („übertragene Kompetenzen“). Die Gemeinden führen solche Aufgaben für den Staat aus und haften für ihre Erledigung gegenüber den entsprechenden staatlichen Verwaltungsorganen. Für die Ausübung der übertragenen Kompetenzen erhalten sie Zuschüsse aus dem Staatshaushalt. Der Umfang an übertragenen Kompetenzen differiert zwischen den Gemeinden entsprechend ihrer relativen Bedeutung in der jeweiligen Region (Illner 2003b, 267).

Obwohl die Gemeinden einen breiten Raum an Selbstverwaltungskompetenzen und weitgehende rechtliche Unabhängigkeit aufweisen, ist ihre Stellung in Bezug auf Finanzen sehr eingeschränkt. Die Stadt Prag hat, wie andere tschechische Gemeinden, wenig Möglichkeiten, die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Pflichten notwendigen Finanzströme zu kontrollieren; dies gilt sowohl für die Einnahmen- als auch die Ausgabenseite. In finanziellen

Angelegenheiten ist die Umverteilungsrolle der nationalen staatlichen Ebene sehr ausgeprägt (Vobecká/Kostelecký 2007; Kostelecký et al. 2007).

Die kommunale Selbstverwaltung wird von Vertretungsorganen ausgeführt – Gemeinderäte, welche alle vier Jahre von den BewohnerInnen gewählt werden und die höchsten Entscheidungsgremien repräsentieren. Die Gemeinderäte wählen aus ihren eigenen Reihen kollektive Leitungsorgane – Gemeindeausschüsse – welche für die Ausführung bestimmter Aufgaben im Rahmen der unabhängigen Kompetenzen zuständig sind. Der Gemeinderat wählt auch eine/n BürgermeisterIn, welche/r die Gemeinde in den Außenbeziehungen repräsentiert bzw. die ihm/ihr vom Gemeinderat übertragenen Kompetenzen ausführt (Illner 2003b, 266f; siehe auch Kostelecký/Čermák 2004; 2005). Insgesamt wird die Exekutivefunktion durch den Gemeinderat bekleidet, während die Stellung des/der indirekt gewählten BürgermeisterIn relativ schwach ist (Illner 2003a, 3).

Die regionale Verwaltungsebene ist nicht von großer Bedeutung und völlig abhängig von der Umverteilung von finanziellen Mitteln aus dem Staatshaushalt. Regionen gibt es erst seit dem Jahr 2000, als die ersten Wahlen für die Regionalräte abgehalten wurden (Illner 2003b; 2003c). In der Tschechischen Republik gibt es 13 Regionen und die Stadt Prag. Prag hat den Sonderstatus, gleichzeitig sowohl eine Gemeinde (Stadt mit 57 selbst verwalteten administrativen Bezirken) als auch eine sich selbst verwaltende Region zu sein. Als Einheiten der Selbstverwaltung sind die Regionen eigenständige Rechtspersonen, die mit eigenem Vermögen und Finanzen ausgestattet sind.

Die Selbstverwaltung wird von Regionalräten ausgeführt, deren Mitglieder alle vier Jahre von den BewohnerInnen direkt gewählt werden. Wie die Kommunalverwaltungen führen auch die Regionen sowohl ihre eigenen (unabhängigen) Kompetenzen als auch die ihnen vom Staat zugewiesenen Funktionen (übertragene Kompetenzen) aus. Die Regionen sind berechtigt, der Abgeordnetenkammer des nationalen Parlaments Gesetzentwürfe vorzulegen. Die Ausübung der regionalen Selbstverwaltung sollte nicht in die Rechte der Gemeinden eingreifen, die Regionalräte sind den Gemeinden aber nicht untergeordnet (Illner 2003b, 270f).

4.4.2 Geldleistungen (und Krankenhilfe) im Rahmen der Sozialhilfe

4.4.2.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Die monetäre Sozialhilfe wird auf der nationalen Ebene geregelt und organisiert. Es gibt keine regionalen Differenzen, etwa hinsichtlich Anspruchsberechtigung, Zielgruppen oder

Leistungshöhen. Diese sind gesetzlich definiert und gelten für alle BürgerInnen der Tschechischen Republik in gleicher Weise.

Die Auszahlung der Transfers und die Prüfung der Bedürftigkeit werden von den Gemeinden organisiert (in Prag von den Bezirken). Dies ist eine der übertragenen Kompetenzen, welche die Gemeinden für den Staat ausführen. Die Regionen oder Gemeinden sind jedoch dazu berechtigt, auch eigene Mittel für (zusätzliche) Geldleistungen einzusetzen. Im Allgemeinen kommt dies jedoch nur sehr selten in Einzelfällen zur Anwendung (z.B. Hilfe nach Überschwemmungen).

4.4.2.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Die Grundleistung der Sozialhilfe besteht in der Gewährung eines Mindesthaushaltseinkommens, das jährlich vom Ministerium für Arbeit und Soziale Angelegenheiten angepasst wird. Ergänzend ist ein Wohngeld vorgesehen, um die Wohnkosten von bedürftigen Personen abzudecken.

Eine vorgelagerte Leistung für erwerbsfähige Personen ist das Arbeitslosengeld aus der Sozialversicherung. Da die Bezugsdauer des Arbeitslosengeldes begrenzt ist (fünf Monate für Personen unter 50 Jahren, acht Monate für Personen zwischen 50 und 54 Jahren, und elf Monate für Personen über 55 Jahre), setzt die Sozialhilfe auch bei entsprechender langer Arbeitslosigkeit (und gleichzeitiger Bedürftigkeit) ein.

Die monetären Leistungen der Sozialhilfe sind relativ isoliert. Einrichtungen, die weitere Unterstützungsangebote in Prag anbieten, sind nicht mit der Organisation der Sozialhilfe verbunden. Die Betroffenen müssen sich um diese zusätzlichen Angebote mehr oder weniger selbst kümmern.

4.4.2.3 Zielsetzungen und Strategien

Die Bemessung und Auszahlung der Sozialhilfe erfolgt haushaltsbezogen. Die Leistungen sind primär dazu vorgesehen, Menschen in sozialer Not, in Armut oder in einer von Armut gefährdeten Lage, zu unterstützen. In der Praxis bieten sie jedoch nur eine teilweise Befreiung aus einer prekären finanziellen Situation.

Die Stadt Prag verfügt über keine einheitliche Koordination der Sozialpolitik auf ihrem Territorium. Eine solche zu etablieren, ist eine vorrangige Strategie für die Zukunft. Ein zentrales Problem ist jedoch, dass die anderen Politikbereiche mit Auswirkungen auf die lokale Sozialpolitik unabhängig von ihr und ohne Konsultation betrieben werden. Die

sozialpolitische Strategie Prags ist auch nicht mit Maßnahmen und Bedürfnissen der Prager Bezirke koordiniert.

4.4.2.4 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Grundsätzlich anspruchsberechtigt sind BürgerInnen, deren Lebensbedarfe nicht zur Genüge aus Einkommen (Arbeit, Versicherungsleistungen, andere Einkommen) abgedeckt sind. Die Prüfung berücksichtigt das gesamte Haushaltseinkommen. Für alle Leistungen ist der permanente Aufenthaltsstatus in der Tschechischen Republik Voraussetzung. Drittstaatsangehörige können um Sozialhilfe 365 Tage, nachdem sie permanent in der Tschechischen Republik gemeldet sind, anuchen. Eine aktive Jobsuche ist ein weiteres Kriterium bei arbeitsfähigen Personen, d.h. Einhalten von regelmäßigen Terminen mit BeraterInnen am Arbeitsamt und Nachweis für aktive Arbeitssuche.

4.4.2.5 Finanzierung und Kosten

Die Leistungen werden aus dem staatlichen Budget (Steuern) finanziert.

4.4.3 Pflege und soziale Dienste im Rahmen der Sozialhilfe

4.4.3.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Angelegenheiten der Pflege und der sozialen Dienste werden auf nationaler Ebene geregelt. Die Anbieter sind die Ministerien und die Regionen (delegierte Befugnisse des Staates). Die Gemeinden und Regionen sind für die Bereitstellung entsprechender Leistungen für ihre EinwohnerInnen zuständig.

Im Fall der Stadt Prag haben die regionale und die Gemeindeebene gesetzlich festgelegte Kompetenzen in der vorgegebenen Bereitstellung sozialer Dienste. Im Allgemeinen weist die regionale Verwaltungsebene Zuständigkeiten in der regionalen strategischen Planung auf. Die konkreten Zuständigkeiten der Stadt Prag sind:

- Monitoring des Bedarfs an sozialen Diensten,
- Sicherstellen des Zugangs zu Informationen über soziale Dienste,
- Kooperation mit den städtischen Bezirken und anderen Gemeinden und Regionen sowie anderen Sozialdienstleistern, um Hilfe an Einzelpersonen zu vermitteln.

Die Stadt finanziert auch Sozialdienste aus dem eigenen Budget, die von den Bezirken bereitgestellt werden. Diese können ebenfalls einen Teil ihres eigenen Budgets für Sozialdienste ihrer Wahl verwenden.

4.4.3.2 Funktionale Gliederung und Organisation

In der Tschechischen Republik umfassen die zur Verfügung stehenden Leistungen für Menschen in „ungünstigen sozialen Lagen“ Hilfe und Unterstützung mit den Mitteln der sozialen Dienste und des Pflegegelds. Die Organisationen, welche diese Dienste anbieten, sind selten nur auf einen Bereich spezialisiert (z.B. stellen Altersheime auch Gesundheits- und psychologische Hilfe für die älteren Menschen bereit).

Das einkommensunabhängige Pflegegeld wird von der nationalen Ebene abgestuft je nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit bzw. Behinderung direkt an die Betroffenen ausbezahlt.

Die Gemeinden und Regionen (bzw. die Stadt Prag) unterstützen neben den von ihnen selbst gegründeten Diensten auch private Organisationen. Es gibt grundsätzlich drei Arten von Anbietern sozialer Dienste in Prag:

- NGOs, Kirchen und andere juristische Personen: wenn als Anbieter von sozialen Diensten registriert, können sie Mittel aus Zuschussprogrammen des (nationalen) Ministeriums für Arbeit und soziale Angelegenheiten, aus Subventionen der Stadt Prag oder der Prager Bezirke sowie aus Spenden, etc. bekommen.
- Von der Stadt Prag oder von den Prager Bezirken gegründete Dienste: diese erhalten die Mittel für ihren Betrieb aus dem Budget der Stadt Prag und müssen nicht um die Gelder aus den Zuschussprogrammen konkurrieren. Seit 2008 versucht die Stadt Prag im Bemühen um einen effizienteren Betrieb und einen geringeren Verwaltungsaufwand, diese Organisationen in eine andere Rechtsform umzuwandeln.
- Das (nationale) Ministerium für Arbeit und soziale Angelegenheiten bietet spezialisierte Sozialpflegezentren an.

Es ist eine der nationalen wie auch der regionalen Prioritäten, die nachhaltigen Lebensbedingungen pflegebedürftiger Menschen in ihrer eigenen Wohnumgebung zu fördern. Andererseits spielt die institutionelle Pflege noch immer eine gewichtige Rolle, ihre

Kapazitäten haben nicht abgenommen. Unter älteren und behinderten Menschen gibt es nach wie vor eine höhere Nachfrage nach institutioneller Pflege, als aufgrund von Angebotsbeschränkungen zur Verfügung steht.

Die Gesundheits- und Sozialdienste sind grundsätzlich nicht integriert und werden nicht koordiniert. Im Ergebnis werden viele Sozialdienste „zwischen den behördlichen Systemen“ auf einer ad hoc Basis von NGOs angeboten. Ein zentrales Problem besteht im „Verschwimmen“ von stationärer Gesundheitspflege und Langzeitpflege in den Krankenhäusern. Wegen der geringen Kapazitäten von Pflegeheimen bzw. des Rückgangs an familiärer Pflege verbleiben ältere oder behinderte Menschen häufig zur Pflege im Krankenhaus. Das bedeutet eine große Belastung der Krankenhäuser und ein unangemessenes Umfeld für die Betroffenen, die nicht Krankenhauspflege benötigen – da ihr Gesundheitszustand nicht verbessert werden kann – sondern Langzeitpflege in Pflegeeinrichtungen.

4.4.3.3 Zielsetzungen und Strategien

Die Stadt Prag verfügt über keine einheitliche Koordination der Sozialpolitik auf ihrem Territorium. Ein zentrales Problem ist, dass andere Politikbereiche mit Auswirkungen auf die lokale Sozialpolitik unabhängig von ihr und ohne Konsultation betrieben werden. Die sozialpolitische Strategie Prags ist auch nicht mit Maßnahmen und Bedürfnissen der Prager Bezirke koordiniert.

Für die nahe Zukunft – wie im „mittelfristigen Plan für die Entwicklung der sozialen Dienste“ dargelegt – soll die Planung in all diesen Punkten verbessert werden. Es besteht die Notwendigkeit, eine Strategie für soziale Dienste in Form eines Gemeinschaftsplans zu formulieren. Diese umfasst eine bessere Koordination, eine höhere Effizienz, mehr Qualitätskontrolle und Verbreitung der Dienste sowie eine Weiterführung des Trends hin zu Instrumenten zur Förderung eines selbstbestimmten Lebensstils. Es gilt auch zu berücksichtigen, welche Bedürfnisse die KlientInnen haben und welche Dienste die Stadt Prag, angesichts der beschränkten Kapazitäten der bestehenden Anbieter, Priorität einräumen will.

4.4.3.4 Zielgruppen

Zielgruppen der Pflege bzw. der sozialen Dienste sind generell Personen mit Unterstützungsbedarf, insbesondere hilfsbedürftige SeniorInnen sowie physisch bzw. geistig behinderte Personen. In diesem Sinne gibt es keine neuen Zielgruppen.

4.4.3.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Anspruchsberechtigt auf entsprechende Sozialhilfeleistungen sind grundsätzlich BürgerInnen, die wegen schlechter Gesundheit, Behinderung oder hohem Alter hilfsbedürftig sind und deren Einkommen oder Vermögen nicht ausreicht, die Leistungen abzudecken.

Anspruch auf staatliches Pflegegeld besteht dann, wenn vorgegebene Aktivitäten des täglichen Lebens ohne Hilfe nicht mehr ausgeführt werden können. Je nach der Anzahl dieser Aktivitäten werden die Personen in vier Kategorien von „leichte“ bis „vollständige“ Behinderung eingeordnet.

Für den Zugang zu den Leistungen gibt es in Prag, so wie in anderen Regionen, Datenbanken über die Anbieter von sozialen Diensten. Die Stadt Prag bzw. die Bezirke haben auch Beratungsdienste eingerichtet, welche den BürgerInnen die notwendigen Informationen bereitstellen.

4.4.3.6 Finanzierung und Kosten

Die geschlossene Sozialhilfe wird in erster Linie aus Steuermitteln (nationales Ministerium für Arbeit und soziale Angelegenheiten, Regionen, Gemeinden) finanziert. Die KlientInnen haben grundsätzlich einen gewissen Kostenanteil zu tragen. Sind sie dazu nicht in der Lage, wird auch dieser von der Sozialhilfe übernommen. Ein Teil der Mittel wird auch von den NGOs selbst über Spenden, etc. aufgebracht.

Die Allokation der Mittel erfolgt auf der Grundlage eines „mittelfristigen Plans für die Entwicklung der sozialen Dienste“ für ein Kalenderjahr, einem von den Regionen verfassten Dokument. Auch die Stadt Prag als eine unabhängige Region hat ein solches Dokument in Zusammenarbeit mit den 57 Prager Bezirken sowie den VertreterInnen von Dienstleistern und KundInnen entwickelt. Darin werden die allgemeinen Prioritäten und die budgetären Erfordernisse definiert.

Im Allgemeinen stellt es für die Anbieter sozialer Dienste ein Problem dar, dass sie die finanzielle Unterstützung auf jährlicher Basis bekommen. Die NGOs befinden sich jedes Jahr

in Konkurrenz, um Mittel aus den Zuschussprogrammen zu erhalten. Die relativ kurzfristige Finanzierung führt zu einem ungewissen Umfeld, weil es für die jeweilige Organisation unsicher ist, über welches Budget sie im nächsten Jahr verfügen kann.

4.4.4 Behindertenhilfe

4.4.4.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Die Betreuung behinderter BürgerInnen gehört zu den sozialen Diensten, die auf nationaler Ebene geregelt werden. Die Anbieter sind die Ministerien und die Regionen (delegierte Befugnisse des Staates). Die Gemeinden und Regionen sind für die Bereitstellung entsprechender Leistungen für ihre EinwohnerInnen zuständig. Auch direkte finanzielle Zuwendungen des Staates für behinderte Personen werden über die Gemeinden verteilt (in der Stadt Prag von den Prager Bezirken).

Im Fall der Stadt Prag haben die regionale und die Gemeindeebene gesetzlich festgelegte Kompetenzen in der vorgegebenen Bereitstellung sozialer Dienste. Im Allgemeinen weist die regionale Verwaltungsebene Zuständigkeiten in der regionalen strategischen Planung auf. Die konkreten Zuständigkeiten der Stadt Prag sind:

- Beobachtung der Erfordernisse der Bereitstellung sozialer Dienste für Personen im Stadtgebiet,
- Gewährleistung der Zugänglichkeit von Informationen über die Sozialdienste für potentielle KlientInnen,
- Zusammenarbeit mit den städtischen Bezirken und anderen Gemeinden und Regionen bzw. mit anderen Anbietern von sozialen Diensten, um die Hilfe an die bedürftigen Personen zu vermitteln,
- Verteilung der Gelder für die Sozialdienste (die Stadt Prag übergibt auch einen Teil ihres Budgets für Sozialdienste an ihre Bezirke).

4.4.4.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Das Leistungsspektrum der Behindertenhilfe umfasst sowohl Geld- als auch Sachleistungen. Der Staat stellt ein Pflegegeld für BürgerInnen mit einem bestimmten Ausmaß an Behinderung bereit. Erst seit 2007 werden diese Beihilfen direkt an die behinderten Personen gewährt, die je nach dem Grad der Behinderung abgestuft sind. Die EmpfängerInnen können

selbst entscheiden, für welchen Zweck sie das Geld verwenden. Die Stadt Prag selbst gewährt keine direkten Geldtransfers (persönliche Budgets) an Personen mit Behinderungen.

Die hauptsächlich angebotenen sozialen Dienste im Bereich der Behindertenhilfe in Prag sind: Sozial- und Gesundheitsberatung, Aktivierungsdienste, Vermittlung von Arbeitsplätzen, PC-Unterricht, Hilfsmittelverleih, Beiträge zur Anschaffung spezieller Hilfsmittel, körperliche Übungsbehandlungen, kulturelle und Freizeitbetreuung, Erholungsaufenthalte, Zuschüsse zur Barrierefreien Gestaltung der Wohnung oder der speziellen Adaptierung eines Autos, individuelle Transportdienste, Zuschüsse für blinde Menschen, zinsenlose Darlehen für Menschen mit Behinderungen, sowie spezielle Wohnungen bzw. Heime für behinderte Personen. Im Jahr 2008 entfielen auf den letztgenannten Punkt rund drei Viertel aller Leistungen.

Es gibt zum einen Institutionen, die von der Stadt selbst gegründet wurden und direkt von ihr finanziert werden, und zum anderen registrierte Anbieter von Sozialdiensten (NGOs oder andere juristische Personen). Auf Basis der jährlichen Zuschussprogramme verteilt die Stadt Prag die Gelder für die Sozialdienste auf die einzelnen Organisationen. Sie „kauft“ somit die Leistungen von diesen Institutionen, die dann von diesen bereitgestellt werden.

4.4.4.3 Zielsetzungen und Strategien

Die Hauptziele der Behindertenhilfe sind die Unterstützung und der Schutz der spezifischen Bedürfnisse und Interessen ungeachtet des Grads der Behinderung der betroffenen Personen. Es gibt eine staatliche Initiative zur „Herstellung von Chancengleichheit“. Jede Region (einschließlich Prag) passt die Strategien an ihre Bedürfnisse an. Die Stadt Prag hat darüber hinaus eine Initiative für die „Entfernung von physischen Barrieren“ beim Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln und Gebäuden, etc. ins Leben gerufen.

Gleichzeitig werden die Aktivierung von behinderten Personen und ihre Integration in den Arbeitsmarkt von der Stadt unterstützt. Dies stellt eine deklarierte Priorität im „Strategiepapier der Entwicklung der Sozialdienste der Stadt Prag für das Jahr 2009“ dar. Entsprechend orientieren sich die Subventionsausschreibungen an den Programmen zur Förderung der sozialen und beruflichen Integration und Unabhängigkeit behinderter Menschen.

Es gehört sowohl zu den staatlichen als auch zu den regionalen Prioritäten, das Leben behinderter Menschen in ihrer eigenen Wohnumgebung nachhaltig zu fördern. Auch hier sind viele Förderungen auf jene Programme gerichtet, die einen mehr selbstbestimmten Lebensstil unterstützen, z.B. Programme persönlicher Assistenz, lebenslanger Bildung. Die Stadt Prag

besitzt auch spezielle Mietwohnungen für körperlich behinderte BürgerInnen, wobei jedoch das Angebot niedriger als die Nachfrage ausfällt.

Herausforderungen für die Zukunft bestehen in einer Strategiebestimmung für die Sozialdienste in Form eines Gemeinschaftsplans, besserer Koordination, Effizienz und Qualitätskontrolle sowie einer verstärkten Förderung der Dienste. Ein Gemeinschaftsplan in Form einer detaillierten Analyse der Bedarfe, der Kapazitäten der bestehenden Dienste und der Prioritäten für die zukünftige Entwicklung, der gemeinsam von den VertreterInnen der Stadt Prag, der Bezirke, der Anbieter und der KlientInnen erstellt wird, ist in Vorbereitung. Darüber hinaus bestünde das Erfordernis, den Trends hin zu Instrumenten, die einen mehr selbst bestimmten Lebensstil fördern, fortzusetzen.

Andererseits plant das Ministerium für Arbeit und Soziales, das System der Geldleistungen für behinderte Personen (Pflegegeld) zu reformieren, da das Geld häufig für andere Zwecke als soziale Dienste verwendet wird und in der Folge zusätzliche Mittel für die Pflege eingesetzt werden müssen (z.B. für Krankenhausaufenthalte von Menschen mit Langzeitbehinderungen).

4.4.4.4 Zielgruppen

Zur Zielgruppe der Behindertenhilfe gehören allgemein physisch bzw. geistig behinderte Personen, insbesondere schwer behinderte Menschen. Es gibt unterschiedliche Förderungen für unterschiedliche Zielgruppen von behinderten Personen.

4.4.4.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Die für die staatlichen Zuschüsse in Frage kommenden Personen werden vom Gesetz als Personen definiert, welche nicht imstande sind, bestimmte vorgegebene Alltagsaktivitäten ohne Hilfe auszuführen. Andere Dienste für behinderte Personen unterliegen variierenden Bedingungen der Förderfähigkeit und richten sich nicht notwendigerweise nach den Regelungen für staatliche Beihilfen.

Auf Gemeindeebene entscheiden ÄrztInnen und MitarbeiterInnen der Sozialhilfedenste aufgrund staatlich festgelegter Kriterien, ob eine Person für einen der abgestuften Behinderungsgrade in Frage kommt. Sie beurteilen, ob sie imstande ist, die Alltagsaktivitäten auszuführen, die im Gesetz aufgelistet sind.

Im Allgemeinen ist die Versorgung mit sozialen Diensten für behinderte Personen in der Stadt Prag nach Angabe der ExpertInnen ausreichend. Allerdings sollte das Angebot an für behinderte Menschen adaptierte Gemeindemietwohnungen vergrößert werden.

4.4.4.6 Finanzierung und Kosten

Die finanziellen Mittel für die Pflege und Betreuung behinderter Menschen in Prag stammen in erster Linie aus Steuermitteln (Staatshaushalt für direkte finanzielle Zuwendungen, Haushalt der Stadt Prag, Haushalte der Prager Bezirke). Darüber hinaus gibt es auch Zuschüsse aus dem Europäischen Sozialfonds sowie Kostenbeiträge der Betroffenen. Die Aktivitäten von registrierten Anbietern von Sozialdiensten werden auch zum Teil über Sponsoring oder Spenden finanziert.

Die Stadt Prag arbeitet mit „mittelfristigen“ Finanzplänen für ein Kalenderjahr zur Entwicklung der Sozialdienste auf ihrem Stadtgebiet.

4.4.5 Wohnungslosenhilfe

4.4.5.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Auf der Grundlage des (nationalen) Gesetzes zu Sozialdienstleistungen sind die Regionen verantwortlich dafür, Unterstützung für wohnungslose Personen auf ihrem Gebiet sicherzustellen. Daher obliegt die Verantwortung für die Organisation und konkrete Ausgestaltung der Hilfen in Prag der Stadt.

4.4.5.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Die Stadt Prag selbst ist direkter Betreiber des „Zentrums für soziale Dienste“. Sie verwaltet auch eine Einrichtung für sozial ausgegrenzte Menschen zur Befähigung für eine eigenständige Lebensführung, eine Unterkunft für Männer sowie eine Notschlafstelle auf einem Boot auf der Moldau. Die Mehrheit der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe wird jedoch von NGOs betrieben.

Ein Büro für Delogierungsprävention bietet rechtliche und anderweitige Beratungen für von Wohnungsverlust bedrohte Personen sowohl im privaten als auch im kommunalen Wohnungssektor an. Diese Einrichtung ist durch das in Wien angewandte Modell inspiriert.

Im Rahmen der Sozialdienste für bereits wohnungslose Personen gibt es mehrere Stufen von Leistungen. Es gibt insgesamt 26 Heime mit einer Kapazität von 1.142 Plätzen und vier

Tagesbetreuungszentren mit einer Kapazität von 500 Personen bzw. 150 Plätzen. Für wohnungslose Personen, die aktiv an der Änderung ihrer Situation mitarbeiten, gibt es auch eine Einrichtung, die 24 Stunden geöffnet hat. Hier unterstützen SozialarbeiterInnen die KlientInnen systematisch, Arbeit zu finden, Kredite abzuzahlen, Familienkontakte wiederherzustellen, etc. In der Folge können die KlientInnen für maximal ein Jahr einen Platz in einem Wohnheim erhalten, wo sie auf ein eigenständiges Leben in einer eigenen Wohnung vorbereitet werden. Die letzte Stufe der Integration besteht darin, unabhängig in einer Sozialwohnung zu leben. Derzeit verfügt das Zentrum für soziale Dienste jedoch nur über fünf solcher Wohnungen.

In Prag waren im Jahr 2008 8% der wohnungslosen Personen in Nachtasylen untergebracht, 67% in Obdachlosenheimen, 3% in Übergangseinrichtungen und 22% in Heimen „mit speziellen Regulierungen“.

Die Stadt Prag betreibt auch einen Ambulanzwagen für die medizinische Betreuung von Obdachlosen. Ziel ist es, jene Personen zu erreichen, welche sich nicht selbst aktiv um medizinische Hilfe bemühen (können), diese aber benötigen. Im Zusammenhang damit werden auch Essensausgaben, Sozialarbeit und Beratung angeboten.

Für wohnungslose Personen existieren einige wenige Tages- bzw. Gelegenheitsarbeitsmöglichkeiten. Diese werden vor Ort von städtischen SozialarbeiterInnen koordiniert. Hauptsächlich werden die KlientInnen für die Pflege von Grünflächen und für Straßenreinigung eingesetzt. Der Tageslohn wird in Form von Gutscheinen für Essen, etc. ausgefolgt.

Bei einer telefonischen Hotline können BürgerInnen den Aufenthaltsort von Obdachlosen sowie etwaige verursachte Probleme melden. Eine Einheit der Stadtpolizei ist speziell für den Umgang mit obdachlosen Personen geschult.

4.4.5.3 Zielsetzungen und Strategien

Das übergeordnete Ziel der Wohnungslosenhilfe ist die soziale (Re)Integration von wohnungslosen Personen. Im Jahr 2008 wurde erstmals ein Generalkonzept zur Lösung des Problems der Obdachlosigkeit in Prag erstellt (Záková 2009). Es wurde eine ExpertenInnenkommission eingerichtet und ein Aktionsplan entworfen. Dieser beinhaltet konkrete Maßnahmen, die sich auf Prävention und Intervention bei den Betreuungsleistungen richten. Der Plan schlägt auch einige Reformen vor, die zur verstärkten Zusammenarbeit sowie Koordination und Kontrolle bei den AnbieterInnen von Leistungen sowie deren

Finanzierung führen sollen. Es ist auch vorgesehen, das Team von StraßensozialarbeiterInnen für obdachlose Personen von 10 (2007) auf 43 aufzustocken.

Besondere Herausforderungen im Bereich der Wohnungslosigkeit stellen Drogen- und Alkoholprobleme, Spielsucht, Verschuldung sowie die Stigmatisierung von Kindern und Jugendlichen dar.

4.4.5.4 Zielgruppen

Die Programme der Wohnungslosenhilfe sind nicht auf bestimmte Gruppen ausgerichtet. Sie sind offen für alle Menschen im Alter von mindestens 18 Jahren, die sich im Gebiet der Stadt Prag befinden und entsprechende Unterstützung benötigen.

Bis zum Jahr 2008 führten alle Einrichtungen für soziale Betreuung getrennte Register ihrer KlientInnen, die uneinheitlich und nicht miteinander verbunden waren. Derzeit wird ein zentrales Register sozial bedürftiger Personen aufgebaut. Die bislang einzige Erhebung über wohnungslose Personen wurde im Jahr 2004 durchgeführt. Wohnungslose Personen wurden definiert als Personen, die nicht über eine normale dauerhafte Wohnmöglichkeit verfügen. Es wurden Personen auf der Straße sowie in Institutionen gezählt. Die Zahl der Betroffenen wurde auf rund 3.000 Personen geschätzt, davon weniger als 500 Frauen. Die Anzahl junger KlientInnen ist im Steigen begriffen. Zumeist sind die Betroffenen von zu Hause weggelaufen oder haben Heime für Kinder und Jugendliche verlassen müssen, weil sie 18 Jahre alt geworden sind.

4.4.5.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Anspruchsberechtigt sind grundsätzlich BürgerInnen der Stadt Prag, die wohnungslos oder obdachlos sind. Generell werden nur nüchterne Personen in den Nachtasylen akzeptiert, die Mitnahme von Haustieren ist nicht erlaubt. Manche Einrichtungen verlangen auch eine geringe Übernachtungsgebühr. Laut Angabe der ExpertInnen gibt es zu wenige Plätze in Wohnheimen.

4.4.5.6 Finanzierung und Kosten

Die Wohnungslosenhilfe in Prag wird im Wesentlichen über Steuern (Budget der Stadt Prag, Transfers vom nationalen Ministerium für Arbeit und Soziale Angelegenheiten) finanziert. Hinzu kommen Gelder aus dem Europäischen Sozialfonds.

Die privaten Einrichtungen (NGOs) erhalten auf Subventionsbasis jährliche finanzielle Unterstützungen aus den Zuschussprogrammen der Stadt. Im Aktionsplan 2008 ist eine Reform bei der Finanzierungsgestaltung der Leistungen enthalten. Die Grundidee ist, für explizit definierte Leistungen AnbieterInnen über eine öffentliche Ausschreibung zu ermitteln.

4.4.6 Psychosoziale Versorgung

4.4.6.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Der Bereich der Psychiatrie im engeren Sinne fällt so wie die stationäre Alkohol- und Drogenbehandlung in den Bereich der Gesundheitsversorgung (vgl. dazu weiter unten „Gesundheitssystem“). Die Schaffung von Einrichtungen zur psychosozialen Versorgung sowie die Prävention von Alkoholismus und anderen Suchtkrankheiten gehören zu den autonomen Zuständigkeiten der Stadt Prag.

4.4.6.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Die psychosoziale Unterstützung umfasst Dienste der Sozialberatung, Sozialbetreuung und Sozialprävention. Dazu gehören Basisdienste, Telefondienste, ambulante Dienste, Therapien und Versorgungsdienste während der Nacht für Menschen, die von sozialer Ausgrenzung betroffen sind oder sich in schwierigen Lebenssituationen befinden, die sie nicht alleine bewältigen können. Weiters werden Therapie und ambulante Dienste für Menschen mit Alkohol- oder Drogenproblemen angeboten.

Die Dienste im Bereich der psychosozialen Unterstützung werden teilweise von der Stadt selbst (Abteilung für Soziales), von der Stadt Prag gegründeten Einrichtungen (Zentrum für soziale Dienste) oder von NGOs angeboten.

4.4.6.3 Zielsetzungen und Strategien

Das übergeordnete Ziel der psychosozialen Versorgung besteht in der Vorbereitung für die (Wieder)Eingliederung und die Bewältigung des Alltagslebens. Dazu stehen für schwierige Fälle mehrstufige Strategien zur Verfügung: im ersten Schritt werden Beratung und (stationäre) Langzeitbetreuung angeboten. Die anschließende ambulante Betreuung beinhaltet Unterstützungen zum Erlangen einer Wohnung oder einer Berufstätigkeit sowie grundlegende Orientierungshilfen in rechtlichen und anderen lebenspraktischen Fragen. Auch die

Vermittlung von Kontakten zu einem neuen sozialen Umfeld ist ein Schwerpunkt der Betreuung.

4.4.6.4 Zielgruppen

Die Zielgruppe konstituiert sich grundsätzlich aus allen Menschen, die einen Bedarf an Hilfe und Unterstützung aufweisen. Es gibt jedoch spezielle Beratungs- und Betreuungsdienste für Personen im Erwerbsalter, Kinder und Jugendliche, SeniorInnen, scheidungsgefährdete Paare, Arbeitslose, Menschen mit Alkohol- oder Drogenproblemen, etc. Weiters wird ambulante Hilfe und Therapie für Menschen, die mit häuslicher oder einer anderen Art von Gewalt konfrontiert sind, angeboten.

4.4.6.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Voraussetzung für eine Inanspruchnahme von Unterstützungen ist die tschechische Staatsbürgerschaft, eine EU-Staatsbürgerschaft oder eine langfristige Aufenthaltserlaubnis. Manche Dienste sind auf eine breite Öffentlichkeit ausgerichtet und kostenlos, andere stehen nur bedingt zur Verfügung (z.B. Krankenversicherung als Voraussetzung). Bestimmte Unterstützungen sind auch kostenpflichtig und zum Teil von den KlientInnen zu bezahlen.

4.4.6.6 Finanzierung und Kosten

Die Finanzierung der psychosozialen Versorgung und der Hilfe für drogenabhängige Personen erfolgt in erster Linie über Steuern.

Im Jahr 2008 wurden in Prag insgesamt 3,1 Millionen Euro aufgewendet, das ergibt bereinigt um die Preisniveaus in den 27 EU-Staaten rund 4 Euro pro EinwohnerIn. Die Aufwendungen inkludieren Kontaktzentren für Drogenabhängige, Telefonhotlines, lokale Programme für Risikogruppen, ambulante Dienste und Therapien, Krisenintervention und Sozialberatung.

4.4.7 Gesundheitssystem

4.4.7.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

In der Tschechischen Republik werden die Gesundheitsagenden auf der nationalen Ebene geregelt. Die Regionen bzw. die Stadt Prag haben keine strategischen Programme, die sich

auf die Gesundheitsvorsorge richten. Auch auf die Krankenhäuser hat die Stadt Prag abgesehen von wenigen kleineren Spitätern keine direkten Einflussmöglichkeiten. Beispielsweise sind die Universitätskrankenhäuser stets unter der direkten Schirmherrschaft des nationalen Gesundheitsministeriums geblieben. Die Stadt Prag verfügt damit über kein eigenes Krankenhaus-Netzwerk, ist aber Begründer und Betreiber spezialisierter Zentren der Gesundheitsfürsorge, etwa auf dem Gebiet der Rehabilitation, der ambulanten Versorgung und der medizinischen Notdienste.

4.4.7.2 Funktionale Gliederung und Organisation

In Prag sind der Staat, die Stadt Prag und private Anbieter die hauptsächlichen Träger stationärer medizinischer Versorgung. Der Staat ist durch das (nationale) Ministerium für Gesundheit Träger von sechs Spitätern mit einem komplexen Angebot einschließlich ambulanter Versorgung. Fünf davon sind Universitätskrankenhäuser, die mit den medizinischen Fakultäten der Karlsuniversität verbunden sind. Darüber hinaus fördert das Ministerium für Gesundheit 16 Fachkliniken einschließlich der Kliniken für die Pflege von LangzeitpatientInnen. Das Verteidigungsministerium ist zuständig für das allgemeine Militärhospital, das auch für die Allgemeinheit offen steht. Daneben gibt es noch 25 kleinere Krankenhäuser in Prag, darunter einige private Spitäler (kirchliche Organisationen, etc.).

Die Stadt Prag ist Gründer und Betreiber eines Krankenhauses für Nachsorge, eines Rehabilitationszentrums, eines Zentrums für ambulante Versorgung, welches alle medizinischen Fachrichtungen abdeckt, eines Aufnahmezentrums für Menschen mit akuter Alkoholüberdosis, eines Zentrums für soziale Notfälle sowie von Kinderzentren. Weiters gibt es drei separate Notfalldienste mit 22 über die Stadt verteilten Standorten, die direkt von der Stadt Prag organisiert werden.

Die ambulante Versorgung stellen neben dem Zentrum für ambulante Versorgung die Ambulanzen in den Krankenhäusern sowie niedergelassene ÄrztInnen sicher. Als Besonderheit in Prag gibt es jedoch – als Erbe des früheren Regimes – zahlreiche „Polikliniken“ mit fächerübergreifenden ambulanten Angeboten, die von privaten Betreibern übernommen wurden und einzelne Ärztepraxen zurückgedrängt haben.

4.4.7.3 Zielsetzungen und Strategien

Wie in anderen Ländern besteht auch in der Tschechischen Republik angesichts der zunehmenden Alterung der Bevölkerung eine der zentralen Zielsetzungen bzw.

Herausforderungen für die Zukunft darin, allen EinwohnerInnen weiterhin den Zugang zu hochwertiger Medizin und Gesundheitsversorgung zu garantieren und gleichzeitig die Finanzierung der Leistungen sicherzustellen. Auf nationaler Ebene gibt es Bemühungen, durch entsprechende Gesetze entsprechende Bedingungen dafür zu schaffen. Diese konzentrieren sich auf eine Reform des Sozialversicherungssystems sowie auf die Rechte von PatientInnen (Bryndová et al. 2009, 99).

4.4.7.4 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Die BürgerInnen der Tschechischen Republik können ihre ÄrztInnen, Versorgungseinrichtungen und Krankenhäuser grundsätzlich frei wählen. Die Wahl ist auch nicht auf den Wohnort eingeschränkt. Das jeweilige Krankenhaus muss allerdings einen Vertrag mit dem Krankenversicherungsfonds des/der PatientIn haben (insgesamt gibt es landesweit neun Versicherungsfonds).

Abgesehen von Notfällen erfolgt der Zugang zu Krankenhäusern bzw. Spitalsambulanzen über eine Überweisung durch niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen oder FachärztInnen. Die finale Entscheidung, ob der/die PatientIn aufgenommen wird, obliegt dem Krankenhaus.

Die Selbstbehalte sind eher gering veranschlagt. PatientInnen zahlen ca. 2,3 Euro pro Krankenhaustag. Die Gebühr wurde im Jahr 2008 eingeführt, um die Langzeitbelegung von Betten zu reduzieren und hat intensive politische Diskussionen ausgelöst. Vergleichbare Eigenbeteiligungen in der Höhe von ca. 1,2 Euro entstehen für außerstationäre Behandlungen, sowie ca. 3,5 Euro für Notfalldienste und Dienste am Wochenende bzw. während der Nacht (Bryndová et al. 2009, 87).

4.4.7.5 Finanzierung und Kosten

In der Tschechischen Republik gibt es drei Hauptquellen bei der Finanzierung des Gesundheitswesens: Krankenversicherungsbeiträge über die Versicherungsgesellschaften (Allgemeine Krankenversicherungsgemeinschaft und Krankenversicherungsgesellschaften der ArbeitnehmerInnen), Steuern (Staatshaushalt und Haushalte der Regionen und Gemeinden) sowie Eigenbeteiligungen der PatientInnen.

Die Versicherungsbeiträge decken rund 76% des Gesamtbudgets. Die öffentlichen Haushalte steuern über finanzielle Beiträge zur medizinischen Forschung, Ausbildung, Prävention sowie den Betrieb von Einrichtungen rund 9% bei. Die Selbstbehalte von

PatientInnen fallen hauptsächlich beim Kauf von Arzneimitteln und bei nicht standardmäßigen Zahnbehandlungen an und betragen rund 13% des Gesamtbudgets.

Von den Ausgaben der Spitäler in Prag entfielen im Jahr 2008 37% auf Personalkosten und 14% auf Medikamente.

Der Anteil öffentlicher Ausgaben für das Gesundheitswesen am Bruttoinlandsprodukt der Tschechischen Republik liegt seit dem Jahr 2000 regelmäßig bei rund 6%. Die öffentlichen Ausgaben pro EinwohnerIn betragen im Jahr 2007 765 Euro (Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic 2007). In Prag sind die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben höher als in der Tschechischen Republik gesamt, da es eine höhere Konzentration an kostenintensiver Medizin gibt.

4.4.7.6 Versorgungsdichte

Die angebotene medizinische Versorgung ist für alle tschechischen BürgerInnen ungeachtet ihres Wohnsitzes verfügbar. Prags Krankenhäuser sind für ganz Böhmen zuständig, viele Spezialkliniken behandeln auch PatientInnen aus der gesamten Tschechischen Republik.

Die Stadt Prag verfügt über eine hohe Konzentration an Krankenhäusern und an spezialisierten medizinischen Leistungen. Diese sind auch weitgehend für alle PatientInnen verfügbar, für bestimmte Operationen (z.B. Hüftoperationen) kann es jedoch begrenzte Wartelisten geben. Grundsätzliche Mängel gibt es bei der Versorgung von psychisch Kranken und älteren Menschen, da die entsprechenden Gesundheits- und Sozialdienste nicht integriert bzw. nicht koordiniert sind (Bryndová et al. 2009, 87/106).

Die Bettendichte in den Krankenhäusern Prags liegt im Jahr 2008 bei 8,4 pro 1.000 EinwohnerInnen (Quelle: Czech Statistical Office), die Ärztedichte bei 6,7 pro 1.000 EinwohnerInnen (Quelle: OECD Regional Data). Die Überinanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und die ineffiziente Verwendung von Ressourcen stellt eine wichtige Herausforderung für das tschechische Gesundheitssystem in Zukunft dar (Bryndová et al. 2009, 107).

4.4.8 Allgemeine Betrachtung der Sozialsysteme: „Empowerment“ und Gender Mainstreaming

Auf den verschiedenen Gebieten sozialer Dienste sind Gemeinschaftspläne im Sinne einer detaillierte Analyse der Bedarfe, der bestehenden Kapazitäten von Anbietern und der Prioritäten für die zukünftige Entwicklung, die gemeinsam von den VertreterInnen der Stadt

Prag, der Bezirke, der Anbieter und der KlientInnen erstellt werden, in einer Vorbereitungsphase.

Spezielle Maßnahmen im Sinne von Gender Mainstreaming sind in Prag in den offiziellen Sozialprogrammen kaum enthalten.

4.4.9 Quellen

4.4.9.1 Interviews

Dr. Martin DLOUHY, Professor an der Wirtschaftsuniversität Prag

Dr. Tomáš KOSTELECKY, Senior Researcher an der Abteilung für Lokale und Regionale Studien des Instituts für Soziologie der Akademie der Wissenschaften der Tschechischen Republik. Professor Martin Dlouhy, Wirtschaftsuniversität Prag.

Alena ŘIHOVÁ, Projektmanagerin, Verein der physisch Behinderten in der Tschechischen Republik (NGO).

Anna STASTNA, Lokale und Regionale Studien, Akademie der Wissenschaften der Tschechischen Republik.

Ludmila TOMESOVA, Vizedirektorin des Zentrums für soziale Hilfen der Stadt Prag.

4.4.9.2 Literatur

Bryndová L, Pavloková K, Roubal T., Rokosová M., Gaskins M. und van Ginneken E. (2009): Health Systems in Transition, Vol. 11 No. 1 2009, Czech Republic Health system review.

Czech Statistical Office (2010): Review of the social services for the year 2008 registered by Czech Statistical Office, <http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/3201-09>, abgerufen am 22. Feb. 2010.

Horak M. (2007): Governing the Post-Communist City. Institutions and Democratic Development in Prague. Toronto, Buffalo & London: University of Toronto Press.

Illner M. (2003): Thirteen years of reforming sub-national government in the Czech Republic, Internetquelle: <http://www.uni-stuttgart.de/soz/avps/rlg/papers/CZ-Illner.pdf>, abgerufen am 3. März 2010.

Illner M. (2003b): Thirteen years of reforming sub-national government in the Czech Republic, in: Kersting, Norbert and Angelica Vetter (eds.). Reforming Local Government in Europe, Opladen: Leske+Budrich, 261-281.

Illner M. (2003c): The Czech Republic 1990-2001. Successful reform at the municipal level and a difficult birth of the intermediary government“, in: Baldersheim, Harald, Illner, Michal and Hellmut Wollmann (Hrsg.)(2003). Local Democracy in Post-Communist Europe, Opladen: Leske+Budrich, 61-90.

Institute of health information and statistics of the Czech republic: Internetquelle, <http://www.uzis.cz/uzis/rzz/rzz.htm>, abgerufen am 16. Feb. 2010.

Institute of health information and statistics of the Czech republic (2007): Economic information on health care 2007.

Kostelecký T., Čermák D. (2004): Metropolitan Areas in the Czech Republic –Definitions, Basic Characteristics, Patterns of Suburbanisation and Their Impact on Political Behaviour. Sociologické studie/Sociological Studies 04: 03. Praha: Sociologický ústav AV ČR.

Kostelecký T., Čermák D. (2005): Metropolization and the Political Change in the Czech Republic, in V. Hoffmann-Martinot and J. Sellers (Hrsg.), Metropolization and Political Change. Urban and Regional Research International Vol. 6. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 359-380.

Kostelecký T., Illner M. und Vobecká J. (2007): „Metropolitan Governance in the Czech Republic“. 235-258 in: Collin J-P, Robertson M. (Hrsg.). Governing Metropolises: Profiles of Issues and Experiments on Four Continents. Quebec: Presses de l’Université Laval.

Ministerium für Arbeit und Soziale Angelegenheiten (MLSA), Gesetzestext: Act 108/2006 Col. about Social services.

Ochrana, F., Šumpíková, M. (2007): 'Under what conditions are provided services in Czech municipalities? Central European Journal of Public Policy, 1(1).

Public Administration in the Czech Republic (2004): Ministry of the Interior of the Czech Republic, Section for Public Administration, Prague. Internetquelle: http://www.mvcr.cz/odbor/moderniz/a_vsvcr.pdf, abgerufen am 30.3.2008.

Stadt Prag (2008): Action plan for the solution of the homelessness problem.

Stadt Prag, Centre of Social Services Prague: http://www.csspraha.cz/projekty-esf_1, abgerufen am 4. Februar 2010.

Stadt Prag, A mid-term plan of social services development of the City of Prague for the year 2009, http://socialnipecce.praha.eu/jnp/cz/komunitni_planovani/strednedoby_plan_rozvoje_socialnich_sluzeb/strednedoby_plan_rozvoje_socialnich_sluzeb_na_rok_2009.html, abgerufen am 4. Februar 2010.

Vobecká J., Kostelecký T. (2008): Municipal finance and social-spatial inequalities in the Czech metropolitan areas. ECPR 2008 Joint Session of Workshops: Workshop “Metropolitan governance and social inequality.” Rennes, France, April 11-16.

Záková, M. (2009): Bezdomovectví – charakteristika, <http://www.icm.cz/bezdomovectvi-charakteristika>, abgerufen am 10. Dezember 2009.

4.5 Stockholm

4.5.1 Föderale Struktur

Schweden ist eine parlamentarisch-demokratische Monarchie. Das Königreich ist in 21 Provinzen bzw. Regionen gegliedert. Es weist zwei Ebenen der lokalen Administration auf paralleler, gleichberechtigter Basis auf. Es handelt sich dabei einerseits um Kreisräte auf der regionalen Ebene sowie um Gemeinden andererseits (Council of European Municipalities and Regions 2007).

Die staatlichen Verwaltungsaufgaben auf der regionalen Ebene werden von einem Regierungspräsidenten und einer Regionalregierung wahrgenommen. Die Hauptaufgaben dieser „Kreisräte“ (Stockholm: Kreisrat von Stockholm) sind die Organisation des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung einschließlich der Gesundheitsfürsorge für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Suchtproblemen sowie der Rehabilitation, Bereitstellung von technischen Hilfsmitteln und Dolmetscher-Diensten (für Hörgeschädigte) und zahnärztlicher Leistungen für bestimmte behinderte Menschen. Gegebenenfalls gehören zu ihren Aufgabengebieten auch Kultur, Bildung und Fremdenverkehr.

Die Kreisräte haben das Recht, proportionale Einkommenssteuern von ihren BürgerInnen einzuheben; der größte Teil ihrer Einnahmen wird dadurch generiert. Die übrigen Einnahmen bestehen vor allem aus staatlichen Zuschüssen und zu einem gewissen Grad aus Gebühren.

Die Gemeinden sind gesetzlich für die Bereiche Soziales, Bildung, Kinderbetreuung, Planung, Umwelt und Gesundheitswesen, Müllabfuhr und Abfallwirtschaft, Wasser und Abwasserwirtschaft, Rettungsdienst, Zivilschutz, Bibliotheken und Wohnungswesen zuständig (Working Life Research Institute 2008). Die entsprechenden Rahmenbedingungen werden jedoch von den zentralen Behörden bestimmt.

Im Bereich Soziales sind die Kommunen, wie die Stadt Stockholm, für die Sozialdienste und für örtliche Fragen in der unmittelbaren Umgebung ihrer BürgerInnen zuständig. Neben der finanziellen Unterstützung im Rahmen der Sozialhilfe decken die entsprechenden Sozialdienste z.B. die Pflege älterer Menschen und die Pflege bzw. Versorgung behinderter Personen ab.

Ein wichtiger Bestandteil ihrer Autonomie ist das Recht der Kommunen, Steuern auf das Privateinkommen (proportionale Einkommenssteuern) einzuheben und den Steuersatz im eigenen Ermessen festzulegen. Dennoch verfügt die nationale Regierung über Interventionsbefugnisse, wenn sie etwa der Auffassung ist, dass die Höhe der lokalen Steuer überzogen ist. Die restlichen Einnahmen setzen sich hauptsächlich aus Gebühren für

Dienstleistungen sowie Transfers der nationalen Ebene zusammen, die als Ausgleich für die unterschiedlichen wirtschaftlichen Gegebenheiten in den einzelnen lokalen Gebieten dienen.

Die herkömmliche Organisation der Gemeinden umfasst einen Gemeindevorstand, einen Gemeinderat und mehrere lokale Verwaltungsausschüsse. Der Gemeindevorstand leitet und koordiniert sämtliche Geschäftsangelegenheiten der Gemeinde und fungiert als Aufsicht für die Ausschüsse. Der Vorstand ist dem Gemeinderat für die Behandlung von Angelegenheiten, der Durchführung von Maßnahmen und der wirtschaftlichen Entwicklung verantwortlich. Der Gemeinderat hat die Aufgabe, Entscheidungen über Steuern, Budgets von kommunalen Unternehmen, Ziele von Maßnahmen sowie über die Organisation und Aufgaben der Ausschüsse zu treffen.

Die Arbeit der Gemeinden wird durch die nationale Gesetzgebung geregelt. Die Rechtsvorschriften über die Sozialdienste lassen den Gemeinden eine relativ große Freiheit bei der Planung und Organisation ihrer eigenen Dienste und bei der Einhebung von Steuern für deren Finanzierung.

Zu den vorgeschriebenen gemeinsamen Zuständigkeiten der Gemeinden und Kreisräte zählt das regionale und örtliche Verkehrswesen (Working Life Research Institute 2008).

Stockholm ist bevölkerungsmäßig die größte der 290 schwedischen Gemeinden und liegt in der Provinz bzw. Region Stockholms län. Das höchste beschlussfassende politische Organ ist das alle vier Jahre gewählte Stadtparlament. Die Beschlüsse der Stadtregierung werden von der Stadtratskommission vorbereitet und durchgeführt, die aus zwölf Stadträten besteht, die alle vier Jahre vom Stadtparlament gewählt werden. Der/die FinanzstadträtIn ist in der Regel gleichzeitig Vorsitzende/r der Stadtratskommission und der Stadtregierung, somit vergleichbar mit einem/r BürgermeisterIn.

4.5.2 Geldleistungen (und Krankenhilfe) im Rahmen der Sozialhilfe

4.5.2.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Die Gemeinden und damit die Stadt Stockholm sind für die Bereitstellung von monetären Sozialhilfeleistungen verantwortlich. Die städtischen Bezirksverwaltungen prüfen die Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung und zahlen die Transfers aus. Das nationale Gremium für Gesundheit und Wohlfahrt erstellt jedoch nationale Standards und Richtlinien, die eingehalten und befolgt werden müssen. Insgesamt verfügt die Stadt Stockholm damit nur über eine sehr begrenzte Autonomie im Bereich der offenen Sozialhilfe.

Ein Rechtsanspruch besteht für jede Person bzw. Bedarfsgemeinschaft mit einem Einkommen unterhalb der Richtsätze, sofern sie auch weitere Bedingungen erfüllt. Die Richtsätze als nationale Normen dienen als Richtschnur für den/die SozialarbeiterIn bzw. Verwaltungskraft bei den städtischen Bezirksverwaltungen der Stadt, der/die über den tatsächlichen Umfang der Leistungen entscheidet.

4.5.2.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Die nationalen Richtsätze der Sozialhilfe beinhalten den Bedarf für Nahrung, Kleidung, Freizeit, Konsumgüter, Gesundheit und Hygiene, Zeitungen, Telefon und TV. Eine Wohnbeihilfe im Rahmen der Sozialhilfe ist nicht vorgesehen, da ein Wohngeld von der Nationalen Versicherungsagentur bereitgestellt wird.¹¹ Da Schweden eine allgemeine Krankenversicherung über die Nationale Versicherungsagentur sicherstellt, wird auch keine „Krankenhilfe“ benötigt. Nicht krankenversichert sind nur illegal aufhältige Personen.

Eine Arbeitsvermittlung erfolgt ausschließlich über die Arbeitsagenturen und liegt nicht im Bereich der Sozialhilfe. Es erfolgt jedoch eine gewisse psychosoziale Beratung und Betreuung von Personen mit bestimmten Unterstützungsbedarfen. So werden etwa drogenabhängige KlientInnen registriert und erhalten Zugang zu Betreuung und Behandlung im Stockholmer Drogenbehandlungszentrum.

4.5.2.3 Zielsetzungen und Strategien

Die monetären Sozialhilfeleistungen dienen zur Deckung von Ausgaben, die für einen "angemessenen" Lebensstandard als wesentlich erachtet werden. Die Leistungen werden nach einem Schema ausbezahlt, das sich an der Zusammensetzung der Bedarfsgemeinschaft (Single; PartnerIn; Kinder je nach Altersgruppe) orientiert. Sie werden grundsätzlich in armutsvermeidender bzw. existenzsichernder Höhe gewährt.

Eine Herausforderung für die Zukunft stellt die Zunahme der SozialhilfebezieherInnen in Stockholm dar.

¹¹ Die dafür in Frage kommenden Wohnkosten sind nach oben begrenzt. RentnerInnen, Familien mit Kindern und Personen unter 30 Jahren mit entsprechend geringen Einkommen kommen dafür in Betracht. Für kinderlose Haushalte zwischen 29 und 65 Jahren gibt es keinen Anspruch auf Wohngeld.

4.5.2.4 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Anspruchsberechtigt ist jede Person, die BürgerIn von Stockholm ist und sich nicht selbst erhalten kann, i.e. Einkommen unterhalb der Richtsätze, kein Besitz von Vermögenswerten – diese sind vorher zu veräußern – und keine vorrangigen Ansprüche gegenüber Dritten. Wenn im erwerbsfähigen Alter keine relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen bestehen, sind die KlientInnen verpflichtet, sich aktiv um Arbeit zu bemühen.

Die finanziellen Mittel von im Haushalt lebenden Personen werden berücksichtigt. Eltern sind dazu verpflichtet, ihre Kinder zu unterstützen, solange sie noch die Schule besuchen. Die Leistungen werden bei zusätzlichen Einkommen mit einem Grenzsteuersatz von 100% reduziert.

4.5.2.5 Finanzierung und Kosten

Die offene Sozialhilfe wird im Wesentlichen aus Steuern (lokale Steuern und staatliche Transfers) finanziert, zu einem geringen Teil auch aus Gebühren für Dienstleistungen.

4.5.3 Pflege und soziale Dienste im Rahmen der Sozialhilfe

4.5.3.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Pflege und soziale Betreuung von älteren Menschen in Schweden sind in erster Linie öffentliche Aufgaben. Die entsprechenden allgemeinen Grundsätze des schwedischen Wohlfahrtsstaates sind im ganzen Land gleich. Das Gesetz über die Sozialdienste ist ein Rahmengesetz, das das Recht des Einzelnen auf kommunale Dienstleistungen betont. Das Nationale Gremium für Gesundheit und Wohlfahrt bzw. für institutionelle Pflege kontrolliert die Versorgung im Rahmen der häuslichen und der institutionellen Betreuung. Es erstellt Leitlinien für die Bereitstellung von Langzeitpflege.

Die Gesetzgebung zu sozialen Hilfen und damit auch zur Pflege erlaubt den Gemeinden und Stadtverwaltungen jedoch relativ große Freiheiten in Planung und Organisation. Die Stadt Stockholm ist verpflichtet, ihre Bürger mit sozialen Diensten zu versorgen, die Organisation (z.B. der Mix von öffentlichen und privaten Anbietern) ist ihr aber freigestellt. Sie verfügt damit über einen relativ hohen Grad an Autonomie.

4.5.3.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Zu den Funktionen der Pflege bzw. der sozialen Dienste im Rahmen der Sozialhilfe zählt die Erfüllung der Wohn- und sozialen Bedürfnisse älterer Menschen. Die Gemeinden betreiben bzw. organisieren sowohl Pflegeheime als auch Hauskrankenpflege. Es gibt auch Plätze für Kurzzeitpflege. Eine barrierefreie Gesellschaft, entsprechende Wohnmöglichkeiten, Tagesbetreuungsleistungen, Transportdienste sowie Heimhilfe- und Haushilfledienste sind Beispiele für wichtige Maßnahmen.

Die sozialen Dienste werden entweder von der Stadt Stockholm selbst zur Verfügung gestellt oder von einem Unternehmen, das von ihr beauftragt wurde, die Leistungen anzubieten. Die Stadt kann Verträge mit Anbietern zur Leistungserbringung abschließen. In Stockholm gibt es (wie in den meisten schwedischen Gemeinden) eine Mischung aus öffentlichen und privaten Anbietern.

Der Trend geht seit vielen Jahren weg von der institutionellen Pflege hin zu einer Betreuung im eigenen Heim. Eine der wichtigsten Prinzipien der schwedischen Politik für ältere Menschen ist, dass öffentliche Maßnahmen so gestaltet werden sollten, dass diese so lange wie möglich in ihrer eigenen Wohnung bleiben können, auch dann wenn sie umfangreiche Gesundheitsfürsorge und soziale Betreuung benötigen. Eine spezielle institutionelle Unterbringung wird nicht in Betracht gezogen, bis sie tatsächlich nicht mehr vermeidbar ist.

In puncto Abgrenzung zwischen Pflege- und Gesundheitssystem fallen PatientInnen, die als medizinisch umfassend therapiert gelten und aus der Akutversorgung oder einem geriatrischen Krankenhaus entlassen worden sind, in den Verantwortungsbereich der Gemeinden. Gesundheitspflege fällt nur im Rahmen von institutionellen Unterbringungsformen (z.B. Altersheime) in die Zuständigkeit der Gemeinden bzw. der Stadt Stockholm. Die häusliche Krankenpflege ist nach den allgemeinen Grundsätzen des schwedischen Wohlfahrtsstaates durch geschultes und qualifiziertes Personal anzubieten. An den Schnittstellen der beiden Bereiche gibt es zum Teil Probleme bei der weiteren Betreuung und Behandlung von älteren Personen nach der Entlassung aus dem Spital.

4.5.3.3 Zielsetzungen und Strategien

Ziel des Nationalen Gremiums für Institutionelle Pflege ist eine enge, kontinuierliche Zusammenarbeit mit den kommunalen sozialen Diensten, damit die Versorgung kontinuierlich an die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen angepasst werden kann. Eine

erweiterte Kooperation mit sozialen Diensten, ehrenamtlichen HelferInnen und Familien ist wesentlich für die Schaffung einer wirksamen ambulanten bzw. häuslichen Versorgungskette (Betreuung, medizinische Behandlung, Nachsorge).

Eine Herausforderung für die Zukunft besteht in der Alterung der Bevölkerung, was den Bedarf an Betreuung erhöht; ebenso nehmen die chronischen Krankheiten zu. Das entstehende wachsende Bedürfnis nach medizinischer und sozialer Betreuung soll durch entsprechende Vorsorge abgedeckt werden. Zukünftig wird die Hauptlinie für die Ausweitung von Dienstleistungen die Betreuung zu Hause sein. Die Abdeckung durch informelle Betreuung könnte allerdings in Zukunft, ebenfalls angesichts der Alterung der Bevölkerung, zurückgehen.

4.5.3.4 Zielgruppen

Die hauptsächlichen Zielgruppen der Pflege und der sozialen Dienste sind sehr alte Menschen und Personen mit geistigen oder körperlichen Behinderungen. Bei der Wahl des Unterstützungsangebots werden Kriterien wie Alter, Geschlecht, Grad der physischen oder psychischen Behinderung, etc. besonders beachtet.

4.5.3.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Menschen mit Wohnsitz in Stockholm, die zur Bewältigung ihrer täglichen Verrichtungen Hilfe benötigen, haben Anspruch auf Unterstützung durch die Sozialhilfe, sofern ihre Bedürfnisse nicht auf andere Weise (vorrangige Ansprüche) gedeckt werden können.

Für den Zugang zu Leistungen kontaktieren die betreffende Person bzw. Angehörige die städtische Organisation für die Betreuung von älteren Personen. Die zentrale Stelle befindet sich im Hauptbüro des Nationalen Gremiums für Institutionelle Pflege in Stockholm. Die Bedürfnisse und Wünsche bezüglich Dienstleistungen und Pflege werden individuell festgestellt und sind vorrangig. Die Bedarfsanalyse wird von bei der Gemeinde angestellten BetreuungsmanagerInnen durchgeführt. Es wird ein Pflegeauftrag beim Bezirksverwaltungsgericht beantragt.

Die BetreuungsmanagerInnen helfen sodann bei der Organisation der sozialen Dienste bzw. bei der Aufnahme in eine institutionelle Einrichtung. Sie haben einen guten Überblick hinsichtlich Behandlungsspezialisierungen, Zielgruppen und freier Plätze. Das Prinzip der Wohnortnähe spielt ebenfalls eine wichtige Rolle. Die aufnehmende Institution ist verpflichtet, einen individuellen Behandlungsplan in Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten

zu erstellen. Insgesamt ist das Zusammenspiel zwischen Betreuung zu Hause, Primärversorgung und Spitalsversorgung noch zu verbessern, insbesondere bei Rehabilitationsfällen.

4.5.3.6 Finanzierung und Kosten

Die Pflege und die sozialen Dienste im Rahmen der Sozialhilfe werden in erster Linie über Steuern (eigene Steuern der Stadt Stockholm und staatliche Transfers) und Zuzahlungen der Betroffenen für Dienstleistungen finanziert. Um die KlientInnen vor hohen Kosten zu schützen, werden die Pflegegebühren unter Einhaltung des nationalen Gesetzes über die Sozialdienste, das Limits für Maximalgebühren enthält, festgelegt. Im Rahmen dieser Regelung entscheidet jede Gemeinde abhängig von Art und Ausmaß der Leistung und Betreuung über ihr eigenes System an spezifischen Gebühren und Zuzahlungen.

Für die Finanzierung existieren neben den jährlichen Budgets 3- bis 5-Jahres-Pläne.

4.5.4 Behindertenhilfe

4.5.4.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Die Betreuung von Personen mit Behinderungen wird durch staatliche Rahmengesetze geregelt (Gesetz über soziale Hilfen, Gesetz für die Unterstützung von Personen mit bestimmten Beeinträchtigungen). Diese Gesetze spezifizieren den Rahmen und die Ziele für die Betreuung und die Dienstleistungen. Sie ermächtigen die lokalen Verwaltungen, den Rahmen zu konkretisieren und die Dienstleistungen entsprechend ihrer eigenen Richtlinien zu implementieren.

Entsprechend weisen die schwedischen Gemeinden ein relativ hohes Maß an Autonomie auf. So ist die Stadt Stockholm verpflichtet, Hilfen für behinderte Personen anzubieten, kann aber über die Organisation relativ frei entscheiden. Die Aufsicht über die sozialen Dienste für behinderte Menschen liegt bei der Regionalregierung. Die betroffenen Einzelpersonen erhalten darüber hinaus eine Behindertenbeihilfe des Sozialversicherungsträgers.

Menschen mit Behinderungen haben einen Rechtsanspruch auf Unterstützung sowohl im Rahmen des Gesetzes über die Sozialdienste als auch aufgrund besonderer Rechtsvorschriften, insbesondere des Gesetzes über Hilfe und Dienste für Personen mit bestimmten funktionellen Behinderungen.

4.5.4.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Dienstleistungen der Stadt Stockholm umfassen u.a. persönliche Assistenz, Heimhilfe, behindertengerechtes Wohnen, Hilfe bei täglichen Aktivitäten oder spezielle Transportdienste. Zuschüsse der Gemeinde ermöglichen es Menschen mit Behinderungen, individuelle Anpassungen an ihren Wohnungen oder Fahrzeugen durchführen zu lassen, die sie zum Weiterverbleib bzw. -betrieb benötigen. Die Zuschüsse decken unabhängig vom Einkommen der AntragstellerInnen die gesamten Kosten ab.

Im Rahmen des Gesetzes über die Sozialdienste müssen alternative Wohnformen für Menschen, die nicht mehr in der eigenen Wohnung leben können, zur Verfügung stehen. Seit 1992 haben die Kommunen die Verantwortung für alle Formen speziellen Wohnens, das sowohl soziale Betreuung als auch Gesundheitsfürsorge umfasst. Zu den häufigsten Formen zählt das Gruppenwohnen für Menschen mit bestimmten Behinderungen.

Die kommunale Wohnzulage für Behinderte ist ein Zusatz zum Wohngeld für Menschen mit Behinderungen. Wenn eine Person mehr als 20 Stunden pro Woche Unterstützung bei täglichen Verrichtungen wie Waschen, Ankleiden, Essen, Kommunikation und Ausgehen benötigt, kann sie auch eine Begleitungsbeihilfe erhalten. Bis zum Alter von 65 Jahren können Personen mit Behinderungen bzw. Eltern von behinderten Kindern auch ein persönliches Budget zum Ankauf bzw. zur Adaption von Leistungen, die den eigenen Bedürfnissen entsprechen, erhalten.

Die Dienstleistungen im Rahmen der Behindertenhilfe werden von der Stadt Stockholm selbst und durch Organisationen angeboten, die Verträge mit der Stadt haben. Behinderte Personen können wählen, von welchem Anbieter sie die Leistungen beziehen wollen.

4.5.4.3 Zielsetzungen und Strategien

Menschen mit Behinderungen soll ein möglichst unabhängiges und aktives Leben ermöglicht werden. Die schwedische Behindertenpolitik konzentriert sich darauf, Hindernisse für die volle gesellschaftliche Partizipation zu identifizieren und zu beseitigen. Menschen mit Behinderungen sollen die gleichen Chancen und Verpflichtungen wie nicht behinderte Personen haben und es sollen ihnen die gleichen Ressourcen zur Verfügung stehen. Entsprechend werden Personen mit Behinderung dabei unterstützt, sich weiterzubilden, zu qualifizieren und ihre Lebensverhältnisse zu verbessern. Sie erhalten auch Unterstützung, Arbeit auf dem freien Markt zu finden. Ist das nicht möglich ist, wird ihnen geholfen, alternative Beschäftigungsmöglichkeiten zu finden.

Behinderungen sollen in die Gesellschaft als Ganzes integriert und nicht auf Gesundheitsversorgung und soziale Dienste begrenzt werden. Es gibt einen starken Trend hin zu persönlicher Assistenz. Das Ziel, dass jede Person befähigt werden sollte, in der eigenen Wohnung zu leben, ist für den Großteil der behinderten Menschen in Schweden bereits Realität. Auch betreutes Gruppenwohnen ist in gewissem Maße vorgesehen.

Als Herausforderungen für die Zukunft sind neue unterstützende technologische Methoden und Produkte zu entwickeln, um zusätzliche Möglichkeiten für behinderte Menschen zu eröffnen, in ihrem täglichen Leben eigenständiger und besser unterstützt zu sein. Das beinhaltet auch einen Bedarf nach einer stärkeren Dezentralisierung von Dienstleistungen in Richtung lokal verfügbarer Ressourcen.

4.5.4.4 Zielgruppen

KlientInnen mit körperlichen Behinderungen (in der Regel Bewegungseinschränkungen) stellen die am häufigsten verbreitete Zielgruppe innerhalb der Behindertenhilfe dar.

Grundsätzlich gibt es keine Abgrenzung zu altersbedingter Behinderung. Jede behinderte Person wird individuell betreut und ihr Bedarf an Unterstützung und Hilfe unabhängig vom Alter durch die Stadt Stockholm eingeschätzt.

4.5.4.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Als Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung auf Behindertenhilfe gilt der Wohnsitz in Stockholm. Generell wird verlangt, dass die behinderte Person zeitaufwendige Assistenz braucht, um die täglichen Anforderungen zu bewältigen oder wesentliche außergewöhnliche Kosten hat. Voraussetzung für eine „Begleitungsbeihilfe“ ist, dass die behinderte Person Unterstützung für mehr als 20 Stunden pro Woche bei täglichen Verrichtungen wie Waschen, Ankleiden, Essen, Kommunikation und Ausgehen benötigt. Die Behinderung muss beträchtlich sein und nennenswerte Schwierigkeiten im täglichen Leben verursachen.

Für die Ermittlung des Hilfsbedarfs existiert kein Punktesystem, etc. Jede Einzelperson wird von qualifizierten MitarbeiterInnen der Stadt Stockholm individuell begutachtet. Der individuelle Bedarf steht bei der Gestaltung der Dienstleistungen im Vordergrund.

Grundsätzlich sind keine Probleme in puncto Unterversorgung oder dem Nicht-Erfüllen von Standards bekannt.

4.5.4.6 Finanzierung und Kosten

Die Behindertenhilfe wird im Wesentlichen aus Steuern (Budget der Stadt Stockholm sowie staatliche Transfers) finanziert. Für manche Dienstleistungen, z.B. Betreuung zu Hause, ist auch ein Kostenbeitrag von den Betroffenen zu entrichten.

4.5.5 Wohnungslosenhilfe

4.5.5.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Die Wohnungslosenhilfe in Schweden basiert so wie die meisten sozialen Versorgungsangebote auf nationalen Rahmengesetzen. Generell ist die regionale Verwaltung (Kreisrat von Stockholm) für die Organisation der Maßnahmen zuständig. Die Stadt Stockholm ist für die Bereitstellung der Leistungen auf ihrem Gebiet verantwortlich. In der Gestaltung der Versorgung von wohnungslosen Personen verfügt die Stadt über eine weitreichende Autonomie.

4.5.5.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Die Versorgungsstruktur für Wohnungslose ist stufenweise organisiert und wird durch die Abteilung für Wohnungslosigkeit der Stadt Stockholm koordiniert. Von den Notschlafstellen werden obdachlose Personen in Übergangswohnheime vermittelt. Dann werden sie dabei unterstützt, eine eigene Wohnung zu finden. Dabei existieren den befragten ExpertInnen zufolge keine Schnittstellenprobleme. Zahlreiche Angebote (Beratung, Wohnen, Gesundheitsversorgung, Reintegration, Arbeitssuche, psychologische Unterstützung, mobile Dienste) greifen ineinander. Die Stadt betreibt eigene Dienste für Wohnungslose, kooperiert aber auch mit anderen Anbietern (NGOs, private Unternehmen, etc.).

Das „Bürgerbüro“ für Obdachlose stellt Informationen zu sozialen Leistungen zur Verfügung und vermittelt zu entsprechenden Institutionen. Es gibt über 900 Schlafplätze für Wohnungslose in Stockholm, die von Stiftungen, privaten VertragspartnerInnen und auf Projektbasis betrieben werden. Diese inkludieren sowohl Notschlafstellen als auch längerfristige Unterbringungsmöglichkeiten. Ein Team mit psychiatrischer und medizinischer Expertise hat die Aufgabe, Personen, die schon länger in Notschlafstellen nächtigen, bei der Suche nach anderen Wohnmöglichkeiten zu unterstützen und zu motivieren. Weiters stehen Obdachlosen einige Tageszentren zur Verfügung, die durch die Stadt oder durch NGOs betrieben werden.

Aufsuchende Sozialarbeit richtet sich an jene Personen, die von sich aus keine Hilfe in Anspruch nehmen. Die MitarbeiterInnen suchen sie an ihren üblichen Aufenthaltsorten auf. Das Personal ist darin geschult, obdachlose Menschen zur Kontaktaufnahme mit Einrichtungen zu motivieren und sie zu diesen zu vermitteln. Es gibt auch einen speziellen telefonischen Notdienst für Wohnungslose bzw. BürgerInnen, die z.B. auf Obdachlose in einem schlechten Zustand aufmerksam werden (Homepage der Stadt Stockholm).

4.5.5.3 Zielsetzungen und Strategien

Das übergeordnete Ziel der Wohnungslosenhilfe ist es, wohnungslose Menschen in die Gesellschaft zu integrieren. Es werden stets die aktuellsten Methoden angewandt und die Leistungen kontinuierlich verbessert.

Die schwedische Regierung hat eine Strategie zur Bekämpfung von Wohnungslosigkeit (2007-2009) mit dem Ziel präsentiert, eine Struktur zu etablieren, in deren Rahmen unterschiedliche Akteure auf nationaler, regionaler (Kreisräte) und lokaler Ebene (u.a. Stadtverwaltungen) eine Rolle bei der Versorgung der Zielgruppe übernehmen. Im Jahr 2010 soll eine Evaluierung stattfinden (Government Offices of Sweden 2007, 2).

Eine Erfassung von Wohnungslosen findet in Stockholm jedes zweite Jahr statt. Die Mehrheit ist nur für eine kurze Zeit wohnungslos, nur eine kleine Gruppe ist über mehrere Jahre betroffen. Die Anzahl der wohnungslosen Menschen in Stockholm ist relativ stabil, daher bestehen keine besonderen neuen Herausforderungen.

4.5.5.4 Zielgruppen

Die Stadt Stockholm verwendet die folgende Definition für Wohnungslosigkeit: eine Person, die über keine eigene Unterkunft verfügt und gezwungen ist, zeitweilig zur Verfügung gestellte Unterbringungsmöglichkeiten zu nutzen; eine Person, die auf Institutionen angewiesen ist und keine eigene Unterkunft besitzt, um dahin zurückzukehren; oder eine Person, die zeitweise bei Bekannten wohnt.

Stockholm bietet diverse Einrichtungen für spezifische Zielgruppen an, darunter Frauen, Männer, Paare; Personen mit Suchtmittelkonsum; Gewaltopfer; Personen mit psychischen Problemen, etc. (Homepage der Stadt Stockholm).

4.5.5.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Der Zugang zur Wohnungslosenhilfe in Stockholm ist niederschwellig gestaltet. Es existieren spezielle Unterkünfte mit „hoher Toleranz“: nur gewalttäiges oder bedrohliches Verhalten stellt einen Hinderungsgrund dafür dar, dass ein/e Obdachlose/r eine Übernachtungsmöglichkeit erhält.

Es gibt ausreichend verfügbare Kapazitäten an Betten und Unterkünften. Jede Person wird individuell betreut. Die Unterstützung durch soziale Dienste stellt sicher, dass die Dauer des Aufenthalts in Erst- und Übergangseinrichtungen auf die Bedürfnisse der jeweiligen Person abgestimmt ist. Mehrere Studien belegen, dass fast alle wohnungslosen Personen von der Wohnungslosenhilfe erreicht werden.

4.5.5.6 Finanzierung und Kosten

Die Wohnungslosenhilfe wird in erster Linie aus Steuermitteln finanziert (Eigenmittel der Stadt Stockholm und staatliche Transfers). Ein sehr geringer Anteil stammt aus Spenden an karitative Organisationen.

4.5.6 Psychosoziale Versorgung

4.5.6.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Die psychiatrische Betreuung ist ein integrierter Bestandteil des Gesundheitssystems und unterliegt der gleichen Gesetzgebung wie alle anderen Gesundheitsleistungen. Ergänzende Rechtsvorschriften bezüglich psychischer Betreuung sind in zwei weiteren nationalen Gesetzen festgelegt. Grundsätzlich sind die Kreisräte (Kreisrat von Stockholm) für die Gesundheitsversorgung zuständig. Die Stadt Stockholm ist wie andere Gemeinden für die Hilfe für Personen mit länger dauernden psychischen Krankheiten verantwortlich.

Sie ist verpflichtet, eine psychosoziale Versorgung bzw. Behandlung sicherzustellen, kann aber über deren Gestaltung frei entscheiden. Sie arbeitet dabei eng mit dem Kreisrat von Stockholm zusammen. Die Stadt Stockholm ist auch für die Bereitstellung von Unterstützung und Hilfe für Personen mit Drogenproblemen zuständig. Auch hier ist die Verantwortung mit dem Kreisrat von Stockholm geteilt, der für die medizinische Versorgung zuständig ist.

4.5.6.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Die psychiatrische Versorgung in Schweden umfasst Untersuchung und Beratung, Tagesbetreuung, Hauskrankenpflege und stationäre Versorgung. Der Nationale Rat für institutionelle Betreuung strebt nach enger, kontinuierlicher Zusammenarbeit mit den kommunalen Sozialdiensten. Die Kooperation von Sozialdiensten, Familien und freiwilligen HelferInnen schafft eine Kette aus Untersuchung, Behandlung, Entlassung und Nachsorge.

Zu spezifischen Formen der Unterstützung, auf die psychisch kranke Menschen Anspruch haben, gehören Beratung und Unterstützung, persönliche Assistenz, speziell betreutes Wohnen sowie Zugang zu Kontaktpersonen und zu BegleiterInnen. Im Bereich des Wohnens gibt es betreutes Wohnen in „Gruppenheimen“ (mit Wohnungen und Gemeinschaftsräumen) für Personen mit umfangreichem Unterstützungs- und Pflegebedarf. Das Personal ist rund um die Uhr verfügbar. Weiters wird betreutes Wohnen in der Form von Ausbildungsheimen und Übergangsheimen (mit eigenen kleinen Wohnungen) als Bindeglied zu einem unabhängigen Wohnen angeboten. Die Bezirksverwaltungen und spezifische Projekte unterstützen Betroffene bei der Ausbildung und Arbeitssuche.

Alkohol- und drogenabhängige Personen werden in Schweden unterschiedlich behandelt. Bei alkoholabhängigen Personen werden nach wie vor traditionelle Behandlungsmuster aus den 1970er Jahren angewendet. Daher werden nach Angabe der befragten ExpertInnen psychische Probleme von Betroffenen häufig nicht rechtzeitig erkannt. Drogenabhängige Personen erhalten eine fortschrittlichere Art der Behandlung. 2007 hat das Nationale Gremium für Gesundheit und Wohlfahrt nationale Richtlinien für die Versorgung dieser Personengruppe erstellt.

Die Betreuung von Alkohol- und drogenkranken Personen in Stockholm wird durch ein städtisches Zentrum koordiniert. Es existieren sowohl ambulante Dienste als auch intensive Betreuungsangebote für psychosoziale Versorgung und Behandlung auf der Ebene des Gesundheitssystems und des Systems der sozialen Dienste. Es findet eine intensive Kooperation zwischen den einzelnen Institutionen bzw. Einrichtungen statt. Die Entwicklung der Drogenprävention ist im Präventionszentrum Stockholm angesiedelt, welches in der Forschung, Strategieentwicklung und Implementierung tätig ist. Seit 2002 gibt es in den meisten der 14 Stockholmer Stadtbezirke KoordinatorInnen für Prävention.

4.5.6.3 Zielsetzungen und Strategien

Ein wichtiger Grund für die Bildung des Nationalen Rats für institutionelle Betreuung im Jahre 1993 war die Sicherstellung einer durchgängig hohen Versorgungsqualität in den stationären Institutionen. Es werden erhebliche Mittel in die Entwicklung der Fachkompetenzen des Personals und in die Forschung und Evaluation verschiedener Behandlungsmethoden investiert. Eine spezielle Abteilung für Forschung und Entwicklung hat zum Hauptziel, Forschungsergebnisse laufend in die praktische Behandlung zu integrieren. Im Jahr 2003 ernannte die schwedische Regierung einen nationalen Koordinator für Psychiatrie, um die Qualität der Versorgung weiter zu heben.

Im Laufe der vergangenen 50 Jahre wurde die psychosoziale Betreuung in Schweden im ambulanten Bereich ausgebaut und die stationäre Behandlung reduziert. Ungefähr 70% der Personen mit psychischen Krankheiten wohnen in ihrem eigenen Zuhause (Nationales Gremium für Gesundheit und Wohlfahrt 1999). Eine weitere innovative Einrichtung ist die der „persönlichen VertreterInnen“: Menschen mit psychischen Problemen sollen dabei unterstützt werden, unabhängiger zu leben und sich an den Entscheidungen rund um ihre Betreuung zu beteiligen.

Der Bedarf an psychosozialer Versorgung in Stockholm wird den befragten ExpertInnen zufolge in der Zukunft ansteigen, da psychische Erkrankungen besser diagnostiziert werden können. Die Gesamtzahl von Menschen mit Problemen wird demnach aber nicht ansteigen. Insbesondere für Alkoholkranke besteht ein Bedarf an einer Modernisierung der Behandlungsmethoden.

4.5.6.4 Zielgruppen

Die KlientInnen der psychosozialen Versorgung in Stockholm sind zumeist Personen mit niedrigem Einkommen und ohne Familie bzw. ohne familiäre Unterstützung.

Manche Einrichtungen sind auf bestimmte Gruppen spezialisiert, z.B. junge Menschen mit Migrationshintergrund, Burschen mit Aggressionsproblemen, Adoptivkinder.

Auch bei den Drogen- und alkoholabhängigen Personen haben sich manche Einrichtungen auf bestimmte Gruppen spezialisiert: potenziell gewalttätige oder psychisch kranke Personen, Personen mit besonderem Pflegebedarf, Personen mit Migrationshintergrund, ältere Personen. Manche Einrichtungen betreuen nur Frauen, andere nur Männer.

4.5.6.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Der Nationale Rat für institutionelle Betreuung und die kommunalen Sozialdienste Stockholms bieten verschiedene Behandlungsoptionen und Hilfen angepasst an die individuellen Bedürfnisse jeder Person. Bei der Auswahl einer geeigneten Einrichtung bzw. Betreuungsform werden Alter, Geschlecht, Schwere der Krankheit, Drogenmissbrauch, Neigung zu Gewalt, etc. berücksichtigt. Es wird auch darauf geachtet, dass die Institution so nah wie möglich beim Wohnort der PatientInnen gelegen ist.

Schweden hat eine allgemeine Krankenversicherung, die im Prinzip allen EinwohnerInnen bis auf illegal aufhältigen Personen Schutz bietet. Jedoch wird auch Letzteren eine Behandlung (im Akutfall) nicht verwehrt. Eine Versorgung bzw. Behandlung sollte so weit wie möglich auf freiwilliger Basis durchgeführt werden.

Nach Angabe der ExpertInnen existieren keinerlei Hürden beim Zugang zu psychosozialer Versorgung in Stockholm. Es gibt etliche Anlaufstellen, die über die Stadt verteilt sind. Auch Wartelisten existieren nicht.

4.5.6.6 Finanzierung und Kosten

Die psychosoziale Versorgung wird aus dem Budget der Kreisräte und der Gemeinden bestritten. Die dafür herangezogenen Einnahmen des Kreisrats von Stockholm bestehen vor allem aus Steuern, aber zu einem gewissen Anteil auch aus Gebühren von PatientInnen und Gebühren für Dienstleistungen. Die Einnahmen der Stadt Stockholm bestehen vor allem aus staatlichen Transfers, eigenen Steuern und in geringem Ausmaß aus Gebühren für Dienstleistungen.

4.5.7 Gesundheitssystem

4.5.7.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Rechtliche Grundlage für die Gesundheitsversorgung ist das nationale Gesetz über Gesundheits- und medizinische Dienste. Die Kreisräte (Kreisrat von Stockholm) sind grundsätzlich für die Gesundheitsversorgung zuständig. Die Stadt Stockholm hat keinerlei Kompetenzen im Bereich des Gesundheitssystems.

4.5.7.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Die stationäre Versorgung in Stockholm stellen die Distrikt- und Bezirkskrankenhäuser sicher. Die privaten Spitäler sind in das allgemeine Gesundheitssystem integriert und unterliegen entweder zur Gänze oder teilweise der Kontrolle des Kreisrats. Das Zusammenspiel zwischen öffentlichen und privaten bzw. halbprivaten Spitäler wird stets durch Verträge geregelt. Die Zusammenarbeit funktioniert den befragten ExpertInnen zufolge gut.

Die ambulante Versorgung wird von Gesundheitszentren und poliklinischen Abteilungen in den Krankenhäusern angeboten. Vertraglich an den nationalen Gesundheitsdienst gebundene private ärztliche Praxen ergänzen das Angebot (AOK 2010).

4.5.7.3 Zielsetzungen und Strategien

Nach dem nationalen Gesetz über Gesundheits- und medizinische Dienste sollte jeder Kreisrat seinen BürgerInnen hochwertige medizinische Leistungen anbieten und die Gesundheit aller BewohnerInnen fördern. Der Kreisrat von Stockholm ist entsprechend bemüht, die Koordination der verschiedenen AkteurInnen im Gesundheitssektor permanent zu verbessern. Kliniken und Spitäler spezialisieren sich immer häufiger auf bestimmte Bereiche und werden zu „Centres of Excellence“.

Durch die Alterung der Gesellschaft wird sich der Bedarf an Betreuung und Pflege und an integrierter Gesundheitsversorgung erhöhen. Um die Gesundheitskosten stabil zu halten, wird angestrebt, die primäre Gesundheitsversorgung und die Prävention auszubauen. Auch der Ausbau der Pflege hat eine hohe Priorität in der schwedischen Gesundheitspolitik. Dennoch werden derzeit keine Spitalskapazitäten in Pflegekapazitäten umgewandelt.

4.5.7.4 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Im Rahmen einer 24-Stunden Telefon-Hotline beantworten KrankenpflegerInnen und andere ExpertInnen Fragen zu Gesundheitsproblemen und helfen den PatientInnen, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden.

Im Prinzip gibt es in Schweden kein „Gate-Keeping-System“ im Sinne einer hausarztzentrierten Versorgung. Bei direkter Konsultation von Spezialambulanzen werden aber höhere Gebühren verlangt. Dies soll die Zahl der Personen, die die primäre Gesundheitsfürsorge umgehen, reduzieren.

Schweden hat eine allgemeine Krankenversicherung und alle BürgerInnen sind krankenversichert. Die Qualität im staatlichen Gesundheitssystem ist hoch. Spezialisierte Versorgung wird allen angeboten, die sie brauchen. Nur 3% der SchwedInnen sind privat krankenversichert. Es besteht aber in bestimmten Unternehmen ein Trend, den MitarbeiterInnen eine private Versicherung anzubieten.

4.5.7.5 Finanzierung und Kosten

Das Gesundheitssystem wird in erster Linie aus dem Budget der Kreisräte finanziert. Die dafür herangezogenen Einnahmen bestehen vor allem aus Steuern, aber zu einem gewissen Ausmaß auch aus Selbstbehalten von PatientInnen und Gebühren für Dienstleistungen. Zusätzlich werden auch von den Gemeinden eingehobene Einkommenssteuern verwendet.

Die PatientInnen müssen für Krankenhausaufenthalte und Arztbesuche finanzielle Beiträge leisten. Ein Aufenthaltstag im Krankenhaus wird mit umgerechnet ca. 8 Euro, die Konsultation eines/r Hausarztes/ärztin mit ca. 10-26 Euro, die eines/r Facharztes/ärztin mit ca. 16-31 Euro veranschlagt. Wie bei den Medikamentenverordnungen gibt es eine Obergrenze für die Selbstbeteiligung der PatientInnen (AOK 2010).

BürgerInnen von Schweden haben das Recht, die Gesundheitsversorgung in jedem Kreisrat zu beanspruchen, (den sie bevorzugen bzw. in dem sie sich aufhalten). Jener Kreisrat, deren BürgerInnen sie sind, kommt für die Kosten auf.

Bei stationärer Behandlung im Krankenhaus gelangen bei der Abrechnung diagnosebezogene Fallgruppen zur Anwendung. Für ambulante Behandlungen werden die Einrichtungen je nach ihrer Leistung plus einer Pauschale vergütet. Das Vergütungssystem ist nach Angabe der ExpertInnen sehr transparent.

4.5.7.6 Versorgungsdichte

In Stockholm gibt es relativ wenige Spitalsbetten pro 1.000 EinwohnerInnen, in der Periode 2003-06 waren es 1,1 (Quelle: Eurostat Urban Audit). Die Ärztedichte im Jahr 2005 liegt bei 4,2 pro 1.000 EinwohnerInnen (Quelle: OECD Regional Data) und ist somit ebenfalls eher unterdurchschnittlich.

Zur Reduktion von potentiellen Wartezeiten gibt es nationale Strategien. Die Koordination wird zwischen den Kreisräten durchgeführt. Es existiert eine Website, auf der die PatientInnen jenen Kreisrat finden können, der die kürzeste Warteliste für eine bestimmte Behandlung aufweist.

4.5.8 Quellen

4.5.8.1 Interviews

Ulla BEIJER, Experte für Wohnungslosigkeit, Karolinska Institute, Stockholm.

Stefan BORG, Direktor von Beoendecentrum in Stockholm (Drogen- und Alkoholbehandlung)

INFORMATIONSSTELLE für Fragen zu Sozialen Diensten in Stockholm

Marianne SVENSSON, Expertin für Pflege von älteren und behinderten Personen, The Swedish Institute for Health Economics.

4.5.8.2 Literatur

AOK (2010): Das Gesundheitssystem in Schweden, Internetquelle: http://www.aok-bv.de/politik/europa/index_01403.html, abgerufen am 20.4. 2010.

Council of European Municipalities and Regions (2007): Consultation procedures with European states. An assessment of the systems for consultation between central governments and the national associations of local and regional government, Brüssel.

FEANTSA, Networking in the Fight against Homeless: Sweden. Internetquelle: <http://www.feantsa.org/code/en/country.asp?ID=15&Page=22>, abgerufen am 3.12.2009.

Government Offices of Sweden (Hrsg., 2007): Homelessness. Multiple faces, multiple responsibilities. A strategy to combat homelessness and exclusion from the housing market.

Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare) (2007): Swedish position paper.

Webservice der Stadt Stockholm, Internetquelle: <http://www.stockholm.se/FamiljOmsorg/Hemlighet/>, abgerufen am 27. Jan. 2010.

Wikipedia, Internetquelle, <http://www.wikipedia.de>, abgerufen am 22. Jan. 2010.

Working Live Research Institute, Reform öffentlicher Dienstleistungen (2008): Welche Rolle für den Sozialen Dialog? Studie im Auftrag des Rates der Gemeinden und Regionen Europas (RGRE) und des Europäischen Gewerkschaftsverbandes für den öffentlichen Dienst (EGÖD), Brüssel.

4.6 Wien

4.6.1 Föderale Struktur

Österreich ist ein Bundesstaat bestehend aus neun selbständigen Bundesländern, die über ihre eigene Verfassung und gesetzgebende Gewalt verfügen. Jede Materie der Gesetzgebung oder Vollziehung ist im Bundesverfassungsgesetz entweder dem Bund oder den Bundesländern zugeordnet. Rechtstechnisch wird von einem „dualen System“ gesprochen: alle staatlichen Befugnisse in Gesetzgebung und Vollziehung liegen bei den Bundesländern (Generalkompetenz), nur genau aufgezählte Kompetenzen in Gesetzgebung und/oder Vollziehung werden vom Bund wahrgenommen. Diese Aufzählung ist freilich umfangreich, sodass in der Praxis nur wenige Materien in der Gesetzgebung den Ländern überlassen werden.

Der Bund verfügt u.a. über Kompetenzen in den Bereichen Außenpolitik, Finanzen, Wirtschaftspolitik, öffentliche Sicherheit und Transport. Zu den Zuständigkeiten der Bundesländer zählen u.a. die Energieversorgung, die öffentliche Ordnung, das Gesundheitswesen, das Sozialhilfewesen, Sport und Freizeit sowie Umwelt und Verkehr. In einigen Materien hat allerdings der Bund die Kompetenz zur Grundsatzgesetzgebung, während die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung den Bundesländern zukommt, so z.B. im Elektrizitätswesen. Eine wichtige Gruppe von Kompetenzen besteht weiters in der Vollziehung von Bundesrecht durch die Länder. Ein Beispiel hierfür ist das Staatsbürgerschaftsrecht.

Den Gemeinden als Selbstverwaltungskörper weist das Bundesverfassungsgesetz sowohl eigene als auch übertragene Aufgaben zu. In den eigenen Wirkungsbereich, in dem sie „autonom“, d.h. weisungsfrei handeln können, fallen „alle Angelegenheiten, die im ausschließlichen oder überwiegenden Interesse der in der Gemeinde verkörperten örtlichen Gemeinschaft gelegen und geeignet sind, durch die Gemeinschaft innerhalb ihrer örtlichen Grenzen besorgt zu werden“. Dazu zählen z.B. die Bestellung der Gemeindeorgane, die Bestellung der Gemeindebediensteten und die Ausübung der Diensthoheit sowie die Regelung der inneren Einrichtungen zur Besorgung der Gemeindeaufgaben.

Zum eigenen Wirkungsbereich der Gemeinden gehören auch diejenigen Aufgaben, die sie im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten als selbstständige Wirtschaftskörper erledigen. Demnach ist es ihnen erlaubt, wirtschaftliche Unternehmungen zu betreiben sowie im Rahmen der Finanzverfassung ihren Haushalt selbstständig zu führen und Abgaben auszuschreiben. In der Praxis übernehmen Gemeinden wichtige Aufgaben der allgemeinen Daseinsvorsorge, z.B. die Einrichtung bzw. den Bau von Straßen, Kindergärten,

Pflichtschulen und Krankenhäusern, die Unterhaltung von öffentlichen Verkehrsmitteln und Einrichtungen der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallbeseitigung, Energieversorgung sowie die Bereitstellung von Pflege und Sozialhilfe.

In hoheitlicher Form, d.h. durch staatliche Anordnung (Bescheide, Verordnungen), handeln die Gemeinden vor allem in polizeilichen Angelegenheiten, der Verwaltung gemeindeeigener Verkehrsflächen und der örtlichen Raumplanung. Im sogenannten übertragenen Wirkungsbereich hat jede Gemeinde auf Grund von Bundes- oder Landesgesetzen Vollziehungsaufgaben zu erledigen.

Wie jede andere juristische Person kann die Gemeinde nicht selbst handeln. Sie braucht dafür Organe, die für sie handeln. Organe, die in einer Gemeinde jedenfalls vorzusehen sind, sind der Gemeinderat, der Gemeindevorstand (Stadtrat), und der/die BürgermeisterIn.

Überlagert wird die rechtliche Kompetenzverteilung von der Frage der Finanzverteilung, die für die faktische Ausfüllung der Kompetenzen entscheidend ist. Auf dem Gebiet des Finanzwesens wird der Wirkungsbereich des Bundes und der Länder (Gemeinden) durch Bundesgesetzgebung geregelt. Dies geschieht durch das Finanzausgleichsgesetz, das die Verteilung der Besteuerungsrechte und Abgabenerträge zum Inhalt hat. Länder- und Kommunalverwaltungen werden über ein kompliziertes Steuer- und Transfersystem finanziert, das Maßnahmen für den Ausgleich in den einzelnen Lokalverwaltungen vorsieht. Entsprechend beziehen die Länder und Gemeinden einen großen Teil ihrer Einnahmen aus dem Finanzausgleich mit dem Bund.

Österreich ist geprägt von Klein- und Mittlgemeinden. Rund ein Viertel der 2.357 österreichischen Gemeinden hat bis zu 1.000 und drei Viertel haben bis zu 2.500 EinwohnerInnen. Formal sind alle Gemeinden mit gleichen Rechten und Pflichten ausgestattet. In der Realität unterscheiden sich die Aufgaben und auch die rechtlichen und wirtschaftlichen Instrumente, die ihnen dafür zur Verfügung stehen, je nach wirtschaftlicher und sozialer Struktur sowie Größe der Gemeinde erheblich.

Die Hauptstadt Wien verfügt als Gemeinde und als Bundesland über zwei politische Entscheidungsstrukturen. Als Stadt über den Wiener Gemeinderat und als Bundesland über den Wiener Landtag. Sie ist eine Gebietskörperschaft mit dem Recht auf Selbstverwaltung und eine Stadt mit eigenem Statut; neben den Aufgaben der Gemeindeverwaltung hat sie auch jene der Bezirksverwaltung zu besorgen.

Der/die BürgermeisterIn steht an der Spitze der Gemeindeverwaltung Wiens. Als Vorstand des Magistrats sind ihm die amtsführenden StadträtInnen als Vorstände der Geschäftsgruppen des Magistrats untergeordnet. Er/sie vertritt die Stadt Wien nach außen.

Gleichzeitig ist er/sie als Landeshauptmann bzw. -hauptfrau auch Vorsitzende/r der Wiener Landesregierung. Die Aufgaben des Wiener Landtages reichen von der Gesetzgebung bis zur politischen Kontrolle der Landesregierung.

Die Bezirksorgane in den 23 Wiener Gemeindebezirken werden bei regionalen Entscheidungen mit eingebunden. Die Organisation der Verwaltung ist dabei verstärkt nach regionalen Kriterien ausgerichtet. Diese Aspekte der Dezentralisierung sind entscheidend für den verbesserten Zugang der Bevölkerung zu den Einrichtungen der Stadtverwaltung.

4.6.2 Geldleistungen (und Krankenhilfe) im Rahmen der Sozialhilfe

4.6.2.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Die monetäre Sozialhilfe ist in Österreich in neun Landesgesetzen geregelt. Auf dem Gebiet der Stadt Wien liegt die ausschließliche Zuständigkeit beim Land Wien bzw. der Gemeinde Wien (Magistrat). Die Stadt Wien ist dabei zu 100% autonom.

Im gesamten Sozialleistungsspektrum Österreichs hat die offene Sozialhilfe nur eine relativ geringe Bedeutung, da es zahlreiche vorgelagerte Leistungen wie Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Krankengeld, Ausgleichszulage, Kinderbetreuungsgeld, etc. gibt. Sie stellt jedoch einen relevanten Teil der Sozialausgaben Wiens dar. Von insgesamt 1.456 Mio. Euro Nettoausgaben (Pflege, offene Sozialhilfe, Behindertenhilfe, Wohnungslosenhilfe, Sucht- und Drogenhilfe, Psychosoziale Hilfe, Wohnbeihilfe, Jugendwohlfahrt, Grundversorgung, Schuldnerberatung) im Jahr 2008 entfiel mehr als ein Fünftel (300 Mio. Euro) auf die offene Sozialhilfe.

Es besteht zu einem überwiegenden Teil ein Rechtsanspruch auf offene Sozialhilfe. Bei der Hilfe zur Sicherung des Lebensunterhalts haben alle Personen, die über kein bzw. ein geringes Einkommen (unterhalb der Richtsätze) verfügen, unter der Voraussetzung der Erfüllung der sonstigen Anspruchsvoraussetzungen, einen Rechtsanspruch. Die Höhe der Geldleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts ist durch Richtsätze festgelegt und abhängig von der Haushaltssituation, dem Einkommen und der Höhe der Miete. Der Richtsatz kann im Einzelfall überschritten werden (z.B. Sonderbedarf für Bekleidung oder Sonderbedarf für dringend erforderliche Reparaturen und Anschaffungen).

Kein Rechtsanspruch besteht auf Hilfe in besonderen Lebenslagen. Dabei werden Hilfestellungen zur Sicherung der wirtschaftlichen Lebensgrundlage und zur Beseitigung außergewöhnlicher Notlagen abgedeckt. Im Einzelfall und nach individueller Bedarfsprüfung übernimmt die MA 40 zusätzliche Kosten wie z.B. für die Beschaffung einer Unterkunft,

Übernahme von Miet- oder Heizkostenrückständen (Emprechtinger et al. 2007; Mühlberger et al. 2008).

Zur Vereinheitlichung des Sozialhilfevollzugs sowie um eine etwaige Willkür auszuschließen, existieren seit der Sozialhilfereform 2000 umfassende Richtlinien im Sinne von internen Handlungsanleitungen für die MitarbeiterInnen.

4.6.2.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Die offene Sozialhilfe in Wien setzt sich aus folgenden Aufgabenbereichen zusammen:

- Hilfe zur Sicherung des Lebensunterhalts inkl. Miet- und Heizbeihilfe;
- Hilfe in besonderen Lebenslagen;
- Krankenhilfe für Nicht-Krankenversicherte: in allen Bereichen werden die gleichen Leistungen wie für versicherte Personen gewährt;
- Mobilpass (Gemeinderatsbeschluss): bestimmte Vergünstigungen, z.B. Halbprix bei den Wiener Linien, Zugang zu Volkshochschulen, Bäder;
- Persönliche Hilfen (umschrieben im Sozialhilfegesetz): Beratung und Betreuung durch SozialarbeiterInnen, z.B. in finanziellen Notlagen, bei Risiko des Wohnungsverlusts.

Von den Gesamtausgaben der Stadt Wien für offene Sozialhilfe im Jahr 2007 entfielen auf Dauerleistungen und Mietbeihilfen (für Personen im Pensionsalter bzw. erwerbsunfähige Personen) 20%, auf Geldauihilfen zur Sicherung des Lebensbedarfs (für erwerbsfähige Personen) 58%, auf Leistungen der Krankenhilfe 20% und auf Hilfen in besonderen Lebenslagen 2% (Stadt Wien 2008, 198).

Die enge Verflechtung mit anderen Unterstützungsangeboten wurde mit der Sozialhilfereform im Jahr 2000 noch verstärkt. Die Sozialzentren offerieren neben den Geldauihilfen auch Sozialarbeit, die jedoch im Vergleich zur dezentraleren Struktur davor etwas eingeschränkt wurde (Emprechtinger et al. 2007). Angesichts gestiegener Fallzahlen bleibt auch weniger Zeit für individuelle Betreuung.

Die Instrumente der Arbeitsintegration wurden verstärkt, da zunehmend arbeitsfähige Personen Sozialhilfe beziehen und insbesondere für ausschließliche SozialhilfebezieherInnen relativ wenig Unterstützung seitens des Arbeitsmarktservices besteht (mit Einführung der

Bedarfsorientierten Mindestsicherung¹² im September 2010 ist eine verstärkte Kooperation mit dem Arbeitsmarktservice (AMS) gegeben).

Angesichts der großen Heterogenität der SozialhilfebezieherInnen sowie unterschiedlicher Vermittlungsdefizite hat die Stadt Wien in den letzten Jahren neue Formen der Beschäftigungsförderung gemeinsam mit dem Wiener ArbeitnehmerInnen-Förderungsfonds (WAFF), dem AMS und einigen Trägern entwickelt. Die Beschäftigungsprojekte zielen auf unterschiedliche Bedürfnisse ab und reichen von hochschwellig bis hin zu Projekten als Vorstufe zu sozioökonomischen Betrieben. Vor allem für KlientInnen mit einer gewissen Arbeitsmarktferne, die nicht sofort am ersten Arbeitsmarkt vermittelbar sind, wurden zum Teil sehr niederschwellige Beschäftigungsprojekte konzipiert. Bei den einzelnen Projekten erfolgt eine intensive Beratung, Begleitung und Nachbetreuung. Es bestehen gute Kontakte zu Firmen, die Vermittlung erfolgt gezielt auf Basis eines individuellen Ansatzes. Daneben gibt es auch Praktika in der Wirtschaft zur Sammlung von Arbeitserfahrung (MA 24 2009).

Qualifizierungsangebote stellen bei den durch die Stadt Wien finanzierten Maßnahmen keinen Schwerpunkt dar. Auch für gesundheitlich beeinträchtigte KlientInnen gibt es derzeit nur wenige spezifische Maßnahmen.

Der klassische Vollzug (Bescheide der MA 40) sowie die Beratung im Rahmen der Sozialarbeit erfolgt über Institutionen der Stadt. Die Maßnahmen der Arbeitsintegration erfolgen über den WAFF oder private Träger (NGOs, z.B. Volkshilfe) mit Förderverträgen.

4.6.2.3 Zielsetzungen und Strategien

Die Auszahlung der Hilfe zur Sicherung des Lebensunterhalts bezieht sich auf die Bedarfsgemeinschaft (Kernfamilie im Sinne der zwei PartnerInnen und in der Regel minderjährige Kinder). Die monatlichen Geldleistungen werden auf der Basis von Richtsätzen bemessen. Diese umfassen den Lebensbedarf plus Miet- und Heizbeihilfe und werden durch Verordnung festgelegt. Die Richtsätze für DauerleistungsbezieherInnen entsprechen dem Ausgleichszulagenrichtsatz in der Pensionsversicherung, zusätzlich wird eine Mietbeihilfe gewährt. Die jährliche Erhöhung aller Richtsätze orientiert sich ebenfalls an der Erhöhung der Ausgleichszulage.

¹² 15a B-VG Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern. Die Mindestsicherung soll die Sozialhilfe im Bereich der Hilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes ablösen. Kernpunkte sind die bundeseinheitliche Erhöhung der Richtsätze auf das Niveau der Ausgleichszulage in der Pensionsversicherung und die Schaffung eines One-Stop-Shops beim AMS für alle Richtsatzergänzungs-BezieherInnen mit Arbeitslosengeld- oder Notstandshilfebezug.

DauerleistungsbezieherInnen und größere Familien erhalten in Summe (mit Unterstützungen für Wohn- und Heizkosten sowie der Familienbeihilfe) Leistungen oberhalb der statistischen Armutgefährdungsschwelle (60% des Medians des äquivalisierten Haushaltseinkommens). Für andere BezieherInnen liegen die Leistungen unter der Armutgefährdungsschwelle, Singles im Erwerbsalter sind am ehesten armutsgefährdet. Zu berücksichtigen ist allerdings auch das zusätzliche Spektrum an Leistungen wie Gratiskindergarten, sozialer Wohnbau, Mobilpass, (allgemeine) Wohnbeihilfe, Wiener Familienzuschuss, etc.

Im Jahr 2007 wurde die MA 24 (Gesundheits- und Sozialplanung) in der jetzigen Form geschaffen. Ihr Ziel besteht darin, für die Sozialpolitik Instrumente für die Planung zu entwickeln und Analysen bereitzustellen. Es werden Planungen, Prognosen und Analysen zu bestimmten Bereichen durchgeführt, z.B. hinsichtlich Veränderung der Zielgruppen, Zusammenschau mit anderen Daten (z.B. BezieherInnen von Richtsatzergänzungen mit Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung), Auswahl geeigneter Maßnahmen. Langfristige Prognosen sind jedoch kaum möglich, da die Entwicklung im Sozialhilfebereich massiv von der generellen Entwicklung des Arbeitsmarktes bzw. der Gestaltung von vorrangigen Leistungen abhängt.

Die Herausforderungen für die Bereitstellung der offenen Sozialhilfe, die schon die letzten Jahre bestanden haben, setzen sich auch in Zukunft fort:

- Hohe Arbeitslosigkeit und Arbeitsmarktdynamik: ein Großteil der BezieherInnen ist arbeitslos und benötigt Richtsatzergänzungen, es gibt einen großen Anteil an PendlerInnen zwischen Sozialhilfe und Erwerbseinkommen mit einem eingeschränkten Arbeitsmarktzugang. Die entscheidende Frage ist, wie diese Menschen wieder in Beschäftigung gebracht werden können, da sich mit der Verfestigung des Sozialhilfebezugs eine weitere Entfernung vom Arbeitsmarkt ergibt.
- Erosion von Beschäftigung, Zunahme von Teilzeit und atypische Beschäftigungsverhältnisse: eine wachsende Zahl von im ursprünglichen Sinne nicht als Klientel vorgesehenen Personen ist auf die Sozialhilfe angewiesen. Die zentrale Frage ist hier, wie vorgelagerte Systeme armutsfest gemacht werden können.
- Problem der Arbeitsfähigkeit: Die Anzahl der auf Dauer arbeitsunfähigen KlientInnen in der Sozialhilfe hat in den letzten Jahren wieder zugenommen. Vor allem die Anzahl an Personen mit psychischen Erkrankungen sowie mit Suchterkrankungen ist im Steigen begriffen. Es wird auch von einer großen Anzahl an teilarbeitsfähigen KlientInnen

ausgegangen. Bereits seit längerem arbeitet die MA 40 mit dem Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ) sowie dem Institut für Suchtdiagnostik zusammen. Erforderlich wären eine stärkere Verschränkung von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen mit Gesundheitsangeboten sowie geförderte Dauerarbeitsplätze.

- Geringe Bildung: ein Großteil der BezieherInnen verfügt über maximal Pflichtschulabschluss, der Anteil an MigrantInnen mit Sprachschwierigkeiten ist hoch. Die Sozialhilfe kann dieses Problem nicht alleine lösen, es ist auch eine Angelegenheit der Arbeitsmarkt-, Bildungs- und Gesellschaftspolitik.

4.6.2.4 Zielgruppen

Es lässt sich eine veränderte Struktur bei den BezieherInnen mit einer stark zunehmenden Zahl an KlientInnen beobachten, deren geringes Einkommen durch Sozialhilfe aufgestockt wird. Gründe sind der Anstieg bei atypischen Beschäftigungsformen und damit verbundene geringe Löhne bzw. geringe resultierende Leistungen im Falle von Arbeitslosigkeit (Pratscher 2008). Im Jahr 2007 bezogen 72% aller BezieherInnen eine Geldaushilfe mit Richtsatzergänzung, 14% eine Geldaushilfe mit dem vollen Richtsatz. 6% waren dauerunterstützt und weitere 9% bezogen dauerhaft eine Mietbeihilfe.

- Bei den BezieherInnen gibt es einen leichten Überhang an Frauen (2007: 53%).
- Relativ neu ist, dass vermehrt junge Menschen (Übergang Schule/Arbeit) auf Sozialhilfe angewiesen sind, eine Zunahme ist aber auch bei älteren Personen (Übergang Arbeit/Pension) zu verzeichnen. Im Jahr 2007 war rund ein Viertel der BezieherInnen unter 15 Jahren, rund ein Viertel im Alter von 15 bis 29 Jahren, und rund ein weiteres Viertel im Alter von 30 bis 44 Jahren. Der Anteil der Altersgruppe 45 bis 59 Jahre betrug 17%, jener der über 60-Jährigen 11%.
- Rund drei Viertel der KlientInnen hatten die österreichische Staatsbürgerschaft, 3% hatten eine EWR-Staatsbürgerschaft, 16% waren Drittstaatsangehörige und 6% Konventionsflüchtlinge (Anteil stark im Steigen).
- Was den Familienstatus betrifft, so waren 2007 rund drei Viertel der KlientInnen Alleinunterstützte, 10% AlleinerzieherInnen, 12% Paare mit Kindern und 5% Paare ohne Kinder. Ein Anstieg ist insbesondere bei den Mehrkindfamilien (drei und mehr Kinder) auszumachen (Pratscher 2009; Stadt Wien 2008).

4.6.2.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Die subsidiäre Sozialhilfe hat die Aufgabe, „hilfsbedürftigen“ Personen die Führung eines menschenwürdigen Lebens zu ermöglichen. Hilfsbedürftigkeit liegt vor, wenn der notwendige Lebensbedarf bzw. Lebensunterhalt weder durch den Einsatz der eigenen Kräfte und Mittel (Einkommen und Vermögen) oder durch familiäre Unterhaltsleistungen noch aufgrund eines sozialversicherungsrechtlichen oder sonstigen vorrangigen Leistungsanspruchs gesichert werden kann (Pratscher 2008). Weitere Voraussetzungen für eine Anspruchsberechtigung sind Arbeitswilligkeit bei Arbeitsfähigkeit (ansonsten Möglichkeit von Sanktionen), Mitwirkungspflicht und der ständige Wohnsitz bzw. legale Aufenthalt in Wien.

Personen mit EU-Staatsbürgerschaft benötigen als Bedingung einen Kontakt zum Arbeitsmarkt oder fünf Jahre Aufenthalt in Österreich, Drittstaatsangehörige den Status „Daueraufenthalt EG“ (fünf Jahre, zusätzlich über Arbeit, Wohnung und Krankenversicherung verfügt). Drittstaatsangehörige ohne den Status „Daueraufenthalt EG“ können in Härtefällen ebenfalls Sozialhilfe beantragen, sie haben auf diese Leistung aber keinen Rechtsanspruch. Anspruchsberechtigt sind auch Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte, nicht aber AsylwerberInnen (Grundversorgung für hilfsbedürftige Fremde).

Im Rahmen der Arbeitsintegration von SozialhilfebezieherInnen kann ein Arbeitsanreiz in Form einer befristeten anrechnungsfreien Möglichkeit eines Zuverdienstes gewährt werden (MA 24 2009). Dies ist nicht im Sozialhilfegesetz geregelt, aber gelebte Praxis: wie bei Notstandshilfe liegt das Limit bei der Geringfügigkeitsgrenze, darüber hinaus besteht ein Grenzsteuersatz von 100%. Bei Vermögen gibt es eine Behaltemöglichkeit von sechs Monaten. In Rahmen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung werden die Freigrenzen (mit Rechtsanspruch) neu geregelt.

Eine Unterhaltpflicht besteht nur für PartnerInnen und LebensgefährtInnen und für minderjährige Kinder. Im Falle des Erhalts von Alimenten für Kinder fallen diese bei Überschreitung des Kinderrichtsatzes aus der Berechnung des Familieneinkommens heraus. Für bzw. seitens erwachsener Kinder besteht keine Unterhaltpflicht.

Die Sozialhilfe selbst ist als Darlehen konzipiert, d. h., von ihrer Konzeption her wird davon ausgegangen, dass sie, sobald sich die Einkommensposition der betroffenen Person wieder bessert, zurückbezahlt wird (Mühlberger et al. 2008). Diese Art von Regress ist auch im Wiener Sozialhilfegesetz geregelt (und fällt mit Einführung der Mindestsicherung), wird aber in der Praxis im Falle von späterer Erwerbstätigkeit aus verwaltungstechnischen

Gründen nur im Ausnahmefall praktiziert. Angewendet wird die Regelung nur bei späterem Vermögenserwerb, z.B. durch Erbschaft, Lottogewinn bzw. es erfolgt ein Zugriff auf die Verlassenschaft.

Die Sozialhilfereform 2000 hat zentrale Hürden im Sinne von mehr Offenheit und besserem Zugang (Ablauf, Antragstellung, Lokalität) beseitigt. Subjektive Hürden bestehen, sind aber nicht zuletzt auch durch die Anonymität der Großstadt relativ gering.

4.6.2.6 Finanzierung und Kosten

Die offene Sozialhilfe wird im Wesentlichen aus Steuern finanziert, ein geringer Teil setzt sich aus dem Regress und aus Rückzahlungen zusammen.

Die Kosten im Vergleich zum Bruttoregionalprodukt sind im Steigen begriffen. Hauptursache ist die steigende Anzahl an BezieherInnen von Ergänzungsleistungen aufgrund geringer Einkommenshöhen (Arbeitslosenunterstützung, Erwerbseinkommen).

4.6.3 Pflege und soziale Dienste im Rahmen der Sozialhilfe

4.6.3.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Die Pflegevorsorge in Österreich stützt sich neben den Geldleistungen auf den Ausbau der sozialen Dienste. In einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen (Pflegevorsorge-Vereinbarung), haben sich die Länder verpflichtet, für einen dezentralen und flächendeckenden Auf- und Ausbau der ambulanten, mobilen, teilstationären und stationären Dienste (mit einem Zeithorizont bis 2010) zu sorgen. Bund und Länder verpflichteten sich auch, innerhalb ihres Zuständigkeitsbereiches Mindeststandards für Sach- und Geldleistungen sicherzustellen.

Im Jahr 2007 wurde beim Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz eine Arbeitsgruppe zur Neugestaltung der Pflegevorsorge eingerichtet. Drei themenspezifische Untergruppen befassen sich mit den einzelnen Problemfeldern der langfristigen Finanzierung und Organisation der Pflegevorsorge, des Pflegegeldes, der Verbesserung der Unterstützung von betreuenden Angehörigen sowie einer Weiterentwicklung und eines Ausbaus der Sozialen Dienste.

Für gesetzliche Regelungen über die Errichtung, die Erhaltung und den Betrieb von Pflege- und Betreuungseinrichtungen sind grundsätzlich die Bundesländer zuständig

(BMASK 2008). Entsprechend befindet sich in Wien ein Großteil der Sachleistungen (Bereitstellung und Förderwesen) in der Kompetenz der Stadt (Organisation über den Fonds Soziales Wien [FSW]), das Landespfegegeld wird von der MA 40 ausbezahlt.

Grundsätzlich ist die Stadt Wien im Bereich der Pflege und der Sozialen Dienste zu 100% autonom. Die rechtlichen Grundlagen stellen das Wiener Sozialhilfegesetz, das Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz sowie die sehr allgemein gehaltene 15a-Vereinbarung zur Pflege dar. Es gibt jedoch folgende Ausnahmen:

- Das Landespfegegeld ist durch die 15a-Vereinbarung an das Bundespfegegeld gebunden;
- Die 24-Stunden-Betreuung von pflegebedürftigen Personen basiert ebenfalls auf einer 15a-Vereinbarung, welche die Standards und die gemeinsame Kostentragung regelt; die Länder können jedoch höhere Förderungen bereitstellen;
- Die Medizinische Hauskrankenpflege ist im ASVG geregelt und erfolgt auf Verordnung des/der Arztes/Ärztin; die Stadt Wien stellt zusätzliche Förderungen bereit und bietet Hauskrankenpflege auch selbst an.

An den gesamten Nettosozialausgaben Wiens im Jahr 2008 (1.456 Mio. Euro) betrug der Anteil für Pflege und Betreuung (Landespfegegeld und Sachleistungen) mit 707 Mio. Euro fast 50%. Die entsprechenden Ausgaben sind auch mehr als doppelt so hoch wie jene für das Bundespfegegeld für BezieherInnen in Wien.

4.6.3.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Die „geschlossene“ Sozialhilfe beinhaltet Sach- oder Dienstleistungen für den Fall der Pflege- bzw. Betreuungsbedürftigkeit im stationären, teilstationären und mobilen/ambulanten Sektor. Zusätzlich wird als Geldleistung das Landespfegegeld korrespondierend zum Bundespfegegeld ausbezahlt (vgl. weiter unten).

Der stationäre Bereich umfasst Pflegeheime bzw. -plätze und Wohnplätze (Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser). Durch eine verbesserte Wohnungsstruktur (Lifteinbau, Wasseranschluss, etc.) und den Ausbau der mobilen Dienste geht der Bedarf nach reinen Wohnplätzen in Wien zurück. Auf der anderen Seite gibt es – auf Grund der demografischen Entwicklung – einen steigenden Bedarf nach Pflegeplätzen. Sukzessive werden die bisher sehr stark an den Krankenhausstrukturen orientierten Pflegeplätze durch ein ambitioniertes

Neubauprogramm in Pflegeplätze umgewandelt, bei denen das Wohnen im Vordergrund steht.

Der teilstationäre Bereich (Tageszentren) wurde in den letzten Jahren stark ausgebaut, es ist aber noch weiterer Bedarf gegeben. Dieser Bereich ist eher Angehörigen-unterstützend, nicht aber heimersetzend orientiert. Das Angebot richtet sich an SeniorInnen, die zu Hause leben, aber tagsüber betreut werden möchten. Die Tageszentren bieten Tagesstruktur, aktive Freizeitgestaltung und therapeutische Angebote (FSW 2009, 40). Zukünftige Überlegungen gehen in Richtung mehr Zielgruppenspezifität.

Angebote des mobilen/ambulanten Sektors umfassen Heimhilfe (Haushaltswirtschaft), Besuchs- und Begleitdienste, Reinigungsdienste, Wäschedienste, Essen auf Rädern und Hauskrankenpflege. Daneben existieren ein breites Beratungsangebot und weitere Spezialangebote.

Grundsätzlich erkennt der FSW für die Stadt Wien soziale Einrichtungen nach festgelegten Qualitätsstandards als Partnerorganisationen an, welche die entsprechenden, vom FSW geförderten, Leistungen erbringen (FSW 2009, 12). Im Bereich der sozialen Dienste wird das Gros der Leistungen über NGOs bereitgestellt (u.a. Volkshilfe, Caritas), einen Teil der Leistungen stellt auch der FSW selbst mit seinen operativen Einheiten bereit.

Im stationären Bereich sind die Träger überwiegend Töchterunternehmen der Stadt Wien: der Krankenanstaltenverbund (KAV), Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser, sowie das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser decken rund drei Viertel des Bedarfs. Der Ausbau der Pflege erfolgt jedoch primär durch private, vorwiegend gemeinnützige, Träger, sodass deren Anteil an Plätzen künftig größer sein wird.¹³

Bezogen auf gepflegte bzw. betreute Personen beträgt das Verhältnis zwischen stationärem (2008: 24.666 Personen) und ambulant/mobilen/teilstationären Sektor (2008: 24.381 Personen) in Wien rund 50:50. Darüber hinaus bezogen im Jahr 2007 zum Jahresende 13.083 Personen Landespfegegeld (Stadt Wien 2008, 205). Bei den Ausgaben liegt der Schwerpunkt mit beinahe 70% naturgemäß auf dem stationären Bereich (2008: netto 480 Mio. Euro), gefolgt vom ambulanten Bereich mit rund einem Viertel (2008: netto 163 Mio. Euro) und dem Landespfegegeld mit 7% (2008: netto 52 Mio. Euro).

Das Wiener Geriatriekonzept sieht den Grundsatz ambulant vor stationär vor. Mit einem umfassenden Angebot an sozialen mobilen und ambulanten Diensten, teilstationären Angeboten sowie Beratung bei Hilfsmitteln und Angehörigen-Unterstützung soll stationäre

¹³ Der Bedarf an Pflegeplätze in Wien steigt bis zum Jahr 2015 auf 10.500 Plätze (plus 1.200 netto). Es werden rund 3.900 Plätze neu geschaffen, davon 1.200 in privaten Pflegeheimen und 2.700 in den neuen Wohn- und Pflegehäusern des KAV (bei gleichzeitiger Schließung der alten Geriatriezentren) (MA 24 2009).

Pflege verhindert bzw. hinausgeschoben werden. Auch die bessere Ausstattung der Wohnungen, präventive und rehabilitative Angebote sowie Übergangs- und Kurzzeitpflege ermöglichen einen längeren Verbleib zu Hause (MA 24 2009, 3).

Die Medizinische Hauskrankenpflege umfasst spitalsersetzende Maßnahmen, d.h. die zu leistenden Pflegemaßnahmen werden ärztlich verordnet und ersetzen oder verkürzen einen Spitalsaufenthalt. Sie ist für die KlientInnen kostenfrei (die Kosten übernimmt der jeweilige Sozialversicherungsträger). Bei der Hauskrankenpflege werden Pflegeleistungen erbracht, die nicht als spitalsersetzende Maßnahmen gelten. Sie wird von Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie von PflegehelferInnen erbracht und ist kostenpflichtig (sozial gestaffelter Kostenbeitrag) (FSW 2009, 71).

Früher befanden sich in Pflegeheimen auch viele Menschen mit sozialer Indikation (z.B. Obdachlosigkeit); seit rund zehn Jahren gibt es sozial betreute Wohnhäuser, die für die Zielgruppe wesentlich besser geeignet und auch kostengünstiger sind. Das heutige Zielpublikum konstituiert sich aus Menschen mit höheren Pflegestufen und entsprechend hohem Betreuungs- und Pflegebedarf. Der Zugang für Pflegeheime in Wien verlangt zumindest Pflegestufe 3, für KAV-Heime Stufe 4 und setzt voraus, dass eine ambulante bzw. mobile Betreuung zu Hause nicht mehr gewährleistet ist.

Das Gesundheitssystem (Verantwortung: Bund, Sozialversicherung, Länder) und das Pflegesystem (geregelt in den Sozialhilfegesetzen der Länder) sind in Österreich strikt getrennt. Deshalb gibt es an den Rändern der Systeme immer noch gewisse Schnittstellenprobleme. So wird derzeit in Wien an der fließenden Gestaltung der Übergänge von Krankenhaus zur Pflege daheim bzw. in eine Einrichtung intensiv gearbeitet. Im Rahmen des Reformpoolprojekts „patientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung“ (PIK) befindet sich z.B. der elektronische Informationsaustausch zwischen den stationären und ambulanten Einrichtungen sowie den betreuenden AllgemeinmedizinerInnen im Aufbau, die Einsetzung von EntlassungsmangerInnen wird gefördert.

Derzeit finden sich gut ausgebaut Modelle des Entlassungsmanagements vor allem in den privaten Spitälern. Bei den Spitälern des KAV ist dieses erst im Aufbau begriffen, eine flächendeckende Einrichtung ist geplant. Früher erfolgte das Entlassungsmanagement durch KrankenpflegerInnen und SozialarbeiterInnen, heute stellt es ein eigenes Berufsbild dar. Innerhalb des FSW wurde 2008 der Geschäftsbereich „Tageszentren für SeniorInnen“ um den Bereich „Soziale Schnittstellenarbeit im Krankenhaus“ erweitert (FSW 2009, 57).

Insgesamt soll die Verbindung zwischen ambulanten und mobilen Diensten sowie dem stationären Bereich noch stärker ausgebaut werden.

4.6.3.3 Zielsetzungen und Strategien

Die demografischen Veränderungen in Verbindung mit der Zunahme dementieller Erkrankungen sowie einem Rückgang der informellen Pflege stellen zentrale Herausforderungen für die Zukunft dar. Auch für die Betreuung von Personen mit multimorbidem Krankheitsbildern sowie neue Gruppen von pflegebedürftigen Menschen (Behinderte, MigrantInnen, psychisch Erkrankte und Suchterkrankte) müssen neue Strategien entwickelt werden. Ein korrespondierendes Problem für die Zukunft ist, ausreichend Personal für die Pflege sicherzustellen.

Darüber hinaus haben sich die Ansprüche an die Qualität der Pflege verändert. Die Pluralisierung von Lebensstilen erfordert vielfältigere und differenzierte Angebote an Pflege- und Betreuungsleistungen. Das Wiener Geriatriekonzept sieht der Vielfalt entsprechende neue Wege vor:

- Einzelzimmer und Grünräume;
- höherer Stellenwert auf Wohnen, weg von Krankenhaus-ähnlichen Strukturen;
- Vielfalt durch verschiedene Träger und zielgruppenspezifische Angebote;
- Wohnortnähe und Möglichkeit, den Lebensabend in einer einzigen Einrichtung ohne Wechsel zu verbringen.

Nach wie vor gibt es größere Heime, die jedoch kurz vor der Schließung stehen (z.B. Geriatriezentrum Wienerwald). Die Geriatriezentren des KAV weisen allgemein eine überdurchschnittliche Anzahl an Plätzen auf. Das Ziel von ein bis zwei Betten pro Zimmer ist fast schon Standard, maximal finden sich vier Betten pro Zimmer.

Zu entwickeln gilt es ferner alternative Betreuungsformen wie selbstverwaltete Wohnheime, intergenerationale Wohnformen und SeniorenInnenwohngemeinschaften. In einigen Bereichen (z.B. Kurzzeitpflege, Wachkoma, Langzeitbeatmung, Infektionen, Gerontopsychiatrie) verfügen die Einrichtungen der Stadt Wien durch speziell ausgebildetes Personal über ein Angebot an Spezialabteilungen. Die Betreuung erfolgt nach einem interdisziplinär erstellten Betreuungsplan in einem multidisziplinären Betreuungsprozess. Ein Mangel besteht derzeit noch in der Vernetzung der unterschiedlichen Dienste und Einrichtungen (MA 24 2009).

Ganz allgemein stellt auch die Finanzierung der Pflege- und Betreuungsleistungen in Zukunft eine große Herausforderung dar.

4.6.3.4 Zielgruppen

Insgesamt gibt es im Hinblick auf neue Zielgruppen (noch) relativ wenig Bewegung. Bei den hochbetagten Personen ist derzeit noch kein starker Anstieg zu verzeichnen, sie sind aber wie die Zunahme der MigrantInnen im pflegebedürftigen Alter und die Zunahme an Demenzerkrankungen ein Thema für die Zukunft. Bei Menschen mit Behinderungen gibt es eine offene Diskussion, ob eigene Einrichtungen geschaffen werden sollen, oder ob eine Integration in andere Einrichtungen erfolgen soll.

4.6.3.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Mit dem Bundespflegegeldgesetz wurde ein abgestuftes Pflegegeld eingeführt, auf das unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit ein Rechtsanspruch besteht. Anspruch haben Personen, die auf Grund einer körperlichen, geistigen, psychischen oder einer Sinnesbehinderung einen ständigen Pflegebedarf haben. Neun korrespondierende Landespflegegeldgesetze sichern jenen Menschen, die zum Kompetenzbereich der Länder gehören (z.B. Landes- und GemeindepensionistInnen, mitversicherte Angehörige, SozialhilfeempfängerInnen), Pflegegeld nach gleichen Grundsätzen zu (BMASK 2008, 190; MA 24 2009).

Für den Fall, dass die anfallenden Kosten der ambulanten und stationären Pflege von der pflegebedürftigen Person nicht durch Pflegegeld, Einkommen oder Vermögen zur Gänze abgedeckt werden können, kommen Zuschüsse der Länder im Rahmen der Sozialhilfe zur Anwendung (MA 24 2009; Mühlberger et al. 2008). Bei einer stationären Betreuung in durch den FSW geförderten Einrichtungen verbleiben den Betroffenen 20% des Einkommens (in der Regel Pension), die Sonderzahlungen sowie 10% des Pflegegelds der Stufe 3; das restliche Einkommen und Pflegegeld (abzüglich des Ruhensbetrages) sowie das eigene Vermögen werden als Kostenbeiträge herangezogen. Vermögen und Einkommen von Angehörigen bleiben grundsätzlich unangetastet, Unterhaltsverpflichtungen werden jedoch berücksichtigt: ein Regress für Sozialhilfekosten findet nur gegenüber dem/der PartnerIn statt, nicht aber gegenüber Kindern bzw. Eltern (Ausnahme: für minderjährige Kinder).

Der Kreis der Anspruchsberechtigten (Staatsbürgerschaft, etc.) entspricht jenem der „offenen“ Sozialhilfe.

Bei Betreuungs- bzw. Pflegebedarf ist beim FSW ein Antrag auf Unterstützung zu stellen. Das Beratungszentrum „Pflege und Betreuung zu Hause“ bietet Information, Beratung und Zugang zu ambulanten Unterstützungsangeboten. Case ManagerInnen erheben den Pflege- und Betreuungsbedarf, meist im Rahmen eines Hausbesuchs. Auf Grundlage dieser Erhebungen ermitteln sie gemeinsam mit den KundInnen jene Pflege- und Betreuungsleistungen, die jeweils die geeignetste Unterstützung darstellen. Bei größeren Veränderungen findet erneut eine Begutachtung statt.

Wenn sich der Pflegebedarf erhöht und die Übersiedlung in eine Pflegeeinrichtung notwendig wird, hilft das Beratungszentrum „Wohn- und Pflegeheime“ des FSW. Es ist für die Vermittlung aller geförderten Pflegeplätze in Wien zuständig. Die MitarbeiterInnen helfen, den geeigneten Platz zu finden (FSW 2009, 32f). Grundsätzlich besteht eine freie Wahl der Einrichtung, sofern ein Platz vorhanden ist.

Insgesamt existiert im Pflegebereich der Stadt Wien keine Unterversorgung, aber auch kein Überangebot. Wartezeiten haben primär mit der Wahl der stationären Versorgung zu tun und fallen auch je nach Dringlichkeit unterschiedlich aus. In dringenden Fällen ist eine Soforteinweisung möglich. Mit den Ausbauplänen im Rahmen des Geriatriekonzepts sollte ein ausreichendes Angebot sichergestellt sein.

4.6.3.6 Finanzierung und Kosten

Das Bundes- und Landespflegegeld wird zur Gänze aus Steuermitteln finanziert, die stationäre und ambulante/mobile/teilstationäre Betreuung zum Großteil. Bei der stationären Pflege bzw. Betreuung in Wien machten 2008 die Eigenleistungen der Betroffenen bzw. sonstige Einnahmen rund 36% der Gesamtkosten aus, bei der ambulanten/mobilen/teilstationären Pflege bzw. Betreuung rund 24%.

Die Gesamtkosten im Vergleich zum Bruttoregionalprodukt sind steigend. Die Gründe sind die demographische Entwicklung, höhere Kosten für neue Angebote sowie gestiegene Ansprüche. Finanzierungspläne bestehen auf der Basis der Bedarfspläne. Für die Umsetzung des Wiener Geriatriekonzepts stehen zusätzlich über 350 Mio. Euro bis 2015 zur Verfügung.

Im Jahr 2008 wurden die Betreuungsverträge auf die durch die Subjektförderung erforderliche Vertragsform umgestellt. Vertragspartner aller KundInnen ist nun die anerkannte Einrichtung, welche die jeweilige Leistung erbringt (FSW 2009, 32). Im Detail erhalten die KlientInnen die jeweilige Förderung für die Einrichtung, die Zahlungsströme gehen aber direkt an diese (vereinbarter Tarif für die jeweilige Pflegestufe). Der FSW hebt die festgelegten Kostenbeiträge von den betreuten Personen ein. Die Finanzierung der

Pflegeleistungen erfolgt somit fast durchgehend auf Subjektbasis, Beratungsleistungen werden hingegen eher auf Objektbasis finanziert.

Gemeinsam mit dem Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen und mit den Partnerorganisationen des FSW wurde für die stationäre Pflege ein einheitliches Tarifkalkulationsmodell entwickelt. Seine Anwendung ist seit 2008 verpflichtend. Die Leistungsdefinitionen ermöglichen künftig eine leistungsorientierte Tarifgestaltung (FSW 2009, 43). Grundsätzlich bietet das neue Tarifmodell im Zusammenspiel mit der Subjektförderung Überblick und Transparenz über die Kostenstrukturen. Zunehmend schwieriger wird jedoch die Definition von neuen speziellen Leistungen. Die Pflegegeldeinstufungen sind sehr abstrakt, es ist jedoch eine Verbesserung bei der Einstufung von Demenzerkrankungen erfolgt.

4.6.4 Behindertenhilfe

4.6.4.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Die Zuständigkeit für die Behindertenhilfe in Österreich liegt nach der Generalklausel des Art. 15 Abs. 1 BVG grundsätzlich im Bereich der Länder (BMASK 2008, 42), aber sowohl die Länder als auch der Bund tragen Verantwortung. Zugrundeliegende Rechtsvorschriften für die Behindertenhilfe in Wien sind v.a. das im Juni 2010 beschlossene Wiener Chancengleichheitsgesetz (regelt die Leistungen, welche Wien zu erbringen hat) und das Bundes- bzw. Landespflegegeldgesetz.

Die Sachleistungen werden in erster Linie vom Land Wien bereitgestellt, einige – wie zum Beispiel Maßnahmen zur Arbeitsintegration – liegen in der Zuständigkeit des Bundes. Wien verfügt damit über eine relativ weitgehende Autonomie bei der Behindertenhilfe.

Auf die meisten Leistungen der Behindertenhilfe besteht ein Rechtsanspruch, z.B. auf Beschäftigungstherapie und Vollbetreutes Wohnen. Auf neu eingeführte Leistungen, wie z.B. die Pflegegeldergänzungsleistung für persönliche Assistenz, besteht kein Rechtsanspruch; diese sind durch die Förderrichtlinie des FSW geregelt.

4.6.4.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Das Leistungsspektrum der Behindertenhilfe umfasst sozialpädagogische Unterstützung, ebenso soziale und berufliche Eingliederung. Damit Menschen mit Behinderung ein selbstbestimmtes Leben nach ihren eigenen Vorstellungen führen können, gibt es neben den

klassischen Angeboten auch Unterstützung im Bereich Beratung und Assistenz (FSW 2009, 54).

Zum überwiegenden Teil werden die Leistungen durch Partnerorganisationen erbracht, die Stadt Wien ist Fördergeber. Es gibt zahlreiche Partnerorganisationen im Non-Profit-Bereich, z.B. Jugend am Werk, Balance, Auftakt, Caritas, Wiener Sozialdienste, Lebenshilfe, etc. Direktleistungen, v.a. Geldleistungen, werden von der Stadt Wien selbst gewährt.

Bei den Leistungen handelt es sich fast durchgehend um Subjektförderungen im weiteren Sinne: die/der KlientIn bekommt die Förderung für eine bestimmte Maßnahme in einer anerkannten Einrichtung. Hinsichtlich der Einrichtung besteht grundsätzlich Wahlfreiheit, sofern das Angebot passend und verfügbar ist. Keine Subjektförderung gibt es in der anonymen Beratung, im Freizeitbereich und teilweise bei der Arbeitsintegration. Hier sucht z.B. die Projektleitung die TeilnehmerInnen aus oder es besteht generell ein freier Zugang. In manchen Fällen existiert auch eine Mischung aus Subjekt- und Objektförderung.

Seit 2008 gibt es die neue Regelleistung „Pflegegeldergänzungsleistung für persönliche Assistenz“. Die finanzielle Direktleistung ermöglicht es Menschen mit Behinderung, persönliche AssistentInnen zu beschäftigen, die sie in den Bereichen Haushalt, Körperpflege, Gesundheit, Mobilität, Kommunikation und Freizeit unterstützen (FSW 2009, 54).

Von allen Leistungen der Behindertenhilfe im Jahr 2007 entfielen 57% auf die Beschäftigungstherapie, 41% auf voll- oder teilbetreutes Wohnen. Im Dezember 2008 bezogen darüber hinaus 132 Menschen mit Behinderung die freiwillige „Pflegegeldergänzungsleistung für persönliche Assistenz“ (Stadt Wien 2008).

4.6.4.3 Zielsetzungen und Strategien

Alle Angebote der Behindertenhilfe haben das Ziel, Menschen mit Behinderung zu einer möglichst selbstbestimmten, eigenständigen Lebensführung mit aktiver Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben zu verhelfen.

(Zusätzlich zu den Bundesleistungen) finanziert das Land Wien die Hilfe zur beruflichen Eingliederung und leistet seinen Beitrag zur Erlangung und Erhaltung von Arbeitsplätzen für Menschen mit Behinderungen. Angebote wie Arbeitsassistenz und Job Coaching dienen der (Wieder-)Annäherung an den Arbeitsmarkt (BMASK 2008; FSW 2009, 55).

Darüber hinaus gibt es einen Trend zur persönlichen Assistenz, zu teilbetreuten Wohnformen und zu Tagesstrukturmaßnahmen. Eine Teilbetreuung hat Vorrang vor einer Vollbetreuung. Die Beschäftigungstherapie und die Tagesstrukturmaßnahmen werden laufend ausgebaut.

Als Herausforderung für die Zukunft ist anzuführen, dass die Zahl der älteren behinderten Personen zunehmen wird. Aktuelle Themen sind auch Fragen des selbstbestimmten Lebens, der Autonomie behinderter Menschen sowie die Frage der beruflichen Integration in Krisenzeiten.

4.6.4.4 Zielgruppen

Die Zielgruppe der Behindertenhilfe bilden Menschen mit verschiedensten Behinderungen. Allerdings geht das Behindertengesetz von Erwerbstätigkeit aus, es gibt eine Abgrenzung zwischen 15 Jahren und dem Pensionsalter. Wenn etwa eine Person mit 70 Jahren eine Behinderung erleidet, fällt sie rechtlich nicht unter die Behindertenhilfe. Entsprechend werden Leistungen für ältere Personen auf freiwilliger Basis erbracht.

In der Praxis kommen mit dem Alter additive Behinderungen hinzu. Wenn eine Person leistungsberechtigt in der Behindertenhilfe ist, wird dies etwa zu einem Thema, wenn die betreuende Einrichtung nicht mehr in der Lage ist, die Person zu betreuen. In diesem Fall kann ein Wechsel, z.B. in eine Pflegeeinrichtung, erforderlich sein. In Wien gibt es aber vor allem Wohngemeinschaften mit pädagogischer und pflegerischer Betreuung. Es werden dort viele Leistungen erbracht, die den Bedarf möglichst lange abdecken können.

4.6.4.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Als behinderte Personen im Sinne des Wiener Behindertengesetzes gelten Personen, die infolge eines Leidens oder Gebrechens in ihrer Fähigkeit, eine angemessene Erziehung und Schulbildung zu erhalten oder einen Erwerb zu erlangen oder beizubehalten, dauernd wesentlich beeinträchtigt sind (BMASK 2008).

Formale Anspruchskriterien sind der Hauptwohnsitz in Wien und die österreichische Staatsbürgerschaft bzw. jene eines EWR-Staates. Anspruchsberechtigt sind auch durch Staatsverträge gleichgestellte Menschen mit Behinderung. Darüber hinaus können StaatsbürgerInnen anderer Staaten (z.B. Drittstaatsangehörige) zur Vermeidung sozialer Härten Leistungen aus der Behindertenhilfe erhalten.¹⁴

Die meisten Leistungen unterliegen darüber hinaus dem Subsidiaritätsprinzip. Hilfe wird dann gewährt, wenn antragstellende Behinderte alle Möglichkeiten ausgeschöpft haben,

¹⁴ Im neuen Wiener Chancengleichheitsgesetz entspricht der Anspruchskreis (österreichische StaatsbürgerInnen, EWR-BürgerInnen sowie Schweizer StaatsbürgerInnen, Asylberechtigte, subsidiär Schutzberechtigte, Drittstaatsangehörige mit einem Daueraufenthalt EG) dem des Wiener Sozialhilfegesetzes bzw. des künftigen Wiener Mindestsicherungsgesetzes.

gleichartige oder ähnliche Leistungen von einem Sozialversicherungsträger oder vom Bund zu erhalten (Pratscher 2008).

Für den Zugang zur Leistung stellt die betroffene Person einen Antrag, worauf ein Begutachtungsverfahren eingeleitet wird, das in einem multiprofessionellen Setting mit einem/einer Arzt/Ärztin, einem/einer SozialarbeiterIn, einem/einer SozialpädagogIn und zum Teil auch einem/einer ErgotherapeutIn und einem/einer klinischen PsychologIn erfolgt. Im Beratungszentrum „Behindertenhilfe“ und sehr häufig im eigenen Zuhause erheben sodann die MitarbeiterInnen des FSW gemeinsam mit den KlientInnen, welche Unterstützung in der jeweiligen Lebenssituation benötigt wird, um möglichst selbstständig leben zu können (FSW 2009, 30).

Mit der Erfüllung von (Mindest-)Standards gibt es keine Probleme. In manchen Fällen gibt es jedoch zu wenig freie Kapazitäten und es kommt zu Wartezeiten oder dazu, dass die Person nicht exakt den gewünschten Platz oder die gewünschte Leistung erhält.

4.6.4.6 Finanzierung und Kosten

Die Behindertenhilfe wird im Wesentlichen aus Steuermitteln erbracht. Für manche Leistungen gibt es einkommensabhängige Kostenbeiträge der KlientInnen, z.B. beim Vollbetreuten Wohnen und bei der Beschäftigungstherapie. Die Gesamtausgaben im Vergleich zum Bruttoregionalprodukt sind steigend, da die Leistungen ausgebaut werden. Zum Teil werden auch neue Leistungen entwickelt, die bisherige Leistungen ergänzen.

4.6.5 Wohnungslosenhilfe

4.6.5.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

In Österreich wird die Wohnungslosenhilfe zur Gänze durch die Länder geregelt, die Umsetzung liegt bei den Gemeinden. Grundlage für die Wohnungslosenhilfe in Wien ist das Wiener Sozialhilfegesetz. Die Stadt Wien ist somit bei der Regelung und Organisation zu 100% autonom.

In der Praxis gibt es jedoch eine gewisse Rücksichtnahme auf die Vorstellungen privater Träger, mit denen eine gute Zusammenarbeit besteht. Einen gewissen Einfluss in der Praxis hat auch der Dachverband der Wohnungslosenhilfe, die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO). Sie arbeitet mit ihren Mitgliederorganisationen daran,

überregionale Standards für professionelle Sozialarbeit in der Wohnungslosenhilfe zu entwickeln (BAWO 2010).

4.6.5.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Der Fonds Soziales Wien (FSW) ist für die Wohnungslosenhilfe zuständig. Er betreibt selbst die „Wieder Wohnen GesmbH“. „Wieder Wohnen“ führt ein Tageszentrum sowie Häuser für wohnungslose Personen und stellt mehr als ein Drittel der Wohnplätze innerhalb der Wiener Wohnungslosenhilfe zur Verfügung. Der Großteil der Leistungen wird aber in allen Segmenten über gemeinnützige Partnerorganisationen organisiert. Eine solche wird nach Prüfung ihres inhaltlichen und finanziellen Konzepts, den Qualifikationen des Personals, etc. für einen Zeitraum zwischen ein und fünf Jahren anerkannt. Der FSW kontrolliert die Qualität der Leistungen und bietet durch seinen KundInnenservice Informationen zum Angebot und vermittelt zu Einrichtungen (Fonds Soziales Wien 2009b, 44).

Die Wohnungslosenhilfe umfasst die Angebotsbereiche Beratung, ambulante Hilfe sowie (teil)stationäre Wohnbetreuung. Insgesamt gibt es rund 4.000 Wohnplätze für KlientInnen. Für den Fall, dass KlientInnen als „wohnfähig“ angesehen werden, besteht in jedem Unterstützungssegment die Möglichkeit der Übersiedlung in eine eigene Wohnung. Bei eingeschränkter „Wohnfähigkeit“ wird sozial betreutes Wohnen zur Verfügung gestellt. Betroffene Personen leben dabei weitgehend selbstständig in eigenen Wohnungen und werden von SozialarbeiterInnen und bei Bedarf von den mobilen Diensten (Heimhilfe, etc.) betreut (Fonds Soziales Wien 2010).

Die Fachstelle für Wohnungssicherung (FAWOS), eine Einrichtung der Volkshilfe Wien, unterstützt Menschen bei drohendem Wohnungsverlust im Bereich der privaten Wohnungen. Die MA 11 und die MA 40 sind für die Delogierungsprävention im gemeindeeigenen Wohnungsbereich zuständig. Von Gerichtsverfahren betroffene Personen werden schriftlich über die Hilfestellungen der Stadt informiert (Schoibl et al. 2009, 39; FAWOS 2010).

Über Wien verteilt bieten Beratungszentren und Serviceeinrichtungen des FSW Informationen und unterstützen bereits wohnungslose Personen bei der Organisation von benötigten Leistungen (Fonds Soziales Wien 2010).

StraßensozialarbeiterInnen kümmern sich um auf der Straße lebende Personen. Während des Tages können sich obdachlose Personen in den Tageszentren aufhalten. Für die Vermittlung von Nachtquartiersplätzen können sich wohnungslose Personen an das „P7 Wiener Service für Wohnungslose“ der Caritas der Erzdiözese Wien wenden. Es gibt mehrere über die Stadt verteilte Nachtquartiere mit insgesamt ca. 300 Betten, welche der kurzfristigen

Versorgung dienen. Zusätzlich gibt es „Nachtnotaufnahmen“, die in Krisensituationen für eine Nacht in Anspruch genommen werden können (Fonds Soziales Wien 2010).

Über das Beratungszentrum der Wohnungslosenhilfe (bzWo) des FSW werden die rechtlichen Voraussetzungen für eine längerfristige Unterbringung geprüft. Es ist seit dem Jahr 2008 für die Subjektförderung und Platzvergabe von geförderten betreuten Wohnplätzen zuständig. Es existieren 15 sozial betreute Wohnhäuser. Übergangswohnhäuser dienen dazu, wohnungslosen Personen vorübergehend eine Wohnmöglichkeit mit dem Ziel, in der Folge eine Wohnung oder sozial betreutes Wohnen zu vermitteln, zu bieten. In diesem Bereich gibt es 880 Plätze in Wohnungen bzw. Wohngemeinschaften, in denen das Leben in einer Wohnung und deren Erhaltung (Kochen, Reinigen, etc.) (wieder) „gelernt“ werden kann.

Für KlientInnen in betreuten Wohnformen und anderen Einrichtungen, welche ein eigenständiges Leben bewältigen, stehen „Finalwohnungen“ zur Verfügung. Zuständig ist die Soziale Wohnungsvergabe (Fonds Soziales Wien 2009b, 23/38). Darüber hinaus gibt es mit der „Wohndrehscheibe“ eine Beratungsstelle für wohnungssuchende Menschen mit geringem Einkommen, die Information, Beratung und Begleitung bei der Wohnungssuche anbietet.

Von jenen wohnungslosen Personen, die im Jahr 2007 in längerfristigen Wohneinrichtungen lebten, waren 55% in Übergangswohnhäusern, 28% in Einrichtungen für „betreutes Wohnen“ und 17% in sozial betreuten Wohnhäusern untergebracht (Stadt Wien 2008, 199).

Mit dem „Louise-Bus“, der 40 Stunden pro Woche an verschiedenen Standorten wohnungslosen Menschen zur Verfügung steht, wird obdachlosen Personen eine niederschwellige ärztliche Erstversorgung zur Verfügung gestellt. Auch in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe gibt es eine aufsuchende gesundheitliche Betreuung. „NeunerHausarzt“ bietet eine medizinische Versorgung für BewohnerInnen von Obdachlosenheimen. Da viele KlientInnen unter psychischen Erkrankungen leiden, wird in einigen Häusern auch eine aufsuchende psychiatrische Betreuung im Rahmen des Liaisonsdienstes des Psychosozialen Dienstes (PSD) angeboten (Fonds Soziales Wien 2009b, 47). Für eine darüber hinausgehende medizinische Versorgung bestehen Kooperationen mit FrauenärztInnen, mit der Männerberatungsstelle MEN sowie mit dem Kaiser-Franz-Josefs-Spital.

Es existiert auch eine relativ enge Kooperation mit der Drogenhilfe. Kostenloses Essen sowie kostenlose Kleidung werden von verschiedenen gemeinnützigen Organisationen bereitgestellt. In vielen Einrichtungen wird auch Arbeitstraining angeboten, z.B. das Ausmalen eines Zimmers gegen ein geringes „therapeutisches Taschengeld“.

4.6.5.3 Zielsetzungen und Strategien

Die Ziele der Wohnungslosenhilfe sind die gesundheitliche und soziale Stabilisierung der Betroffenen und die Versorgung mit geeignetem Wohnraum, entweder in Form einer eigenen Wohnung oder eines Dauerwohnplatzes. Der Wohnungslosen-Entwicklungsplan („Wiener Stufenplan“) ist seit ca. 20 Jahren in Kraft und wurde weitgehend erfolgreich umgesetzt. Er beinhaltet u.a. hohe Standards bei der Unterbringung und eine Differenzierung nach Zielgruppen (Schoibl et al. 2009, 89).

Seit dem Jahr 2008 werden über das BzWo Daten zentral erfasst. Dokumentiert werden die sozio-demographischen Merkmale der KlientInnen, die vorliegenden Problemstellungen, die Aufenthaltsdauer in den jeweiligen Einrichtungen sowie das Ausmaß der Erreichung der Betreuungsziele. Die Leistungen der Wiener Wohnungslosenhilfe werden in den regelmäßigen Geschäftsberichten des FSW sowie in eigenen Publikationen dokumentiert.

Die gegenwärtige Wirtschaftslage und durch diese verstärkte generelle Faktoren führen dazu, dass eine relativ hohe Nachfrage nach Unterstützungsangeboten der Wohnungslosenhilfe besteht. Die Nachtquartiere sind vor allem im Winter rasch vollständig belegt. Dennoch erhält nahezu jede bedürftige Person einen Schlafplatz.

Für Personen, die bereits in einer eigenen Wohnung leben könnten, ist ein günstiger Wohnraum außerhalb des Gemeindesektors nur schwer zu organisieren, da der Wohnungsmarkt in Wien sehr angespannt ist. Aufgrund dieser Situation wird verstärkt in Prävention investiert. Faktoren, die zur Wohnungslosigkeit führen können, sind etwa Arbeitslosigkeit in Kombination mit einer Scheidung, Erkrankung oder Sucht.

Nach Angabe der befragten ExpertInnen gibt es ein Schnittstellenproblem im Bereich der Delogierungsprävention, da nicht alle Verfahren seitens der Justiz an die Stadt Wien gemeldet werden. Gründe sind einerseits technische Schwierigkeiten, andererseits die traditionelle Vorgangsweise der Justiz, welche nicht auf soziale Probleme ausgerichtet ist. Beispielsweise unterscheidet das verwendete EDV-System nicht zwischen Räumungsklagen betreffend Wohnungen und Garagenplätzen. Aufgrund des geringen Budgets ist es häufig vom Engagement einzelner Justizangestellter abhängig, ob eine Benachrichtigung erfolgt. Derzeit wird etwa die Hälfte der Delogierungen nicht gemeldet, wobei jedoch unbekannt ist, wie viele davon tatsächlich Wohnungen betreffen.

Da psychische Probleme der KlientInnen generell zunehmen, wäre weiters ein Ausbau des Liaisondienstes des PSD anzustreben. Um schließlich eine soziale Verwurzelung der betroffenen Personen in neuen Wohnungen bzw. der umliegenden Umgebung zu sichern, und

die Angewiesenheit auf Tageszentren zu reduzieren, wäre eine Ausweitung der aufsuchenden, lokalen (Weiter)Betreuung erforderlich.

4.6.5.4 Zielgruppen

Die Hauptzielgruppe der Wohnungslosenhilfe sind alleinstehende Männer, die arbeitslos sind oder eine Pension beziehen. Von den erwachsenen KlientInnen der Wohnbetreuung in Wien waren im Jahr 2007 29% weiblichen und 71% männlichen Geschlechts. Frauen finden jedoch häufig bei kurzfristigen „Partnern“ Unterkunft und sind „verdeckt wohnungslos“. Zum Teil ist es schwierig, mit dieser Zielgruppe Kontakt aufzunehmen und sie von spezifischen Hilfsangeboten zu überzeugen. Eine entsprechende wünschenswerte Maßnahme wäre die verstärkte Ausstattung von Einrichtungen mit einem eigenen Frauenbereich. Insgesamt 12% der KlientInnen der Wohnbetreuung im Jahr 2007 waren minderjährig (Schoibl et al. 2009, 53). Bei jungen Erwachsenen bis zu 25 Jahren ist tendenziell ein Anstieg zu verzeichnen.

Als zielgruppenspezifische Angebote in der Wohnungslosenhilfe werden Mutter-Kind-Einrichtungen und zielgruppenorientiertes Wohnen (z.B. Frauen, Männer; Personen mit psychischen Problemen; Personen unter 35 Jahren, ältere Personen; Personen mit voraussichtlich nur kurzem Aufenthalt nach einer Trennung, etc.) bereitgestellt. Im Frauenwohnzentrum der Caritas werden ein Tageszentrum, Übergangswohnen und Wohnplätze angeboten. Der Bereich des dauerhaften Wohnens für SeniorInnen und erwerbsunfähige Personen ab 40 Jahren ist nach Angabe der befragten ExpertenInnen im europäischen Vergleich sehr gut ausgebaut.

Ehemals private Mutter-Kind-Einrichtungen wurden im Jahr 2007 in die Zuständigkeit des FSW integriert und stehen Schwangeren, Alleinerziehenden und Paaren mit Kindern offen. Seit dem Jahr 2008 stehen zusätzliche Einrichtungen für Familien mit dem Leitgedanken „Wohnen lernen“ zur Verfügung. Der praktizierte Ansatz ist „Housing First“: eine Wohnung, meist eine Gemeindewohnung, in der die Familie untergebracht und betreut wird, wird als möglichst erster Schritt organisiert.

Gesundheitliche Betreuung für Frauen bzw. Männer wird in spezialisierten Zentren angeboten. Für drogenkranke KlientInnen gibt es eine eigene Einrichtung, die von der Sucht- und Drogenkoordination finanziert wird.

4.6.5.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Eine Anspruchsberechtigung auf die Leistungen der Wohnungslosenhilfe besteht für österreichische StaatsbürgerInnen, Asylberechtigte und (unter bestimmten Voraussetzungen) für EWR-StaatsbürgerInnen. Drittstaatsangehörige haben unter der Voraussetzung eines ununterbrochenen legalen Aufenthalts von fünf Jahren („Daueraufenthalt EG“) Anspruch. Eine weitere grundlegende Voraussetzung ist tatsächliche Wohnungslosigkeit sowie kein oder nur geringes Einkommen und Vermögen.

In einzelnen Einrichtungen sind Haustiere erlaubt, aus der subjektiven Perspektive kann dies jedoch eine Zugangshürde darstellen, da es nur begrenzte Kapazitäten gibt. Grundsätzlich befinden sich aber das diesbezügliche Angebot und die Nachfrage in einem Gleichgewicht. Eine weitere Hürde ergibt sich für einen Teil der KlientInnen aus dem Verbot, Alkohol und andere Suchtmittel in den Einrichtungen zu konsumieren.

Die Vermittlung der KlientInnen erfolgt über eine Vorsprache im BzWo, wo die Verwaltung von frei verfügbaren Betten und Plätzen erfolgt. Im Einvernehmen mit den betroffenen Personen wird erhoben, welche Einrichtung geeignet ist, in der individuellen Situation zu helfen.

4.6.5.6 Finanzierung und Kosten

Der FSW wird aus Steuermitteln finanziert und fördert seinerseits Organisationen und Vereine, welche Dienstleistungen für wohnungslose Menschen anbieten (Fonds Soziales Wien 2010). Die Träger erhalten pro betreute Person einen bestimmten Kostenersatz auf der Basis von festgelegten Kostensätzen. Das Budget wird jährlich verhandelt, es bestehen aber langjährige Kooperationen. Manche Partnereinrichtungen finanzieren sich zusätzlich über Spenden.

Die Gesamtausgaben in Prozent des Bruttoregionalprodukts sind grundsätzlich steigend, da das Angebot laufend erweitert wird.

4.6.6 Psychosoziale Versorgung

4.6.6.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Die Psychiatrie im engeren Sinne und die medizinische Behandlung von suchtkranken Personen fallen in den Bereich der Gesundheitsversorgung (vgl. weiter unten „Gesundheitssystem“). Es gelten die entsprechenden gesetzlichen Vorgaben auf Bundes- und

Landesebene, z.B. das Bundeskrankenanstaltengesetz und das Wiener Krankenanstaltengesetz. Für die Psychiatrie sind darüber hinaus auch das Unterbringungsgesetz, die Regelungen zur Sachwalterschaft sowie das Psychotherapiegesetz von Bedeutung (Wiener Psychiatriebericht 2004).

Im österreichischen Strukturplan Gesundheit ist die Psychiatrie und auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie integriert. Die Bundesplanung der Psychiatrie wird durch die Psychiatriepläne der Bundesländer ergänzt (Katschnig et al. 2004). In der Mehrzahl der Bereiche der psychosozialen Versorgung und der Drogenhilfe sind die Bundesländer und damit auch die Stadt Wien hinsichtlich ihrer Organisation hingegen völlig autonom.

Für die Versorgung in Wien sind in erster Linie städtische, aber auch nationale Gremien und Institutionen von Bedeutung. Der Beirat für Psychische Gesundheit etwa wurde vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend installiert (Bundesministerium für Gesundheit 2010b). In Form der „Österreichischen Arbeitsgemeinschaft Suchtvorbeugung“ besteht ein österreichweiter Zusammenschluss der Fachstellen für Suchtprävention in den Bundesländern.

4.6.6.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Wien ist in acht psychiatrische Versorgungsregionen, denen jeweils bestimmte Wiener Gemeindebezirke zugeordnet sind, aufgeteilt. In jeder dieser Regionen steht je eine stationäre psychiatrische Abteilung des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) und ein Sozialpsychiatrisches Ambulatorium (SPA) der Psychosozialen Dienste (PSD) zur Verfügung. Darüber hinaus gibt es im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie und die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien (AKH), die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Krankenhaus Hietzing sowie das Psychiatrische Krankenhaus Ybbs an der Donau mit drei psychiatrischen Abteilungen.

Das jeweilige Krankenhaus ist auch für die Sicherstellung der Nachbetreuung verantwortlich. Eine enge Kooperation mit den entsprechenden Einrichtungen sorgt für eine gute Versorgung der PatientInnen auch nach der stationären Entlassung. An den psychiatrischen Abteilungen der Wiener Spitäler wird auch eine ambulante Betreuung angeboten (Wiener Psychiatriebericht 2004).

Das Kuratorium für Psychosoziale Dienste hat die Aufgabe, die extramurale psychiatrische und psychosoziale Versorgung sicherzustellen. Es führt und fördert Einrichtungen für PatientInnen sowie für Personen, die von einer psychiatrischen oder

psychischen Erkrankung bedroht sind. Die Einrichtungen der PSD bilden ein umfassendes ambulantes psychiatrisch-psychosoziales Versorgungssystem und sind der größte Anbieter derartiger Leistungen in Wien. Diese umfassen medizinische, therapeutische und pflegerische Einrichtungen bzw. Dienste. Die unterschiedlichen Funktionen bzw. Aufgabenbereiche überschneiden sich und sind nicht eindeutig voneinander abzugrenzen. So gibt es etwa unterschiedliche Tätigkeitsfelder wie Beratung, Behandlung und Betreuung sowie unterschiedliche Betreuungsbereiche wie Tagesstruktur, Rehabilitation, soziale Integration und Wohnen.

In acht Sozialpsychiatrischen Ambulatorien der PSD in Wien steht ein interdisziplinäres Team bestehend aus FachärztInnen für Psychiatrie, (klinischen) PsychologInnen, Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, SozialarbeiterInnen sowie (Psycho-)TherapeutInnen zur Verfügung. Die Ambulatorien verfügen teilweise auch über eine Tagesklinik. Es werden sowohl kurzfristige Hilfen im Rahmen einer Krisenintervention als auch längerfristige Hilfen angeboten. Weitere Einrichtungen der PSD sind das Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulatorium mit Tagesklinik, das Institut für Psychotherapie sowie das Gerontopsychiatrische Zentrum mit Beratungszentrum für Angehörige älterer Menschen mit psychosozialen Problemen.

Die psychosozialen Tageszentren, an die in erster Linie von den sozialpsychiatrischen Ambulatorien verwiesen wird, bieten sowohl Freizeitaktivitäten als auch Gruppenprogramme an. Weitere Angebote der PSD in Wien sind die Wohnrehabilitation bzw. therapeutisches Wohnen (für psychisch kranke Menschen nach längeren Klinikaufenthalten oder Personen, welche aufgrund ihrer Erkrankung oder Lebenslage nicht selbstständig leben können) sowie Liaisonsdienste zu Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe und zu Einrichtungen der Kinder- und Jugendwohlfahrt. Eine dem Kuratorium für Psychosoziale Dienste zugehörige Organisation offeriert psychisch kranken Personen Berufsrehabilitation sowie erwerbsorientierte strukturierte Tagesbeschäftigung.

Eine Soforthilfe ist über den sozialpsychiatrischen Notdienst und die Psychosoziale Information mit einer Telefonhotline und einem persönlichen Informationsdienst gewährleistet. Beide stehen rund um die Uhr zur Verfügung. Das Kriseninterventionszentrum ist eine im präventiven Bereich tätige Ambulanz, welche bei der Bewältigung akuter psychosozialer Krisen und bei drohender Gewalt unterstützt. Das Angebot umfasst Beratungen, psychotherapeutische Interventionen, Kurztherapien und begleitende medizinische Hilfe. Die „AkutBetreuungWien“ bietet Betreuung vor Ort nach

außergewöhnlich belastenden Ereignissen (PSD: Broschüre psychiatrische Soforthilfe und mobiler Krisendienst; Wiener Psychiatriebericht 2004, 131f).

Neben der hauptsächlichen psychiatrischen Versorgung durch Einrichtungen des KAV und des Kuratoriums Psychosozialer Dienste fördert der Fonds Soziales Wien (FSW) einige Leistungen für psychisch erkrankte Menschen durch private Anbieter. Es handelt sich dabei in der Regel um als Verein organisierte oder kirchennahe Organisationen. Die angebotenen Leistungen reichen dabei von der sozialen Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Lebensbereichen Arbeit, Wohnen und Freizeit, der Unterstützung für selbsthilfeorientierte Projekte über integrativ-geriatrische Tageszentren bis hin zu spezieller Unterstützung für Folterüberlebende und Opfer des Nationalsozialismus‘.

Die Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) ist schwerpunktmäßig für illegale Drogen und seit einigen Jahren auch für legale Substanzen (z.B. Alkohol, Medikamente) sowie für verhaltensbezogene und nicht substanzgebundene Suchtformen (z.B. Spiel- oder Internetsucht) zuständig. Der Eigentümer ist der Fonds „Kuratorium Psychosoziale Dienste“, der auch für die Umsetzung des Wiener Drogenkonzepts, die strategische Ausrichtung der Drogenpolitik und die Organisation der Sucht- und Drogenhilfe in Wien verantwortlich ist (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2010). Eine Sachverständigenkommission des Landes und der Drogenbeirat der Stadt sind als beratende Gremien für die Wiener Landes- und Gemeindepolitik in sucht- und drogenspezifischen Fragen tätig.

Es existiert ein dichtes Netz an stationären, ambulanten, beratenden und präventiven Angeboten. Die Sucht- und Drogenkoordination verfügt über eigene Einrichtungen, welche sich sowohl um direkt suchtbezogene als auch um soziale Probleme der KlientInnen kümmern, und fördert bzw. unterstützt Einrichtungen privater Träger.

Im stationären Bereich verfügt das Otto Wagner-Spital über zwei Stationen für die Behandlung drogenkranker PatientInnen. Im AKH und im Anton-Proksch-Institut, das auch ein therapeutisches Wohnheim führt, gibt es Entzugsabteilungen. Im Schweizerhaus Hadersdorf stehen stationäre, halbstationäre und ambulante Drogentherapie zur Verfügung. Einrichtungen der Rehabilitation sind das Therapiezentrum Ybbs und das Neurologische Rehabilitationszentrum Rosenhügel.

Im ambulanten Bereich können sich drogenabhängige Personen an mehrere Spitalsambulanzen wenden. Diese Ambulanzen haben zum Teil unterschiedliche Schwerpunkte, darunter ambulanten Entzug, Substitutionsbehandlung, Krisenintervention, Notfallversorgung, Beratung, Vor- und Nachbetreuung bei stationären Therapien, ambulante

Kurz- und Langzeittherapie, begleitende Betreuung, Sozialarbeit, rechtsmedizinische Beratung, etc. (Homepage der Sucht- und Drogenkoordination Wien 2010).

Zur Sucht- und Drogenkoordination Wien gehören u.a. auch das Institut für Suchtdiagnostik, das Institut für Suchtprävention, der Spitalsverbindungsdienst „Contact“ und die Drogensozialarbeit im AKH. Das Institut für Suchtdiagnostik hat die Aufgabe, ärztliche Begutachtungen im Auftrag der Gesundheitsbehörde durchzuführen. Das Institut für Suchtprävention ist das Kompetenzzentrum und die Kommunikationsdrehscheibe für suchtpräventive Aktivitäten. Der Spitalsverbindungsdienst „Contact“ betreut KonsumentInnen während und nach Krankenhausaufenthalten. Die Drogensozialarbeit im AKH stellt drogenabhängigen und substitutionsbehandelten PatientInnen kostenlos Beratung zu Therapiemöglichkeiten sowie Unterstützung bei der Wohnplatzbeschaffung, etc. zur Verfügung (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2010).

Darüber hinaus bieten im Bereich der Drogenhilfe auch mehrere Vereine Leistungen an. So betreibt der Verein Wiener Sozialprojekte Drogenhilfsprojekte bzw. Einrichtungen der Drogenhilfe, welche u.a. Information, Prävention, Beratung und Betreuung (stationäre Lang- und Kurzzeittherapie sowie ambulante Betreuung), Psychotherapie, soziale Vernetzung, Integration und Arbeit mit Angehörigen, Notschlafstellen, betreutes Wohnen sowie Ausbildung und Arbeitsprojekte offerieren.

Als wichtige Einrichtungen für die Behandlung und Betreuung von alkoholkranken Personen sind das Anton-Proksch-Institut, das Otto-Wagner-Spital sowie der Grüne Kreis zu nennen. Hier erhalten alkoholabhängige Personen auch ambulante Beratung und Betreuung. Generell ist die Behandlung alkoholabhängiger Personen stärker auf Abstinenz ausgerichtet, während jene drogenabhängigen Personen mehr auf Leidensminderung setzt.

4.6.6.3 Zielsetzungen und Strategien

Im Jahre 1979 wurde mit dem „Zielplan für die psychiatrische und psychosoziale Versorgung in Wien“ der Grundstein für eine moderne, patientInnenorientierte Behandlung und Betreuung gelegt. Es erfolgte eine Abkehr von der Konzentration auf die stationäre Behandlung in Großkrankanstalten, Betroffene sollen nach Möglichkeit ambulant vor stationär versorgt werden; wenn stationäre Aufenthalte notwendig sind, sollen sie möglichst kurz gehalten werden. Betten im akutstationären Bereich wurden reduziert und dezentrale psychiatrische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sowie die ambulante Versorgung ausgebaut. Um eine gemeindenahen und flächendeckende Versorgung sicherzustellen, wurden die oben beschriebenen acht Versorgungsregionen etabliert. Die

Situation kann als „Regionalisierung“ der Zuständigkeit von Einrichtungen gekennzeichnet werden.

Ein übergeordnetes Ziel der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung ist die Gleichstellung psychisch kranker Personen mit physisch kranken Personen sowie deren Integration in die Gesellschaft. Weitere wichtige Leitmotive sind die Bereitstellung von Information und Prävention, die Gewährleistung eines niederschwelligen Zugangs zu Hilfen, die Betreuung durch multiprofessionelle Teams sowie eine enge Kooperation zwischen stationären und ambulanten Diensten. Die Spitalsabteilungen stehen mit extramuralen Einrichtungen (den sozialpsychiatrischen Ambulatorien oder etwa dem gerontopsychiatrischen Zentrum) in ständiger Verbindung.

Den befragten ExpertInnen zufolge werden in Zukunft vor allem der Bereich Demenz und die Versorgung alter Menschen aufgrund der demographischen Entwicklung an Bedeutung gewinnen. Außerdem wird es zunehmend zu einer zentralen Aufgabe, Kinder und Jugendliche beim gesunden und psychisch ausgeglichenen Heranwachsen zu unterstützen. Das betrifft jedoch nicht nur die eigentliche psychosoziale Versorgung, wo es etwa noch zu wenige Kinder- und JugendpsychiaterInnen gibt, sondern z.B. auch Betreuungspersonen an Schulen.

Als Grundlage für die Wiener Drogenpolitik dient das Wiener Drogenkonzept aus dem Jahr 1999. Darin sind die „vier Säulen“ der Wiener Drogenpolitik festgelegt: Prävention; Beratung, Behandlung und Betreuung; arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und soziale (Re)Integration sowie öffentlicher Raum und Sicherheit.

4.6.6.4 Zielgruppen

Zielgruppe der psychosozialen Versorgung sind Menschen mit psychiatrischen und psychischen Erkrankungen bzw. Krisen. Das Angebot richtet sich an alle Altersgruppen, beginnt im Kindesalter (z.B. Arbeit mit Scheidungskindern) und spannt den Bogen über Jugendliche, Erwachsene, behinderte Personen, suchtkranke Personen bis hin zu demenzkranken älteren Menschen. Eine spezifische Zielgruppe sind sozio-ökonomisch schwächere Gruppen, darunter auch MigrantInnen.

Entsprechend der Vielfalt an KlientInnen werden spezialisierte Leistungen angeboten. Im Bereich der Psychiatrie gibt es Fachabteilungen wie forensische Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, transkulturelle Psychiatrie, genderspezifische Angebote, psychiatrische Rehabilitation sowie Behandlungssettings für suchtkranke Personen. Darüber hinaus wird bestimmten stationären PatientInnen (z.B. krebskranken

Personen, psychiatrischen oder psychosomatischen PatientInnen) psychotherapeutische und psychologische Versorgung durch PsychotherapeutInnen sowie Gesundheits- und klinische PsychologInnen zur Verfügung gestellt (Psychiatriebericht 2004).

Im ambulanten Bereich gibt es u.a. das Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulatorium, das Institut für Psychotherapie mit Tageszentrum für Borderline-Störungen und die Übergangspflege des PSD, welche Betreuung nach einer stationären Entlassung anbietet. Die psychiatrischen Liaisondienste des PSD, welche präventiv und in der Krisenintervention tätig sind, stehen den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zur Verfügung. Für ältere Menschen mit psychischen Störungen und deren Angehörige ist das Gerontopsychiatrische Zentrum zuständig. Die psychiatrische Beratungsstelle für Frauen bietet eine umfassende Beratung, Diagnose, Krisenintervention, etc. an. Ein weiteres Angebot stellt die Psychosoziale Familienberatungsstelle dar (PSD 2010; PSD o.J.: Broschüre Kinder- und Jugendpsychiatrie; psychiatrische Beratungsstelle für Frauen; gerontopsychiatrisches Zentrum).

Nach Einschätzung der befragten ExpertInnen nehmen Frauen in Summe mehr Leistungen als Männer in Anspruch, u.a., da sie eine höhere Lebenserwartung aufweisen und daher häufiger von Demenz betroffen sind. Auch Depressionen kommen tendenziell häufiger bei Frauen vor, während bei schizophrenen Krankheitsbildern Männer leicht überwiegen. Bei den Aufenthalten in Wiener Krankenanstalten aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen waren Frauen im Jahr 2003 knapp in der Mehrheit (51,3%) (Wiener Frauengesundheitsbericht 2006). Bei den KlientInnen der Sozialpsychiatrischen Ambulatorien überwogen im Jahr 2007 in der Altersgruppe bis unter 30 Jahren die Männer, in den höheren Altersgruppen waren Frauen stärker vertreten. Etwa die Hälfte der behandelten Personen war zwischen 30 und 49 Jahre alt, 38% waren älter, 14% bis zu 29 Jahre alt (PSD 2010).

4.6.6.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Beim Zugang zur medizinisch-psychiatrischen Versorgung in den Krankenanstalten gelten die gleichen Anspruchsvoraussetzungen wie bei der allgemeinen Gesundheitsversorgung: die Leistungen stehen grundsätzlich krankenversicherten Personen offen, bedürftige nicht krankenversicherte Personen erhalten die Leistungen im Rahmen der Krankenhilfe über die Sozialhilfe. Die sozialpsychiatrischen Ambulatorien der Psychosozialen Dienste können ohne Zuweisung und ohne Vorlegen einer E-Card aufgesucht werden. Einrichtungen der Drogenhilfe sind prinzipiell für alle bedürftigen Personen zugänglich. Nach Angabe der befragten ExpertInnen existieren keinerlei allgemeine Zugangshürden zur psychosozialen

Versorgung und zur Drogenhilfe, die Niederschwelligkeit der Angebote sei ausreichend gegeben.

Schwer erreichbar von Unterstützungsangeboten sind Personen mit Psychosen ohne Behandlungswilligkeit, suchtkranke Personen, alleinstehende Demenzkranke ohne soziales Netzwerk, Kinder und Jugendliche mit psychischen Krankheiten, welche nur über Eltern oder LehrerInnen erreicht werden können, sowie MigrantInnen, vor allem, da sie zumeist sozio-ökonomisch schwachen Gruppen angehören, welche allgemein weniger Hilfe suchen.

Darüber hinaus sind die Einrichtungen der psychosozialen Versorgung grundsätzlich verpflichtet, primär Personen mit Wohnsitz in Wien zu versorgen. Es gibt aber viele Menschen aus Niederösterreich, welche einen Bedarf an Unterstützung hätten. Insbesondere bei der psychiatrischen Betreuung von wohnungslosen Personen ist dieser gegeben, da sich die KlientInnen mancher Wiener Obdachloseneinrichtungen zu einem Dritt bis zur Hälfte aus Menschen, welche (ursprünglich) aus anderen Bundesländern stammen, zusammensetzen.

4.6.6.6 Finanzierung und Kosten

Die Finanzierung der psychosozialen Versorgung erfolgt in erster Linie über Steuern. Die PSD werden zu über 80% vom Gesundheitsamt der Stadt Wien (MA 15) direkt finanziert, ein kleiner Anteil kommt von den Krankenkassen, einen ebenfalls geringen, projektabhängigen Teil steuert der FSW bei.

Das Budget der PSD ist in den letzten Jahren real eher konstant geblieben. Ein gewisser ökonomischer Druck zur sparsamen Mittelverwendung ist gegeben.

4.6.7 Gesundheitssystem

4.6.7.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

In Österreich hat die Grundsatzgesetzgebung für das Gesundheitssystem der Bund inne, die Ausführungsgesetzgebung liegt bei den Ländern.

Das Land (bzw. die Stadt) Wien ist mit seinem (ihrem) Versorgungsauftrag für die Organisation des intramuralen Sektors der Fondskrankenanstalten zuständig. Die MA 24 (Gesundheits- und Sozialplanung) und der in der MA 24 mit seiner Geschäftsstelle angesiedelte Wiener Gesundheitsfonds führen die Gesundheitsplanung für die Fondskrankenanstalten durch.

Es gibt in Wien jedoch auch intramurale Angebote außerhalb der Fondskrankenanstalten. Für die Unfallkrankenhäuser ist die Unfallversicherung, für rehabilitative Einrichtungen sind die Krankenversicherung, die Pensionsversicherung und die Unfallversicherung zuständig. Auf die privaten Spitäler besteht von Seiten der Stadt Wien – abgesehen von der Sanitätsbehörde – keinerlei Zugriffs- oder Regelungsmöglichkeit.

Der extramurale Sektor unterliegt der Regulierung durch die Sozialversicherung, hier verfügt die Stadt Wien über keinerlei Autonomie.

4.6.7.2 Funktionale Gliederung und Organisation

In Wien sind die MA 15 (Gesundheitsdienst der Stadt Wien), die MA 24 (Abteilung Gesundheits- und Sozialplanung), die MA 40 (Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht) sowie die Wiener Berufsrettung (MA 70) Magistratsabteilungen mit Aufgaben im Gesundheitsbereich (Webservice der Stadt Wien: Dienststellen im Gesundheitsbereich der Stadt Wien).

Die Landessanitätsdirektion erfüllt die Funktion einer Koordinationsstelle bzw. strategischen Grundsatzabteilung. Sie arbeitet sowohl mit anderen Stellen der Stadt Wien als auch mit anderen Bundesländern und dem Bund zusammen, berät Entscheidungsträger und ist in verschiedenen Gremien tätig. Eine weitere Dienststelle der Stadt Wien im Bereich der Gesundheit ist die Bereichsleitung für Finanzmanagement der Geschäftsgruppe Gesundheit und Soziales (Webservice der Stadt Wien: Dienststellen im Gesundheitsbereich; Landessanitätsdirektion).

Der Wiener Gesundheitsfonds wurde im Jahr 2006 im Zuge der Gesundheitsreform gegründet und ist einer der neun Landesgesundheitsfonds in Österreich. Seine Hauptaufgabe ist die Planung und Steuerung des Gesundheitswesens im Sinne eines effizienten Einsatzes der Mittel. Dazu gehören etwa Investitionszuschüsse an die Träger der Fondskrankenanstalten, die Adaptierung des vom Bund entwickelten leistungsorientierten Finanzierungssystems, die Mitwirkung bei der Gesundheitsplanung, das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens, die Erstellung von Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen sowie die wirtschaftliche Aufsicht über Krankenanstalten, welche Beiträge bzw. Zahlungen durch den Wiener Gesundheitsfonds oder das Land Wien erhalten (Wiener Gesundheitsfonds 2009).

Im Jahr 2009 wurde die „Wiener Gesundheitsförderung gemeinnützige GmbH“ gegründet. Sie steht im Eigentum der Stadt und vereint alle bisherigen Bereiche der Gesundheitsförderung des Gesundheits- und Sozialressorts. Sie entwickelt im Sinne einer

umfassenden Public Health-Strategie die Aktivitäten der Gesundheitsförderung unter einem neuen Dach weiter (Wiener Gesundheitsförderung GmbH).

Im intramuralen Sektor existieren 22 Fondskrankenanstalten mit rund 10.000 Betten, die über den Wiener Gesundheitsfonds finanziert werden. Weiters gibt es 5 gemeinnützige Spitäler (z.B. Unfallkrankenhäuser) mit rund 550 Betten, die nicht aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden, sowie sechs Privatkliniken mit rund 900 Betten. Von den 22 Fondskrankenanstalten ist bei 12 die Gemeinde Wien Trägerin. Letztere sind unter dem Dach des Wiener Krankenanstaltenverbunds (KAV) organisatorisch zusammengeschlossen. Die Trägerschaft der übrigen 10 Fondskrankenanstalten verteilt sich auf religiöse Orden, den evangelischen Krankenhausverein und die Sozialversicherung.

Zwischen öffentlichen und den privaten Spitälern gibt es ein „Nebeneinander“ ohne viel Interaktion. Die öffentlichen Spitäler nehmen den Versorgungsauftrag des Landes wahr und unterliegen einem Kontrahierungszwang; die Stadt Wien hat aber nur auf die Fondskrankenanstalten einen direkten Zugriff.

4.6.7.3 Zielsetzungen und Strategien

Seit dem Jahr 2005 besteht ein wesentliches Ziel der österreichischen Gesundheitspolitik darin, die Trennung zwischen intramuralem und extramuralem Bereich aufzuheben. Im Jahr 2005 wurde auf Bundesebene das „Gesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen“ erlassen, das als Grundprinzipien PatientInnenorientierung und -sicherheit, Transparenz, Effizienz und Effektivität enthält, und alle Sektoren (öffentliche und private Spitäler, Ambulanz, niedergelassene ÄrztInnen, übrige Gesundheitsberufe) betrifft (Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit: Qualitätsentwicklung im österreichischen Gesundheitswesen).

Auch in Wien wird verstärkt an einer besseren Koordination zwischen den Spitälern und der außerstationären Betreuung gearbeitet. Dazu zählen etwa der Aufbau von Entlassungsmanagement und Versorgungsformen wie Akutgeriatrie, die Datenweitergabe an soziale Dienste bzw. ein elektronischer Situationsbericht an den FSW sowie Sozialarbeit in den Spitälern. Im Bereich der Sozialversicherung sammeln Case-ManagerInnen ebenfalls Informationen über den jeweiligen stationären Fall. Zu den schon relativ fortgeschrittenen Koordinationsbereichen zählen das Disease Management bei Diabetes, der elektronische Infotransfer und das Entlassungsmanagement. Ein großer Handlungsbedarf besteht nach Angabe der befragten ExpertInnen noch beim Nahtstellenmanagement zwischen den Versorgungsebenen Krankenhaus und niedergelassener Bereich, wobei als Ursache des

Problems in erster Linie die duale Finanzierung (Steuern bzw. Ertragsanteile von Bund, Ländern und Gemeinden; Sozialversicherungsbeiträge) zu identifizieren ist.

In Wien (wie auch in Österreich insgesamt) ist nach wie vor ein Überhang an stationärer Versorgung festzustellen. Daher besteht ein Bedarf nach einer Forcierung der außerstationären Versorgung und nach einem weiteren Ausbau der ambulanten und mobilen Dienste. Auch auf diesem Gebiet bestehen jedoch aufgrund der dualen Finanzierung unterschiedliche Anreiz- und Interessenslagen der beteiligten Akteure. Eine große, realpolitisch aber schwierige, Lösung wäre die Finanzierung des gesamten Gesundheitssystems aus einer Hand. Eine praktikable Teillösung besteht in der gemeinsamen Finanzierung für bestimmte Leistungsbereiche, wie z.B. Großgeräte, Dialyseeinrichtungen. Strategiefelder dafür sind der Kooperationsbereich zwischen der Sozialversicherung und den Bundesländern. Über das Instrument „Reformpool“ werden Projekte der gemeinsamen Finanzierung pilothaft vereinbart und durchgeführt; es ist jedoch noch nicht von einem Regelbetrieb zu sprechen.

Spezielle Herausforderungen für die Zukunft bestehen nach der ExpertInnenbefragung in den demographischen Veränderungen und dem technischen Fortschritt (z.B. neue Medikamente, Implantate, Behandlungsmethoden) sowie den damit verbundenen steigenden Kosten. Verschärft wird diese Situation durch den Rückgang von Steuer- und Sozialversicherungseinnahmen im Zuge der Wirtschaftskrise. Durch den demographischen Wandel ist ein Anstieg an demenzkranken Personen zu erwarten; bei älteren Menschen sind Eingriffe generell risikoreicher und erfordern mehr Versorgung. Es findet allgemein eine „Verdichtung“ stationärer Aufenthalte statt; sie fallen im Durchschnitt kürzer als früher aus, es wird aber eine „intensivere“ Behandlung durchgeführt.

Als mögliche Strategie könnte auch hier eine integrierte Versorgung über Sektorengrenzen hinweg gefördert und den PatientInnen Behandlungspakete (z.B. Diabetes, Demenz) angeboten werden. Die Gesundheitsförderung und die Prävention sollten weiter ausgebaut werden, z.B. im Rahmen der Wiener Gesundheitsförderung mit den Bereichen Herzgesundheit, Zahngesundheit, Frauengesundheit (inkl. Brustkrebsfrüherkennung). Darüber hinaus wäre die Gesundheitsversorgung an künftige Zielgruppen anzupassen, etwa im Wege von Disease-Management-Programmen für chronische Krankheiten.

4.6.7.4 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Rund 99% der Bevölkerung sind in Österreich krankenversichert. Krankenversicherte Personen haben einen Anspruch auf die durch die Versicherungen definierten Leistungen.

Bedürftige nicht-krankenversicherte Personen haben über die Krankenhilfe im Rahmen der Sozialhilfe grundsätzlich Anspruch auf die gleichen Gesundheitsleistungen wie Versicherte. Sie können sich in Wien auch an spezielle Einrichtungen, wie z.B. das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder oder die Amber-Med der Diakonie wenden, die kostenlose Krankenbehandlungen für Bedürftige anbieten. Es gibt in der Stadt auch spezielle Gesundheitsdienste für obdachlose Personen, entweder in Obdachlosenunterkünften (z.B. „Neuner-Haus“: allgemeinmedizinische Betreuung und Zahnarztpraxis; Liaisdienste von PsychiaterInnen) oder in Form von Straßendiensten (wie z.B. dem Luise-Bus der Caritas).

In bestimmten Bereichen fallen für die PatientInnen Selbstbeteiligungen an. Wenn versicherte Personen etwa ÄrztInnen ohne Kassenvertrag („WahlärztInnen“) konsultieren, erhalten sie in der Regel nur einen Teil der Kosten rückerstattet. Generelle Selbstbehalte gibt es in der Krankenversicherung der öffentlich Bediensteten, der selbstständig Erwerbstätigen und der Bauern. Für Medikamente fällt ein allgemeiner Selbstbehalt an, außer in sozialen Härtefällen und bei anzeigepflichtigen Infektionen. Für stationäre Aufenthalte ist ein geringer, je nach Versicherungsträger leicht unterschiedlicher, Kostenbeitrag zu leisten (BMSG 2005, 93f).

Insgesamt handelt es sich beim österreichischen Gesundheitssystem um ein relativ „egalitäres“ System. Dennoch wird das Angebot, insbesondere im Bereich der Fachmedizin, von bestimmten (sozial benachteiligten) Bevölkerungsgruppen weniger angenommen. Als entsprechende spezifische Maßnahme zur Gesundheitsförderung werden in Wien für schwer erreichbare Gruppen maßgeschneiderte „Health Literacy“-Programme durchgeführt. Als Beispiele sind die Frauengesundheitszentren FEM und FEM Süd mit ihren, auch fremdsprachigen, Gesundheitsförderungs- und Beratungsangeboten, die Gesundenuntersuchungsstellen der Stadt mit ihren ebenfalls migrantInnenorientierten Angeboten sowie spezifische Kooperationsprojekte mit der Wohnungslosenhilfe anzuführen.

Aufgrund der gesetzlichen Situation gibt es für die Stadt Wien kaum Möglichkeiten, die PatientInnenflüsse wirksam zu steuern. Mit der E-Card können die PatientInnen sowohl ambulante als auch stationäre Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen, die öffentlichen Spitäler unterliegen einem Kontrahierungszwang. Die Folgen sind überfüllte Spitalsambulanzen und hohe Aufnahmewahrscheinlichkeiten im stationären Bereich. Zu den Spitalsambulanzen wird zwar rechtlich eine Zuweisung benötigt, de facto gibt es jedoch einen freien Zugang. Die stationären Aufnahmen in den Fondskrankenanstalten Wiens setzen sich zu 40% aus Akutfällen und zu 60% aus geplanten Aufnahmen (Überweisungen durch Fach- oder praktischen ÄrztInnen) zusammen. Akute Aufnahmen erfolgen aufgrund der

medizinischen Einschätzung der aufnehmenden ÄrztInnen (Prüfung der „Anstaltsbedürftigkeit“). Insbesondere am Wochenende und in der Nacht gibt es einen „Run“ auf Spitäler, was auf ein Strukturproblem im Sinne von mangelnden Alternativen im niedergelassenen Bereich zu diesen Zeiten zurückzuführen ist. Eine zentrale Lösungsmöglichkeit wären Ärzte-GesmbHs im niedergelassenen Bereich mit längeren Öffnungszeiten und attraktiveren Angeboten. Ein entsprechender Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit liegt vor, es gibt aber zum Teil noch Widerstand seitens der Ärztekammer.

Wartelisten gibt es laut den befragten ExpertInnen in den Bereichen Orthopädie und Augenheilkunde. Im Bereich des KAV herrsche Transparenz im Hinblick auf Wartelisten und es erfolgten keine Vorreihungen. Bei anderen Spitalträgern sei die Funktionsweise von Wartelistensystemen jedoch unbekannt. Der Nutzen einer Privatversicherung im Bereich der Spitäler des KAV zeige sich in erster Linie im Bereich der Hotelkomponente bzw. der freien Arztwahl (z.B. für Operationen), nicht jedoch in der Qualität der medizinischen Betreuung und beim Terminmanagement.

Auch hochspezialisierte Spaltenmedizin wird in Wien, vergleichbar mit anderen Großstädten, ohne Zugangsbeschränkungen angeboten.

4.6.7.5 Finanzierung und Kosten

Das österreichische Gesundheitswesen wird zu fast der Hälfte aus Versicherungsbeiträgen sowie zu rund jeweils einem Viertel aus Steuern und Selbstbehalten finanziert. Private Versicherungen machen nur einen geringfügigen Anteil aus. Die Mittel des Wiener Gesundheitsfonds setzen sich aus Sozialversicherungsbeiträgen, Bundesbeiträgen sowie Ertragsanteilen des Bundes, der Länder und der Gemeinden am Steueraufkommen zusammen.

In Wien sind die Kosten im Spitalssektor weniger stark im Steigen begriffen als in den anderen Bundesländern, da bereits Leistungen auf hohem Niveau angeboten werden. In den Fondskrankenanstalten fallen 46% der Gesamtausgaben für Personal, 12% für Medikamente und Diagnostika etc., und 11% für Wäsche, Transport, Post und Reinigung, etc. an. Weitere relevante Ausgabenposten sind Abgaben, Beiträge und Gebühren mit einem Anteil von 14% sowie kalkulatorische Zusatzkosten bzw. Abschreibungen mit einem Anteil von 13%. Im niedergelassenen Bereich sind vor allem Medikamente für die steigenden Kosten verantwortlich (Quelle: MA 24 Wien).

Für die nachhaltige Sicherung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung ist nach Angabe der befragten ExpertInnen eine integrierte Planung und Versorgung, mit der eine

Vernetzung zwischen verschiedenen Versorgungssektoren gefördert werden soll, erforderlich. Der ambulante Bereich ist insgesamt aufzuwerten und bedarfsorientiert zu gestalten, insbesondere sollen mehr Gruppenpraxen und Ärzte-GmbHs geschaffen und Versorgungsformen wie Tageskliniken und Wochenstationen forciert werden.

Die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) in den österreichischen Fondsspitalern ermöglicht seit 1997 die Spitalsfinanzierung auf der Basis der erbrachten Leistungen an den PatientInnen. Es handelt sich um ein Fallpauschalsystem. Die neun Gesundheitsplattformen als Organe der Landesfonds sind für die Anpassung an die jeweiligen Gegebenheiten der Bundesländer (z.B. die Berücksichtigung strukturspezifischer Kriterien) zuständig (BMSG 2005). Den befragten ExpertInnen zufolge handelt es sich dabei um ein adäquates Verrechnungssystem, wobei allerdings die hohe Komplexität die Transparenz beeinträchtigt. Fehlerhafte Anreize wurden damit beseitigt und die durchschnittliche Belagsdauer von Spitalsbetten gesenkt.

Im extramuralen Sektor besteht ein Mischsystem aus Pauschal- und Einzelleistungsverrechnungen, die je nach Krankenversicherung unterschiedlich gestaltet sind.

4.6.7.6 Versorgungsdichte

Planungsziele und Grundsätze zur ambulanten und stationären Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit medizinischen Leistungen werden im Österreichischen Strukturplan Gesundheit festgelegt. Die konkreten Planungen erfolgen in den Regionalen Strukturplänen auf Landesebene. Der Regionale Strukturplan Gesundheit (RSG) für Wien 2015 wurde im Jahr 2009 von der Wiener Gesundheitsplattform beschlossen. Er umfasst den akut-stationären und den ambulanten Bereich, die Nahtstellen zwischen den Sektoren und die medizinisch-technischen Großgeräte (Webservice der Stadt Wien: Regionaler Strukturplan Gesundheit).

Sowohl in Österreich als auch in Wien gibt es im internationalen Vergleich sehr viele Krankenhäuser, die Angebotsdichte und auch die Häufigkeit von stationären Aufenthalten ist sehr hoch. Pro 1.000 EinwohnerInnen standen 2007 in Wien 7,9 Spitalsbetten zur Verfügung (BMG 2010). Die vorzuhaltenden Betten werden auch belegt. Die Gründe hiefür sind mangelnde außerstationäre Alternativen, aber auch eine grundlegende diesbezügliche Einstellung der Bevölkerung. Es handelt sich um gewachsene Prozesse, die eines langfristigen Transformationsprozesses bedürfen. Im Rahmen der Planungen für den regionalen Wiener Strukturplan 2015 werden 4% der Betten (500) im Spitalsbereich abgebaut, und dafür die

Kapazität im Pflegebereich von 8.500 Betten auf 10.000 erhöht. Es handelt sich allerdings um jeweils getrennte Räumlichkeiten.

Aufgrund der Struktur der Universitätsklinik gibt es in Wien auch eine relativ hohe Angebotsdichte im niedergelassenen Bereich mit 5 ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen (Quelle: OECD Regional Data).

Im stationären Bereich werden EinwohnerInnen von Niederösterreich und dem nördlichen Burgenland mitversorgt. Über alle Fächer beträgt der Anteil der GastpatientInnen rund 20%. In einzelnen Bereichen wie Kinderkrebstherapie, Transplantation, Herzchirurgie, Behandlung von Verbrennungen, etc. ist der GastpatientInnenanteil höher. Eine diesbezügliche finanzielle Vorsorge wird über den Finanzausgleich getroffen. Bei FachärztInnen findet sich ein vergleichbarer Anteil an GastpatientInnen, deutlich geringer ist der Anteil bei praktischen ÄrztInnen. Der Grund liegt darin, dass EinpendlernInnen FachärztInnen in erster Linie in Wien aufzusuchen, aber praktische ÄrztInnen in der Regel an ihrem Wohnort in Anspruch nehmen. Die diesbezügliche Abrechnung erfolgt über die Sozialversicherung.

Eine früher existierende Unterversorgung an Dialyseplätzen wurde bereits behoben. Längere Wartelisten sind noch im Bereich der Orthopädie und der Augenheilkunde vorzufinden. Mögliche Gegenmaßnahmen wären eine Erhöhung der Transparenz und eine Anpassung des Angebots. Nach Angabe der befragten ExpertInnen ist nicht von einer Unterversorgung, aber doch zum Teil von einer Fehlsteuerung von Ressourcen zu sprechen.

4.6.8 Allgemeine Betrachtung der Sozialsysteme

4.6.8.1 Handlungsspielraum und budgetäre Bedingungen

Der Großteil der Leistungen im österreichischen Sozialsystem sind Leistungen des Bundes (Sozialversicherungsleistungen). Veränderungen in diesen Systemen bzw. von generellen Rahmenbedingungen (Wirtschaftswachstum, Arbeitslosigkeit, etc.) wirken sich auf das Leistungssystem der Stadt Wien aus (insbesondere bei der Sozialhilfe und der Wohnungslosenhilfe). Die Stadt Wien kann jedoch Akzente setzen, indem sie ihre Leistungen anpasst, was aber stets eine Frage der Kosten ist.

Einen gewissen Einfluss auf Beschäftigung bzw. auf wirtschaftliche Rahmenbedingungen hat die Stadt Wien im Rahmen ihrer Arbeitsmarktpolitik. Zu erwähnen sind hier insbesondere Arbeitsstiftungen (Menschen bei Insolvenzen in Beschäftigung halten, etc.) oder Instrumente des WAFF (Qualifizierung, Umschulung; insbesondere für Menschen mit einem

problematischen Zugang zum Arbeitsmarkt) sowie die generelle Standortpolitik und situationsabhängige Konjunkturpakete.

Beim innerstaatlichen Finanzausgleich hat Wien eine relativ starke Position, die Bedingungen werden aber in Zeiten allgemein knapper öffentlicher Budgets schwieriger. Dies ist aber derzeit am Sozial- und Gesundheitsbudget der Stadt Wien nicht absehbar. Diese wurden in den letzten Jahren deutlich gesteigert.

Zum Teil wurden auch zusätzliche Budgetmittel aufgewendet, z.B. für das Geriatriekonzept. Dies ist auch von wirtschaftspolitischen Überlegungen begleitet, in der Wirtschaftskrise zu investieren und die Bauwirtschaft anzukurbeln bzw. Arbeitsplätze zu schaffen. Ebenso wurden die Bereiche Sozialhilfe und Behindertenhilfe in den letzten Jahren ausgeweitet. Für die Bedarfsoorientierte Mindestsicherung ab September 2010 wendet Wien ca. 22 Mio. Euro zusätzlich auf.

Dennoch besteht der politische Auftrag, Einsparungsmöglichkeiten zu überprüfen bzw. Leistungen zu optimieren. Bisher wurde kein Bereich im Wiener Sozialsystem zurückgefahren. Allerdings werden zusätzliche Mittel in erster Linie dazu verwendet, um zusätzliche Anspruchsberechtigte abzudecken, es werden kaum neue Leistungen finanziert.

4.6.8.2 Einbezug von Betroffenen („Empowerment“) und Gender Mainstreaming

Erste Ansätze von „Empowerment“ sind in Wien vorhanden, sie haben aber keine große Tradition. Eine Einbeziehung der Betroffenen gibt es am ehesten im Behindertenbereich: Die Stadt Wien finanziert Selbstvertretungen und Beiräte. Darüber hinaus werden über die „Pflegeergänzungsleistung“ persönliche Budgets zum Zukauf von Leistungen nach der Eigenentscheidung der behinderten Person gewährt. Auch im Pflegebereich existieren erste Ansätze im Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz, nach dem VertreterInnen aus dem Kreis der BewohnerInnen gewählt werden. In der Sozialhilfe gibt es schließlich seit Längerem eine Tendenz zu mehr Kundenorientierung, ein Abkehren vom „Bittsteller-Ansatz“ sowie das Eingehen auf individuelle Problemlagen.

Wien ist im Gender Budgeting weit fortgeschritten, dies betrifft auch den Sozialbereich. Noch im Planungs- bzw. Aufbaustadium ist die Analyse der Inanspruchnahme von Leistungen durch Frauen. In der Wohnungslosenhilfe gibt es spezielle Einrichtungen für Frauen. Zusätzlich wurde 2008 in der „Wieder Wohnen GmbH“ ein „Gender-Manifest“ erstellt, um die Ansätze von Gender Mainstreaming bei der Wohnungslosenhilfe umzusetzen.

4.6.9 Quellen

4.6.9.1 Interviews

DSA Anita BAUER, Fachbereichsleiterin Behindertenhilfe im FSW

Mag. Heidemarie KARGL, MA 24 Öffentlichkeitsarbeit und Grundlagen

Bernhard MAGER, MA 24 Sozialplanung

Dr. Georg PSOTA, Chefarzt des Kuratoriums für psychosoziale Dienste

Dr. Otto RAFETSEDER, MPH, MA 24 Gesundheitsplanung

Peter STANZL, MAS, MA 24 Sozialplanung

4.6.9.2 Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO; 2010): Internetquelle: www.bawo.at, abgerufen am 11.2. 2010.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) (2009): Behindertenbericht 2008, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit (2010): Krankenanstalten in Zahlen, Internetquelle: <http://www.kaz.bmwf.gv.at/>, abgerufen am 23. März 2010.

Bundesministerium für Gesundheit (2010b): Beirat für psychische Gesundheit, Internetquelle: <http://www.bmgf.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0961&doc=CMS1193726852403>, abgerufen am 15. März 2010.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF; 2005): Das Gesundheitswesen in Österreich, Wien.

Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg; 2005): Das Gesundheitswesen in Österreich. Wien.

Council of European Municipalities and Regions (CCRE) (2008): Reform öffentlicher Dienstleistungen: Welche Rolle für den Sozialen Dialog? Brüssel.

Emprechtinger J., Jöbstl-Arbeiter M., Hammer E. und Krieger M. (2007): Sozialhilfe und Sozialarbeit zwischem öffentlichen Auftrag und professionellem Anspruch. Die MA 15 der Stadt Wien. Wien.

Fallend F., Mühlböck A. und Wolfgruber E. (2001): Die österreichische Gemeinde. In: Forum Politische Bildung (Hrsg.): Regionalismus, Föderalismus, Supranationalismus, Wien/Innsbruck, 45-61.

Fawos (2010): Internetquelle: <http://wohnen.fsw.at/wohnungsverlust/fawos.html>, abgerufen am 12.2. 2010.

Fonds Soziales Wien (FSW) (2009): Geschäftsbericht FSW 2008, Wien.

Fonds Soziales Wien (FSW) (2009b): Schritt für Schritt. 20 Jahre integrative Wiener Wohnungslosenhilfe. Festschrift. Wien

Fonds Soziales Wien (FSW) (2010): Internetquelle: www.fsw.or.at, abgerufen am 11.2. 2010.

Held L. (2009): Haushaltsführung und Verantwortlichkeit der Gemeindeorgane, Schriftenreihe Recht & Finanzen für Gemeinden 01/2009.

Katschnig H., Denk P. und Scherer M. (2004): Österreichischer Psychiatriebericht 2004. Analysen und Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.). Wien.

MA 24 (2009): Pflege und Betreuung in Wien. Bedarfsplanung der MA 24, Wien.

Mühlberger U., Knittler K. und Guger A. (2008): Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegeversorgung, Studie des WIFO im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz, Wien.

Pratscher K. (2008): Sozialhilfe, Behindertenhilfe und Pflegegeld der Bundesländer im Jahr 2006 und in der Entwicklung seit 1996, in: Statistische Nachrichten 7/2008, 598-611.

Pratscher K. (2009): Sozialhilfe, Behindertenhilfe und Pflegegeld der Bundesländer im Jahr 2007 und in der Entwicklung seit 1997, in: Statistische Nachrichten 12/2009, 1117ff.

Psychosoziale Dienste Wien (PSD) (o.J.), Broschüre gerontopsychiatrisches Zentrum. Wien.

Psychosoziale Dienste Wien (PSD) (o.J.), Broschüre Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wien.

Psychosoziale Dienste Wien (PSD) (o.J.), Broschüre psychiatrische Beratungsstelle für Frauen. Wien.

Psychosoziale Dienste Wien (PSD) (o.J.), Broschüre psychiatrische Soforthilfe und mobiler Krisendienst. Wien.

Psychosoziale Dienste Wien (PSD; 2010): Internetquelle: <http://www.psd-wien.at/psd/150.html>, abgerufen am 14. Jan. 2010.

Schoibl H., Schoibl A., Ginner S., Witek J. und Sedlak F. (2009): Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe in Österreich. Wohnungslosenerhebung 2006-2007-2008. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO) im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien.

Stadt Wien (2008): Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2008, Wien.

Statistik Austria (2009): Statistisches Jahrbuch 2009, Wien.

Sucht- und Drogenkoordination Wien (2010): Internetquelle: <http://www.drogenhilfe.at/>, abgerufen am 17. März 2010.

Webservice der Stadt Wien, Dienststellen im Gesundheitsbereich der Stadt Wien, Internetquelle, <http://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/dienststellen.html>, abgerufen am 11. Jan. 2009.

Webservice der Stadt Wien, regionaler Strukturplan Gesundheit, Internetquelle: <http://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/gesundheitsfonds/rsg.html> abgerufen am 15. Dez. 2009.

Webservice der Stadt Wien: Landessanitätsdirektion, Internetquelle: <http://www.wien.gv.at/gesundheit/sandirektion/>, abgerufen am 11. Feb. 2010.

Wiener Gesundheitsfonds (Hrsg., 2009), Tätigkeitsbericht 2007. Wien

Wiener Gesundheitsförderung GmbH, Internetquelle: <http://www.wig.or.at/>, abgerufen am 15. Dez. 2009.

Wikipedia, Internetquelle: <http://www.wikipedia.de>, abgerufen am 13. Jan. 2010.

5 Systemischer Vergleich der Sozial- und Gesundheitssysteme der Großstädte

5.1 Föderale Struktur

Österreich und Deutschland sind Bundesstaaten mit selbständigen Bundesländern. In beiden Ländern haben sowohl der Bund als auch die Länder Gesetzgebungskompetenzen, in der Praxis stehen jedoch die meisten jeweils dem Bund zu. Zu den Zuständigkeiten der Bundesländer zählen in Österreich u.a. die Energieversorgung, das Gesundheitswesen, das Sozialhilfewesen sowie der Verkehr. Zu den (alleinigen) Gesetzgebungskompetenzen der Länder gehören in Deutschland u.a. Bildung, Kultur sowie öffentliche Gesundheits- und Pflegeinfrastruktur.

Auch Belgien ist bundesstaatlich organisiert, es hat aber einen speziellen Status als konstitutionelle Monarchie, die sich aus sechs föderalistischen, sich überschneidenden, Einheiten zusammensetzt: drei Regionen und drei Gemeinschaften. Jede Einheit hat ein eigenes Parlament und eine eigene Regierung. Die Regionen wurden in Hinblick auf die wirtschaftliche Vielfalt geschaffen. Ihre Kompetenzen beziehen sich daher auf wirtschaftliche Fragen (Wirtschaftspolitik, Beschäftigungspolitik), ergänzt durch territoriale Aspekte (u.a. Wohnen).

Schweden ist eine parlamentarisch-demokratische Monarchie, die sich in Regionen gliedert. Die staatlichen Verwaltungsaufgaben auf der regionalen Ebene werden von einem Regierungspräsidenten und einer Regionalregierung wahrgenommen. Die erste Ebene der lokalen Administration stellen die Kreisräte dar, zu deren Hauptaufgaben u.a. die Organisation des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung sowie gegebenenfalls Kultur, Bildung und Fremdenverkehr gehört.

Die am stärksten zentralisierten Verwaltungsstrukturen weisen die Tschechische Republik und Portugal auf. In der Tschechischen Republik führen die Regionen sowohl ihre eigenen (unabhängigen) Kompetenzen als auch die ihnen vom Staat zugewiesenen Funktionen (übertragene Kompetenzen) aus. Die regionale Verwaltungsebene ist von geringer Bedeutung. In Portugal sind die wichtigsten Organe der öffentlichen Verwaltung die nationale Regierung, und die Institutionen der zentralen Verwaltung, die auch auf lokaler Ebene tätig sind und dort entsprechende Maßnahmen, etwa im Gesundheits- und Sozialbereich, selbst bereitstellen. Die Regionen dienen in erster Linie der Bestimmung der räumlichen Ausdehnung der lokalen Dienste der zentralen Verwaltung.

Als weitere lokale Verwaltungsebene fungieren die Gemeinden. In Österreich haben diese als Selbstverwaltungskörper sowohl eigene als auch übertragene Aufgaben. In den eigenen Wirkungsbereich fallen alle Angelegenheiten, die im überwiegenden Interesse der örtlichen Gemeinschaft gelegen sind. In der Praxis übernehmen die Gemeinden Aufgaben der allgemeinen Daseinsvorsorge, z.B. die Einrichtung bzw. den Bau von Krankenhäusern, die Unterhaltung von öffentlichen Verkehrsmitteln sowie die Bereitstellung von Pflege und Sozialhilfe.

Auch in Deutschland besitzen die Gemeinden Gebietshoheit und „Allzuständigkeit“, d.h., dass sie grundsätzlich für alle Belange ihres Gebietes zuständig sind. Dies wird jedoch durch Landes- und Bundesrecht eingeschränkt. Zu den wichtigsten Pflichtaufgaben der Kommunen zählen die Energieversorgung, Kinderbetreuung, Auszahlung von Wohn- und Heizgeld im Rahmen des Arbeitslosengelds II, Bau- und Wohnungswesen sowie Verkehr.

Persönliche Angelegenheiten fallen so wie Kultur und Bildung unter die Aufsicht der Gemeinden in Belgien. Sie können beschließen, das Angebot an sozialen Diensten (z.B. Pflege) zu verändern oder zu ergänzen. Bei Geldleistungen (Sozialhilfe) sind sie mit ihren Öffentlichen Zentren für Soziale Wohlfahrt für die Bereitstellung und Auszahlung der Leistungen, die auf nationaler Ebene geregelt werden, verantwortlich. Im Bereich des Gesundheitssystems sind sie für die Kontrolle der Implementierung der auf Bundesebene festgelegten Regulierungen für Spitäler zuständig.

In Schweden sind die Gemeinden u.a. für die Bereiche Soziales, Bildung, Kinderbetreuung, Gesundheitswesen, und Wohnungswesen zuständig. Im Sozialbereich übernehmen die Kommunen neben der finanziellen Unterstützung im Rahmen der Sozialhilfe auch entsprechende Sozialdienste wie z.B. die Pflege älterer Menschen. Die entsprechenden Rahmenbedingungen werden von den zentralen Behörden bestimmt, die Rechtsvorschriften lassen den Gemeinden aber eine relativ große Freiheit bei der Planung und Organisation der Dienste.

Die kommunale Verwaltung in der Tschechischen Republik ist durch ein duales Funktionsmodell im Sinne von eigenen sowie übertragenen staatlichen Kompetenzen charakterisiert. Die Gemeinden sind u.a. zuständig für die Entwicklung sozialer Dienste, was insbesondere Angelegenheiten des Wohnens und der Gesundheitsfürsorge umfasst.

In Portugal verfügen die Gemeinden insgesamt über wenig Autonomie, Kompetenzen und Ressourcen. Das nationale Parlament legt gesetzlich fest, in welchem Umfang Zuständigkeiten für welche Politikbereiche an die Gemeinden abgetreten werden. In der Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftspolitik haben sie nur sehr begrenzte Befugnisse.

Überlagert wird die rechtliche Kompetenzverteilung von der Frage der Finanzverteilung. Auf dem Gebiet des Finanzwesens wird in Österreich der Wirkungsbereich des Bundes und der Länder bzw. der Gemeinden im Rahmen der Bundesgesetzgebung durch das Finanzausgleichgesetz geregelt. Länder und Gemeinden beziehen einen großen Teil ihrer Einnahmen aus dem Finanzausgleich mit dem Bund.

Auch in Deutschland wird die Steuerverteilung zwischen der Bundesebene und der Länderebene sowie zwischen den Ländern durch den aktiven Finanzausgleich geregelt. Der kommunale Finanzausgleich findet zwischen Landesebene und kommunaler Ebene statt. Insgesamt verfügen die Bundesländer in Österreich und Deutschland beim Finanzausgleich über eine relativ starke Position.

In Belgien stammt der überwiegende Großteil der Einnahmen der Regionen und Kommunen aus staatlichen Transfers. Nur ein kleiner Teil geht auf eigene Einnahmen wie Erbschaftssteuer, Verkehrsteuer und Grundsteuer zurück.

In Schweden stellt das Recht der Kreisräte wie der Kommunen, Einkommensteuern einzuheben und den Steuersatz selbst festzulegen, einen wichtigen Bestandteil ihrer Autonomie dar. Die nationale Regierung verfügt jedoch über Interventionsbefugnisse. Die restlichen Einnahmen setzen sich hauptsächlich aus Gebühren für Dienstleistungen bzw. Nutzungsgebühren sowie aus Transfers der nationalen Ebene zusammen. Die Gemeinden haben somit eine relativ große Freiheit bei der Einhebung von Steuern für die Finanzierung der Leistungen und Sozialen Dienste.

In der Tschechischen Republik ist die Stellung der Regionen und Gemeinden in Bezug auf Finanzen sehr eingeschränkt. Die Umverteilungsvollmachten der nationalen staatlichen Ebene sind sehr ausgeprägt. Die Regionen und Gemeinden haben nur wenige Möglichkeiten, die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Pflichten notwendigen Finanzströme zu kontrollieren.

Auch in Portugal ist die regionale Verwaltungsebene von der Umverteilung von finanziellen Mitteln aus dem Staatshaushalt abhängig. Die Gemeinden haben nur eine sehr begrenzte Autonomie, Steuern und Gebühren zu erheben. Für die meisten kommunalen Haushalte sind die Transfers aus dem Staatshaushalt ebenfalls die wichtigste Quelle der Finanzierung. Ihre relativ geringe politische Rolle ist wesentlich dadurch bedingt.

Österreichs Hauptstadt Wien ist gleichzeitig Gemeinde und Bundesland Österreichs. Sie ist eine Gebietskörperschaft mit dem Recht auf Selbstverwaltung und eine Stadt mit eigenem Statut. Auch die Freie und Hansestadt Hamburg ist als Stadtstaat ein Bundesland der Bundesrepublik Deutschland und zugleich als Stadt eine Einheitsgemeinde. Die Aufgaben der Kommune und des Landes werden nicht getrennt. Brüssel, Hauptstadt der EU und des

Königreichs Belgien, ist eine Region mit einer Regionalregierung und mit zwei sprachlich definierten Bevölkerungsgruppen. Es ist gleichzeitig auch eine Stadt bestehend aus unabhängigen kommunalen Einheiten. Prag hat den Sonderstatus, gleichzeitig sowohl eine Gemeinde (mit selbst verwalteten administrativen Bezirken) als auch eine sich selbst verwaltende Region zu sein. Stockholm und Lissabon stellen als Hauptstädte bevölkerungsmäßig jeweils die größten Gemeinden bzw. Städte ihres Landes dar.

Für Wien, Hamburg und Brüssel lässt sich zusammenfassen, dass die drei Städte als Bundesländer bzw. Regionen in bundesstaatlich organisierten Ländern relativ weitreichende, zum Teil auch gesetzgebende, Befugnisse auf dem Gebiet der in der vorliegende Studie im Fokus liegenden Sozial- und Gesundheitssysteme haben. In Brüssel ist jedoch einschränkend darauf hinzuweisen, dass in der Praxis die verschiedenen Verwaltungsinstitutionen (inkl. der Sprachgemeinschaften) große Mängel bei der horizontalen und vertikalen Koordination und beim Austausch von Informationen aufweisen, was eine einheitliche und kongruente Politik erschwert. Schweden erlässt auf dem Gebiet der betreffenden Sozialsysteme nur sehr weit gefasste Rahmengesetze, die der Stadt Stockholm einen relativ großen Handlungs- und Flexibilitätsspielraum überlassen; das Gesundheitssystem wird auf regionaler Ebene (Kreisrat von Stockholm) organisiert. Über die geringste Autonomie auf dem Gebiet der Sozial- und Gesundheitssysteme verfügen Prag und Lissabon, da Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten fast ausschließlich auf die nationale Ebene zurückgehen. In Lissabon kommt noch hinzu, dass auch die Bereitstellung bzw. konkrete Organisation eines Großteils der Leistungen über lokale Institutionen nationaler Behörden erfolgt.

5.2 Geldleistungen (und Krankenhilfe) im Rahmen der Sozialhilfe

5.2.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Wien hat im Vergleich mit den anderen fünf Großstädten die größte Autonomie bei der Bereitstellung und Organisation offener Sozialhilfe. Hier liegt die ausschließliche Zuständigkeit bei der Stadt. In Hamburg fällt nur die Minderheit der nicht arbeitsfähigen Personen, die aufgrund von Alter bzw. Erwerbsunfähigkeit in die Sozialhilfe kommen, unter die Verantwortung der Stadt. Bei arbeitsfähigen KlientInnen ist sie nur noch für flankierende Maßnahmen (z.B. psychosoziale Beratung), bei der Hilfe für Menschen mit besonderen Schwierigkeiten nur für die konkrete Ausgestaltung der Hilfen (z.B. Beihilfe bei Mietschulden) zuständig.

Brüssel, Stockholm, Prag und Lissabon weisen eine noch begrenztere Flexibilität auf. Standards und Richtlinien, die befolgt werden müssen, werden auf nationaler Ebene erstellt. Nur der Transfer der Leistungen und die Prüfung der Bedürftigkeit werden von den betreffenden Städten organisiert (die Stadt Lissabon ist nicht einmal für die Auszahlung der Transfers verantwortlich, hier verwaltet eine nationale Stelle über ihre lokalen Dienste die Zahlungen und Kontrollen). Wenn überhaupt findet sich eine geringe Autonomie nur bei der Bereitstellung von ergänzenden Geldleistungen und Unterstützungen zur Eingliederung (in Brüssel, mit deutlichen Einschränkungen auch in Prag und Lissabon).

Auf festgelegte Standardleistungen bzw. Richtsatzleistungen gibt es in jeder untersuchten Stadt einen Rechtsanspruch. Ermessensspielräume gibt es jedoch vor allem bezüglich zusätzlicher bzw. individueller Leistungen, die mit der Hilfe in besonderen Lebenslagen in Wien vergleichbar sind.

5.2.2 Funktionale Gliederung und Organisation

In allen untersuchten Städten gibt es Geldleistungen auf der Basis von Richtsätzen zur Sicherung einer Art Mindesteinkommen. Formell bzw. organisatorisch sind diese in der Regel mehr oder weniger nach Alter bzw. Erwerbsminderung getrennt: am deutlichsten ist diese Trennung in Hamburg, wo zeitweise Erwerbsgeminderte im erwerbsfähigen Alter Anspruch auf Hilfen zum Lebensunterhalt, Personen im Pensionsalter bzw. erwerbsunfähige Personen auf die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bzw. erwerbsfähige Personen im Erwerbsalter seit 2005 auf die auf nationaler Ebene organisierte Grundsicherung für Arbeitsuchende („Hartz IV“) haben. Auch in Brüssel bzw. Lissabon gibt es zwei unterschiedliche Arten von Geldleistungen: für Personen im Erwerbsalter jeweils ein „Eingliederungseinkommen“ sowie für Personen im Pensionsalter ein garantiertes Einkommen für ältere Menschen bzw. einen „Alterssolidaritätszuschuss“. In Wien trägt die Leistung für alle Personengruppen zwar denselben Obernamen („Hilfe zur Sicherung des Lebensunterhalts“), sie ist aber ebenfalls in „Geldaushilfen“ für erwerbsfähige Personen im Erwerbsalter und „Dauerleistungen“ für Personen im Pensionsalter bzw. erwerbsunfähige Personen getrennt.

Über Richtsatzleistungen hinaus werden in der Regel auch bestimmte Unterkunftskosten übernommen; eine Ausnahme stellt hier Stockholm dar, wo eine Wohnbeihilfe im Rahmen der Sozialhilfe nicht vorgesehen ist (ein allgemeines Wohngeld wird von der Nationalen

Versicherungsagentur bereitgestellt). Wien¹⁵ und Hamburg bieten auch eine Krankenhilfe bzw. Hilfen zur Gesundheit für die Abdeckung von Krankheitsrisiken bei nicht-krankenversicherten Personen, Brüssel stellt Hilfen bei der medizinischen Betreuung zur Verfügung. Da Schweden eine allgemeine Krankenversicherung über die Nationale Versicherungsagentur sicherstellt, wird eine entsprechend Hilfe nicht benötigt.

Ergänzend gibt es in Wien die Hilfe in besonderen Lebenslagen, in Hamburg die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, die sich an Menschen richtet, bei denen belastende Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind. Auch in Lissabon werden die Leistungen bei Vorliegen eines besonderen Bedarfs erhöht.

Im Rahmen der Sozialhilfe werden neben den Geldleistungen in der Regel auch Hilfen zur sozialen Eingliederung angeboten. Diese umfassen z.B. Beratung und Betreuung durch SozialarbeiterInnen, SchuldnerInnenberatung, Hilfen bei der Wohnungssicherung und -suche, psychosoziale Beratung, Betreuung von Personen mit bestimmten Unterstützungsbedarfen, etc. Zum Teil erfolgt dies im Rahmen eines individualisierten Case Managements, beim dem ein Gesamtplan für die Eingliederung erstellt wird. Eine Ausnahme stellt lediglich Prag dar, wo die monetären Leistungen der Sozialhilfe relativ isoliert sind. Die KlientInnen müssen sich um ergänzende Unterstützungsangebote weitgehend selbst kümmern.

Nur in Wien und Brüssel werden Maßnahmen zur Arbeitsintegration von den Sozialhilfebehörden bereitgestellt. In Hamburg ist für derartige Maßnahmen im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende die Arbeitsgemeinschaft der Agentur für Arbeit und der Stadt zuständig. In Stockholm, Prag und Lissabon erfolgen Maßnahmen zur Arbeitsintegration ausschließlich über die Arbeitsagenturen bzw. Arbeitsämter.

Es finden sich in allen untersuchten Städten vielfältige Programme zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt, die von der Erstellung individueller Beschäftigungspläne über Hilfen bei der Arbeitssuche am freien Markt bis hin zu niedrigschwelliger Beschäftigung, Beschäftigung durch die Sozialhilfebehörden selbst sowie Bereitstellung von „1-Euro-Jobs“ reichen.

Die von den Sozialhilfebehörden in Wien und Brüssel entwickelten Programme haben insbesondere auch das Ziel, dass die KlientInnen Arbeitserfahrung sammeln können und ihre soziale Situation stabilisieren. Die Stadt Wien hat in den letzten Jahren neue Formen der Beschäftigungsförderung gemeinsam mit anderen Organisationen entwickelt. Beschäftigungsprojekte reichen abgestuft von hochschwellig bis zu Projekten als Vorstufe zu

¹⁵ Mit Einführung der Bedarfsorientierten Mindestsicherung im September 2010 werden alle nicht krankenversicherten Personen durch den Sozialhilfeträger bei der Gebietskrankenkasse versichert und somit in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen.

sozioökonomischen Betrieben. In Brüssel übernehmen die Behörden zusätzlich auch die Verantwortung für die Qualifizierung der KlientInnen.

In Wien, Hamburg, Stockholm und Brüssel erfolgen die Verwaltung der Geldleistungen sowie die Beratung im Rahmen der Sozialarbeit über Institutionen der Stadt. In Lissabon wird dies über die lokalen Dienste des Instituts für soziale Sicherheit organisiert. In Prag ist sind ebenfalls die Institutionen der Stadt mit der Auszahlung der Geldleistungen betraut, es gibt jedoch kaum unterstützende Maßnahmen.

Eine Zusammenarbeit mit Partnereinrichtungen bzw. -organisationen findet sich hauptsächlich im Bereich der Arbeitsintegration (Wien, Hamburg [Grundsicherung für Arbeitsuchende], Brüssel) sowie bei unterstützenden Maßnahmen (Lissabon). Zumeist handelt es sich um größere private Träger aus dem Non-Profit-Bereich.

5.2.3 Zielsetzungen und Strategien

Eine generelle Herausforderung für die Zukunft, die konkret von den befragten ExpertInnen in Wien, Hamburg, Stockholm und Brüssel angesprochen wurde, stellt die Zunahme der SozialhilfebezieherInnen aufgrund höherer Arbeitslosigkeit und Arbeitsmarktdynamik dar. Ein erheblicher Anteil der KlientInnen besteht aus langzeitarbeitslosen Personen (eine strukturelle Langzeitarbeitslosigkeit findet sich vor allem in Brüssel), PendlerInnen zwischen Sozialhilfe und Erwerbseinkommen mit einem eingeschränkten Arbeitsmarktzugang und aus teil- oder nicht arbeitsfähigen Personen – häufig auch im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen. Das entscheidende Problem besteht darin, diese Menschen wieder in Beschäftigung zu bringen bzw. Eingliederungspläne für diese zum Teil schwierigen Personengruppen zu entwickeln.

Dazu komplementär wurde von Wien, Hamburg und Prag als Problem genannt, dass sich vorgelagerte Systeme (Arbeitsmarkt, Sozialversicherungsleistungen), auf die seitens der Städte kaum Möglichkeiten der Einflussnahme bestehen, als immer weniger armutsfest erweisen und damit eine steigende Anzahl von Menschen auf Sozialhilfe angewiesen ist, die eigentlich nicht als Klientel vorgesehen ist. Dazu zählt vor allem die Erosion von Beschäftigung mit steigenden Teilzeit-, atypischen und prekären Beschäftigungsverhältnissen, die auch häufig zu ungenügenden oder gar keinen Ansprüchen auf Sozialversicherungsleistungen führen, wodurch zumindest ergänzend Sozialhilfe benötigt wird.

Als zusätzliche Herausforderung in puncto Zusammensetzung der SozialhilfeklientInnen führten Wien und Brüssel den hohen Anteil an BezieherInnen mit einem geringen

Bildungsabschluss bzw. mit einem Mangel an Qualifikationen sowie an MigrantInnen mit Sprachschwierigkeiten an. In Brüssel wurde dies insbesondere auf die Freizügigkeit der ArbeitnehmerInnen innerhalb der Europäischen Union zurückgeführt und darauf, dass in Zeiten der Krise viele MigrantInnen arbeitslos werden.

Darüber hinaus lassen sich administrative Herausforderungen in Hamburg und Prag ausmachen: Während in Hamburg aufgrund eines Urteils des Bundesverfassungsgericht die im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende praktizierte Mischbetreuung der Langzeitarbeitslosen in gemeinsamer Trägerschaft durch die Kommunen und die Bundesagentur für Arbeit (ARGEs) aufgrund von Grundgesetzwidrigkeit zu beenden ist, gilt es in Prag eine einheitliche Koordination der Sozialpolitik auf dem Stadtgebiet zu organisieren, die derzeit nicht einmal in puncto Zusammenarbeit mit den Prager Bezirken gegeben ist.

Die Grundlage für die Berechnung der Sozialhilfeleistungen ist die Bedarfsgemeinschaft (in der Regel Kernfamilie; in Wien, Hamburg, Stockholm, Brüssel) bzw. der Haushalt (Prag, Lissabon). Entsprechend gibt es in der Regel (kombinierte) Richtsätze für Singles, Paare ohne Kinder, AlleinerzieherInnen und Paare mit Kindern. Zusätzlich werden in der Regel die Unterkunftskosten bis zu einer gewissen Obergrenze übernommen.

Mit der Ausnahme von Stockholm, wo sich nach Auskunft der befragten ExpertInnen die Gesamtleistungen für alle Familientypen bzw. Haushaltskonstellationen in armutsvermeidender bzw. existenzsichernder Höhe befinden, tritt in allen untersuchten Städten zumindest zum Teil das Problem auf, dass sich die Leistungen unterhalb der statistischen Armutgefährdungsschwelle bewegen.

Gemildert ist dies am ehesten in Wien, wo DauerbezieherInnen (Personen im Pensionsalter und erwerbsunfähige Personen) und größere Familien insgesamt Leistungen über der Armutsschwelle erhalten. Personen im Pensionsalter sind auch in Brüssel mit der „Einkommensgarantie“ oberhalb der Armutsschwelle.

Allgemein ist festzustellen, dass in allen untersuchten Städten durchgehend Singles im Erwerbsalter die niedrigsten Richtsätze (im Sinne eines gewichteten Pro-Kopf-Einkommens) erhalten. Umgelegt auf ein einheitliches Preisniveau des Endverbrauchs der privaten Haushalte (EU-27) werden die höchsten entsprechenden Richtsätze in Brüssel ausbezahlt¹⁶, die niedrigsten in Prag. Wien stellt demnach den zweithöchsten Richtsatz zur Verfügung.

¹⁶ Zu berücksichtigen sind allerdings die hohen Kosten privaten Wohnens und die enorme Knaptheit des Angebots an sozialem Wohnen in Brüssel.

Tab. 2: Monatliche Richtsätze der Sozialhilfe für erwerbsfähige, alleinstehende Personen (ohne Leistungen für Unterkunft), 2009*

Brüssel	654
Hamburg (Eckregelsatz Arbeitslosengeld II)	346
Lissabon	215
Prag	107
Stockholm	321
Wien	432

*umgerechnet auf Basis Eurostat: vergleichende Preisniveaus des Endverbrauchs der privaten Haushalte (EU-27=100) in Euro

Q: Brussels Institute for Statistics and Analysis 2009; Destatis 2009; MA 24-Wien; Rede Social/IIES; USK 2009; eigene Berechnungen Europäisches Zentrum

5.2.4 Zielgruppen

Die Sozialhilfequoten (Anzahl der BezieherInnen pro 1.000 EinwohnerInnen) sind von vielen Faktoren abhängig: zu nennen sind etwa die gesamte wirtschaftliche Situation, die Höhe der Arbeitslosigkeit, das Ausmaß an vorgelagerten Sozialleistungen, die Generosität der Sozialhilfe selbst, die Inanspruchnahme (Take-Up-Rate) von Sozialhilfe, etc.¹⁷ Vorzufindende Unterschiede in den Sozialhilfequoten lassen sich daher nur durch eingehende spezielle Analysen erklären, die über den Rahmen der vorliegende Studie hinausgehen.

Zählt man etwa in Hamburg die BezieherInnen der Grundsicherung für Arbeitsuchende zu den SozialhilfeklientInnen hinzu, ergibt sich dort mit einer Sozialhilfequote von insgesamt 136 die mit Abstand höchste BezieherInnenzahl. Allerdings sind darin viele Personen enthalten, die in Wien Notstandshilfe beziehen und daher nicht in der Sozialhilfequote aufscheinen würden. Umgekehrt ergibt sich bei reiner Betrachtung der BezieherInnen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt und Hilfe in besonderen Lebenslagen in Hamburg mit 19 die geringste Sozialhilfequote. Hier sind dann zum Teil Personen exkludiert, die in Wien in die Sozialhilfequote fallen würden (arbeitsfähige Personen ohne Anspruch auf Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe).

Im Vergleich mit den anderen drei Städten (keine Daten für Prag) ist die Anzahl der SozialhilfebezieherInnen in Wien (Sozialhilfequote von 53) im oberen Bereich. In Lissabon ist die Sozialhilfequote etwas höher (57), in Stockholm etwas geringer (46). Deutlich geringer fällt hingegen nach den Daten die Sozialhilfequote in Brüssel (23) aus.

¹⁷ Unterschiede können auch durch divergierende statistische Zählweisen bedingt sein, z.B. BezieherInnen zu einem bestimmten Zeitpunkt vs. Summe der BezieherInnen während eines Jahres.

Tab. 3: Sozialhilfequoten (Anzahl der BezieherInnen von Geldleistungen pro 1.000 EinwohnerInnen)

Brüssel 2006 (Eingliederungseinkommen und garantiertes Einkommen für Ältere)	23
Hamburg Ende 2006 (Grundsicherung für Arbeitsuchende)	117
Hamburg Ende 2007 (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, laufende Hilfe zum Lebensunterhalt, Hilfe in besonderen Lebenslagen)	19
Lissabon 2008 (Soziales Eingliederungseinkommen, Alterssolidaritätszuschuss)	57
Stockholm 2007	46
Wien 2007 (Dauerleistungen und Mietbeihilfen, Gelddaushilfen, Hilfe in besonderen Lebenslagen)	53

Q: Brussels Institute for Statistics and Analysis 2009; Destatis 2009; Rede Social 2009/IIES; Stadt Wien 2009; Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008 (Deutschland); Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2008; USK 2009; eigene Berechnungen Europäisches Zentrum

Für die EmpfängerInnen von „Krankenhilfe“ stehen nur Daten für Wien, Hamburg und Brüssel zur Verfügung. Die höchsten Quoten pro 1.000 EinwohnerInnen ergeben sich in Brüssel vor Wien und Hamburg.

Tab. 4: „Krankenhilfe“-Quoten (Anzahl der BezieherInnen von Krankenhilfe pro 1.000 EinwohnerInnen)

Brüssel 2009 (staatlich übernommene Krankenversicherung)	16
Hamburg Ende 2007 (Hilfe Gesundheit inkl. Anspruchsberechtigte über Krankenkassen)	4
Wien 2008 (Krankenhilfe)	7

Q: Brussels Institute for Statistics and Analysis 2009; MA 24-Wien; Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2008; eigene Berechnungen Europäisches Zentrum

Bezüglich der Zielgruppen der Sozialhilfeleistungen (Daten liegen nur für Wien, Hamburg, Brüssel und Lissabon vor) lässt sich in Wien eine stark zunehmende Zahl an KlientInnen beobachten, deren geringes Einkommen durch Sozialhilfe aufgestockt wird. Gründe sind der Anstieg bei atypischen Beschäftigungsformen und damit verbundene geringe Löhne bzw. geringe resultierende Leistungen im Falle von Arbeitslosigkeit. 2007 bezogen fast drei Viertel aller BezieherInnen eine Gelddaushilfe mit Richtsatzergänzung. In Brüssel war das Verhältnis im Jahr 2006 praktisch umgekehrt: hier war für rund drei Viertel der BezieherInnen das „Eingliederungseinkommen“ die einzige Einkommensquelle. Der Hauptgrund dafür ist die tiefe strukturelle Arbeitslosigkeit.¹⁸

Bei den Städten, für die Daten vorhanden sind (Wien allgemeine Sozialhilfe: 53%; Hamburg: laufende Hilfe zum Lebensunterhalt: 53%, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung: 55%; Brüssel: Eingliederungseinkommen: 57%) zeigt sich jeweils ein leichter Überhang von Frauen unter den BezieherInnen.

In Wien und in Brüssel ist insbesondere bei jungen Menschen (Übergang Schule/Arbeit) eine Zunahme bei den BezieherInnen auszumachen. In Wien war 2007 rund die Hälfte der

¹⁸ Hamburg ist aufgrund der Trennung der Leistungsarten nicht vergleichbar.

BezieherInnen unter 30 Jahre alt, in Brüssel 2006 rund ein Viertel unter 25 Jahren. Den mit Abstand höchsten Anteil an BezieherInnen im Pensionsalter weist Lissabon mit 34% über 60 Jahre auf, in Wien finden sich 11% über 60 Jahre, in Brüssel 12% über 65 Jahre.¹⁹

Rund drei Viertel der KlientInnen in Wien im Jahr 2007 wiesen die Staatbürgerschaft des Landes auf, in Brüssel 2006 („Eingliederungseinkommen“) 63%, in Hamburg 2007 (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) 79%. Umgekehrt war der Anteil der Drittstaatsangehörigen in Brüssel am höchsten (30%), gefolgt von Wien (inkl. Konventionsflüchtlinge 22%) und Hamburg (17%).

Was den Haushaltstyp betrifft so besteht die Hauptzielgruppe über die Städte hinweg aus Alleinunterstützten. Im Jahr 2007 gingen rund drei Viertel der Leistungen in Wien und Hamburg (laufende Hilfe zum Lebensunterhalt) an Einpersonenhaushalte. Geringer sind die Anteile in Brüssel (2006 Eingliederungseinkommen ca. 50%) und in Lissabon 2008 (Eingliederungseinkommen ca. 33%)

5.2.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Die Voraussetzungen für eine Anspruchsberechtigung sind in allen sechs untersuchten Städten sehr ähnlich. Hilfsbedürftigkeit liegt bei der Sozialhilfe als subsidiärer Leistung stets vor, wenn der notwendige Lebensbedarf bzw. Lebensunterhalt weder durch den Einsatz der eigenen Kräfte und Mittel (Einkommens- und Vermögensprüfung) oder durch familiäre Unterhaltsleistungen noch aufgrund eines sozialversicherungsrechtlichen oder sonstigen vorrangigen Leistungsanspruchs gesichert werden kann.

Eine weitere Voraussetzung ist der Wohnsitz bzw. der legale Aufenthalt in der Stadt. EU-StaatsbürgerInnen sind überall gleichgestellt (in Wien benötigen sie allerdings Kontakt zum Arbeitsmarkt oder 5 Jahre Aufenthalt in Österreich). Unterschiede gibt es in erster Linie hinsichtlich Drittstaatsangehöriger: in Wien benötigen sie „Daueraufenthalt EG“ (5 Jahre, über Arbeit, Wohnung und Krankenversicherung verfügt), in Hamburg verfestigten Aufenthalt. In Stockholm, Brüssel und Lissabon genügt es, über einen rechtmäßigen Aufenthalt bzw. Wohnsitz zu verfügen. In Prag können Drittstaatsangehörige ein Jahr nach einem ununterbrochenen rechtmäßigen Aufenthalte um Sozialhilfe ansuchen.

Eine weitere Voraussetzung bei Arbeitsfähigkeit im Erwerbsalter ist Arbeitswilligkeit (ansonsten Erwerbsunfähigkeit oder Erreichen des Pensionsalters).

¹⁹ Hamburg ist aufgrund der Trennung der Leistungsarten nicht vergleichbar.

Bei den Städten, für die Informationen vorliegen (Wien, Hamburg, Lissabon) gibt es gewisse Freigrenzen bei der Einkommensanrechnung: in Wien kann im Rahmen der Arbeitsintegration bei Beschäftigungsprojekten ein Arbeitsanreiz in Form einer befristeten anrechnungsfreien Dazuverdienst-Möglichkeit bis zur Geringfügigkeitsgrenze gewährt werden. In Hamburg gibt es bestimmte Freibetrags-Regelungen im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende. In Lissabon wird für die Berechnung des Nettohaushaltseinkommens nur 80% des Nettolohns berücksichtigt. In Wien gibt es darüber hinaus bei Vermögen eine Behalte-Möglichkeit von sechs Monaten.

In Wien, Hamburg und Stockholm gibt es eine Unterhaltpflicht nur für PartnerInnen bzw. LebensgefährtInnen und minderjährige Kinder bzw. in Hamburg und Stockholm so lange, als sie noch die Schule besuchen bzw. ihre Erstausbildung beenden. In Prag und Lissabon berücksichtigt die Prüfung für bedarfsorientierte Leistungen das Einkommen aller Haushaltsmitglieder.

In Wien ist die Sozialhilfe als Darlehen konzipiert. Ein Regress wird aber im Falle von späterer Erwerbstätigkeit aus verwaltungstechnischen Gründen nur im Ausnahmefall praktiziert und fällt mit der Einführung der Mindestsicherung im September 2010. In Hamburg gibt es keine Rückzahlungspflicht.

Sowohl in Wien als auch in Hamburg wurden objektive Hürden im Sinne von mehr Offenheit und besserem Zugang (Ablauf, Antragstellung) beseitigt. Auch subjektive Hürden wurden nach Möglichkeit eliminiert, indem versucht wurde, die Sozialhilfestellen und das Ambiente diskriminierungsfrei zu gestalten. Generell sind subjektive Hürden in den Großstädten durch die besser gewährleistete Anonymität geringer.

5.2.6 Finanzierung und Kosten

Die Finanzierung der offenen Sozialhilfe erfolgt in allen sechs untersuchten Städten in erster Linie aus Steuern (kommunale Steuern und Transfers des Staates). Dazu kommen zum Teil noch Einnahmen aus Regress und Rückzahlungen (Wien, Hamburg) sowie aus Gebühren für Dienstleistungen (Stockholm).

Umgelegt auf ein einheitliches Preisniveau des Endverbrauchs der privaten Haushalte (EU-27=100) befinden sich die Ausgaben in Wien mit 132 EUR pro EinwohnerIn im oberen Mittelfeld. Höher sind die Ausgaben in Brüssel (177) und in Lissabon (145). Die mit Abstand

geringsten Ausgaben finden sich in Prag, was aber wesentlich auch durch die Erfassung der Leistungsarten bedingt sein dürfte.²⁰

Tab. 5: Ausgaben für offene Sozialhilfe pro EinwohnerIn in EUR*

Brüssel 2008	177
Hamburg 2007 (netto: HLU, Grundsicherung Alter und Erwerbsminderung, Hilfen Gesundheit, Hilfe zur Überwindung bes. sozialer Schwierigkeiten und in anderen Lebenslagen)	126
Lissabon 2007 (Eingliederungseinkommen, Alterssolidaritätszuschuss)	145
Prag 2008 (Sozialhilfe, Mietbeihilfe)	13
Stockholm 2007 (ohne Wohnbeihilfe)	109
Wien 2007 (netto: Dauerleistungen und Mietbeihilfen, Geldaushilfen, Hilfe in besonderen Lebenslagen, Krankenhilfe)	132

*umgerechnet auf Basis Eurostat: vergleichende Preisniveaus des Endverbrauchs der privaten Haushalte (EU-27=100) in Euro

Q: Brussels Institute for Statistics and Analysis 2009; Czech Statistical Office 2010; Destatis 2009; ISS: Conta da Segurança Social 2009; Pratscher 2009; USK 2009; eigene Berechnungen Europäisches Zentrum

Allgemein sind die Ausgaben für offene Sozialhilfe aufgrund steigender BezieherInnenzahlen in den letzten Jahren im Steigen begriffen.

5.3 Geschlossene Sozialhilfe (im Wesentlichen Pflege, soziale Dienste)

5.3.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Die größte Autonomie bei der Bereitstellung von Pflege und sozialen Diensten besteht unter den sechs untersuchten Städten in Wien, Hamburg und Brüssel. Entsprechende Sozialhilfediene fallen zu 100% in die Kompetenz dieser Städte. So kann beispielsweise das Angebot an sozialen Diensten autonom verändert oder ergänzt werden. Nicht in die (alleinige) Verantwortung auf dem Gebiet der Pflege und der sozialen Diensten fallen in Wien das Landespflegegeld, die 24-Stunden-Betreuung und die Medizinische Hauskrankenpflege sowie in Hamburg die von der Pflegeversicherung abgedeckten Pflegeleistungen.

Ein relativ hoher Grad an Autonomie besteht auch in Stockholm und Prag. Hier werden die Pflege und die sozialen Dienste auf nationaler Ebene geregelt, die Gesetzgebung erlaubt den Gemeinden bzw. Regionen aber relativ große Freiheiten in Planung, Organisation und Bereitstellung der Leistungen (in Prag handelt es sich um delegierte Befugnisse des Staates). Es werden auch Sozialdienste aus dem eigenen Budget finanziert.

²⁰ Der Vergleich der Ausgaben für offene Sozialhilfe ist mit Vorsicht zu interpretieren, da die sich die Angaben zum Teil auf unterschiedliche Leistungsumfänge beziehen (z.B. Stockholm ohne Wohnbeihilfe, Hamburg ohne Grundsicherung für Arbeitsuchende).

Die geringsten Kompetenzen weist im Städtevergleich Lissabon auf. Das Ministerium für Arbeit und soziale Solidarität ist die hauptverantwortliche Behörde für die Finanzierung und Regulierung und verwaltet auch direkt Pflege- und soziale Dienste in Lissabon. Die Stadt Lissabon kann zwar Bauvorhaben durchführen oder finanzielle oder sonstige Unterstützung an Leistungsanbieter gewähren, spielt aber eine eher untergeordnete Rolle.

5.3.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Die Funktionen der geschlossenen Sozialhilfe umfassen relativ einheitlich Sach- oder Dienstleistungen für den Fall der Pflege- bzw. Betreuungsbedürftigkeit. Der stationäre Bereich umfasst Pflegeheime bzw. -plätze und Wohnplätze; im Bereich der Kurzzeitpflege dürften nach Angabe der befragten ExpertInnen insbesondere Hamburg und Stockholm spezialisiert sein. Zum teilstationären Bereich zählen Tagespflege, Nachtpflege, Tageszentren und PensionistInnen-Clubs. Im mobil/ambulanten Bereich werden Beratungsdienste, Heimhilfe, Essen auf Rädern, Besuchsdienste, Transportdienste, Reinigungsdienste, Wäschedienste, technische Hilfen sowie Hauskrankenpflege²¹, etc. angeboten.

Zusätzlich werden bestimmte Geldleistungen, in der Regel eine Art Pflegegeld gewährt: in Hamburg, Stockholm und Prag wird dies ausschließlich von der nationalen Ebene bzw. der Sozialversicherung zur Verfügung gestellt. In Hamburg kann jedoch seit kurzem von der Stadt ein persönliches Budget für Pflegeleistungen beantragt werden. In Wien gibt es korrespondierend zum Bundespflegegeld auch ein Landespflegegeld für davon nicht erfasste Personen. In Brüssel können der flämischen Gemeinschaft zugehörige Personen um einen monatlichen Zuschuss für nicht-medizinische altersbezogene Versorgung ansuchen. In Lissabon stellt die Stadt einige ergänzende Beihilfen zur Kompensation der erhöhten Pflegekosten bereit.

In jeder der sechs untersuchten Städte gibt es im Bereich Pflege und soziale Dienste sowohl öffentliche als auch private Anbieter bzw. Träger. Dies gilt sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich. In Wien, Hamburg, Stockholm und Brüssel sind die öffentlichen Einrichtungen primär der Stadt zugehörig, in Lissabon primär dem Zentralstaat bzw. seinen lokalen Einheiten. In Prag spielen sowohl städtische als auch nationalstaatliche Träger eine Rolle. In Wien, Prag und Lissabon sind die privaten Träger überwiegend aus dem Non-Profit-Bereich bzw. gemeinnützig, in Brüssel sind sie sowohl gewinn- als auch nicht gewinnorientiert. Während in Wien bei den Sozialen Diensten das

²¹ In Brüssel stehen für Hauskrankenpflege nur relativ beschränkte Mittel zur Verfügung.

Gros der Leistungen über NGOs bereitgestellt wird und im stationären Bereich von Töchterunternehmen der Stadt Wien, verhält es sich in Brüssel umgekehrt: hier findet der Hauptteil der stationären Pflege in Heimen des privaten Sektors statt, die Sozialdienste werden in erster Linie über die Öffentlichen Zentren für Soziale Wohlfahrt bereitgestellt. In jeder Stadt unterliegen die privaten Träger einem Anerkennungsverfahren und einer Qualitätskontrolle.

In Brüssel besteht mit einer Quote von 104 betreuten Personen pro 1.000 EinwohnerInnen über 65 Jahre vor Wien mit 90 die höchste Betreuungsquote im stationären Bereich. Wird in Wien jedoch das Wohnen ausgeklammert, so ist die Quote in Stockholm höher (74 vs. 53). Die niedrigsten Quoten ergeben sich für Prag (15), Hamburg (18) und Lissabon (24).

Bei den Personen, die ambulante Soziale Dienste wie Hauskrankenpflege, Heimhilfe etc. in Anspruch, nahmen, ergibt sich die höchste Quote in Stockholm (159) vor Wien (88). Am geringsten ist die Quote in Hamburg (18). Dies hat aber auch mit der Zielgruppe zu tun, da in Hamburg eher Fälle mit hoher Pflegebedürftigkeit auf die Sozialhilfe angewiesen sind.²²

Das Verhältnis zwischen stationären und ambulanten Leistungen wäre demnach in Wien, Hamburg und auch Lissabon relativ ausgeglichen, in Schweden bestünde ein deutlicher Überhang an ambulanten Leistungen, während in Brüssel die stationären Leistungen überwiegen (keine Daten für Prag).

²² Die Indikatoren sind mit Vorsicht zu interpretieren, da die Angaben zum Teil unterschiedliche Dienste erfassen, es Unterschiede bei vorgelagerten Leistungen gibt (z.B. Pflegeleistungen, die durch die Sozialversicherung oder ein Pflegegeld gedeckt sind) und auch die Datenzeiträume zum Teil unterschiedlich ausfallen (bestimmter Zeitpunkt vs. laufend betreute Personen während eines Jahres), etc.

Tab. 6: Pflege und soziale Dienste, stationäre und ambulante Betreuung: Anzahl EmpfängerInnen pro 1.000 EinwohnerInnen über 65 Jahre

	Stationär		Ambulant	
Brüssel 2008	Pflege Ältere öffentlich und privat	104	7 Dienste akkreditiert durch Franz. Gemeinschaftskommission	49
Hamburg Ende 2007	Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen	18	Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen	18
Lissabon 2007	Heime für Ältere, geschütztes Wohnen	24	Betreuung und Unterstützung zu Hause (hauptsächlich Heimhilfe, Baden, Ankleiden, Essen auf Rädern)	34
Prag 2008	Heime für Ältere	15		
Stockholm 2008	Wohnen in speziellen Einrichtungen	74	Hauskrankenpflege	159
Wien 2008	stationäre Pflege	53	Soziale Dienste: Hauskrankenpflege, Heimhilfe, etc.; ambulante, mobile, teilstationäre Versorgung	88
Wien 2008	stationäre Pflege und Wohnen	90		

S: Brussels Institute for Statistics and Analysis 2009; Czech Statistical Office 2010; Destatis 2009c; ISS 2008, Conta da Segurança Social; MA 24-Wien; USK 2009; eigene Berechnungen Europäisches Zentrum

In allen sechs untersuchten Städten sehen die Pflege- und Betreuungskonzepte den Vorrang von ambulanten vor stationären Leistungen vor. Mit einem umfassenden Angebot an sozialen mobilen und ambulanten Diensten, Hauskrankenpflege, teilstationären Angeboten, Übergangs- und Kurzzeitpflege, präventiven und rehabilitativen Angeboten, Tageszentren, besserer Ausstattung der Wohnungen sowie Beratung bei Hilfsmitteln und Angehörigen-Unterstützung soll stationäre Pflege verhindert bzw. hinausgeschoben werden. Eine spezielle institutionelle Unterbringung soll nicht in Betracht gezogen, bis sie tatsächlich nicht mehr vermeidbar ist.

Allerdings wäre in allen untersuchten Städten, unter Umständen mit der Ausnahme Stockholms, der Trend in Richtung häuslicher und ambulanter Pflege noch zu verstärken. In Hamburg hat der hohe Anteil an stationärer Betreuung jedoch auch mit der Zielgruppe zu tun, da auf die Sozialhilfe eher Fälle mit hoher Pflegebedürftigkeit angewiesen sind. In Lissabon bietet das (nationale) Ministerium für Arbeit und soziale Solidarität Zuschüsse für die Errichtung oder Erweiterung von häuslichen Betreuungsdiensten, die von der Gemeinde ergänzt werden können. Allerdings haben im Bereich der stationären Pflege das Gesundheitsministerium und das Ministerium für Arbeit und soziale Solidarität erst 2006 begonnen, ein Nationales Netzwerk für Langzeitpflege einzurichten. Bis vor kurzem wurde diese entweder in Krankenhäusern oder von beim Ministerium für Arbeit und soziale Solidarität registrierten Anbietern bereitgestellt. Auch in Prag gibt es unter älteren und behinderten Menschen noch immer eine höhere Nachfrage nach institutioneller Pflege, als aufgrund von Angebotsbeschränkungen zur Verfügung steht.

Statistisch ergibt sich die höchste Bettenzahl im stationären Bereich in Brüssel (101 pro 1.000 EinwohnerInnen über 65 Jahre) vor Wien (64). Rechnet man für Wien nur die stationäre Pflege (34) ist die Bettendichte in Hamburg (49) höher. Das Nationale Netzwerk für Langzeitpflege in Lissabon ist erst im Aufbau begriffen.²³

Tab. 7: Anzahl der Betten im Pflege- und Altenbetreuungssektor pro 1.000 EinwohnerInnen über 65 Jahre

Brüssel 2008 (öffentlicher und privater Sektor)	101
Hamburg 2007 (Pflegeheime)	49
Lissabon Kernel 2009 (Nationales Netzwerk für Langzeitpflege)*	1
Wien 2008 (stationäre Pflege)	34
Wien 2008 (stationäre Pflege und Wohnen)	64

* Erst im Aufbau begriffen (Start 2006)

Q: Brussels Institute for Statistics and Analysis 2009; MA 24-Wien; Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2008; UMCCI 2009; Portal da Saúde 2010; eigene Berechnungen Europäisches Zentrum

Grundsätzlich sind das Gesundheits- und das Pflegesystem in allen untersuchten Städten mit der Ausnahme von Hamburg (und zumindest bis vor kurzem) Lissabon rechtlich und organisatorisch voneinander getrennt. In Deutschland wurde durch die Einführung der Pflegeversicherung die Pflege in das Gesundheitssystem bzw. in den Bereich der Krankenkassen eingegliedert. Wenn die Pflegekassenleistungen (und andere Einkommen nicht ausreichen), kann Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe beantragt werden. In Lissabon wurde Langzeitpflege bis vor kurzem entweder in Krankenhäusern oder von beim Ministerium für Arbeit und soziale Solidarität registrierten Anbietern bereitgestellt. Erst im Jahr 2006 haben das Gesundheitsministerium und das Ministerium für Arbeit und soziale Solidarität begonnen, gemeinsam ein Nationales Netzwerk für Langzeitpflege einzurichten, das jedoch ebenfalls eine Tendenz in Richtung eines medizinischen Ansatzes hat.

Ein ähnliches gravierendes Schnittstellenproblem zwischen dem Gesundheits- und dem Pflegesektor ergibt sich bei grundsätzlicher Trennung der beiden Bereiche in Prag: wegen der geringen Kapazitäten von Pflegeheimen bzw. des Rückgangs an familiärer Pflege, verbleibt ein beträchtliche Anzahl älterer oder behinderter Menschen zur Pflege im Krankenhaus. Auch in Wien finden sich Fälle von pflegebedürftigen Personen in Spitälern, die auf einen Pflegeplatz warten; das Ausmaß ist aber relativ geringfügig.

In Wien, Stockholm und Brüssel wurde eine geringfügige Überschneidung der beiden Sektoren auch insofern von den befragten ExpertInnen angesprochen, als in öffentlichen

²³ Der Indikator ist aufgrund unterschiedlicher Erfassungsgrade, etc. mit Vorsicht zu interpretieren.

stationären Pflegeeinrichtungen auch medizinische Leistungen von den Trägern erbracht werden.

Im Prinzip gibt es in allen untersuchten Städten für den Übergang von Krankenhauspflege zu häuslicher bzw. stationärer Pflege ein Entlassungsmanagement. In der Regel gibt es dafür Überweisungen bzw. Vereinbarungen zwischen den Krankenhäusern, den Sozialhilfebehörden, ÄrztInnen, Pflegepersonal, SozialarbeiterInnen und ApothekerInnen. In Wien stellt das Entlassungsmanagement sogar ein eigenes Berufsbild dar. Allerdings ist das Entlassungsmanagement bei den öffentlichen Spitälern erst im Aufbau begriffen. Auch in Stockholm gibt es zum Teil Probleme bei der weiteren Betreuung und Behandlung von älteren Personen nach der Entlassung aus dem Spital. In Prag, wo die Gesundheits- und Sozialdienste nur wenig koordiniert werden, und in Lissabon, wo informelle Pflegepersonen (Familienangehörige) nach wie vor häufig diejenigen Personen sind, die für die Bewerkstelligung des Übergangs zwischen Krankenhaus und Langzeitpflege verantwortlich sind, dürften die Probleme am gravierendsten sein.

5.3.3 Zielsetzungen und Strategien

Eine generelle Herausforderung für die Zukunft besteht in der Zunahme der älteren Menschen mit chronischen Krankheiten und Multimorbidität, wobei das Problem eine unterschiedliche Dringlichkeit besitzt: während etwa in Wien der Schwerpunkt der Veränderungen erst die Jahre 2020 bis 2030 betrifft, ist Lissabon bereits heute – auch aufgrund des Wegzugs von jüngeren Personen in die Umgebung – von einer massiven Alterung der Bevölkerung betroffen. Im Ergebnis gibt es viele allein lebende ältere Menschen in Lissabon, die wenig soziale Kontakte haben und gleichzeitig einen schlechten Zugang zu Pflegediensten aufweisen. Als spezielle (künftige) Zielgruppen mit Handlungsbedarf wurden von Brüssel die Angehörigen von Drittstaaten genannt, die keiner der offiziellen Sprachen in Belgien mächtig sind. Auch in Wien gelten MigrantInnen als spezielle zukünftige Zielgruppe, darüber hinaus auch behinderte Personen und psychisch erkrankte Personen bzw. Personen mit Demenzerkrankungen.

Das Problem der alternden Bevölkerung wird zusätzlich durch die abnehmende Anzahl an informellen Betreuungspersonen (demographisch und durch die zunehmenden Erwerbsquoten von Frauen bedingt) verschärft. Entsprechend ist ein Rückgang bei der familiären Pflege für die Zukunft zu erwarten. Zum Teil, wie etwa in Lissabon, erhalten die Pflegepersonen auch wenig öffentliche Unterstützung (weder finanziell noch im Sinne einer Ersatzbetreuung). Dies erhöht wiederum das Problem, für die Zukunft ausreichend

(qualifiziertes) Personal für die Pflege sicherzustellen. In Hamburg besteht bereits heute zum Teil ein Mangel an Pflegekräften.

Darüber hinaus haben sich die Ansprüche an die Qualität der Pflege verändert. Die Pluralisierung von Lebensstilen erfordert vielfältigere und differenzierte Angebote an Wohn-, Pflege- und Betreuungsleistungen. Qualitätsprobleme in der Pflege wurden explizit von den Hamburger und Prager ExpertInnen angesprochen. Ganz allgemein stellt auch die Finanzierung der Pflege- und Betreuungsleistungen in Zukunft eine große Herausforderung dar.

Je nach Ausmaß der Problemlagen sehen die einzelnen Städte unterschiedliche Konzepte für die Zukunft vor. Das Pflegekonzept 2015 für Wien sieht neue Wege im Sinne eines höheren Stellenwerts auf Wohnen, einer Abkehr von Krankenhaus-ähnlichen Strukturen sowie von zielgruppenspezifischen Angeboten vor. Hamburg setzt auf den Aufbau von Alternativen zur gewerblichen und stationären Pflege, auf eine verstärkte Prophylaxe im Gesundheitsbereich (Vermeidung von Zivilisationskrankheiten) und auf Imagekampagnen für den Berufszweig. Auch Stockholm will eine entsprechende Vorsorge intensivieren und in erster Linie Dienstleistungen für die Betreuung zu Hause ausweiten. In Prag und Lissabon, wo die Probleme aufgrund von mangelnden Strukturen in der ambulanten und stationären Pflege qualitativ anders gelagert sind, besteht die Notwendigkeit, eine Strategie für soziale Dienste zu entwickeln, die u.a. eine bessere Koordination, eine höhere Effizienz und eine stärkere Verbreitung der Pflege und der sozialen Dienste umfasst.

5.3.4 Zielgruppen

Die Zielgruppe für Pflege und Soziale Dienste im Rahmen der Sozialhilfe besteht generell in älteren bzw. unterstützungs-, betreuungs- bzw. pflegebedürftigen Personen. Bei „neuen“ Zielgruppen wie Hochbetagten, behinderten Personen, MigrantInnen, psychisch Kranken, etc. gibt es derzeit noch in jeder Stadt relativ wenig Bewegung, es handelt sich eher um ein Thema für die Zukunft.

5.3.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Anspruch auf Leistungen aus der geschlossenen Sozialhilfe haben in allen sechs untersuchten Städten ältere oder behinderte betreuungsbedürftige Personen, deren Einkommen, Vermögen bzw. vorrangige Leistungen von Dritten (z.B. Pflegegeldleistungen) nicht ausreichen, um die Kosten der Pflege zu decken. Für soziale Dienste gibt es zumeist sozial gestaffelte Tarife.

Während in Wien grundsätzlich die österreichische Staatsbürgerschaft eine Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung darstellt – es gibt jedoch Kann-Leistungen für MigrantInnen –, genügt in Brüssel der Wohnsitz in der Stadt (für die anderen Städte stehen keine Informationen zur Verfügung).

Grundsätzlich ist in allen sechs untersuchten Städten bei Betreuungs- bzw. Pflegebedarf bzw. Veränderungen desselben bei den städtischen Behörden ein Antrag auf Unterstützung zu stellen. Case- bzw. Betreuungs-ManagerInnen erheben den individuellen Pflege- und Betreuungsbedarf. Auf Grundlage dieser Erhebungen ermitteln sie jene Pflege- und Betreuungsleistungen, die jeweils die geeignete Unterstützung darstellen.

Die gravierendsten Probleme in puncto Unterversorgung finden sich in Prag und in Lissabon. In Prag verbleiben wegen der geringen Kapazitäten von Pflegeheimen ältere oder behinderte Menschen sehr häufig zur Pflege im Krankenhaus. Auch die sozialen Dienste müssen noch wesentlich ausgeweitet, besser koordiniert und effizienter werden. In Lissabon ist trotz der jüngsten Bemühungen um eine Steigerung des noch sehr geringen Angebots der Zugang zu Dienstleistungen immer noch zum Teil problematisch oder von langen Wartezeiten begleitet, insbesondere für institutionelle Pflege.

Darüber hinaus werden die öffentlichen institutionellen Dienste in Lissabon zum Teil mit niedrigeren Qualitätsstandards in Verbindung gebracht, während kommerzielle Anbieter in der Regel sehr teuer sind. Qualitätsprobleme in der Pflege werden auch von den Hamburger ExpertInnen angesprochen, zusätzlich besteht bereits zum Teil ein Mangel an Pflegekräften. Finanzielle Probleme für die Betroffenen bestehen wiederum in Brüssel, wo die zu entrichtenden persönlichen Zuzahlungen im Falle von langer Betreuungs- bzw. Pflegebedürftigkeit in vielen Fällen nur schwer aufzubringen sind. So sind etwa die Kosten einer Hauskrankenpflege praktisch zur Gänze von der betreffenden Person oder den Angehörigen zu bezahlen.

In Wien und Stockholm gibt es kaum Probleme mit Unterversorgung oder dem Nicht-Erfüllen von Standards. In beiden Städten wäre jedoch das Zusammenspiel zwischen ambulanten und mobilen Diensten sowie dem stationären Bereich noch stärker zu forcieren.

5.3.6 Finanzierung und Kosten

In allen sechs untersuchten Städten werden die Pflege und die sozialen Dienste zu einem Großteil aus Steuern finanziert. Als weitere Finanzierungsquelle gibt es in jeder Stadt Eigenleistungen bzw. Zuzahlungen der KlientInnen. Ein Teil der Mittel wird gelegentlich auch von den Partnerorganisationen selbst, etwa über Spenden, aufgebracht.

Die Kosten für Pflege und soziale Dienste sind im Vergleich zum Bruttoregionalprodukt in allen sechs untersuchten Städten steigend. Die Hauptgründe sind die demographische Entwicklung, höhere Kosten für neue Angebote sowie qualitativ verbesserte Angebote.

Umgelegt auf ein einheitliches Preisniveau des Endverbrauchs der privaten Haushalte (EU-27=100), ergeben sich bei jenen Städten, für die vollständige Daten vorhanden sind, für den stationären und ambulanten Bereich zusammen die mit Abstand höchsten Ausgaben pro EinwohnerIn über 65 Jahre in Stockholm (5.066), gefolgt von Wien (mit Wohnen: 2.220, ohne Wohnen: 1.887). Die geringsten Ausgaben weist Prag (245) auf.²⁴

Innerhalb der Gesamtkosten liegt der Schwerpunkt naturgemäß auf dem stationären Bereich, am stärksten ausgeprägt ist dies in Wien (mit Wohnen: 75%, ohne Wohnen: 70%) gefolgt von Hamburg mit 59%. In Prag ist das Verhältnis, bedingt auch durch die geringe Kapazität an stationären Einrichtungen, hingegen fast ausgeglichen.

Tab. 8: Ausgaben für Pflege und Soziale Dienste pro EinwohnerIn über 65 Jahre*

	stationär		Ambulant	
Brüssel 2008			7 Dienste akkreditiert durch Franz. Gemeinschaftskommission	143
Hamburg 2007	Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen netto	247	Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen netto	170
Prag 2008	Heime für Ältere, Pflege in Krankenhäusern	124	kommunale Betreuungsdienste, Entlastungsdienste für Angehörige, persönliche Assistenz, soziale Betreuung, administrative Hilfen	121
Stockholm 2008	Pflege und Betreuung älterer Personen (stationär und ambulant)			5.066
Wien 2008	stationäre Pflege netto	1.326	soziale Dienste netto	561
Wien 2008	stationäre Pflege und Wohnen netto	1.659		

*umgerechnet auf Basis Eurostat: vergleichende Preisniveaus des Endverbrauchs der privaten Haushalte (EU-27=100) in Euro

Q: Brussels Institute for Statistics and Analysis 2009; Czech Statistical Office 2010; Destatis 2009c; MA-24 Wien; USK 2009; eigene Berechnungen Europäisches Zentrum

In Wien und Stockholm gibt es mittelfristige Finanzpläne. In Wien basieren die Finanzierungspläne auf den Bedarfsplänen (aktuell Wiener Geriatriekonzept bis 2015), in Stockholm existieren 3- bis 5-Jahres-Pläne und jährliche Budgets. In Hamburg bestehen Finanzpläne lediglich im Rahmen der (jährlichen) Haushaltplanung der Stadt. Auch in Prag erfolgt die Allokation der Mittel auf der Grundlage eines Plans für die Entwicklung der sozialen Dienste seitens der Stadt, der für jedes Kalenderjahr erstellt wird. Die relativ kurzfristige Finanzierung führt hier für die privaten Anbieter sozialer Dienste zu einem

²⁴ Der Indikator ist mit Vorsicht zu interpretieren, da die Angaben zum Teil unterschiedliche Dienste erfassen, es Unterschiede bei vorgelagerten Leistungen gibt (z.B. Pflegeleistungen, die durch die Sozialversicherung oder Pflegegeld gedeckt sind), etc.

ungewissen Umfeld, weil es für die jeweilige Organisation unsicher ist, über wie viel Geld sie im nächsten Jahr verfügen kann.

5.4 Behindertenhilfe

5.4.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Die größte Autonomie im Bereich der Behindertenhilfe weisen Wien, Hamburg und Brüssel auf, wo auch die grundsätzliche Zuständigkeit für die Behindertenhilfe im Bereich der Länder bzw. Regionen und Sprachgemeinschaften liegt. Für alle drei Städte gilt jedoch, dass gewisse Leistungen im Behindertenbereich, vor allem Geldleistungen, auch vom Bund bereitgestellt werden.

In Schweden wird die Betreuung für Personen mit Behinderungen durch staatliche Rahmengesetze geregelt, welche die lokalen Verwaltungen ermächtigen, die Dienstleistungen entsprechend ihrer eigenen Richtlinien zu implementieren. Somit weist die Stadt Stockholm ein relativ hohes Maß an Autonomie auf, sie kann über die Organisation der Behindertenhilfe relativ frei entscheiden.

Prag ist im Bereich der Behindertenhilfe bereits weniger autonom. Auch hier wird diese auf der nationalen Ebene geregelt. Die Anbieter sind die Ministerien und die Regionen, aber lediglich über delegierte Befugnisse des Staates. Die Stadt Prag ist für die Bereitstellung entsprechender Leistungen für ihre EinwohnerInnen zuständig.

Die geringste Autonomie besteht in Lissabon. Die Geldleistungen und ein großer Teil der sozialen Dienste werden vom (nationalen) Ministerium für Arbeit und soziale Solidarität finanziert und reguliert. In Lissabon ist die Misericordia von Lissabon (SCML), die dem Ministerium für Arbeit und Soziale Solidarität untersteht, auch der wichtigste Anbieter von Sozialdiensten für behinderte Menschen.

In Wien, Hamburg und Stockholm besteht ein Rechtsanspruch auf Leistungen der Behindertenhilfe. In Wien gilt dieser jedoch nicht für alle Leistungen, z.B. nicht für die Pflegegeldergänzungsleistung für persönliche Assistenz. Hingegen besteht in Hamburg seit 2008 auch ein Rechtsanspruch auf ein persönliches Budget. Für die anderen drei Städte stehen keine Informationen zu Verfügung.

5.4.2 Funktionale Gliederung und Organisation

In allen sechs untersuchten Städten soll die Behindertenhilfe behinderte Menschen zu einem weitgehend selbständigen Leben befähigen. Es werden in der Regel Unterstützungen in physischer, psychologischer, sozialer und administrativ-rechtlicher Hinsicht bereitgestellt. Das Leistungsspektrum umfasst sowohl Geld- als auch Sachleistungen. Zentrale Leistungen sind etwa Beratung und Assistenz, sozialpädagogische Unterstützung, Hilfe bei täglichen Aktivitäten, Unterstützungen für Hilfsmittel, Tageszentren, behindertengerechtes Wohnen und betreute Wohnmöglichkeiten, Transportdienste sowie Arbeit in behindertengerechten Werkstätten und berufliche Eingliederung.

In Wien, Hamburg, Stockholm und Brüssel gibt es seitens der Städte Geldleistungen im Sinne eines persönlichen Budgets, die es den behinderten Personen ermöglicht, benötigte Leistungen selbst zuzukaufen. In Prag gibt es (auch) für behinderte Personen lediglich ein staatliches Pflegegeld, das für den Zukauf von Leistungen verwendet werden kann. In Lissabon kann keine der Geldleistungen im Behindertenbereich als ein "persönliches Budget" oder Pflegegeld angesehen werden. Sie sind bloße staatliche Einkommensbeihilfen, die für gewöhnlich zur Ergänzung von anderen Sozialleistungen dienen.

Darüber hinaus handelt es sich in Wien bei den meisten Leistungen der Behindertenhilfe um eine Subjektförderung im weiteren Sinne: die/der KlientIn bekommt die Förderung, um in einer bestimmten Einrichtung betreut zu werden.

Für Wien, Hamburg, Prag und Lissabon stehen auch Informationen über die Verteilung der Leistungen im Rahmen der Behindertenhilfe zur Verfügung. Die quantitativ bedeutendsten Leistungen sind dabei jeweils Maßnahmen zur Beschäftigung bzw. beruflichen Eingliederung sowie spezielle Wohnungen, betreutes Wohnen bzw. Unterbringung in Heimen. Während in Wien und Lissabon im Jahr 2007 mehr als die Hälfte aller Leistungen die Beschäftigungstherapie bzw. das berufliche Unterstützungszentrum betrafen, lag der Schwerpunkt der Leistungen (mehr als 50%) in Hamburg und in Prag auf Hilfen zum selbstbestimmten Wohnen in betreuten Wohnmöglichkeiten bzw. auf speziellen Wohnungen bzw. Heimen für behinderte Personen.

Die Behindertenhilfe ist grundsätzlich ein Gebiet, auf dem die Zusammenarbeit der Städte mit privaten Organisationen (zumeist aus dem Non-Profit-Bereich) sehr weit gediehen ist. In der Regel gibt es mit diesen Organisationen konkrete Verträge, die Städte sind Fördergeber bzw. stellen Subventionen bereit. In Wien kommen in erster Linie nur noch Geldleistungen von der Stadt selbst, in Hamburg diagnostische Leistungen und Bildungsleistungen im Rahmen des Schulwesens.

5.4.3 Zielsetzungen und Strategien

In allen sechs untersuchten Städten haben die Angebote der Behindertenhilfe größtenteils das Ziel, Menschen mit Behinderungen zu einer möglichst selbstbestimmten, eigenständigen Lebensführung mit aktiver Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben zu verhelfen. Behinderungen sollen in die Gesellschaft als Ganzes integriert und nicht auf Gesundheitsversorgung und sozialen Dienste begrenzt werden. Zentrale Maßnahmen dabei sind persönliche Assistenz, teilbetreutes bzw. selbständiges Wohnen, Tagesstrukturmaßnahmen sowie Qualifizierungsmaßnahmen, Beschäftigungstherapie und berufliche Eingliederung.

Generell zählen Fragen des selbstbestimmten Lebens bzw. der Autonomie behinderter Menschen zu den aktuellen Themen. Die Instrumente, die es behinderten Menschen ermöglichen, in ihrem täglichen Leben eigenständiger und unabhängiger zu agieren, sind noch zu forcieren bzw. auszuweiten.

Darüber hinaus stellt in Wien und Brüssel die Zunahme der älteren behinderten Personen eine Herausforderung dar. In Brüssel geht es dabei insbesondere um mangelnde Strukturen zur Unterbringung von alternden behinderten Personen. Zentral ist in Wien auch die Frage der beruflichen Integration in Krisenzeiten. Auch in Hamburg sollen verstärkt integrative Maßnahmen für die Bereiche Arbeit und Schule (keine Sonderschulen) angeboten werden.

Weitere Herausforderungen in Hamburg und Brüssel bestehen in der Dezentralisierung und der sozialräumlichen Vernetzung von Leistungsangeboten. Eine besondere Herausforderung in Brüssel stellt zusätzlich das generell unzureichende Angebot an adaptierten Wohnmöglichkeiten dar.

In Prag steht allgemein auch noch eine generelle Strategiebestimmung für die Behindertenhilfe in Form eines Gemeinschaftsplans auf der Tagesordnung, der zu einer besseren Koordination und Effizienz der Dienste, zu mehr Qualitätskontrolle sowie zu einer verstärkten Förderung führen soll.

5.4.4 Zielgruppen

In allen sechs untersuchten Städten setzt sich die Zielgruppe der Behindertenhilfe aus Menschen mit verschiedensten Behinderungen (körperlich, geistig, seelisch, Mehrfachbehinderungen) zusammen.

Nach vorliegenden Daten gibt es mit 7,5 EmpfängerInnen bzw. Leistungen pro 1.000 EinwohnerInnen in Hamburg die größte Leistungsdichte. Stockholm (4,8), Wien (4,2) und Lissabon (3,3) bilden das Mittelfeld. Die geringste Zahl an EmpfängerInnen bzw. Leistungen verzeichnet Prag (0,8). Für Brüssel liegen keine Daten vor.²⁵

Tab. 9: Behindertenhilfe: Anzahl EmpfängerInnen bzw. Leistungen pro 1.000 EinwohnerInnen

Hamburg Ende 2007: betreute Wohnmöglichkeiten, Werkstätten, heilpädagogische Leistungen für Kinder, Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung	7,5
Lissabon 2007: Beschäftigungszentren, stationäre Betreuung, Betreuung zu Hause	3,3
Prag 2008: Heime für behinderte Personen, therapeutische Maßnahmen, sozialtherapeutisches Handwerk, soziale Rehabilitation	0,8
Stockholm 2008: Betreuung behinderter Personen	4,8
Wien 2007: Beschäftigungstherapie, betreutes Wohnen, Qualifizierung, Fahrtendienste, Beratung	4,2

Q: City GEP, Carta Social 2010; Czech Statistical Office 2010; Destatis 2009b; Stadt Wien 2009; USK 2009; eigene Berechnungen Europäisches Zentrum

Hinsichtlich einer Abgrenzung zu altersbedingter Behinderung ist in Hamburg und Stockholm das entscheidende Kriterium, ob tatsächlich eine Behinderung (im Gegensatz zu einer lediglich altersbedingten Beeinträchtigung) vorliegt. Ist dies der Fall, wird unabhängig vom Alter Behindertenhilfe gewährt.

Im Wien geht das Behindertengesetz von Erwerbstätigkeit aus. Entsprechend werden Leistungen für Personen im Pensionsalter auf freiwilliger Basis erbracht. In der Praxis gibt es vor allem Wohngemeinschaften mit pädagogischer und pflegerischer Betreuung, die die Hilfe – zeitlich gesehen – über weite Strecken abdecken können und damit einen Wechsel in andere Einrichtungen, z.B. ein Pflegeheim, lange hinauszögern können.

Für Brüssel wurde angegeben, dass die Öffentlichen Zentren für Soziale Wohlfahrt planen, in Zukunft spezielle Wohnungen bereitzustellen, die an die Bedürfnisse von älteren behinderten Personen angepasst sind.

5.4.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Ein Anspruch auf Leistungen der Behindertenhilfe besteht in allen sechs untersuchten Städten in der Regel dann, wenn ein bestimmter Grad der Behinderung festgestellt wurde, Personen in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, wesentlich eingeschränkt sind bzw. bei täglichen Verrichtungen wesentlich beeinträchtigt ist. Es muss ein Wohnsitz in der Stadt

²⁵ Der Indikator ist mit Vorsicht zu interpretieren, da die Angaben zum Teil ein- und dieselbe Person mehrfach zählen (bei Mehrfachleistungen), unterschiedliche Dienste erfassen, es Unterschiede bei vorgelagerten Leistungen gibt und auch die Datenzeiträume zum Teil unterschiedlich ausfallen (bestimmter Zeitpunkt vs. laufende betreute Personen während eines Jahres), etc.

bestehen. Die meisten Leistungen unterliegen darüber hinaus dem Subsidiaritätsprinzip. Hilfe wird nur dann gewährt, sofern diese nicht von einem vorrangig verpflichteten Leistungsträger erbracht wird. Für Wien und Hamburg ist darüber hinaus spezifiziert, dass bei der jeweiligen Leistung auch Aussicht darauf bestehen muss, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann.

Für den Zugang zu den Leistungen wird in allen sechs untersuchten Städten ein Begutachtungsverfahren eingeleitet, dass in der Regel im Beisein von ÄrztInnen und SozialarbeiterInnen bzw. weiteren ExpertInnen erfolgt. Die Einstufung erfolgt in der Regel über diagnostische Regeln, die auch berücksichtigen, welche Leistungen ein behinderter Mensch braucht, um ein erfülltes Leben zu führen. Auf Basis dieser Begutachtung wird erhoben, welche Unterstützung in der jeweiligen Lebenssituation benötigt wird, um möglichst selbstständig leben zu können bzw. eine möglichst weitgehende Integration in die Gesellschaft zu erzielen.

Eine substantiellere Unterversorgung lässt sich in den untersuchten Städten (keine Angaben für Lissabon) nur in Brüssel ausmachen: hier ist die Behindertenhilfe aufgrund einer mangelhaft koordinierten Politik und schlecht abgegrenzten Zuständigkeiten zwischen den Sprachgemeinschaften und den Gemeinden nicht sehr entwickelt. Die Öffentlichen Zentren für Soziale Wohlfahrt haben auch nur geringe budgetäre Mittel, um sich diesem Versorgungsbereich zu widmen.

Ansonsten wurden nur punktuelle Probleme angesprochen: in Wien gibt es in manchen Fällen zu wenig freie Kapazitäten und es kommt zu Wartezeiten oder dazu, dass die exakt gewünschte Leistung nicht zur Verfügung steht. Auch in Hamburg gibt es lediglich partielle Probleme, die individuell passenden Maßnahmen zu finden. So gestaltet sich etwa die Beschäftigung von psychisch kranken Menschen schwierig, da der Arbeitsmarkt nicht aufnahmefähig ist. In Prag besteht ein Bedarf nach einer Ausweitung des Angebots an für behinderte Menschen adaptierte Gemeindemietwohnungen.

5.4.6 Finanzierung und Kosten

In allen sechs untersuchten Städten wird die Behindertenhilfe im Wesentlichen aus Steuermitteln (eigene Budgets der Städte, Regionen bzw. in Brüssel auch der Sprachgemeinschaften sowie staatliche Transfers) finanziert. Für manche Leistungen gibt es in der Regel einkommensabhängige Kostenbeiträge der Betroffenen. Die Aktivitäten von registrierten Anbietern von Sozialdiensten werden zum Teil auch über Sponsoring oder

Spenden finanziert. In Prag gibt es darüber hinaus auch Zuschüsse aus dem Europäischen Sozialfonds.

Umgelegt auf ein einheitliches Preisniveau des Endverbrauchs der privaten Haushalte (EU-27=100) ergeben sich die mit Abstand höchsten Ausgaben pro EinwohnerIn für Stockholm (358), gefolgt von Hamburg (155) und Wien (100). Die geringsten Ausgaben weist Prag auf (15).²⁶

Tab. 10: Ausgaben für Behindertenhilfe pro EinwohnerIn*

Hamburg 2007: Eingliederungshilfe für Behinderte netto	155
Prag 2008: Behindertenheime, Unterstützung selbstbestimmtes Leben, Unterstützung für behinderte Kinder	15
Stockholm 2008: Betreuung und Pflege von behinderten Personen	358
Wien 2007: soziale Leistungen für behinderte Personen	100

*umgerechnet auf Basis Eurostat: vergleichende Preisniveaus des Endverbrauchs der privaten Haushalte (EU-27=100) in Euro

Q: Czech Statistical Office 2010; Destatis 2009b; Stadt Wien 2009; USK 2009; eigene Berechnungen
Europäisches Zentrum

Bezüglich mittel- oder längerfristiger Finanzpläne bzw. Finanzierungsabkommen mit den Partnerorganisationen stehen nur Angaben für Wien und Prag zur Verfügung. In beiden Städten gibt es keine längerfristigen Finanzpläne; es wird mit Jahresbudgets gearbeitet und mit den Partnerorganisationen jährlich neu verhandelt. Es besteht allerdings in beiden Städten der Wunsch nach Mehrjahresplänen seitens der privaten Anbieter, da Leistungen nicht von einem Tag auf den anderen eingestellt bzw. angepasst werden können.

5.5 Wohnungslosenhilfe

5.5.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

In Österreich haben die Länder die Verantwortung für die Wohnungslosenhilfe. Sie ist in Wien durch das Sozialhilfegesetz geregelt. Die Bereitstellung der Hilfen erfolgt durch den Fonds Soziales Wien. Die Hilfe für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten, die sich auch an wohnungslose Personen richtet, wird in Deutschland zwar durch Bundesgesetz geregelt, die konkrete Ausgestaltung liegt jedoch bei der Stadt Hamburg. Auch in Belgien ist für die gesetzliche Regelung der Wohnungslosenhilfe die nationale Ebene zuständig, die Gemeinden haben aber ebenfalls die Befugnis, das Angebot an sozialen Diensten zu

²⁶ Der Indikator ist mit Vorsicht zu interpretieren, da die Angaben zum Teil unterschiedliche Dienste erfassen, es Unterschiede bei vorgelagerten Leistungen gibt, etc.

verändern oder zu ergänzen. In den Brüsseler Gemeinden sind dafür, wie in den anderen belgischen Gemeinden, die öffentlichen Zentren für Soziale Wohlfahrt zuständig.

Bundesgesetze bilden auch in Stockholm und in Prag die Grundlage für die Wohnungslosenhilfe, die konkrete Ausgestaltung der Hilfen liegt wiederum bei den Städten. Die Stadt Lissabon, wo ebenfalls nationale Gesetze die Wohnungslosenhilfe regeln, hat nur beschränkte Aufgaben in puncto Förderung und Bereitstellung, obwohl die Stadt hier im Vergleich zu anderen sozialpolitischen Bereichen eine größere Rolle spielt.

Insgesamt verfügt Wien durch die Regelungskompetenzen im Rahmen des Wiener Sozialhilfegesetzes über eine im Vergleich zu den anderen Städten große Autonomie im Bereich der Wohnungslosenhilfe.

5.5.2 Funktionale Gliederung und Organisation

In allen untersuchten Städten finden sich städtische Einrichtungen, welche Personen, die von Wohnungsverlust bedroht sind, beraten und unterstützen. Die Delogierungsprävention in Prag ist an das Wiener Modell angelehnt. Generell werden auch niederschwellige Hilfen für wohnungslose bzw. obdachlose Personen angeboten. Dazu gehören Essens- und Kleiderausgaben, eine aufsuchende Sozialarbeit und medizinische Betreuung (Wien, Hamburg, Prag) bzw. die Vermittlung zu Gesundheitsdiensten durch StraßensozialarbeiterInnen.

Unterkünfte für Wohnungslose gibt es in allen untersuchten Städten in der Form von Notschlafstellen bzw. Nachtquartieren und mit der Ausnahme von Lissabon in Form von Übergangswohnhäusern. In Wien gibt es mehrere Einrichtungen, in denen sich betroffene Personen auch tagsüber aufhalten können, ebenso in Hamburg und in Stockholm. In Lissabon existieren nur wenige diesbezügliche Angebote.

Bei der Bereitstellung von Wohnungslosenhilfe arbeiten die Stadtverwaltungen in der Regel mit privaten Einrichtungen (Non-Profit-Organisationen) zusammen. In der Regel sind unterschiedliche soziale Dienste (medizinische Dienste, Drogenhilfe, Schuldnerberatung etc.) eng mit der Wohnungslosenhilfe verflochten.

In Wien, Hamburg und Stockholm wird explizit ein Schwerpunkt auf das Fallmanagement gelegt. In Hamburg werden „Gesamtpläne zur sozialen Eingliederung“ erstellt, in Stockholm koordinieren die sozialen Dienste das Zusammenspiel der einzelnen Hilfesegmente.

5.5.3 Zielsetzungen und Strategien

In Wien funktioniert die Grundversorgung effektiv, ein Bedarf an einem Ausbau besteht lediglich bei der Betreuung während des Tages und bei der psychosozialen Versorgung als Reaktion auf die Zunahme psychischer Probleme bei wohnungslosen und obdachlosen Personen. Von ExpertInnenseite wurde darauf hingewiesen, dass eine bessere Organisation der Übermittlung von Informationen über Delogierungsverfahren an die Stadt Wien wünschenswert wäre, um noch effektiver auf akute Notlagen reagieren zu können.

Mit der Ausnahme von Stockholm besteht auch in den anderen untersuchten Städten in einigen Teilbereichen ein Verbesserungsbedarf, wie etwa in Hamburg die Bereitstellung von mehr Einzelzimmern in den Einrichtungen und in Prag die Erweiterung der Straßensozialarbeit. In Lissabon ist ein grundlegender Ausbau des Angebots erforderlich, da es an elementaren Diensten wie Notschlafplätzen mangelt, auch die psychosoziale Versorgung ist verbesserungsbedürftig. Im Sinne von Schnittstellenproblemen ist auch das Entlassungsmanagement aus dem Krankenhaus bei wohnungs- und obdachlosen Personen verbesserungsbedürftig. In Brüssel konzentriert sich die Wohnungslosenhilfe stark auf Notfall-Management, angesichts der zu erwartenden Zunahme an wohnungslosen Personen wäre jedoch eine längerfristige und nachhaltige Lösung einzufordern.

In Wien werden umfangreiche Daten über wohnungslose und obdachlose Personen zentral erfasst, ebenso in Hamburg. Auch in Lissabon gibt es eine Datenbank über betroffene Personen, in Prag ein zentrales Register sozial bedürftiger Personen. Die Anzahl der wohnungslosen bzw. obdachlosen Personen wird in allen Städten erhoben, entweder in Form von Studien (Brüssel, auch Wien), regelmäßigen Erhebungen (Stockholm – alle zwei Jahre) oder unregelmäßigen Erhebungen (Lissabon; Prag: bisher nur einmal im Jahr 2004).

Das übergeordnete Ziel der Wohnungslosenhilfe in allen Städten ist es, betroffen Personen wieder in die Gesellschaft zu integrieren. Die Befähigung zum eigenständigen Wohnen steht dabei im Vordergrund und wird durch weitere Maßnahmen, wie z.B. der gesundheitlichen Versorgung oder der Arbeitsintegration, ergänzt.

Eine generelle Herausforderung für die Zukunft stellt der angespannte Wohnungsmarkt dar, der auch in Wien zu beobachten ist; stärker noch in Brüssel, wo nur ein äußerst knappes Angebot an Sozialwohnungen besteht und Mieten am privaten Wohnungsmarkt sehr hoch sind. Auch in Lissabon ist der Zugang zu Sozialwohnungen und „leistbaren“ Mietwohnungen eingeschränkt. Es wäre denkbar, dass diese Situation zu einer Verschärfung der Wohnungslosenproblematik in Zukunft führen könnte.

5.5.4 Zielgruppen

Statistischen Daten zufolge gibt es in Lissabon pro 1.000 EinwohnerInnen die höchste Quote an wohnungslosen Personen (5,7). Die geringste Zahl weist Prag aus (0,7), während Wien mit einer Quote von 2,7 im oberen Mittelfeld der untersuchten Städte liegt.²⁷

Tab. 11: Wohnungslosenhilfe: Anzahl betreute Personen pro 1.000 EinwohnerInnen

Brüssel 2008 (Nachtasyle, Notunterkünfte, Übergangswohnen, betreutes Wohnen)	2,1
Hamburg 2007 (öffentliche Unterbringung: Wohnunterkünfte, Übernachtungsstätten, Wohnprojekte, stationäre Einrichtungen)	1,6
Lissabon 2007 (alle kontaktierten wohnungslosen Personen)	5,7
Prag 2008 (Notschlafstellen, Übernachtungsstätten, Heime, betreutes Wohnen)	0,7
Wien 2007 (Übergangswohnhäuser, betreutes Wohnen)	2,7

Q: Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (Hamburg); Brussels Institute for Statistics and Analysis 2009; Czech Statistical Office 2010; Rede Social 2009; Stadt Wien 2009

Generell ist die überwiegende Mehrzahl der wohnungslosen Personen männlich. Dies ist u.a. auch darauf zurückzuführen, dass Frauen häufiger „verdeckt wohnungslos“ sind, d.h. bei Freunden oder kurzfristigen Partnern eine Unterkunft finden. In Wien und Brüssel gibt es mit einem Anteil von mehr als einem Viertel die meisten Frauen unter den wohnungslosen Personen.

Tab. 12: Geschlecht der wohnungslosen Personen in %

Stadt	Männer	Frauen
Brüssel 2008 (Wohnungslose in Einrichtungen)	74	26
Hamburg 2007 (Wohnungslose in Einrichtungen)	83	17
Lissabon 2007 (kontakteierte Wohnungslose)	86	14
Wien 2007 (Wohnungslose in Wohnbetreuung)	71	29

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (Hamburg); Brussels Institute for Statistics and Analysis 2009; Rede Social 2009; Schoibl et al. 2009

Betroffen sind in der Regel alleinstehende Personen, so waren etwa in Hamburg von den in Wohnunterkünften lebenden Personen im Jahr 2006 rund drei Viertel Singles. In Wien und Prag ist den ExpertInnen zufolge ein Anstieg jüngerer wohnungs- bzw. obdachloser Personen (bis zum Alter von 25 Jahren) zu verzeichnen. Nach statistischen Daten waren in Wien im Jahr 2009 12% der Betroffenen minderjährig, in Brüssel im Jahr 2008 20% unter 18 Jahren (Brussels Institute for Statistics and Analysis 2009; Schoibl et al. 2009).

In Wien, Hamburg und Stockholm existieren spezialisierte Angebote für bestimmte Zielgruppen wie z.B. Männer bzw. Frauen, Personen mit psychosozialen Problemen, junge

²⁷ Der Indikator ist nur mit Vorsicht zu interpretieren, da die Erhebungsmethoden nicht einheitlich sind und daher zum Teil bestimmte Gruppen nicht erfasst wurden.

bzw. ältere Menschen, Familien. In Lissabon und Prag sind diese Angebote noch massiv ausbaubedürftig (über Brüssel liegen keine Informationen vor).

5.5.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

In Wien können Leistungen der Wohnungslosenhilfe von österreichischen StaatsbürgerInnen sowie diesen gleichgestellten Personen in Anspruch genommen werden, darüber hinaus von Drittstaatsangehörigen mit Daueraufenthalt EG (fünf Jahre und dramatische Notlage). In Hamburg haben nur EU-BürgerInnen Zugang zu Unterstützungen, während in Brüssel alle betroffenen Personen mit der Ausnahme von illegal aufhältigen Personen versorgt werden. In Stockholm und Lissabon gibt es in dieser Hinsicht keinerlei Beschränkungen des Zugangs.

Generell sind die Angebote entsprechend niederschwellig gestaltet. Als Hürde in Prag und Lissabon ist jedoch anzuführen, dass einige Einrichtungen geringe Gebühren für eine Übernachtung verlangen. Für obdachlose Personen kann es auch einen Hinderungsgrund darstellen, eine Unterbringung nur dann in Anspruch nehmen zu können, wenn sie nüchtern sind. Stockholm hat darauf mit speziellen Unterbringungsmöglichkeiten mit „hohen Toleranzschwellen“ reagiert.

5.5.6 Finanzierung und Kosten

In Wien wird der für die Wohnungslosenhilfe zuständige Fonds Soziales Wien aus Steuermitteln finanziert. Zusätzliche Mittel für die Unterstützungsangebote stammen aus Spenden, die Partnereinrichtungen lukrieren. Ähnlich stellt sich die Situation auch in den anderen Städten dar, die Finanzierung setzt sich hier ebenfalls im Wesentlichen aus Steuern und Spendenmitteln der Partnerorganisationen zusammen. In Lissabon werden auch Mittel des Europäischen Sozialfonds für die Wohnungslosenhilfe verwendet.

Nach vorliegenden Daten (Wien, Brüssel, Hamburg, Prag) fallen umgelegt auf ein einheitliches Preisniveau des Endverbrauchs der privaten Haushalte (EU-27=100) die jährlichen Ausgaben pro EinwohnerIn für Wohnungslosenhilfe in Wien und Hamburg mit 19 Euro in etwa gleich hoch aus. In Brüssel sind es hingegen nur knapp 6 und in Prag nur knapp 3 Euro.²⁸

²⁸ Der Indikator ist mit Vorsicht zu interpretieren, da die erfassten Leistungen in den einzelnen Städten zum Teil unterschiedlich sind.

Tab. 13: Ausgaben für Wohnungslosenhilfe pro EinwohnerIn*

Brüssel 2008 (Subventionen öffentliche und private Nachtasyle, Notschlafstellen, Straßensozialarbeit, betreutes Wohnen, Tageszentren, medizinische Versorgung)	5,7
Hamburg 2009 (öffentliche Unterbringung, Beratung, Tagesaufenthaltsstätten, Krankenbehandlung, Winternotprogramm; exkl. Beihilfen und Darlehen zur Wohnungssicherung)	19,4
Prag 2008 (Tageszentren, Nachtasyle, Obdachlosenheime)	2,9
Wien 2008 (Wohnheime, Wohnprojekte, sozial betreutes Wohnen, Beratung)	18,6

*umgerechnet auf Basis Eurostat: vergleichende Preisniveaus des Endverbrauchs der privaten Haushalte (EU-27=100) in Euro

Q: Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (Hamburg); Brussels Institute for Statistics and Analysis 2009; Czech Statistical Office 2010; MA 24-Wien

5.6 Psychosoziale Versorgung

5.6.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Der Bereich der Psychiatrie im engeren Sinne fällt in allen Ländern in den Bereich der Gesundheitsversorgung, ebenso wie die stationäre Alkohol- und Drogenbehandlung (vgl. dazu weiter unten „Gesundheitssysteme“). Über die ambulanten Angebote der Krankenhäuser hinaus gibt es in allen untersuchten Städten psychosoziale Dienste und Beratungsstellen bzw. Hilfen für Suchtkranke. Grundsätzlich besteht auf dem Gebiet in allen untersuchten Städten mit der Ausnahme von Lissabon (hier wird die psychosoziale Versorgung hauptsächlich in „Gesundheitszentren“ im Rahmen der regionalen Gesundheitsverwaltung angeboten, für die Drogenhilfe ist mit seiner lokalen Einheit das nationale Institut für Drogen- und Suchtstoffabhängigkeit zuständig) eine weitreichende Autonomie bei der Organisation und Bereitstellung der entsprechenden Dienste.

In Wien, Hamburg, Brüssel und Prag sind für die psychosoziale Versorgung und die Drogenhilfe städtische Institutionen zuständig. In Wien handelt es sich um den Psychosozialen Dienst sowie die Sucht- und Drogenkoordination, in Hamburg um die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, in Prag um die Abteilung für Soziales. In Brüssel stellen die Gemeinden der Stadt über die öffentlichen Zentren für Soziale Wohlfahrt psychosoziale Versorgung und Hilfe für Drogen- und AlkoholkonsumentInnen zur Verfügung. Die Stadt Stockholm ist wiederum aufgrund nationaler Gesetze verpflichtet, psychosoziale Versorgung zur Verfügung zu stellen, ist aber in deren Gestaltung frei, und gleichzeitig für Hilfen für Suchtkranke verantwortlich.

5.6.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Die psychosoziale Versorgung außerhalb der Psychiatrie umfasst vielschichtige Unterstützungsformen wie Behandlung, Beratung, Betreuung, ambulante Dienste sowie die Wohnversorgung und die berufliche Rehabilitation bzw. Arbeitsintegration von Menschen mit psychischen Problemen. In der Drogenhilfe, die in der Regel getrennt von der restlichen psychosozialen Versorgung organisiert ist, dennoch aber Berührungspunkte und Überschneidungen aufweist, werden neben der medizinischen Versorgung (Substitutionsbehandlung) niederschwellige Hilfen und Aktivitäten im Bereich der Sozialarbeit angeboten.

In Wien werden ambulante Leistungen für psychisch kranke Personen in den Spitälern mit psychiatrischen Abteilungen sowie in den sozialpsychiatrischen Ambulatorien und in den psychosozialen Tageszentren des Psychosozialen Dienstes bereitgestellt. Auch in Hamburg stehen Ambulanzen in Spitälern sowie psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen und andere Einrichtungen der Stadt zur Verfügung. In beiden Städten wird die gemeindenahe psychosoziale Versorgung von privaten Organisationen ergänzt. Auch in Brüssel und Prag werden Einrichtungen der psychosozialen Versorgung teils von der Stadt und teils von NGOs betrieben, während in Stockholm die Versorgung stärker bei eigenen Einrichtungen der Stadt liegt. In Lissabon wird ambulante Betreuung in „Gesundheitszentren“ der regionalen Gesundheitsversorgung angeboten.

Drogenabhängige Personen finden in allen untersuchten Städten Einrichtungen zur Behandlung und Beratung vor. Die städtischen Verwaltungen (Lissabon: lokale Einheiten der nationalen Ebene) arbeiten mit Vereinen bzw. NGOs zusammen, die stationäre und teilstationäre Behandlung sowie niederschwellige und ambulante Hilfen anbieten. Suchtkranke haben in allen Städten die Möglichkeit einer Substitutionsbehandlung mit Drogenersatzmitteln, auch ein Spritzenausch steht generell zur Verfügung. In Hamburg sind darüber hinaus „Gesundheitsräume“ eingerichtet, in denen der kontrollierte, auch intravenöse, Konsum von Drogen möglich ist.

5.6.3 Zielsetzungen und Strategien

In Wien steht im Bereich der Psychiatrie und der psychosozialen Versorgung eine weitere Dezentralisierung und Regionalisierung des Angebots sowie ein zusätzlich verbesserter Zugang im Vordergrund, außerdem eine weiter verbesserte Anpassung an Zielgruppen wie Jugendliche und ältere Menschen, z.B. im Bereich der Demenz. Auch in Hamburg und

Brüssel besteht ein Bedarf an einem weiteren Ausbau der gemeindenahen Versorgung. In Lissabon ist noch mit grundlegenderen Problemen zu kämpfen, wie geringe politische Priorität des Leistungsbereiches, schwieriger Zugang von und zu Betroffenen, zu geringe lokale Versorgung und schlechte Koordination verschiedener Dienste.

So wie in Wien wird auch in Hamburg und Stockholm die stationäre Versorgung psychisch kranker Personen zugunsten der außerstationären bzw. ambulanten und gemeindenahen Betreuung reduziert. In Wien gibt es im europäischen Vergleich relativ wenig psychiatrische Spitalsbetten. In Stockholm leben mehr als zwei Drittel der psychisch kranken Personen zu Hause. Erforderlich wäre hier hingegen die Verbesserung bzw. Modernisierung der Behandlung von alkoholabhängigen Personen.

5.6.4 Zielgruppen

Zielgruppenspezifische Angebote in der Psychiatrie (etwa Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie oder Angebote für bestimmte Krankheitsbilder, z.B. Borderline-Störung, Psychosen, etc.) sind in Wien und Hamburg weit ausgebaut. Auch in der ambulanten psychosozialen Versorgung existiert in beiden Städten ein breit gefächertes Angebot für verschiedene Zielgruppen, etwa Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen. Aus den ExpertInneninterviews für Wien, Prag und Stockholm ergibt sich, dass bei der psychosozialen Versorgung ein Fokus auf sozial schwächere Personen (MigrantInnen, wohnungslose Personen, etc.) gelegt wird.

In Wien, Brüssel, Hamburg und Stockholm existieren umfangreiche ambulante Hilfen für drogenabhängige Personen. In Stockholm gibt es darüber hinaus spezielle Heime für ältere KlientInnen. Aufgrund der besseren Behandlung haben diese heute eine höhere Lebenserwartung, werden aber durch den Drogengebrauch relativ frühzeitig pflegebedürftig.

Die verfügbaren Daten im Rahmen der psychosozialen Versorgung zur Anzahl der betreuten Personen pro 1.000 EinwohnerInnen in den einzelnen Städten sind nur sehr eingeschränkt miteinander in Beziehung zu setzen, da diese hinsichtlich der inkludierten Bereiche erheblich voneinander abweichen. Die nachfolgende Tabelle kann lediglich eine grobe Orientierung bieten, welche Größenordnung der psychosoziale Sektor in den Städten Brüssel, Hamburg, Lissabon und Wien einnimmt. Vorsichtig könnte interpretiert werden, dass die stationäre und ambulante Betreuung in Wien gut ausgebaut ist, aber noch mehr in den ambulanten Bereich verlagert werden könnte.

Tab. 14: Psychosoziale Versorgung: Anzahl betreute Personen pro 1.000 EinwohnerInnen

Brüssel 2000 (PatientInnen in psychiatrischen Spitätern)	6,4
Hamburg 2007 (stationär behandelte PatientInnen mit Verhaltens- und psychischen Störungen)	10,9
Lissabon Grande 2008 (ambulante Versorgung im öffentlichen Sektor)	2,6
Wien 2003 (Aufenthalte aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen in Wiens Krankenanstalten)	15,7
Wien 2007 Psychosozialer Dienst (Sozialpsychiatrische Ambulatoen, Übergangspflege beim Übergang vom stationären Bereich in die eigene Wohnung, Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium, Kinder und Jugendliche im tagesklinischen Setting, Gerontopsychiatrisches Zentrum, Psychosoziale Tageszentren und Tagesstätten, therapeutischen Wohneinrichtungen, Liaisdienst zu Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe)	4,7

Q: Brussels Institute for Statistics and Analysis 2009; IDT (Lissabon); PSD 2010; Stadt Wien 2006; Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2008

Etwas mehr Frauen (51,3%) als Männer waren 2003 aufgrund Verhaltens- und psychischer und Störungen stationär in Wiens Krankenanstalten aufgenommen. Geringfügig gedreht zeigt sich das Geschlechterverhältnis in Hamburg, wo 50,2% der aus einer stationären Behandlung entlassenen PatientInnen mit Verhaltens- und psychischen Störungen im Jahr 2007 männlich waren.

In Wien waren im Jahr 2007 etwa die Hälfte der in Sozialpsychiatrischen Ambulatoen behandelten Personen 30-49 Jahre alt, 38% waren älter, 14% bis zu 29 Jahre alt. Hamburg, für das ebenfalls eine Altersverteilung vorliegt, lässt sich damit kaum vergleichen, da sich die Verteilung auf den stationären Bereich bezieht und die Altersgrenzen unterschiedlich angesetzt sind: bei den aus der stationären Behandlung entlassenen Personen ist die Hälfte zwischen 15 und 45 Jahre alt, etwa 3% sind jünger als 15 Jahre. 31% sind zwischen 45 und 65 Jahren, 16% 65 Jahre oder älter (PSD 2010; Stadt Wien 2006; Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2008).

5.6.5 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

Für die psychiatrische Versorgung gelten in den untersuchten Städten die gleichen Zugangsvoraussetzungen wie zur Gesundheitsversorgung, i.e. in erster Linie Krankenversicherung. Auch für ambulante Leistungen in Krankenhäusern ist in der Regel eine Versicherung erforderlich. In Stockholm werden jedoch trotz dieser grundsätzlichen Voraussetzungen alle bedürftigen Personen, auch illegal aufhältige Personen, behandelt; auch in Wien können viele Leistungen auch ohne Krankenversicherung in Anspruch genommen werden.

Niederschwellige Angebote der psychosozialen Versorgung sind in Wien zahlreich ohne Beschränkung zugänglich, auch in Brüssel wird je nach der Verfügbarkeit von Ressourcen geholfen. Vergleichbar ist die diesbezügliche Situation auch in Hamburg und Stockholm, wo

die Leistungen mehr oder weniger allen bedürftigen Personen zur Verfügung stehen. In Prag ist hingegen eine EU-Staatsbürgerschaft oder eine langfristige Aufenthaltserlaubnis für den Zugang zu Leistungen erforderlich. Weiters kann hier als Hürde betrachtet werden, dass für einige Leistungen Kosten anfallen. In Lissabon ist der Zugang zu den Leistungen höherschwelliger und die Versorgung noch nicht umfassend ausgebaut.

In Wien, Hamburg, Brüssel und Stockholm ist auch der Zugang zu Hilfen für drogenabhängige Personen sehr niederschwellig gestaltet, und es bestehen kaum Hürden für KlientInnen.

5.6.6 Finanzierung und Kosten

Die Finanzierung der psychosozialen Versorgung und der Drogenhilfe erfolgt in allen untersuchten Städten in erster Linie über Steuern.

Die vorhandenen Daten zu den Ausgaben pro EinwohnerIn für psychosoziale Versorgung bzw. Drogenhilfe (umgelegt auf ein einheitliches Preisniveau des Endverbrauchs der privaten Haushalte [EU-27=100]) erlauben nur begrenzte Aussagen, da unterschiedliche Bereiche erfasst werden. Das Ausgabenniveau für psychosoziale Versorgung dürfte in Wien höher sein als in Hamburg und Prag; für Drogenhilfe höher als in Brüssel und Prag sowie auf etwa demselben Niveau wie in Hamburg liegen. Allerdings ist Wien hier deutlich hinter Stockholm, wo allerdings die Anzahl der KlientInnen der Drogenhilfe nicht bekannt ist.

Tab. 15: Ausgaben für Psychosoziale Versorgung bzw. Sucht- und Drogenhilfen pro EinwohnerIn

Brüssel 2007 (Suchthilfen)	4
Hamburg 2007 (psychosoziale Betreuung und Beratung)	1
Hamburg 2007 (Hilfen für Suchtkranke und -gefährdete im Bereich ambulanter Beratungs- und Versorgungsangebote)	9
Prag 2008 (Kontaktzentren für Drogenabhängige, Telefonhotline, Präventionsprogramme für Risikogruppen, ambulante Dienstleistungen für psychische Krankheiten oder Drogenabhängigkeit, therapeutische Gemeinschaften nach der Behandlung von psychischer Krankheit oder Drogenabhängigkeit, Krisenintervention, Sozialberatung)	4
Stockholm 2008 (Versorgung von Drogenkranken)	67
Wien 2008 (Psychosoziale Hilfen)	8
Wien 2008 (Sucht- und Drogenhilfen)	8

*umgerechnet auf Basis Eurostat: vergleichende Preisniveaus des Endverbrauchs der privaten Haushalte (EU-27=100) in Euro

Q: Brussels Institute for Statistics and Analysis 2009; Czech Statistical Office 2010; Freie und Hansestadt Hamburg o.J.; PSD 2010; Stadt Wien 2009; USK 2009; eigene Berechnungen Europäisches Zentrum

5.7 Gesundheitssysteme

5.7.1 Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Generell bilden nationale Gesetze eine Grundlage für die Gesundheitsversorgung. Dennoch haben in allen untersuchten Städten auch regionale bzw. städtische Verwaltungen gewisse Kompetenzen, die sich jedoch in ihrem Ausmaß unterscheiden. Am stärksten sind die regionalen Kompetenzen in Wien, Hamburg und Stockholm ausgeprägt.

In Österreich hat die Grundsatzgesetzgebung für das Gesundheitssystem der Bund inne, die Ausführungsgesetzgebung liegt bei den Ländern. Die Stadt Wien als Bundesland ist mit dem Wiener Gesundheitsfonds auch für die Organisation und Planung des intramuralen Sektors der Fondskrankenanstalten zuständig. Die Verantwortung für den extramuralen Sektor liegt beim Bund (Sozialversicherung). Auch im deutschen Gesundheitssystem, wo eine institutionelle Trennung zwischen dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, der Versorgung im ambulanten Sektor und der Krankenhausversorgung besteht, sind die Länderregierungen (und damit auch Hamburg als Stadtstaat und Bundesland) für die Krankenhausinfrastruktur verantwortlich. Wichtigste gesetzliche Grundlage im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung ist das (nationale) Sozialgesetzbuch, das die gesetzliche Krankenversicherung regelt. In Schweden ist die regionale Ebene (Kreisrat von Stockholm), die jedoch anders als in Wien und Hamburg über die Stadtgrenzen hinausgeht, für die Gesundheitsversorgung zuständig. Die Stadt Stockholm selbst hat nur die Verantwortung und Organisationshöheit für Altenpflege und Menschen mit länger dauernden psychischen Krankheiten.

Einen geringeren Einfluss weist die regionale Ebene in Brüssel, Prag und Lissabon auf. In Portugal ist die nationale Ebene für die Koordinierung der gesamten Gesundheitsfürsorge verantwortlich. Das öffentliche Gesundheitssystem wird von den Regionalen Gesundheitsverwaltungen (auf NUTS-II Ebene) geleitet. Diese beaufsichtigen die Krankenhäuser und koordinieren die Gesundheitsversorgung auf lokaler Ebene. Trotz der dezentralen Organisation haben die regionalen Gesundheitsverwaltungen wenig Autonomie. Die Rolle der Stadt Lissabon ist auf vorbeugende Maßnahmen und der Teilnahme am Aufbau von Gesundheitszentren beschränkt. In Belgien ist der Bund für die Regulierung der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig, er bestimmt die Zulassungskriterien und finanziert die Krankenhäuser. Im Aufgabenbereich der Region Brüssel-Hauptstadt liegen die Gesundheitsförderung, die Mutter-/Kind-Gesundheitsdienste, die Umsetzung von Krankenhaus-Zulassungsstandards und die Finanzierung von Spitalsinvestitionen. Auch in der Tschechischen Republik werden die Gesundheitsagenden auf der nationalen Ebene geregelt. Die Regionen bzw. die Stadt Prag haben keine strategischen Programme, die sich auf die

Gesundheitsfürsorge richten, und damit nur sehr geringe Einflussmöglichkeiten. Sie ist jedoch Begründer und Betreiber spezialisierter Zentren der Gesundheitsfürsorge, etwa auf dem Gebiet der Rehabilitation, der ambulanten Versorgung und der medizinischen Notdienste.

Insgesamt verfügen im Städtevergleich somit Wien und Hamburg über die größte Autonomie im Gesundheitswesen.

5.7.2 Funktionale Gliederung und Organisation

Die intramurale Versorgung wird in Wien durch von der Gemeinde betriebene Krankenanstalten und weitere öffentliche Fondskrankenanstalten, die alle durch den Wiener Gesundheitsfonds finanziert werden, sowie in geringem Ausmaß durch private Spitäler sichergestellt. Die privaten Spitäler stellen einen abgeschotteten Markt dar, von Seiten der Stadt besteht keinerlei Regelungsmöglichkeit. In Hamburg sichert die Fachabteilung „Versorgungsplanung“ die Versorgung der Hamburger Bevölkerung in Krankenhäusern. Auch hier gibt es eine Mehrheit an öffentlichen Krankenhäusern, die zur Behandlung der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen dienen, sowie Privatkliniken. Allerdings hat sich durch den Verkauf der Landesbetrieb-Krankenhäuser im Jahr 2005 die Trägerschaft maßgeblich verändert: es fand eine Verdopplung der Anzahl privater Kliniken ohne Versorgungsauftrag statt.

In Stockholm ist der Kreisrat von Stockholm damit betraut, die Akteure im intramuralen Sektor zu koordinieren. Auch private Spitäler unterliegen entweder zur Gänze oder zumindest teilweise seiner Kontrolle und sind in das nationale Gesundheitssystem integriert. Das Zusammenspiel zwischen öffentlichen Spitätern und privaten/halbprivaten Spitätern wird immer durch einen Vertrag geregelt. In Brüssel werden die akkreditierten öffentlichen und privaten Spitäler von der Region Brüssel beauftragt, eine bestimmte Anzahl von Betten für jede medizinische Kategorie zur Verfügung zu stellen. Hier ist jedoch die Vielschichtigkeit der Zuständigkeiten (u.a. Sprachgemeinschaften) sowie die mangelnde Koordination zwischen den Stakeholdern im medizinischen Bereich ein Problem. In Lissabon übernehmen die Versorgung im intramuralen Bereich in erster Linie öffentliche Spitäler, in Teilenbereichen (in erster Linie zur Reduzierung von Wartezeiten, z.B. in einigen Spezialbereichen der Chirurgie) werden jedoch Subverträge an private Träger vergeben. In Prag gehören die meisten Krankenhäuser dem Staat, es gibt aber auch private Einrichtungen.

Die ambulante Versorgung stellen in allen untersuchten Städten Ambulanzen in den Krankenhäusern sowie niedergelassene ÄrztInnen sicher. In Stockholm und Lissabon werden ambulante Dienste auch von Gesundheitszentren angeboten. In Lissabon wurden, um das

Problem, dass sich viele Menschen direkt an die Krankenhäuser wenden anstatt zuvor HausärztInnen zu konsultieren, zu lösen, „Familiengesundheitszentren“ mit multidisziplinären Abteilungen gegründet. Auch in Prag gibt es – als Erbe des früheren Regimes – „Polikliniken“ mit fächerübergreifenden ambulanten Angeboten. Diese wurden von privaten Betreibern übernommen und haben einzelne Ärztepraxen zurückgedrängt. In Wien und weiter fortgeschritten in Hamburg ist ein Trend zu multidisziplinären Gruppenpraxen zu beobachten. Darüber hinaus gibt es in Hamburg Praxisverbünde und Ärztenetze, die auch zum Teil mit anderen Gesundheitsdienstleistern wie Apotheken, PhysiotherapeutInnen etc. zusammenarbeiten.

5.7.3 Zielsetzungen und Strategien

Als generell verbesserungsbedürftig wird das Schnittstellenmanagement zwischen dem stationären, dem ambulanten und dem niedergelassenen Bereich angesehen. Außerdem sollte ambulante im Vergleich zur stationären Versorgung ein höheres Gewicht erhalten.

In Wien ist nach wie vor ein Übermaß an stationärer Versorgung festzustellen; es wird daher angestrebt, die ambulante Betreuung auszubauen und Spitalsaufenthalte zu reduzieren bzw. zu verkürzen, sowie das Entlassungsmanagement und die Zusammenarbeit mit den sozialen Diensten zu verbessern. Ähnliche Tendenzen sind in Hamburg und Brüssel zu beobachten, in Hamburg sollen ganzheitliche Behandlungsstrukturen geschaffen und die Trennung von stationärem und ambulatem Sektor aufgehoben werden. Bedarfspläne für die ambulante Versorgung sollen sicherstellen, dass über das Angebot an ÄrztInnen in verschiedenen Fachrichtungen eine wohnortnahe und bedarfsgerechte medizinische Versorgung gewährleistet ist. In Brüssel werden multidisziplinäre Netzwerke zur Verbesserung der Kooperation und der Qualität der Betreuung eingesetzt.

Als generelle Herausforderung für die Gesundheitssysteme steht der demographische Wandel, also die alternde Bevölkerung, im Vordergrund. Durch die steigende Anzahl alter Menschen steigt der Bedarf an Pflege, unter anderem im Bereich der Demenz, und an integrierter Gesundheitsversorgung. In Wien sollen Disease-Management-Programme für chronische Krankheiten etabliert werden. In Brüssel wurde ein Fonds gegründet, um auf die demographischen Veränderungen adäquat reagieren zu können. In beiden Städten ist auch eine Umwandlung von Spitalsbetten in geriatrische Betten bzw. Betten in Pflegeheimen geplant. In Lissabon befindet sich das nationale Netzwerk für Pflege im Aufbau. In Stockholm spezialisieren sich Kliniken und Spitäler als „Centres of Excellence“ zunehmend auf bestimmte Bereiche.

Als weitere zentrale Herausforderung für die Zukunft gelten die steigenden Kosten der Medizin, die auch wesentlich durch den technischen Fortschritt bedingt sind. In allen untersuchten Städten wird dem Großstadtniveau angepasste hochwertige Medizin für versicherte Personen ohne Zugangsbeschränkungen angeboten.

5.7.4 Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

In allen untersuchten Ländern ist (nahezu) die gesamte Bevölkerung krankenversichert, in Form von Pflichtversicherung, Versicherungspflicht bzw. genereller nationaler Krankenversicherung. Für dennoch nicht versicherte Personen stehen in Wien, Hamburg und Brüssel Ersatzleistungen im Rahmen der Sozialhilfe zur Verfügung. Darüber hinaus erhalten ungeschützte Personen in allen untersuchten Städten Zugang zu einer Notfallversorgung und zum Teil auch eine Versorgung über karitative Einrichtungen.

In Österreich und Belgien werden private Krankenversicherungen meist als Zusatzversicherungen abgeschlossen, in erster Linie mit der Motivation, bessere Serviceleistungen im Spital bzw. Taggelder zu erhalten. Die Zusatzversicherung hat keine Bevorzugung bei der medizinischen Behandlung zur Folge. In Portugal werden Zusatzversicherungen in der Regel abgeschlossen, um einen Leistungsanspruch in jenen Bereichen zu gewährleisten, in denen die staatliche Versicherung ungenügend ist (z.B. für Zahnbehandlungen) oder um lange Wartelisten zu vermeiden (z.B. für bestimmte Operationen). In Deutschland ist der Fall aufgrund der Versicherungspflicht völlig anders gelagert. Hier sind insbesondere viele Kleingewerbetreibende und FreiberuflerInnen privat versichert. Der Wechsel in die gesetzliche bzw. der Ausstieg aus der privaten Krankenversicherung gestaltet sich schwierig. Manche Leistungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, werden von den privaten Versicherungen nicht bezahlt. Für ältere, weniger gesunde Menschen steigen darüber hinaus die privaten Beiträge exorbitant an. In Schweden und in der Tschechischen Republik spielt die private Versicherung nur eine geringe Rolle.

Zum Teil eklatante Unterschiede sind bei der finanziellen Eigenbeteiligung der PatientInnen zu beobachten. An einem Ende der Skala ist Prag zu verorten ist, wo fast keine Selbstbehalte für die PatientInnen anfallen, am anderen Ende Brüssel, wo im ambulanten Bereich bis zu 25% der Gesamtkosten, bei Medikamenten bis zu 80% zu entrichten sind. Aufgrund der relativ hohen Eigenleistungen vermeiden viele Personen in Brüssel Arztbesuche. Aber auch in den anderen Städten gibt es Selbstbehalte. Einen Sonderfall stellt Lissabon dar, wo zahnärztliche Behandlungen nicht von der staatlichen Krankenversicherung

bezahlt werden und deren Kosten gänzlich von den PatientInnen getragen bzw. durch private Versicherungen abgedeckt werden müssen.

Der Zugang zur stationären Versorgung gestaltet sich in den untersuchten Städten zum Teil unterschiedlich. In den Fondskrankenanstalten Wiens sind 40% der PatientInnen im stationären Bereich Akutfälle, 60% geplante Aufnahmen aufgrund von Überweisungen. Akute Aufnahmen erfolgen aufgrund der medizinischen Einschätzung der aufnehmenden ÄrztInnen. Ein „Run“ auf Spitäler erfolgt insbesondere am Wochenende und in der Nacht aufgrund von mangelnden Alternativen. Bei den Spitalsambulanzen besteht de facto ein freier Zugang, rechtlich wird eine Zuweisung benötigt. In Hamburg gelangen Kriterienkataloge zur Anwendung, die beinhalten, wann eine stationäre Behandlung angezeigt ist. Um FachärztInnen oder eine Spitalsambulanz aufzusuchen, existiert in Brüssel kein Erfordernis einer Überweisung von niedergelassenen ÄrztInnen. Allerdings bekommen PatientInnen in der Regel mehr Kosten von der Versicherung zurückerstattet, wenn sie sich überweisen lassen. Auch in Stockholm gibt es offiziell kein „Gatekeeping“-System, de facto agieren die AllgemeinmedizinerInnen aber als Vermittler im Gesundheitssystem. Umgekehrt haben in Lissabon die HausärztInnen die grundsätzliche Rolle eines Pförtners im System inne, aber aus mehreren Gründen umgehen PatientInnen diese Funktion häufig und wenden sich direkt an die Krankenhäuser. In Prag ist für eine Untersuchung oder Behandlung in einem Krankenhaus im Allgemeinen die Empfehlung von praktischen ÄrztInnen erforderlich.

5.7.5 Finanzierung und Kosten

Die Finanzierung der Gesundheitssysteme setzt sich in erster Linie aus Versicherungsbeiträgen und Steuern zusammen. In Österreich wird das Gesundheitssystem zu fast der Hälfte aus Versicherungsbeiträgen finanziert, die andere Hälfte besteht zu fast gleichen Teilen aus Steuern und Selbstbehalten. In Deutschland spielen neben Versicherungsbeiträgen und Steuern Eigenbeiträge der PatientInnen eine immer größere Rolle. In der Tschechischen Republik entfallen 76% des Finanzierungsaufkommens auf Versicherungsbeiträge, der Rest auf Steuern und Zuzahlungen. In Portugal wird die Gesundheitsversorgung zu fast 60% durch Versicherungsbeiträge des öffentlichen Systems finanziert, 23% durch Zuzahlungen der PatientInnen, der Rest durch Steuern, private „Subsysteme“, freiwillige Krankenversicherung etc. In Belgien werden 70% durch die Sozialversicherung und Steuern aufgebracht. Das schwedische Gesundheitssystem finanziert sich hingegen hauptsächlich aus Steuern.

Über die jährlichen Ausgaben für die Gesundheitssysteme seitens der Städte (pro EinwohnerIn und umgelegt auf ein einheitliches Preisniveau des Endverbrauchs der privaten Haushalte [EU-27=100]) stehen nur Zahlen für Wien, Hamburg und Prag zur Verfügung. Auch hier sind die Daten aufgrund der möglicherweise unterschiedlichen Erfassung und Zurechnung von Kosten mit Vorsicht zu interpretieren. Nach den Daten betragen die relativen Gesamtausgaben Wiens weniger als 50% jener von Prag. Die Spitalskosten Hamburgs fallen ebenfalls geringer aus als in Prag.

Tab. 16: Städtische Ausgaben für das Gesundheitssystem pro EinwohnerIn

Hamburg 2007: Gesamtkosten der Krankenhäuser für allgemeine stationäre Krankenhausleistungen	951
Prag 2008: Gesundheitsausgaben gesamt	1.484
Prag 2008: Gesundheitsausgaben Spitäler	1.345
Wien 2008: Gesundheitsausgaben gesamt, brutto	690

*umgerechnet auf Basis Eurostat: vergleichende Preisniveaus des Endverbrauchs der privaten Haushalte (EU-27=100) in Euro

Q: Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (Hamburg); Czech Statistical Office 2009; Stadt Wien 2009

In den Wiener Fondskrankenanstalten entfallen 46% der Ausgaben auf Personalkosten, 12% auf Medikamente und Diagnostika, etc. In den Prager Spitäler werden 37% für Personalkosten und 14% für Medikamente aufgewendet (Quelle: City of Prague; MA 24-Wien).

In der Zukunft ist aufgrund demographischer Entwicklungen, des medizinischen Fortschritts, neuer Medikamente sowie intensiverer, obwohl unter Umständen kürzerer, Behandlungen in Spitäler allgemein von einer Steigerung der Gesundheitskosten im Vergleich zum Bruttoregionalprodukt auszugehen.

Bei der Abrechnung von stationären Leistungen kommt in Österreich die „leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“ (LKF) zur Anwendung. Auch in Hamburg werden Spitalsleistungen nach diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) abgerechnet, ebenso in Brüssel – die Abrechnung von medizinischen und medizinisch-technischen Leistungen und paramedizinischen Aktivitäten erfolgt hier auf Honorarbasis. In Stockholm gelangen stationär ebenfalls DRG zur Anwendung, ambulant werden die Einrichtungen nach ihren Leistungen plus eines fixen Budgets vergütet.

5.7.6 Versorgungsdichte

Generell werden in den untersuchten Städten auch PatientInnen aus dem Umland versorgt. Im stationären Bereich erfolgt in Wien eine Mitversorgung von PatientInnen aus Niederösterreich

und dem nördlichen Burgenland, insgesamt sind ca. 20% „GastpatientInnen“. Hamburg und Prag sind große regionale Gesundheitsanbieter. Hamburg möchte auch KlientInnen aus Südeuropa und Russland anziehen, Prags Krankenhäuser sind für ganz Böhmen zuständig. In Portugal ist die medizinische Versorgungsstruktur generell sehr auf Lissabon (und andere große Städte) konzentriert.

Wartelisten bzw. Wartezeiten für bestimmte Gesundheitsleistungen sind in Wien, Stockholm, Prag sowie Lissabon anzutreffen (keine Informationen zu Hamburg und Brüssel). In Wien betrifft dies insbesondere die Bereiche Orthopädie und Augenheilkunde. In Lissabon handelt es sich um ein strukturelles Problem, hier stellen die Wartezeiten auf Facharzttermine und Operationen eine große Herausforderung für die Gesundheitspolitik dar.

Die Bettendichte (Anzahl der Krankenhausbetten je 1.000 EinwohnerInnen) unterscheidet sich in den untersuchten Städten beträchtlich. Die geringste Quote weist Stockholm mit 1,1 auf, die höchste Lissabon mit 15,6.²⁹ Wien weist mit einer Quote von 11,9 die zweithöchste Bettenanzahl auf.³⁰

Tab. 17: Krankenhausbetten je 1.000 EinwohnerInnen 2003-06

Brüssel	7,9
Prag*	8,4
Hamburg	7,0
Wien	11,9
Lissabon	15,6
Stockholm	1,1

* 2008

Q: Czech Statistical Office 2009; Eurostat Urban Audit

In Brüssel (-1,7), in Hamburg (-1,6) und in Wien (-1,3) sind seit der Zeitperiode 1994/98 die Bettenzahlen gesunken. Hingegen haben in Lissabon (+0,8), trotz des bereits sehr hohen Niveaus, und in Prag (+0,4) die entsprechenden Quoten noch leicht zugenommen. In Stockholm ist die Bettenzahl seit 1999/2002 (+0,1; keine früheren Vergleichszahlen) auf dem geringen Niveau mehr oder weniger konstant geblieben. In Wien ist damit seit 1989/93 die Bettenzahl kontinuierlich rückläufig, im Städtevergleich aber nach wie vor relativ hoch.

In der folgenden Abbildung wird die Bettendichte in der Periode 2003-06 mit der Zufriedenheit der EinwohnerInnen mit den Krankenanstalten (Befragung im Rahmen von Eurostat Urban Audit 2006) in den untersuchten Städten in Beziehung gesetzt. Auf stadtübergreifender Ebene zeigt sich eine negative Korrelation ($r=-0,53$). Das Ergebnis legt

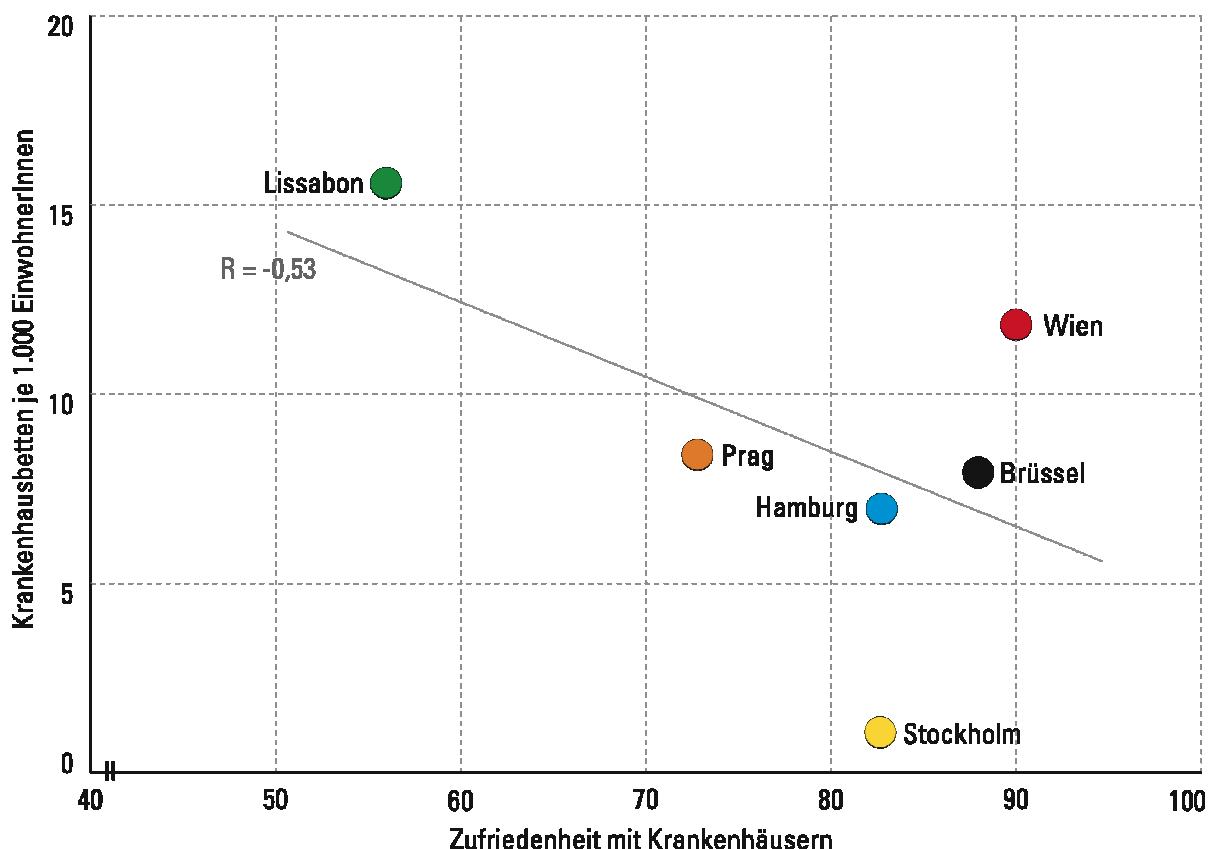
²⁹ Der Großraum Lissabon weist allerdings nur noch eine Bettendichte von 5,9 auf.

³⁰ Nach neueren nationalen Daten für das Jahr 2007: 7,9.

nahe, dass eine höhere Anzahl an Betten keineswegs zu einer höheren Zufriedenheit der PatientInnen führt. Der Trend geht in die umgekehrte Richtung, was unter Umständen mit einer gleichzeitig spezialisierteren Versorgung, kürzerer Aufenthaltsdauer, besserer ambulanter Versorgung etc. zusammenhängen könnte. Für die einzelne Stadt lässt sich daraus allerdings nicht 1:1 der Schluss ableiten, dass bei sinkender Bettenzahl die Zufriedenheit mit den Krankenhäusern steigt; es ergibt sich jedoch ein Hinweis darauf, dass auch bei geringer(er) Bettenanzahl die Zufriedenheit mit den Krankenhäusern sehr hoch ausfallen kann.

Wien nimmt in der Gesamtbetrachtung insofern eine Ausnahmeposition ein, als es bei einer hohen Bettendichte die größten Zufriedenheitswerte erreicht. Hamburg, Brüssel, Prag und Lissabon entsprechen dem allgemeinen Trend und liegen nahe der Regressionsgeraden. In Lissabon geht eine hohe Zahl an Krankenhausbetten mit einer geringen Zufriedenheit einher, während Stockholm – ebenfalls etwas abseits vom Trend – bei der mit Abstand geringsten Bettendichte noch relativ gute Zufriedenheitswerte erzielt.

Abb. 1: Bettendichte 2003-06* vs. Zufriedenheit mit Krankenanstalten 2006



* Prag 2008

Q: Czech Statistical Office 2009; Eurostat Urban Audit

Ein weiterer Indikator zeigt die Zahl der Krankenhausentlassungen je 1.000 EinwohnerInnen (Wien: KrankenhauspatientInnen je 1.000 EinwohnerInnen) in den jeweiligen Städten an. Die Korrelation mit der Bettendichte ist außergewöhnlich hoch ($r=0,99$)³¹, was eindeutig darauf hinweist, dass vorhandene Krankenhausbetten nicht leer stehen sondern auch belegt werden. Allerdings stellt sich die Frage, ob eine derartige Übereinstimmung von Angebot und Nachfrage auch medizinisch gerechtfertigt ist, oder ob dafür nicht andere Faktoren, wie z.B. mangelnde ambulante Alternativen, ungünstige Anreizsysteme, etc. verantwortlich sind.

An der Spitze der Krankenhausentlassungen findet sich erneut Lissabon (446)³², am unteren Ende erneut Stockholm (162). Wien weist wiederum die zweithöchste Zahl an Entlassungen (eigentlich PatientInnen) auf.

Tab. 18: Krankenhausentlassungen je 1.000 EinwohnerInnen 2003-06

Hamburg	238
Lissabon	446
Prag*	277
Stockholm	162
Wien**	359

* 2008 ** 2007 PatientInnen je 1.000 EinwohnerInnen

Q: Czech Statistical Office 2009; Eurostat Urban Audit; Stadt Wien 2009

Über die durchschnittliche Belagsdauer im stationären Bereich liegen nur Daten für Wien, Hamburg und Lissabon (inkl. seiner Umfeldregion) vor. Hier erreicht Wien mit knapp über 6 Tagen den geringsten Wert, Hamburg mit beinahe 9 Tagen den höchsten. Dies legt den Schluss nahe, dass PatientInnen in Wien häufiger als in Hamburg Krankenhausaufenthalte aufweisen, dort aber für eine kürzere Dauer verweilen. In Lissabon besteht hingegen bei einer hohen Bettendichte eine vergleichsweise durchschnittliche Belagsdauer.

Tab. 19: Durchschnittliche Belagsdauer in Spitäler in Tagen 2007

Wien	6,3
Hamburg	8,6
Lissabon Grande	7,8

Q: ARS Lisboa e Vale do Tejo; Stadt Wien 2009; Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2008

Bei einer Betrachtung der Versorgungsdichte im extramuralen Bereich (ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen) ist die höchste Quote in Prag gegeben (6,7). Am geringsten fällt dieser Wert

³¹ Ohne Brüssel, da keine Daten zu den Spitalsentlassungen verfügbar.

³² Der Großraum Lissabon weist allerdings nur eine Entlassungszahl von 189 auf.

in Lissabon aus (3,8). Wien weist mit 5,0 niedergelassenen ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen eine ähnliche Versorgungsdichte wie Hamburg (4,7) auf.

Tab. 20: Anzahl ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen 2005

Region Brüssel Hauptstadt	6,1
Hamburg	4,7
Lissabon Grande	3,8
Prag	6,7
Stockholm	4,2
Wien	5,0

Q: OECD Regional Data

Auf der übergreifenden Stadtbene ist die Korrelation mit der Anzahl der Spitalsentlassungen ($r=-0,18$; ohne Brüssel) und der Bettendichte in Krankenhäusern ($r=-0,11$) geringfügig negativ. Es kann also nicht von einer eindeutigen Substitution des stationären Bereichs durch den niedergelassenen Bereich gesprochen werden.

Auffällig konträr ist die Situation in Lissabon und in Stockholm. In Lissabon gibt es die wenigsten niedergelassenen ÄrztInnen (allerdings gemessen im Großraum Lissabon) bei gleichzeitig höchster stationärer Bettendichte und höchster Zahl an Spitalsentlassungen. In Stockholm fällt die Rate an niedergelassenen ÄrztInnen nur geringfügig höher aus als in Lissabon, es besteht jedoch die mit Abstand geringste Quote an Spitalsbetten und die geringste Zahl an stationären Entlassungen. Wien weist bei einer relativ hohen Bettendichte und einer relativ hohen Zahl an Spitalsentlassungen eine durchschnittliche Ärztedichte im niedergelassenen Bereich auf.

5.8 Allgemeine Betrachtung der Sozialsysteme: „Empowerment“ und Gender Mainstreaming

Erste Ansätze einer Einbeziehung der Betroffenen sind in Wien, Prag und Lissabon vorhanden (keine Informationen für Hamburg und Stockholm). In Wien wie in Lissabon erfolgt eine Einbeziehung der Betroffenen am ehesten im Behindertenbereich: Wien finanziert Selbstvertretungen und Beiräte; Lissabon hat im Jahr 1997 die „Kommunale Behörde für die Integration von Menschen mit Behinderungen“ als beratendes Gremium gegründet, an dem die Gemeinde und die Behindertenverbände teilnehmen. In Wien gibt es darüber hinaus im Pflegebereich erste Ansätze im Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz, nach dem VertreterInnen aus dem Kreis der BewohnerInnen gewählt werden. In Prag sind allgemein Gemeinschaftspläne für soziale Dienste im Sinne einer detaillierten Analyse der Bedarfe, der

bestehenden Kapazitäten und der Prioritäten für die zukünftige Entwicklung in einer Vorbereitungsphase. Diese Pläne werden gemeinsam von VertreterInnen der Stadt Prag, der Anbieter und der KlientInnen erstellt. In Brüssel existieren keine offiziellen Strategien des Empowerments bzw. der Einbeziehung der Betroffenen.

Informationen hinsichtlich Gender Mainstreaming stehen nur für Wien, Brüssel und Prag zur Verfügung. Wien ist im Gender Budgeting (inkl. Sozialbereich) relativ weit fortgeschritten. In der Wohnungslosenhilfe gibt es spezielle Einrichtungen für Frauen. Vor der Richtsatzreform existierten in der Sozialhilfe unterschiedlich hohe Richtsätze für (zuvor) Haupt- (zumeist Männer) und Mitunterstützte (zumeist Frauen) im Haushalt. In Brüssel und in Prag gibt es auf der Ebene der Sozialhilfe bzw. der sozialen Dienste nach Angabe der ExpertInnen keine speziellen Maßnahmen im Sinne von Gender Mainstreaming.

5.9 Literatur

AOK Bundesverband: Die Gesundheitspolitik der Europäischen Union. Internetquelle: <http://www.aok-bv.de/politik/europa/>, abgerufen am 16. März 2010.

Brussels Institute for Statistics and Analysis, Mini-Bru (2009): Brussels-Capital Region in figures, Brüssel 2009.

Carta Social, Internetquelle: www.cartasocial.pt, abgerufen am 2.2. 2010.

Czech Statistical Office (2010): Numeri Pragensis, Internetquelle: www.czso.cz, abgerufen am 9.3.2010.

Destatis (2009): Sozialleistungen Sozialhilfe 2007, Wiesbaden.

Destatis (2009b): Statistik der Sozialhilfe. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen 2007, Wiesbaden.

Destatis (2009c): Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege 2007, Wiesbaden.

Instituto Segurança Social (ISS) (2009): Guia Práctico: Complemento Solidário para Idosos [Practical Guide: Old-age Solidarity Supplement]. Lisboa: Instituto Segurança Social.

Portal da Saúde (Gesundheitsinformationsportal), Internetquelle: www.portaldasaude.pt/, abgerufen am 24.2. 2010.

Pratscher K. (2009): Sozialhilfe, Behindertenhilfe und Pflegegeld der Bundesländer im Jahr 2007 und in der Entwicklung seit 1997, in: Statistische Nachrichten 12/2009, 1117ff.

PSD (2010): Internetquelle: <http://www.psd-wien.at/psd/150.html>, abgerufen am 14. Jan. 2010.

Rede Social – Grupo de Trabalho para a Pessoa Sem Abrigo (2009): Plano Cidade para a Pessoa Sem Abrigo Lisboa [City Plan for the Homeless People]. Lisboa: Rede Social Lisboa.

Schoibl H., Schoibl A., Ginner S., Witek J. und Sedlak F (2009): Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe in Österreich. Wohnungslosenerhebung 2006-2007-2008. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO) im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien.

Stadt Wien (2006): Wiener Frauengesundheitsbericht 2006, Wien.

Stadt Wien (2009): Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2008, Wien.

Stockholm Office of Research and Statistics (USK) (2009): Statistical Year-book of Stockholm 2010, Stockholm 2009.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2006): Sozialhilfe regional 2004. Ein Vergleich aller 439 Kreise in Deutschland.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008): Soziale Mindestsicherung in Deutschland 2006.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2008): Statistisches Jahrbuch Hamburg 2008/09, Hamburg.

6 Die Determinanten städtischer Performanz bei der Bereitstellung öffentlicher Dienste: Theoretischer Überblick und Rahmen

Großstädte sind der Motor der globalisierten Wissensgesellschaften von heute und morgen. Wie viele Studien zeigen, haben zahlreiche Großstädte bereits in den 1990er-Jahren und noch mehr in der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts eine Wohlstandsrenaissance erlebt, sowohl in den USA als auch in West- und Osteuropa (Baldersheim et al. 2003, Collin/Robertson 2007; Glaeser/Gottlieb 2006; Hoffmann/Sellers 2005; Kazepov 2005; Lankina et al. 2008). Dies ist teilweise darauf zurückzuführen, dass die Städte ständig wachsende Quellen von Beschäftigungsmöglichkeiten sind. Tatsächlich gibt es in einer breiten Palette von Berufen die Tendenz, dass Arbeitskräfte in Großstädten ungefähr ein Drittel mehr verdienen als vergleichbare Arbeitskräfte in nicht-städtischen Regionen. Diese großstädtische Einkommensprämie ist Folge der Attraktivität der Städte: zunächst zieht es höher qualifizierte Arbeitskräfte in die großen Städte. Zusätzlich gibt es vermehrt Belege dafür, dass Städte die ArbeitnehmerInnen produktiver machen: das Leben und Arbeiten in Städten beschleunigt die Akkumulation von Humankapital (Glaeser/Mare 2001). Jenseits von besseren Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten ist einer der Hauptvorteile großer, dichter Stadtgebiete, dass sie soziale Interaktionen erleichtern. Das jüngste Prosperieren von Großstädten in westlichen Gesellschaften geht zum Teil auf die gestiegene Nachfrage nach sozialen Interaktionen und Lifestyle-Möglichkeiten zurück, zu einem Großteil aber auch auf eine verbesserte städtische Output-Leistung, darunter die Verbesserung des öffentlichen Verkehrs, des Wohnens, des Schulwesens und der sozialen Dienstleistungen, sowie der Verringerung der städtischen Kriminalitätsraten (Glaeser/Gottlieb 2006).

Großstädte können auf zumindest zwei Arten gesehen werden: als räumliche Orte mit bestimmten geographischen Begrenzungen, und als Vektoren dauerhafter Leistungen (Kaufman et al. 2005). Städte als räumliche Orte werden als Standorte in der Welt angesehen, definiert durch präzise Stadtgrenzen, aber als Teil eines globalen Raums von Strömen wie ausländischer Direktinvestitionen im Zuge von Firmenentscheidungen über Niederlassungen in bestimmten Städten und von Menschen, die in diese Städte kommen und arbeiten. In dieser begrenzungsbasierten Sicht von Städten beziehen Großstädte als Orte Nutzen aus ihren gebietseigenen Merkmalen (wie vergangene Investitionen in entscheidende Infrastruktur), aus der Qualität ihrer Institutionen (politische Steuerung), und aus Unternehmensentscheidungen, sich hier niederzulassen. Städtische Entscheidungsträger wären dann hauptsächlich darauf bedacht, solche Unternehmen durch die Bereitstellung von Schlüsselinvestitionen und

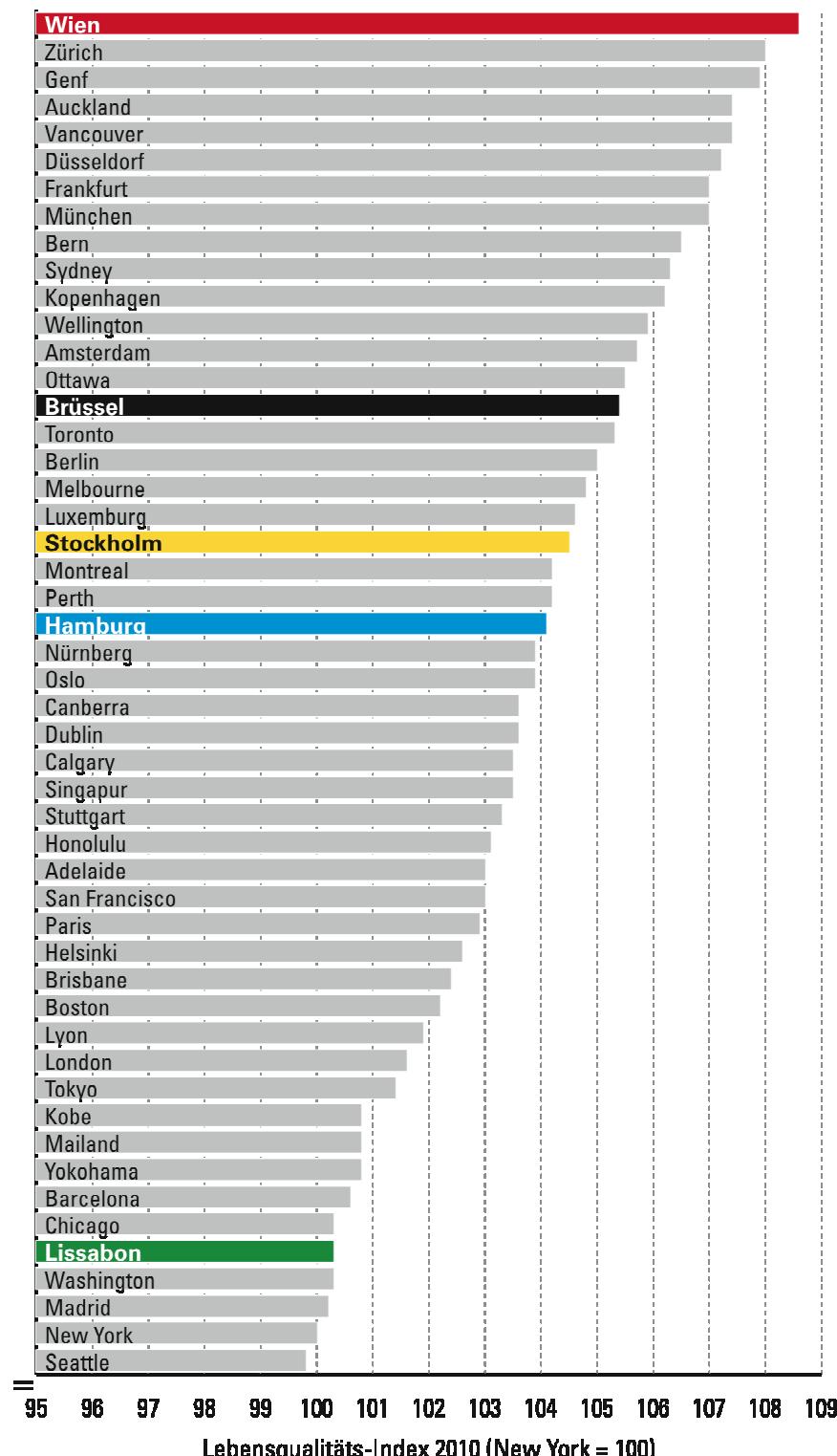
Anreizen, die diese und das mit ihnen verbundene Personal benötigen, anzulocken oder ihren Verbleib in der Stadt sicherzustellen. Zum anderen können Städte als Vektoren von Leistungen an der Qualität der für ihre Bürger bereitgestellten Dienstleistungen gemessen werden, an der Reliabilität solcher Dienste im Laufe der Zeit, sowie durch das Ausmaß, in dem sie ihre Bürger bei Entscheidungsfindungen einbeziehen, für ihre Forderungen und Wünsche empfänglich sind, und an der Art und Weise, in der sie generell regiert und verwaltet werden (Kaufman et al. 2005). In einer derart ergebnisorientierten Sichtweise von Städten, würden städtische Entscheidungsträger nach dauerhaft guten Leistungen streben, und mit Bürgern und Unternehmen bezüglich Investitionen auf städtischer Ebene sowie der Gewährleistung der Erbringung wichtiger Dienstleistungen interagieren. Diese Performance-Sicht von Städten ist jener in dieser Studie gewählten am ähnlichsten.

Menschen sind sowohl Inputs zu als auch Ergebnisse von städtischer Performance. Zum Beispiel sind Maßnahmen in Hinblick auf kreatives Kapital (Anteil der Beschäftigten im Bereich R&D) und auf Humankapital (Bildungsniveau der Beschäftigten) entscheidende Inputs bei der Erhöhung von Arbeitsproduktivität und Einkommensniveaus auf lokaler Ebene (Florida et al. 2008). Insbesondere das Humankapital ist ein sehr starker Prädiktor städtischen Erfolgs in der Wissensgesellschaft. Der Anteil erwachsener Bevölkerungsgruppen mit Hochschulabschluss hat über die letzten 30 Jahre stärker in Städten – ungeachtet ihrer ohnehin höheren anfänglichen Ausbildungsniveaus – zugenommen, als an Orten mit anfänglich niedrigeren Bildungsniveaus. Diese Tendenz scheint von Verschiebungen in der Arbeitsnachfrage getrieben zu werden: es kam zu einem zunehmenden Einkommenszuschlag für gut qualifizierte Menschen mit Beschäftigung in „gebildeten“ Städten (Berry/Glaeser 2005). Städte mit einem höheren Anteil an hochqualifizierten und ausgebildeten Menschen, die in hochqualifizierten Industrien tätig sind, neigen dazu, mehr neue, wirtschaftlich gewinnbringende, Ideen und Innovationen hervorzubringen (Glaeser 1994; 2003). Jedoch ist Humankapital nicht nur ein wichtiger Inputfaktor, der bessere Städteergebnisse wie Wirtschaftswachstum, Arbeitsplätze und Reichtum produziert. Städtemerkmale wie eine hohe Produktivität der Erwerbstätigen, eine gute öffentliche Infrastruktur sowie hohe Lebensqualität und vielfältige Konsummöglichkeiten ziehen ihrerseits auch Menschen mit hohem Humankapital an, die dazu neigen, sehr mobil zu sein, und jene Branchen, die sie beschäftigen (Glaeser/Mare 2001).

Wie vom einflussreichen Wirtschaftsgeograf von Städten, Richard Florida (2008), apostrophiert: die Geographie von Talent (definiert als Personen mit hohem Humankapital) tendiert dazu, sich stark in Städten des 21. Jahrhunderts zu konzentrieren. Insbesondere ist

Talent eine vermittelnde Schlüsselvariable bei der Anwerbung von High-Tech-Branchen und der Generierung von höheren Einkommen auf lokaler Ebene (siehe auch Florida et al. 2008). Dies ist der Grund, warum z.B. der Mercer Index der Lebensqualität auch ein Indikator für wirtschaftliche, und nicht nur für lebensqualitätsbezogene Ursachen ist. Dieser Mercer Index ist ein relativ „objektives“ Maß der Lebensqualität in einer bestimmten Stadt und basiert auf Faktoren, die als repräsentativ für Lebensqualität erachtet werden. Er wird auf jährlicher Basis für mehr als 380 Städte weltweit bestimmt, basierend auf detaillierten Bewertungen und Evaluationen von 39 Kriterien oder Faktoren quer über zehn Hauptkategorien. Wie aus Abb. 2 ersichtlich, ist nur eine der Städte aus dem vorliegenden Bericht, nämlich Prag, nicht unter den Top-50 Städten des Mercer Index der Lebensqualität für das Jahr 2010. Andererseits besetzen vier der untersuchten Städte, Brüssel, Stockholm, Hamburg und Lissabon den 15., 20., 23. und 45. Platz, mit Lebensqualitäts-Indizes von 105,4; 104,5; 104,1 und 100,3 (Basisstadt New York = 100). Und Wien hat im Hinblick auf Lebensqualität 2010 (wie auch bereits 2009) den ersten Rang weltweit inne, mit einem Wert von 108,6.

Abbildung 2: Mercer Lebensqualitäts-Index 2010: Top-50 Städte*



Quelle: Mercer 2010

Die Qualität der städtischen Performance gemessen an den sozialen Dienstleistungen und den öffentlichen Gütern, die sie bereitstellen, ist von zentraler Bedeutung für die Lebensqualität.

Interessanterweise sind von den zehn Kategorien, die den Mercer Index der Lebensqualität in Abb. 2 konstituieren, angesichts der verwendeten Indikatoren nur fünf Kategorien (medizinisches Umfeld, Schulen und Bildung, öffentliche Dienstleistungen und Transport, Erholung, Wohnen) zumindest teilweise Sache städtischer Performance, während die anderen fünf Kategorien (politisches und soziales Umfeld, wirtschaftliches Umfeld, sozio-kulturelles Umfeld, Konsumgüter, natürliches Umfeld) eher nicht der Stadtperformance zugerechnet werden können.

Die weltweite KLM-Datenbank von Kaufmann, Leautier und Mastruzzi bei der Weltbank, die 412 Städte in 134 Ländern abdeckt, zeigt die Bedeutung der Qualität von Governance (Fehlen von Korruption, Leichtigkeit der Gründung von Unternehmen, etc.)³³ und des Ausmaßes der Globalisierung für die städtische Performance in Hinblick auf den Zugang zu und die Qualität der Bereitstellung von Infrastrukturleistungen (wie Wasser, Kanalisation, Strom, Telefon und Internet) auf. Kaufmann et al. (2005) stellen fest, dass eine gute Verwaltungssteuerung und ein höheres Ausmaß an globaler Vernetzung sich positiv auf die Verbesserung städtischer Performance bezüglich der Bereitstellung von Dienstleistungen auswirken, aber diese Variablen im Hinblick auf die Ankurbelung der Stadtperformance auf der nationalen Ebene wichtiger sind, als auf der städtischen Ebene. Dies weist darauf hin, dass Stadtverwaltungen sehr oft in ihrem Handlungsspielraum begrenzt oder eingeschränkt sind, entweder auf Grund des Fehlens autonomer Budgets oder auf Grund von institutionellen und rechtlichen bzw. verfassungsmäßigen Einschränkungen. Jedenfalls demonstriert die Bedeutung staatsweiter Regierungsgewalt, dass Städte angesichts der großen Externalitäten auf landesweite wirtschaftliche Bedingungen aufbauen müssen, und somit starke Anreize haben, sich für eine gute Politik auf nationaler Ebene einzusetzen (Kaufman et al. 2005). Schließlich zeigen die KLM-Daten, dass die Beziehung zwischen Größe und Performance der Stadt nicht linear und negativ ist, wie häufig angenommen, sondern eher nicht-linear und U-förmig.³⁴ Dies widerlegt das Argument, dass sehr große Städte notwendigerweise eine niedrigere Performance aufweisen.

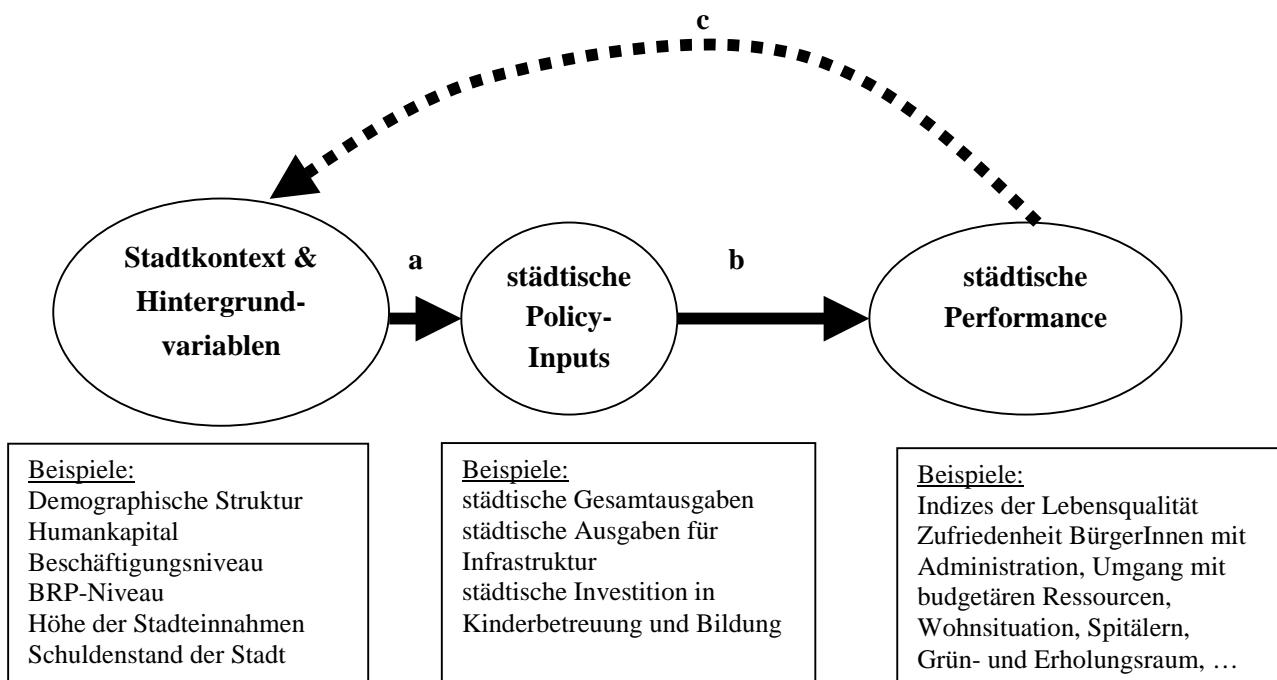
Das in der vorliegenden Studie verwendete Basismodell städtischer Performance wird in Abb. 3 schematisiert. Hinter der scheinbaren Einfachheit verbirgt sich ein hohes Maß an

³³ Zur Definition von City-Governance beziehen sich Kaufman et al. (2005, 8) auf Maßnahmen wie die Zahl der zwischenstädtischen, regionalen, und internationalen Netzwerke, das Ausmaß des technologischen Austausches und der Zusammenarbeit, des Austausches von Fachwissen und Ausbildung, Konsumentenzufriedenheit (Erhebung/Beschwerden), Offenheit der Regelungen für Aufträge/Ausschreibungen für kommunale Dienstleistungen, Anteil der von Dienstleistungen erfassten Bevölkerung und Zugang der Öffentlichkeit zu den Phasen des politischen Prozesses.

³⁴ Das bedeutet, dass kleine und sehr große Städte eher eine hohe Performance aufweisen, während mittelgroße Städte eher einen geringeren Performancegrad erzielen.

Komplexität. Auf der untersten Ebene (Pfeil b) wird städtische Performance (z.B. in Bezug auf Lebensqualität, subjektive Zufriedenheit der BürgerInnen) als von einer Reihe von Policy-Inputs auf städtischer Ebene (z.B. Bereitstellung qualitativ hochwertiger medizinischer Infrastruktur) beeinflusst angesehen. Das Ausmaß politischer Anstrengungen wird wiederum von Hintergrundvariablen bestimmt (Pfeil a), wie z.B. der demographischen Struktur, dem Beschäftigungs niveau, dem budgetären Spielraum sowie Niveau und Wachstumsraten des Bruttoregionalprodukts (BRP) pro Kopf auf städtischer Ebene. Diese Hintergrundvariablen sind bis zu einem gewissen Grad der Stadtpolitik exogen. Zum Beispiel ist die nationale bzw. lokale Verteilung der Kompetenzen und fiskalischen Autonomie von Städten für jede Stadtregierung zum Großteil exogen, so wie es auch das Wirtschaftswachstum und andere zentrale Variablen auf nationaler bzw. regionaler Ebene sind. Ebenso mag die ethnisch-religiöse Zusammensetzung einer Stadt zu jedem beliebigen Zeitpunkt jeder beliebigen Stadtregierung weitgehend exogen sein, jedoch könnte sie sich auf politische Bemühungen beträchtlich auswirken. Kurz gesagt, Hintergrundvariablen außerhalb der Kontrolle der Stadtverwaltung können städtische Politikbemühungen entscheidend beeinflussen.

Abbildung 3: Ein Modell städtischer Performance³⁵



³⁵ Für sich betrachtet handelt es sich bei den angeführten „Hintergrundvariablen“ sowohl um Kontext-, wie z.B. demographische Struktur, als auch um Performance-Variablen, wie z.B. Beschäftigungs niveau. Aus der Stadtperspektive sind jedoch diese Performance-Variablen kaum beeinflussbar, wenn etwa für die Arbeitsmarktpolitik in erster Linie die Bundesebene verantwortlich ist, und daher eher dem Kontext zuzuordnen.

Aber bis zu einem gewissen Grad werden die städtischen Politikanstrengungen (wenn sie denn zumindest wirksam sind bei der Änderung der relevanten Dimensionen städtischer Performance) eine Rückkopplung auf eben diese Hintergrundvariablen haben (Pfeil c). Falls es beispielsweise Städten gelingen sollte, mittels ihrer Politik soziale Ungleichheiten zu verringern, würde dies die Hintergrundbedingungen ändern. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl kausaler Effekte und Feedback-Schleifen, die zwischen verschiedenen Dimensionen politischer Anstrengungen und städtischer Performance auftreten. Einkommensungleichheit auf Stadtebene wäre z.B. eine Performance-Variable, weil ein Ergebnis von mehreren Strategien auf Stadtebene, die Einkommensniveaus betreffen. Gleichzeitig ist Einkommensungleichheit auch eine Hintergrundvariable: es würde auch bei erfolgreichen und effektiven Eingriffen seitens der Stadtpolitik ein bestimmtes Ausmaß an Einkommensungleichheit geben, nämlich als Ergebnis von Faktoren wie Talent, Fleiß, Geburt, unvollständigen Informationen, nationaler Politik usw. Schließlich ist Einkommensungleichheit auch eine wichtige Ursache für oder Korrelat von anderen stadtpolitischen Ergebnissen. So neigen z.B. Kriminalitätsraten dazu, in Städten mit größerer Ungleichheit höher zu sein, und BürgerInnen in Städten mit größerer Ungleichheit zeigen in der Tendenz niedrigere Werte für subjektives Wohlbefinden (Glaeser et al. 2009). Höhere Niveaus städtischer Ungleichheit reduzieren auch das Wachstum städtischen Einkommens und der Bevölkerungsgröße, nach Kontrolle für die ursprüngliche Verteilung von Fähigkeiten und Qualifikationen (Glaeser et al. 2009). Städtische Ungleichheit bei Fähigkeiten und Qualifikationen kann ca. ein Drittel der Variation in städtischer Einkommensungleichheit erklären, während diese Ungleichheit bei den Fähigkeiten und Qualifikationen für sich genommen durch historische Schulmuster und Einwanderung erklärt werden kann.

6.1 Literatur

- Alesina A., La Ferrara E. (2000): 'Participation in Heterogeneous Communities', *Quarterly Journal of Economics* 115, 847–904.
- Alesina A., La Ferrara E. (2005): 'Ethnic Diversity and Economic Performance', *Journal of Economic Literature* 43, 762–800.
- Alesina A., Baqir R. und Easterly, W. (1999): 'Public Goods and Ethnic Divisions', *Quarterly Journal of Economics* 114, 1243–84.
- Baldersheim H, Illner M. und Wollmann H. (Hrsg., 2003): *Local Democracy in Post-Communist Europe*, Opladen: Leske+Budrich.
- Berry C.R., Glaeser E. (2005): 'The Divergence of Human Capital Levels across Cities,' *Papers in Regional Science*, 84(3): 407-444.
- Collin J.P, Robertson M. (Hrsg., 2007): *Governing Metropolises: Profiles of Issues and Experiments on Four Continents*. Quebec: Presses de l'Université Laval.
- Florida R. (2008): 'The Economic Geography of Talent,' *Annals of the Association of American Geographers*, 92(4): 743-755.
- Florida R., Mellander C. und Stolarick K. (2008): 'Inside the Black Box of Regional Development: Human Capital, the Creative Class and Tolerance,' *Journal of Economic Geography* 8(5): 615-649.
- Glaeser E. (1994): 'Cities, Information and Economic Growth,' *Cityscape* 1 (1994) (1), 9–47.
- Glaeser E. (2003): 'The New Economics of Urban and Regional Growth.' in: G. Clark, M. Feldman and M. Gertler, Editors, *The Oxford Handbook of Economic Geography*, Oxford University Press, Oxford (2003), 83–98.
- Glaeser E., Alesina A. (2004): *Fighting Poverty in the US and Europe: A World of Difference*. Oxford: Oxford University Press.
- Glaeser E., Gottlieb J.D. (2006): 'Urban Resurgence and the Consumer City,' *Urban Studies* 43(8): 1275-1299.
- Glaeser E., Mare D.C. (2001): 'Cities and Skills,' *Journal of Labor Economics* 19(2): 316-342.
- Glaeser, E., Saiz E. (2004): 'The Rise of the Skilled City,' *Brookings-Wharton Papers on Urban Affairs* 5 (2004), 47–94.
- Glaeser, E., Kolko J. und Saiz A. (2001): 'Consumer City,' *Journal of Economic Geography* 1:27–50.
- Glaeser E.L., Resseger M. und Tobio K. (2009): 'Inequality in Cities,' *Journal of Regional Science*, 49(4): 617-646.

Hoffmann-Martinot V. , Sellers J. (Hrsg., 2005): Metropolitanization and Political Change. Urban and Regional Research International Vol. 6. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kaufmann D., Leautier F. und Mastruzzi M. (2005): 'Governance and the City: An Empirical Exploration into Global Determinants of Urban Performance,' World Bank Policy Research Working Paper No. 3712.

Kazepov Y. (2005): The European City: a conceptual framework and normative project. London: Routledge.

Lankina T. V., Hudalla A., mit Wollmann H. (2008): Local governance in Central and Eastern Europe: Comparing performance in the Czech Republic, Hungary, Poland and Russia. Basingstoke: Palgrave McMillan.

Mercer Website, <http://www.mercer.com/qualityofliving>, abgerufen im Dezember 2009.

Putnam, R.D. (2007): 'E Pluribus Unum: Diversity and Community in the Twenty-First Century,' Scandinavian Political Studies, 30(2), 137-174.

7 Synthetische Indizes zur Messung der Städte-Performance

7.1 Hintergrund und Methodik

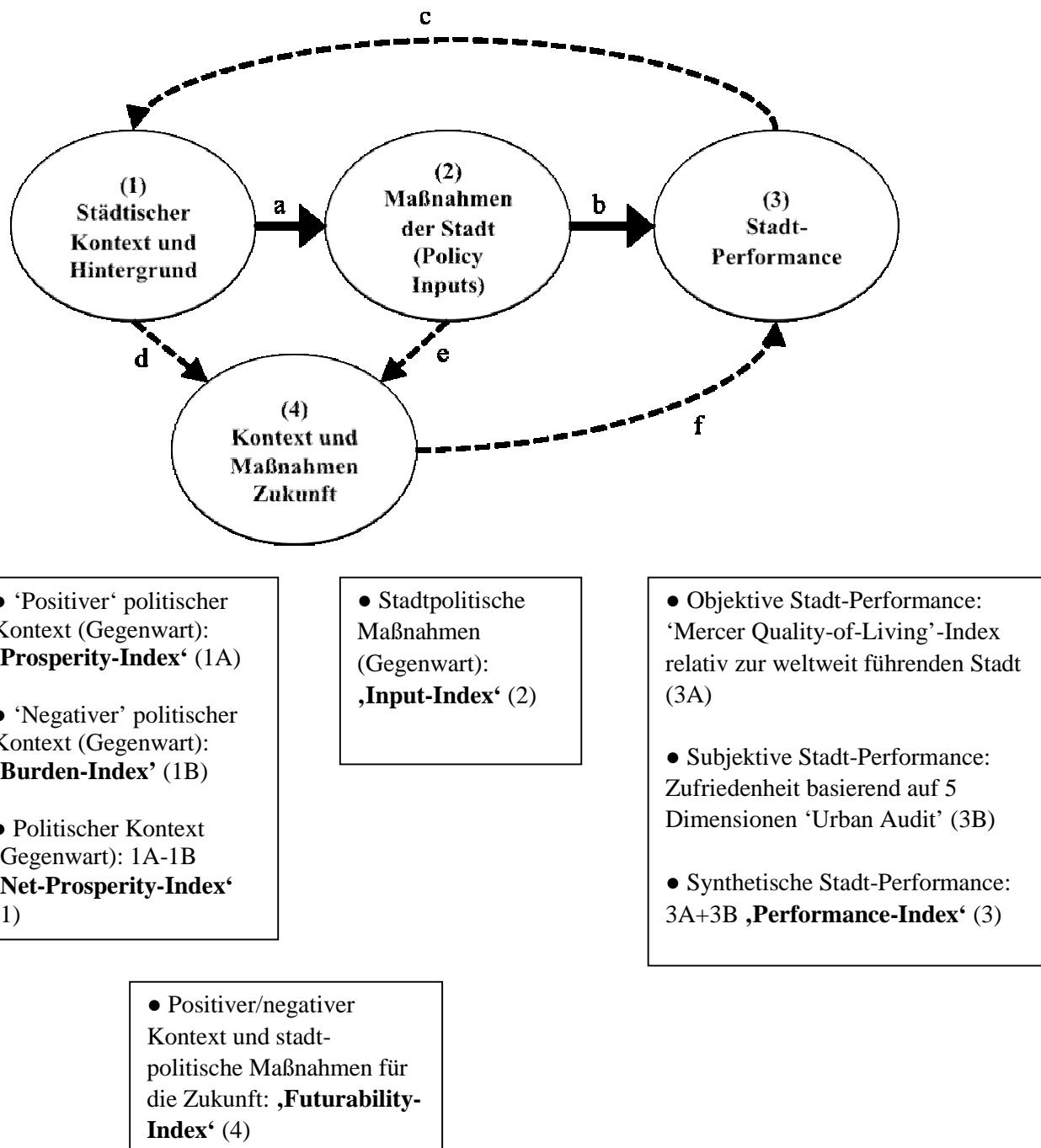
Entsprechend dem unterschiedlichen regionalen und nationalen Kontext, in dem sich die Städte befinden, stellen die quantitativen Indikatoren zur Messung der Städte-Performance nicht nur reine Outputindikatoren dar. Vielmehr wurden Hintergrund- und Kontextfaktoren, die zu einem Großteil für Städte endogene Variablen darstellen, sowie Inputfaktoren (eigener Aufwand bzw. Anstrengungen) der jeweiligen Großstädte berücksichtigt und dazu in Beziehung gesetzt. Diese berücksichtigen sowohl den überspannenden Faktor des sozioökonomischen Kontextes als auch den „Manövriert-Spielraum“, die Ressourcen und den Verantwortungsbereich bzw. die Strukturen der einzelnen Städte. Nur mit einem derart breiten vergleichenden Spektrum ist es möglich, die Faktoren zu analysieren, die letztlich zu „Erfolg“ bzw. „Misserfolg“ beim Policy-Output führen. Das Ergebnis stellt eine Art „City Profiling“ dar, mit dem verschiedene Maße der Policy-Effizienz und -Effektivität erstellt werden können. Das Profiling inkludiert auch Entwicklungen und Trends bzw. Flexibilitätsspielraum für zukünftige Herausforderungen. Das Konzept besteht aus vier Kategorien von Variablen bzw. Indikatoren, die für ein Gesamtbild verlinkt werden.

Zur Erläuterung der den Indikatoren für städtische Performance innewohnenden Logik bzw. Methodik, greifen wir nochmals auf das grundlegende Modell der Stadt-Performance, wie im theoretischen Konzept der Studie dargelegt (Abb. 3), und in angewandter Form in Abb. 4 dargestellt, zurück. Auf der zentralen Ebene wird die Performance einer Stadt von einer Reihe an Policy-Maßnahmen auf Stadtebene, so genannten „Policy Inputs“, beeinflusst (Pfeil b). Diese wiederum werden massiv von einer Reihe an „positiven“ und „negativen“ Indikatoren des Policy- Kontexts oder des Policy-Umfelds beeinflusst (Pfeil a), die für jede Stadtregierung zu einem gegebenen Zeitpunkt zum einem großen Teil exogen sind. Bis zu einem gewissen Grad können jedoch gegebenenfalls die Kontextvariablen auch durch Maßnahmen der Stadt, die sich zunächst direkt auf die Stadtperformance auswirken, verändert werden (Pfeil c). Beispielsweise könnten Infrastrukturleistungen der Stadt ihrerseits vermehrt gut ausgebildete Menschen (Humankapital) anziehen und mehr Investitionen in Hochtechnologien auslösen, die wiederum die Arbeitslosigkeit senken und das Bruttoregionalprodukt sowie die Einnahmen der Stadt erhöhen könnten.

Zur Abdeckung nicht nur einer gegenwartsbezogenen Perspektive, sondern auch einer zukunftsbezogenen Perspektive (Potential für künftige Entwicklungen), wird das Modell mit

einer zukunftsorientierten Dimension (städtischer Kontext und Maßnahmen der Stadt im Hinblick auf zukünftige Entwicklungen) ergänzt. Für diese Zukunftsdimension, die zum Teil vom Kontext bzw. Umfeld der Stadt (Pfeil d) und zum Teil vom Input der Stadt (Pfeil e) beeinflusst wird, ist wiederum anzunehmen, dass sie selbst die Stadt-Performance von morgen bestimmt (Pfeil f).

Abbildung 4: Angewandtes Modell zur Stadt-Performance



Um der Analyse Struktur, Logik und Übersicht zu verleihen, und um eine deskriptive Auflistung einer Vielzahl an Indikatoren zu vermeiden, wurde die analytische Aussagekraft der vergleichenden Untersuchung erhöht und verdichtet. Wir haben insgesamt vier synthetische Indizes, die zum Teil wiederum aus zusammengesetzten Komponenten bestehen, neu entwickelt: der städtische Net-Prosperity-Index, der städtische Input-Index, der städtische Performance-Index und der städtische Futurability-Index.

Dabei wandten wir die Logik und Berechnungsweise der maßgebenden Misery-Indizes der Makroökonomisten Arthur Okun und Lars Calmfors an, die seit langem in der Evaluierung makro-ökonomischer Politiken verwendet werden (vgl. z.B. Calmfors/Driffill 1988; Moesen/Cherchye 1988; Vanden Eeckhaut et al. 1993; De Borger 1994). Okuns Misery-Index ergibt sich aus der Summe aus Arbeitslosigkeits- und Inflationsrate. Er kann eindeutig und unzweifelhaft interpretiert werden, niedrigere Werte spiegeln eine bessere makro-ökonomische Bilanz wider. Der Misery-Index von Calmfors addiert die Arbeitslosenrate zum Leistungsbilanzdefizit, wobei ein niedrigerer Wert wiederum bessere Performance bedeutet. Diese Logik der Summierung haben wir für jede der Dimensionen bzw. alle Indizes in Abb. 4 auf die Stadt-Ebene übertragen.

Die Auswahl der den Indizes zugrundeliegenden Einzelindikatoren erfolgte ohne vorherige Ansicht der jeweiligen statistischen Werte auf Basis von zwei Kriterien: zum einen wurden zentrale und für die jeweilige Dimension aussagekräftige Indikatoren ausgewählt, die den Schlüssel zum Erfolg in den globalisierten Wissensgesellschaften von heute und morgen bilden, sowohl auf nationaler Ebene (Powell/Snellman 2004; vgl. auch Hanushek/Kimko 2000; Heckman 2004) als auch auf städtischer Ebene (Berry/Glaeser 2005; Glaeser 1994); zum anderen wurde jenen Indikatoren der Vorzug gegeben, bei denen für jede Stadt möglichst Daten aus einer einzigen einheitlichen Quelle (z.B. OECD Regional Data, Eurostat Urban Audit) zur Verfügung standen, um auch die Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten. Jeder Index (bzw. beim städtischen Kontext und Hintergrund jede Indexkomponente) besteht aus fünf bis sechs Einzelindikatoren.

Zur Erlangung eines globalen visualisierten Bildes der einzelnen Städte und einer einprägsamen Veranschaulichung, haben wir darüber hinaus sogenannte „magische Rechtecke“ gebildet (Moesen/Cherchye 1988; OECD 1987, 1997), die vier zentrale Indikatoren in ein und demselben Diagramm zusammenfassen können. In unserem Fall wird auf der horizontalen Achse eine „positive“ Dimension bzw. ein positiver Indikator vom Ursprung nach rechts, und eine „negative“ Dimension bzw. ein negativer Indikator vom Ursprung nach links gemessen. Auf der vertikalen Achse, vom Ursprung ausgehend, wird

eine weitere „positive“ Dimension nach oben, und eine weitere „negative“ Dimension nach unten gemessen. Indem Verbindungslien zwischen den vier Punkten gezogen werden, entsteht ein Rechteck. Ein Rechteck, das (verhältnismäßig) eher im nordöstlichen Quadranten liegt, wird mit positiven Werten assoziiert, ein Rechteck, das (verhältnismäßig) eher im südwestlichen Quadranten liegt, mit negativen Werten.

7.2 Zusammensetzung und Ergebnisse der Indizes

Die Auswahl der einzelnen Indikatoren für die verwendeten Indizes erfolgte einerseits auf Basis ihrer inhaltlichen Aussagekraft, andererseits auf Basis der Verfügbarkeit von vergleichbaren Daten für alle sechs untersuchten Städte. Für den jeweiligen Index‘ wären daher in mehreren Fällen „geeigneter“ Indikatoren denkbar, welche aber aufgrund von fehlenden Daten (für einzelne Städte) nicht herangezogen werden konnten.

7.2.1 Policy-Kontext und Policy-Umfeld: City Prosperity- und City Burden-Index

Großstädte fungieren innerhalb von nationalen und regionalen Strukturen und ihre Prosperität, Problemlagen, Möglichkeiten und Handlungsspielräume sind zum Teil durch nationale und regionale Fiskalsysteme und Policies (z.B. Arbeitsmarktregulierung), konjunkturelle Schwankungen und unterschiedliche wirtschaftliche Prosperität, sozio-demographische Strukturen, etc. determiniert. Die (gegenwärtige) kontextuelle bzw. hintergrundbezogene Dimension des Modells wird durch einen städtischen Prosperity-Index und einen städtischen Burden-Index erfasst, welche allgemeine Indikatoren zur sozialen und wirtschaftlichen Situation (Altersstruktur, Migration, Wirtschaftswachstum, etc.), zu Lebensbedingungen (Qualifikationsstruktur, Erwerbsquoten, Arbeitslosigkeit, Kriminalität) sowie zum Einnahmenniveau und der budgetären Situation als Schlüsselemente für die finanzielle Autonomie und die Ressourcenkontrolle der Städte enthalten.

Der Prosperity-Index für das städtische Umfeld hat eine präzise synthetische Bewertung darüber zum Ziel, inwieweit eine Stadt wirtschaftlich gedeiht, gut situiert oder wohlhabend ist, bzw. bei zumindest teilweise endogenen Faktoren auch, inwieweit die Umsetzung ihrer politischen Maßnahmen „gelingt“. Es handelt sich dabei um die einfache Summe folgender auf einen „positiven“ Kontext bezogenen Variablen:

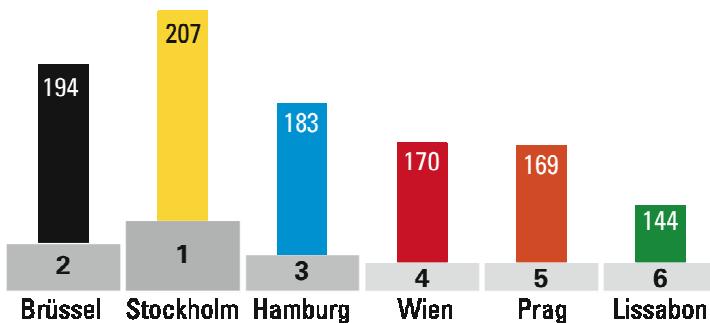
- der Anteil der lokalen Erwerbspersonen mit Ausbildung im tertiären Bereich (ein Messwert für Humankapital), plus
- der Anteil der Erwerbspersonen an der Gesamtbevölkerung im Erwerbsalter (ein Messwert für das Ausmaß der Integration in den Arbeitsmarkt bzw. die Erwerbsbeteiligung), plus
- das städtische Bruttoregionalprodukt pro EinwohnerIn in KKS relativ zu dem der reichsten Stadt in der EU – Paris (ein Messwert für den wirtschaftlichen Wohlstand), plus
- das durchschnittliche jährliche Wachstum des Bruttoregionalprodukts (ein Messwert für die wirtschaftliche Entwicklung), plus
- die gesamten kommunalen Einnahmen pro EinwohnerIn als Anteil am städtischen Bruttoregionalprodukt pro Kopf (ein Messwert für den steuerlichen bzw. finanziellen Handlungsspielraum der Stadt; zu den Detailergebnissen der Einzelindikatoren für den Prosperity-Index siehe Anhang 2).³⁶

Den höchsten Wert auf dem City Prosperity-Index erzielt Stockholm mit 207 Punkten, vor Brüssel mit 194 Punkten und Hamburg mit 183 Punkten. Der Durchschnitt der sechs Städte beträgt 178 Punkte. Auf dem vierten Platz findet sich Wien (170 Punkte), knapp vor Prag (169 Punkte). Deutlich abgeschlagen belegt Lissabon mit 144 Punkten den letzten Platz auf dieser Dimension (Abb. 5).

Mit anderen Worten, da sie aus verschiedensten Gründen eine bessere Position in puncto ökonomisches und Humankapital aufweist, kann eine Stadt wie Stockholm in einem gewissen Policy-Sinn als „vorteilhafter“ oder „besser“ positioniert angesehen werden als eine Stadt wie Lissabon. Das bedeutet im Wesentlichen, dass unter sonst gleichen Bedingungen, jede Stockholmer Stadtregierung als Akteurin in City Governance mit einem vorteilhafteren Policy-Umfeld konfrontiert ist (Pfeil a), noch bevor sie irgendwelche konkreten städtischen Policies implementiert.

³⁶ Für sich betrachtet handelt es sich bei den angeführten Variablen für den „Prosperity“-Index zum Teil auch um Performance-Indikatoren, wie z.B. Erwerbsbeteiligung. Aus der Perspektive einer Stadtregierung sind jedoch diese Performance-Variablen kaum beeinflussbar, wenn etwa für die Arbeitsmarktpolitik in erster Linie die nationale Ebene verantwortlich ist, und daher eher dem Kontext zuzuordnen.

Abbildung 5: Städtischer Prosperity-Index



Q: siehe Anhang 2

Der Burden-Index für den städtischen Kontext hat eine präzise synthetische Bewertung darüber zum Ziel, inwieweit eine Stadt finanzielle oder wirtschaftliche Herausforderungen aufweist bzw. ungünstig situiert ist, oder bei zumindest zum Teil endogenen Faktoren auch, inwieweit die Umsetzung politischer Maßnahmen „fehlschlägt“ bzw. nicht die gewünschte Wirkung erzielt. Es handelt sich dabei um die einfache Summe folgender auf einen „negativen“ Kontext bezogenen Variablen:

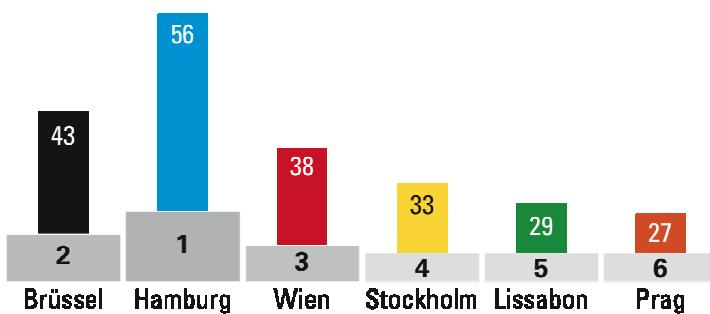
- Anteil der über 75 Jahre alten BürgerInnen (ein Messwert für das relative Ausmaß an stark bedürftigen Menschen im Hinblick auf Langzeitpflege und medizinische Versorgung), plus
- der Anteil der Bevölkerung mit einer Staatsbürgerschaft aus einem Drittstaat (ein Messwert für ethnische Heterogenität), plus
- der Anteil der lokalen Arbeitskräfte, die von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind (ein Messwert für tiefgreifende Arbeitsmarktprobleme), plus
- der gesamte kommunale Schuldenstand pro EinwohnerIn als Anteil am gesamten städtischen Bruttoregionalprodukt pro Kopf (ein Messwert für einen Mangel an finanziellem Handlungsspielraum), plus
- die Anzahl der Eigentumsdelikte pro 100 EinwohnerInnen (ein Messwert für die Kriminalität in der Stadt; zu den Detailergebnissen der Einzelindikatoren für den Burden-Index siehe Anhang 2).³⁷

³⁷ Für sich betrachtet handelt es sich bei den angeführten Variablen für den „Burden“-Index zum Teil auch um Performance-Indikatoren, wie z.B. Arbeitslosigkeit. Aus der Perspektive einer Stadtregierung sind jedoch diese Performance-Variablen kaum beeinflussbar, wenn etwa für die Arbeitsmarktpolitik in erster Linie die nationale Ebene verantwortlich ist, und daher eher dem Kontext zuzuordnen.

In erster Linie aufgrund der hohen Schuldenquote weist Hamburg die höchste Punktezahl auf dem Burden-Index auf (56). Es folgen Brüssel (43) und Wien (38), das auf dem Durchschnittswert liegt. Geringere Werte verzeichnen Stockholm mit 33 Punkten, Lissabon mit 29 und Prag mit 27 Punkten (Abb. 6).

Mit anderen Worten, da es aus verschiedensten Gründen eine schlechtere Position in puncto ökonomische und sozio-demographische Situation aufweist, kann eine Stadt wie Hamburg in einem gewissen Policy-Sinn als weniger „vorteilhaft“ oder mehr „eingeschränkt“ als eine Stadt wie Prag oder Lissabon angesehen werden. Das bedeutet im Wesentlichen, dass unter sonst gleichen Bedingungen, jede Hamburger Stadtregierung als Akteurin in City Governance mit einem weniger vorteilhaften Policy-Umfeld belastet ist (Pfeil a), noch bevor sie irgendwelche konkreten städtischen Policies implementiert, da sie mit mehr Problemen oder einem engeren Korsett in ihrem Policy-Umfeld konfrontiert ist.

Abbildung 6: Städtischer Burden-Index

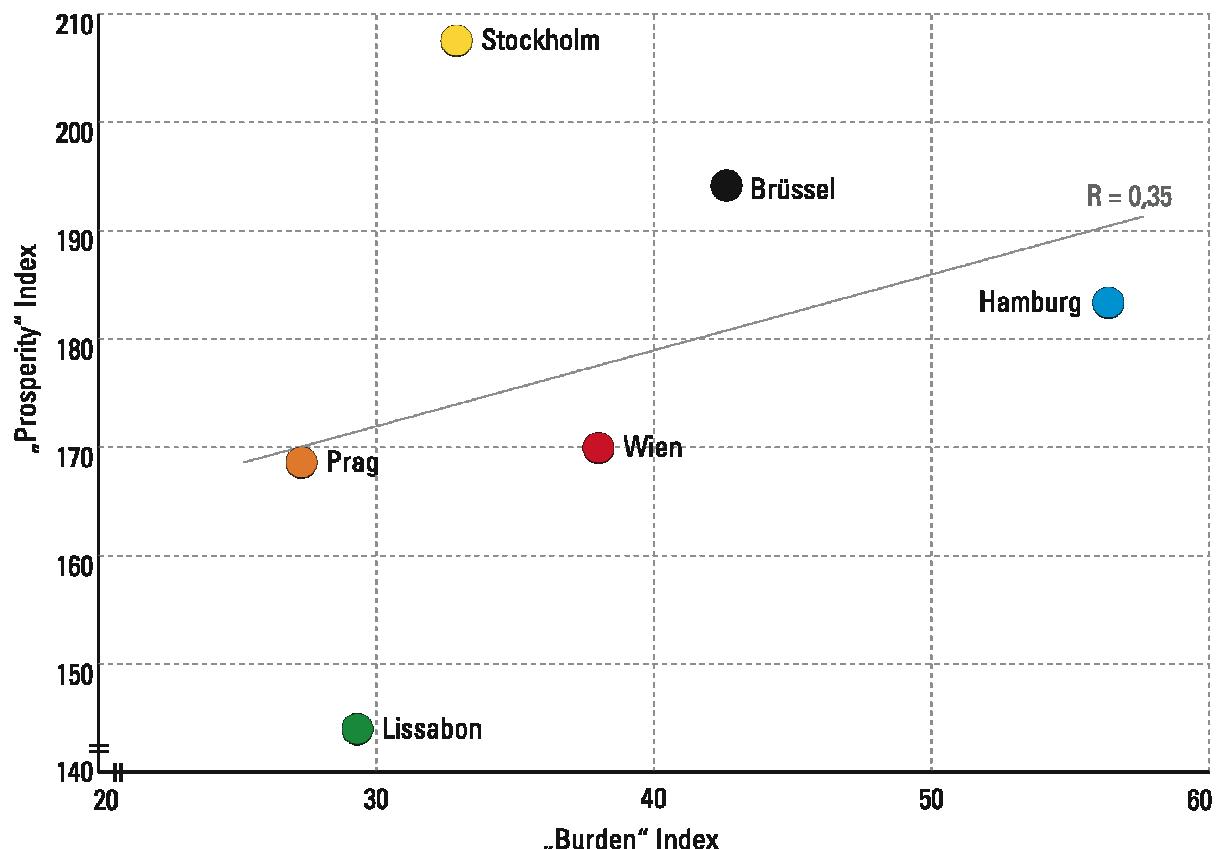


Q: siehe Anhang 2

Bei einer gemeinsamen Betrachtung von Prosperity- und Burden-Index zeigt sich eine gewisse Korrelation zwischen den beiden Dimensionen. Allerdings in dem Sinne, dass hohe Werte auf dem Prosperity-Index auch eher mit hohem Werten auf dem Burden-Index zusammenhängen bzw. niedrige Werte auf dem Prosperity-Index eher mit niedrigem Werten auf dem Burden-Index einhergehen ($r=0,35$). Dies ist eine interessante statistische Beobachtung, die sich nicht unbedingt zwingend aus der rein inhaltlichen Betrachtung der zugrundliegenden Einzelindikatoren ergibt. Exemplarisch zeigt sich das Phänomen an Brüssel (auf beiden Indizes hohe, deutlich überdurchschnittliche Punktezahl), an Wien (auf beiden Indizes eher durchschnittliche Punktezahl) sowie an Prag und Lissabon (auf beiden Indizes relativ geringe, unterdurchschnittliche Punktezahl). Eine Ausnahme davon stellt lediglich

Stockholm dar, das beim Prosperity-Index den ersten Platz belegt und beim Burden-Index unterdurchschnittlich abschneidet.

Abbildung 7: Zusammenhang Prosperity-/Burden-Index



Leseanmerkung: auf der horizontalen x-Achse sind die von der jeweiligen Stadt erzielten Werte auf dem „Burden“-Index, auf der vertikalen y-Achse die von der jeweiligen Stadt erzielten Werte auf dem „Prosperity“-Index aufgetragen. Je weiter rechts sich ein Punkt befindet, desto höher ist der erzielte Wert auf dem „Burden-Index“; je weiter oben sich ein Punkt befindet, desto höher ist der erzielte Wert auf dem „Prosperity“-Index. Aus der jeweiligen Punktlage in der Kombination der beiden Achsen ergibt sich der Zusammenhang zwischen den beiden Indizes auf Einzelstadtebene, also z.B. für Lissabon ein niedriger Wert auf beiden Indizes. Die Regressionsgerade zeigt über alle sechs Städte gesehen einen positiven Zusammenhang zwischen den erzielten Werten auf dem „Prosperity“- und dem „Burden“-Index. Tendenziell ergibt sich demnach bei einem niedrigen Wert auf dem „Prosperity“-Index auch eher ein niedriger Wert auf dem „Burden“-Index bzw. bei einem hohen Wert auf dem „Prosperity“-Index auch eher ein hoher Wert auf dem „Burden“-Index.

Um zusätzlich ein globales visualisiertes Bild vom politischen Kontext der Stadt zu erlangen, haben wir „magische Rechtecke“ konstruiert, die jeweils zwei zentrale Einzelindikatoren aus dem Prosperity- und aus dem Burden-Index in ein und demselben Diagramm zusammenfassen. Auf der horizontalen Achse wird der „positive“ Indikator „relatives Bruttoregionalprodukt pro EinwohnerIn“ vom Ursprung nach rechts, und der „negative“ Indikator „Langzeitarbeitslosigkeit“ vom Ursprung nach links gemessen. Auf der vertikalen Achse, vom Ursprung ausgehend, wird der „positive“ Indikator „relative kommunale Einnahmen pro EinwohnerIn“ nach oben, und der „negative“ Indikator „kommunaler

„Schuldenstand pro EinwohnerIn“ nach unten gemessen. Indem Verbindungslien zwischen den vier Punkten gezogen werden, ergibt sich ein Rechteck. Ein Rechteck, das (verhältnismäßig) eher im nordöstlichen Quadranten liegt, wird mit besseren Werten für das Policy-Umfeld assoziiert, ein Rechteck, das (verhältnismäßig) eher im südwestlichen Quadranten liegt, mit schlechteren Werten.

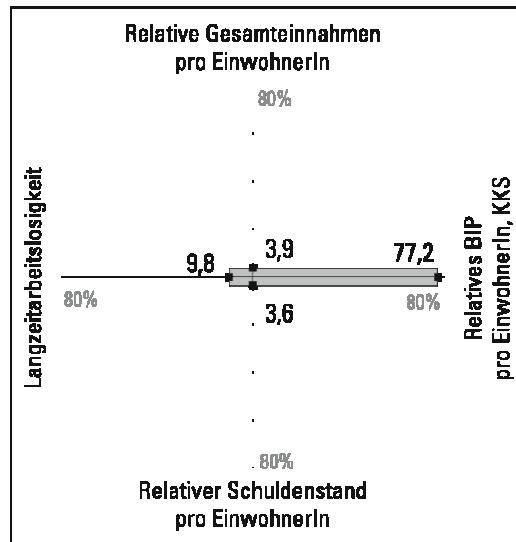
Die größten Flächen im (positiven) nordöstlichen Quadranten zeigen sich für Wien (900), Stockholm (897) und Hamburg (826). Wien ist durch eine besonders gute Einnahmensituation gekennzeichnet, Stockholm und Hamburg weisen ein hohes Bruttoregionalprodukt auf. Prag folgt mit einer Fläche von 424, Brüssel mit einer Fläche von 301. In Prag sind die vergleichsweise hohen kommunalen Gesamteinnahmen der entscheidende Faktor, in Brüssel wird hingegen das hohe Bruttoregionalprodukt durch die geringe Einnahmendynamik gebremst. Die mit Abstand geringste Fläche im positiven Bereich lässt sich für Lissabon ausmachen (177), dazu trägt die relativ geringe Einnahmensituation und die relativ geringe Wirtschaftsleistung gleichermaßen bei.

Die mit Abstand größte Fläche im (negativen) südwestlichen Quadranten weist aufgrund der hohen Schuldenquote Hamburg auf (130), mit Abstand folgen Brüssel (35), wo die Langzeitarbeitslosigkeit ausschlaggebend ist, und Lissabon (18). Sehr geringe Werte ergeben sich für Wien (7), Stockholm (5) und Prag (4) – bei letzteren beiden Städten insbesondere aufgrund der geringen Langzeitarbeitslosigkeit.

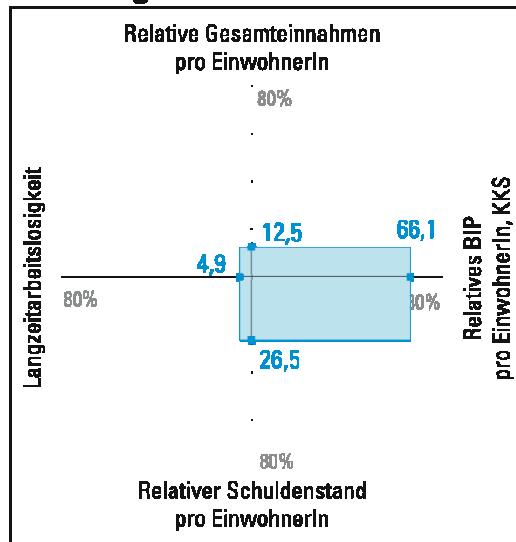
Den höchsten Quotient zwischen der (positiven) Fläche im nordöstlichen Quadranten und der (negativen) Fläche im südwestlichen Quadranten verzeichnet Stockholm (183), gefolgt von Wien (123) und Prag (118). Gemessen an den zentralen positiven Indikatoren „relative Wirtschaftsleistung“ und „relative Einnahmensituation“ sowie an den zentralen negativen Indikatoren „relativer Schuldenstand“ und „Langzeitarbeitslosigkeit“ schneiden diese drei Städte somit am besten ab. Ein deutlicher Abstand zeigt sich zu den übrigen drei Städten, hier beträgt der Quotient lediglich 10 (Lissabon), 9 (Brüssel) bzw. 6 (Hamburg).

Abbildung 8: Magische Rechtecke zu Dimensionen des Policy-Umfelds

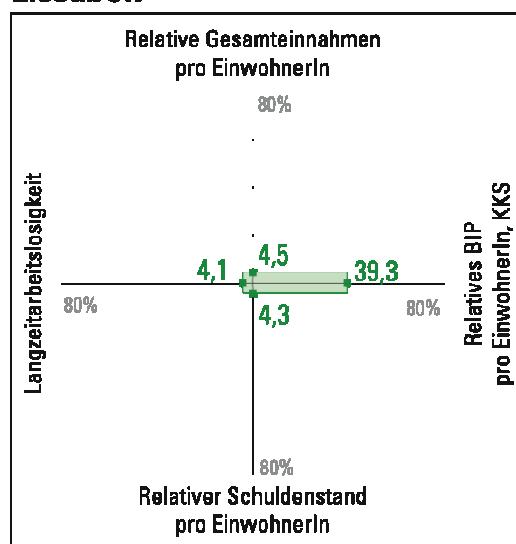
Brüssel



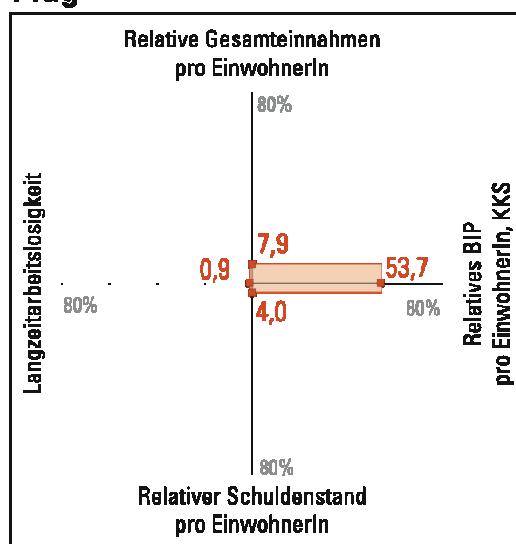
Hamburg



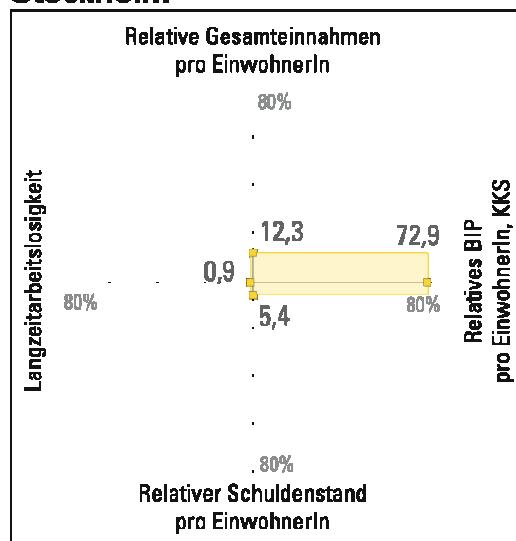
Lissabon



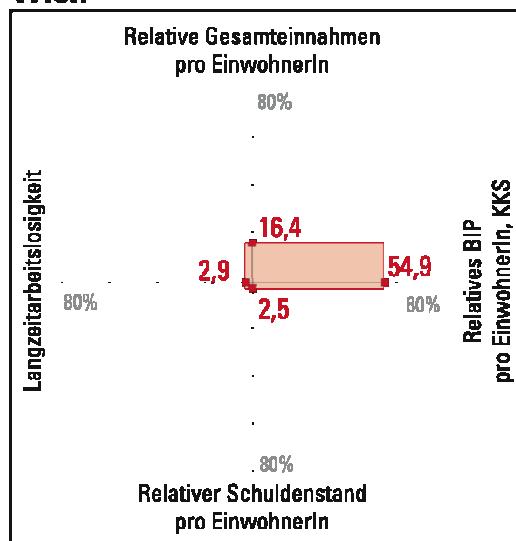
Prag



Stockholm



Wien



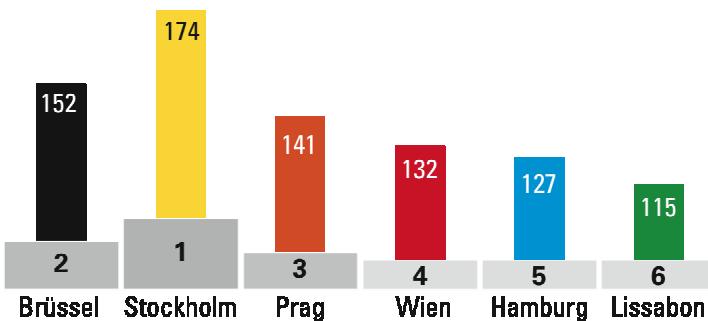
Leseanmerkung: Auf der horizontalen Achse wird der „positive“ Indikator „relatives Bruttoregionalprodukt pro EinwohnerIn“ vom Ursprung nach rechts, und der „negative“ Indikator „Langzeitarbeitslosigkeit“ vom Ursprung nach links gemessen. Auf der vertikalen Achse, vom Ursprung ausgehend, wird der „positive“ Indikator „relative kommunale Einnahmen pro EinwohnerIn“ nach oben, und der „negative“ Indikator „kommunaler Schuldenstand pro EinwohnerIn“ nach unten gemessen. Ein Rechteck, das (verhältnismäßig) eher im nordöstlichen Quadranten liegt (z.B. Wien), wird mit besseren Werten für das Policy-Umfeld assoziiert, ein Rechteck, das (verhältnismäßig) eher im südwestlichen Quadranten liegt (z.B. Hamburg), mit schlechteren Werten.

Um die Dimension des Policy-Umfelds noch weiter zu verdichten und auf einen Index zu reduzieren, wird der städtische „Net-Prosperity“-Index aus der einfachen Differenz zwischen dem Wert des Prosperity- und dem Wert des Burden-Index‘ gebildet.

Mit 174 Punkten platziert sich Stockholm auf dem ersten Platz, auch Brüssel und Prag verzeichnen mit 152 bzw. 141 Punkten noch überdurchschnittliche Werte (Durchschnitt: 140 Punkte). Es folgen Wien (132 Punkte) und Hamburg (127 Punkte). Das schlechteste Ergebnis erzielt Lissabon mit 115 Punkten (Abb. 9).

Mit anderen Worten, unter Berücksichtigung von zehn unterschiedlichen ökonomischen und sozio-demographischen Dimensionen, welche gemeinsam die Situation einer Stadt in puncto wirtschaftlicher und sozio-demographischer Belange abbilden, kann eine Stadt wie Stockholm per Saldo als „vorteilhafter“ oder „weniger eingeschränkt“ positioniert angesehen werden, als eine Stadt wie Lissabon. Das bedeutet im Wesentlichen, dass jede Stockholmer Stadtregierung als Akteurin in City Governance mit einem vorteilhafteren Policy-Umfeld bzw. weniger einschränkenden Bedingungen konfrontiert ist (Pfeil a), noch bevor sie irgendwelche konkreten Stadt-Policies implementiert. Bezogen auf eine Stadt wie Wien lässt sich sagen, dass sie weder besonders vorteilhaft noch besonders nachteilig in puncto Umfeldbedingungen oder -problemen, welche sie bewältigen muss, positioniert ist.

Abbildung 9: Städtischer Net-Prosperity Index



Q: siehe Anhang 2

7.2.2 Aufwand bzw. Anstrengungen der Städte: City Input-Index

Bei den Input- bzw. Governing-Variablen im Sinne von intermediären Variablen im Hinblick auf die City Performance wird sowohl die Bereitstellung von Infrastruktur, die Investitionen in Dienstleistungen (Kinderbetreuung, Spitäler) als auch der Grad der Flexibilität bzw. des Spielraums der Großstädte beim Design und der Implementierung von Dienstleistungen in den Sozial- und Gesundheitssystemen sowie das allgemeine Ausgabenniveau untersucht.

Die aufwandsbezogene Dimension des Städte-Modells wird durch den City Input-Index erfasst. Er ist auf eine präzise synthetische Bewertung darüber ausgerichtet, inwieweit eine Stadt selbst politische Anstrengungen „heute“ unternimmt (bzw. unternehmen kann), um gegebenenfalls gewisse Akzente in der Wirtschafts-, Standort-, Arbeitsmarkt-, Sozial- und Gesundheitspolitik zu setzen. Dabei handelt es sich um die einfache Summe von folgenden Input-Variablen:

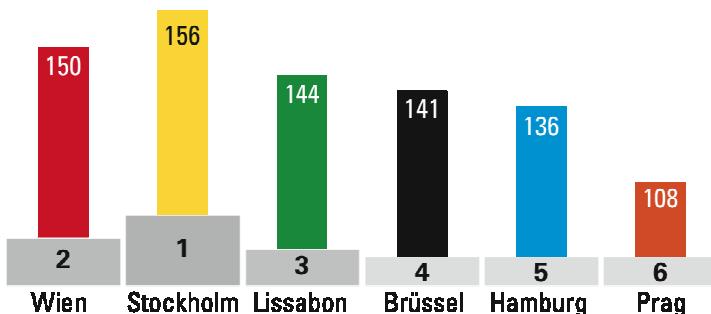
- Bewertung der Stadt nach dem Mercer-Index für städtische Infrastruktur relativ zur Bewertung der bestbewerteten Stadt München (ein Messwert für den Aufwand im Hinblick auf öffentliche Güter und Dienstleistungen wie Elektrizität, Wasserversorgung, Telefon, Post, öffentliche Verkehrsmittel, Verkehrsbelastung, und Flughäfen), plus
- der Autonomiegrad der jeweiligen Stadt bei der Gestaltung und Organisation der Sozial- und Gesundheitssysteme (ein Messwert für die Einflussmöglichkeiten der Stadt auf diesen Gebieten)³⁸, plus
- die gesamten kommunalen Ausgaben pro EinwohnerIn als Anteil am gesamten städtischen Bruttoregionalprodukt pro Kopf (ein Messwert für den finanziellen Aufwand der Stadt), plus
- die Betreuungsquote von Kindern unter drei Jahren in Kindertagesstätten (ein Messwert für die frühzeitige Investition in Humankapital und die Unterstützung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf), plus
- die Anzahl an Krankenhausbetten pro 1.000 EinwohnerInnen (ein Messwert für den gesundheitspolitischen Aufwand³⁹; zu den Detailergebnissen der Einzelindikatoren des Input-Indexes siehe Anhang 2).

³⁸ Auf Basis der Literaturanalyse und der Befragung der ExpertInnen (vgl. Kap. 2 und 3) wurde der generelle Flexibilitäts- bzw. Autonomiegrad der Städte beim Design und der Implementierung von öffentlichen Interventionen im Hinblick auf die Sozial- und Gesundheitssysteme vom Europäischen Zentrum eingeschätzt. Es ging dabei um die Frage, inwieweit die Städte als Antwort auf bestimmte Rahmenbedingungen Akzente setzen können, indem sie ihre Sozial- und Gesundheitsleistungen entsprechend anpassen. Es wurde eine Bewertung auf einer Skala von fünf (große Autonomie) bis eins (geringe Autonomie) vorgenommen.

Den höchsten Input-Index-Wert und damit die größten stadtpolitischen Anstrengungen verzeichnet Stockholm (156 Punkte), vor Wien (150 Punkte) und Lissabon (144 Punkte). Während sich Brüssel mit 141 Punkten noch knapp über dem Durchschnittswert von 139 Punkten befindet, liegt Hamburg mit 136 Punkten bereits knapp darunter. Den geringsten Input-Wert weist Prag mit 108 Punkten auf (Abb. 10).

Mit anderen Worten, wenn wir die konkreten Policy-Anstrengungen der Stadtregierungen betrachten, zeigt sich sowohl für eine Stadt wie Stockholm (welche von einem sehr vorteilhaften Policy-Umfeld begünstigt ist; Pfeil a) als auch eine Stadt wie Wien (welche weder ein besonders vorteilhaftes noch ein besonders nachteiliges Policy-Umfeld aufweist) ein ausgeprägter Policy Input. Umgekehrt hat Prag eindeutig die rote Laterne bei den aktuellen stadteigenen Anstrengungen inne.

Abbildung 10: Städtischer Input-Index



Q: siehe Anhang 2

7.2.3 „Objektiver“ und subjektiver Output: City Performance-Index

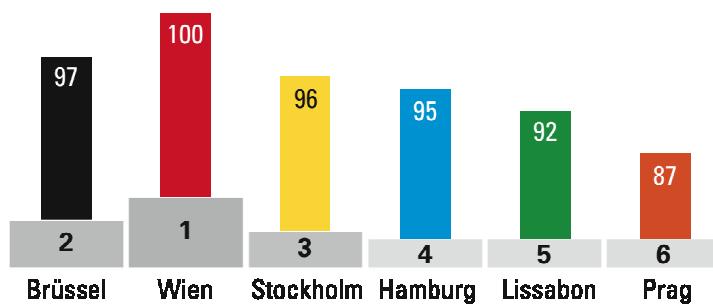
Der City Performance-Index zielt darauf ab, eine präzise synthetische Bewertung darüber abzugeben, inwieweit gegenwärtig eine Stadt erfolgreich qualitative öffentliche Güter und Dienstleistungen bereitstellt. Es handelt sich um die einfache Summe aus „objektiven“ und subjektiven Output-Variablen bzw. Policy-Outcomes. Als „objektiver“ Maßstab wird im Sinne eines Überblicks über Verwaltungs-, Institutions-, System- und Dienstleistungsstrukturen die Bewertung der Stadt auf dem Mercer Quality of Living-Index relativ zur Bewertung der bestbewerteten Stadt in der gesamten Stichprobe für das Jahr 2009, Wien, herangezogen. Dies ist ein Messwert für die „objektive“ Performance einer Stadt unter Berücksichtigung von insgesamt zehn Kategorien, darunter Umwelt, Wohnverhältnisse,

³⁹ Ad hoc ist weder eine hohe noch eine geringe Anzahl an Betten als positiv oder negativ zu bewerten, es ist aber eine eindeutige Unterscheidung in hohen vs. geringen Input möglich.

Erholung und Freizeit, medizinische Versorgung, politisches und soziales Umfeld, wirtschaftliches und kulturelles Umfeld, Schulen und Ausbildung, sowie öffentliche Dienstleistungen und Beförderung.

Der Berechnungsweise entsprechend erzielt Wien auf dem relativen Mercer Quality of Living Index die maximale Anzahl von 100 Punkten. Brüssel, Stockholm und Hamburg folgen innerhalb einer geringen Spannweite von 95 bis 97 Punkten oberhalb des Durchschnitts von weniger als 95 Punkten, vor Lissabon mit 92 Punkten. Mit einem Abstand weist Prag mit weniger als 87 Punkten das schlechteste relative Ergebnis auf (Abb. 11).

Abbildung 11: “Objektiver” städtischer Performance-Indikator: Mercer-Quality of Living-Index



Q: siehe Anhang 2

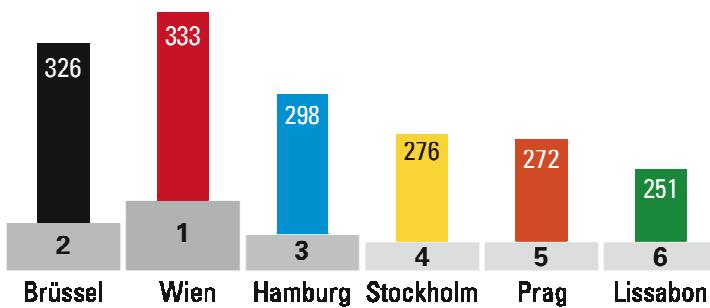
Zum anderen tragen auch subjektive Wahrnehmungen und Einschätzungen der BürgerInnen zu einem vollständigen Bild bei. Als subjektive Output-Variablen werden fünf Dimensionen des Befragungsteils im Rahmen des Urban-Audit-Programms (Eurostat), welche die Zufriedenheit der BürgerInnen in bestimmten Bereichen messen, herangezogen. Es handelt sich dabei jeweils um einen synthetischen Index zwischen 0 (nicht zufrieden) und 100 Punkten (zufrieden), wobei die Punktwerte der einzelnen Fragen addiert wurden:

- Stadtleben allgemein („zufrieden, in dieser Stadt zu leben“), plus
- administrative Leistung („administrative Dienste helfen effizient“), plus
- Umgang mit budgetären Ressourcen („budgetäre Ressourcen werden in verantwortungsvoller Weise verwendet“), plus
- Zugang zu Wohnungen („einfach, gute Wohnungen zu vertretbaren Preisen zu finden“), plus
- Zufriedenheit mit Krankenhäusern.

Die Auswahl der fünf Bereiche erfolgte zum einen im Sinne von aussagekräftigen allgemeinen Variablen sowie zum anderen im Sinne von spezifischen Variablen, die sich auf das Themenfeld der vorliegenden Studie beziehen (Zugang zu Wohnungen, Zufriedenheit mit Krankenhäusern). Der subjektive Performance-Indikator stellt einen Messwert für die subjektive Zufriedenheit mit der Performance einer Stadt dar.

Die besten Bewertungen auf den fünf Dimensionen erhielt in Summe wiederum Wien mit 333 Punkten, vor Brüssel mit 326 Punkten. Mit einem Abstand folgt Hamburg mit 298 Punkten. Relativ eng zusammen, bereits unter dem Durchschnittswert von 293 Punkten, liegen Stockholm (276 Punkte) und Prag (272 Punkte). Die geringste subjektive Bewertung erzielt Lissabon mit 251 Punkten (Abb. 12).

Abbildung 12: Subjektiver städtischer Performance-Indikator: Eurostat Urban Audit-Befragung zur Zufriedenheit (fünf ausgewählte Dimensionen)

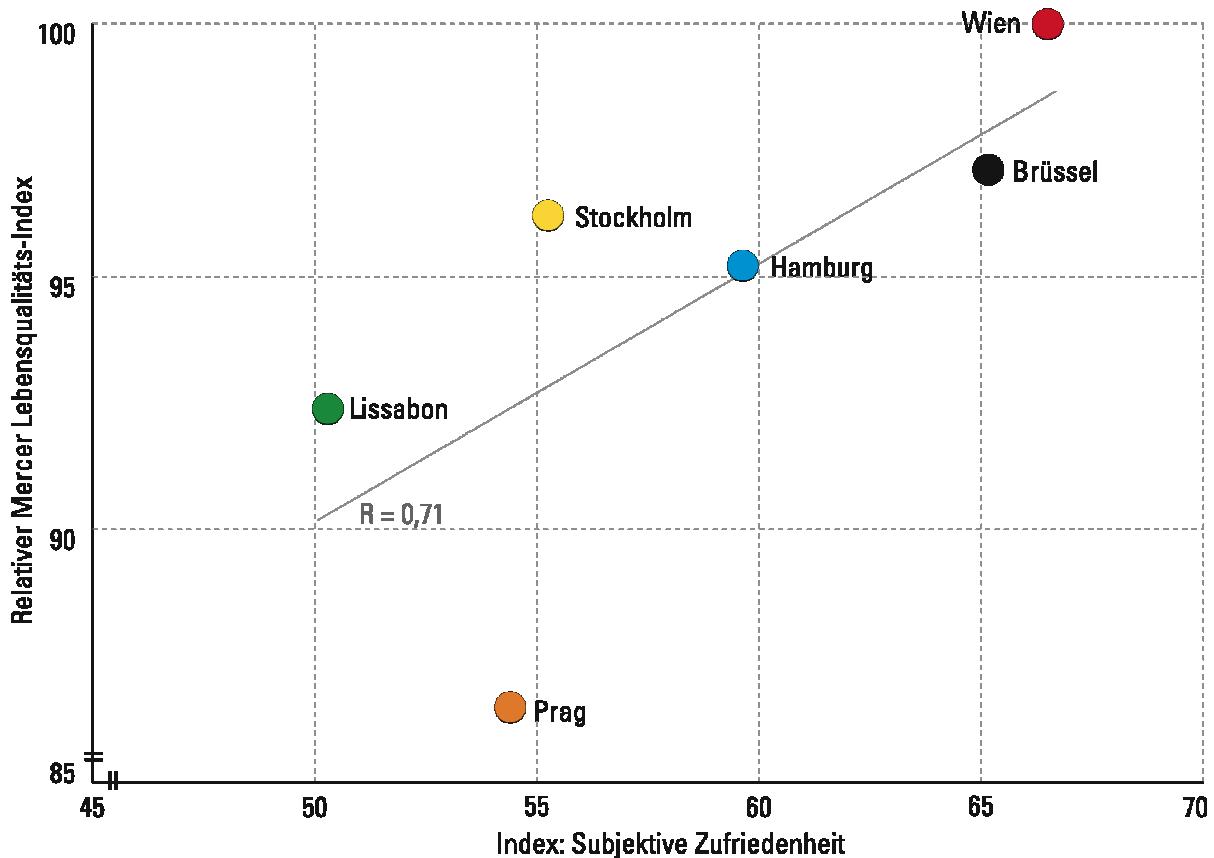


Q: siehe Anhang 2

Bei der Gegenüberstellung der „objektiven“ (Mercer-Index) und der subjektiven Komponente (Befragung im Rahmen von Urban Audit) zeigt sich ein relativ starker Zusammenhang zwischen beiden Dimensionen ($r=0,71$). Wien nimmt auf beiden Dimensionen den Spitzenplatz ein, gefolgt von Brüssel. In einem eher mittleren Bereich finden sich Hamburg und Stockholm. Während Hamburg vergleichsweise besser auf der subjektiven Komponente abschneidet, verzeichnet Stockholm ein besseres Ergebnis auf der „objektiven“ Komponente. Am unteren Ende weisen jeweils Lissabon und Prag die geringsten Werte sowohl auf der „objektiven“ als auch auf der subjektiven Komponente auf (Abb. 13).⁴⁰

⁴⁰ In der Grafik wird der jeweilige Durchschnittswert auf den fünf subjektiven Dimensionen dargestellt. Für die statistische Korrelation ist es unerheblich, ob der Summenwert oder der Durchschnittswert verwendet wird.

Abbildung 13: „Objektive“ Performance: Mercer Quality of Living/Subjektive Performance: Eurostat Urban Audit-Befragung*



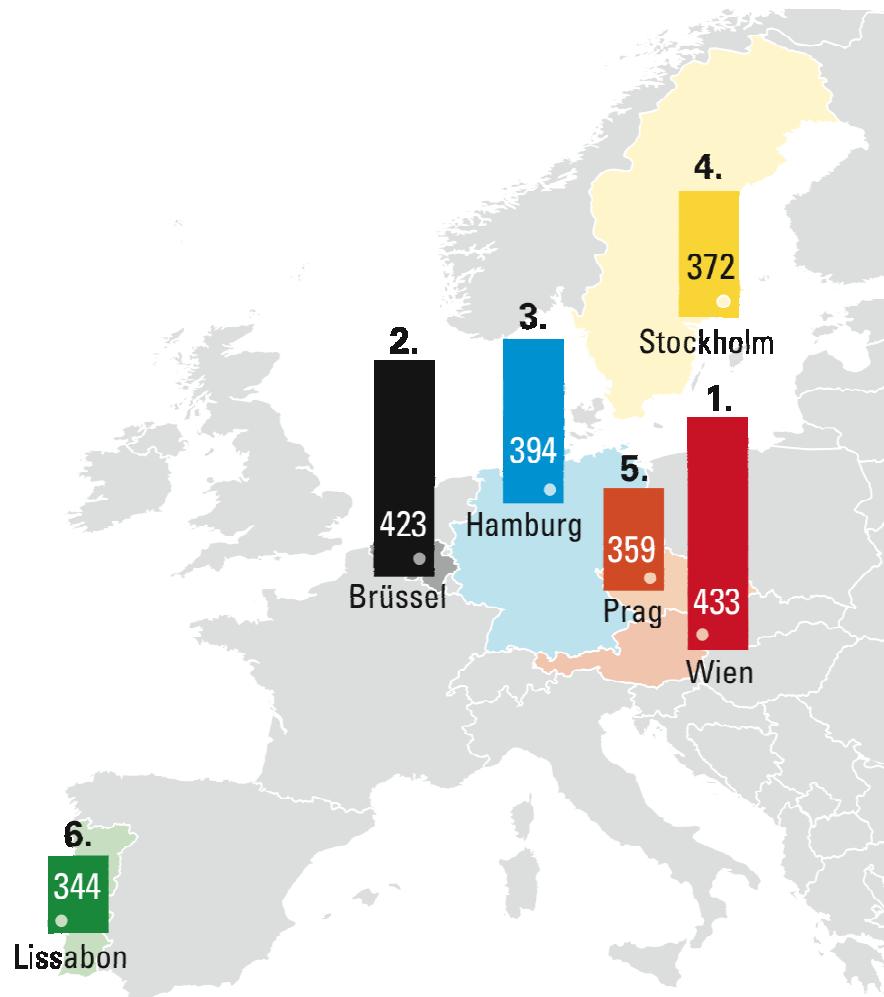
* arithmetische Mittel der 5 Dimensionen

Leseanmerkung: auf der horizontalen x-Achse sind die von der jeweiligen Stadt erzielten Werte auf dem Index für subjektive städtische Performance, auf der vertikalen y-Achse die von der jeweiligen Stadt erzielten Werte auf dem relativen Mercer Lebensqualitäts-Index aufgetragen. Je weiter rechts sich ein Punkt befindet, desto höher ist der erzielte Wert auf dem Index für subjektive Performance; je weiter oben sich ein Punkt befindet, desto höher ist der erzielte Wert auf dem relativen Mercer Lebensqualitäts-Index. Aus der jeweiligen Punktlage in der Kombination der beiden Achsen ergibt sich der Zusammenhang zwischen den beiden Indizes auf Einzelstadtebene, also z.B. für Wien ein hoher Wert auf beiden Indizes. Die Regressionsgerade zeigt über alle sechs Städte gesehen einen positiven Zusammenhang zwischen den erzielten Werten auf dem relativen Mercer Lebensqualitäts-Index und dem Index für subjektive städtische Performance. Tendenziell ergibt sich demnach bei einem niedrigen Wert auf dem relativen Mercer Lebensqualitäts-Index auch eher ein niedriger Wert auf dem Index für subjektive städtische Performance bzw. bei einem hohen Wert auf dem relativen Mercer Lebensqualitäts-Index auch eher ein hoher Wert auf dem Index für subjektive städtische Performance.

Unser synthetischer Gesamt-Performance-Index stellt die einfache Summe aus der „objektiven“ Output-Variable und den subjektiven Output-Variablen dar. Entsprechend den jeweils besten Ergebnissen auf der „objektiven“ und auf der subjektiven Komponente ergeben sich für Wien (433 Punkte) und Brüssel (423 Punkte) die höchsten Werte auf dem Gesamt-Performance-Index. Es folgen Hamburg (394 Punkte) und Stockholm (372 Punkte). Die geringsten Werte verbuchen Prag (359 Punkte) und Lissabon (344 Punkte). Der Durchschnittswert der sechs Städte beträgt 388 Punkte (Abb. 14; zu den Detailergebnissen der Einzelindikatoren des Performance-Indexes siehe Anhang). Mit anderen Worten führt Wien

die Städte in unserer Stichprobe eindeutig an, wenn die Policy-Performance in „objektiven“ Variablen und in subjektiven Wahrnehmungen der BewohnerInnen gemessen wird.

Abbildung 14: Städtischer-Performance-Index



Q: siehe Anhang 2

7.2.4 City Futurability-Index

Die zukunftsorientierte Dimension des Städtemodells wird durch den Futurability-Index abgedeckt. Dieser hat eine präzise synthetische Bewertung darüber zum Ziel, inwieweit eine Stadt selbst politische Anstrengungen „für morgen“ unternimmt bzw. inwieweit sich die Stadt in einem günstigen oder ungünstigen politischen Umfeld für die zukünftige Entwicklung befindet, und hat somit sowohl eine inputorientierte als auch eine kontextorientierte Komponente. Die Schlüsselvariablen für Future-Ability („Zukunftsfähigkeit“) umfassen im Sinne von politischen Anstrengungen für morgen

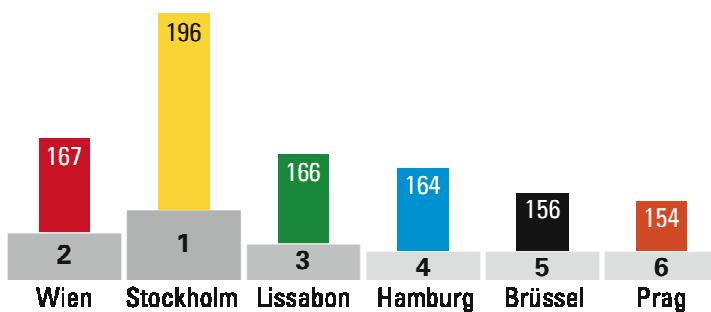
- die Gesamtausgaben für F&E (Forschung und Entwicklung, Messwert für kreatives Kapital und Innovation), plus
- (wie beim Input-Index) die Betreuungsquote von Kindern unter drei Jahren in Kindertagesstätten (ein Messwert für die frühzeitige Investition in Humankapital), plus

im Sinne eines günstigen bzw. ungünstigen politischen Umfeldes für die zukünftige Entwicklung

- die Anzahl der Einschreibungen im tertiären Bildungsbereich relativ zur Gesamtbevölkerung (ein Messwert für das zukünftige Humankapital), plus
- die Anteile von Beschäftigung in wissensbasierten Dienstleistungen und in der Hochtechnologie-Produktion (Messwerte für kreatives Kapital und Innovation), plus
- die inverse Rate der Jugendarbeitslosigkeit (ein Messwert für die zukünftige soziale Eingliederung bzw. Arbeitsmarktsituation; zu den Detailergebnissen der Einzelindikatoren des Futurability-Indexes siehe Anhang 2).⁴¹

Der Futurability-Index weist Stockholm mit 196 Punkten als eindeutigen Spitzenreiter und damit als bei weiten „zukunftsfähigste“ Stadt aus. Das zweitplatzierte Wien (167 Punkte) und die knapp dahinter folgenden Städte Lissabon (166 Punkte) und Hamburg (164 Punkte) erzielen bereits geringfügig unterdurchschnittliche Werte (Durchschnitt: 167 Punkte). Mit einem gewissen Abstand folgen Brüssel (156 Punkte) und Prag (154 Punkte; Abb. 15).

Abbildung 15: Städtischer Futurability-Index



Q: siehe Anhang 2

⁴¹ Für sich betrachtet handelt es sich bei den angeführten „Indikatoren des politischen Umfelds“ auch um Performance-Variablen, wie z.B. Arbeitslosigkeit. Aus der Stadtperspektive sind jedoch diese Performance-Variablen kaum beeinflussbar, wenn etwa für die Arbeitsmarktpolitik in erster Linie die Bundesebene verantwortlich ist, und daher eher dem Kontext zuzuordnen.

7.3 Zusammenhänge zwischen den Indizes bzw. Dimensionen

In zwei weiteren Schritten wollen wir der interessanten Frage nachgehen, wie die einzelnen Dimensionen des Modells zur Stadt-Performance jeweils miteinander zusammenhängen.

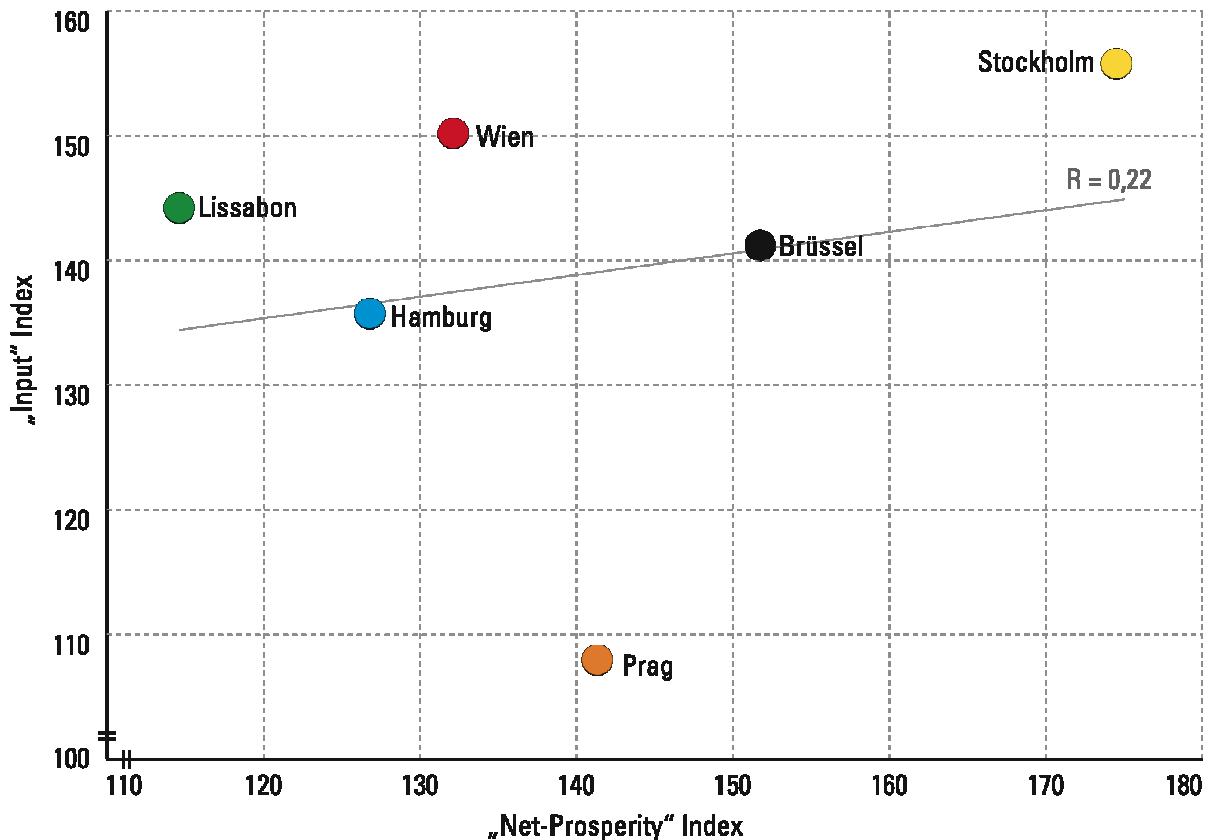
7.3.1 Gegenwartsbezogene Perspektive

Im ersten Schritt beziehen wir uns dabei auf die „gegenwärtige“ Situation, also die Zusammenhänge von politischem Kontext bzw. Hintergrund, Maßnahmen bzw. Input seitens der Städte und Performance der Städte. Die Maßnahmen der Städte (Policy Inputs) werden nach unserem theoretischen Modell (Abb. 4) zunächst von einer Reihe an positiven und negativen Ausprägungen des politischen Umfelds beeinflusst (Pfeil a), es gibt aber unter Umständen auch einen Rückkopplungseffekt von städtischen Input-Maßnahmen via der Stadt-Performance auf den städtischen Kontext bzw. Hintergrund (Pfeil c), und zwar auf jene Variablen, die nicht ausschließlich endogen sind.

Zwischen dem Net-Prosperity-Index und dem Input-Index zeigt sich eine schwach positive Korrelation ($r=0,22$). D.h. tendenziell, je höher der „Net-Prosperity-Index“ ausfällt, desto eher wird seitens der betreffenden Stadt viel investiert (Pfeil a). Ein Grund dafür könnte sein, dass bei einem positiven Kontext bzw. Umfeld mehr Ressourcen für Investitionen zur Verfügung stehen, obwohl gerade bei einem negativen Kontext bzw. Umfeld mehr investiert werden müsste. Umgekehrt könnte aber auch ein hoher Input das städtische Umfeld verbessern, auch wenn einige Umfeldindikatoren von der Stadt nicht oder nur wenig beeinflussbar sind.

Exemplarisch zeigt sich dies an Stockholm, das gleichzeitig die höchsten Net-Prosperity-Werte und die höchsten Policy-Input-Werte aufweist. Hingegen ist das Investitionsniveau in Wien bzw. Lissabon bei geringfügig bzw. deutlich unterdurchschnittlichen Net-Prosperity-Werten vergleichsweise hoch. Umgekehrt fällt der Input in Prag bei leicht überdurchschnittlichen Net-Prosperity-Werten relativ gering aus (Abb. 16).

Abbildung 16: Input-Index/ Net-Prosperity Index

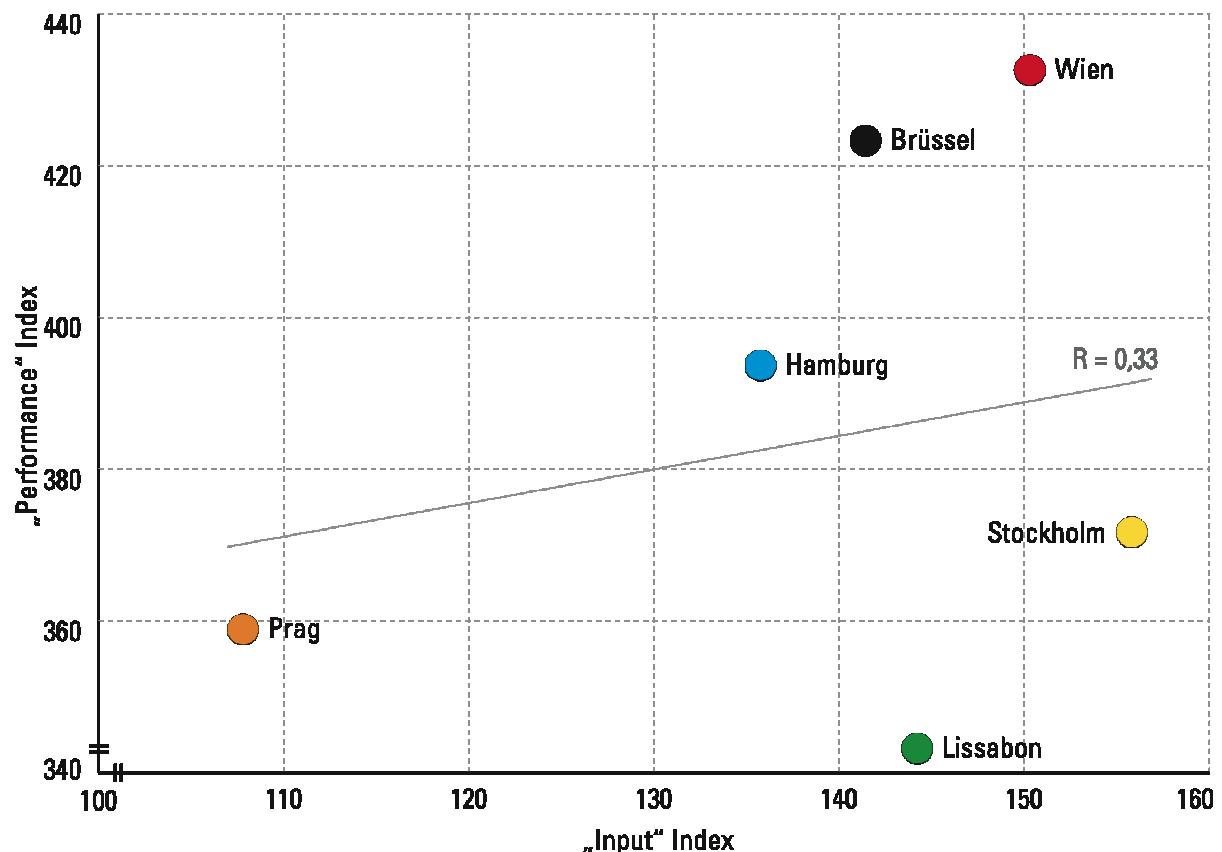


Leseanmerkung: auf der horizontalen x-Achse sind die von der jeweiligen Stadt erzielten Werte auf dem „Net-Prosperity“-Index, auf der vertikalen y-Achse die von der jeweiligen Stadt erzielten Werte auf dem „Input“-Index aufgetragen. Je weiter rechts sich ein Punkt befindet, desto höher ist der erzielte Wert auf dem „Net-Prosperity“-Index; je weiter oben sich ein Punkt befindet, desto höher ist der erzielte Wert auf dem „Input“-Index. Aus der jeweiligen Punktlage in der Kombination der beiden Achsen ergibt sich der Zusammenhang zwischen den beiden Indizes auf Einzelstadtebene, also z.B. für Stockholm ein hoher Wert auf beiden Indizes. Die Regressionsgerade zeigt über alle sechs Städte gesehen einen positiven Zusammenhang zwischen den erzielten Werten auf dem „Input“-Index und dem „Net-Prosperity“-Index. Tendenziell ergibt sich demnach bei einem niedrigen Wert auf dem „Input“-Index auch eher ein niedriger Wert auf dem „Net-Prosperity“-Index bzw. bei einem hohen Wert auf dem „Input“-Index auch eher ein hoher Wert auf dem „Net-Prosperity“-Index.

Die Performance der Stadt wird dem Modell nach von einer Reihe an politischen Maßnahmen auf Stadtebene, so genannten Policy Inputs, direkt beeinflusst (Pfeil b). Tatsächlich lässt sich ein etwas stärkerer Zusammenhang zwischen dem Input-Index und dem Performance-Index ausmachen ($r=0,33$). Daraus ließe sich mit Vorsicht die Hypothese bestätigen, dass bei höherem Input bzw. höheren Anstrengungen seitens der Stadt auch eine bessere Performance erzielt wird. Exemplarisch gilt dies insbesondere für die Städte Wien und Brüssel, eingeschränkt auch für Hamburg, die mit einem relativ hohen bzw. durchschnittlichen Input auch eine gute Performance erreichen. Umgekehrt lässt sich für Prag bei einem geringen Aufwand ein geringer Performance-Wert nachweisen. Eine gewisse Ausreißerposition haben Stockholm und Lissabon inne, die trotz relativ hoher Input-Werte nur relativ geringe Performance-Werte aufweisen. Insbesondere die subjektive Zufriedenheit fällt in beiden

Städten unterdurchschnittlich aus, in Lissabon zusätzlich auch die „objektive“ Komponente (Abb. 17).

Abbildung 17: Performance Index/ Input-Index



Leseanmerkung: auf der horizontalen x-Achse sind die von der jeweiligen Stadt erzielten Werte auf dem „Input“-Index, auf der vertikalen y-Achse die von der jeweiligen Stadt erzielten Werte auf dem „Performance“-Index aufgetragen. Je weiter rechts sich ein Punkt befindet, desto höher ist der erzielte Wert auf dem „Input“-Index; je weiter oben sich ein Punkt befindet, desto höher ist der erzielte Wert auf dem „Performance“-Index. Aus der jeweiligen Punktlage in der Kombination der beiden Achsen ergibt sich der Zusammenhang zwischen den beiden Indizes auf Einzelstadtebene, also z.B. für Prag ein niedriger Wert auf beiden Indizes. Die Regressionsgerade zeigt über alle sechs Städte gesehen einen positiven Zusammenhang zwischen den erzielten Werten auf dem „Performance“-Index und dem „Input“-Index. Tendenziell ergibt sich demnach bei einem niedrigen Wert auf dem „Input“-Index auch eher ein niedriger Wert auf dem „Performance“-Index bzw. bei einem hohen Wert auf dem „Input“-Index auch eher ein hoher Wert auf dem „Performance“-Index.

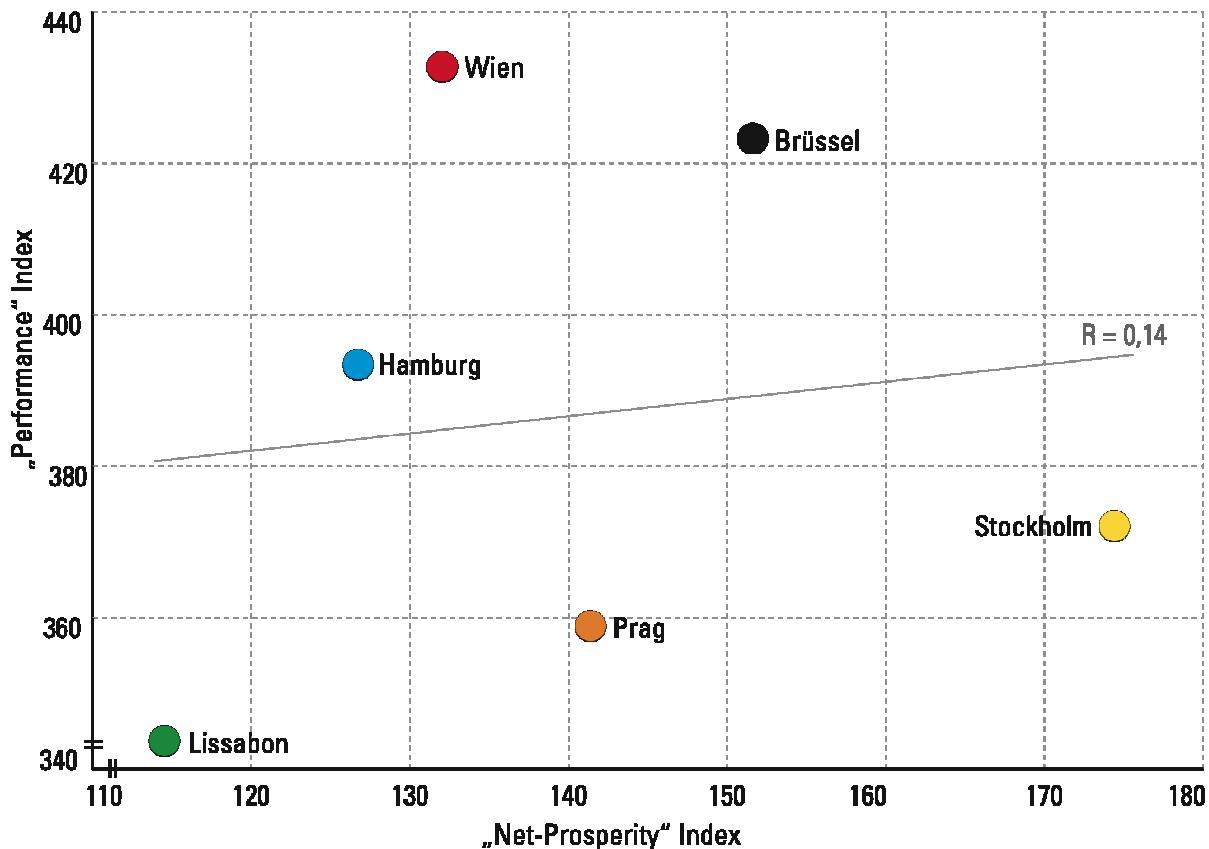
Bei der Gegenüberstellung von Net-Prosperity-Index und Performance-Index zeigt sich eine sehr geringe positive Korrelation ($r=0,14$). Da für jede Stadtregierung die zu einem bestimmten Zeitpunkt gegebenen Indikatoren des Policy-Kontexts oder des Policy-Umfelds zu einem großen Teil exogen sind, lässt sich daraus eine geringfügige Tendenz dahingehend ableiten, dass bei einem höheren Net-Prosperity-Wert auch die Performance besser ausfällt (ein höherer Net-Prosperity-Index führt zu einer besseren „objektiven“ und subjektiven Bewertung und damit zu besserer Performance). Zumindest zum Teil endogene Faktoren des

politischen Kontexts könnten jedoch auch (indirekt) über die Stadt-Performance beeinflusst werden.

Bei Stockholm und bei Prag ist allerdings augenscheinlich, dass bei einem vergleichsweise hohen Net-Prosperity-Wert ein eher geringer Performance-Wert erzielt wird. Umgekehrt erreichen Hamburg und, mehr noch, Wien mit eher geringeren Net-Prosperity-Werten vergleichsweise hohe Performance-Werte. Ein anderes Bild ergibt sich hingegen für Brüssel bzw. Lissabon, die auf beiden Dimensionen hohe bzw. geringe Werte erzielen.

Mit anderen Worten, unter Berücksichtigung des Ausmaßes an vorteilhaften gegenüber unvorteilhaften Policy-Umfeldbedingungen, mit denen jede Stadtregierung konfrontiert ist, kann festgehalten werden, dass Wien eindeutig den ersten Platz bei der Performance unter der Berücksichtigung von gegebenen „Netto-Beschränkungen“ aufweist, gefolgt von Hamburg. Abb. 18 ist aus der Perspektive der Stadt-Performance besonders aussagekräftig, da sie einen Anhaltspunkt dafür gibt, wie gut eine Stadtregierung bei gleichzeitiger Betrachtung der (weitgehend aber nicht ausschließlich exogenen) Beschränkungen, denen sie gegenübersteht, funktioniert. In dieser Hinsicht verdeutlicht Abbildung 18, dass das hohe Niveau Wiens in puncto Policy Performance für seine BürgerInnen, das bereits in Abbildung 14 evident ist, noch bemerkenswerter angesichts der Tatsache ist, dass es trotz eines geringfügig unterdurchschnittlichen Ausmaßes an auf Umfeldbedingungen zurückgehenden Wohlstands erreicht wird.

Abbildung 18: Performance Index/ Net-Prosperity Index



Leseanmerkung: auf der horizontalen x-Achse sind die von der jeweiligen Stadt erzielten Werte auf dem „Net-Prosperity“-Index, auf der vertikalen y-Achse die von der jeweiligen Stadt erzielten Werte auf dem „Performance“-Index aufgetragen. Je weiter rechts sich ein Punkt befindet, desto höher ist der erzielte Wert auf dem „Net-Prosperity“-Index; je weiter oben sich ein Punkt befindet, desto höher ist der erzielte Wert auf dem „Performance“-Index. Aus der jeweiligen Punktlage in der Kombination der beiden Achsen ergibt sich der Zusammenhang zwischen den beiden Indizes auf Einzelstadtebene, also z.B. für Lissabon ein niedriger Wert auf beiden Indizes. Die Regressionsgerade zeigt über alle sechs Städte gesehen einen positiven Zusammenhang zwischen den erzielten Werten auf dem „Net-Prosperity“-Index und dem „Performance“-Index. Tendenziell ergibt sich demnach bei einem niedrigen Wert auf dem „Net-Prosperity“-Index auch eher ein niedriger Wert auf dem „Performance“-Index bzw. bei einem hohen Wert auf dem „Net-Prosperity“-Index auch eher ein hoher Wert auf dem „Performance“-Index.

7.3.2 Zukunftsbezogene Perspektive

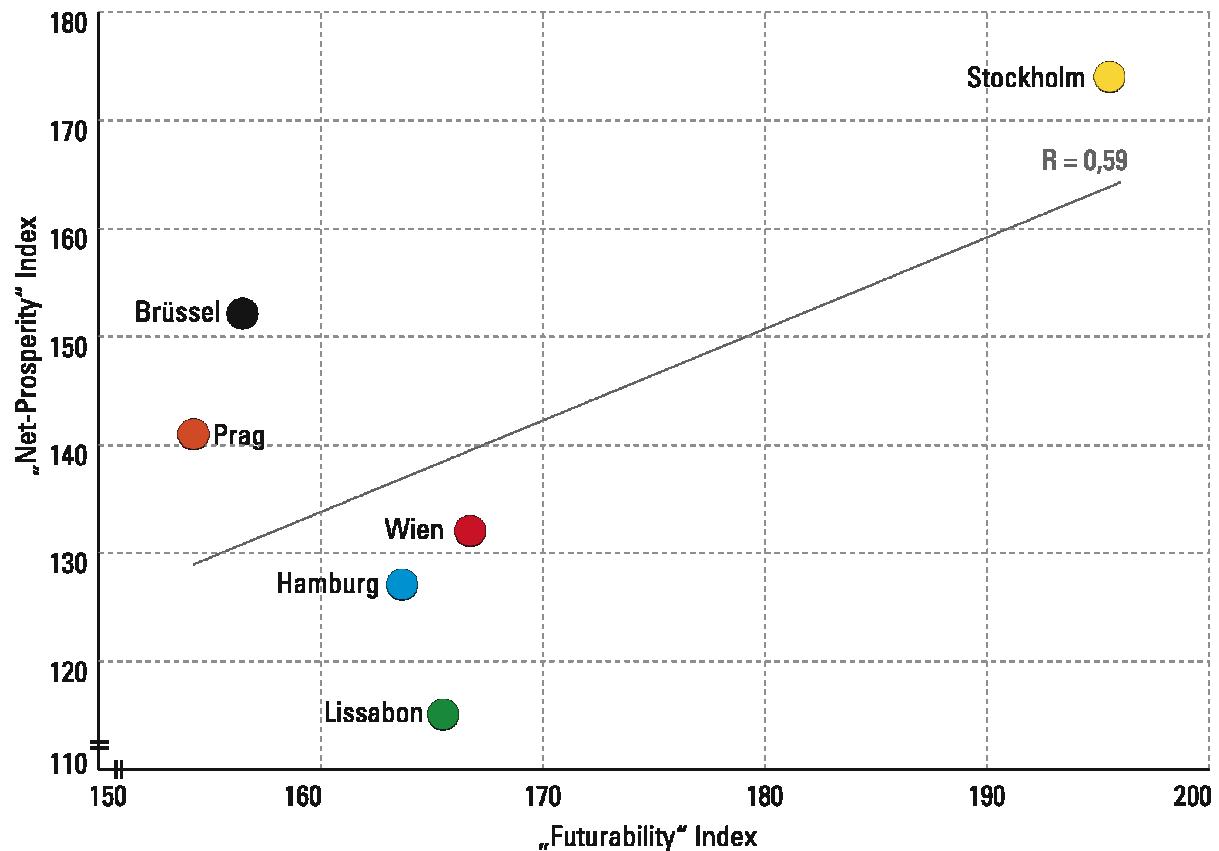
In einem zweiten Schritt beziehen wir die Zukunftskomponente, also den Futurability-Index, zentral in die Analyse ein, und beleuchten die Zusammenhänge mit dem (derzeitigen) städtischen Kontext bzw. Hintergrund, mit (derzeitigen) Maßnahmen der Städte sowie mit der (derzeitigen) Performance der Städte.

Zwischen dem Net-Prosperity-Index und dem Futurability-Index besteht ein relativ starker Zusammenhang ($r=0,59$). Dies zeigt sich exemplarisch an Stockholm, wo jeweils hohe Werte auf beiden Indizes einhergehen, sowie an Wien und Hamburg, wo eher durchschnittliche Werte auf beiden Indizes zusammentreffen. Hingegen weisen Brüssel und

Prag überdurchschnittliche bzw. durchschnittliche Werte auf dem Net-Prosperity-Index auf, aber deutlich unterdurchschnittliche Werte auf dem Futurability-Index. Umgekehrt ergibt sich für Lissabon ein sehr geringer Wert auf dem Net-Prosperity-Index, aber ein durchschnittlicher Wert auf dem Futurability-Index.

Insgesamt lässt sich aus den Ergebnissen ableiten, dass Städte die bereits derzeit über ein positives Policy-Umfeld verfügen, auch eher über eine gute Ausgangsposition für die Zukunft verfügen, während Städte, die sich eher in einem negativen Kontext in der Gegenwart bewegen, auch für die Zukunft eher schlechtere Aussichten besitzen.

Abbildung 19: Net-Prosperity-Index/ Futurability-Index



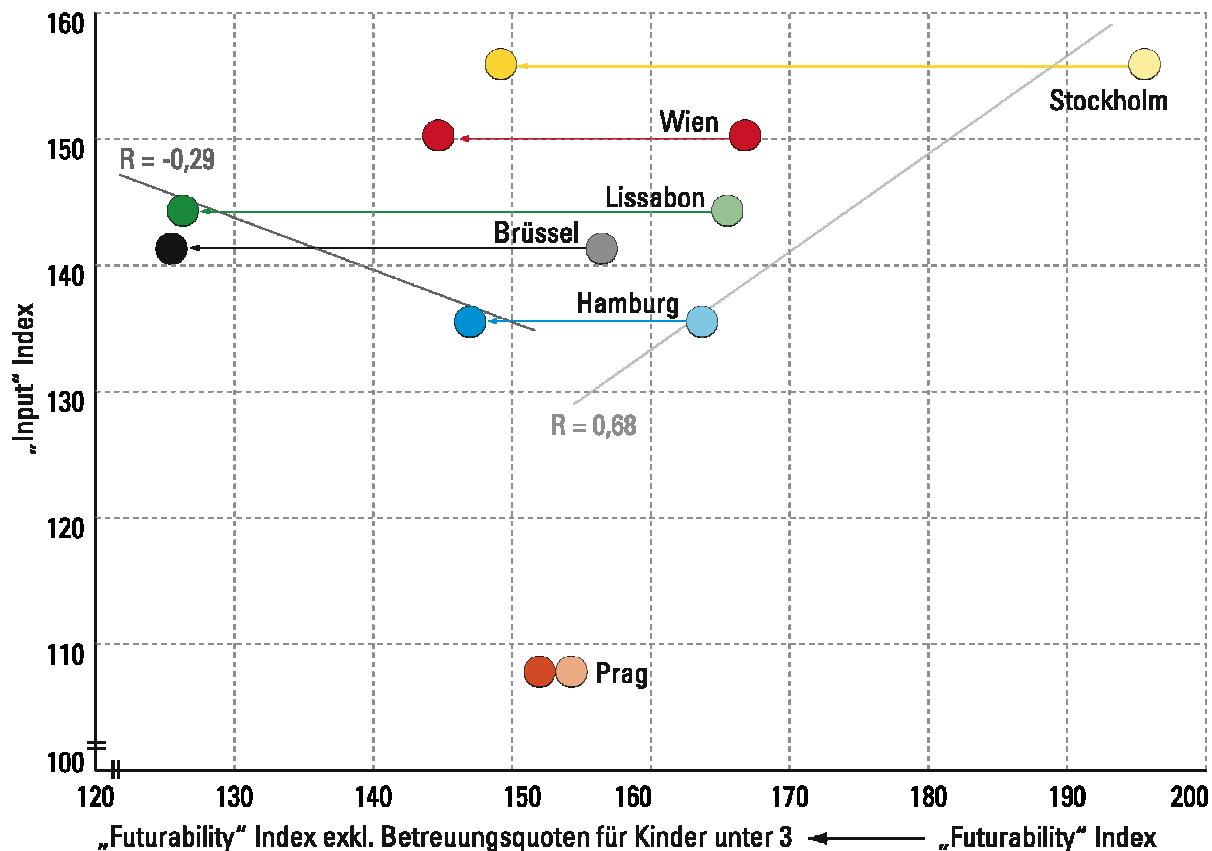
Leseanmerkung: auf der horizontalen x-Achse sind die von der jeweiligen Stadt erzielten Werte auf dem „Futurability“-Index, auf der vertikalen y-Achse die von der jeweiligen Stadt erzielten Werte auf dem „Net-Prosperity“-Index aufgetragen. Je weiter rechts sich ein Punkt befindet, desto höher ist der erzielte Wert auf dem „Futurability“-Index; je weiter oben sich ein Punkt befindet, desto höher ist der erzielte Wert auf dem „Net-Prosperity“-Index. Aus der jeweiligen Punktlage in der Kombination der beiden Achsen ergibt sich der Zusammenhang zwischen den beiden Indizes auf Einzelstadtebene, also z.B. für Stockholm ein hoher Wert auf beiden Indizes. Die Regressionsgerade zeigt über alle sechs Städte gesehen einen positiven Zusammenhang zwischen den erzielten Werten auf dem „Net-Prosperity“-Index und dem „Futurability“-Index. Tendenziell ergibt sich demnach bei einem niedrigen Wert auf dem „Net-Prosperity“-Index auch eher ein niedriger Wert auf dem „Futurability“-Index bzw. bei einem hohen Wert auf dem „Net-Prosperity“-Index auch eher ein hoher Wert auf dem „Futurability“-Index.

Bei der gemeinsamen Betrachtung von Input- und Futurability-Index zeigt sich ebenfalls eine relativ hohe Korrelation zwischen den beiden Dimensionen ($r=0,68$), die aber maßgeblich dadurch zustande kommt, dass eine Variable (Kinderbetreuungsquoten unter drei Jahren) in beiden Indizes enthalten ist. Wird die Variable aus dem Futurability-Index ausgeklammert, ist der Zusammenhang sogar negativ ($r=-0,29$).⁴² Dies könnte (auf Basis der „gewählten“ Zusammensetzung der Indizes) bedeuten, dass Städte, die heute (relativ) viel investieren, nicht unbedingt gleichzeitig eine gute Ausgangsposition für morgen besitzen.

Exemplarisch gilt dies für Lissabon und Brüssel, die einen (leicht) überdurchschnittlichen Input aufweisen, aber ohne Kinderbetreuungsquoten auf dem Futurability-Index eher schlecht abschneiden. Umgekehrt investieren Prag bzw. Hamburg gegenwärtig relativ wenig, erzielen aber ohne Kinderbetreuungsquoten vergleichsweise gute Futurability-Werte. Stockholm und Wien weisen wiederum einen überdurchschnittlichen Input auf und erzielen auch relativ gute Zukunftswerte.

⁴² Auf Einzelstadtebene zeigt sich das Ergebnis, dass Prag (sehr hohe Teilnahmequoten an tertiärer Bildung, geringe Jugendarbeitslosigkeit) ohne Berücksichtigung von Kinderbetreuungsquoten beim Futurability-Index sogar führend wäre, während es bei Berücksichtigung der äußerst geringen Kinderbetreuungsquoten auf den letzten Platz zurückfällt. Umgekehrt macht Stockholm auf bereits gehobenem Niveau durch den Einbezug der hohen Kinderbetreuungsquoten einen weiteren Sprung nach vorne und liegt dann mit Abstand vor den anderen Städten. Wien gelingt es trotz eher geringfügig unterdurchschnittlicher Kinderbetreuungsquoten, bei Einbezug eben dieser Prag und auch Hamburg zu überholen, aber noch vor Lissabon und Brüssel (mit höheren Kinderbetreuungsquoten) zu bleiben.

Abbildung 20: Input-Index/ Futurability-Index

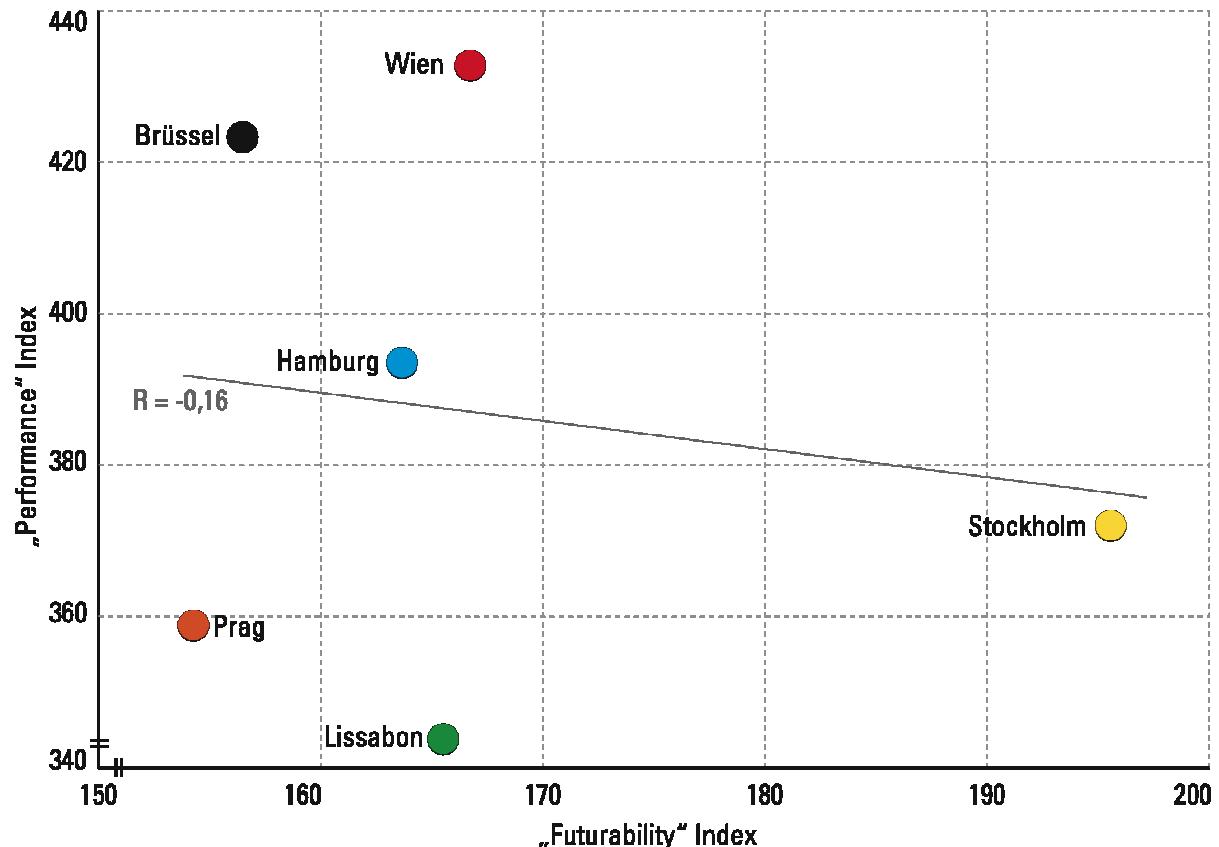


Leseanmerkung: auf der horizontalen x-Achse sind die von der jeweiligen Stadt erzielten Werte auf dem „Futurability“-Index (stärkere Farbe: exkl. Betreuungsquoten für Kinder unter drei Jahren, schwächere Farbe: inkl. Betreuungsquoten für Kinder unter drei Jahren; da die Variable „Betreuungsquoten für Kinder unter drei Jahren“ in beiden Indizes vorkommt und damit die Korrelation verzerrt, wird für die Interpretation des Zusammenhangs der Wert des „Futurability“-Index ohne der Variable „Betreuungsquoten“ herangezogen); auf der vertikalen y-Achse die von der jeweiligen Stadt erzielten Werte auf dem „Input“-Index aufgetragen. Je weiter rechts sich ein Punkt befindet, desto höher ist der erzielte Wert auf dem „Futurability“-Index; je weiter oben sich ein Punkt befindet, desto höher ist der erzielte Wert auf dem „Input“-Index. Aus der jeweiligen Punktlage in der Kombination der beiden Achsen ergibt sich der Zusammenhang zwischen den beiden Indizes auf Einzelstadtbene, also z.B. für Prag ein hoher Wert auf dem „Futurability“-Index, aber ein niedriger Wert auf dem „Input“-Index. Die Regressionsgerade zeigt über alle sechs Städte gesehen einen negativen Zusammenhang zwischen den erzielten Werten auf dem „Input“-Index und dem „Futurability“-Index. Tendenziell ergibt sich demnach bei einem niedrigen Wert auf dem „Input“-Index eher ein höherer Wert auf dem „Futurability“-Index bzw. bei einem hohen Wert auf dem „Input“-Index eher ein niedriger Wert auf dem „Futurability“-Index.

Auch geringfügig negativ fällt die Korrelation zwischen dem Performance-Index und dem Futurability-Index aus ($r=-0,16$). Daraus ließe sich mit äußerster Vorsicht schließen, dass ein guter Performance-Wert heute noch keine Garantie für eine günstige Entwicklung in der Zukunft ist, und dass umgekehrt ein schlechter Performance-Wert heute dennoch eine positive Entwicklung in Zukunft nicht ausschließt. Das Paradebeispiel für Letzteres wäre Stockholm, dass aufgrund eher schlechter subjektiver Beurteilungen einen relativ geringen Performance-Wert erzielt, aber den mit Abstand besten Futurability-Wert erreicht (eingeschränkt gilt dies auch für Lissabon sowie Prag, zumindest wenn bei letzterer Stadt die geringen

Kinderbetreuungsquoten ausgeklammert werden). Hier könnte interpretiert werden, dass Maßnahmen für die Zukunft „dauern“, und sich nicht sofort auf die Performance der Stadt niederschlagen. Auf der anderen Seite kommt Brüssel auf überdurchschnittliche Performance-Werte, weist aber einen unterdurchschnittlichen Futurability-Wert auf. Wien zeigt hingegen auf beiden Dimensionen relativ gute Ergebnisse, mit Einschränkungen auch Hamburg.

Abbildung 21: Performance Index/ Futurability Index



Leseanmerkung: auf der horizontalen x-Achse sind die von der jeweiligen Stadt erzielten Werte auf dem „Futurability“-Index, auf der vertikalen y-Achse die von der jeweiligen Stadt erzielten Werte auf dem „Performance“-Index aufgetragen. Je weiter rechts sich ein Punkt befindet, desto höher ist der erzielte Wert auf dem „Futurability“-Index; je weiter oben sich ein Punkt befindet, desto höher ist der erzielte Wert auf dem „Performance“-Index. Aus der jeweiligen Punktlage in der Kombination der beiden Achsen ergibt sich der Zusammenhang zwischen den beiden Indizes auf Einzelstadtebene, also z.B. für Brüssel ein hoher Wert auf dem „Performance“-Index, aber ein niedriger Wert auf dem „Futurability“-Index. Die Regressionsgerade zeigt über alle sechs Städte gesehen einen negativen Zusammenhang zwischen den erzielten Werten auf dem „Performance“-Index und dem „Futurability“-Index. Tendenziell ergibt sich demnach bei einem niedrigen Wert auf dem „Performance“-Index eher ein hoher Wert auf dem „Futurability“-Index bzw. bei einem hohen Wert auf dem „Performance“-Index eher ein niedriger Wert auf dem „Futurability“-Index.

Abschließend soll jedoch mit einem Beispiel die Relativität der Index-Ergebnisse verdeutlicht werden. Eine hohe kommunale Ausgabenquote (heute) im Sinne von eigenen Anstrengungen, die die Stadt unternimmt, ist ein wichtiger Faktor für das Erzielen eines „guten“ Wertes auf dem Input-Index. Allerdings steigt durch dauerhaft hohe Ausgaben das Risiko einer künftigen

Überschuldung der Stadt, was zum einen „schlechte“ Werte auf dem Net-Prosperity-Index ergäbe und zum anderen auch real bedeuten könnte, dass der Handlungsspielraum bzw. die Möglichkeit für Steuerungsmaßnahmen seitens der Stadt aufgrund der prekären budgetären Situation in Zukunft deutlich abnehmen könnte.

7.4 Literatur

Brussels Institute for Statistics and Analysis (2009): Mini-Bru 2009. Brussels-Capital Region in figures, Brüssel.

Câmara Municipal de Lisboa (2009): Relatório de Gestão 2008 (Management Report 2008). Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa.

Europäische Union (2007): Regional Policy, State of European Cities Report. Adding value to European Urban Audit, Brüssel.

Europäische Kommission (2007): Generaldirektion Regionalpolitik, Meinungsbefragung zur Lebensqualität in 75 europäischen Städten, Brüssel.

OECD (2009): Regions at a Glance 2009, Paris.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2008): Statistisches Jahrbuch Hamburg 2008/09, Hamburg.

Stadt Wien (2008): Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2008, Wien.

8 Zusammenfassung

Obwohl sich je nach Konzeption der Wohlfahrtspolitik in den europäischen Ländern die Kompetenzen und Aufgaben von lokalen Verwaltungen unterscheiden, stehen europäische Großstädte angesichts der steigenden Kosten der Sozial- und Gesundheitssysteme vor besonderen Herausforderungen. Als zentral ist hierbei die Sicherung von Wohlstand und sozialem Zusammenhalt bei gleichzeitig nachhaltiger Ausgabenfinanzierung anzusehen.

Trotz relativ hoher Ausbildungs-, Einkommens- und Wohlstandsniveaus sind gerade Großstädte – unabhängig von der jeweiligen Staatszugehörigkeit – im Vergleich zu anderen Landesteilen in der Regel mehr von sozialer Ungleichheit betroffen, viele Personen sind mit Arbeitslosigkeit, sozialer Ausgrenzung und Armut konfrontiert und damit auch häufiger von Sozialtransfers abhängig. Auch Morbiditäts- und Mortalitätsraten sind erhöht, zusätzlich sind Sonderindikationen im Gesundheitsbereich wie stigmatisierende oder infektiöse Erkrankungen oder Suchterkrankungen gehäuft festzustellen. Gleichzeitig werden in Großstädten kostenintensive hoch spezialisierte Dienstleistungen und medizinische Infrastrukturen bereitgestellt, die ein großes Einzugsgebiet versorgen. Die Summe all dieser speziellen Bedingungen kann als spezifischer „Großstadtfaktor“ umschrieben werden, dem andere Landesteile innerhalb desselben Staatsgefüges in der Regel nicht ausgesetzt sind.

Hinzu kommt eine Reihe von aktuellen Faktoren, die den Druck auf den öffentlichen Sektor von Großstädten erhöht: eine alternde Bevölkerung und die Tendenz, mehr und qualitativ bessere Dienstleistungen für die BürgerInnen zu erbringen, führt zu einem Anstieg der Nachfrage nach Sozial- und Gesundheitsdiensten. Trotz Zuwanderung, die in einigen Regionen für einen Auftrieb an den lokalen Arbeitsmärkten gesorgt hat, verschiebt sich gleichzeitig das Verhältnis zwischen Erwerbstägigen und Nichterwerbstägigen. Die wirtschaftlichen Bedingungen in Zeiten der ökonomischen Krise verschärfen diese ungünstige Situation.

Ziel der vorliegenden Studie war es, das Sozial- und Gesundheitssystem Wiens mit jenen von fünf europäischen Großstädten (Hamburg, Brüssel, Stockholm, Prag und Lissabon, welche mit den zugehörigen Ländern die vier Wohlfahrtsstaats-Haupttypen in Kontinental-Europa abdecken) vergleichend zu untersuchen. Im inhaltlichen Zentrum standen dabei die „offene“ und die „geschlossene“ Sozialhilfe (Geldleistungen, Pflege, soziale Dienste), die Behindertenhilfe, die Wohnungslosenhilfe und die psychosoziale Versorgung sowie der intramurale Sektor des Gesundheitssystems. Innerhalb dieser Systembereiche bezog sich der Vergleich auf die Aspekte rechtliche und politische Rahmenbedingungen, funktionale

Gliederung und Organisation, Zielsetzungen und Strategien, Zielgruppen, Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen sowie Finanzierung und Kosten, im Gesundheitsbereich darüber hinaus zusätzlich auf die Versorgungsdichte.

8.1 Allgemeine föderale Strukturen

Für den systemischen Vergleich ist zunächst vorauszuschicken, dass die untersuchten Großstädte über eine unterschiedliche administrative Struktur und einen unterschiedlichen politischen Status verfügen, der die jeweiligen Gestaltungsvollmachten und Handlungsspielräume wesentlich beeinflusst. Für Wien, Hamburg und Brüssel lässt sich zusammenfassen, dass die drei Städte, die gleichzeitig als Bundesländer bzw. Region in bundesstaatlich organisierten Ländern fungieren, relativ weitreichende, zum Teil auch gesetzgebende, Befugnisse bei den analysierten Systemen aufweisen. Für Brüssel gilt jedoch einschränkend, dass in der Praxis die diversen Verwaltungsinstitutionen durch große Koordinationsmängel gekennzeichnet sind, was eine einheitliche Politik erschwert. Schweden erlässt auf dem Gebiet der betreffenden Sozialsysteme nur sehr weit gefasste Rahmengesetze, die der Stadt Stockholm einen relativ großen Flexibilitätsspielraum überlassen, das Gesundheitssystem wird auf regionaler Ebene (Kreisrat von Stockholm) organisiert. Über die geringste Autonomie auf dem Gebiet der Sozial- und Gesundheitssysteme verfügen Prag und Lissabon, da Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten fast ausschließlich auf die nationale Ebene zurückgehen.

8.2 Geldleistungen im Rahmen der Sozialhilfe

Wien hat im Vergleich mit den anderen fünf Großstädten die größte Autonomie bei der Organisation „offener“ Sozialhilfe. In Hamburg fällt nur noch die Minderheit der nicht arbeitsfähigen Personen in die Zuständigkeit der Stadt. Brüssel, Lissabon, Prag und Stockholm weisen eine sehr begrenzte Flexibilität auf: Standards und Richtlinien werden auf nationaler Ebene erstellt. Auf Standardleistungen gibt es in jeder Stadt einen Rechtsanspruch. Ermessensspielräume gibt es vor allem bezüglich zusätzlicher (individueller) Leistungen.

In allen untersuchten Städten gibt es „Minimum-Einkommensleistungen“ auf der Basis von Richtsätzen. Darüber hinaus werden in der Regel auch Unterkunftskosten bis zu einer bestimmten Höhe und bei Bedarf Kosten für medizinische Behandlung übernommen (eine Ausnahme stellt Stockholm dar, wo ein umfassendes Wohngeld und eine allgemeine

Krankenversicherung auf nationaler Ebene bereitgestellt werden). Daneben werden in der Regel auch Hilfen zur sozialen Eingliederung angeboten (ausgenommen Prag). Nur in Wien und Brüssel werden Maßnahmen zur Arbeitsintegration von den Sozialhilfebehörden selbst bereitgestellt. In Hamburg sind im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende die Arbeitsgemeinschaften aus Arbeitsagenturen und der Stadt zuständig, in Stockholm, Prag und Lissabon erfolgen derartige Maßnahmen ausschließlich über die Arbeitsämter. Eine Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen findet sich hauptsächlich im Bereich der Arbeitsintegration (Wien, Hamburg, Brüssel) sowie bei unterstützenden Maßnahmen (Lissabon). Zumeist handelt es sich um größere private Träger aus dem Non-Profit-Bereich.

Die Grundlage für die Berechnung der Leistung ist die Bedarfsgemeinschaft (Wien, Hamburg, Stockholm, Brüssel) bzw. der Haushalt (Prag, Lissabon). Die Bedingungen für eine Anspruchsberechtigung sind in allen sechs untersuchten Städten ähnlich. Hilfsbedürftigkeit liegt bei der Sozialhilfe als subsidiärer Leistung stets vor, wenn der notwendige Lebensbedarf weder durch den Einsatz der eigenen Kräfte und Mittel noch durch vorrangige Ansprüche gegenüber Dritten gesichert werden kann. Eine weitere Voraussetzung bei Arbeitsfähigkeit im Erwerbsalter ist Arbeitswilligkeit.

Bezieht man in Hamburg die Grundsicherung für Arbeitsuchende mit ein, ergibt sich mit 136 die mit Abstand höchste Sozialhilfequote (BezieherInnen pro 1.000 EinwohnerInnen). Im Vergleich mit den anderen Städten liegt die Anzahl der SozialhilfebezieherInnen in Wien (53) im oberen Bereich.⁴³ Allgemein zeigt sich in der Zielgruppe jeweils ein leichter Überhang an Frauen. In Wien und in Brüssel ist insbesondere bei jungen Menschen (Übergang Schule/Arbeit) eine Zunahme auszumachen. Über die Städte hinweg besteht der weitaus häufigste unterstützte Haushaltstyp aus Alleinstehenden.

Mit der potentiellen Ausnahme von Stockholm bewegen sich die Leistungen in allen untersuchten Städten zumindest für manche Haushaltskonstellationen unterhalb der statistischen Armutgefährdungsschwelle. Durchgehend erhalten Singles im Erwerbsalter die niedrigsten Richtsätze (gewichtetes Pro-Kopf-Einkommen). Die höchsten entsprechenden Leistungen werden in Brüssel, gefolgt von Wien, ausbezahlt, die niedrigsten in Prag.

Die Finanzierung der offenen Sozialhilfe erfolgt übergreifend in erster Linie aus Steuern. Die Ausgaben, welche allgemein aufgrund steigender BezieherInnenzahlen zunehmen,

⁴³ Unterschiede in den Sozialhilfequoten sind von vielen Faktoren abhängig und mit Vorsicht zu interpretieren; keine Daten für Prag.

befinden sich in Wien mit 132 EUR pro EinwohnerIn im oberen Mittelfeld. Höher sind diese in Brüssel (177) und in Lissabon (145).⁴⁴

Eine generelle Herausforderung für die Zukunft stellt die Zunahme der BezieherInnen aufgrund höherer Arbeitslosigkeit und Arbeitsmarktdynamik dar. Dazu komplementär wurde von Wien, Hamburg und Prag als Problem genannt, dass sich vorgelagerte Systeme als wenig armutsfest erweisen und damit eine steigende Anzahl von Menschen auf Sozialhilfe angewiesen ist, von denen der Großteil im ursprünglichen Sinne nicht als Klientel vorgesehen war (z.B. Working Poor, Arbeitslose mit geringen Leistungen). Entsprechend bräuchte es mit anderen Systemen koordinierte, langfristige Strategien, um der Sozialhilfe wieder ihre Rolle als Fürsorgeleistung für individuelle Notlagen zukommen zu lassen.

Das Angebot Wiens kann in Summe als relativ gut bewertet werden: die Stadt weist die größte Autonomie bei der offenen Sozialhilfe auf, es gibt eine gute Vernetzung mit ergänzenden Angeboten (darunter niederschwellige Beschäftigungsprojekte) und relativ hohe Richtsätze. Die BezieherInnen- und Ausgabenquoten liegen bei einer durchschnittlichen Arbeitslosigkeitsrate und in Anbetracht der zusätzlich vorgelagerten Notstandshilfe als Sozialversicherungsleistung im oberen Bereich. Eine spezielle Herausforderung für die Zukunft stellt die Zunahme der teilarbeitsfähigen oder nicht arbeitsfähigen KlientInnen dar. Eine Lösung würde Case-Management und intensive Beratung erfordern, derzeit fehlen allerdings auch zum Teil die entsprechenden Daten.

8.3 Pflege und soziale Dienste im Rahmen der Sozialhilfe

Eine annähernd vollständige Autonomie bei der Bereitstellung von Pflege und sozialen Diensten im Rahmen der Sozialhilfe besteht in Wien, Hamburg und Brüssel. Ein relativ großer Handlungsspielraum kennzeichnet auch Stockholm und Prag, wo die nationale Gesetzgebung den Gemeinden bzw. Regionen relativ große Freiheiten in Planung, Organisation und Bereitstellung der Leistungen gewährt. Die geringsten Kompetenzen im Städtevergleich weist Lissabon auf.

Die Funktionen bzw. Leistungsbereiche umfassen relativ einheitlich Sach- oder Dienstleistungen für den Fall der Pflege- bzw. Betreuungsbedürftigkeit im stationären, halbstationären und mobilen bzw. ambulanten Bereich. Zusätzlich werden bestimmte Geldleistungen, in der Regel eine Art Pflegegeld, gewährt (in Hamburg, Stockholm und Prag

⁴⁴ Der Vergleich ist mit Vorsicht zu interpretieren, da die sich dieser zum Teil auf unterschiedlich erfasste Leistungsumfänge, etc. bezieht.

jedoch auf nationaler Ebene bzw. nicht im Rahmen der Sozialhilfe).⁴⁵ In jeder der sechs untersuchten Städte gibt es auch private Anbieter bzw. Träger. In Wien, Prag und Lissabon sind diese in der Hauptsache gemeinnützig, in Brüssel sind sie sowohl gewinn- als auch nicht gewinnorientiert.

Über die Städte hinweg sehen die Pflege- und Betreuungskonzepte den Vorrang von ambulanten Leistungen vor. Bei den Personen, die ambulante Dienste in Anspruch nehmen, ergibt sich die höchste Quote pro 1.000 EinwohnerInnen über 65 Jahre in Stockholm (159) vor Wien (88). In Brüssel (104) besteht vor Wien (90 inkl. Wohnen) die höchste Betreuungsquote im stationären Bereich. Das Verhältnis zwischen ambulanten und stationären Leistungen ist in Wien, Hamburg und auch Lissabon relativ ausgeglichen, in Stockholm besteht ein deutlicher Überhang an ambulanten Leistungen, während in Brüssel die stationären Leistungen überwiegen.⁴⁶

Grundsätzlich sind das Gesundheits- und das Pflegesystem rechtlich und organisatorisch voneinander getrennt. In Hamburg wurde mit der Einführung der Pflegeversicherung die Pflege in das Gesundheitssystem eingegliedert (ergänzend Sozialhilfe), in Lissabon erfolgt erst seit 2006 der Aufbau eines Nationalen Netzwerks für Pflege (davor erfolgt Langzeitpflege zu einem wesentlichen Teil in Krankenhäusern).

Anspruch auf Pflegeleistungen und soziale Dienste im Rahmen der Sozialhilfe haben in allen sechs untersuchten Städten ältere oder behinderte betreuungsbedürftige Personen, deren eigene Mittel bzw. vorrangige Leistungen von Dritten (z.B. Pflegegeldleistungen) nicht ausreichen, um die Kosten zu decken.

Zu einem Großteil werden die Leistungen aus Steuern finanziert. Als weitere Finanzierungsquelle gibt es in jeder Stadt Eigenleistungen bzw. Zuzahlungen der KlientInnen. Ein Teil der Mittel wird gelegentlich auch von den Partnerorganisationen, etwa über Spenden, aufgebracht. Die Kosten im Vergleich zum Bruttoregionalprodukt sind allgemein steigend. Die höchsten Ausgaben für den stationären und ambulanten Bereich zusammen ergaben sich mit Abstand in Stockholm (5.066 pro EinwohnerIn über 65 Jahre), gefolgt von Wien (mit Wohnen: 2.220).⁴⁷

Eine generelle Herausforderung für die Zukunft besteht in der Zunahme älterer Menschen mit chronischen Krankheiten und Multimorbidität. Die Situation wird durch die abnehmende

⁴⁵ In Hamburg kann jedoch von der Stadt ein persönliches Budget für Pflegeleistungen beantragt werden.

⁴⁶ Die Indikatoren sind mit Vorsicht zu interpretieren, da die Angaben zum Teil unterschiedliche Dienste erfassen, es Unterschiede bei vorgelagerten Leistungen gibt, etc.; keine vollständigen Daten für Prag.

⁴⁷ Der Indikator ist mit Vorsicht zu interpretieren, da die Angaben zum Teil unterschiedliche Dienste erfassen, es Unterschiede bei vorgelagerten Leistungen gibt, etc.; keine Daten für Brüssel und Lissabon.

Zahl an informellen Betreuungspersonen verschärft. Dies wirft die Frage auf, wie für die Zukunft ausreichend (qualifiziertes) Personal und gleichzeitig die Finanzierung der Pflege sichergestellt werden kann. Darüber hinaus haben sich die Qualitätsansprüche verändert; diesbezügliche Probleme wurden explizit von den Hamburger und Lissabonner ExpertInnen angesprochen. In Prag verbleibt wegen der geringen Kapazitäten von Pflegeheimen eine beträchtliche Anzahl älterer oder behinderter Menschen zur Pflege im Krankenhaus. Ebenfalls Probleme gibt es aufgrund der geringen stationären Kapazitäten in Lissabon.

Auch im Bereich der Pflege und der sozialen Dienste kann das Angebot Wiens insgesamt als relativ gut bewertet werden. Die Stadt weist in diesem Bereich im Vergleich die größte Autonomie auf, sie bietet vielfältige Leistungen im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich an und weist sowohl bei den KlientInnen als auch bei den Ausgaben Quoten im oberen Bereich aus. Mit den Ausbauplänen im Rahmen des Geriatriekonzepts 2015 sollte eine ausreichend qualitätsvolle Bedarfsdeckung gegeben sein. Allerdings wären das Zusammenspiel und die Vernetzung zwischen ambulanten und mobilen Diensten sowie dem stationären Bereich noch stärker zu forcieren. Auch im teilstationären Bereich (Tageszentren, PensionistInnenclubs) ist noch ein weiterer Bedarf gegeben.

8.4 Behindertenhilfe

Die größte Autonomie im Bereich der Behindertenhilfe weisen Wien, Hamburg und Brüssel auf, wo auch die grundsätzliche Zuständigkeit im Bereich der Länder bzw. Regionen und Sprachgemeinschaften liegt. In Schweden ermächtigen staatliche Rahmengesetze die lokalen Verwaltungen (darunter die Stadt Stockholm), die Dienstleistungen entsprechend ihrer eigenen Richtlinien zu implementieren. Prag, wo ebenfalls auf der nationalen Ebene geregelt wird, ist bereits weniger autonom. Die Bereitstellung der Leistungen erfolgt lediglich über delegierte Befugnisse des Staates. Der geringste Handlungsspielraum besteht insofern in Lissabon, als auch der wichtigste Anbieter von Diensten für behinderte Menschen der staatlichen Regierung untersteht.

In der Regel werden Unterstützungen in physischer, psychologischer, sozialer und administrativ-rechtlicher Hinsicht bereitgestellt. Die quantitativ bedeutendsten Leistungen in Wien, Hamburg, Prag und Lissabon sind jeweils Maßnahmen zur Beschäftigung bzw. beruflichen Eingliederung sowie im Hinblick auf betreutes Wohnen, spezielle Wohnungen bzw. Unterbringung in Heimen. In Wien, Hamburg, Stockholm und Brüssel gibt es seitens der Städte auch Geldleistungen im Sinne eines persönlichen Budgets. Die Behindertenhilfe ist

grundsätzlich ein Gebiet, auf dem die Zusammenarbeit der Städte mit privaten Organisationen (zumeist aus dem Non-Profit-Bereich) sehr weit gediehen ist.

Die Zielgruppe setzt sich aus Menschen mit verschiedensten Behinderungen zusammen. Mit 7,5 EmpfängerInnen bzw. Leistungen pro 1.000 EinwohnerInnen gibt es in Hamburg die größte Leistungsdichte, Wien liegt mit 4,2 im Mittelfeld.⁴⁸ Der Zugang zu Leistungen besteht in allen sechs untersuchten Städten in der Regel dann, wenn ein bestimmter Grad der Behinderung festgestellt wurde bzw. Personen in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, wesentlich beeinträchtigt ist. Es muss ein Wohnsitz in der jeweiligen Stadt bestehen, die meisten Leistungen unterliegen darüber hinaus dem Subsidiaritätsprinzip.

Über die Städte hinweg wird die Behindertenhilfe im Wesentlichen aus Steuermitteln finanziert. Für manche Leistungen gibt es (in der Regel einkommensabhängige) Kostenbeiträge der Betroffenen. Die Aktivitäten von privaten Anbietern werden zum Teil auch über Sponsoring oder Spenden finanziert. Für Stockholm ergeben sich die mit Abstand höchsten Ausgaben pro EinwohnerIn (358), gefolgt von Hamburg (155; Wien: 100).⁴⁹

Allgemein zählen Fragen des selbstbestimmten Lebens, der Autonomie bzw. der Integration behinderter Menschen in die Gesellschaft zu den aktuellen Herausforderungen. Die entsprechenden Instrumente sind jedoch noch zu forcieren bzw. auszuweiten. In Prag steht auch noch eine generelle Strategiebestimmung für die Behindertenhilfe auf der Tagesordnung. Eine substantiellere Unterversorgung lässt sich nach den befragten ExpertInnen nur in Brüssel ausmachen; hier ist die Behindertenhilfe aufgrund einer mangelhaft koordinierten Politik zwischen den Sprachgemeinschaften und den einzelnen Gemeinden nicht sehr entwickelt.

Im Bereich der Behindertenhilfe fällt die Bewertung Wiens im Städtevergleich eher durchschnittlich aus: die Stadt weist gemeinsam mit Hamburg und Brüssel die größte Autonomie auf und bietet vielfältige Leistungen an, darunter seit kurzem auch eine Pflegegeldergänzungsleistung für persönliche Assistenz, auf die aber im Gegensatz zu Hamburg kein Rechtsanspruch besteht. Die Betreuungs- und Ausgabenquoten liegen im mittleren Bereich, in manchen Fällen gibt es zu wenig freie Kapazitäten. In Zukunft wird die Zahl der älteren behinderten Personen zunehmen, im Behindertengesetz gibt es jedoch eine (rechtliche) Abgrenzung mit dem Pensionsalter. Der Fonds Soziales Wien verhandelt die

⁴⁸ Der Indikator ist mit Vorsicht zu interpretieren, da zum Teil ein- und dieselbe Person mehrfach gezählt wurde (Mehrfachleistungen), unterschiedliche Dienste erfasst wurden, es Unterschiede bei vorgelagerten Leistungen gibt, etc.; keine Daten für Brüssel.

⁴⁹ Der Indikator ist mit Vorsicht zu interpretieren, da die Angaben zum Teil unterschiedliche Dienste erfassen, es Unterschiede bei vorgelagerten Leistungen gibt, etc.; keine Daten für Brüssel und Lissabon.

Budgets auf jährlicher Basis mit der Stadt Wien und den Partnerorganisationen. Grundsätzlich besteht der Wunsch nach Mehrjahresplänen, damit Leistungen besser geplant und angepasst werden können.

8.5 Wohnungslosenhilfe

In Wien ist die Grundlage der Wohnungslosenhilfe das Wiener Sozialhilfegesetz, während in allen anderen untersuchten Städten die grundsätzliche gesetzliche Regelungsbefugnis der nationalen Ebene zukommt. Mit der Ausnahme von Lissabon (nur beschränkte Aufgaben in puncto Förderung und Bereitstellung) haben aber alle Städte relativ weitreichende Kompetenzen bei der konkreten Ausgestaltung der Unterstützungen.

Übergreifend finden sich städtische Einrichtungen, welche Personen, die von Wohnungsverlust bedroht sind, beraten und unterstützen. Auf der Straße lebenden Menschen stehen niederschwellige Hilfen (Essens- und Kleiderausgaben, aufsuchende Sozialarbeit, medizinische Betreuung, etc.) zur Verfügung. Unterkünfte für Wohnungslose gibt es in allen untersuchten Städten in einer stufenförmigen Struktur beginnend mit Notschlafstellen bzw. Nachtquartieren, über Übergangswohnheime bzw. -häuser (Ausnahme Lissabon) bis hin zu betreutem Wohnen und eigenen Wohnungen. Bei der Bereitstellung von Wohnungslosenhilfe arbeiten die Stadtverwaltungen in der Regel mit privaten Einrichtungen (Non-Profit-Organisationen) zusammen. Zumeist sind unterschiedliche soziale Dienste (Drogenhilfe, Schuldnerberatung, soziale Eingliederungsmaßnahmen, etc.) eng mit der Wohnungslosenhilfe gekoppelt. In Wien, Hamburg und Stockholm wird explizit ein Schwerpunkt auf ein Fallmanagement gelegt.

Das vorrangige Ziel der Wohnungslosenhilfe ist generell, betroffene Personen wieder in die Gesellschaft zu integrieren. Die dauerhafte Unterbringung in einer eigenen Wohnung bzw. die Befähigung zum eigenständigen Wohnen steht dabei im Vordergrund. Die Anzahl der wohnungslosen bzw. obdachlosen Personen wird in allen Städten erhoben, entweder über systematische zentrale Datenerfassung (Wien, Hamburg, zum Teil auch Lissabon und Prag) oder in Form von Studien (Brüssel), regelmäßigen (Stockholm) oder unregelmäßigen Erhebungen (Lissabon, Prag).

Die vorliegenden Daten sind aufgrund unterschiedlicher Erhebungs- und Erfassungsmethoden nur eingeschränkt vergleichbar; danach ist die größte Anzahl wohnungsloser Personen (pro 1.000 EinwohnerInnen) in Lissabon zu finden, die geringste in Prag, während Wien im oberen Mittelfeld liegt. Wohnungslose Personen sind überwiegend

männlich und alleinstehend. In Wien, Hamburg und Stockholm existieren spezialisierte Angebote für bestimmte Zielgruppen wie z.B. Männer bzw. Frauen, Familien, junge bzw. ältere Menschen und Personen mit psychosozialen Problemen.

Die geringsten Barrieren beim Zugang zur Wohnungslosenhilfe gibt es in Summe in Stockholm und Brüssel. In Wien bzw. Hamburg sind nur StaatsbürgerInnen gleichgestellte Personen bzw. EU-BürgerInnen anspruchsberechtigt, in Wien darüber hinaus auch Drittstaatsangehörige mit Daueraufenthalt EG (fünf Jahre und dramatische Notlage). Als Hürde in Prag und Lissabon ist anzuführen, dass einige Einrichtungen geringe Gebühren für eine Übernachtung verlangen.

Die Finanzierung erfolgt in erster Linie über Steuern und wird durch Spenden an private Partnereinrichtungen ergänzt. In Lissabon werden auch Mittel des Europäischen Sozialfonds für die Wohnungslosenhilfe verwendet. Die wiederum nur eingeschränkt vergleichbaren Daten weisen darauf hin, dass in Wien und in Hamburg die Ausgaben (pro EinwohnerIn und Jahr) im Vergleich zu Brüssel und Prag wesentlich höher ausfallen.

Eine zentrale Herausforderung für die Zukunft stellt in Wien, Brüssel und Lissabon der angespannte Wohnungsmarkt dar, der zu einer Verschärfung der Obdachlosenproblematik führen könnte. Weitere generelle Herausforderungen sind die Organisation der Schnittstellen zu anderen sozialen Diensten und zum Gesundheitssystem sowie die Bereitstellung von Angeboten für spezifische Zielgruppen. Ein Ausbau der Wohnungslosenhilfe ist vor allem in Brüssel und Lissabon erforderlich: in Brüssel ist das Angebot zu stark auf ein Notfall-Management konzentriert, in Lissabon mangelt es auch an elementaren Unterstützungen wie Notschlafplätzen.

Für Wien lässt sich im Städtevergleich insgesamt ein auf allen Versorgungsebenen gut ausgebauter, stufenförmiges Angebot nachweisen, das auch an spezifische Zielgruppen angepasst ist. Durch die Regelungskompetenzen im Rahmen des Wiener Sozialhilfegesetzes verfügt die Stadt über eine relativ große Autonomie. Eine Ausweitung der bereits vorhandenen Angebote wäre noch bei der Tagesbetreuung und bei der psychosozialen Versorgung anzustreben. Zusätzlich wäre noch eine bessere Organisation der Übermittlung von Informationen über Delogierungsverfahren seitens der Justiz an die Stadt wünschenswert.

8.6 Psychosoziale Versorgung

Die Psychiatrie im engeren Sinne sowie die stationäre Alkohol- und Drogenbehandlung fällt in allen untersuchten Städten (bzw. Ländern) in den Bereich der Gesundheitsversorgung (vgl.

dazu weiter unten „Gesundheitssystem“). Über die ambulanten Angebote der Krankenhäuser hinaus gibt es in allen untersuchten Städten psychosoziale Dienste und Beratungsstellen bzw. Hilfen für Suchtkranke. Generell besteht auf dem Gebiet mit der Ausnahme von Lissabon (hier wird die psychosoziale Versorgung hauptsächlich in „Gesundheitszentren“ der regionalen Gesundheitsverwaltung angeboten, für die Drogenhilfe ist mit seiner lokalen Einheit das nationale Institut für Drogen- und Suchtstoffabhängigkeit zuständig) eine weitreichende städtische Autonomie bei der Organisation und Bereitstellung der entsprechenden Dienste.

Die psychosoziale Versorgung außerhalb der Psychiatrie (eine Tendenz zu ambulanter, gemeindenaher Betreuung zeigt sich insbesondere in Wien, Hamburg und Stockholm) umfasst vielschichtige Unterstützungsformen wie Beratung, Betreuung, Behandlung, ambulante Dienste sowie die Wohnversorgung und die berufliche Rehabilitation bzw. Arbeitsintegration von Menschen mit psychischen Problemen. Im Rahmen der Drogenhilfe werden neben der medizinischen Versorgung niederschwellige Hilfen und Aktivitäten im Bereich der Sozialarbeit angeboten. In Wien, Hamburg, Brüssel und Prag werden Einrichtungen der psychosozialen Versorgung und der Drogenhilfe teils von der Stadt selbst und teils von NGOs betrieben, während in Stockholm die Versorgung stärker bei eigenen Einrichtungen der Stadt liegt. In Lissabon wird die ambulante psychosoziale Versorgung in den oben angeführten „Gesundheitszentren“ angeboten, die Unterstützung für drogenkranke Personen von lokalen Einheiten der nationalen Ebene.

In Wien und Hamburg stehen in der Psychiatrie vielfältige Leistungen für spezifische Zielgruppen zur Verfügung, auch in der ambulanten psychosozialen Versorgung existiert in beiden Städten ein breit gefächertes Angebot für unterschiedliche Zielgruppen. Darüber hinaus wird bei der psychosozialen Versorgung in Wien, Prag und Stockholm ein Schwerpunkt auf sozial schwächere Personen (MigrantInnen, wohnungslose Personen, etc.) gelegt. Eine Besonderheit Stockholms stellen spezielle Heime für ältere drogenabhängige Personen dar. Obwohl die Daten zur Anzahl betreuter Personen (pro 1.000 EinwohnerInnen) aufgrund unterschiedlicher Erhebungs- und Erfassungsmethoden nur eingeschränkt vergleichbar sind, lässt sich vorsichtig interpretieren, dass die stationäre und ambulante Betreuung im Bereich der psychosozialen Versorgung und der Drogenhilfe in Wien gut ausgebaut ist.

Der Zugang zur stationären psychiatrischen Versorgung und zur ambulanten Versorgung in Krankenhäusern ist in allen Städten im Rahmen der Gesundheitsversorgung (vgl. unten „Gesundheitssystem“) geregelt. Niederschwellige Angebote der psychosozialen Versorgung

und der Drogenhilfe sind in Wien, Hamburg, Brüssel und Stockholm de facto ohne spezielle Voraussetzungen zugänglich. In Prag ist hingegen eine EU-Staatsbürgerschaft oder eine langfristige Aufenthaltserlaubnis erforderlich. In Lissabon ist der Zugang zu den Leistungen generell höherschwelliger und die Versorgung ist noch nicht umfassend ausgebaut.

Die Finanzierung der psychosozialen Versorgung und der Drogenhilfe erfolgt in allen untersuchten Städten in erster Linie über Steuern. Beim Ausgabenvergleich (pro EinwohnerIn), der ebenfalls nur sehr eingeschränkt möglich ist, ergeben sich Hinweise darauf, dass das Ausgabenniveau für psychosoziale Versorgung bzw. Drogenhilfe in Wien höher ist als in Brüssel und Prag. Bei den Ausgaben für die Drogenhilfe alleine liegt Wien jedoch deutlich hinter Stockholm.

Allgemeine Herausforderungen im Bereich der psychosozialen Versorgung für die Zukunft sind die Zunahme der Anzahl älterer Menschen und damit auch an Demenzkranken sowie die Anpassung der Dienste an bestimmte Zielgruppen. In Wien, Hamburg und Brüssel stehen die weitere Dezentralisierung und Regionalisierung des Angebots im Vordergrund. Ein grundlegender Bedarf an einem Ausbau des gesamten Unterstützungsbereiches und einer besseren Koordination der unterschiedlichen Dienste ist in Lissabon gegeben. In Stockholm wäre die Verbesserung bzw. Modernisierung der Behandlung von Alkoholkranken erforderlich.

Wien verfügt insgesamt über eine gut ausgebauten psychiatrische und psychosoziale Versorgung sowie eine umfangreiche Unterstützung im Bereich der Drogenhilfe. Es stehen zahlreiche spezialisierte Angebote für unterschiedliche Zielgruppen zur Verfügung, z.B. für junge und alte Menschen, Frauen, sozial benachteiligte Personen. Der Zugang zu psychosozialen Diensten sowie zur Drogenhilfe ist sehr niederschwellig gestaltet. Dennoch ist die Verlagerung der Betreuung in den ambulanten Bereich weiter voranzutreiben und die dezentrale Versorgung weiter auszubauen.

8.7 Gesundheitssysteme

Generell bilden nationale Gesetze die Grundlage für die Regulierung der Gesundheitsversorgung. Dennoch haben in allen untersuchten Städten auch regionale bzw. städtische Verwaltungen gewisse Kompetenzen, die sich jedoch in ihrem Ausmaß unterscheiden. Am stärksten sind die regionalen Kompetenzen in Wien, Hamburg und Stockholm ausgeprägt, wobei jedoch im Falle von Stockholm die regionale Ebene über die

Stadtgrenzen hinausreicht. Einen geringeren Einfluss zugunsten der nationalen Ebene weist die regionale Ebene hingegen in Brüssel, Prag und Lissabon auf.

Die intramurale Versorgung wird in Wien durch von der Gemeinde betriebene Krankenanstalten und weitere öffentliche Fondskrankenanstalten, die alle durch den Wiener Gesundheitsfonds finanziert werden, sowie in geringerem Ausmaß durch private Spitäler sichergestellt. Auch in den anderen untersuchten Städten gibt es eine Mehrheit an öffentlichen Krankenhäusern. Während in Wien und Hamburg die privaten Spitäler einen abgeschotteten Markt darstellen und keinen Versorgungsauftrag erfüllen, unterliegen in Stockholm die privaten Krankenhäuser zumindest teilweise der Kontrolle der regionalen Verwaltung. Auch in Brüssel werden die akkreditierten Privatspitäler von der Region beauftragt, eine bestimmte Anzahl an Betten zur Verfügung zu stellen. Hier ist jedoch die Vielschichtigkeit der Zuständigkeiten (u.a. Sprachgemeinschaften) sowie die mangelnde Koordination ein Problem. In Lissabon und in Prag spielen private Einrichtungen im stationären Bereich eher eine untergeordnete Rolle. Die ambulante Versorgung stellen in allen untersuchten Städten Ambulanzen in den Krankenhäusern sowie niedergelassene ÄrztInnen sicher. Darüber hinaus gibt es in Stockholm, Lissabon bzw. Prag – aus unterschiedlichen historischen Gründen – auch „Gesundheitszentren“ bzw. private „Polikliniken“. Multidisziplinäre Netzwerke (ÄrztInnen, GesundheitsdienstleisterInnen, PhysiotherapeutInnen, etc.) werden in Hamburg und Brüssel zur Verbesserung der Kooperation und der Qualität der Betreuung eingesetzt. In Wien und weiter fortgeschritten in Hamburg ist ein Trend zu multidisziplinären Gruppenpraxen zu beobachten.

Im Sinne von Zielsetzungen und Strategien wird in Wien angestrebt, die ambulante Betreuung auszubauen, Spitalsaufenthalte zu reduzieren sowie das Entlassungsmanagement und die Zusammenarbeit mit den sozialen Diensten zu verbessern. Ähnliche Tendenzen sind in Hamburg und Brüssel zu beobachten. Durch die steigende Anzahl alter Menschen nimmt der Bedarf an integrierter Gesundheitsversorgung allgemein zu. In Brüssel wurde ein Fonds gegründet, um auf die demographischen Veränderungen reagieren zu können. In beiden Städten ist auch eine Umwandlung von Spitals- in geriatrische Betten geplant. In Lissabon befindet sich das nationale Netzwerk für Pflege im Aufbau. In Stockholm spezialisieren sich Kliniken und Spitäler als „Centres of Excellence“ zunehmend auf bestimmte Bereiche.

In allen untersuchten Städten ist (nahezu) die gesamte Bevölkerung krankenversichert. Wo erforderlich, stehen für nicht versicherte Personen Ersatzleistungen im Rahmen der Sozialhilfe zur Verfügung bzw. erhalten ungeschützte Personen Zugang zu einer Notfallversorgung und zum Teil auch eine Versorgung über karitative Einrichtungen.

Generell wird dem Großstadtniveau angepasste hochwertige Medizin ohne Zugangsbeschränkungen angeboten. Allerdings sind in Lissabon strukturelle Probleme mit Wartelisten für Operationen anzutreffen. Zum Teil eklatante Unterschiede sind bei der finanziellen Eigenbeteiligung der PatientInnen zu beobachten. An einem Ende der Skala ist Prag zu verorten, wo fast keine Selbstbehalte für die PatientInnen anfallen, am anderen Ende Brüssel, wo im ambulanten Bereich bis zu 25% der Gesamtkosten zu entrichten sind. In Lissabon ist zahnärztliche Behandlung nicht von der allgemeinen Krankenversicherung gedeckt. Der Zugang zu stationärer Versorgung gestaltet sich in den untersuchten Städten unterschiedlich. Zum Teil fungieren niedergelassene ÄrztInnen als „Gatekeeper“ (z.B. grundsätzliches Erfordernis einer Überweisung, in Brüssel auch höhere Selbstbehalte ohne Überweisung), was jedoch in der Praxis aus mehreren Gründen (z.B. keine Alternativen in der Nacht oder am Wochenende) häufig einen „Run“ auf die Spitäler nicht verhindern kann.

Die Finanzierung der Gesundheitssysteme erfolgt in erster Linie über Versicherungsbeiträge und Steuern, aber auch über Eigenbeiträge der PatientInnen. In der Zukunft ist aufgrund demographischer Entwicklungen, des medizinischen Fortschritts, neuer Medikamente sowie intensiverer Behandlungen in Spitäler allgemein von einer Steigerung der Gesundheitskosten im Vergleich zum Bruttoregionalprodukt auszugehen.

Generell werden in den untersuchten Städten auch PatientInnen aus dem Umland versorgt, insbesondere im stationären Bereich. Im Vergleich zu den anderen Städten verfügt Wien über eine hohe Bettendichte (11,9 pro 1.000 EinwohnerInnen), nur in Lissabon gibt es noch mehr Spitalsbetten (15,6).⁵⁰ Eine äußerst geringe Quote weist hingegen Stockholm auf (1,1). Interessant erscheinen die stadtübergreifenden Korrelationen mit anderen Variablen: zwischen der Bettendichte und der Zufriedenheit der Bevölkerung mit den Krankenhäusern besteht eine negative Korrelation ($r=-0,53$), was nahelegt, dass eine höhere Anzahl an Betten keineswegs zu einer höheren Zufriedenheit führt. Der Zusammenhang zwischen Bettendichte und der Zahl der Krankenhausentlassungen (je 1.000 EinwohnerInnen) ist außergewöhnlich hoch ($r=0,99$).⁵¹ Dies weist eindeutig darauf hin, dass vorhandene Krankenhausbetten nicht leer stehen sondern auch belegt werden. Allerdings stellt sich die Frage, ob eine derartige Übereinstimmung von Angebot und Nachfrage auch medizinisch gerechtfertigt ist, oder ob dafür nicht andere Faktoren, wie z.B. mangelnde ambulante Alternativen, ungünstige Anreizsysteme, etc. verantwortlich sind. Die Korrelation zwischen Bettendichte und Anzahl

⁵⁰ Nach neueren nationalen Daten für 2007 weist Wien eine Bettendichte von 7,9 auf. Der Großraum Lissabon weist – im Gegensatz zur Stadt Lissabon – nur noch eine Bettendichte von 5,9 auf.

⁵¹ Ohne Brüssel (keine Daten für Spitalsentlassungen).

der niedergelassenen ÄrztInnen ist wiederum nur geringfügig negativ ($r=-0,11$). Es kann also nicht von einer eindeutigen Substitution des stationären durch den niedergelassenen Bereich gesprochen werden.

Eine zentrale Herausforderung im Bereich der Gesundheitsversorgung für die Zukunft stellt in allen Städten die Alterung der Bevölkerung dar. Als weiteres Problemfeld gelten die steigenden Kosten der Medizin, die auch wesentlich durch den technischen Fortschritt bedingt sind. Generell als verbesserungsbedürftig wird das Schnittstellenmanagement zwischen dem stationären, dem ambulanten und dem niedergelassenen Bereich angesehen. Außerdem sollte die ambulante im Vergleich zur stationären Versorgung ein (noch) höheres Gewicht erhalten.

Wien verfügt im Gesundheitsbereich im Vergleich zu den anderen Städten nicht zuletzt durch die Einrichtung des Wiener Gesundheitsfonds und die Organisationsstruktur der Fondskrankenanstalten über eine große Autonomie. Bei der Zufriedenheit mit den Krankenanstalten liegt Wien im Städtevergleich an der Spitze. Es ist allerdings ein Übermaß an stationärer Versorgung festzustellen, die hohe Bettendichte gepaart mit der hohen Zahl an Krankenhausaufenthalten weist auf einen besonderen Handlungsbedarf hinsichtlich einer Verlagerung von teuren stationären Leistungen in den ambulanten Bereich hin.

8.8 Städte-Performance auf Basis von quantitativen Indizes

Da die Analyse der städtischen Sozial- und Gesundheitssysteme spezifisch orientiert ist und verwendete Indikatoren (z.B. Ausgaben pro EinwohnerIn) aufgrund der unterschiedlichen Erfassung von Leistungen, etc. zum Teil nur eingeschränkt vergleichbar sind, wurde zusätzlich ein Vergleich der Großstädte auf der Basis von zentralen, relevanten und reliablen Indikatoren zur wirtschaftlichen und sozialen Situation durchgeführt. Entsprechend dem unterschiedlichen regionalen und nationalen Kontext, in dem sich die Städte befinden, stellen diese nicht nur reine Output-Indikatoren dar. Vielmehr wurden Hintergrund- und Kontextfaktoren sowie Inputfaktoren (eigener Aufwand bzw. Anstrengungen der Städte) berücksichtigt und dazu in Beziehung gesetzt. Die Indikatoren wurden zu aussagekräftigen Indizes verdichtet, die ein quantitatives Ranking der Großstädte sowohl hinsichtlich des derzeitigen Status' als auch der Fähigkeit, auf Veränderungen und Herausforderungen in der Zukunft zu reagieren, ermöglichen.⁵²

⁵² Die Auswahl der einzelnen Indikatoren für die verwendeten Indizes erfolgte einerseits auf Basis ihrer inhaltlichen Aussagekraft, andererseits auf Basis der Verfügbarkeit von vergleichbaren Daten für alle sechs untersuchten Städte. Für den jeweiligen Index' wären daher in mehreren Fällen „geeigneter“ Indikatoren denkbar, welche aber aufgrund von fehlenden Daten (für einzelne Städte) nicht herangezogen werden konnten.

Im Sinne des zugrundeliegenden Konzepts wird die Performance einer Stadt (City Performance-Index aus sechs Variablen: „objektive“ und subjektive Indikatoren zu Lebensqualität, Zufriedenheit) von einer Reihe an Policy-Maßnahmen bzw. eigenen Anstrengungen auf Stadtebene (City-Input-Index aus fünf Variablen: z.B. Infrastruktur, städtische Ausgaben) beeinflusst. Diese wiederum sind nicht unabhängig von einer Reihe an Indikatoren des Policy-Kontexts oder -Umfelds (City Net-Prosperity-Index aus zehn Variablen, z.B. wirtschaftliche Situation, Beschäftigungssituation, sozio-demographische Struktur), die für jede Stadtregierung zu einem gegebenen Zeitpunkt zum einem großen Teil exogen sind.⁵³ Zur Abdeckung nicht nur einer gegenwartsbezogenen Perspektive, sondern auch einer zukunftsbezogenen Perspektive (Potential für künftige Entwicklungen), wird das Modell mit einer zukunftsorientierten Dimension (City Futurability-Index: städtischer Kontext und Maßnahmen der Stadt im Hinblick auf zukünftige Entwicklungen, sechs Variablen, z.B. Humankapital, Innovationen) ergänzt.

Zwischen dem Net-Prosperity-Index und dem Input-Index zeigt sich auf der Ebene der sechs untersuchten Städte eine schwach positive Korrelation ($r=0,22$). D.h. tendenziell, je „positiver“ das Policy-Umfeld ausfällt, desto eher wird seitens der betreffenden Stadt viel investiert. Ein Grund dafür könnte sein, dass bei einem positiven Kontext mehr Ressourcen für Investitionen zur Verfügung stehen, obwohl gerade bei einem negativen Umfeld mehr investiert werden sollte bzw. müsste. Umgekehrt könnte aber ein hoher Input das städtische Umfeld verbessern, auch wenn zahlreiche Umfeld-Indikatoren von der Stadt nicht oder nur wenig beeinflussbar sind. Exemplarisch zeigt sich dies an Stockholm, das gleichzeitig die höchsten Net-Prosperity-Werte und die höchsten Policy-Input-Werte aufweist. Hingegen ist das Investitionsniveau in Wien bzw. Lissabon bei geringfügig bzw. deutlich unterdurchschnittlichen Kontext-Werten vergleichsweise hoch. Umgekehrt fällt der Input in Prag bei leicht überdurchschnittlichen Net-Prosperity-Werten relativ gering aus.

Die Performance der Stadt wird dem Modell nach von den politischen Maßnahmen auf Stadtebene, den Policy Inputs, direkt beeinflusst. Tatsächlich lässt sich ein etwas stärkerer Zusammenhang zwischen dem Input-Index und dem Performance-Index ausmachen ($r=0,33$). Daraus ließe sich mit Vorsicht die Hypothese bestätigen, dass bei höherem Input bzw. höheren Anstrengungen seitens der Stadt auch eine bessere Performance erzielt wird. Exemplarisch gilt dies insbesondere für die Städte Wien und Brüssel, eingeschränkt auch für

⁵³ Für sich betrachtet handelt es sich bei den angeführten „Umfeldindikatoren“ sowohl um Kontext-Variablen, wie z.B. demographische Struktur, als auch um Performance-Variablen, wie z.B. Beschäftigungssituation. Aus der Perspektive einer Stadtregierung sind jedoch diese Performance-Variablen kaum beeinflussbar, wenn etwa für die Arbeitsmarktpolitik in erster Linie die nationale Ebene verantwortlich ist, und daher eher dem Kontext zuzuordnen.

Hamburg, die mit einem relativ hohen Input auch eine gute Performance erreichen. Umgekehrt lässt sich für Prag bei einem geringen Aufwand ein geringer Performance-Wert nachweisen. Eine gewisse Ausreißer-Position haben Stockholm und Lissabon inne, die trotz relativ hoher Input-Werte nur relativ geringe Performance-Werte aufweisen. Insbesondere die subjektive Zufriedenheit fällt in beiden Städten unterdurchschnittlich aus, in Lissabon zusätzlich auch die „objektive“ Komponente.

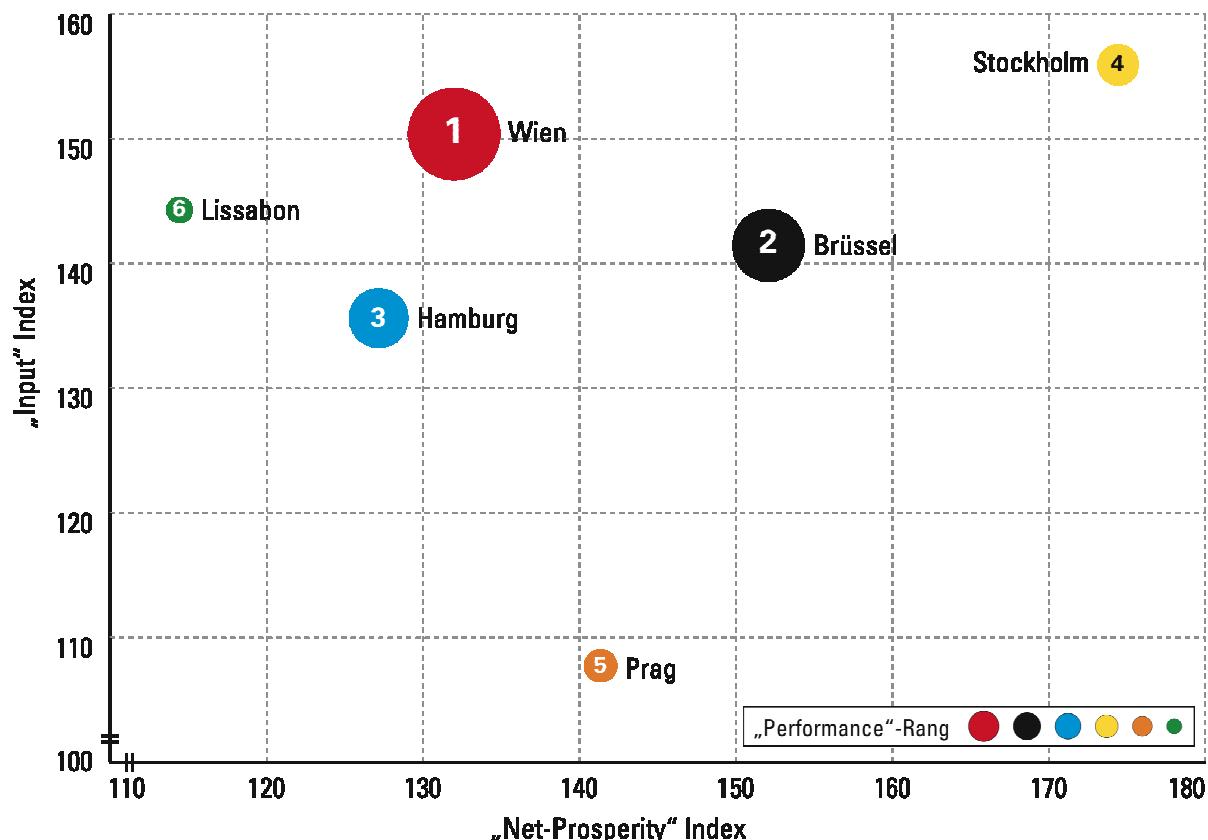
Bei der Gegenüberstellung von Net-Prosperity-Index und Performance-Index zeigt sich eine sehr geringe positive Korrelation ($r=0,14$). Da für jede Stadtregierung die zu einem bestimmten Zeitpunkt gegebenen Indikatoren des Policy-Umfelds zu einem großen Teil exogen sind, lässt sich daraus eine geringfügige Tendenz dahingehend ableiten, dass bei einem höheren Net-Prosperity-Wert auch die Performance besser ausfällt (ein höherer Indexwert führt zu einer besseren „objektiven“ und subjektiven Bewertung und damit zu besserer Performance). Zumindest zum Teil endogene Faktoren des politischen Kontexts könnten jedoch auch (indirekt) über die Stadt-Performance beeinflusst werden. Bei Stockholm und bei Prag ist allerdings augenscheinlich, dass bei einem vergleichsweise hohen Net-Prosperity-Wert ein eher geringer Performance-Wert erzielt wird. Umgekehrt erreichen Hamburg und, mehr noch, Wien mit eher geringeren Net-Prosperity-Werten vergleichsweise hohe Performance-Werte. Ein anderes Bild ergibt sich hingegen für Brüssel bzw. Lissabon, die auf beiden Dimensionen hohe bzw. geringe Werte erzielen. Aus dieser Perspektive ist der führende Performance-Rang der Stadt Wien besonders aussagekräftig, da er einen Anhaltspunkt dafür gibt, wie gut eine Stadtregierung bei gleichzeitiger Betrachtung der (weitgehend, aber nicht ausschließlich, exogenen) „Netto-Beschränkungen“ im Policy-Umfeld funktioniert.

Die zukunftsorientierte Dimension des Städtemodells wird durch den Futurability-Index abgedeckt, der sowohl eine inputorientierte als auch eine kontextorientierte Komponente aufweist. Der Futurability-Index weist Stockholm als eindeutigen Spitzenreiter und damit als bei weiten „zukunftsähigste“ Stadt aus. Das zweitplatzierte Wien und die knapp dahinter folgenden Städte Lissabon und Hamburg erzielen bereits geringfügig unterdurchschnittliche Werte. Mit einem gewissen Abstand folgen Brüssel und Prag. Insgesamt lässt sich aus den städteübergreifenden Ergebnissen ableiten, dass ein guter Performance-Wert heute noch keine Garantie für eine günstige Entwicklung in der Zukunft ist ($r=-0,16$).

Eine Grafik, die alle drei Indizes bzw. Dimensionen der gegenwartsbezogenen Stadtperspektive umfasst, soll abschließend ein überblicksmäßiges Gesamtbild verdeutlichen (Abb. 22). Auf der horizontalen Achse ist der Wert des städtischen Net-Prosperity-Index‘

aufgetragen, auf der vertikalen Achse der Wert des städtischen Input-Index⁴. Zusätzlich signalisiert die Größe des resultierenden Datenpunktes die Rangordnung der sechs Städte auf dem Performance-Index. Hamburg weist in erster Linie aufgrund der hohen Verschuldung geringe Net-Prosperity-Werte auf, unternimmt leicht unterdurchschnittliche Anstrengungen im Sinne des Inputs, zeitigt aber eine dazu relativ gute Performance. Stockholm erzielt sowohl die höchsten Net-Prosperity-Werte als auch die höchsten Input-Werte, bietet aber nur eine mäßige Performance (vor allem aus der subjektiven Sicht der EinwohnerInnen). Prag und Lissabon haben wiederum beide vergleichsweise schlechte Performance-Werte, aber unterschiedliche Stärken: während in Prag der Net-Prosperity-Index hoch ausfällt, weist Lissabon einen vergleichsweise hohen Input auf. Brüssel verfügt über gute Net-Prosperity-Index- und Performance-Index-Werte bei gleichzeitig eher durchschnittlichem Input. Es zeigt sich aber eine starke Evidenz in der Gesamtbetrachtung, dass die beste Stadt-Performance Wien zuzuschreiben ist. Das heißt: Wien verfügt über eher unterdurchschnittliche Policy-Kontext-Werte, unternimmt aber überdurchschnittliche Anstrengungen und weist die beste städtische Performance auf.

Abbildung 22: Performance-Index/ Input-Index/ Net-Prosperity-Index



Leseanmerkung: auf der horizontalen x-Achse sind die von der jeweiligen Stadt erzielten Werte auf dem „Net-Prosperity“-Index, auf der vertikalen y-Achse die von der jeweiligen Stadt erzielten Werte auf dem „Input“-Index aufgetragen. Je weiter rechts sich ein Punkt befindet, desto höher ist der erzielte Wert auf dem „Net-Prosperity“-Index; je weiter oben sich ein Punkt befindet, desto höher ist der erzielte Wert auf dem „Input“-Index. Aus der jeweiligen Punktlage in der Kombination der beiden Achsen ergibt sich der Zusammenhang zwischen den beiden Indizes auf Einzelstadtebene, also z.B. für Stockholm ein hoher Wert auf beiden Indizes. Die Größe des jeweiligen Datenpunktes bzw. die enthaltene Ziffer zeigt zusätzlich den erzielten Wert bzw. die Rangfolge auf dem „Performance“-Index an, also z.B. für Stockholm den vierthöchsten Wert unter den sechs Städten.

8.9 Conclusio

Die administrative Struktur bzw. der politische Status innerhalb des nationalen Gefüges sowie die Position im innerstaatlichen Finanzausgleich bzw. die Fähigkeit, die Steuerpolitik zu beeinflussen, bestimmen die jeweiligen Gestaltungsvollmachten, die Handlungsspielräume und die verfügbaren Ressourcen von Großstädten wesentlich. Auch Veränderungen in vorgelagerten Systemen (Sozialversicherung, etc.) bzw. von generellen Rahmenbedingungen (Wirtschaftswachstum, Arbeitslosigkeit, etc.) wirken sich auf (die Anforderungen für) die Leistungssysteme der Städte (z.B. Sozialhilfe, Wohnungslosenhilfe) aus.

Im Rahmen ihrer Gestaltungsvollmachten können die Großstädte gegebenenfalls entsprechende Akzente setzen, indem sie ihre Leistungen an die gestiegene Anzahl von KlientInnen bzw. an neue KlientInnen anpassen. Darüber hinaus haben die Großstädte zum Teil auch einen gewissen Einfluss auf die Beschäftigung bzw. auf wirtschaftliche Rahmenbedingungen, etwa im Rahmen ihrer eigenen Arbeitsmarkt- bzw. Standortpolitik. Zu erwähnen sind hier beispielsweise Arbeitsstiftungen, Maßnahmen für Menschen mit einem problematischen Zugang zum Arbeitsmarkt sowie situationsabhängige Konjunkturpakete. Die Bedingungen dafür werden jedoch in Zeiten allgemein knapper Budgets (auf allen politischen Ebenen) schwieriger.

Die Stadt Wien weist im Vergleich mit den anderen fünf Großstädten allgemein eine sehr gute Performance, einen hohen eigenen Input sowie günstige Bedingungen und adäquate eigene Anstrengungen für die zukünftige Entwicklung auf. Die allgemein schwierigen Budgetbedingungen und die ökonomische Krise sind am Sozialbudget der Stadt derzeit nicht ablesbar, die Leistungen wurden eher gesteigert. Dies ist auch von wirtschaftspolitischen Überlegungen begleitet, in der Krise zu investieren und damit auch Arbeitsplätze zu schaffen. Dennoch besteht auch hier der politische Auftrag Leistungen zu optimieren. Ein naheliegender Bereich hierfür wäre der intramurale Bereich des Gesundheitssystems, der (wie Österreich insgesamt) – auch im europäischen Städtevergleich – Überkapazitäten aufweist.

9 Anhang 1: Fragebogen für ExpertInnen

a) Offene Sozialhilfe (im Wesentlichen monetär zur Sicherung des Lebensunterhalts)

Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

1. Inwieweit ist die Stadt bei der Organisation der offenen Sozialhilfe autonom?

Funktionale Gliederung und Organisation

2. Ist die offene Sozialhilfe relativ „isoliert“ oder besteht eine enge Verflechtung mit anderen Unterstützungsangeboten (z.B. psychosoziale Beratung, spezielle Betreuung von arbeitsfähigen Personen: Qualifizierung, Coaching, niederschwellige Beschäftigungsprojekte, etc.)?

Zielsetzungen und Strategien

3. Welche Herausforderungen bestehen bei der Bereitstellung von offener Sozialhilfe in Zukunft (z.B. höhere Arbeitslosigkeit, atypische Arbeitsverhältnisse, ökonomische Krise, etc.) und wie wird diesen begegnet?

4. Nach welchen Kriterien wird die Höhe der Sozialhilfe generell festgesetzt (personen- vs. haushaltsbezogen, etc.)?

Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

5. Was sind die zentralen Anspruchsvoraussetzungen für offene Sozialhilfe (Hilfsbedürftigkeit, Arbeitswilligkeit, Staatsbürgerschaft, etc.)?

6. Inwieweit wird das Einkommen und Vermögen von anderen unterhaltpflichtigen Personen bei der Anspruchsprüfung herangezogen? Gibt es eine grundsätzliche Verpflichtung zur Rückzahlung der Sozialhilfe?

7. Gibt es objektive oder subjektive Hürden beim Zugang zur offenen Sozialhilfe?

Finanzierung und Kosten

8. Wie wird die offene Sozialhilfe finanziert (Anteil Steuern, Regress/Darlehen, Vermögensübertragungen, etc.)?

b) Geschlossene Sozialhilfe (im Wesentlichen Pflege, soziale Dienste)

Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

1. Inwieweit ist die Stadt bei der Organisation der geschlossenen Sozialhilfe autonom?

Funktionale Gliederung und Organisation

2. Wie ist das Verhältnis von häuslichen, ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen sowie finanziellen Leistungen (z.B. Pflegegeld)?
3. Wie sieht die Abgrenzung zum Gesundheitssystem aus? Welche Schnittstellenprobleme ergeben sich zwischen Spitals- und Pflegesektor einerseits bzw. stationären und außerstationären Pflegesektor andererseits?

Zielsetzungen und Strategien

4. Welche Herausforderungen bestehen bei der Bereitstellung von geschlossener Sozialhilfe in Zukunft (z.B. Alterung Bevölkerung, Rückgang informelle Pflege, etc.) und wie wird diesen begegnet?

Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

5. Wie erfolgt der Zugang zu den Leistungen, wie wird der Hilfsbedarf ermittelt?

Finanzierung und Kosten

6. Wie wird die geschlossene Sozialhilfe finanziert (Anteil Steuern, Eigenleistungen [Kostenbeiträge] Betroffene, etc.)?
7. Bestehen mittel- oder längerfristige Finanzpläne?

c) Behindertenhilfe

Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

1. Inwieweit ist die Stadt bei der Organisation der Behindertenhilfe autonom?

Funktionale Gliederung und Organisation

2. Werden die Leistungen von Institutionen der Stadt selbst erbracht oder bestehen Partnereinrichtungen bzw. -organisationen?

3. Gibt es in bestimmten Bereichen auch Subjektförderung (bestimmtes Budget für behinderte Person, das diese frei zum Ankauf von Leistungen verwenden kann)?

Zielsetzungen und Strategien

4. Welche Herausforderungen bestehen bei der Bereitstellung von Behindertenhilfe in Zukunft und wie wird diesen begegnet?
5. Gibt es explizite Ziele der sozialen und beruflichen Eingliederung?
6. Gibt es einen Trend hin zu mehr selbstbestimmter Lebensführung, z.B. persönliche Assistenz, teilbetreute Wohnformen, Tagesstrukturmaßnahmen, etc.?

Zielgruppen

7. Welche Gruppen von behinderten Personen sind die hauptsächlichen Zielgruppen der Behindertenhilfe?
8. Gibt es eine Abgrenzung zu altersbedingter Behinderung? Wie wird mit additiven, altersbedingten Beeinträchtigungen umgegangen?

Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

9. Wann besteht Anspruchsberechtigung auf Behindertenhilfe (Definition)?
10. Wie erfolgt der Zugang zu den Leistungen, wie wird der Hilfsbedarf ermittelt (Punktesystem, etc.)?
11. Gibt es in manchen Bereichen Probleme mit Unterversorgung oder dem Nicht-Erfüllen von (Mindest-)Standards?

Finanzierung und Kosten

12. Aus welchen budgetären Quellen wird die Behindertenhilfe finanziert? Gibt es auch Kostenbeiträge der Betroffenen?

d) Wohnungslosenhilfe

Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

1. Inwieweit ist die Stadt bei der Organisation der Wohnungslosenhilfe autonom?

Funktionale Gliederung und Organisation

2. Gibt es eine stufen- bzw. kettenförmige Struktur der Hilfen (Delogierungsprävention, Notunterbringung, Übergangswohnheime, Langzeitwohnen, etc.)? Wie ist das Verhältnis von ambulanten, mobilen und stationären Betreuungsformen?
3. Ergeben sich Schnittstellenprobleme zwischen den einzelnen Hilfesegmenten?
4. Besteht eine enge Verflechtung mit anderen sozialen Diensten (z.B. aufsuchende und nachgehende Gesundheitsversorgung und Sozialarbeit, psychosoziale Beratung, Wiedereingliederung Arbeitsmarkt, etc.)?

Zielsetzungen und Strategien

5. Welche Herausforderungen bestehen bei der Bereitstellung von Wohnungslosenhilfe in Zukunft (z.B. hohe Scheidungsraten, neue Zielgruppen, ökonomische Krise, etc.)?
6. Gibt es einen Bedarf an Verbesserungen bzw. eines Ausbaus in bestimmten Bereichen?
7. Wie erfolgt die Datenerfassung von Wohnungslosen? (Definition Wohnungslose und Methodik der Datenerfassung)
8. Gibt es explizite Ziele der sozialen und beruflichen Eingliederung?

Zielgruppen

9. Welche Bevölkerungsgruppen sind die hauptsächlichen Zielgruppen der Wohnungslosenhilfe (Geschlecht, Alter, sozio-ökonomischer Status, etc.)?

Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

10. Gibt es objektive oder subjektive Hürden beim Zugang zur Wohnungslosenhilfe?
11. Ist der Zugang zu Langzeitwohnen bzw. weiterführender Hilfe ausreichend gegeben oder besteht eine zu lange Verweildauer in Übergangseinrichtungen?
12. Gibt es Personengruppen, die nur schwer erreicht werden (z.B. auf der Straße lebende Personen, etc.)?
13. Gibt es gewisse Anspruchsvoraussetzungen für Wohnungslosenhilfe (Staatsbürgerschaft, keine Haustiere, etc.)?

Finanzierung und Kosten

14. Wie wird die Wohnungslosenhilfe finanziert (Steuern, Spenden an Partnereinrichtungen, etc.)?

e) Psychosoziale Versorgung (inklusive Alkoholbehandlung und Drogenhilfe)

Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

1. Inwieweit ist die Stadt bei der Organisation von psychosozialer Versorgung autonom?

Funktionale Gliederung und Organisation

2. Wie sind die Schnittstellen zwischen stationären und ambulanten Angeboten, Tageskliniken sowie niedergelassenen PsychiaterInnen organisiert? Wie (gut) funktioniert die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen der Medizin (z.B. praktische ÄrztInnen) sowie sozialen Einrichtungen bzw. Unterstützungen (z.B. berufliche Wiedereingliederung, gemeinwesenintegrierte Wohnformen)?

3. Was sind die Berührungspunkte und Unterschiede zur Versorgung und Behandlung von Alkohol- und Drogenkranken?

Zielsetzungen und Strategien

4. Welche Herausforderungen bestehen bei der Bereitstellung von psychosozialer Versorgung in Zukunft (z.B. Betreuung von MigrantInnen, Suchtkranken, Demenzkranken, etc.)?

5. Gibt es einen Bedarf an Verbesserungen bzw. eines Ausbaus in bestimmten Bereichen?

Zielgruppen

6. Wie setzen sich die Zielgruppen der psychosozialen Versorgung zusammen (z.B. nach Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischen Status, etc.)?

Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

7. Gibt es objektive oder subjektive Hürden beim Zugang zu psychosozialer Versorgung?

8. Sind die Angebote ausreichend niederschwellig und wohnortnah?

9. Gibt es Personengruppen, die nur schwer erreicht werden (z.B. MigrantInnen, Nicht-Krankenversicherte, etc.)?

Finanzierung und Kosten

10. Wie wird die psychosoziale Versorgung finanziert (Versicherungsbeiträge, Steuern, etc.)?

f) Gesundheitssystem

Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

1. In welchem Ausmaß hat die Stadtverwaltung Einfluss- und Steuerungsmöglichkeiten bei der Planung und Gestaltung des Gesundheitswesens?

Funktionale Gliederung und Organisation

2. Wie wird die Koordination zwischen Spitätern und außerstationärer Betreuung (niedergelassener Bereich, (Übergangs-)Pflege, soziale Dienste, Apotheken) sichergestellt? Gibt es konkrete Strategien, um die Koordination und Kooperation effizienter und patientenorientierter zu gestalten (z.B. Entlassungsmanagement, Vermeidung/Verzögerung/Reduktion von Krankenhausaufnahmen)?

3. Wie funktioniert das Zusammenspiel zwischen öffentlichen und privaten Spitätern?

Zielsetzungen und Strategien

4. Welche Herausforderungen bestehen bei der Bereitstellung der gesundheitlichen Versorgung in Zukunft?

5. Gibt es konkrete Maßnahmen zu Steuerung der PatientInnenflüsse (praktischer Arzt, Facharzt, Ambulanzen, Krankenhaus, etc.), z.B. durch Ambulanzgebühren? Besteht ein Trend hin zu außerstationärer Versorgung? Wo ergeben sich Interessenskonflikte oder fehlerhafte Anreizsysteme?

6. Werden Spitalskapazitäten in Pflegekapazitäten umgewandelt?

Zielgruppen

7. In welcher Form ist geplant, die Gesundheitsversorgung an künftige Zielgruppen anzupassen (Zunahme ältere PatientInnen, chronische Krankheiten, „Wohlstandskrankheiten“ im früheren Lebensalter, „mündigere“ PatientInnen, etc.)

Zugang zu Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen

8. Ist ein gleichartiger Zugang für die gesamte Bevölkerung zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung gewährleistet? Wie wird eine Gesundheitsversorgung für nicht Versicherte, Sozialfälle, Obdachlose, MigrantInnen u.ä. Randgruppen gewährleistet?

9. Die Möglichkeit der Zusatz- oder Privatversicherung geht oft mit einer Bevorteilung bei der ärztlichen Behandlung oder bei Wartelisten einher. Wie wird mit solchen (sozialen) Ungleichheiten umgegangen?

Finanzierung und Kosten

10. Wie wird das städtische Gesundheitssystem finanziert (Versicherungsbeiträge, Steuern, Selbstbehalte, etc.)?

11. Welche Maßnahmen sind für die nachhaltige Sicherung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung geplant?

12. In welcher Form werden Leistungen grundsätzlich abgerechnet (z.B. Punktesystem für Krankenhausleistungen, leistungsorientierte Vergütungssysteme)? Ist dies transparent?

13. Inwieweit werden PatientInnen aus dem Umland behandelt und inwieweit wird dafür finanzielle Vorsorge getroffen?

Versorgungsdichte

14. Wo gibt es Unterversorgung oder Wartelisten (z.B. für Dialyseplätze, Hüftoperationen, etc.)? Was wird getan um diese zu reduzieren? In welchen Bereichen ist eine Überversorgung auszumachen?

10 Anhang 2: Zusammensetzung der Indizes

Prosperity Index: Summe aus ...

Tab. 21: Tertiäre Ausbildung (ISCED 5 oder 6), in % der Erwerbspersonen, 2005

Brüssel	46,0
Hamburg	26,0
Lissabon Kernel	21,9
Prag	28,5
Stockholm Kernel	36,5
Wien	24,8

Q; OECD Regional Data; OECD Regions at a Glance 2009

Tab. 22: Erwerbspersonen in % der Gesamtbevölkerung 15-64 Jahre, 2008

Brüssel	65,8
Hamburg	76,8
Lissabon Kernel	75,8
Prag	74,0
Stockholm Kernel	81,1
Wien	72,7

Q; OECD Regional Data

Tab. 23: Relatives Bruttoregionalprodukt pro EinwohnerIn (Bruttoregionalprodukt pro EinwohnerIn KKS in % Bruttoregionalprodukt pro EinwohnerIn Paris KKS), 2006

Brüssel	77,2
Hamburg	66,1
Lissabon*	39,3
Prag	53,7
Stockholm*	72,9
Wien	54,9

* 2003-06

Q; Eurostat Urban Audit; OECD Regional Data; eigene Berechnungen Europäisches Zentrum

Tab. 24: Durchschnittliches jährliches Wachstum des Bruttoregionalprodukts KKS, 1995-2005

Brüssel	1,3
Hamburg	1,8
Lissabon Kernel	2,4
Prag	4,5
Stockholm Kernel	4,6
Wien	1,2

Q; OECD Regions at a Glance 2009

Tab. 25: Relative Gesamteinnahmen pro EinwohnerIn (Kommunale Gesamteinnahmen pro EinwohnerIn KKS in % Bruttoregionalprodukt pro EinwohnerIn KKS), 2006

Brüssel	3,9
Hamburg	12,5
Lissabon*	4,5
Prag	7,9
Stockholm*	12,3
Wien	16,4

* 2003-06

Q; Eurostat Urban Audit; INE. CML: Relatório de Gestão 2008; Mini-Bru: Brussel Capital Region in Figures 2009; Ministry of Finance of the Czech Republic; OECD Regional Data; Statistisches Jahrbuch Hamburg 2008/09; Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2008; Stockholm Office of Research and Statistics; eigene Berechnungen Europäisches Zentrum

Burden Index: Summe aus ...

Tab. 26: Anteil der Bevölkerung über 74 Jahre, in %, 2003-06

Brüssel	8,0
Hamburg	8,1
Lissabon	11,4
Prag	7,6
Stockholm	8,9
Wien	8,1

Q: Eurostat Urban Audit

Tab. 27: Anteil der Bevölkerung mit einer Staatsbürgerschaft aus einem Drittstaat, in %, 2003-06

Brüssel	11,1
Hamburg	10,6
Lissabon*	6,6
Prag**	8,5
Stockholm	5,4
Wien	13,7

* 2007; ** 2008

Q: Czech Statistical Office; Eurostat Urban Audit; Rede Social

Tab. 28: Langzeitarbeitslosigkeit (mindestens 1 Jahr), in %, 2007

Brüssel	9,8
Hamburg	4,9
Lissabon Kernel	4,1
Prag	0,9
Stockholm Kernel	0,9
Wien	2,9

Q: OECD Regional Data

Tab. 29: Relativer Schuldenstand pro EinwohnerIn (Schuldenstand im kommunalen Haushalt pro EinwohnerIn KKS in % Bruttoregionalprodukt pro EinwohnerIn KKS), 2003-06

Brüssel	3,6
Hamburg*	26,5
Lissabon	4,3
Prag*	4,0
Stockholm	5,4
Wien*	2,5

*2006

Q: Czech Statistical Office; Eurostat Urban Audit; INE. CML: Relatório de Gestão 2008; OECD Regional Data; Statistisches Jahrbuch Hamburg 2008/09; eigene Berechnungen Europäisches Zentrum

Tab. 30: Anzahl der Eigentumsdelikte per 100 EinwohnerInnen, 2005

Brüssel	10,1
Hamburg*	6,3
Lissabon Kernel	2,9
Prag	6,4
Stockholm Kernel	12,3
Wien	10,7

* 2007: Diebstahlsdelikte

Q: OECD Regional Data; Statistisches Jahrbuch Hamburg 2008/09

Input-Index: Summe aus ...

Tab. 31: Relativer Mercer City Infrastructure Index (Mercer City Infrastructure Index in % Infrastructure Index München), 2009

Brüssel	95,0
Hamburg	95,3
Lissabon	85,1
Prag	86,2
Stockholm	95,3
Wien	95,7

Q: Mercer 2009

Tab. 32: Autonomie bei Sozial- und Gesundheitssystem (5= sehr autonom, 1= nicht autonom)

Brüssel	3
Hamburg	4
Lissabon	1
Praga	2
Stockholm	3
Wien	5

Q: Europäisches Zentrum

Tab. 33: Relative Gesamtausgaben pro EinwohnerIn (Gesamtausgaben des kommunalen Haushalts pro EinwohnerIn KKS in % Bruttoregionalprodukt pro EinwohnerIn KKS), 2003-06

Brüssel	4,4
Hamburg*	12,5
Lissabon	3,2
Prag*	8,6
Stockholm	10,1
Wien	15,5

* 2006

Q: Eurostat Urban Audit; Ministry of Finance of the Czech Republic; OECD Regional Data; Statistisches Jahrbuch Hamburg 2008/09

Tab. 34: Betreuungsquote von Kindern unter 3 Jahren in Kindertagesstätten, in %, 2003-06

Brüssel*	31,1
Hamburg	16,9
Lissabon**	39,4
Prag***	2,6
Stockholm	46,3
Wien	22,2

* 2009; ** 2005; *** Tschechische Republik 2006⁵⁴

Q: Eurostat Urban Audit; ISS 2008, Conta da Segurança Social and CML 2009: Carta Educativa de Lisboa; Mini-Bru: Brussel Capital Region in Figures 2009; OECD Family Database

⁵⁴ Für Prag war nur die Anzahl der verfügbaren Plätze in öffentlichen Krippen im Jahr 2009 (1,0% der Wohnbevölkerung unter drei Jahren) erhältlich.

Tab. 35: Krankenhausbetten per 1.000 EinwohnerInnen, 2003-06

Brüssel	7,9
Hamburg	7,0
Lissabon	15,6
Prag *	8,4
Stockholm	1,1
Wien ⁵⁵	11,9

* 2008

Q: Czech Statistical Office; Eurostat Urban Audit

⁵⁵ Nach neueren nationalen Daten für das Jahr 2007: 7,9.

“Futurability”-Index: Summe aus ...

Tab. 36: Teilnahmeraten an tertiärer Bildung in % der Gesamtbevölkerung, 2005

Brüssel	8,0
Hamburg	4,0
Lissabon Kernel	5,2
Prag	10,7
Stockholm Kernel	4,8
Wien	7,6

Q: OECD Regional Data

Tab. 37: R&D Gesamtausgaben in % des Bruttoregionalprodukts, 2005

Brüssel	1,1
Hamburg	1,3
Lissabon Kernel	1,2
Prag	2,2
Stockholm Kernel	4,2
Wien	3,3

Q: OECD Regional Data

Tab. 38: Wissensbasierte Dienstleistungen in % der Gesamtbeschäftigung, 2005

Brüssel	48,2
Hamburg	47,0
Lissabon Kernel	34,4
Prag	42,0
Stockholm Kernel	56,5
Wien	44,6

Q: OECD Regional Data; OECD Regions at a Glance 2009

Tab. 39: Hochtechnologie-Produktion in % der Gesamtbeschäftigung, 2005

Brüssel	2,5
Hamburg	6,2
Lissabon Kernel	4,0
Prag	3,4
Stockholm Kernel	3,8
Wien	4,3

Q: OECD Regional Data; OECD Regions at a Glance 2009

Tab. 40: Jugendarbeitslosigkeit, in %, 2007⁵⁶

Brüssel	34,5
Hamburg	11,7
Lissabon Kernel	18,7
Prag	6,6
Stockholm Kernel	20,1
Wien	15,3

Q: OECD Regional Data

Tab. 41: Betreuungsquote von Kindern unter 3 Jahren in Kindertagesstätten, in %, 2003-06

Brüssel*	31,1
Hamburg	16,9
Lissabon**	39,4
Prag***	2,6
Stockholm	46,3
Wien	22,2

* 2009; ** 2005; *** Tschechische Republik 2006

Q: Urban Audit; ISS (2008), Conta da Segurança Social and CML 2009: Carta Educativa de Lisboa; Mini-Bru: Brussel Capital Region in Figures 2009; OECD Family Database

⁵⁶ Der Wert für die Jugendarbeitslosigkeit geht invers (=100-x) in die Berechnung des Index‘ ein.

Performance-Index: Summe aus ...

Tab. 42: Relativer Mercer Quality of Living Index (Quality of Living Index in % Quality of Living Index Wien), 2009

Brüssel	97,1
Hamburg	95,2
Lissabon	92,4
Prag	86,5
Stockholm	96,2
Wien	100,0

Q: Mercer 2009; eigene Berechnungen Europäisches Zentrum

Tab. 43: Zufrieden, in dieser Stadt zu leben (subjektiver Indikator: synthetischer Index 0-100)⁵⁷, 2006

Brüssel	89,1
Hamburg	96,9
Lissabon	91,3
Prag	93,0
Stockholm	93,6
Wien	94,2

Q: Urban Audit

Tab. 44: Administrative Dienste helfen effizient (subjektiver Indikator: synthetischer Index 0-100), 2006

Brüssel	67,4
Hamburg	54,7
Lissabon	52,4
Prag	48,5
Stockholm	49,0
Wien	55,1

Q: Urban Audit

Tab. 45: Budgetäre Ressourcen werden in verantwortungsvoller Weise verwendet (subjektiver Indikator: synthetischer Index 0-100), 2006

Brüssel	56,8
Hamburg	41,6
Lissabon	39,6
Prag	41,8
Stockholm	42,2
Wien	68,6

Q: Urban Audit

⁵⁷ Tab. 43-47: 0=nicht zufrieden, 100=zufrieden.

Tab. 46: Einfach, gute Wohnungen zu vertretbaren Preisen zu finden (subjektiver Indikator: synthetischer Index 0-100), 2006

Brüssel	24,8
Hamburg	22,4
Lissabon	12,1
Prag	16,2
Stockholm	8,4
Wien	24,8

Q: Urban Audit

Tab. 47: Zufriedenheit mit Krankenhäusern (subjektiver Indikator: synthetischer Index 0-100), 2006

Brüssel	88,1
Hamburg	82,8
Lissabon	56,0
Prag	72,7
Stockholm	82,6
Wien	90,0

Q: Urban Audit