



# BURGENLAND

## Burgenländischer Gesundheitsbericht 2012 Langfassung

Berichtszeitraum 2007-2012

Fachhochschulstudiengänge



im Auftrag der Burgenländischen Landesregierung



## IMPRESSUM

### Herausgeber:

Amt der Burgenländischen Landesregierung

### Projektleitung:

Florian Schnabel<sup>1</sup>, Barbara Szabo<sup>1</sup>, Erwin Gollner<sup>1</sup>

### Projektmanagement:

Florian Schnabel<sup>1</sup>, Barbara Szabo<sup>1</sup>, Erwin Gollner<sup>1</sup>, Gerlinde Stern-Pauer<sup>2</sup>, Claudia Krischka<sup>2</sup>, Karina Wapp<sup>2</sup>

### Autorinnen und Autoren:

Florian Schnabel<sup>1</sup>, Barbara Szabo<sup>1</sup>, Erwin Gollner<sup>1</sup>, Evelyn Walter<sup>3</sup>, Aline Dragosits<sup>3</sup>

### ExpertInnen (alphabetisch):

Fokusgruppe Kindergesundheit: Kornelia Berlakovich<sup>4</sup>, Barbara Bittmann<sup>5</sup>, Robert Bruckner<sup>6</sup>, Lilly Damm<sup>7</sup>, Andrea Engel<sup>8</sup>, Michael Heinrich<sup>9</sup>, Elfriede Jud<sup>9</sup>, Albrecht Prieler<sup>10</sup>, Christian Reumann<sup>11</sup>, Stephanie Stürzenbecher<sup>12</sup>

Fokusgruppe Maßnahmenempfehlungen: Patrick Bauer<sup>13</sup>, Barbara Bittmann<sup>5</sup>, Christoph Fally<sup>14</sup>, Sabine Hörst-Kollmann<sup>15</sup>, Karl Mach<sup>16</sup>, Christian Moder<sup>17</sup>, Andreas Ponc<sup>18</sup>, Michael Schriefl<sup>19</sup>, Karl Silberbauer<sup>5</sup>

Interviews Health in All Policies: Sandra Steiner<sup>9</sup>, Sonja Windisch<sup>2</sup>, Peter Zinggl<sup>2</sup>

Auswertung BIG-Daten: Judith Füzi<sup>17</sup>

Sonderauswertung HBSC-Studie 2010: Daniela Ramelow<sup>20</sup>

### Zitiervorschlag:

Schnabel, F., Szabo, B., Gollner, E., Walter, E. & Dragosits, A. (2012). Amt der Burgenländischen Landesregierung (Hrsg.). Burgenländischer Gesundheitsbericht 2012 Langfassung. Hornstein: DANEK Grafik Repro Druck

**Druck:** DANEK Grafik Repro Druck, Industriestraße 1/11, 7053 Hornstein

---

<sup>1</sup> Fachhochschule Burgenland; <sup>2</sup> Amt der Burgenländischen Landesregierung; <sup>3</sup> Institut für Pharmaökonomische Forschung; <sup>4</sup> Kindergarteninspektion Burgenland; <sup>5</sup> Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt; <sup>6</sup> Krankenhaus Oberwart; <sup>7</sup> Institut für Umwelthygiene, FE Child Public Health, MedUniWien; <sup>8</sup> Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Eisenstadt; <sup>9</sup> Landesschulrat für Burgenland; <sup>10</sup> Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde im niedergelassenen Bereich, Fachgruppenobmann Burgenland, Impfreferent; <sup>11</sup> Kinder- und Jugendanwalt Burgenland; <sup>12</sup> Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger; <sup>13</sup> Sportunion Burgenland; <sup>14</sup> ASVÖ Burgenland; <sup>15</sup> Krankenhaus Oberpullendorf; <sup>16</sup> Projektleiter „Burgenland gegen Dickdarmkrebs“ und „Gesundes Dorf“; <sup>17</sup> Burgenländische Gebietskrankenkasse; <sup>18</sup> ASKÖ Burgenland; <sup>19</sup> Burgenländische Ärztekammer; <sup>20</sup> Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research

---

## VORWORT



Die Burgenländische Landesregierung hat die Fachhochschule Burgenland, Kernkompetenzbereich Gesundheit, im November 2011 mit der Erstellung eines Gesundheitsberichts für das Burgenland beauftragt.

Der nunmehr vorliegende Burgenländische Gesundheitsbericht 2012 bietet einen Überblick über die gesundheitliche Situation der burgenländischen Bevölkerung. Die Analyseergebnisse von Gesundheitsdaten zeigen gesundheitsrelevante Entwicklungen auf. Sie werden im Rahmen der Planung und Durchführung gesundheitspolitischer Maßnahmen herangezogen und dienen auch als Grundlage für Entscheidungen im Gesundheitswesen.

Die theoretische Grundlage des vorliegenden Berichtes bilden anerkannte Public Health Modelle. Die Berichterstattung berücksichtigt international geltende Gesundheitsindikatoren sowie international und national festgeschriebene Gesundheitsziele. Der Ansatz „Health in all Policies“ kommt zur Anwendung und spiegelt die Rahmenbedingungen von Gesundheitsversorgung wider. Dieser insgesamt dritte burgenländische Bericht enthält Kerndaten aus den Bereichen Demographie, Lebenserwartung & Mortalität, Morbidität, Gesundheitsdeterminanten sowie eine Darstellung der Einrichtungen und Angebote des Gesundheitswesens.

Für vertiefende Einblicke sorgen die ausführlichen Beiträge im Spezialkapitel Kindergesundheit sowie eine gesundheitsökonomische Abschätzung von ausgewählten gesundheitsbezogenen Maßnahmen.

Die primären Datenquellen sind eine Eltern-Kind-Befragung im Südburgenland, qualitative Interviews zum Thema „Health in all Policies“ sowie die Ergebnisse zweier Fokusgruppen. Als Sekundärdaten wurden die routinemäßigen amtlichen Statistiken von öffentlichen Einrichtungen, die AT-HIS Gesundheitsbefragung, die HBSC-Studie sowie Daten der Plattform „Business Intelligence im Gesundheitswesen“ herangezogen.

Der vorliegende Gesundheitsbericht soll dazu dienen, bestehende gesundheitliche Problemfelder zu identifizieren und ist eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung des burgenländischen Gesundheitsversorgungssystems.

Das Burgenland hat in den letzten Jahren durch eine aktive, engagierte Gesundheitspolitik große quantitative und qualitative Fortschritte im Ausbau des medizinischen Leistungs- und Betreuungs- sowie des Präventionsangebotes zu verzeichnen. Neben Qualitätssicherung, Abstimmung und Vernetzung stehen auch die Sicherstellung der Finanzierung des Leistungsangebotes und die Bestandssicherung für die fünf burgenländischen Krankenanstalten im Vordergrund der Zielsetzungen. Die Gesundheitsreform 2012 stellt einen wichtigen Bezugsrahmen dar.

Eine erfolgreiche Gesundheitspolitik bedeutet letztendlich auch, soziale Fairness zu ermöglichen, PatientInnenrechte zu wahren und die Lebensqualität der Burgenländerinnen und Burgenländer zu sichern.



Dr. Peter Rezar  
Landesrat für Gesundheit und Krankenanstalten Burgenland

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AHS	Allgemeinbildende Höhere Schule
ASKÖ	Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur in Österreich
ASVÖ	Allgemeiner Sportverband Österreichs
AT-HIS 2006/07	Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07
BAKS	Burgenländischer Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin
BEGAS	Burgenländische Erdgasversorgungs-AG
BES	Beschäftigter/e
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGKK	Burgenländische Gebietskrankenkasse
Bgl	Burgenland
BHS	Berufsbildende Höhere Schule
BIG	Business Intelligence im Gesundheitswesen
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
BMLFUW	Bundesministerium für Land- & Forstwirtschaft, Umwelt & Wasserwirtschaft
BMLVS	Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport
BMS	Berufsbildende Mittlere Schule
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
BMWFJ	Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend
BSO	Österreichische Bundes-Sportorganisation
BURGEF	Burgenländischer Gesundheitsfonds
CHILD	Child Health Indicators of Life and Development
COR	Coronarangiographie
CT	Computertomographie
DALY	Disability adjusted life year
DGKP	gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege
dmft/DMFT	decayed, missed, filled tooth
DMP	Disease Management Programm
E	Eisenstadt
ECHIM	European Community Health Indicators Monitoring
ECT	Emissions-Computer-Tomographie
EU	Europäische Union
EW	Einwohner/in
FH Burgenland	Fachhochschule Burgenland
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GFA	Gesundheitsfolgenabschätzung

---

GKK	Gebietskrankenkasse
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GS	Güssing
HBSC	Health behaviour in school-aged children
HEAT	Health economic assessment tools
HiAP	Health in All Policies
HIV	Human immunodeficiency virus
HNO-Arzt	Hals-Nasen-Ohren-Arzt
HTA	Health Technology Assessment
ICD	International Classification of Diseases
JE	Jennersdorf
KaKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KH	Krankenhaus
KHK	Koronare Herzkrankheit
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
KK	Krankheitskosten
KRAGES	Burgenländische Krankenanstalten GesmbH
Ktn	Kärnten
LBI	Ludwig Boltzmann Institut
MA	Mattersburg
mind.	mindestens
MR	Magnetresonanztomographie
MTD	gehobene medizinisch-technische Dienste
MTF	medizinisch-technischer Fachdienst
ND	Neusiedl am See
NGOs	Nicht-gewinnorientierte Organisationen
NÖ	Niederösterreich
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
NUTS	Nomenclature des unités territoriales statistiques
Ö	Österreich
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGKJ	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde
ÖNACE	Österreichischen Systematik der Wirtschaftstätigkeiten
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
OÖ	Oberösterreich
OP	Oberpullendorf
OW	Oberwart
PET	Positronen-Emissions-Tomographie
PGA	Verein für Prophylaktische Gesundheitsarbeit
PM	Particulate Matter
PSD	Psychosozialer Dienst
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
QALY	Quality adjusted life year

---

restl.....	restliches
RR .....	relatives Risiko
RSG.....	Regionaler Strukturplan Gesundheit
RZ.....	Rehabilitationszentrum
Sbg .....	Salzburg
SILC .....	Community Statistics on Income and Living Conditions
SKA .....	Sonderkrankenanstalt
stat. A .....	stationärer Aufenthalt
Stmk .....	Steiermark
Vbg .....	Vorarlberg
VS.....	Volksschule
W.....	Wien
WHO.....	World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation
ZMR.....	Zentrales Melderegister

## **INHALTSVERZEICHNIS**

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>1</b>
1.1	Gesundheitsberichterstattung als Basis für gesundheitspolitische Maßnahmen	1
1.2	Theoretische Grundlagen und Zielsetzung	2
1.2.1	<i>Health in All Policies und Determinantenmodell</i>	3
1.2.2	<i>Gesundheitsindikatoren</i>	4
1.2.3	<i>Gesundheitsziele und Vorgehensweise</i>	4
1.3	Strukturen des Gesundheitswesens im Burgenland	8
1.4	Literaturverzeichnis	10
<b>2</b>	<b>METHODEN UND DATENQUALITÄT</b>	<b>12</b>
2.1	Primärdaten	12
2.1.1	<i>Eltern-Kind-Befragung</i>	12
2.1.2	<i>Qualitative Interviews zum Thema Health in All Policies</i>	13
2.1.3	<i>Fokusgruppen</i>	14
2.2	Sekundärdaten	16
2.2.1	<i>Business Intelligence im Gesundheitswesen</i>	18
2.2.2	<i>Statistik des Bevölkerungsstandes</i>	18
2.2.3	<i>Statistik der Standesfälle inklusive Todesursachenstatistik</i>	18
2.2.4	<i>AT-HIS Gesundheitsbefragung 2006/07</i>	19
2.2.5	<i>Gesundheitsbarometer Burgenland</i>	19
2.2.6	<i>Health behaviour in school-aged children (HBSC)-Studie</i>	20
2.3	Literaturverzeichnis	21
<b>3</b>	<b>SOZIODEMOGRAPHIE</b>	<b>23</b>
3.1	Bevölkerungsstruktur und -entwicklung	23
3.1.1	<i>Alters- und Geschlechterstruktur</i>	24
3.1.2	<i>Staatsangehörigkeit</i>	25
3.1.3	<i>Geburten- und Gesamtfertilitätsrate</i>	27
3.1.4	<i>Bevölkerungsprognose</i>	28
3.2	Sozialstruktur	29
3.2.1	<i>Bildung</i>	30
3.2.2	<i>Beschäftigung</i>	32
3.2.3	<i>Einkommen</i>	35
3.3	Literaturverzeichnis	37
<b>4</b>	<b>GESUNDHEITZUSTAND</b>	<b>40</b>
4.1	Lebenserwartung	40
4.1.1	<i>Lebenserwartung bei Geburt</i>	40
4.1.2	<i>Ferne Lebenserwartung</i>	43
4.1.3	<i>Gesunde Lebenserwartung</i>	45
4.2	Subjektiver Gesundheitszustand	47
4.3	Mortalität	50

4.3.1	<i>Gesamtmortalität</i> .....	50
4.3.2	<i>Todesursachen</i> .....	52
<b>4.4</b>	<b>Morbidität</b> .....	<b>57</b>
4.4.1	<i>Meldepflichtige Infektionskrankheiten</i> .....	58
4.4.2	<i>Krebsinzidenz</i> .....	58
4.4.3	<i>Selbsteinschätzung der Bevölkerung</i> .....	62
<b>4.5</b>	<b>Menschen mit besonderen Bedürfnissen</b> .....	<b>66</b>
<b>4.6</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>69</b>
<b>5</b>	<b>GESUNDHEITSDETERMINANTEN</b> .....	<b>72</b>
<b>5.1</b>	<b>Gesundheitsverhalten</b> .....	<b>72</b>
5.1.1	<i>Sport und Bewegung</i> .....	73
5.1.2	<i>Ernährung</i> .....	78
5.1.3	<i>Rauchverhalten</i> .....	84
5.1.4	<i>Alkoholkonsum</i> .....	87
5.1.5	<i>Konsum illegaler Suchtmittel</i> .....	88
<b>5.2</b>	<b>Sozialkapital und soziale Netzwerke</b> .....	<b>90</b>
<b>5.3</b>	<b>Lebens- und Arbeitsbedingungen</b> .....	<b>93</b>
5.3.1	<i>Setting Betrieb</i> .....	94
5.3.2	<i>Setting Stadt/Gemeinde</i> .....	97
<b>5.4</b>	<b>Umweltbedingungen</b> .....	<b>99</b>
5.4.1	<i>Natürliche Landschaftsräume</i> .....	99
5.4.2	<i>Ökologische Umweltbedingungen</i> .....	100
5.4.3	<i>Wirtschaftliche Situation</i> .....	104
<b>5.5</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>106</b>
<b>6</b>	<b>GESUNDHEITSFÖRDERUNGS-, PRÄVENTIONS- UND VORSORGEPROJEKTE</b> .....	<b>112</b>
<b>6.1</b>	<b>Gesundes Dorf</b> .....	<b>112</b>
<b>6.2</b>	<b>Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart</b> .....	<b>113</b>
<b>6.3</b>	<b>G´scheit essen</b> .....	<b>115</b>
<b>6.4</b>	<b>Diabetesbetreuung „Modell Burgenland“</b> .....	<b>115</b>
<b>6.5</b>	<b>Aktion Burgenland gegen Dickdarmkrebs</b> .....	<b>116</b>
<b>6.6</b>	<b>Gesundheitspreis Burgenland</b> .....	<b>117</b>
<b>6.7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>117</b>
<b>7</b>	<b>GESUNDHEITS- UND KRANKENVERSORGUNG</b> .....	<b>119</b>
<b>7.1</b>	<b>Gesundheitsförderung, Prävention und Vorsorge</b> .....	<b>119</b>
7.1.1	<i>Einrichtungen</i> .....	120
7.1.2	<i>Inanspruchnahme</i> .....	122
<b>7.2</b>	<b>Ambulante Versorgung</b> .....	<b>131</b>
7.2.1	<i>Extramurale Versorgung</i> .....	131
7.2.2	<i>Spitalsambulante Versorgung</i> .....	136
7.2.3	<i>Rettungs- und Krankentransportdienste</i> .....	139
7.2.4	<i>Mobile Dienste</i> .....	140



---

7.2.5	<i>Apotheken</i> .....	144
7.2.6	<i>Heilmittelgebrauch und -kosten</i> .....	146
7.2.7	<i>Psychosozialer Dienst Burgenland (PSD Burgenland)</i> .....	146
<b>7.3</b>	<b>Stationäre Versorgung</b> .....	<b>147</b>
7.3.1	<i>Akutversorgung</i> .....	148
7.3.2	<i>Rehabilitation</i> .....	154
<b>7.4</b>	<b>PatientInnenstromanalyse</b> .....	<b>156</b>
<b>7.5</b>	<b>Medizinisch-technische Großgeräte</b> .....	<b>157</b>
<b>7.6</b>	<b>Case- und Entlassungsmanagement</b> .....	<b>158</b>
<b>7.7</b>	<b>Gesundheitsbarometer Burgenland</b> .....	<b>161</b>
7.7.1	<i>Grundsätzliche Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung</i> .....	161
7.7.2	<i>Entwicklung der Gesundheitsversorgung</i> .....	165
7.7.3	<i>Vergleich mit anderen Bundesländern</i> .....	167
7.7.4	<i>Gesundheitspolitische AkteurlInnen</i> .....	168
<b>7.8</b>	<b>Stationäre Langzeitpflege im Burgenland</b> .....	<b>168</b>
7.8.1	<i>Heime und Plätze</i> .....	168
7.8.2	<i>Personal</i> .....	169
7.8.3	<i>Auslastung</i> .....	170
<b>7.9</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>170</b>
<b>8</b>	<b>INNOVATIVE METHODEN UND ANSÄTZE DER GESUNDHEITSSTEUERUNG</b> .....	<b>175</b>
<b>8.1</b>	<b>Health in All Policies</b> .....	<b>175</b>
8.1.1	<i>Agrar- und Veterinärwesen</i> .....	176
8.1.2	<i>Raumordnung und Wohnbauförderung</i> .....	178
8.1.3	<i>Bildung</i> .....	181
<b>8.2</b>	<b>Health Impact Assessment</b> .....	<b>184</b>
8.2.1	<i>Begriffsbestimmung und Funktionen</i> .....	184
8.2.2	<i>Ablauf</i> .....	185
8.2.3	<i>Health Impact Assessment in Österreich</i> .....	186
8.2.4	<i>Beispiel für Health Impact Assessment</i> .....	186
<b>8.3</b>	<b>Versorgungsforschung</b> .....	<b>187</b>
8.3.1	<i>Begriffsbestimmung und Funktionen</i> .....	187
8.3.2	<i>Methoden</i> .....	188
8.3.3	<i>Versorgungsforschung in Österreich</i> .....	188
8.3.4	<i>Beispiel für Versorgungsforschung</i> .....	188
<b>8.4</b>	<b>Health Technology Assessment</b> .....	<b>189</b>
8.4.1	<i>Begriffsbestimmung und Funktionen</i> .....	189
8.4.2	<i>Health Technology Assessment in Österreich</i> .....	189
8.4.3	<i>Beispiele für Health Technology Assessment</i> .....	190
<b>8.5</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>191</b>
<b>8.6</b>	<b>Gesundheitsökonomische Abschätzung</b> .....	<b>193</b>
8.6.1	<i>Zielsetzung und Fragestellung</i> .....	194
8.6.2	<i>Ökonomische Bewertung von Maßnahmen</i> .....	195

---

---

8.6.3	Maßnahme 1: FußgängerInnenmobilität .....	199
8.6.4	Maßnahme 2: Gemeinschaftsverpflegung .....	212
8.6.5	Maßnahme 3: Psychosoziale Gesundheit.....	218
8.6.6	Abschätzung des gesundheitsökonomischen Potenzials der Maßnahmen .....	221
8.6.7	Literaturverzeichnis.....	224
<b>9</b>	<b>KINDER- UND JUGENDGESUNDHEIT .....</b>	<b>228</b>
<b>9.1</b>	<b>Fokusgruppe Kindergesundheit .....</b>	<b>230</b>
9.1.1	Status quo der Kindergesundheit im Burgenland.....	231
9.1.2	Festlegung von Kindergesundheitsindikatoren .....	234
9.1.3	ExpertInnenmeinung des Bundesministeriums für Gesundheit .....	237
<b>9.2</b>	<b>Kinder und Jugendliche im Burgenland.....</b>	<b>238</b>
9.2.1	Verteilung nach Alter und Geschlecht.....	239
9.2.2	Anteil der Kinder in Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen .....	240
9.2.3	Kinder und Jugendliche in AlleinerzieherInnen-Haushalten.....	242
9.2.4	Kinder und Jugendliche in Armut .....	244
<b>9.3</b>	<b>Gesundheitszustand und Wohlbefinden .....</b>	<b>245</b>
9.3.1	Mortalität.....	245
9.3.2	Geburtsgewicht.....	247
9.3.3	Morbidität.....	249
9.3.4	Subjektive Gesundheitsbewertung.....	253
9.3.5	Lebenszufriedenheit.....	258
9.3.6	Zahngesundheit .....	259
9.3.7	Körpergewicht und Körperschema.....	262
<b>9.4</b>	<b>Gesundheitsverhalten.....</b>	<b>265</b>
9.4.1	Bewegung.....	265
9.4.2	Sitzendes Freizeitverhalten.....	267
9.4.3	Ernährung .....	268
9.4.4	Suchtmittelgebrauch .....	271
<b>9.5</b>	<b>Sozialkapital bei Kindern und Jugendlichen .....</b>	<b>275</b>
9.5.1	Unterstützung durch Eltern .....	276
9.5.2	FreundInnen.....	278
9.5.3	Aktivitäten in Vereinen .....	279
<b>9.6</b>	<b>Relevante Settings für Kinder und Jugendliche.....</b>	<b>281</b>
9.6.1	Schule.....	282
9.6.2	Kindertagesheim.....	283
<b>9.7</b>	<b>Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte für Kinder und Jugendliche im Burgenland.....</b>	<b>284</b>
9.7.1	Gesunde Kindergärten im Burgenland.....	284
9.7.2	Urfit.....	285
9.7.3	Fit & locker mit Hopsi Hopper .....	286
9.7.4	Sportkids.....	287
9.7.5	UGOTCHI .....	287

---

---

9.7.6	<i>Los, check dein Leben!</i> .....	288
9.7.7	<i>Workshop Suchtprävention „Basics“</i> .....	288
<b>9.8</b>	<b>Krankenversorgung für Kinder und Jugendliche</b> .....	<b>289</b>
9.8.1	<i>Mutter-Kind-Pass Untersuchungen</i> .....	289
9.8.2	<i>Betten und Bettennutzung in Krankenanstalten</i> .....	292
9.8.3	<i>Medikamentenverordnungen</i> .....	294
9.8.4	<i>Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie</i> .....	296
9.9	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>297</b>
<b>10</b>	<b>MASSNAHMENEMPFEHLUNGEN</b> .....	<b>304</b>
10.1	<b>Bewegung – FußgängerInnenmobilität</b> .....	<b>304</b>
10.2	<b>Ernährung – Gemeinschaftsverpflegung</b> .....	<b>306</b>
10.3	<b>Psychosoziale Gesundheit – gesunde Nachbarschaft</b> .....	<b>307</b>
<b>11</b>	<b>RESÜMEE UND AUSBLICK</b> .....	<b>308</b>
<b>12</b>	<b>VERZEICHNISSE</b> .....	<b>310</b>
12.1	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>310</b>
12.2	<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>334</b>
12.3	<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>343</b>
<b>ANHANG</b>	.....	<b>348</b>

---

## **1 EINLEITUNG**

Der vorliegende Gesundheitsbericht baut auf den Grundlagen und Ergebnissen der Burgenländischen Gesundheitsberichte 2002 und 2007 auf, setzt jedoch neue Akzente, indem Public Health- und Gesundheitsförderungsansätze besondere Berücksichtigung finden. Dadurch kann dem umfassenden Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Rechnung getragen werden.

Ziel dieses Gesundheitsberichtes ist es, die Fachöffentlichkeit, politische EntscheidungsträgerInnen sowie die interessierte Bevölkerung über die gesundheitliche Situation der BurgenländerInnen zu informieren und Maßnahmenempfehlungen auf politischer Ebene abzuleiten. Neben traditionellen Bestandteilen eines Gesundheitsberichtes wie Soziodemographie, Morbiditäts- und Mortalitätskennzahlen, Gesundheitsverhalten der Bevölkerung und Einrichtungen des Gesundheitswesens beinhaltet der Burgenländische Gesundheitsbericht 2012 folgende Themenschwerpunkte:

- umfassende Analyse von gesundheitsbezogenen Einflussfaktoren
- multisektorale Verankerung von Gesundheit in anderen politischen Ressorts
- umfassende Darstellung und Analyse von Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Vorsorgeprojekten im Burgenland
- Gesundheitsökonomische Abschätzung (= Messung, Beurteilung und Vergleich der Kosten und Effekte gesundheitsbezogener Maßnahmen)
- Spezialkapitel Kindergesundheit

Eine methodische Besonderheit ist, dass neben Sekundärdaten auch eigene Erhebungen zur Datengewinnung (Fragebogen, Interviews, Fokusgruppen) durchgeführt wurden (s. Kapitel 2).

### **1.1 Gesundheitsberichterstattung als Basis für gesundheitspolitische Maßnahmen**

Aufgabe eines Gesundheitsberichtes ist es, über die gesundheitliche Situation und Versorgung von Bevölkerungen zu informieren, diese zu analysieren, Trends zu erkennen und gesundheitspolitischen Handlungsbedarf aufzudecken. Dabei sollten alle Gesundheitsdeterminanten (s. Kapitel 1.2.1) Beachtung finden [1].

Eine wichtige gesetzliche Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) bildet in Österreich die Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundesverfassungsgesetz (Stand: 1.1.2012), in der Bund und Länder das Ziel festschreiben, sich bei der Durchführung von Maßnahmen im Gesundheitsbereich an Public Health-Grundsätzen zu orientieren, wobei zu diesen auch eine systematische GBE zählt [2].

Auch die EU misst regelmäßigem Gesundheitsmonitoring eine enorme Bedeutung zu. So wird im „Global Report on Health Status in the European Union“ darauf hingewiesen, dass eine umfassende Erfassung der gesundheitlichen Lage von Bevölkerungen erforderlich ist, um Strategien zur Förderung der öffentlichen

Gesundheit zu planen, Gesundheitsleistungen anzupassen und Krankheiten wirksam zu verhüten und zu behandeln [3].

## Gesundheitspolitischer Regelkreis

Die GBE stellt Basis und Ausgangspunkt des gesundheitspolitischen Regelkreises (= Public Health Action Cycle) dar (s. Abbildung 1). Gemäß dem Public Health Action Cycle gilt es zunächst, den gesundheitsbezogenen Ist-Stand darzustellen (= Gesundheitsberichterstattung). Anschließend werden Gesundheitsziele formuliert und auf deren Erreichbarkeit und Sinnhaftigkeit hin überprüft [1]. Ausgehend davon werden Optionen, Strategien und Maßnahmen zur Bewältigung von Gesundheitsproblemen entwickelt. Nach deren Realisierung gilt es erneut, Interventionen in Form einer „zyklischen Gesundheitsberichterstattung“ zu evaluieren, die Zielerreichung zu überprüfen und den Gesundheitsbedarf gegebenenfalls neu zu definieren bzw. Strategien und Maßnahmen anzupassen [2].

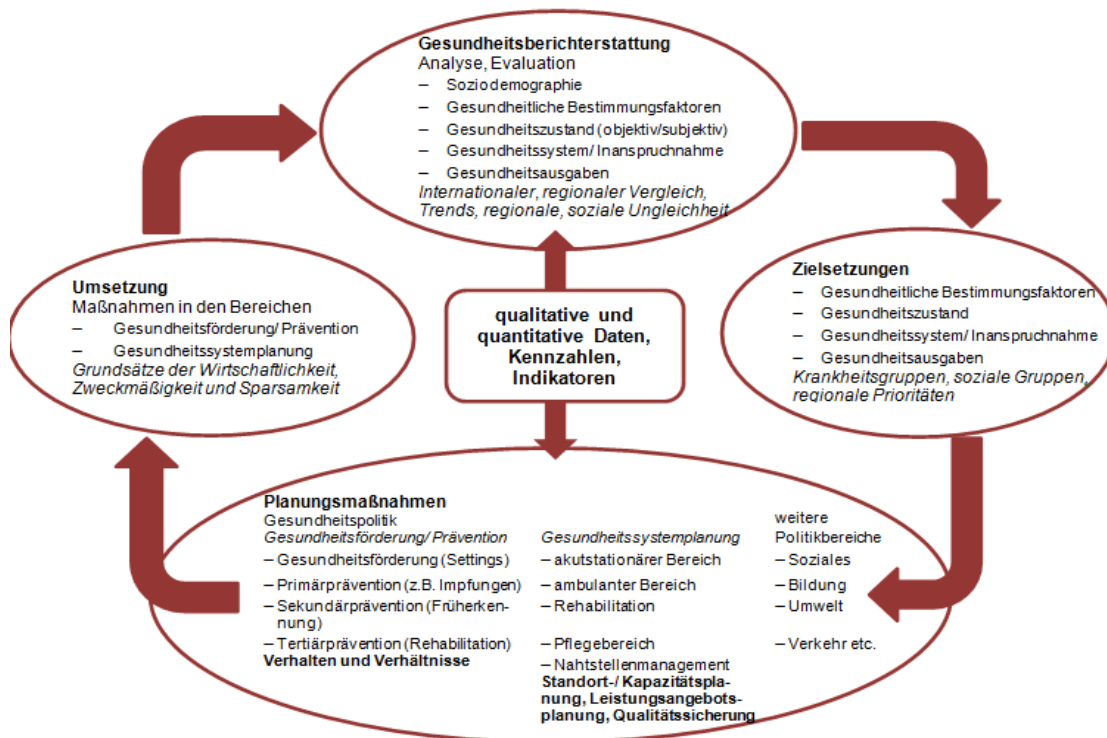


Abbildung 1: Gesundheitspolitischer Regelkreis, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an die Plattform Gesundheitsberichterstattung [1]

## 1.2 Theoretische Grundlagen und Zielsetzung

Neben der Berücksichtigung anerkannter Public Health Ansätze und Modelle gelten die Orientierung an international entwickelten Gesundheitsindikatoren und die Ausrichtung an Gesundheitszielen als wichtige Merkmale eines modernen Gesundheitsberichtes. Im Folgenden werden ergänzend zu Indikatoren und Zielsetzungen die wichtigsten theoretischen Grundlagen, auf denen der vorliegende Gesundheitsbericht aufbaut, überblicksmäßig dargestellt.

### 1.2.1 *Health in All Policies und Determinantenmodell*

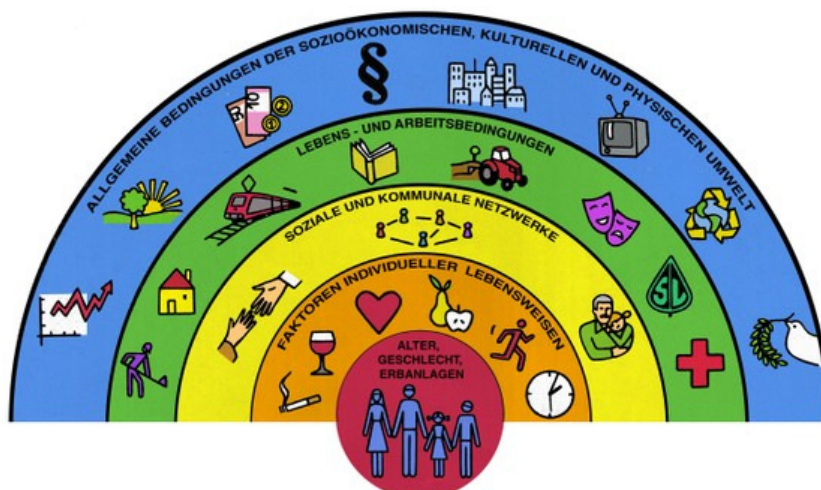
Im Grundlagendokument zur Gesundheitsförderung, der Ottawa Charta (1986), wird festgehalten, dass aktives gesundheitsförderndes Handeln neben der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, der Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, der Entwicklung persönlicher Kompetenzen, der Vertretung, Vermittlung und Befähigung von Interessen sowie der Neuorientierung der Gesundheitsdienste vor allem die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik erfordert. Das bedeutet, dass das Thema Gesundheit in allen Politikbereichen und auf allen Ebenen eine Rolle spielen sollte [4].

Health in All Policies (HiAP) ist eine ergänzende, politikbezogene Strategie zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit. Das Kernkonzept besteht aus der Untersuchung von gesundheitlichen Einflussfaktoren, die durch Sektoren außerhalb der Gesundheitspolitik gesteuert werden können [5].

Die wissenschaftliche Beweislage hinsichtlich des Einflusses anderer Politikfelder auf die Gesundheit gilt als äußerst gut. Gleichzeitig zeigt sich, dass ein guter Gesundheitszustand zur Erreichung bestimmter Ziele in anderen Sektoren beitragen kann. Der HiAP-Ansatz berücksichtigt die Gesundheitseffekte aller Politikfelder rund um die Sektoren Landwirtschaft und Lebensmittel, Bildung und Erziehung, Umwelt, Finanzen, Wohnen, Verkehr und viele mehr [5]. Dabei stellt die Gesundheitspolitik die Querschnittsmaterie dar [6].

Ein Modell, das den HiAP-Ansatz widerspiegelt, ist das Gesundheitsdeterminantenmodell von Göran Dahlgren und Margret Whitehead aus dem Jahr 1991. Es beschreibt neben Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Erbanlagen die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit des Menschen auf den Ebenen der individuellen Lebensweisen, der sozialen und kommunalen Netzwerke, der Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie der allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt (s. Abbildung 2).

Während der Anteil des Krankenversorgungssystems an der Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit in Wohlstandsländern nur auf etwa 10 bis 30 % geschätzt wird, gilt z.B. Sozialkapital mit den Komponenten soziale Unterstützung sowie soziale und kommunale Netzwerke als eine der wichtigsten Gesundheitsdeterminanten [6]. So sind es vor allem soziale und wirtschaftliche Bedingungen, die Menschen gesund erhalten bzw. krank machen [7].



**Abbildung 2: Gesundheitsdeterminantenmodell nach Dahlgren & Whitehead, Quelle: Fonds Gesundes Österreich [8]**

Aufgabe der GBE ist es daher, sich mit unterschiedlichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit, den sogenannten Gesundheitsdeterminanten, zu beschäftigen und soziale sowie gesundheitliche Ungleichheiten aufzudecken.

### 1.2.2 Gesundheitsindikatoren

Um alle wichtigen Merkmale der Bevölkerungsgesundheit zu erfassen, orientiert sich der vorliegende Gesundheitsbericht an den international anerkannten EU-konformen Indikatoren des European Community Health Indicators Monitoring (ECHIM). Im Rahmen dieses Projekts wurden Gesundheitsindikatoren zu folgenden Themenbereichen festgelegt:

- demographische und sozioökonomische Faktoren
- Gesundheitszustand
- Gesundheitsdeterminanten
- Gesundheitsdienste
- Gesundheitsförderungsmaßnahmen [9]

Diese Indikatoren werden auf EU-Ebene laufend aktualisiert. Die herangezogenen Gesundheitsindikatoren werden jeweils vor jedem Kapitel angeführt, um eine gewisse Transparenz und Übersichtlichkeit zu schaffen.

Aufgrund des Schwerpunktkapitels zum Thema Kindergesundheit werden auch explizit Gesundheitsindikatoren für Kinder herangezogen, welche ebenfalls auf EU-Ebene entwickelt und laufend überarbeitet werden [10]. Diese Indikatoren werden im Schwerpunktkapitel „Kinder- und Jugendgesundheit“ näher erläutert. Sie ergänzen die im Rahmen einer Fokusgruppe mit nationalen und burgenländischen ExpertInnen zum Thema Kindergesundheit entwickelten Kindergesundheitsindikatoren.

### 1.2.3 Gesundheitsziele und Vorgehensweise

Die Ausrichtung an Gesundheitszielen ist ebenso wie die Berücksichtigung von Gesundheitsindikatoren ein wichtiges Qualitätsmerkmal eines regelmäßigen

Gesundheitsmonitorings. Grundsätzlich sollte es Gesundheitsziele auf drei Ebenen geben:

- WHO-21-Ziele
- Nationale Gesundheitsziele
- Regionale Gesundheitsziele

Dabei sollten sich nationale Gesundheitsziele an den WHO-21-Zielfeldern und regionale wiederum an nationalen orientieren [7].

Die Bundesländer Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und Steiermark haben bereits eigene Gesundheitsziele. Auf nationaler Ebene wurden die Österreichischen Rahmengesundheitsziele im Juli 2012 vom Nationalrat beschlossen.

Aufgrund des Mangels an burgenlandspezifischen Gesundheitszielen orientiert sich der vorliegende Gesundheitsbericht an den nationalen Gesundheitszielen. Diese sind in Tabelle 1 angeführt. Sie sollen für die nächsten zwanzig Jahre (2012-2032) gültig sein. An der Entwicklung der Gesundheitsziele waren alle wesentlichen Politik- und Gesellschaftsbereiche aktiv beteiligt. Dies sind verschiedene Ressorts des Bundes, Länder, Sozialversicherung, Sozialpartner, gesundheitsrelevante Berufsgruppen, ExpertInnen aus dem Gesundheitswesen, Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, PatientInnenvertreterInnen, VertreterInnen von Kindern, Jugendlichen und SeniorInnen sowie die Armutskonferenz. Zudem konnten Interessierte die eigene Meinung im Internet äußern [11].

Wichtige Grundprinzipien bei der Erstellung der Österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele waren:

- Determinantenorientierung
- “Health in All Policies”-Ansatz
- Förderung von Chancengleichheit
- Ressourcenorientierung
- Public-Health-Orientierung (Ausrichtung an einem Nutzen in Hinblick auf die Gesundheit der ganzen Bevölkerung)
- Evidenzbasierung, Wirkungsorientierung und Relevanz
- Verständlichkeit (alltagssprachliche Formulierungen)

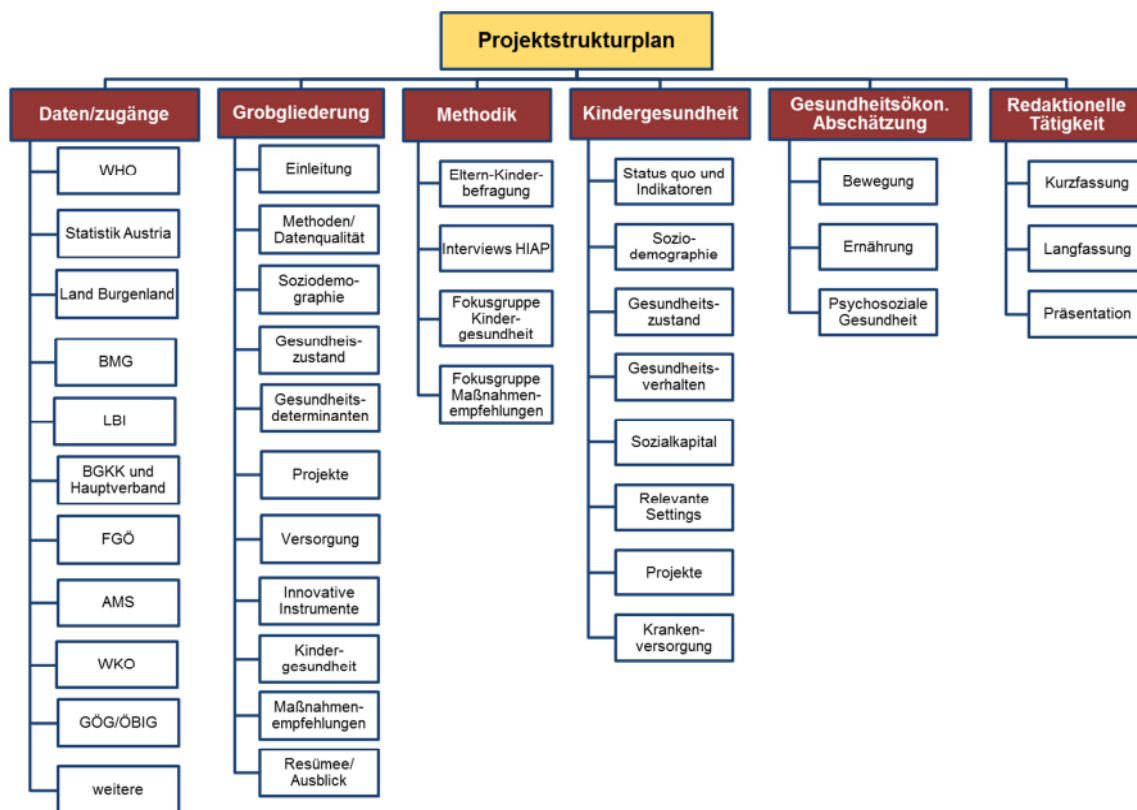
Die Rahmen-Gesundheitsziele bieten einen gemeinsamen Handlungsrahmen, der von allen beteiligten Institutionen akzeptiert und mitgetragen wird [11].



<b>Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich</b>	
<b>Ziel 1</b>	Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen.
<b>Ziel 2</b>	Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen.
<b>Ziel 3</b>	Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken.
<b>Ziel 4</b>	Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern.
<b>Ziel 5</b>	Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken.
<b>Ziel 6</b>	Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen.
<b>Ziel 7</b>	Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen.
<b>Ziel 8</b>	Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern.
<b>Ziel 9</b>	Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern.
<b>Ziel 10</b>	Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen.

**Tabelle 1: Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich, Stand: 2012, Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [11], Eigene Erstellung**

Die Vorgehensweise bei der Erstellung des vorliegenden Gesundheitsberichtes ist in Abbildung 3 in Form eines Projektstrukturplanes dargestellt.



**Abbildung 3: Projektstrukturplan – Burgenländischer Gesundheitsbericht 2012, Eigene Erstellung**

Im ersten Teil des Berichtes werden die zugrundeliegenden Daten angeführt und deren Qualität diskutiert. Dies betrifft sowohl Sekundärdaten als auch eigene empirische Erhebungen.

Anschließend werden auf Basis der Indikatoren des ECHIM kapitelweise gesundheitsrelevante Themenbereiche wie Soziodemographie, Gesundheitszustand, Gesundheitsdeterminanten sowie Einrichtungen des Gesundheitswesens behandelt. Gesundheitsbezogene Einflussfaktoren werden umfassender als in den bisherigen burgenländischen Gesundheitsberichten analysiert, die multisektorale Verankerung der Gesundheit in anderen politischen Ressorts dar- und Gesundheits-, Präventions- sowie Vorsorgeprojekte im Burgenland vorgestellt. Anschließend an das Kapitel der innovativen Methoden und Ansätze der Gesundheitssteuerung wird auf die Kinder- und Jugendgesundheit im Burgenland eingegangen. Am Ende des Gesundheitsberichtes finden sich Maßnahmenempfehlungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, die im Rahmen einer Fokusgruppe entwickelt wurden.

Vorweg ist noch anzumerken, dass je nach Datenverfügbarkeit Ergebnisse separat nach Nomenclature des unités territoriales statistiques (NUTS 3)-Regionen oder Versorgungsregionen dargestellt werden. Die Zuordnung einzelner Bezirke bzw. Städte zu diesen Regionen ist in Tabelle 2 zu finden.

<b>NUTS 3-Region</b>	<b>Bezirke/Gemeinden</b>
AT111 Mittelburgenland	politischer Bezirk Oberpullendorf
AT112 Nordburgenland	Statutarstadt Eisenstadt, Statutarstadt Rust, politischer Bezirk Eisenstadt-Umgebung, politischer Bezirk Mattersburg, politischer Bezirk Neusiedl am See
AT113 Südburgenland	politischer Bezirk Güssing, politischer Bezirk Jennersdorf, politischer Bezirk Oberwart
<b>Versorgungsregionen</b>	<b>Bezirke/Gemeinden</b>
VR 11 Burgenland-Nord	Eisenstadt (Stadt), Rust (Stadt), Eisenstadt-Umgebung, Oberpullendorf, Mattersburg, Neusiedl am See
VR 12 Burgenland-Süd	Güssing, Jennersdorf, Oberwart

**Tabelle 2: NUTS 3-Regionen und Versorgungsregionen Burgenland, Stand: 2011, Quelle: Statistik Austria [13, 14], Eigene Erstellung**

Im Gesundheitsbericht wird bei der Darstellung regionaler Unterschiede innerhalb des Burgenlandes stets angegeben, um welche regionale Einteilung es sich handelt. Je nach Stichprobengröße werden Besonderheiten in einzelnen Bezirken aufgezeigt. Zudem wird auf Unterschiede zwischen Altersgruppen, sozialen Schichten und den Geschlechtern eingegangen. Soweit möglich, erfolgt auch ein Vergleich der Daten mit dem Österreich-Schnitt und anderen Bundesländern, wobei sich die Berichtsinhalte vorwiegend auf den Zeitraum 2007-2012 beziehen.

### **1.3 Strukturen des Gesundheitswesens im Burgenland**

Die Grundlage für die Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur bildet die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. An diesen Vorgaben des Bundes orientieren sich die Länder.

Im Burgenland wurden im Jahr 2000 eine Novelle des Burgenländischen Krankenanstaltengesetzes und ein neues Gesetz über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens im Burgenland (= Burgenländisches Gesundheitswesengesetz) eingeführt. Letztgenanntes trat am 1.1.2006 in Kraft.

Dadurch wurde der Burgenländische Krankenanstalten-Finanzierungsfonds (KRAFI) durch den Burgenländischen Gesundheitsfonds (BURGEF) ersetzt. Seine Organe sind die Gesundheitsplattform, der Extramurale und der Intramurale Rat. Die Geschäftsstelle des BURGEF ist bei der Burgenländischen Krankenanstalten GesmbH (KRAGES) eingerichtet. Aufgabe der Geschäftsstelle ist die Besorgung aller laufenden Geschäfte zur Vorbereitung und Vollziehung der Beschlüsse der Organe sowie aller administrativer Angelegenheiten im Zusammenhang mit der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung.

Oberstes Organ des BURGEF ist die Gesundheitsplattform. Sie besteht aus 17 Mitgliedern und ist für die Steuerung und Finanzierung des intra- und extramuralen Bereichs zuständig. Die TeilnehmerInnen setzen sich aus VertreterInnen von Organisationen des Gesundheitswesens zusammen. Dazu zählen VertreterInnen

des Landes, der Sozialversicherung und des Hauptverbandes, des Bundes, der Burgenländischen Ärztekammer, der Interessensvertretungen der Städte und Gemeinden, der Patientenanwaltschaft, der Zahnärztekammer, der Apothekerkammer und der Rechtsträger der burgenländischen Krankenanstalten. Aufgaben der Gesundheitsplattform sind laut Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens unter anderem:

- Mitwirkung an Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen
- Darstellung des Budgetrahmens für die öffentlichen Ausgaben im intra- und extramuralen Bereich
- Erprobung und Umsetzung von Modellen zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs sowie Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche auf Basis entsprechender Dokumentationssysteme
- Mitwirkung bei der Erstellung von konkreten Plänen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens
- Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen
- Analysen zur Beobachtung von Entwicklungen im Gesundheitswesen
- Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens
- Abstimmung der Ressourcenplanung zwischen Gesundheitswesen und Pflegebereich
- Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung

Im Mittelpunkt steht dabei gemäß Burgenländischem Gesundheitswesengesetz eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung im Burgenland.

Der Intramurale Rat besteht aus sieben Mitgliedern, nämlich aus VertreterInnen des Landes, der Rechtsträger der burgenländischen Krankenanstalten, der Burgenländischen Gebietskrankenkasse (BGKK) und der Patientenanwaltschaft. Der Intramurale Rat ist unter anderem für die Vorberatung des Voranschlags und des Rechnungsabschlusses des BURGEF für das jeweilige Geschäftsjahr zuständig.

Der Extramurale Rat setzt sich aus 14 Mitgliedern zusammen: VertreterInnen der BGKK, der unterschiedlichen Versicherungsanstalten, der Ärztekammer, des Landes Burgenland, der Rechtsträger der burgenländischen Krankenanstalten und der Patientenanwaltschaft. Aufgabe des Extramuralen Rates ist z.B. die Koordinierung und Planung überregionaler Gesundheitsprojekte betreffend den extramuralen Bereich.

Um vereinbarte Strukturveränderungen oder Projekte zu fördern, die die Leistungsverschiebungen zwischen intra- und extramuralem Bereich auf Landesebene erfordern, wurde ein Reformpool eingerichtet. Er wird zu gleichen Anteilen aus Mitteln des intra- und des extramuralen Bereichs gespeist. Derzeit gibt es vier Reformpoolprojekte mit einer Laufzeit bis Ende 2013:

- Disease Management Programm – Diabetes „Modell Burgenland“ (Start 1.5.2007)
- Dickdarmkrebsvorsorge „Burgenland gegen Dickdarmkrebs“ (Start 1.5.2007)
- Kinder- und Jugendpsychiatrisches Beratungszentrum Eisenstadt (Start 1.7.2007)
- Entlassungsmanagement/Case Management (Start 1.1.2009) [12]

Auf Projekte und weitere Strukturen im burgenländischen Gesundheitswesen wird im Kapitel Gesundheits- und Krankenversorgung (s. Kapitel 7) näher eingegangen.

Im vorliegenden Gesundheitsbericht werden unter dem Begriff „BurgenländerInnen“ sowohl Männer als auch Frauen im Burgenland verstanden. Ist von „Burgenländern“ die Rede, so sind ausschließlich Männer gemeint. Wird hingegen der Begriff „Burgenländerinnen“ verwendet, so betrifft dies lediglich Frauen der burgenländischen Bevölkerung. Dasselbe gilt für die Begriffe „ÖsterreicherInnen“, „Österreicher“ und „Österreicherinnen“.

## 1.4 Literaturverzeichnis

- [1] Plattform Gesundheitsberichterstattung. (2010). *Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung: Empfehlungen zu Funktion und Gestaltung von Gesundheitsberichten in Österreich* (Gesundheit Österreich GmbH Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: [http://www.goeg.at/cxdata/media/download/Empfehlungen\\_GBE.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/Empfehlungen_GBE.pdf) [28.11.2012]
- [2] Czirkovits, C. & Winkler, P. (2009). *GBE als Grundlage für gesundheitspolitische Maßnahmen (Public Health Action Cycle)*. Bericht (Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich ÖBIG Hrsg. im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur). Wien. Verfügbar unter: [http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/GBE\\_PHAC.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/GBE_PHAC.pdf) [28.11.2012]
- [3] EUGLOREH. (2007). *The status of health in the European Union towards a healthier Europe. Full Report* (European Union Hrsg.). Verfügbar unter: <http://euglorehcd.euologos.it/IXT/EXT-REP/INDEX.HTM> [28.11.2012]
- [4] WHO. (1986). *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung*. Ottawa. Verfügbar unter: [http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Ottawa\\_Charta.pdf](http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Ottawa_Charta.pdf) [28.11.2012]
- [5] Stahl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (2006). *Health in All Policies: Prospects and potentials* (Ministry of Social Affairs and Health, European Observatory on Health Systems and Policies Hrsg.). Finland.
- [6] Peböck, M. (2009). Die Bedeutung von Gesundheitszielen zur Gestaltung des österreichischen Gesundheitssystems. *Wirtschafts- und Sozialpolitische Zeitschrift*, 32 (1), 170-184.

- [7] Mair, A., Peböck, M. & Soffried, J. (2007). *10 "To do's": Mögliche Vorgehensweise zur Entwicklung von nationalen bzw. länderspezifischen Gesundheitszielen in Österreich* (Behandlungsökonomie OÖGKK, Institut für Gesundheitsplanung Hrsg.). Linz.
- [8] Fonds Gesundes Österreich. (2008). *Gesundheitsdeterminanten, Farbe gekennzeichnet*. Verfügbar unter: [http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Determinanten\\_farbe%28k%29.jpg/view](http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Determinanten_farbe%28k%29.jpg/view) [28.11.2012]
- [9] European Community Health Indicators Monitoring. (2010). *ECHI Shortlist Release of June 2008 (minor revisions in February 2010). Complete metadata for the indicators available on the ECHIM Products Website* (ECHIM, European Union, Hrsg.). Verfügbar unter: [http://www.echim.org/docs/echi\\_shortlist.pdf](http://www.echim.org/docs/echi_shortlist.pdf) [29.11.2011]
- [10] Rigby, M. & Köhler, L. (2002). *Child Health Indicators of Life and Development: Report to the European Commission*. Luxemburg.
- [11] Bundesministerium für Gesundheit. (2012). *Rahmen-Gesundheitsziele: Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.fgoe.org/der-fonds/infos/rahmen-gesundheitsziele\\_240512.pdf](http://www.fgoe.org/der-fonds/infos/rahmen-gesundheitsziele_240512.pdf) [28.11.2012]
- [12] Burgenländischer Gesundheitsfonds. (2006-2008). *Über den Burgenländischen Gesundheitsfonds*. Verfügbar unter: <http://www.burgef.at/561.html> [28.11.2012]
- [13] Statistik Austria. (2011). *Gliederung Österreich in NUTS-Einheiten*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/klassifikationen/regionale\\_gliederungen/nuts\\_einheiten/index.html](http://www.statistik.at/web_de/klassifikationen/regionale_gliederungen/nuts_einheiten/index.html) [28.11.2012]
- [14] Statistik Austria. (2008). *Zuordnung der politischen Bezirke auf 32 Versorgungsregionen und 4 Versorgungszonen (Stand 29.3.2005)*. Wien.

## 2 METHODEN UND DATENQUALITÄT

Im nachfolgenden Kapitel werden die wichtigsten Datenquellen, die als Informationsgrundlage herangezogen wurden, beschrieben. Der Fokus liegt dabei auf methodischen Qualitätskriterien sowie auf Limitationen in der Interpretation dieser Daten. Aus methodischer Sicht werden sowohl quantitative Sekundärdaten als auch qualitative und quantitative Informationen aus Primärerhebungen (Interviews, Fokusgruppen, Eltern-Kind-Befragung) verwendet.

### 2.1 Primärdaten

Primärdaten wurden im Rahmen des vorliegenden Berichtes erhoben, um Datenlücken im Bereich der Kindergesundheit mit einer in Kindergärten und Volksschulen durchgeführten Befragung von Eltern im Bezirk Oberwart zu schließen. Zudem wurden zum Thema „intersektorale Gesundheitsverantwortung“ qualitative Interviews in den Bereichen „Raumordnung und Wohnbauförderung“, „Bildung“ und „Agrar- und Veterinärwesen“ geführt. Im Sinne des Konzeptes der „integrierten Gesundheitsberichterstattung“ wurden burgenländische ExpertInnen (u.a. Ärztekammer, Kinder- und Jugendanwalt, Landesschulrat) sowie eine Vertreterin der Medizinischen Universität Wien (Child Public Health) zum Thema „Kindergesundheit-Status Quo und Indikatorenbildung“ zu einer ExpertInnenrunde (Fokusgruppe) geladen. Eine weitere ExpertInnenrunde wurde für die Entwicklung von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmenempfehlungen einberufen. Der TeilnehmerInnenkreis umfasste wichtige burgenländische Stakeholder aus dem Versorgungs- und Gesundheitsvorsorgebereich (u.a. Burgenländische Gebietskrankenkasse, Sportorganisationen).

#### 2.1.1 Eltern-Kind-Befragung

Da die größte europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie „Health behaviour in school-aged children (HBSC)“ die Altersgruppen der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Kinder und Jugendlichen einschließt und es keine gesundheitsrelevanten Befragungsdaten zu Kleinkindern (0 - 10 Jahre) gibt, wurde in Anlehnung an die HBSC-Studie eine eigene schriftlich-quantitative Elternbefragung durchgeführt. Im Zeitraum von Jänner bis Februar 2012 nahmen insgesamt 10 Kindergärten (Bad Tatzmannsdorf, Bernstein, Buchschachen, Mariasdorf, Markt Allhau, Neustift an der Lafnitz, Oberdorf, Oberschützen, Rechnitz, Wolfau) und 13 Volksschulen (Aschau, Bad Tatzmannsdorf, Bernstein, Buchschachen, Mariasdorf, Markt Allhau, Neustift an der Lafnitz, Oberdorf, Oberschützen, Rechnitz, Stuben, Unterschützen, Wolfau) teil. Alle Kindergärten und Volksschulen sind Teil einer Modellregion, in der ein vom Fonds Gesundes Österreich gefördertes dreijähriges Modellprojekt „Gemeinsam Gesund im Bezirk Oberwart“ (2009-2012) zum Thema Herz-Kreislauf-Gesundheit umgesetzt wurde. Vor dem Hintergrund dieser Sensibilisierung zum Thema

Gesundheit müssen auch die teilweise sehr positiven Ergebnisse der Befragung bewertet werden.

Die Stichprobe umfasste 552 befragte Eltern (ein Elternteil füllte den Fragebogen aus). Die Ergebnisse sind daher mit einer statistischen Schwankungsbreite von +/- 4,5% zu interpretieren. Das bedeutet beispielweise, dass ein Ergebnis von 40% Zustimmung auf eine konkrete Fragestellung im Rahmen der Befragung einen tatsächlichen Wert in der Gesamtbevölkerung (in diesem Fall alle Eltern) von 35,5% bis zu 44,5% annehmen kann. Nähere Informationen zur Methodik, Stichprobe und den Ergebnissen finden sich in den Anhängen A.1 sowie A.2.

Wie bereits erwähnt, wurde das Befragungsinstrument in Anlehnung an die HBSC-Kinder- und Jugendstudie erstellt und um soziodemographische Variablen ergänzt (s. Anhang A.1). Zum Unterschied zur HBSC-Studie wurden hier nicht SchülerInnen selbst (Selbsteinschätzung), sondern Eltern (Fremdeinschätzung) über den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten ihrer Kinder befragt.

### *2.1.2 Qualitative Interviews zum Thema Health in All Policies*

Zur Beantwortung der Fragen nach dem Gesundheitsverständnis in anderen Politikfeldern, wurden aus der Fachabteilung 4a Agrar- und Veterinärwesen - Hauptreferat Agrarrecht und landwirtschaftliches Schulwesen - die Hauptreferatsleiterin, Frau WHR Mag.<sup>a</sup> Sonja Windisch und aus der Landesamtsdirektion - Stabsstelle Raumordnung und Wohnbauförderung – der provisorische Leiter, Herr Mag. Peter Zinggl, LL.M. befragt. An der Schnittstelle von Bildung und Gesundheit wurde zusätzlich mit der Leitung der Landesschulratsdirektion des burgenländischen Landesschulrates - Reg. Rätin Mag.<sup>a</sup> Sandra Steiner - ein Interview geführt. In Abstimmung mit dem Land Burgenland wurden die genannten Politikfelder wegen der hohen inhaltlichen Relevanz ausgewählt. Der Leitfaden umfasste folgende fünf Themenbereiche:

- Art der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsressort (institutionell, Projektebene)
- Bedeutung des Themas Gesundheit im jeweiligen Politikfeld (Beschlüsse, Verankerung von Gesundheit, Bewertung der Wichtigkeit des Themas Gesundheit)
- Multisektorale Projekte
- Maßnahmen zur Verankerung von intersektoraler Verantwortung
- Einschätzung des zukünftigen Stellenwertes von Gesundheit im jeweiligen Politikfeld

Vor jedem Interview wurde geklärt, ob dieses zur weiteren Bearbeitung (Transkription) digital aufgenommen werden darf, damit die Ergebnisse in den Bericht einfließen können. Alle drei InterviewpartnerInnen gaben dazu ihre Zustimmung. Die Interviews dauerten im Durchschnitt etwa 30 Minuten. Die Ergebnisse der Interviews werden in Kapitel 8.1 „Health in All Policies“ dargestellt.



### 2.1.3 Fokusgruppen

Im Rahmen der Burgenländischen GBE 2012 wurden insgesamt zwei Fokusgruppen, eine zum Thema „Kindergesundheit- Status Quo und Indikatorenbildung“ und eine zum Thema „gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmenempfehlungen“ durchgeführt. Die Methode „Fokusgruppe“ eignete sich sehr gut, um den partizipativen und integrierten Prozess im Rahmen der GBE zu starten, verschiedene burgenländische Stakeholder und nationale ExpertInnen zusammenzubringen und gemeinsam an den Themen Kindergesundheit bzw. Maßnahmenempfehlungen workshopartig zu arbeiten. Die Ergebnisse wurden anschließend in der Gruppe diskutiert und nach ihrer Wichtigkeit von den TeilnehmerInnen gereiht. So gelang es, ein Commitment innerhalb der Gruppen zu wichtigen gesundheitspolitischen Themen der Kindergesundheit bzw. Maßnahmenempfehlungen zu erzielen.

Beide Gruppen wurden ad hoc protokolliert bzw. wurden die Ergebnisprotokolle den TeilnehmerInnen anschließend per E-Mail mit der Bitte um Ergänzungen gesendet. Diese Endprotokolle waren dann die Basis für die Ergebnisdarstellungen in Kapitel 9 „Kinder und Jugendgesundheit“ bzw. Kapitel 10 „Maßnahmenempfehlungen“.

Zusätzlich dienten die entwickelten Maßnahmenempfehlungen als Grundlage zur Berechnung einer gesundheitsökonomischen Abschätzung (siehe Kapitel 8.6).

#### 2.1.3.1 Fokusgruppe Kindergesundheit

Die Fokusgruppe zum Thema Kindergesundheit setzte sich aus folgenden inhaltlichen Schwerpunkten zusammen:

- Vorstellung und Ziele des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012
- Messung von Kindergesundheit
- Definition Child Public Health
- Österreichische Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie
- Status Quo der Kindergesundheit im Burgenland
- Bestimmung von Parametern/Indikatoren zur Messung von Kindergesundheit in Anlehnung an die ECHI- und CHILD-Indikatoren
- Festlegung von Indikatoren
- Abschließendes Commitment

Ein detaillierter Moderationsleitfaden findet sich in Anhang A.3, ein Fotoprotokoll in Anhang A.4. Tabelle 3 zeigt eine Auflistung der FokusgruppenteilnehmerInnen zum Thema Kindergesundheit.

Name	Organisation/ Funktion
Kornelia Berlakovich	Kindergarteninspektorin
Dr. <sup>in</sup> Barbara Bittmann	Ärztin und Oberärztin an der Kinder- und Jugendabteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt, Selbsthilfe Burgenland: Referat für Kinder und Jugendliche der Österreichischen Diabetiker Vereinigung
Prim. Dr. Robert Bruckner	Primarius der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde im Krankenhaus Oberwart
Dr. <sup>in</sup> Lilly Damm	Institut für Umwelthygiene, FE Child Public Health, MedUniWien
Dr. <sup>in</sup> Andrea Engel	Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie Eisenstadt
Med. Rat Dr. Michael Heinrich	Landesschularzt, Landesschulrat für Burgenland
HR Dr. <sup>in</sup> Elfriede Jud	Landesreferentin Schulpsychologie-Bildungsberatung, Landesschulrat für Burgenland
Dr. Albrecht Prieler	Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, Fachgruppenobmann Burgenland, Impfreferent Burgenland
Mag. Christian Reumann	Kinder- und Jugendanwalt Burgenland
Stephanie Stürzenbecher, MA	Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Gesundheitsförderung und Prävention

**Tabelle 3: TeilnehmerInnenliste Fokusgruppe Kindergesundheit im Rahmen der Burgenländischen Gesundheitsberichterstattung 2012, Eigene Erstellung**

### 2.1.3.2 Fokusgruppe Maßnahmenempfehlungen

In der Fokusgruppe zum Thema Maßnahmenempfehlungen wurden folgende Themenbereiche behandelt:

- Vorstellung und Ziele des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012
- Maßnahmenempfehlungen zu Gesundheitsförderung und Prävention
- Settings (Kindergarten, Volksschule, Allgemeinbildende Höhere Schule, Berufsbildende Höhere Schule, Gemeinde, Betrieb)
- Interventionen (Bewegung, Ernährung, psychosoziale Gesundheit)
- Diskussion über mögliche Parameter zur Messung der Umsetzung der Interventionen z.B. Anzahl an Schulen, die über ein gesundes Schulbuffet gemäß Leitlinie des Bundesministeriums für Gesundheit verfügen
- Diskussion über Nachhaltigkeit der Maßnahmen
- Sicherung der Nachhaltigkeit der Interventionen
- Diskussion über die Umsetzung der Maßnahmen (burgenlandweit, einzelne Bezirke)
- Commitment

Tabelle 4 zeigt eine Auflistung der Personen, die an der Fokusgruppe zum Thema

Maßnahmenempfehlungen teilgenommen haben. In Anhang A.5 findet sich der Moderationsleitfaden der Fokusgruppendifkussion, in Anhang A.6 das Fotoprotokoll.

<b>Name</b>	<b>Organisation/ Funktion</b>
Patrick J. Bauer, Bakk	Sportunion Burgenland, Landesgeschäftsführer
Dr. <sup>in</sup> Barbara Bittmann	Ärztin und Oberärztin an der Kinder- und Jugendabteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt, Selbsthilfe Burgenland: Referat für Kinder und Jugendliche der Österreichischen Diabetiker Vereinigung
Mag. Christoph Fally	ASVÖ Burgenland, Sportsekretär
Ass. Dr. <sup>in</sup> Sabine Hörist-Kollmann	KH Oberpullendorf, Abteilung Innere Medizin
OA Dr. Karl Mach	Projektleiter „Burgenland gegen Dickdarmkrebs“ und „Gesundes Dorf“
Dir. Mag. Christian Moder	Burgenländische Gebietskrankenkasse
Andreas Ponic	ASKÖ Burgenland, Fit für Österreich Koordinator
Dr. Michael Schriefl	Vizepräsident Burgenländische Ärztekammer, Arzt für Allgemeinmedizin, Gemeindefarzt Mörbisch
Univ. Prof. Dr. Karl Silberbauer	Barmherzige Brüder, Abteilung für Innere Medizin

**Tabelle 4: TeilnehmerInnenliste Fokusgruppe Maßnahmenempfehlungen im Rahmen der Burgenländischen Gesundheitsberichterstattung 2012, Eigene Erstellung**

## 2.2 Sekundärdaten

Sekundärdaten bilden die Grundlage der GBE. Neben amtlichen Statistiken von öffentlichen Einrichtungen (Statistik Austria, Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Gesundheitsministerium) zählen hierzu auch allgemeine demographische Datenquellen (Geburten, Einkommen, allgemeine Bevölkerungsstruktur usw.) sowie gesundheitsbezogene Quellen (Todesursachenstatistik, Krankenstände, Krankenhausstatistik etc.). Zusätzlich wurden im Rahmen der Burgenländischen GBE 2012 noch Registerdaten (Bildungsregister, Krebsregister) verwendet. Im Folgenden wird im Detail auf die Statistik des Bevölkerungsstandes, die Statistik der Standesfälle inklusive Todesursachenstatistik, die AT-HIS Gesundheitsbefragung 2006/07, den Gesundheitsbarometer Burgenland, die HBSC-Studie sowie die Plattform „Business Intelligence im Gesundheitswesen“ eingegangen. Einen Überblick über weitere wichtige Datenquellen, die nicht explizit beschrieben werden, gibt Tabelle 5.

Die Datenqualität, von den in diesem Bericht verwendeten Datenquellen, kann als gut bezeichnet werden. Inkonsistenzen können sich aber durch Veränderungen oder eventuelle Verschiebungen von Codierungsgewohnheiten und -vorgaben ergeben. Ein weiterer Kritikpunkt an öffentlichen Statistiken liegt darin begründet, dass die Daten in den meisten Fällen nur fallbezogen (z.B. Krankenhausaufenthalte) und nicht personenbezogen (z.B. Volkszählung) vorliegen. Dieser Umstand verhindert die Verknüpfung solcher Daten mit Risikofaktoren (Gesundheitsverhalten, Exposition) und Gesundheitsdeterminanten (Einkommen, Bildung etc.)

Quelle	Indikator
<b>Kapitel Soziodemographie</b>	
Statistik Austria. Arbeitskräfteerhebung 2011.	Erwerbstätigenzahlen
Statistik Austria. Bildungsstandregister 2010.	Bildungsstand der Bevölkerung
Arbeitsmarktservice Österreich und Arbeitsmarktservice Burgenland. Arbeitsmarktstatistik.	Arbeitslosenquote
Land Burgenland. Erwerbstätige nach Pendlerfrequenz.	PendlerInnenanteil
Statistik Austria. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen 2011: Ergebnisse aus EU-SILC 2011.	Armutsgefährdungsquote, Einkommensverteilung
<b>Kapitel Gesundheitszustand</b>	
Statistik Austria. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010.	Lebenserwartung, Säuglingssterblichkeit u.a.
Statistik Austria. Todesursachenatlas 98/04.	Mortalität, Lebenserwartung
Bundesministerium für Gesundheit. Österreichische AIDS-Statistik: Periodischer Bericht	HIV-Infektionen
<b>Kapitel Gesundheitsdeterminanten</b>	
Statistik Austria. Struktur und Volumen der Freiwilligenarbeit in Österreich.	Vereinstätigkeiten
Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. Fehlzeitenreport 2011.	Krankenstandstage
Umweltbundesamt. Jahresbericht der Luftgütemessungen in Österreich 2010.	Feinstaubbelastung, Ozonbelastung
Umweltbundesamt und Amt der Burgenländischen Landesregierung. Jahresmittelwerte und Tagesmittelwerte von PM10 und Ozon 2006-2011.	Feinstaubbelastung, Ozonbelastung
Wirtschaftskammer Österreich. Bruttoregionalprodukt je Einwohner nach Bundesländern.	Bruttoregionalprodukt
<b>Kapitel Gesundheits- und Krankenversorgung</b>	
Burgenländischer Gesundheitsfonds. Regionaler Strukturplan Gesundheit Burgenland 2011.	ärztliche Versorgungseinheiten, Auslastung Rehabilitationszentren, Großgeräte, Inanspruchnahme Case- und Entlassungsmanagement
Bundesministerium für Gesundheit. Krankenanstalten in Zahlen: Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinitzierten Krankenanstalten Österreich 2011.	Kennzahlen zur spitalsambulanten und stationären Versorgung (z.B. Betten, Personal, Kosten)
Land Burgenland. Sozialbericht 2009/10.	Pflege- und Betreuungsdienste (Einsatzstunden, Personal)
Österreichische Apothekerkammer. Apotheken in Zahlen.	öffentl. Apotheken und Personal
<b>Kapitel Kinder- und Jugendgesundheit</b>	
Statistik Austria. Kindertagesheim-Statistik 2011/12.	Anteil der Kinder in Kindertagesheimen
Statistik Austria. Bildung in Zahlen: Tabellenband.	Anteil der Kinder in Schulen
Statistik Austria. Spitalsentlassungsstatistik.	Spitalsentlassungsdiagnosen Kinder
ÖBIG und Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Zahnstatuserhebungen.	Anteil kariesfreier Kinder, d3mft- bzw. D3MFT-Wert
Falbesoner, B. & Lehner, S. Empirische Erhebung über den Konsum von legalen und illegalen Substanzen bei burgenländischen Jugendlichen	Alkoholkonsum, Rauchverhalten, Konsum illegaler Drogen durch Jugendliche

**Tabelle 5: Weitere herangezogene Datenquellen im Rahmen der Burgenländischen Gesundheitsberichterstattung 2012, Eigene Erstellung**

### *2.2.1 Business Intelligence im Gesundheitswesen*

Über den Zugang der burgenländischen Gebietskrankenkasse war es erstmalig im Rahmen der burgenländischen GBE möglich, einzelne Abfragen über die Informationsplattform der österreichischen Sozialversicherungsträger zu tätigen. Ziel des Business Intelligence im Gesundheitswesen (BIG) ist es, durch Bündelung von Daten und Informationen das Management und die Fachleute der Krankenversicherungsträger zu unterstützen und eine Datenbasis für versorgungspolitische Entscheidungen zu liefern [1]. Für diesen Bericht wurden folgende Informationen für Burgenland über BIG abgefragt:

- Anzahl der registrierten Arztbesuche
- Vorsorgeuntersuchungen
- PatientInnenstromanalyse
- Medikamentenverordnungen bei Kindern und Jugendlichen
- Mutter-Kind-Pass Untersuchungen

Die Aufbereitung und Interpretation dieser Daten erfolgt in Kapitel 7 „Gesundheits- und Krankenversorgung“ (Anzahl der registrierten Arztbesuche, Vorsorgeuntersuchungen, PatientInnenstromanalyse) sowie in Kapitel 9 „Kinder- und Jugendgesundheit“ (Medikamentenverordnungen bei Kindern und Jugendlichen, Mutter-Kind-Pass Untersuchungen).

### *2.2.2 Statistik des Bevölkerungsstandes*

Die Statistik des Bevölkerungsstandes basierte bis 2002 auf Grundlage einer alle 10 Jahre stattgefundenen Volkszählung. Seit 2002 werden quartalsweise Daten des zentralen Melderegisters (ZMR) erstellt. Datenschutzrechtlicher Auftraggeber des ZMR sind die Meldebehörden (§16(2) MeldeG). Die Meldedaten (alle im ZMR verarbeiteten An- und Abmeldungen) werden vom Bundesministerium für Inneres der Statistik Austria übermittelt. Diese Meldedaten (erfasst werden alle Personen, die zu einem Stichtag innerhalb Österreichs mit Hauptwohnsitz gemeldet sind) fließen direkt in das bevölkerungsstatistische System (POPREG) der Statistik Austria, welches die bis zum 1. Jänner 2002 praktizierte Methode der Bevölkerungsfortschreibung ersetzt, ein [2]. Da es sich um eine Vollerhebung handelt, kann von einer sehr geringen Schwankungsbreite ausgegangen werden. Die personenbezogenen Meldedaten stammen aus Dokumenten mit Urkundencharakter. Dies lässt den Schluss zu, dass die Daten valide sind.

### *2.2.3 Statistik der Standesfälle inklusive Todesursachenstatistik*

Inhaltlich bezieht sich die Statistik der Standesfälle auf die systematische Aufzeichnung der Geburten, Sterbefälle und Eheschließungen durch die aktuell rund 1.400 Standesämter und 100 Bezirksverwaltungsbehörden, die ihrerseits wiederum auf Meldungen von Krankenanstalten, BeschauärztInnen und frei praktizierenden Hebammen zur Geburt bzw. zur Todesursache beruhen. Die Qualität der Daten kann

im Allgemeinen aufgrund des Urkundencharakters als sehr gut bezeichnet werden. Die für diesen Bericht verwendete Todesursachenstatistik ist Teil der Sterbefallstatistik, die neben den Informationen zur unmittelbaren Todesursache (Beschreibung über klinische Diagnosen) auch Angaben zu dem Grundleiden und zum Krankheitsverlauf gibt. Diese unikausale Todesursachenstatistik entsteht durch die Kodierung (internationale Klassifizierung- ICD) der ärztlichen Angaben zu Todesursache, Grundleiden und Krankheitsverlauf. Folglich hängt die Qualität der Daten maßgeblich von den Angaben der ÄrztInnen ab [3].

#### *2.2.4 AT-HIS Gesundheitsbefragung 2006/07*

Als wesentliche Datengrundlage kann die 2006/07 persönlich österreichweit durchgeführte Gesundheitsbefragung (AT-HIS/Austrian-Health-Interview-Survey) bezeichnet werden. Ziel der europaweit durchgeführten Befragung war es, eine vergleichende populationsbezogene Datengrundlage über die Zusammenhänge von Morbidität, Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevanten Risikofaktoren sowie die Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens zu schaffen. Bei der Stichprobenziehung handelt es sich um eine repräsentative Zufallsstichprobe von Personen ab 15 Jahren. Als Grundlage für die Ziehung wurde das ZMR herangezogen. Insgesamt wurden österreichweit 15.474 Personen befragt, davon waren 1.036 aus dem Burgenland (507 Burgenland Nord; 529 Burgenland Süd). Um Fehler in der Stichprobenziehung auszugleichen, wurde seitens der Statistik Austria eine Gewichtung vorgenommen. Allgemein sei erwähnt, dass die Qualität und Aussagekraft der Daten von der Erhebungsmethode, dem Stichprobenumfang und der -auswahl (Repräsentativität) abhängt. Aus methodischer Sicht muss bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden, dass es sich um Selbsteinschätzungen der Befragten handelt und dadurch bestimmte Verzerrungen zu erwarten sind [4]. Im Rahmen des Burgenländischen Gesundheitsberichts 2012 wurden bundeslandspezifische Auswertungen vorgenommen (s. Anhang A.7).

#### *2.2.5 Gesundheitsbarometer Burgenland*

Die PatientInnenzufriedenheit stellt ein wichtiges Qualitätskriterium eines jeden Gesundheits- und Krankenversorgungssystems dar. Im Rahmen des „Gesundheitsbarometers Burgenland“ führt das Institut für Strategieanalysen im Auftrag des BURGEF laufend Bevölkerungsbefragungen durch. Aktuell (Stand: Herbst 2012) liegen Ergebnisse von fünf Wellen vor. Dabei wurden BurgenländerInnen ab 16 Jahren telefonisch befragt. Die Stichprobe setzte sich bei allen fünf Wellen aus je rund 1.400 Personen zusammen, wobei die maximale statistische Schwankungsbreite bei +/- 2,6% lag. Die erste Befragung wurde im Februar und März 2011, die zweite im Mai und Juni 2011, die dritte im November 2011, die vierte im Februar 2012 und die fünfte im Mai und Juni 2012 durchgeführt. Die fünf Befragungen setzten sich teilweise aus denselben, teilweise aus unterschiedlichen Fragen zusammen. So wurde in jeder Welle ein bestimmter

inhaltlicher Schwerpunkt gesetzt. Grundsätzlich beinhalteten die Befragungen folgende Themengebiete:

- Allgemeine Einstellungen zur Gesundheitsversorgung (Wellen 1, 2, 3, 4, 5)
- Gesundheitspolitische AkteurInnen (Wellen 1, 2)
- Krankenhäuser allgemein (Wellen 2, 4)
- Spitalsambulanzen allgemein (Welle 3)
- Einsparungen im Gesundheitswesen (Welle 4)
- Reformpläne (Welle 5)
- Versorgung durch niedergelassene ÄrztInnen vs. Versorgung im Krankenhaus (Welle 5)
- Krankenhaus Oberpullendorf/Oberwart (Welle 1)
- Krankenhaus Güssing und Kittsee (Welle 3)
- Krankenhaus Eisenstadt (Wellen 2, 4)
- Unfallambulanz in Frauenkirchen (Welle 4)

Einige Ergebnisse der ersten fünf Wellen des Gesundheitsbarometers Burgenland werden separat für die sieben burgenländischen Bezirke, die beiden Geschlechter, unterschiedlichen Bildungsschichten und Altersgruppen in Kapitel 7.7 dargestellt [5, 6, 7, 8, 9].

### *2.2.6 Health behaviour in school-aged children (HBSC)-Studie*

Die HBSC-Studie dient als repräsentative Datengrundlage zu den Themen Gesundheit, gesundheitsrelevantes Verhalten und soziale Bedingungsfaktoren von 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Kindern und Jugendlichen für das Schwerpunktkapitel „Kinder- und Jugendgesundheit“. Diese internationale Vergleichsstudie (40 Länder und Regionen in Europa) umfasst neben Fragen zur Soziodemographie allgemeine Indikatoren der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit, Indikatoren des Gesundheitsverhaltens sowie Indikatoren sozialer Ressourcen und Unterstützungssysteme [10]. Österreichweit wurden im Mai und Juni 2010 (Schuljahr 2009/10) insgesamt 6.493 SchülerInnen befragt, wobei der Fragebogen, an jede Altersgruppe angepasst, ein Selbstausfüller ist. Die Grundgesamtheit zur Ziehung der Zufallsstichprobe bildeten alle österreichischen Schulklassen der 5., 7., 11. und 13. Schulstufe (außer Sonder- und Heilpädagogische Einrichtungen). Die Konzeption und Durchführung der Befragung erfolgte österreichweit durch das LBI (Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research) [11]. Für den Burgenländischen Gesundheitsbericht wurde eine „Sonderauswertung Burgenland“ beauftragt. Diese Teilstichprobe beinhaltet 214 burgenländische SchülerInnen und orientiert sich an der Auswertung für Gesamtösterreich. Durch die kleine Stichprobengröße konnte keine separate Darstellung der Ergebnisse nach Altersgruppen erfolgen. Die Ergebnisse werden im Schwerpunktkapitel „Kinder- und Jugendgesundheit“ (s. Kapitel 9) dargestellt.

## 2.3 Literaturverzeichnis

- [1] Ganjeizadeh-Rouhani, A. (2010). Neue Wege Informationsplattform: Business Intelligence im Gesundheitswesen. *Soziale Sicherheit*, 366-371. Verfügbar unter: [http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/703168\\_Ganjeizadeh-Rouhani\\_BIG\\_Business\\_Intelligence\\_im\\_Gesundheitswesen.pdf](http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/703168_Ganjeizadeh-Rouhani_BIG_Business_Intelligence_im_Gesundheitswesen.pdf) [3.12.2012]
- [2] Statistik Austria. (2010). *Standard-Dokumentation Metainformation (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Statistik des Bevölkerungsstandes*. Wien. Verfügbar unter: <http://www.statistik.at/wcmsprod/groups/gd/documents/stdok/029355.pdf> [3.12.2012]
- [3] Statistik Austria. (2012). *Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Statistik der Standesfälle einschließlich Todesursachenstatistik*. Wien. Verfügbar unter: <http://www.statistik.at/wcmsprod/groups/gd/documents/stdok/003724.pdf> [3.12.2012]
- [4] Statistik Austria. (2009). *Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zu Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07*. Wien. Verfügbar unter: <http://www.statistik.at/wcmsprod/groups/gd/documents/stdok/034352.pdf> [3.12.2012]
- [5] Institut für Strategieanalysen. (2011). *Gesundheitsbarometer Burgenland: Welle 1-Februar/März 2011: Tabellenband*. Wien.
- [6] Institut für Strategieanalysen. (2011). *Gesundheitsbarometer Burgenland: Welle 2-Mai/Juni 2011: Tabellenband*. Wien.
- [7] Institut für Strategieanalysen. (2011). *Gesundheitsbarometer Burgenland: Welle 3-November 2011: Ergebnisse und Tabellenband*. Wien.
- [8] Institut für Strategieanalysen. (2012). *Gesundheitsbarometer Burgenland: Welle 4-Februar 2012: Tabellenband*. Wien.
- [9] Institut für Strategieanalysen. (2012). *Gesundheitsbarometer Burgenland: Welle 5-Juni 2012: Tabellenband*. Wien.
- [10] Bucksch, J., Hilitzer, U., Gohres, H., Kolip, P. & HBSC-Team. (2012). Wie lässt sich die Health-Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie als Quelle der nationalen Gesundheitsberichterstattung nutzen?. *Prävention- Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 35 (3), 80-84.



[11] Ramelow, D., Griebler, R., Hofmann, F., Unterweger, K., Mager, U., Felder-Puig, R. et al. (2011). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern: Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

### 3 SOZIODEMOGRAPHIE

Ein Standardkapitel eines jeden bundeslandbezogenen Gesundheitsberichtes stellt die Soziodemographie dar. Dafür wurden auf EU-Ebene vor allem folgende Indikatoren (ECHIM) definiert:

- Bevölkerung nach Geschlecht und Alter
- Geburtenrate
- Gesamtfertilitätsrate
- durchschnittliches Alter der Mütter
- Bevölkerungsprognose
- Bevölkerung nach Bildung
- Bevölkerung nach Beschäftigung
- Bevölkerung unterhalb der Armutsgrenze und Einkommensungleichheit [1]

Im Folgenden werden diese Kennzahlen für das Burgenland dargestellt und Vergleiche zu anderen Bundesländern sowie zu Gesamtösterreich vorgenommen. Zudem wird auf Besonderheiten einzelner Regionen innerhalb des Burgenlandes eingegangen.

#### 3.1 Bevölkerungsstruktur und -entwicklung

Per 1.1.2012 lebten im Burgenland 286.215 Personen, davon die meisten in der NUTS 3-Region AT 112 Nordburgenland (52,7%). Die Anzahl der BurgenländerInnen ist seit 2007 stetig von 280.062 auf 286.215 angestiegen. Dies entspricht einem Bevölkerungszuwachs von 2,2%.

Ein Zuwachs konnte in diesem Zeitraum vor allem in der NUTS 3-Region AT 112 Nordburgenland festgestellt werden (+3,1%). In der Region Mittelburgenland blieb die EinwohnerInnenzahl (+0,1%) genauso wie im Südburgenland (+0,2%) gleich bzw. nahm nur geringfügig zu [2].

Auf Bezirksebene stellen Eisenstadt Umgebung gemeinsam mit den Statutarstädten Eisenstadt und Rust (56.053), Neusiedl am See (55.491) und Oberwart (53.630) die größten politischen Bezirke des Burgenlandes dar. Am wenigsten Menschen leben in den Bezirken Jennersdorf (17.643) und Güssing (26.636), welche beide der NUTS 3-Region AT 113 Südburgenland angehören.

Im Bundesländervergleich ist Burgenland das bevölkerungsbezogen kleinste Bundesland, gefolgt von Vorarlberg mit 371.741 EinwohnerInnen (s. Abbildung 4).

Insgesamt lebten per 1.1.2012 3,4% aller ÖsterreicherInnen im Burgenland. Dieser Anteil entspricht jenem im Jahr 2007.

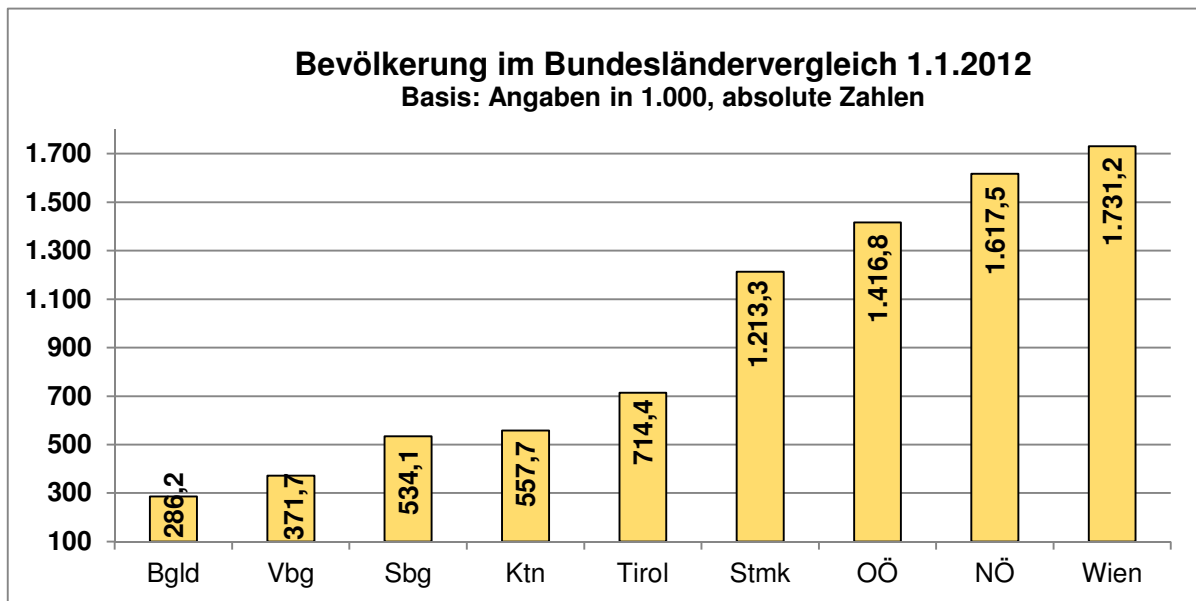


Abbildung 4: Bevölkerungsstand im Bundesländervergleich, Stand: 1.1.2012, Basis: Angaben in 1.000, absolute Zahlen; Quelle: Statistik Austria [4], Eigene Erstellung

### 3.1.1 Alters- und Geschlechterstruktur

Der Anteil der Frauen an der Gesamtbevölkerung betrug per 1.1.2012 51,1%. Somit lebten mit Stand 1.1.2012 insgesamt 146.386 Frauen und 139.829 Männer im Burgenland. Sowohl in den einzelnen NUTS 3-Regionen als auch im Österreich-Schnitt ist die Verteilung nach Geschlecht nahezu ident.

Betrachtet man das Alter der BurgenländerInnen, so zeigt sich, dass 18,5% der Bevölkerung zu Beginn des Jahres 2012 jünger als 20 Jahre alt waren, rund 20% gehörten der Altersgruppe 65+ an. Der übrige Anteil (62%) lag dazwischen (20-64 Jahre). Geschlechtsspezifisch ist anzumerken, dass ein deutlich höherer Anteil der Frauen (7,7%) der Kategorie 80+ angehört, als dies bei Männern (3,8%) der Fall ist. Details dazu finden sich in Abbildung 5.

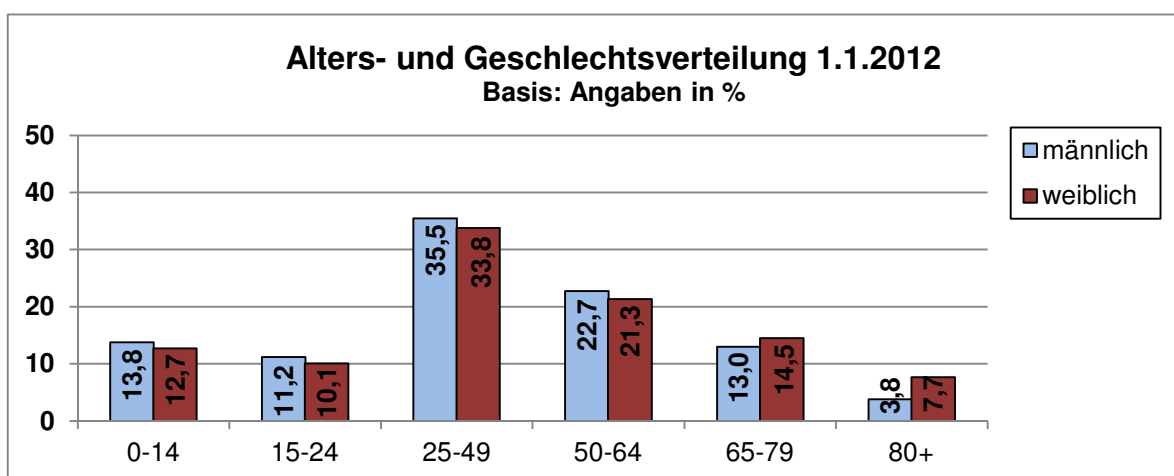
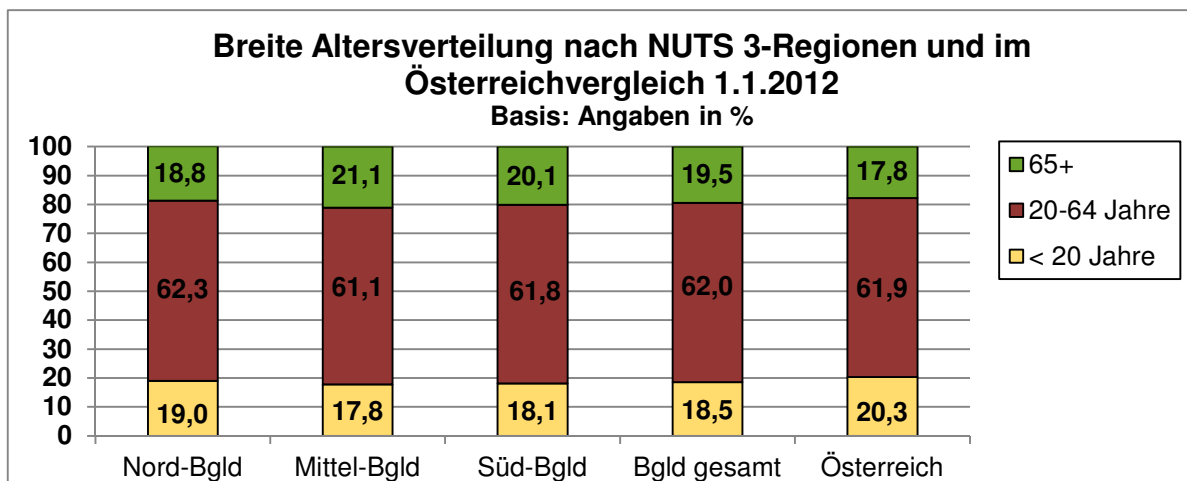


Abbildung 5: Alters- und Geschlechtsstruktur, Stand: 1.1.2012, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [4], Eigene Erstellung

Auf Ebene der NUTS 3-Regionen ist anzumerken, dass die Altersgruppe 65+ vor allem im Mittelburgenland mit 21,1% und im Südburgenland mit 20,1% einen großen Anteil der Bevölkerung einnimmt. Nordburgenland ist die jüngste Region, so sind hier 19% unter 20 Jahre alt und nur 18,8% über 65. Nähere Informationen diesbezüglich finden sich in Abbildung 6. Der Anteil über 65-Jähriger ist, betrachtet man die einzelnen Bezirke des Burgenlandes, in der Statutarstadt Rust (21,9%) und im Bezirk Güssing (21,5%) am höchsten. Der „jüngste“ Bezirk ist Mattersburg. Hier sind 19,9% der Bevölkerung jünger als 20 Jahre.

Burgenland ist im Österreichvergleich gemeinsam mit Kärnten jenes Bundesland mit dem höchsten Anteil über 65-Jähriger. Während 19,5% der BurgenländerInnen älter als 65 Jahre sind, sind es im Österreich-Schnitt 17,8%, im Bundesland Vorarlberg sogar nur 15,7%. Der Anteil der unter 20-Jährigen liegt hingegen im Burgenland mit 18,5% unter dem Österreich-Schnitt (20,3%).



**Abbildung 6: Breite Altersverteilung nach NUTS 3-Regionen und im Österreichvergleich, Stand: 1.1.2012, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [4], Eigene Erstellung**

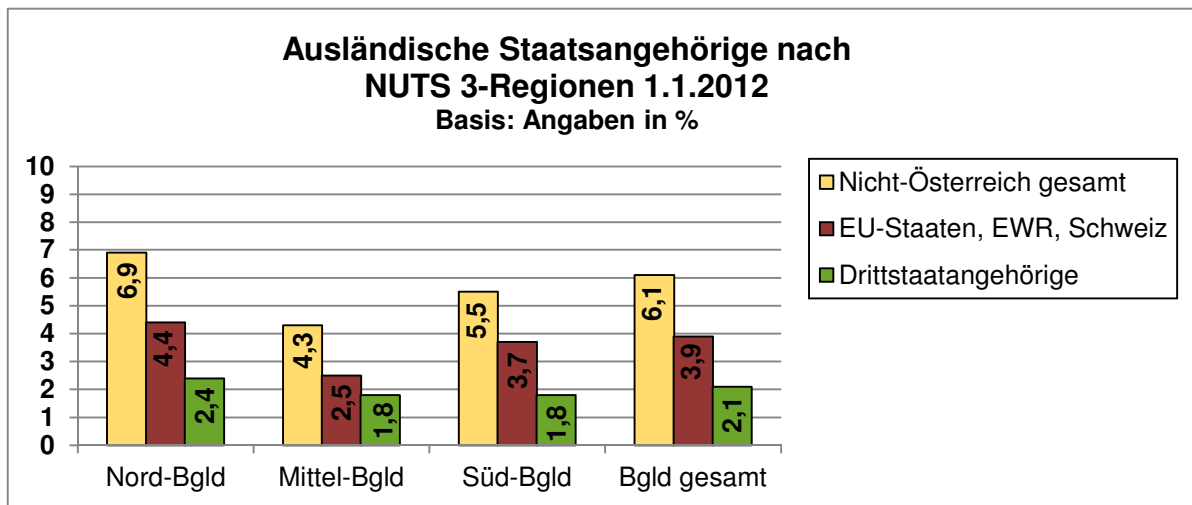
### 3.1.2 Staatsangehörigkeit

Im Burgenland lebten per 1.1.2012 insgesamt 17.369 Personen ausländischer Staatsangehörigkeit. Dies entspricht einem Bevölkerungsanteil von 6,1%, wobei seit 2007 (4,6%) ein Anstieg zu verzeichnen ist.

Vorwiegend stammen die im Burgenland lebenden Nicht-ÖsterreicherInnen aus anderen Staaten der EU (61,2%), hier vor allem aus Ungarn (19,8% aller Nicht-ÖsterreicherInnen), Deutschland (15%), Rumänien (10,1%) und der Slowakei (6,2%). Zudem kommen 2.367 im Burgenland lebende Nicht-ÖsterreicherInnen (8,5% aller Nicht-ÖsterreicherInnen) aus Serbien, Montenegro bzw. dem Kosovo. Sie bilden damit die größte Gruppe Drittstaatangehöriger im Burgenland.

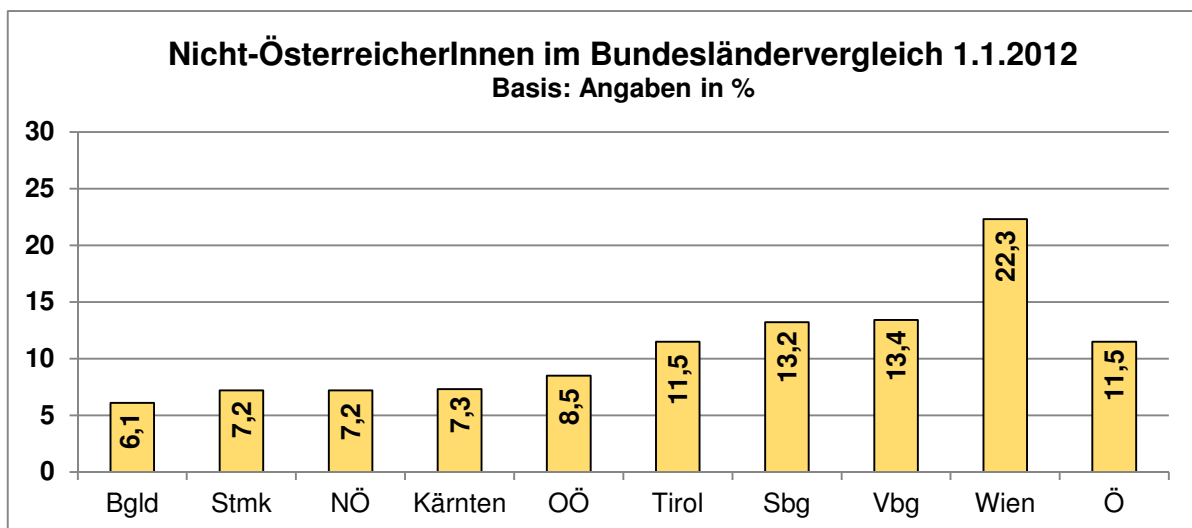
Der Anteil ausländischer StaatsbürgerInnen ist auf NUTS 3-Ebene im Nordburgenland (6,9%) am höchsten und im Mittelburgenland am geringsten (4,3%). Im Südburgenland haben 5,5% aller Personen eine ausländische Staatsbürgerschaft (s. Abbildung 7). Betrachtet man die einzelnen Bezirke des Burgenlandes, so zeigt

sich, dass der Anteil ausländischer StaatsbürgerInnen in der Stadt Eisenstadt (9,9%) am höchsten und im politischen Bezirk Oberpullendorf am niedrigsten ist (4,3%).



**Abbildung 7: Ausländische Staatsangehörige nach NUTS 3-Regionen, Stand: 1.1.2012, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [4], Eigene Erstellung**

Vergleicht man das Burgenland mit den anderen Bundesländern Österreichs, so kristallisiert es sich als das Bundesland mit den wenigsten ausländischen StaatsbürgerInnen (6,1%) heraus, gefolgt von der Steiermark und Niederösterreich (beide 7,2%) (s. Abbildung 8).



**Abbildung 8: NichtösterreicherInnen im Bundesländervergleich, Stand: 1.1.2012, Basis: Angaben in %; Quelle: Statistik Austria [4], Eigene Erstellung**

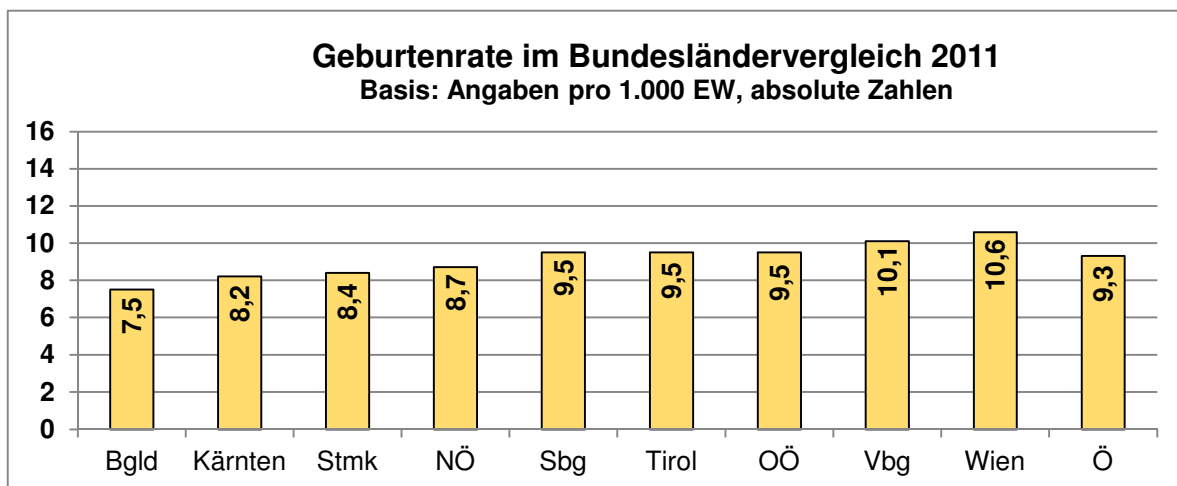
Obwohl nur wenige Personen ausländischer Staatsbürgerschaft im Burgenland leben, ist das Bundesland jedoch durch seine vielfältigen Volksgruppen gekennzeichnet. Während etwa 85% der BurgenländerInnen nur Deutsch sprechen, verstehen Schätzungen zufolge etwa 25.000 Personen Kroatisch, 16.500 Ungarisch und etwa 4.000 Romanes. So sind laut United Nations Group of Experts on

Geographical Names 15% der Bevölkerung zwei- oder mehrsprachig [5]. Genauere Zahlen liegen diesbezüglich nicht vor.

### 3.1.3 Geburten- und Gesamtfertilitätsrate

Als Geburtenrate bzw. Geburtenziffer wird die Anzahl Lebendgeborener pro 1.000 EinwohnerInnen in einem Jahr bezeichnet.

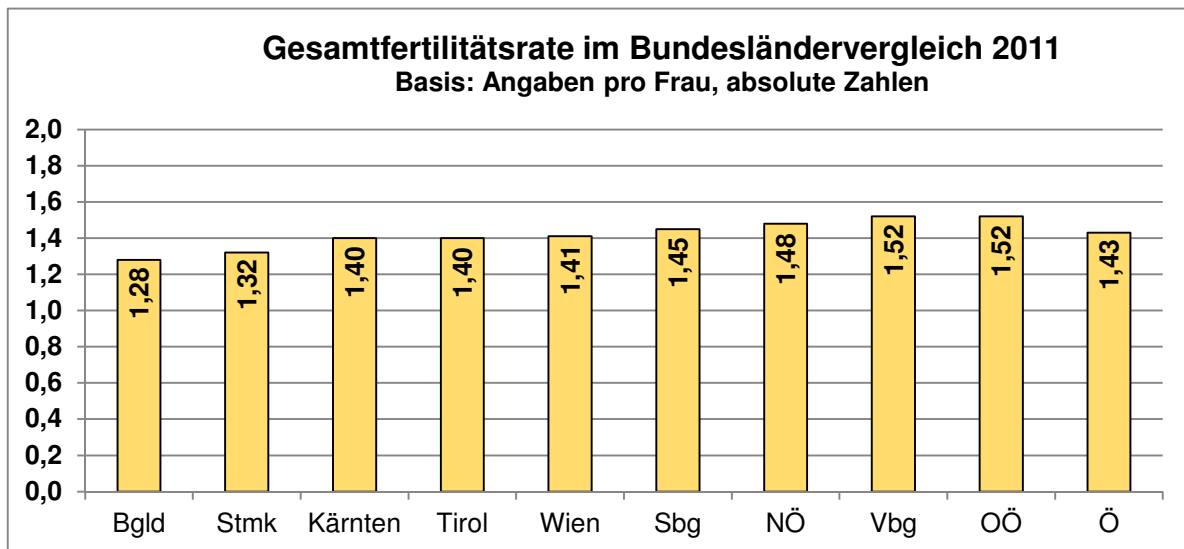
Im Berichtsjahr 2011 der Statistik Austria betrug die Geburtenrate im Burgenland 7,5 pro 1.000 EinwohnerInnen (EW). Seit 2007 (7,7) zeigt sich ein leichter Rückgang. Burgenland hatte somit im Jahr 2011 die niedrigste Geburtenziffer aller österreichischen Bundesländer, gefolgt von Kärnten (8,2), Steiermark (8,4) und Niederösterreich (8,7). Am höchsten war die Geburtenrate im Jahr 2011 hingegen in Wien (10,6) und Vorarlberg (10,1) (s. Abbildung 9).



**Abbildung 9: Lebendgeborene pro 1.000 EW im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Angaben pro 1.000 EW, absolute Zahlen; Quelle: Statistik Austria [6], Eigene Erstellung**

Eine weitere wichtige Geburtenkennzahl ist die Gesamtfertilitätsrate. Sie gibt die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau in gebärfähigem Alter an [4]. Diese betrug im Burgenland im Jahre 2011 1,28 (2007: 1,29).

Im Bundesländervergleich zeigt sich, dass im Burgenland am wenigsten Kinder pro Frau zur Welt kommen. Dies spiegelt sich in der Geburtenrate wider. Am höchsten ist die Gesamtfertilitätsrate in Vorarlberg und Oberösterreich (jeweils 1,52), der Österreich-Schnitt liegt bei 1,43. Nähere Informationen dazu finden sich in Abbildung 10.

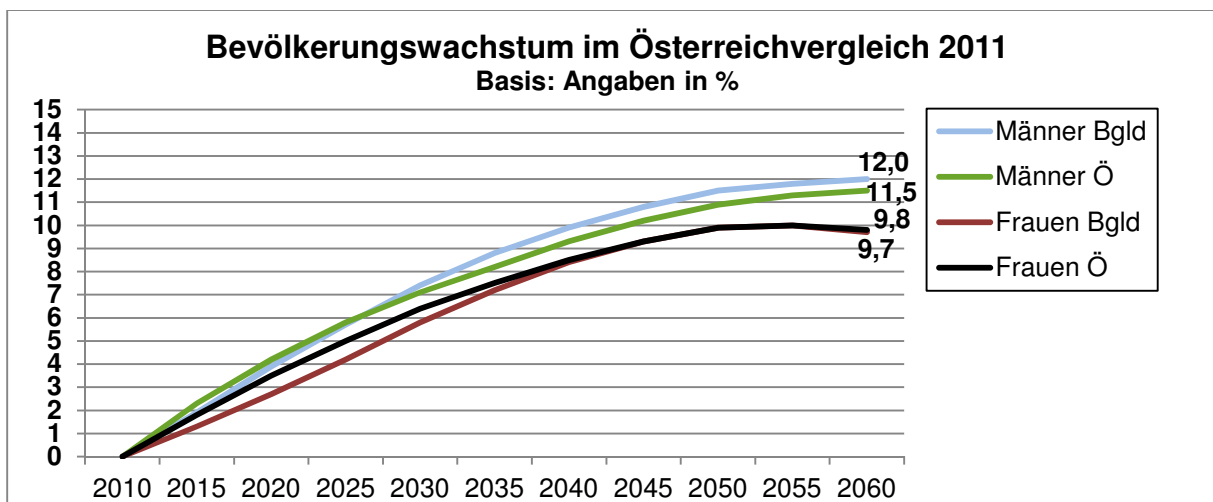


**Abbildung 10: Gesamtfertilitätsrate im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Angaben pro Frau, absolute Zahlen; Quelle: Statistik Austria [6], Eigene Erstellung**

Gemäß den EU-konformen Indikatoren stellt das Alter der Mütter eine weitere für die Bevölkerungsgesundheit relevante demographische Kennzahl dar. Betrachtet man diesen Indikator, so zeigt sich, dass im Burgenland das durchschnittliche Fertilitätsalter insgesamt im Jahr 2011 29,94 Jahre, beim ersten lebendgeborenen Kind 28,4 Jahre betrug. Die Zahlen liegen dabei etwa im Österreich-Schnitt (insgesamt: 30,02; erstes lebendgeborene Kind: 28,46). Sowohl im Burgenland als auch in anderen österreichischen Bundesländern geht der Trend in Richtung weniger Geburten in jüngeren Altersklassen und etwas mehr Geburten in höheren Alterskategorien [7].

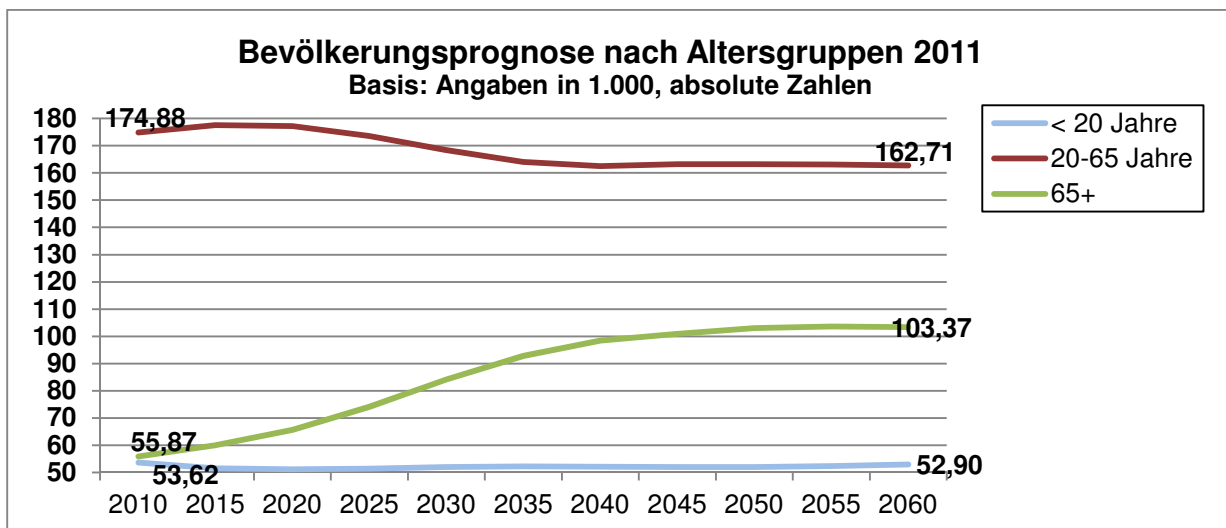
### 3.1.4 Bevölkerungsprognose

Ziel von Bevölkerungsprognosen ist es, Aussagen über die mögliche zukünftige Bevölkerungsentwicklung zu treffen [1]. Im Folgenden wird das entwickelte Hauptszenario der Statistik Austria für das Burgenland dargestellt (s. Abbildung 11). Gemäß dem Hauptszenario der Bevölkerungsentwicklung der Statistik Austria wird die Gesamtbevölkerungszahl des Burgenlandes zu Jahresende von 284.897 (2010) auf 318.959 am Ende des Jahres 2060 ansteigen. Dies entspricht einem Bevölkerungswachstum von 10,7%. In Österreich beträgt das vorausgeschätzte Wachstum 10,5% (2010: 8.404.252, 2060: 9.385.785). Dabei werden die größten Zuwächse für die Bundesländer Niederösterreich und Wien prognostiziert, während in Kärnten mit der stärksten Abnahme der Bevölkerung zu rechnen ist [10]. Betrachtet man die beiden Geschlechter für das Burgenland separat (s. Abbildung 11), so zeigt sich, dass der vorausberechnete Anstieg bei Männern mit 12% (2010: 138.988, 2060: 157.928) besonders hoch ist. Die weibliche Bevölkerung wird hingegen um etwa 9,7% wachsen (2010: 145.375, 2060: 161.053). Dies entspricht grundsätzlich dem Österreich-Trend, da auch für Gesamtösterreich das geschätzte Wachstum bei Männern (11,5%) höher ist als bei Frauen (9,8%).



**Abbildung 11: Bevölkerungswachstum von 2010-2060 im Österreichvergleich, Stand: 2011, Basis: Angaben in %; Quelle: Statistik Austria [8, 9], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Hinsichtlich einzelner Altersgruppen ist anzumerken, dass vor allem die Kategorie 65+ wächst. Hier beträgt der prognostizierte Anstieg bis 2060 46%. Die Zahl der unter 20-Jährigen wird voraussichtlich von 2010 bis 2060 um 1,3% sinken (s. Abbildung 12). Verglichen mit Gesamtösterreich (44,9%) fällt der vorausberechnete Anstieg der über 65-Jährigen im Burgenland etwas höher aus, während die Altersgruppe der unter 20-Jährigen in Gesamtösterreich stärker sinken wird (1,7%).



**Abbildung 12: Bevölkerungsprognose nach Altersgruppen, Stand: 2011, Basis: Angaben in 1.000, absolute Zahlen; Quelle: Statistik Austria [8, 9], Eigene Erstellung**

## 3.2 Sozialstruktur

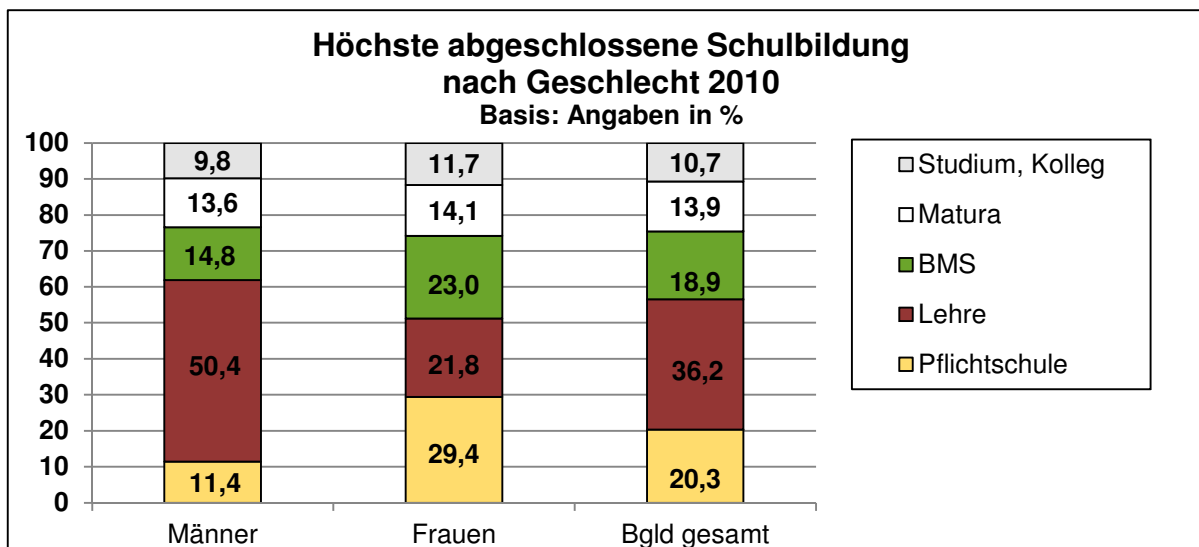
Neben Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeit beeinflussen gemäß Whitehead (2007) im Bereich der Soziodemographie auch Merkmale wie Bildungsniveau, Beruf und Einkommen die Gesundheit von Bevölkerungen [11]. Laut ECHI-Indikatoren sind zudem Bildung, Einkommen und Beschäftigung die drei Hauptfaktoren zur Beschreibung des sozioökonomischen Status einer Person [1].



### 3.2.1 Bildung

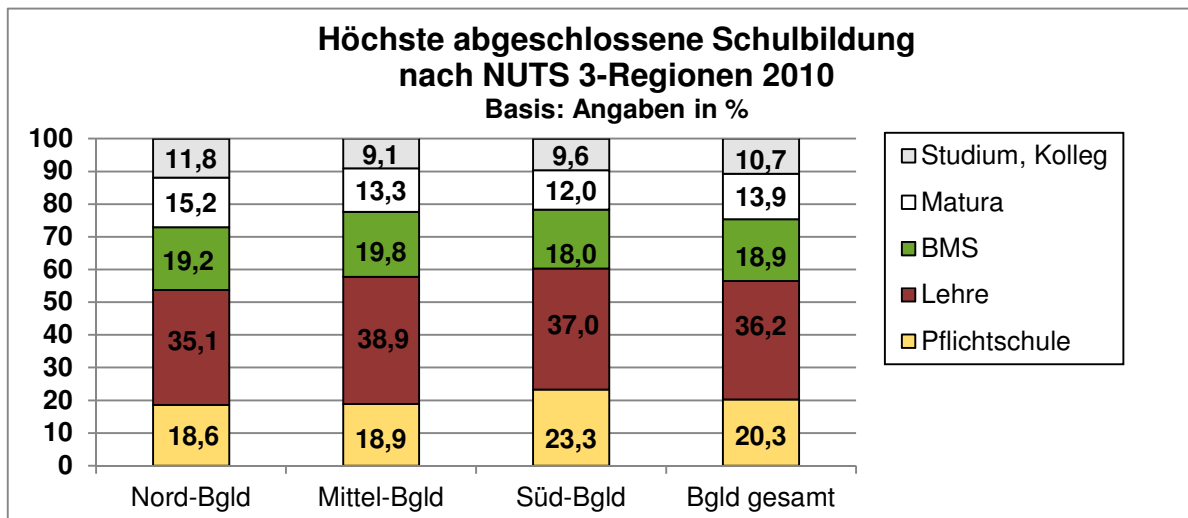
Im Jahr 2010 hatte die Mehrheit der burgenländischen Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren (36,2%) eine Lehre als höchste abgeschlossene Schulbildung. 20,3% waren PflichtschulabgängerInnen, 18,9% hatten einen Abschluss an der Berufsbildenden Mittleren Schule (BMS), 13,9% verfügten über eine Matura und 10,7% absolvierten ein Studium oder Kolleg an einer Universität, Fachhochschule oder einer hochschulverwandten Lehranstalt.

Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigt sich, dass die Mehrheit der burgenländischen Frauen lediglich über einen Pflichtschulabschluss verfügt (29,4%) oder eine BMS besuchte (23%). Im Gegensatz dazu absolvierte der größte Anteil der Männer eine Lehre (50,4%). Beim Anteil an AkademikerInnen und Personen mit Matura an der Gesamtbevölkerung zeigen sich kaum geschlechtsspezifische Unterschiede (s. Abbildung 13).



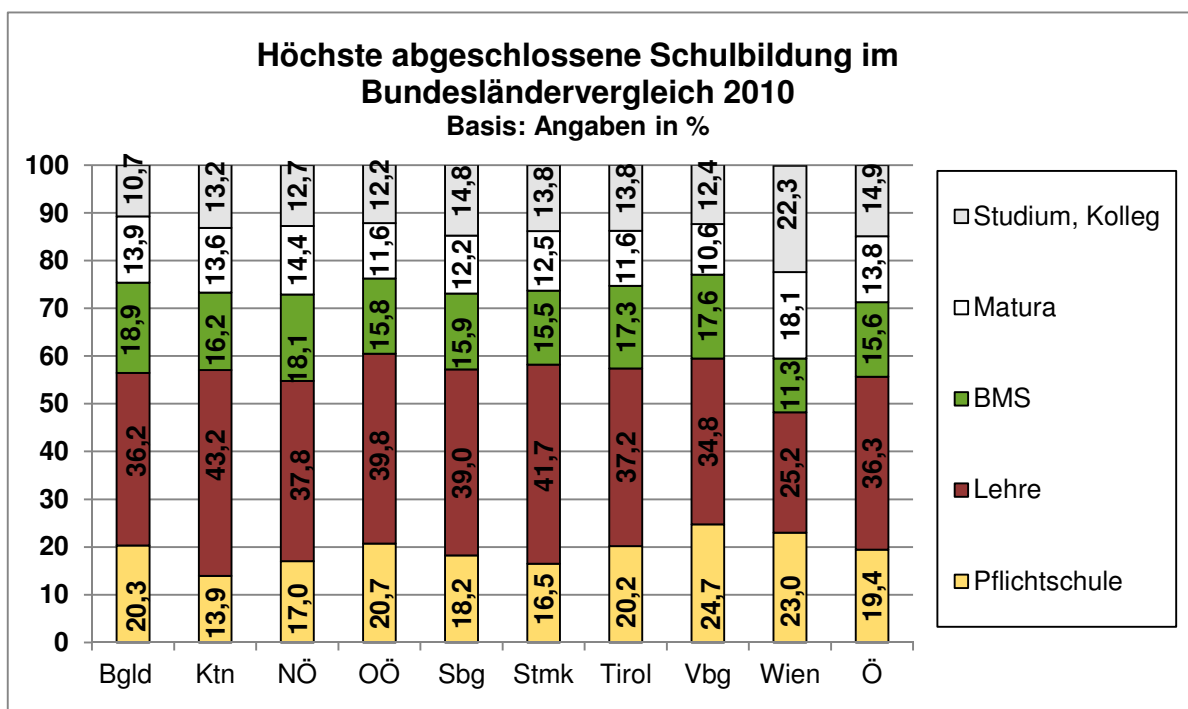
**Abbildung 13: Schulbildung im Alter von 25 bis 64 Jahren nach Geschlecht, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [14], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Betrachtet man die einzelnen Regionen des Burgenlandes (NUTS 3-Regionen), so ist ein Nord-Süd-Gefälle hinsichtlich des Bildungsstandes feststellbar. Während in der Region Nord bei den 25- bis 64-Jährigen 15,2% über eine Matura verfügen, sind es im Mittelburgenland 13,3% und im Süden sogar nur 12%. Zudem absolvierten im Jahr 2010 11,8% aller NordburgenländerInnen und nur 9,6% der SüdburgenländerInnen ein Studium oder Kolleg oder besuchten eine hochschulverwandte Lehranstalt. Der Anteil der PflichtschulabgängerInnen ist hingegen im Nord-Burgenland am geringsten (18,6%) und im Süden des Landes am höchsten (23,3%). Nähere Informationen dazu finden sich in Abbildung 14.



**Abbildung 14: Schulbildung im Alter von 25 bis 64 Jahren nach NUTS 3-Regionen, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [13], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Im Bundesländervergleich zeigt sich, dass Burgenland den geringsten Anteil an AkademikerInnen aufweist (10,7%). Der Österreich-Schnitt beträgt 14,9%. Nach Wien (18,1%), und Niederösterreich (14,4%) hat Burgenland jedoch den dritthöchsten Anteil an Personen mit Matura (13,9%). Der Anteil der Personen, die eine BMS besucht haben, ist im Burgenland mit 18,9% am höchsten in ganz Österreich (Österreich-Schnitt: 15,6%). Details dazu finden sich in Abbildung 15.



**Abbildung 15: Höchste abgeschlossene Schulbildung im Alter von 25 bis 64 Jahren im Bundesländervergleich, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [14], Eigene Erstellung und Berechnungen**

### 3.2.2 Beschäftigung

Die berufliche Stellung gilt als wichtiger Einflussfaktor auf die Gesundheit. So ergab z.B. eine Untersuchung von Wilkinson (1996), dass je höher der berufliche Status ist, umso geringer ist das relative Risiko an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu sterben [15].

Von 141.600 Erwerbspersonen waren im Burgenland im Jahresdurchschnitt 2010 laut Statistik Austria 136.100 erwerbstätig. Dies entspricht einem Anteil von 96,1%. Nicht als Erwerbspersonen werden Personen unter 15 Jahren, Personen mit Pensionsbezug, SchülerInnen und Studierende sowie sonstige Nicht-Erwerbspersonen bezeichnet [3]. Hinsichtlich der Beschäftigung wird im Folgenden vor allem näher auf Arbeitslosigkeits- und PendlerInnenzahlen eingegangen.

#### 3.2.2.1 Arbeitslosigkeit

Für das Thema Arbeitslosigkeit wurden ausschließlich Daten des Arbeitsmarktservices herangezogen [16,17]. Diese zeigen, dass es im Burgenland im Jahresdurchschnitt 2011 7.663 Arbeitslose gab. Dies entspricht einer Arbeitslosenquote (Arbeitslose/(unselbstständig Beschäftigte + Arbeitslose)\*100) von 7,5%. Der Anteil der Frauen an allen Arbeitslosen entsprach dabei 43,9%.

Vergleicht man die einzelnen Bundesländer miteinander, so zeigt sich, dass die Arbeitslosenquote im Burgenland im Jahr 2011 nach Wien (9,2%) und Kärnten (8,9%) die dritthöchste war. Die geringste Arbeitslosenquote konnte in Oberösterreich (4,2%) verzeichnet werden, der Österreich-Schnitt lag in diesem Jahr bei 6,7%. Eine Darstellung der Arbeitslosenquoten auf Bundeslandebene nach Geschlecht findet sich in Abbildung 16.

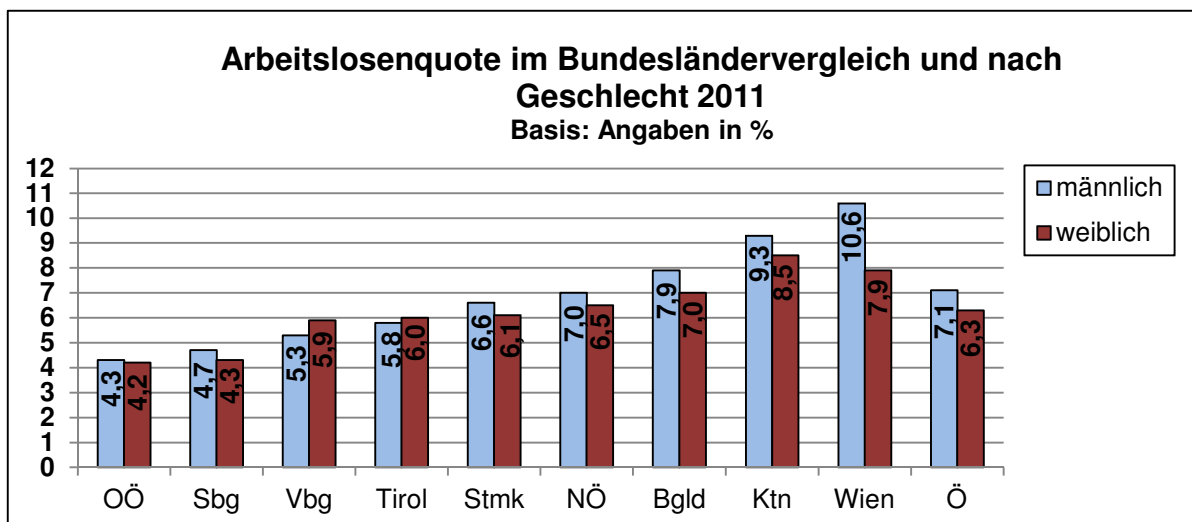
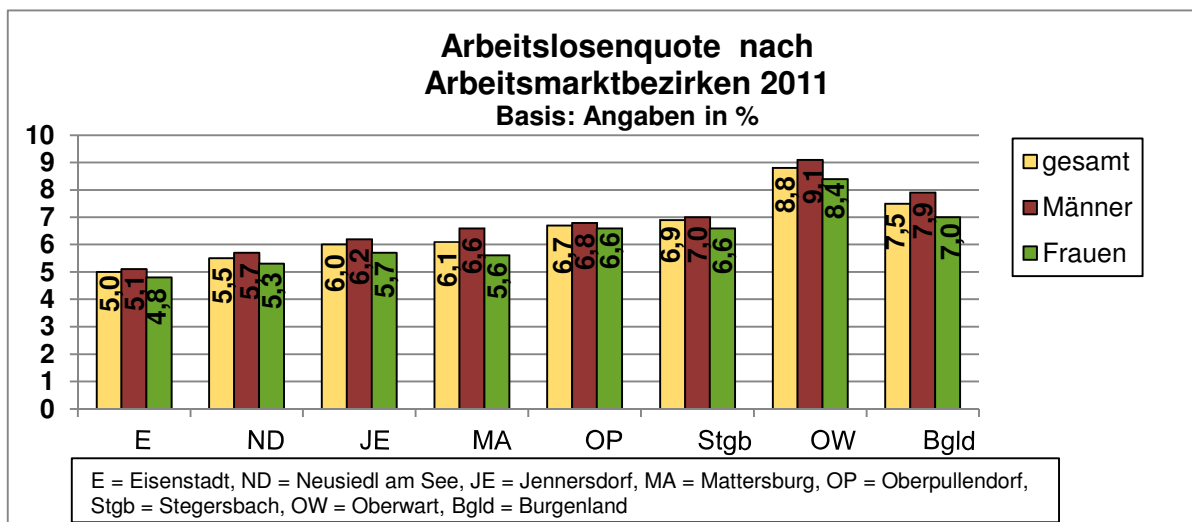


Abbildung 16: Arbeitslosenquote im Bundesländervergleich und nach Geschlecht, Stand: Jahresdurchschnitt 2011, Basis: Angaben in %, Quelle: Arbeitsmarktservice Österreich [16], Eigene Erstellung

Im Burgenland galten im Jahr 2011 im Durchschnitt zudem 17% aller Arbeitslosen als langzeitarbeitslos (= länger als 180 Tage arbeitslos). Dieser Anteil etwa im Österreich-Schnitt (18%).

In Abbildung 17 sind die Arbeitslosenquoten vergleichend in den burgenländischen Arbeitsmarktbezirken dargestellt. Da die Einteilung nach Arbeitsmarktbezirken nicht den politischen Bezirken entspricht, wurde keine Gliederung nach NUTS 3-Regionen vorgenommen.

Grundsätzlich kann im Burgenland hinsichtlich der Arbeitslosigkeit ein Nord-Süd-Gefälle festgestellt werden. Während die Arbeitslosenquoten im Jahr 2011 im Durchschnitt in Eisenstadt (5%) und Neusiedl am See (5,5%) am niedrigsten in ganz Burgenland waren, war der Anteil Arbeitsloser an der Gesamtbevölkerung in den Arbeitsmarktbezirken Oberwart (8,8%), und Stegersbach (6,9%) am höchsten. Nähere Informationen diesbezüglich, sowie eine separate Darstellung der Arbeitslosenquoten auf Ebene der Arbeitsmarktbezirke findet sich in Abbildung 17.



**Abbildung 17: Arbeitslosenquote nach Arbeitsmarktbezirken, Stand: 2011, Basis: Angaben in %, Quelle: Arbeitsmarktservice [17], Eigene Erstellung**

### 3.2.2.2 PendlerInnen

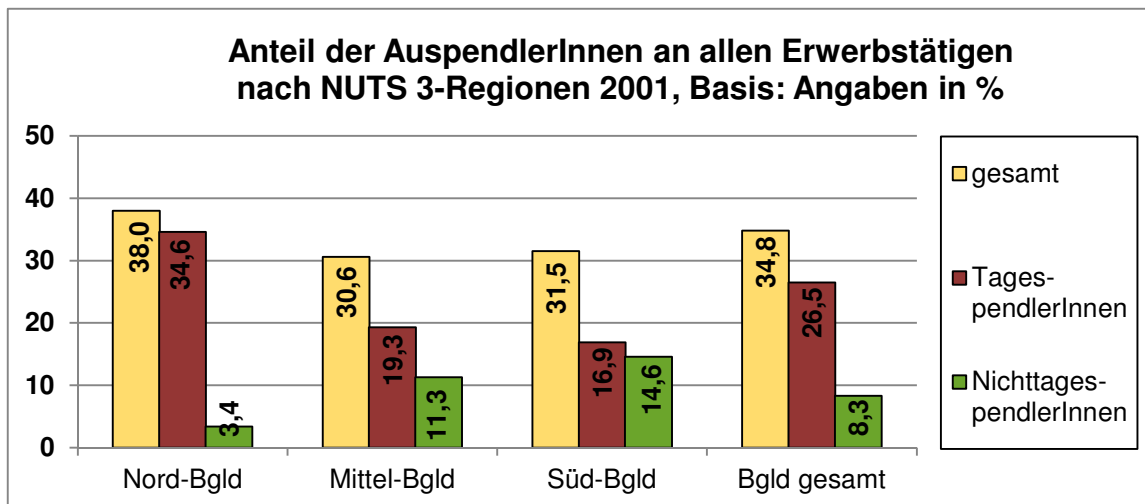
Obwohl in den ECHI-Indikatoren keine Kennzahl zum Thema „PendlerInnen“ zu finden ist, wird dieses Thema im vorliegenden Gesundheitsbericht kurz erläutert. Ein Grund hierfür ist, dass in der Literatur vermehrt auf den Zusammenhang zwischen Berufsmobilität und Gesundheit hingewiesen wird. So treten z.B. physiologische Stressparameter vermehrt bei täglichen PendlerInnen auf. Zudem kann vor allem wöchentliches oder saisonales Pendeln zu einer Entwurzelung bzw. Vereinsamung führen [18].

Insgesamt gab es im Jahr 2010 46.400 BurgenländerInnen, die in ein anderes Bundesland oder ins Ausland auspendelten, die meisten davon nach Wien (23.800) und Niederösterreich (14.600) [19]. Die Arbeitskräfteerhebung 2011 kam zudem zu dem Ergebnis, dass im Burgenland der Anteil der Personen, die in einem anderen Bundesland oder im Ausland arbeiten (34,1%), an allen Erwerbstätigen am höchsten

in ganz Österreich ist. An zweiter Stelle liegt Niederösterreich (27,3%). In den anderen Bundesländern sind die Werte viel geringer und bewegen sich zwischen 9,5% und 4,2% [12].

Die Volksbefragung 2001 ergab, dass die meisten PendlerInnen im Burgenland TagespendlerInnen sind. So pendelten 2001 76,2% aller Bundesland-AuspendlerInnen täglich in ein anderes Bundesland bzw. ins Ausland. Der Rest der Bundesland-AuspendlerInnen sind NichttagespendlerInnen, die nur alle zwei Tage, wöchentlich, monatlich oder noch seltener vom Arbeitsort in die Heimat zurückkehren.

Betrachtet man die einzelnen NUTS 3-Regionen (s. Abbildung 18), so zeigt sich, dass der Anteil der PendlerInnen (arbeiten in einem anderen Bundesland oder im Ausland) an allen Erwerbstätigen im Nord-Burgenland am höchsten ist (38%). Dieser hohe Prozentsatz lässt sich möglicherweise durch die geografische Nähe zur Großstadt Wien erklären. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass der Anteil an Nichttages- bzw. WochenpendlerInnen im Süd- (14,6%) und Mittelburgenland (11,3%) viermal so hoch wie im Nordburgenland (3,4%) ist. Dabei ist zu beachten, dass vor allem dieses nichttägliche Pendeln mit besonderen gesundheitlichen Belastungen (z.B. soziale Isolation) verbunden ist.



**Abbildung 18: AuspendlerInnen in andere Bundesländer oder ins Ausland nach NUTS 3-Regionen, Stand: 2001, Basis: Angaben in %; Quelle: Land Burgenland [19], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Vergleicht man die PendlerInnenzahlen aus dem Jahr 1971 mit jenen von 2001, so zeigt sich ein deutlicher Anstieg der TagespendlerInnen (in ein anderes Bundesland oder ins Ausland). Während 1971 12.017 Personen täglich in ein anderes Bundesland oder ins Ausland auspendelten, waren es 2001 bereits 32.400. Im Gegensatz dazu hat die Zahl der NichttagespendlerInnen (in ein anderes Bundesland oder ins Ausland) abgenommen (1971: 16.072; 2001: 10.136).

### 3.2.3 Einkommen

Verschiedenste Untersuchungen zeigen, dass das Einkommen einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit hat. Besonders armutsgefährdete Bevölkerungsgruppen sind vermehrt von Krankheiten betroffen, schätzen ihren Gesundheitszustand schlechter ein und haben ein höheres vorzeitiges Sterberisiko. Außerdem neigen sie vermehrt zu ungesunden Verhaltensweisen wie z.B. wenig Bewegung, ungesunde Ernährung oder Tabakkonsum [20]. Diese Zusammenhänge verdeutlichen die Bedeutung der Berücksichtigung von Einkommensungleichheiten im Rahmen der GBE. Vorweg werden die wichtigsten Begrifflichkeiten definiert [21]:

#### **Äquivalenzeinkommen**

Unter Äquivalenzeinkommen versteht man das gewichtete verfügbare Haushaltseinkommen, wobei die Gewichtung auf Basis der EU-Skala berechnet und das verfügbare Haushaltseinkommen durch die Summe der Gewichte je Haushalt dividiert wird.

#### **Armutsgefährdungsquote**

Die Armutsgefährdungsquote entspricht dem Anteil der Personen, die unter der Armutsgefährdungsschwelle liegen, an der Gesamtbevölkerung. Die Armutsgefährdungsschwelle entspricht dabei 60% des Medians des äquivalisierten Haushaltseinkommens.

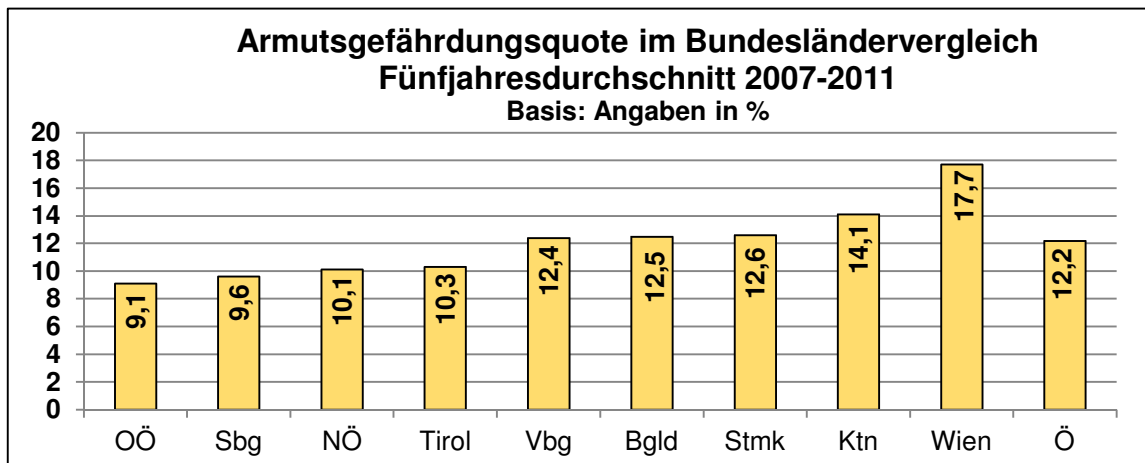
#### **Quartile (Einkommensviertel)**

Diese Werte teilen das Einkommen der Bevölkerung in vier gleich große Teile. 25% liegen unterhalb des ersten Quartils (1. Quartil), das zweite Quartil entspricht dem Median. Zudem liegen 75% unterhalb und 25% oberhalb des dritten Quartils (= 4. Quartil).

Im Burgenland waren im Jahr 2011 40.000 Personen armutsgefährdet. Dies entspricht einer Armutsgefährdungsquote von 14%. Zudem zeigt sich, dass im Jahr 2011 24% der Bevölkerung unterhalb des ersten Quartils, 28% unterhalb des zweiten, ebenfalls 28% unterhalb des dritten und 20% oberhalb des dritten Einkommensviertels lagen [21].

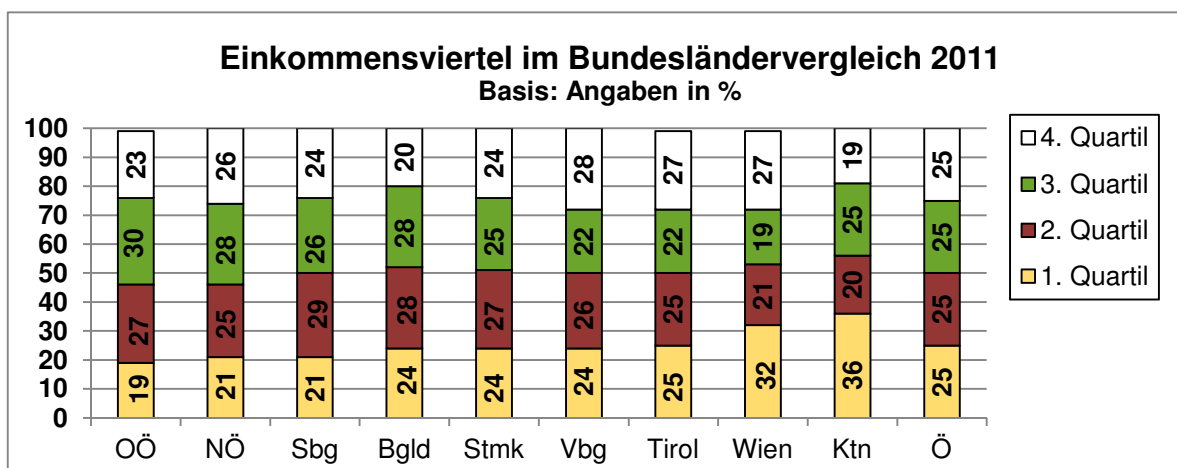
Da die Einkommens- und Armutsgefährdungsdaten im vorliegenden Gesundheitsbericht auf den Ergebnissen der EU-Erhebung „Community Statistics on Income and Living Conditions“ (EU-SILC) 2011 beruhen, können aufgrund der eher kleinen burgenländischen Stichprobe keine validen Aussagen für einzelne Regionen des Burgenlandes getroffen werden.

Aufgrund jährlicher Schwankungen wurde zur Darstellung der Armutsgefährdung im Bundesländervergleich ein Fünf-Jahresdurchschnittswert (2007 bis 2011) berechnet. Dieser liegt im Burgenland bei 12,5%, im Österreichschnitt bei 12,2%. Am höchsten ist die Armutsgefährdungsquote in Wien (17,7%), am niedrigsten in Oberösterreich (9,1%). Nähere Informationen dazu gibt es in Abbildung 19. Informationen zur Kinderarmutsgefährdungsquote im Burgenland finden sich im Kapitel „Kinder- und Jugendgesundheit“ des vorliegenden Gesundheitsberichtes.



**Abbildung 19: Armutsgefährdungsquote im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Jahresdurchschnittswert 2007-2011, Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [21, 22, 24, 25, 26], Eigene Erstellung**

Vergleicht man die Aufteilung der Bevölkerung in Quartile im Burgenland mit anderen Bundesländern (Daten: 2011), so zeigt sich, dass der Anteil jener, die in das unterste Einkommensviertel fallen, im Burgenland (24%) etwa im Österreich-Schnitt liegt (25%). Überdurchschnittlich fällt hingegen der Anteil jener aus, die dem 2. Quartil zuzurechnen sind. So ist dieser im Burgenland mit 28% nach Salzburg (29%) am zweithöchsten. Während der Anteil der Bevölkerung, die dem dritten Quartil zugerechnet werden können, im Burgenland (28%) über dem Österreich-Schnitt liegt (25%), ist der Prozentsatz jener, die über 25% des dritten Quartils liegen, mit 20% geringer als im Österreich-Schnitt (25%). Nähere Informationen dazu in Abbildung 20.



**Abbildung 20: Einkommensviertel im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [21], Eigene Erstellung**

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse dieses Kapitels findet sich in der Kurzfassung des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012.

### 3.3 Literaturverzeichnis

- [1] European Community Health Indicators Monitoring. (2010). *ECHI Shortlist Release of June 2008 (minor revisions in February 2010). Complete metadata for the indicators available on the ECHIM Products Website* (ECHIM, European Union, Hrsg.). Verfügbar unter: [http://www.echim.org/docs/echi\\_shortlist.pdf](http://www.echim.org/docs/echi_shortlist.pdf) [28.11.2012]
- [2] Land Burgenland. (2011). *Bevölkerung des Burgenlandes nach Gebietseinheiten: Sonderauswertung der Landesstatistik*. Eisenstadt.
- [3] Statistik Austria. (2012). *Statistisches Jahrbuch Österreich 2012*. Wien.
- [4] Statistik Austria. (2012). *Bevölkerungsstand 1.1.2012*. Wien.
- [5] Stefanits, G. (2006). *Endonymische Minderheitennamen im Bundesland Burgenland, Österreich* (Nomenklaturkommission des Landes Burgenland, Amt der Burgenländischen Landesregierung, United Nations Group of Experts on [http://www.oeaw.ac.at/dinamlex/AKO/UNGEGN%20BGLD\\_DEUTSCH.pdf](http://www.oeaw.ac.at/dinamlex/AKO/UNGEGN%20BGLD_DEUTSCH.pdf) [28.11.2012]
- [6] Statistik Austria. (2012). *Demographische Indikatoren 201: Querschnittsindikatoren 201*. Wien.
- [7] Gude, S. (2010). *Regionale Fertilitätsunterschiede in Österreich. Eine Mehrebenenanalyse zu den Einflüssen auf das generative Verhalten unter Berücksichtigung von räumlichen Abhängigkeiten*. Doctoral thesis, WU Vienna University of Economics.
- [8] Statistik Austria. (2011). *Bevölkerungsvorausschätzung 2011-2050 sowie Modellrechnung bis 2075 für Burgenland (Hauptszenario)*. Wien.
- [9] Statistik Austria. (2011). *Bevölkerungsvorausschätzung 2011-2050 sowie Modellrechnung bis 2075 für Österreich (Hauptszenario)*. Wien.
- [10] Statistik Austria. (2011). *Demographisches Jahrbuch 2010*. Wien.
- [11] Whitehead, M. (2007). Gesundheitliche Ungleichheiten in Europa: Warum sollen wir sie reduzieren und wie kann das gelingen? In Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/tagungsbande/tagungsband-soziale-ungleichheit-und-gesundheit/2009-08-28.8211777691> [28.11.2012]
- [12] Statistik Austria. (2011). *Arbeitskräfteerhebung 2011: Ergebnisse des Mikrozensus*. Wien.



- [13] Statistik Austria. (2012). *Bildungsstand der Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren 2010 nach Politischem Bezirk*. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bildung\\_und\\_kultur/bildungsstand\\_der\\_bevoelkerung/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/bildungsstand_der_bevoelkerung/index.html) [28.11.2012]
- [14] Statistik Austria. (2012). *Bildungsstand der Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren 2010 nach Bundesland und Geschlecht*. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bildung\\_und\\_kultur/bildungsstand\\_der\\_bevoelkerung/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/bildungsstand_der_bevoelkerung/index.html) [28.11.2012]
- [15] Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge.
- [16] Arbeitsmarktservice Österreich. (2012). *Arbeitsmarktlage 2011*.
- [17] Arbeitsmarktservice Österreich/Burgenland. (2012). *Arbeitsmarktprofile 2011*.
- [18] Badura, B., Schröder, H., Klose, J. & Macco, K. (2010). *Fehlzeiten-Report 2009: Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft: Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren- Wohlbefinden fördern*. Berlin Heidelberg: Springer.
- [19] Land Burgenland. (2011). *Erwerbstätige nach Pendlerfrequenz*. Eisenstadt.
- [20] Lampert, T. & Ziese, T. (2005). *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung* (Robert Koch Institut Hrsg.). Verfügbar unter: <http://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Armut-Reichtum/forschungsprojekt-a349-armut-soziale-ungleichheit-und-gesundheit.html> [28.11.2012]
- [21] Statistik Austria. (2012). *Tabellenband: EU-SILC 2011 Einkommen, Armut und Lebensbedingungen*. Wien.
- [22] Statistik Austria. (2011). *Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich Ergebnisse aus EU-SILC 2010: Tabellenband*. Wien.
- [23] Fonds Gesundes Österreich. (Hrsg.). (2007). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/tagungsbande/tagungsband-soziale-ungleichheit-und-gesundheit/2009-08-28.8211777691> [28.11.2012]
- [24] Statistik Austria. (2010). *Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich Ergebnisse aus EU-SILC 2009*. Wien.
- [25] Statistik Austria. (2010). *Einkommen, Armut und Lebensbedingungen: Tabellenband Ergebnisse aus EU-SILC 2008*. Wien.

[26] Statistik Austria. (2009). *Einkommen, Armut und Lebensbedingungen: Ergebnisse aus EU-SILC 2007*. Wien.

## 4 GESUNDHEITZUSTAND

Neben soziodemographischen Kennzahlen sollten Daten zum allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung Bestandteil eines jeden Gesundheitsberichtes sein. Laut EU-Empfehlungen sind dabei vor allem folgende Indikatoren (ECHIM) geeignet:

- Lebenserwartung, gesunde Lebenserwartung
- Gesamtmortalität
- ursachenbezogene Mortalität
- Morbiditätskennzahlen (Infektionserkrankungen wie HIV/Aids, Krebs, Diabetes, Depression, akuter Myokardinfarkt, Schlaganfall, Asthma usw.)
- Subjektiver Gesundheitszustand
- Körperliche Beeinträchtigungen [1]

### 4.1 Lebenserwartung

Die wohl wichtigste und am häufigsten verwendete Maßzahl zur Beschreibung des Gesundheitszustandes von Bevölkerungen ist die Lebenserwartung. Im vorliegenden Gesundheitsbericht wird diese mithilfe der Kennzahlen „Lebenserwartung bei Geburt“, „ferne Lebenserwartung“ und „gesunde Lebenserwartung“ dargestellt.

#### 4.1.1 *Lebenserwartung bei Geburt*

Im Burgenland betrug die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt im Jahr 2010 bei Männern 77,6 und bei Frauen 83,4 Jahre. Somit werden Frauen im Durchschnitt um 5,8 Jahre älter als Männer. Die Lebenserwartung ist jedoch bei beiden Geschlechtern seit 2003 angestiegen. So wurden Burgenländerinnen im Vergleich dazu 2003 81 Jahre und Burgenländer 75,9 Jahre alt (s. Abbildung 21). Der Anstieg in der Lebenserwartung betrug somit zwischen 2003 und 2010 bei Frauen 2,4; bei Männern 1,6 Jahre.

Grundsätzlich liegt Burgenland hinsichtlich der Lebenserwartung bei Geburt etwa im Österreich-Schnitt (Frauen: 83,2 Jahre; Männer: 77,7 Jahre) (s. Abbildung 21).

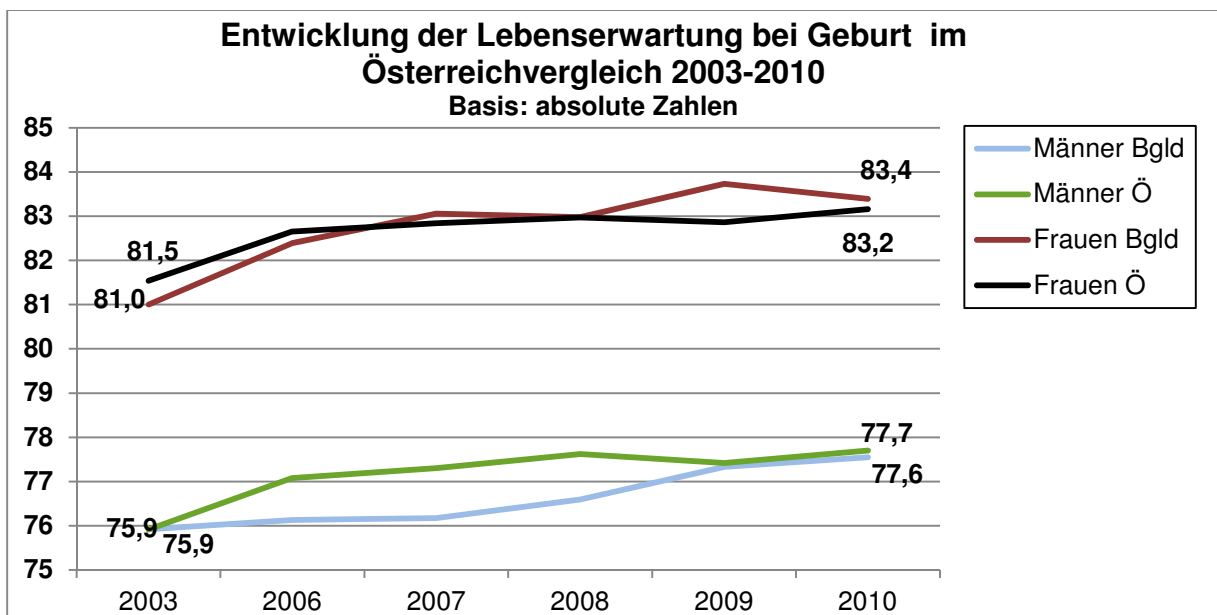


Abbildung 21: Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt im Österreichvergleich 2003 bis 2010, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Statistik Austria [2], Eigene Erstellung

Vergleicht man Burgenland mit anderen Bundesländern Österreichs (s. Abbildung 22), so zeigt sich, dass es gemeinsam mit Niederösterreich (77,6) nach Wien (76,6) das Bundesland mit der zweitniedrigsten Lebenserwartung bei Männern darstellt. Am ältesten werden Männer in Tirol (79,1). Bei Frauen (83,4) liegt das Burgenland im Österreichvergleich etwa im Mittelfeld. Die höchste Lebenserwartung haben Frauen in Vorarlberg (84,2).

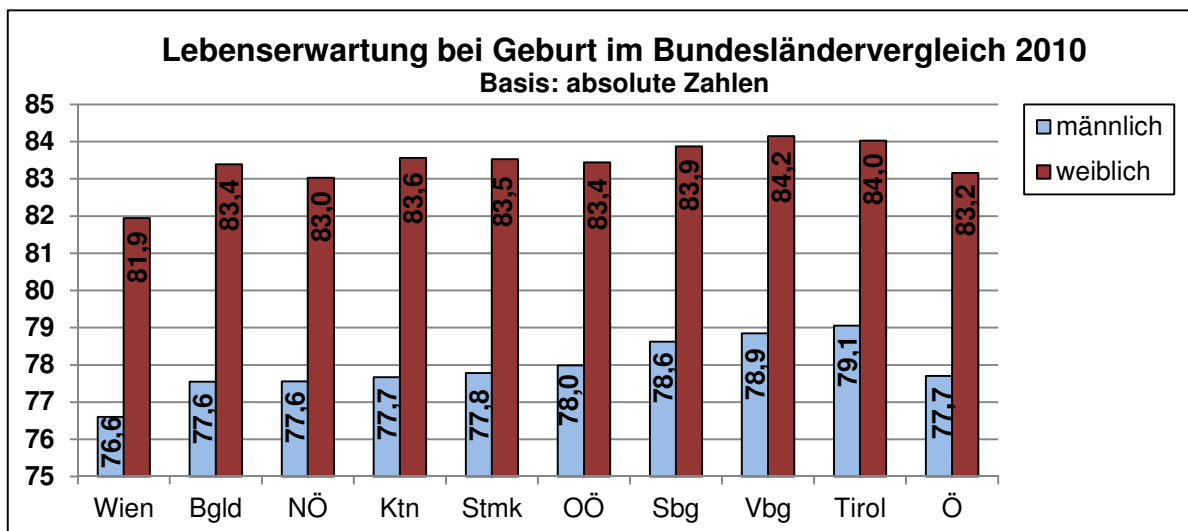
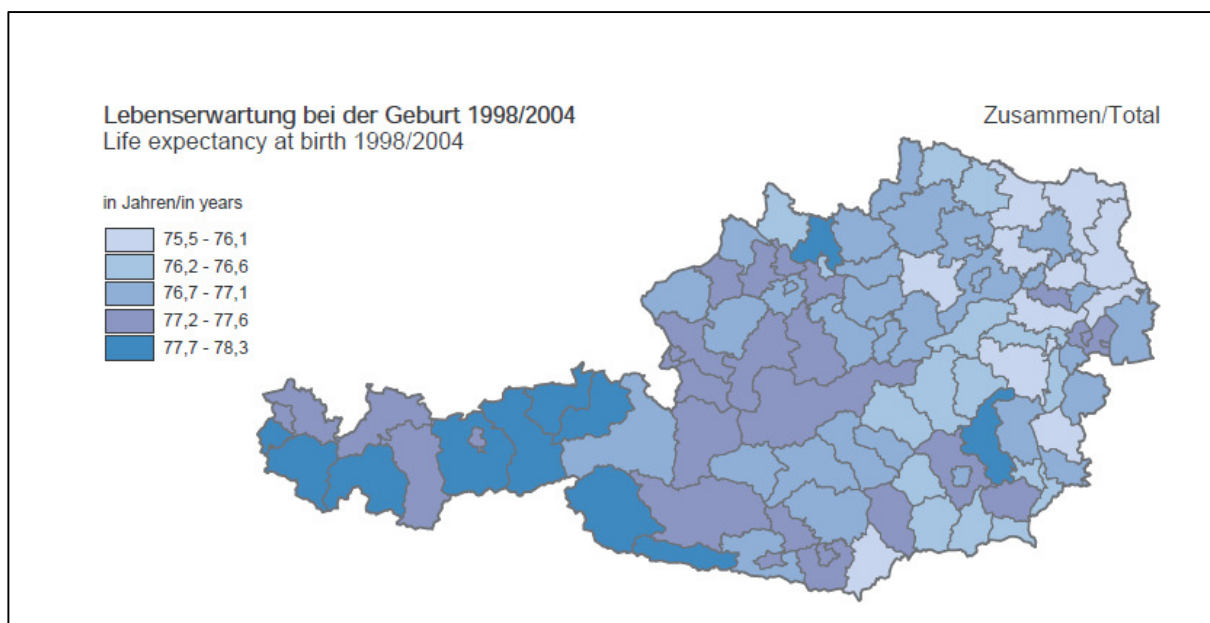


Abbildung 22: Lebenserwartung bei Geburt im Bundesländervergleich, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Statistik Austria [2], Eigene Erstellung

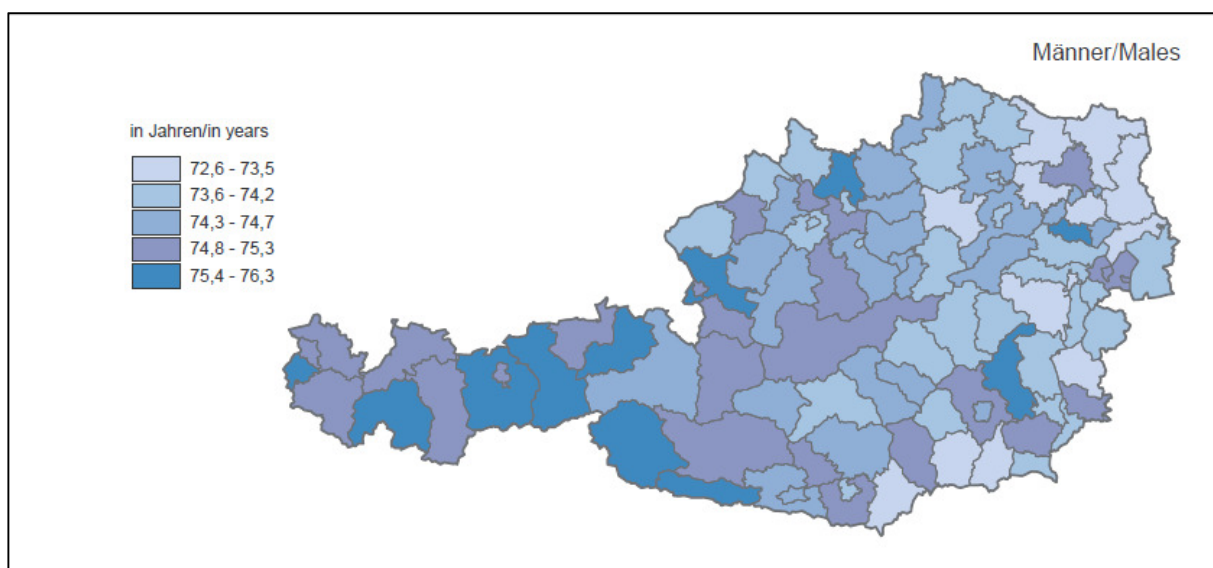
Die vorliegenden Datenquellen ermöglichen keine separate Ausweisung der Lebenserwartung nach sozialer Schicht. Untersuchungen belegen jedoch, dass Lebenserwartung und sozioökonomischer Status positiv miteinander korrelieren [3]. Der Todesursachenatlas 1998/2004 ermöglicht einen regionalen Vergleich hinsichtlich der Lebenserwartung. Dabei zeigt sich, dass BurgenländerInnen im

Bezirk Oberwart die geringste Lebenserwartung aufweisen (75,5-76,1 Jahre). Die höchste Lebenserwartung innerhalb des Burgenlandes haben hingegen Personen, die im Bezirk Eisenstadt und Umgebung leben (77,2-77,6 Jahre). Betrachtet man speziell die Lebenserwartung bei Männern, so stellt sich auch hier der Bezirk Oberwart als jener mit der niedrigsten Lebenserwartung heraus (72,6-73,5 Jahre), während Männer in den Bezirken Güssing und Eisenstadt Umgebung mit der höchsten Lebenserwartung innerhalb des Burgenlandes rechnen können (beide 74,8-75,3 Jahre). Die Lebenserwartung bei Frauen ist innerhalb des Burgenlandes im Bezirk Güssing (78,7-79 Jahre) am niedrigsten, während sie in Neusiedl am See und Oberpullendorf (beide 79,5-79,8) am höchsten ist.

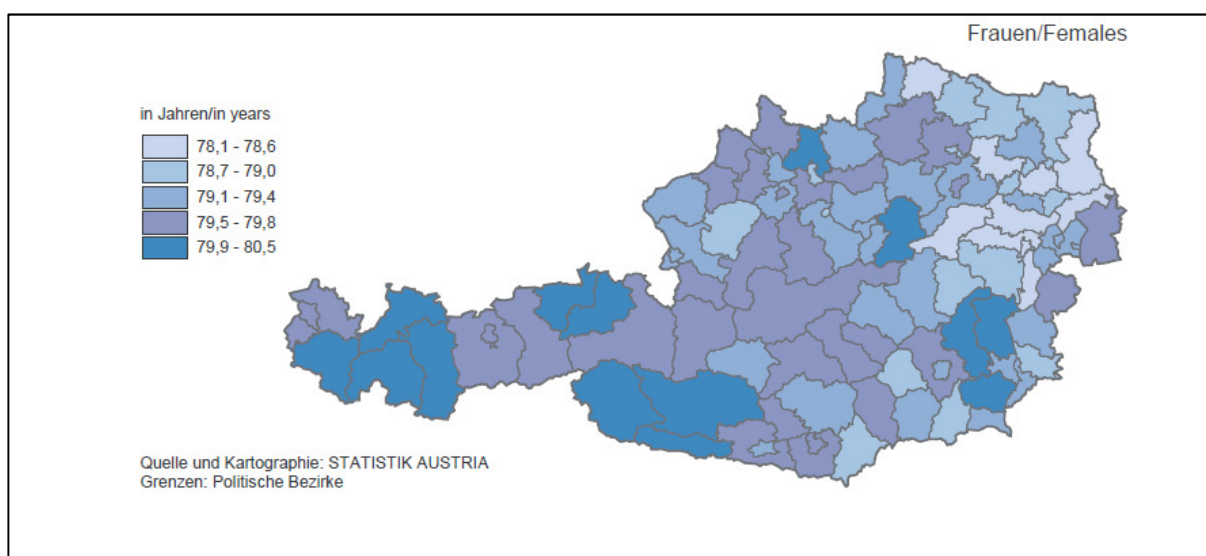
Nähere Informationen zur Lebenserwartung auf Bezirksebene geben die Abbildungen 23 bis 25. Dabei ist anzumerken, dass die Zahlen teilweise von jenen in Abbildung 22 abweichen, da sich diese auf unterschiedliche Zeiträume (1998/2004; 2010) beziehen und keine aktuelleren Daten auf Regionsebene vorhanden sind.



**Abbildung 23: Lebenserwartung allgemein bei der Geburt im Österreichvergleich nach Bezirken, Stand: 1998/2004, Quelle: Statistik Austria [10]**



**Abbildung 24: Lebenserwartung Männer bei der Geburt im Österreichvergleich nach Bezirken, Stand: 1998/2004, Quelle: Statistik Austria [10]**



**Abbildung 25: Lebenserwartung Frauen bei der Geburt im Österreichvergleich nach Bezirken, Stand: 1998/2004, Quelle: Statistik Austria [10]**

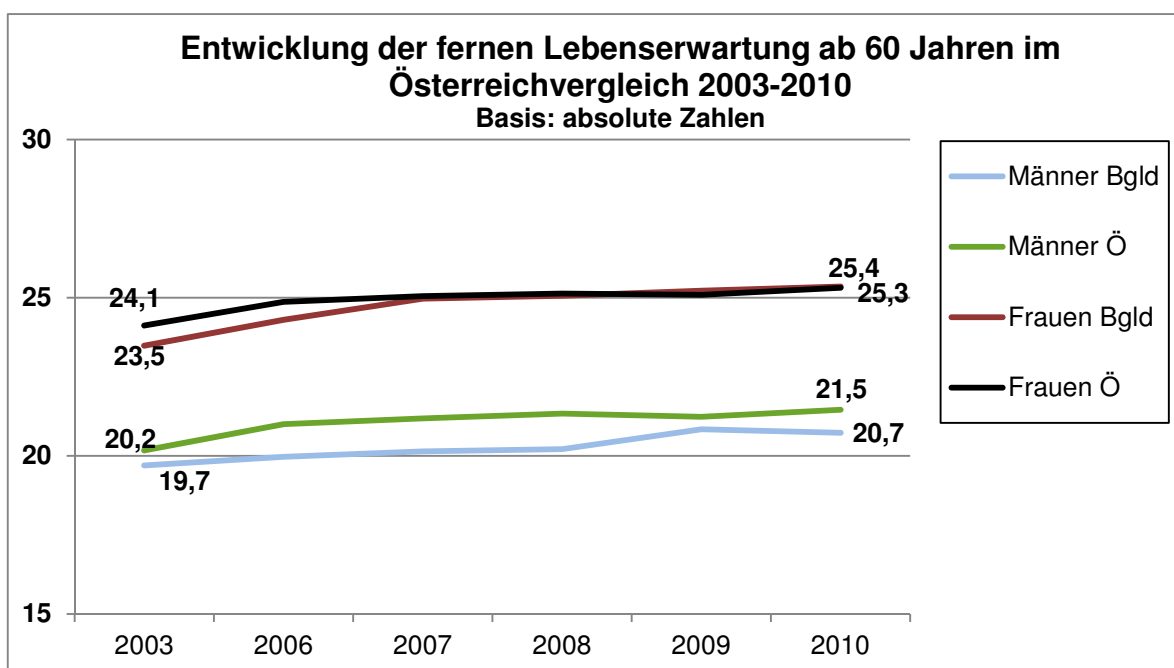
#### 4.1.2 Ferne Lebenserwartung

Die ferne Lebenserwartung gibt die durchschnittliche Anzahl an Lebensjahren an, die ab einem bestimmten Alter zu erwarten sind [1].

In den ECHI-Indikatoren wird vorgeschlagen, neben der Lebenserwartung bei Geburt auch die ferne Lebenserwartung bei einem Alter von 65 Jahren zur Beschreibung des Gesundheitszustandes von Bevölkerungen heranzuziehen. Aktuelle Daten der Statistik Austria liegen diesbezüglich auf Bundeslandebene jedoch nur für die Alterskategorien „1 Jahr“, „15 Jahre“, „30 Jahre“, „45 Jahre“ und „60 Jahre“ vor. Daher wird im Folgenden exemplarisch die ferne Lebenserwartung für 60-Jährige dargestellt.

Eine 60-jährige Burgenländerin konnte im Jahre 2010 mit 25,4; ein 60-jähriger Burgenländer mit 20,7 weiteren Lebensjahren rechnen. Somit ist die ferne Lebenserwartung bei 60-jährigen burgenländischen Frauen um 4,6 Jahre höher als bei Männern diesen Alters [2].

Ebenso wie die Lebenserwartung bei Geburt stieg auch die ferne Lebenserwartung in den letzten Jahren an. Betrug sie bei 60-jährigen Burgenländerinnen 2003 noch 23,5 Jahre, so stieg sie bis zum Jahr 2010 um 1,9 Jahre auf 25,4 Jahre an. Während zudem 60-jährige Burgenländer 2003 19,7 weitere Lebensjahre erwarten konnten, war es 2010 bereits um 1 Jahr mehr (20,7). Nähere Informationen dazu finden sich in Abbildung 26.



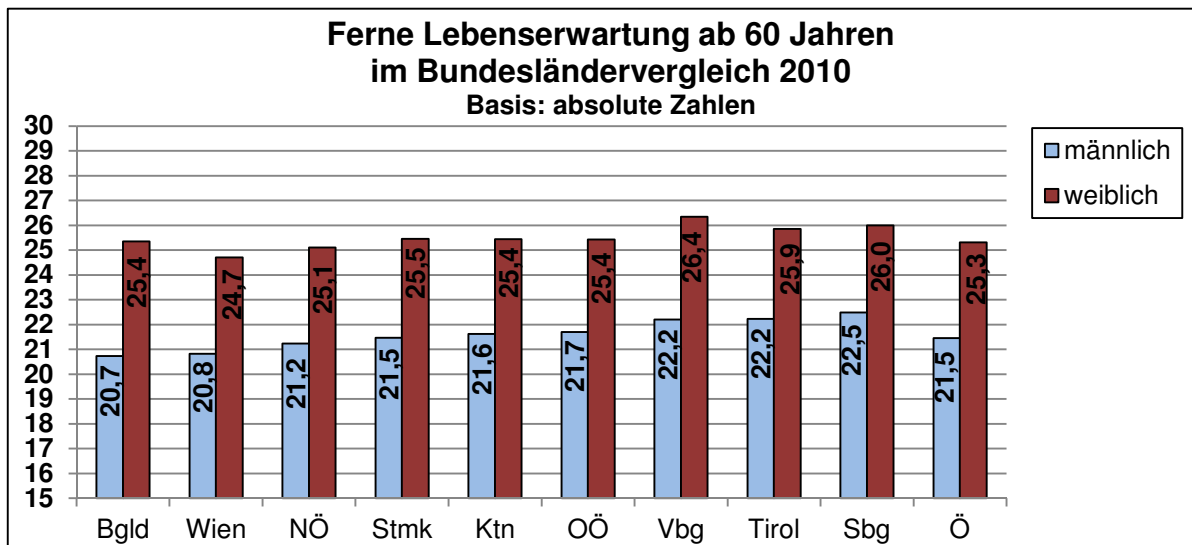
**Abbildung 26: Entwicklung der fernen Lebenserwartung über 60 Jahren im Österreichvergleich 2003 bis 2010, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Statistik Austria [2], Eigene Erstellung**

Vergleicht man die burgenländischen Daten mit jenen von Gesamtösterreich, so zeigt sich, dass das Burgenland hinsichtlich der fernen Lebenserwartung ab 60 Jahren bei Frauen etwa im (Burgenland: 25,4 Jahre; Österreich: 25,3 Jahre); bei Männern etwas unter dem Österreich-Schnitt (Burgenland: 20,7; Österreich: 21,5) liegt (s. Abbildung 27).

Burgenland stellt im Bundesländervergleich somit das Bundesland mit der niedrigsten fernen Lebenserwartung bei 60-jährigen Männern dar (20,7), gefolgt von Wien (20,8) und Niederösterreich (21,2). Mit den meisten weiteren Lebensjahren dürfen 60-jährige Männer in Salzburg (22,5), Tirol (22,2) und Vorarlberg (22,2) rechnen.

Bei Frauen im Burgenland ist die ferne Lebenserwartung ab 60 Jahren (25,4) nach Wien (24,7) und Niederösterreich (25,1) die drittniedrigste. Die meisten weiteren

Lebensjahre werden 60-jährigen Vorarlbergerinnen (26,4), Salzburgerinnen (26,0) und Tirolerinnen (25,9) prognostiziert.



**Abbildung 27: Ferne Lebenserwartung ab 60 Jahren im Bundesländervergleich, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Statistik Austria [2], Eigene Erstellung**

#### 4.1.3 Gesunde Lebenserwartung

Sowohl die Lebenserwartung bei Geburt als auch die ferne Lebenserwartung sind wichtige Kennzahlen im Rahmen der GBE. Sie geben jedoch keine Auskunft darüber, in welchem Gesundheitszustand die einzelnen Lebensjahre verbracht werden. Daher wird im Folgenden die für die burgenländische Bevölkerung vorausberechnete gesunde Lebenserwartung betrachtet.

Unter dem Begriff „gesunde Lebenserwartung“ versteht man die Anzahl an Lebensjahren, die in guter Gesundheit verbracht werden. Die folgenden Daten beruhen auf der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007, wobei Zahlen der Sterbetafeln 2006 und Antworten auf die Fragen zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes zur Berechnung herangezogen wurden. Mithilfe der Kennzahl „Lebenserwartung in guter Gesundheit“ kann die Frage beantwortet werden, ob mit der Steigerung der Lebenserwartung auch ein längeres Leben in guter Gesundheit einhergeht oder ob es lediglich zu einer Verlängerung der Krankheitsdauer kommt [5].

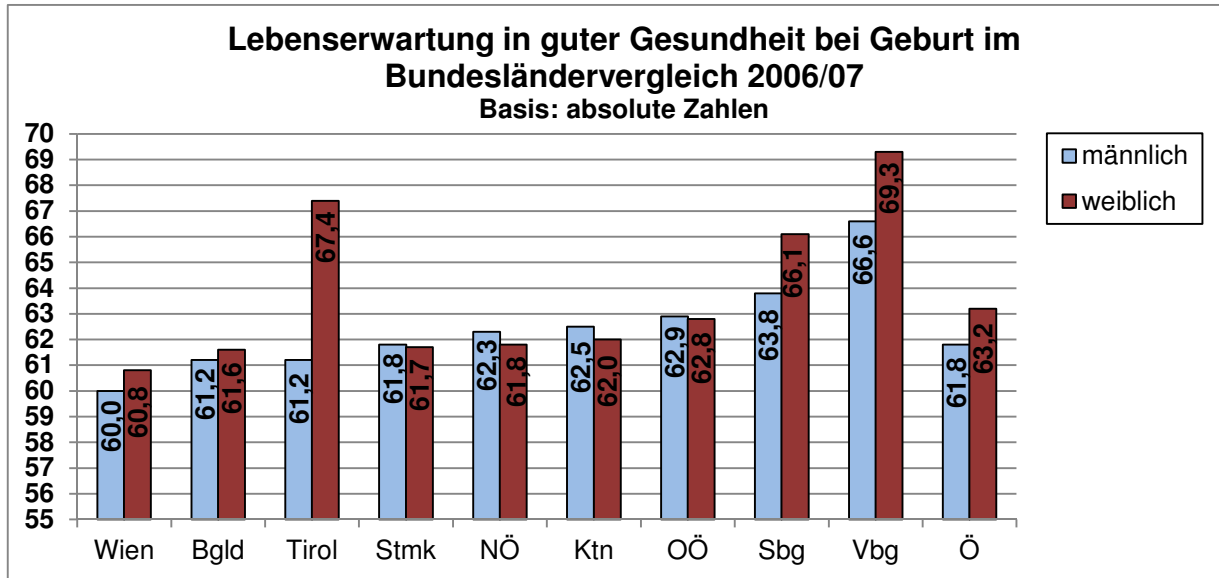
#### **Lebenserwartung in guter Gesundheit bei Geburt**

Die Lebenserwartung in guter Gesundheit beträgt bei der Geburt im Burgenland bei Männern 61,2 und bei Frauen 61,6 Jahre. Männer können also mit einer nahezu gleichlangen gesunden Lebenszeit rechnen wie Frauen.

Stellt man diese Zahlen der allgemeinen Lebenserwartung bei Geburt (Männer: 77,6 Jahre, Frauen: 83,4 Jahre) gegenüber, so zeigt sich, dass Burgenländer 16,4 und Burgenländerinnen sogar 21,8 Jahre ihres Lebens in Krankheit verbringen.



Burgenland liegt hinsichtlich der gesunden Lebenserwartung bei beiden Geschlechtern unter dem Österreich-Schnitt. So erleben Österreicher etwa 61,8 und Österreicherinnen 63,2 Jahre in guter Gesundheit (s. Abbildung 28).

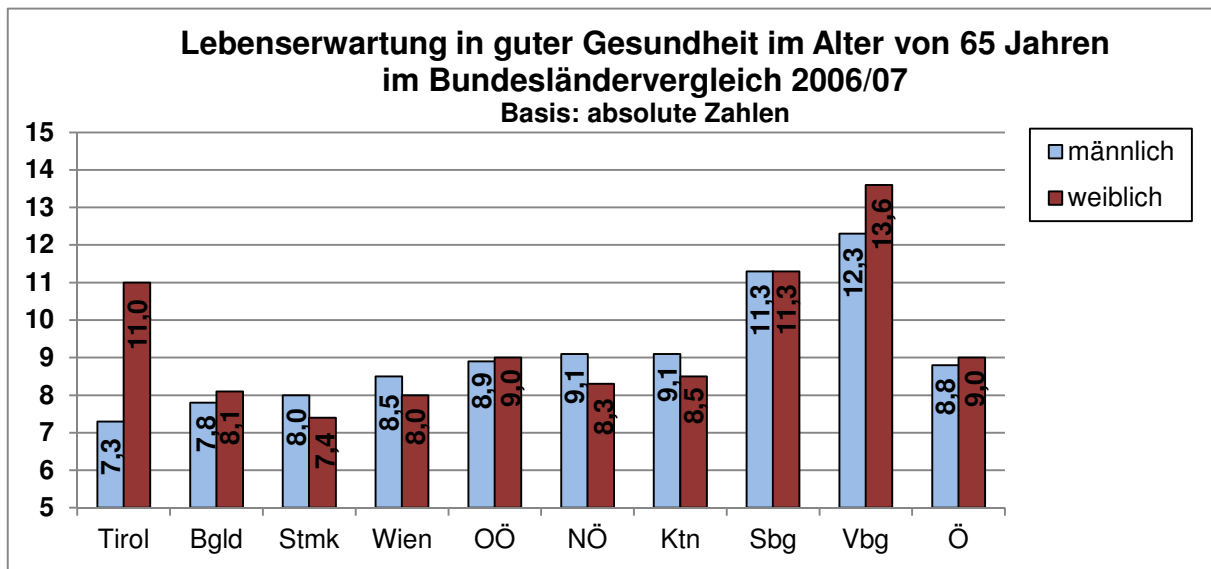


**Abbildung 28: Lebenserwartung in guter Gesundheit bei Geburt im Bundesländervergleich, Stand: 2006/07, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Klimont & Ihle [5], Eigene Erstellung**

Vergleicht man die Zahlen mit jenen anderer Bundesländer Österreichs, so zeigt sich, dass Männer im Burgenland und Tirol (beide 61,2 Jahre) nach jenen in Wien (60 Jahre) die zweitwenigsten Lebensjahre in guter Gesundheit verbringen. Bei Männern ist die gesunde Lebenserwartung in Vorarlberg (66,6 Jahre), Salzburg (63,8 Jahre) und Oberösterreich (62,9 Jahre) am höchsten. Burgenländerinnen liegen mit 61,2 prognostizierten Lebensjahren in guter Gesundheit nach Wien (60,8 Jahre) ebenfalls an vorletzter Stelle. Die längste gesunde Lebenszeit bei Frauen haben Vorarlbergerinnen (69,3 Jahre), Tirolerinnen (67,4 Jahre) und Salzburgerinnen (66,1 Jahre).

### **Ferne Lebenserwartung in guter Gesundheit im Alter von 65 Jahren**

Für einen 65-jährigen burgenländischen Mann werden 7,8 und für eine 65-jährige burgenländische Frau 8,1 weitere Lebensjahre in guter Gesundheit vorausgesagt. Im Vergleich zu Burgenland dürfen sowohl 65-jährige Männer als auch Frauen in Gesamtösterreich etwa 1 Lebensjahr mehr in guter Gesundheit erwarten (Männer Österreich: 8,8, Frauen Österreich: 9,0) (s. Abbildung 29).



**Abbildung 29: Lebenserwartung in guter Gesundheit im Alter von 65 Jahren im Bundesländervergleich, Stand: 2006/07, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Klimont & Ihle [5], Eigene Erstellung**

Im Bundesländervergleich zeichnet sich für das Burgenland eine ähnliche Tendenz wie bei der gesunden Lebenserwartung bei Geburt ab. So können österreichweit 65-jährige burgenländische Männer (7,8 Jahre) nach Tirolern (7,3 Jahre) mit den zweitwenigsten weiteren Lebensjahren in guter Gesundheit rechnen. Die längste gesunde Lebenszeit wird 65-jährigen Vorarlbergern (12,3 Jahre) und Salzburgern (11,3 Jahre) prognostiziert.

Bei Frauen zeigt sich, dass 65-jährige Burgenländerinnen (8,1) nach Steirerinnen (7,4 Jahre) und Wienerinnen (8,0 Jahre) die drittwenigsten weiteren Lebensjahre in guter Gesundheit erwarten können. Am höchsten liegt die Lebenserwartung in guter Gesundheit im Alter von 65 Jahren bei Frauen in Vorarlberg (13,6 Jahre), Salzburg (11,3 Jahre) und Tirol (11,0 Jahre).

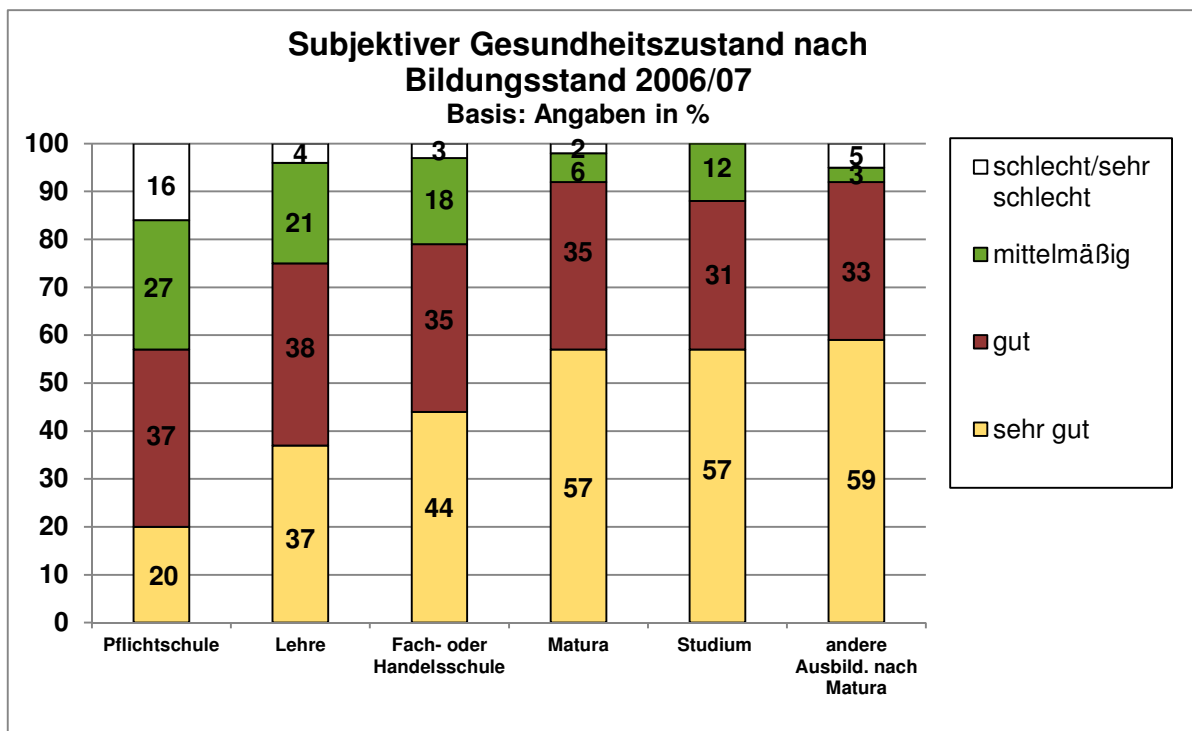
## 4.2 Subjektiver Gesundheitszustand

Neben objektiven Daten zum Gesundheitszustand von Bevölkerungen stellt im Rahmen der GBE die subjektive Bewertung der eigenen Gesundheit eine wichtige Kennzahl dar. Bevor im vorliegenden Gesundheitsbericht näher auf Mortalitäts- und Morbiditätszahlen eingegangen wird, soll im Vorfeld ermittelt werden, wie BurgenländerInnen selbst die eigene Gesundheit einschätzen.

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07 (AT-HIS 2006/07) wurde unter anderem die Frage „Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?“ gestellt. Dabei konnten die Befragten ihren Gesundheitszustand auf einer fünfstufigen Skala bewerten [6]. Diese Vorgehensweise entspricht der vorgeschlagenen Erhebungsmethode gemäß den ECHI-Indikatoren [1].

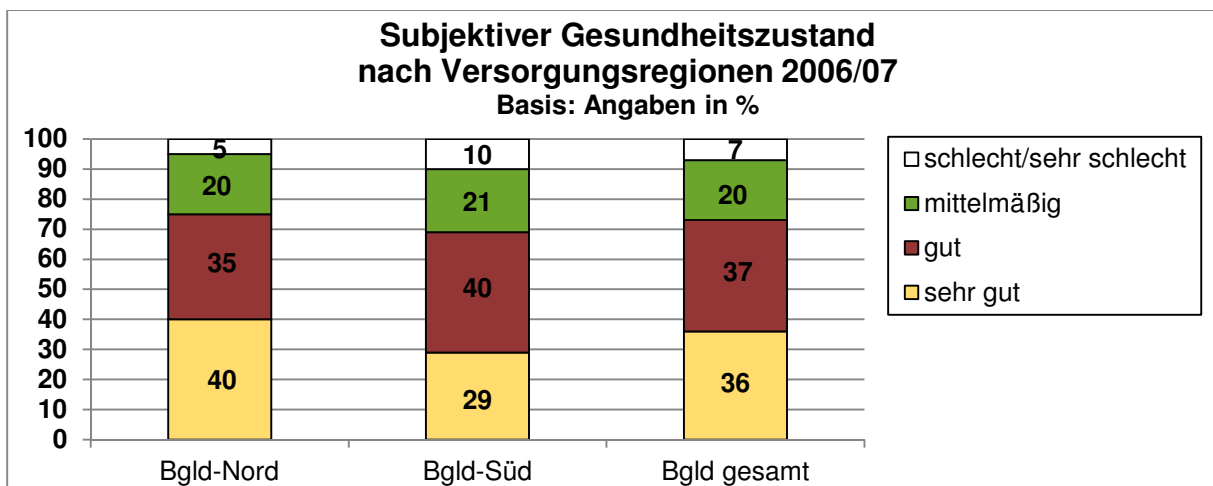
Laut den Ergebnissen der AT-HIS 2006/07 bezeichnen 73% der BurgenländerInnen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, 20% als mittelmäßig und 7% als schlecht oder sehr schlecht. Grundsätzlich bewerten Männer ihre Gesundheit besser

als Frauen. So geben etwa drei Viertel (76%) der männlichen und nur 70% der weiblichen Bevölkerung an, einen sehr guten bzw. guten Gesundheitszustand zu haben. Die Daten zeigen weiteres, dass der subjektive Gesundheitszustand grundsätzlich mit zunehmendem Alter schlechter bewertet wird. Während nur 1% aller 15- bis 24-jährigen BurgenländerInnen die eigene Gesundheit als schlecht bzw. sehr schlecht bezeichnen, sind es bei 50- bis 54-Jährigen bereits 6% und bei 80- bis 84-Jährigen sogar 40%. Zudem lässt sich ein Einfluss des Bildungsstandes auf den subjektiven Gesundheitszustand feststellen. Während beispielsweise nur 57% aller PflichtschulabgängerInnen ihre Gesundheit mit sehr gut bzw. gut bewerten, sind es bei Personen mit Matura 92%. Im Gegensatz dazu schätzen nur 2% aller MaturantInnen und 3% aller Personen mit Fach- oder Handelsschulabschluss, jedoch 16% aller Befragten mit Pflichtschulabschluss ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht ein (s. Abbildung 30 und Anhang A.7).



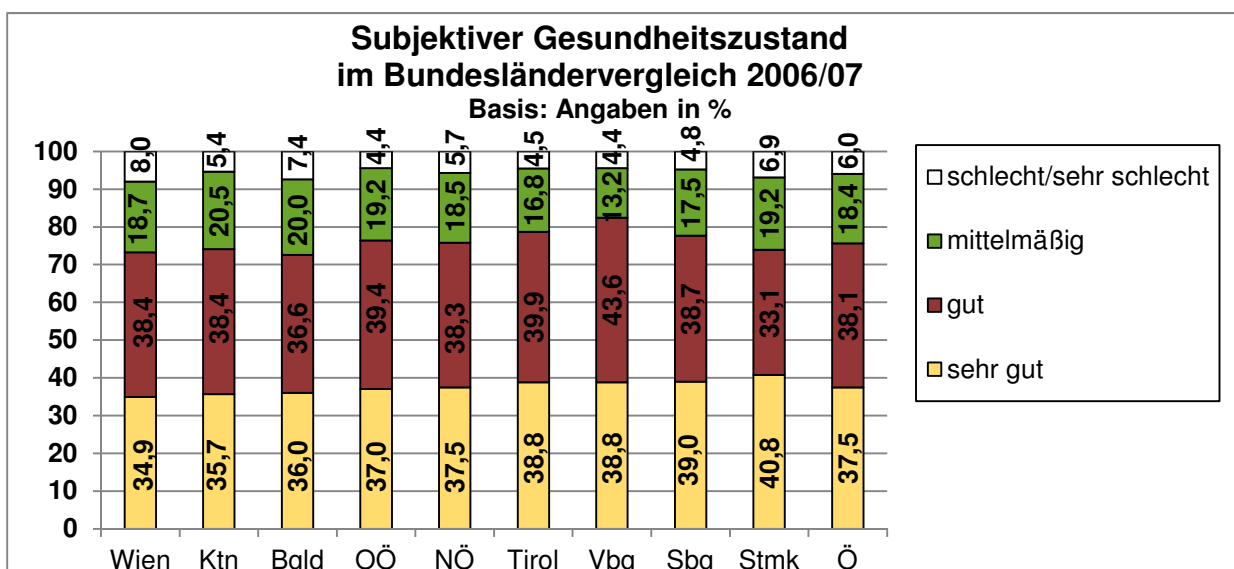
**Abbildung 30: Subjektiver Gesundheitszustand nach Bildungsstand, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [6], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland**

Im Rahmen der AT-HIS 2006/07 erfolgte eine regionale Gliederung nach Versorgungsregionen (s. Tabelle 2 und Anhang A.7). Die Ergebnisse zeigen, dass 75% der NordburgenländerInnen und nur 69% der SüdburgenländerInnen ihren Gesundheitszustand als sehr gut bzw. gut bezeichnen. Im Gegensatz dazu bewerten 5% der Befragten in der Region Nord und doppelt so viele (10%) in der Region Süd ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht [6]. Hier lässt sich somit ein Nord-Südgefälle innerhalb des Burgenlandes ablesen (s. Abbildung 31 und Anhang A.7).



**Abbildung 31: Subjektiver Gesundheitszustand nach Versorgungsregionen, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [6], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland**

Betrachtet man die einzelnen Bundesländer Österreichs, so zeigt sich, dass der Gesundheitszustand von Befragten in Gesamtösterreich etwas besser als im Burgenland eingeschätzt wird. Während exakt 72,6% der BurgenländerInnen ihre Gesundheit mit sehr gut oder gut bewerten, sind es in Gesamtösterreich 75,6%. Am besten wird der Gesundheitszustand in Vorarlberg (gut und sehr gut: 82,4%), Tirol (gut und sehr gut: 78,7%) und Salzburg (gut und sehr gut: 77,7%) eingeschätzt. Am schlechtesten bewerten hingegen WienerInnen (schlecht/sehr schlecht: 8%), BurgenländerInnen (schlecht/sehr schlecht: 7,4%) und SteirerInnen (schlecht/sehr schlecht: 6,9%) ihre Gesundheit (s. Abbildung 32).



**Abbildung 32: Subjektiver Gesundheitszustand im Bundesländervergleich, Stand 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [6], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Da auch im Jahr 1999 im Rahmen der Mikrozensus-Erhebungen „Fragen zur Gesundheit“ die subjektive Gesundheit der Bevölkerung ermittelt wurde, ist ein Längsschnittvergleich zumindest eingeschränkt möglich. Dabei zeigt sich, dass

1999 etwa drei Viertel der burgenländischen Bevölkerung den eigenen Gesundheitszustand als sehr gut bzw. gut bezeichneten und somit bis zum Jahr 2007 kaum eine Veränderung festgestellt werden kann [7].

## 4.3 Mortalität

Ein Synonym für den Begriff der Mortalität ist die Sterblichkeit. Sie gibt die in einer Bevölkerung registrierten Sterbefälle in einer bestimmten Periode (meistens in einem Jahr) an und stellt somit eine der wichtigsten Kennzahlen zur Beschreibung des Gesundheitszustandes von Bevölkerungen dar.

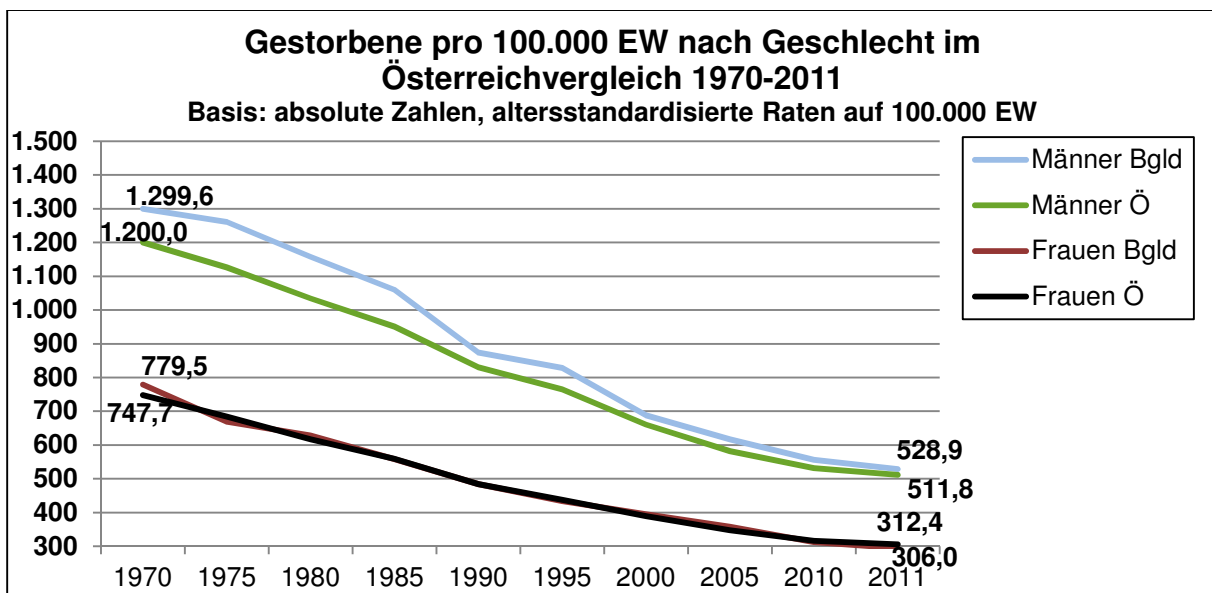
Im Folgenden werden sowohl die insgesamt registrierten Sterbefälle im Burgenland als auch die ursachenspezifischen Mortalitätszahlen dargestellt. Auf das Thema der Säuglingssterblichkeit wird im Schwerpunktkapitel Kindergesundheit (s. Kapitel 9) eingegangen.

### 4.3.1 Gesamtmortalität

Die Gesamtsterblichkeit im Burgenland wird im vorliegenden Gesundheitsbericht in Form der Anzahl an Verstorbenen pro 100.000 EW dargestellt. Dabei werden ausschließlich altersstandardisierte Zahlen verwendet. Zudem wurde aufgrund jährlicher Schwankungen ein Fünf-Jahresdurchschnittswert von 2007 bis 2011 ermittelt.

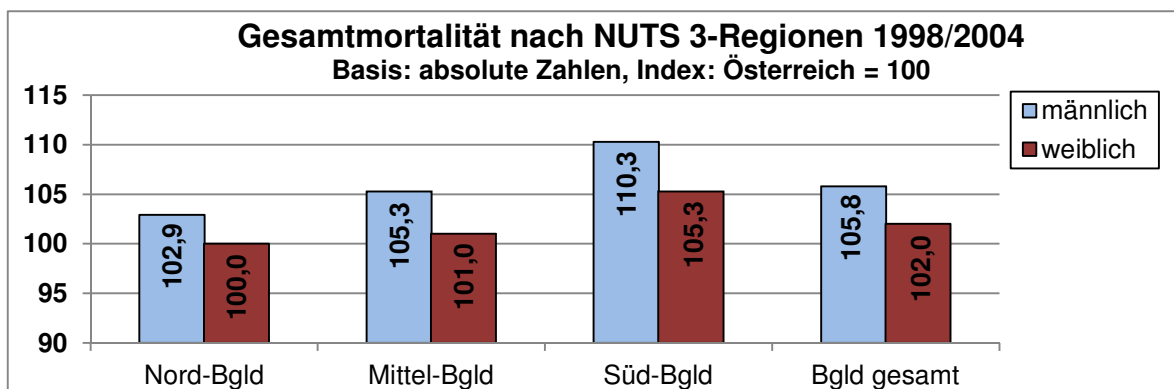
Durch eine Altersstandardisierung der Daten wird die Altersverteilung in einer Bevölkerung berücksichtigt. Diese hat einen entscheidenden Einfluss auf die Mortalität in Populationen. Dabei werden die tatsächlichen Sterbedaten in Relation zu einer Standardbevölkerung gesetzt. Dies ermöglicht es, verschiedene Bevölkerungen mit unterschiedlicher Altersverteilung miteinander zu vergleichen [8]. Im Burgenland betrug die altersstandardisierte Sterberate zwischen 2007 und 2011 jährlich im Durchschnitt 431,6 pro 100.000 EW. Betrachtet man die Zahlen geschlechtsspezifisch, so zeigt sich ein deutlicher Unterschied. Während im Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011 577,9 Männer pro 100.000 EW verstarben, waren es bei Frauen 312,1. Somit ist das Sterberisiko bei Männern beinahe doppelt so hoch (SMR= 1,85) wie bei Frauen.

In Gesamtösterreich ist die Anzahl verstorbener Männer im Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011 (536,2) niedriger als im Burgenland (577,9). Bei Frauen hingegen liegt die Sterbezahl im Burgenland (312,1) leicht unter dem Österreich-Schnitt (320,8). Abbildung 33 zeigt den zeitlichen Verlauf der Gesamtsterblichkeit bei Männern und Frauen im Burgenland und Österreich. Daraus geht hervor, dass diese seit 1970 bei beiden Geschlechtern deutlich zurückgeht.



**Abbildung 33: Gestorbene ab 1970 nach Geschlecht im Österreichvergleich, Stand: 2011, Basis: Absolute Zahlen, altersstandardisierte Raten auf 100.000 EW; Quelle: Statistik Austria [9], Eigene Erstellung**

Auf regionaler Ebene (NUTS 3-Regionen) liegen nur Daten für den Zeitraum 1998/2004 vor. Dabei zeigt sich, dass die Gesamtsterblichkeit in der Region Südburgenland am höchsten, im Nordburgenland hingegen am niedrigsten ist. Bei dieser Berechnung ging man von einem österreichischen Indexwert von 100 aus, wobei eine Abweichung der Daten einzelner Regionen nach oben hin (über 100) eine höhere und ein geringerer Wert als 100 eine niedrigere Sterblichkeit als in Gesamtösterreich bedeutet. Die Daten zeigen, dass Südburgenland einen Indexwert von 109,2; Mittelburgenland jenen von 105,0 und die Region Nordburgenland jenen von 101,6 aufweist. Betrachtet man die Daten separat für Männer und Frauen, so ist vor allem in der männlichen Bevölkerung ein besonders großer regionaler Unterschied innerhalb des Burgenlandes festzustellen (+/-7,4) (s. Abbildung 34). Hinsichtlich der einzelnen Bezirke ist anzumerken, dass Oberwart (113,8) und Jennersdorf (108,8) hinsichtlich der Gesamt mortalität am weitesten über dem österreichischen Indexwert liegen [10].



**Abbildung 34: Gesamt mortalität nach NUTS 3-Regionen, Stand: 1998/2004, Basis: Absolute Zahlen, Indexwert Österreich = 100; Quelle: Statistik Austria [10], Eigene Erstellung**

### 4.3.2 Todesursachen

Zu den vorgeschlagenen Gesundheitsindikatoren auf EU-Ebene (ECHIM) zählt auch die ursachenspezifische Mortalität. Sie gibt Auskunft über Sterblichkeitsmuster in einer Bevölkerung und ermöglicht es, Präventionsaktivitäten und andere Interventionen im Gesundheitswesen bedarfsgerecht zu planen und zu gestalten [1]. Im Folgenden werden Sterblichkeitszahlen für folgende Hauptdiagnosegruppen auf ICD (International Classification of Diseases)-Basis dargestellt:

- Bösartige Neubildungen ICD: C00-C97
- Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems ICD: I00-I99
- Krankheiten der Atmungsorgane ICD: J00-J99
- Krankheiten der Verdauungsorgane ICD: K00-K93
- Sonstige Krankheiten ICD: A00-B99, D01-H95, L00-R99
- Verletzungen und Vergiftungen ICD: V01-Y89

Dabei ist anzumerken, dass in den Bereich der sonstigen Krankheiten vor allem infektiöse und parasitäre Krankheiten, Krankheiten des Blutes, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, psychiatrische Erkrankungen, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane, Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems und der Haut, Komplikationen in der Schwangerschaft bzw. bei der Geburt sowie angeborene Fehlbildungen fallen [9]. Neben den Hauptdiagnosegruppen werden exemplarisch einzelne spezifische Todesursachen dargestellt.

Vorweg ist anzumerken, dass die absoluten Mortalitätszahlen jährlich starken Schwankungen unterliegen. Um dem entgegenzuwirken, wird der Anteil einer Erkrankungsgruppe an der Gesamtsterblichkeit in Prozent ausgedrückt. Dabei wurde ein Jahresdurchschnittswert von 2007 bis 2011 berechnet.

#### 4.3.2.1 Bösartige Neubildungen

Im Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011 verstarben 760 BurgenländerInnen an bösartigen Neubildungen. Das sind 25,1% aller Todesfälle. Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigt sich, dass ein größerer Anteil der Männer (29,3%) an bösartigen Neubildungen stirbt, als dies bei Frauen (21,1%) der Fall ist (s. Abbildung 35).

Betrachtet man die Art der Krebserkrankung, so zeigt sich, dass der größte Anteil der Frauen an bösartigen Neubildungen der Brustdrüse (18,1% aller bösartigen Neubildungen), der Luftröhren, der Bronchien bzw. der Lunge (10,6%) und des lymphatisch- und hämatopoetischen Gewebes (10,1%) stirbt. Bei Männern dominieren Kehlkopf-, Luftröhren-, Bronchien- bzw. Lungenkrebs (21,7%) sowie Prostatakrebs (11,6%) [9].

Vergleicht man die Daten mit jenen Gesamtösterreichs, so zeigt sich, dass im Burgenland der Anteil jener, die an bösartigen Neubildungen sterben (25,1%), im Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011 etwa im Österreich-Schnitt lag (25,8%). Details dazu finden sich in Abbildung 35 [9].

#### **4.3.2.2 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems**

Im Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011 starben 1.366 BurgenländerInnen an Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems. Somit sind diese Erkrankungen mit 45,1% aller Sterbefälle Haupttodesursache Nummer 1 im Burgenland. Dabei betrifft es die Frauen deutlich stärker (50,8%) als Männer (39,2%) (s. Abbildung 35).

Betrachtet man die einzelnen Erkrankungstypen, so zeigt sich, dass bei beiden Geschlechtern ischämische Herzkrankheiten (Frauen: 46,2% aller Herz-Kreislauf-Erkrankungen; Männer: 54,8%) als Todesursache dominieren.

Im Vergleich zu Gesamtösterreich ist der Anteil jener, die an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sterben, im Burgenland (45,1%) etwas höher als im Rest Österreichs (Österreich-Schnitt: 43,1%). Nähere Informationen dazu finden sich in Abbildung 35.

Eine aktuelle Studie bestätigt die besonders hohe Herz-Kreislaufmortalität im Osten Österreichs. Im Rahmen dieser Untersuchung kam man zu dem Ergebnis, dass einzelne Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie hoher Blutdruck, Diabetes, Übergewicht und Fettleibigkeit sowie psychosoziale Beschwerden in den östlichen Regionen Österreichs öfter auftreten als im Westen. Auch das eher ungünstige Bewegungs- und Ernährungsverhalten sowie der Mangel an sozialer Unterstützung in Ostösterreich können Ursachen für die höhere Herz-Kreislaufmortalität sein [11]. Auf gesundheitliche Einflussfaktoren wird jedoch im Kapitel 5 näher eingegangen.

#### **4.3.2.3 Krankheiten der Atmungsorgane**

Im Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011 starben 140 Personen im Burgenland an Krankheiten der Atmungsorgane. Diese Todesursache machte somit 4,6% aller Sterbefälle aus [9]. Der Anteil dieser Erkrankungen an der Gesamtsterblichkeit ist bei Männern (5,3%) höher als bei Frauen (4%) (s. Abbildung 35).

Ein Österreichvergleich zeigt zudem, dass der Anteil an Todesfällen aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane an der Gesamtsterblichkeit im Burgenland etwas unter dem Österreich-Schnitt liegt (Burgenland: 4,6%, Österreich-Schnitt: 5,6%).

#### **4.3.2.4 Krankheiten der Verdauungsorgane**

105 BurgenländerInnen starben im Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011 aufgrund von Erkrankungen der Verdauungsorgane. Somit ist diese Todesursache für 3,5% aller Sterbefälle verantwortlich [9]. Dabei zeigt sich, dass Männer (4,1%) häufiger an Krankheiten der Verdauungsorgane sterben als Frauen (2,9%) (s. Abbildung 35).

Weiteres gilt es anzumerken, dass im Burgenland der Anteil der Todesfälle aufgrund von Krankheiten der Verdauungsorgane an der Gesamtsterblichkeit etwas niedriger (3,5%) als in Gesamtösterreich (4,1%) ist.

#### **4.3.2.5 Sonstige Krankheiten**

Der Anteil sonstiger Krankheiten an allen Todesursachen betrug im Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011 im Burgenland 17%. Somit konnten jährlich etwa 516 derartige Todesfälle verzeichnet werden. Dabei dominieren bei beiden



Geschlechtern die Diagnose „Diabetes mellitus“ (gesamt: 33,9% aller Todesfälle aufgrund von sonstigen Krankheiten; Frauen: 35,8%; Männer: 31,7%) und die Diagnosegruppe „Krankheiten des Nervensystems bzw. der Sinnesorgane“ (gesamt: 21,7%; Frauen: 22,8%; Männer: 20,4%) [9].

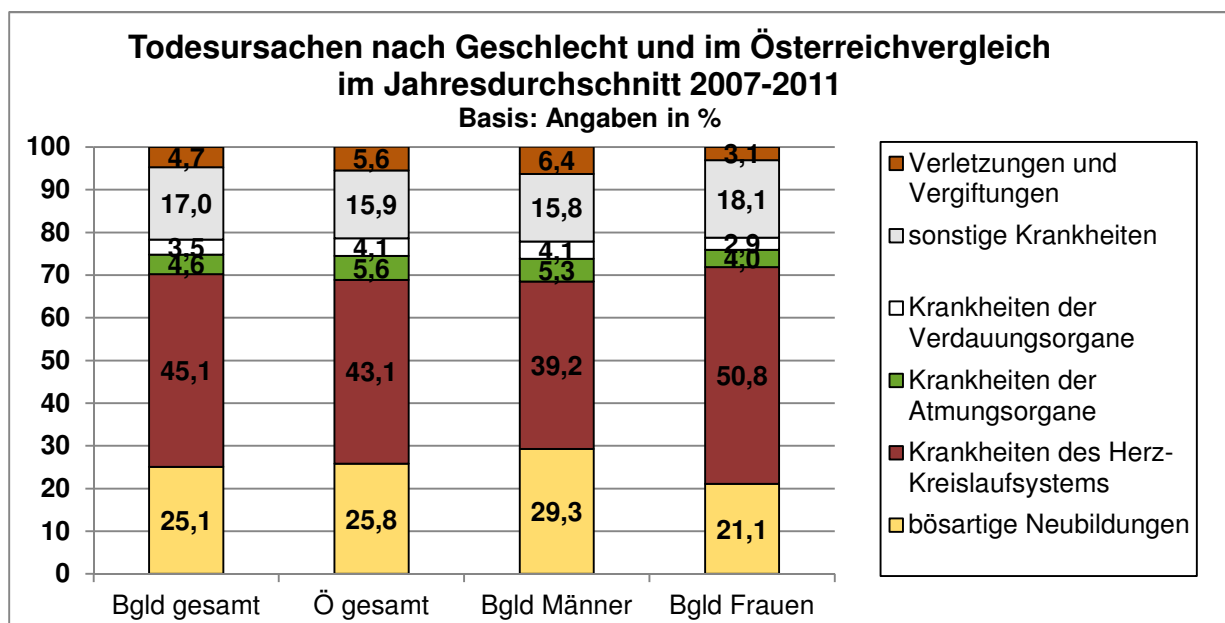
Zudem zeigt sich, dass ein größerer Anteil der burgenländischen Bevölkerung (17%) an sonstigen Krankheiten stirbt, als dies in der gesamtösterreichischen Bevölkerung (15,9%) der Fall ist (s. Abbildung 35).

#### 4.3.2.6 Verletzungen und Vergiftungen

144 BurgenländerInnen starben im Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011 aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen (4,7% aller Todesfälle) [9].

Dabei ist der Anteil dieser Todesursache an der Gesamtmortalität bei Männern (6,4%) mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen (3,1%). Es zeigt sich, dass Verletzungen und Vergiftungen vorwiegend Unfälle betreffen (gesamt: 67,1% aller Todesfälle aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen; Frauen: 77,7%; Männer: 61,7%).

Burgenland (4,7%) liegt hinsichtlich der Todesfälle aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen unter dem Österreich-Schnitt (5,6%) (s. Abbildung 35).



**Abbildung 35: Todesursachen im Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011 nach Geschlecht und im Österreichvergleich, Stand: 2011, Basis: Angaben in %, Anteil bestimmter Todesursachen an der Gesamtsterblichkeit; Quelle: Statistik Austria [9], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Zeitlich betrachtet zeigt sich, dass die Anzahl Gestorbener pro 100.000 EW bei nahezu allen Todesursachen seit 1970 stetig zurückgeht. Lediglich die Sterblichkeit aufgrund von sonstigen Krankheiten verzeichnet seit 2001 wieder einen deutlichen Anstieg (2001: 43,6 pro 100.000 EW, 2011: 75,7 pro 100.000 EW) (s. Abbildung 36). Bei näherem Betrachten der Datenlage wird deutlich, dass dies vor allem an der unter „sonstige Erkrankungen“ angeführten Stoffwechselkrankheit „Diabetes mellitus“ liegt. Während im Jahre 2001 6,3 Personen pro 100.000 EW aufgrund dieser

Erkrankung starben, waren es 2006 32 und 2011 wieder etwas weniger (19,9). Auch Todesfälle aufgrund der unter „sonstige Krankheiten“ angeführten psychiatrischen Erkrankungen (2001: 3,1 pro 100.000 EW; 2011: 7,4 pro 100.000 EW) sowie Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (2001: 6,6 pro 100.000 EW; 2011: 15,2 pro 100.000 EW) nahmen in den vergangenen Jahren zu [9].

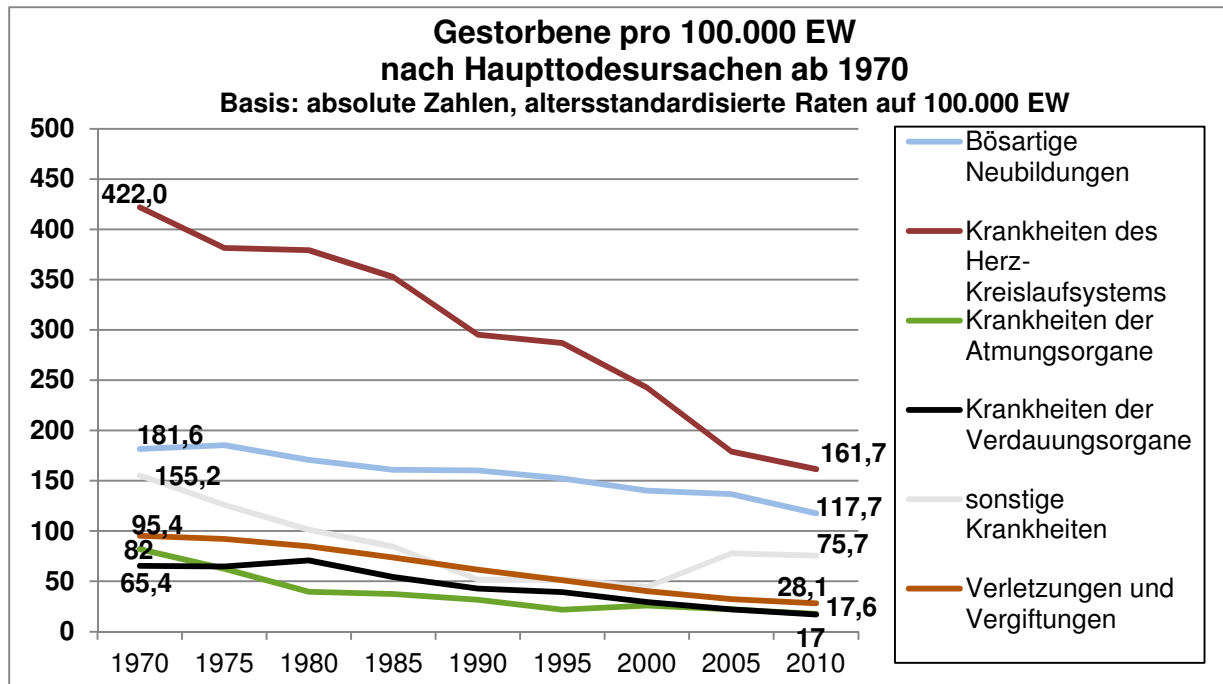


Abbildung 36: Gestorbene ab 1970 nach Haupttodesursachen, Stand: 2010, Basis: absolute Zahlen, altersstandardisierte Raten auf 100.000 EW; Quelle: Statistik Austria [9], Eigene Erstellung

#### 4.3.2.7 Regionale Unterschiede

Regionale Daten im Bereich der ursachenspezifischen Mortalität liegen nur für den Zeitraum 1998/2004 (Österreichischer Todesursachenatlas) vor. Dabei wurde ebenso wie bei der Gesamtmortalität (s. Kapitel 4.3.1) ein Index der Sterblichkeit (Österreich=100) festgelegt. In Abbildung 37 sind die Indexwerte der einzelnen burgenländischen NUTS 3-Regionen nach Haupttodesursachen angeführt.

#### Bösartige Neubildungen

Im Bereich der bösartigen Neubildungen sind auf NUTS 3-Ebene kaum regionale Unterschiede feststellbar. So schwanken die Werte um einen Indexwert von +/- 1,2. Hervor sticht jedoch der Bezirk Jennersdorf, der speziell bei Magenkrebs einen Indexwert von 178,6 aufweist (Burgenland gesamt: 121,4). Darmkrebs einschließlich Mastdarmkrebs tritt hingegen vermehrt in Mattersburg (125,6) auf (Burgenland: 101), weiblicher Brustkrebs vergleichsweise häufig im Bezirk Neusiedl am See (119,1; Burgenland gesamt: 96,3) [10].

### **Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems**

Bei der Todesursache „Krankheit des Herz-Kreislaufsystems“ zeigt sich ein deutlich höheres Auftreten im Südburgenland (112,5) und ein vergleichsweise niedriges im Mittelburgenland (99,7). Verantwortlich für den hohen Indexwert des Südburgenlandes ist bei näherem Betrachten der Datenlage vor allem der Bezirk Oberwart, der einen Indexwert von 118 aufweist. Besonders bei der Diagnose „Arteriosklerose“, welche in den Bereich der ICD-Gruppe „Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems“ fällt, zeigt sich ein hoher Mortalitäts-Indexwert für die südburgenländischen Bezirke Oberwart (179,6) und Güssing (148,8) (Burgenland gesamt: 115,4) [10].

### **Krankheiten der Atmungsorgane**

Im Vergleich zu anderen burgenländischen Regionen (Burgenland gesamt: 103,6) tritt die Todesursache „Krankheiten der Atmungsorgane“ im Mittelburgenland (166,1) besonders häufig auf. Betrachtet man die einzelnen Bezirke, so zeigt sich, dass Jennersdorf (77,4) über die wenigsten Sterbefälle aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane verfügt, Oberpullendorf (166,1) hingegen über die meisten [10].

### **Krankheiten der Verdauungsorgane**

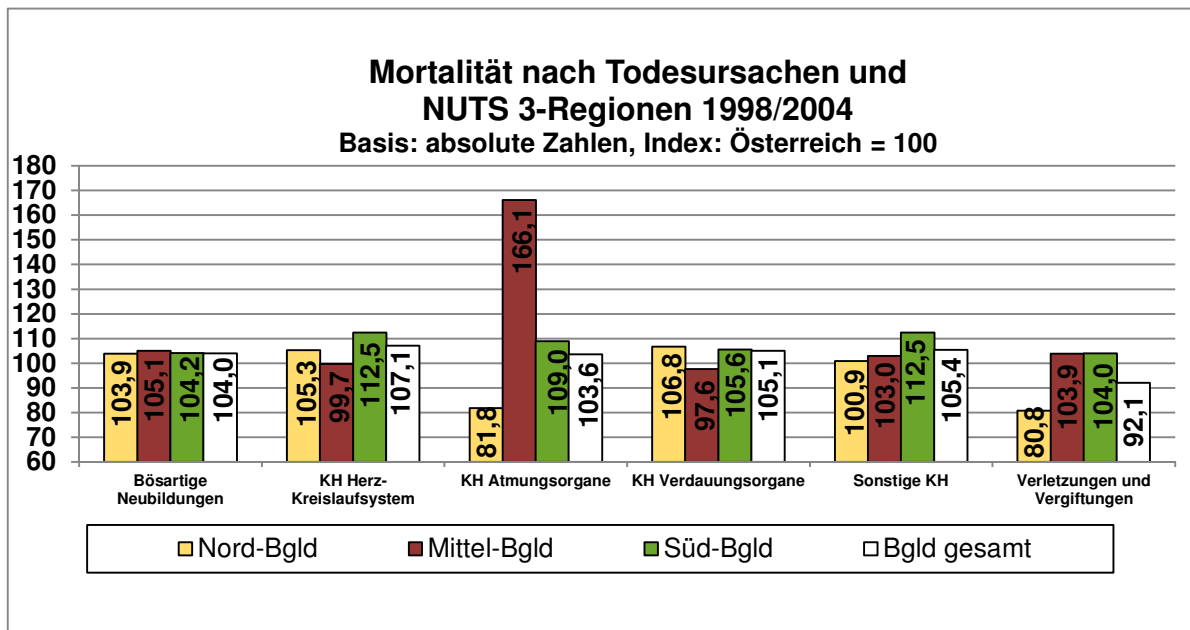
Todesfälle aufgrund von Erkrankungen der Verdauungsorgane treten im Nord- (106,8) und Südburgenland (105,6) häufiger als im Mittelburgenland (97,6) auf, hier vor allem im Bezirk Eisenstadt und Umgebung (109,5) und in Oberwart (107,8) [10].

### **Sonstige Krankheiten**

Es zeigt sich ein Nord-Süd-Gefälle hinsichtlich der sonstigen Krankheiten (Nord-Bgld: 100,9; Mittel-Bgld: 103; Süd-Bgld: 112,5). Bezirksbezogen sticht hier wiederum Oberwart mit einem Indexwert von 121,7 heraus. Am wenigsten Sterbefälle aufgrund sonstiger Erkrankungen gibt es hingegen im Bezirk Eisenstadt und Umgebung (89,6). Besonders große Unterschiede zeigen sich dabei bei Krankheiten des Nervensystems, welche zu den sonstigen Krankheiten zählen. Während der Indexwert in Eisenstadt und Umgebung bei 86,7 liegt, beträgt er im Bezirk Güssing 125,7 und in Oberwart sogar 133,1 [10].

### **Verletzungen und Vergiftungen**

Auch Todesfälle aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen treten im Süden des Landes häufiger auf als im Norden (Nord-Bgld: 80,8; Mittel-Bgld: 103,9; Süd-Bgld: 104), hier wiederum speziell im Bezirk Oberwart (111). Da auch Selbstmord und Selbstbeschädigung unter die Todesursachengruppe „Verletzungen und Vergiftungen“ fällt, sei hinsichtlich dieser spezifischen Diagnosegruppe ebenso das Nord-Süd-Gefälle innerhalb des Burgenlandes zu erwähnen (Nord-Bgld: 60; Mittel-Bgld: 99,8; Süd-Bgld: 101,2) [10].



**Abbildung 37: Mortalität nach Todesursachen und NUTS 3-Regionen, Stand: 1998/2004, Basis: Absolute Zahlen, Indexwert Österreich=100; Quelle: Statistik Austria [10], Eigene Erstellung**

Im Rahmen der ECHI-Indikatoren wird empfohlen, alkohol- und tabakassoziierte Mortalitätszahlen zu berücksichtigen [1]. Hierbei ist anzumerken, dass diese mehrere Hauptdiagnosegruppen betreffen.

Mit Alkohol verbundene Krankheiten im Südburgenland treten häufiger auf als im Nordburgenland (Nord-Bgld: 92,8; Mittel-Bgld: 104,7; Süd-Bgld: 111,7). Bei tabakassoziierten Krankheiten zeigt sich eher ein entgegengesetzter Trend (Nord-Bgld: 108,7; Mittel-Bgld: 99,4; Süd-Bgld: 101,8) [10].

## 4.4 Morbidität

Neben Mortalitätszahlen geben Daten zur Morbidität, also zur Krankheitslast, weitere wichtige Auskünfte über den Gesundheitszustand von Bevölkerungen.

Während Informationen zur Mortalität in Österreich ausreichend zur Verfügung stehen (Todesursachenstatistik), ist dies bei Morbiditätszahlen nicht der Fall. Obwohl es in allen österreichischen Krankenanstalten Diagnose- und Leistungsdokumentationen gibt, sind diese als Morbiditätsstatistiken nur eingeschränkt geeignet. Vorrangiges Ziel dieser Dokumentation ist die adäquate finanzielle Abgeltung der stationären Behandlungskosten und nicht das Ermitteln von Erkrankungsrisiken in einer Bevölkerung [19].

Sind andere Morbiditätsdaten vorhanden, so ist es empfehlenswert, diese anstatt jener der Spitalsentlassungsdiagnostik zu verwenden. Daher werden im Folgenden die einzig verfügbaren gut erfassten Routinedaten (meldepflichtige Infektionskrankheiten, Krebsinzidenz) dargestellt und darüber hinaus auf die Selbsteinschätzung der Bevölkerung in Bezug auf chronische Erkrankungen eingegangen.

#### 4.4.1 *Meldepflichtige Infektionskrankheiten*

Meldepflichtige Infektionskrankheiten sind eine der wenigen statistisch gut erfassten Erkrankungen in Österreich. Dabei kommt in europäischen Ländern besonders der HIV (Human immunodeficiency virus)-Infektion eine enorme Bedeutung zu, da diese mit hohen Behandlungskosten und einer erheblichen Verkürzung der Lebensdauer verbunden ist [1].

Vorweg ist jedoch anzumerken, dass es sich bei meldepflichtigen Infektionskrankheiten im Folgenden zumeist um absolute Zahlen handelt und daher direkte Bundesländervergleiche aufgrund der unterschiedlichen Bevölkerungsgrößen eher weniger aussagekräftig sind. Zudem erscheint eine regionale Gliederung sowie eine Darstellung der Daten für beide Geschlechter bzw. einzelne Altersgruppen aufgrund der geringen Fallzahlen und Datenverfügbarkeit als nicht zielführend.

Da in Industrienationen wie Österreich heutzutage chronische Erkrankungen dominieren und eine der größten Herausforderungen im Gesundheitswesen darstellen [12], werden Infektionserkrankungen im Burgenland aus diesem Grund nur überblicksmäßig dargestellt.

Im Burgenland erkrankte im Jahresdurchschnitt 2007 bis 2010 jährlich etwa eine Person neu an AIDS. Seit 1996 wurden insgesamt 21 Neuerkrankungen verzeichnet, wobei zumeist jährlich 0 bis 1 Erkrankungsfälle auftraten. Ausnahmen bilden die Jahre 1997 (4 Neuerkrankungen) und 2000 (5 Neuerkrankungen). Von den im Zeitraum 1996 bis 2010 insgesamt 21 an AIDS erkrankten Personen war der überwiegende Teil (17) männlich [13].

Die am häufigsten auftretenden gemeldeten Infektionskrankheiten im Burgenland waren im Jahr 2010:

- bakterielle Lebensmittelvergiftungen (237 Erkrankungsfälle)
- virale Lebensmittelvergiftungen (123 Erkrankungsfälle)
- Scharlach (101 Erkrankungsfälle)
- Hepatitis (36 Erkrankungsfälle)
- Tuberkulose (8 Erkrankungsfälle)
- Bissverletzungen durch wutkranke oder wutverdächtige Tiere (7 Erkrankungsfälle)

2010 traten zudem (außer AIDS) 37 sonstige Infektionskrankheiten wie Lues auf [14]. Vergleicht man die Zahlen mit jenen von 1996, so zeigt sich ein deutlicher Rückgang der Bissverletzungen (1996:138; 2010: 7). Auch bakterielle Lebensmittelvergiftungen traten 1996 (280) etwas häufiger auf (2010: 237). Scharlachfälle wurden hingegen 1996 (40) seltener gemeldet als 2010 (101). Dasselbe gilt für alle Formen von Hepatitis (1996: 6, 2010: 36) [15].

#### 4.4.2 *Krebsinzidenz*

Neben meldepflichtigen Infektionserkrankungen sind bösartige Neubildungen die einzige Krankheitsform, die in Österreich statistisch gut erfasst ist. So gibt es ein

eigenes Krebsregister, welches verpflichtend auf Basis des Krebsstatistikgesetzes 1969 und der Krebsstatistikverordnung 1978 geführt wird.

Ziel des Krebsregisters ist es, möglichst alle Krebserkrankungen in einer Bevölkerung zu erfassen. Um dies zu erreichen, besteht eine gesetzliche Meldepflicht der Krankenanstalten. Vorweg sei anzumerken, dass Zahlen aus datenschutzrechtlichen Gründen nur auf Bundeslandebene publiziert werden [17]. Daher können in diesem Kapitel keine regionalen Unterschiede im Burgenland aufgezeigt werden.

Da Krebserkrankungen zu den häufigsten Todesursachen zählen (s. Kapitel 4.3.2) und es gleichzeitig verschiedenste Präventions- und Früherkennungsmöglichkeiten gibt, stellt die Krebsmorbidity ein wichtiges Public Health Thema dar. Gemäß den ECHI-Indikatoren gilt es, die allgemeine Krebsinzidenz pro 100.000 EW darzustellen und zudem auf die häufigsten Arten bösartiger Neubildungen einzugehen. Dies sind vor allem Lungen-, Brust-, Darm-, Prostata-, Magen-, Haut- und Gebärmutterhalskrebs sowie Leukämie [1].

Die aktuellsten Daten im Rahmen des Österreichischen Krebsregisters stammen aus dem Jahr 2009. Da Krebsinzidenzen jedoch starken jährlichen Schwankungen unterliegen, wurden Mittelwerte aus den vergangenen fünf Jahren berechnet. Da derzeit keine aktuelleren Daten vorliegen, wird hierfür ein Jahresdurchschnittswert von 2005 bis 2009 herangezogen.

Im Burgenland erkrankten im Zeitraum 2005 bis 2009 im Durchschnitt 325,4 Männer und 223,9 Frauen pro 100.000 EW neu an Krebs [2]. Somit haben Männer im Vergleich zu Frauen ein um 1,5-faches höheres Risiko, an Krebs zu erkranken.

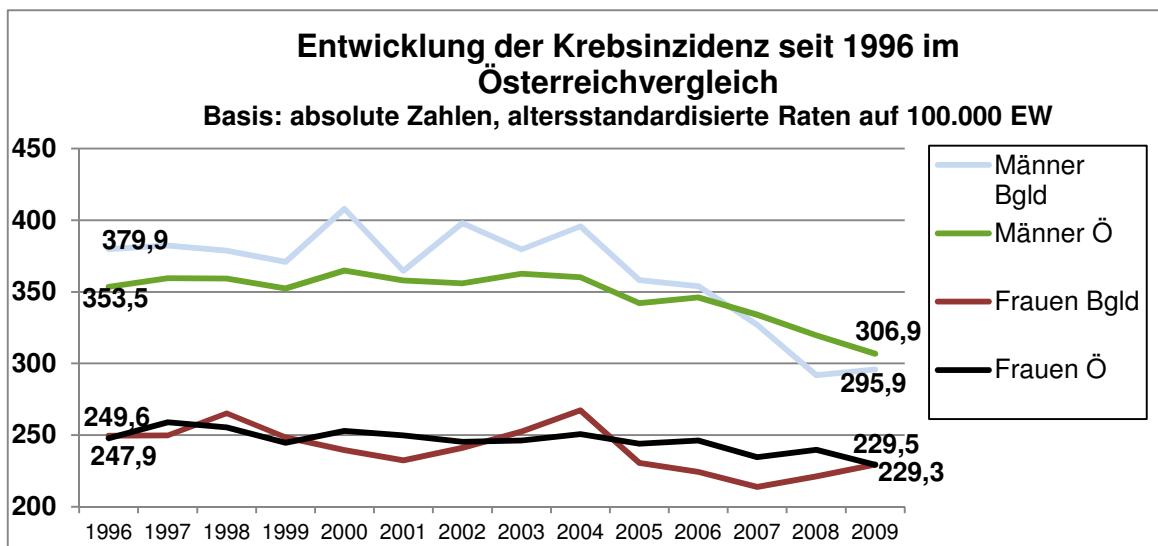
Betrachtet man die im Rahmen der ECHI-Indikatoren definierten Arten bösartiger Neubildungen, so ergeben sich für das Burgenland im Zeitraum 2005 bis 2009 durchschnittlich folgende jährliche altersstandardisierte Inzidenzraten pro 100.000 EW:

- bösartige Neubildung des Magens (C16) Männer: 12,0; Frauen: 6,7
- bösartige Neubildung des Dickdarmes sowie des Rektums und des Anus (C18-C21) Männer: 43,5; Frauen: 22,3
- bösartige Neubildung der Luftröhre, Bronchien und der Lunge (C33-C34) Männer: 44,3; Frauen: 13,7
- bösartiges Melanom der Haut (C43) Männer: 4,1; Frauen: 3,6
- bösartige Neubildung der Brustdrüse (C50) Männer: 0,9; Frauen: 69,1
- bösartige Neubildung der Prostata (C61) Männer: 78,4
- bösartige Neubildung der Cervix uteri (C53) Frauen: 7,2
- Leukämie (C91-C95) Männer: 7,9; Frauen: 5,5

Dabei zeigt sich, dass die bei Burgenländern am häufigsten auftretenden Krebsformen bösartige Neubildungen der Prostata (78,4), der Luftröhre, Bronchien und der Lunge (44,3) sowie des Dickdarmes, des Rektums und des Anus (43,5) sind. Bei Burgenländerinnen dominieren Brustkrebs (69,1), bösartige Neubildungen des

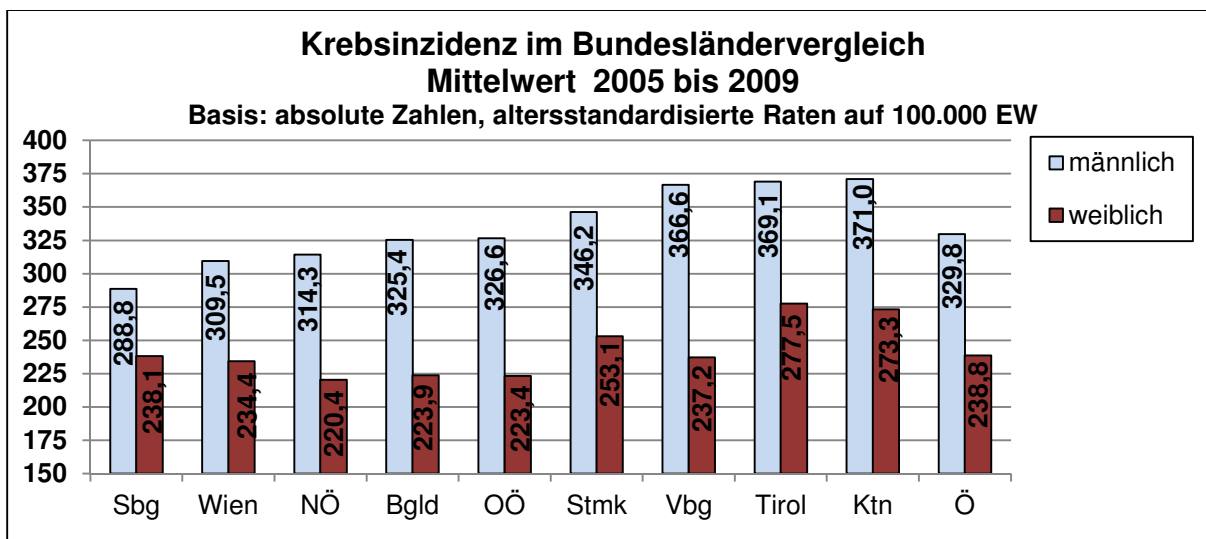
Dickdarmes, Rektums bzw. des Anus (22,3) und Luftröhren-, Bronchien bzw. Lungenkrebs (13,7).

Krebsneuerkrankungen pro 100.000 EW sind bei Männern von 1996 (379,9) bis 2009 (295,9) deutlich zurückgegangen. Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich bei Frauen (1996: 249,6; 2009: 229,5). Jedoch fiel der Rückgang bei Männern (-84) viel stärker aus als bei Frauen (-20,1) (s. Abbildung 38). Bei Burgenländern nahm von den oben angeführten Krebserkrankungen im Zeitraum 1996 bis 2009 lediglich die Inzidenz der bösartigen Melanome der Haut (1996: 3,0; 2009: 5,0) sowie des Prostatakrebses (1996 66,3; 2009: 69,7) zu. Bei Burgenländerinnen konnte eine Zunahme bei bösartigen Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge (1996: 6,6; 2009: 14,4) und der Brustdrüse (1996: 73,8; 2009: 79,0) festgestellt werden. Da Krebsinzidenzen jährlichen Schwankungen unterliegen und Ursachen für höhere Zahlen im Zeitverlauf auch bessere diagnostische Verfahren sowie eine verbesserte Erfassung möglichst aller Krebsneuerkrankungen sein können, wird auf einen detaillierteren Längsschnittvergleich im vorliegenden Gesundheitsbericht nicht näher eingegangen.



**Abbildung 38: Entwicklung der Krebsinzidenz im Österreichvergleich seit 1996, Stand: 2009, Basis: Absolute Zahlen, altersstandardisierte Raten auf 100.000 EW; Quelle: Statistik Austria [2], Eigene Erstellung**

Vergleicht man das Burgenland mit anderen österreichischen Bundesländern, so zeigt sich, dass es (325,4) im Zeitraum 2005 bis 2009 nach Salzburg (288,8), Wien (309,5) und Niederösterreich (314,3) jenes mit der viertniedrigsten jährlichen Krebsinzidenz bei Männern darstellte. Bei Frauen lag man nach Niederösterreich (220,4) und Oberösterreich (223,4) mit 223,9 Neuerkrankungen auf Platz 3 der niedrigsten Krebsinzidenzen. Am höchsten fiel die Inzidenz bei beiden Geschlechtern in Kärnten (Männer: 371,0; Frauen: 273,3) und Tirol (Männer: 369,1; Frauen: 277,5) aus. Im Österreich-Schnitt lag sie bei Frauen bei 238,8 und bei Männern bei 329,8 pro 100.000 EW (s. Abbildung 39).



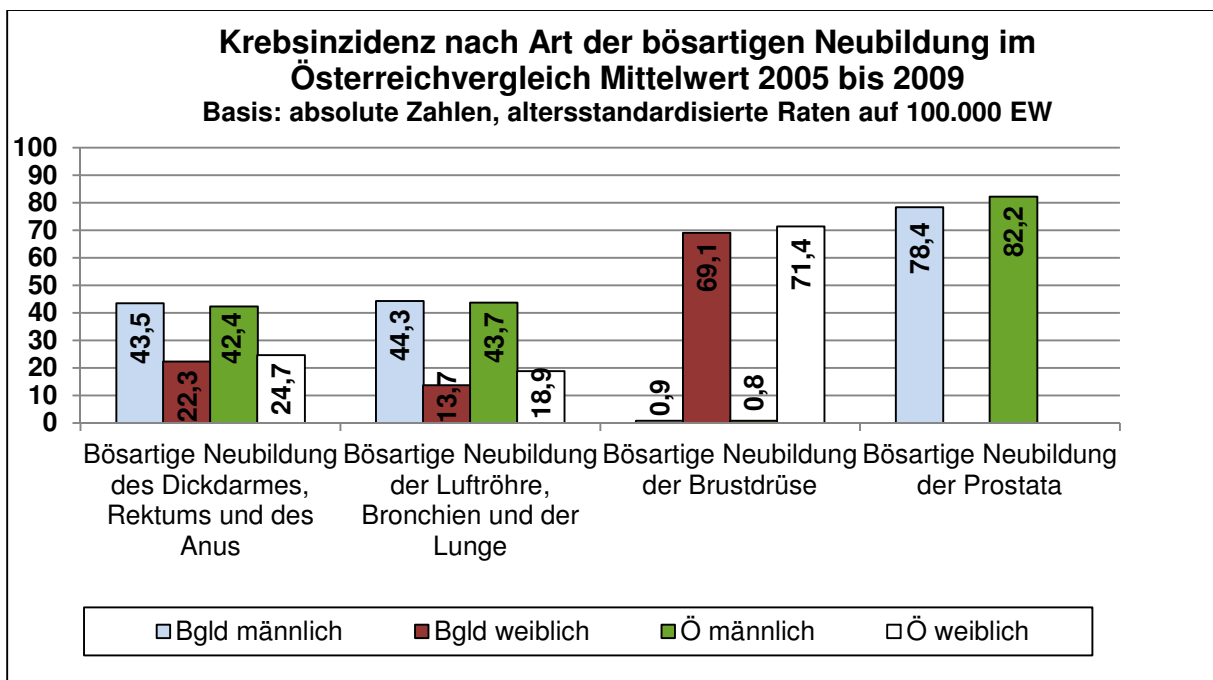
**Abbildung 39: Krebsinzidenz im Bundesländervergleich Mittelwert 2005 bis 2009, Stand: 2009, Basis: Absolute Zahlen, altersstandardisierte Raten auf 100.000 EW; Quelle: Statistik Austria [2], Eigene Erstellung und Berechnungen**

In Abbildung 40 werden Inzidenzen ausgewählter bösartiger Neubildungen für das Burgenland und Gesamtösterreich dargestellt. Dabei handelt es sich hauptsächlich um jene Tumorarten, die den größten Anteil an der Krebsmorbidity und –mortality (s. Kapitel 4.3.2) in Österreich bzw. im Burgenland einnehmen.

Grundsätzlich zeigen sich bei den meisten Krebsinzidenzen nur geringfügige Unterschiede zwischen Österreich und Burgenland. So traten bösartige Neubildungen des Dickdarmes, Rektums und des Anus im Zeitraum 2005 bis 2009 bei Männern im Burgenland (43,5 pro 100.000 EW) nahezu gleich häufig auf wie bei Männern in Gesamtösterreich (42,4). Bei Luftröhren-, Bronchien- und Lungenkrebs lagen die Zahlen für Männer im Burgenland und Österreich in den vergangenen Jahren ebenfalls stets nahe beieinander (Bgld: 44,3; Ö: 43,7). Einzig die Prostatakrebsinzidenz lag bei Burgenländern (78,4) etwas niedriger als bei Österreichern (82,2) [2].

Bei Burgenländerinnen traten bösartige Neubildungen des Dickdarmes, Rektums bzw. des Anus (22,3) etwas seltener auf als bei Österreicherinnen (24,7). Auch bei Brustkrebs lag die Inzidenzrate pro 100.000 EW in der burgenländischen weiblichen Bevölkerung (69,1) leicht unter jener der österreichischen weiblichen Bevölkerung (71,4). Dasselbe gilt für Lungen-, Luftröhren- bzw. Bronchienkrebs. So erkrankten im Zeitraum 2005 bis 2009 18,9 Österreicherinnen pro 100.000 EW neu an dieser bösartigen Neubildung, im Vergleich dazu nur 13,7 Burgenländerinnen pro 100.000 EW.





**Abbildung 40: Krebsinzidenz nach Art der bösartigen Neubildung im Österreichvergleich Mittelwert 2005 bis 2009, Stand: 2009, Basis: Absolute Zahlen, altersstandardisierte Raten auf 100.000 EW; Quelle: Statistik Austria [2], Eigene Erstellung und Berechnungen**

#### 4.4.3 Selbsteinschätzung der Bevölkerung

Es ist schwierig, das Ausmaß von Krankheiten, vor allem chronischer Erkrankungen, in einer Bevölkerung auf objektiver Datenbasis darzustellen, da es außer dem Krebsregister in Österreich keine Routinestatistiken diesbezüglich gibt.

Im europäischen Raum zählen chronische Erkrankungen heutzutage zu den größten Public Health Herausforderungen [18]. Sie sind zumeist lebensstil- und umweltbedingt und können somit durch Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten verhindert werden. Aufgrund dessen scheint eine Auseinandersetzung mit dem Ausmaß chronischer Krankheiten in der burgenländischen Bevölkerung im Rahmen der GBE als unerlässlich. So können auf diesen Erkenntnissen aufbauend gesundheitspolitische Maßnahmen entwickelt werden.

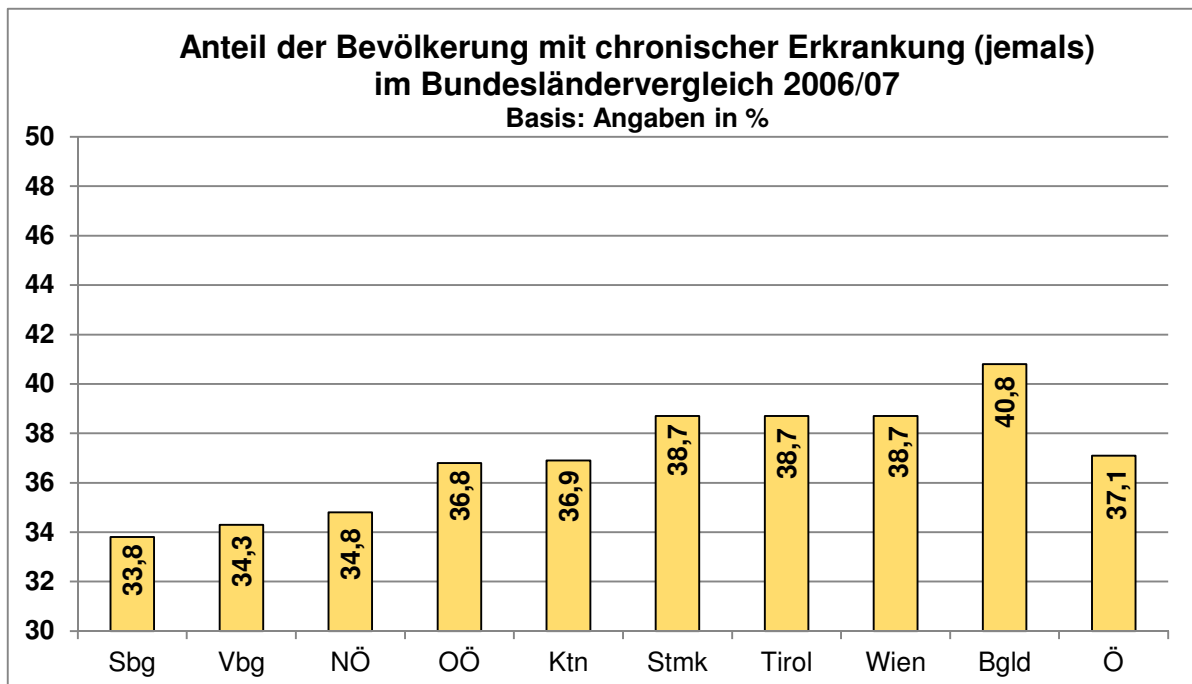
Aufgrund der eher geringen epidemiologischen Aussagekraft von Diagnose- und Leistungsdokumentationen, werden im Folgenden lediglich selbstberichtete Erkrankungen der Bevölkerung berücksichtigt. Da im Rahmen der ECHI-Indikatoren besonders die Darstellung von „Diabetes“, „Depression“, „akuter Myokardinfarkt“, „Schlaganfall“, „Asthma“ und „Chronische Bronchitis“ empfohlen wird [1], wird auf diese Erkrankungen im Detail eingegangen. Dafür wurden Ergebnisse der AT-HIS 2006/07 herangezogen, welche sich auf die Frage „Hatten Sie jemals eine chronische Krankheit?“ beziehen. Vorweg ist darauf aufmerksam zu machen, dass die Zahlen auf Selbstauskünften der Befragten beruhen und mögliche Fehlangaben (sowohl Über- als auch Unterschätzung des Krankheitsausmaßes) nicht auszuschließen sind. Zudem liegen keine aktuelleren Daten vor.

Die Ergebnisse zeigen, dass ein/eine durchschnittliche Burgenländer/in in seinem/ihrer Leben etwa 2 chronische Krankheiten erlebt (Männer: 1,8; Frauen 2,2). Ferner hatten 40,8% der Bevölkerung jemals bzw. haben derzeit mindestens eine chronische Krankheit bzw. ein dauerhaftes gesundheitliches Problem. Dies betrifft Frauen (42,5%) etwas stärker als Männer (39%).

Der Anteil der Personen mit chronischen Erkrankungen steigt mit zunehmendem Alter an. Während 14,3% der 20- bis 24-jährigen BurgenländerInnen eine dauerhafte Krankheit haben, sind es bei 45- bis 49-Jährigen 41,6%, bei Personen ab 85 Jahren sogar 80,9% [6].

Auf Regionesebene können im Allgemeinen kaum Unterschiede festgestellt werden. So sind 41,2% der NordburgenländerInnen (Versorgungsregion 11) und 40% der SüdburgenländerInnen (Versorgungsregion 12) von einer chronischen Erkrankung betroffen (s. Anhang A.7).

Im Bundesländervergleich zeigt sich, dass der Anteil der Bevölkerung mit chronischen Krankheiten im Burgenland mit 40,8% am höchsten in ganz Österreich ist (Österreich-Schnitt: 37,1%), gefolgt von Wien, Steiermark und Tirol (jeweils 38,7%). Am geringsten ist der Anteil chronisch Kranker in Salzburg (33,8%) und Vorarlberg (34,3%) (s. Abbildung 41).



**Abbildung 41: Anteil der Bevölkerung mit chronischer Erkrankung (jemals) im Bundesländervergleich, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [6], Eigene Erstellung**

Obwohl es auch im Jahr 1999 Sonderprogramme zum Thema Gesundheit im Rahmen der Österreichischen Mikrozensususerhebung gab, erscheinen Längsschnittvergleiche aufgrund unterschiedlicher Erhebungsformen nicht geeignet und werden somit für dieses Kapitel nicht durchgeführt.

#### **4.4.3.1 Asthma**

Etwa 4% der burgenländischen Bevölkerung leiden an Asthma. Somit liegt das Burgenland deutlich unter dem Österreich-Schnitt von 7,1% (s. Abbildung 42) und stellt das Bundesland mit dem geringsten Anteil an AsthmatikerInnen dar. Am meisten ist die Erkrankung in der Steiermark (8,7%) und Salzburg (8,4%) verbreitet. Betrachtet man die beiden Geschlechter separat voneinander, so zeigt sich ein häufigeres Auftreten von Asthma bei burgenländischen Frauen (4,7%, Männer: 3,2%). Auffallend ist zudem, dass besonders oft AkademikerInnen (15,4%) an Asthma leiden, während es im Vergleich dazu bei Personen mit Lehrabschluss nur 3,2% sind.

#### **4.4.3.2 Diabetes**

Etwa 6,5% der burgenländischen Bevölkerung leidet an Diabetes. In Gesamtösterreich sind es 5,9% (s. Abbildung 42). Betrachtet man die anderen Bundesländer, so zeigen sich eine besonders niedrige Diabetesprävalenz in Salzburg (4,3%), Tirol und Vorarlberg (jeweils 4,6%). Besonders viele von Diabetes Betroffene gibt es hingegen in Wien (7,7%) und eben dem Burgenland (6,5%). Diabetes tritt bei Burgenländern (6,6%) und Burgenländerinnen (6,4%) nahezu gleich oft auf. Zudem zeigt sich, dass die Erkrankung verstärkt in höheren Altersgruppen vorkommt. Während z.B. 1,8% der 30- bis 34-jährigen BurgenländerInnen an Diabetes leiden, sind es bei 50- bis 54-Jährigen 8,1% und bei 80- bis 84-Jährigen sogar 33,8%. Weiteres sind Personen mit einer niedrigeren Schulbildung stärker von Diabetes betroffen (PflichtschulabgängerInnen: 10,5%; AkademikerInnen: 3,5%).

#### **4.4.3.3 Herzinfarkt**

Etwa 2,6% der BurgenländerInnen gaben im Rahmen der AT-HIS 2006/07 an, bereits einen Herzinfarkt gehabt zu haben. In Gesamtösterreich sind es etwas weniger (2,1%) (s. Abbildung 42). Am geringsten ist der Anteil an Personen mit Herzinfarkt in Oberösterreich (1,4%), Vorarlberg (1,5%) und Kärnten (1,6%), am höchsten hingegen in Salzburg (2,7%) und eben dem Burgenland (2,6%). Von Herzinfarkt sind im Burgenland Männer (2,7%) nahezu in gleichem Ausmaß wie Frauen (2,5%) betroffen. Die Krankheit tritt besonders oft in höherem Alter auf (50- bis 54-Jährige: 0,8%; 85+: 13,9%). Betrachtet man die Daten separat für einzelne Bildungsschichten, so zeigt sich kein eindeutiger linearer Zusammenhang zwischen höchster abgeschlossener Schulbildung und Herzinfarktprävalenz.

#### **4.4.3.4 Schlaganfall/Gehirnblutung**

2,7% der BurgenländerInnen erlitten gemäß Selbstauskünften bereits einen Schlaganfall bzw. eine Gehirnblutung. Damit liegt man leicht über dem Österreich-Schnitt (2,2%) (s. Abbildung 42) und stellt, gefolgt vom Nachbarbundesland Steiermark (2,5%), jenes Bundesland mit der höchsten Schlaganfallhäufigkeit Österreichs dar. Am wenigsten Schlaganfälle treten hingegen in Vorarlberg (1,5%) und Niederösterreich (2%) auf.

Während sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellen lassen (Frauen: 2,6%; Männer: 2,7%), sind mehr Schlaganfälle bzw. Gehirnblutungen in höheren Altersklassen zu verzeichnen. Während nämlich etwa 4,1% der 50- bis 54-Jährigen einen Schlaganfall hatten, sind es bei 80- bis 84-Jährigen 10,3%.

#### 4.4.3.5 Chronische Bronchitis

Im Vergleich zum Österreich-Schnitt (5,5%) leiden gemäß Selbstauskünften etwas weniger BurgenländerInnen (4,7%) an einer chronischen Bronchitis (s. Abbildung 42). Gemeinsam mit Wien und Vorarlberg (beide 4,7%) zählt man somit zu jenen Bundesländern, die den geringsten Anteil an Personen mit chronischer Bronchitis haben. Am häufigsten tritt diese Erkrankung hingegen in Tirol (8,1%) auf.

Chronische Bronchitis betrifft im Burgenland Frauen und Männer beinahe in gleichem Maße (Frauen: 4,9%, Männer: 4,4%). Weiters lassen sich keine eindeutigen Aussagen über vermehrtes Auftreten der Krankheit mit steigendem Alter treffen. Im Gegensatz dazu korreliert die Erkrankungswahrscheinlichkeit positiv mit der Schulbildung (PflichtschulabgängerInnen: 4,4%; AkademikerInnen: 10,2%).

#### 4.4.3.6 Chronische Angstzustände/Depression

Die Prävalenz von Angstzuständen bzw. Depressionen liegt im Burgenland (8,1%) etwa im Österreich-Schnitt (8,9%) (s. Abbildung 42). Am wenigsten Depressionen treten in Vorarlberg (6,6%) und in Kärnten (6,7%) auf, am meisten in Wien (10,8%) und Salzburg (10,3%). Depressionen und chronische Angstzustände betreffen die weibliche Bevölkerung Burgenlands (9,9%) stärker als die männliche (6,1%). Zudem leiden besonders häufig die Altersgruppen 30 bis 34 Jahre (12,6%), 65 bis 69 Jahre (14,3%) und 85+ (14,5%) an dieser psychischen Erkrankung. Bei chronischen Angstzuständen bzw. Depressionen zeigt sich kein eindeutiger Zusammenhang zwischen Krankheitsprävalenz und Schulbildung.

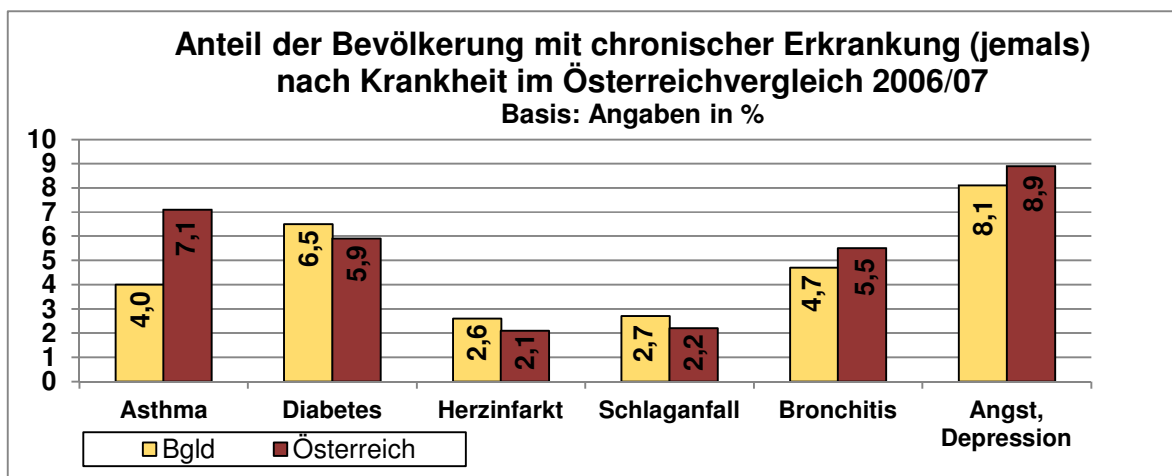


Abbildung 42: Anteil der Bevölkerung mit chronischer Erkrankung (jemals) im Österreichvergleich, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [6], Eigene Erstellung

Betrachtet man nun die einzelnen Versorgungsregionen des Burgenlandes in Hinblick auf chronische Erkrankungen, zeigt sich, dass beim Auftreten von Asthma (Bgl-Nord: 3,9%; Bgl-Süd: 4%), Diabetes (Bgl-Nord: 6,4%; Bgl-Süd: 6,7%) und chronischer Bronchitis (Bgl-Nord: 4,5%; Bgl-Süd: 4,9%) kaum Unterschiede feststellbar sind. Bei Herzinfarkt (Bgl-Nord: 2,2%, Bgl-Süd: 3,1%) und Schlaganfall (Bgl-Nord: 2%, Bgl-Süd: 3,8%) gibt es eine etwas höhere Krankheitsprävalenz im Süden des Landes. Einzig Angstzustände und Depressionen treten im Nordburgenland etwas häufiger auf als im Südburgenland (Bgl-Nord: 8,5%; Bgl-Süd: 7,2%) (s. Abbildung 43 und Anhang A.7).

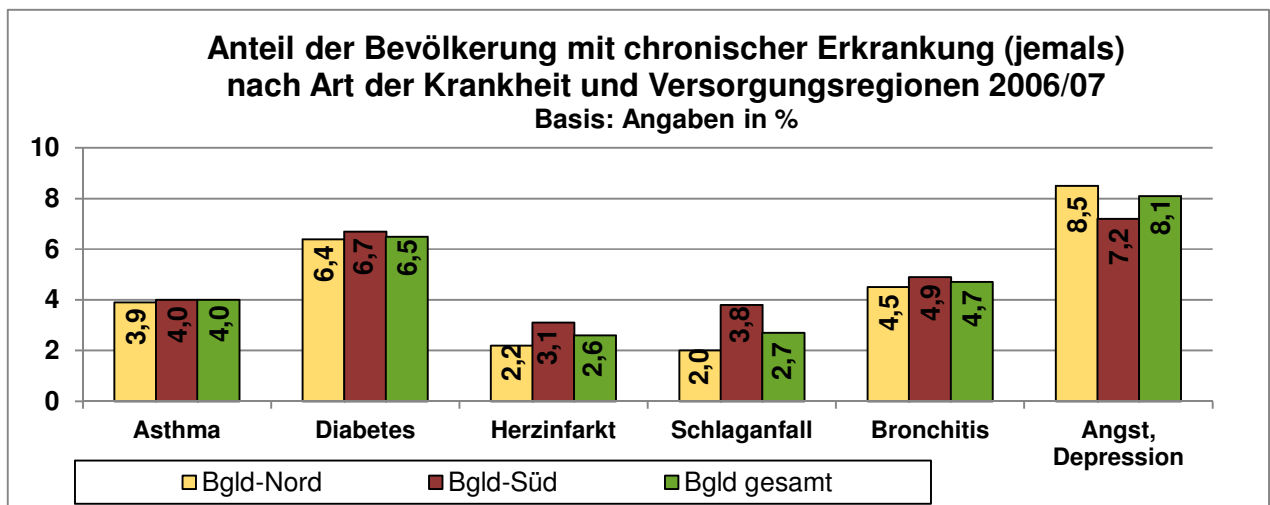


Abbildung 43: Anteil der Bevölkerung mit chronischer Erkrankung (jemals) nach Art der Krankheit und Versorgungsregionen, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [6], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland

## 4.5 Menschen mit besonderen Bedürfnissen

Eine wichtige Kennzahl zur Beschreibung des Gesundheitszustandes von Bevölkerungen sind langzeitige Einschränkungen bei täglichen Aktivitäten. Dabei wird gemäß ECHI-Indikatoren empfohlen, Ergebnisse separat für einzelne Altersgruppen und die beiden Geschlechter darzustellen [1].

Die Berücksichtigung von Menschen mit besonderen Bedürfnissen im Rahmen der GBE gibt Auskunft über Lebensqualität von Bevölkerungen und ermöglicht es so, einer umfassenden Gesundheitsdefinition gerecht zu werden.

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07 wurden Personen zu Problemen und Unsicherheiten bei der Erledigung persönlicher Bedürfnisse, Haushaltstätigkeiten sowie zu physischen Einschränkungen befragt [6]. Im Folgenden werden diese Ergebnisse für das Burgenland dargestellt, wobei sich die Prozentzahlen stets auf jene Personen beziehen, die mindestens zwei der angeführten Einschränkungen haben.

Die Daten zeigen, dass 4,3% der befragten BurgenländerInnen Probleme bei mindestens zwei der folgenden Tätigkeiten haben:

- selbst Niedersetzen
- selbst An- und Ausziehen
- selbst Essen
- selbstständiges Benutzen der Toilette
- selbst Baden

Betrachtet man die Ergebnisse separat für beide Geschlechter, so zeigt sich, dass Einschränkungen bei der Erledigung persönlicher Bedürfnisse Männer (4,5%) und Frauen (4,1%) gleichermaßen betreffen. Wie zu erwarten steigt das Ausmaß von Beeinträchtigungen mit dem Alter. So gaben nur 1,5% der befragten 15- bis 44-jährigen BurgenländerInnen an, Probleme bei mindestens zwei der obengenannten Tätigkeiten zu haben, während es bei 65- bis 84-Jährigen 10,7% und bei BurgenländerInnen über 85 Jahre sogar 45,1% waren (s. Anhang A.7).

Vergleicht man diesbezüglich die einzelnen Bundesländer miteinander, so zeigt sich, dass Burgenland leicht über dem Österreich-Schnitt liegt (3,7%). Am wenigsten derartige Einschränkungen gibt es in den Bundesländern Vorarlberg (1,8%), Tirol (2,1%) und Salzburg (2,4%), am meisten in der Steiermark (5,2%), Wien (4,7%) und eben dem Burgenland (4,3%) (s. Abbildung 44).

Eine weitere Frage im Rahmen der AT-HIS 2006/07 bezog sich auf Probleme bei der Haushaltsführung. Hierzu zählt das Erledigen von Einkäufen, das Zubereiten von Essen, Telefonieren, Waschen von Wäsche und das Erledigen finanzieller Angelegenheiten. Insgesamt gaben 13,5% der BurgenländerInnen an, bei mindestens zwei dieser Aktivitäten eingeschränkt zu sein. Dabei zeigt sich, dass Männer (13,9%) und Frauen (13,0%) nahezu gleich stark betroffen sind. Zudem steigt auch hier das Ausmaß der Einschränkungen mit zunehmendem Alter deutlich an (s. Anhang A.7).

Im Österreichvergleich liegt Burgenland wiederum leicht über dem Durchschnitt (Österreich-Schnitt: 12,1%). Am wenigstens Einschränkungen beim Führen des Haushalts haben Personen in Salzburg (7,1%), Vorarlberg (8,2%) und Tirol (11,1%), am meisten jene in der Steiermark (15,3%), Burgenland (13,5%) und Wien (13,3%) (s. Abbildung 44).

Physische Einschränkungen bei zwei der folgenden angeführten Tätigkeiten haben 11,2% der BurgenländerInnen:

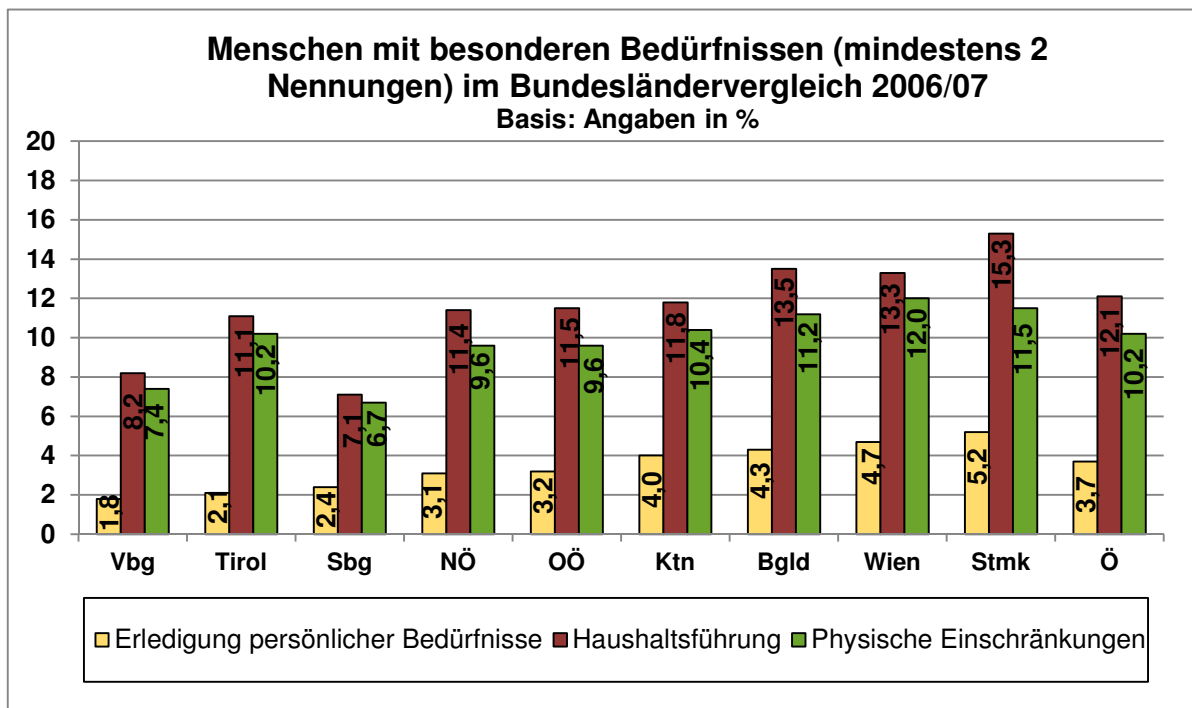
- Bücken oder Knien
- Treppensteigen ohne Gehhilfe
- Gehen von 500 Metern ohne Gehhilfe
- Tragen einer vollen Einkaufstasche (5 Kilogramm)
- Aufnehmen fester Nahrung

Im Gegensatz zu Problemen bei der Haushaltsführung und der Erledigung persönlicher Bedürfnisse zeigen sich bei körperlichen Einschränkungen leichte geschlechtsspezifische Unterschiede. So gaben 12,2% der Burgenländerinnen und 10,2% der Burgenländer an, bei mindestens zwei der oben genannten körperlichen

Tätigkeiten Probleme zu haben. Während es zudem in der Alterskategorie 15 bis 44 Jahre 2,6% und bei 45- bis 64-Jährigen 6% waren, betraf dies 30,6% aller befragten 65- bis 84-Jährigen und sogar 84,5% aller Personen ab 85 Jahren (s. Anhang A.7).

Betrachtet man wiederum die einzelnen Bundesländer Österreichs, so zeigt sich auch hier ein im Vergleich zum Österreich-Schnitt etwas höheres Ausmaß physischer Einschränkungen im Burgenland. Während 11,2% der BurgenländerInnen angaben, mindestens zwei der oben genannten physischen Beeinträchtigungen zu haben, waren es im Österreich-Schnitt 10,2%. Ebenso wie bei Einschränkungen bei der Erledigung persönlicher Bedürfnisse und der Haushaltsführung zeigt sich ein deutliches Ost-West-Gefälle innerhalb Österreichs. So haben nur 6,7% der befragten SalzburgerInnen und 7,4% der VorarlbergerInnen mindestens zwei der oben erwähnten körperlichen Beeinträchtigungen, während es bei WienerInnen 12%, bei SteirerInnen 11,5% und bei BurgenländerInnen 11,2% sind (s. Abbildung 44).

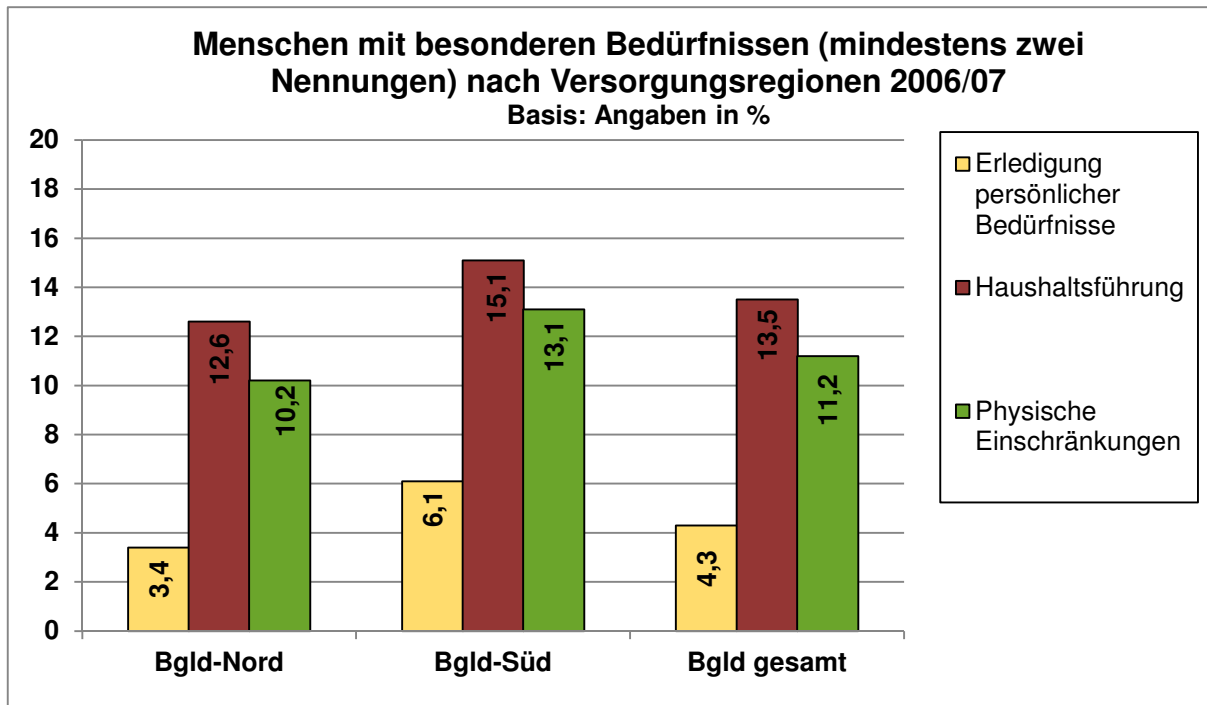
Bezüglich der Bundesländervergleiche gilt es anzumerken, dass eine Ursache für die etwas höheren Prozentsätze im Burgenland im Vergleich zum Österreich-Schnitt unter anderem auch die eher ältere Bevölkerung (s. Kapitel 3.1.1) sein kann, da keine Altersstandardisierung bei der Datenauswertung vorgenommen wurde.



**Abbildung 44: Menschen mit besonderen Bedürfnissen im Bundesländervergleich (mindestens zwei Nennungen), Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [6], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Sowohl bei Unsicherheiten bei der Erledigung persönlicher Bedürfnisse als auch bei Problemen bei der Haushaltsführung und physischen Einschränkungen zeigt sich ein größeres Ausmaß der Problematik im Südburgenland (Versorgungsregion 12). So gaben 3,4% der NordburgenländerInnen (Versorgungsregion 11) an, mindestens zwei Probleme bei der Erledigung persönlicher Bedürfnisse zu haben, während es im

Südburgenland beinahe doppelt so viele (6,1%) waren. Bei Problemen bei Tätigkeiten der Haushaltsführung beträgt die Differenz zwischen den beiden Regionen 2,5 und bei physischen Einschränkungen 2,9 Prozentpunkte (s. Abbildung 45 und Anhang A.7).



**Abbildung 45: Menschen mit besonderen Bedürfnissen nach Versorgungsregionen (mindestens zwei Nennungen), Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [6], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland**

Da die AT-HIS Gesundheitsbefragung in dieser Form in den Jahren 2006/07 erstmalig durchgeführt wurde, ist ein Längsschnittvergleich in Bezug auf Einschränkungen in der burgenländischen Bevölkerung nicht möglich.

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse dieses Kapitels findet sich in der Kurzfassung des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012.

## 4.6 Literaturverzeichnis

[1] European Community Health Indicators Monitoring. (2010). *ECHI Shortlist Release of June 2008 (minor revisions in February 2010). Complete metadata for the indicators available on the ECHIM Products Website* (ECHIM, European Union, Hrsg.). Verfügbar unter: [http://www.echim.org/docs/echi\\_shortlist.pdf](http://www.echim.org/docs/echi_shortlist.pdf) [11.10.2012]

[2] Statistik Austria. (2011). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010*. Wien.

[3] Fonds Gesundes Österreich. (Hrsg.). (2007). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/tagungsbande/tagungsband-soziale-ungleichheit-und-gesundheit/2009-08-28.8211777691> [28.11.2012]



- [4] Österreichische Wirtschaftskammer. (2011). *Lebenserwartung: Stand 2009*. Verfügbar unter: <http://wko.at/statistik/eu/europa-lebenserwartung.pdf> [28.11.2012]
- [5] Klimont, J. & Ihle, P. (2009). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: ausgewählte Ergebnisse für Bundesländer*. Wien.
- [6] Statistik Austria. (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Wien.
- [7] Birner, A., Fülöp, G., Hlava, A., Sax, G., Sprinzl, G. & Winkler, P. (2003). *Burgenländischer Gesundheitsbericht 2002: Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der burgenländischen Bevölkerung Inanspruchnahme und Leistungen des burgenländischen Gesundheitssystems*. Eisenstadt. Verfügbar unter: [http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/BGLD\\_GB\\_2002.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/BGLD_GB_2002.pdf) [28.11.2012]
- [8] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2007). *Altersstandardisierte Sterbeziffer*. Verfügbar unter: [http://www.obsandaten.ch/indikatoren/2\\_2\\_1\\_2/2004/d/2212.pdf](http://www.obsandaten.ch/indikatoren/2_2_1_2/2004/d/2212.pdf) [11.10.2012]
- [9] Statistik Austria. (2012). *Todesursachenstatistik*. Wien.
- [10] Statistik Austria. (2008). *Österreichischer Todesursachenatlas: Atlas of Mortality in Austria by Causes of Death 1998/2004*. Wien.
- [11] Stein, K. V., Rieder, A. & Dorner, T. E. (2011). East-West gradient in cardiovascular mortality in Austria: how much can we explain by following the pattern of risk factors?. *International Journal of Health Geographics*, 10 (59). Verfügbar unter: <http://www.ij-healthgeographics.com/content/pdf/1476-072X-10-59.pdf> [28.11.2012]
- [12] Dür, W. (2007). *Visionen für die Gesundheitsförderung in Österreich*. Vortrag im Rahmen der 9. Österreichischen Gesundheitsförderungskonferenz. Salzburg. Verfügbar unter: <http://lbimgs-archiv.lbg.ac.at/present/04062007.pdf> [28.11.2012]
- [13] Bundesministerium für Gesundheit. (2010). *Österreichische AIDS-Statistik: Periodischer Bericht*. Verfügbar unter: [http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/2/2/CH11\\_88/CMS1287134758128/aids-statistik\\_dezember\\_2010\\_barrierefrei.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/2/2/CH11_88/CMS1287134758128/aids-statistik_dezember_2010_barrierefrei.pdf) [11.10.2012]
- [14] Statistik Austria. (2012). *Statistisches Jahrbuch Österreich 2012*. Wien.
- [15] Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz. (1996). *Endgültiger Jahresausweis über angezeigte Fälle übertragbarer Krankheiten für das Jahr 1996*. Verfügbar unter: [http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/0/9/CH1258/CMS103892\\_0772676/jahresausweis\\_1996.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/0/9/CH1258/CMS103892_0772676/jahresausweis_1996.pdf) [11.10.2012]

[16] European Centre for Disease Prevention and Control. (2011). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2010*. Verfügbar unter: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0006/154554/e96000.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/154554/e96000.pdf)

[11.10.2012]

[17] Statistik Austria. (2011). *Standard-Dokumentation Metainformation (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Krebsstatistik (Krebsregister)*. Wien.

[18] Jakubowski, E. (2003). Public Health in Europa. In F. W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist & U. Walter (Hrsg.), *Das Public Health Buch* (S. 11-15). München & Jena: Urban & Fischer.

[19] Statistik Austria. (2010). *Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Spitalsentlassungsstatistik*. Wien. Verfügbar unter:

<http://www.statistik.at/wcmsprod/groups/gd/documents/stddok/006429.pdf>

[28.11.2012]

## 5 GESUNDHEITSDETERMINANTEN

Nachdem im vorhergehenden Kapitel einzelne Indikatoren zur Beschreibung des Gesundheitszustandes der burgenländischen Bevölkerung dargestellt wurden, stellt sich nun die Frage, welche Parameter die Gesundheit beeinflussen und somit unter anderem für die dargestellten Ergebnisse verantwortlich sind.

Um dies zu ermitteln, werden im Folgenden, abgesehen von unveränderbaren Faktoren wie Alter und Geschlecht, welche bereits in Kapitel 3 erläutert wurden, alle Ebenen des Determinantenmodells nach Dahlgren und Whitehead (s. Kapitel 1.2.1) berücksichtigt. Dies sind Faktoren individueller Lebensweisen, soziale und kommunale Netzwerke, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt.

Auf EU-Ebene wurden zusammenfassend folgende Indikatoren zur Darstellung der Gesundheitsdeterminanten im Rahmen der GBE festgelegt:

- Body Mass Index
- Rauchverhalten
- Alkoholkonsum
- Drogenmissbrauch
- Ernährungsverhalten (Obst- und Gemüsekonsum)
- Körperliche Aktivität
- Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz
- soziale Unterstützung
- Feinstaubbelastung [1]

Da eine Besonderheit des vorliegenden Gesundheitsberichts die umfassende Beschreibung von gesundheitsbezogenen Einflussgrößen ist, wird über die ECHI-Indikatoren hinaus auf weitere Faktoren, die das Wohlbefinden der BurgenländerInnen beeinflussen, eingegangen.

Im Mittelpunkt stehen dabei das Verständnis eines umfassenden Gesundheitsbegriffs (WHO) sowie der „Health in All Policies“-Ansatz, der davon ausgeht, dass die Gesundheit der Bevölkerung auf verschiedenen Ebenen und durch unterschiedliche Sektoren und Lebensbereiche wie z.B. Verkehr oder Bildung beeinflusst wird.

### 5.1 Gesundheitsverhalten

Unter Gesundheitsverhalten versteht man jenes Verhalten, welches die Gesundheit fördert bzw. langfristig erhält, Schäden fernhält und die Lebenserwartung verlängert. Dazu zählt auch das Unterlassen von Risikoverhalten [2].

Unter dem Begriff der individuellen Lebensweisen werden vor allem das Bewegungs- und Ernährungsverhalten sowie der Missbrauch von Suchtmitteln wie Alkohol, Zigaretten oder illegale Drogen subsumiert. Im Folgenden soll auf diese Komponenten des Gesundheitsverhaltens im Detail eingegangen werden, wobei

dafür vorwiegend die AT-HIS Gesundheitsbefragung 2006/07 als Datenquelle herangezogen wurde. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse auf Selbstangaben der Befragten beruhen und mögliche Verzerrungen nicht auszuschließen sind (s. Kapitel 2.2.4).

Vorweg ist anzumerken, dass diese nationale Befragung im Zeitraum 2006/07 erstmalig durchgeführt wurde. Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden und Fragestellungen im Rahmen des Mikrozensus 1999 Sonderprogramm Gesundheit erfolgen in diesem Kapitel nur eingeschränkt Längsschnittvergleiche. Aktuellere Daten zum Gesundheitsverhalten von erwachsenen BurgenländerInnen liegen auf Bundeslandebene nicht vor.

### 5.1.1 Sport und Bewegung

Unter körperlicher Aktivität versteht man gemäß WHO „jede körperliche Bewegung, die durch die Skelettmuskulatur erzeugt wird und einen Energieaufwand erfordert“. Empirische Studien belegen einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Bewegung und Gesundheit. So identifizierte die WHO Bewegungsarmut als viertgrößten Risikofaktor für die globale Mortalität. Sie ist zudem bei 21 bis 25% aller Brust- und Darmkrebserkrankungen, 27% aller Diabetesfälle und 30% aller ischämischen Herzerkrankungen die Hauptursache [3]. Neben gesundheitlichen Aspekten gilt es auch, ökonomische Auswirkungen von Bewegungsarmut zu berücksichtigen. In Anlehnung an internationale Berechnungsmodelle können für Österreich jährliche bewegungsarmutsbedingte Kosten von 3,1 Milliarden Euro geschätzt werden [4].

Während ein Mangel an körperlicher Aktivität für viele, vor allem chronische Erkrankungen, verantwortlich ist, führt regelmäßige Bewegung zu gesundheitsförderlichen Effekten wie die Verbesserung der Herz-Kreislauf- und muskulären Fitness [4]. Ferner fördern gemeinsame Bewegungsaktionen die soziale Gesundheit, indem Kontakte geknüpft und gepflegt werden können.

Gemäß den Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung sollten Erwachsene mindestens 150 Minuten pro Woche Bewegung mittlerer (während der Bewegung kann gesprochen, aber nicht mehr gesungen werden) oder 75 Minuten pro Woche Bewegung höherer Intensität (während der Bewegung sind nur kurze Wortwechsel möglich) ausüben. Zudem werden muskelkräftigende und bei Personen ab 65 Jahren zusätzlich gleichgewichtssinn-stärkende Aktivitäten empfohlen, welche mindestens an zwei Tagen pro Woche durchgeführt werden sollten [4].

Im Folgenden wird ermittelt, inwieweit die burgenländische Bevölkerung diesen Empfehlungen entspricht. Dabei gilt es zu bedenken, dass sowohl sozioökonomische Merkmale wie Alter, Geschlecht und soziale Schicht sowie individuelle Lebensweisen als auch das soziale Umfeld, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie die gebaute Umwelt das Bewegungsverhalten von Personen beeinflussen [4].

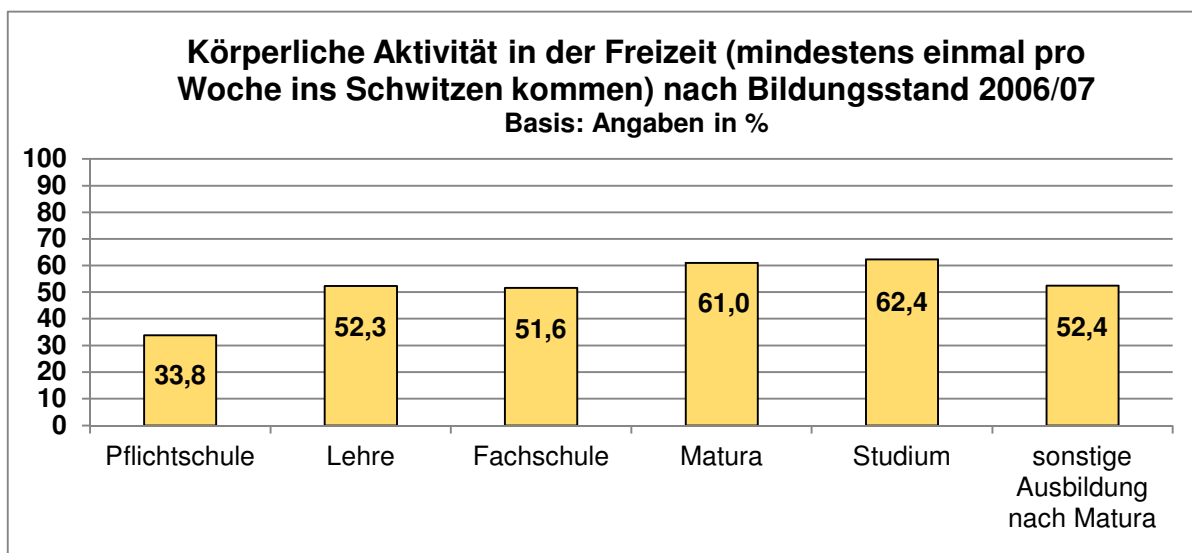
Zur Beschreibung des Sport- und Bewegungsausmaßes der BurgenländerInnen wurden Ergebnisse der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2006/07 herangezogen. Um sowohl einen Überblick über das allgemeine Bewegungsausmaß der Bevölkerung

als auch Informationen zur Art der körperlichen Aktivität zu bekommen, werden Antworten auf zwei Fragen im Rahmen dieser nationalen Erhebung im Detail erläutert.

### 5.1.1.1 Allgemeines Bewegungsverhalten

Insgesamt beantwortet weniger als die Hälfte der befragten BurgenländerInnen (47,4%) die Frage „Kommen Sie in Ihrer Freizeit mindestens einmal pro Woche durch körperliche Betätigung ins Schwitzen?“ mit „Ja“. Grundsätzlich sind Burgenländer (54,1%) körperlich aktiver als Burgenländerinnen (41%). Zudem zeigt sich eine deutliche Abnahme des Bewegungsausmaßes mit zunehmendem Alter. Während noch beinahe drei Viertel (70,7%) der 15- bis 19-jährigen BurgenländerInnen und über die Hälfte (57,6%) der 45- bis 49-Jährigen mindestens einmal pro Woche durch körperliche Aktivität ins Schwitzen kommen, sind es in der Altersgruppe 65 bis 69 Jahre nur noch 38,2% und bei Personen über 85 Jahre sogar nur 2,9%. Hierbei sind natürlich eventuelle körperliche Einschränkungen in hohem Alter zu berücksichtigen.

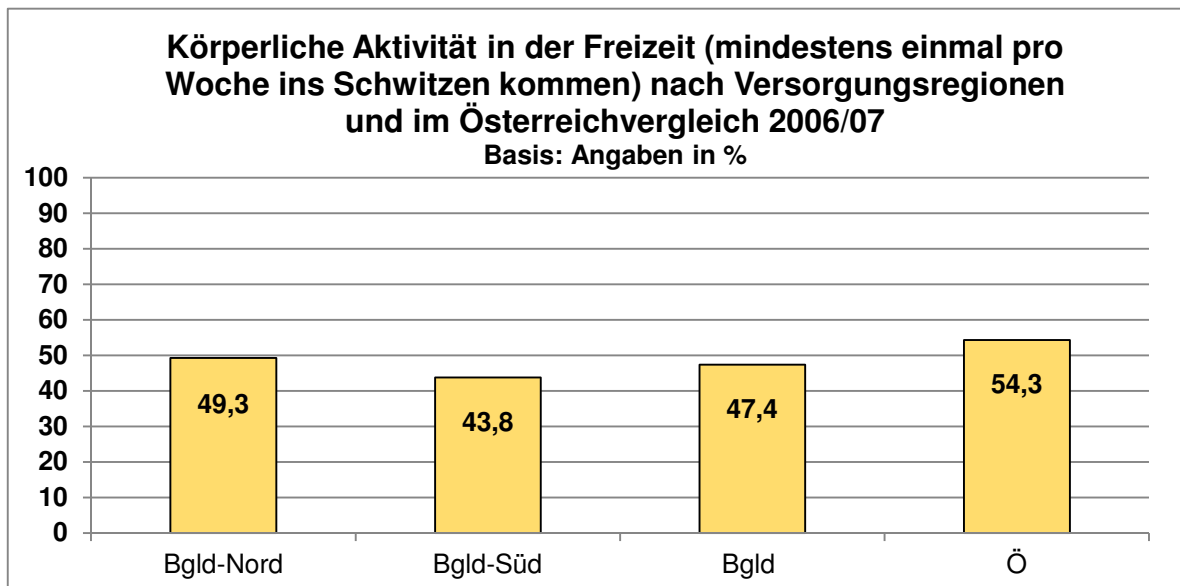
Der Bildungsstand stellt einen wichtigen Einflussfaktor auf das Bewegungsverhalten dar. So sind nur 33,8% der burgenländischen PflichtschulabgängerInnen mindestens einmal pro Woche so körperlich aktiv, dass sie dabei ins Schwitzen kommen, während es bei AkademikerInnen beinahe doppelt so viele (62,4%) sind (s. Abbildung 46 und Anhang A.7).



**Abbildung 46: Körperliche Aktivität in der Freizeit nach Bildungsstand, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Rest auf 100: Antwort „Nein“; Quelle: Statistik Austria [5], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland**

Betrachtet man die Ergebnisse für die einzelnen Versorgungsregionen des Burgenlandes, so zeigen sich Unterschiede. Während 49,3% der NordburgenländerInnen angeben, mindestens einmal pro Woche durch körperliche Aktivität ins Schwitzen zu kommen, sind es bei SüdburgenländerInnen 43,8% (s.

Anhang A.7). In Abbildung 47 sind die regionalen Unterschiede des Bewegungsverhaltens in der Bevölkerung zusammenfassend dargestellt.



**Abbildung 47: Körperliche Aktivität in der Freizeit nach Versorgungsregionen, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Rest auf 100: Antwort „Nein“; Quelle: Statistik Austria [5], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland**

Burgenland schneidet im Bundesländervergleich hinsichtlich des Bewegungsverhaltens am schlechtesten ab (Burgenland aktiv: 47,4%; Österreich-Schnitt aktiv: 54,3%), gefolgt von Wien (48,7%). Am meisten durch körperliche Betätigung ins Schwitzen kommen hingegen SalzburgerInnen (64,7%), NiederösterreicherInnen (58%) und OberösterreicherInnen (55%).

### 5.1.1.2 Formen körperlicher Aktivität

Eine Frage im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2006/07 war „Welcher Satz kennzeichnet am besten Ihre körperlichen Aktivitäten während des letzten Jahres?“. Dabei standen folgende Antwortmöglichkeiten zur Verfügung:

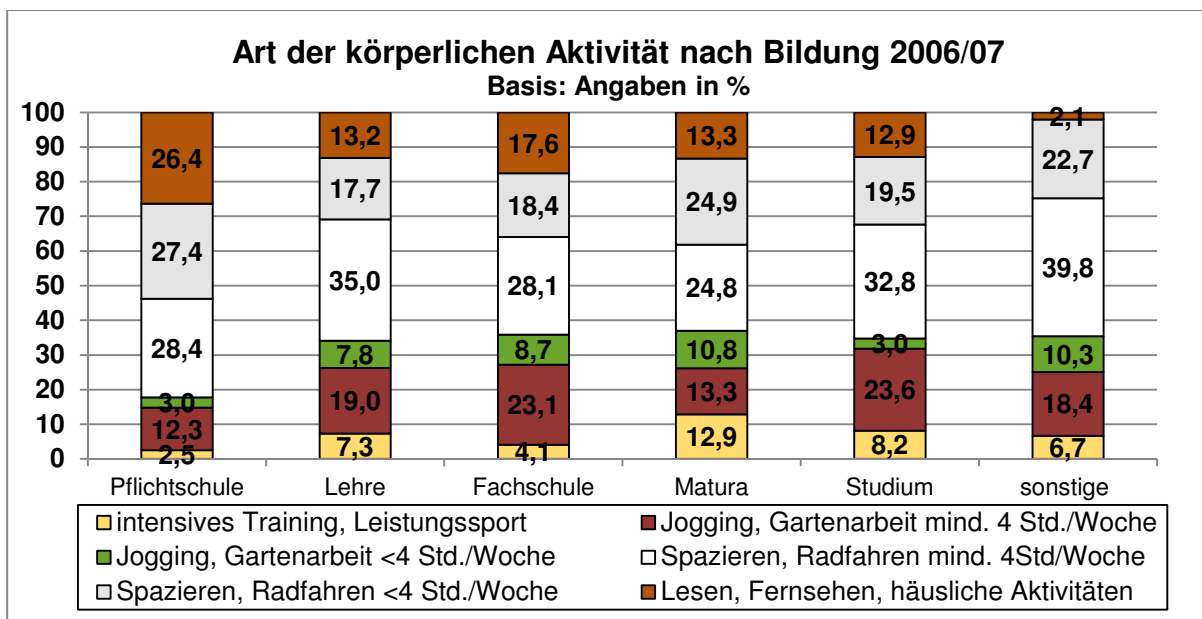
- „intensives Training und Leistungssport mehr als einmal pro Woche“
- „Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit mindestens 4 Stunden pro Woche“
- „Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit weniger als 4 Stunden pro Woche“
- „Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten mindestens 4 Stunden pro Woche“
- „Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten weniger als 4 Stunden pro Woche“
- „Lesen, Fernsehen oder andere häusliche Aktivitäten“

Es zeigt sich, dass der überwiegende Teil der BurgenländerInnen (52,7%) die Intensität der körperlichen Aktivität mit den Elementen „Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivität“ beschreiben würde. Der Rest der Bevölkerung ist durch einen überwiegend sitzenden Lebensstil (Lesen, Fernsehen oder andere häusliche Aktivitäten) gekennzeichnet (18,1%) oder joggt bzw. übt Entspannungstechniken und/oder Gartenarbeit aus (23,3%). Nur 5,9% der BurgenländerInnen trainieren intensiv bzw. betreiben öfters die Woche Leistungssport.

Dabei werden geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich: Während 10,9% der Burgenländer ihr Bewegungsverhalten als intensiv (Antwort 1) beschreiben, sind es nur 1,2% der Burgenländerinnen. Im Gegensatz dazu sind 19,2% der Frauen eher inaktiv (Lesen, Fernsehen oder andere häusliche Aktivitäten) und „nur“ 16,9% der Männer. Zudem zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Alter und Art des Bewegungsverhaltens. So nimmt die Intensität der körperlichen Aktivität mit steigendem Alter deutlich ab. Während beispielsweise nur 10,7% der befragten 35- bis 39-Jährigen angeben, im vergangenen Jahr meistens gelesen, ferngesehen oder andere häusliche Aktivitäten erledigt zu haben, waren es bei 40- bis 44-Jährigen bereits 19,1% und bei 70- bis 74-Jährigen sogar etwa jeder bzw. jede Fünfte (21%) (s. Anhang A.7).

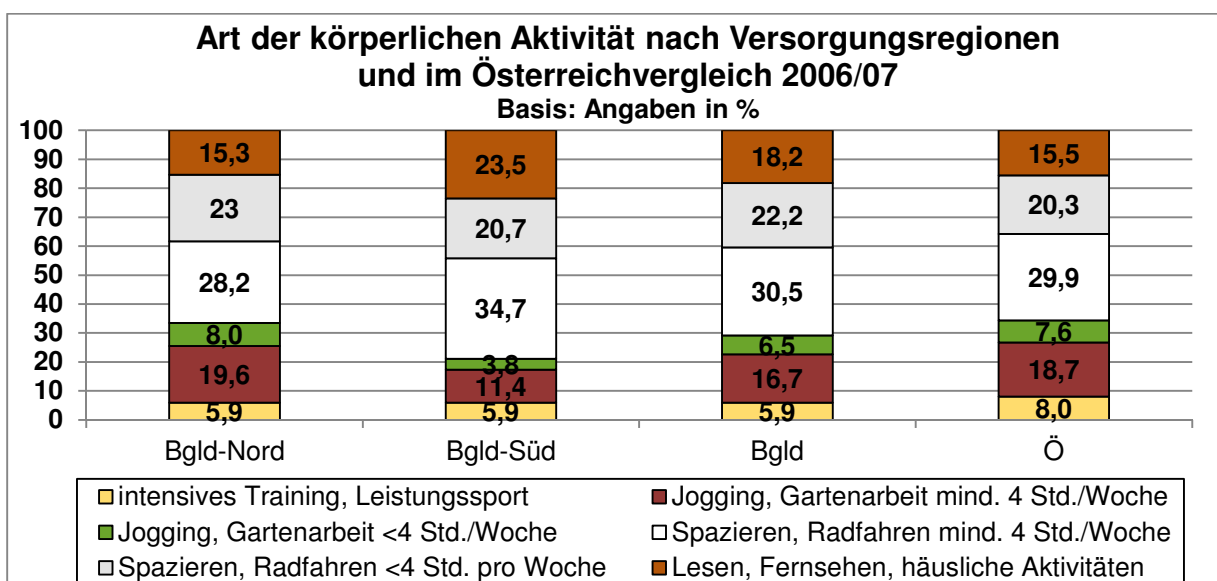
Ebenso lässt sich der Bildungsstand als Einflussfaktor auf die Art des Bewegungsverhaltens identifizieren. Während 2,5% der PflichtschulabgängerInnen mehrmals die Woche intensiv trainieren bzw. Leistungssport betreiben, sind es bei Personen mit Matura 12,9%. Ein entgegengesetzter Trend zeigt sich bei sitzenden Tätigkeiten: So bezeichnen doppelt so viele PflichtschulabgängerInnen (26,3%) wie Personen mit Matura (13,3%) und AkademikerInnen (13%) ihren Lebensstil mit den Aktivitäten „Lesen, Fernsehen oder andere häusliche Aktivitäten“ (s. Abbildung 48 und Anhang A.7).

Während gleich viele Nord- wie SüdburgenländerInnen (Basis: Versorgungsregionen) intensiven Sport betreiben (5,9%) und in beiden Regionen etwa jeder bzw. jede Fünfte weniger als 4 Stunden pro Woche spazieren geht, mit dem Rad fährt oder andere leichte Aktivitäten ausübt (Bgl-Nord: 23%; Bgl-Süd: 20,7%), zeigen sich bei anderen Bewegungsformen deutliche Unterschiede. So joggt oder arbeitet im Garten beinahe jede/jeder fünfte Nordburgenländer/in (19,6%) mehr als vier Stunden pro Woche, während es im Südburgenland nur etwa jeder bzw. jede Zehnte ist (11,4%). Im Gegensatz dazu sind 23,5% der SüdburgenländerInnen durch einen überwiegend sitzenden Lebensstil gekennzeichnet, hingegen nur 15,2% der NordburgenländerInnen (s. Anhang A.7).



**Abbildung 48: Art der körperlichen Aktivität nach Bildungsstand, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [5], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland**

Im Österreichvergleich wird ein eher mäßiges Bewegungsverhalten im Burgenland sichtbar. So ist es jenes Bundesland, welches den geringsten Anteil an Personen hat, die intensives Training oder Leistungssport betreiben. Am meisten trainiert wird in Salzburg (12,6%) und in Tirol (10,2%). Am wenigsten nach dem Burgenland in Kärnten (6%) und in Niederösterreich (6,3%). Im Gegensatz dazu ist ein größerer Teil der burgenländischen Bevölkerung (18,1%) in der Freizeit sitzend tätig (Lesen, Fernsehen oder andere häusliche Aktivitäten) als in der gesamtösterreichischen Bevölkerung (15,5%). Nähere Informationen finden sich in Abbildung 49.



**Abbildung 49: Art der körperlichen Aktivität nach Versorgungsregionen und im Österreichvergleich, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [5], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland**



Eine Untersuchung des Instituts für Freizeit- und Tourismusforschung aus dem Jahr 2010 kam zu folgender Reihung der beliebtesten Sportarten unter BurgenländerInnen (Basis: Ergebnisse von 2000, 2003 und 2009 – Metaanalyse, bei Saison- bzw. Outdoor-Sportarten wurde entsprechend interpretiert):

1. Radfahren (11% mind. 1x pro Woche, 38% mind. mehrmals monatlich)
2. Nordic Walking (8% mind. 1x pro Woche, 28% mind. mehrmals monatlich)
3. Laufen/Jogging (12% mind. 1x pro Woche, 13% mind. mehrmals monatlich)
4. Wandern (2% mind. 1x pro Woche, 23% mind. mehrmals monatlich)
5. Skifahren (2% mind. 1x pro Woche, 13% mind. mehrmals monatlich)
6. Turnen/Gymnastik (8% mind. 1x pro Woche, 6% mind. mehrmals monatlich)
7. Schwimmen (1% mind. 1x pro Woche, 12% mind. mehrmals monatlich)
8. Tischtennis (1% mind. 1x pro Woche, 11% mind. mehrmals monatlich)
9. Fußball (6% mind. 1x pro Woche, 3% mind. mehrmals monatlich)
10. Federball/Badminton (9% mind. mehrmals monatlich)

Im Vergleich zum Rest Österreichs ist im Burgenland vor allem Nordic Walking überdurchschnittlich beliebt (Bgl: 36% mind. 1x pro Woche oder mind. mehrmals monatlich, Österreich: 16%). Zudem verbringen deutlich mehr BurgenländerInnen als ÖsterreicherInnen ihre Freizeit mit Basketball oder Volleyball (Bgl: 8%, Österreich: 4%) und Tischtennis (Bgl: 12%, Österreich: 8%).

Eher weniger als im Rest Österreichs beliebt sind im Burgenland hingegen die Sportarten Schwimmen (Bgl: 13% mind. 1x pro Woche oder mind. mehrmals monatlich, Österreich: 19%), Wandern (Bgl: 25%, Österreich: 40%) und Schifahren (Bgl: 15%, Österreich: 27%) [56]. Die beiden letztgenannten Sportarten sind auf die geographische Lage des Burgenlandes zurückzuführen.

### 5.1.2 Ernährung

Ungesunde Ernährungsgewohnheiten begünstigen vor allem in Kombination mit anderen Risikofaktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum und wenig Bewegung zahlreiche Krankheitsbilder wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes mellitus, Adipositas sowie chronische Erkrankungen der Leber und der Verdauungsorgane. Diese ernährungsassoziierten Krankheiten sind derzeit in allen westlichen Industriestaaten wesentliche Ursachen für Morbidität und Mortalität [6]. Neben Essgewohnheiten hat auch das Trinkverhalten einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. So ist ausreichendes Wassertrinken für die Erhaltung unserer alltäglichen Lebensprozesse essentiell. Es regt nämlich unter anderem den Stoffwechsel an, fördert den Blutkreislauf, stärkt das Immunsystem und kräftigt die Muskulatur [7,8]. Ein Flüssigkeitsmangel hingegen kann zu schwerwiegenden gesundheitlichen Beschwerden wie Muskelkrämpfen oder aber auch Herz-Kreislaufversagen führen [7].

Auf EU-Ebene wird empfohlen, das Ernährungsverhalten im Rahmen der GBE mithilfe des Obst- und Gemüsekonsums der Bevölkerung darzustellen [1]. Diese Parameter wurden jedoch in Österreich nur im Rahmen des Ernährungsberichts

2008 abgefragt, wobei repräsentative Ergebnisse für einzelne Bundesländer nicht verfügbar sind. Aufgrund dessen wird wiederum auf die AT-HIS Gesundheitsbefragung 2006/07 zurückgegriffen, die aber andere Komponenten des Ernährungsverhaltens berücksichtigt.

Die „7 Richtlinien für eine gesunde Ernährung“ des Instituts für Ernährungswissenschaften der Universität Wien stellen österreichische Ernährungsempfehlungen dar und werden vorweg angeführt:

- vielseitige Ernährung (abwechslungsreich)
- mehr kohlenhydrathaltige Speisen und Beilagen (wenig Zucker)
- viel Obst und Gemüse
- wenig Fett und fettreiche Lebensmittel
- viel Flüssigkeit (vor allem Wasser, verdünnte Fruchtsäfte oder Früchtetees)
- Essen mit Genuss
- mit Bewegung körperlich fit bleiben [6]

Im Folgenden wird, sofern es die aktuelle Datenlage erlaubt, ermittelt, inwieweit die burgenländische Bevölkerung diesen Empfehlungen nachkommt.

#### **5.1.2.1 Essgewohnheiten**

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07 wurde Personen im Alter von 15 und mehr Jahren die Frage gestellt „Wie würden Sie Ihre Essgewohnheiten beschreiben?“. Dabei standen folgende Antwortmöglichkeiten zur Verfügung:

- Mischkost mit viel Obst und Gemüse
- Mischkost mit viel Fleisch
- Mischkost mit wenig Fleisch
- vegetarisch, aber mit Milchprodukten und/oder Eiern
- vegetarisch, aber mit Fisch und/oder Milchprodukten und/oder Eiern
- vegetarisch und keine tierischen Produkte (vegan)

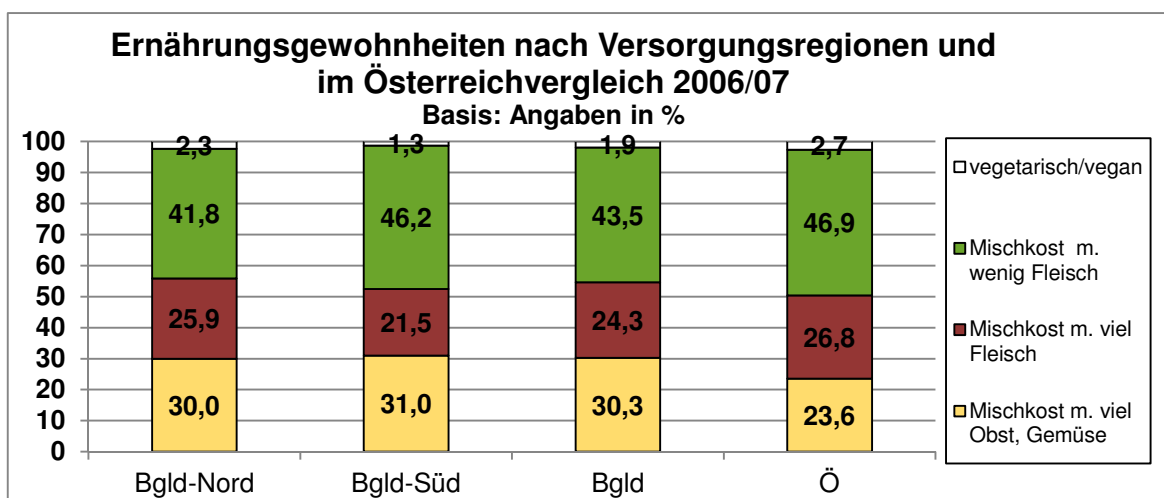
Gemäß dem Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien können vor allem eine Mischkost mit viel Obst und Gemüse sowie eine Mischkost mit wenig Fleisch als Standardkost mit Gesundheitsaspekten bezeichnet werden [9].

Hier gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass die bevorzugte Kostform lediglich eine Komponente ist, mit der das Ernährungsverhalten beschrieben werden kann. Die Richtlinien für eine gesunde Ernährung des Instituts für Ernährungswissenschaften der Universität Wien machen deutlich, dass bei der Bewertung des Essverhaltens grundsätzlich mehrere Aspekte berücksichtigt werden sollten wie z.B. die Häufigkeit der Mahlzeiten sowie die Regionalität und Saisonalität der Speisen [6]. Aufgrund mangelnder weiterer Daten wird im Folgenden ausschließlich auf diese Komponente eingegangen.

Der überwiegende Teil der BurgenländerInnen (43,5%) ernährt sich eigenen Angaben zufolge von Mischkost mit wenig Fleisch. Beinahe jeder Dritte (30,3%) bezeichnet das eigene Essverhalten als „Mischkost mit viel Obst und Gemüse“. Etwa jeder bzw. jede Vierte (24,3%) nimmt Mischkost mit viel Fleisch zu sich. Nur ein geringer Teil der Bevölkerung (1,9%) ernährt sich vegetarisch, nahezu keiner vegan. Bei genauerer Analyse der Datenlage zeigt sich, dass sich Burgenländerinnen grundsätzlich gesünder ernähren als Burgenländer. So nimmt der überwiegende Teil der Frauen (82,7%) Standardkost mit Gesundheitsaspekten (= Mischkost mit viel Obst und Gemüse oder Mischkost mit wenig Fleisch) zu sich, während es bei Männern nur 64,2% sind. Zudem finden sich mehr Personen mit vegetarischer Kost in der weiblichen Bevölkerung (Frauen: 2,9%; Männer: 1%) (s. Anhang A.7).

Die Darstellung der Daten nach verschiedenen Altersschichten zeigt, dass kein Zusammenhang zwischen ungesunder Kostform und Alter feststellbar ist. Allerdings wird vor allem Mischkost mit viel Fleisch in jüngeren Altersgruppen (z.B. 25- bis 29-Jährige: 40,6%; 65- bis 69-Jährige: 16,4%) eher bevorzugt. Im Gegensatz dazu nimmt eine abwechslungsreiche Ernährung mit wenig Fleisch mit steigendem Alter (25- bis 29-Jährige: 34,1%; 65- bis 69-Jährige: 49,2%) eher zu (s. Anhang A.7). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Interpretation des Begriffes „viel“ stets von der individuellen Betrachtungsweise abhängt.

Die meisten VegetarierInnen finden sich in jüngeren Altersgruppen, hier vor allem in der Gruppe der 20- bis 24-Jährigen (4,2%). Entgegen vieler Vermutungen lässt sich anhand der Ergebnisse der AT-HIS 2006/07 im Burgenland kein klarer Zusammenhang zwischen Schulbildung und Ernährungsform erkennen (s. Anhang A.7). Betrachtet man regionale Unterschiede (Basis: Versorgungsregionen), so entsprechen etwas mehr SüdburgenländerInnen (77,2%) als NordburgenländerInnen (71,8%) einer gesunden Ernährungsform (Mischkost mit viel Obst und Gemüse oder Mischkost mit wenig Fleisch) (s. Anhang A.7). Details finden sich in Abbildung 50.



**Abbildung 50: Ernährungsgewohnheiten nach Versorgungsregionen und im Österreichvergleich, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [5], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland**

### 5.1.2.2 Trinkgewohnheiten

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07 wurden die Trinkgewohnheiten der Bevölkerung erhoben. Dabei standen für die Frage „Wie würden Sie Ihre Trinkgewohnheiten beschreiben?“ folgende Antwortalternativen zur Verfügung:

- „trinke vorwiegend Wasser/Mineralwasser/Tee, ungezuckert“
- „trinke vorwiegend Fruchtsäfte und Limonaden (Cola, Fanta, Eistee, Tee, gezuckert etc.)“
- „trinke vorwiegend alkoholische Getränke (Bier, Wein etc.)“

Dabei kann gemäß internationalen und nationalen Empfehlungen wie z.B. jene des Instituts für Ernährungswissenschaften der Universität Wien [6] vor allem die erste Antwortmöglichkeit (Wasser/Mineralwasser/Tee, ungezuckert) als gesund bezeichnet werden.

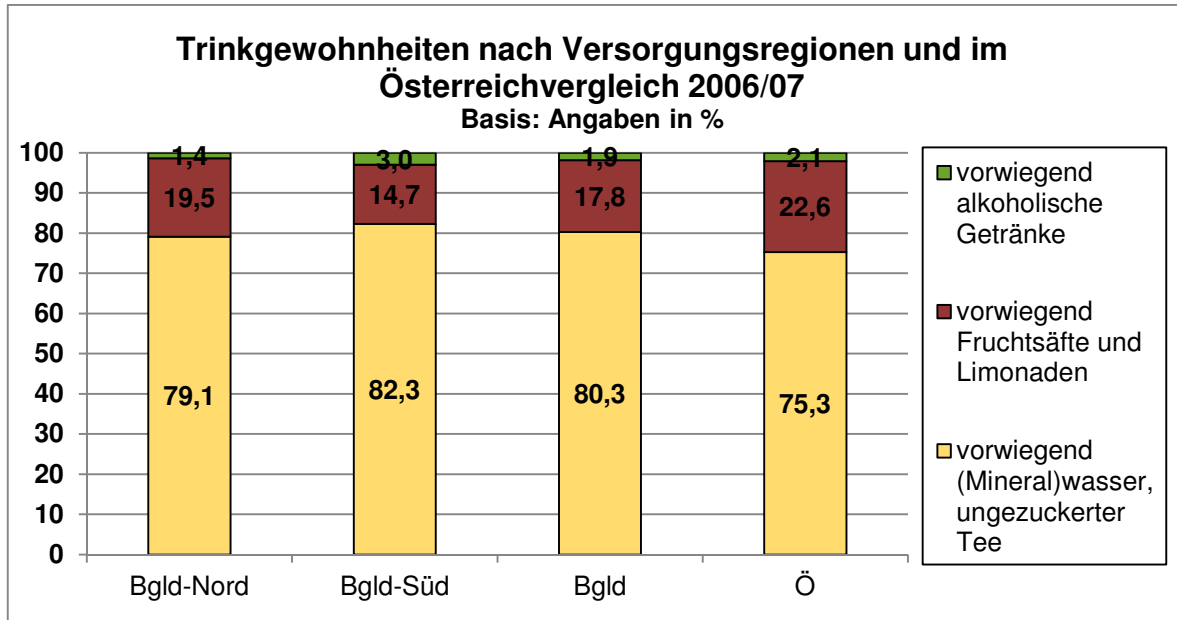
Die Ergebnisse zeigen, dass der überwiegende Teil der BurgenländerInnen (80,3%) gesunde Trinkgewohnheiten (vorwiegend Wasser, Mineralwasser, Tee, ungezuckert) pflegt. Beinahe jeder Fünfte (17,8%) nimmt hingegen vorwiegend Fruchtsäfte und Limonaden zu sich. Ein geringer Teil der burgenländischen Bevölkerung (1,9%) konsumiert überwiegend alkoholische Getränke.

Ebenso wie beim Essverhalten zeigt sich auch beim Trinken ein eher gesünderer Lebensstil der Frauen. So trinkt ein größerer Anteil der Frauen (88,2%) überwiegend (Mineral)wasser oder ungezuckerten Tee (Männer: 71,8%). Im Gegensatz dazu nimmt etwa jeder vierte Burgenländer (24,2%) vorwiegend Fruchtsäfte und Limonaden zu sich, während es bei Burgenländerinnen etwa jede Zehnte (11,8%) ist. Zudem konsumiert kaum eine Frau, hingegen 4% der Männer im Burgenland überwiegend alkoholische Getränke (s. Anhang A.7).

Bricht man die Ergebnisse auf einzelne Altersgruppen herunter, zeigt sich ein Anstieg des gesunden Trinkverhaltens mit dem Alter. So trinken etwa 68,3% der 15- bis 19-Jährigen vorwiegend Wasser, Mineralwasser oder ungezuckerten Tee, während es bei Personen über 85 Jahre 97,1% sind. Der Zusammenhang zwischen Alter und gesunden Trinkgewohnheiten verläuft jedoch nicht linear. Sowohl beim Konsum von Fruchtsäften und Limonaden als auch jenem von alkoholischen Getränken schwanken die Zahlen von Altersgruppe zu Altersgruppe (s. Anhang A.7). Regionale Unterschiede innerhalb des Burgenlandes (Basis: Versorgungsregionen) sind nur geringfügig erkennbar. Während etwas mehr SüdburgenländerInnen (82,3%) vorwiegend Wasser, Mineralwasser und ungezuckerten Tee als NordburgenländerInnen (79,1%) trinken, werden Fruchtsäfte und Limonaden im Nordburgenland (19,5%) häufiger als im Südburgenland (14,7%) konsumiert (s. Abbildung 51 und Anhang A.7).

Vergleicht man Burgenland mit anderen österreichischen Bundesländern, so zeigt sich, dass der Anteil jener, die vorwiegend Wasser, Mineralwasser oder ungezuckerten Tee zu sich nehmen, hier am höchsten ist (Burgenland: 80,3%; Österreich-Schnitt: 75,3%), gefolgt von Salzburg (78,9%) und Wien (78,2%). Am

seltensten wählen diese Trinkform TirolerInnen (72,7%) und SteirerInnen (72,9%) aus. Somit stellt Burgenland jenes Bundesland mit dem niedrigsten Fruchtsaft- und Limonadenkonsum dar (s. Abbildung 51).



**Abbildung 51: Trinkgewohnheiten nach Versorgungsregionen und im Österreichvergleich, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [5], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland**

Die FH Burgenland führte im März 2012 zum Thema Trinkverhalten unter SchülerInnen und StudentInnen eine Online-Erhebung durch. Aus den Ergebnissen (n = 700) geht hervor, dass 81% der Befragten die empfohlene tägliche Trinkmenge (D-A-CH-Richtwert: 1,2 bis 1,5 Liter) zu sich nehmen. Zu den meist konsumierten Getränken der SchülerInnen und StudentInnen zählen Mineralwasser (89%), Fruchtsäfte (49%) und Tee (30%). Dabei decken drei Viertel der Befragten mehr als die Hälfte der täglichen Trinkmenge durch Wasser (Leitungs-, Mineralwasser, Wasser aus Wasserspendern oder Flavored Water) ab.

### 5.1.2.3 Body Mass Index

Der Body Mass Index (BMI) kann als wichtiger Gesundheitskernindikator zum Thema Bewegung und Ernährung bezeichnet werden. Er wird folgendermaßen berechnet:

$$\text{BMI} = \text{Körpergewicht in Kilogramm} / (\text{Körpergröße in Meter})^2$$

Die Berechnung erfolgt mithilfe der Fragen „Wie groß sind Sie?“ und „Wie viel wiegen Sie ohne Kleidung und Schuhe?“. Der BMI ist eine wichtige Kennzahl zur Erfassung des Anteils übergewichtiger und untergewichtiger Personen in einer Bevölkerung. Dabei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass er keine Aussage über Körperfett- und Muskelanteil einer Person trifft.

Personen mit einem BMI von  $\geq 18,5$  bis  $< 25$  werden als normalgewichtig, jene mit einem BMI unter 18,5 als untergewichtig, jene mit einem BMI zwischen 25 und  $< 30$  als übergewichtig und jene mit einem BMI  $\geq 30$  als fettleibig bezeichnet [1].

Im Rahmen der GBE ist die Darstellung des BMI heutzutage unerlässlich, da Übergewicht ein zunehmendes Gesundheitsproblem in Österreich darstellt. Es begünstigt viele Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 oder auch Osteoarthritis [1]. Vorweg ist anzumerken, dass es bei Befragungen dieser Art grundsätzlich zumeist eher zu positiveren Bewertungen des eigenen Körpergewichts und der Körpergröße kommt.

Gemäß AT-HIS-Gesundheitsbefragung 2006/07 ist weniger als die Hälfte der burgenländischen Bevölkerung (44,3%) normalgewichtig. Ein großer Teil ist entweder übergewichtig (35,1%) oder sogar adipös (17,5%). Nur etwa 3,1% der BurgenländerInnen können als untergewichtig bezeichnet werden.

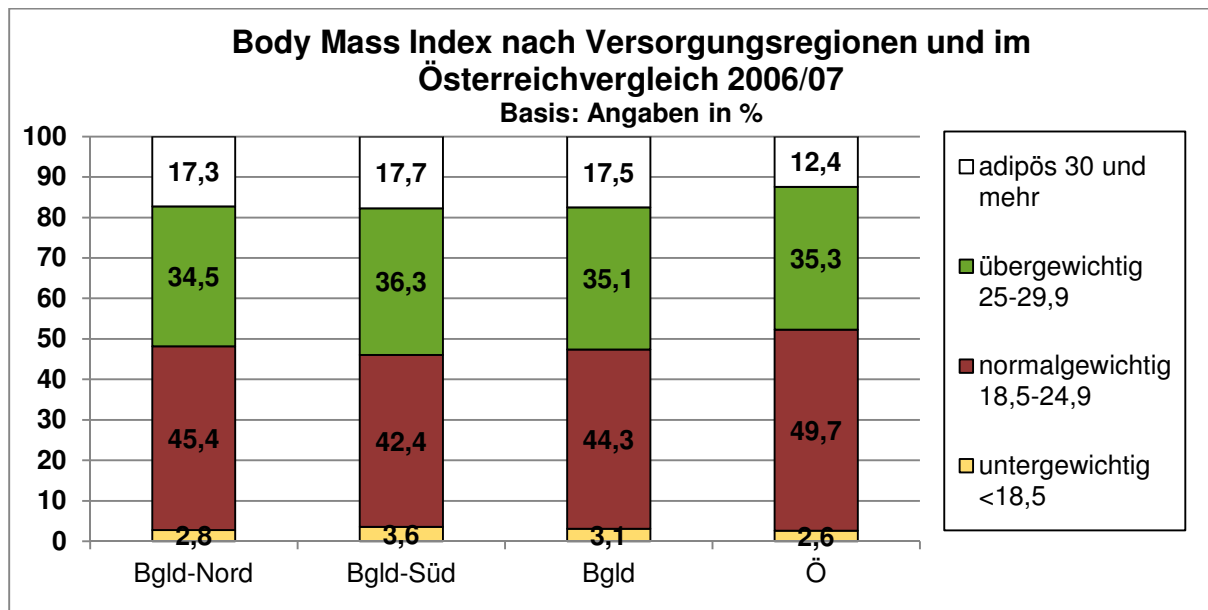
Dabei ist Übergewicht bei Burgenländern (43,1%) ein größeres Problem als bei Burgenländerinnen (27,7%). Jedoch gibt es hinsichtlich des Anteils an Fettleibigen kaum Unterschiede (Frauen: 18,2%; Männer: 16,7%). Der Anteil an Personen mit Untergewicht ist zudem in der weiblichen Bevölkerung (4,5%) dreimal höher als in der männlichen (1,5%). Somit ist knapp die Hälfte der Burgenländerinnen (49,6%) normalgewichtig, während es bei Burgenländern nur etwa 38,7% sind (s. Anhang A.7).

Der Anteil normalgewichtiger Personen nimmt bis zum Alter von 69 Jahren deutlich ab (15- bis 19-Jährige: 77,8%; 65- bis 69-Jährige: 19,4%), steigt dann jedoch wieder bis zum 85. Lebensjahr an (59%). Übergewicht und Fettleibigkeit stellen vor allem in der Altersgruppe 55 bis 74 Jahre ein großes Problem dar. So sind beispielsweise mehr als drei Viertel der 60- bis 64-Jährigen (78,1%) übergewichtig oder adipös. Der höchste Anteil an Fettleibigen befindet sich zudem mit rund 40% in der Alterskategorie 65 bis 69 Jahre. Untergewicht tritt hingegen in der jüngsten Altersgruppe am häufigsten auf. So ist etwa jede/jeder zehnte Burgenländer/in (11,1%) zwischen 15 und 19 Jahren untergewichtig. Auch bei Personen über 85 Jahren ist dieses Problem (5,2% untergewichtig) nicht zu vernachlässigen.

Zwischen Bildungsstand und BMI lässt sich kein klarer linearer Zusammenhang erkennen. Während zwar der Anteil Übergewichtiger mit zunehmender Bildungsschicht grundsätzlich abnimmt (PflichtschulabgängerInnen: 34,1%; AkademikerInnen: 19%), tritt Adipositas bei AkademikerInnen (25,3%) besonders oft auf. Untergewicht stellt zudem in höheren Bildungsschichten (Personen mit Matura: 6,4%; AkademikerInnen: 3,5%, andere Ausbildung nach Matura: 8,1%) ein größeres Problem dar (s. Anhang A.7).

Betrachtet man die einzelnen Versorgungsregionen des Burgenlandes, so zeigen sich nur geringfügige Unterschiede. Da der Anteil Normalgewichtiger im Nordburgenland mit 45,4% jedoch etwas höher als im Südburgenland (42,4%) ausfällt, ist der Norden des Landes etwas begünstigter. Nähere Auskunft darüber geben Abbildung 52 und Anhang A.7.

Obwohl das Ess- und Trinkverhalten im Burgenland im Vergleich zu Gesamtösterreich auf Basis der Ergebnisse der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2006/07 als durchschnittlich bezeichnet werden kann, spiegelt sich dies nicht im Body Mass Index wider. So ist Burgenland jenes Bundesland mit dem höchsten Anteil an Fettleibigen (17,5%) in ganz Österreich (12,4%). Der Anteil Übergewichtiger liegt jedoch im Österreich-Schnitt (Bgl: 35,4%; Österreich: 35,3%). Am wenigsten Übergewichtige und Adipöse gibt es in Tirol (zusammen 41%) und Salzburg (zusammen 42,2%), am meisten nach dem Burgenland (zusammen 52,9%) in Niederösterreich (zusammen 51,6%) und der Steiermark (zusammen 49,5%).



**Abbildung 52: Body Mass Index nach Versorgungsregionen und im Österreichvergleich, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [5], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland**

### 5.1.3 Rauchverhalten

Tabakkonsum ist eine der führenden vermeidbaren Ursachen für zahlreiche Krankheiten und vorzeitigen Tod. Rauchen ist ein Hauptrisikofaktor für Erkrankungen des Herzens und der Blutgefäße, chronische Bronchitis, Lungenerkrankungen wie Lungenkrebs und viele mehr [1]. So sterben laut WHO etwa 4,9 Millionen Menschen pro Jahr weltweit aufgrund von Tabakkonsum [11].

Zudem ist anzumerken, dass individuelles Rauchen nicht nur der eigenen Gesundheit schadet, sondern auch Mitmenschen im Sinne des Passivrauchens betrifft [1].

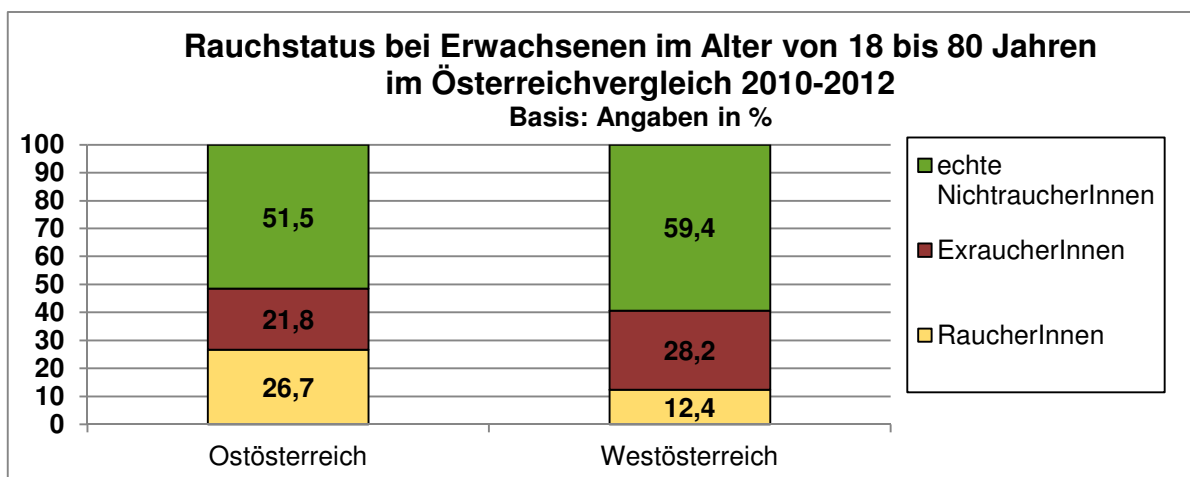
#### 5.1.3.1 Aktivrauchen

Da für das Burgenland keine validen Daten vorliegen, wurden zur Darstellung des Aktivrauchens bei Erwachsenen Ergebnisse des Österreichischen Ernährungsberichts 2012 herangezogen.

Im Rahmen dessen wurde eine eigene Befragung unter Erwachsenen im Alter von 18 bis 80 Jahren ( $n = 504$ ) durchgeführt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen dieser Untersuchung ausschließlich eine Unterteilung zwischen West- und Ostösterreich vorgenommen wurde. Dabei zählen zu Westösterreich die Bundesländer Oberösterreich, Salzburg, Tirol und Vorarlberg und zu Ostösterreich Burgenland, Wien, Niederösterreich, Steiermark und Kärnten [57].

Die Ergebnisse zeigen, dass mehr als ein Viertel der OstösterreicherInnen (26,7%) raucht, etwa jeder bzw. jede Fünfte/r Exraucher/in ist (21,8%) und etwa die Hälfte (51,5%) zu den echten NichtraucherInnen zählt. Die durchschnittliche Anzahl an Zigaretten pro Tag liegt bei RaucherInnen in Ostösterreich bei 15 Stück.

Vergleicht man die Zahlen mit jenen in Westösterreich, so zeigt sich eine ungünstige Situation für den Osten Österreichs. So ist sowohl der Anteil an RaucherInnen (Westösterreich: 12,4%; Ostösterreich: 26,7%) als auch die Anzahl an täglich gerauchten Zigaretten pro Tag (Westösterreich: 10; Ostösterreich: 15) in Ostösterreich deutlich höher als in Westösterreich (s. Abbildung 53).



**Abbildung 53: Rauchstatus bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 80 Jahren im Österreichvergleich, Stand: 2012, Basis: Angaben in %, Quelle: Elmadfa et al. [57], Eigene Erstellung**

### 5.1.3.2 Passivrauchen

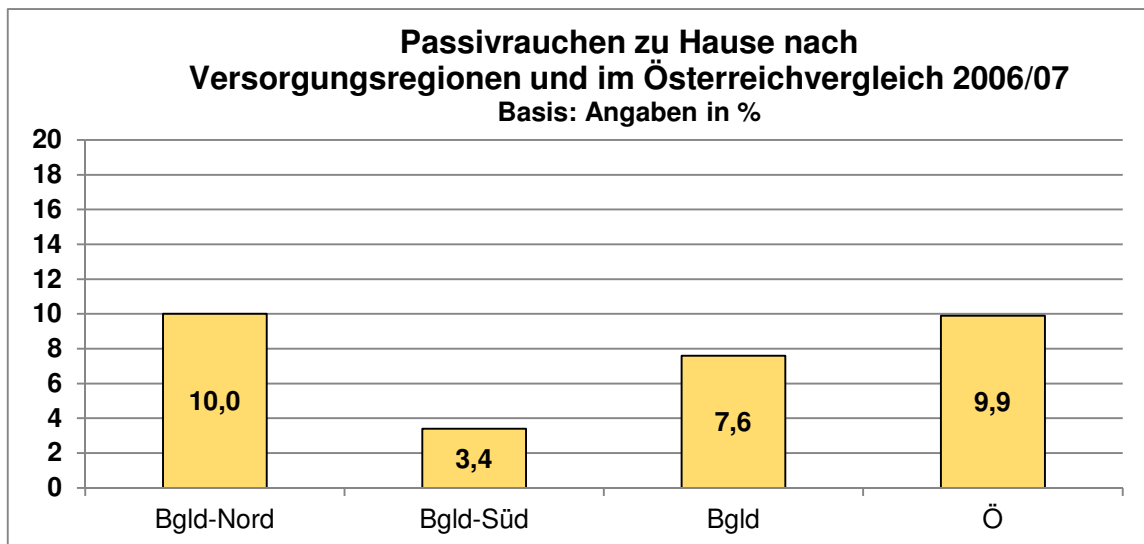
Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07 wurde erhoben, inwieweit die Bevölkerung von Passivrauchen betroffen ist.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der BurgenländerInnen (92,4%) zu Hause keinem Tabakrauch ausgesetzt ist. Diese Belastung tritt jedoch bei Frauen nahezu doppelt so oft (9,5%) wie bei Männern (5,1%) auf. Ein klarer Zusammenhang zwischen häuslichem Tabakrauch und Alter ist nicht feststellbar.

Hinsichtlich regionaler Unterschiede (Basis: Versorgungsregionen) zeigt sich, dass Passivrauch im eigenen Haus ein deutlich größeres Problem im Nordburgenland darstellt. Während 10% der NordburgenländerInnen zu Hause mit Passivrauch konfrontiert sind, sind es bei SüdburgenländerInnen „nur“ 3,4% (s. Abbildung 54 und Anhang A.7).



Sieht man sich die Daten anderer Bundesländer an, so zeigt sich ein eher erfreuliches Ergebnis für das Burgenland. Es ist nämlich jenes Bundesland, in dem der geringste Anteil der Bevölkerung (7,6%) häusliche PassivraucherInnen sind, gefolgt von Kärnten (8,5%) und der Steiermark (8,7%). Die größte Tabakrauchbelastung im eigenen Haus gibt es in Tirol (13,2%) und in Wien (11,7%). Der Österreich-Schnitt liegt bei 9,9%.



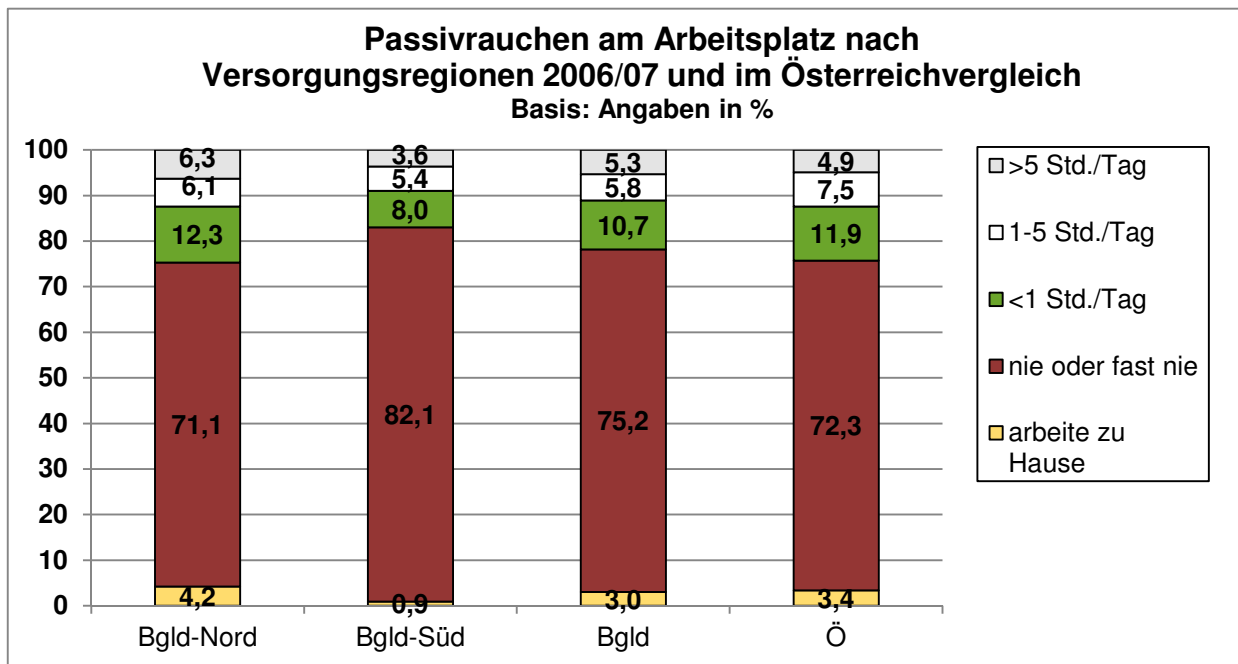
**Abbildung 54: Tabakrauch zu Hause nach Versorgungsregionen und im Österreichvergleich, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Rest auf 100: Antwort „Nein“; Quelle: Statistik Austria [5], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland**

Bei der Frage, inwieweit Tabakrauch am Arbeitsplatz erlebt wird, gaben 75,2% der BurgenländerInnen an, dass dies gar nicht der Fall ist. Wenn eine Belastung diesbezüglich besteht, dann zumeist weniger als eine Stunde am Tag (10,7%). Im Gegensatz zum passiven Tabakkonsum zu Hause sind mehr Männer vom Passivrauchen am Arbeitsplatz betroffen. So können beinahe doppelt so viele Burgenländer (27,8%) wie Burgenländerinnen (14,9%) als PassivraucherInnen bei der Arbeit bezeichnet werden. Betrachtet man einzelne Altersgruppen, so lassen sich keine klaren Tendenzen erkennen, wobei jedoch, vermutlich aufgrund von Pensionierungen, ab einem Alter von 65 Jahren kaum mehr Tabakbelastung am Arbeitsplatz besteht (s. Anhang A.7).

Ebenso wie zu Hause sind am Arbeitsplatz NordburgenländerInnen stärker als SüdburgenländerInnen vom Passivrauchen betroffen. Während 17% der SüdburgenländerInnen zumindest ab und zu Tabakrauch am Arbeitsplatz ausgesetzt sind, sind es nahezu ein Viertel der NordburgenländerInnen (24,7%). Zudem zeigt sich, dass der Anteil jener, die mehr als 5 Stunden Passivrauch bei der Arbeit wahrnehmen, im Nordburgenland (6,3%) beinahe doppelt so hoch wie im Südburgenland ist (3,6%) (s. Abbildung 55 und Anhang A.7).

Im Vergleich zu Gesamtösterreich zeigt sich, dass der Anteil der BurgenländerInnen, die täglichem Tabakrauch am Arbeitsplatz ausgesetzt sind (21,8%) etwas geringer ist als im Österreich-Schnitt (24,3%). Die Bundesländer mit den wenigsten

PassivraucherInnen am Arbeitsplatz sind Vorarlberg (19,2%), Kärnten (20,4%) und Salzburg (21,5%), die mit den meisten Niederösterreich (26,3%) und Wien (25,9%).



**Abbildung 55: Passivrauchen am Arbeitsplatz nach Versorgungsregionen und im Österreichvergleich, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [5], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland**

#### 5.1.4 Alkoholkonsum

Übermäßiger Konsum von Alkohol ist sowohl mit chronischen Krankheiten wie Krebs oder Leberzirrhose als auch mit akuten Gesundheitsproblemen wie Pulssteigerung oder Verletzungen verbunden [1]. So werden in der Europäischen Union etwa 9% der Krankheitslast mit Alkoholerzeugnissen assoziiert [12].

Alkoholkonsum belastet nicht bloß den Einzelnen, sondern die gesamte Gesellschaft. So führt Alkoholabhängigkeit zu körperlichen, psychischen sowie sozialen Problemen bei Betroffenen und beeinträchtigt auch die Gesundheit und das Wohlbefinden von Familien und Gemeinschaften [12]. Aufgrund dieser Problematik stellt die Reduzierung alkoholbedingter Erkrankungen und Verletzungen eines der größten Ziele der Europäischen Kommission dar [1].

Im Rahmen der EU-konformen Indikatoren zur Gesundheitsberichterstattung wird empfohlen, den Alkoholkonsum in Bevölkerungen in Form der Kennzahl „Liter purer Alkohol pro Person pro Jahr“ anzugeben, wobei sich die Zahlen auf Daten zu Alkoholproduktion, -import und -export beziehen sollen [1].

Aufgrund der nicht validen Datenverfügbarkeit sowohl zu alkoholbedingten psychischen und Verhaltensstörungen als auch zum Verhalten der Bevölkerung in Bezug auf Alkohol ist die Interpretierbarkeit nur eingeschränkt möglich. Die mangelnde Datenqualität in Bezug auf alkoholbedingte psychische und Verhaltensstörungen liegt zum einen daran, dass Burgenland über keine spezielle

stationäre Einrichtung hierfür verfügt und zum anderen am Zweck der Spitalsentlassungsstatistik (Krankenanstaltenfinanzierung).

Aufgrund dessen kann in diesem Zusammenhang ausschließlich auf das Kinder- und Jugendgesundheitskapitel verwiesen werden (s. Kapitel 9.4.4.2), welches Auskunft über den Alkoholkonsum bei jugendlichen BurgenländerInnen gibt.

### *5.1.5 Konsum illegaler Suchtmittel*

Der Konsum illegaler Drogen beeinflusst nicht nur die Gesundheit des Einzelnen, sondern hat auch negative Auswirkungen auf das gesellschaftliche Zusammenleben. So stellt Suchtmittelmissbrauch eine Ursache für Gesundheits- und soziale Probleme dar. Die Darstellung des illegalen Drogenkonsums in Bevölkerungen ermöglicht es, den Bedarf an politikbezogenen Interventionen zu identifizieren, zu planen und zu evaluieren [1].

Gemäß den ECHI-Indikatoren gilt es, den Konsum illegaler Suchtmittel in Form des Anteiles an Personen darzustellen, die sowohl jemals in ihrem Leben (Lebenszeit-Prävalenz) als auch speziell im letzten Jahr (12-Monate-Prävalenz) illegale Drogen zu sich genommen haben. Dabei wird empfohlen, mindestens eines der folgenden Suchtmittel heranzuziehen: Cannabis, Kokain, Amphetamine oder Ecstasy [1].

Im vorliegenden Gesundheitsbericht wird auf den Cannabis- bzw. Marihuanakonsum der burgenländischen Bevölkerung eingegangen, da ausschließlich dieser im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2006/07 erhoben wurde.

Der Missbrauch von Marihuana bzw. Cannabis kann unter anderem zu Beeinträchtigungen des Kurzzeitgedächtnisses, verzögerte Reaktionsfähigkeit und Erhöhung der Herzfrequenz führen. Zudem können Langzeitfolgen wie Abhängigkeit, geringe Leistungsfähigkeit, kognitive Einschränkungen, niedrige Lebenszufriedenheit und Atmungsprobleme entstehen, wobei auch das Risiko für eine Geistesstörung erhöht wird [13].

Selbstverständlich gibt die Erfassung der Lebenszeit- und 12-Monate-Prävalenz keine vollständige Auskunft über die aktuelle Drogensituation in Bevölkerungen. So hängt die Bedeutung des Problems unter anderem von der Häufigkeit des Konsums ab. Die Darstellung dieser beiden Parameter ermöglicht es jedoch, ein Muster zu erkennen [1].

Im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2006/07 wurde ÖsterreicherInnen ab 15 Jahren folgende Frage gestellt: „Haben Sie jemals in Ihrem Leben Haschisch oder Marihuana konsumiert?“. Jene Personen, die darauf mit „Ja“ geantwortet hatten, wurden außerdem gefragt, ob im letzten Jahr ein derartiger Drogenkonsum stattfand. Die Ergebnisse zeigen, dass 8,5% der burgenländischen Bevölkerung jemals Haschisch oder Marihuana konsumiert haben. Von diesen wiederum gab nur etwa jeder Zehnte (11%) an, auch im letzten Jahr diese Droge zu sich genommen zu haben.

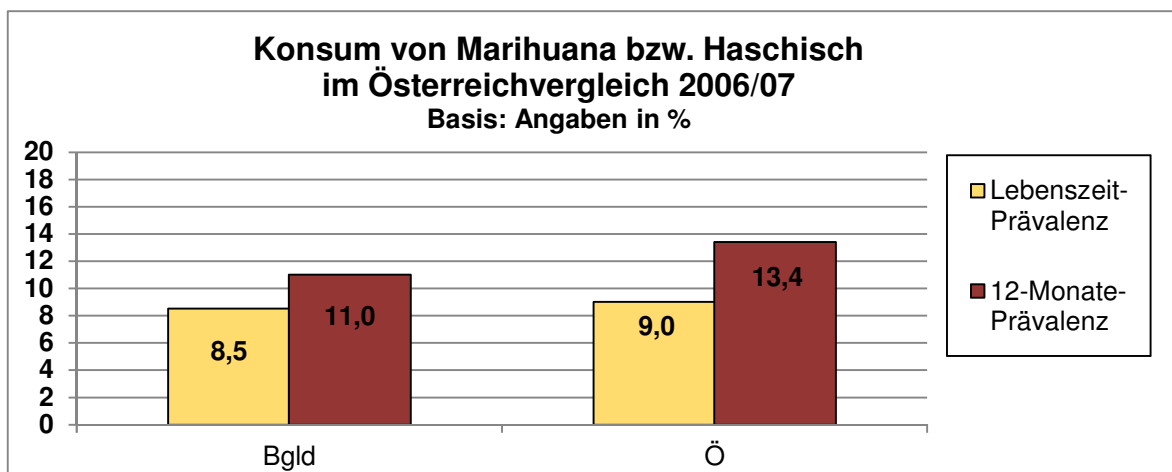
Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigt sich, dass ein größerer Anteil der Männer (10,9%) als der Frauen (6,1%) bereits mindestens einmal im Leben Haschisch oder

Marihuana probiert hat. Von diesen wiederum ist die 12-Monate-Prävalenz bei Männern (14,2%) beinahe dreimal so hoch wie bei Frauen (5,3%) (s. Anhang A.7).

Die Altersgruppen mit dem höchsten Anteil an Personen, die jemals Haschisch oder Marihuana konsumiert haben, sind jene zwischen 20 und 24 Jahren (26,3%) und 30 und 34 Jahren (20,1%). Von jenen Personen, die jemals diese Droge probiert haben, stellen 30- bis 34-Jährige jene Altersgruppe dar, die sie am regelmäßigsten konsumiert (12-Monate-Prävalenz: 26,5%) (s. Anhang A.7). Aufgrund der kleinen Stichprobe werden keine separaten Aussagen für die beiden Versorgungsregionen getroffen.

Der Anteil der Bevölkerung, der bereits mindestens einmal im Leben Haschisch oder Marihuana konsumiert hat, liegt im Burgenland (8,5%) im Österreich-Schnitt (9%). Am stärksten sind das Probierverhalten in Vorarlberg (13,6%), Wien (12,6%) und Salzburg (12,3%) ausgeprägt, am schwächsten hingegen in Kärnten (4,4%) und der Steiermark (5,8%).

Die 12-Monate-Prävalenz liegt im Burgenland (11%) leicht unter dem Österreich-Schnitt (13,4%) (s. Abbildung 56). Sie ist in Wien (17,3%) und Niederösterreich (16%) am höchsten und in Kärnten (5,9%) und Salzburg (6,1%) am geringsten.



**Abbildung 56: Konsum von Marihuana im Österreichvergleich, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Rest auf 100: Antwort "Nein"; Quelle: Statistik Austria [5], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland**

Abschließend gilt es festzuhalten, dass gemäß der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07 der Konsum von illegalen Drogen, im Speziellen Marihuana oder Haschisch, ein eher untergeordnetes Public Health Problem in der burgenländischen Bevölkerung darstellt. Dennoch sollte diese Art des Suchtmittelmissbrauchs nicht unterschätzt werden. So sei auf die mangelnde Auskunftsbereitschaft von Betroffenen bei populationsbezogenen Untersuchungen hinzuweisen. Erwähnt werden muss, dass in der AT-HIS Gesundheitsbefragung ausschließlich der Konsum von Haschisch bzw. Marihuana und nicht von anderen illegalen Drogen abgefragt wurde.

Der Bericht zur Drogensituation in Österreich aus dem Jahr 2011 zeigt, dass im Jahr 2010 im Burgenland drei direkt suchtgiftbezogene Todesfälle auftraten. Im Zeitraum

2001 bis 2010 waren es insgesamt 23. In Gesamtösterreich galten insgesamt 1.715 Sterbefälle zwischen 2001 und 2010 als direkt suchtgiftbezogene Todesfälle [55]. Nähere Informationen zum Konsum illegaler Drogen bei burgenländischen Jugendlichen geben zwei Studien, die im Kapitel Kinder- und Jugendgesundheit (s. Kapitel 9) näher erläutert werden.

## 5.2 Sozialkapital und soziale Netzwerke

Soziale Unterstützung und gute zwischenmenschliche Beziehungen sind wichtige Schutzfaktoren für die Gesundheit. Im Gegensatz dazu führen soziale Ausgrenzung und Vereinsamung sowohl zu psychischen Erkrankungen wie Depressionen als auch zu physischen Beschwerden wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Zudem begünstigen diese beiden Belastungen frühzeitige Mortalität [14].

Eine einheitliche Definition für den Begriff des Sozialkapitals gibt es nicht [15]. Das komplexe Gesamtkonzept setzt sich aus folgenden Elementen zusammen:

- Vertrauen (vertrauensvolle Beziehungen zu Menschen und Organisationen)
- Gegenseitigkeit (etwas füreinander tun, gemeinsamer Nutzen)
- soziale Netzwerke (Kontakte zu Organisationen und anderen Menschen)
- gemeinsame Verhaltensnormen (gemeinsame Vision)
- Zugehörigkeitsgefühl und Engagement.

Somit entsteht soziales Kapital durch Beziehungen zwischen Menschen und Organisationen [16]. Grundsätzlich zeigt sich, dass das Vorhandensein von sozialem Kapital in Bevölkerungen von soziodemographischen Unterschieden abhängt. Studien belegen, dass Gesellschaften mit großen Einkommensunterschieden über einen geringeren sozialen Zusammenhalt verfügen [14].

Es ist äußerst schwierig, das Sozialkapital in Bevölkerungen darzustellen bzw. zu messen [16]. Allerdings bildet vor allem die aktive Teilnahme an Vereinen, Klubs und lokalen Gemeinschaften eine wichtige Basis dafür [15]. Auf EU-Ebene wurde die soziale Unterstützung als Gesundheitsindikator definiert. Diese soll mithilfe der „Oslo-3-Social Support Scale“ gemessen werden und entspricht der individuell empfundenen Verfügbarkeit von Menschen, denen man vertraut und die einem Liebe und Wertschätzung schenken [1].

Aufgrund der fehlenden österreichweiten Datenverfügbarkeit wird im Folgenden auf das soziale Engagement der BurgenländerInnen eingegangen. Betrachtet man die oben angeführten Elemente des Sozialkapitals, so scheinen freiwillige Tätigkeiten der Bevölkerung gute Indikatoren zur Beschreibung des Sozialkapitals zu sein. Hierfür wird die Studie der Statistik Austria zur Struktur und zum Volumen der Freiwilligenarbeit in Österreich aus dem Jahr 2006 herangezogen. Dabei wird Freiwilligenarbeit als „Leistung, die freiwillig und ohne Bezahlung für Personen außerhalb des eigenen Haushaltes erbracht wird“ bezeichnet. Daher sind Tätigkeiten im eigenen Haushalt, Präsenz- und Zivildienst sowie die Mitgliedschaft in einem Verein ohne eigene Leistung nicht inkludiert. Es wird grundsätzlich zwischen

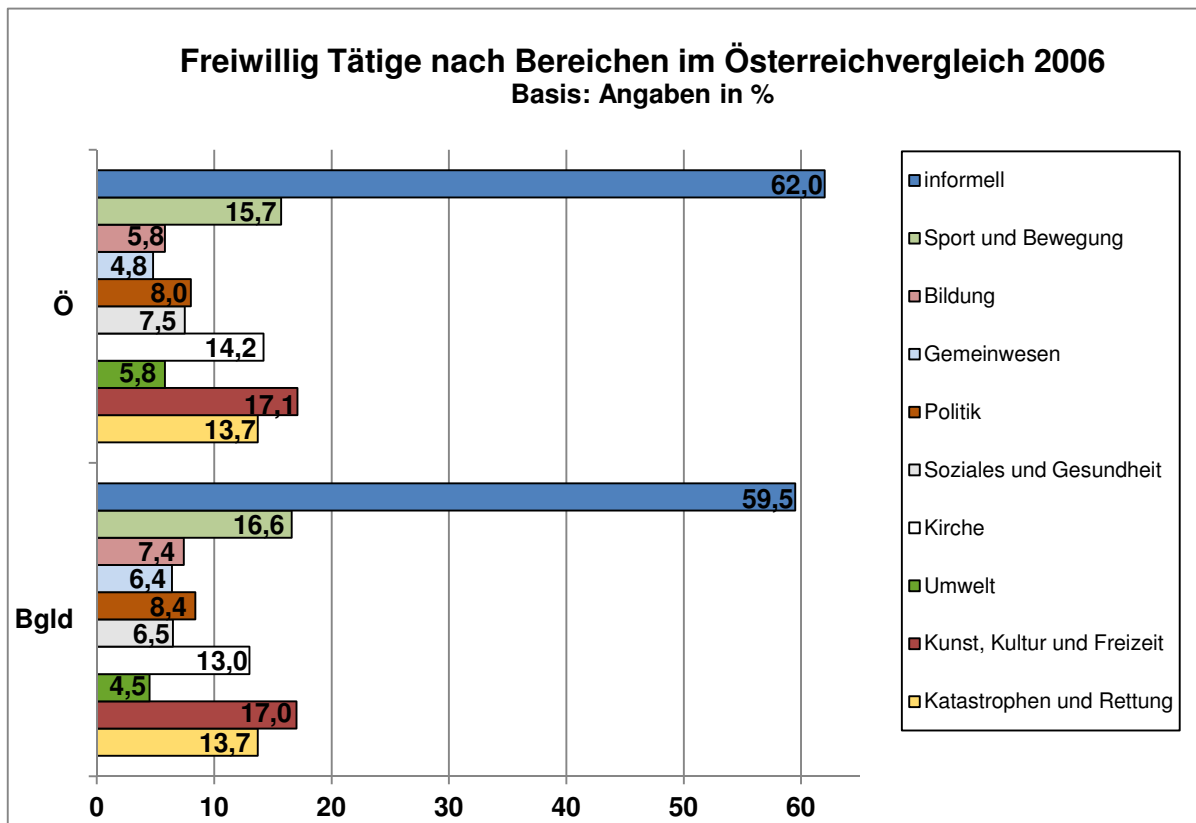
formellen und informellen Freiwilligentätigkeiten unterschieden. Während formelle Freiwilligenarbeit Aktivitäten, die im Rahmen von Organisationen oder Vereinen erbracht werden (z.B. Tätigkeiten bei der Feuerwehr), entspricht; bezieht sich informelle Freiwilligenarbeit auf Nachbarschaftshilfe (z.B. Einkaufen, Kinderbetreuung), also Unterstützung durch persönliche Initiative ohne institutionellen Rahmen [17].

Da Freiwilligenarbeit in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen erbracht werden kann, erfolgte im Rahmen diese Erhebung eine Gliederung in folgende Kategorien:

- Katastrophen- und Rettungsdienste (z.B. Freiwillige Feuerwehr, Rotes Kreuz)
- Kunst, Kultur, Unterhaltung und Freizeit (z.B. Musikkapelle)
- Umwelt, Natur- und Tierschutz (z.B. Greenpeace)
- kirchlicher, religiöser Bereich (z.B. Kirchenchor)
- Sozial- und Gesundheitsbereich (z.B. Pensionistenverband)
- politische Arbeit und Interessensvertretung (z.B. Gemeinderat)
- bürgerliche Aktivitäten und Gemeinwesen (z.B. Bürgerinitiativen)
- Bildung (z.B. Elternverein)
- Sport und Bewegung (z.B. Sportverein)
- informelle Freiwilligenarbeit (z.B. Haushaltsarbeiten, Kinderbetreuung) [17]

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass sich insgesamt etwa 43,4% der BurgenländerInnen an Freiwilligenarbeit beteiligen. Damit liegt das Burgenland im Österreich-Schnitt (43,8%). Dabei zeigt sich, dass mehr Burgenländer (46,5%) als Burgenländerinnen (40,5%) Freiwilligenarbeit leisten. Dies entspricht ebenfalls dem Österreich-Trend (Männer: 47,1%; Frauen: 40,7%).

Betrachtet man die einzelnen Bereiche, in denen sich BurgenländerInnen freiwillig engagieren, so zeigt sich, dass der informelle Bereich bzw. die Nachbarschaftshilfe, zu der Haushaltsarbeiten, Kinderbetreuung, Einkaufen und Gartenpflege zählen, deutlich dominiert (59,5%). Im Bereich der formellen Tätigkeiten überwiegen Aktivitäten in den Sektoren Kunst, Kultur, Unterhaltung und Freizeit (17%) sowie Sport und Bewegung (16,6%). BurgenländerInnen engagieren sich jedoch vor allem auch bei Katastrophenhilfs- und Rettungsdiensten (13,7%). Grundsätzlich liegt man in den meisten Bereichen ziemlich genau im Österreich-Schnitt (s. Abbildung 57).



**Abbildung 57: Freiwillig Tätige nach Bereichen im Österreichvergleich, Stand: 2006, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [17], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Die Analyse der formellen Tätigkeiten nach Geschlecht zeigt, dass bei Männern im Burgenland, ebenso wie in Gesamtösterreich, Aktivitäten im Rahmen von Katastrophenhilfs- und Rettungsdiensten (24,1%) sowie im Bereich Sport und Bewegung (23,6%) dominieren, während bei Frauen Beteiligungen im kirchlichen bzw. religiösen Bereich (20,9%) sowie im Sektor Kunst, Kultur, Unterhaltung und Freizeit (17,7%) vorherrschen.

### Dorferneuerung

Die Dorferneuerung im Burgenland mit dem Titel „Zukunft.Burgenland.“ ist ein Förderinstrument des Landes für Gemeinden. Vor 2007 wurden im Rahmen dessen ausschließlich bauliche Neuerungen wie der Ausbau von Dorfplätzen, Wohnstraßen oder Mehrzweckgebäuden vorgenommen.

Die umfassende Dorferneuerung seit 2007 hat hingegen die BürgerInnenbeteiligung und Nachhaltigkeit zum Ziel. Dabei orientiert sie sich an Vorgaben der Lokalen Agenda 21, welche unter anderem die Einbindung der Bevölkerung von Anfang an und die Erstellung eines Gemeindeleitbildes als Endergebnis sind.

Die Tätigkeiten beruhen auf der Dorferneuerungsverordnung 2003 und den darauf aufbauenden Dorferneuerungsrichtlinien 2011. Dabei erfolgt Dorferneuerung in den Gemeinden selbst durch einen Beschluss des Gemeinderates, wobei ein/eine Prozessbegleiter/in bestellt wird. Diese/dieser unterstützt die Bevölkerung bei der Organisation und Moderation von Arbeitsgruppentreffen. Zudem werden Kerngruppen zu spezifischen Themen gebildet, um die Partizipation der Bevölkerung

zu fördern. Dabei wird vor allem auf soziale, geschlechterspezifische, generationelle und politische Ausgeglichenheit geachtet. Ein Dorferneuerungsprozess läuft dabei folgendermaßen ab:

- Vorbereitungs- und Informationsphase (Bestellung einer/eines Prozessbegleiters/in, Information der Bevölkerung samt Öffentlichkeitsarbeit, Erhebung der Ist-Situation durch die Gemeinde selbst, Stärken-Schwächen-Analyse)
- Leitbilderstellung (Ausarbeitung der Projektideen, Entwicklung einer Vision für die Gemeinde, Vorstellung des Leitbildes und Beschluss durch den Gemeinderat)
- konkrete Ausarbeitung der Projektideen
- Umsetzung und Organisation der Projektideen durch die Bevölkerung [18]

Dabei ist es wichtig, dass ein intensiver Austausch und eine Diskussion innerhalb der Bevölkerung erfolgt und verschiedene Themenbereiche wie Soziales, Gesundheit, Bildung, Natur oder Energie miteinander verknüpft werden.

Ziele sind die BürgerInnenbeteiligung, gelebte Solidarität, mehr Lebensqualität und Nachhaltigkeit auf der einen Seite sowie Gleichberechtigung sowohl zwischen Männern und Frauen als auch zwischen verschiedenen sozialen Gruppen und Generationen auf der anderen Seite [18].

Im Rahmen des Fonds Gesundes Österreich ist eine zweijährige Initiative zum Thema „Unterstützende Nachbarschaften“ geplant. Ziele sind die Förderung des Bewusstseins der Bedeutung von sozialen Beziehungen für die Gesundheit, die Initiierung von Nachbarschaftsinitiativen, der Aufbau von Kapazitäten und die Vernetzung und Weiterbildung für MultiplikatorInnen. Hauptzielgruppe sind sozial und gesundheitlich benachteiligte Bevölkerungsgruppen.

### **5.3 Lebens- und Arbeitsbedingungen**

In der Ottawa Charta von 1986 wird festgehalten, dass *„Gesundheit von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt wird, dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“* [19]. Die Gesundheit der Bevölkerung kann somit nicht bloß durch Maßnahmen der Verhaltensänderung, sondern auch durch verhältnisbezogene Aktivitäten positiv und negativ beeinflusst werden.

Die Art und Weise, wie die Gesellschaft Arbeits- und Lebensbedingungen organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein, so schafft Gesundheitsförderung sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen [19].

Unter einem Setting versteht man laut WHO (1998) einen Ort bzw. ein soziales System, in dem Gesundheit und Krankheit alltäglich erlebt und durch umweltbezogene, organisationale und personelle Faktoren beeinflusst wird. Grundideen des Settingansatzes sind die Förderung und Stärkung von Ressourcen [20].



Zu den wichtigsten Settings, die auch in der GBE Berücksichtigung finden sollten, zählen vor allem Betriebe, Schulen und Gemeinden [1]. Allerdings ist darauf aufmerksam zu machen, dass es bisher noch keine ausreichenden standardisierten Indikatoren zur Bewertung dieser gibt.

Vorweg sei darauf hinzuweisen, dass die Settings Kindergarten und Schule im Kapitel Kinder- und Jugendgesundheit des vorliegenden Gesundheitsberichtes bearbeitet werden. Aufgrund dessen wird im Folgenden lediglich auf Lebens- und Arbeitsbedingungen in Betrieben und Gemeinden eingegangen.

### **5.3.1 Setting Betrieb**

Neben der Familie spielt im Erwachsenenalter der Beruf zur Stabilisierung der eigenen Identität eine wichtige Rolle. Die Berufswelt unterliegt heutzutage einem starken Wandel, für den unter anderem Demographie und Globalisierung verantwortlich sind. Diese Veränderungen erfordern ausgeprägte Kompetenzen, hohe Leistungsbereitschaft, Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit [21].

In Kapitel 5.1.3.2 wurde bereits auf einen wichtigen Gesundheitsfaktor am Arbeitsplatz eingegangen, nämlich Passivrauchen. Dabei zeigt sich für das Burgenland im Vergleich zu Gesamtösterreich eine eher günstige Lage: So gaben im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2006/07 21,8% der burgenländischen Bevölkerung an, Tabakrauch bei der Arbeit ausgesetzt zu sein. Weitere wichtige Faktoren zur Beschreibung der Gesundheitsbedingungen am Arbeitsplatz stellen unter anderem die befristete Beschäftigung, das Arbeitsklima und die Krankenstandsquote dar. Im Folgenden wird exemplarisch auf Krankenstände im Burgenland eingegangen. Zudem wird die Reichweite von gesunden Betrieben in Form der Anzahl an Unternehmen, die die sogenannte „BGF-Charta“ unterzeichnet haben, dargestellt.

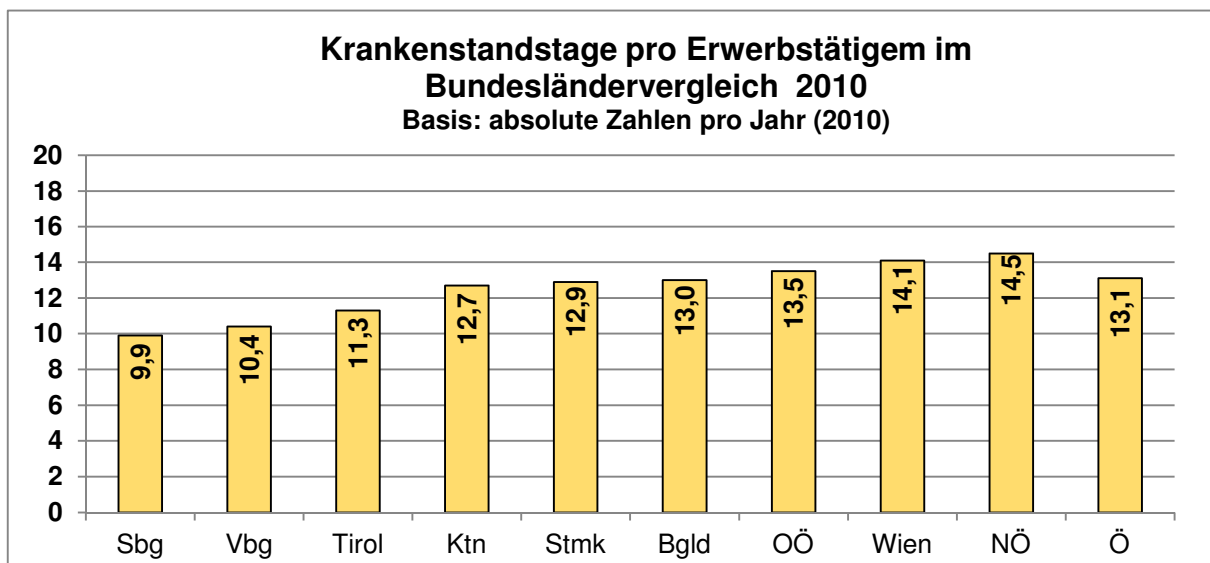
#### **5.3.1.1 Krankenstände**

Eine wichtige Kennzahl zur Erfassung der Gesundheit von MitarbeiterInnen am Arbeitsplatz stellen Fehlzeiten bzw. Krankenstände dar.

Unter Fehlzeiten versteht man die Anzahl der Tage, an denen ArbeitnehmerInnen aufgrund persönlicher Ursachen nicht im Betrieb erscheinen. Eine wichtige Kategorie innerhalb dieser Fehlzeiten stellen Krankheiten, Unfälle und Kuraufenthalte dar. Somit sind Krankenstandstage als die „Anzahl der im Laufe eines Jahres durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Ausfallzeiten“ definiert [22].

Im Rahmen der Fehlzeitenreporte des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung werden Daten vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hinsichtlich der Krankenstandszahlen aufbereitet. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass Krankenstandstage als Kalendertage gezählt werden. Die aktuellsten Daten stammen aus dem Jahr 2010, wobei Krankenstandszahlen von 2,97 Millionen unselbstständig Beschäftigten erfasst sind. Dies sind etwa 88% aller unselbstständig Erwerbstätigen in Österreich [22].

Im Burgenland wurden im Jahr 2010 durchschnittlich 13 Krankenstandstage je Erwerbstätigen verzeichnet. Damit liegt es genau im Österreich-Schnitt (13,1). Die Bundesländer mit den meisten Krankenstandstagen pro Erwerbstätigen sind Niederösterreich (14,5), Wien (14,1) und Oberösterreich (13,5), die mit den wenigsten Salzburg (9,9), Vorarlberg (10,4) und Tirol (11,3) (s. Abbildung 58). Die Krankenstandstage im Burgenland haben sich seit 1996 geringfügig verändert. So sind diese von 14 Krankenstandstagen pro Kopf und Jahr im Jahr 1996 auf etwa 11,5 im Jahr 2006 gesunken und dann wieder bis zum Jahr 2010 leicht angestiegen.



**Abbildung 58: Krankenstandstage pro Erwerbstätigem im Bundesländervergleich, Stand: 2010, Basis: absolute Zahlen, Quelle: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung [22], Eigene Erstellung**

Im Folgenden wird dargestellt, in welcher Weise Betriebliche Gesundheitsförderung dazu beitragen kann, die Krankenstandszahlen im Burgenland zu reduzieren, aber auch andere wichtige Gesundheitsfaktoren am Arbeitsplatz positiv zu beeinflussen.

### 5.3.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Bedingungen am Arbeitsplatz haben einen Einfluss auf die physische, psychische und soziale Gesundheit von ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen. Daher stellt der Betrieb eine wichtige Stätte für Gesundheitsförderungsinterventionen dar [1]. Ziele von betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) sind:

- physischen und psychischen Belastungen entgegenzuwirken
- eine positive Einstellung zur eigenen Gesundheit und ein gesundes Verhalten zu fördern
- Krankheiten durch Gesundheitsschutz und Prävention vorzubeugen
- individuelle Produktivitätsreserven zu erschließen [21]

Wichtig ist dabei der Ressourcenansatz. Das heißt, dass versucht wird, Bedingungen zu finden, die es einem ermöglichen, mit Belastungen umzugehen und

gesundheitliche Beeinträchtigungen zu reduzieren. Dabei zählen zu den sogenannten externalen Ressourcen am Arbeitsplatz der Handlungsspielraum sowie die soziale Unterstützung. Internale Ressourcen sind Merkmale der eigenen Person wie die Selbstwirksamkeitserwartung oder Bewältigungsstrategien [23].

Zentrale Handlungsfelder stellen im Rahmen der BGF vor allem folgende Punkte dar:

- Sozialkapital, Wohlbefinden, Unternehmensbindung und Beschäftigungsfähigkeit
- Über- und Unterforderung, medizinische Risikofaktoren, Mobbing, innere Kündigung, Burnout, Präsentismus
- Absentismus und Wiedereingliederung
- Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten [26]

Der Ablauf für die nachhaltige und ganzheitliche Integration der BGF setzt sich idealerweise aus folgenden Schritten zusammen: Ist-Analyse, Interventions- und Evaluationsphase. Dabei werden in der Ist-Analyse mithilfe von Fehlzeiten- und Unfallstatistiken, Krankenkassendaten, betriebsinternen Gesundheitsberichten, Betriebsbegehungen, MitarbeiterInnenbefragungen, Gesundheitszirkeln und/oder Arbeitsanalysen Belastungen, Ressourcen sowie Defizite und Kosten aufgedeckt. Darauf aufbauend können schließlich Interventionsmaßnahmen gemeinsam mit den MitarbeiterInnen entwickelt werden. Nach der Implementierungsphase erfolgt die Evaluation der umgesetzten Maßnahmen. Dabei gilt es, sowohl harte als auch weiche Kennzahlen und Daten auszuwerten. Nur so kann herausgefunden werden, ob Vorgehensweisen und Interventionen etwas bewirkt haben [24]. Während all dieser Prozesse spielt Partizipation, also die Beteiligung der ArbeitnehmerInnen, eine wesentliche Rolle.

Auf europäischer Ebene ist seit 1996 das „Europäische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung“ tätig. Zur regionalen Verbreitung der betrieblichen Gesundheitsförderungsstrategie wurde im Jahr 2000 das „Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung“ errichtet, wobei es Regionalstellen in allen Bundesländern gibt. Diese haben in Kooperation mit Sozialpartnern die Aufgabe, gemeinsame Angebote zu entwickeln und Betriebe bei der Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu unterstützen [25].

Im Burgenland unterzeichneten bisher (Stand: 2012) laut BGKK 10 Betriebe (s. Anhang A.8) [Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung: fünf Betriebe] die sogenannte BGF-Charta [58]. Im Österreichvergleich verfügen die Bundesländer Niederösterreich (3,9 pro 1.000 Betriebe), Oberösterreich (2,9 pro 1.000 Betriebe) und die Steiermark (2,7 pro 1.000 Betriebe) über die meisten Unternehmen mit BGF-Charta. Burgenland (1,1 pro 1.000 Betriebe [Daten BGKK]) liegt gemeinsam mit Vorarlberg (0,6 pro 1.000 Betriebe) und Wien (0,9 pro 1.000 Betriebe) auf den letzten Plätzen. Der Österreichschnitt liegt bei zwei Unternehmen mit BGF-Charta pro 1.000 Betrieben [58].

Die BGF-Charta ist eine Absichtserklärung eines Betriebes, sich den Grundsätzen der BGF zu verschreiben und die Unternehmenspolitik darauf auszurichten. Diese

Grundsätze betreffen die Unternehmenspolitik (z.B. Wahrnehmung von BGF als Führungsaufgabe), das Personalwesen und die Arbeitsorganisation (z.B. Berücksichtigung der Fähigkeiten der MitarbeiterInnen bei der Arbeitsgestaltung), die Planung, Umsetzung und Ergebnisse von BGF (z.B. MitarbeiterInnenzufriedenheit, Krankenstand) sowie die soziale Verantwortung (z.B. Umgang mit natürlichen Ressourcen). Aufgeschlüsselt nach Regionen führen vier Betriebe im Nord-, zwei Betriebe im Mittel- und drei Betriebe im Südburgenland BGF gemäß dieser Charta durch. Über ein BGF-Gütesiegel, welches bestätigt, dass ein Betrieb BGF nach den Kriterien des „Europäischen Netzwerkes Betriebliche Gesundheitsförderung“ durchführt, verfügt derzeit ein Unternehmen im Südburgenland. Dieses bietet Aktivitäten zur Steigerung der Lebensqualität, Raucherentwöhnung, Stresstests mittels Biofeedback, Bewegungscoaching am Arbeitsplatz und vieles mehr an. Weitere Unternehmen engagieren sich im Burgenland zudem auf Eigeninitiative hin für das Thema Betriebliche Gesundheitsförderung.

### 5.3.2 *Setting Stadt/Gemeinde*

Innerhalb der sieben politischen Bezirke des Burgenlandes gibt es insgesamt 171 Gemeinden, davon 13 Stadtgemeinden [27]. Diese nehmen eine wichtige Rolle zur Entwicklung nachhaltiger gesundheitsfördernder Strukturen ein. So wird Gesundheit deutlich von der Qualität, Gerechtigkeit und Effizienz der kommunalen Lebenswelt beeinflusst. Die Raum- und Verkehrsplanung bestimmt zudem das Gesundheitsverhalten der BürgerInnen. Aufgrund dessen ist die Gemeindepolitik dafür verantwortlich, den GemeindegängerInnen ein Leben in gesundheitsförderlichen Verhältnissen zu ermöglichen. Nur so kann die Lebensqualität erhöht und die Gesundheit nachhaltig erhalten werden [28].

Um Gemeinden in Europa bei der Schaffung nachhaltiger Strukturen zu unterstützen, wurde die sogenannte Agenda 21, ein Programm der Vereinten Nationen, welches zum Handeln im Bereich nachhaltiger Entwicklung aufruft, entwickelt. In der Agenda 21 spielt das Thema Gesundheit eine bedeutende Rolle, so geht man dabei davon aus, dass *„Menschen im Zentrum nachhaltiger Entwicklung stehen und ihnen ein gesundes und produktives Leben in Harmonie mit der Natur zusteht“*. Es wird darauf hingewiesen, dass Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung wesentlich für die Erreichung von Zielen der nachhaltigen Entwicklung sind [28]. So zeigt sich, dass die Veränderung des Gesundheitsverhaltens der BürgerInnen ohne die gesundheitsförderliche Gestaltung sozialer, ökonomischer und umweltbezogener Bedingungen kaum möglich bzw. erfolgreich ist [29].

Gesundheitsbezogene Herausforderungen für Gemeinden sind derzeit unter anderem vor allem der Umgang mit Umweltverschmutzung und die Sicherung von Gesundheits- und Sozialbedürfnissen. Zudem spielt seit einigen Jahren die Reduzierung des Autoverkehrs eine wichtige Rolle [28].

Im Sinne der Gesundheitsförderung gilt es, den „Health in All Policies“-Ansatz, der bereits in Kapitel 1.2.1 vorgestellt wurde, auch auf kommunaler Ebene umzusetzen und zu leben. So sollte der Einfluss anderer Politikfelder außerhalb des

Gesundheitssektors auf das Wohlbefinden der Bevölkerung berücksichtigt und gesteuert werden. Somit sollten in der lokalen Politik EntscheidungsträgerInnen in den Bereichen Landwirtschaft, Bildung, Umwelt, Finanzen, Wohnen, Verkehr, Gesundheit und viele mehr zusammenarbeiten, um den GemeindegewerInnen ein gesundes Leben zu ermöglichen. Dabei gilt es, Synergien zu nutzen [30]. So kann z.B. die Steigerung des Wohlbefindens und der Gesundheit der Bevölkerung gleichzeitig zu besseren Leistungen der SchülerInnen in Schulen und der Beschäftigten in Betrieben führen.

Um eine Nachhaltigkeit im Sinne kommunaler Gesundheitsförderung zu erzielen, wurde beispielsweise im Rahmen des Modellprojektes der FH Burgenland im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich „Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart“ eine Gemeinde-Charta erstellt und unterzeichnet, mit der sich die Gemeinden dazu verpflichteten, nachhaltige Gesundheitsförderung zu betreiben.

Ableitend vom internationalen „WHO-Netzwerk Gesunde Städte“ wurde das nationale „Netzwerk Gesunde Städte Österreichs“ entwickelt. Zur Teilnahme an diesem Netzwerk ist eine formale Interessensbekundung seitens des Gemeinderates nötig. Darin wird festgehalten, dass die Ottawa Charta sowie die Zielsetzungen des Netzwerkes akzeptiert werden. Innerhalb des Netzwerkes erfolgen ein aktiver Erfahrungsaustausch und gemeinsame Aktivitäten wie Konferenzen und Sitzungen. Bei Aktivitäten in den eigenen Gemeinden werden die Städte durch das Koordinationsbüro des Vereins „Gesunde Städte Österreichs - Verein zur Förderung des Gesundheitsbewusstseins in österreichischen Städten“ unterstützt. Ziele des Netzwerkes sind die Abhaltung von Gesundheitskonferenzen, die Umsetzung kommunaler Gesundheitsberichterstattung, die Bekenntnis zur Frauengesundheitsförderung, die Beschäftigung mit dem Thema „Sucht und Drogen“ sowie die Förderung von Gesundheitsvorsorge [31].

Da das Burgenland kaum über (Groß)städte verfügt, sondern vorwiegend aus ländlichen Gemeinden besteht, gibt es hier die Initiative „Gesundes Dorf“. Burgenländische Gemeinden können sich daran beteiligen. Es gibt in den einzelnen Ortschaften Arbeitskreise für Gesundheitsförderung, die von RegionalmanagerInnen des Vereins für prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA) begleitet werden. So formulieren Gemeinden eigene Gesundheitsziele und beschließen Maßnahmen. Hauptthemen sind Ernährung, Übergewicht, Bewegung, psychische Gesundheit, Suchtprävention, Kinder- und Jugendlichen- sowie SeniorInnen-gesundheit [32]. Derzeit (Stand: Mai 2012) können 40 der 171 burgenländischen Gemeinden als gesunde Dörfer bezeichnet werden [33]. Nähere Informationen zu dem Projekt „Gesundes Dorf“ finden sich in Kapitel 6.1. In diesem Zusammenhang sei auch auf die Initiative „Dorferneuerung im Burgenland“ (s. Kapitel 5.2) hinzuweisen, welche vorwiegend die soziale Gesundheit der burgenländischen Bevölkerung fördert.

Ein weiteres erwähnenswertes Projekt in diesem Zusammenhang ist das Modellprojekt der FH Burgenland im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich „Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart“. So wurden im Rahmen dessen Gesundheitsförderungsaktivitäten in neun Gemeinden im Bezirk Oberwart initiiert, die

auch nach Projektlaufzeit (2009 bis 2012) zum Teil beibehalten wurden. Eine Beschreibung dieses Projekts findet sich in Kapitel 6.2 des vorliegenden Gesundheitsberichtes.

## 5.4 Umweltbedingungen

Die äußerste Ebene des Gesundheitsdeterminantenmodells nach Dahlgren und Whitehead (1991, modifiziert nach Fonds Gesundes Österreich, 2008) bilden allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt [34]. Das bedeutet unter anderem, dass die Gesundheit auch durch ökologische, wirtschaftliche sowie soziale Umweltfaktoren beeinflusst wird.

Auf EU-Ebene wird die Feinstaubbelastung als einziger Indikator zur Beschreibung der Umweltbedingungen im Rahmen der GBE angeführt [1]. Da jedoch auch andere umweltbezogene Rahmenbedingungen die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen, werden darüber hinaus im vorliegenden Kapitel die Ozonbelastung, wirtschaftliche Bedingungen sowie die Bedeutung der Landschaft als Gesundheitsressource im Burgenland dargestellt.

### 5.4.1 *Natürliche Landschaftsräume*

Das Burgenland zeichnet sich durch eine Vielzahl natürlicher Landschaftsräume aus. Diese können als wichtige Gesundheitsressource angesehen werden. So stellt Natur für die meisten Menschen einen Ort der Erholung dar [43]. Dies ist vor allem in unserer heutigen Gesellschaft von enormer Bedeutung. So sind Ursachen für den Drang in die Natur vor allem zunehmender Zeitdruck, die Technisierung des Lebens sowie die Komplexität von Aufgaben [44].

Welche potenziellen gesundheitlichen Auswirkungen die Natur auf den Menschen hat, ist in Tabelle 6 zusammengefasst. Dabei beruhen die Erkenntnisse auf internationalen und nationalen Studien. Die Tabelle zeigt, dass sich natürliche Landschaftsräume, die im Burgenland einen besonderen Stellenwert haben, auf die ganzheitliche Gesundheit des Menschen positiv auswirken können. Die Tabelle weist darauf hin, dass durch Naturräume die Bereitschaft zu mehr Bewegung wächst. Dies bestätigt eine Studie der Bundessportorganisation, in der 79% der 102 befragten inaktiven Personen angaben, dass Wiesen, Wälder, Flüsse und Seen ihre liebsten Sportstätten sind [45].

<b>Landschaft als Gesundheitsressource im Burgenland</b>	
<b>Gesundheit allgemein</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung des <b>subjektiven Gesundheitszustandes</b></li> </ul>
<b>Physische Gesundheit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• natürliche Landschaftsräume begünstigen die <b>Ausübung körperlicher Aktivität</b> vor allem bei Inaktiven</li> <li>• natürliche Landschaftsräume können <b>Kopfschmerzen</b> reduzieren</li> <li>• natürliche Landschaftsräume begünstigen eine <b>Blutdrucksenkung</b></li> <li>• Aufenthalt in freier Natur fördert <b>motorische Entwicklung</b> bei Kindern</li> </ul>
<b>Psychische und kognitive Gesundheit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Landschaftsräume ermöglichen das <b>Abstandnehmen vom Alltag, Faszination und Aufmerksamkeit</b></li> <li>• natürliche Landschaften können durch die Anwesenheit von Bäumen, Wiesen und Feldern die <b>Konzentrationsfähigkeit</b> und <b>kognitive Funktionsfähigkeit</b> steigern</li> <li>• Landschaftsräume können Gefühle der <b>Frustration</b> und des <b>Ärgers</b> reduzieren</li> <li>• der Aufenthalt in natürlichen Landschaftsumgebungen ermöglicht eine <b>Stressreduktion</b> und Steigerung der <b>Entspannungsfähigkeit</b></li> <li>• der Aufenthalt in Landschaften begünstigen die Steigerung von <b>Glücksgefühlen, Stimmungsaufhellung</b> und steigende <b>Zufriedenheit</b></li> <li>• Landschaftsräume fördern das <b>Selbstvertrauen</b> und die <b>Selbstständigkeit</b></li> </ul>
<b>Soziale Gesundheit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufenthalte und Bewegung in natürlichen Landschaftsräumen fördern soziale Beziehungen-&gt; Landschaftsräume als <b>soziale Treffpunkte</b></li> <li>• <b>sensiblerer Umgangsstil unter Kindern</b> durch Naturkontakt</li> <li>• <b>intensivere Nachbarschaftsbeziehungen</b> in Gegenden mit vielen Grünflächen</li> </ul>

**Tabelle 6: Potenziale natürlicher Landschaftsräume als Gesundheitsressource, Quellen: Weiß & Russo [45], Gebhard [46], Hartig, Mang & Evans [47], Mitchell & Popham [48], Hansmann, Hug & Seeland [49], Pretty, Peacock, Sellens & Griffin [50], Mück-Weymann, Leichtfried, Schobersberger, Hoffmann, Greie, Reicht & Humpeler [51], Brämer [52], Rodewald [53], Abraham, Sommerhalder, Bolliger-Salzman & Abel [54], Eigene Erstellung**

### 5.4.2 Ökologische Umweltbedingungen

Das Betrachten ökologischer Umweltbedingungen spielt im Rahmen der GBE deswegen eine große Rolle, da z.B. Luftverschmutzungen zahlreiche Erkrankungen begünstigen können [1].

Im Folgenden wird exemplarisch für die Darstellung des Ausmaßes der Luftschadstoffbelastung im Burgenland auf die PM<sub>10</sub> (Particulate Matter, Feinstaub)- und die Ozonbelastung eingegangen.

#### 5.4.2.1 Feinstaubbelastung

Ein zu hoher Feinstaubanteil in der Luft kann schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit haben wie z.B. Entzündungen der Lunge, Einschränkungen der Leistungsfähigkeit sowie Belastungen der Atemwege und des Herz-Kreislaufsystems. In weiterer Folge können durch Feinstaub Spitalsaufenthalte, der Gebrauch von Medikamenten sowie Todesfälle zunehmen [40].

Der Luftschadstoff PM<sub>10</sub> bezieht sich speziell auf Teilchen in der Luft, deren Durchmesser weniger als 10 Mikrometer umfasst. Dessen Vorkommen in der Luft wird in Mikrogramm pro Kubikmeter angegeben. Feinstaub ist ein Luftschadstoff und besteht aus einer Mischung von festen und flüssigen, in der Luft herumschwebenden

Partikeln. PM<sub>10</sub>- Partikel sind aufgrund ihrer geringen Größe für die Gesundheit besonders bedeutsam, da sie tiefer in die Lunge eindringen können [1].

Der Grenzwert der Luftqualitätsrichtlinien besagt, dass maximal 35 Tagesmittelwerte über 50 Mikrogramm pro Kubikmeter jährlich auftreten dürfen. Der definierte Grenzwert für den Jahresmittelwert liegt bei 40 Mikrogramm pro Kubikmeter [40].

In Österreich gab es im Jahr 2010 insgesamt 145 betriebene PM<sub>10</sub>-Messstellen. Dabei zeigte sich, dass der als Jahresmittelwert definierte Grenzwert von 40 Mikrogramm pro Kubikmeter nirgends überschritten wurde. Im Burgenland konnten jedoch an allen Messstellen Überschreitungen des Tagesmittelwertes festgestellt werden- in Eisenstadt, Illmitz, Kittsee und Oberschützen. Stärker betroffen ist Illmitz, da hier der Grenzwert an mehr als 35 Tagen überschritten wurde. Den höchsten maximalen Tagesmittelwert im Burgenland verzeichnete Kittsee mit 116 Mikrogramm pro Kubikmeter. Dabei ist darauf zu schließen, dass Grenzwertüberschreitungen den Norden des Landes stärker als den Süden betreffen (s. Tabelle 7).

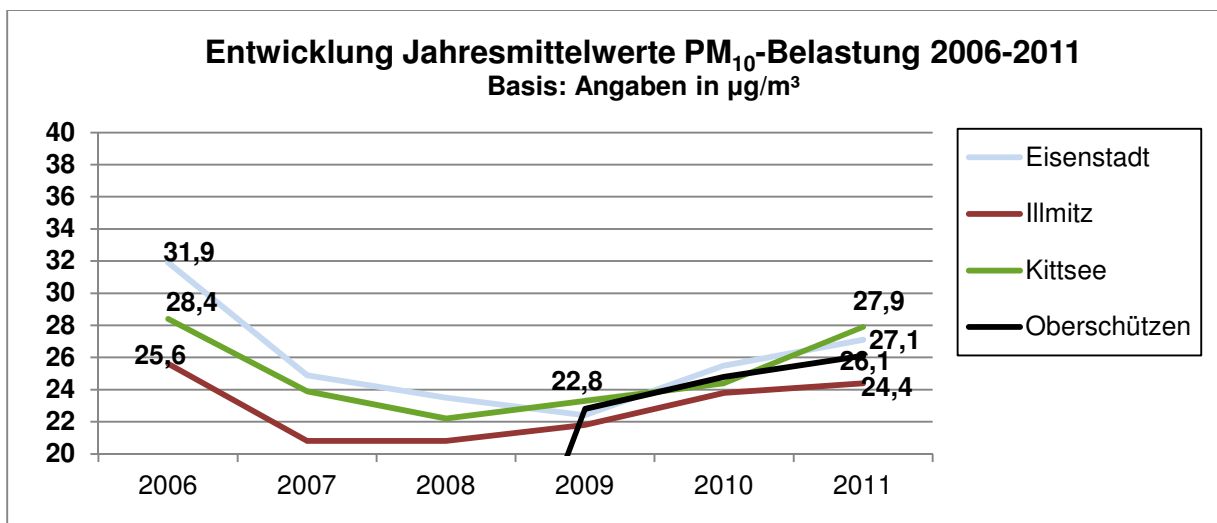
Messstelle	Anzahl an Tagen, an denen der maximale Tagesmittelwert (>50µg/m <sup>3</sup> ) überschritten wurde	max. Tagesmittelwert (µg/m <sup>3</sup> )
Eisenstadt	29	101
Illmitz	<b>37</b>	101
Kittsee	28	<b>116</b>
Oberschützen	24	104

**Tabelle 7: Grenzwertüberschreitungen bei PM<sub>10</sub>, Stand: 2010, Quelle: Umweltbundesamt [40], Eigene Erstellung**

Auch in allen anderen Bundesländern konnten 2010 Grenzwertüberschreitungen festgestellt werden. Während im Burgenland bei nur einer Messstelle eine Überschreitung des Grenzwertes der Luftqualitätsrichtlinien verzeichnet wurde (Illmitz, an mehr als 35 Tagen Tagesmittelwerte über 50 Mikrogramm pro Kubikmeter), waren es in Wien elf, in Niederösterreich und der Steiermark jeweils acht, in Oberösterreich fünf, in Kärnten vier und in Salzburg und in Tirol jeweils eine. In Vorarlberg wurde nirgends an mehr als 35 Tagen ein Tagesmittelwert von mehr als 50 Mikrogramm pro Kubikmeter gemessen. Den maximalen Tagesmittelwert in ganz Österreich erreichte 2010 die Messstation Belgradplatz in Wien mit 178 Mikrogramm pro Kubikmeter [40].

Abbildung 59 zeigt, wie sich die Jahresmittelwerte der PM<sub>10</sub>-Belastung im Burgenland im Zeitraum 2006 bis 2010 bei den einzelnen Messstellen verändert haben. Daraus geht hervor, dass die Jahresmittelwerte zwischen 2006 und 2008/2009 grundsätzlich zurückgingen. Ab dann stiegen sie bis zum Jahr 2011 wieder an. Dabei ist darauf aufmerksam zu machen, dass bei der Messstelle Oberschützen für die Jahre 2006 bis 2008 aufgrund von Ausfällen keine Messwerte vorliegen.





**Abbildung 59: Entwicklung Jahresmittelwerte PM<sub>10</sub>-Belastung, Stand: 2011, Basis: Angaben in Mikrogramm pro Kubikmeter, Quelle: Umweltbundesamt & Amt der Burgenländischen Landesregierung [42], Eigene Erstellung**

#### 5.4.2.2 Ozonbelastung

Erhöhte Ozonkonzentrationen können zu Beeinträchtigungen der Lungenfunktion, zum Anstieg von Lungenerkrankungen und somit zu vorzeitigen Todesfällen führen. Dabei ist Ozon ein sekundärer Luftschadstoff, der durch die Einwirkung von Sonnenlicht entsteht [40].

Der Grenzwert liegt gemäß Ozongesetz bei einem Einstundenmittelwert von 180 Mikrogramm pro Kubikmeter. Zudem gibt es einen Zielwert zum Schutz der menschlichen Gesundheit. Dieser gibt die Überschreitungshäufigkeit des täglich maximalen Achtstundenmittelwertes von 120 Mikrogramm pro Kubikmeter wider. Dabei dürfen im Mittel über drei Jahre maximal 25 Überschreitungen jährlich auftreten [40].

In Österreich gab es im Jahr 2010 113 Ozonmessstellen, die acht Ozonüberwachungsgebieten zugeordnet werden können:

- 1: Nordostösterreich
- 2: Südostösterreich mit mittlerem Murtal
- 3: Oberösterreich und nördliches Salzburg
- 4: Pinzgau, Pongau und Steiermark nördlich der Niederen Tauern
- 5: Nordtirol
- 6: Vorarlberg
- 7: Kärnten und Osttirol
- 8: Lungau und oberes Murtal [40]

Das Nord- und Mittelburgenland wird dabei der Region 1 Nordostösterreich und das Südburgenland der Region 2 Südostösterreich mit mittlerem Murtal zugerechnet. Betrachtet man die Messwerte, so zeigt sich, dass der Grenzwert von 180 Mikrogramm pro Kubikmeter als Einstundenmittelwert im Jahr 2010 an 34 Messstellen in Österreich an insgesamt 15 Tagen überschritten wurde. Von diesen

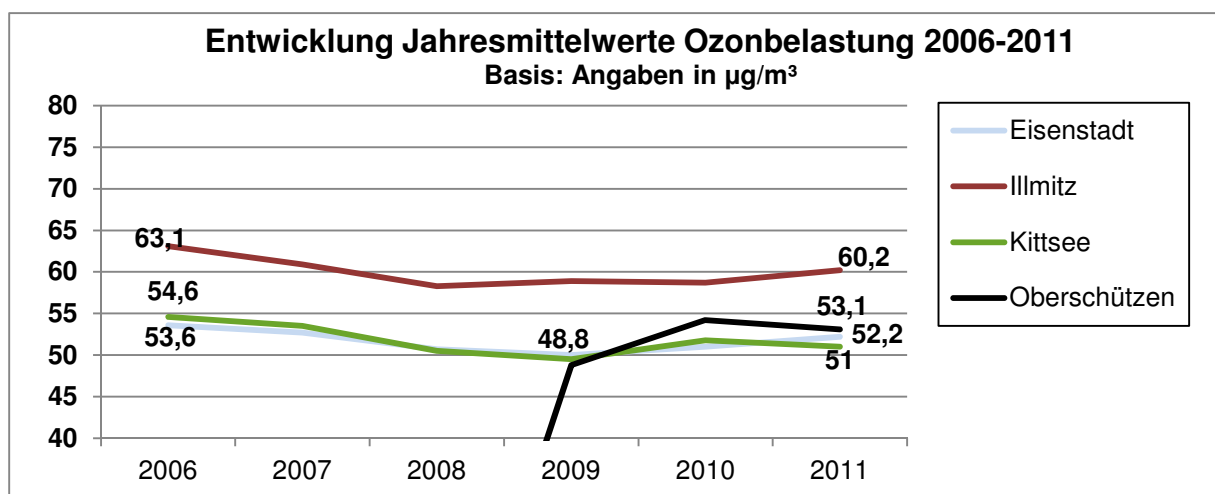
Überschreitungen trat keine in der Region 2 Südostösterreich mit mittlerem Murtaal, jedoch der überwiegende Teil im Gebiet 1 Nordostösterreich auf. So wurden hier an 13 Tagen Grenzwertüberschreitungen festgestellt.

Dabei wurden direkt im Burgenland an einem Tag in Kittsee, an einem Tag in Illmitz und an zwei Tagen in Eisenstadt Grenzüberschreitungen der Ozonwerte verzeichnet. In Tabelle 8 sind zusammenfassend die maximalen Messwerte und die Anzahl der Tage, an denen der maximale Einstundenmittelwert von 180 Mikrogramm pro Kubikmeter überschritten wurde, dargestellt. Der Zielwert zum Schutz der menschlichen Gesundheit (maximal an 25 Tagen jährlich Überschreitung des maximalen Achtstundenmittelwertes von 120 Mikrogramm pro Kubikmeter) wurde im Zeitraum 2008 bis 2010 an 33 Ozonmessstellen in Österreich überschritten, das sind 29% aller österreichischen Messstationen. Dies betraf im Burgenland lediglich Illmitz.

Messstelle	Anzahl an Tagen, an denen, der maximale Einstundenmittelwert (>50µg/m <sup>3</sup> ) überschritten wurde	max. Einstundenmittelwert (µg/m <sup>3</sup> )
Eisenstadt	2	184
Illmitz	1	183
Kittsee	1	183
Oberschützen	0	167

**Tabelle 8: Grenzwertüberschreitungen bei Ozon, Stand: 2010, Quelle: Umweltbundesamt [40], Eigene Erstellung**

In Abbildung 60 ist die Entwicklung der Jahresmittelwerte von 2006 bis 2011 in Bezug auf die Ozonbelastung dargestellt. Dabei zeigt sich, genauso wie bei Feinstaub, dass die Belastung in nahezu allen Regionen bis zu den Jahren 2008/2009 abnahm und anschließend wieder leicht anstieg. Auch hier liegen für die Messstelle Oberschützen ausschließlich Daten von 2009 bis 2011 vor.



**Abbildung 60: Entwicklung Jahresmittelwerte Ozonbelastung, Stand: 2011, Basis: Angaben in Mikrogramm pro Kubikmeter, Quelle: Umweltbundesamt & Amt der Burgenländischen Landesregierung [42], Eigene Erstellung**

Abschließend ist anzumerken, dass unter anderem auch Radioaktivität einen wichtigen ökologischen Einflussfaktor auf die Gesundheit des Menschen darstellt. Neben der natürlich auftretenden Strahlung, die aus dem Weltraum und von natürlich radioaktiven Stoffen in Böden und Gesteinen der Erdkruste stammt, besteht seit Anfang des 20. Jahrhunderts eine weitere zivilisatorische Exposition. Diese ionisierende Strahlung entstand durch die Entwicklung von Industrie, Forschung und Medizin und ist sowohl für die Gesundheit des Menschen als auch die Umwelt selbst schädlich. In Österreich gibt es über 100 Messstellen, wobei sich in den letzten Jahren keine auffälligen Messwerte innerhalb des Burgenlandes zeigten [41].

### 5.4.3 *Wirtschaftliche Situation*

Obwohl im Rahmen der EU-konformen Gesundheitsindikatoren keine Kennzahl zur Beschreibung der wirtschaftlichen Situation einer Bevölkerung entwickelt wurde, wird im Folgenden versucht, diese für das Burgenland darzustellen. Einen wichtigen Indikator diesbezüglich stellt die Situation am Arbeitsmarkt dar. Diese wurde bereits in Kapitel 3.2.2 in Form der Arbeitslosenquote und des PendlerInnenanteils dargestellt. Ergänzend zu diesen Erkenntnissen soll nun das Bruttoregionalprodukt im Burgenland dargestellt werden. Es ist das regionale Äquivalent zum Bruttoinlandsprodukt und wird folgendermaßen berechnet: Bruttowertschöpfung zu Herstellungspreisen+Gütersteuern-Gütersubventionen [35]. Dabei wird diese Kennzahl in Euro pro EW dargestellt.

Das Bruttoregionalprodukt, welches zur Beschreibung der Wirtschaftskraft einer Region dient, wird stark durch die Gesundheit der Bevölkerung in Form der Produktivität, des Angebotes an Arbeitskräften, der Ausbildung und der Kapitalbildung beeinflusst. Gleichzeitig hängt der Gesundheitszustand in einer Region aber unter anderem von wirtschaftlichen Faktoren ab. Somit stehen das Bruttoregionalprodukt und der Gesundheitszustand der Bevölkerung in einer wechselseitigen Beziehung zueinander [36].

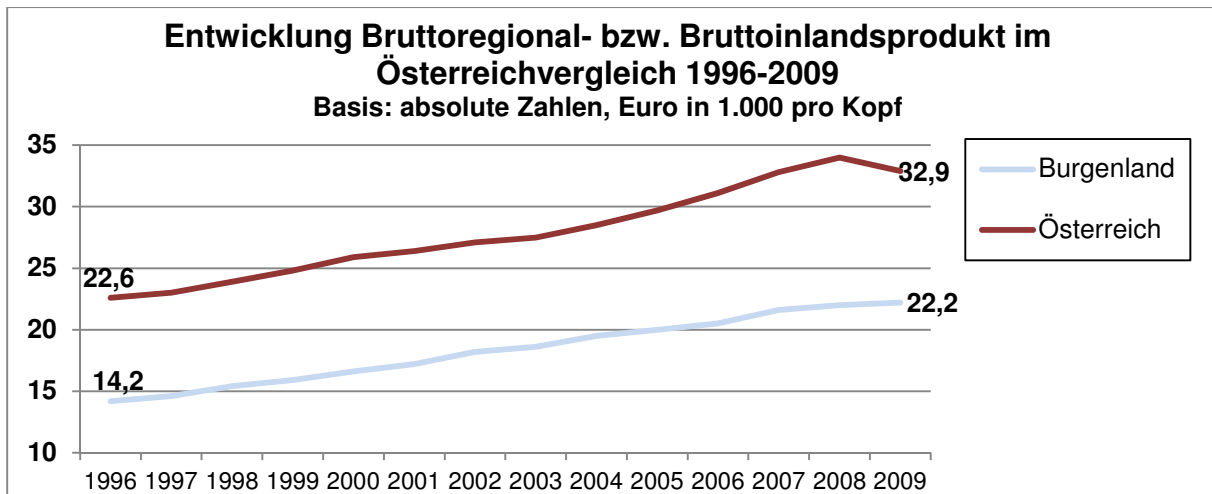
Vorweg ist darauf aufmerksam zu machen, dass es zunehmend Evidenz darüber gibt, dass nicht unbedingt der absolute Wohlstand einer Bevölkerung, sondern die gerechte Verteilung der Ressourcen innerhalb einer Gesellschaft die Gesundheit der Bevölkerung begünstigt [37].

Aktuellste Daten zum Bruttoregionalprodukt im Burgenland stammen aus dem Jahr 2009. Demnach betrug dieses rund 22.200 Euro pro EW [38].

Für die einzelnen NUTS 3-Regionen des Burgenlandes konnten lediglich Daten aus dem Jahr 2008 aufgefunden werden. Demzufolge hatte das Mittelburgenland mit 18.900 Euro pro Kopf das geringste und das Nordburgenland mit 24.300 Euro pro Kopf das höchste Bruttoregionalprodukt. Südburgenland lag mit 19.900 Euro pro Kopf dazwischen [39].

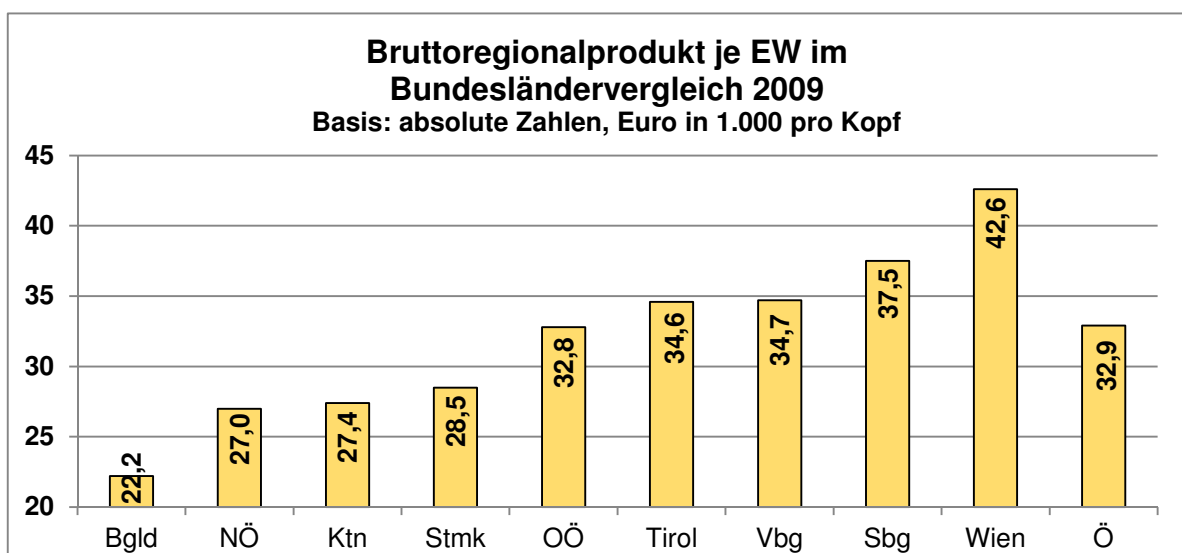
Seit 1996 zeigt sich ein jährlicher Anstieg des Bruttoregionalproduktes je EW im Burgenland. Während es 1996 bei 14.200 Euro pro Kopf lag, betrug es 2007 bereits 21.600 und 2009 sogar 22.200 Euro pro Kopf. Dies entspricht einer Steigerung von 8.000 Euro pro Kopf im Zeitraum 1996 bis 2009. Ein ähnlicher Trend zeichnet sich

für Gesamtösterreich ab. So stieg auch hier das Bruttoinlandsprodukt seit 1996 stetig an, fiel jedoch von 2008 auf 2009 wieder ab (s. Abbildung 61).



**Abbildung 61: Entwicklung Bruttoregional- bzw. Bruttoinlandsprodukt im Österreichvergleich, Stand: 2009, Basis: Absolute Zahlen, Euro in 1.000 pro Kopf; Quelle: Wirtschaftskammer Österreich [38], Eigene Erstellung**

Bereits Abbildung 62 zeigt, dass das Bruttoregionalprodukt im Burgenland (22.200 Euro pro Kopf) deutlich unter dem Bruttoinlandsprodukt Österreichs (32.900 Euro pro Kopf) liegt. Burgenland stellt somit jenes Bundesland mit dem geringsten Bruttoregionalprodukt pro Kopf dar, gefolgt von Niederösterreich (27.000 Euro) und Kärnten (27.400 Euro). Am höchsten fällt dieses hingegen in Wien (42.600 Euro) und Salzburg (37.500 Euro) aus. Details dazu finden sich in Abbildung 62.



**Abbildung 62: Bruttoregionalprodukt je EW im Bundesländervergleich, Stand: 2009, Basis: Absolute Zahlen, Euro in 1.000 pro Kopf; Quelle: Wirtschaftskammer Österreich [38], Eigene Erstellung**

Zur Beschreibung der wirtschaftlichen Situation eines Bundeslandes spielen noch andere Faktoren wie die Arbeitslosigkeit und Einkommensunterschiede eine Rolle. In

Kombination mit den Kennzahlen Arbeitslosenquote, Armutsgefährdungsquote und Einkommensviertel lässt sich für das Burgenland im Vergleich zu anderen Bundesländern eine eher ungünstigere wirtschaftliche Situation erkennen.

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse dieses Kapitels findet sich in der Kurzfassung des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012.

## 5.5 Literaturverzeichnis

- [1] European Community Health Indicators Monitoring. (2010). *ECHI Shortlist Release of June 2008 (minor revisions in February 2010). Complete metadata for the indicators available on the ECHIM Products Website* (ECHIM, European Union, Hrsg.). Verfügbar unter: [http://www.echim.org/docs/echi\\_shortlist.pdf](http://www.echim.org/docs/echi_shortlist.pdf) [18.10.2012]
- [2] Renneberg, B. & Hammelstein, P. (2006). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer.
- [3] WHO. (2012). *Physical Activity*. Verfügbar unter: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html> [28.11.2012]
- [4] Titze, S., Ring-Dimitriou, S., Schober, P.H., Halbwachs, C., Samitz, G., Miko, H.C., Lercher, P., Stein, K.V., Gäbler, C., Bauer, R., Gollner, E., Windhaber, J., Bachl, N., Dorner, T.E. & Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. (2010). *Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung* (Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich Hrsg.). Wien: Eigenverlag.
- [5] Statistik Austria. (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Wien.
- [6] Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien. (Hrsg.). (2009). *Österreichischer Ernährungsbericht 2008*. Wien.
- [7] Elmadfa, I. & Leitzmann, C. (2004). *Ernährung des Menschen*. Stuttgart: Eugen Ulmer.
- [8] Österreichische Vereinigung für das Gas- und Wasserfach. (2008). *Trinkwasser in Österreich*. Wien.
- [9] Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien. (Hrsg.). (2003). *Österreichischer Ernährungsbericht 2003*. Wien.
- [10] Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Österreichische Gesellschaft für Ernährung, Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung & Schweizerische

Vereinigung für Ernährung. (2008). *Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr*. Neustadt: Neue Umschau.

[11] WHO. (2006). *The facts about smoking and health*. Verfügbar unter: [http://www.wpro.who.int/mediacentre/factsheets/fs\\_20060530/en/](http://www.wpro.who.int/mediacentre/factsheets/fs_20060530/en/) [28.11.2012]

[12] WHO. (2000). *Europäischer Aktionsplan Alkohol: 2000-2005*. Kopenhagen. Verfügbar unter: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/79403/E67946G.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/79403/E67946G.pdf) [28.11.2012]

[13] National Institute On Drug Abuse. (2011). *Marijuana*. Verfügbar unter: [https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/marijuana\\_3.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/marijuana_3.pdf) [28.11.2012]

[14] Wilkinson, R. & Marmot, M. (2004). *Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten 2. Ausgabe* (WHO Hrsg.). Denmark.

[15] Gehmacher, E. (2003). *Sozialkapital- Ein neues OECD-Programm: Bericht über die Tagung „Measuring Social Capital“ Budapest 21.-23.Mai 2003*.

[16] CBS Network Services Limited und Technologie-Netzwerk Berling. (2003). *Soziales Kapital*. Verfügbar unter: <http://www.european-network.de/downloads/Informationsbroschuere%20-%20Soziales%20Kapital.PDF> [28.11.2012]

[17] Statistik Austria. (2008). *Struktur und Volumen der Freiwilligenarbeit in Österreich*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/freiwilligenarbeit/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/freiwilligenarbeit/index.html) [28.11.2012]

[18] Zukunft.Burgenland, Regionalmanagement Burgenland GmbH. (2012). *Die neue umfassende Dorferneuerung im Burgenland*. Verfügbar unter: [http://www.zukunftburgenland.at/front\\_content.php?idcat=302&lang=12](http://www.zukunftburgenland.at/front_content.php?idcat=302&lang=12) [28.11.2012]

[19] WHO. (1986). *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung*. Ottawa. Verfügbar unter: [http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Ottawa\\_Charta.pdf](http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Ottawa_Charta.pdf) [28.11.2012]

[20] Franzkowiak, P., Homfeldt, H.G. & Mühlum, A. (2011). *Lehrbuch Gesundheit*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

[21] Janson, C. (2005). Arbeit und Gesundheit: ein herausfordernder Bereich für die Supervision. *Supervision: Mensch Arbeit Organisation. Arbeit und Gesundheit*, 23 (3). 3-5.

[22] Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. (2011). *Fehlzeitenreport 2011: Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. Wien. Verfügbar unter:

[http://www.wifo.ac.at/www/jsp/index.jsp?fid=23923&typeid=8&display\\_mode=2&id=42691](http://www.wifo.ac.at/www/jsp/index.jsp?fid=23923&typeid=8&display_mode=2&id=42691) [28.11.2012]

[23] Bamberg, E. (2005). Bewertungs- und Bewältigungsprozesse im Umgang mit Belastungen am Arbeitsplatz. *Supervision: Mensch Arbeit Organisation. Arbeit und Gesundheit*, 23 (3), 6-9.

[24] Jürgens-Scholz, B. (2005). Krankenkassen engagieren sich für betriebliche Gesundheitsförderung. *Supervision: Mensch Arbeit Organisation. Arbeit und Gesundheit*, 23 (3), 10-13.

[25] Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung. (2012). *Betriebliche Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter: [http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/start/startWindow?action=2&p\\_menuid=64784&p\\_tabid=1](http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/start/startWindow?action=2&p_menuid=64784&p_tabid=1) [28.11.2012]

[26] Badura, B., Walter, U. & Hehlmann, T. (2010). *Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation* (2. Auflage). Berlin und Heidelberg: Springer.

[27] Land Burgenland. (2012). *Bezirke und Gemeinden*. Eisenstadt. Verfügbar unter: <http://www.burgenland.at/burgenland/bezirkeundgemeinden> [28.11.2012]

[28] WHO. (1997). *City planning for health and sustainable development*. Copenhagen.

[29] WHO. (2003). *Healthy urban planning in practice: experience of European cities: Report of the WHO City Action Group on Healthy Urban Planning*. Copenhagen.

[30] Stahl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (2006). *Health in All Policies: Prospects and potentials* (Ministry of Social Affairs and Health, European Observatory on Health Systems and Policies Hrsg.). Finland.

[31] Penz, H. (2008). *Gemeindebezogene Gesundheitsförderung: Eine Fallstudie zu etablierten Konzepten in der landesweiten Umsetzung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

[32] Fonds Gesundes Österreich. (2010). *Gesunde Dörfer im Burgenland*. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/infos/gesunde-dorfer-im-burgenland> [28.11.2012]

[33] Land Burgenland. (2012). *Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte im Burgenland*. Eisenstadt.

[34] Fonds Gesundes Österreich. (2008). *Gesundheitsdeterminanten, Farbe gekennzeichnet*. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/presse->

[publikationen/downloads/fotos-grafiken/ernaehrungspyramide-infografiken/gesundheitsdeterminanten-farbe-gezeichnet](#) [28.11.2012]

[35] Felderer, B., Grozea-Helmenstein, D., Helmenstein, C. & Slavova, T. (2005). *Wirtschaftsprognose für das Burgenland: Jahresbericht 2004* (Studie im Auftrag der Burgenländischen Landesregierung und der Wirtschaftskammer Burgenland Hrsg.). Wien.

[36] European Communities. (2005). *The contribution of health to the economy in the European Union*. Luxembourg.

[37] Bramesfeld, A. (2011). Soziale Ungleichheit, psychische Gesundheit und Versorgung: Social Inequalities, Mental Health and Service Provision. *Psychiatrische Praxis*, 38, 363-365.

[38] Wirtschaftskammer Österreich. (2012). *Bruttoregionalprodukt je Einwohner nach Bundesländern*. Verfügbar unter: <http://wko.at/statistik/Extranet/Langzeit/Blang/Blang-bipew.pdf> [28.11.2012]

[39] Wirtschaftskammer Burgenland. (2011). *BIP pro Kopf Burgenland absolut*. Eisenstadt.

[40] Umweltbundesamt. (2011). *Jahresbericht der Luftgütemessungen in Österreich 2010*. Wien.

[41] Lebensministerium. (2012). *Strahlenschutz*. Verfügbar unter: <http://www.lebensministerium.at/umwelt/strahlen-atom/strahlenschutz.html> [28.11.2012]

[42] Umweltbundesamt & Amt der Burgenländischen Landesregierung. (2012). *Jahresmittelwerte und Tagesmittelwerte von PM<sub>10</sub> und Ozon 2006-2011*. Wien und Eisenstadt.

[43] Maas, J., Verheij, R.A., Groenewegen, P.P., de Vries, S. & Spreeuwenberg, P.(2006). Green space, urbanity, and health: how strong is the relation?. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60 (7), 587-592.

[44] Leder, S. (2010). Wandern und Muße. In A. Dreyer, A. Menzel & M. Endreß (Hrsg.), *Wandertourismus: Kundengruppen Destinationsmarketing Gesundheitsaspekte* (S. 99-106). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

[45] Weiß, O. & Russo, M. (2005). *Mehr Österreicher/innen zum Sport: Eine Aktivierungsstudie zur Förderung des Sportengagements in Österreich*. (Österreichische Bundes-Sportorganisation BSO & Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur Hrsg.). Wien. Verfügbar unter:



[http://www.bso.or.at/uploads/media/2005\\_Mehr\\_OesterreicherInnen\\_zum\\_Sport\\_Studie.pdf](http://www.bso.or.at/uploads/media/2005_Mehr_OesterreicherInnen_zum_Sport_Studie.pdf) [28.11.2012]

[46] Gebhard, U. (2008). Naturerfahrung und Gesundheit: Zur Psychodynamik des kindlichen Naturverhältnisses. In Tourismus Zentrale Saarland GmbH. (Hrsg.), *1. Gesundheitskongress Wandern: „Regeneration durch Natur“ 11.-12. Oktober 2007 im Saarland* (S. 145-159). Saarbrücken: Merziger Druckerei.

[47] Hartig, T., Mang, M. & Evans, G.W. (1991). Restorative Effects of Natural Environment Experiences. *Environment & Behaviour*, 23 (1), 3-26.

[48] Mitchell, R. & Popham, F. (2007). Greenspace, urbanity and health: relationships in England. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61 (8), 681-683.

[49] Hansmann, R., Hug, S.M. & Seeland, K. (2007). Restoration and stress relief through physical activities in forests and parks. *Urban Forestry & Urban Greening*, 6 (4), 213-225.

[50] Pretty, J., Peacock, J., Sellens, M. & Griffin, M. (2005). The mental and physical health outcomes of green exercise. *International Journal of Environmental Health Research*, 15 (5), 319-337.

[51] Mück-Weymann, M., Leichtfried, V., Schobersberger, W., Hoffmann, G., Greie, S., Reicht, I. & Humpeler, E. (2007). AMAS II (Austrian Moderate Altitude Study II): Auswirkungen eines einwöchigen Aktivurlaubs (1700 m) in mittleren Höhen auf biopsychologische Parameter. In W. Schobersberger, W. Domej, G. Sumann & F. Berghold (Hrsg.), *Jahrbuch 2007 Österreichische Gesellschaft für Alpin- und Höhenmedizin* (S. 209-226). Innsbruck: Raggl digital graphic+print.

[52] Brämer, R. (2007). *Gesundheitsstudie Wandern: Daten, Fakten, Perspektiven*. (Rainer Brämer, Deutsches Wanderinstitut e.V. Hrsg.). Lohra. Verfügbar unter: <http://wanderforschung.de/files/gesundstudwan1220020910.pdf> [28.11.2012]

[53] Rodewald, R. (2009). *Landschaft und Gesundheit- eine vielversprechende Verbindung*.

[54] Abraham, A., Sommerhalder, K., Bolliger-Salzman, H. & Abel, T. (2007). *Landschaft und Gesundheit: Das Potenzial einer Verbindung zweier Konzepte*. (Universität Bern, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Abteilung Gesundheitsforschung Hrsg.). Bern. Verfügbar unter: [www.sl-fp.ch/getdatei.php?datei\\_id=817](http://www.sl-fp.ch/getdatei.php?datei_id=817) [28.11.2012]

[55] Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. (2011). *Bericht zur Drogensituation 2011*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/drogensituation\\_2011.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/drogensituation_2011.pdf) [28.11.2012]

[56] Zellmann, P. & Mayrhofer, S. (2010). *So sportlich ist Österreich: Die Sportausübung im Europa- und Bundesländer-Vergleich*. Forschungstelegramm 12/2010 des IFT Institut für Freizeit- und Tourismusforschung.

[57] Elmadfa, I. et al. (2012). *Österreichischer Ernährungsbericht 2012*. Wien: Druckerei Berger.

[58] Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung. (o.J.). *Endbericht/Endabrechnung „Qualitätssicherungsaktivitäten des Österreichischen Netzwerkes BGF“: Projekt Nummer: 1479/V/1. Verfügbar unter: [http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoiderte-projekte/FgoeProject\\_1309/44371.pdf](http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoiderte-projekte/FgoeProject_1309/44371.pdf) [15.1.2013]*

## 6 GESUNDHEITSFÖRDERUNGS-, PRÄVENTIONS- UND VORSORGEPROJEKTE

Gemäß den ECHI-Indikatoren gilt es, im Rahmen der GBE auch Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte darzustellen. Dies betrifft Programme zum Tabakschutz, zur gesunden Ernährung, zur Bewegungsförderung sowie generell Aktivitäten, die einen gesunden Lebensstil und/oder gesunde Lebenswelten zum Ziel haben [1].

Im Folgenden werden ausgewählte Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Vorsorgeprojekte im Burgenland vorgestellt. Daten und Informationen stammen vom Land Burgenland [2], der Fachhochschule Burgenland (FH Burgenland) [3] sowie der Burgenländischen Gebietskrankenkasse (BGKK).

### 6.1 Gesundes Dorf

Im Jahr 2002 startete das Land Burgenland in Kooperation mit dem Burgenländischen Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin (BAKS) das Projekt „Gesundes Dorf“. Seit 2008 ist der Verein für Prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA) für die Betreuung der Gemeinden zuständig. Das Projekt wird vom Land Burgenland und dem Fonds Gesundes Österreich gefördert.

Ziele des Gesundheitsförderungsprojektes sind die Stärkung des Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung und die Förderung eines gesunden Lebensstiles. Diese sollen durch die Entwicklung von Organisationsstrukturen zur Gestaltung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Programmen erreicht werden. Ein wichtiges Kernelement stellt dabei die Einbeziehung der GemeindegängerInnen und der regionalen AnbieterInnen wie ÄrztInnen, Vereine oder auch Selbstständige in Gesundheitsberufen dar. Dies entspricht den wichtigen Grundsätzen der Gesundheitsförderung, nämlich Partizipation und Vernetzung.

Der Ablauf des Projektes lässt sich idealerweise in folgenden Schritten beschreiben:

- Gemeinde kontaktiert PGA per Online-Formular
- Regionalberater/in des PGA nimmt Kontakt mit der Gemeinde auf
- Erstgespräch, Information über weitere Schritte und Erheben des bestehenden Gesundheitsangebots in der Gemeinde
- Gemeinderatsbeschluss
- Befragung der Bevölkerung bezüglich Wünsche und Anregungen für gesundheitsförderliche Maßnahmen
- Errichtung eines Arbeitskreises im Dorf
- Startworkshop
- Angebot und Durchführung gesundheitsförderlicher Aktionen

Am Erstgespräch nehmen der/die Bürgermeister/in, der/die Kreis- bzw. Gemeindefacharzt/-ärztin sowie mit Gesundheitsagenden in der Gemeinde beauftragte

Personen teil. Damit die Nachhaltigkeit, ein weiteres wichtiges Prinzip der Gesundheitsförderung, gewährleistet werden kann, ist ein einstimmiger Gemeinderatsbeschluss erwünscht. Der Arbeitskreis im Dorf besteht aus ehrenamtlichen Mitgliedern in der Gemeinde, die für regelmäßige Treffen verantwortlich sind und jährliche Maßnahmen planen.

Nach dem offiziellen Startschuss des „Gesunden Dorfes“ in einzelnen Gemeinden werden gesundheitsförderliche Maßnahmen in der Gemeinde umgesetzt, wobei der/die Regionalberater/in des PGA unterstützend und begleitend tätig ist.

Derzeit (Stand: September 2012) sind 40 von 171 burgenländischen Gemeinden am Projekt „Gesundes Dorf“ beteiligt und haben somit einen Arbeitskreis. Das ist beinahe ein Viertel aller Gemeinden. Die meisten Arbeitskreise sind dabei in den Bezirken Oberpullendorf (10), Güssing (9), Jennersdorf (6) und Neusiedl (6) zu finden, die wenigsten in Oberwart (1) und Mattersburg (3). Eisenstadt und Umgebung verfügt über fünf Arbeitskreise. Ergänzend dazu befinden sich aktuell drei weitere Gemeinden im Aufbau eines „Gesunden Dorfes“.

## 6.2 Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart

Das Modellprojekt „Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart“ wurde von der FH Burgenland im Auftrag des Geschäftsbereiches Fonds Gesundes Österreich der Gesundheit Österreich GmbH im Bezirk Oberwart (Südburgenland) durchgeführt. Das Projekt hatte bzw. hat die Verbesserung der Herz-Kreislauf-Gesundheit zum Ziel. Ein Grund hierfür ist, dass sich im Burgenland und speziell im Bezirk Oberwart ein im Vergleich zu Gesamtösterreich eher ungünstiges Gesundheitsverhalten hinsichtlich der Herz-Kreislauf-Gesundheit findet. Dies wirkt sich auch auf den Gesundheitszustand aus. So ist beispielsweise die Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen signifikant höher als im Österreich-Schnitt (s. Kapitel 4.3).

Ziele des Projektes waren und sind:

- Aufbau und Verankerung einer gesundheitsförderlichen Struktur
- Umsetzung gesundheitsförderlicher Angebote zu den Themen Ernährung, Bewegung und seelische Gesundheit
- Entwicklung und Förderung von Gesundheitswissen und Kompetenzen zur Umsetzung von regionalen und schulischen Kleinprojekten
- Einleitung eines öffentlichen Sensibilisierungsprozesses zur Herzgesundheit
- Verankerung von Gesundheit in der Gemeinde- und Schulpolitik der teilnehmenden Gemeinden und Schulen
- gendersensibler Zugang zur Zielgruppe sowie zum Thema Herzgesundheit

Maßnahmen wurden in elf Gemeinden, zehn Kindergärten, 15 Volksschulen, drei berufsbildenden mittleren Schulen und einer polytechnische Schule im Bezirk Oberwart umgesetzt.

Zielgruppen stellten in Gemeinden Frauen und Männer zwischen 30 und 60 Jahren sowie Kindergarten- und Volksschulkinder dar. In Schulen wurden SchülerInnen von

14 bis 18 Jahren und LehrerInnen durch gesundheitsförderliche Maßnahmen angesprochen. Zudem sollten vor allem sozial benachteiligte Personen und jene mit einer besonderen Lebenssituation wie z.B. PendlerInnen erreicht werden.

Der Projektablauf orientierte sich am klassischen Managementzyklus:

- Diagnosephase (Diagnosegespräche, Fragebögen und Diagnoseworkshops zu gesundheitsbezogenen Einflussfaktoren sowie zum objektiven und subjektiven Wohlbefinden der Zielgruppe)
- Planungsphase (Workshops, Projektvereinbarungen)
- Umsetzungsphase (Maßnahmen zu den Themen Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit)
- Evaluierungsphase (externe, interne und Selbstevaluation)

Wichtige KooperationspartnerInnen waren das Klimabündnis Österreich, das Bezirkspolizeikommando Oberwart, das Kuratorium für Verkehrssicherheit, Sportverbände, der Psychosoziale Dienst (PSD) Burgenland, das Burgenländische Volksliedwerk, ErnährungswissenschaftlerInnen, SIPCAN – Initiative für ein gesundes Leben, der Verein für Prophylaktische Gesundheitsarbeit und ein Experte der Öffentlichkeitsarbeit.

Letztendlich zeigte sich, dass etwa 20% der BürgerInnen in den Modellgemeinden zur Teilnahme an diversen Interventionen bewegt werden konnten. Aktivitäten waren unter anderem die Durchführung von Entspannungskursen, die Einführung der gesunden Jause im Kindergarten, die Veranstaltung eines Gesundheitskabarets, die Bewegungsinitiative „Schoolwalker“, eine Schrittzähleraktion, das Projekt zur Verbesserung des Trinkverhaltens „Trink dich fit mit Tropfi“ sowie die Durchführung von Tanz-, Nordic Walking- und Kochkursen. Dadurch konnte das Bewusstsein der Bevölkerung im Bezirk Oberwart für das Thema Herz-Kreislauf-Gesundheit geschaffen werden. Insgesamt wurden in 33 verschiedenen Settings 240 Gesundheitsförderungsinterventionen umgesetzt. Das Modellprojekt führte in der Modellregion zu folgenden Ergebnissen:

- Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen
- Verankerung des Themas Gesundheit in der Gemeindepolitik und Schulkultur
- Steigerung des Bewusstseins für das Thema Herzgesundheit
- Erweiterung individueller Gesundheitskompetenzen der Bevölkerung
- Stärkung des Gemeinschaftsgefühls in den Projektgemeinden
- Verbesserung des Trinkverhaltens in Schulen

Zur Sicherung der Nachhaltigkeit in Gemeinden blieben die Projektteams über das Modellprojekt hinaus weiterbestehen. Zudem wurde eine Gemeindecharta zur nachhaltigen Gesundheitsförderung von den Gemeinderäten verabschiedet. Mithilfe dieser Charta wurden fixe Vereinbarungen für die Bereiche „Gesundheit in der politischen Kultur“, „Ressourcen“, „Leadership“, „Vernetzung von Strukturen“ sowie „Partizipation“ und „Empowerment“ festgelegt. Weiteres dient die Gestaltung eines

Kochbuches mit dem Titel „Herzgesundes kochen und genießen“, in welchem alle Gemeinden mit regionalen Rezepten vertreten sind, der Sicherung der Nachhaltigkeit. Jährlich soll in Zukunft weiterhin der „Gemeinsam gesund bewegen Tag“ am 26. Oktober stattfinden.

Auch bei Gesundheitsförderungsaktivitäten an Schulen wurde auf Nachhaltigkeit gesetzt. So konnten z.B. durch die Installation von Bewegungskisten (= Kisten, die Spielgeräte für kleine Bewegungs- und Spieleaktivitäten in Pausen wie Bälle, Roller, Stelzen, Springseile usw. beinhalten) für die Pausengestaltung an Schulen nachhaltige Strukturen geschaffen werden. Zudem wurden Buffets und Getränkeautomaten umgestellt, um Rahmenbedingungen für eine gesunde Ernährung an Schulen zu entwickeln. Auch Angebote für LehrerInnen im Bereich der seelischen Gesundheit sollen weiter bestehen bleiben.

Sowohl im Setting Gemeinde als auch in der Schule wurden Personen vor Ort als MultiplikatorInnen geschult, um die Durchführung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen für die Zukunft zu gewährleisten.

### **6.3 G´scheid essen**

Um die Bevölkerung über das Thema gesunde Ernährung aufzuklären, startete das Land Burgenland im Jahr 2006 in Kooperation mit der Burgenländischen Gebietskrankenkasse (BGKK) die Initiative „G´scheid essen“. Diese erfolgt derzeit in Form einer kostenlosen Ernährungsberatung durch ErnährungswissenschaftlerInnen in den Räumlichkeiten der BGKK in Eisenstadt, Oberwart und Güssing. Neben Personen, die bei der BGKK versichert sind, können auch Versicherte aller anderen Versicherungsträger eine Ernährungsberatung in Anspruch nehmen.

Ziel des Projektes ist die Verbesserung der Ess- und Trinkgewohnheiten der burgenländischen Bevölkerung, wobei sich die Initiative vor allem an Personen richtet, die ihr Ernährungsverhalten ändern möchten und/oder Fragen zum Thema gesunde Ernährung haben.

Im Jahr 2011 erhielt das Gesundheitsinformationszentrum der BGKK 2.950 Anfragen. Diese erfolgten persönlich, telefonisch oder schriftlich. Am Projekt „G´scheid essen“ selbst nahmen 2011 in Summe 147 Personen teil.

### **6.4 Diabetesbetreuung „Modell Burgenland“**

Die Diabetesbetreuung „Modell Burgenland“ besteht seit 1995 unter der Projektleitung von MR OA Dr. Gerhard Cerny und wird durch das Land Burgenland und die BGKK finanziert. Ziel ist die Verbesserung der Lebensqualität der burgenländischen DiabetikerInnen, die Aufklärung der Bevölkerung über die Krankheit und die Bewahrung der BurgenländerInnen vor Folgen des Diabetes.

Dabei absolvieren ÄrztInnen im Burgenland (sowohl AllgemeinmedizinerInnen als auch FachärztInnen) ein Schulungsseminar, welches sie dazu berechtigt, PatientInnenschulungen nach dem „Modell Burgenland“ durchzuführen. Dieses Seminar dauert zwei Tage und beinhaltet folgende Themenschwerpunkte:

- medizinische Grundlagen zum Diabetes mellitus
- Grundlagen der Diabeteskost
- Schulungsstruktur
- Aufbau
- Organisation
- pädagogisch-didaktische Grundlagen

Anschließende PatientInnenschulungen setzen sich aus 12 Einheiten zu je 45 Minuten zusammen. Daran dürfen maximal 10 Betroffene und deren Angehörige gleichzeitig teilnehmen. Den medizinischen Teil der Schulung übernimmt ein Arzt bzw. eine Ärztin, den ernährungsbezogenen Part ein/eine Ernährungswissenschaftler/in. Zudem werden Schulungsunterlagen an die TeilnehmerInnen ausgegeben und Daten der PatientInnen in Form eines PatientInnenblattes erhoben. Daneben gibt es jährliche Nachschulungen. Ziel dieser Weiterbetreuung ist das Auffrischen von Wissen und die neuerliche Erfassung medizinischer Daten, um mögliche Veränderungen zu erkennen.

Neben PatientInnenschulungen wurden im Rahmen des Projektes auch Informationsprogramme zu den Themen Übergewicht und Diabetes an allgemeinbildenden höheren Schulen (AHS), berufsbildenden höheren Schulen (BHS) sowie berufsbildenden mittleren Schulen (BMS) durchgeführt.

Auf das Projekt Diabetesbetreuung „Modell Burgenland“ wird noch einmal in Kapitel 7.1 eingegangen, wobei sowohl Zahlen zur Inanspruchnahme dargestellt werden als auch Vergleiche mit dem österreichweiten DiseaseManagementprogramm erfolgen.

## **6.5 Aktion Burgenland gegen Dickdarmkrebs**

Das Projekt „Burgenland gegen Dickdarmkrebs“ unter der Projektleitung von MR OA Dr. Mach und Dr. Leeb, welches seit mehr als 25 Jahren (Stand: 2012) besteht, wird vom Amt der Burgenländischen Landesregierung, der BGKK, der Burgenländischen Ärztekammer, dem Labor Lang, dem Institut der Krebsforschung Wien sowie burgenländischen Gemeinden umgesetzt. Dabei übernimmt das Institut für Krebsforschung in Wien die wissenschaftliche Begleitung und Überprüfung.

Ziel der Aktion ist die Reduktion der Mortalitäts- und Morbiditätsraten des Dickdarmkrebses. Auch die Früherkennung von bösartigen Dickdarntumoren und die endoskopische Entfernung der Vorstufen des Dickdarmkarzinoms sowie die Aufklärung der Bevölkerung über die Krankheit stellen wichtige Ziele dar.

„Burgenland gegen Dickdarmkrebs“ ist ein jährliches Screeningprogramm für Personen zwischen 40 und 80 Jahren. Ein Grund für die ausgewählte Altersgruppe ist folgender: Die Vorstufe von Darmkrebs ist bei den meisten Menschen das Adenom, ein Darmpolyp. Über 90% aller Darmkrebserkrankungen entstehen über viele Jahre hindurch durch Entartung dieser Polypen, welche endoskopisch abgetragen werden können. Ab dem 40. Lebensjahr steigt das Risiko für Darmkrebserkrankungen, da es in diesem Alter zu einem vermehrt festgestellten Polypenwachstum kommt.

Personen mit einem positiven Testergebnis werden von niedergelassenen MedizinerInnen verständigt und nach einer umfassenden Aufklärung zur Koloskopie (Darmspiegelung) überwiesen.

Zwischen 2003 und 2011 nahmen jährlich rund 35% der 40- bis 80-jährigen BurgenländerInnen an der Vorsorgeaktion teil, wobei 8,1% positive Testergebnisse erhielten.

## 6.6 Gesundheitspreis Burgenland

Jährlich wird im Burgenland auch eine Auszeichnung für außergewöhnliche Vorsorge-, Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte verliehen. Seit 2011 richtet sich dieser an alle Personen, Vereine und Organisationen sowie Kindergärten, Schulen, Gemeinden und Unternehmen, die auf Eigeninitiative hin ein Gesundheitsprojekt abgeschlossen haben. Die im Rahmen der Aktion umgesetzten Maßnahmen können Männer, Frauen, Kinder, SchülerInnen, Jugendliche und/oder SeniorInnen zu den Themen Bewegung, Ernährung, psychosoziale Gesundheit, Sucht und/oder Umwelt ansprechen.

Für den Gesundheitspreis 2011 wurden 70 Projekte von Gemeinden, Vereinen, Organisationen, Schulen und Kindergärten eingereicht. Dabei zeigt sich ein jährlicher Anstieg der eingereichten Projekte, was auf ein zunehmendes Interesse der Bevölkerung an den Themen Gesundheitsförderung, Prävention und Vorsorge schließen lässt.

In den vergangenen Jahren setzte man bei der Verleihung des Gesundheitspreises verschiedenste Schwerpunkte. Dabei fand bis zum Jahr 2011 alle zwei Jahre ein Landeswettbewerb zum Thema „Betriebliche Gesundheitsförderung“ alternierend mit dem Wettbewerb „Gesundes Dorf“ statt. Als Sieger des Gesundheitspreises 2011 kristallisierten sich in der kindergarten- und volksschulbezogenen Gesundheitsförderung Projekte im Rahmen des „Gesunden Dorfes“ und spezielle Angebote zur Herz-Kreislauf-Gesundheit heraus. Auf Betriebs- und Vereinsebene konnten sich Gesundheitsprojekte mit speziellem Fokus auf Bewegung durchsetzen. Auch das Thema psychosoziale Betreuung war unter den Siegern vertreten.

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse dieses Kapitels findet sich in der Kurzfassung des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012.

## 6.7 Literaturverzeichnis

[1] European Community Health Indicators Monitoring. (2010). *ECHI Shortlist Release of June 2008 (minor revisions in February 2010). Complete metadata for the indicators available on the ECHIM Products Website* (ECHIM, European Union, Hrsg.). Verfügbar unter: [http://www.echim.org/docs/echi\\_shortlist.pdf](http://www.echim.org/docs/echi_shortlist.pdf) [23.10.2012]

[2] Land Burgenland. (2012). *Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte im Burgenland*. Eisenstadt.



[3] Fachhochschulstudiengänge Burgenland Ges.m.b.H. (2012). *Gemeinsam Gesund im Bezirk Oberwart: ein Modellprojekt zur Herz-Kreislauf-Gesundheit. Abschlussbericht.* Pinkafeld.

## 7 GESUNDHEITS- UND KRANKENVERSORGUNG

Ein wichtiger Teil eines jeden Gesundheitsberichtes ist die Beschreibung des Gesundheits- und Krankenversorgungsgeschehens. Daher werden im Folgenden sowohl Einrichtungen des Gesundheits- und Krankenwesens im Burgenland als auch die Inanspruchnahme gesundheits- und krankheitsbezogener Leistungen dargestellt. Gemäß den ECHI-Indikatoren sollten dabei unter anderem vor allem folgende Themenbereiche abgedeckt werden:

- Impfungen
- Vorsorgeuntersuchungen bzw. Screenings
- Spitalsbetten
- praktizierende Gesundheitsberufe
- Medizinisch-technische Großgeräte
- PatientInnenmobilität
- Hauptdiagnosen in Krankenanstalten
- Krankenhausaufenthalte
- Anteil der Nulltagesaufenthalte an den gesamten stationären Aufenthalten
- durchschnittliche Belagsdauer
- Anzahl niedergelassener ÄrztInnen
- Anzahl der Arztbesuche
- Medikamentengebrauch
- Gesundheitsausgaben [1]

Vorweg wird darauf hingewiesen, dass Einrichtungen, die sich speziell dem Thema Kindergesundheit annehmen, in Kapitel 9.8 dargestellt werden. Dasselbe gilt für die Inanspruchnahme des Gesundheits- und Krankenwesens speziell durch 0- bis 14-jährige Kinder und Jugendliche.

### 7.1 Gesundheitsförderung, Prävention und Vorsorge

Gesundheit ist gemäß einem aktiven Selbstverständnis die Fähigkeit, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen und zu genießen [2]. Demnach zielt Gesundheitsförderung laut WHO (1986) auf „...einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erreichen, ist es zudem nötig, Bedürfnisse, Wünsche und Hoffnungen sowohl einzelner als auch von Gruppen wahrzunehmen und zu verwirklichen. Zudem muss das Gefühl bestehen, dass die Umwelt gemeistert bzw. verändert werden kann [3].

Während Gesundheitsförderung somit den Blick in Richtung Gesundheit hat, versucht Prävention eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, zu verringern oder sie zu verzögern. Dabei unterscheidet man zwischen

Primär-, Sekundär-, und Tertiärprävention. Während es sich bei der Primärprävention um eine Verringerung eines personengebundenen Risikos handelt, versucht die Sekundärprävention, den Fortschritt sowie das Eintreten einer Krankheit durch Früherkennung und Behandlung zu verhindern. Bei der Tertiärprävention liegt der Fokus im Gegensatz dazu auf der Vermeidung und Milderung von Folgeschäden einer bereits eingetretenen Erkrankung [4]. In der alltäglichen Praxis sind jedoch die Trennlinien nicht immer klar zu ziehen.

Ziel von populationsbasierter Prävention ist die Reduzierung von Krankheitsinzidenzen, Behinderungen und vorzeitigem Tod sowie ein möglichst langer Erhalt der Selbstständigkeit im Alter [4]. Im Gegensatz dazu zielt Gesundheitsförderung auf die höhere Selbstbestimmung der Bevölkerung über die eigene Gesundheit ab [3].

Screenings bzw. Gesundenuntersuchungen werden häufig der Sekundär- und Tertiärprävention zugerechnet [5]. Diese haben das Ziel, spezifische Krankheiten in einer klinischen Frühform (ohne Symptome) zu erkennen und darauf aufbauend gegebenenfalls Behandlungen durchzuführen. Screening ist zudem mit der Anwendung von Testverfahren innerhalb einer großen Bevölkerungsgruppe verbunden [6].

### *7.1.1 Einrichtungen*

Gesundheitsförderung und Prävention finden im Burgenland zumeist punktuell und eher weniger institutionalisiert statt. So initiiert das Land Burgenland zumeist selbst Projekte. Dabei wird es sowohl strategisch als auch operativ vor allem durch den Burgenländischen Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin (BAKS), den Verein für Prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA) Burgenland und die Burgenländische Gebietskrankenkasse (BGKK) unterstützt. Im Folgenden sollen diese Einrichtungen in Bezug auf die Themen Gesundheitsförderung, Prävention und Vorsorge kurz vorgestellt werden.

#### **7.1.1.1 Burgenländischer Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin (BAKS)**

Der BAKS besteht seit 1997. Dem Arbeitskreis gehören VertreterInnen des Amtes der Burgenländischen Landesregierung, der Burgenländischen Ärztekammer, der Sozialversicherung, der Apothekerkammer Burgenland, der Burgenländischen Gebietskrankenkasse sowie der Burgenländischen Krankenanstalten GesmbH (KRAGES) an. Bisher wurden unter anderem folgende Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Vorsorgeprojekte initiiert und begleitet:

- Gesundes Dorf
- Ernährungsberatung
- Mammographie-Screening „Pannonia Süd“
- Impfprogramme
- Aktion „Burgenland gegen Dickdarmkrebs“

- Diabetesbetreuung „Modell Burgenland“

Diese Projekte wurden bereits zum Teil in Kapitel 6 vorgestellt.

#### **7.1.1.2 Verein für Prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA)**

Der PGA hat zum einen die Forschung sowie Aus- und Weiterbildung von Personen im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich und zum anderen die unmittelbare Gesundheits- und Umweltarbeit für die Bevölkerung zum Ziel. Leistungen sind unter anderem Forschung und Entwicklung für „gesunde Unternehmen“ sowie das Anbieten von Projektmanagement, Seminaren, Vorträgen und Workshops [7].

Der PGA Burgenland ist auch für das Regionalmanagement des Projektes „Gesundes Dorf“ und die Koordination des Bildungsnetzwerkes des Fonds Gesundes Österreich verantwortlich. Dieses Bildungsnetzwerk verfügt über ein Kursprogramm, welches LeiterInnen und MitarbeiterInnen bei Gesundheitsförderungsprojekten bzw. im Bereich der öffentlichen Gesundheitsverwaltung angeboten wird [7].

#### **7.1.1.3 Burgenländische Gebietskrankenkasse (BGKK)**

Die BGKK ist unter anderem im Bereich der Gesundheitsvorsorge tätig. Es wurde ein Gesundheitsinformationszentrum eingerichtet, welches die Möglichkeit bietet, sich kostenlos persönlich, schriftlich, telefonisch oder per E-Mail über verschiedene Gesundheitsthemen zu informieren. Das Leistungsangebot im Bereich Gesundheitsvorsorge umfasst:

- Vorsorgeuntersuchung NEU
- Jugendlichenuntersuchung
- Brustkrebsvorsorge
- Dickdarmkrebsvorsorge
- Melanomvorsorge
- Disease Management Programm – Diabetes „Modell Burgenland“
- Schutzimpfungen [8]

#### **7.1.1.4 Sonstige Einrichtungen**

Die FH Burgenland mit dem Kernkompetenzbereich Gesundheit am Standort Pinkafeld stellt sowohl hinsichtlich der Ausbildung als auch der angewandten Forschung einen wichtigen Player im Rahmen der burgenländischen Gesundheitsförderung und Prävention dar.

So werden hier GesundheitsförderInnen und GesundheitsmanagerInnen ausgebildet, die einen entscheidenden Beitrag zur personellen Unterstützung im Land leisten können. Zudem wurden und werden laufend Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung umgesetzt. Eines davon („Gemeinsam Gesund im Bezirk Oberwart“) wurde bereits in Kapitel 6 vorgestellt.

## 7.1.2 Inanspruchnahme

Im Folgenden wird die Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Vorsorgeleistungen der burgenländischen Bevölkerung dargestellt.

### 7.1.2.1 Teilnahme an Gesundheitsförderungs- und Primärpräventionsprojekten

Im Burgenland können derzeit (Stand: 2012) vor allem folgende Projekte als Gesundheitsförderungs- bzw. Primärpräventionsprojekte bezeichnet werden:

- Gesundes Dorf
- Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart
- Gesunde Kindergärten im Burgenland
- G´scheit essen

Die oben angeführten Initiativen wurden bereits zum größten Teil in Kapitel 6 dargestellt. Auf das Projekt „Gesunde Kindergärten im Burgenland“ wird im Spezialkapitel zum Thema Kindergesundheit (s. Kapitel 9.7) eingegangen. Inwiefern die bereits beschriebenen burgenländischen Gesundheitsförderungs- bzw. Primärpräventionsprojekte von der Bevölkerung in Anspruch genommen werden, ist in Tabelle 9 dargestellt.

Projekt	Organisationen	Teilnahme
<b>Gesundes Dorf</b>	BAKS, PGA	seit 2002: 40 von 171 burgenländischen Gemeinden nehmen am Projekt teil
<b>Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart</b>	FH Burgenland im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich	20% der BürgerInnen konnten in der Modellprojektregion erreicht werden
<b>Gesunde Kindergärten im Burgenland</b>	Land Burgenland	30 von insgesamt 157 Kindergärten im Burgenland
<b>G´scheit essen</b>	Land Burgenland, BGKK	2011: 147 Personen

**Tabelle 9: Teilnahme an Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten im Burgenland, Stand: 2012, Eigene Erstellung**

Die Tabelle zeigt, dass sich beinahe ein Viertel aller Gemeinden im Burgenland (171) an dem Projekt „Gesundes Dorf“ beteiligt. Im Rahmen des Gesundheitsförderungsprojektes „Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart“ konnten ca. 20% der BürgerInnen in der Modellregion erreicht werden. Diese setzte sich aus folgenden Settings zusammen:

- Setting Gemeinde (Bad Tatzmannsdorf, Bernstein, Mariasdorf, Markt Allhau, Neustift an der Lafnitz, Oberdorf, Oberschützen, Rechnitz, Wolfau)
- Setting Kindergarten (Bad Tatzmannsdorf, Bernstein, Buchschachen, Mariasdorf, Markt Allhau, Neustift an der Lafnitz, Oberdorf, Oberschützen, Rechnitz, Redlschlag, Wolfau)

- Setting Volksschule (Aschau, Bad Tatzmannsdorf, Bernstein, Buchschachen, Grodnau, Mariasdorf, Markt Allhau, Neustift an der Lafnitz, Oberdorf, Oberschützen, Rechnitz, Rettenbach, Stuben, Unterschützen, Wolfau)
- Setting Schule Sekundarstufe II (Polytechnische Schule Oberwart, Handelsschule Oberwart, dreijährige Fachschule für wirtschaftliche Berufe und einjährige Wirtschaftsfachschule Pinkafeld, vierjährige Fachschule für Bautechnik und Bauwirtschaft Pinkafeld)

Am Projekt „Gesunde Kindergärten im Burgenland“ nehmen etwa 30 burgenländische Kindergärten in den Jahren 2012 und 2013 teil. Das sind beinahe 20% aller Kindergärten im Burgenland.

Das Projekt „G´scheit essen“ konnte im Jahr 2011 147 Personen im Burgenland dazu bewegen, eine Ernährungsberatung in Anspruch zu nehmen. Das gesamte Gesundheitsinformationszentrum der BGKK erhielt im selben Jahr 2.950 persönliche, telefonische oder schriftliche Anfragen von burgenländischen BürgerInnen.

#### **7.1.2.2 Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen**

Die Vorsorgeuntersuchung wurde in Österreich im Jahr 1974 eingeführt. Seit 2005 ist sie unter dem Namen „Vorsorgeuntersuchung neu“ bekannt. Zu dem bewährten Leistungskatalog der Vorsorgeuntersuchung kamen ab diesem Zeitpunkt folgende Leistungen hinzu:

- mehr Beratung hinsichtlich eines gesundheitsfördernden Lebensstils
- Erweiterung der Darmkrebsvorsorge
- vermehrte Aufmerksamkeit auf die Hör- und Sehleistung bei Menschen über 65 Jahren
- Einbeziehung von Parodontalerkrankungen [10]

Die Gesundenuntersuchung kann in Österreich von jedem Erwachsenen ab dem 18. Lebensjahr einmal jährlich kostenlos in Anspruch genommen werden [11]. Dabei erfolgen die Untersuchungen durch VertragsärztInnen auf Basis eines standardisierten Programmes. Sie setzen sich aus einem allgemeinen Untersuchungsteil und einem gynäkologischen Teil auseinander. Ziel der „Vorsorgeuntersuchung neu“ ist das Früherkennen von Krankheiten wie z.B. Krebs, Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen [10].

Daten vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger zeigen, dass im Jahr 2011 56.983 BurgenländerInnen an Vorsorgeuntersuchungen teilnahmen. Davon entfielen 50.385 Untersuchungen, das entspricht 88,4%, auf das allgemeine und 6.598 (11,6%) auf das gynäkologische Untersuchungsprogramm.

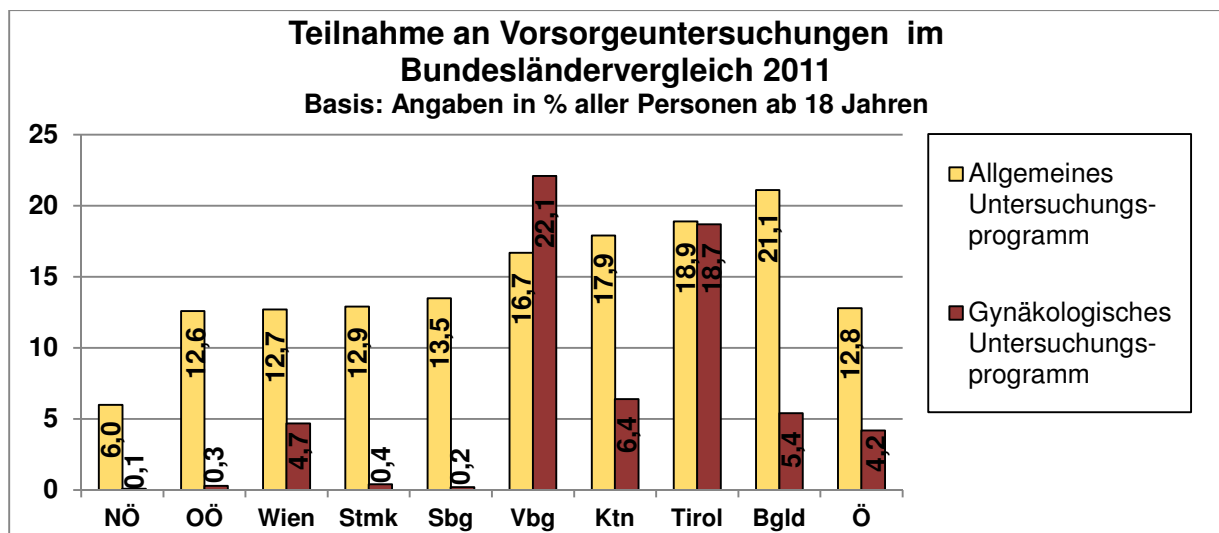
Insgesamt nahm somit 21,1% der burgenländischen Bevölkerung ab 18 Jahren an der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung teil. Geschlechtsspezifisch betrachtet zeigt sich, dass ein etwas größerer Anteil der Frauen (22,4%) als der Männer (19,7%) das allgemeine Untersuchungsprogramm in Anspruch nimmt. An der gynäkologischen Untersuchung nahmen 2011 5,4% der Burgenländerinnen ab 18 Jahren teil [12].

Daten der BGKK, ebenfalls aus dem Jahr 2011, die jedoch ausschließlich deren Versicherte betreffen, zeigen, dass die Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen Vorsorgeuntersuchungen am häufigsten in Anspruch nimmt (14.300). Zudem bestätigen auch diese Daten eine höhere Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen bei Frauen. Betrachtet man einzelne NUTS 3-Regionen, so zeigen Ergebnisse der BGKK dass im Nordburgenland 19,9%, im Mittelburgenland 14% und im Südburgenland 17,5% der Bevölkerung Vorsorgeuntersuchungen besucht haben [46, eigene Berechnungen].

Im zeitlichen Verlauf ist ersichtlich, dass die Zahl der am allgemeinen Untersuchungsprogramm teilnehmenden Personen im Burgenland seit 2007 stetig ansteigt. Nahmen 2007 noch 43.868 BurgenländerInnen diese in Anspruch, waren es 2010 bereits 48.960, im Jahr 2011 sogar 50.385 [10, 12].

Im Vergleich zu anderen Bundesländern konnte im Burgenland im Jahr 2011 der höchste Anteil der Zielgruppe (=Wohnbevölkerung ab 18 Jahren) (21,1%) zur Teilnahme an der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung bewegt werden. An zweiter Stelle liegt Tirol (18,9%), an dritter Stelle Kärnten (17,9%). Am geringsten ist die Inanspruchnahme der Gesundenuntersuchung in Niederösterreich (6%) und Oberösterreich (12,6%). Der Österreich-Schnitt liegt bei 12,8%.

Hinsichtlich der Teilnahme am gynäkologischen Untersuchungsprogramm liegt Burgenland mit 5,4% etwas über dem Österreich-Schnitt von 4,2%. Am höchsten fällt diese Teilnahmerate in Vorarlberg (22,1%) und in Tirol (18,7%) aus, am geringsten in Niederösterreich (0,1%) und Salzburg (0,2%). Detaillierte Informationen dazu gehen aus Abbildung 63 hervor.



**Abbildung 63: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Angaben in % der Zielgruppe (Wohnbevölkerung ab 18 Jahren), Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger [12], Eigene Erstellung**

Betrachtet man die Inanspruchnahme der Gesundenuntersuchung, so zeigt sich zusammenfassend ein äußerst zufriedenstellendes Vorsorgeverhalten der burgenländischen Bevölkerung. Burgenland ist jenes Bundesland Österreichs mit der höchsten Teilnahmerate an der „Vorsorgeuntersuchung NEU“.

In diesem Zusammenhang ist noch einmal das Vorsorgeprojekt „Aktion Burgenland gegen Dickdarmkrebs“ zu erwähnen (s. Kapitel 6.5). An dem seit mehr als 25 Jahren bestehenden Programm (Stand: 2012) nahmen zwischen 2003 und 2011 rund 35% der Zielgruppe (= 40- bis 80-jährige BurgenländerInnen) teil. Das sind jährlich etwa 38.590 Personen.

Im Folgenden wird noch auf die Vorsorgethemen der Schutzimpfungen und der Diabetesbetreuung eingegangen.

### 7.1.2.3 Schutzimpfungen

Schutzimpfungen dienen der Bekämpfung von Infektionskrankheiten und sind gesellschaftlich sowie gesundheitspolitisch weit akzeptiert. So bieten sie sowohl einen individuellen Krankheits- als auch einen Populationsschutz [13].

Zu bedenken gilt es allerdings, dass die Grundlage von Impfprogrammen stets eine valide Datenbasis zu Erkrankungshäufigkeiten, Durchimpfungsraten, Impfkomplicationen und Seroprävalenzen (= Anteil der positiv getesteten serologischen Parameter) sowie die Evaluation bereits durchgeführter Impfkationen voraussetzt. So hängt der Erfolg bzw. die Akzeptanz von Schutzimpfungen von verschiedensten Faktoren wie z.B. der Inzidenz der Erkrankung, der Häufigkeit der Krankheitskomplikationen, der Effektivität des Impfstoffes, den Nebenwirkungen der Impfung, der Erreichbarkeit der Zielpopulation, der Inanspruchnahme der Impfung sowie der Kostenerstattung ab [13].

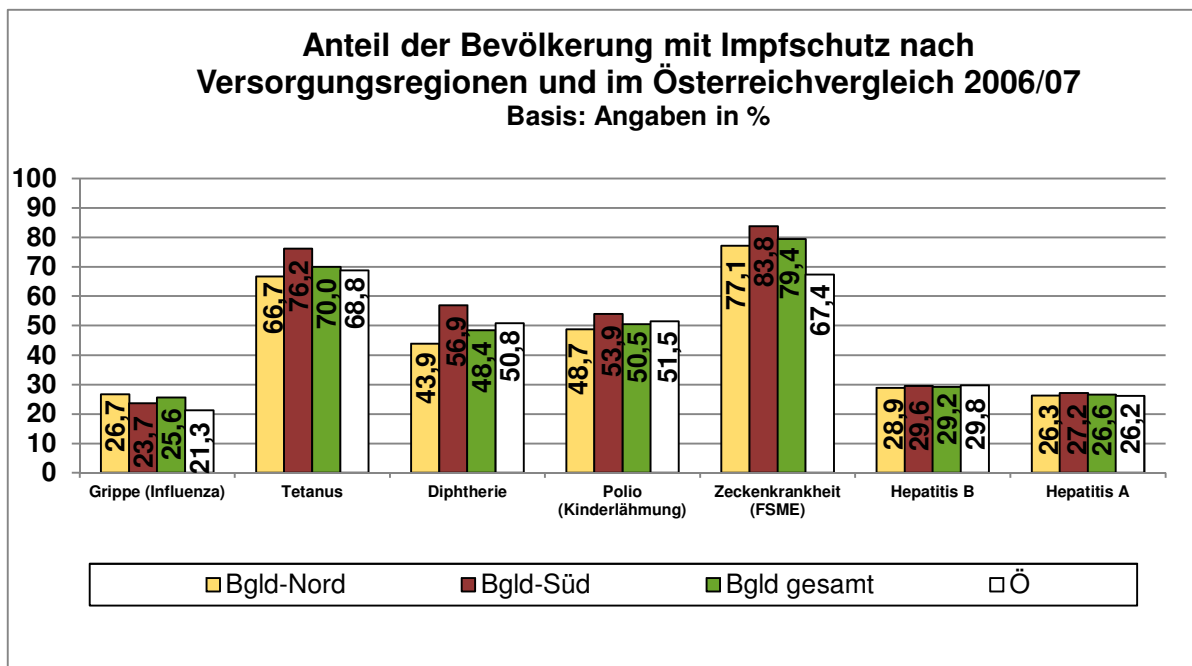
Im Rahmen der AT-HIS Gesundheitsbefragung 2006/07 wurden Personen gefragt, ob sie über einen aufrechten Impfschutz gegen Grippe (Influenza), Tetanus, Diphtherie, Polio (Kinderlähmung), Zeckenkrankheit (FSME), Pneumokokken, Hepatitis B und/oder Hepatitis A verfügen.

Dabei zeigt sich, dass beinahe 80% der burgenländischen Bevölkerung eigenen Angaben zufolge gegen FSME, 70% gegen Tetanus, 50,5% gegen Kinderlähmung, rund 50% gegen Diphtherie, 29,2% gegen Hepatitis B, 26,6% gegen Hepatitis A und 25,6% gegen Grippe geimpft sind. Während ein größerer Anteil der Männer über einen Impfschutz gegen Tetanus, Diphtherie und Polio verfügt, zeigen sich bei den anderen Impfungen kaum Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern. Besonders groß ist der geschlechtsspezifische Unterschied bei Tetanus, so sind hier um beinahe 20% mehr Männer (79,7%) als Frauen (60,8%) geimpft. Auch gegen Diphtherie haben um einiges mehr Männer (55,9%) als Frauen (41,4%) einen aufrechten Impfschutz (s. Anhang A.7). Grundsätzlich zeigt sich zudem, dass die Durchimpfungsrate mit zunehmendem Alter abnimmt. Ausnahme bildet die Grippeimpfung. So verfügt ein deutlich größerer Anteil der älteren als der jüngeren burgenländischen Bevölkerung über einen aufrechten Influenza-Impfschutz (s. Anhang A.7).

Vergleicht man die beiden Versorgungsregionen des Burgenlandes miteinander, so ist bei nahezu allen Schutzimpfungen eine höhere Durchimpfungsrate im Südburgenland feststellbar. Einzige Ausnahme bildet die Grippeimpfung (Nord-Bgld: 26,7%; Süd-Bgld: 23,7%). Details dazu finden sich in Abbildung 64 und Anhang A.7.



Da die vorliegenden Daten auf der Gesundheitsbefragung 2006/07 beruhen, ist kein Längsschnittvergleich möglich. Im Vergleich zu anderen Bundesländern zeigt sich jedoch, dass das Burgenland (25,6%) nach Wien (27,3%) den höchsten Anteil an Personen, die einen aufrechten Impfschutz gegen Grippe haben, hat. Am niedrigsten fällt dieser in Oberösterreich (15,6%) und Vorarlberg (16%) aus, der Österreich-Schnitt liegt bei 21,3%. Besonders hoch ist im Burgenland auch der Anteil jener Personen, die gegen FSME geimpft sind. Während dieser mit 79,4% im Burgenland nach Kärnten (82,8%) am zweithöchsten ist, liegt er z.B. in Vorarlberg nur bei 45,2% und in Tirol bei 51% (Österreich-Schnitt: 67,4%). (s. Abbildung 64).



**Abbildung 64: Bevölkerung mit Impfschutz nach Versorgungsregionen und im Österreichvergleich, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [14], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland**

Grundsätzlich zeigt sich also, dass das Burgenland bei den meisten Schutzimpfungen im oder sogar über dem Österreich-Schnitt liegt.

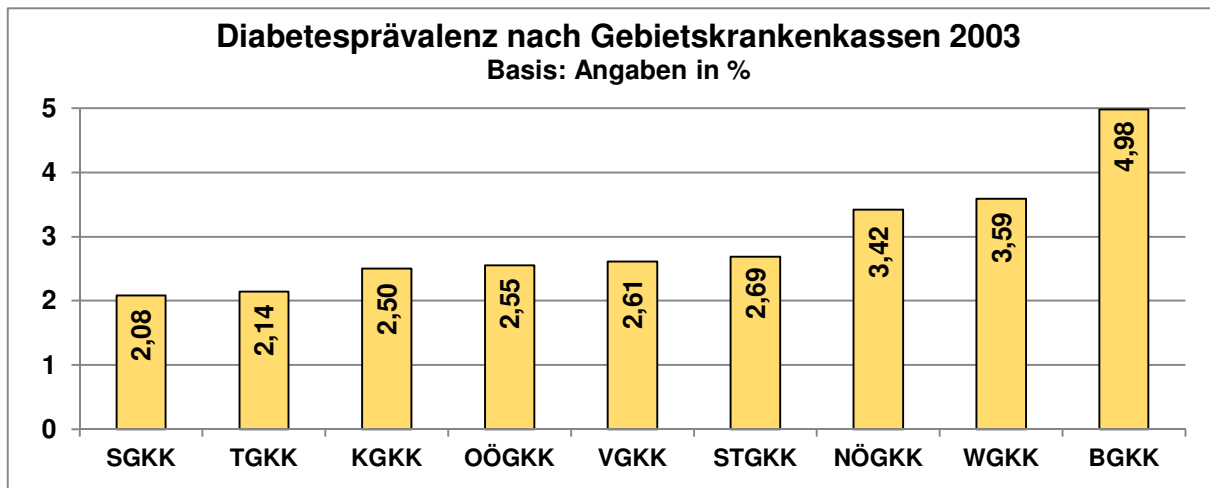
#### 7.1.2.4 Diabetesbetreuung und Disease Management

Etwa 5,9% der ÖsterreicherInnen leiden an Diabetes mellitus Typ II [35]. Daten der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK) aus dem Jahr 2003 gehen von einer Prävalenz von 3,07% in Österreich aus und ermöglichen einen Vergleich der Prävalenzzahlen zwischen den einzelnen Gebietskrankenkassen. Daraus geht hervor, dass die Burgenländische Gebietskrankenkasse die meisten DiabetespatientInnen (Prävalenz: 4,98%) und die Salzburger Gebietskrankenkasse die wenigsten DiabetikerInnen (Prävalenz: 2,08%) aufweist (s. Abbildung 65).

Ein Charakteristikum von Diabetes mellitus Typ II ist das erhöhte Risiko von Folgeerkrankungen wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder periphere arterielle

Verschlusskrankheiten. Zudem beeinträchtigt die Erkrankung die Lebensqualität und führt zu erheblichen Kosten im Gesundheitswesen [35].

Diese Merkmale lassen erkennen, dass für die Behandlung von Diabetes ein strukturierter Versorgungsansatz nötig ist. Ein Konzept hierfür stellt das sogenannte Disease Management Programm dar. Dies soll ermöglichen, mit der Behandlung frühzeitig zu beginnen, Kosten und Doppelgleisigkeiten im Gesundheitswesen zu minimieren sowie das Schnittstellenmanagement zu verbessern [35].



**Abbildung 65: Diabetesprävalenz nach Gebietskrankenkassen, Stand: 2003, Basis: Angaben in %, Quelle: Joanneum Research Forschungsgesellschaft mbH [35], Eigene Erstellung**

Unter dem Begriff „Disease Management Programm“ (DMP) versteht man eine Gruppe von kohärenten Interventionen zur Vermeidung oder Bewältigung von chronischen Erkrankungen mit einem systematischen, multidisziplinären Ansatz und gegebenenfalls multiplen Behandlungsweisen. Ziele sind:

- Identifizieren von RisikopatientInnen für chronische Krankheiten
- Förderung des Selbstmanagements der PatientInnen
- Behandlung der Erkrankung mit maximalem klinischem Outcome, Effektivität und Effizienz [35]

Im Folgenden wird sowohl das in Österreich umgesetzte Disease Management Programm „Therapie aktiv: Diabetes im Griff“ als auch das Diabetesbetreuung „Modell Burgenland“ vorgestellt, um einen nationalen Vergleich zu geben.

### **Therapie aktiv – Diabetes im Griff**

Das österreichweite Disease Management Programm mit dem Titel „Therapie aktiv - Diabetes im Griff“ wird von den österreichischen Sozialversicherungsträgern umgesetzt. Zielgruppe sind PatientInnen mit Typ II Diabetes und LeistungserbringerInnen wie ÄrztInnen oder Pflegepersonal. Derzeit (Stand: 2012) findet das Programm in sechs von neun österreichischen Bundesländern (Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Wien und Vorarlberg) Anwendung. Auf Nachfrage bei der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (Service

Therapie Aktiv) erhielt man die Mitteilung, dass mit Niederösterreich seit 1.1.2013 eine Vereinslösung (Kooperation mit dem Verein zur Förderung der Behandlung chronischer Krankheiten in Niederösterreich) besteht. Ziele des DMP sind:

- Erhöhung der Lebensqualität von DiabetikerInnen
- Reduktion des höheren Risikos für Morbiditäten und Mortalitäten
- Vermeidung von Nebenwirkungen einer Therapie [35]

Das DMP setzt sich grundsätzlich aus folgenden Komponenten zusammen:

- PatientInnenempowerment z.B. durch Schulungen
- Fortbildung der lehrenden ÄrztInnen
- Organisationsmanagement z.B. Betreuung des laufenden DMP inklusive Rollout
- Datenmanagement und Informationssysteme z.B. pseudonymisierte Daten für Programmauswertung
- Ökonomische Evaluation
- Honorierung
- Leitlinien/Behandlungspfade

Dabei stellt das Qualitätsmanagement die Basis aller Interventionen dar. In Bezug auf die Ausbildung von ExpertInnen ist darauf hinzuweisen, dass ÄrztInnen der Allgemeinmedizin sowie FachärztInnen für Innere Medizin, die eine Betreuung nach dem Therapie aktiv-Programm durchführen, eine Basisschulung absolvieren sowie an jährlichen Weiterbildungen und Qualitätszirkeln teilnehmen müssen [35].

„Therapie aktiv“ verschafft DiabetikerInnen über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg eine intensivere Betreuung durch den Arzt bzw. die Ärztin und mehr Wissen über die eigene Krankheit. Dabei nimmt vor allem der Hausarzt bzw. die Hausärztin als „Lebensbetreuungsarzt/-ärztin“ eine wichtige Rolle im Laufe des gesamten Betreuungsprozesses ein. Die stärkere Einbindung der PatientInnen in den Behandlungsprozess ermöglicht zudem eine bessere medizinische Behandlung [36].

Mit Stand März 2012 waren in das Therapie aktiv-Programm 29.587 PatientInnen und 939 ÄrztInnen eingeschrieben. Daten aus dem Jahr 2011 zeigen, dass die meisten teilnehmenden PatientInnen in Oberösterreich (7.405), Wien (6.946) und der Steiermark (5.567) zu finden sind. Dasselbe Muster zeigt sich bei der Anzahl aktuell teilnehmender ÄrztInnen (Oberösterreich: 274; Steiermark: 178; Wien: 156) [36]. Details dazu finden sich in Tabelle 10.

Bundesland	Teilnehmende ÄrztInnen	Teilnehmende PatientInnen
Wien (seit 2007)	172	9.356
Oberösterreich (seit 2006 Diabetesbetreuung, seit 2011 Therapie aktiv)	308	8.508
Steiermark (seit 2007)	228	7.356
Niederösterreich (2007 Reformpoolprojekt, seit 2009 flächendeckend)	153	6.054
Salzburg (seit 2007)	103	1.862
Vorarlberg (seit 2009)	71	1.153
Österreich (seit 2007)	1.035	34.289

**Tabelle 10: Teilnehmende Bundesländer am Therapie-aktiv-Programm, Stand: 10.1.2013, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Therapie aktiv [36], Eigene Erstellung**

Eine TeilnehmerInnenbefragung kam zu dem Ergebnis, dass sich die Diabetesbetreuung der PatientInnen im Vergleich zum Zeitpunkt vor dem Programm verbessert hat. Zudem stiegen die Bereitschaft zur Lebensstiländerung, der subjektive Gesundheitszustand sowie der Informationsstand. Ergänzend dazu werden vermehrt Kontrolluntersuchungen in Anspruch genommen [36].

### **Diabetesbetreuung „Modell Burgenland“**

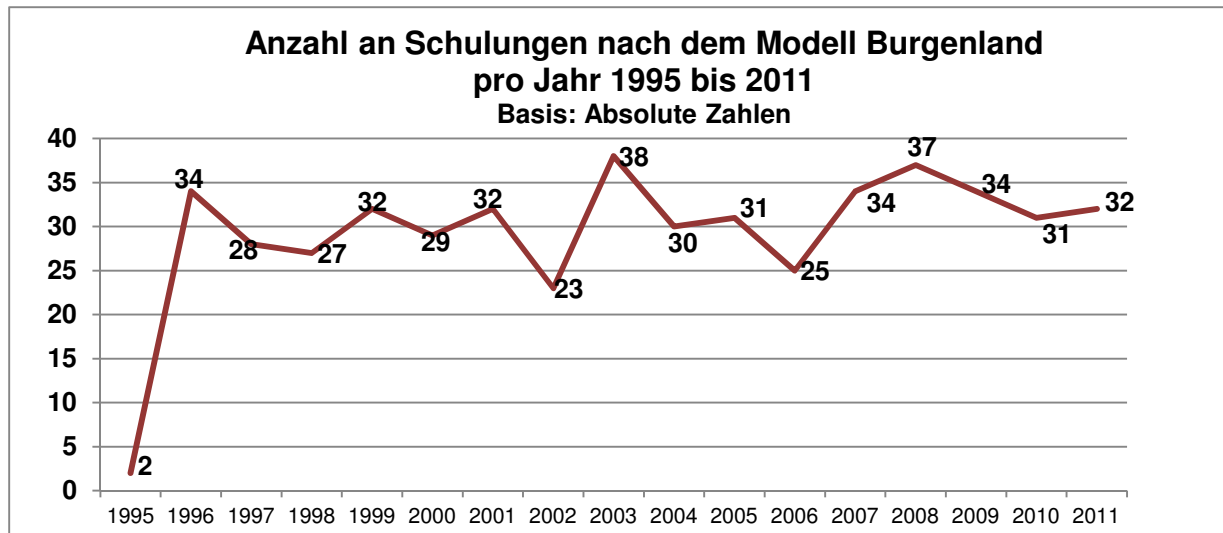
Burgenland nimmt nicht am österreichweiten Disease Management Programm „Therapie aktiv- Diabetes im Griff“ teil. Stattdessen verfügt es über ein eigenes Diabetesbetreuungsprogramm „Modell Burgenland“. Dieses wurde bereits in Kapitel 6.4 vorgestellt. Das Programm, welches seit 1995 besteht, setzt sowohl tertiärpräventive (Verbesserung der Lebensqualität burgenländischer DiabetikerInnen, Bewahrung der Bevölkerung vor den Folgen des Diabetes, Ernährungs- und Gewichtsreduktionskurse, Selbsthilfegruppen) als auch primärpräventive (Aufklärung der Bevölkerung über die Krankheit) Maßnahmen um. Bisher (Stand: 18.4.2012) wurden 35 Grundschulungsseminare von MedizinerInnen durchgeführt. Insgesamt haben 302 ÄrztInnen im Burgenland die Berechtigung erhalten, Schulungen nach dem „Modell Burgenland“ bei PatientInnen durchzuführen [33].

Bis Dezember 2011 wurden insgesamt 489 Schulungen von 4.569 DiabetikerInnen im extramuralen Bereich besucht. Dazu kommen seit 1995 noch jährlich etwa 200 bis 300 geschulte PatientInnen aus dem intramuralen Sektor hinzu.

Grundsätzlich sind die Zahlen aus Tabelle 10 (teilnehmende ÄrztInnen und PatientInnen am Therapie-aktiv-Programm) aufgrund der unterschiedlichen Startpunkte der Projekte nicht mit den PatientInnenzahlen der Diabetesbetreuung „Modell Burgenland“ vergleichbar. Betrachtet man die Fallzahlen pro Jahr, so ergibt sich folgendes Bild im Bundesländervergleich (unter Berücksichtigung der Startpunkte der jeweiligen Bundesländer): Im Burgenland nahmen bzw. nehmen im Durchschnitt pro Jahr 519 PatientInnen am Modell Burgenland teil. Das Therapie-aktiv-Programm wurde bzw. wird jährlich von etwa 1.559 WienerInnen, 1.226

SteirerInnen, 1.215 OberösterreicherInnen, 1.009 NiederösterreicherInnen, 310 SalzburgerInnen und 288 VorarlbergerInnen in Anspruch genommen.

Seit Beginn des Programmes (1995) werden rund 30 Grundschulungen pro Jahr durchgeführt. Die meisten Kurse fanden dabei in den Jahren 2003 und 2008 statt. Details dazu finden sich in Abbildung 66.



**Abbildung 66: Anzahl an Schulungen nach dem Modell Burgenland pro Jahr 2005 bis 2010, Stand: 2011, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Land Burgenland [34] und Burgenländischer Gesundheitsfonds [33], Eigene Erstellung**

Ergänzend zu den Grundschulungen der ÄrztInnen gibt es im Burgenland auch eine sogenannte Diabetesakademie. Diese bietet ÄrztInnen eine intensiviertere fachspezifische und umfassende Fortbildung an. In Form von Seminaren setzen sich dabei Kleingruppen mit aktuellen Behandlungsrichtlinien und Therapiestrategien auseinander. Dabei werden drei verschiedene Module angeboten:

- Modul 1: Therapiestrategien bei Typ II Diabetes, Ernährungsrichtlinien und ihre Umsetzung, Kommunikationstraining- Gesprächsführung
- Modul 2: Hyperlipidämie, periphere arterielle Verschlusskrankheit, Adipositas, Präsentationstechnik, Stressbewältigung
- Modul 3: Hypertonie, diabetischer Fuß, Lebensmittelrecht und -kennzeichnung sowie Functional Food, Burn Out

Die Daten (Stand: 2011) zeigen, dass am Modul 1, welches seit März 2003 besteht, bereits 144 ÄrztInnen im Rahmen von zwölf Seminaren teilgenommen haben. Das zweite Modul besteht seit Herbst 2007 und wurde bisher von 91 ÄrztInnen in acht Seminaren in Anspruch genommen. Das seit Oktober 2009 angebotene Modul 3 wurde bis zum jetzigen Zeitpunkt in drei Seminaren von 37 ÄrztInnen besucht [34]. Dabei ist darauf Rücksicht zu nehmen, dass ein Arzt bzw. eine Ärztin mehrere Module besuchen kann und somit mehrmals erfasst ist.

Seit 2008 gibt es zusätzlich zu diesen drei Schwerpunktmodulen Refreshermeetings (Ergänzung diabetesspezifischer Themen durch organisatorische, administrative und

logistische Hintergründe der Diabetesbetreuung „Modell Burgenland“). Ergänzt werden diese durch den sogenannten „Diabetes-Dialog“, bei dem Fallbeispiele, Diskussionen und die Erarbeitung individueller diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten im Vordergrund stehen [34].

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass das Bewusstsein für die Wichtigkeit einer effizienten Therapie bei Diabetes seit 1995 durch die Einführung der Diabetesbetreuung „Modell Burgenland“ gestiegen ist. Zudem scheinen ÄrztInnen und PatientInnen über Diabetes sowie dessen Einstellung besser informiert zu sein. Dies äußert sich unter anderem in niedrigeren Blutzucker-, Cholesterin- und Blutdruckwerten der SchulungsteilnehmerInnen (2011 im Vergleich zu 1997). Während der Blutzuckerwert eines/einer durchschnittlichen Schulungsteilnehmers/in im Jahr 1997 noch bei 7,5 Millimol pro Liter lag, betrug er 2010 „nur“ noch 6,9 Millimol pro Liter. Ein ähnliches Muster lässt sich beim Cholesterinwert erkennen (1997: 226 Milligramm pro Deziliter; 2010: 199 Milligramm pro Deziliter) [34].

## 7.2 Ambulante Versorgung

In Österreich wird die ambulante Versorgung von frei praktizierenden niedergelassenen ÄrztInnen, Ambulatorien, Spitalsambulanzen und weiteren Gesundheitsberufen erbracht [15].

Im Folgenden werden LeistungserbringerInnen sowie die Inanspruchnahme der extramuralen ärztlichen Versorgung und der spitalsambulanten Versorgung im Burgenland dargestellt. Weiteres wird auf Rettungs- und Krankentransport- und mobile Dienste eingegangen, da auch diese dem Bereich der ambulanten Versorgung zuzurechnen sind. Ebenfalls Gegenstand dieses Kapitels sind die ambulante Hospiz- und Palliativversorgung, der psychosoziale ambulante Dienst sowie Apotheken.

### 7.2.1 Extramurale Versorgung

Auf EU-Ebene wird empfohlen, die extramurale Versorgung im Rahmen der GBE mithilfe folgender Indikatoren zu beschreiben:

- Anzahl niedergelassener ÄrztInnen (AllgemeinmedizinerInnen, FachärztInnen, ZahnmedizinerInnen)
- Anzahl der Arztbesuche im niedergelassenen Bereich

Im Folgenden werden diese Kennzahlen für das Burgenland dargestellt.

#### 7.2.1.1 Anzahl niedergelassener ÄrztInnen

Im Burgenland sind (Stand: 31.10.2011) 544 niedergelassene ÄrztInnen, davon 238 §2-KassenärztInnen und 306 WahlärztInnen für die medizinische Versorgung im niedergelassenen Bereich zuständig. Den eindeutig größten Anteil nehmen dabei

AllgemeinmedizinerInnen (255) ein. Unter den FachärztInnen bilden ÄrztInnen für Innere Medizin (53) und GynäkologInnen (40) die größten Gruppen [16].

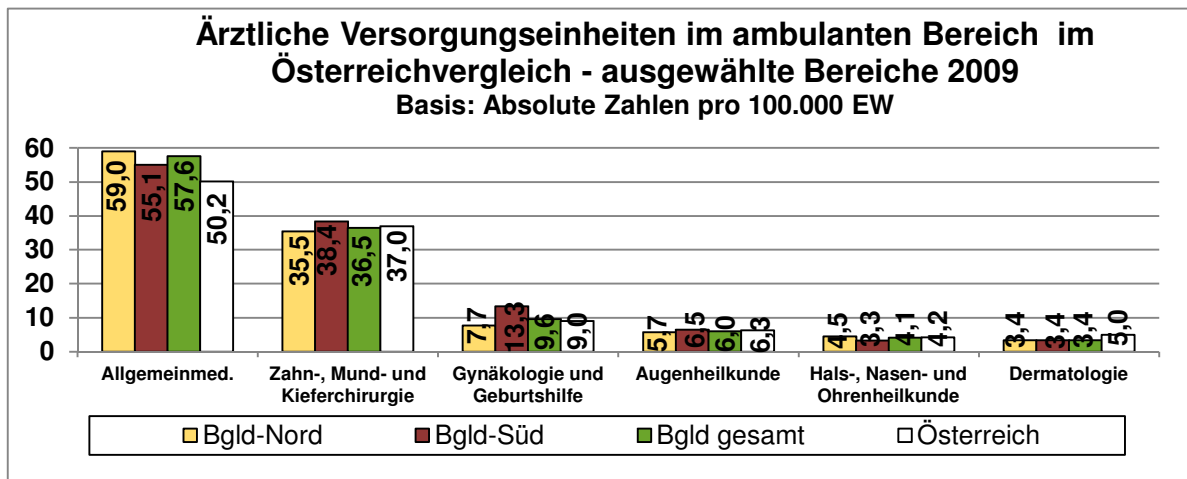
In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass unter §2-KassenärztInnen jene ÄrztInnen zu verstehen sind, die durch den Abschluss eines Einzelvertrages mit einer sozialen Krankenversicherung in einer vertraglichen Beziehung stehen.

Bevor nun regionale Unterschiede hinsichtlich der Anzahl niedergelassener ÄrztInnen im Burgenland aufgezeigt werden, gilt es anzumerken, dass im Rahmen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) die Gliederung des Burgenlandes in zwei Versorgungsregionen (Burgenland-Nord, Burgenland- Süd) vorgenommen wurde. Eine Zuordnung der einzelnen burgenländischen Bezirke zu diesen Regionen findet sich in Tabelle 2 (s. Kapitel 1.2.3).

Aufgrund unterschiedlicher Bevölkerungsgrößen wird der Vergleichbarkeit halber im Folgenden auf die Anzahl ärztlicher Versorgungseinheiten im ambulanten Bereich pro 100.000 EW zurückgegriffen. Dabei lässt sich feststellen, dass die Versorgungsregion Burgenland-Nord über mehr AllgemeinmedizinerInnen pro 100.000 EW (59,0) als das Südburgenland (55,1) verfügt. Bei beinahe allen Facharzttrichtungen lässt sich hingegen eine höhere Versorgungsdichte im Südburgenland feststellen. Dies zeigt sich beispielhaft bei den Facharzttrichtungen Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Augenheilkunde. Details dazu finden sich in Abbildung 67.

Als Referenzwert für die ärztlichen Versorgungseinheiten im ambulanten Bereich wird der österreichische Mittelwert herangezogen. Dabei zeigen sich im Burgenland in den Bereichen Allgemeinmedizin (+15%), Kinderheilkunde (+11%), Neurologie (+13%), Pulmologie (+29%) und Unfallchirurgie (+15%) signifikante Überschreitungen (mehr als 10%) des Bundesdurchschnittes. Deutlich unter dem Österreich-Schnitt (weniger als 10%) liegt die Versorgungsdichte hingegen bei den Fachrichtungen Chirurgie (-24%), Dermatologie (-32%), Innere Medizin (-28%), Psychiatrie (-34%), Physikalische Medizin und Rehabilitation (-65%) sowie Radiologie (-22%) (s. Abbildung 67).

Daten des Burgenländischen Gesundheitsberichtes aus dem Jahr 2007 lassen darauf schließen, dass die Anzahl niedergelassener ÄrztInnen im Burgenland seit 2006 angestiegen ist. Waren 2006 noch 526 niedergelassene MedizinerInnen tätig, so sind es gemäß Regionalem Strukturplan Gesundheit (RSG) Burgenland aktuell (Stand: 2011) 544. Dies entspricht einer Zunahme von rund 3,4%. Dabei zeigt sich im Detail ein deutlicher Anstieg der Versorgung durch WahlärztInnen (2006: 232; 2011: 306), jedoch ein Rückgang bei jener der §2-KassenärztInnen (2006: 294; 2011: 238).



**Abbildung 67: Ärztliche Versorgungseinheiten im ambulanten Bereich im Österreichvergleich - ausgewählte Bereiche, Stand: 2009, Basis: Absolute Zahlen pro 100.000 EW, Quelle: Burgenländischer Gesundheitsfonds [16], Eigene Erstellung**

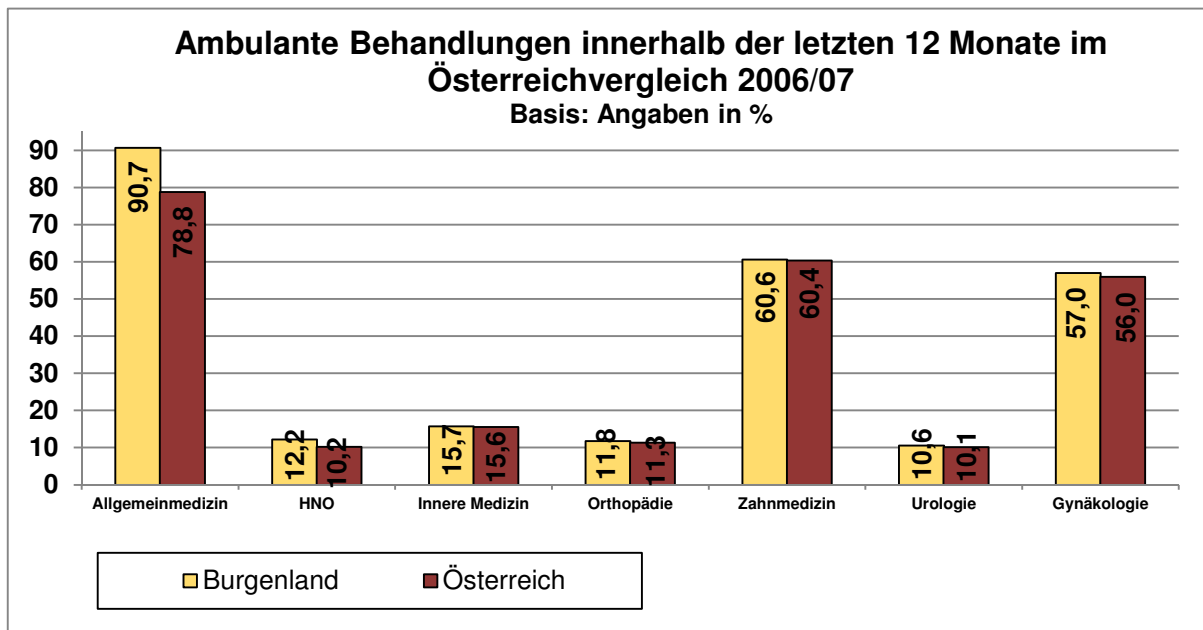
### 7.2.1.2 Anzahl der selbstberichteten Arztbesuche

Nachdem nun im vorherigen Abschnitt die Versorgungsdichte im niedergelassenen Bereich dargestellt wurde, wird nun auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die burgenländische Bevölkerung eingegangen. Dabei soll zu Beginn die Anzahl selbstberichteter Arztbesuche dargestellt werden.

Im Rahmen der AT-HIS-Gesundheitsbefragung 2006/07 wurde die Frage gestellt, ob in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Arztbesuche im niedergelassenen Bereich stattgefunden haben.

Dabei zeigt sich, dass 90,7% der BurgenländerInnen innerhalb der letzten 12 Monate einen/eine Allgemeinmediziner/in, 60,6% einen/eine Zahnarzt/-ärztin, 15,7% einen/eine Internisten/in, 12,2% einen/eine Hals-Nasen-Ohren (HNO)-Arzt/-Ärztin, 11,8% einen/eine Orthopäden/in und 10,6% einen/eine Urologen/in im ambulanten Bereich aufsuchten. Zudem konsultierte mehr als die Hälfte der Frauen (57%) innerhalb des letzten Jahres vor der Befragung einen/eine Gynäkologen/in. Im Österreichvergleich stellt Burgenland jenes Bundesland mit den häufigsten Arztkonsultationen bei AllgemeinmedizinerInnen dar (90,7%). Am geringsten fällt dieser Arztkontakt hingegen in Vorarlberg (70,3%) und Wien (74,7%) aus. Der Österreich-Schnitt liegt bei 78,8%. Hinsichtlich der Besuche bei FachärztInnen zeigen sich kaum Unterschiede zwischen Burgenland und dem Österreich-Schnitt. Details dazu finden sich in Abbildung 68.





**Abbildung 68: Ambulante Behandlungen in den letzten 12 Monaten im Österreichvergleich, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [14], Eigene Erstellung**

### 7.2.1.3 Anzahl der registrierten Arztbesuche

Die Anzahl der registrierten Arztbesuche pro Arzt/Ärztin im extramuralen Bereich ist ein wichtiger objektiver Indikator für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Im Folgenden wird die Zahl der Fälle pro Arzt/Ärztin nach Fachgruppen dargestellt. Dabei gilt es anzumerken, dass ein/e Patient/Patientin auch mehrere Fälle verzeichnen kann. Die Daten stammen aus der Informationsplattform „Business Intelligence im Gesundheitswesen“ (BIG) und wurden von der BGKK zur Verfügung gestellt [45]. Somit betreffen die im Folgenden dargestellten Daten ausschließlich PatientInnen, die bei der BGKK versichert sind bzw. ÄrztInnen, die über die BGKK abgerechnet werden. Nähere Informationen zu dieser Datenquelle finden sich in Kapitel 2 (Methoden und Datenqualität) des vorliegenden Gesundheitsberichtes.

Insgesamt verzeichnete jeder Arzt/jede Ärztin im Jahr 2011 im Burgenland durchschnittlich 4.538 Fälle. Aufgrund der geringen Anzahl abgerechneter ÄrztInnen im Bereich der Augenheilkunde (11) und Dermatologie (6) weisen diese Facharztgruppen die höchsten Fallzahlen pro Arzt/Ärztin auf (Augenheilkunde: 8.569, Dermatologie: 7.293). Am geringsten sind die Fallzahlen pro Arzt/Ärztin hingegen in den Bereichen Chirurgie (1.619) und Innere Medizin (2.905). Ein Allgemeinmediziner/eine Allgemeinmedizinerin im Burgenland wies im Jahr 2011 im Durchschnitt 4.205 Fälle auf. Nähere Informationen dazu finden sich in Tabelle 11.

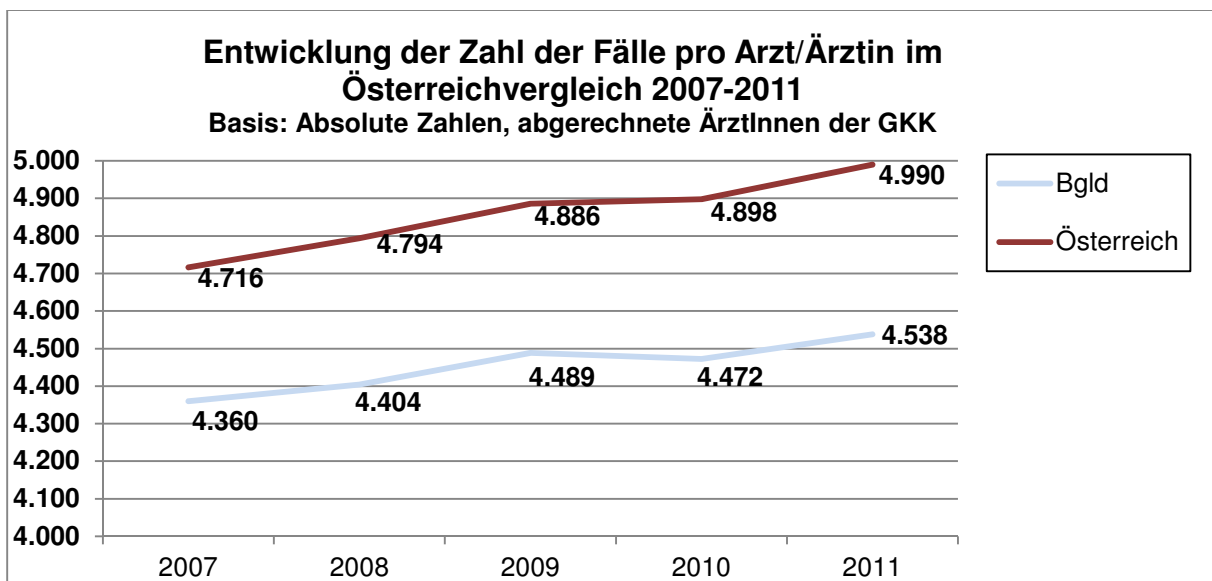
Fachrichtung	Zahl der Fälle pro Arzt/Ärztin Burgenland (BGKK)	Zahl der Fälle pro Arzt/Ärztin Österreich (alle GKKs)
<b>alle Fachgruppen</b>	<b>4.538</b>	<b>4.990</b>
Allgemeinmedizin	4.205	4.142
allgemeine FachärztInnen	4.592	4.202
Atmung	3.632	3.512
Augen	8.569	6.116
Chirurgie	1.619	2.142
Dermatologie	7.293	6.067
Frauenheilkunde	4.115	4.115
Innere Medizin	2.905	3.309
Kinder- und Jugendheilkunde	4.211	3.919
Laryngologie	4.224	4.428
Neurologie und Psychiatrie	3.993	2.809
Neurochirurgie	-	2.229
Orthopädie	5.217	4.235
Urologie	4.336	4.092
Unfallchirurgie	-	2.299
<b>sonstige FachärztInnen</b>	<b>13.178</b>	<b>28.628</b>

**Tabelle 11: Zahl der Fälle pro Arzt/Ärztin nach Fachrichtungen im Österreichvergleich, Stand: 2011, Basis: absolute Zahlen, abgerechnete ÄrztInnen der Gebietskrankenkassen; Quelle: Burgenländische Gebietskrankenkasse [45], Eigene Erstellung**

Aufgrund der geringen Anzahl abgerechneter ÄrztInnen in bestimmten Fachrichtungen ist eine Aufschlüsselung der Ergebnisse für einzelne NUTS 3-Regionen nicht zielführend. Allerdings lassen sich die Ergebnisse mit dem Österreich-Schnitt vergleichen. So traten im Burgenland (4.538) im Vergleich zum Österreich-Schnitt (4.990) etwas weniger Fälle pro Arzt/Ärztin insgesamt auf. Hierbei gilt es erneut zu berücksichtigen, dass ausschließlich Zahlen der österreichischen Gebietskrankenkassen herangezogen wurden.

Deutlich höher als im Österreich-Schnitt fällt jedoch die Zahl der Fälle pro Augenarzt/-ärztin (Bgl: 8.569, Österreich: 6.116), pro Dermatologen/Dermatologin (Bgl: 7.293, Österreich: 6.067), pro Neurologen/Neurologin und Psychiater/Psychiaterin (Bgl: 3.993, Österreich: 2.809) sowie pro Orthopäden/Orthopädin (Bgl: 5.217, Österreich: 4.235) aus. Im Gegensatz dazu ist die Zahl der Fälle pro sonstigem Facharzt/sonstiger Fachärztin (Röntgen, physikalische Therapie, Laboratorien) im Österreich-Schnitt (28.628) deutlich höher als im Burgenland (13.178).

Im zeitlichen Verlauf zeigt sich, dass die Zahl der Fälle pro Arzt/Ärztin insgesamt seit 2007 nur geringfügig gestiegen ist (2007: 4.360, 2011: 4.538). Einzig die Zahl der Fälle pro Dermatologen/Dermatologin ist deutlich angestiegen (2007: 6.229, 2011: 7.293). Nähere Informationen zur Entwicklung der Zahl der Fälle pro Arzt/Ärztin insgesamt im Burgenland und Österreich finden sich in Abbildung 69.



**Abbildung 69: Entwicklung der Zahl der Fälle pro Arzt/Ärztin im Österreichvergleich 2007 bis 2011, Stand: 2011, Basis: Absolute Zahlen, abgerechnete ÄrztInnen der Gebietskrankenkassen, alle Fachgruppen; Quelle: Burgenländische Gebietskrankenkasse [45], Eigene Erstellung**

### 7.2.2 Spitalsambulante Versorgung

Im Burgenland sind fünf Krankenanstalten neben der stationären auch für die spitalsambulante Versorgung der Bevölkerung zuständig. Dies sind das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt sowie die KRAGES-Krankenanstalten Kittsee, Oberpullendorf, Güssing und Oberwart.

Im Folgenden wird die spitalsambulante Versorgung mithilfe folgender Kennzahlen beschrieben:

- Personal im spitalsambulanten Bereich
- Anzahl ambulanter PatientInnen
- Frequenzen ambulanter PatientInnen
- ambulante Endkosten

Um die Vergleichbarkeit mit anderen Bundesländern zu gewährleisten, werden die einzelnen Kennzahlen auch pro 1.000 EW bzw. pro ambulantem/r Patienten/ Patientin dargestellt, wobei die Ergebnisse auf eigenen Berechnungen beruhen.

In diesem Abschnitt des Kapitels wird darauf hingewiesen, dass die ambulante Versorgung im Burgenland ebenso durch 16 selbstständige Ambulatorien (Stand: 2008) gewährleistet wird. Davon befinden sich vier im Bezirk Neusiedl, vier in Eisenstadt, eine in Mattersburg, drei in Oberpullendorf und jeweils zwei in Oberwart und Güssing. Gemäß §2 Abs. 1 Z 7 Bundesgesetz über Krankenanstalten- und Kuranstalten (KaKuG) sind selbstständige Ambulatorien „organisatorisch selbstständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die eine Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen“. Aus rechtlicher Sicht sind sie Krankenanstalten. Somit können sie ÄrztInnen anstellen, sind aber nicht zu einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung verpflichtet. Selbstständige Ambulatorien haben

grundsätzlich keine Betten und bestehen aus einem interdisziplinär zusammengesetzten ÄrztInnenteam sowie teilweise zusätzlich aus einer größeren Anzahl an MitarbeiterInnen im Bereich der nichtärztlichen Gesundheitsberufe [24].

### 7.2.2.1 Personal in Spitalsambulanzen

Im Burgenland arbeiteten im Jahr 2011 824,48 Vollzeitäquivalente in Spitalsambulanzen [19]. Darunter versteht man die auf Normalarbeitszeit umgerechneten Beschäftigungsverhältnisse [20]. Somit waren in diesem Jahr etwa 2,9 Vollzeitkräfte pro 1.000 EW in burgenländischen Krankenanstalten-ambulanzen tätig. Gemäß den Daten des Burgenländischen Gesundheitsberichts 2007 ist die Anzahl der Vollzeitäquivalente somit um rund 120 angestiegen (2006: 705). Dies entspricht einem Zuwachs von 16,9%.

Im Vergleich zu anderen Bundesländern hat Burgenland nach Vorarlberg (2,8) die zweitniedrigste Anzahl an Vollzeitäquivalenten pro 1.000 EW in Spitalsambulanzen. Am höchsten ist die Personalausstattung hingegen in Wien (6,1) und Tirol (4,7). Im Österreich-Schnitt sind pro 1.000 EW rund 4,4 Vollzeitäquivalente beschäftigt. Nähere Informationen diesbezüglich finden sich in Abbildung 70.

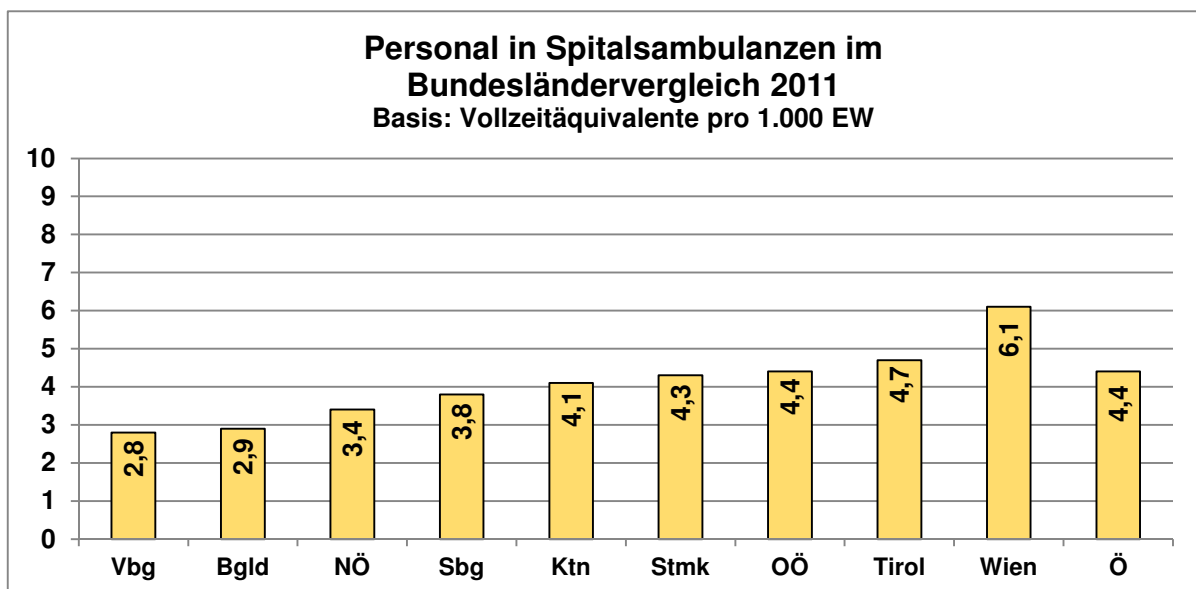


Abbildung 70: Personal in Spitalsambulanzen im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Angaben in Vollzeitäquivalente pro 1.000 EW, Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [19], Eigene Erstellung und Berechnungen

### 7.2.2.2 Anzahl und Frequenzen ambulanter PatientInnen

Im Burgenland wurden im Jahr 2011 insgesamt 209.883 Personen in den fünf Fonds-Krankenanstalten-Ambulanzen behandelt. Dies entspricht 735,5 ambulanten PatientInnen pro 1.000 EW. Insgesamt fanden 404.040 Besuche in Ambulanzen statt. Dies sind rund 1.415,8 ambulante Frequenzen pro 1.000 EW [19].

Die Datenlage von 2010 ermöglicht ein Betrachten des Anteils ambulanter PatientInnen nach Fächern sowie nach einzelnen Regionen. Dabei zeigt sich, dass der größte Anteil der ambulanten PatientInnen den Fächern Unfallchirurgie (54.992),

Radiologie (48.690), Chirurgie (26.915) und Innere Medizin (26.853) zuzuordnen ist. Die Anzahl ambulanter PatientInnen verteilt sich auf die beiden Versorgungsregionen des Landes wie folgt: Während 2010 123.802 ambulante PatientInnen in der Region Nord behandelt wurden, waren es in der Region Süd 81.628. Demgegenüber stehen 233.743 Frequenzen ambulanter PatientInnen im Nordburgenland und 159.802 im Südburgenland. Insgesamt entfallen die meisten ambulanten PatientInnen und demnach auch die höchsten Frequenzen auf das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt (ambulante PatientInnen: 95.030, Frequenzen: 173.097) und das Allgemeine Krankenhaus in Oberwart (ambulante PatientInnen: 60.988, Frequenzen: 122.223) [16].

Gemäß Daten des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2007 ist die Zahl der ambulanten PatientInnen in den Fonds-Krankenanstalten seit 2006 deutlich angestiegen. So konnte eine Zunahme von 57.883 PatientInnen verzeichnet werden, was bedeutet, dass es im Jahr 2011 209.883 ambulante PatientInnen in den burgenländischen Krankenanstalten gab. Im Gegensatz dazu nahm die Zahl der ambulanten Frequenzen ab. Lag diese 2006 bei 410.000, so sank sie bis zum Jahr 2011 auf 404.040 [19].

Mit anderen Bundesländern kann die Kennzahl „Frequenz pro ambulantem/r Patienten/Patientin“ verglichen werden. Dabei zeigt sich, dass diese Kennzahl im Burgenland und Kärnten (jeweils 1,93) am niedrigsten ist (Österreich-Schnitt: 2,11). Am höchsten ist die Frequenz pro ambulantem/r Patienten/Patientin in Niederösterreich (2,32) und Oberösterreich (2,19) (s. Abbildung 71).

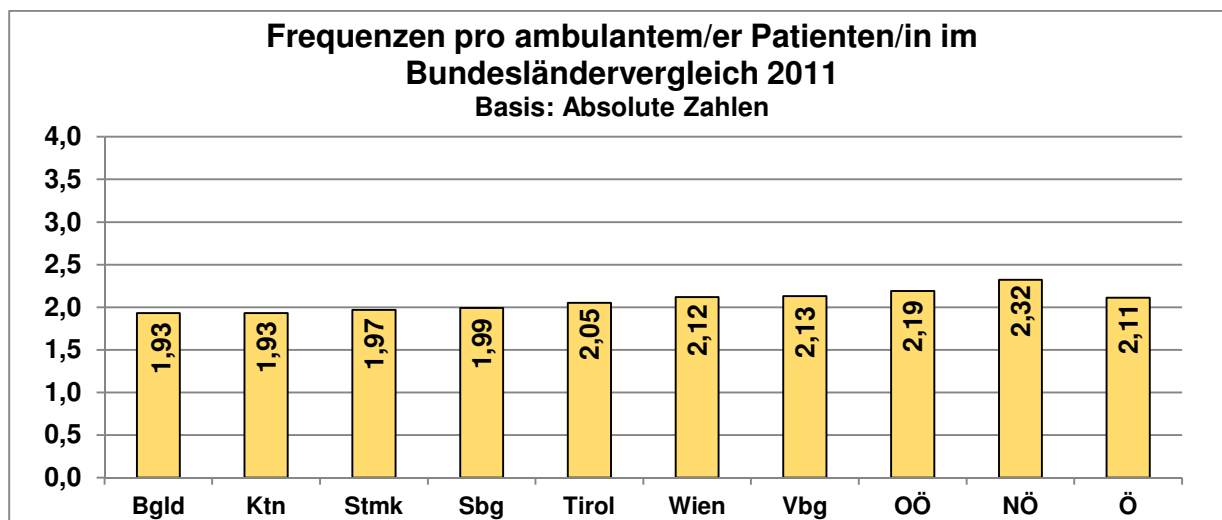


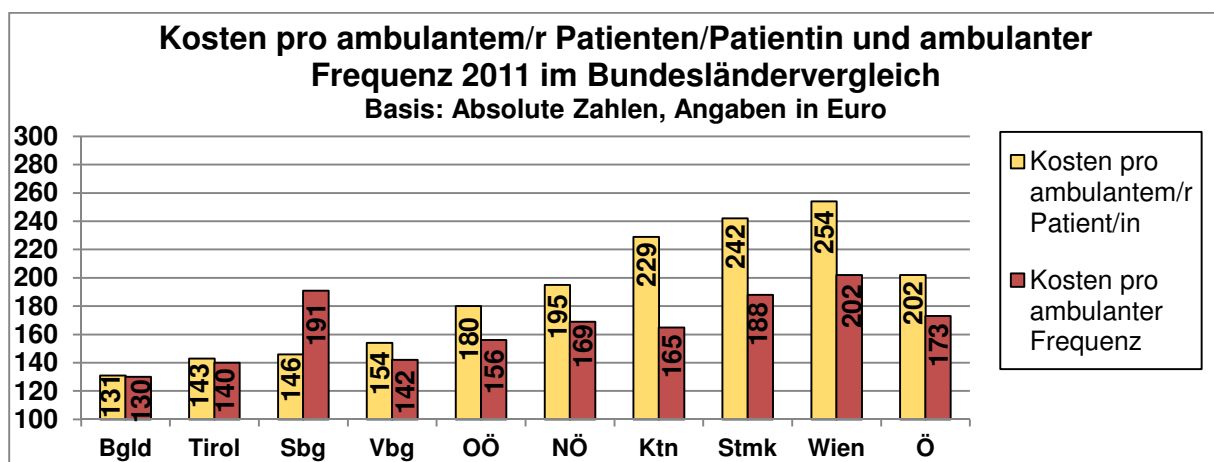
Abbildung 71: Frequenzen pro ambulantem/r Patienten/in im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [19], Eigene Erstellung

### 7.2.2.3 Ambulante Endkosten

Im Burgenland lagen die ambulanten Endkosten im Jahr 2011 bei 27.467.796 Euro. Dies entspricht durchschnittlich 131 Euro pro ambulantem/r Patienten/Patientin. Dabei versteht man unter Endkosten Primärkosten abzüglich Kostenminderungen

durch Erlöse bzw. Kostenersatzleistungen. Seit 2006 sind die Kosten um rund 25% angestiegen [19].

Burgenland weist in ganz Österreich dennoch die niedrigsten Kosten pro ambulantem/r Patienten/Patientin auf, gefolgt von Tirol (143 Euro) und Salzburg (146 Euro). Am teuersten fiel die ambulante Versorgung pro Patient/Patientin im Jahr 2011 hingegen in Wien (254 Euro) und der Steiermark (242 Euro) aus. Der Österreich-Schnitt liegt bei 202 Euro. Pro ambulanter Frequenz wies das Burgenland 2011 ebenso die niedrigsten Kosten auf. Während diese nämlich im Burgenland 130 Euro betragen, lagen sie im Österreich-Schnitt bei 173 Euro. Details dazu finden sich in Abbildung 72.



**Abbildung 72: Kosten pro ambulantem/r Patienten/Patientin und ambulanter Frequenz im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Absolute Zahlen, Angaben in Euro; Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [19], Eigene Erstellung und Berechnungen**

### 7.2.3 Rettungs- und Krankentransportdienste

Für den bodengebundenen Rettungs- und Krankentransportdienst sind im Burgenland das Burgenländische Rote Kreuz und der Arbeitersamariterbund (Landesverband Burgenland) zuständig.

Für die Rettung aus der Luft ist vorwiegend der Christophorus-Flugrettungsverein des ÖAMTC verantwortlich, hierbei vor allem die Standorte Wiener Neustadt (Christophorus 3) und Oberwart (Christophorus 16). Insgesamt erfolgten im Burgenland im Jahr 2010 durch Christophorus 16 459 Einsätze und durch den Christophorus 3 334 Einsätze [21].

Das Rote Kreuz Burgenland verfügt über sieben Bezirksstellen (Neusiedl, Eisenstadt, Mattersburg, Oberpullendorf, Oberwart, Güssing und Jennersdorf) und fünf zusätzliche Rettungsstellen in Kittsee, Nickelsdorf, Frauenkirchen, Deutschkreutz und Rudersdorf (Stand: 2012). Der Samariterbund betreibt im Burgenland an drei Standorten (Andau, Hornstein und Weppersdorf) Rettungsstützpunkte.

Seit dem letzten Burgenländischen Gesundheitsbericht (2007) hat sich die Zahl der Einsatzstellen leicht verändert. So kamen beim Roten Kreuz zu den sieben Bezirksstellen und drei Außenstellen zwei weitere hinzu.

Insgesamt fanden im Jahr 2011 beim Roten Kreuz 74.420 Transporte, davon 59.231 Kranken-, 11.485 Rettungs- und 3.704 Notarzttransporte statt [22]. Der Samariterbund führte im selben Jahr zusätzlich 10.411 Transporte durch.

Insgesamt nahm zwischen 2006 und 2011 die Zahl der Krankentransporte beim Roten Kreuz um 2.020 Fahrten zu (2006: 72.400; 2011: 74.420). Die Zahl der Notarzteinsätze durch das Rote Kreuz nahm bis zum Jahr 2010 ab (2006: 3.815; 2010: 3.121), stieg jedoch bis 2011 wieder auf 3.704 Einsätze.

2011 verfügte das Burgenländische Rote Kreuz über 2.244 freiwillige MitarbeiterInnen, 168 Hauptberufliche und 139 Zivildienstleistende [22]. Ergänzend dazu waren beim Arbeitersamariterbund 14 hauptamtliche MitarbeiterInnen, 31 ZivildienerrInnen sowie 97 ehrenamtliche MitarbeiterInnen beschäftigt. Die Zahl der beim Samariterbund hauptamtlich Tätigen hat sich seit 2007 um acht Personen verringert, während die Zahl der ZivildienerrInnen um 17 Personen gestiegen ist.

Im Vergleich zum österreichischen Roten Kreuz (674 pro 100.000 EW) waren im Jahr 2011 beim Burgenländischen Roten Kreuz überdurchschnittlich viele Personen freiwillig tätig (786 pro 100.000 EW). Die Zahl der ZivildienerrInnen pro 100.000 EW ist mit dem Österreich-Schnitt (51) nahezu ident (Burgenland:49), die Anzahl hauptberuflicher MitarbeiterInnen liegt im Burgenland (59 pro 100.000 EW) hingegen deutlich unter dem Österreich-Schnitt (99 pro 100.000 EW) [22, 23].

Hinsichtlich der Einsätze (Basis: Österreichisches und Burgenländisches Rotes Kreuz) zeigt sich für das Burgenland eine eher günstige Lage. Während 2010 österreichweit 339 Einsatzfahrten pro 1.000 EW, davon 15 Notarzteinsätze stattfanden, waren es im Burgenland insgesamt 261 Einsatzfahrten pro 1.000 EW, davon 13 Notarzteinsätze [22, 23].

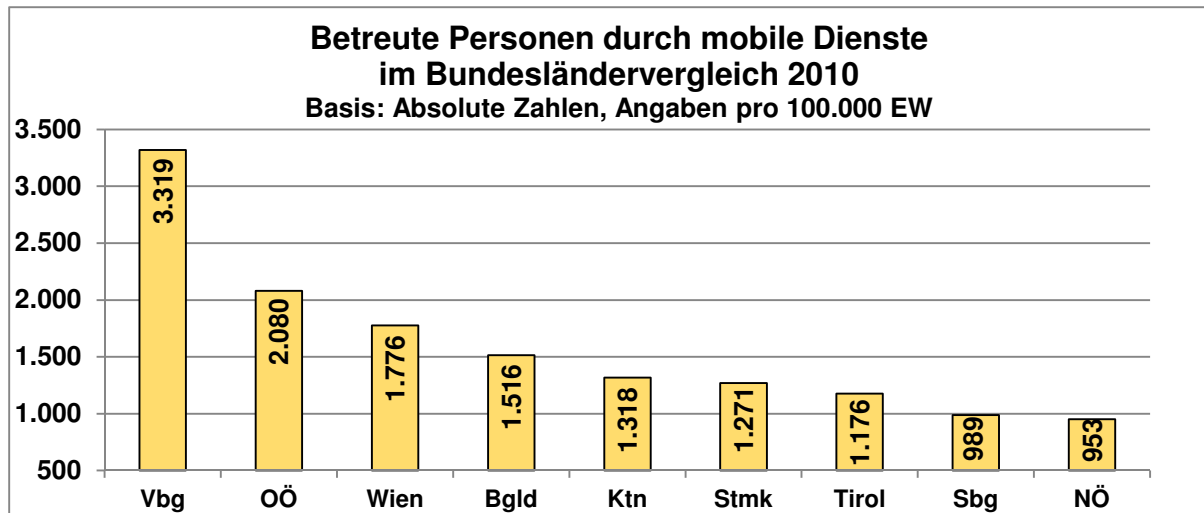
#### 7.2.4 Mobile Dienste

Unter dem Begriff „Mobile Dienste“ werden alle Personen und Institutionen, die ambulante Alten- und Langzeitversorgung anbieten, zusammengefasst. Dazu zählen vor allem Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sowie PflegehelferInnen, die bei PatientInnen zu Hause Leistungen erbringen [26]. Zu den mobilen Diensten gehören sowohl Pflege- und Betreuungsdienste in Form von Hauskrankenpflege und Heimhilfe als auch mobile Hospiz- und Palliativversorgung [25].

Gemäß Österreichischem Sozialbericht 2009/2010 waren im Burgenland im Jahr 2010 246,7 Vollzeitäquivalente im Bereich der mobilen Dienste tätig (ohne Verwaltungspersonal und Pflegedienstleistung). Das sind 86,8 Vollzeitkräfte pro 100.000 EW. Im Vergleich zu den anderen Bundesländern hat Burgenland somit nach Tirol (71,1 Vollzeitkräfte pro 100.000 EW) und der Steiermark (77,6 Vollzeitkräfte pro 100.000 EW) die drittwenigsten Vollzeitäquivalente pro 100.000 EW. Am meisten Vollzeitkräfte sind hingegen in Wien (222,2 pro 100.000 EW) und Kärnten (208,4 pro 100.000 EW) beschäftigt [26].

Insgesamt wurden 2010 4.310 Personen im Burgenland durch mobile Dienste betreut (teilweise Doppelzählungen im Bereich mobile Hospizbetreuung), das sind 1.516 Personen pro 100.000 EW. Dabei zeigt sich, dass Burgenland das Bundesland

mit den viertmeisten betreuten Personen pro 100.000 EW ist. Am meisten nehmen PatientInnen den mobilen Dienst in Vorarlberg (3.319 pro 100.000 EW), Oberösterreich (2.080 pro 100.000 EW) und Wien (1.776 pro 100.000 EW), am wenigsten jene in Niederösterreich (953 pro 100.000 EW) und Salzburg (989 pro 100.000 EW) in Anspruch (s. Abbildung 73) [26].



**Abbildung 73: Betreute Personen durch mobile Dienste im Bundesländervergleich, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen, Angaben pro 100.000 EW; Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz [26], Eigene Erstellung und Berechnungen**

#### 7.2.4.1 Hauskrankenpflege und Heimhilfe

Während die Hauskrankenpflege (Aufgaben z.B. Verbandswechsel, Wundpflege, Verabreichung von Insulin) von diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sowie PflegehelferInnen angeboten wird, führen die Heimhilfe (Aufgaben z.B. hauswirtschaftliche Tätigkeiten, einfache Körperpflege) auf Grundlage des Burgenländischen Sozialberufebetreuungs-gesetzes ausgebildete Personen durch.

Im Burgenland schlossen sich 1997 sieben Pflegeorganisationen zur Koordinierung und Qualitätsverbesserung der Hauskrankenpflege und Heimhilfe zusammen. Dieser sogenannten „Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege und soziale Dienste“ gehören folgende Institutionen an:

- Burgenländisches Hilfswerk
- Caritas der Diözese Eisenstadt
- Volkshilfe Burgenland
- Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Burgenland
- Evangelischer Diakonieverein Burgenland (Pinkafeld)
- Diakonie Oberwart
- Verein „Sozialinitiative Großpetersdorf“
- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt-Hauskrankenpflege [25]

Neben den oben genannten Mitgliedern der „Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege und soziale Dienste“ führen auch die „Hauskrankenpflege

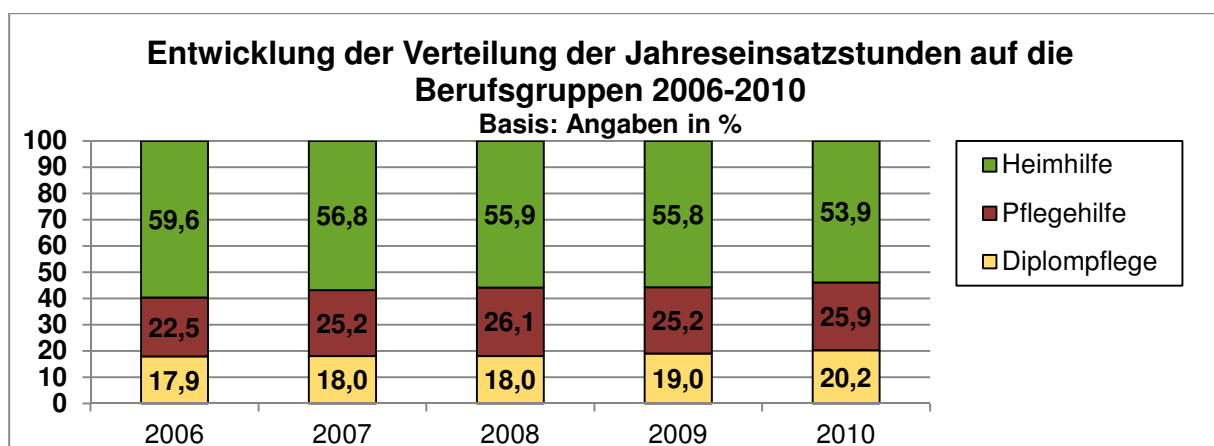


Pötttsching“, der Verein „Soziale Dienste Schattendorf und Umgebung“ sowie die „Sozialstation Neudörfel“ Hauskrankenpflege durch. Der „Betreuungsdienst Hornstein“, der „Soziale Dienst Krensdorf“ und das „Olbendorfer Sozialwerk“ bieten zudem Heimhilfe an. Ergänzend dazu wird im Burgenland Mobile Kinderkrankenpflege vom „MOKI Burgenland“ in Neusiedl am See durchgeführt [25]. Tabelle 12 zeigt die Einsatzgebiete der Pflege- und Betreuungsdienste in den Bezirken des Landes. Daraus geht hervor, dass die Bezirke Mattersburg (8) und Oberwart (7) die höchste und Jennersdorf (3) die niedrigste AnbieterInnenzahl aufweisen.

Bezirk	Organisationen im Einsatz
Neusiedl	4 (Hilfswerk, Caritas, Rotes Kreuz, Volkshilfe)
Eisenstadt + Städte	6 (Hilfswerk, Caritas, Rotes Kreuz, Volkshilfe, Betreuungsdienst Hornstein, Krankenhaus Eisenstadt)
Mattersburg	8 (Hilfswerk, Caritas, Rotes Kreuz, Volkshilfe, Sozialstation Neudörfel, Hauskrankenpflege Pötttsching, Soziale Dienste Schattendorf, Sozialer Dienst Krensdorf)
Oberpullendorf	4 (Hilfswerk, Caritas, Rotes Kreuz, Volkshilfe)
Oberwart	7 (Hilfswerk, Caritas, Rotes Kreuz, Volkshilfe, Sozialinitiative Großpetersdorf, Diakonieverein Pinkafeld, Diakonie Oberwart)
Güssing	5 (Hilfswerk, Caritas, Rotes Kreuz, Volkshilfe, Olbendorfer Sozialwerk)
Jennersdorf	3 (Caritas, Rotes Kreuz, Volkshilfe)

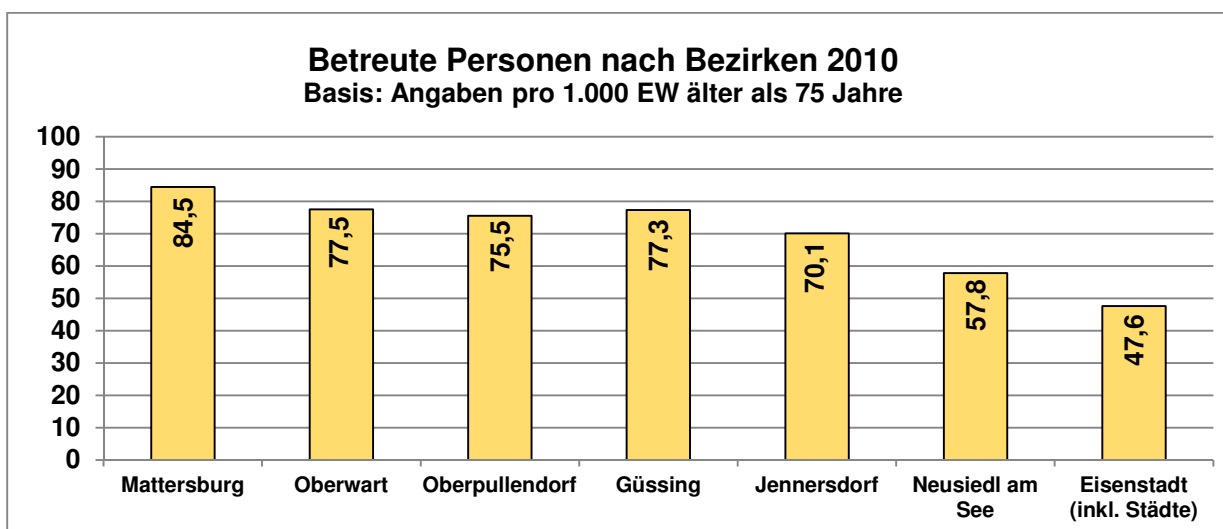
**Tabelle 12: Einsatzbezirke ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste, Stand: 2009/10, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Land Burgenland [25], Eigene Erstellung**

Im Burgenland waren im Jahr 2010 in der Hauskrankenpflege 117 Vollzeitäquivalente tätig. Seit 2006 (215,6) hat sich die Anzahl vollzeitbeschäftigter Personen nur geringfügig geändert. Betrachtet man den Anteil der Jahreseinsatzstunden pro Berufsgruppe, so zeigt sich, dass 53,9% der Stunden auf die Heimhilfe, 25,9% auf die Pflegehilfe und 20,2% auf die Diplompflege entfallen. Dabei sind seit 2006 ein Anstieg der Diplompflege sowie der Pflegehilfe und eine Abnahme der Heimhilfe feststellbar. Details dazu finden sich in Abbildung 74.



**Abbildung 74: Entwicklung der Verteilung der Jahreseinsatzstunden auf die Berufsgruppen, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Quelle: Land Burgenland [25], Eigene Erstellung**

Im Bereich Hauskrankenpflege und Heimhilfe wurden 2010 1.866 Personen ambulant betreut, wobei seit 2006 (1.643) ein Anstieg von 13,6% zu verzeichnen ist. Vergleicht man die Einsatzstunden ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste pro 1.000 EW älter als 75 Jahre der einzelnen Bezirke miteinander, so zeigt sich, dass Mattersburg (1.287) und Oberwart (1.006) die meisten und Eisenstadt (537) und Neusiedl am See (651) die wenigsten Stunden pro 1.000 EW ab 75 Jahren aufweisen. Der gleiche Trend zeigt sich bei der Anzahl betreuter Personen pro 1.000 EW ab 75 Jahren. So liegt diese in Mattersburg (84,5) und Oberwart (77,5) am höchsten und in Eisenstadt (47,6) und Neusiedl am See (57,8) am niedrigsten. Details dazu finden sich in Abbildung 75.



**Abbildung 75: Betreute Personen, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen, Angaben pro 1.000 EW älter als 75 Jahre; Quelle: Land Burgenland [25], Eigene Erstellung**

#### 7.2.4.2 Hospiz- und Palliativversorgung

Grundsätzlich ist darauf hinzuweisen, dass Hospiz- und Palliativversorgung sowohl ambulant als auch stationär erfolgen kann.

Unter Hospiz- und Palliativversorgung versteht man die begleitende und unterstützende Pflege und Betreuung von chronisch kranken und sterbenden Menschen. Hospiz betrifft dabei Organisationen, die unheilbar kranke Menschen würdevoll und umfassend betreut aus dem Leben begleiten. Palliativversorgung ist mit der umfassenden professionellen, haupt- und ehrenamtlichen Betreuung sowohl der Sterbenden als auch der Angehörigen verbunden. Grundsätzlich werden die beiden Begriffe „Hospiz“ und „Palliativ“ häufig als Synonyme verwendet [25].

Die Hospiz- und Palliativversorgung wird im Burgenland vorwiegend durch interdisziplinäre ambulante Dienstleistungen an den Schnittstellen zwischen Gesundheitswesen und Sozialbereich gewährleistet. Dabei wird sowohl professionelle und fachliche Hilfe zur Verfügung gestellt, als auch menschlicher Beistand geleistet [25].

Im stationären Bereich gibt es in Österreich Versorgungseinheiten, die in Krankenhäuser integriert sind und sich dem Konzept der Palliativversorgung

verpflichten. Speziell im Burgenland verfügt lediglich das Landeskrankenhaus Oberwart über eine eigene Palliativstation. Aufgrund dieses Mangels im stationären Bereich wurde im Jahr 2004 vom Burgenländischen Landtag der sogenannte „Hospizplan Burgenland“ beschlossen. Ziel dieses Konzepts war und ist der Aufbau einer integrierten Palliativversorgung im Burgenland. Dafür wurden im Jahr 2005 drei hauptamtliche KoordinatorInnen bestellt:

- Landeskoordination für die Hospiz- und Palliativversorgung (Aufgaben: Vertiefung der Palliativstruktur, Entwicklung einheitlicher Kriterien und Standards, Organisation interdisziplinärer Aus- und Fortbildungen)
- zwei hauptamtliche KoordinatorInnen für das Nord- und Südburgenland

Dabei gilt es anzumerken, dass im Norden ursprünglich das Rote Kreuz und im Süden des Landes die Caritas die Aufgabe erhielt, mobile Palliativteams aufzubauen. Zusätzlich kamen in den vergangenen Jahren weitere RegionalkoordinatorInnen bzw. Trägerorganisationen hinzu. Dies sind das Burgenländische Hilfswerk, die Diakonie Oberwart und der Diakonieverein Burgenland. Ergänzend dazu wurde im Jahr 2009 die Landeskoordination von der PSD Burgenland GmbH übernommen. Derzeit (Stand: 2011) gibt es im Burgenland vier interdisziplinär zusammengesetzte „Palliative Care Support Teams“. Diese Teams bestehen aus ExpertInnen verschiedenster Fachgruppen wie z.B. ÄrztInnen, diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und PhysiotherapeutInnen. Leistungen sind Informationen sowie Beratung und Anleitung hinsichtlich medizinisch-pflegerischer Maßnahmen für Betroffene oder Angehörige.

Im Gegensatz zu den Palliativ-Teams bieten freiwillige MitarbeiterInnen als HospizbegleiterInnen keine professionelle, sondern persönliche Unterstützung an. 2010 standen im Burgenland insgesamt 138 ehrenamtliche HospizbegleiterInnen zur Verfügung. Im selben Jahr wurden 304 PatientInnen von den mobilen Palliativ-Teams betreut. Dabei ist die Zahl seit 2007 (187) um rund 63% angestiegen [25].

### 7.2.5 Apotheken

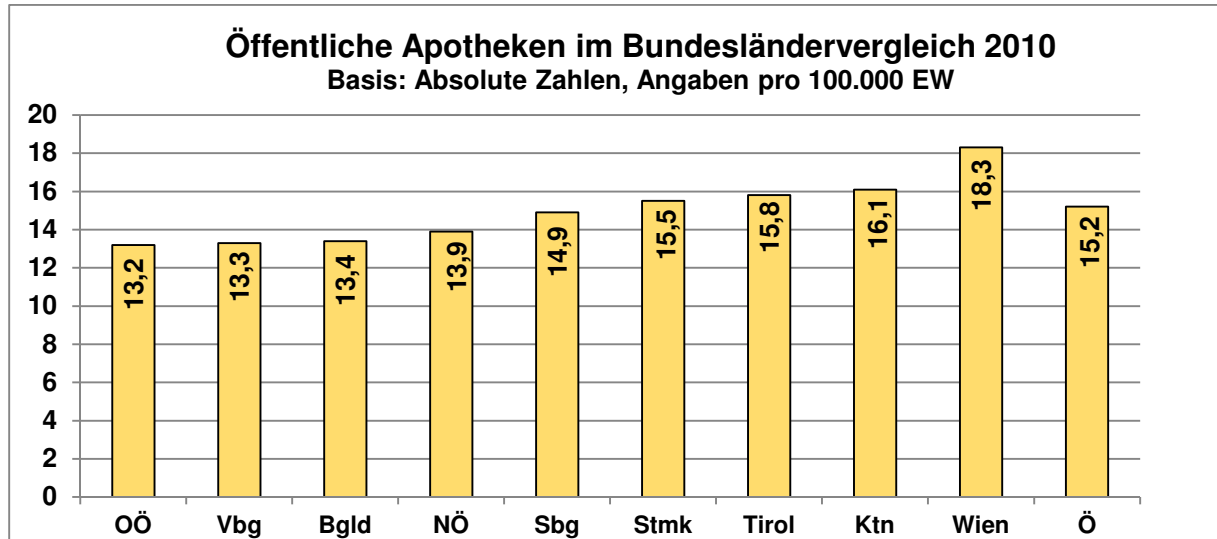
Apotheken können in Österreich nur nach einer Bedarfsprüfung eröffnet werden. Dabei müssen diese von zur Führung von Apotheken berechtigten PharmazeutInnen geführt werden [15].

Insgesamt verfügt das Burgenland (Stand: 31.12.2010) über 42 Apotheken, davon 38 öffentliche Apotheken, drei Filialapotheken und eine Krankenhausapotheke. Dabei blieb diese Zahl seit dem letzten Gesundheitsbericht (2007) unverändert.

Die meisten Apotheken befinden sich in den Bezirken Neusiedl (11) und Eisenstadt (9). Oberwart verfügt über acht, Mattersburg über sechs, Oberpullendorf über fünf, Güssing über zwei und Jennersdorf über lediglich eine Apotheke [30].

Im Vergleich zu den anderen Bundesländern Österreichs weist das Burgenland (13,4) nach Oberösterreich (13,2) und Vorarlberg (13,3) die drittwenigsten öffentlichen Apotheken pro 100.000 EW auf. Am höchsten ist die Versorgungsdichte hingegen in Wien (18,3 pro 100.000 EW) und Kärnten (16,1 pro 100.000 EW). Der

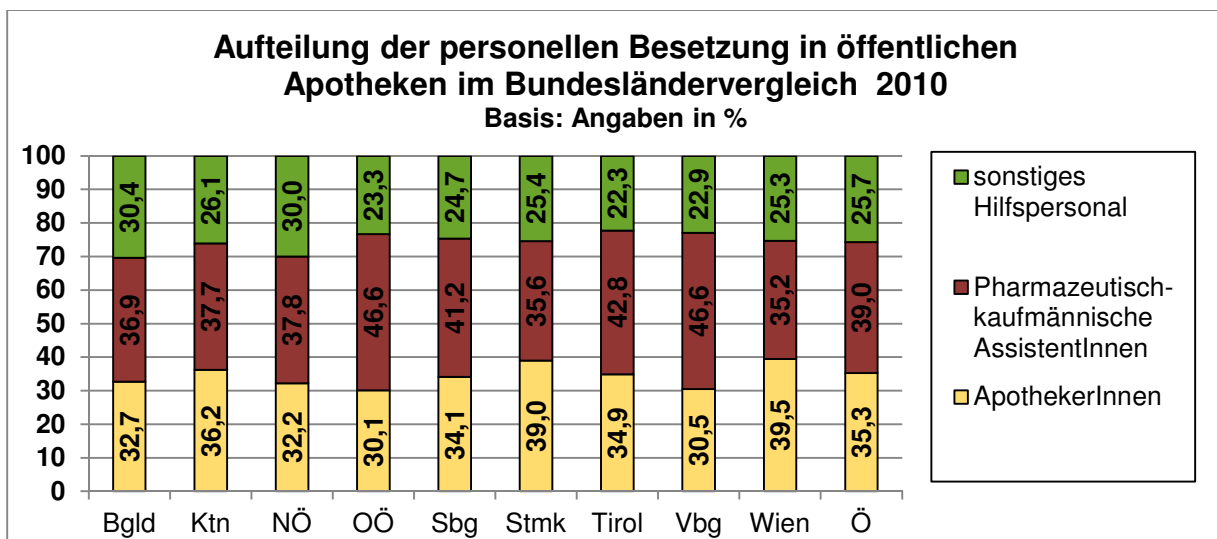
Österreich-Schnitt liegt bei 15,2 Apotheken pro 100.000 EW. Details dazu finden sich in Abbildung 76.



**Abbildung 76: Öffentliche Apotheken im Bundesländervergleich, Stand: 31.12.2010, Basis: Absolute Zahlen, Angaben pro 100.000 EW; Quelle: Österreichische Apothekerkammer [29], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Ergänzend zu den 42 Apotheken gibt es im Burgenland noch 49 Hausapotheken. Von diesen befinden sich elf im Bezirk Neusiedl am See, neun im Bezirk Oberwart, acht im Bezirk Oberpullendorf, acht im Bezirk Güssing, sieben im Bezirk Jennersdorf, fünf im Bezirk Mattersburg und eine im Bezirk Eisenstadt Umgebung. Im Vergleich zum Österreich-Schnitt (10,6 Hausapotheken pro 100.000 EW) verfügt Burgenland über eine hohe Dichte an Hausapotheken (17,1 pro 100.000 EW) [44].

Insgesamt waren im Burgenland im Jahr 2010 142 ApothekerInnen und 160 pharmazeutisch-kaufmännische AssistentInnen beschäftigt. Zudem wurden 132 Personen dem sonstigen Hilfspersonal (z.B. Reinigung, Büro) zugerechnet. Die Verteilung des Personals sieht somit wie folgt aus: 32,7% aller in Apotheken Beschäftigten waren im Jahr 2010 ApothekerInnen, 36,9% pharmazeutisch-kaufmännische AssistentInnen und 30,4% zählten zum sonstigen Personal. Im Vergleich zum Österreich-Schnitt verfügt das Burgenland über einen geringeren Anteil an ApothekerInnen (Ö: 35,3%) und pharmazeutisch-kaufmännischen AssistentInnen (Ö: 39%), weist jedoch einen höheren Anteil an sonstigem Personal auf. Ein Vergleich zu anderen Bundesländern findet sich in Abbildung 77.



**Abbildung 77: Aufteilung der personellen Besetzung in öffentlichen Apotheken im Bundesländervergleich, Stand: 31.12.2010, Basis: Angaben in %, Quelle: Österreichische Apothekerkammer [29], Eigene Erstellung**

### 7.2.6 Heilmittelgebrauch und -kosten

Im Jahr 2011 wurden im Burgenland insgesamt 5.182.353 Heilmittel verordnet, welche zu Kosten von 97.055.198,89 Euro führten. Dabei zeigt sich erwartungsgemäß ein Anstieg der Verordnungen mit zunehmendem PatientInnenalter. Während bei 15- bis 29-Jährigen 2011 160.757 Heilmittel verordnet wurden, waren es bei 60- bis 74-Jährigen bereits 1.755.660. Hier ist selbstverständlich die unterschiedliche Größe verschiedener Altersgruppen im Burgenland zu berücksichtigen [18].

Seit 2009 ist die Anzahl der Verordnungen von 5.018.320 auf 5.182.353 angestiegen. Dies entspricht einer Zunahme von 3,3%. Der Zuwachs spiegelt sich auch in den Kosten für Heilmittel wider. So betrug deren Wachstum zwischen 2009 (93.293.069,33) und 2011 (97.055.198,89) 3.762.129,56 Euro [18].

Aufgrund der unterschiedlichen Bevölkerungszahlen ist es schwierig, den Heilmittelgebrauch zwischen einzelnen Bundesländern zu vergleichen. Allerdings ist es möglich, den Anstieg der Verordnungen zwischen 2009 und 2011 für einzelne Bundesländer darzustellen. Dabei zeigt sich, dass Burgenland jenes Bundesland mit dem höchsten Anstieg an Arzneimittelverordnungen (+3,3%) zwischen 2009 und 2011 darstellt, gefolgt von Wien (1,3%), der Steiermark, Tirol und Vorarlberg (jeweils +1,1%). In Gesamtösterreich stieg die Anzahl der Verordnungen um +0,9%, in den Bundesländern Oberösterreich (-1,9%), Salzburg (-0,7%), Niederösterreich (-0,4%) und Kärnten (-0,3%) konnte ein Rückgang verzeichnet werden [18].

### 7.2.7 Psychosozialer Dienst Burgenland (PSD Burgenland)

Eine weitere wichtige Institution im Bereich der ambulanten Versorgung stellt der PSD Burgenland dar. Dieser ist gemeinsam mit der psychiatrischen Ambulanz des Landeskrankenhauses Oberwart, der sozialpsychiatrischen Ambulanz des Psychosozialen Dienstes in Oberpullendorf, niedergelassenen ÄrztInnen für

Psychiatrie und Neurologie sowie niedergelassenen PsychologInnen und PsychotherapeutInnen für die psychosoziale Versorgung der burgenländischen Bevölkerung im ambulanten Bereich zuständig.

Der PSD Burgenland wurde im Jahr 1959 als Verein gegründet. Heute wird er als Gesellschaft mit beschränkter Haftung geführt und ist eine Tochtergesellschaft der KRAGES. Er beschäftigt vor allem PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, Pflegepersonal, SozialpädagogInnen, FachärztInnen und administratives Personal [32].

Grundsätzlich bietet der PSD Burgenland folgende Leistungen an:

- psychosoziale Behandlung und Beratung bei psychischen Problemen
- medizinische Behandlung durch FachärztInnen für Psychiatrie
- klinisch-psychologische Behandlung
- Psychotherapie nach Kapazität
- Sozialarbeit
- Drogen und Suchtberatung
- Betreutes Einzelwohnen
- Vermittlung zu Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen
- Gruppenangebote
- Beratung für Angehörige
- Hausbesuche
- Verbindungsdienst zu den Krankenhäusern [32]

Der PSD Burgenland verfügt über Behandlungszentren in allen sieben Bezirken. In den letzten Jahren wurde zusätzlich das Heilpädagogische Zentrum in Rust in den PSD Burgenland eingegliedert. Derzeit wird zudem ein Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie als Reformpoolprojekt der Landesgesundheitsplattform durchgeführt, dessen Träger ebenfalls der PSD Burgenland ist. Auf dieses Projekt wird jedoch in Kapitel 9.8.4 näher eingegangen.

Im Jahr 2010 wurden im PSD Burgenland 3.825 PatientInnen betreut. Seit 2008 (2.989) ist die Zahl der Betreuten um 836 Personen gestiegen [43].

### **7.3 Stationäre Versorgung**

Die stationäre medizinische Versorgung wird in Österreich von öffentlichen, privat-gemeinnützigen und privaten Spitälern bereitgestellt. Dabei gelten Länder mit ihren Landesgesellschaften, Gemeinden bzw. Gemeindeverbände, Glaubensgemeinschaften (konfessionelle Träger), Sozialversicherungsträger sowie private Träger als Betreiber bzw. Träger von Krankenhäusern.

Im Folgenden wird sowohl auf die akutstationäre Versorgung im Burgenland als auch auf stationäre Einrichtungen im Bereich der Rehabilitation eingegangen. Zudem wird das Thema der medizinisch-technischen Großgeräte behandelt.

### 7.3.1 Akutversorgung

Im Folgenden soll auf die wichtigsten ECHI-Indikatoren zur Beschreibung der Akutversorgung wie z.B. die Anzahl an Spitalsbetten eingegangen werden. Dabei wird vorweg angemerkt, dass die akutstationäre Versorgung im Burgenland durch vier Landeskrankenhäuser und eine Krankenanstalt eines konfessionellen Trägers gewährleistet wird:

- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt
- KRAGES Krankenhaus Kittsee
- KRAGES Krankenhaus Oberpullendorf
- KRAGES Krankenhaus Oberwart
- KRAGES Krankenhaus Güssing

Somit verfügen bis auf Jennersdorf und Mattersburg alle Bezirke des Burgenlandes über ein Krankenhaus. Alle fünf Krankenanstalten sind landesfondsfinanziert.

Zu den landesfondsfinanzierten Akutkrankenanstalten zählen öffentliche allgemeine und Sonderkrankenhäuser sowie private gemeinnützige allgemeine Krankenhäuser im Akutbereich [19]. Im Folgenden werden vorwiegend Daten der Krankenanstalten-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) dargestellt, wobei zu berücksichtigen ist, dass sich diese ausschließlich auf landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten beziehen. Für das Burgenland stellt dies kein Problem dar, da, wie oben erwähnt, alle burgenländischen Krankenhäuser landesfondsfinanziert sind.

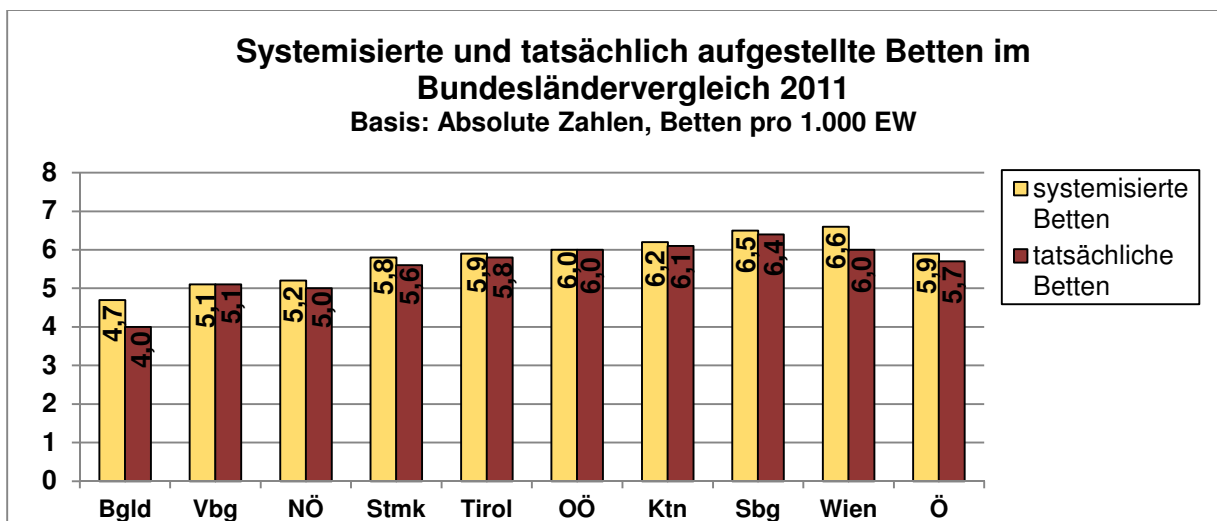
#### 7.3.1.1 Bettenanzahl

Betrachtet man zu Beginn Kapazitätskennzahlen von Krankenanstalten, so zeigt sich, dass das Burgenland im Jahr 2011 über 1.345 systemisierte und 1.153 tatsächlich aufgestellte Betten verfügte.

Dabei versteht man unter systemisierten Betten jene Betten (inklusive Tagesklinikbetten), die durch sanitätsbehördliche Bewilligung festgelegt wurden. Zu den tatsächlich aufgestellten Betten zählen jene, die im Jahr 2011 im Jahresdurchschnitt oder mindestens sechs Monate tatsächlich aufgestellt waren, unabhängig davon, ob sie auch belegt waren [19].

Vergleicht man die Zahlen mit jenen des vorherigen Burgenländischen Gesundheitsberichtes, so ist sowohl die Zahl der systemisierten Betten (2006: 1.470; 2011: 1.345) als auch jene der tatsächlichen Betten (2006: 1.249; 2011: 1.153) gesunken.

Im Vergleich zu anderen Bundesländern hat Burgenland mit 4,0 Betten pro 1.000 EW die geringste Bettenanzahl, gefolgt von Niederösterreich (5,0) und Vorarlberg (5,1). Der Österreich-Schnitt liegt bei 5,7 Betten pro 1.000 EW. Details dazu finden sich in Abbildung 78.



**Abbildung 78: Systemisierte und tatsächlich aufgestellte Betten im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Absolute Zahlen, Betten pro 1.000 EW; Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [19], Eigene Erstellung und Berechnungen**

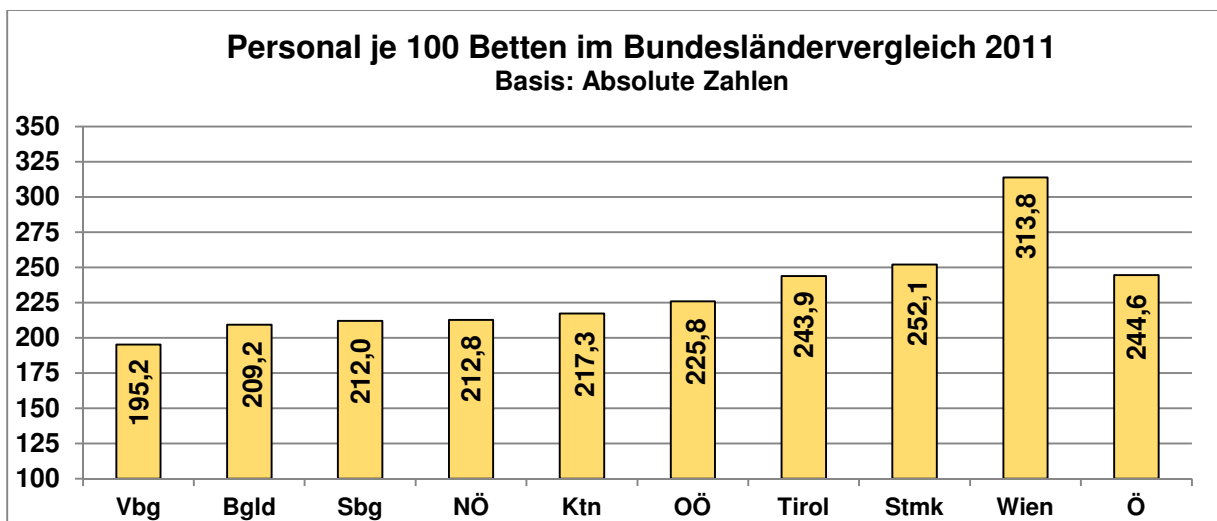
Während der Versorgungsregion Nordburgenland 3,5 Betten pro 1.000 EW zur Verfügung stehen, sind es in der Region-Süd deutlich mehr (5,2). In beiden Teilen des Landes konnten die meisten Betten in den Abteilungen Innere Medizin (Burgenland-Nord: 1,4 pro 1.000 EW; Burgenland-Süd: 1,6 pro 1.000 EW) und Chirurgie (Burgenland-Nord: 0,6 pro 1.000 EW; Burgenland-Süd: 0,9 pro 1.000 EW) verzeichnet werden [16].

### 7.3.1.2 Personal

Betrachtet man das gesamte Personal in Burgenlands landesfondsfinanzierten Krankenanstalten, so zeigt sich, dass 2011 insgesamt 2.412 Vollzeitäquivalente angestellt waren. Pro 100 Betten sind das 209,2 Personen. Die Anzahl der Vollzeitäquivalente in burgenländischen Krankenhäusern ist seit 2006 (2.319) somit um 93 Beschäftigte gestiegen [19].

Burgenland liegt hinsichtlich der Personalausstattung in Krankenanstalten unter dem Österreich-Schnitt (244,6 Angestellte pro 100 Betten) und bildet nach Vorarlberg (195,2 Angestellte pro 100 Betten) jenes Bundesland mit den zweitwenigsten Angestellten. Details dazu finden sich in Abbildung 79.

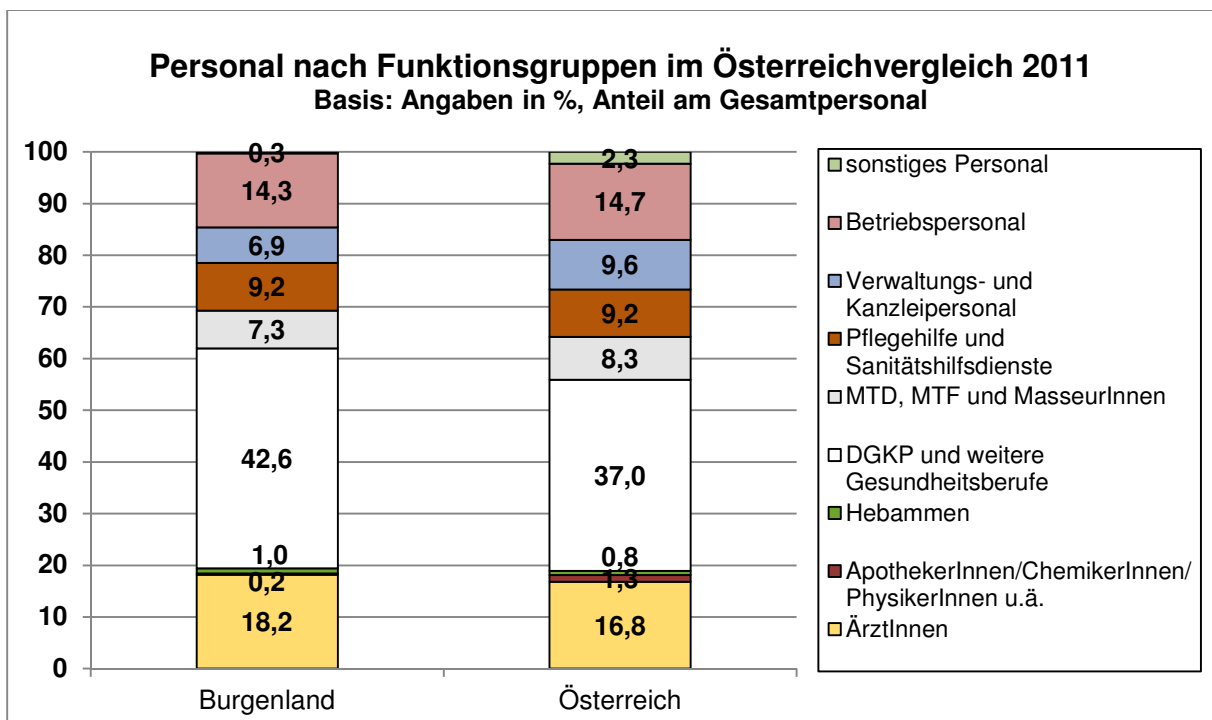




**Abbildung 79: Personal je 100 Betten im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [19], Eigene Erstellung**

Von den insgesamt 2.412 beschäftigten Personen in Burgenlands Krankenanstalten gehörten 2011 42,6% dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sowie weiteren Gesundheitsberufen an. 18,2% waren ÄrztInnen. Den Rest bildeten Betriebspersonal (14,3%), PflegehelferInnen und Sanitätshilfsdienste (9,2%) gehobene medizinisch-technische Dienste (MTD) sowie medizinisch-technische Fachdienste (MTF) und MasseurInnen (7,3%), Verwaltungs- und Kanzleipersonal (6,9%), Hebammen (1%), ApothekerInnen, ChemikerInnen, PhysikerInnen (0,2%) und sonstiges Personal (0,3%).

Im Vergleich zum Österreich-Schnitt (16,8% ÄrztInnen) verfügt Burgenland (18,2%) über einen etwas höheren Anteil an ÄrztInnen. Ähnliches gilt für den Anteil der Berufsgruppe des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie weitere Gesundheitsberufe (Bgld: 42,6%; Österreich: 37%). Im Gegensatz dazu verfügt Burgenland anteilmäßig über wenig ApothekerInnen, Verwaltungs- und Kanzleipersonal, sonstiges Personal, Personen im medizinisch-technischen Dienst, medizinisch-technischem Fachdienst und MasseurInnen. Nähere Informationen dazu finden sich in Abbildung 80.



**Abbildung 80: Personal nach Funktionsgruppen im Österreichvergleich, Stand: 2011, Basis: Angaben in %, Anteil am Gesamtpersonal; Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [19], Eigene Erstellung und Berechnungen**

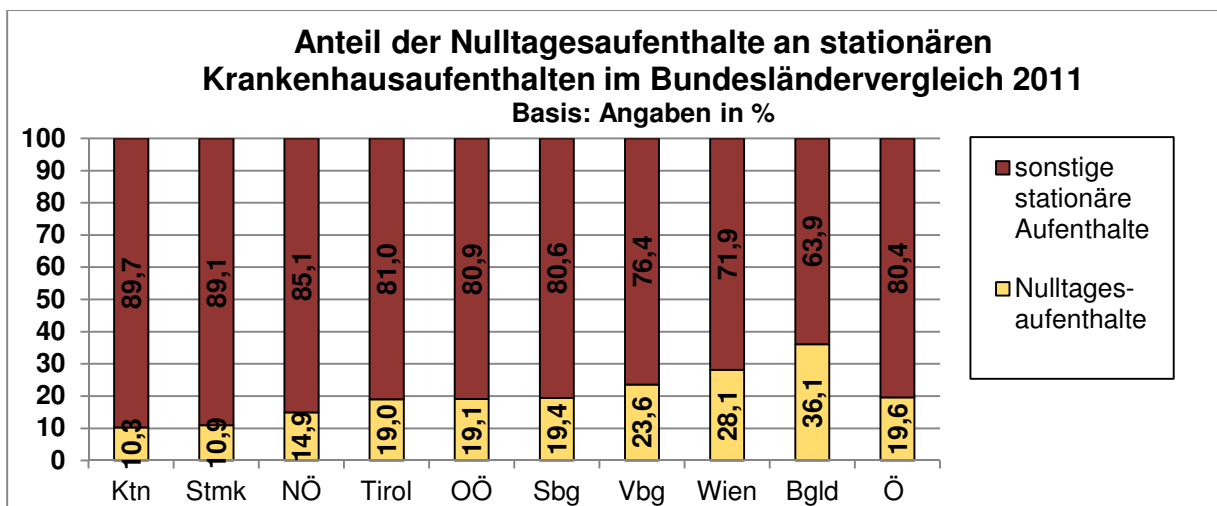
### 7.3.1.3 Stationäre Aufenthalte

Im Burgenland konnten im Jahr 2011 77.420 stationäre Aufenthalte verzeichnet werden, davon waren 27.985, also 36,1%, Nulltagesaufenthalte. Dabei versteht man unter Nulltagesaufenthalten jene stationären Aufenthalte, bei denen die Aufnahme und die Entlassung am selben Kalendertag erfolgen [19].

Hinsichtlich der Anzahl an stationären Aufenthalten pro tatsächlich aufgestelltem Bett liegt Burgenland (67,1) über dem Österreich-Schnitt (53). Es ist somit das Bundesland mit den meisten stationären Aufenthalten pro tatsächlich aufgestelltem Bett.

Im zeitlichen Verlauf zeigt sich seit 2006 eine Zunahme der stationären Aufenthalte (2006: 66.152; 2011: 77.420). Speziell bei den Nulltagesaufenthalten konnte im Burgenland seit 2006 ebenfalls ein deutlicher Anstieg verzeichnet werden (2006: 12.677; 2011: 27.985).

Der Anteil der Nulltagesaufenthalte an den gesamten stationären Krankenhausaufenthalten ist im Bundesländervergleich im Burgenland mit 36,1% eindeutig am höchsten, gefolgt von Wien (28,1%) und Vorarlberg (23,6%). Der Österreich-Schnitt liegt bei 19,6%. Details dazu finden sich in Abbildung 81.



**Abbildung 81: Anteil der Nulltagesaufenthalte an stationären Krankenhausaufenthalten im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Angaben in %, Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [19], Eigene Erstellung und Berechnungen**

### 7.3.1.4 Hauptdiagnosen

Die meisten Personen werden in Burgenlands Krankenanstalten aufgrund der Diagnose „Neubildungen“ (13,9%) stationär aufgenommen. Danach folgen Krankheiten des Verdauungssystems (12,5%) und des Kreislaufsystems (12,4%).

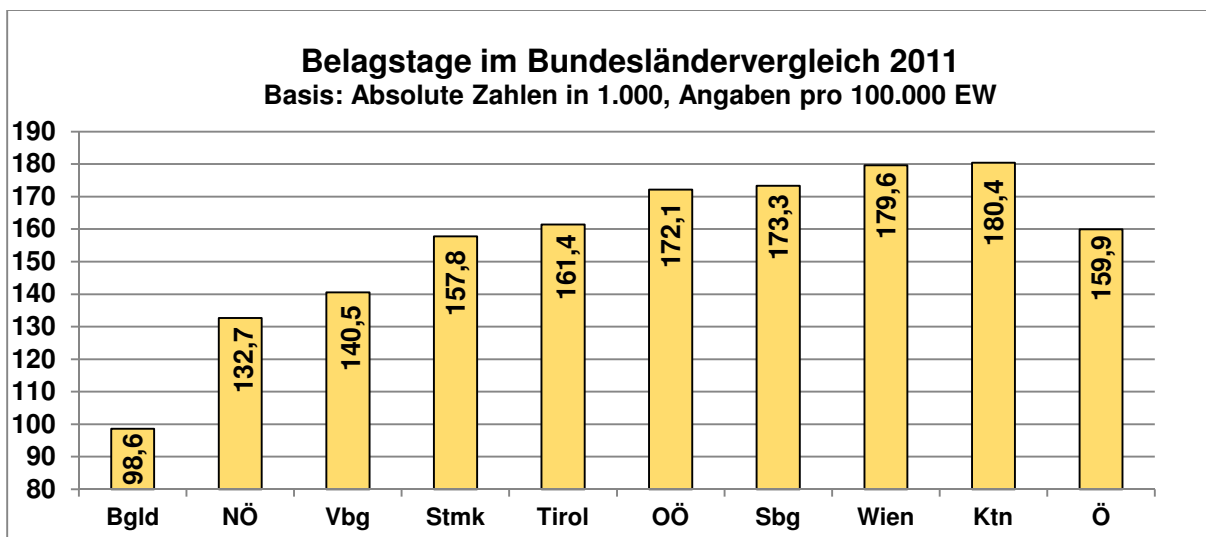
Im Vergleich zu Gesamtösterreich liegt Burgenland bei den meisten Diagnosen im Österreich-Schnitt. Bei Krankheiten des Verdauungssystems (Bgld: 12,6%; Österreich: 8,9%) sowie „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind“ liegt man jedoch deutlich darüber (Bgld: 7,1%; Österreich: 4,3%).

Im Gegensatz dazu werden in Burgenlands Krankenhäusern im Vergleich zu anderen österreichischen Krankenanstalten die Diagnosen „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Bgld: 2%; Österreich: 5%) sowie „Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde“ (Bgld: 3,1%; Österreich: 6,1%) eher selten gestellt [19].

### 7.3.1.5 Belagstage und Belagsdauer

Unter Belagtagen versteht man die Summe der Mitternachtsstände der PatientInnen in einem definierten Zeitraum. Die durchschnittliche Belagsdauer ist die durchschnittliche Dauer eines Aufenthalts im Krankenhaus in Tagen [19].

Burgenland verzeichnete 2011 281.439 Belagstage. Das sind 98.620 Belagstage pro 100.000 EW und um 30.091 Belagstage weniger als noch 2006 (311.530). Damit liegt Burgenland deutlich unter dem Österreich-Schnitt (159.866 pro 100.000 EW) und stellt jenes Bundesland mit den wenigsten Belagstagen pro 100.000 EW in ganz Österreich dar, gefolgt von Niederösterreich (132.737) und Vorarlberg (140.465). Am meisten Belagstage pro 100.000 EW verzeichnete im Jahr 2011 Kärnten (180.435). Details dazu finden sich in Abbildung 82.

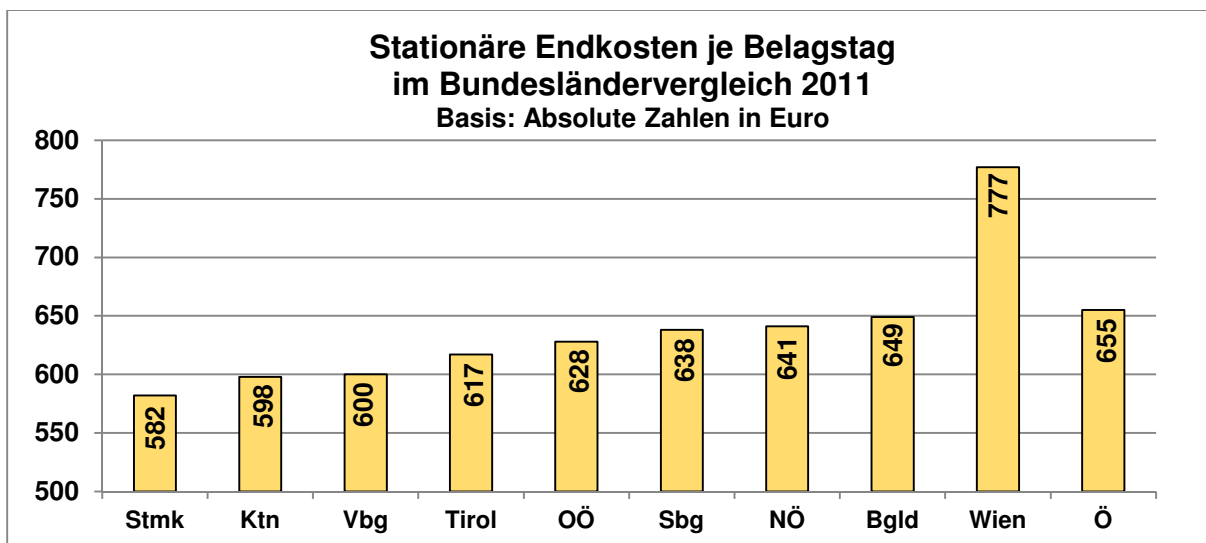


**Abbildung 82: Belagstage pro 100.000 EW im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Absolute Zahlen in 1.000, Belagstage pro 100.000 EW; Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [19], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Im Durchschnitt dauerte ein Aufenthalt (ohne Nulltagesaufenthalte und Langzeitaufenthalte über 28 Tage) in burgenländischen Krankenhäusern im Jahr 2011 5,24 Tage. Burgenland liegt damit leicht unter dem Österreich-Schnitt (5,43 Belagstage). Am geringsten fällt die durchschnittliche Belagsdauer in Vorarlberg (5) und Tirol (5,06), am höchsten in Wien (5,82) und der Steiermark (5,67) aus [19].

### 7.3.1.6 Stationäre Endkosten

Die stationären Endkosten betragen im Burgenland im Jahr 2011 je systemisiertem Bett 135.822 Euro, je tatsächlichem Bett 158.439 Euro, je Belagstag 649 Euro und je stationärem Aufenthalt 2.360 Euro. Die Kosten sind somit seit 2006 (stationäre Kosten je tatsächlichem Bett: 117.502 Euro; stationäre Kosten je Belagstag: 471 Euro; stationäre Kosten je stationärem Aufenthalt: 2.219 Euro) deutlich angestiegen. Vergleicht man die Kosten je Belagstag mit jenen anderer Bundesländer, so zeigt sich, dass diese im Burgenland (649 Euro) leicht unter dem Österreich-Schnitt (655 Euro) liegen. Burgenland weist dennoch nach Wien (777 Euro) die höchsten Kosten pro Belagstag auf. Eine grafische Darstellung der stationären Endkosten je Belagstag findet sich in Abbildung 83.



**Abbildung 83: Stationäre Endkosten je Belagstag im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Absolute Zahlen in Euro, Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [19], Eigene Erstellung**

### 7.3.2 Rehabilitation

Die stationäre medizinische Rehabilitation ist in Österreich im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz geregelt. Sie beinhaltet die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dient [17].

Im Burgenland stehen derzeit sechs stationäre Rehabilitationseinrichtungen für die Indikationsgruppen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Stoffwechsel- und Verdauungssystems, onkologische Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates, psychiatrische Erkrankungen sowie seit 2012 neurologische Rehabilitation zur Verfügung [16]. Seit dem letzten Burgenländischen Gesundheitsbericht (2007) ist die Anzahl der Sonderkrankenanstalten im Burgenland somit um drei Einrichtungen gestiegen.

In Tabelle 13 sind die einzelnen Rehabilitationseinrichtungen im Burgenland mit Informationen zum Träger, der Indikationsgruppe, dem Ist-Stand der Betten sowie den zusätzlich geplanten Betten angeführt. Die Daten wurden dem Regionalen Strukturplan Gesundheit für das Burgenland entnommen.

Einrichtung	Träger	Indikationsgruppe	Betten Ist	Betten in Planung
<b>Sonderkrankenanstalt-Rehabilitationszentrum (SKA-RZ) Bad Tatzmannsdorf</b>	Pensionsversicherungsanstalt (PVA)	Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Stoffwechsel- und Verdauungssystems	171 (+ 5 Überwachungsbetten)	
<b>Therapiezentrum Rosalienhof, Bad Tatzmannsdorf</b>	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA)	onkologische Erkrankungen	60 (+ 5 Überwachungsbetten)	45 (nach Umbau, 2015)
<b>SKA Zicksee, St. Andrä am Zicksee</b>	Kriegsopfer- und Behindertenverband	Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates	135	
<b>Sonnenpark Neusiedlersee, Rust</b>	pro mente	Psychiatrische Erkrankungen	100	
<b>Der Sonnberghof, Bad Sauerbrunn</b>	VAMED	onkologische Erkrankungen	96	
<b>SKA für neurologische Rehabilitation, Kittsee</b>	SeneCura	neurologische Erkrankungen	120	

**Tabelle 13: Rehabilitationseinrichtungen im Burgenland, Stand: 2011, Quelle: Burgenländischer Gesundheitsfonds [16] & Senecura [47], Eigene Erstellung**

### 7.3.2.1 Sonderkrankenanstalt der PVA (SKA-RZ), Bad Tatzmannsdorf

In der SKA-RZ Bad Tatzmannsdorf wurden im Jahr 2010 2.214 PatientInnen stationär behandelt. Von diesen kamen 38% aus Wien, jeweils 20% aus der Steiermark und Niederösterreich und 16% aus dem Burgenland. Der Rest stammt aus anderen Bundesländern sowie dem Ausland. Die Auslastung betrug im Jahr 2010 etwa 95%, wobei die Wartezeit vom Zeitpunkt der Bewilligung bis zum Antritt des Heilverfahrens 27 Tage dauerte [16].

Seit 2009 ist die Zahl der stationär aufgenommenen PatientInnen leicht angestiegen (+64). Auch die Auslastung nahm dementsprechend zu (+2,2%). Die Wartezeit sank hingegen um zwei Tage [16].

### 7.3.2.2 Therapiezentrum Rosalienhof, Bad Tatzmannsdorf

Im Therapiezentrum Rosalienhof in Bad Tatzmannsdorf wurden im Jahr 2010 1.059 PatientInnen stationär behandelt. Das sind nahezu gleich viele wie im Jahr 2009 (1.063). Davon stammen etwa 27% aus Niederösterreich, 26% aus der Steiermark und aus Kärnten, 24% aus Wien und 6% aus dem Burgenland. Der Rest kam aus anderen österreichischen Bundesländern oder dem Ausland. Die Auslastung lag im Jahr 2010 bei über 110%. Aufgrund dessen musste mit einer Wartezeit vom Zeitpunkt der Bewilligung bis zum Antritt des Heilverfahrens von vier bis sechs Monaten gerechnet werden. Seit 2009 sind bezüglich Auslastung und Wartezeit kaum Veränderungen feststellbar [16].

### **7.3.2.3 Sonderkrankenanstalt Zicksee**

Wie aus Tabelle 13 ersichtlich, werden in der Sonderkrankenanstalt Zicksee Rehabilitationen für Indikationen im Bereich der Orthopädie durchgeführt.

Im Jahr 2010 wurden 1.825 PatientInnen in der SKA Zicksee stationär behandelt. 2009 lag die Zahl bei 1.881. Von den aufgenommenen Personen kamen 2010 42% aus Wien, 31% aus Niederösterreich und 24% aus dem Burgenland. Der Rest stammte aus anderen Bundesländern Österreichs oder aus dem Ausland. Die Auslastung lag in diesem Jahr im Durchschnitt bei 85%. Die Wartezeit ist medizinisch bedingt äußerst unterschiedlich [16].

### **7.3.2.4 Sonnenpark Rust, Zentrum für psychosoziale Gesundheit**

Das Zentrum für psychosoziale Gesundheit im Sonnenpark Rust ist seit März 2011 im Vollbetrieb. Hochgerechnete Zahlen zeigen, dass im Jahr 2011 830 PatientInnen aufgrund von psychischen Erkrankungen rehabilitativ betreut wurden. Davon stammen 31% aus Niederösterreich, 23% aus Wien, 22% aus Oberösterreich, 9% aus dem Burgenland und der Rest aus anderen Bundesländern [16].

Die Auslastung lag hochgerechnet bei 96%, wobei die Wartezeit ab der Bewilligung zwischen zwei und vier Monaten lag [16].

Da der Sonnberghof in Bad Sauerbrunn sowie die Neurologische Rehabilitation Kittsee erst kürzlich in Betrieb genommen wurden, sind Daten zu PatientInnenzahlen für diese beiden Einrichtungen derzeit nicht verfügbar.

## **7.4 PatientInnenstromanalyse**

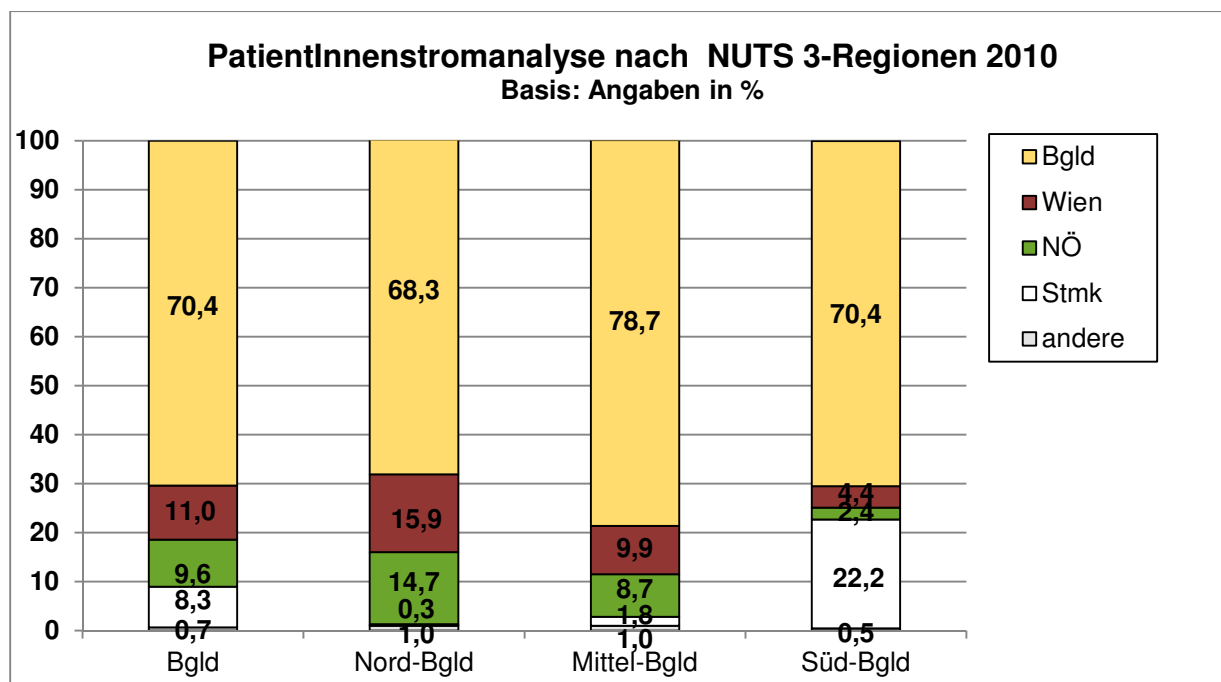
In den ECHI-Indikatoren wird auch der PatientInnenmobilität eine hohe Bedeutung im Rahmen der GBE zugeschrieben. Dabei spielt dieses Thema vor allem in Zusammenhang mit der Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen, der Entwicklung der Infrastruktur, der Kostenübernahme sowie der PatientInnensicherheit eine wichtige Rolle [1].

Im Folgenden wird beschrieben, in welchen Krankenhäusern sich BurgenländerInnen außerhalb des eigenen Heimatbundeslandes behandeln lassen. Die Daten wurden von der BGKK zur Verfügung gestellt und betreffen somit ausschließlich deren Versicherte [48].

Im Jahr 2010 traten außerhalb des Burgenlandes die meisten burgenländischen Krankenhausbehandlungen in Wien (26.628 Fälle), Niederösterreich (23.040) und der Steiermark (19.956) auf. Während somit 70,4% der Krankenhausbehandlungen bei BurgenländerInnen im eigenen Bundesland stattfinden, ist Wien für 11%, Niederösterreich für 9,6% und die Steiermark für 8,3% aller burgenländischen Krankenhausfälle verantwortlich [48].

Während Nord- sowie MittelburgenländerInnen außerhalb des Burgenlandes vor allem Krankenanstalten in Wien (Nord-Bgld: 15,9%; Mittel-Bgld: 9,9%) und Niederösterreich (Nord-Bgld: 14,7%; Mittel-Bgld: 8,7%) bevorzugen, nehmen SüdburgenländerInnen vor allem Krankenhausbehandlungen in der Steiermark

(22,2%) in Anspruch (Basis: NUTS 3-Regionen). Nähere Informationen diesbezüglich finden sich in Abbildung 84.



**Abbildung 84: PatientInnenstromanalyse nach NUTS 3-Regionen, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Anteil der Krankenhausbehandlungen von BurgenländerInnen in einzelnen Bundesländern; Quelle: Burgenländische Gebietskrankenkasse [48], Eigene Erstellung und Berechnungen**

## 7.5 Medizinisch-technische Großgeräte

Zu den ECHI-Indikatoren zählen auch die Anzahl der Computertomographie-Scanner sowie die Zahl der Magnetresonanztomographie-Einheiten pro 100.000 EW. Die Verfügbarkeit von modernen medizinischen Geräten gilt nämlich als wichtige Kennzahl dafür, ob Gesundheitsdienste in einer bestimmten Region am neusten Stand erfolgen [1].

Gemäß ÖSG [17] gelten folgende medizinisch-technische Geräte als Großgeräte:

- Computertomographie-Scanner (CT)
- Magnetresonanztomographie-Einheiten (MR)
- Coronarangiographische Arbeitsplätze (Herzkatheterarbeitsplätze; COR)
- Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR; Linearbeschleuniger, Gamma-Knife)
- Emissions-Computer-Tomographiegeräte (ECT; inkl. ECT-CT)
- Positronen-Emissions-Tomographiegeräte (PET; Inkl. PET-CT)

Im Rahmen des Österreichischen Großgeräteplanes wurden zur Berechnung des Großgerätebedarfes für CT, MR und ECT pro Großgerät Einwohnerwerte und Erreichbarkeitswerte herangezogen. Diese sind in Tabelle 14 angeführt.



Gerätegruppe	Erreichbarkeit	Einwohnerrichtwerte
Computertomographie (CT)	30 Minuten	30.000-50.000
Magnetresonanz-Tomographie (MR)	60 Minuten	70.000-90.000
Coronarangiographie (COR)	60 Minuten	200.000-300.000
Strahlentherapie (STR)	90 Minuten	100.000-140.000
Emissions-Computer-Tomographie (ECT) bzw. ECT-CT	45 Minuten	80.000-100.000
Positronen-Emissions-Tomographie (PET) bzw. PET-CT	60 Minuten	300.000-400.000

**Tabelle 14: Großgeräteplanung-Planungsrichtwerte, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Gesundheit Österreich GmbH [17], Eigene Erstellung**

Dabei bedeutet die Erreichbarkeitsfrist in Minuten, dass zumindest 90% der Wohnbevölkerung den jeweils nächstgelegenen leistungsanbietenden Standort bezüglich der betreffenden Großgerätegruppe in dieser Zeit erreichen sollte. Die Einwohnerrichtwerte sind die Sollbereiche für die Anzahl der EinwohnerInnen je Großgerät [17].

In Tabelle 15 wird die Anzahl der Großgeräte im Burgenland den Richtwerten des Großgeräteplans 2010 gegenübergestellt.

Großgerät (nach Bereichen)	CT	MR	COR	ECT
Großgeräte in Fonds-Krankenanstalten	2009: 5 Plan: 5	2009: 2 Plan: 2	2009: 0,5 Plan: 0,5	2009: 1 Plan: 1
Großgeräte in Akut-Krankenanstalten	2009: 5 Plan: 5	2009: 2 Plan: 2	2009: 0,5 Plan: 0,5	2009: 1 Plan: 1
Großgeräte im extramuralen Bereich	<b>2009: 4</b> <b>Plan: 3</b>	<b>2009: 2</b> <b>Plan: 1</b>	2009: 0 Plan: 0	2009: 2 Plan: 2
Großgeräte in Rehabilitationszentren	2009: 0 Plan: 0	2009: 0 Plan: 0	2009: 0 Plan: 0	2009: 1 Plan: 1
<b>Großgeräte Burgenland insgesamt</b>	<b>2009: 9</b> <b>Plan: 8</b>	<b>2009: 4</b> <b>Plan: 3</b>	2009: 0,5 Plan: 0,5	2009: 4 Plan: 4

**Tabelle 15: Großgeräte Burgenland Ist - Stand und Plan, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Burgenländischer Gesundheitsfonds [16], Eigene Erstellung**

Burgenland verfügt über 9 CT-, 4 MR, 0,5 COR und 4 ECT-Geräte. Dabei zeigt sich, dass dies in etwa den Planungsempfehlungen entspricht. Lediglich die Zahl der CT- und MR-Geräte liegt im extramuralen Bereich über dem Plan.

## 7.6 Case- und Entlassungsmanagement

Casemanagement ist ein patientInnenorientiertes Konzept in der Gesundheits- und Krankenversorgung, welches sich vor allem durch folgende Punkte auszeichnet:

- Betreuung der einzelnen PatientInnen entlang eines gesamten Krankheits- und Betreuungsverlaufes
- Betreuung quer zu den Grenzen von Versorgungseinrichtungen und -sektoren sowie Professionen

- Betreuung durch ein maßgeschneidertes Versorgungskonzept (Erhebung, Planung, Implementierung, Koordinierung und Evaluierung) [27]

Zentrales Element des Entlassungsmanagements ist der lückenlose Übergang von der stationären in die poststationäre Versorgung. Ziel ist es, Schnittstellen zu überbrücken und den PatientInnen eine kontinuierliche, qualitativ hochwertige Versorgung zu bieten. Entlassungsmanagement ist vor allem dann von hoher Bedeutung, wenn PatientInnen nach dem stationären Aufenthalt einen komplexen, extramuralen Betreuungsbedarf (therapeutisch, pflegerisch, sozial) aufweisen [28]. Somit stehen die Begriffe Case- und Entlassungsmanagement in enger Beziehung zueinander.

Im Burgenland wurde bis zum Jahr 2008 zur Bewältigung der Schnittstellenproblematik zwischen Spitals- und ambulantem Bereich ein Modell der Überleitungspflege umgesetzt. Dies erfolgte in den Krankenhäusern Oberwart, Oberpullendorf und Eisenstadt. Aufbauend darauf wurde im selben Jahr das Reformpoolprojekt „Case- und Entlassungsmanagement“ entwickelt [16].

Grundlegendes Ziel dieses Projekts ist die Erhöhung der Effektivität und Effizienz des Gesundheitswesens. Einzelziele sind unter anderem die Umsetzung eines gut funktionierenden Entlassungs- und Case-Managements im Burgenland, die Senkung der stationären Aufenthalte, die optimierte Versorgung mit Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln und die Steigerung der PatientInnenzufriedenheit sowie der Effizienz und Effektivität des Nahtstellenmanagements. Zielgruppe stellen jene Personen dar, die gemäß „BRASS-Index“ ein indirektes Entlassungsmanagement benötigen sowie eine weitere Unterstützung durch Case Management wünschen. Dabei ist dieser Index ein Assessment-Tool, welches PatientInnen entweder dem direkten Entlassungsmanagement (Entlassung durch Station) oder dem indirekten Entlassungsmanagement (Entlassung durch Entlassungsmanager/in) zuordnet. Im Burgenland zeigt sich, dass die Zahl jener, die laut BRASS-Index eine Entlassung durch EntlassungsmanagerInnen benötigen, zwischen 2009 (8.695) und 2010 (9.125) um 430 Fälle zugenommen hat [16].

Die burgenländischen EntlassungsmanagerInnen erfüllen folgende Aufgaben:

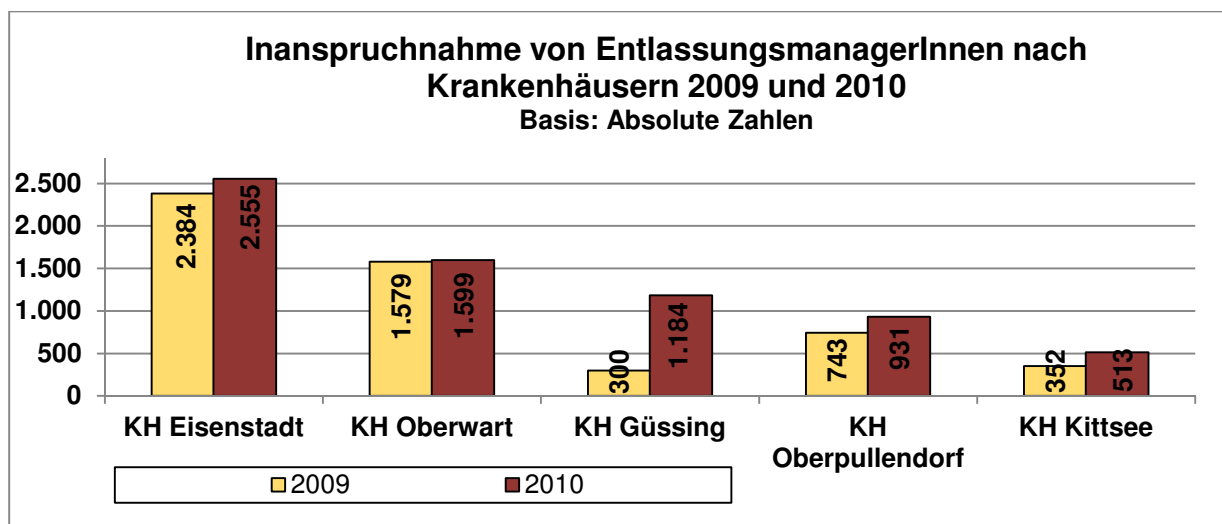
- Beratung und Begleitung von PatientInnen und Angehörigen während der Entlassung
- Unterstützung der PatientInnen beim Übergang in die gewohnte Lebensform
- Feststellung, ob PatientInnen Casemanagement benötigen
- regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch mit CasemanagerInnen
- Förderung der Selbstständigkeit der PatientInnen
- fachübergreifende Koordination der notwendigen Angebote verschiedener LeistungserbringerInnen

Zudem stellen die Sozialversicherungsträger Case-ManagerInnen zur Verfügung, die als Verbindungsglied zwischen EntlassungsmanagerInnen, PatientInnen,

Angehörigen, LeistungsanbieterInnen und VertragspartnerInnen agieren. Aufgaben sind:

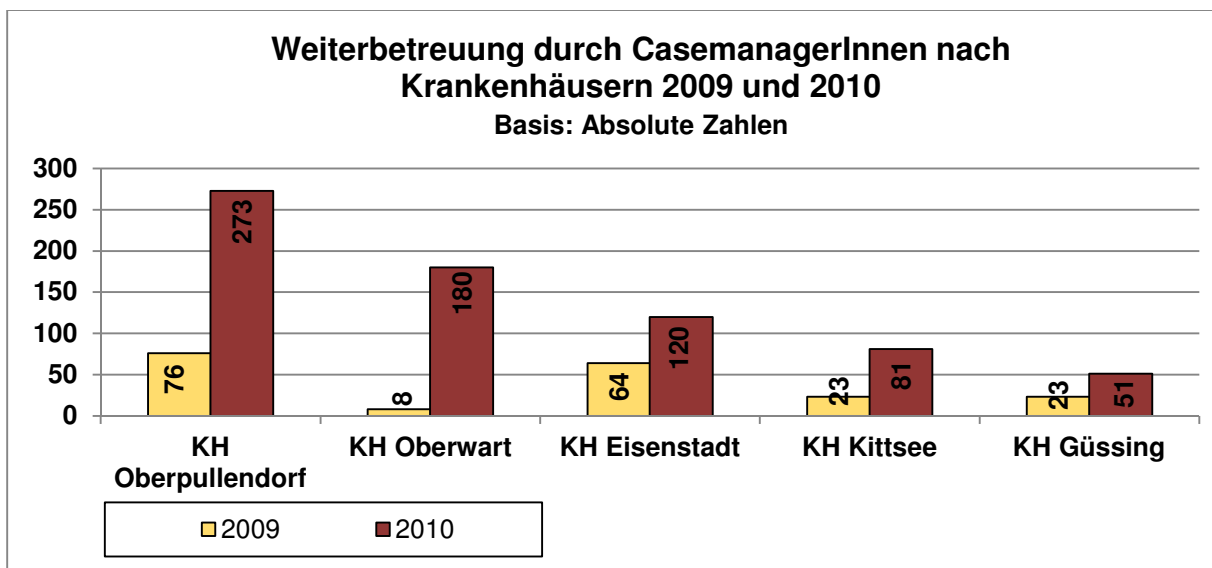
- Unterstützung bei Kuranträgen und Anträgen der medizinischen Rehabilitation
- Information von PatientInnen und Angehörigen über Art und Umfang der Leistungen des Krankenversicherungsträgers
- Vermitteln von Kontakten zu VertragspartnerInnen
- Hilfestellung bei organisatorischen Fragen (z.B. Umbauarbeiten im Haus)
- Koordination des Bewilligungs- und Zustellungsprozesses
- Unterstützung der EntlassungsmanagerInnen bei der Förderung der Selbstpflegekompetenz
- Unterstützung der PatientInnen beim Durchsetzen berechtigter persönlicher Interessen gegenüber Behörden und anderen Institutionen
- Vermitteln zwischen Sozial- und Gesundheitssystem [16]

In Abbildung 85 ist die tatsächliche Inanspruchnahme von EntlassungsmanagerInnen in einzelnen Krankenhäusern des Burgenlandes dargestellt. Dabei zeigt sich, dass im Jahr 2010 im gesamten Burgenland 6.782 PatientInnen durch EntlassungsmanagerInnen betreut wurden, die meisten davon im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt (2.555) und im Landeskrankenhaus Oberwart (1.599). Seit 2009 (5.358) konnte im gesamten Burgenland eine Steigerung der Inanspruchnahme von rund 27% festgestellt werden.



**Abbildung 85: Inanspruchnahme von EntlassungsmanagerInnen nach Krankenhäusern, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Burgenländischer Gesundheitsfonds [16], Eigene Erstellung**

Abbildung 86 zeigt das Ausmaß der Weiterbetreuung durch CasemanagerInnen in einzelnen Krankenhäusern des Landes. Dabei lässt sich vor allem in den Krankenhäusern Oberpullendorf und Oberwart eine signifikante Steigerung feststellen. Seit 2009 (194) ist die Weiterbetreuung durch CasemanagerInnen im ganzen Land beinahe um das Vierfache angestiegen (2010: 705).



**Abbildung 86: Weiterbetreuung durch CasemanagerInnen nach Krankenhäusern, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Burgenländischer Gesundheitsfonds [16], Eigene Erstellung**

Eine PatientInnenbefragung ergab, dass alle PatientInnen, die bereits Case- und Entlassungsmanagement im Burgenland in Anspruch genommen hatten, damit zufrieden waren.

## 7.7 Gesundheitsbarometer Burgenland

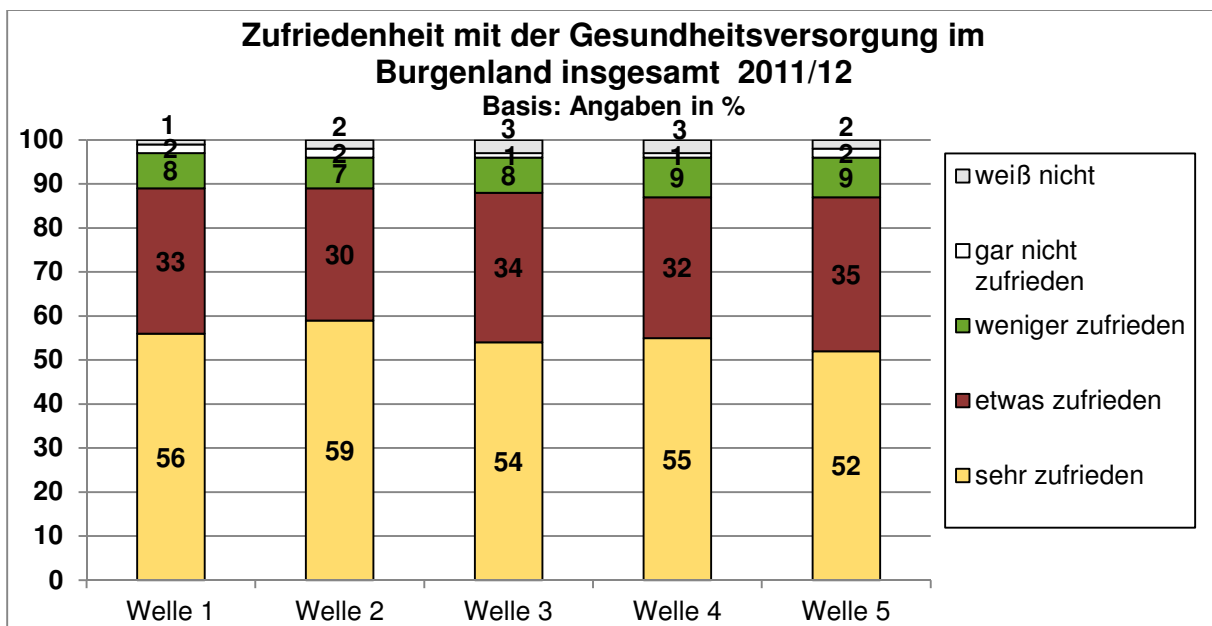
Die PatientInnenzufriedenheit stellt ein wichtiges Qualitätskriterium eines jeden Gesundheits- und Krankenversorgungssystems dar. Im Rahmen des „Gesundheitsbarometers Burgenland“ führt das Institut für Strategieberatungen im Auftrag des BURGEF laufend Bevölkerungsbefragungen durch.

Im Folgenden werden Ergebnisse ausgewählter Fragen im Rahmen der ersten fünf Wellen dargestellt. Dabei werden auch bezirksspezifische Unterschiede aufgezeigt. Zudem wird auf geschlechts-, alters- und bildungsspezifische Besonderheiten im Antwortverhalten eingegangen. Nähere Informationen zur Methodik finden sich in Kapitel 2.2.5.

### 7.7.1 Grundsätzliche Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung

Abbildung 87 zeigt, dass die burgenländische Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung im eigenen Land im Allgemeinen zufrieden ist, wobei das Antwortverhalten in allen fünf Wellen ziemlich ähnlich ausfiel. So gaben bei allen Befragungen rund 90% der Befragten an, mit der Gesundheitsversorgung sehr oder zumindest etwas zufrieden zu sein.

Männer sind mit der Gesundheitsversorgung zufriedener als Frauen. Bei Analyse der Daten nach Bildungsschicht zeigt sich, dass mit zunehmendem Bildungsgrad der Befragten die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung eher sinkt.



**Abbildung 87: Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung im Burgenland insgesamt, Stand: 2011/12, Basis: Angaben in %, n=1.400 (je Welle); Quelle: Institut für Strategieanalysen [37, 38, 39, 40, 41], Eigene Erstellung**

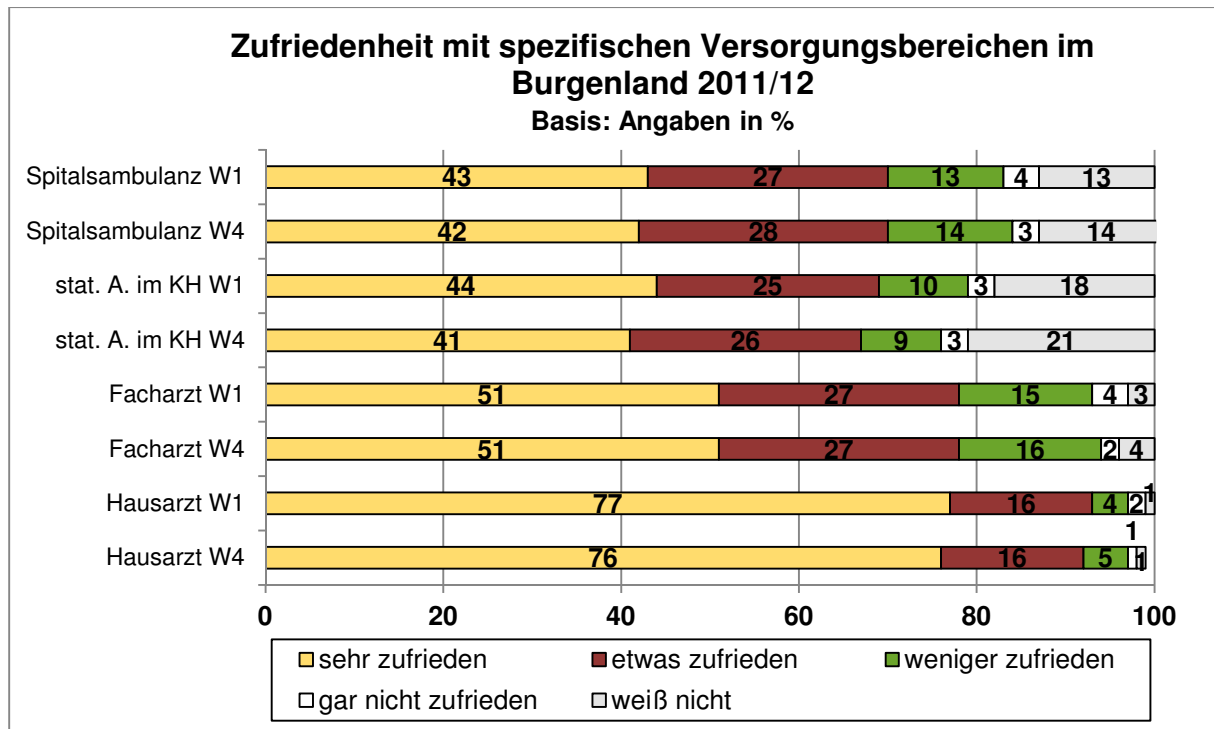
Im Rahmen der ersten und vierten Welle wurde zusätzlich zur allgemeinen Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung auch die spezifische Bewertung der Hausarzt-, Facharzt-, stationären Krankenhaus- und Ambulanzversorgung abgefragt. Dabei zeigt sich, dass besonders die Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung (Welle 1: 77% sehr zufrieden, Welle 4: 76% sehr zufrieden) hoch ist. Mit den Leistungen der FachärztInnen sind etwa die Hälfte (Welle 1 und 4: 51%) der BurgenländerInnen sehr zufrieden, mit der Versorgung in Krankenhäusern weniger als die Hälfte (stationärer Aufenthalt Welle 1: 44%, Welle 4: 41%; Spitalsambulanzen Welle 1: 43%, Welle 4: 42%). Details dazu finden sich in Abbildung 88.

Während außer bei den Spitalsambulanzen (Männer: 46% sehr zufrieden, Frauen: 37% sehr zufrieden) in keinem Versorgungsbereich geschlechtsspezifische Unterschiede feststellbar sind, zeigt sich überall eine zunehmende Zufriedenheit mit steigendem Alter und sinkendem Bildungsgrad der Befragten.

Betrachtet man die einzelnen Bezirke, so scheint im Bereich der Hausarztversorgung die größte Zufriedenheit in Mattersburg (Welle 1: 82% sehr zufrieden, Welle 4: 81% sehr zufrieden) und Oberpullendorf (Welle 1: 81% sehr zufrieden, Welle 4: 80% sehr zufrieden) zu herrschen. Die Facharztversorgung wird hingegen im Bezirk Oberwart (Welle 1: 60% sehr zufrieden, Welle 4: 59% sehr zufrieden) am besten bewertet.

Die Zufriedenheit mit der Versorgung in öffentlichen Krankenhäusern bei einem stationären Aufenthalt (stat. A. im KH) ist in den Bezirken Güssing (Welle 1: 48% sehr zufrieden, Welle 4: 43% sehr zufrieden), Oberwart (Welle 1: 47% sehr zufrieden, Welle 4: 50% sehr zufrieden) und Eisenstadt (Welle 1: 47% sehr zufrieden, Welle 4: 42% sehr zufrieden) am höchsten. Eine ähnliche Tendenz zeigt sich bei der Bewertung von Spitalsambulanzen. So werden diese in Oberwart (Welle 1: 49% sehr zufrieden, Welle 4: 50% sehr zufrieden) und Güssing (Welle 1: 45% sehr zufrieden, Welle 4: 46% sehr zufrieden) am besten, im Bezirk Neusiedl hingegen

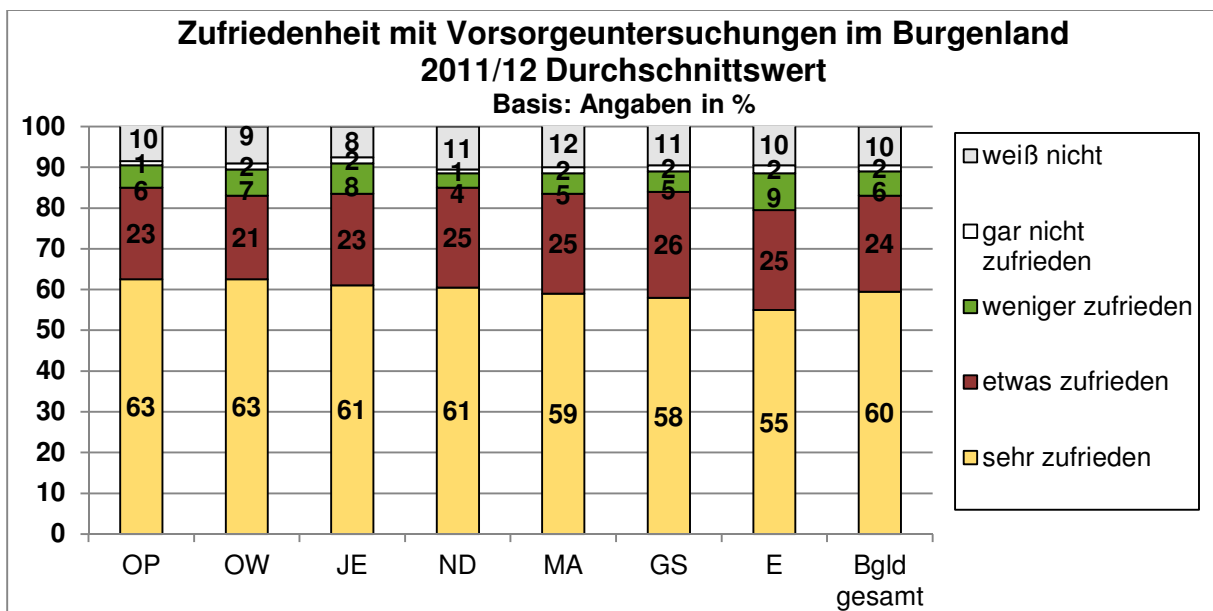
(Welle 1: 35% sehr zufrieden, Welle 4: 33% sehr zufrieden) am schlechtesten beurteilt.



**Abbildung 88: Zufriedenheit mit spezifischen Versorgungsbereichen im Burgenland, Stand: 2011/12, Basis: Angaben in %, n= 1.400 (je Welle); Quelle: Institut für Strategieanalysen [37, 40], Eigene Erstellung**

Neben der Zufriedenheit mit der Krankenversorgung wurde den TeilnehmerInnen im Rahmen der ersten und vierten Befragungswelle auch die Frage gestellt: „Wie zufrieden sind Sie mit den Vorsorge-Untersuchungen?“ Dabei zeigt sich, dass 60% der BurgenländerInnen (beide Wellen) mit den Vorsorgeuntersuchungen sehr und 23% (Welle 1) bzw. 24% (Welle 4) zumindest etwas zufrieden sind. Der Rest ist weniger bis gar nicht zufrieden oder antwortete mit „weiß nicht“.

Bei genauerem Betrachten der Datenlage zeigt sich, dass Frauen (Welle 1: 65% sehr zufrieden, Welle 4: 64% sehr zufrieden) mit Vorsorgeuntersuchungen zufriedener sind als Männer (Welle 1: 54% sehr zufrieden, Welle 4: 57% sehr zufrieden). Altersspezifisch betrachtet zeigt sich ein zunehmender Zufriedenheitsgrad mit steigendem Alter. Im Gegensatz dazu sinkt das Ausmaß der Zufriedenheit mit steigender Bildung. Während beispielsweise noch 69% der PflichtschulabgängerInnen im Rahmen der ersten Befragungswelle angaben, mit Vorsorgeuntersuchungen im Burgenland sehr zufrieden zu sein, waren es bei jenen mit Hochschulabschluss nur noch 48%. Bezirksspezifische Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit mit Vorsorgeuntersuchungen werden in Abbildung 89 aufgezeigt.

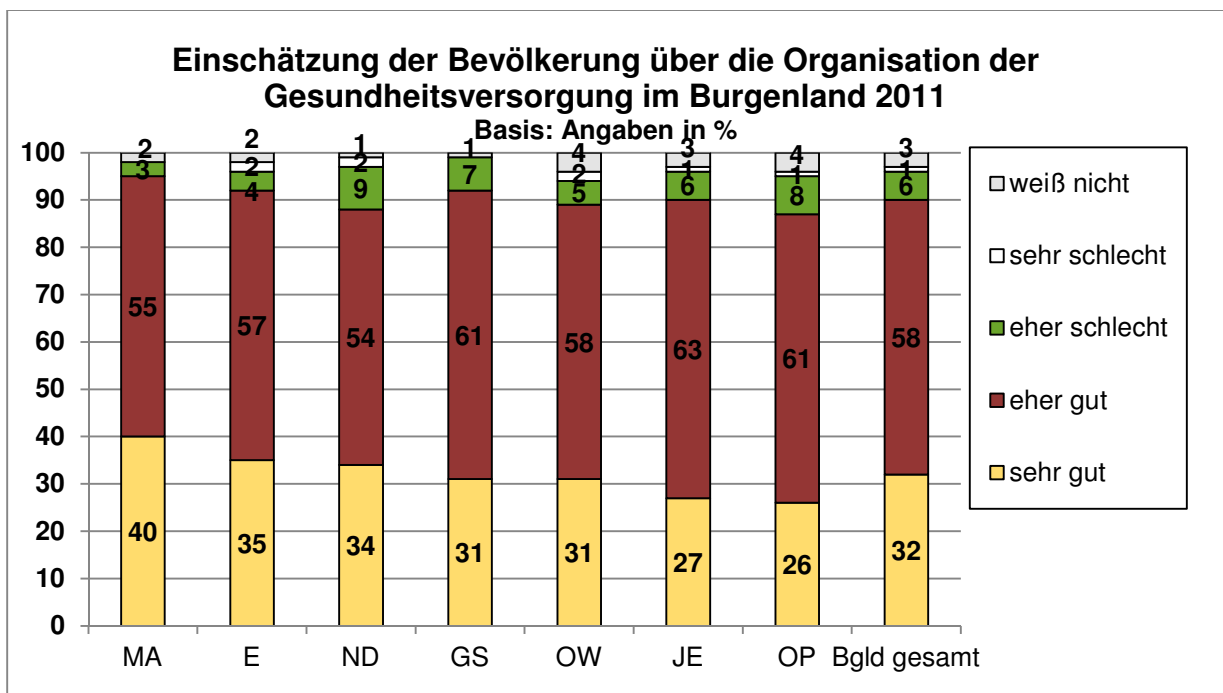


**Abbildung 89: Zufriedenheit mit Vorsorgeuntersuchungen im Burgenland, Stand: 2011/12, Basis: Angaben in %, Durchschnittswerte Welle 1 und 4; n= 1.400 (je Welle); Quelle: Institut für Strategianalysen [37, 40], Eigene Erstellung**

Im Rahmen der zweiten Welle des Gesundheitsbarometers wurde die Einschätzung der Bevölkerung über die Organisation der Gesundheitsversorgung ermittelt.

Dabei zeigt sich, dass 32% der Bevölkerung die Organisation der Gesundheitsversorgung im Burgenland mit „sehr gut“, 58% mit „eher gut“ und 7% mit „eher oder sehr schlecht“ bewerten. Während auch bei dieser Frage keine großen Unterschiede im Antwortverhalten zwischen Männern und Frauen feststellbar sind, nimmt die positive Einschätzung der Organisation des burgenländischen Gesundheitswesens mit zunehmendem Alter und abnehmendem Bildungsgrad zu.

Betrachtet man die einzelnen Bezirke, so empfinden vor allem MattersburgerInnen (95% sehr oder eher gut) und EisenstädterInnen (92% sehr oder eher gut) die Organisation der burgenländischen Gesundheitsversorgung als zufriedenstellend. Am schlechtesten wird diese hingegen von NeusiedlerInnen (11% sehr oder eher schlecht) und OberpullendorferInnen (9% sehr oder eher schlecht) bewertet (s. Abbildung 90).



**Abbildung 90: Zufriedenheit mit der Organisation der Gesundheitsversorgung im Burgenland, Stand: 2011, Basis: Angaben in %, n= 1.400; Quelle: Institut für Strategieanalysen [38], Eigene Erstellung**

Im Rahmen der vierten Befragungswelle wurden BurgenländerInnen danach gefragt, mit welchem Teil der Gesundheitsversorgung im Burgenland sie weniger zufrieden sind bzw. was in der Versorgung fehlt. Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem folgende Mängel bestehen:

- zu wenig FachärztInnen (17% aller Nennungen)
- zu lange Wartezeiten im Krankenhaus in den Spitalsambulanzen (10% aller Nennungen)
- zu lange Wartezeiten bei niedergelassenen ÄrztInnen, beim Hausarzt/bei der Hausärztin (9% aller Nennungen)
- 2-Klassen-Medizin - man muss gute Behandlung privat bezahlen, Kasse übernimmt keine Kosten mehr (5% aller Nennungen)
- ÄrztInnen nehmen sich zu wenig Zeit für die PatientInnen (5% aller Nennungen)

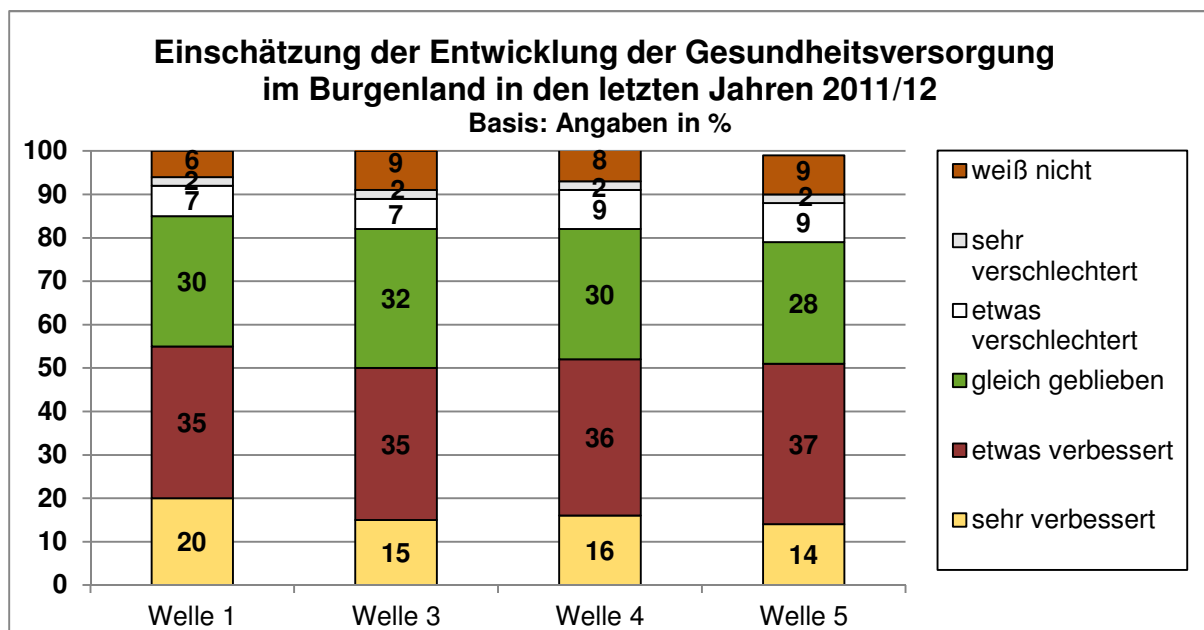
Weiterer Aufholbedarf besteht laut Angaben der Bevölkerung bei der Anzahl praktischer ÄrztInnen (4%), den Wartezeiten auf Operationstermine (4%), der Qualität der medizinischen Versorgung (3%), der Anzahl der Krankenhäuser (3%) sowie der Erreichbarkeit und Lage von Spitälern (3%) [40].

### 7.7.2 Entwicklung der Gesundheitsversorgung

Im Zuge der ersten, dritten, vierten und fünften Welle des Gesundheitsbarometers Burgenland wurden die Befragten nach deren subjektiver Einschätzung hinsichtlich der Entwicklung der Gesundheitsversorgung im Burgenland befragt.



Dabei zeigt sich, dass bei der ersten Welle noch jeder Fünfte, bei der dritten, vierten und fünften Welle nur noch jeder Siebente der Meinung war, dass sich die Gesundheitsversorgung im Burgenland in den vergangenen Jahren sehr verbessert hat. Der überwiegende Teil stellte zumindest eine leichte Verbesserung (Welle 1 und 3: rund 35% etwas verbessert, Welle 4: 36% etwas verbessert, Welle 5: 37% etwas verbessert) fest (s. Abbildung 91). Bei allen Wellen sehen ältere Menschen und jene mit niedrigem Bildungsstand vermehrt Verbesserungen des burgenländischen Gesundheitswesens.



**Abbildung 91: Einschätzung der Entwicklung der Gesundheitsversorgung im Burgenland in den letzten Jahren, Stand: 2011/12, Basis: Angaben in %, n=1.400 (je Welle); Quelle: Institut für Strategieberatungen [37, 39, 40, 41], Eigene Erstellung**

Neben der vergangenheitsorientierten Einschätzung der Entwicklung der burgenländischen Gesundheitsversorgung wurde im Rahmen der zweiten, dritten, vierten und fünften Welle auch erhoben, wie die Bevölkerung die zukünftige Entwicklung sieht.

Während 35% der Befragten im Rahmen der zweiten Welle glaubten, dass sich die Gesundheitsversorgung im Burgenland verschlechtern wird, waren es bei der dritten Welle „nur“ noch 25%, bei der vierten Welle wieder 29% und bei der fünften Welle 23%. Bei allen Befragungen glaubten die meisten TeilnehmerInnen, dass sich die Versorgung kaum verändern wird (Welle 2: 37%; Welle 3: 43%, Welle 4: 44%, Welle 5: 44%). Details dazu finden sich in Abbildung 92.

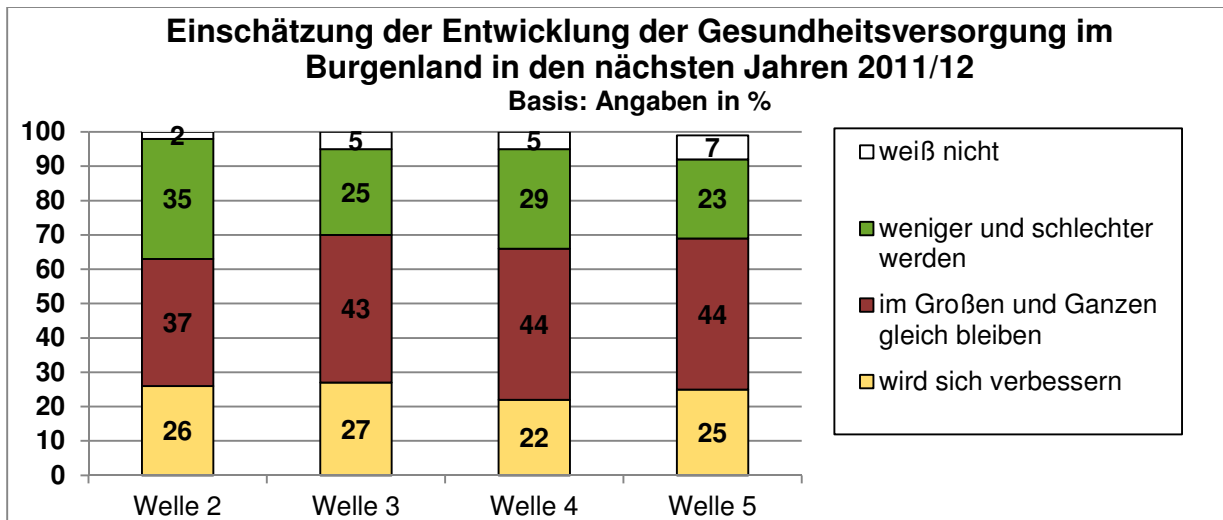


Abbildung 92: Einschätzung der Entwicklung der Gesundheitsversorgung im Burgenland in den nächsten Jahren, Stand: 2011/12, Basis: Angaben in %, n=1.400 (je Welle); Quelle: Institut für Strategieanalysen [38, 39, 40, 41], Eigene Erstellung

### 7.7.3 Vergleich mit anderen Bundesländern

In den Wellen 1 und 3 des Gesundheitsbarometers verglichen die Befragten die Gesundheitsversorgung im Burgenland mit jener in anderen Bundesländern. Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl bei der ersten als auch bei der dritten Befragung, die meisten TeilnehmerInnen angaben, dass die Gesundheitsversorgung im Burgenland im Vergleich zum Rest Österreichs in etwa gleich ist (Welle 1 und 3: jeweils 43%). Etwa ein Fünftel (Welle 1: 20% weiß nicht, Welle 3: 22% weiß nicht) konnte die Frage nicht beantworten (s. Abbildung 93). Im Detail zeigt sich, dass Frauen, ältere Personen und jene mit niedrigem Bildungsgrad eher denken, dass die Versorgung im Burgenland im Vergleich zu anderen Bundesländern besser ist.

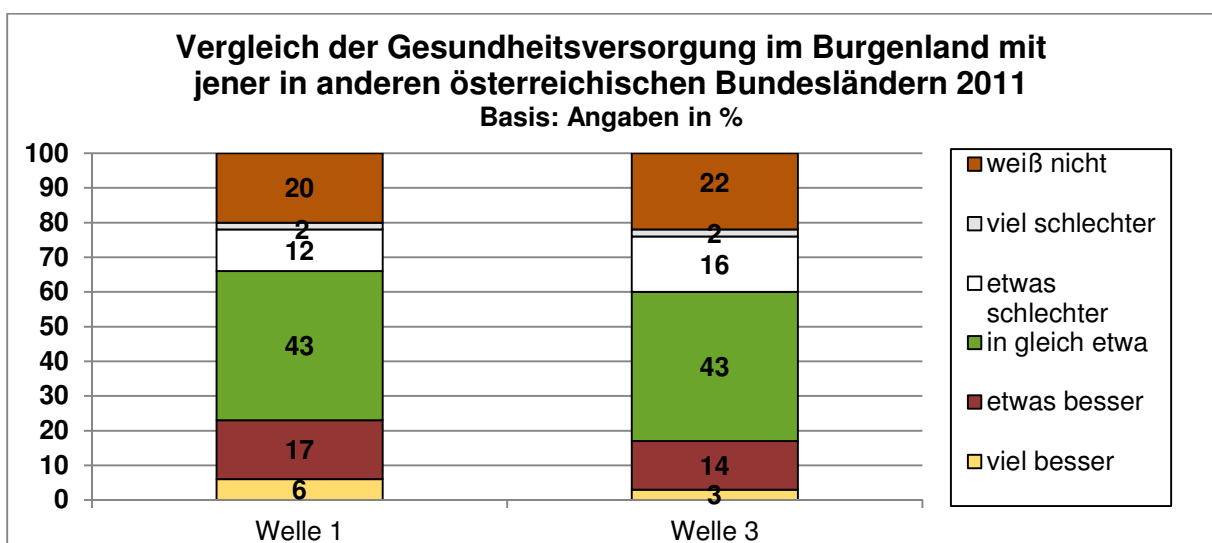


Abbildung 93: Vergleich der Gesundheitsversorgung im Burgenland mit jener in anderen österreichischen Bundesländern, Stand: 2011, Basis: Angaben in %, n=1.400 (je Welle); Quelle: Institut für Strategieanalysen [37, 39], Eigene Erstellung

### *7.7.4 Gesundheitspolitische AkteurlInnen*

Im Rahmen der ersten Welle des Gesundheitsbarometers wurde BurgenländerInnen die offene Frage gestellt, wer ihrer Ansicht nach im Burgenland in erster Linie für die Gesundheitsversorgung verantwortlich ist. Dabei zeigt sich, dass 40% der Befragten der Landesregierung, 14% der Bundesregierung, 10% den ÄrztInnen und weitere 10% der Politik allgemein die Aufgabe für die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung im Burgenland zuschreiben. Weitere Verantwortliche sind laut Angaben der Befragten vor allem die Krankenkasse, das Individuum selbst, die KRAGES sowie Krankenhäuser und die Ärztekammer.

Auf die Frage hin, wo sie sich hauptsächlich über das Thema Gesundheit und Gesundheitsversorgung im Burgenland informieren, gab der überwiegende Teil der Befragten an, dass dies bei HausärztInnen (27%), durch das Internet (14%) und bei ÄrztInnen allgemein (11%) erfolgt. Weitere häufige Nennungen waren Zeitungen, Medien, Zeitschriften, Broschüren, das Fernsehen sowie FreundInnen und Familie. Das Krankenhaus sowie die Krankenkasse als Informationsquellen gaben nur jeweils 2% der befragten BurgenländerInnen an.

Ergänzend dazu wurden BurgenländerInnen im Rahmen der zweiten Welle dazu befragt, wer ihrer Meinung nach für die Entwicklung der Gesundheitsversorgung im Burgenland zuständig ist. Dabei zeigt sich, dass der überwiegende Teil der Landesregierung (34%), der Krankenkasse (11%) sowie der Bundesregierung (10%) die Verantwortung für die Entwicklung der Gesundheitsversorgung zuschreibt.

## **7.8 Stationäre Langzeitpflege im Burgenland**

Im Folgenden wird auf die stationäre Pflegesituation im Burgenland eingegangen, da der Pflegebereich eine wichtige Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialwesen darstellt. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass mobile Pflegedienste bereits in Kapitel 7.2.4 dargestellt wurden.

Vorweg ist darauf aufmerksam zu machen, dass das Land Burgenland zur Beschreibung der Sozial- und Pflegesituation eigene Berichte erstellt. In diesem Zusammenhang ist für detailliertere Informationen auf den letzten Burgenländischen Sozialbericht 2009/2010 hinzuweisen, welcher im Jahr 2011 publiziert wurde.

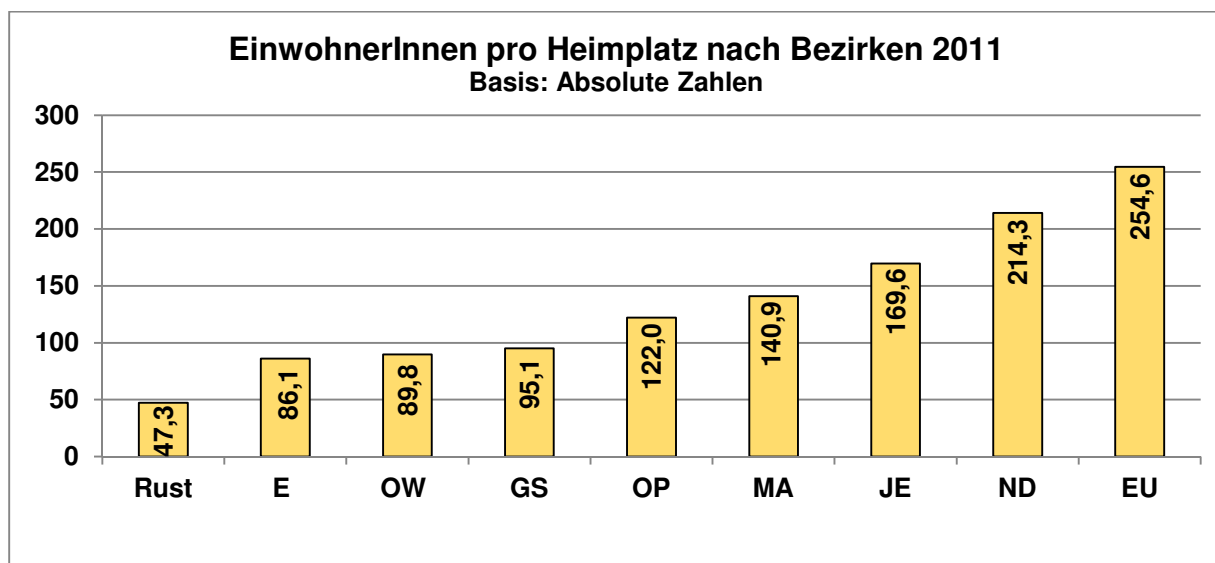
### *7.8.1 Heime und Plätze*

Gemäß dem Altenwohn- und Pflegeheimgesetz ist das Land Burgenland bestrebt, stationäre Einrichtungen zur Aufnahme älterer sowie vorübergehend oder dauernd pflegedürftiger Personen in ausreichendem Maß zur Verfügung zu stellen. Ziel ist es, die Menschenwürde der HeimbewohnerInnen zu wahren, deren Interessen zu berücksichtigen und ihre Selbstständigkeit und Mobilität weitestgehend zu erhalten. Träger von Pflege- und Altenwohnheimen sind im Burgenland vorwiegend nicht-öffentliche Organisationen [25].

Der burgenländischen Bevölkerung stehen mit Stand Oktober 2012 im eigenen Land 45 Pflege- bzw. Altenwohnheime (ohne Tagesbetreuung) mit 2.045 Pflege- bzw.

Wohnplätzen zur Verfügung. Die meisten Heime gibt es dabei im Bezirk Eisenstadt und Umgebung (mit Statutarstadt Eisenstadt und Rust: 9) sowie Oberpullendorf (8), die wenigsten hingegen in Jennersdorf (3). Der Bezirk Neusiedl verfügt über sechs, Mattersburg über sieben, Oberwart und Güssing über jeweils sechs Heime.

Betrachtet man die Anzahl der Alten- und Pflegeheimplätze auf regionaler Ebene, so zeigt sich, dass die südlichen und mittleren Bezirke des Landes grundsätzlich über ein höheres Angebot verfügen. So kommen beispielsweise auf einen Pflegeplatz in Oberwart 89,83 EinwohnerInnen, während es im Bezirk Eisenstadt Umgebung 254,63 sind. Nähere Informationen dazu finden sich in Abbildung 94.



**Abbildung 94: EinwohnerInnen pro Heimplatz nach Bezirken, Stand: 2011, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Haus St. Vinzenz BetriebsGmbH, Eigene Erstellung**

Seit 2006 ist die Zahl der Heime um sieben Einrichtungen gestiegen. Während damals zudem 1.879 Pflege- und Wohnplätze zur Verfügung standen, sind es mit Stand 2012 nun um 166 Plätze mehr (2.045).

### 7.8.2 Personal

Insgesamt waren Ende Dezember 2010 in Burgenlands Heimen 1.352 Personen (ohne Leiharbeitskräfte) im Ausmaß von 1.118,6 Vollzeitäquivalenten beschäftigt. Von diesen sind nur etwa 12,8% männlich. Umgerechnet kommen auf zehn Heimplätze 5,85 Vollzeitäquivalente. Die Verteilung des Personals nach Berufsgruppen sieht folgendermaßen aus:

- 71,2% Betreuungspersonal
- 24% funktionelles Personal
- 4,8% Verwaltungspersonal

Das Betreuungspersonal gliedert sich wiederum in 40,5% diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, 51,5% Pflegehilfepersonal und 8% sonstiges Betreuungspersonal [25].

Die Zahl der Vollzeitäquivalente hat durch den Anstieg der Pflege- und Altenwohnheime im Burgenland seit 2006 (1.000 Vollzeitäquivalente) um 118,6 zugenommen. Auch die Anzahl der Vollzeitäquivalente pro zehn Pflegeheimplätzen stieg leicht an (2006: 5,30; 2011: 5,85).

Während der Anteil des funktionellen Personals am Gesamtpersonal in Burgenlands Pflegeheimen zurückging (2006: 28%, 2010: 24%), nahm der Anteil des Betreuungspersonals (2006: 68%, 2010: 71,2%) und des Verwaltungspersonals (2006: 4%, 2010: 4,8%) leicht zu.

### 7.8.3 Auslastung

Von den damals zur Verfügung stehenden 1.939 Heimplätzen in 42 Heimen waren mit Stand 31.3.2011 1.900 Plätze belegt. Dies entsprach einer Auslastung von 98%. Von den BewohnerInnen waren 73,6% weiblich und nur 9,1% nicht burgenländischer Herkunft.

Im regionalen Vergleich zeigt sich, dass vor allem in den Bezirken Jennersdorf (81,9% Frauen), Eisenstadt und Umgebung (79% Frauen) und Oberpullendorf (78,9% Frauen) der Frauenanteil äußerst hoch ausfällt, während er in Oberwart (69,1% Frauen) und Mattersburg (70%) vergleichsweise gering ist. Der Anteil nichtburgenländischer BewohnerInnen ist vor allem in den Bezirken Oberpullendorf (3,5%) und Güssing (3,9%) niedrig, während er in den Bezirken Mattersburg (16%) und Neusiedl am See (14,8%) am höchsten ist [25].

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse dieses Kapitels findet sich in der Kurzfassung des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012.

## 7.9 Literaturverzeichnis

[1] European Community Health Indicators Monitoring. (2010). *ECHI Shortlist Release of June 2008 (minor revisions in February 2010). Complete metadata for the indicators available on the ECHIM Products Website* (ECHIM, European Union, Hrsg.). Verfügbar unter: [http://www.echim.org/docs/echi\\_shortlist.pdf](http://www.echim.org/docs/echi_shortlist.pdf) [25.10.2012]

[2] Schwefel, D. (2003). Ökonomisch benachteiligte, nicht-europäische Länder. In F.W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist & U. Walter (Hrsg.), *Das Public Health Buch* (S. 15-22). München & Jena: Urban & Fischer.

[3] WHO. (1986). *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung*. Ottawa. Verfügbar unter: [http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Ottawa\\_Charta.pdf](http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Ottawa_Charta.pdf) [1.12.2012]

[4] Walter, U., Schwartz, F.W., Robra, B.P. & Schmidt, T. (2003). Prävention. In F.W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist & U. Walter (Hrsg.), *Das Public Health Buch* (S. 189-209). München & Jena: Urban & Fischer.

[5] Dür, W. (2007). *Visionen für die Gesundheitsförderung in Österreich*. Verfügbar unter: <http://lbimqs-archiv.lbg.ac.at/present/04062007.pdf> [1.12.2012].

- [6] Becker, N. (2002). Screening aus epidemiologischer Sicht. *Der Radiologe*, 8 (42), 592-600.
- [7] Verein für Prophylaktische Gesundheitsarbeit. (2010). *Ohne Gewinnabsichten zum höchsten Ziel: Gesundheit*. Verfügbar unter: <http://www.pga.at/wir.html> [1.12.2012]
- [8] Burgenländische Gebietskrankenkasse. (2012). *Vorsorge: Ihre Gesundheit ist unser Ziel*. Verfügbar unter: [http://www.bgkk.at/portal27/portal/bgkkportal/channel\\_first\\_level/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=50189&p\\_tabid=3](http://www.bgkk.at/portal27/portal/bgkkportal/channel_first_level/cmsWindow?action=2&p_menuid=50189&p_tabid=3) [1.12.2012]
- [9] Burgenländischer Gesundheitsfonds. (2006-2008). *Über den Burgenländischen Gesundheitsfonds*. Verfügbar unter: <http://www.burgef.at/561.html> [1.12.2012]
- [10] Statistik Austria. (2011). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010*. Wien.
- [11] Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2012). *Vorsorgeuntersuchung*. Verfügbar unter: [https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/services/servicesWindow?p\\_tabid=6&p\\_menuid=5089&action=2](https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/services/servicesWindow?p_tabid=6&p_menuid=5089&action=2) [1.12.2012]
- [12] Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2012). *Bericht des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz gemäß § 447 h (4) ASVG für das Jahr 2011*. Graz. Verfügbar unter: [http://www.hauptverband.at/mediaDB/901465\\_%C2%A7447hBericht\\_2012.pdf](http://www.hauptverband.at/mediaDB/901465_%C2%A7447hBericht_2012.pdf) [1.12.2012]
- [13] Meyer, C., Reiter, S., Siedler, A., Hellenbrand, W. & Rasch, G. (2002). Über die Bedeutung von Schutzimpfungen: Epidemiologie, Durchimpfungsraten, Programme. *Bundesgesundheitsblatt*, 45 (4), 323-331.
- [14] Statistik Austria. (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Wien.
- [15] Bundesministerium für Gesundheit. (2010). *Das Österreichische Gesundheitssystem: Zahlen-Daten-Fakten*. Wien.
- [16] Burgenländischer Gesundheitsfonds. (2011). *Regionaler Strukturplan Gesundheit Burgenland 2011*. Eisenstadt.
- [17] Gesundheit Österreich GmbH. (2010). *Österreichischer Strukturplan Gesundheit ÖSG 2010 (inkl. Großgeräteplan)*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg\\_2010\\_-\\_gesamt\\_stand\\_26.11.2010.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2010_-_gesamt_stand_26.11.2010.pdf) [1.12.2012]

- [18] Burgenländische Gebietskrankenkasse. (2012). *Kosten und Verordnungen der Heilmittel gesamt im Jahresvergleich*. Eisenstadt.
- [19] Bundesministerium für Gesundheit. (2012). *Krankenanstalten in Zahlen: Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten Österreich 2011*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/uereg\\_oesterreich\\_2011.pdf](http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/uereg_oesterreich_2011.pdf) [1.12.2012]
- [20] Statistik Austria. (o.J.). *Definitionen*. Wien. Verfügbar unter: [www.statistik.at/web\\_de/static/definitionen\\_022435.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/definitionen_022435.pdf) [25.10.2012]
- [21] ÖAMTC. (2012). *Die Christophorus-Standorte*. Verfügbar unter: <http://www.oeamtc.at/?id=2500,,,10218> [1.12.2012]
- [22] Österreichisches Rotes Kreuz Burgenland. (2012). *Leistungsbericht 2011*. Eisenstadt. Verfügbar unter: <http://www.roteskreuz.at/nocache/bgl/berichten/publikationen/leistungsberichte/> [1.12.2012]
- [23] Österreichisches Rotes Kreuz. (2012). *Jahresbericht 2011*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.roteskreuz.at/fileadmin/user\\_upload/PDF/Taetigkeitsbericht/OERKJB\\_11.pdf](http://www.roteskreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/Taetigkeitsbericht/OERKJB_11.pdf) [1.12.2012]
- [24] Bundesministerium für Gesundheit. (2008). *Selbstständige Ambulatorien in Österreich*. Wien.
- [25] Land Burgenland. (2011). *Sozialbericht 2009/2010*. Eisenstadt.
- [26] Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (2011). *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2010*. Wien.
- [27] Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management. (o.J.). *Grundlagenpapier*. Verfügbar unter: [http://www.oegcc.at/OeGCC\\_Grundlagenpapier\\_290711.pdf](http://www.oegcc.at/OeGCC_Grundlagenpapier_290711.pdf) [1.12.2012]
- [28] Posch, A. (2010). *Case Management versus Entlassungsmanagement*. Graz: Medizinische Universität Graz.
- [29] Österreichische Apothekerkammer. (2011). *Apotheken in Zahlen*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.apotheker.or.at/internet%5Coeak%5Cdownlink\\_1\\_0\\_0a.nsf/554F2570335EBFEAC125789B004A4192/\\$file/Apotheke\\_in\\_Zahlen2011.pdf](http://www.apotheker.or.at/internet%5Coeak%5Cdownlink_1_0_0a.nsf/554F2570335EBFEAC125789B004A4192/$file/Apotheke_in_Zahlen2011.pdf) [1.12.2012]

- [30] Apothekenindex Österreich. (2012). *Apotheken im Burgenland*. Verfügbar unter: [http://www.apothekenindex.at/apotheken/index.php?cPath=28\\_49](http://www.apothekenindex.at/apotheken/index.php?cPath=28_49) [1.12.2012]
- [31] Land Burgenland. (2009). *50 Jahre psychosoziale Versorgung im Burgenland*. Eisenstadt. Verfügbar unter: <http://www.burgenland.at/aktuell/1660> [1.12.2012]
- [32] Psychosozialer Dienst Burgenland. (2012). *Psychosozialer Dienst Burgenland GmbH*. Verfügbar unter: <http://www.psd-bgld.at/> [1.12.2012]
- [33] Bundesgesundheitsagentur. (2009). *Jahres-/ Abschlussbericht zu Projekten für den Kooperationsbereich (Reformpool)*.
- [34] Land Burgenland. (2011). *Diabetesbetreuung „Modell Burgenland“-Jahresbericht 2010*. Eisenstadt.
- [35] Joanneum Research Forschungsgesellschaft mbH. (2012). *Disease Management in Österreich: DMP Komponenten und ihre Unterstützung durch e-Health*. Graz.
- [36] Therapie-Aktiv. (2013). *Umsetzungsstand in Österreich*. Verfügbar unter: [http://diabetes.therapie-aktiv.at/portal27/portal/diabetesportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=66241&p\\_tabid=2](http://diabetes.therapie-aktiv.at/portal27/portal/diabetesportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=66241&p_tabid=2) [15.1.2013]
- [37] Institut für Strategieanalysen. (2011). *Gesundheitsbarometer Burgenland: Welle 1-Februar/März 2011: Tabellenband*. Wien.
- [38] Institut für Strategieanalysen. (2011). *Gesundheitsbarometer Burgenland: Welle 2-Mai/Juni 2011: Tabellenband*. Wien.
- [39] Institut für Strategieanalysen. (2011). *Gesundheitsbarometer Burgenland: Welle 3-November 2011: Ergebnisse und Tabellenband*. Wien.
- [40] Institut für Strategieanalysen. (2012). *Gesundheitsbarometer Burgenland: Welle 4-Februar 2012: Tabellenband*. Wien.
- [41] Institut für Strategieanalysen. (2012). *Gesundheitsbarometer Burgenland: Welle 5-Juni 2012: Tabellenband*. Wien.
- [42] Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. (2012). *Unser Gesundheitswesen im Überblick*. Verfügbar unter: [https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/DasGesundheitswesenImUeberblicktml\\_LN.html](https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/DasGesundheitswesenImUeberblicktml_LN.html) [1.12.2012]
- [43] Psychosozialer Dienst Burgenland GmbH. (2011). *Kurzer Leistungsbericht der Zentren für seelische Gesundheit*. Eisenstadt.



- [44] Hausapothekenreferat der Österreichischen Ärztekammer. (2012). *Medizin aus einem Guss, Hausarzt und Hausapotheke*. Verfügbar unter: <http://www.hausapotheker.at/> [1.12.2012]
- [45] Burgenländische Gebietskrankenkasse. (2012). *Extramurale Versorgung*. Eisenstadt.
- [46] Burgenländische Gebietskrankenkasse. (2012). *Vorsorgeuntersuchungen Österreich/Burgenland*. Eisenstadt.
- [47] Senecura. (2012). *SeneCura Neurologisches Rehabilitationszentrum und Gesundheitshotel Kittsee*. Verfügbar unter: <http://www.senecura.at/> [1.12.2012]
- [48] Burgenländische Gebietskrankenkasse. (2012). *Patientenstromanalyse*. Eisenstadt.
- [49] Land Burgenland. (2012). *Altenwohn- und Pflegeheime und Tagesbetreuungseinrichtungen für Senioren im Burgenland*. Verfügbar unter: [http://www.burgenland.at/media/file/983\\_Altenpflegeheime.pdf](http://www.burgenland.at/media/file/983_Altenpflegeheime.pdf) [1.12.2012]

## **8 INNOVATIVE METHODEN UND ANSÄTZE DER GESUNDHEITSSTEUERUNG**

Dieses Kapitel setzt sich mit neuen Instrumenten, die in einer modernen Gesundheitspolitik zum Einsatz kommen, auseinander. Dabei wird auf den „Health in All Policies“ (HiAP)-Ansatz sowie das „Health Impact Assessment“ bzw. die „Gesundheitsfolgenabschätzung“ (GFA), die „Versorgungsforschung“, das „Health Technology Assessment“ sowie die „Gesundheitsökonomische Abschätzung“ eingegangen.

Zur Erstellung des Unterkapitels „Health in All Policies“ wurden drei Interviews mit politischen EntscheidungsträgerInnen im Burgenland aus den Bereichen Bildung, Agrar- und Veterinärwesen sowie Raumplanung und Wohnbauförderung durchgeführt.

Das breite Themengebiet der Gesundheitsökonomischen Abschätzung bietet neben einer theoretischen Darstellung dieses Ansatzes auch eine burgenlandspezifische Berechnung und Bewertung von drei Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Diese Interventionen wurden als Empfehlungen im Rahmen einer Fokusgruppe erarbeitet (s. Kapitel 10).

Die anderen Themenbereiche werden vorwiegend theoretisch dargestellt, wobei jeweils ein Umsetzungsbeispiel beschrieben wird.

### **8.1 Health in All Policies**

Health in All Policies (HiAP) wird definiert als horizontale, ergänzende politikbezogene Strategie, die einen hohen Beitrag zur Bevölkerungsgesundheit leisten kann. Sie geht davon aus, dass Gesundheitsdeterminanten nicht durch die Gesundheitspolitik allein, sondern auch durch alle anderen Politikbereiche zu einem überwiegenden Teil beeinflusst werden. Dies betrifft vor allem die Ebenen „Lebens- und Arbeitsbedingungen“ sowie „allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt“ des Gesundheitsdeterminantenmodells von Dahlgren und Whitehead (s. Kapitel 1.2.1).

Das bedeutet, dass nicht nur politische Entscheidungen, die im Gesundheitssektor getroffen werden, die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen, sondern auch jene in anderen politischen Bereichen. Aufgrund dessen ist es Ziel des HiAP-Konzepts, alle politischen Ebenen zu einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit im Sinne von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit zu bewegen und das Thema „Gesundheit in allen Politikbereichen“ auf politischer Ebene zu verankern. Somit soll eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik geschaffen werden [1].

Entstanden ist das HiAP-Konzept in den 1970er Jahren. Zu dieser Zeit wurde auf politischer Ebene intensiv über die Determinanten der Gesundheit diskutiert und auf die Bedeutung unterschiedlicher Politikbereiche für die Gesundheit hingewiesen [1].

Dabei wurde in der sogenannten „Alma Ata Deklaration“ zu einer netzwerkbasierter und intersektoralen Kooperation im Sinne der Gesundheit aufgerufen [2]. Im Rahmen

der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (1986) wurde dieses Konzept schließlich weiterentwickelt. Dabei wurde als eines der fünf Handlungsfelder der Gesundheitsförderung die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik festgelegt [3].

HiAP stellt nun im 21. Jahrhundert einen vernetzten Ansatz des policy-makings dar, der unterschiedliche Interessen einzelner politischer Sektoren akzeptiert. Um gesundheitsförderliche Ergebnisse zu erzielen, ist vor allem der Aufbau von Beziehungen zwischen EntscheidungsträgerInnen wichtig. Um eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik zu entwickeln, sind argumentative Fähigkeiten nötig. Zudem müssen sogenannte win-win-Situationen entdeckt werden, die es politischen Sektoren außerhalb des Gesundheitsbereichs ermöglichen, ihre eigenen Zielsetzungen zu verfolgen und dabei gleichzeitig die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern [4]. Auch in Österreich gewinnt der HiAP-Ansatz immer mehr an Bedeutung. So lautet das erste Ziel der 10 Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich: „Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen“ [7].

Im Folgenden wird exemplarisch die Bedeutung des Themas Gesundheit bzw. die Berücksichtigung dieser bei politischen Entscheidungen in den Sektoren „Agrar- und Veterinärwesen“, „Raumordnung und Wohnbauförderung“ sowie „Bildung“ dargestellt. Dabei werden theoretische Ausführungen durch die Darstellung von Aussagen im Rahmen der durchgeführten Interviews mit politischen EntscheidungsträgerInnen ergänzt.

### *8.1.1 Agrar- und Veterinärwesen*

Im Burgenland ist die Abteilung 4a- Agrar- und Veterinärwesen der Landesverwaltung unter anderem für Agrarangelegenheiten, rechtliche Angelegenheiten der Bodenreform, die land- und forstwirtschaftliche Berufsausbildung sowie die Landwirtschaftsförderung zuständig. Weitere Aufgaben sind der Boden- und Pflanzenschutz sowie die Tierseuchenbekämpfung [9].

Dem Schutz der Umwelt und Landwirtschaft sowie der Umweltmedizin kommt im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention eine Schlüsselrolle zu. So bedeutet Umweltschutz gleichzeitig auch Gesundheitsschutz und umgekehrt [5].

Feinstaub- und Ozonbelastung wurden bereits in Kapitel 5.4.2 als Beispiele für die Auswirkung ökologischer Umweltbedingungen auf die Gesundheit genannt. Im Folgenden sollen weitere Anknüpfungspunkte dargestellt werden.

#### **8.1.1.1 Gesunde Lebensmittel**

Der Landwirtschafts- und Lebensmittelsektor kann als gesellschaftlicher Dienstleistungsbereich bezeichnet werden. So produziert er Nahrungsmittel und ist zudem für die Lebensmittelsicherheit verantwortlich. Weiteres trägt er zur Förderung einer gesunden Ernährung bei. In diesem Zusammenhang gilt es anzumerken, dass im Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO

preispolitische Maßnahmen, die einen höheren Verzehr von Obst und Gemüse in der Bevölkerung gewährleisten, empfohlen werden [6]. Dies ist vor allem auch deswegen wichtig, da zahlreiche chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes ernährungsbedingt sind. Als Hauptursachen für diese Erkrankungen gelten Tabakkonsum, übermäßiger Alkoholkonsum, hoher Cholesterinwert, geringer Obst- und Gemüsekonsum, Übergewicht, geringes Bewegungsausmaß und Bluthochdruck. Agrarerzeugnisse haben einen Einfluss auf sechs dieser Risikofaktoren [8].

Im Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO heißt es weiteres, dass im Landwirtschafts- und Lebensmittelsektor innovative Anbaumethoden gefördert werden sollen. Zusätzlich ist es nötig, die Bevölkerung über mögliche Nebenwirkungen von genmanipulierten Produkten aufzuklären. Zudem soll vermehrt in Bioanbaumethoden und die regionale Produktion von unbedenklichen und nachhaltigen Lebensmitteln investiert werden, um die Gesundheit zu schützen [6].

Aus Sicht der Abteilung Agrar- und Veterinärwesen im Burgenland gilt der verstärkte biologische Anbau als Besonderheit. So sind im Vergleich zu anderen Bundesländern überdurchschnittlich viele Bioflächen vorhanden, deren Zahl jährlich zunimmt. Auch die heimische Lebensmittelproduktion und der Vor-Ort-Verkauf der regionalen Produkte, welche mit kurzen Transportwegen verbunden sind, werden als wichtiger Beitrag zur Gesundheit der burgenländischen Bevölkerung angesehen.

Nicht nur bei der Berufsgruppe, sondern auch innerhalb der burgenländischen Bevölkerung wird ein höheres Interesse an regionalen, biologischen und gesunden Lebensmitteln festgestellt. Zudem scheint die Nachvollziehbarkeit der Produktion ein wichtiges Gütekriterium zu sein. Dies äußert sich in steigenden Anfragen hinsichtlich vorhandener Bio-Läden sowie Herkunft und Erzeugung einzelner Produkte im Burgenland. Für all diese Entwicklungen wird als Grund vonseiten einer Vertreterin des Hauptreferats „Agrarrecht und landwirtschaftliches Schulwesen“ im Burgenland ausschließlich der Gesundheitsaspekt angesehen. Dabei zeigt sich eine deutliche Bereitschaft für die intersektorale Verankerung der Gesundheit im Bereich der Lebensmittelproduktion. So wird vermehrt zum Zweck der Gesundheit auf gentechnikfreie, regionale, biologische und gesunde Lebensmittel gesetzt. Dabei wird angenommen, dass die Bedeutung gesunder Lebensmittel in der burgenländischen Bevölkerung weiter ansteigen wird. Hierbei wird ein soziales Gefälle bestätigt. So geht man davon aus, dass sich Bevölkerungsgruppen mit geringem Einkommen nicht immer regionale und biologische Produkte leisten können.

#### **8.1.1.2 Gesunde Natur**

Der Umwelt- und Landwirtschaftssektor ist auch für den Schutz und die Verbesserung der Umwelt sowie die nachhaltige Entwicklung dieser zuständig. Ergänzend dazu haben Entscheidungen, die Angelegenheiten des Klima- und Umweltschutzes betreffen, im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik einen hohen Stellenwert [6].

Im Rahmen der Entwicklung der österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele wird auf die Bedeutung der Umwelt als wichtige gesundheitliche Ressource hingewiesen. Dabei wird angemerkt, dass die Bevölkerung in unterschiedlichem Ausmaß von Umweltbelastungen betroffen ist. Ziel soll es sein, die Zugänglichkeit sowie die Sauberkeit der Luft, des Wassers, des Bodens und des gesamten natürlichen Lebensraumes zu wahren [7]. Zudem heißt es im Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO, dass konzentrierte Maßnahmen auf kommunaler Ebene zur Beibehaltung der Qualität und Quantität der Süßwasserressourcen durchgeführt werden sollten [6].

Diese Bedeutung wird von einer Vertreterin der Abteilung „Agrar- und Veterinärwesen“ im Burgenland bejaht. So wird die Umweltpflege als wichtige Maßnahme zur Wahrung bzw. Verbesserung der Gesundheit gesehen. Dies vor allem aus dem Grund, da Naturräume wie Wälder Rückzugs- und Erholungsgebiete, aber auch Bewegungsräume sind. Die Pflege von land- und forstwirtschaftlichen Flächen ermöglicht somit den Aufbau gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen. Im Burgenland wird seitens der Landwirtschaftsabteilung eine Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheits- und Landwirtschaftssektor sowie anderen Abteilungen bestätigt. Als Beispiel wird der gemeinsame Versuch genannt, ein Traubenkraut, welches stark allergen ist und somit Auswirkungen auf die Gesundheit hat, von Wegerändern zu entfernen.

### *8.1.2 Raumordnung und Wohnbauförderung*

Im Burgenland ist die Stabstelle „Raumordnung und Wohnbauförderung“ für Themen der Wohnbeihilfe, der Ökoförderung sowie der Alternativenergie im Bereich Wohnbauförderung zuständig. Zudem bestehen die Aufgaben hinsichtlich der Raumordnung vor allem aus:

- Angelegenheiten der örtlichen Raumplanung
- Angelegenheiten der überörtlichen Raumplanung
- „Mit der Natur zu neuen Erfolgen- Leitbild Landesentwicklungsplan für das Burgenland“
- Landesentwicklungsprogramm Burgenland- LEP 2011
- Dorferneuerung
- Klimaschutz

Angenehme Wohnunterkünfte sind eine wichtige Voraussetzung für ein gesundes Leben. Da sich Wohnbedürfnisse von Menschen im Laufe der Lebensjahre ändern, ist es wichtig, das Wohnungsangebot daran anzupassen. So sollte die Infrastruktur in Dörfern und Städten eine qualitativ hochwertige Umwelt ermöglichen, durch die die Gesundheit der EinwohnerInnen gefördert und geschützt wird. Zudem ist es wichtig, Erholungsgebiete sowie sichere Straßen in unmittelbarer Wohnnähe zur Verfügung zu stellen und gleichzeitig den Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln und

grundlegenden sozialen Einrichtungen zu gewährleisten. Nur so können Bevölkerungen gesund leben und soziale Netze pflegen bzw. weiterentwickeln [6].

### **8.1.2.1 Wohnen**

Das Zuhause ist der Ort, an dem Menschen einen großen Teil ihrer Zeit verbringen. Daher ist es wichtig, dieses gesundheitsförderlich zu gestalten. So sollten Wohnstandard und Bauvorschriften dafür sorgen, dass unbedenkliche und geeignete Materialien sowie angemessene Baumethoden verwendet werden. Weitere Punkte sind eine ausreichende Beleuchtung, die Versorgung mit sauberem Wasser sowie das Vorhandensein von Anlagen, Heizung und Ventilationssystemen. Zudem ist es wichtig, dass Gebäude eventuellen Schäden, die durch natürliche Ursachen entstehen, standhalten, eine kontinuierliche Energieversorgung gesichert und eine angemessene Schalldämmung vorhanden ist [6]. In diesem Zusammenhang wird seitens eines Vertreters des Raumordnungs- und Wohnbauförderungsressorts im Burgenland auf die Forcierung der Niedrigstenergiehäuser zur Erreichung dieser Ziele hingewiesen.

Auf der Ebene der Stadt- und Raumplanung ist es weiteres wichtig, Maßnahmen gegen den Verfall von Städten und Landschaften zu setzen sowie benachteiligte Gebiete zu sanieren. Ein gesundes Umfeld wird durch das Vorhandensein von Einkaufs- und Erholungsmöglichkeiten und Gesundheits- und Sozialdiensten sowie die Bekämpfung von Verschmutzung und Lärm gewährleistet. Hierbei ist es im Sinne eines gesunden Lebensstils wichtig, darauf zu achten, Wohngebiete so zu gestalten, dass tägliche körperliche Bewegung gefördert wird [6]. So ist es auch ein Rahmengesundheitsziel in Österreich gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten zu fördern [7].

Das Wohnumfeld kann auch einen Einfluss auf die soziale Gesundheit der Bevölkerung haben. So gilt es durch gezielte Maßnahmen der Vereinsamung entgegenzuwirken und soziale Netze zu stärken [6]. Auch in den Österreichischen Rahmengesundheitszielen wird gefordert, die Gesundheit durch sozialen Zusammenhalt zu stärken [7].

Diesem Ziel hat sich das Burgenland bereits angenommen. So ist es eine wichtige Strategie des Burgenländischen Landesentwicklungsprogrammes 2011, der Vereinsamung älterer und pflegebedürftiger Menschen entgegenzuwirken. Dabei wird versucht, Altenwohn- und Pflegeheime so in das dörfliche bzw. städtische Gefüge zu integrieren, dass ein barrierefreier Zugang zum kulturellen und öffentlichen Leben sowie wohnnahe Grünraum gewährleistet wird [10].

Aber auch für ältere Menschen, die zuhause leben, spielt das Wohnumfeld eine wichtige Rolle. So ist vor allem für diese Bevölkerungsgruppe das physische Umfeld, in dem sie wohnen, ausschlaggebend dafür, ob sie sowohl in der Wohnung als auch außerhalb keine Hilfe von anderen Personen benötigen. Hier besteht jedoch oft ein Problem: So hindern Wohnverhältnisse und die Organisation gemeindebezogener Dienstleistungen ältere Personen häufig daran, die Funktionsfähigkeit im Alltag sowie das soziale Netz aufrechtzuerhalten [6].

Um dem entgegenzuwirken, wurde im Burgenland im Rahmen der letzten Novelle des Wohnbauförderungsgesetzes ein verstärkter Fokus auf Barrierefreiheit gelegt. Es gibt nun strengere Auflagen für den öffentlichen Wohnbau. Weiters wird im Rahmen der burgenländischen Landesentwicklung aufgrund des demographischen Wandels die Strategie verfolgt, bestehende Infrastrukturen stärker an die Bedürfnisse älterer Menschen anzupassen. In diesem Zusammenhang spielt vor allem der dezentrale Ausbau der mobilen Betreuung eine wichtige Rolle [10].

### **8.1.2.2 Verkehr**

Im Jahr 2011 verletzten sich insgesamt 45.025 ÖsterreicherInnen im Straßenverkehr, davon 523 tödlich. Speziell im Burgenland lag die Anzahl der Verletzten im Jahr 2011 bei 1.178 Personen, wobei 21 ums Leben kamen [30].

Vor allem aufgrund des ständig steigenden Kraftfahrzeugverkehrs und der Ausweitung des grenzüberschreitenden Handels im europäischen Raum ist es somit nötig, Maßnahmen zur Verringerung der Zahl der Unfalltoten und Verletzten zu forcieren. Dabei gilt es zu bedenken, dass sich die erhöhte Nutzung von Kraftfahrzeugen nicht nur in Form von Straßenverkehrsunfällen negativ auf die Gesundheit von Bevölkerungen auswirkt. So führt der oftmals lange Aufenthalt im Auto dazu, dass sich Menschen weniger bewegen und weiter auseinanderleben. Dies wiederum begünstigt Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Depressionen. Speziell für ältere Personen treten in Europa zudem oft Barrieren bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel auf. Der Zugang zu Bussen ist häufig schwierig [6].

In diesem Zusammenhang ist darauf aufmerksam zu machen, dass laut einem Vertreter des Ressorts „Raumordnung und Wohnbauförderung“ im Burgenland derzeit die Einrichtung von Gemeindebussen in ländlichen Regionen geplant wird. Ziel ist dabei nicht bloß der Transport. Stattdessen wird versucht, die Effizienz dieser Gemeindebusse zu erhöhen in dem z.B. für ältere bzw. pflegebedürftige Personen ein Essenstransport ermöglicht wird. Derzeit (Stand: 2012) gibt es im Burgenland neun Gemeinden, welche über Gemeindebusse verfügen.

Gemäß WHO (1999) gilt es, Verkehrsstaus, Lärm und Unfälle zu reduzieren, indem durch Straßenbenutzungsgebühren ein ganzheitliches öffentliches Verkehrskonzept geschaffen wird. Dabei sollten Initiativen dazu dienen, den öffentlichen Verkehrsmitteln Vorrang zu geben, Fahrverbote in bestimmten Gebieten zu beschließen und Parkkontrollen durchzuführen [6].

Im Burgenland spielt in diesem Zusammenhang vor allem die Forcierung der Linienbusse eine wichtige Rolle. So wurde bei der Gestaltung dieser vor allem für (Tages)pendlerInnen auf einen angemessenen Komfort im Bus Wert gelegt. In Bezug auf Gesundheit spielen dabei die Themen ergonomische Sitze, angemessene Beleuchtung und Sonnenschutz sowie reduzierte Geräuschemissionen eine wichtige Rolle. Im Burgenland pendeln täglich etwa 800 bis 900 Personen mit diesen Komfortbussen.

Eine weitere Strategie zur Reduzierung des Verkehrsstaus ist im Burgenland gemäß Auskünften der Vertretung des Raumordnungs- und Wohnbauförderungssektors die Initiierung von Radprojekten. So bestehen im Burgenland zahlreiche Möglichkeiten, sich Fahrräder oder E-Bikes auszuleihen. Auch mit Schulen wird kooperiert. Dabei werden Projekte durchgeführt, die Kinder zum Radfahren oder zu-Fuß-gehen zur Schule oder zum Kindergarten bewegen. Ziel ist es, einerseits den Verkehr zu reduzieren und andererseits gleichzeitig die Verkehrssicherheit zu erhöhen. Zudem soll die Bewegungsfreude der Kinder gestärkt werden. Dabei wird mit der Mobilitätszentrale Burgenland ([www.b-mobil.info](http://www.b-mobil.info)) zusammengearbeitet.

Aus Sicht des Verkehrs- und Raumordnungsressorts im Burgenland wird auch die zunehmende Feinstaubbelastung durch den Verkehr als wichtige Schnittstelle zum Gesundheitsbereich gesehen. So werden etwa 40% der Belastung durch den Verkehr verursacht. Daher wird der Initiierung verschiedener Maßnahmen zur Reduzierung des Verkehrs eine enorme Bedeutung zugeschrieben. So spielen beispielsweise bei der Genehmigung der Errichtung von Einkaufszentren Anforderungen an ein Konzept des öffentlichen Verkehrs eine wichtige Rolle. Dabei wird versucht, den zusätzlich entstehenden Verkehr auf die öffentliche Verkehrsschiene zu bringen.

Zusammenfassend wird vor allem im Bereich des Verkehrs seitens des Raumordnungs- und Wohnbauförderungsressorts im Burgenland das Bewusstsein für den Einfluss bestimmter Maßnahmen auf die Gesundheit bestätigt. So stellt hier das Thema Gesundheit oft eine selbstverständliche Triebfeder für diverse Initiativen dar. Zu beachten gilt aus Sicht dieser Stabstelle allerdings, dass die Integration des Themas Gesundheit in anderen Politikfeldern nicht zu einer Überforderung des Systems führt.

### *8.1.3 Bildung*

Kennzeichen der burgenländischen Bildungslandschaft ist das ausgewogene Angebot im Bereich der primären, sekundären und tertiären Bildung. So gibt es neben zahlreichen Schulen wie Gymnasien, berufsbildenden höheren Schulen, Hauptschulen, Neuen Mittelschulen und Volksschulen auch im Hochschulbereich ein umfassendes Bildungsangebot. Neben der Fachhochschule Burgenland besteht nämlich die Expositur der Universität für Darstellende Kunst Graz in Oberschützen. Eine Besonderheit ist das Europäische Zentrum für Frieden in Stadtschlaining, welches eine postgraduale Ausbildung im Bereich der internationalen Konflikt- und Friedensforschung ermöglicht. Weiters gibt es im Burgenland ein Burgenländisches Musikschulwerk und das Haydnkonservatorium. Auch in der Erwachsenenbildung verfügt das Bundesland über ein breites, flächendeckendes und qualitativvolles Bildungsangebot [12].

Die zentrale Anlaufstelle für alle Landesschulen ist der Landesschulrat Burgenland. Dieser versteht sich als kundenorientierter Dienstleistungsbetrieb und bietet SchülerInnen, Eltern und LehrerInnen effiziente, schnelle und kompetente Informationen. Der Landesschulrat hat es sich zum Ziel gesetzt, die Schule für



Kinder zu einem positiven Lebensereignis werden zu lassen [11]. Im Folgenden wird vor allem auf gesundheitsbezogene Angelegenheiten, die den Burgenländischen Landesschulrat betreffen, eingegangen, da auch das Interview mit einer Vertreterin dieser Einrichtung stattfand.

Dass Bildung einen bedeutenden Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung hat, wurde bereits in Kapitel 3.2.1 kurz erläutert. So lässt sich feststellen, dass Personen mit einer höheren Schulbildung grundsätzlich über einen besseren Gesundheitszustand verfügen. Schulen und Kindergärten stellen wichtige Settings dar, welche Kindern und Jugendlichen Wissen und Fähigkeiten in Bezug auf Gesundheit vermitteln. Auch die Bildung im Erwachsenenalter spielt eine wichtige Rolle für die Gesundheit, da dadurch neues Denken angeregt und die wirtschaftliche Entwicklung in Gang gehalten wird [6].

Insgesamt zeigt sich also eine wechselseitige Beziehung zwischen Bildung und Gesundheit. So kann Bildung einerseits als gesundheitsfördernd bezeichnet werden, während gleichzeitig Gesundheit zu einer guten Bildung beiträgt. Im Folgenden wird im Speziellen auf die Bereiche „Zugang zu Bildung“, „Schulbedingungen“ und „Lehrplan und Gesundheitsbildung“ eingegangen.

#### **8.1.3.1 Zugang zu Bildung**

Politisches Ziel sollte es gemäß WHO sein, Verbesserungen des Bildungsniveaus zu erzielen und den Zugang zur Bildung, vor allem für benachteiligte Gruppen wie z.B. Frauen oder MigrantInnen, zu vereinfachen [6]. In Kapitel 3.2.1 wurden bereits Unterschiede hinsichtlich des Bildungsstandes zwischen Männern und Frauen aufgezeigt.

In den Rahmengesundheitszielen für Österreich wurde das Ziel definiert, für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen unabhängig von Herkunft und Alter zu sorgen. Dabei sollen faire Ausgangsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen im Bildungssystem geschaffen werden [7]. In diesem Zusammenhang gilt es zu berücksichtigen, dass sowohl materielle als auch kulturelle Ressourcen der Familie einen starken Einfluss auf die intellektuelle Anregung und Förderung, die ein Kind erhält, sowie den zukünftigen Bildungsstand haben [6].

#### **8.1.3.2 Schulbedingungen**

Vor allem im Alltag an Orten, an denen Menschen leben, spielen, lernen, arbeiten und ihre Freizeit verbringen, wird Lebensqualität und Gesundheit geschaffen. Daher ist es ein wichtiges Rahmengesundheitsziel für Österreich, schulische Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass sie der Gesundheit aller darin agierender Personen förderlich sind [7]. So sollte jedes Kind das Recht haben, einen gesundheitsfördernden Kindergarten und eine gesundheitsfördernde Schule zu besuchen. Dabei müssen LehrerInnen, Eltern und Kinder PartnerInnen sein, die gemeinsam Programme z.B. zu den Themen „gesundheitliche Werte“, „gesunde Lebensweisen“, „Unfallverhütung“ und „Lebensfertigkeiten“ planen, umsetzen und

auswerten. All das sollte mit der inhaltlichen Unterstützung des schulischen Gesundheitsdienstes vonstattengehen [6].

Hinsichtlich der Schulbedingungen fordert die WHO im Detail zudem höhere Ausbildungsstandards festzulegen und niedrige Klassenquotienten (= durchschnittliche SchülerInnenanzahl pro Klasse) zu sichern. Weiters soll das elterliche Interesse an Ausbildungsfragen gepflegt werden [6].

In Bezug auf die Förderung gesunder Schulbedingungen wird seitens der Vertretung des Landesschulrates Burgenland das Projekt „Gesunde Schuljause“ hervorgehoben. So finden in Kooperation mit Eltern an Burgenlands Volksschulen Gesunde-Jause-Tage statt.

Ein weiteres wichtiges Kernelement dieses Projekts ist die gesundheitsförderliche Gestaltung des Schulbuffets. Auch die Umstellung von Getränkeautomaten spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle. So gibt es beispielsweise speziell im Südburgenland zur Förderung gesunder Trinkgewohnheiten von SchülerInnen Getränkeautomaten, die ausschließlich über Wasser und natürliche Fruchtsäfte verfügen. Im Sinne von gesunden Verhältnissen an der Schule wird im Burgenland zur Vorbeugung von Haltungsschäden bei SchülerInnen und LehrerInnen auf ergonomische Möbel geachtet.

### **8.1.3.3 Lehrplan und Gesundheitsbildung**

Im Rahmen des Gesundheit 21-Konzeptes wird gefordert, sowohl LehrerInnen als auch SchülerInnen in gesundheitlichen Angelegenheiten zu schulen. Bereits in Vorschuleinrichtungen und Volksschulklassen können Kinder lernen, Gesundheit zu fördern, indem sie sich beispielsweise gesunde Essgewohnheiten, Hygienewissen oder grundlegende Lebensfertigkeiten aneignen [6]. So gilt es z.B. bereits in der frühkindlichen Ausbildung die Bewegungskompetenz sowie die Freude an der Bewegung und dem Sport in Kindergärten und Schulen zu fördern [7].

Auch in den Rahmengesundheitszielen für Österreich wird das Ziel festgehalten, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken. Dabei gilt es, bei allen Bevölkerungsgruppen persönliche Kompetenzen auszubauen und das Verantwortungsbewusstsein zu erhöhen [7].

Die Problematik der Bewegungsarmut und der damit verbundenen steigenden Anzahl an übergewichtigen SchülerInnen wird seitens des Landesschulrates Burgenland erkannt. Um dem entgegenzuwirken, werden standortbezogen mithilfe von Bewegungscoachs Bewegungs- und Sportprojekte an Schulen umgesetzt, welche Kindern und Jugendlichen die Freude an der Bewegung vermitteln sollen. Dabei werden Sportorganisationen auf Landesebene eingebunden.

Zum Thema „psychosoziale Gesundheit“ wurden bereits Initiativen an Burgenlands Schulen gestartet. So gibt es z.B. in Hauptschulen ein Präventionsprogramm mit dem Titel „Plus“, welches alle Arten von Süchten vorbeugen soll. An Burgenlands allgemeinbildenden und berufsbildenden höheren Schulen findet ein Projekt mit dem Titel „Peer Groups“ statt, bei dem SchülerInnen zum Thema Mobbing zu MediatorInnen ausgebildet werden und andere SchülerInnen bei derartigen

Problemlagen unterstützen. Die Bedeutung der psychosozialen Gesundheit in Schulen wird aus Sicht des Landesschulrats Burgenland in Zukunft zunehmen. Dies wird auch mit einem höheren Bedarf an SchulpsychologInnen einhergehen. Zusammenfassend wird seitens des Burgenländischen Landesschulrats die wichtigste Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Bildungsbereich hinsichtlich der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Schule sowie der Aneignung von gesundheitsförderlichen Kompetenzen der SchülerInnen gesehen. Das Bewusstsein für Gesundheit im Bildungssektor wird von einer Vertreterin des Landesschulrates Burgenland als äußerst hoch eingestuft. So werden auch intern zahlreiche Weiterbildungsmaßnahmen für MitarbeiterInnen angeboten, die sich beispielsweise mit den Themen Burnout, Entspannungstechniken oder Mobbing beschäftigen. Dabei werden ein hohes Interesse und eine hohe Inanspruchnahme dieser Angebote durch die MitarbeiterInnen festgestellt.

## 8.2 Health Impact Assessment

Das Health Impact Assessment bzw. die Gesundheitsfolgenabschätzung ist ein Instrument, welches es politischen EntscheidungsträgerInnen ermöglicht, zu ermitteln, wie unterschiedliche Optionen die Gesundheit beeinflussen können. Somit können potenzielle Gesundheitsfolgen in die Entscheidung miteinbezogen werden [19]. Der Begriff wird synonym mit jenem der Gesundheitsfolgenabschätzung verwendet.

### 8.2.1 Begriffsbestimmung und Funktionen

Die WHO definierte den Begriff des Health Impact Assessments bereits im Jahr 1999. Die Begriffserklärung wurde in den darauffolgenden Jahren von der International Association of Impact Assessment erweitert. Somit lautet die offizielle Definition der WHO bzw. der International Association of Impact Assessment folgendermaßen:

*„Health Impact Assessment ist eine Kombination aus Verfahrensweisen, Methoden und Instrumenten, welche systematisch, manchmal auch unbeabsichtigt, potenzielle Effekte einer Politik, eines Planes, eines Programmes oder eines Projektes auf die Gesundheit der Bevölkerung sowie die Verteilung dieser Effekte in der Bevölkerung beurteilt. Health Impact Assessment identifiziert angemessene Handlungen, um mit diesen Effekten umzugehen.“ [21]*

Health Impact Assessment beinhaltet folgende Elemente:

- es berücksichtigt die Evidenz über die zu erwartenden Auswirkungen einer politischen Entscheidung auf die Gesundheit der Bevölkerung
- es berücksichtigt Meinungen, Erfahrungen und Erwartungen von Betroffenen
- es stellt Informationen für EntscheidungsträgerInnen und die Öffentlichkeit zur Verfügung

- es bietet Alternativvorschläge, um positive Gesundheitseffekte zu fördern und negative zu reduzieren [22]

Das Health Impact Assessment bzw. die Gesundheitsfolgenabschätzung zielt darauf ab, das Auftreten unerwarteter Gesundheitsschäden durch politische Interventionen zu vermeiden und gesundheitsförderliche Effekte bestimmter Maßnahmen zu erhöhen. Es dient jedoch nicht dazu, die beste politische Strategie zu identifizieren und nimmt politischen Stakeholdern auch keine Entscheidungen ab [19].

### 8.2.2 Ablauf

Im Rahmen eines Health Impact Assessment Prozesses wird systematisch vorgegangen. Dabei werden grundsätzlich fünf Phasen durchlaufen, wobei sich diese durchaus überschneiden können:

- Diagnose (Screening)
- Scoping
- Bewertung (Risk Assessment, Appraisal)
- Entscheidungsfindung (Decision-making)
- Implementierung und Evaluation (Implementation and monitoring) [19]

In der Diagnosephase (Screening) wird versucht, mithilfe von Checklisten, jene politische Entscheidungen und Maßnahmen zu bestimmen, die einen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben können. Schließlich wird über die Notwendigkeit eines Health Impact Assessments entschieden. In der Scopingphase werden die Rahmenbedingungen sowie die Reichweite eines Health Impact Assessments ermittelt und festgelegt. Dabei wird ein Projektplan erstellt, an dem Betroffene beteiligt werden. In dieser Phase werden die wichtigsten betroffenen Gesundheitsdeterminanten bestimmt. Die Bewertungsphase ist eine der wichtigsten Stadien im Rahmen eines Health Impact Assessment Prozesses, da hier der potenzielle Nutzen sowie die möglichen Risiken eines Vorhabens auf die Gesundheit ermittelt werden. Mögliche Prüfverfahren sind dabei Testgruppen, Analysen der Population und der Region, Workshops mit Stakeholdern, Befragungen oder Interviews, Brainstorming, Kosten-Nutzen-Analysen oder aber auch Risikobewertung und Risikomanagement [22, 23].

Nach der Implementierung wird im Rahmen der Reporting- und Evaluationsphase ein Endbericht verfasst, in dem folgende Punkte beschrieben sein sollten:

- Health Impact Assessment- Prozess
- Methoden
- positive und negative gesundheitliche Effekte
- mögliche GewinnerInnen und VerliererInnen
- Empfehlungen zur Erhöhung positiver und Reduzierung negativer Gesundheitsfolgen

In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass Health Impact Assessment ein effizientes Tool in Europa darstellt, welches in unterschiedlichen Settings und auf verschiedenen politischen Ebenen funktionieren kann [20].

### *8.2.3 Health Impact Assessment in Österreich*

Health Impact Assessment kann nur in jenen Ländern effektiv umgesetzt werden, in denen der Public Health Gedanke bereits im Gesundheitssystem verankert ist. Zudem muss das Bewusstsein für den Einfluss anderer politischer Sektoren außerhalb der Gesundheitspolitik auf die Gesundheit der Bevölkerung vorhanden sein [23].

In Österreich wurden bereits einige Versuche unternommen, Health Impact Assessment umzusetzen. So wurde z.B. in Vorarlberg ermittelt, welche Gesundheitseffekte die Erweiterung von Kindergärten zu Familientreffpunkten haben kann. Auf Bundesebene wird derzeit (Stand: 2012) eine Pilot-Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr im Auftrag des BMG, des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger und der Gesundheitsabteilung des Landes Steiermark von der GÖG durchgeführt [24].

Auch im Burgenland fand bereits ein Health Impact Assessment statt, welches im folgenden Kapitel im Detail beschrieben werden soll. Die Informationen diesbezüglich wurden vom Initiator dieses Projekts, Dr. Ernst Eicher, zur Verfügung gestellt.

### *8.2.4 Beispiel für Health Impact Assessment*

In der südburgenländischen Gemeinde "Minihof-Liebau" wurde ein Health Impact Assessment durchgeführt, welches das Bauvorhaben „betreubares Wohnen“ auf seine Gesundheitseffekte hin bewerten sollte. Ziel war es, eine gesundheitsförderliche Gestaltung des Gebäudes zu gewährleisten. Dabei sollte das Vorhaben älteren Menschen ermöglichen, selbstständig zu wohnen. Das Projekt wurde im Auftrag der Gemeinde Minihof-Liebau von dem Verein „Gesunde Entscheidung Süd“ (GES) ehrenamtlich umgesetzt. Aufgrund der interdisziplinären Zusammensetzung des Vereines (ExpertInnen aus den Bereichen Architektur, Recht, Bildung, Behindertenarbeit, Politik, EDV, Medizin und Gesundheitsförderung) konnten unterschiedliche Perspektiven berücksichtigt werden.

Methodisch wurden Interviews mit Betroffenen durchgeführt. Dabei wurden ältere Personen, die selbstständig wohnen, BewohnerInnen eines Altenwohnheimes sowie PflegerInnen befragt. Anschließend erarbeiteten die VereinsmitgliederInnen im Rahmen eines strukturierten Gruppenprozesses auf Basis der Ergebnisse aus den Interviews Vorschläge, wie das betreubare Wohnen in der Gemeinde Minihof-Liebau gestaltet werden kann, damit es den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen entspricht. Aus diesem Workshop heraus entstanden konkrete Empfehlungen an die EntscheidungsträgerInnen, welche auch einen Entwurf für den Bauplan beinhalteten. Als Ergebnis des Health Impact Assessment kann das auf Basis der Empfehlungen des Vereines errichtete Gebäude genannt werden. Wesentliche

gesundheitsförderliche Strukturen sind ein gemeinsamer Innenhof sowie eine Möglichkeit zum Gärtnern. Weiters wird den BewohnerInnen das Halten eines Haustieres erlaubt.

Obwohl es im Burgenland keine konkreten Projekte zu Versorgungsforschung und Health Technology Assessment gibt, werden auch diese Methoden der Vollständigkeit halber und in Anlehnung an andere bundeslandbezogene Gesundheitsberichte in Österreich im Folgenden theoretisch dargestellt.

## **8.3 Versorgungsforschung**

Grundsätzlich gibt es keine einheitliche Definition für den Begriff der Versorgungsforschung. So messen WissenschaftlerInnen diesem Forschungsgebiet unterschiedliche Bedeutungen zu. Dennoch gibt es derzeit, vor allem in Deutschland, Bemühungen, den Begriff genau zu definieren, ihn von anderen Forschungsbereichen abzugrenzen und auch klare Methoden festzulegen.

### *8.3.1 Begriffsbestimmung und Funktionen*

Der Deutsche Arbeitskreis Versorgungsforschung definiert den Begriff der Versorgungsforschung als „wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen“ [13]. Eine Definition von Pfaff aus dem Jahr 2003 beschreibt den Begriff als:

- ein fachübergreifendes Forschungsgebiet,
- das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und erklärt,
- zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt,
- die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht
- und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert [14].

Die wesentlichen Themen der Versorgungsforschung betreffen:

- Zugangsmöglichkeiten bzw. -barrieren zum Versorgungssystem
- „gerechte“ Verteilung von Lasten und Nutzen auf die Bevölkerung
- Nutzung und Angemessenheit von Leistungen
- Anreizwirkungen aufseiten der LeistungsanbieterInnen und Präferenzen der PatientInnen
- Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Subsystemen, Institutionen oder Programmen [17]

Grundsätzlich ist es Aufgabe der Versorgungsforschung, die Umsetzung der Ergebnisse der klinischen Forschung in der Praxis der Gesundheitsversorgung hinsichtlich ihrer Wirkung auf Qualität und Effizienz hin zu untersuchen. Dies sollte

sowohl aus individueller als auch aus sozioökonomischer Sicht erfolgen [15]. Somit ist die Versorgungsforschung die wissenschaftliche Basis dafür, Veränderungen im Gesundheitswesen sowie deren Auswirkungen zu beschreiben und zu untersuchen. Dabei sollten die Ergebnisse Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen sein [16]. Ziel der Versorgungsforschung ist es, PatientInnenorientierung, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung in möglichst gleichem Maß zu erreichen [15].

### *8.3.2 Methoden*

Methodisch orientiert sich die Versorgungsforschung an den für die klinische Forschung etablierten Qualitätsmerkmalen der evidenzbasierten Medizin. Dabei kommen sowohl Methoden der klinischen Epidemiologie als auch der empirischen Sozialforschung zum Einsatz. Herausforderungen in der Versorgungsforschung sind vor allem, valide Methoden in praxisnaher Form anzuwenden, qualitative und quantitative Methoden sinnvoll miteinander zu kombinieren, neue Versorgungsforschungsmethoden zu entwickeln und diese hinsichtlich ihrer Wirksamkeit in der Praxis zu überprüfen [15].

### *8.3.3 Versorgungsforschung in Österreich*

Während man sich in Deutschland mit Versorgungsforschung bereits seit Jahren beschäftigt, ist dieses Forschungsfeld in Österreich noch eher neu. Im österreichischen Gesundheitswesen sind von den Ergebnissen der Versorgungsforschung jedoch alle AkteurInnen betroffen. So profitieren davon sowohl ÄrztInnen, Apotheken, die Pharma- und Medizintechnik-Industrie, die Pflege- und MTD-Berufe sowie weitere Gesundheitsberufe [16].

Aufgrund des ständig ansteigenden Ressourcenmangels im österreichischen Gesundheitswesen kommt einer effizienten Leistungssteuerung eine wichtige Bedeutung zu. So kann Versorgungsforschung beispielsweise auch dem Problem des drohenden ÄrztInnenmangels entgegenwirken, indem Defizite aufgezeigt und davon ausgehend vermehrt Ausbildungsplätze geschaffen werden [16].

### *8.3.4 Beispiel für Versorgungsforschung*

Die österreichischen Sozialversicherungsträger haben bereits in den vergangenen Jahren Versorgungsforschungsprojekte durchgeführt. Dabei wurde vor allem die Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit Medikamenten bei bestimmten Krankheiten untersucht [18].

In einem dieser Projekte wurde die Initialtherapie von Typ2-DiabetikerInnen untersucht. Dabei wurden für die Versorgungsanalyse Diabetes-Heilmittelabrechnungsdaten von elf Krankenversicherungsträgern analysiert. Die Auswertung der Daten erfolgte in Kooperation mit einem ExpertInnengremium, in dem fast alle Sozialversicherungsträger vertreten waren. Dabei wurden all jene Typ2-DiabetikerInnen identifiziert, die erstmals auf ein orales Antidiabetikum eingestellt wurden. Letztendlich konnten 42.882 Neueinstellungen auf ein orales Antidiabetikum identifiziert werden. Von diesen wiederum konnten Daten von 39.077 Personen

herangezogen werden. Von den Ergebnissen leiteten die StudienautorInnen folgende Ansatzpunkte für Verbesserungsmaßnahmen im Gesundheitswesen in Österreich ab:

- Verbesserung der Diabetesbehandlung generell
- kontinuierliche ärztliche Fortbildung [18]

## 8.4 Health Technology Assessment

Aufgrund der steigenden Knappheit verfügbarer Ressourcen im Gesundheitswesen kommt dem sogenannten Health Technology Assessment (HTA) eine immer bedeutendere Rolle zu [26]. So benötigen EntscheidungsträgerInnen evidenzbasierte Informationen über die Effektivität und Wirtschaftlichkeit unterschiedlicher Therapiealternativen [28].

### 8.4.1 Begriffsbestimmung und Funktionen

Der Begriff des Health Technology Assessments wird im Deutschen auch als „Evaluation medizinischer Interventionen“ bezeichnet. Darunter versteht man die *„Methode der systematischen, interdisziplinären Synthese sowie der transparenten und politikrelevanten Aufbereitung von Wissen zu (neuen, innovativen, aber auch etablierten) medizinischen Interventionen“* [26]. Somit bewertet diese Methode auf systematische Weise medizinische Technologien im Gesundheitswesen. Dabei zählen zu medizinischen Technologien sowohl Arzneimittel, Medizinprodukte, medizinische und chirurgische Verfahren als auch Beratungsleistungen und Versorgungsstrukturen [27]. Mithilfe des HTA sollen folgende Fragen geklärt werden:

- Ist das medizinische Verfahren wirksam?
- Für welche PatientInnen- bzw. Personengruppen ist es geeignet?
- Welche Kosten verursacht das medizinische Verfahren?
- Wie schneidet es im Vergleich zu Alternativen ab? [26]

Zur Beantwortung all dieser Fragen ist es nötig, Wissen über klinische Wirksamkeit mit jenem über ökonomische und organisatorische Auswirkungen zu kombinieren [27]. Somit können medizinische, ökonomische sowie soziale, ethische, rechtliche und organisatorische Aspekte untersucht werden [29].

### 8.4.2 Health Technology Assessment in Österreich

In Österreich befassen sich unter anderem folgende Institutionen mit HTA:

- Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG)
- Donau-Universität Krems: Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie
- Ludwig Boltzmann Institut Health Technology Assessment



- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger [27]

Dennoch muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Ressourcen für HTA in Österreich bisher noch gering ausfallen und diese Methode nur geringfügig institutionalisiert ist. Auf Bundesebene wurde deswegen eine nationale HTA-Strategie durch das BIQG im Auftrag des BMG entwickelt. Wichtige Ziele dieser Strategie sind unter anderem:

- Sicherstellung und Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung für PatientInnen
- Verbesserung der Effektivität, Effizienz und Transparenz im österreichischen Gesundheitswesen
- bessere strukturelle Verankerung von HTA im österreichischen Gesundheitswesen
- Schaffung eines organisatorischen Rahmens auf Bundesebene
- Bereitstellung von HTA-Informationen für alle Stakeholder [28]

Als relevante Stakeholder in Österreich werden das BMG, die Bundesgesundheitsagentur, die Gesundheitsplattformen der Länder, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Krankenanstaltenträger, Krankenversicherungsträger, Interessensvertretungen wie z.B. die Ärztekammer oder die Patientenvertretung sowie diverse Gremien wie z.B. der Oberste Sanitätsrat gesehen [28].

#### *8.4.3 Beispiele für Health Technology Assessment*

In Österreich führen, wie bereits erwähnt, einige Organisationen HTAs zu den unterschiedlichsten Themen durch. Einige Beispiele davon sind im Folgenden aufgelistet:

- Effektivität und Effizienz eines Diabetes-Typ-2-Screenings (BIQG)
- Professionelle Dentalhygiene (BIQG)
- Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (BIQG)
- Die Masern-Mumps-Röteln-Impfung aus gesundheitspolitischer und ökonomischer Sicht (BIQG)
- Horizon Scanning in der Onkologie (LBI)

Nähere umfassende Informationen zu bereits abgeschlossenen und laufenden HTA-Projekten finden sich z.B. auf der Homepage des Ludwig Boltzmann Instituts Health Technology Assessment (<http://hta.lbg.ac.at>) sowie der Gesundheit Österreich GmbH ([www.goeg.at](http://www.goeg.at)).

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse dieses Kapitels findet sich in der Kurzfassung des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012.

## 8.5 Literaturverzeichnis

- [1] Stahl, T., Ollila, E. & Koivusalo, M. (2006). Principles and challenges of Health in All Policies. In T. Stahl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen & K. Leppo (Hrsg.). *Health in All Policies: Prospects and potentials* (S. 3-20). Finland: Ministry of Social Affairs and Health.
- [2] Kickbusch, I. (2010). Health in All Policies: the evolution of the concept of horizontal health governance. In: I. Kickbusch & K. Buckett (Hrsg.). *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010* (S. 11-24). South Australia: Department of Health.
- [3] Kickbusch, I., McCann, W. & Sherbon, T. (2008). Adelaide revisited: from healthy public policy to Health in All Policies. *Health Promotion International*, 23 (1), 1-4.
- [4] Kahlmeier, S., Racioppi, F., Cavill, N., Rutter, H. & Oja, P. (2010). "Health in All Policies" in Practice: Guidance and Tools to Quantifying the Health Effects of Cycling and Walking. *Journal of Physical Activity and Health*, 7, 120-125.
- [5] Umweltbundesamt. (2012). 5. Umweltbeobachtungskonferenz: Gesunde Umwelt - gesunder Mensch. Verfügbar unter: [http://www.umweltbundesamt.at/ubk\\_2012/](http://www.umweltbundesamt.at/ubk_2012/) [1.12.2012]
- [6] WHO. (1999). *Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Kopenhagen.
- [7] Bundesministerium für Gesundheit. (2012). *Rahmen-Gesundheitsziele: Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/1/9/CH1004/CMS133777728361/rahmen-gesundheitsziele\\_240512.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/1/9/CH1004/CMS133777728361/rahmen-gesundheitsziele_240512.pdf) [1.12.2012]
- [8] Schäfer Elinder, L., Lock, K. & Blenkus Gabrijelcic, M. (2006). Public health, food and agriculture policy in the European Union. In T. Stahl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen & K. Leppo (Hrsg.). *Health in All Policies: Prospects and potentials* (S. 93-110). Finland: Ministry of Social Affairs and Health.
- [9] Land Burgenland. (2012). *Politik & Verwaltung: Abteilung 4a- Agrar- und Veterinärwesen*. Verfügbar unter: <http://www.burgenland.at/politik-verwaltung/landesverwaltung/abteilung4a/27> [1.12.2012]
- [10] Land Burgenland. (2012). *Landesentwicklungsprogramm Burgenland- LEP 2011: Mit der Natur zu neuen Erfolgen*. Eisenstadt. Verfügbar unter: [http://www.phasing-out.at/media/file/797\\_9c\\_LEP2011\\_Ordnungsplan.pdf](http://www.phasing-out.at/media/file/797_9c_LEP2011_Ordnungsplan.pdf) [1.12.2012]

- [11] Land Burgenland (2012). *Schule*. Eisenstadt. Verfügbar unter: <http://www.burgenland.at/kultur/bildung/schule> [1.12.2012]
- [12] Land Burgenland (2012). *Bildung*. Eisenstadt. Verfügbar unter: <http://www.burgenland.at/kultur/bildung> [1.12.2012]
- [13] Arbeitskreis Versorgungsforschung. (2004). *Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung. Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer*. Berlin. Verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Definition.pdf> [1.12.2012]
- [14] Pfaff, H. (2003). *Versorgungsforschung- Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben*. Verfügbar unter: [http://www.gesundheitspolitik.org/01\\_gesundheitssystem/krankenversicherung/versorgungsforschung/VersorgungsforschungBegriffsbestimmungGegenstandundAufgaben.pdf](http://www.gesundheitspolitik.org/01_gesundheitssystem/krankenversicherung/versorgungsforschung/VersorgungsforschungBegriffsbestimmungGegenstandundAufgaben.pdf) [1.12.2012]
- [15] Neugebauer, E.A.M., Pfaff, H., Schrappe, M. & Glaeske, G. (2008). Versorgungsforschung- Konzept, Methoden und Herausforderungen. *Prävention und Versorgungsforschung*, 81-94.
- [16] Mayrhofer, R. (2011). Alter Wein in neuen Schläuchen? *Österreichische Ärztezeitung* (5), Verfügbar unter: <http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2011/oeaez-5-10032011/versorgungsforschung.html> [1.12.2012]
- [17] Busse, R. (2007). *Perspektiven der modernen Versorgungsforschung* (Technische Universität Berlin, FG Management im Gesundheitswesen Hrsg.). Berlin. Verfügbar unter: [http://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2007.lectures/2007.01.13.rb\\_berlin.pdf](http://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2007.lectures/2007.01.13.rb_berlin.pdf) [1.12.2012]
- [18] Kärntner Gebietskrankenkasse. (2011). Leitlinienkonformität der Initialtherapie mit oralen Antidiabetika in Österreich. *Ökonomie & Praxis: Medikamente, Fakten, Kosten, Trends*, 22 (77), 1-2.
- [19] Kemm, J. (2006). Health impact assessment and Health in All Policies. In T. Stahl, M. Ollila, E. Lahtinen & K. Leppo (Hrsg.). *Health in All Policies: Prospects and potentials* (S. 189-208), Finland.
- [20] Wismar, M. & Ernst, K. (2010) Health in All Policies in Europe. In Department of Health, Government of South Australia (Hrsg.). *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010* (S. 53-64). South Australia.
- [21] Quigley, R. (2010). Role of Health Impact Assessment in Health in All Policies. In Department of Health, Government of South Australia (Hrsg.). *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010* (S. 101-110). South Australia.

[22] Sprenger, M. (2005). Health Impact Assessment. *Österreichische Krankenhauszeitung (ÖKZ)*, 46 (09), 18-21.

[23] Mayer, S. (2011). *Health in All Policies – Gesundheit in allen Politikfeldern*. Masterarbeit, Medizinische Universität Graz. Graz.

[24] Gesundheit Österreich GmbH. (2012). *Gesundheitsfolgenabschätzung: Nationale Beispiele von Gesundheitsfolgenabschätzung sowie Aktivitäten zur Gesundheitsfolgenabschätzung*. Wien. Verfügbar unter: <http://gfa.goeg.at/Examples/National> [1.12.2012]

[26] Wild, C. (2006). "Health Technology Assessment": Kritische Wissenschaftsmethode zur Evaluation der Wirksamkeit medizinischer Interventionen. *Der Anaesthetist*, 55 (5). 568-577.

[27] Bundesministerium für Gesundheit. (2012). *Health Technology Assessment: Bewertung medizinischer Technologien im Gesundheitswesen*. Wien. Verfügbar unter: [http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Medizin/Health\\_Technology\\_Assessment/](http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Medizin/Health_Technology_Assessment/) [1.12.2012]

[28] Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen. (2009). *Nationale HTA-Strategie Version 1.0, 2009*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Nationale\\_HTA-Strategie.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Nationale_HTA-Strategie.pdf) [1.12.2012]

29 Gesundheit Österreich GmbH. (2012). *Qualität und Wirtschaftlichkeit/ Health Technology Assessment*. Wien. Verfügbar unter: <http://www.goeg.at/de/QWi> [1.12.2012]

[30] Statistik Austria. (2012). *Statistik der Straßenverkehrsunfälle 2011*. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/verkehr/strasse/unfaelle\\_mit\\_personenschaeden/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/verkehr/strasse/unfaelle_mit_personenschaeden/index.html) [15.1.2013]

Das folgende Kapitel zum Thema „Gesundheitsökonomische Abschätzung“ wurde vom Institut für Pharmaökonomische Forschung unter der Leitung von Dr. <sup>in</sup> Evelyn Walter verfasst. Aufgrund dessen liegt für das folgende Kapitel auch ein eigenes Literaturverzeichnis vor.

## 8.6 Gesundheitsökonomische Abschätzung

Prävention und Gesundheitsförderung nehmen in der Gesundheitspolitik einen immer höheren Stellenwert ein.

Der Nachweis von Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen ist eine Grundvoraussetzung

für die politische und gesellschaftliche Akzeptanz dieser sowie deren nachhaltiger Wirkung. In Zeiten der Ressourcenknappheit spielt die wirtschaftliche Mittelverwendung eine immer wichtigere Rolle. Auf der einen Seite ist die Wirksamkeit im Rahmen von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen für viele Strategien bekannt und nachgewiesen (z.B. Tabakprävention, Alkoholprävention, Impfungen gegen Infektionskrankheiten etc.), auf der anderen Seite kann in vielen Fällen nur schwer eine Aussage über die Effizienz der Umsetzung getätigt werden, da Kosten heute anfallen und die (unsicheren) Erträge vielfach erst in der Zukunft liegen.

In Bezug auf die Überprüfung dieser Ansätze weist Österreich im Vergleich zu den USA und England ein Defizit auf. Zwar wurde in den vergangenen Jahren eine Reihe von gesundheitsökonomischen Studien durchgeführt, welche die Wirtschaftlichkeit von Interventionen, jedoch nicht speziell von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen beurteilen. Diese Studien konzentrieren sich primär auf das Einsparungspotenzial von Krankheitskosten, die Ermittlung von gewonnenen Lebensjahren und die Messungen des Einflusses auf die Lebensqualität (Ermittlung von gewonnenen QALYs bzw. DALYs<sup>2</sup>).

Es fehlt jedoch eine breite und systematische Beurteilung der Kostenwirksamkeit unterschiedlicher Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien sowie deren Auswirkungen auf das Gesundheitswesen. Die gesundheitsökonomische Abschätzung beschreitet Neuland in der ökonomischen Evaluation von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung. Während sich die Methoden zur ökonomischen Evaluation von medizinischen Behandlungen und Programmen (wie Arzneimitteltherapien oder medizinischen Prozeduren) weitgehend etabliert haben, sind Evaluationen von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen mit besonderen Schwierigkeiten behaftet. So ist z.B. die in der klinischen Forschung eingesetzte Methode der randomisierten kontrollierten Studie nur selten für die Untersuchung von Interventionen im Gemeinwesen geeignet, was den Nachweis eines direkten Zusammenhangs zwischen einer Intervention und ihrer Wirkung erschwert [2].

### *8.6.1 Zielsetzung und Fragestellung*

Ziel der gesundheitsökonomischen Abschätzung ist es, die Kosten-Wirksamkeit von ausgewählten Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu untersuchen. Die konkreten Maßnahmen wurden in einer Fokusgruppe erarbeitet (s. Kapitel 10).

Die gesundheitsökonomische Abschätzung soll für die ausgewählten Maßnahmen aufzeigen, welches Kosteneffektivitätsverhältnis diese aufweisen, d.h. mit welchen Kosten sie verbunden sind und welche Wirksamkeit sie erzielen. Zur Berechnung des Kosteneffektivitätsverhältnisses der gewählten Maßnahmen werden konkret folgende Arbeitsschritte durchgeführt:

---

<sup>2</sup> QALY = Quality adjusted life year; DALY = Disability adjusted life year

1. Schätzung der Kosten der Maßnahmen.
2. Schätzung des Nutzens der Maßnahmen. Dieser Nutzen entspricht den Kosten der medizinischen Versorgung und dem reduzierten menschlichen Leid, zu dem es ohne Gesundheitsförderung und Prävention gekommen wäre. Der Nutzen entsteht daher für die Personengruppe, die es beispielsweise geschafft hat, aufgrund der Gesundheitsförderungsmaßnahmen das Verhalten zu ändern. Dieser Teil der Berechnung stützt sich auf eine Schätzung der aufgrund der Gesundheitsförderung und Prävention vermiedenen Krankheitsfälle, der gewonnenen Lebensjahre und der Krankheitskosten, die durch die Maßnahme reduziert werden können.
3. Vergleich von Kosten und Nutzen der Maßnahmen sowie Ermittlung des Kosteneffektivitätsverhältnisses. Die Verhältniszahl zeigt, wie viele Euros an Krankheitskosten auf jeden in die Gesundheitsförderung bzw. Prävention investierten Euro gewonnen werden sowie den zusätzlichen monetären (volkswirtschaftlichen) Nutzen, welcher durch die Anzahl der vermiedenen Todesfälle erzielt werden kann.

Die Analyse schafft damit eine Grundlage für die Diskussion über die volkswirtschaftliche Bedeutung der ausgewählten Maßnahmen und sollte folgende Fragestellungen beantworten [3]:

- Welches Kosteneffektivitätsverhältnis weisen die ausgewählten Maßnahmen auf?
- Inwieweit wäre in den ausgewählten Bereichen eine verstärkte Gesundheitsförderung bzw. Prävention in Österreich volkswirtschaftlich zweckmäßig?
- Welche (qualitativen) volkswirtschaftlichen Auswirkungen sind aufgrund verstärkter Gesundheitsförderungsanstrengungen zu erwarten?

### *8.6.2 Ökonomische Bewertung von Maßnahmen*

Im Bereich der evaluativen Gesundheitsökonomie haben sich in der Vergangenheit mehrere Ansätze der Wirtschaftlichkeitsanalysen entwickelt und durchgesetzt [4-8]. Dabei muss in erster Linie zwischen vergleichenden Analysen – wie der Kosten-Effektivitäts-Analyse oder der Kosten-Nutzwert-Analyse – und nicht vergleichenden Analysen – wie der Krankheitskosten-Analyse – unterschieden werden. Abbildung 95 gibt einen Überblick über diese unterschiedlichen Analysemethoden.

**Kosten (Inputs) + Effektivitäten (Outputs) werden betrachtet**

Vergleich mit mehreren Alternativen	<b>NEIN</b>	<b>NEIN</b>		<b>JA</b>	
		Partiale Evaluation		Partiale Evaluation	
		betrachtet nur Effektivitäten	betrachtet nur Kosten	<b>Kosten-Konsequenzen-Beschreibung</b>	
		<b>Effektivitäten-Beschreibung</b>	<b>Kosten-Beschreibung</b>		
	<b>JA</b>	Partiale Evaluation		Volle Evaluation	
		betrachtet nur Effektivitäten	betrachtet nur Kosten	<b>Kosten-Effektivitäts-Analyse Kosten-Nutzen-Analyse Kosten-Nutzwert-Analyse Kosten-Minimierungs-Analyse</b>	
		<b>Effektivitäts-Analyse</b>	<b>Kosten-Analyse</b>		

**Abbildung 95: Analysemethoden, Quelle: Drummond [9]**

Vergleichende volle gesundheitsökonomische Evaluationen untersuchen immer sowohl die Kosten als auch die Konsequenzen alternativer Maßnahmen und lassen sich nach Art der Gegenüberstellung der Kosten und Konsequenzen klassifizieren. Man unterscheidet zwischen der Kosten-Minimierungs-Analyse (Cost-Minimisation-Analysis, CMA), der Kosten-Effektivitäts-Analyse (Cost-Effectiveness-Analysis, CEA), der Kosten-Nutzwert-Analyse (Cost-Utility-Analysis, CUA) und der Kosten-Nutzen-Analyse (Cost-Benefit-Analysis, CBA). Der Unterschied der vier genannten Analysen liegt in der Bewertung des Outcomes. Je nach Analyseart variiert die Bewertung des Outcomes von Nicht-Bewertung (Kosten-Minimierungs-Analyse) über Bewertung in nicht-monetären, naturalistischen Einheiten (Kosten-Nutzwert-Analyse, Kosten-Effektivitäts-Analyse, z.B. Kosten pro ACR50-Responder) bis hin zur monetären Bewertung (Kosten-Nutzen-Analyse) [8].

### **Kosten-Effektivitäts-Analyse**

Die Kosten-Effektivitäts-Analyse ist eine ökonomische Untersuchung, in welcher die Kosten in monetären Einheiten und die Wirksamkeit in nicht-monetären Einheiten ausgedrückt werden. Nicht-monetäre Einheiten, in denen die Wirksamkeit gemessen wird, können beispielsweise gewonnene Lebensjahre, verhinderte Spitalstage oder klinische Parameter (z.B. Reduktion des Blutzucker- oder Blutdruckwertes) sein. Die Kosten-Effektivitäts-Analyse beantwortet die Frage:

*Welche Kosten fallen pro Einheit eines klinischen oder ökonomischen Parameters an, mit dem die Wirksamkeit einer medizinischen Intervention gemessen wird?*

Im Allgemeinen gilt, dass eine Maßnahme mit niedrigeren Kosten und höherer Wirksamkeit als dominante Alternative akzeptiert wird.

### **Kosten-Minimierungs-Analyse**

Die Kosten-Minimierungs-Analyse ist eine Sonderform der Kosten-Effektivitäts-Analyse, in welcher unterschiedliche Maßnahmen mit gleicher Wirksamkeit anhand der Nettokosten verglichen werden, um die kostengünstigste Alternative zu ermitteln. Die Wirksamkeitsgleichheit der Vergleichsalternativen muss transparent und nachvollziehbar dargelegt werden.

Die Kosten-Minimierungs-Analyse beantwortet die Frage:

*Welche Kosten fallen für jede therapeutische Alternative an?*

### **Kosten-Nutzwert-Analyse**

Die Kosten-Nutzwert-Analyse folgt dem Prinzip der Kosten-Effektivitäts-Analyse. Kosten werden in monetären Einheiten bewertet, der Nutzen wird als nicht-monetärer aber nutzenadjustierter Outcome, dem qualitätsadjustierten Lebensjahr (QALY), gemessen. Das Konzept kombiniert Lebenserwartung und Lebensqualität. Ist die Lebensqualität ein wichtiger Aspekt der Therapie, ist diese Analyseform zu wählen. Die Kosten-Nutzwert-Analyse beantwortet die Frage:

*Welche Kosten fallen bezogen auf qualitativ vergleichbare Therapieergebnisse an?*

Die Vergleichbarkeit bezieht sich auf die Lebensqualität und -quantität.

### **Kosten-Nutzen-Analyse**

Die Kosten-Nutzen-Analyse bewertet alle, auch die gesundheitlichen Effekte in Geldeinheiten. Der Nachteil der Kosten-Nutzen-Analyse ist, dass eine monetäre Bewertung klinischer Ergebnisse stattfinden muss, welche allerdings methodisch nur schwierig durchzuführen ist. Aufgrund dieser methodischen Schwierigkeiten wird von der Analysemethode nur selten Gebrauch gemacht. Die Kosten-Nutzen-Analyse beantwortet die Frage:

*Übersteigen die Kosten den Nutzen oder umgekehrt?*

### **Krankheitskosten-Analyse**

Die Krankheitskosten-Analyse ist keine vergleichende volle ökonomische Evaluation, da sie keine unterschiedlichen Maßnahmen hinsichtlich ihrer Kosten und Konsequenzen vergleicht. Sie ist eine ökonomische Untersuchung zur Ermittlung der Auswirkungen einer Erkrankung unter Berücksichtigung aller Kosten, während die daraus resultierenden Konsequenzen unbeachtet bleiben. Ziel ist es, alle Kosten zu ermitteln, die in einer Volkswirtschaft durch eine bestimmte Krankheit entstehen (ökonomische Krankheitslast). Dazu zählen sowohl direkte medizinische als auch direkte nicht-medizinische und indirekte Kosten, wie der Produktionsausfall.

Mit der Krankheitskosten-Analyse sollen die volkswirtschaftliche Bedeutung einzelner Krankheiten und die Größenordnungen einzelner Kostenarten evaluiert werden.



### **8.6.2.1 Kosten von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen**

In der Gesundheitsökonomie werden Kosten im volkswirtschaftlichen Sinne definiert und somit als bewerteter Ressourcenverbrauch verstanden. Die Kosten werden grundsätzlich in drei verschiedene Gruppen unterteilt: direkte, indirekte und intangible Kosten [6, 8, 10-12]:

#### **Direkte Kosten**

Die direkten Kosten umfassen alle Ressourcenverbräuche, die sich durch die Gesundheitsförderungs- oder Präventionsmaßnahme ergeben und dieser direkt zurechenbar sind. Die direkten Kosten setzen sich aus direkten medizinischen und direkten nicht-medizinischen Kosten zusammen. Direkte medizinische Kosten entstehen unmittelbar durch die Maßnahme bzw. Behandlung (z.B. Kosten für die Information). Direkte nicht-medizinische Kosten entstehen durch die Folgen der Maßnahme oder Behandlung (z.B. administrative Kosten etc.).

#### **Indirekte Kosten**

Die indirekten Kosten, auch volkswirtschaftliche Kosten genannt, werden oft definiert als alle Ressourcenverbräuche, die mittelbar durch die Maßnahme bzw. Erkrankung verursacht werden. Dazu zählen z.B. der krankheitsbedingte Arbeitsausfall, der vorzeitige Tod sowie der Zeitaufwand der Angehörigen. Auch die Minderung der Produktivität am Arbeitsplatz aufgrund einer Erkrankung ohne Inanspruchnahme von Krankenstandstagen zählt zu dieser Kostenart (=Presenteeism).

#### **Intangible Kosten**

Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen sowie Krankenbehandlungen verursachen intangible Kosten, wenn körperliche, mentale oder soziale Funktionen der PatientInnen beeinträchtigt werden. Dazu zählen z.B. Effekte wie Schmerzen, Depressionen, Einschränkungen der Mobilität oder Nutzenverluste (z.B. Verzicht auf Alkohol oder fette Speisen). Die Bewertung der intangiblen Kosten von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen ist methodisch schwierig. Dazu kann der Willingness-to-pay-Ansatz<sup>3</sup> herangezogen werden. Systematisch gesehen entspricht dies einer Erfassung des subjektiv empfundenen Nutzens.

### **8.6.2.2 Nutzen von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen**

Der Nutzen von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen kann folgendermaßen dargestellt werden:

- durch die Vermeidung von Krankheitskosten, wobei es sich hierbei um direkte, indirekte und intangible Kosten handeln kann
- durch die Ermittlung der vermiedenen Krankheitsfälle

---

<sup>3</sup> Befragung der individuellen Zahlungsbereitschaft

- durch die Ermittlung gewonnener Lebensjahre als Langzeitoutcome (um gewonnene Lebensjahre zu ermitteln, ist es notwendig, einen längeren Analysezeithorizont zu wählen)
- durch die monetäre Bewertung der positiven Auswirkungen einer Maßnahme mit Hilfe der individuellen Zahlungsbereitschaft
- durch gewonnene QALYs  
Das sogenannte QALY-Konzept versucht, den Nutzen einer Gesundheitsmaßnahme anhand eindeutig messbarer Faktoren zu analysieren. Ziel ist es, die Lebensqualität und die Lebensdauer in einer Kennzahl auszudrücken, d.h. Mortalität und Morbidität zu fusionieren. Somit werden Änderungen der Lebensqualität mit Änderungen der Lebensdauer in Verbindung gebracht [10]. Jedem denkbaren Gesundheitszustand wird ein Wert zwischen 0 und 1 zugeordnet, wobei 1 die bestmögliche Gesundheit darstellt und 0 den Tod. Die QALYs ergeben sich aus der Multiplikation dieses Lebensqualitätswertes für jedes Jahr mit der Anzahl der Lebensjahre [13].
- durch gewonnene DALYs  
Die Beeinträchtigung der Gesundheit, also des beschwerdefreien Lebens, sowie die Sterblichkeit, welche durch eine Krankheit verursacht wird, werden mittels DALYs erfasst. Im Zuge der von der WHO durchgeführten Global Burden of Disease Studie wurde als Maß für die Lebensqualität ein negativer Behinderungsindex, der DALY, entwickelt. Nimmt dieser Index einen hohen Wert an, so weist dies auf eine niedrige Lebensqualität hin. Ein DALY kann als ein verlorenes Lebensjahr in optimalem Gesundheitszustand bezeichnet werden.

Im Folgenden werden die beschriebenen theoretischen Grundlagen erstmalig im Rahmen einer Gesundheitsberichterstattung auf konkrete Maßnahmenempfehlungen angewendet. Die Maßnahmenempfehlungen wurden in einer Fokusgruppe entwickelt und sind in Kapitel 10 beschrieben. Sie beziehen sich auf die Steigerung der FußgängerInnenmobilität, die Verbesserung der Gemeinschaftsverpflegung sowie die Initiierung von Nachbarschaftshilfen. Ziel der gesundheitsökonomischen Abschätzung dieser Maßnahmen ist das Aufzeigen von Kosten und Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen.

### *8.6.3 Maßnahme 1: FußgängerInnenmobilität*

Die positiven Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf die Gesundheit sind inzwischen gut dokumentiert. Ein körperlich aktiver Lebensstil steht in Zusammenhang mit verringerter Gesamtsterblichkeit und vermindert das Risiko, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ II, Osteoporose, gewissen psychischen Beschwerden und verschiedenen Krebsarten zu erkranken. Zudem sind aktive Menschen seltener übergewichtig.

In Europa ist mehr als die Hälfte der Bevölkerung nicht ausreichend aktiv [14]. Bewegungsmangel verursacht weltweit 5,5% aller Todesfälle – in den reicheren Ländern sogar 7,7%. Die WHO schätzt Bewegungsmangel weltweit als

viertwichtigste Todesursache ein. Des Weiteren wird mangelnde körperliche Aktivität unter anderem für 27% aller Diabetesfälle und 30% aller ischämischen Herzkrankheiten verantwortlich gemacht [15]. Für Europa schätzt die WHO den Anteil, der durch Bewegungsmangel verursachten Todesfälle noch höher, auf 10% oder fast eine Million pro Jahr. Dies entspricht einem Verlust von 8,3 Millionen Lebensjahren (DALY) jährlich [14].

Nur 47,4% der BurgenländerInnen geben an, mindestens einmal pro Woche durch körperliche Aktivität ins Schwitzen zu kommen (s. Kapitel 5.1.1.1).

Ziel dieses Abschnittes im Gesundheitsbericht ist es, zu evaluieren, wie viele Krankheits- und Todesfälle sowie damit verbundene Krankheitskosten aufgrund von Bewegungsmangel im Burgenland entstehen. Darüber hinaus soll gezeigt werden, dass Bewegungsmaßnahmen insgesamt zu einem positiven Impact in Hinblick auf Krankheits- und Todesfälle sowie Krankheitskosten führen. Der Impact wird für eine Steigerung der aktiven Bevölkerung um 10.000 Personen im Setting Gemeinde bzw. um 5.000 Beschäftigte im Setting Betrieb berechnet.

### **8.6.3.1 Methodische Vorgehensweise**

#### **Methodische Vorgehensweise Setting Gemeinde und Betrieb**

Bei der vorliegenden gesundheitsökonomischen Abschätzung für die Settings Gemeinde und Betrieb handelt es sich um eine Krankheitskostenanalyse. Die methodische Vorgehensweise orientiert sich an Smala et al. (2001), Martin et al. (2001) und Katzmarzyk et al. (2000), welche die Kosten aufgrund der körperlichen Inaktivität für die Schweiz ermittelten [16-18].

Für die gesundheitsökonomische Abschätzung wird der bottom-up Ansatz<sup>4</sup> gewählt. Bei der Analyse wird die gesellschaftliche Perspektive eingenommen, wobei Kosten des Arbeitsausfalls nicht beachtet werden. Die gesundheitsökonomische Abschätzung berücksichtigt medizinische Kosten und Kosten, die im Setting für die jeweilige Umsetzung der bewegungsfördernden Maßnahme entstehen. Alle Aussagen dieser Berechnung sind für den Zeitraum von einem Jahr gültig.

Neben der Krankheitskostenanalyse wird für diese Settings zusätzlich der Impact hinsichtlich der vermiedenen Todesfälle berücksichtigt. Dies erfolgt vor dem Hintergrund, dass körperliche Aktivität das Mortalitätsrisiko reduzieren kann. Von der WHO wurde eigens zu diesem Zweck eine Berechnungsmethode in Form eines Kalkulators entwickelt. Dieser ermöglicht es, das Einsparungspotenzial in Form des ökonomischen Nutzens von regelmäßigem Radfahren und Gehen abzubilden. Der ökonomische Nutzen wird anhand der Reduktion der Sterblichkeit gemessen. Der reduzierten Sterblichkeit wird ein monetärer Wert, der Wert eines statistischen Lebens, zugeordnet. Diese Art der Berechnung folgt dem Ansatz der individuellen Zahlungsbereitschaft. Die relativen Risiken stammen aus Bevölkerungsstudien. Ziel der Berechnung ist es, die Veränderung des Sterberisikos zu beschreiben, wenn x

---

<sup>4</sup> Die Kosten der einzelnen Krankheitsverläufe werden auf die Gesamtpopulation der Erkrankten hochgerechnet, d.h. man rechnet mit „typischen DurchschnittspatientInnen“.

Personen eine Distanz von  $y$  zurücklegen. Das Analysetool<sup>5</sup> wurde nach Evidence-Based-Medicine-Kriterien entwickelt und basiert auf Literaturrecherchen und ExpertInnenkonsens [19]. Die Berechnung des zusätzlichen monetären Nutzens aufgrund der reduzierten Sterblichkeit, welcher durch die Maßnahme erzielt werden kann, wurde mit diesem Analysetool durchgeführt.

### Methodische Vorgehensweise Setting Schule

Die Mehrheit der ökonomischen Analysen wird innerhalb der erwachsenen Bevölkerung durchgeführt. Der Grund dafür liegt darin, dass die am häufigsten verwendeten Krankheitsendpunkte wie z.B. koronare Herzerkrankung oder Diabetes in der Altersgruppe der Kinder kaum auftreten. Folglich sind kaum valide Daten für Kinder vorhanden [19]. Deshalb ist es schwierig, Aussagen über den Impact von Bewegungsmaßnahmen auf Krankheits- und Todesfälle bei Kindern zu treffen.

Es kann jedoch auf Erfahrungswerte des Projektes „Schoolwalker“, welches im Rahmen des Modellprojektes „Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart“ durchgeführt wurde, zurückgegriffen werden. Dabei liegen Daten zum Bewegungsverhalten und zur CO<sub>2</sub>-Reduktion vor. Der Impact wird deshalb anhand der möglichen CO<sub>2</sub>-Reduktion berechnet. Eine detaillierte Darstellung des Projektes „Schoolwalker“ erfolgt in Kapitel 10.1.

#### 8.6.3.2 Zielpopulation

Die bewegungsfördernde Maßnahme soll in den Settings Gemeinde und Betrieb in der erwachsenen Bevölkerung (ab 18 Jahren) bzw. bei unselbstständig Beschäftigten in burgenländischen Produktions- und Dienstleistungsunternehmen umgesetzt werden. Die Ermittlung der Anzahl an Betrieben und unselbstständig Beschäftigten erfolgt in Form der Österreichischen Systematik der Wirtschaftstätigkeiten (ÖNACE) 2008 B-N Klassifizierung (s. Tabelle 16).

Setting	n	erwachsene Bevölkerung	aktive Bevölkerung	inaktive Bevölkerung
Gemeinde	171	238.468	113.034	125.434
Betrieb	9.007	49.922	23.663	26.259

**Tabelle 16: Grundgesamtheit der Settings Gemeinde und Betrieb nach aktiven und inaktiven Personen im Jahr 2011, Stand: 2012, Quellen: Amt der burgenländischen Landesregierung [20] & Statistik Austria [21], Eigene Erstellung und z.T. eigene Berechnungen**

Ziel der Maßnahme ist es, die FußgängerInnenmobilität zu erhöhen. Im Rahmen des Modellprojektes „Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart“ wurde bereits eine Schrittzählerinitiative unter dem Titel „3.000 Schritte mehr“ durchgeführt. Eine detaillierte Beschreibung dieser Maßnahme findet sich in Kapitel 10.1.

Im Folgenden wird, separat für die Settings Gemeinde und Betrieb, anhand einer Krankheitskostenanalyse das generelle Einsparungspotenzial von körperlicher

<sup>5</sup> für eine detaillierte Beschreibung der Funktionsweise des Analysetools siehe: WHO. (2011). *Health economic assessment tools (HEAT) for walking and for cycling*.

Aktivität in Hinblick auf das Morbiditätsrisiko dargestellt. Anschließend wird mithilfe des Analysetools „Health Economic Assessment Tool“ (HEAT) der Impact der FußgängerInnenmobilisierung auf die Sterblichkeit abgebildet. Dabei werden Erfahrungswerte der Schrittzählerinitiative als Beispiel für die Berechnung herangezogen.

Im Setting Schule (Volksschule) sollen ebenfalls Maßnahmen zur Erhöhung der FußgängerInnenmobilität umgesetzt werden, um u.a. die Motivation zu mehr Bewegung zu erhöhen. In Tabelle 17 ist die Anzahl an Volksschulen, Klassen und SchülerInnen im Burgenland dargestellt.

Setting	n	Klassen	SchülerInnen
Volksschule	183	625	10.237

**Tabelle 17: Grundgesamtheit Setting Schule, Stand: 2012, Quelle: Amt der burgenländischen Landesregierung [22], Eigene Erstellung**

Vor diesem Hintergrund wurde bereits die Intervention „Schoolwalker“ im Rahmen des Modellprojektes durchgeführt (s. Kapitel 10.1).

### 8.6.3.3 Erkrankungen

Die gesundheitsökonomische Abschätzung für die Settings Gemeinde und Betrieb (Maßnahme FußgängerInnenmobilität) berücksichtigt folgende Morbiditäten als Folge des Bewegungsmangels: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ II, Kolonkarzinom, Osteoporose, Brustkrebs, Depression, Rückenschmerzen und Hypertonie. Die Auswahl der Erkrankungen geht konform mit den Arbeiten von Smala et al. (2001), Brian et al. (2001) und Katzmarzyk et al. (2000), die aus der internationalen Literatur Krankheiten mit bedeutenden Risiken infolge von körperlicher Inaktivität einschlossen und relative Risiken ableiteten.

Die Prävalenzen der genannten Krankheiten wurden aus der publizierten Literatur entnommen und beziehen sich ausschließlich auf das Burgenland (s. Tabelle 18).

Grundsätzlich muss berücksichtigt werden, dass viele der im Nachfolgenden betrachteten Erkrankungen als Risikofaktoren für das Auftreten zusätzlicher Krankheiten gelten. So sind z.B. Diabetes oder Hypertonie Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten. Insofern können alle epidemiologischen und ökonomischen Kennziffern nur als Näherungswerte an die tatsächlichen Häufigkeiten oder Kosten angesehen werden [16].

Erkrankungen	Prävalenz	Prävalenz aktiv	Prävalenz inaktiv	RR Erkrankung	RR Tod
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	2,60%	1,83%	3,37%	1,84	1,43
Diabetes Typ II	6,50%	4,51%	8,49%	1,88	3
Kolonkarzinom	0,03%	0,02%	0,04%	1,90	1,68
Osteoporose	6,40%	4,27%	8,53%	2	-
Brustkrebs	0,04%	0,03%	0,05%	1,39	1
Depression	8,10%	3,90%	12,30%	3,15	-
Rückenschmerzen	22,20%	18,81%	25,59%	1,36	-
Hypertonie	27,30%	22,11%	32,49%	1,47	1

**Tabelle 18: Prävalenz und relatives Risiko (RR) der Folgeerkrankungen und Tod, Basis: Statistik Austria [23], Smala et al. [16] & Martin et al. [17], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Um den Anteil an Erkrankungen zu ermitteln, welcher tatsächlich auf den Bewegungsmangel zurückzuführen ist, d.h. das auf eine Exposition (Inaktivität) zurückgehende Risiko zu ermitteln, wurde folgende Formel für das population-attributable risk (der Population zuzuschreibendes Risiko) herangezogen:

$$[P(RR - 1)] / [1 + P(RR - 1)],$$

P = Prävalenz, RR = relatives Risiko

Daraus ergibt sich, dass 24% der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 27% der Diabetes Typ II-Fälle, 28% der Kolonkarzinom-Fälle, 34% der Osteoporose-Erkrankungen, 5% der Brustkrebs-Fälle, 46% der Depressionen, 4% der Rückenschmerzen und 8% der Hypertonie-Fälle im Burgenland auf Inaktivität zurückzuführen sind.

### 8.6.3.4 Kosten

#### Krankheitskosten

Die Krankheitskosten (KK) wurden aufgrund österreichischer Ressourcenverbräuche für die einzelnen Erkrankungen bottom-up erhoben. Sie wurden mit Kosten, die dem Gesundheitssystem entstehen, verknüpft wie z.B. Tarifen der Gebietskrankenkassen, Kosten der stationären Aufenthalte, Preise für Arzneimittel etc. Alle Krankheitskosten (s. Tabelle 19) repräsentieren Kosten für das Jahr 2012 und sind pro Jahr dargestellt.

Erkrankungen	Krankheitskosten pro Fall in Euro
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	2.276,79
Diabetes Typ II	1.242,63
Kolonkarzinom	53.960,00
Osteoporose	1.623,53
Brustkrebs	14.262,13
Depressionen	3.568,33
Rückenschmerzen	345,00
Hypertonie	1.465,08

**Tabelle 19: Krankheitskosten der Folgeerkrankungen aufgrund von Inaktivität pro Fall und Jahr, Stand: 2012, Basis: IPF Institut für Pharmaökonomische Forschung, Eigene Erstellung und Berechnungen**

## Kosten der Maßnahme

Die Kosten für die Schrittzähleraktion wurden anhand des Ressourcenverbrauchs berechnet und werden pro Einwohner/in (EW) bzw. Beschäftigten/e (BES) dargestellt (s. Tabelle 20).

Maßnahme	Kosten pro EW in Euro	Kosten pro BES in Euro
Schulung	1,34	4,86
Schrittzähler	10,00	10,00
Unterlagen	1,20	1,20
<b>Gesamt</b>	<b>12,54</b>	<b>16,06</b>

**Tabelle 20: Kosten der Maßnahme pro EW bzw. BES, Stand: 2012, Basis: Statistik Austria [24], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Als Basis für die Kosten dient die Annahme, dass keine zusätzlichen Räumlichkeiten im Betrieb nötig sind und in den Gemeinden Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden. Im Schnitt führen ein bis zwei Personen eine Einschulung durch. Für die Schulungsmaßnahme wurde der durchschnittliche Bruttolohn plus Lohnnebenkosten pro Stunde berechnet. Die Gruppengröße pro Einschulung variiert zwischen 20 (in den Gemeinden) und fünf bis sechs (in den Betrieben) Personen. Jeder/e Teilnehmer/in erhält zusätzlich einmalig einen Schrittzähler und Unterlagen.

### 8.6.3.5 Ergebnisse Setting Gemeinde

#### Krankheitskostenanalyse

In den 171 burgenländischen Gemeinden leben 238.468 erwachsene Personen, von denen 52,6% (125.434 Personen) als körperlich inaktiv gelten. In der erwähnten Bevölkerungsgruppe sind insgesamt 176.674 Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ II, Kolonkarzinom, Osteoporose, Brustkrebs, Depressionen, Rückenschmerzen, Hypertonie) prävalent, wobei eine Person auch mehrere Erkrankungen aufweisen kann. 472 Personen versterben jährlich infolge der genannten Erkrankungen. Die Behandlung dieser Erkrankungen kostet dem burgenländischen Gesundheitswesen 249,5 Millionen Euro pro Jahr.

Erkrankungen	Erkrankungen gesamt	Erkrankungen durch Inaktivität (52,6%)*	Erkrankungen durch Inaktivität (-10.000 Personen)**
Herz-Kreislauf- Erkrankungen	6.296	1.531	1.414
Diabetes Typ II	15.747	4.203	3.877
Kolonkarzinom	65	18	17
Osteoporose	15.526	5.352	4.925
Brustkrebs	98	5	5
Depression	19.836	9.042	8.195
Rückenschmerzen	53.360	2.384	2.227
Hypertonie	65.746	5.006	4.662
<b>Gesamt</b>	<b>176.674</b>	<b>27.542</b>	<b>25.321</b>

\*Ist-Zustand (Anteil der Inaktiven an der gesamten burgenländischen Bevölkerung gemäß AT-HIS 2006/07)

\*\*Reduktion der Inaktiven in der gesamten burgenländischen Bevölkerung um 10.000 Personen

**Tabelle 21: Anzahl der Erkrankungen durch Inaktivität pro Jahr, Stand: 2012, Basis: Smala et al. [16] & Martin et al. [17], Eigene Erstellung und Berechnungen**

27.542 Erkrankungsfälle (15,6%) (s. Tabelle 21) und 50 Todesfälle (10,6%) (s. Tabelle 22) sind auf Inaktivität zurückzuführen. Aus den Krankheitsfällen ergeben sich Krankheitskosten in der Höhe von 58,9 Millionen Euro in der inaktiven Gruppe (s. Tabelle 23).

Erkrankungen	Todesfälle gesamt	Todesfälle durch Inaktivität (52,6%)*	Todesfälle durch Inaktivität (-10.000 Personen)**
Herz-Kreislauf- Erkrankungen	292	20	17
Diabetes Typ II	56	19	18
Kolonkarzinom	39	6	6
Brustkrebs	44	2	2
Hypertonie	40	3	3
<b>Gesamt</b>	<b>472</b>	<b>50</b>	<b>46</b>

\*Ist-Zustand (Anteil der Inaktiven an der gesamten burgenländischen Bevölkerung gemäß AT-HIS 2006/07)

\*\*Reduktion der Inaktiven in der gesamten burgenländischen Bevölkerung um 10.000 Personen

**Tabelle 22: Anzahl der Todesfälle durch Inaktivität pro Jahr, Stand: 2012, Eigene Erstellung und Berechnungen**

Gelingt es, durch ein Bewegungsprogramm die Anzahl der Inaktiven um 10.000 Personen zu reduzieren, führt dies zu 2.221 vermiedenen Krankheitsfällen pro Jahr (s. Tabelle 21). Eine Reduktion der inaktiven Bevölkerung um 10.000 Personen führt weiteres zu vier reduzierten Todesfällen aufgrund der angegebenen Krankheiten (s. Tabelle 22).



Erkrankungen	KK gesamt	KK durch Inaktivität (52,6%)*	KK durch Inaktivität (-10.000 Personen)**
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	14.333.624	3.486.148	3.218.280,99
Diabetes Typ II	19.567.327	5.223.097	4.817.836,56
Kolonkarzinom	3.530.356	985.677	908.835,56
Osteoporose	25.207.731	8.688.904	7.996.197,23
Brustkrebs	1.399.408	73.368	68.484,25
Depressionen	70.782.384	32.266.516	29.241.313,47
Rückenschmerzen	18.408.927	822.365	768.310,78
Hypertonie	96.323.108	7.334.279	6.830.612,26
<b>Gesamt</b>	<b>249.552.867</b>	<b>58.880.353</b>	<b>53.849.871,09</b>

\*Ist-Zustand (Anteil der Inaktiven an der gesamten burgenländischen Bevölkerung gemäß AT-HIS 2006/07)

\*\*Reduktion der Inaktiven in der gesamten burgenländischen Bevölkerung um 10.000 Personen

### **Tabelle 23: Krankheitskosten durch Inaktivität pro Jahr, Stand: 2012, Eigene Erstellung und Berechnungen**

Eine Reduktion der inaktiven Bevölkerung um 10.000 Personen führt zu einer Reduktion der Krankheitskosten um 6,4 Millionen Euro, wobei 5,03 Millionen Euro direkt auf die erhöhte Bewegung zurückzuführen sind (s. Tabelle 23).

### **Gesundheitseffekte durch Gehen im Setting Gemeinde**

Die Ergebnisse der Krankheitskostenanalyse haben gezeigt, dass mithilfe von Maßnahmen, welche eine Erhöhung der körperlichen Aktivität zum Ziel haben, Krankheitskosten in Form von Krankheits- und Todesfällen der ausgewiesenen Krankheiten reduziert werden können.

Im nächsten Schritt werden mithilfe eines konkreten Beispiels Schätzungen zum durchschnittlichen jährlichen Nutzen von Bewegungsmaßnahmen basierend auf der Berechnung mit HEAT vorgenommen. Der Nutzen, welcher mithilfe dieses Tools errechnet wird, basiert auf den insgesamt verhinderten Todesfällen<sup>6</sup>. Diese werden anhand des Wertes eines statistischen Menschenlebens (1,6 Millionen Euro<sup>7</sup>) definiert. Zunächst werden die durchschnittlichen Schritte pro Person und Tag eingegeben (Ist-Zustandsphase). Danach wird die Personenanzahl, welche von der Maßnahme profitiert, definiert. Dasselbe erfolgt mit den Ergebnissen nach einer Intervention (Umsetzungsphase). Nach Eingabe der Mortalitätsrate (431,6 pro 100.000 EinwohnerInnen für das Burgenland), fließen der Wert des statistischen Lebens sowie die Zeitperiode, in welcher der Effekt der Maßnahme tatsächlich aufrechterhalten werden kann, in die Berechnung ein.

Als Grundlage für die Nutzenabschätzung dienen die Ergebnisse der Initiative „3.000 Schritte mehr“ des Modell-Projektes im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich

<sup>6</sup> Dieser Ansatz berücksichtigt die gesamten Todesfälle. Die Todesfälle werden mithilfe eines statistischen Wertes für ein Leben (1,6 Millionen Euro) bewertet. Die reduzierten Todesfälle in Tabelle 22 „Anzahl der Todesfälle durch Inaktivität pro Jahr“ beziehen sich auf die Todesfälle der ausgewählten Krankheiten und werden nicht mit Geldeinheiten bewertet.

<sup>7</sup> basierend auf den Ergebnissen der UNITE Studie [25]

„Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart“. Eine Erhebung während der Ist-Zustandsphase zeigte, dass die TeilnehmerInnen im Durchschnitt rund 7.500 Schritte pro Tag gehen. Nach Erhebung des Ist-Zustandes wurden die TeilnehmerInnen dazu aufgefordert, ihren Alltag bewusst bewegungsaktiver zu gestalten.

Szenario	Personen	Schritte	Risikoverminderung (%)	Zusätzlich verhinderte Todesfälle
Reduktion der inaktiven Bevölkerung um 10 Prozentpunkte	10.000	+ 3.000	11	5

**Tabelle 24: Durchschnittliche Auswirkungen der Veränderungen durch die Initiative „3.000 Schritte mehr“ im Setting Gemeinde pro Jahr, Stand: 2012, Basis: Statistik Austria [21] & WHO [25], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Die Ergebnisse von Tabelle 24 basieren einerseits auf der Annahme, dass die Anzahl der inaktiven Bevölkerung durch die Initiative um 10.000 Personen reduziert wird und andererseits auf der Annahme, dass ein optimales Ergebnis im Sinne einer täglichen Steigerung der Schritte um 3.000 pro Person erzielt werden kann. Die Berechnung basiert auf einem Beobachtungszeitraum von fünf Jahren und zeigt, dass das durchschnittliche Mortalitätsrisiko der Zielgruppe um 11% sinkt, während zusätzlich fünf Todesfälle verhindert werden können.

Szenario – Reduktion der inaktiven Bevölkerung (-10.000 Personen)	15%* der GemeindebewohnerInnen	20%* der GemeindebewohnerInnen	25%* der GemeindebewohnerInnen
Zusätzlich aktive Personen	10.000		
Anzahl der notwendigen Gemeinden	48	36	29
Kosten (Euro)	125.360		
Nutzen (Euro)	3.462.000**		
Zusätzlicher monetärer Nutzen (Differenz aus Kosten und Nutzen)	3.336.640		
Verhältnis Kosten/Nutzen	1:27,62		

\*Anteil der GemeindebewohnerInnen, welche an der Maßnahme teilnehmen

\*\*diskontiert mit 3%

**Tabelle 25: Ergebnisse der Szenarioanalyse – Durchschnittliches Kosten-/Nutzenverhältnis der Reduktion der inaktiven Bevölkerung (-10.000 Personen) im Setting Gemeinde pro Jahr, Stand: 2012, Basis: WHO [25], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Eine Reduktion der inaktiven Gesamtbevölkerung um 10.000 Personen bedeutet, dass Interventionsmaßnahmen Kosten in der Höhe von 125.360 Euro verursachen, welche auf Einschulungskosten zurückzuführen sind. Die Ergebnisse der Analyse zeigen, dass das Kosten-/Nutzenverhältnis bei 1:27,62 liegt und ein zusätzlicher monetärer Nutzen von rund drei Millionen Euro durch die Reduktion der Sterblichkeit erzielt werden kann (s. Tabelle 25).

Als Indikator für die Erfolgsmessung wurde die Anzahl der Gemeinden, in denen die Schrittzähleraktion durchgeführt wurde, durch die Fokusgruppe definiert. Als plakatives Beispiel wurde in diesem Szenario die Reduktion der inaktiven Bevölkerung im Burgenland um 10.000 Personen gewählt. Dies bedeutet, dass die

Initiative in 48, 36 bzw. 29 Gemeinden durchgeführt werden muss, um dieses Ziel zu erreichen. Die Anzahl der Gemeinden ist dabei abhängig vom Mobilisierungsgrad der Bevölkerung (Annahmen: 15%, 20% oder 25% der GemeindebewohnerInnen). Die Anzahl der notwendigen Gemeinden steigt mit Abnahme des Mobilisierungsgrades (29 Gemeinden bei einem 25%-igen Mobilisierungsgrad, 36 Gemeinden bei einem 20%-igen Mobilisierungsgrad; 48 Gemeinden bei einem 15%-igen Mobilisierungsgrad pro Gemeinde).

### 8.6.3.6 Ergebnisse Setting Betrieb

In den 9.007 burgenländischen Betrieben sind 49.922 unselbstständig beschäftigt, von denen 52,6% (26.259 Personen) als inaktiv gelten. Die 49.922 Beschäftigten weisen 36.986 Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ II, Kolonkarzinom, Osteoporose, Brustkrebs, Depressionen, Rückenschmerzen, Hypertonie) auf, wobei eine Person an mehr als einer Krankheit leiden kann. 99 Angestellte versterben infolge der genannten Erkrankungen. Die Behandlung dieser Erkrankungen kostet dem burgenländischen Gesundheitswesen 52,2 Millionen Euro.

Erkrankungen	Erkrankungen gesamt	Erkrankungen durch Inaktivität (52,6%)*	Erkrankungen durch Inaktivität (-5.000 Personen)**
Herz-Kreislauf- Erkrankungen	1.318	321	262
Diabetes Typ II	3.296	880	716
Kolonkarzinom	14	4	3
Osteoporose	3.250	1.120	907
Brustkrebs	21	1	1
Depressionen	4.153	1.893	1.474
Rückenschmerzen	11.171	499	419
Hypertonie	13.764	1.048	874
<b>Gesamt</b>	<b>36.986</b>	<b>5.766</b>	<b>4.657</b>

\*Ist-Zustand (Anteil der Inaktiven an der gesamten burgenländischen Bevölkerung gemäß AT-HIS 2006/07)

\*\*Reduktion der Inaktiven in der gesamten burgenländischen Bevölkerung um 5.000 Personen

**Tabelle 26: Anzahl der Erkrankungen durch Inaktivität pro Jahr, Stand: 2012, Basis: Smala et al. [16] & Martin et al. [17], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Im Setting Betrieb sind 5.766 Erkrankungsfälle (15,6%) (s. Tabelle 26) und zehn Todesfälle (10,1%) (s. Tabelle 27) auf Inaktivität zurückzuführen. Aus den Krankheitsfällen ergeben sich Krankheitskosten in der Höhe von 12,3 Millionen Euro (s. Tabelle 28).

Erkrankungen	Todesfälle gesamt	Todesfälle durch Inaktivität (52,6%)*	Todesfälle durch Inaktivität (-5.000 Personen)**
Herz-Kreislauf- Erkrankungen	61	4	3
Diabetes Typ II	12	4	3
Kolonkarzinom	8	1	1
Brustkrebs	9	0	0
Hypertonie	8	1	1
<b>Gesamt</b>	<b>99</b>	<b>10</b>	<b>8</b>

\*Ist-Zustand (Anteil der Inaktiven an der gesamten burgenländischen Bevölkerung gemäß AT-HIS 2006/07)

\*\*Reduktion der Inaktiven in der gesamten burgenländischen Bevölkerung um 5.000 Personen

**Tabelle 27: Anzahl der Todesfälle durch Inaktivität pro Jahr, Stand: 2012, Eigene Erstellung und Berechnungen**

Lässt sich durch ein Bewegungsprogramm in den Betrieben die Anzahl der inaktiven Angestellten um 5.000 Beschäftigte reduzieren, führt dies zu 1.109 reduzierten Krankheitsfällen pro Jahr (s. Tabelle 26). Eine Reduktion der inaktiven Bevölkerung um 5.000 Beschäftigte führt zu zwei reduzierten Todesfällen aufgrund der angeführten Krankheiten (s. Tabelle 27).

Erkrankungen	KK gesamt	KK durch Inaktivität (52,6%)*	KK durch Inaktivität (-5.000 Personen)**
Herz-Kreislauf- Erkrankungen	3.000.668	729.806	595.449
Diabetes Typ II	4.096.315	1.093.427	890.327
Kolonkarzinom	739.061	206.346	167.852
Osteoporose	5.277.104	1.818.975	1.472.622
Brustkrebs	292.959	15.359	12.877
Depressionen	14.817.914	6.754.823	5.261.320
Rückenschmerzen	3.853.810	172.158	144.645
Hypertonie	20.164.727	1.535.392	1.280.140
<b>Gesamt</b>	<b>52.242.558</b>	<b>12.326.287</b>	<b>9.825.233</b>

\*Ist-Zustand (Anteil der Inaktiven an der gesamten burgenländischen Bevölkerung gemäß AT-HIS 2006/07)

\*\*Reduktion der Inaktiven in der gesamten burgenländischen Bevölkerung um 5.000 Personen

**Tabelle 28: Krankheitskosten durch Inaktivität pro Jahr, Stand: 2012, Eigene Erstellung und Berechnungen**

Eine Reduktion der inaktiven ArbeitnehmerInnen um 5.000 Personen führt zu einer Reduktion der Krankheitskosten um 3,2 Millionen Euro, wobei 2,5 Millionen Euro direkt auf die erhöhte Bewegung zurückzuführen sind (s. Tabelle 28).

### Gesundheitseffekte durch Gehen im Setting Betrieb

Ebenso wie im Setting Gemeinde werden im nächsten Schritt mithilfe eines konkreten Beispiels auch im Setting Betrieb Schätzungen zum durchschnittlichen jährlichen Nutzen von Bewegungsmaßnahmen, basierend auf einer reduzierten Sterblichkeit, vorgenommen.

Die Annahmen basieren auf den Grundlagen im Unterkapitel „Gesundheitseffekte durch Gehen im Setting Gemeinde“.

Szenario	Personen	Schritte	Risikoverminderung (%)	Zusätzlich verhinderte Todesfälle
Reduktion der inaktiven Beschäftigten	5.000	+ 3.000	11	3

**Tabelle 29: Durchschnittliche Auswirkungen der Veränderungen durch die Initiative „3.000 Schritte mehr“ im Setting Betrieb pro Jahr, Stand: 2012, Basis: Statistik Austria [21] & WHO [26], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Eine Reduktion der inaktiven ArbeitnehmerInnen um 5.000 Personen führt zu einer Senkung des durchschnittlichen Mortalitätsrisikos in der Zielgruppe um 11%, während zusätzlich drei Todesfälle verhindert werden können (s. Tabelle 29).

Szenario – Reduktion der inaktiven Beschäftigten um 5.000 Personen	Ergebnis
Zusätzlich aktive Personen	5.000
Kosten (Euro)	80.291
Nutzen (Euro)	1.731.000*
Zusätzlicher monetärer Nutzen (Differenz aus Kosten und Nutzen)	1.650.709
Verhältnis Kosten/Nutzen	1:21,56

\*diskontiert mit 3%

**Tabelle 30: Ergebnisse der Szenarioanalyse – durchschnittliches Kosten-/Nutzen-Verhältnis der Reduktion der inaktiven Bevölkerung um 5.000 Personen im Setting Betrieb pro Jahr, Stand: 2012, Basis: WHO [25], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Reduziert man den Anteil der inaktiven Beschäftigten um 5.000 Personen so entstehen durch Interventionsmaßnahmen Kosten in der Höhe von 80.291 Euro. Das Kosten-/Nutzen-Verhältnis im Setting Betrieb liegt bei 1:21,56. Dadurch kann ein zusätzlicher monetärer Nutzen von 1,7 Millionen Euro durch die Reduktion der Sterblichkeit erzielt werden (s. Tabelle 30).

### 8.6.3.7 Ergebnisse Setting Schule

Regelmäßige körperliche Aktivität im Kindesalter hat, laut zahlreichen Studien, einen positiven Impact auf den derzeitigen und zukünftigen Gesundheitszustand. Gerade der tägliche Fußverkehr zur Schule bietet Gelegenheit, das Bewegungsverhalten der Kinder zu erhöhen. Diese Form der körperlichen Aktivität trägt zur Gesundheitsförderung bei und führt darüber hinaus zu einer Reduktion der Verkehrs- und somit Abgasbelastung [26].

Um den Einfluss der Bewegung auf die Gesundheit und Verkehrsbelastung beschreiben zu können, wird auf die Erfahrungswerte der Initiative „Schoolwalker“ zurückgegriffen. Quantitativ erhobene Ergebnisse zeigen, dass das Bewegungsausmaß durch die Maßnahme um etwa 16,8% stieg. Darüber hinaus

konnte ein positiver Impact hinsichtlich Konzentrationsfähigkeit, Lernfähigkeit und psychosoziale Gesundheit erzielt werden [26].

Neben der quantitativen Erhebung des Outcomes erfolgte eine Abschätzung der CO<sub>2</sub>-Reduktion, welche durch eine derartige Initiative erreicht werden kann. Mithilfe einer validen Berechnungsmethode konnte gezeigt werden, dass der CO<sub>2</sub>-Ausstoß um 3,8 Kilogramm pro Schüler/in und Jahr, basierend auf den Projektergebnissen, reduziert werden kann.

Als Indikator für die Erfolgsmessung dieser Maßnahme wurde die Anzahl der Pflichtschulen (Volksschulen), an denen die Initiative „Schoolwalker“ umgesetzt wird, durch die Fokusgruppe definiert.

Vor diesem Hintergrund wurde, basierend auf den bereits beschriebenen Ergebnissen, der Impact der möglichen CO<sub>2</sub>-Reduktion berechnet. Die Analyse zeigt, dass das Einsparungspotenzial bei 9,7 Tonnen pro Jahr liegt, wenn die Maßnahme an 25% der Volksschulen im Burgenland durchgeführt wird. Die Reduktion sinkt mit abnehmendem Anteil der Volksschulen (20% teilnehmende Volksschulen: CO<sub>2</sub>-Reduktion 7,8 Tonnen pro Jahr; 15% teilnehmende Volksschulen: CO<sub>2</sub>-Reduktion 5,8 Tonnen pro Jahr) (s. Tabelle 31).

Szenario – Reduktion des CO <sub>2</sub> -Ausstoßes	15%* der Volksschulen	20%* Volksschulen	25%* Volksschulen
Zusätzlich aktive Kinder	1.536	2.047	2.559
Anzahl der notwendigen Volksschulen	28	37	46
Reduktion des CO <sub>2</sub> -Ausstoßes (t)	5,8	7,8	9,7

\*Anteil der Volksschulen, welche an der Maßnahme teilnehmen

**Tabelle 31: Ergebnisse der Szenarioanalyse – Reduktion des CO<sub>2</sub>-Ausstoßes im Setting Schule für den Zeithorizont von einem Jahr, Stand: 2012, Basis: Statistik Austria [21], Amt der burgenländischen Landesregierung [22] & Thaller et al. [26], Eigene Erstellung und Berechnungen**

In einer Studie von Rauh et al. (2004) wird auf die Aspekte der Wirkung des Verkehrs auf Kinder näher eingegangen. Unter anderem werden die gesundheitlichen Folgewirkungen von Bewegungsmangel aufgezeigt. Der Trend zeigt, dass immer mehr Kinder ihren Schulweg im Auto der Eltern zurücklegen. Der Bewegungsmangel im Kindesalter kann zur Manifestation von Krankheiten und Risikofaktoren führen und wirkt sich auf den Gesundheitszustand im Erwachsenenalter aus. Der Mangel an körperlicher Bewegung erhöht u.a. das Risiko von Übergewicht im Kindesalter und begünstigt das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Osteoporose [27]. Wie bereits erwähnt, kann der tägliche Fußverkehr zur Schule dazu beitragen, das Bewegungsverhalten der Kinder zu verbessern.

Neben dem gesundheitsförderlichen Effekt trägt die Reduktion des CO<sub>2</sub>-Ausstoßes zu einer Stärkung des Umwelt- und Klimaschutzes in Österreich bei. Darüber hinaus kann festgehalten werden, dass vor dem Hintergrund des HiAP-Ansatzes die intersektorale Zusammenarbeit immer mehr an Bedeutung gewinnt. Die Gesundheitsförderung kann somit als Instrument für nachhaltiges Umweltmanagement angesehen werden [26].

### 8.6.4 Maßnahme 2: *Gemeinschaftsverpflegung*

Eine ausgewogene Ernährung ist mitverantwortlich für eine optimale Funktionsfähigkeit des Organismus. Fehl- oder Mangelernährung können zu Einschränkungen der Leistungsfähigkeit und Gesundheit sowohl im physischen als auch psychischen Bereich führen.

Joshiyura et al. (2001) ermittelten anhand von Ernährungsanalysen im Rahmen von zwei epidemiologischen Studien den Einfluss von Obst und Gemüse auf das Auftreten einer koronaren Herzkrankheit (KHK) [28]. Ab einer Aufnahme von vier sortenangepassten Portionen Obst oder Gemüse pro Tag reduzierte sich das Auftreten einer KHK um 10% und ab acht Portionen sogar um mehr als 20%.

Sacks et al. (2001) zeigten, dass eine gemüse- und fruchtreiche Ernährung kombiniert mit geringem Fett- sowie Salzanteil bei Normo- und Hypertonus zu einer Reduktion des systolischen Blutdrucks beiträgt [29].

Der überwiegende Teil der BurgenländerInnen (43,5%) ernährt sich eigenen Angaben zufolge von Mischkost mit wenig Fleisch. Beinahe jeder/e Dritte (30,3%) bezeichnet das eigene Essverhalten als „Mischkost mit viel Obst und Gemüse“. Etwa jeder/e Vierte (24,3%) nimmt Mischkost mit viel Fleisch zu sich. Nur ein geringer Teil der Bevölkerung (1,9%) ernährt sich vegetarisch oder vegan.

Gemäß Österreichischem Ernährungsbericht 2012 nahm und nimmt die Bedeutung von Gemeinschaftsverpflegung aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen in den letzten Jahren ständig zu. Dies betrifft sowohl Gemeinschaftsverpflegungsdienste in Betrieben und Schulen als auch jene in Gemeinden.

Ziel dieses Abschnittes ist es, zu evaluieren, wie viele Krankheitsfälle sowie damit verbundene Krankheitskosten reduziert werden können, wenn das Bewusstsein in der Bevölkerung für eine gesunde Ernährung (z.B. mehr Obst und Gemüse durch die Implementierung der „grünen Haube“ oder ein gesundes Schulbuffet) nachhaltige Verhaltensänderungen bewirkt. Darüber hinaus soll gezeigt werden, dass Ernährungsmaßnahmen insgesamt zu einem positiven Impact hinsichtlich Krankheitsfälle und Krankheitskosten führen. Der Impact wird einerseits für eine Steigerung des Ernährungsbewusstseins bei 10.000 Personen in der erwachsenen Bevölkerung im Setting Gemeinde berechnet und andererseits für das Setting Schule (1.000 Personen). Eine detaillierte Beschreibung der Maßnahmenempfehlung findet sich in Kapitel 10.2.

#### 8.6.4.1 **Methodische Vorgehensweise**

Dieser Teil der gesundheitsökonomischen Abschätzung verfolgt den Ansatz der Krankheitskostenstudie. Die methodische Vorgehensweise orientiert sich an den Analysen von Lock et al. (2005) und Cobiac et al. (2010), die den „Disease Burden“ bzw. die Kosten und die Kosteneffektivität von Interventionen, welche den Obst- und Gemüsekonsum fördern sollen, ermitteln [30, 31].

Für die gesundheitsökonomische Abschätzung im Setting Gemeinde wird wieder der bottom-up Ansatz gewählt. Die Analyse erfolgt aus gesellschaftlicher Perspektive,

wobei Kosten des Arbeitsausfalls nicht berücksichtigt werden. Die gesundheitsökonomische Abschätzung berücksichtigt medizinische Kosten und Kosten, die im Setting für die jeweilige Umsetzung der ernährungsbezogenen Maßnahme entstehen.

Beim Setting Schule wird analog vorgegangen. Die Ergebnisse werden allerdings auch für einen Zeithorizont von zehn Jahren ermittelt, da positive Auswirkungen bei Kindern erst in späterer Zukunft ersichtlich sind.

#### 8.6.4.2 Zielpopulation

Die ernährungsbezogene Maßnahme soll im Setting Gemeinde in der erwachsenen Bevölkerung (ab 18 Jahren) gemeinsam mit den burgenländischen Gastronomiebetrieben umgesetzt werden. Ein durchschnittlicher Haushalt im Burgenland gibt 5,74% (monatlich 163,57 Euro) des Haushaltseinkommens in Gastronomiebetrieben aus. Bei einer durchschnittlichen Haushaltsgröße von 2,49 Personen betragen die monatlichen pro Kopf-Ausgaben 65,69 Euro. Somit könnten drei Gastronomiebesuche pro Monat das Verhalten der KonsumentInnen verändern [32]. Einen Überblick über die Anzahl an Settings sowie weitere Informationen gibt Tabelle 32.

Setting	n	Erwachsene Bevölkerung	vegetarisch, vegan, Mischkost mit viel Obst u. Gemüse, Mischkost mit wenig Fleisch	Mischkost mit viel Fleisch
Gemeinde	171	238.468	180.520	57.948
Gastronomiebetrieb	1.062			

**Tabelle 32: Grundgesamtheit Settings Gemeinde und Gastronomiebetrieb sowie Ernährungsverhalten im Jahr 2011, Stand: 2012, Quelle: Amt der burgenländischen Landesregierung [20] & Statistik Austria [21], Eigene Erstellung und z.T. eigene Berechnungen**

Ziel der Maßnahme ist es, den Speiseplan in den Gastronomiebetrieben durch ein gesundes regionales Angebot zu verbessern. Gastronomiebetriebe, die ihr Angebot umstellen, sollen die „grüne Haube“ verliehen bekommen.

Im Setting Schule soll die Verbesserung der Gemeinschaftsverpflegung ebenfalls umgesetzt werden. Die Gestaltung des Schulbuffets bzw. die Ausstattung der Getränkeautomaten mit kohlenhydratarmen Getränken soll der Leitlinie des Bundesministeriums für Gesundheit entsprechen. Tabelle 33 gibt einen Überblick über die Anzahl an Volks- und Hauptschulen bzw. Klassen und SchülerInnenzahlen im Burgenland.

Setting	n	Klassen	SchülerInnen
Volksschule	183	625	10.237
Hauptschule	41	387	7.574

**Tabelle 33: Grundgesamtheit Setting Schule, Stand: 2011, Quelle: Amt der burgenländischen Landesregierung [22], Eigene Erstellung**



### 8.6.4.3 Erkrankungen

Die gesundheitsökonomische Abschätzung für die Settings Gemeinde und Schule berücksichtigt folgende Morbiditäten, auf welche mithilfe eines verbesserten Ernährungsverhaltens – mit verstärktem Obst- und Gemüsekonsum – positiv Einfluss genommen werden kann: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Diabetes Typ II, Lungenkrebs, Magenkrebs, Speiseröhrenkrebs und Kolonkarzinom.

Die Auswahl der Erkrankungen geht konform mit den Arbeiten von Lock et al. (2005), die mithilfe eines systematischen Reviews die relativen Risiken für die relevantesten obenerwähnten Folgeerkrankungen ermittelten. Auch die Analyse von Cobiac et al. (2010) basiert auf den relativen Risiken von Lock et al. (2005).

Die Prävalenzen der aufgenommenen Krankheiten wurden aus der publizierten Literatur entnommen und beziehen sich auf das Burgenland (s. Tabelle 34).

Erkrankungen	Prävalenz	RR der 0- bis 14-Jährigen	RR der 15- bis 69-Jährigen	RR der 70- bis 79-Jährigen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	2,60%	1	0,90	0,93
Schlaganfall	0,64%	1	0,94	0,95
Diabetes Typ II	6,50%	1	0,65	0,65
Lungenkrebs	0,048%	1	0,96	0,97
Magenkrebs	0,019%	1	0,94	0,95
Speiseröhrenkrebs	0,0046%	1	0,94	0,95
Kolonkarzinom	0,03%	1	0,99	0,99

**Tabelle 34: Prävalenz und relatives Risiko (RR) nach Altersgruppen der Folgeerkrankungen, Basis: Statistik Austria [23], Statistik Austria [33], Lock et al. [30], Cobiac et al. [31] & Pan et al. [34], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Um den Anteil an Erkrankungen zu ermitteln, welche tatsächlich auf die Ess- und Trinkgewohnheiten der burgenländischen Bevölkerung zurückzuführen sind, wurde folgende Formel für das population-attributable risk (der Population zuzuschreibendes Risiko) herangezogen [30]:

$$PAR = \frac{\int_{x=0}^m RR(x) P(x) - \int_{x=0}^m RR(x) P'(x)}{\int_{x=0}^m RR(x) P(x)}$$

*RR(x)* = relative risk at exposure level *x*.  
*P(x)* = population distribution of exposure.  
*P'(x)* = counterfactual distribution of exposure.  
*m* = maximum exposure level.

Daraus ergibt sich, dass 31% der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 19% der Schlaganfälle, 30% der Diabetes Typ II-Fälle, 12% der Lungenkrebs-Fälle, 19% der Magenkrebs-Fälle, 20% der Speiseröhrenkrebs-Fälle und 2% der Kolonkarzinom-Fälle direkt auf die Ess- und Trinkgewohnheiten zurückzuführen sind.

#### 8.6.4.4 Kosten

##### Krankheitskosten

Die Krankheitskosten wurden aufgrund österreichischer Ressourcenverbräuche für die einzelnen Erkrankungen bottom-up erhoben. Sie wurden mit Kosten, die dem Gesundheitssystem entstehen, verknüpft wie z.B. Tarife der Gebietskrankenkassen, Kosten der stationären Aufenthalte, Preise für Arzneimittel etc. Alle Krankheitskosten repräsentieren Kosten für das Jahr 2012 und sind pro Jahr dargestellt (s. Tabelle 35).

Erkrankungen	KK pro Fall in Euro
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	2.276,79
Schlaganfall	14.252,00
Diabetes Typ II	1.242,63
Lungenkrebs	14.657,00
Magenkrebs	15.693,92
Speiseröhrenkrebs	16.520,96
Kolonkarzinom	53.960,00

**Tabelle 35: Krankheitskosten der Folgeerkrankungen aufgrund von ungesunder Ernährung pro Fall und Jahr, Stand: 2012, Basis: IPF Institut für Pharmaökonomische Forschung, Eigene Erstellung und Berechnungen**

##### Kosten der Maßnahme Setting Gemeinde

Orientiert man sich in Hinblick auf die Gemeinschaftsverpflegung an den Richtlinien des Konzepts „Grüne Haube“ der Styria Vitalis, welches als Grundlage für vergleichbare Maßnahmen im Burgenland dienen soll (s. Kapitel 10.2), entsteht kein zusätzlicher Ressourcenverbrauch für die Gemeinden, da die Kosten für die Umsetzung des Konzepts von den Betrieben getragen werden. Laut Styria Vitalis (2010) erwachsen den Betrieben einmalige Kosten für die Erstberatung, Einstiegsgebühr, Lizenzkosten und Kosten für ein Werbeeinstiegspaket. In den Folgejahren fallen lediglich Lizenzkosten und evtl. Kosten durch Kontrollen an [35].

##### Kosten der Maßnahme Setting Schule

Die Berechnung der Kosten basiert auf der Annahme, dass pro Schule ein bis zwei Personen (GesundheitsförderInnen) einmalig eine Beratungsleistung durchführen und die SchulbuffetbetreiberInnen über die Empfehlungen für ein gesundheitsförderliches Speisen- und Getränkeangebot des Bundesministeriums für Gesundheit (s. Kapitel 10.2) aufklären. Für die Dauer der Maßnahme wurden zwei Stunden pro Schule angenommen. Für die Schulungsmaßnahme wurde der durchschnittliche Bruttolohn plus Lohnnebenkosten pro Stunde berechnet.

#### 8.6.4.5 Ergebnisse Setting Gemeinde

In den 171 burgenländischen Gemeinden leben 238.468 erwachsene Personen, von denen sich 24,3% (57.948 Personen) nach eigenen Angaben hauptsächlich von Mischkost mit viel Fleisch ernähren. In der gesamten erwachsenen Bevölkerung sind

23.810 ernährungsassoziierte Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ II, Schlaganfall, Lungenkrebs, Magenkrebs, Speiseröhrenkrebs, Kolonkarzinom) prävalent, wobei eine Person auch mehrere Erkrankungen aufweisen kann. Kann man bei 10.000 Personen, die sich hauptsächlich von Mischkost mit viel Fleisch ernähren, das Ernährungsbewusstsein verbessern, reduziert sich die Anzahl der Erkrankungen pro Jahr um 262, wobei 79 unmittelbar und ausschließlich auf die veränderten Essgewohnheiten zurückzuführen sind (s. Tabelle 36).

Erkrankungen	Erkrankungen gesamt	Erkrankungen, wenn 10.000 Personen die Ess- und Trinkgewohnheiten verbessern	Positiver Impact pro Jahr
Herz-Kreislauf- Erkrankungen	6.296	6.270	25,18
Schlaganfall	1.526	1.522	3,74
Diabetes Typ II	15.747	15.514	233,11
Lungenkrebs	114	114	0,18
Magenkrebs	44	44	0,11
Speiseröhrenkrebs	11	11	0,03
Kolonkarzinom	72	72	0,03
<b>Gesamt</b>	<b>23.810</b>	<b>23.547</b>	<b>262,39</b>

**Tabelle 36: Anzahl der ausgewählten Erkrankungen pro Jahr und Impact durch verbesserte Ernährungsgewohnheiten, Stand: 2012, Basis: Lock et al. [30], Statistik Austria [23] & Statistik Austria [33], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Wenn 10.000 Personen, die sich hauptsächlich von Mischkost mit viel Fleisch ernähren, das Ernährungsbewusstsein verbessern, könnte man die Anzahl der Todesfälle pro Jahr um vier reduzieren (s. Tabelle 37).

Erkrankungen	Todesfälle gesamt	Todesfälle, wenn 10.000 Personen die Ess- und Trinkgewohnheiten verbessern	Positiver Impact pro Jahr
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	334	333	1,3
Schlaganfall	377	376	0,9
Diabetes Typ II	56	56	0,8
Lungenkrebs	106	106	0,2
Magenkrebs	26	26	0,1
Speiseröhrenkrebs	9	9	0
Kolonkarzinom	48	48	0
<b>Gesamt</b>	<b>956</b>	<b>952</b>	<b>3,4</b>

**Tabelle 37: Anzahl der Todesfälle pro Jahr, Stand: 2012, Basis: Statistik Austria [23] & Statistik Austria [33], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Die Behandlung der ausgewählten Erkrankungen kostet dem burgenländischen Gesundheitswesen 62,1 Millionen Euro (s. Tabelle 38).

Erkrankungen	KK gesamt	KK infolge, wenn 10.000 Personen die Ess- und Trinkgewohnheiten verbessern	KK Impact pro Jahr
Herz-Kreislauf- Erkrankungen	14.333.657	14.276.324	57.333
Schlaganfall	21.751.334	21.698.010	53.324
Diabetes Typ II	19.567.304	19.277.630	289.674
Lungenkrebs	1.677.941	1.675.235	2.706
Magenkrebs	695.054	693.350	1.704
Speiseröhrenkrebs	179.469	179.029	440
Kolonkarzinom	3.860.320	3.858.701	1.619
<b>Gesamt</b>	<b>62.065.080</b>	<b>61.658.279</b>	<b>406.801</b>

**Tabelle 38: Krankheitskosten und Kostenimpact durch Verbesserung der Essgewohnheiten pro Jahr, Stand: 2012, Eigene Erstellung und Berechnung**

Eine Verhaltensänderung bei 10.000 Personen, die sich hauptsächlich von Mischkost mit viel Fleisch ernähren, führt in Form der Erhöhung des Obst- und Gemüseanteils an der Nahrung zu einer jährlichen Reduktion der Krankheitskosten um 406.801 Euro, wobei 115.576 Euro direkt auf die Ernährungsverbesserung zurückzuführen sind (s. Tabelle 38).

Wenn 10.000 Personen, die sich hauptsächlich von Mischkost mit viel Fleisch ernähren, das Verhalten ändern und gesunde regionale Angebote in Anspruch nehmen, müssten 14 bis 28 Gasthäuser im Burgenland die „grüne Haube“ tragen. Die Hochrechnung erfolgt auf folgenden Annahmen:

- die 10.000 Personen essen durchschnittlich ca. dreimal pro Monat in einem Gasthaus (Ausgaben pro Kopf: 65,69 Euro)
- insgesamt rund 984 Gasthausbesuche pro Tag
- durchschnittliche Lokalgröße: 20 Tische
- wenn die Personen zu zweit, zu dritt oder zu viert Lokale mit der „grünen Haube“ besuchen, sind 14 bis 28 Betriebe notwendig, die über dieses Angebot verfügen

#### 8.6.4.6 Ergebnisse Setting Schule

Im Burgenland gibt es 183 Volksschulen mit 10.237 SchülerInnen und 41 Hauptschulen mit 7.574 SchülerInnen. Im Setting Schule wird angenommen, dass 1.000 SchülerInnen das gesundheitsfördernde Schulbuffet nutzen und langfristig annehmen.

Die Berechnungen werden für Volksschulen und Hauptschulen separat auf Basis eines/r durchschnittlichen Schülers/in durchgeführt. In Tabelle 34 „Prävalenz und relatives Risiko (RR) nach Altersgruppen“ ist ersichtlich, dass es bis zum Alter von 14 Jahren aufgrund der altersbedingten guten Gesundheit nicht möglich ist, das relative Risiko der ausgewählten Erkrankungen zu reduzieren. Dazu kommt, dass die Prävalenzen der ausgewählten Krankheiten im Kindesalter null oder annähernd null sind (ausgenommen angeborene Erkrankungen). Positive Auswirkungen gesunder

Ernährung sind aber auf lange Sicht vorhanden. Daher ist es notwendig, die gesundheitsökonomische Betrachtung für einen längeren Zeithorizont z.B. zehn Jahre zu betrachten.

Eine Bewusstseinsänderung bei 1.000 VolksschülerInnen führt zu einer Reduktion der Krankheitskosten nach zehn Jahren um 122.040 Euro (96.367 Euro diskontiert mit 3%), wobei 34.672 Euro (27.378 Euro diskontiert mit 3%) direkt auf die Ernährungsverbesserung zurückzuführen sind. Dies entspricht einem jährlichen Einsparungspotential von 9.637 Euro.

Unter der Annahme, dass 50% der Kinder das Schulbuffet aufsuchen und die Verhaltensänderung dadurch bei 1.000 SchülerInnen realisiert wird, müssten 35 Volksschulen das gesunde Schulbuffet anbieten. Im Fall, dass 25% aller VolksschülerInnen das Buffet aufsuchen, wären 70 Schulen und beim Erreichen von 20% aller SchülerInnen 90 Schulen nötig.

Die Gesamtkosten der Maßnahme variieren zwischen 1.870 Euro und 4.810 Euro, abhängig von der Anzahl der teilnehmenden Schulen.

Eine Bewusstseinsänderung bei 1.000 HauptschülerInnen führt zu einer Reduktion der Krankheitskosten nach zehn Jahren um 284.761 Euro (238.900 Euro diskontiert mit 3%), wobei 80.901 Euro (67.871 Euro diskontiert mit 3%) direkt auf die Ernährungsverbesserung zurückzuführen sind. Dies entspricht einem jährlichen Einsparungspotenzial von 23.900 Euro.

Unter der Annahme, dass 50% der HauptschülerInnen das Schulbuffet aufsuchen und die Verhaltensänderung bei 1.000 SchülerInnen realisiert wird, müssten zehn Hauptschulen das gesunde Schulbuffet anbieten. Im Fall, dass 25% aller SchülerInnen das Buffet aufsuchen, sind 21 und bei 20% aller HauptschülerInnen 26 Schulen notwendig.

Die Gesamtkosten der Maßnahme variieren zwischen 534 Euro und 1.389 Euro.

Für eine durchschnittliche Schule (sowohl Volks- als auch Hauptschule) belaufen sich die Kosten auf 53 Euro, wobei diese vor allem Personalkosten für Beratungsleistungen betreffen. Angenommen wurde, dass pro Schule ein bis zwei GesundheitsförderInnen die SchulbuffetbetreiberInnen einmalig über die Maßnahme aufklären.

### *8.6.5 Maßnahme 3: Psychosoziale Gesundheit*

Die Untersuchung der Gesundheitsrelevanz sozialen Kapitals begann Mitte der 1990er-Jahre: Kawachi et al. (1997) analysierten den Zusammenhang zwischen sozialem Kapital und Mortalität in Bundesstaaten der USA [36]. Mithilfe der Analyse wurden die Indikatoren von Putnams aus Umfrageergebnissen ermittelt und auf die Ebene von Bundesstaaten aggregiert. Der Putnams-Index „Index of Civic Community“ wird aus drei Indikatoren gebildet [37]:

- Ausmaß sozialer Netzwerkbildung in Form von sekundären Gruppen z.B. Vereinen und freiwilligen Zusammenschlüssen
- Einschätzung eines Klimas des Vertrauens innerhalb der Wohnregion

- eingeschätzte Geltung von Normen und Werten in Bezug auf gegenseitige Hilfsbereitschaft und Fairness

Die Ergebnisse zeigten, dass der Index mit der altersstandardisierten Mortalitätsrate pro Bundesstaat korreliert. Weitere Studien wie z.B. die Meta-Analyse von Holt-Lunstad et al. (2010) bestätigten diesen Zusammenhang. Die Analyse kam zu dem Ergebnis, dass Personen, die in einem sozialen Umfeld eingebettet sind, eine um 50% höhere Überlebenswahrscheinlichkeit haben [38].

Inzwischen liegen nicht nur Untersuchungen zur Gesundheitswirksamkeit von kollektivem Sozialkapital, sondern auch von individuellem Sozialkapital vor. Die meisten Studien zeigen, dass Personen, die über ein vergleichsweise hohes Maß an sozialem Kapital verfügen, einen besseren Gesundheitszustand aufweisen. Demnach haben Maßnahmen zur Stärkung sozialer Partizipation z.B. in Form von Vereinen und freiwilligen Zusammenschlüssen, welche Hilfsbereitschaft in Nachbarschaften fördern und gegenseitiges Vertrauen stärken, ein starkes gesundheitsförderliches Potenzial. Dabei kommt Maßnahmen, die in der Gemeinde oder im Wohnumfeld ansetzen, eine besondere Bedeutung zu. Darunter fallen Maßnahmen zur Entwicklung der sozialen Kapazitäten und Handlungskompetenzen des Gemeinwesens (Capacity Building), d.h. der Aufbau kommunaler Ressourcen und die Weiterentwicklung der Fähigkeiten der Bevölkerung zur Durchführung von Gemeinschaftsaktionen.

Ziel dieses Abschnittes ist es, zu evaluieren, wie viele Todesfälle reduziert werden können, wenn das Bewusstsein für die gesundheitliche Bedeutung sozialer Beziehungen in der burgenländischen Bevölkerung durch Initiierung von Nachbarschaftsinitiativen sowie Vernetzung und Weiterbildung von MultiplikatorInnen steigt. Es wird angenommen, dass 10.000 Personen der erwachsenen Bevölkerung ihre sozialen Beziehungen steigern und nachhaltig beibehalten.

Negative Emotionen beeinflussen nicht nur die Mortalität, sondern sind mit einer Reihe von Gesundheitsrisiken verbunden wie z.B. die negative Beeinflussung des Immunsystems. Entzündungen sind wiederum mit einer Reihe von Morbiditäten wie z.B. kardiovaskulären Erkrankungen, Osteoporose, Arthritis, Diabetes Typ II, Krebserkrankungen, Alzheimer und Parodontalerkrankungen assoziiert. Die Produktion proinflammatorischer Cytokine hat einen negativen Einfluss auf Emotionen und das Stressempfinden [39]. Aufgrund nichtvorhandener Risikorateen können die negativen Auswirkungen von fehlendem Sozialkapital auf Morbiditäten jedoch nicht in die Berechnungen einfließen. Eine detaillierte Beschreibung der Maßnahmenempfehlung zum Thema „Gesunde Nachbarschaften“ findet sich in Kapitel 10.3.

#### **8.6.5.1 Methodische Vorgehensweise**

Dieser Teil der gesundheitsökonomischen Abschätzung orientiert sich an der Publikation von Kawachi et al. (1997). In der Studie wurde der Zusammenhang zwischen sozialem Kapital, Ungleichheit hinsichtlich der Einkommensverteilung und Mortalität in einer Population von 7.654 Personen in den USA analysiert. Die

AutorInnen kamen zu dem Schluss, dass die soziale Integration und die Teilnahme an Gruppen (z.B. Gruppenaktivitäten, Vereine etc.) invers mit der Mortalität korrelieren. Der Effekt auf die Mortalität beträgt -83,17 Todesfälle pro 100.000 Personen (95% CI = 34,2; 132,2). Dabei wird auch eine positive Wirkung in Bezug auf Morbidität ermittelt z.B. 25,99 Herzerkrankungen per 100.000 Personen [36].

Ziel der gesundheitsökonomischen Abschätzung ist es, den positiven Impact auf die Mortalität durch eine erhöhte Bereitschaft (10.000 Personen) der Bevölkerung im Setting Gemeinde zur sozialen Integration und Vernetzung (z.B. Nachbarschaftshilfe) zu bewerten. Erhoben werden die verhinderten Todesfälle durch Erhöhung sozialer Beziehungen und Vernetzung. Ein Todesfall wird analog zu Maßnahme 1 (s. Kapitel 8.6.3) anhand des Wertes eines statistischen Menschenlebens (1,6 Millionen Euro) bewertet. Es wird angenommen, dass 10.000 erwachsene Personen in den burgenländischen Gemeinden durch die Maßnahme „Gesunde Nachbarschaften“ persönliche soziale Aktivitäten ausweiten.

#### **8.6.5.2 Kosten**

Die Kosten wurden basierend auf den folgenden Annahmen berechnet: In den Gemeinden stehen Räumlichkeiten zur Verfügung. Im Schnitt führen ein bis zwei Personen Workshops und Beratungen durch. Die Gruppengröße beträgt durchschnittlich 20 Personen und es werden pro Gruppe im Schnitt zwei Beratungsleistungen durchgeführt. Somit fallen für die Betreuung einer Gruppe im Schnitt 107 Euro an.

#### **8.6.5.3 Ergebnisse Setting Gemeinde**

Unter der Annahme, dass 10.000 Personen (erwachsene BurgenländerInnen) die gesundheitsfördernden Maßnahmen im Bereich der psychosozialen Gesundheit annehmen, errechnen sich jährlich zwei ersparte Todesfälle. Die Berechnung basiert auf der altersstandardisierten Mortalitätsrate (431,6 Sterbefälle pro 100.000 Personen).

Bewertet man rund zwei (1,66) ersparte Todesfälle mit dem statistischen Wert eines Menschenlebens (1,6 Millionen Euro), so errechnet sich ein durchschnittlicher, diskontierter Nutzen von 1,2 Millionen Euro pro Jahr für den Beobachtungszeitraum von fünf Jahren.

Ein wichtiger Aspekt der psychosozialen Gesundheit bleibt in diesem Kontext leider aufgrund mangelnder Datenlage außer Acht, nämlich die Lebensqualität, die sich auf die Personenkohorte bezieht, die durch verbesserte Integration und Vernetzung in der Gemeinde ihre psychosozialen Faktoren verbessern und Folgeerkrankungen (wie Depressionen oder Stress) reduzieren kann. Dem Thema Stress kann beispielsweise im Rahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung Aufmerksamkeit geschenkt werden.

### 8.6.6 Abschätzung des gesundheitsökonomischen Potenzials der Maßnahmen

Die Gesundheit von Individuen wird durch zahlreiche Determinanten beeinflusst (s. Kapitel 5). Vor diesem Hintergrund geht die Gesundheitsförderung von einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff aus. Da der vorliegende Gesundheitsbericht die umfassende Beschreibung von gesundheitsbezogenen Einflussgrößen zum Ziel hat, wird im folgenden Unterkapitel, unter Beachtung von methodischen Limitationen, der Effekt aller empfohlenen Maßnahmen zusammenfassend dargestellt. Dabei muss vorweg bei der Aggregation der Ergebnisse Folgendes berücksichtigt werden:

- Die Auswirkungen der drei empfohlenen Maßnahmen wurden für sich betrachtet und im Setting „Gemeinde“ für jeweils 10.000 Personen berechnet
- Für das Setting Betrieb wurde die Umsetzung der Maßnahme „FußgängerInnenmobilität“ empfohlen und die Auswirkungen bei einer Reduktion der inaktiven ArbeitnehmerInnen um 5.000 Personen berechnet.
- Da ökonomische Analysen mehrheitlich innerhalb der erwachsenen Bevölkerung durchgeführt werden, liegen kaum valide Berechnungsgrundlagen für Kinder vor. Vor diesem Hintergrund wurde der Impact der Maßnahme „FußgängerInnenmobilität“ im Setting Schule in Form der möglichen CO<sub>2</sub>-Reduktion berechnet. Für die Maßnahme „Gemeinschaftsverpflegung“ konnten Studien, welche die Reduktion des relativen Risikos für die Zielgruppe berücksichtigen, identifiziert werden. Die Auswirkungen wurden bei dieser Maßnahme für 1.000 SchülerInnen berechnet.
- Es wurde davon ausgegangen, dass eine Person an nicht mehr als einer Maßnahme teilnimmt.
- Indirekte Kosten (z.B. Arbeitsausfallkosten, Kosten durch Frühpensionen, Pflegekosten) wurden nicht berücksichtigt.
- Die gesundheitsökonomischen Effekte von gesundheitsförderlichen Maßnahmen erscheinen für Kinder auf jährlicher Basis oft unterbewertet, da die Effekte weiter in der Zukunft entstehen. Rechnet man diese niedrigeren Werte auf die Lebensdauer um, entstehen über die Lebenserwartung höhere Effekte.
- Die Kosten und Nutzen der Maßnahmen beziehen sich stets auf ein Jahr.

#### 8.6.6.1 Setting Gemeinde

Werden im Burgenland im Setting Gemeinde alle drei empfohlenen gesundheitsfördernden Maßnahmen (Basis: 10.000 Personen „FußgängerInnenmobilität“, 10.000 Personen „Gemeinschaftsverpflegung“, 10.000 Personen „Gesunde Nachbarschaften“) umgesetzt, so ergeben sich folgende positive Effekte auf die Morbidität, Mortalität und das Kosten-Nutzen-Verhältnis:



## **Morbidität**

Durch die Implementierung der Maßnahmen „FußgängerInnenmobilität“ und „Gemeinschaftsverpflegung“ (Inanspruchnahme der Maßnahme: jeweils 10.000 Personen) können im Setting Gemeinde jährlich 2.483 Krankheitsfälle vermieden werden (Anmerkung: Auswirkungen der Maßnahme „Gesunde Nachbarschaften“ auf die Morbidität konnten nicht berechnet werden).

## **Mortalität**

Durch die Implementierung der drei Maßnahmen „FußgängerInnenmobilität“, „Gemeinschaftsverpflegung“ und „Gesunde Nachbarschaften“ können im Setting Gemeinde zusätzlich zu den reduzierten Krankheitsfällen jährlich elf Todesfälle (bei 30.000 GemeindebewohnerInnen, bezogen auf ausgewählte Krankheiten) vermieden werden. Fünf dieser vermiedenen Todesfälle sind auf die erhöhte FußgängerInnenmobilität, etwa vier auf die verbesserte Gemeinschaftsverpflegung und zwei auf die verbesserte psychosoziale Gesundheit zurückzuführen.

## **Kosten-Nutzen-Verhältnis**

Die Kosten der Umsetzung aller Maßnahmen bei insgesamt 30.000 GemeindebürgerInnen (jeweils 10.000 Personen pro Maßnahme) betragen aus Sicht der Gemeinde einmalig 152.081 Euro (direkte Kosten exklusive private Kosten). Der volkswirtschaftliche Nutzen der drei Maßnahmen wurde aufgrund zweier Berechnungsmodelle ermittelt. So können auf der Berechnungsgrundlage von Morbiditätskennzahlen (Krankheitskosten) jährlich 6,8 Millionen Euro an Krankheitskosten im burgenländischen Gesundheitssystem eingespart werden (Anmerkung: Auswirkungen der Maßnahme „Gesunde Nachbarschaften“ auf die Morbidität konnten nicht berücksichtigt werden). Dabei sinken die Kosten von 311,6 Millionen Euro auf 304,8 Millionen Euro. Von diesen 6,8 Millionen Euro an eingesparten Kosten entfallen drei Millionen Euro (44%) auf das Krankheitsbild der Depression, 1,5 Millionen Euro (22%) auf Hypertonie und 0,8 Millionen Euro auf Diabetes Typ II. Auf die übrigen betrachteten Krankheitsgruppen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Osteoporose, Rückenschmerzen, Krebs) verteilen sich zusammen knapp 1,5 Millionen Euro der Einsparungseffekte.

Auf der Berechnungsgrundlage von Mortalitätskennzahlen (Wert eines statistischen Lebens = 1,6 Millionen Euro) können 7,7 Millionen Euro pro Jahr (alle Todesfälle berücksichtigt) eingespart werden.

Stellt man die Kosten der Maßnahme (152.081) dem Nutzen auf der Berechnungsgrundlage von Morbiditätskennzahlen (Krankheitskosten: 6,8 Millionen) gegenüber, so ergibt sich ein zusätzlicher volkswirtschaftlicher Nutzen von 6,6 Millionen Euro. Stellt man die Kosten der Maßnahme (152.081 Euro) dem Nutzen auf der Berechnungsgrundlage von Mortalitätskennzahlen (7,7 Millionen Euro) gegenüber, so ergibt sich ein zusätzlicher volkswirtschaftlicher Nutzen (= Differenz aus Kosten und Nutzen) von rund 7,5 Millionen Euro.

### 8.6.6.2 Setting Betrieb

Wird die Maßnahme „FußgängerInnenmobilität“ im Setting Betrieb umgesetzt (Basis: 5.000 ArbeitnehmerInnen), können im Burgenland folgende positiven Effekte auf die Morbidität, Mortalität und das Kosten-Nutzen-Verhältnis festgehalten werden:

#### **Morbidität**

Durch die Implementierung der Maßnahme „FußgängerInnenmobilität“ im Setting Betrieb können pro 5.000 ArbeitnehmerInnen 1.109 Krankheitsfälle jährlich reduziert werden.

#### **Mortalität**

Durch die Implementierung der Maßnahme „FußgängerInnenmobilität“ können im Setting Betrieb 2 Todesfälle pro Jahr (bei 5.000 ArbeitnehmerInnen, bezogen auf ausgewählte Krankheiten) vermieden werden.

#### **Kosten-Nutzen-Verhältnis**

Die Umsetzung der Maßnahme „FußgängerInnenmobilität“ kostet aus Sicht der Betriebe für 5.000 ArbeitnehmerInnen einmalig insgesamt 80.291 Euro.

Für die Darstellung des volkswirtschaftlichen Nutzens wurden ebenfalls (wie für das Setting Gemeinde) zwei Berechnungsgrundlagen verwendet. Auf der Berechnungsgrundlage von Morbiditätskennzahlen (Krankheitskosten) ergibt sich ein jährlicher volkswirtschaftlicher Nutzen von 3,2 Millionen Euro. Auf der Berechnungsgrundlage von Mortalitätskennzahlen (Wert eines statistischen Menschenlebens = 1,6 Millionen Euro) wird ein volkswirtschaftlicher Nutzen von 1,7 Millionen Euro errechnet (alle Todesfälle berücksichtigt).

Stellt man die Kosten der Maßnahme (80.291 Euro) dem Nutzen auf der Berechnungsgrundlage von Morbiditätskennzahlen (3,2 Millionen Euro) gegenüber, ergibt sich ein zusätzlicher volkswirtschaftlicher Nutzen von 3,1 Millionen Euro.

Stellt man die Kosten der Maßnahme (80.291 Euro) dem Nutzen auf der Berechnungsgrundlage von Mortalitätskennzahlen (1,7 Millionen Euro) gegenüber, so ergibt sich ein zusätzlicher volkswirtschaftlicher Nutzen (= Differenz aus Kosten und Nutzen) von etwa 1,6 Millionen Euro pro Jahr.

### 8.6.6.3 Setting Schule

Durch die Umsetzung der Maßnahme „FußgängerInnenmobilität“ im Setting Schule können im Burgenland folgende Auswirkungen auf die CO<sub>2</sub>-Reduktion festgestellt werden.

#### **CO<sub>2</sub>-Reduktion**

Wird die Maßnahme „FußgängerInnenmobilität“ an 25% der Volksschulen im Burgenland umgesetzt, so errechnet sich ein jährliches Einsparungspotenzial an CO<sub>2</sub> von 9,7 Tonnen. Wird die Maßnahme an 20% der Volksschulen umgesetzt, so liegt

das Potenzial bei 7,8 Tonnen pro Jahr, wird sie an 15% der Volksschulen durchgeführt bei 5,8 Tonnen pro Jahr.

Wird die Maßnahme „Gemeinschaftsverpflegung“ bei 1.000 SchülerInnen im Burgenland im Setting Schule durchgeführt, so ergibt sich folgendes Kosten-Nutzen-Verhältnis:

### **Kosten-Nutzen-Verhältnis**

Die Gesamtkosten der Implementierung der Maßnahme „Gemeinschaftsverpflegung“ liegen insgesamt zwischen 2.405 und 6.199 Euro (Basis: 1.000 SchülerInnen).

Als volkswirtschaftlicher Nutzen wurden eingesparte Krankheitskosten von 33.527 Euro pro Jahr errechnet, wenn 1.000 SchülerInnen das gesunde Schulbuffet in Anspruch nehmen.

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse findet sich in der Kurzfassung des Burgenländischen Gesundheitsberichts 2012.

### *8.6.7 Literaturverzeichnis*

[1] OECD. (2007). *OECD Health Data 2007* (Data on file). Paris. Verfügbar unter: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics\\_health-data-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en) [24.1.2013]

[2] Wieser, S., Kauer, L., Schmidhauser, S., Pletscher, M. & Brügger, U. (2010). *Synthesebericht – Ökonomische Evaluation von Präventionsmaßnahmen in der Schweiz*. Bericht im Auftrag des Schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit. Winterthur. Verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07612/07620/index.html?lang=de> [24.1.2013]

[3] Iten, R. Vettori, A., Menegale, S. & Trageser, J. (2009). *Kosten-Wirksamkeit ausgewählter Präventionsmaßnahmen in der Schweiz. Eine gesundheitsökonomische Untersuchung*. Bern. Verfügbar unter: [http://www.vips.ch/dok\\_download.cfm?dokID=789](http://www.vips.ch/dok_download.cfm?dokID=789) [24.1.2013]

[4] Weinstein, M.C. & Stason, W.B. (1977). Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical Practices, *New England Journal of Medicine*, 296 (13), 716-721.

[5] Detsky, A.S, Naglie, I.G (1990). A clinician's guide to cost-effectiveness analysis, *Annals of Internal Medicine*, 113 (2), 147-154.

[6] Szucs, T.D. & Schramm, W. (1994). Die sozioökonomische Evaluation. Einführung in die Methodologie. *Hämostaseologie*, 14, 84-89.

- [7] Szucs, T.D. & Schramm, W. (1995). Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen von medizinischen Therapien – Methodologische Grundlagen. *Zentralblatt für Chirurgie*, 120 (8), 577-583.
- [8] Walter, E. & Zehetmayr, S. (2006). Guidelines zur gesundheitsökonomischen Evaluation - Konsenspapier, *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 156 (23-24), 628-632.
- [9] Drummond, M., Stoddart, G. & Torrance, G. (1997). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford.
- [10] Rychlik, R. (1999). *Gesundheitsökonomie - Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Enke.
- [11] Schöffski, O. & Schulenburg, J.M. (2000). *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Berlin u.a.: Springer.
- [12] Müller-Bohn, U. (2000). *Pharmakoökonomie*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- [13] Rizzo, J.D & Powe, N.R. (1999). Methodological Hurdles in Conducting Pharmacoeconomic Analyses. *Pharmacoeconomics*, 15 (4), 339-355.
- [14] WHO. (2013). *Physical Activity and Adults. Recommended levels of physical activity for adults aged 18 - 64 years*. Verfügbar unter: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_adults/en/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/index.html) [24.1.2013]
- [15] WHO. (2009). *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization.
- [16] Smala, A., Beeler, I. & Szucs, T.D. (2001). *Die Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz*. Zürich. Verfügbar unter: [http://www.zora.uzh.ch/33375/1/Smala et al Bericht Volkswirtschaft.pdf](http://www.zora.uzh.ch/33375/1/Smala_et_al_Bericht_Volkswirtschaft.pdf) [12.11.2012]
- [17] Martin, B.W., Beeler, I., Szucs, T., Smala, A.M., Brügger, O., Casparis, C., Allenbach, R., Raeber, P.A. & Marit, B. (2001). Volkswirtschaftlicher Nutzen der Gesundheitseffekte der körperlichen Aktivität: erste Schätzung für die Schweiz. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 49 (2), 84-86.
- [18] Katzmarzyk, P.T., Gledhill, N. & Shephard, R.J. (2000). The economic burden of physical inactivity in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 163 (11), 1435-1440.

- [19] WHO. (2011). *Health economic assessment tools (HEAT) for walking and cycling, Economic Assessment of transport infrastructure and policies, Methodology and user guide*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- [20] Amt der Burgenländischen Landesregierung. (2012). *Bezirke und Gemeinden*. Eisenstadt. Verfügbar unter: <http://www.burgenland.at/burgenland/bezirkeundgemeinden> [12.11.2012]
- [21] Statistik Austria. (2012). *STATcube - Statistische Datenbank*. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/services/datenbank\\_superstar/index.html](http://www.statistik.at/web_de/services/datenbank_superstar/index.html) [14.11.2012]
- [22] Amt der Burgenländischen Landesregierung. (2012). *Volksschulen*. Eisenstadt. Verfügbar unter: [http://www.burgenland.at/media/file/2223\\_T9\\_Volksschulen.pdf](http://www.burgenland.at/media/file/2223_T9_Volksschulen.pdf) [14.11.2012]
- [23] Statistik Austria. (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Wien
- [24] Statistik Austria. (2012). *Bruttojahresverdienste der Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten nach Wirtschaftstätigkeit und Geschlecht 2010*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/personeneinkommen/verdienststruktur/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/personeneinkommen/verdienststruktur/index.html) [13.11.2012]
- [25] WHO. (2011). *Health Economic Assessment Tool for cycling and walking*. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/HEAT> [12.11.2012]
- [26] Thaller, M., Schnabel, F. & Gollner, E. (2012). Eine quantitative Studie zur CO<sub>2</sub>-Reduktion durch erhöhten Fußverkehr bei Volksschulkindern. In FH Joanneum (Hrsg.). *6. Forschungsforum der österreichischen Fachhochschulen: Tagungsband 4 Multisektorale Gesundheitsförderung* (S. 108-112). Graz: Eigenverlag der FH Joanneum Gesellschaft mbH.
- [27] Rauh, W., Bleckmann, C., Limbourg, M., Moshammer, H., Regner, K. & Pilz, C. (2004). *Kinder, die Verlierer im Verkehr*. Wien: VCÖ.
- [28] Joshipura, K.J., Hu, F.B., Manson, J.E., Stampfer, M.J., Rimm, E.B., Speizer, F.E., Colditz, G., Ascherio, A., Rosner, B., Spiegelman, D. & Willett, W.C. (2001). The Effect of Fruit and Vegetable Intake on Risk of Coronary Heart Disease, *Annals of Internal Medicine*, 134 (12), 1106-1114.
- [29] Sacks, F.M, Svetkey, L.P., Vollmer, W.M., Appel, L.J., Bray, G.A., Harsha, D., Obarzanek, E., Conlin, P.R., Miller, E.R., Simons-Morton, D.G., Karanja, N. Lin, P.H., Aickin, M., Most-Windhauser, M.M., Moore, T.J., Proschan, M.A., Cutler, J.A. (2001). Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *New England Journal of Medicine*, 344, 3–10.
- [30] Lock, K., Pomerleau, J., Causer, L., Altmann, D.R. & McKee, M. (2005). The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables:

implications for the global strategy on diet. *Bulletin of the World Health Organization*, 83 (2), 100-108.

[31] Cobiac, L.J., Vos, T., Veerman, J.L. (2010). Cost-effectiveness of interventions to promote fruit and vegetable consumption. *Plosone*, 5 (11).

[32] Statistik Austria. (2012). *Statistisches Jahrbuch Österreichs 2013*. Wien.

[33] Statistik Austria. (2012). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2011*. Wien.

[34] Pan, X.R., Li, G.W., Hu, Y.H, Wang, J.X., Yang, W.Y., An, Z.X., Hu, Z.X., Lin, J., Xiao, J.Z., Cao, H.B., Liu, P.A., Jiang, X.G., Jiang, Y.Y., Wang, J.P., Zheng, H., Zhang, H., Bennett, P.H., Howard, B.V. (1997). Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance, the Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care*, 20 (4), 537-544.

[35] Styria Vitalis. (2010). *Grüne Haube, Naturküche-Leistungsbetrieb* (Broschüre). Graz: Styria Vitalis.

[36] Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K., Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality, *American Journal of Public Health*, 87 (9), 1491-1498.

[37] Putnam, R.D. (1993). *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*, Princeton: Princeton University Press.

[38] Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Layton, J.B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *Polos Medicine*, 7 (7).

[39] Kiecolt-Glaser, J.K. McGuire, L, Robles, T.F. & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53, 83-107.

## 9 KINDER- UND JUGENDGESUNDHEIT

Der vorliegende Gesundheitsbericht ist der erste im Burgenland, der sich auch speziell der Kinder- und Jugendgesundheit widmet.

Kindheit und Jugend sind jene Lebensphasen, die die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten sowie die Lebensqualität in späteren Jahren prägen. Es ist jene Zeit, in der gesundheitsbezogene Verhaltensweisen erworben und psychische sowie physische Gesundheitsressourcen aufgebaut werden [1]. Zudem werden Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen bereits in frühen Jahren ausgebildet [2].

Aufgrund dessen ist es im Rahmen der GBE wichtig, die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen darzustellen, Einflussfaktoren aufzuzeigen und die Krankenversorgung dieser Bevölkerungsgruppe zu beschreiben. Dies ermöglicht es in weiterer Folge aufbauend auf den Erkenntnissen Maßnahmen zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit zu setzen.

Grundsätzlich ist es schwierig, die Begriffe „Kinder“ und „Jugendliche“ voneinander abzugrenzen. So werden in verschiedenen Disziplinen wie der Soziologie, der Medizin oder der Rechtswissenschaften unterschiedliche Altersgrenzen festgelegt [43]. Dies liegt auch an der Vorverlagerung der Pubertät sowie der Tatsache, dass die sexuelle Reifung nicht bei jedem Kind zur gleichen Zeit entsteht [3]. Gerade deswegen wird das vorliegende Kapitel „Kinder- und Jugendgesundheit“ genannt.

Die Kindheit wird generell in der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen als Phase zwischen der Geburt und dem Beginn des Erwachsenenalters (18 Jahre) definiert, wobei Säuglinge, Kleinkinder, Schulkinder und Jugendliche Untergruppen darstellen [4]. Speziell im Burgenland gibt es lediglich eine offizielle Definition für den Begriff „junge Menschen“. Grundsätzlich sind hierunter Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu verstehen [5].

In den meisten österreichischen Bundesländern, in denen eine Begriffsdefinition für „Kinder“ besteht, wie z.B. der Steiermark, Kärnten oder Tirol wird als obere Altersgrenze das 14. Lebensjahr festgelegt [5]. Hier setzt der vorliegende Gesundheitsbericht an und bezieht sich vorwiegend auf die Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen. Je nach Datengrundlage werden jedoch bei einigen Indikatoren auch Ergebnisse für ältere Jugendliche dargestellt.

Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich im Detail mit folgenden Themengebieten:

- Fokusgruppe Kindergesundheit
- Kinder und Jugendliche im Burgenland: soziodemographische Daten
- Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen (subjektiv, Morbidität, Mortalität, Zahngesundheit)
- Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen (Ernährung, Bewegungs- und Freizeitverhalten, Suchtmittelgebrauch)
- Sozialkapital bei Kindern und Jugendlichen
- Relevante Settings für Kinder und Jugendliche
- Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte für Kinder und Jugendliche

– Krankenversorgung bei Kindern und Jugendlichen

Die Basis zur Erstellung dieses Kapitels bildeten von burgenländischen Stakeholdern im Rahmen einer Fokusgruppe festgelegte Indikatoren zur Messung der Kindergesundheit im Burgenland (s. Kapitel 9.1.2). Ergänzend dazu dienten ausgewählte Kindergesundheitsindikatoren, welche unter dem Titel CHILD (Child Health Indicators of Life and Development) vom European Union Community Health Monitoring Programme entwickelt wurden, dazu, nationale und internationale Vergleichbarkeit und Transparenz zu schaffen.

Eine wichtige nationale Grundlage für den vorliegenden Gesundheitsbericht bietet die Österreichische Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie. Diese wurde im Dialog mit ExpertInnen aus allen Bereichen, die Kindergesundheit beeinflussen, erarbeitet, dem Kindergesundheitsdialog, der im April 2010 von Gesundheitsminister Alois Stöger gestartet wurde. Dabei entwickelten ExpertInnen aus Wissenschaft, Praxis, Politik und Verwaltung eine Strategie zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit aller Kinder und Jugendlichen in Österreich. Bedingt durch den determinantenorientierten Ansatz (Health in All Policies) im Rahmen des Dialogs kam besonders den Themenbereichen Gesundheitsförderung und Prävention großer Stellenwert zu, allerdings wurde auch der Versorgungsbereich einer genauen Analyse unterzogen. In Tabelle 39 werden die Ziele, die aus dem Kindergesundheitsdialog heraus entstanden sind, angeführt. Das vorliegende Schwerpunktkapitel zum Thema Kinder- und Jugendgesundheit orientiert sich an diesen Zielvorgaben [37]. Weiteres gilt es anzumerken, dass in der Kindergesundheitsstrategie auch ein umfangreiches Maßnahmenpaket enthalten ist, zu dem am 1. Jahrestag der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie im Herbst 2012 bereits ein erstes Update veröffentlicht werden konnte. Auch in den folgenden Jahren wird, unterstützt von der Gesundheit Österreich GmbH, ein regelmäßiges Monitoring der durchgeführten Interventionen stattfinden. Dazu wurde auch ein intersektorales Komitee eingerichtet, in dem neben allen beteiligten Ministerien (BMUKK, BMWFJ, BMASK, BMLFUW und die Sportsektion des BMLVS) die Sozialversicherung und fast alle Bundesländer vertreten sind sowie einige nichtgewinnorientierte Organisationen (NGOS) (Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, ÖGKJ, der bundesweite Verband offener Jugendarbeit und die Bundesjugendvertretung). Jeweils im Herbst eines Jahres soll das aktuelle Maßnahmen-Update bei einer Veranstaltung in je einem anderen Bundesland präsentiert werden und dabei das jeweilige Bundesland in besonderem Ausmaß berücksichtigt werden.



<b>Ziele der Österreichischen Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie</b>	
<b>Themenfeld 1: Gesellschaftlicher Rahmen</b>	
<b>Ziel 1</b>	Bewusstsein für spezielle Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen stärken
<b>Ziel 2</b>	Bewusstsein für die politikfeldübergreifende Verantwortung für Gesundheit („Health in All Policies“) stärken
<b>Themenfeld 2: Gesunder Start ins Leben</b>	
<b>Ziel 3</b>	Bei Schwangerschaft und Geburt die Basis für einen guten Start legen
<b>Ziel 4</b>	In der frühen Kindheit das Fundament für langfristige Gesundheit legen
<b>Themenfeld 3: Gesunde Entwicklung</b>	
<b>Ziel 5</b>	Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen stärken
<b>Ziel 6</b>	Bildung als zentraler Einflussfaktor auf Gesundheit positiv nutzen
<b>Ziel 7</b>	Bewegung von Kindern und Jugendlichen ermöglichen und fördern
<b>Ziel 8</b>	Gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen fördern
<b>Themenfeld 4: Gesundheitliche Chancengleichheit</b>	
<b>Ziel 9</b>	Gesundheitliche Chancengleichheit für sozial Benachteiligte fördern
<b>Ziel 10</b>	Chancengleichheit für gesundheitlich benachteiligte Kinder und Jugendliche fördern
<b>Ziel 11</b>	Früherkennung und gezielte Förderung bei Kindern und Jugendlichen verbessern
<b>Themenfeld 5: Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen in spezifischen Bereichen</b>	
<b>Ziel 12</b>	Ambulante Erstversorgung optimieren und zu Tagesrandzeiten und am Wochenende verbessern
<b>Ziel 13</b>	Pädiatrische Kompetenz in der Notfallversorgung stärken
<b>Ziel 14</b>	Versorgung in Krankenhäusern kinderfreundlicher machen
<b>Ziel 15</b>	Versorgung in ausgewählten Bereichen verbessern (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Neuropädiatrie, Sozialpädiatrie)
<b>Ziel 16</b>	Integrierte Versorgung der „modernen Morbidität“ verbessern
<b>Ziel 17</b>	Neonatologische Versorgung an die geänderten demografischen Verhältnisse anpassen
<b>Ziel 18</b>	Angebot für Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen verbessern
<b>Ziel 19</b>	Pädiatrische Pflege sicherstellen sowie Kinderhospizarbeit und Palliative Care ausbauen
<b>Ziel 20</b>	Verfügbarkeit von kindgerechten Arzneimitteln verbessern

**Tabelle 39: Ziele der Österreichischen Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie, Stand: 2011, Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [37], Eigene Erstellung**

## 9.1 Fokusgruppe Kindergesundheit

Im Rahmen der Burgenländischen GBE wurde eine Fokusgruppe zum Thema Kindergesundheit durchgeführt. Im Sinne einer integrierten GBE konnten dabei unterschiedliche Stakeholder ihre Expertise einbringen. Eine Auflistung der TeilnehmerInnen findet sich in Kapitel 2.1.3.1, ein detaillierter Moderationsleitfaden

im Anhang A.3, ein Fotoprotokoll im Anhang A.4. Die Ergebnisse dieser Fokusgruppe stellten die Basis für das vorliegende Schwerpunktkapitel zum Thema Kindergesundheit dar.

Grundlage für ein gemeinsames Verständnis bildete der Begriff „Child Public Health“. Obwohl es in Österreich keine einheitliche Definition gibt, kann Child Public Health als ein neuer Forschungszweig, der sich mit der besonderen gesundheitlichen Situation und der Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen befasst, bezeichnet werden. Dabei beinhaltet die Auseinandersetzung mit Child Public Health vor allem die Themen:

- Schwangerenvorsorge
- Umwelteinflüsse
- Situation von Kindern mit chronischen Erkrankungen
- Bindung als Schutzfaktor im 1. Lebensjahr für spätere psychische Gesundheit
- Suchtverhalten und Suizide bei Jugendlichen
- „child advocacy“
- soziale Benachteiligung bei Kindern und deren gesundheitliche Folgen (Quelle: MedUni Wien, Zentrum für Public Health)

Bevor die wichtigsten Ergebnisse dieser Fokusgruppe dargestellt werden, gilt es anzumerken, dass die einzelnen TeilnehmerInnen auch nach Durchführung der Diskussion die Möglichkeit hatten, Ergänzungen anzufügen.

### *9.1.1 Status quo der Kindergesundheit im Burgenland*

Zu Beginn der Fokusgruppe bestimmten die TeilnehmerInnen gemeinsam den Status quo der Kindergesundheit im Burgenland. Dabei hatten sie die Möglichkeit, anzugeben, was im Burgenland im Bereich der Kindergesundheit:

- optimal läuft;
- wo bereits Ansätze vorhanden sind, jedoch Verbesserungspotenzial besteht;
- und wo großer Nachholbedarf besteht.

Tabelle 40 zeigt eine Auflistung der von den TeilnehmerInnen erarbeiteten Punkte.

Optimal	Verbesserungspotenzial	Nachholbedarf
steigende Zahl an Initiativen	jährliche ärztliche Untersuchungen in Kinderbetreuungseinrichtungen	burgenlandspezifische Forschung
Bewegung in Kinderbetreuungseinrichtungen	Zusammenarbeit mit Bundesschularzt/-ärztin (Adipositas, Diabetes-Screening)	schulärztliche Versorgung
Landschaftsbild	Gratistherapieplätze für Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie	Versorgung von Kindern mit lebensnotwendigen Medikamenten in Kinderbetreuungseinrichtungen
Mutter-Kind-Pass-Untersuchung	Betreuung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher	kinderpsychiatrische Versorgung
Impfprävention in einzelnen Bereichen	Standardisierung von Maßnahmen in der Gesundheitsförderung	psychosoziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen-> Zeit und Raum
Gewaltprävention (Projekt „Friedenswochen“)	Gesundheitsförderung in Schulen: Bewegung-Ernährung-„Ich-Stärke“	gesunde Ernährung
	Nachmittagsbetreuung in Ferien	Suchtprävention
	Freizeitbeschäftigungen von Kindern	Vorsorgeuntersuchungen
	Mutter-Kind-Pass-Untersuchung	
	Impfungen	
	logopädische und physiotherapeutische Betreuung	
	Neonatologie	
Personal in den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, öffentliche Jugendwohlfahrt, Schulpsychologie und Schulsozialarbeit		

**Tabelle 40: Status quo der Kindergesundheit im Burgenland - Ergebnisse, Stand: 2012, Eigene Erstellung**

### **Kindergesundheit Burgenland optimal**

Als optimal wird seitens der TeilnehmerInnen die steigende Anzahl an Initiativen sowie das zunehmende Interesse und Engagement in der Gesellschaft für das Thema Kindergesundheit angesehen. Zudem wird angemerkt, dass das Thema Bewegung bei der Erziehung von Kindern in Kinderbetreuungseinrichtungen einen immer höheren Stellenwert einnimmt.

Auch das Landschaftsbild im Burgenland wird als günstig erachtet: So haben burgenländische Kinder und Jugendliche meist die Möglichkeit, schnell in der Natur zu sein, um sich zu erholen oder körperlich zu betätigen.

Im Bereich der Vorsorgemaßnahmen werden von einigen TeilnehmerInnen vor allem die Mutter-Kind-Pass-Untersuchung sowie die Impfprävention in einzelnen Bereichen als optimal bezeichnet. Auch der Gewaltprävention wird ein hoher Stellenwert eingeräumt. So gibt es im Burgenland ein österreichweit einzigartiges Projekt zu diesem Thema mit dem Titel „Friedenswochen“ in Stadt Schlaining.

## **Kindergesundheit Burgenland Verbesserungspotenzial**

Hinsichtlich der Versorgungssituation werden die jährlichen ärztlichen Untersuchungen in Kinderbetreuungseinrichtungen als gut, aber verbesserungswürdig eingeschätzt. So wären einheitliche Untersuchungsformulare für alle ÄrztInnen wünschenswert. Auch in der schulärztlichen Versorgung werden Verbesserungspotenziale erkannt: So wünscht man sich seitens des Bundesschularztes mehr Unterstützung bei den Themen Adipositas und Diabetesscreening.

Weiteres wird im Bereich der Versorgung ein Mangel an Gratistherapieplätzen für Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie festgestellt. Die Versorgung ist aufgrund der zahlreichen ländlichen Gebiete im Burgenland nicht flächendeckend gegeben. Neben dem Mangel an Betreuungsplätzen wird unter den TeilnehmerInnen ein Personaldefizit festgestellt. Dies betrifft die Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie, öffentliche Jugendwohlfahrt, Schulpsychologie sowie Schulsozialarbeit. Betrachtet man beispielsweise lediglich den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, so sind im Bereich der ambulanten Versorgung mindestens drei bis vier weitere Kinder- und JugendpsychiaterInnen nötig. Ergänzend dazu wird die Betreuung chronisch kranker Kinder (v.a. Diabetes, chronische Darmerkrankungen, neurologische Krankheiten) als verbesserungswürdig eingestuft. So besteht auch hier ein deutlicher Personalmangel. Dasselbe betrifft die logopädische und physiotherapeutische Versorgung von Kindern sowie den Bereich der Neonatologie.

Verbesserungspotenziale im Vorsorgebereich werden bei den Themen Impfungen und Mutter-Kind-Passuntersuchung festgestellt.

Im Bereich der Gesundheitsförderung stellt ein Teil der TeilnehmerInnen das Fehlen einer Standardisierung von Maßnahmen sowie das mangelnde Vorhandensein eines Qualitätsmanagements fest. Speziell in Hinblick auf die schulische Gesundheitsförderung wird angemerkt, dass Bewegung, Ernährung und „Ich-Stärke“ in Bildungseinrichtungen zwar zunehmend thematisiert werden, aber dennoch noch ausbaufähig sind. Im Bereich der Freizeitbeschäftigungen von Kindern wird ein weiteres Verbesserungspotenzial festgestellt. So müssen Kindern mehr Möglichkeiten einer sinnerfüllten Freizeitgestaltung geboten werden. Aktuelle wissenschaftliche Untersuchungen zeigen nämlich, dass die Mediennutzung unter Kindern und Jugendlichen steigt, während aktive und soziale Freizeitaktivitäten eher abnehmen.

Hinsichtlich der Nachmittagsbetreuung von Kindern wird angemerkt, dass das Angebot diesbezüglich in den Sommerferien eher mangelhaft ist. Es fehlt sowohl eine flächendeckende Versorgung als auch ein flächendeckender Standard. Grundsatz sollte es sein, dass alle burgenländischen Kinder in den gleichen Genuss einer qualitativ hochwertigen Nachmittagsbetreuung im Sinne der Chancengleichheit kommen.

## **Kindergesundheit Burgenland Nachholbedarf**

Grundsätzlich besteht im Burgenland gemäß Auskünften der TeilnehmerInnen ein großer Mangel im Bereich der burgenlandspezifischen Forschung zum Thema Kindergesundheit. Zudem fehlt es an einer standardisierten, evidenzbasierten GBE. Aktuell wird die Kindergesundheit im Burgenland wenn, dann nur im Rahmen nationaler oder internationaler Studien „mitbeforscht“. Dies ist mit zahlreichen methodischen Schwierigkeiten (v.a. geringe Stichprobe) verbunden.

Das Versorgungsthema „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ wird unter dem Punkt „Nachholbedarf“ heftig diskutiert. Burgenland ist das einzige Bundesland Österreichs ohne eigene stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung. Die bisher mitversorgenden Abteilungen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) Hinterbrühl für das Nordburgenland sowie KJPP Graz an der Sigmund Freud Klinik für das Südburgenland sind aufgrund des ständig steigenden Bedarfs auch aus dem eigenen Bundesland konstant überbelegt. Eine eigene Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung für das Burgenland erscheint aus Sicht der meisten TeilnehmerInnen als dringend erforderlich.

In Kinderbetreuungseinrichtungen besteht vor allem in der Versorgung von Kindern, die lebensnotwendige Medikamente einnehmen müssen, Nachholbedarf. So werden aktuell PädagogInnen mit der Aufgabe der Medikamentenverabreichung betraut. Kindergartenschwestern wären laut Meinung der TeilnehmerInnen wünschenswert.

In der Kategorie „Nachholbedarf“ wurde erneut das Thema der schulärztlichen Untersuchungen aufgegriffen. Es ist für SchulärztInnen schwierig, Themen der Gesundheitsförderung und Prävention zu behandeln. Dies liegt vor allem an zu geringen zeitlichen Ressourcen. So wäre eine Ausweitung der Anwesenheitspflicht des Schularztes/der Schulärztin erstrebenswert.

Im Rahmen der Schulpsychologie gilt es in Zukunft, die psychosoziale Gesundheit von Kindern vermehrt zu fördern. Dabei muss vor allem den Themen Zeit (z.B. aktive Zeit der Eltern für ihre Kinder) sowie Raum (z.B. Schaffung von Räumen zur Selbstentfaltung, wenig strukturierte Plätze und Orte ohne Konsumzwang) mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Dies betrifft jedoch nicht nur den Schulbereich, sondern auch andere Settings. Ein weiteres Thema in Hinblick auf die psychosoziale Gesundheit ist Suchtprävention. Auch diese wird im Burgenland seitens der TeilnehmerInnen in den Bereichen Alkohol, Tabak und Spiele als mangelhaft bezeichnet.

Neben der Bewegung und der psychosozialen Gesundheit gilt die Ernährung als weitere wichtige Säule der Gesundheitsförderung. Dieser Bereich weist aus Sicht der TeilnehmerInnen einen großen Nachholbedarf auf: Vor allem die gesunde Essensverpflegung in Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen ist ausbaufähig. Außerdem gibt es zu wenig präventive Leistungen bei Adipositas.

### *9.1.2 Festlegung von Kindergesundheitsindikatoren*

Neben der Ermittlung des Status quo der Kindergesundheit im Burgenland entwickelten die FokusgruppenteilnehmerInnen auch burgenlandspezifische

Kindergesundheitsindikatoren. Dabei war es wichtig, dass diese an nationale und internationale Gesundheitsindikatoren anschlussfähig sind. Ferner sollte auf ein bio-psycho-soziales Gesundheitsverständnis Wert gelegt werden.

Die größte Herausforderung stellten für die TeilnehmerInnen fehlende Datenquellen dar. So ist es notwendig, zumindest eine österreichweit gültige Auflistung zu schaffen, um Bundesländervergleiche auf einem wissenschaftlich fundierten Niveau zu ermöglichen. Aufgrund der aktuell eher mangelhaften Datenlage entwickelten die TeilnehmerInnen deshalb neben den zehn Indikatoren eine Liste mit wünschenswerten Parametern, die derzeit nicht gemessen werden können.

Indikator	Messung	Datenquelle
<b>Gesundheitszustand</b>		
Geburtsgewicht	Anteil der geborenen Kinder unter 2,5 Kilogramm	Statistik Austria
Lebenszufriedenheit	subjektive Einschätzung der Lebenszufriedenheit auf einer Skala von 1-10	Health behaviour in school-aged children (HBSC)-Studie 2010
chronische Erkrankungen	Anteil der Kinder, die an Diabetes, Asthma, Morbus Crohn, Epilepsie, Allergie und Neurodermitis leiden	ggf. Österreichische Sozialversicherung, Statistik Austria
psychiatrische Erkrankungen	Anteil der Kinder, bei denen die Diagnose „psychiatrische Erkrankung“ festgestellt wurde	ggf. Österreichische Sozialversicherung, Statistik Austria
Essstörungen	Body Mass Index	HBSC-Studie 2010
<b>Gesundheitsverhalten</b>		
Bewegungsverhalten	Anteil der Kinder, die angeben, täglich 60 Minuten körperlich aktiv zu sein	HBSC-Studie 2010
Suchtmittelkonsum	Anteil der Kinder/Jugendlichen, die (regelmäßig) Alkohol/Nikotin und illegale Drogen konsumieren	HBSC-Studie 2010, zwei burgenlandspezifische Untersuchungen
<b>Soziale Determinanten</b>		
Unterstützung durch Erwachsene	Anteil der Kinder, die angeben, Unterstützung von ihren Eltern zu erhalten	HBSC-Studie 2010
<b>Nutzung des Gesundheitssystems</b>		
Impfungen	Anteil der Kinder, die einen kompletten Impfschutz gegen Grippe, Masern, Mumps, Röteln und FSME haben	Österreichische Sozialversicherung, Bundesministerium für Gesundheit
<b>Bildung</b>		
Unterrichtsfehlstunden	durchschnittliche Fehlstunden pro SchülerIn	Unterrichtsministerium

**Tabelle 41: Kindergesundheitsindikatoren für das Burgenland, Stand: 2012, Eigene Erstellung, Anmerkung: rot markiert sind jene Kennzahlen, die im Rahmen des vorliegenden Gesundheitsberichtes aufgrund mangelnder Datenqualität nicht dargestellt werden konnten**

Nach einem gemeinsamen Brainstorming wählten die Stakeholder mittels Punktvergabe die ihrer Meinung nach zehn wichtigsten Indikatoren aus, die in weiterer Folge im Rahmen eines regelmäßigen Monitorings erfasst und dargestellt

werden sollen. Die Indikatoren sind in Tabelle 41 zusammenfassend dargestellt. Dabei wurden sie einzelnen Kategorien zugeordnet. Zudem werden die mit den TeilnehmerInnen ermittelten Messmöglichkeiten und Datenquellen angeführt.

Die zehn in Tabelle 41 angeführten Indikatoren stellen die Basis für das vorliegende Schwerpunktkapitel dar. Ergänzt wurden sie durch weitere ausgewählte auf internationaler Ebene entwickelte Kindergesundheitsindikatoren (CHILD).

Von den in der Fokusgruppe definierten Indikatoren konnten das Geburtsgewicht, die Lebenszufriedenheit, Essstörungen, Bewegungsverhalten, Suchtmittelkonsum und die Unterstützung durch Erwachsene problemlos dargestellt werden.

Für den Indikator „chronische Krankheiten“ konnte nur die Spitalsentlassungsstatistik herangezogen werden (s. Kapitel 9.3.3). Dabei konnten zwar im Detail die in der Fokusgruppe definierten Krankheiten (Ausnahmen: Neurodermitis und Allergie) dargestellt werden, allerdings sind extramurale Informationen diesbezüglich nicht verfügbar. Lediglich Informationen zur Medikamenteneinnahme bei Kindern und Jugendlichen (s. Kapitel 9.8.3) und Informationen aus Befragungen zur Beschwerdelast (s. Kapitel 9.3.4.2) können diese Daten ergänzen.

Auch für den Indikator „psychiatrische Erkrankungen“ konnten Daten der Spitalsentlassungsstatistik herangezogen werden. Erweitert werden diese durch Informationen zur Einnahme von Medikamenten zur Behandlung des Nervensystems (s. Kapitel 9.8.3). Weiters ermöglichen Daten des Zentrums für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Eisenstadt (s. Kapitel 9.8.4) Aussagen über PatientInnenzahlen und Diagnosen.

Daten zum Impfschutz von Kindern und Jugendlichen konnten im vorliegenden Gesundheitsbericht nicht dargestellt werden. Obwohl die BGKK über Daten zu Impfungen verfügt, welche regelmäßig erfasst werden, ermöglichen unterschiedliche Auswertungen und Ergebnisdarstellungen von Kinderimpfungen auf Bundes- und Bundeslandebene keine aussagekräftige Darstellung dieser Kennzahl im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung. Um das Thema Vorsorge bei Kindern dennoch zu berücksichtigen, wird im vorliegenden Gesundheitsbericht auf Mutter-Kind-Pass Untersuchungen eingegangen.

Nach Rücksprache mit dem Burgenländischen Landesschulrat sowie dem Unterrichtsministerium sind zudem keine gesammelten Daten zu Unterrichtsfehlstunden von SchülerInnen auf Bundeslandebene verfügbar.

Da diese beiden von den FokusgruppenteilnehmerInnen festgelegten Kindergesundheitsindikatoren im Rahmen des aktuellen Gesundheitsberichtes somit nicht dargestellt werden können, wird auf die beide nächstgereihten Kennzahlen (Armutsgefährdung, sozioökonomische Lebensumstände) zurückgegriffen. Die sozioökonomischen Lebensumstände werden unter anderem mithilfe des Indikators „Kinder in AlleinerzieherInnenhaushalten“ beschrieben. Um im Rahmen des nächsten burgenländischen Gesundheitsberichtes eine nachvollziehbare Darstellung der Indikatoren „durchschnittliche Unterrichtsfehlstunden“ und „Impfungen“ zu ermöglichen, wäre eine adäquate Sammlung bzw. Aufbereitung der Daten empfehlenswert.

Weitere wünschenswerte Indikatoren, die jedoch aufgrund der aktuellen Datenlage nicht erhoben werden können, sind laut TeilnehmerInnen vor allem Gewalt- und Missbraucherfahrungen, soziale Gesundheit im Vorschul- und Kindergartenalter, Unterstützung von Volksschul- und Kindergartenkinder durch erwachsene Vertrauenspersonen, Zugehörigkeitsgefühl von Kindern, Lebenszufriedenheit von Drei- bis Zehnjährigen, Schmerzen bei Volksschulkindern sowie Bewegung in Vereinen. Die zwei letztgenannten Indikatoren sowie der Indikator „soziale Gesundheit im Vorschul- und Kindergartenalter“ können aber im Rahmen des vorliegenden Gesundheitsberichtes aufgrund einer eigenen Erhebung zumindest für den Bezirk Oberwart dargestellt werden.

### *9.1.3 ExpertInnenmeinung des Bundesministeriums für Gesundheit*

Das Protokoll der Fokusgruppe zum Thema „Kindergesundheit“ wurde auch zur Durchsicht an die Projektleiterin des Kindergesundheitsdialoges zur Entwicklung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie und nunmehrigen Leiterin der Koordinationsstelle „Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie“ des Bundesministeriums für Gesundheit, Dr.<sup>in</sup> Veronika Wolschlager übergeben, die nicht direkt an der Diskussion teilnehmen konnte. Dies ermöglichte es, eine weitere nationale Fachexpertise in den Bericht zu integrieren. Im Folgenden sollen Anmerkungen aus Sicht der Koordinationsstelle angeführt werden.

Grundsätzlich haben wir es im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheits in den letzten Jahren mit einer veränderten Problemstellung zu tun. Die Krankheitslast hat sich weg von den Infektionskrankheiten hin zu einer vermehrten Zahl von Lebensstil-Erkrankungen, chronischen Entwicklungsbeeinträchtigungen sowie psychosozialen Integrations- und Regulationsstörungen entwickelt. Um dieser „modernen Morbidität“ [Wolschlager 2012] zu begegnen, braucht es neue Konzepte. Die Orientierung an gesundheitlichen Determinanten und Ressourcen hat die vermehrte Zusammenarbeit mit anderen politischen Bereichen zur Folge. Dies sowie die integrierte Versorgung sollten laut Dr.<sup>in</sup> Veronika Wolschlager als Ziel im Burgenland noch stärker im Vordergrund stehen.

In Hinblick auf den Mangel an psychosozialer Versorgung weist Dr.<sup>in</sup> Veronika Wolschlager darauf hin, dass diese in ganz Österreich defizitär und verbesserungswürdig ist. Und zwar nicht nur die kinder- und jugendpsychiatrische, die psychosomatische und die sozialpädiatrische stationäre Versorgung, sondern vor allem auch die ambulante Versorgung mit einschlägigen Therapien.

Hinsichtlich der definierten Indikatoren merkt die Projektleiterin der „Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie“ an, dass wenn eine Orientierung am bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell erfolgt, in Zukunft im Rahmen der GBE auch der soziale Status der Eltern als wichtiger Parameter zur Messung der Kinder- und Jugendgesundheits im Burgenland Berücksichtigung finden könnte [Anmerkung: Dem wurde durch die Einbeziehung international anerkannter CHILD-Indikatoren in das vorliegende Schwerpunktkapitel zu einem gewissen Grad Rechnung getragen].



Einen größeren Stellenwert sollte in Zukunft im Burgenland das Thema Lebensanfang haben. Dies betrifft nicht nur medizinische Themen wie die Mutter-Kind-Pass-Untersuchung. So werden gemäß Erkenntnissen der neurobiologischen Forschung sowie des Life-course approach in frühester Kindheit Mechanismen erlernt, die die Gesundheit ein Leben lang beeinflussen. Nur wenn Kinder und ihre Familien von Anfang an die Unterstützung bekommen, die sie brauchen, können diese Chancen genutzt werden bzw. diese Risiken minimiert werden. Auch die WHO empfiehlt in Zeiten der Ressourcenknappheit eine Fokussierung der Mittel auf den Lebensanfang.

Unter dem Begriff „Frühe Hilfen“ versteht man ein Gesamtkonzept an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. gezielte Frühinterventionen in der frühen Kindheit. Dabei werden die spezifischen Lebenslagen und Ressourcen von Familien berücksichtigt. Das Konzept ist durch eine Vernetzung vielfältiger Ansätze, Angebote, Strukturen und AkteurInnen gekennzeichnet. Die Arbeit am Thema der Frühen Hilfen nützt den Vorteil, dass die Schwangerschaft der beste Zeitpunkt ist, um mit (gefährdeten) Familien in Kontakt zu treten. Laut der Koordinationsstelle Kinder- und Jugendgesundheit des Bundesministeriums für Gesundheit ist es unumgänglich, in das System der Frühen Hilfen zu investieren. Dieses Thema findet daher auch im Rahmen der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit Berücksichtigung. So wurde ein Grundlagenprojekt zu Frühen Hilfen beauftragt, welches im Rahmen der Vorsorgestrategie finanziert und bis Ende 2013 abgeschlossen sein wird. Die Gesundheit Österreich GmbH setzt dieses Projekt gemeinsam mit einigen externen ProjektpartnerInnen um. Hauptziel ist es, die strukturellen und fachlichen Voraussetzungen für die Umsetzung eines Systems Früher Hilfen in Österreich zu verbessern. Im Zuge des Projektes erfolgt eine Bestandsaufnahme des Potenzials Früher Hilfen auf Basis einer Feldanalyse in allen Bundesländern. Dabei kommen Online-Fragebögen, Interviews und Fokusgruppen zum Einsatz. Auf Bundesebene finden ergänzend dazu Stakeholder-Workshops statt. Außerdem werden das Wissen und die Erfahrungen zu diesem Thema, die in Europa bzw. Österreich bisher gemacht wurden, zusammengetragen, ausgewertet und nutzbar gemacht. Nähere Informationen zu diesem Projekt finden sich auf der Webseite [www.fruehehilfen.at](http://www.fruehehilfen.at).

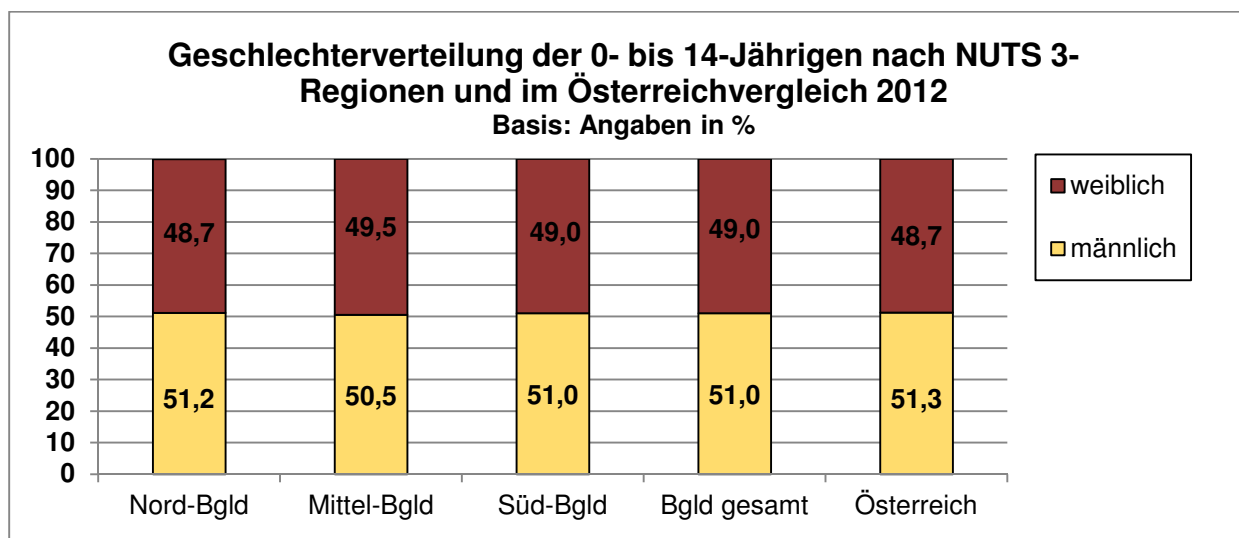
## 9.2 Kinder und Jugendliche im Burgenland

Im Folgenden werden die wichtigsten soziodemographischen Merkmale von Kindern und Jugendlichen im Burgenland beschrieben. Dabei werden die Verteilung der 0- bis 14-Jährigen nach Alter und Geschlecht sowie der Anteil burgenländischer Kinder in AlleinerzieherInnen-Haushalten dargestellt. Zudem wird auf den Anteil von Kindern und Jugendlichen in Schulen und Kindertagesheimen sowie jenen der armutsgefährdeten Kinder und Jugendlichen eingegangen.

### 9.2.1 Verteilung nach Alter und Geschlecht

Im Burgenland lebten mit Stand 1. Jänner 2012 37.886 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 14 Jahren. Der größte Anteil davon (35,8%) ist zwischen 10 und 14 Jahre alt. Von den 37.886 0- bis 14-jährigen BurgenländerInnen sind etwas mehr als die Hälfte (51%) männlich.

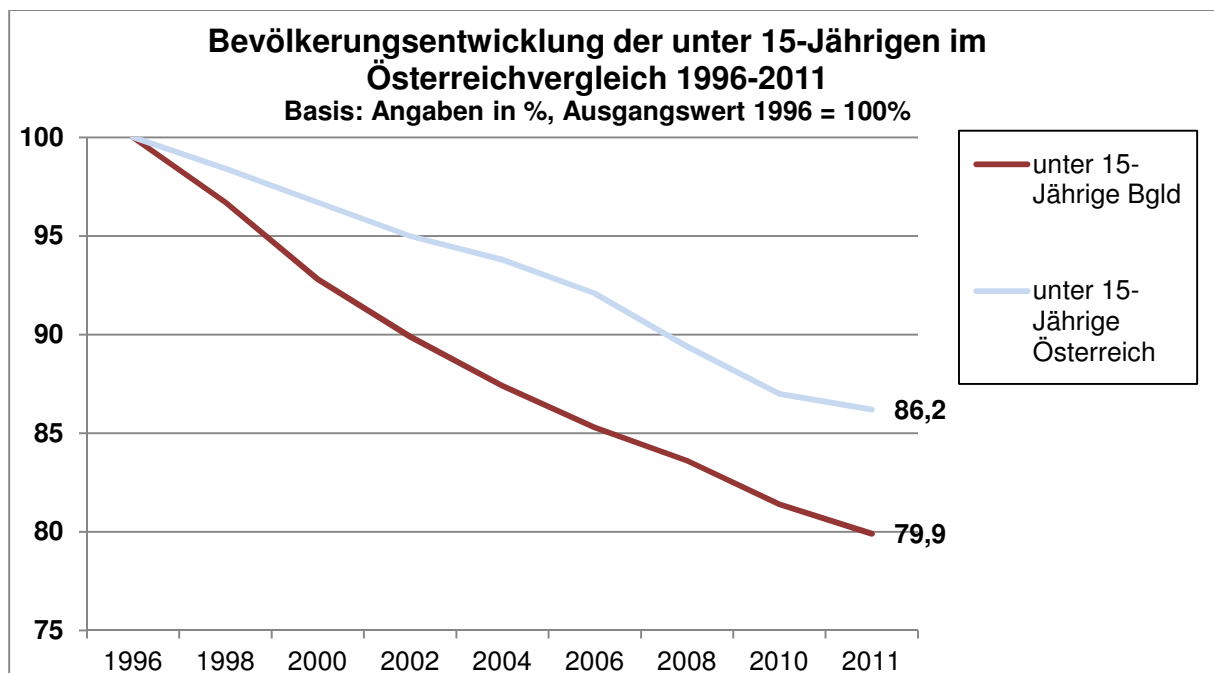
Der größte Anteil aller 0 bis 14-Jährigen im Burgenland lebt in der NUTS 3-Region AT 112 Nordburgenland (54,4%), der zweitgrößte in der Region Südburgenland (33%). Der Rest (12,6%) wohnt im Mittelburgenland. Informationen zur Geschlechterverteilung in den einzelnen Regionen sowie in Österreich finden sich in Abbildung 96.



**Abbildung 96: Geschlechterverteilung der 0- bis 14-Jährigen nach NUTS 3-Regionen und im Österreichvergleich, Stand: 1.1.2012, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [6], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Die Bezirke Eisenstadt-Umgebung mit Eisenstadt und Rust (20,2%), Oberwart (19,2%) sowie Neusiedl am See (19,5%) bilden jene, in denen die meisten 0- bis 14-jährigen BurgenländerInnen leben. Dies liegt natürlich an den höheren Bevölkerungszahlen in diesen Bezirken.

Zieht man Jahresdurchschnittsbevölkerungszahlen heran, so zeigt sich, dass die Zahl der unter 15-Jährigen im Burgenland seit 1996 (45.905) stetig zurückgeht. Lebten 2006 noch 39.561 Kinder und Jugendliche in diesem Alter im Burgenland, so waren es im Jahresdurchschnitt 2011 nur noch 37.825. Details zur Bevölkerungsentwicklung der unter 15-Jährigen im Burgenland seit 1996 finden sich in Abbildung 97. Dabei wird die Zahl der 0- bis 14-Jährigen im Jahr 1996 als Ausgangswert mit 100% definiert. Die Abbildung zeigt, dass der Rückgang dieser Bevölkerungsgruppe im Burgenland (-20,1%) höher ist als jener in Gesamtösterreich (-13,8%).



**Abbildung 97: Bevölkerungsentwicklung der unter 15-Jährigen im Österreichvergleich 1996-2011, Stand: 2011, Basis: Angaben in %, Ausgangswert 1996 = 100%; Quelle: Statistik Austria [7, 61], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Bezogen auf Gesamtösterreich leben im Burgenland 3,1% aller 0- bis 14-jährigen ÖsterreicherInnen. Hinsichtlich des Anteils männlicher Kinder und Jugendlicher liegt Burgenland (51%) etwa im Österreich-Schnitt (51,3%). Grundsätzlich unterscheiden sich die Bundesländer diesbezüglich kaum voneinander.

### 9.2.2 Anteil der Kinder in Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen

Bereits in Kapitel 3.2.1 wurde erläutert, welchen Einfluss der Bildungsstand auf die Gesundheit von Bevölkerungen hat. So gilt, dass je höher das Bildungsniveau ist, umso besser ist tendenziell auch der Gesundheitszustand. Daten aus den Niederlanden zeigen, dass Mortalität und Morbidität in der Gesamtbevölkerung um 25 bis 50% reduziert werden könnten, wenn Menschen mit niedrigem Bildungsabschluss denselben Gesundheitsstatus wie jene mit Hochschulbildung hätten [8]. Somit wird im Folgenden sowohl der Schulbesuch als auch der Besuch von Kindertagesstätten im Kindes- und Jugendalter im Burgenland dargestellt.

Im Burgenland besuchten gemäß Kindertagesheim-Statistik in den Jahren 2011/12 10.444 Kinder zwischen 0 und 14 Jahren ein Kindertagesheim, davon 7.374 einen Kindergarten. Zieht man die Daten der Jahresdurchschnittsbevölkerung 2011 heran, so zeigt sich, dass 99,2% der burgenländischen Kinder zwischen drei und fünf Jahren ein Kindertagesheim besuchen. Damit liegt man deutlich über dem Österreich-Schnitt (90,3%) und Burgenland ist somit jenes Bundesland mit der höchsten Kinderbetreuungsquote bei Drei- bis Fünfjährigen. Dabei ist anzumerken, dass zu den Kindertagesheimen sowohl Krippen und Kindergärten als auch Horte und altersgemischte Betreuungseinrichtungen zählen.

Betrachtet man die einzelnen NUTS 3-Regionen, so zeigt sich, dass im Südburgenland der Anteil 0- bis 14-Jähriger, die ein Kindertagesheim besuchen, am höchsten ist (28,8%). Im Mittelburgenland werden 27,5% aller 0 bis 14-Jährigen und im Nordburgenland 26,9% in einem Kindertagesheim betreut.

Die Anzahl der Kinder in Kindergärten ist seit 1995/96 (8.449) rückläufig (2011/12: 7.374). Im Gegensatz dazu stieg die Zahl betreuter Kinder in Krippen seit 1995/96 um das 27-Fache (1995/96: 33, 2011/12: 909) und jene in Horten um das Elffache (1995/96:76; 2011/12: 874) an. Auch beim Besuch altersgemischter Betreuungseinrichtungen zeigt sich ein starksteigender Trend (1999/2000: 148; 2011/12: 1.287).

Zur Darstellung des Schulbesuchs 0- bis 14-Jähriger im Burgenland werden ausschließlich Zahlen für die Schultypen „Volksschule“, „Hauptschule“, „Neue Mittelschule“ und „AHS-Unterstufe“ herangezogen. In diesem Zusammenhang gilt es zu erwähnen, dass ein geringer Teil der 0 bis 14-Jährigen möglicherweise anderen Schultypen angehört (z.B. Sonderschule) und diese Kinder somit nicht in die folgenden Daten miteinbezogen werden. Allerdings bilden die oben erwähnten Schultypen jene, die der Großteil der 0- bis 14-Jährigen im Burgenland besucht.

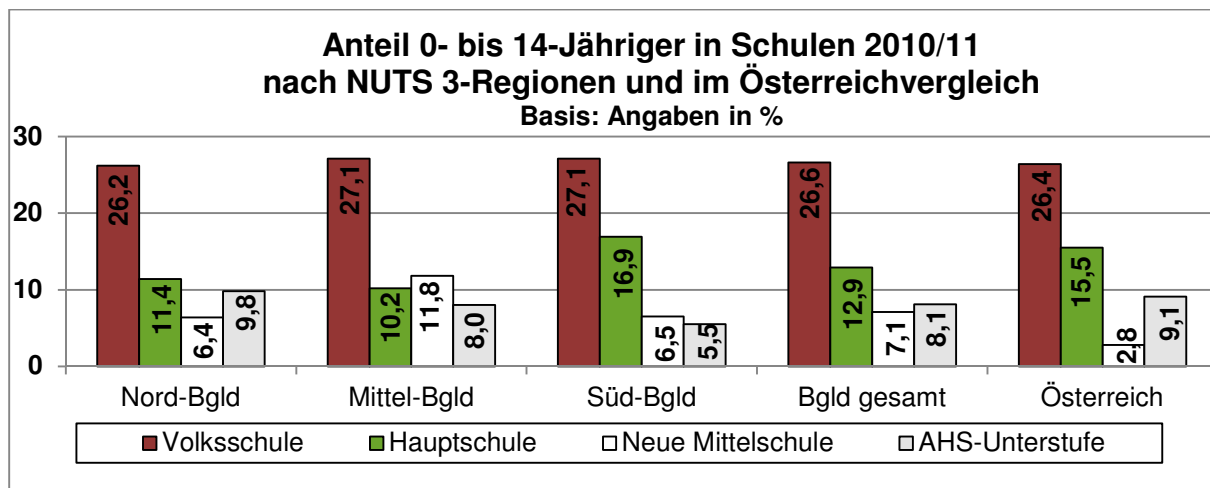
Im Burgenland lernten im Schuljahr 2010/11 10.104 Kinder in einer Volksschule und 4.886 in einer Hauptschule. 2.692 SchülerInnen besuchten eine neue Mittelschule und 3.075 eine allgemeinbildende höhere Schule (AHS-Unterstufe). Während bei nahezu allen Schultypen mehr Buben vertreten sind, zeigen sich bei AHS-Unterstufe-SchülerInnen kaum geschlechtsspezifische Unterschiede (50,8% Mädchen).

Betrachtet man die einzelnen NUTS 3-Regionen, so zeigen sich hinsichtlich des Anteils an VolksschülerInnen kaum Unterschiede (Mittel- und Südburgenland: jeweils 27,1% aller 0- bis 14-Jährigen; Nordburgenland: 26,2% aller 0 bis 14-Jährigen). Der Anteil der HauptschülerInnen ist jedoch im Südburgenland höher als in den anderen Regionen des Landes (16,9%), während jener an SchülerInnen in neuen Mittelschulen im Mittelburgenland vergleichsweise hoch ist (11,8%). Das Nordburgenland ist durch einen im Vergleich zu den anderen Regionen besonders hohen Anteil an AHS-Unterstufe-SchülerInnen (9,8%) gekennzeichnet. Dabei ist dieser beinahe doppelt so hoch wie im Südburgenland (5,5%). Details dazu finden sich in Abbildung 98.

Im zeitlichen Vergleich zeigt sich, dass analog zur Bevölkerungsentwicklung auch die Zahl der SchülerInnen in den einzelnen burgenländischen Schulen zurückgeht. Waren im Schuljahr 1995/96 noch 12.304 BurgenländerInnen VolksschülerInnen, so ist die Zahl bis 2010/11 um 2.200 Kinder gesunken. Besonders drastisch ist der Rückgang der HauptschülerInnen (1995/1996: 9.678; 2010/11: 4.886), allerdings ist dies auf die Einführung der neuen Mittelschule, welche seit dem Schuljahr 2009/10 im Burgenland besteht, zurückzuführen. Die Zahl der AHS-Unterstufe-SchülerInnen ist seit 1995/96 (3.256) nur leicht zurückgegangen (2010/11: 3.075).

Im Vergleich zu Gesamtösterreich liegt der Anteil 0- bis 14-Jähriger in Volksschulen etwa im Durchschnitt (Bgl: 26,6%; Österreich: 26,4%). Während man jedoch über einen etwas geringeren Anteil an HauptschülerInnen (12,9% aller 0- bis 14-Jährigen)

als in Gesamtösterreich (15,5%) verfügt, liegt man hinsichtlich der SchülerInnen in neuen Mittelschulen deutlich über dem Österreich-Schnitt (Bgl: 7,1%; Österreich: 2,8%). Burgenland ist somit nach Vorarlberg (11,7% SchülerInnen in neuen Mittelschulen) jenes Bundesland mit dem zweithöchsten Anteil an SchülerInnen in neuen Mittelschulen. Der Anteil an AHS-Unterstufe-SchülerInnen liegt im Burgenland etwa im Österreich-Schnitt (Bgl: 8,1%; Österreich: 9,1%).



**Abbildung 98: Anteil 0- bis 14-Jähriger in Schulen nach NUTS 3-Regionen und im Österreichvergleich, Stand: 2010/11, Basis: Angaben in %; Rest auf 100: kein Schulbesuch bzw. andere Schule; Quelle: Statistik Austria [10], Eigene Erstellung und Berechnungen**

### 9.2.3 Kinder und Jugendliche in AlleinerzieherInnen-Haushalten

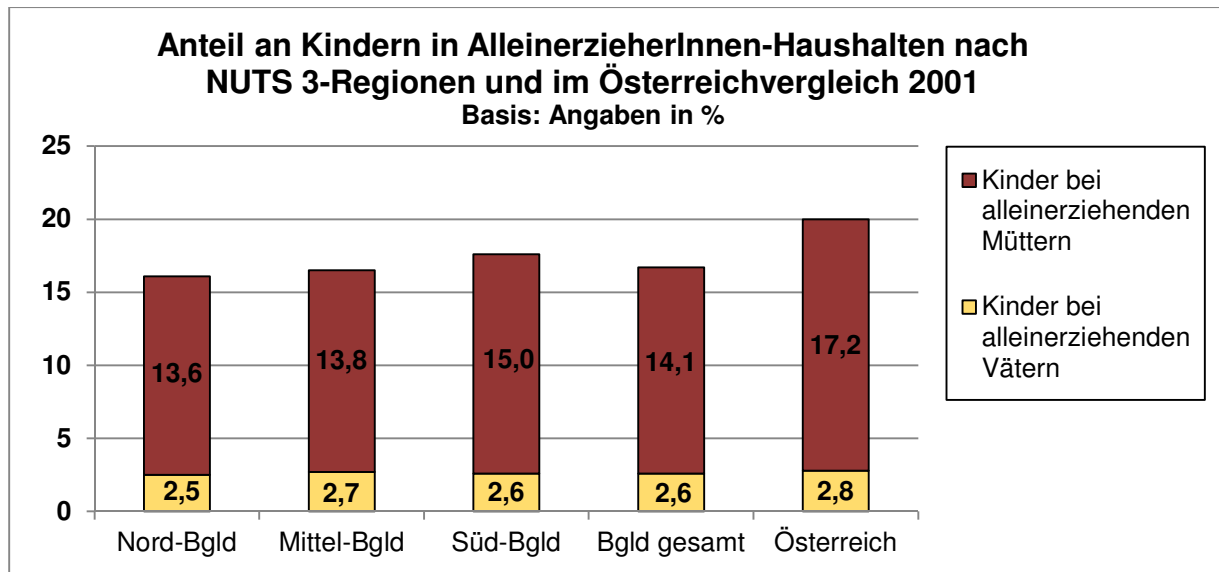
Im Rahmen der CHILD wurde der Indikator "Kinder in AlleinerzieherInnenhaushalten" definiert. Darunter versteht man den Anteil jener Kinder, die in Haushalten mit lediglich einem Elternteil oder einer hauptverantwortlichen Pflegeperson leben [4]. Das Aufwachsen in einer Familie, in der beide Elternteile anwesend sind, gilt als Schutzfaktor gegen psychische Erkrankungen. Zudem wurde in zahlreichen Untersuchungen ermittelt, dass Kinder in AlleinerzieherInnen-Haushalten stärker armutsgefährdet und somit sozial und gesundheitlich benachteiligt sind. Gründe dafür sind vor allem besondere soziale und finanzielle Probleme der AlleinerzieherInnen [4].

Die im Folgenden dargestellten Daten wurden der Familien- und Haushaltsstatistik 2011 der Statistik Austria entnommen. Dabei gilt es anzumerken, dass sich diese auf alle „Kinder“ unter 27 Jahren in Haushalten beziehen.

Im Burgenland lebten im Jahr 2011 etwa 6.000 Kinder lediglich bei einem Elternteil. Daten der Volkszählung 2001 zeigen, dass von allen Kindern im Jahr 2001 (86.980 unter 27 Jahre) 16,7% in AlleinerzieherInnen-Haushalten lebten.

Daten auf regionaler Ebene liegen nur für das Jahr 2001 (Volkszählung, Basis: NUTS 3-Regionen) vor. Diese zeigen, dass der höchste Anteil an Kindern in AlleinerzieherInnenhaushalten im Südburgenland (17,6%) lebt, gefolgt vom Mittelburgenland (16,5%) und Nordburgenland (16,1%). Dabei zeigt sich geschlechtsspezifisch betrachtet in allen Regionen des Landes ein deutlich höherer

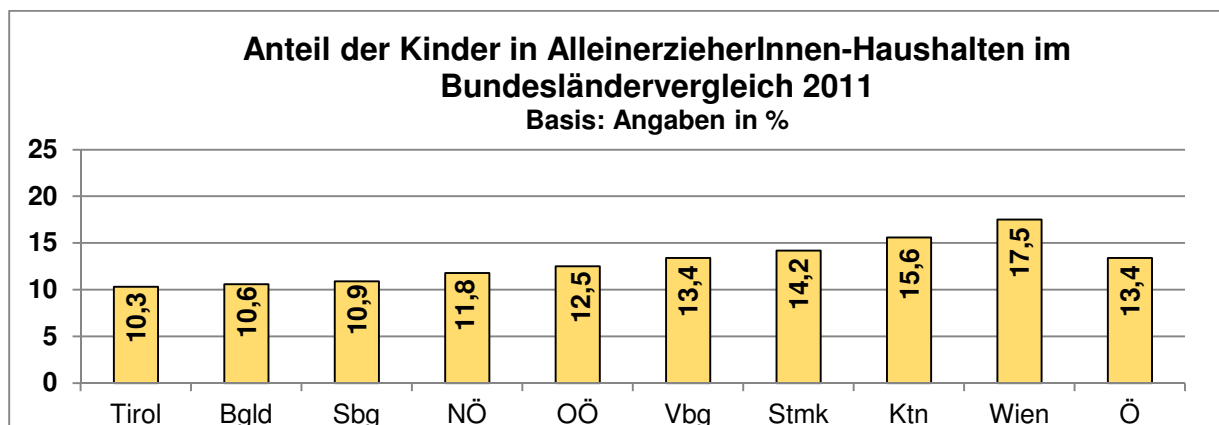
Anteil an Kindern, welche bei alleinerziehenden Müttern leben. Details dazu liefert Abbildung 99.



**Abbildung 99: Anteil an Kindern in AlleinerzieherInnen-Haushalten nach NUTS 3-Regionen und im Österreichvergleich, Stand: 2001, Basis: Angaben in %, Rest auf 100: Kinder in Haushalten mit zwei Elternteilen; Quelle: Statistik Austria [13, 14], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Daten aus dem Jahr 2010, die auf derselben Berechnungsgrundlage wie jene von 2011 beruhen, zeigen, dass die Anzahl an Kindern, die lediglich bei einem Elternteil leben, seit diesem Jahr etwas zurückgegangen ist. Lebten 2010 noch 7.400 Kinder im Burgenland in AlleinerzieherInnen-Haushalten, so waren es 2011 6.000.

Im Vergleich zu Gesamtösterreich stellt Burgenland (10,6%) nach Tirol (10,3%) jenes Bundesland mit dem zweitniedrigsten Anteil an Kindern in alleinerziehenden Haushalten dar, gefolgt von Salzburg (10,9%) und Niederösterreich (11,8%). Am meisten Kinder bei lediglich einem Elternteil leben in Wien (17,5%) und Kärnten (15,6%). Der Österreich-Schnitt liegt bei 13,4%. Nähere Informationen dazu finden sich in Abbildung 100.



**Abbildung 100: Anteil der Kinder in AlleinerzieherInnen-Haushalten im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Angaben in %, Rest auf 100: Kinder, welche in einem Haushalt mit beiden Elternteilen leben; Quelle: Statistik Austria [12], Eigene Erstellung**

### 9.2.4 *Kinder und Jugendliche in Armut*

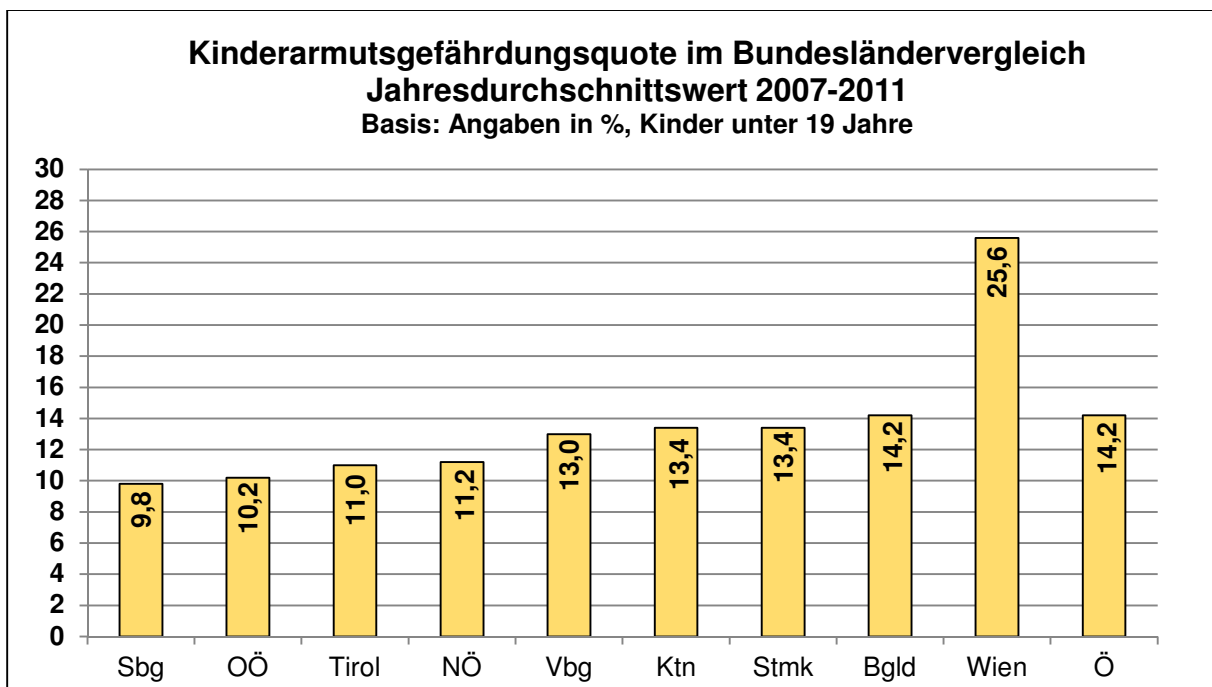
Zu einem der bedeutendsten CHILD Kinder-Gesundheitsindikatoren zählt der Anteil der Kinder und Jugendlichen in Armut. Dazu gehören jene Kinder, die in einem Haushalt mit einem Einkommen von weniger als 60% des nationalen Median-Äquivalenzeinkommens leben. Dieses Thema ist im Rahmen der GBE deswegen relevant, da sich grundsätzlich zeigt, dass je höher das Familieneinkommen ist, umso besser der Gesundheitszustand des Kindes aussieht. Eine Ursache hierfür ist, dass besser-verdienende Eltern mehr Möglichkeiten haben, in die Ernährung, die Wohnbedingungen, die medizinische Versorgung und die Erziehung der Kinder zu investieren. Im Gegensatz dazu ist davon auszugehen, dass Eltern in Armut Kindern weniger Aufmerksamkeit und Stabilität geben können [4].

Der Begriff der Armutsgefährdungsquote wurde bereits in Kapitel 3.2.3 definiert. Dabei wurde die allgemeine Armutsgefährdungsquote im Burgenland dargestellt. Daten zur Kinderarmutsgefährdungsquote liegen lediglich für alle Kinder (bis 19 Jahre) vor.

Gemäß EU-SILC 2011 beträgt die Kinderarmutsgefährdungsquote im Burgenland etwa 18% [15]. Vergleicht man diese Zahl mit jener der EU-SILC Erhebungen aus den Vorjahren, so zeigt sich eher ein Anstieg (2010: 10%; 2009: 13%) [16,17].

In diesem Zusammenhang wird angemerkt, dass die Burgenland-Stichprobe bei dieser Erhebung für diese Altersgruppe äußerst gering ausfiel. Eine differenzierte Betrachtung der Daten für die einzelnen Regionen des Burgenlandes ist somit nicht möglich. Im Folgenden wird jedoch ein Bundesländervergleich vorgenommen. Hierfür wurde aufgrund jährlicher Schwankungen ein Fünf-Jahresdurchschnittswert (2007-2011) berechnet.

Im Durchschnitt waren im Burgenland zwischen 2007 und 2011 14,2% aller Kinder bis 19 Jahre armutsgefährdet. Damit liegt man exakt im Österreichschnitt (14,2%), stellt jedoch dennoch nach Wien (25,6%) das Bundesland mit der zweithöchsten Kinderarmutsgefährdungsquote dar. Am niedrigsten ist diese hingegen in Salzburg (9,8%) und Oberösterreich (10,2%). Eine Darstellung nach Bundesländern findet sich in Abbildung 101.



**Abbildung 101: Kinderarmutsgefährdungsquote im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Jahresdurchschnittswert 2007-2011, Angaben in %, Kinder unter 19 Jahre; Quelle: Statistik Austria [15, 16, 17, 70, 71], Eigene Erstellung und Berechnungen**

## 9.3 Gesundheitszustand und Wohlbefinden

In diesem Unterkapitel werden der Gesundheitszustand und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen im Burgenland mithilfe ausgewählter Kindergesundheitsindikatoren beschrieben. Dabei wird auf Kindermortalitätsraten, Morbiditätskennzahlen, den subjektiven Gesundheitszustand sowie subjektive Beschwerdelasten eingegangen. Zusätzlich wird die Zahngesundheit von burgenländischen Sechs- und Zwölfjährigen dargestellt.

### 9.3.1 Mortalität

Gemäß CHILD-Indikatoren sollte in diesem Kapitel sowohl die Säuglingssterblichkeit (Tod zwischen der Geburt und dem ersten Lebensjahr) als auch die Mortalitätsrate der unter 20-Jährigen pro 100.000 EW dargestellt werden [4].

Aufgrund der definierten Zielgruppe im vorliegenden Gesundheitsbericht wird jedoch anstatt des zuletzt angeführten Indikators auf die Mortalitätsrate der unter 15-Jährigen (pro 10.000 unter 15-Jährige) eingegangen.

#### 9.3.1.1 Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit gilt als wichtiger Indikator für die Bevölkerungsgesundheit und die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen. Unter dem Begriff versteht man die Anzahl gestorbener Säuglinge (jünger als 1 Jahr zum Todeszeitpunkt) pro 1.000 Lebendgeborenen [21].

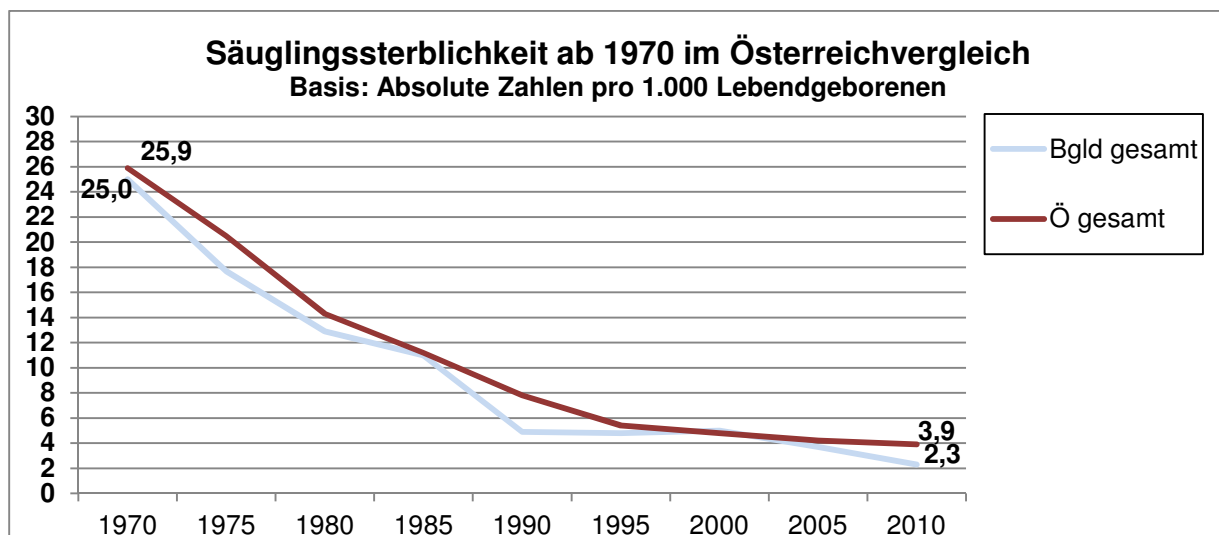
Im Burgenland starben im Jahresdurchschnitt 2007 bis 2010 2,6 Säuglinge pro 1.000 Lebendgeborenen. Betrachtet man die Ergebnisse für Jungen und Mädchen separat,



so zeigen sich nur geringfügige Unterschiede (Buben: 2,5 pro 1.000 Lebendgeborene, Mädchen: 2,8 pro 1.000 Lebendgeborene).

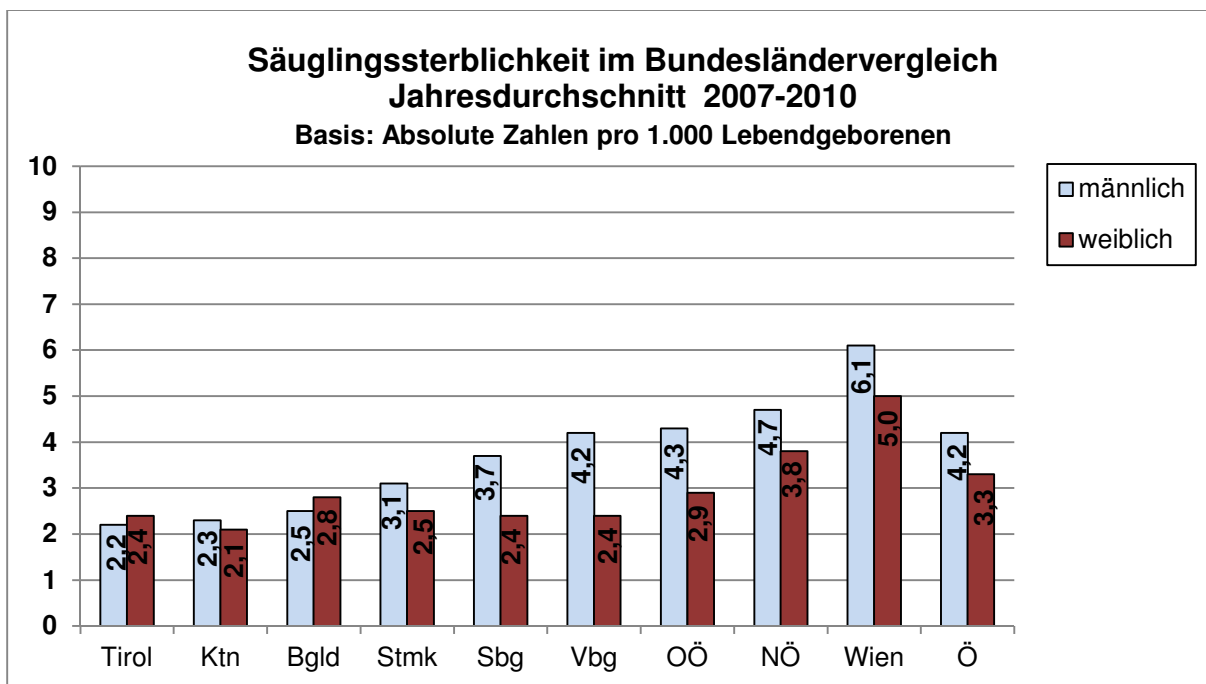
Nationale Daten zeigen, dass die Säuglingssterblichkeit negativ mit dem Bildungsstand der Mutter korreliert. So lag die Sterblichkeit von Säuglingen 2010 in Österreich bei Müttern mit einer höheren Schule bzw. Hochschulabschluss bei 3,2‰, bei Müttern mit Pflichtschulabschluss hingegen beinahe doppelt so hoch (5,6‰) [22]. Daten auf Bundeslandebene sind diesbezüglich nicht vorhanden, allerdings kann im Burgenland von einer ähnlichen Tendenz ausgegangen werden.

Hinsichtlich der Säuglingssterblichkeit liegen keine separaten Daten für einzelne Regionen vor. Im Längsschnittvergleich zeigt sich jedoch, dass die Anzahl gestorbener Säuglinge in den letzten Jahren deutlich zurückging. Starben 1970 noch 25 Säuglinge pro 1.000 Lebendgeborenen, so waren es 2010 nur noch 2,3. In Gesamtösterreich zeichnet sich ein ähnlicher Trend ab (s. Abbildung 102).



**Abbildung 102: Säuglingssterblichkeit pro 1.000 Lebendgeborenen ab 1970 im Österreichvergleich, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen, Angaben pro 1.000 Lebendgeborenen; Quelle: Statistik Austria [22], Eigene Erstellung**

Bereits die zeitliche Entwicklung (s. Abbildung 102) zeigt, dass Burgenland hinsichtlich der Säuglingssterblichkeit unter dem Österreich-Schnitt liegt. Im Jahresdurchschnitt 2007 bis 2010 starben im Burgenland 2,6 Säuglinge pro 1.000 Lebendgeborenen, während es in Gesamtösterreich 3,8 waren. Auskunft über die Anzahl verstorbener Säuglinge in anderen österreichischen Bundesländern nach Geschlecht gibt Abbildung 103. Dabei zeigt sich, dass Burgenland jenes Bundesland mit der drittniedrigsten Säuglingssterblichkeit bei Burschen (2,5 pro 1.000 Lebendgeborene) ist. Bei den Mädchen (2,8 pro 1.000 Lebendgeborene) liegt man im Mittelfeld. Am wenigsten männliche Säuglinge starben im Jahresdurchschnitt 2007 bis 2010 in Tirol (2,2 pro 1.000 Lebendgeborene), am wenigsten Mädchen in Kärnten (2,1 pro 1.000 Lebendgeborene). Wien weist bei beiden Geschlechtern die höchste Säuglingssterblichkeit auf (Burschen: 6,1 pro 1.000 Lebendgeborene, Mädchen: 5,0 pro 1.000 Lebendgeborene).



**Abbildung 103: Säuglingssterblichkeit pro 1.000 Lebendgeborenen im Bundesländervergleich nach Geschlecht, Stand: 2010, Basis: Jahresdurchschnittswert 2007-2010, Absolute Zahlen, Angaben pro 1.000 Lebendgeborenen; Quelle: Statistik Austria [22], Eigene Erstellung**

### 9.3.1.2 Mortalität bei unter 15-Jährigen

Im Folgenden wird die Mortalität der unter 15-Jährigen im Burgenland im Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011 dargestellt. Zwecks Vergleichbarkeit mit dem Österreich-Schnitt, werden die Daten zusätzlich pro 10.000 0- bis 14-Jährige angeführt.

Im Burgenland starben im Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011 8,8 Kinder im Alter von 0 bis 14 Jahren. Davon war der überwiegende Teil (59,1%) männlich. Somit verstarben im Durchschnitt pro Jahr 5,2 Buben und 3,6 Mädchen. Die Sterberate der 0- bis 14-Jährigen lag im Burgenland im Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011 bei 2,3 pro 10.000 0- bis 14-Jährige. Betrachtet man die Todesursachen speziell im Jahr 2011, so fallen alle Todesfälle in die Kategorie „sonstige Krankheiten“. Bei näherem Betrachten der Datenlage erweisen sich vor allem „plötzlicher Kindstod“ und „angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems“ als Haupttodesursachen.

Sieht man sich die Anzahl verstorbener Kinder im zeitlichen Verlauf an, so zeigt sich ein grundsätzlicher Rückgang der Todesfälle (2007: 14 Todesfälle, 2011: 8 Todesfälle), allerdings unterliegt die Anzahl verstorbener Kinder jährlichen Schwankungen. Im Vergleich zu Gesamtösterreich liegt Burgenland hinsichtlich der Kindersterblichkeit im Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011 (2,3 pro 10.000 0- bis 14-Jährige) leicht unter dem Durchschnitt (3,4 pro 10.000 0-bis 14-Jährige).

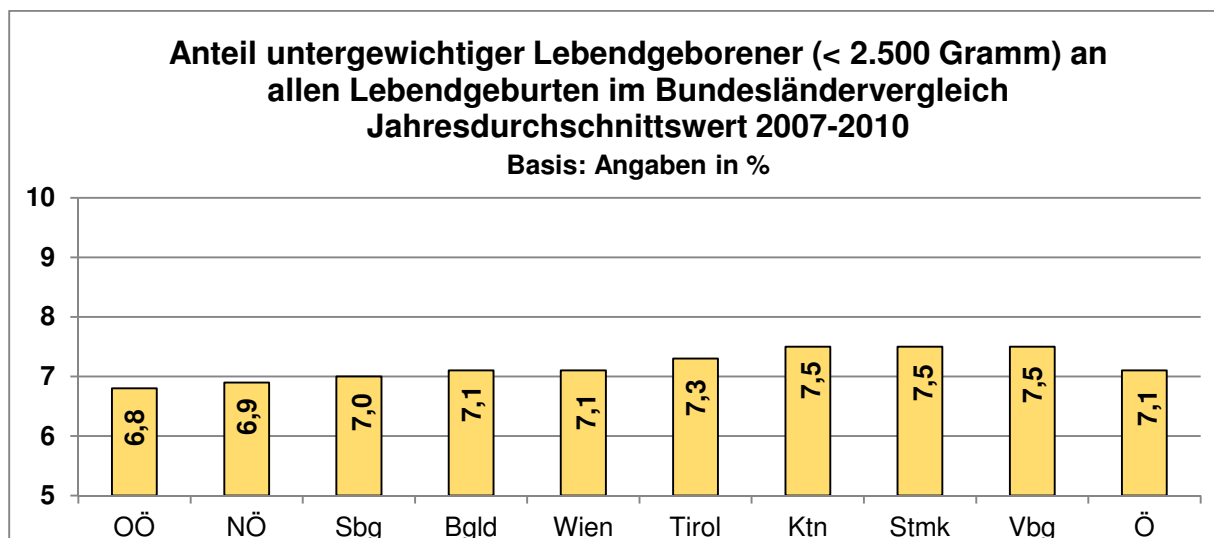
### 9.3.2 Geburtsgewicht

Im Rahmen der Fokusgruppe zum Thema „Kindergesundheit“ wurde das Geburtsgewicht als einer der zehn wichtigsten Indikatoren zur Messung der Kindergesundheit im Burgenland bestimmt. Dabei soll der Anteil der

lebendgeborenen Kinder unter 2,5 Kilogramm (kg) an allen Lebendgeburten angegeben werden. Auch in den EU-konformen Gesundheitsindikatoren scheint diese Messgröße auf. Dabei wird sie als wichtiger Indikator für Schwangerschaftsbedingungen und Schwangerenbetreuung definiert. Zudem ist ein geringes Geburtsgewicht mit gesundheitlichen Problemen in späteren Lebensjahren verbunden [21]. Aufgrund jährlicher Schwankungen wird im Folgenden zur Darstellung des Anteils an Lebendgeburten mit niedrigem Geburtsgewicht ein Vierjahresdurchschnittswert (2007 bis 2010) herangezogen.

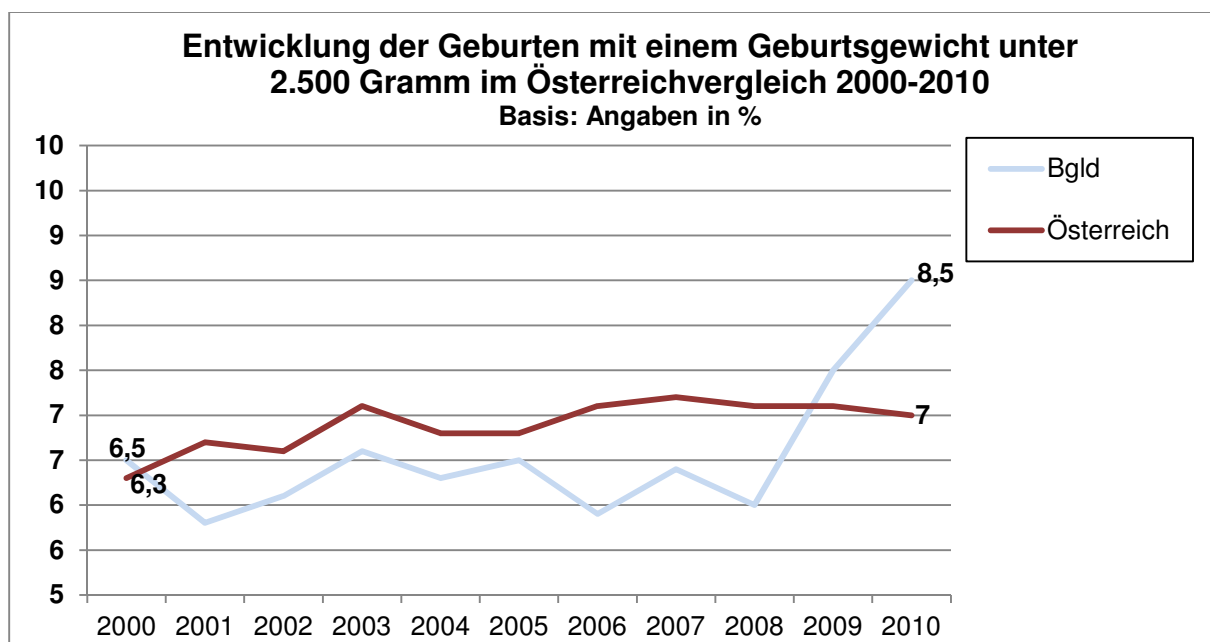
Im Burgenland beträgt der Anteil der Geburten mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm an allen Geburten 7,1%. Grundsätzlich ist dieser Anteil in den südlichen Bezirken des Landes etwas höher als im Norden. So sind beispielsweise im Bezirk Güssing 9,3%, im Bezirk Jennersdorf 8% und im Bezirk Oberwart 7,7% aller geborenen Kinder untergewichtig, während es in Eisenstadt 5,6%, Eisenstadt Umgebung 6% und Neusiedl am See 6,5% sind. Oberpullendorf (6,8%) und Mattersburg (7,6%) liegen im Bezirks-Vergleich im Mittelfeld.

Burgenland liegt hinsichtlich des Anteils untergewichtiger Lebendgeborener exakt im Österreich-Schnitt (7,1%). Im Gegensatz dazu stellen die Bundesländer Kärnten, Steiermark und Vorarlberg jene Bundesländer mit dem höchsten Anteil an Geburten unter 2.500 Gramm an allen Lebendgeburten dar (jeweils 7,5%). Am geringsten ist dieser Anteil hingegen in Oberösterreich (6,8%) und Niederösterreich (6,9%). Grundsätzlich liegen die Bundesländer jedoch in Hinblick auf diese Kennzahl knapp beieinander. Details dazu finden sich in Abbildung 104.



**Abbildung 104: Anteil Lebendgeborener (< 2.500 Gramm) an allen Lebendgeburten im Bundesländervergleich, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Jahresdurchschnittswert 2007 bis 2010; Quelle: Statistik Austria [7], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Grundsätzlich sind die Werte in den vergangenen zehn Jahren leicht gestiegen, wobei jährliche Schwankungen festzustellen sind. Nähere Informationen zur Entwicklung des Anteils Untergewichtiger finden sich in Abbildung 105.



**Abbildung 105: Entwicklung der Geburten mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm im Österreichvergleich 2000-2010, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Anteil untergewichtiger Lebendgeborener an allen Lebendgeburten; Quelle: Statistik Austria [7], Eigene Erstellung und Berechnungen**

### 9.3.3 Morbidität

Im Rahmen der Fokusgruppe zum Thema „Kindergesundheit“ wurde als wichtige Morbiditätskennzahl der Anteil der Kinder, die an einer der folgenden Krankheiten leiden, festgelegt:

- Diabetes
- Asthma
- Morbus Crohn
- Epilepsie
- Allergie
- Neurodermitis
- psychiatrische Erkrankungen

Die zur Verfügung stehenden extramuralen Daten sind jedoch ohne Diagnosen. Genaue Aussagen über Krankheiten von Kindern sind daher mithilfe dieser Datenquelle nicht möglich. Aufgrund der geringen Datenverfügbarkeit aus dem niedergelassenen Bereich wird somit auf Spitalsentlassungszahlen zurückgegriffen. Selbstverständlich repräsentieren diese nicht das gesamte Krankheitsgeschehen. Ergänzt können Spitalsentlassungsdaten durch Ergebnisse zur subjektiven Einschätzung bestimmter Krankheitsbeschwerden werden (s. Kapitel 9.3.4.2).

Vorweg ist darauf hinzuweisen, dass die Krankheiten „Allergie“ und „Neurodermitis“ anhand der Spitalsentlassungsstatistik nicht dargestellt werden können, da hierfür keine eigene ICD-Codierung existiert.

Grundsätzlich sind alle Diagnosen der stationären Krankenhausaufenthalte Inhalt der Spitalsentlassungsstatistik. Die Krankheiten werden dabei nach der internationalen statistischen Klassifikation in Diagnosegruppen (ICD) zusammengefasst dargestellt. Dabei ist die Dokumentation sowohl für private als auch für öffentliche Träger von Krankenanstalten, die PatientInnen für stationäre Behandlung in Anstaltspflege aufnehmen, verpflichtend. Bei der Interpretation der Daten gilt es zu berücksichtigen, dass Spitalsentlassungsstatistiken grundsätzlich eher weniger dafür geeignet sind, Auskunft über die Krankheitslast der Bevölkerung zu geben. Dies liegt vor allem daran, dass die Diagnose- und Leistungsdokumentation der Krankenanstalten primär der adäquaten finanziellen Abgeltung der stationären Behandlungskosten und nicht dem Ermitteln von Erkrankungsrisiken in einer Bevölkerung dient. Aufgrund mangelnder Datenquellen werden dennoch Zahlen der Spitalsentlassungsstatistik dargestellt [19].

Bereits vorweg ist darauf aufmerksam zu machen, dass regionale Auswertungen aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich sind. Da explizit das Krankheitsgeschehen der burgenländischen Kinder und Jugendlichen dargestellt werden soll, werden die Zahlen zu stationären Aufenthalten nach Wohnbundesland und nicht nach Standort der Krankenanstalt dargestellt. Aufgrund der Nähe zu Städten wie Wien können somit auch stationäre Aufenthalte jener burgenländischen Kinder erfasst werden, die in anderen Bundesländern erfolgten.

Im Jahr 2010 wurden 4.678 burgenländische Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 14 Jahren in Österreichs Akutkrankenhäusern behandelt. Den etwas größeren Anteil davon bildeten Burschen (54,5%).

Die häufigsten stationären Aufenthalte bei Kindern und Jugendlichen im Burgenland werden aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems (15,2%) verzeichnet. Dies betrifft im Speziellen vorwiegend chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln (36,8% aller Krankheiten des Atmungssystems). An zweiter Stelle der häufigsten Diagnosen liegen Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (12,5%), wobei dies vorwiegend Verletzungen des Kopfes (39,1% aller Verletzungen) betrifft.

Ebenfalls häufig treten infektiöse und parasitäre Krankheiten (9%) auf. 8,5% aller in Akutkrankenanstalten versorgten burgenländischen Kinder und Jugendlichen werden zudem mit der Diagnose „Krankheit des Verdauungssystems“ entlassen. Dabei handelt es sich hierbei im Detail zumeist um Erkrankungen des Blinddarms (27,3% aller Krankheiten des Verdauungssystems).

Etwa 7% aller Spitalsentlassungen bei 0- bis 14-jährigen BurgenländerInnen sind auf Krankheiten des Nervensystems zurückzuführen, beinahe ein ebenso großer Anteil (6,4%) auf Neubildungen. Dabei bilden im Speziellen „andere bösartige Neubildungen“ wie z.B. jene der Verdauungsorgane, Atmungsorgane, der Haut, Knochen oder Gelenkknorpel (83,2%) den größten Anteil an allen Krebserkrankungen. Bei dieser Diagnosegruppe fällt bei näherem Betrachten auf, dass deutlich mehr Mädchen (9,4% aller stationären Aufenthalte bei Mädchen) als

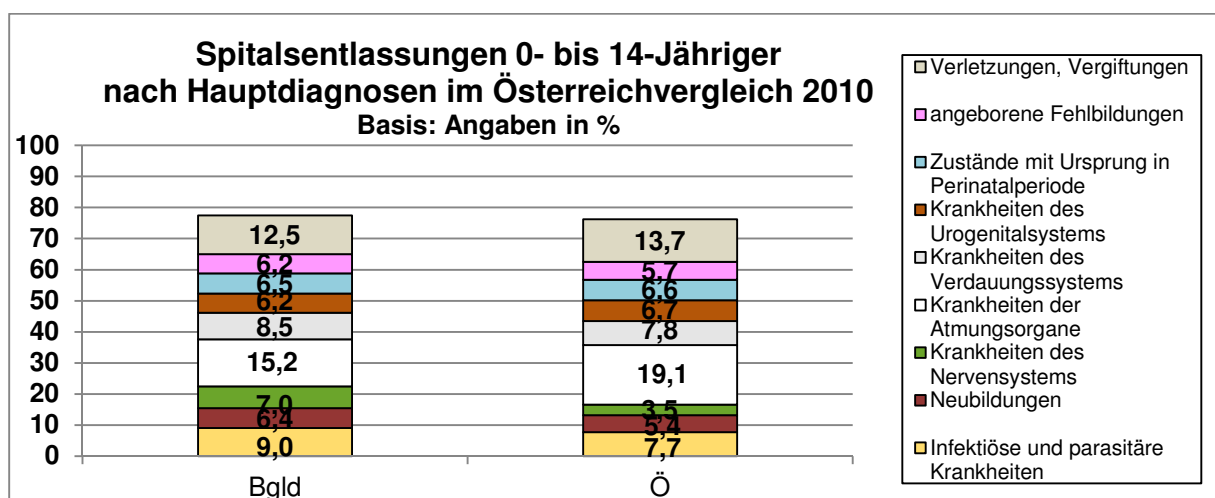
Burschen (3,8% aller stationären Aufenthalte bei Burschen) von bösartigen Neubildungen betroffen sind.

Rund 6,5% der in akuten Krankenanstalten betreuten burgenländischen Kinder wurden im Jahr 2010 mit der Diagnose „bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“ entlassen, 6,2% aufgrund von angeborenen Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien und ebenso viele (6,2%) aufgrund von Krankheiten des Urogenitalsystems.

Bei der letztgenannten Diagnosegruppe fällt auf, dass der Anteil bei Buben höher ist (7,5%). Somit nehmen den größten Anteil aller Krankheiten des Urogenitalsystems „andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane“ (52,8% aller stationären Aufenthalte aufgrund von Krankheiten des Urogenitalsystems) ein. Alle anderen ICD-Gruppen sind jeweils für weniger als 5% aller Krankenhausaufenthalte von 0- bis 14-jährigen BurgenländerInnen verantwortlich.

Seit 2007 hat sich die Anzahl stationärer Aufenthalte bei Kindern und Jugendlichen kaum verändert. So ist sie bis zum Jahr 2010 um lediglich 58 Aufenthalte gesunken (2007:4.736, 2010: 4.678). Dabei zeigt sich bei näherem Betrachten, dass infektiöse und parasitäre Krankheiten, Krankheiten des Urogenitalsystems sowie Neubildungen rückläufig sind, während Krankheiten des Nervensystems und bestimmte Zustände, die in der Perinatalperiode ihren Ursprung haben, eher ansteigen. Bei den anderen Diagnosegruppen zeigen sich nur geringfügige Veränderungen [18].

Vergleicht man die angeführten häufigsten Diagnosen burgenländischer Kinder und Jugendlicher in Akutkrankenanstalten mit jenen österreichischer Kinder und Jugendlicher, so zeigt sich, dass man hinsichtlich der Krankheiten des Nervensystems bei 0- bis 14-jährigen BurgenländerInnen (7%) deutlich über dem Österreich-Schnitt liegt (3,5%). Im Gegensatz dazu ist die Erkrankungshäufigkeit bei Krankheiten der Atmungsorgane (Bgl: 15,2%, Österreich: 19,1%) im Burgenland geringer als in Gesamtösterreich. Bei anderen Diagnosegruppen zeigen sich kaum Unterschiede (s. Abbildung 106).



**Abbildung 106: Spitalsentlassungen 0- bis 14-Jähriger nach Hauptdiagnosen im Österreichvergleich, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Rest auf 100 = sonstige Diagnosegruppen; Quelle: Statistik Austria [20], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Betrachtet man im Detail, die im Rahmen der Fokusgruppe definierten Krankheiten, zeichnet sich folgendes Bild ab:

### **Diabetes**

Im Jahr 2010 wurden 27 burgenländische Kinder zwischen 0 und 14 Jahren mit der Diagnose „Diabetes mellitus“ aus Österreichs Akutkrankenanstalten entlassen. Dabei betrifft dies Burschen (13) gleich wie Mädchen (14).

Insgesamt ist die Diagnose „Diabetes mellitus“ somit für 33,3% der Spitalsentlassungen aufgrund von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten und 0,6% aller Spitalsentlassungen bei 0- bis 14-Jährigen verantwortlich.

In Gesamtösterreich ist der Anteil der Entlassungen aufgrund von Diabetes mellitus an den endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten geringer (21,6%) als im Burgenland (33,3%). Beim Anteil der Diagnose „Diabetes mellitus“ an allen Spitalsentlassungsdiagnosen lassen sich hingegen kaum Unterschiede zwischen Burgenland (0,6%) und dem Österreich-Schnitt (0,5%) feststellen.

### **Asthma**

Im Jahr 2010 wurden 19 Kinder zwischen 0 und 14 Jahren aus dem Burgenland in Österreichs Akutkrankenanstalten aufgrund von Asthma behandelt. Dabei betrifft dies Buben (14) stärker als Mädchen (5). Asthma ist somit für nur 2,7% der Spitalsentlassungen aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems und 0,4% aller Spitalsentlassungen verantwortlich.

In Gesamtösterreich hat die Spitalsentlassungsdiagnose "Asthma" einen etwas größeren Stellenwert (3,5% der Entlassungen aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems; 0,7% aller Entlassungen).

### **Morbus Crohn**

In der Spitalsentlassungsstatistik werden Morbus Crohn und Colitis ulcerosa als chronisch entzündliche Darmerkrankungen in einer ICD-Gruppe zusammengefasst.

Im Jahr 2010 wurden 18 0- bis 14-jährige BurgenländerInnen in Österreichs Akutkrankenanstalten aufgrund von Morbus Crohn bzw. Colitis ulcerosa behandelt. Der überwiegende Teil davon (83,3%) waren Burschen.

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind somit bei Kindern für 0,4% aller Krankenhausaufenthalte verantwortlich. In Gesamtösterreich ist der Anteil dieser Entlassungsdiagnose an allen Spitalsentlassungen etwas geringer (0,2% aller Krankenhausaufenthalte).

### **Epilepsie**

2010 wurden 214 0- bis 14-Jährige aus dem Burgenland in Österreichs Akutkrankenanstalten aufgrund der Diagnose „Epilepsie“ betreut. Dabei wurden etwas mehr Burschen (57,9%) als Mädchen behandelt.

Epilepsie ist somit für 65,2% der Entlassungen aufgrund von Krankheiten des Nervensystems und 4,6% aller Spitalsentlassungen verantwortlich. Im Österreich-Schnitt nimmt Epilepsie einen geringeren Stellenwert hinsichtlich der

Spitalsentlassungsdiagnosen ein (48,3% der Entlassungen aufgrund von Krankheiten des Nervensystems, 1,7% aller Entlassungen).

### **Psychische und Verhaltensstörungen**

Im Jahr 2010 wurden 180 BurgenländerInnen zwischen 0 und 14 Jahren aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen in österreichischen Akutkrankenanstalten betreut. Somit ist diese Diagnosegruppe für 3,8% aller Spitalsentlassungen verantwortlich. Damit nehmen Spitalsaufenthalte aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen bei Kindern aus dem Burgenland einen etwas geringeren Stellenwert ein als jene bei Kindern aus Gesamtösterreich (5,2% aller Spitalsentlassungen).

#### *9.3.4 Subjektive Gesundheitsbewertung*

Nachdem nun im vorherigen Abschnitt dieses Kapitels der objektive Gesundheitszustand burgenländischer Kinder und Jugendlicher mithilfe der Spitalsentlassungsstatistik beschrieben wurde, soll im Folgenden die subjektive Einschätzung der Gesundheit durch Kinder selbst bzw. deren Eltern dargestellt werden. Dabei werden für ältere Kinder bzw. Jugendliche (11, 13, 15 und 17 Jahre) Daten der HBSC-Studie 2010 herangezogen. Hier gilt es anzumerken, dass die Ergebnisse für 11-, 13-, 15- und 17-Jährige gelten. Eine Darstellung nach Altersgruppen erfolgte im vorliegenden Gesundheitsbericht nicht, da die Burgenland-Stichprobe (n= 214) hierfür zu klein ausfiel. Somit ist auch eine separate Darstellung der Daten für einzelne NUTS 3-Regionen nicht möglich. Die Burgenlanddaten der HBSC-Befragung 2010 wurden vom Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research zur Verfügung gestellt.

Für Kindergarten- und Volksschulkinder werden Ergebnisse einer eigenen Befragung dargestellt, wobei Eltern zum Gesundheitszustand und -verhalten ihres Kindes befragt wurden (n= 552). Informationen zum Fragebogen finden sich im Anhang A.1. Dabei gilt es anzumerken, dass diese Befragung ausschließlich im Bezirk Oberwart stattfand und nicht den subjektiven Gesundheitszustand aller burgenländischer Kindergartenkinder und VolksschülerInnen widerspiegelt. Zudem ist darauf aufmerksam zu machen, dass in dieser Region des Landes kurz vor der Befragung im Rahmen des Modellprojekts „Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart“ bereits gesundheitsförderliche Aktivitäten durchgeführt wurden. Aufgrund dessen ist es möglich, dass die Ergebnisse bei Befragungen im gesamten Burgenland möglicherweise schlechter ausfallen würden. Nähere Informationen zur Methodik finden sich in Kapitel 2.

##### **9.3.4.1 Subjektiver Gesundheitszustand**

Die subjektive Gesundheit spiegelt gesundheitsbezogene Wahrnehmungen und Empfindungen durch die subjektive Einschätzung der Betroffenen wider [23]. Dabei zeigen Untersuchungen, dass die subjektive Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes zumeist mit dem tatsächlichen mentalen und physischen Gesundheitszustand korreliert [24].



Sowohl im Rahmen der HBSC-Studie 2010 als auch der Eltern-Kind-Befragung im Bezirk Oberwart wurde zur Ermittlung des subjektiven Gesundheitszustandes die Frage gestellt:

*„Wie würdest du (würden Sie) deinen Gesundheitszustand (den Gesundheitszustand Ihres Kindes) beschreiben?“*

### **Ergebnisse Eltern-Kind-Befragung**

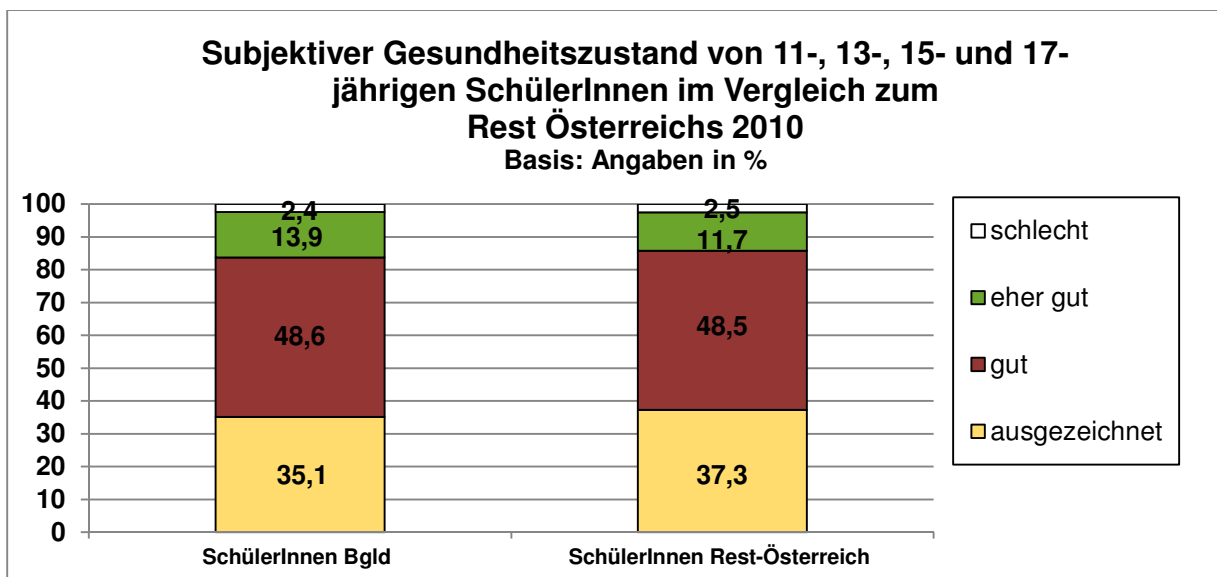
Die Ergebnisse der Eltern-Kind-Befragung zeigen, dass die meisten Eltern von VolksschülerInnen und Kindergartenkindern (53%) den Gesundheitszustand des Kindes als „sehr gut“ bezeichnen. 31% gehen sogar von einer ausgezeichneten Gesundheit ihres Kindes aus. 14% bewerten die Gesundheit des Kindes als gut und nur 1% als weniger gut.

Grundsätzlich zeigt sich dabei, dass Väter den Gesundheitszustand des Kindes besser bewerten (50% ausgezeichnet, Mütter: 29% ausgezeichnet). Zudem lässt sich die Tendenz ablesen, dass mit zunehmendem Bildungsgrad der Eltern auch die positive Einschätzung des Gesundheitszustandes des Kindes steigt (Eltern mit Pflichtschulabschluss: 66% ausgezeichnet oder sehr gut, Eltern mit Universitäts- oder Hochschulabschluss: 87% ausgezeichnet oder sehr gut). Betrachtet man die Ergebnisse für Kindergarten- und Volksschulkinder separat, so zeigen sich keine Unterschiede im subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand durch die Eltern. Nähere Informationen finden sich im Anhang A.2.

### **Ergebnisse HBSC-Studie 2010**

Gemäß der HBSC-Studie 2010 geben 83,7% der burgenländischen SchülerInnen im Alter von 11, 13, 15 oder 17 Jahren an, einen ausgezeichneten oder guten Gesundheitszustand zu haben. Im Rest Österreichs bewerten beinahe ebenso viele 11-, 13-, 15- und 17-jährige SchülerInnen ihre Gesundheit als gut (Antworten „ausgezeichnet“ oder „gut“: 85,8%) (s. Abbildung 107).

Grundsätzlich schätzen Burgenlands Burschen den eigenen Gesundheitszustand etwas besser ein (86,4% ausgezeichnet oder gut) als Mädchen (80,6% ausgezeichnet oder gut). Derselbe Trend zeigt sich auch im restlichen Österreich (Burschen: 89,7% ausgezeichnet oder gut; Mädchen: 82,1% ausgezeichnet oder gut).



**Abbildung 107: Subjektiver Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Vergleich zum restlichen Österreich, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Quelle: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Eigene Erstellung**

#### 9.3.4.2 Subjektive Beschwerdelast

Beschwerden unabhängig davon ob physischer oder psychischer Natur haben einen hohen Einfluss auf das individuelle Wohlbefinden und die alltägliche sowie soziale Funktionsfähigkeit. Zudem führen sie zumeist zu einer Inanspruchnahme des Krankenversorgungssystems [25]. Sowohl im Rahmen der HBSC-Studie 2010 als auch der Eltern-Kind-Befragung im Bezirk Oberwart wurde die Frage gestellt:

*„Wie oft hattest du (hatte Ihr Kind) in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden?“*

Zur Beantwortung dieser Frage standen die Antwortalternativen „fast jeden Tag“, „mehrmals pro Woche“, „fast jede Woche“, „fast jeden Monat“ sowie „selten oder nie“ zur Auswahl.

#### Ergebnisse Eltern-Kind Befragung

Zur Darstellung der Beschwerdelast burgenländischer Kindergarten- und Volksschulkinder wird das Ausmaß folgender Beschwerden dargestellt:

- Kopfschmerzen
- Magen-/Bauchschmerzen
- Rücken-/Kreuzschmerzen
- allgemein schlechtes Befinden
- Gereiztheit und schlechte Laune
- Nervosität
- Schlafprobleme
- Benommenheit und Schwindelgefühl

### *Kopfschmerzen*

Im Rahmen der Eltern-Kind-Befragung gaben 91% der befragten Eltern an, dass ihr Kind selten oder nie Kopfschmerzen hat. Die restlichen 9% sind jedoch der Meinung, dass dies zumindest einmal im Monat der Fall ist.

Dabei zeigt sich, dass Eltern von Volksschulkindern noch eher der Meinung sind, dass ihr Kind zumindest monatlich Kopfschmerzen hat als jene von Kindergartenkindern (Eltern von Volksschulkindern: 13% monatlich oder öfters, Eltern von Kindergartenkindern: 3% monatlich).

### *Magen-/Bauchschmerzen*

79% der befragten Eltern sind der Meinung, dass ihr Kind selten oder nie Bauch- bzw. Magenschmerzen verspürt. Dennoch gibt jeder fünfte Elternteil (20%) an, dass diese Beschwerden beim eigenen Kind zumindest einmal pro Monat auftreten.

Dabei zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen wahrgenommenen Magen-/Bauchschmerzen der Kinder und dem Alter der Eltern. Während 92% der 18- bis 25-jährigen und 80% der 26- bis 33-jährigen Eltern der Meinung sind, dass ihr Kind selten oder nie Bauchschmerzen hat, sind es bei 34- bis 41-Jährigen 77% und bei 49- bis 56-Jährigen sogar nur mehr 64%.

### *Rücken-/Kreuzschmerzen*

Beinahe alle befragten burgenländischen Eltern aus dem Bezirk Oberwart (98%) geben an, dass ihr Kind selten oder nie über Rücken- bzw. Kreuzschmerzen klagt.

### *Schlechtes Befinden*

Der überwiegende Anteil der Eltern von Kindergarten- und Volksschulkindern im Bezirk Oberwart (97%) ist der Meinung, dass sich das eigene Kind selten oder nie allgemein schlecht fühlt. Der Rest (3%) meint, dass dies durchaus einmal im Monat vorkommt.

### *Gereiztheit und schlechte Laune*

Gereiztheit und schlechte Laune sind jene Beschwerden, die Eltern aus dem Bezirk Oberwart bei ihren Kindern am ehesten wahrnehmen. So geben nur 71% an, dass das Kind selten oder nie gereizt ist. Etwa jeder fünfte Elternteil (18%) ist der Meinung, dass das Kind fast jeden Monat gereizt oder schlecht gelaunt ist, etwa jeder zehnte Elternteil (12%) sagt sogar, dass dies wöchentlich, mehrmals pro Woche oder täglich vorkommt.

### *Nervosität*

87% der Eltern meinen, dass sich das eigene Kind selten oder nie nervös fühlt. 10% denken, dass Nervosität durchaus monatlich auftritt. Der Rest (3%) spricht von einer wöchentlichen oder sogar mehrmals pro Woche auftretenden Nervosität des Kindes.

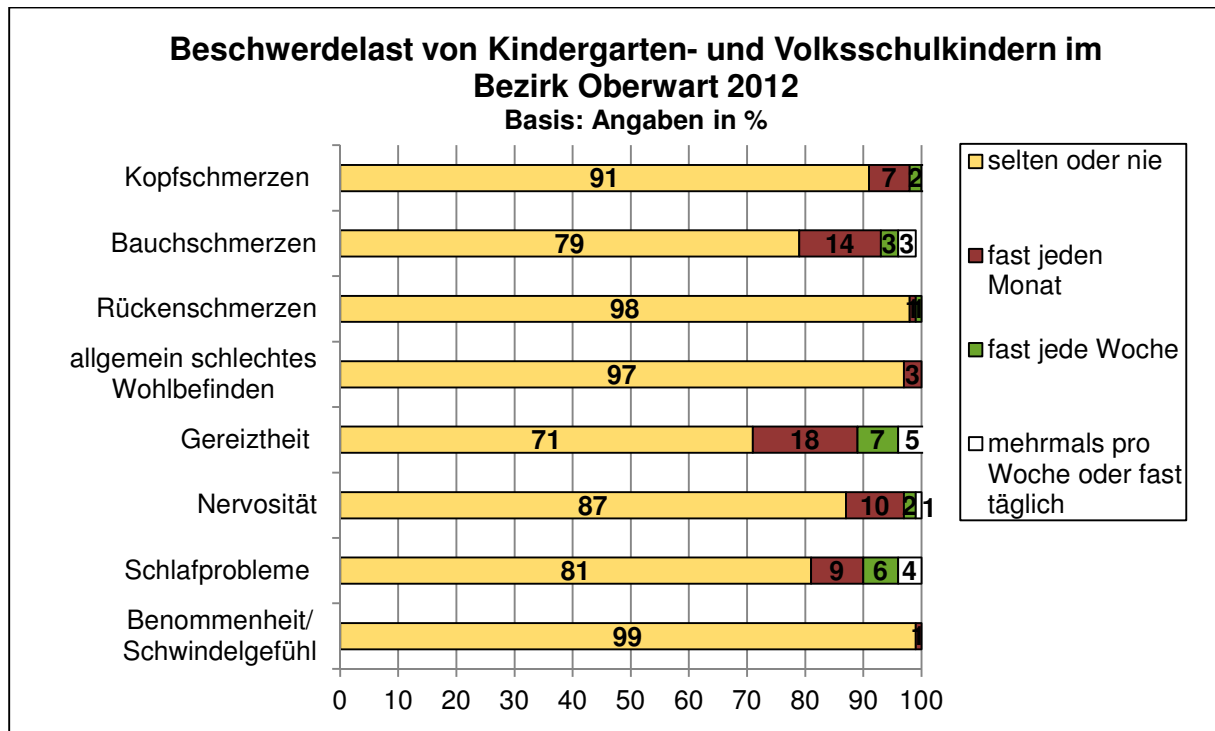
### *Schlafprobleme*

Die Mehrheit der befragten Eltern (81%) gibt an, dass ihr Kind selten oder nie Probleme beim Einschlafen hat. Etwa jeder zehnte Elternteil (9%) nimmt jedoch monatlich Einschlafschwierigkeiten des Kindes wahr, ebenfalls jeder zehnte Elternteil (10%) sogar wöchentlich, mehrmals pro Woche oder täglich.

### Benommenheit und Schwindelgefühl

Beinahe alle befragten Eltern (99%) geben an, dass sich das Kind selten oder nie benommen oder schwindelig fühlt.

Zusammengefasst ist das durch die Eltern wahrgenommene Ausmaß bestimmter Beschwerden bei Kindergarten- und Volksschulkindern im Bezirk Oberwart in Abbildung 108. Detaillierte Informationen finden sich zudem im Anhang A.2.



**Abbildung 108: Beschwerdelast von Kindergarten- und Volksschulkindern innerhalb der letzten 6 Monate, Stand: 2012, Basis: Angaben in %, Quelle: Eigene Erhebung, Eigene Erstellung und Berechnungen**

### Ergebnisse HBSC-Studie 2010

Zur Ermittlung der Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen SchülerInnen wurde im Rahmen der HBSC Erhebung ein spezieller Index errechnet. Dieser reicht von 0 bis 100, wobei der Wert „0“ keine Beschwerden und der Wert „100“ hohe Beschwerdelast bedeutet.

Burgenlands Jugendliche haben im Durchschnitt eine Beschwerdelast von 35,17. Dabei zeigt sich, dass Mädchen im Durchschnitt etwas mehr Beschwerden (36,7) als Burschen (33,76) wahrnehmen.

Mit diesen Werten liegt Burgenland im Österreich-Schnitt. So beträgt die Beschwerdelast im Rest Österreichs im Durchschnitt 34,22 (Mädchen: 36,49; Burschen: 31,74).

### 9.3.5 Lebenszufriedenheit

Im Rahmen der Fokusgruppe zum Thema „Kindergesundheit“ wurde der Indikator „Lebenszufriedenheit“ als wichtige Kennzahl zur Beschreibung der Kindergesundheit im Burgenland festgelegt.

Die Lebenszufriedenheit beschreibt das Verhältnis von erwarteter und erreichter Lebensqualität und ist neben dem subjektiven Gesundheitszustand eine weitere Kennzahl zur Darstellung gesundheitsbezogener Wahrnehmungen und Empfindungen. Dabei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass mithilfe des Indikators „Lebenszufriedenheit“ nicht bloß die gesundheitsbezogene Zufriedenheit, sondern die Gesamtbeurteilung des eigenen Lebens erhoben wird. Untersuchungen zeigen, dass die Lebenszufriedenheit bei Kindern und Jugendlichen besonders durch Erfahrungen und Beziehungen in der Familie beeinflusst wird [1].

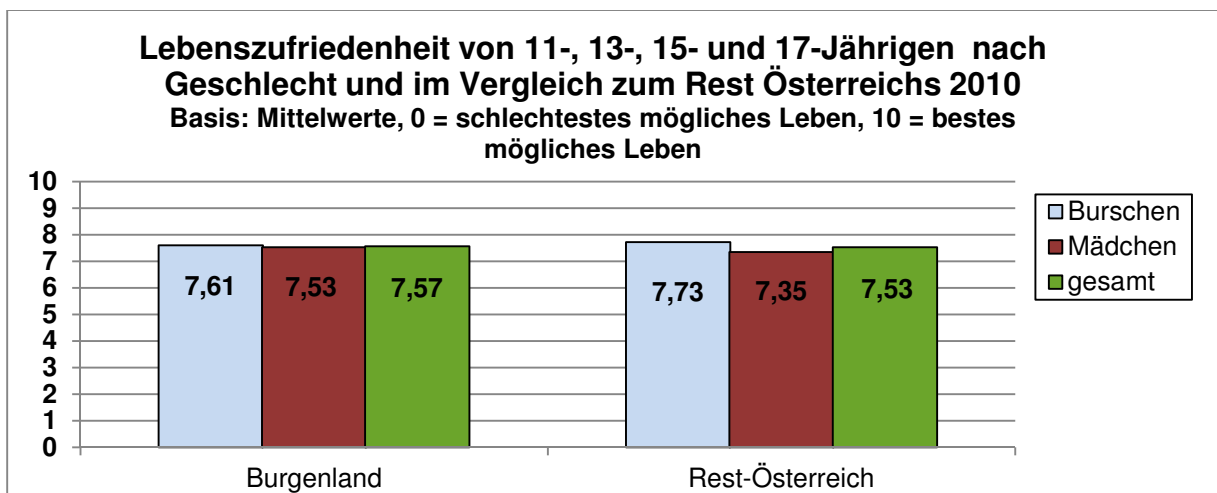
Die Darstellung des Indikators im Rahmen der GBE dient dazu, dem umfassenden Gesundheitsbegriff der WHO (1986) gerecht zu werden, indem vor allem auch die mentale Gesundheit Berücksichtigung findet.

Die Daten zur Lebensqualität wurden für den vorliegenden Gesundheitsbericht vom Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research zur Verfügung gestellt. Im Rahmen der HBSC-Studie 2010 wurde zur Ermittlung dieses Indikators eine adaptierte Form der Cantril- Leiter herangezogen. Die Cantril- Leiter ist ein valides Messinstrument für die Lebenszufriedenheit bei Erwachsenen [1]. Damit diese der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen gerecht wird, wurde im Rahmen der HBSC-Untersuchung folgende Frage gestellt:

*„Hier ist das Bild einer Leiter. Die oberste Sprosse der Leiter, „10“, stellt das beste für dich mögliche Leben dar. Der Boden, auf dem die Leiter steht, ist „0“. Er stellt das schlechteste Leben dar, das für dich in deiner Situation möglich wäre. Insgesamt betrachtet: Auf welcher Sprosse der Leiter findest du, dass du derzeit stehst?“*

Zur Beantwortung dieser Fragen konnten die SchülerInnen eine Zahl von 0 bis 10 auswählen, wobei „0“ schlechtestes mögliches Leben und „10“ bestes mögliches Leben bedeutet [1].

Im Durchschnitt bewerten burgenländische SchülerInnen im Alter von 11, 13, 15 oder 17 Jahren ihr Leben auf einer Skala von 0 bis 10 mit 7,57. Dabei sind kaum geschlechtsspezifische Unterschiede feststellbar (Burschen: 7,61; Mädchen: 7,53). Burgenland liegt in Bezug auf die Lebenszufriedenheit ungefähr im Österreich-Schnitt (Rest Österreich Burschen: 7,73; Mädchen: 7,35; gesamt: 7,53). Nähere Informationen dazu finden sich in Abbildung 109.



**Abbildung 109: Lebenszufriedenheit von 11-, 13-, 15- und 17-Jährigen nach Geschlecht und im Vergleich zum restlichen Österreich, Stand: 2010, Basis: Mittelwerte, 0 = schlechtestes mögliches Leben, 10 = bestes mögliches Leben; Quelle: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Eigene Erstellung**

### 9.3.6 Zahngesundheit

Während der Zahngesundheit an sich schon eine große Bedeutung beigemessen werden kann, hat sie auch Einfluss auf andere Gesundheitsparameter. Dabei zeigt sich, dass je höher der sozioökonomische Status der Familie ist, desto besser ist die Zahngesundheit des Kindes. Grundsätzlich bauen alle Befragungen zum Zahnstatus von Kindern auf einem international klassifizierten System auf. Dabei wurde der sogenannte DMFT-Index festgelegt, der die durchschnittliche Anzahl an kariösen (decayed), fehlenden (missing) und sanierten (filled) Zähnen (teeth) misst. Bei Milchzähnen heißt dieser Index dmft-Index (kleingeschrieben) [4].

In Österreich führt die Koordinationsstelle „Zahnstatus“ des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG) Zahnstaterhebungen bei Sechsjährigen, Zwölfjährigen, 18-Jährigen sowie Erwachsenen durch. Diese erfolgen nach der Methodik der Oral Health Surveys, was wiederum den Empfehlungen der WHO entspricht. Die Untersuchungen werden pro Altersgruppe alle fünf Jahre wiederholt. Seit 2006 werden die Erhebungen bei Sechs- und Zwölfjährigen gemeinsam mit den Bundesländern und in Kooperation mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger so durchgeführt, dass auch bundeslandspezifische Aussagen über die Ergebnisse getroffen werden können bzw. eine Auswertung auf regionaler Ebene möglich ist. Zusätzlich sind seit 2006 auch Vergleiche hinsichtlich der Zahngesundheit zwischen Kindern mit und jenen ohne Migrationshintergrund möglich [27]. In diesem Zusammenhang gilt es zu erwähnen, dass im Rahmen der Zahnstaterhebungen als Kinder mit Migrationshintergrund jene bezeichnet werden, deren Geburtsort nicht Österreich ist bzw. deren Eltern (zumindest ein Elternteil) nicht in Österreich geboren wurden [28].

Im Folgenden wird die Zahngesundheit bei sechsjährigen und zwölfjährigen BurgenländerInnen in Form des Anteils an kariesfreien Kindern und des D3MFT- bzw. d3mft-Index dargestellt. Dabei wird unter diesem Index ausschließlich der Anteil

jener Zähne verstanden, die irreversible, füllungsbedürftige Kavität (Löcher im Zahn infolge von Karies, d3) aufweisen. Somit gibt der d3mft- bzw. D3MFT-Wert die durchschnittliche Zahl kariös geschädigter Zähne pro Kind an. Kariesfrei sind hingegen gemäß WHO jene Kinder, die entweder über ein völlig gesundes Gebiss verfügen oder nur Schmelzkaries haben [28].

Vorweg wird kurz darauf hingewiesen, dass Karies dann entsteht, wenn saure Stoffwechselprodukte des Bakteriums *Streptococcus mutans* den Zahnschmelz angreifen und darunter liegende Zahnschichten auflösen. Ursachen hierfür sind häufig unzureichende Mundhygiene und zahnschädigendes Ernährungsverhalten. Im Gegensatz dazu kann Karies durch effizientes tägliches Zähneputzen, eine zahnfremde Ernährung und regelmäßige Zahnarztbesuche entgegengewirkt werden [28].

### **9.3.6.1 Zahngesundheit bei sechsjährigen BurgenländerInnen**

Die Gesundheit des Milchgebisses ist ein wichtiger Indikator für die Gesundheit der verbleibenden Zähne. Zahnstuserhebungen bei Sechsjährigen geben Auskunft über die Kariesausbreitung und den Behandlungsbedarf im Milchgebiss. Zudem unterstützen sie die Planung öffentlicher oraler Präventionsprogramme. Dabei definierte die WHO das Ziel, dass bis zum Jahr 2000 die Hälfte der Sechsjährigen und bis 2020 sogar 80% kariesfrei sein sollen [28].

Gemäß Ergebnissen der Zahnstuserhebung bei Sechsjährigen aus dem Jahr 2011 können 35,6% der sechsjährigen BurgenländerInnen als kariesfrei bezeichnet werden. Somit wurde das Ziel der WHO weder bis zum Jahr 2000 (50% kariesfrei) noch bis zum Jahr 2020 (80% kariesfrei) erfüllt. Mädchen (33,8% kariesfrei) haben mehr Karies als Burschen (37,3% kariesfrei). Auch sechsjährige Kinder mit Migrationshintergrund (31,4% kariesfrei) sind stärker betroffen als jene ohne Migrationshintergrund (37,3% kariesfrei) [29].

Betrachtet man den d3mft-Index, so liegt dieser bei sechsjährigen BurgenländerInnen im Durchschnitt bei 3,1. Dabei zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede (Buben: 3,1; Mädchen: 3,0). Auch Kinder mit Migrationshintergrund (3,3) weisen keinen überdurchschnittlich hohen oder niedrigen d3mft-Index auf.

Während sich hinsichtlich des Anteils kariesfreier Kinder eine günstigere Situation für die Versorgungsregion Burgenland-Süd abzeichnet (41,5% kariesfrei; Region Burgenland-Nord: 32,7% kariesfrei), ist der d3mft-Wert bei Kindern im Nordburgenland (2,8) besser als bei jenen im Südburgenland (3,6).

Im Vergleich zu Gesamtösterreich (51,5% kariesfrei) weist das Burgenland einen deutlich geringeren Anteil (35,6%) an kariesfreien Kindern auf. Auch der d3mft-Wert fällt im Burgenland (3,1) schlechter aus als in Gesamtösterreich (2,1). Nähere Informationen dazu finden sich in Tabelle 42.

Gebiet	Anteil kariesfreier Kinder in %	d3mft-Index
Burgenland	35,6	3,1
Burgenland Nord	32,7	2,8
Burgenland Süd	41,5	3,6
Österreich	51,5	2,1

**Tabelle 42: Zahngesundheit bei Sechsjährigen im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen, Stand: 2011, Basis: Anteil kariesfreier Kinder: Angaben in %, d3mft-Index: durchschnittliche Anzahl kariöser Zähne; Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung [29], Eigene Erstellung**

Seit 2006 konnte im Burgenland eine Verschlechterung der Zahngesundheit bei Sechsjährigen festgestellt werden. So lag der Anteil kariesfreier Kinder damals noch bei 44% (2011: 35,6%). Auch der durchschnittliche d3mft-Wert (2006: 2,6; 2011: 3,1) erhöhte sich [29,62].

### 9.3.6.2 Zahngesundheit bei zwölfjährigen BurgenländerInnen

Ziel der WHO ist es, den D3MFT-Index bei Zwölfjährigen bis zum Jahr 2020 auf maximal 1,5 zu reduzieren, wobei dieser Wert mindestens einen exakt gefüllten Zahn beinhalten muss [30].

Gemäß aktuellster Daten aus dem Jahr 2008 können 45,7% der burgenländischen Zwölfjährigen als kariesfrei bezeichnet werden. Dabei haben ebenso wie bei den Sechsjährigen Buben weniger Karies (49,4% kariesfrei) als Mädchen (42,8% kariesfrei). Hinsichtlich des Migrationshintergrundes zeigen sich in dieser Altersgruppe keine Unterschiede (ohne Migrationshintergrund: 45,7% kariesfrei, mit Migrationshintergrund: 45,6% kariesfrei) [31].

Betrachtet man den D3MFT-Wert, so liegt dieser im Burgenland im Durchschnitt bei 1,6 und somit nur leicht über dem WHO-Ziel von 1,5 bis zum Jahr 2020. Auch hier schneiden Mädchen (2,0) schlechter ab als Burschen (1,2). Bei näherem Betrachten der Datenlage zeigt sich kaum eine Benachteiligung der Zwölfjährigen mit Migrationshintergrund (1,9; ohne Migrationshintergrund: 1,6).

Im Gegensatz zu den Ergebnissen bei sechsjährigen BurgenländerInnen zeichnet sich bei Zwölfjährigen sowohl hinsichtlich des Anteils kariesfreier Kinder als auch des D3MFT-Wertes eine günstigere Situation für das Nordburgenland ab. So sind 51,4% der nordburgenländischen Zwölfjährigen kariesfrei, während es bei südburgenländischen Zwölfjährigen nur 40,7% sind. Der D3MFT-Wert liegt im Nordburgenland bei 1,4; im Südburgenland hingegen bei 1,8 (s. Tabelle 43). Sowohl hinsichtlich des D3MFT-Wertes als auch des Anteils kariesfreier Zwölfjähriger liegt man im Burgenland (D3MFT-Wert: 1,6; kariesfrei: 45,7%) ungefähr im Österreich-Schnitt (D3MFT-Wert: 1,4; kariesfrei: 47,5%).



Gebiet	Anteil kariesfreier Kinder in %	D3MFT-Index
Burgenland	45,7	1,6
Burgenland Nord	51,4	1,4
Burgenland Süd	40,7	1,8
Österreich	47,5	1,4

**Tabelle 43: Zahngesundheit bei Zwölfjährigen im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen, Stand: 2007, Basis: Anteil kariesfreier Kinder: Angaben in %, D3MFT-Index: durchschnittliche Anzahl kariöser Zähne; Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger [31], Eigene Erstellung**

Da bundeslandspezifische Auswertungen erst seit dem Jahr 2006 durchgeführt werden, ist kein Längsschnittvergleich hinsichtlich der Zahngesundheit bei Zwölfjährigen möglich.

### 9.3.7 Körpergewicht und Körperschema

Übergewicht und Adipositas sind ein weltweites Problem, das bereits in Kapitel 5.1.2.3 beschrieben wurde. Ein zu hohes Körpergewicht in der Kindheit bzw. im Jugendalter hat nicht nur einen negativen Einfluss auf den aktuellen, sondern auch auf den zukünftigen Gesundheitszustand. Die steigende Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in der Gesellschaft führt gleichzeitig zu einer steigenden Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Dabei gilt es anzumerken, dass ein negatives Körperbild nicht immer auch Übergewicht bedeutet. Folgen eines negativen Körperimages sind häufig ungesunde Maßnahmen zur Gewichtsreduktion wie z.B. extreme Diäten oder extremer Sport sowie ein geringes Selbstwertgefühl und eine eingeschränkte psychische Gesundheit [1].

Im Folgenden wird auf den BMI bei Kindern und Jugendlichen sowie deren subjektives Körperbild eingegangen. Grundlage hierfür ist die HBSC-Studie 2010, bei der 11-, 13-, 15- und 17-Jährige danach gefragt wurden, ob sie sich zu dünn, ungefähr richtig oder zu dick fühlen. Auch Eltern von Kindergarten- und Volksschulkindern im Bezirk Oberwart wurde die Frage gestellt, wie sie das Gewicht ihres Kindes einschätzen.

#### 9.3.7.1 Body Mass Index (BMI)

Im Rahmen der Fokusgruppe zum Thema Kindergesundheit wurden Essstörungen als wichtiger Indikator zur Darstellung der Kindergesundheit im Burgenland definiert. Als Messgröße wurde dabei der BMI bestimmt. Auch innerhalb der CHIL-Indikatoren findet sich der BMI als wichtige Maßzahl zur Darstellung des Übergewichts und der Fettleibigkeit bei Kindern wieder [4].

Der Begriff des BMI wurde bereits in Kapitel 5.1.2.3 erläutert. Für Kinder und Jugendliche existieren zur Interpretation jedoch eigene Grenzwerte (s. Abbildung 110). Bereits vorweg wird darauf hinzuweisen, dass die im Rahmen der HBSC-Studie erhobenen Daten zu Körpergewicht und Körpergröße auf Selbstangaben beruhen. Aufgrund dessen können die Zahlen von der Realität teilweise abweichen, wobei zu erwähnen gilt, dass das eigene Körpergewicht von befragten Personen häufig niedriger und die Körpergröße zumeist höher eingeschätzt wird.

Die im Folgenden dargestellten Zahlen wurden uns vom Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research zur Verfügung gestellt. Dabei werden Ergebnisse für 11-, 13-, 15- und 17-jährige SchülerInnen herangezogen.

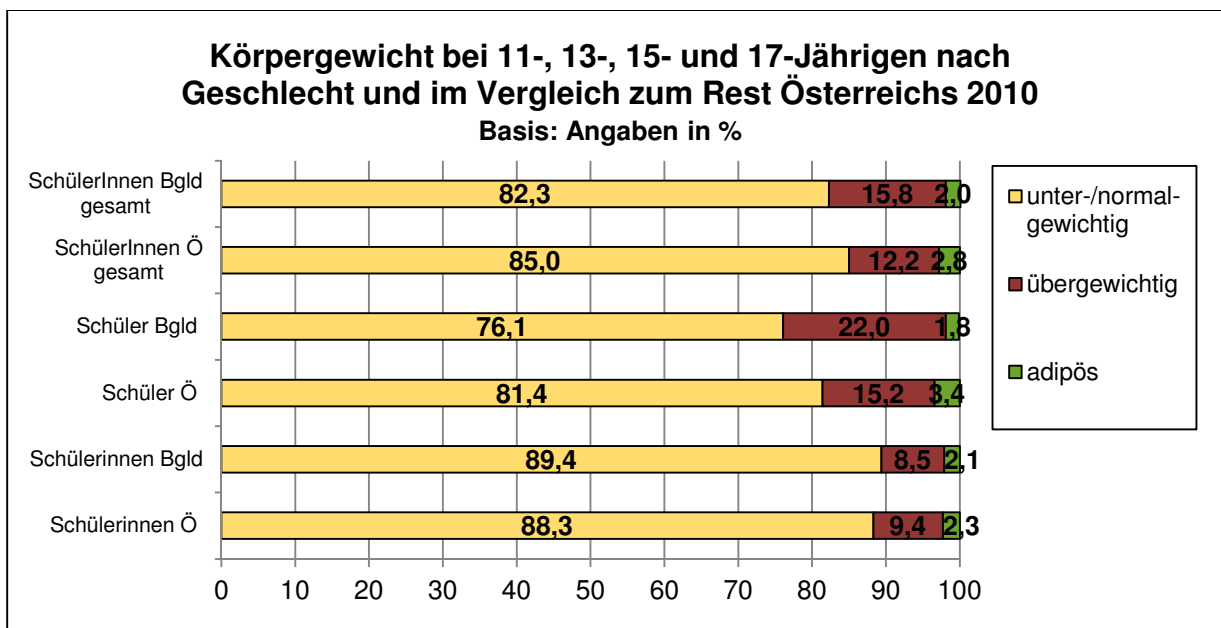
	Übergewicht Burschen	Adipositas Burschen	Übergewicht Mädchen	Adipositas Mädchen
> 10,5 und < 11,0 Jahre	20,20	24,57	20,29	24,77
> 11,0 und < 11,5 Jahre	20,55	25,10	20,74	25,42
> 11,5 und < 12,0 Jahre	20,89	25,58	21,20	26,05
> 12,0 und < 12,5 Jahre	21,22	26,02	21,68	26,67
> 12,5 und < 13,0 Jahre	21,56	26,43	22,14	27,42
> 13,0 und < 13,5 Jahre	21,91	26,84	22,58	27,76
> 13,5 und < 14,0 Jahre	22,27	27,25	22,98	28,20
> 14,0 und < 14,5 Jahre	22,62	27,63	23,34	28,57
> 14,5 und < 15,0 Jahre	22,96	27,98	23,66	28,87
> 15,0 und < 15,5 Jahre	23,29	28,30	23,94	29,11
> 15,5 und < 16,0 Jahre	23,60	28,60	24,17	29,29
> 16,0 und < 16,5 Jahre	23,90	28,88	24,37	29,43
> 16,5 und < 17,0 Jahre	24,19	29,14	24,54	29,56
> 17,0 und < 17,5 Jahre	24,46	29,41	24,70	29,69
> 17,5 und < 18,0 Jahre	24,73	29,70	24,85	29,84
> 18,0 Jahre	25,00	30,00	25,00	30,00

**Abbildung 110: Grenzwerte für Übergewicht und Adipositas, Quelle: Ramelow et al. (2011) nach Cole et al. (2000) [1. 66]**

Gemäß den Ergebnissen der HBSC-Studie 2010 sind 82,3% der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen BurgenländerInnen unter- oder normalgewichtig, 15,8% übergewichtig und 2% adipös. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass Cole nur Grenzwerte für Übergewicht und Adipositas liefert, jedoch keine für Untergewicht. Aus diesem Grund kann der Anteil untergewichtiger Jugendlicher nicht dargestellt werden.

Während deutlich mehr Burschen (22%) als Mädchen (8,5%) von Übergewicht betroffen sind, zeigen sich im Speziellen bei der Fettleibigkeit kaum geschlechtsspezifischen Unterschiede (Burschen: 1,8%; Mädchen: 2,1%).

Vergleicht man das Burgenland mit den restlichen österreichischen Bundesländern, so lassen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen. Dennoch zeigt sich die Tendenz, dass etwas mehr Burschen im Burgenland von Übergewicht oder Adipositas (23,8%) betroffen sind als jene in Gesamtösterreich (18,6%) (s. Abbildung 111).



**Abbildung 111: Körpergewicht bei 11-, 13-, 15- und 17-Jährigen nach Geschlecht und im Vergleich zum restlichen Österreich, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Quelle: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Eigene Erstellung**

### 9.3.7.2 Körperschema

Die Kennzahl „Körperschema“ gibt Auskunft über die subjektive Zufriedenheit mit dem eigenen Körper. Während der BMI (s. Kapitel 9.3.7.1) vorwiegend dazu genutzt wird, die Problematik des Übergewichts aufzuzeigen, dient das Körperschema auch dazu, Hinweise auf mögliche andere Essstörungen zu geben. So kann es durchaus sein, dass Kinder bzw. Jugendliche zwar normalgewichtig sind, aber sich dennoch als zu dick einstufen.

#### Ergebnisse Eltern-Kind-Befragung

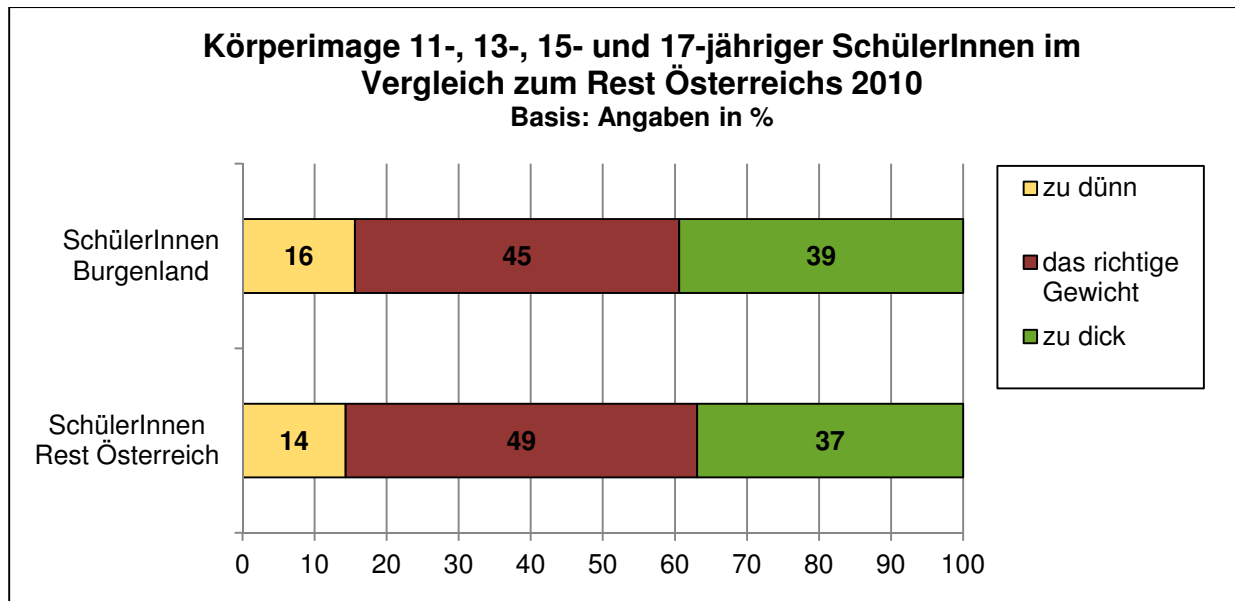
13% der befragten Eltern im Bezirk Oberwart meinen, dass das eigene Kind zu dick ist. Jeder zehnte Elternteil (10%) denkt hingegen, dass das Kind zu dünn ist. Somit gehen nur rund drei Viertel (77%) von einer Normalgewichtigkeit des Kindes aus.

Während kein klarer Zusammenhang zwischen Bildungsniveau der Eltern und Einschätzung des Gewichts des Kindes erkennbar ist, scheint das Alter der Eltern einen Einfluss auf die Bewertung des Körpergewichts des Kindes zu haben. So schätzen vermehrt jüngere Eltern das Gewicht ihres Kindes als normal ein (s. Anhang A.2).

#### Ergebnisse HBSC-Studie 2010

Bei 11-, 13-, 15- und 17-Jährigen ist die Eigeneinschätzung des Körpergewichtes dramatisch. So empfinden sich nur 45% der jungen BurgenländerInnen als normalgewichtig, während sich 39,4% zu dick und 15,6% zu dünn fühlen. Geschlechtsspezifisch betrachtet denkt etwa jede zweite Burgenländerin (47,1%) in dieser Altersgruppe, dass sie zu dick ist. Bei den Burschen ist es etwa jeder dritte (32,1%). Damit liegt Burgenland bei beiden Geschlechtern etwa im Österreich-

Schnitt (Burschen: 29,7% zu dick; Mädchen: 43,6% zu dick). Nähere Informationen dazu finden sich in Abbildung 112.



**Abbildung 112: Körperimage von SchülerInnen im Vergleich zum restlichen Österreich, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Quelle: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Eigene Erstellung**

## 9.4 Gesundheitsverhalten

Der Begriff des Gesundheitsverhaltens wurde bereits in Kapitel 5.1 definiert. So werden darunter vor allem Lebensweisen in Hinblick auf körperliche Aktivität und Ernährung subsummiert. Auch das Unterlassen von Risikoverhaltensweisen wie Rauchen oder Alkoholkonsum spielt eine Rolle.

Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass Gesundheitsverhaltensweisen wie eine gesunde Ernährung oder ausreichend Bewegung vorwiegend im frühen Kindesalter entwickelt werden, wo der Einfluss der Eltern stärker ist als in der Jugendphase [32]. Risikoverhalten wie Suchtmittelgebrauch spielt hingegen bei Jugendlichen eine bedeutende Rolle [33]. Das Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter beeinflusst nicht nur den Gesundheitszustand in dieser Lebensphase, sondern auch jenen in späteren Lebensjahren. So können viele Krankheiten und Beschwerden im mittleren und höheren Lebensalter auf ungünstige Verhaltensmuster in der Kindes- und Jugendzeit zurückgeführt werden [67].

Im Folgenden wird auf die wichtigsten Komponenten des Gesundheitsverhaltens (Bewegungsausmaß, Freizeitverhalten, Ernährungsverhalten, Suchtmittelgebrauch) bei Kindern und Jugendlichen im Burgenland eingegangen.

### 9.4.1 Bewegung

Im Rahmen der Fokusgruppendifkussion zum Thema Kindergesundheit wurde Bewegung als wichtiger Indikator definiert. Auch in den CHILD-Indikatoren findet sich diese Kennzahl zur Beschreibung der Kindergesundheit wieder.

Ein Grund für die Bedeutung des Parameters ist, dass regelmäßige Bewegung auch bei Kindern und Jugendlichen zu zahlreichen gesundheitsförderlichen Effekten führt. Dies sind gemäß wissenschaftlicher Erkenntnisse vor allem die Verbesserung der Herz-Kreislauf- und muskulären Fitness, die Stärkung der Knochenmasse, die Verbesserung zahlreicher Kreislauf- und Stoffwechselformparameter, die Verbesserung der Körperkomposition sowie die Reduzierung depressiver Symptome [34, 35].

Im Rahmen der Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung wurden für Kinder und Jugendliche folgende Leitlinien definiert:

- körperliche Aktivität mit mittlerer Intensität (es kann gesprochen, aber nicht mehr gesungen werden): 60 Minuten pro Tag
- muskelkräftigende Bewegung z.B. Liegestütz: an drei Tagen pro Woche
- knochenstärkende Bewegung z.B. Hüpfen: an drei Tagen pro Woche
- koordinationsstärkende Aktivität: ergänzend, so oft wie möglich [34]

Auch international entwickelte Richtlinien wie jene der WHO entsprechen den oben angeführten Empfehlungen.

Im Folgenden wird das Bewegungsausmaß von Kindern und Jugendlichen in Form der moderaten bis intensiven Aktivität dargestellt. Die Daten beruhen auf Ergebnissen der HBSC-Studie 2010 sowie auf jenen der selbst durchgeführten Eltern-Kind-Befragung durch die FH Burgenland. Während bei der HBSC-Studie 11-, 13-, 15- und 17-jährige SchülerInnen selbst befragt wurden, gaben im Rahmen der Eltern-Kind-Befragung Eltern Auskunft über das Bewegungsverhalten ihres Kindes. Bei beiden Untersuchungen wurde die Frage gestellt:

*„An wie vielen der vergangenen 7 Tage warst du/Ihr Kind mindestens für 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv?“*

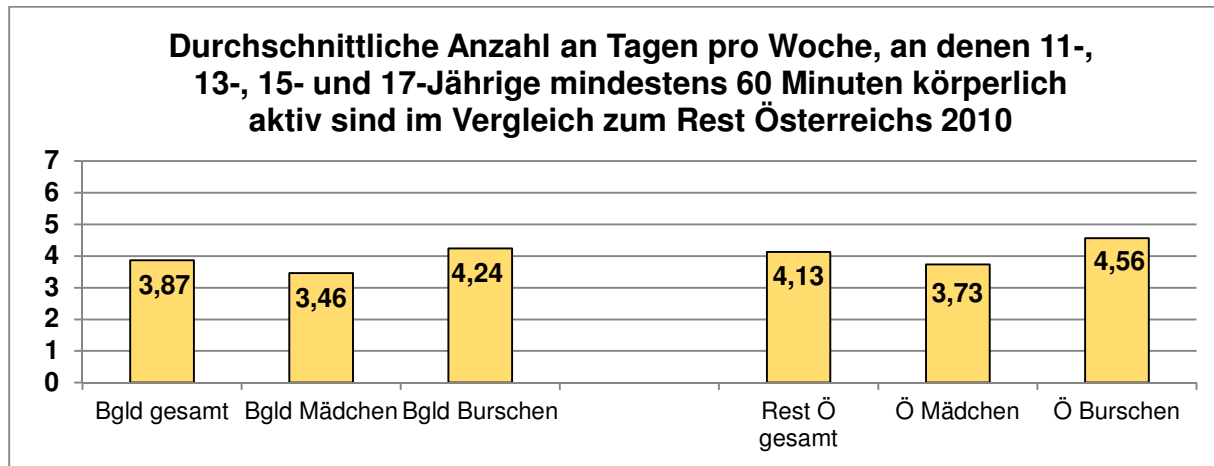
### **Ergebnisse Eltern-Kind-Befragung**

35% der befragten Eltern von Kindergarten- und Volksschulkindern aus dem Bezirk Oberwart geben an, dass ihr Kind täglich mindestens 60 Minuten körperlich aktiv ist. Etwa ein Viertel (26%) ist der Meinung, dass sich das Kind an fünf oder sechs Tagen pro Woche bewegt. Etwas mehr als ein Viertel (28%) spricht von einer mindestens 60-minütigen körperlichen Aktivität des Kindes an drei oder vier Tagen. Die restlichen 10% geben an, dass sich das Kind nie, an einem oder an zwei Tagen pro Woche mindestens eine Stunde bewegt.

Dabei zeigen sich kaum Unterschiede im Bewertungsverhalten zwischen Vätern und Müttern. Auch das Alter sowie die Schulbildung der Eltern scheinen in diesem Zusammenhang kaum eine Rolle zu spielen. Ein deutlicher Unterschied zeigt sich jedoch zwischen dem durch die Eltern wahrgenommenen Bewegungsausmaß von Volksschul- und jenem von Kindergartenkindern. Während noch 50% der Eltern von Kindergartenkindern angeben, dass ihr Kind täglich mindestens 60 Minuten körperlich aktiv ist, sind es bei Eltern von VolksschülerInnen nur noch 27% (s. Anhang A.2).

## Ergebnisse HBSC-Studie 2010

Gemäß den Ergebnissen der HBSC-Studie 2010 bewegen sich Jugendliche im Alter von 11, 13, 15 oder 17 Jahren im Burgenland an durchschnittlich 3,87 Tagen pro Woche mindestens eine Stunde. Dabei sind burgenländische Burschen im Durchschnitt an etwa einem Tag mehr körperlich aktiv als Mädchen (Burschen: 4,24; Mädchen: 3,46). Damit liegt Burgenland etwa im Österreich-Schnitt (Rest Österreich gesamt: 4,13; Burschen: 4,56; Mädchen: 3,73) (s. Abbildung 113).



**Abbildung 113: Durchschnittliche Anzahl an Tagen pro Woche, an denen 11-, 13-, 15- und 17-Jährige mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind im Vergleich zum restlichen Österreich, Stand: 2010, Basis: durchschnittliche Anzahl an Tagen, Quelle: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Eigene Erstellung**

### 9.4.2 Sitzendes Freizeitverhalten

Heutzutage lässt sich bereits im frühen Kindesalter eine Entwicklung zu einem bewegungsarmen Lebensstil hin feststellen. Das Bewegungsausmaß nimmt ab, während gleichzeitig die Zeit, die mit sitzenden Freizeitaktivitäten wie Fernsehen oder Computerspielen verbracht wird, steigt [1].

Neben der Inaktivität durch sitzendes Freizeitverhalten hat auch im Speziellen der Medienkonsum einen Einfluss auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Zu den möglichen negativen gesundheitlichen Effekten zählen beispielsweise Übergewicht, Essstörungen, Bluthochdruck sowie Lernschwierigkeiten, aggressive Verhaltensweisen, Angstzustände und Schlafstörungen. Zu bedenken gilt es allerdings, dass Medien auch einen günstigen Einfluss auf die Gesundheit haben können. So ist es möglich, dass durch den Konsum von Medien beispielsweise der Wissenstand über gesunde Verhaltensweisen erhöht wird und Kinder durch die Nutzung von Handys, Internet usw. soziale Kontakte knüpfen und pflegen und somit positiv zur sozialen Gesundheit beitragen [36].

Im Folgenden wird ergänzend zum Bewegungsausmaß das sitzende Freizeitverhalten von Kindergarten- und Volksschulkindern dargestellt. Dabei bildet die durch die FH Burgenland durchgeführte Eltern-Kind-Befragung im Bezirk Oberwart die Datengrundlage. Im Rahmen dieser Erhebung wurden folgende Fragen gestellt:

*„Etwa wie viele Stunden an einem Tag verbringt Ihr Kind normalerweise in der Freizeit mit Fernsehen (einschließlich Videos und DVDs)?“*

*„Etwa wie viele Stunden pro Tag spielt Ihr Kind in der Freizeit normalerweise Spiele am Computer, am Handy oder mit einer Spielkonsole?“*

Gemäß Eltern-Kind-Befragung verbringt mehr als die Hälfte (58%) der Kinder maximal eine Stunde täglich vor dem Fernseher. 38% sehen zwei bis drei Stunden täglich fern, 4% vier oder mehr Stunden.

Betrachtet man die Zeit, die Kinder und Jugendliche mit Computerspielen verbringen, so zeigt sich, dass die meisten gemäß Angaben der Eltern (94%) dies maximal eine Stunde täglich tun. 37% spielen zudem überhaupt keine Computerspiele. Der Rest (7%) verbringt zwei oder drei Stunden täglich mit derartigen Spielen.

Während sich diesbezüglich keine Unterschiede im Antwortverhalten zwischen Müttern und Vätern feststellen lassen, schätzen vor allem junge Eltern das Ausmaß, das ihr Kind mit Computerspielen verbringt, äußerst gering ein (18- bis 25-jährige Eltern: 64% überhaupt nicht; 26- bis 33-jährige Eltern: 47% überhaupt nicht, 34- bis 41-jährige Eltern: 23% überhaupt nicht). Nähere Informationen finden sich im Anhang A.2.

### 9.4.3 Ernährung

Obwohl sowohl im Rahmen des CHILd-Projektes der Europäischen Union als auch der Fokusgruppe zum Thema Kindergesundheit kein Indikator zur Beschreibung des Ernährungsverhaltens von Kindern und Jugendlichen definiert wurde, soll im Folgenden der Obst- und Gemüsekonsum sowie der Verzehr von Süßigkeiten und zuckerhaltigen Limonaden dargestellt werden. Weiteres wird auf die Einnahme bestimmter Hauptmahlzeiten bei Kindergarten- und Volksschulkindern im Bezirk Oberwart eingegangen.

Grund für die Beschreibung des Ernährungsverhaltens burgenländischer Kinder und Jugendlicher im Rahmen der GBE ist, dass eine gesunde Ernährung einen großen Einfluss auf die Gesundheit von Menschen hat. Besonders bei Kindern ist eine bedarfsgerechte Zusammenstellung der Mahlzeiten für die Entwicklung zahlreicher Körperfunktionen in der Wachstumsphase wichtig [37].

Es gilt darauf hinzuweisen, dass viele Ernährungsgewohnheiten, die man sich im Kindes- und Jugendalter aneignet, auch im Erwachsenenalter weiter bestehen bleiben. Aufgrund dessen ist die Ausbildung gesunder Ess- und Trinkgewohnheiten in jungen Jahren besonders wichtig [38].

#### 9.4.3.1 Konsum von Lebensmitteln

Während Lebensmittel wie Obst und Gemüse aufgrund ihrer Inhaltsstoffe wie Vitamine oder Ballaststoffe als gesundheitsförderlich bezeichnet werden können [38], gelten beispielsweise Süßigkeiten und zuckerhaltige Limonaden aufgrund der damit verbundenen höheren Erkrankungsrisiken wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes mellitus Typ II als eher ungesund [1].

Sowohl im Rahmen der HBSC-Studie 2010 als auch bei der Eltern-Kind-Befragung der FH Burgenland im Bezirk Oberwart wurde der wöchentliche Konsum von Obst, Gemüse, Süßigkeiten und Schokolade sowie zuckerhaltigen Limonaden abgefragt. Einige Ergebnisse dazu werden im Folgenden dargestellt.

### **Ergebnisse Eltern-Kind-Befragung**

#### *Obst*

Etwas mehr als die Hälfte der befragten Eltern aus dem Bezirk Oberwart (54%) gibt an, dass ihr Kind täglich oder mehrmals täglich Obst konsumiert. 1% berichten, dass das Kind nie Früchte isst, der Rest (45%) meint, dass dies mehrmals pro Woche, allerdings nicht täglich der Fall ist.

Grundsätzlich zeigt sich, dass mit steigendem Bildungsniveau der Eltern auch der Obstkonsum zunimmt. So geben beispielsweise 48% der Eltern mit Pflichtschulabschluss und 62% jener mit Fachschulabschluss an, dass das Kind täglich oder mehrmals täglich Obst isst.

#### *Gemüse*

Betrachtet man den Gemüsekonsum, so zeigt sich, dass etwa jedes vierte Kind (27%) Angaben der Eltern zufolge täglich oder mehrmals täglich Gemüse zu sich nimmt. Erschreckend ist, dass beinahe jedes zehnte Kind (7%) nie Gemüse isst (s. Anhang A.2). Dabei zeigt sich ebenso wie beim Obstkonsum, dass vermehrt Eltern mit hohem Bildungsniveau darauf achten, dass das Kind ausreichend Gemüse konsumiert (Eltern mit Pflichtschulabschluss: 21% Kind täglich oder mehrmals täglich Gemüse, Eltern mit Universitäts- oder Hochschulabschluss: 38% Kind täglich oder mehrmals täglich Gemüse).

#### *Süßigkeiten*

Beinahe die Hälfte der befragten Eltern aus dem Bezirk Oberwart (47%) gibt an, dass das eigene Kind täglich oder mehrmals täglich Süßigkeiten bzw. Schokolade isst. Nur 1% der Kinder scheinen derartige Lebensmittel nie zu konsumieren. Der Rest (51%) tut dies einmal oder mehrmals wöchentlich.

#### *Zuckerhaltige Limonaden*

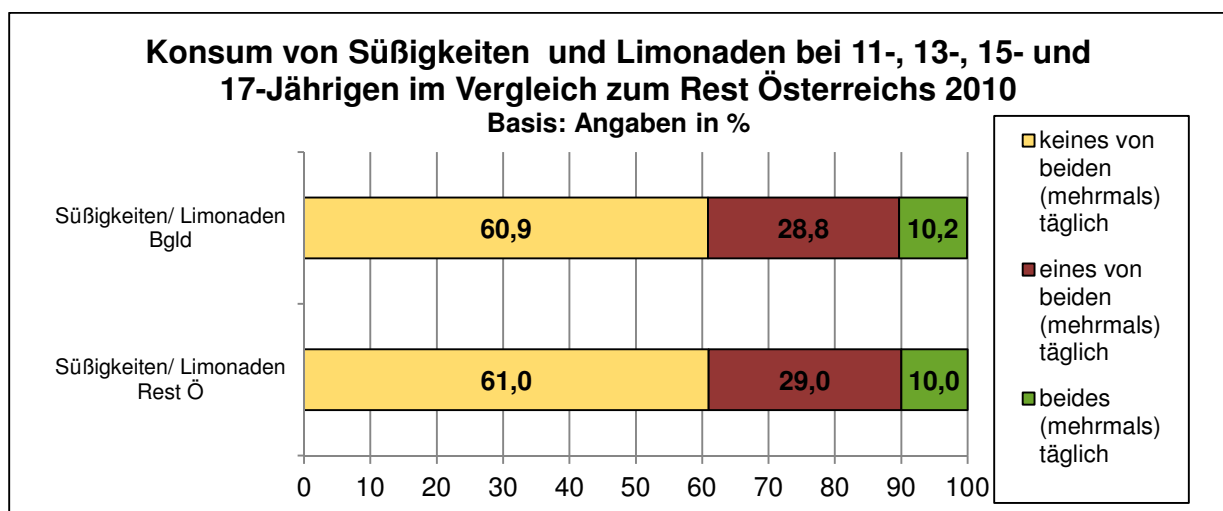
13% der Eltern aus dem Bezirk Oberwart geben an, dass ihr Kind täglich oder mehrmals täglich zuckerhaltige Limonaden trinkt. Mehr als ein Drittel (36%) berichtet, dass das Kind nie Limonaden mit Zucker zu sich nimmt. Der Rest (52%) spricht von einem wöchentlichen, jedoch nicht täglichen Konsum von zuckerhaltigen Limonaden. Dabei zeigt sich wiederum ein klarer Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau der Eltern und dem Limonadenkonsum der Kinder. So geben beispielsweise 20% der Eltern mit Pflichtschulabschluss an, dass ihr Kind täglich oder mehrmals täglich zuckerhaltige Limonaden trinkt, während es bei Eltern mit Universitäts- oder Hochschulabschluss 8% sind.

Nähere Informationen zum Konsum bestimmter Lebensmittel durch Kindergarten- und Volksschulkinder finden sich im Anhang A.2



## Ergebnisse HBSC-Studie 2010

Etwa 60,9% der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen BurgenländerInnen nehmen gemäß Ergebnissen der HBSC-Studie 2010 weder Süßigkeiten noch süße Limonaden täglich zu sich. Mehr als ein Viertel (28,8%) isst entweder Süßigkeiten oder trinkt süße Limonaden täglich oder mehrmals täglich. Jeder zehnte 11-, 13-, 15- und 17-Jährige im Burgenland (10,2%) nimmt beide Lebensmittel (Süßigkeiten und süße Limonaden) täglich zu sich. Dabei konsumieren Burschen vermehrt Süßigkeiten und süße Limonaden (Burschen: 13,4% beides täglich oder mehrmals täglich; Mädchen: 6,8% beides täglich oder mehrmals täglich). Die Ergebnisse im Burgenland liegen im Österreich-Schnitt. Details dazu finden sich in Abbildung 114.



**Abbildung 114: Konsum von Süßigkeiten und Limonaden bei Jugendlichen im Vergleich zum restlichen Österreich, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Quelle: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Eigene Erstellung**

### 9.4.3.2 Einnahme von Hauptmahlzeiten

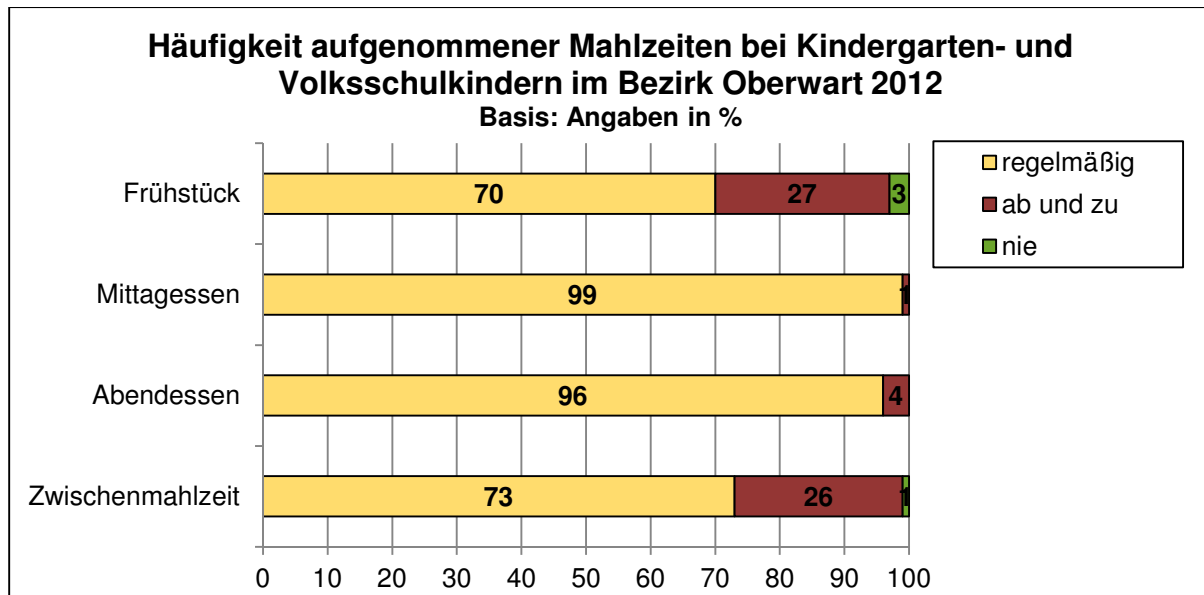
Neben der richtigen Wahl der Lebensmittel spielt die regelmäßige Einnahme bestimmter Hauptmahlzeiten für die Gesundheit eine wichtige Rolle. So weisen Kinder und Jugendliche, die täglich mindestens zwei Hauptmahlzeiten zu sich nehmen, zumeist eine ausreichende Versorgung mit Nährstoffen wie Kalzium, Eisen und Vitaminen auf [39].

Gemäß Ergebnissen der Eltern-Kind-Befragung im Bezirk Oberwart frühstücken 70% der Kindergarten- und Volksschulkinder regelmäßig. Die Regelmäßigkeit ist bei Kindern von Eltern mit höherem Bildungsabschluss vermehrt gegeben (Eltern Pflichtschulabschluss: Kind 58% regelmäßig Frühstück, Eltern Universitäts- oder Hochschulabschluss: Kind 81% regelmäßig Frühstück).

Besonders das Mittagessen fällt bei burgenländischen Kindern äußerst regelmäßig aus. So geben 99% der befragten Eltern an, dass das Kind regelmäßig zu Mittag isst. Dabei wird dieser Wert in allen Bildungsschichten erreicht.

Ebenso wie beim Mittagessen fällt auch beim Abendessen der Anteil der Kinder, die regelmäßig zu Abend essen, äußerst hoch aus (96%). Ergänzend dazu geben drei Viertel der Eltern (73%) an, dass das eigene Kind regelmäßig eine Zwischenmahlzeit

bzw. eine Jause zu sich nimmt. Nähere Auskunft über die Häufigkeit aufgenommener Mahlzeiten geben Abbildung 115 bzw. Anhang A.2.



**Abbildung 115: Häufigkeit aufgenommener Mahlzeiten bei Kindergarten- und Volksschulkindern im Bezirk Oberwart, Stand: 2012, Basis: Angaben in %, Quelle: Eigene Erhebung, Eigene Erstellung und Berechnungen**

#### 9.4.4 Suchtmittelgebrauch

Ergebnisse der Fokusgruppendifkussion zum Thema Kindergesundheit zeigen, dass der Suchtmittelkonsum bei Kindern und Jugendlichen einen wichtigen Indikator im Rahmen der burgenländischen GBE darstellt. Gemäß den CHILD-Indikatoren gilt es, den Suchtmittelgebrauch von Jugendlichen mithilfe von drei Indikatoren zu beschreiben. Diese sind der Tabakkonsum, der Alkoholmissbrauch sowie der Gebrauch illegaler Drogen [4].

Im Folgenden werden Erkenntnisse zweier im Burgenland durchgeführter repräsentativer Erhebungen über den Konsum von legalen und illegalen Substanzen bei burgenländischen Jugendlichen aus den Jahren 2001 (n= 1.056) und 2007 (n= 1.213) dargestellt. Die Untersuchungen wurden in Hauptschulen, Gymnasien, Handelsakademien, Handelsschulen, Höheren Technischen Lehranstalten, Polytechnischen Lehrgängen und Berufsschulen in ganz Burgenland durchgeführt. Die Altersverteilung reicht von 10 bis 21 Jahre, wobei 20- bis 21-Jährige der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen zugeordnet wurden [40, 41].

Ergänzt werden diese Informationen durch aktuelle Ergebnisse der HBSC-Studie 2010, wobei die Daten speziell für das Burgenland vom Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research zur Verfügung gestellt wurden.

##### 9.4.4.1 Tabakkonsum

Dass der Konsum von Zigaretten zahlreiche Erkrankungen wie Lungenkrebs oder Arteriosklerose begünstigt, wurde bereits in Kapitel 5.1.3 erörtert [4]. Rauchen kann jedoch bei Jugendlichen auch bereits nach relativ kurzer Zeit zu gesundheitlichen

Beeinträchtigungen wie eingeschränktes Lungenwachstum bzw. -funktion, Kurzatmigkeit, Husten und asthmatische Probleme führen [68].

### **Ergebnisse HBSC-Studie 2010**

Die Ergebnisse der HBSC-Studie 2010 zeigen, dass etwa jeder zehnte Jugendliche im Burgenland (12,1%) täglich raucht. Rund drei Viertel (74,3%) sind NichtraucherInnen. Der Rest (13,6%) raucht mindestens einmal pro Woche oder seltener.

Grundsätzlich scheint tägliches Rauchen bei Burschen häufiger vorzukommen (15,2% täglich) als bei Mädchen (8,8% täglich). Allerdings unterscheiden sich die beiden Geschlechter hinsichtlich des NichtraucherInnenanteils kaum voneinander (Burschen: 75,9% Nichtraucher, Mädchen: 72,5% Nichtraucherinnen).

Burgenland liegt hinsichtlich des NichtraucherInnenanteils (74,3%) im Österreich-Schnitt (74,6%). Auch der Anteil wöchentlicher RaucherInnen im Burgenland (18,2%) unterscheidet sich kaum von jenem im restlichen Österreich (18,5%).

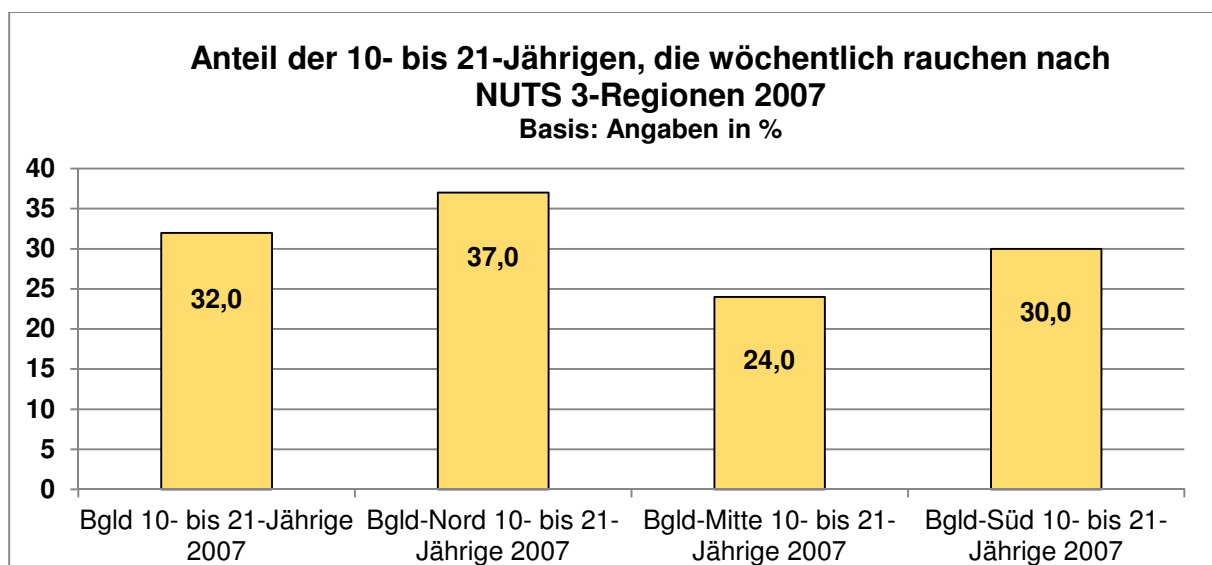
### **Ergebnisse Empirische Erhebung über den Konsum von legalen und illegalen Substanzen bei burgenländischen Jugendlichen**

Die Ergebnisse der im Auftrag des Gesundheitsreferats der Burgenländischen Landesregierung durchgeführten empirischen Erhebung aus dem Jahr 2007 zeigen, dass 32% der Jugendlichen zwischen 10 und 21 Jahren, wöchentlich Zigaretten rauchen. Dabei zeigt sich erwartungsgemäß ein deutlich höherer Konsum mit steigendem Alter. Während etwa 18% aller BurgenländerInnen zwischen 12 und 14 Jahren wöchentlich rauchen, sind es bei jenen zwischen 15 und 19 Jahren bereits 42%. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind hier kaum feststellbar.

Ein Längsschnittvergleich zeigt, dass der Anteil wöchentlicher RaucherInnen zwischen 2001 (47%) und 2007 (32%) abgenommen hat [40, 41].

Betrachtet man die Ergebnisse nach einzelnen Schultypen, so stellt sich heraus, dass vor allem bei HandelsschülerInnen (38%) und BerufsschülerInnen (37%) der Anteil jener, die mehr als 20 Zigaretten wöchentlich rauchen, besonders hoch ist. Im Gegensatz dazu findet sich der höchste NichtraucherInnenanteil in Hauptschulen (80%) und AHS (76%). Hierbei ist zu bedenken, dass die jüngeren TeilnehmerInnen an der empirischen Erhebung vor allem diesen beiden Schultypen angehören [40].

Bricht man die Ergebnisse auf einzelne NUTS 3-Regionen herunter, so findet sich der größte Anteil wöchentlicher RaucherInnen im Nordburgenland (37%), der geringste hingegen im Mittelburgenland (24%). Südburgenland liegt mit 30% im Mittelfeld [40]. Nähere Informationen dazu finden sich in Abbildung 116.



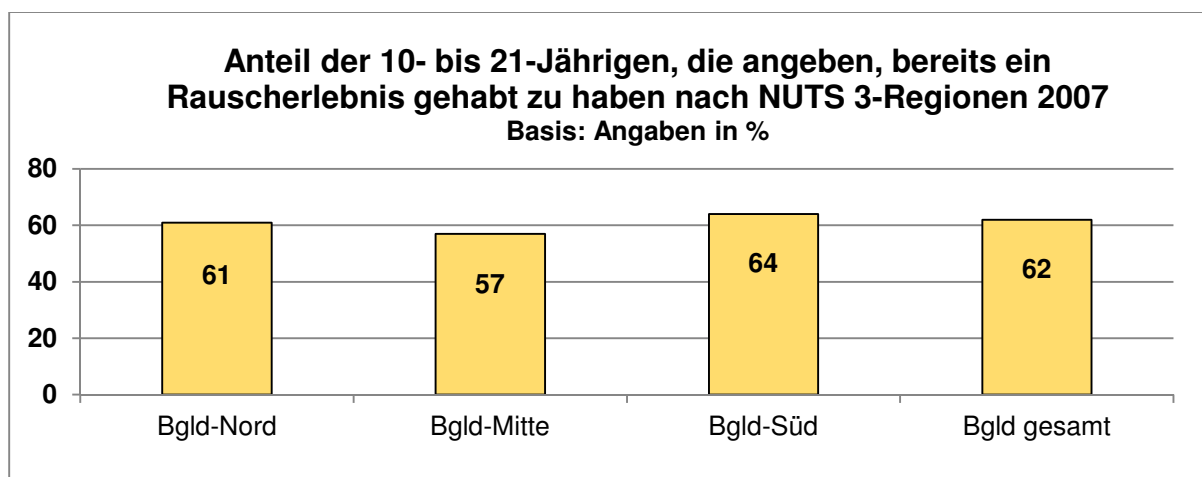
**Abbildung 116: Anteil der Jugendlichen, die wöchentlich rauchen nach NUTS 3-Regionen, Stand: 2007, Basis: Angaben in %, Quelle: Falbesoner & Lehner [40], Eigene Erstellung**

#### 9.4.4.2 Alkoholkonsum

Ebenso wie der Tabakkonsum begünstigt auch das Trinken von Alkohol zahlreiche Krankheiten wie z.B. Lebererkrankungen oder psychische Störungen [4]. Der Konsum von Alkohol stellt in Österreich ein großes gesundheitliches Problem dar: So gelten etwa 10,5% der Bevölkerung als alkoholgefährdet und 5% als chronisch alkoholkrank [42].

Gemäß den Ergebnissen der burgenländischen Erhebung über den Konsum von legalen und illegalen Substanzen bei burgenländischen Jugendlichen hatten 62% der befragten SchülerInnen zwischen 10 und 21 Jahren bereits einen Alkoholrausch. Während etwa jeder/jede dritte BurgenländerIn (34%) zwischen 12 und 14 Jahren angibt, schon einmal einen Alkoholrausch gehabt zu haben, sind es bei den 15- bis 19-Jährigen bereits 83% [40].

Im Gegensatz zum Tabakkonsum scheint es hinsichtlich des exzessiven Trinkens von Alkohol nur geringfügige regionsspezifische Unterschiede zu geben. So gaben im Südburgenland 64%, im Nordburgenland 61% und im Mittelburgenland 57% der Befragten an, bereits einen Alkoholrausch gehabt zu haben (Basis: NUTS 3-Regionen) [40]. Nähere Informationen dazu finden sich in Abbildung 117.



**Abbildung 117: Anteil der 10- bis 21-Jährigen, die angeben, bereits ein Rauscherlebnis gehabt zu haben nach NUTS 3-Regionen, Stand: 2007, Basis: Angaben in %, Quelle: Falbesoner & Lehner [40], Eigene Erstellung**

Vergleicht man die Ergebnisse der empirischen Erhebung mit jenen derselben Erhebung aus dem Jahr 2001, so zeigt sich eine eher günstigere Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen. Während damals noch 97% der befragten SchülerInnen angaben, bereits Erfahrungen mit Alkohol zu haben, waren es 2007 „nur“ 90% [40, 41].

Ergebnisse der HBSC-Studie 2010 ermöglichen einen Vergleich zu Gesamtösterreich. Sie zeigen beispielsweise, dass Burgenland hinsichtlich des Anteils an 15-Jährigen, die mindestens einmal pro Woche Alkohol konsumieren, deutlich über dem Österreich-Schnitt liegt (Bgld Mädchen: 53%, Bgld Burschen: 51%; Österreich Mädchen: 28%, Österreich Burschen: 37%) [63].

#### **9.4.4.3 Andere Drogen**

Das Experimentieren mit illegalen Substanzen tritt im Jugendalter häufig auf. Der regelmäßige Gebrauch dieser Drogen kann jedoch zu schlechten Leistungen in der Schule, Abhängigkeit, Psychose sowie anderen mentalen Gesundheitsproblemen wie Depressionen führen [4]. Von allen illegalen Substanzen ist Cannabis die bei Jugendlichen am meisten konsumierte Droge in der Europäischen Union [32].

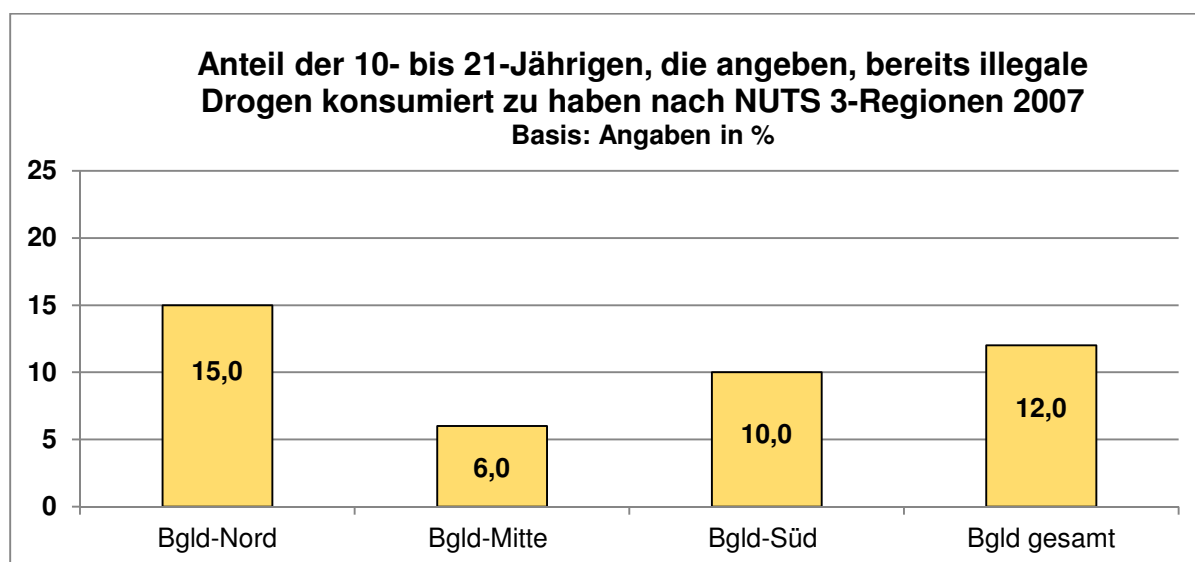
Die Daten der Untersuchung über den Konsum von legalen und illegalen Substanzen bei burgenländischen Jugendlichen zeigen, dass 12% der befragten 10- bis 21-Jährigen bereits illegale Substanzen und 16% bereits Schnüffelstoffe bzw. biogene Drogen konsumiert haben. Bei älteren Jugendlichen fällt der Konsum von illegalen Drogen deutlich höher aus: So geben bereits 18% der 15- bis 19-Jährigen (4% der 12- bis 14-Jährigen) an, schon einmal illegale Substanzen genommen zu haben. Bei Schnüffelstoffen bzw. biogenen Drogen zeigen sich keine altersspezifischen Unterschiede (17% der 12- bis 14-Jährigen probiert, 16% der 15- bis 19-Jährigen probiert). Geschlechtsspezifische Besonderheiten sind nicht feststellbar [40].

Von allen illegalen Substanzen, Schnüffelstoffen und biogenen Drogen probieren Burgenlands Jugendliche am ehesten Schnüffelstoffe (15% probiert), Cannabis (11% probiert) und biogene Drogen (4% probiert) aus. Bei allen anderen angeführten

Substanzen (Kokain, Ecstasy, Heroin, Speed und Halluzinogene) liegt der Anteil jener, die angeben, die Droge bereits probiert zu haben, bei maximal 2% [40].

Betrachtet man die einzelnen NUTS 3-Regionen des Landes, so lässt sich bei illegalen Substanzen eine etwas größere Experimentierfreude im Nordburgenland (15% probiert; Mittelburgenland: 6% probiert; Südburgenland: 10% probiert) feststellen. Dies ist vor allem auf den höheren Cannabiskonsum in dieser Region des Landes (15% probiert; Mittelburgenland: 5% probiert; Südburgenland: 9% probiert) zurückzuführen. So zeigen sich beim Konsum anderer illegaler Drogen kaum regionale Unterschiede. Nähere Informationen dazu finden sich in Abbildung 118.

Beim Gebrauch von Schnüffelstoffen bzw. biogenen Drogen sind keine regionalen Besonderheiten erkennbar (Nordburgenland: 15% probiert; Mittelburgenland: 18% probiert, Südburgenland: 16% probiert) [40].



**Abbildung 118: Anteil der 10- bis 21-Jährigen, die angeben, bereits illegale Drogen konsumiert zu haben nach NUTS 3-Regionen, Stand: 2007, Basis: Angaben in %, Quelle: Falbesoner & Lehner [40], Eigene Erstellung**

Seit 2001 ist der Konsum illegaler Drogen bei Jugendlichen zurückgegangen. Während nämlich 2001 22% der jungen BurgenländerInnen angaben, schon einmal illegale Substanzen konsumiert zu haben (24% Schnüffelstoffe/biogene Drogen), waren es 2007 nur noch halb so viele (12% illegale Drogen; 16% Schnüffelstoffe/biogene Drogen) [40, 41].

## 9.5 Sozialkapital bei Kindern und Jugendlichen

Der Begriff des Sozialkapitals wurde bereits in Kapitel 5.2 erläutert. Dabei wurde auf die wichtigsten Elemente dieses Begriffs nämlich Vertrauen, Gegenseitigkeit, soziale Netzwerke, gemeinsame Verhaltensnormen sowie Zugehörigkeitsgefühl und Engagement hingewiesen. Soziale und kommunale Netzwerke beeinflussen die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Beschrieben werden diese durch die Komponenten:

- soziale Integration
- Schulumfeld
- Beziehung zu Gleichaltrigen
- soziale Unterstützung
- soziale Kontakte
- sowie Spiel & Freizeit.

Diese Indikatoren geben Auskunft darüber, wie ein Kind sozial integriert ist, ob es Unterstützung erhält und Vertrauen in die Liebe, Freundschaft und Beziehungen zu anderen haben kann. Zudem kann die Möglichkeit, soziale Kontakte im Rahmen von Spiel und Freizeit zu knüpfen, aufgezeigt werden [43].

Welchen Einfluss bestimmte soziale Determinanten auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen haben können, wurde und wird laufend in den HBSC-Studien aufgezeigt. So kam beispielsweise die Studie aus dem Jahr 1997/98 zum Ergebnis, dass junge Menschen, die es schwer finden, mit Eltern über Probleme zu reden, eher betrunken sind, vermehrt rauchen und auch Schwierigkeiten bei der Beziehungsgestaltung mit anderen Personen haben [69].

In den CHILD-Indikatoren wurde lediglich eine Kennzahl zur Beschreibung des Sozialkapitals bei Kindern und Jugendlichen definiert. Diese ist die elterliche Unterstützung. Darunter versteht man den Anteil an Kindern, die angeben, dass sie es einfach oder sehr einfach finden, mit Eltern über Sorgen zu sprechen [4].

Im Folgenden wird neben der Unterstützung der Eltern auch auf den Anteil an Kindern eingegangen, die in Vereinen tätig sind. Dies gibt Auskunft über die Themen „soziale Kontakte“, „soziales Engagement“ sowie „Spiel & Freizeit“. Weiteres wird das Ausmaß von Freundschaften bei Kindergarten- und Volksschulkindern im Bezirk Oberwart dargestellt, was Informationen zur Beziehung zu Gleichaltrigen gibt.

### *9.5.1 Unterstützung durch Eltern*

Im Rahmen der Fokusgruppe zum Thema Kindergesundheit wurde die Unterstützung der Eltern als wichtige Kennzahl zur Beschreibung der sozialen Gesundheit burgenländischer Kinder und Jugendlicher definiert. Auch in den CHILD-Indikatoren findet sich dieser Parameter wieder. So wird empfohlen, den Anteil der Kinder anzuführen, die angeben, leicht bzw. sehr leicht mit ihren Eltern über Sorgen sprechen zu können. Bereits Erkenntnisse der HBSC-Studie aus den Jahren 1997/1998 zeigen, dass eine gute Beziehung zu den Eltern vor allem folgende Gesundheitsparameter positiv beeinflusst:

- Alkoholkonsum
- Rauchverhalten
- soziale Kontakte mit FreundInnen und Geschwistern
- Freude am Leben
- Einsamkeit und Hilfslosigkeit [69]

In anderen Untersuchungen wurden weitere günstige Auswirkungen einer guten Eltern-Kind-Beziehung auf die Gesundheit festgestellt. Im Gegensatz dazu können Instabilität in der Familie, Vernachlässigung des Kindes, Gewalt oder Überforderung die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen negativ beeinflussen [1].

Im Rahmen der HBSC-Studie 2010 wurde die elterliche Zuwendung unter anderem mit der Frage ermittelt:

*„Wie leicht oder schwer fällt es dir, mit deinem Vater/Stiefvater/Freund deiner Mutter bzw. deiner Mutter/Stiefmutter/Freundin des Vaters über Dinge zu sprechen, die dir wirklich nahe gehen und dir wichtig sind?“*

Im Folgenden werden die Ergebnisse in Bezug auf diese Frage dargestellt. Dabei wird separat auf das Gesprächsklima mit Vätern und Müttern eingegangen. Die Daten auf Burgenlandebene wurden uns vom Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research zur Verfügung gestellt.

### **Gesprächsklima Mutter**

Mehr als drei Viertel (77,1%) der BurgenländerInnen im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren finden es leicht bzw. sehr leicht, mit der eigenen Mutter/Stiefmutter/Freundin des Vaters über Sorgen zu reden. Dabei ist das Gesprächsklima im Burgenland vor allem zwischen Müttern und Töchtern äußerst gut (Mädchen: 81% leicht oder sehr leicht; Burschen: 73,7% leicht oder sehr leicht).

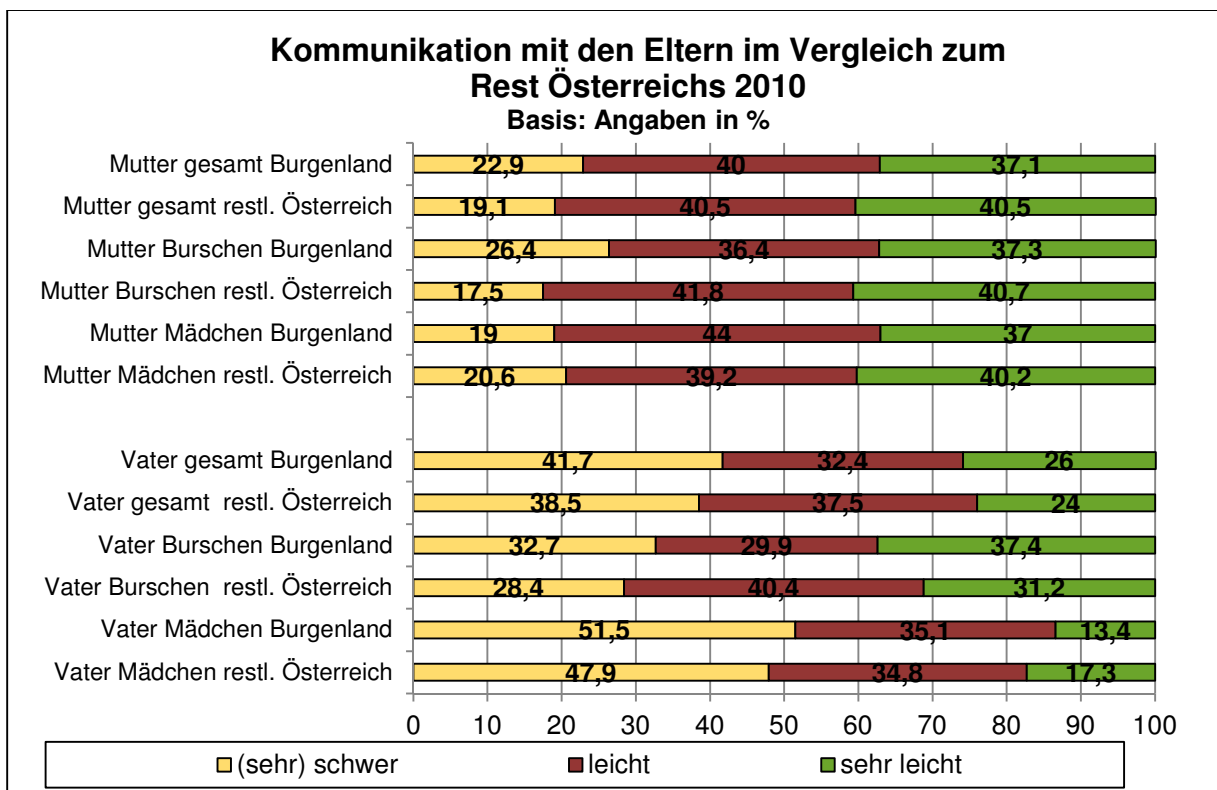
Grundsätzlich liegt man hinsichtlich des Gesprächsklimas mit der Mutter etwa im Österreich-Schnitt (Rest-Österreich: 81% leicht oder sehr leicht). Allerdings bewerten Burschen im restlichen Österreich die Kommunikation mit der tendenziell Mutter etwas besser als jene im Burgenland (Rest-Österreich: 82,5% leicht oder sehr leicht; Burgenland: 73,7% leicht oder sehr leicht). Nähere Informationen dazu finden sich in Abbildung 119.

### **Gesprächsklima Vater**

Das Gesprächsklima mit dem Vater/Stiefvater/Freund der Mutter bewerten burgenländischen SchülerInnen etwas schlechter (58,4% leicht oder sehr leicht) als jenes mit der Mutter, Stiefmutter oder Freundin des Vaters. Dabei beschreiben Burschen die Kommunikation mit dem Vater besser (67,3% leicht oder sehr leicht) als Mädchen (48,5% leicht oder sehr leicht).

Das Gesprächsklima mit dem Vater wird von österreichischen 11-, 13-, 15- und 17-Jährigen nahezu gleich gut bewertet wie von burgenländischen Jugendlichen (Rest-Österreich: 61,5% leicht oder sehr leicht; Burgenland: 58,4% leicht oder sehr leicht) (s. Abbildung 119).





**Abbildung 119: Kommunikation mit den Eltern im Vergleich zum restlichen Österreich, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Quelle: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Eigene Erstellung**

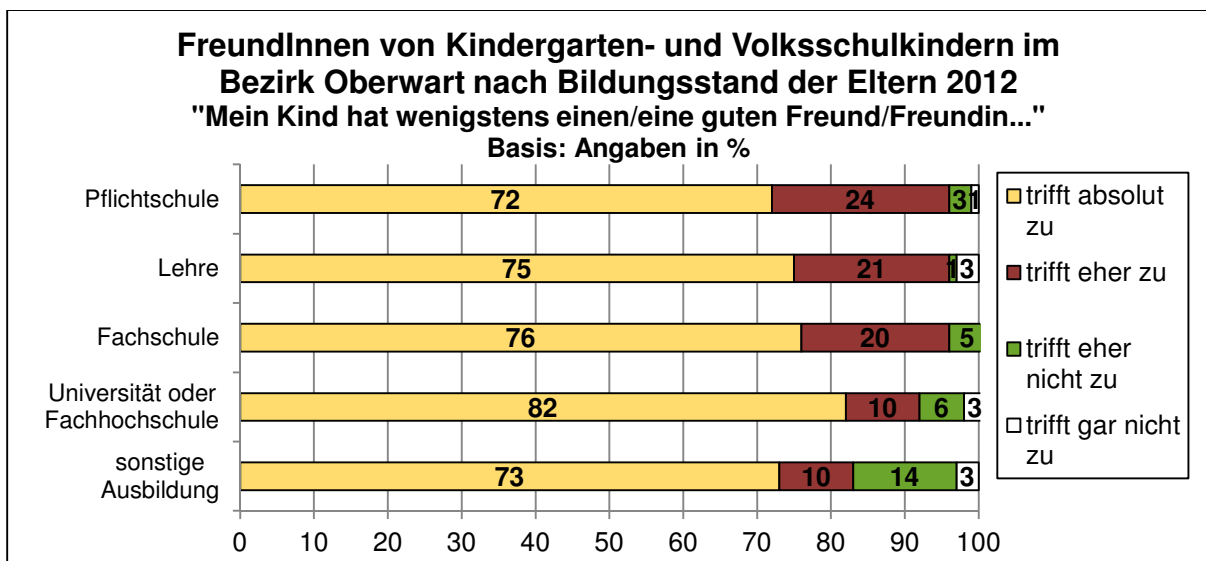
### 9.5.2 FreundInnen

Neben der Familie, der Schule und den Medien spielen Gleichaltrige bzw. FreundInnen im Rahmen des Sozialisationsprozesses von Kindern und Jugendlichen eine wichtige Rolle. Es kann auch angenommen werden, dass der Freundeskreis Einflüsse auf den Gesundheitszustand und das Gesundheits- sowie Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen hat [1].

Im Rahmen der Eltern-Kind-Befragung im Bezirk Oberwart wurden Eltern von Kindergarten- und Volksschulkindern danach gefragt, ob ihr Kind wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin hat.

Drei Viertel der Eltern (76%) geben an, dass dies absolut zutrifft, etwa jeder fünfte Elternteil (18%) meint, dass dies eher zutrifft und der Rest (6%) findet, dass das Kind eher keinen guten Freund bzw. keine gute Freundin hat.

Grundsätzlich zeigt sich eine Tendenz, dass Eltern mit höherem Bildungsabschluss sicherer sind, dass das Kind eine Freundschaftsbeziehung zu einem anderen Kind pflegt (s. Anhang A.2). Nähere Informationen dazu finden sich in Abbildung 120. Auffallend ist, dass Kinder in der Volksschule mehr FreundInnen haben als jene im Kindergarten (Kindergartenkinder: 69% trifft absolut zu, VolksschülerInnen: 81% trifft absolut zu).



**Abbildung 120: FreundInnen von Kindern nach Bildungsstand der Eltern, Stand: 2012, Basis: Angaben in %, Quelle: Eigene Erhebung, Eigene Erstellung und Berechnungen**

### 9.5.3 Aktivitäten in Vereinen

Bereits in Kapitel 5.2 wurde darauf hingewiesen, dass die aktive Teilnahme an Vereinen, Klubs und lokalen Gemeinschaften einen wichtigen Indikator zur Beschreibung des Sozialkapitals in Bevölkerungen darstellt. Kindern ermöglicht die Teilnahme an Vereinen vor allem das Bilden von Freundschaften und das Erlernen des Umgangs mit Gleichaltrigen.

Im Rahmen der Eltern-Kind-Befragung der FH Burgenland wurde Eltern von Volksschul- und Kindergartenkindern im Bezirk Oberwart die Frage gestellt:

*„Welche dieser organisierten Aktivitäten macht Ihr Kind normalerweise in der Freizeit? Mit organisierten Aktivitäten meinen wir Aktivitäten, die Ihr Kind in einem Sportverein oder in einem anderen Verein, Klub oder in einer anderen Einrichtung macht.“*

Im Folgenden werden die Ergebnisse in Hinblick auf diese Frage dargestellt. Dabei wird zwischen „organisierten Teamsportaktivitäten“, „organisierten sportlichen Einzelaktivitäten“, „organisierten Musik- und Theateraktivitäten in der Gruppe“, „organisierten musikalischen Einzelaktivitäten“ sowie „anderen organisierten Gruppenaktivitäten“ unterschieden.

#### **Organisierte Teamsportaktivitäten**

Etwa ein Drittel der Eltern (32%) gibt an, dass das Kind zumindest öfter als einmal im Monat an organisierten Teamsportaktivitäten wie Fußball, Handball, Volleyball oder Basketball teilnimmt. 29% der Kinder tun dies sogar wöchentlich.

Dabei zeigt sich, dass vor allem VolksschülerInnen häufig organisierte Teamsportaktivitäten besuchen. So nimmt beinahe die Hälfte der Volksschulkindern (45%) an organisierten Teamsportaktivitäten teil, während es bei Kindergartenkindern nur ein Zehntel ist (10%).

### **Organisierte sportliche Einzelaktivitäten**

45% der Volksschul- und Kindergartenkinder aus dem Bezirk Oberwart üben organisierte sportliche Einzelaktivitäten aus. Dazu zählen beispielsweise Schwimmen, Radfahren, Leichtathletik oder Gymnastik. Dabei ist anzumerken, dass Kinder hierbei meist mit anderen Gleichaltrigen in Beziehung kommen.

Der Anteil jener, die sportliche Einzelaktivitäten ausüben, ist ebenso wie bei den Teamsportaktivitäten bei Volksschulkindern deutlich höher. Während „nur“ 28% der Eltern von Kindergartenkindern angeben, dass ihr Kind an derartigen organisierten Aktivitäten teilnimmt, sind es bei Eltern von VolksschülerInnen bereits 54%.

### **Organisierte Musik- und Theateraktivitäten in der Gruppe**

An organisierten Musik- und Theateraktivitäten in der Gruppe wie z.B. Chor, Blasmusik/Orchester oder Theatergruppe nimmt etwa ein Viertel (26%) der Kindergarten- und Volksschulkindern aus dem Bezirk Oberwart teil. Dabei dominieren derartige organisierte Unternehmungen wiederum vermehrt im Volksschulalter (Kindergartenkinder: 14%; VolksschülerInnen: 33%).

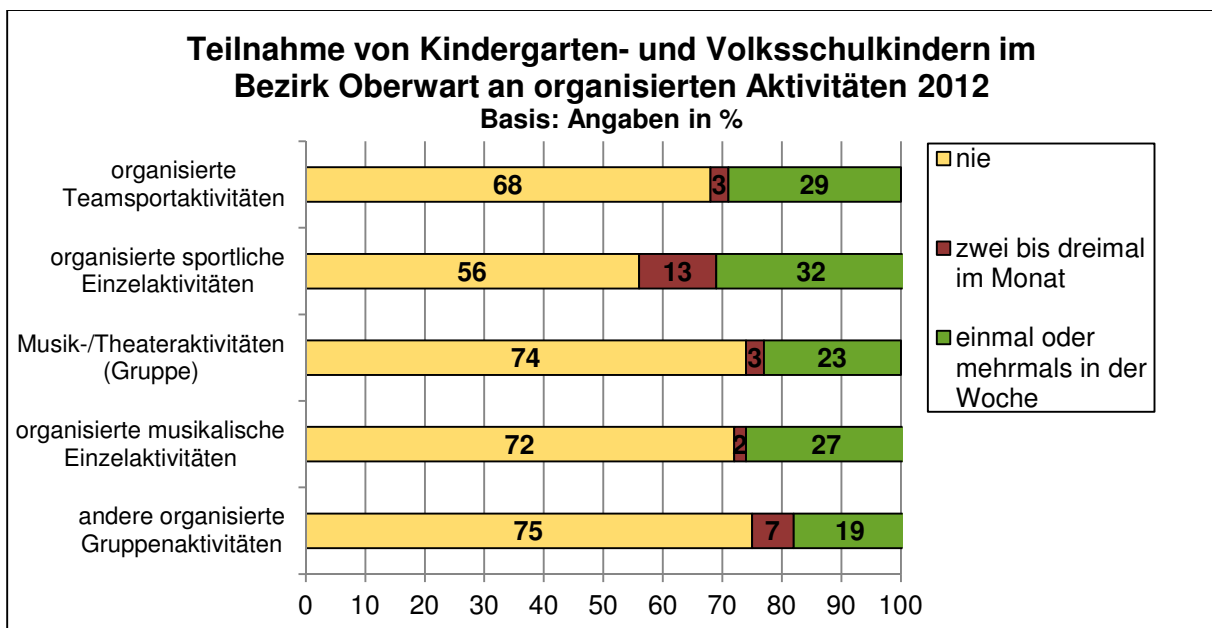
### **Organisierte musikalische Einzelaktivitäten**

29% der Kindergarten- und Volksschulkindern verbringen einen Teil ihrer Freizeit mit musikalischen Einzelaktivitäten wie z.B. Instrumente spielen oder eine Musikstunde nehmen. Ebenso wie bei den anderen organisierten Aktivitäten werden auch organisierte musikalische Einzelaktivitäten vorwiegend von VolksschülerInnen in Anspruch genommen (Kindergartenkinder: 9%; VolksschülerInnen: 39%).

### **Andere organisierte Gruppenaktivitäten**

An anderen als den angeführten Aktivitäten in der Gruppe nimmt gemäß Angaben der Eltern ein Viertel der Kinder (26%) teil. Dabei lässt sich wiederum eine steigende Teilnahme im Volksschulalter erkennen (Kindergartenkinder: 15%; VolksschülerInnen: 32%).

Zusammengefasst wird das Ausmaß der Teilnahme an organisierten Aktivitäten von Kindergarten- und Volksschulkindern im Bezirk Oberwart in Abbildung 121. Zusätzlich finden sich Informationen im Anhang A.2.



**Abbildung 121: Teilnahme von Kindern an organisierten Aktivitäten, Stand: 2012, Basis: Angaben in %, Quelle: Eigene Erhebung, Eigene Erstellung und Berechnungen**

## 9.6 Relevante Settings für Kinder und Jugendliche

Bereits in Kapitel 5.3 wurde auf die Bedeutung von Lebensbedingungen für die Gesundheit hingewiesen. Darin wurde zudem definiert, dass ein Setting gemäß WHO (1998) ein Ort bzw. ein soziales System ist, in dem Gesundheit und Krankheit alltäglich erlebt und durch umweltbezogene, organisationale und personelle Faktoren beeinflusst wird [44]. Kinder und Jugendliche benötigen für eine gesunde Entwicklung Lebenswelten, welche über die jeweils altersgemäßen Rahmenbedingungen verfügen, Freiräume sowie Spielräume bieten und Bewegung und gesunde Ernährung ermöglichen [37].

Bisher existieren im Bereich der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in Österreich bereits zahlreiche Projekte in den verschiedensten Settings. Diese werden von unterschiedlichen Institutionen umgesetzt [43]. Für 0- bis 14-Jährige stellen die Settings Familie, Wohnumgebung, Schule, Kindergarten bzw. Kinderbetreuungseinrichtung und Jugendverein die wichtigsten dar. Während nachfolgend nur kurz auf die Bedeutung der Settings Familie, Wohnumgebung und Jugendverein eingegangen wird, bilden Ausführungen zu den Settings Schule und Kindertagesheim eigene Unterkapitel (s. Kapitel 9.6.1 und 9.6.2).

### Familie

Im Setting Familie hat die Familienstruktur und -dynamik einen großen Einfluss auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Während beispielsweise Instabilität in der Familie negative Auswirkungen auf die Gesundheit hat, begünstigt eine harmonische Eltern-Kind-Interaktion das Wohlbefinden, das Gesundheitsverhalten und die Lebenszufriedenheit der Kinder und Jugendlichen. Es zeigt sich, dass die psychosoziale Familiensituation stark mit Risikoverhaltensweisen wie Rauchen oder

Alkoholkonsum korreliert [1]. Die Beziehung zwischen Eltern und Kindern als Indikator für die Familiensituation wurde bereits in Kapitel 9.5.1 dargestellt.

### **Jugend- und Sportverein**

Jugendvereine stellen beispielsweise in Form von Sportvereinen ein gutes Setting dar, um Bewegung bei Kindern und Jugendlichen zu fördern. Sie haben ein großes Potenzial, sowohl Mädchen als auch Burschen zu erreichen. So bieten sie die Möglichkeit, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen und gemeinsam aktiv zu sein. Speziell Sportvereine erfüllen somit einerseits die Funktion, Kinder und Jugendliche zur Bewegung zu motivieren, andererseits haben sie aber auch eine soziale Funktion [1]. Im Rahmen der Österreichischen Kindergesundheitsstrategie wird empfohlen, Kindern und Jugendlichen den Zugang zu Sportvereinen zu erleichtern und nicht leistungsorientierte Angebote auszubauen [37]. In diesem Zusammenhang wird auf Kapitel 9.5.3 verwiesen, in dem das Ausmaß der Teilnahme an organisierten Aktivitäten durch Kinder dargestellt wird. Einige Bewegungsförderungsprojekte von Sportvereinen werden in Kapitel 9.7 vorgestellt.

### **Wohnumgebung**

Die Wohnumgebung hat beispielsweise jene gesundheitsrelevante Bedeutung, dass sichere Freiräume in der eigenen Wohngegend Spielen, Bewegung und das Erlernen von Lebenskompetenzen ermöglichen sollen. Hierbei wird im Rahmen der Österreichischen Kindergesundheitsstrategie empfohlen, Kinder und Jugendliche sowie Eltern bei der Gestaltung der Lebensräume z.B. im Rahmen der Verkehrsplanung oder Gemeindeplanung teilhaben zu lassen. Zudem soll beispielsweise die Erhöhung der Sicherheit auf Schulwegen dazu beitragen, dass Kinder den Weg zur Schule bzw. zum Kindergarten verstärkt zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurücklegen [37]. Auf die Bedeutung des Settings Gemeinde bzw. Stadt für die Allgemeinbevölkerung wurde bereits in Kapitel 5.3.2 eingegangen.

#### *9.6.1 Schule*

In Kapitel 9.2.2 wurde darauf hingewiesen, dass die für 6- bis 14-Jährige im Burgenland bedeutendste Schulen Volksschulen, Hauptschulen, Neue Mittelschulen und Allgemeinbildende höhere Schulen sind. Insgesamt gibt es im Burgenland (Schuljahr 2010/11) somit etwa 268 Einrichtungen (188 Volksschulen, 41 Hauptschulen, 28 Neue Mittelschulen, 11 Allgemeinbildende höhere Schulen), in denen Burgenlands SchülerInnen zwischen sechs und 14 Jahren lernen [10].

Die Schule spielt in Zusammenhang mit der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen eine bedeutende Rolle. Dies wird dadurch begründet, dass SchülerInnen im Setting Schule einen großen Teil ihrer Zeit verbringen. Zahlreiche Faktoren an der Schule können die Gesundheit der jungen SchülerInnen beeinflussen. Dies sind z.B. das Schulklima oder aber auch die ökologische Schulumwelt. Auch der Schulerfolg kann als bedeutender Prädiktor für Gesundheit und Wohlbefinden gesehen werden. So können schlechte Leistungen in der Schule gesundheitsgefährdendes Verhalten begünstigen [1].

Ergebnisse der aktuellen HBSC-Studie 2010 zeigen, dass ein starker

Zusammenhang zwischen schulischen Determinanten wie der Schulzufriedenheit, der SchülerInnen-SchülerInnenbeziehung, der Schulbelastung sowie der Schulleistung und dem subjektiven Gesundheitszustand besteht. Außerdem beeinflussen diese schulbezogenen Faktoren die Beschwerdelast und die Lebenszufriedenheit von 11-, 13-, 15- und 17-jährigen SchülerInnen [1].

Im Rahmen der Gesundheitsförderung im Setting Schule gilt es, diese als Ganzes zu einer gesundheitsfördernden Organisation hin zu verändern. Ein nationales Strategieprojekt mit dem Titel „Gesunde Schule“ existiert bereits. Dieses legt den Fokus auf die Verknüpfung von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen. Man spricht in diesem Zusammenhang von einem sogenannten „whole school approach“. Dieser Ansatz soll die Nachhaltigkeit der Gesundheitsförderung bei SchülerInnen und LehrerInnen gewährleisten [1]. Somit zielt die Initiative auf die Gestaltung der Schule als gesundheitsförderliche Lebenswelt für alle darin agierenden Personen ab. Dabei stellen Maßnahmen zu den Themen Schulorganisation, Schulmanagement und Schulqualität wichtige Inhalte des Strategieprojekts „Gesunde Schule“ dar [37].

Im Sinne der Bewegungsförderung ist auch eine umfassende Kooperation zwischen Schulen und Sportvereinen bedeutend: So wurde 2009 eine Rahmenvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (BMUKK), dem Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport (BMLVS) und der Österreichischen Bundes-Sportorganisation (BSO) abgeschlossen. Diese regelt die Zusammenarbeit von Schule und Sport in Bezug auf Angebote im Bereich Bewegung, Spiel und Sport in österreichischen Schulen [37]. Inwieweit das Thema Gesundheit in burgenländischen Landesschulen Berücksichtigung findet, wird in Kapitel 8.1.3 dargestellt.

### *9.6.2 Kindertagesheim*

In den Jahren 2011/12 wurden insgesamt 10.444 burgenländische Kinder zwischen 0 und 14 Jahren in 285 Kindertagesheimen betreut (s. Kapitel 9.2.2) [9].

Neben der Schule sind Kinderbetreuungseinrichtungen wie der Kindergarten ein wichtiger Lebensraum für Kinder und zentrale Vermittler von Bildung. Wie Kinder in Kindergärten betreut werden, beeinflusst die psychische, kognitive und soziale Entwicklung des Kindes. Zudem haben die Gestaltung des Alltages sowie die vermittelten Inhalte in einer Kinderbetreuungseinrichtung Einfluss auf die spätere Bildungslaufbahn des Kindes [37].

Im Rahmen der Österreichischen Kindergesundheitsstrategie wird empfohlen, Kinderkrippen und Kindergärten gesundheitsförderlich zu gestalten. Grundlage sollen dafür in Österreich bereits durchgeführte Projekte bilden. Eines davon ist z.B. das im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich durchgeführte Modellprojekt „KiBi der Zukunft- Kinderbildungseinrichtungen als Schnittstelle der Gesundheitsförderung“. Ziel dieses Projektes ist es, ganzheitliche Gesundheitsförderung im Setting Kindergarten mit den Schwerpunktthemen Ernährung, Bewegung und psychosoziale Gesundheit sowie materielle Umwelt/Sicherheit zu betreiben [37].

Im Burgenland wird derzeit ein Gesundheitsförderungsprojekt im Setting Kindergarten umgesetzt. Dieses vom Land Burgenland initiierte Projekt mit dem Titel „Gesunde Kindergärten im Burgenland“ wird in Kapitel 9.7.1 vorgestellt. Es zielt einerseits auf gesunde Verhaltensweisen und Essgewohnheiten im frühen Kindesalter und andererseits auf die Schaffung nachhaltiger gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen im Kindergarten ab.

Eine Vorsorgestrategie, die sich auf nationaler Ebene dem Thema Ernährung annimmt und aus Mitteln der Bundesgesundheitsagentur finanziert wird, hat die Förderung einer gesunden Ernährung bei Kindern zum Ziel. Dabei setzen Bund, Länder und Sozialversicherungsträger zahlreiche Maßnahmen um. Neben dem Setting Schule wird hier auch im Kindergarten vor allem an einer gesunden Gemeinschaftsverpflegung gearbeitet. Ein Projekt, welches sich auf nationaler Ebene speziell der Bewegungsförderung an Schulen und Kindergärten annimmt, ist z.B. „Kinder gesund bewegen“, welches von „Fit für Österreich“ umgesetzt wird. Dabei werden an die Bedürfnisse der Schule oder des Kindergartens angepasste Maßnahmen für mehr Bewegung angeboten [37].

Im folgenden Kapitel werden einige ausgewählte Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte für Kinder und Jugendliche im Burgenland dargestellt, die die Themen Ernährung, Bewegung und/oder psychosoziale Gesundheit betreffen.

## **9.7 Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte für Kinder und Jugendliche im Burgenland**

In Kapitel 6 wurden bereits ausgewählte Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Vorsorgeprojekte im Burgenland dargestellt. Im Folgenden sollen einige jener Initiativen vorgestellt werden, die speziell die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zum Ziel haben.

### *9.7.1 Gesunde Kindergärten im Burgenland*

Das Land Burgenland initiierte im Jahr 2011 ein Ernährungsprojekt in burgenländischen Kindergärten mit dem Titel „Gesunde Kindergärten im Burgenland“. Grundidee war, dass Verhaltensweisen und Essgewohnheiten vor allem im frühen Kindesalter geprägt werden. Je früher mit gesundheitsförderlichen Aktivitäten begonnen wird, umso größer sind die positiven gesundheitlichen Auswirkungen im Erwachsenenalter. Ziel des Projekts sind die Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten von Kindern und ihren Eltern sowie das Schaffen von nachhaltigen gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen im Kindergarten. Zusätzlich sollen KindergartenpädagogInnen dazu befähigt werden, den Alltag im Kindergarten gesünder zu gestalten. Somit setzt das Projekt sowohl verhaltensorientierte als auch verhältnisbezogene Maßnahmen um. Zur Vermeidung von Gewichtsproblemen, Essstörungen und weiteren sozialen und gesundheitlichen Belastungen wurden im Detail folgende Ziele definiert:

- Bewusstseinsbildung für das Thema gesunde Ernährung
- gesündere Gestaltung des Kindergartenalltags
- Integration des Themas Gesundheitsförderung im Kinderteam
- Erhöhung des Obst-, Gemüse- und Vollkornproduktekonsums
- Einbezug der Eltern
- Erhöhung der Akzeptanz für gesunde Ernährung bei Kindern, Eltern und PädagogInnen

Bei der Umsetzung des Projekts in ausgewählten Kindergärten erfolgt eine individuelle Betreuung durch ErnährungsexpertInnen. Dabei steht vor allem die Partizipation im Vordergrund. Es wird unter anderem ein Ernährungsworkshop mit KindergartenpädagogInnen durchgeführt. Zusätzlich wird den PädagogInnen eine Informationsmappe zur gesunden Gestaltung des Kindergartenjahres zur Verfügung gestellt. Auch die Kinder selbst werden in den Prozess miteinbezogen: Sie erarbeiten in eigenen Workshops gemeinsam mit ErnährungsexpertInnen das Thema gesunde Ernährung auf spielerische Weise auf. Insgesamt wird jeder Kindergarten in zwölf Einheiten von externen BeraterInnen betreut. Zusätzlich gibt es zwei Elternabende und ein Erstgespräch mit dem/der ErnährungsexpertIn, in dem der Ist-Zustand im Kindergarten durch einen Fragebogen erhoben wird.

Um die Nachhaltigkeit dieses Projektes zu gewährleisten, ist ein Austausch der Kindergärten mit den ErnährungsexpertInnen jederzeit möglich. Zudem erhalten teilnehmende Kindergärten monatlich einen Newsletter mit Rezepten, Tipps und Tricks zur gesunden Ernährung. Nachhaltigkeit soll durch die zur Verfügungstellung einer Informationsmappe, die Schulung von MultiplikatorInnen (KindergartenpädagogInnen, Eltern) sowie Bewusstseinsbildung und Partizipation der Zielgruppe sichergestellt werden.

Da auch die Evaluation einen wichtigen Teil im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojektes einnehmen sollte, wird laufend eine Prozessevaluierung durchgeführt. Dies erfolgt durch telefonische Kontaktaufnahme der KindergartenleiterInnen durch die Projektleitung. Außerdem findet die Ergebnisevaluierung in Form einer Verteilung eines adaptierten Fragebogens statt, der auch zu Beginn des Projekts von der Kindergartenleitung ausgefüllt wurde [64].

Neben Projekten, die das Thema Ernährung im Fokus haben, gibt es im Burgenland auch bewegungsorientierte Gesundheitsförderungsprojekte für Kinder und Jugendliche. Diese werden vorwiegend vom Land Burgenland selbst, der Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur in Österreich (ASKÖ) Burgenland, dem Allgemeinen Sportverband Österreich (ASVÖ) Burgenland sowie der Sportunion Burgenland durchgeführt. Im Folgenden werden überblicksmäßig einige dieser Bewegungsförderungsprojekte beschrieben.

### 9.7.2 *Urfit*

Die Bewegungsaktion „Urfit“ ist eine Sportinitiative des Landes Burgenland, welche im Jahr 2009 startete und Kindern in Volksschulen ergänzend zur gewöhnlichen



Turnstunde eine zusätzliche Bewegungsstunde zur Verfügung stellt. Dabei soll vor allem auch die Nachmittagsbetreuung effektiver genutzt werden [55]. Im Rahmen des Projektes kooperiert das Land Burgenland mit dem Bund, Vereinen, Standortgemeinden, Volksschulen, dem Landesschulrat, den Dachverbänden ASKÖ, ASVÖ und Sportunion sowie mit der Burgenländischen Erdgasversorgungs-AG (BEGAS) und Coca Cola [56].

Im Rahmen der Initiative haben Sechs- bis Zehnjährige die Möglichkeit, am Nachmittag sportlich aktiv zu sein. Dabei werden diese von Profis unterstützt. So nimmt wöchentlich ein qualifizierter Trainer bzw. eine qualifizierte Trainerin eines Sportvereines in der Region an der zusätzlichen Bewegungsstunde in teilnehmenden Volksschulen teil und gewährleistet somit eine professionelle Betreuung. Im Zentrum der Initiative steht dabei stets der Spaß am Sport, welcher in weiterer Folge die Fitness der SchülerInnen erhöhen soll. Derzeit (Stand: Oktober 2012) nehmen 42 Volksschulen an der Sportinitiative „Urfit“ teil:

- Nord-Burgenland: 23 Volksschulen
- Mittel-Burgenland: 5 Volksschulen
- Süd-Burgenland: 14 Volksschulen [55]

### 9.7.3 *Fit & locker mit Hopsi Hopper*

Ziel des Projekts „Fit & locker mit Hopsi Hopper“ ist es, Bewegung und Schwung in den Kindergarten- und Volksschulalltag zu integrieren. Dabei werden seit etwa 15 Jahren (Stand: 2012) vielfältige Bewegungsprogramme von erfahrenen TrainerInnen kindgerecht vermittelt. Der ASKÖ Fit Frosch „Hopsi Hopper“ dient dabei als Vorbild für die Kinder. Er gibt Anregungen und sorgt für eine Entwicklung der Bewegungsfreundlichkeit von Schule und Kindergarten. Dennoch wird darauf hingewiesen, dass Eltern, Kindergarten, Schule, Hopsi Hopper und Sportverein gemeinsam an einem Strang ziehen müssen. Die wichtigsten Schwerpunkte, die im Rahmen des Projekts spielerisch vermittelt werden, sind:

- konditionelle Fähigkeiten wie Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit und Beweglichkeit
- koordinative Fähigkeiten wie Reaktion, Orientierung, Gleichgewicht und Rhythmik
- Teambuilding bzw. positive Erlebnisse in der Gruppe [49]

In den einzelnen Einheiten werden unterschiedliche Themen bearbeitet, wobei altersgerechte Spiele und Übungen mit verschiedenen Materialien durchgeführt werden. Somit stehen nicht Talentsuche und Drill sondern polysportive und kindgerechte Stundengestaltungen im Vordergrund. Ziel ist es, einen Beitrag zu einem gesunden Lebensstil zu leisten und durch positive Erlebnisse in der Gruppe den Teamgeist bei Kindern zu stärken. Hopsi Hopper Programme gibt es in jedem österreichischen Bundesland. Für die Koordination der Termine und TrainerInnen ist der jeweilige Landesverband verantwortlich. Hopsi Hopper stellt einerseits eine „besondere Turnstunde“ dar, die von Schulen und Kindergärten gebucht wird, kann

aber auch andererseits als separater Bewegungskurs am Nachmittag stattfinden [49].

Im Jahr 2012 hat der Club Aktiv-gesund des ASKÖ Landesverbandes Burgenland in 105 Institutionen im Rahmen von 1.500 Hopsi Hopper Einheiten rund 15.000 Kinder bewegt.

#### *9.7.4 Sportkids*

Das Projekt „SportKids“ des ASVÖ Burgenland startete im Jahr 2011. Dabei werden in Kindergärten fünf Stationen aus den Bereichen Bewegung, Geschicklichkeit, Wendigkeit, Tempo und Reaktion zur Überprüfung der motorischen Entwicklung der Kinder aufgestellt. Diese sollen dazu dienen, mögliche Einsätze von Kindern und Jugendlichen in Sportvereinen zu eruieren und ihnen eine weitere Betreuung diesbezüglich anzubieten. Zusätzlich soll das Projekt bestimmte Mangelerscheinungen aufzeigen [50]. Ziel ist es, motorische Fehlbewegungen und Fehlhaltungen rechtzeitig zu erkennen. Die Tests werden von geprüften SportlehrerInnen und TrainerInnen mithilfe von Maßbändern, Stoppuhren und anderen Messinstrumenten durchgeführt [51].

Ausgangspunkt für dieses Projekt war, dass jährlich österreichweit etwa 50.000 Kinder zwischen drei und sechs Jahren aufgrund eines Unfalles im Sport- oder Freizeitbereich einen Arzt/eine Ärztin aufsuchen müssen. Unfallursache ist oft ein verändertes Spiel- und Freizeitverhalten. So sind Kinder heutzutage durch einen Bewegungsmangel und daraus resultierend einer Bewegungsunsicherheit gekennzeichnet. Dies wiederum erhöht die Gefahr eines Unfalles sowie das Auftreten von Übergewicht, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Haltungsschäden [51]. Im Jahr 2012 nahmen acht Kindergärten im Burgenland am Projekt „SportKids“ teil. Insgesamt konnten damit 479 Kindergartenkinder zwischen drei und sechs Jahren erreicht werden [70].

#### *9.7.5 UGOTCHI*

Im Rahmen des Projekts „UGOTCHI“ kooperieren Sportvereine der Sportunion Burgenland mit Volksschulen im ganzen Bundesland. Ziel der Initiative ist es, das Bewegungsausmaß von VolksschülerInnen zu erhöhen. Weiteres soll das Kindersportangebot in Vereinen gestärkt und ausgeweitet werden. Zielgruppe sind somit SchülerInnen in Volksschulen. Im Rahmen des Projekts werden vorhandene Aktivitäten in Sportunion-Vereinen gestärkt und bei Bedarf neue Bewegungskurse angeboten. Dabei erhält jeder Sportunion-Verein die Möglichkeit einer finanziellen Unterstützung für nachhaltige Kinderaktivitäten [52].

#### **Ugotchi – Punkten mit Klasse**

Eine wichtige Initiative im Rahmen des Projekts UGOTCHI ist „Ugotchi-Punkten mit Klasse“. Im Rahmen dieser Aktion sammeln SchülerInnen für gesunde Aktivitäten wie z.B. den Besuch einer Vereinsstunde, genügend Schlaf, Bewegung in der Pause oder gesundes Essen Punkte. Diese werden in ein Punkteheft geklebt. Die Unterlagen dazu werden den einzelnen Schulen kostenlos zugesandt [52].

An der Initiative „Ugotchi – Punkten mit Klasse“ nahmen im Jahr 2012 in 38 Schulen im Burgenland (79 Klassen) 1.203 SchülerInnen teil.

Neben den Themen Bewegung und Ernährung ist die psychosoziale Gesundheit eine weitere wichtige Säule der Gesundheitsförderung. Zu diesem Thema führt vor allem die Fachstelle für Suchtprävention Burgenland des PSD Burgenland Initiativen durch. Bei den Aktivitäten wird vermehrt ein Fokus auf Kinder und Jugendliche gelegt. Im Folgenden werden beispielhaft zwei Projekte der Fachstelle für Suchtprävention Burgenland vorgestellt.

### *9.7.6 Los, check dein Leben!*

Das Projekt „Los, check dein Leben!“ wurde in den Jahren 2009/10 für SchülerInnen der achten Schulstufen im Burgenland entwickelt. Kernthema ist die allgemeine Sucht- und Gewaltprävention. Ein wichtiger Kooperationspartner im Rahmen dieses Projekts ist das Landeskriminalamt Burgenland. Somit erfolgt die Durchführung des Projekts einerseits durch BeamtInnen der Kriminalprävention und andererseits durch PräventionsexpertInnen der Fachstelle für Suchtprävention Burgenland [53].

Ziel der Initiative ist es, die Wahrscheinlichkeit des Auftretens problematischer Verhaltensweisen bei Jugendlichen zu reduzieren und gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung positiver Verhaltensweisen zu steigern. Im Rahmen des Projekts setzen sich SchülerInnen mit folgenden Themen auseinander:

- Identitätssuche
- Anerkennung in der Gruppe und Gruppenzwang
- Übernahme von Verantwortung
- Reflexion des eigenen Konsumverhaltens
- Umgang mit Frustration und Aggressionsverhalten

Die Initiative „Los, check dein Leben!“ soll SchülerInnen dabei unterstützen, soziale Fähigkeiten und Schutzfaktoren gegen Gewalt und Missbrauchsverhalten zu entwickeln bzw. zu stärken [53].

Im Schuljahr 2010 wurde das Projekt an 10 Hauptschulen in 23 Klassen und einer AHS in 2 Klassen umgesetzt. Insgesamt nahmen daran somit 522 SchülerInnen teil. An der jährlichen eintägigen Schulung der SuchtpräventionsbeamtInnen der Kriminalpolizei nahmen im selben Jahr 17 Personen teil [53].

### *9.7.7 Workshop Suchtprävention „Basics“*

Im Rahmen eines dreistündigen Workshops werden SchülerInnen in die Inhalte und Methoden der Suchtprävention eingeführt. Ziel ist es, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen LehrerInnen, Eltern und Fachleuten zu schaffen. Es soll Nachhaltigkeit durch eine Nachbesprechung mit der Lehrperson über weitere Maßnahmen gesichert werden. Dabei stehen die Ressourcen des Schulsystems im Vordergrund [53].

Vor dem Workshop wird mit der zuständigen Lehrperson abgeklärt, ob dieser in Richtung primär- oder sekundärpräventive Maßnahmen gehen soll. Im Rahmen des Workshops werden schließlich die Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen durch MitarbeiterInnen der Fachstelle gestärkt und Informationen zu den Themen „Terminologie und Basics“, „Risikofaktoren und Schutzfaktoren“, „Umgang mit Problemen und Krisen“ sowie „Übungen zur Selbsterfahrung und Reflexion des eigenen Konsumverhaltens“ vermittelt. Optional zu diesem Workshop können weitere derartige Kurse zu den Themen Rechtslage, Verkehrssicherheit, Suchtmittel aber auch spezielle Förderung der Lebenskompetenzen durchgeführt werden [53].

Im Schuljahr 2010 wurden im Rahmen des Basis-Projekts 19 Workshops in 12 Klassen durchgeführt. Damit konnten insgesamt 333 SchülerInnen erreicht werden. Das optionale Zusatzangebot wurde im selben Schuljahr in sechs Schulen angenommen. Insgesamt fanden dabei 26 Workshops in 24 Klassen mit 608 SchülerInnen statt [53].

## 9.8 Krankenversorgung für Kinder und Jugendliche

Die Qualität eines Gesundheitssystems hat einen wichtigen Einfluss auf den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen. Die Datenlage hinsichtlich der Krankenversorgung dieser Bevölkerungsgruppe ist in Österreich überschaubar. Vor allem zur Beschreibung der ambulanten Versorgung gibt es kaum öffentlich zugängliche Informationen. Dieser Mangel an Daten wurde auch im Rahmen der Erstellung der CHILD-Indikatoren in der gesamten Europäischen Union festgestellt [4].

Die Anzahl der Krankenhausaufenthalte bei 0- bis 14-Jährigen sowie die Ursachen dafür wurden bereits im Kapitel 9.3.3 dargestellt. Im Folgenden wird exemplarisch auf folgende Themenbereiche der Krankenversorgung bei Kindern und Jugendlichen im Burgenland eingegangen:

- Mutter-Kind-Pass Untersuchungen
- Betten und Bettennutzung in Krankenanstalten
- Medikamentenverordnungen
- Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Eisenstadt

### 9.8.1 Mutter-Kind-Pass Untersuchungen

Der Mutter-Kind-Pass, den es in Österreich seit 1974 gibt, dient dazu, die Vorsorgebetreuung von schwangeren Frauen sowie von Kindern in den ersten Lebensjahren sicherzustellen. Die im Pass vorgesehenen Untersuchungen werden sowohl von praktischen ÄrztInnen als auch von FachärztInnen durchgeführt und sind im Familienlastenausgleichsgesetz genau geregelt. Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen können auch jene Frauen kostenlos in Anspruch nehmen, die nicht versichert sind. Grundsätzlich werden die Kosten zu zwei Drittel vom Familienlastenausgleichsfonds und zu einem Drittel von den Krankenversicherungsträgern

getragen. Bei nicht versicherten Personen ist der Bund für die Kostenübernahme zuständig [57]. Erste Ergebnisse zeigen, dass seit der Einführung des Mutter-Kind-Passes die Säuglings- und Müttersterblichkeit zurückgegangen ist [58]. Dies liefert erste Hinweise auf die hohe Bedeutung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchung im Sinne der Steigerung der Bevölkerungsgesundheit.

Ein Mutter-Kind-Pass wird im Burgenland von FrauenärztInnen oder von Mutterberatungsstellen der Gemeinden ausgestellt. Die Mutter-Kind-Pass-Untersuchung ist zwar nicht gesetzlich vorgeschrieben, sie stellt jedoch die Grundlage für die Inanspruchnahme des Kinderbetreuungsgeldes dar. Die Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes beginnen in der Schwangerschaft und dauern bis zum fünften Lebensjahr des Kindes an [57].

In der Schwangerschaft wird zusätzlich zu den in Tabelle 44 aufgelisteten Untersuchungen auch jeweils eine Ultraschalluntersuchung der Schwangeren in der 8. bis 12.; in der 18. bis 22. sowie in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche empfohlen. Zudem sollte in der 1. und 6. bis 8. Lebenswoche des Kindes ergänzend eine Hüftultraschalluntersuchung erfolgen [59].

Unter- suchung	Termin	Umfang
1.	bis zum Ende der 16. Schwangerschafts-woche	Blutuntersuchungen (z.B. Test auf Vorliegen einer Luesinfektion, Bestimmung der Blutgruppe und des Rhesusfaktors), ausführliche Anamneseerhebung, gynäkologische Untersuchung (Vaginalbefund), Erhebung von mütterlichen und kindlichen Risikofaktoren, Beurteilung der Notwendigkeit weiterer Untersuchungen
2.	17. - 20. Schwangerschafts-woche	interne Untersuchung, ausführliche Anamneseerhebung, gynäkologische Untersuchung (Vaginalbefund), Erhebung von mütterlichen und kindlichen Risikofaktoren, Beurteilung der Notwendigkeit weiterer Untersuchungen
3.	25. - 28. Schwangerschafts-woche	Bestimmung des Hämatokrits und des Hämoglobinwerts, Hepatitis-B-Untersuchung (HBS-Antigen-Bestimmung), oraler Glukosetoleranztest, ausführliche Anamneseerhebung, gynäkologische Untersuchung (Vaginalbefund), Erhebung von mütterlichen und kindlichen Risikofaktoren, Beurteilung der Notwendigkeit weiterer Untersuchungen
4.	30. - 34. Schwangerschafts-woche	ausführliche Anamneseerhebung, gynäkologische Untersuchung (Vaginalbefund), Erhebung von mütterlichen und kindlichen Risikofaktoren, Beurteilung der Notwendigkeit weiterer Untersuchungen
5.	35. - 38. Schwangerschafts-woche	wie bei der 4. Untersuchung in der Schwangerschaft
1.	1. Lebenswoche	Feststellung von Körpergewicht und Körperlänge, Erhebung von Beobachtungen der Mutter und eine Krankheitsanamnese, ärztliche Untersuchung des Kindes, Beurteilung der Notwendigkeit weiterer Untersuchungen
2.	4. - 7. Lebenswoche	wie bei der Untersuchung in der 1. Lebenswoche + orthopädische Untersuchung
3.	3. - 5. Lebensmonat	wie bei der Untersuchung in der 1. Lebenswoche
4.	7. - 9. Lebensmonat	wie bei der Untersuchung in der 1. Lebenswoche + Untersuchung des Hals-, Nasen- und Ohrenbereiches
5.	10. - 14. Lebensmonat	wie bei der Untersuchung in der 1. Lebenswoche + Augenuntersuchung
6.	22. - 26. Lebensmonat	wie bei der Untersuchung in der 1. Lebenswoche + Augenuntersuchung durch FachärztInnen für Augenheilkunde und Optometrie
7.	34. - 38. Lebensmonat	wie bei der Untersuchung in der 1. Lebenswoche
8.	46. - 50. Lebensmonat	wie bei der Untersuchung in der 1. Lebenswoche
9.	58. - 62. Lebensmonat	wie bei der Untersuchung in der 1. Lebenswoche

**Tabelle 44: Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes, Stand: 2012, Quelle: Bundeskanzleramt Österreich [59], Eigene Erstellung**

Im Folgenden wird die Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchung im Burgenland dargestellt. Die Daten stellte die BGKK zur Verfügung [60].

Im Burgenland wurden im Jahr 2011 während der Schwangerschaft 8.841 Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen bei 1.318 Müttern durchgeführt. Seit dem Jahr 2008 ist die Anzahl der durchgeführten Untersuchungen gestiegen, während die Zahl der Mütter abgenommen hat. Ein Erklärungsansatz für diesen Sachverhalt konnte auch die BGKK nicht liefern.

Die Anzahl der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen nach der Geburt betrug im Jahr 2011 20.671, wobei 5.923 Kinder betreut wurden. Hierbei ist sowohl die Zahl der Untersuchungen als auch die Zahl der untersuchten Kinder seit 2008 zurückgegangen. Die deutlich höhere Anzahl an Kindern im Vergleich zu Müttern ist damit zu begründen, dass im Rahmen der Mutter-Kind-Pass Untersuchung Leistungen für Kinder bis zum 5. Lebensjahr (62. Lebensmonat) erbracht werden. Somit ist ein Kind länger in den jeweiligen Jahresanalysen enthalten (ca. 4 aufeinanderfolgende Jahre), während die Gesundheitsleistungen der Schwangeren sich auf maximal zwei aufeinanderfolgende Jahre verteilen können. Der Rückgang der Anzahl der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen ist einerseits auf den Geburtenrückgang und andererseits auf die geringere Inanspruchnahme zurückzuführen [Anmerkung: BGKK 2013].

Nähere Informationen hinsichtlich der zeitlichen Entwicklung der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen finden sich in Tabelle 45. Es liegen keine österreichischen Vergleichswerte vor.

<b>Leistungen während der Schwangerschaft</b>		
<b>Jahr</b>	<b>Anzahl</b>	<b>PatientInnen (Mutter)</b>
2008	8.139	1.896
2009	7.074	1.577
2010	8.106	1.397
2011	8.841	1.318
<b>Leistungen nach der Geburt</b>		
<b>Jahr</b>	<b>Anzahl</b>	<b>PatientInnen (Kind)</b>
2008	20.772	7.365
2009	18.933	6.574
2010	19.904	6.142
2011	20.671	5.923

**Tabelle 45: Entwicklung der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen 2008 bis 2011, Stand: 2011, Basis: Absolute Zahlen in Anzahl der Fälle und PatientInnenanzahl, Quelle: Burgenländische Gebietskrankenkasse [60], Eigene Erstellung**

### *9.8.2 Betten und Bettennutzung in Krankenanstalten*

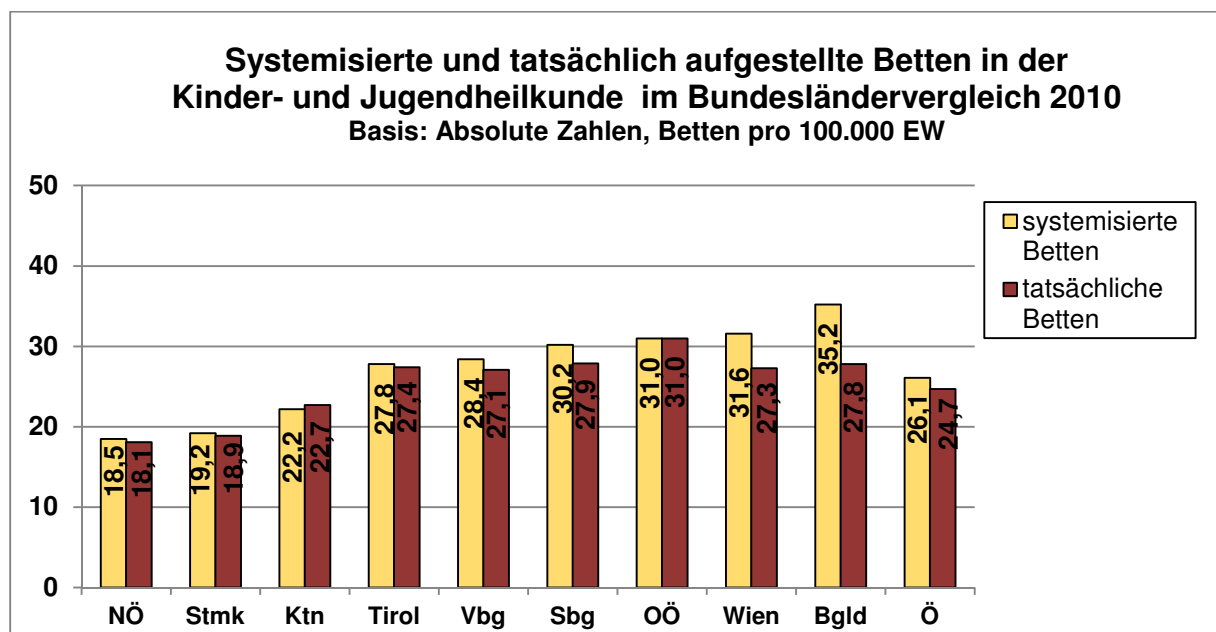
Obwohl sich unter den CHILD-Indikatoren keine Kennzahl zur Beschreibung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Krankenanstalten findet, soll im Folgenden auf die Bettenanzahl und Bettennutzung eingegangen werden. Beide Indikatoren stellen wichtige Parameter einerseits zur Darstellung des Angebots an stationären Gesundheitsleistungen für Kinder und Jugendliche und andererseits zur Inanspruchnahme dieser dar. Dabei wird das Angebot in Form der Anzahl an

systemisierten und tatsächlich aufgestellten Betten beschrieben. Die Inanspruchnahme wird mithilfe der Kennzahlen „Belagstage“ und „Anzahl stationärer Aufenthalte“ dargestellt. Diese Begriffe wurden bereits in Kapitel 7.3 definiert.

### Bettenanzahl

Die burgenländischen Krankenanstalten verfügen mit Stand 2010 über insgesamt 100 systemisierte und 79 tatsächlich aufgestellte Betten im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde. Somit gab es im Burgenland im Jahr 2010 35,2 systemisierte und 27,8 tatsächlich aufgestellte Betten pro 100.000 EW im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde. Keine Betten gibt es bis heute (Stand: Jänner 2013) im Burgenland jedoch im Gegensatz zu anderen Bundesländern in den Fachbereichen „Kinder- und Jugendchirurgie“ sowie „Kinder- und Jugendpsychiatrie“.

Im Vergleich zum Österreich-Schnitt (26,1 systemisierte Betten; 24,7 tatsächliche Betten) verfügt das Burgenland über eine hohe Anzahl an Betten für Kinder und Jugendliche pro 100.000 EW. Es stellt somit das Bundesland mit den meisten systemisierten Betten (35,2 pro 100.000 EW) und den drittmeisten tatsächlich aufgestellten Betten (27,8 pro 100.000 EW) im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde dar. Lediglich Oberösterreich (31,0 pro 100.000 EW) und Salzburg (27,9 pro 100.000 EW) haben mehr tatsächlich aufgestellte Betten in diesem Fachbereich. Nähere Informationen dazu finden sich in Abbildung 122.



**Abbildung 122: Systemisierte und tatsächlich aufgestellte Betten im Bundesländervergleich, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen; Betten pro 100.000 EW; Quelle: Statistik Austria [22], Eigene Erstellung und Berechnungen**

Seit 2007 ist sowohl die Anzahl systemisierter als auch jene der tatsächlich aufgestellten Betten leicht gesunken. Gab es damals noch 104 systemisierte und 83 tatsächlich aufgestellte Betten im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde, so sind es 2010 nur noch 100 systemisierte bzw. 79 tatsächliche Betten [22, 65].



## Bettennutzung

Insgesamt verzeichnete das Burgenland im Jahr 2010 14.684 Bettenbelagstage und 4.182 stationäre Aufenthalte im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde. Das sind 5.163,8 Belagstage und 1.470,7 stationäre Aufenthalte pro 100.000 EW.

Hinsichtlich der Belagstage liegt das Burgenland unter dem Österreich-Schnitt (6.114,3 pro 100.000 EW). Einzig Niederösterreich weist noch weniger Belagstage im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde auf (4.119,8 pro 100.000 EW) (s. Abbildung 123).

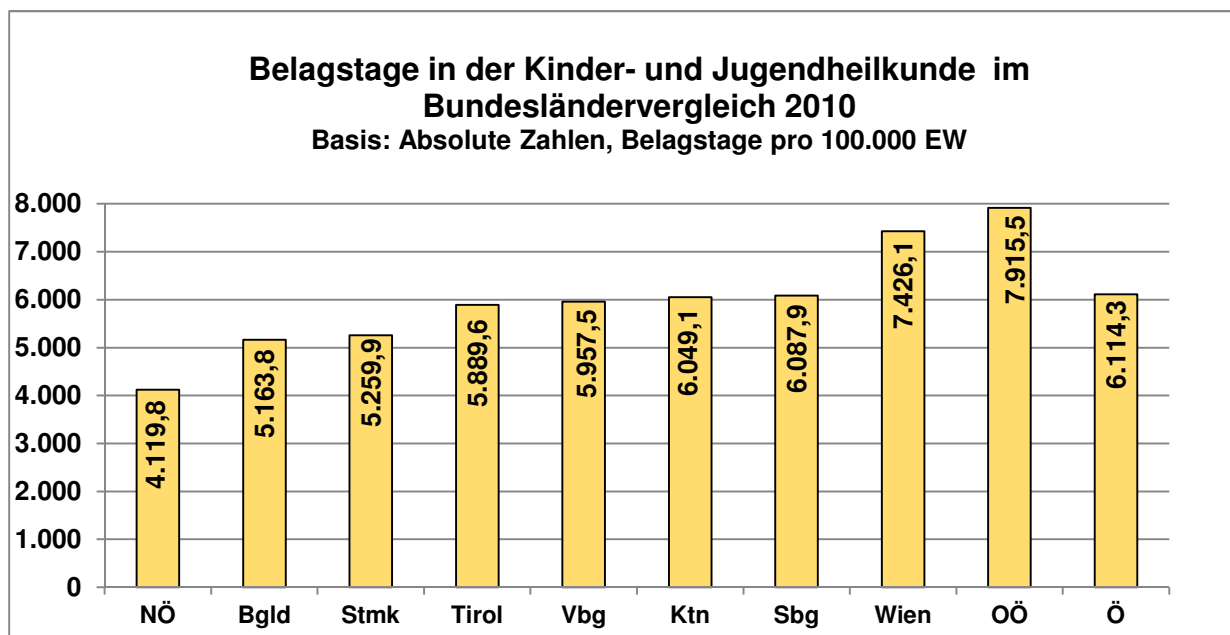


Abbildung 123: Belagstage pro 100.000 EW im Bundesländervergleich, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen; Quelle: Statistik Austria [22], Eigene Erstellung und Berechnungen

Ebenso wie die Belagstage liegt auch die Anzahl stationärer Aufenthalte im Burgenland (1.470,7 pro 100.000 EW) unter jener im Österreich-Schnitt (1.970,8 pro 100.000 EW). Somit ist es jenes Bundesland mit den wenigsten stationären Aufenthalten pro 100.000 EW, gefolgt von der Steiermark (1.473,6 pro 100.000 EW) und Niederösterreich (1.477,7 pro 100.000 EW). Die Anzahl der Bettenbelagstage ist seit 2007 leicht gestiegen (2007: 14.473; 2010: 14.684). Die Anzahl stationärer Aufenthalte hat seit diesem Jahr ebenso geringfügig zugenommen (2007: 3.997, 2010: 4.182).

### 9.8.3 Medikamentenverordnungen

Sowohl in den ECHI- als auch den CHILD-Indikatoren wird ein Mangel an Daten zu Medikamentenverordnungen aufgezeigt [4, 21]. Der Medikamentengebrauch bei Kindern und Jugendlichen stellt jedoch ein wichtiges gesundheitsrelevantes Thema dar, da zu häufige Verschreibungen z.B. von Antibiotika oder Psychopharmaka aufgezeigt werden können [4]. Zudem geben Informationen zu Verordnungen zu einem gewissen Teil Auskunft über die Krankheitslast bei Kindern und Jugendlichen.

Im Folgenden werden Daten der BIG-Informationsplattform, die von der BGKK zur Verfügung gestellt wurden, dargestellt [54]. Es ist zu berücksichtigen, dass diese ausschließlich Versicherte bei der BGKK betreffen. Es ist kein Österreichvergleich möglich, da es sich ausschließlich um burgenländische Daten handelt.

Im Burgenland erhielten im Jahr 2011 13.485 Kinder zwischen 0 und 14 Jahren mindestens eine Verordnung. Dabei ist der Anteil der Buben mit Verordnungen leicht höher (51,6%). Insgesamt wurde 48,4% aller anspruchsberechtigten Buben und 46,5% aller Mädchen mindestens ein Medikament verordnet. Betrachtet man die Anzahl an Verordnungen pro Patient/Patientin, so liegt diese im Jahr 2011 bei Buben bei 3,9 und bei Mädchen bei 3,5.

Medikamentenart	Medikament	Anzahl der Verordnungen
<b>10 häufigste verordnete Medikamente 2011</b>		
Antibiotikum	Amoxicillin und Enzym-Inhibitoren (J01CR02)	6.044
Antihistaminikum	Desloratadin (R06AX27)	3.214
Antibiotikum	Cefixim (J01DD08)	2.982
Medikamente für Asthma	Montelukast (R03DC03)	2.755
Antibiotikum	Clarithromycin (J01FA09)	2.634
Antibiotikum	Cefpodoxim (J01DD13)	2.604
Antibiotikum	Azithromycin (J01FA10)	2.406
Antibiotikum	Amoxicillin (J01CA04)	1.862
Medikamente für Asthma	Salbutamol (R03AC02)	1.694
Antibiotikum	Phen.methylpen.-Benz. (J01CE10)	1.630
<b>gesamt</b>		<b>27.825</b>
<b>Verordnungen von Mittel für das Nervensystem 2008-2011</b>		
Antiepileptika		7.391
Analgetika und Antipyretika		5.326
Psychostimulanzien (Mittel für ADHD und Nootropika)		5.116
Antidepressiva		4.041
Antipsychotika		1.836
Anxiolytika		743
Lokalanästhetika		485
Migränemittel		336
Opioide		130
Antivertiginosa		127
Mittel zur Behandlung von Suchterkrankung		109
Hypnotika und Seditiva		35
dopaminerge Mittel		11
Psycholeptika		8
Parasympathomimetika		6
<b>gesamt</b>		<b>25.700</b>

**Tabelle 46: Verordnete Medikamente gesamt 2011 und für das Nervensystem 2008-2011, Basis: Absolute Zahlen; anspruchsberechtigte 0- bis 18-jährige Kinder und Jugendliche der Burgenländischen Gebietskrankenkasse, Stand: 2011, Quelle: Burgenländische Gebietskrankenkasse [54], Eigene Erstellung**

In Tabelle 46 sind die 10 am häufigsten verordneten Medikamente im Jahr 2011 insgesamt sowie die häufigsten Verordnungen von Mitteln für das Nervensystem für Kinder und Jugendliche dargestellt. Dabei gilt es zu beachten, dass sich die Zahlen auf 0- bis 18-jährige Anspruchsberechtigte der BGKK beziehen.

Die zeitliche Entwicklung der Heilmittelverordnungen für das Nervensystem zeigt, dass die Anzahl seit 2008 jährlich zunimmt. Wurden 2008 noch 6.073 Medikamente für das Nervensystem bei 0- bis 18-Jährigen verordnet, waren es 2011 bereits 6.904.

#### *9.8.4 Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*

Im Folgenden soll das Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Eisenstadt beschrieben werden. Ergänzend dazu werden auch PatientInnenzahlen angeführt. Dies dient dazu, den im Rahmen der Fokusgruppe zum Thema Kindergesundheit definierten Indikator „psychiatrische Erkrankungen“ zumindest eingeschränkt darzustellen. Ergänzt kann dieser Parameter durch Ergebnisse der Spitalsentlassungsstatistik (s. Kapitel 9.3.3) sowie Informationen zu Verordnungen von Mitteln für das Nervensystems (s. Kapitel 9.8.3) werden.

Das Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Eisenstadt ist ein ambulantes Betreuungsangebot des PSD Burgenland. Dabei ist die Behandlung kostenlos und es ist keine Überweisung durch einen Hausarzt/eine Hausärztin oder Facharzt/Fachärztin nötig [45]. Dennoch ist es in erster Linie eine Terminambulanz [46].

Das Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie betreut Kinder und Jugendliche, die

- an einer seelischen Krankheit leiden,
- in sehr belastende Lebensumstände geraten sind,
- verhaltensauffällig sind oder
- sich selber verletzen oder nicht mehr leben möchten [45].

Zur Behandlung dieser Probleme bietet das Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie fachärztliche kinder- und jugend-neuropsychiatrische Behandlung, Psychotherapie, klinisch-psychologische Diagnostik, sensorische Integration, Physiotherapie und Beratung an [45]. Das Zentrum ist mit zahlreichen Organisationen und Berufsgruppen im Burgenland vernetzt wie z.B. dem Heilpädagogischen Zentrum Rust, den sozialpsychiatrischen Beratungsstellen des PSD, Krankenhäusern, ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, Kinderschutzzentrum, Jugendämter, Wohngemeinschaften, Kinder- und Jugendanwaltschaft usw. [47].

Der Aufbau des Zentrums ist ein Reformpoolprojekt des BURGEF [46]. Das Zentrum betreut vorwiegend junge BurgenländerInnen aus dem Nordburgenland, für das Südburgenland ist die kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz im Krankenhaus Oberwart zuständig [48]. Wie bereits in Kapitel 9.8.2 erwähnt, gibt es im Burgenland keine kinder- und jugendpsychiatrischen stationären Betten. Somit finden stationäre Behandlungen von burgenländischen Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen vorwiegend in Graz und Hinterbrühl statt [48]. Dies erweist sich als ein

Problem. So müssen Kinder und Jugendliche, die nicht akut fremd- oder selbstgefährdet sind, sich aber in einer schwierigen psychosozialen Situation befinden bzw. psychiatrische Symptome haben (z.B. Depression, Anpassungsstörung), für einen stationären Aufenthalt mit einer langen Wartezeit rechnen. Dieses Problem versucht das Zentrum durch ambulante Behandlung zu reduzieren [46].

Gemeinsam mit den PatientInnen werden im Rahmen der Betreuung individuelle Behandlungspläne erstellt. Diese beinhalten unter anderem z.B. Pharmakotherapie, regelmäßige Verlaufsgespräche, Helferkonferenzen, Verhaltenspläne, Psychotherapie, familienunterstützende Maßnahmen, sensorische Integration, Physiotherapie sowie Vorbereitung auf eine stationäre Betreuung [46]. Neben einer individuellen Fürsorge gibt es auch Gruppenangebote. Eines davon ist das Angebot für soziales Lernen. Dabei können vier bis sechs Kinder, welche von zwei TherapeutInnen geleitet werden, teilnehmen. Ziele dieses Gruppenangebots sind das Erlernen sozialer Strategien wie z.B. Konfliktlösungsstrategien, Umgang mit Gefühlen und die Förderung der Empathiefähigkeit sowie des Selbstvertrauens. Weiters sollen die Kinder eigene Grenzen kennenlernen [46].

### **Inanspruchnahme**

Grundsätzlich wird das Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Eisenstadt von der Bevölkerung gut angenommen. ZuweiserInnen sind sowohl FachärztInnen und AllgemeinmedizinerInnen als auch Jugendämter, PsychotherapeutInnen, Schulen sowie Beratungseinrichtungen [46].

Im Jahr 2011 konnten insgesamt 5.140 Kontakte verzeichnet werden, davon 315 Erstkonsultationen. 559 PatientInnen wurden im Jahr 2011 im Zentrum betreut. Dabei steigt die Inanspruchnahme der ambulanten Betreuung mit zunehmendem Alter der Kinder und Jugendlichen (0 bis 6 Jahre: 30 PatientInnen; 6 bis 10 Jahre: 166 PatientInnen, 10 bis 14 Jahre: 162 PatientInnen, 14 bis 18 Jahre: 201 PatientInnen). Es werden mehr Burschen als Mädchen betreut (Buben: 319; Mädchen: 240) [46]. Ergänzend zu diesen Konsultationen gibt es auch noch weitere telefonische Beratungsgespräche, die in der Statistik nicht erfasst sind [46].

Die häufigsten Diagnosen der Betroffenen sind Entwicklungsstörungen, hyperkinetische Störungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, affektive Störungen, phobische und Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens sowie emotionale Störungen [47].

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse dieses Kapitels findet sich in der Kurzfassung des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012.

## **9.9 Literaturverzeichnis**

[1] Ramelow, D., Griebler, R., Hofmann, F., Unterweger, K., Mager, U., Felder-Puig, R. et al. (2011). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern: Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010* Wien: Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

- [2] Lampert, T. & Richter, M. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: M. Richter, K. Hurrelmann (Hrsg.). *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (S. 209-230). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [3] Schäfers, B. & Scherr, A. (2005). *Jugendsoziologie: Einführung in Grundlagen und Theorien* (8. aktualisierte und überarbeitete Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [4] Rigby, M. & Köhler, L. (2002). *Child Health Indicators of Life and Development: Report to the European Commission*. Luxemburg.
- [5] Bundeskanzleramt Österreich. (2011). *Geltungsbereich der Jugendschutzgesetze*. Verfügbar unter: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/174/Seite.1740210.html> [1.12.2012]
- [6] Statistik Austria. (2012). *Bevölkerungsstand 1.1.2012*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/services/publikationen/2/index.html?id=2&listid=2&detail=541](http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/2/index.html?id=2&listid=2&detail=541) [1.12.2012]
- [7] Statistik Austria. (2012). *Demographisches Indikatoren: 1961-2011 für Burgenland*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/dynamic/services/publikationen/2/publdetail?id=2&listid=2&detail=319](http://www.statistik.at/web_de/dynamic/services/publikationen/2/publdetail?id=2&listid=2&detail=319) [1.12.2012]
- [8] Whitehead, M. (2007). Gesundheitliche Ungleichheiten in Europa: Warum sollen wir sie reduzieren und wie kann das gelingen? In Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/tagungsbande/tagungsband-soziale-ungleichheit-und-gesundheit/2009-08-28.8211777691> [1.12.2012]
- [9] Statistik Austria. (2012). *Kindertagesheim-Statistik 2011/12*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/dynamic/services/publikationen/5/publdetail?id=5&listid=5&detail=523](http://www.statistik.at/web_de/dynamic/services/publikationen/5/publdetail?id=5&listid=5&detail=523) [1.12.2012]
- [10] Statistik Austria. (2012). *Bildung in Zahlen: Tabellenband*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/dynamic/statistiken/bildung\\_und\\_kultur/publdetail?id=5&listid=5&detail=508](http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/bildung_und_kultur/publdetail?id=5&listid=5&detail=508) [1.12.2012]
- [12] Statistik Austria. (2012). *Familien- und Haushaltsstatistik: Ergebnisse der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_en/publications\\_services/Publicationsdetails/6/index.html?id=6&listid=6&detail=526&lang=EN](http://www.statistik.at/web_en/publications_services/Publicationsdetails/6/index.html?id=6&listid=6&detail=526&lang=EN) [1.12.2012]

- [13] Statistik Austria. (2004). *Volkszählung 2001: Hauptergebnisse II-Burgenland*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/dynamic/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen\\_registerzaehlungen/publdetail?id=22&listid=22&detail=254](http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen/publdetail?id=22&listid=22&detail=254) [1.12.2012]
- [14] Statistik Austria. (2004). *Volkszählung 2001: Hauptergebnisse II-Österreich*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/dynamic/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen\\_registerzaehlungen/publdetail?id=22&listid=22&detail=263](http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen/publdetail?id=22&listid=22&detail=263) [1.12.2012]
- [15] Statistik Austria. (2012). *Tabellenband EU-SILC 2011: Einkommen, Armut und Lebensbedingungen*. Wien.
- [16] Statistik Austria. (2011). *Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich Ergebnisse aus EU-SILC 2010: Tabellenband*. Wien.
- [17] Statistik Austria. (2010). *Armutsgefährdung und Lebensbedingungen in Österreich Ergebnisse aus EU-SILC 2009: Tabellenband*. Wien.
- [18] Statistik Austria. (2012). *Todesursachenstatistik*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen\\_im\\_ueberblick/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html) [1.12.2012]
- [19] Statistik Austria. (2012). *Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Spitalsentlassungsstatistik*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/stationaere\\_aufenthalte/spitalsentlassungen\\_gesamt/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_gesamt/index.html) [1.12.2012]
- [20] Statistik Austria. (2011). *Spitalsentlassungsstatistik*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/stationaere\\_aufenthalte/spitalsentlassungen\\_nach\\_ausgewaehlten\\_diagnosen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_nach_ausgewaehlten_diagnosen/index.html) [1.12.2012]
- [21] European Community Health Indicators Monitoring. (2010). *ECHI Shortlist Release of June 2008 (minor revisions in February 2010). Complete metadata for the indicators available on the ECHIM Products Website* (ECHIM, European Union, Hrsg.). Verfügbar unter: [http://www.echim.org/docs/echi\\_shortlist.pdf](http://www.echim.org/docs/echi_shortlist.pdf) [8.11.2012]
- [22] Statistik Austria. (2011). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010*. Wien.
- [23] Dür, W. (2011). Was ist Gesundheit? In: W. Dür, R. Felder-Puig (Hrsg.). *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung* (S. 12-20). Bern: Hans Huber.
- [24] Singh-Manoux, A., Martikainen, P., Ferrie, J., Zins, M., Marmot, M. & Goldberg, M. (2006). What does self-rated health measure? Results from the British Whitehall II

and French Gazel cohort studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (4), 364-372.

[25] Dür, W., Griebler, R., Flaschberger, E. & Felder-Puig, R. (2011). Gesundheitliche Beschwerden österreichischer Jugendlicher - Ergebnisse der HBSC-Studie 1994 bis 2006. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 161 (7-9), 174-179.

[26] Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Torsheim, T., Hetland, J., Freeman, J., Danielson, M., Thomas, C. & the HBSC Positive Health Group. (2008). An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *European Journal of Public Health*, 18 (3), 294-299.

[27] ÖBIG. *Zahnstatuserhebungen*. Verfügbar unter: <http://www.goeg.at/index.php?pid=arbeitsbereichedetail&ab=68&smark=Zahnstatus&noreplace=yes> [1.12.2012]

[28] Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich ÖBIG. (2007). *Zahnstatus 2006: Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich*. Wien.

[29] Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2012). *Länderzahnstatuserhebung bei 6-Jährigen 2011 Burgenland*.

[30] Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich ÖBIG. (2009). *Zahnstatus 2007: Zwölfjährige mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich*. Wien.

[31] Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2008). *Länderzahnstatuserhebung bei 12-Jährigen 2007 Burgenland*.

[32] Currie, C., Gabhainn, S. N., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Pickett, W., Richter, M., Morgan, A. & Barnekow, V. (2008). *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey* (WHO Regional Office for Europe Hrsg.). Copenhagen.

[33] Becklas, C. & Klocke, A. (2011). Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern. In W. Dür & R. Felder-Puig (Hrsg.). *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung* (S. 101-105). Bern: Huber.

[34] Titze, S., Ring-Dimitriou, S., Schober, P.H., Halbwachs, C., Samitz, G., Miko, H.C., Lercher, P., Stein, K.V., Gäbler, C., Bauer, R., Gollner, E., Windhaber, J., Bachl, N., Dorner, T.E. & Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. (2010). *Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung* (Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich Hrsg.). Wien: Eigenverlag.

- [35] U.S. Department of Health and Human Services (2008). *2008 Physical Activity Guidelines for Americans: Be Active, Healthy and Happy!*. (U.S. Department of Health and Human Services Hrsg.). Washington DC. Verfügbar unter: <http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf> [1.12.2012]
- [36] Strasburger, V.C., Jordan, A.B. & Donnerstein, E. (2010). Health Effects of Media on Children and Adolescents. *Pediatrics*, 125, 756-767.
- [37] Bundesministerium für Gesundheit. (2011). *Kinder-Gesundheitsstrategie*. Wien. Verfügbar unter: [http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/6/9/CH1004/CMS1317298042157/broschüre\\_kindergesundheitsstrategie\\_bf.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/6/9/CH1004/CMS1317298042157/broschüre_kindergesundheitsstrategie_bf.pdf) [1.12.2012]
- [38] Schmid, H. (2011). Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern. In: W. Dür & R. Felder-Puig (Hrsg.). *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung* (S. 94-100). Bern: Huber.
- [39] Currie, C.E., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R. & Todd, J. (2000). *Health and Health Behaviour among Young People* (WHO Regional Office for Europe Hrsg.). Copenhagen. Verfügbar unter: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0006/119571/E67880.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/119571/E67880.pdf) [1.12.2012]
- [40] Falbesoner, B. & Lehner, S. (2007). *Empirische Erhebung über den Konsum von legalen und illegalen Substanzen bei burgenländischen Jugendlichen*.
- [41] Ponocny, I., Novakova, P. & Schönfeldinger, R. (2002). Suchtverhalten bei Schülerinnen und Schülern im Burgenland: Eine repräsentative Erhebung. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 25 (3), 5-16.
- [42] Bundesministerium für Gesundheit. (2009). *Handbuch Alkohol-Österreich: Zahlen. Daten. Fakten. Trends 2009*. Wien.
- [43] Mayer, K. (2012). *Messung von Kindergesundheit und ihre Bedeutung in der Gesundheitsberichterstattung: Eine europäische Vergleichsanalyse und der Versuch einer modellartigen Entwicklung zur Vergleichbarkeit von Kindergesundheit*. Diplomarbeit, FH Burgenland. Pinkafeld.
- [44] Franzkowiak, P., Homfeldt, H.G. & Mühlum, A. (2011). *Lehrbuch Gesundheit*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- [45] Psychosozialer Dienst Burgenland (2010). *Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. Eisenstadt. Verfügbar unter: <http://www.psd-bgld.at/einrichtungen/kjpp/index.html> [1.12.2012]
- [46] Burgenländischer Gesundheitsfonds. (2012). *Jahres-/ Abschlussbericht zu Projekten für den Kooperationsbereich (Reformpool)*. Eisenstadt.



[47] Schwienbacher, K. (o.J.). *Erfahrungsbericht 1 Jahr Reformpoolprojekt*. Verfügbar unter:

[http://www.hauptverband.at/mediaDB/MMDB143701\\_5%20SCHWIENBACHER\\_1%20Jahr%20Reformpoolprojekt.pdf](http://www.hauptverband.at/mediaDB/MMDB143701_5%20SCHWIENBACHER_1%20Jahr%20Reformpoolprojekt.pdf) [1.12.2012]

[48] Dantendorfer, K. (o.J.). *Vom Reformpoolprojekt zur Regelversorgung*. Verfügbar unter:

[http://www.hauptverband.at/mediaDB/MMDB143702\\_6%20DANTENDORFER\\_KJP\\_Reformpool.pdf](http://www.hauptverband.at/mediaDB/MMDB143702_6%20DANTENDORFER_KJP_Reformpool.pdf)[http://www.hauptverband.at/mediaDB/MMDB143702\\_6%20DANTENDORFER\\_KJPReformpool.pdf](http://www.hauptverband.at/mediaDB/MMDB143702_6%20DANTENDORFER_KJPReformpool.pdf) [1.12.2012]

[49] ASKÖ Burgenland. (2012). *Fit & locker mit Hopsi Hopper*. Eisenstadt.

[50] ASVÖ Burgenland. (2012). *Projekte im ASVÖ Burgenland 2008-2012*. Eisenstadt.

[51] ASVÖ. (o.J.). *Sportkids Kindergartenprojekt*. Verfügbar unter: [http://www.sportkids.at/de/menu\\_main/projektbeschreibung/kindergartenprojekt](http://www.sportkids.at/de/menu_main/projektbeschreibung/kindergartenprojekt) [8.11.2012]

[52] Sportunion Burgenland. (o.J.). *Ugotchi*. Eisenstadt. Verfügbar unter: [http://www.sportunion-burgenland.at/de/menu\\_main/sport-welten/fit-fuer-oesterreich/ugotchi](http://www.sportunion-burgenland.at/de/menu_main/sport-welten/fit-fuer-oesterreich/ugotchi) [8.11.2012]

[53] Fachstelle für Suchtprävention Burgenland. (2011). *Jahresbericht 2010* (Psychosozialer Dienst Burgenland Hrsg.). Eisenstadt. Verfügbar unter: <http://www.psd-bgld.at/downloads/suchtpraevention-2010.pdf> [1.12.2012]

[54] Burgenländische Gebietskrankenkasse. (2012). *Kindermedikation*. Eisenstadt.

[55] Urfit. (2012). *Urfit*. Verfügbar unter: [www.urfit.at](http://www.urfit.at) [1.12.2012]

[56] Land Burgenland. (2009). *Mit „Urfit“ gegen Adipositas & Co*. Eisenstadt. Verfügbar unter: <http://www.burgenland.at/aktuell/1518> [1.12.2012]

[57] Burgenländische Gebietskrankenkasse. (o.J.). *Mutter-Kind-Pass*. Verfügbar unter:

[http://www.bgkk.at/portal27/portal/bgkkportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=50229&p\\_tabid=4&p\\_pubid=60665](http://www.bgkk.at/portal27/portal/bgkkportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=50229&p_tabid=4&p_pubid=60665) [1.12.2012]

[58] Öffentliches Gesundheitsportal Österreich. (2012). *Der Mutter-Kind-Pass*. Verfügbar

unter: [https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Der\\_Mutter\\_Kind\\_Pass\\_HK.html](https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Der_Mutter_Kind_Pass_HK.html) [1.12.2012]

- [59] Bundeskanzleramt Österreich. (Hrsg.). (2012). *Mutter-Kind-Pass*. Verfügbar unter: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/8/Seite.082200.html> [1.12.2012]
- [60] Burgenländische Gebietskrankenkasse. (2012). *Mutter-Kind-Pass Untersuchungen und abgerechnete Einzelpositionen*. Eisenstadt.
- [61] Statistik Austria. (2012). *Demographische Indikatoren für Österreich: 1961-2011*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/dynamic/services/publikationen/2/publdetail?id=2&listid=2&detail=318](http://www.statistik.at/web_de/dynamic/services/publikationen/2/publdetail?id=2&listid=2&detail=318) [1.12.2012]
- [62] Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger. (2007). *Länder-Zahnstatuserhebungen bei Sechsjährigen 2006*.
- [63] Felder-Puig, R. (2012). *Aktuelle Daten zur Gesundheit von österreichischen SchülerInnen und LehrerInnen aus Selbstberichten*. Vortrag im Rahmen des Symposiums an der FH Burgenland am 13.6.2012.
- [64] Land Burgenland. (2012). *Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte im Burgenland*. Eisenstadt.
- [65] Statistik Austria. (2008). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2007*. Wien.
- [66] Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320, 1240-1243.
- [67] Hurrelmann, K., Richter, M. (2006). Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems. *Journal of Public Health*, 14 (1), 20-28.
- [68] U.S. Department of Health and Human Services (Hrsg.). (2004). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*.
- [69] Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R. & Todd, J. (2000). *Health and Health Behaviour among Young People*. Copenhagen: Weltgesundheitsorganisation (WHO).
- [70] Statistik Austria. (2010). *Einkommen, Armut und Lebensbedingungen: Tabellenband Ergebnisse aus EU-SILC 2008*. Wien.
- [71] Statistik Austria. (2009). *Einkommen, Armut und Lebensbedingungen: Ergebnisse aus EU-SILC 2007*. Wien.

## 10 MASSNAHMENEMPFEHLUNGEN

Im Rahmen einer Fokusgruppe mit burgenländischen Stakeholdern aus den Bereichen Bewegungsförderung, Versorgung, Prävention und Vorsorge sowie Sozialversicherung wurden Maßnahmenempfehlungen für die Jahre 2013-2017 entwickelt. Diese betreffen die Themen Ernährung, Bewegung und psychosoziale Gesundheit und sind den Feldern Gesundheitsförderung und Primärprävention zuzuordnen.

Ergänzend zu den entwickelten Maßnahmen bestimmten die TeilnehmerInnen Parameter zur Erfolgsmessung der gesetzten Interventionen. Dies soll es ermöglichen, die Umsetzung der Maßnahmenempfehlungen im Rahmen des nächsten Burgenländischen Gesundheitsberichtes zu evaluieren.

Die Maßnahmenempfehlungen aus der Fokusgruppendifkussion wurden so konzipiert, dass diese möglichst in mehreren Settings angewandt werden können. Die empfohlenen Interventionen sind im Folgenden angeführt. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass diese Maßnahmenempfehlungen einer gesundheitsökonomischen Berechnung unterzogen wurden (s. Kapitel 8.6), um auch Kosteneffektivitätspotenziale zu ermitteln.

### 10.1 Bewegung – FußgängerInnenmobilität

Zur Verbesserung des Bewegungsverhaltens der burgenländischen Bevölkerung einigte man sich auf die Maßnahme „Erhöhung der FußgängerInnenmobilität“. Zielgruppe sind dabei sowohl Kinder als auch Erwachsene. Ein Grund für die Auswahl dieser Intervention war, dass bereits im Rahmen des Modellprojektes im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich „Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart“ Initiativen zu diesem Thema an Schulen (Schoolwalker) und Gemeinden (3.000 Schritte mehr) ausgearbeitet und durchgeführt wurden. Somit liegen Erfahrungswerte sowie fertige Konzepte vor, die lediglich umgesetzt werden müssen. Außerdem nimmt die Bedeutung der Bewegung im Alltag ständig zu. Befragungen zeigen, dass vor allem Zeitmangel Ursache für einen bewegungsarmen Lebensstil ist. Die Integration regelmäßiger körperlicher Aktivität in den Alltag scheint hier einen möglichen Lösungsansatz darzustellen. Die Evidenzlage hinsichtlich der Wirksamkeit derartiger niederschwelliger Interventionen ist bereits gut dokumentiert.

Während die Initiative „Schoolwalker“ vorwiegend im Setting Schule umgesetzt werden soll, können Schrittzähleraktionen in Gemeinden und Betrieben stattfinden. Im Folgenden werden die beiden Projekte „Schoolwalker“ und „3.000 Schritte mehr“, die bereits im Rahmen des Modellprojektes im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich „Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart“ durchgeführt wurden, kurz beschrieben.

## **Schoolwalker**

Viele Untersuchungen zeigen, dass regelmäßige körperliche Aktivität im Kindesalter die körperliche und psychische Gesundheit verbessert. Zusätzlich reduziert sie das Risiko, an Krankheiten wie z.B. juvenilem Diabetes zu leiden.

Die Ziele des Projekts „Schoolwalker“ sind die Steigerung der Motivation zu mehr Bewegung, die Erhöhung der Alltagsbewegung bei Kindern und der Familie, die Senkung der Auswirkungen von Bewegungsmangel, die Steigerung der Sozialkompetenz, die Integration des Themas „Straßenverkehr“ sowie die Reduktion der Verkehrsbelastung und des CO<sub>2</sub>-Ausstoßes. Hauptanliegen ist es dabei, SchülerInnen dazu zu bewegen, ihren Schulweg vermehrt zu Fuß zurückzulegen. Dabei erhalten diese Schulwegausweise, wobei sie für jeden zu Fuß zurückgelegten Schulweg einen Stempel bekommen. Ergänzend dazu finden im Rahmen des Projekts Verkehrserziehung, Schulwegsicherung sowie Elternabende zum Thema Bewegung statt.

Eine quantitative Erhebung nach der Umsetzung der Initiative im Rahmen des Modellprojekts „Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart“ zeigt, dass sich der Anteil der SchülerInnen, die zu Fuß zur Schule gehen, um etwa 16,8% erhöhte. 21,9% der Kinder gehen in Gruppen zur Schule und pflegen somit soziale Kontakte. Rund ein Drittel legt den Weg zur Schule mit Eltern zurück. Ergänzend zur Erhöhung des Bewegungsverhaltens konnte ein positiver Effekt der Initiative auf die Konzentrations- und Lernfähigkeit sowie die psychosoziale Gesundheit festgestellt werden. Nicht zu vernachlässigen ist auch, dass die Schoolwalker-Aktion im Rahmen des Modellprojekts zu einer jährlichen CO<sub>2</sub>-Reduktion von 1,3 Tonnen pro Jahr führte. Dies wurde mithilfe einer validen Berechnungsmethode ermittelt, in der unter anderem die Verkehrsmittelwahl, die Zahl der Schulwege sowie die durchschnittliche Weglänge herangezogen werden. Somit trägt die Initiative dazu bei, Umweltbelastungen zu reduzieren und die Umgebung somit gesundheitsförderlicher zu gestalten.

## **3.000 Schritte mehr**

Ziel der Aktion „3.000 Schritte mehr“ ist es, das aktive Bewegungsverhalten der TeilnehmerInnen mit der Aufforderung, routinemäßig gewordene Alltagssituationen sowohl im beruflichen als auch im privaten Umfeld bewusst bewegungsaktiver zu gestalten, zu fördern. Diese Intervention richtet sich vorwiegend an Erwachsene in den Settings Gemeinde und Betrieb.

Im Rahmen des Modellprojekts „Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart“ trugen die TeilnehmerInnen zweimal jeweils sieben Tage lang ein Schrittzählmessgerät am Körper. Nach den ersten sieben Tagen (=Ist-Zustandsphase) wurden die TeilnehmerInnen dazu angehalten, Alltagssituationen bewusst bewegungsaktiver zu gestalten (= Interventionsphase).

Ergebnisse einer Fragebogenerhebung zeigen, dass 89% der Befragten in der Umsetzungsphase mehr Schritte zurücklegten als noch in der Ist-Zustandsphase. Mehr als ein Drittel (37%) gab zudem an, das Bewegungsverhalten aufgrund der Schrittzähleraktion verbessert zu haben.

Als Indikator für die Erfolgsmessung der Maßnahmen kann die Anzahl an Volksschulen (Schoolwalker) bzw. Hauptschulen (3.000 Schritte) sowie die Anzahl an Gemeinden und Betrieben (3.000 Schritte) im Burgenland, an denen die Intervention umgesetzt wird, herangezogen werden.

In welchem Verhältnis Kosten und Nutzen bei der Durchführung dieser Interventionen zueinander stehen, wird in Kapitel 8.6 aufgezeigt.

## 10.2 Ernährung – Gemeinschaftsverpflegung

Für den Bereich Ernährung wurde als Maßnahmenkomplex die Verbesserung der Gemeinschaftsverpflegung ausgewählt. Dabei sollen in Schulen gesunde Schulbuffets eingeführt und Getränkeautomaten mit kohlenhydratarmen Getränken ausgestattet werden. Ein Grund für die Wahl dieser Maßnahmen ist, dass es seitens des Bundesministeriums für Gesundheit klare Leitlinien zur Gestaltung eines gesunden Schulbuffets gibt („Leitlinie Schulbuffet – Empfehlungen für ein gesundheitsförderliches Speisen- und Getränkeangebot an österreichischen Schulbuffets“). Zudem kann nur das Vorhandensein eines gesundheitsförderlichen Ernährungsangebotes die Ess- und Trinkgewohnheiten von Kindern, Jugendlichen, aber auch LehrerInnen und DirektorInnen verbessern.

Ergänzend zu diesen Maßnahmen an Schulen sollen auch Interventionen im Gemeindeforum stattfinden. Dies betrifft vor allem die Förderung gesunder Angebote in der Gastronomie. So könnten hier Gastronomiebetriebe, die ihren Gästen ein gesundes, regionales Angebot an Speisen anbieten, ausgezeichnet werden. Hierfür müssten klare Richtlinien erstellt werden. Zu berücksichtigen ist, dass ein derartiges Konzept in Österreich mit dem Titel „Grüne Haube“ bereits besteht, welches als wichtige Grundlage für Maßnahmen im Burgenland genutzt werden könnte.

Als Parameter zur Messung der Umsetzung der schulbasierten Maßnahmen kann zum einen die Anzahl an gesunden Schulbuffets gemäß Leitlinie des Bundesministeriums für Gesundheit im Burgenland an Landesschulen und zum anderen die Anzahl an Schulen, an denen Getränkeautomaten gesundheitsförderlich ausgestattet sind, herangezogen werden. Für Maßnahmen im Gastronomiebereich kann als Indikator die Anzahl an Gastronomiebetrieben, die z.B. die Auszeichnung „grüne Haube Pannonia“ erhalten haben, gewählt werden.

In weiterer Folge können auch Maßnahmen zur Verbesserung der Betriebsverpflegung im Burgenland durchgeführt werden. Auch hier müssten Vorgaben gemacht werden, die es schließlich ermöglichen, die Anzahl an Betrieben mit gesunder Betriebsverpflegung zu ermitteln.

Mit welchen Kosten und Nutzen die Verbesserung der Gemeinschaftsverpflegung in den Settings Schule, Gemeinde und Betrieb im Burgenland einhergeht, wird in Kapitel 8.6 ermittelt.

### 10.3 Psychosoziale Gesundheit – gesunde Nachbarschaft

Um Maßnahmen zur Verbesserung der psychosozialen Gesundheit der Bevölkerung zu setzen, wurde die Durchführung einer Aktion zum Thema „gesunde Nachbarschaften“ ausgewählt. Derzeit gibt es bereits eine Initiative des Fonds Gesundes Österreich zu diesem Thema. Ziel dieses Projekts ist es, das Bewusstsein für die gesundheitliche Bedeutung sozialer Beziehungen zu schaffen, Integration zu fördern, Nachbarschaftsinitiativen zu initiieren und Capacity-Building durch Vernetzung und Weiterbildungsmöglichkeiten für MultiplikatorInnen aus entsprechenden Handlungsfeldern anzubieten (Fonds Gesundes Österreich, 2012).

Mögliche Maßnahmen, die auch im Burgenland umgesetzt werden könnten, sind:

- Durchführung von Workshops zum Thema „soziale Beziehungen, Nachbarschaften und Gesundheit“
- Initiierung von Nachbarschaftshilfen
- Vernetzung und Sensibilisierung für das Thema „gesunde Nachbarschaften“ bei relevanten AkteurInnen (z.B. Vereine zum Thema Nachbarschaftshilfe) und Anbieten von Weiterbildungsmöglichkeiten

Zielgruppe der Intervention sind GemeindegängerInnen, aber auch Vereine. Um die Umsetzung dieser Maßnahme zu messen, können z.B. die Indikatoren „Anzahl an durchgeführten Workshops im Burgenland“ oder „Anzahl an Personen, die an einem Workshop im Burgenland teilgenommen haben“ herangezogen werden. Zudem kann die Anzahl an relevanten AkteurInnen, die Weiterbildungen zum Thema „gesunde Nachbarschaften“ besuchen, ermittelt werden, ebenso die Anzahl an AkteurInnen, die das Thema „gesunde Nachbarschaften“ in ihre Aktivitäten miteinbeziehen. Weitere mögliche Parameter sind die Anzahl an eingebundenen bzw. vernetzten Vereinen (z.B. Vernetzungsdichte) sowie die Anzahl an Kooperationen zwischen relevanten AkteurInnen zum Thema „gesunde Nachbarschaften“.

Die gesundheitsökonomischen Auswirkungen von Interventionen zum Thema „gesunde Nachbarschaften“ im Burgenland werden in Kapitel 8.6 dargestellt.

## 11 RESÜMEE UND AUSBLICK

Der Burgenländische Gesundheitsbericht 2012 beschreitet den Weg der integrierten GBE. Innovativ ist vor allem die integrierte Entwicklung von Maßnahmenempfehlungen. Weitere methodische Besonderheiten des Gesundheitsberichtes sind die Durchführung einer Eltern-Kind-Befragung in den Settings Kindergarten und Volksschule im Bezirk Oberwart sowie das Führen von Interviews zum Thema Health in All Policies mit politischen EntscheidungsträgerInnen außerhalb des Gesundheitssektors. Erstmals in der burgenländischen GBE wurden anhand von Maßnahmen in den Bereichen Bewegung, Ernährung und psychosoziale Gesundheit konkrete gesundheitsökonomische Abschätzungen berechnet, um die Kosten-Nutzen-Relationen darstellen zu können.

Hinsichtlich der Kinder- und Jugendgesundheit kann im Burgenland als positiv die im Vergleich zu anderen Bundesländern hohe Kinderbetreuungsichte genannt werden. Zudem liegt Burgenland im Bereich der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen über dem Österreich-Schnitt. Das Thema Vorsorge hat sowohl in der burgenländischen Bevölkerung als auch gesundheitspolitisch einen hohen Stellenwert. Nennenswerte Projekte sind das Dickdarmkrebsvorsorgeprojekt „Burgenland gegen Dickdarmkrebs“ und die Diabetesbetreuung „Modell Burgenland“. Ein Nachholbedarf wird vor allem im Bereich der Gesundheitsförderung festgestellt. So ist die epidemiologische Gesundheitssituation diesbezüglich (z.B. Herz-Kreislaufmortalität) ungünstig und es gibt im Vergleich zu anderen Bundesländern strukturelle Defizite.

Burgenland weist hinsichtlich bestimmter Indikatoren wie Bewegungsverhalten, Fettleibigkeit und Rauchverhalten bei Erwachsenen ein schlechtes Gesundheitsverhalten bzw. einen schlechten Gesundheitszustand im Vergleich zum Rest Österreichs auf. Zudem sind speziell bei Kindern und Jugendlichen Kennzahlen wie das Körperschema (Einschätzung des eigenen Körpergewichts), das Bewegungs- und Freizeitverhalten, das Ernährungsverhalten sowie der Suchtmittelkonsum verbesserungswürdig. Dabei gilt es anzumerken, dass es im Burgenland zwar viele regionale Initiativen gibt, aber bisher nur vereinzelt landesweite settingbezogene Gesundheitsförderungsprojekte wie z.B. „Gesundes Dorf“ oder „Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart“ stattfanden bzw. -finden. Obwohl es im Burgenland viele Einzelprojekte gibt, zeigt sich das Thema der Gesundheitsförderung somit als verbesserungswürdig.

In diesem Zusammenhang wird auf die im Dezember 2012 zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung getroffene Gesundheitsreform verwiesen, die im Kern der Vereinbarung ein partnerschaftliches Zielsteuerungsmodell, mit dem eine gemeinsame Planung und Finanzierung des Gesundheitswesens angestrebt werden soll, hat. Ein zusätzlicher inhaltlicher Schwerpunkt ist die Einigung auf den Ausbau von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen. Unter dem Motto „Länger leben bei guter Gesundheit“ wird laut Gesundheitsminister Alois Stöger „ein

Gesundheitsförderungsfonds eingerichtet, der mit insgesamt 150 Millionen Euro für 10 Jahre dotiert sein wird“. Dieses Reformpaket soll im Jahr 2013 von den Landtagen und vom Nationalrat beschlossen werden und Anfang 2014 in Kraft treten (Stand: Dezember 2012).

Betreffend gesundheitlicher Einflussfaktoren und den Gesundheitszustand der burgenländischen Bevölkerung in einzelnen Regionen ist anzumerken, dass es bei den meisten Indikatoren ein Nord-Süd-Gefälle gibt. Der Süden des Landes ist z.B. beim Bildungsstand, der Beschäftigung, der Lebenserwartung, der Gesamtmortalität, dem Bewegungsverhalten und vielen anderen gesundheitsbezogenen Einflussfaktoren dem Norden gegenüber benachteiligt. Hier ist auch auf den hohen Prozentsatz an NichttagespendlerInnen im Süd- und Mittelburgenland und die damit verbundenen gesundheitlichen Belastungen, wie soziale Isolation, hinzuweisen. In den kommenden Jahren sollten dementsprechend gesundheitsförderliche Maßnahmen verstärkt im Südburgenland stattfinden, um die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen.

In Zukunft gilt es vermehrt, die Ergebnisse des Burgenländischen Gesundheitsberichtes 2012 heranzuziehen, um politische Strategien zur Förderung der Bevölkerungsgesundheit bedarfsgerecht zu planen, Gesundheitsleistungen anzupassen und Krankheiten wirksam zu verhüten und zu behandeln. Dabei betrifft dies nicht ausschließlich die Gesundheitspolitik, sondern im Sinne des „Health in All Policies“-Ansatzes auch den Sozialbereich, das Bildungswesen, das Agrarwesen, die Raumordnung und Wohnbauförderung sowie andere politische Sektoren.



## 12 VERZEICHNISSE

### 12.1 Literaturverzeichnis

Abraham, A., Sommerhalder, K., Bolliger-Salzman, H. & Abel, T. (2007). *Landschaft und Gesundheit: Das Potenzial einer Verbindung zweier Konzepte* (Universität Bern, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Abteilung Gesundheitsforschung Hrsg.). Bern. Verfügbar unter: [www.sl-fp.ch/getdatei.php?datei\\_id=817](http://www.sl-fp.ch/getdatei.php?datei_id=817) [28.11.2012]

Altgeld, T. & Kolip, P. (2010). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: K. Hurrelmann, T. Klotz, & J. Haisch (Hrsg.). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 3. Auflage, Bern: Huber.

Amt der Burgenländischen Landesregierung. (2012a). *Bezirke und Gemeinden*. Eisenstadt. Verfügbar unter: <http://www.burgenland.at/burgenland/bezirkeundgemeinden> [12.11.2012]

Amt der Burgenländischen Landesregierung. (2012b). *Volksschulen*. Eisenstadt. Verfügbar unter: [http://www.burgenland.at/media/file/2223\\_T9\\_Volksschulen.pdf](http://www.burgenland.at/media/file/2223_T9_Volksschulen.pdf) [14.11.2012]

Apothekenindex Österreich. (2012). *Apotheken im Burgenland*. Verfügbar unter: [http://www.apothekenindex.at/apotheken/index.php?cPath=28\\_49](http://www.apothekenindex.at/apotheken/index.php?cPath=28_49) [28.11.2012]

Arbeitsmarktservice Österreich. (2012). *Arbeitsmarktprofile 2011*.

Arbeitsmarktservice Österreich/Burgenland. (2012). *Arbeitsmarktlage 2011*.

Arbeitskreis Versorgungsforschung. (2004). *Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung*. Berlin. Verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Definition.pdf> [28.11.2012]

ASKÖ Burgenland. (2012). *Fit & locker mit Hopsi Hopper*. Eisenstadt.

ASVÖ Burgenland. (2012). *Projekte im ASVÖ Burgenland 2008-2012*. Eisenstadt.

ASVÖ. *Sportkids Kindergartenprojekt*. Verfügbar unter: [http://www.sportkids.at/de/menu\\_main/projektbeschreibung/kindergartenprojekt](http://www.sportkids.at/de/menu_main/projektbeschreibung/kindergartenprojekt) [28.11.2012]

Badura, B., Schröder, H., Klose, J. & Macco, K. (2010). *Fehlzeiten-Report 2009: Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft: Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren- Wohlbefinden fördern*. Berlin Heidelberg: Springer.

Badura, B., Walter, U. & Hehlmann, T. (2010). *Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation* (2. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer.

Bamberg, E. (2005). Bewertungs- und Bewältigungsprozesse im Umgang mit Belastungen am Arbeitsplatz. *Supervision: Mensch Arbeit Organisation. Arbeit und Gesundheit*, 23 (3), 6-9.

Becker, N. (2002). Screening aus epidemiologischer Sicht. *Der Radiologe*, 8 (42), 592-600.

Becklas, C. & Klocke, A. (2011). Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern. In W. Dür & R. Felder-Puig (Hrsg.). *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung* (S. 101-105). Bern: Huber.

Birner, A., Fülöp, G., Hlava, A., Sax, G., Sprinzi, G. & Winkler, P. (2003). *Burgenländischer Gesundheitsbericht 2002: Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der burgenländischen Bevölkerung Inanspruchnahme und Leistungen des burgenländischen Gesundheitssystems*. Eisenstadt. Verfügbar unter: [http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/BGLD\\_GB\\_2002.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/BGLD_GB_2002.pdf) [28.11.2012]

Brämer, R. (2007). *Gesundheitsstudie Wandern: Daten, Fakten, Perspektiven*. (Rainer Brämer, Deutsches Wanderinstitut e.V. Hrsg.). Lohra. Verfügbar unter: <http://wanderforschung.de/files/gesundstudwan1220020910.pdf> [28.11.2012]

Bramesfeld, A. (2011). Soziale Ungleichheit, psychische Gesundheit und Versorgung: Social Inequalities, Mental Health and Service Provision. *Psychiatrische Praxis*. 38, 363-365.

Bucksch, J., Hilitzer, U., Gohres, H., Kolip, P. & HBSC-Team. (2012). Wie lässt sich die Health-Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie als Quelle der nationalen Gesundheitsberichterstattung nutzen? *Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 35 (3), 80-84.

Bundesgesundheitsagentur. (2009). *Jahres-/ Abschlussbericht zu Projekten für den Kooperationsbereich (Reformpool)*.

Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen. (2009). *Nationale HTA-Strategie Version 1.0, 2009*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Nationale HTA-Strategie.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Nationale_HTA-Strategie.pdf) [28.11.2012]

Bundeskanzleramt Österreich. (2011). *Geltungsbereich der Jugendschutzgesetze*. Verfügbar unter: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/174/Seite.1740210.html> [28.11.2012]

Bundeskanzleramt Österreich. (2012). *Mutter-Kind-Pass*. Verfügbar unter: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/8/Seite.082200.html> [28.11.2012]

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (2011). *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2010*. Wien.

Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz. (1996). *Endgültiger Jahresausweis über angezeigte Fälle übertragbarer Krankheiten für das Jahr 1996*. Verfügbar unter: [http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/0/9/CH1258/CMS1038920772676/jahresausweis\\_1996.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/0/9/CH1258/CMS1038920772676/jahresausweis_1996.pdf) [28.11.2012]

Bundesministerium für Gesundheit. (2008). *Selbstständige Ambulatorien in Österreich*. Wien.

Bundesministerium für Gesundheit. (2009). *Handbuch Alkohol-Österreich: Zahlen. Daten. Fakten. Trends 2009*. Wien.

Bundesministerium für Gesundheit. (2010). *Das Österreichische Gesundheitssystem: Zahlen-Daten-Fakten*. Wien.

Bundesministerium für Gesundheit. (2010). *Österreichische AIDS-Statistik: Periodischer Bericht*. Verfügbar unter: [http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/2/2/CH1188/CMS1287134758128/aids-statistik\\_dezember\\_2010\\_barrierefrei.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/2/2/CH1188/CMS1287134758128/aids-statistik_dezember_2010_barrierefrei.pdf) [11.10.2012]

Bundesministerium für Gesundheit. (2011). *Kinder-Gesundheitsstrategie*. Wien. Verfügbar unter: [http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/6/9/CH1004/CMS1317298042157/broschüre\\_kindergesundheitsstrategie\\_bf.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/6/9/CH1004/CMS1317298042157/broschüre_kindergesundheitsstrategie_bf.pdf) [28.11.2012]

Bundesministerium für Gesundheit. (2012). *Health Technology Assessment: Bewertung medizinischer Technologien im Gesundheitswesen*. Wien. Verfügbar unter: [http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Medizin/Health\\_Technology\\_Assessment/](http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Medizin/Health_Technology_Assessment/) [28.11.2012]

Bundesministerium für Gesundheit. (2012). *Krankenanstellen in Zahlen: Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstellen Österreich 2011*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/uereg\\_oesterreich\\_2011.pdf](http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/uereg_oesterreich_2011.pdf) [28.11.2012]

Bundesministerium für Gesundheit. (2012). *Rahmen-Gesundheitsziele: Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.fgoe.org/der-fonds/infos/rahmen-gesundheitsziele\\_240512.pdf](http://www.fgoe.org/der-fonds/infos/rahmen-gesundheitsziele_240512.pdf) [28.11.2012]

Burgenländische Gebietskrankenkasse. (2012a). *Kindermedikation*. Eisenstadt.

Burgenländische Gebietskrankenkasse. (2012b). *Mutter-Kind-Pass Untersuchungen und abgerechnete Einzelpositionen*. Eisenstadt.

Burgenländische Gebietskrankenkasse. (2012c). *Patientenstromanalyse*. Eisenstadt.

Burgenländische Gebietskrankenkasse. (2012d). *Extramurale Versorgung*. Eisenstadt

Burgenländische Gebietskrankenkasse. (2012e). *Kosten und Verordnungen der Heilmittel gesamt im Jahresvergleich*.

Burgenländische Gebietskrankenkasse (o.J.). *Mutter-Kind-Pass*. Verfügbar unter: [http://www.bgkk.at/portal27/portal/bgkkportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=50229&p\\_tabid=4&p\\_pubid=60665](http://www.bgkk.at/portal27/portal/bgkkportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=50229&p_tabid=4&p_pubid=60665) [28.11.2012]

Burgenländische Gebietskrankenkasse. (2012f). *Vorsorge: Ihre Gesundheit ist unser Ziel*. Verfügbar unter: [http://www.bgkk.at/portal27/portal/bgkkportal/channel\\_first\\_level/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=50189&p\\_tabid=3](http://www.bgkk.at/portal27/portal/bgkkportal/channel_first_level/cmsWindow?action=2&p_menuid=50189&p_tabid=3) [28.11.2012]

Burgenländische Gebietskrankenkasse. (2012g). *Vorsorgeuntersuchungen Österreich/ Burgenland*. Eisenstadt.

Burgenländischer Gesundheitsfonds. (2006-2008). *Über den Burgenländischen Gesundheitsfonds*. Verfügbar unter: <http://www.burgef.at/561.html> [28.11.2012]

Burgenländischer Gesundheitsfonds. (2011). *Regionaler Strukturplan Gesundheit Burgenland 2011*. Eisenstadt.

Burgenländischer Gesundheitsfonds. (2012). *Jahres-/ Abschlussbericht zu Projekten für den Kooperationsbereich (Reformpool)*. Eisenstadt.

Busse, R. (2007). *Perspektiven der modernen Versorgungsforschung* (Technische Universität Berlin, FG Management im Gesundheitswesen Hrsg.). Berlin. Verfügbar unter: [http://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2007.lectures/2007.01.13.rb\\_berlin.pdf](http://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2007.lectures/2007.01.13.rb_berlin.pdf) [28.11.2012]

CBS Network Services Limited und Technologie-Netzwerk Berling. (2003). *Soziales Kapital*. Verfügbar unter: <http://www.european-network.de/downloads/Informationsbroschuere%20-%20Soziales%20Kapital.PDF> [28.11.2012]

Cobiac, L.J., Vos, T., Veerman, J.L. (2010). Cost-effectiveness of interventions to promote fruit and vegetable consumption. *Plosone*, 5 (11).

Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320, 1240-1243.

Currie, C., Gabhainn, S.N., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Pickett, W., Richter, M., Morgan, A. & Barnekow, V. (2008). *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey* (WHO Regional Office for Europe Hrsg.). Copenhagen.

Currie, C.E., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R. & Todd, J. (2000). *Health and Health Behaviour among Young People* (WHO Regional Office for Europe Hrsg.). Copenhagen. Verfügbar unter: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0006/119571/E67880.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/119571/E67880.pdf) [28.11.2012]

Czirkovits, C. & Winkler, P. (2009). *GBE als Grundlage für gesundheitspolitische Maßnahmen (Public Health Action Cycle)*. Bericht (Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich ÖBIG Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: [http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/GBE\\_PHAC.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/GBE_PHAC.pdf) [28.11.2012]

Dantendorfer, K. (o.J.). *Vom Reformpoolprojekt zur Regelversorgung*. Verfügbar unter: [http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/MMDB143702\\_6%20DANTENDORFER\\_KJPReformpool.pdf](http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/MMDB143702_6%20DANTENDORFER_KJPReformpool.pdf) [28.11.2012]

Detsky, A.S, Naglie, I.G (1990). A clinician's guide to cost-effectiveness analysis, *Annals of Internal Medicine*, 113 (2), 147-154.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Österreichische Gesellschaft für Ernährung, Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung & Schweizerische Vereinigung für Ernährung. (2008). *Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr*. Neustadt: Neue Umschau.

Drummond, M., Stoddart, G. & Torrance, G. (1997). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford.

Dür, W. (2007). *Visionen für die Gesundheitsförderung in Österreich*. Vortrag im Rahmen der 9. Österreichischen Gesundheitsförderungskonferenz. Salzburg. Verfügbar unter: <http://lbimgs-archiv.lbg.ac.at/present/04062007.pdf> [28.11.2012]

Dür, W. (2011). Was ist Gesundheit? In: W. Dür, & R. Felder-Puig (Hrsg.). *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung* (S. 12-20). Bern: Huber.

Dür, W., Griebler, R., Flaschberger, E. & Felder-Puig, R. (2011). Gesundheitliche Beschwerden österreichischer Jugendlicher- Ergebnisse der HBSC-Studie 1994 bis 2006. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 161 (7-9), 174-179.

European Community Health Indicators Monitoring. (2010). *ECHI Shortlist Release of June 2008 (minor revisions in February 2010). Complete metadata for the indicators available on the ECHIM Products Website* (ECHIM, European Union, Hrsg.). Verfügbar unter: [http://www.echim.org/docs/echi\\_shortlist.pdf](http://www.echim.org/docs/echi_shortlist.pdf) [29.11.2011]

Elmadfa, I. & Leitzmann, C. (2004). *Ernährung des Menschen*. Stuttgart: Eugen Ulmer.

Elmadfa, I. et al. (2012). *Österreichischer Ernährungsbericht 2012*. Wien: Druckerei Berger.

EUGLOREH. (2007). *The status of health in the European Union towards a healthier Europe. Full Report* (European Union Hrsg.). Verfügbar unter: <http://euglorehcd.euologos.it/IXT/EXT-REP/INDEX.HTM> [28.11.2012]

European Centre for Disease Prevention and Control. (2011). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2010*. Verfügbar unter: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0006/154554/e96000.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/154554/e96000.pdf) [11.10.2012]

European Communities. (2005). *The contribution of health to the economy in the European Union*. Luxembourg.

Fachhochschulstudiengänge Burgenland Ges.m.b.H. (2012). *Gemeinsam Gesund im Bezirk Oberwart: ein Modellprojekt zur Herz-Kreislauf-Gesundheit. Abschlussbericht*. Pinkafeld.

Fachstelle für Suchtprävention Burgenland. (2011). *Jahresbericht 2010* (Psychosozialer Dienst Burgenland Hrsg.). Eisenstadt. Verfügbar unter: <http://www.psd-bgld.at/downloads/suchtpraevention-2010.pdf> [28.11.2012]

Falbesoner, B. & Lehner, S. (2007). *Empirische Erhebung über den Konsum von legalen und illegalen Substanzen bei burgenländischen Jugendlichen*. Eisenstadt. Verfügbar unter: [http://www.burgenland.at/media/file/631\\_Suchtmittelkonsum\\_If.pdf](http://www.burgenland.at/media/file/631_Suchtmittelkonsum_If.pdf) [28.11.2012]

Felderer, B., Grozea-Helmenstein, D., Helmenstein, C. & Slavova, T. (2005). *Wirtschaftsprognose für das Burgenland: Jahresbericht 2004* (Studie im Auftrag der Burgenländischen Landesregierung und der Wirtschaftskammer Burgenland Hrsg.). Wien.

Felder-Puig, R. (2012). *Aktuelle Daten zur Gesundheit von österreichischen SchülerInnen und LehrerInnen aus Selbstberichten*. Vortrag im Rahmen des Symposiums an der FH Burgenland am 13.6.2012.

Fonds Gesundes Österreich. (Hrsg.). (2007). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/tagungsbande/tagungsband-soziale-ungleichheit-und-gesundheit/2009-08-28.8211777691> [28.11.2012]

Fonds Gesundes Österreich. (2008). *Gesundheitsdeterminanten, Farbe gekennzeichnet*. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/presse->

[publikationen/downloads/fotos-grafiken/ernaehrungspyramide-infografiken/gesundheitsdeterminanten-farbe-gezeichnet](#) [29.11.2011]

Fonds Gesundes Österreich. (2008). *Gesundheitsdeterminanten, Farbe gekennzeichnet*. Verfügbar unter: [http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Determinanten\\_farbe%28k%29.jpg/view](http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Determinanten_farbe%28k%29.jpg/view) [28.11.2012]

Fonds Gesundes Österreich. (2010). *Gesunde Dörfer im Burgenland*. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/infos/gesunde-dorfer-im-burgenland> [28.11.2012]

Franzkowiak, P., Homfeldt, H.G. & Mühlum, A. (2011). *Lehrbuch Gesundheit*. Beltz Juventa: Weinheim und Basel:.

Ganjeizadeh-Rouhani, A. (2010). Neue Wege Informationsplattform: Business Intelligence im Gesundheitswesen. *Soziale Sicherheit*, 366-371. Verfügbar unter: [http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/703168\\_Ganjeizadeh-Rouhani\\_BIG\\_Business\\_Intelligence\\_im\\_Gesundheitswesen.pdf](http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/703168_Ganjeizadeh-Rouhani_BIG_Business_Intelligence_im_Gesundheitswesen.pdf) [3.12.2012]

Gebhard, U. (2008). Naturerfahrung und Gesundheit: Zur Psychodynamik des kindlichen Naturverhältnisses. In Tourismus Zentrale Saarland GmbH. (Hrsg.), *1. Gesundheitskongress Wandern: „Regeneration durch Natur“ 11.-12. Oktober 2007 im Saarland* (S. 145-159). Saarbrücken: Merziger Druckerei.

Gehmacher, E. (2003). *Sozialkapital- Ein neues OECD-Programm: Bericht über die Tagung „Measuring Social Capital“ Budapest 21.-23.Mai 2003*.

Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich ÖBIG. (2007). *Zahnstatus 2006: Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich*. Wien.

Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich ÖBIG. (2009). *Zahnstatus 2007: Zwölfjährige mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich*. Wien.

Gesundheit Österreich GmbH. (2010). *Österreichischer Strukturplan Gesundheit ÖSG 2010 (inkl. Großgeräteplan)*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg\\_2010\\_-\\_gesamt,\\_stand\\_26.11.2010.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2010_-_gesamt,_stand_26.11.2010.pdf) [28.11.2012]

Gesundheit Österreich GmbH. (2012). *Gesundheitsfolgenabschätzung: Nationale Beispiele von Gesundheitsfolgenabschätzung sowie Aktivitäten zur Gesundheitsfolgenabschätzung*. Wien. Verfügbar unter: <http://gfa.goeg.at/Examples/National> [31.10.2012]

Gesundheit Österreich GmbH. (2012). *Qualität und Wirtschaftlichkeit/Health Technology Assessment*. Wien. Verfügbar unter: <http://www.goeg.at/de/QWi> [28.11.2012]

Gude, S. (2010). *Regionale Fertilitätsunterschiede in Österreich. Eine Mehrebenenanalyse zu den Einflüssen auf das generative Verhalten unter Berücksichtigung von räumlichen Abhängigkeiten*. Doctoral thesis, WU Vienna University of Economics.

Hansmann, R., Hug, S.M. & Seeland, K. (2007). Restoration and stress relief through physical activities in forests and parks. *Urban Forestry & Urban Greening*, 6 (4), 213-225.

Hartig, T., Mang, M. & Evans, G.W. (1991). Restorative Effects of Natural Environment Experiences. *Environment & Behaviour*, 23 (1), 3-26.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2008). *Länderzahnstatuserhebung bei 12-Jährigen 2007 Burgenland*.

Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger. (2007). *Länder-Zahnstatuserhebungen bei Sechsjährigen 2006*.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2012). *Länderzahnstatuserhebung bei 6-Jährigen 2011 Burgenland*.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2012). *Vorsorgeuntersuchung*. Verfügbar unter: [https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/services/servicesWindow?p\\_tabid=6&p\\_menuid=5089&action=2](https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/services/servicesWindow?p_tabid=6&p_menuid=5089&action=2) [28.11.2012]

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2012). *Bericht des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz gemäß § 447 h (4) ASVG für das Jahr 2011*. Graz. Verfügbar unter: [http://www.hauptverband.at/mediaDB/901465\\_%C2%A7447hBericht\\_2012.pdf](http://www.hauptverband.at/mediaDB/901465_%C2%A7447hBericht_2012.pdf) [28.11.2012]

Hausapothekenreferat der Österreichischen Ärztekammer. (2012). *Medizin aus einem Guss, Hausarzt und Hausapotheke*. Verfügbar unter: <http://www.hausapotheker.at/> [28.11.2012]

Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Layton, J.B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *Polos Medicine*, 7 (7).

Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch J. (2010). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch, (2010). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 3. Auflage. Bern: Huber.

Hurrelmann, K., Laaser, U., Richter, M. (2012). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: K. Hurrelmann & O. Razum, (2012). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 5. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa:



Hurrelmann, K. & Richter, M. (2006). Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems. *Journal of Public Health*, 14 (1), 20-28.

Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien. (Hrsg.). (2003). *Österreichischer Ernährungsbericht 2003*. Wien.

Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien. (Hrsg.) (2009). *Österreichischer Ernährungsbericht 2008*. Wien.

Institut für Strategieanalysen. (2011). *Gesundheitsbarometer Burgenland: Welle 1-Februar/März 2011: Tabellenband*. Wien.

Institut für Strategieanalysen. (2011). *Gesundheitsbarometer Burgenland: Welle 2-Mai/Juni 2011: Tabellenband*. Wien.

Institut für Strategieanalysen. (2011). *Gesundheitsbarometer Burgenland: Welle 3-November 2011: Ergebnisse und Tabellenband*. Wien.

Institut für Strategieanalysen. (2012). *Gesundheitsbarometer Burgenland: Welle 4-Februar 2012: Tabellenband*. Wien.

Institut für Strategieanalysen. (2012). *Gesundheitsbarometer Burgenland: Welle 5-Juni 2012: Tabellenband*. Wien.

Iten, R. Vettori, A., Menegale, S. & Trageser, J. (2009). *Kosten-Wirksamkeit ausgewählter Präventionsmaßnahmen in der Schweiz. Eine gesundheitsökonomische Untersuchung*. Bern. Verfügbar unter: [http://www.vips.ch/dok\\_download.cfm?dokID=789](http://www.vips.ch/dok_download.cfm?dokID=789) [24.1.2013]

Jakubowski, E. (2003). Public Health in Europa. In F. W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist & U. Walter (Hrsg.), *Das Public Health Buch* (S. 11-15). München & Jena: Urban & Fischer.

Janson, C. (2005). Arbeit und Gesundheit: ein herausfordernder Bereich für die Supervision. *Supervision: Mensch Arbeit Organisation. Arbeit und Gesundheit*, 23 (3). 3-5.

Joanneum Research Forschungsgesellschaft mbH. (2012). *Disease Management in Österreich: DMP Komponenten und ihre Unterstützung durch e-Health*. Graz.

Joshiyura, K.J., Hu, F.B., Manson, J.E., Stampfer, M.J., Rimm, E.B., Speizer, F.E., Colditz, G, Ascherio, A., Rosner, B., Spiegelman, D. & Willett, W.C. (2001). The Effect of Fruit and Vegetable Intake on Risk of Coronary Heart Disease, *Annals of Internal Medicine*, 134 (12), 1106-1114.

Jürgens-Scholz, B. (2005). Krankenkassen engagieren sich für betriebliche Gesundheitsförderung. *Supervision: Mensch Arbeit Organisation. Arbeit und Gesundheit*, 23 (3), 10-13.

Kahlmeier, S., Racioppi, F., Cavill, N., Rutter, H. & Oja, P. (2010). "Health in All Policies" in Practice: Guidance and Tools to Quantifying the Health Effects of Cycling and Walking. *Journal of Physical Activity and Health*, 7, 120-125.

Kärntner Gebietskrankenkasse. (2011). Leitlinienkonformität der Initialtherapie mit oralen Antidiabetika in Österreich. *Ökonomie & Praxis: Medikamente, Fakten, Kosten, Trends*, 22 (77), 1-2.

Katzmarzyk, P.T., Gledhill, N. & Shephard, R.J. (2000). The economic burden of physical inactivity in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 163 (11), 1435-1440.

Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K., Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality, *American Journal of Public Health*, 87 (9), 1491-1498.

Kemm, J. (2006). Health impact assessment and Health in All Policies. In T. Stahl, M. Ollila, E. Lahtinen & K. Leppo, (Hrsg.). *Health in All Policies: Prospects and potentials* (S. 189-208). Finland.

Kickbusch, I. (2010). Health in All Policies: the evolution of the concept of horizontal health governance. In: I. Kickbusch, & K. Buckett, (Hrsg.). *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010* (11-24). South Australia: Department of Health.

Kickbusch, I., McCann, W. & Sherbon, T. (2008). Adelaide revisited: from healthy public policy to Health in All Policies. *Health Promotion International*, 23 (1), 1-4.

Kiecolt-Glaser, J.K. McGuire, L, Robles, T.F. & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53, 83-107.

Kirch, W., Badura, B. & Pfaff, H. (2008). *Prävention und Versorgungsforschung*. Berlin Heidelberg: Springer.

Klimont, J. & Ihle, P. (2009). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: ausgewählte Ergebnisse für Bundesländer*. Wien.

Kryspin-Exner, I., & Pintzinger, N. (2010). Theorien der Krankheitsprävention und des Gesundheitsverhaltens. In: K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (2010). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 3. Auflage. Bernd: Huber.

Lampert, T. & Richter, M. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.). *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (S. 209-230). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Lampert, T. & Ziese, T. (2005). *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der*

Bundesregierung (Robert Koch Institut Hrsg.). Verfügbar unter: <http://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Armut-Reichtum/forschungsprojekt-a349-armut-soziale-ungleichheit-und-gesundheit.html> [28.11.2012]

Land Burgenland. (2009a). *50 Jahre psychosoziale Versorgung im Burgenland*. Eisenstadt. Verfügbar unter: <http://www.burgenland.at/aktuell/1660> [28.11.2012]

Land Burgenland. (2009b). *Mit „Urfit“ gegen Adipositas & Co.* Eisenstadt. Verfügbar unter: <http://www.burgenland.at/aktuell/1518> [28.11.2012]

Land Burgenland. (2011a). *Bevölkerung des Burgenlandes nach Gebietseinheiten: Sonderauswertung der Landesstatistik*. Eisenstadt.

Land Burgenland. (2011b). *Diabetesbetreuung „Modell Burgenland“- Jahresbericht 2010*. Eisenstadt.

Land Burgenland. (2011c). *Erwerbstätige nach Pendlerfrequenz*. Eisenstadt.

Land Burgenland. (2011d). *Sozialbericht 2009/2010*. Eisenstadt.

Land Burgenland. (2012a). *Altenwohn- und Pflegeheime und Tagesbetreuungseinrichtungen für Senioren im Burgenland*. Verfügbar unter: [http://www.burgenland.at/media/file/983\\_Altenpflegeheime.pdf](http://www.burgenland.at/media/file/983_Altenpflegeheime.pdf) [28.11.2012]

Land Burgenland. (2012b). *Bezirke und Gemeinden*. Eisenstadt. Verfügbar unter: <http://www.burgenland.at/burgenland/bezirkeundgemeinden> [28.11.2012]

Land Burgenland (2012c). *Bildung*. Eisenstadt. Verfügbar unter: <http://www.burgenland.at/kultur/bildung> [28.11.2012]

Land Burgenland. (2012d). *Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte im Burgenland*. Eisenstadt.

Land Burgenland. (2012e). *Landesentwicklungsprogramm Burgenland- LEP 2011: Mit der Natur zu neuen Erfolgen*. Eisenstadt. Verfügbar unter: [http://www.phasing-out.at/media/file/797\\_9c\\_LEP2011\\_Ordnungsplan.pdf](http://www.phasing-out.at/media/file/797_9c_LEP2011_Ordnungsplan.pdf) [28.11.2012]

Land Burgenland. (2012f). *Politik & Verwaltung: Abteilung 4a- Agrar- und Veterinärwesen*. Verfügbar unter: <http://www.burgenland.at/politik-verwaltung/landesverwaltung/abteilung4a/27> [28.11.2012]

Land Burgenland (2012g). *Schule*. Eisenstadt. Verfügbar unter: <http://www.burgenland.at/kultur/bildung/schule> [28.11.2012]

Lebensministerium. (2012h). *Strahlenschutz*. Verfügbar unter: <http://www.lebensministerium.at/umwelt/strahlen-atom/strahlenschutz.html> [28.11.2012]

Leder, S. (2010). Wandern und Muße. In A. Dreyer, A. Menzel & M. Endreß (Hrsg.), *Wandertourismus: Kundengruppen Destinationsmarketing Gesundheitsaspekte* (S. 99-106). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Leppin, A. (2010). Konzepte und Strategien der Prävention. In: K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 3. Auflage. Bern: Huber.

Lock, K., Pomerlau, J., Causer, L., Altmann, D.R. & McKee, M. (2005). The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. *Bulletin of the World Health Organization*, 83 (2), 100-108.

Maas, J., Verheij, R.A., Groenewegen, P.P., de Vries, S. & Spreeuwenberg, P. (2006). Green space, urbanity, and health: how strong is the relation?. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60 (7), 587-592.

Mair, A., Peböck, M. & Soffried, J. (2007). *10 "To do's": Mögliche Vorgehensweise zur Entwicklung von nationalen bzw. länderspezifischen Gesundheitszielen in Österreich* (Behandlungsökonomie OÖGKK, Institut für Gesundheitsplanung Hrsg.). Linz.

Martin, B.W., Beeler, I., Szucs, T., Smala, A.M., Brügger, O., Casparis, C., Allenbach, R., Raeber, P.A. & Marit, B. (2001). Volkswirtschaftlicher Nutzen der Gesundheitseffekte der körperlichen Aktivität: erste Schätzung für die Schweiz. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 49 (2), 84-86.

Mayer, K. (2012). *Messung von Kindergesundheit und ihre Bedeutung in der Gesundheitsberichterstattung: Eine europäische Vergleichsanalyse und der Versuch einer modellartigen Entwicklung zur Vergleichbarkeit von Kindergesundheit*. Diplomarbeit, FH Burgenland. Pinkafeld.

Mayer, S. (2011). *Health in All Policies- Gesundheit in allen Politikfeldern*. Masterarbeit, Medizinische Universität Graz. Graz.

Mayrhofer, R. (2011). Alter Wein in neuen Schläuchen?. *Österreichische Ärztezeitung*, (5), Verfügbar unter: <http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2011/oeaez-5-10032011/versorgungsforschung.html> [28.11.2012]

Meyer, C., Reiter, S., Siedler, A., Hellenbrand, W. & Rasch, G. (2002). Über die Bedeutung von Schutzimpfungen: Epidemiologie, Durchimpfungsraten, Programme. *Bundesgesundheitsblatt*, 45 (4), 323-331.

Mitchell, R. & Popham, F. (2007). Greenspace, urbanity and health: relationships in England. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61 (8), 681-683.

Mück-Weymann, M., Leichtfried, V., Schobersberger, W., Hoffmann, G., Greie, S., Reicht, I. & Humpeler, E. (2007). AMAS II (Austrian Moderate Altitude Study II): Auswirkungen eines einwöchigen Aktivurlaubs (1700 m) in mittleren Höhen auf biopsychologische Parameter. In W. Schobersberger, W. Domej, G. Sumann & F. Berghold (Hrsg.), *Jahrbuch 2007 Österreichische Gesellschaft für Alpin- und Höhenmedizin* (S. 209-226). Innsbruck: Raggl digital graphic+print.

Müller-Bohn, U. (2000). *Pharmakoökonomie*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.

National Institute On Drug Abuse. (2011). *Marijuana*. Verfügbar unter: [https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/marijuana\\_3.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/marijuana_3.pdf) [28.11.2012]

Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung. (2012). *Betriebliche Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter: [http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/start/startWindow?action=2&p\\_menuid=64784&p\\_tabid=1](http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/start/startWindow?action=2&p_menuid=64784&p_tabid=1) [28.11.2012]

Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung. (o.J.). *Endbericht/Endabrechnung „Qualitätssicherungsaktivitäten des Österreichischen Netzwerkes BGF“: Projekt Nummer: 1479/V/1*. Verfügbar unter: [http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geofoerderte-projekte/FgoeProject\\_1309/44371.pdf](http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geofoerderte-projekte/FgoeProject_1309/44371.pdf) [15.1.2013]

Neugebauer, E.A.M., Pfaff, H., Schrappe, M. & Glaeske, G. (2008). Versorgungsforschung- Konzept, Methoden und Herausforderungen. In W. Kirch, B. Badura & H. Pfaff (Hrsg.). *Prävention und Versorgungsforschung* (S. 81-94). Berlin Heidelberg: Springer.

ÖAMTC. (2012). *Die Christophorus-Standorte*. Verfügbar unter: <http://www.oeamtc.at/?id=2500,..10218> [28.11.2012]

OECD. (2007). *OECD Health Data 2007* (Data on file). Paris. Verfügbar unter: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics\\_health-data-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en) [24.1.2013]

Öffentliches Gesundheitsportal. (2012a). *Der Mutter-Kind-Pass*. Verfügbar unter: [https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Der Mutter Kind Pass\\_HK.html](https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Der_Mutter_Kind_Pass_HK.html) [28.11.2012]

Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. (2012b). *Unser Gesundheitswesen im Überblick*. Verfügbar unter: [https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/DasGesundheitswesenimUeberblick.html\\_LN.html](https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/DasGesundheitswesenimUeberblick.html_LN.html) [28.11.2012]

Österreichische Apothekerkammer. (2011). *Apotheken in Zahlen*. Wien. Verfügbar unter:

[http://www.apotheker.or.at/internet%5Coeak%5Cdownlink\\_1\\_0\\_0a.nsf/554F2570335EBFEAC125789B004A4192/\\$file/Apotheke\\_in\\_Zahlen2011.pdf](http://www.apotheker.or.at/internet%5Coeak%5Cdownlink_1_0_0a.nsf/554F2570335EBFEAC125789B004A4192/$file/Apotheke_in_Zahlen2011.pdf) [28.11.2012]

Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management. *Grundlagenpapier*. Verfügbar unter: [http://www.oegcc.at/OeGCC\\_Grundlagenpapier\\_290711.pdf](http://www.oegcc.at/OeGCC_Grundlagenpapier_290711.pdf) [28.11.2012]

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. *Zahnstatuserhebungen*. Verfügbar unter: <http://www.goeg.at/index.php?pid=arbeitsbereichedetail&ab=68&smark=Zahnstatus&noreplace=yes> [28.11.2012]

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. (2011). *Bericht zur Drogensituation 2011*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/drogensituation\\_2011.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/drogensituation_2011.pdf) [28.11.2012]

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. (2011). *Fehlzeitenreport 2011: Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.wifo.ac.at/www/jsp/index.jsp?fid=23923&typeid=8&display\\_mode=2&id=42691](http://www.wifo.ac.at/www/jsp/index.jsp?fid=23923&typeid=8&display_mode=2&id=42691) [28.11.2012]

Österreichisches Rotes Kreuz. (2012). *Jahresbericht 2011*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.rotekreuz.at/fileadmin/user\\_upload/PDF/Taetigkeitsbericht/OERKJB\\_11.pdf](http://www.rotekreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/Taetigkeitsbericht/OERKJB_11.pdf) [28.11.2012]

Österreichisches Rotes Kreuz Burgenland. (2012). *Leistungsbericht 2011*. Eisenstadt. Verfügbar unter: <http://www.rotekreuz.at/nocache/bgl/berichten/publikationen/leistungsberichte/> [28.11.2012]

Österreichische Vereinigung für das Gas- und Wasserfach. (2008). *Trinkwasser in Österreich*. Wien.

Österreichische Wirtschaftskammer. (2011). *Lebenserwartung: Stand 2009*. Verfügbar unter: <http://wko.at/statistik/eu/europa-lebenserwartung.pdf> [28.11.2012]

Pan, X.R., Li, G.W., Hu, Y.H., Wang, J.X., Yang, W.Y., An, Z.X., Hu, Z.X., Lin, J., Xiao, J.Z., Cao, H.B., Liu, P.A., Jiang, X.G., Jiang, Y.Y., Wang, J.P., Zheng, H., Zhang, H., Bennett, P.H., Howard, B.V. (1997). Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance, the Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care*, 20 (4), 537–544.

Peböck, M. (2009). Die Bedeutung von Gesundheitszielen zur Gestaltung des österreichischen Gesundheitssystems. *Wirtschafts- und Sozialpolitische Zeitschrift*, 32 (1), 170-184.

Penz, H. (2008). *Gemeindebezogene Gesundheitsförderung: Eine Fallstudie zu etablierten Konzepten in der landesweiten Umsetzung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Pfaff, H. (2003). *Versorgungsforschung- Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben*. Verfügbar unter: [http://www.gesundheitspolitik.org/01\\_gesundheitssystem/krankenversicherung/versorgungsforschung/VersorgungsforschungBegriffsbestimmungGegenstandundAufgaben.pdf](http://www.gesundheitspolitik.org/01_gesundheitssystem/krankenversicherung/versorgungsforschung/VersorgungsforschungBegriffsbestimmungGegenstandundAufgaben.pdf) [28.11.2012]

Plattform Gesundheitsberichterstattung. (2010). *Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung: Empfehlungen zu Funktion und Gestaltung von Gesundheitsberichten in Österreich* (Gesundheit Österreich GmbH Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: [http://www.goeg.at/cxdata/media/download/Empfehlungen\\_GBE.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/Empfehlungen_GBE.pdf) [28.11.2012]

Ponocny, I., Novakova, P. & Schönfeldinger, R. (2002). Suchtverhalten bei Schülerinnen und Schülern im Burgenland: Eine repräsentative Erhebung. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 25 (3), 5-16.

Posch, A. (2010). *Case Management versus Entlassungsmanagement*. Graz: Medizinische Universität Graz.

Pretty, J., Peacock, J., Sellens, M. & Griffin, M. (2005). The mental and physical health outcomes of green exercise. *International Journal of Environmental Health Research*, 15 (5), 319-337.

Psychosozialer Dienst Burgenland GmbH. (2010). *Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. Eisenstadt. Verfügbar unter: <http://www.psd-bgld.at/einrichtungen/kjpp/index.html> [28.11.2012]

Psychosozialer Dienst Burgenland GmbH. (2011). *Kurzer Leistungsbericht der Zentren für seelische Gesundheit*. Eisenstadt.

Psychosozialer Dienst Burgenland. (2012). *Psychosozialer Dienst Burgenland GmbH*. Verfügbar unter: <http://www.psd-bgld.at/> [28.11.2012]

Putnam, R.D. (1993). *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*, Princeton: Princeton University Press.

Quigley, R. (2010). Role of Health Impact Assessment in Health in All Policies. In Department of Health, Government of South Australia (Hrsg.). *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010* (S. 101-110). South Australia.

Ramelow, D., Griebler, R., Hofmann, F., Unterweger, K., Mager, U., Felder-Puig, R. et al. (2011). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen*

*Schülerinnen und Schülern: Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010.* Wien: Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Rauh, W., Bleckmann, C., Limbourg, M., Moshhammer, H., Regner, K. & Pilz, C. (2004). *Kinder, die Verlierer im Verkehr.* Wien: VCÖ.

Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Torsheim, T., Hetland, J., Freeman, J., Danielson, M., Thomas, C. & The HBSC Positive Health Group. (2008). An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *European Journal of Public Health, 18* (3), 294-299.

Renneberg, B. & Hammelstein, P. (2006). *Gesundheitspsychologie.* Heidelberg: Springer.

Rigby, M. & Köhler, L. (2002). *Child Health Indicators of Life and Development: Report to the European Commission.* Luxemburg.

Rizzo, J.D & Powe, N.R. (1999). Methodological Hurdles in Conducting Pharmacoeconomic Analyses. *Pharmacoeconomics, 15* (4), 339-355.

Rodewald, R. (2009). *Landschaft und Gesundheit- eine vielversprechende Verbindung.*

Rychlik, R. (1999). *Gesundheitsökonomie - Grundlagen und Praxis.* Stuttgart: Enke.

Sacks, F.M, Svetkey, L.P., Vollmer, W.M., Appel, L.J., Bray, G.A., Harsha, D., Obarzanek, E., Conlin, P.R., Miller, E.R., Simons-Morton, D.G., Karanja, N. Lin, P.H., Aickin, M., Most-Windhauser, M.M., Moore, T.J., Proschan, M.A., Cutler, J.A. (2001). Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *New England Journal of Medicine, 344*, 3–10.

Schäfer Elinder, L., Lock, K. & Blenkus Gabrijelcic, M. (2006). Public health, food and agriculture policy in the European Union. In T. Stahl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen & K. Leppo (Hrsg.). *Health in All Policies: Prospects and potentials* (93-110). Finland: Ministry of Social Affairs and Health.

Schäfers, B. & Scherr, A. (2005). *Jugendsoziologie: Einführung in Grundlagen und Theorien* (8. aktualisierte und überarbeitete Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schmid, H. (2011). Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern. In: W. Dür & R. Felder-Puig (Hrsg.). *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung* (S. 94-100). Bern: Huber.

Schöffski, O. & Schulenburg, J.M. (2000). *Gesundheitsökonomische Evaluationen.* Berlin u.a.: Springer.



Schwefel, D. (2003). Ökonomisch benachteiligte, nicht-europäische Länder. In F.W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist & U. Walter (Hrsg.), *Das Public Health Buch* (S. 15-22). München & Jena: Urban & Fischer.

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2007). *Altersstandardisierte Sterbeziffer*. Verfügbar unter: [http://www.obsandaten.ch/indikatoren/2\\_2\\_1\\_2/2004/d/2212.pdf](http://www.obsandaten.ch/indikatoren/2_2_1_2/2004/d/2212.pdf) [11.10.2012]

Schwiembacher, K. (o.J.). Erfahrungsbericht 1 Jahr Reformpoolprojekt. Verfügbar unter: [http://www.hauptverband.at/mediaDB/MMDB143701\\_5%20SCHWIENBACHER\\_1%20Jahr%20Reformpoolprojekt.pdf](http://www.hauptverband.at/mediaDB/MMDB143701_5%20SCHWIENBACHER_1%20Jahr%20Reformpoolprojekt.pdf) [28.11.2012]

Senecura. (2012). *SeneCura Neurologisches Rehabilitationszentrum und Gesundheitshotel Kittsee*. Verfügbar unter: <http://www.senecura.at/> [28.11.2012]

Singh-Manoux, A., Martikainen, P., Ferrie, J., Zins, M., Marmot, M. & Goldberg, M. (2006). What does self-rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (4), 364-372.

Smala, A., Beeler, I. & Szucs, T.D. (2001). *Die Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz*. Zürich. Verfügbar unter: [http://www.zora.uzh.ch/33375/1/Smala et al Bericht Volkswirtschaft.pdf](http://www.zora.uzh.ch/33375/1/Smala_et_al_Bericht_Volkswirtschaft.pdf) [12.11.2012]

Sportunion Burgenland. (o.J.). *Ugotchi*. Eisenstadt. Verfügbar unter: [http://www.sportunion-burgenland.at/de/menu\\_main/sport-welten/fit-fuer-oesterreich/ugotchi](http://www.sportunion-burgenland.at/de/menu_main/sport-welten/fit-fuer-oesterreich/ugotchi) [28.11.2012]

Sprenger, M. (2005). Health Impact Assessment. *Österreichische Krankenhauszeitung (ÖKZ)*, 46 (9), 18-21.

Stahl, T., Ollila, E. & Koivusalo, M. (2006). Principles and challenges of Health in All Policies. In T. Stahl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen & K. Leppo (Hrsg.). *Health in All Policies: Prospects and potentials* (3-20). Finland: Ministry of Social Affairs and Health.

Stahl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (2006). *Health in All Policies: Prospects and potentials* (Ministry of Social Affairs and Health, European Observatory on Health Systems and Policies Hrsg.). Finland.

Statistik Austria. (2004a). *Volkszählung 2001: Hauptergebnisse II-Burgenland*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/dynamic/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen\\_registerzaehlungen/publdetail?id=22&listid=22&detail=254](http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen/publdetail?id=22&listid=22&detail=254) [28.11.2012]

Statistik Austria. (2004b). *Volkszählung 2001: Hauptergebnisse II-Österreich*. Wien.  
Verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/dynamic/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen\\_registerzaehlungen/publdetail?id=22&listid=22&detail=263](http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen/publdetail?id=22&listid=22&detail=263) [28.11.2012]

Statistik Austria. (2007a). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Wien.

Statistik Austria. (2008a). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2007*. Wien.

Statistik Austria. (2008c). *Österreichischer Todesursachenatlas: Atlas of Mortality in Austria by Causes of Death 1998/2004* (Statistik Austria Hrsg.). Wien.

Statistik Austria. (2008d). *Struktur und Volumen der Freiwilligenarbeit in Österreich*. Wien.  
Verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/freiwilligenarbeit/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/freiwilligenarbeit/index.html)  
[28.11.2012]

Statistik Austria. (2008e). *Zuordnung der politischen Bezirke auf 32 Versorgungsregionen und 4 Versorgungszonen (Stand 29.3.2005)*. Wien.

Statistik Austria. (2009a). *Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zu Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07*. Wien.  
Verfügbar unter:

<http://www.statistik.at/wcmsprod/groups/gd/documents/stdok/034352.pdf>

Statistik Austria. (2009b). *Einkommen, Armut und Lebensbedingungen: Ergebnisse aus EU-SILC 2007*. Wien.

Statistik Austria. (2010a). *Standard-Dokumentation Metainformation (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Statistik des Bevölkerungsstandes*. Wien.  
Verfügbar unter:

<http://www.statistik.at/wcmsprod/groups/gd/documents/stdok/029355.pdf>  
[3.12.2012]

Statistik Austria. (2010b). *Armutgefährdung und Lebensbedingungen in Österreich Ergebnisse aus EU-SILC 2009: Tabellenband*. Wien.

Statistik Austria. (2010c). *Einkommen, Armut und Lebensbedingungen: Tabellenband Ergebnisse aus EU-SILC 2008*. Wien.

Statistik Austria. (2011a). *Arbeitskräfteerhebung 2011: Ergebnisse des Mikrozensus*. Wien.

Statistik Austria. (2011b). *Bevölkerungsvorausschätzung 2011-2050 sowie Modellrechnung bis 2075 für Burgenland (Hauptzenario)*. Wien.

Statistik Austria. (2011c). *Bevölkerungsvorausschätzung 2011-2050 sowie Modellrechnung bis 2075 für Österreich (Hauptszenario)*. Wien.

Statistik Austria. (2011d). *Demographisches Jahrbuch 2010*. Wien.

Statistik Austria. (2011e). *Gliederung Österreich in NUTS-Einheiten*. Wien. Verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/klassifikationen/regionale\\_gliederungen/nuts\\_einheiten/index.html](http://www.statistik.at/web_de/klassifikationen/regionale_gliederungen/nuts_einheiten/index.html) [28.11.2012]

Statistik Austria. (2011f). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010*. Wien.

Statistik Austria. (2011g). *Spitalsentlassungsstatistik*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/stationaere\\_aufenthalte/spitalsentlassungen\\_nach\\_ausgewaehlten\\_diagnosen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_nach_ausgewaehlten_diagnosen/index.html) [28.11.2012]

Statistik Austria. (2011h). *Standard-Dokumentation Metainformation (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Krebsstatistik (Krebsregister)*. Wien. Verfügbar unter: [28.11.2012]

Statistik Austria. (2011i). *Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich Ergebnisse aus EU-SILC 2010: Tabellenband* Wien.

Statistik Austria. (2012a). *Bevölkerungsstand 1.1.2012*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/services/publikationen/2/index.html?id=2&listid=2&detail=541](http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/2/index.html?id=2&listid=2&detail=541) [28.11.2012]

Statistik Austria. (2012b). *Bildung in Zahlen: Tabellenband*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/dynamic/statistiken/bildung\\_und\\_kultur/publdetail?id=5&listid=5&detail=508](http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/bildung_und_kultur/publdetail?id=5&listid=5&detail=508) [28.11.2012]

Statistik Austria. (2012c). *Bildungsstand der Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren 2010 nach Politischem Bezirk*. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bildung\\_und\\_kultur/bildungsstand\\_der\\_bevoelkerung/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/bildungsstand_der_bevoelkerung/index.html) [28.11.2012]

Statistik Austria. (2012d). *Bildungsstand der Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren 2010 nach Bundesland und Geschlecht*. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bildung\\_und\\_kultur/bildungsstand\\_der\\_bevoelkerung/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/bildungsstand_der_bevoelkerung/index.html) [28.11.2012]

Statistik Austria. (2012e). *Demographische Indikatoren 201: Querschnittsindikatoren 201*. Wien.

Statistik Austria. (2012f). *Demographische Indikatoren für Österreich: 1961-2011*. Wien. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/dynamic/services/publikationen/2/publdetail?id=2&listid=2&detail=318](http://www.statistik.at/web_de/dynamic/services/publikationen/2/publdetail?id=2&listid=2&detail=318) [28.11.2012]

Statistik Austria. (2012g). *Demographisches Indikatoren: 1961-2011 für Burgenland*. Wien. Verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/dynamic/services/publikationen/2/publdetail?id=2&listid=2&detail=319](http://www.statistik.at/web_de/dynamic/services/publikationen/2/publdetail?id=2&listid=2&detail=319) [28.11.2012]

Statistik Austria. (2012h). *Familien- und Haushaltsstatistik: Ergebnisse der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung*. Wien. Verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_en/publications\\_services/Publicationsdetails/6/index.html?id=6&listid=6&detail=526&lang=EN](http://www.statistik.at/web_en/publications_services/Publicationsdetails/6/index.html?id=6&listid=6&detail=526&lang=EN) [28.11.2012]

Statistik Austria. (2012i). *Kindertagesheim-Statistik 2011/12*. Wien. Verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/dynamic/services/publikationen/5/publdetail?id=5&listid=5&detail=523](http://www.statistik.at/web_de/dynamic/services/publikationen/5/publdetail?id=5&listid=5&detail=523) [28.11.2012]

Statistik Austria. (2012j). *Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Spitalsentlassungsstatistik*. Wien. Verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/stationaere\\_aufenthalte/spitalsentlassungen\\_gesamt/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_gesamt/index.html) [8.11.2012]

Statistik Austria. (2012k). *Statistisches Jahrbuch Österreich 2012*. Wien.

Statistik Austria. (2012l). *Todesursachenstatistik*. Wien. Verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen\\_im\\_ueberblick/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html) [28.11.2012]

Statistik Austria. (2012m). *STATcube - Statistische Datenbank*. Verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/services/datenbank\\_superstar/index.html](http://www.statistik.at/web_de/services/datenbank_superstar/index.html) [14.11.2012]

Statistik Austria. (2012n). *Bruttojahresverdienste der Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten nach Wirtschaftstätigkeit und Geschlecht 2010*. Wien. Verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/personeneinkommen/verdienststruktur/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/personeneinkommen/verdienststruktur/index.html) [13.11.2012]

Statistik Austria. (2012o). *Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Statistik der Standesfälle einschließlich Todesursachenstatistik*. Wien. Verfügbar unter:

<http://www.statistik.at/wcmsprod/groups/gd/documents/stdok/003724.pdf> [3.12.2012]

Statistik Austria. (2012p). *Statistik der Straßenverkehrsunfälle 2011*. Verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/verkehr/strasse/unfaelle\\_mit\\_personenschaeden/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/verkehr/strasse/unfaelle_mit_personenschaeden/index.html) [15.1.2013]

Statistik Austria. (2012q). *Tabellenband EU-SILC 2011: Einkommen, Armut und Lebensbedingungen*. Wien.

Statistik Austria. (2012r). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2011*. Wien.

Statistik Austria. (2012s). *Statistisches Jahrbuch Österreichs 2013*. Wien.

Statistik Austria. (o.J.) *Definitionen*. Wien. Verfügbar unter:  
[www.statistik.at/web\\_de/static/definitionen\\_022435.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/definitionen_022435.pdf) [28.11.2012]

Stefanits, G. (2006). *Endonymische Minderheitennamen im Bundesland Burgenland, Österreich* (Nomenklaturkommission des Landes Burgenland, Amt der Burgenländischen Landesregierung, United Nations Group of Experts on Geographical Names Hrsg.). Verfügbar unter:  
[http://www.oeaw.ac.at/dinamlex/AKO/UNGEGN%20BGLD\\_DEUTSCH.pdf](http://www.oeaw.ac.at/dinamlex/AKO/UNGEGN%20BGLD_DEUTSCH.pdf)  
[28.11.2012]

Stein, K.V., Rieder, A. & Dorner, T.E. (2011). East-West gradient in cardio-vascular mortality in Austria: how much can we explain by following the pattern of risk factors?. *International Journal of Health Geographics*, 10 (59). Verfügbar unter:  
<http://www.ij-healthgeographics.com/content/pdf/1476-072X-10-59.pdf> [28.11.2012]

Strasburger, V.C., Jordan, A.B. & Donnerstein, E. (2010). Health Effects of Media on Children and Adolescents. *Pediatrics*, 125, 756-767.

Styria Vitalis. (2010). *Grüne Haube, Naturküche-Leistungsbetrieb* (Broschüre). Graz: Styria Vitalis.

Szucs, T.D. & Schramm, W. (1994). Die sozioökonomische Evaluation. Einführung in die Methodologie. *Hämostaseologie*, 14, 84-89.

Szucs, T.D. & Schramm, W. (1995). Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen von medizinischen Therapien - Methodologische Grundlagen. *Zentralblatt für Chirurgie*, 120 (8), 577-583.

Thaller, M., Schnabel, F. & Gollner, E. (2012). Eine quantitative Studie zur CO<sub>2</sub>-Reduktion durch erhöhten Fußverkehr bei Volksschulkindern. In FH Joanneum (Hrsg.). *6. Forschungsforum der österreichischen Fachhochschulen: Tagungsband 4 Multisektorale Gesundheitsförderung* (S. 108-112). Graz: Eigenverlag der FH Joanneum Gesellschaft mbH.

Therapie-Aktiv. (2011). *Was ist „Therapie aktiv“?* Verfügbar unter:  
[http://diabetes.therapie-aktiv.at/portal27/portal/diabetesportal/start/startWindow?action=2&p=menuid=64351&p\\_tabid=1](http://diabetes.therapie-aktiv.at/portal27/portal/diabetesportal/start/startWindow?action=2&p=menuid=64351&p_tabid=1) [28.11.2012]

Titze, S., Ring-Dimitriou, S., Schober, P.H., Halbwachs, C., Samitz, G., Miko, H.C., Lercher, P., Stein, K.V., Gäbler, C., Bauer, R., Gollner, E., Windhaber, J., Bachl, N., Dorner, T.E. & Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. (2010). *Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung* (Bundesministerium für

Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich Hrsg.). Wien: Eigenverlag.

Umweltbundesamt. (2011). *Jahresbericht der Luftgütemessungen in Österreich 2010*. Wien.

Umweltbundesamt & Amt der Burgenländischen Landesregierung. (2012). *Jahresmittelwerte und Tagesmittelwerte von PM<sub>10</sub> und Ozon 2006-2011*. Wien und Eisenstadt.

Umweltbundesamt. (2012). 5. *Umweltbeobachtungskonferenz: Gesunde Umwelt-gesunder Mensch*. Verfügbar unter: [http://www.umweltbundesamt.at/ubk\\_2012/](http://www.umweltbundesamt.at/ubk_2012/) [28.11.2012]

Urfit Sportinitiative des Landes Burgenland. (2012). *Urfit*. Verfügbar unter: [www.urfit.at](http://www.urfit.at) [28.11.2012]

U.S. Department of Health and Human Services. (2008). *2008 Physical Activity Guidelines for Americans: Be Active, Healthy and Happy!*. (U.S. Department of Health and Human Services Hrsg.). Washington DC. Verfügbar unter: <http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf> [28.11.2012]

U.S. Department of Health and Human Services. (2004). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. (U.S. Department of Health and Human Services Hrsg.). Verfügbar unter: [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/2004/complete\\_report/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/complete_report/index.htm) [28.11.2012]

Verein für Prophylaktische Gesundheitsarbeit. (2010). *Ohne Gewinnabsichten zum höchsten Ziel: Gesundheit*. Verfügbar unter: <http://www.pga.at/wir.html> [28.11.2012]

Walter, E. & Zehetmayr, S. (2006). Guidelines zur gesundheitsökonomischen Evaluation - Konsenspapier, *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 156 (23-24), 628-632.

Walter, U., Schwartz, F.W., Robra, B.P. & Schmidt, T. (2003). Prävention. In F.W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist & U. Walter (Hrsg.), *Das Public Health Buch* (S. 189-209). München & Jena: Urban & Fischer.

Weinstein, M.C. & Stason, W.B. (1977). Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical Practices. *New England Journal of Medicine*, 296 (13), 716-721.

Weiß, O. & Russo, M. (2005). *Mehr Österreicher/innen zum Sport: Eine Aktivierungsstudie zur Förderung des Sportengagements in Österreich*. (Österreichische Bundes-Sportorganisation BSO & Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur Hrsg.). Wien. Verfügbar unter:

[http://www.bso.or.at/uploads/media/2005 Mehr OesterreicherInnen zum Sport Studie.pdf](http://www.bso.or.at/uploads/media/2005_Mehr_OesterreicherInnen_zum_Sport_Studie.pdf) [28.11.2012]

Whitehead, M. (2007). Gesundheitliche Ungleichheiten in Europa: Warum sollen wir sie reduzieren und wie kann das gelingen? In Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/tagungsbande/tagungsband-soziale-ungleichheit-und-gesundheit/2009-08-28.8211777691> [28.11.2012]

WHO. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Erste Internationale Konferenz über Gesundheitsförderung*, Ottawa. Verfügbar unter: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa Charter G.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) [28.11.2012]

WHO. (1997). *City planning for health and sustainable development*. Copenhagen.

WHO. (1999). *Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Kopenhagen.

WHO. (2000). *Europäischer Aktionsplan Alkohol: 2000-2005*. Kopenhagen. Verfügbar unter: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0005/79403/E67946G.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/79403/E67946G.pdf) [28.11.2012]

WHO. (2003). *Healthy urban planning in practice: experience of European cities: Report of the WHO City Action Group on Healthy Urban Planning*. Copenhagen.

WHO. (2006). *The facts about smoking and health*. Verfügbar unter: [http://www.wpro.who.int/mediacentre/factsheets/fs\\_20060530/en/](http://www.wpro.who.int/mediacentre/factsheets/fs_20060530/en/) [28.11.2012]

WHO. (2009). *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2011a). *Physical Activity and Adults. Recommended levels of physical activity for adults aged 18 - 64 years.* Verfügbar unter: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_adults/en/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/index.html) [12.11.2012]

WHO. (2011b). *Health economic assessment tools (HEAT) for walking and cycling, Economic Assessment of transport infrastructure and policies, Methodology and user guide*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO. (2011c). *Health Economic Assessment Tool for cycling and walking*. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/HEAT> [12.11.2012]

WHO. (2011d). *Health Economic Assessment Tool for cycling and walking*. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/HEAT> [12.11.2012]

WHO. (2012). *Physical Activity*. Verfügbar unter:  
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html> [28.11.2012]

WHO. (2013). *Physical Activity and Adults. Recommended levels of physical activity for adults aged 18 - 64 years*. Verfügbar unter:  
[http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_adults/en/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/index.html) [24.1.2013]

Wieser, S., Kauer, L., Schmidhauser, S., Pletscher, M. & Brügger, U. (2010). *Synthesebericht – Ökonomische Evaluation von Präventionsmaßnahmen in der Schweiz*. Bericht im Auftrag des Schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit. Winterthur. Verfügbar unter:  
<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07612/07620/index.html?lang=de>

Wild, C. (2006). "Health Technology Assessment": Kritische Wissenschaftsmethode zur Evaluation der Wirksamkeit medizinischer Interventionen. *Der Anaesthetist*, 55 (5). 568-577.

Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge.

Wilkinson, R. & Marmot, M. (2004). *Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten 2. Ausgabe* (WHO Hrsg.). Denmark.

Wirtschaftskammer Burgenland. (2011). *BIP pro Kopf Burgenland absolut*. Eisenstadt.

Wirtschaftskammer Österreich. (2012). *Bruttoregionalprodukt je Einwohner nach Bundesländern*. Verfügbar unter:  
<http://wko.at/statistik/Extranet/Langzeit/Blang/Blang-bipew.pdf> [28.11.2012]

Wismar, M. & Ernst, K. (2010) Health in All Policies in Europe. In Department of Health, Government of South Australia (Hrsg.). *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010* (S. 53-64). South Australia.

Zellmann, P. & Mayrhofer, S. (2010). *So sportlich ist Österreich: Die Sportausübung im Europa- und Bundesländer-Vergleich*. Forschungstelegramm 12/2010 des IFT Institut für Freizeit- und Tourismusforschung.

Zukunft.Burgenland, Regionalmanagement Burgenland GmbH. (2012). *Die neue umfassende Dorferneuerung im Burgenland*. Verfügbar unter:  
[http://www.zukunftburgenland.at/front\\_content.php?idcat=302&lang=12](http://www.zukunftburgenland.at/front_content.php?idcat=302&lang=12) [28.11.2012]



## 12.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheitspolitischer Regelkreis, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an die Plattform Gesundheitsberichterstattung [1].....	2
Abbildung 2: Gesundheitsdeterminantenmodell nach Dahlgren & Whitehead, Quelle: Fonds Gesundes Österreich [8].....	4
Abbildung 3: Projektstrukturplan – Burgenländischer Gesundheitsbericht 2012, Eigene Erstellung .....	7
Abbildung 4: Bevölkerungsstand im Bundesländervergleich, Stand: 1.1.2012, Basis: Angaben in 1.000, absolute Zahlen; Quelle: Statistik Austria [4], Eigene Erstellung	24
Abbildung 5: Alters- und Geschlechtsstruktur, Stand: 1.1.2012, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [4], Eigene Erstellung.....	24
Abbildung 6: Breite Altersverteilung nach NUTS 3-Regionen und im Österreichvergleich, Stand: 1.1.2012, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [4], Eigene Erstellung .....	25
Abbildung 7: Ausländische Staatsangehörige nach NUTS 3-Regionen, Stand: 1.1.2012, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [4], Eigene Erstellung.....	26
Abbildung 8: NichtösterreicherInnen im Bundesländervergleich, Stand: 1.1.2012, Basis: Angaben in %; Quelle: Statistik Austria [4], Eigene Erstellung.....	26
Abbildung 9: Lebendgeborene pro 1.000 EW im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Angaben pro 1.000 EW, absolute Zahlen; Quelle: Statistik Austria [6], Eigene Erstellung .....	27
Abbildung 10: Gesamtfertilitätsrate im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Angaben pro Frau, absolute Zahlen; Quelle: Statistik Austria [6], Eigene Erstellung	28
Abbildung 11: Bevölkerungswachstum von 2010-2060 im Österreichvergleich, Stand: 2011, Basis: Angaben in %; Quelle: Statistik Austria [8, 9], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	29
Abbildung 12: Bevölkerungsprognose nach Altersgruppen, Stand: 2011, Basis: Angaben in 1.000, absolute Zahlen; Quelle: Statistik Austria [8, 9], Eigene Erstellung .....	29
Abbildung 13: Schulbildung im Alter von 25 bis 64 Jahren nach Geschlecht, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [14], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	30
Abbildung 14: Schulbildung im Alter von 25 bis 64 Jahren nach NUTS 3-Regionen, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [13], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	31

Abbildung 15: Höchste abgeschlossene Schulbildung im Alter von 25 bis 64 Jahren im Bundesländervergleich, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [14], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	31
Abbildung 16: Arbeitslosenquote im Bundesländervergleich und nach Geschlecht, Stand: Jahresdurchschnitt 2011, Basis: Angaben in %, Quelle: Arbeitsmarktservice Österreich [16], Eigene Erstellung .....	32
Abbildung 17: Arbeitslosenquote nach Arbeitsmarktbezirken, Stand: 2011, Basis: Angaben in %, Quelle: Arbeitsmarktservice [17], Eigene Erstellung.....	33
Abbildung 18: AuspendlerInnen in andere Bundesländer oder ins Ausland nach NUTS 3-Regionen, Stand: 2001, Basis: Angaben in %; Quelle: Land Burgenland [19], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	34
Abbildung 19: Armutsgefährdungsquote im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Jahresdurchschnittswert 2007-2011, Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [21, 22, 24, 25, 26], Eigene Erstellung.....	36
Abbildung 20: Einkommensviertel im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [21], Eigene Erstellung .....	36
Abbildung 21: Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt im Österreichvergleich 2003 bis 2010, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Statistik Austria [2], Eigene Erstellung .....	41
Abbildung 22: Lebenserwartung bei Geburt im Bundesländervergleich, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Statistik Austria [2], Eigene Erstellung .....	41
Abbildung 23: Lebenserwartung allgemein bei der Geburt im Österreichvergleich nach Bezirken, Stand: 1998/2004, Quelle: Statistik Austria [10].....	42
Abbildung 24: Lebenserwartung Männer bei der Geburt im Österreichvergleich nach Bezirken, Stand: 1998/2004, Quelle: Statistik Austria [10] .....	43
Abbildung 25: Lebenserwartung Frauen bei der Geburt im Österreichvergleich nach Bezirken, Stand: 1998/2004, Quelle: Statistik Austria [10] .....	43
Abbildung 26: Entwicklung der fernen Lebenserwartung über 60 Jahren im Österreichvergleich 2003 bis 2010, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Statistik Austria [2], Eigene Erstellung.....	44
Abbildung 27: Ferne Lebenserwartung ab 60 Jahren im Bundesländervergleich, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Statistik Austria [2], Eigene Erstellung .....	45
Abbildung 28: Lebenserwartung in guter Gesundheit bei Geburt im Bundesländervergleich, Stand: 2006/07, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Klimont & Ihle [5], Eigene Erstellung.....	46

Abbildung 29: Lebenserwartung in guter Gesundheit im Alter von 65 Jahren im Bundesländervergleich, Stand: 2006/07, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Klimont & Ihle [5], Eigene Erstellung.....	47
Abbildung 30: Subjektiver Gesundheitszustand nach Bildungsstand, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [6], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland .....	48
Abbildung 31: Subjektiver Gesundheitszustand nach Versorgungsregionen, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [6], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland .....	49
Abbildung 32: Subjektiver Gesundheitszustand im Bundesländervergleich, Stand 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [6], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	49
Abbildung 33: Gestorbene ab 1970 nach Geschlecht im Österreichvergleich, Stand: 2011, Basis: Absolute Zahlen, altersstandardisierte Raten auf 100.000 EW; Quelle: Statistik Austria [9], Eigene Erstellung .....	51
Abbildung 34: Gesamtmortalität nach NUTS 3-Regionen, Stand: 1998/2004, Basis: Absolute Zahlen, Indexwert Österreich = 100; Quelle: Statistik Austria [10], Eigene Erstellung.....	51
Abbildung 35: Todesursachen im Jahresdurchschnitt 2007 bis 2011 nach Geschlecht und im Österreichvergleich, Stand: 2011, Basis: Angaben in %, Anteil bestimmter Todesursachen an der Gesamtsterblichkeit; Quelle: Statistik Austria [9], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	54
Abbildung 36: Gestorbene ab 1970 nach Haupttodesursachen, Stand: 2010, Basis: absolute Zahlen, altersstandardisierte Raten auf 100.000 EW; Quelle: Statistik Austria [9], Eigene Erstellung .....	55
Abbildung 37: Mortalität nach Todesursachen und NUTS 3-Regionen, Stand: 1998/2004, Basis: Absolute Zahlen, Indexwert Österreich=100; Quelle: Statistik Austria [10], Eigene Erstellung .....	57
Abbildung 38: Entwicklung der Krebsinzidenz im Österreichvergleich seit 1996, Stand: 2009, Basis: Absolute Zahlen, altersstandardisierte Raten auf 100.000 EW; Quelle: Statistik Austria [2], Eigene Erstellung.....	60
Abbildung 39: Krebsinzidenz im Bundesländervergleich Mittelwert 2005 bis 2009, Stand: 2009, Basis: Absolute Zahlen, altersstandardisierte Raten auf 100.000 EW; Quelle: Statistik Austria [2], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	61
Abbildung 40: Krebsinzidenz nach Art der bösartigen Neubildung im Österreichvergleich Mittelwert 2005 bis 2009, Stand: 2009, Basis: Absolute Zahlen, altersstandardisierte Raten auf 100.000 EW; Quelle: Statistik Austria [2], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	62

Abbildung 41: Anteil der Bevölkerung mit chronischer Erkrankung (jemals) im Bundesländervergleich, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [6], Eigene Erstellung .....	63
Abbildung 42: Anteil der Bevölkerung mit chronischer Erkrankung (jemals) im Österreichvergleich, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [6], Eigene Erstellung .....	65
Abbildung 43: Anteil der Bevölkerung mit chronischer Erkrankung (jemals) nach Art der Krankheit und Versorgungsregionen, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [6], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland .	66
Abbildung 44: Menschen mit besonderen Bedürfnissen im Bundesländervergleich (mindestens zwei Nennungen), Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [6], Eigene Erstellung und Berechnungen.....	68
Abbildung 45: Menschen mit besonderen Bedürfnissen nach Versorgungsregionen (mindestens zwei Nennungen), Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [6], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland.....	69
Abbildung 46: Körperliche Aktivität in der Freizeit nach Bildungsstand, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Rest auf 100: Antwort „Nein“; Quelle: Statistik Austria [5], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland .....	74
Abbildung 47: Körperliche Aktivität in der Freizeit nach Versorgungsregionen, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Rest auf 100: Antwort „Nein“; Quelle: Statistik Austria [5], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland .....	75
Abbildung 48: Art der körperlichen Aktivität nach Bildungsstand, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [5], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland .....	77
Abbildung 49: Art der körperlichen Aktivität nach Versorgungsregionen und im Österreichvergleich, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [5], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland .....	77
Abbildung 50: Ernährungsgewohnheiten nach Versorgungsregionen und im Österreichvergleich, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [5], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland .....	80
Abbildung 51: Trinkgewohnheiten nach Versorgungsregionen und im Österreichvergleich, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [5], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland .....	82
Abbildung 52: Body Mass Index nach Versorgungsregionen und im Österreichvergleich, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [5], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland .....	84
Abbildung 53: Rauchstatus bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 80 Jahren im Österreichvergleich, Stand: 2012, Basis: Angaben in %, Quelle: Elmadfa et al. [57], Eigene Erstellung .....	85

Abbildung 54: Tabakrauch zu Hause nach Versorgungsregionen und im Österreichvergleich, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Rest auf 100: Antwort „Nein“; Quelle: Statistik Austria [5], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland .....	86
Abbildung 55: Passivrauchen am Arbeitsplatz nach Versorgungsregionen und im Österreichvergleich, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [5], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland .....	87
Abbildung 56: Konsum von Marihuana im Österreichvergleich, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Rest auf 100: Antwort "Nein"; Quelle: Statistik Austria [5], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland .....	89
Abbildung 57: Freiwillig Tätige nach Bereichen im Österreichvergleich, Stand: 2006, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [17], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	92
Abbildung 58: Krankenstandstage pro Erwerbstätigem im Bundesländervergleich, Stand: 2010, Basis: absolute Zahlen, Quelle: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung [22], Eigene Erstellung .....	95
Abbildung 59: Entwicklung Jahresmittelwerte PM <sub>10</sub> -Belastung, Stand: 2011, Basis: Angaben in Mikrogramm pro Kubikmeter, Quelle: Umweltbundesamt & Amt der Burgenländischen Landesregierung [42], Eigene Erstellung .....	102
Abbildung 60: Entwicklung Jahresmittelwerte Ozonbelastung, Stand: 2011, Basis: Angaben in Mikrogramm pro Kubikmeter, Quelle: Umweltbundesamt & Amt der Burgenländischen Landesregierung [42], Eigene Erstellung .....	103
Abbildung 61: Entwicklung Bruttoregional- bzw. Bruttoinlandsprodukt im Österreichvergleich, Stand: 2009, Basis: Absolute Zahlen, Euro in 1.000 pro Kopf; Quelle: Wirtschaftskammer Österreich [38], Eigene Erstellung .....	105
Abbildung 62: Bruttoregionalprodukt je EW im Bundesländervergleich, Stand: 2009, Basis: Absolute Zahlen, Euro in 1.000 pro Kopf; Quelle: Wirtschaftskammer Österreich [38], Eigene Erstellung .....	105
Abbildung 63: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Angaben in % der Zielgruppe (Wohnbevölkerung ab 18 Jahren), Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger [12], Eigene Erstellung.....	124
Abbildung 64: Bevölkerung mit Impfschutz nach Versorgungsregionen und im Österreichvergleich, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [14], Eigene Erstellung und Berechnungen FH Burgenland .....	126
Abbildung 65: Diabetesprävalenz nach Gebietskrankenkassen, Stand: 2003, Basis: Angaben in %, Quelle: Joanneum Research Forschungsgesellschaft mbH [35], Eigene Erstellung .....	127

Abbildung 66: Anzahl an Schulungen nach dem Modell Burgenland pro Jahr 2005 bis 2010, Stand: 2011, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Land Burgenland [34] und Burgenländischer Gesundheitsfonds [33], Eigene Erstellung.....	130
Abbildung 67: Ärztliche Versorgungseinheiten im ambulanten Bereich im Österreichvergleich - ausgewählte Bereiche, Stand: 2009, Basis: Absolute Zahlen pro 100.000 EW, Quelle: Burgenländischer Gesundheitsfonds [16], Eigene Erstellung .....	133
Abbildung 68: Ambulante Behandlungen in den letzten 12 Monaten im Österreichvergleich, Stand: 2006/07, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [14], Eigene Erstellung .....	134
Abbildung 69: Entwicklung der Zahl der Fälle pro Arzt/Ärztin im Österreichvergleich 2007 bis 2011, Stand: 2011, Basis: Absolute Zahlen, abgerechnete ÄrztInnen der Gebietskrankenkassen, alle Fachgruppen; Quelle: Burgenländische Gebietskrankenkasse [45], Eigene Erstellung .....	136
Abbildung 70: Personal in Spitalsambulanzen im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Angaben in Vollzeitäquivalente pro 1.000 EW, Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [19], Eigene Erstellung und Berechnungen.....	137
Abbildung 71: Frequenzen pro ambulantem/r Patienten/in im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [19], Eigene Erstellung .....	138
Abbildung 72: Kosten pro ambulantem/r Patienten/Patientin und ambulanter Frequenz im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Absolute Zahlen, Angaben in Euro; Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [19], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	139
Abbildung 73: Betreute Personen durch mobile Dienste im Bundesländervergleich, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen, Angaben pro 100.000 EW; Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz [26], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	141
Abbildung 74: Entwicklung der Verteilung der Jahreseinsatzstunden auf die Berufsgruppen, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Quelle: Land Burgenland [25], Eigene Erstellung .....	142
Abbildung 75: Betreute Personen, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen, Angaben pro 1.000 EW älter als 75 Jahre; Quelle: Land Burgenland [25], Eigene Erstellung.....	143
Abbildung 76: Öffentliche Apotheken im Bundesländervergleich, Stand: 31.12.2010, Basis: Absolute Zahlen, Angaben pro 100.000 EW; Quelle: Österreichische Apothekerkammer [29], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	145
Abbildung 77: Aufteilung der personellen Besetzung in öffentlichen Apotheken im Bundesländervergleich, Stand: 31.12.2010, Basis: Angaben in %, Quelle: Österreichische Apothekerkammer [29], Eigene Erstellung .....	146

Abbildung 78: Systemisierte und tatsächlich aufgestellte Betten im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Absolute Zahlen, Betten pro 1.000 EW; Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [19], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	149
Abbildung 79: Personal je 100 Betten im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [19], Eigene Erstellung .....	150
Abbildung 80: Personal nach Funktionsgruppen im Österreichvergleich, Stand: 2011, Basis: Angaben in %, Anteil am Gesamtpersonal; Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [19], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	151
Abbildung 81: Anteil der Nulltagesaufenthalte an stationären Krankenhausaufenthalten im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Angaben in %, Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [19], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	152
Abbildung 82: Belagstage pro 100.000 EW im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Absolute Zahlen in 1.000, Belagstage pro 100.000 EW; Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [19], Eigene Erstellung und Berechnungen.....	153
Abbildung 83: Stationäre Endkosten je Belagstag im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Absolute Zahlen in Euro, Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [19], Eigene Erstellung .....	154
Abbildung 84: PatientInnenstromanalyse nach NUTS 3-Regionen, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Anteil der Krankenhausbehandlungen von BurgenländerInnen in einzelnen Bundesländern; Quelle: Burgenländische Gebietskrankenkasse [48], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	157
Abbildung 85: Inanspruchnahme von EntlassungsmanagerInnen nach Krankenhäusern, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Burgenländischer Gesundheitsfonds [16], Eigene Erstellung.....	160
Abbildung 86: Weiterbetreuung durch CasemanagerInnen nach Krankenhäusern, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Burgenländischer Gesundheitsfonds [16], Eigene Erstellung .....	161
Abbildung 87: Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung im Burgenland insgesamt, Stand: 2011/12, Basis: Angaben in %, n=1.400 (je Welle); Quelle: Institut für Strategieberatungen [37, 38, 39, 40, 41], Eigene Erstellung.....	162
Abbildung 88: Zufriedenheit mit spezifischen Versorgungsbereichen im Burgenland, Stand: 2011/12, Basis: Angaben in %, n= 1.400 (je Welle); Quelle: Institut für Strategieberatungen [37, 40], Eigene Erstellung.....	163
Abbildung 89: Zufriedenheit mit Vorsorgeuntersuchungen im Burgenland, Stand: 2011/12, Basis: Angaben in %, Durchschnittswerte Welle 1 und 4; n= 1.400 (je Welle); Quelle: Institut für Strategieberatungen [37, 40], Eigene Erstellung.....	164

Abbildung 90: Zufriedenheit mit der Organisation der Gesundheitsversorgung im Burgenland, Stand: 2011, Basis: Angaben in %, n= 1.400; Quelle: Institut für Strategieberichte [38], Eigene Erstellung .....	165
Abbildung 91: Einschätzung der Entwicklung der Gesundheitsversorgung im Burgenland in den letzten Jahren, Stand: 2011/12, Basis: Angaben in %, n=1.400 (je Welle); Quelle: Institut für Strategieberichte [37, 39, 40, 41], Eigene Erstellung...	166
Abbildung 92: Einschätzung der Entwicklung der Gesundheitsversorgung im Burgenland in den nächsten Jahren, Stand: 2011/12, Basis: Angaben in %, n=1.400 (je Welle); Quelle: Institut für Strategieberichte [38, 39, 40, 41], Eigene Erstellung .....	167
Abbildung 93: Vergleich der Gesundheitsversorgung im Burgenland mit jener in anderen österreichischen Bundesländern, Stand: 2011, Basis: Angaben in %, n=1.400 (je Welle); Quelle: Institut für Strategieberichte [37, 39], Eigene Erstellung .....	167
Abbildung 94: EinwohnerInnen pro Heimplatz nach Bezirken, Stand: 2011, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Haus St. Vinzenz BetriebsGmbH, Eigene Erstellung .....	169
Abbildung 95: Analysemethoden, Quelle: Drummond [9] .....	196
Abbildung 96: Geschlechterverteilung der 0- bis 14-Jährigen nach NUTS 3-Regionen und im Österreichvergleich, Stand: 1.1.2012, Basis: Angaben in %, Quelle: Statistik Austria [6], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	239
Abbildung 97: Bevölkerungsentwicklung der unter 15-Jährigen im Österreichvergleich 1996-2011, Stand: 2011, Basis: Angaben in %, Ausgangswert 1996 = 100%; Quelle: Statistik Austria [7, 61], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	240
Abbildung 98: Anteil 0- bis 14-Jähriger in Schulen nach NUTS 3-Regionen und im Österreichvergleich, Stand: 2010/11, Basis: Angaben in %; Rest auf 100: kein Schulbesuch bzw. andere Schule; Quelle: Statistik Austria [10], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	242
Abbildung 99: Anteil an Kindern in AlleinerzieherInnen-Haushalten nach NUTS 3-Regionen und im Österreichvergleich, Stand: 2001, Basis: Angaben in %, Rest auf 100: Kinder in Haushalten mit zwei Elternteilen; Quelle: Statistik Austria [13, 14], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	243
Abbildung 100: Anteil der Kinder in AlleinerzieherInnen-Haushalten im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Angaben in %, Rest auf 100: Kinder, welche in einem Haushalt mit beiden Elternteilen leben; Quelle: Statistik Austria [12], Eigene Erstellung .....	243
Abbildung 101: Kinderarmutsgefährdungsquote im Bundesländervergleich, Stand: 2011, Basis: Jahresdurchschnittswert 2007-2011, Angaben in %, Kinder unter 19 Jahre; Quelle: Statistik Austria [15, 16, 17, 70, 71], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	245



- Abbildung 102: Säuglingssterblichkeit pro 1.000 Lebendgeborenen ab 1970 im Österreichvergleich, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen, Angaben pro 1.000 Lebendgeborenen; Quelle: Statistik Austria [22], Eigene Erstellung..... 246
- Abbildung 103: Säuglingssterblichkeit pro 1.000 Lebendgeborenen im Bundesländervergleich nach Geschlecht, Stand: 2010, Basis: Jahresdurchschnittswert 2007-2010, Absolute Zahlen, Angaben pro 1.000 Lebendgeborenen; Quelle: Statistik Austria [22], Eigene Erstellung..... 247
- Abbildung 104: Anteil Lebendgeborener (< 2.500 Gramm) an allen Lebendgeburten im Bundesländervergleich, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Jahresdurchschnittswert 2007 bis 2010; Quelle: Statistik Austria [7], Eigene Erstellung und Berechnungen ..... 248
- Abbildung 105: Entwicklung der Geburten mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm im Österreichvergleich 2000-2010, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Anteil untergewichtiger Lebendgeborener an allen Lebendgeburten; Quelle: Statistik Austria [7], Eigene Erstellung und Berechnungen ..... 249
- Abbildung 106: Spitalsentlassungen 0- bis 14-Jähriger nach Hauptdiagnosen im Österreichvergleich, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Rest auf 100 = sonstige Diagnosegruppen; Quelle: Statistik Austria [20], Eigene Erstellung und Berechnungen ..... 251
- Abbildung 107: Subjektiver Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Vergleich zum restlichen Österreich, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Quelle: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Eigene Erstellung..... 255
- Abbildung 108: Beschwerdelast von Kindergarten- und Volksschulkindern innerhalb der letzten 6 Monate, Stand: 2012, Basis: Angaben in %, Quelle: Eigene Erhebung, Eigene Erstellung und Berechnungen ..... 257
- Abbildung 109: Lebenszufriedenheit von 11-, 13-, 15- und 17-Jährigen nach Geschlecht und im Vergleich zum restlichen Österreich, Stand: 2010, Basis: Mittelwerte, 0 = schlechtestes mögliches Leben, 10 = bestes mögliches Leben; Quelle: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Eigene Erstellung 259
- Abbildung 110: Grenzwerte für Übergewicht und Adipositas, Quelle: Ramelow et al. (2011) nach Cole et al. (2000) [1. 66]..... 263
- Abbildung 111: Körpergewicht bei 11-, 13-, 15- und 17-Jährigen nach Geschlecht und im Vergleich zum restlichen Österreich, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Quelle: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Eigene Erstellung 264
- Abbildung 112: Körperimage von SchülerInnen im Vergleich zum restlichen Österreich, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Quelle: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Eigene Erstellung..... 265
- Abbildung 113: Durchschnittliche Anzahl an Tagen pro Woche, an denen 11-, 13-, 15- und 17-Jährige mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind im Vergleich zum

restlichen Österreich, Stand: 2010, Basis: durchschnittliche Anzahl an Tagen, Quelle: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Eigene Erstellung.....	267
Abbildung 114: Konsum von Süßigkeiten und Limonaden bei Jugendlichen im Vergleich zum restlichen Österreich, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Quelle: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Eigene Erstellung.....	270
Abbildung 115: Häufigkeit aufgenommener Mahlzeiten bei Kindergarten- und Volksschulkindern im Bezirk Oberwart, Stand: 2012, Basis: Angaben in %, Quelle: Eigene Erhebung, Eigene Erstellung und Berechnungen.....	271
Abbildung 116: Anteil der Jugendlichen, die wöchentlich rauchen nach NUTS 3-Regionen, Stand: 2007, Basis: Angaben in %, Quelle: Falbesoner & Lehner [40], Eigene Erstellung .....	273
Abbildung 117: Anteil der 10- bis 21-Jährigen, die angeben, bereits ein Rauscherlebnis gehabt zu haben nach NUTS 3-Regionen, Stand: 2007, Basis: Angaben in %, Quelle: Falbesoner & Lehner [40], Eigene Erstellung.....	274
Abbildung 118: Anteil der 10- bis 21-Jährigen, die angeben, bereits illegale Drogen konsumiert zu haben nach NUTS 3-Regionen, Stand: 2007, Basis: Angaben in %, Quelle: Falbesoner & Lehner [40], Eigene Erstellung.....	275
Abbildung 119: Kommunikation mit den Eltern im Vergleich zum restlichen Österreich, Stand: 2010, Basis: Angaben in %, Quelle: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Eigene Erstellung.....	278
Abbildung 120: FreundInnen von Kindern nach Bildungsstand der Eltern, Stand: 2012, Basis: Angaben in %, Quelle: Eigene Erhebung, Eigene Erstellung und Berechnungen .....	279
Abbildung 121: Teilnahme von Kindern an organisierten Aktivitäten, Stand: 2012, Basis: Angaben in %, Quelle: Eigene Erhebung, Eigene Erstellung und Berechnungen .....	281
Abbildung 122: Systemisierte und tatsächlich aufgestellte Betten im Bundesländervergleich, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen; Betten pro 100.000 EW; Quelle: Statistik Austria [22], Eigene Erstellung und Berechnungen.....	293
Abbildung 123: Belagstage pro 100.000 EW im Bundesländervergleich, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen; Quelle: Statistik Austria [22], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	294

## 12.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich, Stand: 2012, Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [11], Eigene Erstellung.....	6
Tabelle 2: NUTS 3-Regionen und Versorgungsregionen Burgenland, Stand: 2011, Quelle: Statistik Austria [13, 14], Eigene Erstellung.....	8

Tabelle 3: TeilnehmerInnenliste Fokusgruppe Kindergesundheit im Rahmen der Burgenländischen Gesundheitsberichterstattung 2012, Eigene Erstellung .....	15
Tabelle 4: TeilnehmerInnenliste Fokusgruppe Maßnahmenempfehlungen im Rahmen der Burgenländischen Gesundheitsberichterstattung 2012, Eigene Erstellung .....	16
Tabelle 5: Weitere herangezogene Datenquellen im Rahmen der Burgenländischen Gesundheitsberichterstattung 2012, Eigene Erstellung.....	17
Tabelle 6: Potenziale natürlicher Landschaftsräume als Gesundheitsressource, Quellen: Weiß & Russo [45], Gebhard [46], Hartig, Mang & Evans [47], Mitchell & Popham [48], Hansmann, Hug & Seeland [49], Pretty, Peacock, Sellens & Griffin [50], Mück-Weymann, Leichtfried, Schobersberger, Hoffmann, Greie, Reicht & Humpeler [51], Brämer [52], Rodewald [53], Abraham, Sommerhalder, Bolliger-Salzman & Abel [54], Eigene Erstellung .....	100
Tabelle 7: Grenzwertüberschreitungen bei PM <sub>10</sub> , Stand: 2010, Quelle: Umweltbundesamt [40], Eigene Erstellung.....	101
Tabelle 8: Grenzwertüberschreitungen bei Ozon, Stand: 2010, Quelle: Umweltbundesamt [40], Eigene Erstellung.....	103
Tabelle 9: Teilnahme an Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten im Burgenland, Stand: 2012, Eigene Erstellung.....	122
Tabelle 10: Teilnehmende Bundesländer am Therapie-aktiv-Programm, Stand: 10.1.2013, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Therapie aktiv [36], Eigene Erstellung	129
Tabelle 11: Zahl der Fälle pro Arzt/Ärztin nach Fachrichtungen im Österreichvergleich, Stand: 2011, Basis: absolute Zahlen, abgerechnete ÄrztInnen der Gebietskrankenkassen; Quelle: Burgenländische Gebietskrankenkasse [45], Eigene Erstellung .....	135
Tabelle 12: Einsatzbezirke ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste, Stand: 2009/10, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Land Burgenland [25], Eigene Erstellung .....	142
Tabelle 13: Rehabilitationseinrichtungen im Burgenland, Stand: 2011, Quelle: Burgenländischer Gesundheitsfonds [16] & Senecura [47], Eigene Erstellung .....	155
Tabelle 14: Großgeräteplanung-Planungsrichtwerte, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Gesundheit Österreich GmbH [17], Eigene Erstellung .....	158
Tabelle 15: Großgeräte Burgenland Ist - Stand und Plan, Stand: 2010, Basis: Absolute Zahlen, Quelle: Burgenländischer Gesundheitsfonds [16], Eigene Erstellung .....	158
Tabelle 16: Grundgesamtheit der Settings Gemeinde und Betrieb nach aktiven und inaktiven Personen im Jahr 2011, Stand: 2012, Quellen: Amt der burgenländischen Landesregierung [20] & Statistik Austria [21], Eigene Erstellung und z.T. eigene Berechnungen .....	201

---

Tabelle 17: Grundgesamtheit Setting Schule, Stand: 2012, Quelle: Amt der burgenländischen Landesregierung [22], Eigene Erstellung.....	202
Tabelle 18: Prävalenz und relatives Risiko (RR) der Folgeerkrankungen und Tod, Basis: Statistik Austria [23], Smala et al. [16] & Martin et al. [17], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	203
Tabelle 19: Krankheitskosten der Folgeerkrankungen aufgrund von Inaktivität pro Fall und Jahr, Stand: 2012, Basis: IPF Institut für Pharmaökonomische Forschung, Eigene Erstellung und Berechnungen .....	203
Tabelle 20: Kosten der Maßnahme pro EW bzw. BES, Stand: 2012, Basis: Statistik Austria [24], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	204
Tabelle 21: Anzahl der Erkrankungen durch Inaktivität pro Jahr, Stand: 2012, Basis: Smala et al. [16] & Martin et al. [17], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	205
Tabelle 22: Anzahl der Todesfälle durch Inaktivität pro Jahr, Stand: 2012, Eigene Erstellung und Berechnungen .....	205
Tabelle 23: Krankheitskosten durch Inaktivität pro Jahr, Stand: 2012, Eigene Erstellung und Berechnungen .....	206
Tabelle 24: Durchschnittliche Auswirkungen der Veränderungen durch die Initiative „3.000 Schritte mehr“ im Setting Gemeinde pro Jahr, Stand: 2012, Basis: Statistik Austria [21] & WHO [25], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	207
Tabelle 25: Ergebnisse der Szenarioanalyse – Durchschnittliches Kosten-/Nutzenverhältnis der Reduktion der inaktiven Bevölkerung (-10.000 Personen) im Setting Gemeinde pro Jahr, Stand: 2012, Basis: WHO [25], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	207
Tabelle 26: Anzahl der Erkrankungen durch Inaktivität pro Jahr, Stand: 2012, Basis: Smala et al. [16] & Martin et al. [17], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	208
Tabelle 27: Anzahl der Todesfälle durch Inaktivität pro Jahr, Stand: 2012, Eigene Erstellung und Berechnungen .....	209
Tabelle 28: Krankheitskosten durch Inaktivität pro Jahr, Stand: 2012, Eigene Erstellung und Berechnungen .....	209
Tabelle 29: Durchschnittliche Auswirkungen der Veränderungen durch die Initiative „3.000 Schritte mehr“ im Setting Betrieb pro Jahr, Stand: 2012, Basis: Statistik Austria [21] & WHO [26], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	210
Tabelle 30: Ergebnisse der Szenarioanalyse – durchschnittliches Kosten-/Nutzen-Verhältnis der Reduktion der inaktiven Bevölkerung um 5.000 Personen im Setting Betrieb pro Jahr, Stand: 2012, Basis: WHO [25], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	210
Tabelle 31: Ergebnisse der Szenarioanalyse – Reduktion des CO <sub>2</sub> -Ausstoßes im Setting Schule für den Zeithorizont von einem Jahr, Stand: 2012, Basis: Statistik	

---

---

Austria [21], Amt der burgenländischen Landesregierung [22] & Thaller et al. [26], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	211
Tabelle 32: Grundgesamtheit Settings Gemeinde und Gastronomiebetrieb sowie Ernährungsverhalten im Jahr 2011, Stand: 2012, Quelle: Amt der burgenländischen Landesregierung [20] & Statistik Austria [21], Eigene Erstellung und z.T. eigene Berechnungen .....	213
Tabelle 33: Grundgesamtheit Setting Schule, Stand: 2011, Quelle: Amt der burgenländischen Landesregierung [22], Eigene Erstellung.....	213
Tabelle 34: Prävalenz und relatives Risiko (RR) nach Altersgruppen der Folgeerkrankungen, Basis: Statistik Austria [23], Statistik Austria [33], Lock et al. [30], Cobiac et al. [31] & Pan et al. [34], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	214
Tabelle 35: Krankheitskosten der Folgeerkrankungen aufgrund von ungesunder Ernährung pro Fall und Jahr, Stand: 2012, Basis: IPF Institut für Pharmaökonomische Forschung, Eigene Erstellung und Berechnungen.....	215
Tabelle 36: Anzahl der ausgewählten Erkrankungen pro Jahr und Impact durch verbesserte Ernährungsgewohnheiten, Stand: 2012, Basis: Lock et al. [30], Statistik Austria [23] & Statistik Austria [33], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	216
Tabelle 37: Anzahl der Todesfälle pro Jahr, Stand: 2012, Basis: Statistik Austria [23] & Statistik Austria [33], Eigene Erstellung und Berechnungen .....	216
Tabelle 38: Krankheitskosten und Kostenimpact durch Verbesserung der Essgewohnheiten pro Jahr, Stand: 2012, Eigene Erstellung und Berechnung.....	217
Tabelle 39: Ziele der Österreichischen Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie, Stand: 2011, Quelle: Bundesministerium für Gesundheit [37], Eigene Erstellung ..	230
Tabelle 40: Status quo der Kindergesundheit im Burgenland - Ergebnisse, Stand: 2012, Eigene Erstellung .....	232
Tabelle 41: Kindergesundheitsindikatoren für das Burgenland, Stand: 2012, Eigene Erstellung, Anmerkung: rot markiert sind jene Kennzahlen, die im Rahmen des vorliegenden Gesundheitsberichtes aufgrund mangelnder Datenqualität nicht dargestellt werden konnten.....	235
Tabelle 42: Zahngesundheit bei Sechsjährigen im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen, Stand: 2011, Basis: Anteil kariesfreier Kinder: Angaben in %, d3mft-Index: durchschnittliche Anzahl kariöser Zähne; Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung [29], Eigene Erstellung .....	261
Tabelle 43: Zahngesundheit bei Zwölfjährigen im Österreichvergleich und nach Versorgungsregionen, Stand: 2007, Basis: Anteil kariesfreier Kinder: Angaben in %, D3MFT-Index: durchschnittliche Anzahl kariöser Zähne; Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger [31], Eigene Erstellung .....	262


Tabelle 44: Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes, Stand: 2012, Quelle: Bundeskanzleramt Österreich [59], Eigene Erstellung ..... 291

Tabelle 45: Entwicklung der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen 2008 bis 2011, Stand: 2011, Basis: Absolute Zahlen in Anzahl der Fälle und PatientInnenanzahl, Quelle: Burgenländische Gebietskrankenkasse [60], Eigene Erstellung ..... 292

Tabelle 46: Verordnete Medikamente gesamt 2011 und für das Nervensystem 2008-2011, Basis: Absolute Zahlen; anspruchsberechtigte 0- bis 18-jährige Kinder und Jugendliche der Burgenländischen Gebietskrankenkasse, Stand: 2011, Quelle: Burgenländische Gebietskrankenkasse [54], Eigene Erstellung..... 295

## ANHANG

### A.1 Fragebogen Eltern-Kind-Befragung

EvaSys	Befragung zu Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern	Electric Paper
		

Markieren Sie so:     Verwenden Sie einen Kugelschreiber!

Korrektur:     Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst. Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links  
gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

#### 1. SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN

1.1 Ihr Geschlecht  männlich  weiblich

1.2 Wie alt sind Sie?

- |                                |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 18-25 | <input type="checkbox"/> 26-33 | <input type="checkbox"/> 34-41 |
| <input type="checkbox"/> 41-48 | <input type="checkbox"/> 49-56 | <input type="checkbox"/> 57-64 |
| <input type="checkbox"/> 65+   |                                |                                |

1.3 Was ist Ihre höchste abgeschlossene Schulbildung?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pflichtschule abgeschlossen         | <input type="checkbox"/> Pflichtschule nicht abgeschlossen         | <input type="checkbox"/> Lehre mit Berufsschule            |
| <input type="checkbox"/> Fach- und Handelsschule ohne Matura | <input type="checkbox"/> Studium an Universitäten, Fachhochschulen | <input type="checkbox"/> Andere Ausbildung nach der Matura |
| <input type="checkbox"/> Matura                              |  |  |

1.4 Sie sind derzeit:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angestellte(r)         | <input type="checkbox"/> Arbeiter(in)                 | <input type="checkbox"/> Beamter(-/in) |
| <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig     | <input type="checkbox"/> Selbstständig, freiberuflich | <input type="checkbox"/> in Pension    |
| <input type="checkbox"/> Vertragsbedienstete(r) |   |  |

1.5 Was ist Ihr gegenwärtiger Familienstand?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> verheiratet, zusammenlebend | <input type="checkbox"/> verheiratet, getrennt lebend | <input type="checkbox"/> in Lebensgemeinschaft lebend |
| <input type="checkbox"/> verwitwet                   | <input type="checkbox"/> geschieden                   | <input type="checkbox"/> ledig                        |

1.6 Sind Sie alleinerziehend?  ja  nein

1.7 Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt?

- |  |                                     |                                     |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 2 Personen          | <input type="checkbox"/> 3 Personen | <input type="checkbox"/> 4 Personen |
| <input type="checkbox"/> mehr als 4 Personen |                                     |                                     |

1.8 Wie viele davon sind Kinder bis 15 Jahre?

- |                            |                                     |                            |
|----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2          | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> mehr als 4 |                            |

## 1. SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN [Fortsetzung]

1.9 Wie groß sind Sie ohne Schuhe (cm)? Bitte kreuzen Sie das entsprechende Feld an der richtigen Position an - Siehe Beispiel Seite 2.

--	--	--

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 0

1.10 Wie viel wiegen Sie ohne Kleidung und Schuhe (kg)? (Wenn Sie schwanger sind, bitte geben Sie das Gewicht vor der Schwangerschaft an.) Kreuzen Sie das entsprechende Feld an der richtigen Position an - Siehe Beispiel Seite 2!

--	--	--

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 0

## 2. ANGABEN ZUM KIND

2.1 Wie alt ist Ihr Kind?

- |                                  |                                   |                                  |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 3 Jahre | <input type="checkbox"/> 4 Jahre  | <input type="checkbox"/> 5 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 6 Jahre | <input type="checkbox"/> 7 Jahre  | <input type="checkbox"/> 8 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 9 Jahre | <input type="checkbox"/> 10 Jahre |                                  |

2.2 Geschlecht Ihres Kindes  weiblich  männlich

2.3 Wie groß ist Ihr Kind (cm)? Bitte kreuzen Sie das entsprechende Feld an der richtigen Position an - Siehe Beispiel Seite 2.

--	--	--

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 0



## 2. ANGABEN ZUM KIND [Fortsetzung]

2.4 Wie viel wiegt Ihr Kind (kg)? Bitte kreuzen Sie das entsprechende Feld an der richtigen Position an - Siehe Beispiel Seite 2.

--	--	--	--

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 0

2.5 Glauben Sie, dass Ihr Kind ...?

- viel zu dünn ist     
  ein bisschen zu dünn ist     
  ungefähr das richtige Gewicht hat  
 ein bisschen zu dick ist     
  viel zu dick ist

2.6 Hat Ihr Kind ...?

- ältere und jüngere Geschwister     
  jüngere Geschwister     
  ältere Geschwister  
 keine Geschwister

2.7 Anzahl der Brüder:

- 0       1       2  
 3       4       mehr als 4

2.8 Anzahl der Schwestern:

- 0       1       2  
 3       4       mehr als 4

### 3. GESUNDHEITZUSTAND IHRES KINDES

3.1 Wie würden Sie die Gesundheit Ihres Kindes ganz allgemein einschätzen?

- ausgezeichnet                       sehr gut                       gut  
 weniger gut                       schlecht

Welche der folgenden Verhaltensmerkmale haben Sie innerhalb des letzten halben Jahres bei Ihrem Kind beobachtet? Bitte kreuzen Sie ein Kästchen pro Zeile an!

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft absolut zu
3.2 Unruhig, überaktiv, kann nicht lange sitsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Hat oft Wutanfälle, ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 Einzelgänger, spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6 Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 Im Allgemeinen folgsam, macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8 Hat viele Sorgen, erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9 Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10 Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11 Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.12 Streitet nicht oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.13 Oft unglücklich oder niedergeschlagen, weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.14 Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.15 Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.16 Nervös oder anklammernd in neuen Situationen, verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.17 Lieb zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.18 Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.19 Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.20 Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Kindern, PädagogInnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.21 Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.22 Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.23 Hat viele Ängste, fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.24 Führt Aufgaben zu Ende, gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. GESUNDHEITZUSTAND IHRES KINDES [Fortsetzung]

Wie oft hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden: Bitte kreuzen Sie ein Kästchen pro Zeile an!

	fast jeden Tag	mehrmals pro Woche	fast jede Woche	fast jeden Monat	selten oder nie
3.25 Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.26 Magen-/Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.27 Rücken-/Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.28 Fühlt sich allgemein schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.29 Ist gereizt oder schlecht gelaunt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.30 Fühlt sich nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.31 Kann schlecht einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.32 Fühlt sich benommen, schwindlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. GESUNDHEITSVERHALTEN IHRES KINDES

Wie oft in der Woche isst oder trinkt Ihr Kind normalerweise folgende Dinge? Bitte kreuzen Sie ein Kästchen pro Zeile an!

	nie	einmal pro Woche	2-4 Tage pro Woche	an 5-6 Tagen pro Woche	jeden Tag einmal täglich	mehrmals täglich
4.1 Obst/Früchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Süßigkeiten/Schokolade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Zuckerhaltige Limonaden (z.B.: Cola, Fanta, Almdudler, Sprite ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 Säfte (z.B.: Verdünnungssäfte, Apfelsaft, Orangensaft, Traubensaft ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 Frühstückscerealien (z.B.: Cornflakes, Müsli, Schokopops ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. GESUNDHEITSVERHALTEN IHRES KINDES [Fortsetzung]

	nie	einmal pro Woche	2-4 Tage pro Woche	an 5-6 Tagen pro Woche	Jeden Tag einmal täglich	mehrmals täglich
4.7 Weißbrot, Semmeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8 Schwarzbrot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9 Vollkornbrot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10 Knabbergebäck (z.B.: Chips, Soletti, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11 Pommes Frites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.12 Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.13 Junk-Food Produkte (z.B.: Pizza, Burger, Döner, Hot Dog, Leberkäsemmel ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft nimmt Ihr Kind folgende Mahlzeiten zu sich?

4.14 Frühstück	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie
4.15 Mittagessen	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie
4.16 Abendessen	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie
4.17 Zwischenmahlzeit (Jause)	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie

4.18 An wie vielen der vergangenen 7 Tagen war Ihr Kind mindestens für 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv?	an 0 Tagen	an 1 Tag	an 2 Tagen	an 3 Tagen	an 4 Tagen	an 5 Tagen	an 6 Tagen	an 7 Tagen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.19 Etwa wie viele Stunden an einem Tag verbringt Ihr Kind normalerweise in seiner <u>Freizeit mit Fernsehen</u> ?	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> etwa eine halbe Stunde am Tag	<input type="checkbox"/> etwa 1 Stunde am Tag
	<input type="checkbox"/> etwa 2 Stunden am Tag	<input type="checkbox"/> etwa 3 Stunden am Tag	<input type="checkbox"/> etwa 4 Stunden am Tag
	<input type="checkbox"/> etwa 5 Stunden am Tag	<input type="checkbox"/> etwa 6 Stunden am Tag	<input type="checkbox"/> etwa 7 oder mehr Stunden am Tag

4.20 Etwa wie viele Stunden am Tag spielt Ihr Kind in der Freizeit normalerweise <u>Spiele am Computer oder mit einer Spielkonsole</u> (Playstation, GameCube ...)?	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> etwa eine halbe Stunde am Tag	<input type="checkbox"/> etwa 1 Stunde am Tag
	<input type="checkbox"/> etwa 2 Stunden am Tag	<input type="checkbox"/> etwa 3 Stunden am Tag	<input type="checkbox"/> etwa 4 Stunden am Tag
	<input type="checkbox"/> etwa 5 Stunden am Tag	<input type="checkbox"/> etwa 6 Stunden am Tag	<input type="checkbox"/> etwa 7 oder mehr Stunden am Tag

**4. GESUNDHEITSVERHALTEN IHRES KINDES [Fortsetzung]**

Welcher dieser organisierten Aktivitäten macht Ihr Kind normalerweise in der Freizeit? Mit organisierten Aktivitäten meinen wir Aktivitäten, die Ihr Kind in einem Sportverein oder in einem anderen Verein, Klub oder in einer anderen Einrichtung macht. Bitte kreuzen Sie pro Zeile ein Kästchen an!

	nie	2-3 Mal im Monat	ungefähr einmal pro Woche	2 Mal pro Woche
4.21 Organisierte Teamsportaktivitäten (z.B.: Fußball, Handball, Volleyball, Basketball, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.22 Organisierte sportliche Einzelaktivitäten (z.B.: Schwimmen, Radfahren, Leichtathletik, Gymnastik, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.23 Organisierte Musik- und Theateraktivitäten in der Gruppe (z.B.: Chor, Blasmusik/Orchester, Theatergruppe ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.24 Organisierte musikalische Einzelaktivitäten (z.B.: Instrument spielen, Musikstunde nehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.25 Andere organisierte Gruppenaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.26 Wie häufig ist Ihr Kind in der Freizeit körperlich so aktiv, dass es dabei außer Atem kommt oder schwitzt?  
 jeden Tag                                       4-6 mal pro Woche                                       2-3 mal pro Woche  
 einmal in der Woche                                       einmal im Monat                                       seltener als einmal im Monat  
 nie

4.27 Wie viele Stunden pro Woche ist Ihr Kind normalerweise in der Freizeit körperlich so aktiv, dass es dabei außer Atem kommt oder schwitzt?  
 überhaupt keine                                       ungefähr eine halbe Stunde                                       ungefähr eine Stunde  
 ungefähr zwei bis drei Stunden                                       ungefähr vier bis sechs Stunden                                       sieben Stunden oder mehr

4.28 Wie kommt Ihr Kind mehrheitlich zum Kindergarten bzw. zur Schule und wieder nachhause?  
 Auto                                       Fahrrad                                       zu Fuß  
 Bus

**Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mithilfe!**

Stecken Sie den Fragebogen bitte wieder in das Kuvert und kleben Sie es zu. Geben Sie das Kuvert bis spätestens 19.01.2012 im Kindergarten bzw. in der Volksschule ab.

## A.2 Eltern-Kind-Befragung: Ergebnisse

### Strukturtafel

Strukturtafel							
Basis: gültige Angaben bei demographischen V.							
		Setting				Gesamt	
		Kindergarten		Volksschule		n	%
		n	%	n	%		
<b>Geschlecht</b>	männlich	23	12%	48	14%	71	13%
	weiblich	174	88%	307	86%	481	87%
<b>Gesamt</b>		<b>197</b>	<b>100%</b>	<b>355</b>	<b>100%</b>	<b>552</b>	<b>100%</b>
<b>Altersklassen</b>	18-25	8	4%	4	1%	12	2%
	26-33	89	45%	77	22%	166	30%
	34-41	79	40%	188	53%	267	48%
	34-41	20	10%	74	21%	94	17%
	49-56	1	1%	10	3%	11	2%
	60 u. älter			2	1%	2	0%
<b>Gesamt</b>		<b>197</b>	<b>100%</b>	<b>355</b>	<b>100%</b>	<b>552</b>	<b>100%</b>
<b>Bildungs- niveau</b>	Pflichtschule	25	15%	56	19%	81	18%
	Lehre	65	39%	89	30%	154	34%
	Fachschule	45	27%	72	25%	117	26%
	Uni/FH	15	9%	59	20%	74	16%
	sonstige A.	15	9%	16	5%	31	7%
<b>Gesamt</b>		<b>165</b>	<b>100%</b>	<b>292</b>	<b>100%</b>	<b>457</b>	<b>100%</b>
<b>Tätigkeit</b>		83	42%	141	40%	224	41%
	Arbeiter	27	14%	66	19%	93	17%
	Beamter	5	3%	9	3%	14	3%
	nicht erwerbstätig	50	25%	66	19%	116	21%
	selbstständig/freiberuflich	17	9%	35	10%	52	9%
	Pension			2	1%	2	0%
	Vertragsbediensteter	15	8%	36	10%	51	9%
<b>Gesamt</b>		<b>197</b>	<b>100%</b>	<b>355</b>	<b>100%</b>	<b>552</b>	<b>100%</b>
<b>Familien- situation</b>	verheiratet, zusammenlebend	149	76%	279	79%	428	78%
	verheiratet, getrennt lebend	1	1%	4	1%	5	1%
	in Lebensgemeinschaft lebend	33	17%	41	12%	74	13%
	verwitwet			2	1%	2	0%
	geschieden	6	3%	16	5%	22	4%
	ledig	6	3%	13	4%	19	3%
<b>Gesamt</b>		<b>195</b>	<b>100%</b>	<b>355</b>	<b>100%</b>	<b>550</b>	<b>100%</b>
<b>Allein- erziehend</b>	ja	18	9%	37	11%	55	10%
	nein	176	91%	309	89%	485	90%
<b>Gesamt</b>		<b>194</b>	<b>100%</b>	<b>346</b>	<b>100%</b>	<b>540</b>	<b>100%</b>

## Einschätzung Körpergewicht des Kindes

		Glauben Sie, dass Ihr Kind...? Basis: gültige Angaben											
		Einschätzung des Gewichts											
		viel zu dünn ist		ein bisschen zu dünn ist		ungefähr das richtige Gewicht hat		ein bisschen zu dick ist		viel zu dick ist		Gesamt	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Geschlecht</b>	männlich		6	8%	57	80%	7	10%	1	1%	71	100%	
	weiblich	2	0%	360	76%	56	12%	5	1%	472	100%		
<b>Gesamt</b>		2	0%	417	77%	63	12%	6	1%	543	100%		
<b>Altersklassen</b>	18-25		1	8%	11	92%					12	100%	
	26-33		14	9%	133	83%	13	8%	1	1%	161	100%	
	34-41	1	0%	195	74%	34	13%	2	1%	264	100%		
	34-41	1	1%	71	76%	11	12%	3	3%	93	100%		
	49-56		1	9%	5	45%	5	45%			11	100%	
60 u. älter				2	100%					2	100%		
<b>Gesamt</b>		2	0%	417	77%	63	12%	6	1%	543	100%		
<b>Bildungs-niveau</b>	Pflichtschule	1	1%	59	75%	14	18%			79	100%		
	Lehre		15	10%	117	79%	13	9%	4	3%	149	100%	
	Fachschule	1	1%	86	74%	17	15%	1	1%	117	100%		
	Uni/FH		7	9%	60	81%	6	8%	1	1%	74	100%	
sonstige A.		6	19%	21	68%	4	13%			31	100%		
<b>Gesamt</b>		2	0%	343	76%	54	12%	6	1%	450	100%		
<b>Setting</b>	Kindergarten		18	3%	167	31%	7	1%	1	0%	193	36%	
	Volksschule	2	0%	250	46%	56	10%	5	1%	350	64%		
<b>Gesamt</b>		2	0%	417	77%	63	12%	6	1%	543	100%		

### Einschätzung Gesundheitszustand Kind

Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes ganz allgemein einschätzen? Basis: gültige Angaben											
Einschätzung des Gesundheitszustandes des Kindes											
		ausgezeichnet		sehr gut		gut		weniger gut		Gesamt	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Geschlecht</b>	männlich	33	50%	29	44%	3	5%	1	2%	66	100%
	weiblich	128	29%	244	54%	71	16%	5	1%	448	100%
<b>Gesamt</b>		<b>161</b>	<b>31%</b>	<b>273</b>	<b>53%</b>	<b>74</b>	<b>14%</b>	<b>6</b>	<b>1%</b>	<b>514</b>	<b>100%</b>
<b>Altersklassen</b>	18-25	6	50%	6	50%					12	100%
	26-33	42	27%	83	54%	26	17%	4	3%	155	100%
	34-41	77	31%	135	54%	38	15%	1	0%	251	100%
	34-41	33	39%	43	51%	8	9%	1	1%	85	100%
	49-56	2	22%	6	67%	1	11%			9	100%
	60 u. älter	1	50%			1	50%			2	100%
<b>Gesamt</b>		<b>161</b>	<b>31%</b>	<b>273</b>	<b>53%</b>	<b>74</b>	<b>14%</b>	<b>6</b>	<b>1%</b>	<b>514</b>	<b>100%</b>
<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule	20	27%	39	52%	16	21%			75	100%
	Lehre	36	25%	89	61%	18	12%	2	1%	145	100%
	Fachschule	35	32%	56	51%	16	15%	2	2%	109	100%
	Uni/FH	23	34%	36	53%	9	13%			68	100%
	sonstige A.	13	43%	15	50%	2	7%			30	100%
<b>Gesamt</b>		<b>127</b>	<b>30%</b>	<b>235</b>	<b>55%</b>	<b>61</b>	<b>14%</b>	<b>4</b>	<b>1%</b>	<b>427</b>	<b>100%</b>
<b>Setting</b>	Kindergarten	60	32%	96	51%	30	16%	3	2%	189	100%
	Volksschule	101	31%	177	54%	44	14%	3	1%	325	100%
<b>Gesamt</b>		<b>161</b>	<b>31%</b>	<b>273</b>	<b>53%</b>	<b>74</b>	<b>14%</b>	<b>6</b>	<b>1%</b>	<b>514</b>	<b>100%</b>



**Beschwerden**

<b>Kopfschmerzen</b>											
<b>Basis: gültige Angaben</b>											
		<b>Kopfschmerzen</b>								<b>Gesamt</b>	
		<b>mehrmals pro Woche</b>		<b>fast jede Woche</b>		<b>fast jeden Monat</b>		<b>selten oder nie</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Geschlecht</b>	männlich	1	1%	2	3%	3	4%	62	91%	68	100%
	weiblich	3	1%	7	1%	33	7%	431	91%	474	100%
<b>Gesamt</b>		<b>4</b>	<b>1%</b>	<b>9</b>	<b>2%</b>	<b>36</b>	<b>7%</b>	<b>493</b>	<b>91%</b>	<b>542</b>	<b>100%</b>
<b>Altersklassen</b>	18-25							12	100%	12	100%
	26-33	2	1%			12	7%	150	91%	164	100%
	34-41	1	0%	6	2%	14	5%	240	92%	261	100%
	34-41	1	1%	3	3%	9	10%	79	86%	92	100%
	49-56					1	9%	10	91%	11	100%
	60 u. älter							2	100%	2	100%
<b>Gesamt</b>		<b>4</b>	<b>1%</b>	<b>9</b>	<b>2%</b>	<b>36</b>	<b>7%</b>	<b>493</b>	<b>91%</b>	<b>542</b>	<b>100%</b>
<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule	1	1%	2	3%	7	9%	70	88%	80	100%
	Lehre			3	2%	5	3%	143	95%	151	100%
	Fachschule	1	1%	1	1%	8	7%	104	91%	114	100%
	Uni/FH	1	1%	2	3%	4	5%	67	91%	74	100%
	sonstige A.					2	6%	29	94%	31	100%
<b>Gesamt</b>		<b>3</b>	<b>1%</b>	<b>8</b>	<b>2%</b>	<b>26</b>	<b>6%</b>	<b>413</b>	<b>92%</b>	<b>450</b>	<b>100%</b>
<b>Setting</b>	Kindergarten					5	3%	187	97%	192	100%
	Volksschule	4	1%	9	3%	31	9%	306	87%	350	100%
<b>Gesamt</b>		<b>4</b>	<b>1%</b>	<b>9</b>	<b>2%</b>	<b>36</b>	<b>7%</b>	<b>493</b>	<b>91%</b>	<b>542</b>	<b>100%</b>

<b>Magen-/Bauchschmerzen</b>													
<b>Basis: gültige Angaben</b>													
		<b>Magen-/Bauchschmerzen</b>								<b>Gesamt</b>			
		<b>fast jeden Tag</b>		<b>mehrmals pro Woche</b>		<b>fast jede Woche</b>		<b>fast jeden Monat</b>		<b>selten oder nie</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Geschlecht</b>	männlich					1	1%	11	16%	58	83%	70	100%
	weiblich	2	0%	14	3%	18	4%	68	14%	375	79%	477	100%
<b>Gesamt</b>		<b>2</b>	<b>0%</b>	<b>14</b>	<b>3%</b>	<b>19</b>	<b>3%</b>	<b>79</b>	<b>14%</b>	<b>433</b>	<b>79%</b>	<b>547</b>	<b>100%</b>
<b>Altersklassen</b>	18-25							1	8%	11	92%	12	100%
	26-33	1	1%	4	2%	4	2%	24	14%	133	80%	166	100%
	34-41			7	3%	12	5%	35	13%	209	79%	263	100%
	34-41			2	2%	2	2%	17	18%	72	77%	93	100%
	49-56	1	9%	1	9%	1	9%	1	9%	7	64%	11	100%
	60 u. älter							1	50%	1	50%	2	100%
<b>Gesamt</b>		<b>2</b>	<b>0%</b>	<b>14</b>	<b>3%</b>	<b>19</b>	<b>3%</b>	<b>79</b>	<b>14%</b>	<b>433</b>	<b>79%</b>	<b>547</b>	<b>100%</b>

<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule	2	2%	2	2%	2	2%	8	10%	67	83%	81	100%
	Lehre			5	3%	2	1%	20	13%	126	82%	153	100%
	Fachschule			2	2%	3	3%	23	20%	87	76%	115	100%
	Uni/FH			2	3%	6	8%	7	10%	58	79%	73	100%
	sonstige A.							7	23%	24	77%	31	100%
<b>Gesamt</b>		<b>2</b>	<b>0%</b>	<b>11</b>	<b>2%</b>	<b>13</b>	<b>3%</b>	<b>65</b>	<b>14%</b>	<b>362</b>	<b>80%</b>	<b>453</b>	<b>100%</b>
<b>Setting</b>	Kindergarten			3	2%	6	3%	23	12%	163	84%	195	100%
	Volksschule	2	1%	11	3%	13	4%	56	16%	270	77%	352	100%
<b>Gesamt</b>		<b>2</b>	<b>0%</b>	<b>14</b>	<b>3%</b>	<b>19</b>	<b>3%</b>	<b>79</b>	<b>14%</b>	<b>433</b>	<b>79%</b>	<b>547</b>	<b>100%</b>

<b>Rücken-/Kreuzschmerzen</b>										
<b>Basis: gültige Angaben</b>										
		<b>Rücken-/Kreuzschmerzen</b>						<b>Gesamt</b>		
		<b>fast jede Woche</b>		<b>fast jeden Monat</b>		<b>selten oder nie</b>				
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>			
<b>Geschlecht</b>	männlich			2	3%	67	97%	69	100%	
	weiblich	3	1%	6	1%	467	98%	476	100%	
<b>Gesamt</b>		<b>3</b>	<b>1%</b>	<b>8</b>	<b>1%</b>	<b>534</b>	<b>98%</b>	<b>545</b>	<b>100%</b>	
<b>Altersklassen</b>	18-25					12	100%	12	100%	
	26-33	1	1%	2	1%	162	98%	165	100%	
	34-41	1	0%	2	1%	259	99%	262	100%	
	34-41	1	1%	4	4%	88	95%	93	100%	
	49-56					11	100%	11	100%	
	60 u. älter					2	100%	2	100%	
<b>Gesamt</b>		<b>3</b>	<b>1%</b>	<b>8</b>	<b>1%</b>	<b>534</b>	<b>98%</b>	<b>545</b>	<b>100%</b>	
<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule	1	1%	2	3%	76	96%	79	100%	
	Lehre			1	1%	152	99%	153	100%	
	Fachschule					114	100%	114	100%	
	Uni/FH	1	1%	2	3%	71	96%	74	100%	
	sonstige A.			1	3%	30	97%	31	100%	
<b>Gesamt</b>		<b>2</b>	<b>0%</b>	<b>6</b>	<b>1%</b>	<b>443</b>	<b>98%</b>	<b>451</b>	<b>100%</b>	
<b>Setting</b>	Kindergarten			2	1%	193	99%	195	100%	
	Volksschule	3	1%	6	2%	341	97%	350	100%	
<b>Gesamt</b>		<b>3</b>	<b>1%</b>	<b>8</b>	<b>1%</b>	<b>534</b>	<b>98%</b>	<b>545</b>	<b>100%</b>	

<b>fühlt sich allgemein schlecht</b>										
<b>Basis: gültige Angaben</b>										
		<b>fühlt sich allgemein schlecht</b>						<b>Gesamt</b>		
		<b>fast jede Woche</b>		<b>fast jeden Monat</b>		<b>selten oder nie</b>				
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>			
<b>Geschlecht</b>	männlich			3	4%	65	96%	68	100%	
	weiblich	2	0%	11	2%	458	97%	471	100%	
<b>Gesamt</b>		<b>2</b>	<b>0%</b>	<b>14</b>	<b>3%</b>	<b>523</b>	<b>97%</b>	<b>539</b>	<b>100%</b>	

<b>Altersklassen</b>	18-25					12	100%	12	100%
	26-33	1	1%	6	4%	156	96%	163	100%
	34-41	1	0%	4	2%	253	98%	258	100%
	34-41			4	4%	89	96%	93	100%
	49-56					11	100%	11	100%
	60 u. älter					2	100%	2	100%
<b>Gesamt</b>		<b>2</b>	<b>0%</b>	<b>14</b>	<b>3%</b>	<b>523</b>	<b>97%</b>	<b>539</b>	<b>100%</b>
<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule	1	1%	1	1%	77	97%	79	100%
	Lehre			2	1%	149	99%	151	100%
	Fachschule			4	3%	111	97%	115	100%
	Uni/FH			2	3%	70	97%	72	100%
	sonstige A.			2	6%	29	94%	31	100%
<b>Gesamt</b>		<b>1</b>	<b>0%</b>	<b>11</b>	<b>2%</b>	<b>436</b>	<b>97%</b>	<b>448</b>	<b>100%</b>
<b>Setting</b>	Kindergarten	1	1%	5	3%	186	97%	192	100%
	Volksschule	1	0%	9	3%	337	97%	347	100%
<b>Gesamt</b>		<b>2</b>	<b>0%</b>	<b>14</b>	<b>3%</b>	<b>523</b>	<b>97%</b>	<b>539</b>	<b>100%</b>

<b>ist gereizt und schlecht gelaunt</b>													
<b>Basis: gültige Angaben</b>													
		<b>ist gereizt oder schlecht gelaunt</b>										<b>Gesamt</b>	
		<b>fast jeden Tag</b>		<b>mehrmals pro Woche</b>		<b>fast jede Woche</b>		<b>fast jeden Monat</b>		<b>selten oder nie</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Geschlecht</b>	männlich	1	1%	1	1%	5	7%	10	15%	51	75%	68	100%
	weiblich	3	1%	19	4%	34	7%	86	18%	334	70%	476	100%
<b>Gesamt</b>		<b>4</b>	<b>1%</b>	<b>20</b>	<b>4%</b>	<b>39</b>	<b>7%</b>	<b>96</b>	<b>18%</b>	<b>385</b>	<b>71%</b>	<b>544</b>	<b>100%</b>
<b>Altersklassen</b>	18-25			1	8%	1	8%	2	17%	8	67%	12	100%
	26-33	1	1%	5	3%	13	8%	31	19%	114	70%	164	100%
	34-41	2	1%	11	4%	16	6%	47	18%	185	71%	261	100%
	34-41	1	1%	3	3%	8	9%	14	15%	68	72%	94	100%
	49-56					1	9%	2	18%	8	73%	11	100%
	60 u. älter									2	100%	2	100%
<b>Gesamt</b>		<b>4</b>	<b>1%</b>	<b>20</b>	<b>4%</b>	<b>39</b>	<b>7%</b>	<b>96</b>	<b>18%</b>	<b>385</b>	<b>71%</b>	<b>544</b>	<b>100%</b>
<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule	1	1%	4	5%	6	8%	14	18%	55	69%	80	100%
	Lehre	1	1%	6	4%	12	8%	25	16%	110	71%	154	100%
	Fachschule			4	4%	8	7%	18	16%	84	74%	114	100%
	Uni/FH	2	3%	1	1%	6	8%	15	20%	50	68%	74	100%
	sonstige A.			2	6%	2	6%	4	13%	23	74%	31	100%
<b>Gesamt</b>		<b>4</b>	<b>1%</b>	<b>17</b>	<b>4%</b>	<b>34</b>	<b>8%</b>	<b>76</b>	<b>17%</b>	<b>322</b>	<b>71%</b>	<b>453</b>	<b>100%</b>
<b>Setting</b>	Kindergarten	1	1%	8	4%	15	8%	29	15%	139	72%	192	100%
	Volksschule	3	1%	12	3%	24	7%	67	19%	246	70%	352	100%
<b>Gesamt</b>		<b>4</b>	<b>1%</b>	<b>20</b>	<b>4%</b>	<b>39</b>	<b>7%</b>	<b>96</b>	<b>18%</b>	<b>385</b>	<b>71%</b>	<b>544</b>	<b>100%</b>

fühlt sich nervös													
Basis: gültige Angaben													
		fühlt sich nervös										Gesamt	
		fast jeden Tag		mehrmals pro Woche		fast jede Woche		fast jeden Monat		selten oder nie		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Geschlecht</b>	männlich					1	1%	7	10%	62	89%	70	100%
	weiblich	2	0%	5	1%	9	2%	46	10%	410	87%	472	100%
<b>Gesamt</b>		<b>2</b>	<b>0%</b>	<b>5</b>	<b>1%</b>	<b>10</b>	<b>2%</b>	<b>53</b>	<b>10%</b>	<b>472</b>	<b>87%</b>	<b>542</b>	<b>100%</b>
<b>Altersklassen</b>	18-25			1	8%			1	8%	10	83%	12	100%
	26-33			1	1%	4	2%	17	10%	141	87%	163	100%
	34-41	2	1%	2	1%	5	2%	20	8%	231	89%	260	100%
	34-41					1	1%	13	14%	80	85%	94	100%
	49-56			1	9%			2	18%	8	73%	11	100%
	60 u. älter									2	100%	2	100%
<b>Gesamt</b>		<b>2</b>	<b>0%</b>	<b>5</b>	<b>1%</b>	<b>10</b>	<b>2%</b>	<b>53</b>	<b>10%</b>	<b>472</b>	<b>87%</b>	<b>542</b>	<b>100%</b>
<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule			2	3%	1	1%	10	13%	65	83%	78	100%
	Lehre	1	1%	1	1%	1	1%	14	9%	136	89%	153	100%
	Fachschule					2	2%	8	7%	104	91%	114	100%
	Uni/FH			2	3%			11	15%	60	82%	73	100%
	sonstige A.	1	3%			2	6%	3	10%	25	81%	31	100%
<b>Gesamt</b>		<b>2</b>	<b>0%</b>	<b>5</b>	<b>1%</b>	<b>6</b>	<b>1%</b>	<b>46</b>	<b>10%</b>	<b>390</b>	<b>87%</b>	<b>449</b>	<b>100%</b>
<b>Setting</b>	Kindergarten	1	1%	1	1%	3	2%	11	6%	177	92%	193	100%
	Volksschule	1	0%	4	1%	7	2%	42	12%	295	85%	349	100%
<b>Gesamt</b>		<b>2</b>	<b>0%</b>	<b>5</b>	<b>1%</b>	<b>10</b>	<b>2%</b>	<b>53</b>	<b>10%</b>	<b>472</b>	<b>87%</b>	<b>542</b>	<b>100%</b>

kann schlecht einschlafen													
Basis: gültige Angaben													
		kann schlecht einschlafen										Gesamt	
		fast jeden Tag		mehrmals pro Woche		fast jede Woche		fast jeden Monat		selten oder nie		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Geschlecht</b>	männlich	1	1%	2	3%	7	10%	7	10%	53	76%	70	100%
	weiblich	10	2%	11	2%	23	5%	41	9%	386	82%	471	100%
<b>Gesamt</b>		<b>11</b>	<b>2%</b>	<b>13</b>	<b>2%</b>	<b>30</b>	<b>6%</b>	<b>48</b>	<b>9%</b>	<b>439</b>	<b>81%</b>	<b>541</b>	<b>100%</b>
<b>Altersklassen</b>	18-25					1	8%	2	17%	9	75%	12	100%
	26-33	5	3%			8	5%	18	11%	132	81%	163	100%
	34-41	5	2%	12	5%	15	6%	15	6%	213	82%	260	100%
	34-41					6	6%	13	14%	75	80%	94	100%
	49-56	1	10%	1	10%					8	80%	10	100%
	60 u. älter									2	100%	2	100%
<b>Gesamt</b>		<b>11</b>	<b>2%</b>	<b>13</b>	<b>2%</b>	<b>30</b>	<b>6%</b>	<b>48</b>	<b>9%</b>	<b>439</b>	<b>81%</b>	<b>541</b>	<b>100%</b>

<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule	5	6%	5	6%	3	4%	4	5%	60	78%	77	100%
	Lehre	3	2%	2	1%	9	6%	12	8%	128	83%	154	100%
	Fachschule			1	1%	8	7%	12	10%	94	82%	115	100%
	Uni/FH	1	1%	4	5%	4	5%	8	11%	56	77%	73	100%
	sonstige A.			1	3%			6	19%	24	77%	31	100%
<b>Gesamt</b>		<b>9</b>	<b>2%</b>	<b>13</b>	<b>3%</b>	<b>24</b>	<b>5%</b>	<b>42</b>	<b>9%</b>	<b>362</b>	<b>80%</b>	<b>450</b>	<b>100%</b>
<b>Setting</b>	Kindergarten	2	1%	2	1%	8	4%	17	9%	163	85%	192	100%
	Volksschule	9	3%	11	3%	22	6%	31	9%	276	79%	349	100%
<b>Gesamt</b>		<b>11</b>	<b>2%</b>	<b>13</b>	<b>2%</b>	<b>30</b>	<b>6%</b>	<b>48</b>	<b>9%</b>	<b>439</b>	<b>81%</b>	<b>541</b>	<b>100%</b>

fühlt sich benommen, schwindelig													
Basis: gültige Angaben													
		fühlt sich benommen, schwindelig								Gesamt			
		fast jeden Monat				selten oder nie				n		%	
		n	%	n	%								
<b>Geschlecht</b>	männlich		2	3%	67	97%			69	100%			
	weiblich		3	1%	460	99%			463	100%			
<b>Gesamt</b>		<b>5</b>	<b>1%</b>	<b>527</b>	<b>99%</b>	<b>532</b>	<b>100%</b>						
<b>Altersklassen</b>	18-25				12	100%			12	100%			
	26-33				156	100%			156	100%			
	34-41		4	2%	255	98%			259	100%			
	34-41		1	1%	92	99%			93	100%			
	49-56				10	100%			10	100%			
	60 u. älter				2	100%			2	100%			
<b>Gesamt</b>		<b>5</b>	<b>1%</b>	<b>527</b>	<b>99%</b>	<b>532</b>	<b>100%</b>						
<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule		1	1%	76	99%			77	100%			
	Lehre				152	100%			152	100%			
	Fachschule				111	100%			111	100%			
	Uni/FH		2	3%	68	97%			70	100%			
	sonstige A.				30	100%			30	100%			
<b>Gesamt</b>		<b>3</b>	<b>1%</b>	<b>437</b>	<b>99%</b>	<b>440</b>	<b>100%</b>						
<b>Setting</b>	Kindergarten				187	100%			187	100%			
	Volksschule		5	1%	340	99%			345	100%			
<b>Gesamt</b>		<b>5</b>	<b>1%</b>	<b>527</b>	<b>99%</b>	<b>532</b>	<b>100%</b>						

### Einnahme bestimmter Lebensmittel

		Obst/Früchte												Gesamt	
		Basis: gültige Angaben													
		Obst/Früchte						Obst/Früchte							
nie		einmal pro Woche		2-4 Tage pro Woche		an 5-6 Tagen pro Woche		jeden Tag einmal täglich		mehrmals täglich					
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Geschlecht</b>	männlich		4	6%	19	28%	13	19%	29	42%	4	6%	69	100%	
	weiblich	6	1%	33	7%	96	20%	77	16%	163	34%	98	21%	473	100%
<b>Gesamt</b>		6	1%	37	7%	115	21%	90	17%	192	35%	102	19%	542	100%
<b>Altersklassen</b>	18-25				1	8%	3	25%	6	50%	2	17%	12	100%	
	26-33		10	6%	38	23%	23	14%	65	39%	29	18%	165	100%	
	34-41	4	2%	20	8%	51	19%	46	18%	88	34%	53	20%	262	100%
	34-41	2	2%	7	8%	23	25%	17	18%	29	32%	14	15%	92	100%
	49-56				2	22%	1	11%	2	22%	4	44%	9	100%	
	60 u. älter								2	100%			2	100%	
<b>Gesamt</b>		6	1%	37	7%	115	21%	90	17%	192	35%	102	19%	542	100%
<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule	1	1%	8	10%	17	22%	15	19%	28	36%	9	12%	78	100%
	Lehre	3	2%	11	7%	38	25%	28	18%	46	30%	26	17%	152	100%
	Fachschule			4	4%	22	19%	18	16%	43	38%	27	24%	114	100%
	Uni/FH	1	1%	6	8%	16	22%	9	12%	27	36%	15	20%	74	100%
	sonstige A.	1	3%	3	10%	2	6%	3	10%	13	42%	9	29%	31	100%
<b>Gesamt</b>		6	1%	32	7%	95	21%	73	16%	157	35%	86	19%	449	100%
<b>Setting</b>	Kindergarten	1	1%	6	3%	31	16%	34	18%	76	39%	45	23%	193	100%
	Volkschule	5	1%	31	9%	84	24%	56	16%	116	33%	57	16%	349	100%
<b>Gesamt</b>		6	1%	37	7%	115	21%	90	17%	192	35%	102	19%	542	100%

**Gemüse**

**Basis: gültige Angaben**

		Gemüse														Gesamt	
		nie		einmal pro Woche		2-4 Tage pro Woche		an 5-6 Tagen pro Woche		jeden Tag einmal täglich		mehrmals täglich		Gesamt			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Geschlecht</b>	männlich	3	4%	9	13%	28	41%	13	19%	14	20%	2	3%	69	100%		
	weiblich	33	7%	66	14%	164	35%	79	17%	106	22%	27	6%	475	100%		
<b>Gesamt</b>		<b>36</b>	<b>7%</b>	<b>75</b>	<b>14%</b>	<b>192</b>	<b>35%</b>	<b>92</b>	<b>17%</b>	<b>120</b>	<b>22%</b>	<b>29</b>	<b>5%</b>	<b>544</b>	<b>100%</b>		
<b>Altersklassen</b>	18-25					7	58%	3	25%	2	17%			12	100%		
	26-33	12	7%	18	11%	60	37%	35	22%	29	18%	8	5%	162	100%		
	34-41	18	7%	38	14%	85	32%	40	15%	66	25%	17	6%	264	100%		
	34-41	6	6%	17	18%	35	38%	12	13%	19	20%	4	4%	93	100%		
	49-56			1	9%	4	36%	2	18%	4	36%			11	100%		
	60 u. älter			1	50%	1	50%							2	100%		
<b>Gesamt</b>		<b>36</b>	<b>7%</b>	<b>75</b>	<b>14%</b>	<b>192</b>	<b>35%</b>	<b>92</b>	<b>17%</b>	<b>120</b>	<b>22%</b>	<b>29</b>	<b>5%</b>	<b>544</b>	<b>100%</b>		
<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule	8	10%	10	13%	33	43%	10	13%	14	18%	2	3%	77	100%		
	Lehre	8	5%	31	20%	54	35%	29	19%	23	15%	8	5%	153	100%		
	Fachschule	6	5%	12	10%	49	42%	23	20%	22	19%	5	4%	117	100%		
	Uni/FH	1	1%	13	18%	18	24%	14	19%	20	27%	8	11%	74	100%		
	sonstige A.	5	16%	2	6%	8	26%	4	13%	11	35%	1	3%	31	100%		
<b>Gesamt</b>		<b>28</b>	<b>6%</b>	<b>68</b>	<b>15%</b>	<b>162</b>	<b>36%</b>	<b>80</b>	<b>18%</b>	<b>90</b>	<b>20%</b>	<b>24</b>	<b>5%</b>	<b>452</b>	<b>100%</b>		
<b>Setting</b>	Kindergarten	13	7%	25	13%	62	32%	36	19%	43	22%	13	7%	192	100%		
	Volksschule	23	7%	50	14%	130	37%	56	16%	77	22%	16	5%	352	100%		
<b>Gesamt</b>		<b>36</b>	<b>7%</b>	<b>75</b>	<b>14%</b>	<b>192</b>	<b>35%</b>	<b>92</b>	<b>17%</b>	<b>120</b>	<b>22%</b>	<b>29</b>	<b>5%</b>	<b>544</b>	<b>100%</b>		

Burgenländischer Gesundheitsbericht 2012

Süßigkeiten/Schokolade  
Basis: gültige Angaben

	Süßigkeiten/Schokolade														Gesamt		
	nie		einmal pro Woche		2-4 Tage pro Woche		an 5-6 Tagen pro Woche		jeden Tag einmal täglich		mehrmals täglich		n	%			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
<b>Geschlecht</b>																	
	männlich	2	3%	8	11%	13	19%	12	17%	25	36%	10	14%	70	100%		
	weiblich	5	1%	52	11%	119	26%	70	15%	169	37%	45	10%	460	100%		
<b>Gesamt</b>		7	1%	60	11%	132	25%	82	15%	194	37%	55	10%	530	100%		
<b>Altersklassen</b>																	
	18-25			6	50%	3	25%	1	8%	2	17%			12	100%		
	26-33	1	1%	16	10%	44	28%	20	13%	62	39%	15	9%	158	100%		
	34-41	5	2%	21	8%	62	24%	38	15%	102	40%	27	11%	255	100%		
	34-41	1	1%	14	15%	18	20%	20	22%	26	28%	13	14%	92	100%		
	49-56			2	18%	4	36%	3	27%	2	18%			11	100%		
	60 u. älter			1	50%	1	50%							2	100%		
<b>Gesamt</b>		7	1%	60	11%	132	25%	82	15%	194	37%	55	10%	530	100%		
<b>Bildungsniveau</b>																	
	Pflichtschule	2	3%	12	16%	22	29%	9	12%	25	32%	7	9%	77	100%		
	Lehre	1	1%	20	13%	39	26%	24	16%	50	33%	16	11%	150	100%		
	Fachschule			16	15%	21	19%	14	13%	45	41%	13	12%	109	100%		
	Uni/FH	2	3%	7	10%	15	21%	14	19%	27	37%	8	11%	73	100%		
	sonstige A.			1	3%	5	17%	8	27%	13	43%	3	10%	30	100%		
<b>Gesamt</b>		5	1%	56	13%	102	23%	69	16%	160	36%	47	11%	439	100%		
<b>Setting</b>																	
	Kindergarten	2	1%	15	8%	40	21%	19	10%	84	44%	29	15%	189	100%		
	Volksschule	5	1%	45	13%	92	27%	63	18%	110	32%	26	8%	341	100%		
<b>Gesamt</b>		7	1%	60	11%	132	25%	82	15%	194	37%	55	10%	530	100%		



**Zuckerhaltige Limonaden**  
Basis: gültige Angaben

	Zuckerhaltige Limonaden (z.B.: Cola, Fanta, Almdudler, Sprite ...)												Gesamt		
	nie		einmal pro Woche		2-4 Tage pro Woche		an 5-6 Tagen pro Woche		jeden Tag einmal täglich		mehrmals täglich		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
<b>Geschlecht</b>															
	männlich	17	25%	34	49%	12	17%			3	4%	3	4%	69	100%
	weiblich	175	38%	153	33%	60	13%	15	3%	32	7%	28	6%	463	100%
<b>Gesamt</b>		<b>192</b>	<b>36%</b>	<b>187</b>	<b>35%</b>	<b>72</b>	<b>14%</b>	<b>15</b>	<b>3%</b>	<b>35</b>	<b>7%</b>	<b>31</b>	<b>6%</b>	<b>532</b>	<b>100%</b>
<b>Altersklassen</b>															
	18-25	8	73%	2	18%	1	9%							11	100%
	26-33	55	35%	56	35%	23	14%	3	2%	11	7%	11	7%	159	100%
	34-41	93	36%	89	34%	36	14%	6	2%	20	8%	17	7%	261	100%
	34-41	31	35%	37	42%	9	10%	5	6%	3	3%	3	3%	88	100%
	49-56	5	45%	2	18%	2	18%	1	9%	1	9%			11	100%
	60 u. älter			1	50%	1	50%							2	100%
<b>Gesamt</b>		<b>192</b>	<b>36%</b>	<b>187</b>	<b>35%</b>	<b>72</b>	<b>14%</b>	<b>15</b>	<b>3%</b>	<b>35</b>	<b>7%</b>	<b>31</b>	<b>6%</b>	<b>532</b>	<b>100%</b>
<b>Bildungsniveau</b>															
	Pflichtschule	22	29%	27	35%	10	13%	3	4%	9	12%	6	8%	77	100%
	Lehre	51	34%	48	32%	19	13%	5	3%	15	10%	12	8%	150	100%
	Fachschule	46	41%	42	38%	12	11%	3	3%	5	4%	4	4%	112	100%
	Uni/FH	27	37%	25	34%	14	19%	1	1%	2	3%	4	5%	73	100%
	sonstige A.	17	59%	9	31%	1	3%			1	3%	1	3%	29	100%
<b>Gesamt</b>		<b>163</b>	<b>37%</b>	<b>151</b>	<b>34%</b>	<b>56</b>	<b>13%</b>	<b>12</b>	<b>3%</b>	<b>32</b>	<b>7%</b>	<b>27</b>	<b>6%</b>	<b>441</b>	<b>100%</b>
<b>Setting</b>															
	Kindergarten	89	46%	58	30%	23	12%	4	2%	11	6%	9	5%	194	100%
	Volksschule	103	30%	129	38%	49	14%	11	3%	24	7%	22	7%	338	100%
<b>Gesamt</b>		<b>192</b>	<b>36%</b>	<b>187</b>	<b>35%</b>	<b>72</b>	<b>14%</b>	<b>15</b>	<b>3%</b>	<b>35</b>	<b>7%</b>	<b>31</b>	<b>6%</b>	<b>532</b>	<b>100%</b>

**Einnahme bestimmter Mahlzeiten**

<b>Frühstück</b>									
<b>Basis: gültige Angaben</b>									
		<b>Frühstück</b>						<b>Gesamt</b>	
		<b>regelmäßig</b>		<b>ab und zu</b>		<b>nie</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Geschlecht</b>	männlich	54	79%	13	19%	1	1%	68	100%
	weiblich	327	69%	131	28%	15	3%	473	100%
<b>Gesamt</b>		<b>381</b>	<b>70%</b>	<b>144</b>	<b>27%</b>	<b>16</b>	<b>3%</b>	<b>541</b>	<b>100%</b>
<b>Altersklassen</b>	18-25	7	58%	5	42%			12	100%
	26-33	110	68%	50	31%	2	1%	162	100%
	34-41	182	70%	66	25%	13	5%	261	100%
	34-41	73	78%	19	20%	1	1%	93	100%
	49-56	8	73%	3	27%			11	100%
	60 u. älter	1	50%	1	50%			2	100%
<b>Gesamt</b>		<b>381</b>	<b>70%</b>	<b>144</b>	<b>27%</b>	<b>16</b>	<b>3%</b>	<b>541</b>	<b>100%</b>
<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule	45	58%	28	36%	5	6%	78	100%
	Lehre	102	68%	46	30%	3	2%	151	100%
	Fachschule	82	72%	28	25%	4	4%	114	100%
	Uni/FH	60	81%	12	16%	2	3%	74	100%
	sonstige A.	29	94%	1	3%	1	3%	31	100%
<b>Gesamt</b>		<b>318</b>	<b>71%</b>	<b>115</b>	<b>26%</b>	<b>15</b>	<b>3%</b>	<b>448</b>	<b>100%</b>
<b>Setting</b>	Kindergarten	140	73%	48	25%	4	2%	192	100%
	Volksschule	241	69%	96	28%	12	3%	349	100%
<b>Gesamt</b>		<b>381</b>	<b>70%</b>	<b>144</b>	<b>27%</b>	<b>16</b>	<b>3%</b>	<b>541</b>	<b>100%</b>

<b>Mittagessen</b>									
<b>Basis: gültige Angaben</b>									
		<b>Mittagessen</b>						<b>Gesamt</b>	
		<b>regelmäßig</b>		<b>ab und zu</b>		<b>nie</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Geschlecht</b>	männlich	69	100%					69	100%
	weiblich	468	99%	6	1%	1	0%	475	100%
<b>Gesamt</b>		<b>537</b>	<b>99%</b>	<b>6</b>	<b>1%</b>	<b>1</b>	<b>0%</b>	<b>544</b>	<b>100%</b>
<b>Altersklassen</b>	18-25	12	100%					12	100%
	26-33	160	98%	4	2%			164	100%
	34-41	260	99%	2	1%	1	0%	263	100%
	34-41	92	100%					92	100%
	49-56	11	100%					11	100%
	60 u. älter	2	100%					2	100%
<b>Gesamt</b>		<b>537</b>	<b>99%</b>	<b>6</b>	<b>1%</b>	<b>1</b>	<b>0%</b>	<b>544</b>	<b>100%</b>

<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule	78	99%	1	1%			79	100%
	Lehre	149	99%	1	1%	1	1%	151	100%
	Fachschule	114	98%	2	2%			116	100%
	Uni/FH	72	97%	2	3%			74	100%
	sonstige A.	31	100%					31	100%
<b>Gesamt</b>		<b>444</b>	<b>98%</b>	<b>6</b>	<b>1%</b>	<b>1</b>	<b>0%</b>	<b>451</b>	<b>100%</b>
<b>Setting</b>	Kindergarten	187	96%	6	3%	1	1%	194	100%
	Volksschule	350	100%					350	100%
<b>Gesamt</b>		<b>537</b>	<b>99%</b>	<b>6</b>	<b>1%</b>	<b>1</b>	<b>0%</b>	<b>544</b>	<b>100%</b>

<b>Abendessen</b>									
<b>Basis: gültige Angaben</b>									
		<b>Abendessen</b>				<b>Gesamt</b>			
		<b>regelmäßig</b>		<b>ab und zu</b>					
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>				
<b>Geschlecht</b>	männlich	67	96%	3	4%			70	100%
	weiblich	452	96%	20	4%			472	100%
<b>Gesamt</b>		<b>519</b>	<b>96%</b>	<b>23</b>	<b>4%</b>			<b>542</b>	<b>100%</b>
<b>Altersklassen</b>	18-25	10	83%	2	17%			12	100%
	26-33	151	94%	10	6%			161	100%
	34-41	259	98%	5	2%			264	100%
	34-41	86	93%	6	7%			92	100%
	49-56	11	100%					11	100%
	60 u. älter	2	100%					2	100%
<b>Gesamt</b>		<b>519</b>	<b>96%</b>	<b>23</b>	<b>4%</b>			<b>542</b>	<b>100%</b>
<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule	74	93%	6	8%			80	100%
	Lehre	142	94%	9	6%			151	100%
	Fachschule	110	96%	5	4%			115	100%
	Uni/FH	73	99%	1	1%			74	100%
	sonstige A.	30	97%	1	3%			31	100%
<b>Gesamt</b>		<b>429</b>	<b>95%</b>	<b>22</b>	<b>5%</b>			<b>451</b>	<b>100%</b>
<b>Setting</b>	Kindergarten	180	94%	12	6%			192	100%
	Volksschule	339	97%	11	3%			350	100%
<b>Gesamt</b>		<b>519</b>	<b>96%</b>	<b>23</b>	<b>4%</b>			<b>542</b>	<b>100%</b>

<b>Zwischenmalzeit</b>									
<b>Basis: gültige Angaben</b>									
		<b>Zwischenmahlzeit (Jause)</b>						<b>Gesamt</b>	
		<b>regelmäßig</b>		<b>ab und zu</b>		<b>nie</b>			
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Geschlecht</b>	männlich	52	78%	15	22%			67	100%
	weiblich	341	72%	125	26%	7	1%	473	100%
<b>Gesamt</b>		<b>393</b>	<b>73%</b>	<b>140</b>	<b>26%</b>	<b>7</b>	<b>1%</b>	<b>540</b>	<b>100%</b>

<b>Altersklassen</b>	18-25	10	83%	2	17%			12	100%
	26-33	123	76%	37	23%	1	1%	161	100%
	34-41	187	71%	73	28%	2	1%	262	100%
	34-41	62	67%	26	28%	4	4%	92	100%
	49-56	10	91%	1	9%			11	100%
	60 u. älter	1	50%	1	50%			2	100%
<b>Gesamt</b>		<b>393</b>	<b>73%</b>	<b>140</b>	<b>26%</b>	<b>7</b>	<b>1%</b>	<b>540</b>	<b>100%</b>
<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule	49	63%	29	37%			78	100%
	Lehre	111	74%	38	25%	2	1%	151	100%
	Fachschule	88	77%	23	20%	3	3%	114	100%
	Uni/FH	50	68%	22	30%	1	1%	73	100%
	sonstige A.	23	74%	7	23%	1	3%	31	100%
<b>Gesamt</b>		<b>321</b>	<b>72%</b>	<b>119</b>	<b>27%</b>	<b>7</b>	<b>2%</b>	<b>447</b>	<b>100%</b>
<b>Setting</b>	Kindergarten	142	74%	47	25%	2	1%	191	100%
	Volksschule	251	72%	93	27%	5	1%	349	100%
<b>Gesamt</b>		<b>393</b>	<b>73%</b>	<b>140</b>	<b>26%</b>	<b>7</b>	<b>1%</b>	<b>540</b>	<b>100%</b>

## Bewegungsverhalten

An wie vielen der vergangenen 7 Tagen war Ihr Kind mindestens für 60 Minuten/Tag körperlich aktiv?																			
Basis: gültige Angaben																			
		Bewegungsausmaß														Gesamt			
		an 0 Tagen		an 1 Tag		an 2 Tagen		an 3 Tagen		an 4 Tagen		an 5 Tagen		an 6 Tagen		an 7 Tagen		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Geschlecht</b>	männlich			6	9%	3	4%	7	10%	13	19%	13	19%	4	6%	24	34%	70	100%
	weiblich	7	1%	17	4%	23	5%	42	9%	92	20%	75	16%	49	10%	164	35%	469	100%
<b>Gesamt</b>		<b>7</b>	<b>1%</b>	<b>23</b>	<b>4%</b>	<b>26</b>	<b>5%</b>	<b>49</b>	<b>9%</b>	<b>105</b>	<b>19%</b>	<b>88</b>	<b>16%</b>	<b>53</b>	<b>10%</b>	<b>188</b>	<b>35%</b>	<b>539</b>	<b>100%</b>
<b>Altersklassen</b>	18-25									5	45%			1	9%	5	45%	11	100%
	26-33	3	2%	2	1%	7	4%	13	8%	29	18%	19	12%	20	12%	68	42%	161	100%
	34-41	2	1%	12	5%	13	5%	25	10%	54	21%	53	20%	24	9%	79	30%	262	100%
	34-41	2	2%	8	9%	5	5%	11	12%	14	15%	15	16%	7	8%	30	33%	92	100%
	49-56			1	9%	1	9%			3	27%	1	9%	1	9%	4	36%	11	100%
	60 u. älter															2	100%	2	100%
<b>Gesamt</b>		<b>7</b>	<b>1%</b>	<b>23</b>	<b>4%</b>	<b>26</b>	<b>5%</b>	<b>49</b>	<b>9%</b>	<b>105</b>	<b>19%</b>	<b>88</b>	<b>16%</b>	<b>53</b>	<b>10%</b>	<b>188</b>	<b>35%</b>	<b>539</b>	<b>100%</b>
<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule	1	1%	4	5%	8	10%	10	13%	13	17%	6	8%	9	12%	27	35%	78	100%
	Lehre	3	2%	2	1%	7	5%	13	9%	28	18%	23	15%	20	13%	56	37%	152	100%
	Fachschule	2	2%	2	2%	2	2%	9	8%	35	30%	21	18%	10	9%	35	30%	116	100%
	Uni/FH			8	11%	4	5%	5	7%	15	21%	10	14%	4	5%	27	37%	73	100%
	sonstige A.	1	3%	2	6%	2	6%	1	3%	3	10%	9	29%	3	10%	10	32%	31	100%
<b>Gesamt</b>		<b>7</b>	<b>2%</b>	<b>18</b>	<b>4%</b>	<b>23</b>	<b>5%</b>	<b>38</b>	<b>8%</b>	<b>94</b>	<b>21%</b>	<b>69</b>	<b>15%</b>	<b>46</b>	<b>10%</b>	<b>155</b>	<b>34%</b>	<b>450</b>	<b>100%</b>
<b>Setting</b>	Kindergarten	3	2%	5	3%	9	5%	11	6%	26	14%	19	10%	21	11%	94	50%	188	100%
	Volksschule	4	1%	18	5%	17	5%	38	11%	79	23%	69	20%	32	9%	94	27%	351	100%
<b>Gesamt</b>		<b>7</b>	<b>1%</b>	<b>23</b>	<b>4%</b>	<b>26</b>	<b>5%</b>	<b>49</b>	<b>9%</b>	<b>105</b>	<b>19%</b>	<b>88</b>	<b>16%</b>	<b>53</b>	<b>10%</b>	<b>188</b>	<b>35%</b>	<b>539</b>	<b>100%</b>

**Sitzendes Freizeitverhalten**

Wie viele Stunden pro Tag verbringt Ihr Kind durchschnittlich mit Fernsehen?																	
Basis: gültige Angaben																	
		Freizeit mit Fernsehen														Gesamt	
		überhaupt nicht		etwa eine halbe Stunde am Tag		etwa 1 Stunde am Tag		etwa 2 Stunden am Tag		etwa 3 Stunden am Tag		etwa 4 Stunden am Tag		etwa 5 Stunden am Tag		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Geschlecht</b>	männlich	2	3%	6	9%	29	44%	20	30%	8	12%			1	2%	66	100%
	weiblich	20	4%	71	15%	186	39%	137	29%	40	8%	11	2%	8	2%	473	100%
<b>Gesamt</b>		<b>22</b>	<b>4%</b>	<b>77</b>	<b>14%</b>	<b>215</b>	<b>40%</b>	<b>157</b>	<b>29%</b>	<b>48</b>	<b>9%</b>	<b>11</b>	<b>2%</b>	<b>9</b>	<b>2%</b>	<b>539</b>	<b>100%</b>
<b>Altersklassen</b>	18-25			6	50%	3	25%	1	8%			2	17%			12	100%
	26-33	8	5%	33	20%	54	33%	52	32%	12	7%	3	2%	2	1%	164	100%
	34-41	10	4%	28	11%	111	43%	79	30%	24	9%	3	1%	5	2%	260	100%
	34-41	2	2%	10	11%	40	44%	22	24%	11	12%	3	3%	2	2%	90	100%
	49-56	2	18%			6	55%	2	18%	1	9%					11	100%
	60 u. älter					1	50%	1	50%							2	100%
<b>Gesamt</b>		<b>22</b>	<b>4%</b>	<b>77</b>	<b>14%</b>	<b>215</b>	<b>40%</b>	<b>157</b>	<b>29%</b>	<b>48</b>	<b>9%</b>	<b>11</b>	<b>2%</b>	<b>9</b>	<b>2%</b>	<b>539</b>	<b>100%</b>
<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule	4	5%	10	13%	27	34%	19	24%	12	15%	2	3%	5	6%	79	100%
	Lehre	6	4%	16	10%	59	39%	48	31%	17	11%	5	3%	2	1%	153	100%
	Fachschule	3	3%	15	13%	44	39%	40	35%	8	7%	2	2%	2	2%	114	100%
	Uni/FH	3	4%	13	18%	36	51%	14	20%	4	6%	1	1%			71	100%
	sonstige A.	2	7%	5	17%	13	43%	7	23%	3	10%					30	100%
<b>Gesamt</b>		<b>18</b>	<b>4%</b>	<b>59</b>	<b>13%</b>	<b>179</b>	<b>40%</b>	<b>128</b>	<b>29%</b>	<b>44</b>	<b>10%</b>	<b>10</b>	<b>2%</b>	<b>9</b>	<b>2%</b>	<b>447</b>	<b>100%</b>
<b>Setting</b>	Kindergarten	18	9%	35	18%	64	34%	54	28%	14	7%	5	3%	1	1%	191	100%
	Volksschule	4	1%	42	12%	151	43%	103	30%	34	10%	6	2%	8	2%	348	100%
<b>Gesamt</b>		<b>22</b>	<b>4%</b>	<b>77</b>	<b>14%</b>	<b>215</b>	<b>40%</b>	<b>157</b>	<b>29%</b>	<b>48</b>	<b>9%</b>	<b>11</b>	<b>2%</b>	<b>9</b>	<b>2%</b>	<b>539</b>	<b>100%</b>

Wie viele Stunden pro Tag spielt Ihr Kind durchschnittlich mit "Spiele am PC" oder mit einer Spielkonsole?																
Basis: gültige Angaben																
		Freizeit mit Computer											Gesamt			
		überhaupt nicht		etwa eine halbe Stunde am Tag		etwa 1 Stunde am Tag		etwa 2 Stunden am Tag		etwa 3 Stunden am Tag		n	%			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
<b>Geschlecht</b>	männlich	24	34%	27	39%	16	23%	3	4%					70	100%	
	weiblich	171	37%	175	38%	87	19%	27	6%	3	1%	463	100%			
<b>Gesamt</b>		<b>195</b>	<b>37%</b>	<b>202</b>	<b>38%</b>	<b>103</b>	<b>19%</b>	<b>30</b>	<b>6%</b>	<b>3</b>	<b>1%</b>	<b>533</b>	<b>100%</b>			
<b>Altersklassen</b>	18-25	7	64%	3	27%	1	9%					11	100%			
	26-33	75	47%	52	33%	24	15%	7	4%			158	100%			
	34-41	87	33%	101	39%	56	21%	15	6%	3	1%	262	100%			
	34-41	21	23%	42	46%	22	24%	6	7%			91	100%			
	49-56	5	56%	3	33%			1	11%			9	100%			
	60 u. älter			1	50%			1	50%			2	100%			
<b>Gesamt</b>		<b>195</b>	<b>37%</b>	<b>202</b>	<b>38%</b>	<b>103</b>	<b>19%</b>	<b>30</b>	<b>6%</b>	<b>3</b>	<b>1%</b>	<b>533</b>	<b>100%</b>			

<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule	21	27%	28	36%	19	25%	7	9%	2	3%	77	100%
	Lehre	56	38%	54	37%	27	18%	8	5%	1	1%	146	100%
	Fachschule	44	39%	41	36%	20	18%	9	8%			114	100%
	Uni/FH	23	32%	28	38%	18	25%	4	5%			73	100%
	sonstige A.	15	48%	13	42%	2	6%	1	3%			31	100%
<b>Gesamt</b>		<b>159</b>	<b>36%</b>	<b>164</b>	<b>37%</b>	<b>86</b>	<b>20%</b>	<b>29</b>	<b>7%</b>	<b>3</b>	<b>1%</b>	<b>441</b>	<b>100%</b>
<b>Setting</b>	Kindergarten	134	71%	35	18%	16	8%	5	3%			190	100%
	Volksschule	61	18%	167	49%	87	25%	25	7%	3	1%	343	100%
<b>Gesamt</b>		<b>195</b>	<b>37%</b>	<b>202</b>	<b>38%</b>	<b>103</b>	<b>19%</b>	<b>30</b>	<b>6%</b>	<b>3</b>	<b>1%</b>	<b>533</b>	<b>100%</b>

## Teilnahme in Vereinen

Organisierte Teamsportaktivitäten (z. B Fußball, Handball)												
Basis: gültige Angaben												
		Organisierte Teamsportaktivitäten								Gesamt		
		nie		2-3 Mal im Monat		ungefähr einmal pro Woche		2 Mal pro Woche		n	%	
		n	%	n	%	n	%	n	%			
<b>Geschlecht</b>	männlich	47	71%	1	2%	9	14%	9	14%	66	100%	
	weiblich	304	67%	17	4%	69	15%	62	14%	452	100%	
<b>Gesamt</b>		<b>351</b>	<b>68%</b>	<b>18</b>	<b>3%</b>	<b>78</b>	<b>15%</b>	<b>71</b>	<b>14%</b>	<b>518</b>	<b>100%</b>	
<b>Altersklassen</b>	18-25	12	100%							12	100%	
	26-33	114	73%	6	4%	21	13%	16	10%	157	100%	
	34-41	161	64%	10	4%	43	17%	37	15%	251	100%	
	34-41	54	64%	2	2%	12	14%	17	20%	85	100%	
	49-56	9	82%			2	18%			11	100%	
	60 u. älter	1	50%					1	50%	2	100%	
<b>Gesamt</b>		<b>351</b>	<b>68%</b>	<b>18</b>	<b>3%</b>	<b>78</b>	<b>15%</b>	<b>71</b>	<b>14%</b>	<b>518</b>	<b>100%</b>	
<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule	52	68%	3	4%	11	14%	11	14%	77	100%	
	Lehre	120	79%	5	3%	15	10%	11	7%	151	100%	
	Fachschule	65	62%	3	3%	19	18%	18	17%	105	100%	
	Uni/FH	33	49%	2	3%	17	25%	15	22%	67	100%	
	sonstige A.	24	83%	2	7%	1	3%	2	7%	29	100%	
<b>Gesamt</b>		<b>294</b>	<b>69%</b>	<b>15</b>	<b>3%</b>	<b>63</b>	<b>15%</b>	<b>57</b>	<b>13%</b>	<b>429</b>	<b>100%</b>	
<b>Setting</b>	Kindergarten	167	90%	2	1%	10	5%	7	4%	186	100%	
	Volksschule	184	55%	16	5%	68	20%	64	19%	332	100%	
<b>Gesamt</b>		<b>351</b>	<b>68%</b>	<b>18</b>	<b>3%</b>	<b>78</b>	<b>15%</b>	<b>71</b>	<b>14%</b>	<b>518</b>	<b>100%</b>	

<b>Organisierte sportliche Einzelaktivitäten ( z.B.: Schwimmen, Radfahren)</b>											
<b>Basis: gültige Angaben</b>											
		<b>Organisierte sportliche Einzelaktivitäten</b>								<b>Gesamt</b>	
		<b>nie</b>		<b>2-3 Mal im Monat</b>		<b>ungefähr einmal pro Woche</b>		<b>2 Mal pro Woche</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Geschlecht</b>	männlich	40	60%	5	7%	14	21%	8	12%	67	100%
	weiblich	243	55%	61	14%	81	18%	57	13%	442	100%
<b>Gesamt</b>		<b>283</b>	<b>56%</b>	<b>66</b>	<b>13%</b>	<b>95</b>	<b>19%</b>	<b>65</b>	<b>13%</b>	<b>509</b>	<b>100%</b>
<b>Altersklassen</b>	18-25	7	58%	3	25%	2	17%			12	100%
	26-33	102	66%	17	11%	20	13%	15	10%	154	100%
	34-41	129	52%	34	14%	49	20%	34	14%	246	100%
	34-41	44	52%	7	8%	21	25%	13	15%	85	100%
	49-56	1	10%	4	40%	2	20%	3	30%	10	100%
	60 u. älter			1	50%	1	50%			2	100%
<b>Gesamt</b>		<b>283</b>	<b>56%</b>	<b>66</b>	<b>13%</b>	<b>95</b>	<b>19%</b>	<b>65</b>	<b>13%</b>	<b>509</b>	<b>100%</b>
<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule	32	44%	19	26%	10	14%	12	16%	73	100%
	Lehre	91	61%	18	12%	24	16%	17	11%	150	100%
	Fachschule	63	61%	8	8%	18	17%	15	14%	104	100%
	Uni/FH	32	49%	6	9%	15	23%	12	18%	65	100%
	sonstige A.	17	61%	4	14%	3	11%	4	14%	28	100%
<b>Gesamt</b>		<b>235</b>	<b>56%</b>	<b>55</b>	<b>13%</b>	<b>70</b>	<b>17%</b>	<b>60</b>	<b>14%</b>	<b>420</b>	<b>100%</b>
<b>Setting</b>	Kindergarten	133	72%	18	10%	21	11%	13	7%	185	100%
	Volksschule	150	46%	48	15%	74	23%	52	16%	324	100%
<b>Gesamt</b>		<b>283</b>	<b>56%</b>	<b>66</b>	<b>13%</b>	<b>95</b>	<b>19%</b>	<b>65</b>	<b>13%</b>	<b>509</b>	<b>100%</b>

<b>Organisierte Musik- und Theateraktivitäten in der Gruppe (z.B.: Chor, Theatergruppe)</b>											
<b>Basis: gültige Angaben</b>											
		<b>Organisierte Musik- und Theateraktivitäten</b>								<b>Gesamt</b>	
		<b>nie</b>		<b>2-3 Mal im Monat</b>		<b>ungefähr einmal pro Woche</b>		<b>2 Mal pro Woche</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Geschlecht</b>	männlich	47	69%	3	4%	17	25%	1	1%	68	100%
	weiblich	329	74%	12	3%	90	20%	11	2%	442	100%
<b>Gesamt</b>		<b>376</b>	<b>74%</b>	<b>15</b>	<b>3%</b>	<b>107</b>	<b>21%</b>	<b>12</b>	<b>2%</b>	<b>510</b>	<b>100%</b>
<b>Altersklassen</b>	18-25	8	67%	2	17%	2	17%			12	100%
	26-33	136	88%	3	2%	14	9%	1	1%	154	100%
	34-41	172	70%	9	4%	59	24%	6	2%	246	100%
	34-41	55	65%	1	1%	25	29%	4	5%	85	100%
	49-56	3	27%			7	64%	1	9%	11	100%
	60 u. älter	2	100%							2	100%
<b>Gesamt</b>		<b>376</b>	<b>74%</b>	<b>15</b>	<b>3%</b>	<b>107</b>	<b>21%</b>	<b>12</b>	<b>2%</b>	<b>510</b>	<b>100%</b>

<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule	56	73%	2	3%	16	21%	3	4%	77	100%
	Lehre	116	78%	6	4%	25	17%	1	1%	148	100%
	Fachschule	81	78%	3	3%	19	18%	1	1%	104	100%
	Uni/FH	39	58%	2	3%	22	33%	4	6%	67	100%
	sonstige A.	21	75%			6	21%	1	4%	28	100%
<b>Gesamt</b>		<b>313</b>	<b>74%</b>	<b>13</b>	<b>3%</b>	<b>88</b>	<b>21%</b>	<b>10</b>	<b>2%</b>	<b>424</b>	<b>100%</b>
<b>Setting</b>	Kindergarten	160	86%	5	3%	20	11%	1	1%	186	100%
	Volksschule	216	67%	10	3%	87	27%	11	3%	324	100%
<b>Gesamt</b>		<b>376</b>	<b>74%</b>	<b>15</b>	<b>3%</b>	<b>107</b>	<b>21%</b>	<b>12</b>	<b>2%</b>	<b>510</b>	<b>100%</b>

<b>Organisierte musikalische Einzelaktivitäten (Instrumente spielen , Musikstunden nehmen)</b>											
<b>Basis: gültige Angaben</b>											
		<b>Organisierte musikalische Einzelaktivitäten</b>								<b>Gesamt</b>	
		<b>nie</b>		<b>2-3 Mal im Monat</b>		<b>ungefähr einmal pro Woche</b>		<b>2 Mal pro Woche</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Geschlecht</b>	männlich	51	78%	1	2%	12	18%	1	2%	65	100%
	weiblich	317	71%	7	2%	114	26%	9	2%	447	100%
<b>Gesamt</b>		<b>368</b>	<b>72%</b>	<b>8</b>	<b>2%</b>	<b>126</b>	<b>25%</b>	<b>10</b>	<b>2%</b>	<b>512</b>	<b>100%</b>
<b>Altersklassen</b>	18-25	7	58%	2	17%	3	25%			12	100%
	26-33	133	85%	1	1%	21	13%	1	1%	156	100%
	34-41	167	68%	4	2%	66	27%	7	3%	244	100%
	34-41	55	63%			31	35%	2	2%	88	100%
	49-56	4	40%	1	10%	5	50%			10	100%
	60 u. älter	2	100%							2	100%
<b>Gesamt</b>		<b>368</b>	<b>72%</b>	<b>8</b>	<b>2%</b>	<b>126</b>	<b>25%</b>	<b>10</b>	<b>2%</b>	<b>512</b>	<b>100%</b>
<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule	59	78%	2	3%	12	16%	3	4%	76	100%
	Lehre	118	81%	1	1%	25	17%	2	1%	146	100%
	Fachschule	73	69%	2	2%	29	27%	2	2%	106	100%
	Uni/FH	39	58%	1	1%	24	36%	3	4%	67	100%
	sonstige A.	23	82%			5	18%			28	100%
<b>Gesamt</b>		<b>312</b>	<b>74%</b>	<b>6</b>	<b>1%</b>	<b>95</b>	<b>22%</b>	<b>10</b>	<b>2%</b>	<b>423</b>	<b>100%</b>
<b>Setting</b>	Kindergarten	167	91%	2	1%	14	8%			183	100%
	Volksschule	201	61%	6	2%	112	34%	10	3%	329	100%
<b>Gesamt</b>		<b>368</b>	<b>72%</b>	<b>8</b>	<b>2%</b>	<b>126</b>	<b>25%</b>	<b>10</b>	<b>2%</b>	<b>512</b>	<b>100%</b>

<b>Andere organisierte Gruppenaktivitäten</b>											
<b>Basis: gültige Angaben</b>											
		<b>Andere organisierte Gruppenaktivitäten</b>								<b>Gesamt</b>	
		<b>nie</b>		<b>2-3 Mal im Monat</b>		<b>ungefähr einmal pro Woche</b>		<b>2 Mal pro Woche</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Geschlecht</b>	männlich	51	80%	4	6%	9	14%			64	100%
	weiblich	317	74%	31	7%	68	16%	13	3%	429	100%
<b>Gesamt</b>		<b>368</b>	<b>75%</b>	<b>35</b>	<b>7%</b>	<b>77</b>	<b>16%</b>	<b>13</b>	<b>3%</b>	<b>493</b>	<b>100%</b>



<b>Altersklassen</b>	18-25	9	82%	1	9%	1	9%			11	100%
	26-33	117	76%	10	7%	23	15%	3	2%	153	100%
	34-41	174	74%	18	8%	36	15%	7	3%	235	100%
	34-41	57	70%	5	6%	16	20%	3	4%	81	100%
	49-56	9	82%	1	9%	1	9%			11	100%
	60 u. älter	2	100%							2	100%
<b>Gesamt</b>		<b>368</b>	<b>75%</b>	<b>35</b>	<b>7%</b>	<b>77</b>	<b>16%</b>	<b>13</b>	<b>3%</b>	<b>493</b>	<b>100%</b>
<b>Bildungsniveau</b>	Pflichtschule	56	77%	8	11%	7	10%	2	3%	73	100%
	Lehre	114	78%	9	6%	19	13%	4	3%	146	100%
	Fachschule	71	70%	7	7%	22	22%	2	2%	102	100%
	Uni/FH	48	79%	2	3%	8	13%	3	5%	61	100%
	sonstige A.	17	61%	2	7%	7	25%	2	7%	28	100%
<b>Gesamt</b>		<b>306</b>	<b>75%</b>	<b>28</b>	<b>7%</b>	<b>63</b>	<b>15%</b>	<b>13</b>	<b>3%</b>	<b>410</b>	<b>100%</b>
<b>Setting</b>	Kindergarten	155	85%	7	4%	17	9%	3	2%	182	100%
	Volksschule	213	68%	28	9%	60	19%	10	3%	311	100%
<b>Gesamt</b>		<b>368</b>	<b>75%</b>	<b>35</b>	<b>7%</b>	<b>77</b>	<b>16%</b>	<b>13</b>	<b>3%</b>	<b>493</b>	<b>100%</b>

## A.3 Moderationsleitfaden Fokusgruppe Kindergesundheit

LEITFADEN FÜR DIE MODERATION „KINDERGESUNDHEIT“,  
START: 15.00 UHR, 12.09.2012, ORT: EISENSTADT, LANDHAUS NEU

Punkt	Thema	Dauer	Inhalt	Methode
A	Ablauf und Präsentation	10 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Danke für die Teilnahme</b></li> <li>• <b>Allgemeines</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inhalte werden <b>mitdokumentiert</b></li> <li>- <b>Flipcharts</b> zur Verwendung im Gesundheitsbericht <b>fotografiert</b></li> <li>- am Ende gibt es ein <b>gemeinsames Gruppenfoto</b></li> </ul> </li> <li>• <b>Vorstellung der TeilnehmerInnen</b></li> <li>• <b>Ziele der Fokusgruppe</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>integrierte</b> BGBE</li> <li>- <b>Status quo</b> Kindergesundheit im Burgenland</li> <li>- <b>konkrete Parameterbestimmung</b></li> <li>- Basis für <b>regelmäßiges Monitoring</b></li> <li>- <b>Bewusstsein</b> für die Wichtigkeit des Themas Kindergesundheit bei politischen EntscheidungsträgerInnen im Burgenland schaffen</li> </ul> </li> <li>• <b>Rahmenabklärung/Vorgehensweise Fokusgruppe</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zeitlicher Rahmen <b>2- 2 ½ Stunden</b></li> <li>- zuvor: <b>Vorstellung</b> Aufbau und Inhalt des <b>BGB 2012</b> sowie Ziele und Methodik</li> <li>- <b>inhaltlicher Rahmen Fokusgruppe:</b> Festlegung von <b>Parametern</b> zur Messung von Kindergesundheit</li> </ul> </li> </ul>	Vortrag Power Point
B	Einstieg Foliensatz	10 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vorstellung BGB 2012</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Public Health</b> Bezug</li> <li>- <b>BGBE 2002-2012</b></li> <li>- <b>Rahmengesundheitsziele für Österreich</b> als konzeptioneller Rahmen der BGBE 2012: Grundprinzipien, Ziel 6</li> <li>- <b>Berichtszeitraum, Auftrag und Ziele</b></li> <li>- <b>Gliederung</b> des Berichts</li> </ul> </li> <li>• <b>Methodische Ansätze</b> BGB 2012 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eltern-Kind-Befragung</li> <li>- Interviews zum Thema HiAP</li> <li>- Fokusgruppen</li> <li>- Sekundärdatenanalyse</li> <li>- Besonderheiten BGB 2012</li> </ul> </li> </ul>	Vortrag Power Point
C	Messung von Kindergesundheit	120 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorlegen der <b>Definition von Child Public Health:</b> Diskussionsgrundlage</li> <li>• kurze Vorstellung der <b>Österreichischen Kindergesundheitsstrategie:</b> Ziele, Themenfelder</li> <li>• Übung <b>Status quo Kindergesundheit</b> im Burgenland (<b>15 min.</b>) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pinnwand 3 Wolken mit Smileys: Optimal, Verbesserung, Nachholbedarf</li> <li>- Kärtchen austeilern (jeweils zwei rote, zwei grüne und zwei gelbe pro Teilnehmer/Teilnehmerin)</li> <li>- TeilnehmerInnen pinnen die Kärtchen an die Wand</li> </ul> </li> <li>• Übung <b>Festlegung von Parametern zur Messung</b> der Kindergesundheit (<b>15 min.</b>) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wolke „Festlegung von Parametern/ Indikatoren“</li> <li>- zwei weiße Moderationskarten pro Teilnehmer/Teilnehmerin</li> <li>- auf Pinnwand geben</li> <li>- Austeilern von 5 Klebepunkten pro Teilnehmer/Teilnehmerin-&gt; Priorisierung</li> </ul> </li> <li>• Übung <b>Messbarkeit der Parameter</b> (<b>15 min.</b>) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diskussion-&gt; „Wie können die priorisierten Parameter</li> </ul> </li> </ul>	Workshop

			<p>im Rahmen eines regelmäßigen Monitorings gemessen werden?“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorschläge zur Messbarkeit: Diskussion auf Flipchart, mitdokumentieren</li> <li>- Ergebnis: Festlegung auf bestimmte Punkte der Messbarkeit</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Commitment (10 min.)</b></li> <li>- abschließende Diskussion: Festlegung Parameter und Messbarkeit</li> <li>• Flipcharts <b>fotografieren</b></li> </ul>	
<b>D</b>	<b>Abschluss</b>	10 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Danke für die Teilnahme und Mitarbeit</b></li> <li>• <b>Gruppenfoto</b></li> </ul>	-

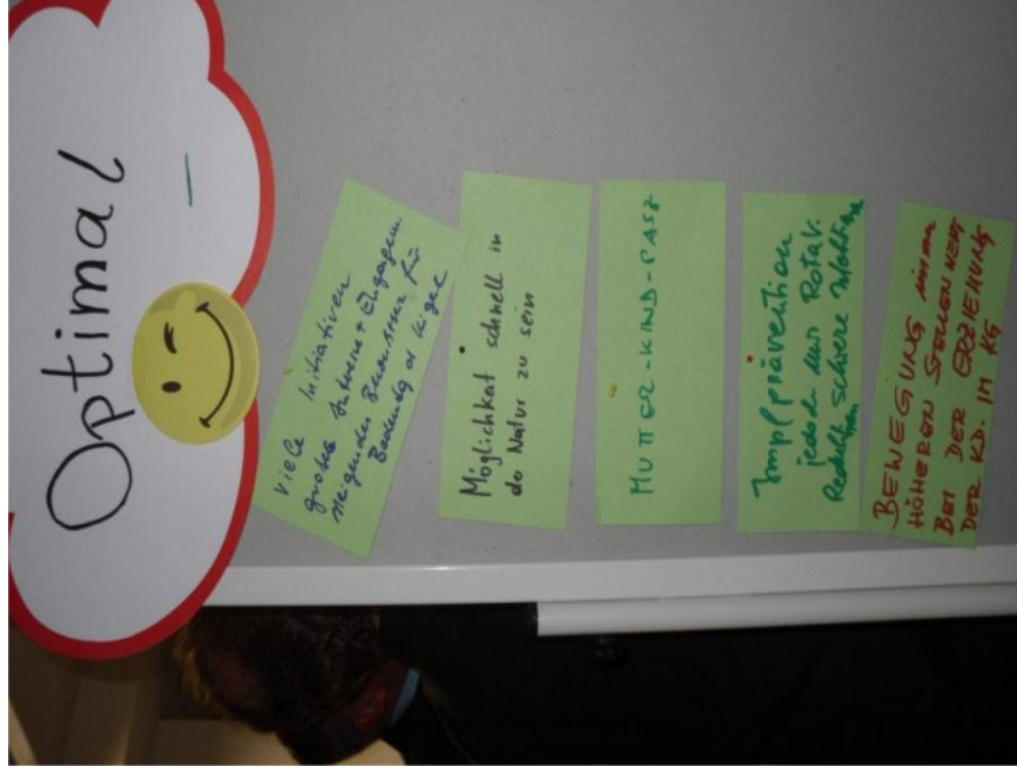
## A.4 Fotoprotokoll Fokusgruppe Kindergesundheit

### TeilnehmerInnen

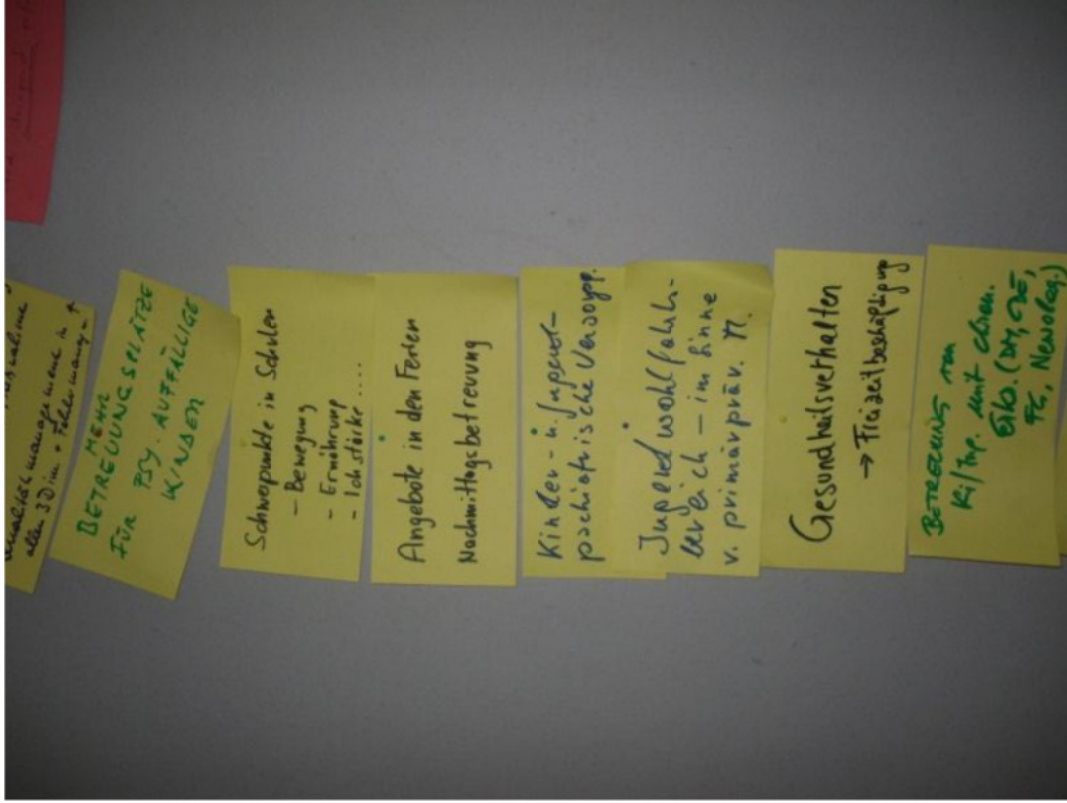
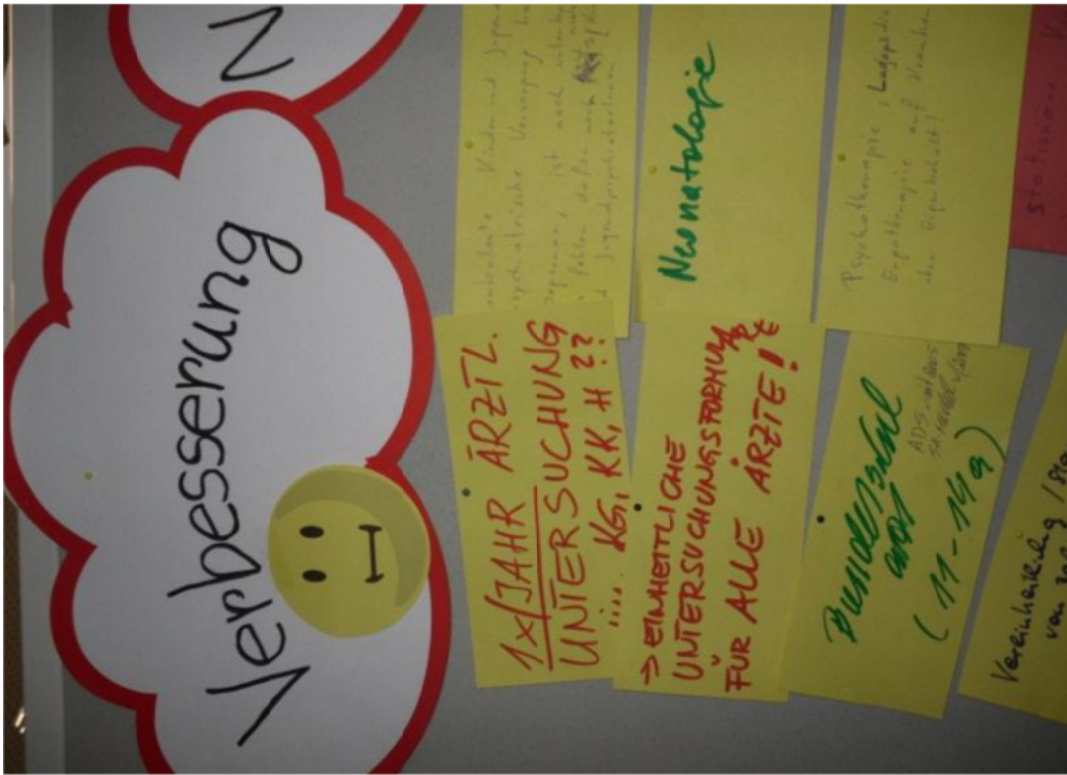


1. Reihe (v.l.n.r.): Stephanie Stürzenbecher, Elfriede Jud, Barbara Bittmann
2. Reihe: Kornelia Berlakovich, Karina Wapp, Florian Schnabel, Erwin Gollner
3. Reihe: Robert Bruckner, Lill Damm
4. Reihe: Christian Reumann, Andrea Engel, Claudia Krishka, Michael Heinrich, Albrecht Prieler

### Status quo Kindergesundheit: Optimal



**Status quo Kindergesund Burgenland Verbesserung**





**Indikatoren zur Messung der Kindergesundheit im Burgenland**

3 - ~~Adipositas~~ <sup>Erststörungen</sup> BMI ●●●●● 5

4 Suchtmittel (Alkohol, Drogen, Nikotin) Prävalenz ●●●●● 5

6 - Impfungen (Grippe, Masern, M. var., Polio, FSME, Durchimpfungsrate komplett Impfis. etc.) ●●●●● 4

7 - psychiatrische Erkrankungen ICD-10 ●●●●● 7

- MKP - Untersuchung Untersuchungspkt ● 1

- 7 Fehlstunden / Unterricht Fehlstunden ●●●●● 4

9 Geburtsgewicht < 2,5 kg ●●●●● 2

8 Chronische Erkrankungen (Diabetes, Asthma, Morbus Crohn, Epilepsie, Allergien, Nierenerkrankungen, etc.) ●●●●● 4

- Bildungsniveau der Eltern ● 1

- Armutsgefährdung ● 1

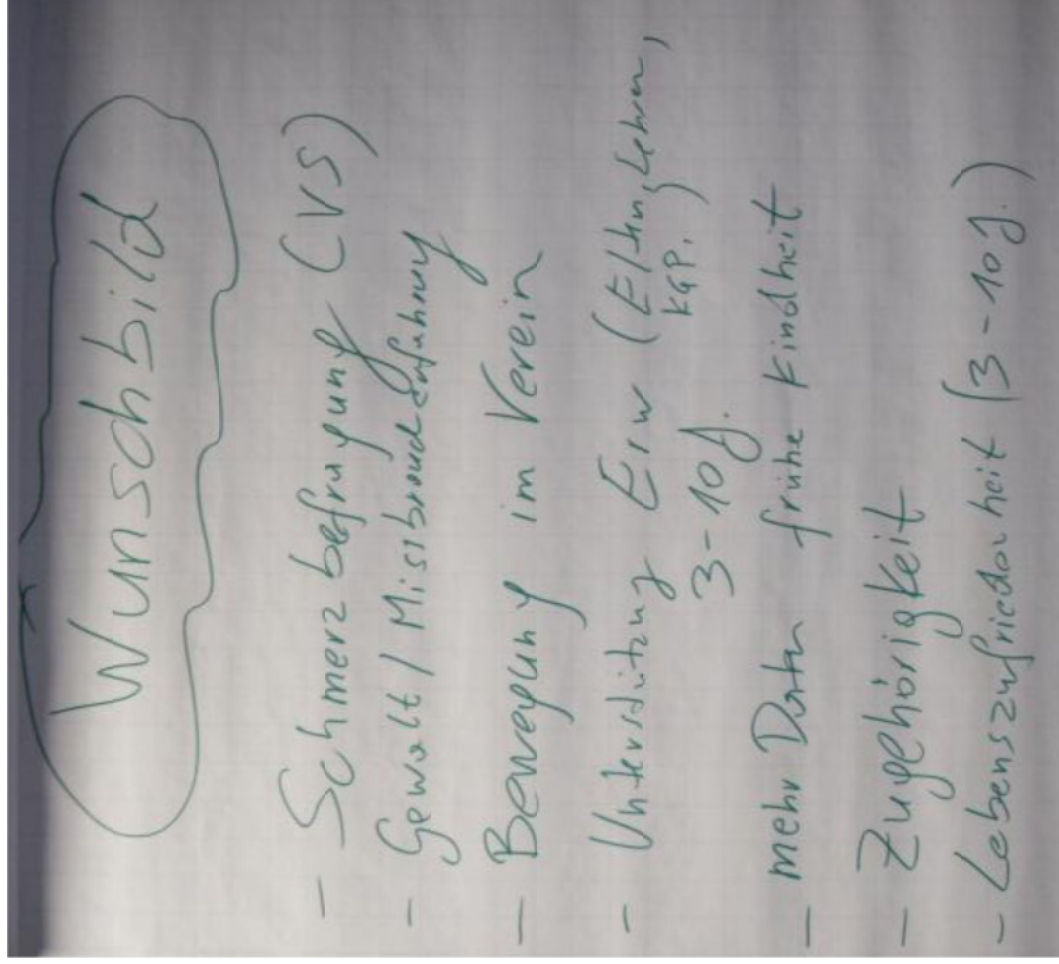
- Sozioökonomische Lebensumstände ● 1

5 Unterstützung Erw. (M-IT) (Eltern + Lehrkräfte + Klassenklima) ●●●●● 3

10 Bewegungsräume ●●●●● 2

1 Lebenszufriedenheit (M-IT) ●●●●● 8

## Wunschbild Indikatoren zur Messung der Kindergesundheit im Burgenland





## A.5 Moderationsleitfaden Fokusgruppe Maßnahmenempfehlungen

LEITFADEN FÜR DIE MODERATION „MASSNAHMENEMPFEHLUNGEN“

START: 14.00 UHR, 20.09.2012, ORT: EISENSTADT, LANDHAUS NEU

Punkt	Thema	Dauer	Inhalt	Methode
A	Ablauf und Präsentation	10 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Danke für die Teilnahme</b></li> <li>• <b>Allgemeines</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inhalte werden <b>mitdokumentiert</b></li> <li>- <b>Flipcharts</b> zur Verwendung im Gesundheitsbericht <b>fotografiert</b></li> <li>- am Ende gibt es ein <b>gemeinsames Gruppenfoto</b></li> </ul> </li> <li>• <b>Vorstellung der TeilnehmerInnen</b></li> <li>• <b>Ziele der Fokusgruppe</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Integrierte BGBE:</b> Einbindung von ExpertInnen und Stakeholdern</li> <li>- <b>Entwickeln konkreter Maßnahmenempfehlungen</b> zu den Themen Diabetes Mellitus Typ II und Herz-Kreislauf-Erkrankungen</li> <li>- Schaffung von <b>Konsens</b> für je eine Gesundheitsförderungs- bzw. Präventionsmaßnahme</li> <li>- Entwickeln einer Basis für die <b>gesundheitsökonomische Abschätzung</b> im Rahmen der <b>BGBE 2012</b></li> <li>- <b>Verarbeitung</b> im Gesundheitsbericht (Korrekturlesen, Anmerkungen)</li> </ul> </li> <li>• <b>Rahmenabklärung/Vorgehensweise Fokusgruppe</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zeitlicher Rahmen <b>2- 2 ½ Stunden</b></li> <li>- zuvor: <b>Vorstellung</b> Aufbau und Inhalt des <b>BGB 2012</b>, Ziele/ Methodik</li> <li>- <b>inhaltlicher Rahmen Fokusgruppe:</b> Entwickeln einer Präventionsmaßnahme im Bereich Diabetes sowie einer Gesundheitsförderungsmaßnahme im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen</li> </ul> </li> </ul>	Vortrag Power Point
B	Einstieg Foliensatz	10 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vorstellung BGB 2012</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Public Health</b> Bezug</li> <li>- <b>BGBE 2002-2012</b></li> <li>- <b>Rahmengesundheitsziele für Österreich</b> als konzeptioneller Rahmen der BGBE 2012: Grundprinzipien, Ziel 6</li> <li>- <b>Berichtszeitraum, Auftrag und Ziele</b></li> <li>- <b>Gliederung</b> des Berichts</li> </ul> </li> <li>• <b>Methodische Ansätze BGB 2012</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eltern-Kind-Befragung</li> <li>- Interviews zum Thema HiAP</li> <li>- Fokusgruppen</li> <li>- Sekundärdatenanalyse</li> <li>- Besonderheiten BGB 2012</li> </ul> </li> </ul>	Vortrag Power Point
C	Einführung in die Übungen	10 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gesundheitsökonomische Abschätzung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr.<sup>in</sup> Evelyn Walter</li> <li>- <b>Ziele</b> und Beantwortung von <b>Fragestellungen</b></li> </ul> </li> <li>• <b>Ablaufplanung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>kein GB</b> in Österreich, der Maßnahmenempfehlungen bewertet</li> <li>- <b>TeilnehmerInnen in Prozess</b>-&gt; „methodische Vorgehensweise“</li> <li>- <b>weitere Verarbeitung</b> im Bericht</li> </ul> </li> <li>• <b>Rahmengesundheitsziele Österreich</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- konzeptioneller Rahmen für BGB 2012</li> <li>- <b>Ziele 7, 8 und 9:</b> Bezug zu <b>Prävention</b> und <b>Gesundheitsförderung</b></li> </ul> </li> <li>• <b>Begriffsabgrenzungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Gesundheitsförderung</b> (WHO, Richtung Gesundheit)</li> <li>- <b>Prävention</b> (Primär-, Sekundär und Tertiärprävention)</li> </ul> </li> </ul>	Vortrag Power Point

D	<p><b>Block 1: Maßnahmen Diabetes mellitus Typ II</b></p>	60 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vorgaben</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maßnahme sollte im Bereich der <b>Primär- oder Sekundärprävention</b> sein</li> <li>- mögliche <b>Zielgruppen</b> (Kindergarten, Volksschule, höhere Schulen, Selbsthilfegruppen)</li> <li>- Interventionen: <b>Bewegung, Ernährung und Aufklärung</b></li> <li>- Zeithorizont: <b>2013-2017</b></li> </ul> </li> <li>• <b>Übung 1: Entwickeln von Maßnahmenvorschlägen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Pinnwand 3 Wolken</b> „Bewegung“, „Ernährung“ und „Aufklärung“</li> <li>- <b>Kärtchen</b> TeilnehmerInnen (jeweils zwei gelbe-&gt; Bewegung, zwei grüne-&gt; Ernährung, zwei rote-&gt; Aufklärung)</li> <li>- Kärtchen an die Wand pinnen/Clustering</li> <li>- <b>Priorisierung</b> : pro Teilnehmer/Teilnehmerin 3 Punkte pro Kategorie in den einzelnen Farben (drei rote, drei grüne, drei gelbe)</li> </ul> </li> <li>• <b>Übung 2: Diskussion über mögliche Parameter</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie kann Wirksamkeit der Maßnahmen gemessen werden?</li> <li>- Input + Diskussion mit TeilnehmerInnen auf Flipchart</li> </ul> </li> <li>• <b>Übung 3: Diskussion über Nachhaltigkeit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie kann Nachhaltigkeit der Interventionen gesichert werden?</li> <li>- Input + Diskussion mit TeilnehmerInnen auf Flipchart</li> </ul> </li> <li>• <b>Übung 4: Diskussion Umsetzung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Umsetzung des Projektes-&gt; flächendeckend? einzelne Bezirke? einzelne Schulen/Kindergärten etc.?</li> <li>- <b>Commitment</b></li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Workshop</b></p>
E	<p><b>Block 2: Maßnahmen Herz- Kreislauf</b></p>	60 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vorgaben</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maßnahme sollte im Bereich der <b>Gesundheitsförderung</b> sein</li> <li>- mögliche <b>Settings/Zielgruppen</b>: Gemeinde-&gt; Erwachsene, Betriebe-&gt; EPU's, KMUs</li> <li>- Interventionen: <b>Bewegung, Ernährung und psychosoziale Gesundheit</b></li> <li>- Zeithorizont: 2013-2017</li> </ul> </li> <li>• <b>Entwickeln von Maßnahmenvorschlägen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pinnwand 3 Wolken „Bewegung“, „Ernährung“ und „psychosoziale Gesundheit“ pro Setting</li> <li>- Kärtchen TeilnehmerInnen (jeweils zwei gelbe-&gt; Bewegung, zwei grüne-&gt; Ernährung, zwei rote-&gt; psychosoziale Gesundheit-&gt; JEWEILS 2 KÄRTCHEN PRO SETTING PRO KATEGORIE!!!)</li> <li>- Kärtchen an die Wand pinnen/Clustering</li> <li>- <b>Priorisierung</b>: pro Teilnehmer/Teilnehmerin 2 Punkte pro Kategorie pro Setting-&gt; insgesamt pro Teilnehmer/Teilnehmerin: 12 Punkte (4 rote, 4 gelbe, 4 grüne)</li> </ul> </li> <li>• <b>Diskussion über mögliche Parameter</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie kann Wirksamkeit der Maßnahmen gemessen werden?</li> <li>- Input + Diskussion mit TeilnehmerInnen auf Flipchart</li> </ul> </li> <li>• <b>Diskussion über Nachhaltigkeit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie kann Nachhaltigkeit der Interventionen gesichert werden?</li> <li>- Input + Diskussion mit TeilnehmerInnen auf Flipchart</li> </ul> </li> <li>• <b>Diskussion Umsetzung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Umsetzung des Projektes-&gt; flächendeckend? einzelne Bezirke? einzelne Gemeinden/Betriebe etc.?</li> <li>- <b>Commitment</b></li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Workshop</b></p>
F	<p><b>Abschluss</b></p>	10 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Danke für die Teilnahme und Mitarbeit</b></li> <li>• <b>Gruppenfoto</b></li> </ul>	-

## A.6 Fotoprotokoll Fokusgruppe Maßnahmenempfehlungen

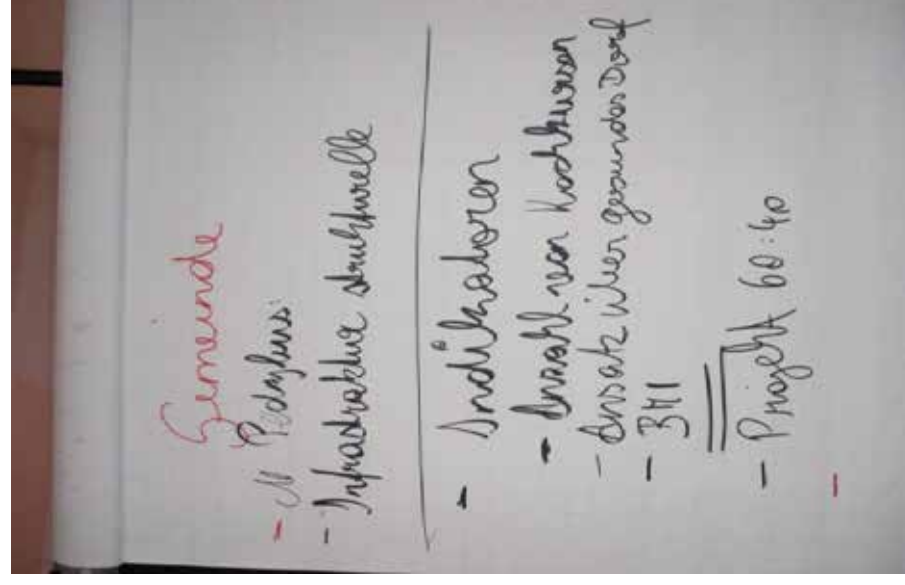
### TeilnehmerInnen



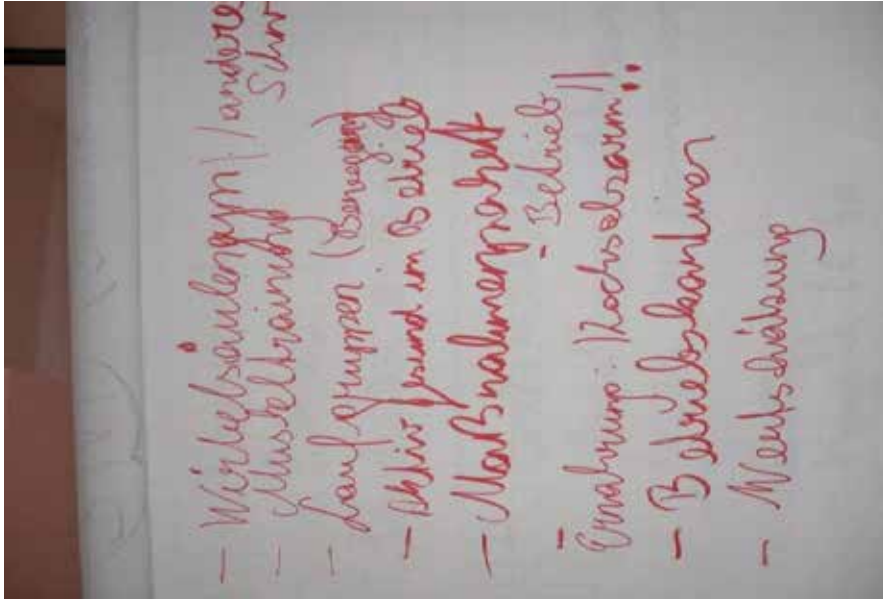
v.l.n.r.: Barbara Bittmann, Christian Moder, Karl Mach, Sabine Hörst-Kollmann, Florian Schnabel, Patrick Bauer, Andreas Poncic, Christoph Fally



**Maßnahmenempfehlungen Herz-Kreislauf-Gesundheit: Bewegung, Ernährung, Psychoziale Gesundheit**  
Setting Gemeinde



Setting Betrieb



## A.7 Sonderauswertung AT-HIS Gesundheitsbefragung 2006/07 FH Burgenland

### Subjektiver Gesundheitszustand

		Gesundheit allgemein					Gesamt
		Sehr gut	Gut	Mittel- mäßig	Schlecht	Sehr schlecht	%
		%	%	%	%	%	
Geschlecht	M	40%	36%	18%	4%	2%	100%
	W	33%	37%	22%	7%	1%	100%
<b>Gesamt</b>		<b>36%</b>	<b>37%</b>	<b>20%</b>	<b>6%</b>	<b>2%</b>	<b>100%</b>
Alter_5J	15-19	51%	39%	9%		1%	100%
	20-24	66%	28%	5%	1%		100%
	25-29	67%	30%	2%	2%		100%
	30-34	54%	33%	8%	4%		100%
	35-39	46%	39%	11%	2%	1%	100%
	40-44	52%	35%	9%	4%		100%
	45-49	26%	48%	20%	5%	1%	100%
	50-54	38%	38%	19%	3%	3%	100%
	55-59	21%	40%	28%	10%	1%	100%
	60-64	16%	46%	35%	3%		100%
	65-69	18%	43%	32%	6%	1%	100%
	70-74	10%	29%	43%	12%	6%	100%
	75-79	9%	26%	50%	12%	3%	100%
	80-84	2%	23%	35%	31%	9%	100%
85+	11%	33%	32%	21%	3%	100%	
<b>Gesamt</b>		<b>36%</b>	<b>37%</b>	<b>20%</b>	<b>6%</b>	<b>2%</b>	<b>100%</b>
Versorgungs- region	Burgenland- Nord	40%	35%	20%	5%	1%	100%
	Burgenland- Süd	29%	40%	21%	8%	2%	100%
<b>Gesamt</b>		<b>36%</b>	<b>37%</b>	<b>20%</b>	<b>6%</b>	<b>2%</b>	<b>100%</b>
höchste abge- schlossene Schulbildung	Pflichtschule	20%	37%	27%	13%	3%	100%
	Lehre mit Berufsschule	37%	38%	21%	4%	1%	100%
	Fach- oder Handelsschule ohne Matura	44%	35%	18%	3%	0%	100%
	Höhere Schule mit Matura	57%	35%	6%	0%	1%	100%
	Studium an Universität, Fachhochschule	57%	31%	12%			100%
	Andere Ausbildung nach der Matura	59%	33%	3%		5%	100%
	<b>Gesamt</b>		<b>36%</b>	<b>37%</b>	<b>20%</b>	<b>6%</b>	<b>2%</b>

**Chronische Erkrankungen (jemals) allgemein**

		chronische Krankheit/Problem		Gesamt
		Ja	Nein	
		%	%	%
<b>Geschlecht</b>	M	39,0	61,0	100,0
	W	42,5	57,5	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>40,8</b>	<b>59,2</b>	<b>100,0</b>
<b>Alter_5J</b>	15-19	24,5	75,5	100,0
	20-24	14,3	85,7	100,0
	25-29	19,9	80,1	100,0
	30-34	25,4	74,6	100,0
	35-39	21,2	78,8	100,0
	40-44	26,6	73,4	100,0
	45-49	41,6	58,4	100,0
	50-54	41,2	58,8	100,0
	55-59	53,7	46,3	100,0
	60-64	59,3	40,7	100,0
	65-69	57,6	42,4	100,0
	70-74	72,1	27,9	100,0
	75-79	65,8	34,2	100,0
	80-84	81,2	18,8	100,0
85+	80,9	19,1	100,0	
<b>Gesamt</b>		<b>40,8</b>	<b>59,2</b>	<b>100,0</b>
<b>Versorgungsregion</b>	Burgenland-Nord	41,2	58,8	100,0
	Burgenland- Süd	40,0	60,0	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>40,8</b>	<b>59,2</b>	<b>100,0</b>
<b>höchste abgeschlossene Schulbildung</b>	Pflichtschule	50,2	49,8	100,0
	Lehre mit Berufsschule	39,2	60,8	100,0
	Fach- oder Handelsschule ohne Matura	38,1	61,9	100,0
	Höhere Schule mit Matura	22,8	77,2	100,0
	Studium an Universität, Fachhochschule	38,6	61,4	100,0
	Andere Ausbildung nach der Matura	40,9	59,1	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>40,8</b>	<b>59,2</b>	<b>100,0</b>



**Lebenszeitprävalenz: Asthma (allergisch und andere Form)**

		Allergisches Asthma		Gesamt
		Ja	Nein	
		%	%	%
<b>Geschlecht</b>	M	2,7	97,3	100,0
	W	2,8	97,2	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>2,8</b>	<b>97,2</b>	<b>100,0</b>
<b>Alter_5J</b>	15-19	5,0	95,0	100,0
	20-24	1,4	98,6	100,0
	25-29	3,7	96,3	100,0
	30-34	2,1	97,9	100,0
	35-39		100,0	100,0
	40-44		100,0	100,0
	45-49	2,1	97,9	100,0
	50-54	1,5	98,5	100,0
	55-59	1,7	98,3	100,0
	60-64	6,5	93,5	100,0
	65-69	5,0	95,0	100,0
	70-74	2,2	97,8	100,0
	75-79	7,3	92,7	100,0
	80-84	8,6	91,4	100,0
85+		100,0	100,0	
<b>Gesamt</b>		<b>2,8</b>	<b>97,2</b>	<b>100,0</b>
<b>Versorgungsregion</b>	Burgenland-Nord	2,8	97,2	100,0
	Burgenland- Süd	2,6	97,4	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>2,8</b>	<b>97,2</b>	<b>100,0</b>
<b>höchste abgeschlossene Schulbildung</b>	Pflichtschule	3,8	96,2	100,0
	Lehre mit Berufsschule	2,0	98,0	100,0
	Fach- oder Handelsschule ohne Matura	,4	99,6	100,0
	Höhere Schule mit Matura	2,1	97,9	100,0
	Studium an Universität, Fachhochschule	11,9	88,1	100,0
	Andere Ausbildung nach der Matura		100,0	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>2,8</b>	<b>97,2</b>	<b>100,0</b>

		andere Form von Asthma		Gesamt
		Ja	Nein	%
		%	%	
<b>Geschlecht</b>	M	,5	99,5	100,0
	W	1,9	98,1	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>1,2</b>	<b>98,8</b>	<b>100,0</b>
<b>Alter_5J</b>	15-19		100,0	100,0
	20-24		100,0	100,0
	25-29	2,1	97,9	100,0
	30-34		100,0	100,0
	35-39		100,0	100,0
	40-44		100,0	100,0
	45-49	1,3	98,7	100,0
	50-54		100,0	100,0
	55-59	1,1	98,9	100,0
	60-64		100,0	100,0
	65-69	1,2	98,8	100,0
	70-74		100,0	100,0
	75-79	8,5	91,5	100,0
	80-84	4,6	95,4	100,0
85+	9,3	90,7	100,0	
<b>Gesamt</b>		<b>1,2</b>	<b>98,8</b>	<b>100,0</b>
<b>Versorgungsregion</b>	Burgenland-Nord	1,1	98,9	100,0
	Burgenland-Süd	1,4	98,6	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>1,2</b>	<b>98,8</b>	<b>100,0</b>
<b>höchste abgeschlossene Schulbildung</b>	Pflichtschule	1,3	98,7	100,0
	Lehre mit Berufsschule	1,2	98,8	100,0
	Fach- oder Handelsschule ohne Matura	,9	99,1	100,0
	Höhere Schule mit Matura	,7	99,3	100,0
	Studium an Universität, Fachhochschule	3,5	96,5	100,0
	Andere Ausbildung nach der Matura		100,0	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>1,2</b>	<b>98,8</b>	<b>100,0</b>

**Lebenszeitprävalenz: Diabetes**

		Diabetes		Gesamt
		Ja	Nein	
		%	%	%
<b>Geschlecht</b>	M	6,6	93,4	100,0
	W	6,4	93,6	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>6,5</b>	<b>93,5</b>	<b>100,0</b>
<b>Alter_5J</b>	15-19		100,0	100,0
	20-24		100,0	100,0
	25-29		100,0	100,0
	30-34	1,8	98,2	100,0
	35-39	1,7	98,3	100,0
	40-44	4,7	95,3	100,0
	45-49	4,7	95,3	100,0
	50-54	8,1	91,9	100,0
	55-59	7,5	92,5	100,0
	60-64	5,2	94,8	100,0
	65-69	12,2	87,8	100,0
	70-74	14,0	86,0	100,0
	75-79	12,8	87,2	100,0
	80-84	33,8	66,2	100,0
85+	13,9	86,1	100,0	
<b>Gesamt</b>		<b>6,5</b>	<b>93,5</b>	<b>100,0</b>
<b>Versorgungs-region</b>	Burgenland-Nord	6,4	93,6	100,0
	Burgenland-Süd	6,7	93,3	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>6,5</b>	<b>93,5</b>	<b>100,0</b>
<b>höchste abgeschlossene Schulbildung</b>	Pflichtschule	10,5	89,5	100,0
	Lehre mit Berufsschule	5,8	94,2	100,0
	Fach- oder Handelsschule ohne Matura	2,6	97,4	100,0
	Höhere Schule mit Matura	4,4	95,6	100,0
	Studium an Universität, Fachhochschule	3,5	96,5	100,0
	Andere Ausbildung nach der Matura		100,0	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>6,5</b>	<b>93,5</b>	<b>100,0</b>

**Lebenszeitprävalenz: Herzinfarkt**

		Herzinfarkt		Gesamt
		Ja	Nein	
		%	%	%
<b>Geschlecht</b>	M	2,7	97,3	100,0
	W	2,5	97,5	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>2,6</b>	<b>97,4</b>	<b>100,0</b>
<b>Alter_5J</b>	15-19		100,0	100,0
	20-24		100,0	100,0
	25-29		100,0	100,0
	30-34		100,0	100,0
	35-39		100,0	100,0
	40-44	,8	99,2	100,0
	45-49		100,0	100,0
	50-54	,8	99,2	100,0
	55-59	3,4	96,6	100,0
	60-64	5,0	95,0	100,0
	65-69	6,9	93,1	100,0
	70-74	8,4	91,6	100,0
	75-79	7,0	93,0	100,0
	80-84	8,8	91,2	100,0
85+	13,9	86,1	100,0	
<b>Gesamt</b>		<b>2,6</b>	<b>97,4</b>	<b>100,0</b>
<b>Versorgungs-region</b>	Burgenland-Nord	2,2	97,8	100,0
	Burgenland-Süd	3,1	96,9	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>2,6</b>	<b>97,4</b>	<b>100,0</b>
<b>höchste abgeschlossene Schulbildung</b>	Pflichtschule	3,6	96,4	100,0
	Lehre mit Berufsschule	2,2	97,8	100,0
	Fach- oder Handelsschule ohne Matura	2,1	97,9	100,0
	Höhere Schule mit Matura	,3	99,7	100,0
	Studium an Universität, Fachhochschule	3,7	96,3	100,0
	Andere Ausbildung nach der Matura	5,9	94,1	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>2,6</b>	<b>97,4</b>	<b>100,0</b>

**Lebenszeitprävalenz: Schlaganfall/Gehirnblutung**

		Schlaganfall oder Gehirnblutung		Gesamt
		Ja	Nein	%
		%	%	
<b>Geschlecht</b>	M	2,7	97,3	100,0
	W	2,6	97,4	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>2,7</b>	<b>97,3</b>	<b>100,0</b>
<b>Alter_5J</b>	15-19		100,0	100,0
	20-24		100,0	100,0
	25-29		100,0	100,0
	30-34		100,0	100,0
	35-39		100,0	100,0
	40-44		100,0	100,0
	45-49		100,0	100,0
	50-54	4,1	95,9	100,0
	55-59	3,7	96,3	100,0
	60-64	2,9	97,1	100,0
	65-69	6,1	93,9	100,0
	70-74	9,7	90,3	100,0
	75-79	9,2	90,8	100,0
	80-84	10,3	89,7	100,0
85+	5,2	94,8	100,0	
<b>Gesamt</b>		<b>2,7</b>	<b>97,3</b>	<b>100,0</b>
<b>Versorgungs-region</b>	Burgenland-Nord	2,0	98,0	100,0
	Burgenland-Süd	3,8	96,2	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>2,7</b>	<b>97,3</b>	<b>100,0</b>
<b>höchste abgeschlossene Schulbildung</b>	Pflichtschule	3,9	96,1	100,0
	Lehre mit Berufsschule	3,0	97,0	100,0
	Fach- oder Handelsschule ohne Matura	2,4	97,6	100,0
	Höhere Schule mit Matura		100,0	100,0
	Studium an Universität, Fachhochschule		100,0	100,0
	Andere Ausbildung nach der Matura		100,0	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>2,7</b>	<b>97,3</b>	<b>100,0</b>

**Lebenszeitprävalenz: Chronische Bronchitis**

		Chronische Bronchitis oder Emphysem		Gesamt
		Ja	Nein	%
		%	%	
<b>Geschlecht</b>	M	4,4	95,6	100,0
	W	4,9	95,1	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>4,7</b>	<b>95,3</b>	<b>100,0</b>
<b>Alter_5J</b>	15-19		100,0	100,0
	20-24	3,7	96,3	100,0
	25-29	4,0	96,0	100,0
	30-34	3,9	96,1	100,0
	35-39		100,0	100,0
	40-44	2,5	97,5	100,0
	45-49	2,6	97,4	100,0
	50-54	9,6	90,4	100,0
	55-59	4,5	95,5	100,0
	60-64	6,5	93,5	100,0
	65-69	8,2	91,8	100,0
	70-74	6,3	93,7	100,0
	75-79	6,7	93,3	100,0
	80-84	11,8	88,2	100,0
85+	11,0	89,0	100,0	
<b>Gesamt</b>		<b>4,7</b>	<b>95,3</b>	<b>100,0</b>
<b>Versorgungs-region</b>	Burgenland-Nord	4,5	95,5	100,0
	Burgenland-Süd	4,9	95,1	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>4,7</b>	<b>95,3</b>	<b>100,0</b>
<b>höchste abgeschlossene Schulbildung</b>	Pflichtschule	4,4	95,6	100,0
	Lehre mit Berufsschule	5,4	94,6	100,0
	Fach- oder Handelsschule ohne Matura	5,9	94,1	100,0
	Höhere Schule mit Matura	1,2	98,8	100,0
	Studium an Universität, Fachhochschule	10,2	89,8	100,0
	Andere Ausbildung nach der Matura		100,0	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>4,7</b>	<b>95,3</b>	<b>100,0</b>

**Lebenszeitprävalenz: Chronische Angstzustände/Depression**

		chronische Angstzustände oder Depressionen		Gesamt
		Ja	Nein	%
		%	%	
<b>Geschlecht</b>	M	6,1	93,9	100,0
	W	9,9	90,1	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>8,1</b>	<b>91,9</b>	<b>100,0</b>
<b>Alter_5J</b>	15-19		100,0	100,0
	20-24	4,2	95,8	100,0
	25-29	6,6	93,4	100,0
	30-34	12,6	87,4	100,0
	35-39	4,5	95,5	100,0
	40-44	4,5	95,5	100,0
	45-49	9,0	91,0	100,0
	50-54	11,9	88,1	100,0
	55-59	9,4	90,6	100,0
	60-64	7,2	92,8	100,0
	65-69	14,3	85,7	100,0
	70-74	8,4	91,6	100,0
	75-79	9,4	90,6	100,0
	80-84	11,8	88,2	100,0
85+	14,5	85,5	100,0	
<b>Gesamt</b>		<b>8,1</b>	<b>91,9</b>	<b>100,0</b>
<b>Versorgungs-region</b>	Burgenland-Nord	8,5	91,5	100,0
	Burgenland-Süd	7,2	92,8	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>8,1</b>	<b>91,9</b>	<b>100,0</b>
<b>höchste abgeschlossene Schulbildung</b>	Pflichtschule	11,0	89,0	100,0
	Lehre mit Berufsschule	6,0	94,0	100,0
	Fach- oder Handelsschule ohne Matura	7,4	92,6	100,0
	Höhere Schule mit Matura	8,3	91,7	100,0
	Studium an Universität, Fachhochschule	3,3	96,7	100,0
	Andere Ausbildung nach der Matura	6,8	93,2	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>8,1</b>	<b>91,9</b>	<b>100,0</b>

**Menschen mit besonderen Bedürfnissen: Erledigung persönlicher Bedürfnisse**

		Erledigung persönlicher Bedürfnisse					
Personen mit mind. 2 Nennungen		selbst Niedersetzen %	selbst An- und Ausziehen	selbst Essen	selbst die Toilette Benutzen	selbst Baden	
Geschlecht	M	4,5	3,9	1,6	2,6	4,8	
	W	4,1	3,3	2,8	2,8	5,5	
<b>Gesamt</b>		<b>4,3</b>	<b>3,6</b>	<b>2,2</b>	<b>2,7</b>	<b>5,1</b>	
Alter_J	15-44	1,5	1,5	0,0	0,7	1,5	
	45-64	1,4	1,8	0,5	1,0	0,9	
	65-84	10,7	8,2	5,7	6,0	14,2	
	85+	45,1	28,9	40,4	38,2	56,1	
<b>Gesamt</b>		<b>4,3</b>	<b>3,6</b>	<b>2,2</b>	<b>2,7</b>	<b>5,1</b>	
Versorgungsregion	Burgenland-Nord	3,4	3,0	1,9	1,8	4,0	
	Burgenland- Süd	6,1	4,6	2,8	4,3	7,1	
<b>Gesamt</b>		<b>4,3</b>	<b>3,6</b>	<b>2,2</b>	<b>2,7</b>	<b>5,1</b>	

in Anlehnung an den Burgenländischen Gesundheitsbericht 2007

**Menschen mit besonderen Bedürfnissen: Probleme oder Unsicherheiten bei der Haushaltsführung**

		Probleme oder Unsicherheiten bei der Haushaltsführung				
Personen mit mind. 2 Nennungen		Erledigen von Einkäufen %	Zubereiten von Essen	Telefonieren	Waschen von Wäsche	Erledigen finanzieller Angelegenheiten
Geschlecht	M	13,9	5,8	9,3	2,7	9,4
	W	13,0	7,5	6,1	0,9	5,5
<b>Gesamt</b>		<b>13,5</b>	<b>6,7</b>	<b>7,6</b>	<b>1,8</b>	<b>7,4</b>



## Burgenländischer Gesundheitsbericht 2012

<b>Alter_J</b>	15-44	3,4	1,8	1,9	0,4	1,8	1,2
	45-64	8,9	3,2	4,7	0,6	4,9	2,8
	65-84	34,8	17,4	21,0	5,1	20,0	11,4
	85+	90,2	59,6	44,7	15,7	44,6	42,9
<b>Gesamt</b>		<b>13,5</b>	<b>6,7</b>	<b>7,6</b>	<b>1,8</b>	<b>7,4</b>	<b>4,7</b>
<b>Versorgungsregion</b>	Burgenland-Nord	12,6	5,6	7,2	1,2	6,4	4,0
	Burgenland-Süd	15,1	8,7	8,4	2,7	9,3	6,1
<b>Gesamt</b>		<b>13,5</b>	<b>6,7</b>	<b>7,6</b>	<b>1,8</b>	<b>7,4</b>	<b>4,7</b>

in Anlehnung an den Burgenländischen Gesundheitsbericht 2007

**Menschen mit besonderen Bedürfnissen: Physische Einschränkungen**

		Physische Einschränkungen					
		Personen mit mind. 2 Nennungen	Bücken oder Knien	Treppensteigen o. Gehhilfe	Gehen von 500 Metern o. Gehhilfe	Tragen volle Einkaufstasche (5 Kilogramm)	Aufnahme fester Nahrung
<b>Geschlecht</b>	M	10,2	15,7	6,2	5,4	5,2	4,8
	W	12,2	16,5	7,8	8,9	12,5	4,7
<b>Gesamt</b>		<b>11,2</b>	<b>16,1</b>	<b>7,0</b>	<b>7,2</b>	<b>8,9</b>	<b>4,7</b>
<b>Alter_J</b>	15-44	2,6	3,7	1,0	0,7	1,8	0,7
	45-64	6,0	15,4	3,7	3,9	5,7	2,2
	65-84	30,6	39,0	21,0	20,9	24,8	13,8
	85+	84,5	72,3	49,9	62,5	55,5	39,9
<b>Gesamt</b>		<b>11,2</b>	<b>16,1</b>	<b>7,0</b>	<b>7,2</b>	<b>8,9</b>	<b>4,7</b>
<b>Versorgungsregion</b>	Burgenland-Nord	10,2	16,7	6,2	5,9	7,7	4,4
	Burgenland-Süd	13,1	15,0	8,6	9,6	11,2	5,4
<b>Gesamt</b>		<b>11,2</b>	<b>16,1</b>	<b>7,0</b>	<b>7,2</b>	<b>8,9</b>	<b>4,7</b>

in Anlehnung an den Burgenländischen Gesundheitsbericht 2007

**Allgemeines Bewegungsverhalten**

		Schwitzen in der Freizeit (mind. 1x pro Woche)		Gesamt
		Ja	Nein	%
		%	%	
<b>Geschlecht</b>	M	54,1	45,9	100,0
	W	41,0	59,0	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>47,4</b>	<b>52,6</b>	<b>100,0</b>
<b>Alter_5J</b>	15-19	70,7	29,3	100,0
	20-24	58,1	41,9	100,0
	25-29	46,3	53,7	100,0
	30-34	63,3	36,7	100,0
	35-39	59,6	40,4	100,0
	40-44	55,1	44,9	100,0
	45-49	57,6	42,4	100,0
	50-54	51,0	49,0	100,0
	55-59	41,4	58,6	100,0
	60-64	52,7	47,3	100,0
	65-69	38,2	61,8	100,0
	70-74	21,3	78,7	100,0
	75-79	12,0	88,0	100,0
	80-84	3,0	97,0	100,0
85+	2,9	97,1	100,0	
<b>Gesamt</b>		<b>47,4</b>	<b>52,6</b>	<b>100,0</b>
<b>Versorgungs-region</b>	Burgenland-Nord	49,3	50,7	100,0
	Burgenland-Süd	43,8	56,2	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>47,4</b>	<b>52,6</b>	<b>100,0</b>
<b>höchste abgeschlossene Schulbildung</b>	Pflichtschule	33,8	66,2	100,0
	Lehre mit Berufsschule	52,3	47,7	100,0
	Fach- oder Handelsschule ohne Matura	51,6	48,4	100,0
	Höhere Schule mit Matura	61,0	39,0	100,0
	Studium an Universität, Fachhochschule	62,4	37,6	100,0
	Andere Ausbildung nach der Matura	52,4	47,6	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>47,4</b>	<b>52,6</b>	<b>100,0</b>

### Formen körperlicher Aktivität

		Intensität der körperlichen Aktivität						Gesamt
		Intensives Training und Leistungssport mehr als einmal pro Woche	Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit, mindestens 4 Stunden pro Woche	Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit, weniger als 4 Stunden pro Woche	Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, mindestens 4 Stunden pro Woche	Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, weniger als 4 Stunden pro Woche	Lesen, Fernsehen oder andere häusliche Aktivitäten	
		%						%
Geschlecht	M	10,9	17,9	7,2	28,6	18,4	16,9	100,0
	W	1,2	15,6	5,8	32,3	25,8	19,2	100,0
Gesamt Alter_5J	15-19	<b>5,9</b>	<b>16,7</b>	<b>6,5</b>	<b>30,5</b>	<b>22,2</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>
	20-24	18,6	17,6	4,2	20,6	17,4	21,7	100,0
	25-29	11,0	9,2	11,8	15,2	31,4	21,5	100,0
	30-34	13,4	15,5	7,5	26,8	23,2	13,6	100,0
	35-39	9,8	18,9	10,7	29,0	18,7	12,9	100,0
	40-44	10,2	27,9	6,1	31,8	13,3	10,7	100,0
	45-49	6,6	19,9	9,9	30,7	13,7	19,1	100,0
	50-54	8	17,9	11,5	42,2	20,9	6,7	100,0
	55-59	7,7	20,4	7,3	28,2	24,8	11,6	100,0
	60-64	1,3	21,4	6,6	36,7	24,0	11,3	100,0
	65-69		16,9	5,6	45,3	21,0	9,9	100,0
70-74		19,1	1,9	44,2	18,9	15,8	100,0	
75-79		11,8		33,8	33,5	21,0	100,0	
80-84		3,2		24,6	30,8	41,4	100,0	
85+				10,4	36,8	52,8	100,0	
Gesamt		<b>5,9</b>	<b>16,7</b>	<b>6,5</b>	<b>30,5</b>	<b>22,2</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

## Burgenländischer Gesundheitsbericht 2012

<b>Versorgungs- region</b>	Burgenland- Nord	5,9	19,6	8,0	28,2	23,0	15,2	100,0
	Burgenland- Süd	5,9	11,4	3,8	34,7	20,7	23,5	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>5,9</b>	<b>16,7</b>	<b>6,5</b>	<b>30,5</b>	<b>22,2</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>
<b>höchste abge- schlossene Schul- bildung</b>	Pflichtschule	2,5	12,3	3,0	28,4	27,4	26,3	100,0
	Lehre mit Berufsschule	7,3	19,0	7,8	35,0	17,7	13,3	100,0
	Fach- oder Handels- schule ohne Matura	4,1	23,1	8,7	28,1	18,4	17,5	100,0
	Höhere Schule mit Matura	12,9	13,3	10,8	24,8	24,9	13,3	100,0
	Studium an Universität, Fachhoch- schule	8,2	23,6	3,0	32,8	19,5	13,0	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>6,7</b>	<b>18,4</b>	<b>10,3</b>	<b>39,8</b>	<b>22,7</b>	<b>2,0</b>	<b>100,0</b>
		<b>5,9</b>	<b>16,7</b>	<b>6,5</b>	<b>30,5</b>	<b>22,2</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Essgewohnheiten**

		Essgewohnheiten				Gesamt	
		Mischkost mit viel Obst und Gemüse	Mischkost mit viel Fleisch	Mischkost mit wenig Fleisch	Vegetarisch, aber mit Milchprodukten und/oder Eiern	Vegetarisch, aber mit Fisch und/oder Milchprodukten und/oder Eiern	%
<b>Geschlecht</b>	M	26,1	34,8	38,1	,5	,5	100,0
	W	34,3	14,5	48,4	1,3	1,6	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>30,3</b>	<b>24,3</b>	<b>43,4</b>	<b>,9</b>	<b>1,0</b>	<b>100,0</b>

## Burgenländischer Gesundheitsbericht 2012

<b>Alter_5J</b>	15-19	27,7	42,1	25,5	3,1	1,6	100,0
	20-24	21,8	29,2	42,6	4,2	2,3	100,0
	25-29	23,2	40,6	34,1		2,1	100,0
	30-34	26,7	28,0	41,7	3,6		100,0
	35-39	32,9	22,9	42,8		1,5	100,0
	40-44	32,2	25,5	38,7	1,5	2,1	100,0
	45-49	36,2	28,5	34,1		1,3	100,0
	50-54	24,4	30,0	45,6			100,0
	55-59	41,5	19,2	39,3			100,0
	60-64	25,4	15,1	59,6			100,0
	65-69	32,4	16,4	49,2		1,9	100,0
	70-74	31,1	13,8	55,1			100,0
	75-79	44,0	5,5	49,3		1,2	100,0
	80-84	26,4	8,5	65,1			100,0
	85+	16,7	15,1	68,2			100,0
	<b>Gesamt</b>	<b>30,3</b>	<b>24,3</b>	<b>43,4</b>	<b>,9</b>	<b>1,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Versorgungsregion</b>	Burgenland-Nord	30,0	25,9	41,8	1,2	1,1	100,0
	Burgenland-Süd	31,0	21,5	46,3	,3	1,0	100,0
<b>Gesamt</b>	<b>30,3</b>	<b>24,3</b>	<b>43,4</b>	<b>,9</b>	<b>1,0</b>	<b>100,0</b>	
<b>höchste abgeschlossene Schulbildung</b>	Pflichtschule	31,6	22,4	44,6	,4	1,0	100,0
	Lehre mit Berufsschule	26,1	24,9	48,1		1,0	100,0
	Fach- oder Handelsschule ohne Matura	33,6	26,3	37,3	2,9		100,0
	Höhere Schule mit Matura	26,2	26,3	41,7	2,7	3,1	100,0

Burgenländischer Gesundheitsbericht 2012

	Studium an Universität, Fachhochschule	32,7	29,2	38,2			100,0
	Andere Ausbildung nach der Matura	70,3	13,5	16,2			100,0
<b>Gesamt</b>		<b>30,3</b>	<b>24,3</b>	<b>43,4</b>	<b>,9</b>	<b>1,0</b>	<b>100,0</b>

**Trinkgewohnheiten**

		Trinkgewohnheiten				Gesamt
		Trinke vorwiegend Wasser/Mineralwasser/Tee, ungezuckert	Trinke vorwiegend Fruchtsäfte und Limonaden	Trinke vorwiegend alkoholische Getränke	%	
<b>Geschlecht</b>	M	71,8	24,2	4,0	100,0	
	W	88,2	11,8		100,0	
<b>Gesamt</b>		<b>80,2</b>	<b>17,8</b>	<b>1,9</b>	<b>100,0</b>	
<b>Alter_5J</b>	15-19	68,3	31,7		100,0	
	20-24	61,7	38,3		100,0	
	25-29	77,6	22,4		100,0	
	30-34	82,2	17,8		100,0	
	35-39	79,7	18,6	1,7	100,0	
	40-44	83,3	14,3	2,3	100,0	
	45-49	79,7	18,7	1,6	100,0	
	50-54	79,8	11,2	9,0	100,0	
	55-59	84,6	13,1	2,3	100,0	
	60-64	87,0	11,7	1,3	100,0	
	65-69	90,5	5,4	4,1	100,0	
	70-74	80,7	18,2	1,1	100,0	
	75-79	84,3	14,1	1,6	100,0	
80-84	78,2	21,8		100,0		
85+	97,1	2,9		100,0		
<b>Gesamt</b>		<b>80,2</b>	<b>17,8</b>	<b>1,9</b>	<b>100,0</b>	

Burgenländischer Gesundheitsbericht 2012

Versorgungsregion		Burgenland-Nord	79,2	19,5	1,4	100,0
		Burgenland- Süd	82,3	14,7	3,0	100,0
<b>Gesamt</b>			<b>80,2</b>	<b>17,8</b>	<b>1,9</b>	<b>100,0</b>
<b>höchste abgeschlossene Schulbildung</b>						
	Pflichtschule		81,3	17,7	,9	100,0
	Lehre mit Berufsschule		75,3	20,0	4,7	100,0
	Fach- oder Handelsschule ohne Matura		85,7	13,5	,8	100,0
	Höhere Schule mit Matura		81,9	18,1		100,0
	Studium an Universität, Fachhochschule		80,1	19,9		100,0
	Andere Ausbildung nach der Matura		90,6	9,4		100,0
<b>Gesamt</b>			<b>80,2</b>	<b>17,8</b>	<b>1,9</b>	<b>100,0</b>

**Body Mass Index**

		BMI				
		bis 18,5	18,5 bis 25	25 bis 30	30 +	Gesamt
		%				
<b>Geschlecht</b>	M	1,5	38,7	43,1	16,7	100,0
	W	4,5	49,6	27,7	18,2	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>3,1</b>	<b>44,3</b>	<b>35,1</b>	<b>17,5</b>	<b>100,0</b>
<b>Alter_5J</b>	15-19	11,1	77,8	7,7	3,4	100,0
	20-24	5,4	64,5	21,4	8,8	100,0
	25-29	6,3	66,5	18,5	8,7	100,0
	30-34	4,5	63,9	27,9	3,7	100,0
	35-39	4,8	51,9	24,8	18,5	100,0
	40-44	5,0	44,4	34,1	16,5	100,0
	45-49	,8	32,9	45,5	20,8	100,0
	50-54		39,9	39,0	21,1	100,0
	55-59		28,9	52,0	19,2	100,0
	60-64		21,8	51,7	26,4	100,0
	65-69		19,4	41,0	39,6	100,0
	70-74		28,1	50,3	21,6	100,0
	75-79	2,7	28,7	45,8	22,8	100,0
	80-84		35,1	42,7	22,2	100,0
	85+	5,2	59,0	30,1	5,7	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>3,1</b>	<b>44,3</b>	<b>35,1</b>	<b>17,5</b>	<b>100,0</b>
<b>höchste abge- schlossene Schulbildung</b>	Pflichtschule	3,0	42,1	34,1	20,7	100,0
	Lehre mit Berufsschule	1,6	39,6	40,7	18,1	100,0
	Fach- oder Handelsschule ohne Matura	2,7	43,7	36,2	17,5	100,0
	Höhere Schule mit Matura	6,4	57,9	30,9	4,8	100,0
	Studium an Universität, Fachhochschule	3,5	52,2	19,0	25,3	100,0
	Andere Ausbildung nach der Matura	8,1	58,5	18,4	15,0	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>3,1</b>	<b>44,3</b>	<b>35,1</b>	<b>17,5</b>	<b>100,0</b>
<b>Versorgungs- region</b>	Burgenland-Nord	2,8	45,3	34,5	17,3	100,0
	Burgenland-Süd	3,6	42,4	36,3	17,7	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>3,1</b>	<b>44,3</b>	<b>35,1</b>	<b>17,5</b>	<b>100,0</b>



**Passivrauchen: zu Hause**

		Tabakrauch zu Hause		Gesamt
		Ja	Nein	%
		%		
<b>Geschlecht</b>	M	5,1	94,9	100,0
	W	9,5	90,5	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>7,6</b>	<b>92,4</b>	<b>100,0</b>
<b>Alter_5J</b>	15-19	15,5	84,5	100,0
	20-24	24,1	75,9	100,0
	25-29	1,6	98,4	100,0
	30-34	8,7	91,3	100,0
	35-39	10,0	90,0	100,0
	40-44	3,1	96,9	100,0
	45-49	11,2	88,8	100,0
	50-54	7,8	92,2	100,0
	55-59	3,8	96,2	100,0
	60-64	11,4	88,6	100,0
	65-69	4,1	95,9	100,0
	70-74	4,0	96,0	100,0
	75-79	2,8	97,2	100,0
	80-84	4,5	95,5	100,0
85+	2,9	97,1	100,0	
<b>Gesamt</b>		<b>7,6</b>	<b>92,4</b>	<b>100,0</b>
<b>Versorgungs-region</b>	Burgenland-Nord	10,0	90,0	100,0
	Burgenland-Süd	3,4	96,6	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>7,6</b>	<b>92,4</b>	<b>100,0</b>
<b>höchste abgeschlossene Schulbildung</b>	Pflichtschule	8,8	91,2	100,0
	Lehre mit Berufsschule	4,8	95,2	100,0
	Fach- oder Handelsschule ohne Matura	9,7	90,3	100,0
	Höhere Schule mit Matura	8,6	91,4	100,0
	Studium an Universität, Fachhochschule	4,2	95,8	100,0
	Andere Ausbildung nach der Matura	9,2	90,8	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>7,6</b>	<b>92,4</b>	<b>100,0</b>

**Passivrauchen: Arbeitsplatz**

		Tabakrauch an der Arbeitsstelle					Gesamt
		ich arbeite zu Hause	nie oder fast nie	weniger als eine Stunde am Tag	1 bis 5 Stunden am Tag	mehr als 5 Stunden am Tag	%
		%					
<b>Geschlecht</b>	M	3,6	68,5	14,6	8,3	4,9	100,0
	W	2,2	82,8	6,2	3,0	5,7	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>3,0</b>	<b>75,2</b>	<b>10,7</b>	<b>5,8</b>	<b>5,3</b>	<b>100,0</b>
<b>Alter_5J</b>	15-19		77,3	11,3	11,3		100,0
	20-24		86,5	13,5			100,0
	25-29		78,0	9,6		12,4	100,0
	30-34	7,0	69,4	14,8	8,8		100,0
	35-39	3,5	71,3	7,0	7,7	10,6	100,0
	40-44	2,0	73,7	10,4	8,2	5,6	100,0
	45-49	2,6	72,8	16,6	7,9		100,0
	50-54	3,6	72,3	8,7	4,3	11,1	100,0
	55-59	1,9	86,3	6,6	5,2		100,0
	60-64	22,8	77,2				100,0
	65-69		100,0				100,0
	70-74		100,0				100,0
<b>Gesamt</b>		<b>3,0</b>	<b>75,2</b>	<b>10,7</b>	<b>5,8</b>	<b>5,3</b>	<b>100,0</b>
<b>Versorgungs-region</b>	Burgenland-Nord	4,2	71,0	12,3	6,1	6,3	100,0
	Burgenland-Süd	,9	82,1	8,0	5,4	3,6	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>3,0</b>	<b>75,2</b>	<b>10,7</b>	<b>5,8</b>	<b>5,3</b>	<b>100,0</b>
<b>höchste abgeschlossene Schulbildung</b>	Pflichtschule	5,5	68,9	15,2	5,5	4,9	100,0
	Lehre mit Berufsschule	2,2	68,0	9,7	11,5	8,5	100,0
	Fach- oder Handelsschule ohne Matura	1,7	86,8	6,0	1,0	4,5	100,0
	Höhere Schule mit Matura	2,3	80,0	12,4	2,7	2,6	100,0
	Studium an Universität, Fachhochschule	7,0	93,0				100,0
	Andere Ausbildung nach der Matura		62,0	38,0			100,0
<b>Gesamt</b>		<b>3,0</b>	<b>75,2</b>	<b>10,7</b>	<b>5,8</b>	<b>5,3</b>	<b>100,0</b>

**Marihuanakonsum: Lebenszeitprävalenz**

		Haschisch/Marihuana konsumiert		Gesamt
		Ja	Nein	%
		%		
<b>Geschlecht</b>	M	10,9	89,1	100,0
	W	6,1	93,9	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>8,5</b>	<b>91,5</b>	<b>100,0</b>
<b>Alter_5J</b>	15-19	3,7	96,3	100,0
	20-24	26,3	73,7	100,0
	25-29	19,1	80,9	100,0
	30-34	20,1	79,9	100,0
	35-39	5,1	94,9	100,0
	40-44	5,0	95,0	100,0
	45-49	7,1	92,9	100,0
	50-54	5,8	94,2	100,0
	55-59	5,1	94,9	100,0
	60-64		100,0	100,0
	65-69		100,0	100,0
	70-74		100,0	100,0
	75-79		100,0	100,0
	80-84		100,0	100,0
85+		100,0	100,0	
<b>Gesamt</b>		<b>8,5</b>	<b>91,5</b>	<b>100,0</b>
<b>Versorgungs-region</b>	Burgenland-Nord	11,6	88,4	100,0
	Burgenland-Süd	2,8	97,2	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>8,5</b>	<b>91,5</b>	<b>100,0</b>
<b>höchste abgeschlossene Schulbildung</b>	Pflichtschule	1,7	98,3	100,0
	Lehre mit Berufsschule	10,1	89,9	100,0
	Fach- oder Handelsschule ohne Matura	5,3	94,7	100,0
	Höhere Schule mit Matura	18,1	81,9	100,0
	Studium an Universität, Fachhochschule	24,2	75,8	100,0
	Andere Ausbildung nach der Matura		100,0	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>8,5</b>	<b>91,5</b>	<b>100,0</b>

**Marihuanakonsum: 12-Monate-Prävalenz**

		Haschisch-/Marihuanakonsum in den letzten 12 Monaten		Gesamt
		Ja	Nein	%
		%		
<b>Geschlecht</b>	M	14,2	85,8	100,0
	W	5,3	94,7	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>11,0</b>	<b>89,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Alter_5J</b>	15-19		100,0	100,0
	20-24	8,7	91,3	100,0
	25-29	19,9	80,1	100,0
	30-34	26,5	73,5	100,0
	35-39		100,0	100,0
	40-44		100,0	100,0
	45-49		100,0	100,0
	50-54		100,0	100,0
55-59		100,0	100,0	
<b>Gesamt</b>		<b>11,0</b>	<b>89,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Versorgungsregion</b>	Burgenland-Nord	12,5	87,5	100,0
	Burgenland-Süd		100,0	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>11,0</b>	<b>89,0</b>	<b>100,0</b>
<b>höchste abgeschlossene Schulbildung</b>	Pflichtschule		100,0	100,0
	Lehre mit Berufsschule	4,2	95,8	100,0
	Fach- oder Handelsschule ohne Matura		100,0	100,0
	Höhere Schule mit Matura	24,7	75,3	100,0
	Studium an Universität, Fachhochschule	14,6	85,4	100,0
<b>Gesamt</b>		<b>11,0</b>	<b>89,0</b>	<b>100,0</b>

## Impfschutz

		Personen mit aufrechterm Impfschutz gegen...						
		Grippe	Tetanus	Diphtherie	Polio (Kinderlähmung)	Zeckenkrankheit (FSME)	Hepatitis B	Hepatitis A
		%						
Geschlecht	M	24,9	79,7	55,9	52,8	78,0	29,1	27,0
	W	26,4	60,8	41,4	48,4	80,8	29,2	26,2
Gesamt		<b>25,6</b>	<b>70,0</b>	<b>48,4</b>	<b>50,5</b>	<b>79,4</b>	<b>29,2</b>	<b>26,6</b>
Alter_J	15-44	18,1	78,2	61,9	69,3	83,6	44,0	40,9
	45-64	21,9	71,4	43,0	43,5	80,7	24,4	21,1
	65-84	44,3	54,5	30,0	22,0	71,5	5,9	5,4
	85+	60,2	24,8	15,0	23,1	47,5	2,9	2,9
Gesamt	Burgenland-Nord	<b>25,6</b>	<b>70,0</b>	<b>48,4</b>	<b>50,5</b>	<b>79,4</b>	<b>29,2</b>	<b>26,6</b>
	Burgenland-Süd	26,7	66,7	43,9	48,7	77,1	28,9	26,3
Gesamt	Burgenland-Nord	23,7	76,2	56,9	53,9	83,8	29,6	27,2
	Burgenland-Süd	<b>25,6</b>	<b>70,0</b>	<b>48,4</b>	<b>50,5</b>	<b>79,4</b>	<b>29,2</b>	<b>26,6</b>

## Eigene Berechnungen in Anlehnung an den Burgenländischen Gesundheitsbericht 2007

## A.8 Liste der Betriebe mit BGF-Charta BGF-Gütesiegel gemäß Burgenländischer Gebietskrankenkasse

<b>Betriebe mit BGF-Charta</b>
Unternehmensgruppe Katzbeck, Rudersdorf
Firma Ritter Trans GmbH, Loipersdorf
Firma Becom, Hochstraß
Firma Schloffer GmbH, Großpetersdorf
ORF-Landesstudio Burgenland, Eisenstadt
Firma Alu-Sommer GmbH, Stoob
Firma König, Wulkaprodersdorf
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Eisenstadt
Zürich Versicherungs-Aktiengesellschaft, Eisenstadt
SVA der gewerblichen Wirtschaft, Eisenstadt
<b>Betriebe mit BGF-Gütesiegel</b>
Unternehmensgruppe Katzbeck

**Quelle: BGKK (2012)**

