



**Gesundheitsbericht
Oberösterreich
2005 - 2010**

Institut für Gesundheitsplanung

Projektteam:

Mag. Richard Birgmann, Institut für Gesundheitsplanung
Mag.^a Annamaria Gabanyi, OÖ Gebietskrankenkasse
Mag.^a Monika Gebetsberger, Land OÖ - Abteilung Gesundheit
Mag. Albert Mühlberger, Land OÖ - Abteilung Statistik
Mag. Markus Peböck, Institut für Gesundheitsplanung
MMag. Martin Reif MPH, Institut für Gesundheitsplanung
Mag.^a Sabine Weißengruber-Auer, OÖ Ärztekammer

GESUNDHEITSBERICHT OBERÖSTERREICH 2005-2010

Linz 2012

Herausgeber: Institut für Gesundheitsplanung

Redaktionelle
Betreuung: Mag. Markus Peböck
Elena Madlschenter

Projektteam: Mag. Richard Birgmann, IGP
Mag.^a Annamaria Gabanyi, OÖ Gebietskrankenkasse
Mag.^a Monika Gebetsberger, Land OÖ - Abteilung Gesundheit
Mag. Albert Mühlberger, Land OÖ - Abteilung Statistik
Mag. Markus Peböck, IGP
MMag. Martin Reif MPH, IGP
Mag.^a Sabine Weißengruber-Auer, OÖ Ärztekammer

Layout: Elena Madlschenter
Layout Titelblatt: Cornelia Bouchal, OÖ Gebietskrankenkasse
Druck: Queiser GesmbH
Preis: 14,40 Euro
ISBN: 978-3-902487-15-5

Institut für Gesundheitsplanung
Weißewolfstraße 5, 4020 Linz
Tel. 0732/784036
Mail: institut@gesundheitsplanung.at
Web: www.gesundheitsplanung.at

Vorbehaltlich Irrtümer und Druckfehler. Alle Rechte vorbehalten. Etwaige Rundungsungenauigkeiten, die sich aus der Verteilung der Daten ergeben können, wurden grundsätzlich nicht korrigiert.

VORWORT



Zukunftsthema Gesundheit

Der Bereich Gesundheit ist ein großes Zukunftsthema. Besonders im Hinblick auf die immer älter werdende Gesellschaft sehe ich diesen Bereich als eine enorme Herausforderung, die großer Sensibilität, aber richtiger Weichenstellungen bedarf. Drei Ziele stehen dabei für mich im Mittelpunkt. Erstens muss in Oberösterreich auch weiterhin eine ausgewogene flächendeckende Gesundheitsversorgung, die mit dem medizinischen Fortschritt Schritt hält, sichergestellt werden. Diese beiden Komponenten müssen aber auch - und das ist das dritte Ziel - für die öffentliche Hand finanzierbar bleiben.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Vorsorgemedizin. Der Großteil der finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen nimmt derzeit der heilende Bereich ein. Die Gesundheitsversorgung muss immer auf der Höhe der Zeit sein. Das heißt, dass sie sich auch mit der Gesellschaft mit entwickeln muss und es daher immer wieder Veränderungen bedarf.

Ein weiterer Schwerpunkt meiner gesundheitspolitischen Arbeit wird die medizinische Aus- und Weiterbildung einnehmen. Oberösterreich setzt hier mit der Fachhochschule für Gesundheitsberufe einen Meilenstein um.



Dr. Josef Pühringer
Landeshauptmann

VORWORT



Wissen schafft Gesundheit

Gesundheit hat sehr viel mit Wissen zu tun: Wer gesund leben möchte, muss wissen, was der eigenen Gesundheit gut tut und was ihr schadet. Auf gesellschaftlicher Ebene ist das ähnlich: Wer das Gesundheitswesen sinnvoll gestalten und die dafür nötigen Mittel wirksam einsetzen möchte, braucht eine Vielzahl an Informationen - nicht nur aus dem Bereich der Medizin und der Epidemiologie, sondern vor allem über die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen und deren Einfluss auf die Gesundheit. Die Gesundheitsberichterstattung leistet dazu einen bedeutenden Beitrag. Sie zeigt uns, wo zukünftige Handlungsfelder liegen und ob bereits gesetzte Maßnahmen wirken.

Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse stützt ihre Strategien und Maßnahmen auf empirische Erkenntnisse. Die aktuellen Gesundheitsberichte des Instituts für Gesundheitsplanung ermöglichen uns messbare Gesundheitsziele im Sinne unserer Versicherten zu definieren, Erfolg versprechende Maßnahmen einzuleiten und deren Wirksamkeit zu kontrollieren. Ergebnis dieses systematischen, wissensbasierten Vorgehens sind erfolgreiche Programme wie zum Beispiel die strukturierte Betreuung von Diabetes-Patienten, unser international beachtetes Angebot zur Betrieblichen Gesundheitsförderung oder eine Vielzahl von Maßnahmen zur Förderung der Kindergesundheit.

Die Gesundheitsberichterstattung zeigt aber auch, dass die Einrichtungen des Gesundheitswesens nicht alleine in der Lage sind, Menschen vor Erkrankungen zu bewahren. Unter der Devise „Health in all Policies“ geht es darum Gesundheitsförderung in einen breiteren Kontext zu setzen und für die gesamte Bevölkerung möglichst gesunde Lebens- und Arbeitsbedingungen zu schaffen. Dafür müssen wir neue Wege beschreiten.

Die Verhältnisse in Schulen, am Arbeitsplatz oder im Wohnviertel haben einen großen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen. Dabei gibt es deutliche soziale Unterschiede, wobei der oder die Einzelne die Bedingungen nur wenig beeinflussen kann. Die OÖGKK setzt hier auf Partnerschaften und gemeinsame Strategien von Gesundheits- und Bildungswesen, Unternehmen und Gemeinden. Durch den Gesundheitsbericht 2005-2010 haben wir wieder einiges an Wissen gewonnen. Gemeinsam können wir es nun einsetzen, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen in Oberösterreich weiter zu verbessern.

Ihr

Felix Hinterwirth
Obmann der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung.....	8
1. Allgemeiner Hintergrund.....	14
<i>Autoren: Dr. Stefan Meusburger MSc, Mag. Markus Peböck</i>	
2. Demographischer und sozioökonomischer Hintergrund.....	18
<i>Autor: Mag. Richard Birgmann</i>	
<i>Review: Mag. Albert Mühlberger</i>	
2.1. Bevölkerungsstruktur.....	19
2.2. Bevölkerungsentwicklung.....	20
2.3. Sozioökonomische Rahmenbedingungen.....	23
2.4. Soziale Beziehungen, Soziale Netzwerke und Lebensweise.....	25
3. Lebenserwartung und Mortalität.....	28
<i>Autor: Mag. Richard Birgmann</i>	
<i>Review: Mag. Albert Mühlberger</i>	
4. Allgemeiner Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	34
<i>Autor: MMag. Martin Reif MPH</i>	
<i>Review: Mag. Albert Mühlberger</i>	
5. Beeinträchtigungen der Gesundheit und Gesundheitsrisiken.....	40
5.1. Arbeitsunfähigkeit, Krankenhausaufenthalte und Medikamentenverbrauch.....	41
<i>Autor: MMag. Martin Reif MPH</i>	
<i>Review: Dr.ⁱⁿ Anna Labek MPH, Dr.ⁱⁿ Heide Said MPH</i>	
5.2. Übertragbare Erkrankungen.....	48
<i>Autorin: Dr.ⁱⁿ Eva Magnet</i>	
<i>Review: Dr.ⁱⁿ Brigitte Horwath</i>	
5.3. Ausgewählte nicht übertragbare/chronische Erkrankungen und deren Folgen.....	53
5.3.1. Herz-Kreislaufkrankungen.....	53
<i>Autor: MMag. Martin Reif MPH</i>	
<i>Review: Dr. Herbert Hackl</i>	
5.3.2. Bösartige Neubildungen.....	56
<i>Autor: Mag. Richard Birgmann</i>	
<i>Review: Univ.-Prof. Prim. Dr. Josef Thaler</i>	
5.3.3. Diabetes mellitus.....	61
<i>Autor: MMag. Martin Reif MPH</i>	
<i>Review: HR Prim. Dr. Johann Ecker</i>	
5.3.4. Atemwegserkrankungen.....	65
<i>Autor: Mag. Richard Birgmann</i>	
<i>Review: Prim. MR Dr. Kurt Aigner</i>	
5.3.5. Zahngesundheit.....	69
<i>Autor: Mag. Richard Birgmann</i>	
<i>Review: MR Dr. Wolfgang Doneus</i>	
5.3.6. Bewegungs- und Stützapparat.....	72
<i>Autor: Mag. Richard Birgmann</i>	
<i>Review: Prim. Dr. Rüdiger Kisling</i>	
5.4. Psychische Erkrankungen und mentale Störungen.....	76
<i>Autor: MMag. Martin Reif MPH</i>	
<i>Review: Univ.-Doz. Prim. Dr. Werner Schöny</i>	
5.5. Schmerzen.....	83
<i>Autor: MMag. Martin Reif MPH</i>	
<i>Review: Univ.-Prof. Prim. Dr. Gerhard Ransmayr</i>	
5.6. Adipositas.....	87
<i>Autor: Mag. Richard Birgmann</i>	
<i>Review: Dr.ⁱⁿ Elisabeth Mayr-Frank BHC, OA Dr. Johannes Mühleder</i>	
5.7. Funktionelle Einschränkungen und Einschränkungen im Alltag.....	90
<i>Autor: MMag. Martin Reif MPH</i>	
<i>Review: MR Dr. Wolfgang Ziegler</i>	
5.8. Unfälle und Verletzungen.....	94
<i>Autor: Mag. Richard Birgmann</i>	
<i>Review: MR Dr. Wolfgang Ziegler</i>	

INHALT

6. Gesundheit und deren Rahmenbedingungen nach Lebensphasen.....	102
6.1. Geburt und Kindheit.....	105
<i>Autor: Mag. Richard Birgmann</i>	
<i>Review: Dr. Walter Krejci, Dr.ⁱⁿ Ilse Polleichtner</i>	
6.2. Jugend und junges Erwachsenenleben.....	111
<i>Autor: Mag. Richard Birgmann</i>	
<i>Review: Dr. Walter Krejci, Dr.ⁱⁿ Ilse Polleichtner</i>	
6.3. Mittlerer Lebensabschnitt und Erwerbsleben.....	118
<i>Autor: MMag. Martin Reif MPH</i>	
<i>Review: MR Dr. Wolfgang Ziegler</i>	
6.4. Ältere Menschen.....	128
<i>Autor: MMag. Martin Reif MPH</i>	
<i>Review: MR Dr. Wolfgang Ziegler</i>	
7. Gesundheitsförderliche Lebensbedingungen.....	138
7.1. Schule und Kindergarten.....	139
<i>Autor: Mag. Richard Birgmann</i>	
<i>Review: Dr.ⁱⁿ Gertrude Jindrich, Fachinsp.ⁱⁿ Katharina Ortner, HRⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Barbara Trixner, Mag.^a Eva Weißböck</i>	
7.2. Arbeitswelt und Arbeitsbedingungen.....	143
<i>Autor: Mag. Richard Birgmann</i>	
<i>Review: Dr.ⁱⁿ Margit Duncan MPH, Dr. Heinz Ehmer, Dr. Erhard Prugger</i>	
7.3. Wohnumgebung, Gemeinde, Stadt.....	149
<i>Autor: Mag. Richard Birgmann</i>	
<i>Review: MMag. Dr. Josef Lins, HR Dr. Heinrich Gmeiner</i>	
7.4. Gesunde natürliche und gestaltete Umwelt.....	154
<i>Autor: MMag. Martin Reif MPH</i>	
<i>Review: Dr. Martin Donat, Dr.ⁱⁿ Margit Duncan MPH</i>	
8. Soziale Determinanten der Gesundheit.....	166
<i>Autorin: Mag.^a Annamaria Gabanyi</i>	
<i>Review: Dr.ⁱⁿ Anna Labek MPH, Univ.-Doz. Dr.ⁱⁿ Christine Stelzer-Orthofer</i>	
8.1. Geschlecht und Gesundheit.....	169
8.2. Bildung und Gesundheit.....	173
8.3. Einkommen und Gesundheit.....	178
8.4. Migration und Gesundheit.....	182
9. Krankenversorgung, soziale Versorgung und Gesundheitsförderung.....	184
9.1. Krankenversorgung.....	185
<i>Autoren: Mag.^a Sabine Weißengruber-Auer</i>	
<i>Review: Dr. Stefan Meusburger MSc, Mag.^a Karin Rumpelsberger BHC</i>	
9.1.1. Struktur.....	185
9.1.2. Krankenanstalten (intramuraler Bereich).....	185
9.1.3. Ambulante Versorgung.....	186
9.1.4. Nahtstellenmanagement in Oberösterreich.....	190
9.1.5. Apotheken.....	191
<i>Autor: Mag. Thomas Veitschegger</i>	
9.1.6. Ausbildung in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen.....	191
<i>Autor: Dr. Reinhard Dzienan</i>	
9.2. Soziale Versorgung.....	197
<i>Autoren: Mag.^a Renate Hackl, Mag.^a Franziska Hingerl</i>	
9.2.1. Pflegeversorgung für ältere Menschen.....	197
9.2.2. Leistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen.....	198
9.2.3. Pflegegeld.....	199
9.3. Gesundheitsförderung in Oberösterreich.....	202
<i>Autor: Mag. Markus Peböck</i>	
<i>Review: Dr. Stefan Meusburger MSc</i>	
9.3.1. Ausgewählte Gesundheitsförderungsaktivitäten in Settings.....	202
9.3.2. Stärken und Schwächen der Gesundheitsförderung in Oberösterreich.....	202
9.3.3. Zukunftsperspektiven der Gesundheitsförderung in Oberösterreich.....	203
10. Neue Instrumente der Gesundheitspolitik.....	206
10.1. Multisektorale Verantwortung.....	207
<i>Autor: Mag. Markus Peböck</i>	
<i>Review: Dr. Martin Sprenger MPH</i>	

10.2. Gesundheitsfolgenabschätzung.....	212
<i>Autor: Mag. Markus Peböck</i>	
<i>Review: Dr.ⁱⁿ Sabine Haas, Dr. Martin Sprenger MPH</i>	
10.3. Versorgungsforschung.....	215
<i>Autor: Mag. Werner Bencic MPH</i>	
<i>Review: DI Mag. Alfred Mair MPH</i>	
10.4. Health Technology Assessment (HTA).....	218
<i>Autorin: Dr.ⁱⁿ Gabriela Weberberger</i>	
<i>Review: Dr. Stefan Meusburger MSc</i>	
11. Gesundheitsziele 2000-2010.....	220
<i>Autoren: Mag. Richard Birgmann, Mag.^a Martina Ecker-Glasner, Mag. Markus Peböck, MMag. Martin Reif MPH</i>	
11.1. Entstehung/Hintergrund.....	221
11.2. Stand/Evaluierung.....	221
12. Gesundheitsziele 2011-2020.....	230
<i>Autor: Mag. Markus Peböck</i>	
<i>Review: Mag.^a Monika Gebetsberger, Dr.ⁱⁿ Brigitte Horwath, DI Mag. Alfred Mair,</i>	
<i>Mag.^a Sabine Weißengruber-Auer, Dr. Hubert Zödl</i>	
12.1. Einleitung.....	231
12.2. Präambel.....	233
12.3. Die oberösterreichischen Gesundheitsziele.....	236
13. Verzeichnisse und Literatur.....	242
13.1. Abbildungsverzeichnis.....	243
13.2. Tabellenverzeichnis.....	246
13.3. Literatur.....	247
Glossar.....	260
Beschreibung der Datenquellen.....	266

KURZFASSUNG

Demografischer und sozioökonomischer Hintergrund

Die oberösterreichische Bevölkerung besteht derzeit aus ca. 1,4 Millionen EinwohnerInnen und ist in der jüngsten Vergangenheit um ca. 4.000 bis 5.000 EinwohnerInnen pro Jahr gewachsen. Der Zuwachs ist dabei etwas stärker auf die Wanderungsbilanz als auf die Geburtenbilanz zurückzuführen. Der AusländerInnenanteil in Oberösterreich liegt bei 7,8 Prozent. 40 Prozent der in Oberösterreich lebenden AusländerInnen kommen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Weitere 31 Prozent kommen aus den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, wobei davon wiederum mehr als die Hälfte deutsche StaatsbürgerInnen sind. Insgesamt gibt es in Oberösterreich rund 576.000 Privathaushalte. Davon sind 185.000 Einpersonenhaushalte. Unter den insgesamt 397.000 Familien sind ca. 349.000 Paare mit und ohne Kinder und rund 48.000 AlleinerzieherInnen. Kinderbetreuung und Betreuung von hilfsbedürftigen Verwandten und Bekannten wird zwar auch in eher geringem Umfang von Männern, aber zum größeren Teil von Frauen geleistet.

Mehr dazu im Kapitel 2.

Lebenserwartung und Mortalität

Die Lebenserwartung hat in den letzten Jahrzehnten stetig zugenommen. Im Jahr 2008 beträgt die Lebenserwartung (bei Geburt) einer Oberösterreicherin 83 Jahre und jene eines Oberösterreichers 78,2 Jahre. Auch die fernere Lebenserwartung ab dem 65. Lebensjahr ist deutlich angestiegen. Sowohl die Säuglingssterblichkeit als auch die Perinatalsterblichkeit ist in den letzten Jahrzehnten stark zurückgegangen. Die häufigsten Todesursachen sind Herz-Kreislauferkrankungen und Krebserkrankungen. Beide zusammen sind für mehr als zwei Drittel der Todesfälle eines Jahres verantwortlich. In den letzten Jahren sind die Herz-Kreislaufmortalität stark und die Krebsmortalität etwas gesunken.

Mehr dazu im Kapitel 3.

Allgemeiner Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Seit 1999 hat der Anteil der Bevölkerung, der von einem guten bzw. sehr guten Gesundheitszustand berichtet, von 71 Prozent auf 76 Prozent zugenommen. Personen mit niedrigem Bildungsgrad weisen im Durchschnitt ein deutlich geringeres physisches Wohlbefinden auf als Personen mit höherer Bildung. Ähnliches gilt für die umweltbezogene Lebensqualität. Hinsichtlich des psychischen Wohlbefindens lässt sich vor allem bei Frauen ein starker sozialer Gradient beobachten, während sich bei Männern geringere Unterschiede zwischen den Bildungsschichten zeigen.

Mehr dazu im Kapitel 4.

Beeinträchtigungen der Gesundheit und Gesundheitsrisiken

Arbeitsunfähigkeit, Krankenhausaufenthalte und Medikamentenverbrauch

2008 entfielen auf 1.000 Personen mit Wohnsitz in Oberösterreich 346 Krankenhausaufenthalte (Männer 324 pro 1.000 und Frauen 368 pro 1.000). Die häufigsten Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt sind Neubildungen (14 Prozent), Herz-Kreislauferkrankungen (elf Prozent), Verletzungen/Vergiftungen (zehn Prozent) und Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (zehn Prozent der Krankenhausaufenthalte). Die im Durchschnitt längste Krankenhausaufenthaltsdauer weisen Psychische- und Verhaltensstörungen (16,3 Tage) auf. Oberösterreich weist im Bundesländervergleich, aufgrund der Branchenstruktur, überdurchschnittlich hohe Krankenstände auf. 2010 waren dies 13 Tage pro beschäftigter Person bzw. 3,6 Prozent der Arbeitstage. Insgesamt gehen rund zwei Drittel der Krankenstandstage auf Krankheiten der Atemwege (24 Prozent der AU-Tage), auf Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (23 Prozent) sowie auf Verletzungen, Vergiftungen und andere äußere Ursachen (20 Prozent) zurück. Auf 1.000 EinwohnerInnen entfallen innerhalb eines Jahres durchschnittlich 12.800 verordnete Medikamentenpackungen (Männer 10.700, Frauen 14.600 pro 1.000). Insbesondere ab dem 45. Lebensjahr ist mit zunehmendem Alter ein starker Anstieg der Medikamentenverordnungen zu beobachten. Die meisten Medikamentenverordnungen betreffen Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (27 Prozent), des Magen-Darm-Traktes bzw. Stoffwechselsystems (16 Prozent) und des Nervensystems (Psychopharmaka, Schmerzmittel etc.: 15 Prozent).

Übertragbare Erkrankungen

„Klassische“ Infektionskrankheiten sind selten geworden. Durch die Globalisierung sind neue Bedrohungen entstanden, denen Anpassungen im Epidemiegesetz, neue schnelle elektronische Erfassungs- und Informationsmöglichkeiten und die Entwicklung von Krisenplänen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (z.B. Grippepandemieplan) entgegenwirken sollen. Das Wiederaufflackern von Masern zeigt, wie wichtig es ist, hohe Durchimpfungsraten bei impfpräventablen Erkrankungen zu erzielen bzw. aufrecht zu erhalten.

Nicht übertragbare/chronische Erkrankungen und deren Folgen

Herz-Kreislauferkrankungen

Die altersstandardisierte Herz-Kreislaufmortalität ist zwischen 2000 und 2008 um rund 32 Prozent zurückgegangen. Die altersstandardisierte Mortalität bei unter 65-Jährigen ist um 41 Prozent gesunken.

Bösartige Neubildungen

Im Jahr 2007 erkrankten 3.177 Männer und 2.590 Frauen an einer bösartigen Neubildung. Während die absolute Anzahl an Todesfällen aufgrund der demografischen Entwicklung leicht zunimmt, ist die altersstandardisierte

Krebsmortalität über die letzten Jahre - von 228 Fällen pro 100.000 im Jahr 1994 auf 182 Fälle pro 100.000 im Jahr 2008 - gesunken.

Diabetes mellitus

Rund fünf Prozent der OberösterreicherInnen über 15 Jahren leiden an Diabetes mellitus (Männer 3,8 Prozent und Frauen 6,6 Prozent). Die Betroffenenrate der im Krankenhaus Behandelten steigt ab dem 40. Lebensjahr an und erreicht in der Altersgruppe der 70- bis 75-Jährigen ein Niveau von rund zwölf pro 1.000.

Atemwegserkrankungen

Insgesamt leiden etwa vier Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren an chronischer Bronchitis oder einem Lungenemphysem. Jeweils zwei Prozent sind von allergischem Asthma bronchiale oder einer anderen Form von Asthma bronchiale betroffen.

Zahngesundheit

31 Prozent der 6-Jährigen und 34 Prozent der 12-Jährigen sind gemäß der WHO-Definition kariesfrei. 6-Jährige weisen im Durchschnitt 4 kariöse, fehlende oder sanierte Zähne im Milchgebiss auf (d3mft-Wert = 4). 12-Jährige weisen im Durchschnitt 2,4 kariöse, fehlende oder sanierte Zähne im bleibenden Gebiss auf (D3MFT-Wert = 2,4).

Bewegungs- und Stützapparat

32 Prozent der Männer und sogar 40 Prozent der Frauen leiden an Wirbelsäulenbeschwerden. Beinahe ein Viertel aller Krankenstandstage werden von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates verursacht.

Psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen sind bei Männern der zweithäufigste, bei Frauen sogar der häufigste Grund für eine vorzeitige Pensionierung (Invaliditätspension). Innerhalb eines Jahres sind rund elf von 1.000 Männern und 13 von 1.000 Frauen wegen einer psychiatrischen Erkrankung in einem Krankenhaus in Behandlung. In den letzten Jahren ist ein deutlicher Anstieg zu beobachten.

Schmerzen

41 Prozent der OberösterreicherInnen über 15 Jahren sind innerhalb eines Jahres von erheblichen Schmerzen betroffen. Frauen leiden deutlich häufiger unter Schmerzen (44 Prozent) als Männer (37 Prozent). Am häufigsten verbreitet sind Schmerzen der Wirbelsäule.

Adipositas

16 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung sind von Adipositas betroffen. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen hat der Anteil der Adipösen in den letzten Jahren in allen Altersgruppen zugenommen. Formal niedrig gebildete Bevölkerungsschichten sind in größerem Ausmaß von Adipositas betroffen als formal höher gebildete Bevölkerungsschichten. Im Alter zwischen sechs und 14 Jahren sind neun Prozent der oberösterreichischen Knaben und acht Prozent der oberösterreichischen Mädchen adipös. HauptschülerInnen sind häufiger betroffen als AHS-SchülerInnen.

Einschränkungen im Alltag

Unter den 60- bis 74-Jährigen weisen 32 Prozent der Männer und 31 Prozent der Frauen motorische Einschränkungen (z.B. beim Gehen, Treppensteigen, Heben, Bücken etc.) auf. In der Altersgruppe über 75 Jahren steigt der Anteil auf 36 Prozent der Männer und 41 Prozent der Frauen.

Unfälle

Ein Großteil der Unfälle sind dem Bereich Heim, Freizeit und Sport zuzuordnen (63 Prozent). Etwa 30 Prozent aller Unfälle passieren in der Arbeit oder der Schule. Die restlichen 7 Prozent aller Unfälle geschehen im Straßenverkehr.

Mehr dazu im Kapitel 5.

Gesundheit und Rahmenbedingungen im Lebenszyklus

Geburt und Kindheit

Die Familie spielt im Hinblick auf die Gesundheit von Kindern eine zentrale Rolle: Innerhalb der Familie werden gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen sowie körperbezogene Praktiken vermittelt. In der Familie werden das Ernährungsverhalten, die Bedeutung von körperlicher Aktivität, die Körperpflege und das Gesundheitsbewusstsein erlernt und die eigene Körperwahrnehmung herausgebildet. Neben der Familie sind aber auch öffentliche Institutionen (z.B. der Kindergarten) und Peergroups (z.B. in Vereinen) ebenfalls wichtige Eckpfeiler für die gesunde Entwicklung von Kindern.

Jugend/junges Erwachsenenleben

Die Jugendphase ist ein prägender Abschnitt des Lebens, der an die Jugendlichen widersprüchliche Herausforderungen stellt: Größer werdenden Handlungsspielräumen und mehr Entscheidungsautonomie stehen gleichzeitig neue Belastungsformen (z.B. Leistungserwartung, Entscheidungszwang, Überstimulierung durch Medien, uvm.) gegenüber. Die wichtigsten sozialen Systeme von Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind die Familie und vor allem Peergroups. Die jugendliche Entwicklungsphase wird unter anderem von riskanten Verhaltenspraktiken („Ausprobieren“, „Grenzen überschreiten“, usw.) geprägt. Riskante Verhaltensweisen können dabei gleichsam als Belastungsreaktion sowie individuelle Bewältigungsmuster eingesetzt werden.

Alokoholkonsum: Alkoholerfahrungen sind unter Österreichs Jugendlichen (im internationalen Vergleich) weit verbreitet. Rauchen: 33 Prozent der jungen Männer im Alter zwischen 15 und 24 Jahren greifen täglich zur Zigarette. Bei den Frauen derselben Altersgruppe sind es 26 Prozent. Ernährung: Nur 36 Prozent der männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen ernähren sich gesund. Bei den jungen Frauen des gleichen Alters sind es mit 78 Prozent deutlich mehr.

Mittlerer Lebensabschnitt und Erwerbsleben

Im mittleren Lebensabschnitt, insbesondere nach dem 45. Lebensjahr, steigt die Prävalenz von chronischen Erkrankungen an. Außerdem steigt bei Männern im mittleren Lebensabschnitt der Anteil, der von Belastungen durch Stress/Zeitdruck und Überforderung im Beruf berichtet. Frauen in dieser Altersgruppe nennen häufiger Belastungen durch Haushaltsaufgaben und Betreuungspflichten. Für beide Geschlechter gehen im mittleren Lebensabschnitt Belastungen durch die Wohnsituation, durch Aus- und Weiterbildung und durch Arbeitsplatzsuche tendenziell zurück.

Alkoholkonsum: In der Altersgruppe zwischen 30 und 64 Jahren weisen 22 bis 24 Prozent der Männer und sechs bis 14 Prozent der Frauen einen problematischen Alkoholkonsum auf. **Rauchen:** 26 Prozent der Männer und 24 Prozent der Frauen im Alter zwischen 30 und 64 Jahren rauchen täglich. **Bewegung:** Rund ein Drittel der Männer im mittleren Lebensabschnitt ist mindestens an drei Tagen pro Woche körperlich aktiv (Bewegung/Sport). Bei Frauen beträgt dieser Anteil knapp 30 Prozent. Während Männer im mittleren Alter deutlich weniger Bewegung praktizieren als Männer unter 30 Jahren ist bei Frauen kein derartiger Rückgang zu beobachten. **Ernährung:** In der Altersgruppe zwischen 30 und 44 Jahren geben 27 Prozent der Männer und 49 Prozent der Frauen an, auf gesunde Ernährung zu achten. Unter den 45 bis 64-Jährigen sind dies 33 Prozent der Männer und 55 Prozent der Frauen.

Ältere Menschen

Bis zum Jahr 2030 wird der Anteil der oberösterreichischen Bevölkerung im Alter von über 60 Jahren auf 32 Prozent ansteigen (auf gut 380.000 Personen). 67 Prozent der über 65-Jährigen stufen ihre allgemeine Lebensqualität als sehr gut oder gut ein. 84 Prozent der Personen über 65 Jahre sind mit ihren persönlichen Beziehungen sehr zufrieden oder zufrieden. 81 Prozent der SeniorInnen sind mit der Unterstützung durch Freunde sehr zufrieden oder zufrieden. 21 Prozent der 65- bis 80-Jährigen fühlen sich durch finanzielle Probleme belastet. 4 Prozent der Männer und 11 Prozent der Frauen geben an, dass ihre finanziellen Ressourcen eher nicht oder gar nicht ausreichen, um ihre Bedürfnisse zu decken. 5,4 Prozent der über 60-Jährigen, die innerhalb eines Jahres im Krankenhaus behandelt werden, weisen als Haupt- oder Zusatzdiagnose eine Demenzerkrankung auf. Der Anteil steigt mit zunehmendem Alter und beträgt bei den über 90-jährigen Männern 18 Prozent und den gleichaltrigen Frauen 20 Prozent. 56 Prozent der über 65-Jährigen geben an, dass sie auf gesunde Ernährung achten. 14 Prozent dieser Altersgruppe sind, nach eigenen Angaben, an mindestens drei Tagen pro Woche körperlich aktiv.

Mehr dazu im Kapitel 6.

Gesundheitsförderliche Lebensbedingungen**Kindergarten und Schule**

Derzeit werden in 720 Kindergärten in Oberösterreich etwa 37.000 Kinder betreut und in den insgesamt 1.048 Schulen werden über 200.000 Kinder und Jugendliche

(aus-)gebildet. Die Schule ist einer der wichtigsten Orte für die Bildung und Förderung gesundheitlicher (körperlicher, sozialer und intellektueller) Ressourcen. Neben der gesundheitsfördernden Gestaltung der materiellen Umwelt der Schule sind vor allem die Qualität der sozialen Beziehungen im Schulkontext und die Gestaltung der individuellen Lernprozesse wesentliche Eckpfeiler einer „gesunden Schule“. Nur ein relativ geringer Anteil an SchülerInnen im Alter von elf, 13 und 15 Jahren (elf Prozent) beurteilt die Qualität der LehrerInnen-SchülerInnen-Beziehung als eher schlecht bzw. schlecht. Die Qualität der SchülerInnen-SchülerInnen-Beziehung wird nur von fünf Prozent als eher schlecht bzw. schlecht beurteilt. 28 Prozent empfinden die schulischen Anforderungen als eher hoch bzw. hoch. 18 Prozent haben eine eher negative Einstellung zur Schule.

Arbeitswelt und Arbeitsbedingungen

In Oberösterreich sind 27 Prozent aller Beschäftigten in der Wirtschaftsklasse „Verarbeitendes Gewerbe bzw. Herstellung von Waren“ tätig. Dieser Anteil ist deutlich größer als in Gesamtösterreich (19 Prozent). Beeinträchtigungen und Belastungen am Arbeitsplatz können aus ungünstigen materiellen Umweltbedingungen am Arbeitsplatz (z.B. Lärm, Staub, Passivrauch), sozialen Komponenten (z.B. Mobbing, schlechtes Arbeitsklima) oder aus den Arbeitsinhalten (z.B. Monotonie) bzw. Arbeitsprozessen (z.B. Stress, Zeitdruck) entstehen. 17 Prozent der berufstätigen Männer und sechs Prozent der berufstätigen Frauen fühlen sich an ihrem Arbeitsplatz durch Umweltbelastungen wie z.B. Lärm oder Staub stark belastet. Acht Prozent der Männer und sieben Prozent der Frauen fühlen sich durch zu wenig Anerkennung am Arbeitsplatz stark belastet. Diesbezüglich belastete Menschen weisen eine deutlich schlechtere subjektive Gesundheit auf. 22 Prozent der Beschäftigten erfahren durch die Faktoren Stress und Zeitdruck am Arbeitsplatz eine starke Belastung. Der subjektive Gesundheitszustand der von Stress und Zeitdruck stark belasteten Beschäftigten ist deutlich schlechter als bei anderen Beschäftigten.

Wohnumgebung, Gemeinde, Stadt

53 Prozent der Bevölkerung sind der Meinung, dass die Lebensbedingungen in der Wohnumgebung sehr viel zur Förderung der Gesundheit beitragen können. Weitere 42 Prozent sehen dies in leicht abgeschwächter Form ähnlich. Insgesamt gesehen beurteilen die Oberösterreicherrinnen und Oberösterreicherr die Umweltbedingungen in ihrem Wohngebiet als überwiegend positiv. 31 Prozent berichten von äußerst gesunden Umweltbedingungen und weitere 49 Prozent von ziemlich gesunden Umweltbedingungen in ihrem Wohngebiet. Ein gesundes Wohnumfeld setzt sich aus dem sozialen Zusammenhalt, der Existenz sozialer Netze sowie einem hohen Grad an Partizipation der Bürgerinnen und Bürger zusammen. Ein hohes Maß an Freiwilligenarbeit ist ein guter Indikator für das soziale Kapital eines Wohnumfeldes. 34 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren engagieren sich in Form von formeller Freiwilligenarbeit (z.B. in der Freiwilligen Feuerwehr oder in Hilfsorganisationen zur Betreuung anderer Menschen). Damit ist Oberösterreich das Bundesland mit der höchsten Beteiligungsquote an formeller

Freiwilligenarbeit. Bei der informellen Freiwilligenarbeit bzw. Nachbarschaftshilfe (z.B. Einkaufen, Kinderbetreuung oder Gartenpflege) liegt die Beteiligungsquote bei etwa 27 Prozent. Die Zufriedenheit mit den allgemeinen Wohnbedingungen ist in der oberösterreichischen Bevölkerung sehr groß. Rund 90 Prozent sind mit ihren Wohnbedingungen sehr zufrieden oder zufrieden.

Gesunde natürliche und gestaltete Umwelt

In den letzten 30 Jahren hat es zwar hinsichtlich der Schadstoffbelastung der Außenluft deutliche Verbesserungen gegeben. Feinstaub, Stickoxide, Ozon und polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe stellen jedoch nach wie vor wesentliche Belastungen für die Bevölkerung dar, insbesondere in den Ballungsräumen. Tabakrauch stellt eine wichtige Schadstoffquelle für die Innenraumluft dar. In Oberösterreich sind 9 Prozent der Personen, die nicht täglich rauchen, in ihrer Wohnung Passivrauch ausgesetzt. Rund ein Viertel ist am Arbeitsplatz Passivrauch ausgesetzt. 36 Prozent der Bevölkerung sind im Wohnbereich Lärm ausgesetzt. Die häufigste Ursache stellt der Verkehrslärm dar. Übermäßige und ungünstige Außenbeleuchtung (Lichtverschmutzung) kann in Ballungsräumen bei ständiger nächtlicher Exposition bisher noch wenig beachtete gesundheitliche Risiken für die Bevölkerung bedeuten (Schlafstörungen, Störung des Melatoninhaushalts, bestimmte Krebserkrankungen etc.). Natürliche Landschaftsräume (Parks, Wälder, Gewässer, etc.) stellen eine wichtige Gesundheitsressource für das physische, psychische und soziale Wohlbefinden dar (z.B. Erholungsmöglichkeit, Räume für soziale Beziehungen, Bewegung etc.).

Mehr dazu im Kapitel 7.

Soziale Determinanten der Gesundheit

Geschlecht und Gesundheit

Die Lebenserwartung steigt von Jahr zu Jahr, dennoch fällt sie nach Geschlecht unterschiedlich aus. (Stand 2008: Frauen 83,0 Jahre, Männer 78,2 Jahre). Bei Männern spielen die Todesursachen „Bösartige Neubildungen“ und „Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems“ eine wesentlich bedeutendere Rolle als bei Frauen. Krankenhausaufenthalte werden in ähnlichem Ausmaß in Anspruch genommen. Die Zahl der durchschnittlichen Krankenstandstage fällt bei Angestellten unterschiedlich aus (Männer 11,4 Tage, Frauen 9,1 Tage). Unter Berücksichtigung der Krankenstandsdiagnosen fällt auf, dass bei Männern „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ häufiger vorkommen.

Bildung und Gesundheit

Rund 75 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung erfreut sich sehr guter oder guter Gesundheit. Die Chance auf einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand ist bei Personen mit Abschluss einer höheren Schule 2,5 Mal so hoch, als bei Personen mit Pflichtschulabschluss. Unterschiede nach Bildung zeichnen sich bei bestimmten chronischen Krankheiten ab. Allergien sind demnach bei höherer Bildungsstufe häufiger verbreitet als

bei PflichtschulabsolventInnen und bei AbsolventInnen von berufsbildenden mittleren Schulen. Unterschiede in der Prävalenz zeichnen sich weiters bei Migräne, chronischen Angstzuständen oder Depressionen, Arthrose und Harninkontinenz ab, sodass die Prävalenz bei höherer Bildung geringer ausfällt. Unabhängig vom Geschlecht ist der Anteil der sportlich Aktiven in höheren Bildungsstufen größer. Ein starker Bildungseffekt ist bei der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung bei Männern zu verzeichnen. Bei den Frauen ist die Inanspruchnahme in der Gruppe der Personen mit mittlerem berufsbildendem Abschluss am stärksten ausgeprägt.

Einkommen und Gesundheit

Zusammenhänge lassen sich hinsichtlich Äquivalenzeinkommen und der subjektiv eingeschätzten Gesundheit ebenso nachweisen wie zwischen der Höhe des Einkommens und dem Vorkommen bestimmter chronischer Krankheiten. Einige chronische Krankheiten wie z.B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Arthrose, Harninkontinenz, Migräne, chronische Angstzustände und Depressionen, kommen in unteren Einkommensgruppen häufiger vor.

Migration und Gesundheit

Die Gruppe der MigrantInnen ist nicht als eine homogene Gruppe zu betrachten. Von schlechten sozioökonomischen Bedingungen und folglich von schlechteren Gesundheitschancen sind eher MigrantInnen aus Ex-Jugoslawien und aus der Türkei betroffen als MigrantInnen aus EU- oder EFTA-Staaten. Bei diesen macht sich auch ein weniger ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein über das Gesundheitsverhalten bemerkbar.

Mehr dazu im Kapitel 8.

Krankenversorgung, soziale Versorgung und Gesundheitsförderung

Krankenversorgung

In Oberösterreich gibt es insgesamt 19 öffentliche Krankenanstalten, diese versorgten im Jahr 2008 rund 410.000 stationäre Patienten und behandelten an die 980.000 Ambulanzfälle. 2010 beträgt die Gesamtzahl der ÄrztInnen in Oberösterreich 5.530. Davon sind 1.057 niedergelassene Ärztinnen für Allgemeinmedizin (660 mit GKK-Vertrag) und 1.112 FachärztInnen (415 mit GKK-Vertrag). 2010 gibt es in Oberösterreich 182 öffentliche Apotheken und 254 ärztliche Hausapotheken.

Soziale Versorgung

Gesellschaftliche Veränderungen wie der demografische Wandel durch steigende Lebenserwartung bringen mit sich, dass Menschen vermehrt einer gleichzeitig stattfindenden gesundheitlichen und sozialen Versorgung bedürfen. Diesem ganzheitlichen Versorgungsansatz wird in Oberösterreich durch zahlreiche Angebote für auf öffentliche Unterstützung angewiesene Personen Rechnung getragen. Sozialberatungsstellen dienen dazu, den BürgerInnen durch Informationen und soziale Unterstützung den Zugang zu sozialer Hilfe zu erleichtern. Sie sind flächendeckend im Bundesland ausgebaut. Ältere Menschen

können in stationären Einrichtungen wie den Alten- und Pflegeheimen leben und in teilstationären Institutionen wie Tageszentren ebenso eine erforderliche Pflege und Betreuung erhalten. Pflege- und betreuungsbedürftige Personen können zu Hause durch die Hauskrankenpflege und/oder durch die mobile Betreuung und Hilfe versorgt werden. Durch das Angebot der Rufhilfe wird für die Sicherheit von pflege- und betreuungsbedürftigen Personen gesorgt.

Psychosoziale Beratung und Hilfe in Krisen kann durch psychosoziale Beratungsstellen, psychosozialen Notdienst, Kriseninterventionsstelle und Krisenzimmer erfolgen. Das Angebot der fähigkeitsorientierten Aktivität bietet Menschen mit Beeinträchtigungen, die keiner Erwerbstätigkeit am freien Arbeitsmarkt nachgehen können, eine Möglichkeit der Beschäftigung. Angebote im Bereich Arbeit sind die geschützte Arbeit und die berufliche Qualifizierung. In voll- oder teilbetreuten Wohnformen können Menschen mit Beeinträchtigungen leben und bei Bedarf Betreuungs- und Pflegeleistungen in Anspruch nehmen. Durch das Angebot der mobilen Dienste erhalten Menschen mit Beeinträchtigungen die Möglichkeit, ein selbstbestimmtes und integriertes Leben in einer selbst gewählten Wohnform zu führen. Mobile Betreuung und Hilfe sowie die persönliche Assistenz stellen weitere mobile Angebote dar.

Gesundheitsförderung

40 Betriebe in Oberösterreich besitzen das Gütesiegel „Betriebliche Gesundheitsförderung“ des Österreichischen Netzwerkes BGF, 116 haben die BGF-Charta unterzeichnet. 429 der 444 Gemeinden sind auch eine „Gesunde Gemeinde“, 139 davon beteiligen sich am Qualitätzertifikat „Gesunde Gemeinde“. 43 Schulen in Oberösterreich besitzen das Gütesiegel „Gesunde Schule Oberösterreich“, ca. 140 weitere haben den Prozess zur Erlangung des Gütesiegels gestartet. Durch die Einführung dieser Qualitätzertifikate konnte die Qualität der Maßnahmen deutlich verbessert werden. Besonderes Augenmerk der Gesundheitsförderung in OÖ soll in Zukunft auf Risikogruppen, Schwangeren und auf dem frühkindlichen Alter liegen.

Mehr dazu im Kapitel 9.

Neue Instrumente der Gesundheitspolitik

Multisektorale Verantwortung

Gesundheit wird von einer Reihe von Determinanten beeinflusst. Neben Alter, Geschlecht und den Erbanlagen sind dies die Art der individuellen Lebensweise (z. B. Selbstverantwortung für einen gesunden Lebensstil), die Integration in soziale und kommunale Netzwerke (z. B. Anzahl und Qualität der sozialen Beziehungen), die Lebens- und Arbeitsbedingungen (z. B. Arbeit/Arbeitslosigkeit) und allgemeine sozioökonomische, kulturelle und Umwelt-Faktoren (z. B. sauberes Trinkwasser, Friedenszeiten,...). Durch multisektorale Verantwortung für Gesundheit soll der Gesundheitssektor besser mit anderen Politikbereichen verknüpft werden, um alle Gesundheitsdeterminanten mehr zu berücksichtigen. Aus Sicht der

OberösterreicherInnen besteht in den Bereichen Betrieb/Arbeitswelt, Wohnumgebung, Schule und Lebensmittelversorgung der größte Handlungsbedarf, mehr für Gesundheit in diesem Bereich zu tun.

Gesundheitsfolgenabschätzung

Gesundheitsfolgenabschätzung oder Health Impact Assessment (HIA) „[...] bezeichnet den Prozess der systematischen Bewertung von politischen Entscheidungen, Programmen oder Projekten in Bezug auf ihren Schaden und Nutzen auf die Gesundheit der Bevölkerung.“ Dabei wird versucht, die negativen Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung zu minimieren und positive Auswirkungen zu maximieren, soziale Ungleichheit zu bekämpfen sowie die Transparenz des Entscheidungsprozesses zu erhöhen. In Österreich wurde bislang noch kein HIA umgesetzt, Beispiele aus anderen Ländern zeigen jedoch die positiven Auswirkungen.

Versorgungsforschung

Versorgungsforschung ist ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt. Zudem trägt sie zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte bei und erforscht (begleitend) die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte. Die Versorgungsforschung evaluiert außerdem die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen.

Health Technology Assessment (HTA)

Unter Health Technology Assessment (HTA) versteht man ein Instrument zur Bewertung von Auswirkungen von Gesundheitstechnologien. Ziel ist es, unter den vielen in der Medizin angebotenen Alternativen jene herauszufiltern, die für die Patientinnen und Patienten den größten Vorteil gegenüber bestehenden Methoden bietet. Dadurch soll gewährleistet werden, dass die vorhandenen Ressourcen für sinnvolle Anwendungen herangezogen werden können und keine unnötigen Ausgaben für die Versicherten entstehen.

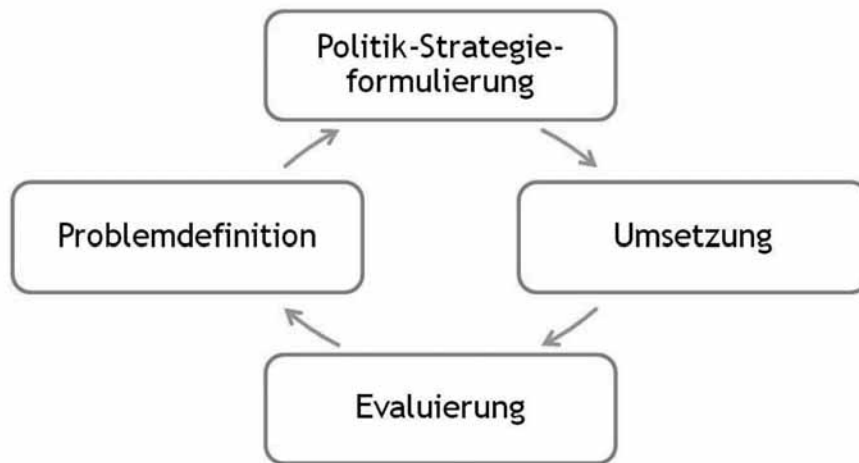
Mehr dazu im Kapitel 10.

1. ALLGEMEINER HINTERGRUND

Nach der aktuellen 15a-Vereinbarung zur Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wollen sich die Bundesländer und der Bund an Public Health Grundsätzen orientieren. Neben anderen Bereichen wird im Dokument auch eine systematische Gesundheitsberichterstattung angeführt. In Oberösterreich wurde mit der Gründung des Instituts für Gesundheitsplanung (IGP) im Jahr 2002 durch das Land Oberösterreich, die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse und die Städte Linz und Wels die

Gesundheitsberichterstattung sichergestellt. Seit diesem Jahr wurden neben dem letzten Oberösterreichischen Gesundheitsbericht (2006) auch zahlreiche Detailberichte verfasst. Gemeinsam mit der zweiten Aufgabe, der Koordinierung der Oberösterreichischen Gesundheitsziele, sollte die Tätigkeit des IGP nach einer sich ständig weiterentwickelten Lernspirale, dem so genannten „Public Health Action Cycle“ (nach Rolf Rosenbrock) vor sich gehen.

Abbildung 1: Der Public Health Action Cycle



Quelle: Rosenbrock R., Gerlinger T., Gesundheitspolitik 2004

Die Lernspirale wird in vier Arbeitsschritten beschrieben:

1. Problemdefinition / assessment: Definition des Problemstandes
2. Politik- Strategieformulierung / policy formulation: Ziele definieren und Instrumente bestimmen
3. Umsetzung / assurance: diese Ziele anhand von Maßnahmen umsetzen und die Interventionsinstrumente sicherstellen
4. Bewertung / evaluation: die gesetzten Maßnahmen evaluieren.¹

Der Public Health Action Cycle erstreckt sich über den gesamten für die Erreichung der Ziele vorgesehenen Zeitraum und stellt sicher, dass neben der Gesundheitsberichterstattung und der Formulierung der Gesundheitsziele besonderer Wert auf die Umsetzung und Evaluierung gelegt wird.

Bereits im Jahr 2008 wurde mit dem Prozess der Formulierung von neuen Gesundheitszielen für Oberösterreich begonnen. Der Prozess ist im Kapitel 12 des vorliegenden Berichtes beschrieben.

Mit dem vorliegenden Oberösterreichischen Gesundheitsbericht 2005-2010 werden mehrere Ziele verfolgt: Zum Ersten ist er ein Endbericht für die Gesundheitsziele, die bis 2010 galten. Weiters werden darin auch die neuen Oberösterreichischen Gesundheitsziele 2011 bis 2020 präsentiert. Und last but not least soll dieser Gesundheitsbericht auch einen Überblick über die gesundheitliche Lage und das Angebot (der Versorgung und der Gesundheitsförderung) geben. Dabei war es wichtig, die österreichischen Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung einzuhalten und die Determinanten für Gesundheit zu berücksichtigen. Diese können in Form eines Halbkreises wie folgt dargestellt werden:

¹ Rosenbrock, Gerlinger 2004, S. 25

Abbildung 2: Determinanten für Gesundheit



Nach Dahlgren G. Whitehead M: Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe. 1991

Von innen nach außen werden in diesem Halbkreis Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Menschen beschrieben. Neben Alter, Geschlecht und den Erbanlagen sind dies die Art der individuellen Lebensweise (z. B. Selbstverantwortung für einen gesunden Lebensstil), die Integration in soziale und kommunale Netzwerke (z. B. Anzahl und Qualität der sozialen Beziehungen), die Lebens- und Arbeitsbedingungen (z. B. Arbeit/Arbeitslosigkeit) und allgemeine sozioökonomische, kulturelle und Umweltfaktoren (z. B. sauberes Trinkwasser, Friedenszeiten,...). Gesundheit wird dabei ganzheitlich verstanden, dies beinhaltet körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. Gesundheit kann anhand objektiver Kriterien sowie subjektivem Empfinden definiert werden. Dies wird im Gesundheitsbericht dergestalt berücksichtigt, dass in den Kapiteln zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung auch Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2007 eingehen.

Der Aufbau des vorliegenden Gesundheitsberichtes richtet sich ab dem Kapitel 6 auch nach dem Modell der Gesundheitsdeterminanten. Im Kapitel 6 werden Gesundheit und Rahmenbedingungen im Lebenszyklus (Geburt und Kindheit, Jugend und junges Erwachsenenleben, mittlerer Lebensabschnitt und Erwerbsleben und ältere Menschen) betrachtet. Dabei wird speziell auch auf die individuellen Lebensweisen eingegangen. Gesundheitsförderliche Lebensbedingungen sind der Inhalt von Kapitel 7, es geht dabei darum, wie sich Arbeitswelt/Arbeitsbedingungen, Schule und Kindergarten, Wohnumgebung/Gemeinde/Stadt und die natürliche und gestaltete materielle Umwelt auf Gesundheit auswirken, sowohl hinsichtlich der materiellen als auch der sozialen Ebene. Ein wichtiger Bereich bei den Lebens- und Arbeitsbedingungen sind die sozialen Determinanten der Gesundheit wie Einkommen

oder Bildung. Einige davon sind im Kapitel 8 angeführt. Das Kapitel 9 über die Krankenversorgung, die soziale Versorgung und die Gesundheitsförderung in Oberösterreich rundet den Bereich der Lebens- und Arbeitsbedingungen ab.

In den letzten Jahren wurden neue Instrumente in der Gesundheitspolitik entwickelt, die in Zukunft auch in Oberösterreich verstärkt Berücksichtigung finden könnten. Einige dieser Instrumente (Multisektorale Verantwortung für Gesundheit, Gesundheitsfolgenabschätzung, Versorgungsforschung und Health Technology Assessment) werden im Kapitel 10 vorgestellt.

Seit dem ersten Gesundheitsbericht aus dem Jahr 2000 gibt es auch Gesundheitsziele in Oberösterreich. Oberösterreich hat diesbezüglich eine Vorreiterrolle eingenommen. Das Jahr 2010 war für diese Gesundheitsziele die Richtmarke für die Erreichung. In Kapitel 11 wird über diese Gesundheitsziele berichtet und eine End-Evaluierung vorgenommen. Gleichzeitig werden auch noch einmal die umgesetzten Maßnahmen präsentiert. Bereits im Jahr 2008 begann das Institut für Gesundheitsplanung mit den Vorarbeiten für die Gesundheitsziele, die ab 2011 in Oberösterreich gelten sollen. In einem länger angelegten Prozess mit einem eigens dafür angelegten Beirat, dem Vorstand des IGP und der OÖ Gesundheitskonferenz wurden neue Gesundheitsziele entwickelt. Der Prozess, die Gesundheitsziele und die grobe Umsetzungsstrategie werden im Kapitel 12 vorgestellt. Mit den Gesundheitszielen will man langfristig, gemeinsam und koordiniert mehr Gesundheit in Oberösterreich erreichen. Durch diese Zusammenarbeit der wichtigsten Organisationen im Gesundheitsbereich können Ressourcen gebündelt und Synergien genutzt werden.

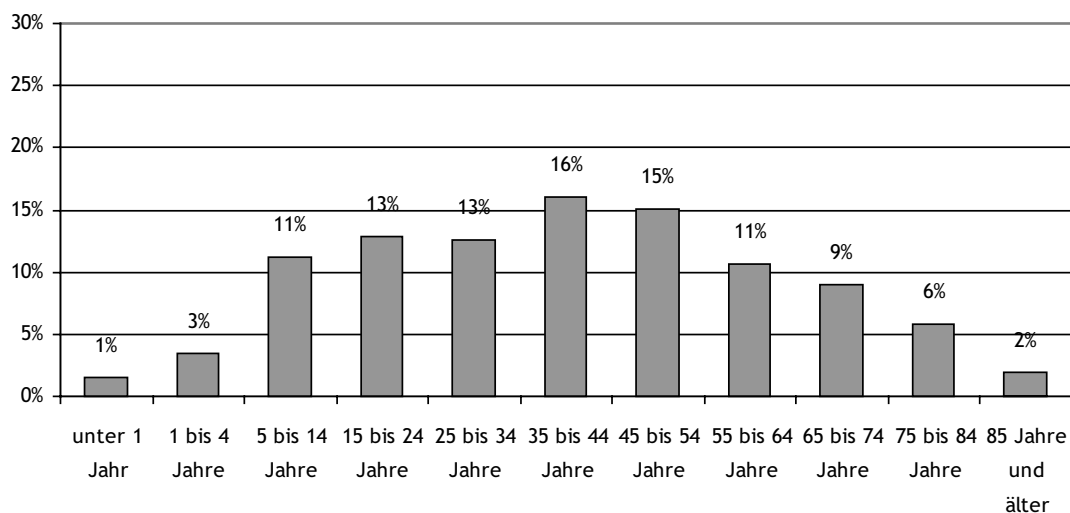
2. DEMOGRAPHI- SCHER UND SOZIO- ÖKONOMISCHER HINTERGRUND

2.1. Bevölkerungsstruktur

Die EinwohnerInnenzahl Oberösterreichs ist in den letzten Jahren und Jahrzehnten stetig (leicht) gestiegen und beträgt im Jahr 2008 durchschnittlich 1.409.123. Die Bevölkerung setzt sich aus 51 Prozent Frauen und 49 Prozent Männern zusammen.

Etwa 15 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung sind unter 15 Jahre alt, rund 62 Prozent der Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen sind zwischen 15 und 64 Jahren und etwa 17 Prozent sind 65 Jahre oder älter (*Abbildung 3*).

Abbildung 3: Altersverteilung der oberösterreichischen Bevölkerung (2008)



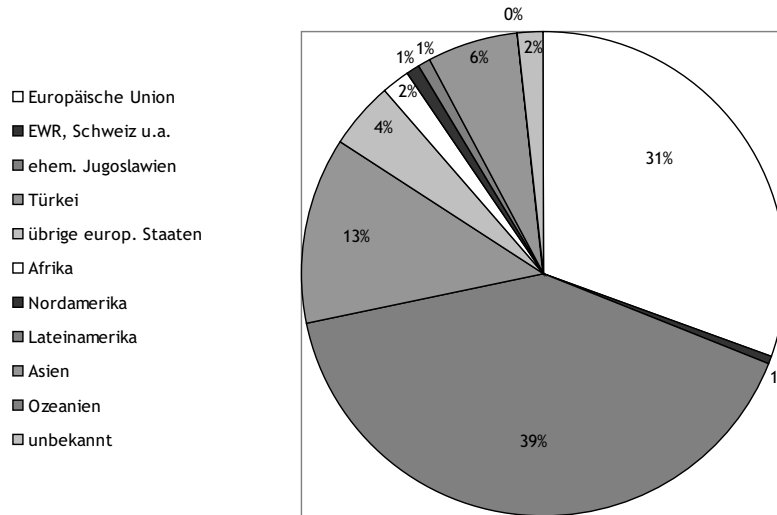
Quelle: Statistik Austria: Land OÖ, Abteilung Statistik

Zum 1.1. 2009 waren 110.279 AusländerInnen (Personen nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft) mit Hauptwohnsitz in Oberösterreich gemeldet. Dies entspricht einem AusländerInnenanteil von 7,8 Prozent, der damit unter dem österreichischen Bundesdurchschnitt von 10,4 Prozent liegt. 40 Prozent der in Oberösterreich lebenden AusländerInnen kommen aus dem ehemaligen Jugoslawien.¹ Weitere 31 Prozent kommen aus den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, wobei davon wiederum mehr als die Hälfte

deutsche StaatsbürgerInnen sind. 13 Prozent der AusländerInnen haben eine türkische Staatsbürgerschaft. 6 Prozent kommen aus einem asiatischen Land, 4 Prozent aus einem der übrigen europäischen Staaten und 2 Prozent aus einem afrikanischen Land. Die restlichen 4 Prozent verteilen sich bezüglich ihrer Herkunft auf Nord- und Lateinamerika, die Schweiz und andere assoziierte Kleinststaaten, Ozeanien und unbekannte/ungeklärte bzw. staatenlose Personen (*Abbildung 4*).

¹ Slowenien ausgenommen

Abbildung 4: Herkunftsnationen (Staatsbürgerschaft)

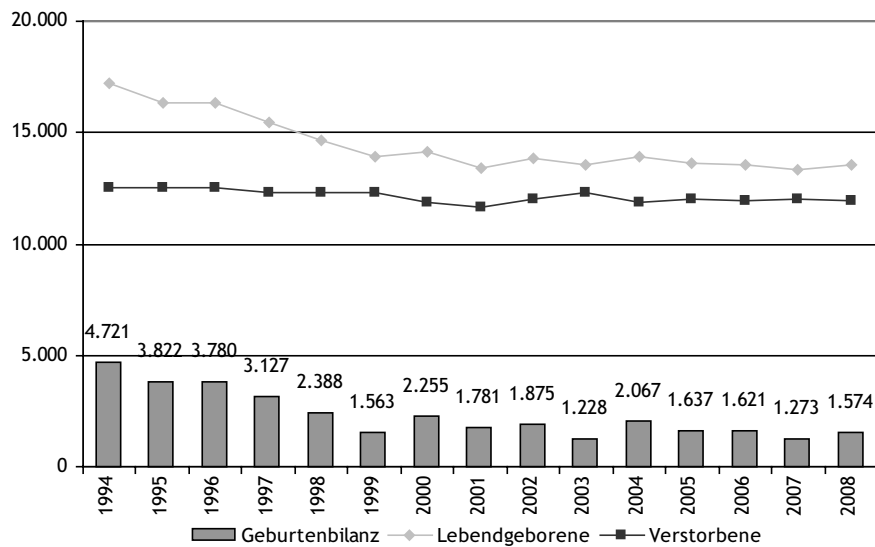


Quelle: Statistik Austria: Land OÖ, Abteilung Statistik

2.2. Bevölkerungsentwicklung

Im Jahr 2008 verstarben 11.966 Personen der oberösterreichischen Bevölkerung. Diesen Sterbefällen stehen 13.540 Lebendgeborene gegenüber, was eine Geburtenbilanz von +1.574 ergibt (**Abbildung 5**).

Abbildung 5: Geburtenbilanz im Zeitverlauf



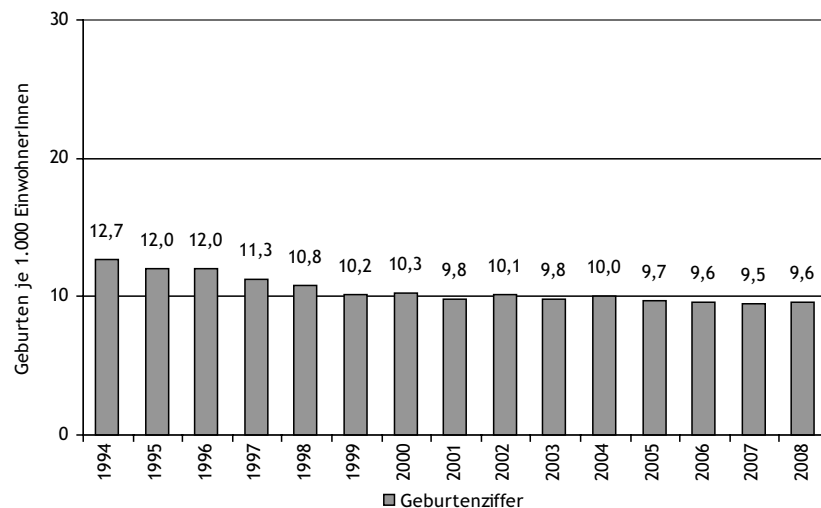
Quelle: Statistik Austria; Land OÖ, Abteilung Statistik

Während die Anzahl der jährlich Verstorbenen im Beobachtungszeitraum relativ konstant ist, ist die Anzahl der Lebendgeborenen von 1994 bis 1999 gesunken. Dies schlägt sich auch in einer heute - verglichen mit jener der mittleren Neunzigerjahre - deutlich geringeren Geburtenbilanz nieder.

Die Geburtenziffer, das ist die Anzahl der Lebendgeborenen eines Jahres pro 1.000 EinwohnerInnen, ist seit

Mitte der Neunzigerjahre von 12 auf 9,6 gesunken (**Abbildung 6**), während die Gesamtfertilitätsrate - das ist die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau - über Jahre hinweg konstant bei etwa 1,5 liegt. Der leichte Rückgang der Geburtenziffer bei gleich bleibender Gesamtfertilitätsrate lässt sich durch die demografische Alterung und dem damit einhergehenden leichten Rückgang der Zahl an (potentiellen) Müttern im gebärfähigen Alter erklären.

Abbildung 6: Geburtenziffer im Zeitverlauf



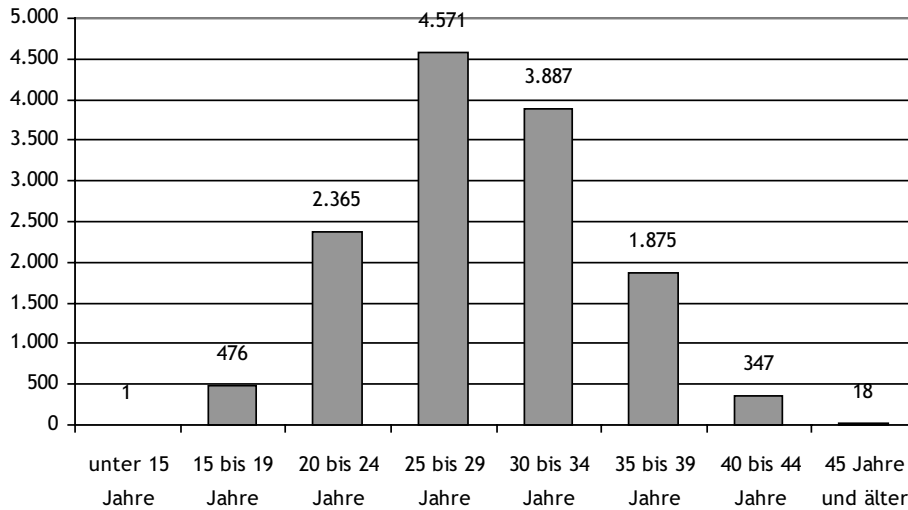
Quelle: Statistik Austria; Land OÖ, Abteilung Statistik

Die relative Mehrheit - nämlich knapp 34 Prozent bzw. 4.571 aller lebendgeborenen Kinder des Jahres 2008 - werden von Müttern der Altersgruppe zwischen 25 und 29 Jahren geboren. Die Mütter weiterer 29 Prozent oder 3.887 Lebendgeborener sind zwischen 30 und 34 Jahre alt. 17 Prozent der Lebendgeborenen des Jahres 2008 ha-

ben eine Mutter im Alter zwischen 20 und 24 Jahren und 14 Prozent eine Mutter zwischen 35 und 39 Jahren. Etwa 4 Prozent aller Lebendgeborenen werden von Müttern unter 20 Jahren geboren und 3 Prozent von Müttern mit bzw. über 40 Jahren (**Abbildung 7**).

DEMOGRAFISCHER UND SOZIOÖKONOMISCHER HINTERGRUND

Abbildung 7: Lebendgeborene pro Jahr nach dem Alter der Mutter (2008)

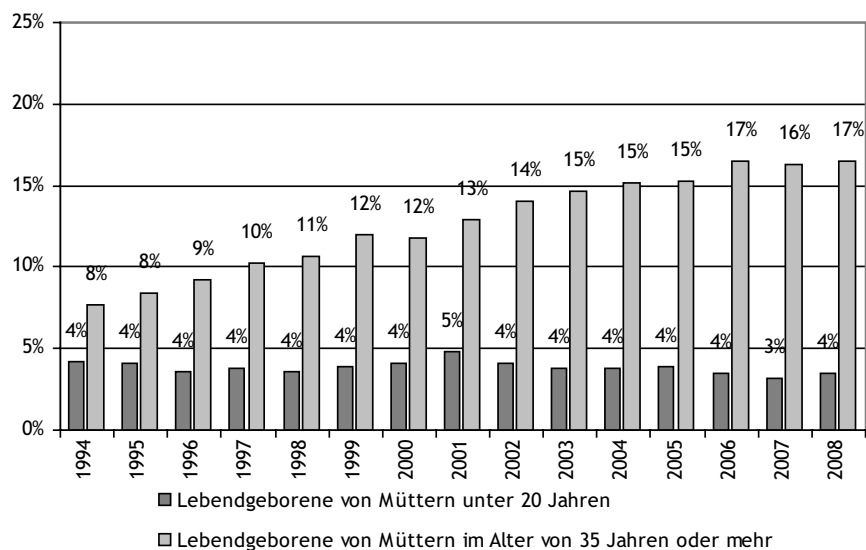


Quelle: Statistik Austria; Land OÖ, Abteilung Statistik

Der Anteil der lebendgeborenen Kinder von Müttern unter 20 Jahren liegt über die letzten Jahre betrachtet unverändert bei etwa 4 Prozent. Eine andere Entwicklung ist bei den Anteilen der von „älteren“ Müttern geborenen Kinder zu beobachten: Lag der Anteil der Lebendgebore-

nen von Müttern ab 35 Jahren Mitte der Neunzigerjahre noch bei 8 Prozent, so liegt dieser im Jahr 2008 bereits bei 17 Prozent aller Lebendgeborenen dieses Jahres (**Abbildung 8**).

Abbildung 8: Anteile der Lebendgeborenen von Müttern unter 20 bzw. über 35 Jahren

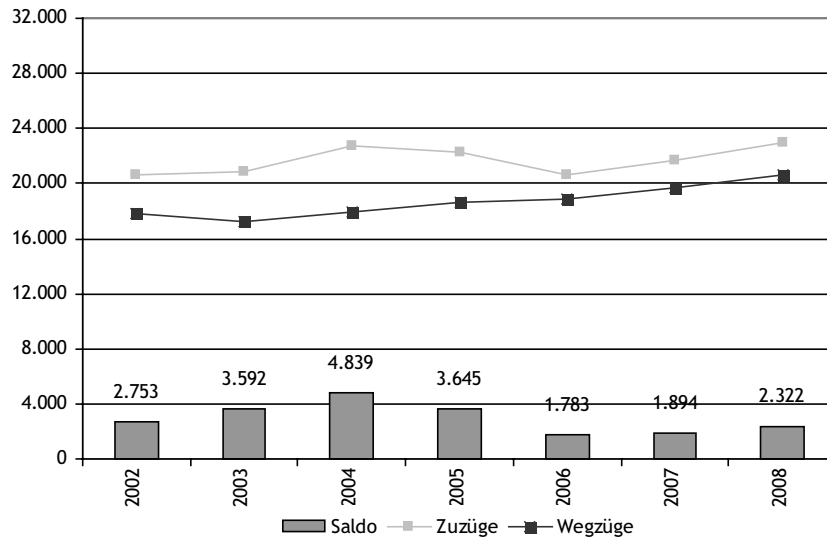


Quelle: Statistik Austria; Land OÖ, Abteilung Statistik

Die Wanderungsbewegungen der letzten Jahre unterliegen kleineren Schwankungen. Im Jahr 2008 liegt das Wanderungssaldo bei + 2.322 (**Abbildung 9**). Das durch-

schnittliche jährliche Wanderungssaldo im Beobachtungszeitraum von 2002 bis 2008 liegt bei + 2.975 pro Jahr.

Abbildung 9: Zu- und Wegzüge im Zeitverlauf



Quelle: Statistik Austria; Land OÖ, Abteilung Statistik

Die Bevölkerung Oberösterreichs wird auch in Zukunft weiterhin stark wachsen. Für das Jahr 2050 prognostiziert die Statistik Austria für Oberösterreich etwa 1.544.000 EinwohnerInnen. Derzeit (Jahr 2008) sind knapp 22 Prozent der Bevölkerung 60 Jahre oder älter. Schon im Jahr 2025 wird der Anteil der älteren Bevölkerung bei gut 29 Prozent und im Jahr 2050 gar bei knapp 36 Prozent liegen.

2.3. Sozioökonomische Rahmenbedingungen

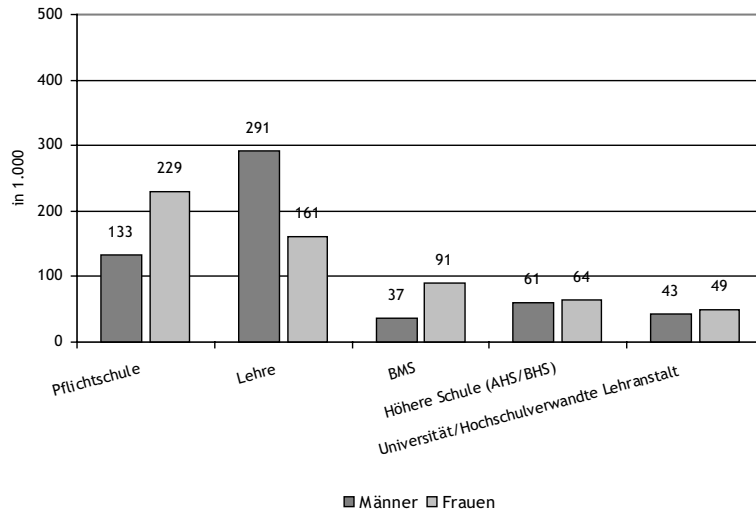
Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) weist darauf hin, dass Unterschiede im Gesundheitszustand von Personengruppen, aber auch die Mortalität mit dem sozioökonomischen Status von Personen zusammenhängen. So weisen Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status einen schlechteren Gesundheitszustand und eine geringere Lebenserwartung auf.² Der sozioökonomische Status lässt sich dabei unter anderem von den nachfolgend angeführten Indikatoren zum Bildungsgrad, Erwerbsstatus oder der Einkommenssituation beschreiben.

Bildung ist eine wesentliche Gesundheitsdeterminante (siehe Kapitel 8.2.). 32 Prozent der Bevölkerung ab dem 15. Lebensjahr bzw. etwa 362.000 Menschen weisen als höchste abgeschlossene Schulbildung einen Pflichtschulabschluss auf (~133.000 Männer und ~229.000 Frauen). Weitere 39 Prozent oder zirka 452.000 Menschen - und somit der größte Anteil - hat einen Lehrabschluss (~291.000 Männer und ~161.000 Frauen). Jeweils etwa 11 Prozent der Bevölkerung ab dem 15. Lebensjahr haben einen Abschluss einer Berufsbildenden mittleren Schule (BMS) (~37.000 Männer und ~91.000 Frauen) oder einer Allgemeinenbildenden höheren Schule (AHS) (~61.000 Männer und ~64.000 Frauen). Schließlich haben knapp 8 Prozent oder insgesamt rund 92.000 OberösterreicherInnen einen Universitätsabschluss oder einen Abschluss einer Hochschulverwandten Lehranstalt (~43.000 Männer und ~49.000 Frauen) (**Abbildung 10**).

² Whitehead, Dahlgren 2007, S. 6

DEMOGRAFISCHER UND SOZIOÖKONOMISCHER HINTERGRUND

Abbildung 10: Bevölkerung ab 15 Jahren nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht - Jahresdurchschnitt 2008

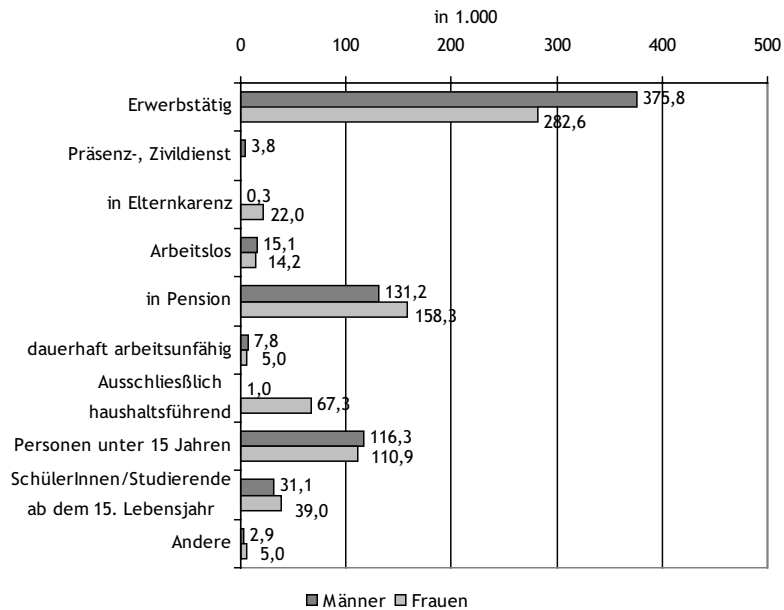


Quelle: Statistik Austria; Land OÖ, Abteilung Statistik

Insgesamt sind etwa 658.400 Personen der oberösterreichischen Bevölkerung erwerbstätig (~375.800 Männer und ~282.600 Frauen). Bezüglich der Elternkarenz gibt es einen deutlichen Unterschied zwischen den Geschlechtern: Etwa 22.000 Frauen sind in Elternkarenz, während dies auf nur etwa 300 Männer zutrifft. Rund 15.100 Männer und 14.200 Frauen gelten im Jahresdurchschnitt 2008 als

arbeitslos, während weitere rund 7.800 Männer und 5.000 Frauen dauerhaft arbeitsunfähig sind. Etwa 131.200 Männer und 158.300 Frauen sind in Pension. Rund 67.300 Frauen aber nur etwa 1.000 Männer sind ausschließlich haushaltsführend. Zu den SchülerInnen und StudentInnen ab dem 15. Lebensjahr zählen rund 31.100 Männer und 39.000 Frauen (**Abbildung 11**).

Abbildung 11: Bevölkerung nach Lebensunterhalt und Geschlecht (Jahresdurchschnitt 2008)



Quelle: Statistik Austria; Land OÖ, Abteilung Statistik

Das Jahresäquivalenzeinkommen oder auch äquivalisierte Haushaltsnettoeinkommen entspricht einem gewichteten Pro-Kopf-Einkommen. 50 Prozent der Bevölkerung haben ein gewichtetes Pro-Kopf-Einkommen von maximal 19.402 Euro im Jahr³ (Österreich: 19.011 Euro). Die unteren 10 Prozent der OberösterreicherInnen müssen mit 11.359 Euro oder weniger auskommen (Österreich: 10.653 Euro), während die obersten 10 Prozent pro Jahr 32.163 Euro oder mehr zur Verfügung haben (Österreich: 33.270 Euro).

10,3 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung oder rund 145.000 Menschen gelten als armutsgefährdet (Österreich: 12,4 Prozent).⁴

2.4. Soziale Beziehungen, Soziale Netzwerke und Lebensweise

Privathaushalte

In Oberösterreich gab es im Jahr 2008 insgesamt rund 576.200 Privathaushalte⁵. 185.000 davon oder 32 Prozent sind Einpersonenhaushalte. Frauen leben bis ca. zum 55.

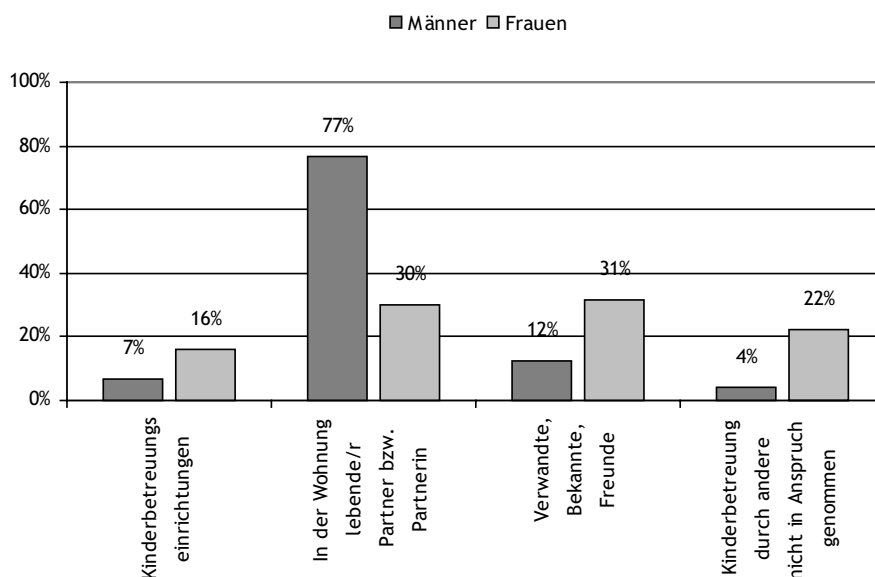
Lebensjahr seltener in Einpersonenhaushalten als Männer. Ab dem 60. Lebensjahr nimmt der Anteil der weiblichen Einpersonenhaushalte aufgrund der geringeren Lebenserwartung von Männern stetig zu. So werden ab dem 80. Lebensjahr etwa 85 Prozent aller Einpersonenhaushalte von Frauen geführt.

Familientypen

Insgesamt gibt es in Oberösterreich etwa 397.000 Familien. 349.000 dieser Familien bestehen aus Paaren mit und ohne Kinder. In zusätzlichen rund 48.000 Fällen ist ein Elternteil alleinerziehend, wobei dies auf rund 42.500 Frauen und nur etwa 5.500 Männer zutrifft. Knapp 150.000 Paare leben ohne Kinder und rund 199.000 mit Kindern. Von letzteren leben rund 118.000 mit einem oder mehr Kindern unter 15 Jahren im Haushalt.

31 Prozent der Frauen und 25 Prozent der Männer zwischen 15 und 64 Jahren erbringen Betreuungsaufgaben von eigenen Kindern unter 15 Jahren im Haushalt. 64 Prozent der Frauen und 71 Prozent der Männer zwischen 15 und 64 Jahren haben keine Kinder zu betreuen.

Abbildung 12: Hauptsächliche Betreuung von Kindern während der Arbeitszeit (2005)



Oberösterreichische Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren
Quelle: Statistik Austria: Statistisches Jahrbuch 2010

³ Jahr 2008

⁴ Statistik Austria Wien 2009, S. 50

⁵ Ein Privathaushalt umfasst die als Wohngemeinschaft zusammenlebenden Personen, wobei Verwandtschaftsbeziehungen für die Abgrenzung eines Haushaltes keine Rolle spielen. Familienhaushalte sind ein Unterbegriff von Privathaushalten. Sie bezeichnen die Haushalte, in denen zumindest eine Kernfamilie wohnt. Nichtfamilienhaushalte bezeichnen Einpersonenhaushalte bzw. Mehrpersonenhaushalte wie zum Beispiel Wohngemeinschaften.

Bei 77 Prozent der Männer und 30 Prozent der Frauen erfolgt die hauptsächliche Betreuung von Kindern während der Arbeitszeit durch die Partnerin bzw. den Partner. 16 Prozent der Frauen und 7 Prozent der Männer wissen ihre Kinder während der Arbeitszeit von Kinderbetreuungseinrichtungen versorgt. Verwandte, Bekannte oder Freunde übernehmen die Betreuung der Kinder während der Ar-

beitszeit für 31 Prozent der Frauen und 12 Prozent der Männer. Nur 4 Prozent der Männer aber 22 Prozent der Frauen nehmen keine Kinderbetreuung durch andere in Anspruch.

6 Prozent der Männer und 11 Prozent der Frauen zwischen 15 und 64 Jahren übernehmen die Betreuung von hilfsbedürftigen Verwandten oder Bekannten.

Fakten:

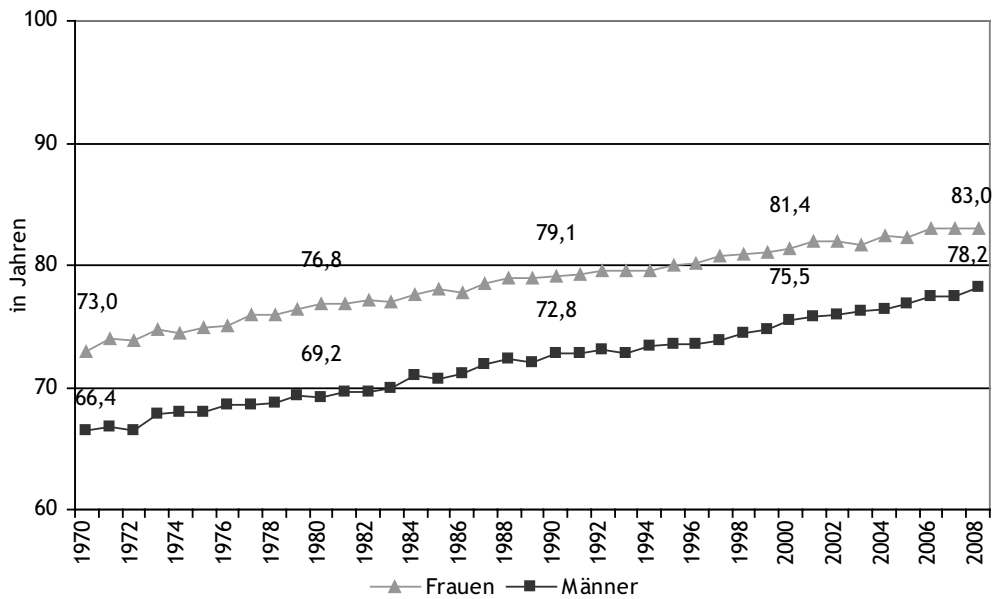
- Die oberösterreichische Bevölkerung - derzeit ca. 1,4 Millionen EinwohnerInnen - wuchs in der jüngsten Vergangenheit um ca. 4.000 bis 5.000 EinwohnerInnen pro Jahr. Dabei trug die Wanderungsbilanz (Zuwanderungen minus Abwanderungen) mit ca. + 2.000 bis + 3.000 pro Jahr etwas mehr dazu bei als die Geburtenbilanz (Geborene minus Gestorbene) mit ca. + 1.200 bis + 2.000 pro Jahr.
- Der AusländerInnenanteil in Oberösterreich liegt bei 7,8 Prozent. 40 Prozent der in Oberösterreich lebenden AusländerInnen kommen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Weitere 31 Prozent kommen aus den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, wobei davon wiederum mehr als die Hälfte deutsche StaatsbürgerInnen sind.
- Mütter bekommen ihre Kinder später. So lag der Anteil der Geborenen, deren Mütter über 35 Jahre alt waren, im Jahr 2008 bei ca. 17 Prozent. Im Jahr 1994 lag der Anteil noch bei 8 Prozent und im Jahr 2000 noch bei 12 Prozent.
- Insgesamt gibt es in Oberösterreich rund 576.200 Privathaushalte. Davon sind 185.000 Einpersonenhaushalte.
- Unter den insgesamt 397.000 Familien sind ca. 349.000 Paare mit und ohne Kinder und rund 48.000 AlleinerzieherInnen.
- Kinderbetreuung und Betreuung von hilfsbedürftigen Verwandten und Bekannten wird zwar auch in eher geringem Umfang von Männern, aber zum größeren Teil von Frauen geleistet.

3. LEBENSERWAR- TUNG UND MORTALITÄT

Die Lebenserwartung hat in den letzten Jahrzehnten stetig zugenommen. Im Jahr 2008 beträgt die Lebenserwartung (bei Geburt) einer Oberösterreicherin 83,0 Jahre (österreichweit 83,0 Jahre) und jene eines Oberösterreichers 78,2 Jahre (österreichweit 77,6 Jahre). Ein Mäd-

chen hat somit heutzutage bei Geburt eine um zehn Jahre höhere Lebenserwartung als noch im Jahr 1970. Ein Bub hat im gleichen Zeitraum 11,8 Jahre an Lebenserwartung hinzugewonnen (**Abbildung 13**).

Abbildung 13: Lebenserwartung bei Geburt

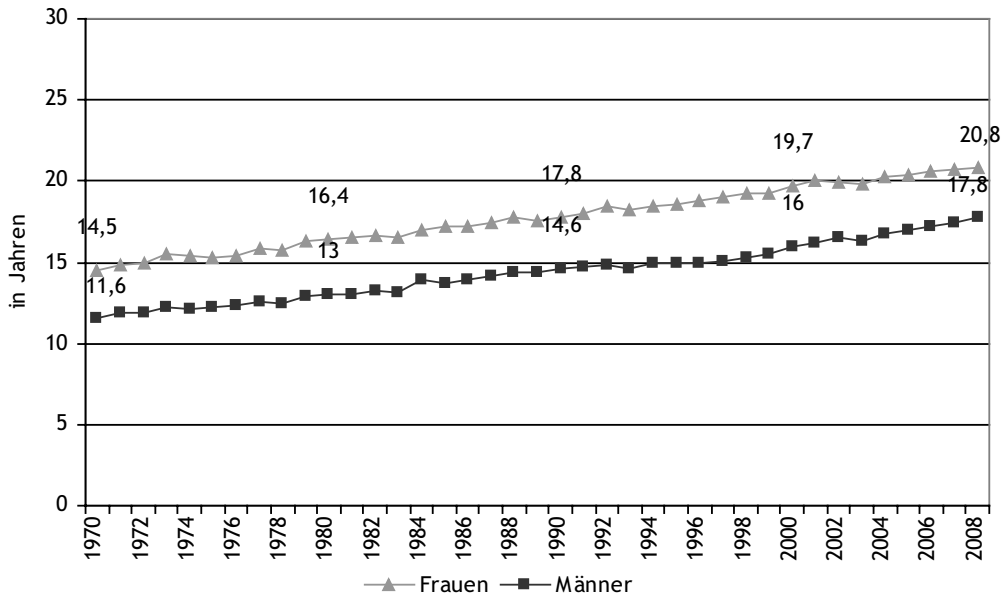


Quelle: Statistik Austria; Land OÖ, Abteilung Statistik

Wie die Lebenserwartung bei Geburt hat auch die fernere Lebenserwartung ab dem 65. Lebensjahr deutlich zugenommen. Eine Oberösterreicherin hat nun mit 65 Lebensjahren eine fernere Lebenserwartung von 20,8 Jahren, ein oberösterreichischer Mann von 17,8 Jahren. Während

eine Frau im Jahr 1970 im Alter von 65 Jahren noch 14,5 Lebensjahre vor sich hatte, sind es heute (2008) um 6,3 Jahre mehr. Männer haben im selben Zeitraum 6,2 Lebensjahre hinzugewonnen (**Abbildung 14**).

Abbildung 14: Fernere Lebenserwartung mit 65 Jahren

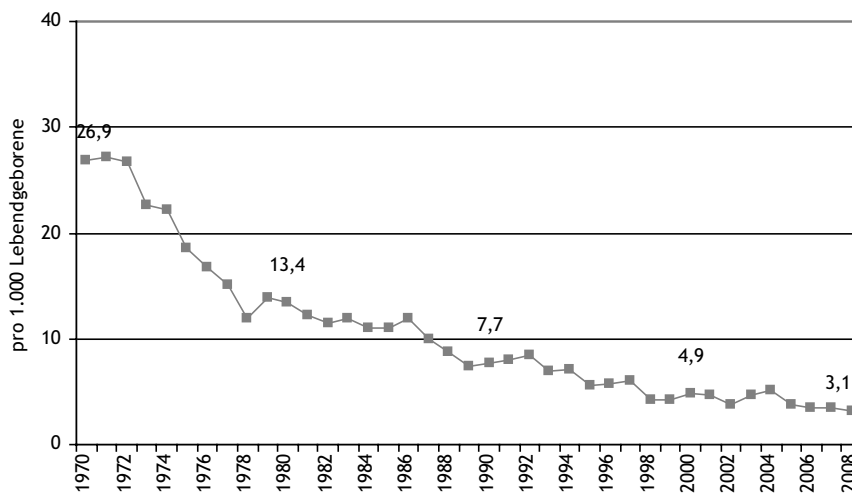


Quelle: Statistik Austria; Land OÖ, Abteilung Statistik

Die Säuglingssterblichkeit - das sind die im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder pro 1.000 Lebendgeborene - ist verglichen mit den frühen Siebzigerjahren um fast 90 Prozent zurückgegangen. Während im Jahr 1970 noch 26,9 Kinder pro 1.000 Lebendgeborenen innerhalb des ersten

Lebensjahres verstarben, waren dies im Jahr 2008 „nur“ noch 3,1 Kinder pro 1.000 Lebendgeborenen. In absoluten Zahlen ausgedrückt verstarben in Oberösterreich im Jahr 1970 noch 537 Säuglinge, während es im Jahr 2008 42 Säuglinge waren (**Abbildung 15**).

Abbildung 15: Säuglingssterblichkeit im Zeitverlauf

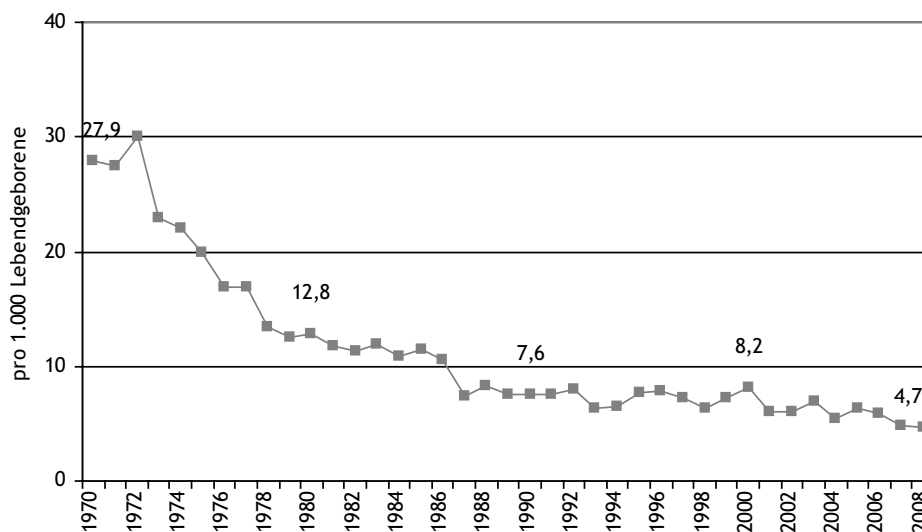


Quelle: Statistik Austria; Land OÖ, Abteilung Statistik

Wie die Säuglingssterblichkeit ist auch die Perinatalsterblichkeit - das ist die Zahl der Totgeborenen plus die Zahl der in den ersten 7 Lebenstagen gestorbenen Neugeborenen pro 1.000 Lebendgeborenen - in den letzten Jahrzehnten deutlich zurückgegangen. Noch im Jahr 1970

kamen auf 1.000 Lebendgeborene 27,9 Totgeborene oder in der ersten Lebenswoche verstorbene Kinder. Im Jahr 2008 liegt dieser Wert bei nur noch 4,7 pro 1.000. Dies entspricht einem Rückgang von beinahe 90 Prozent (**Abbildung 16**).

Abbildung 16: Perinatalsterblichkeit im Zeitverlauf

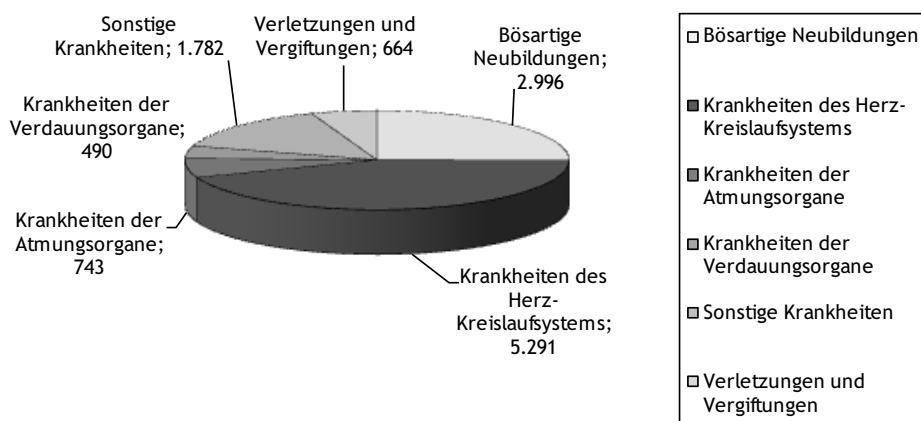


Quelle: Statistik Austria; Land OÖ, Abteilung Statistik

Insgesamt verstarben im Jahr 2008 11.966 OberösterreicherInnen. Der Großteil der Todesfälle - 5.291 Fälle oder 44 Prozent - lässt sich auf Herz-Kreislauferkrankungen zurückführen. Die zweithäufigste Todesursache sind Krebserkrankungen. 2.996 Personen starben im Jahr 2008 in Folge einer bösartigen Neubildung. Anders ausgedrückt:

Etwa jeder vierte Todesfall des Jahres 2008 ist ursächlich auf eine Krebserkrankung zurückzuführen. 743 Menschen verstarben infolge von Krankheiten der Atmungsorgane, 490 an Krankheiten der Verdauungsorgane und 664 an Verletzungen und Vergiftungen. 1.782 Personen starben an sonstigen Krankheiten (**Abbildung 17**).

Abbildung 17: Todesfälle im Jahr 2008



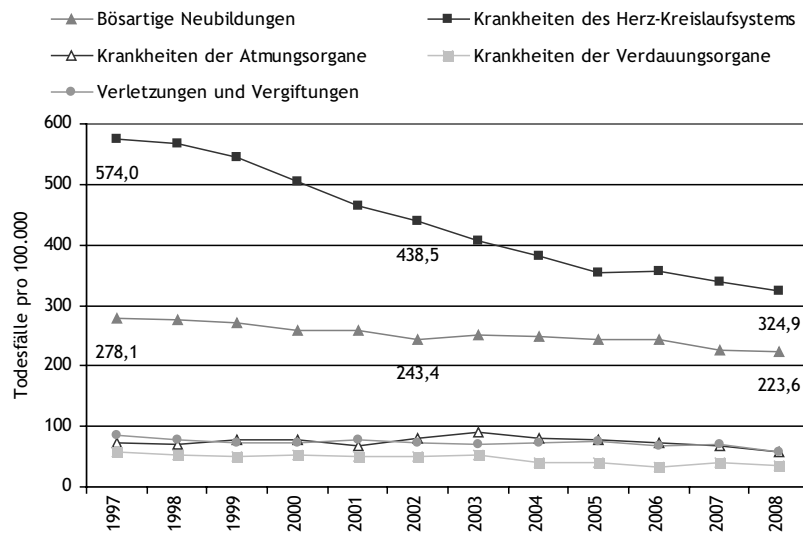
Quelle: Statistik Austria; Land OÖ, Abteilung Statistik

LEBENSERWARTUNG UND MORTALITÄT

Betrachtet man die altersbereinigten Mortalitätsraten¹ zwischen 1997 und 2008 (**Abbildung 18** und **Abbildung 19**) so ist bezüglich der Herz-Kreislaufmortalität bei den Männern ein Rückgang von rund 47 Prozent (von 574 auf 324,9 Sterbefälle pro 100.000) und bei den Frauen ein Rückgang von rund 35 Prozent (von 365,9 auf 236,7 Sterbefälle pro 100.000) festzustellen. Deutlich geringer fällt der Rückgang bei der Mortalität aufgrund von Krebserkrankungen aus: Hier ist im Beobachtungszeitraum bei den Männern ein Rückgang von knapp 20 Prozent (von 278,1 auf 223,6 Sterbefälle pro 100.000) und bei den Frauen

von etwa 10 Prozent (von 155,8 auf 140,9 Sterbefälle pro 100.000) gegeben. Bei den eher seltener auftretenden Todesursachen wie Krankheiten der Atmungsorgane, Krankheiten der Verdauungsorgane und Verletzungen/Vergiftungen sind weder bei Männern noch bei Frauen eindeutige Trends einer Zu- oder Abnahme erkennbar. Bei beiden Geschlechtern kann der Verlauf im Beobachtungszeitraum als eher gleich bleibend charakterisiert werden, wenn auch auf unterschiedlichem Niveau: Die spezifischen Mortalitätsraten der Männer sind durchwegs höher als jene der Frauen.

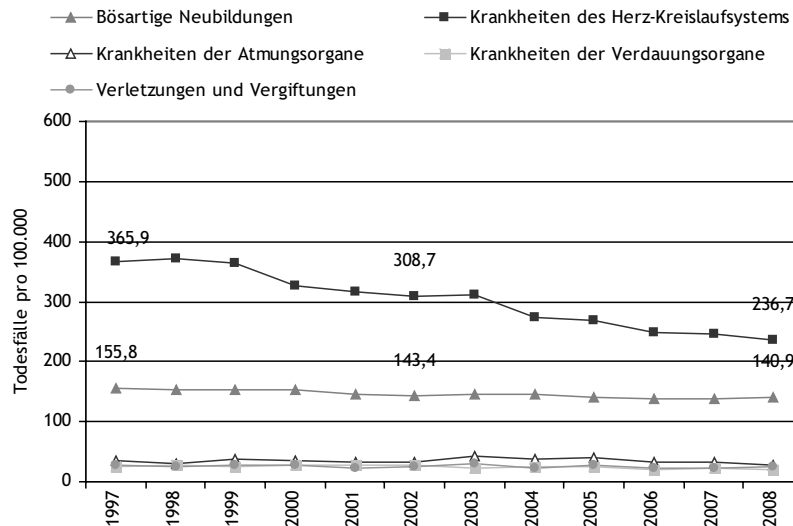
Abbildung 18: Altersstandardisierte Mortalität im Zeitverlauf - Männer



Quelle: Statistik Austria; Land OÖ, Abteilung Statistik, (eigene Berechnungen)

¹ Die Mortalitätsraten der einzelnen Jahre wurden auf die Altersstruktur der „Neuen Europa Standardbevölkerung“ umgerechnet. Diese ist im Durchschnitt etwas „jünger“ als die oberösterreichische Bevölkerung. Daher fallen die altersstandardisierten Mortalitätsraten geringer aus als sie in OÖ tatsächlich sind.

Abbildung 19: Altersstandardisierte Mortalität im Zeitverlauf - Frauen



Quelle: Statistik Austria; Land OÖ, Abteilung Statistik, (eigene Berechnungen)

Fakten:

- Die Lebenserwartung hat in den letzten Jahrzehnten stetig zugenommen. Im Jahr 2008 beträgt die Lebenserwartung (bei Geburt) einer Oberösterreicherin 83 Jahre und jene eines Oberösterreichers 78,2 Jahre. Auch die fernere Lebenserwartung ab dem 65. Lebensjahr ist deutlich angestiegen.
- Sowohl die Säuglingssterblichkeit als auch die Perinatalsterblichkeit ist in den letzten Jahrzehnten stark zurückgegangen.
- Die häufigsten Todesursachen sind Herz-Kreislauferkrankungen und Krebserkrankungen. Beide zusammen sind für mehr als zwei Drittel der Todesfälle eines Jahres verantwortlich. In den letzten Jahren ist die Herz-Kreislaufmortalität jedoch stark und die Krebsmortalität etwas gesunken, während die Mortalität aufgrund der Ursachen Krankheiten der Atmungsorgane, Krankheiten der Verdauungsorgane und Verletzungen/Vergiftungen eher gleich geblieben ist.

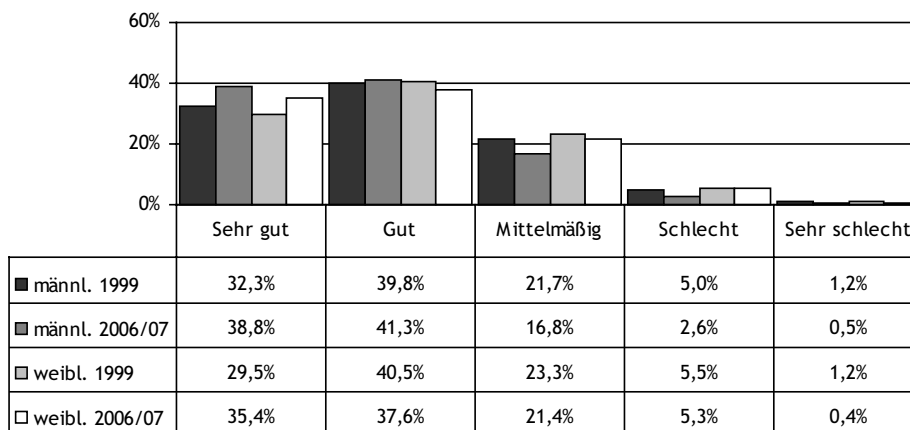
4. ALLGEMEINER GE- SUNDHEITSZUSTAND UND GESUNDHEITSBEZO- GENE LEBENSQUALITÄT

4.1. Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand

Im Vergleich zu 1999 hat der Anteil mit guter/sehr guter Gesundheit zugenommen (von 71 auf 76 Prozent) während der Anteil mit mittlerer, schlechter oder sehr schlechter Gesundheit etwas abgenommen hat.

Rund 37 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung über 15 Jahren stufen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ und weitere 39 Prozent als „gut“ ein. Der Anteil mit „sehr schlechter“ oder „schlechter“ allgemeiner Gesundheit liegt bei 5 Prozent. Die Verteilung unterscheidet sich nur unwesentlich vom österreichischen Bundesdurchschnitt.

Abbildung 20: Subjektive Beurteilung der Gesundheit

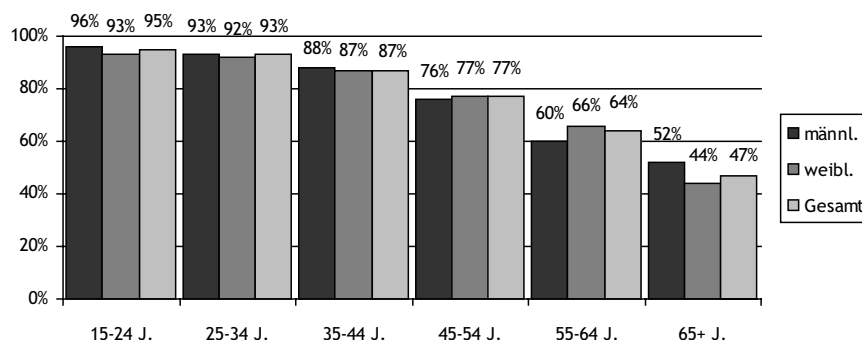


Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07; Mikrozensus 99, Fragen zur Gesundheit (eigene Berechnungen)
Personen über 15 Jahre

Der Anteil mit sehr gutem oder gutem Gesundheitszustand sinkt mit zunehmendem Alter von 95 Prozent in der Altersgruppe zwischen 15 und 24 Jahren auf 47 Prozent

bei den über 65-Jährigen. Zwischen Männern und Frauen lassen sich nur geringfügige Unterschiede beobachten.

Abbildung 21: Subjektive Beurteilung der Gesundheit nach Altersgruppe und Geschlecht (Angaben „sehr gut/gut“)



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07; Anteile „sehr gut/gut“ (eigene Berechnungen)

ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND UND GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT

4.2. Gesundheitsbezogene Lebensqualität

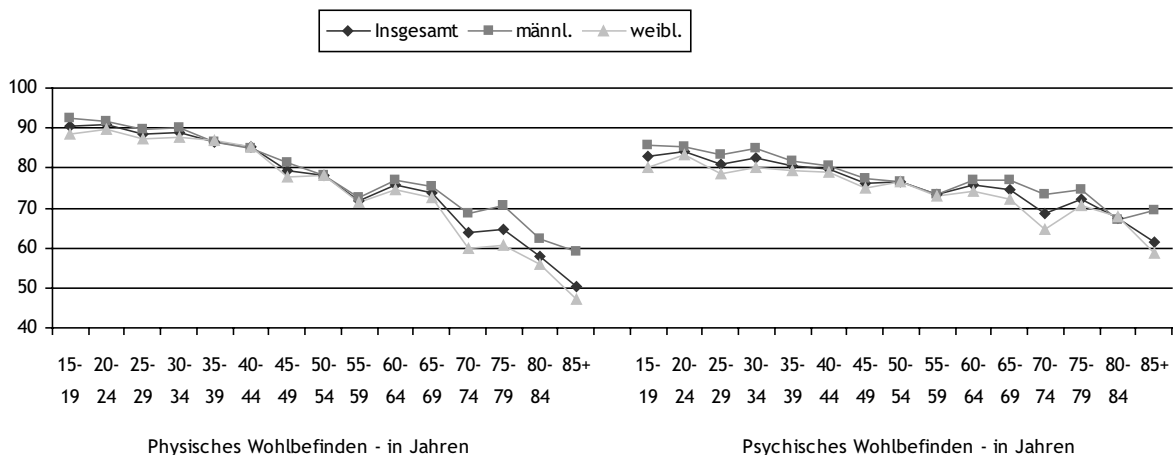
Unter gesundheitsbezogener Lebensqualität versteht man gemeinhin subjektive Gesundheitsindikatoren, die als multidimensionales Konstrukt mindestens vier Dimensionen abbilden: physischer Gesundheitszustand, psychische Befindlichkeit, soziale Beziehungen und funktionelle Alltagskompetenz.¹ Ein Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist das Instrumentarium WHOQOL-BREF. Es beinhaltet 24 Items, die den vier Domänen "Physisch", "Psychisch", "Sozial" und "Umwelt" zugeordnet werden können:²

1. Physisches Wohlbefinden: Energie bzw. Erschöpfung/Müdigkeit, Schmerz, Schlaf/Erholung, Mobilität, Verrichtung alltäglicher Aktivitäten, Angewiesenheit auf medizinische Behandlung/Medikamente bzw. Hilfsmittel und Arbeitsfähigkeit
2. Psychisches Wohlbefinden: negative (z.B. Angst oder Depression) und positive Gefühle (das Leben genießen können), Selbstwertgefühl, Konzentrationsfähigkeit, Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und Lebenssinn

3. Soziale Beziehungen: Persönliche Beziehungen, soziale Unterstützung, Sexualität
4. Umwelt: finanzielle Ressourcen, Sicherheit, Zugang zu sozialen und Gesundheitsdienstleistungen, Wohnqualität, Zugang zu Informationen, Freizeit/Erholungsmöglichkeiten, physische Umwelt (Schadstoffe, Lärm, Verkehr, Klima etc.) und Infrastruktur/Verkehrsmittel

Hinsichtlich des physischen Wohlbefindens liegt Oberösterreich geringfügig über dem österreichischen Bundesdurchschnitt (Mittelwert der Bevölkerung ab 15 Jahre: 80,2 von 100 Punkten; Österreich 79,4). Männer weisen im Durchschnitt einen etwas besseren Wert auf (82,4) als Frauen (78,1). Im Besonderen trifft dies auf die Altersgruppen über 70 Jahren zu, während sich im Alter zwischen 15 und 69 Jahren nur geringfügige Unterschiede zwischen Männern und Frauen beobachten lassen. Mit zunehmendem Alter nimmt das physische Wohlbefinden ab, von 90,7 bei den 15- bis 19-Jährigen auf 50,5 bei den über 85-jährigen Männern und Frauen.

Abbildung 22: Physisches und psychisches Wohlbefinden nach Alter und Geschlecht (Domäne 1 und 2 WHOQOL-BREF)



Mittlere Punktezahl (0-100)

Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

¹ Bullinger, Morfeld 2008, S. 387

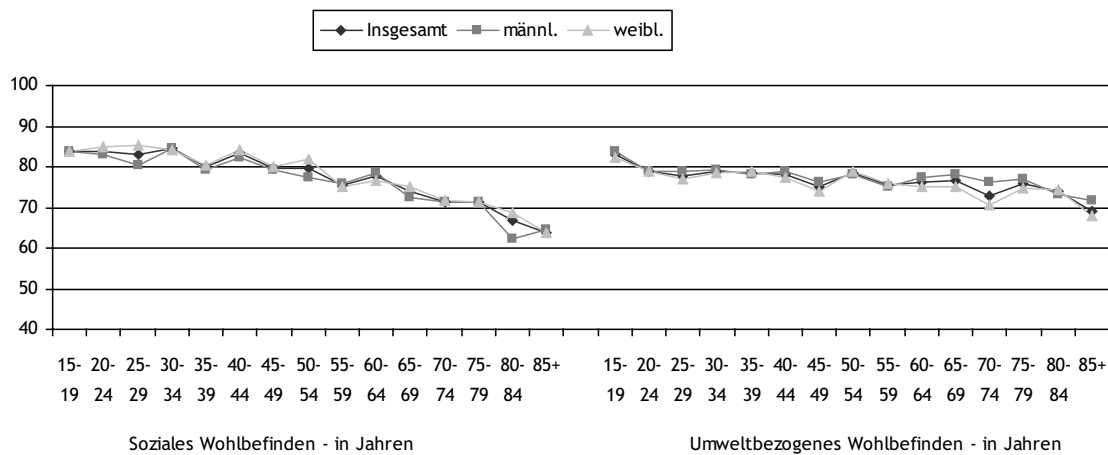
² WHO 1997, S. 4

ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND UND GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT

Auch im Hinblick auf das psychische Wohlbefinden weicht Oberösterreich nur geringfügig vom Bundesdurchschnitt ab (mit einem Mittelwert von 77,6 von 100 Punkten; Österreich 76,7). Männer weisen einen etwas besseren Durchschnitt auf (79,6) als Frauen (75,8). Mit zunehmendem Alter sinkt das psychische Wohlbefinden von durchschnittlich 83,2 Punkten in der Altersgruppe von 15 bis 19 Jahren auf 61,3 Punkte unter den über 85-Jährigen. Hinsichtlich des sozialen Wohlbefindens liegt Oberösterreich geringfügig über dem österreichischen Bundesdurchschnitt (mit 79,2 von 100 Punkten; Österreich 77,4). Männer und Frauen unterscheiden sich kaum (Männer

78,9 und Frauen 79,3 Punkte). Mit zunehmendem Alter sinkt das durchschnittliche soziale Wohlbefinden von 83,8 bei unter 25-Jährigen auf 63,8 bei über 85-Jährigen. Auch hinsichtlich des umweltbezogenen Wohlbefindens liegt Oberösterreich leicht über dem Bundesdurchschnitt (Oberösterreich 77,4 von 100 Punkten; Österreich 75,8). Männer und Frauen unterscheiden sich geringfügig (Männer 78,1, Frauen 76,6). Mit zunehmendem Alter sinkt das umweltbezogene Wohlbefinden von 82,9 Punkten in der Altersgruppe von 15 bis 19 Jahren auf 69,1 bei über 85-Jährigen.

Abbildung 23: Soziales und umweltbezogenes Wohlbefinden nach Alter und Geschlecht (Domäne 3 und 4 WHOQOL-BREF)



Mittlere Punktezahl (0-100)

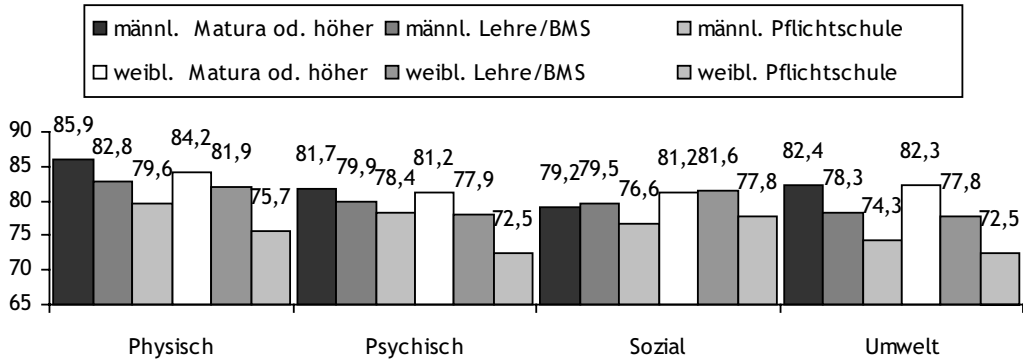
Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Betrachtet man die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach dem Bildungsgrad so zeigt sich insbesondere beim physischen Wohlbefinden und bei der Dimension „Umwelt“ ein deutlicher sozialer Gradient. Bei der Dimension psychisches Wohlbefinden weisen Frauen mit niedrigerem Bildungsgrad deutlich schlechtere Werte auf als gleichaltrige Frauen mit höherer Bildung, während sich bei Männern eher geringe Unterschiede zwischen den Bil-

dungsgruppen beobachten lassen. Hinsichtlich des sozialen Wohlbefindens lassen sich nur geringe Unterschiede nach Bildungsgrad beobachten. Weitere Informationen zur Verteilung von Gesundheit und Krankheit in verschiedenen Bevölkerungsgruppen finden sich im Kapitel 8.

ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND UND GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT

Abbildung 24: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Bildungsgrad



Mittlere Punktezahl (0-100); Personen über 15 Jahre; standardisiert auf Neue Europa Standardbevölkerung
 Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Fakten:

- Seit 1999 hat der Anteil der Bevölkerung, der von einem guten bzw. sehr guten Gesundheitszustand berichtet, von 71 Prozent auf 76 Prozent zugenommen.
- Hinsichtlich der vier Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Physisch, Psychisch, Sozial und Umwelt) liegt Oberösterreich ungefähr im österreichischen Bundesdurchschnitt bzw. geringfügig darüber.

- Personen mit niedrigem Bildungsgrad weisen im Durchschnitt ein deutlich geringeres physisches Wohlbefinden auf als Personen mit höherer Bildung. Ähnliches gilt für die umweltbezogene Lebensqualität. Hinsichtlich der Dimension psychisches Wohlbefinden lässt sich vor allem bei Frauen ein starker sozialer Gradient beobachten, während sich bei Männern geringere Unterschiede zwischen den Bildungsschichten zeigen.

5. BEEINTRÄCHTIGEN- GUNGEN DER GE- SUNDHEIT UND GE- SUNDHEITSRISIKEN

5.1. Arbeitsunfähigkeit, Krankenhausaufenthalte und Medikamentenverbrauch

5.1.1. Krankenhausaufenthalte

Rund ein Fünftel der OberösterreicherInnen sind innerhalb eines Jahres in einem Krankenhaus stationär in Behandlung (inkl. TagespatientInnen).¹ 2008 entfielen auf 1.000 Personen mit Wohnsitz in Oberösterreich 346 Kran-

kenhausaufenthalte (Männer 324 pro 1.000 und Frauen 368 pro 1.000). In 15 Prozent der Krankenhausaufenthalte werden die PatientInnen noch am selben Tag wieder entlassen. 40 Prozent der Krankenhausaufenthalte entfallen auf Personen über 65 Jahre (Männer 38 Prozent, Frauen 42 Prozent).³ In dieser Altersgruppe entfallen auf 1.000 EinwohnerInnen 831 Krankenhausaufenthalte (Männer 868 und Frauen 804 je 1.000).

Tabelle 1: Übersicht über die Krankenhausaufenthalte von OberösterreicherInnen (2008), alle Diagnosen

		Absolut			Anteil an den KH-Aufenthalten			Je 1.000 Ew.		
		Männer + Frauen	Männer	Frauen	Männer + Frauen	Männer	Frauen	Männer + Frauen	Männer	Frauen
Stationäre Aufenthalte	insgesamt	487.833	224.051	263.782	100%	100%	100%	346	324	368
	darunter 0-Tagesaufenthalte	73.944	33.049	40.895	15%	15%	16%	52	48	57
	darunter verstorben	6.013	2.918	3.095	1%	1%	1%	4	4	4
Alter	0 bis 14 Jahre	38.933	21.957	16.976	8%	10%	6%	172	189	153
	15 bis 44 Jahre	121.447	50.328	71.119	25%	22%	27%	208	169	248
	45 bis 64 Jahre	131.322	67.543	63.779	27%	30%	24%	363	373	353
	65 Jahre und mehr	196.131	84.223	111.908	40%	38%	42%	831	868	804

Krankenhausaufenthalte von Personen mit Wohnsitz in Oberösterreich
Quelle: Statistik Austria: www.statistik.at; 2.3.2010 (eigene Berechnungen)

Seit 2005 haben die stationären Aufenthalte um rund 10 Prozent zugenommen (auf 487.833 Entlassungsfälle).² Dies ist vor allem auf die Zunahme von 0-Tagesfällen (TagespatientInnen) zurückzuführen, welche um 70 Prozent zugenommen haben. Ohne Berücksichtigung der 0-Tages-

fälle ist eine Zunahme um knapp 4 Prozent zu beobachten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist im selben Zeitraum etwas gesunken (von 6,4 auf 6,3 Tage bei den Krankenhausaufenthalten, die mindestens einen Tag dauern, also ohne Berücksichtigung der 0-Tagesfälle).

¹ Quelle: OÖEGKK: FOKO, 2008

² Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2006, Tabelle 3.1.3.

³ Über 65-Jährige machen 17 Prozent der Gesamtbevölkerung aus (Männer 14 Prozent und Frauen 19 Prozent).

Tabelle 2: Krankenhausaufenthalte und Aufenthaltsdauer nach Hauptdiagnose und Geschlecht

Hauptdiagnose (ICD-10 Kapitel)	Anteil an den KH-Aufenthalten			Durchschn. Aufenthaltsdauer (arithmet. Mittel in Tagen; ohne 0-Tagesfälle)		
	Männer	Frauen	Männer + Frauen	Männer	Frauen	Männer + Frauen
Neubildungen (C00-D48) (bös- und gutartige)	14%	13%	14%	5,9	5,6	5,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	12%	10%	11%	6,9	7,5	7,2
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	12%	8%	10%	5,3	7,4	6,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes (M00-M99)	9%	10%	10%	6,2	7,4	6,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	9%	7%	8%	5,2	5,8	5,5
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)	6%	7%	7%	2,0	1,9	2,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	5%	7%	6%	5,2	4,9	5,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	7%	4%	6%	6,3	6,6	6,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	5%	5%	5%	17,2	15,3	16,3
Symptome u. abnorme klin. u. Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)	5%	5%	5%	3,6	4,1	3,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)		8%	4%		4,6	4,6
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	5%	4%	4%	4,6	5,9	5,3
Bestimmte infektiöse u. parasitäre Krankheiten (A00-B99)	3%	2%	3%	6,5	6,8	6,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	2%	3%	2%	6,3	6,5	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	2%	1%	2%	5,5	7,0	6,3
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)	2%	1%	1%	4,9	5,1	5,0
Faktoren, d. d. Gesundheitszustand beeinfl. u. zur Inanspruchn. d. Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)	1%	1%	1%	2,5	2,4	2,5
Sonstige Erkrankungen	2%	2%	2%			
Alle Erkrankungen	100%	100%	100%	6,1	6,3	6,3

Krankenhausaufenthalte von Personen mit Wohnsitz in Oberösterreich; durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Krankenhausaufenthalte, die mindestens einen Tag dauern (ohne 0-Tagesfälle); ausgewählte Diagnosegruppen (nur Gruppen, die mindestens 1 Prozent der KH-Aufenthalte ausmachen)

Quelle: Statistik Austria: www.statistik.at; 2.3.2010 (eigene Berechnungen)

Die häufigsten Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt sind Neubildungen (14 Prozent), Herz-Kreislaufkrankungen (11 Prozent), Verletzungen/Vergiftungen (10 Prozent) und Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (10 Prozent der Krankenhausaufenthalte). Die im Durchschnitt längste Krankenhausaufenthaltsdauer weisen psychische- und Verhaltensstörungen (16,3 Tage) auf. Darauf folgen Herz-Kreislaufkrankungen (7,2 Tage) und Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates (6,8 Tage).

Der Anteil, der innerhalb eines Jahres von einem Krankenhausaufenthalt betroffenen Personen liegt in der Altersgruppe null bis vier Jahre bei rund 200 von 1.000 (Knaben 244 und Mädchen 186 von 1.000). In den Altersgruppen zwischen fünf und 14 Jahren sinkt die Rate auf rund 100 von 1.000. Zwischen dem 20. und 39. Lebensjahr sind mehr Frauen als Männer betroffen, was im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt zu sehen ist. Ab dem 40. Lebensjahr ist mit zunehmendem Alter eine kontinuierliche Zunahme bis zur Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen (450 Betroffene pro 1.000) zu beobachten.

5.1.2. Krankenstand

Aus der Krankenstandsstatistik können nur sehr bedingt Aussagen über den Gesundheitszustand abgeleitet werden. Die Krankenstandshäufigkeit hängt von einer Vielzahl von Bedingungen ab, die nicht unmittelbar mit Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung zusammenhängen, z.B. mit der Konjunkturlage, Arbeitslosigkeit etc. Darüber hinaus führen nicht alle Erkrankungen in gleichem Ausmaß zu Arbeitsunfähigkeit.

In Österreich sind die krankheitsbedingten Fehlzeiten seit den 1980er Jahren rückläufig. Die Rückgänge sind vor allem auf kürzere Arbeitsunfähigkeitsepisoden zurückzuführen. Die Anzahl der Krankenstandsfälle hat hingegen zugenommen.⁴ Wesentliche Bestimmungsfaktoren für die Höhe der Fehlzeiten sind das Alter der Beschäftigten, die berufliche Stellung sowie der Tätigkeitsbereich. Ältere ArbeitnehmerInnen weisen mehr Krankenstandstage auf als jüngere. Dies ist vor allem dadurch bedingt, dass sie bei Erkrankung länger im Krankenstand sind. Jüngere ArbeitnehmerInnen weisen mehr Krankenstandsfälle auf, sind jedoch im Durchschnitt nur kurz im Krankenstand.⁵ Die berufliche Stellung wirkt sich infolge der damit verbundenen unterschiedlichen Arbeitsbedingungen auf die Fehlzeiten aus. ArbeiterInnen sind stärker von Krankenstand betroffen als Angestellte, da sie höheren physischen Belastungen ausgesetzt sind und ein höheres Unfallrisiko tragen. Verschiedene Branchen weisen aufgrund ihrer Beschäftigtenstruktur und Arbeitsbedingungen unterschiedliche Krankenstandsquoten auf. Besonders häufig sind Krankenstände in der Sachgüterproduktion und im Bauwesen. In diesen Branchen ist die Belastung durch Skelett/Muskelerkrankungen sowie durch Verletzungen besonders hoch. Zu den häufigsten Ursachen für Krankenstände zählen Erkrankungen des Stützapparates (Skelett/Muskel) sowie Verletzungen. Österreichweit gehen 40 Prozent der Fehlzeiten auf diese Erkrankungen zurück.⁶ Zwischen Einkommenshöhe und Krankenstand lässt sich ein nicht-linearer Zusammenhang beobachten. Sowohl die Beschäftigten der höchsten als auch die der untersten Einkommensgruppe weisen niedrigere Krankenstände auf als die Beschäftigten der mittleren Einkommensgruppen.⁷ Der Umstand, dass höhere Einkommensgruppen geringere Krankenstände aufweisen, kann dadurch erklärt werden,

dass sie einerseits gesünder sind (höhere soziale Schichten weisen einen besseren Gesundheitszustand auf, was wiederum mit einem günstigeren Gesundheitsverhalten und geringeren Belastungen und Beanspruchungen erklärt werden kann; siehe dazu auch Kapitel 8). Andererseits könnte auch höhere Motivation bzw. Identifikation mit der Arbeit in den höheren Einkommensgruppen mitspielen.⁸ Der Umstand, dass Personen mit niedrigem Einkommen geringere Krankenstände aufweisen, dürfte damit zusammenhängen, dass diese zu einem höheren Anteil teilzeitbeschäftigt sind und durch die damit verbundene Flexibilität Krankenstände vermeiden können. Darüber hinaus dürfte die höhere Arbeitsplatzunsicherheit dazu führen, dass Krankenstände vermieden werden⁹ und auch bei Erkrankung zur Arbeit gegangen wird (Präsentismus). Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass Präsentismus in niedrigen Einkommensgruppen, in bildungsfernen Schichten, aber auch bei belastenden Arbeitsbedingungen häufiger vorkommt.¹⁰

Oberösterreich weist im Bundesländervergleich überdurchschnittlich hohe Krankenstände¹¹ auf. Dies lässt sich durch die Branchenstruktur erklären, da Oberösterreich, im Vergleich zu anderen Bundesländern, einen ausgeprägten industriellen Sektor aufweist, in welchem höhere Krankenstände zu beobachten sind als im Dienstleistungssektor.¹² Zwischen 2000 und 2006 gingen die Krankenstandstage kontinuierlich zurück (von 15,0 auf 12,4 Tage je Beschäftigte). Zwischen 2006 und 2008 ist ein leichter Anstieg zu beobachten (auf 13,5 Tage pro Beschäftigte), worauf im weiteren Verlauf bis 2010 wieder ein Rückgang zu verzeichnen ist (auf 13,0 Tage je Beschäftigten). Die Schwankungen zwischen den einzelnen Jahren lassen sich plausibel mit der wirtschaftlichen Entwicklung (Einfluss der Konjunkturzyklen auf die Krankenstände) in Verbindung bringen. 2010 beträgt die Krankenstandsquote, also der Anteil der durch Krankheit verlorenen Arbeitstage, 3,6 Prozent. Die Krankenstände werden tendenziell kürzer: Die durchschnittliche Erkrankungsdauer ist, insbesondere ab 2005, von rund zwölf Tagen je Fall auf 10,1 Tage je Fall gesunken.¹³

⁴ Leoni 2008, S. 90

⁵ Leoni 2008, S. 1

⁶ Leoni 2008, S. 2

⁷ Leoni, Mahringer 2008, S. 3

⁸ Leoni, Mahringer 2008, S. 2

⁹ Leoni, Mahringer 2008, S. 2

¹⁰ Reif 2008 S. 97 ff.

¹¹ Krankenstandstage je Beschäftigte

¹² Leoni, Mahringer 2008, S. 2

¹³ Leoni, Mahringer 2008, S. 1

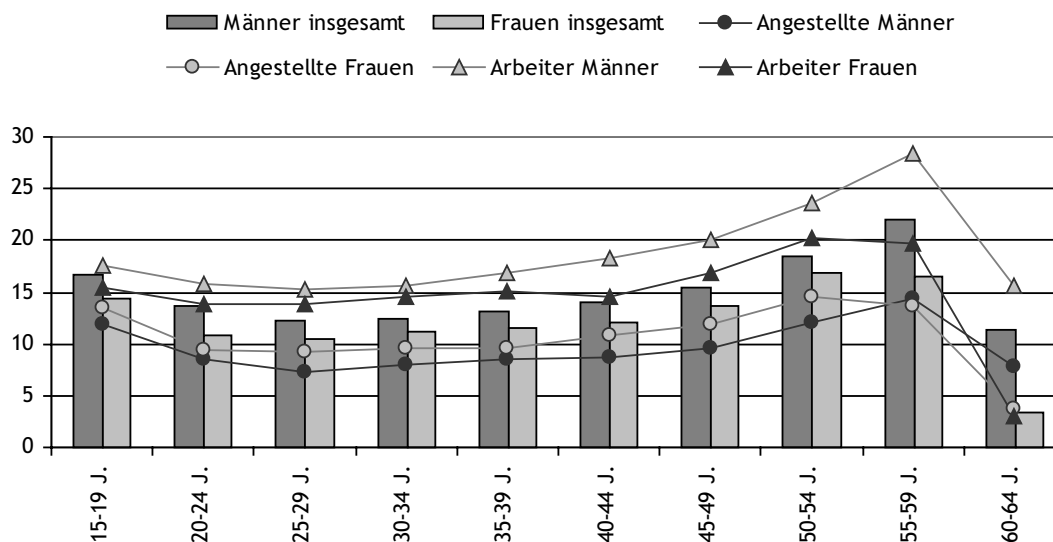
BEEINTRÄCHTIGUNGEN DER GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSRISKEN

Tabelle 3: Übersicht Krankenstand (1999-2008)

Jahr	Beschäftigt (Arbeiter und Angestellte)	Arbeitsunfähigkeit:		Durchschn. Erkrankungs- dauer (Tg.)	Tage je Beschäftigte
		Fälle	Tage		
2000	480.159	597.151	7.189.082	12,0	15,0
2001	487.443	602.652	7.024.094	11,7	14,4
2002	490.044	594.557	7.004.707	11,8	14,3
2003	498.280	594.408	6.889.548	11,6	13,8
2004	503.761	567.414	6.658.390	11,7	13,2
2005	508.356	607.339	6.694.426	11,0	13,2
2006	516.800	591.681	6.407.762	10,8	12,4
2007	529.111	653.655	6.815.153	10,4	12,9
2008	541.497	713.846	7.336.455	10,3	13,5

Beschäftigte (ArbeiterInnen und Angestellte); nur Versicherte der OÖGKK
Quelle: OÖGKK: Jahresstatistik

Abbildung 25: Krankenstand von ArbeiterInnen und Angestellten nach Alter und Geschlecht



Durchschnittliche Krankenstandstage; Beschäftigte (ArbeiterInnen und Angestellte); nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich
Quelle: OÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen)

Insgesamt weisen beschäftigte Frauen weniger Krankenstände auf als gleichaltrige Männer, was mit der geschlechtsspezifischen Segmentierung des Arbeitsmarktes zusammenhängt.¹⁴ In verschiedenen Berufen, Beschäftigungsverhältnissen und Branchen sind Frauen und Männer unterschiedlich häufig vertreten. Arbeiterinnen weisen mehr Krankenstandstage auf als Arbeiter, wobei der Unterschied vor allem in der Altersgruppe bis 19 Jahre und in den Altersgruppen über 35 Jahren stärker ausgeprägt ist (siehe **Abbildung 25**). Bei den Angestellten weisen bis zum 55. Lebensjahr Frauen mehr Krankenstandstage auf als Männer. Erst bei den über 60-Jährigen kehrt sich das Verhältnis um. Insgesamt gehen rund zwei Drittel der Krankenstandstage auf Krankheiten der Atemwege (24 Prozent der AU-Tage), auf Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (23 Prozent) sowie auf Verletzungen, Vergiftungen und andere äußere Ursachen (20 Prozent) zurück. Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates

nehmen unter Arbeitern und ArbeiterInnen einen höheren Anteil des Krankenstandes ein (25 bzw. 26 Prozent) als bei Angestellten (Männer 19 Prozent, Frauen 18 Prozent der Krankenstandstage). Dafür spielen bei Angestellten Atemwegserkrankungen eine größere Rolle (28 Prozent) als unter ArbeiterInnen (21 Prozent). Generell geht bei Männern ein höherer Anteil der Krankenstandstage auf Verletzungen und Vergiftungen zurück (Arbeiter 27 Prozent, männliche Angestellte 18 Prozent) als bei Frauen (Arbeiterinnen 13 Prozent, weibliche Angestellte 12 Prozent). Psychische und Verhaltensstörungen spielen insbesondere bei weiblichen Angestellten eine Rolle (9 Prozent der Krankenstandstage) während der Anteil bei männlichen Arbeitern am geringsten ist (3 Prozent). Bei männlichen Angestellten und Arbeiterinnen nehmen psychische Erkrankungen jeweils 6 Prozent der Krankenstandstage ein.

Tabelle 4: Anteil der Krankenstandstage nach Diagnosegruppen und Geschlecht (Arbeiter und Angestellte 2008)

Diagnose	Angestellte		Arbeiter		Insgesamt
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	28%	28%	21%	21%	24%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	19%	18%	25%	26%	23%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer	18%	12%	27%	13%	20%
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	6%	9%	3%	6%	5%
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	5%	5%	5%	5%	5%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)	4%	5%	4%	6%	4%
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	4%	3%	4%	3%	4%
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	4%	3%	3%	3%	3%
Neubildungen (C00-D48)	3%	4%	1%	3%	2%
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	1%	4%	1%	4%	2%
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	1%	2%	1%	2%	2%
Sonstige Erkrankungen	6%	7%	4%	7%	6%

Beschäftigte (ArbeiterInnen und Angestellte); nur Versicherte der OÖGKK
Quelle: OÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen)

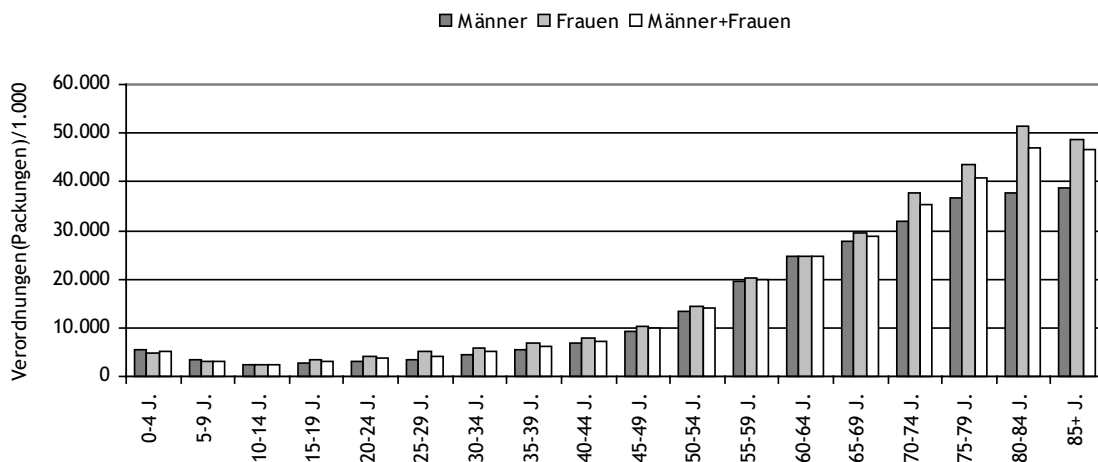
¹⁴ Leoni 2008, S. 2

5.1.3. Heilmittelverordnungen

Insgesamt entfallen auf 1.000 EinwohnerInnen innerhalb eines Jahres durchschnittlich 12.800 verordnete Medikamentenpackungen (Männer 10.700, Frauen 14.600 pro 1.000). In der Altersgruppe unter fünf Jahren liegt die Rate bei rund 5.000 Packungen/1.000. In der Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen ist die Rate am geringsten (rund 2.500/1.000). Mit zunehmendem Alter steigt die Verordnungsmenge bis zum 45. Lebensjahr nur langsam an (auf 7.300 Packungen/1.000 in der Altersgruppe 40 bis 44 Jahre). Ab dem 45. Lebensjahr ist ein stärkerer Anstieg zu beobachten bis zu einem Niveau von über 47.000 Packungen pro 1.000 in der Altersgruppe über 80 Jahren. In den Altersgruppen unter zehn Jahren weisen

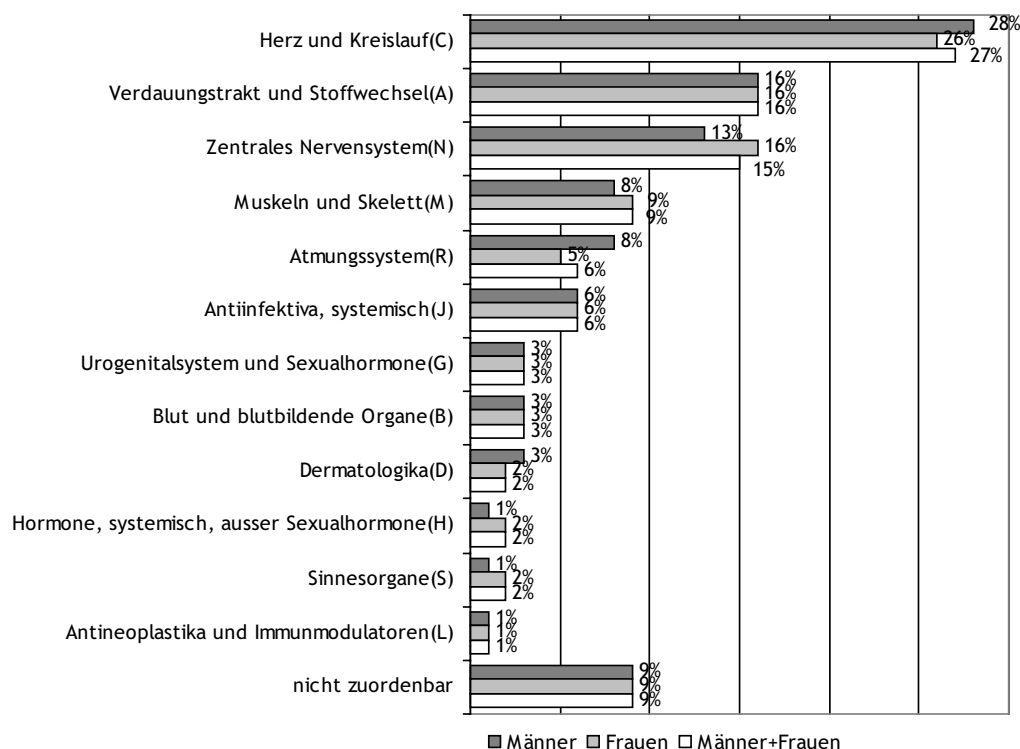
Knaben etwas höhere Verordnungsmengen auf. In den Altersgruppen über 15 Jahren weisen Frauen höhere Verordnungsmengen auf als Männer. Insbesondere in den Altersgruppen zwischen 15 und 44 Jahren und ab dem 70. Lebensjahr ist der Unterschied stark ausgeprägt, wo (je nach Altersgruppe) an Frauen zwischen 18 und 45 Prozent mehr Packungen verordnet werden als an Männer. Die meisten Medikamentenverordnungen betreffen Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (27 Prozent), des Magen-Darm-Traktes bzw. Stoffwechselsystems (16 Prozent) und des Nervensystems (Psychopharmaka, Schmerzmittel etc.: 15 Prozent).

Abbildung 26: Medikamentenverordnungen nach Altersgruppen (Durchschnitt 2005 bis 2007)



Medikamentenverordnungen (Packungen) innerhalb eines Jahres je 1.000 Ew. (Mittelwert 2005 bis 2007); nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich
 Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen)

Abbildung 27: Verteilung der Medikamentenverordnungen auf anatomische ATC-Gruppen (2008)



Anteil an den Medikamentenverordnungen (Packungen); Mittelwert 2005 bis 2007; nur Versicherte der ÖÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich

Quelle: ÖÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen)

Fakten:

- 2008 entfielen auf 1.000 Personen mit Wohnsitz in Oberösterreich 346 Krankenhausaufenthalte (Männer 324 pro 1.000 und Frauen 368 pro 1.000). Die häufigsten Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt sind Neubildungen (14 Prozent), Herz-Kreislaufenerkrankungen (11 Prozent), Verletzungen/Vergiftungen (10 Prozent) und Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (10 Prozent der Krankenhausaufenthalte). Die im Durchschnitt längste Krankenhausaufenthaltsdauer weisen Psychische- und Verhaltensstörungen (16,3 Tage) auf.
- Oberösterreich weist im Bundesländervergleich, aufgrund der Branchenstruktur, überdurchschnittlich hohe Krankenstände auf. 2010 waren dies 13,0 Tage pro beschäftigter Person bzw. 3,6 Prozent der Arbeitstage. Insgesamt gehen rund zwei Drittel der Krankenstandstage auf Krankheiten der Atemwege (24 Prozent der AU-Tage), auf Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (23 Prozent) sowie auf Verletzungen, Vergiftungen und andere äußere Ursachen (20 Prozent) zurück.
- Auf 1.000 EinwohnerInnen entfallen innerhalb eines Jahres durchschnittlich 12.800 verordnete Medikamentenpackungen (Männer 10.700, Frauen 14.600 pro 1.000). Insbesondere ab dem 45. Lebensjahr ist mit zunehmendem Alter ein starker Anstieg der Medikamentenverordnungen zu beobachten. In der Altersgruppe über 80 Jahren erreicht die Rate rund 46.000 Packungen pro 1.000 Personen.
- Die meisten Medikamentenverordnungen betreffen Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (27 Prozent), des Magen-Darm-Traktes bzw. Stoffwechselsystems (16 Prozent) und des Nervensystems (Psychopharmaka, Schmerzmittel etc.: 15 Prozent).

5.2. Übertragbare Erkrankungen

Im letzten Jahrhundert sind „klassische“ Infektionskrankheiten dank der Besserung der hygienischen und sozialen Verhältnisse, der Einführung von Impfungen und der Entdeckung der Antibiotika in unseren Breiten stark zurückgedrängt (z.B. Poliomyelitis, Diphtherie) oder sogar weltweit ausgerottet worden (Pocken). Im Gegensatz dazu sind in den letzten Jahren andere Infektionskrankheiten aufgetaucht, die durch den verstärkten internationalen Reiseverkehr im Rahmen von Tourismus, Globalisierung und Migration, neue weltweite Bedrohungen darstellen (Virale hämorrhagische Fieber - VHF, Schweres akutes

respiratorisches Syndrom - SARS, „Vogelgrippe“ Influenza A/H5N1, Neue Influenza A/H1N1).

Im Epidemiegesetz 1950 wurde diesen neuen Entwicklungen Rechnung getragen und die Liste der anzeigepflichtigen Erkrankungen ständig aktualisiert (z.B. Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung 1997, VHF 1998, Legionellose 2001, SARS 2003, Vogelgrippe 2004, etc.).

Ab 2009 kam es zu einer Umstellung in der Erfassung der Infektionskrankheiten von monatlich schriftlichen Meldungen auf ein Datenbanksystem (epidemiologisches Meldesystem - EMS), das nun einen „Real-Time“-Überblick über die gemeldeten Infektionskrankheiten und dadurch die Möglichkeit einer detaillierteren statistischen Erfassung und schnelleren Bekämpfung gibt.

Eine Übersicht über die zwischen 2000 und 2009 gemeldeten Infektionskrankheiten gibt nachfolgende Tabelle.

Tabelle 5: Nach dem Epidemiegesetz 1950 gemeldete Erkrankungen in Oberösterreich, 2000 bis 2009

Art der Erkrankung	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*
A/H1N1-Virus (Neue Influenza A)										378
A/H5N1-Virus (Vogelgrippe)										0
Amöbenruhr	3	1	0	1	4	4	3	7	1	2
Bissverletzungen durch wutkranke oder wutverdächtige Tiere	413	466	445	448	341	373	328	313	331	95
Botulismus	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0
Bruzellose	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1
Campylobacteriose	367	541	651	556	680	771	684	883	737	852
Cholera (importiert)	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJD)	1†	0	3†	4†	2†	1†	1†	6†	4†	2†
Denguefieber										0
Ebolafieber										0
FSME (Meningoencephalitis)	2	6	9	6	10	17 (1†)	22	13	16 (1†)	20
Fuchsbandwurm						0	0	0	1	0
Haemophilus influenzae B, invasiv	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
Hantavirus								0	0	0
Hepatitis A	76	27	20	19	27	10	19	19	23	10
Hepatitis B	45 (1†)	22	3 (1†)	78	106	156	143	135	183	142
Hepatitis C	44	34	72	198 (2†)	179	214	174	190	214	178
Hepatitis E	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Hepatitis non A-E	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Herpes-Virus (Meningoencephalitis)	0	1	0	1	1	3	0	1	1	2
Hundebandwurm						1	1	0	1	1
Krim Kongo-Fieber										0
Lassafieber										0
Legionellose		1	1 (1†)	6	8 (1†)	9	5 (2†)	10	14 (1†)	12 (2†)
Leptospirose	2	0	1	1	2	1	0	3	3	4

BEEINTRÄCHTIGUNGEN DER GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSRISKEN

Art der Erkrankung	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*
Listeriose						1	1	5	3 (1†)	2
Malaria	10	10	7	9	3	7	7	1	5	2
Marburgfieber										0
Masern		0	2	14	3	0	6	5	141	9
Masernencephalitis	2	0	2	0	2†	0	0	0	0	0
Meningokokken-Erkrankung, invasiv	8	12	7 (1†)	12	10 (1†)	12 (1†)	5 (1†)	9	17 (3†)	11
Norovirus							30	392	537	291
Paratyphus	2	0	0	0	0	1	1	0	2	4
Pertussis	11	13	25	61	20	38	19	35	37	28
Pneumokokken-Erkrankung, invasiv	3 (1†)	1	0	1	3 (1†)	3	3 (1†)	5 (1†)	6 (1†)	10 (1†)
Psittakose	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Rotavirus							0	112	210	162
Röteln								1	0	0
Salmonella spp.	1251	1606 (1†)	1355 (2†)	1343	1123 (1†)	986 (1†)	820 (1†)	666 (1†)	522 (1†)	543 (1†)
SARS						0	0	0	0	0
Scharlach	217	135	160	291	330	178	247	231	681	466
Shigellose	21	54	30	18	20	28	23	40 (1†)	12	15
sonstige bakterielle Lebensmittelvergiftung	1	0	0	4	0	0	0	0	0	1
sonstige Meningitis (invasive bakt. Erkrankung)	8 (1†)	0	3 (1†)	2 (1†)	1	1 (1†)	4 (1†)	4	8	4
sonstige Sepsis (invasive bakt. Erkrankung)							0	0	0	1 (1†)
sonstige virale Lebensmittelvergiftung							0	0	33	1
sonstige virusbedingte Meningoencephalitis	0	1	8	0	1	0	4 (1†)	2	2	2
Staphylokokkus aureus LM-bedingt und/oder Sepsis	4	2	0	0	1	3	2	3 (1†)	2	3
STEC/VTEC	2	3	2	3	5	9	4 (1†)	9	2	5
Trichinellose	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tularämie	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Typhus abdominalis	0	0	0	1	1	1	2	1	1	2
Yersiniose	17	19	18	20	17	28	29	24	19	37
Sonstige Erkrankungen (Diphtherie; Fleckfieber; Gelbfieber; Hepatitis D; Körnerkrankheit; Läuserückfallfieber; Lepra; Milzbrand; Pest; Pocken; Poliomyelitis; Rotz; Tollwut)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit; Amt der oberösterreichischen Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit, Abt. Gesundheit (*Zahlen für 2009: vorläufiger Jahresbericht 2009, Stand per 28.1.2010)

† = Todesfälle

Blieb Österreich auch von **SARS** (Schweres akutes respiratorisches Syndrom), **VHF** (Virale hämorrhagische Fieber) und **Vogelgrippe** bis jetzt verschont, so haben doch zwei Infektionskrankheiten in den letzten Jahren zu Ausbrüchen in Österreich geführt.

Im Jahr 2008 kam es in Österreich zu einem **Masern - Erkrankungsausbruch** mit 443 Fällen. Ausgehend von einer anthroposophischen Schule in Salzburg traten in nahezu allen Bundesländern verstärkt Masernfälle auf. Hauptbetroffenen waren Oberösterreich und Salzburg. Bewegten sich die gemeldeten Masernfälle in den Jahren 2001 (Beginn der Meldepflicht) bis 2007 auf sehr niedrigem Level (null bis 14 Fälle pro Jahr in Oberösterreich), so verzeichnete Oberösterreich im Jahr 2008 im Rahmen der Masernepidemie 141 Fälle. Im Jahr darauf (2009) wurden wiederum nur mehr neun Fälle in Oberösterreich gemeldet.

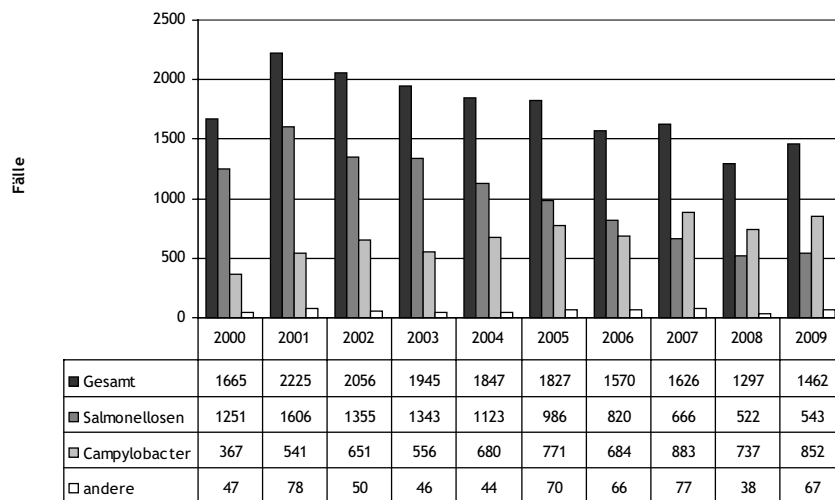
2009 „überrollte“ die „**Neue Grippe**“, **Influenza A/H1N1**, die Ende April 2009, ausgehend von Mexiko, zu einer am 11.06.2009 von der WHO ausgerufenen Pandemie führte, auch Oberösterreich. Bereits Ende April 2009 wurde die Influenza A/H1N1 in Österreich der Anzeigepflicht nach dem Epidmiegesetz unterworfen und bis 11. November 2009 alle diagnostizierten Erkrankungsfälle gemeldet. Im November 2009 war österreichweit ein massiver Anstieg der Fälle zu verzeichnen, sodass ab 11. November 2009

nur mehr Hospitalisierte und Todesfälle gemeldet werden mussten. In Oberösterreich wurden demnach im Jahr 2009 378 H1N1-Fälle verzeichnet (im Jahr 2010 weitere 17, davon drei Todesfälle, letzter gemeldeter Fall am 27. Jänner 2010). Die tatsächliche Zahl an Erkrankungen wird auf etwa 400.000 in Österreich geschätzt. Es zeichnete sich bald ab, dass die Influenza A/H1N1-Pandemie nicht die vorerst befürchtete Letalität aufwies, sondern sich in einer „normalen“ saisonalen Grippewelle mit milden Verläufen manifestierte.

Die häufigsten gemeldeten Erkrankungen sind bakterielle und virale Lebensmittelvergiftungen. Erkrankungen an **Enteritis-Salmonellosen** sind durch umfangreiche Maßnahmen, insbesondere im Ei- und Geflügelhygienebereich, drastisch gesunken. Seit 2001 mit 1.606 Erkrankungen haben sich die gemeldeten Salmonellosefälle bis 2009 auf 852 Erkrankungen etwa halbiert.

Im Gegensatz dazu sind die Erkrankungsfälle an **Campylobacteriose** (Hauptüberträger sind Geflügel-, aber auch Rind- und Schweinefleisch) von 2001 (541 Fälle) bis 2009 (852 Fälle) stark angestiegen. Insgesamt sind die bakteriellen Lebensmittelvergiftungen aber im Sinken begriffen (**Abbildung 28**).

Abbildung 28: Bakterielle Lebensmittelvergiftungen in OÖ; 2000 bis 2009

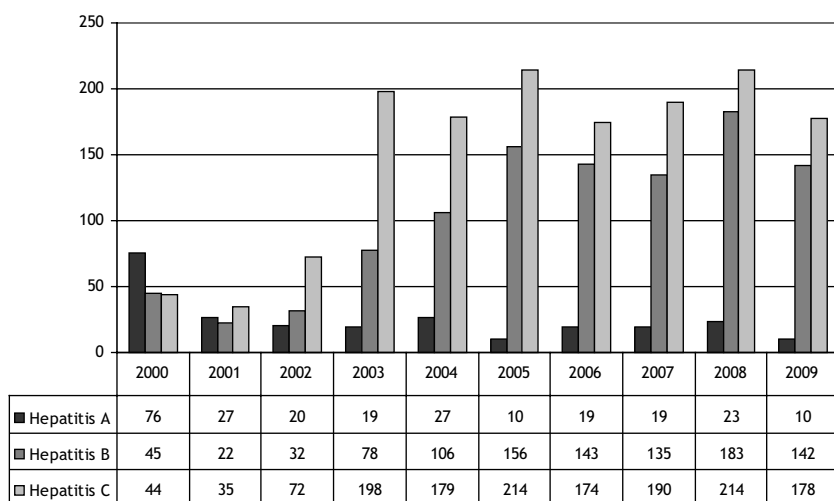


Quelle: Land OÖ, Abteilung Gesundheit

Seit Juli 2006 sind auch virale Lebensmittelvergiftungen meldepflichtig. Den Hauptteil der Erkrankungen machen die Noroviren aus, die insbesondere in den Wintermonaten in Gemeinschafts- und Pflegeeinrichtungen immer wieder zu Ausbrüchen führen. Norovirusinfektionen verlaufen in der Regel harmlos und äußern sich in Brech-Durchfällen, die etwa einen Tag andauern. Häufig werden auch Hepatitiden gemeldet. Dabei sind Hepatitis A-Fälle, die in früheren Jahrzehnten das Gros der

Erkrankungen stellten, ein verschwindendes Problem. Die Zahlen an gemeldeten Hepatitis B- und C-Erkrankungen sind jedoch in den letzten Jahren gestiegen. Dies ist zum Großteil auf die 2001 eingeführte Labormeldepflicht zurückzuführen, bei der nun auch chronische Hepatitiden, die der Patient bereits früher erworben hat („Altlasten“), im Rahmen von Labor-(kontroll)untersuchungen erfasst werden (**Abbildung 29**).

Abbildung 29: Hepatitis A, B, C in OÖ; 2000 bis 2009



Quelle: Land OÖ, Abteilung Gesundheit

Mediales Echo rufen auch immer wieder tragische Fälle von invasiven Meningokokken-Erkrankungen (eitrige Gehirnhautentzündung und Sepsis) hervor, mit durchschnittlich zehn (fünf bis 17) Erkrankungen und null bis drei Todesfällen in Oberösterreich pro Jahr.

Schwankend (null bis sechs Todesfälle pro Jahr in Oberösterreich), aber über die Jahre betrachtet im erwarteten Schnitt von etwa ein bis drei Todesfällen pro einer Million Einwohner pro Jahr, ist das Aufkommen an Creutzfeldt-Jakob-Erkrankungen, einer fortschreitenden Gehirnerkrankung mit letztendlich völligem Verlust der Gehirnleistung. Die neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung, die in Zusammenhang mit der bovinen spongiformen Enzephalopathie - BSE (=“Rinderwahn“) gebracht wird, ist in Österreich noch nie nachgewiesen worden.

Wenngleich die Fälle im Vergleich zur Vorimpfära natürlich drastisch gesunken sind, verzeichnet Oberösterreich als bevölkerungsreiches Bundesland mit ausgedehnten Endemiegebieten neben der Steiermark und Kärnten jährlich die meisten FSME-Fälle (2005 bis 2009: 13 bis 22 Fälle pro Jahr, 2005 und 2008 jeweils ein Todesfall).

Der Einbruch der gemeldeten Fallzahlen an Bissverletzungen von 2008 (331) auf 2009 (95) ist auf das mit Einführung des epidemiologischen Meldesystems - EMS geänderte restriktivere Meldeverhalten bei Tierbissen zurückzuführen: früher wurden nahezu alle Bissverletzungen gemeldet, ab 2009 nur mehr jene, bei denen ein Wutverdacht beim Tier nicht ganz ausgeschlossen ist.

Botulismus, eine lebensmittelbedingte Erkrankung, die zu schweren Lähmungserscheinungen führen kann, tritt in Österreich äußerst selten auf. 2006 gab es in Oberösterreich einen Ausbruch mit fünf Fällen bei Personen, die an einer Grillfeier teilgenommen hatten, alle Erkrankungen verliefen mild.

Von 2000 bis 2009 wurden in Oberösterreich zwei invasive Haemophilus Influenzae B-Erkrankungen verzeichnet (jeweils 2002 und 2007). Erfreulich ist, dass seit Einführung der Haemophilus Influenzae B (Hib)-Impfung diese Erkrankung, die noch in den 80er-Jahren des vorigen Jahrhunderts die häufigste Form der eitrigen Gehirnhautentzündung im Säuglings- und Kleinkindesalter darstellte, auf nahezu Null zurückgegangen ist.

BEEINTRÄCHTIGUNGEN DER GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSRISKEN

Legionellen sind Bakterien, die schwere Lungenentzündungen hervorrufen und über feinste Wassertröpfchen (Aerosole) übertragen werden. Die Zahl der gemeldeten Legionellosen in Oberösterreich ist schwankend, wenngleich auch mit leicht steigender Tendenz von 2005 bis 2009 (neun bis 14 Erkrankungen, davon null bis zwei Todesfälle pro Jahr). Ausbrüche konnten in den letzten Jahren nicht beobachtet werden.

Die Malaria als ausschließlich eingeschleppte Krankheit ist trotz vermehrter Reisetätigkeit in den letzten Jahren etwas zurückgegangen und bewegt sich nun zwischen ein und sieben Fällen pro Jahr.

AIDS-Erkrankungen, nicht aber die alleinige HIV-Positivität, sind seit 1993 nach dem AIDS-Gesetz meldepflichtig. Aufzeichnungen werden bereits seit 1983 geführt.

Seit Beginn der Aufzeichnungen bis Ende 2009 wurden demnach in Oberösterreich insgesamt 465 Neuerkrankungen an AIDS verzeichnet, wovon 254 Erkrankte verstorben sind. Damit weist Oberösterreich hinter Wien die meisten Fälle auf. Lag in den 1980er und 90er-Jahren noch die Hauptlast des Risikos im Bereich der Homosexuellen und bei DrogenkonsumentInnen, wird in den letzten Jahren eine Zunahme der durch heterosexuellen Kontakt infizierten Fälle beobachtet.

In Oberösterreich kam es nach einem Anstieg auf 20 Neuerkrankungen und 8 Todesfälle im Jahr 2007 wieder zu einer Reduktion auf 10 Erkrankungen und 2 Todesfälle im Jahr 2009 (**Abbildung 30**).

Abbildung 30: AIDS-Statistik Österreich

Bundesland	2005			2006			2007			2008			2009			gesamt seit 1983	
	E	T (E)	T (J)	E	T (E)	T (J)	E	T (E)	T (J)	E	T (E)	T (J)	E	T (E)	T (J)	E	T (E)
BGLD	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	33	16
KTN	5	1	1	4	1	2	5	1	1	3	0	0	0	0	0	72	42
NÖ	6	4	5	7	3	4	5	1	2	7	0	1	7	1	1	174	73
OÖ	7	1	7	13	0	3	20	4	8	14	3	1	10	1	2	465	254
SBG	6	2	3	3	1	0	4	0	1	3	2	2	4	2	2	120	58
STMK	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	2	184	117
T	5	2	4	6	2	3	8	1	6	5	0	3	4	0	3	279	148
VBG	2	1	0	8	2	4	1	0	2	3	0	1	2	0	0	124	65
W	26	6	16	21	2	4	28	4	6	35	5	10	30	4	9	1328	748
Gesamt	59	17	36	64	11	21	72	12	27	71	11	19	59	9	19	2779	1521

E= Erkrankungsfälle (Neuerkrankungen) nach Jahr der Diagnose, T(E)= Todesfälle unter den Erkrankungsfällen (unabhängig vom Todesdatum), T(J)= Todesfälle im Jahr (unabhängig vom Zeitpunkt der Erkrankung)

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit: Österreichische AIDS-Statistik

Fakten:

- „Klassische“ Infektionskrankheiten sind selten geworden. Durch die Globalisierung sind neue Bedrohungen entstanden, denen Anpassungen im Epidemiegesetz, neue schnelle elektronische Erfassungs- und Informationsmöglichkeiten und die Entwicklung von Krisenplänen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (z.B. Grippepandemieplan) entgegenwirken sollen.
- Durch immer genauere Abklärung der Ursachen und daraus resultierenden Verhütungs- und Bekämpfungsmaßnahmen sollen lebensmittelbedingte Erkrankungen, insbesondere Salmonellosen und Campylobacteriosen weiter zurückgedrängt werden.
- Das Wiederaufflackern von Masern auf der einen Seite und der durchschlagende Erfolg der Haemophilus Influenzae B-Impfung auf der anderen Seite zeigen, wie wichtig es ist, hohe Durchimpfungsraten bei impfpräventablen Erkrankungen zu erzielen bzw. aufrecht zu erhalten.

5.3. Ausgewählte nicht übertragbare/chronische Erkrankungen und deren Folgen

5.3.1. Herz-Kreislauferkrankungen

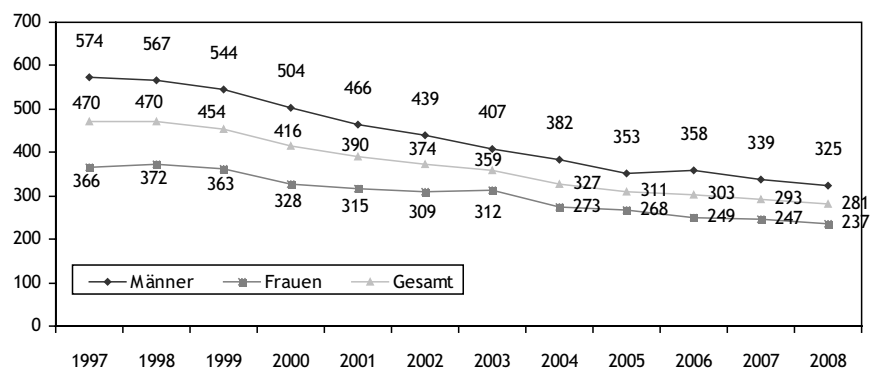
Herz-Kreislauferkrankungen entstehen durch das komplexe Zusammenwirken verschiedenster Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen. Auf physiologischer Ebene stellen vor allem eine ungünstige Konstellation im Cholesterinhaushalt, Blutdruck und Übergewicht Risikofaktoren dar. Diese wiederum stehen in engem Zusammenhang mit der individuellen Lebensweise und dem Lebensstil. Ernährung, Rauchen, Bewegungsmangel und psychosoziale Faktoren (z.B. Stress) sind als wichtigste Lebensstilfaktoren zu nennen. Aber auch der Lebensstil ist beeinflusst von Faktoren der physischen und sozialen Umwelt, in der Menschen leben. Unterschiedliche Lebens- und Arbeitsbedingungen beeinflussen indirekt (über den Einfluss auf den individuellen Lebensstil) oder direkt (z.B. Passivrauchexposition) die Entstehung von Herz-Kreislauferkrankungen. Die unterschiedlichen Risiken, die mit Lebensstil und Lebensbedingungen verknüpft sind, spiegeln sich in unterschiedlichen Erkrankungshäufigkeiten verschiedener Bevölkerungsgruppen wider, die sich anhand der Schlüsselfaktoren sozialer Gliederung (Alter, Geschlecht, soziale Schicht etc.) identifizieren lassen. Faktoren auf dieser Ebene werden häufig als soziale Determinanten der Gesundheit bezeichnet.¹⁵ Genaueres zu sozialen Einflussgrößen auf die Gesundheit finden Sie in Kapitel 8.

Die internationale Fall-Kontrollstudie INTERHEART kommt zu dem Schluss, dass weltweit 49 Prozent der Herzinfarkte auf ein ungünstiges Verhältnis der Blutfette zurückzuführen sind, 36 Prozent auf Rauchen, 20 Prozent auf Adipositas, 18 Prozent auf Bluthochdruck und 10 Prozent auf Diabetes mellitus. Durch gesunde Ernährung (Gemüse, Obst täglich) können 14 Prozent des Risikos vermieden werden und durch Bewegung 12 Prozent. Einen wesentlichen Anteil nehmen auch psychosoziale Faktoren ein, denen ein Drittel der Herzinfarkte zugeschrieben werden können.¹⁶ Dazu gehören Stress im Allgemeinen, finanzieller Stress, belastende Lebensereignisse, Depression und ein geringes Maß an Kontrollüberzeugungen bzw. Selbstwirksamkeit (ein Maß dafür, wie weit sich Menschen in der Lage sehen, Kontrolle über sich und ihre Umwelt zu haben).¹⁷

Herz-Kreislaufmortalität

Oberösterreich liegt hinsichtlich der Herz-Kreislaufmortalität ziemlich genau im österreichischen Bundesdurchschnitt. Seit 2000 lässt sich ein Rückgang der durch Herz-Kreislauferkrankungen bedingten Sterbefälle um ca. 13 Prozent feststellen (von 6.093 Todesfällen auf 5.291). Die Entwicklung der Todesfälle wird jedoch teilweise durch die Bevölkerungsentwicklung - z. B. den „demografischen Alterungsprozess“ der Population - mit beeinflusst. Betrachtet man die altersbereinigten Mortalitätsraten¹⁸ zwischen 2000 und 2008 so ergibt sich ein Rückgang von zirka 32 Prozent (von 416 auf 281 Tote auf 100.000 Einwohner). Bei den Männern fällt der Rückgang der Sterblichkeit deutlich stärker aus als bei Frauen. Zwischen 2000 und 2008 ging die altersbereinigte Mortalitätsrate der Männer um 36 Prozent zurück, die der Frauen nur um 28 Prozent.

Abbildung 31: Altersstandardisierte Herz-Kreislaufmortalität im Zeitverlauf (1997 bis 2008)



Verstorbene je 100.000 Ew.; standardisiert auf Neue Europa Standardbevölkerung
 Quelle: Statistik Austria: ISIS (eigene Berechnungen)

¹⁶ Gyárfás et al. 2010; O’Riordan 2010

¹⁷ Sheps et al. 2004

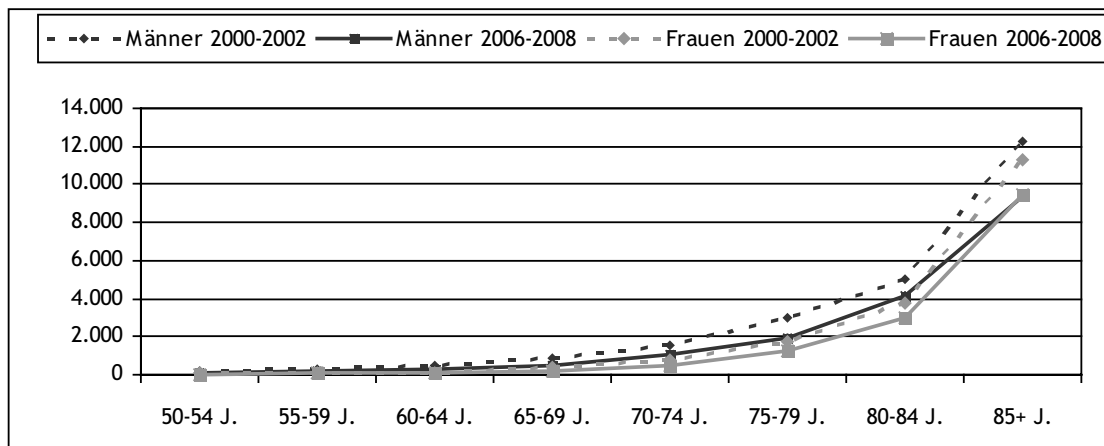
¹⁸ Die Mortalitätsraten der einzelnen Jahre wurden auf die Altersstruktur der „Neuen Europa Standardbevölkerung“ umgerechnet. Diese ist im Durchschnitt etwas „jünger“ als die oberösterreichische Bevölkerung. Daher fallen die altersstandardisierten Mortalitätsraten geringer aus als sie in OÖ tatsächlich sind.

¹⁵ Rensing 2010, S. 28

Betrachtet man die Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauferkrankungen nach Altersgruppen, so ist ab dem 50. Lebensjahr ein zunächst kontinuierlicher Anstieg zu beobachten. Ab dem 65. Lebensjahr beschleunigt sich der Anstieg mit zunehmendem Alter. In den Altersgruppen bis 85 Jahre sind Männer deutlich häufiger betroffen als Frauen, während sich bei den über 85-Jährigen kein wesentlicher Unterschied mehr feststellen lässt. In der Altersgruppe 50 bis 54 Jahre liegt die altersspezifische Rate für Männer bei 72 pro 100.000, für Frauen bei 25 pro

100.000. In der Altersgruppe 60 bis 64 Jahre sind 320 von 100.000 Männern und 103 von 100.000 Frauen betroffen. In der Altersgruppe 70 bis 74 Jahre steigt die Rate auf 1.060/100.000 bei Männern und 501/100.000 bei Frauen und in der Altersgruppe über 85 Jahre auf 9.365/100.000 bei Männern und 9.500/100.000 bei Frauen. Tendenziell lassen sich in den letzten Jahren für alle Altersgruppen über 40 Jahren Rückgänge in der altersspezifischen Mortalität beobachten.

Abbildung 32: Altersspezifische Herz-Kreislaufmortalität nach Geschlecht



Verstorbene je 100.000

Quelle: Statistik Austria: ISIS (eigene Berechnungen)

Frühe Mortalität unter 65 Jahre

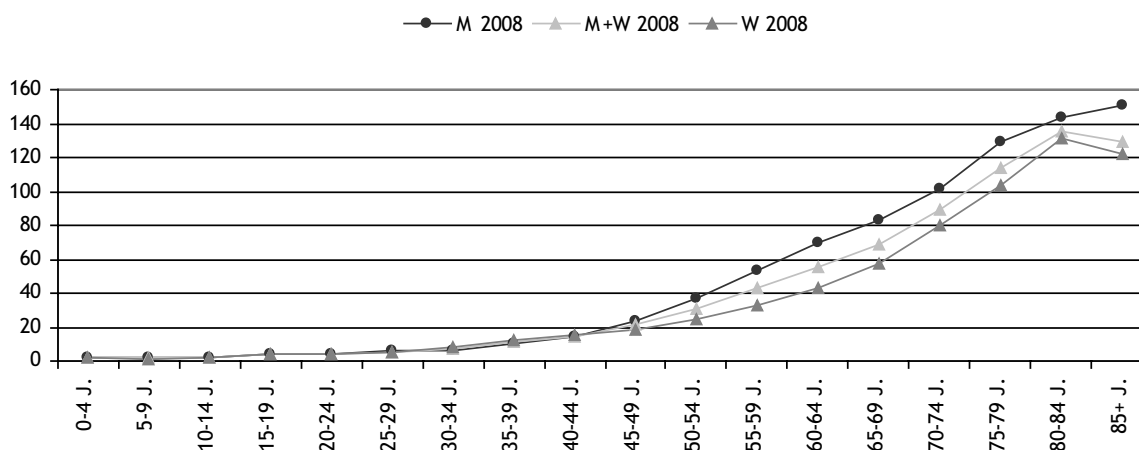
Im Jahr 2000 verstarben in Oberösterreich 562 Personen vor Vollendung des 65. Lebensjahres an Herz-Kreislauferkrankungen (140 Frauen und 422 Männer). Im Jahr 2008 waren dies 366 Personen (93 Frauen und 273 Männer). Das sind 18 Prozent aller Sterbefälle unter 65 Jahren in Oberösterreich (Männer 21 Prozent, Frauen 13 Prozent). Die altersstandardisierte Rate der Herz-Kreislaufsterblichkeit der unter 65-jährigen Bevölkerung ist im Zeitraum zwischen 2000 und 2008 um 41 Prozent gesunken (Männer 42 Prozent und Frauen 37 Prozent). Im Wesentlichen ist die Abnahme der frühen Herz-Kreislaufmortalität auf den Zeitraum bis 2004 zurückzuführen. Seither sind nur mehr geringfügige Veränderungen zu beobachten (siehe auch Kapitel 11: Gesundheitsziele 2000-2010).

Krankenhausaufenthalte

Insgesamt sind im Jahr 2008 rund 29 von 1.000 EinwohnerInnen innerhalb eines Jahres von mindestens einem Krankenhausaufenthalt mit einer Herz-Kreislauferkrankung als Hauptdiagnose betroffen. Seit 2003 ist die Rate leicht angestiegen (um 6 Prozent). Der Anstieg ist jedoch vor allem auf die Veränderung der Bevölkerungsstruktur zurückzuführen (demografische Alterung). Die altersbereinigten Raten zeigen keine wesentliche Veränderung in den letzten Jahren.

Die Rate der betroffenen Personen steigt ab dem 40. Lebensjahr stark an und erreicht in der Altersgruppe zwischen 80 und 84 Jahren das Maximum (mit rund 130 Betroffenen pro 1.000). Männer sind häufiger betroffen als Frauen.

Abbildung 33: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Herz-Kreislauferkrankungen - Betroffene Personen 2008 nach Alter und Geschlecht



Innerhalb eines Jahres von einem KH-Aufenthalt betroffene Personen pro 1.000 Ew.; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich; Hauptdiagnose ICD-10: I00-I99 - Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems.
Quelle: OÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen)

Krankenstand

Rund 3 Prozent der Krankenstandstage der beschäftigten OberösterreicherInnen gehen auf Herz-Kreislauferkrankungen zurück. In der Altersgruppe unter 20 Jahren sind rund 36 von 1.000 Beschäftigten innerhalb eines Jahres wegen einer Herz-Kreislauferkrankung im Krankenstand. Mit zunehmendem Alter sinkt die Betroffenenrate auf 17/1.000 bei den 30- bis 34-Jährigen und steigt dann wieder an. In der Gruppe der 55- bis 59-Jährigen sind 44 von 1.000 Beschäftigten betroffen. In den Altersgruppen unter 40 Jahren sind Frauen zu einem höheren Anteil wegen Herz-Kreislaufproblematiken im Krankenstand, während in den Altersgruppen über 50 Jahren Männer stärker betroffen sind. Wesentlich ist, dass in den Altersgruppen unter 50 Jahren Diagnosen vorherrschen, die mit eher kurzen Krankenständen verbunden sind („Sonstige

und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems“, niedriger Blutdruck, „Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten“, „anderorts nicht klassifiziert“). „Ischämische Herzkrankheiten“, „Sonstige Formen der Herzkrankheit“ und „Zerebrovaskuläre Krankheiten“ spielen bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter eine Rolle.

Medikamentenverordnungen

An rund 240 von 1.000 Personen werden innerhalb eines Jahres Herz-Kreislaufpräparate verabreicht (Männer 210 und Frauen 270 pro 1.000). Die Betroffenenquote steigt mit zunehmendem Alter an. Unter den 45- bis 49-Jährigen sind 220 von 1.000 betroffen, unter den 60- bis 64-Jährigen 590 und unter den 80- bis 84-Jährigen 790 von 1.000.

Das Gesundheitsziel 6 der Oberösterreichischen Gesundheitsziele 2000-2010 nimmt auf das Thema Herz-Kreislauferkrankungen Bezug (siehe Kapitel 11).

Fakten:

- 2008 verstarben in Oberösterreich knapp 5.300 Menschen an Herz-Kreislauferkrankungen. Das sind 13 Prozent weniger als im Jahr 2000.
- Herz-Kreislauferkrankungen sind für 18 Prozent der frühzeitigen Sterbefälle unter 65 Jahren verantwortlich. 2008 waren dies in Oberösterreich 366 Personen (93 Frauen und 422 Männer).

- Die altersstandardisierte Herz-Kreislaufmortalität ist zwischen 2000 und 2008 um rund 32 Prozent zurückgegangen. Die altersstandardisierte Mortalität bei unter 65-Jährigen ist um 41 Prozent gesunken.

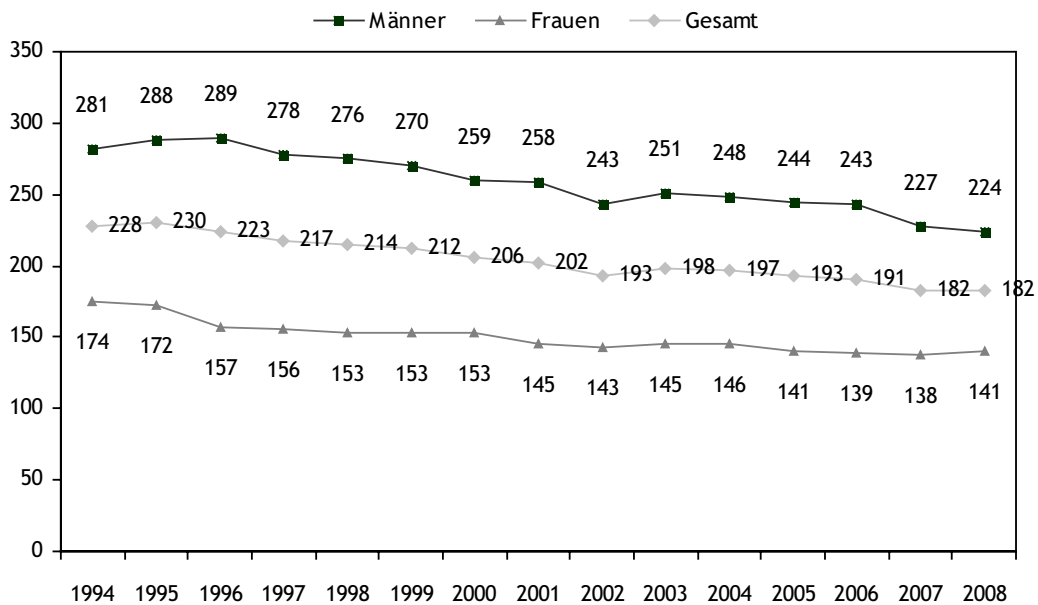
5.3.2. Bösartige Neubildungen

Mortalität

Kreislauferkrankungen sind nach Herz-Kreislauferkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Oberösterreich. Im Jahr 2008 verstarben 2.996 OberösterreicherInnen an den Folgen einer bösartigen Neubildung (Männer: 1.566; Frauen: 1.430). 773 Personen starben noch vor dem Erreichen des 65. Lebensjahres.

Die absolute Anzahl an Todesfällen hat in den letzten Jahren leicht zugenommen¹⁹, was vor allem mit dem demografischen Alterungsprozess der Bevölkerung zusammenhängt. Betrachtet man aber die altersstandardisierten Mortalitätsraten für Oberösterreich zwischen dem Jahr 1994 und 2008 (**Abbildung 34**), so ergibt sich ein Rückgang von knapp 20 Prozent (von 228 Toten auf 182 Tote pro 100.000 EinwohnerInnen). Zum Vergleich: Der Rückgang auf Bundesebene für besagten Zeitraum beträgt 17 Prozent (von 239 Toten auf 198 Tote pro 100.000 EinwohnerInnen).

Abbildung 34: Altersstandardisierte Mortalitätsrate bei bösartigen Neubildungen im Zeitverlauf (1994 bis 2008)



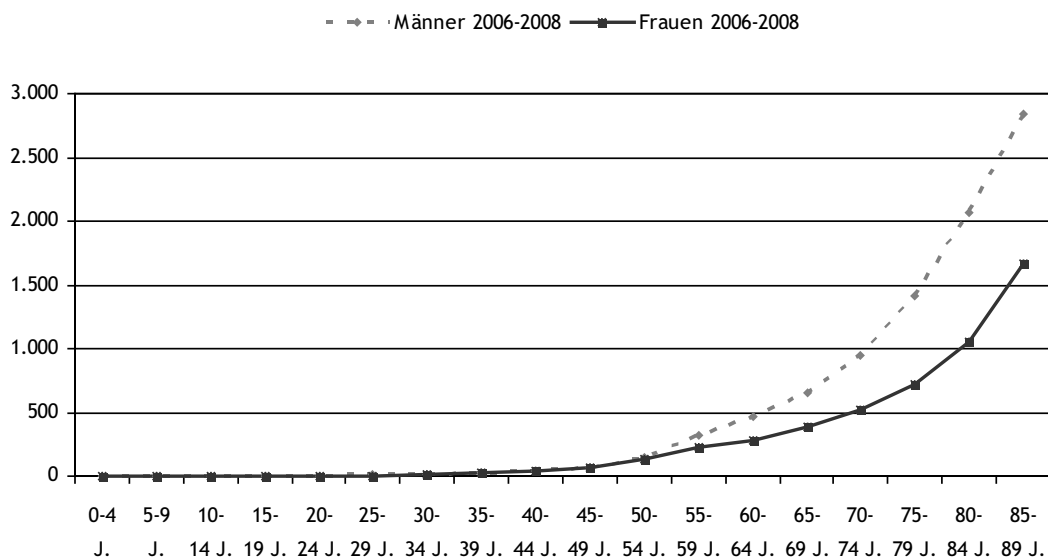
Verstorbene je 100.000 Ew.; standardisiert auf Neue Europa Standardbevölkerung
Quelle: Statistik Austria: ISIS (eigene Berechnungen)

Betrachtet man die Mortalität aufgrund von bösartigen Neubildungen nach Altersgruppen (**Abbildung 35**), so ist zirka ab dem 35. Lebensjahr ein zunächst geringer und kontinuierlicher Anstieg bei beiden Geschlechtern zu beobachten. Ab dem 45. Lebensjahr steigt die altersspezifische Mortalität der Männer stärker an als jene bei den Frauen. Bereits in der Altersgruppe der 70- bis 74-Jäh-

rigen ist ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern sichtbar: So kommen auf 100.000 Männer dieser Altersgruppe 948 Todesfälle, während es pro 100.000 Frauen „nur“ 523 Todesfälle sind. Mit zunehmendem Alter wird der Unterschied in der Betroffenheit zwischen Männern und Frauen noch größer.

¹⁹ Todesfälle 1994: 2.886, Todesfälle 2008: 2.996

Abbildung 35: Altersspezifische Mortalität bei bösartigen Neubildungen nach Geschlecht



Verstorbene je 100.000 Ew.

Quelle: Statistik Austria: ISIS (eigene Berechnungen)

Inzidenz

Insgesamt erkrankten im Jahr 2007 3.177 Männer und 2.590 Frauen an Krebs. Die häufigsten Krebsneuerkrankungen bei den Männern betreffen die Genitalorgane (949 Fälle) (vor allem Prostata), die Verdauungsorgane (900

Fälle), die Atmungsorgane (426 Fälle) sowie die Harnorgane (308 Fälle). Bei den Frauen sind die häufigsten Krebsneuerkrankungen bezüglich der Lokalisation der bösartigen Neubildung: Brust (758 Fälle), Verdauungsorgane (640 Fälle) sowie Genitalorgane (345 Fälle).

BEEINTRÄCHTIGUNGEN DER GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSRISKEN

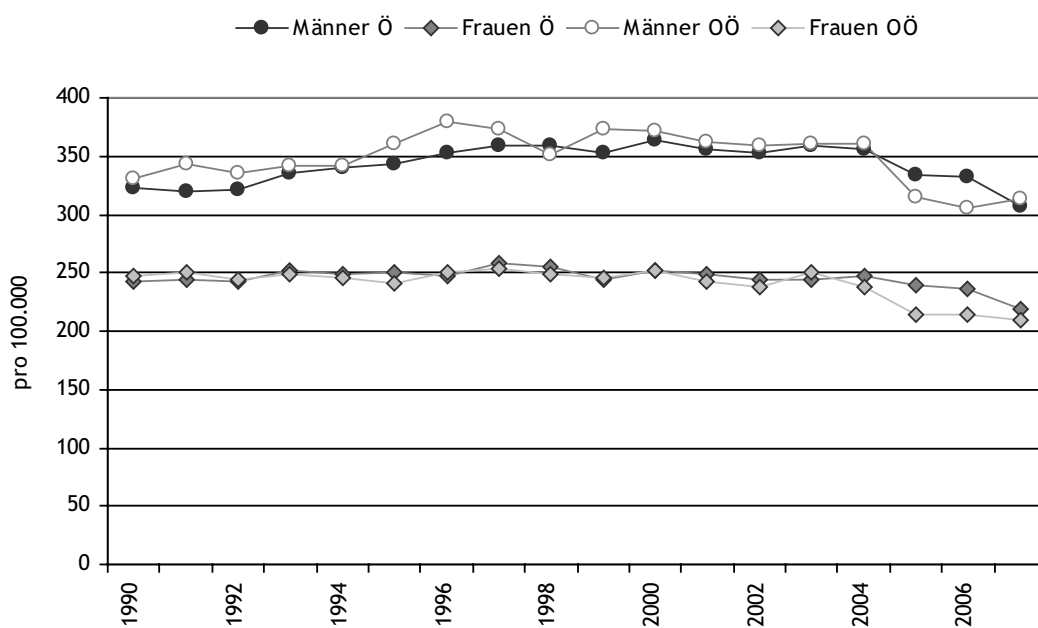
Tabelle 6: Krebsinzidenz in Oberösterreich (2007)

Lokalisation	Männer	Frauen
Bösartige Neubildungen der Lippe, Mundhöhle und Rachen	97	38
Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	900	640
- Speiseröhre	52	12
- Magen	116	91
- Dünndarm	15	11
- Dickdarm	257	219
- Rektum und Anus	201	123
- Leber	111	44
- Gallenblase und Gallenwege	26	34
- Bauchspeicheldrüse	118	105
Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane	426	188
- Kehlkopf	34	5
- Luftröhre, Bronchien und Lunge	380	178
Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels	12	9
Bösartiges Melanom der Haut	83	77
Bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes und Weichteilgewebes	31	30
Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	6	758
Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane	949	-
- Prostata	884	-
Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane	-	345
- Gebärmutterhals	-	47
- andere Teile der Gebärmutter	-	176
- Eierstock	-	84
- sonstige	-	38
Bösartige Neubildungen der Harnorgane	308	156
- Niere (ausgenommen Nierenbecken)	102	79
- Harnblase	189	67
Bösartige Neubildungen des Auges, Gehirns und sonstige Teile des Zentralnervensystems	60	59
- Zentralnervensystem	55	52
Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen	25	53
- Schilddrüse	24	49
Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	59	53
Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	221	184
- Hodgkin-Lymphom	18	11
- Non-Hodgkin-Lymphom	93	62
- Bösartige Plasmazellneubildungen	26	27
- Leukämie	83	82
Bösartige Neubildungen zusammen	3.177	2.590

Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008

Betrachtet man die Krebsinzidenz (gesamt) im Zeitverlauf (**Abbildung 36**) so ist sie heute - verglichen mit dem Jahr 1990 - sowohl bei Männern als auch bei Frauen etwas geringer.

Abbildung 36: Krebsinzidenz (gesamt) im Zeitverlauf



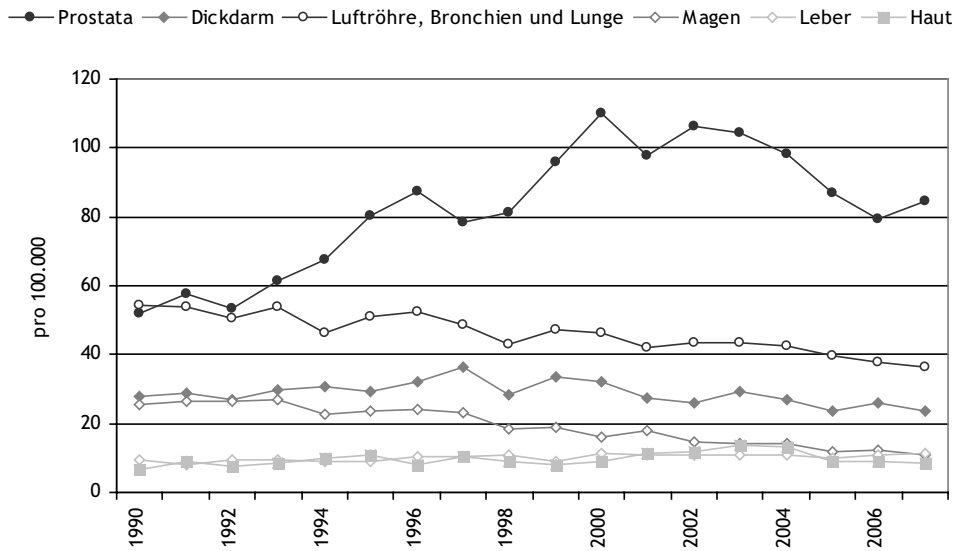
Altersstandardisierte Raten; standardisiert auf WHO-Welt-Standardbevölkerung
Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008

Der deutliche Anstieg der Inzidenz beim Prostatakarzinom (**Abbildung 37**) dürfte auf die Einführung des PSA-Tests zurückzuführen sein. Der Rückgang bei Magenkarzinomen, der sich bei beiden Geschlechtern beobachten lässt (**Abbildung 37** und **Abbildung 38**), wird mit veränderten - gesundheitsbewussteren - Ernährungsgewohnheiten in Verbindung gebracht. Während Karzinome der Luftröhre, Bronchien und Lunge bei den Männern rückläufig sind, nehmen diese bei Frauen zu. Dies lässt sich mit den in

den letzten Jahren und Jahrzehnten veränderten, unterschiedlichen Rauchgewohnheiten zwischen den Geschlechtern erklären. Erfreulich ist der stetige Rückgang an Neuerkrankungen der Genitalorgane bei den Frauen, der vor allem durch sinkende Inzidenzen des Cervixkarzinoms zustande kommt. In Folge der zytologischen Vorsorgeuntersuchung (Krebsabstrich) und der Behandlung der nicht invasiven Vorstufen geht die Inzidenz des Cervixkarzinoms stetig zurück.

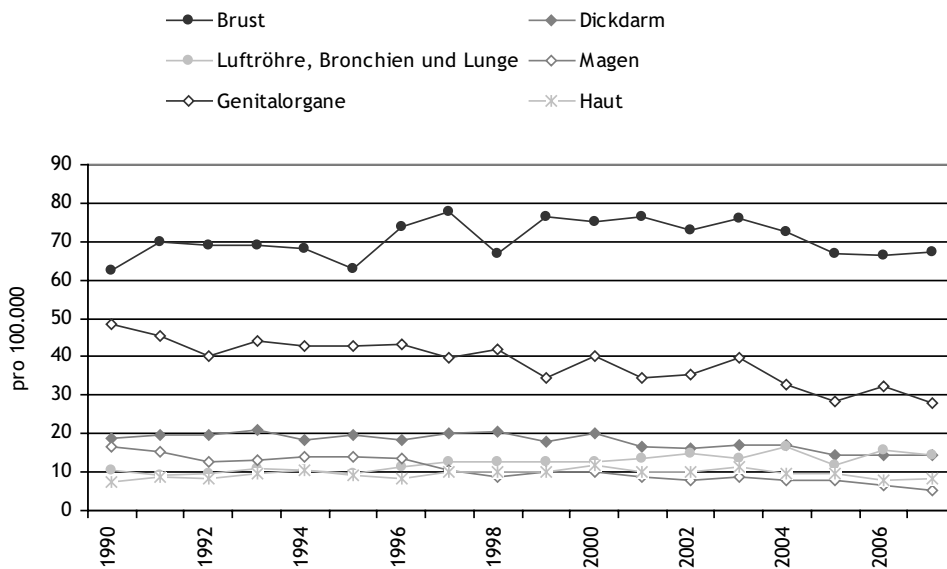
BEEINTRÄCHTIGUNGEN DER GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSRISKEN

Abbildung 37: Krebsinzidenz ausgewählter Lokalisationen im Zeitverlauf - Männer



Altersstandardisierte Raten; standardisiert auf WHO-Welt-Standardbevölkerung
Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008

Abbildung 38: Krebsinzidenz ausgewählter Lokalisationen im Zeitverlauf - Frauen



Altersstandardisierte Raten; standardisiert auf WHO-Welt-Standardbevölkerung
Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008

Fakten:

- Im Jahr 2007 erkrankten 3.177 Männer und 2.590 Frauen an einer bösartigen Neubildung. Die häufigsten Krebserkrankungen der Männer betreffen die Genitalorgane, die Verdauungsorgane, die Atmungsorgane sowie die Harnorgane. Bei den Frauen dominieren Brustkrebs, bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane sowie der Genitalorgane.
- Bösartige Neubildungen sind die zweithäufigste Todesursache. 2008 verstarben in Oberösterreich knapp 3.000 Menschen an Krebserkrankungen.

- Während die absolute Anzahl an Todesfällen leicht zunimmt, ist die altersstandardisierte Krebsmortalität über die letzten Jahre - von 228 Fällen pro 100.000 im Jahr 1994 auf 182 Fälle pro 100.000 im Jahr 2008 - stetig gesunken.

5.3.3. Diabetes mellitus

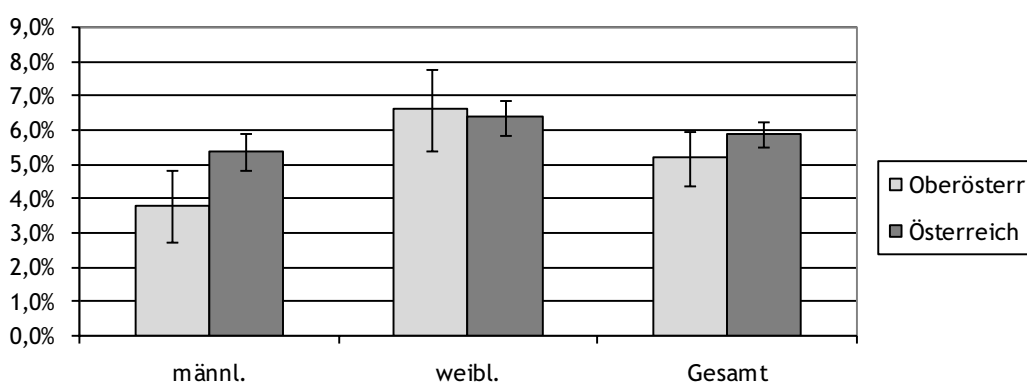
Diabetes mellitus umfasst eine Gruppe von Erkrankungen, die durch eine Erhöhung des Blutzuckerspiegels gekennzeichnet ist. Im Allgemeinen werden zwei Haupttypen unterschieden: Typ 1 tritt vor allem im früheren Lebensalter erstmals auf und ist auf eine Zerstörung der insulinproduzierenden Zellen der Bauchspeicheldrüse zurückzuführen. Weitaus häufiger ist der Typ 2, eine Veränderung des Zusammenspiels von Insulinwirkung in den Körperzellen (Insulinresistenz) und der Insulinproduktion, die auf genetische und Lebensstilfaktoren zurückzuführen ist. Daneben gibt es noch den sogenannten „Schwangerschaftsdiabetes“ und andere spezifische Diabetestypen.²⁰ In den nachfolgenden Darstellungen wird nicht zwischen den

einzelnen Typen unterschieden, wobei aufgrund der größeren Verbreitung vor allem Diabetes mellitus Typ 2 ins Gewicht fällt.

Morbidität

Insgesamt geben 5,2 Prozent der über 15-jährigen OberösterreicherInnen an, dass sie bereits einmal unter Diabetes mellitus gelitten haben (Männer 3,8 Prozent und Frauen 6,6 Prozent). Im Vergleich zu Österreich lassen sich keine wesentlichen Unterschiede feststellen. Zwar liegt die Rate der Männer etwas unter dem österreichischen Durchschnitt (5,4 Prozent), der Unterschied ist jedoch nicht statistisch signifikant.

Abbildung 39: Lebenszeitprävalenz Diabetes mellitus



Fehlerindikator=95-prozentiges Konfidenzintervall

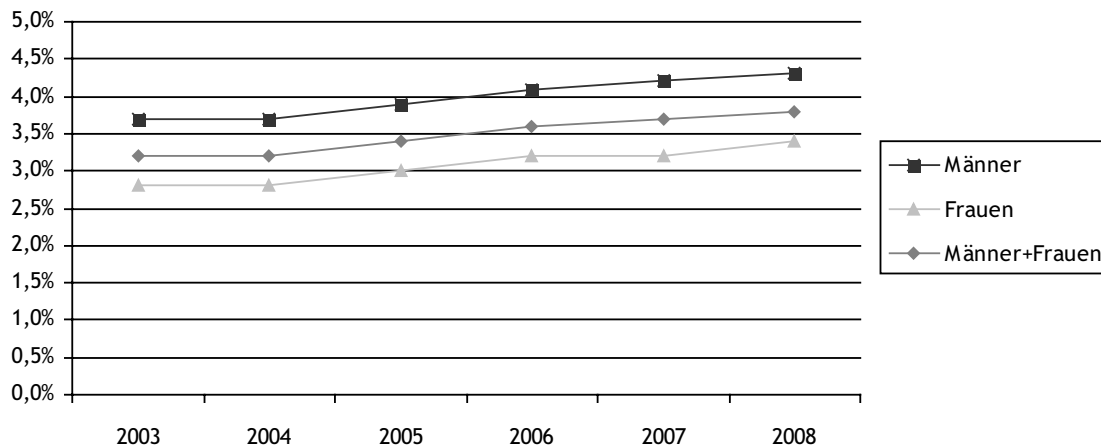
Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

²⁰ RKI 2005 S. 9.

Die Rate der behandelten DiabetikerInnen in Oberösterreich steigt zwischen 2003 und 2008 von 3,3 Prozent auf 4,1 Prozent (Männer von 3,3 auf 4,1 und Frauen von 3,2 auf 4,0 Prozent). Die altersstandardisierte Rate stieg im selben Zeitraum von 3,2 auf 3,8 Prozent (Männer von 3,7

auf 4,3 und Frauen von 2,8 auf 3,4 Prozent). Die Zunahme könnte sowohl durch eine Zunahme der Verbreitung von Diabetes mellitus, als auch durch bessere Früherkennung und Behandlung bedingt sein.

Abbildung 40: Ambulant behandelte DiabetikerInnen



Behandlungsprävalenz: Personen mit mindestens zweimaliger Antidiabetikaverordnung oder mehrmaliger HbA1c-Bestimmung oder mindestens dreimaliger Blutzuckerbestimmung; altersstandardisiert auf Neue Europa Standardbevölkerung; nur Versicherte der OÖGKK

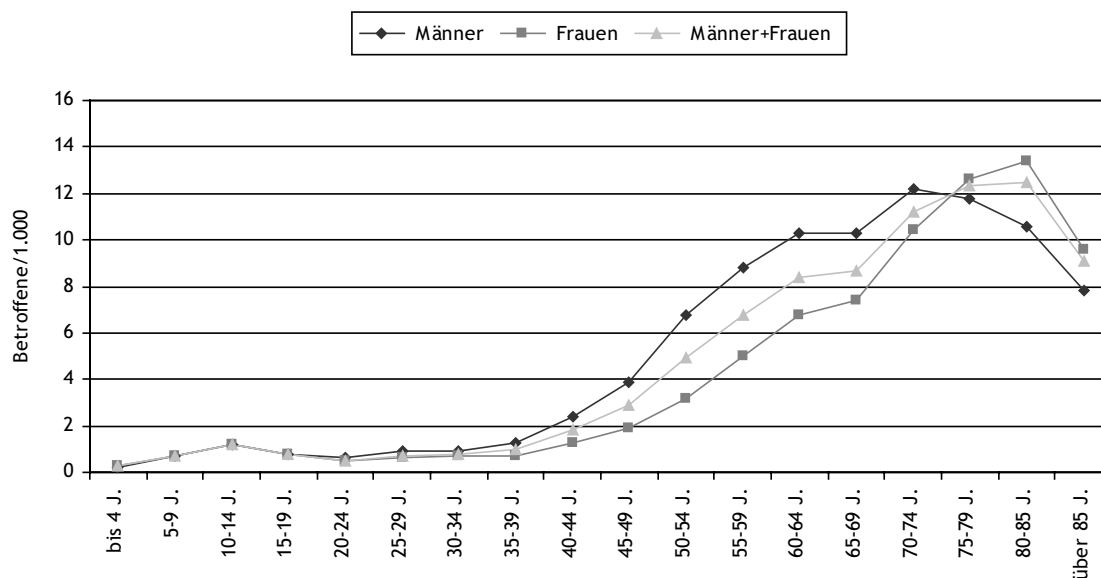
Quelle: OÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen)

Krankenhausaufenthalte aufgrund von Diabetes mellitus

Innerhalb eines Jahres weisen von 1.000 Personen durchschnittlich 3,6 (mindestens) einen Krankenhausaufenthalt infolge von Diabetes mellitus auf. Der Anteil steigt mit zunehmendem Alter ab dem 40. Lebensjahr kontinuierlich an.

In der Altersgruppe zwischen 70 und 85 Jahren sind rund 12 von 1.000 Personen betroffen. In den Altersgruppen zwischen 40 und 69 Jahren sind Männer häufiger betroffen, unter den über 80-Jährigen sind Frauen häufiger betroffen.

Abbildung 41: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Diabetes mellitus nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2006 bis 2008)

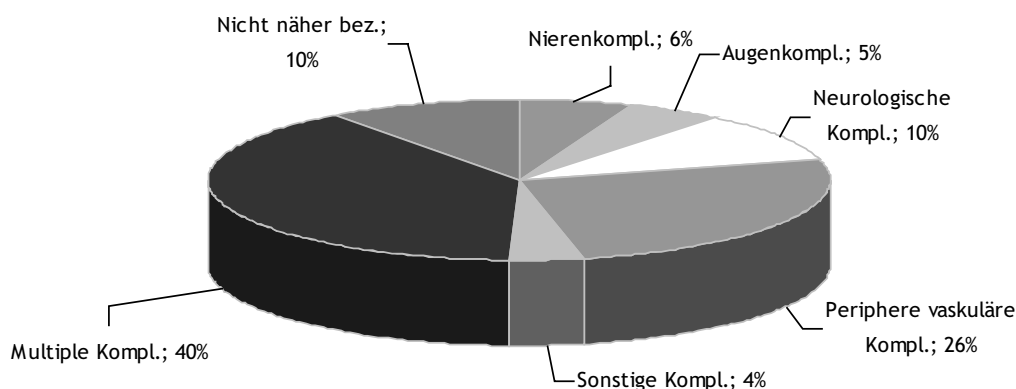


Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Diabetes mellitus (E10-E14); (Mittelwert 2006 bis 2008); nur Versicherte der OÖGKK
Quelle: OÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen)

Mehr als die Hälfte der Krankenhausaufenthalte mit einer Diabetes-Hauptdiagnose weisen eine Diabetes-Spätfolgediagnose auf. Davon wiederum sind 40 Prozent Diagnosen multipler Diabeteskomplikationen. 26 Prozent der Krankenhausaufenthalte mit Spätfolgen sind auf peri-

phäre vaskuläre Komplikationen zurückzuführen, weitere 10 Prozent auf neurologische Komplikationen, 5 Prozent auf Augenkomplikationen und 6 Prozent auf Nierenkomplikationen.²¹

Abbildung 42: Krankenhausaufenthalte aufgrund Diabetes-Komplikationen (2006 bis 2008)



ICD-10: Diabetes mellitus mit Komplikation (E10-E14; 4. Stelle 2-8); (Mittelwert 2006 bis 2008); nur Versicherte der OÖGKK
Quelle: OÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen)

²¹ Quelle: OÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen)

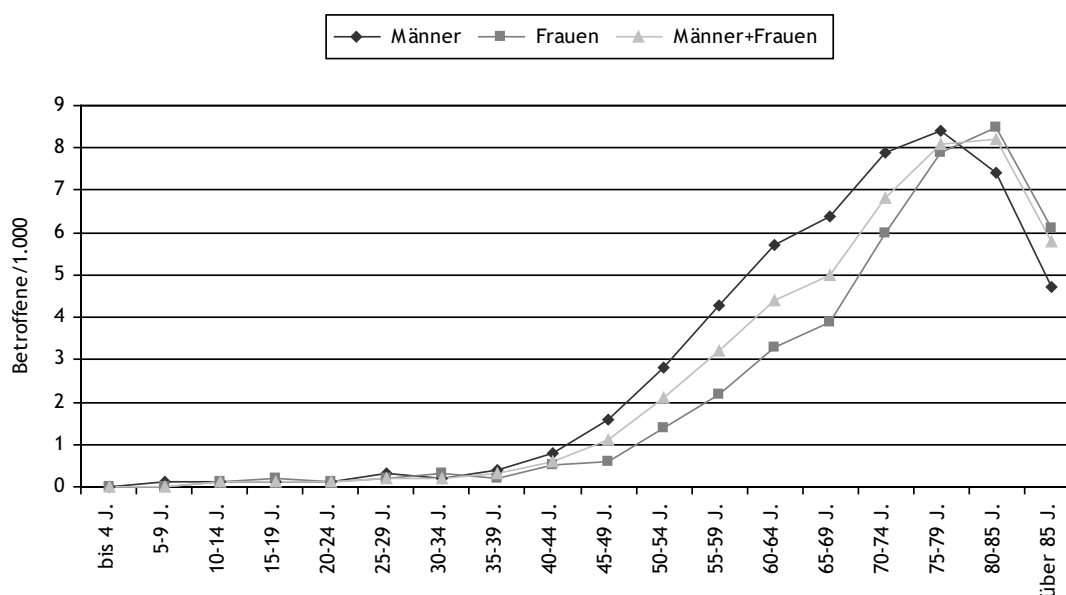
BEEINTRÄCHTIGUNGEN DER GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSRISKEN

Innerhalb eines Jahres weisen im Durchschnitt 1,7 von 1.000 Personen einen Krankenhausaufenthalt mit einer Diabetes-Komplikation als Hauptdiagnose auf (Männer 1,8 und Frauen 1,6 von 1.000). Die Betroffenenrate steigt ab

dem 45. Lebensjahr mit zunehmendem Alter an und erreicht in den Altersgruppen zwischen 75 und 84 Jahren ein Niveau von rund acht Betroffenen je 1.000.

Auf Diabetes mellitus bzw. die mit der Erkrankung verbundenen Folgeschäden bezieht sich das Gesundheitsziel 1 der Oberösterreichischen Gesundheitsziele 2000-2010 (siehe Kapitel 11).

Abbildung 43: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Diabetes-Komplikationen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2006 bis 2008)



Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Diabetes mellitus mit Komplikation (E10-E14; 4. Stelle 2-8); (Mittelwert 2006 bis 2008); nur Versicherte der OÖGKK
Quelle: OÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen)

Fakten:

- Rund 5 Prozent der OberöreicherInnen über 15 Jahren leiden an Diabetes mellitus (Männer 3,8 Prozent und Frauen 6,6 Prozent). Die Anzahl der behandelten Diabetesfälle ist im Steigen begriffen.
- Von 1.000 Personen weisen innerhalb eines Jahres 3,6 einen Krankenhausaufenthalt mit Diabetes mellitus als Hauptdiagnose auf. Die Betroffenenrate steigt ab dem 40. Lebensjahr an und erreicht in der Altersgruppe der 70- bis 75-Jährigen ein Niveau von rund zwölf pro 1.000.
- Mehr als die Hälfte der Krankenhausaufenthalte mit einer Diabetes-Hauptdiagnose weist die Diagnose einer Diabetes-Komplikation (Spätfolge) auf. Am häufigsten sind multiple Komplikationen (40 Prozent), periphere vaskuläre Komplikationen (26 Prozent), neurologische Komplikationen (10 Prozent) und nicht näher bezeichnete Komplikationen (10 Prozent).

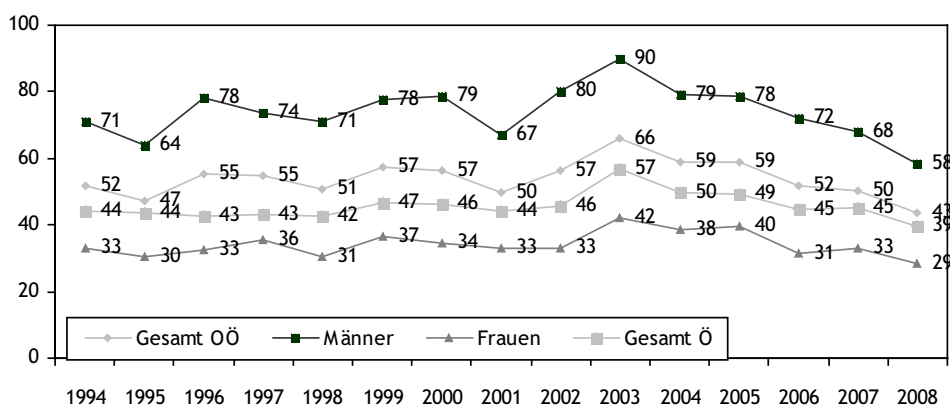
5.3.4. Atemwegserkrankungen

Mortalität

Krankheiten der Atmungsorgane sind nach Herz-Kreislauf-erkrankungen und Krebserkrankungen die dritthäufigste Todesursache in Oberösterreich. Im Jahr 2008 verstarben 743 OberösterreicherInnen an den Folgen einer Atemwegserkrankung (Männer: 383; Frauen: 360). 60 Personen starben noch vor dem Erreichen des 65. Lebensjahres. Betrachtet man die altersstandardisierten Mortalitäts-

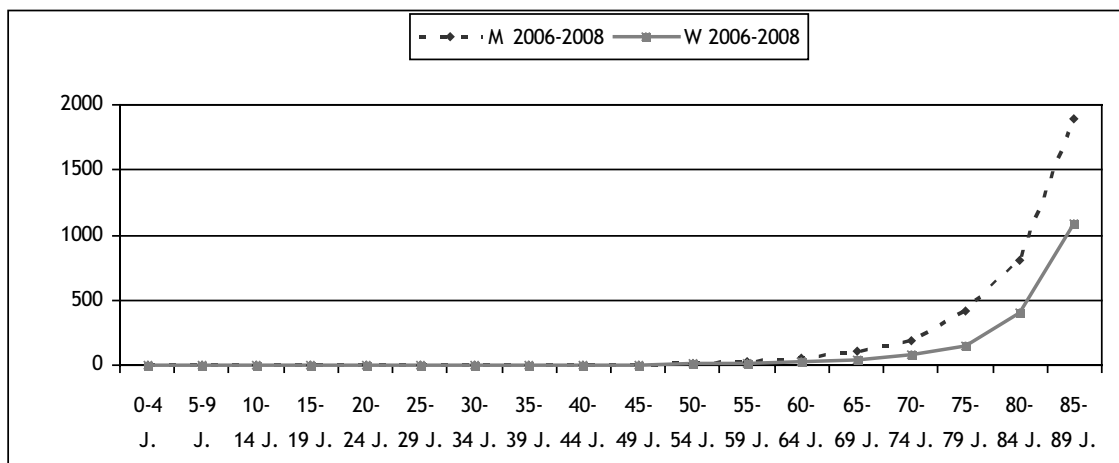
raten²² zwischen dem Jahr 1994 und 2008 (**Abbildung 44**), sind zu Beginn des Beobachtungszeitraumes einige Schwankungen feststellbar. Insgesamt liegt die Mortalitätsrate der Männer durchwegs (deutlich) höher als jene der Frauen. Die höchste Mortalitätsrate datiert aus dem Jahr 2003 (66 Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen). Danach ist ein kontinuierlicher moderater Rückgang zu beobachten. Verglichen mit dem Jahr 2003 ist die Gesamtmortalitätsrate (von 66 pro 100.000) bis zum Jahr 2008 (auf 43 pro 100.000) um 35 Prozent gesunken.

Abbildung 44: Altersstandardisierte Mortalitätsrate bei Atemwegserkrankungen im Zeitverlauf (1994 bis 2008)



Verstorbene je 100.000; standardisiert auf Neue Europa Standardbevölkerung
Quelle: Statistik Austria: ISIS (eigene Berechnungen)

Abbildung 45: Altersspezifische Mortalität bei Atemwegserkrankungen nach Geschlecht



Verstorbene je 100.000
Quelle: Statistik Austria: ISIS (eigene Berechnungen)

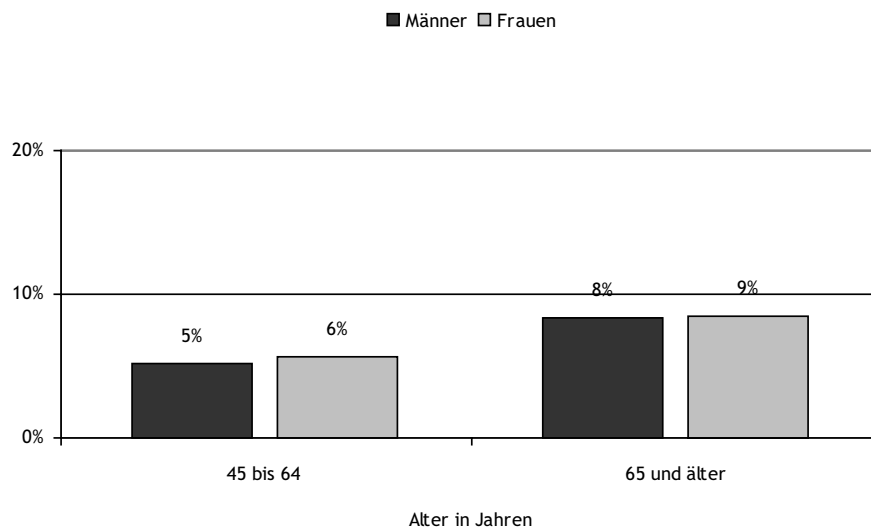
²² Die Mortalitätsraten der einzelnen Jahre wurden auf die Altersstruktur der „Neuen Europa Standardbevölkerung umgerechnet. Diese ist im Durchschnitt etwas „jünger“ als die oberösterreichische Bevölkerung. Daher fallen die altersstandardisierten Mortalitätsraten geringer aus als sie in OÖ tatsächlich sind.

Betrachtet man die Mortalität aufgrund von Atemwegserkrankungen nach Altersgruppen, so ist ab dem 60. Lebensjahr ein zunächst leichter Anstieg zu beobachten. Ab dem 75. Lebensjahr beschleunigt sich der Anstieg mit zunehmendem Alter, wobei bei Männern ein deutlicherer Anstieg als bei Frauen festzustellen ist. In der Altersgruppe von 75 bis 79 Jahren liegt die altersspezifische Rate für Männer bei 410 pro 100.000, für Frauen bei 144 pro 100.000. In der Altersgruppe von 80 bis 84 Jahren sind 805 von 100.000 Männern und 406 von 100.000 Frauen betroffen. In der Altersgruppe über 85 Jahre steigt die Mortalität auf 1.897/100.000 bei Männern und 1.081/100.000 bei Frauen.

Morbidität

Insgesamt leiden etwa 4 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren an chronischer Bronchitis oder einem Lungenemphysem. Jeweils 2 Prozent sind von allergischem Asthma bronchiale oder einer anderen Form von Asthma bronchiale betroffen. Die Betroffenenquote liegt bei allen drei Krankheitsbildern im Bundesdurchschnitt.²³ Mit zunehmendem Alter nimmt die Betroffenenquote bezüglich chronischer Bronchitis oder Lungenemphysem bei beiden Geschlechtern in etwa gleichem Ausmaß zu: Während in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen 5 Prozent der Männer und 6 Prozent der Frauen von einer derartigen Erkrankung betroffen sind, sind es bei Personen ab 65 Jahren 8 Prozent der Männer und 9 Prozent der Frauen (Abbildung 46).

Abbildung 46: Chronische Bronchitis oder Lungenemphysem nach Alter und Geschlecht



Anteil der Personen, die in den letzten zwölf Monaten von chronischer Bronchitis oder Lungenemphysem betroffen waren
Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Krankenhausaufenthalte

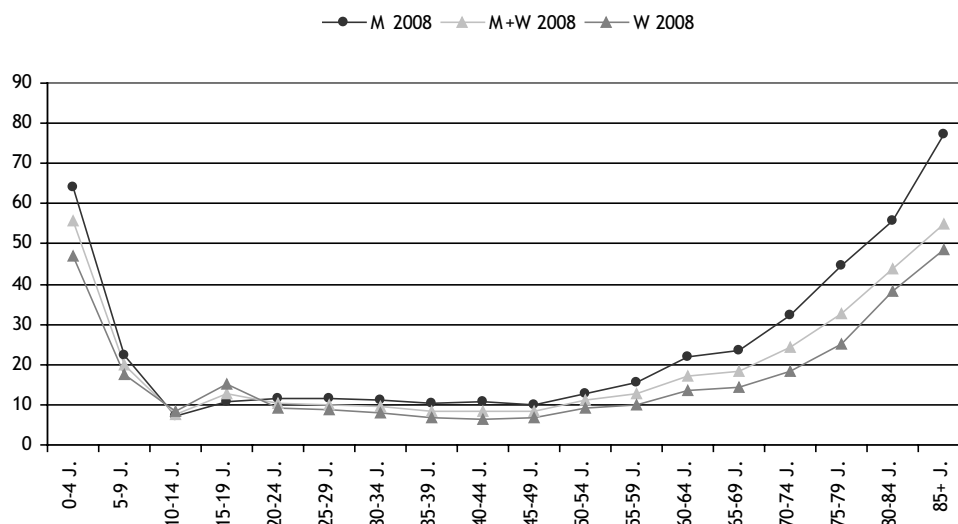
6 Prozent aller Krankenhausaufenthalte werden von Krankheiten des Atmungssystems verursacht (Männer: 7 Prozent; Frauen: 4 Prozent). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer eines diesbezüglichen Krankenhausaufenthaltes beträgt 6,5 Tage.

Bei den 0- bis 4-Jährigen sind etwa 56 von 1.000 Kindern innerhalb eines Jahres von einem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Atemwegserkrankung betroffen (Abbildung 47). Dabei sind in erster Linie Erkrankungen der oberen Atemwege Grund für den Krankenhausaufenthalt. Danach nimmt die Betroffenenquote bis zum 14. Lebensjahr stark ab, um bis zum 50. Lebensjahr auf niedrigem Niveau ziemlich konstant zu bleiben. Etwa ab dem 50. Lebensjahr ist erst eine leichte, und ab dem 70. Lebensjahr eine starke Zunahme von Betroffenen zu beobachten: In der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen weisen etwa 18

Personen pro 1.000 EinwohnerInnen einen einschlägigen Krankenhausaufenthalt auf, während dies in der Altersgruppe der (über) 85-Jährigen bei zirka 55 Personen pro 1.000 EinwohnerInnen der Fall ist. Bei den höheren Altersgruppen überwiegen Grippe und Pneumonie sowie chronische Erkrankungen der unteren Atemwege als Grund für einen Krankenhausaufenthalt. Insgesamt ist die Betroffenenquote in den letzten Jahren minimal geringer geworden. Im Jahr 2003 kamen auf 1.000 EinwohnerInnen 19 Personen mit einem einschlägigen Krankenhausaufenthalt, 2008 liegt die Betroffenenquote bei 17 pro 1.000 EinwohnerInnen.

²³ Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Abbildung 47: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Atemwegserkrankungen - Betroffene Personen 2008 nach Alter und Geschlecht



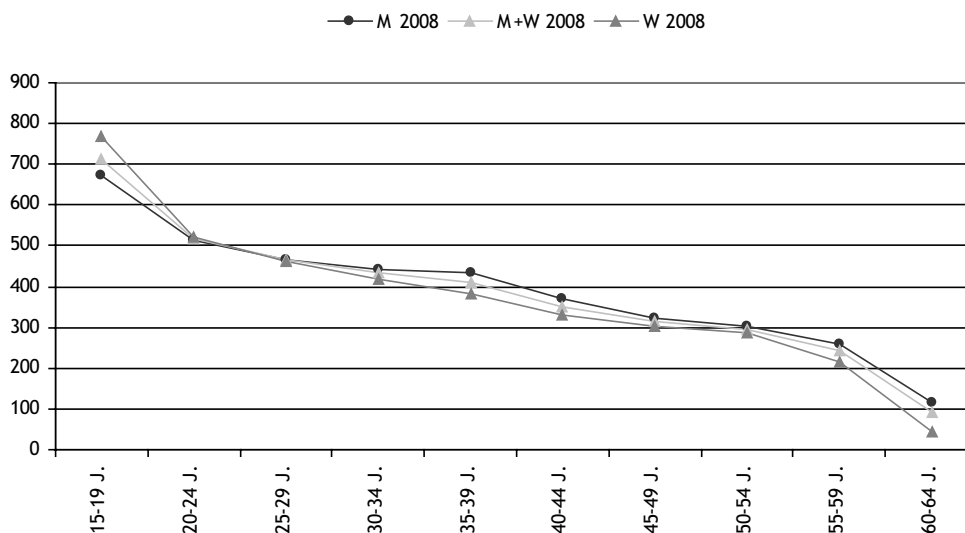
Innerhalb eines Jahres von einem KH-Aufenthalt betroffene Personen pro 1.000 Ew.; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich; Hauptdiagnose ICD-10: J00-J99
 Quelle: OÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen)

Krankenstand

24 Prozent aller Krankenstandstage werden von Krankheiten des Atmungssystems verursacht. Dabei ist ein Unterschied zwischen ArbeiterInnen und Angestellten auszumachen: Bei angestellten Männern und Frauen sind 28 Prozent aller Krankenstandstage auf Erkrankungen des Atmungssystems zurückzuführen, während es bei Arbeitern und Arbeiterinnen nur jeweils 21 Prozent sind.

Insgesamt liegt die Betroffenenquote bei 398 pro 1.000 Beschäftigte im Jahr (Männer: 408 pro 1.000; Frauen: 386 pro 1.000). Häufigste Ursachen für einen Krankenstand sind dabei akute Infekte der oberen Atemwege. Der Anteil der betroffenen Beschäftigten sinkt mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab: Während die Betroffenenquote bei den 15- bis 19-Jährigen noch bei gut 700 pro 1.000 Beschäftigten liegt, sind bei den 60- bis 64-Jährigen nur noch knapp 100 von 1.000 Beschäftigten von einem diesbezüglichen Krankenstand betroffen (**Abbildung 48**).

Abbildung 48: Krankenstand aufgrund von Atemwegserkrankungen - Betroffene Personen 2008 nach Alter und Geschlecht



Innerhalb eines Jahres von einem Krankenstand betroffene Personen pro 1.000 Beschäftigte; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich; Hauptdiagnose ICD-10: J00-J99
 Quelle: OÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen)

Medikamentenverordnungen

Insgesamt 6 Prozent aller Medikamentenverordnungen betreffen das Atmungssystem. An rund 79 von 1.000 Personen werden innerhalb eines Jahres Medikamente zur Behandlung von Atemwegserkrankungen verabreicht

(Männer 82 und Frauen 77 pro 1.000). Die Betroffenenquote steigt mit zunehmendem Alter an. Unter den 45- bis 49-Jährigen sind 68 von 1.000 betroffen, unter den 60- bis 64-Jährigen 121 und unter den 80- bis 84-Jährigen 137 von 1.000.

Fakten:

- Im Jahr 2008 verstarben 743 OberösterreicherInnen an den Folgen einer Atemwegserkrankung (Männer: 383; Frauen: 360). Damit stellen Krankheiten der Atmungsorgane nach Herz-Kreislaufkrankungen und Krebserkrankungen die dritthäufigste Todesursache in Oberösterreich dar.
- Insgesamt leiden etwa 4 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung an chronischer Bronchitis oder einem Lungenemphysem. Jeweils 2 Prozent sind von allergischem Asthma bronchiale oder einer anderen Form von Asthma bronchiale betroffen.

- 6 Prozent aller Krankenhausaufenthalte werden von Krankheiten des Atmungssystems verursacht (Männer: 7 Prozent; Frauen: 4 Prozent). Die durchschnittliche Dauer eines diesbezüglichen Krankenhausaufenthaltes beträgt 6,5 Tage.

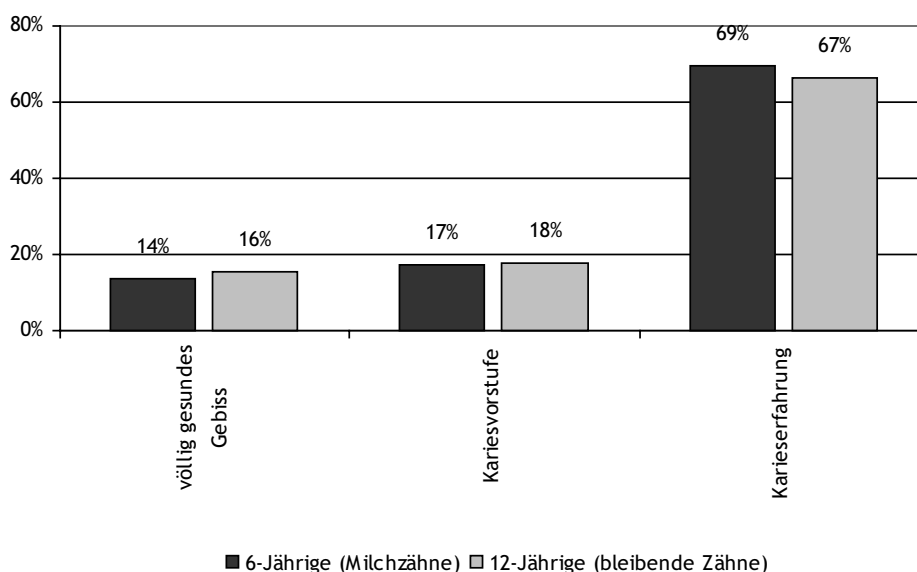
5.3.5. Zahngesundheit

Kariesmorbidity bei Schulkindern

Karies ist die Haupterkrankung im Mundbereich und die meistverbreitete Erkrankung des Menschen überhaupt.

Da manifeste Karies nicht heilbar ist und deren Therapie enorm hohe Kosten verursacht, werden Präventionsmaßnahmen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung große Bedeutung zugemessen.²⁵

Abbildung 49: Zahnstatus bei 6- und 12-Jährigen (Kariesmorbidity)



Quelle: GÖG/ÖBIG: Zahnstatuserhebungen 2009 (6-Jährige) und 2010 (12-Jährige)

Bei den 6-jährigen Kindern haben 14 Prozent (Buben: 12 Prozent; Mädchen: 15 Prozent) ein völlig gesundes Gebiss und weitere 17 Prozent (Buben: 16 Prozent; Mädchen: 18 Prozent) haben eine Kariesvorstufe, die gemäß WHO-Definition ebenfalls als kariesfrei gilt. 69 Prozent der 6-Jährigen haben Erfahrung mit Karies (Buben: 72 Prozent; Mädchen: 67 Prozent). Bei 57 Prozent der 6-jährigen Kinder bestand zum Zeitpunkt der Zahnstatuserhebung Behandlungsbedarf und bei weiteren gut 12 Prozent wurde ein saniertes Gebiss ohne akuten Behandlungsbedarf festgestellt.²⁴ Österreichweit haben 28 Prozent der 6-Jährigen ein völlig gesundes Gebiss und 14 Prozent eine Kariesvorstufe, die ebenfalls als kariesfrei gilt. Bei den 12-Jährigen weisen 16 Prozent (Buben: 15 Prozent; Mädchen: 17 Prozent) ein völlig gesundes Gebiss auf und 18 Prozent (Buben: 19 Prozent; Mädchen: 17 Prozent) haben eine Kariesvorstufe. Gut zwei Drittel (67 Prozent) haben bereits Erfahrung mit Karies gemacht: Bei 22 Prozent der 12-jährigen Kinder bestand zum Zeitpunkt

der Zahnstatuserhebung Behandlungsbedarf, 22 Prozent wiesen Mikrokavitäten²⁶ auf und bei weiteren 22 Prozent wurde ein saniertes Gebiss ohne akuten Behandlungsbedarf festgestellt.²⁷ Österreichweit haben 26 Prozent der 12-Jährigen ein völlig gesundes Gebiss und 19 Prozent haben eine Kariesvorstufe. Sowohl bei den 6-Jährigen als auch bei den 12-Jährigen sind Kinder mit Migrationshintergrund häufiger von Karies betroffen. Generell kann in Industrieländern mittlerweile²⁸ von einer Polarisation des Kariesbefalls beim bleibenden Gebiss von Kindern und Jugendlichen gesprochen werden. Das bedeutet, dass lediglich etwa 20 bis 30 Prozent der Kinder und Jugendlichen etwa 70 bis 80 Prozent des Gesamtkariesbefalls auf sich vereinen. Diese Kariesrisikogruppe kann als Personengruppe mit niedrigem sozioökonomischen Status und Migrationshintergrund beschrieben werden.²⁹ Weitere Informationen zum Thema soziale Determinanten der Gesundheit finden sich im Kapitel 8 des vorliegenden Berichtes.

²⁴ Himmelbauer 2010a, S. 13

²⁵ Birgmann, Meggeneder 2005, S. 27

²⁶ lokaler Schmelzeinbruch im opaken oder verfärbten Schmelz

²⁷ Himmelbauer 2010b, S. 14

²⁸ als Folge einer insgesamt niedriger werdenden Kariesprävalenz in den letzten Jahrzehnten

²⁹ Drosen et al. 2010, S. 1197

Kariesprävalenz bei Schulkindern

Anhand des d3mft-Indexes³⁰, der sich aus der Anzahl der behandlungsbedürftigen, fehlenden und gefüllten Milchzähne zusammensetzt, kann der Kariesbefall im Milchgebiss zahnbezogen ausgewiesen werden. Oberösterreichs 6-jährige Kinder haben durchschnittlich 16 Milchzähne.

Durchschnittlich sind im Milchgebiss von 6-jährigen oberösterreichischen Kindern 2,4 Zähne (Buben: 2,6; Mädchen: 2,3) von Karies betroffen (Österreichweit: 1,6), 0,4 Zähne fehlen kariesbedingt und durchschnittlich 1,2 Zähne weisen eine Füllung auf (**Tabelle 7**).³¹

Tabelle 7: Kariesprävalenz bei 6-Jährigen (d3mft-Index) auf Milchzahnebene nach Komponenten und Geschlecht

Diagnose	Mädchen	Buben	Gesamt
Kariöse Zähne (d3)	2,3	2,6	2,4
Fehlende Zähne (m)	0,5	0,4	0,4
Gefüllte Zähne (f)	1,2	1,2	1,2
d3mft	3,9	4,2	4

Quelle: GÖG/ÖBIG: Zahnstaturhebung 2009

d3mft-Wert = die durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne im Milchgebiss

Bei den 12-Jährigen wird der D3MFT-Index herangezogen, welcher den Kariesbefund im bleibenden Gebiss zahnbezogen angibt. Oberösterreichs 12-Jährige haben durchschnittlich 26 bleibende Zähne. Der in der Erhebung ermittelte durchschnittliche D3MFT-Indexwert pro Person

beträgt bei den 12-Jährigen im Durchschnitt 2,4 (Buben: 2,3; Mädchen: 2,5; Österreichweit: 1,6). Gut die Hälfte des Index (D3 = 1,2) sind auf (aktive) kariöse Veränderungen zurückzuführen. Durchschnittlich 1,2 Zähne sind gefüllt und 0,4 Zähne fehlen kariesbedingt.³²

Tabelle 8: Kariesprävalenz bei 12-Jährigen (D3MFT-Index) auf Zahnebene nach Komponenten und Geschlecht

Diagnose	Mädchen	Buben	Gesamt
Kariöse Zähne (D3)	1,3	1,2	1,2
Fehlende Zähne (M)	0,1	0,1	0,1
Gefüllte Zähne (F)	1,2	1,1	1,1
D3MFT	2,5	2,3	2,4

Quelle: GÖG/ÖBIG: Zahnstaturhebung 2010

D3MFT-Wert = die durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne im bleibenden Gebiss

³⁰ dmft steht für: decayed (kariös) missing (fehlend) filled (gefüllt) teeth

³¹ Himmelbauer 2010a, S. 16

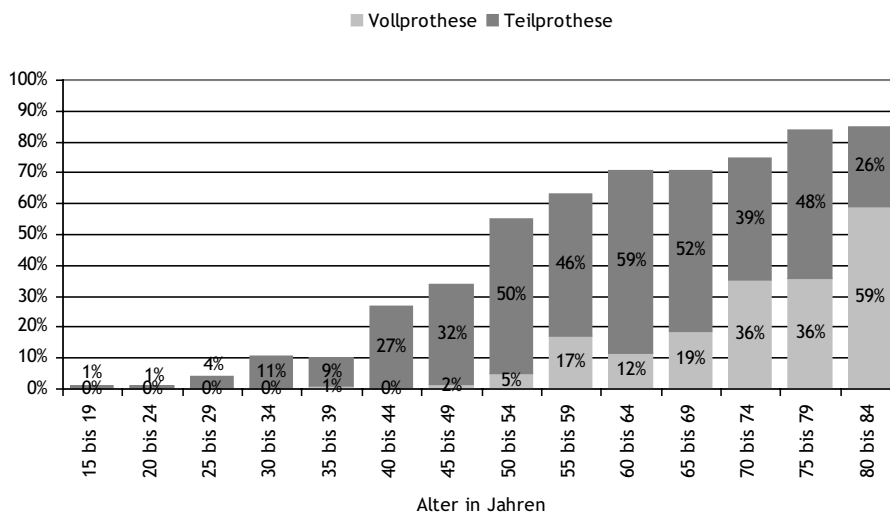
³² Himmelbauer 2010b, S. 17

Zahnprothesen

Die häufigsten Ursachen für Zahnverlust sind Karies und Parodontitis, aber auch Unfälle können eine Rolle spielen. Insgesamt 9 Prozent der oberösterreichischen Männer und 15 Prozent der Frauen haben eine Vollprothese, weitere 28 Prozent der Männer und 32 Prozent der Frauen eine Teilprothese. 61 Prozent der Männer und 51 Prozent der Frauen haben noch die eigenen Zähne und benöti-

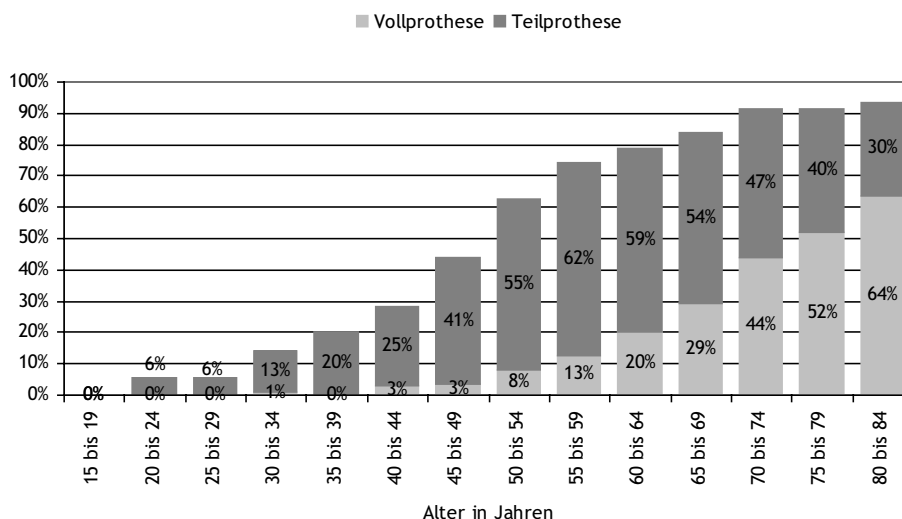
gen weder eine Teil- noch eine Vollprothese. Der Anteil an ProthesenträgerInnen nimmt klarerweise mit dem Alter bei beiden Geschlechtern stark zu. Etwa ab dem 50. Lebensjahr haben mehr als die Hälfte der Männer und Frauen eine Teil- oder Vollprothese (**Abbildung 50** und **Abbildung 51**). Insgesamt etwa 1 Prozent der Menschen haben keine eigenen Zähne mehr und sind gleichzeitig nicht mit einer Prothese versorgt.

Abbildung 50: Zahnersatz nach Alter - Männer



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Abbildung 51: Zahnersatz nach Alter - Frauen



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Das Gesundheitsziel 2 der Oberösterreichischen Gesundheitsziele 2000-2010 bezieht sich auf das Thema Zahngesundheit (siehe Kapitel 11).

Fakten:

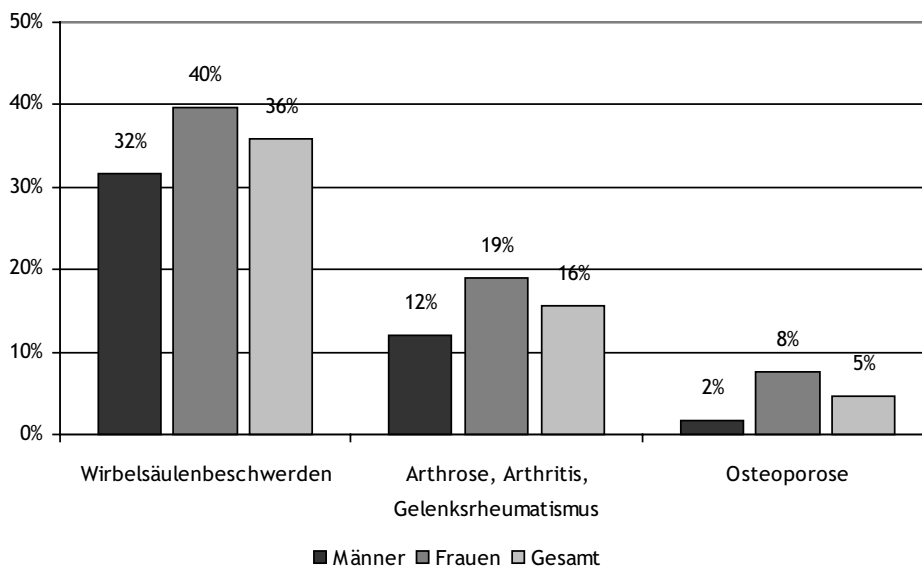
- 31 Prozent der 6-Jährigen und 34 Prozent der 12-Jährigen sind gemäß der WHO-Definition kariessfrei. Kinder mit Migrationshintergrund sind häufiger von Karies betroffen.
- 6-Jährige weisen im Durchschnitt 4 kariöse, fehlende oder sanierte Zähne im Milchgebiss auf (d3mft-Wert = 4).
- 12-Jährige weisen im Durchschnitt 2,4 kariöse, fehlende oder sanierte Zähne im bleibenden Gebiss auf (D3MFT-Wert = 2,4).
- Insgesamt 9 Prozent der oberösterreichischen Männer und 15 Prozent der Frauen haben eine Vollprothese, weitere 28 Prozent der Männer und 32 Prozent der Frauen eine Teilprothese.

5.3.6. Bewegungs- und Stützapparat

Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates sind in der oberösterreichischen Bevölkerung weit verbreitet. Dabei sind Frauen von allen angeführten Erkrankungen des Bewegungsapparates häufiger betroffen als Männer (**Abbildung 52**). 32 Prozent der Männer (österreichweit 31 Prozent) und sogar 40 Prozent der Frauen (österreichweit 35 Prozent) leiden an Wirbelsäulenbeschwerden. Wie in Gesamtösterreich sind in Oberösterreich 19 Pro-

zent der Frauen und 12 Prozent der Männer von Arthrose, Arthritis oder Gelenksrheumatismus betroffen. Insgesamt 8 Prozent der Oberösterreicherinnen und 2 Prozent der Oberösterreicher klagen über Osteoporose - auch diese Werte unterscheiden sich nicht von jenen Gesamtösterreichs.

Abbildung 52: Prävalenz von Krankheiten des Bewegungsapparates

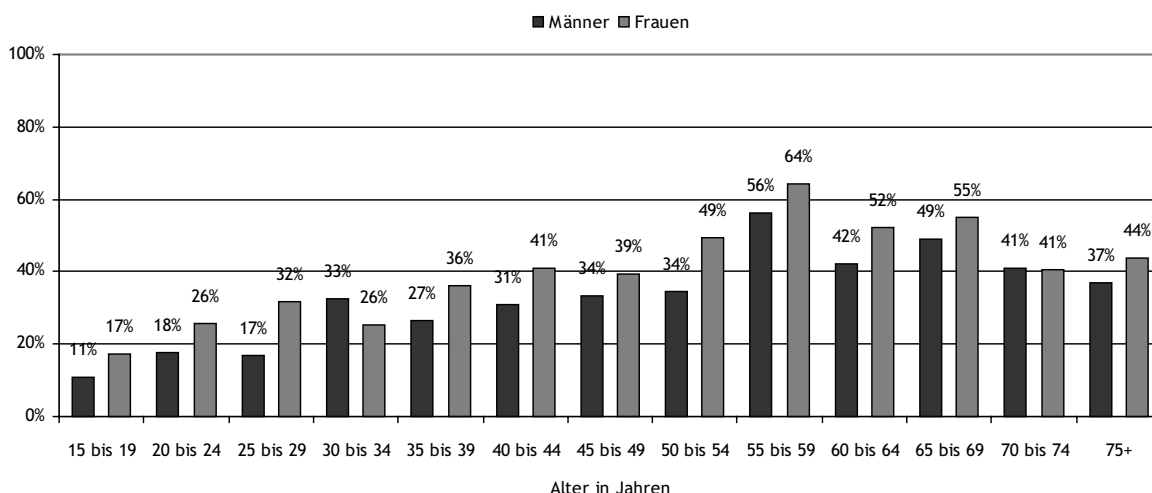


Anteil der Personen, die in den letzten zwölf Monaten von jeweiliger Krankheit/Beschwerde betroffen waren
 Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Wirbelsäulenbeschwerden spielen bereits in jungen Jahren eine Rolle (**Abbildung 53**). Bereits in der jüngsten betrachteten Altersgruppe klagen 11 Prozent der Männer und 17 Prozent der Frauen über Beschwerden innerhalb der letzten zwölf Monate. Erwartungsgemäß nimmt die Beschwerdelast mit steigendem Alter zuerst tendenziell zu. Den Höhepunkt erreicht sie bei Männern (56 Prozent)

und Frauen (64 Prozent) im Alter zwischen 55 und 59 Jahren. Interessanterweise ist in den höheren Altersgruppen bei beiden Geschlechtern ein leichter Rückgang zu beobachten. Dies könnte mit dem Ausscheiden aus dem Berufsleben und den damit wegfallenden Belastungen der Arbeitswelt zusammenhängen.

Abbildung 53: Wirbelsäulenbeschwerden nach Alter und Geschlecht



Anteil der Personen, die in den letzten zwölf Monaten von Wirbelsäulenbeschwerden betroffen waren

Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

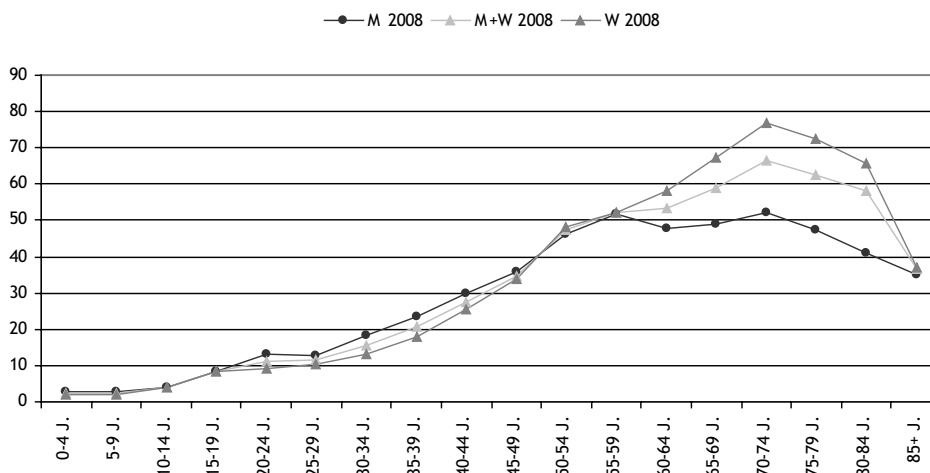
Krankenhausaufenthalte

10 Prozent aller Krankenhausaufenthalte werden von Krankheiten des Bewegungsapparates verursacht. Die durchschnittliche Dauer eines diesbezüglichen Krankenhausaufenthaltes beträgt 6,8 Tage.

In ganz jungen Jahren sind nur sehr wenige Personen von Krankenhausaufenthalten aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates betroffen (Abbildung 54). Etwa ab dem 30. Lebensjahr ist eine kontinuierliche Zunahme von

Betroffenen zu beobachten: Während in der Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen etwa 16 Personen pro 1.000 EinwohnerInnen einen einschlägigen Krankenhausaufenthalt aufweisen, sind es in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen zirka 52 Personen pro 1.000 EinwohnerInnen. Bis zum 75. Lebensjahr steigt die Betroffenenquote bei den Frauen weiter an, während sie bei den Männern eher gleich bleibt. Ab dem 75. Lebensjahr ist bei beiden Geschlechtern ein Rückgang in der Betroffenenquote festzustellen.

Abbildung 54: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates - Betroffene Personen 2008 nach Alter und Geschlecht



Innerhalb eines Jahres von einem KH-Aufenthalt betroffene Personen pro 1.000 Ew.; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich; Hauptdiagnose ICD-10: M00-M99

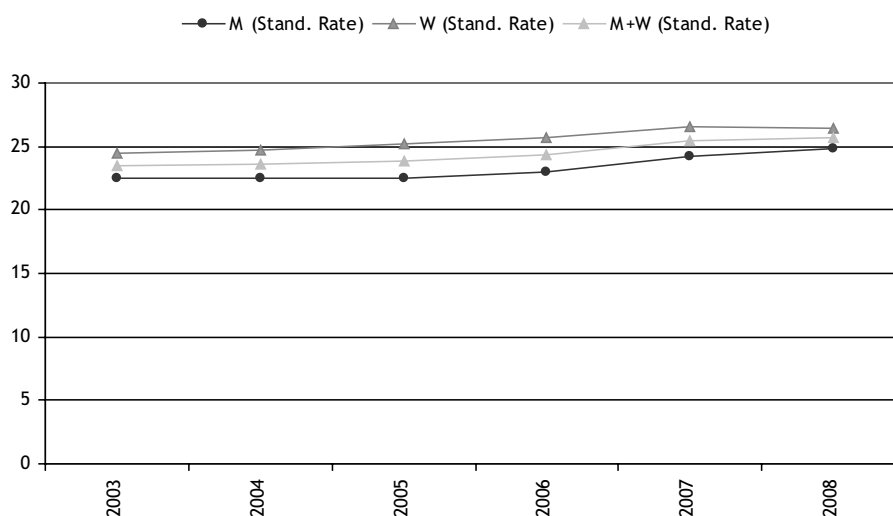
Quelle: OÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen)

BEEINTRÄCHTIGUNGEN DER GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSRISKEN

Betrachtet man die Betroffenenquote im Zeitverlauf von 2003 bis 2008, so ist eine leichte, stetige Zunahme bei beiden Geschlechtern zu beobachten (**Abbildung 55**).

Insgesamt ist die Betroffenenquote von knapp 24 pro 1.000 EinwohnerInnen im Jahr 2003 auf knapp 26 pro 1.000 EinwohnerInnen im Jahr 2008 angestiegen.

Abbildung 55: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates - Betroffene Personen 2003 bis 2008



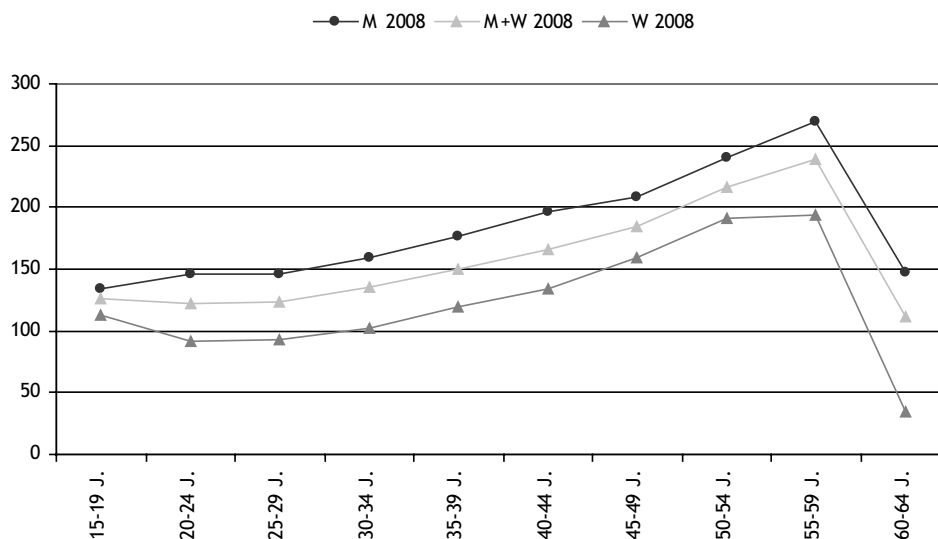
Innerhalb eines Jahres von einem KH-Aufenthalt betroffene Personen pro 1.000 Ew.; standardisiert auf Neue Europa Standardbevölkerung; nur Versicherte der ÖÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich; Hauptdiagnose ICD-10: M00-M99
Quelle: ÖÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen)

Krankenstand

Beinahe ein Viertel aller Krankenstandstage werden von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates verursacht. Dabei ist ein Unterschied zwischen ArbeiterInnen und Angestellten auszumachen: Bei Arbeitern und Arbeiterinnen sind 25 bzw. 26 Prozent aller Krankenstandstage auf Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates zurückzuführen, während es bei Angestellten „nur“ 19 Prozent aller Krankenstandstage bei den Männern und 18 Prozent aller Krankenstandstage bei den Frauen sind.

Insgesamt liegt die Betroffenenquote bei 160 pro 1.000 Beschäftigte im Jahr (Männer: 183 pro 1.000; Frauen: 131 pro 1.000). Während die Betroffenenquote in jungen Jahren noch zwischen 122 und 125 pro 1.000 liegt, steigt sie ab dem 30. Lebensjahr kontinuierlich an (**Abbildung 56**).

Abbildung 56: Krankenstand aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates - Betroffene Personen 2008 nach Alter und Geschlecht



Innerhalb eines Jahres von einem Krankenstand betroffene Personen pro 1.000 Beschäftigte; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich; Hauptdiagnose ICD-10: M00-M99
 Quelle: OÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen)

In der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen sind 239 pro 1.000 Beschäftigte im Jahr von (zumindest) einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates betroffen (Männer: 269 pro 1.000,

Frauen: 193 pro 1.000). Ab dem 60. Lebensjahr ist ein starker Rückgang zu beobachten, der mit dem Ausscheiden der gesundheitlich stärker Belasteten aus dem Erwerbsleben zusammenhängen dürfte.

Fakten:

- 32 Prozent der Männer und sogar 40 Prozent der Frauen leiden an Wirbelsäulenbeschwerden. 12 Prozent der Männer und 19 Prozent der Frauen sind von Arthrose, Arthritis oder Gelenksrheumatismus betroffen. 2 Prozent der Männer und 8 Prozent der Frauen leiden an Osteoporose.
- 10 Prozent aller Krankenhausaufenthalte werden von Krankheiten des Bewegungsapparates verursacht. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer eines diesbezüglichen Krankenhausaufenthaltes beträgt 6,8 Tage.

- Beinahe ein Viertel aller Krankenstandstage werden von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates verursacht. 160 von 1.000 Beschäftigten weisen im Jahr (zumindest) einen Krankenstand aufgrund einer Erkrankung des Bewegungs- und Stützapparates auf (Männer: 183 pro 1.000; Frauen: 131 pro 1.000).

5.4. Psychische Erkrankungen und mentale Störungen

Psychische Gesundheit und Krankheit können als entgegengesetzte Bereiche auf einem Kontinuum aufgefasst werden, das mit zunehmender Stärke und Dauer der Symptome von völligem Wohlbefinden und „normalen“ Stimmungsschwankungen auf der einen Seite bis hin zu klinisch relevanten Störungen der Psyche reicht.³³

Der Themenbereich psychosoziale Erkrankungen umfasst eine Vielzahl von Krankheitsbildern mit unterschiedlichsten Symptomen und Schweregraden. Die meisten psychischen Erkrankungen sind von Faktoren auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene beeinflusst.³⁴ Die Bandbreite reicht von Schizophrenie über affektive Störungen (wie bspw. Depression) bis hin zu Suchterkrankungen. Aus der Vielzahl an Krankheitsbildern, die zur Gruppe der psychiatrischen Erkrankungen zählen, werden nachfolgend die bedeutendsten kurz genannt:

- Unter die **affektiven Störungen** (F30-39 nach ICD-10) fallen vor allem die verschiedenen Ausformungen depressiver Störungen. Dazu zählen die eigentliche depressive Episode („major depression“), dysthyme Störungen, kurzfristige depressive Anpassungsstörungen und wiederkehrende kurze Depressionen („brief recurrent depression“). Dysthymie ist eine leichtere, aber chronische depressive Verstimmung.³⁵
- Zu den **neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen** (F40-48 nach ICD-10) zählen die verschiedenen Formen der Angststörungen und Phobien. Zu den so genannten „phobischen Störungen“ gehören Agoraphobie („Platzangst“: Angst vor großen Plätzen und Menschenmengen etc.), soziale Phobie (Ängste vor sozialen Situationen und die Befürchtung in diesen Situationen zu versagen) und spezifische (isolierte) Phobien (darunter fallen dauerhafte und unangemessene exzessive Angstzustände, die von bestimmten Objekten oder Situationen ausgelöst werden, z.B. vor bestimmten Tieren oder Flugangst). Zu den sonstigen Angststörungen zählen Panikstörung, generalisierte Angststörung und verschiedene Mischbilder.³⁶ Somatoforme Störungen sind durch wiederholtes oder anhaltendes Auftreten von körperlichen Beschwerden gekennzeichnet, die nicht durch eine physische Erkrankung erklärt werden können.³⁷
- Zu den Erscheinungsbildern der **Störungen durch psychoaktive Substanzen** (F10 - F19 nach ICD-10) zählen vor allem akute Intoxikation, schädlicher Gebrauch, Abhängigkeits- und Entzugssyndrom. In unserem Kulturkreis spielt in diesem Zusammenhang Alkohol die wichtigste Rolle.³⁸
- Die verschiedenen Typen **schizophrener Erkrankungen** (F20-F29 nach ICD-10) äußern sich in Störungen des Denkens, der Wahrnehmung oder des Affektes bei sonst klarem Bewusstsein. Abgesehen von dieser Gemeinsamkeit zeigen sich sehr unterschiedliche Krankheitsbilder.³⁹
- Demenz zählt zur Gruppe der **organischen bzw. symptomatischen psychischen Störungen** (F00-F09 nach ICD-10). Von Demenz sind vor allem Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter betroffen. Der Großteil der Demenzerkrankungen ist durch die Alzheimersche Erkrankung verursacht.⁴⁰

Psychische Erkrankungen sind in Österreich bereits der zweithäufigste Grund für die vorzeitige Pensionierung (Invaliditätspension). 2009 gingen 30,4 Prozent aller Neuzuerkennungen auf psychiatrische Diagnosen zurück (knapp hinter den Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates mit 31,6 Prozent). Bei Frauen waren psychische Erkrankungen (mit 41,7 Prozent) sogar mit Abstand der häufigste Grund für eine vorzeitige Pensionierung (vor den Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates mit 26,2 Prozent). Bei Männern lagen sie mit 23,9 Prozent nach den Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (34,7 Prozent) an zweiter Stelle. Während vorzeitige Pensionierungen infolge von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates rückläufig sind, ist ein deutlicher Anstieg der durch psychische Erkrankungen bedingten Frühpensionierungen zu beobachten (1995 gingen noch 9,4 Prozent der Frühpensionierungen bei Männern und 14,0 Prozent derer von Frauen auf diese Erkrankungsgruppe zurück).⁴¹

5.4.1. Psychische Gesundheit als Kontinuum

Psychische Gesundheit kann nicht nur daran gemessen werden, ob eine diagnostizierte psychische Erkrankung vorliegt oder nicht. Es gibt verschiedene Instrumente das psychische Wohlbefinden zu erfassen. Eine Möglichkeit stellt die Dimension „Psychisches Wohlbefinden“ des SF-36- Fragebogens (einem Instrument zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität) dar.⁴² Dabei wird aus den Angaben darüber, wie oft sich eine Person in den letzten vier Wochen nervös, niedergeschlagen, ruhig und gelassen, bedrückt und traurig oder glücklich gefühlt hat ein Index berechnet, der sich der emotionalen Grundstimmung annähert.

Die Hälfte der oberösterreichischen Bevölkerung weist auf dieser Skala einen Punktwert über 85 von 100 Punkten auf. Der Mittelwert beträgt 79,4 Punkte. Personen, die angeben, dass sie innerhalb der letzten zwölf Monate unter chronischen Angstzuständen bzw. Depression gelitten haben, erreichen im Durchschnitt nur 55,3 Punkte (**Abbildung 57**).

³³ Urbas 2004, S. 36

³⁴ WHO 2001, S. 3-13

³⁵ Statistisches Bundesamt 1998, S. 219

³⁶ Wittchen, Jacobi 2004, S. 8ff

³⁷ Medizinische Universität Wien

³⁸ Preinsberger 2004, S. 160

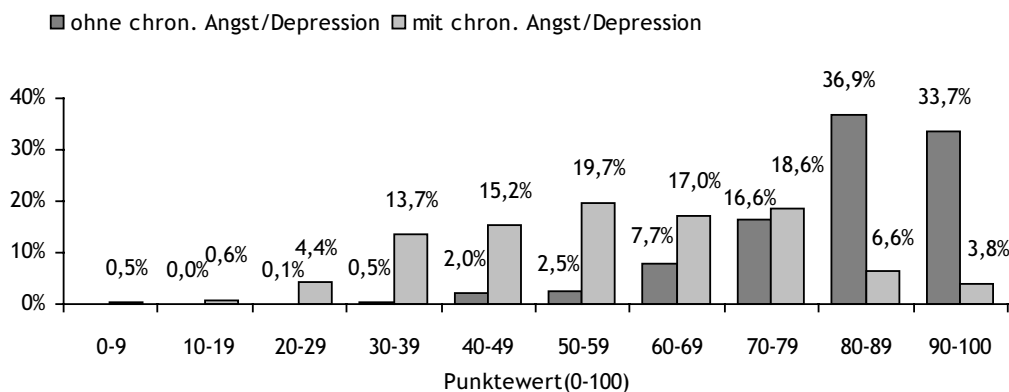
³⁹ Statistisches Bundesamt 1998, S. 213

⁴⁰ Statistisches Bundesamt 1998, S. 209

⁴¹ BMASK 2009

⁴² Die Dimension „Psychisches Wohlbefinden“ des MOS SF-36 ist auch unter der Bezeichnung „Mental Health Index“ (MHI-5) bekannt. Der ursprüngliche Wertebereich (5 bis 30 Punkte) wurde aus Gründen der Anschaulichkeit auf den Wertebereich von 0 bis 100 umgerechnet.

Abbildung 57: Psychische Gesundheit (SF-36-Psychisches Wohlbefinden)



SF-36 Dimension Psychisches Wohlbefinden (umgerechnet auf Skalenwerte 0 - Geringes Wohlbefinden bis 100 - Hohes Wohlbefinden); Anteil der Personen mit bzw. ohne chronische Angstzustände bzw. Depression
 Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

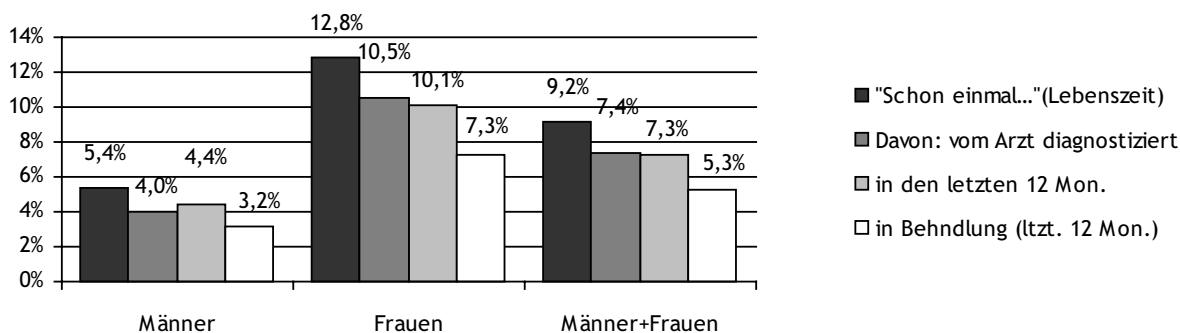
5.4.2. Prävalenz von chronischen Angstzuständen und Depression

9,2 Prozent der OberösterreicherInnen über 15 Jahren geben an, dass sie schon ein Mal in ihrem Leben unter chronischen Angstzuständen oder Depression gelitten haben (Lebenszeitprävalenz: Männer 5,4 Prozent, Frauen 12,8 Prozent). Davon geben 80 Prozent an, dass dieses Problem von einem Arzt bzw. einer Ärztin diagnostiziert wurde (Frauen mit 82 Prozent etwas häufiger als Männer mit 75 Prozent).

Bei 7,3 Prozent der Bevölkerung über 15 Jahren sind die Angstzustände bzw. Depressionen (auch) in den letzten zwölf Monaten aufgetreten (12-Monatsprävalenz: Männer

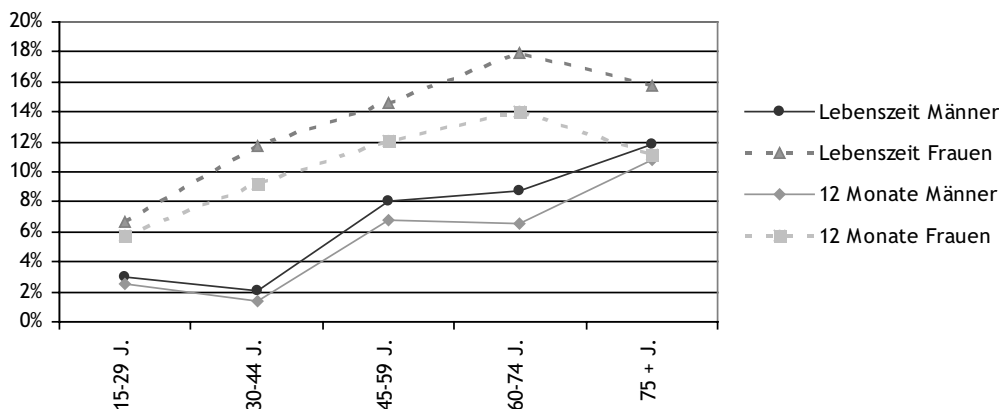
4,4 Prozent und Frauen 10,1 Prozent). 5,3 Prozent waren innerhalb der letzten 12 Monate wegen diesem Problem in Behandlung (Männer 3,2 und Frauen 7,3 Prozent). Mit zunehmendem Alter ist bei Männern und Frauen ein Anstieg der Prävalenz zu beobachten (siehe **Abbildung 59**). Im Vergleich zum österreichischen Bundesdurchschnitt lässt sich bei den oberösterreichischen Männern kein wesentlicher Unterschied feststellen (Lebenszeitprävalenz österreichweit 6,7 Prozent, 12-Monatsprävalenz österreichweit 5,3 Prozent). Bei den Frauen liegt Oberösterreich etwas über dem Durchschnitt der restlichen Bundesländer (Lebenszeitprävalenz österreichweit 10,6 Prozent, 12-Monatsprävalenz österreichweit 8,3 Prozent).

Abbildung 58: Chronische Angstzustände oder Depression (Lebenszeitprävalenz und 12-Monatsprävalenz, Behandlungsprävalenz, Diagnose durch Arzt/Ärztin)



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Abbildung 59: Chronische Angstzustände oder Depression nach Geschlecht und Altersgruppen (Lebenszeitprävalenz und 12-Monatsprävalenz)



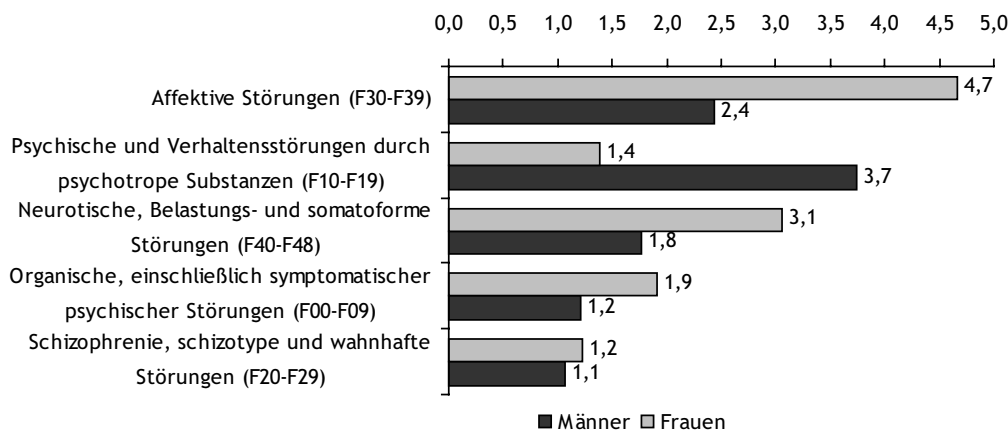
Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

5.4.3. Krankenhausaufenthalte

Wie schon festgestellt gehen insgesamt 5 Prozent der Krankenhausaufenthalte auf psychische und Verhaltensstörungen zurück. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist (mit rund 16 Tagen) vergleichsweise lang (siehe Kapitel 5.1.1.). Innerhalb eines Jahres sind 12,1 von 1.000 Personen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose in einem Krankenhaus in Behandlung (Männer 11,2 und Frauen 12,9 je 1.000). Die Betroffenenquote ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Zwischen 2003 und 2008 beträgt der Anstieg 26 Prozent (Männer 24 Prozent, Frauen 27 Prozent). Die häufigsten Hauptdiagnosen sind affektive

Störungen (3,6 Betroffene pro 1.000), psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, die vor allem Alkoholerkrankungen beinhalten (2,5 Betroffene je 1.000) und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (2,4 Betroffene je 1.000). Von Krankenhausaufenthalten aufgrund von affektiven Störungen sind Frauen deutlich häufiger betroffen (4,7 je 1.000) als Männer (2,4 je 1.000). Ähnliches gilt für neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Frauen 3,1 und Männer 1,8 je 1.000). Von Krankenhausaufenthalten infolge von Störungen durch psychotrope Substanzen sind vor allem Männer betroffen (Männer 3,7 und Frauen 1,4 je 1.000).

Abbildung 60: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von psychischen Erkrankungen 2005 bis 2008 nach Hauptdiagnose (ausgewählte Gruppen)



Betroffene je 1.000 EinwohnerInnen innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: F00-F99; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich

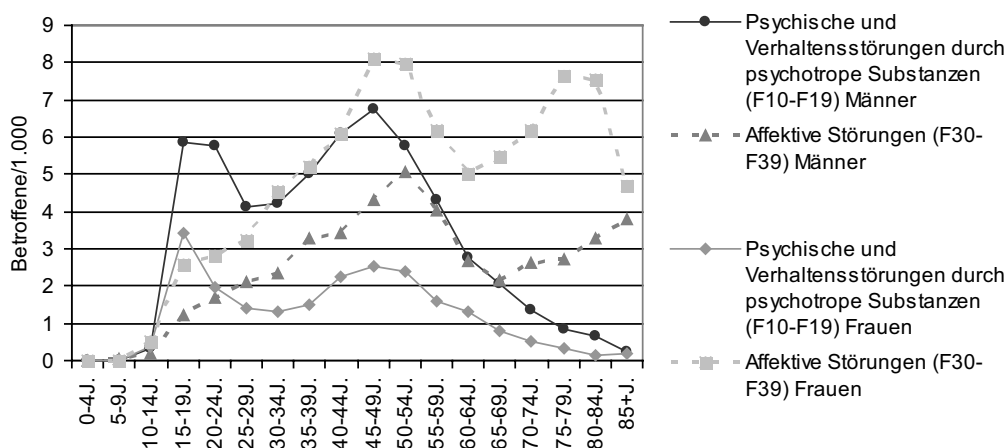
Quelle: OÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen)

Krankenhausaufenthalte aufgrund von affektiven Störungen sind vor allem in den Altersgruppen zwischen 45 und 59 Jahren stark verbreitet, bei Frauen auch zwischen dem 70. und 85. Lebensjahr. Die Rate steigt bis zur Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen (sowohl bei Männern als auch bei Frauen) an. In dieser Altersgruppe beträgt die Betroffenenquote bei Frauen rund acht Betroffene/1.000 und bei Männern über vier pro 1.000. In den Altersgruppen zwischen 55 und 65 Jahren sinkt die Rate wieder etwas ab. Im höheren Alter bis 70 Jahren beginnt die Betroffenenquote - insbesondere bei Frauen - wieder anzusteigen.

Störungen durch psychotrope Substanzen sind vor allem durch Alkoholkonsum verursacht (zu den Diagnosen zählen schädlicher Gebrauch, akute Intoxikation und vor allem Suchterkrankung). 84 Prozent der Krankenhausaufenthalte dieser Diagnosegruppen gehen auf Alkohol zurück.

Die Betroffenenquote der Männer liegt in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen bei knapp sechs je 1.000 und sinkt in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen auf gut vier Betroffene je 1.000. In den Altersgruppen zwischen 35 und 49 Jahren steigt die Rate wieder bis auf ein Niveau von rund sieben Betroffenen je 1.000 an und sinkt in den höheren Altersgruppen wieder ab. Bei den Frauen zeigt sich eine ähnliche Verteilung auf deutlich geringerem Niveau. Die höchste Rate weist die Altersgruppe zwischen 15 und 19 Jahren mit rund drei Betroffenen/1.000 auf. In der Altersgruppe von 45 bis 49 Jahren sind rund 2,5 von 1.000 betroffen. In den verschiedenen Altersgruppen sind unterschiedliche Diagnosen von Bedeutung. Während unter den Jüngeren bis 24 Jahren die akute Intoxikation (akuter Rausch) durch Alkohol eine gewisse Rolle spielt, tritt in den Altersgruppen über 30 Jahren vor allem die Alkoholabhängigkeit als Hauptdiagnose in den Vordergrund.

Abbildung 61: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von affektiven Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen



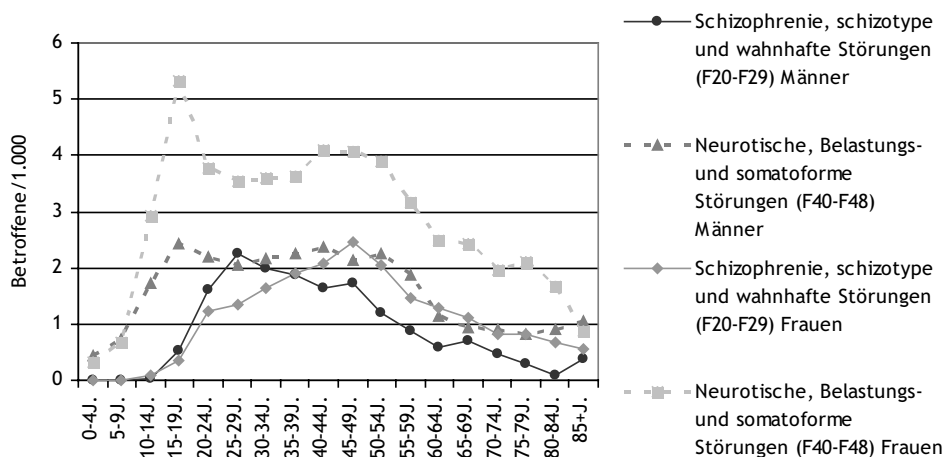
Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: F10-F19 und F30-F39 (Mittelwert 2005 bis 2008); nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich
 Quelle: OÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen)

Von Krankenhausaufenthalten infolge von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sind Frauen deutlich häufiger betroffen (3,1 je 1.000) als Männer (1,8 pro 1.000). Besonders hoch ist die Betroffenenquote bei Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren (5,3 je 1.000). In den Altersgruppen zwischen 20 und 39 Jahren sinkt die Rate wieder ab (auf 3,5 bis 3,8 Betroffene je 1.000) und steigt bei den 45- bis 54-jährigen Frauen wieder etwas an (3,9 bis 4,1 je 1.000). Im höheren Alter geht die Betroffenenrate sukzessive zurück. Bei Männern ist der Anteil

der von einem Krankenhausaufenthalt Betroffenen in den Altersgruppen zwischen 15 und 54 Jahren (mit 2,0 bis 2,4 je 1.000) am höchsten.

Von Krankenhausaufenthalten infolge von Schizophrenie oder ähnlicher Erkrankungen sind Männer und Frauen in etwa gleichermaßen betroffen, nur, dass diese bei Männern im Durchschnitt etwas früher auftreten. Die Betroffenenrate ist bei Männern der Altersgruppe 25 bis 29 Jahre am höchsten (2,2 Betroffene je 1.000), bei Frauen in der Altersgruppe 45 bis 49 Jahre (2,5 Betroffene je 1.000).

Abbildung 62: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Schizophrenie und wahnhaften Störungen bzw. neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen nach Altersgruppen



Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: F20-F29 und F40-F48 (Mittelwert 2005 bis 2008); nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich
Quelle: OÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen)

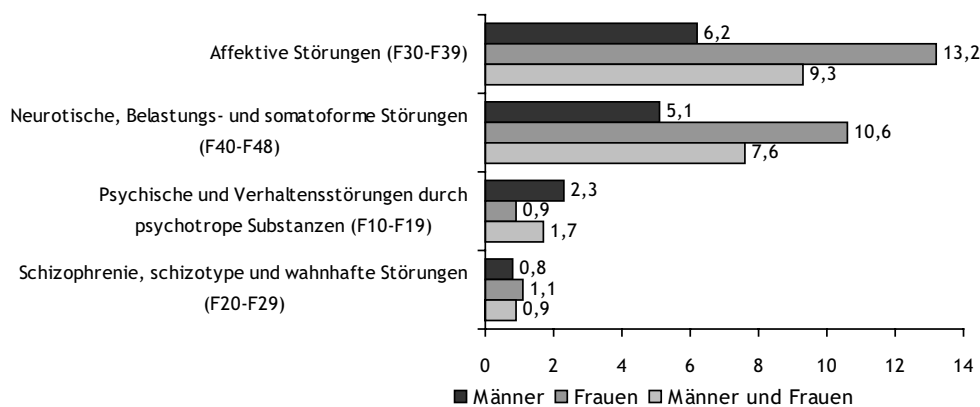
5.4.4. Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen

Psychische und Verhaltensstörungen machen 5 Prozent der Krankenstandstage aus, wobei der Anteil unter Angestellten (männlich und weiblich) höher ist als unter ArbeiterInnen und Frauen deutlich stärker betroffen sind (siehe Kapitel 5.1.2.).

Im Durchschnitt kommen auf 1.000 beschäftigte Männer 15,4, die innerhalb eines Jahres mindestens ein Mal wegen einer psychischen Störung in Krankenstand sind. Bei

Frauen ist die Rate mit 27,8 Betroffenen je 1.000 Beschäftigten wesentlich höher. Die Rate ist zwischen 2003 und 2008 deutlich angestiegen (Männer und Frauen zusammen: von 14,1 je 1.000 auf 21,0 Betroffene pro 1.000). Am häufigsten sind affektive Störungen (9,3 Betroffene je 1.000 Beschäftigte) und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (7,6 pro 1.000 Beschäftigte). Von beiden Erkrankungsgruppen sind Frauen häufiger betroffen.

Abbildung 63: Häufigste Diagnosen unter Krankenstandstagen psychischer Erkrankungen



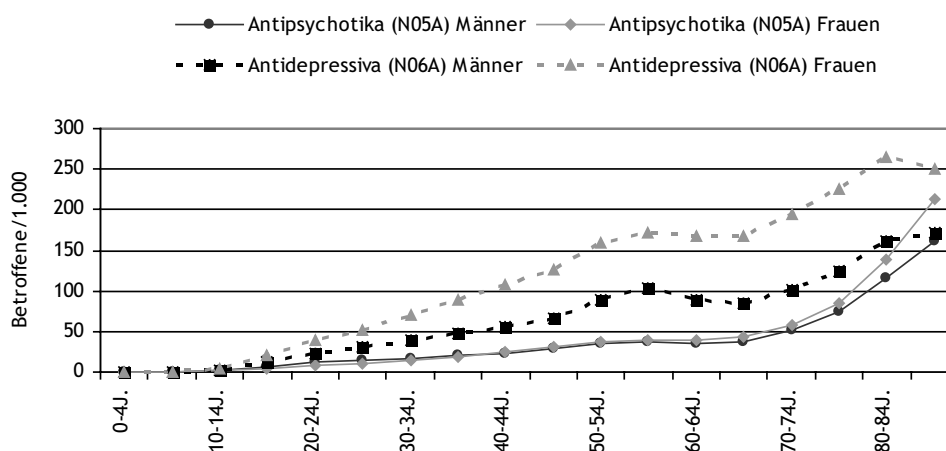
Betroffene Personen innerhalb eines Jahres; Mittelwert 2005-2008; nur erwerbstätige Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich
Quelle: OÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen)

5.4.5. Verordnung von Antidepressiva und Antipsychotika

Durchschnittlich werden innerhalb eines Jahres an 7,8 Prozent der OÖGKK-Versicherten mit Wohnsitz in Oberösterreich Antidepressiva verordnet. Frauen sind, mit 10,3 Prozent, deutlich stärker betroffen als Männer (5,0 Prozent). Der Anteil der Personen mit Antidepressivaverord-

nung steigt bis zur Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen kontinuierlich an (auf rund 17 Prozent bei Frauen und 10 Prozent der Männer). Ein weiterer Anstieg ist ab dem 65. Lebensjahr zu beobachten. Unter den über 80-jährigen Frauen erhalten rund 26 Prozent mindestens eine Antidepressivaverordnung im Jahr, unter den gleichaltrigen Männern rund 16 Prozent.

Abbildung 64: Personen mit Antidepressiva- bzw. Antipsychotikaverordnung



Personen mit mindestens einer Verordnung von Antidepressiva (ATC-N06A) oder Antipsychotika (N05A) innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2005 bis 2008); nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich
Quelle: OÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen)

Der Anteil der Personen, denen innerhalb eines Jahres Antipsychotika verabreicht wird, liegt bei 2,8 Prozent (Männer 2,3 Prozent und Frauen 3,3 Prozent). Der Anteil steigt mit zunehmendem Alter an und erreicht in den Altersgruppen zwischen 50 und 59 Jahren ein Niveau von rund 4 Prozent. Ab dem 70. Lebensjahr ist ein weiterer, deutlich steilerer, Anstieg zu beobachten. Unter den über 85-Jährigen erhalten rund ein Fünftel Antipsychotika, wobei bei Frauen deutlich häufiger betroffen sind als Männer.

5.4.6. Suizid

Psychische Erkrankungen gehen häufig mit einem erhöhten Risiko für Suizid einher. Umgekehrt ist der Großteil der Suizide auf psychische Problematiken zurückzuführen. Die Suizidrate liegt in Oberösterreich 2008 bei 14,6 Suiziden pro 1.000 EinwohnerInnen (Männer 21,7 und Frauen 7,8).

Das Ziel 4 der Oberösterreichischen Gesundheitsziele 2000-2010 bezieht sich auf das Thema psychosoziale Gesundheit. Näheres dazu findet sich im Kapitel 11.

Fakten:

- Psychische Erkrankungen sind bei Männern der zweithäufigste, bei Frauen sogar der häufigste Grund für eine vorzeitige Pensionierung (Invaliditätspension).
- Rund 10 Prozent der Frauen und 4 Prozent der Männer geben an, dass sie innerhalb der letzten zwölf Monate an chronischen Angstzuständen oder Depression gelitten haben.
- Innerhalb eines Jahres sind rund elf von 1.000 Männern und 13 von 1.000 Frauen wegen einer psychiatrischen Erkrankung in einem Krankenhaus in Behandlung. In den letzten Jahren ist ein deutlicher Anstieg zu beobachten. Die häufigsten Gründe sind affektive Störungen, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (insbesondere bei Frauen) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (insbesondere bei Männern).
- Von 1.000 berufstätigen Männern sind innerhalb eines Jahres rund 15, von 1.000 Frauen rund 28 wegen einer psychischen Erkrankung im Krankenhaus.
- An 7,8 Prozent der Bevölkerung werden innerhalb eines Jahres Antidepressiva verordnet (Männer 5,0 Prozent und Frauen 10,3 Prozent). 2,8 Prozent erhalten Antipsychotika (Männer 2,3 Prozent und Frauen 3,3 Prozent).

5.5. Schmerzen

Schmerzen bedeuten für die Betroffenen eine erhebliche Belastung und sind mit einer nicht zu unterschätzenden Verminderung der Lebensqualität verbunden. Zudem sind Schmerzen ein wesentlicher Grund für die Inanspruchnahme des Krankenversorgungssystems, für Krankenstand und für vorzeitige Pensionierung.

Rund ein Viertel der Erwerbstätigen, die innerhalb eines Jahres von Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule betroffen sind, weisen auch aus diesem Grund einen Krankenstand auf (Männer 30 Prozent, Frauen 23 Prozent). Die durchschnittliche Dauer des Krankenstandes beträgt 23 Tage (Männer 26 Tage, Frauen 18 Tage). Unter Erwerbstätigen mit Schmerzen im Beinbereich weisen 30 Prozent der Männer und 19 Prozent der Frauen deswegen einen Krankenstand auf, wobei die durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage bei den betroffenen Männern 29 Tage und bei Frauen 58 Tage pro Jahr beträgt. Bei 17 Prozent der Erwerbstätigen, die unter Kopfschmerzen leiden, verursacht dies auch Krankenstand (Männer 20 Prozent und Frauen 16 Prozent), wobei die Betroffenen im Durchschnitt 17 Tage pro Jahr der Arbeit fernbleiben (Männer 16 und Frauen 17 Tage).⁴³

Sozialstrukturelle Einflussfaktoren spielen für die Verbreitung von Schmerzen eine nicht zu unterschätzende Rolle. Beispielsweise weisen Männer unterer Einkommensschichten häufiger Schmerzen in den Bereichen Lendenwirbelsäule/Kreuz und Halswirbelsäule/Nacken, im Bein- und Schulterbereich sowie im Bereich der Brustwirbelsäule auf als gleichaltrige Männer aus hohen Einkommens-

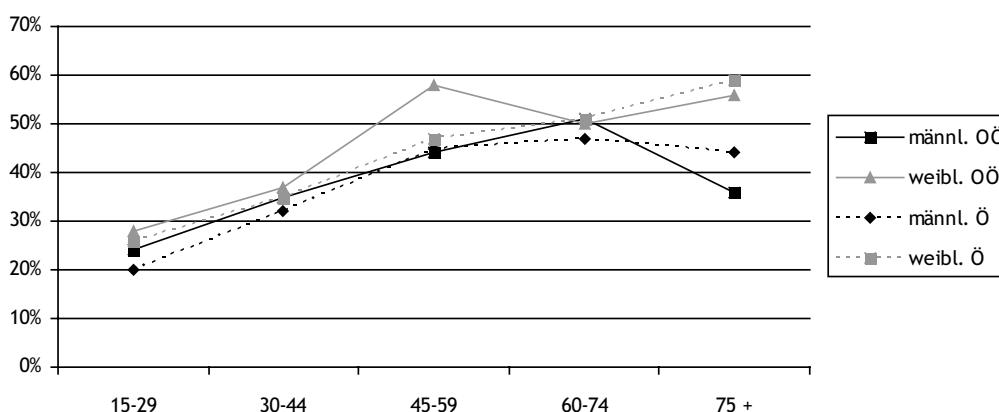
schichten. Frauen unterer Einkommensschichten leiden häufiger an Schmerzen im Beinbereich.⁴⁴

Männer mit Pflichtschulabschluss weisen ein deutlich höheres Risiko für Schmerzen in den Bereichen Lendenwirbelsäule, Beine, Schultern, Halswirbelsäule sowie Brustwirbelsäule auf als Männer mit höherem Bildungsabschluss. Bei Frauen trifft dies für Schmerzen im Beinbereich und Kopfschmerzen/Migräne zu.⁴⁵ Ein höheres Risiko für Schmerzen in verschiedenen Bereichen weisen auch Männer mit manuellen Berufen und in der Landwirtschaft tätige Männer auf.⁴⁶ Arbeitslose Männer weisen ein 1,9-faches und arbeitslose Frauen ein 2,7-faches Risiko für Schmerzen auf wie gleichaltrige Beschäftigte.⁴⁷ MigrantInnen aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens oder der Türkei sind um den Faktor 1,4 (Männer) bzw. 1,3 (Frauen) häufiger von erheblichen Schmerzen betroffen als InländerInnen gleichen Alters.⁴⁸ Weitere Informationen zu sozialen Determinanten der Gesundheit im Kapitel 8.

Verbreitung von Schmerzen und Schmerzorte

40,7 Prozent der über 15-jährigen OberösterreicherInnen geben an, dass sie innerhalb der letzten zwölf Monate unter erheblichen Schmerzen gelitten haben. Das liegt leicht über dem Bundesdurchschnitt (38,6 Prozent). Frauen sind häufiger betroffen (44,3 Prozent) als Männer (37,0 Prozent). Der Anteil der Betroffenen steigt mit dem Alter an. Auffällig ist der hohe Anteil der von Schmerzen Betroffenen unter den Frauen im Alter zwischen 45 und 59 Jahren (60 Prozent).

Abbildung 65: Erhebliche Schmerzen innerhalb der letzten 12 Monate



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

⁴³ Klimont et al. 2007, S. 21

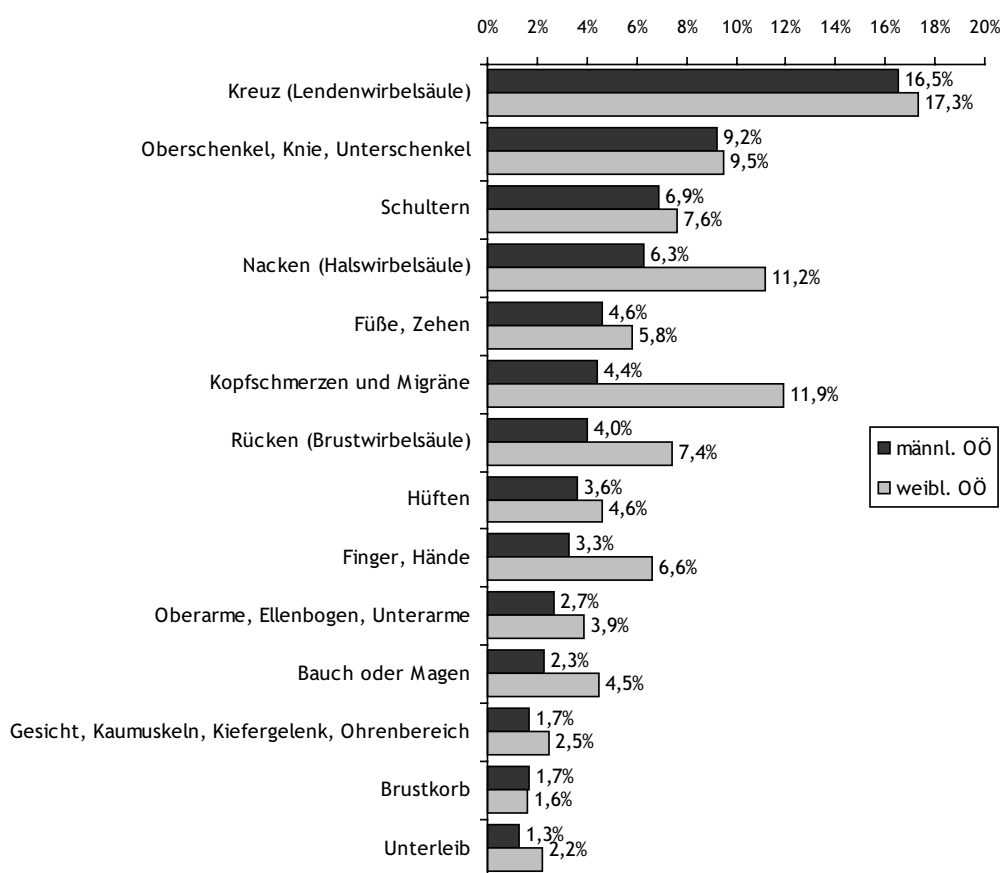
⁴⁴ Klimont et al. 2008, S. 26
⁴⁵ Klimont et al. 2008, S. 44
⁴⁶ Klimont et al. 2008, S. 59
⁴⁷ Klimont et al. 2008, S. 73
⁴⁸ Klimont et al. 2008, S. 86

BEEINTRÄCHTIGUNGEN DER GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSRISKEN

Am weitesten verbreitet sind Schmerzen im Bereich Lendenwirbelsäule/Kreuz. In Oberösterreich sind rund 17 Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahren innerhalb eines Jahres betroffen. Rund 9 Prozent geben Schmerzen an den Beinen (Oberschenkel/Knie/Unterschenkel) an und rund 7 Prozent im Bereich der Schultern. Von Schmerzen im Bereich Halswirbelsäule/Nacken sind Frauen deutlich

häufiger betroffen (11 Prozent) als Männer (6 Prozent). Zudem liegen Frauen in Oberösterreich diesbezüglich etwas über dem österreichischen Durchschnitt. Ähnliches gilt für Kopfschmerzen/Migräne wovon 12 Prozent der oberösterreichischen Frauen über 15 Jahren innerhalb eines Jahres betroffen sind (Österreich: 9 Prozent), aber nur 4 Prozent der Männer.

Abbildung 66: Erhebliche Schmerzen innerhalb der letzten 12 Monate: Schmerzorte



Personen ab 15 Jahren

Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule geben 7 Prozent der Frauen und 4 Prozent der Männer an. Rund 5 Prozent der OberösterreicherInnen nennen Schmerzen an den Füßen und rund 4 Prozent im Bereich der Hüften. Schmerzen an den Händen bzw. Fingern nennen rund 7

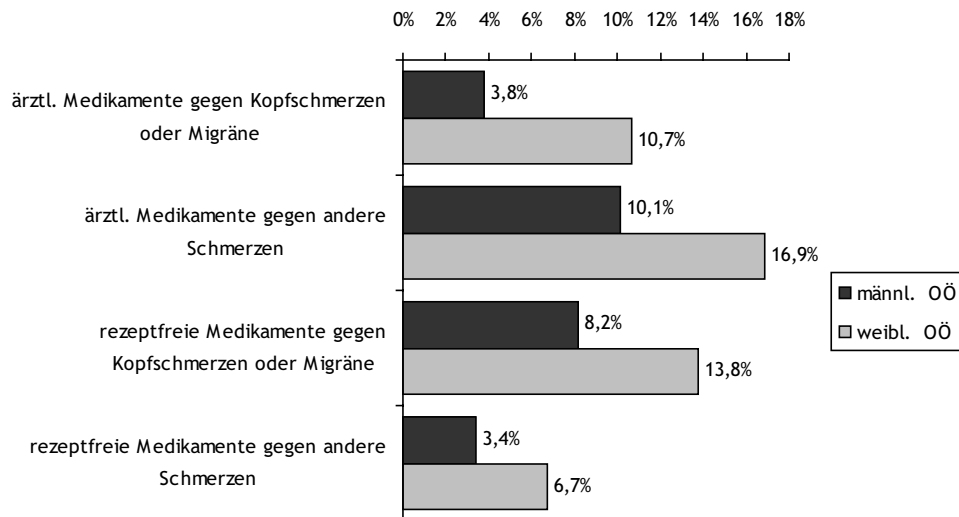
Prozent der Frauen und 3 Prozent der Männer und im Bereich der Arme 4 Prozent der Frauen und 3 Prozent der Männer. Von Bauch- oder Magenschmerzen sind rund 5 Prozent der Frauen und 2 Prozent der Männer innerhalb eines Jahres betroffen.

Bezüglich der Verbreitung von Schmerzen bei Kindern liegen für Oberösterreich keine Daten vor. Laut dem deutschen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey leiden 65 Prozent der 3- bis 10-Jährigen und 78 Prozent der 11- bis 14-Jährigen an Schmerzen (Dreimonatsprävalenz). Mädchen sind deutlich häufiger betroffen als Buben. Bei 3- bis 10-Jährigen sind Bauchschmerzen am häufigsten, gefolgt von Kopf- und Halsschmerzen, während bei 11- bis 17-Jährigen Kopfschmerzen am weitesten verbreitet sind (nach Bauch- und Rückenschmerzen).⁴⁹ Österreichweit geben 11,8 Prozent der Kinder zwischen 11 und 15 Jahren an, dass sie häufig (wöchentlich oder öfter) an Kopfschmerzen leiden (Mädchen 15,6 Prozent und Burschen 8,0 Prozent), 8,2 Prozent geben Rücken- oder Kreuzschmerzen an (Mädchen 9,0 Prozent und Burschen 7,6 Prozent) und 8,2 Prozent Magen- oder Bauchschmerzen (Mädchen 11,4 Prozent und Burschen 4,9 Prozent).⁵⁰

Medikamente gegen Schmerzen

7,4 Prozent der über 15-jährigen Bevölkerung geben an, dass sie innerhalb der letzten zwei Wochen ärztlich verordnete Medikamente gegen Kopfschmerzen eingenommen haben und 11,1 Prozent nennen rezeptfreie Medikamente gegen Kopfschmerzen. Unter den Frauen (10,7 Prozent ärztlich verordnete und 13,8 Prozent rezeptfreie Medikamente) ist der Anteil deutlich höher als unter Männern (3,8 Prozent ärztlich verordnete und 8,2 Prozent rezeptfreie Medikamente).

Abbildung 67: Medikamenteneinnahme gegen Schmerzen innerhalb der letzten zwei Wochen



Personen ab 15 Jahren

Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Ähnliches gilt für Medikamente gegen andere Schmerzen. 13,6 Prozent nehmen ärztlich verordnete Medikamente (Männer 10,1 Prozent und Frauen 16,9 Prozent) und 5,1

Prozent rezeptfreie Medikamente (Männer 3,4 Prozent und Frauen 6,7 Prozent) deswegen ein.

⁴⁹ Ellert et al. 2007

⁵⁰ Dür, Griebler 2007, S. 20.

Fakten:

- 40,7 Prozent der OberösterreicherInnen über 15 Jahren sind innerhalb eines Jahres von erheblichen Schmerzen betroffen. Frauen leiden deutlich häufiger unter Schmerzen (44,3 Prozent) als Männer (37,0 Prozent). Der Anteil steigt mit zunehmendem Alter.
- Am häufigsten verbreitet sind Schmerzen der Wirbelsäule: Lendenwirbelsäule (rund 17 Prozent), Nacken/Halswirbelsäule (Frauen 11 Prozent, Männer 6 Prozent) und Rücken/Brustwirbelsäule (Frauen 7 Prozent und Männer 4 Prozent). Rund 7 Prozent der über 15-jährigen Bevölkerung leiden an Schmerzen im Schulterbereich und 9 Prozent an Schmerzen im Beinbereich.
- Von Kopfschmerzen/Migräne sind Frauen häufiger betroffen (12 Prozent) als Männer (4 Prozent).
- 7,4 Prozent der über 15-Jährigen geben an, dass sie innerhalb der letzten zwei Wochen ärztlich verordnete Medikamente gegen Kopfschmerzen eingenommen haben und rund 14 Prozent Medikamente gegen andere Schmerzen. Zudem nehmen 11 Prozent rezeptfreie Medikamente gegen Kopfschmerzen und 5 Prozent rezeptfreie Medikamente gegen andere Schmerzen.

5.6. Adipositas

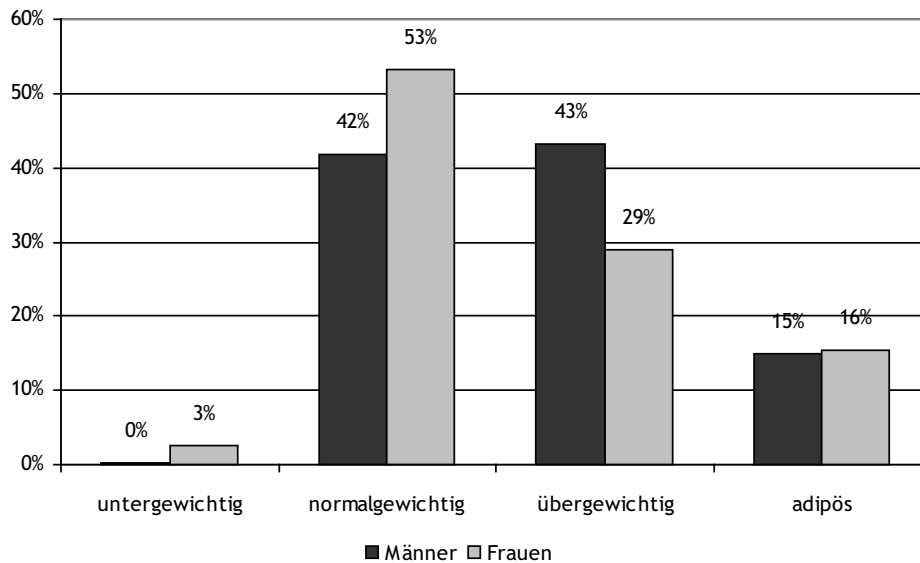
Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht Adipositas als eine der größten Public Health-Herausforderungen des 21. Jahrhunderts.⁵¹ Adipositas ist eine Krankheit, bei der der Anteil des Körperfetts an der Gesamtkörpermasse als zu hoch eingeschätzt wird.⁵² Die Erkrankung führt je nach Schweregrad zu einem erhöhten bis sehr stark erhöhten Risiko für Begleiterkrankungen.⁵³ Zu dem Erkrankungsrisiko kommt die Gefahr der Stigmatisierung von adipösen Menschen hinzu. Daran anknüpfend weist die WHO darauf hin, dass in Europa Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status viel häufiger von Adipositas betroffen sind und die Krankheit zusätzlich die Chancen auf eine Verbesserung des sozioökonomischen Status minimiert.⁵⁴

Als aktuelles Klassifikationsmerkmal wird der Body-Mass-Index (BMI) herangezogen. Der BMI errechnet sich wie folgt: Gewicht in kg/Körpergröße in Meter zum Quadrat.

Gemäß der Klassifikation der WHO gelten Personen⁵⁵ mit einem BMI von unter 18,5 als untergewichtig, zwischen 18,5 und unter 25 als normalgewichtig, von 25 bis unter 30 als übergewichtig und ab einem BMI von 30 als adipös. Zusätzlich lassen der Bauchumfang und das Taille-Hüft-Verhältnis (engl.: Waist-to-Hip-Ratio - WHR) eine Abschätzung der Körperfettverteilung zu und ergänzen die Aussagekraft des BMI hinsichtlich Risikoabschätzung.

53 Prozent der Oberösterreicherinnen, aber nur 42 Prozent der Oberösterreicher sind gemäß der WHO-Definition normalgewichtig (**Abbildung 68**). 29 Prozent der Frauen und 43 Prozent der Männer sind als übergewichtig einzustufen. Insgesamt weisen etwa 15 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung ab dem 20. Lebensjahr einen BMI von 30 kg/m² oder höher auf und gelten daher als adipös. Der Wert liegt minimal über dem Bundesdurchschnitt (österreichweit 13 Prozent).

Abbildung 68: Verteilung des Body-Mass-Index in der Bevölkerung nach Geschlecht



Personen ab dem 20. Lebensjahr

Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

⁵¹ WHO 2007, S. 1
⁵² Rief 2006, S. 17
⁵³ Altern mit Zukunft 2006, S. 39
⁵⁴ WHO 2007, S. 152

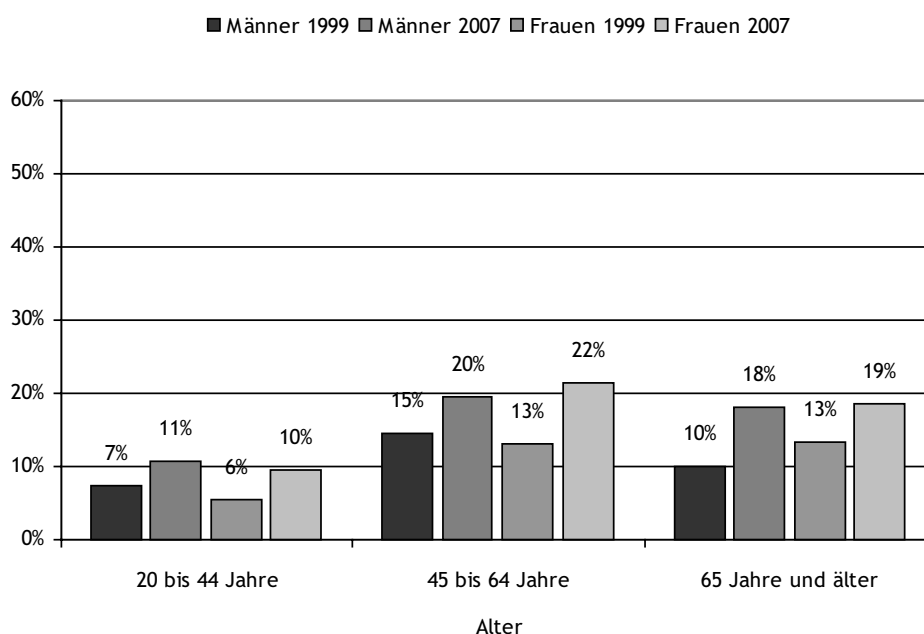
⁵⁵ ab dem 20. Lebensjahr

BEEINTRÄCHTIGUNGEN DER GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSRISKEN

Vergleicht man die Daten aus dem Jahr 1999 mit jenen aus dem Jahr 2007, so sieht man, dass sowohl bei Männern als auch bei Frauen der Anteil der Adipösen in allen Altersgruppen zugenommen hat (**Abbildung 69**). So ist der Anteil der adipösen Menschen bei den 20- bis 44-jährigen Männern von 7 auf 11 Prozent und bei den Frauen dieses Alters von 6 auf 10 Prozent gestiegen. Bei den 45- bis 64-Jährigen ist der Anteil bei den Männern von 15

Prozent auf 20 Prozent und bei den Frauen von 13 auf 22 Prozent gestiegen. In der Altersgruppe der über 65-Jährigen lag der Anteil der adipösen Menschen im Jahr 1999 bei den Männern bei 10 Prozent und bei den Frauen bei 13 Prozent. Im Jahr 2007 liegen diese Werte bei den Männern bei 18 Prozent und bei den Frauen bei 19 Prozent.

Abbildung 69: Adipositas bei Männern und Frauen in den Jahren 1999 und 2007

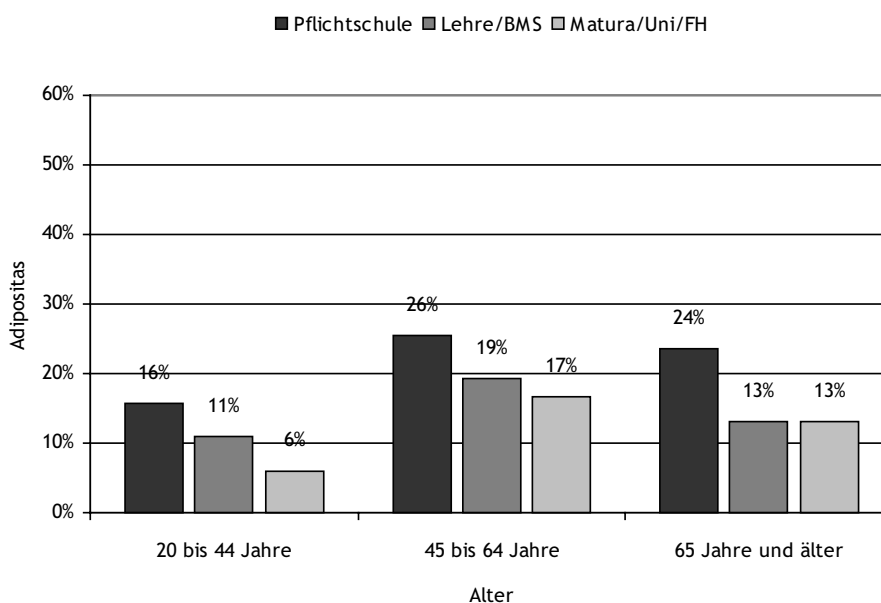


Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07; Mikrozensus 1999/3 (eigene Berechnungen)

Betrachtet man die Anteile an adipösen Menschen nach der höchsten abgeschlossenen Schulbildung, so tritt ein sozialer Gradient zu Tage, der in allen betrachteten Altersgruppen feststellbar ist (**Abbildung 70**). Bei formal am niedrigsten gebildeten Menschen ist der Anteil der von Adipositas Betroffenen am größten. So sind in der jüngsten Altersgruppe der 20- bis 44-Jährigen 16 Prozent der

PflichtschulabsolventInnen, aber „nur“ 6 Prozent der Personen mit einer hohen formalen Bildung (Matura/Uni/FH) adipös. Bezieht man noch zusätzlich das Geschlecht in die Analyse mit ein, so zeigt sich, dass diese Unterschiede bei Frauen deutlicher ausgeprägt sind als bei Männern.

Abbildung 70: Adipositas nach Bildung und Alter



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Gemäß einer österreichweiten Feldstudie⁵⁶ gelten unter den 6- bis 14-jährigen Kindern in Oberösterreich knapp 9 Prozent der Knaben und knapp 8 Prozent der Mädchen als adipös. Dabei sind HauptschülerInnen (Knaben: 10 Prozent; Mädchen: 8 Prozent) im Alter zwischen 10 und

14 Jahren häufiger von Adipositas betroffen als gleichaltrige AHS-SchülerInnen (Knaben und Mädchen jeweils 6 Prozent). Die Werte für Oberösterreich liegen etwa im Bundesdurchschnitt. Auf die gesundheitliche Bedeutung von Bildung wird im Kapitel 8.2. noch genauer eingegangen.

Fakten:

- 15 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung sind von Adipositas betroffen. Österreichweit sind es rund 13 Prozent.
- Vergleicht man die Daten aus dem Jahr 1999 mit jenen aus dem Jahr 2007, so sieht man, dass sowohl bei Männern als auch bei Frauen der Anteil der Adipösen in allen Altersgruppen zugenommen hat.

- Formal niedrig gebildete Bevölkerungsschichten sind in größerem Ausmaß von Adipositas betroffen als formal höher gebildete Bevölkerungsschichten.
- Im Alter zwischen sechs und 14 Jahren sind 9 Prozent der oberösterreichischen Knaben und 8 Prozent der oberösterreichischen Mädchen adipös. HauptschülerInnen sind häufiger betroffen als AHS-SchülerInnen.

⁵⁶ Österreichisches Grünes Kreuz 2007

5.7. Funktionelle Einschränkungen und Einschränkungen im Alltag

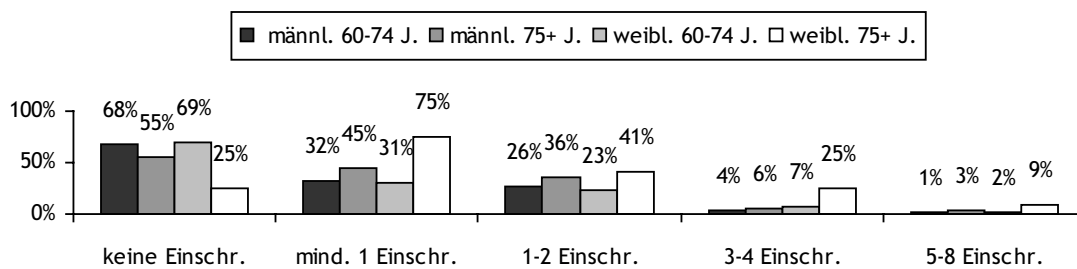
Funktionelle Einschränkungen sind vor allem im Hinblick auf das Ausmaß an Hilfs- und Pflegebedürftigkeit von Bedeutung. Sie sind auch ein Indikator dafür, wie weit (insbesondere ältere) Menschen ein selbständiges und unabhängiges Leben führen können.

Motorische Einschränkungen

Motorische Einschränkungen betreffen Probleme der selbständigen Fortbewegung und Mobilität (Gehen, Treppensteigen), Fingerfertigkeit und Beweglichkeit der Hände und andere Bewegungsabläufe (z.B. Bücken) und die nöti-

ge Kraft zur Verrichtung alltäglicher Dinge (z.B. Tragen von Einkaufstaschen). **Tabelle 9** gibt einen Überblick über die Verbreitung motorischer Einschränkungen im Hinblick auf acht wichtige Funktionsbereiche. In der Altersgruppe zwischen 60 und 70 Jahren weisen (unter Berücksichtigung der entsprechenden Hilfsmittel) knapp 70 Prozent keine der genannten acht motorischen Einschränkungen auf. 26 Prozent der Männer und 23 Prozent der Frauen weisen ein oder zwei der genannten Probleme auf und 5 Prozent der Männer und 8 Prozent der Frauen weisen mehr als zwei Einschränkungen auf. Bei den über 75-Jährigen weisen 55 Prozent der Männer und 25 Prozent der Frauen keine der acht Probleme auf. 36 Prozent der Männer und 41 Prozent der Frauen weisen ein bis zwei Einschränkungen auf und weitere 9 Prozent der Männer und 34 Prozent der Frauen weisen mehr als zwei Einschränkungen auf.

Abbildung 71: Anzahl der motorischen Einschränkungen



Rundungsgenauigkeiten nicht korrigiert

Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Am häufigsten verbreitet sind Probleme beim Bücken und Niederknien, beim Heben und Tragen, beim Gehen und Treppensteigen sowie beim Beißen fester Nahrung. Beim Bücken bzw. Niederknien haben 24 Prozent der 60- bis 74-jährigen Männer und 22 Prozent der Frauen Probleme. Bei den über 75-Jährigen steigt der Anteil auf 30 Prozent der Männer und 59 Prozent der Frauen. Beim Heben und Tragen schwererer Gegenstände (z.B. Einkaufstasche) haben 7 Prozent der 60- bis 74-jährigen Männer und 18 Prozent der Frauen Probleme. Bei den über 75-Jährigen sind es 18 Prozent der Männer und 60 Prozent der Frauen. Unter den 60- bis 74-jährigen Männern haben rund 9 Prozent Probleme ohne Gehhilfe 500 m zu gehen (mit einer Gehhilfe bzw. einem Stock haben noch 4 Prozent Probleme).

Unter den gleichaltrigen Frauen sind dies 10 Prozent (mit Gehhilfe 5 Prozent). In der Altersgruppe über 75 Jahren steigt der Anteil auf 16 Prozent der Männer und 45 Prozent der Frauen (mit Gehhilfe 5 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen). 10 Prozent der 60- bis 74-jährigen Männer und 12 Prozent der Frauen haben ohne Hilfsmittel Probleme Treppen zu steigen (mit Hilfsmittel 4 Prozent der Männer und 5 Prozent der Frauen). Bei den über 75-Jährigen steigt der Anteil auf 15 Prozent der Männer und 43 Prozent der Frauen (mit Gehhilfe/Stock 6 Prozent der Männer und 17 Prozent der Frauen).

Tabelle 9: Motorische Einschränkungen (mit und ohne Hilfsmittel)

Probleme	Hilfsmittel	männl. 60-74 J.	männl. 75+	weibl. 60-74 J.	weibl. 75+
500 m gehen	ohne Gehhilfe	8,6%	16,3%	10,4%	44,5%
	mit Gehhilfe	4,3%	4,5%	4,8%	12,9%
	Kein Stock/Gehhilfe	0,3%	0,6%	1,8%	2,1%
Treppensteigen	ohne Gehhilfe	9,5%	15,0%	11,5%	42,6%
	mit Gehhilfe	3,8%	5,6%	4,5%	17,3%
	Kein Stock /Gehhilfe	0,6%	0,6%	2,7%	2,8%
Fingerfertigkeit (kleine Dinge greifen)	ohne Hilfsmittel	2,3%	3,3%	3,4%	12,5%
	mit Hilfsmitteln	1,4%	1,7%	1,1%	3,6%
	Keine Hilfsmittel vorhanden	0,9%	0,7%	1,2%	4,9%
Wasserhahn aufdrehen oder Deckel aufschrauben	ohne Hilfsmittel	2,9%	3,5%	5,8%	13,9%
	mit Hilfsmitteln	1,0%	1,7%	1,7%	3,1%
	Keine Hilfsmittel vorhanden	1,0%	1,9%	0,2%	5,3%
in feste Nahrung beißen		11,0%	18,0%	8,6%	23,5%
Hand ausstrecken		0,8%	1,0%	0,7%	4,1%
Bücken und Niederknien		23,6%	29,6%	21,8%	59,3%
volle Einkaufstasche heben und tragen		7,0%	18,3%	17,6%	59,7%

Rundungsungenauigkeiten nicht korrigiert

Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)

Die sogenannten „Aktivitäten des täglichen Lebens“ bezeichnen die Fähigkeit einer Person, die zur Befriedigung von Grundbedürfnissen notwendigen Tätigkeiten selbständig auszuführen.⁵⁷ Dazu gehören selbständige Nahrungsaufnahme, An- und Auskleiden, Toilettenbenutzung, Körperpflege sowie die Fähigkeit sich zu setzen und das

Bett zu verlassen (*siehe Tabelle 10*). Unter den 60- bis 74-jährigen Männern sind 8 Prozent von mindestens einem der genannten 5 Probleme betroffen, von den gleichaltrigen Frauen 9 Prozent. Bei den über 75-Jährigen weisen 21 Prozent der Männer und 38 Prozent der Frauen mindestens eines der genannten Probleme auf.

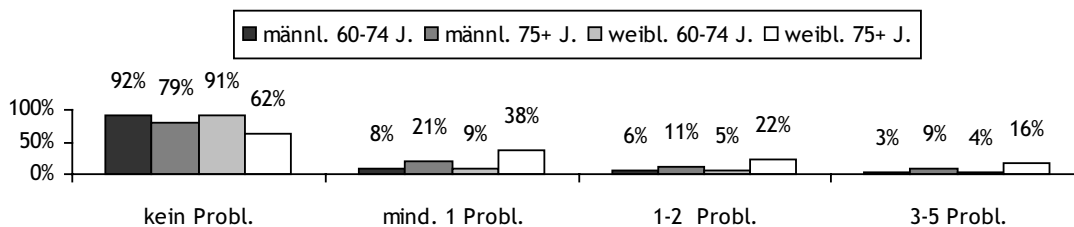
Tabelle 10: Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)

Probleme	männl. 60-74 J.	männl. 75+ J.	weibl. 60-74 J.	weibl. 75+ J.
selbst zu essen	2,7%	5,2%	3,8%	8,7%
sich zu setzen und aufzustehen	3,2%	6,9%	4,6%	16,9%
beim An- und Ausziehen	3,9%	14,1%	5,1%	20,0%
beim Toilettenbesuch	3,1%	9,1%	2,7%	13,6%
beim Baden oder Duschen	6,4%	16,5%	6,0%	33,9%

Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

⁵⁷ Klimont et al. 2007, S. 24

Abbildung 72: Anzahl der Probleme bei Aktivitäten des täglichen Lebens



Rundungsgenauigkeiten nicht korrigiert

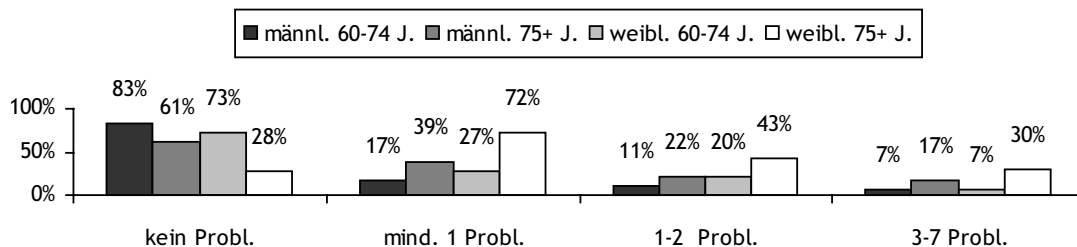
Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)

Die sogenannten „Instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens“ bezeichnen Tätigkeiten, die für die Haushaltsführung und ein eigenständiges Leben wesentlich sind (siehe Abbildung 73).⁵⁸ Unter den 60- bis 74-Jährigen be-

nötigen 17 Prozent der Männer und 27 Prozent der Frauen in mindestens einem der genannten sieben Bereiche Unterstützung, bei den über 75-Jährigen sind dies 39 Prozent der Männer und 72 Prozent der Frauen.

Abbildung 73: Anzahl der Probleme bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens



Rundungsgenauigkeiten nicht korrigiert

Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Bei der eigenständigen Zubereitung der Mahlzeiten haben 8 Prozent der Männer und 5 Prozent der Frauen zwischen 60 und 74 Jahren Probleme. Bei den über 75-Jährigen steigt der Anteil auf 13 Prozent der Männer und 25 Prozent der Frauen. Beim Einkaufen geben 4 Prozent der Männer und 8 Prozent der Frauen zwischen 60 und 74 Jahren Probleme an, unter den über 75-Jährigen 13 Prozent der Männer und 33 Prozent der Frauen. In der Altersgruppe zwischen 60 und 75 Jahren benötigen 8 Prozent der Männer und 6 Prozent der Frauen Unterstützung bei der

Wäsche, in der Altersgruppe über 75 Jahren 17 Prozent der Männer und 31 Prozent der Frauen. Schwerere Hausarbeiten sind für 12 Prozent der Männer und 24 Prozent der Frauen der Altersgruppe von 60 bis 74 Jahren ein Problem und für 34 Prozent der Männer und 67 Prozent der Frauen über 75 Jahre. Bei der Erledigung finanzieller Angelegenheiten brauchen rund 2 Prozent der Männer und 5 Prozent der Frauen zwischen 60 und 74 Jahren Unterstützung, unter den über 75-Jährigen 11 Prozent der Männer und 24 Prozent der Frauen.

⁵⁸ Klimont et al. 2007, S. 25

Tabelle 11: Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)

Probleme	männl. 60-74	männl. 75+ J.	weibl. 60-74	weibl. 75+ J.
selbst das Essen zuzubereiten	7,6%	13,4%	5,4%	24,7%
selbst zu telefonieren	0,8%	9,8%	2,1%	11,0%
selbst einzukaufen	4,2%	13,2%	8,3%	33,4%
beim Wäsche waschen	7,5%	17,3%	5,5%	31,3%
regelmäßige, leichte Hausarbeit durchzuführen	3,4%	13,7%	5,7%	22,1%
gelegentliche, schwere Hausarbeit durchzuführen	12,2%	34,1%	24,1%	67,2%
bei der Erledigung finanzieller Angelegenheiten	1,6%	11,0%	5,0%	23,6%

Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Fakten:

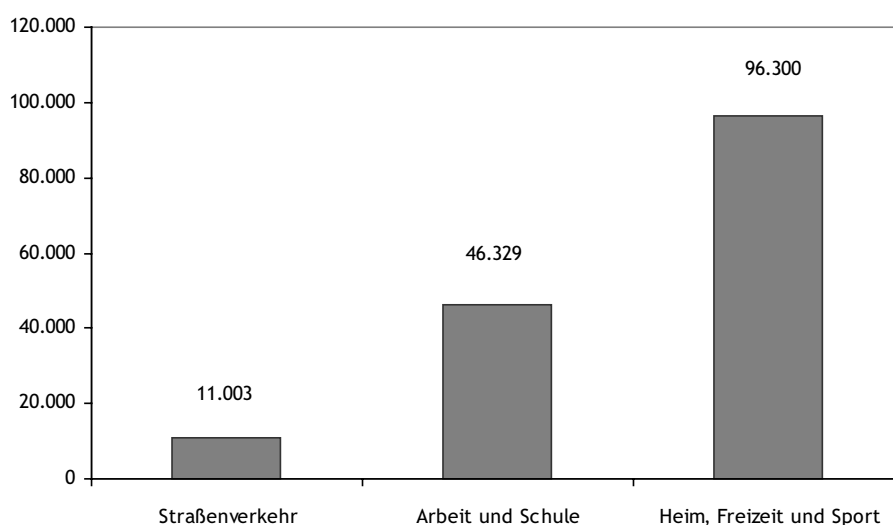
- Unter den 60- bis 74-Jährigen weisen 32 Prozent der Männer und 31 Prozent der Frauen motorische Einschränkungen (z.B. beim Gehen, Treppensteigen, Heben, Bücken etc.) auf. In der Altersgruppe über 75 Jahren steigt der Anteil auf 45 Prozent der Männer und 75 Prozent der Frauen mit mindestens einer Einschränkung.
- 8 Prozent der Männer und 9 Prozent der Frauen zwischen 60 und 75 Jahren weisen mindestens eine Einschränkung hinsichtlich der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL) auf. Unter den über 75-Jährigen sind dies 21 Prozent der Männer und 38 Prozent der Frauen.
- Bezüglich der Tätigkeiten, die für eine eigenständige Haushaltsführung notwendig sind (IADL, „Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens“) sind bei 17 Prozent der Männer und 27 Prozent der Frauen im Alter zwischen 60 und 74 Jahren Einschränkungen festzustellen. In der Altersgruppe über 75 Jahren sind 39 Prozent der Männer und 72 Prozent der Frauen betroffen.

5.8. Unfälle und Verletzungen

Von insgesamt 153.632 Unfallverletzten im Jahr 2008 sind 96.300 oder 63 Prozent dem Bereich Heim, Freizeit und Sport zuzuordnen. 46.329 Personen verunfallten in Arbeit

oder Schule, was einem Anteil von etwa 30 Prozent an allen Unfallverletzten entspricht. Etwa 7 Prozent (11.003 Personen) sind dem Straßenverkehr zuzuordnen⁵⁹ (**Abbildung 74**).

Abbildung 74: Unfallverletzte in Oberösterreich nach Bereichen - 2008



Quelle: Kuratorium f. Verkehrssicherheit: Freizeitunfallstatistik (IDB Austria) 2008 (Heim, Freizeit und Sport); AUVA: Arbeits- und SchülerInnenunfälle; Statistik Austria: Straßenverkehrsunfälle

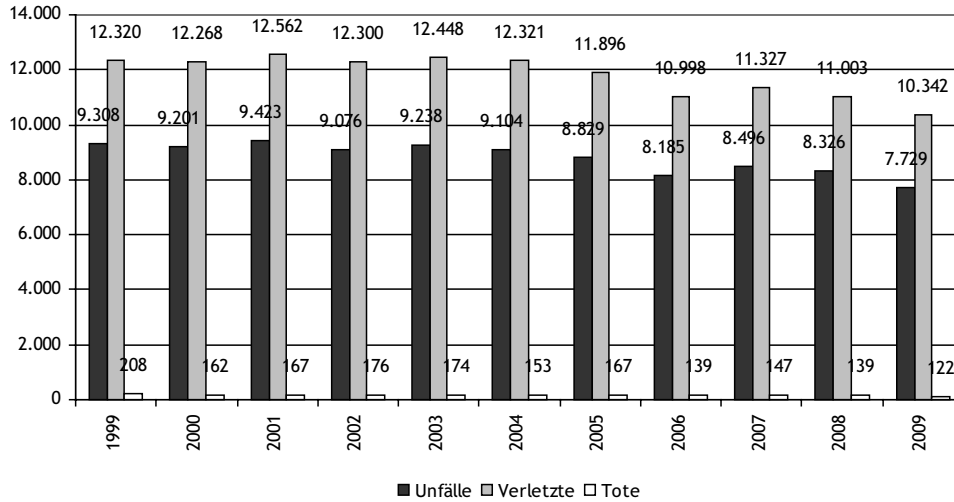
5.8.1. Straßenverkehrsunfälle

Betrachtet man die Unfälle mit Personenschaden der letzten zehn Jahre im Zeitverlauf (**Abbildung 75**), so zeigt sich, dass nicht nur die Anzahl der Unfälle, sondern auch die Anzahl der Verletzten und Getöteten tendenziell (leicht) zurückgeht. Dies, obwohl der Motorisierungsgrad in der oberösterreichischen Bevölkerung in den letzten

Jahren stetig zugenommen hat. Im Jahr 1999 kam es im oberösterreichischen Straßenverkehr zu 9.308 Unfällen mit 12.320 Verletzten und 208 Toten. Im Jahr 2009 belief sich die Zahl der Unfälle mit Personenschaden auf 7.729, wobei 10.342 Menschen verletzt und 122 Menschen getötet wurden. In knapp 6 Prozent der Unfälle war Alkohol im Spiel.

⁵⁹ Zum Teil sind Überschneidungen möglich. So kann z.B. ein Arbeitsunfall eines Berufskraftfahrers zugleich in der Straßenverkehrsunfallstatistik aufscheinen.

Abbildung 75: Personenunfälle im Straßenverkehr im Zeitverlauf

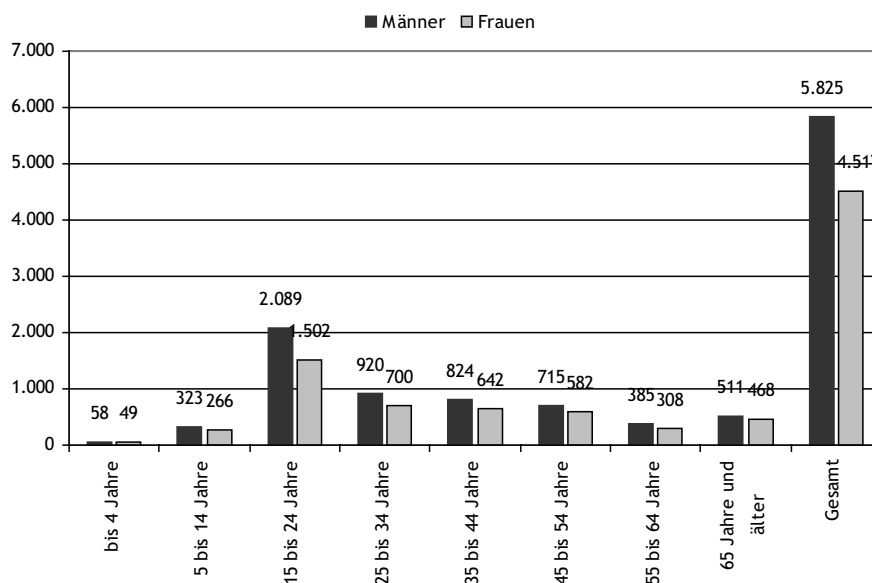


Quelle: Statistik Austria: Unfälle mit Personenschaden; http://www.statistik.at/web_de/statistiken/verkehr/strasse/unfaelle_mit_personenschaden/index.html

Schlüsselt man die durch Unfälle im Straßenverkehr Verletzten des Jahres 2009 nach Alter und Geschlecht auf (**Abbildung 76**), so zeigt sich, dass besonders viele junge Männer zwischen 15 und 24 Jahren betroffen sind (2.089 Fälle). Dies könnte unter anderem auf die besonders hohe Risikobereitschaft und die falsche Einschätzung des eigenen Fahrkönnens junger männlicher Straßenverkehrsteil-

nehmer zurückzuführen sein. Aber auch bei den Frauen sind in dieser Altersgruppe mit 1.502 Verletzten die meisten Unfallopfer zu beklagen. Mit der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen nimmt die Anzahl der verletzten Personen bei beiden Geschlechtern bis zur Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen tendenziell ab.

Abbildung 76: Personenunfälle im Straßenverkehr nach Alter und Geschlecht - Verletzte 2009

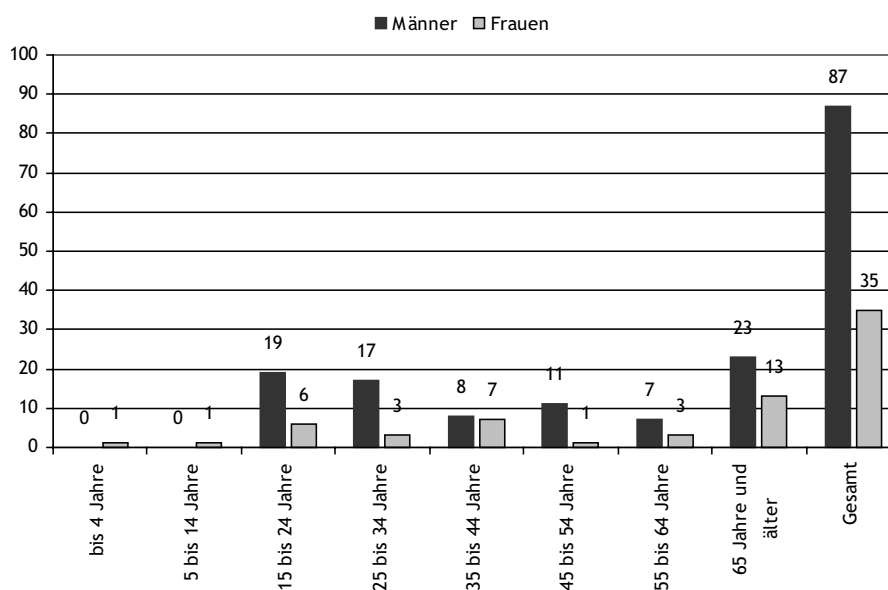


Quelle: Statistik Austria

Im Jahr 2009 verunglückten insgesamt 122 Personen tödlich. 71 Prozent der tödlich Verunglückten waren männlich (87 Tote). Bei den Männern sind 41 Prozent der tödlichen Unfälle im Alter zwischen 15 und 34 Jahren geschehen. Bei den Frauen sind diesbezüglich keine Auffälligkeiten

auszumachen. Jedoch ist im höheren Alter ab dem 65. Lebensjahr sowohl bei Frauen (13 Fälle) als auch bei Männern (23 Fälle) eine Häufung von Unfällen mit Todesfolge zu beobachten (**Abbildung 77**).

Abbildung 77: Personenumfälle im Straßenverkehr nach Alter und Geschlecht - Tote 2009



Quelle: Statistik Austria

Wegunfälle

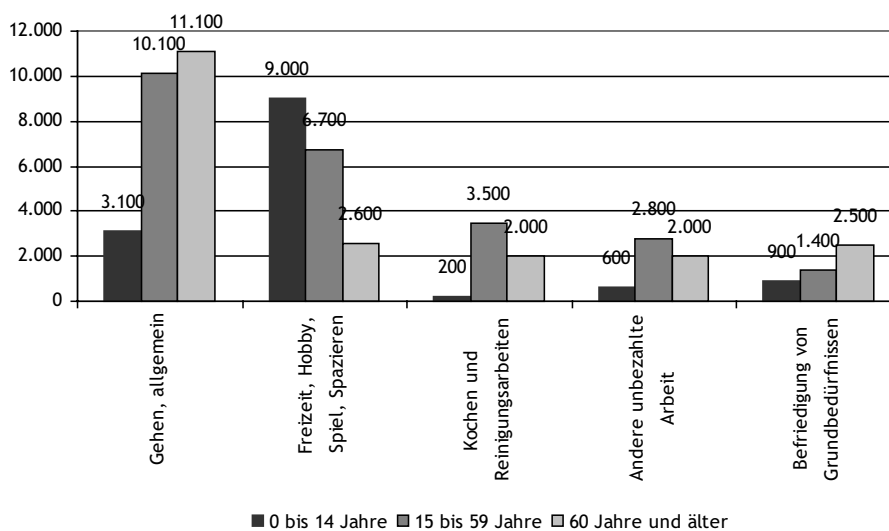
Bei Wegunfällen handelt es sich um solche Unfälle, die sich auf einem mit der Erwerbstätigkeit zusammenhängenden Weg zur oder von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte ereignen. Die Anzahl der Wegunfälle bewegte sich in Oberösterreich in den letzten Jahren zwischen etwa 2.000 und 2.500 Fällen pro Jahr. Im Jahr 2009 gab es 2.296 anerkannte Wegunfälle.

Unter Schulwegunfällen wiederum versteht man Unfälle, an denen SchülerInnen auf dem Weg zu oder von der Schule bzw. Schulveranstaltungen beteiligt waren. Die Anzahl der Schulwegunfälle der Kinder im Alter von 6 bis 15 Jahren hat in den letzten Jahren tendenziell abgenommen. Im Jahr 1999 kam es in Oberösterreich zu 155 Schulwegunfällen mit 176 Verletzten. Im Jahr 2009 gab es 75 Schulwegunfälle, wobei 82 Kinder verletzt wurden und eines getötet. Insgesamt sind tödliche Schulwegunfälle glücklicherweise ein seltenes Ereignis.

5.8.2. Heim- und Freizeitunfälle

In Oberösterreich führte die Tätigkeit „Gehen, allgemein“ im Jahr 2008 im Bereich Heim- und Freizeit am häufigsten zu krankenhausbehandelten Verletzungen (24.300). Häufige Unfallursache sind dabei vor allem Stürze (z.B. durch Ausrutschen auf nassem Boden oder Stolpern). Davon sind besonders Personen der Altersgruppe 60+ betroffen, wo Stürze und deren Folgen (z.B. Oberschenkelhalsbrüche; siehe Kapitel 6.4.) häufig langwierige Einschränkungen in der Mobilität nach sich ziehen können. Rund 9.000 Kinder haben sich im Jahr 2008 beim Spielen verletzt, während etwa 3.500 Personen zwischen 15 und 59 Jahren bei der Hausarbeit (Kochen und Reinigungsarbeiten) verunfallt sind (**Abbildung 78**).

Abbildung 78: Heim- und Freizeitunfälle nach Tätigkeit (Top 5) zum Zeitpunkt des Unfalls (2008)

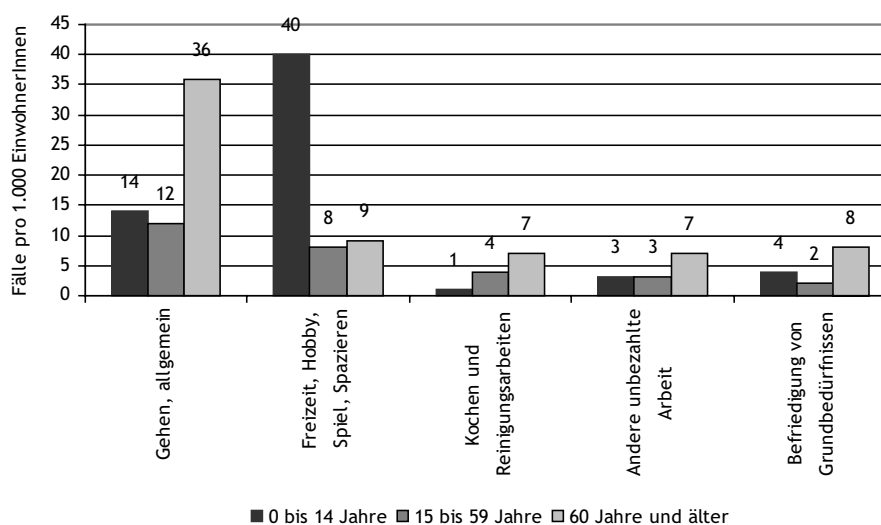


Quelle: Kuratorium f. Verkehrssicherheit: Freizeitunfallstatistik (IDB Austria) 2008

Um der unterschiedlichen Bevölkerungsgröße in den einzelnen Altersgruppen gerecht zu werden, wird in **Abbildung 79** das Risiko eines Heim- und Freizeitunfalls pro

1.000 EinwohnerInnen in der jeweiligen Altersgruppe dargestellt.

Abbildung 79: Heim- und Freizeitunfälle nach Tätigkeit (Top 5) zum Zeitpunkt des Unfalls (2008) - pro 1.000 EinwohnerInnen



Quelle: Kuratorium f. Verkehrssicherheit: Freizeitunfallstatistik (IDB Austria) 2008; eigene Berechnungen

Mit Ausnahme der Unfälle bei Freizeit, Hobby und Spiel ist das Unfallrisiko in der Altersgruppe 60+ jeweils am höchsten. Der größte Unterschied zu Ungunsten der älteren Bevölkerung zeigt sich in der Kategorie „Gehen allgemein“. Pro 1.000 EinwohnerInnen in einem Alter von 60 Jahren und älter wurden im Jahr 2008 36 Unfälle beim „Gehen, allgemein“ verzeichnet (bis 14 Jahre: 14 Fälle/1.000; 15 bis 59 Jahre: 12 Fälle/1.000).

5.8.3. Arbeits- und SchülerInnenunfälle

Arbeitsunfälle

Die folgenden Zahlen beziehen sich auf die bei der Allgemeinen Unfallsversicherungsanstalt (AUVA) versicherten Erwerbstätigen. Arbeitsunfälle sind Unfälle, die sich im

örtlichen, zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der versicherten Beschäftigung ereignen⁶⁰. In Österreich gab es im Jahr 2009 20.200 anerkannte Arbeitsunfälle im engeren Sinn (= ohne Wegunfälle). Betrachtet nach Wirtschaftsklassen entfielen die meisten Unfälle auf die Herstellung von Waren (5.717 Unfälle oder 28 Prozent aller Unfälle), gefolgt vom Bauwesen (3.804 Unfälle oder 19 Prozent) und dem Handel einschließlich Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen (3.149 Unfälle oder 16 Prozent) (*Tabelle 12*).

Tabelle 12: Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsklassen

WIRTSCHAFTSKLASSEN	ARBEITSUNFÄLLE 2009
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	307
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	146
Herstellung von Waren	5.717
Energieversorgung	165
Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen	133
Bauwesen	3.804
Handel, Instandhaltung und Reparaturen von Kraftfahrzeugen	3.149
Verkehr und Lagerei	966
Beherbergung und Gastronomie	553
Information und Kommunikation	74
Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	92
Grundstücks- und Wohnungswesen	86
Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen	386
Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen	1.498
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	961
Erziehung und Unterricht	195
Gesundheits- und Sozialwesen	933
Kunst, Unterhaltung und Erholung	139
Erbringung von sonstigen Dienstleistungen	323
Private Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt	4
Keine Wirtschaftsklasse vorhanden/unbekannt	569
GESAMT	20.200

Quelle: AUVA; unselbstständig Erwerbstätige

⁶⁰ Arbeitsunfälle werden nur dann erfasst, wenn sie tödlich enden oder mehr als 3 Tage Krankenstand verursachen. Erst in diesem Fall werden Arbeitsunfälle meldepflichtig.

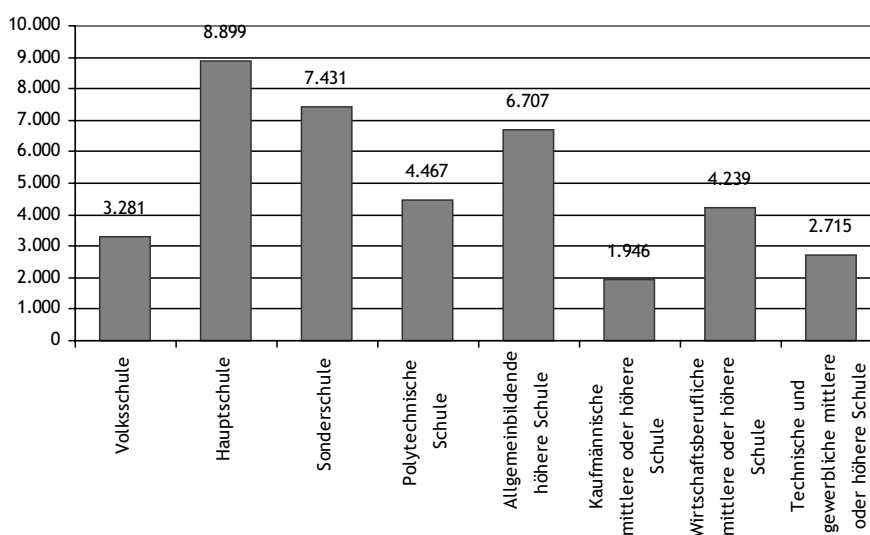
Erfreulicherweise ist seit dem Inkrafttreten des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes im Jahr 1995 die Anzahl an gemeldeten Arbeitsunfällen deutlich zurückgegangen. Zurückgeführt wird dies unter anderem auf einige Neuerungen im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, wie z.B. die verpflichtende Bestellung einer Sicherheitsvertrauensperson ab 11 Beschäftigten oder die Verpflichtung für den Arbeitgeber, Gefahren zu ermitteln und zu beurteilen und daraus ableitend Schutzmaßnahmen festzulegen.⁶¹

Die meisten Unfälle pro 100.000 SchülerInnen passieren in der Hauptschule: Dort kam es im Jahr 2009 zu 8.899 SchülerInnenunfällen (im engeren Sinn) pro 100.000 SchülerInnen. An zweiter Stelle rangieren die Sonderschulen (7.431 pro 100.000), gefolgt von AHS (6.707 pro 100.000) und den Polytechnischen Schulen (4.467 pro 100.000). Kaufmännische mittlere und höhere Schulen weisen mit 1.946 SchülerInnenunfällen pro 100.000 SchülerInnen die niedrigste Unfallrate auf (**Abbildung 80**).

SchülerInnenunfälle

Im Jahr 2009 gab es in Oberösterreich 10.106 SchülerInnenunfälle⁶² im engeren Sinn (=ohne Wegunfälle). 6.377 davon (entspricht 63 Prozent) sind als Sportunfälle deklariert.

Abbildung 80: SchülerInnenunfälle pro 100.000 SchülerInnen - 2009



Quelle: AUVA: SchülerInnenunfälle; Statistik Austria: Schulstatistik 2009; eigene Berechnungen

⁶¹ Schramhauser, Heider 2005, S. 24-26

⁶² Zu SchülerInnenunfällen werden auch jene von StudentInnen gezählt.

Fakten:

- Ein Großteil der Unfälle sind dem Bereich Heim, Freizeit und Sport zuzuordnen (63 Prozent). Etwa 30 Prozent aller Unfälle passieren in der Arbeit oder der Schule. Die restlichen 7 Prozent aller Unfälle geschehen im Straßenverkehr.
- Im Straßenverkehr sind in den letzten Jahren die Anzahl der Unfälle und die Anzahl der Verletzten und Getöteten tendenziell zurückgegangen. Unter den Verletzten finden sich besonders viele junge Männer zwischen 15 und 24 Jahren (2.089 Fälle im Jahr 2009).
- Bei den Heim- und Freizeitunfällen kommt es vor allem bei SeniorInnen während der Fortbewegung zu Fuß häufig zu Stürzen (z.B. durch Ausrutschen oder Stolpern). Im Jahr 2008 waren rund 11.100 SeniorInnen ab dem 60. Lebensjahr von einem diesbezüglichen Unfall betroffen.
- In Oberösterreich gab es im Jahr 2009 20.200 anerkannte Arbeitsunfälle im engeren Sinn (= ohne Wegunfälle).
- Im Jahr 2009 gab es in Oberösterreich 10.106 SchülerInnenunfälle im engeren Sinn (= ohne Wegunfälle). 63 Prozent davon waren Sportunfälle. Die meisten Unfälle passieren in der Hauptschule (8.899 SchülerInnenunfälle/100.000 SchülerInnen).

6. GESUNDHEIT UND DEREN RAH- MENBEDINGUNGEN NACH LEBENSPHASEN

Das Alter ist, wie auch das Geschlecht, nicht nur eine biologische, sondern auch eine soziale Kategorie. Mit den unterschiedlichen Altersstufen sind auch verschiedene Lebenskontexte, Aufgaben, Rollen und Lebensstile aber auch Stereotypen verbunden.¹

Die Betrachtung unterschiedlicher Lebensabschnitte ist aus mehreren Gründen für Gesundheitspolitik, Gesundheitsförderung und Krankenversorgung von Bedeutung.

- Auf organisch-biologischer Ebene stehen Lebensabschnitte im Zusammenhang mit dem physiologischen Entwicklungs-, Reifungs- und Alterungsprozess. In diesem Zusammenhang ergeben sich für verschiedene Altersgruppen unterschiedliche Vulnerabilitäten für Erkrankungen.
- Auf psychischer Ebene in den verschiedenen Lebensabschnitten sind spezifische Entwicklungsschritte zu bewältigen. Es stehen auch unterschiedliche psychische Belastungen und belastende Lebensereignisse („Life-Events“) im Vordergrund.
- Auf der Verhaltensebene sind in verschiedenen Altersgruppen unterschiedliche Muster zu beobachten (z.B. Risikoverhalten, Konsummuster, Freizeitgestaltung etc.), die relevant für die Gesundheit sind.
- Auf sozialen Ebenen sind unterschiedliche Lebenskontexte und Settings von Bedeutung (z.B. Schule, Berufsleben, Familie etc.), die in engem Zusammenhang mit Gesundheit stehen.

Alle diese Faktoren sind im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand in verschiedenen Lebensphasen zu sehen. Wesentlich ist jedoch, dass sich die gesundheitsrelevanten Einflussgrößen nicht nur auf das Krankheits- und Mortalitätsspektrum der jeweiligen Lebensphase auswirkt, sondern auch die nachfolgenden Lebensabschnitte beeinflussen. Dem trägt auch das Konzept des Alterns als lebenslanger Prozess Rechnung.²

Auf biologischer Ebene lässt sich der Alterungsprozess folgendermaßen beschreiben: Die Leistungsfähigkeit der Organe (Herz, Muskeln, Lunge etc.) nimmt im Kindes- und Jugendlichenalter stetig zu und erreicht im jungen Erwachsenenalter seinen Höhepunkt und nimmt danach zusehends ab. Die Stärke und Schnelligkeit dieses Leistungsrückganges hängt jedoch wesentlich von Faktoren der Lebensweise ab. Beispielsweise kann Rauchen die Funktionsfähigkeit des Herzens bzw. der Lunge deutlich verringern, so dass die funktionale Leistungsfähigkeit geringer ist, als man in einem bestimmten Alter erwarten würde. Ähnlich kann schlechte Ernährung in der Kindheit bereits im Erwachsenenalter zu Osteoporose führen, was einer Beschleunigung des Leistungsabbaus gleichkommt. Auch sozioökonomische Rahmenbedingungen (Armut, Umwelt, Arbeitsbedingungen etc.) spielen in diesem Zusammenhang eine Rolle. Umgekehrt kann eine gesunde Lebensweise den sukzessiven Verlust an körperlicher Leistungsfähigkeit verlangsamen. So gesehen kann Alterung als das Ergebnis eines lebenslangen Prozesses betrachtet werden, der durch individuelle Handlungen, strukturelle Faktoren und Lebensbedingungen bestimmt wird. Nicht alle, aber viele dieser Faktoren können auf individueller bzw. sozialstruktureller Ebene beeinflusst werden.³ Für verschiedene Lebensabschnitte ergeben sich vor diesem Hintergrund unterschiedliche Interventionsmöglichkeiten:

- In der Kindheit und Jugend sollten Interventionen darauf abzielen, ein möglichst hohes Niveau an funktionaler Leistungsfähigkeit zu entwickeln (Kompetenzen, körperliche Fitness etc.).
- Im Erwachsenenalter sollte angestrebt werden, den Abbau an funktionaler Leistungsfähigkeit zu verlangsamen. Ähnliches gilt für ältere Menschen, die noch keine funktionellen Einschränkungen aufweisen.
- Für ältere Menschen mit irreversiblen gesundheitlichen Einschränkungen oder Behinderungen sollten Maßnahmen ergriffen werden, die auf eine größtmögliche Eigenständigkeit und eine Erhöhung der Lebensqualität abzielen (z.B. durch Rehabilitation, angemessene Betreuung, Gestaltung der Umwelt, Barrierefreiheit, technische Hilfsmittel etc.).⁴

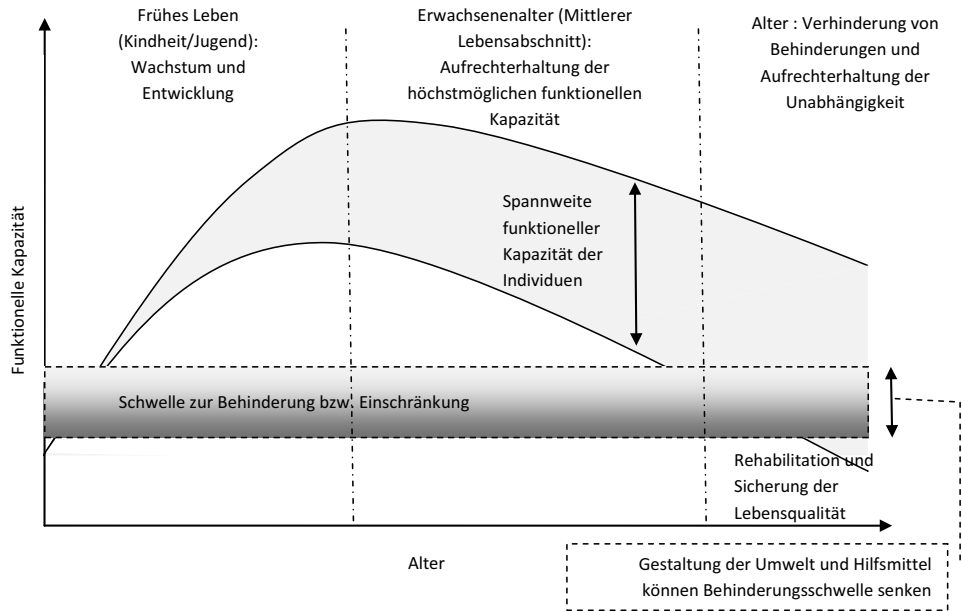
¹ Siegrist, Möller-Leimkühler 2003

² Stein 1999

³ Stein 1999, S. 4

⁴ Stein 1999, S. 4

Abbildung 81: Funktionelle Kapazität im Lebensverlauf

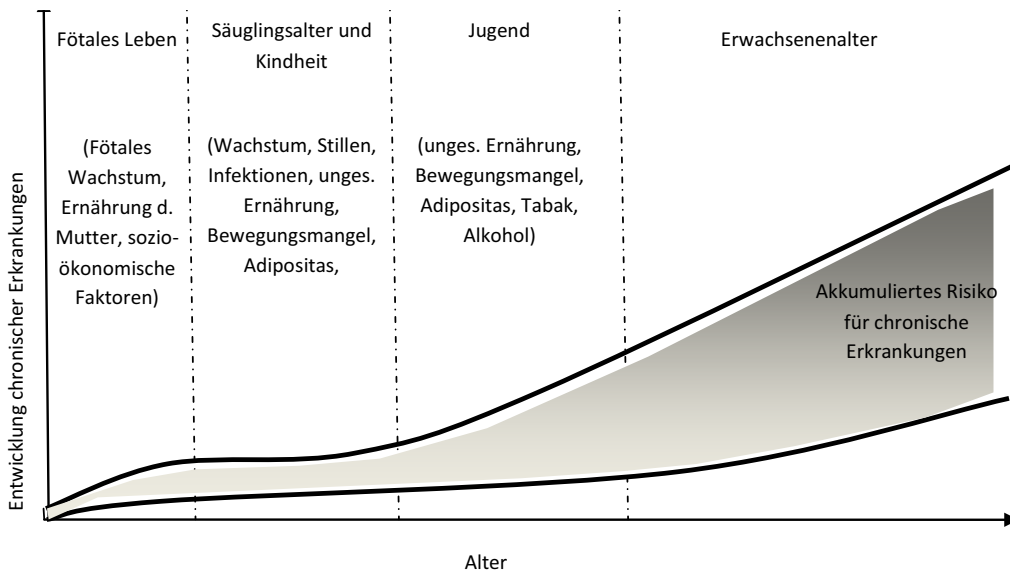


Quelle: WHO 2000

Umgekehrt ergibt sich bei Betrachtung der Risikofaktoren für chronische Erkrankungen eine Kumulation über den Lebenslauf. Zwar treten chronische Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus) erst im

mittleren bis höheren Alter gehäuft auf, sie sind jedoch die Folge von Risikofaktoren, die sich über die verschiedenen Lebensphasen hin entwickelt und teilweise gegenseitig verstärkt haben.⁵

Abbildung 82: Prävention von chronischen Erkrankungen aus der Perspektive des Lebensverlaufes



Quelle: Aboderin et al. 2002

⁵ Aboderin et al. 2002

6.1. Geburt und Kindheit

Die Phase der Kindheit beginnt aus soziologischer Sicht mit der Geburt und endet mit dem Beginn der Pubertät.⁶ Auch im entwicklungspsychologischen Konzept der Kindheit stellen die Geburt den Anfangs- und der Beginn der Pubertät mit ca. 11 Jahren den Endpunkt dar, wengleich in der Literatur oft auch die Phase der Adoleszenz als späte Kindheit bezeichnet wird. Die Entwicklungspsychologie unterteilt die Kindheit zudem in einzelne Entwicklungsperioden: Säuglingsalter (von der Geburt bis ein Jahr), Kleinstkindalter (ein bis drei Jahre), Kleinkindalter (drei bis sechs Jahre) sowie in die mittlere Kindheit (sechs bis ca. elf Jahre).⁷

Für Kinder stellt die Familie die primäre und wichtigste Sozialisationsinstanz dar, wobei sich die Sozialisationsbedingungen in den letzten Jahrzehnten durch einen Wandel der Familienformen sowie die Neuordnung der Rollen innerhalb der Familie stark verändert haben.⁸ War in den 1960er Jahren die moderne Kleinfamilie bestehend aus einem Ehepaar mit mindestens einem Kind kulturelle Selbstverständlichkeit, besteht gegenwärtig eine wachsende Vielfalt an Lebensformen wie neue Alleinerzieher- oder Patchwork-Familien.⁹

Aber auch die Freizeit von Kindern unterliegt verschiedensten Veränderungen. Das Wohnumfeld der Familien, das die Freizeitmöglichkeiten von Kindern enorm beeinflusst, hat sich gewandelt und auch Entwicklungen der Kommunikationstechnologie sowie in der Medienwelt wirken sich stark auf die Freizeitgestaltung von Kindern aus.¹⁰

6.1.1. Soziale Settings von Kindern

Bedeutende soziale Settings von Kindern sind die Familie, Kinderkrippen, Spielgruppen, Kindergarten, Schule, Vereine und Gleichaltrigengruppen.

Familie

Wie bereits erwähnt, gilt die Familie als primäre und zugleich wichtigste Sozialisationsinstanz, die das Individuum ein Leben lang begleitet und prägt. Charakteristisch für diese erste Lebensphase ist dabei die völlige Abhängigkeit des Kindes von den engsten Bezugspersonen.¹¹ Die primäre Sozialisationsinstanz Familie spielt im Hinblick auf die Gesundheit von Kindern eine zentrale Rolle: Innerhalb der Familie werden gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen sowie körperbezogene Praktiken vermittelt. In der Familie werden das Ernährungsverhalten, die Bedeutung von körperlicher Aktivität, die Körperpflege und das Gesundheitsbewusstsein erlernt und die eigene Körperwahrnehmung herausgebildet. Zudem wirkt

sich die Interaktion in der Familie maßgeblich auf die Gesundheit der einzelnen Mitglieder aus: In Studien konnte beispielsweise gezeigt werden, dass Kinder aus Familien mit problematischen Interaktionsmustern einen deutlich höheren Substanzenkonsum aufweisen als Kinder aus Familien mit positiven Interaktionsmustern.¹²

Kindergarten und Gleichaltrigengruppen

Neben der Familie werden Kinder auch in öffentlichen Institutionen erzogen, gebildet und sozialisiert. Zwar stellt die Familie noch immer die wichtigste Sozialisationsinstanz dar, allerdings haben in der Gegenwart öffentliche Einrichtungen wie Kindergarten, Schule oder Gleichaltrigengruppen viele Aufgaben der Familie übernommen.¹³ Wechselt ein Kind aus einem ausschließlich familiär bestimmten Leben in den öffentlichen Raum eines Kindergartens, der unter anderem die Ablösung des Kindes vom Elternhaus unterstützen soll, wird es mit einer Reihe von Erwartungen konfrontiert. Kinder müssen nun Alltagsaufgaben ohne dauernde Unterstützung von Erwachsenen bewältigen sowie ihre sozialen Beziehungen selbst herstellen und aufrechterhalten. Zudem gelten eine Vielzahl von neuen Regeln und der Unterschied zwischen Kindern und Erwachsenen wird deutlich hervorgehoben. In öffentlichen Einrichtungen wie dem Kindergarten werden Kindern Handlungskompetenzen vermittelt, welche für die Bewältigung des Lebens in unserer komplexen modernen Gesellschaft unabdingbar sind und auch nicht in der Familie erworben werden können.¹⁴

In Gleichaltrigengruppen (Peer groups), die sich in Institutionen wie Vereinen, Bildungseinrichtungen oder in der Nachbarschaft treffen können, sammelt ein Kind zum ersten Mal Erfahrungen mit gleichberechtigten Individuen. Diese Treffen ermöglichen das Entstehen von Freundschaften, die innerhalb gewisser sozialstrukturell und damit schichtspezifisch gerahmter Grenzen frei gewählt werden können. Ohne das Zutun von Erwachsenen müssen Kinder Aushandlungsprozesse meistern und sich untereinander einigen, ohne z.B. permanent physische Gewalt auszuüben. Beim ersten Zusammentreffen bringen Kinder Kompetenzen mit, die in der Familie erworben wurden. An diesem Punkt setzt die sekundäre Sozialisation der Peer group ein - eine Phase in der sowohl Gemeinschaftsfähigkeit als auch die Gesellschaftsfähigkeit und soziale Rollen erlernt und eingeübt werden.¹⁵

6.1.2. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Gesundheitsvorsorge

Mutter-Kind-Pass

Mit Hilfe des Mutter-Kind-Passes soll ein möglichst problemloser Verlauf der Schwangerschaft und eine gesunde Entwicklung des Kindes weitgehendst sichergestellt werden. Seit der Einführung des Mutter-Kind-Passes im Jahr

⁶ Schweizer 2007, S. 18

⁷ Kwizda-Gredler et al. 2000, S. 51

⁸ Hoffmann 2009, S. 110

⁹ Schneider 2010, S. 237

¹⁰ Hoffmann 2009, S. 116

¹¹ Robert Koch Institut 2008, S. 76

¹² Sting 2007, S. 486

¹³ Hölscher 2008, S. 757

¹⁴ Honig 2008, S. 57

¹⁵ Hölscher 2008, S. 759ff

1974 sind die Müttersterblichkeit und die Säuglingssterblichkeit deutlich zurückgegangen.¹⁶ Um eine möglichst hohe Inanspruchnahme zu erreichen, ist der Mutter-Kind-Pass an finanzielle Anreize gekoppelt: Zum einen sind für den Bezug des vollen Kinderbetreuungsgeldes sämtliche vorgesehenen Untersuchungen des Mutter-Kind-Passes bis zum 14. Lebensmonat nachzuweisen¹⁷, zum anderen muss für den Mutter-Kind-Zuschuss des Landes Oberösterreich ein ärztlicher Nachweis über die Untersuchungen der Mutter und des Kindes (inkl. vorgesehener Impfungen) laut Mutter-Kind-Pass bzw. öffentlichem Impfplan vorgelegt werden.¹⁸

Um den vollen Kindergeldbezug ab dem 21. Lebensmonat zu erhalten, sind während der Schwangerschaft und nach der Geburt jeweils fünf Untersuchungen verpflichtend (**Tabelle 13**). Ab dem 01.01.2011 sind ein (bereits seit Beginn des Jahres 2010 in den MuKi-Pass aufgenommener) HIV-Test im Rahmen der 1. Laboruntersuchung (bis 16. Schwangerschaftswoche) sowie ein oraler Glukosetoleranztest im Rahmen der 2. Laboruntersuchung (24. bis 28. Schwangerschaftswoche) Voraussetzung für die Weitergewährung des Kinderbetreuungsgeldes in voller Höhe.¹⁹

Tabelle 13: Untersuchungen des Mutter-Kind-Passes

Zeit	Untersuchung	verpflichtend für Kinderbetreuungsgeld nach dem 21. LM
bis 16. SSW	Geburtshilfliche Untersuchung, Laboruntersuchung	ja
17. - 20. SSW	Geburtshilfliche Untersuchung, interne Untersuchung	ja
18. - 22. SSW	Ultraschalluntersuchung	nein
25. - 28. SSW	Geburtshilfliche Untersuchung, Laboruntersuchung	ja
30. - 34. SSW	Geburtshilfliche Untersuchung, Ultraschalluntersuchung	ja
35. - 38. SSW	Geburtshilfliche Untersuchung	ja
Entbindung		
1. Lebenswoche	Kindesuntersuchung Hüftultraschalluntersuchung	ja
4. - 7. Lebenswoche	Kindesuntersuchung Orthopädische Untersuchung	ja
6. - 8. Lebenswoche	Hüftultraschalluntersuchung	nein
3. - 5. Lebensmonat	Kindesuntersuchung	ja
7. - 9. Lebensmonat	Kindesuntersuchung HNO-Untersuchung	ja
10. - 14. Lebensmonat	Kindesuntersuchung Augenuntersuchung	ja
22. - 26. Lebensmonat	Kindesuntersuchung Untersuchung durch Augenfacharzt	nein
34. - 38. Lebensmonat	Kindesuntersuchung	nein
46. - 50. Lebensmonat	Kindesuntersuchung	nein
58. - 62. Lebensmonat (seit 1. 1. 2002)	Kindesuntersuchung	nein

¹⁶ Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2010

¹⁷ Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2010

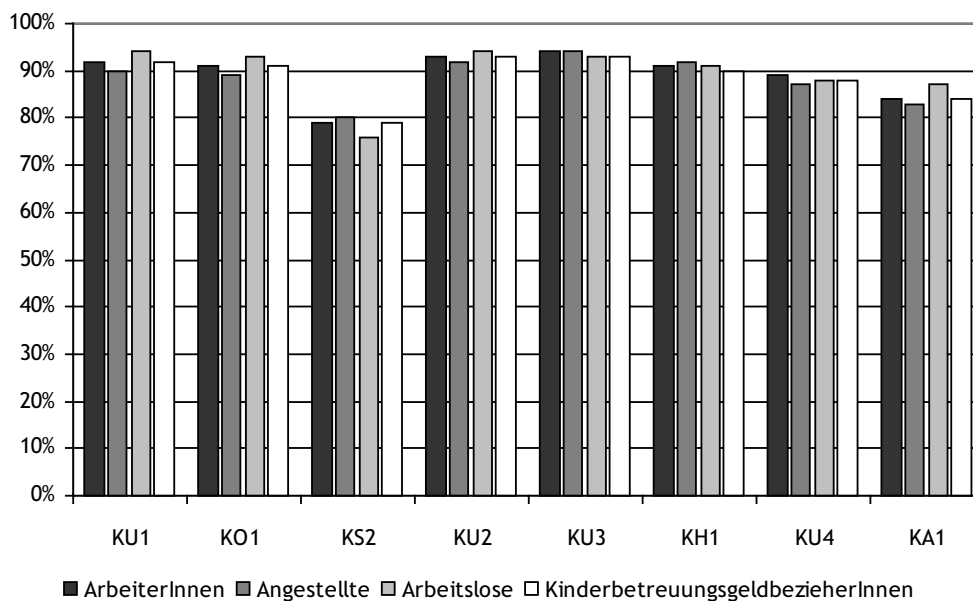
¹⁸ Land Oberösterreich

¹⁹ Bundesministerium für Gesundheit 2010a

Mutter-Kind-Pass Untersuchungen sind kostenlos, auch wenn Mutter und Kind nicht krankenversichert sind. Die einzige Voraussetzung ist ein rechtmäßiger Aufenthalt in Österreich. Hinsichtlich der Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen zwischen Geburt und dem 14.

Lebensmonat sind kaum Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status des/der Hauptversicherten auszumachen (**Abbildung 83**). Auch bezüglich der Staatsbürgerschaft gibt es keine Unterschiede in der Inanspruchnahme.

Abbildung 83: Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass Untersuchungen und Versichertenkategorie



Quelle: OÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen)

Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass Untersuchungen nach Versicherungskategorie des/der Hauptversicherten; (nur OÖGKK-Versicherte)

- KU1: Untersuchung des Kindes in der 4. bis 7. Lebenswoche
- KO1: Orthopädische Untersuchung des Kindes in der 4. bis 7. Lebenswoche
- KS2: Ultraschalluntersuchung der Hüften in der 6. bis 8. Lebenswoche
- KU2: Untersuchung des Kindes im 3. bis 5. Lebensmonat
- KU3: Untersuchung des Kindes im 7. bis 9. Lebensmonat
- KH1: Hals-, Nasen- und Ohrenuntersuchung des Kindes im 7. bis 9. Lebensmonat
- KU4: Untersuchung des Kindes im 10. bis 14. Lebensmonat
- KA1: Augenärztliche Untersuchung des Kindes im 10. bis 14. Lebensmonat
- KU5: Untersuchung des Kindes im 22. bis 26. Lebensmonat
- KA2: Augenärztliche Untersuchung des Kindes im 22. bis 26. Lebensmonat

Eltern-, Mutterberatungsstellen

Die ersten Lebensjahre sind für die Entwicklung eines Kindes ganz entscheidend. Da die Entwicklung eines Kindes jedoch für die Eltern häufig mit vielen Fragen und Unsicherheiten verbunden ist, gibt es in Oberösterreich rund 300 Eltern-, Mutterberatungsstellen. In diesen Beratungsstellen bieten ExpertInnen kostenlos ihre Hilfe an. Ganz unbürokratisch beraten und informieren SozialarbeiterInnen und ÄrztInnen über:

- Entwicklung und Förderung des Kindes
- Erziehung
- Ernährung, Stillen, Gesundheit
- Messen, Wiegen, Impfungen
- allgemeine familiäre Fragen und
- rechtliche Fragen (z.B. zu Unterhalt, Vaterschaft, Besuchsrecht).²⁰

Neben den herkömmlichen Eltern- und Mutterberatungsstellen gibt es derzeit 5 IGLU-Stellen in Oberösterreich, die als Bezirksleitstellen für Sozialvorsorge und Gesundheitsförderung ein umfassendes Angebot aufweisen. Zusätzlich zu den diplomierten SozialarbeiterInnen sind in den IGLU-Stellen auch PsychologInnen in die Beraterteams eingebunden, um die gesamte Breite der Entwicklung im Baby- und Kleinkindalter abzudecken. Der Schwerpunkt liegt in der fachlichen Begleitung und Beratung für Eltern mit ihren Kindern bis zum 3. Lebensjahr. Die IGLU-Beratungsstellen befinden sich in Linz, Traun, Marchtrenk, Wels und Mauthausen.²¹

Alkohol

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann bei den Kindern sogar irreversible Schädigungen hervorrufen. Nicht nur intensiver Alkoholkonsum kann schädigend wirken, sondern bereits geringer Alkoholkonsum oder vereinzelte Trinkexzesse können zu einer Vielzahl an gesundheitlichen Beeinträchtigungen beim Ungeborenen führen. Grundsätzlich können die potentiellen Behinderungen und Schäden in drei Bereiche geteilt werden: Wachstumsstörungen, Anzeichen von Fehlbildungen und Störungen des zentralen Nervensystems. Langzeitschäden treten in Form von Verhaltensstörungen und intellektuellen Beeinträchtigungen auf.²²

Alkoholkonsum in der Kindheit

Alkohol ist ein bedeutender Risikofaktor für die Entstehung verschiedener Krankheiten. Bei jungen Menschen kann Alkoholkonsum Auslöser oder auch Folge von problematischen und dissozialen Verhaltensweisen, Schulversagen, verminderter schulischer Leistung, Depressionen u.v.m. sein. Österreichweit konsumieren rund 4 Prozent der 11-jährigen Burschen und 1 Prozent der 11-jährigen Mädchen regelmäßig²³ Alkohol.²⁴

²⁰ Amt der Oö Landesregierung - Direktion Soziales und Gesundheit - Abteilung Jugendwohlfahrt (a)

²¹ Amt der Oö Landesregierung - Direktion Soziales und Gesundheit - Abteilung Jugendwohlfahrt (b)

²² Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) 2010, S. 1

²³ mindestens ein alkoholisches Getränk wöchentlich oder öfter

²⁴ Dür 2007, S. 43-44

Rauchen

Rauchen in der Schwangerschaft und während des Stillens

Einer der Warnhinweise auf Zigarettenpackungen lautet „Rauchen in der Schwangerschaft schadet ihrem Kind“. Das aktive und passive Rauchen der werdenden Mutter gefährdet in der Tat massiv die Gesundheit des ungeborenen Kindes.²⁵ Laut Studien ist das Rauchen für 15 Prozent aller Frühgeburten sowie für 20 bis 30 Prozent aller Fälle von geringerem Geburtsgewicht verantwortlich. Zudem erhöht das Rauchen die gesamte perinatale Sterblichkeit um 150 Prozent.²⁶ Weiters weisen Studien darauf hin, dass Kinder von aktiv und passiv rauchenden Müttern häufiger an Allergien und Asthma bronchiale erkranken, dass der Nachwuchs von Raucherinnen ein erhöhtes Risiko für Konzentrationschwäche und Hyperaktivität aufweist und sich das Risiko für das Auftreten des plötzlichen Kindstods erhöht.²⁷ Den Oberösterreichern und Oberösterreichern sind diese Gefahren bewusst, denn 95 Prozent sind der Meinung, dass Frauen das Rauchen in der Schwangerschaft unbedingt vermeiden sollen.²⁸

Passivrauchbelastung von Kindern

Die Aufnahme von Tabakrauch aus der Raumluft wird als „Passivrauchen“ bezeichnet. Der Tabakrauch, der sich aus etwa 4.000 Chemikalien zusammensetzt, enthält über 40 krebserregende Substanzen. Der ursächliche Zusammenhang zwischen Passivrauch und negativen gesundheitlichen Konsequenzen ist vielfach belegt. Dabei reagiert der kindliche Organismus viel empfindlicher auf die Einwirkung des Tabakrauchs als jener von Erwachsenen, da die Organe noch nicht so ausgereift sind und die Möglichkeiten zur Entgiftung von Schadstoffen noch eingeschränkt sind. Außerdem haben Kinder eine höhere Stoffwechselrate, was zu einer erhöhten Anfälligkeit für die Schadstoffe im Tabakrauch führt und sie atmen im Verhältnis zu ihrem Körpergewicht deutlich mehr giftige Substanzen ein als Erwachsene.²⁹ Die Gefahren des Passivrauchens werden von einem Großteil der Oberösterreichern erkannt: 86 Prozent halten Passivrauchen für eine große Gefahr für NichtraucherInnen. Sogar 94 Prozent stimmen der Aussage zu: „Wenn Kinder im gleichen Raum anwesend sind, soll auf keinen Fall geraucht werden.“ Dennoch wird in 18 Prozent der Haushalte in Oberösterreich, in denen minderjährige Kinder leben, geraucht (in 9 Prozent regelmäßig und in weiteren 9 Prozent in Ausnahmefällen). Damit sind über 40.000 Kinder des Bundeslandes zu Hause einer Passivrauchbelastung ausgesetzt.³⁰

²⁵ Birgmann et al. 2007, S. 19

²⁶ Deutsches Krebsforschungszentrum 2003, S. 15

²⁷ Birgmann et al. 2007, S. 19

²⁸ Institut Suchtprävention 2010, S. 3

²⁹ Deutsches Krebsforschungszentrum 2003, S. 14

³⁰ Institut Suchtprävention 2010, S. 2

Rauchen in der Kindheit

Rauchen ist der bedeutendste Risikofaktor für die Entwicklung vieler Erkrankungen und ist weltweit eine der zwei bedeutendsten vermeidbaren Todesursachen. Umso bedenklicher ist, dass der Tabakkonsum unter jungen Menschen in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen hat.³¹ Österreichweit haben rund 9 Prozent der 11-jährigen Burschen und 7 Prozent der 11-jährigen Mädchen in ihrem Leben jemals eine Zigarette geraucht. Zwar entwickeln laut PräventionsexpertInnen längst nicht alle Kinder durch das Probierrauchen ein stabiles Risikoverhalten (oft wird dieses sogar als äußerst ekelhafte und Übelkeit erzeugende Erfahrung wahrgenommen), dennoch begünstigt ein früher Einstieg die Statuspassage zum täglichen Rauchen, da der Suchteffekt früher greift und somit die Kontrolle über die Zigarette stetig schwieriger wird.³²

Ernährung

Stillen

Neben der Förderung der Entwicklung einer guten Mutter-Kind-Beziehung weist Stillen viele gesundheitliche Vorteile für das Kind und die Mutter auf. Muttermilch bietet für den Säugling einen Schutz vor Infektionskrankheiten und fördert die Entwicklung des Kindes. Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass Stillen mit einer reduzierten Inzidenz von beispielsweise Diabetes mellitus (Typ 1 und 2), Übergewicht und Adipositas bei älteren Kindern und Erwachsenen in Zusammenhang gebracht werden kann.³³ Des Weiteren sind Belege dafür vorhanden, dass Stillen mit einer deutlichen Reduktion des Risikos einer allergischen Erkrankung (z.B. allergische Rhinitis) während

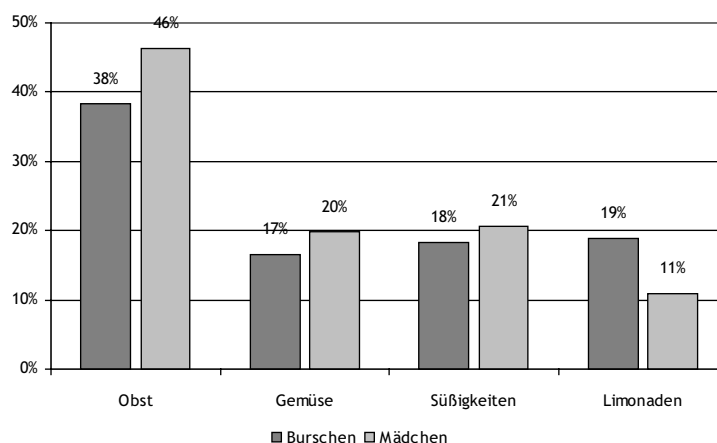
der Kindheit einhergeht.³⁴ Aus nationalen und internationalen Stillempfehlungen ging bisher hervor, dass Mütter ihre Kinder möglichst während der ersten sechs Lebensmonate vollstillen sollen.³⁵ Gemäß der Österreichischen Beikostempfehlungen 2010 wird jedoch für die Einführung der Beikost folgende Empfehlung abgegeben: sie sollte nicht vor dem 5. Monat (17. Lebenswoche) bzw. nicht nach Ende des 6. Monats (26 Lebenswoche) erfolgen. Dabei wird ein Weiterstillen während und nach der Beikosteinführung empfohlen. Sowohl Muttermilch als auch Säuglingsanfangsnahrung bleiben auch nach Einführung der Beikost ein wichtige Nährstoffquelle im 1. Lebensjahr.³⁶

Eine repräsentative Erhebung aus dem Jahr 2006 ergab, dass in Österreich rund 93 Prozent der befragten Mütter ihr Kind gestillt haben. 72 Prozent haben ihr Kind drei Monate teil- bzw. vollgestillt. Etwas mehr als die Hälfte (55 Prozent) stillte ihr Kind sechs Monate (10 Prozent „voll“ und 45 Prozent „zum Teil“).³⁷

Ernährung im Kindesalter

Die Zunahme von Zivilisationskrankheiten wird unter anderem auf die verbreitete Fehlernährung im Kindesalter zurückgeführt. Die positive Wirkung von gesunder Ernährung im Kindesalter zeigt sich in der begünstigten physischen und kognitiven Entwicklung, in der Vermeidung unmittelbarer Gesundheitsprobleme wie Adipositas oder Essstörungen sowie in der vorbeugenden Wirkung gegen schwerwiegende Erkrankungen. Während bspw. Obst und Gemüse als besonders gesunde Lebensmittel gelten, werden Süßigkeiten und Limonaden mit ihren „leeren Kalorien“ als besonders ungesund eingestuft.

Abbildung 84: Täglicher Konsum verschiedener Lebensmittel durch 11-jährige SchülerInnen



Quelle: WHO-HBSC-Survey 2006; Ergebnisse für Österreich (eigene Berechnungen)

³¹ Dür 2007, S. 40
³² Dür 2007, S. 41-42
³³ Gartner, Eidelman 2005, S. 496

³⁴ Hitthaller 2008, S. 66
³⁵ Hitthaller 2008, S. 55
³⁶ Hitthaller et al. 2010, S. 8
³⁷ Hitthaller 2008, S. 54

38 Prozent der 11-jährigen Burschen und 46 Prozent der 11-jährigen Mädchen essen ein- oder mehrmals pro Tag Obst. Gemüse wird jedoch nur von 17 Prozent der Burschen und von 20 Prozent der Mädchen täglich verzehrt. Jeweils etwa ein Fünftel der 11-jährigen Burschen und Mädchen konsumiert täglich ein- oder mehrmals Süßigkeiten. Zuckerhaltige Limonaden werden von 19 Prozent der 11-jährigen Burschen und von 11 Prozent der 11-jährigen Mädchen jeden Tag getrunken (**Abbildung 84**).

Wie bei den meisten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen gilt auch im Bereich der Ernährung, dass jene Menschen, die bereits in der Kindheit ein gesundes Ernährungsverhalten entwickeln, dieses auch als Erwachsene eher beibehalten.³⁸ (Siehe auch Kapitel 5.6. Adipositas).

Bewegung

Bereits im Kindesalter werden die Weichen für ein gesundes Leben gestellt. Kinder, die sich bereits von klein auf regelmäßig bewegen, behalten diese Gewohnheit auch meistens im Erwachsenenalter mit Freude bei. Schon ab

dem ersten Lebensjahr ist Bewegung ein wesentlicher Faktor bei der Entwicklung körperlicher und geistiger Fähigkeiten. Im Kindergarten- und Volksschulalter, also jener Phase, in der die biologischen, psychosozialen und kognitiven Grundlagen geschaffen werden, sollte der natürliche Bewegungsdrang der Kinder frei von Einschränkungen sein. Spezielle Trainingsformen oder eine Kanalisierung des Bewegungsdrangs hin zu speziellen Sportarten ist in dieser Lebensphase nicht notwendig. Zwischen dem siebten und zwölften Lebensjahr ist die koordinative Lernfähigkeit (Geschicklichkeit) am größten und kann mit Werfen, Springen, Laufen oder Klettern gefördert werden.³⁹ Bewegung wirkt sich positiv auf Geist und Körper der Kinder aus. Regelmäßige Bewegung führt zu besserer Konzentrationsfähigkeit und fördert die psychische Gesundheit. Auf physischer Ebene werden durch regelmäßige Bewegung von klein auf unter anderem die Muskulatur, das Herz-Kreislauf-System, das Immunsystem, die Lunge und die Knochen gestärkt.⁴⁰

Fakten:

- Die Phase der Kindheit beginnt mit der Geburt und endet mit dem Beginn der Pubertät.
- Die Familie spielt im Hinblick auf die Gesundheit von Kindern eine zentrale Rolle: Innerhalb der Familie werden gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen sowie körperbezogene Praktiken vermittelt. In der Familie werden das Ernährungsverhalten, die Bedeutung von körperlicher Aktivität,

die Körperpflege und das Gesundheitsbewusstsein erlernt und die eigene Körperwahrnehmung herausgebildet.

- Neben der Familie sind aber auch öffentliche Institutionen (z.B. der Kindergarten) und Peergroups (z.B. in Vereinen) ebenfalls wichtige Eckpfeiler für die gesunde Entwicklung von Kindern.

³⁸ Dür 2007, S. 35

³⁹ Bundesministerium für Gesundheit 2010b

⁴⁰ Bundesministerium für Gesundheit 2010b

6.2. Jugend und junges Erwachsenenleben

„Die Jugend liebt heutzutage den Luxus. Sie hat schlechte Manieren, verachtet die Autorität, hat keinen Respekt vor älteren Leuten und schwatzt, wo sie arbeiten soll. Die jungen Leute stehen nicht mehr auf, wenn Ältere das Zimmer betreten. Sie widersprechen ihren Eltern, schwadronieren in der Gesellschaft, verschlingen bei Tisch die Süßspeisen, legen die Beine übereinander und tyrannisieren ihre Lehrer.“ - Sokrates (griechischer Philosoph, 470 - 399 v. Chr.)

In den letzten drei bis vier Jahrzehnten ist es zu einer zeitlichen Ausweitung der Adoleszenz gekommen. Die Jugendzeit beginnt heute früher und endet später.⁴¹ Zudem kann man heute von einer Entstandardisierung der Jugendphase sprechen. Gründe dafür sind unter anderem kulturelle Veränderungen, Medieneinflüsse und die Ausdehnung des Bildungsbereiches.⁴² Das Konzept der Adoleszenz, welches die entwicklungspsychologische und soziale Dimension von Jugend beschreibt, definiert die Jugend als Zeitspanne vom 13. bis zum 30. Lebensjahr. Im soziologischen Konzept der Lebensphase wird das Jugendlichenalter als etwas kürzer - nämlich vom 15. bis zum 24. Lebensjahr - definiert.⁴³ Beide Definitionen können nur als Anhaltspunkt gesehen werden, mit welcher Altersgruppe man hier konfrontiert ist, denn die Übergänge von der Kindheitsphase in die Jugendlichenphase und von der Jugendlichenphase in die Phase des jungen Erwachsenenlebens werden zunehmend diffuser.⁴⁴ Es gibt mehrere Gründe für das „Verschwimmen“ der Übergänge: Die sexuelle und die soziale bzw. kulturelle Reife fallen weit auseinander und die Volljährigkeit stellt heute längst keinen Fixpunkt für den Übertritt in die Erwachsenenphase mehr dar. Sowohl der Übertritt von der Kindheits- in die Jugendlichenphase als auch von der Jugendlichen- in die Erwachsenenphase wird im Wesentlichen durch das eigene Tun bestimmt.⁴⁵

Die Jugendphase ist ein prägender Abschnitt des Lebens, der vor allem durch widersprüchliche Herausforderungen an die Jugendlichen charakterisiert werden kann: Größer werdenden Handlungsspielräumen und mehr Entscheidungsautonomie stehen gleichzeitig neue Belastungsformen (z.B. Leistungserwartung, Entscheidungszwang, Überstimulierung durch Medien, uvm.) gegenüber. Diese widersprüchlichen Herausforderungen können die Bewältigungskapazität von Jugendlichen überfordern.⁴⁶

Lange Zeit galt die Jugendphase als beschwerdefreier und gesundheitlich unspektakulärer Lebensabschnitt.⁴⁷ Mittlerweile zeigen jedoch einschlägige Studien immer häufiger gesundheitliche Probleme von Jugendlichen auf, die vor allem im psychosozialen Bereich angesiedelt

sind. Diese Probleme werden mit den Anforderungen im Ausbildungsbereich, dem Beruf und dem Elternhaus bzw. mit neuen Belastungssituationen jugendlicher Lebensführung, die sich z.B. aus Optionenvielfalt, Überforderung, Anpassungsschwierigkeiten, Leistungsstress, Exklusionsängsten oder aber auch Gewalterfahrungen ergeben können, in Zusammenhang gebracht.⁴⁸

Gesundheit ist auch aus der Sicht der Jugendlichen ein wichtiges Gut. Für Jugendliche bedeutet Gesundheit bzw. Gesund-Sein „(alles) mitmachen zu können“ oder anders ausgedrückt: Jugendliche wollen in die Gesellschaft von Gleichaltrigen integriert sein und am sozialen Leben - zu dem auch die Arbeitswelt oder der Beruf zählen - teilhaben können.⁴⁹

6.2.1. Soziale Settings von Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Die beiden bedeutendsten sozialen Systeme der Jugendphase sind - neben der Schule (siehe Kapitel 7.1.) - die Familie und Peers.

Familie

Neben der klassischen Kernfamilie, die sich aus Eltern und Kind(ern) zusammensetzt und mittlerweile nicht mehr als „kulturelle Selbstverständlichkeit“ betrachtet werden kann, sind als Folge der gesellschaftlichen Individualisierung und Pluralisierung der Lebensformen andere Familienformen, wie die Einelternfamilie oder die Patchworkfamilie vorzufinden. Jugendliche sehen sich daher häufig mit wandelnden psychosozialen Bedingungen im Bereich des Familienlebens konfrontiert.⁵⁰ Die Familie verliert in der Jugendphase als Erziehungsinstanz an Bedeutung und ist diesbezüglich nicht mehr das wichtigste Bezugssystem von Jugendlichen. Ihre wichtigste Funktion ist die Versorgung und Unterstützung von Jugendlichen, zumindest so lange eine ökonomische Unselbstständigkeit besteht. Zusätzlich ist die Familie häufig eine Art „Hafen“, in den man zurückkehren kann, wenn man in Schwierigkeiten gerät. Jugendliche nehmen im sozialen System Familie eine „abhängige“ Rolle ein - gleichzeitig sind sie aber mit der allgemeinen Erwartung konfrontiert, selbstständig zu werden und sich von der Familie zu lösen. Jugendliche müssen sich in dieser Lebensphase also einer fundamentalen Herausforderung stellen, da sie jenes System, das ihnen am meisten hilft, hinter sich lassen müssen.⁵¹

Peers

Peers - das sind die Cliquen der Gleichaltrigen - gewinnen in der Jugendphase an Bedeutung und werden zur dominanten Lebenswelt von Jugendlichen.⁵² Die Gleichaltrigengruppen erfüllen unterschiedliche Funktionen: sie vermitteln Akzeptanz und Zugehörigkeit, wirken bei der Entwicklung und Erprobung von sozialen Identitäten

⁴¹ Dür 1999, S. 20

⁴² Heinzlmaier 14. und 15. Oktober 2008

⁴³ Dür 1999, S. 19

⁴⁴ Ohlbrecht 2010, S. 136

⁴⁵ Heinzlmaier 14. und 15. Oktober 2008

⁴⁶ Ohlbrecht 2010, S. 137

⁴⁷ Scharinger 1999, S. 11

⁴⁸ Hackauf, Ohlbrecht 2010, S. 9

⁴⁹ Heinzlmaier 14. und 15. Oktober 2008

⁵⁰ Schäfers 1994, S. 133-135

⁵¹ Dür 1999, S. 23

⁵² Dür 1999, S. 25

unterstützend, tragen zum Erwerb sozialer Kompetenzen bei und begünstigen den Ablösungsprozess aus dem Elternhaus.⁵³ In der Peergroup werden Interessen geteilt, können Probleme besprochen werden, wird Rat gesucht und neue Verhaltensweisen werden erprobt. Die Peergroup gibt Halt, wenn in den anderen sozialen Systemen wie Elternhaus oder Schule Probleme auftreten.⁵⁴ Bezogen auf Gesundheit und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen können Peergroups negative (Hänseln, Ausgrenzen oder riskantes Verhalten) und positive (soziale Unterstützung, Konfliktbewältigung, Einüben von Sozialverhalten) Dynamiken entwickeln. In welche Richtung sich Peergroups entwickeln, hängt dabei stark von den personalen und sozialen Ressourcen der Mitglieder der Gleichaltrigen-Gruppe ab (z.B. ökonomische Situation, soziale Unterstützung, Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Widerstandsfähigkeit und Bewältigungsressourcen).⁵⁵

6.2.2. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Gesundheitsrelevantes Verhalten in der Jugend - zu denen unter anderem der Umgang mit Alkohol, das Rauchen, die Ernährungsweise sowie das Ausmaß an körperlicher Bewegung zählen - ist vor dem Hintergrund einer Lebensphase zu sehen, die von vielen Veränderungen gekennzeichnet ist. Neben Veränderungen auf biologisch-somatischer Ebene ist die Lebensphase von Veränderungen auf interpersonaler Ebene und sozialen Statusveränderungen geprägt. In dieser Phase gewinnen schulische und berufliche Entwicklungsbereiche immer mehr an Bedeutung, während das familiäre Umfeld in den Hintergrund rückt. Mit dem Übertritt in die Lebensbereiche und Rollensysteme des Erwachsenenalters entstehen neue Handlungserfordernisse und -möglichkeiten.⁵⁶

Die jugendliche Entwicklungsphase wird unter anderem von riskanten Verhaltenspraktiken geprägt. Keine andere Lebensphase ist so deutlich von „Ausprobieren“, „Testen“ und „Grenzen überschreiten“ gekennzeichnet. Riskante Verhaltensweisen sind teilweise Bestandteil der Jugendkultur und bieten Individuen Möglichkeiten zur Körper- und Geschlechterrolleninszenierung. Riskante Verhaltensweisen können dabei gleichsam als Belastungsreaktion sowie individuelle Bewältigungsmuster eingesetzt werden.⁵⁷

Alkoholkonsum

Österreich ist im internationalen Vergleich eines jener Länder, in denen Alkoholerfahrungen unter Jugendlichen weit verbreitet sind, denn österreichische SchülerInnen im Alter zwischen 15 und 16 Jahren neigen zu vergleichsweise hohen Konsumfrequenzen und großen Trinkmengen.⁵⁸

Anders als beim Tabakkonsum kann vom Trinkverhalten im Jugendlichenalter nicht unmittelbar auf den Alkoholkonsum im Erwachsenenalter geschlossen werden. Teilweise handelt es sich in jungen Jahren um „experimentelles Trinken“ (Probierverhalten), welches in gewisser Weise zur Entwicklung eines effektiven Kontrollverhaltens und zum Erlernen des Umgangs mit der Droge Alkohol dienen kann. Es wird jedoch vermutet, dass zum Teil auch schon Jugendliche im Zusammenhang mit bestimmten Lebensproblemen und Stresssituationen Alkohol aufgrund seiner psychoaktiven Wirkung konsumieren. Daneben ist für die Entwicklung von Problematiken Menge und Regelmäßigkeit des Konsums ausschlaggebend.⁵⁹

Eine oberösterreichische Studie untersuchte jüngst die Ursachen für Alkoholintoxikationen bei 14- bis 17-jährigen Jugendlichen. Dabei wurden 50 Interviews mit Jugendlichen geführt, die im Untersuchungszeitraum mit einer akuten Alkoholintoxikation ins Spital eingeliefert wurden. Demnach konnten die Jugendlichen in drei Gruppen eingeteilt werden:

(1) Unauffällige Jugendliche (58 Prozent oder 29 Fälle), die nicht die Absicht hatten, sich stark zu betrinken. Der Rausch und die damit einhergehende Alkoholintoxikation ist ihnen passiert und kann als singuläres, ungeplantes Ereignis („Trinkunfall“) interpretiert werden. Bei dieser Gruppe - die hinsichtlich Alter und Geschlecht gemischt war - gibt es keine Hinweise, die auf Auffälligkeiten im psychosozialen Bereich und beim generellen Alkoholkonsum schließen lassen. In dieser Gruppe sind relativ mehr SchülerInnen und weniger Lehrlinge sowie Personen in „Übergangssituationen“ vertreten.

(2) Psychosozial auffällige Jugendliche (34 Prozent oder 17 Fälle), welche durchwegs mehrere Risikofaktoren aufweisen. Dabei spielten in erster Linie psychische, familiäre und Peer-Group-Effekte, wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit oder Alkoholkonsum als (vermeintliches) Problemlösungsmuster, eine Rolle. Der intensive Alkoholkonsum am Tag der Alkoholintoxikation stellte ein Symptom der zugrunde liegenden Problematik dar. In dieser Gruppe sind Lehrlinge und Jugendliche in „Übergangssituationen“ häufiger vertreten als SchülerInnen.

(3) Jugendliche mit risikobehaftetem Alkoholkonsum, ohne psychosoziale Auffälligkeiten (8 Prozent oder vier Fälle) stellen die kleinste Gruppe dar. Für sie ist exzessiver Alkoholkonsum, d.h. regelmäßige, geplante schwere Rausche, ein wichtiger Bestandteil ihres sozialen Lebens. Von dieser Gruppe wurden intensive Berausungen „aus Spaß“ wiederholt angestrebt. In dieser kleinen Gruppe halten sich Schüler und Lehrlinge die Waage.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die große Mehrzahl (78 Prozent) der Jugendlichen mit Alkoholvergiftung keine intensive Berausung geplant haben. 20 Prozent der Jugendlichen hatten einen Vollrausch beabsichtigt. In 88 Prozent aller analysierten Fälle spielten Spirituosen eine Rolle.⁶⁰

⁵³ Ohlbrecht 2010, S. 149

⁵⁴ Ohlbrecht 2010, S. 152

⁵⁵ Ohlbrecht 2010, S. 151

⁵⁶ Raithel 2010, S. 163

⁵⁷ Raithel 2010, S. 160

⁵⁸ The 2007 ESPAD report, 2009, S. 11

⁵⁹ Dür 2002, S. 21

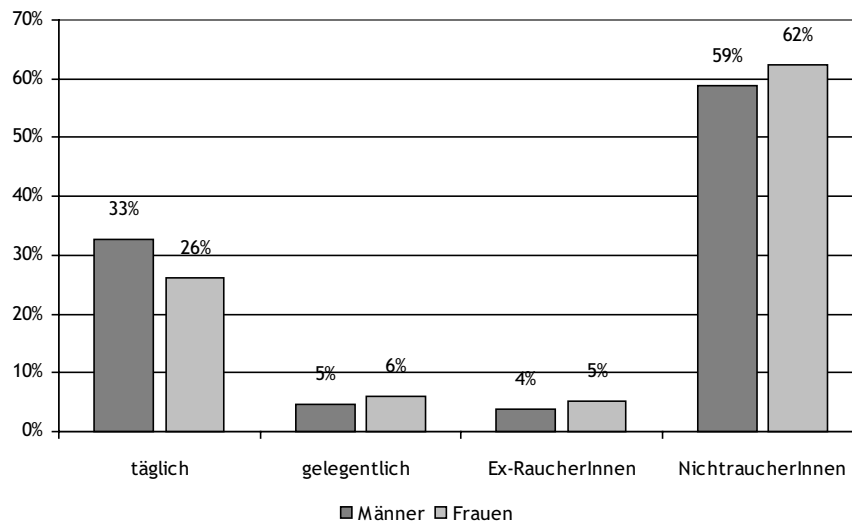
⁶⁰ Gschwandtner et al. 2009, S. 6-12

Rauchen

33 Prozent der jungen Männer und 26 Prozent der jungen Frauen greifen täglich zur Zigarette. Zusätzliche 5 Prozent der 15- bis 24-jährigen Männer und 6 Prozent der Frauen rauchen gelegentlich. Mit dem Rauchen auf-

gehört haben 4 Prozent der Männer und 5 Prozent der Frauen. Die Mehrheit der jungen Menschen - nämlich 59 Prozent der jungen Männer und 62 Prozent der jungen Frauen haben nie geraucht (**Abbildung 85**).

Abbildung 85: RaucherInnenstatus bei 15- bis 24-Jährigen



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

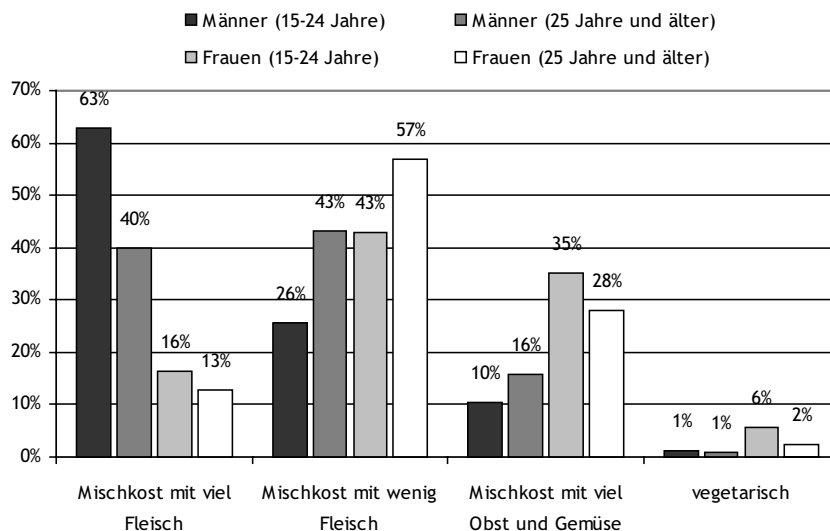
Ernährung und Trinkgewohnheiten

10 Prozent der jungen Männer und 35 Prozent der jungen Frauen ernähren sich von Mischkost mit viel Obst und Gemüse. Weitere 26 Prozent der männlichen 15- bis 24-Jährigen und 43 Prozent der weiblichen 15- bis 24-Jährigen geben an, sich von Mischkost mit wenig Fleisch zu ernähren. Beide Ernährungsformen - Mischkost mit viel Obst und Gemüse sowie Mischkost mit wenig Fleisch - können laut Österreichischem Ernährungsbericht als Standardkost mit Gesundheitsaspekten⁶¹ bezeichnet werden und kommen somit den Ernährungsempfehlungen

am nächsten. Demnach ernähren sich insgesamt nur 36 Prozent der männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen gesund. Bei den weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind es mit 78 Prozent deutlich mehr. Auffallend ist, dass sich fast zwei Drittel (63 Prozent) der männlichen Jugendlichen und jungen Männer von einer Mischkost mit viel Fleisch ernähren. Vegetarisch ernähren sich nur rund 1 Prozent der jungen Männer und 6 Prozent der jungen Frauen (**Abbildung 86**).

⁶¹ Elmadfa et al. 2003, S. 57

Abbildung 86: Ernährungsgewohnheiten

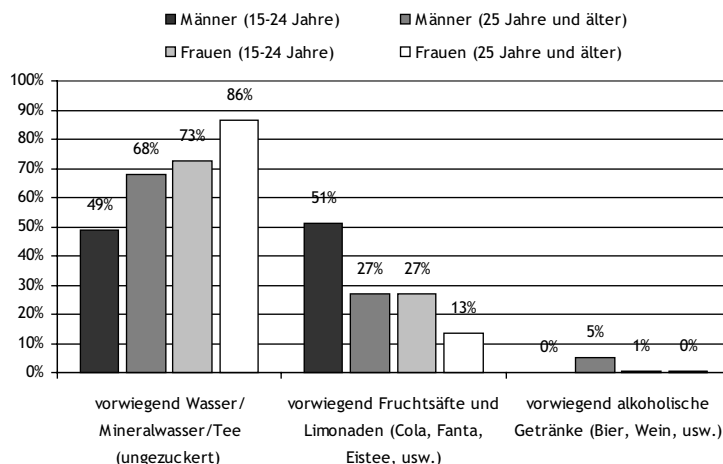


Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Bei den Trinkgewohnheiten wird zwischen (1) vorwiegend Wasser, Mineralwasser und ungezuckerten Tees, (2) vorwiegend Fruchtsäfte und Limonaden sowie (3) vorwiegend alkoholische Getränke unterschieden. Lediglich Personen, die sich der ersten Kategorie zuordnen bzw. vorwiegend Wasser, Mineralwasser und ungezuckerte Tees trinken, erfüllen die internationalen Empfehlungen bezüglich gesundheitsfördernder Trinkgewohnheiten. Diese werden nur von knapp der Hälfte der männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 15 und 24

Jahren erreicht. Deutlich gesünder sind die Trinkgewohnheiten der weiblichen Jugendlichen und jungen erwachsenen Frauen: 73 Prozent konsumieren vorwiegend Wasser, Mineralwasser oder ungezuckerte Tees. 51 Prozent der männlichen Jugendlichen und jungen erwachsenen Männer konsumieren vorwiegend Limonaden und Fruchtsäfte. Das sind nicht nur deutlich mehr als bei den gleichaltrigen weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen (27 Prozent), sondern auch fast doppelt so viele wie bei den Männern ab dem 25. Lebensjahr (Abbildung 87).

Abbildung 87: Trinkgewohnheiten



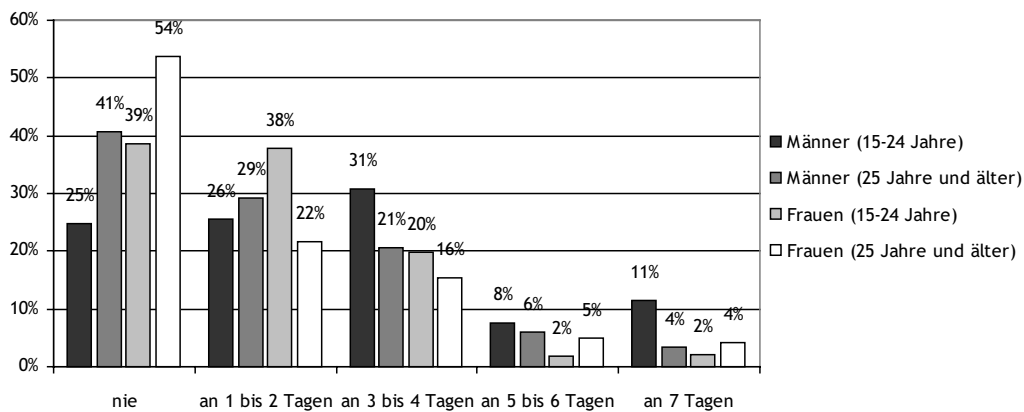
Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Bewegung

Verglichen mit der oberösterreichischen Bevölkerung ab dem 25. Lebensjahr ist der Anteil der Inaktiven in der jungen Bevölkerung deutlich geringer: „Nur“ 25 Prozent der männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen und 39 Prozent der weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind in der Freizeit körperlich inaktiv und kommen während einer Woche kein einziges Mal durch körperliche Betätigung ins Schwitzen. Etwas mehr als die Hälfte der jungen Männer (55 Prozent) und 58 Prozent der

jungen Frauen kommen innerhalb einer Woche an einem bis vier Tage durch körperliche Betätigung in der Freizeit ins Schwitzen. Eine besonders hohe Frequenz an körperlicher Aktivität in der Freizeit weisen 19 Prozent der männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen bzw. 4 Prozent der weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf: Sie kommen innerhalb einer Woche an fünf bis sieben Tagen dabei ins Schwitzen (**Abbildung 88**).

Abbildung 88: Intensive, körperliche Freizeitbewegung



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)
 Durchschnittliche Anzahl der Tage pro Woche, an denen man in der Freizeit durch körperliche Betätigung ins Schwitzen kommt.

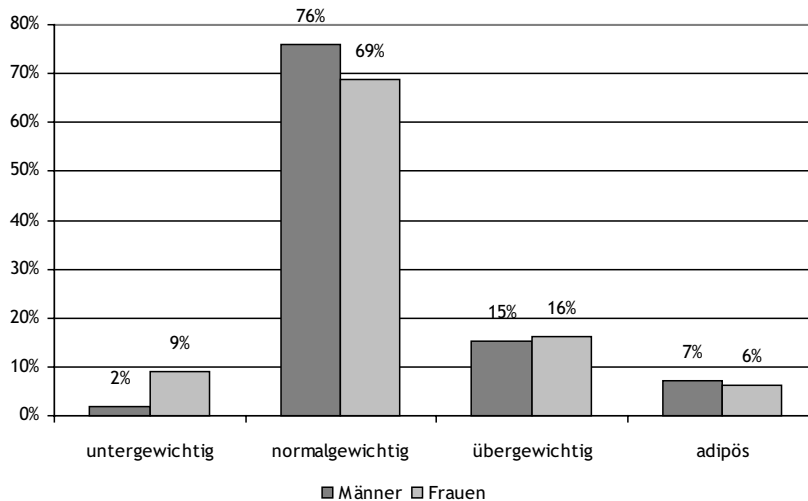
Body-Mass-Index

Der Body-Mass-Index (BMI) wird als aktuelles Klassifikationsmerkmal für Adipositas herangezogen. Der BMI errechnet sich wie folgt: Gewicht in kg/Körpergröße in Meter zum Quadrat. Gemäß der Klassifikation der WHO gelten Personen mit einem BMI von unter 18,5 als untergewichtig, zwischen 18,5 und unter 25 als normalgewichtig, von 25 bis unter 30 als übergewichtig und ab einem BMI von 30 als adipös.

zwischen 18,5 und 25. 9 Prozent der jungen Frauen gelten gemäß der Klassifikation der WHO als untergewichtig. Bei den Männern der gleichen Altersgruppe sind es nur 2 Prozent. 15 Prozent der jungen Männer und 16 Prozent der jungen Frauen sind übergewichtig. Weitere 7 Prozent der Männer und 6 Prozent der Frauen zwischen 20 und 24 Jahren sind adipös: sie haben einen BMI von 30 oder mehr.

Der Großteil der jungen Menschen in Oberösterreich ist normalgewichtig: 76 Prozent der Männer und 69 Prozent der Frauen im Alter von 20 bis 24 Jahren haben einen BMI

Abbildung 89: Body-Mass-Index bei 20- bis 24-Jährigen



Quelle: Statistik Austria; Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

6.2.3. Partnerbeziehungen im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter

Noch vor Jahrzehnten gab es eine normativ verbindliche zeitliche Abfolge von Ereignissen im partnerschaftsbiografischen Ablauf. Mittlerweile hat sich dies geändert: Jugendliche machen heute ihre ersten sexuellen Erfahrungen früher - dafür haben sich die Gründung eines Haushalts, die Heirat und der Übergang zur Elternschaft eher nach hinten verschoben - wobei die einzelnen Ereignisse variabel verknüpfbar sind.⁶² Partnerbeziehungen haben unter Jugendlichen einen hohen Stellenwert, wobei die Beziehungsorientierung bei jungen Frauen bis zur Altersgruppe der 25- bis 30-Jährigen deutlicher ausgeprägt ist als bei jungen Männern. Ein partnerloses Leben ist unter Jugendlichen weder ein angestrebtes Ziel noch eine bewusste Entscheidung. Vielmehr streben drei Viertel aller Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter zwischen 14 und 24 Jahren eine spätere Eheschließung an.

Wichtige Aspekte einer guten Beziehung sind für Jugendliche Spaß, gemeinsam Zeit zu verbringen, Vertrauen, Treue und körperliche Nähe. Jugendliche und junge Erwachsene neigen immer mehr zu „seriellen Beziehungsmustern“. Dabei werden die festen Beziehungen als eine Art Erprobungs- oder Lernprozess für kommende dauerhafte Beziehungen gesehen.

Obwohl das Verhütungswissen österreichischer Jugendlicher als verbesserungswürdig angesehen werden kann, sind Teenagerschwangerschaften eher ein selten auftretendes Ereignis.⁶³ Lediglich 4 Prozent aller lebendgeborenen Kinder werden von Müttern, die unter 20 Jahre alt sind, geboren. Dies waren in Oberösterreich im Jahr 2008 insgesamt 477 Geburten, wobei nur eine Mutter unter 15 Jahre alt war.⁶⁴

⁶² Zartler 2010, S. 331

⁶³ Zartler 2010, S. 332

⁶⁴ Statistik Austria: Land OÖ, Abteilung Statistik

Fakten:

- Die Jugendphase ist ein prägender Abschnitt des Lebens, der an die Jugendlichen widersprüchliche Herausforderungen stellt: Größer werdenden Handlungsspielräumen und mehr Entscheidungsautonomie stehen gleichzeitig neue Belastungsformen (z.B. Leistungserwartung, Entscheidungszwang, Überstimulierung durch Medien, uvm.) gegenüber.
- Die wichtigsten sozialen Systeme von Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind die Familie und vor allem Peergroups.
- Die jugendliche Entwicklungsphase wird unter anderem von riskanten Verhaltenspraktiken („Ausprobieren“, „Grenzen überschreiten“, usw.) geprägt. Riskante Verhaltensweisen können dabei gleichsam als Belastungsreaktion sowie individuelle Bewältigungsmuster eingesetzt werden.

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen:

- *Alkoholkonsum:* Alkoholerfahrungen sind unter Österreichs Jugendlichen (im internationalen Vergleich) weit verbreitet.

- *Rauchen:* 33 Prozent der jungen Männer im Alter zwischen 15 und 24 Jahren greifen täglich zur Zigarette. Bei den Frauen derselben Altersgruppe sind es 26 Prozent.
- *Ernährung:* Nur 36 Prozent der männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen ernähren sich gesund. Bei den jungen Frauen des gleichen Alters sind es mit 78 Prozent deutlich mehr. Auch bei den Trinkgewohnheiten legen junge Männer gegenüber Frauen ein deutlich ungesünderes Verhalten an den Tag: 51 Prozent der jungen Männer trinken hauptsächlich Fruchtsäfte und Limonaden - bei den jungen Frauen tun dies „nur“ 27 Prozent.
- *Bewegung:* Insgesamt sind junge Menschen in ihrer Freizeit körperlich aktiver als die restliche Bevölkerung. Junge Männer kommen innerhalb einer Woche häufiger durch körperliche Aktivitäten ins Schwitzen als junge Frauen. Body-Mass-Index: Der Großteil der jungen Menschen im Alter zwischen 20 und 24 Jahren in Oberösterreich ist normalgewichtig (Männer: 76 Prozent; Frauen: 69 Prozent). 7 Prozent der jungen Männer und 6 Prozent der jungen Frauen sind adipös.

6.3. Mittlerer Lebensabschnitt

6.3.1. Lebenskontext im mittleren Lebensabschnitt

Als mittlerer Lebensabschnitt wird im Allgemeinen die Lebensphase zwischen Jugend und dem Alter angesehen und ist somit ein Zwischenstadium im Sinne von „nicht mehr jung bzw. jugendlich aber auch noch nicht alt“. ⁶⁵ Entsprechend gibt es keine allgemeingültige Definition des mittleren Lebensabschnittes. Orientierungspunkte für eine Abgrenzung der Altersgruppe können im Wesentlichen in zwei Themenkomplexen gefunden werden: einerseits im Erwerbsleben/Beruf (Beendigung der Ausbildung und Übernahme der Berufsrolle) und andererseits im familiären Kontext (Familiengründung, Kinderbetreuung). ⁶⁶ Als obere Grenze des mittleren Lebensabschnittes kann das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben (Pensionierung) angesehen werden. ⁶⁷ Pragmatisch wird häufig die Altersgruppe zwischen 30 und 65 Jahren als mittlerer Lebensabschnitt angenommen, wobei die Übergänge fließend sind. ⁶⁸

Die Altersgruppe der 30- bis 65-Jährigen macht derzeit knapp die Hälfte (48 Prozent bzw. rund 682.000 Personen) der oberösterreichischen Bevölkerung aus. Bis 2020 wird der Anteil noch leicht steigen (auf 49 Prozent bzw. rund 714.000 Personen) und bis 2030 etwas zurückgehen (auf 46 Prozent bzw. rund 688.000 Personen). ⁶⁹

In der Erwachsenenphase zeigen sich erste Symptome des Alterungsprozess (z.B. Falten, graue Haare bzw. Haarausfall/Glatze, Menopause), die den Verlust des jugendlichen Körpers signalisieren. Zudem geht mit zunehmendem Alter die körperliche Leistungsfähigkeit zurück. „Der Körper macht nicht mehr alles mit, was von ihm verlangt wird“. Auch erste Folgeerscheinungen einer ungesunden Lebensweise in jüngeren Jahren (z.B. Tabak- und Alkoholkonsum) machen sich nicht selten in der Lebensmitte erstmals bemerkbar. Damit verbunden ist eine neue Form der Auseinandersetzung mit der eigenen Körperlichkeit. Die ersten Anzeichen der Alterung stehen im Widerspruch zu den etablierten Attraktivitätsnormen, was als belastend empfunden werden kann (insbesondere bei Frauen, da diese stärker an die gesellschaftlichen Attraktivitätsnormen gebunden sind). Zudem ist in den letzten Jahrzehnten eine sozio-kulturelle „Verjüngung“ des Erwachsenenalters zu beobachten, d.h. dass sich Erwachsene zunehmend an den Verhaltens-, Konsum- und Lebensformen der Jugend orientiert. Auch aus diesem Grund kann der Verlust der Jugendlichkeit als Bedrohung aufgefasst werden. ⁷⁰

Im mittleren Erwachsenenalter treten biografische Festlegungen, beruflicher oder privater Natur, verstärkt zu Tage (Partnerschaft, Karriere etc.). Dazu gehört nicht selten die Erfahrung, dass sich Gewohnheiten und Ansprüche entwickelt haben, die nur schwer aufgegeben werden können (z.B. ein gewisser Lebensstandard, Lebensstil etc.). Insbesondere in Krisensituationen (z.B. Trennung/Scheidung oder Arbeitslosigkeit) kann dies zu zusätzlichen Problemen führen. Aber auch beim Auftreten erster gesundheitlicher Beeinträchtigungen fällt es oft schwer, die dafür verantwortlichen ungesunden Verhaltens- und Konsummuster aufzugeben (z.B. Alkohol, Tabak, Stress), da diese eng mit dem Lebensstil verwoben sind. ⁷¹

Im familiären Kontext lassen sich folgende Lebensereignisse identifizieren, die nicht selten einen wesentlichen Einfluss auf die Lebenssituation ausüben: ⁷²

- Familiengründung/Partnerschaft
- Auszug der Kinder aus dem Elternhaus (nachelterliche Phase nach dem Auszug des letzten Kindes)
- Altern der Eltern (Hilfe- und Pflegebedürftigkeit); Tod der Eltern
- Trennung/Scheidung

Zu Recht werden häufig auch mögliche Auswirkungen von Trennung und Scheidung auf die betroffenen Kinder thematisiert, aber auch für die betroffenen Erwachsenen können erhebliche Belastungen damit verbunden sein.

Aus dem Blickwinkel der intergenerationellen Beziehungen stehen Menschen im mittleren Lebensabschnitt meist zwischen zwei Generationen. Nicht selten fallen gleichzeitig Verantwortlichkeiten sowohl für die jüngere Generation (Kinder bzw. Enkelkinder) als auch Verpflichtungen der älteren Generation gegenüber (Eltern bzw. Großeltern) an. ⁷³

Generell lassen sich Trends im Rahmen des Zusammenlebens beobachten, die insbesondere für Menschen im mittleren Lebensabschnitt bedeutsam sind. Die traditionelle bürgerliche Kernfamilie verliert zusehends an Bedeutung, während andere Formen des Zusammenlebens (AlleinerzieherInnen-Familien, Patchwork-Familien, nichteheliche Lebensgemeinschaften etc.) an Bedeutung gewinnen. Diese Pluralisierung der Lebensformen erhöht einerseits die Chancen einer individuellen Lebensgestaltung, führt aber nicht selten zu Verunsicherungen, da für neue Lebensformen (noch) keine etablierten Traditionen existieren. Durch diese Dynamik verstärkt sich auch der Zwang, sich ständig mit der eigenen Lebenssituation auseinanderzusetzen und diese zu reflektieren, was unter Umständen zu Belastungen führen kann. ⁷⁴

Auf die gesundheitliche Bedeutung und die relevanten Entwicklungen im beruflichen Kontext wird im Kapitel 7.2. noch genauer eingegangen. An dieser Stelle sollen nur die Aspekte Karriereverläufe und -inkonsistenzen (Berufswechsel, Arbeitslosigkeit), Vereinbarkeit von Familien- und Berufsleben (Doppelbelastung - insbesondere bei Frauen, Work-Life-Balance) und Entwicklungen in der Arbeitswelt

⁶⁵ Höpflinger, Perrig-Chiello 2007

⁶⁶ Hurrelmann 2010, S. 36-39

⁶⁷ Lademann et al. 2005, S. 9

⁶⁸ Lademann et al. 2005, S. 9. Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 2008, S. 6

⁶⁹ Quelle: Statistik Austria: www.statistik.at, Datenbank SuperSTAR, Bevölkerungsprognose (12.8.2010)

⁷⁰ Höpflinger, Perrig-Chiello 2007

⁷¹ Höpflinger, Perrig-Chiello 2007

⁷² Höpflinger, Perrig-Chiello 2007

⁷³ Höpflinger, Perrig-Chiello 2007

⁷⁴ Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend 2010, S. 29

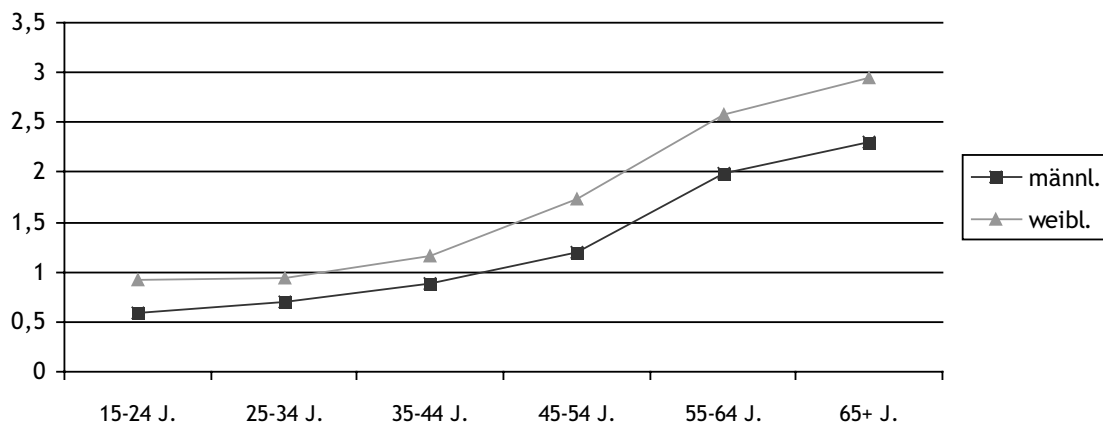
wie veränderte Arbeitsformen (z.B. Telearbeit), Veränderungen in der Beschäftigungsstruktur (Teilzeit, neue Selbständige) genannt werden.

6.3.2. Gesundheitszustand im mittleren Lebensabschnitt

Im mittleren Lebensabschnitt beginnt die Verbreitung chronischer Erkrankungen stark anzusteigen. Während

unter den 25- bis 34-Jährigen im Durchschnitt noch weniger als eine von 18 Erkrankungen auf eine Person fällt (Männer 0,7 und Frauen 0,9), steigt die Zahl der genannten Erkrankungen bei 55- bis 64-jährigen Männern auf 2,0 und bei gleichaltrigen Frauen auf 2,6 genannte Erkrankungen.

Abbildung 90: Anzahl der chronischen Erkrankungen



Quelle: Statistik Austria; Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)
Mittlere Anzahl der genannten von 18 einbezogenen chronischen Erkrankungen (12 -Monatsprävalenz).⁷⁵

Es verschiebt sich auch das Erkrankungsspektrum im mittleren Lebensabschnitt. Im Vergleich zu unter 30-Jährigen steigt anteilmäßig die Bedeutung von Bluthochdruck (Männer von 6,8 auf 15,1 Prozent der genannten Erkrankungen, Frauen von 3,5 auf 10,3 Prozent), von Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus (Männer von 3,1 Prozent auf 10,8 Prozent der Nennungen und Frauen von 2,1 Prozent auf 9,6 Prozent) und von sonstigen chronischen Erkrankungen (Männer von 14,3 Prozent auf 22,7 Prozent der Nennungen und Frauen von 12,2 auf 20,9 Prozent der Nennungen), während Allergien und Migräne/Kopfschmerz einen geringeren Anteil einnehmen.

Adipositas ist bei 45- bis 59-jährigen Männern 3,4-mal und bei gleichaltrigen Frauen 2,8-mal (Odds Ratio) so häufig anzutreffen, wie unter 15- bis 29-Jährige⁷⁶ (siehe auch Kapitel 5.6.). 45- bis 59-jährige Frauen leiden fast vier Mal so häufig an chronischen Angstzuständen bzw. Depression wie 15- bis 29-Jährige (Odds-Ratio 3,9). Bei Männern dieser Altersgruppe ist das Risiko 2,5-mal so hoch.⁷⁷ 6,8 Prozent der Männer und 12,1 Prozent der Frauen zwischen 45 und 59 Jahren berichten von chronischen Angstzuständen oder Depression innerhalb der letzten zwölf Monate. Die Rate der Personen, an die innerhalb eines Jahres Antidepressiva verabreicht werden, steigt von 55 Betroffenen je 1.000 in der Altersgruppe 30 bis 34 Jahren auf 132 Betroffene je 1.000 in der Altersgruppe zwischen 60 und 64 Jahren (siehe Kapitel 5.4.).

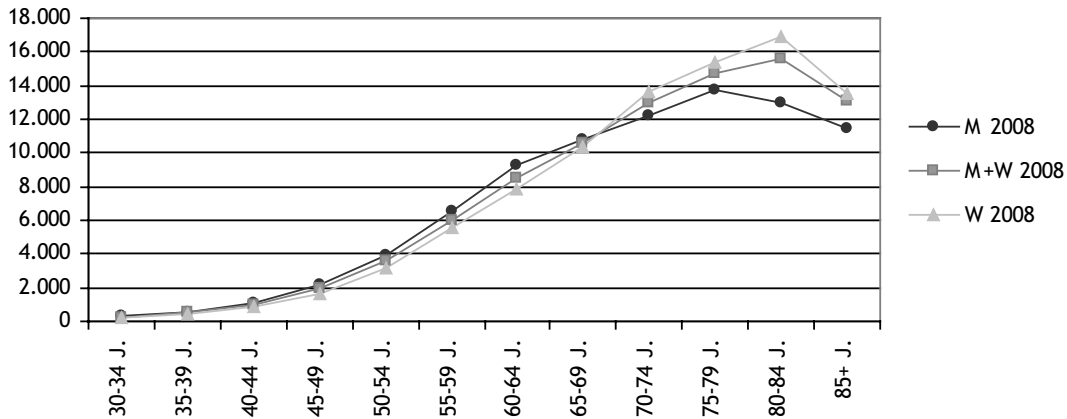
⁷⁵ Einbezogene Erkrankungen: Allergien, allergisches Asthma, andere Form von Asthma, Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus, Bluthochdruck, chronische Angstzustände oder Depressionen, Chronische Bronchitis oder Emphysem, Diabetes, Grauer Star, Harninkontinenz, Herzinfarkt, Krebs, Magen- oder Darmgeschwür, Migräne oder häufige Kopfschmerzen, Osteoporose, Schlaganfall oder Gehirnblutung, Tinnitus, Wirbelsäulenbeschwerden.

⁷⁶ Klimont et al. 2008, S. 12
⁷⁷ Klimont et al. 2008, S. 12

Ab dem 40. Lebensjahr steigt das Verordnungsvolumen von Herz-Kreislaufmedikamenten stark an und erreicht in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen ein Niveau von

knapp 8.500 Packungen je 1.000 EinwohnerInnen. Im höheren Alter ist ein weiterer Anstieg zu beobachten.

Abbildung 91: Verordnung von Herz-Kreislaufmedikamenten nach Alter und Geschlecht



Quelle: OÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen)

Verordnete Packungen von Medikamenten der anatomischen ATC-Gruppe C (Kardiovaskuläres System) pro 1.000 Ew.; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich

Das Risiko unter Diabetes mellitus zu leiden steigt, vor allem bei Männern, mit zunehmendem Alter an. Bei 40- bis 44-jährigen Männern ist das Risiko (Odds-Ratio) im Vergleich zu unter 30-Jährigen 3,8-mal so hoch, in der Altersgruppe zwischen 45 und 59 Jahren 15,7-mal und in der Altersgruppe zwischen 60 und 74 Jahren 32-mal so hoch. Bei Frauen zwischen 30 und 44 Jahren steigt das Risiko auf das 1,8-fache der unter 30-Jährigen, in der Altersgruppe von 45 bis 59 Jahren auf das 5,1-fache und bei 60- bis 74-jährigen Frauen auf das 6,5-fache.⁷⁸ Die Häufigkeit der Personen, die innerhalb eines Jahres wegen Diabetes mellitus einen Krankenhausaufenthalt aufweisen, steigt von knapp zwei Betroffenen je 1.000 EinwohnerInnen in der Altersgruppe von 40 bis 44 Jahren auf gut acht je 1.000 bei 60- bis 64-Jährigen (siehe Kapitel 5.3.3.).⁷⁹

ein erheblicher Anteil das Rauchen aufgegeben bzw. verringert hat (35 Prozent). Von den 30- bis 44-jährigen Männern haben 48 Prozent nie täglich geraucht, 23 Prozent rauchen nicht mehr täglich und 29 Prozent rauchen täglich Tabak. Bei den Frauen zwischen 30 und 44 Jahren liegt der Anteil der täglichen Raucherinnen bei 31 Prozent, in der Altersgruppe zwischen 45 und 64 Jahren bei 19 Prozent. In beiden Altersgruppen haben rund 20 Prozent früher täglich geraucht und das Rauchen aufgegeben bzw. reduziert. 50 Prozent der 30- bis 44-Jährigen und 60 Prozent der 45- bis 64-jährigen Frauen haben nie täglich geraucht.

6.3.3. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Tabak

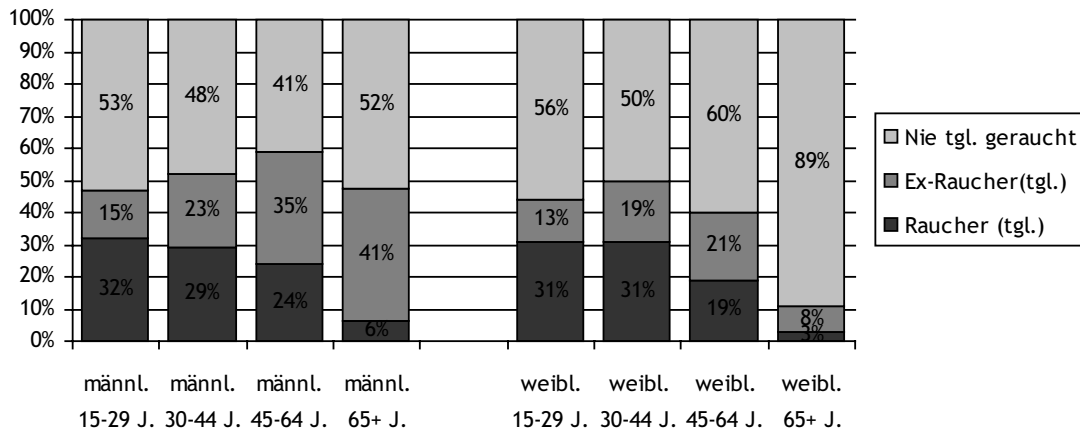
Der Tabakkonsum geht mit zunehmendem Alter zurück.⁸⁰ Unter den Männern im Alter zwischen 45 und 64 Jahren ist der Anteil derer, die niemals täglich geraucht haben, am geringsten (41 Prozent). Der im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen geringere Anteil der täglichen Raucher (24 Prozent) ist also vor allem darauf zurückzuführen, dass

⁷⁸ Klimont et al. 2008, S. 100

⁷⁹ Klimont et al. 2008, S. 104

⁸⁰ Klimont et al. 2008, S. 96

Abbildung 92: Rauchverhalten nach Altersgruppen



Quelle: Statistik Austria; Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Alkohol

In der Altersgruppe zwischen 45 und 49 Jahren erreicht der Anteil der Männer, die innerhalb eines Jahres einen Krankenhausaufenthalt mit einer Alkohol-Hauptdiagnose aufweist, sein Maximum. Auch bei Frauen in dieser Altersgruppe ist die Betroffenenquote hoch (siehe Kapitel 5.4.). Im Wesentlichen sind die Krankenhausaufenthalte dieser Altersgruppe sowohl bei Männern als auch bei Frauen durch Alkoholsucht bedingt und nur in geringerem Ausmaß durch akute Intoxikation.

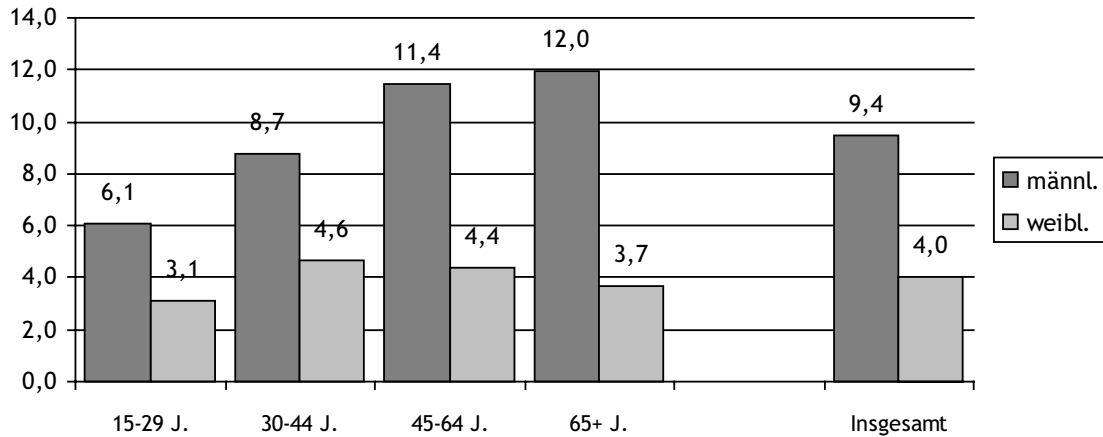
Die „Harmlosigkeitsgrenze“, also die Alkoholkonsummenge, bis zu der im Allgemeinen keine gesundheitliche Schädigung zu erwarten ist, wird für Männer bei unter 24 Gramm reinen Alkohol pro Tag (das entspricht ungefähr 0,6 Liter Bier oder 0,3 Liter Wein) angesetzt und für Frauen bei 16 Gramm pro Tag (das entspricht 0,4 Liter Bier oder 0,2 Liter Wein). Die „Gefährdungsgrenze“ liegt für Männer bei 60 Gramm reinen Alkohols pro Tag (ungefähr 1,5 Liter Bier oder 0,75 Liter Wein) und für Frauen bei 40 Gramm pro Tag (ungefähr 1 Liter Bier oder 0,5 Liter Wein).⁸¹

Der Anteil der Männer im mittleren Alter, der einen problematischen Alkoholkonsum (über der „Gefährdungsgrenze“) aufweist, wird auf 22 bis 24 Prozent geschätzt. Bei den Frauen im mittleren Alter liegt der Anteil bei 6 bis 14 Prozent. Der Anteil mit mittlerem Alkoholkonsum (zwischen „Harmlosigkeits-“ und „Gefährdungsgrenze“) liegt bei Männern zwischen 19 und 26 Prozent und bei Frauen im mittleren Alter zwischen 12 und 16 Prozent.⁸² Die durchschnittliche berichtete Alkoholkonsumfrequenz der Männer steigt bei den 30- bis 44-Jährigen auf 8,7 Tage innerhalb von vier Wochen und bei den 45- bis 64-Jährigen auf 11,4 Tage. Bei den Frauen im mittleren Alter liegt die durchschnittliche Anzahl der Tage, an denen Alkohol konsumiert wird, bei 4,4 bei den 45- bis 64-Jährigen bzw. 4,6 Tagen bei den 30- bis 44-Jährigen innerhalb von vier Wochen.

⁸¹ Uhl et al. 2009, S. 122

⁸² Uhl et al. 2009, S. 144

Abbildung 93: Alkoholkonsumfrequenz



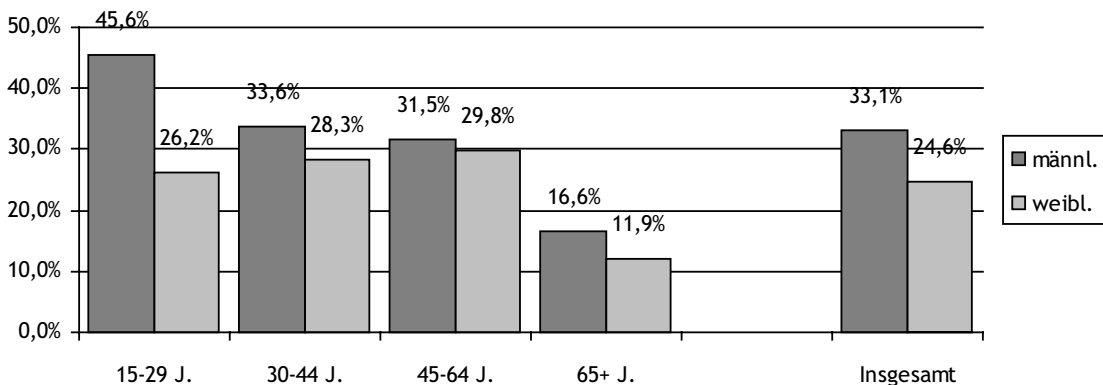
Quelle: Statistik Austria; Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)
 Durchschnittliche Anzahl der Tage, an denen in den letzten vier Wochen Alkohol konsumiert wurde. (Personen, die im letzten Jahr seltener als vier Mal Alkohol getrunken haben werden mit null Tagen einbezogen).

Bewegung

Bei den Männern ist im mittleren Alter im Vergleich zu den Jüngeren ein deutlicher Rückgang der körperlichen Aktivität zu beobachten (siehe **Abbildung 94**). In der Altersgruppe zwischen 30 und 64 Jahren sind nur mehr rund ein Drittel an mehr als drei Tagen pro Woche körperlich aktiv, während es unter den 15- bis 29-Jährigen

noch 46 Prozent sind. Bei den Frauen zeigt sich diese Tendenz nicht. Sie weisen in der unteren Altersgruppe ein deutlich geringeres Aktivitätsniveau (26 Prozent) auf als Männer. Im mittleren Lebensabschnitt steigt der Anteil sogar leicht an (auf 30 Prozent bei den 45- bis 64-jährigen Frauen).

Abbildung 94: Körperliche Aktivität



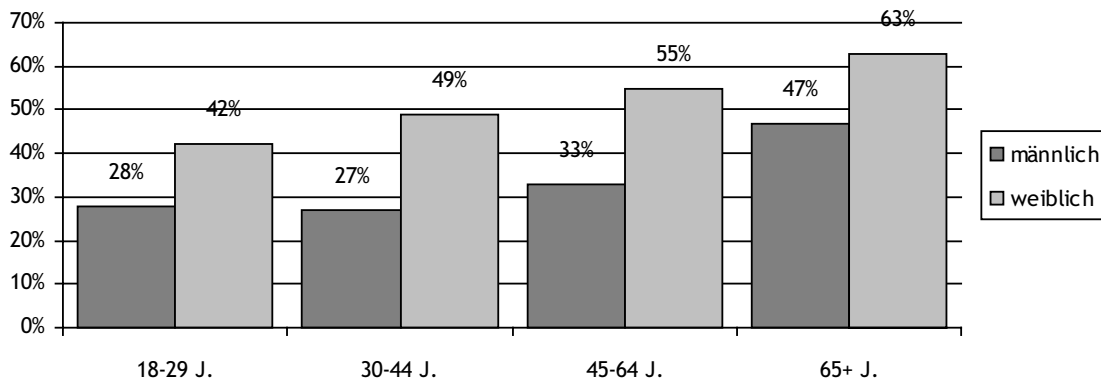
Quelle: Statistik Austria; Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)
 Anteil der Personen, die an zumindest drei Tagen pro Woche (z.B. durch Radfahren, schnelles Laufen oder Aerobic, etc.) ins Schwitzen kommen.

Ernährung

Der Anteil der Personen, die berichten, dass sie auf gesunde Ernährung achten, steigt mit zunehmendem Alter, wobei Frauen im Durchschnitt deutlich ernährungsbewusster sind als Männer. In der Altersgruppe zwischen 30 und 44

Jahren geben 27 Prozent der Männer und 49 Prozent der Frauen an, auf gesunde Ernährung zu achten. Unter den 45 bis 64-Jährigen sind dies 33 Prozent der Männer und 55 Prozent der Frauen.

Abbildung 95: Bewußtsein für gesunde Ernährung

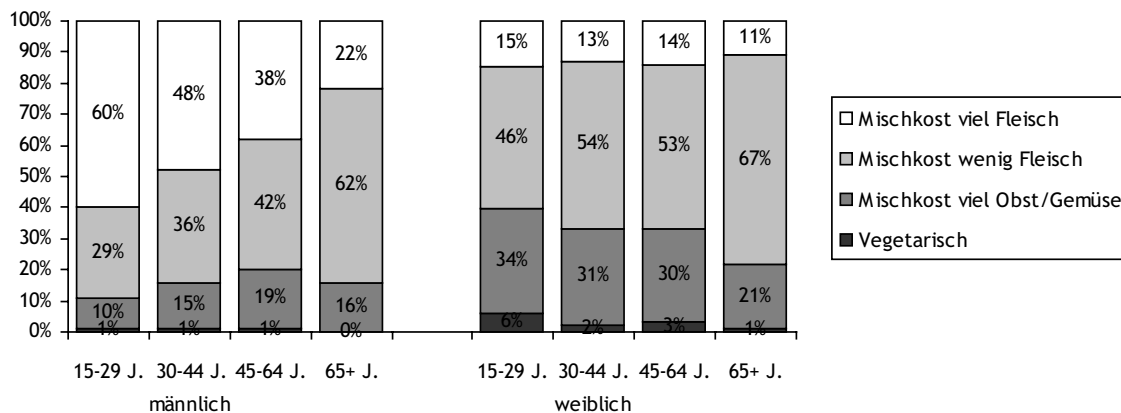


Quelle: IGP-Umfrage „Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen in Oberösterreich“ (eigene Berechnungen).
 Aktivitäten zur Gesunderhaltung: „Achte auf gesunde Ernährung“ (Anteile „trifft zu“).

Bei Männern sinkt mit zunehmendem Alter der Anteil, der die eigene Ernährung als „Mischkost mit viel Fleisch“ charakterisiert während der Anteil mit „Mischkost mit wenig Fleisch“ zunimmt. Unter den Frauen aller Altersgruppen charakterisiert nur ein geringer Anteil (11 bis 15 Prozent)

die eigene Ernährung als „Mischkost mit viel Fleisch“. Der Anteil der Kategorie „Mischkost mit wenig Fleisch“ steigt mit zunehmendem Alter während der Anteil mit „Mischkost mit viel Obst und Gemüse“ tendenziell abnimmt.

Abbildung 96: Selbsteinschätzung des Ernährungsverhaltens



Quelle: Statistik Austria; Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

6.3.4. Berufliche und außerberufliche Belastungen

Berufliche Belastungen

Berufstätige Frauen und Männer unterscheiden sich deutlich hinsichtlich des Belastungsprofils, was vor allem auf unterschiedliche Berufe und Beschäftigungsverhältnisse zurückzuführen ist. Deutliche Unterschiede zeigen sich bezüglich der Aspekte Stress/Zeitdruck (Frauen: 57 Prozent, Männer 70 Prozent), Umweltbelastungen (z.B. Lärm, Geruch, Staub etc.; Frauen 26 Prozent, Männer 42

Prozent), Überforderung (Frauen 28 Prozent, Männer 38 Prozent), unregelmäßige Arbeitszeit (Frauen 18 Prozent, Männer 32 Prozent) und zu starre Arbeitszeit (Frauen 19 Prozent, Männer 26 Prozent). Bezüglich körperlicher Belastungen, mangelnder Anerkennung, belastendem Arbeitsklima und Unterforderung/Monotonie lassen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen feststellen.

Tabelle 14: Berufliche Belastungen

		Stress, Zeitdruck	Körperliche Belastungen	Umweltbelastungen	Überforderung durch Tätigkeiten/Aufgaben	Zu wenig Anerkennung	Unregelmäßige Arbeitszeiten	Arbeitsklima	Zu starre Arbeitszeiten	Unterforderung, Monotonie
männlich	18-29 J.	63%	44%	43%	29%	31%	36%	20%	28%	23%
	30-44 J.	74%	37%	41%	35%	35%	30%	22%	26%	15%
	45-64 J.	70%	41%	41%	47%	32%	32%	26%	24%	17%
	Insges.	70%	40%	42%	38%	33%	32%	23%	26%	17%
weiblich	18-29 J.	58%	39%	27%	26%	29%	18%	23%	24%	22%
	30-44 J.	58%	38%	24%	27%	28%	17%	20%	16%	15%
	45-64 J.	55%	43%	26%	31%	28%	18%	24%	18%	14%
	Insges.	57%	40%	26%	28%	28%	18%	22%	19%	16%

Quelle: IGP-Umfrage „Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen in Oberösterreich“ (eigene Berechnungen).

Nur Erwerbstätige; Anteil „eher belastet“ oder „stark belastet“.

Der Anteil der Männer, die sich durch Stress und Zeitdruck belastet fühlen, steigt bei über 30-Jährigen auf über 70 Prozent, während unter 30-Jährige zu 63 Prozent Belastungen angeben. Auch der Anteil der durch Überforderung belasteten Männer steigt von 29 Prozent bei unter 30-Jährigen auf 47 Prozent bei berufstätigen Männern über 45 Jahren. Bei Frauen lässt sich bezüglich Überforderung ein ähnlicher, aber nicht signifikanter Trend beobachten.

Der Anteil der durch Unterforderung belasteten Frauen geht, im Vergleich zu den unter 30-Jährigen (22 Prozent), bei den höheren Altersgruppen etwas zurück (auf rund 14 Prozent). Von Belastungen durch zu starre Arbeitszeiten sind Frauen unter 30 Jahre stärker betroffen (24 Prozent) als Ältere (16 bis 18 Prozent).

Beschäftigte im mittleren Lebensabschnitt, die Belastungen im Arbeitsumfeld angeben, unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Lebensqualität und der Zufriedenheit mit ihrem Gesundheitszustand deutlich von Personen, die keine beruflichen Belastungen aufweisen. Bei Frauen

sinkt der Anteil mit sehr guter oder guter berichteter Lebensqualität von 88 Prozent (ohne Belastung) auf 70 Prozent (bei mehreren Belastungen) und bei Männern von 87 Prozent auf 67 Prozent. 89 Prozent der Frauen und 93 Prozent der Männer, die keine beruflichen Belastungen angeben, sind mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden oder sehr zufrieden, während dies unter den Beschäftigten mit mehreren Belastungen nur 72 Prozent der Frauen und 67 Prozent der Männer sind.

Bei Männern zeigen sich auch Unterschiede im Hinblick auf das Bewegungsverhalten. Der Anteil, der angibt, regelmäßig körperliche Aktivitäten zur Gesunderhaltung zu betreiben, beträgt bei Männern ohne berufliche Belastungen 47 Prozent, bei solchen mit mehreren Belastungen nur 31 Prozent. Der Anteil der körperlich inaktiven (Schwitzen durch körperliche Aktivität an weniger als einem Tag pro Woche) steigt von 16 Prozent auf 29 Prozent. Bei beschäftigten Frauen lassen sich keine wesentlichen Unterschiede beobachten.

Tabelle 15: Bewegungsverhalten, Lebensqualität und Zufriedenheit mit Gesundheitszustand nach beruflicher Belastung

Anzahl berufliche Belastungen	Bewegung zur Gesunderhaltung (trifft zu)		Körperl. inaktiv (Bewegung/Sport 0 Tg. /Wo.)		Allgem. Lebensqualität (sehr gut/gut)		Zufriedenheit mit Gesundheit (sehr zufr./zufrieden)	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
keine	47%	42%	16%	16%	87%	88%	93%	89%
eine	42%	42%	18%	22%	91%	87%	83%	83%
mehrere	31%	42%	29%	21%	67%	70%	67%	72%
Signifikanz	**		**		***	***	***	***

Quelle: IGP-Umfrage „Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen in Oberösterreich“ (eigene Berechnungen).

Nur Erwerbstätige zwischen 30 und 64 Jahren; Signifikanz (*= $p < 0,05$; **= $p < 0,01$; ***= $p < 0,001$).

Persönliche/außerberufliche Belastungen

Zu persönlichen, nicht unmittelbar mit dem Beruf zusammenhängenden Belastungen zählen finanzielle Probleme, Probleme im persönlichen Umfeld, Belastung durch Haushaltsführung und Hausarbeit, Betreuungsaufgaben von Kindern oder erwachsenen Angehörigen (z.B. Pflege) und Belastungen, die von der Wohnsituation ausgehen. Belastungen durch Aus- und Fortbildung sowie durch Arbeitsplatzsuche sind zwar der beruflichen Sphäre zuzurechnen, können aber nicht den unmittelbaren Arbeitsbedingungen zugerechnet werden und werden daher in diesem Zusammenhang nicht betrachtet.

Insgesamt werden im Durchschnitt 1,3 der sieben Belastungen genannt. Frauen nennen etwas häufiger persönliche Belastungen (1,5) als Männer (1,1). Sowohl bei Frauen als auch bei Männern nimmt die Anzahl der genannten Belastungen mit zunehmendem Alter ab, von 1,5 bei den 18- bis 30-Jährigen (Männer 1,3 und Frauen 1,5) auf 1,0 bei über 60-Jährigen (Männer 0,9 und Frauen 1,1). 30- bis 44-Jährige unterscheiden sich nicht von den unter 30-Jährigen (Männer 1,2 und Frauen 1,7 Nennungen), während 45- bis 64-Jährige etwas weniger belastet sind (Männer 1,0 und Frauen 1,3 genannte Belastungen).

29 Prozent der 30- bis 44-jährigen Männer und Frauen fühlen sich durch finanzielle Probleme belastet, während unter den 45- bis 64-Jährigen der Anteil etwas absinkt (Männer 24 Prozent und Frauen 25 Prozent). Hinsichtlich der Probleme im Familien- und Freundeskreis lassen sich

zwischen den Altersgruppen keine wesentlichen Unterschiede beobachten, wobei Frauen deutlich häufiger betroffen sind als Männer (32 Prozent der 30- bis 64-jährigen Frauen und 20 Prozent der Männer). Für 30- bis 44-jährige Frauen stellt Hausarbeit besonders häufig eine Belastung dar (43 Prozent). Jüngere (28 Prozent) und ältere Frauen (31 Prozent) sehen sich deutlich seltener belastet. Bei Männern liegt der Anteil in allen Altersgruppen deutlich niedriger (15 bis 18 Prozent). 34 Prozent der Frauen zwischen 30 und 44 Jahren nennen Belastungen durch Betreuungsaufgaben (unter 30-Jährige nur zu 14 Prozent). Mit zunehmendem Alter geht der Anteil sukzessive zurück (45- bis 64-Jährige 26 Prozent und Frauen über 65 Jahren 19 Prozent). Männer unter 30 Jahren nennen zu 6 Prozent solche Belastungen. In den höheren Altersgruppen schwankt der Anteil zwischen 16 und 19 Prozent.

Aus- und Fortbildung, Wohnsituation und Arbeitsplatzsuche stellen vor allem für unter 30-Jährige Belastungen dar. Die Bedeutung dieser Belastungen geht mit zunehmendem Alter zurück. Aber in der Altersgruppe zwischen 30 und 45 Jahren sind immerhin 10 bis 13 Prozent von diesen Belastungen betroffen, bei den 45- bis 64-Jährigen noch 7 bis 9 Prozent.

Tabelle 16: Persönliche/außerberufliche Belastungen

		Finanzielle Probleme	Probleme im Familien-, Freundeskreis	Hausarbeit, Tätigkeiten im Haushalt	Betreuungsaufgaben	Belastungen durch Ausbildung bzw. Fortbildung	Wohnsituation	Arbeitsplatzsuche
männlich	18-29 J.	27%	19%	17%	6%	27%	16%	15%
	30-44 J.	29%	20%	17%	18%	12%	13%	11%
	45-64 J.	24%	20%	15%	16%	8%	9%	9%
	65+ J.	20%	25%	18%	19%	4%	9%	1%
	Insgesamt	26%	21%	16%	15%	12%	11%	10%
weiblich	18-29 J.	31%	33%	28%	14%	30%	17%	17%
	30-44 J.	29%	31%	43%	34%	10%	12%	12%
	45-64 J.	25%	33%	31%	26%	7%	8%	8%
	65+ J.	23%	30%	31%	19%	5%	7%	1%
	Insgesamt	27%	32%	34%	26%	12%	11%	11%

Quelle: IGP- Umfrage „Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen in Oberösterreich“ (eigene Berechnungen).

Anteil „stark belastet“ oder „belastet“

Je mehr Belastungen angegeben werden, desto schlechter wird auch die allgemeine Lebensqualität eingestuft. 83 Prozent der Männer und 88 Prozent der Frauen zwischen 30 und 64 Jahren, die keine persönlichen Belastungen berichten, sehen ihre Lebensqualität als sehr gut oder gut an, aber nur 49 Prozent der Männer und 64 Prozent der Frauen, die mehrere belastende Aspekte aufweisen. Ebenso sinkt mit der Anzahl der Belastungen die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand. 75 Prozent der Männer ohne persönliche Belastungen aber nur 57 Prozent mit mehreren Belastungen sind sehr zufrieden oder zufrieden mit ihrer Gesundheit. Bei Frauen sinkt der Anteil von 82 Prozent auf 66 Prozent bei mehreren Belastungen. Auch im Bewegungsverhalten lassen sich Unterschiede nach der Anzahl der berichteten persönlichen Belastungen beobachten.

Frauen mit mehreren Belastungen geben zu 32 Prozent an, dass sie regelmäßig Bewegung zur Gesunderhaltung betreiben, wohingegen der Anteil bei Frauen ohne Belastung bei 46 Prozent liegt. Der Anteil der körperlich inaktiven Frauen (seltener als ein Mal pro Woche durch Bewegung ins Schwitzen) steigt bei mehreren berichteten Belastungen auf 23 Prozent (ohne Belastung 16 Prozent). Auch bei Männern sind Unterschiede hinsichtlich der körperlichen Inaktivität zu beobachten (24 Prozent ohne und 31 Prozent bei mehreren Belastungen). Tendenziell sinkt auch der Anteil der Männer, die regelmäßige Bewegung zur Gesunderhaltung angeben (von 39 auf 32 Prozent), jedoch ist der Unterschied nicht statistisch signifikant.

Tabelle 17: Bewegungsverhalten, Lebensqualität und Zufriedenheit mit Gesundheitszustand nach persönlicher Belastung

Anzahl persönliche Belastungen	Bewegung zur Gesunderhaltung (trifft zu)		Körperl. inaktiv (Bewegung/Sport 0 Tg. /Wo.)		Allgem. Lebensqualität (sehr gut/gut)		Zufriedenheit mit Gesundheit (sehr zufr./zufrieden)	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
keine	39%	46%	24%	16%	83%	88%	75%	82%
eine	35%	41%	29%	17%	64%	80%	68%	76%
mehrere	32%	32%	31%	23%	49%	64%	57%	66%
Signifikanz		***	**	*	***	***	***	***

Quelle: IGP- Umfrage „Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen in Oberösterreich“ (eigene Berechnungen).

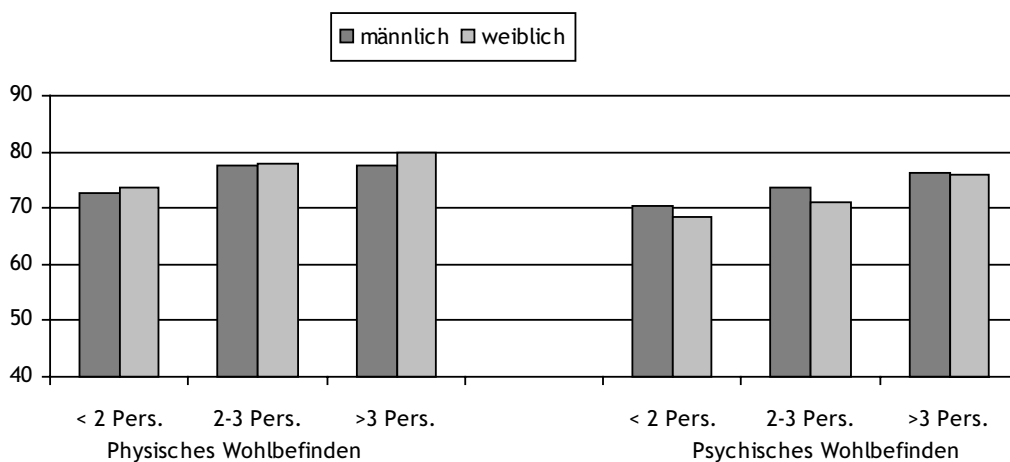
Nur Personen zwischen 30 und 64 Jahren; Signifikanz (*=p<0,05; **=p<0,01; ***=p<0,001).

6.3.5. Soziale Ressourcen

Soziale Netzwerke und ein unterstützendes persönliches Umfeld sind wichtige Gesundheitsressourcen. 90 Prozent der OberösterreicherInnen geben an, dass sie mit ihren persönlichen Beziehungen sehr zufrieden oder zufrieden sind und 87 Prozent sind mit der Unterstützung durch Freunde sehr zufrieden oder zufrieden.⁸³ Auch die Anzahl der vertrauten Personen kann als Indikator für das Soziale

Netzwerk betrachtet werden. 21 Prozent geben an, weniger als zwei vertraute Personen in ihrem persönlichen Umfeld zu haben, 35 Prozent nennen zwei bis drei vertraute Personen und 44 Prozent geben mehr als drei an. Mit der Anzahl der vertrauten Personen steigt auch das physische und psychische Wohlbefinden (siehe **Abbildung 97**).

Abbildung 97: Physisches und psychisches Wohlbefinden nach Anzahl der vertrauten Personen



Quelle: IGP-Umfrage (eigene Berechnungen)
Nur Personen zwischen 30 und 65 Jahren. (Domäne 1 und 2 WHOQOL-BREF;) Mittlere Punktezahl (0-100).

Fakten:

- Im mittleren Lebensabschnitt, insbesondere nach dem 45. Lebensjahr, steigt die Prävalenz von chronischen Erkrankungen an.
- In der Altersgruppe zwischen 30 und 64 Jahren rauchen 26 Prozent der Männer und 24 Prozent der Frauen täglich. 22 bis 24 Prozent der Männer und 6 bis 14 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe weisen einen problematischen Alkoholkonsum auf.
- Rund ein Drittel der Männer im mittleren Lebensabschnitt ist mindestens an drei Tagen pro Woche körperlich aktiv (Bewegung/Sport). Bei Frauen beträgt dieser Anteil knapp 30 Prozent. Während Männer im mittleren Alter deutlich weniger Bewegung praktizieren als Männer unter 30 Jahren, ist bei Frauen kein derartiger Rückgang zu beobachten.
- Bei Männern im mittleren Lebensabschnitt steigt der Anteil, der von Belastungen durch Stress/Zeitdruck

- und Überforderung im Beruf berichtet. Frauen in dieser Altersgruppe nennen häufiger Belastungen durch Haushaltsaufgaben und Betreuungspflichten. Für beide Geschlechter gehen im mittleren Lebensabschnitt Belastungen durch die Wohnsituation, durch Aus- und Weiterbildung und durch Arbeitsplatzsuche tendenziell zurück.
- Belastungen im beruflichen und privaten Umfeld vermindern die allgemeine Lebensqualität und gehen auch mit einem schlechteren berichteten Gesundheitszustand einher. Bei Menschen mit mehreren beruflichen oder persönlichen Belastungen lässt sich zudem ein geringeres körperliches Aktivitätsniveau (Bewegung, Sport) beobachten.
- Soziale Netzwerke und ein unterstützendes persönliches Umfeld stellen eine wichtige gesundheitsrelevante Ressource dar, mit der besseres physisches und psychisches Wohlbefinden einhergeht.

⁸³ Quelle: Statistik Austria: Gesundheitsbefragung 2006/2007, ATHIS (eigene Berechnungen)

6.4. Ältere Menschen

Die Gesundheit älterer Menschen gewinnt aufgrund der demografischen Entwicklung zusehends an Bedeutung. Der Anteil der über 60-Jährigen an der oberösterreichischen Bevölkerung wird Prognosen zufolge bis 2020 von derzeit 22 Prozent auf 26 Prozent steigen. Bis 2030 ist ein weiterer Anstieg auf 32 Prozent und bis 2040 auf 34 Prozent der Gesamtbevölkerung zu erwarten. 2008 waren rund 305.000 OberösterreicherInnen über 60 Jahre alt. Bis 2020 ist mit einer Zunahme der Bevölkerungsgruppe über 60 Jahren um 25 Prozent zu rechnen (auf gut 380.000). Bis 2030 ist ein weiterer Anstieg auf knapp 480.000 zu erwarten, was im Vergleich zu 2008 eine Zunahme um 57 Prozent bedeutet.⁸⁴ Die wesentlichen Einflussfaktoren dieser Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung (der so genannten „demografischen Alterung“) sind Geburtenzahlen, Migration und Lebenserwartung.

In den letzten Jahrzehnten hat nicht nur die Lebenserwartung deutlich zugenommen (siehe Kapitel 3), es lässt sich auch eine Zunahme der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre beobachten. Der Anteil der älteren Menschen, die bis ins höhere Alter einen guten Gesundheitszustand aufweisen, ist deutlich gestiegen. Zwischen 1978 und 2006 ist in Österreich die fernere Lebenserwartung 65-Jähriger mit guter bzw. sehr guter Gesundheit bei Männern von 4,1 auf 8,7 Jahre und bei Frauen von 3,6 auf 8,9 Jahre gestiegen.⁸⁵ Geht man von einer lebenslaufbezogenen Perspektive der Entstehung von Gesundheit und Krankheit im Alter aus (siehe Einleitung Kapitel 6), so ist anzunehmen, dass die künftige Entwicklung der Gesundheit älterer Menschen auch wesentlich mit der Lebensweise und den Lebensbedingungen der (jetzt noch jüngeren) nachrückenden Jahrgänge zusammenhängt.⁸⁶

Infolge der Zunahme der Lebenserwartung hat sich der Lebensabschnitt „Alter“ nicht nur verlängert sondern auch ausdifferenziert. Heute spricht man von „jungem Alter“ und „hohem Alter“ bzw. „Hochbetagten“.⁸⁷ Das „junge Alter“ verläuft für die meisten noch weitgehend beschwerdefrei. Im höheren Alter nehmen Morbidität und gesundheitliche Einschränkungen zu und erreichen bei den Ältesten die größte Verbreitung. Aber auch in

der Gruppe der Ältesten findet sich ein Anteil mit relativ robuster Gesundheit, welcher vermutlich künftig noch zunehmen dürfte. Grundsätzlich dürfte jedoch auch in der Zukunft die Gruppe der „Hochbetagten“ in hohem Ausmaß von gesundheitlichen Belastungen und Einschränkungen betroffen sein.⁸⁸

Vielfach werden zu sehr die Einschränkungen, die das Alter mit sich bringen kann, betont. Dabei wird häufig übersehen, dass es eine Vielzahl an Möglichkeiten für eine erfüllte und befriedigende Lebensgestaltung im Alter gibt. Was im konkreten Fall als erfülltes Leben angesehen werden kann, muss der subjektiven Bewertung der Betroffenen überlassen werden. Wesentlich ist daher, dass - ausgehend von der jeweiligen Lebenssituation, den spezifischen Interessen und Fähigkeiten - den Betroffenen Gestaltungsspielräume eröffnet werden.⁸⁹

Alter ist keine Krankheit, sondern ein natürlicher Prozess der physiologischen Veränderung. Auch wenn gehäuft gesundheitliche Belastungen (z.B. Demenz, Depressionen, Krebs, Herz-Kreislauferkrankungen, Inkontinenz etc.) auftreten, bedeutet dies nicht, dass alle älteren Menschen davon betroffen sein müssen. Altern in Gesundheit ist möglich. Viele ältere Menschen sind auch noch im hohen Alter aktiv und führen ein unabhängiges Leben.

Viele Einschränkungen, die das Alter mit sich bringt, können durch geeignete Unterstützung wie technische Hilfen oder durch Training kompensiert werden (z.B. Seh- und Hörhilfen etc.).⁹⁰

6.4.1. Übergang in den Ruhestand

Die Alterspensionierung stellt oft einen Einschnitt im Leben älterer Menschen dar.⁹¹ Der Übergang in den Ruhestand ist eine Statuspassage, die mit positiven und negativen Auswirkungen einhergehen kann. Eine qualitative Studie⁹² berichtet über folgende positive und negative Auswirkungen der Pensionierung aus der Sicht Betroffener:

Mögliche positive Auswirkungen der Pensionierung

- Mehr Möglichkeiten der aktiven und selbstbestimmten Lebensgestaltung
- Gesundheitliche Vorteile (Wegfall von Belastungen, Regenerationsmöglichkeit, „ausschlafen können“),
- Höhere Lebensqualität durch freie Verfügung über die Zeit,
- Mehr Zeit für PartnerIn, Familie, soziale Kontakte,
- Möglichkeit, sich mit neuen Dingen zu beschäftigen bzw. andere Dinge wahrzunehmen („bewusster Leben“).

⁸⁴ Quelle: Statistik Austria: Datenbank SuperSTAR, http://www.statistik.at/web_de/services/datenbank_superstar/index.html (8.9.2010)

⁸⁵ Statistik Austria

⁸⁶ Stein 1999

⁸⁷ Obwohl in der Literatur weitgehend Einigkeit darüber besteht, dass die Ausdifferenzierung der Lebenssituation älterer Menschen einer begrifflichen Unterscheidung bedarf, werden, je nach Fragestellung und theoretischem Zugang, unterschiedliche Konzepte vorgeschlagen. Beispielsweise unterscheidet das Robert Koch Institut die Altersgruppen „junge Alte“ (65- bis 84-Jährige) und „alte Alte“ bzw. „Hochbetagte“ (85 Jahre und älter; Böhm et al. 2009, S. 11). Andere nehmen als Untergrenze für Hochaltrigkeit das 80. Lebensjahr an (Pavlik et al. 15.03.2005, S. 64).

⁸⁸ Schwartz et al. 2003, S. 676.

⁸⁹ WHO 1999, S. 41

⁹⁰ WHO 1999, S. 41

⁹¹ WHO 1999, S. 43

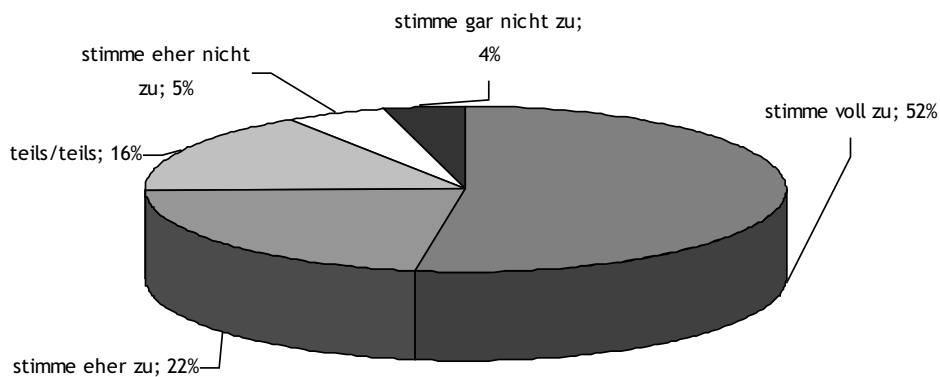
⁹² Buchebner-Ferstl 2005

Mögliche negative Auswirkungen der Pensionierung

- Weniger Geld,
- Verlust von Sozialkontakten (Arbeitsumfeld),
- Verringerte gesellschaftliche Akzeptanz/Wertschätzung,
- Gefühl der Wertlosigkeit, verringertes Selbstvertrauen,
- Das Gefühl „alt zu werden“
- Verlust der Arbeit als identitätsstiftender Lebenszusammenhang.⁹³

Einer Umfrage unter oberösterreichischen PensionistInnen zufolge gibt der Großteil keine erheblichen Probleme bei der Umstellung auf die neue Situation im Ruhestand an. Fast drei Viertel (74 Prozent) stimmen der Aussage zu, dass sie sich schnell an den Ruhestand gewöhnt haben. Auf weitere 16 Prozent trifft dies teilweise zu. 9 Prozent dürften Probleme mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben haben (stimmen der Aussage eher nicht oder gar nicht zu).

Abbildung 98: Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand



Quelle: Wukounig 2003 S. 123

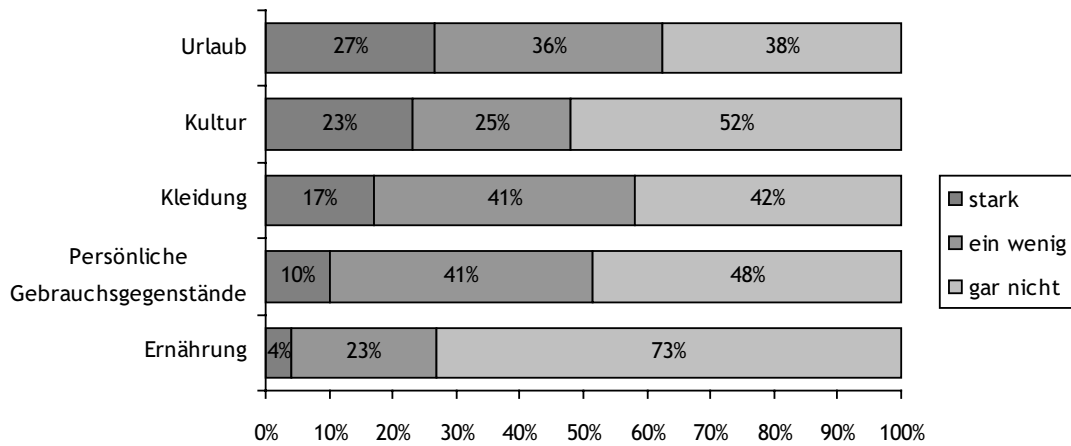
„Ich habe mich nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben sehr schnell an den Ruhestand gewöhnt“.

Nach der Pensionierung müssen häufig finanziell bedingte Einschränkungen im täglichen Leben in Kauf genommen werden. Am häufigsten betrifft dies die Bereiche Urlaub (27 Prozent starke Einschränkungen) und Kultur (Theaterbesuche, Kino, Konzerte; 23 Prozent). 17 Prozent der

PensionistInnen geben an, dass sie sich (im Vergleich zur Erwerbstätigkeit) bezüglich Kleidung stark einschränken mussten und 10 Prozent bezüglich persönlicher Gebrauchsgegenstände. 4 Prozent geben starke Einschränkungen im Bezug auf die Ernährung an.

⁹³ Quelle: Buchebner-Ferstl 2005, S. 147

Abbildung 99: Einschränkungen nach Pensionierung



Quelle: Wukounig 2003 S. 126.

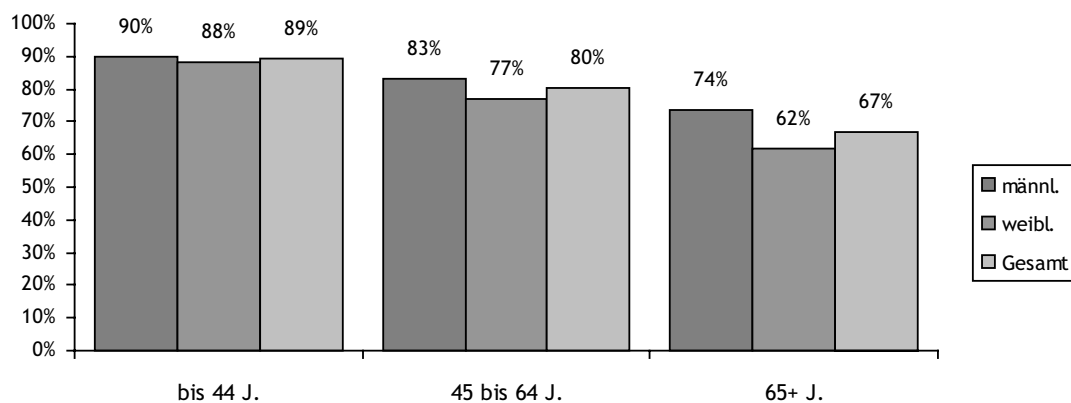
Das Ausscheiden aus dem regulären Arbeitsleben könnte dadurch gemildert werden, dass Menschen bereits vor der Pensionierung die Möglichkeit geboten wird, die beruflichen Belastungen zu reduzieren und stattdessen soziale Aufgaben (z.B. ehrenamtliche Tätigkeiten oder im familiären Bereich etc.) zu übernehmen, die sie nach der Pensionierung fortführen können.⁹⁴

6.4.2. Lebensbedingungen im Alter

Lebensqualität im Alter

Insgesamt stufen in Oberösterreich 67 Prozent der über 65-Jährigen ihre Lebensqualität als sehr gut oder gut ein (Männer 74 Prozent und Frauen 62 Prozent).

Abbildung 100: Allgemeine Lebensqualität nach Altersgruppen



Quelle: Statistik Austria: Gesundheitsbefragung 2006/2007 (ATHIS) (eigene Berechnungen); WHO-QOL: „Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?“; Anteile „sehr gut/gut“

⁹⁴ WHO 1999, S. 43

Den Ergebnissen der ESAW-Studie (European Study of Adult Well-Being) zufolge, hängt das Wohlbefinden älterer Menschen nicht nur vom Gesundheitszustand und der Abwesenheit funktioneller Einschränkungen ab. Von wesentlicher Bedeutung sind auch materielle Sicherheit, soziale Unterstützung und Lebensaktivitäten.⁹⁵ Wesentliche Einflussgrößen auf die Gesundheit, aber auch auf die Lebensqualität älterer Menschen stellen Wohn- und Lebensumfeld, Lebensweise, soziale Einbindung und materielle Absicherung dar.

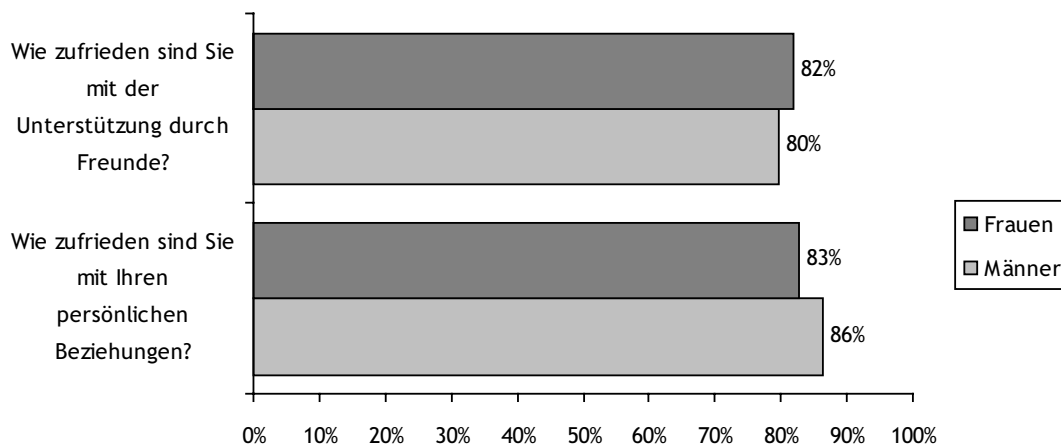
Sinnstiftende Lebensaktivitäten steigern das Selbstwertgefühl und vermitteln körperliche und geistige Autonomie. Eine wesentliche Rolle spielt auch die Stärkung von Selbstressourcen (Selbstwert, Kontrollüberzeugungen, Resilienz und mentale Gesundheit) da diese Schutzfaktoren darstellen, die zu einer besseren Bewältigung von Krisen und Problemen beitragen.⁹⁶ Sinnstiftende Aktivitäten können beispielsweise diverse Freizeitaktivitäten (Kultur, Hobbys, Gartenpflege, Wanderungen, Bewegung/Sport, Ausflüge etc.)⁹⁷, Bildungsaktivitäten⁹⁸, ehrenamtliche Tätigkeiten (z.B. Aktivitäten in der Gemeinde, religiösen Gemeinschaften, Vereinen und gemeinnützigen Einrichtungen etc.) oder sinnvolle Aufgaben im Familienverband (z.B. Betreuung von Kindern/Enkelkindern) sein.⁹⁹

Soziale Einbindung und soziale Beziehungen

Soziale Unterstützung und soziale Einbettung stellt eine Ressource dar, durch die Belastungen reduziert oder aufgefangen werden können. Im internationalen Vergleich ausgewählter Länder¹⁰⁰ weisen SeniorInnen in Österreich ein durchschnittliches Niveau an Sozialkontakten auf, sie sind jedoch mit ihren sozialen Beziehungen unzufriedener als die SeniorInnen anderer Länder. Eine österreichische Besonderheit stellt der Umstand dar, dass Gemeinde- und Vereinstreffen sowie religiöse Gemeinschaften eine größere Rolle für die soziale Einbettung spielen als in anderen europäischen Ländern.¹⁰¹

84 Prozent der über 65-jährigen OberösterreicherInnen sind zufrieden oder sehr zufrieden mit ihren persönlichen Beziehungen und 81 Prozent mit der Unterstützung durch Freunde. Männer und Frauen unterscheiden sich nur geringfügig.

Abbildung 101: Persönliche Beziehungen und soziale Unterstützung von SeniorInnen



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen); Anteile „sehr zufrieden/zufrieden“; über 65-Jährige

⁹⁵ Weber 2005
⁹⁶ Weber 2005
⁹⁷ Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009, S. 131
⁹⁸ Kollard 2007
⁹⁹ Weber 2005

¹⁰⁰ Großbritannien, Italien, Luxemburg, Niederlande, Schweden
¹⁰¹ Weber 2005

Zur sozialen Unterstützung gehört auch die Betreuung im Krankheitsfall. Bei Männern übernimmt diese zum Großteil die Partnerin bzw. Lebensgefährtin (77 Prozent bei kürzeren und 70 Prozent bei längeren Erkrankungen). Bei Frauen dieser Altersgruppe spielt der Partner eine deutlich geringere Rolle (kürzere Erkrankungsfälle 32 Prozent,

längere 25 Prozent) während die Tochter bzw. Schwiegertochter - insbesondere bei längeren Erkrankungen - eine erhebliche Rolle für die Betreuung im Krankheitsfall spielt (bei kürzeren Erkrankungen 29 Prozent, bei längeren Erkrankungen 30 Prozent).

Tabelle 18: Betreuung im Erkrankungsfall bei SeniorInnen

	Betreuung bei einer Woche Krankheit			Betreuung bei längerer Krankheit		
	männl.	weibl.	Ges.	männl.	weibl.	Ges.
Ehegatte(in), Lebensgefährte(in)	77%	32%	51%	70%	25%	43%
(Schwieger-)Tochter	9%	29%	21%	9%	30%	21%
(Schwieger-)Sohn	1%	7%	5%	2%	5%	4%
Sonstige Verwandte	4%	6%	5%	2%	3%	3%
Freunde, Bekannte, Nachbarn	2%	6%	4%	1%	4%	3%
Soziale Dienste	3%	6%	4%	9%	16%	13%
Sonstige bezahlte Hilfe	1%	6%	4%	3%	10%	7%
Niemand	4%	8%	6%	4%	7%	6%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen); Personen ab dem 65. Lebensjahr

Haushaltsprognosen zufolge wird in den kommenden Jahrzehnten die Anzahl der alleine lebenden älteren Menschen deutlich ansteigen. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Zahl der in Einpersonenhaushalten lebenden SeniorInnen bis 2030 verdoppeln wird.¹⁰² Infolge des Nachrückens geburtenschwächerer Jahrgänge wird sich zudem das familiäre Pflegepotenzial (das Verhältnis über 80-Jähriger zur nachfolgenden Kindergeneration) zwischen 2030 und 2055 deutlich verringern.¹⁰³

Wohn- und Lebensumfeld

Neben den Wohnbedingungen stellen Beförderungsmöglichkeiten/Verkehr, Umweltbedingungen, Angebote für Freizeitaktivitäten und das Gefühl der Sicherheit wesentliche Aspekte des Wohn- und Lebensumfeldes von SeniorInnen dar.

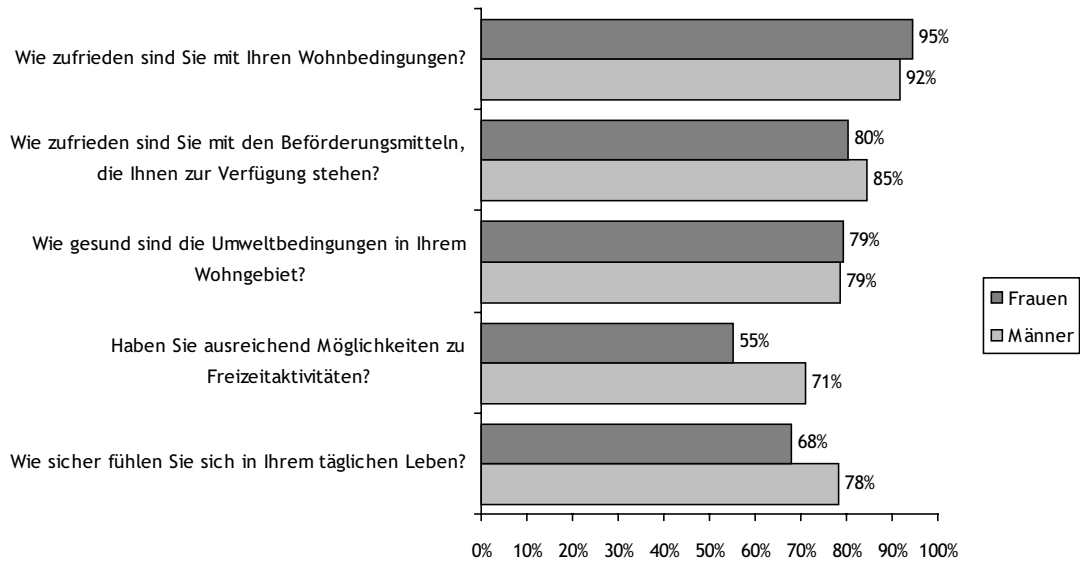
93 Prozent der über 65-jährigen OberösterreicherInnen sind mit ihren Wohnbedingungen zufrieden oder sehr zufrieden (Männer 95 Prozent und Frauen 92 Prozent). Mit den verfügbaren Beförderungsmitteln sind 82 Prozent dieser Altersgruppe zufrieden oder sehr zufrieden (Männer und Frauen unterscheiden sich hier nicht signifikant). 79 Prozent stufen die Umweltbedingungen in ihrer Wohnumgebung völlig oder überwiegend gesund ein. Überwiegend oder völlig ausreichende Möglichkeiten für Freizeitaktivitäten sehen 71 Prozent der Männer und 55 Prozent der Frauen (insgesamt 61 Prozent der über 65-Jährigen). 72 Prozent fühlen sich im täglichen Leben ziemlich bzw. äußerst sicher¹⁰⁴ (Männer 78 Prozent und Frauen 68 Prozent).

¹⁰² Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz 2000, S. 62

¹⁰³ Land OÖ 2007, S. 12

¹⁰⁴ Frage: „Wie sicher fühlen Sie sich in ihrem täglichen Leben?“ (Antwortmöglichkeiten: „Überhaupt nicht“, „ein wenig“, „mittelmäßig“, „ziemlich“ und „äußerst“)

Abbildung 102: Gesundheitsrelevante Faktoren im Wohn- und Lebensumfeld bei SeniorInnen

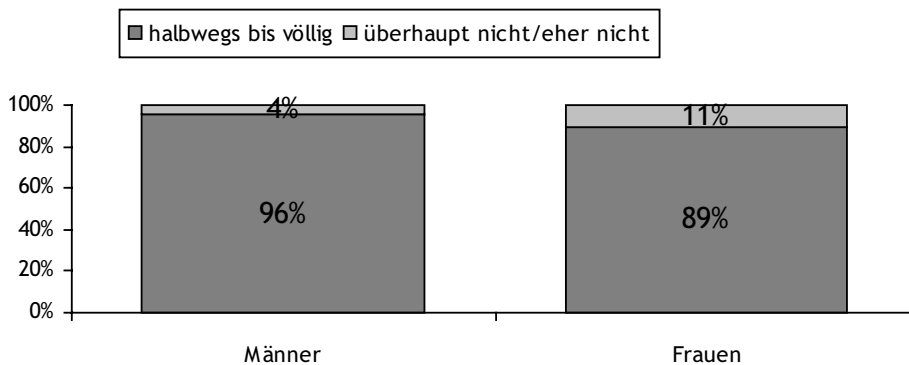


Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen); Anteile „sehr zufrieden/zufrieden“, „ziemlich/äußerst gesunde Umweltbedingungen“, „überwiegend/völlig ausreichend“ bzw. „ziemlich/äußerst sicher“; über 65-Jährige

Materielle Absicherung und finanzielle Ressourcen
 21 Prozent der 65- bis 80-Jährigen fühlen sich durch finanzielle Probleme eher oder stark belastet (Männer 20 Prozent, Frauen 23 Prozent). Der Anteil, der sich stark belastet fühlt, liegt bei 4 Prozent der über 65- bis 80-Jährigen.¹⁰⁵

4 Prozent der Männer und 11 Prozent der Frauen im Alter über 65 Jahren geben an, dass sie nicht über genug finanzielle Ressourcen verfügen, um ihre Bedürfnisse zu decken.

Abbildung 103: Finanzielle Ressourcen von SeniorInnen



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen); „Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?“; über 65-Jährige

¹⁰⁵ Quelle: IGP-Umfrage „Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen in Oberösterreich“ (eigene Berechnungen); nur Versicherte der OÖGKK; N=402 (65- bis 80-Jährige)

6.4.3. Gesundheitszustand und gesundheitliche Einschränkungen

Mit zunehmendem Alter steigen die gesundheitlichen Belastungen. Daraus ergeben sich mitunter auch Einschränkungen im Vollzug alltäglicher Verrichtungen (Einkaufen, Mobilität, Eigenversorgung etc.), die sich negativ auf die Autonomie und die Lebensqualität auswirken (zu Einschränkungen im Alltag siehe Kapitel 5.7.).

Mit steigendem Alter leidet ein zunehmender Anteil an einer Vielzahl gleichzeitig auftretender Erkrankungen (Multimorbidität). Damit verbunden ist auch ein Anstieg des Medikamentenkonsums.¹⁰⁶ Das dynamische Zusammenspiel verschiedener Erkrankungen und Symptome und die Wechselwirkung verschiedener Therapien und Behandlungen können unter Umständen zu ernsthaften Problemen führen.¹⁰⁷

Wesentliche gesundheitliche Belastungen für alte Menschen sind:¹⁰⁸

- Diabetes mellitus (siehe Kapitel 5.3.3.),
- Herz-Kreislauferkrankungen (siehe Kapitel 5.3.1.),
- Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (siehe Kapitel 5.3.6.),
- Verletzungen durch Stürze,
- Demenzerkrankungen ,
- psychische Erkrankungen, Depression (siehe Kapitel 5.4.),
- Schlaganfall und dessen Folgen (siehe Kapitel 5.3.1.),
- Erkrankungen der Sinnesorgane und sonstige Behinderungen (siehe Kapitel 5.7.),
- Inkontinenz

Die meisten dieser gesundheitlichen Belastungen werden im Kapitel 5 behandelt, so dass sie an dieser Stelle nur erwähnt werden sollen.

Nachfolgend soll noch auf die Themen Demenz, Verletzungen/Stürze und Inkontinenz eingegangen werden.

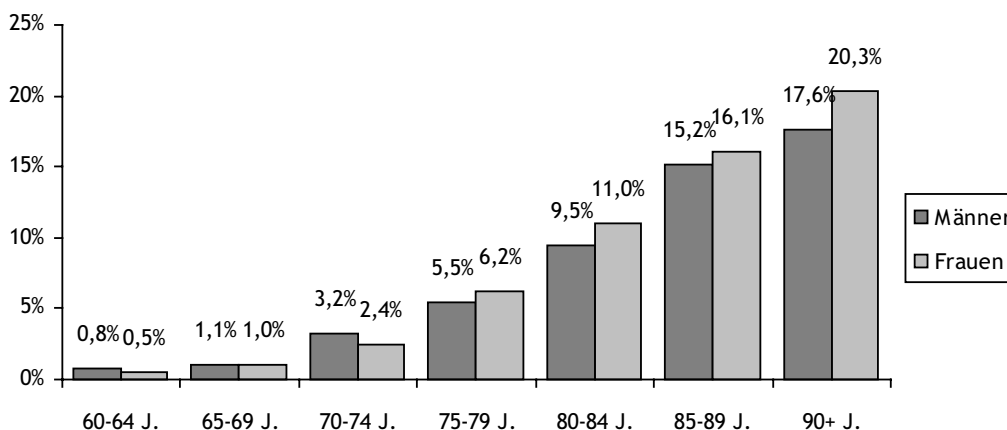
Demenz

Mit zunehmendem Alter nimmt das Erkrankungsrisiko stark zu. Charakteristisch für das Krankheitsbild der Demenz ist die schwerwiegende Minderung der geistigen Leistungsfähigkeit. Vor allem sind Gedächtnis, Orientierung, Sprache und Urteilsfähigkeit betroffen. Die Erkrankung bedeutet für die Betroffenen weitreichende Einschränkungen in der Lebensführung und starke Belastungen für Angehörige, die mit der Pflege betraut sind.

Die Prävalenz von Demenzerkrankungen steigt im höheren Alter stark an. Man geht davon aus, dass gut 1 Prozent der 65- bis 69-Jährigen, 6 Prozent der 75- bis 79-Jährigen, rund 24 Prozent der 85-bis 89-Jährigen und knapp 35 Prozent der über 90-Jährigen an Demenz leiden.¹⁰⁹

In Oberösterreich weisen 5,4 Prozent der über 60-Jährigen, die innerhalb eines Jahres in einem Krankenhaus behandelt werden, eine Demenzerkrankung als Haupt- oder Zusatzdiagnose auf (Männer 4,3 Prozent, Frauen 6,2 Prozent). Der Anteil steigt von 0,6 Prozent bei 60- bis 64-Jährigen auf 19,7 Prozent bei über 90-Jährigen.

Abbildung 104: Diagnostizierte Demenz bei Personen mit Krankenhausaufenthalt (2008)



Quelle: LKF (Versicherte der OÖGKK in oberösterreichischen Fonds-Krankenanstalten); Anteil der Personen mit einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres, bei denen als Haupt- oder Zusatzdiagnose Demenz aufscheint (Diagnosen ICD-10 F00-F03).

¹⁰⁶ Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009, S. 25

¹⁰⁷ Schwartz et al. 2003, S. 677

¹⁰⁸ Schwartz et al. 2003, S. 676

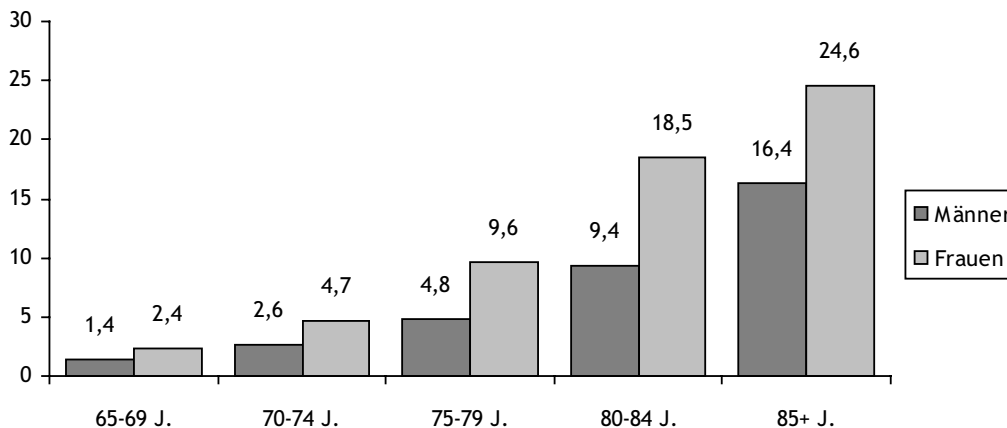
¹⁰⁹ Für Österreich sind keine bevölkerungsweiten Studien verfügbar. Zur Prävalenz in Deutschland: Ziegler, Doblhammer 19.01.2009. Bickel 18.07.2006

Unfälle/Stürze

Im höheren Alter nimmt die Gefahr der Verletzung durch Stürze zu. Man kann davon ausgehen, dass innerhalb eines Jahres ein Drittel der über 65-Jährigen und die Hälfte der über 80-Jährigen mindestens ein Mal stürzen. 10 bis 20 Prozent der Stürze führen dabei zu Verletzungen, ca. 5 Prozent zu Knochenbrüchen und 1 bis 2 Prozent zu Oberschenkelhalsbrüchen. Viele Verletzungen ziehen ernsthafte Einschränkungen im täglichen Leben nach sich. So schätzt man, dass 33 bis 40 Prozent der älteren PatientInnen mit einer Oberschenkelhalsfraktur nicht mehr dieselben Kompetenzen bezüglich basaler Aktivitäten des täglichen Lebens erreichen, wie vor der Verletzung.¹¹⁰

In Oberösterreich weisen innerhalb eines Jahres 2,0 von 1.000 Personen im Alter von 65 bis 69 Jahren mindestens eine Krankenhausbehandlung wegen eines Oberschenkelbruches auf (Männer 1,4, Frauen 2,4 von 1.000). Unter den 75- bis 79-Jährigen steigt die Rate auf 7,7 von 1.000 (Männer 4,8 und Frauen 9,6 von 1.000) und in der Altersgruppe über 85 Jahren sind 22,7 von 1.000 betroffen (Männer 16,4 und Frauen 24,6).

Abbildung 105: Im Krankenhaus behandelte SeniorInnen infolge von Oberschenkelbrüchen (Durchschnitt 2005 bis 2008)



Quelle: OÖGKK: FOKO; Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt infolge eines Oberschenkelbruches innerhalb eines Jahres je 1.000 (Hauptdiagnose ICD-10: S72 - Fraktur des Femurs).

Harninkontinenz

Harninkontinenz ist im höheren Alter, insbesondere für Frauen, ein verbreitetes Problem. Häufig geht damit eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität einher.¹¹¹

In Oberösterreich geben 17 Prozent der über 65-Jährigen an, dass sie innerhalb der letzten zwölf Monate an Harninkontinenz gelitten haben. Das sind rund 46.000 Personen in dieser Altersgruppe. Frauen sind deutlich häufiger betroffen (25 Prozent der über 65-Jährigen) als Männer (12 Prozent).¹¹²

6.4.4. Gesundheitsrelevantes Verhalten und gesunder Lebensstil

Auch im Alter kann durch gesundheitsförderliche Aktivitäten und gesunden Lebensstil viel für die Erhöhung der Gesundheit und der Lebensqualität beigetragen werden bzw. der Abnahme von funktionellen Kapazitäten entgegengewirkt werden.¹¹³

Von wesentlicher Bedeutung für die Gesundheit älterer Menschen sind gesunde Ernährung und körperliche Aktivität/Bewegung.

Das Alter bringt verschiedene Veränderungen mit sich, die für das Ernährungsverhalten relevant sind: Verringerter Geruchs- und Geschmackssinn, Rückgang der Verdauungs- und Absorptionsleistung des Körpers, Verringerung der Muskelmasse und vermehrte Fetteinlagerung, Abbau der Knochenmasse, Kaubeschwerden, Verlust der Zähne.¹¹⁴ Das Risiko für Ernährungsdefizite nimmt im höheren

¹¹⁰ Kruse 2007, S. 18

¹¹¹ Madersbacher 2003

¹¹² Quelle: Statistik Austria: Gesundheitsbefragung 2006/07 (ATHIS), eigene Berechnungen

¹¹³ WHO 2002, S. 22

¹¹⁴ Massatti 2009, S. 11

Alter stark zu. Untersuchungen in Pflegeheimen berichten, dass 23 bis 85 Prozent der Betreuten eine Mangelernährung aufweisen.¹¹⁵

Während bei 55- bis 64-Jährigen Übergewicht als Risikofaktor für viele Erkrankungen im Vordergrund steht, steigt mit zunehmendem Alter der Anteil mit Untergewicht an. In der Altersgruppe über 84 Jahren stellt Untergewicht ein häufiges Problem dar.¹¹⁶ 56 Prozent der über 65-Jährigen in Oberösterreich geben an, dass sie auf gesunde Ernährung achten, um sich gesund zu erhalten (Männer 47 Prozent und Frauen 63 Prozent, siehe **Abbildung 95** im Kapitel 6.3.3.).

Regelmäßige Bewegung wirkt sich in vielerlei Hinsicht positiv auf die Gesundheit aus, z. B. Verringerung des Auftretens bzw. Fortschreitens chronischer Erkrankungen, positive Effekte auf die mentale Gesundheit und häufig auch auf soziale Kontakte.¹¹⁷ Der Anteil der Personen, die an mindestens drei Tagen pro Woche körperlich aktiv sind, sinkt bei über 65-Jährigen auf 14 Prozent ab (Männer 17 Prozent und Frauen 12 Prozent), während der Anteil unter 45- bis 64-Jährigen noch 31 Prozent beträgt (Männer 32 Prozent und Frauen 30 Prozent; siehe **Abbildung 94** im Kapitel 6.3.3.).

Fakten:

- Bis zum Jahr 2030 wird der Anteil der oberösterreichischen Bevölkerung im Alter von über 60 Jahren auf 32 Prozent ansteigen (auf gut 480.000 Personen).
- Für 9 Prozent der PensionistInnen stellt der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand eine schwierige Umstellung dar.
- 67 Prozent der über 65-Jährigen stufen ihre allgemeine Lebensqualität als sehr gut oder gut ein.
- 84 Prozent der Personen über 65 Jahren sind sehr zufrieden oder zufrieden mit ihren persönlichen Beziehungen. 81 Prozent der SeniorInnen sind mit der Unterstützung durch Freunde sehr zufrieden oder zufrieden.
- 21 Prozent der 65- bis 80-Jährigen fühlen sich durch finanzielle Probleme belastet. 4 Prozent der Männer und 11 Prozent der Frauen geben an, dass ihre finanziellen Ressourcen eher nicht oder gar nicht ausreichen, um ihre Bedürfnisse zu decken.
- 5,4 Prozent der über 60-Jährigen, die innerhalb eines Jahres im Krankenhaus behandelt werden, weisen als Haupt oder Zusatzdiagnose eine Demenzerkrankung auf. Der Anteil steigt mit zunehmendem Alter und beträgt bei den über 90-jährigen Männern 18 Prozent und den gleichaltrigen Frauen 20 Prozent.
- Mit zunehmendem Alter steigt die Rate der Personen, die im Krankenhaus wegen eines Oberschenkelbruchs behandelt werden, stark an. In der Altersgruppe über 85 Jahren sind 16 von 1.000 Männern und 25 von 1.000 Frauen betroffen.
- 17 Prozent der über 65-Jährigen leiden an Harninkontinenz, wobei Frauen deutlich häufiger betroffen sind als Männer.
- 56 Prozent der über 65-Jährigen geben an, dass sie auf gesunde Ernährung achten. 14 Prozent dieser Altersgruppe sind, nach eigenen Angaben, an mindestens drei Tagen pro Woche körperlich aktiv.

¹¹⁵ Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009, S. 313

¹¹⁶ Massatti 2009, S. 14

¹¹⁷ WHO 2002, S. 23

7. GESUNDHEITS- FÖRDERLICHE LEBENS- BEDINGUNGEN

7.1. Schule und Kindergarten

Kinder und Jugendliche - aber auch LehrerInnen und KindergartenpädagogInnen - verbringen einen Großteil ihrer Zeit in Kindergarten und Schule. Dabei wird die Zeitspanne der Kindheit und Jugend nicht nur durch die Schule bzw. Kindergarten flankiert, sondern wesentlich von ihr bestimmt.¹ Der Kindergarten ist ein Ort, an dem ein wesentlicher Teil der frühkindlichen Sozialisation stattfindet (siehe Kapitel 6.1.). Der Sozialisationsort Kindergarten kann in der frühen Entwicklungsphase Wohlbefinden und seelische Gesundheit unterstützen und präventiv gegen Ängste, Aggressivität, kommunikative Störungen und Konzentrationsprobleme wirken.²

Die Aufgaben des Kindergartens sind gemäß dem Oberösterreichischen Kinderbetreuungsgesetzes u. a. die Selbstkompetenz der Kinder zu stärken und zur Entwicklung der Sozial- und Sachkompetenz beizutragen. Hierbei ist es wichtig, auf altersgemäße Lernformen zurückzugreifen und dass die Sozialisation der Kinder in einer Gruppe sichergestellt ist. Weiters ist es Aufgabe des Kindergartens die motorische Entwicklung der Kinder zu unterstützen sowie auf die körperliche Pflege und Gesundheit der Kinder zu achten. Die Setzung präventiver Maßnahmen zur Verhütung von Fehlentwicklung ist ebenso Aufgabe des Kindergartens wie die Förderung der Fähigkeiten des Erkennens und Denkens und vieles andere mehr.³

Ein guter und gesunder Kindergarten fördert die Gesundheit der Kinder durch Maßnahmen auf Verhältnis- und Verhaltensebene. Die Ziele des oberösterreichischen Netzwerks „Gesunder Kindergarten“ sind die Förderung der Gesundheit von Kindern auf der *Verhältnisebene* durch:

- „Schaffung und Nutzung von notwendigen räumlichen und materiellen Gegebenheiten
- Etablierung eines gesundheitsförderlichen Ernährungs- und Bewegungsalltags
- Miteinbeziehung der Eltern und Bezugspersonen
- Optimierung des Mittagessens der Verpflegungsbetriebe nach ernährungswissenschaftlichen Empfehlungen für eine ausgewogene Kinderkost
- Gesunde Jause als fixer Bestandteil im Essalltag des Kindergartens
- Förderung der Kooperation mit bestehenden Netzwerken (Gesunde Gemeinde, Vereine, ...)“⁴

und auf der *Verhaltensebene* durch:

- „Förderung regelmäßiger Bewegung, die zur Weiterentwicklung und Differenzierung motorischer Grundfertigkeiten führt

- Der natürlichen Bewegungsfreude des Kindes wird Raum gegeben und die elementaren Bewegungsbedürfnisse werden befriedigt
- Gesundheitsfördernde Auswahl von Speisen und Getränken
- Förderung der Sachkompetenz im Bereich Ernährung
- Förderung der Selbstkompetenz, um selbstbestimmt Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen zu können“⁵

Die Schule ist ebenfalls ein besonders wichtiger Sozialisationsort, an dem neben der Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten auch die Festigung der charakterlichen Anlagen der SchülerInnen gewährleistet werden soll.

Die Schule ist ebenso wie die Arbeitswelt einer der wichtigsten Orte für die Bildung und Förderung gesundheitlicher Ressourcen, andererseits kann sie aber auch krank machen. Sie ist ein Lebensraum, in dem viele Faktoren die Gesundheit der SchülerInnen und LehrerInnen beeinflussen: Nicht nur der Unterricht zu Gesundheitsthemen und die Bereitstellung schulärztlicher Betreuung sondern vor allem die Organisation der Schule, deren Charakter, Kultur und räumliche Gestaltung.⁶

Die Schule hat sich in den letzten Jahren verändert. Qualität ist zu einem wichtigen Schlagwort geworden: Die Bedeutung von schulischem Lehr- und Lernerfolg, Schulklima und Schulkultur, Führung und Management nimmt zu.⁷ Eine gute und gesunde Schule lässt sich durch folgende Charakteristika beschreiben:

- „Positive Leistungserwartungen an SchülerInnen und Lehrkräfte und intellektuelle Herausforderungen
- Transparentes, „stimmiges“ und berechenbares Regelsystem
- Positives Schulklima und Engagement für Schülerinnen und Schüler
- Mitsprache und Verantwortungsübernahme durch SchülerInnen und Eltern
- Zusammenarbeit und pädagogischer Konsens im Lehrkörper
- Wenig Fluktuation von LehrerInnen und SchülerInnen
- Zielbewusste, kommunikations- und konsensorientierte Schulleitung
- Reichhaltiges Schulleben
- Schulinterne LehrerInnenfortbildung
- Einbeziehung der Eltern
- Unterstützung durch die Schulbehörde“⁸
- Persönlichkeitsbildung⁹
- Förderung körperlicher, psychischer und sozialer Gesundheit.¹⁰

¹ Oertel 2010, S. 178

² Gesundheit Österreich GmbH

³ Oö. Kinderbetreuungsgesetz, S.99

⁴ Amt der Oö. Landesregierung

⁵ Amt der Oö. Landesregierung

⁶ Naidoo, Wills 2003, S. 279

⁷ Paulus 2004

⁸ HVB in Kooperation mit der OÖGKK 2010, S. 4

⁹ Mitterbauer 2007, S. 7

¹⁰ BMSG und BMBWK 2001, S. 7

Derzeit werden in den 720 Kindergärten in Oberösterreich etwa 37.000 Kinder betreut.¹¹ Die Betreuungsquote von 3- bis 5-Jährigen in Kindergärten liegt mit 85,7 Prozent im Bundesdurchschnitt.¹² In den insgesamt 1.048 Schulen (mit unterschiedlichen Schulerhaltern) werden über 200.000 Kinder und Jugendliche (aus-)gebildet. Etwas mehr als die Hälfte aller Schulen in Oberösterreich sind Volksschulen. Diese werden aktuell von 59.807 Schülerinnen und Schülern besucht. Die durchschnittliche Klassengröße (Kinder pro Klasse) in der Volksschule beträgt 18,5 (Österreichweit 18,9).¹³ 49.201 SchülerInnen besuchen eine der 240 Hauptschulen und 29.552 SchülerInnen gehen an eine der 48 Allgemeinbildenden Höheren Schulen (AHS). In den Hauptschulen sitzen durchschnittlich 21,4 Kinder in einer Schulklasse (Österreichweit 21,5), während es in der AHS-Unterstufe durchschnittlich 25,1 Kinder sind (Österreichweit 26,1). In der fünften Schulstufe beträgt

der Anteil der Kinder, die eine AHS besuchen, knapp 26 Prozent (Österreichweit: 33 Prozent).¹⁴ 4.622 SchülerInnen besuchen eine der 57 Polytechnischen Schulen und 29.525 Schülerinnen und Schüler besuchen aktuell eine der 26 oberösterreichischen Berufsschulen. 6.161 SchülerInnen besuchen eine Handelsschule, Technische Fachschule oder Humanberufliche Fachschule. Insgesamt 22.833 Schülerinnen und Schüler gehen in eine Handelsakademie (HAK), eine Höhere Technische Lehranstalt (HTL) oder eine Humanberufliche Höhere Lehranstalt (**Table 19**). In der neunten Schulstufe beträgt der Anteil der SchülerInnen in höheren Schulen 55 Prozent (Österreichweit 57 Prozent).¹⁵

In Oberösterreichs Kindergärten sind 2.722 pädagogische Fachkräfte und zahlreiche HelferInnen tätig.¹⁶ An den Schulen sind insgesamt 22.444 Lehrerinnen und Lehrer beschäftigt.^{17,18}

Tabelle 19: Schulen, Klassen und SchülerInnen in Oberösterreich - Schuljahr 2008/2009

Schultyp	Anzahl der Schulen	Anzahl der Klassen	Anzahl der SchülerInnen
Volksschule	574	3.215	59.807
Hauptschule	240	2.284	49.201
Polytechnische Schule	57	216	4.622
AHS	48	1.223	29.552
Handelsschule	16	60	1.310
Technische Fachschule	11	79	1.869
Humanberufliche Fachschule	24	133	2.982
Berufsschule	26	1.258	29.525
HAK	18	281	6.966
HTL	15	318	8.285
Humanberufliche Höhere Lehranstalt	19	295	7.582

Quelle: Statistik Austria; Land OÖ, Abteilung Statistik: <http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/statbildung/BILDErgebnis.jsp?GemNr=40000&kat=OOE>

¹¹ Land Oberösterreich
¹² Statistik Austria 2010
¹³ Statistik Austria 2010

¹⁴ Statistik Austria 2010
¹⁵ Statistik Austria 2010
¹⁶ Land Oberösterreich
¹⁷ inklusive Karenzierte
¹⁸ Statistik Austria 2009

7.1.1. Materielle Umwelt von Schule/Kindergarten

Die gesundheitsfördernde Gestaltung der materiellen Umwelt ist ein bedeutendes Element einer „gesunden Schule“ bzw. eines „gesunden Kindergartens“. Schon das äußere Erscheinungsbild des Schulgebäudes bzw. des Kindergartens und des Schul- bzw. Kindergarten Geländes, aber vor allem die Gestaltung der Räume (Flure, Klassenzimmer bzw. Kindergartenräume) und die Möbel sind wesentliche Determinanten.¹⁹ Weiters zählen zur materiellen Umwelt einer gesunden Einrichtung (Kindergarten, Schule) die gesunden Verpflegungsmöglichkeiten, Ruheräume und Rückzugsmöglichkeiten, die Gestaltung der Pausenplätze und Sportanlagen, aber auch die Gestaltung und Einrichtung der Arbeitsplätze von Lehrpersonen bzw. KindergartenpädagogInnen und weiterem Personal und nicht zuletzt die sicheren Schulwege.²⁰ Bei der Etablierung von Ganztageschulen sind größere Herausforderungen bezüglich der Adaptierung der materiellen Umwelt von bestehenden Schulgebäuden zu erwarten.

7.1.2. Soziale Beziehungen im Kindergarten/in der Schule

Das soziale Klima im Kindergarten bzw. in einer Schule wird wesentlich von der Qualität der sozialen Interaktionen bestimmt. In einer Schule gehören dazu die sozialen Interaktionen unter den SchülerInnen, zwischen dem Schulpersonal und den SchülerInnen (und Eltern) sowie unter dem Schulpersonal selbst. Eine „gesunde Schule“, in der Wert auf gute soziale Beziehungen gelegt wird, in der der individuelle Lernprozess in den Vordergrund gestellt wird und das Selbstwertgefühl der SchülerInnen angehoben wird, trägt auch zu einer Verbesserung der Qualität des Unterrichts bei.²¹ In abgewandelter Form trifft dies auch auf einen „gesunden Kindergarten“ zu.

34 Prozent der Lehrerinnen und Lehrer in Oberösterreich konstatieren der Führung ihrer Schule eine hohe Qualität und 32 Prozent der Lehrerinnen und Lehrer halten das soziale Klima im Kollegium für sehr gut. Nur 10 Prozent sind der Meinung, dass die fachlichen Kooperationen im Kollegium von hoher Qualität sind.²²

Nur ein relativ geringer Anteil an SchülerInnen im Alter von 11-, 13- und 15 Jahren (11 Prozent) beurteilt die Qualität der LehrerInnen-SchülerInnen-Beziehung als eher schlecht bzw. schlecht. Die Qualität der SchülerInnen-SchülerInnen-Beziehung wird nur von 5 Prozent als eher schlecht bzw. schlecht beurteilt.²³

Im internationalen Vergleich gehört Österreich allerdings zu jenen HBSC-Ländern²⁴, in denen Schülerinnen und Schüler im Alter von elf, 13 und 15 Jahren relativ häufig von Gewalterfahrungen (Fachbegriff Bullying) berichten. Dazu zählen u.a. körperliche Gewalt, verbaler Druck (z.B. Beleidigungen) oder Einschüchterungen. 19 Prozent der österreichischen²⁵ SchülerInnen waren in den vergangenen zwölf Monaten Opfer von Bullyingattacken, weitere 18 Prozent waren TäterInnen. 22 Prozent waren sowohl TäterInnen als auch Opfer. Lediglich 40 Prozent der Kinder gelten als unbeteiligt und haben keinerlei Gewalt im Schulkontext erlebt.²⁶

7.1.3. Lernprozesse

Gemäß des Oberösterreichischen Kinderbetreuungsgesetzes haben Kinderbetreuungseinrichtungen wie der Kindergarten die Aufgabe „jedes Kind seinem Entwicklungsstand entsprechend unter Berücksichtigung allgemein anerkannter Grundsätze der Bildung, Erziehung, Betreuung und Pflege [...] zu fördern“²⁷ und die Kinder - ohne schulartigem Unterricht - auf den Schuleintritt vorzubereiten.²⁸

So wie die Qualität der schulischen Strukturen einen Einfluss auf die Qualität schulischer Prozesse haben, so wird wiederum das „Leistungsvermögen“ der SchülerInnen als auch deren Gesundheit maßgeblich durch die Qualität der schulischen Prozesse beeinflusst.²⁹ Ein als qualitativ voll wahrgenommener Unterricht stellt eine zentrale Komponente für das gesamte Erleben der Schule dar. Als wesentliche Kriterien gelten dabei ein günstiger Anreizgehalt des Unterrichts, ein angemessenes Tempo der Lehrstoffvermittlung und eine anschauliche Vermittlung. Dabei sollten den Schülerinnen und Schülern auch Möglichkeiten der Mitgestaltung und Mitbestimmung im Unterricht eingeräumt werden.³⁰

Fast zwei Drittel (62 Prozent) der oberösterreichischen Schülerinnen und Schüler im Alter von elf, 13 und 15 Jahren geben an, dass es im Unterricht wenig bzw. keine Mitbestimmung gibt. 28 Prozent empfinden die schulischen Anforderungen als eher hoch bzw. hoch. Allerdings haben „nur“ 18 Prozent eine eher negative Einstellung zur Schule.³¹

¹⁹ Hurrelmann, Settertobulte, S. 11-12

²⁰ Bürgisser 2010

²¹ Naidoo, Wills 2003, S. 287

²² Dür 2010, S. 38

²³ Dür 2010, S. 38

²⁴ an der HBSC-Studie des Jahres 2006 beteiligten sich 41 Länder aus Europa und Nordamerika

²⁵ spezifische Auswertungen für Oberösterreich liegen nicht vor. Es ist aber davon auszugehen, dass sich Oberösterreich diesbezüglich nicht wesentlich von Gesamtösterreich unterscheidet.

²⁶ Bundesministerium für Gesundheit 2009, S. 1

²⁷ Oö. Kinderbetreuungsgesetz, S.99

²⁸ Oö. Kinderbetreuungsgesetz, S.99

²⁹ Giebler et al. 2009

³⁰ Hurrelmann, Settertobulte, S. 11

³¹ Dür 2010, S. 38-39

Das Gesundheitsziel 9 der Oberösterreichischen Gesundheitsziele 2000-2010 bezieht sich auf die Gesundheitsförderung im Setting Schule (siehe Kapitel 11).

Fakten:

- Derzeit werden in 720 Kindergärten in Oberösterreich etwa 37.000 Kinder betreut und in den insgesamt 1.048 Schulen werden über 200.000 Kinder und Jugendliche (aus-)gebildet.
- Die Schule ist ebenso wie die Arbeitswelt einer der wichtigsten Orte für die Bildung und Förderung gesundheitlicher (körperlicher, sozialer und intellektueller) Ressourcen.
- Neben der gesundheitsfördernden Gestaltung der materiellen Umwelt der Schule sind vor allem die Qualität der sozialen Beziehungen im Schulkontext und die Gestaltung der individuellen Lernprozesse wesentliche Eckpfeiler einer „gesunden Schule“.
- Nur ein relativ geringer Anteil an SchülerInnen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren (11 Prozent) beurteilt die Qualität der LehrerInnen-SchülerInnen-Beziehung als eher schlecht bzw. schlecht. Die Qualität der SchülerInnen-SchülerInnen-Beziehung wird nur von 5 Prozent als eher schlecht bzw. schlecht beurteilt. 28 Prozent empfinden die schulischen Anforderungen als eher hoch bzw. hoch. 18 Prozent haben eine eher negative Einstellung zur Schule.

7.2. Arbeitswelt und Arbeitsbedingungen

Wir leben in einer arbeitszentrierten Gesellschaft, in der die Berufstätigkeit - neben dem Gelderwerb - auch viele psychische und soziale Funktionen erfüllt.

Arbeit ist identitätsstiftend und nimmt einen zentralen Stellenwert für gesellschaftliche Anerkennung von Individuen ein. Die Arbeitswelt ist einerseits einer der wichtigsten Orte für die Bildung und Förderung gesundheitlicher Ressourcen, andererseits kann sie aber auch zur Entstehung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Belastungen beitragen.³² Derartige Beeinträchtigungen und Belastungen können aus ungünstigen materiellen Umweltbedingungen am Arbeitsplatz (z.B. Lärm, Staub, Passivrauch) (siehe Punkt 7.2.1), sozialen Komponenten (z.B. Mobbing, schlechtes Arbeitsklima) (siehe Punkt 7.2.2) oder aus den Arbeitsinhalten (z.B. Monotonie) bzw. Arbeitsprozessen (z.B. Stress, Zeitdruck) (siehe Punkt 7.2.3) entstehen. Derzeit werden vor allem zwei stress-theoretische Erklärungsmodelle zur Belastungserfahrung bei Erwerbsarbeit herangezogen: Das Anforderungs-Kontroll-Modell und das Modell beruflicher Gratifikationskrisen. Im Zentrum des Anforderungs-Kontroll-Modells stehen Tätigkeitsprofile. Tätigkeiten mit Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten verbunden mit Kontroll- und Einflussmöglichkeiten am Arbeitsplatz gelten dabei als salutogen, während Tätigkeiten mit quantitativ hohen Anforderungen (insbesondere Zeitdruck) verbunden mit niedrigem Kontroll- und Entscheidungsspielraum sowie hoher Monotonie als pathogen gelten. Das Modell geht von einem Interaktionseffekt von Anforderung und Kontrolle auf chronischen Distress aus, welcher langfristige physische und psychische Krankheitsfolgen mit sich bringt. Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen wiederum stellt hauptsächlich das Ungleichgewicht von Verausgabung und Belohnung in das Zentrum der Betrachtungen. Erfahren Beschäftigte trotz großen Arbeitsengagements keine ausreichende Anerkennung für ihre Arbeit, wirkt sich dies negativ auf die Gesundheit aus. Beispiele für Gratifikationskrisen sind geringe Bezahlung, mangelnde Wertschätzung, blockierte Aufstiegschancen oder Arbeitsplatzunsicherheit.³³

Wie bedeutend die Arbeit für Menschen in unserer Arbeitsgesellschaft ist, wird unter anderem durch die Folgen von Arbeitslosigkeit ersichtlich: Der Verlust des Arbeitsplatzes ist nicht nur mit materiellen Einbußen verbunden, sondern bedeutet vor allem auch einen Verlust von integrativen Prozessen.³⁴ Arbeitslosigkeit löst in vielen Lebensbereichen negative Veränderungen aus. Häufig nehmen die sozialen Kontakte ab, die Konfrontation mit Vorurteilen und das Gefühl nicht mehr gebraucht zu werden sowie das Fehlen einer Tagesstruktur führen zu einer Verschlechterung des persönlichen Wohlbefindens. Dies führt bei vielen Betroffenen zu einem Zustand allgemeiner Unzufriedenheit, Verunsicherung und einem verminderten Selbstwertgefühl. Auch hinsichtlich des subjektiven Gesundheitszustandes weisen Arbeitslose Defizite gegenüber Erwerbstätigen auf.³⁵

Mit dem technischen Fortschritt und dem Trend zur Dienstleistungsgesellschaft geht ein Wandel von Arbeit und Arbeitsbelastung einher. Während Probleme durch eindeutige und direkte körperliche Schädigungen rückläufig sind, nimmt die Bedeutung von psychischen und sozialen Belastungen und deren (körperlichen) Auswirkungen zu.³⁶

Betrachtet man die Verteilung aller Beschäftigten des Jahres 2008 nach Wirtschaftsklassen (**Abbildung 106**), so sind mehr als ein Viertel aller Beschäftigten im „Verarbeitenden Gewerbe bzw. Herstellung von Waren“ tätig. Dieser Anteil ist in Oberösterreich (27 Prozent) deutlich größer als in Gesamtösterreich (19 Prozent). Weitere 16 Prozent sind der Wirtschaftsklasse „Handel bzw. Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen“ zuzuordnen. 13 Prozent und damit etwas weniger als im Bundesdurchschnitt (16 Prozent) aller Beschäftigten gehören der Wirtschaftsklasse „Öffentliche Verwaltung, Verteidigung bzw. Sozialversicherung“ an.

³² Elkeles 2003, S. 653

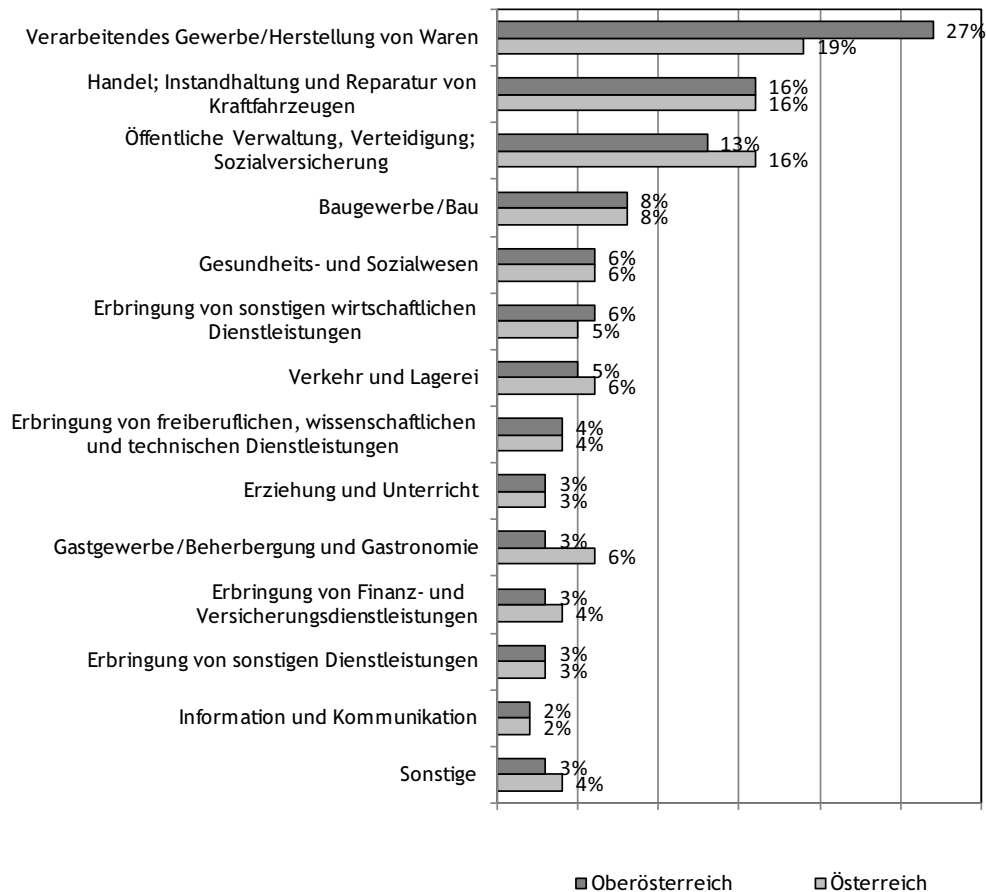
³³ Siegrist, Möller-Leimkühler 2003, S. 129-130

³⁴ Elkeles 2003, S. 658

³⁵ Stelzer-Orthofer et al. 2007, S. 165

³⁶ Elkeles 2003, S. 654

Abbildung 106: Beschäftigte nach Wirtschaftsklassen 2008



Quelle: Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2009; eigene Berechnungen

Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von Vollzeitbeschäftigten in Österreich beträgt 42,9 Stunden und ist die höchste in der gesamten Europäischen Union.³⁷ Hinzu kommt für viele Menschen noch die (zeitliche) Belastung des Pendelns. Ein Drittel aller Beschäftigten Oberösterreichs arbeitet außerhalb des eigenen Wohnbezirks. Dies ist mehr als in jedem anderen Bundesland (ausgenommen Wien).³⁸ Zudem kommt, dass ein und derselbe „lebenslange“ Arbeitsplatz zukünftig eher die Ausnahme darstellen wird und schon jetzt immer weniger Menschen Vollzeitjobs haben. Neue Beschäftigungsverhältnisse wie z.B. Teilzeitjobs, befristete Arbeitsverträge oder freie Dienstverträge nehmen zu.³⁹

7.2.1. Gesundheit und materielle Umwelt am Arbeitsplatz

In Oberösterreich fühlen sich insgesamt 17 Prozent der berufstätigen Männer und 6 Prozent der berufstätigen Frauen an ihrem Arbeitsplatz durch Umweltbelastungen wie z.B. Lärm oder Staub stark belastet. Körperliche Belastungen durch z.B. unangenehme Arbeitshaltung oder viel Stehen stellen für insgesamt 17 Prozent der berufstätigen Männer und 14 Prozent der berufstätigen Frauen ein massives Problem dar. Bei beiden Belastungsformen gibt es deutliche Unterschiede zwischen ArbeiterInnen und Angestellten (**Abbildung 107**). Bei jeweils 29 Prozent der männlichen Arbeiter treten Umweltbelastungen und

³⁷ Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009

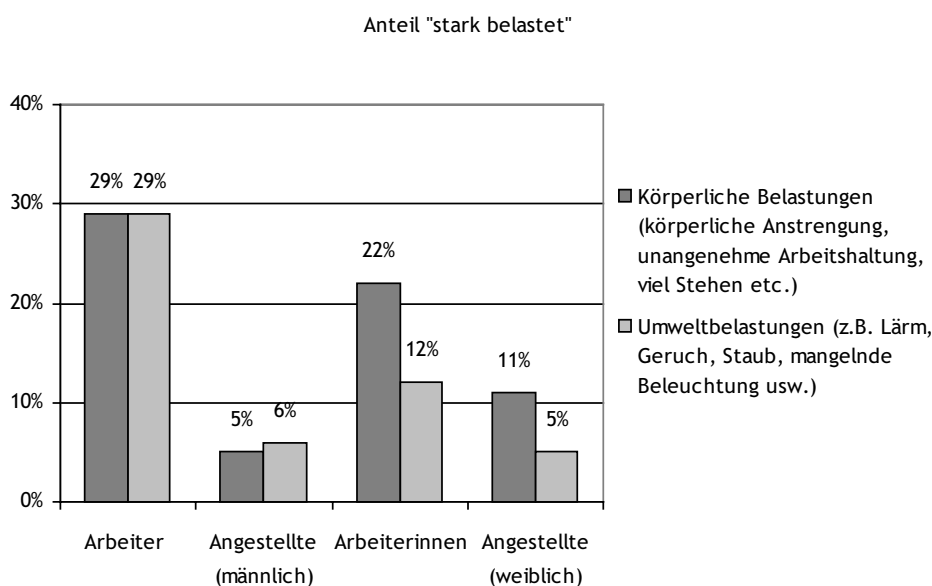
³⁸ Arbeiterkammer Oberösterreich 2008

³⁹ Neue Arbeitsformen - neue Arbeitsstrukturen

körperliche Belastungen in starker Ausprägung auf, während dies bei männlichen Angestellten nur bei 6 bzw. 5 Prozent der Fall ist. In abgeschwächter Form zeigt sich bei den Frauen ein ähnliches Bild: 12 Prozent der Arbeiterinnen aber nur 5 Prozent der weiblichen Angestellten

sind durch Umwelteinflüsse wie z.B. Lärm oder Staub stark belastet. 22 Prozent der Arbeiterinnen gegenüber 11 Prozent der weiblichen Angestellten klagen über starke körperliche Belastungen am Arbeitsplatz.

Abbildung 107: Berufliche Belastungen durch materielle Umwelt



n=2.142

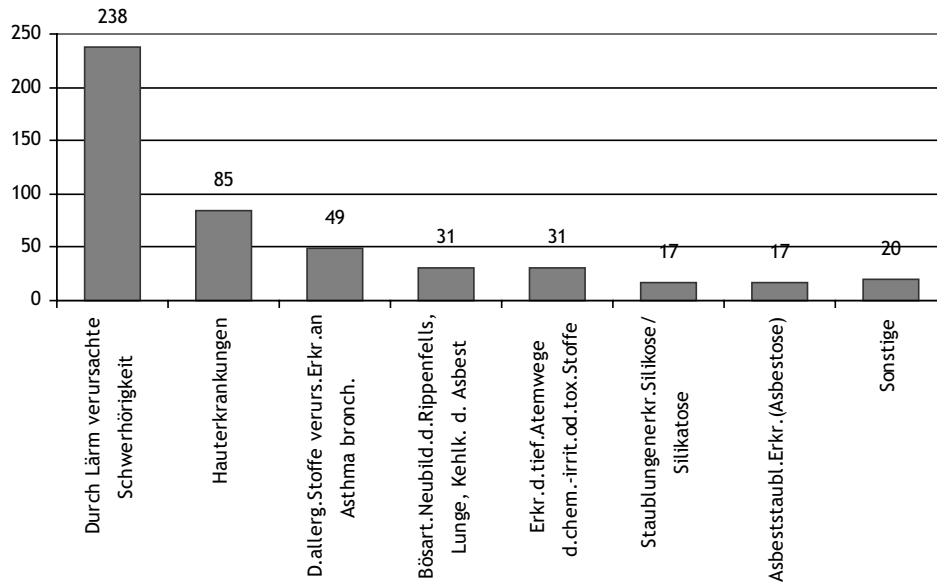
Quelle: Institut für Gesundheitsplanung: Umfrage „Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern in Oberösterreich“ (2007)

Tabakrauch gilt als der bedeutendste und gefährlichste vermeidbare Innenraumschadstoff und stellt einen wesentlichen Faktor der Umweltbelastung am Arbeitsplatz dar. Laut einer Umfrage des Instituts Suchtprävention (Drogenmonitoring 2009) geben 47 Prozent der Befragten an, dass an ihrer Arbeitsstelle an bestimmten Orten geraucht werden darf. Weitere 4 Prozent berichten, dass an ihrer Arbeitsstelle überall geraucht werden darf. 15 Prozent der NichtraucherInnen (davon knapp die Hälfte nur in Ausnahmefällen) sind an ihrem Arbeitsplatz Passivrauch ausgesetzt.⁴⁰

In Oberösterreich wurden im Jahr 2009 488 Berufskrankheitsfälle anerkannt. Die häufigste Berufskrankheit ist die durch Lärm verursachte Schwerhörigkeit (238 Fälle oder 49 Prozent aller Berufskrankheiten). An zweiter Stelle rangieren mit 85 Fällen (entspricht 17 Prozent aller Berufskrankheiten) Hauterkrankungen. Am dritthäufigsten scheinen durch allergische Stoffe verursachte Erkrankungen an Asthma bronchiale auf (49 Fälle oder 10 Prozent aller Berufskrankheiten).

⁴⁰ Institut Suchtprävention 2010

Abbildung 108: Anerkannte Berufskrankheiten - 2009



Quelle: AUVA; anerkannte Berufskrankheiten von unselbstständig Erwerbstätigen

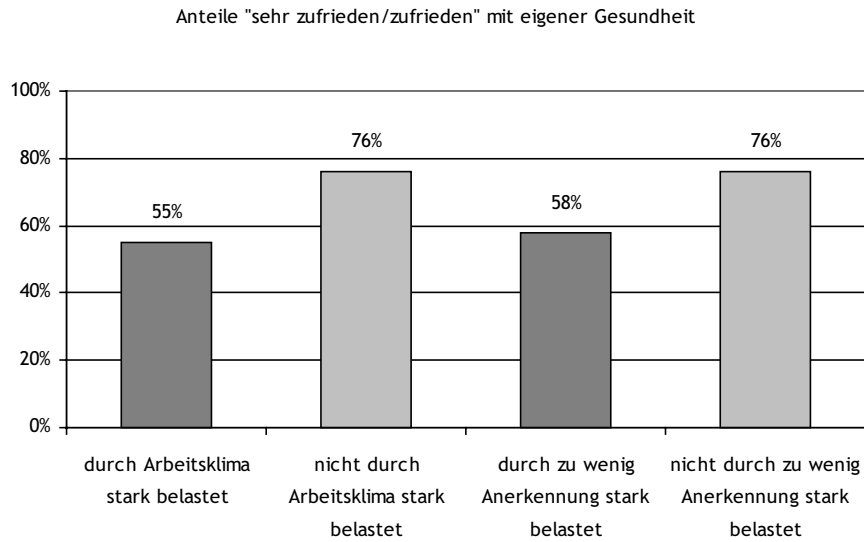
7.2.2. Gesundheit und soziale Beziehungen am Arbeitsplatz

8 Prozent der Männer und 7 Prozent der Frauen fühlen sich durch zu wenig Anerkennung am Arbeitsplatz stark belastet. 6 Prozent der Männer und 7 Prozent der Frauen nennen ein schlechtes Arbeitsklima als starken Belastungsfaktor.

Menschen, die durch das Arbeitsklima stark belastet sind, weisen eine deutlich schlechtere subjektive Gesundheit

auf als jene Menschen, die nicht unter einem schlechten Arbeitsklima leiden (**Abbildung 109**). Ein fast identisches Bild ergibt die Analyse des Belastungsfaktors der mangelnden beruflichen Anerkennung: Während 76 Prozent der diesbezüglich nicht stark Belasteten mit ihrer Gesundheit „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“ sind, trifft dies auf nur 58 Prozent der durch zu wenig Anerkennung stark belasteten Menschen zu.

Abbildung 109: Arbeitsklima bzw. berufliche Anerkennung und subjektive Gesundheit



n=2.171

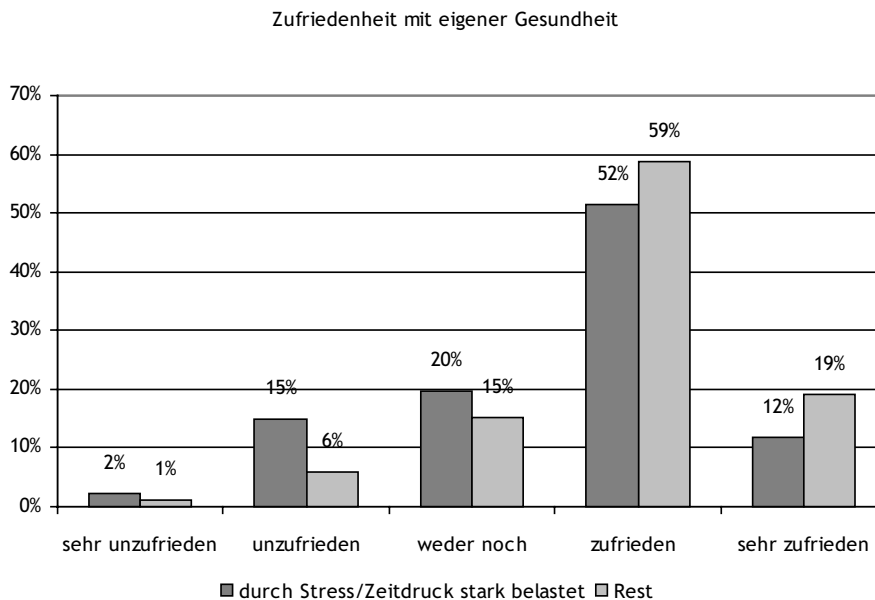
Quelle: Institut für Gesundheitsplanung: Umfrage „Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern in Oberösterreich“ (2007)

7.2.3. Gesundheit und Arbeitsinhalte/Arbeitsprozesse

Insgesamt fühlen sich 7 Prozent der Beschäftigten durch berufliche Überforderung und 3 Prozent durch Unterforderung am Arbeitsplatz stark belastet. 22 Prozent erfahren durch die Faktoren Stress und Zeitdruck am Arbeitsplatz eine starke Belastung. Wie aus **Abbildung 110**

ersichtlich, ist der subjektive Gesundheitszustand von Stress und Zeitdruck belasteten Beschäftigten deutlich schlechter als jener von Personen, die sich diesbezüglich nicht so stark belastet fühlen: Während 78 Prozent der Beschäftigten, die sich an ihrem Arbeitsplatz nicht so stark durch Stress und Zeitdruck belastet fühlen, mit ihrem Gesundheitszustand (sehr) zufrieden sind, sind dies bei den stark belasteten Personen nur 64 Prozent.

Abbildung 110: Berufliche Belastung durch Stress/Zeitdruck und subjektive Gesundheit



n=2.171

Quelle: Institut für Gesundheitsplanung: Umfrage „Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern in Oberösterreich“ (2007)

Im Zusammenhang mit Zeitdruck und Stress kann auch das Phänomen des Präsentismus gesehen werden. 60 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung neigen dazu, im Krankheitsfall den Krankenstand zu vermeiden und

auch krank zur Arbeit zu gehen. Jene, die dazu neigen auch krank zur Arbeit zu gehen, fühlen sich auch in größerem Ausmaß von Stress und Zeitdruck stark belastet.⁴¹

Betriebliche Gesundheitsförderung kann in erheblichem Ausmaß zur Gesundheit der Belegschaft beitragen. Das Gesundheitsziel 3 der Oberösterreichischen Gesundheitsziele 2000-2010 trägt diesem Umstand Rechnung (Kapitel 11).

Fakten:

- In Oberösterreich sind 27 Prozent aller Beschäftigten in der Wirtschaftsklasse „Verarbeitendes Gewerbe bzw. Herstellung von Waren“ tätig. Dieser Anteil ist deutlich größer als in Gesamtösterreich (19 Prozent).
- Beeinträchtigungen und Belastungen am Arbeitsplatz können aus ungünstigen materiellen Umweltbedingungen am Arbeitsplatz (z.B. Lärm, Staub, Passivrauch), sozialen Komponenten (z.B. Mobbing, schlechtes Arbeitsklima) oder aus den Arbeitsinhalten (z.B. Monotonie) bzw. Arbeitsprozessen (z.B. Stress, Zeitdruck) entstehen.
- 17 Prozent der berufstätigen Männer und 6 Prozent der berufstätigen Frauen fühlen sich an ihrem Arbeitsplatz durch Umweltbelastungen wie z.B. Lärm oder Staub stark belastet.

- 8 Prozent der Männer und 7 Prozent der Frauen fühlen sich durch zu wenig Anerkennung am Arbeitsplatz stark belastet. Diesbezüglich belastete Menschen weisen eine deutlich schlechtere subjektive Gesundheit auf.
- 22 Prozent der Beschäftigten erfahren durch die Faktoren Stress und Zeitdruck am Arbeitsplatz eine starke Belastung. Der subjektive Gesundheitszustand der von Stress und Zeitdruck stark belasteten Beschäftigten ist deutlich schlechter als bei anderen Beschäftigten.

⁴¹ Reif 2008, S. 103

7.3. Wohnumgebung, Gemeinde, Stadt

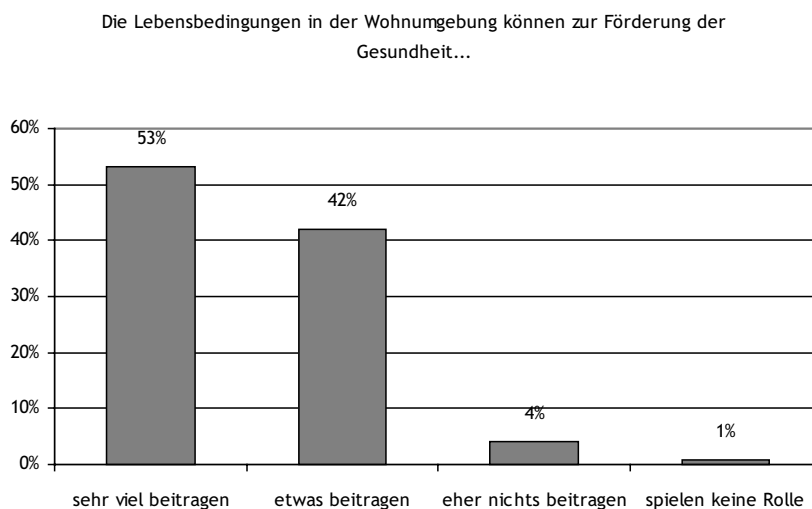
Die Wohnumgebung bzw. das soziale Wohnumfeld, sei es in der Gemeinde oder in der Stadt/im Stadtteil, ist ein wichtiger Lebensraum, der sehr viel zur Gesundheit von Menschen beitragen kann. Die Potenziale für die Gesundheit ergeben sich dabei aus dem Zusammenwirken der physischen Umwelt, der sozialen Umwelt und diverser „Dienstleistungsangebote“.⁴²

Zur physischen Umwelt der Wohnumgebung gehören u.a. Grünflächen, das Verkehrsaufkommen, Luftverschmutzung oder Lärm (siehe Punkt 7.3.1.). Die soziale Umwelt setzt sich demgegenüber aus Interaktionen zwischen den Menschen in der Wohnumgebung zusammen. Dies können z.B. Nachbarschaftskontakte oder Vereine und Organisationen, die im Wohnumfeld tätig sind, sein. Die Lebensqualität einer Wohnumgebung wird dabei von Faktoren wie

dem sozialen Zusammenhalt, dem Vorhandensein sozialer Netze sowie der aktiven Beteiligung und Mitentscheidung der BürgerInnen positiv beeinflusst (siehe Punkt 7.3.2). Dienstleistungsangebote sind als adäquate Infrastruktur zu verstehen, welche u.a. die Versorgung durch lokale Geschäfte, soziale Treffpunkte (z.B. Gaststätten), Ämter, medizinische Einrichtungen, Abfallentsorgung, Trinkwasserversorgung, öffentlichen Verkehr und Schulen sicherstellen.

Im Allgemeinen besteht in der oberösterreichischen Bevölkerung ein überaus großes Bewusstsein bezüglich der Relevanz der Wohnumgebung für die Gesundheit. So sind 53 Prozent der Bevölkerung der Meinung, dass die Lebensbedingungen in der Wohnumgebung sehr viel zur Förderung der Gesundheit beitragen können. Weitere 42 Prozent sehen dies in leicht abgeschwächter Form ähnlich. Nur 5 Prozent sehen eher keinen oder gar keinen Einfluss der Lebensbedingungen in der Wohnumgebung auf die Gesundheit (**Abbildung 111**).

Abbildung 111: Relevanz der Wohnumgebung für Gesundheit



Quelle: Institut für Gesundheitsplanung: Umfrage „Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern in Oberösterreich“ (2007)
n=3.437

Wenn man von Wohnumfeld oder Wohnumgebung spricht, inkludiert dies stets unterschiedliche Ebenen und Strukturen. Abseits der bereits erwähnten „Dienstleistungsangebote“, die als eine Art Grundversorgung verstanden werden können, kann man vor allem zwischen so genannten

physischen und sozialen Ebenen differenzieren. Obgleich (stets) eine Wechselwirkung zwischen diesen beiden Ebenen besteht oder bestehen kann, sollen nachfolgend zuerst einige physische und erst danach soziale Aspekte der Wohnumgebung beleuchtet werden.

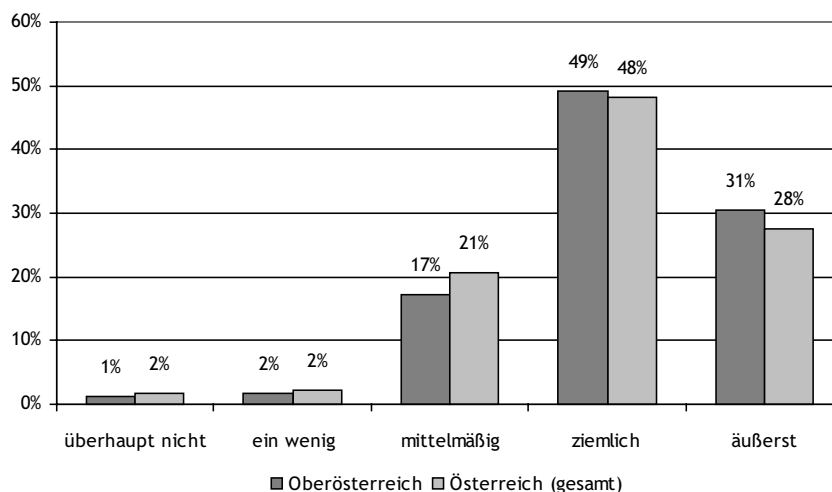
⁴² Naidoo, Wills 2003, S. 294

7.3.1. Physisches Wohnumfeld

Ein wesentlicher Aspekt der physischen Wohnumwelt sind die Umweltbedingungen im „klassischen“ Sinne. Dazu zählen etwa die Luftqualität oder die Lärmbelastung in der Wohnumgebung (siehe Kapitel 7.4.). Damit einhergehend ist auch die Verkehrsbelastung zu nennen, die oftmals als Hauptquelle von schadstoffhaltiger Atemluft oder Lärmbelastung in Erscheinung tritt. Darüber hinaus kann hohes Verkehrsaufkommen im Wohnumfeld aber auch eine Gefahrenquelle für Unfälle sein und sich negativ auf Wohnqualität und Gesundheit der Anrainer auswirken.

Insgesamt gesehen beurteilen die Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher die Umweltbedingungen in ihrem Wohngebiet als überwiegend positiv. 31 Prozent berichten von äußerst gesunden Umweltbedingungen und weitere 49 Prozent von ziemlich gesunden Umweltbedingungen in ihrem Wohngebiet. 17 Prozent schätzen die Umweltbedingungen in ihrem Wohngebiet als mittelmäßig ein, während 2 Prozent von wenig und 1 Prozent von überhaupt nicht gesunden Umweltbedingungen in ihrem Wohngebiet berichten (**Abbildung 112**).

Abbildung 112: Gesunde Umweltbedingungen im Wohngebiet



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

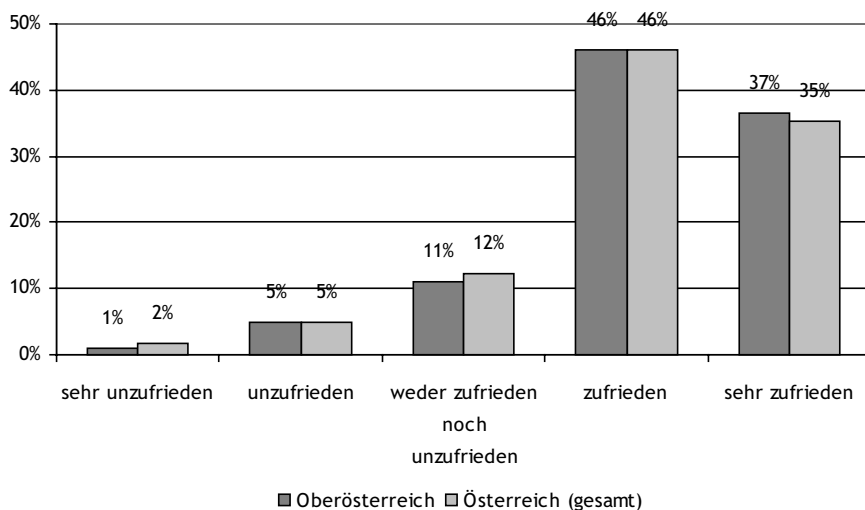
Ein weiterer wesentlicher Aspekt des Wohnumfeldes, der zur Gesundheit beitragen kann, ist die Mobilität. Neben der allgemeinen Straßenverkehrssicherheit wirkt sich ein direkter Zugang zu Parks, Spielplätzen, Sportanlagen, Freizeit- und Grünflächen für soziale Aktivitäten positiv auf das Wohlbefinden und auf das Bewegungsverhalten von Menschen aus. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Bedürfnisse verschiedener Generationen berücksichtigt und aufeinander abgestimmt werden. Auch gangbare, vernetzte Nachbarschaften mit Verbindungswegen sowie

nicht-motorisierte Mobilitätsangebote wie Rad- und Fußwege und die Nähe bzw. Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel haben eine positive Wirkung.⁴³

In diesem Zusammenhang äußern sich 83 Prozent der OberösterreicherInnen mit den vorhandenen Beförderungsmitteln als (sehr) zufrieden. 6 Prozent sind (sehr) unzufrieden und weitere 11 Prozent antworten indifferent (**Abbildung 113**).

⁴³ Braubach, Schöppe, S. 1

Abbildung 113: Zufriedenheit mit vorhandenen Beförderungsmitteln

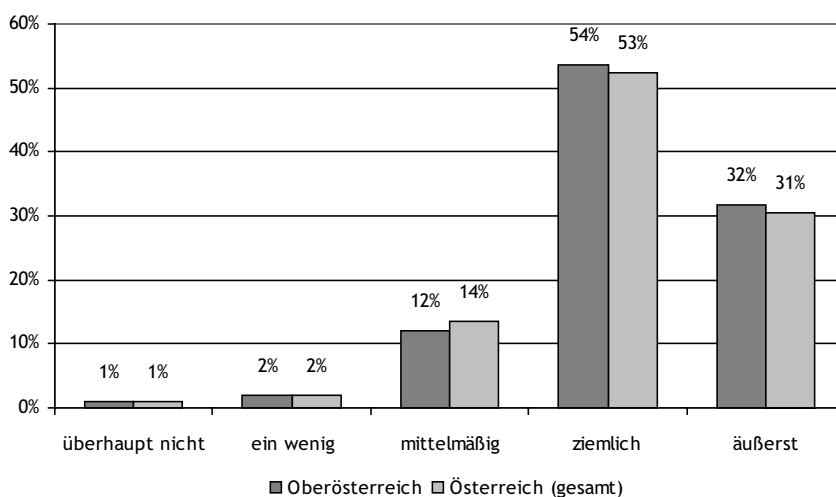


Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Die Sicherheit im Wohnumfeld, die sich aus einer geringen Kriminalitätsrate sowie einem generellen Sicherheitsgefühl zusammensetzt, gilt ebenfalls als wesentliche Quelle von Gesundheit. Als physische oder materielle Aspekte der Sicherheit gelten unter anderem ausreichende Straßenbeleuchtung und ein ordentliches Erscheinungsbild (z.B. kein Unrat und Schmutz) im Wohngebiet.⁴⁴ Das

Sicherheitsgefühl hat aber auch sehr viel mit sozialen Beziehungen und Netzwerken (Nachbarschaft) zu tun (siehe Punkt 7.3.2.). Insgesamt kann das Sicherheitsgefühl der oberösterreichischen Bevölkerung als sehr hoch bezeichnet werden (**Abbildung 114**).

Abbildung 114: Sicherheitsgefühl im täglichen Leben



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

⁴⁴ Braubach, Schöppe, S. 1

86 Prozent der OberösterreicherInnen haben ein äußerst oder ziemlich hohes Sicherheitsgefühl im täglichen Leben. 3 Prozent haben ein eingeschränktes oder überhaupt kein Sicherheitsgefühl. Rund 12 Prozent beschreiben ihr Sicherheitsgefühl als mittelmäßig.

7.3.2. Soziales Wohnumfeld

Ein gesundes Wohnumfeld setzt sich aus dem sozialen Zusammenhalt, der Existenz sozialer Netze sowie einem hohen Grad an Partizipation der Bürgerinnen und Bürger zusammen.⁴⁵ Oftmals ist in diesem Zusammenhang vom Sozialkapital die Rede. Die WHO definiert dies wie folgt: „Soziales Kapital beschreibt den Grad des sozialen Zusammenhaltes, der innerhalb von Gemeinschaften zu finden ist. Soziales Kapital bezieht sich auf Prozesse zwischen Menschen, die Netzwerke, Normen und soziales Vertrauen hervorbringen sowie Koordination und Zusammenarbeit zu gegenseitigem Vorteil erleichtern.“⁴⁶ Sozialkapital wird vor allem in informellen Netzwerken und Strukturen ziviler oder religiöser Gruppen (z.B. Kirche) verkörpert und manifestiert sich in Normen von Freiwilligkeit, Altruismus und Vertrauen.⁴⁷ Das Wohnumfeld ist ein Ort, der das Entstehen sozialer Netze begünstigt. Lose Netzwerke (z.B. Hilfe unter Nachbarn) können dabei bis hin zur Institutionalisierung durch Gründung von Vereinen oder Organisationen gedeihen.⁴⁸ Mit steigender Intensität der Netzwerke und Bindungen nimmt auch die Bereitschaft zu, dass Mitglieder einer Gemeinschaft (im sozialen Wohnumfeld) zum gegenseitigen Nutzen kooperieren. In weiterer Folge wächst dadurch das Sozialkapital an und erzeugt bzw. fördert Gesundheit.⁴⁹ Aktivitäten

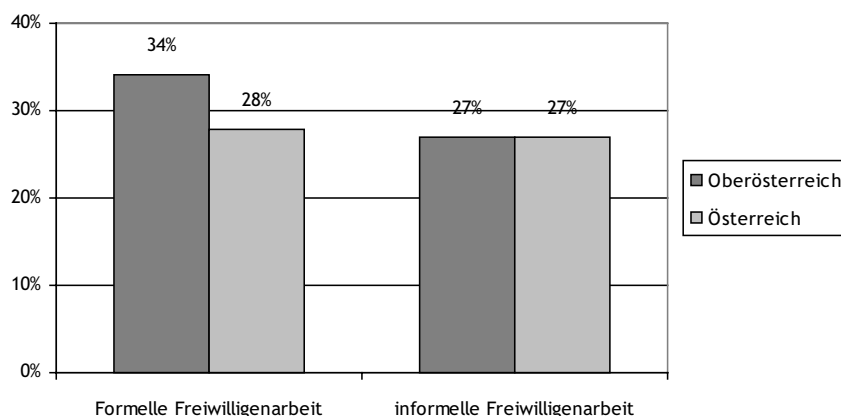
zur Intensivierung sozialer Partizipation - zum Beispiel durch informelle oder formelle Freiwilligenarbeit zur Förderung der Hilfsbereitschaft und Stärkung des gegenseitigen Vertrauens - wird (vor allem im Wohnumfeld) ein großes gesundheitsförderndes Potenzial zugeschrieben.⁵⁰

Freiwilligenarbeit - auch als Ehrenamt bekannt - ist per Definition eine Leistung, die freiwillig und ohne Bezahlung für Personen außerhalb des eigenen Haushaltes erbracht wird. Zudem wird zwischen formeller und informeller Freiwilligenarbeit unterschieden. Als formelle Freiwilligenarbeit werden Aktivitäten bezeichnet, die im Rahmen einer Organisation, eines Vereines oder einer Institution erbracht werden. Die informelle Freiwilligenarbeit, die oft auch als „Nachbarschaftshilfe“ bezeichnet wird, erfolgt aus persönlicher Initiative und hat keinen institutionellen Rahmen.⁵¹

34 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren engagieren sich in Form von formeller Freiwilligenarbeit, wie z.B. in der Freiwilligen Feuerwehr, im Pfarrgemeinderat, innerhalb des Netzwerks der Gesunden Gemeinden oder in Hilfsorganisationen zur Betreuung anderer Menschen. Damit ist Oberösterreich das Bundesland mit der höchsten Beteiligungsquote an formeller Freiwilligenarbeit. Im Durchschnitt engagieren sich die (formell) Freiwilligen 3,7 Stunden pro Woche.⁵²

Bei der informellen Freiwilligenarbeit bzw. Nachbarschaftshilfe (z.B. Einkaufen, Kinderbetreuung oder Gartenpflege) liegt die Beteiligungsquote in Oberösterreich mit etwa 27 Prozent genau im österreichischen Durchschnitt. Dabei leisten die engagierten Bürgerinnen und Bürger im Durchschnitt 3,1 Stunden an freiwilliger Arbeit⁵³ (**Abbildung 115**).

Abbildung 115: Beteiligungsquoten an formeller und informeller Freiwilligenarbeit



Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus-Zusatzerhebung (2006); Personen ab 15 Jahre

⁴⁵ Naidoo, Wills 2003, S. 297
⁴⁶ WHO 1998, S. 28
⁴⁷ WHO 1998, S. 28
⁴⁸ Naidoo, Wills 2003, S. 296
⁴⁹ WHO 1998, S. 28

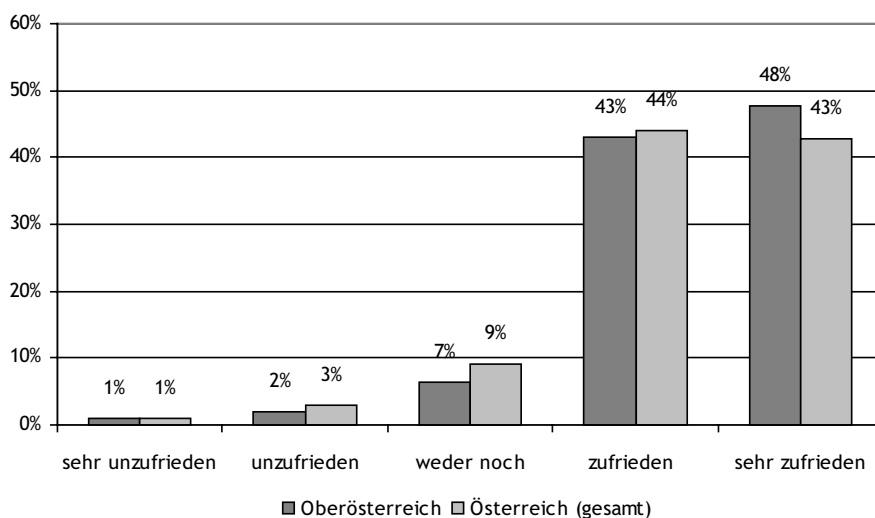
⁵⁰ BZgA
⁵¹ Statistik Austria 2008, S. 10-11
⁵² BMASK 2009, S. 55
⁵³ BMASK 2009, S. 65

7.3.3. Allgemeine Wohnbedingungen

Die Qualität des physischen (siehe Punkt 7.3.1.), des sozialen Wohnumfelds (siehe Punkt 7.3.2) und der Grundversorgung mit Dienstleistungsangeboten bestimmt die Zufriedenheit mit den allgemeinen Wohnbedingungen.

Rund 90 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung sind mit ihren Wohnbedingungen sehr zufrieden oder zufrieden. Etwa 7 Prozent sind weder zufrieden noch unzufrieden, während nur etwa 3 Prozent mit ihren Wohnbedingungen unzufrieden oder sehr unzufrieden sind (Abbildung 116).

Abbildung 116: Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Auf die Gesundheitsförderung im Setting Wohnumfeld/Gemeinde nimmt das Gesundheitsziel 10 der Oberösterreichischen Gesundheitsziele 2000-2010 Bezug (siehe Kapitel 11).

Fakten:

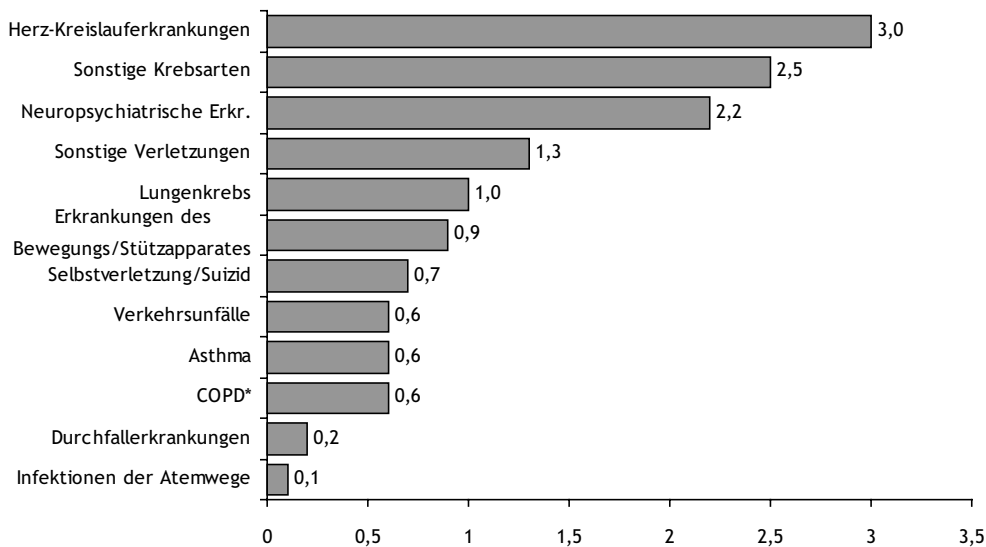
- Die Wohnumgebung bzw. das soziale Wohnumfeld kann sehr viel zur Gesundheit von Menschen beitragen. Die Potenziale für die Gesundheit ergeben sich dabei aus dem Zusammenwirken der physischen Umwelt, der sozialen Umwelt und diverser „Dienstleistungsangebote“ (Infrastruktur).
- 53 Prozent der Bevölkerung sind der Meinung, dass die Lebensbedingungen in der Wohnumgebung sehr viel zur Förderung der Gesundheit beitragen können. Weitere 42 Prozent sehen dies in leicht abgeschwächter Form ähnlich.
- Insgesamt gesehen beurteilen die Oberösterreichinnen und Oberösterreichern die Umweltbedingungen in ihrem Wohngebiet als überwiegend positiv. 31 Prozent berichten von äußerst gesunden Umweltbedingungen und weitere 49 Prozent von ziemlich gesunden Umweltbedingungen in ihrem Wohngebiet.
- Ein gesundes Wohnumfeld setzt sich aus dem sozialen Zusammenhalt, der Existenz sozialer Netze sowie einem hohen Grad an Partizipation der Bürgerinnen und Bürger zusammen. Ein hohes Maß an Freiwilligenarbeit ist ein guter Indikator für das soziale Kapital eines Wohnumfeldes.
- 34 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren engagieren sich in Form von formeller Freiwilligenarbeit (z.B. in der Freiwilligen Feuerwehr oder in Hilfsorganisationen zur Betreuung anderer Menschen). Damit ist Oberösterreich das Bundesland mit der höchsten Beteiligungsquote an formeller Freiwilligenarbeit. Bei der informellen Freiwilligenarbeit bzw. Nachbarschaftshilfe (z.B. Einkaufen, Kinderbetreuung oder Gartenpflege) liegt die Beteiligungsquote bei etwa 27 Prozent.
- Die Zufriedenheit mit den allgemeinen Wohnbedingungen ist in der oberösterreichischen Bevölkerung sehr groß. Rund 90 Prozent sind mit ihren Wohnbedingungen sehr zufrieden oder zufrieden.

7.4. Gesunde natürliche und gestaltete Umwelt

Krankheitslast auf umweltbedingte Faktoren zurückgehen (15 DALYs/1.000 Ew.).⁵⁷ Jährlich versterben in Österreich rund 11.600 Menschen infolge umweltbedingter Faktoren.⁵⁸

Die physische, chemische und biologische Umwelt stellt eine wesentliche Gesundheitsdeterminante dar.⁵⁴ Die WHO geht davon aus, dass in Österreich 13 Prozent der

Abbildung 117: Umwelteinflüssen zuordenbare Krankheitslast in Österreich (DALYs je 1.000 EW.)



Quelle: WHO 2009; * Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen.

In Rahmen des vorliegenden Gesundheitsberichts kann nur auf die wesentlichsten Aspekte bezüglich der Umweltsituation in Oberösterreich eingegangen werden. Für eine genauere und weitere Darstellung der Thematik sei auf den Oberösterreichischen Umweltbericht 2006 verwiesen.⁵⁵

7.4.1. Außenraumluft

In Österreich werden im Allgemeinen Schwebstaub (insbes. Feinstaub), Stickstoffoxide, Kohlenmonoxid, Ozon und Schwefeldioxid als die wichtigsten Schadstoffe der Außenluft angesehen. Hauptverursacher der durch Menschen bedingten Luftschadstoffe sind Industrie, Verkehr, Hausbrand und Landwirtschaft.⁵⁶

Feinstaub

Unter Feinstaub versteht man den Anteil des Schwebstaubs in der Luft, der bis in die Lunge vordringen kann. Üblicherweise wird darunter der Staubanteil mit einer Partikelgröße unter 10 Mikrometer Durchmesser verstanden (PM10). Der Anteil der Staubpartikel unter 2,5 Mikrometer ist gesundheitlich noch problematischer, da sie bis in die kleinsten Lungenbläschen vordringen können und nicht mehr ausgehustet werden (PM2,5).⁵⁹

⁵⁴ Fehr et al. 2003, S. 467-518

⁵⁵ Oö. Akademie für Umwelt und Natur 2006

⁵⁶ Hutter et al. 2008, S. 5

⁵⁷ DALYs: „disability-adjusted life years“ - durch vorzeitigen Tod oder schwere Behinderung verlorene Lebensjahre.

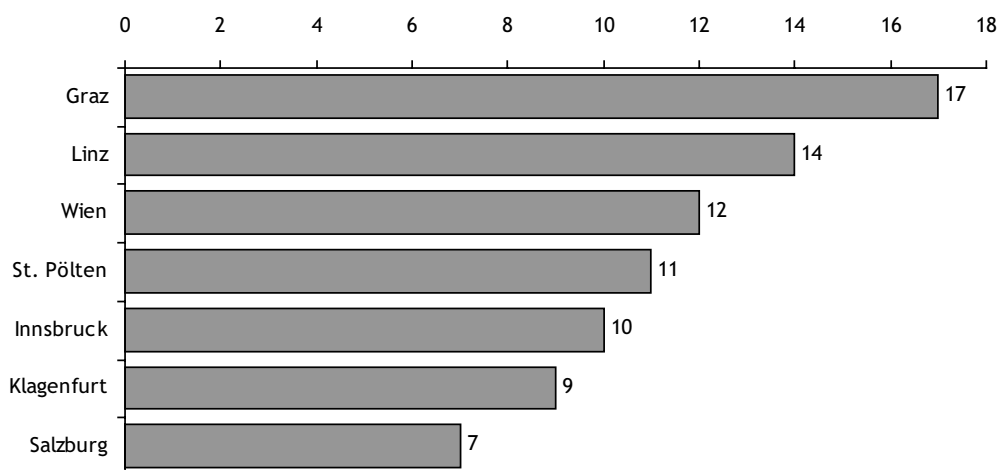
⁵⁸ WHO 2009

⁵⁹ Oö. Akademie für Umwelt und Natur 2006, S. 15

Die gesundheitlichen Auswirkungen von Feinstaub sind von der Größe der Partikel abhängig: je kleiner die Partikel desto höhere Risiken bergen sie für die Gesundheit. Die Luftverunreinigung durch Feinstaub erhöht das Risiko für entzündliche Veränderungen der Atemwege (Asthma, Bronchitis), verminderte Lungenfunktion, Mittelohrentzündungen, Schädigungen des Herz-Kreislaufsystems (Herzinfarkt) sowie für Beeinträchtigungen des Schwangerschaftsverlaufes. Als besondere Risikogruppen gelten Kinder, ältere Menschen sowie Personen, die bereits eine Vorschädigung (z.B. Herz-Kreislauferkrankung, Diabetes mellitus, Atemwegserkrankungen) aufweisen. Für

Feinstaub lässt sich keine Expositionsgrenze festlegen, unterhalb derer keine gesundheitlichen Auswirkungen zu erwarten sind, d.h. das Risiko für Schädigungen steigt kontinuierlich an.⁶⁰ Eine Abschätzung der gesundheitlichen Auswirkungen des Umweltbundesamtes kommt zu dem Schluss, dass die durchschnittliche Lebenserwartung der österreichischen Bevölkerung durch die Staubbelastung der Außenluft um neun Monate gesenkt wird. Für die Landeshauptstadt Linz beträgt die Verminderung der Lebenserwartung 14 Monate.⁶¹

Abbildung 118: Berechnete Reduktion der Lebenserwartung aufgrund der Belastung der Außenluft durch Feinstaub (in Monaten)



Quelle: Schneider, Spangl 2005, S. 9

Die Belastung durch Feinstaub stellt in den oberösterreichischen Ballungszentren nach wie vor ein Problem dar.⁶³ Eine wichtige Rolle für die Anreicherung von Feinstaub in unteren Luftschichten spielen niederschlagsfreie Inversionswetterlagen in den Wintermonaten. Dies bedingt erhebliche witterungsbedingte Schwankungen in verschiedenen Jahren. In den letzten Jahren (2007 bis 2009) ist die Häufigkeit der Tage mit Grenzwertüberschreitungen

zwar etwas zurückgegangen, was aber vor allem auf witterungsbedingte Gegebenheiten zurückgeführt werden kann (stürmische, niederschlagsreiche Winter). Daher ist auch künftig beim Auftreten von stabilen Inversionswetterlagen mit erhöhter Feinstaubbelastung zu rechnen, sofern nicht weitere Maßnahmen ergriffen werden, um die Emissionen zu senken.⁶²

⁶³ Oö. Akademie für Umwelt und Natur 2006, S. 26. Grenzwerte für Jahresmittelwert PM10: 40 µg/m³; Grenzwerte für Tagesmittelwert PM10: 50 µg/m³; zulässige Überschreitungen des Tagesmittelwertes pro Jahr: bis 2004: an 35 Tagen, 2005-2009 an 30 Tagen und ab 2010 an 25 Tagen (Grenzwerte des Immissionschutzgesetz Luft, 08.08.2006).

⁶⁰ Hutter et al. 2008, S. 12

⁶¹ Schneider, Spangl 2005, S. 9

⁶² Donat 2011, S. 3; Spangl, Moosmann 2010, S. 31

Tabelle 20: Tage mit hoher Feinstaubbelastung 2001-2009 (PM10 Tagesmittelwert > 50 µg/m³)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Linz-ORF-Zentrum	55	64	80	46	58	71			
Linz-24er-Turm A7	37	52	44	17	56	54	18	28	15
Linz-Römerbergtunnel	62	65	75	46	68	70	41	47	26
Traun	23	33	35	16	30	39	14	16	12
Linz-Neue Welt	43	59	76	35	48	57	35	28	30
Steyregg-Weih	33	42	49	22	29	41	25		
Wels	29	39	57	28	39	42	23	17	22
Vöcklabruck	12	12	25	5	17	30	6	9	7
Steyr	5	23	37	8	20	28	8	5	16
Lenzing	12	14	27	4	18	30	11	8	6
Braunau Zentrum	8	6	24	6	16	28	14	6	13
Grünbach	7	4	13	1	0	0	0	1	1
Bad Ischl	4	13	25	8	6	18	7	8	2
Enns-Kristein A1			47	30	37	44	16	11	20

Quelle: Land Oberösterreich 2010b, S. 92

Für kleinere Staubteilchen (PM_{2,5}) ist in Österreich nur eine relativ geringe Anzahl von Messstellen vorhanden und es sind keine längeren Messreihen verfügbar. Insgesamt zeigt sich ein ähnlicher Verlauf wie beim PM₁₀-Feinstaub.⁶⁴

39 Prozent der Feinstaubemissionen (PM₁₀) in Oberösterreich können dem Verkehr zugerechnet werden, ebensoviel dem Bereich Raumheizung, 21 Prozent der Industrie und 1 Prozent der Energieversorgung. In Linz fällt der Anteil der Industrie stärker ins Gewicht (65 Prozent) während in Wels der Großteil dem Verkehr zuzuordnen ist (80 Prozent).⁶⁵

Stickstoffdioxid

Zu den Stickstoffoxiden (NO_x) gehören Stickstoffmonoxid (NO) und Stickstoffdioxid (NO₂), wobei Stickstoffdioxid aufgrund seiner schädigenden Wirkung auf die Atemwege die unmittelbar größere Bedeutung für die menschliche Gesundheit aufweist.⁶⁶

Stickstoffdioxid wirkt in hohen Konzentrationen direkt aggressiv auf Atemwege und Lunge und führt so zu Husten, Atemnot, blutigem Auswurf oder Lungenödem. Aber auch bei geringerer Konzentration (z.B. in verkehrsbelasteter Umgebung) können akute gesundheitliche Probleme auftreten (entzündliche Veränderungen der Atemwege, verringerte Infektionsabwehr etc.). Von größerer Bedeutung dürften jedoch die Langzeitwirkungen auf die Atemwege sein (chronischer Husten, Bronchitis).⁶⁷

Seit den 1980er Jahren ist ein Rückgang der Belastung durch Stickstoffdioxid zu beobachten, der auf Maßnahmen in der Industrie und auf die Einführung des Katalysators bei benzingetriebenen PKWs zurückzuführen ist. Durch die Zunahme der Dieselmotorkraftfahrzeuge ist gegen Ende der 1990er Jahre wieder ein Anstieg zu beobachten.⁶⁸ Insbesondere bei verkehrsnahen Messstellen ist bis 2006 eine starke Zunahme der NO₂-Konzentration zu beobachten. Beispielsweise ist im Zeitraum 2001 bis 2006 an der Messstelle Linz-Römerberg die Zunahme um fast 20 Prozent zu verzeichnen. An verkehrsfurthern Messpunkten fiel die Zunahme deutlich geringer aus.⁶⁹ Nach 2006 ist eine Stabilisierung bzw. ein geringfügiger Rückgang der Stickstoffdioxidbelastung festzustellen.⁷⁰ Österreichweit ist ein sehr ähnlicher Verlauf der Stickstoffdioxidbelastung zu beobachten.⁷¹

In Oberösterreich sind 58 Prozent der Stickstoffoxidemissionen dem Verkehr zuzuschreiben und 22 Prozent der Industrie. Der Rest verteilt sich auf Raumheizung (13 Prozent), Energieversorgung (5 Prozent) und sonstige Emissionen. Im Raum Linz nimmt die Industrie einen größeren Anteil ein (54 Prozent), während in Wels der Großteil der Emissionen dem Verkehr zuzurechnen ist (77 Prozent).⁷²

⁶⁴ Spangl, Nagl 2010, S. 45

⁶⁵ Land Oberösterreich 2010b, S. 45

⁶⁶ Spangl, Nagl 2010, S. 47

⁶⁷ Hutter et al. 2008, S. 16

⁶⁸ Öö. Akademie für Umwelt und Natur 2006, S. 24

⁶⁹ Land Oberösterreich 2007, S. 6

⁷⁰ Land Oberösterreich 2010a, S. 9

⁷¹ Spangl, Nagl 2010, S. 53

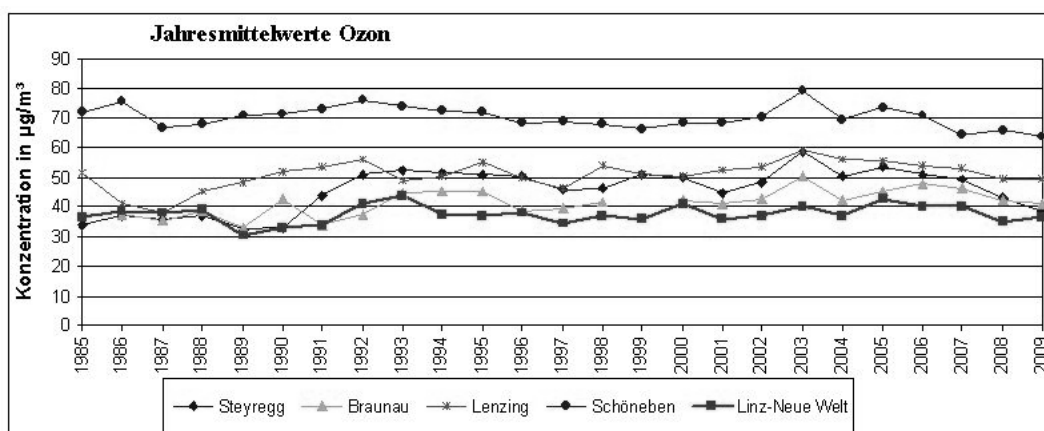
⁷² Land Oberösterreich 2010b, S. 45

Ozon

Ozon kann zu unterschiedlichen gesundheitlichen Belastungen (z.B. Augenbrennen, Hustenreiz, Reizungen von Rachen und Hals, Beeinträchtigung der Lungenfunktion) sowie zur Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit führen. Die Entwicklung der Lungenfunktion kann bei Kindern negativ beeinflusst werden.⁷³

Ozon bildet sich bei Sonnenbestrahlung aus Vorläufersubstanzen (Stickoxiden, Kohlenwasserstoffen). Daher ist vor allem in heißen Sommermonaten mit Ozonbelastung zu rechnen. Ozon zerfällt beim Kontakt mit anderen Schadstoffen wieder. Daher ist die durchschnittliche Belastung in Reinluftgebieten (z.B. Messstation Schöneben) größer als im Stadtgebiet (z.B. Linz-Neue Welt). Die erreichten Maximalwerte sind an heißen Sommertagen in ländlichen Gebieten und im Stadtgebiet ähnlich hoch.⁷⁶

Abbildung 119: Entwicklung der Ozonbelastung in Oberösterreich



Sommermittelwerte Ozon (Mai bis August) von 1985 bis 2009, gemessen an fünf Stationen. Quelle: Land Oberösterreich.

Polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAKs)

Polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAKs) umfassen mehrere hundert Einzelverbindungen, die aus zwei oder mehreren kondensierten aromatischen Ringen aufgebaut sind. Sie entstehen bei der unvollständigen Verbrennung organischen Materials und fossiler Brennstoffe. Aus gesundheitlicher Sicht sind sie vor allem wegen der krebserregenden Wirkung von Bedeutung, die in Tierversuchen nachgewiesen wurde.⁷⁴

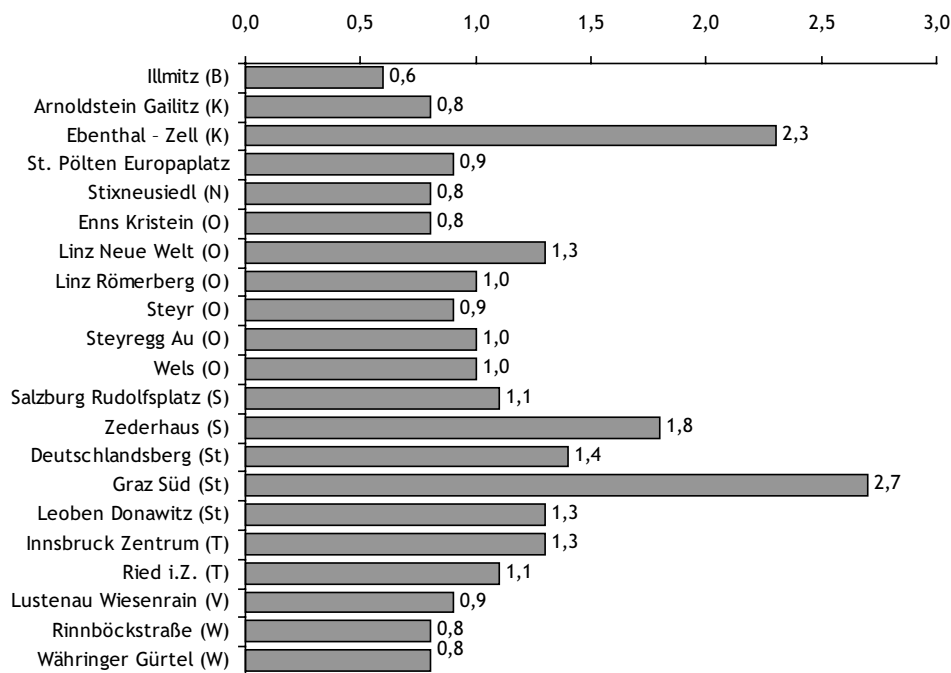
Auf EU-Ebene wird ein Schwellwert von maximal 1 ng/m³ (Jahresmittelwert) als Beurteilungskriterium für die Konzentration von PAKs in der Luft diskutiert.⁷⁷ 2009 wurde an der Meßstelle in Linz Neue Welt ein Wert über diesem Zielwert gemessen, ebenso wie an den Messpunkten Salzburg Rudolfsplatz, Deutschlandsberg, Leoben Donawitz, Innsbruck Zentrum und Ried im Zillertal. Deutliche Zielwertüberschreitungen wurden in Ebenthal-Zell, Zederhaus und Graz Süd festgestellt.⁷⁸

Die PAK - Konzentration in der Luft wurde bislang in Österreich nicht systematisch erhoben, so dass kein flächendeckendes Bild vorliegt (nur für bestimmte Messkampagnen und Zeitpunkte). An allen Standorten zeigt sich eine höhere Belastung der Luft in den Wintermonaten.⁷⁵

⁷³ Hutter et al. 2008, S. 17
⁷⁴ Spangl, Nagl 2010, S. 65
⁷⁵ Umweltbundesamt

⁷⁶ Oö. Akademie für Umwelt und Natur 2006, S. 25
⁷⁷ Umweltbundesamt
⁷⁸ Spangl, Nagl 2010, S. 65

Abbildung 120: PAK - Belastung der Luft 2009



Jahresmittelwerte der Konzentration von Benzo(a)pyren im PM10, 2009 (in ng/m³). Quelle: Spangl, Nagl 2010, S. 66

7.4.2. Innenraumluft

Im Bereich der Wohnräumlichkeiten wirken sich verschiedene Faktoren auf Gesundheit und Wohlbefinden aus. Dazu gehören Temperatur (thermische Behaglichkeit), Luft, Lärm, Licht, Einrichtung, Formen und Farben. Wesentliche Effekte gehen auch von biologischen und chemischen Schadstoffen in der Innenraumluft aus.⁷⁹ Einen Überblick über die wesentlichsten Belastungen der Innenraumluft und der häufigsten Schadstoffquellen gibt nachfolgende **Tabelle 21**.

Duftstoffe, Putz- und Desinfektionsmittel, Ausdünstungen von Lacken, Imprägniermittel etc. können bei empfindlichen Menschen zu Symptomen wie bspw. Atembeschwerden, Kopfschmerzen, Augen- und Nasenreizungen, Beklemmungsgefühl, Schweißausbrüchen und Herzjagen führen. Unverträglichkeitsreaktionen gegen Substanzen sind in den letzten Jahrzehnten zunehmend häufig zu beobachten.⁸⁰

⁷⁹ Hutter et al. 2008, S. 21

⁸⁰ Hutter et al. 2008, S. 21

Tabelle 21: Häufige Luftverunreinigungen in Innenräumen und deren Quellen

Schadstoffe	Quellen
Allergene	Hausstaub, Schimmelpilzsporen, Tiere, Baumaterialien, Einrichtungsgegenstände, Pflanzen, Latex
Asbest	Brandschutz- und Dichtungsmaterial, Rückenbeschichtungen von PVC-Böden, Nachtspeicheröfen
Autoabgase	Außenluft, (Tief-)Garagen
Biozide	Holzschutzmittel, Lacke, Teppiche, Schädlingsbekämpfung, Elektroverdampfer
Flüchtige Kohlenwasserstoffe	Lösungsmittel, Farben, Lacke, Kleber, Ausgleichsmassen
Formaldehyd	Tabakrauch, Spanplatten und Holzwerkstoffe, Dispersionskleber, Lacke, offene Gasflammen
Kohlendioxid	Mensch (Ausdünstungen), offene Flammen
Kohlenmonoxid, Stickoxide	Undichte Öfen, Durchlauferhitzer ohne Abzug, Gasherde
Polychlorierte Biphenyle (PCB)	Früher Fugen- und Dichtungsmassen, Kondensatoren von Leuchtstofflampen, Brandschutzanstriche
Per (Tetrachlorethen)	Chemische Reinigung, chemisch gereinigte Kleidung
Polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK)	Alte Parkettkleber, Feuchteabdichtungen, Karbolineum
Radon	Erdreich (v.a. Urgesteinsböden), Baustoffe
Tabakrauch	Zigaretten, Zigarren, Pfeifen
Ultrafeinstaub	Drucker, Kopierer, Tabakrauch, Außenluft, Bildung aus Terpenen in Anwesenheit von Ozon

Quelle: Hutter et al. 2008, S. 22

Erhöhte Kohlendioxidkonzentration in der Luft stellt zwar kein unmittelbares Gesundheitsrisiko dar, kann aber zu Befindlichkeitsstörungen (Müdigkeit, Konzentrationsstörungen Kopfschmerzen etc.) führen.⁸¹ Die Auswirkungen von flüchtigen Kohlenwasserstoffen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit umfassen ein weites Spektrum und hängen von der Konzentration und den Eigenschaften der jeweiligen Substanz ab.⁸² Formaldehyd wirkt reizend auf die Schleimhäute der oberen Atemwege und Augen. Bei chronischer Belastung besteht erhöhtes Risiko für Bronchitis und Asthma.⁸³ Kohlenmonoxid ist ein Atemgift, das den Sauerstofftransport im Blut vermindert und zur Schädigung empfindlicher Organe führen kann (z.B. Herz-Kreislaufsystem). Erhöhte Stickoxidkonzentration kann vor allem bei Kindern zu einer vermehrten Infektionsanfälligkeit der Atemwege, zu verstärkten Asthabschwerden und zu einer Verringerung der Lungenfunktion führen.⁸⁴

Radon ist ein natürlich vorkommendes radioaktives Edelgas. Es kann aus dem Boden über Risse, Risse, Kabelschächte etc. in Gebäude eindringen. Beim Einatmen des Gases reichern sich die durch den Zerfall entstehenden, ebenfalls radioaktiven Folgeprodukte in Atemwegen an, was langfristig zu Krebserkrankungen führen kann. In Österreich werden 5 bis 15 Prozent der Lungenkrebskrankungen auf die Belastung durch Radon zurückgeführt.⁸⁵

⁸¹ Hutter et al. 2008, S. 23

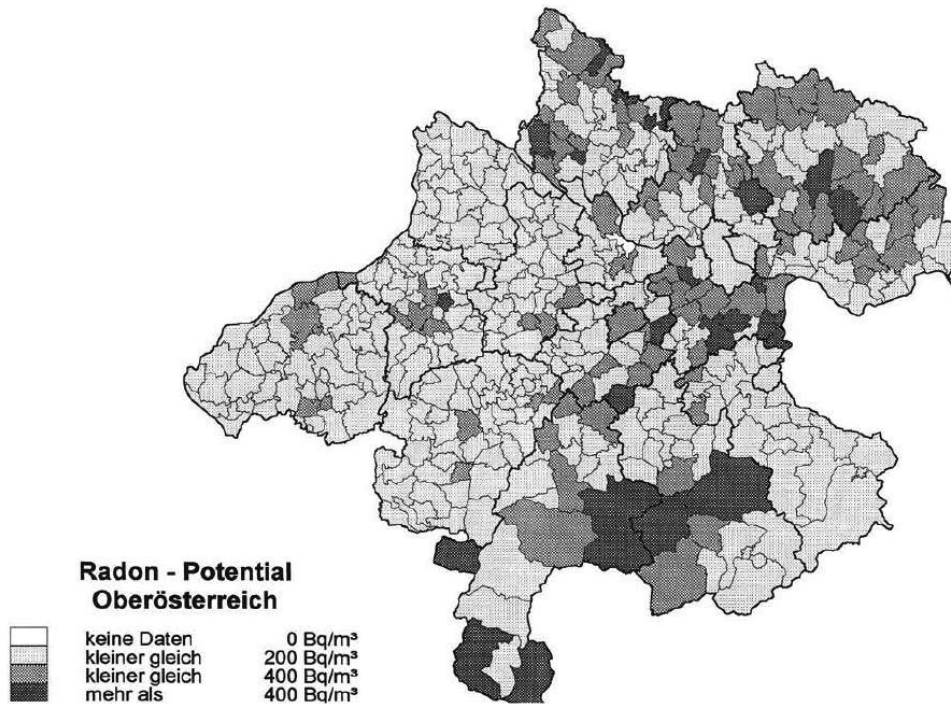
⁸² Hutter et al. 2008, S. 24

⁸³ Hutter et al. 2008, S. 25

⁸⁴ Hutter et al. 2008, S. 23

⁸⁵ Hutter et al. 2008, S. 27

Abbildung 121: Radonpotential in Oberösterreich



Quelle: Friedmann 1997

In Räumen, in denen geraucht wird, stellt Tabakrauch die wichtigste Schadstoffquelle dar. Tabakrauch ist ein Gemisch aus verschiedenen Schadstoffen (Kohlenmonoxid, Stickoxide, Formaldehyd, Benzol Feinstaub, Dioxine etc.). Passivrauch kann zu Schleimhautreizungen von Augen, Nase und Atemwegen, Mittelohrentzündungen bei Kindern, verminderter Lungenfunktion bis hin zu chronischen Atemwegserkrankungen und frühzeitigen Todesfällen durch Lungenkrebs und Herz-Kreislauf-Krankheiten führen.⁸⁶ In Oberösterreich geben 9 Prozent der Personen, die selbst nicht täglich rauchen, an, dass sie in ihrer Wohnung Passivrauch ausgesetzt sind. Für rund ein Viertel trifft dies am Arbeitsplatz zu.⁸⁷

Auf die Belastung der Innenraumluft durch Tabakrauch bezieht sich das Ziel 7 der Oberösterreichischen Gesundheitsziele 2000-2010 (siehe Kapitel 11).

7.4.3. Lärm

Lärm kann sich direkt, in Form einer Schädigung der Hörorgane, auswirken. Diesbezüglich sind kurzzeitige laute Geräusche (z.B. Knalltrauma durch Explosionen, Feuerwerkskörper etc.) relevant, aber auch Dauerlärm bei

hohem Schallpegel (über 80-85 dB) kann Schäden verursachen. Auch Tinnitus hängt teilweise mit der direkten Einwirkung von Lärm zusammen. Im Bezug auf Umweltlärm sind jedoch vor allem die indirekten Auswirkungen von belastendem Lärm (Lärmstress, Lärmbelästigung, Störung der Nachtruhe) auf die Gesundheit von Bedeutung.⁸⁸

Die durch Lärm ausgelöste Stressreaktion des Körpers hängt entwicklungsgeschichtlich mit der Funktion des Hörens als Alarmsinn und der damit verbundenen Verarbeitung von Geräuschen in Gehirn und Zentralnervensystem zusammen. Dieser Mechanismus kann auch während des Schlafes nicht abgeschaltet werden. Der durch Lärm bedingte Stress erhöht das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen (Bluthochdruck, Herzinfarkt) und für Magen-Darmprobleme. Darüber hinaus kann Lärm zu einer verringerten Immunabwehr führen.⁸⁹

Auch die subjektiv wahrgenommene Belästigung durch Lärm führt zu einer Verminderung des Wohlbefindens (Unwohlsein, Ärger, Erregbarkeit etc.), die sich auf die Gesundheit auswirken kann. Besonders problematisch ist die Störung der Nachtruhe. Neben der Verringerung von

⁸⁶ Hutter et al. 2010, S. 44
⁸⁷ Klimont et al. 2007, S. 183

⁸⁸ Hutter et al. 2009, S. 11
⁸⁹ Hutter et al. 2009, S. 12

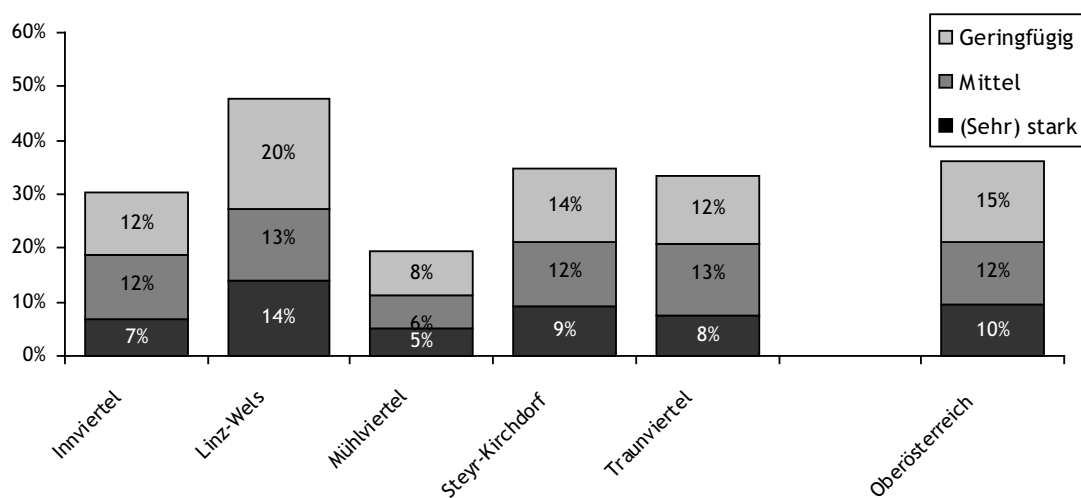
Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit infolge der schlechteren Schlafqualität besteht, infolge der Auswirkungen auf den Hormonhaushalt, auch ein erhöhtes Risiko für Langzeitfolgen wie Cholesterinerhöhung, Arteriosklerose und Beeinträchtigungen des Immunsystems.⁹⁰ Langandauernde Lärmexposition führt bei Kindern zur Verringerung der kognitiven Leistungsfähigkeit (Lesefähigkeit, Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Konzentration), was sich in erheblichem Ausmaß auf die Schulleistung, den erreichten Bildungsabschluss und die weiteren Lebensbedingungen auswirken kann.⁹¹

In einer vorsichtigen Abschätzung der durch Lärm verursachten Krankheitslast kommt die WHO zu dem Ergebnis, dass europaweit (EU und andere westeuropäische Staaten) pro Jahr über 1,6 Millionen verlorene bzw. gesundheitlich beeinträchtigte Lebensjahre (DALYs) auf Umgebungslärm zurückzuführen sind. Der größte Anteil ist auf die Folgen von Schlafstörungen (903.000 DALYs) und die Störung des Wohlbefindens durch Lärmbelästigung/Ärger (587.000 DALYs) zurückzuführen. Aber auch ischämische

Herzerkrankungen (61.00 DALYs), Verringerung der kognitiven Leistungsfähigkeit von Kindern (45.000 DALYs) und Tinnitus (22.000 DALYs) nehmen einen nicht zu unterschätzenden Teil der Lärmfolgen ein. Der Großteil der durch Umgebungslärm verursachten Krankheitslast ist dem Verkehrslärm zuzuschreiben (mindestens 1 Million DALYs).⁹²

In Oberösterreich fühlen sich insgesamt 36 Prozent der erwachsenen Bevölkerung durch Lärm im Wohnbereich (tagsüber und/oder nachts) gestört, 10 Prozent sogar sehr stark oder stark. Zumindest geringfügige nächtliche Lärmbelastung geben 22 Prozent der OberösterreicherInnen an (davon 4 Prozent sogar sehr starke oder starke Belastung). Im Ballungsraum (Linz/Wels) ist die Belastung durch Lärm deutlich höher als in ländlichen Regionen.⁹³ Die häufigste Ursache wird im Verkehrslärm gesehen (66 Prozent der durch Lärm Belästigten). Andere Lärmquellen stellen Baustellen (11 Prozent) und Nachbarwohnungen (10 Prozent) dar.⁹⁴

Abbildung 122: Lärmstörung (tagsüber und/oder nachts) nach Region



Bevölkerung ab 15, Oberösterreich, Quelle: Wegscheider-Pichler 2009, S. 153ff

⁹⁰ Hutter et al. 2009, S. 12

⁹¹ WHO, Regional Office for Europe, S. 45

⁹² WHO: Regional Office for Europe, S. V

⁹³ Wegscheider-Pichler 2009, S. 155ff

⁹⁴ Wegscheider-Pichler 2009, S. 157ff

Ansatzpunkte für die Verringerung der Lärmexposition stellen Maßnahmen des aktiven Schallschutzes (Reduktion der Schallemissionen an der Quelle, z.B. leisere Fahrzeuge, lärm-dämmende Fahrbahnbeläge, Raumordnung und Raumplanung), des passiven Lärmschutzes (Behinderung der Lärmausbreitung, z.B. Schallschutzwände, Schallschutzfenster etc.) sowie organisatorische Maßnahmen (z.B. Zeitbeschränkungen für Lärmerzeugende Prozesse, Tempolimits, Beschränkung lärmverursachender Veranstaltungen etc.) dar.⁹⁵ Im Hinblick auf künftige Entwicklungen ist, neben der Sanierung von Problemgebieten, auch die Sicherung und Bewahrung (noch) ruhiger Gebiete von wesentlicher Bedeutung, so dass einem vorsorgenden Lärmschutz eine wichtige Rolle zukommt.⁹⁶

7.4.4. Lichtverschmutzung

Unter Lichtverschmutzung versteht man im Allgemeinen die Aufhellung des Nachthimmels durch die Streuung des Lichtes künstlicher Lichtquellen in den unteren Luftschichten.⁹⁷ Das Phänomen ist auch unter dem Namen „Lichtsmog“ bekannt und stellt sich, insbesondere bei tiefhängenden Wolken und Nebel, als Lichtglocke über Städten und Ballungszentren dar.⁹⁸ Neben ökologischen Auswirkungen auf die Tier- und Pflanzenwelt birgt Lichtverschmutzung auch Gesundheitsrisiken für die Bevölkerung.⁹⁹

Durch die Zunahme der künstlichen Beleuchtung (Straßenbeleuchtung, Reklame, Auslagenbeleuchtung etc.) in den letzten Jahrzehnten sind immer mehr Menschen auch in den Nachtstunden von erheblicher Lichtbestrahlung betroffen. In der Europäischen Union sind zwei Drittel der Bevölkerung nachts höheren Lichtintensitäten ausgesetzt als dies in einer üblichen Vollmondnacht der Fall wäre.¹⁰⁰ Hell-Dunkel-Phasen spielen jedoch eine wesentliche Rolle für die Synchronisierung des physiologischen Rhythmus und für die Ausschüttung verschiedener Hormone. Eine zentrale Rolle spielt in diesem Zusammenhang das Hormon Melatonin, dessen Produktion durch lichtempfindliche Zellen der Netzhaut (Ganglienzellen) gesteuert wird. Bereits die Lichtexposition über einen Zeitraum von weniger als einer Stunde kann den Melatoninspiegel um die Hälfte reduzieren.¹⁰¹

Die möglichen gesundheitlichen Auswirkungen einer übermäßigen Lichtexposition während der Nachtstunden sind noch nicht vollständig erforscht. Die Bandbreite reicht von Schlafstörungen und damit verbundenen gesundheitlichen Folgen über Auswirkungen auf den Stoffwechsel bis hin zu einem erhöhten Risiko für bestimmte Krebsarten (insbesondere Brustkrebs). Verschiedene Studien bringen

einen verminderten nächtlichen Melatoninspiegel mit Adipositas, Diabetes mellitus Typ II (Insulinresistenz) und Herz-Kreislaufkrankungen in Verbindung.¹⁰² Ebenso ist ein Zusammenhang mit dem Risiko für Bluthochdruck zu beobachten.¹⁰³ Die Rolle von Melatonin im Hinblick auf die Verringerung von oxydativem Stress ist gut belegt.¹⁰⁴ Oxydativem Stress wird eine Bedeutung in der Entstehung verschiedener neurologischer Erkrankungen (Parkinson, Alzheimer, diabetische Neuropathie) und Herz-Kreislaufkrankungen (z.B. Arteriosklerose, koronare Herzkrankheit) beigemessen.¹⁰⁵

Wesentliche Verursacher von Lichtverschmutzung sind Straßen- und Parkplatzbeleuchtungen, Leuchtreklamen und Flutlichtanlagen, wobei vor allem das nach oben geleitete Licht, das meist für den eigentlichen Beleuchtungszweck irrelevant ist, eine wesentliche Rolle spielt (als Beispiel siehe **Abbildung 123**).¹⁰⁶

Mögliche Ansatzpunkte für die Verringerung von Lichtverschmutzung sind:¹⁰⁷

- Angemessene, gleichmäßige Beleuchtung und Vermeidung von Blendung (Vermeidung des Wechsels zwischen „überbeleuchteten“ und dunklen Zonen, damit sich das Auge an die Lichtstärke anpassen kann. Wenn das Auge nicht geblendet wird, ist auch bei geringer Beleuchtungsstärke eine ausreichende Sicht möglich).
- Zeitliche Anpassung der Beleuchtung an den Bedarf (z.B. durch Abschaltung jeder 2. Straßenlaterne in den vorgerückten Nachtstunden mittels Zeitschaltuhren).
- Optimierung der Beleuchtungskörper hinsichtlich Leuchtstärke, Lampentyp und Abstrahlwinkel (Vermeidung von nach oben bzw. zur Seite gerichteten Lichtstrahlen durch Lampenkonstruktion, Abschirmung).
- Vermeidung von Doppelbeleuchtung (z.B. Straßenbeleuchtung und Schaufensterbeleuchtung).

Neben positiven Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen können durch die Vermeidung von Lichtverschmutzung auch Energieverbrauch und Kosten vermindert werden.¹⁰⁸

⁹⁵ Hutter et al. 2009, S. 21

⁹⁶ Oö. Umweltschutz 2009a, S. 12

⁹⁷ Wikipedia 01.05.2011

⁹⁸ Klein 2004, S. 3

⁹⁹ Navara, Nelson 2007

¹⁰⁰ Navara, Nelson 2007, S. 216-218

¹⁰¹ Navara, Nelson 2007, S. 217

¹⁰² Navara, Nelson 2007, S. 217

¹⁰³ Reiter et al. 2009

¹⁰⁴ Navara, Nelson 2007, S. 218

¹⁰⁵ Wikipedia 28.04.2011

¹⁰⁶ Oö. Umweltschutz 2009b, S. 2

¹⁰⁷ Oö. Umweltschutz 2009b, S. 7ff; Klein 2004; Kobler 2003

¹⁰⁸ Oö. Umweltschutz 2009b, S. 9

Abbildung 123: Leuchtradien bei Straßenbeleuchtung



Quelle: Wikipedia 01.05.2011

7.4.5. Natürliche Umwelt als Ressource

Natur und Landschaft wirken sich auf unterschiedliche Weise auf die Gesundheit aus. Aus ökologischer Sicht stehen Einflussfaktoren wie Lärm, Klang, Wetter etc. im Blickpunkt. Natürliche Landschaftsräume (Wälder, Gewässer, Parks, Gärten) wirken sich aber auch durch ihre ästhetische Komponente positiv auf das Wohlbefinden und die Gesundheit aus (visuelle Stimulation, angenehme Geräuschkulisse). In engem Zusammenhang mit einer ästhetisch gestalteten Umgebung können Aspekte wie Sicherheitsgefühl und Bewegungsfreundlichkeit gesehen werden. Viele Menschen werden nur dann in Außenräumen aktiv, wenn diese angenehm und sicher wahrgenommen werden. Natürliche Landschaften wirken sich

auch positiv auf den allgemeinen Gemütszustand aus und nehmen auch Einfluss auf den Verlauf von psychischen Erkrankungen. Zudem bieten sie Erholungsmöglichkeiten von geistiger Müdigkeit und Stress. Von wesentlicher Bedeutung ist auch die Funktion von Grünräumen im Hinblick auf das soziale Wohlbefinden, sei es in Form sozialer Treffpunkte (z.B. Parks im urbanen Raum) oder in Form gemeinschaftlicher Naturerfahrung (z.B. Wanderungen etc.). Für Kinder stellen natürliche, vegetationsreiche Landschaftsräume Möglichkeiten zur motorischen, kognitiven, emotionalen Entwicklung dar (Spiel- und Bewegungsgestaltung, Stressreduktion Konzentrationsverbesserung etc.).¹⁰⁹

¹⁰⁹ Abraham et al. 2007, S. 59

Tabelle 22: Landschaft als Gesundheitsressource (Beispiele)

Physisches Wohlbefinden	Landschaftsräume fördern physische Aktivität, wenn sie bewegungsfreundlich gestaltet, ästhetisch ansprechend und vegetationsreich sind, benutzerfreundlich gelegene Grünanlagen aufweisen und sozialen Kontakt ermöglichen.
	Landschaftsräume wie Wälder und Parks fördern physische Aktivität inner- und außerhalb von Städten.
	Landschaftsräume fördern die motorische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, wenn sie verkehrsarm und sicher sowie vegetationsreich sind.
Psychisches Wohlbefinden	Landschaftsräume fördern die Konzentrationsfähigkeit und reduzieren Stress, wenn sie natürliche Elemente enthalten.
	Vegetationsreiche Landschaftsräume fördern die Konzentrationsfähigkeit, wenn sie Distanz zum Alltag ermöglichen, Anziehungspunkte enthalten, das Entdecken von Neuem ermöglichen und den Wünschen der Nutzenden entsprechen.
	Landschaftsräume fördern die Stressreduktion und Stressprävention, wenn sie als angenehm empfunden werden, natürlich sind und nicht verängstigen.
	Landschaftsräume fördern positive Emotionen und die Frustrationstoleranz, wenn sie natürliche Elemente enthalten und als angenehm empfunden werden.
	Landschaftsräume fördern Identifikationsprozesse im Sinne einer räumlichen Bindung, wenn sie ästhetisch ansprechend sind.
	Landschaftsräume fördern das psychische Wohlbefinden, wenn sie eine angenehme Klangumwelt enthalten, die Orten eine Identität geben kann.
Soziales Wohlbefinden	Landschaftsräume fördern die kognitive und emotionale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, wenn sie vegetationsreich sind, Identifikation mit dem Raum und kreatives Spiel ermöglichen und ein tiefer Lärmpegel vorherrscht.
	Vegetationsreiche urbane Landschaftsräume fördern soziale Kontakte, soziale Netzwerke und Gemeinschaftsbildung, wenn sie als sicher wahrgenommen werden und vielfältige Nutzungsmöglichkeiten zulassen.
	Ästhetisch ansprechende Landschaftsräume fördern die emotionale räumliche Bindung und fördern die Bereitschaft zu sozialem und ökologischem Engagement.
	Landschaftsräume ermöglichen und fördern Naturerfahrung in Gruppen, wenn diese Erfahrung in geführter Form in der freien Natur stattfindet oder Landschaftsräume gemeinsam gestaltet werden.
	Landschaftsräume fördern die soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, wenn sie sicher und vegetationsreich sind, Spielen ohne Aufsicht, Kontakt mit anderen Kindern und kreatives Spiel ermöglichen.

Quelle: Rodewald, Raimund 2010, S. 59.

Fakten:

- In den letzten 30 Jahren hat es zwar hinsichtlich der Schadstoffbelastung der Außenluft deutliche Verbesserungen gegeben. Feinstaub, Stickoxide, Ozon und polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe stellen jedoch nach wie vor wesentliche Belastungen für die Bevölkerung dar, insbesondere in den Ballungsräumen.
- Tabakrauch stellt eine wichtige Schadstoffquelle für die Innenraumluft dar. In Oberösterreich sind 9 Prozent der Personen, die nicht täglich rauchen, in ihrer Wohnung Passivrauch ausgesetzt. Rund ein Viertel ist am Arbeitsplatz Passivrauch ausgesetzt.
- In Oberösterreich sind 36 Prozent der Bevölkerung im Wohnbereich Lärm ausgesetzt. Die häufigste Ursache stellt der Verkehrslärm dar.
- Übermäßige und ungünstige Außenbeleuchtung (Lichtverschmutzung) kann in Ballungsräumen bei ständiger nächtlicher Exposition bisher noch wenig beachtete gesundheitliche Risiken für die Bevölkerung bedeuten (Schlafstörungen, Störung des Melatoninhaushalts, bestimmte Krebserkrankungen etc.)
- Natürliche Landschaftsräume (Parks, Wälder, Gewässer, etc.) stellen eine wichtige Gesundheitsressource für das physische, psychische und soziale Wohlbefinden dar (z.B. Erholungsmöglichkeit, Räume für soziale Beziehungen, Bewegung etc.).

8. SOZIALE DETERMINANTEN DER GESUNDHEIT

Die Gesundheitschancen von Menschen unterliegen nicht einer zufälligen Verteilung. Neben genetisch bedingten physischen und psychischen Voraussetzungen hängen sie von Verhältnisfaktoren (sozioökonomischer Status, Bildung, Arbeitsbedingungen) und von Verhaltensfaktoren (Essgewohnheiten, körperliche Aktivität, Suchtverhalten,...) ab. Diese wirken jedoch keinesfalls unabhängig voneinander. Denn personale und soziale Faktoren zeichnen sich im Gesundheitsverhalten ab, welches seinerseits den stärksten Einfluss auf den Gesundheits- und Krankheitsstatus nimmt.¹

Betrachtet man das Geschlecht, so wird die Auswirkung biologischer und sozialer Unterschiede auf das Gesundheitsverhalten sichtbar. Männer und Frauen gehen mit ihrem Körper unterschiedlich um, verhalten sich in unterschiedlichem Ausmaß gesundheitsförderlich oder -riskant und nutzen das Gesundheitssystem unterschiedlich. Gleichzeitig werden Frauen und Männer auch vom Versorgungssystem differenziert behandelt.²

So sind biologische Unterschiede zwischen den Geschlechtern für eine unterschiedliche Wirksamkeit von Medikamenten auf den Körper bei Mann und Frau verantwortlich.³ Eine flexiblere hormonelle Ausstattung, die höhere Schmerzsensibilität und damit die intensivere Körperwahrnehmung prägen auch das Gesundheitsverhalten. Frauen nehmen häufiger Maßnahmen der Früherkennung - wie beispielsweise die Vorsorgeuntersuchung - in Anspruch als Männer. Sie suchen bei vergleichbaren gesundheitlichen Belastungen auch häufiger den Arzt/die Ärztin oder den Therapeuten/die Therapeutin auf. Darüber hinaus konsultieren sie häufiger gleichzeitig mehrere ÄrztInnen bzw. Gesundheitsprofessionelle.

Zusätzlich wirken sich sozial determinierte Verhaltensmuster wie Risikoverhalten, auf das Gesundheitsverhalten aus. Soziale Rollenbilder werden bereits in der Kindheit eingeprägt, sodass bei Burschen bereits im Kindesalter aufgrund des physisch bedingten höheren Aktivitätsniveaus und bestärkt durch geschlechterspezifische Rollenbilder (Mädchen toben nicht herum) eine höhere Risikobereitschaft vorzufinden ist.⁴ Diese äußert sich spätestens im Erwachsenenalter zum Teil über eine weniger gesunde Ernährungsweise, einen höheren Suchtmittelkonsum und über eine deutlich höhere Sterblichkeit aufgrund von äußeren Ursachen (Unfälle, Suizid). Sozialisationsbedingte Geschlechtsstereotypen schlagen sich sogar im Handeln des/r verordnenden Arztes/Ärztin nieder. Viele psychische Erkrankungen sind weiblich konnotiert, sie werden daher bei Frauen häufiger diagnostiziert als bei Männern. Ein „under-reporting“ wird zum Teil auch von Männern herbeigeführt, weil das Krankheitsbild nicht zum männlichen Stereotyp passt und der Weg zum Arzt/zur Ärztin nicht eingeschlagen wird. Weitere Unterschiede zeigen sich auch in der Verordnungspraxis von Medikamenten.⁵

Auch die Berufswahl und damit berufsspezifische Belastungen sind sozial determiniert.⁶ Frauen üben häufiger Berufe mit niedrigem sozialen Status aus, was sich auf Selbstbild und Befindlichkeit negativ auswirkt. Dafür sind Männer häufiger in Berufen vorzufinden, welche durch körperlich belastende Tätigkeiten geprägt sind. Die Diagnose „Erkrankungen des Muskels, des Skeletts und der Wirbelsäule“ wird als Ursache für die Arbeitsunfähigkeit bei Männern in etwa um ein Drittel häufiger gestellt als bei Frauen.⁷

Wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit und auf das Gesundheitsverhalten haben auch Sozialindikatoren. Die zwei wichtigsten Sozialindikatoren sind Einkommen und Bildung. Bildung als eine Investition in das Leistungsvermögen dient auch der Persönlichkeitsentwicklung und dem Erlernen von sozialen Kompetenzen. Durch den Erwerb dieser Kompetenzen wirkt sie sich auf die Lebenszufriedenheit sowie auf die gesundheitliche Lebensqualität aus.⁸ Bereits im Kindes- und Jugendalter machen sich Bildungsunterschiede der Herkunftsfamilie bemerkbar. Am Beispiel der Zahngesundheit konnte in Deutschland ein Unterschied von Kariesprävalenz belegt werden. Niedrigere Schulbildung im Elternhaus geht demnach mit höherer Karieslast einher.⁹ Ähnliche Ergebnisse lassen sich auch für Österreich und für die Schweiz unter Berücksichtigung des besuchten Schultyps feststellen.¹⁰ Diese Ergebnisse deuten auf ein differenziertes Gesundheitsverhalten (Zahnhygiene) und auf unterschiedlich geführte Lebensstile (Ernährung) hin.

Weitere gesundheitliche Ungleichheiten zeigen sich bei der Asthmaprävalenz. Eine Längsschnittuntersuchung in Deutschland hat gezeigt, dass bei geringerer Bildung der Eltern die Prävalenz von Asthma um die Hälfte höher ist als bei Kindern von Eltern mit höherem Bildungsstatus.¹¹ Gesundheitliche Unterschiede und unterschiedliches Gesundheitsverhalten nach Bildung setzen sich im Erwachsenenalter fort. Eine europäisch angelegte Studie bringt den Nachweis, dass die Inanspruchnahme des Fach- oder Allgemeinarztes bzw. der Fach- oder Allgemeinärztin nach Bildung differiert. Die Inanspruchnahme des Facharztes/der Fachärztin ist bei höherem Bildungsstatus signifikant häufiger.¹² Dieser Zusammenhang lässt sich auch nach der Höhe des Einkommens bestätigen.¹³ Beide Sozialindikatoren - sowohl die Bildung als auch das Einkommen - nehmen Einfluss auf Morbidität und Mortalität.

¹ Hurrelmann 2006, S. 21

² Kuhlmann, Kolip 2008, S. 191

³ Kuhlmann, Kolip 2008, S. 194

⁴ Mielck 2000; auch Hurrelmann 2006; S. 24; Marstedt, Müller; S. 190

⁵ Kuhlmann, Kolip 2008, S. 196

⁶ Hurrelmann 2006, S. 59 auch Stolpe 2001, S. 19

⁷ Leoni 2010, S. 53

⁸ Hurrelmann 2006, S. 39

⁹ Micheelis 2001, S. 131

¹⁰ Micheelis 2001, S. 135

¹¹ Stolpe 2001, S. 19

¹² Hofreuter 2009; S. 29 auch Stolpe 2001, S. 21

¹³ Sebing, Wesenauer 2009, S. 25

Geringeres Einkommen sowie geringerer Bildungsstatus gehen mit einer schlechteren Einschätzung der subjektiven Gesundheit einher.¹⁴ Auch chronische Krankheiten kommen bei geringerem Bildungsstatus und in geringeren Einkommensgruppen signifikant häufiger vor.¹⁵ Darüber hinaus nimmt der Bildungsstatus wesentlichen Einfluss auf die Lebenserwartung.¹⁶

Unterschiede in der Gesundheit können auch in der Gruppe der MigrantInnen festgeschrieben werden. Dennoch ist anzumerken, dass es sich keineswegs um eine homogene Gruppe handelt.

Zuerst sei jedoch der Healthy-migrant-Effekt, welcher den Gesundheitsvorteil von MigrantInnen gegenüber der österreichischen Allgemeinbevölkerung zu erklären versucht, erwähnt. Diese wird durch die positive Selbstauswahl der MigrantInnen begründet, sodass jene Personen eine Migration auf sich nehmen, welche zum Zeitpunkt der Migration besonders gesund und gewissermaßen auch risikobereit sind. Dadurch ergeben sich Mortalitätsvorteile gegenüber der Allgemeinbevölkerung.¹⁷

Die soziale Benachteiligung von MigrantInnen wird oftmals durch geringere Bildung, geringeres Einkommen und durch die daraus resultierenden ungünstigen Arbeits- und Wohnbedingungen determiniert. Trotz der sozialen Benachteiligung kann bei MigrantInnen nicht durchgehend in allen Bereichen von einer gesundheitlichen Benachteiligung ausgegangen werden. Neben den sozialen Lebensbedingungen wirken auch die genetische Prädisposition sowie die physische Umwelt. Wobei besonders bei den letzten beiden genannten Faktoren die Bedingungen des Herkunftslandes zu berücksichtigen sind. So ist bei einzelnen Diagnosen, wie beispielsweise Magen- und Leberkrebs, die Sterblichkeit gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht. Infektionen im Kindesalter oder infektiöse Lebererkrankungen (Hepatitis) sind möglicherweise für diese verantwortlich.¹⁸

Abschließend wird noch die oft thematisierte psychosoziale Komponente erwähnt, die mit dem Wechsel des Landes einhergeht. Immer häufiger wird in der Fachliteratur auf den sozialen Druck verwiesen, welchen MigrantInnen aufgrund des Kontrollverlusts im „neuen“ Land den Alltag zu bewältigen und der mangelnden Zugehörigkeit zur Gesellschaft erleiden. Psychische und psychiatrische Störungen und Ängste sind die Folge.¹⁹ Bestimmte MigrantInnen bringen darüber hinaus psychische Störungen aufgrund von Kriegserfahrungen mit.²⁰

¹⁴ Lampert 2005, S. 44 auch Mielck 2000

¹⁵ Hurrelmann 2006, S. 32

¹⁶ Hurrelmann 2006, S. 45

¹⁷ Spallek, Razum 2008, S. 277

¹⁸ Spallek, Razum 2008, S. 276

¹⁹ Hurrelmann 2006, S. 47

²⁰ Krones 2001, S. 95

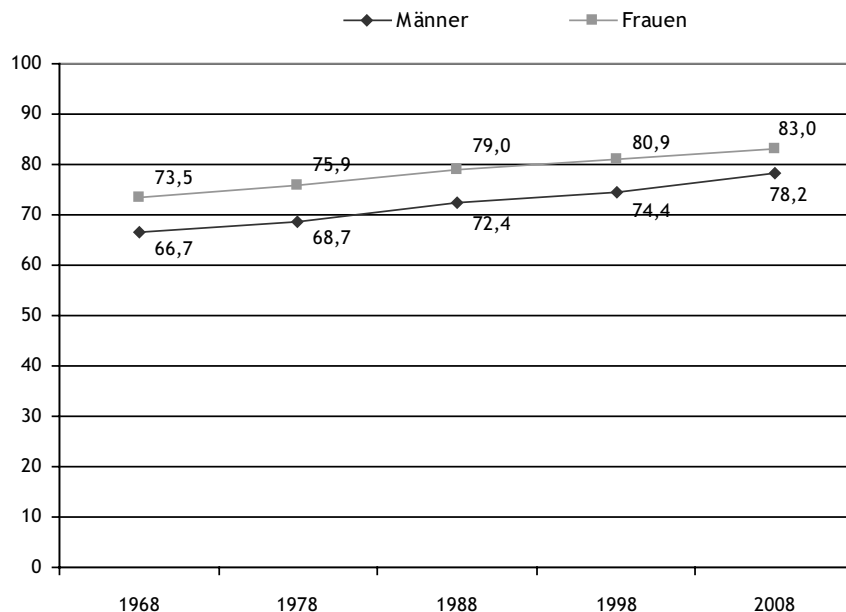
8.1. Geschlecht und Gesundheit

8.1.1. Lebenserwartung

Jene in der Einleitung ausgeführten biologischen, genetischen und sozialisationsbedingten Unterschiede zwischen Mann und Frau wirken sich auf die Gesundheit sowie das Gesundheitsverhalten beider Geschlechter aus. In letzter

Konsequenz schlagen sich diese in einer unterschiedlichen Lebenserwartung nieder. Die Lebenserwartung steigt tendenziell von Jahr zu Jahr, die Differenz zwischen den Geschlechtern ist jedoch bis dato nicht geschwunden. 2008 betrug die Lebenserwartung einer Frau 83,0 Jahre, jene des Mannes 78,2 Jahre.²²

Abbildung 124: Entwicklung der Lebenserwartung in Oberösterreich von 1968 bis 2008



Quelle: Statistik Austria: Demografische Indikatoren für Oberösterreich 1961 - 2009 (eigene Berechnungen)

Weil funktionale Einschränkungen mit dem Alter zunehmen, ist bei längerer Lebensdauer ein größerer Teil der Lebensjahre mit funktionalen Einschränkungen zu erwarten. Entsprechend sind bei Männern - geboren im Jahr 2009 - 77 Prozent der Lebensjahre (bis zum 60. Lebensjahr), bei Frauen hingegen 74 Prozent der Lebensjahre (bis zum 61. Lebensjahr) ohne funktionale Einschränkungen zu erwarten.²¹

8.1.2. Todesursachen

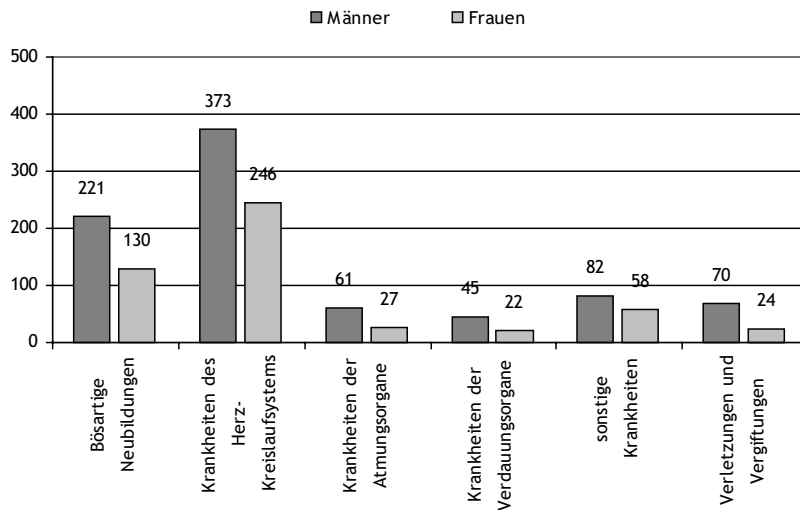
Im Jahr 2008 verstarben insgesamt 11.966 Personen in Oberösterreich, 6.461 Frauen und 5.505 Männer. Die altersstandardisierten Mortalitätsraten von 1998 bis 2004 verdeutlichen die Geschlechterunterschiede. Auf 100.000 Männer kommen pro Jahr knapp 221 Todesfälle in Folge von Krebserkrankungen. Bei den Frauen sind es knapp 130 Fälle pro 100.000 im Jahr. Auch die Herz-Kreislaufmortalität ist bei Männern (373/100.000) höher als bei Frauen (246/100.000). Auf 100.000 Männer kommen pro Jahr 61 Todesfälle in Folge von Atemwegserkrankungen. Bei den Frauen sind dies 27 pro 100.000. Von Todesfällen in Folge von Verletzungen und Vergiftungen sind Männer (70/100.000) deutlich häufiger betroffen als Frauen (24/100.000).

²¹ Statistik Austria, Sterbetafeln bzw. EU-SILC.

²² Höfner 2010, S. 17 ff.

SOZIALE DETERMINANTEN DER GESUNDHEIT

Abbildung 125: Standardisierte Sterbeziffern 1998/2004 für Oberösterreich

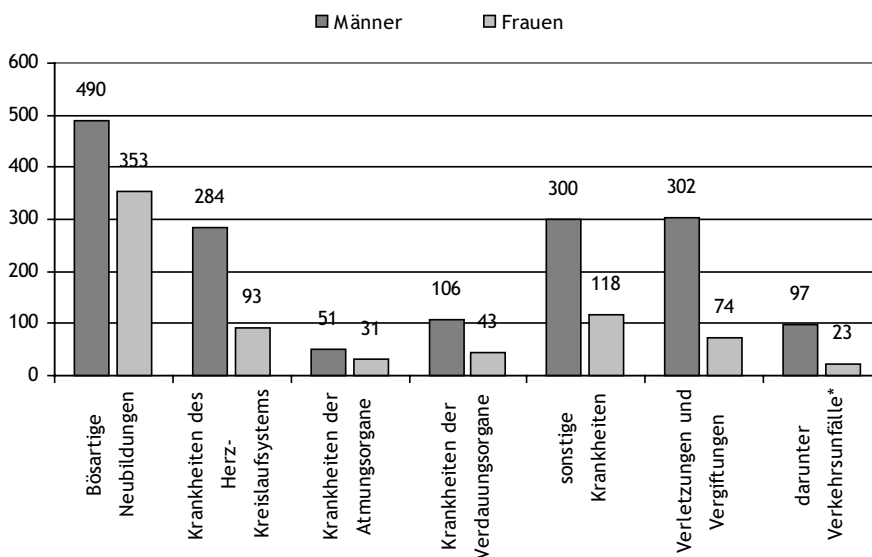


Quelle: Statistik Austria: Österreichischer Todesursachenatlas 1998/2004; standardisiert auf (alte) Europa Standardbevölkerung

27 Prozent der Todesfälle bei Männern hingegen nur 11 Prozent der Todesfälle bei Frauen treten vor Erreichen des 65. Lebensjahres ein. Bösartige Neubildungen rangieren als häufigste Todesursache an erster Stelle, deren Vorkommen bei Männern

stärker ausgeprägt ist (490 von 100.000 Männer, 353 von 100.000 Frauen). Verletzungen und Vergiftungen sowie Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems spielen in diesem Alter ebenfalls eine wesentliche Rolle, wobei Männer sichtlich häufiger betroffen sind als Frauen.²³

Abbildung 126: Anzahl der Sterbefälle pro 100.000 unter 65 Jahren nach Todesursachen in OÖ (2004)



Quelle: Statistik Austria; *Verkehrsunfälle sind eine Untergruppe der Gruppe Verletzungen und Vergiftungen

²³ Genderbericht IGP, S. 62

8.1.3. Krankheit

Rund 19 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung verzeichnen im Jahr mindestens einen Krankenhausaufenthalt (Männer 17 Prozent, Frauen 20 Prozent). Mit dem Alter nimmt der Anteil der Betroffenen konstant zu. Eine stärkere Inanspruchnahme zeichnet sich bei Frauen zwischen 20 und 40 Jahren ab, welche im Zusammenhang mit der Geburt zu sehen ist.

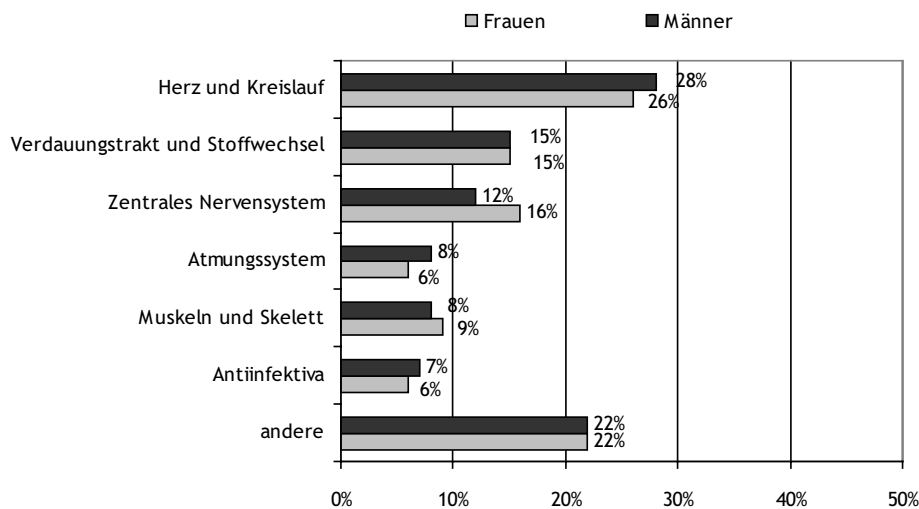
Krankheiten des Kreislaufsystems (Frauen 13 Prozent, Männer 16 Prozent), psychische und Verhaltensstörungen (Frauen 12 Prozent, Männer 12 Prozent), Verletzungen und Vergiftungen (Frauen 10 Prozent, Männer 13 Prozent), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (Frauen 12 Prozent, Männer 10 Prozent) und Neubildungen (Frauen 9 Prozent, Männer 10 Prozent) sind als wesentliche Ursachen für Krankenhausaufenthalte zu nennen. Diskrepanzen zwischen den Geschlechtern sind nur in geringem Ausmaß vorhanden.²⁴

8.1.4. Medikamentenverordnungen

Durchschnittlich entfallen innerhalb eines Jahres 10.700 verordnete Medikamentenpackungen auf 1.000 OberösterreicherInnen. Während 1.000 Frauen 12.300 Packungen verordnet bekommen, fällt die Zahl der verordneten Packungen auf 1.000 Männer mit 8.500 Packungen deutlich geringer aus. Mitunter spielt die längere Lebenserwartung bei Frauen bei dieser Ungleichheit eine Rolle. Bekanntlich nimmt der Medikamentenkonsum im Alter stark zu.

Medikamente für Herz und Kreislauf, Verdauungstrakt und Stoffwechsel und für das zentrale Nervensystem machen mehr als die Hälfte (57 Prozent Frauen, 55 Prozent Männer) der Medikamentenverordnungen aus. Geschlechterspezifische Unterschiede nach Anteil der verordneten Medikamentenarten befinden sich in einer kaum relevanten Größenordnung.

Abbildung 127: Verteilung der Medikamentenverordnungen auf anatomische ATC-Gruppen (Durchschnitt 2005 bis 2007)



Quelle: OÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen); Anteil an den Medikamentenverordnungen (Packungen); Mittelwert 2005 bis 2007; nur Versicherte der OÖGKK

8.1.5. Krankenstand

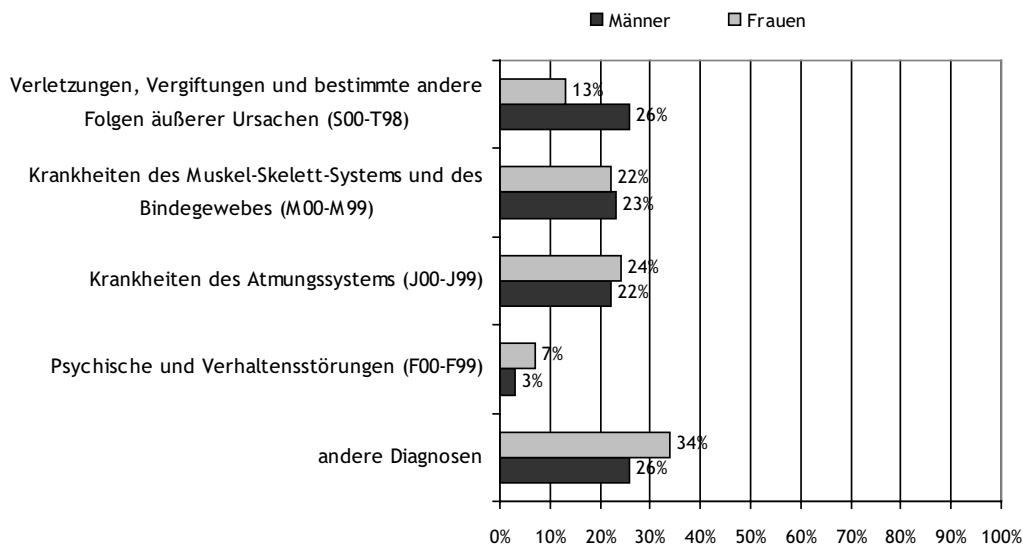
Die Anzahl der Krankenstandstage pro Jahr variiert nach Geschlecht in der Gruppe der ArbeiterInnen nur wenig (Frauen 17,8; Männer 17,5). Bei Angestellten befanden sich Frauen durchschnittlich 11,4 Tage und Männer durchschnittlich 9,1 Tage im Jahr 2009 in Krankenstand.

Die Krankenstandsdiagnosen unterscheiden sich wesentlich hinsichtlich der Diagnose „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“. 26

Prozent der Krankenstandstage bei Männern, hingegen nur 13 Prozent der Krankenstandstage bei Frauen ist auf diese Diagnose zurückzuführen. Der Unterschied erklärt sich mitunter durch die berufliche Segregation, denn Berufe, welche mit belastender körperlicher Tätigkeit (Bau, Produktion) verbunden sind, sind männlich dominiert. Das eingangs erwähnte unterschiedliche Risikoverhalten zwischen den Geschlechtern ist in diesem Zusammenhang ebenfalls nicht zu vernachlässigen.

²⁴ Genderbericht IGP, S. 84

Abbildung 128: Krankenstandstage 2005 bis 2007 nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel)



Quelle: OÖGKK: FOKO (eigene Berechnungen); Anteil an den AU-Tagen

8.1.6. Gesundheitsverhalten

Rauchen und Bewegung

Geht es um Risikoverhalten, so zeigt sich, dass in Oberösterreich ein höherer Anteil der Männer (23,7 Prozent) raucht als dies bei den Frauen (19,8 Prozent) der Fall ist.

Deutliche Unterschiede hinsichtlich Gesundheitsverhalten zeigen sich bei der körperlichen Aktivität. Während 31,7 Prozent der Männer mindestens drei Mal in der Woche körperlich aktiv²⁵ sind, ist der Anteil der aktiven Frauen prägnant geringer (23,9 Prozent). Nur geringe Unterschiede bestehen beim Anteil an stark übergewichtigen Personen zwischen den Geschlechtern (Männer 14,5 Prozent; Frauen 15,2 Prozent).

Fakten

- Die Lebenserwartung steigt von Jahr zu Jahr, dennoch fällt sie nach Geschlecht unterschiedlich aus (Stand 2008: Frauen 83,0 Jahre, Männer 78,2 Jahre).
- Bei Männern spielen die Todesursachen „Bösartige Neubildungen“ und „Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems“ eine wesentlich bedeutendere Rolle als bei Frauen.
- Krankenhausaufenthalte werden im ähnlichen Ausmaß in Anspruch genommen. Bei Frauen zwischen 20 und 40 Jahren ist eine Zunahme der Aufenthalte zu

8.1.7. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

Entgegen der Hinweise in der Literatur wird die Gesundheitsuntersuchung von oberösterreichischen Männern (22,3 Prozent) laut österreichischer Gesundheitsbefragung sogar häufiger in Anspruch genommen als von Frauen (19,7 Prozent). Für Versicherte und Angehörige der OÖGKK lässt sich (aufgrund der FOKO Abrechnungsdaten) dieser Trend nicht bestätigen.

verzeichnen, welche mit der Geburt von Kindern zusammenhängt.

- Die Zahl der durchschnittlichen Krankenstandstage fällt bei Angestellten unterschiedlich aus (Männer 9,1 Tage, Frauen 11,4 Tage). Unter Berücksichtigung der Krankenstandsdiagnosen fällt auf, dass bei Männern „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ häufiger vorkommen.

²⁵ körperliche Betätigung (durch Radfahren, schnelles Laufen, Aerobic,...) an mindestens drei Tagen der Woche, sodass der/die Befragte dabei ins Schwitzen kommt

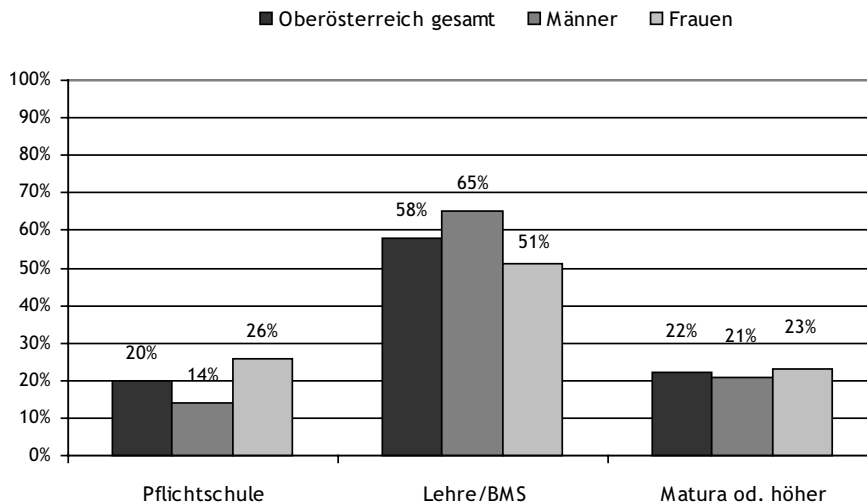
8.2. Bildung und Gesundheit

Von der Bildung als Indikator der sozialen Schichtzugehörigkeit hängen die Chancen am Arbeitsmarkt und die Höhe des Einkommens ab. Ein geringeres Bildungsniveau bedingt die höhere Wahrscheinlichkeit einen Beruf auszuüben, welcher mit verstärkten Berufsbelastungen verbunden ist. Auch die Wahrscheinlichkeit, arbeitslos zu werden, ist bei geringerer Bildung höher. Nachweislich wirkt sich die Bildung über die genannten Bedingungen auf die

Gesundheit aus. Im Folgenden werden unter Einbeziehung der Daten aus der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 Unterschiede nach Bildungsstand für die oberösterreichische Bevölkerung aufgezeigt.²⁶

20 Prozent der OberösterreicherInnen weisen einen Pflichtschulabschluss auf. Obwohl anteilmäßig bei AbsolventInnen einer höheren Schule kaum noch geschlechtsspezifische Differenzen verzeichnet werden können, sind es noch deutlich mehr Frauen (fast doppelt so viele), deren Bildungsstand über die Pflichtschule nicht hinausgeht.²⁷

Abbildung 129: Bildungsstand der 25- bis 64-jährigen Wohnbevölkerung 2008 in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 2008 (eigene Darstellung)

8.2.1. Morbidität

Subjektiver Gesundheitszustand

Rund drei Viertel der oberösterreichischen Bevölkerung erfreuen sich guter oder sehr guter Gesundheit. Die Chancen auf sehr gute oder gute Gesundheit variieren nach Bildungsstatus. Mit zunehmendem Alter nehmen in der Regel gesundheitliche Unterschiede zu, daher wurde eine

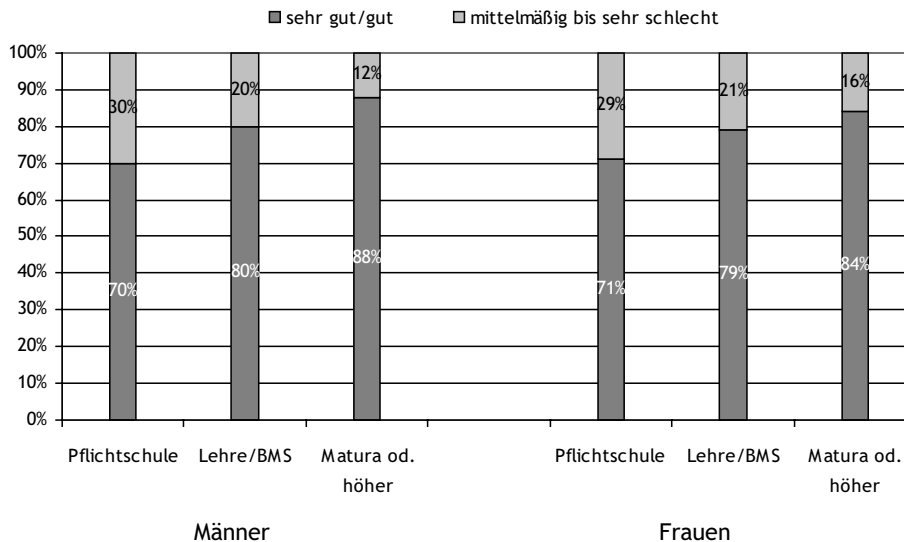
Altersstandardisierung vorgenommen. Die altersstandardisierte Rate zeigt für Männer und für Frauen einen höheren Anteil an sehr zufriedenen und zufriedenen Befragten bei höherem Bildungsniveau. Die Chance auf einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand ist bei Personen mit Abschluss einer höheren Schule 2,5 Mal²⁸ so hoch wie bei Personen mit Pflichtschulabschluss. Geschlechterspezifische Unterschiede nehmen ein sehr geringes Ausmaß an.

²⁶ Klimont 2008, S. 37

²⁷ Quelle: Statistik Austria. Bildungsstand der 25- bis 64-jährigen Wohnbevölkerung 2008 nach Bundesländern, in 1.000. online verfügbar: http://www.statistik.at/web_de/static/bildungsstand_der_25-_bis_64-jaehrigen_wohnbevoelkerung_2008_nach_bundesla_042872.xls

²⁸ Odds Ratio 2,54; 95%-Konfidenzintervall 2,20 - 2,94 (eigene Berechnungen)

Abbildung 130: Gesundheitszustand der oberösterreichischen Bevölkerung



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 (eigene Berechnungen); standardisiert auf neue Europa Standardbevölkerung

Chronische Krankheiten

Unabhängig von der Bildung weisen Frauen generell häufiger (mindestens) eine chronische Krankheit auf. Bildungsspezifische Unterschiede werden bei der Betrachtung von konkreten chronischen Krankheiten sichtbar. Allergien sind demnach bei höherer Bildungsstufe häufiger

verbreitet als bei PflichtschulabsolventInnen und bei AbsolventInnen von berufsbildenden mittleren Schulen. Unterschiede in der Prävalenz zeichnen sich weiters bei Migräne, chronischen Angstzuständen oder Depressionen, Arthrose und Harninkontinenz ab, sodass die Prävalenz bei höherer Bildung geringer ausfällt.

Tabelle 23: Chronische Krankheiten der oberösterreichischen Bevölkerung

	Männer			Frauen		
	Pflichtschule	Lehre/BMS	Matura od. höher	Pflichtschule	Lehre/BMS	Matura od. höher
Allergien	22,5%	19,6%	29,5%	20,4%	27,4%	33,9%
Diabetes mellitus	4,9%	3,6%	5,3%	5,5%	5,0%	3,7%
Arthrose, Arthritis, Gelenkrheumatismus	14,6%	14,1%	11,0%	19,3%	17,5%	16,6%
Wirbelsäulenbeschwerden	36,8%	35,1%	40,9%	44,6%	41,9%	37,4%
Harninkontinenz	7,8%	3,0%	3,5%	8,2%	6,3%	6,3%
Migräne oder häufige Kopfschmerzen	13,7%	9,7%	9,6%	36,4%	27,5%	23,4%
chronische Angstzustände oder Depressionen	9,9%	4,8%	3,3%	17,3%	10,0%	11,0%

Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; Fragen zur Gesundheit (eigene Berechnungen); standardisiert auf neue Europa Standardbevölkerung

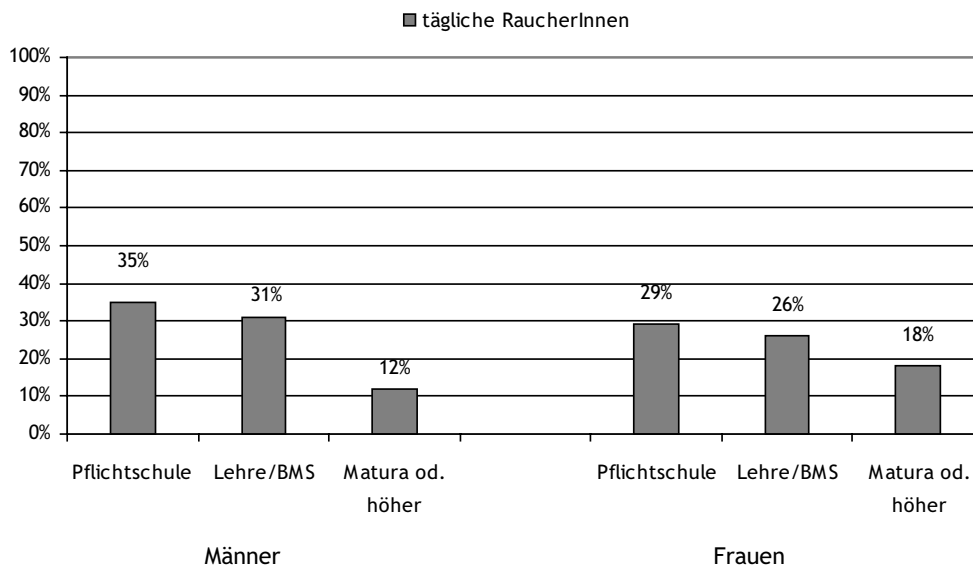
8.2.2. Gesundheitsverhalten

Rauchen

Deutliche Bildungseffekte zeichnen sich beim Rauchverhalten ab. Ein weitaus höherer Anteil der Männer mit Pflichtschulabschluss (35 Prozent) und mit Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule (31 Prozent) raucht täglich als es in der Gruppe der Männer mit Matura oder höherem Abschluss (12 Prozent) der Fall ist. Diese

Tendenz lässt sich auch bei Frauen beobachten, wobei diese generell eine geringere Raucherquote aufweisen. Ein männlicher Befragter mit höherem Abschluss (Matura oder höherer Schulabschluss) hat eine fast 4-fache²⁹ Chance Nichtraucher zu sein als ein Befragter, der einen Pflichtschulabschluss aufweist. Frauen mit höherem Abschluss haben eine fast doppelt³⁰ so große Chance Nichtraucherin zu sein als Frauen mit Pflichtschulabschluss.

Abbildung 131: Differenziertes Rauchverhalten nach Bildungsstufe in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 (eigene Berechnungen); standardisiert auf neue Europa Standardbevölkerung

Bewegung

Dass das Gesundheitsverhalten durch den Bildungsgrad beeinflusst wird, wird auch anhand der sportlichen Aktivität deutlich. Unabhängig vom Geschlecht ist der Anteil der sportlich Aktiven in höheren Bildungsstufen höher.

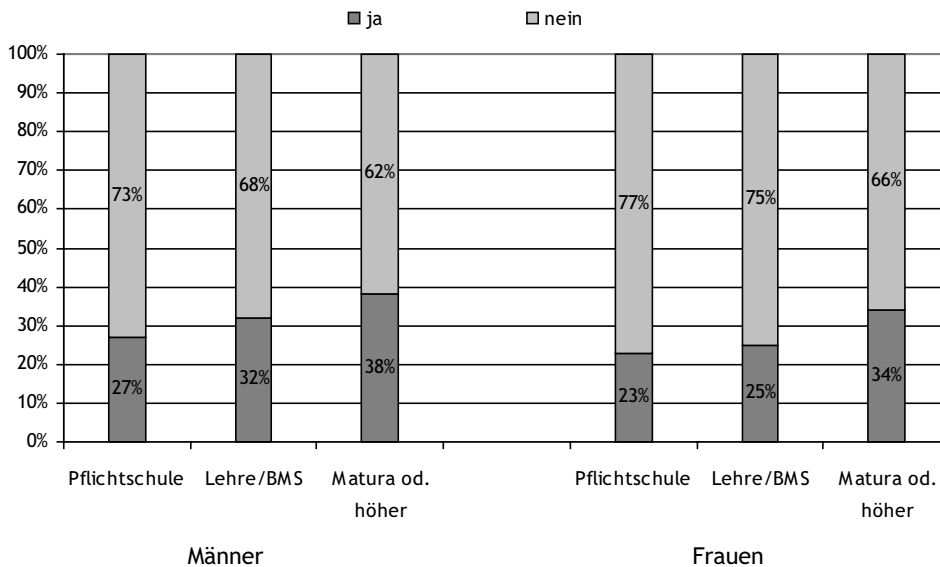
Personen mit höherer Bildung (Matura oder höher) haben eine fast doppelt³¹ so hohe Chance darauf sportlich aktiv zu sein als Personen mit Pflichtschulabschluss. Männer sind häufiger sportlich aktiv als Frauen.

²⁹ Odds Ratio 3,8; 95%-Konfidenzintervall 3,02 - 4,78 (eigene Berechnungen)

³⁰ Odds Ratio 1,8; 95%-Konfidenzintervall 1,53 - 2,17 (eigene Berechnungen)

³¹ Odds Ratio 1,8; 95%-Konfidenzintervall 1,56 - 1,98 (eigene Berechnungen)

Abbildung 132: Sportliche Aktivität in Oberösterreich (mindesten drei Mal in der Woche)



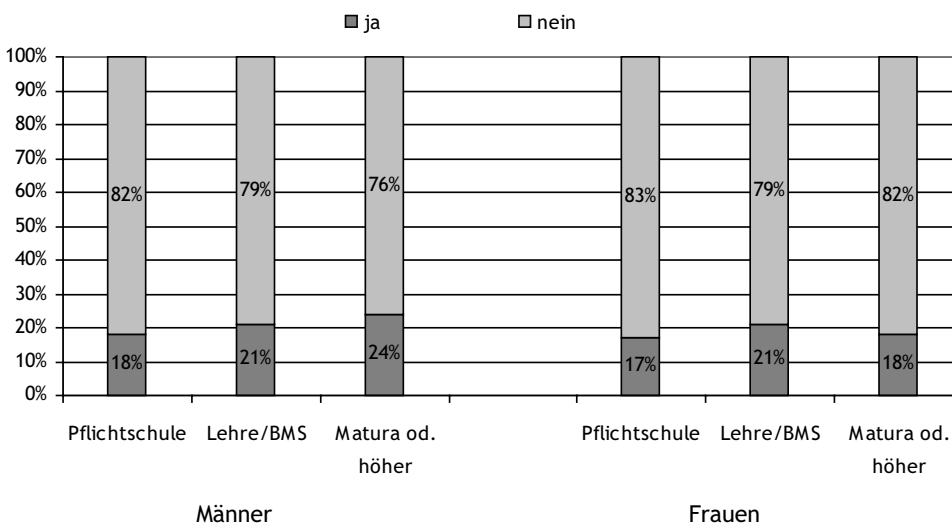
Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 (eigene Berechnungen); standardisiert auf neue Europa Standardbevölkerung

Vorsorgeuntersuchung

Ein starker Bildungseffekt ist bei der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung bei Männern zu verzeichnen.

Bei den Frauen ist die Inanspruchnahme in der Gruppe der Personen mit mittlerem berufsbildenden Abschluss am stärksten ausgeprägt.

Abbildung 133: Inanspruchnahme der Gesundenuntersuchung innerhalb der letzten 12 Monate



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 (eigene Berechnungen); standardisiert auf neue Europa Standardbevölkerung

Ein begünstigender Einfluss des Bildungsstandes auf die Teilnahme von präventiven Untersuchungen ist ebenfalls beobachtbar. Prägnante Differenzen bestehen bei Frauen

bei der Durchführung von Krebsabstrichen, bei Männern bei der Durchführung des PSA-Tests.

Tabelle 24: Teilnahme an präventiven Gesundheitsmaßnahmen

Teilnahme an präventiven Gesundheitsmaßnahmen						
	Männer			Frauen		
	Pflichtschule	Lehre/BMS	Matura od. höher	Pflichtschule	Lehre/BMS	Matura od. höher
Mammographie*	-	-	-	18,2%	18,6%	18,4%
Krebsabstrich*	-	-	-	47,0%	57,1%	59,0%
PSA-Test*	12,1%	18,5%	23,0%	-	-	-
Darmspiegelung *	3,5%	5,3%	4,8%	3,7%	4,9%	5,3%

Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 (eigene Berechnungen); standardisiert auf neue Europa Standardbevölkerung

* innerhalb der letzten 12 Monate veranlasste Untersuchungen wurden berücksichtigt

Fakten:

Rund 75 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung erfreut sich sehr guter oder guter Gesundheit. Die Chance auf einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand ist bei Personen mit Abschluss einer höheren Schule 2,5 Mal³² so hoch wie bei Personen mit Pflichtschulabschluss.

Unterschiede nach Bildung zeichnen sich bei bestimmten chronischen Krankheiten ab. Allergien sind demnach bei höherer Bildungsstufe häufiger verbreitet als bei PflichtschulabsolventInnen und bei AbsolventInnen von berufsbildenden mittleren Schulen. Unterschiede in der Prävalenz zeichnen sich weiters bei Migräne, chronischen Angstzuständen oder Depressionen, Arthrose und Harninkontinenz ab, sodass die Prävalenz bei höherer Bildung geringer ausfällt.

Unabhängig vom Geschlecht ist der Anteil der sportlich Aktiven in höheren Bildungsstufen höher.

Ein starker Bildungseffekt ist bei der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung bei Männern zu verzeichnen. Bei den Frauen ist die Inanspruchnahme in der Gruppe der Personen mit mittlerem berufsbildendem Abschluss am stärksten ausgeprägt.

Ein begünstigender Einfluss des Bildungsstandes auf die Teilnahme von präventiven Untersuchungen ist ebenfalls beobachtbar. Prägnante Differenzen bestehen bei Frauen bei der Durchführung von Krebsabstrichen, bei Männern bei der Durchführung des PSA-Tests.

³² Odds Ratio 2,54; 95%-Konfidenzintervall 2,20 - 2,94 (eigene Berechnungen)

8.3. Einkommen und Gesundheit

Jene in der Einführung angegebenen Literaturhinweise bestätigen die Rolle der Einkommenshöhe für die Gesundheit. Menschen, die in Armut leben, sind von schlechterer Gesundheit betroffen und weisen ein weniger ausgeprägtes Gesundheitsverhalten auf.

Zur Verdeutlichung von Einkommensungleichheiten wird im Beitrag das Äquivalenzeinkommen verwendet. Die Äquivalenzskala berücksichtigt Einsparungen durch die Haushaltsgröße (Mehrpersonen-Haushalte) sowie das Alter der Haushaltsmitglieder. Bekanntlich sind Bedürfnisse nach Alter unterschiedlich. Bei den Analysen werden folgende Einkommensgruppen unterschieden:

- weniger als 60 Prozent des Medianeinkommens³³
- 60 Prozent bis 80 Prozent des Medianeinkommens
- 80 Prozent bis 100 Prozent des Medianeinkommens
- 100 Prozent bis 150 Prozent des Medianeinkommens
- über 150 Prozent des Medianeinkommens

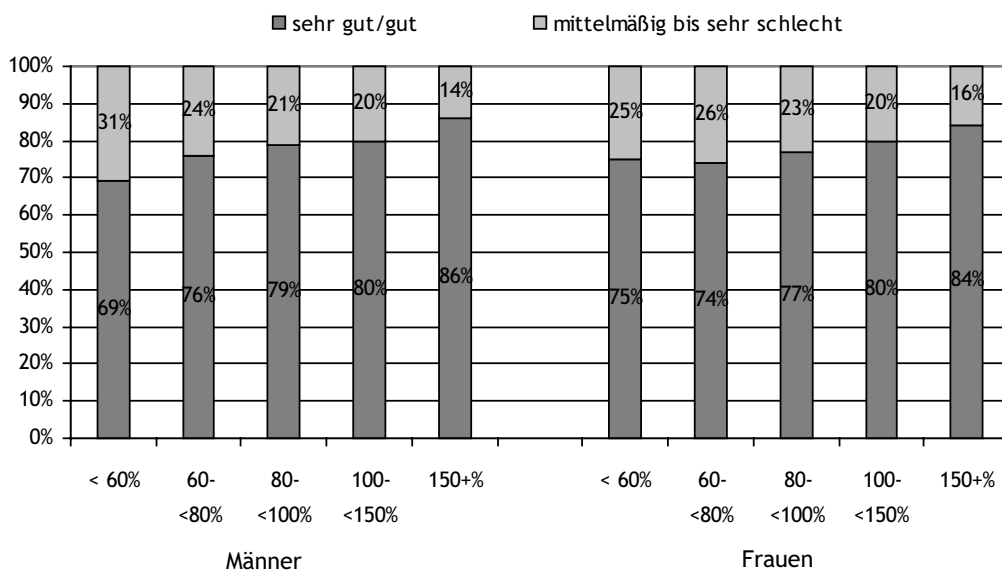
EU-SILC (European Community Statistics on Income and Living Conditions) veröffentlicht jährlich Daten zu Armut und sozialer Eingliederung. Für das Jahr 2008 ergab die zugrunde liegende Erhebung eine Armutsgefährdung von 12,4 Prozent der Österreichischen Bevölkerung. Für Oberösterreich ist der Anteil der armutsgefährdeten Personen mit 10,3 Prozent anzunehmen.³⁴

8.3.1. Morbidität

Subjektiver Gesundheitszustand

Der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand korreliert mit der Höhe des Äquivalenzeinkommens. 69 Prozent der Männer der Armutsrisikogruppe (< 60 Prozent des Medianeinkommens), aber 86 Prozent der Männer der einkommensstärksten Gruppe (> 150 Prozent des Medianeinkommens) schätzen ihre Gesundheit als sehr gut oder gut ein. Vergleichbare Tendenzen sind bei Frauen festzustellen.

Abbildung 134: Gesundheitszustand der oberösterreichischen Bevölkerung nach Einkommen



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 (eigene Berechnungen); standardisiert auf neue Europa Standardbevölkerung

³³ Das Medianeinkommen bezieht sich in diesem Beitrag auf das mittlere Äquivalenzeinkommen. Bei der Ermittlung des Medianeinkommens wird das Äquivalenzeinkommen aller Befragten in eine geordnete Messreihe der Höhe nach geordnet. Der mittlere Wert in der Messreihe entspricht dem Median-einkommen.

³⁴ EU-SILC 2008, S. 50

8.3.2. Chronische Krankheiten

Die Höhe des Einkommens ist auch für das Vorkommen bestimmter chronischer Krankheiten maßgeblich. Mit der Höhe des Äquivalenzeinkommens steigt der Anteil der Personen, welche mindestens einmal im Leben bereits an Allergien erkrankt sind. Einige chronische Krankheiten (Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Arthrose, Harninkontinenz, Migräne, chronische Angstzustände und Depressionen) kommen in unteren Einkommensgruppen häufiger vor.

Die Chance an Diabetes mellitus zu erkranken ist bei Armutsbetroffenheit (Äquivalenzeinkommen < 60 Prozent) mehr als doppelt³⁵ so hoch, wie in der höchsten Einkommensgruppe (Äquivalenzeinkommen > 150 Prozent des Medianeinkommens). Bei Migräne und Kopfschmerzen bringt der entsprechende Vergleich eine beinahe 1,5-fache³⁶ Betroffenheit, bei chronischen Angstzuständen und Depressionen eine beinahe doppelt so hohe³⁷ Betroffenheit in der untersten Einkommensgruppe.

Tabelle 25: Ausgewählte chronische Krankheiten nach Äquivalenzeinkommen bei OberösterreichernInnen

	Äquivalenzeinkommen (% des Median)				
	<60%	60-<80%	80-<100%	100-<150%	150+ %
Allergien	20,9%	23,7%	22,8%	24,2%	26,2%
Diabetes mellitus	7,1%	5,4%	4,4%	5,0%	3,3%
Bluthochdruck	20,3%	20,6%	18,4%	19,8%	19,0%
Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus	16,6%	16,7%	19,1%	15,8%	15,1%
Wirbelsäulenbeschwerden	37,4%	40,4%	41,8%	40,9%	38,1%
Harninkontinenz	6,2%	6,8%	5,2%	6,2%	3,6%
Migräne oder häufige Kopfschmerzen	21,8%	23,8%	21,2%	20,4%	15,9%
chronische Angstzustände oder Depressionen	11,9%	9,7%	9,0%	8,9%	6,8%

Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 (eigene Berechnungen); standardisiert auf neue Europa Standardbevölkerung

8.3.3. Gesundheitsverhalten

Rauchen

Hinsichtlich Raucherverhalten lassen sich für Oberösterreich keine Unterschiede nach dem Einkommen bestätigen.

Bewegung

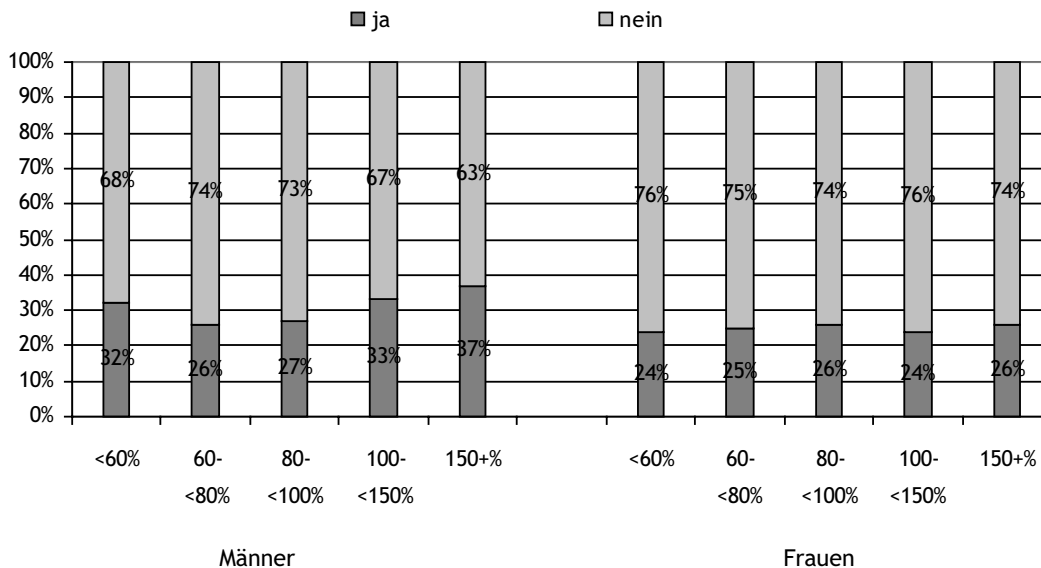
Während der Zusammenhang zwischen Bewegung und Bildung klar ersichtlich ist, kann kein eindeutiger Zusammenhang zwischen Bewegung und Einkommenshöhe nachgewiesen werden.

³⁵ Odds Ratio 2,25; 95%-Konfidenzintervall 1,70 - 2,99 (eigene Berechnungen)

³⁶ Odds Ratio 1,48; 95%-Konfidenzintervall 1,27 - 1,72 (eigene Berechnungen)

³⁷ Odds Ratio 1,86; 95%-Konfidenzintervall 1,51 - 2,29 (eigene Berechnungen)

Abbildung 135: Sportliche Aktivität der OberösterreicherInnen (mindesten drei Mal in der Woche)



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 (eigene Berechnungen); standardisiert auf neue Europa Standardbevölkerung

Vorsorgeuntersuchung

Bei der Inanspruchnahme der jährlichen Vorsorgeuntersuchung zeigen sich weder bei Frauen noch bei Männern eindeutige einkommensabhängige Tendenzen.

Mit steigendem Äquivalenzeinkommen steigt der Anteil der Frauen (von 18,8 Prozent in der untersten auf 20,3 Prozent in der höchsten Einkommensgruppe), welche in

den vergangenen 12 Monaten eine Mammographie durchführen ließen. Auch der Krebsabstrich wird in höheren Einkommensgruppen häufiger veranlasst. Unterschiede in der Inanspruchnahme von PSA-Tests während der vergangenen 12 Monate manifestieren sich bei den Männern. Bei Darmspiegelungen ist kein eindeutiger Zusammenhang mit der Höhe des Äquivalenzeinkommens festzustellen.

Tabelle 26: Teilnahme an präventiven Gesundheitsmaßnahmen

	Äquivalenzeinkommen (% des Median)				
	<60%	60-<80%	80-<100%	100-<150%	150+ %
Mammographie ^{1*}	18,8%	16,5%	17,4%	18,9%	20,3%
Krebsabstrich ^{1*}	50,9%	53,9%	51,1%	52,9%	57,1%
PSA-Test ^{2*}	13,3%	16,7%	15,5%	17,6%	21,8%
Darmspiegelung *	5,0%	2,7%	5,2%	4,2%	6,5%

Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 (eigene Berechnungen); standardisiert auf neue Europa Standardbevölkerung

^{1*} innerhalb der letzten 12 Monate veranlasste Untersuchungen bei Frauen wurden berücksichtigt

^{2*} innerhalb der letzten 12 Monate veranlasste Untersuchungen bei Männern wurden berücksichtigt

* innerhalb der letzten 12 Monate veranlasste Untersuchungen bei Frauen und Männern wurden berücksichtigt

Fakten:

Zusammenhänge lassen sich hinsichtlich Äquivalenzeinkommen und der subjektiv eingeschätzten Gesundheit von OberösterreicherInnen nachweisen.

Die Höhe des Einkommens ist auch für das Vorkommen bestimmter chronischer Krankheiten maßgeblich. Mit der Höhe des Äquivalenzeinkommens steigt der Anteil der Personen, welche mindestens einmal im Leben bereits an Allergien erkrankt sind. Während einige chronische Krankheiten (Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Arthrose,

Harninkontinenz, Migräne, chronische Angstzustände und Depressionen) in unteren Einkommensgruppen häufiger vorkommen.

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen bestehen Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Früherkennung (Mammographie, Krebsabstrich, PSA-Test) in den vergangenen 12 Monaten nach Höhe des Äquivalenzeinkommens.

8.4. Migration und Gesundheit

Zur Gruppe der MigrantInnen werden meist jene Personen zugeordnet, deren Eltern zugewandert sind (MigrantInnen der zweiten Generation) oder die selbst zugewandert sind (MigrantInnen der ersten Generation).

Die Situation von MigrantInnen ist oft durch schlechte sozioökonomische Lebensbedingungen und belastende körperliche Arbeitsbedingungen gekennzeichnet. Körperliche Beschwerden und psychische Belastungen resultieren daraus. Sprachliche Unzulänglichkeiten und kulturelle Unterschiede fördern ein ungünstiges Gesundheitsverhalten und führen zu ungleicher Gesundheitsversorgung. Wohlgemerkt treffen diese Aussagen vielmehr für MigrantInnen aus Ex-Jugoslawien und aus der Türkei zu als für MigrantInnen aus EU- oder EFTA-Staaten.³⁸

Um die gesundheitliche Situation von MigrantInnen näher zu beleuchten, wird auf die österreichweiten Ergebnisse der Studie „Soziodemografische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit“ von Statistik Austria zurückgegriffen. Repräsentative Ergebnisse liegen für Oberösterreich nicht vor.

Als MigrantInnen berücksichtigt wurden in der Studie Personen ab 15 Jahren, die im Ausland geboren wurden oder eine ausländische Staatsbürgerschaft haben. Dabei handelt es sich um 1,2 Mio. Menschen, welche 17 Prozent der Gesamtbevölkerung ausmachen. Beinahe die Hälfte der Personen mit Migrationshintergrund (47 Prozent) stammt aus Ex-Jugoslawien oder aus der Türkei. MigrantInnen aus EU 27- oder EFTA-Ländern unterscheiden sich in Ihrem Gesundheitsverhalten nicht wesentlich von der österreichischen Bevölkerung, sodass diese in der folgenden Darstellung nicht berücksichtigt werden.

8.4.1. Gesundheitszustand

Sowohl Frauen als auch Männer aus Ex-Jugoslawien und aus der Türkei (sehr guter oder guter Gesundheitszustand: bei Männern 67 Prozent, Frauen 62 Prozent) schätzen ihren subjektiven Gesundheitszustand schlechter ein als ÖsterreicherInnen (Männer: 80 Prozent, Frauen: 79 Prozent).³⁹ Diese Tendenz lässt sich durch alle Altersgruppen durchgehend beobachten.

³⁸ Klimont 2008, S. 81
³⁹ Klimont 2008, S. 82

Geringe Unterschiede zeichnen sich zwischen MigrantInnen aus Ex-Jugoslawien und aus der Türkei sowie ÖsterreicherInnen hinsichtlich des Auftretens von mindestens einer chronischen Krankheit ab. Bei ausgewählten chronischen Krankheiten sind hingegen signifikante Unterschiede in der Prävalenz zu vermerken. Männer aus Ex-Jugoslawien oder aus der Türkei haben ein erhöhtes Risiko an Migräne und häufigen Kopfschmerzen,⁴⁰ chronischen Angstzuständen oder Depressionen⁴¹ und an Wirbelsäulebeschwerden⁴² zu leiden als Männer ohne Migrationshintergrund. Große Unterschiede bestehen bei Frauen beim Risiko von Diabetes mellitus,⁴³ Bluthochdruck,⁴⁴ chronischen Angstzuständen und Depressionen,⁴⁵ Arthrose, Arthritis und Gelenkrheumatismus⁴⁶ oder Wirbelsäulebeschwerden⁴⁷ betroffen zu sein. Signifikant sind auch Unterschiede in der Schmerzprävalenz und bei der psychischen Gesundheit.

8.4.2. Gesundheitsverhalten

Gesundheitsrelevante Lebensstilfaktoren wie

- starkes Übergewicht,⁴⁸
- Rauchen⁴⁹ und
- sportliche Aktivität⁵⁰

fallen bei MigrantInnen aus Ex-Jugoslawien und aus der Türkei deutlich ungünstiger aus als bei ÖsterreicherInnen.⁵¹

Auch Vorsorgeuntersuchungen werden von Migrantinnen und Migranten aus Ex-Jugoslawien und aus der Türkei deutlich seltener in Anspruch genommen als von Personen ohne Migrationshintergrund. Bei Männern ist ein stärkerer Unterschied zu vermerken.⁵²

⁴⁰ Odds Ratio 1,78; 95%-Konfidenzintervall 1,39 - 2,28 (eigene Berechnungen)
⁴¹ Odds Ratio 1,72; 95%-Konfidenzintervall 1,20 - 2,46 (eigene Berechnungen)
⁴² Odds Ratio 1,32; 95%-Konfidenzintervall 1,10 - 1,59 (eigene Berechnungen)
⁴³ Odds Ratio 3,36; 95%-Konfidenzintervall 2,38 - 4,75 (eigene Berechnungen)
⁴⁴ Odds Ratio 2,63; 95%-Konfidenzintervall 2,08 - 3,31 (eigene Berechnungen)
⁴⁵ Odds Ratio 2,61; 95%-Konfidenzintervall 2,02 - 3,36 (eigene Berechnungen)
⁴⁶ Odds Ratio 1,51; 95%-Konfidenzintervall 1,17 - 1,97 (eigene Berechnungen)
⁴⁷ Odds Ratio 1,49; 95%-Konfidenzintervall 1,25 - 1,78 (eigene Berechnungen)
⁴⁸ Betroffene mit Migrationshintergrund: Männer 17 %, Frauen 23 %. Betroffene ohne Migrationshintergrund: Männer 11 %, Frauen 11 %
⁴⁹ Betroffene mit Migrationshintergrund: Männer 41 %, Frauen 29 %. Betroffene ohne Migrationshintergrund: Männer 26 %, Frauen 21 %
⁵⁰ Bei Migrationshintergrund: Männer 28 %, Frauen 15 %. Ohne Migrationshintergrund: Männer 32 %, Frauen 24 %
⁵¹ Klimont 2008, S. 90
⁵² Klimont 2008, S. 92

Fakten:

Die Gruppe der MigrantInnen ist nicht als eine homogene Gruppe zu betrachten. Von schlechten sozioökonomischen Bedingungen und folglich von schlechteren Gesundheitschancen sind eher MigrantInnen aus Ex-Jugoslawien und aus der Türkei betroffen als MigrantInnen aus EU- oder EFTA-Staaten. Bei diesen macht sich auch ein weniger ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein über das Gesundheitsverhalten bemerkbar.

9. KRANKENVER- SORGUNG, SOZIA- LE VERSORGUNG UND GESUND- HEITSFÖRDERUNG

9.1. Krankenversorgung

Die Sicherung der Gesundheit ist in Österreich eine öffentliche Aufgabe, basierend auf einer gesetzlichen Krankenversicherung. Rund 98 Prozent der österreichischen Bevölkerung sind im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Ein wesentliches Merkmal im österreichischen Gesundheitswesen ist der gleiche Zugang für alle Patientinnen und Patienten zu den Gesundheitsleistungen, unabhängig von Einkommen, Geschlecht oder ethnischer Zugehörigkeit.

Das Gesundheitswesen als übergeordneter Begriff umfasst alle staatlichen, kommunalen und privaten Einrichtungen, Organisationen, Personen, Regelungen und Maßnahmen, die der Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten und der Erhaltung und Förderung der Gesundheit des Menschen dienen.

Hierzu gehören zum Beispiel:

- die allgemeine Gesundheitspolitik
- Schutz vor Gefahren für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung
- Angelegenheiten der Gesundheitspflege, Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung
- Angelegenheiten des Mutter-Kind-Passes
- Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge einschließlich der Gesundheitsvorsorge für die schulbesuchende Jugend
- Angelegenheiten der Arbeitsmedizin
- Angelegenheiten der Sportmedizin
- Hygiene- und Impfwesen
- Überwachung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten
- Angelegenheiten der Strahlenhygiene, des medizinischen Strahlenschutzes und der medizinischen Radiologie, medizinische Beurteilung der Anwendung ionisierender und nichtionisierender Strahlen sowie der Radiopharmaka
- Angelegenheiten der Kurorte und natürlichen Heilvorkommen, der Heil- und Pflegeanstalten und der Volkspflegestätten
- medizinische Angelegenheiten des Behindertenwesens
- Überwachung und Bekämpfung des Missbrauchs von Alkohol und Suchtgiften
- Apotheken- und Arzneimittelwesen, Preisregelungen auf diesem Gebiet
- Angelegenheiten des Gesundheitsschutzes in Bezug auf Heilbehelfe und Gebrauchsgegenstände
- Angelegenheiten des Suchtgiftverkehrs
- Angelegenheiten des Leichen- und Bestattungswesens
- Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals der öffentlichen Gesundheitsverwaltung¹

Grundsätzlich ist die Mehrheit der ÖsterreicherInnen (63 Prozent) mit der heimischen Gesundheitsversorgung sehr zufrieden. Zu diesem Ergebnis kommen zahlreiche Studien wie z. B. die erste Gesundheitsbarometer-Studie, welche 2009 vom Institut für Strategieanalysen² im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt wurde.

Betrachtet man jedoch den Begriff Gesundheitswesen in den Umfragen etwas näher, dann wird darunter meist die Qualität der Krankenversorgung verstanden. Nach Meinung der befragten ÖsterreicherInnen funktioniert die österreichische Krankenversorgung sehr gut, im Bereich der Prävention gibt es jedoch noch Handlungsbedarf, mehr dazu im Kapitel 9.3.

9.1.1. Struktur

Zu den wesentlichsten Aufgaben des Gesundheitswesens zählt die Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Das österreichische Krankenversorgungssystem stellt der Bevölkerung eine Vielzahl von unterschiedlichen Leistungen zur Verfügung. Unterschieden werden präventive, ärztliche und nichtärztliche therapeutische sowie pflegerische Leistungen.

9.1.2. Krankenanstalten (intramuraler Bereich)

In Oberösterreich wird die stationäre medizinische Versorgung von öffentlichen, privat-gemeinnützigen und rein privaten Spitälern bereitgestellt. Zu den Betreibern bzw. Trägern der Krankenhäuser zählt das Land Oberösterreich mit ihrer Landesgesellschaft Gespag, die Stadt Linz (AKH), verschiedene Ordensträger und die AUVA (Unfallversicherung).

In Oberösterreich gibt es derzeit 19 öffentliche Krankenanstalten:

Bad Ischl	A. ö. Landeskrankenhaus (238 Betten)
Braunau	A. ö. Krankenhaus St. Josef GmbH (434 Betten)
Freistadt	A. ö. Landeskrankenhaus (170 Betten)
Gmunden	A. ö. Landeskrankenhaus (320 Betten)
Kirchdorf	A. ö. Landeskrankenhaus (280 Betten)
Linz	Allgem. Krankenhaus der Stadt - AKH (977 Betten)
Linz	A. ö. Konventhospital Barmherzige Brüder Linz (364 Betten)
Linz	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz (662 Betten)
Linz	A. ö. Krankenhaus der Elisabethinen Linz (515 Betten)
Linz	Unfallkrankenhaus Linz der AUVA (155 Betten)
Linz	Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg Linz (670 Betten u. 61 halbstationäre Plätze)

¹ Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2001

² http://www.strategieanalysen.at/index.php?id=bg/bg_bmg_09

Linz	Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz (270 Betten)
Ried	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern (436 Betten)
Schärding	A. ö. Landeskrankenhaus (208 Betten)
Sierning	Krankenhaus Sierning (65 Betten)
Steyr	A. ö. LKH Steyr, Zentrum für IM u. PSO Enns (insgesamt 809 Betten)
Vöcklabruck	A. ö. Landeskrankenhaus (586 Betten)
Wels	Klinikum Wels-Grieskirchen (insgesamt 1328 Betten)
Rohrbach	A. ö. Landes-Krankenhaus (212 Betten)

Quelle: Spitalskompass der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG/ÖBIG), März 2010

Im Jahr 2008 versorgten die oberösterreichischen Spitäler rund 410.000 stationäre PatientInnen und behandelten an die 980.000 Ambulanzfälle.

Obwohl Österreich in den letzten Jahren einige Reformschritte gesetzt hat (Spitäler und Betten reduziert), gilt es im internationalen Vergleich wegen seiner hohen Akutbettendichte noch immer als zu spitalszentriert.

9.1.3. Ambulante Versorgung

Unter ambulanter Gesundheitsversorgung wird jede Art der diagnostischen und therapeutischen Behandlung verstanden, welche keine stationäre Aufnahme in einem Spital erfordert.³ Die ambulante Versorgung umfasst die extramurale Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Gruppenpraxen und sonstige frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen, die Spitalsambulanzen in den Akutkrankenanstalten, sowie selbstständige Ambulatorien (siehe nachfolgende Grafik)⁴.

Abbildung 136: Ambulante medizinische Versorgung



³ Broschüre selbstständige Ambulatorien in Österreich S. 5

⁴ Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2010 S. 1

Ambulatorien und Ambulanzen

Selbstständige Ambulatorien sind organisatorisch selbstständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die keiner stationären Aufnahme bedürfen⁵.

Derzeit verfügt Oberösterreich über 70 selbstständige Ambulatorien in den verschiedensten Fachbereichen, wie Zahn/Kiefer, physikalische Medizin, bildgebende Verfahren (inkl. Nuklearmedizin), Labordiagnostik, Psychiatrie, psychosoziale Einrichtungen, Blutspende/Blutbanken, Psychotherapie, etc.⁶

Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen

Die Ärztezahlen sind in den letzten Jahren stetig gestiegen. 2006 betrug die Gesamtzahl der ÄrztInnen in Oberösterreich 4.927, 2010 sind 5.530 ÄrztInnen gemeldet.

Die folgende Tabelle zeigt den Anstieg der Ärzte im niedergelassenen Bereich.

Tabelle 27: Vergleich niedergelassene ÄrztInnen 2006 und 2010

ÄrztInnen im niedergelassenen Bereich	Juli/August 2006	Juli/August 2010
Gesamtanzahl der ngl. ÄrztInnen für Allgemeinmedizin	1.018	1.057
davon mit GKK-Kassenvertrag	657	660
Gesamtanzahl der ngl. FachärztInnen	1.032	1.112
davon mit GKK-Kassenvertrag	403	415

Quelle: Ärztekammer für Oberösterreich

Um die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich sicher zu stellen bzw. weiter zu verbessern, entwickelten die oberösterreichische Gebietskrankenkasse und die Ärztekammer für Oberösterreich gemeinsam mit der Fachhochschule Hagenberg im Jahr 2004 ein Berechnungsmodell - das sogenannte „Hagenberger Modell“. Mit dem „Hagenberger Modell“ soll die regionale Verteilung der niedergelassenen VertragsärztInnen anhand folgender Parameter weiter optimiert werden:

- Schlüsselzahl (EW/Vertragsarzt)
- Einwohner
- Bevölkerungsstruktur
- Pendlerstatistik
- Wahrscheinlichkeit ob PatientIn Arzt bzw. Ärztin am Wohn- oder Dienort konsultiert
- Fahrzeit/Entfernung

Hausärztliche Versorgung (Arzt bzw. Ärztin für Allgemeinmedizin)

Derzeit gibt es in Oberösterreich rund 1.000 AllgemeinmedizinerInnen, welche die primäre medizinische Versorgung sicherstellen. Der Hausarzt/die Hausärztin als erste/r AnsprechpartnerIn ist im Bewusstsein der österreichischen Bevölkerung tief verankert, rund 90 Prozent der erwachsenen Bevölkerung haben einen Hausarzt/eine Hausärztin zu dem/der sie gehen, wenn sie krank sind

oder einen medizinischen Rat benötigen. Diese Bindung ist in Gemeinden bis 2.000 Einwohner noch höher. Niedergelassene LandärztInnen kennen die PatientInnen und ihre Familien meist noch persönlich. Besonders für die ältere Bevölkerung erfüllen sie eine wichtige sozialmedizinische Funktion, indem sie im Bedarfsfall die Koordination von Hilfsdiensten übernehmen oder Familien bei der Pflege älterer Angehöriger unterstützen.

Ist es PatientInnen aufgrund ihrer Erkrankung nicht möglich, einen Arzt/eine Ärztin aufzusuchen, machen viele niedergelassenen ÄrztInnen Hausbesuche. Diese finden während der sprechstundenfreien Zeit statt.

Außerhalb der üblichen Praxiszeiten stellt der ärztliche Bereitschaftsdienst die wohnortnahe hausärztliche Versorgung der Patienten sicher. Mehr als 600 Ärzte/Ärztinnen kümmern sich in 114 Sprengeln in Oberösterreich um die ärztliche Versorgung in Fällen, in denen die PatientInnen normalerweise ihren Arzt/ihre Ärztin aufsuchen oder einen Hausbesuch benötigen würden. Eine Übersicht über die PatientInnenbesuche außerhalb der Ordinationszeiten gibt folgende Tabelle.

⁵ OÖ Krankenanstaltengesetz 1997 § 2 Abs. 7

⁶ Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2008

Tabelle 28: Anzahl der PatientInnenbesuche 2009

Bezeichnung	Anzahl
Besuch bei Tag an Werktagen (ausgen. Alten- oder Pflegeheim)	266.948
Besuch im Alten- oder Pflegeheim	291.429
weiterer Besuch bei Tag am selben Ort und unmittelbarer Zusammenhang	26.348
dringender Besuch während der Ordinationszeit	12.286
Besuch an Sonn- oder gesetzlichen Feiertagen (7 Uhr bis 20 Uhr)	28.890
Besuch bei Nacht (22 Uhr bis 7 Uhr)	10.576
Besuch bei Nacht (20 Uhr bis 22 Uhr)	10.039
Patientenbesuche insgesamt	646.516

Quelle: OÖGKK: FOKO

Fachärztliche Versorgung

Die Facharztdichte ist in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich. In Oberösterreich ist die fachärztliche Versorgung gekennzeichnet durch eine dichte Ver-

sorgung im Zentralraum und eine niedrigere Dichte an VertragsärztInnen in den ländlichen Regionen, wie die folgende Abbildung deutlich zeigt.

Abbildung 137: Fachärztliche Versorgung in Oberösterreich am Beispiel Innere Medizin

Aufteilung Innere Medizin - Kassenarzt / Wahlarzt

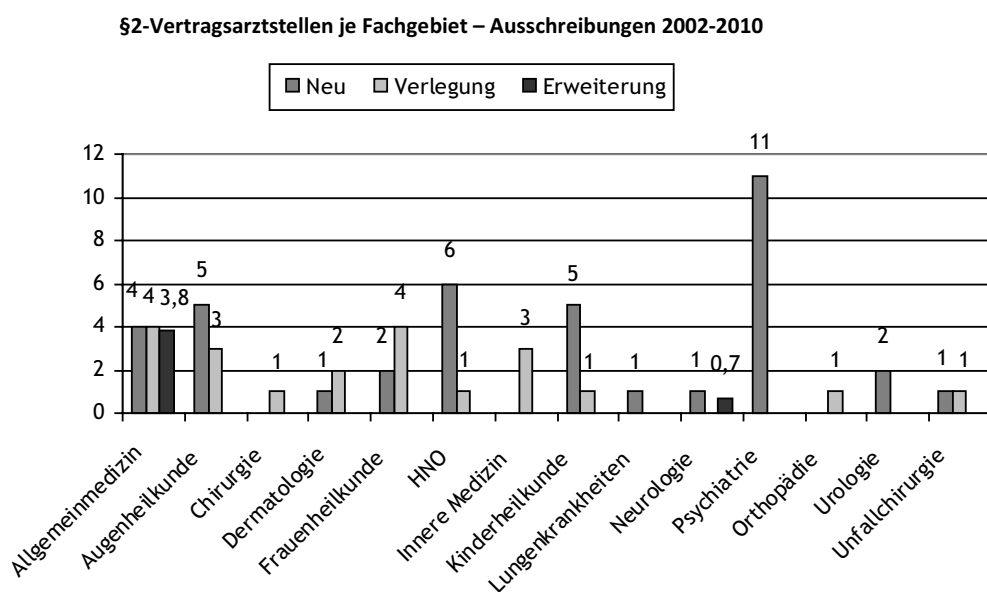


Quelle: Ärztekammer für Oberösterreich

Die Fachrichtung Innere Medizin wurde im Bericht deshalb als Beispiel gewählt, weil sich in den nächsten Jahren der Bedarf an FachärztInnen für Innere Medizin allein auf Grund der demografischen Entwicklung erhöhen wird.

Wie die nachfolgende Grafik zeigt, hat sich in den letzten Jahren durch die Schaffung zusätzlicher Facharztstellen die Versorgung im niedergelassenen Bereich verbessert. Die Entwicklung der regional ausgewogenen fachärztlichen Versorgung sollte in den nächsten Jahren weiter verfolgt werden, um die in einigen Regionen noch bestehende Unausgewogenheit zu verringern.

Abbildung 138: Entwicklung der niedergelassenen ÄrztInnen in Oberösterreich



Quelle: Ärztekammer für Oberösterreich

Verlegung: Bereits bestehende Stellen wurden vom Zentralraum in die Peripherie verlegt (Dezentralisierung).

Erweiterung: Eine bereits bestehende Stelle wird um eine halbe Stelle erweitert (auf einen Arzt würden laut Berechnungen zu viele PatientInnen kommen, für eine zweite Stelle wären es aber zu wenige PatientInnen).

Gehobene medizinisch-technische Dienste (MTD)

Zu den gehobenen medizinisch-technischen Diensten im niedergelassenen Bereich zählen: Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Hebammen, Orthoptik.

Die in den Praxen der medizinisch-technischen Dienste erbrachten Leistungen erfordern eine ärztliche Anordnung, werden dann eigenverantwortlich durchgeführt und können in den meisten Fällen direkt mit der zuständigen Krankenkasse abgerechnet werden.

Hauskrankenpflege

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Hauskrankenpflege als: „Bereitstellung umfassender Dienste für Patienten und Familien an deren Wohnort, um Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen, die Unabhängigkeit zu steigern oder einen friedlichen Tod zu unterstützen“⁷

Die medizinische Hauskrankenpflege beinhaltet Leistungen wie verschiedene medizinische Aufgaben (Verbandwechsel, Sondenpflege, Blutzuckerkontrolle, Injektionen, Blutabnahme), die Fachpflege, die Beratung und Anleitung von kranken Menschen sowie ihrer Angehörigen und ihrer Bezugspersonen. Hauskrankenpflege wird in der Regel von PatientInnen in Anspruch genommen, die eine medizinisch-pflegerische Behandlung benötigen, ohne dass jedoch der volle Umfang der Versorgungsleistungen eines Krankenhauses notwendig ist. Die Dauer der Pflege richtet sich nach dem medizinischen und pflegerischen Bedarf. Die Betreuung erfolgt auf Veranlassung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin, während der Pflegedauer besteht ein ständiger Kontakt zwischen dem Arzt/der Ärztin und der Hauskrankenpflege.

Die Möglichkeit einer Weiterführung der Pflege zu Hause trägt einerseits wesentlich dazu bei, dass PatientInnen das Krankenhaus früher verlassen können und sie ermöglicht kranken Menschen durch entsprechende Pflege und Anleitung in ihrem häuslichen und sozialen Umfeld zu bleiben.

Die durchschnittliche Betreuungszeit beträgt in Oberösterreich pro PatientIn rund 53 Stunden jährlich, das ergibt ungefähr eine Stunde pro Woche (in den übrigen Bundesländern lag die durchschnittliche jährliche Betreuungszeit bei 119 Stunden).⁸

9.1.4. Nahtstellenmanagement in Oberösterreich

Unter Nahtstellen (Schnittstellen) sind Unterbrechungen des Behandlungsverlaufs durch den Wechsel von einer zu einer anderen Versorgungsebene zu verstehen.⁹

Generell ist in Oberösterreich die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Ebenen in vielen Bereichen gut, in einigen Bereichen ist die Weiterbetreuung der PatientInnen jedoch mangelhaft. So sind die Übergänge zwischen Krankenhaus, Hausarzt, Reha-Einrichtungen, mobilen Diensten und Altersheimen oft zu wenig aufeinander abgestimmt. Dadurch ergeben sich Qualitätsverluste für die PatientInnen sowie unnötige Kosten.

Um diese sogenannten „Brüche“ im Gesundheits- und Sozialbereich zu verkleinern, startete die Gesundheitsplattform OÖ im Jahr 2007 ein Kooperationsprojekt, mit dem Ziel, eine lückenlose medizinische Behandlungskette für alle PatientInnen zu schaffen.

Im ersten Projektabschnitt (2007 bis 2010) erstellten ExpertInnen eine Bestandsaufnahme. Anschließend wurden in einem gemeinsamen Prozess Leitlinien für zukünftiges Handeln erarbeitet und in zwei Pilotregionen (Region Mühlviertel, Region Wels-Grieskirchen-Eferding) erfolgreich implementiert. Eine Ausweitung auf ganz Oberösterreich ist geplant.

Folgende Ziele standen in der Projektkonzeption im Vordergrund:

- Vermeidung von Versorgungslücken zwischen den einzelnen Sektoren
- Verbesserung und Standardisierung des Entlassungs- und Zuweisungsmanagements
- Abstimmung intra- und extramuraler Verordnungspraxis und Heilmittelverordnung
- Bessere Transparenz der Zuständigkeiten schaffen
- Entwicklung und Erprobung von Koordinationsstrukturen auf Ebene der Bezirke bzw. Versorgungsregionen

Ein effizientes Nahtstellenmanagement könnte im Gesundheits- und im Sozialbereich neben den bereits genannten Zielen zu weiteren Kostendämpfungen führen.

Trotz aller Einsparungsbemühungen und dem Auffinden von Optimierungspotenzialen muss jedoch allen Verantwortlichen bewusst sein, dass das Gesundheitswesen ein dienstleistungsorientierter Sektor ist, welcher personal- und arbeitsintensiv bleiben wird.

Im tertiären Sektor wird trotz aller Reformen und Effizienzsteigerungen auch weiterhin ein Kostendruck entstehen, der langfristig dazu führen wird, dass mehr Ressourcen dorthin fließen werden (Baumolsche Kostenkrankheit = ist die Problematik der schlechten Rationalisierbarkeit von Dienstleistungen im Gegensatz zu anderen Sektoren).¹⁰

⁷ Ertl, Kratzer 2007, S. 15

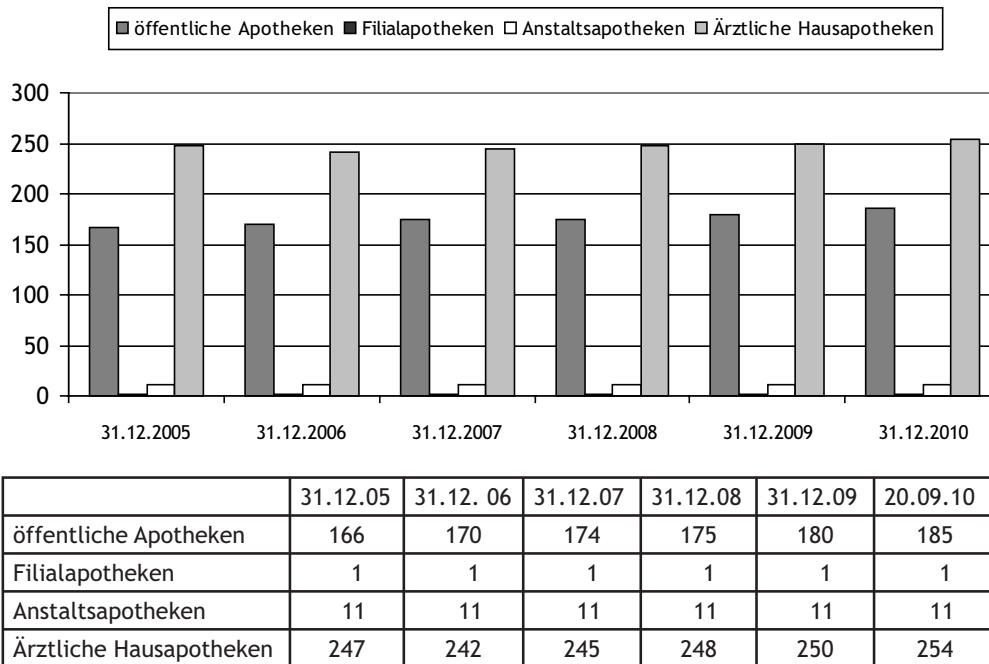
⁸ Oberösterreichischer Landesrechnungshof 2010, S. 1

⁹ Streissler 2004, S. 47

¹⁰ Mesch 1997, S. 190f

9.1.5. Apotheken

Abbildung 139: Anzahl der Apotheken 2005-2010



Die dargestellte Grafik verdeutlicht die Verbesserung der Arzneimittelversorgung in Oberösterreich. Die flächendeckende Versorgung mit Arzneimitteln ist in Oberösterreich so gut wie nie zuvor. Durch die Verdichtung des Apothekennetzes und die zunehmende Mobilität der Menschen ist die Versorgung auch an Wochenenden und während der Nacht durch sinnvolle Bereitschaftsdienstturni gewährleistet.

Die Errichtung einer öffentlichen Apotheke ist an strenge persönliche und sachliche Voraussetzungen gebunden. Zu den drei vorrangigen Aufgaben einer Apotheke zählen die flächendeckende Versorgung mit Arzneimitteln, die Herstellung von Arzneimitteln und die Beratung der KundInnen.

Ergänzend dazu ist anzumerken, dass in besonderen Fällen die Apotheke als Nahversorger auch die Zustellung dringend benötigter Arzneimittel übernimmt (z.B. Zustellung der enteralen Ernährung für immobile, alte und pflegebedürftige PatientInnen oder die Zustellung von Arzneimitteln im Bereitschaftsdienst der Welser Apothekerschaft). Momentan tragen die Apotheken die Kosten für diese Serviceleistung am Patienten selbst. Parallel zum erwarteten ÄrztInnenmangel in Oberösterreich gibt es bei den PharmazeutInnen bereits einen eklatanten Mangel an Fachkräften. Der hohe Frauenanteil,

die Möglichkeit sehr familienfreundlicher Teildienstmodelle und die niedrige Rückkehrate der Oberösterreichern von ihrem Studienort (Wien, Graz, Innsbruck) sind als Ursachen zu erkennen. Die Möglichkeit einer universitären pharmazeutischen Ausbildung in Linz ist ein Gebot der Stunde.

9.1.6. Ausbildung in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen

Zur Sicherstellung einer ausreichenden Zahl ausgebildeter MitarbeiterInnen in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen hat die Zahl der bewilligten Ausbildungseinrichtungen im Berichtszeitraum in allen Ausbildungsbereichen zugenommen.

Zu den nichtärztlichen Gesundheitsberufen gehören:

- Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und die Pflegehilfe
- Gehobene medizinisch-technische Dienste
- Hebammen
- Sanitätshilfsdienste
- Sanitäter
- Medizinische Masseur und Heilmasseur

Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege:
In Oberösterreich gibt es derzeit 16 Schulen für Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege und je eine Schule für Kinder- und Jugendlichenpflege und Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege.

Im Berichtszeitraum von 2001 bis 2009 kann eine deutliche Zunahme der Ausbildungsabschlüsse in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege festgestellt werden,

während sie in der Psychiatrischen Krankenpflege und der Kinder- und Jugendlichenpflege auf einem konstanten Niveau steht. Diese Zunahme ist auf zusätzliche verkürzte Ausbildungen für PflegehelferInnen zum Krankenpflegefachdienst, einer Erhöhung der Ausbildungskapazitäten in regulären Ausbildungsjahrgängen und einer zusätzlich bewilligten Schule für Gesundheits- und Krankenpflege zurückzuführen.

Tabelle 29: Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und Pflegehilfe

Jahr*	Allg. Ges.- und Krankenpflege	Psych. Ges.- und Krankenpflege	Kinder- und Jugendpflege	Pflegehilfe
2001	402	34	14	364
2002	371	32	13	434
2003	412	31	19	502
2004	454	32	23	615
2005	421	30	19	743
2006	488	33	26	512
2007	507	31	22	451
2008	537	34	25	441
2009	473	32	25	406

* alle erfolgreich abgeschlossenen Ausbildungen im Zeitraum 1.1. bis 31.12. d.J. einschließlich Wiederholungen aus anderen Jahrgängen

Quelle: Land OÖ, Abteilung Gesundheit

Der erweiterte Tätigkeitsbereich der Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die Ausübung von Spezial-, Lehr- und Führungsaufgaben.

Für die Spezialaufgaben der Kinder- und Jugendlichenpflege, psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, Intensivpflege, Anästhesiepflege, Pflege bei Nierenersatztherapie, Pflege im Operationsbereich und die Krankenhaushygiene werden Sonderausbildungen abgehalten.

Insgesamt gibt es 18 bewilligte Einrichtungen der Sonderausbildung.

Der Vergleich zeigt, dass der Schwerpunkt der Sonderausbildung in Oberösterreich in der Intensivpflege und Pflege im Operationsbereich liegt.

Tabelle 30: Sonderausbildung - Spezialaufgaben

Jahr*	Kinder- u. Jugendl.-Pfleger	Psych. Ges.- u. Krankenpflege	Intensivpflege	Anästhesiepflege	Pflege im OP-Bereich	Krankenhaushygiene	Lehraufgaben	Nierenersatztherapie
2001					17			
2002			14		14			
2003			14		11			
2004		18	14		20			
2005		26	14		11			
2006			15		21			
2007		22	20		14			
2008			18		22			
2009	24		32		15		14	14

* alle erfolgreich abgeschlossenen Ausbildungen im Zeitraum 1.1. bis 31.12. d.J. einschließlich Wiederholungen aus anderen Jahrgängen

Quelle: Land OÖ, Abteilung Gesundheit

Pflegehilfe

Derzeit gibt es in Oberösterreich sechs Trägerorganisationen mit insgesamt 25 bewilligten Ausbildungseinrichtungen für Pflegehilfe. Die Ausbildungsstandorte sind auf nahezu alle Bezirke und Statutarstädte verteilt. Die Abschlusszahlen sind mit Ausnahme der des Jahres 2005 mit einem Maximum von 743 AbsolventInnen innerhalb der letzten drei Jahre konstant geblieben.

Eine qualitativ hochwertige Pflegeversorgung erfordert neben einem ausreichenden Angebot an stationären und extramuralen Akut- und Langzeiteinrichtungen (Krankenanstalten, Pflegeheime und Hauskrankenpflege) auch gut ausgebildetes Pflegepersonal. Der bestehende und für die Zukunft prognostizierte steigende Pflegebedarf wird zu einer deutlichen Erweiterung der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen führen.

Gehobener medizinisch-technischer Dienst

Die Ausbildung erfolgt derzeit an 15 Akademien für den Gehobenen medizinisch-technischen Dienst und einer Hebammenakademie.

Die jährliche Zahl an Abschlüssen ist in den einzelnen Berufssparten im Berichtszeitraum annähernd geblieben. Schwankungen beim Radiologisch-technischen Dienst und Ergotherapeutischen Dienst sind auf nicht jährliche Studienabschlüsse einzelner Akademien zurückzuführen.

Tabelle 31: Gehobener medizinisch-technischer Dienst

Jahr*	Med.-techn. Labor-Dienst	Rad.-techn. Dienst	Physiotherapeut. Dienst	Diät-/ernährungsmed. Beratungsdienst	Ergotherapeut. Dienst	Log.-phon.-audiolog. Dienst
2001	16	33	64	10	20	17
2002	19	16	62		21	17
2003	31	31	100		20	18
2004	27	43	80	14	19	16
2005	29	15	77		19	18
2006	38	36	82		20	18
2007	39	67	86	14	40	20
2008	36	18	96		24	18
2009	34	37	80		24	15

* alle erfolgreich abgeschlossenen Ausbildungen im Zeitraum 1.1. bis 31.12. d.J. einschließlich Wiederholungen aus anderen Jahrgängen

Quelle: Land OÖ, Abteilung Gesundheit

In Oberösterreich gibt es eine Hebammenakademie, die innerhalb der letzten zwei Berichtszeiträume eine nahezu konstante Anzahl von Abschlüssen in zweijährigen Abständen zu verzeichnen hat.

Tabelle 32: Hebammen

Jahr*	Hebammen
2001	
2002	24
2003	
2004	
2005	
2006	26
2007	
2008	18
2009	

* alle erfolgreich abgeschlossenen Ausbildungen im Zeitraum 1.1. bis 31.12. d.J. einschließlich Wiederholungen aus anderen Jahrgängen

Quelle: Land OÖ, Abteilung Gesundheit

Medizinische Masseure und Heilmasseure

Mit In-Kraft-Treten des Medizinischen Masseur- und Heilmasseurgesetzes am 1. März 2003 begann schon früh eine rege Ausbildungstätigkeit an den bewilligten Einrichtungen. Von den sieben Trägerorganisationen werden 16 Ausbildungsorte geführt.

Dem Bedarf bzw. der Nachfrage entsprechend wurden an den einzelnen Ausbildungsorten Kurse organisiert.

Tabelle 33: Medizinische Masseure und Heilmasseure - Spezialqualifikationen

Jahr*	Med. Masseure	Heilmasseure	Lehraufgaben	Elektrotherapie	Hydro-Balneo-Therapie
2001					
2002					
2003	20				
2004	6	46			
2005	23	43			
2006	43	24			
2007	17	44		26	12
2008	27	29	4		
2009	57	15		11	

* alle erfolgreich abgeschlossenen Ausbildungen im Zeitraum 1.1. bis 31.12. d.J. einschließlich Wiederholungen aus anderen Jahrgängen

Quelle: Land OÖ, Abteilung Gesundheit

Sanitätshilfsdienste

Nach der Schaffung eigener Gesetze und Ausbildungsverordnungen für Sanitäter und Medizinische Masseure und Heilmasseure sind die verbleibenden Sanitätshilfsdienste im MTF-SHD-Gesetz geregelt und werden entsprechend der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Sanitätshilfsdienste gelehrt und abgehalten.

Beachtliche Ausbildungskapazitäten in den Sanitätshilfsdiensten verzeichnen die Ausbildungen zu Ordinationsgehilfinnen, gefolgt von den Operationsgehilfinnen und Laborgehilfinnen.

Tabelle 34: Sanitätshilfsdienste

Jahr*	Operationsgehilfen	Laborgehilfen	Ordinationsgehilfen	Prosekturgehilfen	Desinfektionsgehilfen
2001	17	10	83		
2002	42	13	57		
2003	46		145	8	4
2004	58	16	180		
2005	36	15	207	6	
2006	52	8	183		
2007	21	30	179		
2008	64	21	239		
2009	47		210		

* alle erfolgreich abgeschlossenen Ausbildungen im Zeitraum 1.1. bis 31.12. d.J. einschließlich Wiederholungen aus anderen Jahrgängen

Quelle: Land OÖ, Abteilung Gesundheit

Aktuelle Entwicklungen in den Ausbildungen zu den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen:

Pflegehilfeausbildung

Die meisten dieser Ausbildungen sind nunmehr in eine Ausbildung zu einem Sozialbetreuungsberuf eingebunden.

Ausbildung Gehobener medizinisch-technischer Dienst
Seit dem Wintersemester 2010/11 finden die Ausbildungen zum Gehobenen medizinisch-technischen Dienst an Fachhochschulen statt.

Fakten:

- In Oberösterreich gibt es insgesamt 19 öffentliche Krankenanstalten, diese versorgten im Jahr 2008 rund 410.000 stationäre Patienten und behandelten an die 980.000 Ambulanzfälle.
- 2010 beträgt die Gesamtzahl der ÄrztInnen in Oberösterreich 5.530.
 - I. 1.057 ngl. ÄrztInnen für Allgemeinmedizin (660 mit GKK-Kassenvertrag)
 - II. 1.112 ngl. FachärztInnen (415 mit GKK-Kassenvertrag)

- 2010 gibt es in Oberösterreich 182 öffentliche Apotheken und 254 ärztliche Hausapotheken

9.2. Soziale Versorgung

In der sozialen und gesundheitlichen Versorgung werden Menschen¹¹ als Gesamtheit ihrer physischen, psychischen und sozialen Anteile betrachtet. Das Individuum erlebt eine laufende Wechselwirkung dieser Dimensionen und wird dadurch in seinem Wohlbefinden beeinflusst. Auf Grund dieses Verständnisses von Menschsein liegt der Pflege und der Betreuung von Menschen eine ganzheitliche Sichtweise zugrunde.

Gesellschaftliche Veränderungen, wie der demografische Wandel durch steigende Lebenserwartung, bringen mit sich, dass Menschen vermehrt einer gleichzeitig stattfindenden gesundheitlichen und sozialen Versorgung bedürfen. Diesem ganzheitlichen Versorgungsansatz wird in Oberösterreich durch zahlreiche Angebote für auf öffentliche Unterstützung angewiesene Personen Rechnung getragen.

Das Kapitel Soziale Versorgung beinhaltet eine Darstellung ausgewählter Angebote bzw. Leistungen für Menschen, die sozialstaatliche Hilfe bzw. Unterstützung benötigen. Hilfesuchende Menschen sollen durch öffentliche Unterstützung die Möglichkeit erhalten, ein möglichst selbstständiges, auf die eigenen Bedürfnisse ausgerichtetes Leben zu führen, mit dem Ziel der Befähigung auf Basis einer subsidiären Versorgung.

Anschließend werden für die interessierte Leserschaft weiterführende Publikationen angeführt, um einen umfassenden Einblick in die Angebote des Sozialbereiches zu erhalten.

9.2.1. Pflegevorsorge für ältere Menschen

Sozialberatungsstellen

Die Sozialberatungsstellen sind Anlaufstellen für alle Menschen, die in irgendeiner Form soziale Unterstützung und Information benötigen und haben als Ziel, den BürgerInnen den Zugang zu sozialer Hilfe zu erleichtern. Sie sind flächendeckend im Bundesland ausgebaut.

Alten- und Pflegeheime

Alten- und Pflegeheime sind stationäre Einrichtungen in denen Personen leben, die vorwiegend aufgrund ihrer altersbedingten Pflegebedürftigkeit neben Unterkunft und Verpflegung auch die jeweils erforderliche soziale Betreuung und Pflege erhalten. Als Heimträger treten Sozialhilfeverbände und Städte mit eigenem Statut, private Träger und Gemeinden auf.

In den Alten- und Pflegeheimen gibt es die Möglichkeit der Kurzzeitpflege. Kurzzeitpflegeplätze sind beispielsweise als Angebot für betreuungs- und pflegebedürftige Menschen nach Krankenhausaufenthalt gedacht, ebenso aber auch als Entlastung pflegender Angehöriger oder Bezugspersonen.

An Berufsqualifikationen sind Diplomierete Gesundheits- und Krankenschwestern sowie -pfleger, Diplom-SozialbetreuerInnen mit Ausbildungsschwerpunkt Altenarbeit, Fach-SozialbetreuerInnen mit Ausbildungsschwerpunkt Altenarbeit und Heimhilfen eingesetzt. Ergänzend zum Pflegepersonal kommen in vielen Heimen auch Therapeuten zum Einsatz.

Eine Alternative zur klassischen Organisation der Betreuung und Pflege in Alten- und Pflegeheimen stellt das (auch national eingesetzte) Konzept von Hausgemeinschaften dar, welches bereits in manchen oberösterreichischen Alten- und Pflegeheimen umgesetzt wird. Hausgemeinschaften sind kleine, stationäre Einheiten, in denen eine kleine Gruppe älterer Menschen (ca. zehn bis zwölf HeimbewohnerInnen) gemeinsam mit einer Präsenzkraft (oder auch Alltagsmanagerin genannt) ein am Alltag orientiertes Leben führen. Die gemeinsame Wohnküche, in der die Teilnahme am Alltag stattfindet, ist das Zentrum einer jeden Hausgemeinschaft.

Hauswirtschaft, Pflege und soziale Betreuung finden unter Einbeziehung der Bewohnerschaft dezentral in den Hausgemeinschaften statt, personelle Kompetenzen und Ressourcen greifen ineinander (bewohnernah). Das Innovative an diesem Konzept ist die Tatsache, dass die Pflege nur bei Bedarf für ihre pflegerischen Aufgaben eingeladen wird. Somit wird der Alltag nicht durch einen klassischen „Pflegealltag“ dominiert.¹²

Teilstationäre Dienste

Unter teilstationären Diensten werden sowohl Tageszentren als auch integrierte Tagesbetreuungen in Alten- und Pflegeheimen subsumiert.

Teilstationäre Dienste stellen ein Angebot für ältere Menschen dar, die tagsüber eine Betreuung durch dritte Personen benötigen und in der Nacht bzw. am Wochenende durch die Anwesenheit von Angehörigen abgesichert sind oder nach einem Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalt Unterstützung bei der (Wieder-) Erlangung ihrer Selbstpflegefähigkeit benötigen. Zudem kann durch den Besuch eines Tageszentrums eine bessere psychosoziale Versorgung gewährt werden. Durch eine ausreichende Ernährung kann sich der Allgemeinzustand bessern und durch geistige Aktivierung kann eine längere und bessere Orientierung eintreten. Das Angebot richtet sich ebenso an pflegende Angehörige, damit Auszeiten von der Betreuungsarbeit möglich sind bzw. Beruf und Betreuung besser vereinbart werden können.

Betreubares Wohnen

Für die spezielle Wohnform „Betreubares Wohnen“ soll als Zielgruppe v. a. die Altersgruppe der 70-jährigen und älteren Menschen sowie Menschen ab einem Alter von 60 Jahren mit mangelhaftem, nicht altersgerechtem Wohnstandard angesprochen werden. Weiters gehören zur Zielgruppe Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen und Personen mit leichtem bis mittlerem Pflegebedarf.

¹¹ Menche 2007, S. 3f.

¹² PRO ALTER 2008

Ebenfalls werden Menschen zu dieser Zielgruppe gezählt, die über Empfehlung der mobilen Dienste aufgrund einer besonderen sozialen Situation vorgeschlagen werden. Die Betreuung besteht aus einer wöchentlichen Kontaktaufnahme mit den BewohnerInnen durch eine Ansprechperson, wobei das Stundenausmaß zwei Stunden pro Monat und Wohnung beträgt. Die Wohnungen sind barrierefrei errichtet und mit Notruf ausgestattet.

Mobile Dienste

Die Mobilen Dienste bieten ihre Leistungen zu Hause bei den pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen an. Sie unterteilen sich in die Hauskrankenpflege und in die Mobile Betreuung und Hilfe. Letztere wiederum in die Fach-Sozialbetreuung mit Ausbildungsschwerpunkt Altenarbeit und in die Heimhilfe. In Oberösterreich arbeiten 15 Anbieterorganisationen nach den Richtlinien zur Förderung professioneller sozialer Dienste.

Die Hauskrankenpflege umfasst die qualifizierte Pflege von kranken Menschen. Sie wird überwiegend von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durchgeführt.

Die Mobile Betreuung und Hilfe umfasst die ganzheitliche Hilfestellung bei pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen. Sie wird überwiegend von Fach-SozialbetreuerInnen mit Ausbildungsschwerpunkt Altenarbeit wahrgenommen. Seit einigen Jahren übernehmen zunehmend auch Heimhilfen Aufgaben in diesem Bereich.

Rufhilfe

Die Rufhilfe ist eine technische Maßnahme zur Sicherheit für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen, die zu Hause oder in betreubaren Wohnungen leben und wird von den Anbieterorganisationen Rotes Kreuz und Arbeiter-Samariter-Bund angeboten.

9.2.2. Leistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen

Psychosoziale Beratung und Hilfe in Krisen

In psychosozialen Beratungsstellen erhalten Menschen, die Unterstützung und Hilfe bei psychosozialen Problemen benötigen, vertraulich und auch anonym Beratung und Begleitung. Auch Krisenintervention für Betroffene und Angehörige wird angeboten. Psychosoziale Beratungsstellen sind flächendeckend in den Bezirken Oberösterreichs vorhanden.

Soforthilfe in psychiatrischen Notfällen und in Krisensituationen bietet der Psychosoziale Notdienst. Der Psychosoziale Notdienst bietet eine telefonische Soforthilfe rund um die Uhr und Hausbesuche durch mobile Kriseninterventionsteams. Der Psychosoziale Notdienst ist in den Regionen Linz und Umgebung sowie in Steyr und Umgebung aktiv.

Das Angebot der Kriseninterventionsstelle in Linz bietet telefonische und persönliche Beratung in Krisensituationen, erforderlichenfalls werden auch Hausbesuche durchgeführt.

Einige Krisenzimmer im Linzer Raum ermöglichen eine kurzfristige Aufenthaltsmöglichkeit in psychischen Krisensituationen.

Arbeit und fähigkeitsorientierte Aktivität

Fähigkeitsorientierte Aktivität (ehemals Tagesstruktur bzw. Hilfe durch Beschäftigung) bietet Menschen mit Beeinträchtigungen die Teilnahme und Mitwirkung an einem Arbeitsprozess sowie am Leben in der Gemeinschaft und schafft eine organisierte Tagesstruktur mit vielfältigen, adäquaten und als sinnvoll empfundenen Tätigkeitsfeldern. Die fähigkeitsorientierte Aktivität ist für jene Menschen mit Beeinträchtigungen eine Möglichkeit der Beschäftigung, die aufgrund ihrer Beeinträchtigung und ihrer Leistungsfähigkeit keiner Erwerbstätigkeit am freien Arbeitsmarkt nachgehen können.

Menschen mit Beeinträchtigungen erhalten für ihre Tätigkeit im Rahmen der fähigkeitsorientierten Aktivität ein monatliches Taschengeld.

Die fähigkeitsorientierte Aktivität bietet:

- Ein „Tätig-Sein“ im Rahmen einer als sinnvoll empfundenen Arbeit und Beschäftigung
- Vermittlung und Erhaltung von sozialen, persönlichen und fachlichen Kompetenzen
- Ermöglichung von sozialem Austausch und Identitätsentwicklung
- Soziale Integration innerhalb der Einrichtung
- Erleben von Gruppenzugehörigkeit

Das Angebot der fähigkeitsorientierten Aktivität gibt es flächendeckend in Oberösterreich.

Geschützte Arbeit

Die geschützte Arbeit bietet die Möglichkeit, eine Erwerbsarbeit im Rahmen eines geschützten Arbeitsplatzes - der dem allgemeinen Arbeitsmarkt möglichst nahe kommt - auszuüben. Durch die Arbeitsbegleitung bzw. Arbeitskräfteüberlassung an Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes sollen Menschen mit Beeinträchtigungen so weit qualifiziert werden, dass eine dauerhafte Übernahme in ein Dienstverhältnis gelingt. Die MitarbeiterInnen mit Beeinträchtigungen sind sozialversicherungsrechtlich abgesichert und erhalten für ihre Tätigkeit ein entsprechendes Entgelt.

Berufliche Qualifizierung

Die berufliche Qualifizierung ermöglicht insbesondere jungen Menschen mit Beeinträchtigungen eine Ausbildung bzw. vermittelt eine Grundqualifikation, um bessere Chancen für eine Erwerbsarbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erhalten.

Die berufliche Qualifizierung ist eine zeitlich befristete Maßnahme von drei Jahren.

Wohnen

Die Wohneinrichtungen der Träger der Behindertenhilfe und der psychiatrischen Vor- und Nachsorge haben sich in der Betreuung auf bestimmte Zielgruppen spezialisiert.

Wohnangebote gibt es flächendeckend für Menschen mit geistiger, körperlicher und/oder psychischer Beeinträchtigung in Oberösterreich.

Mit dem Start der Wohnoffensive 2002 soll der Bedarf an zusätzlichen Wohnplätzen in Oberösterreich durch gemeinwesenintegrierte, kleinstrukturierte Wohneinheiten abgedeckt werden.

Mobile Dienste

Die mobilen Dienste ermöglichen Menschen mit Beeinträchtigungen ein selbstbestimmtes und integriertes Leben in einer selbst gewählten Lebensform, stellt den Verbleib in der gewohnten Umgebung, als Alternative zu einer stationären Einrichtung, sicher und trägt somit zur Steigerung der Lebensqualität der Menschen mit Beeinträchtigungen bei.

Als mobile Dienste werden die mobile Betreuung und Hilfe sowie die persönliche Assistenz für Menschen mit Beeinträchtigungen angeboten.

Zu den Leistungen zählen:

- Unterstützung bei der Grundversorgung: Hilfe beim Aufstehen und zu Bett gehen, Unterstützung beim An- und Auskleiden und bei der Körperpflege, Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme und bei der Inkontinenzversorgung, etc.
- Hauswirtschaftliche Tätigkeiten: Unterstützung beim Einkaufen, bei der Essenzubereitung, bei der Wäscheversorgung, etc.
- Begleitung und Mobilität: zur Pflege sozialer Kontakte, Besuch von Veranstaltungen, Begleitung zu Ärzten, Therapeuten, Behörden, etc.
- Freizeitgestaltung: Begleitung zu außerhäuslichen Aktivitäten, Unterstützung zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, etc. (Anm.: Leistungen im Freizeitbereich: max. 20 Std./Monat, vgl. Oö. ChG Hauptleistungsverordnung)
- Unterstützung bei jeder Form der Kommunikation: Unterstützung bei der Hilfsmittelwahl, etc.

Assistenzleistungen in der Schule oder am Arbeitsplatz können nicht in Anspruch genommen werden.

Mobile Betreuung und Hilfe

Durch das Angebot der mobilen Betreuung und Hilfe werden Angehörige, die Menschen mit Beeinträchtigungen zu Hause betreuen, entlastet bzw. können dadurch Menschen mit Beeinträchtigungen in ihrer eigenen Wohnung verbleiben.

Persönliche Assistenz

Persönliche Assistenz ist jede Form der persönlichen Hilfe, die Menschen mit einer Beeinträchtigung in die Lage versetzt, ihr Leben selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu gestalten.

Menschen mit Beeinträchtigungen (MmB) bestimmen als AuftraggeberInnen selbst Ort und Inhalt sowie die Person, die die Assistenzleistung erbringt.

Zielgruppe der persönlichen Assistenz sind Menschen mit Beeinträchtigungen, die in der Lage sind, selbstbestimmt über die Art der Hilfeleistung zu entscheiden und die in

einem eigenen Haushalt alleine, zu zweit oder in Gemeinschaft leben (möchten).

Auch Kinder ab dem 6. Lebensjahr, Jugendliche und Erwachsene mit Beeinträchtigungen, die im Familienverband leben, können persönliche Assistenz in Anspruch nehmen.

9.2.3. Pflegegeld

Die Lebenserwartung der Bevölkerung Österreichs hat sich nicht zuletzt aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und der geänderten Lebensbedingungen in den vergangenen Jahrzehnten wesentlich erhöht. Aber auch die Risiken der gegenwärtigen Lebensführung steigern die Gefahr von Unfällen und Erkrankungen. Dies bedingt ein höheres Risiko pflegebedürftig zu werden, woraus wiederum geänderte Anforderungen an das System der sozialen Sicherheit resultieren. Eine Reaktion darauf war die Neuregelung der Pflegevorsorge in Österreich im Jahre 1993.

Bis zum Inkrafttreten dieser Neuregelungen (Bundespflegegeldgesetz und korrespondierende Landespflegegeldgesetze) gab es für den Fall der Pflegebedürftigkeit eine große Zahl verschiedener Geldleistungen. Diese Geldleistungen waren sowohl von der Höhe als auch von den Anspruchsvoraussetzungen höchst unterschiedlich. In den meisten Fällen war die Geldleistung nicht am konkreten Pflegebedarf orientiert, was zur Folge hatte, dass schwer pflegebedürftige und beeinträchtigte Menschen letztlich keine adäquate Versorgung hatten.

Ausgangspunkt für diese Pflegegeldregelung stellt eine Vereinbarung nach Art. 15a B-VG zwischen den Bund und den Ländern dar, wodurch deshalb ein einheitliches Pflegegeld bundesweit zu gewähren ist.

Zweck des Pflegegeldes ist es, in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern, so wie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen.

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständige Betreuungs- und Hilfsbedarf voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird oder würde.

Ein Anspruch nach dem Landespflegegeldgesetz besteht bei Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen u.a. für

- Berufstätige
- mitversicherte Angehörige
- BezieherInnen einer Sozialhilfe
- BezieherInnen einer Beamtenpension eines Landes bzw. einer Gemeinde

Ein Anspruch auf Pflegegeld vom Bund nach dem Bundespflegegeldgesetz besteht, wenn

- eine Pension aus der gesetzlichen (österreichischen) Sozialversicherung
- ein Beamtenruhegenuss oder Versorgungsgenuss des Bundes
- eine Vollrente aus der Unfallversicherung
- oder eine Rente bzw. Beihilfe aus der Kriegsopferversorgung, der Heeresversorgung sowie nach dem

Opferfürsorgegesetz oder dem Impfschadengesetz oder Verdienst- bzw. Unterhaltentgang nach dem Verbrechenopfergesetz bezogen wird.

Pflegegeld wird je nach Ausmaß des Pflegebedarfes - unabhängig vom Einkommen oder Vermögen oder von der Ursache der Pflegebedürftigkeit - pauschaliert in 7 Stufen 12 x jährlich geleistet.

Voraussetzung	Betrag in Euro
Stufe 1 Pflegeaufwand über 60 Stunden	154,20 Euro
Stufe 2 Pflegeaufwand über 85 Stunden	284,30 Euro
Stufe 3 Pflegeaufwand über 120 Stunden	442,90 Euro
Stufe 4 Pflegeaufwand über 160 Stunden	664,30 Euro
Stufe 5 Pflegeaufwand über 180 Stunden und bei außergewöhnlichem Pflegeaufwand	902,30 Euro
Stufe 6 Pflegeaufwand über 180 Stunden und unkoordinierbare Betreuung oder Eigen- oder Fremdgefährdung	1.242,00 Euro
Stufe 7 Pflegeaufwand über 180 Stunden und Bewegungsunfähigkeit	1.655,80 Euro

Menschen mit Beeinträchtigungen, die einen weitgehend gleichartigen Pflegebedarf haben, wird ein Pflegegeld in bestimmten Mindeststufen garantiert:

Voraussetzung	Einstufung
Hochgradig sehbehinderte Menschen	Stufe 3
Blinde	Stufe 4
Taubblinde	Stufe 5
Rollstuhlfahrer/Innen (mind. 14 Jahre alt) unter bestimmten Voraussetzungen	Stufe 3 auch Stufe 4 oder 5

Über die Einstufung wird auf Grundlage eines ärztlichen Sachverständigengutachtens entschieden, wobei bei Bedarf Personen aus anderen Bereichen (z.B. Pflegedienste) beigezogen werden können.

Pflegende Angehörige

Mit Beginn des Jahres 2009 wurde der förderbare Personenkreis für Kurzzeitpflegemaßnahmen für Menschen mit Beeinträchtigung auf Pflegegeldbezieher der Stufe 3 sowie auf nachweislich demenziell Erkrankte oder minderjährige Pflegebedürftige ab der Stufe 1 ausgeweitet.

Diese Förderungen sollen ein Zuschuss zu jenen Kosten sein, die im Falle der Verhinderung der Hauptpflegeperson anfallen, um eine professionelle (institutionelle), private Ersatzpflege oder Mischformen organisieren zu können. Es wird damit ein Beitrag zur Entlastung der Hauptpflegeperson geleistet.

Grundsätzlich förderbar sind Ersatzpflegemaßnahmen im Ausmaß von zumindest 1 Woche (=7 Tage) - bei Pflegestufe 1 oder 2 mindestens 4 Tage - und für maximal 4 Wochen (= 28 Tage) jährlich.

Fakten:

Pflegevorsorge für ältere Menschen

Sozialberatungsstellen dienen dazu, den BürgerInnen durch Informationen und soziale Unterstützung den Zugang zu sozialer Hilfe zu erleichtern. Sie sind flächendeckend im Bundesland ausgebaut.

Ältere Menschen können in stationären Einrichtungen wie den Alten- und Pflegeheimen leben und in teilstationären Institutionen wie Tageszentren ebenso eine erforderliche Pflege und Betreuung erhalten.

Das Angebot der speziellen Wohnform „Betreubares Wohnen“ richtet sich an bestimmte Zielgruppen. Die Betreuung der dort lebenden Menschen erfolgt durch eine Ansprechperson, die grundsätzlich wöchentlich Kontakt aufnimmt.

Pflege- und betreuungsbedürftige Personen können zu Hause durch die Hauskrankenpflege und/oder durch die mobile Betreuung und Hilfe versorgt werden. Durch das Angebot der Rufhilfe wird für die Sicherheit von pflege- und betreuungsbedürftigen Personen gesorgt.

Leistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen

Psychoziale Beratung und Hilfe in Krisen kann durch psychosoziale Beratungsstellen, psychosozialen Notdienst, Kriseninterventionsstelle und Krisenzimmer erfolgen.

Das Angebot der fähigkeitsorientierten Aktivität bietet Menschen mit Beeinträchtigungen, die keiner Erwerbstätigkeit am freien Arbeitsmarkt nachgehen können, eine Möglichkeit der Beschäftigung. Angebote im Bereich Arbeit sind die geschützte Arbeit und die berufliche Qualifizierung.

In voll- oder teilbetreuten Wohnformen können Menschen mit Beeinträchtigungen leben und bei Bedarf Betreuungs- und Pflegeleistungen in Anspruch nehmen.

Durch das Angebot der mobilen Dienste erhalten Menschen mit Beeinträchtigungen die Möglichkeit, ein selbstbestimmtes und integriertes Leben in einer selbst gewählten Wohnform zu führen. Mobile Betreuung und Hilfe sowie die persönliche Assistenz stellen weitere mobile Angebote dar.

Pflegegeld

Um pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, erhalten pflegebedürftige Menschen ein Pflegegeld.

Pflegegeld wird je nach Ausmaß des Pflegebedarfs pauschaliert in 7 Stufen 12 x jährlich abgegolten (unabhängig vom Einkommen und der Ursache der Pflegebedürftigkeit).

Pflegende Angehörige können einen finanziellen Zuschuss zur Entlastung der Hauptpflegeperson beantragen.

9.3. Gesundheitsförderung in Oberösterreich

Folgende Erläuterungen zur Situation der Gesundheitsförderung in Oberösterreich sind das Ergebnis eines Workshops mit oberösterreichischen ExpertInnen, der am 29. November 2010 im Institut für Gesundheitsplanung abgehalten wurde. Die Moderation dieses Workshops nahm Sanitätsdirektor Dr. Stefan Meusburger MSc. vor. Weitere TeilnehmerInnen waren:

- Mag.^a Martina Ecker-Glasner, Institut für Gesundheitsplanung,
- Dr. Heinrich Gmeiner, Land OÖ Abteilung Gesundheit,
- Dr.ⁱⁿ Brigitte Horwath, Stadt Linz,
- Dr.ⁱⁿ Gertrude Jindrich, Landesschulrat für Oberösterreich,
- Mag.^a Sonja Kodelitsch, Verein für Prophylaktische Gesundheitsarbeit,
- Elena Madlschenter, Institut für Gesundheitsplanung,
- Mag. Markus Peböck, Institut für Gesundheitsplanung,
- Mag.^a Ingrid Rabeder-Fink, Institut Suchtprävention,
- Ing. Christian Sperner MBA, Institut für Gesundheits- und Sozialkompetenz,
- Bettina Stadlmayer, OÖGKK Abteilung Gesundheitsförderung,
- Mag.^a Sabine Weißengruber-Auer, Ärztekammer OÖ,
- Dr. Hubert Zödl, Stadt Wels.

Ziel des Workshops war es - nach einer kurzen Einführung - die Stärken und Schwächen der oberösterreichischen Gesundheitsförderungs-Landschaft zu identifizieren und gemeinsam Zukunftsperspektiven zu entwickeln. Es wurde hierbei jene Definition von Gesundheitsförderung zugrunde gelegt, die die Ottawa-Charta vorgibt: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ Dabei sind sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen wichtige Bestandteile, die die Determinanten von Gesundheit (siehe Kapitel 10.1.) berücksichtigen. In den Mittelpunkt der Betrachtungen wurden die Settings Betrieb, Gemeinde/ Stadt und Schule gerückt.

9.3.1. Ausgewählte Gesundheitsförderungsaktivitäten in Settings

Laut zweier Umfragen¹³, die das Institut für Gesundheitsplanung gemeinsam mit der OÖGKK durchgeführt hat, geben 61 Prozent der Betriebe mit 50 bis 99 MitarbeiterInnen

¹³ Hirtenlehner, Helmut; Sebinger, Sarah: Betriebliche Gesundheitsförderung für KMU. Ergebnisse einer Bedarfsanalyse für Oberösterreich und Hirtenlehner, Helmut; Sebinger, Sarah: Betriebliche Gesundheitsförderung für mittlere und größere Unternehmen. Ergebnisse einer Bedarfsanalyse für Oberösterreich; beide in Birgmann, Richard; Hirtenlehner, Helmut; Sebinger, Sarah: Betriebliche Gesundheitsförderung in Oberösterreich. Linz 2006

an, bereits praktische Erfahrungen mit Gesundheitsförderung im Betrieb gemacht zu haben. Größere Betriebe geben dies häufiger an (100 bis 249 MitarbeiterInnen: 79 Prozent; über 250 MitarbeiterInnen: 89 Prozent). Betrachtet man die durchgeführten Maßnahmen genauer, so zeigt sich, dass der Großteil den Bereichen der rein verhaltenspräventiven sowie medizinischen Maßnahmen oder dem Bereich des Arbeitnehmerschutzgesetzes zuzuordnen ist. In Oberösterreich besitzen im Juli 2011 40 Betriebe das Gütesiegel „Betriebliche Gesundheitsförderung“ vom Österreichischen BGF-Netzwerk. 116 Unternehmen haben die BGF-Charta unterzeichnet (siehe auch Kapitel 11). Projekte, die innerhalb der Betrieblichen Gesundheitsförderung umgesetzt werden, sind u. a. die „Gesunde Betriebsküche“ oder die Seminare „Gestalten und Bewegen“ und „Mitarbeiter bewegen Mitarbeiter“. Im Jahr 2010 wurde darüber hinaus die Oberösterreichische Plattform für Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention gegründet, die als Zusammenschluss der größten Anbieter in diesem Bereich zu verstehen ist.

Weiters sind 429 der 444 oberösterreichischen Gemeinden auch „Gesunde Gemeinden“. Seit Jänner 2010 beteiligen sich 139 Gemeinden am Qualitätszertifikat „Gesunde Gemeinde“. Maßnahmen, die innerhalb der Gesunden Gemeinde umgesetzt werden, sind u. a. „Gesunde Küche“, Stammtische für pflegende Angehörige oder der Gesundheitsförderungspreis für Gesunde Gemeinden. Außerdem gehören vier oberösterreichische Städte dem Österreichischen „Gesunde-Städte-Netzwerk“ an.

Mittlerweile besitzen 51 Schulen das Gütesiegel „Gesunde Schule Oberösterreich“ und ca. 200 Schulen haben den Prozess zur Erlangung des Gütesiegels gestartet. Viele Schulen haben Erfahrungen mit Ernährungs- oder Bewegungsprojekten bzw. Fortbildungsveranstaltungen im Bereich der Gesundheitsförderung.¹⁴ (siehe auch Kapitel 11) Neben den Projekten, die von Schulen selbst geplant und durchgeführt werden, bieten eine Reihe von Institutionen (oftmals auch in Kooperation) auch Gesundheitsförderungsprojekte und -programme an, wie zum Beispiel die Haltungs- und Bewegungsberatung, „Der kleine Mugg“, „Kids stark machen“ oder das Programm „Eigenständig werden“.

9.3.2. Stärken und Schwächen der Gesundheitsförderung in Oberösterreich

Im Setting Betrieb wird von den ExpertInnen die mittlerweile gute Kooperation der größten BGF-Anbieter in Form der Plattform für Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch die Arbeit des Österreichischen Netzwerkes BGF, als sehr positiv erachtet. Durch das Gütesiegel „Betriebliche Gesundheitsförderung“ existiert auch eine qualitätssichernde Maßnahme in diesem Bereich. Dabei wird aber auch kritisch angemerkt, dass es für externe Anbieter von BGF-Leistungen keine Qualitätssicherung gibt.

¹⁴ Sebinger 2009

Der Durchdringungsgrad mit qualitätsgesicherter Gesundheitsförderung im Betrieb schreitet den ExpertInnen allerdings zu langsam voran. Dabei fällt es einmal mehr auf, dass speziell kleinere Unternehmen sehr schwer mit Maßnahmen zu erreichen sind. Wohl dürfte es auch schwierig sein, den Betrieben den Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung deutlich zu machen, da sich die Nutzenargumentation immer nur auf monetäre oder andere messbare Bereiche (wie der Reduktion von Krankenständen) beschränkt und Gesundheit nicht als eigenständiger Wert anerkannt wird. Die Freiwilligkeit, eine der Grundprinzipien der Gesundheitsförderung, wird bei Betrieben durchaus auch kritisch betrachtet: Es ist zum Beispiel für einzelne MitarbeiterInnen nicht möglich, an Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung teilzunehmen, wenn die Betriebsleitung dies nicht erlaubt.

Im Setting Gemeinde/Stadt wird vor allem der hohe Beteiligungsgrad der Gemeinden am Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ positiv angemerkt. Auch der systematische Zugang zu Gesundheitsförderung durch die Abteilung Gesundheit beim Amt der OÖ Landesregierung wird sehr positiv gesehen. Damit haben die Gemeinden ganz konkrete Angebote zur Umsetzung zur Verfügung, die von diesen auch in hoher Anzahl genutzt werden. Durch die Einführung des Qualitätszertifikats „Gesunde Gemeinde“ werden von den Gemeinden nun auch die Kriterien der Nachhaltigkeit sowie der Beachtung von Verhaltens- und Verhältnisebene besser berücksichtigt, was zu einer Verbesserung der Qualität führt. Speziell von den VertreterInnen der Städte wird positiv erwähnt, dass durch die Gesundheitsberichterstattung wichtige Basisarbeit für die Gesundheitsplanung geleistet wird. Dieser strukturierten Planung wird laut den ExpertInnen aber zuwenig Aufmerksamkeit geschenkt und es werden allzuoft unzusammenhängende Einzelprojekte durchgeführt. Kritisch wird weiters angemerkt, dass zwischen Gesunden Städten und Gesunden Gemeinden keine Verbindung und zuwenig Kommunikation herrschen. Dadurch wissen die handelnden Personen der Städte mit eigenem Statut wenig über die Aktivitäten in den Gesunden Gemeinden.

Im Setting Schule wird der systematische Zugang zur Gesundheitsförderung - speziell, wie es bei der Erreichung des Gütesiegels umgesetzt wird - positiv hervorgehoben. In diesen Schulen hat sich meist ein Gesundheitsteam gebildet, das Partizipation auch bereits in der Planungsphase besser gewährleisten soll. Der MultiplikatorInnen-Ansatz hat sich in der Schule auch als durchaus positiv herausgestellt (LehrerInnen als MultiplikatorInnen, aber auch Peers). Externe ExpertInnen werden als ImpulsgeberInnen für Gesundheitsförderungs-Themen sehr positiv betrachtet (sofern diese die Rahmenbedingungen kennen), für Nachhaltigkeit müssen aber die vor Ort tätigen Personen geschult werden. Es gibt aber auch noch viele Schulen, in denen einzelne unzusammenhängende Projekte ohne Nachhaltigkeit umgesetzt werden, die darüber hinaus oft auch noch viele Ressourcen benötigen.

Betrachtet man das Gesamtsystem der Gesundheitsförderung in Oberösterreich, so werden die Basisarbeit durch die strukturierte Gesundheitsberichterstattung und die

Gesundheitsziele für eine rationale Planung von den ExpertInnen positiv gewertet. Die Netzwerke innerhalb der Settings schaffen Austausch und koordinierte Vorgehensweisen. Die Vernetzung zwischen den Settings wird allerdings als noch zu wenig ausreichend gewertet. Speziell die Städte sind häufig unzureichend informiert darüber, welche Maßnahmen in den Schulen oder Betrieben innerhalb des Stadtgebietes umgesetzt werden. Die Qualität der Maßnahmen konnte in den letzten Jahren durch die Einführung von Qualitätszertifikaten/Gütesiegeln durchwegs verbessert werden. Allerdings gibt es eine Vielzahl an AkteurInnen, die Beratung und Begleitung im Bereich der Gesundheitsförderung anbieten, deren Qualifikation und Beratungs-Qualität nicht beurteilt werden können. Dabei wird häufig auf rein verhaltensorientierte oder Informations-Maßnahmen gesetzt, deren nachhaltiger Nutzen ohne gleichzeitig stattfindender Veränderung der Verhältnisse von Fachleuten bezweifelt wird. Ebenso werden einmalige Projekte oder Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit ohne nachhaltige Wirkungen sehr kritisch betrachtet.

Ein Problem der Gesundheitsförderung allgemein wird auch für Oberösterreich diskutiert: Die Maßnahmen der Gesundheitsförderung treffen oft nicht die Personen, die man als jene Zielgruppe definiert hat, die im Zuge einer gesundheitlichen Chancengerechtigkeit davon profitieren sollte.

9.3.3. Zukunftsperspektiven der Gesundheitsförderung in Oberösterreich

Im zweiten Teil des Workshops wurde darüber diskutiert, was in der oberösterreichischen Gesundheitsförderungs-Landschaft fehlt und welche Settings / Zielgruppen / Lebensabschnitte in Zukunft besonders zu beachten sind. Ganz besonders wichtig erscheinen den ExpertInnen Risikogruppen, die aufgrund ihrer sozialen und/oder ökonomischen Situation bisher selten in den Genuss von Gesundheitsförderungs-Aktivitäten gekommen sind. Hierbei wurden die Gruppen der jugendlichen Arbeitslosen, der armutsgefährdeten Personen, der Menschen mit wenigen Sozialkontakten (wie etwa tw. SeniorInnen, Hausfrauen/-männer,...) und der Menschen mit Migrationshintergrund besonders hervorgehoben. In diesen Fällen sind besonders niedrigschwellige Angebote von Bedeutung. Besondere Anstrengungen sollten aber auch beim frühkindlichen Alter liegen, wobei hier das Augenmerk vor allem auf der Familie, aber auch auf Kinderbetreuungseinrichtungen liegen sollte. Die Zielgruppe der schwangeren Frauen erscheint den Fachleuten auch aus gesundheitsförderlicher Sicht besonders wichtig.

Ein weiterer Punkt, der von den ExpertInnen hervorgehoben wurde, betrifft die fehlende Kooperation zwischen den Verantwortlichen der verschiedenen Settings. Es sollte so etwas wie eine Informations-Drehscheibe zwischen den Playern in den Settings geben, die den Informationsaustausch verbessert.

Fakten:

- 61 Prozent der Betriebe mit 50-99 MitarbeiterInnen, 79 Prozent mit 100-249 sowie 89 Prozent mit 250 und mehr MitarbeiterInnen geben an, bereits praktische Erfahrungen mit Gesundheitsförderung im Betrieb gemacht zu haben. 40 Betriebe besitzen das Gütesiegel „Betriebliche Gesundheitsförderung“ und 116 Unternehmen haben die BGF-Charta unterzeichnet.
- 429 der 444 oberösterreichischen Gemeinden sind „Gesunde Gemeinden“. Seit Jänner 2010 beteiligen sich 139 Gemeinden am „Qualitätszertifikat Gesunde Gemeinde“.
- 51 Schulen besitzen das Gütesiegel „Gesunde Schule Oberösterreich“, ca. 200 weitere haben den Prozess zur Erlangung des Gütesiegels gestartet.

Stärken und Schwächen der Gesundheitsförderung in Oberösterreich

- Der hohe Beteiligungsgrad der Gemeinden am Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ sowie der systematische Zugang zu Gesundheitsförderung durch die Abt. Gesundheit (Land OÖ) wird sehr positiv wahrgenommen.
- Der MultiplikatorInnen-Ansatz in der Schule hat sich bewährt.
- Die gute Kooperation der größten BGF-Anbieter in Form der Plattform für Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Arbeit des Österreichischen Netzwerkes BGF wird als sehr positiv erachtet. Kleinere Unternehmen sind allerdings mit BGF-Maßnahmen schwer zu erreichen.

- Die Qualität der Maßnahmen konnte durch die Einführung von Qualitätszertifikaten/Gütesiegeln (Gütesiegel „Gesunde Schule“, Qualitätszertifikat „Gesunde Gemeinde“, Gütesiegel „Betriebliche Gesundheitsförderung“) verbessert werden.
- Die Basisarbeit durch die strukturierte Gesundheitsberichterstattung und die Gesundheitsziele werden für eine rationale Planung positiv gewertet.
- Die Netzwerke innerhalb der Settings schaffen Austausch und koordiniertes Vorgehen, die Vernetzung zwischen den Settings ist noch zu wenig ausreichend.

Zukunftsperspektiven der Gesundheitsförderung in Oberösterreich

- Risikogruppen, die aufgrund ihrer sozialen und/oder ökonomischen Situation bisher selten in den Genuss von Gesundheitsförderungsaktivitäten gekommen sind, sollen in Zukunft stärker beachtet werden.
- Besonderes Augenmerk soll zukünftig auf dem frühkindlichen Alter sowie bei Schwangeren liegen.
- Bis dato fehlt die Kooperation zwischen den Verantwortlichen der verschiedenen Settings. Es sollte zukünftig eine „Informations-Drehscheibe“ zwischen den Playern geben.

10. NEUE INSTRUMENTE DER GESUNDHEITS- POLITIK

10.1. Multisektorale Verantwortung für Gesundheit

Dieser Begriff hat in den letzten Jahren Einzug in die gesundheitspolitische Diskussion, vor allem auch der Europäischen Union und der WHO gehalten. So gibt es einige

Erklärungen des Rates der Europäischen Union zu diesem Thema. Ähnliche Begriffe dafür sind „Health in All Policies“, „Gesundheit in allen Politikfeldern (-bereichen)“ oder auch „Intersektoraler Ansatz“¹. Grundlage dafür ist das Bewusstsein, dass die Gesundheit von Individuen und der Bevölkerung von einer Reihe von Faktoren beeinflusst wird. Bereiche, die den meisten Einfluss auf Gesundheit haben, werden Gesundheitsdeterminanten genannt.²

Abbildung 140: Gesundheitsdeterminanten



nach Dahlgren, Göran; Whitehead, Margaret: Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe; 1991

Von innen nach außen werden in diesem Halbkreis (**Abbildung 140**) Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Menschen beschrieben. Neben Alter, Geschlecht und den Erbanlagen sind dies die Art der individuellen Lebensweise (z. B. Selbstverantwortung für einen gesunden Lebensstil), die Integration in soziale und kommunale Netzwerke (z. B. Anzahl und Qualität der sozialen Beziehungen), die Lebens- und Arbeitsbedingungen (z. B. Arbeit/Arbeitslosigkeit) und allgemeine sozioökonomische, kulturelle und Umwelt-Faktoren (z. B. sauberes Trinkwasser, Friedenszeiten,...).

Durch multisektorale Verantwortung für Gesundheit soll der Gesundheitssektor besser mit anderen Politikbereichen verknüpft werden,³ um alle Gesundheitsdeterminanten möglichst positiv zu beeinflussen. Dabei ist es wichtig, die primären Ziele der anderen Sektoren zu berücksichtigen⁴ und die Vorteile einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik gemeinsam zu erarbeiten. Wenn man in die Gesundheit von Menschen investiert, trägt dies nicht nur zum Wohlbefinden der Menschen sondern auch zur wirtschaftlichen Stabilität und zum Wachstum bei. Dies kann wiederum die finanzielle Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems stärken.⁵

¹ Stahl et al. 2006, S. 4
² Stahl et al. 2006, S. xxvi
³ WHO 2010, S. 162
⁴ Stahl et al. 2006, S. 11
⁵ Stahl et al. 2006, S. xxiv

Mechanismen von multisektoraler Verantwortung für Gesundheit können intersektorale Ausschüsse, dienststellenübergreifende Arbeitsgruppen, Sachverständigenausschüsse, konsensbildende Tagungen, offizielle Konsultationen zu Gesetzesentwürfen und Volksabstimmungen sein.⁶ Ein spezielles Instrument ist die Gesundheitsfolgenabschätzung, die in Kapitel 10.2. noch näher erläutert wird.

Ein Beispiel für multisektorale Zusammenarbeit für Gesundheit ist das Nordkarelien-Projekt in Finnland, das von 1972 bis 1997 umgesetzt wurde, um die Herz-Kreislauf-Mortalität zu senken, die in Finnland generell und in der Region Nordkarelien besonders hoch war. Im Verlauf des Projektes wurden Maßnahmen in den Bereichen Gesetzgebung, Industrie und Landwirtschaft, Informationen und Massenmedien, Partizipation und Bildung gesetzt. So wurde zum Beispiel für die Gewinnung von gesunden pflanzlichen Ölen eine Rapspflanze gezüchtet, die auch im Norden gedeiht.⁷ Zudem wurden zahlreiche öffentliche Plätze zu rauchfreien Zonen erklärt und eine Verordnung zur Förderung gesunder Ernährung an Schulen erlassen. Auch die Industrie wurde in den Prozess mit eingebunden und gemeinsam mit lokalen Verantwortlichen wurden Produkte mit geringem Salzgehalt bzw. mit einem geringen Anteil an gesättigten Fettsäuren entwickelt und der Anbau von Beeren gefördert. Das gesellschaftliche Bewusstsein für die Gefahren des Rauchens sowie für gesunde Ernährung konnte durch entsprechende Kampagnen in den Massenmedien gesteigert werden. Auch die Wissensvermittlung spielte im Nordkarelien-Projekt eine zentrale Rolle, weshalb eine breite Zusammenarbeit zwischen verschiedensten Institutionen geschaffen und zahlreiche Präventionsprogramme zu den Themen Rauchen und Vorsorge in Schulen und Betrieben durchgeführt wurden.⁸ Mithilfe dieser Maßnahmen konnte die Sterblichkeit durch koronare Herzerkrankungen zwischen 1972 und 2002 bei der berufstätigen männlichen Bevölkerung in Nordkarelien um 82 Prozent gesenkt werden.⁹

10.1.1. Relevante Lebensbereiche für Gesundheit aus Sicht der OberösterreicherInnen

Die Oberösterreichische Bevölkerung hat die Relevanz der unterschiedlichen Bereiche für die Gesundheit durchaus erkannt. Im Zuge der Befragung „Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern in Oberösterreich“ (2007) wurde gefragt, welche Lebensbereiche etwas zur Förderung der Gesundheit beitragen können und in welchen Bereichen noch zu wenig, bereits ausreichend, oder mehr als genug für Gesundheit gemacht wurde.

In der Kombination dieser Frage wurde errechnet, wie groß der Handlungsbedarf in den verschiedenen Bereichen ist.

Die Lebensbereiche mit der größten Relevanz für Gesundheit sind Betrieb/Arbeitswelt, Medizinische Versorgung, Wohnumgebung und Lebensmittelversorgung (**Abbildung 141**).

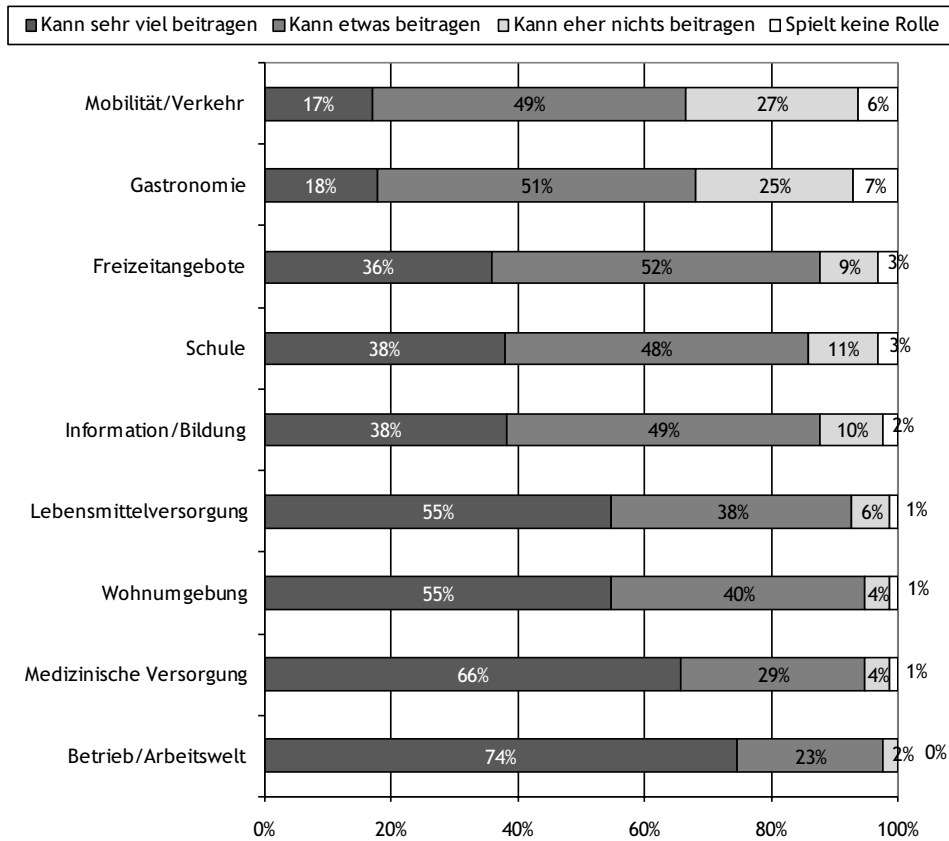
⁶ WHO 2010, S. 163f.

⁷ Fonds Gesundes Österreich, S. 23

⁸ Stahl et al. 2006, S. 50-51

⁹ Stahl et al. 2006, S. 51

Abbildung 141: Relevanz von Lebensbereichen für die Gesundheit

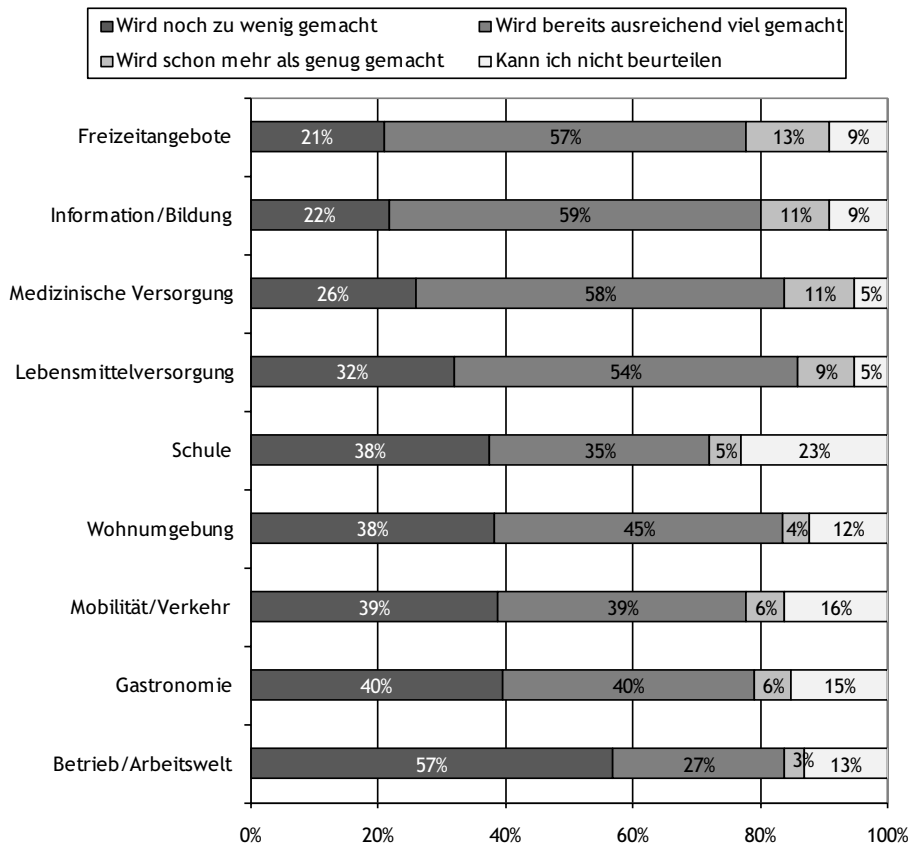


Quelle: Reif, Martin: Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevante Lebensbereiche aus der Perspektive der OberösterreicherInnen, Linz 2008, S. 89

Betrachtet man die genannten Bereiche dahingehend, wie weit aus der Sicht der Befragten dort bereits genug für die Gesundheit getan wird, so weist der Lebensbereich Betrieb/Arbeitswelt das größte Defizit auf. 57 Prozent der Befragten sind der Ansicht, dass in diesem Bereich noch zu wenig getan wird. In den Bereichen Gastronomie, Mobilität/Verkehr, Wohnumgebung und Schule sind jeweils ca. 40 Prozent der Meinung, dass in diesem Bereich

zu wenig für die Gesundheit getan wird. Die Bereiche, in denen die meisten der Ansicht sind, dass ausreichend viel für die Gesundheit getan wird, sind Information/Bildung (59 Prozent), medizinische Versorgung (58 Prozent), Freizeitangebote (57 Prozent) und Lebensmittelversorgung (54 Prozent). (Abbildung 142).

Abbildung 142: Wahrgenommene Angebots- bzw. Maßnahmensituation nach Lebensbereichen



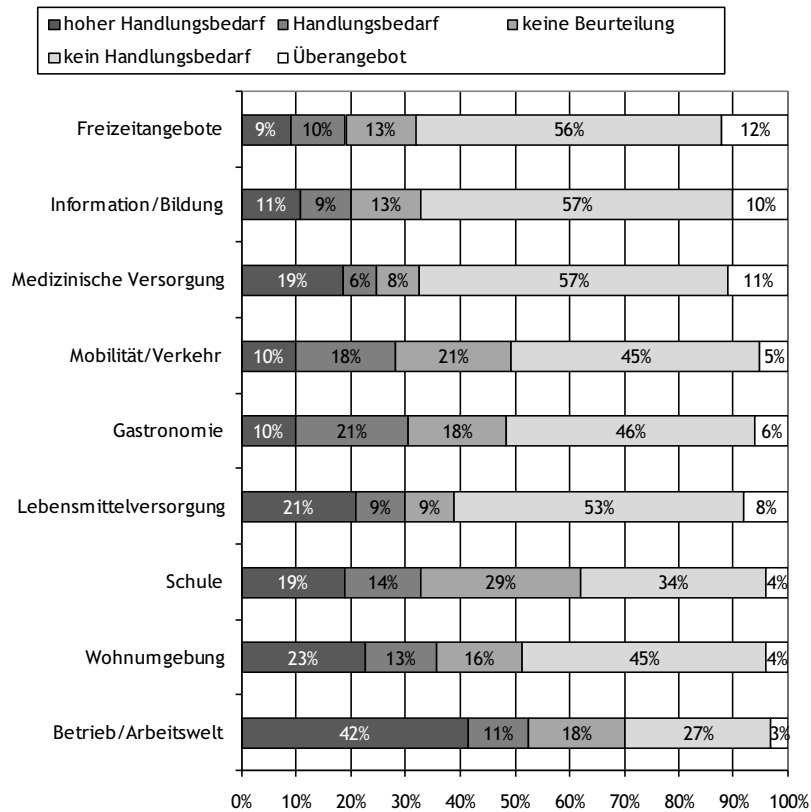
Quelle: Reif, Martin: Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevante Lebensbereiche aus der Perspektive der OberösterreicherInnen, Linz 2008, S. 93

Aus der Kombination der Beurteilung der Relevanz und des wahrgenommenen gesundheitsförderlichen Aktivitätsniveaus wurde eine Typologie erstellt, die Aufschluss über den Handlungsbedarf in den verschiedenen Bereichen gibt. Wenn die Relevanz hoch eingestuft wird und noch zu wenige Aktivitäten der Gesundheitsförderung wahrgenommen werden, kann man davon ausgehen, dass hoher Handlungsbedarf vorliegt. Handlungsbedarf besteht aber auch, wenn mittlere Relevanz und noch zu wenig Aktivität besteht. Kein Handlungsbedarf besteht, wenn der Bereich entweder als nicht relevant für die Gesundheit eingestuft wird oder aber bereits ausreichend

gesundheitsförderliche Maßnahmen und Aktivitäten vorgefunden werden. Wenn die Befragten angeben, dass „bereits mehr als genug“ in einem Bereich gemacht wird, so muss davon ausgegangen werden, dass aus ihrer Sicht ein Überangebot vorliegt, unabhängig von der Relevanz des Lebensbereiches.

Betrachtet man die Antworten der Befragten aus diesem Blickwinkel, so ergibt sich der weitaus größte Handlungsbedarf im Setting Betrieb/Arbeitswelt. Weiters wird auch verstärkter Handlungsbedarf in den Bereichen Wohnumgebung, Schule und Lebensmittelversorgung gesehen.

Abbildung 143: Handlungsbedarf nach Lebensbereichen



Quelle: Reif, Martin: Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevante Lebensbereiche aus der Perspektive der OberösterreicherInnen, Linz 2008, S. 96

Fakten:

Gesundheit wird von einer Reihe von Determinanten beeinflusst. Neben Alter, Geschlecht und den Erbanlagen sind dies die Art der individuellen Lebensweise (z. B. Selbstverantwortung für einen gesunden Lebensstil), die Integration in soziale und kommunale Netzwerke (z. B. Anzahl und Qualität der sozialen Beziehungen), die Lebens- und Arbeitsbedingungen (z. B. Arbeit/Arbeitslosigkeit) und allgemeine sozioökonomische, kulturelle und Umwelt-Faktoren (z. B. sauberes Trinkwasser, Frie-

denszeiten,...). Durch multisektorale Verantwortung für Gesundheit soll der Gesundheitssektor besser mit anderen Politikbereichen verknüpft werden,¹⁰ um alle Gesundheitsdeterminanten mehr zu berücksichtigen. Aus Sicht der OberösterreicherInnen besteht in den Bereichen Betrieb/Arbeitswelt, Wohnumgebung, Schule und Lebensmittelversorgung der größte Handlungsbedarf, mehr für die Förderung der Gesundheit in diesen Bereichen zu tun.

¹⁰ WHO 2010, S. 162

10.2. Gesundheitsfolgenabschätzung

Wie im Kapitel 10.1. verdeutlicht, wirken sich Maßnahmen aus Bereichen, die nicht direkt mit Gesundheit in Zusammenhang stehen, erheblich auf die Verhältnisfaktoren und somit die Gesundheit der Bevölkerung aus. Die Gesundheitsfolgenabschätzung oder das Health Impact Assessment (HIA) soll dabei helfen, die positiven Auswirkungen auf die Gesundheit von derartigen Maßnahmen zu maximieren und negative Entwicklungen zu minimieren. Dadurch soll die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig verbessert werden.

10.2.1. Begriffsdefinition

Der Begriff der Gesundheitsfolgenabschätzung „[...] bezeichnet den Prozess der systematischen Bewertung von politischen Entscheidungen, Programmen oder Projekten in Bezug auf ihren Schaden und Nutzen auf die Gesundheit der Bevölkerung.“¹¹ Die Gesundheitsfolgenabschätzung ist eine Kombination aus verschiedenen Verfahren, Methoden und Instrumenten, die es ermöglicht, abzuschätzen, inwieweit sich Maßnahmen, die außerhalb des eigentlichen Gesundheitsbereichs getroffen werden, auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken. Ziel der Gesundheitsfolgenabschätzung ist es, Entscheidungsträger über mögliche Folgen ihres Tuns zu informieren und möglicherweise zu beeinflussen,¹² die negativen Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung zu minimieren und positive Auswirkungen zu maximieren, soziale Ungleichheit zu bekämpfen sowie die Transparenz des Entscheidungsprozesses zu erhöhen.¹³ Die Gesundheitsfolgenabschätzung fördert zudem den Dialog zwischen allen beteiligten AkteurInnen, ExpertInnen wie Laien, und kann ein breites Bewusstsein für Gesundheit schaffen.¹⁴

Die Gesundheitsfolgenabschätzung sollte alle relevanten Gesundheitsdeterminanten umfassen¹⁵ und in einem möglichst frühen Stadium der Maßnahmenplanung erfolgen, um deren Risiken sowie Chancen im Hinblick auf die Gesundheit minimieren bzw. maximieren zu können und Kosten sparen zu helfen. Die Form der Maßnahme ist für eine Gesundheitsfolgenabschätzung dabei unerheblich, da alle Vorhaben diesbezüglich überprüft werden können. Obgleich die Gesundheitsfolgenabschätzung ein förderungswürdiges und innovatives Instrument darstellt, sollten einige Grundsätze Beachtung finden. Einerseits sollte das Instrument nicht inadäquat und übermäßig verwendet werden, um die Gesundheitsfolgenabschätzung nicht in eine unnötige bürokratische Hürde zu verwandeln.

Andererseits dürfen Entscheidungsprozesse durch eine unangemessene Gesundheitsfolgenabschätzung nicht verlängert werden, da dies in weiterer Folge gesundheitsförderliche Vorhaben verhindern könnte. Da die Kosten einer Gesundheitsfolgenabschätzung je nach Umfang sehr hoch sein können, muss ihr Einsatz zudem für jedes Projekt individuell bewertet werden, um die ökonomische Belastung von ärmeren Kommunen zu vermeiden.

10.2.2. Formen und Ablauf

Je nach menschlichen und finanziellen Ressourcen, verfügbarer Zeit, verfügbaren Daten und Kompetenzen können unterschiedliche Formen der Gesundheitsfolgenabschätzung durchgeführt werden, wobei in der Forschung zumeist zwischen schneller und umfassender Gesundheitsfolgenabschätzung unterschieden wird. Auch hinsichtlich des Zeitpunktes der Durchführung kann zwischen drei verschiedene Formen unterschieden werden. Beginnt die Gesundheitsfolgenabschätzung bereits vor der endgültigen Umsetzung eines Projektes, spricht man von einer prospektiven Gesundheitsfolgenabschätzung. Sie ermöglicht es, auf ein Vorhaben verändernd einzugreifen. Eine zeitgleiche Gesundheitsfolgenabschätzung findet hingegen statt, wenn mit der Umsetzung der Politik, des Projekts oder Programms bereits begonnen wurde und die Gesundheitsfolgenabschätzung gleichzeitig mit dem Vorhaben durchgeführt wird. Die retrospektive Gesundheitsfolgenabschätzung erfolgt nach dem Abschluss eines Vorhabens, um jene Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung zu erfassen, die nach der Umsetzung der Maßnahme auftreten.

¹¹ Sprenger 2010, S. 33

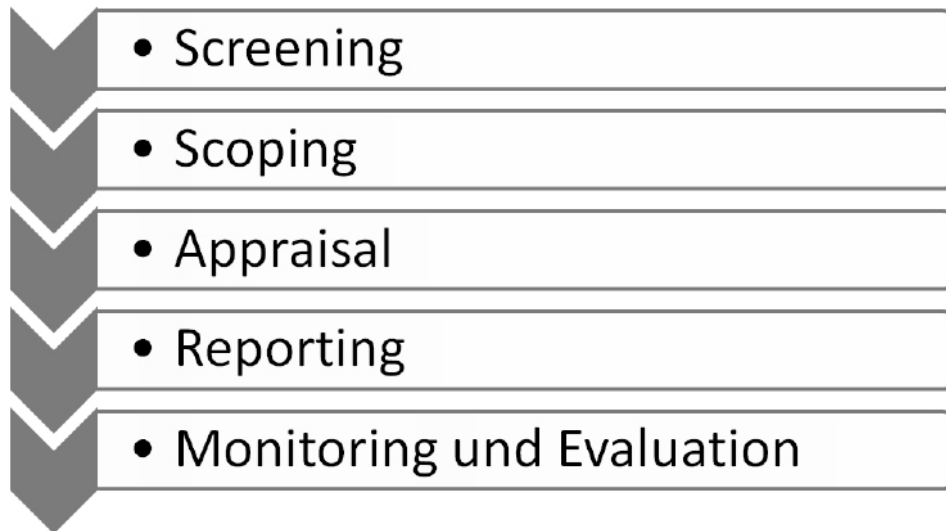
¹² Mock 2007, S. 27

¹³ Thierno 2010, S. 14

¹⁴ Thierno 2010, S. 14

¹⁵ Mock 2007, S. 11

Abbildung 144: Die Interaktion der einzelnen HIA-Phasen



nach: Mock 2007, S. 37

Der Ablauf der Gesundheitsfolgenabschätzung ist von deren Form unabhängig und erfolgt zumeist in fünf Stufen. Den Anfang bildet der Selektionsprozess (**Screening**), bei dem die Auswirkungen des Vorhabens auf die unterschiedlichen gesundheitlichen Aspekte kurz überprüft werden, um die Notwendigkeit einer Gesundheitsfolgenabschätzung zu untersuchen. Es ist empfehlenswert, diesen Prozess von mehr als einer Person durchführen zu lassen und die Anwendung von qualitativen Methoden zu forcieren. Werden die Stakeholder bereits in dieser frühen Phase eingebunden, eröffnet dies neue Perspektiven und erhöht zumeist die Akzeptanz des Projekts. Der zweite Schritt der Gesundheitsfolgenabschätzung wird als Abgrenzung (**Scoping**) bezeichnet. Im Zuge dieser Phase wird die Gesundheitsfolgenabschätzung geplant, der organisatorische Rahmen und der weitere Ablauf besprochen sowie die Richtlinie festgelegt. Auf die Abgrenzung erfolgt die Bewertungsphase (**Appraisal**), in der positive wie negative Auswirkungen der Maßnahme auf die Gesundheit identifiziert und eingeordnet werden, um deren Bedeutung beurteilen zu können. Ziel ist neben der Erhebung des aktuellen Gesundheitszustandes der Bevölkerung festzustellen, welche Gesundheitsdeterminanten durch das Projekt beeinflusst werden.¹⁶ Die Ergebnisse des Bewertungsprozesses werden im vierten Schritt in einem Bericht (**Reporting**) zusammengefasst, um die beteiligten

AkteurInnen über den Verlauf der Gesundheitsfolgenabschätzung zu informieren, Lösungsvorschläge darzulegen und deren Hintergründe offen zu legen. Im darauffolgenden Monitoring werden die bisherigen Abläufe des Prozesses kontrolliert und Indikatoren bestimmt, mit deren Hilfe die entsprechenden Effekte auf die Gesundheit auch langfristig überwacht werden können. Das **Monitoring** ermöglicht die Modifizierung der laufenden Gesundheitsfolgenabschätzung und bietet die Gelegenheit, gemachte Erfahrungen in den weiteren Verlauf des Projektes einfließen zu lassen. Neben dem Monitoring ist die **Evaluation** der zweite Bestandteil der fünften Ebene. Sie soll zu einer Verbesserung des angewandten Verfahrens beitragen, da sie Potentiale der Gesundheitsfolgenabschätzung aufzeigt. Im Zuge der Prozessevaluation erfolgen eine Bewertung des gesamten Prozesses der Gesundheitsfolgenabschätzung sowie die Beurteilung sämtlicher eingesetzter Ressourcen. Die Auswertungsevaluation setzt sich damit auseinander, inwieweit Empfehlungen von Entscheidungsträgern angenommen und umgesetzt wurden. Die Ergebnisevaluation prüft hingegen, ob die prognostizierten Auswirkungen eingetroffen sind, wobei die Evaluation von Prognosen in der Praxis nur schwer durchführbar ist.¹⁷

¹⁶ Mock 2007, S. 38-42

¹⁷ Mock 2007, S. 49-53

10.2.3. Beispiele für Gesundheitsfolgenabschätzung

Die Förderung von E-Bikes ist ein Pilotprojekt des Verkehrs-Clubs der Schweiz. Um das Projekt erfolgreich umsetzen zu können, wurde 2006 beim Amt für Gesundheit des Kantons Genf um finanzielle Unterstützung ange-sucht. Dieses wünschte als Entscheidungsgrundlage die Durchführung einer Gesundheitsfolgenabschätzung, um die Auswirkungen der Verbreitung von E-Bikes abschätzen zu können. Die Gesundheitsfolgenabschätzung wurde mittels Datenrecherche durchgeführt, es wurden jedoch keine neuen Daten erhoben. Im Zuge dieser Forschungstätigkeit wurden vor allem die physischen und psychischen Auswirkungen des E-Bike-Fahrens sowie die sozioökonomischen und umweltrelevanten Auswirkungen einer Verbreitung dieses Fortbewegungsmittels untersucht. Die Recherchen ergaben, dass dem E-Bike grundsätzlich gesundheitsfördernde Eigenschaften zugeschrieben werden können, wenngleich einige Fragen zum Thema Sicherheit, Umweltverträglichkeit oder Anschaffungskosten vor dessen Förderung der Klärung bedürfen, weshalb das Team der Gesundheitsfolgenabschätzung Empfehlungen zur Abschwächung oder Vermeidung einiger potentiell negativer Aspekte abgab. Ein besonderes Augenmerk wurde auf die recht hohen Anschaffungskosten der E-Bikes gelegt. Da durch das Projekt die Verringerung und nicht die Verschärfung gesundheitlicher Ungleichheit angestrebt werden sollte, empfahl die Gesundheitsfolgenabschätzung, einkommensschwache Familien beim Erwerb eines E-Bikes zu unterstützen und zu fördern sowie finanzielle Anreize aus öffentlichen Mitteln zur Verfügung zu stellen, die proportional zum individuellen Einkommen sein sollten. Im Anschluss an diese Gesundheitsfolgenabschätzung richtete der Verkehrs-Club der Schweiz in Genf einen E-Bike-Verleih ein, der bei der Bevölkerung auf großen Zuspruch stieß. Dieses Projekt wurde im Jahr 2007 mit dem Kantonalen Preis für nachhaltige Entwicklung ausgezeichnet. Zusammen mit dem Verein Pro Velo, der sich für die Interessen der Radfahrer einsetzt sowie der Alternativen Bank Schweiz wurde vom Verkehrs-Club ein Förderfonds für ökologische Mobilität geschaffen, der es ermöglicht, E-Bikes über ein Darlehen zu finanzieren.¹⁸

Fakten:

Gesundheitsfolgenabschätzung oder Health Impact Assessment (HIA) „[...] bezeichnet den Prozess der systematischen Bewertung von politischen Entscheidungen, Programmen oder Projekten in Bezug auf ihren Schaden und Nutzen auf die Gesundheit der Bevölkerung.“¹⁹ Dabei wird versucht, die negativen Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung zu minimieren und positive Auswirkungen zu maximieren, soziale Ungleichheit zu bekämp-

10.2.4. Ausblick

In Österreich steht anders als in anderen Ländern (wie z. B. Slowenien oder der Schweiz) die Auseinandersetzung mit der Thematik der Gesundheitsfolgenabschätzung gegenwärtig noch am Anfang. Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG, ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH) arbeitet zu Möglichkeiten der Implementierung der Gesundheitsfolgenabschätzung in Österreich. Ziel dieser Maßnahmen soll es sein, das Bewusstsein für die Gesundheitsfolgenabschätzung zu erhöhen, ihren Nutzen aufzuzeigen und sie schrittweise in unterschiedlichen Bereichen zu etablieren. Die geringe Verankerung der Gesundheitsfolgenabschätzung in Österreich könnte unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass sie von Verantwortlichen als Teil der Umweltverträglichkeitsprüfung bzw. der Strategischen Umweltprüfung angesehen wird.²⁰ Tatsächlich stellt die Gesundheitsfolgenabschätzung jedoch einen eigenständigen Prozess dar, der dabei helfen soll, politische oder administrative Vorhaben hinsichtlich ihres Schadens oder Nutzens für die Gesundheit der Bevölkerung zu bewerten und der somit dazu beiträgt, die gesundheitliche Situation der Bevölkerung zu verbessern und diesbezügliche Ungleichheiten abzubauen.

fen sowie die Transparenz des Entscheidungsprozesses zu erhöhen.²¹ Üblicherweise wird eine Gesundheitsfolgenabschätzung in die Phasen Screening, Scoping, Appraisal, Reporting und Monitoring/Evaluation eingeteilt. In Österreich wurden bislang nur sehr vereinzelt HIAs umgesetzt, Beispiele aus anderen Ländern zeigen jedoch die positiven Auswirkungen.

¹⁸ Thierno 2010, S. 47
¹⁹ Sprenger 2010, S. 33

²⁰ Mock 2007, S. 85
²¹ Thierno 2010, S. 14

10.3. Versorgungsforschung

10.3.1. Definition und Ziele der Versorgungsforschung

Versorgungsforschung ist ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das

- die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt,
- zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt,
- die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und
- die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert.²²

In der Systematik der Gesundheitsforschung wird Versorgungsforschung zur Public Health Forschung gezählt.²³

10.3.2. Hintergrund der zunehmenden Bedeutung von Versorgungsforschung

Traditionell kaufen die für Krankenversorgung einer Bevölkerung Verantwortlichen, beispielsweise Krankenkassen, Leistungen und Güter ein, die in klinischen Studien ihre Wirksamkeit bewiesen haben. Diese Evidenz aus klinischen Studien ist aber nicht uneingeschränkt auf die Anwendung unter Alltagsbedingungen übertragbar. Denn in klinischen Studien herrschen künstliche „Labor-Bedingungen“, beispielsweise

- diagnostizieren und behandeln spezialisierte ÄrztInnen (die überdies wissen, dass sie im Rahmen einer Studie behandeln)
- selektierte ProbandInnen, überwiegend Männer, kaum jemals Multimorbide (und auch die ProbandInnen wissen, dass sie in eine Studie eingeschlossen sind, egal ob in eine Behandlungs- oder Placebo-Gruppe).

Im Behandlungsalltag hingegen sind die Verhältnisse kaum jemals so klar, beispielsweise was die Population der Behandelten oder auch deren Einnahme-Adherence bei Arzneitherapien betrifft. Diese Diskrepanz hat in den letzten Jahren bei den Kostenträgern zunehmend den Wunsch geweckt, die Alltagswirksamkeit von Leistungen und Gütern der Krankenversorgung zu prüfen. Dabei steht nicht nur die unmittelbare Wirksamkeit auf dem Prüfstand sondern auch die Effizienz und die Zugänglichkeit der Versorgung. Für diese Forschungsrichtung wurde der Name „Versorgungsforschung“ (engl. Health Services Research oder Outcomes Research) gefunden.

Die österreichischen Krankenkassen haben in den Neunziger Jahren begonnen, punktuell Fragen der Versorgungsforschung zu bearbeiten.²⁴ Eine Vorreiter-Rolle hatte dabei die OÖ Gebietskrankenkasse inne. Ein systematisches Vorgehen in der Versorgungsforschung ist aber in Österreich und österreichweit noch zu etablieren.

Auch auf der gesundheitspolitischen Ebene rückt Versorgungsforschung international in den Fokus. Im Koalitionsvertrag der aktuellen deutschen Regierung ist im Kapitel „Gesundheit“ folgender Passus zu lesen:

Die Gesundheitsforschung trägt dazu bei, mit Innovationen die Lebensqualität von Menschen aller Lebenslagen zu erhöhen und gleichzeitig die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu sichern. Erkenntnisse über das Versorgungsgeschehen unter Alltagsbedingungen sind dabei besonders wichtig, damit die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung bei begrenzten Ressourcen weiter steigt. Daher werden wir die Versorgungsforschung systematisch ausbauen.²⁵

Im aktuellen österreichischen Regierungsprogramm findet sich Versorgungsforschung im Kapitel „Gesundheit“ nicht, sondern ausschließlich im Kapitel „Pflege und Betreuung“:

Es soll eine umfassende wissenschaftliche Beschäftigung mit Fragen der pflegerischen Versorgung eingerichtet werden (Pflege- und Betreuungswissenschaft als Versorgungsforschung an den öffentlichen Universitäten; universitärer Lehrstuhl für Pflegewissenschaften).²⁶

10.3.3. Methoden

Versorgungsforschung findet interdisziplinär statt. Medizin, Epidemiologie, Informatik, Sozialwissenschaften, Pflegewissenschaft, Psychologie, Pharmazie und Ökonomie arbeiten kooperativ mit qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden. Dabei stehen sozialempirische Methoden und Sekundärdatenanalysen im Vordergrund.²⁷

Die sozialwissenschaftlichen Methoden der Datengewinnung lassen sich grob gliedern in

- Befragungen,
- Beobachtungen und
- Datengewinnung aus Dokumenten.

Je nach Standardisierungsgrad der Fragestellungen von Befragungen unterscheidet man in

- quantitative Befragungen (hochstandardisiert) mit Antwortvorgaben, vor allem als statistisch vergleichend auswertbare Fragebogen und
- qualitative Interviews in narrativer bis teilstandardisierter Form oder als Guppendediskussion.

²² Pfaff 2003, S. 13

²³ Schwartz 2003, S. 5

²⁴ Bencic et al. 2002, S. 261-263

²⁵ Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode, S. 92

²⁶ Regierungsprogramm 2008-2013, S. 181

²⁷ Pfaff et al. 2009, S. 507f

Teilnehmende oder nicht-teilnehmende Beobachtungen erfassen, kategorisieren und analysieren Wahrnehmungen der Untersucher über das soziale System, welches der Forschungsgegenstand ist.

Dokumentenanalysen beziehen sich auf materialisierte Spuren des Handelns von Personen, Gruppen oder Organisationen. Texte, Bilder, Filme und Ähnliches können die Daten darstellen, welche ausgewertet werden.²⁸

Sekundärdatenanalyse ist die Nutzung von Daten im Rahmen wissenschaftlicher oder praxisrelevanter Untersuchungen ohne direkten Bezug zum primären Erhebungsanlass.²⁹

Das große Potenzial für Sekundärdatenanalyse in der Versorgungsforschung Österreichs liegt in den Routedaten des Gesundheitssystems, beispielsweise in Krankenkassen-Daten. EmpfängerInnen und VerordnerInnen von Krankenversorgung sowie die Art und Menge der Versorgung, liegen - auch zeitlich zuordenbar - vor.

Da die Daten eigentlich für Verrechnungsprozesse generiert werden, und daher von den rechnungslegenden Parteien und der Krankenkasse durchgängig auf Plausibilität geprüft werden, liegen sie in einer hohen Datenqualität vor.

Allerdings lauern auch Fallstricke bei der Arbeit mit diesen Daten. Will man die Ergebnisse von Auswertungen dieser Daten für Versorgungsforschung oder für epidemiologische Zwecke nutzen, muss man lernen, mit Unschärfen zu leben. So ist beispielsweise immer mit einem geringen Prozentsatz an irrtümlichen Eingaben durch Leistungserbringer zu rechnen. Allerdings gibt es in Österreich keine besseren Daten in einer vergleichbaren Menge. Auftauchende Probleme zu dokumentieren und jeweils Lösungen zu finden, ist die Herausforderung der VersorgungsforscherInnen.

In der Literatur werden Fallstricke bei der Arbeit mit Daten der Sozialversicherung diskutiert. Am Beispiel Arbeitsunfähigkeit (AU) seien einige aufgezeigt:

- Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als drei Kalendertage, hat der Arbeitnehmer eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Der Arbeitgeber ist berechtigt, die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung früher zu verlangen. Das führt zu Ungleichbehandlung von AU-Fällen im Datenbestand.
- Diagnosen von ÄrztInnen werden als Text geliefert und durch nicht-ärztliche MitarbeiterInnen der Kasernen codiert - mögliche Fehlerquellen sind die Folge.
- Die Nutzung von AU-Daten für andere als Verwaltungszwecke ist insgesamt kritisch zu sehen - ist die Arbeitsunfähigkeit überhaupt als Morbiditätsmaß geeignet?³⁰

10.3.4. Akteure

Im deutschen Sprachraum sind nach derzeitigem Stand im Regelfall

- Krankenkassen oder Gesundheitsbehörden als Auftraggeber und
- universitäre oder außeruniversitäre Forschungsinstitute als Dienstleister

von Versorgungsforschung tätig. Wie weiter oben erwähnt, hat in Österreich aber auch die soziale Krankenversicherung bereits Versorgungsforschungsprojekte durchgeführt.

In Deutschland ist Versorgungsforschung relativ weit entwickelt, ein Zentrum für Versorgungsforschung gibt es beispielsweise an der Universität Köln, eine Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung an der Universität Heidelberg und eine Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung an der Universität Bremen.

10.3.5. Beispiele

Ein beispielhaftes Projekt der Versorgungsforschung zu Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wurde von der Gmünder Ersatzkasse (GEK) initiiert. Interdisziplinär und mit Befragungen als auch Routedaten-Auswertungen wurde erhoben, dass

- die betroffenen Kinder über weite Strecken nicht leitlinienkonform diagnostiziert und therapiert werden,
- die Abweichung von den Leitlinien im Wesentlichen auf mangelnde Information der Eltern, aber auch der Hausärzte über die effizientesten Therapien und deren Verfügbarkeit zurückzuführen ist, und dass
- eine Konsequenz daraus die Dominanz der medikamentösen Therapien (mit einer hohen Nebenwirkungsrate) ist.

Dieser Bericht gibt eine Fülle von konkreten Hinweisen, wie die Versorgung von Kindern mit ADHS bedarfsgerechter und wirtschaftlicher gemacht werden kann.³¹

Es liegen auch wissenschaftliche Reviews zu Fragestellungen der Versorgungsforschung vor. Als Beispiel sei eine Expertise im Auftrag der deutschen Bundesärztekammer erwähnt, die den Wissensstand zur Effektivität und Effizienz von nicht-ärztlichen Berufen in ambulanten Versorgungskonzepten wiedergibt.

²⁸ Pfaff, Bentz 2003, S. 419ff.

²⁹ Swart, Ihle 2005, S.12

³⁰ Bödeker 2005, S. 61ff.

³¹ Gebhart et al. 2008

Vor dem Hintergrund der Entwicklung der letzten Jahre in Deutschland, wo im Wesentlichen aus ärztlichem Zeitmangel immer öfter medizinische Fachangestellte von HausärztInnen beispielsweise zu Hausbesuchen mit Routinekontrollen wie Blutdruck- und Blutzuckermessungen geschickt werden, wurde aus 170 internationalen wissenschaftlichen Arbeiten erhoben, dass bei solchen Versorgungsmodellen

- deutliche Entlastungspotenziale für den Arzt bei
- hoher PatientInnenzufriedenheit,
- hoher PatientInnensicherheit und
- guten gesundheitlichen Outcomes

nachgewiesen wurden. Die ökonomische Beurteilung fiel differenzierter und noch nicht endgültig aus.³²

Schließlich sei als Beispiel noch ein „Klassiker“ der Versorgungsforschung aus dem Jahr 1993 angeführt: Ohne dass damals der Begriff Versorgungsforschung bereits in dieser Bedeutung wie heute diskutiert wurde, publizierte eine Schweizer Autorengruppe die unterschiedlichen Raten operativer Entfernungen von

- Mandeln,
- Gallenblasen,
- Gebärmuttern

und ähnlichen grundsätzlich verzichtbaren Körperteilen bei verschiedenen Zielgruppen in einem Kanton. Ergebnis war, dass (ausgenommen bei der Blinddarmentfernung) alle Operationen bei ÄrztInnen und RechtsanwältInnen

sowie deren PartnerInnen signifikant seltener vorgenommen worden waren als in der Gesamtbevölkerung. Gebärmutterentfernungen beispielsweise waren in der Gesamtbevölkerung um mehr als 50 Prozent häufiger als bei den Ärztinnen und Anwältinnen.³³ Diese Befunde lösten damals Diskussionen über den Verdacht unnötiger Eingriffe aus, und sie stützten das Modell der angebotsinduzierten Nachfrage im Gesundheitsmarkt.

10.3.6. Organisatorische Umsetzung

Versorgungsforschung soll sinnvoll in die übrigen Geschäftsprozesse des Versorgungssystems eingebettet werden. Da Versorgungsforschung eine Art Controlling-Funktion erfüllt, wird von ExpertInnen empfohlen, Versorgungsforschung strukturell getrennt von den für die Versorgung operativ Verantwortlichen einzurichten. Das hieße konsequenter Weise, Aufträge für Versorgungsforschung an geeignete Forschungseinrichtungen wie Universitäten zu vergeben.

Andererseits befindet sich das notwendige Know How über Versorgungsabläufe und über Routinedaten, welche diese Versorgungsabläufe abbilden, genau in den operativ für die Versorgung verantwortlichen Bereichen, beispielsweise in der Krankenkasse.

Ein möglicher Ausweg aus diesem Widerspruch besteht in einer grundsätzlichen Vergabe von Versorgungsforschungsprojekten an geeignete unabhängige Einrichtungen, aber mit enger Mitwirkung der VersorgungsexpertInnen aus Krankenkassen oder Krankenhausträgern in der Umsetzung des Forschungsprojekts.³⁴

Fakten:

Versorgungsforschung ist ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt. Zudem trägt sie zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte bei und erforscht

(begleitend) die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte. Die Versorgungsforschung evaluiert außerdem die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen.

³² Redaelli et al. 2009

³³ Domenighetti et al. 1993, S. 505-513

³⁴ Schrappe 2010

10.4. Health Technology Assessment (HTA)

10.4.1. Definition

Unter Health Technology Assessment (HTA) versteht man ein international anerkanntes Instrument zur Bewertung von Auswirkungen von Gesundheitstechnologien, wie beispielsweise Diagnose- und Therapieverfahren, Medikamente oder Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen. Die Bewertung selbst erfolgt über eine systematische und transparente Aufarbeitung der zumeist in nahezu unüberschaubarer Fülle vorliegenden - und oft auch widersprüchlichen - Literatur.

Obwohl grundsätzlich jede Gesundheitstechnologie einem HTA unterzogen werden kann, geht es doch meist um neue Verfahren.

Ergebnis eines Health Technology Assessment ist ein Bericht, der neben der Bewertung des Untersuchungsgegenstandes auch Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen für den Auftraggeber inkludiert.

Ziel eines HTA

Ziel ist es, unter den vielen in der Medizin angebotenen Alternativen zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Krankheiten auf nachvollziehbare Weise jene herauszufiltern, die für die Patientinnen und Patienten den größten Vorteil gegenüber bestehenden Methoden bietet. Dadurch soll gewährleistet werden, dass die vorhandenen Ressourcen für sinnvolle Anwendungen herangezogen werden können und keine unnötigen Ausgaben für die Versicherten entstehen.

Zielgruppen von HTA sind zumeist Krankenversicherungen und politische Entscheidungsträger.

Untersuchte Kriterien bei HTA

Untersuchte Kriterien können sein:

- **Wirksamkeit** einer Gesundheitstechnologie
- **Sicherheit** einer Gesundheitstechnologie
- **Wirtschaftlichkeit** einer Gesundheitstechnologie
- **soziale Aspekte** einer Gesundheitstechnologie
- **ethische Aspekte** einer Gesundheitstechnologie
- **psychologische Aspekte** einer Gesundheitstechnologie
- **rechtliche Aspekte** einer Gesundheitstechnologie
- **organisatorische Aspekte** einer Gesundheitstechnologie

Nutzen von HTA

HTA kann u.a.

- eine unabhängige Entscheidungsgrundlage für Gesundheitsplanung darstellen, z.B. wie wird die Grundversorgung der Bevölkerung ausgelegt, welche Leistungen werden abgegolten, halten neue Versorgungsformen, was sie versprechen;
- die Entscheidungen im Gesundheitswesen transparent und öffentlich machen;

- den PatientInnen die Sicherheit geben, dass ihre Behandlung auf einem unabhängigen, wissenschaftlichen Fundament basiert, das nicht von einzelnen Interessensgruppen getriggert ist;
- durch transparente und verständliche Veröffentlichung der Ergebnisse den PatientInnen durch Informationsgewinn mehr Autonomie in ihrer Entscheidung für oder gegen eine Therapie verschaffen (Patientenempowerment).

Schwächen von HTA

Qualitätsindikatoren für patientenorientierte Medizin, wie Wertschätzung, Kommunikation, Aufmerksamkeit, Zuwendung, angenehme Umgebung, Höflichkeit u.ä. lassen sich durch HTA nicht abbilden.

Es darf nicht vergessen werden, dass unveröffentlichte Studien (z.B. solche, die für den Auftraggeber nicht das gewünschte Ergebnis brachten) auch im Health Technology Assessment nicht erfasst werden.

10.4.2. HTA in Österreich

Nach einer Erhebung der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Geschäftsbereich Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) im Jahr 2008, hat HTA in Österreich erst einen geringen Grad an Institutionalisierung erreicht. Der Bedarf an Informationen zur Wirksamkeit von medizinischen Technologien ist zwar gegeben, Probleme für die weitere Etablierung von HTA in Österreich werden jedoch insbesondere in der Schwierigkeit gesehen, qualifiziertes Personal zur Erstellung der Assessments zu finden, sowie in der Finanzierung von Forschungsarbeit und im Fehlen von Datengrundlagen. Aktuell wird der Bedarf an Information größtenteils über ExpertInnenmeinungen und Gutachten sowie über Stellungnahmen von Fachabteilungen gedeckt.

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Geschäftsbereich Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) wurde nunmehr vom Bundesministerium für Gesundheit mit der Erarbeitung einer nationalen HTA-Strategie beauftragt. Die Grundlage dazu bildet das Gesundheitsqualitätsgesetz, dessen Ziel die flächendeckende Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen ist. Die Erarbeitung der nationalen HTA-Strategie erfolgt gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern von Bund, Ländern und Sozialversicherung.

Mit der nationalen HTA-Strategie sollen in einer gemeinsamen Anstrengung wichtiger Stakeholder (Bund, Länder, Sozialversicherung) die Grundlagen für die strukturelle Verankerung und den verstärkten Einsatz von HTA im österreichischen Gesundheitswesen geschaffen werden. Dabei stehen die Interessen der Patientinnen und Patienten im Vordergrund.

Als wissenschaftlich unabhängige Koordinationsstelle wird die GÖG/BIQG-HTA eingesetzt. Die sachliche Steuerung übernimmt die HTA-Arbeitsgruppe, bestehend aus Expertinnen und Experten aus Bund, Ländern und Sozial-

versicherung. Dieser Arbeitsgruppe wird ein national und international besetzter Expertenpool zur Seite gestellt.

Wichtige Zielsetzungen der HTA-Strategie sind u.a.

- die effiziente und zielgruppenorientierte Bereitstellung von nationalen und internationalen Informationen für alle am Gesundheitswesen beteiligten Institutionen, Organisationen, Berufsgruppen, sowie Patientinnen und Patienten;
- Netzwerkbildung von HTA-Anbietern und HTA-Anwendern;
- die systematische internationale Anbindung;
- die Qualitäts- und Ressourcensicherung in der HTA-Anwendung.

Die Finanzierung der Entwicklung der nationalen HTA-Strategie, der Projekte zur Umsetzung dieser, sowie einzelner HTA-Aufträge erfolgt derzeit durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Beispiele von HTA-Anbietern in Österreich

- Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)
- Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG)

- Departement für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie der Donau-Universität Krems
- EBM Review Center der Universitätsklinik für Innere Medizin in Graz
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger - Evidenzbasierte wirtschaftliche Gesundheitsversorgung (EWG)
- Institute of Public Health, Medical Decision Making and Health Technology Assessment der UMIT

Veröffentlichung und Verbreitung der Ergebnisse von HTA

Die Berichte der GÖG/BIQG, die aus öffentlichen Mitteln finanziert bzw. gefördert werden, werden elektronisch veröffentlicht und als Website-Download zur Verfügung gestellt. Zu ausgewählten Themen können Patientenversionen erstellt werden. Diese sollen auf einem derzeit in Vorbereitung befindlichen öffentlichen Gesundheitsportal publiziert werden.

Weiterführende Informationen und Links zu nationalen und internationalen HTA-Institutionen in Österreich sind unter der Adresse <http://www.hta-guide.biqq.at/HTA/> abrufbar.

Fakten:

- Unter Health Technology Assessment (HTA) versteht man ein Instrument zur Bewertung von Auswirkungen von Gesundheitstechnologien.
- Ziel ist es, unter den vielen in der Medizin angebotenen Alternativen jene herauszufiltern, die für die Patientinnen und Patienten den größten Vorteil gegenüber bestehenden Methoden bieten. Dadurch soll gewährleistet werden, dass die vorhandenen Ressourcen für sinnvolle Anwendungen herangezogen werden können und keine unnötigen Ausgaben für die Versicherten entstehen.
- HTA kann u.a. eine unabhängige Entscheidungsgrundlage für Gesundheitsplanung darstellen, die Entscheidungen im Gesundheitswesen transparent und öffentlich macht und den Patientinnen und Patienten durch Informationsgewinn mehr Autonomie

in ihrer Entscheidung für oder gegen eine Therapie verschafft (PatientInnenempowerment). Qualitätsindikatoren für patientInnenorientierte Medizin wie zum Beispiel Wertschätzung, gute Kommunikation, angenehme Umgebung oder Höflichkeit lassen sich durch HTA jedoch nicht abbilden.

- Als wissenschaftlich unabhängige Koordinationsstelle für Health Technology Assessment wird in Österreich die Gesundheit Österreich GmbH/Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen eingesetzt. Die sachliche Steuerung übernimmt die HTA-Arbeitsgruppe, bestehend aus Expertinnen und Experten aus Bund, Ländern und Sozialversicherung. Dieser Arbeitsgruppe wird ein national und international besetzter ExpertInnenpool zur Seite gestellt.

11. GESUNDHEITS-

ZIELE

2000-2010

11.1. Entstehung/Hintergrund

Oberösterreich galt als das erste Bundesland Österreichs, das sich im Jahr 2000 eigene Gesundheitsziele setzte und diese auch mit der Gesundheitsberichterstattung verknüpfte. Diese Gesundheitsziele wurden von einer Gruppe, bestehend aus Mitgliedern der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, des Landes Oberösterreich und der Städte Linz und Wels erarbeitet. Dabei wurden Ziele ausgewählt, die sich im WHO-Programm „Gesundheit 21 - Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ widerspiegeln.

Um die Umsetzung der OÖ Gesundheitsziele weiter voranzutreiben, wurde die Oberösterreichische Gesundheitskonferenz gegründet, die sich aus 31 Mitgliedsorganisationen aus Politik, Sozialversicherung,

Interessensvertretungen, der Ärzteschaft und weiteren Organisationen im Bereich der Gesundheit zusammensetzt. Die Gesundheitskonferenz setzte auch Arbeitskreise ein, die Vorschläge zur Erreichung der Gesundheitsziele erarbeiten sollten. In Zusammenarbeit mit diesen Arbeitskreisen wurden einige Gesundheitsziele im Jahr 2005 überarbeitet und konkretisiert.

Die Gesundheitsberichterstattung inklusive Monitoring der Gesundheitsziele und die Koordinierung der Umsetzungsmaßnahmen bzw. auch deren Evaluierung wurde vom Institut für Gesundheitsplanung durchgeführt. Mit diesem Kapitel im Gesundheitsbericht erfolgt die End-Evaluierung dieser Gesundheitsziele. Nicht alle Oberösterreichischen Gesundheitsziele konnten mit den gesetzten Maßnahmen erreicht werden, nicht zuletzt auch aufgrund der Tatsache, dass Gesundheit und Krankheit von einer Vielzahl an Faktoren (Determinanten) abhängen.

11.2. Stand/Evaluierung

Gesundheitsziel 1 - Diabetesspätfolgen

Bis zum Jahr 2010 sollte die Häufigkeit von Diabetesspätfolgen, wie Amputationen, Blindheit, Nierenversagen, Schwangerschaftskomplikationen und andere Gesundheitsstörungen um 15 % gegenüber dem Jahr 2000 reduziert werden.

Diabetes mellitus geht mit dem Risiko für verschiedene Folgeerkrankungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen einher, das durch eine adäquate Versorgung minimiert werden kann. Das Gesundheitsziel strebt, in Anlehnung an das Rahmenprogramm der WHO¹, eine Reduktion dieser Spätschädigungen bei DiabetikerInnen an.

Die Betrachtung der Krankenhausbehandlungsdaten deutet in den letzten Jahren eher auf eine Zunahme an Diabetes-Folgeerkrankungen hin, wobei auf gewisse Unsicherheiten in der Datenbasis hingewiesen werden muss.² Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass im selben Zeitraum auch die Zahl der DiabetikerInnen deutlich zu-

genommen hat.³ Dies dürfte teilweise mit einer früheren Diagnose und Behandlung zusammenhängen, aber auch mit der längeren Lebenserwartung (und dadurch längerer Erkrankungsdauer) und einer Zunahme der Inzidenz von Diabetes mellitus (mehr Neuerkrankungen).

Zur Erreichung des Gesundheitszieles wurde ein Programm zur strukturierten Betreuung von DiabetikerInnen aufgebaut, das seit 2006 flächendeckend angeboten wird. Das Programm „Strukturierte Diabetikerbetreuung in Oberösterreich“ zielt darauf ab, die Betreuung von DiabetikerInnen zu optimieren. Wesentliche Elemente sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen, die Förderung der Kompetenzen und des Selbstmanagements der PatientInnen und PatientInnenschulungen. Darüber hinaus sind von PatientInnen und BetreuungsärztInnen gemeinsam entwickelte individuelle Therapieziele ein wesentlicher Bestandteil. Zur Qualitätssicherung sind die BetreuungsärztInnen in regionale Qualitätszirkel eingebunden. Derzeit werden rund 6.400 PatientInnen im Programm betreut, was 10 Prozent der DiabetikerInnen in Oberösterreich entspricht (österreichweit beträgt der Anteil der strukturiert betreuten DiabetikerInnen rund 5 Prozent).⁴ Die bisher vorliegenden Evaluierungsergebnisse deuten auf eine deutliche Verbesserung der medizinischen Parameter der im Programm betreuten DiabetikerInnen hin.⁵

¹ Im Rahmenprogramm „Gesundheit 21“ der WHO-Europa wird bis 2020 eine Reduktion der Diabetes-Folgeschäden um ein Drittel angepeilt. World Health Organization. 1999, S. 70.

² Die standardisierte Rate der Krankenhausaufenthalte, bei denen eine Diabetesspätfolge als Haupt- oder Nebendiagnose aufscheint, ist zwischen 2001 und 2008 um 15 Prozent gestiegen. Die standardisierte Rate der Krankenhausaufenthalte, in denen eine Spätfolgediagnose in Kombination mit einer einschlägigen medizinischen Einzelleistung vorliegt, ist im selben Zeitraum um 30 Prozent gestiegen (Quelle: FOKO; nur Versicherte der OÖGKK über 30 Jahre in Fonds-Krankenanstalten; Standardisiert nach Alter und Geschlecht auf Neue Europa-Standardbevölkerung). Anzumerken ist, dass die betreffenden Indikatoren nur sehr bedingt aussagekräftig sind, da verschiedene Fehlerquellen das Ergebnis verfälschen könnten (z.B. Diagnosecodierverhalten im Krankenhaus etc.).

³ Die standardisierte Behandlungsprävalenz bei über 30-Jährigen ist im Zeitraum von 2001 bis 2008 um 38 Prozent gestiegen (Quelle: OÖGKK, FOKO, eigene Berechnungen).

⁴ Stand Jänner 2011 (Quelle: Therapie Aktiv - Diabetes im Griff; Klimont et al. 2007, S. 70; eigene Berechnungen). In den Bundesländern Niederösterreich, Salzburg, Steiermark, Vorarlberg und Wien wird eine ähnliche strukturierte Betreuung angeboten, wobei je nach Bundesland zwischen 3 und 8 Prozent der Zielgruppe erreicht werden.

⁵ Beispielsweise steigt im Betreuungsverlauf der Anteil der PatientInnen mit guter Einstellung des HbA1c-Wertes von rund 28 auf 38 Prozent, des LDL-Cholesterinwerts von rund 30 auf 42 Prozent und des diastolischen Blutdruckwerts von rund 21 Prozent auf 28 Prozent (vgl. Reif 2010).

Insgesamt ist festzustellen, dass im Rahmen des Gesundheitszieles wesentliche Weichenstellungen zur Verringerung von diabetischen Folgeschädigungen gesetzt wurden. Beobachtbare bevölkerungsweite Auswirkungen sind jedoch erst bei einer längeren Laufzeit des Programmes und bei einer weiteren Ausweitung des Programmes (Erreichung eines höheren Anteils der DiabetikerInnen) zu erwarten. Die Häufigkeit von diabetischen Folgeschäden hängt natürlich auch von der Entwicklung der Neuerkrankungen ab, so dass künftig präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen zur Verhinderung von Diabetes mellitus stärker ins Auge gefasst werden sollten. In diesem Zusammenhang wurde bereits ein Pilotprojekt auf regionaler Ebene gestartet.⁶

Gesundheitsziel 2 - Zahngesundheit

Bis zum Jahr 2010 sollten mindestens 80 Prozent der Kinder der Altersgruppe 6 kariessfrei sein und 12-Jährige sollten im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen.

Den Hintergrund für das Gesundheitsziel stellt das Rahmenkonzept „Gesundheit 21“ der WHO dar, wonach bis zum Jahr 2020 in der Region Europa 80 Prozent der 6-Jährigen kariessfrei sein sollten und 12-Jährige im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen sollten.⁷ Oberösterreich hat dieses Ziel inhaltlich übernommen - jedoch mit dem Anspruch, dieses bereits 10 Jahre früher (im Jahr 2010) zu erreichen. Dies hat sich jedoch als zu ambitioniert erwiesen: Derzeit sind 31 Prozent der oberösterreichischen Kinder der Altersgruppe 6 gemäß WHO-Definition kariessfrei.⁸ 12-Jährige weisen in Oberösterreich derzeit 2,4 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne auf.⁹ Somit ist festzuhalten, dass beide Zielgrößen nicht erreicht wurden.

Das oberösterreichische Kariesprophylaxeprogramm¹⁰ besteht aus zwei Eckpfeilern: der zahnpädagogischen Betreuung und der zahnpädagogischen Untersuchung von Kindergarten- und Volksschulkindern. Im Schuljahr 2008/09 wurden in Oberösterreich insgesamt 100.920 Kinder in 689 Kindergärten und 597 Volksschulen zweimal jährlich von ZahngesundheitszieherInnen zahnpädagogisch betreut.¹¹ Dabei soll mit den Kindern der Aufbau einer positivemotionalen Beziehung zum Mundbereich, die Entwicklung eines eigenverantwortlichen und ganzheitlichen Gesundheitsbewusstseins und die Steigerung der Motivation, mit der aktiven Zahnprophylaxe so bald als möglich zu beginnen erlernt werden. An der zahnpädagogischen Untersuchung nahmen im Schuljahr 2009/10 14.729 Kinder der 1. und 3. Klassen Volksschule teil. Ziel dieser Untersuchung ist, den Kindern eine kindgerechte,

Angst abbauende Untersuchung mit verständlicher und für das Kind verwertbarer Diagnostik in Kleingruppen zu ermöglichen, um dadurch die Befähigung der Kinder zur Erkennung von Frühveränderungen an ihren Zähnen zu erlangen und um die Motivation zur Zahnhygiene zu verbessern. Außerdem sollen Kariesgefährdete oder bereits an Karies erkrankte Kinder erkannt und zu einer rechtzeitigen zahnmedizinischen Behandlung motiviert werden.¹² ExpertInnen erkennen einen Bedarf an breiter angelegten Maßnahmen, denn Zahngesundheitsförderung ist mehr als Kariesprophylaxe in den Settings Kindergarten und Schule. So könnte beispielsweise schon vor dem Eintritt in den Kindergarten angesetzt werden, indem man das familiäre Umfeld systematisch mit einbezieht - insbesondere unter dem Aspekt der richtigen Ernährung zu Hause. Hier sehen die ExpertInnen vor allem die Möglichkeit, mit maßgeschneiderten Angeboten an werdende Eltern und stillende Mütter aus vulnerablen Gruppen (z.B. Armutsbetroffene/-gefährdete, MigrantInnen) zusätzlich zur bestehenden Kariesprophylaxe aktiv heranzutreten bzw. bestehende Angebote auszuweiten.

Gesundheitsziel 3 - Betriebliche Gesundheitsförderung

Bis zum Jahr 2010 unterzeichnen mindestens 10 % aller Unternehmen mit mehr als 10 unselbständig beschäftigten MitarbeiterInnen die Charta zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. Bis zum Jahr 2010 sollen mindestens 30 Unternehmen Träger des Gütesiegels Betrieblicher Gesundheitsförderung sein.

Die Charta zur Betrieblichen Gesundheitsförderung stellt eine „Absichtserklärung“ eines Unternehmens dar, sich in Zukunft mit dem Thema zu befassen. Die Idee dahinter war, dass die Kontaktstellen des Netzwerkes BGF mit möglichst vielen interessierten Unternehmen im Kontakt bleiben können. Für das Gütesiegel BGF, das für drei Jahre zuerkannt wird, müssen Betriebe die Qualitätskriterien des Österreichischen Netzwerkes BGF erfüllen.

Im Dezember 2010 haben 102 Unternehmen die BGF-Charta unterzeichnet. Gemessen an der Gesamtzahl der Unternehmen mit mehr als 10 MitarbeiterInnen (6.110¹³) sind dies gut 1,7 Prozent. Damit wurde dieser Teil des Gesundheitszieles nicht erreicht. 40 Unternehmen sind in Oberösterreich Träger des Gütesiegels Betriebliche Gesundheitsförderung, dieser Teil des Gesundheitszieles wurde also klar erreicht.

In Oberösterreich werden Unternehmen von einer Reihe von Anbietern in Prozessen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung begleitet. Die größten davon (OÖGKK, Land OÖ, AUVVA, Wirtschaftskammer und Arbeiterkammer) haben sich im Jahr 2009 zur Oberösterreichischen Plattform für Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention zusammengeschlossen. Damit ist eine verbesserte Kooperation der Anbieter in diesem Bereich gewährleistet.

⁶ „Enns gemeinsam gesünder. Wir beugen vor!“ in Enns.

⁷ WHO 1999, S. 237

⁸ Himmelbauer 2010a, S. 13

⁹ Himmelbauer 2010b, S. 16

¹⁰ wurde Anfang der 1990er Jahre eingeführt

¹¹ PGA 2009, S. 21

¹² PGA 2009, S. 55

¹³ Quelle: WKOÖ 2009

Aus ExpertInnensicht wird positiv hervorgehoben, dass die Erfüllung des Gesundheitszieles im Bereich der Gütesiegel eine sehr erfreuliche Entwicklung ist, da diese für qualitätsvolle Prozesse im Betrieb vergeben werden. Im Vergleich dazu erfordert die Unterzeichnung der Charta zur Betrieblichen Gesundheitsförderung hingegen noch keine gesetzten Maßnahmen des Unternehmens.

Gesundheitsziel 4 - Psychosoziale Gesundheit

Bis zum Jahr 2010 sollte sich die psychische Gesundheit der OberösterreicherInnen nachhaltig verbessert haben. Wir messen das an der Suizidrate, den Diagnose bezogenen Krankenständen und Krankenhausaufenthalten.

Das Gesundheitsziel lehnt sich an das gesundheitspolitische Konzept „Gesundheit 21“ der WHO an.¹⁴ Die ursprüngliche Formulierung des oberösterreichischen Gesundheitszieles (2000) bezog sich nur auf die Suizidrate als Zielindikator.¹⁵ In der Neuformulierung 2005 wurde die Zielsetzung auf die durch psychische Störungen bedingten Krankenstände und Krankenhausaufenthalte ausgedehnt, weil die Suizidrate, als alleiniger Indikator für die psychosoziale Gesundheit der Bevölkerung, als zu eng gefasst angesehen wurde.

Die Suizidrate weist im Zeitraum 2000 bis 2009 einen leicht fallenden Trend auf, sowohl bei Männern als auch bei Frauen.¹⁶ Demgegenüber weisen im selben Zeitraum Krankenstände und Krankenhausaufenthalte mit psychiatrischen Diagnosen stark steigende Tendenz auf.¹⁷ Es ist jedoch fraglich, wie weit die Zunahme der Krankenhausbehandlungen und der Krankenstände eine Zunahme von psychischen Störungen in der Bevölkerung wiedergibt oder ob diese vor allem in einer höheren Bereitschaft der Betroffenen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, begründet ist (höherer Informationsgrad, Entstigmatisierung psychischer Störungsbilder etc.).¹⁸

Im Rahmen des Gesundheitszieles wurde in Oberösterreich das „Bündnis für psychische Gesundheit“ gegründet, in dem die wichtigsten Akteure der ambulanten psychosozialen Versorgung vertreten sind. Das Bündnis fungiert als Plattform für die Koordination für präventive Aktivitäten im psychosozialen Bereich. Zur Information

und Bewusstseinsbildung der Bevölkerung wurden Informationsmaterialien erarbeitet (32.000 Broschüren „Rat und Hilfe bei Suizidgefahr“, 5.300 Folder „10 Schritte für ein psychisches Wohlbefinden“ und 5.500 Plakate wurden ausgegeben) und Angebote geschaffen (40 Publikumsveranstaltungen mit rund 2.600 BesucherInnen, rund 130 „Psychochecks“ im Rahmen der Gesundheitsstraßen der Gesunden Gemeinden). Für Personen, die in ihrer beruflichen Tätigkeit häufig mit psychosozialen Problematiken konfrontiert sind (sogenannte „Frontlineberufe“), wurde ein spezielles Schulungsangebot geschaffen, das von rund 800 Personen in Anspruch genommen wurde. Um den Zugang zu Hilfsangeboten zu erleichtern, wurden eine Krisenhotline und eine Website eingerichtet.

Die Zielerreichung wird von den ExpertInnen als sehr schwierig angesehen - vor allem in Zeiten von Wirtschaftskrisen und deren Folgen. Trotz der als problematisch eingeschätzten Erreichbarkeit des Gesundheitszieles wurde eine Fülle von Maßnahmen umgesetzt, die für eine künftige positive Entwicklung von Bedeutung sind. Das ExpertInnengremium betont vor allem die Wichtigkeit des „Bündnis für psychische Gesundheit“. Durch dessen Gründung ist es gelungen, dass viele unterschiedliche Organisationen gemeinsam und vernetzt daran arbeiten, die psychosoziale Gesundheit der OberösterreicherInnen zu verbessern. Die Aktivitäten des Bündnisses haben dazu beigetragen, die Bevölkerung zu informieren, über psychische Gesundheit aufzuklären und zu entstigmatisieren. Durch die Öffentlichkeitsarbeit und die gezielte Schulung von Menschen in Frontline-Berufen wurde es den Menschen erleichtert, passende Hilfsangebote zu finden.

¹⁴ WHO 1999, S. 51

¹⁵ Die Suizidrate in Oberösterreich sollte um ein Drittel gesenkt werden.

¹⁶ Die durchschnittliche rohe Suizidrate lag in den Jahren 2007 bis 2009 um rund 10 Prozent unter dem Durchschnitt der Jahre 1999 bis 2001 (Männer minus 7 Prozent und Frauen minus 18 Prozent). Die altersbereinigte Suizidrate ist noch etwas stärker gesunken, nämlich um 15 Prozent (Männer 15 Prozent und Frauen 24 Prozent. (Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik; eigene Berechnungen). Die Suizidrate geht seit Mitte der 1980-er Jahre zurück. Davor war eine Zunahme zu verzeichnen.

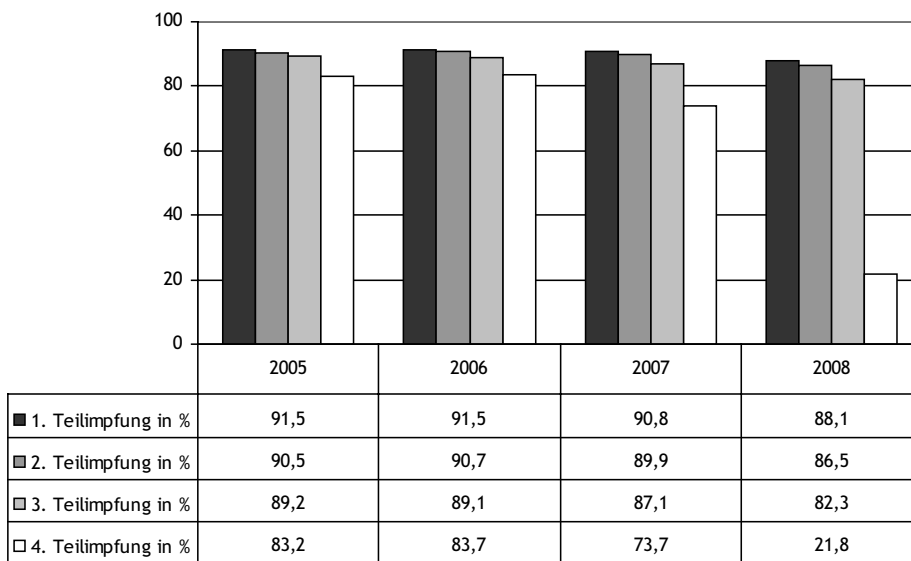
¹⁷ Die Rate der Krankenhausaufenthalte mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose ist zwischen 2001 und 2009 um 20 Prozent gestiegen (Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik; ISIS; eigene Berechnungen). Die Zunahme der Krankenstände (Arbeitsunfähigkeitsmeldungen je 1.000 Beschäftigte) zwischen 2002 und 2009 beträgt 37 Prozent (ArbeiterInnen und Angestellte. Quelle: OÖGKK, HVB - Berichte; eigene Berechnungen).

¹⁸ Richter 2008, S. 351-362; Jacobi 2009

Gesundheitsziel 5 - Impfen

Bis zum Jahr 2010 sollen sukzessive die Durchimpfungsraten für Impfungen gegen Masern-Mumps-Röteln (2 Impfungen bis zum 7. Lebensjahr) sowie Pertussis (Keuchhusten) und Hämophilus influenzae Typ B (4 Teilimpfungen bis zum 3. Lebensjahr) auf 90 Prozent ansteigen.

Abbildung 145: Durchimpfungsraten der 6-fach-Impfungen in Prozent bei den Geburtenjahrgängen 2005-2008

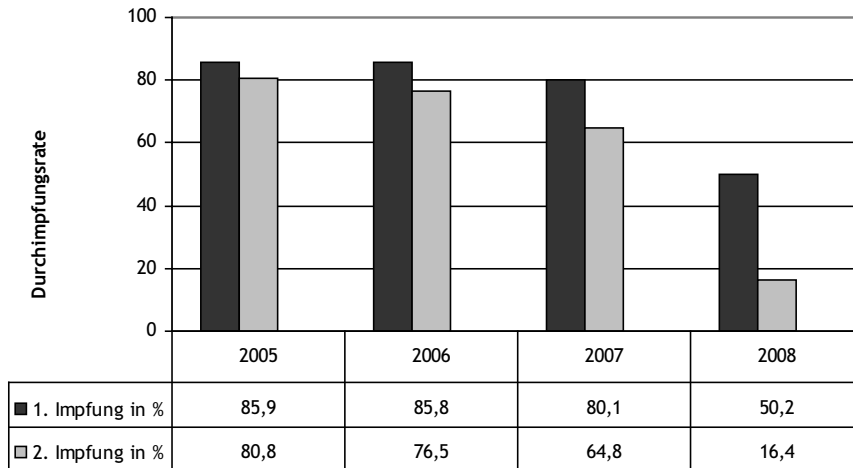


Quelle: Land OÖ, Stand 31.12.2009

Die Impfungen gegen Pertussis (Keuchhusten) und Hämophilus influenzae Typ B werden in einer Kombinationsimpfung (6-fach-Impfung) gemeinsam mit den Komponenten gegen Diphtherie, Tetanus, Kinderlähmung und Hepatitis B verabreicht. Die Durchimpfungsraten bei der 6-fach-Impfung bewegen sich bei den ersten drei Teilimpfungen im angestrebten Bereich von 90 Prozent, sinken aber bei

der vierten Teilimpfung auf etwa 83 Prozent ab (bei den Geburtenjahrgängen 2007 und 2008 sind zum Auswertungszeitpunkt Ende 2009 noch nicht alle Teilimpfungen abgeschlossen, sodass hier bis Vollendung des 3. Lebensjahres der Kinder noch mit einer entsprechenden Steigerung bei der 4. Teilimpfung zu rechnen ist).

Abbildung 146: Durchimpfungsraten MMR-Impfungen in Prozent der Geburtenjahrgänge 2005-2008



Quelle: Land OÖ, Stand 31.12.2009

Die Durchimpfungsraten bei der MMR (Masern, Mumps, Röteln)-Impfung liegen sowohl bei der ersten als auch bei der zweiten Impfung mit etwa 85 Prozent unter den angestrebten 90 Prozent (bei den Geburtenjahrgängen 2007 und 2008 sind zum Auswertungszeitpunkt Ende 2009 die Impfungen noch nicht abgeschlossen, die Durchimpfungsraten daher für diese Geburtenjahrgänge noch nicht repräsentativ). Das Gesundheitsziel konnte also bei der MMR-Impfung, insbesondere für die 2. Impfung, nicht erreicht werden.

In den Jahren 2006 und 2007 wurde ein Arbeitskreis zu diesem Gesundheitsziel ins Leben gerufen. Daraus gingen einige Aktivitäten zur Erhöhung der Durchimpfungsraten hervor. Dabei setzte man vor allem auf das Thema Öffentlichkeitsarbeit sowohl in der Ärzteschaft (durch eine eigene Broschüre, Vorträge oder auch Artikel in der Zeitung der Oberösterreichischen Ärztekammer) als auch in der Gesamtbevölkerung (z. B. FAQ's mit gesicherten medizinischen Informationen zum Thema Impfen auf Webseiten). Auf Initiative des Arbeitskreises wurde auch die Oberösterreichische Impfkommision zur Vernetzung und Kooperation gegründet (bestehend aus Land OÖ, OÖGKK und der OÖ Ärztekammer).

ExpertInnen sehen das Gesundheitsziel speziell bei der MMR-Impfung als sehr ambitioniert an, da gerade hier die Impfskepsis besonders groß ist. Als positive Anreize für eine höhere Durchimpfungsrate sehen die ExpertInnen die Tatsache, dass in Oberösterreich die Erlangung des Mutter-Kind-Zuschusses an die Impfungen gekoppelt ist und dies auch kontrolliert wird.

Gesundheitsziel 6 - Herz-Kreislaufkrankheiten
Bis zum Jahr 2010 sollte die Mortalität infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Altersgruppe unter 65 Jahre nachhaltig um mindestens 20 % gegenüber dem Jahr 2000 zurückgehen.

Den Hintergrund für das Gesundheitsziel stellt das Rahmenkonzept „Gesundheit 21“ der WHO dar, wonach bis 2020 in der Region Europa die durch Herz-Kreislaufkrankungen bedingte Sterblichkeit in der Altersgruppe unter 65 Jahren um mindestens 40 Prozent abnehmen soll, insbesondere in Ländern mit hohen Mortalitätsraten.¹⁹

In Oberösterreich ist zwischen 2000 und 2008 ein Rückgang der standardisierten Mortalitätsrate um 41 Prozent festzustellen (siehe Kapitel 5.3.1.), also in einem erheblich höherem Ausmaß als es das Gesundheitsziel vorsieht. Es handelt sich dabei um einen längerfristigen Trend, der in ähnlicher Weise auch in den anderen österreichischen Bundesländern und in den westeuropäischen Staaten zu beobachten ist.²⁰ Die Ursachen für die Entwicklung sind vielschichtig und aufgrund der Komplexität nicht eindeutig identifizierbar bzw. quantifizierbar. Wesentliche Einflussfaktoren sind in den Bereichen Lebensweise (z.B. Ernährung, Tabakkonsum, Gesundheitsbewusstsein etc.), Lebensbedingungen (z.B. Luftschadstoffe, Lärm) und medizinischer Versorgung (z.B. Notversorgung, neue

¹⁹ WHO 1999, S. 70

²⁰ Püringer 2007, S. 9; Jousilahti, Pekka 2006, S. 44; Gohlke 2003.

Behandlungsmethoden und Diagnoseverfahren) zu vermuten.²¹ Dabei können auch sehr weit zurückliegende Faktoren eine Rolle spielen, da sich bspw. Veränderungen der Lebensweise oder Präventionsmaßnahmen oft erst nach Jahrzehnten auf das Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen der Gesamtbevölkerung auswirken.

Im Rahmen des Gesundheitszieles wurden in Oberösterreich verschiedene regionale Pilotprojekte initiiert, die auf die Verringerung der Risikofaktoren in der Bevölkerung bzw. für Personen mit erhöhtem Risiko abzielen.²² In einem weiteren Sinn sind auch Aktivitäten im Rahmen des Gesundheitsziels 1 (Diabetische Spätfolgen, siehe oben) im Hinblick auf die Verminderung von Herz-Kreislaufkrankungen von Bedeutung. Darüber hinaus stellen alle Angebote und Aktivitäten, die Herz-Kreislauf-Risikofaktoren im positiven Sinn beeinflussen, Beiträge im Rahmen des Gesundheitszieles dar (z.B. Tabakprävention, Adipositasprojekte, Förderung von physischer Aktivität und gesundheitsförderlicher Bewegung, betriebliche und schulische Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung und Gesundheitsinformation im Rahmen der Gesunden Gemeinden usw.).

Gesundheitsziel 7 - Rauchfreie Lebensräume

Gesundheit braucht rauchfreie Atemluft und dies wird durch rauchfreie Lebensräume gewährleistet. Deswegen soll sich die Anzahl der rauchfreien Lebensräume für alle OberösterreicherInnen bis 2010 wesentlich erhöhen.

Als wesentliche Messkriterien für die Evaluierung des Gesundheitszieles wurden folgende Indikatoren festgelegt: Die Anzahl der rauchfreien Lokale und Gaststätten soll sich erhöhen, die Passivrauchbelastung am Arbeitsplatz sowie die allgemeine RaucherInnenquote sollen gesenkt werden. Die allgemeine RaucherInnenquote ist in den letzten zehn Jahren rückläufig und der NichtraucherInnenanteil ist von 42 Prozent im Jahr 2000 auf 63 Prozent im Jahr 2009 kontinuierlich angestiegen.²³ In diesem Zusammenhang ist davon auszugehen, dass sich durch die Senkung der allgemeinen RaucherInnenquote vor allem die Anzahl der rauchfreien Lebensräume im privaten Bereich (Wohnräume) moderat erhöht hat. Bezüglich der Passivrauchbelastung am Arbeitsplatz ist es tendenziell ebenfalls zu einer leichten Verbesserung der Situation gekommen: Im Jahr 2003 stimmten 31 Prozent der Beschäftigten der Aussage „An meinem Arbeitsplatz ist es

erlaubt zu rauchen“ voll und ganz zu. 2009 geben 21 Prozent an, dass an ihrem direkten Arbeitsplatz regelmäßig (12 Prozent) oder in Ausnahmefällen (9 Prozent) geraucht wird.²⁴ Mit dem 30. Juni 2010 endete die Übergangsfrist für die Tabakgesetznovelle 2008 für die Gastronomie. Mit der Übergangsfrist einhergehend, hat sich die Anzahl der rauchfreien Lokale und Gaststätten erhöht.²⁵

Vor dem Hintergrund des Gesundheitsziels wurde im Jahr 2007 von der Landessanitätsdirektion OÖ in Kooperation mit dem Institut für Gesundheitsplanung, der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie und der Ärztekammer OÖ ein „Rauchfrei“-Wettbewerb in und für „Gesunde Gemeinden“ initiiert. Dabei sollten die teilnehmenden Gemeinden u.a. Ideen für die Schaffung zusätzlicher rauchfreier Lebensräume einbringen. Leider wurde die Aktion lediglich in einem sehr überschaubaren Rahmen angenommen. Laut Experten wurde die Aktion einerseits zu wenig beworben, andererseits fehl(t)e zum Teil auch die Problemeinsicht vor Ort. Hinzu komme, dass die Aktion nur wenig Unterstützung seitens der Politik erfahren habe.

Insgesamt sehen die Experten, dass sich zwar in den letzten Jahren einiges in Sachen rauchfreie Lebensräume zum Positiven verändert hat (z.B. teilweise in der Gastronomie, rauchfreie Züge und Taxis, weitgehend rauchfreie Einkaufszentren und Bahnhöfe), aber von Seiten der Politik notwendige (weitreichende) Veränderungen der Rahmenbedingungen ausgeblieben sind.

Gesundheitsziel 8 - Suchtprävention

Die oberösterreichische Bevölkerung soll bis zum Jahr 2010 bezüglich Sucht, psychoaktive Substanzen und Möglichkeiten der Suchtprävention informiert sein.

Als wesentliches Messkriterium für die Evaluierung des Gesundheitsziels wurde folgender Indikator festgelegt: Die suchtpreventiven Aktivitäten sollen qualitätsgesichert (dem internationalen Wissensstand entsprechend) bezogen auf das Basisjahr 2005 um 60 Prozent bis zum Jahr 2010 gesteigert werden.

Zur Evaluierung des Gesundheitsziels wurden die Angebote des Instituts Suchtprävention herangezogen. Diese reichen von Vorträgen über Seminare und Kurse bis hin zu Lehrgängen für die Zielgruppen MultiplikatorInnen, Schlüsselpersonen sowie die Gesamtbevölkerung. In Summe konnte die Anzahl der mit Aktivitäten des Instituts

²¹ Beispielsweise ist in den letzten 15 bis 20 Jahren für koronare Herzerkrankungen eine Verschiebung in Richtung leichterer Verlaufsform zu beobachten (Abnahme schwerer Herzinfarkte und Zunahme instabiler Angina pectoris). Als mögliche Ursachen werden einerseits in einer gesünderen Lebensweise der Bevölkerung (z.B. bessere Ernährung, geringerer Nikotinkonsum bei Männern) als auch in einer besseren medizinischen Versorgung (bessere und frühere Diagnostik und Behandlung, sekundärpräventive Maßnahmen) gesehen (Gohlke 2003).

²² „Hab' ein Herz für dein Herz“ in der Gemeinde Micheldorf, „Aktiv Xund in Form“ im Bezirk Rohrbach, „Enns gemeinsam gesünder. Wir beugen vor!“ in Enns.

²³ Ergebnisse der Bevölkerungsbefragungen des Instituts Suchtprävention der Jahre 2000, 2003, 2006 und 2009 (Bevölkerung ab dem Alter von 15 Jahren)

²⁴ Ergebnisse der Bevölkerungsbefragungen des Instituts Suchtprävention der Jahre 2003 und 2009 (Bevölkerung ab dem Alter von 15 Jahren)

²⁵ Österreichweit hat sich ein Viertel aller kleinen Lokale (unter 50m²) dafür entschieden, fortan als Nichtraucherlokal geführt zu werden. Etwa 45 Prozent der mittelgroßen Lokale (50m² bis 80m²) wurden zu Nichtraucherlokalen, während etwa gleich viele ein separates Raucherzimmer einrichteten. Von den großen Lokalen (über 80m²) haben knapp drei Viertel einen separaten Raucherbereich. Es ist davon auszugehen, dass sich die oberösterreichische Gastronomie diesbezüglich nicht von Restösterreich unterscheidet. (Quelle: <http://derstandard.at/1277336719501/Rauchverbot-Mehr-Lokale-als-erwartet-Nichtraucherbetriebe>; letzter Zugriff: 30.12.2010)

erreichten Personen von 2005 bis 2009 um 80 Prozent gesteigert werden: Im Jahr 2005 wurden rund 14.000 Personen mit Maßnahmen erreicht, 2007 waren dies bereits rund 24.000 und 2009 schließlich über 25.000.²⁶ Somit kann das Gesundheitsziel als erreicht angesehen werden. Das Institut Suchtprävention betreibt auch eine Webseite, auf der neben allgemeinen Informationen zum Thema Sucht und Suchtprävention auch wissenschaftliche Publikationen zur Verfügung stehen. Die Zugriffe auf www.praevention.at verdoppelten sich von 2005 auf 2007 von rund 138.000 auf rund 268.000 und lagen 2009 schließlich bei rund 232.000.²⁷

Darüber hinaus werden zahlreiche Menschen mit Informationsbroschüren (z.B. Alkohol und Rauchen in der Schwangerschaft), Arbeitsmaterialien (z.B. für LehrerInnen) und Publikationen (z.B. Elternhandbuch „Wie schütze ich mein Kind vor Sucht“) erreicht.

Um den Wissensstand der oberösterreichischen Bevölkerung zum Thema Sucht(prävention) zu beschreiben, können Daten aus dem Drogenmonitoring herangezogen werden. Seit dem Jahr 2003 ist eine Verbesserung in Bezug auf das Wissen zum Thema Passivrauch zu beobachten: Im Jahr 2009 stimmen immerhin 94 Prozent der Befragten der Aussage „Wenn Kinder im gleichen Raum anwesend sind, sollte auf keinen Fall geraucht werden“ zu (2003: 85%). Auch die Gefahr des Passivrauchs für Nichtraucher im Allgemeinen erkennen 86 Prozent (2003: 79%). Was das Wissen über das Konsumalter von Spirituosen betrifft, ist eine Steigerung zu erkennen: 2003 waren noch 53 Prozent der Ansicht, dass Spirituosen auch von unter 18-Jährigen konsumiert werden dürfen, 2009 waren dies 32 Prozent. Allein das Faktenwissen über illegale Drogen²⁸ ist in der oberösterreichischen Bevölkerung nicht allzu groß: Als „gut informiert“ sind nur rund 13 Prozent der Bevölkerung einzustufen.

Als maßgeblich für die positive Entwicklung wird von den Experten einerseits das steigende Bewusstsein für Suchtprävention angesehen. Das Thema Suchtprävention wird zunehmend ernster genommen und somit werden auch die Aktivitäten des Instituts Suchtprävention vermehrt nachgefragt. Andererseits spielt auch das Netzwerk der in der Suchtprävention tätigen Organisationen eine große Rolle. Die ständig intensiver werdende Vernetzung der ExpertInnen bewirkt eine Optimierung der Zusammenarbeit und somit eine bessere Möglichkeit zur Positionierung suchtpreventiver Interessen.

Gesundheitsziel 9 - Gesundheitsfördernde Schule

Bis zum Jahr 2010 sollen 70 Schulen im Rahmen des von der oberösterreichischen Arbeitsgruppe „Gesunde Schule“ ausgearbeiteten Konzepts gesundheitsfördernd tätig sein.

Im Rahmen dieses Gesundheitszieles wurde im Arbeitskreis „Gesunde Schule“ (bestehend aus VertreterInnen der OÖGKK, dem OÖ Landesschulrat, dem Land OÖ, dem Institut für Gesundheitsplanung, dem schulpsychologischen und schulärztlichen Dienst, der pädagogischen Hochschule, dem Institut Suchtprävention, der Eltern, LehrerInnen und SchülerInnen) das Gütesiegel „Gesunde Schule Oberösterreich“ ins Leben gerufen (das Gütesiegel wird im Kapitel 11 näher beschrieben).

Seit 2008 wurden bis Ende 2010 insgesamt 33 Schulen mit dem Gütesiegel ausgezeichnet, 7 Schulen wurden von der Jury bereits abgelehnt und aufgefordert, bestimmte Bereiche zu verbessern, um das Gütesiegel zu erlangen. Zweimal im Jahr findet außerdem eine Informationsveranstaltung statt, in der interessierte Schulen in den Prozess zum Erreichen des Gütesiegels einsteigen können. Diese Informationsveranstaltungen haben bisher 108 Schulen besucht²⁹. Diese Schulen wollen derzeit durch gesundheitsfördernde Maßnahmen das Gütesiegel erreichen.

ExpertInnen betrachten den Arbeitskreis „Gesunde Schule“ und die unkomplizierte multidisziplinäre Zusammenarbeit aus verschiedenen Organisationen als einen sehr wichtigen positiven Faktor für dieses Gesundheitsziel (auch wenn dadurch der Organisationsaufwand erhöht ist). Die Schulen sind zusätzlich zu ihren unterrichtlichen Aktivitäten sehr bemüht, im Bereich der Gesundheitsförderung aktiv zu sein.

Neben dem Gütesiegel „Gesunde Schule Oberösterreich“ werden eine Reihe von Gesundheitsförderungsmaßnahmen von Oberösterreichs Schulen umgesetzt. So berichten z. B. ca. 95 Prozent der Schulen, dass sie Erfahrungen in der Durchführung von Projekten zum Thema Ernährung oder Bewegung haben und mehr als die Hälfte gibt an, Gesundheitstage durchzuführen.³⁰ Der Stellenwert der Schulischen Gesundheitsförderung wird von über 90 Prozent der Schulen als sehr hoch oder hoch eingestuft.³¹ Unter Anderem werden den Schulen gesundheitsfördernde Projekte von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, dem Land OÖ, dem Landesschulrat und dem Institut Suchtprävention meist in Zusammenarbeit mit weiteren Institutionen angeboten. Exemplarisch seien hier einige aufgezählt:

²⁶ www.praevention.at, eigene Berechnungen auf Basis der Jahresberichte des Instituts Suchtprävention 2005, 2007 und 2009.

²⁷ Auskunft Institut Suchtprävention

²⁸ Im Rahmen des Drogenmonitorings wurde das Wissen anhand von neun Fragen ermittelt: „gut informiert“: 7 oder mehr richtige Antworten, „etwas informiert“: mindestens 4 und weniger als 7 richtige Antworten, „kaum informiert“: weniger als 4 richtige Antworten.

²⁹ Stand Oktober 2010

³⁰ Sebinger 2009, S. 14

³¹ Sebinger 2009, S. 13

- Gesundheit leben - Gesundheit lernen (LehrerInnen und SchülerInnen erarbeiten im fächerübergreifenden Unterricht Möglichkeiten einer gesundheitsfördernden Lebensgestaltung; 5. bis 12. Schulstufe)
- Der kleine Mugg (umfassendes Gesundheitsförderungsprojekt für Schulen mit hohem MigrantInnenanteil; 1. bis 4. Schulstufe)
- Eigenständig werden (Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention in der Volksschule)
- Clever & Cool (einjähriges Schulprojekt mit SchülerInnen, Lehrkräften und Eltern in der 8. und 9. Schulstufe)
- KoordinatorInnen für Suchtprävention in Schulen (LehrerInnen, LeiterInnen, SchulärztInnen in AHS und BMHS)
- Kids stark machen (Gewaltpräventionsprojekt mit Modulen „Sicheres Fallen“ für die 5. und 6. Schulstufe, „Selbstverteidigung“ für Mädchen der 7. bis 9. Schulstufe und Sucht- und Gewaltprävention in allen Gegenständen und Schulstufen)
- Bewegte Schule (Bewegung als Unterrichtsprinzip in der Schule)
- Eine runde Sache (Thema Getränke; Haupt- und Sonderschulen)
- Ökofit (langfristiges Ernährungsprojekt an HLWs und 1 Berufsschule)
- Die schlaue Ernährungsmaus (Ernährungsinformationen für Kinder; 3. und 4. Schulstufe)
- Haltungs- und Bewegungsberatung in Volksschulen (richtige Alltagsbewegungen, größtmögliche Bewegungsvielfalt und Freude an der Bewegung)

All diese Maßnahmen (und noch viele andere auch) haben die Gesundheit der SchülerInnen in Oberösterreich zum Ziel.

Gesundheitsziel 10 - Gesunde Gemeinde

Bis zum Jahr 2010 sollte an 25 % der oberösterreichischen Gemeinden ein Qualitätszertifikat für Gesunde Gemeinden verliehen worden sein.

Da im Jahr 2005 bereits 379 (ca. 85 Prozent) von 441 Gemeinden (ohne Statutarstädte) in Oberösterreich auch Gesunde Gemeinde waren, orientierte sich das Gesundheitsziel in den Jahren 2005 bis 2010 an einer Verbesserung der Struktur-, Ergebnis- und Prozessqualität in den Gesunden Gemeinden. Bei Beschluss des Gesundheitszieles stand noch kein Konzept für ein Qualitätszertifikat zur Verfügung. Dieses wurde erst danach entwickelt und mit 17 Pilotgemeinden in den Jahren 2007 bis 2010 erprobt.³² Das Qualitätszertifikat für Gesunde Gemeinden wird im Kapitel 12 näher erläutert. Im Zertifizierungszeitraum 2010 bis 2012 beteiligen sich 139 Gemeinden am Qualitätszertifikat, das ist fast ein Drittel aller Gesunden Gemeinden (15. 11. 2010: 429 Gesunde Gemeinden). Auch wenn das Gesundheitsziel nach strenger Auslegung nicht erreicht wurde, so kann doch erwähnt werden, dass ein weitaus größerer Anteil der Gesunden Gemeinden im Jahr 2010 am Qualitätszertifikat teilnimmt als im Ziel festgehalten und ursprünglich angenommen.

³² Amt der Oö. Landesregierung 2010, S. 5

12. GESUNDHEITS- ZIELE 2011-2020

12.1. Einleitung

12.1.1. Ausgangssituation

Mit dem ersten Oberösterreichischen Gesundheitsbericht im Jahr 2000 wurden auch die ersten Gesundheitsziele für dieses Bundesland definiert. Dafür bildeten das Land Oberösterreich, die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse und die Städte Linz und Wels eine Partnerschaft im Sinne der Gesundheitsziele. Diese Partnerschaft wurde mit der gemeinsamen Gründung des Instituts für Gesundheitsplanung (IGP) 2002 noch verstärkt. Im Jahr 2004 kam die OÖ Ärztekammer als Partner im Vorstand des IGP hinzu.

Um die Umsetzung der OÖ Gesundheitsziele weiter voranzutreiben wurde die Oberösterreichische Gesundheitskonferenz gegründet, die zur Erarbeitung der Gesundheitsziele Arbeitskreise einsetzte. In Zusammenarbeit mit diesen Arbeitskreisen wurden einige Gesundheitsziele im Jahr 2005 überarbeitet und konkretisiert.

Die Gesundheitsberichterstattung inklusive Monitoring der Gesundheitsziele und die Koordinierung der Umsetzungsmaßnahmen bzw. auch deren Evaluierung wurde vom Institut für Gesundheitsplanung durchgeführt. Die End-Evaluierung im Jahr 2010 hat gezeigt, dass nicht alle Gesundheitsziele mit den gesetzten Maßnahmen erreicht werden konnten, nicht zuletzt auch aufgrund der Tatsache, dass Gesundheit und Krankheit von einer Unzahl an Faktoren (Determinanten) abhängt. Diesen Gesundheitsdeterminanten wollte man mehr Rechnung tragen und entschied sich für eine Neuformulierung der Oberösterreichischen Gesundheitsziele. Der Auftrag für die Neuformulierung wurde vom Vorstand des Instituts für Gesundheitsplanung der Geschäftsführung erteilt.

12.1.2. Gremien und Personen

Am Prozess der Neuformulierung der Oberösterreichischen Gesundheitsziele waren zahlreiche Personen und Gremien beteiligt, die sich die Verbesserung der Gesundheit der Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen zum Ziel gesetzt haben. Nur durch deren Zusammenarbeit und Engagement konnte das Gelingen des Prozesses gewährleistet werden.

Vorstand des Instituts für Gesundheitsplanung

Den Auftrag für die Erarbeitung der neuen Gesundheitsziele gab der Vorstand des Instituts für Gesundheitsplanung. Der Vorstand war in weiterer Folge auch als Steuerungsgruppe tätig, die bei Erreichung von Meilensteinen im Rahmen von Vorstandssitzungen oder Aussendungen der Geschäftsführung des IGP informiert wurde und Möglichkeiten zur Steuerung des Prozesses hatte.

OÖ Gesundheitskonferenz

Die Oberösterreichische Gesundheitskonferenz gilt als Gremium, das Partizipation schafft. Einmal jährlich findet ein Treffen der Gesundheitskonferenz statt, bei dem über den aktuellen Stand der Gesundheitsziele berichtet und die weitere Vorgehensweise besprochen wird. Während des Prozesses zur Formulierung der Gesundheitsziele bis 2020 fanden drei Sitzungen statt. Zwischen diesen Besprechungen wurde die Gesundheitskonferenz per Aussendung von der Geschäftsführung informiert und Möglichkeit zur Rückmeldung gegeben.

Die OÖ Gesundheitskonferenz setzt sich zusammen aus VertreterInnen von Anbietern gesundheitlicher Leistungen, Kostenträgern, der Selbsthilfe, des Patientenschutzes, Gruppen mit spezifischen Bedarfen sowie Gesundheitspolitik und -verwaltung.

Beirat Gesundheitsziele

Der Beirat für Gesundheitsziele setzt sich aus ExpertInnen der Vorstandsorganisationen des IGP zusammen. Die Aufgaben dieses Beirates wurden wie folgt definiert:

- Inhaltliche Rückmeldungen an das IGP-Team und Vereinbarungen mit dem IGP-Team über die weitere Vorgehensweise
- Inhaltliche Unterstützung bei der Vorbereitung der Gesundheitskonferenzen und der Vorstandssitzungen (in diesem Bereich):
 - 2009: Problemfelder ausarbeiten
 - Frühjahr 2010: Ziele formulieren
 - Sommer/Herbst 2010: Strategie und Zuständigkeiten
- Vertretung der Organisationen

Dem Beirat gehören an: Mag.a Monika Gebetsberger (Land OÖ Abteilung Gesundheit), Dr.in Brigitte Horwath (Stadt Linz Gesundheitsamt), DI Mag. Alfred Mair MPH (OÖGKK Abteilung Gesundheitsökonomie), Dr. Stefan Meusburger MSc (Land OÖ Abteilung Gesundheit), Präs. Dr. Peter Niedermaier (Ärzttekammer OÖ), Mag.a Sabine Weißengruber-Auer (Ärzttekammer OÖ) und Dr. Hubert Zödl (Stadt Wels Gesundheitsdienst).

ExpertInnen-Arbeitskreise

Für die Erarbeitung einiger Gesundheitsziele war es nötig, ExpertInnen-Arbeitskreise einzuberufen, die bei den ersten Gesundheitszielen bereits involviert waren:

- Psychosoziale Gesundheit: Bündnis psychische Gesundheit
- Ernährung und Bewegung: VertreterInnen des Arbeitskreises Adipositas
- Alkohol und Tabak: VertreterInnen des Instituts Suchtprävention, des Landes OÖ sowie der Ärzteschaft
- Setting Gemeinde: VertreterInnen der Abt. Gesundheit des Landes OÖ (Bereich „Gesunde Gemeinde“)
- Setting Betrieb: OÖ Plattform BGF und Prävention, Kontaktstelle Oberösterreich des Netzwerkes Betriebliche Gesundheitsförderung
- Setting Schule: „Kleiner Arbeitskreis“ zum Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ“

MitarbeiterInnen des IGP

Die Ausarbeitung von Papers, die Vorbereitung und Organisation aller Besprechungen, die inhaltlichen Vorarbeiten und die Koordinierung des gesamten Prozesses wurden im Büro des Instituts für Gesundheitsplanung durchgeführt:

- Mag. Markus Peböck, Geschäftsführer
- Elena Madlschenter, Assistentin der Geschäftsführung
- MMag. Martin Reif MPH, Bereich Gesundheitsberichterstattung
- Mag. Richard Birgmann, Bereich Gesundheitsberichterstattung
- Mag.a Martina Ecker-Glasner, Bereich Gesundheitsziele

12.1.3. Vorgehensweise und Zeitachse

Der Ablauf des Zieleprozesses war in vier Meilensteine gegliedert: Vorbereitung, Assessment, Zieleauswahl und Strategie festlegen.

Vorbereitung und Assessment

In der Gesundheitskonferenz im Dezember 2008 wurden 21 Themen-Papiere präsentiert. Auf Basis der WHO-21 Ziele wurden zu jedem Thema Epidemiologie/Ist-Stand, bisherige Aktivitäten und Strategien in OÖ, Aktivitäten der WHO, der EU, Österreichs und anderer Bundesländer und wichtige Player in OÖ beschrieben. Im Rahmen der Gesundheitskonferenz konnten erste Rückmeldungen gegeben werden, welche Themen den Mitgliedern wichtig erscheinen. Bis März 2009 gab es die Möglichkeit, eine schriftliche Stellungnahme und Reihung der Themenfelder an das IGP zu übermitteln. Folgende Themenfelder wurden am häufigsten genannt:

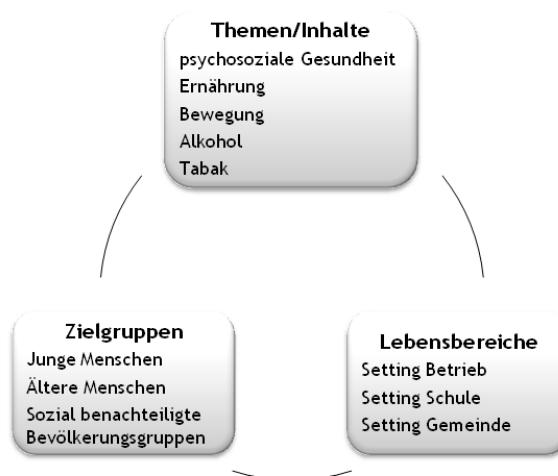
- Psychosoziale Gesundheit
- Gesundheit junger Menschen
- Gesundheitliche Chancengerechtigkeit
- Multisektorale Verantwortung für Gesundheit
- Settings zur Förderung der Gesundheit
- Gesünder leben
- Altern in Gesundheit
- Verringerung des Alkohol-, Drogen- und Tabakkonsums

Zieleauswahl und Strategien festlegen

Im Beirat wurden in weiterer Folge alle Themenfelder anhand der Kriterien Konsensfähigkeit/Akzeptanz, sachliche Begründbarkeit, Kontinuität, Spezifität/Diffusität, Synergien/Doppelgleisigkeiten, Evidenzen und langfristiger/kurzfristiger Erfolg betrachtet. Weiters recherchierte das Team des IGP für jedes Themenfeld „Models of good practice“ und ordnete diese bzw. alle wichtigsten Aspekte der Themenfelder in ein theoretisches wissenschaftliches Modell¹ ein. Die acht Themenfelder wurden noch genauer betrachtet, sodass eine Dreiteilung der Themenbereiche mit zwei Sonderthemen entstanden ist. Die beiden Sonderthemen „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit“ und „Multisektorale Verantwortung“ wurden

als Leitmotive berücksichtigt. Gesundheitliche Chancengerechtigkeit findet sich in der speziellen Berücksichtigung benachteiligter Zielgruppen wieder, dem Thema Multisektorale Verantwortung wurde darüber hinaus ein eigenes Gesundheitsziel gewidmet.

Abbildung 1: Dreiteilung der Themenbereiche



Die wichtigsten Ergebnisse der Recherche wurden im Herbst 2009 der Gesundheitskonferenz präsentiert. In Kleingruppen konnten die Mitglieder der Gesundheitskonferenz die wichtigsten Bereiche innerhalb der Themenfelder erarbeiten. Diese Bereiche galten als Rahmenbedingungen für die weitere Erarbeitung der Gesundheitsziele. Der Beirat steckte die Rahmenbedingungen in Form der Präambel und weiterer Vorgaben (konkrete Bestimmung der Zielgruppen und den Zeitrahmen für die Gesundheitsziele) ab. Anschließend wurden in Workshops mit den ExpertInnen die Gesundheitsziele erarbeitet.

Im Frühjahr 2010 fanden für jedes Gesundheitsziel des Bereichs „Themen/Inhalte“ zwei moderierte ExpertInnen-Workshops statt. Für den Bereich „Lebensbereiche“ existierten ohnedies bereits eigene Strukturen (Arbeitskreise oder ähnliches) für die Zieleauswahl. Im jeweils ersten Workshop wurden innerhalb des festgelegten Themenkreises und der Zielgruppen Prioritäten ausgewählt. Danach konnten Vorschläge für Zielformulierungen von den ExpertInnen zur Vorbereitung des zweiten Workshops ausgesendet werden. Diese waren dann Ausgangsbasis für die konkrete Ausarbeitung der Gesundheitsziele, bei der auch die wesentlichen Strategien zur Umsetzung diskutiert wurden.

Der Ziele-Beirat diskutierte und bearbeitete die Ergebnisse der ExpertInnen-Workshops, bevor für alle Ziele noch eine Kurzform inklusive Messgröße erarbeitet wurde, um die Oberösterreichischen Gesundheitsziele einheitlich zu gestalten.

¹ Ergebnismodell der Gesundheitsförderung Schweiz, nähere Infos unter: www.quint-essenz.ch

12.1.4. Verhandlungen und Beschlussfassung

Die so ausgearbeiteten Gesundheitsziele konnten Ende 2010 den EntscheidungsträgerInnen des Landes OÖ und der OÖGKK übermittelt werden. Im Laufe des Jahres 2011 fanden noch weitere Verhandlungen bezüglich der konkreten Ausformulierung zwischen diesen Organisationen statt. Vom Institut für Gesundheitsplanung wurde schließlich das Ergebnis der Verhandlungen der Entschei-

dungsträgerInnen eingearbeitet und das endgültige Gesamtdokument „Mehr Gesundheit für Oberösterreich - Die oberösterreichischen Gesundheitsziele bis 2020“ erstellt. Die endgültigen Gesundheitsziele wurden am 14. Dezember 2011 im Vorstand des Instituts für Gesundheitsplanung und werden in weiterer Folge in der Gesundheitskonferenz, im Land OÖ und der OÖKK sowie in angepasster Form von den Städten Linz und Wels beschlossen.

12.2. Präambel

Die Oberösterreichischen Gesundheitsziele sind ein Instrument, um langfristig, gemeinsam und koordiniert für mehr Gesundheit in Oberösterreich zu arbeiten. Durch diese Zusammenarbeit der wichtigsten Organisationen im Gesundheitsbereich können Ressourcen gebündelt und Synergien genutzt werden. Das Institut für Gesundheitsplanung ist für die Koordination sowohl der Erarbeitung als auch der Umsetzung der Gesundheitsziele zuständig.

Wohlbefinden gleichermaßen umfasst. Gesundheit kann anhand objektiver Kriterien sowie subjektivem Empfinden definiert werden. Diese beiden Dimensionen sind in gleichem Ausmaß notwendig, um Gesundheit beschreiben zu können.

12.2.1. Gesundheitsbegriff und Gesundheitsmodell

Nachdem es unterschiedliche Sichtweisen davon gibt, was unter „Gesundheit“ verstanden wird, soll an dieser Stelle ein gemeinsam erarbeiteter Gesundheitsbegriff angeführt werden, an dem wir uns in Oberösterreich orientieren.

Gesundheit ist eine dynamische Entwicklung. Gesundheit und Krankheit schließen einander nicht aus, sie sind lediglich die Endpunkte auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Persönliche, soziale und umweltbezogene förderliche oder belastende Faktoren haben Einfluss darauf, wo sich ein Mensch in diesem Kontinuum befindet. Wir orientieren uns am Public-Health-Ansatz, der die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen in den Vordergrund stellt. Jeder Mensch ist für seine Gesundheit mitverantwortlich. Neben der individuellen Eigenverantwortung jedes/r Einzelnen liegt es auch in der Verantwortung der Gesellschaft, Verhältnisse zu schaffen, die es dem/der Einzelnen ermöglichen, gesund zu bleiben oder gesund zu werden.

„Gesundheit ist ein grundlegendes Menschenrecht und für unsere soziale und ökonomische Entwicklung unabdingbar.“²

Wir sehen uns einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff verpflichtet, der körperliches, psychisches und soziales

Grundlage dafür ist der Ansatz der Gesundheitsdeterminanten, der alle Faktoren beschreibt, die Menschen ein gesundes Leben ermöglichen. Gesundheitsförderung und Prävention haben daher einen gleichberechtigten Stellenwert wie die Krankenversicherung.

Abbildung 2: Determinanten von Gesundheit³



nach Dahlgren, Göran; Whitehead, Margaret: Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe; 1991

² Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert, 1997, S. 1

³ In Anlehnung an den „Policy Rainbow“: Dahlgren, Whitehead 1991

GESUNDHEITSDZIELE
2011-2020

Die Determinanten von Gesundheit (nach Dahlgren & Whitehead) stellen die Haupteinflüsse auf die Gesundheit als eine Reihe von Schichten dar.

Alter, Geschlecht und Erbanlagen sind wichtig für unsere Gesundheit, aber nicht beeinflussbar.

Für Veränderungen auf der Ebene der individuellen Lebensweisen stehen jene Bereiche im Mittelpunkt, die die Menschen selbst beeinflussen können. Dies inkludiert beispielsweise Gesundheitserziehung sowie Unterstützung für Menschen mit einem gesundheitsabträglichen Lebensstil.

Maßnahmen auf der Ebene der sozialen und kommunalen Netzwerke zielen darauf ab, Menschen zu helfen, sich gegenseitig zu unterstützen. Diese Strategien anerkennen die Stärken, welche Familien, Freundschaften, Freiwilligenorganisationen oder auch Gemeinden haben - im Gegensatz zu isoliert arbeitenden Individuen.

Die dritte Schicht zielt darauf ab, durch gesundheitsförderliche Strategien die Lebens- und Arbeitsbedingungen zu verbessern. Dies kann national, regional oder lokal geschehen. Der Fokus liegt darauf, die materiellen und sozialen Bedingungen, unter denen die Menschen leben und arbeiten, zu verbessern.

Veränderungen bei allgemeinen Bedingungen der sozio-ökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt (äußere Schicht) bedürfen in der Regel politischer Aktionen auf nationaler oder internationaler Ebene. Es handelt sich hierbei beispielsweise um ökonomische Strategien oder steuerpolitische Maßnahmen.

Es ist von großer Bedeutung, für jedes gesundheitspolitische Ziel oder jeden Zielbereich Strategien auf jedem der vier Einflussbereiche zu entwickeln. Ein gemeinsames Bemühen auf allen oder zumindest mehreren Ebenen erhöht die Effektivität.

Wie im Determinantenmodell beschrieben, wird Gesundheit stark von Entscheidungen in anderen gesellschafts-politischen Bereichen mitbestimmt.⁴ Deshalb ist es wichtig, dass die einzelnen Bereiche zusammenarbeiten und Synergien geschaffen werden (multisektorale Herangehensweise, Health in all Policies). Speziell mit den unter Lebens- und Arbeitsbedingungen genannten Sektoren sollte kooperiert werden.

12.2.2. Basis für die Planung der Gesundheitsziele

Die oberösterreichischen Gesundheitsziele orientieren sich am Programm „Gesundheit für alle“ der WHO und stellen die Basis für gesundheitsförderndes Handeln in Oberösterreich dar. Sie gelten für alle Bevölkerungsschichten und sollen das Wohlbefinden aller Menschen, die in Oberösterreich leben, egal welcher Herkunft, welchen Geschlechts oder Alters, verbessern helfen.

⁴ Vergleiche dazu WHO: WHO Regional Office for Europe 2010, Seite 34ff.

Den Zielgruppen

- Kinder und Jugendliche,
- Ältere Menschen sowie
- Sozial Benachteiligte

soll im Rahmen dieser Gesundheitsziele besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Bei der Umsetzung sind die Prinzipien der Chancen- und Gendergerechtigkeit bzw. der Partizipation einzuhalten.

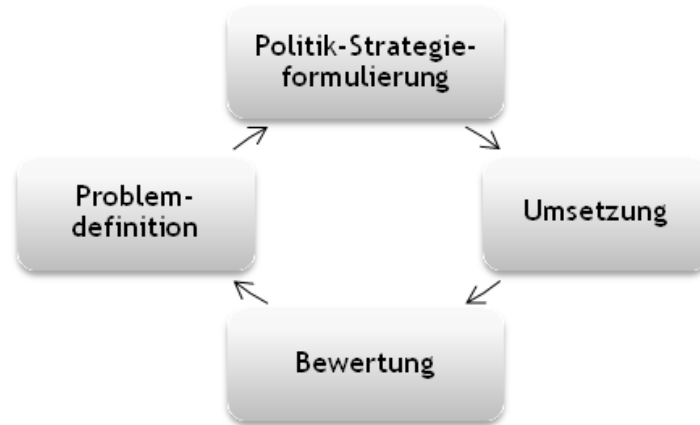
Gesundheitsbezogene Chancengerechtigkeit stellt ein ethisches Leitmotiv dar. Außerdem benötigen Männer und Frauen unterschiedliche Zugänge bei den Aktivitäten zur Erreichung der Gesundheitsziele. Diesen Unterschieden muss Rechnung getragen werden.

Die Beteiligungsmöglichkeiten in der Gesellschaft von Einzelnen und Gruppen beeinflussen die Gesundheit. Daher ist es notwendig, die Rahmenbedingungen für Partizipation zu verbessern. Vor allem für benachteiligte Gruppen müssen Möglichkeiten geschaffen werden, sich bei der Gestaltung eines gesunden Lebens einbringen zu können.

12.2.3. Prozess - Strukturierte Herangehensweise

Um die Gesundheitsziele messbar und überprüfbar zu gestalten, wurde bei der Zielformulierung darauf geachtet, die SMART-Kriterien (Spezifisch - Messbar - Akzeptiert - Realistisch - Terminisiert) einzuhalten. Um die Zielerreichung dokumentieren, evaluieren sowie darstellen zu können, ist eine strukturierte Herangehensweise, hier in Form des „Public Health Action Cycles“, notwendig. Der Public Health Action Cycle beschreibt eine sich beständig weiterentwickelnde Lernspirale, die Anwendung in der Gesundheitspolitik finden sollte. Die Lernspirale wird in vier Arbeitsschritten beschrieben:

1. Problemdefinition (assessment): Definition des Problemstandes
2. Politik-Strategieformulierung (policy formulation): Ziele definieren und Instrumente bestimmen
3. Umsetzung (assurance): diese Ziele anhand von Maßnahmen umsetzen und die Interventionsinstrumente sicherstellen
4. Bewertung (evaluation): die gesetzten Maßnahmen evaluieren.

Abbildung 3: Der Public Health Action Cycle⁵

Der Public Health Action Cycle erstreckt sich über den gesamten Ziele-Zeitraum und stellt sicher, dass im Prozess auf die Umsetzung und Evaluierung Wert gelegt wird. Dazwischen wird ein Managementkreislauf für jedes Jahr umgesetzt, der kurzfristiger ausgerichtet ist.

Um sicherzustellen, dass Aktivitäten eine positive Wirkung auf die Gesundheit ausüben und keine nachteiligen Effekte aufweisen, sind die Evidenzlage sowie nachahmenswerte Beispiele bei der Maßnahmenentwicklung zu berücksichtigen. Liegt keine Evidenz vor, so sind die Aktivitäten wissenschaftlich zu begleiten und zu bewerten.

Die Gesundheitsberichterstattung hat zur Aufgabe, in regelmäßigen Abständen den Stand und die Entwicklung der Zielgrößen (Indikatoren) für die Gesundheitsziele bereitzustellen (Monitoring). Des Weiteren wird in den Basisgesundheitsberichten (alle fünf Jahre) ein allgemeiner Überblick über die gesundheitliche Situation in Oberösterreich sowie den momentanen Erreichungsgrad der Gesundheitsziele gegeben. Daneben werden noch Detailberichte zu speziellen Themengebieten und Problemlagen veröffentlicht.

⁵ Rosenbrock, Gerlinger 2004, S. 25f.

12.3. Die oberösterreichischen Gesundheitsziele

1 Wohlbefinden in der Schule erhöhen

Wohlbefinden an der Schule fördert die Gesundheit. Gesunde SchülerInnen lernen besser, gesunde LehrerInnen unterrichten besser. Deswegen wird die Gesundheitsförderung in den Schulen ausgebaut.

Messgröße: 2020 sind 200 (entspricht ca. 20%) oberösterreichische Schulen mit dem Gütesiegel Gesunde Schule ausgezeichnet. 200 weitere haben nachhaltige Maßnahmen gesetzt und befinden sich im Prozess der Erreichung des Gütesiegels.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Wohlbefinden an der Schule fördert die Gesundheit. Gesunde SchülerInnen lernen besser, gesunde LehrerInnen unterrichten besser. Eine Einbindung der Eltern bei Gesundheitsförderungsmaßnahmen führt unter anderem zu mehr Motivation, Aufmerksamkeit und einem verbesserten sozialen Verhalten der SchülerInnen.

Die Schule ist ebenso wie die Arbeitswelt einer der wichtigsten Orte für die Bildung und Förderung gesundheitlicher Ressourcen, andererseits kann sie aber auch gesundheitsabträgliche Auswirkungen zur Folge haben. Sie ist ein Lebensraum, in dem viele Faktoren die Gesundheit der SchülerInnen und LehrerInnen beeinflussen: Nicht nur der Unterricht zu Gesundheitsthemen und die Bereitstellung sozialmedizinischer Dienste, sondern vor allem die Organisation der Schule, deren Charakter, Kultur und räumliche Gestaltung leisten einen Beitrag dazu.

Schulische Gesundheitsförderung trägt dazu bei, unter Einbeziehung aller im schulischen Alltag beteiligten Personen, die Schule als gesundheitsfördernde Lebenswelt zu gestalten. Sie erhöht die persönlichen Kompetenzen und Leistungspotenziale der SchülerInnen in Hinblick auf gesundheitsbewusstes, eigenverantwortliches Wissen und Handeln und schafft kommunikative und kooperative Kompetenzen zwischen LehrerInnen, SchülerInnen und Eltern.

Das Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ“ ist eine gemeinsame Initiative vom Landesschulrat für Oberösterreich, dem Land Oberösterreich, dem Institut für Gesundheitsplanung sowie der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und markiert ein nach außen hin sichtbares Zeichen, dass in einer Schule Konzepte und Maßnahmen der Schulischen Gesundheitsförderung qualitätsgesichert Anwendung finden. Das Gütesiegel wird für drei Jahre zuerkannt.

Derzeit besitzen 51 oberösterreichische Schulen das Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ“. Insgesamt haben bereits rund 150 Schulen eine Informationsveranstaltung besucht und befinden sich im Prozess zur Erlangung des Gütesiegels.

Zukünftig soll verstärkt Interesse an Schulischer Gesundheitsförderung geweckt werden und möglichst allen oberösterreichischen Schulen, die an Schulischer Gesundheitsförderung interessiert sind, konkrete qualitätsvolle Unterstützung angeboten werden, wie beispielsweise

auch die bedarfs- und bedürfnisgerechte Betreuung und Prozessbegleitung. Dazu ist der Aufbau einer qualitativen Betreuungs- und Begleitstruktur notwendig. Die Unterstützungsleistungen sollten auf mehreren Ebenen und in unterschiedlicher Weise an die Schulen transportiert werden. Der Arbeitskreis „Gesunde Schule OÖ“ ist für die Umsetzung zuständig.

2 Arbeitsplätze gesünder gestalten

Die Arbeitswelt hat großen Einfluss auf Gesundheit und Krankheit der MitarbeiterInnen. Deswegen wird die Anzahl der Betriebe, die Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention umsetzen, stark erhöht.

Messgröße: 2020 setzen in Oberösterreich 1.270 (10%) Unternehmen mit 5 bis 50 und 420 (30%) Unternehmen mit mehr als 50 unselbständig beschäftigten MitarbeiterInnen nachhaltig wirksame Präventionsmaßnahmen um. Von diesen Betrieben sind 30 Prozent mit dem Gütesiegel des Österreichischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung ausgezeichnet.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Erwerbstätige Erwachsene verbringen rund ein Drittel ihrer Zeit am Arbeitsplatz. Daher ist das Setting Betrieb ein relevanter Interventionsort. Für die Entwicklung eines „gesunden Unternehmens“ spielt die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Prävention eine wichtige Rolle. Wirtschaftlicher Erfolg wird zukünftig in besonderem Maße von hoch qualifizierten, motivierten und gesunden ArbeitnehmerInnen abhängig sein.

BGF und Prävention sind eine Investition, die sich in jedem Fall rechnet. Einerseits haben gesunde MitarbeiterInnen, die sich bei der Arbeit in „ihrem“ Unternehmen wohl fühlen, geringere Fehlzeiten, andererseits wirken sich BGF und Prävention positiv auf die Arbeitszufriedenheit und die Produktivität von Belegschaften aus. BGF und Prävention haben sowohl für das Unternehmen als auch für die MitarbeiterInnen eine Reihe positiver Effekte.

Die individuell auf das Unternehmen abgestimmten Maßnahmen sind breit gefächert und finden sich in den Angeboten der Mitglieder der „Oberösterreichischen Plattform für BGF und Prävention“.

Im Mittelpunkt stehen dabei:

- die Stärkung und Bildung von Bewusstsein für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit,
- die Reduktion von Arbeitsunfällen, arbeitsbedingten Erkrankungen und Berufskrankheiten sowie
- die Verbesserung der Gefahrenevaluierung und der Betreuung durch Fachleute der Prävention im Sinne der Österreichischen Arbeitsschutzstrategie 2007-2012 sowie
- alle gemeinsamen Maßnahmen von ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz im Sinne der Luxemburger Deklaration des Europäischen Netzwerkes BGF.

Betriebe, die ein ganzheitliches BGF-Projekt umgesetzt haben, werden - sofern sie daran Interesse haben - mit dem Gütesiegel BGF ausgezeichnet. Dieses Siegel wird vom Österreichischen Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung an all jene Unternehmen vergeben, die Betriebliche Gesundheitsförderung nach den Kriterien des Europäischen Netzwerkes BGF (ENWHP) realisiert haben oder BGF in den Regelbetrieb implementiert haben. Das Siegel wird für eine Laufzeit von drei Jahren verliehen. Mit Ende 2011 verfügten in Oberösterreich 40 Unternehmen über ein Gütesiegel. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass das Interesse an Betrieblicher Gesundheitsförderung steigt, dies jedoch naturgemäß auch einen höheren Bedarf an Betreuung bedeutet.

Um das ehrgeizige Ziel zu erreichen ist an vielen Hebeln anzusetzen. Durch gezielte Informationen soll das Interesse an Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) und Prävention geweckt werden. Allen oberösterreichischen Betrieben, die an BGF und Prävention interessiert sind, muss auch qualitätsvolle Unterstützung angeboten werden. Dies bedeutet den Aufbau qualitativ hochwertiger Betreuungs- und Begleitstrukturen. Die Unterstützungsleistungen sollen auf mehreren Ebenen und in unterschiedlicher Weise an die Betriebe transportiert werden und es müssen neue Tools und Instrumente entwickelt werden. Bei Angeboten muss die Prozessbegleitung, Qualitätsverbesserung sowie die Absicherung der Qualität berücksichtigt und eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Betreuung und Prozessbegleitung sichergestellt werden.

3 Gesundheit in den Gemeinden fördern

Gemeinden können viel zur Gesundheit ihrer BürgerInnen beitragen. Deswegen wird das Netzwerk Gesunde Gemeinde weiterhin besonders die Qualität der kommunalen Gesundheitsförderung unterstützen.

Messgröße: 2020 sind 50 Prozent der Gesunden Gemeinden mit dem Qualitätszertifikat Gesunde Gemeinde ausgezeichnet.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Qualitätsgesicherte kommunale Gesundheitsförderung ist laut WHO eine der tragenden Säulen für die Gesundheit der Bevölkerung. Sie hat Auswirkung auf einige wichtige Gesundheitsdeterminanten, wie z.B. die kommunalen Netzwerke oder die Wohnverhältnisse. Förderung der Qualität in der kommunalen Gesundheitsförderung steht im Mittelpunkt der Weiterentwicklung des Netzwerkes Gesunde Gemeinde. Mit dem Qualitätszertifikat Gesunde Gemeinde steht dafür ein geeignetes Instrumentarium zur Verfügung. Das Qualitätszertifikat ist eine Auszeichnung für eine dreijährige qualitätsorientierte Gesundheitsförderung in einer Gesunden Gemeinde. Die Urkunde hat drei Jahre Gültigkeit.

Ziele des oberösterreichischen Qualitätszertifikats:

Qualitätssicherung der kommunalen Gesundheitsförderung im Setting Gesunde Gemeinde erfolgt durch

- Verbesserung der Transparenz und der Prozesse,
- Förderung der Kontinuität der gesundheitsfördernden Aktivitäten in den Gesunden Gemeinden und
- Stärkung des Netzwerkes Gesunde Gemeinde.

Die Qualität ergibt sich aus den Komponenten der

- Strukturqualität,
- Ergebnisqualität und
- Prozessqualität.

Bereits ab 2010 beteiligen sich 247 Gemeinden am Qualitätszertifikat. Zurzeit sind es 305 Gesunde Gemeinden, welche die Zertifizierung anstreben. Ab 2013 können sich weitere Gemeinden am Qualitätszertifikat beteiligen.⁶ Die Abteilung Gesundheit des Landes OÖ bzw. die RegionalbetreuerInnen unterstützen die Gemeinden bei der Erlangung des Qualitätszertifikats. Weiters unterstützt die Abteilung Gesundheit die Gemeinden mit einem fixen jährlichen Förderbetrag.

4 Ernährung für Säuglinge und Kleinkinder verbessern

Die Ernährungssituation in den ersten Lebensjahren wirkt sich auf die Gesundheit des gesamten späteren Lebens aus. Deswegen soll allen Säuglingen und Kleinkindern die Möglichkeit einer dem Alter entsprechenden, gesundheitsförderlichen Ernährung geboten werden.

Messgröße: 2020 stehen allen (werdenden) Eltern Informationen und bedarfsgerechte Angebote zur Ernährung der Kinder zur Verfügung. In den Kinderbetreuungseinrichtungen wird ausgewogene Ernährung angeboten. Das Thema Ernährung ist in den Kindergartenalltag integriert.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Eine ausgewogene Nahrungszusammensetzung ist ein wichtiger Parameter zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit. Richtige Ernährung in der Kindheit wirkt sich auf die gesamte Lebensspanne aus. Daher ist es von großer Bedeutung, Säuglingen und Kleinkindern die Möglichkeit einer altersentsprechenden, gesundheitsförderlichen Ernährung zu gewährleisten. Dies umfasst neben Informationsmaterialien und bedarfsgerechten Angeboten für die (werdenden) Eltern und Betreuungspersonen auch die Ernährung in den Kinderbetreuungseinrichtungen. Im Bezug auf Ernährung sind Kinder als besonders sensible und daher zu begleitende Gruppe einzustufen, da sie in ihrer (Lebensmittel-) Versorgung abhängig sind. Zudem entwickelt sich in der Kindheitsphase der Geschmack und somit Präferenzen für bestimmte Lebensmittel, die vor allem durch den regelmäßigen Konsum und das soziale

⁶ Quelle: http://www.gesundegemeinde.ooe.gv.at/xchg/SID-B9372469-D3B2C3DF/hs.xml/5043_DEU_HTML.htm

Umfeld geprägt werden.⁷ Da eine ausgewogene und bedarfsdeckende Kost in jeder Lebensphase für Gesundheit und Wohlbefinden eine zentrale Rolle spielt, ist es wichtig, Kinder schon frühzeitig an eine gesundheitsfördernde Auswahl von Speisen und Getränken heranzuführen, um ernährungsbedingte Krankheiten zu reduzieren.⁸ Dieser Thematik wurde auch im Nationalen Aktionsplan Ernährung (NAP.e) ein hoher Stellenwert beigemessen.⁹

Im Jahr 2009 wurde vom Land Oberösterreich die Beitragspflicht für Kindergärten für alle Kinder mit Hauptwohnsitz in Oberösterreich vom vollendeten 30. Lebensmonat bis zum Schuleintritt aufgehoben und ein verpflichtendes Kindergartenjahr für jedes Kind ab dem vollendeten 5. Lebensjahr vor dem Schuleintritt eingeführt. Angesichts dieser Maßnahmen ist davon auszugehen, dass der Anteil jener Kinder, die in Oberösterreich in Kindergärten bzw. Krabbelstuben betreut werden, zunehmen und auch die Inanspruchnahme ganztägiger Betreuungsformen steigen wird, weshalb die Verköstigung in derartigen Institutionen an Bedeutung gewinnt.

Derzeit werden in Oberösterreich folgende Maßnahmen in diesen Bereichen gesetzt:

- Im Rahmen des Projekts „Von Anfang an“ der OÖGKK wird derzeit an Informationsmaterialien und Strategien zur Erreichung der Eltern gearbeitet. Gleichzeitig und dazu abgestimmt werden ab kommendem Jahr Ernährungsworkshops für Schwangere und Beikostworkshops für junge Eltern durchgeführt.
- Angebote wie beispielsweise „Gesunde Küche“ der Abteilung Gesundheit des Landes OÖ unterstützen die Verpflegungsbetriebe dabei, ausgewogene, dem Alter entsprechende Nahrung anzubieten.
- Die Einbindung des Ernährungsthemas in den Kindergartenalltag ist ein Ziel des Projekts „Gesunder Kindergarten“ der Abteilung Gesundheit des Landes OÖ.

Um für Säuglinge und Kleinkinder (0 bis 6 Jahre) eine altersgerechte gesundheitsförderliche Ernährung gewährleisten zu können, muss sowohl beim Verhalten der Eltern und Kinder als auch bei den Verhältnissen angesetzt werden. Um das Verhalten der Eltern und in Folge auch der Kinder positiv beeinflussen zu können, sind an der Wirksamkeit orientierte Informationsmaterialien notwendig. Die Verbreitung von Informationen zur Wissensvermittlung ist nur in Zusammenhang mit begleitenden Aktivitäten sinnvoll. Daher müssen auch bedarfsgerechte Angebote zum Themenbereich Kleinkindernahrung verfügbar sein. Das heißt, dass grundsätzlich alle Eltern mit Kindern dieser Altersgruppe mit dem Angebot erreicht werden (kultursensible Angebote, wenn nötig in Fremdsprachen, Kinderbetreuung während Veranstaltungen etc.). Des Weiteren wird es zukünftig eine bedeutende Rolle spielen, dass qualitätsgesicherte Informationen und Angebote mithilfe neuer Medien (z.B. Internet) verbreitet werden.

5 Zahngesundheit der Kinder verbessern

Zahngesundheitsförderung im Kindesalter ist die Grundvoraussetzung für gesunde Zähne ein Leben lang. Deswegen soll sich die Zahngesundheit der oberösterreichischen Kinder wesentlich verbessern.

Messgröße: Bis 2020 sind 80 Prozent der 6-Jährigen kariesfrei und 12-Jährige weisen im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne auf.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Unsere Zähne spielen nicht nur für das Aussehen eine wichtige Rolle, sondern sind auch für den allgemeinen Gesundheitszustand mitverantwortlich. Unbehandelte Zahnprobleme können zu Zahnverlust, Gelenkschmerzen sowie unter Umständen auch zu Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems führen.

Karies ist die Haupterkrankung im Zahnbereich und die meistverbreitete Erkrankung des Menschen überhaupt. Besonders stark betroffen sind Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status. Da manifeste Karies nicht heilbar ist und die Therapie enorm hohe Kosten verursacht, kommen Präventionsmaßnahmen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung sehr große Bedeutung zu.

Bereits im Kindes- und Jugendalter werden die Weichen für Gesundheit und Lebensqualität im Alter gestellt. Umso wichtiger ist es also, bereits bei den Jüngsten unserer Gesellschaft den Hebel für eine gesunde Zukunft anzusetzen. Um die Zähne möglichst lange gesund zu erhalten, ist es von großer Wichtigkeit, bereits in der frühen Kindheit damit zu beginnen, die richtige Pflege zu erlernen und auch konsequent und regelmäßig durchzuführen. Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) erhebt in regelmäßigen Abständen die Zahngesundheit der österreichischen Kinder und Jugendlichen. Laut der ÖBIG-Zahnstaterhebung der 6- und 12-jährigen oberösterreichischen Kinder (2009/2010) ergibt sich folgendes Bild: 31 Prozent der oberösterreichischen 6-Jährigen sind kariesfrei. Die oberösterreichischen 12-Jährigen weisen im Schnitt 2,4 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne auf.

Zukünftig sollte die Zahngesundheitsförderung bereits in der Schwangerschaft beginnen und die Zielgruppe auf 0- bis 14-Jährige ausgedehnt werden. Da vor allem Kinder aus sozial benachteiligten Gruppen verstärkt von Karies betroffen sind, sollte ein besonderes Augenmerk auf Risikogruppen gelegt werden. Neben der durch ZahngesundheitserzieherInnen durchgeführten Zahngesundheitserziehung sollten zukünftig auch MultiplikatorInnen in den Settings (z.B. KindergartenpädagogInnen, LehrerInnen) Aufgaben im Bereich der Zahngesundheitsförderung, wie beispielsweise die zahngesunde Gestaltung der jeweiligen Lebenswelten übernehmen.

⁷ Mensink et al. 2007, S. 1

⁸ Felkl, Ellrott, S. 175

⁹ Bundesministerium für Gesundheit 2011

6 Bewegung im Jugendalter erhöhen

Körperliche Aktivität in Alltag und Freizeit hat großen Einfluss auf physische und psychische Gesundheit. Deswegen soll sich das Ausmaß an körperlicher Aktivität bei Jugendlichen erhöhen.

Messgröße: Bis 2020 sind 25 Prozent der 11- bis 19-jährigen OberösterreicherInnen täglich mindestens eine Stunde gesundheitswirksam körperlich aktiv. Alle Jugendlichen sind zumindest einmal pro Woche mindestens eine Stunde gesundheitswirksam körperlich aktiv.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Die Bedeutung von Bewegung für die Gesundheit ist durch zahlreiche Studien belegt.¹⁰ Vermehrte körperliche Aktivität senkt das Risiko für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, verringert das Auftreten von Übergewicht und Adipositas und hat eine positive Wirkung auf den Bewegungsapparat. Neben den physischen Auswirkungen wirkt vermehrte Aktivität auch auf die Psyche. Symptome der Depression können positiv beeinflusst werden, ebenso wie beispielsweise die Gedächtnisleistung oder Konzentrationsfähigkeit. Bewegung in der Gruppe fördert auch das Sozialverhalten und den Zusammenhalt Gleichaltriger.

Gesundheitswirksame körperliche Aktivitäten sind alle Formen der Bewegung, die die Gesundheit fördern, aber das Verletzungsrisiko nicht erhöhen, wie beispielsweise zügiges Gehen, Laufen oder auch Tanzen für mindestens zehn Minuten am Stück.¹¹ Die österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung beinhalten Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen.

Da sich in der Kindheit und Jugend Verhaltensmuster festigen, die einen großen Einfluss auf die Gesundheit im Erwachsenenalter ausüben, wird das Hauptaugenmerk auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen zwischen 11 und 19 Jahren gelegt. Gerade im Jugendalter sinkt das Ausmaß der körperlichen Aktivität stark ab. Sport im Teenageralter bietet die einmalige Chance, die Knochendichte zu erhöhen, frühzeitig die physische Fitness positiv zu beeinflussen und somit der Entstehung von Risikofaktoren für spätere Herz-Kreislauf-Erkrankungen entgegenzuwirken. Sport entspannt und kann sowohl die psychosoziale Gesundheit und Lebensqualität als auch die kognitiven Leistungen von Kindern und Jugendlichen steigern. Des Weiteren gibt es Anhaltspunkte für eine drogenpräventive Wirkung von körperlicher Aktivität.¹²

Der Anteil der österreichischen Jugendlichen, die sich täglich mindestens eine Stunde bewegen, sinkt mit dem Alter. Bei den 11-Jährigen sind dies noch rund 25 Prozent, bei den 13-Jährigen 21 Prozent und bei den 15-Jährigen nur mehr 11 Prozent. Der Anteil der Kinder/Jugendlichen, die angeben, sich an keinem Tag pro Woche für 60 Minuten zu bewegen, liegt bei den 11- bis 15-Jährigen zwi-

schen 1 und 5 Prozent. An nur einem Tag pro Woche bewegen sich rund 5 Prozent der 11-Jährigen, rund 6 Prozent der 13-Jährigen und rund 12 Prozent der 15-Jährigen. Zu diesem Ergebnis kommt die HBSC-Studie (Health-Behaviour in School-Aged Children) 2006.¹³ Von den 15- bis 19-Jährigen ÖsterreicherInnen geben rund 40 Prozent an, sich nie intensiv körperlich zu betätigen. Rund 7 Prozent bewegen sich jeden Tag. Mindestens eine Stunde intensiv körperlich aktiv sind 45 Prozent der befragten 15- bis 19-Jährigen zumindest einmal pro Woche. Aber nur rund 6 Prozent der 15- bis 19-jährigen ÖsterreicherInnen schaffen dies täglich.¹⁴

Für Kinder und Jugendliche werden in den österreichischen Bewegungsempfehlungen mindestens 60 Minuten pro Tag vorgeschlagen, um die Gesundheit zu fördern. Eine vermehrte Aktivierung zur körperlichen Bewegung bedarf Anregungen und Aktivitäten in den verschiedenen Settings der Jugendlichen.

Es sollte vor allem ein Augenmerk auf die Förderung der Alltagsbewegung (Radfahren, Treppensteigen etc.) und des Breitensports (lokale Sportvereine etc.) unter Berücksichtigung der Verhaltens- und Verhältnisebene gelegt werden. Es bedarf einer multisektoralen Strategie, die im Rahmen eines Konzeptionsprojekts ausgearbeitet werden soll.

7 Suchtprävention verstärken

Wirksame Suchtprävention setzt auf die Stärkung der Lebenskompetenzen und ist integriert in den Alltag. Sie wirkt sich auf einen verminderten Konsum von legalen (Alkohol und Tabak) und illegalen Drogen sowie auf die Verringerung von Verhaltenssuchten aus. Deswegen soll die Suchtprävention in Oberösterreich verstärkt werden.

Messgrößen: Bis 2020 wird die Anzahl der mit suchtpäventiven Maßnahmen erreichten OberösterreicherInnen von derzeit rund 80.000 auf 150.000 jährlich gesteigert.

Bis 2020 wird die Anzahl der mit alkoholspezifischen Präventionsmaßnahmen erreichten oberösterreichischen Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahren von derzeit rund 3.000 auf 5.000 jährlich gesteigert.

Bis 2020 wird der Anteil der oberösterreichischen 15- bis 19-Jährigen, die täglich rauchen, von derzeit rund 35 Prozent auf höchstens 20 Prozent gesenkt.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Die Adoleszenz ist jene Lebensphase, in der Jugendliche selbständige Konsummuster entwickeln und lernen, mit verlockenden Angeboten adäquat umzugehen. Darunter fällt sowohl der verantwortungsvolle Umgang mit Alkohol als auch der Tabakkonsum. Alkoholkonsum ist in unserer Gesellschaft Teil des Kultur- und Sozialverhaltens. Aus diesem Grund ist es von großer Wichtigkeit, Jugendlichen einen sorgsam und verantwortungsvollen Umgang mit

¹⁰ Titze et al. 2010

¹¹ Titze et al. 2010, S. 10 und 28

¹² Marti et al. 1999, S. 176f.

¹³ Dür, Griebler 2007, Tabellenteil S. 16

¹⁴ ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; N=1.156 (15- bis 19-Jährige); eigene Berechnungen

Alkohol näherzubringen. Viele Jugendliche probieren - oft schon sehr früh - zumindest einmal eine Zigarette. Durch das starke Abhängigkeitspotenzial von Tabak ist es für Jugendliche oft nur ein kurzer Weg hin zum/zur täglichen RaucherIn. Je früher mit dem Rauchen begonnen wird, desto größer sind die negativen Folgen für die Gesundheit.

Wirksame Suchtprävention ist integriert in den Alltag und bildet Personen, die in relevanten Lebensumfeldern tätig sind (z.B. LehrerInnen, JugendarbeiterInnen, Schlüsselpersonen in Betrieben, Ehrenamtliche in Gemeinden), zu MultiplikatorInnen aus. Dies sind Personen, die einerseits Kompetenzen im Bereich Suchtprävention besitzen und andererseits die Funktion der Anwaltschaft in ihren jeweiligen Wirkungsbereichen übernehmen können und somit die Präventionsthemen in alle relevanten gesellschaftlichen Felder hineinragen und umsetzen. Die Umsetzung geschieht sowohl explizit im Rahmen von Präventionsprojekten und -programmen als auch implizit in der alltäglichen Praxis.

Die derzeitige Situation in Oberösterreich lässt sich folgendermaßen beschreiben:

- Derzeit sind in Oberösterreich rund 4.000 MultiplikatorInnen zur Suchtprävention tätig, die in Summe rund 80.000 Personen pro Jahr erreichen können. Ziel ist eine Steigerung der erreichten Personen, was die Ausbildung zusätzlicher MultiplikatorInnen einschließt.
- Jährlich werden vom Institut Suchtprävention rund 3.000 Jugendliche mit alkoholspezifischen Präventionsmaßnahmen erreicht.
- Laut des oberösterreichweiten Drogenmonitorings¹⁵ rauchen rund 37 Prozent der befragten oberösterreichischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 15 und 19 Jahren täglich.

Ergänzend zu allgemeinen suchtpreventiven Maßnahmen, die bereits im Kleinkindalter beginnen, sollen im Rahmen von Präventionsangeboten die Kompetenzen der Jugendlichen hinsichtlich des Umgangs mit Alkohol und Tabak gefördert werden. Das Zusammenspiel der erforderlichen PartnerInnen ist Voraussetzung für das Erlernen eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol sowie für das Senken des RaucherInnenanteils in dieser Alterskohorte. Vor allem im Bereich der Tabakprävention ist eine verstärkte Zusammenarbeit der unterschiedlichen Politikbereiche notwendig. In Oberösterreich ist das vom Land OÖ finanzierte Institut Suchtprävention derzeit der hauptsächliche Anbieter für die Ausbildung von MultiplikatorInnen für die Suchtprävention sowie für Präventionsmaßnahmen in diesem Bereich.

8 Psychosoziale Gesundheit junger Menschen stärken

Um mit den Herausforderungen des täglichen Lebens umgehen zu können, müssen die dafür nötigen Ressourcen bereits im Jugendlichenalter aufgebaut werden. Deswegen sollen junge Menschen dabei unterstützt werden, um nachhaltig diesen Herausforderungen gewachsen zu sein. Der Schwerpunkt soll auf gesundheitlich benachteiligten Gruppen liegen.

Messgröße: Bis 2015 werden Konzepte für bedarfsgerechte Maßnahmen entwickelt, mit deren Hilfe Jugendliche beim Aufbau ihrer persönlichen Ressourcen unterstützt werden können. Dabei sollen vor allem jene Lebenskompetenzen vermittelt werden, die die Entstehung psychosozialer Erkrankungen verhindern. Bis 2020 werden Modellprojekte umgesetzt und evaluiert.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Die Jugendphase ist ein prägender Abschnitt des Lebens, der vor allem durch widersprüchliche Herausforderungen an die Jugendlichen charakterisiert werden kann: Größer werdenden Handlungsspielräumen und mehr Entscheidungsautonomie stehen gleichzeitig neue Belastungsformen (z.B. Leistungserwartung, Entscheidungszwang, Überstimulierung durch Medien) gegenüber. Diese widersprüchlichen Herausforderungen können die Bewältigungskapazität von Jugendlichen überfordern.¹⁶ Insbesondere junge Menschen ohne förderliches soziales Umfeld stehen vor großen Herausforderungen. Deswegen sollen sie im Aufbau der benötigten Ressourcen besonders unterstützt werden, um mit diesen Herausforderungen umgehen zu können. Die Jugendlichen sollen lernen, ihre eigenen Ressourcen zu erkennen und zu nutzen, um so ihre psychosoziale Gesundheit zu erhalten oder wiederzuerlangen.

Der Europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit der WHO Europa verweist darauf, dass besonders vulnerablen Gruppen wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen Aufmerksamkeit geschenkt werden soll. Gesundheitsfördernde Konzepte, die die Ressourcen der Zielgruppe stärken und eine partizipative Herangehensweise ermöglichen, gelten laut Fonds Gesundes Österreich (z.B. Modellprojekte „Jugendgesundheitsförderung auf dem Lande“ oder „Gehsteig“) als aussichtsreich. In Oberösterreich soll daher die Entwicklung und Umsetzung solcher nachgewiesenermaßen wirksamen Projekte angestrebt werden. Die Verbesserung der psychosozialen Gesundheit junger Menschen bedarf einer multiprofessionellen Strategie.

¹⁵ Institut Suchtprävention: Jugendstudienteil der Bevölkerungsbefragung OÖ 2009 (Drogenmonitoring)

¹⁶ Ohlbrecht 2010, S. 136f.

9 Ältere Menschen aktiv einbeziehen

Eine aktive Beteiligung am gesellschaftlichen Leben schützt ältere Menschen vor Vereinsamung, verbessert die Lebenszufriedenheit und Gesundheit. Deswegen soll die aktive Beteiligung von älteren Menschen am gesellschaftlichen Leben gefördert werden.

Messgröße: Bis 2015 werden Konzepte für bedarfsgerechte Maßnahmen entwickelt, die eine aktive Beteiligung von älteren Menschen am gesellschaftlichen Leben fördern. Dabei sollen auch Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb der eigenen Generation berücksichtigt werden. Bis 2020 werden Modellprojekte umgesetzt und evaluiert.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Gerade bei SeniorInnen können einschneidende Lebensereignisse häufig zu Verlust von wichtigen Säulen des Lebens führen. Durch Pensionierung können wichtige Sozialkontakte verloren gehen, der Tod des Partners oder eine Einschränkung der Mobilität führt oft in die Isolation. Eine aktive Beteiligung am gesellschaftlichen Leben schützt ältere Menschen vor Vereinsamung und verbessert die Lebenszufriedenheit und Gesundheit.

Laut Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ bringt das Alter „zahlreiche Stressoren mit sich - z.B. verminderte funktionelle Kapazität und soziale Isolierung -, die der psychischen Gesundheit abträglich sind. Altersdepression und altersbedingte neuropsychiatrische Störungen, wie etwa Demenz, verschlimmern die Belastung durch psychische Erkrankungen. Unterstützungsmaßnahmen verbessern nachweislich die psychische Gesundheit älterer Menschen.“¹⁷

Insbesondere soziale Unterstützungsnetze, Förderung der körperlichen Betätigung und der Gemeinschaftsteilhabe sowie Freiwilligenarbeit gelten als Erfolg versprechend. In Oberösterreich sollen nachweisbar bewährte Projekte (z.B. „Lebenswerte Lebenswelten“, Steiermark) zur Förderung der aktiven Beteiligung von älteren Menschen entwickelt und umgesetzt werden. Für das Erreichen des Gesundheitsziels ist eine gute Kooperation der AkteurInnen ein wichtiger Erfolgsfaktor.

10 Verantwortung für Gesundheit gemeinsam wahrnehmen

Viele verschiedene gesellschaftspolitische Bereiche tragen zu Gesundheit bei. Deswegen soll die Zusammenarbeit aller relevanten Institutionen im Sinne der Gesundheit verbessert werden.

Messgröße: Bis 2015 sollen Möglichkeiten der systematischen Zusammenarbeit aufbereitet werden. Bis 2020 liegen erste Praxiserfahrungen aus mehreren Pilotprojekten vor.

Erläuterungen zum Gesundheitsziel

Gesundheit wird stark von Einflussfaktoren außerhalb des Gesundheitsbereiches mitbestimmt. Neben Alter, Geschlecht und den Erbanlagen sind dies die Art der individuellen Lebensweise (z.B. Selbstverantwortung für einen gesunden Lebensstil), die Integration in soziale und kommunale Netzwerke (z.B. Anzahl und Qualität der sozialen Beziehungen), die Lebens- und Arbeitsbedingungen (z.B. Arbeit/Arbeitslosigkeit) und allgemeine sozioökonomische, kulturelle und Umwelt-Faktoren (sauberes Trinkwasser, Friedenszeiten etc.).

Sowohl internationale Organisationen (WHO etc.) als auch die oberösterreichische Bevölkerung¹⁸ erkennen die Wichtigkeit der Zusammenarbeit der gesellschaftspolitischen Bereiche in Bezug auf die Gesundheit (Health in all policies) an.

Ein international anerkanntes Instrument zur Bewertung von politischen Entscheidungen, Programmen oder Projekten in Bezug auf ihren Schaden und Nutzen für die Gesundheit der Bevölkerung ist die Gesundheitsfolgenabschätzung. Diese ist eine Kombination aus verschiedenen Verfahren, Methoden und Instrumenten, die es ermöglicht, abzuschätzen, inwieweit sich Maßnahmen, die außerhalb des eigentlichen Gesundheitsbereichs getroffen werden, auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken. Ziel der Gesundheitsfolgenabschätzung ist es, EntscheidungsträgerInnen über mögliche Folgen ihres Tuns zu informieren und möglicherweise zu beeinflussen,¹⁹ die negativen Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung zu minimieren und positive Auswirkungen zu maximieren, soziale Ungleichheit zu bekämpfen sowie die Transparenz des Entscheidungsprozesses zu erhöhen.²⁰ Die Gesundheitsfolgenabschätzung fördert zudem den Dialog zwischen allen beteiligten AkteurInnen, ExpertInnen wie Laien, und kann ein breites Bewusstsein für Gesundheit schaffen.²¹

¹⁷ Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2005, S. 10

¹⁸ Reif 2008

¹⁹ Mock 2007, S. 27

²⁰ Thierno 2010, S. 14

²¹ Thierno 2010, S. 14

13. VERZEICHNIS- SE UND LITERATUR

13.1. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der Public Health Action Cycle.....15

Abbildung 2: Determinanten für Gesundheit.....16

Abbildung 3: Altersverteilung der oberösterreichischen Bevölkerung (2008).....19

Abbildung 4: Herkunftsnationen (Staatsbürgerschaft).....20

Abbildung 5: Geburtenbilanz im Zeitverlauf.....20

Abbildung 6: Geburtenziffer im Zeitverlauf.....21

Abbildung 7: Lebendgeborene pro Jahr nach dem Alter der Mutter (2008).....22

Abbildung 8: Anteile der Lebendgeborenen von Müttern unter 20 bzw. über 35 Jahren.....22

Abbildung 9: Zu- und Wegzüge im Zeitverlauf.....23

Abbildung 10: Bevölkerung ab 15 Jahren nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht - Jahresdurchschnitt 2008.....24

Abbildung 11: Bevölkerung nach Lebensunterhalt und Geschlecht (Jahresdurchschnitt 2008).....24

Abbildung 12: Hauptsächliche Betreuung von Kindern während der Arbeitszeit (2005).....25

Abbildung 13: Lebenserwartung bei Geburt.....29

Abbildung 14: Fernere Lebenserwartung mit 65 Jahren.....30

Abbildung 15: Säuglingssterblichkeit im Zeitverlauf.....30

Abbildung 16: Perinatalsterblichkeit im Zeitverlauf.....31

Abbildung 17: Todesfälle im Jahr 2008.....31

Abbildung 18: Altersstandardisierte Mortalität im Zeitverlauf - Männer.....32

Abbildung 19: Altersstandardisierte Mortalität im Zeitverlauf - Frauen.....33

Abbildung 20: Subjektive Beurteilung der Gesundheit.....35

Abbildung 21: Subjektive Beurteilung der Gesundheit nach Altersgruppe und Geschlecht (Angaben „sehr gut/gut“).....35

Abbildung 22: Physisches und psychisches Wohlbefinden nach Alter und Geschlecht (Domäne 1 und 2 WHOQOL-BREF).....36

Abbildung 23: Soziales und umweltbezogenes Wohlbefinden nach Alter und Geschlecht (Domäne 3 und 4 WHOQOL-BREF).....37

Abbildung 24: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Bildungsgrad.....38

Abbildung 25: Krankenstand von ArbeiterInnen und Angestellten nach Alter und Geschlecht.....44

Abbildung 26: Medikamentenverordnungen nach Altersgruppen (Durchschnitt 2005 bis 2007).....46

Abbildung 27: Verteilung der Medikamentenverordnungen auf anatomische ATC-Gruppen (2008).....47

Abbildung 28: Bakterielle Lebensmittelvergiftungen in OÖ; 2000 bis 2009.....50

Abbildung 29: Hepatitis A, B, C in OÖ; 2000 bis 2009.....51

Abbildung 30: AIDS-Statistik Österreich.....52

Abbildung 31: Altersstandardisierte Herz-Kreislaufmortalität im Zeitverlauf (1997 bis 2008).....53

Abbildung 32: Altersspezifische Herz-Kreislaufmortalität nach Geschlecht.....54

Abbildung 33: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen - Betroffene Personen 2008 nach Alter und Geschlecht.....55

Abbildung 34: Altersstandardisierte Mortalitätsrate bei bösartigen Neubildungen im Zeitverlauf (1994 bis 2008).....56

Abbildung 35: Altersspezifische Mortalität bei bösartigen Neubildungen nach Geschlecht.....57

Abbildung 36: Krebsinzidenz (gesamt) im Zeitverlauf.....59

Abbildung 37: Krebsinzidenz ausgewählter Lokalisationen im Zeitverlauf - Männer.....60

Abbildung 38: Krebsinzidenz ausgewählter Lokalisationen im Zeitverlauf - Frauen.....60

Abbildung 39: Lebenszeitprävalenz Diabetes mellitus.....61

Abbildung 40: Ambulant behandelte DiabetikerInnen.....62

Abbildung 41: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Diabetes mellitus nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2006 bis 2008).....63

Abbildung 42: Krankenhausaufenthalte aufgrund Diabetes-Komplikationen (2006 bis 2008).....63

Abbildung 43: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Diabetes-Komplikationen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2006 bis 2008).....64

Abbildung 44: Altersstandardisierte Mortalitätsrate bei Atemwegserkrankungen im Zeitverlauf (1994 bis 2008).....65

Abbildung 45: Altersspezifische Mortalität bei Atemwegserkrankungen nach Geschlecht.....65

Abbildung 46: Chronische Bronchitis oder Lungenemphysem nach Alter und Geschlecht.....66

Abbildung 47: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Atemwegserkrankungen - betroffene Personen 2008 nach Alter und Geschlecht.....67

Abbildung 48: Krankenstand aufgrund von Atemwegserkrankungen - betroffene Personen 2008 nach Alter und Geschlecht.....68

VERZEICHNISSE UND LITERATUR

Abbildung 49: Zahnstatus bei 6- und 12-Jährigen (Kariesmorbidität).....	69
Abbildung 50: Zahnersatz nach Alter - Männer.....	71
Abbildung 51: Zahnersatz nach Alter - Frauen.....	71
Abbildung 52: Prävalenz von Krankheiten des Bewegungsapparates.....	72
Abbildung 53: Wirbelsäulenbeschwerden nach Alter und Geschlecht.....	73
Abbildung 54: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates - Betroffene Personen 2008 nach Alter und Geschlecht.....	73
Abbildung 55: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates - Betroffene Personen 2003 bis 2008.....	74
Abbildung 56: Krankenstand aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates - Betroffene Personen 2008 nach Alter und Geschlecht.....	75
Abbildung 57: Psychische Gesundheit (SF-36-Psychisches Wohlbefinden).....	77
Abbildung 58: Chronische Angstzustände oder Depression (Lebenszeitprävalenz und 12-Monatsprävalenz, Behandlungsprävalenz, Diagnose durch Arzt/Ärztin).....	77
Abbildung 59: Chronische Angstzustände oder Depression nach Geschlecht und Altersgruppen (Lebenszeitprävalenz und 12-Monatsprävalenz).....	78
Abbildung 60: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von psychischen Erkrankungen 2005 bis 2008 nach Hauptdiagnose (ausgewählte Gruppen).....	78
Abbildung 61: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von affektiven Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.....	79
Abbildung 62: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Schizophrenie und wahnhaften Störungen bzw. neurotischen, Belastungs- und somatoforme Störungen nach Altersgruppen.....	80
Abbildung 63: Häufigste Diagnosen unter Krankenstandstagen psychischer Erkrankungen.....	80
Abbildung 64: Personen mit Antidepressiva- bzw. Antipsychotikaverordnung.....	81
Abbildung 65: Erhebliche Schmerzen innerhalb der letzten 12 Monate.....	83
Abbildung 66: Erhebliche Schmerzen innerhalb der letzten 12 Monate: Schmerzorte.....	84
Abbildung 67: Medikamenteneinnahme gegen Schmerzen innerhalb der letzten zwei Wochen.....	85
Abbildung 68: Verteilung des Body-Mass-Index in der Bevölkerung nach Geschlecht.....	87
Abbildung 69: Adipositas bei Männern und Frauen in den Jahren 1999 und 2007.....	88
Abbildung 70: Adipositas nach Bildung und Alter.....	89
Abbildung 71: Anzahl der motorischen Einschränkungen.....	90
Abbildung 72: Anzahl der Probleme bei Aktivitäten des täglichen Lebens.....	92
Abbildung 73: Anzahl der Probleme bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens.....	92
Abbildung 74: Unfallverletzte in Oberösterreich nach Bereichen - 2008.....	94
Abbildung 75: Personenunfälle im Straßenverkehr im Zeitverlauf.....	95
Abbildung 76: Personenunfälle im Straßenverkehr nach Alter und Geschlecht - Verletzte 2009.....	95
Abbildung 77: Personenunfälle im Straßenverkehr nach Alter und Geschlecht - Tote 2009.....	96
Abbildung 78: Heim- und Freizeitunfälle nach Tätigkeit (Top 5) zum Zeitpunkt des Unfalls (2008).....	97
Abbildung 79: Heim- und Freizeitunfälle nach Tätigkeit (Top 5) zum Zeitpunkt des Unfalls (2008) - pro 1.000 EinwohnerInnen.....	97
Abbildung 80: SchülerInnenunfälle pro 100.000 SchülerInnen - 2009.....	99
Abbildung 81: Funktionelle Kapazität im Lebensverlauf.....	104
Abbildung 82: Prävention von chronischen Erkrankungen aus der Perspektive des Lebensverlaufes.....	104
Abbildung 83: Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass Untersuchungen und Versichertenkategorie.....	107
Abbildung 84: Täglicher Konsum verschiedener Lebensmittel durch 11-jährige SchülerInnen.....	109
Abbildung 85: RaucherInnenstatus bei 15- bis 24-Jährigen.....	113
Abbildung 86: Ernährungsgewohnheiten.....	114
Abbildung 87: Trinkgewohnheiten.....	114
Abbildung 88: Intensive, körperliche Freizeitbewegung.....	115
Abbildung 89: Body-Mass-Index bei 20- bis 24-Jährigen.....	116
Abbildung 90: Anzahl der chronischen Erkrankungen.....	119
Abbildung 91: Verordnung von Herz-Kreislaufmedikamenten nach Alter und Geschlecht.....	120
Abbildung 92: Rauchverhalten nach Altersgruppen.....	121
Abbildung 93: Alkoholkonsumfrequenz.....	122
Abbildung 94: Körperliche Aktivität.....	122
Abbildung 95: Bewußtsein für gesunde Ernährung.....	123
Abbildung 96: Selbsteinschätzung des Ernährungsverhaltens.....	123
Abbildung 97: Physisches und psychisches Wohlbefinden nach Anzahl der vertrauten Personen.....	127
Abbildung 98: Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand.....	129
Abbildung 99: Einschränkungen nach Pensionierung.....	130
Abbildung 100: Allgemeine Lebensqualität nach Altersgruppen.....	130
Abbildung 101: Persönliche Beziehungen und soziale Unterstützung von SeniorInnen.....	131

Abbildung 102: Gesundheitsrelevante Faktoren im Wohn- und Lebensumfeld bei SeniorInnen.....	133
Abbildung 103: Finanzielle Ressourcen von SeniorInnen.....	133
Abbildung 104: Diagnostizierte Demenz bei Personen mit Krankenhausaufenthalt (2008).....	134
Abbildung 105: Im Krankenhaus behandelte SeniorInnen infolge von Oberschenkelbrüchen (Betroffene innerhalb eines Jahres je 1.000; Durchschnitt 2005 bis 2008).....	135
Abbildung 106: Beschäftigte nach Wirtschaftsklassen 2008.....	144
Abbildung 107: Berufliche Belastungen durch materielle Umwelt.....	145
Abbildung 108: Anerkannte Berufskrankheiten - 2009.....	146
Abbildung 109: Arbeitsklima bzw. berufliche Anerkennung und subjektive Gesundheit.....	147
Abbildung 110: Berufliche Belastung durch Stress/Zeitdruck und subjektive Gesundheit.....	148
Abbildung 111: Relevanz der Wohnumgebung für Gesundheit.....	149
Abbildung 112: Gesunde Umweltbedingungen im Wohngebiet.....	150
Abbildung 113: Zufriedenheit mit vorhandenen Beförderungsmitteln.....	151
Abbildung 114: Sicherheitsgefühl im täglichen Leben.....	151
Abbildung 115: Beteiligungsquoten an formeller und informeller Freiwilligenarbeit.....	152
Abbildung 116: Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen.....	153
Abbildung 117: Umwelteinflüssen zuordenbare Krankheitslast in Österreich (DALYs je 1.000 EW.).....	154
Abbildung 118: Berechnete Reduktion der Lebenserwartung aufgrund der Belastung der Außenluft durch Feinstaub (in Monaten).....	155
Abbildung 119: Entwicklung der Ozonbelastung in Oberösterreich.....	157
Abbildung 120: PAK - Belastung der Luft 2009.....	158
Abbildung 121: Radonpotential in Oberösterreich.....	160
Abbildung 122: Lärmstörung (tagsüber und/oder nachts) nach Region.....	161
Abbildung 123: Leuchtstrahlen bei Straßenbeleuchtung.....	163
Abbildung 124: Entwicklung der Lebenserwartung in Oberösterreich von 1968 bis 2008.....	169
Abbildung 125: Standardisierte Sterbeziffern 1998/2004 für Oberösterreich.....	170
Abbildung 126: Anzahl der Sterbefälle pro 100.000 unter 65 Jahren nach Todesursachen in OÖ (2004).....	170
Abbildung 127: Verteilung der Medikamentenverordnungen auf anatomische ATC-Gruppen (Durchschnitt 2005 bis 2007).....	171
Abbildung 128: Krankenstandstage 2005 bis 2007 nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel).....	172
Abbildung 129: Bildungsstand der 25- bis 64-jährigen Wohnbevölkerung 2008 in Oberösterreich.....	173
Abbildung 130: Gesundheitszustand der oberösterreichischen Bevölkerung.....	174
Abbildung 131: Differenziertes Rauchverhalten nach Bildungsstufe in Oberösterreich.....	175
Abbildung 132: Sportliche Aktivität in Oberösterreich (mindesten drei Mal in der Woche).....	176
Abbildung 133: Inanspruchnahme der Gesundenuntersuchung innerhalb der letzten 12 Monate.....	176
Abbildung 134: Gesundheitszustand der oberösterreichischen Bevölkerung nach Einkommen.....	178
Abbildung 135: Sportliche Aktivität der OberöreicherInnen (mindesten drei Mal in der Woche).....	180
Abbildung 136: Ambulante medizinische Versorgung.....	186
Abbildung 137: Fachärztliche Versorgung in Oberösterreich am Beispiel Innere Medizin.....	188
Abbildung 138: Entwicklung der niedergelassenen ÄrztInnen in Oberösterreich.....	189
Abbildung 139: Anzahl der Apotheken 2005-2010.....	191
Abbildung 140: Gesundheitsdeterminanten.....	207
Abbildung 141: Relevanz von Lebensbereichen für die Gesundheit.....	209
Abbildung 142: Wahrgenommene Angebots- bzw. Maßnahmensituation nach Lebensbereichen.....	210
Abbildung 143: Handlungsbedarf nach Lebensbereichen.....	211
Abbildung 144: Die Interaktion der einzelnen HIA-Phasen.....	213
Abbildung 145: Durchimpfungsraten der 6-fach-Impfungen in Prozent bei den Geburtenjahrgängen 2005-2008.....	224
Abbildung 146: Durchimpfungsraten MMR-Impfungen in Prozent der Geburtenjahrgänge 2005-2008.....	225

13.2. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die Krankenhausaufenthalte von OberösterreicherInnen (2008), alle Diagnosen..... 41

Tabelle 2: Krankenhausaufenthalte und Aufenthaltsdauer nach Hauptdiagnose und Geschlecht..... 42

Tabelle 3: Übersicht Krankenstand (1999-2008)..... 44

Tabelle 4: Anteil der Krankenstandstage nach Diagnosegruppen und Geschlecht (Arbeiter und Angestellte 2008)..... 45

Tabelle 5: Nach dem Epidemiegesetz 1950 gemeldete Erkrankungen in Oberösterreich, 2000 bis 2009..... 48

Tabelle 6: Krebsinzidenz in Oberösterreich (2007)..... 58

Tabelle 7: Kariesprävalenz bei 6-Jährigen (d3mft-Index) auf Milchzahnebene nach Komponenten und Geschlecht.... 70

Tabelle 8: Kariesprävalenz bei 12-Jährigen (D3MFT-Index) auf Zahnebene nach Komponenten und Geschlecht..... 70

Tabelle 9: Motorische Einschränkungen (mit und ohne Hilfsmittel)..... 91

Tabelle 10: Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)..... 91

Tabelle 11: Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)..... 93

Tabelle 12: Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsklassen..... 98

Tabelle 13: Untersuchungen des Mutter-Kind-Passes..... 106

Tabelle 14: Berufliche Belastungen..... 124

Tabelle 15: Bewegungsverhalten, Lebensqualität und Zufriedenheit mit Gesundheitszustand nach beruflicher Belastung..... 125

Tabelle 16: Persönliche/außerberufliche Belastungen..... 126

Tabelle 17: Bewegungsverhalten, Lebensqualität und Zufriedenheit mit Gesundheitszustand nach persönlicher Belastung..... 126

Tabelle 18: Betreuung im Erkrankungsfall bei SeniorInnen..... 132

Tabelle 19: Schulen, Klassen und SchülerInnen in Oberösterreich - Schuljahr 2008/2009..... 140

Tabelle 20: Tage mit hoher Feinstaubbelastung 2001-2009 (PM10 Tagesmittelwert > 50 µg/m³)..... 156

Tabelle 21: Häufige Luftverunreinigungen in Innenräumen und deren Quellen..... 159

Tabelle 22: Landschaft als Gesundheitsressource (Beispiele)..... 164

Tabelle 23: Chronische Krankheiten der oberösterreichischen Bevölkerung..... 174

Tabelle 24: Teilnahme an präventiven Gesundheitsmaßnahmen..... 177

Tabelle 25: Ausgewählte chronische Krankheiten nach Äquivalenzeinkommen bei OberösterreicherInnen..... 179

Tabelle 26: Teilnahme an präventiven Gesundheitsmaßnahmen..... 180

Tabelle 27: Vergleich niedergelassene ÄrztInnen 2006 und 2010..... 187

Tabelle 28: Anzahl der PatientInnenbesuche 2009..... 188

Tabelle 29: Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und Pflegehilfe..... 192

Tabelle 30: Sonderausbildung - Spezialaufgaben..... 193

Tabelle 31: Gehobener medizinisch-technischer Dienst..... 194

Tabelle 32: Hebammen..... 194

Tabelle 33: Medizinische Masseure und Heilmasseure - Spezialqualifikationen..... 195

Tabelle 34: Sanitätshilfsdienste..... 195

13.3. Literatur

Kapitel 1 - Allgemeiner Hintergrund

Rosenbock, R.; Gerlinger, T. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung.

Kapitel 2 - Demografischer und Sozioökonomischer Hintergrund

Statistik Austria Wien (2009): Armutgefährdung in Österreich. 1. Aufl. Wien: Bundesministerium für Arbeit Soziales und Konsumentenschutz (Abt. V/4 Abt. Kommunikation und Service) (Sozialpolitische Studienreihe, 2).

Whitehead, M; Dahlgren, G. (2007): Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Kapitel 4 - Allgemeiner Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Bullinger, M.; Morfeld, M. (2008): Der SF36 Health Survey. In: Schöffski, Oliver (Hg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. 3., vollst. überarb. Aufl. Berlin: Springer, S. 387-402.

WHO (1997): WHOQOL. Measuring Quality of Life. The World Health Organization Quality of Life Instruments. Online verfügbar unter http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf, zuletzt aktualisiert am 17.11.2000, zuletzt geprüft am 19.05.2009.

Kapitel 5.1. - Arbeitsunfähigkeit, Krankenhausaufenthalte und Medikamentenverbrauch

Leoni, T. (2008): Fehlzeitenreport 2007. Krankheits und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich ; Studie des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung im Auftrag der Wirtschaftskammer Österreich. Wien: WIFO - Österr. Inst. für Wirtschaftsforschung.

Leoni, T.; Mahringer, H. (2008): Fehlzeitenreport 2008. WIFO. Online verfügbar unter http://www.arbeitsinspektion.gv.at/NR/rdonlyres/A29F7159-DF2D-4932-861C-BA1889157D0A/0/Fehlzeitenreport_2008.pdf, zuletzt aktualisiert am 13.11.2008, zuletzt geprüft am 05.03.2010.

Reif, M. (2008): Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevante Lebensbereiche aus der Perspektive der OberösterreicherInnen. Ergebnisse der Umfrage „Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern in Oberösterreich“. Linz: Inst. für Gesundheitsplanung.

Kapitel 5.3. - Ausgewählte nicht übertragbare/chronische Erkrankungen und deren Folgen

Birgmann, R.; Meggeneder, O. (2005): Gesundheitsförderung als ein Beitrag zur Hebung der Zahngesundheit. In: Mitteilungen der Sanitätsverwaltung, H. 10/2005, S. 27.

Drosen, C.; Goddon, I.; Heinrich-Weltzien, R. (2010): Evaluation eines zahnärztlichen Intensivprophylaxeprogramms für Kinder mit einem erhöhten Kariesrisiko im Ennepe-Ruhr-Kreis. In: Bundesgesundheitsblatt, H. 53, S. 1197-1204.

Gyárfás, I.; Keltai, M.; Salim, Y. (2010): Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries in a case-control study based on the INTERHEART study. Online verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16734179>, zuletzt aktualisiert am 25.02.2010, zuletzt geprüft am 25.02.2010.

Himmelbauer, J. (2010a): Ergebnisse der Zahnstatuserhebung bei Sechsjährigen in Oberösterreich 2009. mit Unterstützung der ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH, S. 11-16.

Himmelbauer, J. (2010b): Ergebnisse der Zahnstatuserhebung bei Zwölfjährigen in Oberösterreich 2010. mit Unterstützung der ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH, S. 12-17.

O’Riordan, M. (2010): INTERHEART: Nine modifiable risk factors predict 90% of acute MI. Online verfügbar unter <http://www.theheart.org/article/155691.do>, zuletzt aktualisiert am 25.02.2010, zuletzt geprüft am 25.02.2010.

Rensing, L. (2010): Psychosozialer Streß und Herz-Kreislauf-Risiken: Neue Einsichten in komplexe Wirkmechanismen. Online verfügbar unter <http://www.kup.at/kup/pdf/6287.pdf>, zuletzt aktualisiert am 16.02.2010, zuletzt geprüft am 01.03.2010.

RKI (2005): Diabetes mellitus. Berlin: Robert Koch-Inst. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 24).

Sheps, D. S.; Frasure-Smith, N. Freedland K. E.; Carney R. M. (2004): The INTERHEART Study: Intersection Between Behavioral and General Medicine -- Sheps et al. 66 (6): 797 -- Psychosomatic Medicine. Online verfügbar unter <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/full/66/6/797>, zuletzt aktualisiert am 01.11.2004, zuletzt geprüft am 25.02.2010.

Kapitel 5.4. - Psychische Erkrankungen und mentale Störungen

BMASK (2009): Quartalsbericht 4/2009. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Online verfügbar unter http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/0/5/9/CH0982/CMS1268229993883/ii6_quartalsbericht_2009_4.pdf, zuletzt aktualisiert am 12.03.2010, zuletzt geprüft am 27.04.2010.

Medizinische Universität Wien: Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen | AKH Consilium. Online verfügbar unter <http://akh-consilium.at/indikation/Neurotische-Belastungs-und-somatoforme-St%C3%B6rungen/Diagnose>, zuletzt geprüft am 27.04.2010.

Preinsberger, W. (2004): Alkohol. In: Brosch, R.; Mader, R. (Hg.): Sucht und Suchtbehandlung. Problematik und Therapie in Österreich. Wien, S. 160-175.

Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart.

Urbas, E. (2004): Psychische Gesundheit in Wien. Wien.

WHO (2001): The World Health Report 2001, S. 3-13. Mental Health: New Understanding, New Hope. Genf.

Wittchen, H. U.; Jacobi, F. (2004): Angststörungen. Berlin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft, 21).

Kapitel 5.5. - Schmerzen

Dür, W.; Griebler, R. (2007): Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Wien: Bundesministerium für Gesundheit Familie und Jugend.

Ellert, U.; Neuhauser, H.; Roth-Isigkeit, A. (2007): Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Jg. 50, H. 5-6, S. 711-717.

Klimont, J.; Ihle, P.; Balaszti, E.; Kytir, J. (2008): Soziodemographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertung der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Wien: BMGFJ; Statistik Austria.

Klimont, J.; Kytir, J.; Leitner, B. (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien: BMGFJ.

Kapitel 5.6. - Adipositas

Altern mit Zukunft (2006): Erster Österreichischer Adipositasbericht 2006. Grundlage für zukünftige Handlungsfelder: Kinder, Jugendliche, Erwachsene. Herausgegeben von Altern mit Zukunft.

Österreichisches Grünes Kreuz (2007) : Studienbericht: Österreichweite Feldstudie zur Erhebung der Prävalenz von Übergewicht bei 6- bis 14-jährigen Schülerinnen und Schülern. Online verfügbar unter http://www.lsr-ooe.gv.at/gesunde_schule/Folgeseiten/GruenesKreuz_Studienbericht.pdf, zuletzt aktualisiert am 26.03.2010.

Rief, W. (2006): Eine Epidemie breitet sich aus: Zur Klassifikation, Prävalenz und Relevanz der Adipositas. In: Rief, Winfried; Hilbert, Anja (Hg.): Adipositasprävention. Eine interdisziplinäre Perspektive. Bern, S. 17-33.

WHO (2007): The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Summary. Herausgegeben von Weltgesundheitsorganisation (WHO). WHO. Kopenhagen, 2007.

Kapitel 5.7. - Funktionelle Einschränkungen und Einschränkungen im Alltag

Klimont, J.; Kytir, J.; Leitner, B. (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien: BMGFJ.

Kapitel 5.8. - Unfälle und Verletzungen

Schramhauser, H.; Heider, A. (2005): Einführung in den Arbeitnehmerschutz : Arbeit darf nicht krank machen. Arbeitnehmerschutz. 14. Aufl. Wien: Kammer für Arbeiter u. Angestellte für Wien.

Kapitel 6.1. - Geburt und Kindheit

Aboderin, I.; Kalache, A.; Ben-Shlomo, Y.; Lynch, J. W.; Yajnik, C. S.; Kuh, D.; Yach, D. (2002): Life Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes: Key Issues and Implications for Policy and Research. Geneva.

Amt der Oö Landesregierung - Direktion Soziales und Gesundheit - Abteilung Jugendwohlfahrt (a) (Hg.): Eltern- und Mutterberatung. Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/SID-F157550D-50857837/ooe/hs.xsl/17540_DEU_HTML.htm, zuletzt geprüft am 19.02.2010.

Amt der Oö Landesregierung - Direktion Soziales und Gesundheit - Abteilung Jugendwohlfahrt (b) (Hg.): IGLU Eltern- und Mutterberatung. Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/SID-352269E0-E7431821/ooe/hs.xsl/17544_DEU_HTML.htm, zuletzt geprüft am 19.02.2010.

- Birgmann, R.; Peböck, M.; Reif, M. (2007): Kinder- und Jugendgesundheit in Oberösterreich. Detailbericht. Linz.
- Bundesministerium für Gesundheit (2010a): Neuerungen beim Untersuchungsprogramm ab 1.1.2010. Online verfügbar unter http://bmgf.cms.apa.at/cms/site/attachments/1/3/2/CH0775/CMS1173182087816/neuerungen_beim_untersuchungsprogramms_ab_1.1.pdf, zuletzt geprüft am 04.10.2010.
- Bundesministerium für Gesundheit (2010b): Kinder und Bewegung. Gesundheit Österreich GmbH. Online verfügbar unter https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Bewegung_kinder.html, zuletzt aktualisiert am 22.04.2010, zuletzt geprüft am 29.07.2010.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hg.) (2010): Alkohol in der Schwangerschaft. Factsheet. Online verfügbar unter http://www.dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/100319_dhs_factsheet_fasd_-_-din+fragebogen.pdf, zuletzt geprüft am 28.07.2010.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hg.) (2003): Passivrauchende Kinder in Deutschland - Frühe Schädigungen für ein ganzes Leben. Online verfügbar unter http://www.dkfz.de/de/rauchertelefon/download/Passivrauchende_Kinder_4_Auflage.pdf, zuletzt geprüft am 27.07.2010.
- Dür, W. (2007): Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Wien: Bundesministerium für Gesundheit Familie und Jugend.
- Gartner, L.; Eidelman, A. (2005): Breastfeeding and the Use of Human Milk. Policy Statement. In: *Pediatrics*, H. 115, S. 496-506.
- Hitthaller, A.; Bruckmüller, M.; Kiefer, I.; Zwieauer, K. (2010): Österreichische Beikostempfehlungen 2010. Richtig essen von Anfang an! Unter Mitarbeit von Alexandra Wolf, Birgit Dieminger und Bettina Meidlinger. Herausgegeben von AGES, BMGFJ und HV der Sozialversicherungsträger.
- Hitthaller, A. (2008): Richtig essen von Anfang an. Projektbericht. Herausgegeben von AGES, BMGFJ und HV der Sozialversicherungsträger.
- Hoffmann, C. (2009): Disziplinschwierigkeiten in der Schule. Eine qualitative Einzelfallstudie mit einem gruppen- und bindungs-theoretischen Schwerpunkt ; das Beispiel einer Auffangklasse des Vereins BAJ in Bielefeld von Cornelia Hoffmann. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Hölscher, B. (2008): Sozialisation, Sozialisationskontexte, schichtspezifische Sozialisation. In: Willems, Herbert (Hg.): *Lehr(er)buch Soziologie. Für die pädagogischen und soziologischen Studiengänge Band 2*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden , S. 747-772.
- Honig, M. S. (2008): Lebensphase Kindheit. In: Abels, Heinz (Hg.): *Lebensphasen. Eine Einführung*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden , S. 9-76.
- Institut Suchtprävention (Hg.) (2010): Nikotinkonsum in Oberösterreich: Trend zum Nichtrauchen bestätigt - Raucherzahlen auf sehr hohem Niveau. Online verfügbar unter http://www.praevention.at/upload/documentbox/DM_Nikotin.pdf, zuletzt aktualisiert am 27.07.2010.
- Kwizda-Gredler, B.; Rieder, A.; Kiefer, I. (2000): *Wiener Kindergesundheitsbericht 2000*. Wien.
- Land Oberösterreich: Mutter-Kind-Zuschuss. Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/SID-59C4521C-58604EB9/ooe/hx.xsl/36151_DEU_HTML.htm, zuletzt geprüft am 01.10.2010.
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2010): Alles zum Mutter-Kind-Pass. Online verfügbar unter https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Alles_zum_Mutter_Kind_Pass_HK.html, zuletzt aktualisiert am 12.01.2010, zuletzt geprüft am 01.10.2010.
- Robert Koch Institut (Hg.) (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online verfügbar unter http://www.rki.de/cls_160/nn_199884/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS_SVR,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/KiGGS_SVR.pdf, zuletzt geprüft am 27.07.2010.
- Schneider, W. (2010): Pluralität - Heterogenität - Heterotopie? Begrifflich-theoretischen Anmerkungen zur Frage nach dem Wandel von Familie. In: Hagedorn, Jörg.; Schurt, Verena.; Steber, Corinna.; Waburg, Wiebke.; Herwartz-Emden, Leonie (Hg.): *Ethnizität, Geschlecht, Familie und Schule. Heterogenität als erziehungswissenschaftliche Herausforderung*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. , S. 237-256.
- Schweizer, H. (2007): *Soziologie der Kindheit. Verletzlicher Eigen-Sinn*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Siegrist, J.; Möller-Leimkühler, A. M. (2003): Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Walter, Ulla; Abelin, Theodor (Hg.): *Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen ; Gesundheit fördern - Krankheit verhindern*. 2., völlig neu bearb. und erw. Aufl. München: Urban & Fischer, S. 125-137.

Stein, C.; Moritz, I. (1999): A life course perspective of maintaining independence in older age. World Health Organization. Online verfügbar unter http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_AHE_99.2_life.pdf, zuletzt aktualisiert am 16.08.1999, zuletzt geprüft am 09.08.2010.

Sting, S. (2007): Gesundheit. In: Ecarius, Jutta. (Hg.): Handbuch Familie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 480-499.

WHO (2000): A Life Course Approach to Health. The implications for training of embracing.

Kapitel 6.2. - Jugend und junges Erwachsenenleben

Birgmann, R.; Peböck, M.; Reif, M. (2007): Kinder- und Jugendgesundheit in Oberösterreich. Linz.

Dür, W. (1999): Schöner Vogel Jugend? Zur Lage der Jugend und zur Gesundheit der Jugendlichen in Österreich. In: Scharinger, Christian (Hg.): Perspektiven der Jugendgesundheit. Linz (Gesundheitswissenschaften, 12), S. 15-42.

Dür, W.; Mravlag, K. (2002): Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des 6. HBSC-Surveys 2001 und Trends von 1990 bis 2001. Wien.

Elmadfa, I.; Freisling, H.; König, J. (2003): Österreichischer Ernährungsbericht 2003. Wien.

Gschwandtner, F.; Paulik, R.; Schmidbauer, R.; Seyer, S. (2009): Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen in Oberösterreich. Kurzfassung. Herausgegeben von Institut Suchtprävention. Online verfügbar unter <http://www.praevention.at/upload/documentbox/Alkoholintoxikationen.pdf>, zuletzt geprüft am 17.06.2010.

Hackauf, H.; Ohlbrecht, H. (2010): „Jugend und Gesundheit“ - ein Problemaufriss. In: Hackauf, Horst; Ohlbrecht, Heike (Hg.): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim, München: Juventa-Verl. .

Heinzlmaier, B. (14. und 15. Oktober 2008): Erfolgreich und zielorientiert mit jungen Zielgruppen in der Gesundheitsförderung kommunizieren. Veranstaltung vom 14. und 15. Oktober 2008. Linz. Veranstalter: Fonds Gesundes Österreich.

Ohlbrecht, H. (2010): Die Lebenswelten von Familien und Peers und ihre Auswirkungen auf Gesundheit. In: Hackauf, Horst; Ohlbrecht, Heike (Hg.): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim, München: Juventa-Verl., S. 136-159.

Raitchel, J. (2010): Gesundheitsrelevantes Risikoverhalten unter Jugendlichen. In: Hackauf, Horst; Ohlbrecht, Heike (Hg.): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim, München: Juventa-Verl., S. 160-177.

Schäfers, B. (1994): Jugendsoziologie. 5. Auflage. Opladen: Leske+Budrich.

Scharinger, C. (1999): Jugendgesundheitsförderung, 99. In: Scharinger, Christian (Hg.): Perspektiven der Jugendgesundheit. Linz (Gesundheitswissenschaften, 12).

The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 European countries (2009). Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).

Zartler, U. (2010): Vielfalt und Dynamik von Partnerbeziehungen. In: Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (Hg.): 5. Familienbericht 1999-2009. Die Familie an der Wende zum 21. Jahrhundert. Wien (1), S. 325-362.

Kapitel 6.3. - Mittlerer Lebensabschnitt

Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (Hg.) (2010): 5. Österreichischer Familienbericht - auf einen Blick. Online verfügbar unter <http://www.bmwfj.gv.at/Familie/Familienforschung/Documents/Familienbericht%202009/Band%20III%20-%20F%20C3%BCnfter%20Familienbericht%201999%20-%202009%20auf%20einen%20Blick.pdf>, zuletzt aktualisiert am 04.06.2010, zuletzt geprüft am 16.08.2010.

Höpflinger, F.; Perrig-Chiello, P. (2007): Mittleres Lebensalter im Wandel. Online verfügbar unter <http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhmidage1.html>, zuletzt aktualisiert am 17.11.2007, zuletzt geprüft am 12.08.2010.

Hurrelmann, K. (2010): Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. 10. Aufl. Weinheim: Juventa-Verl. (Grundlagentexte Soziologie).

Klimont, J.; Ihle, P.; Baldaszi, E.; Kytir, J. (2008): Soziodemographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertung der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Wien: BMGFJ; Statistik Austria.

Lademann, J.; Kolip, P.; Deitermann, B.; Bucksch, J.; Schwarze, M. (2005): Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Berlin: Robert Koch-Inst. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hg.) (2008): Gesundheit von Männern und Frauen im mittleren Lebensalter. Erster Bremer Gender-Report Gesundheit. Internetausgabe. Online verfügbar unter <http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/GenderReportMittleresLebensalter.pdf>, zuletzt aktualisiert am 22.01.2008, zuletzt geprüft am 12.08.2010.

Uhl, A.; Bachmayer, S.; Kobra, U.; Puhm, A.; Springer, A.; Kopf, N. et al. (2009): Handbuch: Alkohol Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends. 3., überarb. u. erg. Aufl. Wien: Bundesmin. für Arbeit Gesundheit und Soziales.

Kapitel 6.4. - Ältere Menschen

Bickel, H. (2006): Die Epidemiologie der Demenz. Herausgegeben von Deutsch Alzheimer Gesellschaft e.V. Online verfügbar unter http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01_01.pdf, zuletzt aktualisiert am 18.07.2006, zuletzt geprüft am 29.09.2010.

Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

Buchebner-Ferstl, S. (2005): Das Paar beim Übergang in den Ruhestand. Eine qualitative Studie auf der Grundlage der grounded theory. Univ., Diss--Wien, 2005. Wien: ÖIF (Schriftenreihe / ÖIF, Österreichisches Institut für Familienforschung, Bd. 14).

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hg.) (2009): Hochaltrige in Österreich. Wien.

Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hg.) (2000): Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen. Online verfügbar unter http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/seniorenbericht_langfassung1%5B1%5D.pdf, zuletzt aktualisiert am 05.09.2000, zuletzt geprüft am 06.12.2010.

Kollard, F. (2007): Lernbedürfnisse und Lernarrangements von älteren Menschen. Auszug aus dem Endbericht. Online verfügbar unter http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/4/6/4/CH0184/CMS1240821992988/lernbeduerfnisse_und_lernarrangements_im_alter_zusammenfassung.pdf, zuletzt aktualisiert am 03.12.2007, zuletzt geprüft am 06.12.2010.

Kruse, A. (2007): Gesundheit im Alter. Nachdr. Berlin: Robert Koch-Inst. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 10).

Land OÖ (2007): Man ist so alt, wie man sich fühlt - neue Aspekte der demographischen Alterung. Eine Information der Abteilung Statistik des Amtes der Oö. Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/SID-A1A057B1-CF81A347/ooe/StatGes_AspkteAlterung.pdf, zuletzt aktualisiert am 13.09.2007, zuletzt geprüft am 06.12.2010.

Madersbacher, S. (2003). Prävalenz der weiblichen Harninkontinenz: Die Belastungskomponente ist prädominant. In: Journal für Urologie und Urogynäkologie, Jg. 10, H. 1, S. 26-27. Online verfügbar unter www.kup.at/urologie.

Massatti, B. M. (2009): Soziodemografische und sozioökonomische Einflussfaktoren auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten österreichischer Senioren/Innen. Betreut von Ibrahim Elmadfa. Wien. Universität Wien, Ernährungswissenschaften, zuletzt geprüft am 04.10.2010.

Pavlik, J.; Gemkow, A.; Bienstein, C.; Bartholomeyczik, S.; Löhken-Mehring, G.; Monheim, U. (2005): Bericht der Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation im Alter - Aufgabe der Pflege“. Online verfügbar unter http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_1/1.1/EK/EKALT/13_EK3/AG-Berichte/AG_Bericht_Reha_Praev.pdf, zuletzt aktualisiert am 15.03.2005, zuletzt geprüft am 29.11.2010.

Schwartz, F. W.; Walter, U.; Abelin, T. (Hg.) (2003): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen ; Gesundheit fördern - Krankheit verhindern. 2., völlig neu bearb. und erw. Aufl. München: Urban & Fischer.

Statistik Austria: Lebenserwartung in Gesundheit. Statistik Austria. Online verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/041863.html, zuletzt geprüft am 06.12.2010.

Stein, C.; Moritz, I. (1999): A life course perspective of maintaining independence in older age. World Health Organization. Online verfügbar unter http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_AHE_99.2_life.pdf, zuletzt aktualisiert am 16.08.1999, zuletzt geprüft am 09.08.2010.

Weber, G. et al (2005): ESAW: European Study of Adult Well-Being. Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter. 2002-2004. Hauptergebnisse unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Österreich. Wien.

WHO (2002): Active ageing. A policy framework. [A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing Madrid Spain April 2002]. Geneva: World Health Organization.

WHO (1999): Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO (1999). Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, 6).

Wukounig, M. (2003): PensionsbezieherInnen und Umgang mit Krankheit. Linz (Gesundheitswissenschaften papers).

Ziegler, U.; Doblhammer, G. (2009): Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland - Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. Online verfügbar unter http://www.rostockerzentrum.de/publikationen/rz_diskussionpapier_24.pdf, zuletzt aktualisiert am 19.01.2009, zuletzt geprüft am 29.09.2010.

Kapitel 7.1. - Schule und Kindergarten

Amt der Oö. Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit-Abteilung Gesundheit (Hg.): Netzwerk „Gesunder Kindergarten“. Informationsfolder. Online verfügbar unter http://www.gesundegemeinde.ooe.gv.at/xbcr/SID-641865B8-622F5F94/Netzwerk_Kindergarten_WEB.pdf, zuletzt geprüft am 05.07.2011.

BMSG und BMBWK (2001): Schritt für Schritt zur Gesundheitsfördernden Schule. Ein Leitfaden für LehrerInnen und SchulleiterInnen. Herausgegeben von Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen und Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur. Wien.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2009): Bullying und Gewalt von Schülerinnen und Schülern. HBSC Factsheet Nr. 5/09. Online verfügbar unter http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/1/5/8/CH0776/CMS1191842242195/factsheet_nr__5_update_2009__3_neu.pdf, zuletzt geprüft am 23.06.2010.

Bürgisser, T. (2010): Entwickeln von Schulgemeinschaft durch Gesundheitsförderung. Pädagogische Hochschule Zentralschweiz Luzern. Online verfügbar unter <http://gesunde-schulen-zuerich.ch/webautor-data/23/Workshop-Gesundheitsfoerderung-und-Schulgemeinschaft-PHZH-2010-Handout.pdf>, zuletzt geprüft am 19.04.2010.

Dür, W. (Jänner 2010): Regionale Unterschiede in der Gesundheit bei Lehrern und Schülern. Ergebnisse aus der Schüler- und Lehrerbefragung des 7. österreichischen Health Behavior in School-aged Children Survey. In: Soziale Sicherheit, S. 35-39.

Gesundheit Österreich GmbH: Online verfügbar unter <http://www.goeg.at/de/Bereich/Kindergarten-Schule.html>, zuletzt geprüft am 08.04.2010.

Giebler, R.; Dür, W.; Kremser, W. (2009): Schulqualität, Schulerfolg und Gesundheit. Ergebnisse aus der österreichischen „Health Behavior in School-Aged Children“-Studie. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, H. 34, S. 79-88.

Hurrelmann, K.; Settertobulte, W.: Die Schule als Chance oder Bedrohung. Warum moderne Strategien der Gesundheits- und Sicherheitsförderung notwendig sind. Universität Bielefeld. Online verfügbar unter <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/21.11.07.vortrag.hurrelmann.pdf>, zuletzt geprüft am 19.04.2010.

HVB in Kooperation mit der OÖGKK (Hg.) (2010): Eltern und Schule als Partner! Ein Leitfaden zur Einbindung von Eltern in die Schulische Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter http://www.lsr-ooe.gv.at/gesunde_schule/Folgeseiten/Eltern_und_Schule_als_Partners.pdf, zuletzt geprüft am 12.04.2010.

Land Oberösterreich (Hg.): Kindergärten - Fundament unseres Bildungssystems. Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/SID-3DCFCFC3-66776275/ooe/hs.xml/21416_DEU_HTML.htm, zuletzt geprüft am 14.04.2010.

Mitterbauer, E. (2007): Gesundheitsförderung als pädagogisches Konzept. Unterrichtsformen und Arbeitsumfelder (Settings), die das Empowerment, die Eigenverantwortlichkeit und die Selbstwirksamkeit der Schulkinder fördern, tragen zu deren physischem, psychischem und sozialem Wohlbefinden bei. Dissertation. Wien.

Naidoo, J.; Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. 1. Aufl. Werbach: Conrad Günter.

Oertel, L. (2010): Schulstress und Schulangst im Jugendalter. In: Hackauf, Horst; Ohlbrecht, Heike (Hg.): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim: Juventa-Verl., S. 178-193.

Oö. Kinderbetreuungsgesetz: Landesgesetzblatt für Oberösterreich, Nr. 39 Landesgesetz, Artikel I Oö. Kinderbetreuungsgesetz, Jg. 2007.

Paulus, P. (2004): Gesundheitsförderung im Setting Schule. Gesundheitsförderndes Setting Schule: Was war, was ist, was sein wird. Veranstaltung vom 4. Juni 2004. Eisenstadt. Veranstalter: FGÖ. Online verfügbar unter <http://www.fgoe.org/veranstaltungen/fgoe-konferenzen-und-tagungen/archiv/gesundheitsfoerderungskonferenz-2004/schule-paulus.ppt>, zuletzt geprüft am 12.04.2010.

Statistik Austria (Hg.) (2010): Bildung in Zahlen 2008/09. Schlüsselindikatoren und Analysen. Herausgegeben von Statistik Austria. Wien.

Statistik Austria (Hg.) (2009): Lehrerinnen und Lehrer insgesamt im Schuljahr 2008/09. Online verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/formales_bildungswesen/lehrpersonen/021629.html, zuletzt aktualisiert am 22.12.2009, zuletzt geprüft am 19.04.2010.

Kapitel 7.2. - Arbeitswelt und Arbeitsbedingungen

Arbeiterkammer Oberösterreich (2008): Oberösterreichs Arbeitnehmer sind höchst mobil. Online verfügbar unter <http://www.arbeiterkammer.com/online/oberoesterreichs-arbeitnehmer-sind-hoehchst-mobil-42708.html?mode=711&STARTJAHR=2008>, zuletzt geprüft am 06.04.2010.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2009): Neue Arbeitszeitregeln - weniger Überstunden. Online verfügbar unter http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/9/CH0023/CMS1250162691823/090813_arbeitszeit_pu_final.pdf, zuletzt geprüft am 06.04.2010.

Elkeles, T. (2003): Arbeitende und Arbeitslose. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Walter, Ulla; Abelin, Theodor. (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen ; Gesundheit fördern - Krankheit verhindern. 2., völlig neu bearb. und erw. Aufl. München: Urban & Fischer, S. 653.

Institut Suchtprävention (2010): Nikotinkonsum in Oberösterreich: Trend zum Nichtrauchen bestätigt - Raucherzahlen auf sehr hohem Niveau. Online verfügbar unter http://www.praevention.at/upload/documentbox/DM_Nikotin.pdf, zuletzt geprüft am 26.03.2010.

Neue Arbeitsformen - neue Arbeitsstrukturen: Online verfügbar unter http://www.linz.at/images/Neue_Arbeitsformen.pdf, zuletzt geprüft am 06.04.2010.

Reif, M. (2008): Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevante Lebensbereiche aus der Perspektive der OberösterreicherInnen. Ergebnisse der Umfrage „Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern in Oberösterreich“. Linz: Inst. für Gesundheitsplanung.

Siegrist, J.; Möller-Leimkühler, A. M. (2003): Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Walter, Ulla; Abelin, Theodor. (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen ; Gesundheit fördern - Krankheit verhindern. 2., völlig neu bearb. und erw. Aufl. München: Urban & Fischer, S. 129-130.

Stelzer-Orthofer, C.; Kranewitter, H.; Kohlfürst, I. (2007): Lebens- und Problemlagen arbeitsloser Menschen in Oberösterreich. Endbericht. Herausgegeben von Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik. JKU Linz. Linz, S. 165.

Kapitel 7.3. - Wohnumgebung, Gemeinde, Stadt

BMASK (2009): 1. Bericht zum Freiwilligen Engagement in Österreich. Herausgegeben von Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien.

Braubach, M.; Schöppe, S.: Wohnen, Bewegung und Gesundheit. Online verfügbar unter http://test.cp.euro.who.int/Document/HOH/Wohnen_Bewegung_Gesundheit.pdf, zuletzt geprüft am 20.01.2011.

BZgA: Soziales Kapital. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (Leitbegriffe der Gesundheitsförderung). Online verfügbar unter http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-113.html, zuletzt geprüft am 27.01.2011.

Naidoo, J.; Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. 1. Aufl. Werbach: Conrad Günter.

Statistik Austria (2008): Struktur und Volumen der Freiwilligenarbeit in Österreich. Herausgegeben von Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz. Wien.

WHO (1998): Glossar Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter <http://www.kindergesundheitsfoerderung.de/Daten/Dokumente/InformationenundMaterialien/Gesundheitsfoerderung/GlossarGesundheitsfoerderung.pdf>, zuletzt geprüft am 27.01.2011.

Kapitel 7.4. - Gesunde natürliche und gestaltete Umwelt

Abraham, A.; Sommerhalder, K.; Bolliger-Salzman, H.; Abel, T. (2007): Landschaft und Gesundheit. Das Potential einer Verbindung zweier Konzepte. Online verfügbar unter www.sl-fp.ch/getdatei.php?datei_id=437, zuletzt geprüft am 28.1.2011.

Donat, M. (11. Februar 2011): Programm nach § 9a IG-L zur Verringerung der Belastung mit PM10 und NO2 für den öö. Zentralraum insbesondere die Städte Linz und Wels. Stellungnahme der Öö. Umwelthanwaltschaft. Öö. Umwelthanwaltschaft. Online verfügbar unter <http://www.oee-umwelthanwaltschaft.at/xbcr/SID-0FF15643-9D7FCABB/Luftpaket.pdf>, zuletzt geprüft am 29.04.2011.

Fehr, R.; Kobusch, A.-B.; Wichmann, H.-E. (2003): Umwelt und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus; Laaser, Ulrich (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 3. Aufl., Studienausg. Weinheim: Juventa-Verl., S. 467-518.

Friedmann, H. (1997): Das Österreichische Radon Projekt. In: Mitteilungen der Österreichischen Geologischen Gesellschaft, Jg. 88, S. 15-23. Online verfügbar unter http://www2.uibk.ac.at/downloads/oegg/Band_88_15_23.pdf, zuletzt geprüft am 28.01.2011.

Grenzwerte des Immissionsschutzgesetz Luft. BGBl. I. Nr. 115 (1997) in der Fassung BGBl. I Nr. 34 (2006) vom 16. März 2006 (2006). Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/SID-289D9270-1F3C75B6/ooe/Grenzwerte_des_Immissionsschutzgesetz_Luft.pdf, zuletzt aktualisiert am 08.08.2006, zuletzt geprüft am 01.02.2011.

Hutter, H.-P.; Kundi, M.; Moshhammer, H.; Wallner, P.; Kugler, C. (2010): Innenraum und Gesundheit. Herausgegeben von Amt der Kärntner Landesregierung. Online verfügbar unter http://www.ktn.gv.at/197069_DE, zuletzt aktualisiert am 15.06.2010, zuletzt geprüft am 28.01.2011.

Hutter, H.-P.; Moshhammer, H.; Wallner, P. (2008): Luftschadstoffe in der Außenluft, Innenraumluft - Schadstoffe in der Wohnung. Umweltmedizinischer Bericht. Ärztinnen und Ärzte für eine gesunde Umwelt. Wien.

Hutter, H.-P.; Moshhammer, H.; Wallner, P. (2009): Lärm. Umweltmedizinischer Bericht. Ärztinnen und Ärzte für eine gesunde Umwelt. Wien.

Klein, M. (2004): Lichtverschmutzung - Eine neue Umweltproblematik. Ludwigsburg. Hochschule für Öffentliche Verwaltung und Finanzen. Online verfügbar unter <http://www.home.uni-osnabrueck.de/ahaenel/darksky/dalichtver.pdf>, zuletzt geprüft am 20.05.2011.

Klimont, J.; Kytir, J.; Leitner, B. (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien: BMGFJ.

- Kobler; R. L. (2003): Die Lichtverschmutzung in der Schweiz. Mögliche Auswirkungen und praktische Lösungsansätze. MuttENZ, Departement Industrie; Institut für Umwelttechnik. Online verfügbar unter http://www.darksky.ch/downloads/artikel/rlkobler_dipl.pdf, zuletzt geprüft am 20.05.2011.
- Land Oberösterreich (2010a): Jahresbericht 2009 der Luftgüteüberwachung in Oberösterreich. Inspektionsbericht. Umwelt Prüf- und Überwachungsstelle des Landes Oberösterreich, zuletzt geprüft am 29.04.2011.
- Land Oberösterreich (2007): Luftgüte-Jahresbericht 2006. Umwelt Prüf- und Überwachungsstelle des Landes Oberösterreich. Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/SID-43729587-A2D-FEC64/oe/Jahresbericht_2006.pdf, zuletzt aktualisiert am 05.11.2007, zuletzt geprüft am 02.05.2011.
- Land Oberösterreich: Luftgüte - Langfristige Entwicklung. Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/SID-6F01B2CA-F6AC8C9B/oe/hs.xsl/17682_DEU_HTML.htm, zuletzt geprüft am 24.01.2011.
- Land Oberösterreich (2010b): Programm nach § 9a IG-L zur Verringerung der Belastung mit den Schadstoffen PM10 und NO2 für den oberösterreichischen Zentralraum, insbesondere die Städte Linz und Wels. Amt der OÖ Landesregierung, Direktion Umwelt und Wasserwirtschaft. Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/SID-7448EFCA-A323CFEC/oe/US_Programm9a_.pdf, zuletzt aktualisiert am 20.12.2010, zuletzt geprüft am 02.05.2011.
- Navara, K. J.; Nelson, R. J. (2007): The dark side of light at night: physiological, epidemiological, and ecological consequences. In: *Journal of Pineal Research*, H. 43, S. 215-224, zuletzt geprüft am 03.05.2011.
- Oö. Akademie für Umwelt und Natur (Hg.) (2006): OÖ. Umweltbericht 2006. im Auftrag des Umweltressorts des Landes Oberösterreich.
- Oö. Umweltschutzbehörde (2009a): Entwicklungsziele Umwelt und Natur - Legislaturperiode 2009 - 2015. Zusammenfassung der Positionspapiere der Oö. Umweltschutzbehörde. Online verfügbar unter <http://www.ooe-umweltschutz.at/xbcr/SID-31605154-CFE899AD/Pressepapier-Kurzfassung.pdf>, zuletzt aktualisiert am 25.05.2009, zuletzt geprüft am 23.05.2011.
- Oö. Umweltschutzbehörde (2009b): Lichtverschmutzung. Online verfügbar unter http://www.ooe-umweltschutz.at/xbcr/SID-C353CCD1-3A107B14/LV_nur-TEXT.pdf, zuletzt aktualisiert am 04.06.2009, zuletzt geprüft am 03.05.2011.
- Reiter, R. J.; Tan, D.-X.; Korkmaz, A. (2009): The circadian melatonin rhythm and its modulation: possible impact on hypertension. In: *Journal of Hypertension*, H. 27 (suppl 6), S. 17-20, zuletzt geprüft am 23.05.2011.
- Rodewald; R. (2010): Landschaft und Gesundheit - Theorie und Praxis zweier Verbundener Konzepte. In: *Schweiz Z Forstwes*, Jg. 161, H. 3, S. 56-61. Online verfügbar unter <http://www.atypon-link.com/SFS/doi/pdf/10.3188/szf.2010.0056>, zuletzt geprüft am 28.1.2011.
- Schneider, J.; Spangl, W. (2005): Abschätzung der Gesundheitsauswirkungen von Schwebstaub in Österreich. Wien: Umweltbundesamt (Report / Umweltbundesamt, 20).
- Spangl, W.; Moosmann, L. (2010): Luftgütemessungen und meteorologische Messungen. Jahresbericht Hintergrundmessnetz Umweltbundesamt 2009. Wien.
- Spangl, W.; Nagl, C. (2010): Jahresbericht der Luftgütemessungen in Österreich 2009. Wien.
- Umweltbundesamt: Polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAKs). Online verfügbar unter <http://www.umweltbundesamt.at/umweltsituation/luft/luftschaedstoffe/pops/paks/>, zuletzt geprüft am 02.05.2011.
- Wegscheider-Pichler, A. (2009): Umweltbedingungen, Umweltverhalten - Ergebnisse des Mikrozensus 2007. Statistik Austria, Lebensministerium.
- WHO (2009): Country profiles of Environmental Burden of Disease: Austria. Online verfügbar unter http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/national/countryprofile/austria.pdf, zuletzt aktualisiert am 07.07.2009, zuletzt geprüft am 31.01.2011.
- WHO, Regional Office for Europe: Burden of disease from environmental noise: Quantification of healthy life years lost in Europe.
- Wikipedia 01.05.2011: Lichtverschmutzung. Online verfügbar unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Lichtverschmutzung>, zuletzt aktualisiert am 01.05.2011, zuletzt geprüft am 13.05.2011.
- Wikipedia 28.04.2011: Oxidativer Stress. Online verfügbar unter http://de.wikipedia.org/wiki/Oxidativer_Stress, zuletzt aktualisiert am 28.04.2011, zuletzt geprüft am 23.05.2011.

Kapitel 8. - Soziale Determinanten der Gesundheit

Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 6. Auflage. Juventa Verlag Weinheim und München.

Klimont, J. u. a. (2008): Sozio-demografische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertung der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hrsg. Statistik Austria. Wien 2008. online verfügbar: [http://www.google.at/search?hl=de&sa=X&ei=4kC8TJ_VHojFswbbqJ3WDQ&ved=0CBQQBSgA&q=Soziodemografische+und+sozio%C3%B6konomische+Determinanten+von+Gesundheit&spell=1\(18/10/2010\)](http://www.google.at/search?hl=de&sa=X&ei=4kC8TJ_VHojFswbbqJ3WDQ&ved=0CBQQBSgA&q=Soziodemografische+und+sozio%C3%B6konomische+Determinanten+von+Gesundheit&spell=1(18/10/2010))

Krones, T. (2001): Nationalität, Migration und Gesundheitszustand. In: Mielck, Andreas/Bloomfield, Kim: Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Juventa Verlag. Weinheim und München. S. 128-141.

Kuhlmann, E.; Kolip, P. (2008): Die „gemachten“ Unterschiede - Geschlecht als Dimension gesundheitlicher Ungleichheit. In: Bauer, Ulrich/Bittlingmayer, Uwe/Richter, Matthias: Health Inequalities. Soziale Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. 1. Auflage 2008. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH. Wiesbaden.

Lampert, U.; Ziese, T. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung. Online verfügbar: [http://www.bmas.de/portal/988/property=pdf/armut_soziale_ungleichheit_und_gesundheit.pdf\(18/10/2010\)](http://www.bmas.de/portal/988/property=pdf/armut_soziale_ungleichheit_und_gesundheit.pdf(18/10/2010))

Leoni, T. (2010): Fehlzeitenreport 2009. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. Wien.

Marstedt, G.; Müller, R. (2000): Soziale Ungleichheit im Jugendalter. Geschlecht und Bildungsniveau als Einflussdimensionen für Gesundheit und kulturelle Normen des Gesundheitsverhaltens. In: Helmert, Uwe u. a.: Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Juventa Verlag Weinheim und München. S. 187-200.

Micheelis, W. (2001): Soziale Ungleichheit und Mundkrankheiten. In: Mielck, Andreas/Bloomfield, Kim: Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Juventa Verlag. Weinheim und München. S. 128-141.

Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Verlag Huber. Bern.

Sebinger, S.; Wesenauer, A. (2009): (Un)gleich? - ein Thema der sozialen Krankenversicherung? In: Wesenauer, Andrea/Sebinger, Sarah: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Gesundheitliche Versorgung und Gesundheitsförderung - eine Frage der sozialen Gerechtigkeit? Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt am Main. S. 25-39.

Spallek, J.; Razum, O. (2008): Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Bauer, Ulrich/Bittlingmayer, Uwe/Richter, Matthias: Health Inequalities. Soziale Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. 1. Auflage 2008. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH. Wiesbaden.

Statistik Austria, Sterbetafeln bzw. EU-SILC. Online verfügbar: 01.10.2010. http://www.statistik.at/web_de/static/lebenserwartung_ohne_funktionale_beeintrachtigungen_seit_2003_041834.xls

Stolpe, S. (2001): Schulbildung/berufliche Ausbildung und Gesundheitszustand. In: Mielck, Andreas/Bloomfield, Kim: Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Juventa Verlag. Weinheim und München. S. 17-27.

Kapitel 9.1. - Krankenversorgung

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2001): Das Gesundheitswesen in Österreich. Wien

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2010): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010 ÖSG 2010. Wien

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2008): Selbstständige Ambulatorien in Österreich. Wien

Ertl, R.; Kratzer, U. (2007): Hauskrankenpflege: Wissen - Planen - Umsetzen. 2. akt. Auflage, Wien: Facultas. Universitätsverlag.

Meggeneder, O. (2009): in WISO: Schwerpunktausgabe Nachhaltige Sicherung des österreichischen Gesundheitssystems. ISW: Linz

Mesch, M. (Hg.) (1997): Neue Arbeitsplätze in Österreich. Wien: Manz.

Oberösterreichischer Landesrechnungshof (2010): Initiativeprüfung Bericht. Mobile Dienste in OÖ. Linz

Streissler, A. (2004): Das österreichische Gesundheitswesen. Eine ökonomische Analyse aus interessenpolitischer Sicht. Wien: Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft Nr. 89

Kapitel 9.2. - Soziale Versorgung

Quellen:

Menche, N. (2007): Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe; 4. vollst. überarb. Aufl., München: Elsevier Urban & Fischer.

OÖ. Sozialratgeber 2010
http://www.land-oberoesterreich.gv.at/files/publikationen/So_sozialratgeber_2010.pdf

PRO ALTER (2008): Fachmagazin PRO ALTER, Ausgabe 2/2008; Kuratorium Deutsche Altershilfe - Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.

Ratgeber Wege Finden
Informationen für Menschen mit Beeinträchtigungen 3. Auflage
<http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/internetpub/InternetPubPublikationDetail.jsp?pbNr=618&kriterien=Themen>

Sozialbericht 2010 (Ab November 2010)
http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/SID-5272142E-C23FDCDA/ooe/hs.xsl/sozialbericht2008_DEU_HTML.htm

Kapitel 9.3. . Gesundheitsförderung in Oberösterreich

Sebinger, S. (2009): Schulische Gesundheitsförderung - Bedarfserhebung an OÖ Schulen. Unter Mitarbeit von Mittendorfer Angelika, Oberprantacher Pia und Pöchmann Kerstin. Linz.

Kapitel 10.1. - Multisektorale Verantwortung

Fonds Gesundes Österreich: Vorbild Finnland. Interview mit Pekka Puska (4/2005, S. 23). In: Gesundes Österreich, Magazin für Gesundheitsförderung und Prävention.

Stahl, T.; Wismar, M.; Ollila, E.; Lahtinen, E.; Leppo, K. (2006): Health in All Policies. Prospects and potentials. Herausgegeben von Ministry of Social Affairs and Health (Finnland).

WHO (2010): Der europäische Gesundheitsbericht 2009. Gesundheit und Gesundheitssysteme. Herausgegeben von WHO.

Kapitel 10.2. - Gesundheitsfolgenabschätzung

Mock, S. (2007): Health Impact Assessment versus Gesundheitsverträglichkeitsprüfung. Wie werden Gesundheitseffekte berücksichtigt. Linz (Gesundheitswissenschaften, 21).

Sprenger, M. (2010): Health Impact Assessment. Ein Instrument zur gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung. Veranstaltung vom 19. 01. 2010, aus der Reihe „Workshop HIA“. Linz. Veranstalter: Institut für Gesundheitsplanung.

Thierno, D. (2010): Leitfaden für die Gesundheitsfolgenabschätzung in der Schweiz. Herausgegeben von Schweizer Plattform zur Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA-Plattform).

Kapitel 10.3. - Versorgungsforschung

Bencic, W. et al. (2002): Heilmittel-Versorgungsforschung in Österreich. In: Soziale Sicherheit 6

Bödeker, W. (2005): Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsforschung mit Arbeitsunfähigkeitsdaten der Krankenkassen. In.: E. Swart, P. Ihle (Hrsg.): Routinedaten im Gesundheitswesen

Domenighetti, G. et al. (1993): Revisiting the most informed consumer of surgical services. In: International Journal of Technology Assessment in Health Care

Gebhart, B. et al. (2008): ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Band 65 der Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse der GEK, Asgard Verlag

Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode: WACHSTUM. BILDUNG. ZUSAMMENHALT.
<http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf> (Zugriff 20101119)

Pfaff, H.; Bentz, J. (2003): Qualitative und quantitative Methoden der Datengewinnung. In: Schwartz F.W. et al: Das Public Health Buch, Urban & Fischer

Pfaff, H. et al. (2009): Memorandum: Methoden für die Versorgungsforschung. In: Gesundheitswesen 71

Pfaff, H. (2003): Versorgungsforschung - Begriffsbestimmungen, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff H. et al.: Gesundheitsversorgung und Disease Management; Verlag Hans Huber

Redaelli, M. et al. (2009): Internationales Literaturreview zur „Effektivität und Effizienz von nicht-ärztlichen Berufen in ambulanten Versorgungskonzepten“
http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Versorgungsforsch._Literatur-Review_nicht-aerztliche_Berufe.pdf (Zugriff 20101207)

Regierungsprogramm 2008-2013: Gemeinsam für Österreich, <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=32965> (Zugriff 20101119)

Schrappe, M. (2010): Persönliche Mitteilung im Rahmen des Beratungsgesprächs „Versorgungsforschung“ am 21.10.2010 in der OÖGKK

Schwartz, F.W. (2003): Public Health - Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze. In: Schwartz F.W. et al: Das Public Health Buch, Urban & Fischer

Swart, E.; Ihle, P. (2005): Sekundärdatenanalyse; Aufgaben und Ziele. In: E. Swart, P. Ihle (Hrsg.): Routinedaten im Gesundheitswesen

Kapitel 10.4. - Health Technology Assessment (HTA)

Quellen:

1. Österr. HTA-Symposium, 3.5.2010

HTA-Brüschüre, Gesundheit Österreich GmbH

Nationale HTA-Strategie, Version 1.0, 2009, BIQG im Auftrag BMG, April 2010

Kapitel 11. - Gesundheitsziele 2000-2010

Amt der Oö. Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit (Hg.) (2010): Qualitätszertifikat Gesunde Gemeinde. Eine Initiative des Landes Oberösterreich für qualitätsorientiert tätige Gemeinden. Unter Mitarbeit von Heinrich Gmeiner Elisabeth Weberberger Bettina Blanka. Online verfügbar unter https://e-gov.ooe.gv.at/gesgem_ma/rde/xchg/SID-DF5D9F19-1CEC51E4/gesgem_ma/hs.xsl/1004_DEU_HTML.htm, zuletzt geprüft am 28.09.2010.

Gohlke, H. (2003): Wandel in der klinischen Präsentation der koronaren Herzerkrankung. In: Journal of Cardiology, H. 10 (3), S. 99-102. Online verfügbar unter <http://www.kup.at/journals/kardiologie>, zuletzt geprüft am 21.12.2010.

Himmelbauer, J. (2010a): Ergebnisse der Zahnstatushebung bei Sechsjährigen in Oberösterreich 2009. mit Unterstützung der ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH, S. 11-16.

Himmelbauer, J. (2010b): Ergebnisse der Zahnstatushebung bei Zwölfjährigen in Oberösterreich 2010. mit Unterstützung der ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH, S. 12-17.

Jacobi, F. (2009): Nehmen psychische Störungen zu? (report psychologie, <34> 1|2009). Online verfügbar unter <http://psylux.psych.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/jacobi-reportpsychologie-2009.pdf>, zuletzt aktualisiert am 19.12.2008, zuletzt geprüft am 03.01.2011.

Jousilahti; Pekka (2006): The promotion of heart health: a vital investment for Europe. In: Ståhl, Timo; Wismar, Matthias; Ollila, Eeva; Lahtinen, Eero; Leppo, Kimmo (Hg.): Health in all policies. Prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, S. 41-64.

Klimont, J.; Kytir, J.; Leitner, B. (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien: BMGFJ.

PGA (2009): Zahngesundheitsförderung Jahresbericht. Schuljahr 2008/09. Herausgegeben von PGA. Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit. Linz.

Püringer, U. (2007): Grundlagenkonzept zu Interventionen der Herz-Kreislauf-Gesundheit in Österreich. Wien.

Reif, M. (2010): Medizinische Evaluierung der Strukturierter Diabetikerbetreuung Oberösterreich 2010. Institut für Gesundheitsplanung. Linz.

Richter, D. (2008): Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. In: Abderhalden, Christoph; Needham, Ian; Schulz, Michael; Schoppmann, Susanne; Stefan, Harald (Hg.): Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery. Vorträge und Posterpräsentationen 5. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bern. Unterostendorf, S. 351-362.

Sebinger, S. (2009): Schulische Gesundheitsförderung - Bedarfserhebung an OÖ Schulen. Unter Mitarbeit von Mittendorfer Angelika, Oberprantacher Pia und Pöchmann Kerstin. Linz.

Therapie Aktiv - Diabetes im Griff: Umsetzungsstand in Österreich. Online verfügbar unter http://diabetes.therapie-aktiv.at/portal27/portal/diabetesportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=66241&p_taid=2, zuletzt geprüft am 17.01.2011.

WHO(1999): Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. World Health Organization. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, 6). Online verfügbar unter <http://www.gbv.de/dms/hbz/toc/ht010287703.pdf>.

Kapitel 12. - Gesundheitsziele 2011-2020

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Nationaler Aktionsplan Ernährung. inkl. Maßnahmenübersicht und Planung 2011. Wien.

Dahlgren, G.; Whitehead, M. (1991): Policies an strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe.

Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert (1997). Online verfügbar unter http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf, zuletzt aktualisiert am Juli 1997, zuletzt geprüft am 30. Juli 2010.

VERZEICHNISSE UND LITERATUR

Dür, W.; Griebler, R. (2007): Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Wien: Bundesministerium für Gesundheit Familie und Jugend. Online verfügbar unter http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/1/5/8/CH0776/CMS1191842242195/bericht_hbhc_2007_gesamt_mit_anhang907.pdf, zuletzt geprüft am 04.08.2010.

Felkl, C.; Ellrott, T.: Gesundheitsfördernde Ernährung. In: Lohaus; Domsch (Hg.): Psychologische Förderungs- und Interventionsprogramme im Kindes- und Jugendalter. Berlin: Springer, S. 175-188.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2005): Grünbuch: Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Brüssel. Online verfügbar unter http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2005/com2005_0484de01.pdf, zuletzt geprüft am 28.10.2010.

Marti, B.; Bühlmann, U.; Hartmann, D.; Ackermann-Liebrich, U.; Hoppeler, H.; Martin, B. et al. (1999): Fakten zur gesundheitlichen Bedeutung von Bewegung und Sport im Jugendalter. Gemeinsame Stellungnahme aus wissenschaftlicher Sicht. In: Schweizer Zeitschrift für „Sportmedizin und Sporttraumatologie“, H. 47 (4), S. 175-179.

Mensink, G.; Hesecker, H.; Richter, A.; Stahl, A.; Vohmann, C. (2007): Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EsKiMo). Unter Mitarbeit von Jessica Fischer, Simone Kohler und Julia Six. Robert Koch-Institut, Abt. für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung Berlin; Universität Padernborn, Fakultät für Naturwissenschaften. Bonn.

Mock, S. (2007): Health Impact Assessment versus Gesundheitsverträglichkeitsprüfung. Wie werden Gesundheitseffekte berücksichtigt? Herausgegeben von Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik. Linz.

Ohlbrecht, H. (2010): Die Lebenswelten von Familie und Peers und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. In: Hackauf, Horst; Ohlbrecht, Heike (Hg.): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim: Juventa-Verl. (Jugendforschung), S. 136-159.

Reif, M. (2008): Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevante Lebensbereiche aus der Perspektive der OberösterreicherInnen. Institut für Gesundheitsplanung. Linz.

Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 1. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber Programmbereich Gesundheit).

Thierno, D. (Hg.) (2010): Leitfaden für die Gesundheitsfolgenabschätzung in der Schweiz. Schweizer Plattform zur Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA-Plattform). Online verfügbar unter http://www.impactsante.ch/pdf/Guide_eis_allemand_2010_final_de_chez_final_6-4-10.pdf, zuletzt geprüft am 04.08.2010.

Titze, S.; Dorner, T. E.; Ring-Dimitriou, S. (2010): Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Herausgegeben von Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich Bundesministerium für Gesundheit. Wien.

WHO (2010): Der Europäische Gesundheitsbericht 2009. Gesundheit und Gesundheitssysteme. Herausgegeben von WHO Regional Office for Europe.

GLOSSAR

15a - Vereinbarung	Vereinbarung zwischen dem Bund und den Bundesländern über Angelegenheiten ihres jeweiligen Wirkungsbereiches. Im Gesundheitsbereich gibt es eine Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, die alle fünf Jahre neu verhandelt und abgeschlossen wird (aktueller Zeitraum 2008-2013).
Adherence/Adheränz	Therapietreue. Beschreibt wie weit das Verhalten der Patientin oder des Patienten hinsichtlich der Behandlungsziele und den Wegen zur Erreichung derselben mit dem übereinstimmt, was zuvor mit der Ärztin bzw. dem Arzt gemeinsam beschlossen wurde. ¹
ADL/IADL	ADL: Grundlegende Aktivitäten des täglichen Lebens (activities of daily living) wie z.B. essen, persönliche Hygiene, einkaufen gehen, etc. IADL: Zentrale instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (instrumental activities of daily living) wie z.B. telefonieren, kochen, Haushaltsführung, etc.
Altersstandardisierung	„Unter dem Begriff „Altersstandardisierung“ versteht man [...] ein statistisches Verfahren zur Herstellung einer Vergleichbarkeit von zwei oder mehr Untersuchungsgruppen, welche eine unterschiedliche Alterszusammensetzung aufweisen. Damit können altersabhängige Einflüsse ausgeschaltet werden, wenn diese Gruppen in Bezug auf ein altersabhängiges Merkmal (zum Beispiel das Auftreten einer bestimmten Erkrankung, Sterblichkeit) verglichen werden sollen.“ ²
Äquivalenzeinkommen	Das Äquivalenzeinkommen ist ein Wert, der sich aus dem Gesamteinkommen eines Haushalts, Anzahl und dem Alter der von diesem Einkommen lebenden Personen ergibt. Es entspricht einem gewichteten Pro-Kopf-Einkommen.
Arithmetisches Mittel	Das arithmetische Mittel ist die Summe aller beobachteten Werte geteilt durch deren Anzahl (allgemein als Durchschnitt bezeichnet).
Armutsgefährdungsquote	Die Armutsgefährdungsquote dient als Indikator zur Messung relativer Einkommensarmut. Laut EU-Standard wird sie definiert als der Anteil der Personen, deren Äquivalenzeinkommen weniger als 60 Prozent des Medians der Äquivalenzeinkommen der Bevölkerung (in Privathaushalten) beträgt. ³
ATC	Internationales Klassifikationssystem für Arzneistoffe.
BGF	BGF steht für Betriebliche Gesundheitsförderung. Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst „Maßnahmen und Initiativen, die darauf abzielen, die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen an ihrem Arbeitsplatz zu verbessern und zu erhalten. Durch solche Aktivitäten, wie Verbesserungen der Arbeits- und Ablauforganisation, Förderung der MitarbeiterInnenbeteiligung oder Stärkung ihrer persönlichen Kompetenzen, lassen sich Gesundheit und Wohlbefinden der Belegschaft deutlich steigern. Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit von Unternehmen hängt in einem großen Maß von qualifizierten, motivierten und gesunden MitarbeiterInnen ab.“ ⁴
COPD	COPD steht für „chronic obstructive pulmonary disease“, oder zu deutsch „chronisch obstruktive Lungenerkrankung“. Obstruktiv bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Atemwege bei dieser Krankheit irreversibel verengt sind.
D3MFT-Wert	Der D3MFT-Wert gibt die Zahl der kariösen oder wegen Karies gefüllten bzw. gezogenen Zähne im bleibenden Gebiss an.
d3mft-Wert	Der d3mft-Wert gibt die Zahl der kariösen oder wegen Karies gefüllten bzw. gezogenen Milchzähne an.
Endemie	Das andauernde Auftreten einer Krankheit in einer begrenzten Region über lange Zeiträume nennt man Endemie.
Epidemie	Tritt in einer Bevölkerung in einer begrenzten Zeitspanne eine, im Vergleich zur Ausgangssituation, ungewöhnliche Häufung von Krankheitsfällen innerhalb eines bestimmten Gebietes auf, so spricht man von einer Epidemie.
FOKO	Data-Warehouse der OÖGKK (verrechnete Leistungen)
Gesundheitsdeterminanten	Persönliche, soziale, wirtschaftliche oder umweltbedingte Faktoren, die den Gesundheitszustand einzelner Menschen oder ganzer Gemeinschaften bestimmen. ⁵
Gesundheitsindikatoren	Anzeiger von Gesundheitszuständen oder Gesundheitsprozessen (z.B. subjektiver Gesundheitszustand, Lebenserwartung, Lebensqualität, usw.)

GLOSSAR

Gradient	Ein Gradient bezeichnet gemeinhin einen Anstieg bzw. ein Gefälle.
ICD-10	ICD steht für „international classification of diseases“ (Internationale Klassifikation der Krankheiten), wobei die Zahl 10 für die aktuelle Version steht. ⁶
IDB	Unfalldatenbank der Europäischen Union mit dem Ziel, Daten zur Prävention von Freizeitunfällen zu sammeln und bereitzustellen. ⁷
Inzidenz	Inzidenz zeigt die Anzahl der Neuerkrankungen in einem definierten Beobachtungszeitraum in der Bevölkerung an.
ISIS	Integriertes Statistisches Informationssystem der Statistik Austria. ⁸
Lungenemphysem	Irreversible (unumkehrbare) Lungenüberblähung, die mit der Zerstörung des Lungengewebes, insbesondere der Lungenbläschen, einhergeht. Risikofaktoren für ein Lungenemphysem stellen insbesondere Rauchen und schadstoffbelastete Luft dar. ⁹
Median	= Zentralwert. Der Median ist charakterisiert als der mittlere Wert einer geordneten Datenreihe, also der mittlere Wert einer „Stirnreihe“. Ein wesentlicher Vorteil des Medians gegenüber dem arithmetischen Mittel ist, dass dieser gegen Ausreißer (z.B. einzelne sehr hohe Werte) resistent ist.
Morbidität	Morbidität ist die in einem definierten Zeitraum auftretende relative Anzahl an Fällen einer bestimmten Erkrankung in der Bevölkerung.
Mortalität	Mortalität (Sterblichkeit) ist die in einem bestimmten Zeitraum auftretende relative Anzahl an Todesfällen in der Bevölkerung.
Neue Europa Standardbevölkerung	Die „Neue Europa Standardbevölkerung“ ist eine von mehreren gängigen „künstlichen“ Bevölkerungen, die man als Grundlage zur Errechnung vergleichbarer Maßzahlen bei der Altersstandardisierung verwendet.
PatientInnenempowerment	PatientInnenbefähigung. Empowerment steht für: „Befähigung; Prozess, mit dem die Fähigkeiten von Menschen gestärkt und aktiviert werden, Herausforderungen zu bewältigen, Bedürfnisse zu stillen, Probleme zu lösen und sich die notwendigen Ressourcen zu verschaffen, um die Kontrolle über die Entscheidungen und Handlungen zu gewinnen, die ihre Gesundheit beeinflussen“. ¹⁰
Peer / Peergroup	Gruppe von Gleichaltrigen oder von Gleichgestellten. Peer Groups übernehmen bei Kindern und Jugendlichen wichtige Sozialisationsfunktionen. Sie spielen daher auch eine wesentliche Rolle beim Erlernen von Gesundheitsverhalten und bei der Entwicklung von Ressourcen und Kompetenzen. ¹¹
Prävalenz	Als (Punkt-)Prävalenz wird die Anzahl der Fälle einer bestimmten Krankheit in der Bevölkerung zu einem definierten Zeitpunkt bezeichnet. Die Lebenszeitprävalenz gibt an, wie viele Personen bis zum Erhebungszeitpunkt schon mindestens einmal von einer definierten Erkrankung betroffen waren. ¹²
Public Health	„Public Health hat [...] das Ziel, Krankheiten und vorzeitige Todesfälle zu verhindern sowie die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und zu fördern. [...] Public Health versteht sich zugleich als Wissenschaft und Praxis, sie richtet sich, anders als die Medizin oder die Psychologie, nicht vornehmlich an Individuen, sondern sie nimmt die ganze Bevölkerung oder spezifizierte Bevölkerungsgruppen in den Blick.“ ¹³ „Die Ausrichtung von Public Health hat sich im Laufe der Zeit verändert. Früher standen Themen der Hygiene (z. B. Wasserversorgung, Abfallsammlung) und Immunisierung (Impfungen) im Vordergrund. Heute gewinnt die Verbesserung des Zuganges zu Gesundheitsleistungen [...] und die Vorbeugung, Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit in der breiten Bevölkerung und in benachteiligten Gruppen immer mehr an Bedeutung.“ ¹⁴
Resilienz	„Widerstandsfähigkeit oder Anpassungsfähigkeit gegenüber Belastungen oder Risiken, die der Gesundheit abträglich sind. Resilienz ist vor allem ein Ergebnis wiederholter Bewältigungserfolge: Der Umgang mit Belastungen kann also gelernt werden.“ ¹⁵
salutogen	gesundheitsfördernd

Sozialisation	„Soziologischer Begriff für das in unterschiedlichen Bezugsgruppen vermittelte Erlernen von Werten, Symbolen, Verhaltensweisen, Techniken etc. Unterschieden wird zwischen der primären Sozialisation, die überwiegend in der Familie stattfindet, und der sekundären Sozialisation, die [...] bspw. im Kindergarten oder der Schule etc. stattfindet[...].“ ¹⁶ Die wichtigsten Sozialisationsinstanzen im Kindesalter sind: Familie, Kindergarten, Schule und Peer-Groups.
Sozioökonomischer Status	Der sozioökonomische Status bezeichnet die Position, die eine Person in der Gesellschaft einnimmt. Wichtige Aspekte sind u.a. Bildungsniveau, Einkommen und berufliche Stellung. ¹⁷
vaskulär	Die Blutgefäße betreffend.
WHOQOL-BREF	WHOQOL-BREF ist ein internationales und interkulturell vergleichbares Instrument zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. ¹⁸
Work-Life-Balance	Work-Life-Balance (Arbeit-Leben-Ausgeglichenheit) ist ein Konzept des Ausgleichs und der Vereinbarkeit zwischen (Privat)leben und Arbeit.

Endnoten

¹ Schmacke (2009): Adherence: Therapietreue neu gedacht - Das Ende der Folgsamkeit, Erschienen in: G+G - Gesundheit und Gesellschaft, Spezial 5/2009, 12. Jahrgang, S 4 f

Dachverband Adherence e.V. (2011): Was ist Adherence?, <http://www.dv-adherence.de/index.php/was-ist-adherence.html> (letzter Zugriff: 16.08.2011)

NA (2010): Patienten einbinden, Dosis anpassen, Labor im Auge behalten: So sichern Sie den antihypertensiven Therapieerfolg auf Dauer, Erschienen in: Medical Tribune, 42. Jahrgang, Ausgabe 13/ 2010, <http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dsmid=103781&dspaid=854064> (letzter Zugriff: 16.08.2011)

² Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs: <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/lexikon/a/Altersstandardisierung.html> (letzter Zugriff: 12.09.2011)

³ Statistisches Bundesamt Deutschland (NA): Begriffserläuterungen für den Bereich Sozialberichterstattung - Soziale Mindestsicherung, <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Sozialleistungen/Sozialberichterstattung/Begriffserlaeuterungen/Aequivalenzeinkommen,templateld=renderPrint.psml> (letzter Zugriff: 11.08.2011)

Statistik Austria (2010): http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/armutsgefaehrung/index.html (letzter Zugriff: 11.08.2011)

⁴ Fonds Gesundes Österreich (2005): Glossar, <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/?&view=betriebliche-gesundheitsfoerderung> (letzter Zugriff: 16.08.2011)

⁵ Fonds Gesundes Österreich (2005): Glossar, <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/?&view=gesundheitsdeterminanten> (letzter Zugriff: 11.08.2011)

⁶ World Health Organisation (2011): International Classification of Diseases (ICD), <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (letzter Zugriff: 17.08.2011)

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2011): ICD-10 - Internationale Klassifikation der Krankheiten 10. Revision, <http://www.dimdi.de/static/de/klasi/diagnosen/icd10/index.htm> (letzter Zugriff: 17.08.2011)

Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2000): Diagnoseschlüssel - ICD-10 BMSG 2001, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien, S II

⁷ Bauer, Steiner, Stevic (2008): IDB Austria - Jahresbericht 2007, Kuratorium für Verkehrssicherheit, Wien, S 5

⁸ Statistik Austria (2010): http://www.statistik.at/web_de/services/datenbank_isis/index.html (letzter Zugriff: 30.08.2011)

⁹ Helmholtz Zentrum München - Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (GmbH) (2011): Lungenemphysem, <http://www.lungeninformationsdienst.de/themenmenue/krankheiten/lungenemphysem/index.html> (letzter Zugriff: 17.08.2011)

Konietzko(Hrsg), Wendel, Wiesner(1994): Erkrankungen der Lunge, Walter de Gruyter, Berlin, S 321 f

¹⁰ Fonds Gesundes Österreich (2005): Glossar, <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/?distLet=E&view=empowerment> (letzter Zugriff: 16.08.2011)

¹¹ Fonds Gesundes Österreich (2005): Glossar, <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/?distLet=P&view=peer-group> (letzter Zugriff: 15.08.2011)

¹² Gesundheitsberichterstattung des Bundes (NA): Glossar, http://www.gbe-bund.de/glossar/Lebenszeit_Praevalenz.html (letzter Zugriff: 11.08.2011)

¹³ Kolip, Petra: Entwicklung der Gesundheitswissenschaften in Deutschland: Ausgangspunkte, Definitionen und Prinzipien. In: : Kolip, P (Hrsg.) (2002): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Weinheim München: Juventa Verlag. S.14-15

¹⁴ Österreichische Gesellschaft für Public Health: <http://www.oepf.at/public-health-in-oesterreich/public-health-faq> (letzter Zugriff: 13.09.2011)

¹⁵ Fonds Gesundes Österreich (2005): Glossar, <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/?&view=resilienz> (letzter Zugriff: 16.08.2011)

GLOSSAR

¹⁶ Bundeszentrale für politische Bildung: http://www.bpb.de/popup/popup_lemmata.html?guid=Z10TWK (letzter Zugriff: 12.09.2011)

¹⁷ Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Rahmengesundheitsziele für Österreich. Glossar. Online verfügbar unter <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/glossar/>, zuletzt geprüft am 2.3.2012.

¹⁸ World Health Organisation (2011): WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF), http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/ (letzter Zugriff: 17.08.2011)

BESCHREIBUNG DER DATEN- QUELLEN

Die wichtigsten Datenquellen des Gesundheitsberichtes

Nachfolgend wird auf die wichtigsten Datenquellen, die im vorliegenden Bericht Verwendung finden, eingegangen.

Daten der offiziellen Statistik

Zur offiziellen Statistik zählen im Wesentlichen Daten, die regelmäßig von öffentlichen Einrichtungen (Statistik Austria, Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Sozialversicherungsträger, Gesundheitsministerium etc.) erhoben und gehalten werden. Neben allgemeinen demografischen Daten (Bevölkerungsstruktur, Geburten, Einkommen, Bildung etc.) fallen darunter Gesundheitsdaten wie die Todesursachenstatistik, Krankenstände, Krankenhausstatistik und Unfallstatistik (Verkehrsunfälle, Arbeitsunfälle etc.) Ebenso die Daten aus offiziellen Registern wie dem Krebsregister und dem Register der meldepflichtigen Erkrankungen.

Die Datenqualität der offiziellen Statistik wird im Allgemeinen als hoch eingestuft. Inkonsistenzen ergeben sich durch eventuelle Unterschiede bzw. Veränderungen in den Codiervorgaben bzw. -gewohnheiten (z.B. Übergang von ICD-9 auf ICD-10 Diagnoseschema) bzw. durch Veränderungen in der Meldepflicht und -praxis (z.B. bei meldepflichtigen Erkrankungen).

Einen wesentlichen Nachteil der offiziell verfügbaren Statistiken ist, dass sie meist nur fallbezogen (z.B. Unfälle, Krankenhausaufenthalte etc.) vorliegen und (abgesehen von spezifischen Erhebungen wie Volkszählungen und Mikrozensuserhebungen) meist nicht personenbezogen verfügbar sind. Es sind auch meist keine Verknüpfungen zu Risikofaktoren (z.B. Gesundheitsverhalten, Exposition) bzw. Gesundheitsdeterminanten (Bildungsgrad, Einkommen etc.) möglich.

Für den vorliegenden Bericht wurden viele Daten der offiziellen Statistik von der Abteilung Statistik des Landes Oberösterreich zur Verfügung gestellt bzw. aufbereitet. Daten zu Arbeitsunfällen, Schülerunfällen und Berufserkrankungen wurden von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) bereitgestellt. Darüber hinaus werden im Bericht auch verschiedene Publikationen (z.B. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik bzw. die Homepage der Statistik Austria) sowie das Datenbanksystem der Statistik Austria ISIS (Integriertes Statistisches Informationssystem) genutzt.

Routinedaten der OÖGKK

Routinedaten der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK) liegen in Form des Data-Warehouses FOKO vor und werden dem IGP in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt. Die Datenbestände umfassen eine umfangreiche Sammlung von Leistungsdaten (Krankenhausaufenthalte, Arbeitsunfähigkeitsmeldungen, Heilmittelverordnungen, ambulante Leistungen etc.). Seit 2005 sind auch die Daten der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) in das System integriert.

Ein wesentlicher Nachteil der OÖGKK-Routinedaten für die Gesundheitsberichterstattung besteht naturgemäß darin, dass nur Versicherte der Gebietskrankenkasse enthalten sind, also spezielle Bevölkerungsgruppen (z.B.

Selbständige, Beamte) nicht erfasst sind. Weiters handelt es sich um Verrechnungsdaten, so dass sie für epidemiologische Fragestellungen nur sehr bedingt verwendbar sind (z.B. aufgrund der Angebotsinduzierung von Leistungen etc.). Vorteile ergeben sich daraus, dass in anonymisierter Form nicht nur die Häufigkeit von z.B. Versorgungsleistungen sondern auch die Rate der betroffenen Personen berechnet werden kann. Darüber hinaus ist auch (in eingeschränktem Ausmaß) die Analyse von Unterschieden zwischen verschiedenen soziodemografischen Gruppen (z.B. Arbeiter, Angestellte, Arbeitslose etc.) möglich ist.

Gesundheitsbefragungen

Zwei wesentliche Datengrundlagen für den vorliegenden Gesundheitsbericht stellen die Österreichische Gesundheitsbefragung der Statistik Austria 2006/2007 (ATHIS - Austrian Health Interview Survey) sowie die vom IGP 2007 durchgeführte Befragung „Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen in Oberösterreich“ dar. Gesundheitsbefragungen erlauben die Erfassung und Abbildung von Zusammenhängen zwischen individuellen und strukturellen Gesundheitsdeterminanten (z.B. persönliche Gesundheitsressourcen, Belastungen, gesundheitsrelevantem Verhalten, Arbeitsbedingungen, sozialem Status etc.) und dem Gesundheitszustand bzw. Wohlbefinden auf personenbezogener Ebene. Gewisse Einschränkungen ergeben sich daraus, dass die Daten auf Selbstauskünften der Befragten basieren und daher - je nach Fragestellung - mit gewissen Verzerrungen gerechnet werden muß. Generell hängt die Qualität von Befragungsdaten zudem von Erhebungsmethode, Stichprobenumfang und -auswahl (Repräsentativität) ab.

Die Gesundheitsbefragung der Statistik Austria 2006/2007 umfasst österreichweit eine repräsentativ für die Bevölkerung über 15 Jahren ausgewählte Stichprobe von 15.474 Personen, die in Form von persönlichen Interviews (face-to-face) befragt wurden (Ausschöpfungsrate 63 Prozent). Die oberösterreichische Teilstichprobe umfasst 2.957 Personen.¹

Die Umfrage „Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen in Oberösterreich“ wurde 2007 vom Institut für Gesundheitsplanung durchgeführt und umfasst 3.529 befragte Personen im Alter zwischen 18 und 70 Jahren mit Wohnsitz in Oberösterreich. Die Erhebung erfolgte postalisch (Rücklaufquote 35 Prozent). Da aus erhebungspraktischen Gründen nur Versicherte der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse einbezogen werden konnten, sind die Ergebnisse nicht oder nur bedingt auf die Gesamtbevölkerung verallgemeinerbar.

¹ Quelle: Klimont, Jeannette; Kytir, Josef; Leitner, Barbara (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien: BMGFJ, S. 49 ff