



Gesundheitsbericht Oberösterreich 2017



Institut für Gesundheitsplanung

Projektteam:

Margaretha Bäck MA, Institut für Gesundheitsplanung
Mag. Werner Bencic MPH, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
Mag. Richard Birgmann MPH, Institut für Gesundheitsplanung
Mag.^a Martina Ecker-Glasner, Institut für Gesundheitsplanung
Mag.^a Monika Gebetsberger PM.ME., Land Oberösterreich - Abteilung Gesundheit
Mag. Christoph Heigl MPH, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
Mag. Albert Mühlberger, Land Oberösterreich - Abteilung Statistik
Mag. Markus Peböck, Institut für Gesundheitsplanung
MMag. Martin Reif MPH, Institut für Gesundheitsplanung
Mag.^a Sabine Weißengruber-Auer, Ärztekammer Oberösterreich

GESUNDHEITSBERICHT OBERÖSTERREICH 2017

Berichtszeitraum 2011-2017

Linz 2017

Herausgeber: Institut für Gesundheitsplanung

Redaktionelle
Betreuung: Mag. Markus Peböck
Elena Madlschenter

Projektteam: Margaretha Bäck MA, Institut für Gesundheitsplanung
Mag. Werner Bencic MPH, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
Mag. Richard Birgmann MPH, Institut für Gesundheitsplanung
Mag.^a Martina Ecker-Glasner, Institut für Gesundheitsplanung
Mag.^a Monika Gebetsberger PM.ME., Land Oberösterreich - Abteilung Gesundheit
Mag. Christoph Heigl MPH, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
Mag. Albert Mühlberger, Land Oberösterreich - Abteilung Statistik
Mag. Markus Peböck, Institut für Gesundheitsplanung
MMag. Martin Reif MPH, Institut für Gesundheitsplanung
Mag.^a Sabine Weißengruber-Auer, Ärztekammer Oberösterreich

Layout: Elena Madlschenter
Druck: Kontext Druckerei GmbH
Preis: 14,40 Euro
ISBN: 978-3-902487-19-3

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 Rundungsdifferenzen, die sich aus der Verteilung der Daten ergeben können, wurden grundsätzlich nicht korrigiert.

VORWORT



Gesundheitssystem weiterentwickeln

Wir haben in Oberösterreich ein Gesundheitssystem, das den Vergleich mit anderen Ländern nicht scheuen muss. Es ist natürlich nicht in allen Punkten perfekt, daher ist es auch unser Ziel, dieses gute System weiterzuentwickeln und Schwächen zu verbessern.

Die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt sind die größten Herausforderungen. Für eine moderne, bessere und präzisere Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gibt es in Oberösterreich zwischen Land und OÖGKK eine gemeinsame „Landeszielsteuerung“ im Gesundheitsbereich und damit eine enge und erfolgreiche Zusammenarbeit. Denn gemeinsame Ideen und übergreifende Lösungen werden immer notwendiger.

Ein besonderes Anliegen sind mir der Ausbau und die Stärkung der Primärversorgung als leicht und allgemein zugängliche erste Kontaktstelle bei gesundheitlichen Problemen und Fragen. Ziel ist es, die bestehenden Ressourcen und Strukturen zu bündeln und neue Organisationsformen zu ermöglichen, die auch über das Gesundheitswesen hinaus Leistungen interdisziplinär, wohnortnah, mit erweiterten Öffnungszeiten etc. anbieten können.

Gesundheitsförderung und Prävention werden auch künftig zu den Grund Säulen der medizinischen Versorgungssicherheit in Oberösterreich zählen: Sie verfolgen das Ziel, Krankheiten zu vermeiden, die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Menschen zu steigern. Wir wollen damit nicht nur das Lebensalter erhöhen, sondern auch die Anzahl der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre.

Wichtig ist mir auch, die Gesundheitskompetenz der Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher zu stärken. Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und - zum eigenen Nutzen - anzuwenden.

Wer Fortschritt will, muss auch immer wieder bereit sein, Dinge zu hinterfragen, um sie besser machen zu können. Für eine zukunftsorientierte Gestaltung der Angebote braucht es den Blick nach vorne und über die Systemgrenzen hinweg. Unser gesamtes Gesundheitssystem muss sich im Hinblick auf die schon genannten Herausforderungen weiterentwickeln: gesamthaft, sektorenübergreifend abgestimmt, wohnortnahe und bedarfsorientiert, mit den Menschen im Mittelpunkt.

Ich danke allen Beteiligten für den vorliegenden Basisgesundheitsbericht, der eine Zusammenschau wichtiger Daten der vergangenen Jahre liefert.

A handwritten signature in black ink that reads "C. Haberlander".

Mag.ª Christine Haberlander
Landesrätin für Gesundheit, Bildung und Frauen
in Oberösterreich

VORWORT



Gesundheit verstehen

Gesundheit betrifft uns alle. Jeden einzelnen Bürger, aber auch Institutionen und das politische Parkett - für sie alle ist Gesundheit ein wichtiges Thema, ein zentrales Anliegen. Rund 1,5 Millionen Menschen leben in Oberösterreich und sie schauen verstärkt auf ihre Gesundheit. Das Schlagwort heißt Gesundheitskompetenz, ein neuer bedeutender Einflussfaktor.

Wir sind intensiv gefordert, die Menschen zu befähigen, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden - vor allem in den Bereichen Gesundheitsförderung und Krankenversorgung. In einem funktionierenden Gesundheitssystem ist eine sehr gute medizinische Versorgung mit ausreichend Ärzten, qualifizierten Pflegekräften sowie Therapeuten und Zugang zu den besten Medikamenten, Therapien und Heilbehelfen die notwendige Basis. Für die gute Gesundheit der Bevölkerung heißt es aber auch Präventionsangebote zu schaffen und das Umfeld gesund zu gestalten - von Anfang an, darauf gilt es den Fokus zu richten.

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung hat sich erfreulicherweise in den letzten Jahrzehnten verbessert, die Lebenserwartung ist gestiegen. Herz-Kreislauf- und Krebsmortalität sind gesunken. Das sind besonders erfreuliche Ergebnisse dieses Basisgesundheitsberichtes.

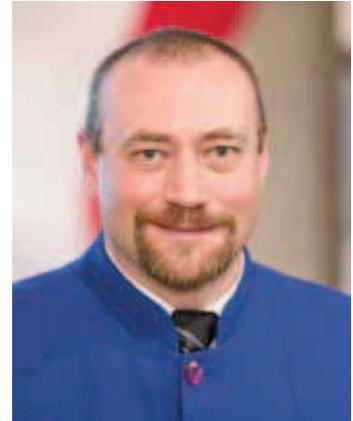
Gesunde Verhältnisse und ein gutes Umfeld haben Einfluss. Krabbelstuben, Kindergärten und Schulen können einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheit der Kinder leisten, genauso wie die Betriebe für die Gesundheit ihrer Beschäftigten.

Gesundheitsangebote, die greifen, müssen vielschichtig sein, die Menschen so ansprechen, dass sie sie verstehen, und auch mit Trends gehen. App- und Videounterstützte Angebote sind so ein Beispiel. Dass die Angebote entwickelt und in guter Qualität umgesetzt werden, dafür ist eine Vielzahl von Partnern notwendig, ohne die unser Gesundheitssystem nicht mit dieser Qualität funktionieren würde. Für die Weiterentwicklung und Wirkungsorientierung leistet das Institut für Gesundheitsplanung einen sehr wichtigen und wesentlichen Beitrag. Die Gesundheitsberichte liefern eine wertvolle Basis. Sie sind eine Grundlage dafür, zu wissen, wo Handlungsbedarf gegeben ist und wo Angebote am besten ansetzen sollen.



Albert Maringer
Obmann der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse

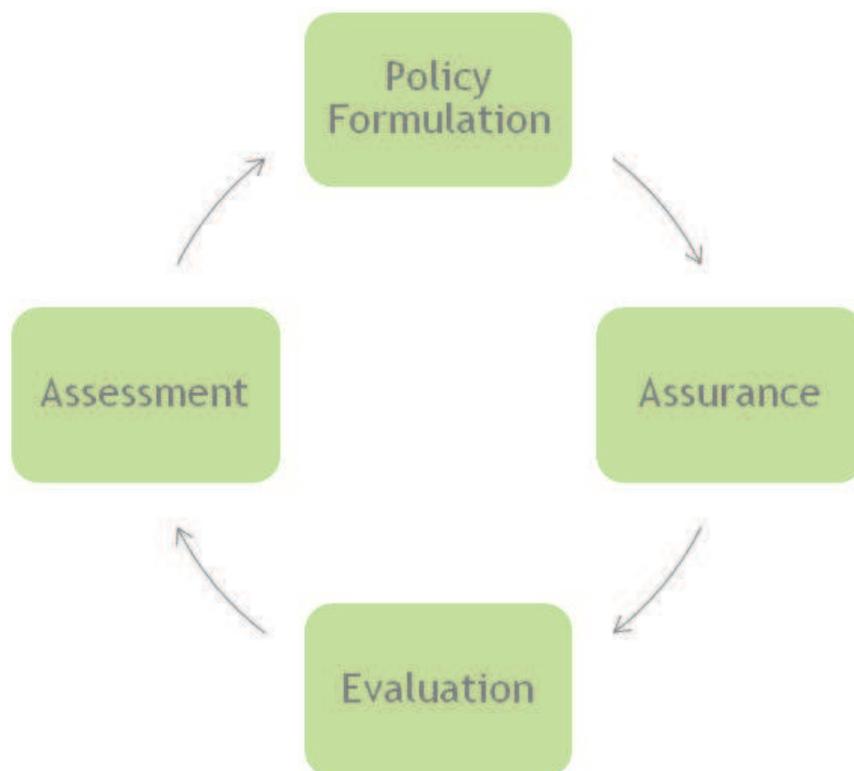
VORWORT & EINLEITUNG



Der vorliegende Gesundheitsbericht ist der vierte seiner Art für Oberösterreich. Bereits im Jahr 2000 gab es den ersten Gesundheitsbericht für Oberösterreich und wenig später erfolgte mit der Gründung des Institutes für Gesundheitsplanung die institutionelle Verankerung der Gesundheitsberichterstattung in Verbindung mit der Ko-

ordinierung der Gesundheitsziele. Diese Verankerung und Verbindung der beiden Bereiche ist nach wie vor österreichweit einzigartig. Sie findet in einer sich ständig weiterentwickelten Lernspirale, dem so genannten „Public Health Action Cycle“ (nach Rolf Rosenbrock) seinen theoretischen Hintergrund:

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.

Mit dem vorliegenden Gesundheitsbericht Oberösterreich 2017 werden vorrangig zwei Ziele verfolgt: Einerseits ist er ein Zwischenbericht für die Oberösterreichischen Gesundheitsziele, die bis 2020 gelten. Andererseits 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:

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

¹ Rosenbrock R., Gerlinger T., Gesundheitspolitik 2004

Der Aufbau des Gesundheitsberichtes orientiert sich exakt nach diesen Einflussfaktoren auf die Gesundheit von außen nach innen:

Im ersten Kapitel werden die allgemeinen sozioökonomischen und Umweltfaktoren beschrieben. Dabei wird im speziellen auf den demografischen Hintergrund, die sozialen und wirtschaftlichen Einflussfaktoren und den Einflussfaktor Umwelt eingegangen.

Das zweite Kapitel befasst sich mit dem großen Bereich der Lebens- und Arbeitsbedingungen und deren Einfluss auf die Gesundheit. Ein wichtiger Teil dabei sind die unterschiedlichen Lebenswelten (Settings) wie Krabbelstube/Kindergarten/Schule, Betrieb, Gemeinde und Stadt. Der Einflussfaktor Krankenversorgung ist natürlich ein ganz zentraler im Gesundheitsbericht. Pflege- und Unterstützungsleistungen, Wohnverhältnisse und das Thema Mobilität runden dieses Kapitel ab.

Soziale und kommunale Netzwerke stehen im Mittelpunkt des dritten Kapitels. Dabei werden die persönlichen sozialen Beziehungen, die Vereine und Freiwilligenorganisationen und das Thema Integration und Inklusion näher beleuchtet.

Im vierten Kapitel stehen die individuellen Lebensweisen im Mittelpunkt. Neben den Themen Gesundheitskompetenz und Ernährung werden auch die Themen Bewegung und Risikoverhalten behandelt.

Das Kapitel fünf befasst sich mit dem Gesundheitszustand der Bevölkerung, also dem Ergebnis aller vorhin beschriebenen Determinanten. Als Einleitung für dieses Kapitel werden der allgemeine Gesundheitszustand und die gesundheitsbezogene Lebensqualität beschrieben, bevor näher auf die einzelnen Beeinträchtigungen der Gesundheit und Gesundheitsrisiken (übertragbare und ausgewählte nicht übertragbare Erkrankungen, weitere Beeinträchtigungen) eingegangen wird.

Nicht zuletzt werden im sechsten Kapitel die Oberösterreichischen Gesundheitsziele und deren Erreichungs- und Umsetzungsstand näher beschrieben.

Die Daten im vorliegenden Bericht sind die jeweils aktuellsten zum Redaktionsschluss. Die Datengrundlagen werden kurz am Ende des Berichtes erläutert. Wenn möglich und sinnvoll (z. B. wenn es große Unterschiede zwischen den Bundesländern gibt), werden in diesem Gesundheitsbericht Vergleiche mit anderen Bundesländern und/oder mit älteren Berichten angeführt. Dabei ist es besonders wichtig, die Daten nach dem Alter zu standardisieren. Das heißt, dass für alle Bundesländer die gleiche Alters- und Geschlechtsverteilung angenommen werden. Diese Daten sind zwar gut vergleichbar, es handelt sich dabei aber um reine Vergleichsgrößen, die keine Informationen über die tatsächliche Höhe liefern.

Ich möchte mich bei meinen MitarbeiterInnen, dem Projektteam (Mag. Werner Bencic MPH, Mag.a Monika Gebetsberger PM.ME, Mag. Christoph Heigl MPH, Mag. Albert Mühlberger, Mag.a Sabine Weißengruber-Auer), den AutorInnen (stehen für jedes Kapitel im Inhaltsverzeichnis) und den ReviewerInnen sehr herzlich für ihre Arbeit bedanken. Sie alle haben einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen dieses Gesundheitsberichtes geleistet. Mein spezieller Dank gilt aber unseren Vorstandsorganisationen, die die Arbeit des IGP so umfangreich unterstützen.



Mag. Markus Peböck
Geschäftsführer des Instituts für Gesundheitsplanung

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung.....11

1. Allgemeine Sozioökonomische und Umweltfaktoren.....19

1.1. Demografischer Hintergrund.....20
Autor: Mag. Richard Birgmann MPH
Review: Mag. Albert Mühlberger

1.2. Soziale und wirtschaftliche Einflussfaktoren.....26
Autoren: MMag. Martin Reif MPH; Mag. Werner Bencic MPH
Review: Univ.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christine Stelzer-Orthofer

1.3. Einflussfaktor Umwelt.....35
Autor: MMag. Martin Reif MPH
Review: Dr. Martin Donat

2. Lebens- und Arbeitsbedingungen.....53

2.1. Einflussfaktor Lebenswelten.....54

2.1.1. Krabbelstube, Kindergarten, Schule.....54
Autor: Mag. Christoph Heigl MPH
Review: Mag.^a Daniela Lugmayr; Mag.^a Claudia Barth MSc, MBA

2.1.2. Betrieb.....63
Autor: Mag. Christoph Heigl MPH
Review: Dr. Gert Lang

2.1.3. Gemeinde.....71
Autorinnen: Dagmar Zimmerbauer; Ulrike Salzbacher MSc. MA
Review: Projektgruppe

2.1.4. Stadt.....79
Autorinnen: DSA Mag.^a (FH) Petra Reinthaler-Resch; Mag.^a Julia Reiter
Review: Projektgruppe

2.2. Einflussfaktor Krankenversorgung.....82
Autoren: Dr. Georg Palmisano; Dr. Christian Rothmayer
Review: Mag.^a Sabine Weißengruber-Auer

2.3. Spezialthema Durchimpfungsrate.....93
Autorin: Dr.ⁱⁿ Eva Magnet
Review: Dr. Johannes Neugebauer

2.4. Einflussfaktor Pflege- und Unterstützungsleistungen.....100
Autorin: Dr.ⁱⁿ Birgit Pirklbauer
Review: Mag.^a Monika Gebetsberger PM.ME.

2.5. Einflussfaktor Wohnverhältnisse.....106
Autor: MMag. Martin Reif MPH
Review: MMag.^a Bettina Ottendörfer MPH

2.6. Einflussfaktor Mobilität.....115
Autor: MMag. Martin Reif MPH
Review: TOAR Ing. Berthold Pfeiffer; Christian Hummer

3. Soziale und kommunale Netzwerke.....125

3.1. Soziale Beziehungen und Gesundheit.....126
Autor: MMag. Martin Reif MPH
Review: Ass.-Prof. Dr. Alfred Grausgruber

3.2. Einflussfaktor persönliche soziale Beziehungen.....128
Autor: MMag. Martin Reif MPH
Review: Ass.-Prof. Dr. Alfred Grausgruber

3.3. Einflussfaktor Vereine und Freiwilligenorganisationen.....134
Autor: Mag. Markus Peböck
Review: Ass.-Prof. Dr. Alfred Grausgruber; Mag.^a Nicole Sonnleitner

3.4. Einflussfaktor Integration und Inklusion.....142
Autorin: Mag.^a Martina Ecker-Glasner
Review: Ass.-Prof. Dr. Alfred Grausgruber

4. Individuelle Lebensweisen als Einflussfaktor auf die Gesundheit.....151

4.1. Einflussfaktor Gesundheitskompetenz.....152
AutorInnen: Mag. Werner Bencic MPH, Mag.^a Monika Gebetsberger PM.ME.
Review: Mag.^a Gudrun Braunegger-Kallinger

4.2. Einflussfaktor Ernährung.....155
Autorin: Mag.^a Martina Ecker-Glasner
Review: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Nicole Kirchmayr

4.3. Einflussfaktor Bewegung.....	161
Autor: Mag. Richard Birgmann MPH	
Review: Mag. Hannes Seyer	
4.4. Einflussfaktor Risikoverhalten.....	173
Autor: Mag. Richard Birgmann MPH	
Review: DSA Thomas Schwarzenbrunner MA	
5. Gesundheitszustand der Bevölkerung.....	187
5.1. Allgemeiner Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	188
Autor: MMag. Martin Reif MPH	
Review: Mag. ^a Monika Gebetsberger PM.ME.	
5.2. Beeinträchtigungen der Gesundheit und Gesundheitsrisiken.....	196
5.2.1. Lebenserwartung und Mortalität.....	196
Autor: Mag. Richard Birgmann MPH	
Review: Mag. Albert Mühlberger	
5.2.2. Übertragbare Erkrankungen.....	202
Autorin: Dr. ⁱⁿ Elisabeth Bischof	
Review: Dr. ⁱⁿ Eva Magnet	
5.2.3. Ausgewählte nicht übertragbare/chronische Erkrankungen und deren Folgen.....	208
5.2.3.1. Herz-Kreislaufkrankungen.....	208
Autor: MMag. Martin Reif MPH	
Review: MR Dr. Wolfgang Ziegler	
5.2.3.2. Bösartige Neubildungen.....	214
Autor: Mag. Richard Birgmann MPH	
Review: OA Univ.-Doz. Dr. Ansgar Weltermann	
5.2.3.3. Diabetes mellitus.....	219
Autor: MMag. Martin Reif MPH	
Review: Prim. Dr. Bernhard Mayr	
5.2.3.4. Atemwegserkrankungen.....	225
Autor: Mag. Richard Birgmann MPH	
Review: Prim. Priv.-Doz. Dr. Bernd Lamprecht	
5.2.3.5. Zahngesundheit/Zahnerkrankungen.....	232
Autor: Mag. Richard Birgmann MPH	
Review: OMR Dr. Hans Schrangl	
5.2.3.6. Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats.....	234
Autor: Mag. Richard Birgmann MPH	
Review: Prim. Dr. Manfred Prömer	
5.2.3.7. Psychische Erkrankungen und mentale Störungen.....	239
Autor: MMag. Martin Reif MPH	
Review Gesamtkapitel: Prim. ^a Dr. ⁱⁿ Hertha Mayr; Univ. Doz. Dr. Werner Schöny	
Review Unterkapitel Essstörungen: Prim. Dr. Adrian Kamper	
5.2.4. Weitere Beeinträchtigungen der Gesundheit.....	248
Autor: MMag. Martin Reif MPH	
Review: MR Dr. Wolfgang Ziegler	
6. Gesundheitsziele bis 2020.....	255
AutorInnen: Margaretha Bäck MA, Mag. ^a Martina Ecker-Glasner, Mag. Markus Peböck	
7. Verzeichnisse und Literatur.....	265
7.1. Abbildungsverzeichnis.....	266
7.2. Tabellenverzeichnis.....	271
7.3. Literatur.....	272
8. Beschreibung der Datenquellen.....	285
9. Abkürzungsverzeichnis.....	287

KURZFASSUNG

ALLGEMEINE SOZIOÖKONOMISCHE UND UMWELTFAKTOREN

Demografischer Hintergrund

Die EinwohnerInnenzahl ist in den letzten Jahren und Jahrzehnten stetig (leicht) gestiegen und beträgt per 01.01.2016 1.453.948. Die Geburtenbilanz (Anzahl der Lebendgeborenen minus Anzahl der Verstorbenen) war in den letzten Jahren regelmäßig im Plus (durchschnittlich in den letzten 15 Jahren + 1.460, im Jahr 2015: + 995). Seit dem Jahr 2012 nehmen die Zuzüge kontinuierlich und deutlich zu. Im Jahr 2015 liegt der Wanderungssaldo bei + 15.262.

Soziale und wirtschaftliche Einflussfaktoren

Die gesellschaftlichen Verhältnisse bestimmen maßgeblich die Verteilung von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung. Je niedriger die Position in der sozialen Hierarchie, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, gesund zu bleiben und länger zu leben. In Österreich haben Männer mit Hochschulabschluss eine Lebenserwartung von 83,3 Jahren, Männer mit Pflichtschulabschluss haben eine Lebenserwartung von 76,5 Jahren. Bei Frauen ist der soziale Gradient in der Lebenserwartung nicht so stark ausgeprägt (Hochschulabschluss: 85,6 Jahre; Pflichtschulabschluss: 82,8 Jahre). 10 Prozent der OberösterreicherInnen mit höchster abgeschlossener Schulbildung Matura oder höher geben an, dass ihr Gesundheitszustand mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht ist. Bei OberösterreicherInnen mit Pflichtschulabschluss sind dies 27 Prozent. Ähnliches gilt für die verschiedenen Einkommensgruppen. Mit steigendem Haushaltseinkommen sinkt der Anteil mit eher schlechter subjektiver Gesundheit. Das Bevölkerungsfünftel mit dem geringsten Einkommen (1. Quintil) weist ein fast doppelt so hohes Risiko für eher schlechten Gesundheitszustand auf (25%) wie das Fünftel mit dem höchsten Einkommen (13%).

Einflussfaktor Umwelt

Die natürlichen bzw. durch den Menschen beeinflussten Umweltbedingungen üben einen wesentlichen Einfluss auf das Leben der Menschen und auf ihre Gesundheit aus. Wesentliche gesundheitsrelevante Belastungen der Außenraumluft sind Schwebstaub (insbes. Feinstaub), Stickstoffoxide, Kohlenmonoxid, Ozon und Schwefeldioxid. Bezüglich des Feinstaubes weisen die 14 Messstationen in Oberösterreich durchschnittlich 6,4 Tage mit einer Überschreitung des Grenzwertes auf. Grenzwertüberschreitungen bei Stickstoffdioxid treten vor allem entlang stark befahrener Straßen auf. 2015 wurde an fast allen Messstellen an mehr als 25 Tagen der Grenzwert für Ozon überschritten. In Oberösterreich geben 33 Prozent der über 15-jährigen Bevölkerung an, dass sie im Wohnbereich zumindest geringfügig durch Lärm gestört sind (tagsüber und/oder während der Nacht), Hauptursache für Lärm ist der Verkehr. Lichtverschmutzung bezeichnet die Aufhellung des Nachthimmels durch künstliche Lichtquellen. 23 Messstationen in Oberösterreich beobachten die Entwicklung der Lichtverschmutzung, für den Zentralraum wurde ein Lichtkataster in Kartenform eingerichtet. Meist sind Angehörige unterer sozialer Schichten stärker von Umweltbelastungen (z. B. Schadstoffbelastungen,

Lärm etc. in der Wohnumgebung) betroffen als Angehörige der oberen Schichten. Naturnahe und gesundheitsförderliche Lebensräume (Wälder, Gewässer, Parks, Gärten) sind eine wesentliche Ressource für die Gesundheit. In Oberösterreich entfallen 46 Prozent der Landesfläche auf landwirtschaftlich genutzte Fläche, 40 Prozent auf Wälder und 8 Prozent auf siedlungsbezogene Nutzflächen. Der Großteil der siedlungsbezogenen Flächen entfällt auf Siedlungsflächen und Verkehrsflächen, bei beiden gab es im Zeitraum zwischen 2013 und 2015 einen Anstieg.

LEBENS- UND ARBEITSBEDINGUNGEN

Einflussfaktor Lebenswelten

Krabbelstube, Kindergarten und Schule

Krabbelstuben, Kindergärten und Schulen als primäre Lebenswelten können einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheit der Kinder leisten. Die Betreuungsquote der 0- bis 2-Jährigen ist im Vergleich zum Bundesdurchschnitt unterdurchschnittlich ausgeprägt, die Betreuungsquote der 3- bis 5-Jährigen liegt im Bundesdurchschnitt. Die Verankerung der Gesundheitsförderung (Verhaltens- und Verhältnissebene) im Kindergartenalter ist Ziel des oberösterreichischen Netzwerks „Gesunder Kindergarten“, dem 356 oberösterreichische Kindergärten angehören (Stand Oktober 2017). 14 Prozent der oberösterreichischen SchülerInnen im Alter von 11 bis 17 Jahren bezeichnen ihren subjektiven Gesundheitszustand lediglich als eher gut oder sogar schlecht. Die durchschnittliche Lebenszufriedenheit der 11- bis 17-Jährigen ist hoch, Burschen schätzen ihre Lebenszufriedenheit positiver ein als Mädchen. Oberösterreichische SchülerInnen bewerten das Schulklima überwiegend positiv. Mädchen sehen sich im Vergleich zu Burschen einer höheren Beschwerdelast ausgesetzt. Burschen sind an durchschnittlich 4,3, Mädchen an durchschnittlich 3,5 Tagen pro Woche mindestens 60 Minuten körperlich aktiv. Mit Stand November 2017 verfügen 146 Schulen über ein gültiges Gütesiegel „Gesunde Schule Oberösterreich“, 192 Schulen befinden sich im Prozess zum Gütesiegel.

Betrieb

In Oberösterreich sind mehr als ein Viertel aller Beschäftigten im „Verarbeitenden Gewerbe/Herstellung von Waren“ tätig (bundesweiter Schnitt 16,8%). Oberösterreich liegt mit 13,2 Krankenstandstagen pro Kopf und Jahr leicht über dem Bundesdurchschnitt. Laut eigenen Angaben gehen die oberösterreichischen Erwerbstätigen an rund 7,4 Tagen pro Jahr arbeiten, an denen ein Krankenstand gerechtfertigt wäre (Präsentismus). Jeweils rund neun von zehn oberösterreichischen Erwerbstätigen weisen einen (sehr) guten Gesundheitszustand auf, schätzen ihre Lebensqualität (sehr) gut ein und sind mit ihrer Arbeitsfähigkeit (sehr) zufrieden. Die häufigsten Belastungsfaktoren sind (jeweils mehr als ein Viertel betroffen) Arbeiten, bei denen eine starke Anstrengung der Augen nötig ist, das Hantieren mit schweren Lasten, schwierige Arbeitshaltungen bzw. Bewegungsabläufe, Unfallgefahr sowie Lärm. Gut ein Drittel der oberösterreichischen Erwerbspersonen fühlt sich durch Zeitdruck und Arbeitsüberlastung belastet. Die häufigsten arbeitsbe-

dingten Gesundheitsprobleme sind muskuloskelettale sowie psychische Beschwerden. Mit Stand November 2017 verfügen 177 oberösterreichische Betriebe über ein gültiges BGF-Gütesiegel, 2.062 Unternehmen setzen nachhaltig wirksame Maßnahmen im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung um (Stand Juni 2017).

Gemeinde

Die 436 oberösterreichischen „Gesunden Gemeinden“ mit ihren zahlreichen ehrenamtlichen MitarbeiterInnen tragen dazu bei ...

... die Bewegung zu fördern: Fast alle „Gesunden Gemeinden“ haben im Jahr 2015 eine Veranstaltung bzw. Aktivität zum Thema Bewegung durchgeführt. Laut den TeilnehmerInnen leisten die Gemeinden einen Beitrag zu mehr körperlicher Aktivität bzw. einem gesünderen Bewegungsverhalten.

... Unfällen in Haushalt, Freizeit und Sport vorzubeugen: Durch das Setzen des Jahresschwerpunktes 2016/17 „Sicher auf Schritt und Tritt - Vorbeugung vor Haushalts- und Freizeitunfällen“ versucht das Netzwerk „Gesunde Gemeinde“, das Bewusstsein für die eigene Sturz- und Unfallprävention zu erhöhen und die Risiken den Alltags zu erkennen. Maßnahmen für unterschiedliche Zielgruppen werden in den Gemeinden umgesetzt.

... die sozialen Beziehungen zu fördern: Zum einen wird der Ausbau sozialer Netzwerke durch das ehrenamtliche Engagement innerhalb der Arbeitskreise, andererseits über Angebote, die gezielt den sozialen Zusammenhalt stärken, gefördert.

319 Gesunde Gemeinden verfügen mit Oktober 2017 über ein gültiges Qualitätszertifikat „Gesunde Gemeinde“.

Stadt

Die Lebenswelt Stadt kann dazu beitragen...

... die sozialen Beziehungen bzw. das Zusammenleben im Stadtteil zu fördern, indem z. B. Stadtteilprojekte umgesetzt, Gemeinschaftszentren, Treffpunkte, Stammtische etc. geschaffen werden oder auch Veranstaltungen im Kulturbereich, Nachbarschaftsfeste und dergleichen angeboten werden.

... die Bewegung zu fördern, indem z. B. entsprechende Programme an Schulen umgesetzt, kostenlose/-günstige Bewegungsangebote zur Verfügung gestellt sowie nötige Infrastrukturmaßnahmen getroffen werden.

... die Sicherheit zu fördern durch beispielsweise adäquate Beleuchtung, Zusammenarbeit mit Präventionsstellen sowie der Exekutive oder auch durch zielgruppengerechte Veranstaltungen.

Die Mitgliedschaft einer Stadt im Netzwerk „Gesunde Städte“ ist als politische Willenserklärung zu sehen, dass die Grundsätze der Ottawa-Charta sowie die Zielsetzungen des Netzwerks als kommunalpolitische Leitlinie akzeptiert werden. Durch regelmäßige Treffen erfolgt ein Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Städten.

Einflussfaktor Krankenversorgung

Im Jahr 2016 beträgt die Anzahl der im Stellenplan verankerten Stellen für Allgemeinmedizin in Oberösterreich 663,5 sowie für Vertragsfacharztstellen 435,7. Für Physiotherapie gibt es im Jahr 2016 in Oberösterreich insgesamt 89 besetzte Planstellen, für Logopädie 57 und für Ergotherapie 34. Im Jahr 2017 sind elf VertragspsychologInnenstellen der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse besetzt. In Oberösterreich gibt es mit Stand 2016 rund 90 selbständige Ambulatorien und Institute. Ein neues Angebot sind die Kinder- und Jugendkompetenzzentren. 2016 wurden von der Hauskrankenpflege in Oberösterreich 14.112 Personen versorgt. 2017 gibt es in Oberösterreich 201 öffentliche Apotheken und 204 Hausapotheken. „Frühe Hilfen“ bieten bedarfsgerechte Unterstützung von Familien in belasteten Situationen in der Lebensphase der frühen Kindheit auf regionaler Ebene mit einer Flächendeckung von 52 Prozent in Oberösterreich an. In Oberösterreich gibt es im Jahr 2017 insgesamt 14 allgemeine öffentliche Krankenanstalten an 19 Standorten. Dabei werden von rund 23.000 MitarbeiterInnen in den oberösterreichischen Fondskrankenanstalten in etwa 495.000 stationäre PatientInnen betreut und über 3 Millionen Frequenzen an ambulanten PatientInnen erbracht. Zudem gibt es 17 Sonderkrankenanstalten. Insgesamt gibt es in Oberösterreich zwölf Kuranstalten, wovon elf in Betrieb sind. 2014 nahm die Medizinische Fakultät der Johannes-Kepler-Universität Linz den Betrieb auf. 2017 wurden die ersten drei Primärversorgungseinheiten in Oberösterreich gegründet.

Spezialthema Durchimpfungsrate

Die Durchimpfungsraten bei den „klassischen“ Impfungen, wie der Sechsfachimpfung und der MMR-Impfung, sind in den letzten Jahren etwas gesunken. Die „neueren“ Impfungen (wie jene gegen Pneumokokken, Rotaviren, HPV, Meningokokken) werden noch nicht zufriedenstellend angenommen. Die Gründe dafür liegen neben dem Vergessen/Versäumen von Impfterminen auch in einem Trend zu einer impfkritischen Haltung, dem vor allem durch Transparenz und umfassende, gewissenhafte Aufklärung begegnet werden kann.

Einflussfaktor Pflege- und Unterstützungsleistungen

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. Neben dem sozialstaatlichen Angebot an Betreuungs- und Pflegedienstleistungen decken zum überwiegenden Teil pflegende Angehörige den Großteil an Unterstützungsbedarfen ab. Der Bedarfs- und Entwicklungsplan der Pflegevorsorge für ältere Menschen wird in regelmäßigen Abständen evaluiert und weiterentwickelt. Für Menschen, die zu Hause leben, stehen unter anderem mobile Dienste, der AngehörigenEntlastungsDienst, die Rufhilfe, mobile Hospizteams, teilstationäre Dienste (wie Tagesbetreuung) und Kurzzeitpflege zur Verfügung. Menschen, die nicht mehr zu Hause le-

ben können, finden entsprechende Betreuung und Pflege durch Langzeitpflege in einem Alten- und Pflegeheim oder in speziellen alternativen Wohnformen.

Angebote und Leistungen für Menschen mit Beeinträchtigung sind folgende:

- psychosoziale Beratung und Krisenhilfe
- Arbeit und fähigkeitsorientierte Aktivität
- geschützte Arbeit
- berufliche Qualifizierung
- Wohnen
- mobile Dienste
- mobile Betreuung und Hilfe
- persönliche Assistenz
- Frühförderung

Einflussfaktor Wohnverhältnisse

Gesundheitsrelevante Dimensionen in Hinblick auf die Wohnbedingungen sind vor allem die physische Struktur bzw. Konstruktion des Hauses bzw. der Wohnung, die soziale und ökonomische Struktur des Haushaltes, die Wohnumgebung (z. B. Infrastruktur) und die sozialen Beziehungen im Wohnumfeld. Fünf Prozent der OberösterreicherInnen leben in Wohnungen mit Überbelag (nicht ausreichende Wohnfläche für die Anzahl der Personen im Haushalt), zehn Prozent sind von Feuchtigkeit/Schimmel betroffen. Die größten Belastungen in der Wohnumgebung sind Lärm, Luft- bzw. Umweltverschmutzung und Kriminalität/Vandalismus. 17 Prozent der Bevölkerung mussten im Jahr 2016 mehr als ein Viertel des Haushaltseinkommens für Wohnkosten ausgeben. 91 Prozent der OberösterreicherInnen geben an, dass sie mit ihren Wohnbedingungen (sehr) zufrieden sind.

Einflussfaktor Mobilität

Mobilität und Verkehr spielen eine wesentliche Rolle im alltäglichen Leben. Verschiedene Aspekte (z. B. Wahl der Verkehrsmittel, Aufrechterhalten des sozialen Lebens, Umwelt und Lärmbeeinträchtigungen, Bodenverbrauch, Verletzungen und Todesfälle usw.) haben auch gesundheitliche Auswirkungen. Der Großteil der Wege in Oberösterreich entfällt auf den motorisierten Individualverkehr (68 %), 15 Prozent der Wege werden zu Fuß und 5 Prozent mit dem Fahrrad zurückgelegt. Sieben Prozent der OberösterreicherInnen nutzen das Fahrrad für tägliche Wege, weitere 20 Prozent mehrmals pro Woche. Knapp zwei Drittel legen täglich Wege zu Fuß zurück, weitere 20 Prozent tun dies mehrmals pro Woche. Ein Drittel der Bevölkerung hat fußläufig Zugang zu städtischen Verkehrsmitteln, knapp die Hälfte zur Bahn und 84 Prozent haben fußläufig Zugang zu einer Bushaltestelle. Knapp 80 Prozent der Bevölkerung sind mit den ihnen zur Verfügung stehenden Beförderungsmitteln sehr oder eher zufrieden. 2016 ereigneten sich in Oberösterreich 6.850 Verkehrsunfälle mit Personenschaden, bei denen 8.943 Menschen verletzt und 90 Menschen getötet wurden.

SOZIALE UND KOMMUNALE NETZWERKE

Soziale Beziehungen und Gesundheit

Die Einbettung in soziale Netzwerke ist von wesentlicher Bedeutung für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung. Auch wenn soziale Beziehungen teilweise mit Belastungen verbunden sind, stellen sie dennoch eine bedeutende Ressource für die Bewältigung von Belastungen und Aufrechterhaltung der körperlichen und psychischen Gesundheit dar. In diesem Zusammenhang spricht man auch von Sozialkapital. Der Begriff Sozialkapital weist weitreichende Überschneidungen mit den Konzepten der sozialen Unterstützung und der sozialen Netzwerke auf. Es reicht jedoch insofern darüber hinaus, als nicht nur die individuelle Perspektive (persönliche Einbindung in Netzwerke), sondern auch überindividuelle Aspekte betrachtet werden. Die WHO definiert Sozialkapital als den Grad des sozialen Zusammenhalts, der innerhalb von Gemeinschaften zu finden ist. Das Sozialkapital bezieht sich demnach auf Prozesse zwischen Menschen, die Netzwerke, Normen und soziales Vertrauen hervorbringen sowie Koordination und Zusammenarbeit erleichtern.

Einflussfaktor persönliche soziale Beziehungen

In Oberösterreich verfügen 55 Prozent der Bevölkerung über eine starke und weitere 37 Prozent über eine mittlere soziale Unterstützung. 8 Prozent erfahren eine geringe soziale Unterstützung. Ältere Menschen sind eher von geringer sozialer Unterstützung betroffen als jüngere. Insgesamt zeigen sich 87 Prozent der OberösterreicherInnen mit ihren persönlichen Beziehungen zufrieden oder sehr zufrieden. 53 Prozent der Oberösterreicherinnen und 42 Prozent der Oberösterreicher haben mindestens einmal pro Woche direkten Kontakt (Besuch, Treffen) mit Verwandten, die nicht im selben Haushalt leben. Die Kontakthäufigkeit zu Freunden ist gleich hoch.

Einflussfaktor Vereine und Freiwilligenorganisationen

In Oberösterreich beteiligen sich 34 Prozent der Bevölkerung innerhalb und 32 Prozent außerhalb von Organisationen freiwillig. Männer sind eher in der formalen freiwilligen Tätigkeit vertreten als Frauen. Höher Gebildete sind eher freiwillig engagiert als Menschen mit niedrigerem Bildungsstatus. Das am häufigsten genannte Motiv für freiwilliges Engagement ist „Ich möchte damit anderen helfen“ (93% Zustimmung), gefolgt von „Es macht mir Spaß“ (88% Zustimmung).

Einflussfaktor Integration und Inklusion

Voraussetzung für soziale Einbindung allgemein ist die Chance, an allen gesellschaftlichen Bereichen teilhaben und daran mitbestimmen zu können. *Chronisch Kranke:* Von jenen OberösterreicherInnen, die laut eigenen Angaben unter dauerhafter Krankheit oder chronischen Gesundheitsproblemen (z. B. Diabetes mellitus) leiden, sind 64 Prozent erwerbstätig oder befinden sich in der Lehrzeit, im Gegensatz zu 73 Prozent der OberösterreicherInnen ohne derartige Einschränkungen. *Menschen mit Migrationshintergrund:* Der Anteil jener Personen, die sich heimisch fühlen, nimmt mit der Dauer des Aufenthalts in Österreich deutlich zu. Personen aus dem ehemaligen

Jugoslawien geben zu einem größeren Anteil an, sich in Österreich zuhause zu fühlen als dies bei den Menschen aus der Türkei der Fall ist. *Menschen mit kognitiven Einschränkungen*: Information ganz im Allgemeinen eröffnet den Zugang zur Gesellschaft und ist eine Voraussetzung für gelingende Integration bzw. Inklusion. Hier bestehen bereits oftmals wesentliche Hürden für Menschen mit kognitiven Einschränkungen, die durch erleichternde Maßnahmen (z. B. Informationen auf niedrigerem Sprachniveau verfügbar machen) abgebaut werden könnten.

INDIVIDUELLE LEBENSWEISEN ALS EINFLUSSFAKTOR AUF DIE GESUNDHEIT

Einflussfaktor Gesundheitskompetenz

Unter Gesundheitskompetenz (engl.: Health Literacy) versteht man das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten eines Menschen gesundheitsrelevante Informationen

- zu finden,
- zu verstehen,
- zu beurteilen und
- anzuwenden,

um in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenversorgung für sich die passenden Entscheidungen zu treffen und dadurch die Lebensqualität im Lebensverlauf erhalten oder verbessern zu können. Gesundheitskompetenz ist abhängig von den individuellen Fähigkeiten und Motivation des Einzelnen und von den Anforderungen und Komplexitäten des Gesundheits- und Krankenversorgungssystems.

55 Prozent der ÖsterreicherInnen weisen eine limitierte Gesundheitskompetenz auf. Im Rahmen der Umsetzung des österreichischen Gesundheitsziels 3 wurde die österreichische Plattform Gesundheitskompetenz eingerichtet. In Oberösterreich gibt es zwei große Projekte. Das Land Oberösterreich hat 2016 das Projekt „Die Gesundheitskompetenz der oberösterreichischen PatientInnen stärken“ gestartet mit Fokus auf die Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal und PatientInnen. Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse verfolgt ein Projekt zur Implementierung eines Gesundheitskompetenz-Coachings, das schwerpunktmäßig in stationären Gesundheitseinrichtungen der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse zum Einsatz kommt.

Einflussfaktor Ernährung

Die WHO empfiehlt, täglich fünf Portionen Obst und Gemüse zu sich zu nehmen, wobei eine Portion in etwa einer Handvoll entspricht. Insgesamt 61 Prozent der oberösterreichischen Männer und 79 Prozent der oberösterreichischen Frauen nehmen täglich Obst und/oder Gemüse zu sich. Die empfohlenen fünf Portionen täglich können allerdings von nur 7 Prozent der oberösterreichischen Befragten erreicht werden, wobei Frauen den Empfehlungen etwas häufiger nachkommen als Männer.

Einflussfaktor Bewegung

Regelmäßige Bewegung hat sehr viele positive Auswirkungen auf die Gesundheit des Menschen. Körperliche Aktivität kann nach drei Teilaspekten unterschieden werden:

- arbeitsbezogene körperliche Aktivität
- transportbezogene Aktivität (zu Fuß oder mit dem Fahrrad)
- körperliche Aktivität in der Freizeit

37 Prozent der OberösterreicherInnen geben an, dass Sie eine vorwiegend sitzende, stehende bzw. leichte körperliche Aktivitäten im Arbeitskontext ausführen, 42 Prozent üben mäßig anstrengende körperliche Tätigkeiten aus und 9 Prozent haben eine schwere körperliche Arbeit oder körperlich beanspruchende Tätigkeiten, generell mehr Männer als Frauen. OberösterreicherInnen wenden im Durchschnitt 163 Minuten für alltägliche Wegstrecken zu Fuß und 31 Minuten für alltägliche Wegstrecken mit dem Fahrrad pro Woche auf. In der Freizeit wenden die OberösterreicherInnen durchschnittlich 171 Minuten pro Woche für körperliche bzw. sportliche Betätigung auf. 45 Prozent der erwachsenen OberösterreicherInnen sind entsprechend der WHO-Bewegungsempfehlungen für mindestens 150 Minuten pro Woche körperlich aktiv. Ansatzpunkte für mehr Bewegung finden sich in der Sportstrategie Oberösterreich 2025 und den Ergebnissen der Arbeitsgruppe zum oberösterreichischen Gesundheitsziel 6 „Bewegung im Jugendalter erhöhen“.

Einflussfaktor Risikoverhalten

Ein Drittel der oberösterreichischen Männer und ein Viertel der Frauen rauchen, wobei der Tabakkonsum in den letzten Jahren stetig zurückgegangen ist. Menschen mit niedrigem Bildungsstatus rauchen mehr als formal höher Gebildete. Österreich ist hinsichtlich der Tabakkontrolle und -prävention in Europa Schlusslicht, außerdem fällt Österreich im internationalen Vergleich durch die hohe Verfügbarkeit von Zigaretten auf. 11 Prozent der oberösterreichischen Männer und 2 Prozent der oberösterreichischen Frauen konsumieren täglich, 47 Prozent der Männer und 23 Prozent der Frauen mehrmals pro Woche Alkohol. Ein bis zwei Prozent der OberösterreicherInnen haben Konsumerfahrung mit Opioiden, rund 24 Prozent haben schon einmal Cannabis konsumiert. Ein aktueller Trend geht hin zu einem polytoxikomanen Konsum, also unterschiedliche Substanzen abwechselnd oder gleichzeitig zu konsumieren. Rund ein Prozent der österreichischen Bevölkerung weist ein problematisches beziehungsweise pathologisches Glücksspielverhalten auf, mehr Männer als Frauen. In Österreich gelten rund 8 Prozent der Bevölkerung als stark kaufsuchtgefährdet. Laut einer deutschen Studie weist ca. ein Prozent der Bevölkerung eine Internetsucht auf.

GESUNDHEITZUSTAND DER BEVÖLKERUNG

Allgemeiner Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung hat sich in den letzten Jahrzehnten verbessert. Rund drei Viertel der OberösterreicherInnen stufen ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut ein. Hinsichtlich der vier Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (physisch, psychisch, sozial, Umwelt) liegt Oberösterreich im österreichischen Bundesdurchschnitt. Im Vergleich zur Gesundheitsbefragung 2006/07 haben sich die Mittelwerte der Domänen „psychisches Wohlbefinden“ und „soziale Beziehungen“ etwas verschlechtert. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität in den Domänen körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden nimmt mit dem Alter ab, was nicht nur mit dem verschlechternden Gesundheitszustand zusammenhängt. Dies könnte auf Verbesserungspotenziale zur Erhöhung der Lebensqualität älterer Menschen durch nichtmedizinische Maßnahmen hindeuten. Personen mit niedrigem Bildungsgrad weisen im Durchschnitt bei den Dimensionen körperliches und psychisches Wohlbefinden sowie Umwelt schlechtere Werte auf.

Beeinträchtigungen der Gesundheit und Gesundheitsrisiken

Lebenserwartung und Mortalität

Die Lebenserwartung hat in den letzten Jahrzehnten stetig zugenommen. Im Jahr 2015 beträgt die Lebenserwartung (bei Geburt) einer Oberösterreicherin rund 84 Jahre und jene eines Oberösterreichers rund 79 Jahre. Auch die fernere Lebenserwartung ab dem 65. Lebensjahr ist deutlich angestiegen. Sowohl die Säuglings- als auch die Perinatalsterblichkeit ist in den letzten Jahrzehnten stark zurückgegangen. Die häufigsten Todesursachen sind Herz-Kreislauferkrankungen und Krebserkrankungen. Beide zusammen sind für zwei Drittel der Todesfälle eines Jahres verantwortlich. In den letzten Jahren sind die Herz-Kreislaufmortalität stark und die Krebsmortalität etwas gesunken.

Übertragbare Erkrankungen

„Klassische“ Infektionskrankheiten sind in Österreich selten geworden. Durch die Globalisierung und vermehrte Reisetätigkeit sind allerdings neue Bedrohungen entstanden. Laufende Anpassungen der Meldepflicht, die ständige Beobachtung der epidemiologischen Lage und somit rasches Erkennen von steigenden Fallzahlen oder Krankheitsausbrüchen ermöglichen das zeitnahe Setzen von Gegenmaßnahmen. Vor allem das Wiederaufflackern von Masern zeigt, wie wichtig es ist, hohe Durchimpfungsraten bei impfpräventablen Erkrankungen zu erzielen bzw. aufrecht zu erhalten. Die Anzahl der HIV-Neuerkrankungen blieb in den letzten Jahren relativ stabil - es konnte trotz Bildung, intensiver Aufklärung und flächendeckendem Zugang zu HIV-wirksamer antiretroviraler Therapie keine Abnahme der Neuinfektionen erzielt werden.

Ausgewählte nicht übertragbare/chronische Erkrankungen und deren Folgen

Herz-Kreislauferkrankungen

Das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen wird von verschiedenen Einflussfaktoren beeinflusst. Neben physiologischen Risikofaktoren und individuellen Verhaltensweisen spielen auch psychosoziale Faktoren sowie Arbeits- und Lebensbedingungen eine wichtige Rolle. Zirka 20 Prozent der OberösterreicherInnen über 15 Jahre geben an, dass sie an Bluthochdruck leiden, zwei Prozent an einer koronaren Herzkrankheit oder Angina Pectoris. An 233 von 1.000 Personen werden innerhalb eines Jahres Herz-Kreislauf-Präparate verabreicht, die Betroffenenquote steigt mit zunehmendem Alter an. Rund drei Prozent der Krankenstandstage und 13 Prozent der Krankenhausbelegstage gehen auf Herz-Kreislauferkrankungen zurück. Herz-Kreislauferkrankungen sind die häufigste Todesursache, sowohl bei Frauen als auch bei Männern, wobei die Herz-Kreislauf-Mortalität in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen ist.

Bösartige Neubildungen

Österreich liegt im Hinblick auf die Krebs-Neuerkrankungen und -Sterblichkeit unter dem europäischen Durchschnitt. Krebserkrankungen sind nach Herz-Kreislauferkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Oberösterreich, seit den 1990er Jahren hat die Krebsmortalität in Oberösterreich deutlich abgenommen. Die häufigsten Lokalisationen von Krebserkrankungen stellen bei Frauen die Brust, der Darm sowie die Lunge dar. Bei Männern sind Prostata, Lunge und Darm die am häufigsten betroffenen Organe.

Diabetes mellitus

Die wichtigsten Risikofaktoren für Diabetes mellitus Typ 2 sind Alter, genetische Prädisposition, Übergewicht sowie die Lebensstilfaktoren ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Alkoholkonsum und Rauchen. 4 Prozent der über 15-jährigen OberösterreicherInnen geben an, dass sie innerhalb der letzten zwölf Monate unter Diabetes mellitus gelitten haben. Innerhalb eines Jahres (2015) weisen von 1.000 Personen durchschnittlich 2,3 (mindestens) einen Krankenhausaufenthalt infolge von Diabetes mellitus auf. Österreichweit ist seit 2004 ein Rückgang der Krankenhausbehandlungsfälle mit der Hauptdiagnose Diabetes mellitus zu beobachten. Das österreichweite Disease-Management-Programm „Therapie Aktiv-Diabetes im Griff“ stellt eine qualitativ hochwertige Betreuung von PatientInnen mit Diabetes mellitus sicher.

Atemwegserkrankungen

Bei den obstruktiven Atemwegserkrankungen wird zwischen Asthma bronchiale und COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) unterschieden. Die wichtigsten Ursachen für beide Erkrankungsformen lassen sich in personenbezogene Faktoren (z. B. Allergien) und Umweltfaktoren (Luftverschmutzung vor allem aber der Tabakrauch) unterteilen. Insgesamt leiden etwa 5 Prozent der oberösterreichischen Männer und 6 Prozent der oberösterreichischen Frauen an Asthma bronchiale (einschließlich allergischem Asthma). Jeweils 4 Prozent der Männer und Frauen geben an, innerhalb der letzten zwölf Monate

von Chronischer Bronchitis, COPD oder einem Lungenemphysem betroffen gewesen zu sein. Pro Jahr weisen in Oberösterreich rund 17 Personen pro 1.000 Versicherte zumindest einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems auf. Männer sind häufiger betroffen als Frauen.

Zahngesundheit / Zahnerkrankungen

56 Prozent der 6-Jährigen (Zahnstatuserhebung 2011) und 64 Prozent der 12-Jährigen (Zahnstatuserhebung 2012) sind gemäß der WHO-Definition kariesfrei. Kinder mit Migrationshintergrund sind häufiger von Karies betroffen. 6-Jährige weisen im Durchschnitt 1,5 kariöse, fehlende oder sanierte Zähne im Milchgebiss auf (d3mft-Wert = 1,5). 12-Jährige weisen im Durchschnitt 1,7 kariöse, fehlende oder sanierte Zähne im bleibenden Gebiss auf (D3MFT-Wert = 1,7). 4 Prozent der OberöreicherInnen hätten laut ATHIS-Befragung innerhalb der letzten zwölf Monate eine zahnärztliche Untersuchung oder Behandlung benötigt, haben sich diese allerdings nicht leisten können.

Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats

Zirka ein Viertel der OberöreicherInnen leidet an chronischen Kreuzschmerzen oder an einem anderen chronischen Rückenleiden. Im Jahr 2015 kamen auf 1.000 Beschäftigte rund 2.329 Krankenstandstage, die auf Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems zurückzuführen sind und rund 32 Personen pro 1.000 Versicherte wiesen zumindest einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates auf.

Psychische Erkrankungen und mentale Störungen

Zur Gruppe der psychischen Erkrankungen gehören affektive Störungen (z. B. Depression), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (z. B. Zwangsstörungen), Störungen durch psychoaktive Substanzen (z. B. Alkohol), schizophrene Erkrankungen und organische bzw. symptomatische psychische Störungen (z. B. Demenz). In Oberösterreich geben 6 Prozent der über 15-jährigen Bevölkerung an, dass sie im letzten Jahr an einer Depression gelitten haben. Essstörungen nehmen in industrialisierten Ländern zu. Von Störungen des Essverhaltens sind fast ausschließlich Frauen betroffen. Im Jahr 2015 starben 137 Männer und 35 Frauen in Oberösterreich an Suizid. Seit Beginn der 1990er ist ein deutlicher Rückgang zu beobachten. 12 Prozent der Krankenstandstage gehen auf psychische und Verhaltensstörungen zurück, in den letzten Jahren hat dieser Anteil zugenommen. Bei den Krankenhausbelegtagen gehen 16 Prozent auf jene mit psychiatrischen Erkrankungen zurück.

Weitere Beeinträchtigungen der Gesundheit Insgesamt sind 13 Prozent der OberöreicherInnen über 15 Jahren von Sehproblemen betroffen (unabhängig davon, ob Brillen oder Kontaktlinsen verwendet werden).

Von Hörproblemen in ruhigen Räumen sind doppelt so viele Männer (10%) wie Frauen (5%) betroffen. Hörprobleme in lauten Räumen betreffen rund drei von zehn OberöreicherInnen über 15 Jahren. 15 Prozent der über 65-jährigen OberöreicherInnen sind bei mindestens einer wichtigen alltäglichen Basisaktivität (ADL) auf Hilfe

angewiesen. Bezüglich alltäglicher Tätigkeiten im Haushalt (IADL) sind 27 Prozent der über 65-jährigen Bevölkerung auf Unterstützung angewiesen. In Oberösterreich haben 53 Prozent der Frauen und 45 Prozent der Männer innerhalb der letzten vier Wochen zumindest unter leichten Schmerzen gelitten. Rund ein Drittel der Betroffenen fühlt sich durch die Schmerzen mäßig bis äußerst bei den alltäglichen oder beruflichen Verrichtungen beeinträchtigt. Von chronischen Kopfschmerzen sind Frauen (9%) häufiger betroffen als Männer (4%). Etwa ein Viertel der OberöreicherInnen über 15 Jahre (24%) klagt über chronische Rückenschmerzen bzw. Rückenleiden. Chronische Nackenschmerzen bzw. Probleme der Halswirbelsäule betreffen 20 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen über 15 Jahre - am verbreitetsten sind chronische Nackenleiden bei den über 45-Jährigen. 2015 wurden an 28 Prozent der Versicherten der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse Schmerzmittel verordnet. Innerhalb eines Jahres werden an Frauen häufiger Medikamente zur Schmerzlinderung verordnet als an Männer.

GESUNDHEITSZIELE BIS 2020

Die Oberösterreichischen Gesundheitsziele sind ein Instrument, um langfristig, gemeinsam und koordiniert für mehr Gesundheit in Oberösterreich zu arbeiten. Für die Steuerung und das Monitoring der oberösterreichischen Gesundheitsziele ist die Steuerungsgruppe Gesundheitsziele zuständig, die sich aus VertreterInnen der Vorstandorganisationen des Instituts für Gesundheitsplanung (IGP) zusammensetzt und vom IGP organisiert wird. Die bisher gesetzten Umsetzungsschritte sowie der derzeitige Stand der Zielerreichung werden ebenfalls in diesem Gesundheitsbericht dargestellt.

1. ALLGEMEINE SOZIÖKONOMISCHE UND UMWELTFAKTOREN

1.1. Demografischer Hintergrund

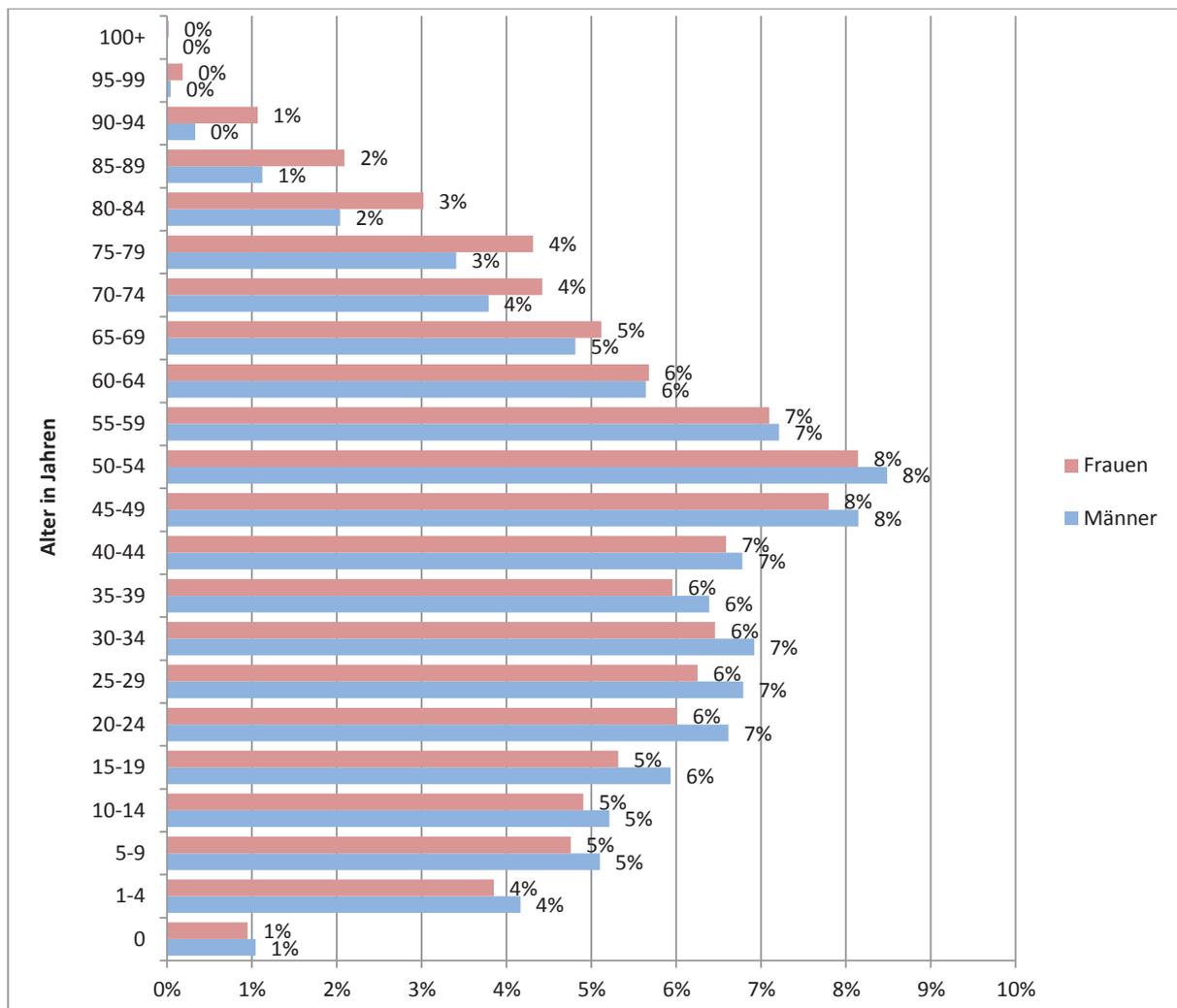
Die Bevölkerungsstruktur und die Bevölkerungsentwicklung sind wesentliche Einflussgrößen für den Gesundheitszustand einer Population. Daher wird in diesem Kapitel näher auf die aktuelle Lage und Trends eingegangen.

15 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung sind unter 15 Jahre alt (16% der Männer; 14% der Frauen), rund 67 Prozent der OberösterreicherInnen sind zwischen 15 und 64 Jahren (69% der Männer; 65% der Frauen) und etwa 18 Prozent sind 65 Jahre oder älter (16% der Männer, 20% der Frauen) (Abbildung 1).

1.1.1. Bevölkerungsstruktur

Die EinwohnerInnenzahl ist in den letzten Jahren und Jahrzehnten stetig (leicht) gestiegen und beträgt per 01.01.2016 1.453.948. Die Bevölkerung setzt sich aus 50,5 Prozent Frauen und 49,5 Prozent Männern zusammen.

Abbildung 1: Altersverteilung der oberösterreichischen Bevölkerung nach Geschlecht



Quelle: Land OÖ, Abt. Statistik; Daten: Statistik Austria, ZMR-Populationsregister; Bevölkerung in OÖ nach Geschlecht und Alter per 1.1.2016

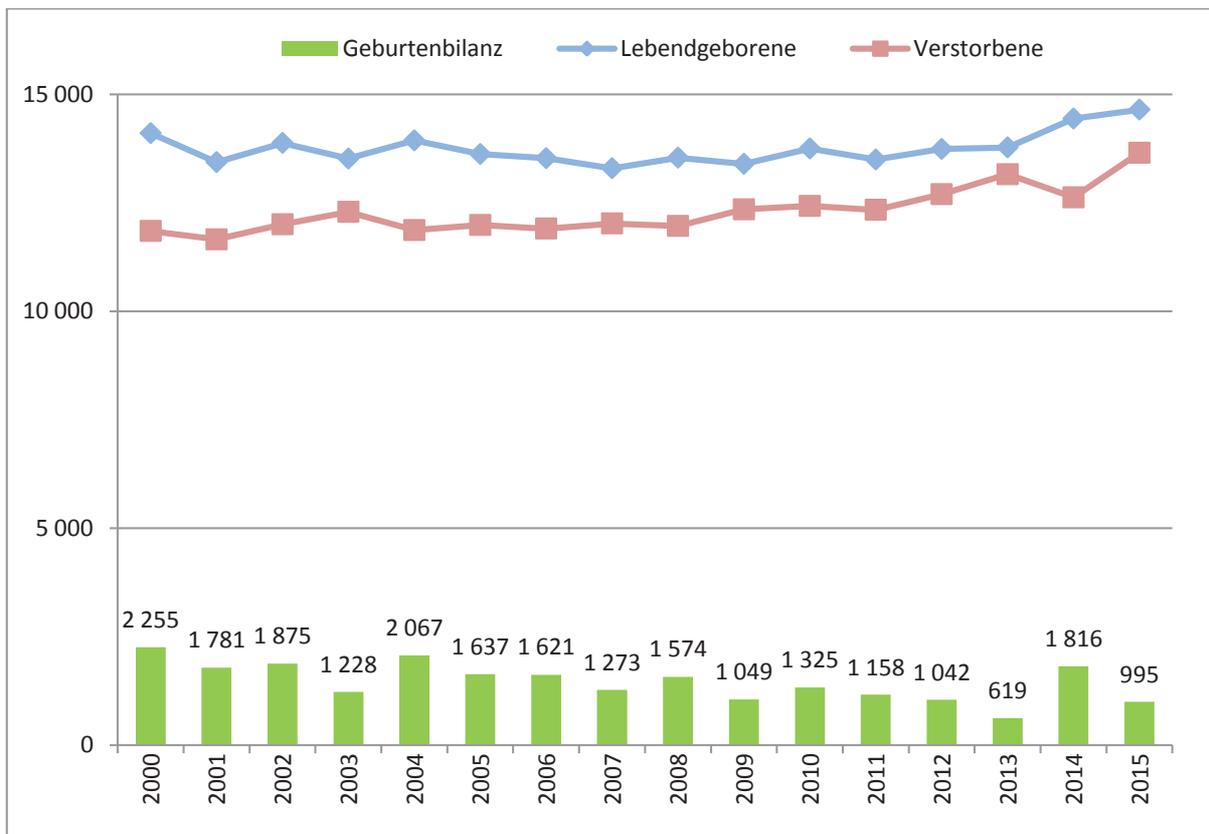
1.1.2. Bevölkerungsentwicklung

Die Bevölkerungsentwicklung setzt sich aus Geburten, Wanderungsbewegungen und Sterbefällen zusammen.

Im Jahr 2015 verstarben 13.653 Personen der oberösterreichischen Bevölkerung. Diesen Sterbefällen stehen

14.648 Lebendgeborene¹ gegenüber, was eine Geburtenbilanz von +995 ergibt. In den letzten Jahren scheint die Anzahl der Geburten tendenziell etwas zuzunehmen (Abbildung 2).

Abbildung 2: Geburtenbilanz 2000 bis 2015 in Oberösterreich



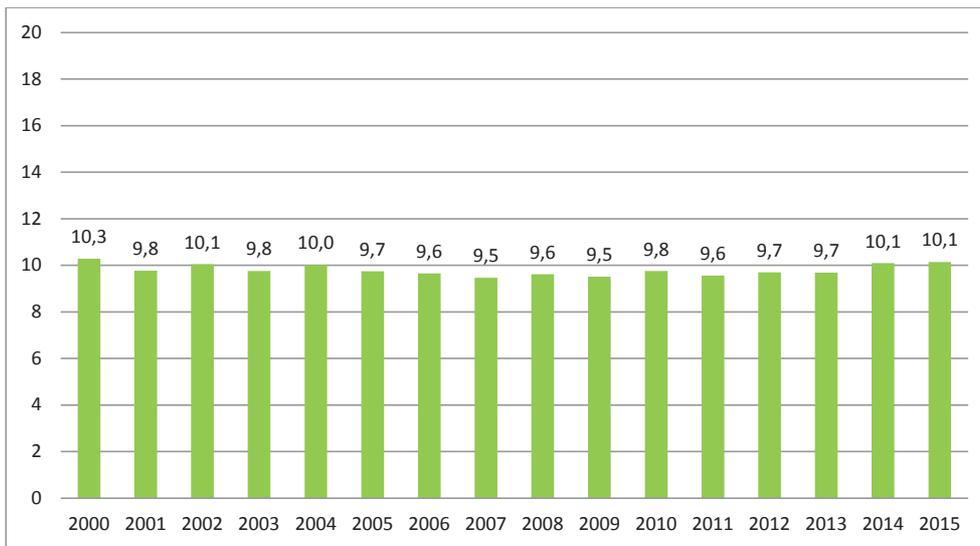
Quelle: Statistik Austria; Land OÖ, Abt. Statistik

¹ Definition Lebendgeborene: Alle Geborenen, unabhängig von der Schwangerschaftsdauer, bei denen nach dem vollständigen Austritt aus dem Mutterleib irgendein Lebenszeichen, zum Beispiel der Herzschlag oder eine deutliche Bewegung der Muskulatur, erkennbar ist. Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von unter 2.500 Gramm gelten als Frühgeburten.

Die Geburtenziffer, das ist die Anzahl der Lebendgeborenen eines Jahres pro 1.000 EinwohnerInnen, ist in den letzten 15 Jahren nur kleineren Schwankungen unterle-

gen. Im Jahr 2015 liegt die Geburtenziffer bei 10,1 (Abbildung 3). Die Gesamtfertilitätsrate - das ist die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau - liegt in Oberösterreich derzeit bei 1,61.

Abbildung 3: Geburtenziffer im Zeitverlauf in Oberösterreich (Anzahl der Lebendgeborenen eines Jahres pro 1.000 EinwohnerInnen)

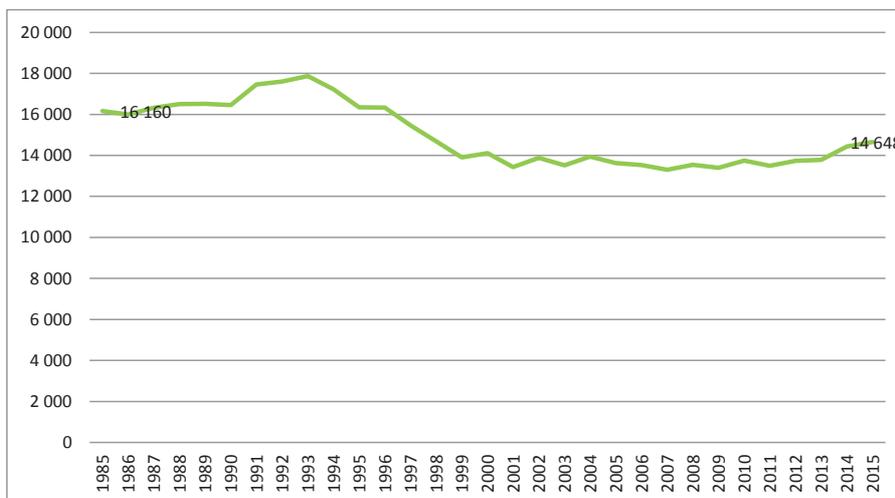


Quelle: Statistik Austria; Land OÖ, Abt. Statistik

Ab Mitte der 1990er Jahre hat die Anzahl der Geborenen deutlich abgenommen, um sich im 1. Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts auf (meist) etwas unter 14.000 einzupen-

deln. Zuletzt hat die Anzahl der Geborenen wieder merkbar zugenommen. Im Jahr 2015 gab es in Oberösterreich 14.648 Geborene (Abbildung 4).

Abbildung 4: Lebendgeborene 1985 bis 2015 in Oberösterreich

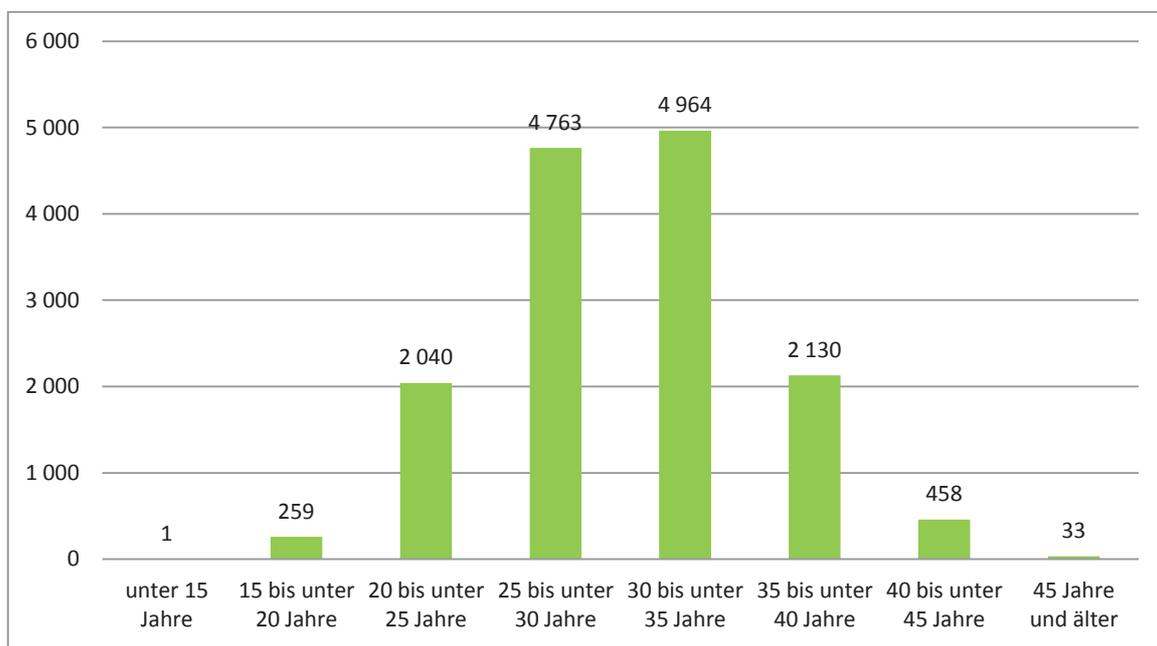


Quelle: Statistik Austria; Land OÖ, Abt. Statistik

Die relative Mehrheit - nämlich rund 34 Prozent bzw. 4.964 aller geborenen Kinder des Jahres 2015 - wird mittlerweile von Müttern der Altersgruppe zwischen 30 und 34 Jahren geboren. Die Mütter weiterer 33 Prozent oder 4.763 Geborener sind zwischen 25 und 29 Jahre alt. Rund 14 Prozent der Geborenen des Jahres 2015 haben eine

Mutter im Alter zwischen 20 und 24 Jahren und knapp 15 Prozent eine Mutter zwischen 35 und 39 Jahren. Etwa 2 Prozent aller Geborenen werden von Müttern unter 20 Jahren geboren und 3 Prozent von Müttern mit bzw. über 40 Jahren (Abbildung 5).

Abbildung 5: Lebendgeborene im Jahr 2015 nach dem Alter der Mutter in Oberösterreich

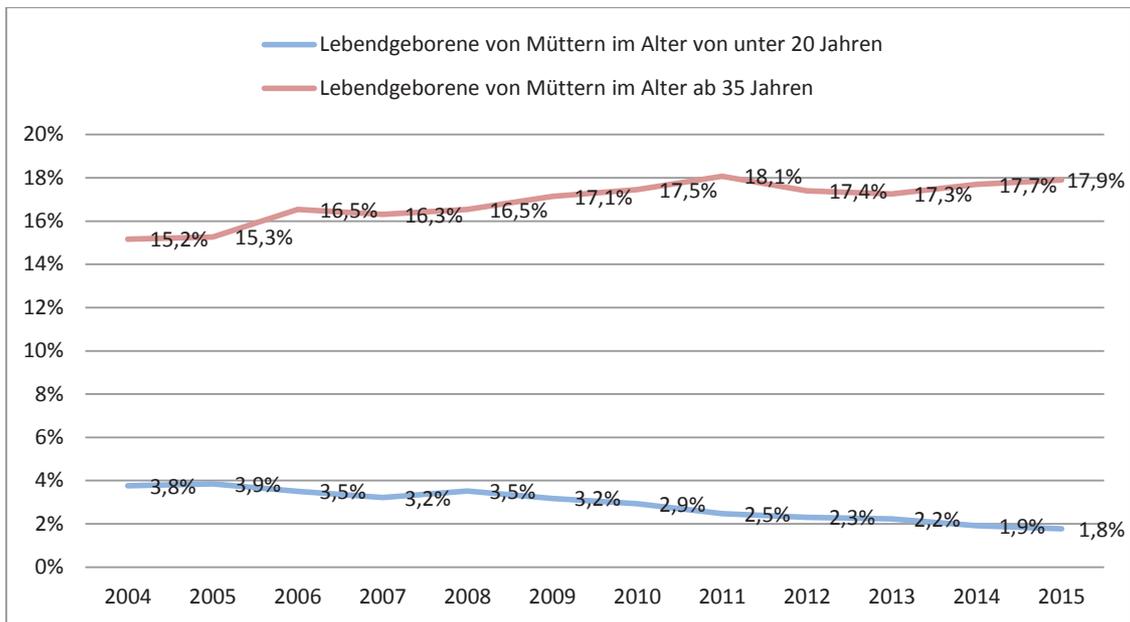


Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. (Erstellt am 14.06.2016. Ab 2015 erstmals inklusive im Ausland Geborene von Müttern mit Wohnsitz in Österreich.)

Der Anteil der geborenen Kinder von Müttern unter 20 Jahren ist über die letzten Jahre betrachtet, fast durchgehend gesunken. Im Jahr 2015 hatten 1,8 Prozent der Geborenen eine Mutter im Alter von unter 20 Jahren. Eine andere Entwicklung ist bei den Anteilen, der von „älteren“ Müttern geborenen Kinder zu beobachten: Lag der

Anteil der Geborenen von Müttern ab 35 Jahren im Jahr 2004 noch bei 15,2 Prozent, so liegt dieser im Jahr 2015 bereits bei 17,9 Prozent aller Geborenen dieses Jahres (Abbildung 6). Das durchschnittliche Fertilitätsalter ist von 29,2 Jahre im Jahr 2004 auf 30,3 Jahre im Jahr 2015 angestiegen.

Abbildung 6: Anteile der Lebendgeborenen von Müttern unter 20 bzw. ab 35 Jahren in Oberösterreich



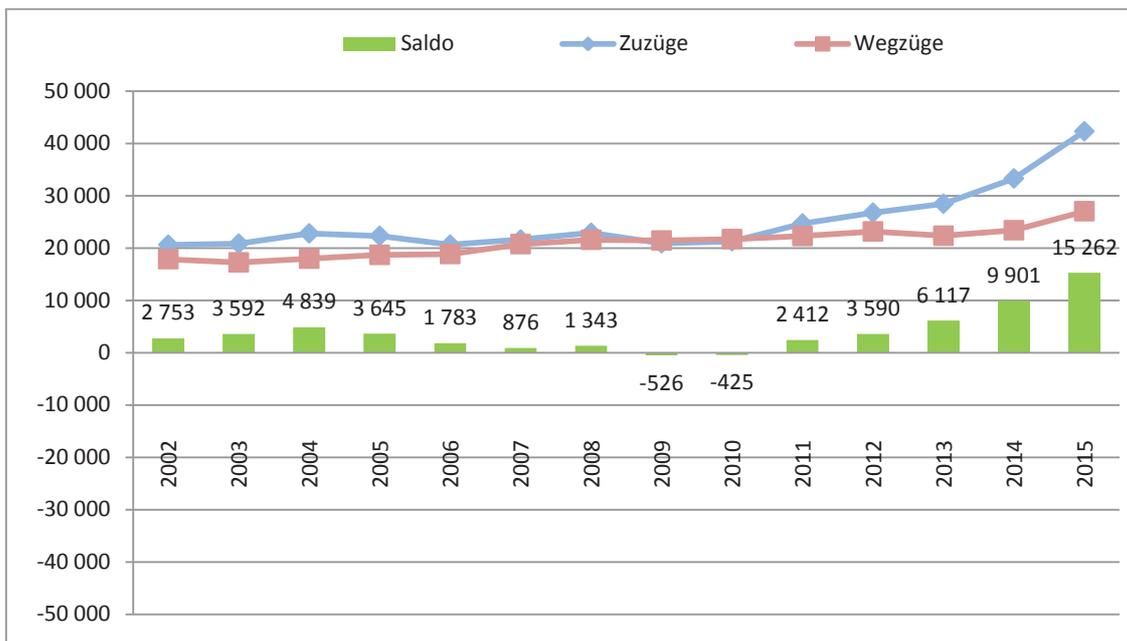
Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. (Erstellt am 14.06.2016. Ab 2015 erstmals inklusive im Ausland Geborene von Müttern mit Wohnsitz in Österreich.)

Wanderungsbewegungen

Die Wanderungsbewegungen der letzten Jahre unterliegen mehreren Schwankungen. So gab es in den Jahren 2009 und 2010 beispielsweise mehr Weg- als Zuzüge. Seit

dem Jahr 2012 nehmen allerdings die Zuzüge kontinuierlich und deutlich zu. Im Jahr 2015 liegt der Wanderungssaldo bei + 15.262 (Abbildung 7).

Abbildung 7: Zu- und Wegzüge 2002 bis 2015 in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria; Land OÖ, Abt. Statistik

Die Bevölkerung Oberösterreichs wird auch in Zukunft weiterhin stark wachsen. Für das Jahr 2050 prognostiziert die Statistik Austria für Oberösterreich etwa 1.586.440 EinwohnerInnen. Derzeit (Jahr 2015) sind rund 24 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 rund 35 Prozent liegen.

Fakten:

- Die EinwohnerInnenzahl ist in den letzten Jahren und Jahrzehnten stetig (leicht) gestiegen und beträgt per 01.01.2016 1.453.948.
- Die Geburtenbilanz (Anzahl der Lebendgeborenen minus Anzahl der Verstorbenen) war in den letzten Jahren regelmäßig im Plus (durchschnittlich in den letzten 15 Jahren + 1.460, im Jahr 2015: + 995).

- Seit dem Jahr 2012 nehmen die Zuzüge kontinuierlich und deutlich zu. Im Jahr 2015 liegt der Wanderungssaldo bei + 15.262.

1.2. Soziale und wirtschaftliche Einflussfaktoren

Gerechtigkeit in der Gesellschaft ist eine der wesentlichen Voraussetzungen für deren Funktionsfähigkeit.¹ Für den Bereich der Gesundheit hat sich die österreichische Gesellschaft jedenfalls explizit Gerechtigkeit zum Ziel gesetzt. Eines der zehn - in einem partizipativen Prozess erarbeiteten und 2012 vom Nationalrat der Republik Österreich beschlossenen - Gesundheitsziele heißt „Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen“.²

Im Hintergrund dieses Gesundheitsziels steht, dass die ungleiche Verteilung von materiellen und immateriellen Ressourcen in einer Gesellschaft bedeutsamen Einfluss auf die Lebenschancen und damit auch auf die Gesundheit von betroffenen Personen, Gruppen oder Gesellschaften hat.³ Dass Ungleichheit der Gesellschaft schadet, ist empirisch nachgewiesen. Ein aktueller und sehr umfangreicher internationaler Nachweis dieser Art zeigt, dass mit steigender Ungleichheit der Einkommen zwischen den bestverdienenden 20 Prozent und den am schlechtesten verdienenden 20 Prozent der Bevölkerung einer Gesellschaft, soziale und gesundheitliche Probleme verstärkt auftreten, und zwar beispielsweise:

- Psychische Erkrankungen
- Säuglingssterblichkeit
- Fettleibigkeit
- Selbstmorde
- Zahl der Gefängnisstrafen.⁴

Bemerkenswert dabei ist, dass diese häufigeren sozialen und gesundheitlichen Probleme in Gesellschaften mit höherer Ungleichheit der Einkommen nicht nur die Ärmere, sondern die gesamte Gesellschaft betreffen. Auch die Reichen in ungleichen Gesellschaften sind kränker.⁵ Gesundheitsberichte sollen die gesundheitliche Lage und Versorgung der Bevölkerung, unter Berücksichtigung der Gesundheitsdeterminanten, das heißt beispielsweise auch unter Berücksichtigung der Soziodemografie, darstellen.⁶

Daraus ist abzuleiten, dass ein Gesundheitsbericht

- relevante Ungleichheiten in der Gesellschaft,
- spezifische Ungleichheiten der gesundheitlichen Lage und
- Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung

aufzuzeigen hat.

Die oberösterreichischen Gesundheitsberichte bewegen sich seit ihren Anfängen Schritt für Schritt auf diese Fragestellungen zu. Damit trägt die oberösterreichische Gesundheitsberichterstattung auch den einschlägigen Erkenntnissen der Gesundheitswissenschaften Rechnung.⁷

Ungleichheiten in der Gesellschaft und Ungleichheiten der gesundheitlichen Versorgung werden im vorliegenden oberösterreichischen Gesundheitsbericht noch nicht aufgegriffen. Hier wird in den nächsten Jahren in Oberösterreich Entwicklungsarbeit an Daten und Bewusstsein zu leisten sein. Beispiele aus anderen Gesundheitsberichten und aus der Versorgungsforschung zeigen einige Möglichkeiten auf. So hat der Steiermärkische Gesundheitsbericht 2010 als Indikatoren für gesundheitliche Chancengleichheit Einkommensverteilung, Armutsgefährdung, Langzeitarbeitslosigkeit und Bildung herangezogen⁸ und in Oberösterreich wurde vor einiger Zeit, im Zuge eines Versorgungsforschungsprojekts der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, gezeigt, dass fachärztliche Versorgung im Vergleich zur Versorgung durch HausärztInnen tendenziell mehr von Besserverdienenden und Gebildeten in Anspruch genommen wird.⁹ Solche Ansätze werden in Zukunft weiter zu verfolgen sein.

Was der vorliegende oberösterreichische Gesundheitsbericht aber bietet, sind Darstellungen zwischen dem Gesundheitszustand unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen und dem Zusammenhang zu sozioökonomischen Merkmalen dieser Bevölkerungsgruppen.

1.2.1. Soziale Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit

Die gesellschaftlichen Verhältnisse bestimmen maßgeblich die Verteilung von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung. Dabei geht es nicht nur darum, dass offensichtliche Armut und Deprivation bzw. die Zugehörigkeit zu sozialen Randgruppen mit höherer Krankheitslast und Sterblichkeit verbunden sind. Vielmehr zieht sich die ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen kontinuierlich durch die gesamte Bevölkerungsstruktur: Je niedriger die Position in der sozialen Hierarchie, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, gesund zu bleiben und länger zu leben. So weisen Angehörige mittlerer sozialer Schichten einen besseren Gesundheitszustand auf als Angehörige unterer Schichten und einen schlechteren als die Angehörigen oberer Schichten. Die sukzessive Abnahme von Gesundheits- und Lebenschancen wird als sozialer Gradient bezeichnet.¹⁰

Soziale Ungleichheit konstituiert sich in modernen Gesellschaften durch die Verfügbarkeit von Wissen, Macht, Geld und Prestige.¹¹ Übliche Indikatoren für die soziale Position sind daher der Bildungsgrad, das (Haushalts-) Einkommen und die berufliche Stellung.¹²

¹ Rawls 2014, S.22

² Bundesministerium für Gesundheit 2015

³ Kreckel 1992 und Mielck 2000, nach Bundesministerium für Gesundheit 2015

⁴ Wilkinson & Pickett 2016, S.29ff

⁵ Wilkinson & Pickett 2016, S.207ff

⁶ Gesundheit Österreich GmbH

⁷ Ottendörfer 2016

⁸ Gesundheit Steiermark & Das Land Steiermark, S. 75 ff,

⁹ Wesenauer & Sebingner 2009, S. 52

¹⁰ Richter und Hurrelmann 2007

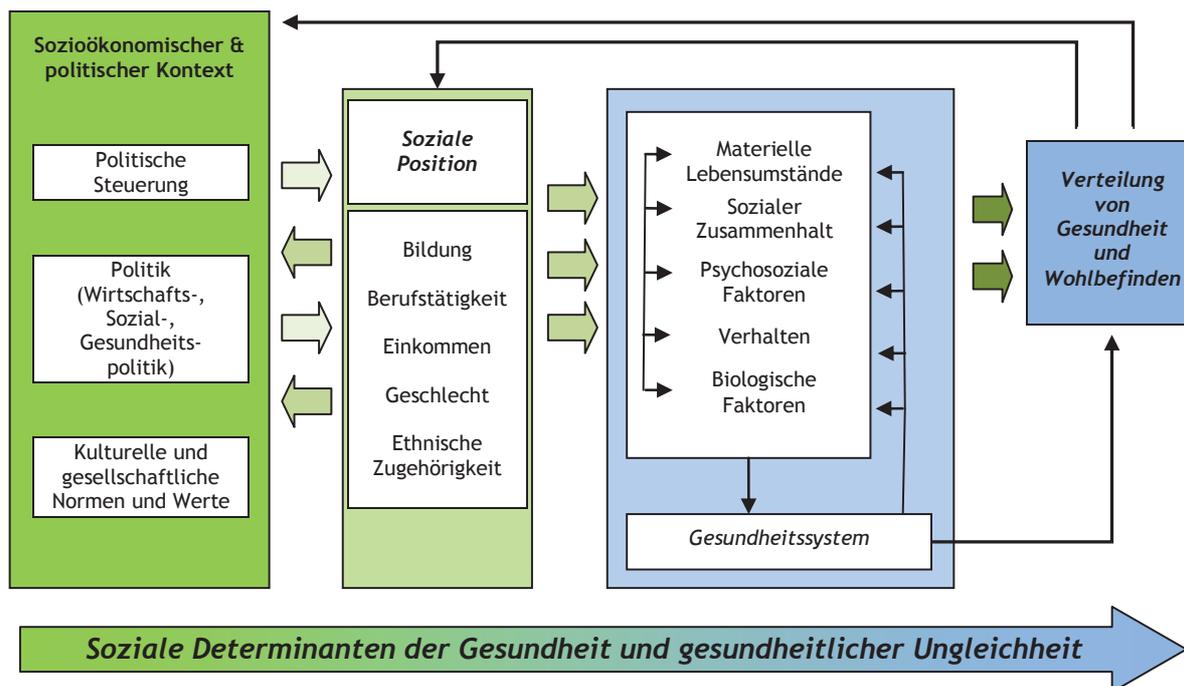
¹¹ Mielck 2000, S. 173

¹² Mielck 2000, S. 17-52

Die systematischen Unterschiede im Gesundheitszustand und in der Lebenserwartung lassen sich nicht durch individuelle Faktoren oder Zufall erklären. Daher können sys-

tematische Unterschiede in den Gesundheitschancen, die mit vernünftigen Mitteln vermeidbar sind, als ungerecht angesehen werden.¹⁴

Abbildung 8: Konzeptueller Rahmen der WHO-Kommission für soziale Determinanten der Gesundheit



Quelle: WHO (Marmot 2014, S. 5); (Grafik und Übersetzung: IGP)

Die WHO-Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit geht von einem mehrstufigen Modell der Gesundheitsdeterminanten aus, das die Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen Ungleichheiten und sozialen Verhältnissen verdeutlicht (Abbildung 8). Auf der strukturellen Ebene sind wesentliche Einflussfaktoren im Grad und in der Art der sozialen Schichtung zu sehen (nach Einkommen, Bildung, ethnischer Zugehörigkeit, Berufsgruppe und sozialer Position etc.). Soziale Ungleichheit steht in engem Zusammenhang mit sozioökonomischen und politischen Rahmenbedingungen, kulturellen Normen und Werten sowie politischen Prozessen auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene. Unterschiede im sozioökonomischen Status sind wiederum mit Unterschieden in den alltäglichen Lebensbedingungen verknüpft, die bei sozial schlechter gestellten Gruppen zu stärkerer Belastung und Vulnerabilität führen.¹³

Relevante Wirkungspfade sind in den materiellen Lebensbedingungen (z. B. Umweltbelastungen, berufliche Schadstoffexposition, Wohnqualität, Erholungsmöglichkeiten etc.), im sozialen Zusammenhalt (z. B. soziale Ausgrenzung, Diskriminierung), in psychosozialen Faktoren (z. B. psychosozialer Stress, Gratifikationskrisen,¹⁵ Selbstwirksamkeitserwartung,¹⁶ Schamgefühle und Kränkungen etc.), in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (z. B. körperliche Aktivität, Ernährung etc.) sowie in biologischen Faktoren (z. B. durch soziale Faktoren bedingte Beeinträchtigung, physische Risikofaktoren wie Adipositas, metabolisches Syndrom etc.) zu finden. Die genannten Einflussbereiche können sich gegenseitig verstärken bzw. abschwächen und stehen zueinander in einem komplexen Wechselspiel.¹⁷

¹³ Marmot 2014, S. 5. Lampert et al. 2016

¹⁴ Commission on Social Determinants of Health 2008, S. 26

¹⁵ Erfahrungen wiederholter Verausgabung bei vergleichsweise niedriger Belohnung werden Gratifikationskrisen genannt (Siegrist 1995, S. 121).

¹⁶ Selbstwirksamkeits- beziehungsweise Kompetenzerwartungen bezeichnen das Vertrauen eines Individuums in seine Fähigkeiten, ein Verhalten selbst adäquat ausführen zu können (Hornung 1997, S. 31).

¹⁷ Marmot 2014, S. 5. Commission on Social Determinants of Health 2007. Richter und Hurrellmann 2007. Brunner 2007

Aus der ungleichen Verteilung von Belastungsfaktoren und Ressourcen in der Bevölkerung, ergibt sich in der Folge eine ungleiche Verteilung von Gesundheit und Lebensqualität in verschiedenen sozialen Gruppen.

Der Gesundheitszustand kann auf die soziale Position der Betroffenen zurückwirken, z. B. durch sozialen Abstieg von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen. So können sich Unterschiede in den Gesundheitschancen über den Lebenslauf hinweg verstärken. Daher ist die Entstehung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit im Ablauf der verschiedenen Lebensphasen zu berücksichtigen (Lebenslaufperspektive).¹⁸

Das Gesundheitssystem kann in begrenztem Ausmaß auf die Verteilung der Gesundheitschancen Einfluss nehmen (z. B. durch den Zugang zu Krankenversorgungsleistungen und Gesundheitsförderungsangeboten). Durch den ungleichen Zugang zu Leistungen kann die gesundheitliche Ungleichheit aber auch verstärkt werden.

Wesentliche Ansatzpunkte zur Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit sind in politischen Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensbedingungen und zu einer fairen Verteilung von Ressourcen (z. B. Bildung, Einkommen etc.) zu sehen.¹⁹ Dies kann durch die intersektorale Zusammenarbeit verschiedener Politikbereiche mit dem Ziel der Förderung fairer und gesunder Lebensbedingungen (Health in all Policies) erreicht werden.²⁰ In diesem Zusammenhang kann die Etablierung der Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) einen wesentlichen Beitrag leisten, da die Verteilung gesundheitsrelevanter Belastungen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen einen zentralen Bestandteil des Instruments darstellt.²¹

Nachfolgend werden einige Befunde angeführt, die die Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und der Verteilung von Gesundheitschancen beispielhaft veranschaulichen.

Ungünstige Lebensbedingungen und Probleme in der Kindheit wirken sich auf den Gesundheitszustand von jungen Erwachsenen aus. Unabhängig vom später erreichten Bildungsgrad, sind junge Erwachsene, deren Eltern einen höheren Bildungsgrad aufweisen, bei besserer Gesundheit als solche aus bildungsfernen Schichten.²²

Familien mit niedrigerem sozialem Status weisen eine höhere Prävalenz an Frühgeburten auf als Familien mit hohem Sozialstatus. Zudem weisen Frühgeborene aus Familien mit geringem Status in der Kindheit und Jugend eine geringere Lebensqualität²³ auf als Frühgeborene aus höheren sozialen Schichten.²⁴

¹⁸ Lampert et al. 2016, S. 158

¹⁹ Commission on Social Determinants of Health 2008, S. 2

²⁰ Commission on Social Determinants of Health 2008, S. 110

²¹ Amegah et al. 2013, S. 7

²² Kestila 2006

²³ Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde in der gegenständlichen Studie mit dem Instrument KINDL-R erhoben und umfasst die Dimensionen körperliches und psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde sowie Funktionsfähigkeit im Alltag.

²⁴ Becker-Grünig et al. 2016

Unterschiede in den Belastungen am Arbeitsplatz sind ein wesentlicher Einflussfaktor für die Verteilung von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung. Beispielsweise sind in manuellen Berufen und unter einfachen Angestellten höhere körperliche und psychische Belastungen vorzufinden als in nicht manuellen Berufen und unter leitenden Angestellten bzw. Führungskräften.²⁵

Arbeitslose weisen einen schlechteren Gesundheitszustand auf. Darüber hinaus ist das Gesundheitsverhalten ungünstiger ausgeprägt als in der übrigen Bevölkerung.²⁶

Untere soziale Schichten sind nicht nur in stärkerem Ausmaß klinischen Risikofaktoren ausgesetzt als obere soziale Schichten. Es gibt auch Belege dafür, dass sich die Risikofaktoren stärker auf den Gesundheitszustand auswirken. Beispielsweise ist der gesundheitliche Unterschied zwischen RaucherInnen und NichtraucherInnen in Bevölkerungsgruppen mit geringem Einkommen deutlich stärker ausgeprägt als in der Bevölkerung mit höherem Einkommen²⁷ (siehe auch Kapitel 4.4.1. Tabakkonsum).

Personen aus unteren sozialen Schichten weisen ein ungünstigeres Ernährungsverhalten auf als jene aus oberen Schichten. Wesentliche Einflussfaktoren sind nicht nur fehlendes Ernährungswissen, sondern auch psychosoziale Faktoren (z. B. mangelnde soziale Unterstützung), soziokulturelle Faktoren (z. B. ungünstige Ernährungstraditionen)²⁸ und strukturelle Benachteiligung (z. B. Armut, deprivierte Wohngegend etc.).

Studien belegen, dass die Bevölkerung in ärmeren Wohngebieten häufig einem ungünstigeren Lebensmittelangebot gegenübersteht. Größere Lebensmittelgeschäfte sind für BewohnerInnen deprivierter Wohngebieten schwerer erreichbar und die lokalen, kleineren Lebensmittelgeschäfte sind meist teurer und verfügen über ein eingeschränktes Angebot. Zudem ist in ärmeren Wohngebieten das Fast-Food-Angebot oft besser ausgebaut. Weiters lassen manche Studien darauf schließen, dass die lokalen Werbeaktivitäten in deprivierten Wohngebieten (Plakate etc.) sich von denen im bessergestellten Gebieten unterscheiden und häufiger Werbung für Esswaren betrieben wird (siehe auch Kapitel 4.2. Einflussfaktor Ernährung).

Studien aus Deutschland zufolge unterscheiden sich Erwerbstätige aus verschiedenen sozialen Schichten deutlich hinsichtlich ihres Bewegungsverhaltens. Körperliche Betätigung im Allgemeinen (also Alltagsbewegung, berufsbedingte körperliche Aktivität, Bewegung in der Freizeit etc.) ist in unteren sozioökonomischen Schichten verbreiteter als in höheren sozialen Schichten. Sportliche Betätigung ist hingegen in höheren Statusgruppen häufiger anzutreffen als unter Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status²⁹ (siehe auch Kapitel 4.3. Einflussfaktor Bewegung).

²⁵ Dragano et al. 2016

²⁶ Kroll et al. 2016

²⁷ Birch et al. 2000

²⁸ Fekete und Weyers 2016

²⁹ Hoebel et al. 2016

Die durch Alkohol bedingte Krankheitslast ist in unteren sozialen Schichten höher als in höheren Schichten. Dies wird teilweise durch unterschiedliche Trinkgewohnheiten bzw. -muster erklärt. Zugehörige oberer Schichten weisen häufiger Trinkgelegenheiten mit leichtem bis moderatem Alkoholkonsum auf, wohingegen Angehörige unterer Schichten eher seltener, dafür größere Mengen Alkohol konsumieren (Binge-Drinking, „Rauschtrinken“).³⁰ Die sozialen Unterschiede können jedoch nicht alleine durch die Konsumgewohnheiten erklärt werden. Eine Kohortenstudie aus Finnland kommt zu dem Schluss, dass bei gleichem Alkoholkonsum das Risiko, aufgrund einer alkoholassoziierten Erkrankung zu versterben bzw. stationär behandelt zu werden, für ArbeiterInnen (Beschäftigte mit manueller Tätigkeit) deutlich höher ist als für Angestellte (nicht manuelle Tätigkeit). Der in dieser Studie beobachtete Unterschied kann nicht allein durch unterschiedliche Trinkgewohnheiten erklärt werden.³¹

Für die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheit sind auch die sozialen Konsequenzen von Erkrankungen von Bedeutung. Dies kann am Beispiel der Alkoholkrankung verdeutlicht werden. Die Erkrankung ist für die Betroffenen häufig mit Risiko für Arbeitsplatzverlust, Arbeitslosigkeit sowie familiäre Probleme und deren Auswirkungen (z. B. auf Kinder) verknüpft. Zudem sind Menschen mit Alkoholproblemen einer erheblichen Stigmatisierung ausgesetzt. Mit Alkoholismus sind häufig Zuschreibungen verknüpft (z. B. Verwahrlosung, mentale Beeinträchtigung etc.), die die weiteren Lebenschancen deutlich verringern können (z. B. erschwerter Zugang zu Arbeit, Armut, Obdachlosigkeit etc.). Alkoholismus wird nicht selten mit sozialen Randgruppen in Verbindung gebracht. Die Stigmatisierung kann auch zu einer Verringerung der Zugangschancen zum Gesundheitssystem bzw. zu medizinischen Leistungen führen. Studien aus Australien, Großbritannien und den USA zu Folge ist die Meinung, dass alkoholkranken Menschen bei der medizinischen Versorgung eine geringere Priorität eingeräumt werden sollte, in der Bevölkerung weit verbreitet. Dies wird meist durch die Ansicht gerechtfertigt, dass Alkoholkranken selbst für ihre Erkrankung verantwortlich seien.³²

Die Bedeutung der sozialen und politischen Rahmenbedingungen wird vor allem in Krisensituationen und vor dem Hintergrund sozialer Umbrüche deutlich. Beispielsweise hatte die Restrukturierung der ehemals kommunistischen osteuropäischen Staaten teilweise deutliche Auswirkungen auf die Lebenserwartung der Bevölkerung. In manchen postkommunistischen Ländern war in den 1990er Jahren eine Stagnation, in manchen sogar ein deutlicher Rückgang der Lebenserwartung, zu beobachten.³³ Besonders stark war Russland betroffen, wo die Lebenserwartung innerhalb weniger Jahre um sechs Jahre zurückging.

Insbesondere Männer in mittlerem Alter waren von der Zunahme der Sterblichkeit betroffen.³⁴ Auch Wirtschaftskrisen können sich in unterschiedlicher Weise auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken. In ärmeren Ländern sind wirtschaftliche Krisen meist mit einer Verschlechterung der Gesundheitschancen der gesamten Bevölkerung verbunden, da kaum soziale Ausgleichsmechanismen zur Abfederung der Auswirkungen verfügbar sind. In reicheren Ländern können die Effekte von Wirtschaftskrisen sehr unterschiedlich ausfallen. Da manche Gesundheitsrisiken erhöht (z. B. Suizide) und andere verringert werden können (z. B. Verkehrsunfälle), kann es unter Umständen sogar zu einem kurzfristigen Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung kommen. Im Hinblick auf die gesundheitliche Chancengerechtigkeit ist jedoch eine Zunahme der Unterschiede zwischen einkommensstärkeren und -schwächeren Bevölkerungsgruppen zu erwarten.³⁵

1.2.2. Soziale Ungleichheit in Mortalität und Lebenserwartung in Österreich

Für Oberösterreich liegen keine Daten zur bildungsspezifischen bzw. einkommensspezifischen Mortalität bzw. Lebenserwartung vor. Daher werden nachfolgend die Befunde für das gesamte österreichische Bundesgebiet wiedergegeben. Es kann davon ausgegangen werden, dass die österreichweiten Befunde zur gesundheitlichen Ungleichheit im Wesentlichen auch auf Oberösterreich zutreffen. In Österreich übt die soziale Lage einen erheblichen Einfluss auf die Sterbewahrscheinlichkeit aus. Eine Längsschnittanalyse der Statistik Austria kommt zu dem Schluss, dass die Sterbewahrscheinlichkeit für Männer mit geringem Haushaltseinkommen (unteres Fünftel) mehr als doppelt (2,16 mal) so hoch ist wie für Männer mit hohem Einkommen (oberes Einkommensfünftel). Bei Frauen zeigt sich ein etwas geringerer (in dieser Studie nicht signifikanter) Unterschied. Die Gruppe mit dem geringsten Einkommen weist eine 1,42-mal so hohe Sterbewahrscheinlichkeit auf wie die Gruppe mit dem höchsten Einkommen.³⁶

Die Auswirkungen unterschiedlicher Lebensbedingungen lassen sich auch anhand der Lebenserwartung unterschiedlicher Bildungsschichten darstellen. In Österreich haben Männer mit Hochschulabschluss eine Lebenserwartung von 83,3 Jahren. Die Lebenserwartung von Männern mit Abschluss einer höheren Schule (Matura) ist um 2,1 Jahre niedriger (81,2 Jahre), bei mittlerer Bildung (Lehre/Berufsbildende mittlere Schule) um 4,5 Jahre (78,8 Jahre) und bei einem Pflichtschulabschluss um 6,8 Jahre niedriger (76,5 Jahre) als bei Männern mit Hochschulabschluss. Bei Frauen ist der soziale Gradient in der Lebenserwartung nicht so stark ausgeprägt wie bei Männern. Aber auch bei Frauen geht ein höherer Bildungsgrad mit einer höheren Lebenserwartung einher (Hochschulabschluss: 85,6 Jahre; Matura: 85,3 Jahre). Im Vergleich zu Hochschulabsolventinnen

³⁰ Blas et al. 2010, S. 17

³¹ Blas et al. 2010, S. 18

³² Blas et al. 2010, S. 18

³³ Mackenbach 2013

³⁴ Popov 2016

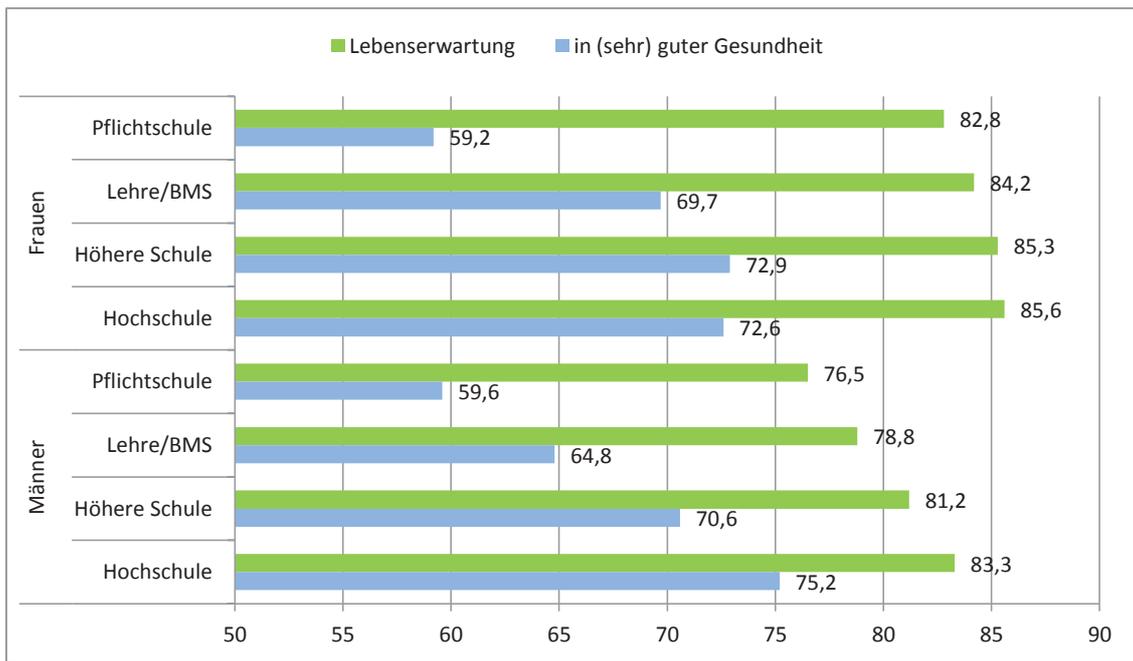
³⁵ Suhrcke und Stuckler 2012

³⁶ Klotz und Till 2015, S. 768

haben Frauen mit mittlerem Bildungsgrad eine um 1,4 Jahre (84,2 Jahre) und Frauen mit Pflichtschulabschluss eine um 2,8 Jahre (82,8 Jahre) geringere Lebenserwartung aufzuweisen.³⁷

Noch deutlicher sind die Unterschiede zwischen den Bildungsschichten im Hinblick auf die Lebenserwartung bei guter Gesundheit. Bei Männern weisen Pflichtschulabsolventen eine um 15,6 Jahre geringere gesunde Lebenserwartung auf (59,6 Jahre) als Hochschulabsolventen (75,2 Jahre). Bei Frauen beträgt der Unterschied 13,4 Jahre (Pflichtschule: 59,2 Jahre; Hochschule: 72,6 Jahre).⁴⁰

Abbildung 9: Lebenserwartung und gesunde Lebenserwartung nach Bildungsgrad in Jahren in Österreich



Quelle: Statistik Austria (Klimont und Klotz 2016); Österreich

In den 1980er und 1990er Jahren ist in Österreich die Lebenserwartung für alle Bildungsschichten angestiegen. Der soziale Gradient, also die mit geringerem Bildungsgrad sukzessiv abnehmende Lebenserwartung, ist jedoch im Wesentlichen gleich geblieben. Zwar hat sich die ungleiche Verteilung der Lebenserwartung zwischen den Bildungsgruppen in den 1980er Jahren etwas erhöht, was durch einen gegenläufigen Trend in den 1990er Jahren aber wieder kompensiert wurde.³⁹

Im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts hat sich die Kluft zwischen höheren und niedrigeren Bildungsschichten bei Männern deutlich vergrößert, d.h. die Lebenserwartung der höher gebildeten Bevölkerung ist stärker

gestiegen als die der bildungsferneren Schichten. Die fernere Lebenserwartung von 35-jährigen Männern mit Hochschulabschluss ist im Zeitraum zwischen 2006/07 bis 2011/12 um 1,2 Jahre gestiegen, während bei Männern mit Pflichtschulabschluss keine wesentliche Zunahme zu beobachten ist (0,2 Jahre).

Bei Frauen ist der Abstand zwischen den Bildungsschichten ungefähr gleich geblieben bzw. nur geringfügig angestiegen (Abbildung 10).⁴¹

³⁷ Klimont und Klotz 2016

³⁸ Klotz und Doblhammer 2008, S. 1770

³⁹ Klimont und Klotz 2016

⁴⁰ Klotz und Asamer 2014

Abbildung 10: Fernere Lebenserwartung mit 35 Jahren nach Bildungsgrad in Jahren in Österreich



Quelle: Statistik Austria (Klotz und Asamer 2014); Österreich

Für 35-jährige Männer mit Hochschulabschluss betrug die Wahrscheinlichkeit, ein Alter von 80 Jahren zu erreichen, 2006/07 67,7 Prozent, für gleichaltrige Männer mit Pflichtschulabschluss nur 47,3 Prozent (Differenz: 20,4 Prozentpunkte). Bis 2011/2012 stieg die Überlebenswahrscheinlichkeit bei Hochschulabsolventen auf 72,5 Prozent, die der Pflichtschulabsolventen aber nur auf 48,0 Prozent (Differenz: 24,5 Prozentpunkte). Die Überlebenswahrscheinlichkeit von 35-jährigen Frauen mit Hochschulabschluss lag 2006/07 bei 74,0 Prozent und die von gleichaltrigen Frauen mit Pflichtschulabschluss bei 70,1 Prozent (Differenz 3,9 Prozentpunkte). Bei Hochschulabsolventinnen stieg die Überlebenswahrscheinlichkeit bis 2011/12 auf 78,1 Prozent, bei Pflichtschulabsolventinnen auf 70,6 Prozent (Differenz: 7,5 Prozentpunkte).⁴¹

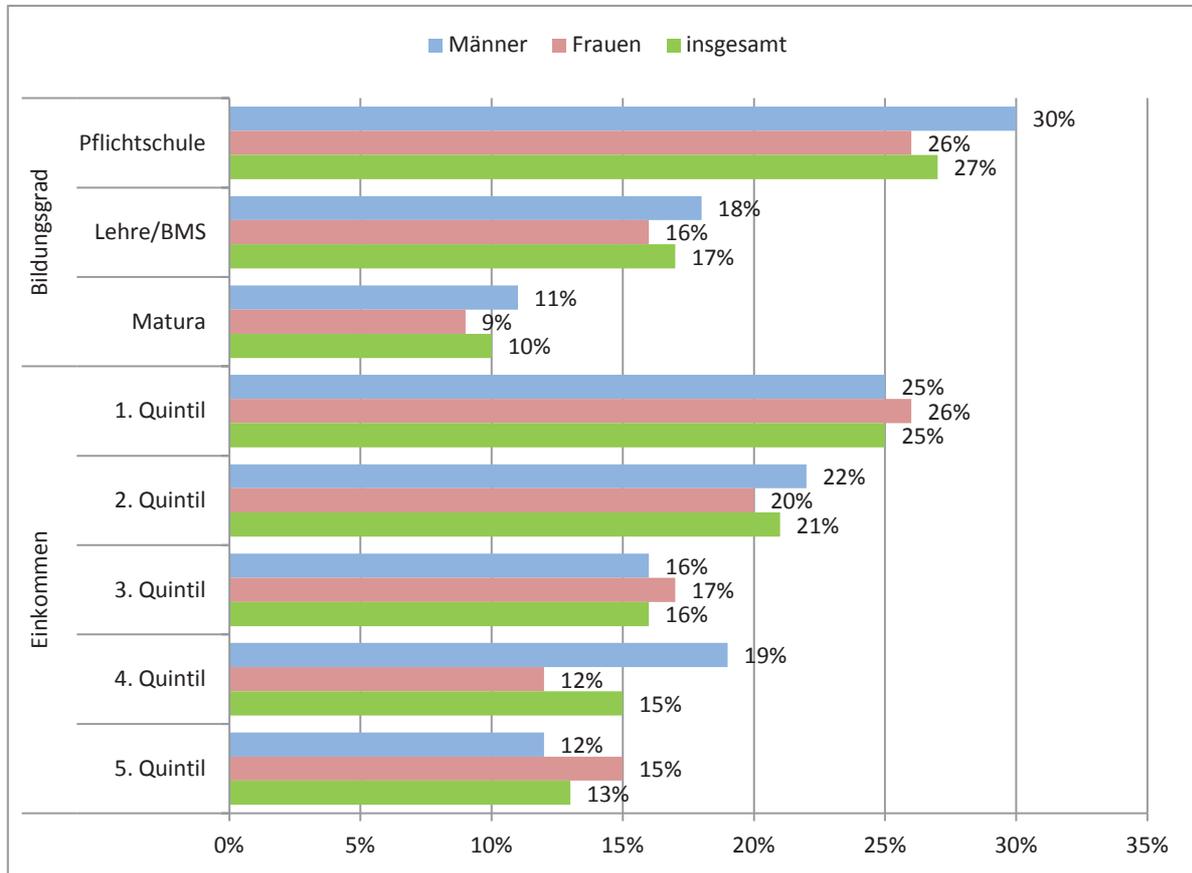
1.2.3. Soziale Ungleichheit im subjektiven Gesundheitszustand in Oberösterreich

Auch in Oberösterreich lassen sich im Hinblick auf die subjektive Bewertung des Gesundheitszustandes deutliche Unterschiede nach Bildungsgrad und Einkommen beobachten. Je höher der Bildungsgrad, desto geringer ist der Anteil der Personen, die einen mittelmäßig bis sehr schlechten Gesundheitszustand aufweisen. Das Risiko ist für Menschen mit Pflichtschulabschluss 2,7-mal höher (27%) und für Menschen mit mittlerer Bildung 7,7-mal höher (17%) als für Menschen mit Matura oder höherer Ausbildung (10%). Männer und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich nicht wesentlich.

Ähnliches gilt für die verschiedenen Einkommensgruppen. Mit steigendem Haushaltseinkommen sinkt der Anteil derer mit eher schlechterer subjektiver Gesundheit. Das Bevölkerungsfünftel mit dem geringsten Einkommen (1. Quintil), weist ein fast doppelt so hohes Risiko für eher schlechten Gesundheitszustand auf (25%) wie das Fünftel mit dem höchsten Einkommen (13%).

⁴¹ Klotz und Asamer 2014

Abbildung 11: Subjektiver Gesundheitszustand nach Bildungsgrad, Einkommen und Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Anteil mit mittelmäßiger, schlechter oder sehr schlechter Gesundheit (standardisiert auf Europastandardbevölkerung, WHO 1976): oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahre.

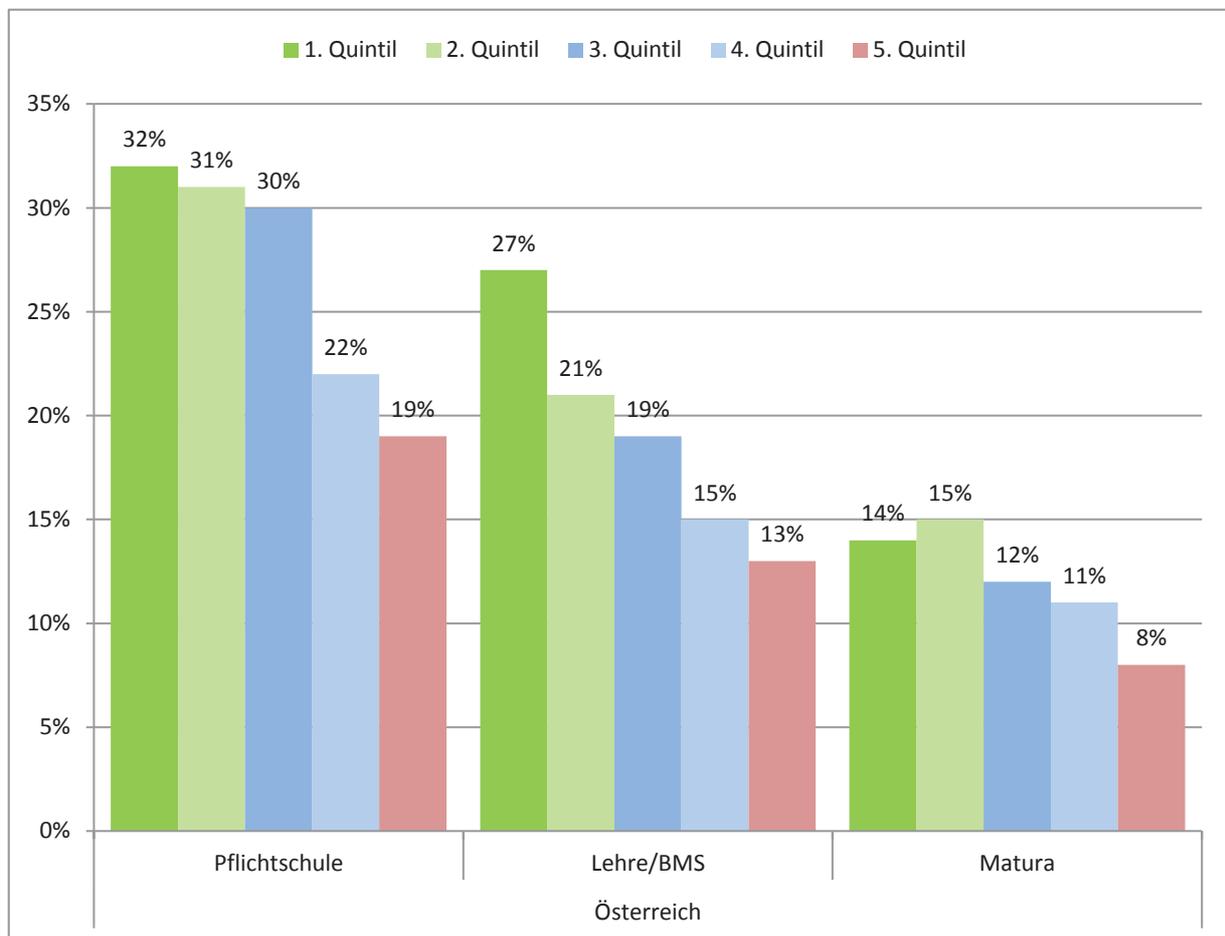
Höhere Bildung geht meist auch mit einem höheren Einkommen einher. Daher wird in der nachfolgenden Abbildung 12 der Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand, Bildung und Einkommen genauer dargestellt. Da der Umfang der oberösterreichischen Stichprobe für diese

Differenzierung nicht groß genug ist, um verlässliche Aussagen zuzulassen, wird die gesamtösterreichische Stichprobe der Gesundheitsbefragung 2014 für die Interpretation herangezogen.

Auch bei Personen mit ähnlichem Bildungsgrad sind noch Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen zu beobachten. Unter Personen mit Pflichtschulabschluss ist das Risiko für eher schlechten Gesundheitszustand bei geringem Einkommen 1,7 Mal so hoch (1. Quintil: 32%) als bei hohem Einkommen (5. Quintil: 19%). In der Gruppe mit mittlerem Bildungsabschluss beträgt das Risikoverhältnis 2,1 (1. Quintil: 27%, 5. Quintil: 13%). Auch bei Personen

mit Matura oder höherer Bildung sind noch Unterschiede zu erkennen, auch wenn diese aufgrund des generell geringeren Risikoniveaus nicht so stark ins Auge fallen. Unter Personen mit höherem Bildungsgrad weisen Personen mit geringem Einkommen ein um 1,8-mal höheres Risiko für eher schlechten Gesundheitszustand auf (1. Quintil: 14%) als Personen mit höherem Einkommen (5. Quintil: 8%).

Abbildung 12: Subjektiver Gesundheitszustand nach Bildungsgrad und Einkommen in Österreich

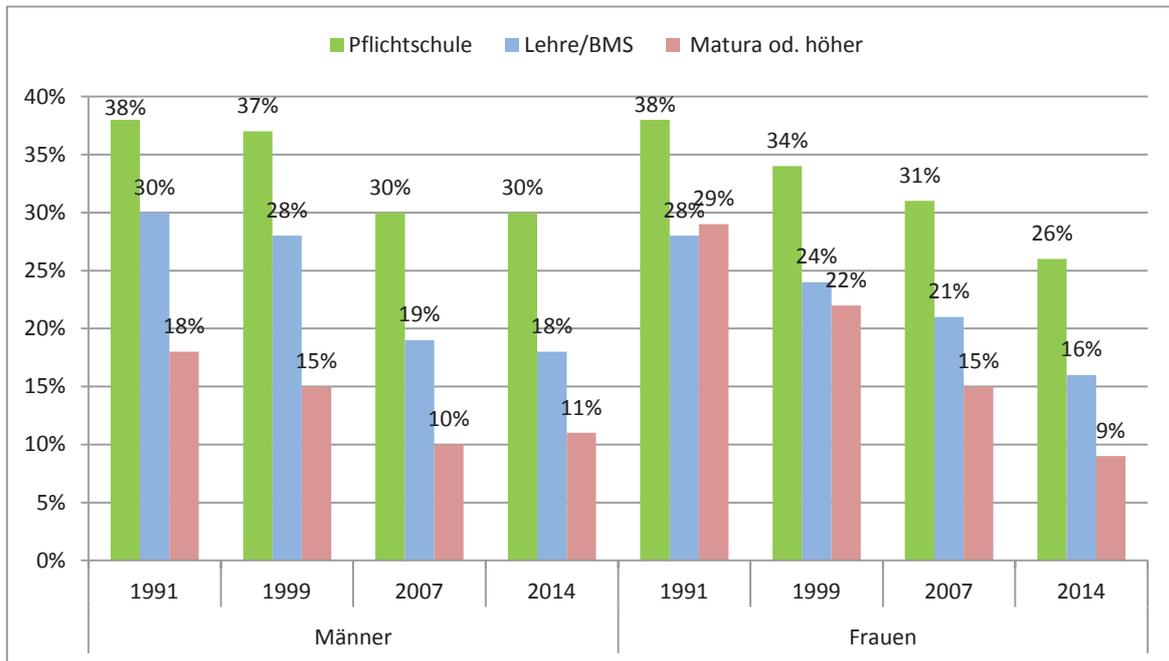


Quelle: Statistik Austria: Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Anteil mit mittelmäßiger, schlechter oder sehr schlechter Gesundheit (standardisiert auf Europastandardbevölkerung, WHO 1976): österreichische Bevölkerung ab 15 Jahre.

Seit Beginn der 1990er ist der Anteil mit eher schlechter Gesundheit bei allen Bildungsgruppen zurückgegangen. Das Risikoverhältnis zwischen den Bildungsgruppen hat sich jedoch nicht verringert, sondern sogar erhöht. 1991 war das Risiko für Männer mit Pflichtschulabschluss noch 2,1-mal so hoch wie für Männer mit höherer Bildung, 2014

bereits 2,7-mal. Noch deutlicher ist die Entwicklung bei Frauen ausgeprägt. 1991 war das Risiko für eher schlechte subjektive Gesundheit bei Frauen mit Pflichtschulabschluss 1,3-mal höher als bei Frauen mit Matura oder höherer Bildung, 2014 bereits 2,9-mal.

Abbildung 13: Subjektiver Gesundheitszustand 1991 bis 2014 nach Bildungsgrad und Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1991, 1999; Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2006/07, 2014 (IGP-Berechnungen). Anteil mit mittelmäßiger, schlechter oder sehr schlechter Gesundheit (standardisiert auf Europastandardbevölkerung, WHO 1976): oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahre.

Fakten:

- Die gesellschaftlichen Verhältnisse bestimmen maßgeblich die Verteilung von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung. Je niedriger die Position in der sozialen Hierarchie, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, gesund zu bleiben und länger zu leben.
- In Österreich haben Männer mit Hochschulabschluss eine Lebenserwartung von 83,3 Jahren, Männer mit Pflichtschulabschluss haben eine Lebenserwartung von 76,5 Jahren. Bei Frauen ist der soziale Gradient in der Lebenserwartung nicht so stark ausgeprägt (Hochschulabschluss: 85,6 Jahre; Pflichtschulabschluss: 82,8 Jahre).
- 10 Prozent der OberöreicherInnen mit höchster abgeschlossener Schulbildung Matura oder höher geben an, dass ihr Gesundheitszustand mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht ist. Bei OberöreicherInnen mit Pflichtschulabschluss sind dies 27 Prozent.
- Ähnliches gilt für die verschiedenen Einkommensgruppen. Mit steigendem Haushaltseinkommen sinkt der Anteil mit eher schlechter subjektiver Gesundheit. Das Bevölkerungsfünftel mit dem geringsten Einkommen (1. Quintil) weist ein fast doppelt so hohes Risiko für eher schlechten Gesundheitszustand auf (25%) wie das Fünftel mit dem höchsten Einkommen (13%).

1.3. Einflussfaktor Umwelt

Die natürlichen bzw. durch den Menschen beeinflussten Umweltbedingungen üben einen wesentlichen Einfluss auf das Leben der Menschen und auf ihre Gesundheit aus.⁴² Schätzungen gehen davon aus, dass in Österreich 13 Prozent der Krankheitslast auf umweltbedingte Faktoren zurückgehen. In dieser Schätzung stellt die Verschmutzung der Außenraumluft den größten Einflussfaktor auf die Gesundheit dar.⁴³

Umweltbedingte Gesundheitsrisiken sind auch im Hinblick auf die gesundheitliche Chancengerechtigkeit relevant, da sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen besonders stark betroffen sind (siehe auch Kapitel 1.2. Soziale und wirtschaftliche Einflussfaktoren).

1.3.1. Luft

Wesentliche gesundheitsrelevante Belastungen der Außenraumluft sind Schwebestaub (insbes. Feinstaub), Stickstoffoxide, Kohlenmonoxid, Ozon und Schwefeldioxid.⁴⁴ Im oberösterreichischen Umweltbericht werden vor allem die Senkung der Feinstaubbelastung und die Verringerung der Belastung durch Stickstoffdioxid als Herausforderung für die kommenden Jahre hervorgehoben.⁴⁵

1.3.1.1. Feinstaub

Hinsichtlich des Schwebestaubs in der Luft sind in gesundheitlicher Hinsicht die Partikelgröße und die Zusammensetzung der Partikel von Bedeutung.

Feinstaub stellt den Anteil des Schwebestaubs in der Luft dar, der bis in die Lunge vordringen kann und daher vorrangig gesundheitsrelevant ist. Im Allgemeinen wird der Staubanteil mit einer Partikelgröße unter 10 Mikrometer Durchmesser (PM10) als Feinstaub bezeichnet. 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).⁴⁶

Die Feinstaubbelastung wird in der Anzahl der Tage, in denen der Tagesmittelwert von 50 µg/m³ überschritten wird, gemessen. Laut Immissionsschutzgesetz-Luft (IG-L) sind seit 2010 maximal 25 Tage mit einer Überschreitung des Grenzwertes zulässig.⁴⁷ Für Feinstaub lässt sich jedoch keine Expositionsgrenze festlegen, unterhalb derer keine gesundheitlichen Auswirkungen zu erwarten sind,

d.h. das Risiko für Schädigungen steigt kontinuierlich mit der Feinstaubexposition an. 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 besonders gefährdet gelten Kinder, ältere Menschen sowie Personen, die bereits eine Vorschädigung (z. B. Herz-Kreislauferkrankung, Diabetes mellitus, Atemwegserkrankungen) aufweisen.⁴⁸ 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. Betrachtet man die Landeshauptstädte, so weist diesbezüglich Graz den höchsten Wert auf (17 Monate) und Salzburg den niedrigsten (Sieben Monate). Für die Landeshauptstadt Linz beträgt die Verminderung der Lebenserwartung 14 Monate.⁴⁹

Aufgrund der langen Verweilzeit in der Luft verteilt sich Feinstaub großräumig.⁵⁰ Die Belastung ist, neben den Emissionen, auch von den meteorologischen Bedingungen und vom Eintrag aus anderen Gebieten (z. B. grenzüberschreitender Schadstofftransport aus Nachbarländern) abhängig.⁵¹

Von den 14 Messstationen in Oberösterreich, für die für den Zeitraum 2005 bis 2015 Daten zur PM10-Feinstaubbelastung vorliegen, weisen 2015 neun Stationen an mindestens einem Tag eine Grenzwertüberschreitung auf. Der Durchschnitt der 14 Messstationen beträgt 6,4 Tage mit einer Überschreitung des Grenzwertes. Im Ballungsraum Linz (Linz-24er-Turm, A7, Linz-Römerbergtunnel, Traun, Linz-Neue Welt) ist die mittlere Anzahl der Tage mit Grenzwertüberschreitung deutlich höher (16,3 Tage) als unter den übrigen Messstationen in Oberösterreich (2,5 Tage).

⁴² Fehr et al. 2003

⁴³ WHO 2009. Für die globale Schätzung der umweltbedingten Krankheitslast wurden die Risikofaktoren Wasser/sanitäre Anlagen/Hygiene, Innenraumluft, Außenraumluft, Malariaüberträger und sonstige Überträger von Krankheiten einbezogen.

⁴⁴ Hutter et al. 2008, S. 5

⁴⁵ Land Oberösterreich 2012, S. 7

⁴⁶ Öö. Akademie für Umwelt und Natur 2006, S. 15

⁴⁷ Land Oberösterreich 2012, S. 7

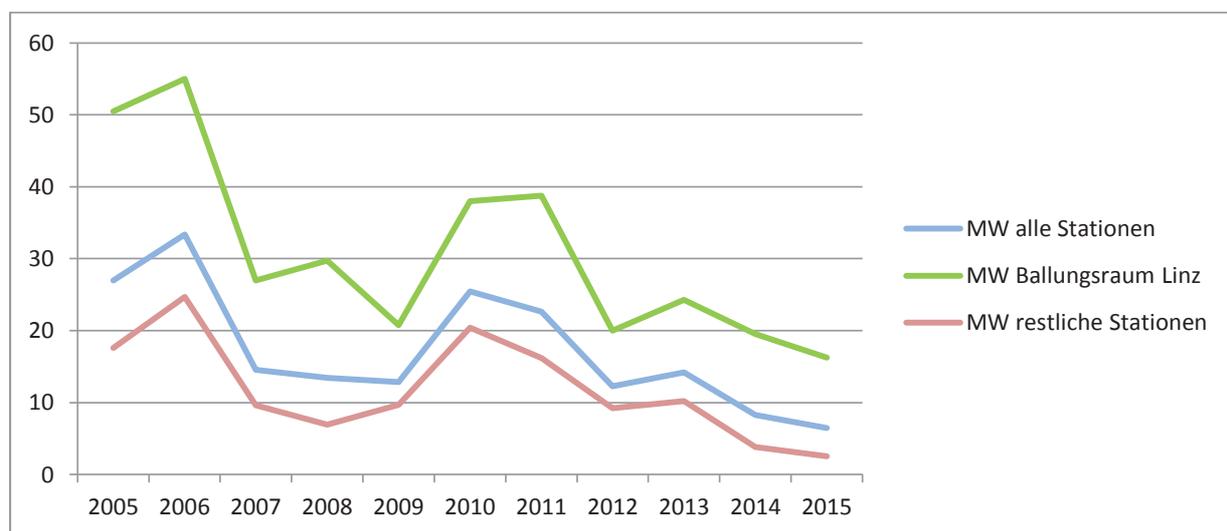
⁴⁸ Hutter et al. 2008, S. 12

⁴⁹ Schneider, Spangl 2005, S. 9

⁵⁰ Land Oberösterreich, S. 7

⁵¹ Spangl und Nagl 2016, S. 29

Abbildung 14: Durchschnittliche Anzahl der Tage mit hoher Feinstaubbelastung 2005 bis 2015 in Oberösterreich (PM10 Tagesmittelwert > 50 µg/m³)



Quelle: Land Oberösterreich (Umwelt Prüf- und Überwachungsstelle des Landes Oberösterreich, S. 37); Ausgewählte Messstationen (nur Messstationen, für die 2005 bis 2015 Werte vorliegen). Messstationen Ballungsraum Linz: Linz-24er-Turm A7, Linz-Römerbergtunnel, Traun, Linz-Neue Welt; restliche Messstationen: Wels, Vöcklabruck, Steyr, Lenzing, Braunau Zentrum, Grünbach, Bad Ischl, Enns-Kristein A1, Enzenkirchen, Zöbelboden (UBA).

Tabelle 1: Tage mit hoher Feinstaubbelastung 2005 bis 2015 in Oberösterreich (PM10 Tagesmittelwert > 50 µg/m³)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Linz-24er-Turm A7	56	54	18	28	15	24	45	20	25	24	15
Linz-Römerbergtunnel	68	70	41	47	26	45	45	25	33	27	23
Traun	30	39	14	16	12	38	27	14	18	12	10
Linz-Neue Welt	48	57	35	28	30	45	38	21	21	15	17
Wels	39	42	23	17	22	38	31	15	16	11	9
Vöcklabruck	17	30	6	9	7	14	18	10	10	2	3
Steyr	20	28	8	5	16	29	21	13	13	4	0
Lenzing	18	30	11	8	6	26	22	10	11	3	4
Braunau Zentrum	16	28	14	6	13	19	22	6	12	3	1
Grünbach	0	0	0	1	1	3	0	4	1	0	0
Bad Ischl	6	18	7	8	2	12	7	6	5	0	0
Enns-Kristein A1	37	44	16	11	20	43	28	18	23	11	8
Enzenkirchen	22	26	11	2	10	20	12	8	10	4	0
Zöbelboden (UBA)	1	1	0	2	0	0	1	2	1	0	0
Zulässige Anzahl Überschreitungen nach IG-L	30	30	30	30	30	25	25	25	25	25	25

Quelle: Land Oberösterreich (Umwelt Prüf- und Überwachungsstelle des Landes Oberösterreich, S. 37); Ausgewählte Messstationen (nur Messstationen, für die 2005 bis 2015 Werte vorliegen). Fett: Überschreitung der jährlich zulässigen Grenzwertüberschreitungen laut Immissionsschutzgesetz-Luft (IG-L)

In den letzten Jahren (2005 bis 2015) ist die Häufigkeit der Tage mit Grenzwertüberschreitungen zwar zurückgegangen, was aber auch auf witterungsbedingte Gegebenheiten zurückgeführt werden kann. Beispielsweise sind die Rückgänge zwischen 2007 und 2009 vor allem durch stürmische, niederschlagsreiche Winter bedingt.⁵² In den Jahren 2010 und 2011 waren die klimatischen Ausbreitungsbedingungen im Hinblick auf die Feinstaubbelastung ungünstig und durch die Wetterlage wurde der Schadstofftransport aus Ost-Mitteleuropa begünstigt, was sich in einer Häufung der Grenzwertüberschreitungen äußerte. Die niedrige PM10-Belastung 2015 ist stark durch die sehr warmen Wintermonate und die häufigen Süd-West-Wetterlagen bedingt. Im längerfristigen Trend hat die PM10-Belastung in Österreich stärker abgenommen als die österreichischen Emissionen. Neben günstigen meteorologischen Bedingungen wird dies auch auf die Emissionsreduktionen in ost-mitteleuropäischen Nachbarländern verantwortlich zurückgeführt.⁵³

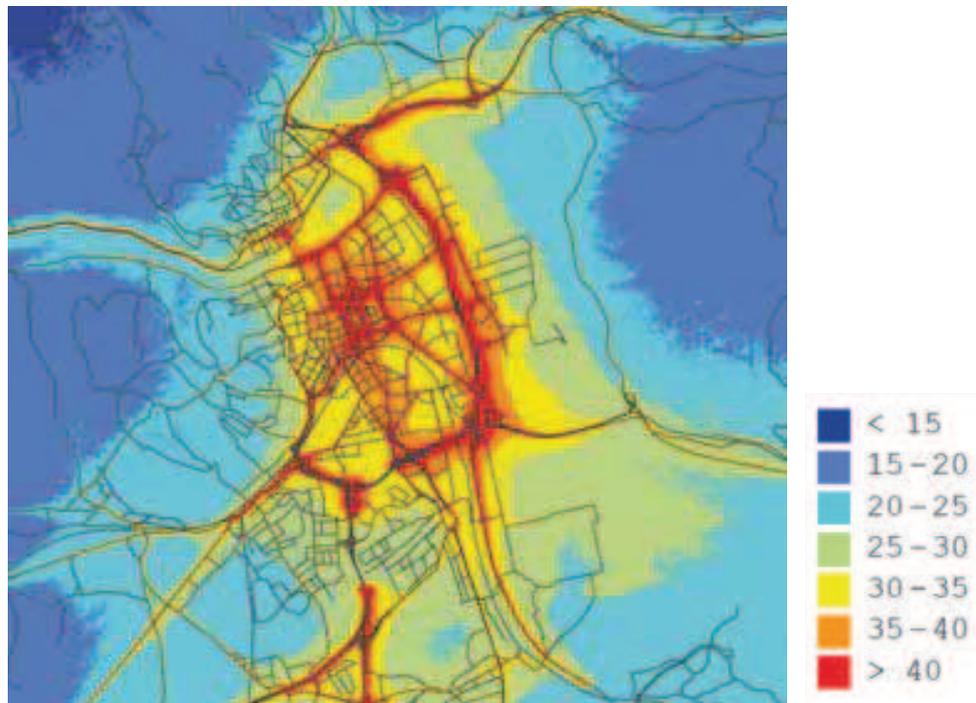
Wesentliche Emissionsquellen für Feinstaub stellen Verkehr, Hausbrand, Gewerbe und Industrie dar. Daher sollten vor allem in diesen Bereichen Maßnahmen zur Reduktion von Feinstaubemissionen durchgeführt werden.⁵⁴

1.3.1.2. 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.⁵⁵

In hohen Konzentrationen wirkt Stickstoffdioxid direkt aggressiv auf Atemwege und Lunge und führt so zu Husten, Atemnot, blutigem Auswurf oder Lungenödem. Aber auch bei geringerer Konzentration können akute gesundheitliche Probleme auftreten (entzündliche Veränderungen der Atemwege, verringerte Infektionsabwehr etc.). Bedeutender dürften jedoch die Langzeitwirkungen der Stickstoffdioxidexposition auf die Atemwege sein (chronischer Husten, Bronchitis).⁵⁶ Seit 2009 liegt der Grenzwert für die Belastung durch NO₂ laut Immissionschutzgesetz - Luft (IG-L) bei 35 µg/m³. Hohe Konzentrationen sind vor allem entlang stark befahrener Straßen zu beobachten (Abbildung 15). Grenzwertüberschreitungen treten vor allem in Ballungszentren und entlang stark befahrener Autobahnen auf.⁵⁷

Abbildung 15: Immissionsbelastung durch Stickstoffdioxid im Raum Linz



Quelle: Oö. Umweltbericht 2012 (Land Oberösterreich). Stickstoffdioxidbelastung in µg/m³

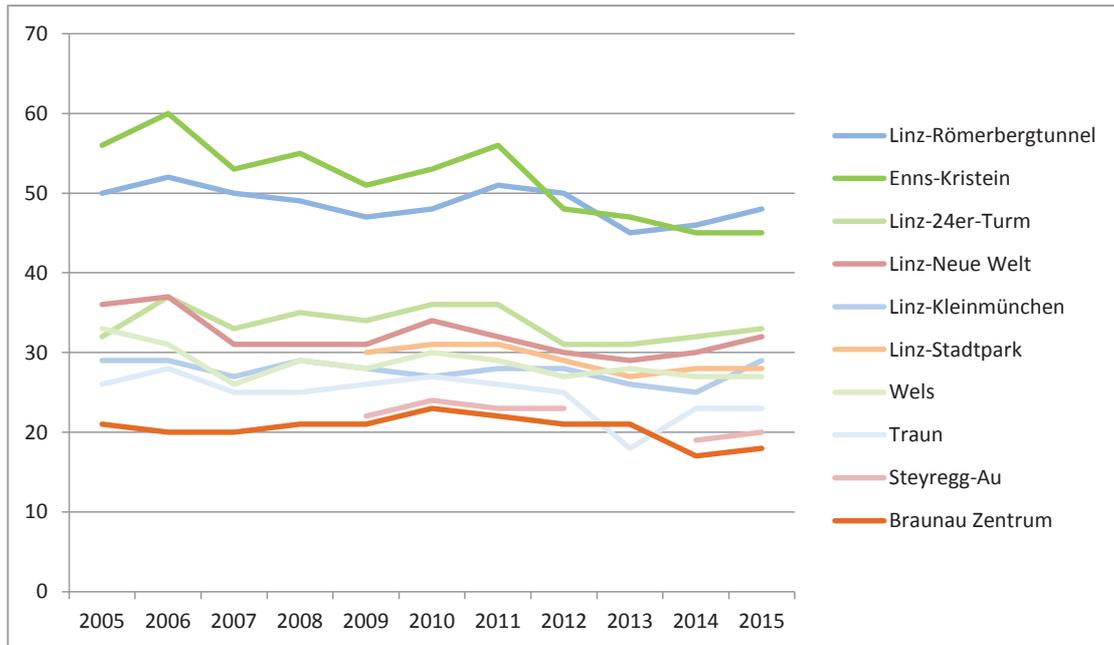
⁵² Spangl, Nagl 2010, S. 41.
⁵³ Spangl, Nagl 2016, S. 29-30.
⁵⁴ Umweltbundesamt 2017

⁵⁵ Spangl und Nagl 2016, S. 34
⁵⁶ Hutter et al. 2008, S. 16
⁵⁷ Land Oberösterreich, S. 7-8

Im Zeitraum zwischen 2005 und 2015 ist hinsichtlich der Stickstoffdioxidbelastung nur ein geringfügiger Rückgang

zu beobachten. Besonders hohe Konzentrationen werden bei den Messstellen Linz-Römerbergtunnel und Enns-Kristein gemessen.

Abbildung 16: Belastung durch Stickstoffdioxid 2005 bis 2015 in Oberösterreich



Quelle: Land Oberösterreich (Umwelt Prüf- und Überwachungsstelle des Landes Oberösterreich, S. 40); Ausgewählte Messstationen (Messstationen mit höchsten Jahresmittelwerten 2015).

Einschränkend ist festzuhalten, dass aus dem amtlichen Netzwerk an Messstationen nur bedingt auf die tatsächliche Exposition der Bevölkerung gegenüber Stickstoffdioxid geschlossen werden kann. So konnte im Rahmen einer speziellen Luftmessung in Steyr gezeigt werden, dass (unabhängig von den Ergebnissen der amtlichen Messstelle) Grenzwertüberschreitungen bei straßennahen Wohnhäusern möglich sind.⁵⁸

Da der Verkehr als Hauptverursacher von Stickstoffdioxidemissionen angesehen werden kann, sind vor allem in diesem Bereich mögliche Maßnahmen zur Entlastung der Luft angesiedelt.⁵⁹

1.3.1.3. Ozon

Im Hinblick auf die Gesundheit birgt Ozon das Risiko für verschiedene Erkrankungen und Beschwerden (z. B. Augenbrennen, Hustenreiz, Reizungen von Rachen und Hals, Beeinträchtigung der Lungenfunktion). Ozonbelastung kann auch zur Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit führen. Insbesondere für Kinder stellt Ozon ein Risiko dar, weil durch Ozon die Entwicklung der Lungenfunktion negativ beeinflusst werden kann.⁶⁰

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 größer als im Stadtgebiet. Die erreichten Maximalwerte sind an heißen Sommertagen in ländlichen Gebieten und im Stadtgebiet ähnlich hoch.⁶¹

Als Zielwert für den Gesundheitsschutz gilt ab 2010 der maximale 8-Stunden-Mittelwert eines Tages. Im Drei-Jahres-Durchschnitt darf dieser nicht öfter als an 25 Tagen einen Wert von über $120\mu\text{g}/\text{m}^3$ überschreiten. 2015 wurde an fast allen Messstellen an mehr als 25 Tagen der Grenzwert überschritten. Da die Ozonbelastung im Jahr 2014 sehr gering ausfiel, wurde der Zielwert im Drei-Jahres-Durchschnitt nur in den Messstationen Grünbach, Enzenkirchen und Zöbelboden überschritten.⁶²

⁵⁸ Oö. Umwelthanwaltschaft, S. 11

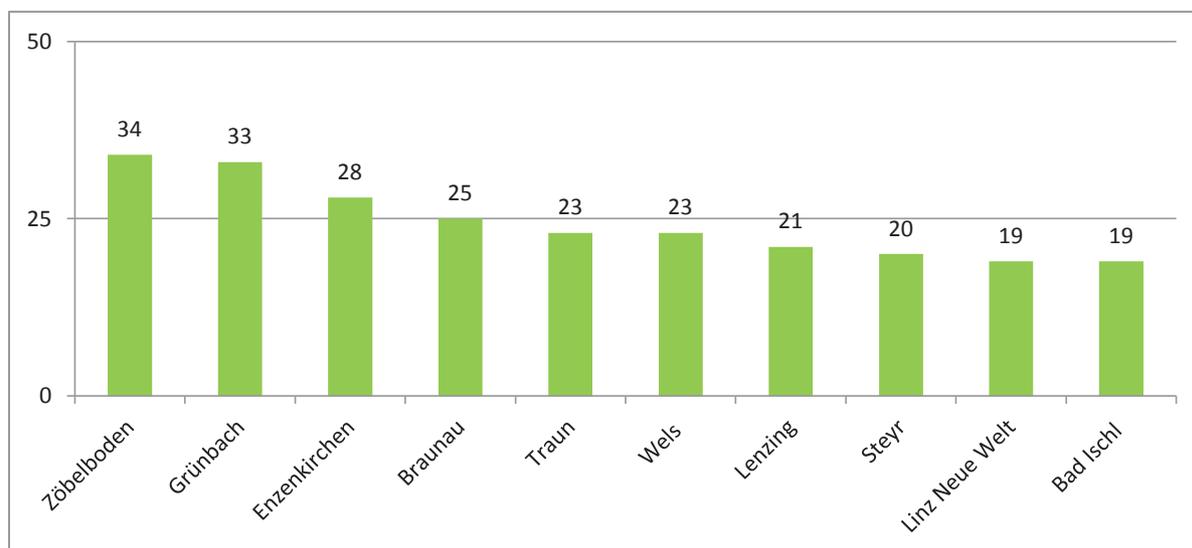
⁵⁹ Umweltbundesamt 2017

⁶⁰ Hutter et al. 2008, S. 17

⁶¹ Oö. Akademie für Umwelt und Natur 2006, S. 25

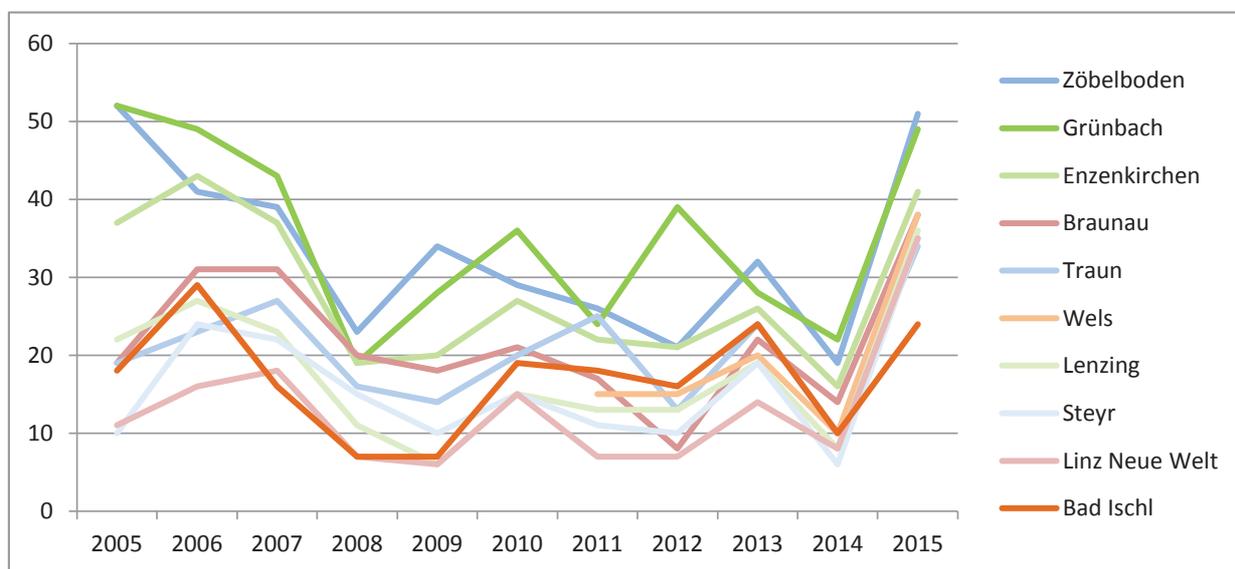
⁶² Umwelt Prüf- und Überwachungsstelle des Landes Oberösterreich, S. 46

Abbildung 17: Ozon: Überschreitungen des Zielwertes für den Gesundheitsschutz in Oberösterreich



Quelle: Land Oberösterreich (Umwelt Prüf- und Überwachungsstelle des Landes Oberösterreich, S. 48): durchschnittliche Anzahl der Ozon-Überschreitungen des Zielwertes von $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$ als 8-Stunden Mittelwert pro Jahr (Mittelwert 2013 bis 2015)

Abbildung 18: Ozon: Überschreitungen des Zielwertes für den Gesundheitsschutz 2005 bis 2015 in Oberösterreich

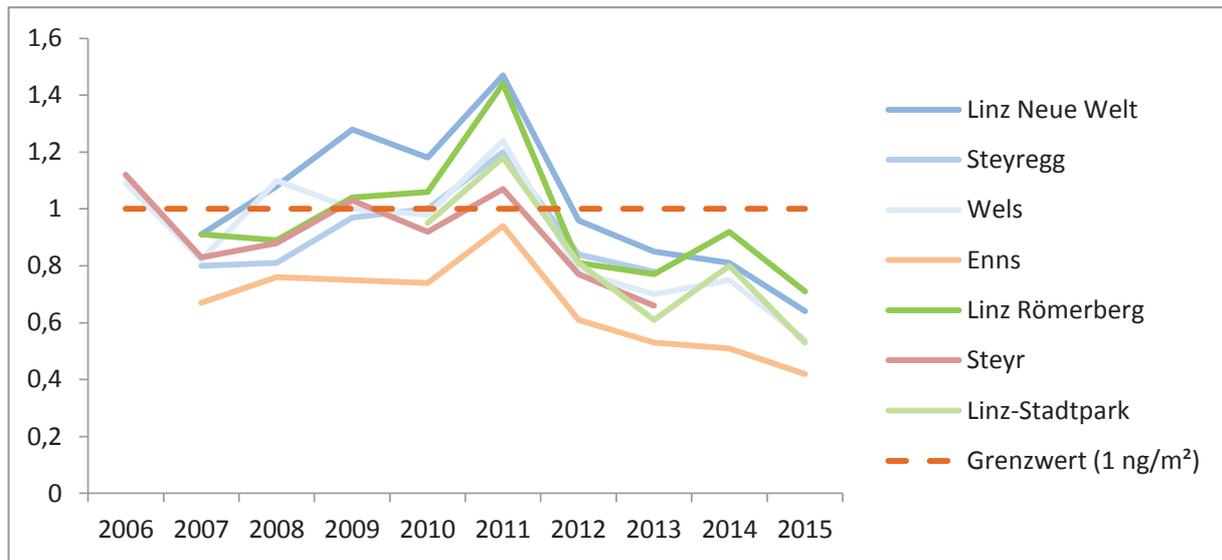


Quelle: Land Oberösterreich (Umwelt Prüf- und Überwachungsstelle des Landes Oberösterreich, S. 48): durchschnittliche Anzahl der Ozon-Überschreitungen des Zielwertes von $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$ als 8-Stunden Mittelwert pro Jahr

Polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAKs)
 Unter polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen (PAKs) versteht man eine Vielzahl von chemischen Verbindungen, 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. Als Grenzwert für die Belastung durch PAKs wird 1 ng/m³ Jahresmittelwert der Leitsubstanz Benzo(a)pyren angegeben. Die WHO betont jedoch, dass der derzeitige Grenzwert aus gesundheitlicher Sicht zu hoch angesetzt ist, da eine derartige Belastung mit einem verhältnismäßig hohem Risiko für Krebserkrankungen einhergeht.⁶⁵

Abbildung 19: Belastung der Luft 2006 bis 2015 durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAKs) in Oberösterreich



Quelle: Land Oberösterreich (Umwelt Prüf- und Überwachungsstelle des Landes Oberösterreich, S. 61): Jahresmittelwerte der Konzentration von Benzo(a)pyren im PM10 (in ng/m³)

Seit 2012 sind keine Grenzwertüberschreitungen bei den verfügbaren Messstellen zu beobachten. Vorher kam es immer wieder zu Überschreitungen des maximal zugelassenen Jahresmittelwertes, insbesondere bei der Messstelle Linz Neue Welt, aber auch in Wels sowie an den Messstellen Linz Römerberg und Steyr.

1.3.2. 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.⁶³

Auch wenn manche Lautstärken noch keine Gesundheitsgefährdung darstellen, kann Lärm zu Belastungen führen. Für eine Lärmbelastung bzw. -belästigung kommen verschiedene Lärmquellen in Betracht:

- Verkehrs bzw. Transportmittel (Straßenverkehr, Eisenbahn, Flugzeuge),
- Baustellen und Industrie,
- das soziale Umfeld (z. B. Nachbarn, Radio bzw. Fernsehen in der Nachbarwohnung, Lokale und Restaurants im Wohnumfeld etc.) sowie
- Veranstaltungen, Freizeitaktivitäten und verschiedene Gebrauchsgegenstände (Konzerte, Feuerwerke, Musik, Spielzeuge, Schusswaffen etc.).⁶⁵

Die Beeinträchtigung durch Umgebungslärm stellt eine erhebliche gesundheitliche Belastung für die Bevölkerung dar. Europaweit wird die durch Lärm verursachte Krankheitslast auf bis zu 1,6 Millionen verlorene bzw. gesundheitlich beeinträchtigte Lebensjahre (DALYs, Disability

⁶³ Hutter et al. 2009, S. 11

⁶⁴ Spangl und Nagl 2016, S. 49

⁶⁵ World Health Organization Regional Office for Europe 2011, S. 3

Adjusted Life Years) pro Jahr geschätzt. Der größte Anteil ist auf die Folgen von Schlafstörungen und die Störung des Wohlbefindens durch Lärmbelastung (z. B. Ärger durch Lärm) zurückzuführen. Aber auch ischämische Herzerkrankungen, Verringerung der kognitiven Leistungsfähigkeit von Kindern und Tinnitus nehmen einen nicht zu unterschätzenden Teil der Lärmfolgen ein. Der Großteil der durch Umgebungslärm verursachten Krankheitslast ist dem Verkehrslärm zuzuschreiben (mindestens eine Million DALYs).⁶⁶

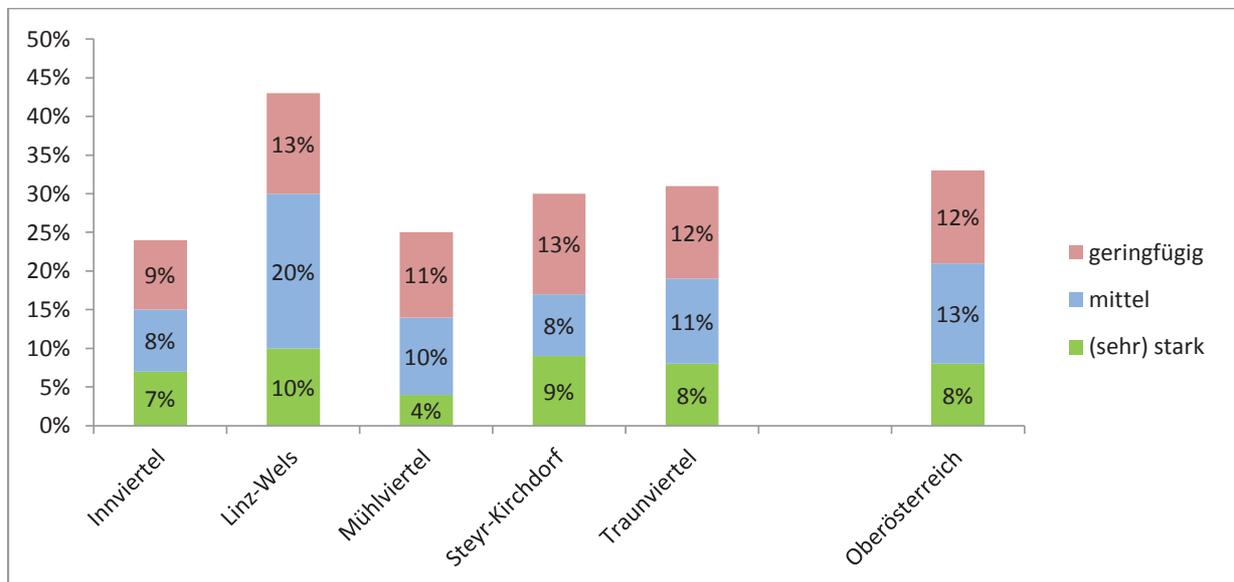
Laut der Mikrozensusserhebung 2015 fühlen sich 39 Prozent der ÖsterreicherInnen in ihrer Wohnung tagsüber und/oder während der Nacht durch Lärm belästigt (12% sehr stark oder stark, 14% mittel und 13% geringfügig). Im Zeitraum zwischen 2011 und 2015 ist der Anteil leicht zurückgegangen und liegt ungefähr beim Wert von 2007.⁶⁷ In ländlichen Gebieten ist die Lärmbelastung geringer als in städtischen Gebieten bzw. im Ballungsraum.⁶⁸ Eine wesentliche Ursache für die Lärmbelastung stellt der Verkehr dar (50%). Im Vergleich zu 2007 ist die Bedeutung des Verkehrs als Lärmquelle zurückgegangen (minus 14%-Punkte). Demgegenüber haben nicht-verkehrsbedingte Lärmquellen etwas zugenommen (2007: 36%; 2011: 38%; 2015: 50%).⁶⁹ Gebiete mit höherer Bevölkerungsdichte weisen eine geringere Belastung durch Verkehrslärm

und eine höhere Belastung durch nicht-verkehrsbedingte Lärmquellen auf.⁷⁰ Von den Betroffenen, die Verkehrslärm als vorrangige Lärmquelle angeben, geben 27 Prozent an, dass es aufgrund des Verkehrslärms nicht möglich ist, bei geöffnetem Fenster zu schlafen. Durch diesen Umstand fühlen sich fast drei Viertel der Betroffenen stark (23%) oder sehr stark (43%) in ihrem Wohlbefinden gestört.⁷¹

In Oberösterreich geben 33 Prozent der über 15-jährigen Bevölkerung an, dass sie im Wohnbereich zumindest geringfügig durch Lärm gestört sind (tagsüber und/oder während der Nacht). Davon sehen 8 Prozent eine sehr starke oder starke Belastung, weitere 13 Prozent eine mittlere und 12 Prozent eine geringfügige Belastung.⁷² Am höchsten ist der Anteil mit zumindest geringer Lärmstörung im Zentralraum Linz-Wels (43%), am niedrigsten im Innviertel (24%) (Abbildung 20).

Etwa ein Fünftel der oberösterreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren gibt eine zumindest leichte Störung durch Lärm während der Nacht an (20%). Das entspricht über 236.000 OberösterreicherInnen.⁷³ Knapp drei von zehn Personen (28%), die Lärmbelastungen angeben, können aufgrund dieses Lärms nicht bei offenem Fenster schlafen.⁷⁴

Abbildung 20: Lärmstörung (tagsüber und/oder nachts) nach Region in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria (Statistik Austria 2017, S. 144; S. 191)

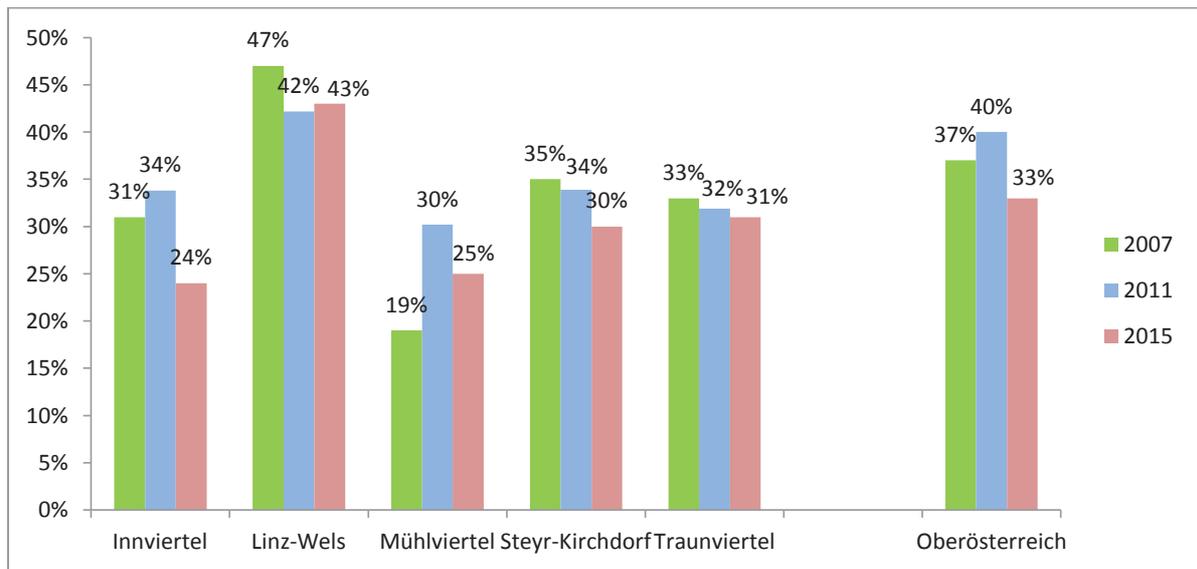
⁶⁶ World Health Organization Regional Office for Europe 2011, S. xvii
⁶⁷ Statistik Austria 2017, S. 34
⁶⁸ Statistik Austria 2017, S. 36
⁶⁹ Statistik Austria 2017, S. 40

⁷⁰ Statistik Austria 2017, S. 42
⁷¹ Statistik Austria 2017, S. 44
⁷² Statistik Austria 2017, S. 143
⁷³ Statistik Austria 2017, S. 143,145
⁷⁴ Statistik Austria 2017, S. 143,149

Im Zeitraum zwischen 2007 und 2011 ist im Mühlviertel ein starker Anstieg der von Lärmstörungen betroffenen Personen zu verzeichnen, worauf bis 2015 wieder ein leichter Rückgang zu beobachten ist. Demgegenüber hat der Anteil mit Lärmstörungen im Innviertel (vor allem

zwischen 2011 und 2015) deutlich abgenommen, und im Zentralraum Linz/Wels (zwischen 2007 und 2011) sowie in der Region Steyr-Kirchdorf (vor allem zwischen 2011 und 2015) ist ein leichter Rückgang der Lärmbelastung zu beobachten (Abbildung 21).

Abbildung 21: Lärmstörung (tagsüber und/oder nachts) 2007, 2011 und 2015 in Oberösterreich

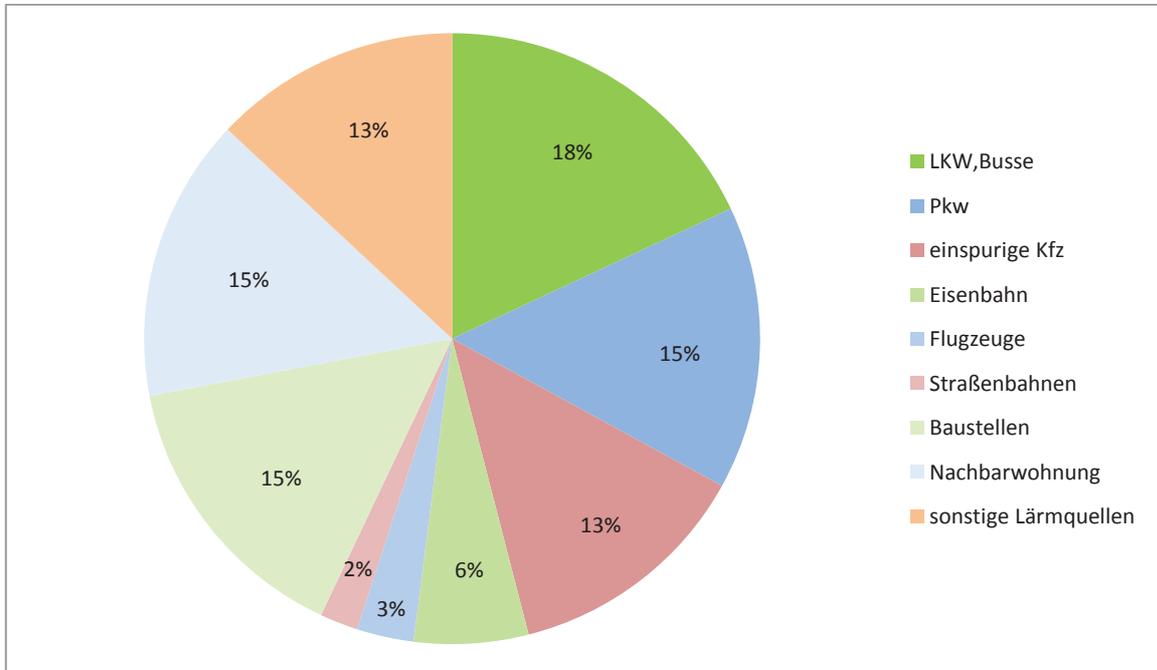


Quelle: Statistik Austria (Statistik Austria 2017, S. 144; S. 191), (Statistik Austria 2013, S. 142; S. 186); (Statistik Austria 2009, S. 153; S. 204) Bevölkerung ab 15 Jahre

In Oberösterreich ist der Verkehr die häufigste Quelle für Lärmbelästigung. Sechs von zehn Personen, die von Lärmstörungen betroffen sind, geben als Hauptverursacher den Verkehrslärm an (59%). Der Großteil des Verkehrslärmes ist auf PKWs (15%) sowie LKWs und Busse (18%) zurück-

zuführen. Einspurige Kraftfahrzeuge sind für 13 Prozent der Lärmstörungen verantwortlich (Abbildung 22). Unter den Lärmquellen, die nicht mit dem Verkehr zusammenhängen, nehmen Baustellen und Nachbarwohnungen (mit jeweils 15%) den größten Anteil ein.

Abbildung 22: Quellen für Lärmstörung in Oberösterreich



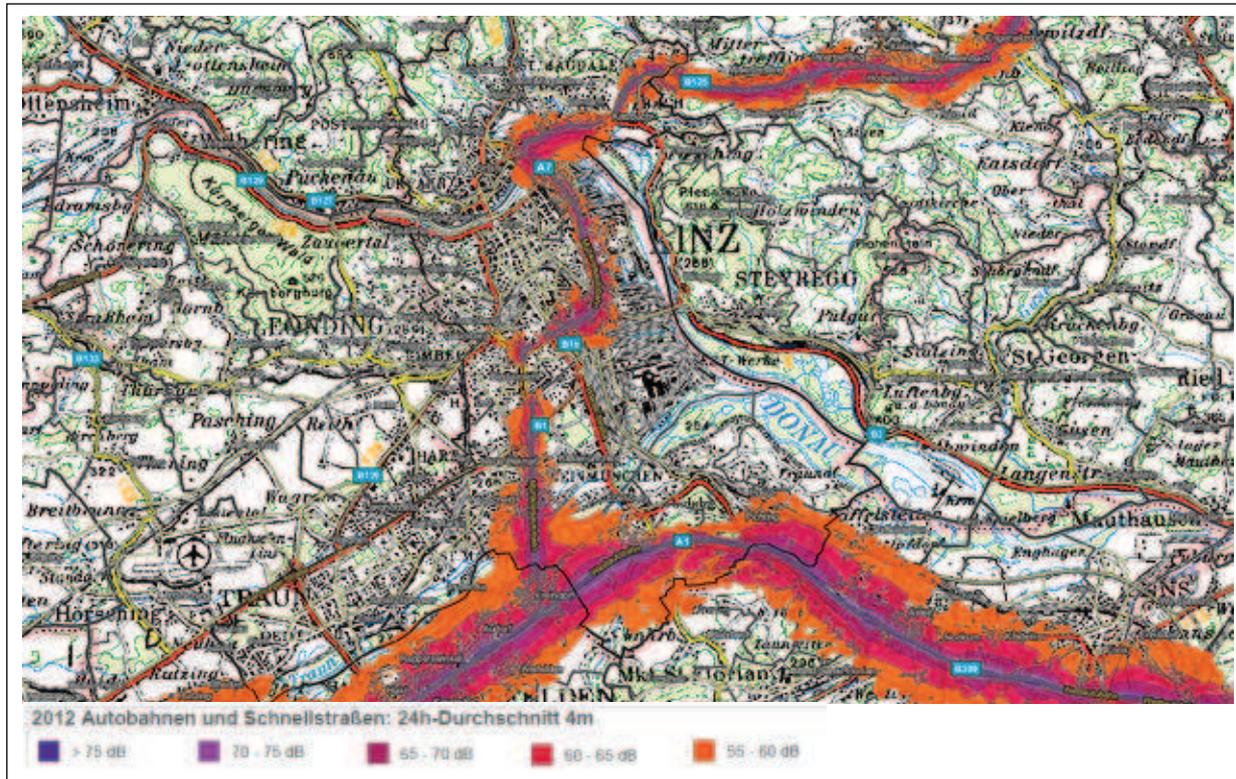
Quelle: Statistik Austria (Statistik Austria 2013, S. 147-148)

Neben der Lärmbelastung in der Wohnumgebung ist auch die Lärmentwicklung in (Nah)erholungsgebieten und in anderen öffentlichen Räumen relevant, da diese viele gesundheitsrelevante Funktionen aufweisen (siehe Kapitel 1.3. Einflussfaktor Umwelt). Darüber hinaus soll auch die Lärmbelastung am Arbeitsplatz bzw. in der Arbeitsumgebung angesprochen werden (weitere Informationen zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit sind im Kapitel 2.1.2 Betrieb zu finden).

Die kleinräumige Verteilung von Lärm, der durch den Straßen-, Schienen- und Flugverkehr sowie durch Industrieanlagen verursacht wird, ist auf der Internetplattform „Lärminfo.at“ in Kartenform ersichtlich.⁷⁵ Nachfolgend ist die Verteilung des durch Autobahnen und Schnellstraßen verursachten Lärms im Ballungsraum Linz exemplarisch wiedergegeben (Abbildung 23).

⁷⁵ Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft 2017

Abbildung 23: Lärmstörung durch Autobahnen/Schnellstraßen im Ballungsraum Linz



Quelle: Lärminfo.at (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft 2017)

Weitere Lärmkarten (z. B. Lärmbelastung durch Landstraßen, durch den Schienen- und Luftverkehr sowie durch Industrieanlagen) können auf der Website <http://www.laerminfo.at/> abgerufen werden.

Die Erstellung von Lärmkarten sowie die Information der Bevölkerung über Umgebungslärm und dessen Auswirkungen stellen Umsetzungsmaßnahmen der EU-Umgebungslärmrichtlinie dar. Auf der Basis der Lärmkarten sollen in den Mitgliedstaaten Aktionspläne zur Verringerung von Umgebungslärm erstellt werden, insbesondere für besonders stark belastete Gebiete.⁷⁶ In der EU-Lärmschutzrichtlinie ist auch die Ausweisung und der Schutz von ruhigen Gebieten vorgesehen.⁷⁷

Maßnahmen zur Verringerung von Umgebungslärm stellen eine Querschnittsmaterie dar und erfordern die koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Sektoren (Verkehrsplanung, Bauträger, Umweltplanung etc.). Für eine effektive Lärmreduktion ist meist die Kombination verschiedener Maßnahmen notwendig.⁷⁸

1.3.3. Lichtverschmutzung

Lichtverschmutzung oder „Lichtsmog“ bezeichnet die Aufhellung des Nachthimmels durch künstliche Lichtquellen. 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.⁷⁹ Auch wenn die gesundheitlichen Auswirkungen einer übermäßigen Lichtexposition in den Nachtstunden noch nicht vollständig erforscht sind, verweisen verschiedene Studien auf mögliche Risiken für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung (z. B. Schlafstörungen, Stoffwechselstörungen, verschiedene Krebsarten, Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislaufkrankungen etc.).⁸⁰

Auf weitere Hintergründe zum Thema Lichtverschmutzung wurde bereits im Oberösterreichischen Gesundheitsbericht 2005 bis 2010 genauer eingegangen. Nachfolgend sollen Maßnahmen angesprochen werden, die seit dem letzten Gesundheitsbericht gesetzt wurden.

⁷⁶ Umgebungslärmrichtlinie 2017
⁷⁷ Umgebungslärmrichtlinie 2002
⁷⁸ Schwedler 2008, S. 8-14

⁷⁹ Institut für Gesundheitsplanung 2012, S. 162
⁸⁰ Navara, Nelson 2007, S. 217. Reiter et al. 2009

In Oberösterreich gibt es mittlerweile ein Lichtmessnetz aus 23 Messstationen, um die Entwicklung der Lichtverschmutzung systematisch zu beobachten (Abbildung

24).⁸⁴ Für den oberösterreichischen Zentralraum gibt es einen Lichtkataster, in dem die Stärke der Lichtemissionen in Kartenform ersichtlich ist (<https://www.land-oberoesterreich.gv.at/159660.htm>).⁸⁵

Abbildung 24: Oberösterreichisches Lichtmessnetz



Quelle: Land Oberösterreich, Abteilung Umweltschutz (Land Oberösterreich - Lichtmessnetz). In der Grafik sind nicht alle 23 Messstationen als einzelne Markierungen erkennbar, da sich diese in den Ballungsräumen überdecken.

Vom Institut für Umweltrecht der Johannes Kepler Universität Linz wurde in Zusammenarbeit mit der oberösterreichischen Umweltschutzbehörde 2015 eine Studie zu den rechtlichen Grundlagen für Maßnahmen im Hinblick auf die Lichtverschmutzung publiziert. Die von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe erarbeitete Publikation enthält zudem Vorschläge für gesetzliche Neuregelungen, die als Diskussionsgrundlage für weitere Maßnahmen dienen kann.⁸¹ Laut Auskunft der Umweltschutzbehörde ist ein entsprechender österreichweiter Leitfaden zur Verringerung der Lichtverschmutzung kurz vor der Fertigstellung.⁸²

Anzumerken ist, dass das Thema Lichtverschmutzung durch die Entscheidungen in unterschiedlichen Politikbereichen beeinflusst ist. Als Beispiel können die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Hinblick auf die Wegerhalterhaltung sowie der im Anwendungsbereich relevanten Normen angeführt werden, die eine Verringerung der Lichtverschmutzung erschweren bzw. auch zu einer Zunahme übermäßiger Beleuchtung im öffentlichen Raum führen können.⁸⁵

⁸¹ Wagner et al. 2015

⁸² Rückmeldung des Oö. Umweltschutzbeamten Dr. Martin Donat im Rahmen der Review (Mail vom 28.9.2017).

⁸³ Land Oberösterreich - Lichtmessnetz

⁸⁴ Land Oberösterreich - Lichtkataster Zentralraum

⁸⁵ Umweltschutzbehörden Österreichs 2017

1.3.4. Nanopartikel

Nanotechnologie ist ein Sammelbegriff für verschiedene technische Verfahren, die sich mit der Erforschung, Bearbeitung und Produktion von Gegenständen und Strukturen mit einer Größe von weniger als 100 nm beschäftigt. Ein Nanometer (nm) entspricht einem Millionstel Millimeter.⁸⁶ Potenzielle Anwendungsgebiete der Nanotechnologie werden in den Bereichen Medizintechnik, chemische Industrie, Informations- und Kommunikationstechnologie etc. gesehen. Der Großteil der möglichen Anwendungen befindet sich noch im frühen Entwicklungsstadium. Aktuell werden Nanopartikel bereits in Kosmetika, Textilien, Reinigungsprodukten, Filtern, Farben und Oberflächenversiegelungen eingesetzt.⁸⁷

Es gibt derzeit keine einheitliche Definition für Nanomaterialien. Eine Empfehlung der EU-Kommission definiert Nanomaterial als natürliches oder künstlich hergestelltes Material das „das Partikel in ungebundenem Zustand als Aggregat oder als Agglomerat enthält, und bei dem mindestens 50 Prozent der Partikel in der Anzahlgrößenverteilung ein oder mehrere Außenmaße im Bereich von 1 nm bis 100 nm haben.“⁸⁸

Risiken für Mensch und Umwelt

Die mit der Verwendung von künstlich erzeugten Nanomaterialien verbundenen Risiken für den Menschen und die Umwelt sind derzeit noch schwer einzuschätzen, da noch deutliche Lücken in der Erforschung möglicher Auswirkungen existieren. Dies hängt auch mit der Vielzahl verschiedener Nanomaterialien zusammen. Zudem gibt es kaum Befunde hinsichtlich der Materialalterung, der Abbaubarkeit und den Folgen langfristiger Akkumulation der Materialien in Organismen.⁸⁹

Durch die geringe Größe weisen Nanopartikel neue chemische und physikalische Eigenschaften auf, die meist noch unbekannt sind (z. B. höhere Reaktivität). Aus der verfügbaren toxikologischen Bewertung von Materialien kann daher nicht auf die Risiken von Partikeln derselben Substanz im Nanobereich geschlossen werden.⁹⁰

Viele Ergebnisse über die ökologischen Auswirkungen von Nanomaterialien stammen aus Laborversuchen. Über das Verhalten unter natürlichen Bedingungen ist nur wenig bekannt. Es fehlt an Langzeitstudien bezüglich der Interaktion mit verschiedenen Umweltkomponenten bzw. mit dem Verhalten von Nanomaterialien unter verschiedenen Umweltbedingungen.⁹¹

Um die Verbreitung und das damit verbundene Risiko für Mensch und Umwelt abschätzen zu können, ist es auch notwendig, geeignete Methoden für Routine-Expositionsmessungen zu entwickeln. Zudem muss der gesetzliche Rahmen an die neuen Herausforderungen angepasst werden, um einen sicheren Umgang mit Nanomaterialien zu gewährleisten.⁹²

Verwendung von Nanomaterialien

Nanomaterialien werden bereits im Bereich der Stromerzeugung aus erneuerbarer Energie, in der Abwasserbehandlung sowie in der Textil-, Kosmetik-, Biozid- und Lebensmittelindustrie eingesetzt. Beispiele für Nanomaterialien, die schon jetzt in höherem Ausmaß in Konsumprodukten Verwendung finden, sind Nano-Titandioxid (in Sonnencremen), Nano-Silber (z. B. in Socken zur Abtötung von Keimen) und Industrieruß („Carbon Black“, als Farbpigment für Druckfarben, Tusche, Maskara etc. bzw. als UV-Schutz für Kunststoffe uvm.).⁹³

Beispiel Nanosilber

Nanosilber wird beispielsweise wegen seiner antimikrobiellen Wirkung in verschiedenen Produkten angewendet. Neben dem medizinischen Bereich (Wundverbände, Beschichtung von Kathetern etc.) reicht das Anwendungsfeld von antibakteriellen Farben und Lacken, Reinigungsmitteln, Schuheinlagen etc. über Hygieneartikel und Kosmetika bis zu Nahrungsergänzungsmitteln und Babyprodukten.⁹⁴

Unabhängig von der Partikelgröße ist Silber eine toxische Substanz und wurde daher von der WHO als Umweltschadstoff klassifiziert. Bei höheren Konzentrationen im Körper können Silber und Silberverbindungen Nervenschäden hervorrufen (neurotoxische Wirkung) oder zu Magen- und Leberschäden führen. Unter natürlichen Bedingungen werden im Verlauf eines Menschenlebens etwa 300 µg Silber akkumuliert. Zusätzliche Silberexposition sollte aufgrund der Toxizität vermieden werden. Aufgrund der geringen Partikelgröße weist Nanosilber eine zusätzliche erhöhte Toxizität auf. Es gibt auch Studien, die eine mögliche schädigende Wirkung auf die DNA nahelegen und ein Risiko für das Entstehen von bösartigen Tumoren vermuten lassen.⁹⁵

Unter kontrollierten Bedingungen und in hoher Dosierung kann die Verwendung von Nanosilber ein nützliches Instrument zur Vermeidung von Infektionskrankheiten sein. So wird Nanosilber (wie auch andere Formen von Silber) im medizinischen Bereich gegen verschiedene Krankheitserreger, insbesondere sogenannte „Biofilme“ und antibiotikaresistente Keime, eingesetzt.

⁸⁶ Umweltbundesamt: Nanotechnologie - neue Chancen, neue Risiken 2017

⁸⁷ Umweltbundesamt: Nanotechnologie - neue Chancen, neue Risiken 2017

⁸⁸ Nanomaterialien | Nds. Ministerium für Umwelt, Energie und Klimaschutz 2017

⁸⁹ Goswami et al. 2017

⁹⁰ Umweltbundesamt: Nanotechnologie - neue Chancen, neue Risiken 2017

⁹¹ Goswami et al. 2017, S. 311

⁹² Umweltbundesamt: Nanotechnologie - neue Chancen, neue Risiken 2017

⁹³ Nanomaterialien | Nds. Ministerium für Umwelt, Energie und Klimaschutz 2017

⁹⁴ Greßler und Fries, S. 6-7

⁹⁵ Greßler und Fries, S. 5

Der Einsatz als Desinfektionsmittel in Haushaltsartikeln oder in Konsumprodukten bzw. in Kosmetika und Hygieneartikel ist problematisch. Es liegt keine Evidenz dafür vor, dass die alltägliche Verwendung als keimtötendes Mittel im Haushalt notwendig bzw. wirksam ist und dadurch tatsächlich Erkrankungen vermieden werden können. Zudem birgt der großflächige Einsatz in geringer Dosierung das Risiko für die Entstehung von Allergien und multi-resistenten Keimen. Letzteres würde bedeuten, dass Nanosilber als hochwirksames Mittel gegen pathogene Keime in der medizinischen Anwendung nicht mehr verfügbar wäre.⁹⁶

Eine wesentliche Voraussetzung für die Vermeidung von Risiken durch Nanomaterialien stellt die Erweiterung der Wissensbasis dar. Daher sollten Forschungsaktivitäten im Hinblick auf mit der Nanotechnologie verbundenen Risiken und Chancen fortgeführt bzw. verstärkt werden. Weiters sollten Bildungs- und Vernetzungsaktivitäten zur Wissensverbreitung und zum Informationsaustausch verstärkt werden. Darüber hinaus ist die bessere Erfassung und Regulierung der Verwendung von Nanomaterialien von Bedeutung. Diesbezüglich sind bereits erste Aktivitäten auf EU-Ebene im Gange, die verstärkt und ausgeweitet werden sollen.⁹⁷

1.3.5. Biomonitoring

Menschen sind gesundheitsrelevanten Chemikalien und Schadstoffen aus verschiedenen Quellen und auf verschiedenste Weise ausgesetzt (z. B. Nahrungsmittel, Luft, Wasser, Konsumprodukte etc.). Daher ist es schwierig, die Gesamtexposition, der die Betroffenen ausgesetzt sind, zu erfassen. Biomonitoring stellt eine Möglichkeit dar, ein adäquates Bild hinsichtlich der Gesamtbelastung durch Umweltschadstoffe zu erfassen und daraus entsprechende Schlussfolgerungen für die Gesundheit der Bevölkerung zu ziehen.⁹⁸ Biomonitoring ist ein Verfahren zur Abschätzung der individuellen oder bevölkerungsbezogenen Exposition durch die Messung von der Konzentration der Substanzen im Stoffwechsel des (menschlichen) Organismus, z. B. im Blut, Urin etc.⁹⁹ Ein systematisches Biomonitoringsystem ermöglicht es, Bevölkerungsgruppen bzw. Regionen mit ungewöhnlich hoher Schadstoffbelastung zu erfassen und die dahinterliegenden Belastungsquellen zu identifizieren. Zudem können Zusammenhänge zwischen Schadstoffbelastungen und dem Auftreten verschiedener Erkrankungen analysiert werden. Durch die adäquate Erfassung der Schadstoffbelastung im menschlichen Körper kann Biomonitoring auch dazu beitragen, etwaige übertriebene Ängste zu verringern und ein realistisches Bild im Hinblick auf potenzielle Gesundheitsrisiken zu unterstützen.¹⁰⁰

Biomonitoring mit pflanzlichen Bioindikatoren (z. B. verschiedene Gräser) kann zur Bestimmung der Belastung durch Luftschadstoffe genutzt werden und so dem Bodenschutz der Immissionskontrolle (z. B. auf Feldern) dienen. Pflanzliche Bioindikatoren können im Rahmen der Überwachung von Industrieanlagen, bei Umweltverträglichkeitsprüfungen (z. B. im Straßenbau etc.) sowie zur Bestimmung der Belastungen durch Abfalldeponien oder Verkehrsemissionen eingesetzt werden.¹⁰¹ Im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Umweltbeobachtung ist insbesondere das Human-Biomonitoring relevant. In diesem Zusammenhang werden die Schadstoffbelastungen von Menschen anhand von Proben (Blut, Harn, Speichel oder Haare etc.) bestimmt.¹⁰²

Im Dezember 2016 wurde auf europäischer Ebene die EU-weite Human-Biomonitoring Initiative (HBM4EU) als ein Projekt von 26 europäischen Staaten gestartet. HBM4EU zielt darauf ab, die Aktivitäten zum Human-Biomonitoring in Europa zu koordinieren und voran zu treiben. Im Zeitraum zwischen 2017 und 2021 sollen in einer ersten Arbeitsperiode wesentliche Substanzen für ein Monitoring identifiziert und entsprechende Schwerpunkte vorgeschlagen werden. In weiteren Arbeitsperioden sollen die Indikatoren weiterentwickelt und an aktuelle Bedürfnisse der Politik angepasst werden.¹⁰³

Im September 2016 wurde in Österreich die „Österreichische Plattform Human-Biomonitoring“ eingerichtet. Die Plattform berät das Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft zum Thema Human-Biomonitoring und dient darüber hinaus als Schnittstelle zwischen Umwelt- und Gesundheitsbereich sowie zur europäischen Initiative HBM4EU.¹⁰⁴ In der „Österreichischen Plattform Human-Biomonitoring“ sind folgende Institutionen vertreten:

- Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft,
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen,
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz,
- Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit,
- Allgemeine Unfallversicherungsanstalt,
- Landessanitätsdirektionen,
- Ärztekammer für Österreich,
- Universitäten,
- Fachhochschulen,
- Umweltbundesamt.¹⁰⁵

⁹⁶ Greßler und Fries, S. 8

⁹⁷ Umweltbundesamt 2016, S. 257

⁹⁸ Association of Public Health Laboratories 2013

⁹⁹ Association of Public Health Laboratories 2013

¹⁰⁰ Association of Public Health Laboratories 2013

¹⁰¹ AGES 2017

¹⁰² Umweltbundesamt 2017b

¹⁰³ HBM4EU - science and policy for a healthy future

¹⁰⁴ Umweltbundesamt 2017b

¹⁰⁵ Umweltbundesamt 2017b

1.3.6. Umwelt als Gesundheitsressource

Im Hinblick auf eine gesunde natürliche bzw. gestaltete Umwelt sind nicht nur Umweltbelastungen (z. B. Luftverschmutzung, Lärm etc.) von Bedeutung. Vielmehr stellen naturnahe und gesundheitsförderliche Lebensräume (Wälder, Gewässer, Parks, Gärten) eine wesentliche Ressource für die Gesundheit dar. In diesem Zusammenhang spielt auch die ästhetische Komponente eine wesentliche Rolle (visuelle Stimulation, angenehme Geräuschkulisse).¹⁰⁶ Unabhängig von Alter, Geschlecht und sozialer Position weisen Menschen mit Grünräumen in der Wohnumgebung einen signifikant besseren Gesundheitszustand auf als jene in Wohngebieten ohne Zugang zu Grünflächen. Der Zusammenhang ist sowohl für Wohngebieten mit hohem als auch für solche mit geringem Urbanisierungsgrad nachweisbar.¹⁰⁷

Der Zugang zu naturnaher Umgebung und Grünräumen wirkt sich positiv auf das physische, psychische und soziale Wohlbefinden aus. Hinsichtlich des psychischen Wohlbefindens heben manche Studien den kognitiv/mental Erholungswert einer natürlichen Umgebung hervor, wodurch Stress reduziert und die Konzentrationsfähigkeit im Alltag gestärkt wird. Weiters wurden auch Zusammenhänge zur allgemeinen emotionalen Stimmungslage und Beiträge hinsichtlich einer höheren Frustrationstoleranz gefunden.¹⁰⁸

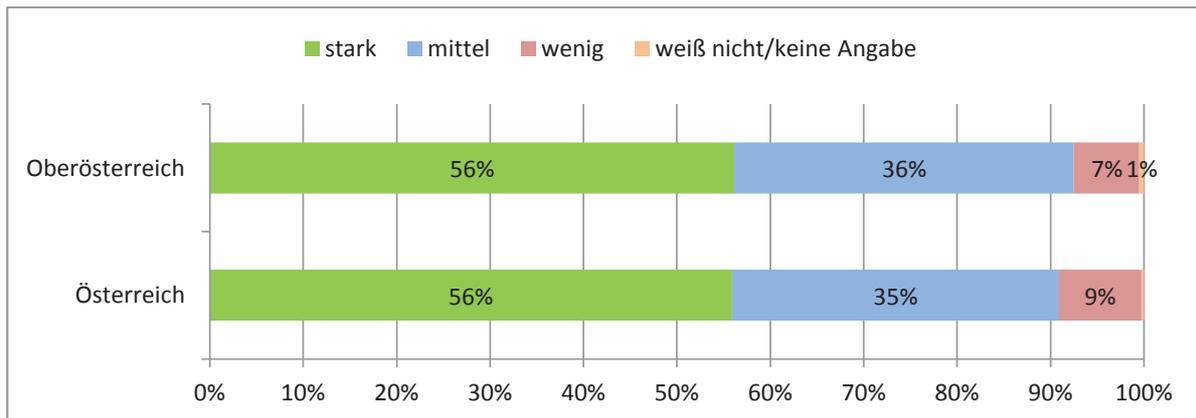
In Bezug auf das körperliche Wohlbefinden steht vor allem die Förderung von körperlicher Betätigung und Bewegungsaktivität im Vordergrund. Der Zugang zu natürlicher Umwelt und Grünflächen fördert die körperliche Aktivität im Freien (Wandern, Spazierengehen etc.).¹⁰⁹ Viele Menschen werden nur dann in Außenräumen aktiv, wenn diese angenehm und sicher wahrgenommen werden.¹¹⁰

Im Hinblick auf das soziale Wohlbefinden ist auch die Funktion von Grünräumen als Begegnungsorten von Bedeutung, z. B. in Form sozialer Treffpunkte (z. B. Parks im urbanen Raum, Gemeinschaftsgärten etc.) oder in Form gemeinschaftlicher Naturerfahrung (z. B. Wanderungen etc.).¹¹¹

Bedeutung der Erhaltung einer natürlichen Umwelt für die Lebensqualität

Ein erheblicher Teil der oberösterreichischen Bevölkerung sieht die natürliche Umwelt als eine wesentliche Einflussgröße für die Lebensqualität an. Mehr als die Hälfte der oberösterreichischen Bevölkerung (56%) ist der Ansicht, dass der Zustand der natürlichen Umwelt einen starken Einfluss auf die Lebensqualität ausübt. Weitere 36 Prozent schätzen den Zusammenhang mit der Lebensqualität zumindest als mittel ein. Nur eine Minderheit von 7 Prozent meint, dass die natürliche Umwelt nur wenig Einfluss auf die Lebensqualität hat (Abbildung 25).

Abbildung 25: Subjektive Bedeutung der natürlichen Umwelt für die Lebensqualität in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria (Statistik Austria 2013, S. 138). „Wovon hängt Ihre Lebensqualität ab?: Zustand der natürlichen Umwelt“; Bevölkerung ab 15 Jahre.

¹⁰⁶ Abraham et al. 2007, S. 59

¹⁰⁷ Maas 2006

¹⁰⁸ Abraham et al. 2010

¹⁰⁹ Abraham et al. 2010

¹¹⁰ Abraham et al. 2010

¹¹¹ Abraham et al. 2010

Flächenverbrauch und Bodenschutz

Im Hinblick auf die natürliche Umwelt als Gesundheitsressource spielt auch der Bodenschutz eine wesentliche Rolle. Der Boden erfüllt eine Vielzahl an Funktionen, die sich direkt oder indirekt auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken können:¹¹²

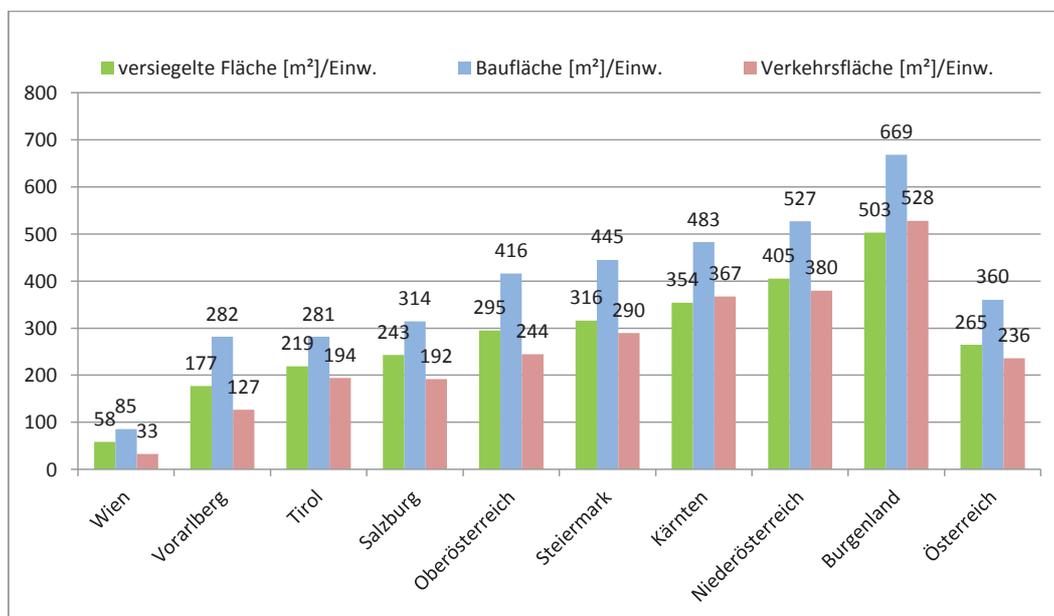
- Der Boden ist Lebensraum für Bakterien, Pilze, Pflanzen und Tiere und auch die Lebensgrundlage für den Menschen.
- Im Hinblick auf die Produktion von Gütern ist der Boden die Grundlage für die Erzeugung von Nahrungs- und Futtermitteln, aber auch von wichtigen erneuerbaren Rohstoffen (z. B. Holz, etc.). Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist das Regenerationspotenzial des Naturhaushalts bzw. der Erhalt der Fruchtbarkeit.
- Darüber hinaus erfüllt der Boden eine wichtige physikalische und chemische Filter-, Reinigungs- und Pufferfunktion, z. B. im Hinblick auf das Grundwasser.
- Hinsichtlich verschiedener natürlicher Rohstoffe stellt der Boden ein Rohstofflager dar (z. B. Kies, Sand, Kohle, Torf, Ölschiefer etc.).
- Eine wesentliche Funktion des Bodens stellt auch die Nutzung als Siedlungsraum sowie als Verkehrs- und Industriefläche dar.
- Nicht zuletzt ist der Boden auch als Landschaftsträger, als Erholungsraum sowie als Informationsträger der Natur- und Kunstgeschichte von Bedeutung.¹¹³

Quantitativer Bodenschutz bezieht sich vor allem auf die sparsame Inanspruchnahme von Bodenflächen, auf die Minimierung des Bodenverbrauchs und auf den Erhalt von Flächen, welche die natürlichen Funktionen des Bodens erfüllen können.¹¹⁴ Qualitativer Bodenschutz zielt darauf ab, die Bodengesundheit vor schädlichen Einflüssen zu schützen (z. B. Erosion, Schadstoffeintrag etc.) und die Bodengesundheit sowie ein vorsorgendes Verhalten durch die Bodennutzer zu verbessern bzw. wieder herzustellen.¹¹⁵

In Oberösterreich entfallen 46 Prozent der Landesfläche auf landwirtschaftlich genutzte Flächen und weitere 40 Prozent auf Wälder. Die siedlungsbezogenen Nutzflächen nehmen 8 Prozent des Landesgebietes ein. Der Rest entfällt auf Gletscher, Fels-, Geröll- und Alpenflächen (4%) und auf Gewässerflächen (2%).

Der Großteil (58%) der siedlungsbezogenen Flächen entfällt auf Siedlungsflächen (Gebäudeflächen, Hofflächen, Innenhöfe, kleine Vorplätze, landwirtschaftliche Betriebsanlagen, Zufahrts- und Abstellflächen, Hausgärten, Außenanlagen und Freiflächen auf Betriebsarealen), mehr als ein Drittel nehmen Verkehrsflächen ein (36%). Auf siedlungsbezogene Freiflächen (Freizeitflächen, Abbauflächen, Friedhofflächen) entfallen 6 Prozent der Fläche Oberösterreichs.¹¹⁶

Abbildung 26: Bodenversiegelung, Baufläche und Verkehrsfläche pro EinwohnerIn in Österreich



Quelle: Umweltbundesamt (Umweltbundesamt 2017a); Werte von 2016 (teilweise IGP-Berechnungen)

¹¹² Ktik 2001, S. 3-4

¹¹³ Ktik 2001, S. 3-4

¹¹⁴ Oberösterreichischer BodenInformationsBericht 2015, S. 65

¹¹⁵ Oberösterreichischer BodenInformationsBericht 2015, S. 66

¹¹⁶ Oberösterreichischer BodenInformationsBericht 2015, S. 11

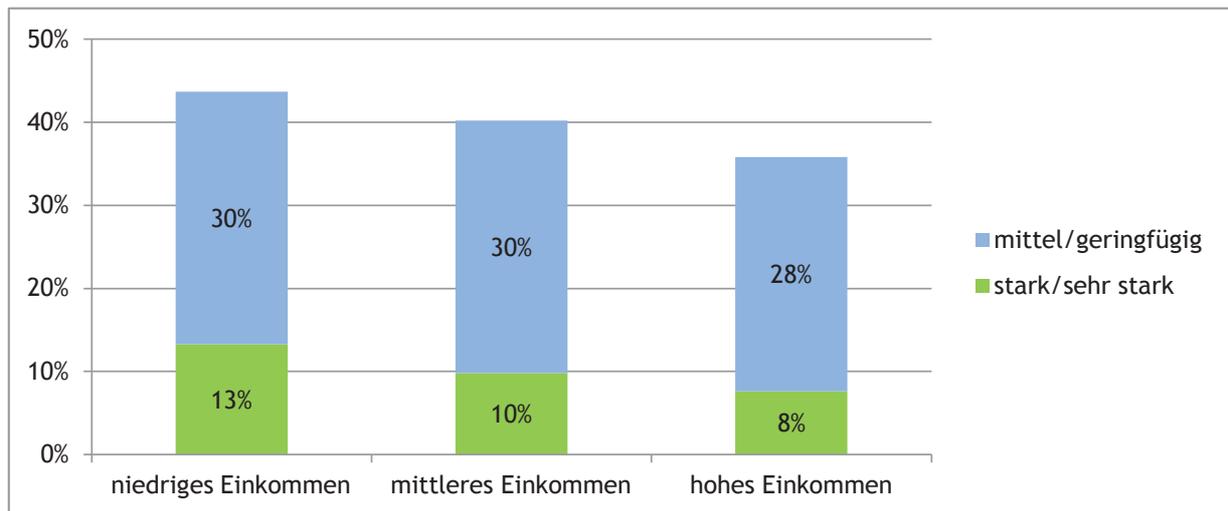
Im Zeitraum zwischen 2013 und 2015 betrug die jährliche Zunahme der Verkehrsflächen durchschnittlich 62 Hektar pro Jahr, und ein Anstieg der Siedlungsflächen um 704 Hektar pro Jahr ist zu beobachten.¹¹⁷ Auf jede Person in Oberösterreich entfallen 416 m² Baufläche und 244 m² Verkehrsfläche. Die Bodenversiegelung beträgt in Oberösterreich 295 m² pro EinwohnerIn.¹¹⁸ Im Bundesländervergleich weisen hinsichtlich der genannten Merkmale Wien und Vorarlberg die geringste Flächeninanspruchnahme auf und Niederösterreich und das Burgenland die höchste (Abbildung 26).

1.3.7. Umweltbezogene Chancengerechtigkeit (Umweltgerechtigkeit)

Die Umweltbelastungen und somit auch die gesundheitlichen Auswirkungen von ungünstigen Umweltbedingungen verteilen sich nicht gleichmäßig in der Bevölkerung. Bestimmte Bevölkerungsgruppen sind verschiedenen Umweltrisiken besonders stark ausgesetzt. Meist sind Angehörige unterer sozialer Schichten stärker von Umweltbelastungen (z. B. Schadstoffbelastungen, Lärm etc. in der Wohnumgebung) betroffen als Angehörige der oberen Schichten.¹¹⁹ In Deutschland werden bereits erste systematische Bemühungen zur Beschreibung der unterschiedlichen Belastung durch gesundheitsrelevante ökologische Einflussfaktoren unter dem Schlagwort „Umweltgerechtigkeit“ unternommen.¹²⁰ In Österreich ist die Thematik noch wenig bzw. nur fallweise Inhalt der öffentlichen Berichterstattung.¹²¹

Die ungleiche Verteilung von ungünstigen Umweltbedingungen in Österreich lässt sich anhand des Beispiels Lärm veranschaulichen. Personen mit geringerem Haushaltseinkommen (unteres Drittel) sind deutlich häufiger von Lärmstörungen betroffen (44%) als Personen im oberen Einkommensdrittel (36%). Eine wesentliche Rolle spielt diesbezüglich auch der Lärm aus Nachbarwohnungen, der von der unteren Einkommensgruppe deutlich häufiger als vorrangige Lärmquelle angegeben wird. Geruchsentwicklung bzw. Abgase stellen für die untere Einkommensgruppe häufiger eine Belastung dar (20% gegenüber 15% im oberen Einkommensdrittel). Als Geruchsquelle spielten vor allem Verkehrsabgase eine Rolle (63% der Betroffenen gegenüber 49% im oberen Einkommenssegment). Im Wohnbereich fühlen sich Personen mit niedrigem Haushaltseinkommen häufiger durch Staub oder Ruß belastet (19%) als Personen mit höherem Einkommen (12%). Als häufigste Ursache wird in allen Einkommensgruppen der Verkehr angesehen.¹²²

Abbildung 27: Lärmstörungen nach Haushaltseinkommen in Österreich



Quelle: Wegscheider-Pichler 2014, S. 43

¹¹⁷ Oberösterreichischer BodenInformationsBericht 2015, S. 23

¹¹⁸ Umweltbundesamt 2017a

¹¹⁹ Robert Koch-Institut (RKI), S. 187

¹²⁰ Böhme et al. 2015. Bolte und Kohlhuber. Bunge und Katzschner

2009

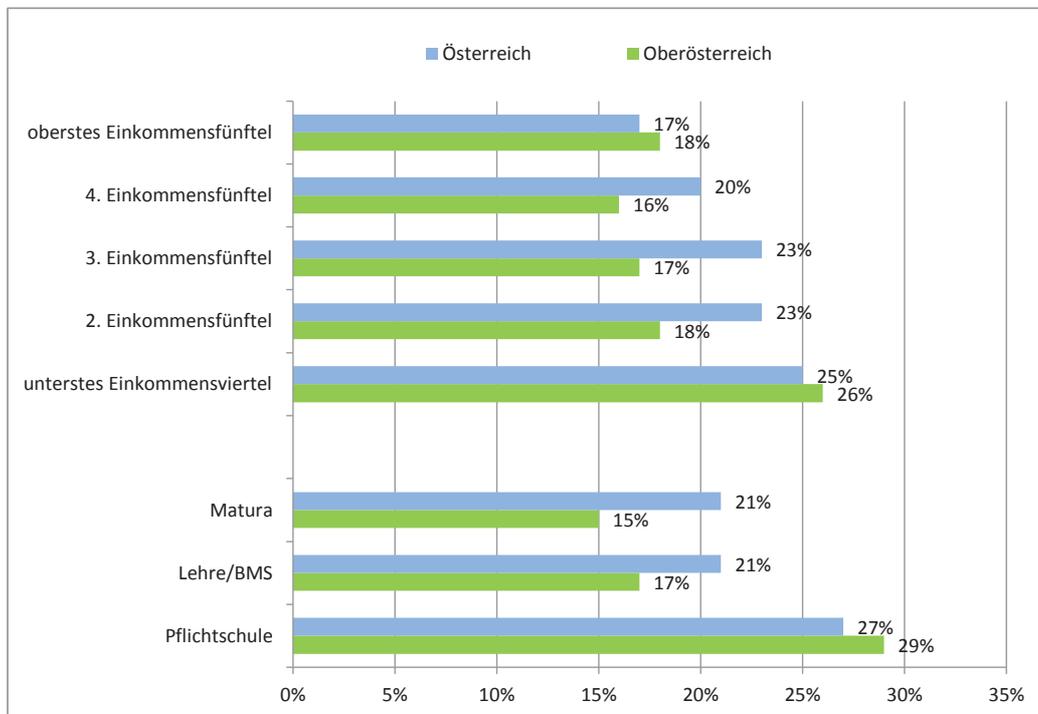
¹²¹ Lanegger 2015, S. 14

¹²² Statistik Austria 2014

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 wurden die Frage danach gestellt, wie weit die Befragten die Umweltbedingungen in ihrer Wohnumgebung als gesund einschätzen (Abbildung 28). In Oberösterreich geben in der Bevölkerungsgruppe mit dem niedrigsten Haushaltseinkommen (unterstes Einkommensfünftel) 26 Prozent an, dass die Umweltbedingungen als gar nicht bis mittelmäßig gesund einzustufen sind. In der Einkommensgruppe mit dem höchsten Haushaltseinkommen betrifft dies nur 18 Prozent. Auch nach Schulbildung zeigen

sich deutliche Unterschiede. In der Bevölkerungsgruppe mit einem Pflichtschulabschluss sind 29 Prozent von ungesunden oder höchstens mittelmäßig gesunden Umweltbedingungen betroffen, wohingegen nur 15 Prozent der Personen mit Matura oder höherem Abschluss betroffen sind. Österreichweit zeigen sich ähnliche Muster in der Verteilung eher ungünstiger Umweltbedingungen wie in Oberösterreich.

Abbildung 28: Subjektive Einschätzung der Umweltbedingungen nach Haushaltseinkommen und Bildungsgrad in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). „Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet“: Anteil „überhaupt nicht“ bis „mittelmäßig“ (standardisiert auf Europastandardbevölkerung, WHO 1976)

Im Hinblick auf die gesundheitliche Chancengerechtigkeit im Sinne des Österreichischen Gesundheitszieles Ziel 2: „Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unab-

hängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen“¹²³ ist auch die Berücksichtigung der ungleichen Verteilung von Umweltbelastungen von Bedeutung.

Fakten:

- Die natürlichen bzw. durch den Menschen beeinflussten Umweltbedingungen üben einen wesentlichen Einfluss auf das Leben der Menschen und auf ihre Gesundheit aus.
- Wesentliche gesundheitsrelevante Belastungen der Außenraumluft sind Schwebestaub (insbes. Feinstaub), Stickstoffoxide, Kohlenmonoxid, Ozon und Schwefeldioxid. Bezüglich des Feinstaubes weisen die 14 Messstationen in Oberösterreich durchschnittlich 6,4 Tage mit einer Überschreitung des Grenzwertes auf. Grenzwertüberschreitungen bei Stickstoffdioxid treten vor allem entlang stark befahrener Straßen auf. 2015 wurde an fast allen Messstellen an mehr als 25 Tagen der Grenzwert für Ozon überschritten.
- In Oberösterreich geben 33 Prozent der über 15-jährigen Bevölkerung an, dass sie im Wohnbereich zumindest geringfügig durch Lärm gestört sind (tagsüber und/oder während der Nacht), Hauptursache für Lärm ist der Verkehr.

- Lichtverschmutzung bezeichnet die Aufhellung des Nachthimmels durch künstliche Lichtquellen. 23 Messstationen in Oberösterreich beobachten die Entwicklung der Lichtverschmutzung, für den Zentralraum wurde ein Lichtkataster in Kartenform eingerichtet.
- Meist sind Angehörige unterer sozialer Schichten stärker von Umweltbelastungen (z. B. Schadstoffbelastungen, Lärm etc. in der Wohnumgebung) betroffen als Angehörige der oberen Schichten.
- Naturnahe und gesundheitsförderliche Lebensräume (Wälder, Gewässer, Parks, Gärten) sind eine wesentliche Ressource für die Gesundheit. In Oberösterreich entfallen 46 Prozent der Landesfläche auf landwirtschaftlich genutzte Fläche, 40 Prozent auf Wälder und 8 Prozent auf siedlungsbezogene Nutzflächen. Der Großteil der siedlungsbezogenen Flächen entfällt auf Siedlungsflächen und Verkehrsflächen, bei beiden gab es im Zeitraum zwischen 2013 und 2015 einen Anstieg.

¹²³ Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017

2. LEBENS- UND ARBEITSBEDINGUNGEN

2.1. Einflussfaktor Lebenswelten

2.1.1 Krabbelstube, Kindergarten und Schule

Krabbelstuben, Kindergärten und Schulen sind als primäre Lebenswelten Orte der institutionalisierten Sozialisation. Ein Großteil des Kinder- und Jugendalters wird in diesen Settings verbracht, weshalb die dort vorherrschenden Rahmenbedingungen zweifelsfrei Determinanten der Persönlichkeits- sowie Gesundheitsentwicklung eines Menschen sind.¹ Darüber hinaus beeinflussen die in der Kindheit erworbenen Verhaltensweisen gleichwohl auch das Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter. Folgerichtig haben sich seit Verabschiedung der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung im Jahr 1986 Kindergärten und Schulen zu zentralen Orten zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit sowie der Gesundheit von PädagogInnen entwickelt.² Im positiven Sinne können Kindergarten und Schule deshalb als Ressource für die bestehende sowie zukünftige Gesundheit von Kindern und Jugendlichen betrachtet werden. Im negativen Sinne können sie jedoch auch zu gesundheitlichen Problemen oder gesundheitsgefährdendem Verhalten beitragen bzw. diese begünstigen, denkt man nur an potentielle Versagens- oder Kränkungs-erfahrungen, die insbesondere mit der Schule aber auch mit Kindergärten assoziiert werden können.³

Die zunehmende Abkehr vom medizinisch-naturwissenschaftlichen Krankheitsmodell hat die Lebenswelten der Menschen allenfalls in das Zentrum des gesundheitspolitischen Diskurses gerückt und die Konzeptualisierung von Gesundheit als Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels von individuellen, sozialen und kulturellen Faktoren forciert.⁴ Zielebenen einer gesundheitsorientierten (Aus-)Bildung sind neben der individuellen Kompetenzentwicklung insbesondere die materielle Umwelt der Einrichtungen (Gebäude, das Gelände sowie Gestaltung und Ausstattung der Räume), die Qualität der sozialen Beziehungen, der Interaktion und der Kommunikation sowie die Ausgestaltung der Lehr- und Lernprozesse.⁵

2.1.1.1 Krabbelstuben und Kindergärten

Die Aufgaben von Krabbelstuben und Kindergärten sind gemäß dem oberösterreichischen Kinderbetreuungsgesetz u. a. die Selbstkompetenz der Kinder zu stärken und zur Entwicklung der Sozial- und Sachkompetenz beizutragen. Hierbei ist es von Bedeutung, auf altersgerechte Lernformen zurückzugreifen und die Sozialisation der Kinder im Gruppenkontext sicherzustellen. Weiter ist es Aufgabe des Kindergartens, die motorische Entwicklung der Kinder zu unterstützen sowie auf die körperliche Pflege und Gesundheit der Kinder zu achten. Die Umsetzung präventiver Maßnahmen zur Verhütung von Fehlentwicklungen

ist ebenso Aufgabe des Kindergartens wie die Förderung der Fähigkeiten des Erkennens und Denkens und vieles andere mehr.⁶

Mit Beschluss des Oberösterreichischen Landtags am 2. April 2009 wurde der Entfall der Elternbeiträge für die Bildung, Erziehung, Betreuung und Pflege von Kindern ab dem vollendeten 30. Lebensmonat in Kindergärten festgelegt. Das letzte Kindergartenjahr⁷ ist österreichweit verpflichtend, dadurch soll die formale Gleichstellung von Kindergarten und Schule unterstützt werden.⁸ Es ist vorgesehen, dass der Kindergarten zukünftig nur vormittags kostenlos ist.

Ein guter und gesunder Kindergarten fördert die Gesundheit der Kinder durch Maßnahmen auf Verhältnis- und Verhaltensebene. Ziel des oberösterreichischen Netzwerks „Gesunder Kindergarten“⁹ ist die Verankerung der Gesundheitsförderung im Kindergartenalter. Durch verhältnis- und verhaltenspräventive Maßnahmen wird eine gesunde Lebensweise im Alltag gefördert. Kindern aus allen sozialen Schichten wird tagtäglich der Zugang zu gesundheitsfördernden Maßnahmen ermöglicht und damit die bestmögliche kindliche Entwicklung unterstützt.

Verhältnisprävention

Um die Gesundheit von Kindern zu fördern, ist die Schaffung und Nutzung von räumlichen, materiellen, zeitlichen und organisatorischen Gegebenheiten erforderlich. Die Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen und des Kindergartenpersonals sind Grundvoraussetzungen.

Ein gesundheitsförderlicher Alltag beinhaltet beispielsweise:

- Die Optimierung des Mittagessens der Verpflegungsbetriebe nach ernährungswissenschaftlichen Empfehlungen für eine ausgewogene Kinderkost.
- Die Verankerung einer wöchentlichen „Gesunden Jause“ sowie eines frei zugänglichen Obst- und Gemüsetellers und ein optimales Getränkeangebot als fixer Bestandteil im Essalltag des Kindergartens.
- Ausreichend Bodenspielfläche, vielfältige Bewegungsmaterialien sowie ausreichende Bewegungszeiten.
- Rückzugsmöglichkeiten und Ruhephasen.
- etc.

¹ Bond et al. 2007

² Naidoo & Wills 2010, 312f.

³ Cole et al. 1997; Gore & Aseltine 1995; Ravens-Sieberer et al. 2009

⁴ Dahlgreen & Whitehead 1991

⁵ Hurrelmann 2006, 193ff.

⁶ Oö. Kinderbetreuungsgesetz, S. 99

⁷ In diesem Zusammenhang darf auf die Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr in Österreich der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) verwiesen werden: http://hia.goeg.at/Downloads/beispiele/Kurzfassung_GFA_VKJ_final.pdf

⁸ Amt der öö. Landesregierung (<https://www.land-oberoesterreich.gv.at/83758.htm>)

⁹ Nachfolgende Ausführungen beziehen sich auf die Projektbeschreibung Netzwerk Gesunder Kindergarten (Version 2016/2017) des Amtes der öö. Landesregierung

Im Bildungsauftrag der Kindergärten wird die Querschnittsmaterie Gesundheit somit konsequent integriert. Darüber hinaus werden die gesundheitsrelevanten Maßnahmen in der Lebenswelt Kindergarten mit den Rahmenaktivitäten zur „Gesunden Gemeinde“ verbunden und abgestimmt.

Verhaltensprävention

Die Verhaltensprävention als zweites Ziel strebt eine Verbesserung des Ernährungs- bzw. Bewegungswissens und Ernährungs- bzw. Bewegungsverhaltens der Kinder, des Kindergartenpersonals sowie der Eltern und Bezugspersonen an.

Regelmäßige Bewegung wird gefördert. Der natürlichen Bewegungsfreude des Kindes wird Raum gegeben und die elementaren Bewegungsbedürfnisse, die zur Weiterentwicklung und Differenzierung der motorischen Basiskompetenzen führen, werden befriedigt. Die Kinder lernen

selbstkompetent und selbstbestimmt Verantwortung für die eigene Gesundheit und das eigene Wohlbefinden zu übernehmen und auf das Wohlbefinden der anderen Gruppenmitglieder zu achten.

Der gewählte Ansatz einer Kombination von Verhältnis- und Verhaltensprävention trägt nicht nur zu Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit, sondern auch zur langfristigen Vorbeugung von Übergewicht und den damit assoziierten Zivilisationskrankheiten bei.

Die Ziele des Netzwerks „Gesunder Kindergarten“ stellen die Grundlagen für die Entwicklung der Basiskriterien des Netzwerks dar.

Tabelle 2: Kinderbetreuungseinrichtungen, Gruppen und Kinder in Oberösterreich

Kinderbetreuungseinrichtungen	Anzahl			Kinder je Gruppe
	Betriebe	Gruppen	Kinder	
Krabbelstuben	277	471	4.437	9,4
Kindergärten	717	2.245	42.271	18,8
Oberösterreich gesamt	994	2.716	46.708	

Quelle: Kindertagesheimstatistik Oberösterreich Berichtsjahr 2015/2016

Aktuell werden in den 277 Krabbelstuben in Oberösterreich 4.437 Kinder betreut. Im Schnitt können 9,4 Kinder einer Gruppe zugeordnet werden. 42.271 Kinder besu-

chen 717 oberösterreichische Kindergärten. Die durchschnittliche Gruppengröße beträgt 18,8 Kinder. In den Kindergärten sind 5.614 pädagogische Fachkräfte und zahlreiche HelferInnen tätig.¹⁰

Tabelle 3: Betreuungsquote in Oberösterreich und Österreich

Alter der Kinder	Oberösterreich	Österreich
0 - 2 Jahre	14,5%	25,5%
3 - 5 Jahre	93,6%	93,0%

Quelle: Kindertagesheimstatistik Oberösterreich Berichtsjahr 2015/2016; Anteil der Kinder in institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen im Vergleich zur gleichaltrigen Wohnbevölkerung

¹⁰ Amt der ö. Landesregierung (<https://www.land-oberoesterreich.gv.at/21416.htm>)

Die Betreuungsquote der 0- bis 2-Jährigen ist im Vergleich zum Bundesdurchschnitt unterdurchschnittlich ausgeprägt. Während in Österreich rund ein Viertel der 0- bis 2-Jährigen (25,5%) bereits eine Kinderbetreuungseinrichtung besuchen, liegt der Anteil in Oberösterreich bei 14,5 Prozent. Die Betreuungsquote der 3- bis 5-Jährigen liegt mit 93,6 Prozent im Bundesschnitt.

Die Zahl der Einrichtungen mit der Auszeichnung „Gesunder Kindergärten“ wächst.¹¹ Aktuell beteiligen sich 326 der rund 717 oberösterreichischen Kindergärten am Netzwerk „Gesunder Kindergärten“.

2.1.1.2 Schule

Oberösterreich ist - nach Wien und Niederösterreich - das Bundesland mit der dritthöchsten Zahl an SchülerInnen. In insgesamt 1.039 Schulen wurden im Schuljahr 2015/2016 in Summe 193.393 Kinder und Jugendliche ausgebildet.

Mehr als die Hälfte aller Schulen in Oberösterreich sind Volksschulen (53,2%). Diese wurden von 58.120 SchülerInnen besucht. Im Vergleich zum Schuljahr 2008/2009 ist die Anzahl der Volksschulen um 3,7 Prozent und die Anzahl der SchülerInnen um 2,8 Prozent zurückgegangen. Dieser rückläufige Trend besteht seit dem Jahr 1980 und setzt sich somit auch aktuell fort. Im Gegenzug hat sich die Anzahl der Volksschulklassen um 3,2 Prozent gesteigert. Die durchschnittliche Klassengröße beläuft sich in oberösterreichischen Volksschulen im Schnitt auf 17,5 Kinder. Ein entsprechender Vergleich zu österreichweiten Daten ist nur für das Schuljahr 2014/2015 möglich. Die durchschnittliche Klassengröße lag damals bundesweit bei 18,6 Kindern.¹²

39.255 SchülerInnen besuchen eine der 232 Neuen Mittelschulen (inkl. Hauptschulen). Im Vergleich zum Schuljahr 2008/2009 hat sich die Anzahl der Schulen marginal (3,3%), die Anzahl der SchülerInnen jedoch drastisch um 20,2 Prozent reduziert. Die Klassengröße liegt im Schnitt bei 18,7 Kindern und Jugendlichen.

Der jährliche Finanzaufwand pro Volksschulkind liegt mit € 6.910 unter dem Bundesschnitt von € 7.374. Der monatäre Aufwand je Kind einer Neuen Mittelschule (inkl. Hauptschule) entspricht mit € 11.133 nahezu dem österreichischen Durchschnitt (€ 11.130).¹³

27.830 SchülerInnen wurden im Schuljahr 2015/2016 an 50 Allgemeinbildenden Höheren Schulen ausgebildet. Oberösterreich weist damit einen deutlich geringeren Anteil (28,2%) an AHS-SchülerInnen in der 5. Schulstufe auf als der österreichische Durchschnitt (35,7%).¹⁴ Die Zahl der Standorte hat sich seit dem Schuljahr 2008/2009 um zwei erhöht, die Anzahl der SchülerInnen jedoch um 5,8 Prozent reduziert. Im Gegensatz dazu hat sich die SchülerInnenanzahl in den diversen berufsbildenden mittleren und höheren Schulen teils markant erhöht. So verzeichnen wirtschaftliche mittlere und höhere Schulen (HAK, HAS) im Vergleich zum Schuljahr 2008/2009 einen Zuwachs von 7,9 Prozent, technische mittlere und höhere Schulen (HTL) einen Anstieg von 40,5 Prozent und humanberufliche mittlere und höhere Schulen (HUM) eine Steigerung von 30,5 Prozent. Aktuell entfallen auf die 83 Schulstandorte aller berufsbildenden mittleren und höheren Schulen (inkl. land- und forstwirtschaftliche mittlere u. höhere Schulen) 32.715 SchülerInnen.

¹¹ Das oberösterreichische Netzwerk „Gesunder Kindergarten“ steht für ein ganzheitliches Gesundheitsförderungskonzept, das Kinder, Eltern und Bezugspersonen, Kindergartenpersonal, Verpflegungsbetriebe und die Arbeitskreise der „Gesunden Gemeinden“ gleichermaßen anspricht und involviert. Am Ende der Startphase kann die Auszeichnung zum „Gesunden Kindergarten“ erworben werden, wenn alle Netzwerkpartner die entsprechenden Kriterien erfüllt haben und sich zu einer Verlängerung der Teilnahme entschließen.

¹² Statistik Austria 2016 (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung_und_kultur/formales_bildungswesen/schulen_schulbesuch/index.html)

¹³ Statistik Austria, Bildung in Zahlen 2014/2015 (https://www.kommunalnet.at/fileadmin/media/Downloads/PDF/2016/Statistiken/bildung_in_zahlen_201415_schlueselindikatoren_und_analysen.pdf)

¹⁴ Statistik Austria, Bildung in Zahlen 2014/2015 (https://www.kommunalnet.at/fileadmin/media/Downloads/PDF/2016/Statistiken/bildung_in_zahlen_201415_schlueselindikatoren_und_analysen.pdf)

Tabelle 4: Schulen in Oberösterreich nach Schultyp 2008/09 und 2015/16

Schultyp	Schulen 2015/16	Schulen 2008/09	Veränderung in Prozent seit 2008/09	Klassen 2015/16	Klassen 2008/09	Veränderung in Prozent seit 2008/09
Volksschulen	553	574	-3,7	3.317	3.215	+3,2
Neue Mittelschulen (inkl. Hauptschulen)	232	240	-3,3	2.103	2.284	-7,9
Sonderschulen	36	k.A.	-	214	k.A.	-
Polytechnische Schulen	51	57	-10,5	162	216	-25,0
Berufsschulen	28	26	+7,7	1.188	1.258	-5,6
AHS	50	48	+4,2	1.208	1.223	-1,2
Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik (BAKIP)	6	k.A.	-	68	k.A.	-
Wirtschaftliche mittlere u. höhere Schulen (HAK, HAS)	18	18	0,0	333	281	+18,5
Technische mittlere u. höhere Schulen (HTL)	16	15	+6,7	497	318	+56,3
Humanberufliche mittlere u. höhere Schulen (HUM)	30	19	+57,9	432	295	+46,4
Land- und forstw. mittlere u. höhere Schulen	19	k.A.	-	144	k.A.	-

Quelle: Land OÖ, Abt. Statistik; Daten: Dir. Bildung u. Landesschulrat OÖ
k.A. ... Daten wurden für das Schuljahr 2008/09 nicht erhoben; kein Vergleich möglich

Tabelle 5: SchülerInnen in Oberösterreich nach Schultyp 2008/09 und 2015/16

Schultyp	SchülerInnen 2015/16	SchülerInnen 2008/09	Veränderung in Prozent seit 2008/09	Anzahl der SchülerInnen je Klasse 2015/16
Volksschulen	58.120	59.807	-2,8	17,5
Neue Mittelschulen (inkl. Hauptschulen)	39.255	49.201	-20,2	18,7
Sonderschulen	5.449	k.A.	-	25,5
Polytechnische Schulen	3.098	4.622	-33,0	19,1
Berufsschulen	25.006	29.525	-15,3	21,0
AHS	27.830	29.552	-5,8	23,0
Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik (BAKIP)	1.920	k.A.	-	28,2
Wirtschaftliche mittlere u. höhere Schulen (HAK, HAS)	7.515	6.966	+7,9	22,6
Technische mittlere u. höhere Schulen (HTL)	11.644	8.285	+40,5	23,4
Humanberufliche mittlere u. höhere Schulen (HUM)	9.895	7.582	+30,5	22,9
Land- und forstw. mittlere u. höhere Schulen	3.661	k.A.	-	25,4

Quelle: Land OÖ, Abt. Statistik; Daten: Dir. Bildung u. Landesschulrat OÖ
k.A. ... Daten wurden für das Schuljahr 2008/09 nicht erhoben; kein Vergleich möglich

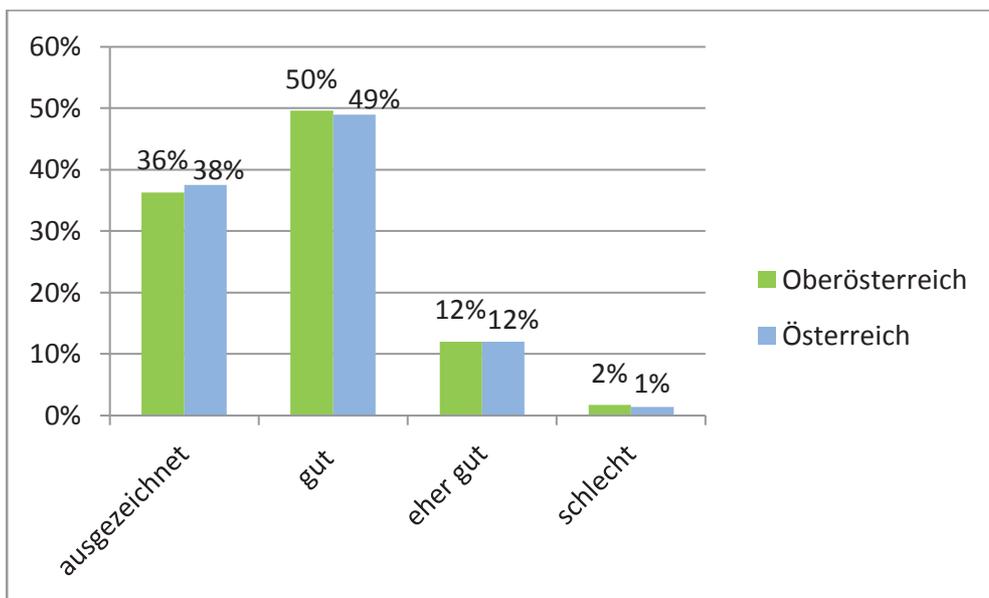
Die skizzierten Veränderungen sind durchwegs strukturellen Umgestaltungen, allgemeinen demografischen Entwicklungen, aber auch dem bestehendem Trend seit Anfang der 1980er Jahre geschuldet, wonach der Anteil an Personen mit einem Sekundarabschluss stetig steigt, der Anteil an Personen, die lediglich einen Pflichtschulabschluss aufweisen, stark abnimmt. Oberösterreich wird im Vergleich zur bundesweiten Entwicklung allenfalls ein starker Aufholprozess im Sekundarbereich attestiert.¹⁵

Eine wertvolle Datenbasis zum gesundheitlichen Zustand der oberösterreichischen Schülerschaft bildet die „Health Behaviour in School-aged Children Study“, kurz HBSC-Studie. Diese wurde im Jahr 2014 zum 9. Mal realisiert. Die

Daten für Oberösterreich basieren auf 1.000 SchülerInnen im Alter von 11 bis 17 Jahren. Konkret handelt es sich um eine Trenderhebung der 5., 7., 9. und 11. Schulstufe.

Insgesamt rund 14 Prozent der oberösterreichischen SchülerInnen im Alter von 11 bis 17 Jahren bezeichnen ihren subjektiven Gesundheitszustand lediglich als eher gut oder gar schlecht. Mehr als ein Drittel deklariert ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet, rund die Hälfte immerhin als gut. Diese Verteilung entspricht in etwa der gesamtösterreichischen Stichprobe.

Abbildung 29: Subjektiver Gesundheitszustand von SchülerInnen in Oberösterreich und Österreich



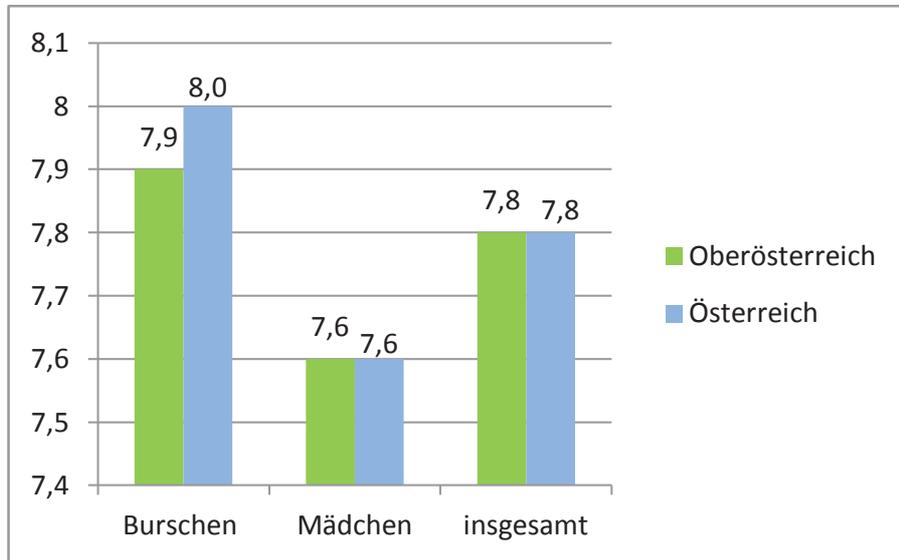
Quelle: HBSC 2014 - Auswertungen nach Bundesländern (vorgenommen durch das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention)

Die durchschnittliche Lebenszufriedenheit ist mit einem Mittelwert von 7,8 auf einer Skala von 0 (schlechtestes mögliches Leben) bis 10 (bestes mögliches Leben) als durchaus positiv zu bewerten. Auffällig ist, dass die Le-

benszufriedenheit bei den befragten Burschen (7,9) positiver ausgeprägt ist als bei den Mädchen (7,6). Diese Erkenntnisse decken sich mit den bundesweiten Daten.

¹⁵ Statistik Austria, Bildung in Zahlen 2014/2015 (https://www.kommunalnet.at/fileadmin/media/Downloads/PDF/2016/Statistiken/bildung_in_zahlen_201415_schlusselindikatoren_und_analysen.pdf)

Abbildung 30: Mittlere Lebenszufriedenheit von SchülerInnen nach Geschlecht in Oberösterreich und Österreich

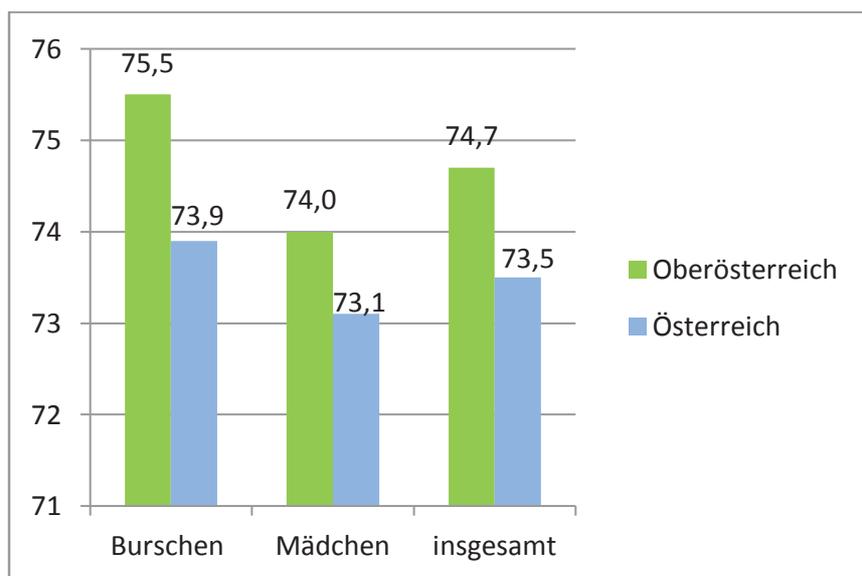


Quelle: HBSC 2014 - Auswertungen nach Bundesländern (vorgenommen durch das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention); Skala von 0 (schlechtestes mögliches Leben) bis 10 (bestes mögliches Leben)

Der Schulklimaindex reicht von 0 (schlechtestes mögliches Schulklima) bis 100 (bestes mögliches Schulklima). Oberösterreichs SchülerInnen bewerten das Schulklima im Mittel überwiegend positiv und vergeben rund 75 Punkte. Burschen empfinden das schulische Ambiente marginal

besser als die Mädchen (76 versus 74 Indexpunktwerte). Gemessen an den bundesweiten Daten wird das Schulklima von Oberösterreichs Kindern und Jugendlichen geringfügig besser bewertet.

Abbildung 31: Mittelwerte des Schulklimaindex nach Geschlecht in Oberösterreich und Österreich

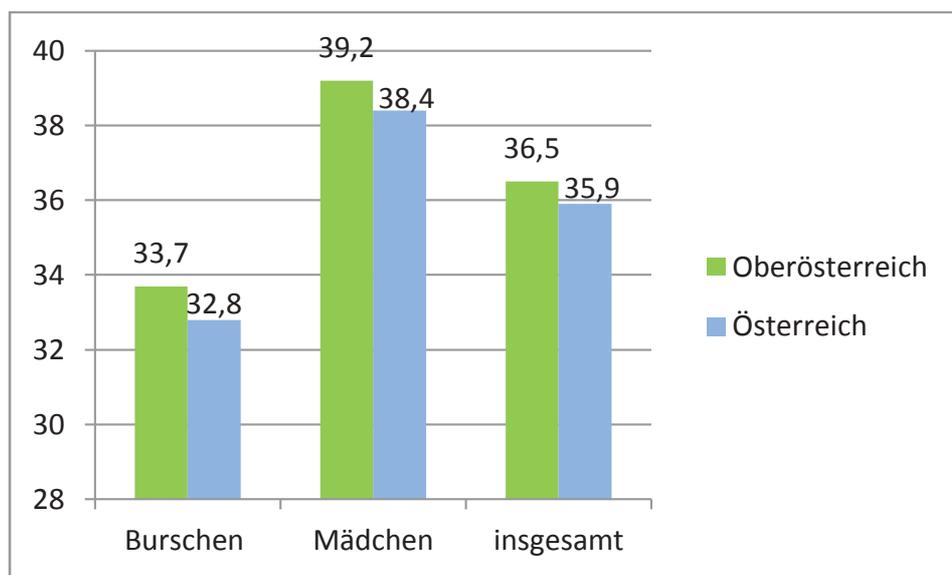


Quelle: HBSC 2014 - Auswertungen nach Bundesländern (vorgenommen durch das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention); Skala von 0 (schlechtestes mögliches Schulklima) bis 100 (bestes mögliches Schulklima)

Die Beschwerdelast liegt für die oberösterreichischen SchülerInnen auf einer Skala von 0 (keinerlei Beschwerden) bis 100 Punkten (höchstmögliche Beschwerdelast) bei 36,5. Mädchen sehen sich in Relation zu den Burschen

einer deutlich höheren Beschwerdelast ausgesetzt und erreichen 39,2 Punkte auf der Skala. Burschen hingegen rangieren mit 33,7 Punkten deutlich dahinter. Im Vergleich zu den bundesweiten Daten sind keine relevanten Unterschiede erkennbar.

Abbildung 32: Mittlere Beschwerdelast von SchülerInnen nach Geschlecht in Oberösterreich und Österreich

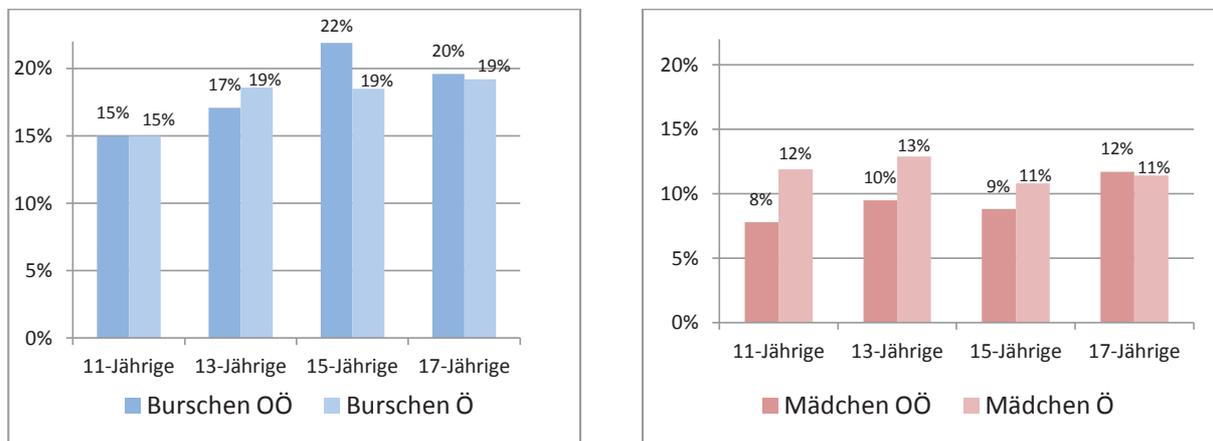


Quelle: HBSC 2014 - Auswertungen nach Bundesländern (vorgenommen durch das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention); Skala von 0 (keinerlei Beschwerden) bis 100 (höchstmögliche Beschwerdelast)

Nachfolgende Ausführungen zu Übergewicht und Adipositas basieren auf Selbsteinschätzungen der SchülerInnen. Der Anteil an übergewichtigen und adipösen Burschen ist über alle Altersgruppen hinweg höher als bei den Mädchen. Dies trifft sowohl für Oberösterreich als auch Österreich zu. Während der Anteil bei den oberösterreichischen Burschen vom 11. bis zum 15. Lebensjahr von 15

auf rund 22 Prozent steigt und weiter auf hohem Niveau stagniert, liegt der Anteil der übergewichtigen und adipösen Mädchen einigermaßen konstant zwischen 8 und 12 Prozent. Gravierende Unterschiede zu den Vergleichswerten auf Bundesebene können nicht festgestellt werden.

Abbildung 33: Übergewicht und Adipositas von SchülerInnen nach Alter und Geschlecht¹⁶ in Oberösterreich und Österreich

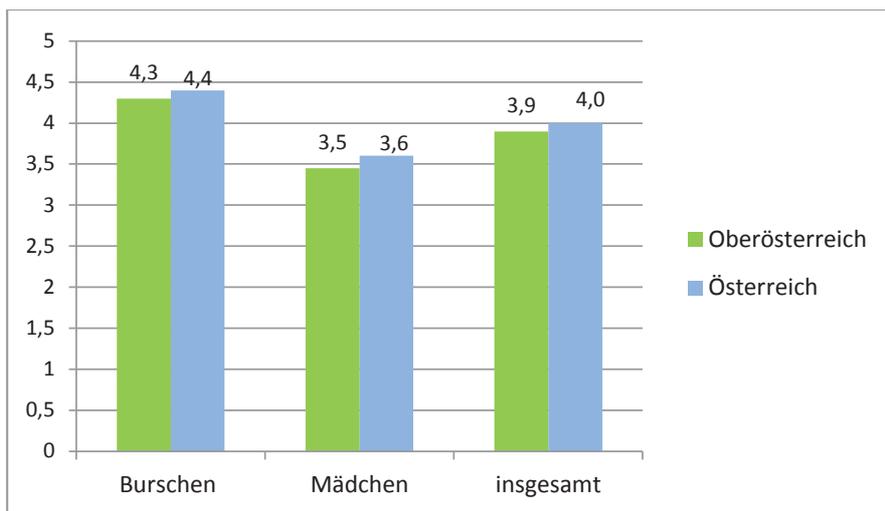


Quelle: HBSC 2014 - Auswertungen nach Bundesländern (vorgenommen durch das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention)

Das Ausmaß an Aktivität der oberösterreichischen SchülerInnen wurde anhand der Tage pro Woche ermittelt, an denen die Kinder und Jugendlichen mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind. Im Schnitt berichten die SchülerInnen von etwas weniger als vier Tagen, wobei das Ak-

tivitätsausmaß bei den Burschen mit durchschnittlich 4,3 Tagen deutlich höher ist als bei den Mädchen (3,5). Die Unterschiede zu den bundesweiten Werten sind als wenig relevant zu werten.

Abbildung 34: Tage pro Woche an denen oberösterreichische SchülerInnen für mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv sind nach Geschlecht



Quelle: HBSC 2014 - Auswertungen nach Bundesländern (vorgenommen durch das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention)

¹⁶ Von Cole et al. (2000) wurden auf Grundlage der Perzentilkurven Grenzwerte für Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendliche entwickelt. Die Grenzwerte sind für Burschen und Mädchen unterschiedlich und steigen mit dem Alter sukzessive an.

Das Gesundheitsziel 1 der Oberösterreichischen Gesundheitsziele bis 2020 ist der Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule gewidmet.

Mit Stand November 2017 verfügen 146 Schulen über ein gültiges Gütesiegel „Gesunde Schule Oberösterreich“, mit dem sie für die systematische und zielgerichtete

Umsetzung von schulischer Gesundheitsförderung geehrt werden. Das bedeutet rund 32.000 SchülerInnen und 3.500 LehrerInnen können davon profitieren. 192 Schulen befinden sich 2017 im Prozess zum Gütesiegel (siehe auch Kapitel 6 Gesundheitsziele).

Fakten:

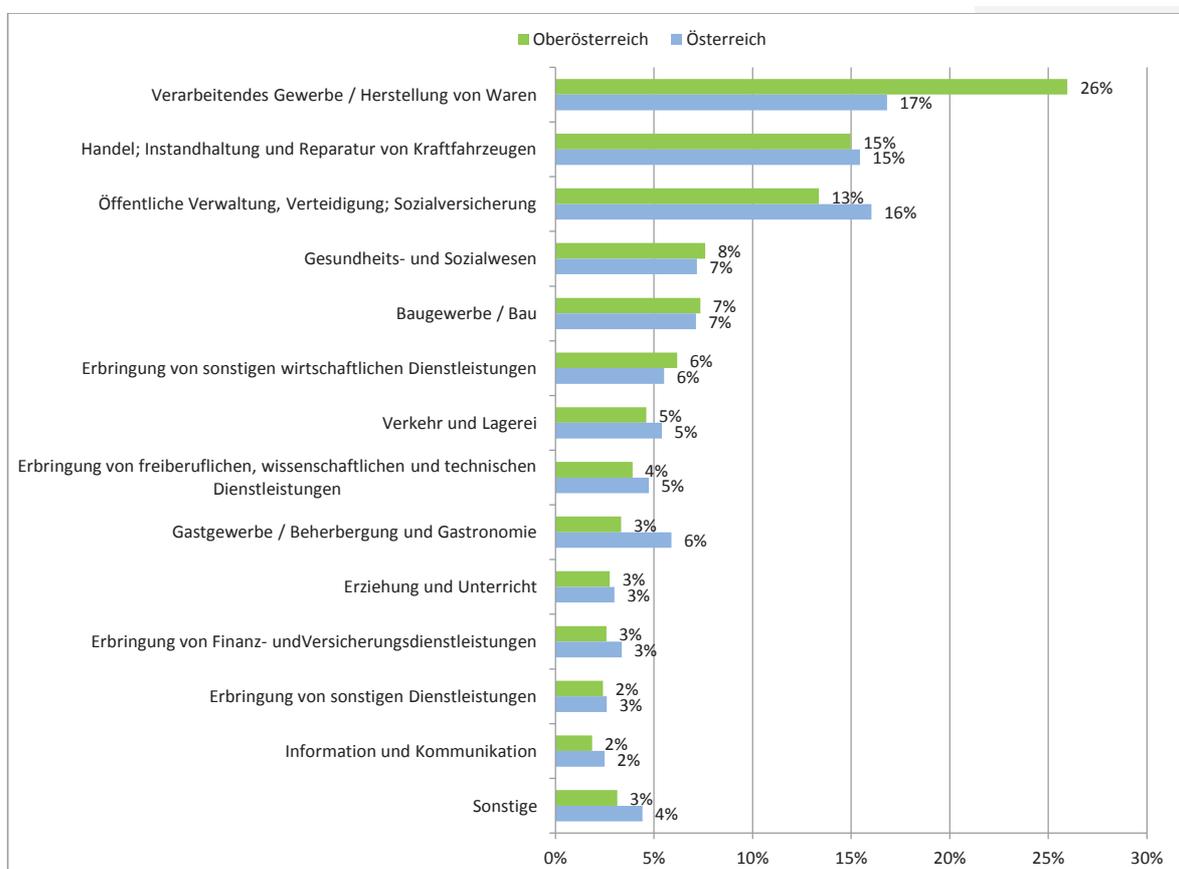
- Krabbelstuben, Kindergärten und Schulen als primäre Lebenswelten können einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheit der Kinder leisten.
- Die Betreuungsquote der 0- bis 2-Jährigen ist im Vergleich zum Bundesdurchschnitt unterdurchschnittlich ausgeprägt, die Betreuungsquote der 3- bis 5-Jährigen liegt im Bundesdurchschnitt.
- Die Verankerung der Gesundheitsförderung (Verhaltens- und Verhältnisebene) im Kindergartenalter ist Ziel des oberösterreichischen Netzwerks „Gesunder Kindergarten“, dem 356 oberösterreichische Kindergärten angehören (Stand Oktober 2017).
- 14 Prozent der oberösterreichischen SchülerInnen im Alter von 11 bis 17 Jahren bezeichnen ihren subjektiven Gesundheitszustand lediglich als eher gut oder sogar schlecht.
- Die durchschnittliche Lebenszufriedenheit der 11- bis 17-Jährigen ist hoch, Burschen schätzen ihre Lebenszufriedenheit positiver ein als Mädchen.
- Oberösterreichische SchülerInnen bewerten das Schulklima überwiegend positiv.
- Mädchen sehen sich im Vergleich zu Burschen einer höheren Beschwerdelast ausgesetzt.
- Burschen sind an durchschnittlich 4,3, Mädchen an durchschnittlich 3,5 Tagen pro Woche mindestens 60 Minuten körperlich aktiv.
- Mit Stand November 2017 verfügen 146 Schulen über ein gültiges Gütesiegel „Gesunde Schule Oberösterreich“, 192 Schulen befinden sich im Prozess zum Gütesiegel.

2.1.2 Betrieb

Laut statistischem Handbuch der österreichischen Sozialversicherung gab es im Jahr 2015 in Oberösterreich 629.128 Beschäftigte (ArbeiterInnen, Angestellte und BeamtInnen). Betrachtet man die Verteilung aller Beschäftigten nach Wirtschaftsklassen, so sind mehr als ein Viertel aller Beschäftigten im „Verarbeitenden Gewerbe/ Herstellung von Waren“ tätig. Oberösterreich liegt hier deutlich über dem bundesweiten Wert von 17 Prozent.

Weitere 15 Prozent aller Erwerbstätigen sind der in Wirtschaftsklasse „Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen“ tätig. 13 Prozent und damit etwas weniger als der Bundesdurchschnitt von 16 Prozent gehören der Wirtschaftsklasse „Öffentliche Verwaltung, Verteidigung bzw. Sozialversicherung“ an. Gemessen an den Beschäftigten deutlich kleinere Wirtschaftsklassen sind weiter „Gesundheits- und Sozialwesen“ (8%), „Baugewerbe/ Bau“ (7%) sowie „Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen“ (6%).

Abbildung 35: Beschäftigte nach Wirtschaftsklassen 2015 in Oberösterreich und Österreich



Quelle: Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2015, IGP-Berechnungen

Die durchschnittlich geleisteten Arbeitsstunden liegen für Vollzeitbeschäftigte österreichweit bei exakt 43,0 Stunden. Bei Teilzeitkräften liegt dieser Wert bei 20,5 Stunden.¹⁷ Teilzeitbeschäftigten¹⁸ und sogenannte atypische Beschäftigungsverhältnisse (Leiharbeitsverhältnisse, befristete oder geringfügige Beschäftigungsverhältnisse, etc.) sind im Steigen inbegriffen.

Krankenstände und Präsentismus

Die Begriffe Krankenstand und Arbeitsunfähigkeit werden sowohl in der Literatur, als auch in der Praxis synonym verwendet und charakterisieren zeitliche Perioden, in denen eine erwerbstätige Person wegen krankheitsbedingten Verhinderungen seinen beruflichen Verpflichtungen nicht nachkommen kann. Arbeitsunfähigkeit ist dabei kein isoliertes oder gar nebensächliches Phänomen, sondern ist vielmehr als Schlüsselfaktor bei volkswirtschaftlichen Indikatoren zu sehen.

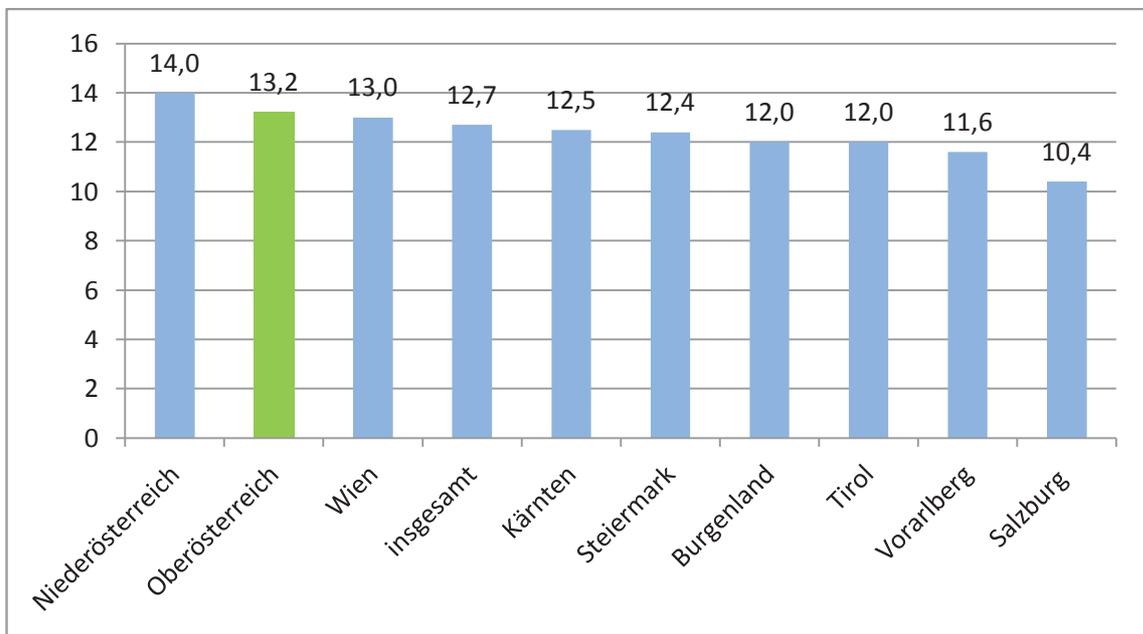
¹⁷ Statistik Austria 2015, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung

¹⁸ Statistik Austria, (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/arbeitsmarkt/arbeitszeit/index.html)

Nach Schätzungen des Wirtschaftsforschungsinstituts gingen im Jahr 2007 allein 65 Mrd. Euro an Bruttowertschöpfung durch die Arbeitsunfähigkeit verloren. Dieser Betrag entspricht 3,1 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Anteilsmäßig heruntergebrochen auf das Bundesland Oberösterreich bedeutet dies einen Wertschöpfungsverlust durch Arbeitsunfähigkeit von rund eine Milliarde Euro.¹⁹

Die Krankenstandsquote der in Oberösterreich versicherten Personen lässt sich über die Arbeitsunfähigkeitsdaten der Gebietskrankenkassen ermitteln.²⁰ Tendenziell zeigt sich österreichweit ein Ost-West-Gefälle, wobei hierbei die meisten Pro-Kopf-Krankenstandstage in Niederösterreich (14 Tage) und die wenigsten in Salzburg (10,4) verzeichnet werden. Oberösterreich weist 13,2 Krankenstandstage pro Kopf auf und liegt somit leicht über dem Schnitt aller Bundesländer.²¹ Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2015.

Abbildung 36: Krankenstandstage pro Kopf je Bundesland 2015



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen

¹⁹ Schableger 2011, S. 2

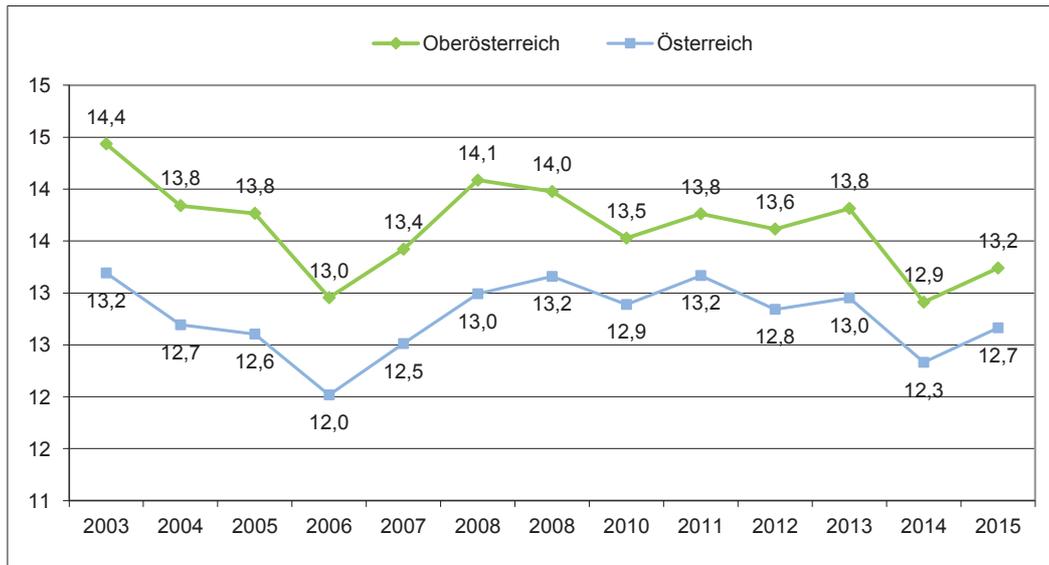
²⁰ Obwohl nicht alle ArbeiterInnen und Angestellten bei den Gebietskrankenkassen des entsprechenden Bundeslandes versichert sind, ergibt die Summe der Krankenstandstage der neun österreichischen Gebietskrankenkassen gegenüber der Gesamtheit aller in der Krankenstandstatistik erfassten Krankenstände eine Abdeckungsquote von 92,3% (2014). Krankenstandstage werden grundsätzlich in Kalendertagen erfasst, eine Differenzierung zwischen Arbeits- und Werktagen sowie Sonn- und Feiertagen unterbleibt. Gleichsam gilt es bei der Interpretation von Arbeitsunfähigkeitstagen zu berücksichtigen, dass in den Statistiken nicht krankenversicherte Personen sondern Krankenversicherungsverhältnisse erfasst werden.

²¹ Fehlzeitenreport 2015

Betrachtet man die Krankenstandsquote im Zeitverlauf, so bildet sich der Trend der überdurchschnittlich hohen Kennzahlen für Oberösterreich im Vergleich zum bundes-

weiten Schnitt durchwegs ab. Allerdings ist anzumerken, dass sich ebendiese Diskrepanz seit dem Jahr 2003 sukzessive verringert.

Abbildung 37: Entwicklung der Krankenstandstage pro Kopf 2003 bis 2015²² in Oberösterreich und Österreich



Quelle: OÖ Gebietskrankenkasse

Die vergleichsweise hohe Krankenstandsquote in Oberösterreich wird vornehmlich auf die große Anzahl der Gewerbebetriebe und den hohen Anteil der ArbeiterInnen zurückgeführt. Die sozialrechtliche Stellung (ArbeiterInnen, Angestellte) sowie das Geschlecht liefern bei genauerer Betrachtung jedoch nur bedingt eine Erklärung für die doch beträchtlichen regionalen Unterschiede. Die Krankenstandsquote - also der prozentuelle Anteil an Krankenstandstagen gemessen an allen Arbeitstagen eines Jahres - bleibt für Oberösterreich auch bei der fik-

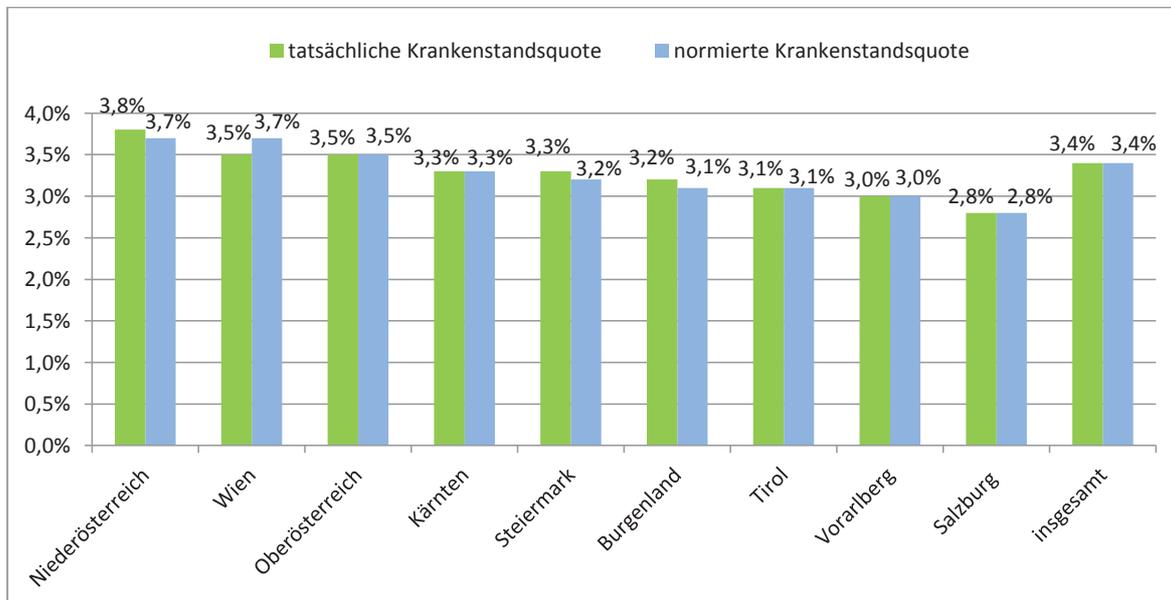
tiven Annahme, wonach alle Bundesländer den gleichen (und somit normierten) Anteil an ArbeiterInnen und Angestellten und eine gleiche Verteilung der Geschlechtergruppen aufweisen, konstant bei 3,5 Prozent. Somit muss festgehalten werden, dass für die Erklärung der Unterschiede die Differenzierung der sozialrechtlichen Stellung in ArbeiterInnen und Angestellte unzureichend ist.²³ Daher gilt es zu betonen, dass krankheitsbedingte Fehlzeiten stets mit gesamtgesellschaftlichen, wirtschaftlichen bzw. sozialen Entwicklungen zusammenhängen.²⁴

²² Daten beziehen sich auf Versicherte der Gebietskrankenkassen

²³ Fehlzeitenreport 2015, S. 45f.

²⁴ Meier & Stritt 2014, S. 427

Abbildung 38: Krankenstandsquote nach Bundesländern 2014 (real und normiert)



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen; normiert: alle Bundesländer weisen den gleichen (und somit normierten) Anteil an ArbeiterInnen und Angestellten und eine gleiche Verteilung der Geschlechtergruppen auf

Die ausschließliche Auseinandersetzung mit Krankenstandsdaten scheint in Anbetracht des Phänomens „Präsentismus“ als unzureichend. Als Präsentismus wird das Verhalten bezeichnet, wonach Menschen trotz Krankheit ihrer beruflichen Tätigkeit nachgehen.²⁵ Es geht hier also um Personen, die eine behandlungsbedürftige Krankheit haben, welche eine Krankmeldung legitimiert und zumeist auch zwingend erforderlich macht, die aber dennoch zur Arbeit gehen bzw. ihre Erwerbstätigkeit aufnehmen. In einer schriftlichen Befragung der oberösterreichischen unselbstständig Erwerbstätigen im Jahr 2013 konnte erhoben werden, dass im Schnitt 7,4 Tage pro Jahr auftreten, an denen die Anwesenheit am Arbeitsplatz einem gerechtfertigten Krankenstand vorgezogen wird.²⁶

Gesundheit, Gesundheitszustand und Gesundheitsdeterminanten

Gemäß der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 berichten 87 Prozent der oberösterreichischen Erwerbstätigen von einem sehr guten oder guten Gesundheitszustand und liegen somit im Durchschnitt leicht unter dem bundesweiten Mittel von 88,5 Prozent. Hinsichtlich der subjektiven Lebensqualität kann von einem ähnlich positiven Wert berichtet werden. 85,3 Prozent der erwerbstätigen OberösterreicherInnen schätzen ihre Lebensqualität sehr gut oder gut ein und liegen damit exakt gleich mit der österreichischen Erwerbsbevölkerung.

Mehr als ein Viertel der Erwerbsbevölkerung in Oberösterreich (26,8%) weist eine chronische Erkrankung auf. Bundesweit werden 28 Prozent mit einer dauerhaften Gesundheitsbeeinträchtigung verzeichnet. Obgleich dieser doch beträchtlichen Anzahl an gesundheitlich dauerhaft beeinträchtigten Personen ist die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeitsfähigkeit stark ausgeprägt. Insgesamt rund neun von zehn Erwerbstätigen (90,6%) sind mit ihrer Arbeitsfähigkeit sehr oder eher zufrieden.²⁷

Richtet man den Blick auf die am Arbeitsplatz vorherrschenden Verhältnisse, so liefert das Ad-hoc-Modul 2013 zur Arbeitskräfteerhebung der Statistik Austria Informationen zu physischen und psychischen Belastungsfaktoren sowie zu arbeitsbezogenen Gesundheitsproblemen.

Hinsichtlich körperlicher Belastungsfaktoren kann grundsätzlich festgehalten werden, dass 71,7 Prozent der befragten OberösterreicherInnen angeben, dass sie zumindest einer der folgenden Belastungen ausgesetzt sind. Österreichweit liegt dieser Wert bei 73,3 Prozent. Am häufigsten werden Tätigkeiten, mit welchen eine starke Anstrengung der Augen einhergeht, genannt. Rund ein Drittel aller Erwerbstätigen in Oberösterreich (31,7%) kennt diese Belastung. Von mehr als einem Viertel aller Befragten wird das Hantieren mit schweren Lasten (28,3%), die Durchführung schwieriger Arbeitshaltungen und Bewegungsabläufe (26,9%), die Gefahr von Unfällen (26,2%) sowie Lärm (25,7%) genannt.

²⁵ Johns 2009, S. 521 oder Aronsson, Gustafsson & Dallner 2000

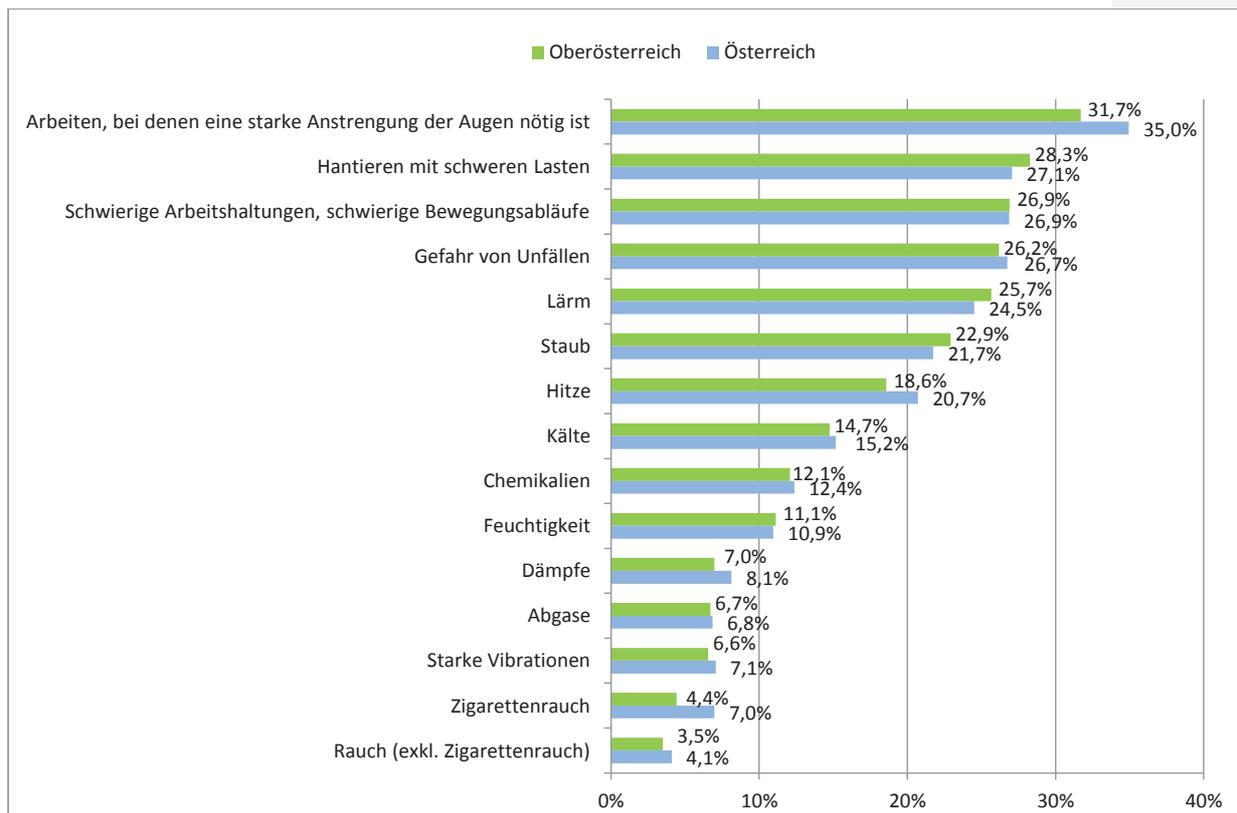
²⁶ Gerich 2013, S. 42

²⁷ Statistik Austria - Gesundheitsbefragung 2014

Alle weiteren Belastungen liegen anteilmäßig unter 25 Prozent und betreffen vorwiegend klimatische Aspekte oder die Exposition von gesundheitsgefährdenden Stoff-

fen. Gravierende Abweichungen zum Bundesdurchschnitt können durchwegs nicht festgestellt werden.²⁸

Abbildung 39: Physische Belastungsfaktoren bei Erwerbstätigen²⁹ in Oberösterreich und Österreich



Quelle: Statistik Austria

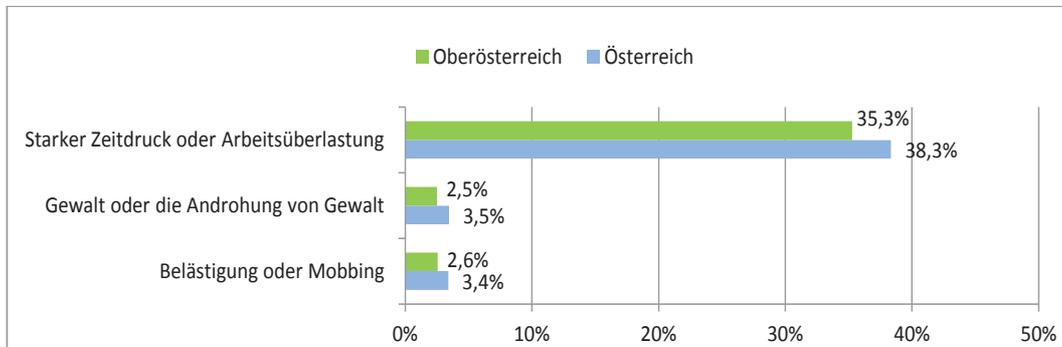
Psychische Belastungsfaktoren werden weniger umfassend abgefragt und betreffen Zeitdruck und Überlastung, Gewalt oder Gewaltandrohung sowie Belästigung und Mobbing. 36,6 Prozent der oberösterreichischen Erwerbstätigen sind zumindest von einem der genannten Aspekte betroffen. Der entsprechende Wert über alle Bundesländer hinweg liegt bei 40,3 Prozent.

Zeitdruck und Arbeitsüberlastung sind der dominierende Faktor. 35,3 Prozent der Befragten berichten von derartigen Stresssituationen. Im Vergleich zum Bundeschnitt von 38,3 Prozent treten diese Arbeitsanforderungen somit in Oberösterreich weniger häufig auf.

Gewalt und Mobbing sind vergleichsweise seltene Phänomene, wenngleich sich immerhin 2,5 bzw. 2,6 Prozent der Befragten mit diesen konfrontiert sehen.

²⁸ Statistik Austria - Ad-hoc-Modul zur Arbeitskräfteerhebung 2013
²⁹ Statistik Austria - Ad-hoc-Modul zur Arbeitskräfteerhebung 2013

Abbildung 40: Psychische Belastungsfaktoren bei Erwerbstätigen³⁰ in Oberösterreich und Österreich

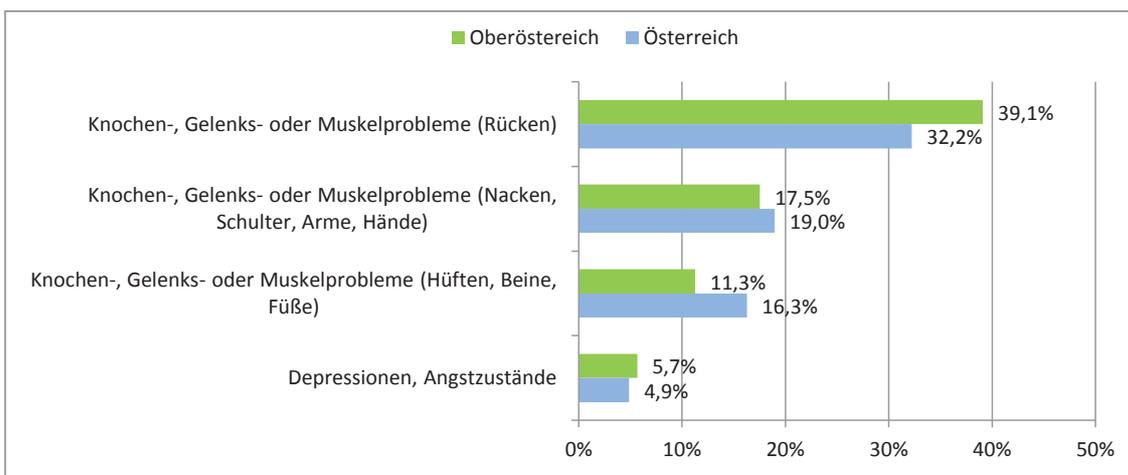


Quelle: Statistik Austria

Zu arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen wurden alle jemals erwerbstätigen Personen befragt - auch jene, bei denen die Erwerbstätigkeit schon länger zurücklag. Österreichweit gaben im Jahr 2013 15,6 Prozent aller (jemals) erwerbstätigen Personen an, zumindest ein arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem erlitten zu haben. Für Oberösterreich kann ein geringfügig höherer Wert von 16,2 Prozent berichtet werden. Personen, die zumindest ein arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem angegeben hatten, wurden gefragt, welches das schwerste Gesundheitsproblem war. Bei den Antworten dominieren muskuloskelettale sowie psychische

Beschwerden. 39,1 Prozent aller befragten OberösterreicherInnen berichten von Rückenproblemen. Dieser Wert übersteigt den Bundesschnitt von 32,2 Prozent deutlich. Von Nacken- und Schulterschmerzen berichten immerhin 17,5 Prozent. 11,3 Prozent leiden unter körperlichen Beschwerden im Bereich Hüfte, Beine und Füße. Letztere Werte sind im Vergleich zu den Ergebnissen auf Bundesebene unterdurchschnittlich ausgeprägt. Von Depressionen bzw. depressiven Verstimmungen und Angstzuständen wissen 5,7 Prozent der (jemals) Erwerbstätigen in Oberösterreich zu berichten.

Abbildung 41: Schwerstes Gesundheitsproblem bei Erwerbstätigen mit Gesundheitsproblem³¹ in Oberösterreich und Österreich



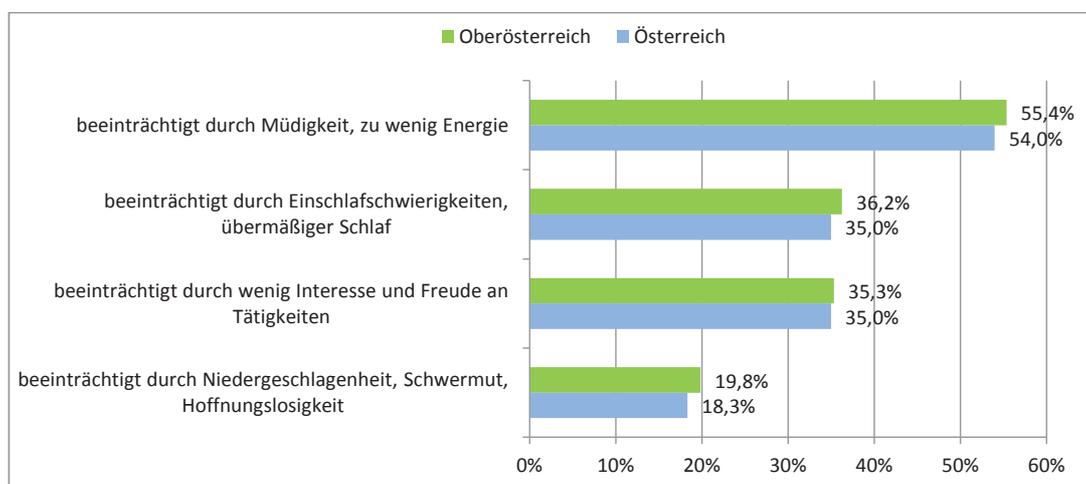
Quelle: Statistik Austria

³⁰ Statistik Austria - Ad-hoc-Modul zur Arbeitskräfteerhebung 2013
³¹ Statistik Austria - Ad-hoc-Modul zur Arbeitskräfteerhebung 2013

Einen tiefer gehenden Einblick in die psychosomatische Konstitution der oberösterreichischen Erwerbsbevölkerung gibt die Gesundheitsbefragung 2014. Die Grafik gibt wieder, welcher Anteil an Befragten sich zumindest an manchen Tagen (bzw. an mehr als der Hälfte der Tage oder beinahe jeden Tag) beeinträchtigt fühlt. Von Müdigkeit bzw. zu wenig Energie berichtet deutlich mehr als die Hälfte der erwerbstätigen OberösterreicherInnen (55,4%). Von Einschlafproblemen oder übermäßigen

Schlaf wissen immerhin 36,2 Prozent zu berichten. Ebenso mehr als ein Drittel der Befragten schöpft mitunter wenig Interesse und Freude aus seiner Tätigkeit (35,3%). Niedergeschlagenheit, Schwermut und Hoffnungslosigkeit ist in etwa einem Fünftel der Befragten (19,8%) nicht fremd. Markante Unterschiede bzw. Abweichungen zu den österreichischen Durchschnittswerten können nicht berichtet werden.

Abbildung 42: Psychosomatische Symptome bei Erwerbstätigen in Oberösterreich und Österreich (Anteil, die sich zumindest an manchen Tagen belastet fühlen)³²



Quelle: Statistik Austria

Betriebliche Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) kann in erheblichem Ausmaß zur Gesundheit der Beschäftigten beitragen. Das Gesundheitsziel 2 der Oberösterreichischen Gesundheitsziele bis 2020³³ sowie das Rahmen-Gesundheitsziel 1³⁴ tragen diesem Umstand Rechnung.

Ein wesentlicher Indikator für die Anzahl der BGF-Betriebe in Oberösterreich sind die Auszeichnungen mit dem BGF-Gütesiegel. Mit Stand November 2017 verfügen in Oberösterreich 177 Betriebe über das begehrte Siegel - das bedeutet, dass im Rahmen von BGF-Projekten rund 113.000 gesündere Arbeitsplätze geschaffen wurden (Stand Oktober 2017). Die Zahl

der Betriebe, die gesundheitsförderliche Maßnahmen innerhalb ihrer Rahmenbedingungen umsetzen, ist allerdings deutlich höher. 2.062 oberösterreichische Betriebe befassen sich intensiv mit der Gesundheit ihrer Belegschaft und setzen - wenngleich es sich nicht durchwegs um ganzheitliche, systematisch umgesetzte BGF-Projekte handelt - regelmäßig gesundheitsförderliche Aktivitäten um. Das entspricht rund 279.000 Arbeitsplätzen (Stand Juni 2017) (siehe auch Kapitel 6 Gesundheitsziel).

³² Statistik Austria - Gesundheitsbefragung 2014

³³ <https://www.gesundheitsplanung.at/gesundheitsziele/>

³⁴ <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/>

Fakten:

- In Oberösterreich sind mehr als ein Viertel aller Beschäftigten im „Verarbeitenden Gewerbe/Herstellung von Waren“ tätig (bundesweiter Schnitt 16,8%).
- Oberösterreich liegt mit 13,2 Krankenstandstagen pro Kopf und Jahr leicht über dem Bundesdurchschnitt.
- Laut eigenen Angaben gehen die oberösterreichischen Erwerbstätigen an rund 7,4 Tagen pro Jahr arbeiten, an denen ein Krankenstand gerechtfertigt wäre (Präsentismus).
- Jeweils rund neun von zehn oberösterreichischen Erwerbstätigen weisen einen (sehr) guten Gesundheitszustand auf, schätzen ihre Lebensqualität (sehr) gut ein und sind mit ihrer Arbeitsfähigkeit (sehr) zufrieden.
- Die häufigsten Belastungsfaktoren sind (jeweils mehr als ein Viertel betroffen) Arbeiten, bei denen eine starke Anstrengung der Augen nötig ist, das Hantieren mit schweren Lasten, schwierige Arbeitshaltungen bzw. Bewegungsabläufe, Unfallgefahr sowie Lärm. Gut ein Drittel der oberösterreichischen Erwerbspersonen fühlt sich durch Zeitdruck und Arbeitsüberlastung belastet.
- Die häufigsten arbeitsbedingten Gesundheitsprobleme sind muskuloskelettale sowie psychische Beschwerden.
- Mit Stand November 2017 verfügen 177 oberösterreichische Betriebe über ein gültiges BGF-Gütesiegel, 2.062 Unternehmen setzen nachhaltig wirksame Maßnahmen im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung um (Stand Juni 2017).

2.1.3 Gemeinde

Bereits seit vielen Jahren wird Gesundheitsförderung in bestimmten Settings durchgeführt. Dieser langfristig angelegte Ansatz versucht, die gesundheitlichen Bedürfnisse in den Alltag des Denkens und Handelns der Settingmitglieder zu integrieren.³⁵ Eine große Anzahl an Faktoren im direkten Lebensumfeld hat einen Einfluss auf die Lebensqualität. Der Betrachtung regionaler Strukturen muss deshalb ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt werden.³⁶ Die Interaktionen zwischen der physischen und sozialen Umwelt, wie Geh- und (Wander-)Wege, Straßen, Vorhandensein und Erreichbarkeit von Grünflächen, Kindergärten, Schulen, Vereinswesen und Dienstleistungsangeboten, schaffen ein Lebensumfeld, das enormes Potential zur Unterstützung der Gesundheit von Menschen enthält.³⁷

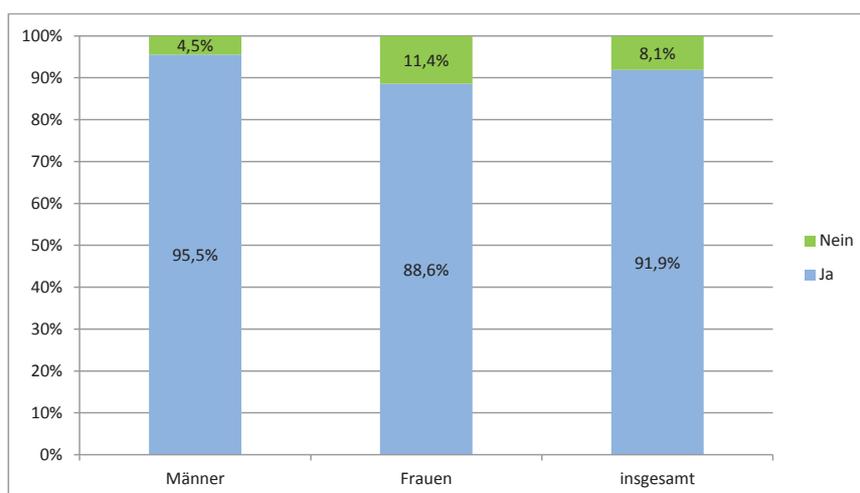
Mit dem Oberösterreichischen Gesundheitsziel 3 „Gesundheit in den Gemeinden fördern“ wird der Forderung, Kommunen als wesentlichen Raum für die Implementierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen und -strukturen zu verstehen, nachgekommen. Das Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ der Abteilung Gesundheit, Land Oberösterreich, verfolgt seit dem Jahr 1998 den Auf- und Ausbau einer kommunalen Struktur im Bereich der Gesundheitsförderung. Getragen wird die „Gesunde Gemeinde“ von ehrenamtlich tätigen, gesundheitsinteressierten Menschen, die Arbeitskreise in den Gemeinden bilden. Die Erstellung von Gesundheitsförderungsprogrammen erfolgt - entsprechend den Bedürfnissen der Gemeindebevölkerung - durch die Nutzung örtlicher Ressourcen und Strukturen, sowie über die Vernetzung mit Institutionen, Vereinen und ExpertInnen der Gemeinde.

Mit Stand Oktober 2017 gibt es in Oberösterreich 436 Gesunde Gemeinden, 319 verfügen über das Qualitätszertifikat „Gesunde Gemeinde“ (siehe auch Kapitel 6 Gesundheitsziele).

Die Lebenswelt Gemeinde kann die Bewegung fördern
Der Nationale Aktionsplan Bewegung (NAP.b) formuliert - auf Basis des Rahmengesundheitsziels 8 „Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern“ - Ziele und Maßnahmen zur Verbesserung des Bewegungsverhaltens und einer messbaren Veränderung der Gesellschaft in Richtung einer ganzheitlichen Bewegungs- und Sportkultur. Die Ziele und Maßnahmen werden in unterschiedlichen Arbeitsgruppen und sektorenübergreifend bearbeitet und wenden sich an unterschiedliche Settings bzw. Altersgruppen. Diese Leitlinie ist Teil einer nationalen Gesundheitsstrategie, die alle gesellschaftlichen Bereiche sowie die Kooperation der Sport-Dachverbände mit einschließt.³⁸ Gemeinden finden darin zahlreiche Ansatzpunkte für Angebote und Programme, um einem bewegungsarmen Lebensstil entgegenzuwirken.

Befragt, wie zufrieden die OberöreicherInnen mit den Betätigungsmöglichkeiten in ihrer Wohnumgebung sind, findet der Großteil der Befragten (91,9%), dass es genügend Möglichkeiten zu körperlichen Aktivitäten in ihrer Wohnumgebung gibt und nur 8,1 Prozent verneinen dies. Männer sind insgesamt zufriedener als Frauen (95,5% der Männer, 88,6% der Frauen)³⁹ (Abbildung 43).

Abbildung 43: Zufriedenheit mit dem Angebot für körperliche Aktivitäten nach Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Rieder et al. 2010, S.68

³⁵ Naidoo & Wills 2010, S.259f

³⁶ OECD 2014, S.2

³⁷ Naidoo & Wills 2010, S.259f

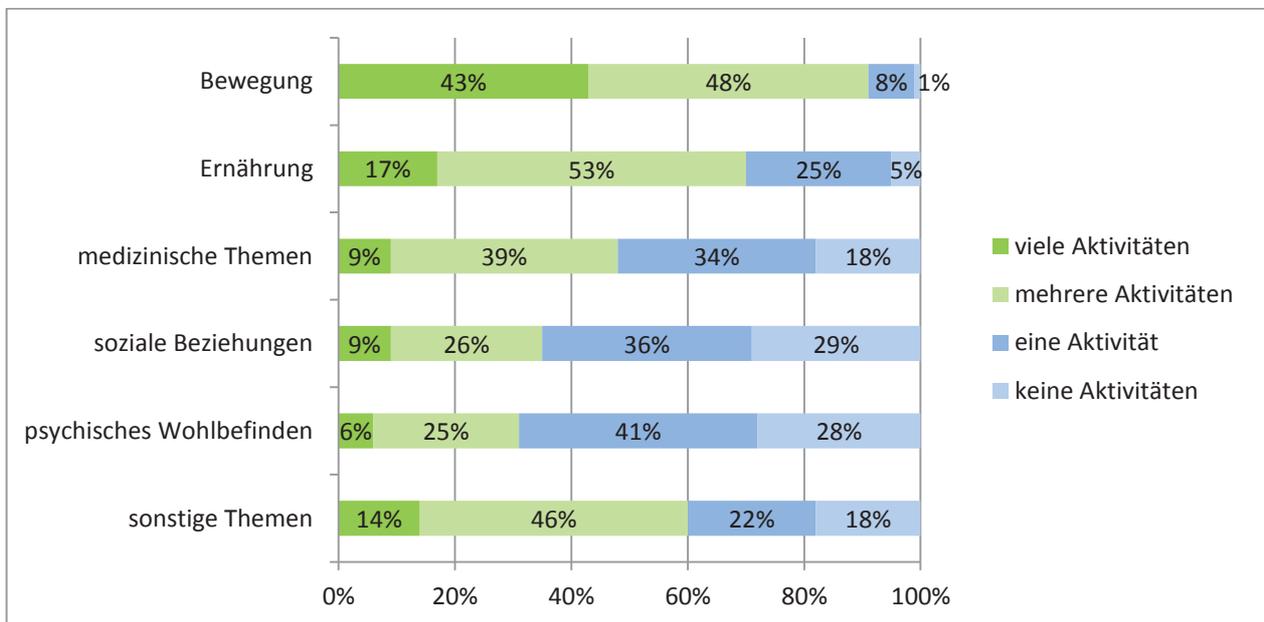
³⁸ Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport 2013

³⁹ Rieder 2013, S.68

Im Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ greifen die Arbeitskreise Jahresschwerpunkte und Initiativen auf, die den 436 „Gesunden Gemeinden“ von Seiten der Abteilung Gesundheit zur Verfügung gestellt werden. So sollte auch das Thema „Bewegung“ und die dazugehörigen Angebote in den Jahren 2013 bis 2015 dazu beitragen, das Bewusstsein für einen aktiven Lebensstil und gesundheitswirksame Bewegung zu steigern.

Der Evaluierungsbericht „25 Jahre Gesunde Gemeinde in Oberösterreich“ zeigte, dass im Jahr 2015 fast alle Gemeinden (99%) zumindest eine Veranstaltung bzw. Aktivität zum Thema Bewegung durchgeführt hatten (Abbildung 44).

Abbildung 44: Themenbereiche der Veranstaltungen in „Gesunden Gemeinden“ in Oberösterreich

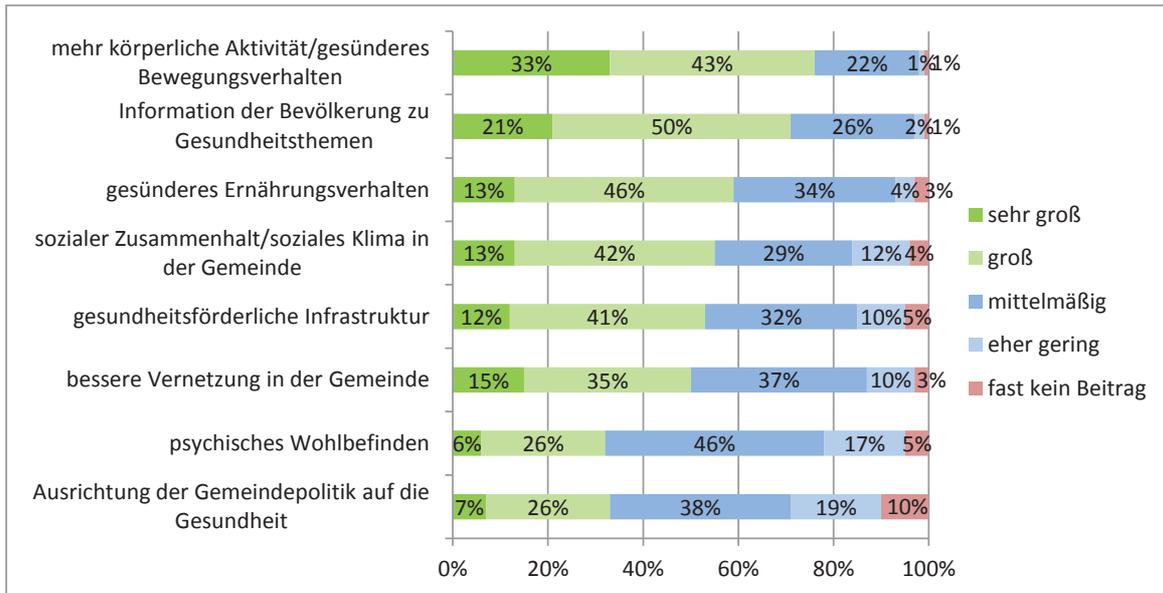


Quelle: Institut für Gesundheitsplanung 2016, S.62; Erhebung Gesunde Gemeinden OÖ 2015, n=147 - 163, „Zu welchen Themen wurden im letzten Arbeitsjahr (2014) Aktivitäten durchgeführt?“

Die befragten TeilnehmerInnen sind der Ansicht, dass die Aktivitäten im Rahmen der „Gesunden Gemeinde“ vor allem Auswirkungen auf die körperliche Aktivität der Bevöl-

kerung haben (76% große oder sehr große Auswirkungen) (Abbildung 45).

Abbildung 45: Beiträge der Aktivitäten in der Gemeinde in Oberösterreich



Quelle: Institut für Gesundheitsplanung 2016, S.67; Erhebung Gesunde Gemeinden OÖ 2015, n=150 - 157, „In welchem Ausmaß sehen Sie in Ihrer Gemeinde einen Beitrag der Aktivitäten im Rahmen der Gesunden Gemeinde zu folgenden Punkten?“

Auch die Initiative „Wir machen Meter“ des Landes Oberösterreich mobilisierte in den Jahren 2014 rund 300 Gemeinden und jeweils über 100 Kindergärten und Volksschulen, ihre selbst gemachten Meter zu sammeln und noch bewusster auf einen bewegungsreichen Alltag zu achten⁴⁰.

In den Settings „Gesunde Gemeinde“, „Gesunder Kindergarten“ und „Gesunde Schule“ wird einerseits die Bewegungsfreude und Bewegungskompetenz im Alltag vermittelt, andererseits ist die Gemeinde aufgerufen, durch bewegungsfreundliche Infrastrukturplanung (Radwege, Spielplätze, Schulwege und Pausenräume) das Bewegungsverhalten ihrer EinwohnerInnen zu fördern. Das kann unter anderem ein freier Zugang zu Sport- und Freizeiteinrichtungen, die Umsetzung von Sportprogrammen ev. durch Kooperation mit Sportvereinen, Marketing für das Zufußgehen oder Radfahren, Priorisierung der Bedürfnisse von FußgängerInnen und RadfahrerInnen sein. Vor allem die Repräsentation des Gesundheitssektors in multidisziplinären Planungsgremien trägt dazu bei, Gelegenheiten für Bewegung zu schaffen.⁴¹

Vielfach spielen Sicherheitsbedenken eine Rolle, wenn auf das Rad oder das Gehen verzichtet wird: Verkehrsberuhigung, Temporeduzierung, breite Geh- und Radwege, sichere Verbindungen zwischen Siedlungen, sowie sichere Querungen, gute Beleuchtung und regelmäßige Beseitigung von Verschmutzung und Schnee sind wichtige Beiträge, um ein höheres Bewegungsausmaß zu fördern.⁴²

Je älter Menschen werden, desto mehr Wege werden zu Fuß bewältigt. Mobilität im Alter trägt auch dazu bei, dass Menschen ein aktives Sozialleben führen können. Eine gute Erreichbarkeit von Alltags- und Freizeitzielen, sowie die Barrierefreiheit als Grundprinzip bei der Gestaltung der Gemeindewege sind sicherzustellen. Denn davon profitieren nicht nur ältere Menschen und Personen mit Kinderwagen oder Rollstuhl, sondern alle Bevölkerungsgruppen.⁴³

„Während nur knapp 40 Prozent der 62- bis 64-Jährigen Gehen als ihre bevorzugte Mobilitätsform nennen, sind es bei den 70- bis 79-Jährigen mehr als die Hälfte und bei den 80- bis 84-Jährigen mehr als 60 Prozent.“⁴⁴

⁴⁰ Land OÖ 2013
⁴¹ WHO 2010, S. 38f

⁴² VCÖ 2016
⁴³ VCÖ 2015
⁴⁴ VCÖ 2015

Die Lebenswelt Gemeinde kann Unfällen in Haushalt, Freizeit und Sport vorbeugen

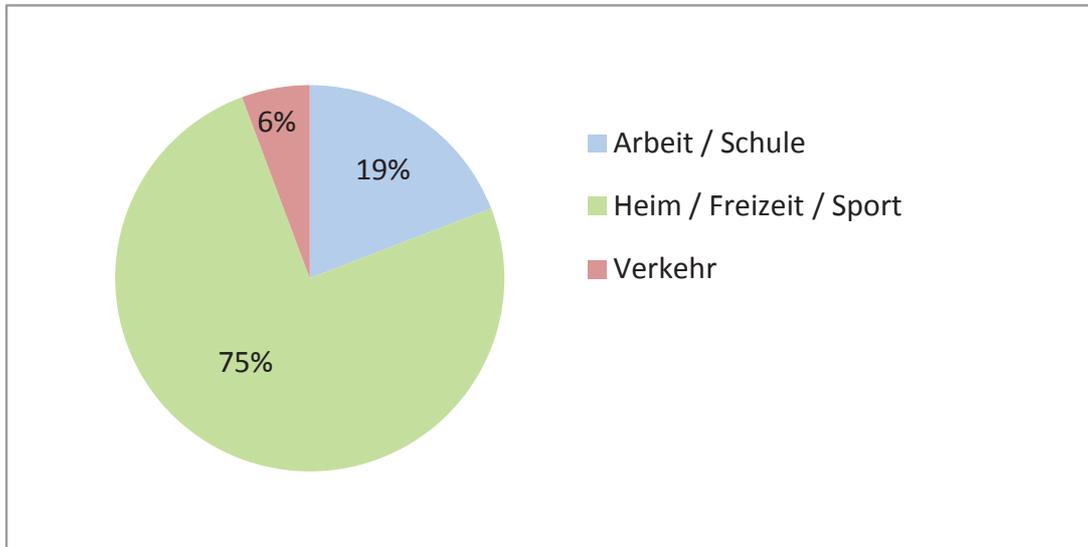
Über 850.000 Menschen verletzten sich im Jahr 2014 in Österreich auf Grund eines Unfalls. Der Anteil der Unfälle an allen stationären Spitalsfällen machte in den Jahren 2010 - 2013 jeweils rund 10 Prozent aus.

Knapp drei Viertel der Unfälle passieren dabei in den Lebensbereichen Heim, Freizeit und Sport (Abbildung 46). Der Anteil von Verkehrs- und Arbeitsunfällen ist durch zahlreiche Maßnahmen (Mehrphasenausbildung von Fahrern, Gurt- und Helmpflicht, Verkehrserziehung in

Schulen und Kindergärten etc.) in den vergangenen Jahren zurückgegangen. Im Freizeitbereich stagnieren die Unfälle jedoch und bei den tödlichen Heim-, Freizeit- und Sportunfällen ist in den vergangenen fünf Jahren sogar ein kontinuierlicher Anstieg zu beobachten.⁴⁵

In Haus und Garten, sowie in der Freizeit passieren knapp zwei Drittel aller spitalsbehandelten Unfälle (Tabelle 6), die übrigen beim Sport.

Abbildung 46: Unfälle 2014 - Verteilung „Arbeit/Schule, Heim/ Freizeit/Sport, Verkehr“ in Österreich



Quelle: Kuratorium für Verkehrssicherheit 2014

Tabelle 6: Spitalsbehandelte Heim-, Freizeit- und Sportunfälle 2014 nach Alter und Geschlecht in Österreich

Altersgruppe	Sport			Heim, Freizeit		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
0-14 Jahre	25.200	15.500	40.700	45.800	36.300	82.100
15-24 Jahre	37.100	13.400	50.500	20.800	15.900	36.700
25-64 Jahre	60.700	32.400	93.100	80.100	84.000	164.100
65 + Jahre	8.800	6.000	14.800	46.300	111.500	157.800
gesamt	131.800	67.300	199.100	193.000	247.800	440.700

Quelle: Kuratorium für Verkehrssicherheit 2014

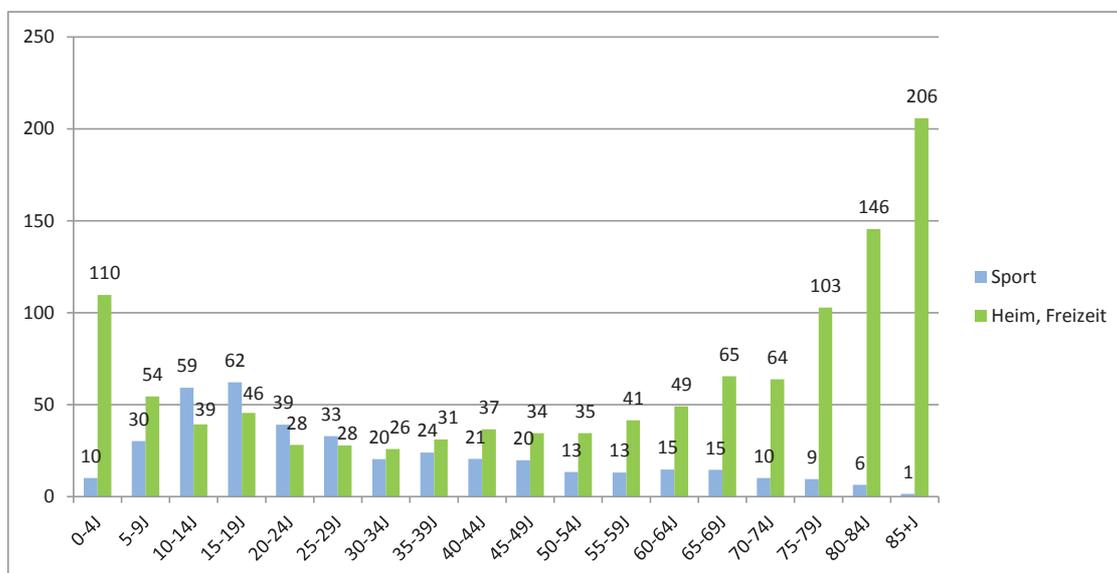
⁴⁵ Kuratorium für Verkehrssicherheit 2014

Je älter Menschen werden, desto mehr steigt das Unfallrisiko im Heim- und Freizeitbereich. Vor allem Stürze führen in allen Altersgruppen zu Verletzungen, z. B. durch Ausrutschen im Bad, Stolpern auf der Treppe, über Teppiche und Türschwellen.⁴⁶ 90 Prozent der Unfälle von FußgängerInnen passieren auf Gehwegen und Gehsteigen und ohne Fahrzeugbeteiligung. So können bei SeniorInnen Gang- und Gleichgewichtsstörungen, aber auch Angst vor Stürzen, mangelnde Rücksichtnahme anderer VerkehrsteilnehmerInnen (RadfahrerInnen, AutofahrerInnen, freilaufende Hunde) zu Unfällen führen. Auch umweltbedingte Ursachen führen zu Stürzen im öffentlichen Raum. Zum Beispiel Stolpern auf unebenen und zu schmalen Gehwegen oder zu hohen Gehsteigkanten, schlechte

Pflasterung, Steine oder unzureichende Straßenbeleuchtung, schlechte Witterung oder ungeräumte Fußwege.⁴⁸

Betrachtet man das Unfallrisiko, so hat die Altersgruppe der Kinder bis neun Jahren das zweithöchste Unfallrisiko nach den Senioren ab 65 Jahren. Stürze haben auch hier den höchsten Anteil. Bei den Altersgruppen der 10- bis 29-Jährigen liegt das Unfallrisiko vermehrt im Bereich sportlicher Aktivitäten. Ab 30 Jahren beginnt das Risiko, in Haus, Garten und Freizeit zu verunfallen, zu steigen⁴⁹ (Abbildung 47).

Abbildung 47: Unfallrisiko, je 1.000 Personen gleicher Altersgruppe bei Heim-, Freizeit- und Sportunfällen in Österreich



Quelle: Kuratorium für Verkehrssicherheit 2014

Im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen sind die Unfallfolgen bei SeniorInnen schwerwiegender. Im Vordergrund der Unfallprävention steht in dieser Altersgruppe die Vorbeugung von Stürzen. Ziel von Vorbeugungsmaßnahmen ist, durch körperliche Aktivität Kraft, Koordination und Gleichgewicht zu schulen, um die Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen zu fördern, Pflegebedürftigkeit zeitlich zu verzögern und somit das möglichst lange Wohnen in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen.⁴⁷

Im österreichischen Rahmengesundheitsziel 8 „Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern“ wird dementsprechend nicht nur das Schaffen von Freiräumen für sichere Bewegung im Alltag betont, sondern auch die Förderung der Bewegungskompetenz. Bedarf besteht hier insbesondere bei Kindern, in Kindergärten und Schulen und bei älteren Personen, in Senioren- und Pflegeheimen. Dem Vereinswesen kommt vor allem bei der Unfallprävention im sportlichen Bereich eine besondere Rolle zu.⁵⁰

⁴⁶ Kuratorium für Verkehrssicherheit 2014

⁴⁷ Kuratorium für Verkehrssicherheit 2014

⁴⁸ Strohmeier, KfV 2019, S. 25ff

⁴⁹ Kuratorium für Verkehrssicherheit 2014

⁵⁰ BMG 2013, S.42ff

Der Jahresschwerpunkt „Sicher auf Schritt und Tritt - Vorbeugung vor Haushalts- und Freizeitanfällen“ im Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ verfolgt das Ziel, das Bewusstsein für die eigene Sturz- und Unfallprävention zu erhöhen und die Risiken des Alltags zu erkennen. Dieser Jahresschwerpunkt wird in den Jahren 2017/2018 umgesetzt und berücksichtigt Angebote für die Zielgruppen Kinder, Jugendliche, Erwachsene und SeniorInnen. An der Umsetzung sind viele Organisationen in Oberösterreich beteiligt wie z. B. Sportvereine, Kuratorium für Verkehrssicherheit, Zivilschutzverband, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse etc. Die ehrenamtlichen Arbeitskreise in den „Gesunden Gemeinden“ planen mit Unterstützung des Landes Oberösterreich die Angebote, je nach Bedarf in ihr Jahresprogramm ein. Durch Zeitungsartikel in der Gemeindezeitung, in Informationsveranstaltungen zur Wissenserweiterung sowie in Kursen und Projekten wird die notwendige Gesundheits- und Handlungskompetenz vermittelt.

Die Lebenswelt Gemeinde kann die sozialen Beziehungen fördern

Soziale Beziehungen gelten als Schutzfaktor für Ängste und Depressionen und erleichtern die Führung eines gesunden Lebensstils.⁵¹ Sie wirken wie ein „Puffer“ für belastende Lebensereignisse und sind wesentlich für das eigene Wohlbefinden und den Eindruck der Selbstwirksamkeit.⁵²

Soziale Netzwerke und Beziehungsstrukturen unterliegen auf Grund unterschiedlicher gesellschaftlicher Entwicklungen einem Wandel. Einerseits wird der Verlust von sozialen Rollen und vermehrte Vereinzelung wahrgenommen, andererseits treten andere Beziehungssysteme wie neue Familienformen, web-basierte Netzwerke oder Selbsthilfegruppen in den Vordergrund.⁵³

Die Veränderung gesellschaftlicher Strukturen wird dabei von verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterschiedlich gut bewältigt. Personen mit sozioökonomisch schwächerem Hintergrund erfahren meist eine weitere Benachteiligung, da sie über geringeres soziales Kapital verfügen. Armut und Isolation werden darüber hinaus „vererbt“ - nachfolgende Generationen sind also meist in gleichem Ausmaß von fehlenden sozialen Beziehungen betroffen wie ihre Vorfahren.⁵⁴

Der Trend zum „aktivierenden Sozialstaat“, der darauf baut, dass die Zivilgesellschaft wesentliche Aufgaben im Sozial- und Gesundheitssystem übernehmen soll, erhöht auch aus struktureller Sicht die Bedeutung nachbarschaftlicher Strukturen. Auch diesbezüglich sind sozial schwächere Bevölkerungsgruppen benachteiligt, da sie fehlende staatliche Versorgungsstrukturen kaum mit eigenen Ressourcen substituieren können.⁵⁵

In der Studie „How´s life“ der OECD 2015 zur Messung des Wohlbefindens wird der Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischen Faktoren und gesellschaftlicher/sozialer Integration im Kindesalter deutlich. Kinder aus höheren sozialen Schichten weisen einen besseren Gesundheitszustand auf, sind - über Engagement - besser in die Gesellschaft integriert und pflegen mit ihren Eltern und im schulischen Bereich bessere Beziehungen.⁵⁶

Einen weiteren wesentlichen Faktor im Bereich der sozialen Integration stellt das Alter dar. Nach den Ergebnissen der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS) nimmt mit zunehmendem Alter das Ausmaß an subjektiv wahrgenommener sozialer Unterstützung ab. 17 Prozent der ab 75-Jährigen und 12 Prozent der 60- bis 74-Jährigen empfinden die soziale Unterstützung als gering. In Bezug auf das Geschlecht waren dabei keine wesentlichen Unterschiede erkennbar.⁵⁷

⁵¹ Weyers & Siegrist 2011, S.2

⁵² Weinhold 2011, S.5

⁵³ Weyers & Siegrist 2011, S.2f

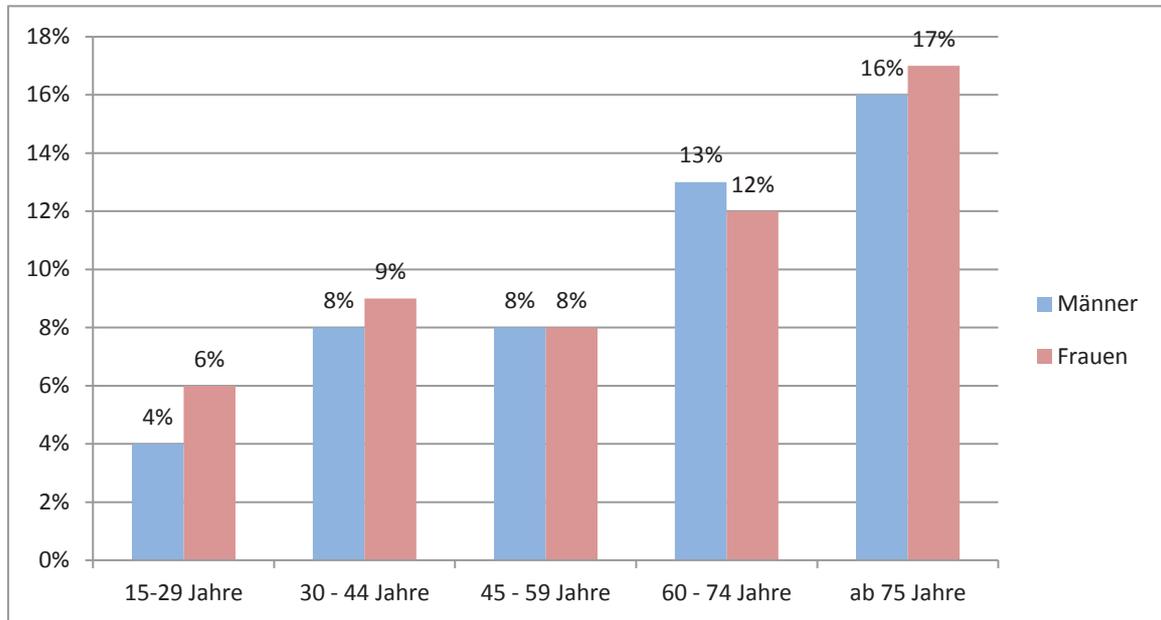
⁵⁴ Weyers & Siegrist 2011, S.3

⁵⁵ BZgA 2009, S. 68

⁵⁶ OECD 2014, S.2

⁵⁷ Statistik Austria 2014, S.54f

Abbildung 48: Empfundene, geringe soziale Unterstützung nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich



Quelle: Statistik Austria 2014

Der positive Effekt einer guten sozialen Vernetzung wird hingegen unterschiedlich sichtbar: Starker sozialer Zusammenhalt in der Nachbarschaft geht mit einem hohen Grad sozialer Interaktion, gegenseitigem Vertrauen und Unterstützungsleistungen einher. Der Gesundheitsförderungsansatz im sozialen Netz zeichnet sich dadurch aus, dass hier ein gesundheitsfördernder Strukturwandel mit hohem Grad an Partizipation, Emanzipation und MultiplikatorInneneinsatz möglich wird und dieser damit den Grundprinzipien der „Good Practice“ entspricht.⁵⁸ Insbesondere für ältere Menschen wird der Nachbarschaftsansatz durch die persönliche Ansprache als sehr geeignet beurteilt.⁵⁹ Das Setting Nachbarschaft wird deshalb als wesentlich für primärpräventive Maßnahmen definiert. Um dieses nutzen zu können, bedarf es einer gezielten Förderung sozialer Netzwerke in den Kommunen. Eine grundlegende Voraussetzung bilden dabei die Orte der Begegnung - öffentlich zugängliche Räume, in denen Begegnung und Austausch erst möglich ist.⁶⁰

Die soziale Komponente als Teil von Gesundheitsförderungsstrategien wird auch in den Veröffentlichungen der WHO zur Förderung psychischer Gesundheit ersichtlich: „Mental health promotion aims to protect, support and sustain emotional and social well-being and create individual, social and environmental conditions that enable optimal psychological and psychophysiological development and improve the coping capacity of individuals.“⁶¹

Das österreichische Rahmengesundheitsziel 5 „Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken“ beschreibt die Förderung von Partizipation und zivilgesellschaftlichem Engagement als eine Handlungsstrategie, die in allen relevanten Settings stattfinden soll, wobei den Maßnahmen auf Gemeindeebene (Stadtteilbene) eine wesentliche Rolle zugeschrieben wird.⁶²

Und auch in den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung zum Rahmengesundheitsziel 9 „Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern“ werden Maßnahmen im sozialen Bereich innerhalb kommunaler Strukturen gefordert:⁶³

„...die Förderung positiver sozialer Beziehungen und Bindungen ist in allen relevanten Settings (Schule, Arbeitsplatz, Gemeinde, Familie etc.) wichtig. Besondere Bedeutung in Hinblick auf den sozialen Zusammenhalt haben Maßnahmen auf Gemeinde- bzw. Stadtteil-Ebene sowie spezifische Ansätze zur Förderung sozialer Netzwerke und Vernetzung.“

Auf Basis des Konzepts des Netzwerks „Gesunde Gemeinde“ wird der Ausbau sozialer Netzwerke auf zwei Ebenen gefördert: über ehrenamtliches Engagement innerhalb der Arbeitskreise einer „Gesunden Gemeinde“, sowie über Angebote, die gezielt den sozialen Zusammenhalt innerhalb einer Gemeinde stärken.

⁵⁸ BZgA 2009, S. 64ff

⁵⁹ BZgA 2009, S. 65f

⁶⁰ BZgA 2009, S. 64ff

⁶¹ WHO 2008, S.21

⁶² BMGF 2012, S. 30ff

⁶³ Grabenhofer-Eggerth 2015, S.23

Ehrenamtliche Tätigkeit hat einen positiven Effekt auf den Gesundheitszustand⁶⁴ und spielt auch bei der Bewertung der Lebensqualität eine wesentliche Rolle. Freiwillig engagierte Personen weisen eine höhere Lebenszufriedenheit auf. Die OECD 2015 schließt daraus, dass ehrenamtliche Tätigkeit generell einen großen und zum Teil noch verborgenen Beitrag für die gesamte Gesellschaft leistet.⁶⁵

Neben den ehrenamtlichen Strukturen, die über das Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ gefördert werden, greifen Gemeinden auch im Bereich psychosozialer Gesundheitsförderung Schwerpunkte und Konzepte für Gesundheitsförderungsprojekte und -initiativen auf, welche unter anderem von Seiten der Abteilung Gesundheit zur Verfügung gestellt werden.

Angebote in diesem Bereich rangieren laut Evaluierung des Netzwerks aktuell im Mittelfeld (hinter den Themenbereichen „Bewegung“, „Ernährung“ und medizinische Themen)⁶⁶ und sollen auch in Zukunft durch Schwerpunkte und zielgruppenspezifische Konzepte ausgebaut werden.

Fakten:

Die 436 oberösterreichischen „Gesunden Gemeinden“ mit ihren zahlreichen ehrenamtlichen MitarbeiterInnen tragen dazu bei ...

- ... die Bewegung zu fördern: Fast alle „Gesunden Gemeinden“ haben im Jahr 2015 eine Veranstaltung bzw. Aktivität zum Thema Bewegung durchgeführt. Laut den TeilnehmerInnen leisten die Gemeinden einen Beitrag zu mehr körperlicher Aktivität bzw. einem gesünderen Bewegungsverhalten.
- ... Unfällen in Haushalt, Freizeit und Sport vorzubeugen: Durch das Setzen des Jahresschwerpunktes 2016/17 „Sicher auf Schritt und Tritt - Vorbeugung vor Haushalts- und Freizeitunfällen“ versucht

das Netzwerk „Gesunde Gemeinde“, das Bewusstsein für die eigene Sturz- und Unfallprävention zu erhöhen und die Risiken den Alltags zu erkennen. Maßnahmen für unterschiedliche Zielgruppen werden in den Gemeinden umgesetzt.

- ... die sozialen Beziehungen zu fördern: Zum einen wird der Ausbau sozialer Netzwerke durch das ehrenamtliche Engagement innerhalb der Arbeitskreise, andererseits über Angebote, die gezielt den sozialen Zusammenhalt stärken, gefördert.
- 319 Gesunde Gemeinden verfügen mit Oktober 2017 über ein gültiges Qualitätszertifikat „Gesunde Gemeinde“.

⁶⁴ Ney 2011, S.15

⁶⁵ OECD 2014, S.2

⁶⁶ s. Abb. 2, Institut für Gesundheitsplanung 2016, S.62

2.1.4 Stadt

Dass das unmittelbare Wohnumfeld eine wesentliche Rolle in Bezug auf die Gesundheit der Bevölkerung spielt, ist bekannt. Neben der physischen Umwelt (Luftsituation, Lärm, Verkehr, Mobilität, Grünflächen), stellt vor allem die soziale Umwelt (soziale Interaktion der BewohnerInnen, Vertrauen und Verständnis unter verschiedenen Bevölkerungsgruppen, soziale Treffpunkte, Einbettung in soziale Netzwerke wie Kindergarten, Schule, Hort, Vereinsstrukturen) einen wichtigen Aspekt dar.

Die räumliche Nähe bietet die Möglichkeit von sozialen Begegnungen und birgt Potentiale zur partizipativen Gestaltung der Lebensbedingungen vor Ort.

Der Schwerpunkt in diesem Beitrag liegt nun auf den Fragestellungen:

- „Was kann die Lebenswelt Stadt dazu beitragen, um soziale Beziehungen, Bewegung und Sicherheit zu fördern und welchen Einfluss übt Stadtteilarbeit/ Gemeinwesenarbeit auf die Gesundheit der BewohnerInnen aus?
- Um die Begriffe, welche in den Fragestellungen vorkommen, besser differenzieren und deuten zu können, vorab einige Definitionen.

Begriffsdefinitionen

Zur Lebenswelt aller BürgerInnen zählen auch die räumlichen und sozialen Bezüge unter Einbeziehung der jeweiligen sozialen und kulturellen Hintergründe und deren Alltagsthemen.

Die Lebenswelten spezifischer Zielgruppen (z. B. Kinder, Jugendliche, verschiedene Nationalitäten, Alleinerziehende, SeniorInnen, etc.) gestalten sich über das Gemeinwesensterritorium (Stadtteil, Dorf oder Region), wo die Menschen ihren alltäglichen Verrichtungen (Arbeit, Schule, Einkauf) nachkommen und einen Teil ihrer Freizeit verbringen. Dieser Raum, in denen Menschen sich häufig bewegen und wo sie die wichtigen sozialen Kontakte pflegen, nennt man Sozialraum. Das kann der Stadtteil sein, aber auch der Freundeskreis, oder sogar ein virtueller Raum.

Unter Gemeinwesen versteht man ein soziales Gefüge, in dem Menschen und Systeme gemeinsame Merkmale haben und in Interaktion zueinander stehen. Geografisch gesehen umfasst ein überschaubares Gemeinwesen im städtischen Bereich einen Radius von etwa fünf Minuten Gehzeit in jede Richtung.

Sowohl das Arbeitsprinzip Gemeinwesenheit als auch die sozialraumorientierte Arbeit geht von den Bedürfnissen und Themen der agierenden Menschen und Gruppen aus. Während die Aktivierung (Empowerment) bei der Gemeinwesenarbeit im Vordergrund steht, muss z. B. die Sozialraumorientierung in der Jugendarbeit nicht zwingend diesen Fokus wählen.

Was kann nun die Lebenswelt Stadt dazu beitragen um soziale Beziehungen zu fördern bzw. das Zusammenleben im Stadtteil fördern?

Eine Stadt, die das Ziel hat, soziale Beziehungen unter den BewohnerInnen bzw. BürgerInnen zu fördern, muss es sich zuerst zur Aufgabe machen, Lebenslagen und Lebenszusammenhänge ihrer Bevölkerung zu erkennen und zu verstehen.

Das Arbeitsprinzip der Gemeinwesenarbeit/Stadtteilarbeit bezieht sich mit seinen Analysen und Strategien auf bestimmte sozialräumliche Einheiten (Stadtteil, Dorf, Siedlung, Quartier), wo Menschen unter (erschweren) Bedingungen leben.

Die Beteiligung an der Verbesserung von Lebensbedingungen in diesen räumlichen Einheiten sind Grundsatzziele der Gemeinwesenarbeit.

Eine Orientierung an der Lebenswelt und Alltagswelt der BewohnerInnen sowie eine gesamtheitliche, zielgruppenübergreifende Betrachtung und Präsenz vor Ort sind unverzichtbar, wenn die Lebensverhältnisse, Lebensformen und -zusammenhänge, Strategien der Lebensbewältigung, Motivationen, Interessen, Kompetenzen und Potenziale der Menschen verstanden werden sollen, und v.a. auch wie die Leute das alles selbst sehen.

Die Schaffung von unterschiedlichen Netzwerken und Plattformen ist eines der primären Aufgabengebiete der Stadtteilarbeit. Hier ist es für alle Teilnehmenden möglich (BewohnerInnen, lokale Ökonomie, Vereine, Verwaltung und Politik), unterschiedliche - und gelegentlich auch gegensätzliche - Bedürfnisse und Interessen darzustellen bzw. zu diskutieren und gemeinsame Lösungen erarbeitet.

Zudem geht es auch um die Vernetzung der Institutionen und Einrichtungen im Stadtteil und den Aufbau unterstützender Netze für die BewohnerInnen.

Um die Begegnungen der Menschen im Sozialraum zu intensivieren ist ein Aufbau bzw. die Förderung von tragfähigen Nachbarschaften ein weiteres wichtiges Ziel.

Das Zusammengehörigkeitsgefühl soll gestärkt werden, denn dies spielt eine wesentliche Rolle für ein positives Zusammenleben.

Durch stadtteilbezogene Veranstaltungen - Motto: „Nachbarschaften lebbar gestalten, Schaffung von Begegnungs-orten, das Angebot von Beratungen und die Vermittlung bzw. Konfliktbearbeitung unter den BewohnerInnen“ - können stabile nachbarschaftliche Netze geschaffen werden.

Damit ein gemeinsames Miteinander und Wohlfühlen im Stadtteil gelingt, braucht es auch eine gute Begleitung durch Fachkräfte und daher ist es notwendig, hier finanzielle Ressourcen zur Verfügung zu stellen bzw. diese einzukalkulieren.

Praxisbeispiele:

- Projekte wie „Auf gesunde Nachbarschaft“ (Fördergeber Fonds Gesundes Österreich) haben zum Ziel, Kleininitiativen von engagierten NachbarInnen zu fördern. Die Vielfalt der Projekte ist groß und reicht von der Wandergruppe über ein Dorffrühstück und einen Pflanzenmarkt bis hin zu den allseits beliebten Nachbarschaftsgärten.
- Gemeinschaftszentren/Quartierszentren sind soziokulturelle Einrichtungen für die BewohnerInnen des Stadtteils. Ziel ist es, ein generationsübergreifendes und breites Miteinander aller Altersgruppen zu erreichen. Freiräume für Austausch und Begegnung sollen geschaffen werden, dadurch kann gesellschaftliche Teilhabe, Chancengleichheit und Integration aller Bevölkerungsgruppen ermöglicht werden.
- kulturelle Veranstaltungen und Aktivitäten im Stadtteil (Konzerte, Theater, Kabarett, Lesungen, Vernissagen, Fotoausstellungen, musikalische Veranstaltungen - auch mit Künstlern aus dem Stadtteil). Die Schaffung von kulturellen Freizeitangeboten steigert die Standortattraktivität bzw. die Stadtteilverbundenheit und ist somit eine Prävention gegen Abwanderung. Durch einen generationsübergreifenden Austausch der jeweiligen Interessen und die Möglichkeit einer Mitgestaltung an Angeboten und Projekten wird die Eigenverantwortung der Beteiligten gestärkt und sie können dadurch auch die Stadtteilkultur mitprägen.
- Stadtteilstoffe, Nachbarschaftsfeste, gemeinsames Picknick mit den BewohnerInnen
- Nachbarschaftstreffen (Treffen bieten die Möglichkeit, sich auszutauschen, gemeinsam Ideen zu entwickeln und umzusetzen, sich zu vernetzen oder einfach eine angenehme Zeit gemeinsam zu verbringen)
- „Nachbarschaftsgartln“: gemeinsam Natur erleben (bepflanzen - ernten - einkochen), Austausch und voneinander lernen
- Spieletreff
- Abhalten von „Hofkonferenzen“
- Angebot offener Treffs und Stammtische (z. B. „Offenes Cafés“ - lebendiger Treffpunkt für die BewohnerInnen und BesucherInnen eines Seniorenzentrums einerseits, als auch für die BewohnerInnen des Stadtteils andererseits; Eltern-Kind-Runden)
- Neu- und Umgestaltung öffentlicher Anlagen und Plätze in unmittelbarer Nähe des eigenen Wohnraumes, um eine Nachbarschaftskultur pflegen zu können, zum Beispiel durch die Aufstellung von Bänken und Sitzmöbel zum Verweilen im öffentlichen Raum
- Organisation von Mieterversammlungen
- Sport- und Freizeitangebote im Stadtteil
- generationsübergreifende Projekte zur Mobilisierung von älteren Menschen (z. B. gemeinsame Freizeitgestaltung von Jung und Alt)
- gemeinsamer Mittagstisch
- Neuausrichtung von Tagesheimstätten in Richtung Generationentreffs

Was kann die Lebenswelt Stadt dazu beitragen, um Bewegung zu fördern?

Eine Stadt hat hier die Möglichkeit, durch den Ausbau von zielgruppenspezifischen, aber auch zielgruppenübergreifenden Bewegungsangeboten für die Gesundheitsförderung ihrer Bevölkerung einen Beitrag zu leisten.

Die Einbettung in soziale Netzwerke stellt auch bei diesem Thema eine bedeutende Ressource für die Bewältigung von Belastungen und die Aufrechterhaltung der körperlichen und psychischen Gesundheit dar.

Bewegung ist ein wesentlicher Eckpfeiler um bereits in der Kindheit gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu erwerben, sowie entsprechende Handlungskompetenzen zu erwerben, welche dann bis ins hohe Alter „gelebt“ werden.

Wie lege ich meine Wege im Alltag zurück? Gehe ich viel zu Fuß, fahre ich mit dem Rad, nutze ich den öffentlichen Verkehr oder bin ich mehr mit dem Auto unterwegs?

Die Stadt könnte mehr motorisierte Mobilitätsangebote setzen, dann würde sich der FußgängerInnen- und Radverkehrsanteil mit Sicherheit erhöhen.

Mehr Verbindungswege in einzelnen Quartieren wären eine geeignete präventive Maßnahme. Adäquate Infrastruktur durch lokale Geschäfte im Wohnumfeld, die es ermöglichen die alltäglichen Bedürfnisse zu decken und die zu Fuß erreichbar sind. Zudem die Förderung des Breitensports für alle Altersgruppen.

Praxisbeispiele:

- Bewegungsprogramme an Schulen anbieten (gesunde Bewegung, um Haltungsschäden vorzubeugen)
- Schulanfängerolympiade in den Stadtteilen - in Zusammenarbeit mit den hiesigen Sportvereinen, Kindergärten und Schulen: Bewegung, das Kennenlernen von Sportarten und verschiedenen Sportdisziplinen und natürlich Spaß stehen im Vordergrund (Koordinationsstraining am Fußballplatz, Geschwindigkeit, Koordination und Bewegung mit Tennisschlägern und Bällen, Werfen und Fangen beim Handball, Selbstverteidigung und Fallübungen im Judo)
- Gewalt- und Aggressionstraining mit Kindern und Jugendlichen - hier wird viel mit Körperübungen gearbeitet, damit die Kinder ihren Körper besser wahrnehmen können und um klare, auch körperliche Grenzen setzen zu können. Mit wenigen eingeforderten Regeln wie z. B. Achtsamkeit, Respekt und der Stopp-Regel lernen Kinder natürlich Spaß am Bewegen und Tun zu haben.
- Laufprojekte mit Kindern und Jugendlichen (Teilnahme an Laufbewerben in der Stadt)
- Stadtteilrundgänge mit BewohnerInnen (BewohnerInnen als ExpertInnen in ihrem Stadtteil)
- Spaziergänge mit SeniorInnen. Es sollte sich eine regelmäßige, selbstständige Gruppe formieren, die regelmäßig in Begleitung von AkteurInnen im Stadtteil spazieren geht

- Kostenlose, frei zugängliche Bewegungswoche für die Bevölkerung (in Zusammenarbeit mit Dachverbänden)
- Offene Schulsportplätze in den Sommerferien

Was kann die Lebenswelt Stadt dazu beitragen, um die Sicherheit zu fördern?

Sicherheit gehört zu den wichtigsten Grundbedürfnissen der Menschen und ist Bestandteil ihrer ganz persönlichen Lebensqualität.

Das Sicherheitsgefühl der BewohnerInnen in der Stadt zu stärken, stellt eine enorme Herausforderung dar, da es sich hier oftmals um sehr subjektive Wahrnehmungen handelt.

Die Stadt sollte primär als Anlaufstelle für die Anliegen der BürgerInnen fungieren und deren Sorgen und Ängste ernstnehmen. Das Anbieten von Stadtteildialogen hat sich in der Praxis bewährt. Hier handelt es sich um Diskussionsforen mit Fachleuten der Polizei, der Verkehrsbetriebe und Verwaltung sowie den BewohnerInnen eines Stadtteils, mit dem Ziel, gemeinsam effiziente Lösungen zu finden.

Eine gute Kooperation mit der Exekutive ist Voraussetzung, um lösungsorientiert arbeiten zu können. Auch die Standorte der Exekutive (eigene Polizeiinspektion im Stadtteil) tragen viel zu einem persönlichen Sicherheitsgefühl bei vielen BürgerInnen bei.

Praxisbeispiele:

- adäquate Beleuchtung im öffentlichen Raum (Befragungen von BewohnerInnen - Beobachtungen und Wahrnehmungen schildern)
- Zusammenarbeit mit der Kriminalpräventionsstelle (Beratung bezüglich eines richtigen Absicherns des Wohnraums, adäquates Reagieren bei Einbrüchen, etc.)

Fakten:

Die Lebenswelt Stadt kann dazu beitragen...

- ... die sozialen Beziehungen bzw. das Zusammenleben im Stadtteil zu fördern, indem z. B. Stadtteilprojekte umgesetzt, Gemeinschaftszentren, Treffpunkte, Stammtische etc. geschaffen werden oder auch Veranstaltungen im Kulturbereich, Nachbarschaftsfeste und dergleichen angeboten werden.
- ... die Bewegung zu fördern, indem z. B. entsprechende Programme an Schulen umgesetzt, kostenlose/-günstige Bewegungsangebote zur Verfügung gestellt sowie nötige Infrastrukturmaßnahmen getroffen werden.

- Veranstaltung im Stadtteil - z. B. „Sicherheit für SeniorInnen (gemeinsam mit der Exekutive, Ortsgruppen des Seniorenbundes und des PensionistInnenverbandes)
- Sicherheitssprechstunden in Stadtteilen

Sicherheit kann auch durch die Schaffung von Begegnungszonen oder sogenannten „Shared Places“ erhöht werden und würde zu einem verträglichen und sicheren Miteinander beitragen.

Eine Mischnutzung von FußgängerInnen, RadfahrerInnen, AutofahrerInnen, Kindern, Erwachsenen, Alten und Menschen mit Beeinträchtigungen erfordert von allen NutzerInnen ein geändertes Sozialverhalten (gegenseitige Rücksichtnahme, Entschleunigung, verändertes Kommunikationsverhalten, vom ICH zum WIR) und von den VerkehrsplanerInnen ein Umdenken beim Straßenentwurf bzw. bei der Gestaltung von Verkehrsanlagen und Parkzonen.

So könnte der Straßenraum wieder zu einem lebenswerten, menschengerechten und aufenthaltsfördernden Lebensraum zurück gewonnen werden und zwischenmenschliche Begegnungen mehr gefördert werden.

Was trägt das Netzwerk Gesunde Städte dazu bei, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern?

Die Mitgliedschaft in diesem Netzwerk ist zum einen eine politische Willenserklärung einer Stadt, in der die Grundsätze der Ottawa-Charta der WHO sowie die Zielsetzungen des Netzwerkes als kommunalpolitische Leitlinie akzeptiert werden.

Zum anderen erfordert dies eine aktive Teilnahme am Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den „Gesunden Städten“, sowie die Teilnahme an Gemeinschaftsaktionen und -programmen.

- ... die Sicherheit zu fördern durch beispielsweise adäquate Beleuchtung, Zusammenarbeit mit Präventionsstellen sowie der Exekutive oder auch durch zielgruppengerechte Veranstaltungen.
- Die Mitgliedschaft einer Stadt im Netzwerk „Gesunde Städte“ ist als politische Willenserklärung zu sehen, dass die Grundsätze der Ottawa-Charta sowie die Zielsetzungen des Netzwerkes als kommunalpolitische Leitlinie akzeptiert werden. Durch regelmäßige Treffen erfolgt ein Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Städten.

2.2. Einflussfaktor Krankenversorgung

Die Krankenversorgung einer Bevölkerung findet durch die (häusliche) Laienversorgung und durch die (nichthäusliche) Versorgung durch GesundheitsdiensteanbieterInnen statt. Die Umsetzung der nichthäuslichen (als honorierte Dienstleistung) erbrachten Maßnahmen wird im Wesentlichen durch folgende Strukturen abgedeckt.

- niedergelasse ÄrztInnen
- niedergelassene nicht-ärztliche Gesundheitsberufe
- Krankenanstalten
- Rehabilitationseinrichtungen und Kuranstalten
- öffentlicher Gesundheitsdienst
- Rettungsdienste
- begleitende Services auf der Basis von Vereinstätigkeit

Die Versorgung kranker Menschen durch die genannten Einrichtungen ist durch spezifische Rahmenbedingungen geprägt:

- demographische Entwicklung
- epidemiologische Entwicklungen
- budgetäre Vorgaben
- Verfügbarkeit von Gesundheitspersonal
- infrastrukturelle Voraussetzungen

2.2.1. Demografische Entwicklung

Demografischer Wandel, Bevölkerungswachstum und veränderte Lebensgewohnheiten steigern die Nachfrage nach medizinischer Versorgung. Um den Standard an qualitativer Gesundheitsversorgung auch langfristig zu gewährleisten, werden eine Reihe von Planungsarbeiten und Maßnahmen vorgenommen. Dazu gehört vor allem, den Zugang zur Krankenversorgung in allen Regionen Oberösterreichs sicherzustellen, unabhängig von sozialem Status, Alter, Bildung und Einkommen.

Zur demografischen Entwicklung sind wesentliche Informationen im Kapitel 1.1 „Demografischer Hintergrund“ wiedergegeben. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Lebensgewohnheiten werden im Bericht im Kapitel 4 „Individuelle Lebensweisen als Einflussfaktor auf die Gesundheit“ behandelt.

2.2.2. Epidemiologische Entwicklungen

Der Bedarf an medizinischen Leistungen und die Krankenversorgungsstruktur stehen in enger Verbindung mit epidemiologischen Entwicklungen und der Verteilung von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung. Dieser Themenbereich ist im Kapitel 5 „Gesundheitszustand der Bevölkerung“ detailliert behandelt.

2.2.3. Infrastrukturelle Voraussetzungen

Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung erfolgt einerseits durch frei praktizierende GesundheitsdiensteanbieterInnen, wovon rund die Hälfte einen Vertrag mit den Krankenkassen

(Vertragspartner) hat und andererseits in den Krankenhausambulanzen. VertragspartnerInnen (z. B. ÄrztInnen; medizinisch technische Dienste/MTDs [ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, DiätologInnen], Hebammen und PsychologInnen,...) rechnen direkt mit dem Krankenversicherungsträger ab. WahlärztInnen, -psychologInnen und MTDs haben keinen Vertrag mit einem Versicherungsträger. Die Versicherten müssen zunächst die Honorarante privat bezahlen, anschließend können die bezahlten Honorarante beim Versicherungsträger zur Kostenerstattung eingereicht werden.

Niedergelassene ÄrztInnen mit Kassenvertrag

2004 wurde von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für Oberösterreich gemeinsam mit der Fachhochschule Hagenberg ein Tool entwickelt, welches die regionale Verteilung von Arztstellen der niedergelassenen VertragsärztInnen anhand einiger Parameter optimiert (Hagenberger Modell). Diese Parameter sind:

- Schlüsselzahl (EW/Vertragsarzt/-ärztin)
- EinwohnerInnen
- Bevölkerungsstruktur
- Pendlerstatistik
- Wahrscheinlichkeit ob PatientIn den/die Arzt/Ärztin am Wohn- oder Dienstort konsultiert
- Fahrzeit/Entfernung

Dieses Tool ist auch jetzt noch, zwölf Jahre später, ein wesentliches Kriterium in der gemeinsamen Stellenplanung zwischen der Ärztekammer für Oberösterreich und der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse.

Versorgung durch ÄrztInnen für Allgemeinmedizin

Zum 31.12.2016 gibt es in Oberösterreich 663,5 im Stellenplan verankerte Stellen für Allgemeinmedizin (KassenärztInnen/VertragsärztInnen). Für 403 WahlärztInnen für Allgemeinmedizin wurden im Jahr 2016 Kostenerstattungen durchgeführt.⁶⁷

Hausärztlicher Notdienst

Zwischen der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, dem Land Oberösterreich, der Ärztekammer für Oberösterreich und dem Roten Kreuz wurde eine Projektvereinbarung über die Organisation, Honorierung und Finanzierung des Hausärztlichen Notdienstes (HÄND) unter der Woche und am Wochenende/Feiertag in Oberösterreich abgeschlossen (Hausärztliche Notdienste gibt es nicht in allen Bundesländern). Diese Vereinbarung gilt per 1. Oktober 2015 und wurde vorerst mit 31. Dezember 2018 befristet.

Der hausärztliche Notdienst steht jenen Personen zur Verfügung, die außerhalb der Ordinationszeiten dringend einen Arzt/eine Ärztin brauchen. AllgemeinmedizinerInnen sind am Abend, in der Nacht, an Wochenend- und Feiertagen im Einsatz. Über den Notruf 141 kann man erfahren, wer gerade Notdienst hat. Die HausärztInnen eines Bezirkes teilen sich die Dienste auf. Wer medizinische Hilfe außerhalb der Ordinationszeiten braucht, ruf

⁶⁷ unklar sind dabei die Öffnungszeiten der jeweiligen Ordination

den Notruf an. Dort meldet sich ein/e MitarbeiterIn des Roten Kreuzes, der/die den/die PatientIn an einen Arzt/ eine Ärztin weitervermittelt oder bei Bedarf einen Hausbesuch organisiert. Es gibt drei verschiedene Arten von HÄND-Modellen:

- Hausärztlicher Notdienst mit Rotem Kreuz und Fahrdienst: Das Rote Kreuz stellt das Auto und den/die FahrerIn für den Visitedienst zur Verfügung und übernimmt die Administration.
- Hausärztlicher Notdienst mit Rotem Kreuz ohne Fahrdienst: Das Rote Kreuz übernimmt nur die Administration, die ÄrztInnen fahren die Visiten selbst.
- Hausärztlicher Notdienst ohne Rotem Kreuz (bisheriger Sprengeldienst): In wenigen Bereichen wird der hausärztliche Notdienst in der bisherigen Form im alten Sprengel beibehalten.⁶⁸

Ambulante Fachversorgung (fachärztliche Versorgung)
Neben der fachambulanten Versorgung in den oberösterreichischen Fondsspitalern gibt es zum Stichtag 31.12.2016 in Oberösterreich 435,7 Vertragsfacharztstellen. Für 908 WahlfachärztInnen wurden im Jahr 2016 Kostenerstattungen durchgeführt.⁶⁹ Die fachärztliche Versorgung in Oberösterreich wird kontinuierlich weiter ausgebaut. Durch Dezentralisierung wird in Oberösterreich versucht, die fachärztliche Versorgung besser zu verteilen und diese außerhalb des Zentralraums aufzubauen (siehe auch Hagenberger Modell). Dies geschieht einerseits hauptsächlich durch Verlegungen aus dem Zentralraum und andererseits auch durch Schaffung neuer Stellen. Die nachstehende Tabelle veranschaulicht diese Entwicklung über den Zeitraum von zehn Jahren.

Tabelle 7: Anzahl Vertrags(fach)ärztInnen im 10-Jahres-Vergleich in Oberösterreich

	Gesamt Stand 1.4.2006	in L/WE/SR	ländl. Raum	Gesamt Stand 1.4.2016	+/- in %	in L/WE/SR	+/- in % Zentralraum	ländl. Raum	+/- in % ländl. Raum
VertragsärztInnen insgesamt inkl. technische FG	1.064	337	727	1.098,7	+3,26	331,3	-1,69	765,7	+5,32
Allgem. FachärztInnen ohne technische FG	337	185	192	407,7	+8,14	181,7	-1,78	226	+17,71
ÄrztInnen für Allgemeinmedizin	659	131	528	663	+0,61	132,6	+1,22	530,4	+0,45

Quelle: Auswertung ÖÖGKK; Stand 1.4.2006 zu 1.4.2016

Legende: L=Linz, WE=Wels, SR= Steyr; FG = Fachgruppe

Niedergelassene nicht-ärztliche Gesundheitsberufe

Neben der ärztlichen Hilfe können noch folgende Gesundheitsberufe selbständig ausgeübt werden:

- PhysiotherapeutInnen
- LogopädInnen
- ErgotherapeutInnen
- HeilmasseurInnen
- PsychotherapeutInnen
- klinische PsychologInnen
- Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen
- Hebammen
- Biomedizinische AnalytikerInnen
- RadiologietechnologInnen
- DiätologInnen
- OrthoptistInnen
- MusiktherapeutInnen

Selbständig tätige PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen, ErgotherapeutInnen, HeilmasseurInnen, PsychotherapeutInnen und klinische PsychologInnen erbringen Krankenbehandlung bzw. Diagnostik auf Rechnung der sozialen Krankenversicherung.

Die Inanspruchnahme einer Behandlung der o.a. Berufsgruppen setzt eine ärztliche Zuweisung voraus. Dem/r Arzt/Ärztin obliegt die Anordnungsverantwortung, welche eine Diagnose, Dauer, Art und Anzahl der Behandlung zu beinhalten hat. Die Durchführungsverantwortung (Wahl der Methode) der Behandlung liegt bei den TherapeutInnen. Lediglich für die Berufsgruppe der PsychotherapeutInnen ist eine ärztliche Zuweisung nicht erforderlich. Es bedarf allerdings vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung einer ärztlichen Untersuchung.

⁶⁸ www.aekooe.at/documents/3466767/0/Gemeindeinfo+H%C3%84N+D+O%C3%96.+2016/d47346d8-fcc7-492f-bf98-dd17351fbfd3?version=1.0&t=1449145687000

⁶⁹ unklar sind dabei die Öffnungszeiten der jeweiligen Ordination

Um eine ausgewogene flächendeckende Versorgung in Oberösterreich zu gewährleisten, wird gemeinsam mit den Berufsverbänden der PhysiotherapeutInnen, Logo-

pädInnen und ErgotherapeutInnen eine Bedarfsplanung durchgeführt sowie die vertragstherapeutische Versorgung ständig ausgebaut.

Tabelle 8: Niedergelassene nicht-ärztliche Gesundheitsberufe in Oberösterreich (Anzahl der besetzten Planstellen im 10-Jahres-Vergleich)

Fachgebiet	2006	2016	in %
Physiotherapie	66	89	+34,08
Logopädie	51	57	+11,76
Ergotherapie	16	34	+112,5

Quelle: OÖGKK

Insgesamt wurden im Jahr 2016 für 1.588 Wahl-TherapeutInnen (Ergo-, Logo- und PhysiotherapeutInnen) und 574 Wahl-PsychotherapeutInnen Kostenerstattungen durchgeführt. In Oberösterreich wurden als Alternative zu einem Gesamtvertrag die sogenannten Vereinslösungen - d.h. zwischen Krankenversicherungsträger und der oberösterreichischen Gesellschaft für Psychotherapie bzw. dem Proges (ehem. Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit) wurden Verträge abgeschlossen - zur Sicherstellung einer psychotherapeutischen Sachleistungsversorgung geschaffen. Im Jahr 2016 wurden mehr als 100.000 kostenfreie Psychotherapiestunden durch die Clearingstelle für Psychotherapie kompetent vermittelt.

Im Bereich der HeilmasseurInnen gibt es keine vertraglichen Vereinbarungen mit der Berufsvertretung. Für die Leistungen der freiberuflich tätigen HeilmasseurInnen werden daher Kostenzuschüsse geleistet.

PsychologInnen

Diagnostische Leistungen durch klinische PsychologInnen, welche als Unterstützung der Diagnoseerhebung bei Krankheiten anzusehen sind, fallen in die Leistungszuständigkeit der sozialen Krankenversicherung. Die psychologische Behandlung stellt keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung dar.

Zur Sicherstellung der diagnostischen Leistungen durch klinische PsychologInnen als Sachleistung (ohne Zuzahlung durch die Versicherten) wurde zwischen Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Berufsverband der österreichischen Psychologinnen und Psychologen ein Gesamtvertrag abgeschlossen, welcher österreichweit Gültigkeit hat. Dieser Vertrag legt unter anderem die Zahl und Verteilung der VertragspsychologInnenstellen fest. Für Oberösterreich sind 15 VertragspsychologInnenstellen von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse vorgesehen. Davon sind im Jahr 2017 elf Stellen besetzt. Im Jahr 2016 wurden für 25 Wahl-PsychologInnen Kostenerstattungen von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse abgerechnet.

Diagnostische Leistungen (Intelligenz-, Persönlichkeits- bzw. Leistungstests) können aufgrund einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Zuweisung von den Versicherten und deren anspruchsberechtigten Angehörigen entweder bei einem/r Vertrags- bzw. WahlpsychologIn in Anspruch genommen werden.

Ambulatorien und Institute

Selbständige Ambulatorien und Institute sind organisatorisch selbständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die keiner stationären Aufnahme bedürfen.

Mit Stand Oktober 2016⁷⁰ verfügt Oberösterreich über rund 90 selbständige Einrichtungen in den verschiedensten Fachbereichen, wie physikalische Medizin, bildgebende Verfahren, Labordiagnostik, Blut- und Blutspendedienst, Zahn/Kiefer etc.

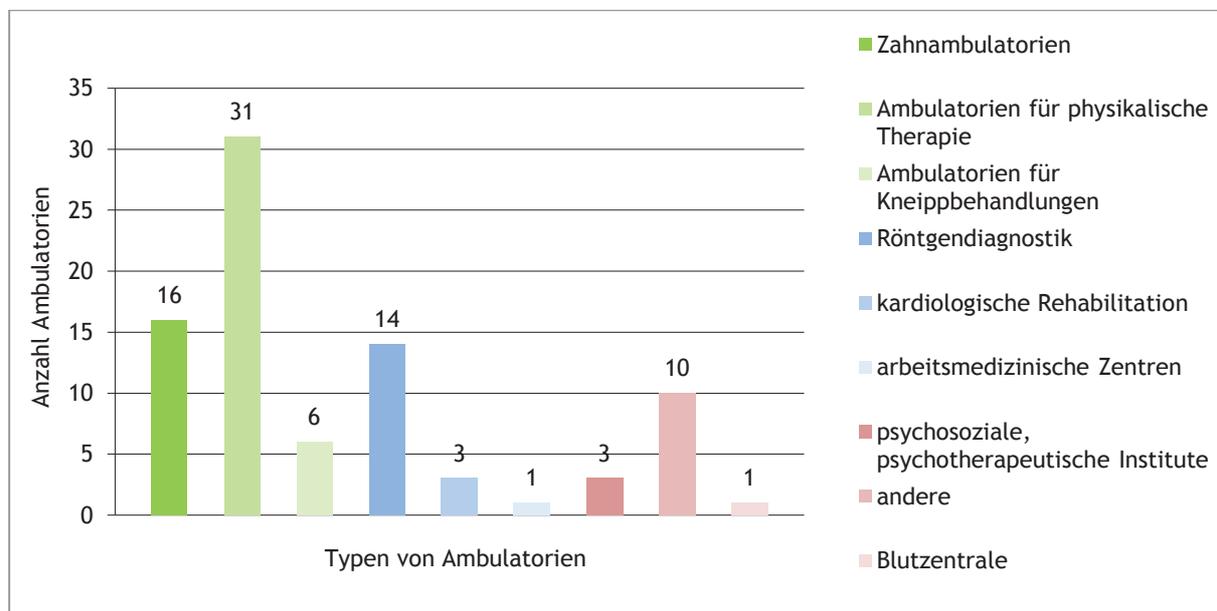
Ein weiteres Angebot stellen die Zentren für die Erbringung von ambulanter Rehabilitation in den Fachbereichen Kardiologie in Linz und Wels, für Pulmologie in Wels sowie für Psychiatrie und Onkologie in Linz dar.

Die Gesundheitszentren der OÖGKK sind selbstständige Ambulatorien mit angeschlossenem Bettenbetrieb und es gibt drei davon:

- Gesundheitszentrum Tisserand Bad Ischl: Nachbetreuung onkologischer PatientInnen sowie Behandlung nach Operationen
- Gesundheitszentrum Hanuschhof Bad Goisern: Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates, Burn-out-Prophylaxe
- Gesundheitszentrum Linzerheim Bad Schallerbach: Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates, stationäre Raucherentwöhnung

⁷⁰ Quelle: Ministerium für Frauen und Gesundheit

Abbildung 49: Typen von Ambulatorien in Oberösterreich



Quelle: Jahresbericht sanitäre Aufsicht

Ein weiteres Angebot stellen die Kinder- und Jugendkompetenzzentren im Innviertel und im Großraum Linz und das multidisziplinäre Versorgungszentrum für Menschen mit Essstörungen in Linz dar.⁷¹

Hauskrankenpflege

Zwischen dem Land Oberösterreich und dem oberösterreichischen Gesundheitsfonds einerseits und der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (für die oberösterreichischen Krankenversicherungsträger, oberösterreichische Krankenfürsorgeeinrichtungen und für den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) andererseits besteht seit dem Jahr 2007 eine Vereinbarung zur Sicherstellung und Finanzierung der Hauskrankenpflege in Oberösterreich. Das Land Oberösterreich sichert demzufolge - im Rahmen seiner Planungs- und Aufsichtscompetenz über die regionalen Träger sozialer Hilfe - die Umsetzung der sozialen und medizinischen Hauskrankenpflege qualitätsgesichert und bedarfsgerecht zu. Die im Auftrag der regionalen Träger sozialer Hilfe tätigen Anbieterorganisationen erbringen vor Ort die soziale und medizinische Hauskrankenpflege im quantitativ und qualitativ notwendigen Ausmaß.

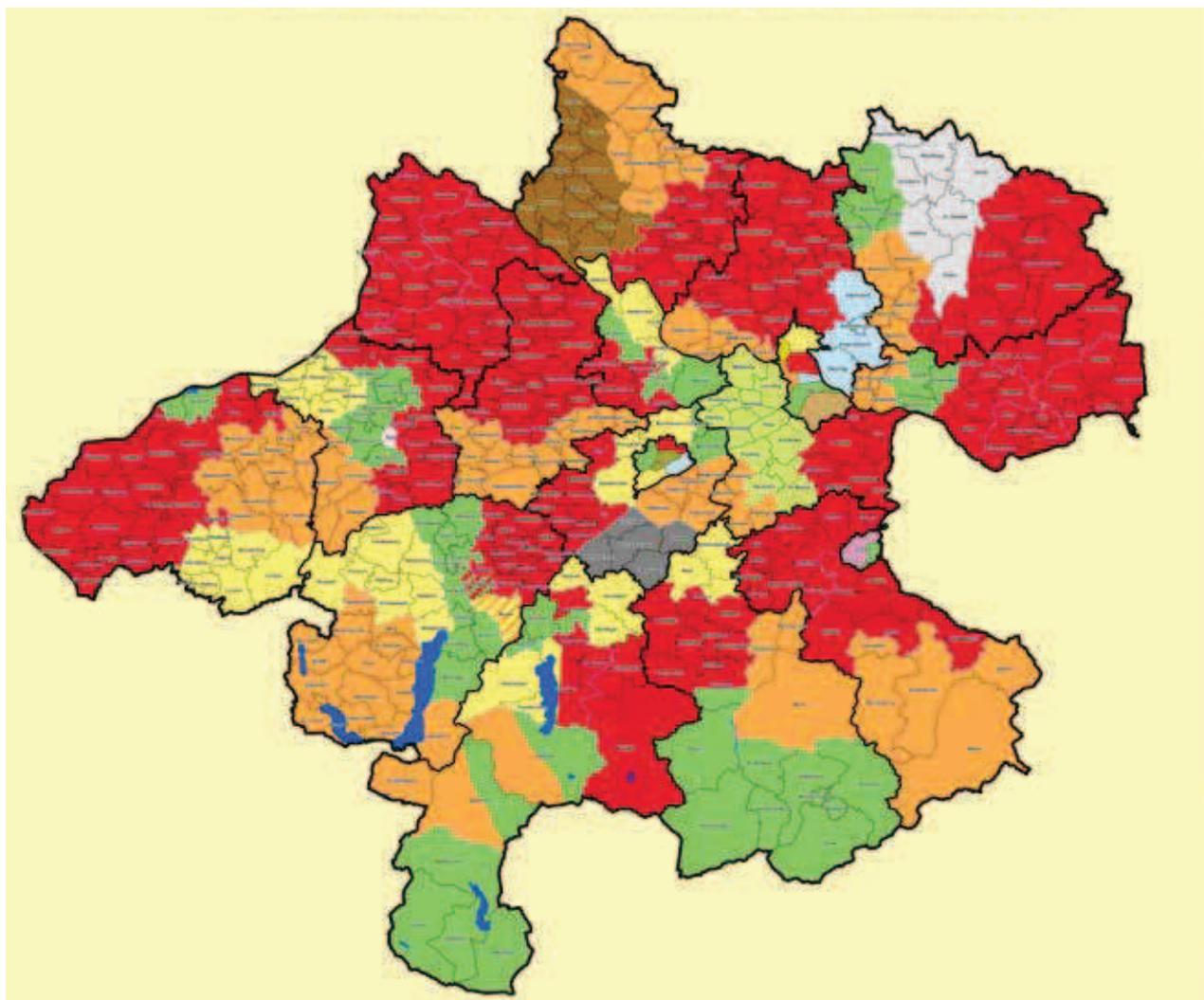
Die Hauskrankenpflege (HKP) ermöglicht als Teil der mobilen Dienste die medizinische und pflegerische Betreuung zu Hause und leistet damit einen wesentlichen Beitrag zur Entlastung der stationären Bereiche. Diplomiertes Personal führt nach ärztlicher Anordnung medizinische Maßnahmen im häuslichen Bereich durch.

Laut Berichtswesen „Hauskrankenpflege“ für das Jahr 2016 wurden 14.112 Personen versorgt. In 658.900 Hausbesuchen wurden 369.394,77 Leistungsstunden für PatientInnen erbracht.

Im Zuge der Einführung von multiprofessionellen Teams in Oberösterreich erfolgte im gesamten Bundesland eine Sprengelenteilung der Bezirke mit Zuordnung folgender 14 Anbieterorganisationen:

⁷¹ haben keine Genehmigung nach dem oberösterreichischen Krankenanstaltengesetz

Abbildung 50: Oberösterreichische Sprengelaufteilung Mobile Dienste 2017



Quelle: Land OÖ, Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Soziales

Die Karte zeigt die Sprengelaufteilung Oberösterreichs mit Zuordnung der jeweiligen Anbieterorganisationen. Jede Organisation arbeitet mit multiprofessionellen Teams bestehend aus den Professionen Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (HKP), Fachsozialbetreuung und Heimhilfe (Mobile Betreuung und Hilfe).⁷¹

Apotheken und Medikamentenversorgung

In Oberösterreich gibt es 201 öffentliche Apotheken und 204 Hausapotheken (Stichtag 30.11.2017).

„Frühe Hilfen“ in Oberösterreich

Frühe Hilfen schließen häufig direkt an Geburten bzw. Krankenhausaufenthalte an. Sie werden als bedarfsgerechte Unterstützung von Familien in belasteten Situationen in der Lebensphase der frühen Kindheit (Schwangerschaft und erste Lebensjahre eines Kindes) definiert. Frühe Hilfen sind auf regionaler Ebene etabliert, leicht erreichbar und mit anderen Unterstützungssystemen gut vernetzt. Das kostenlose Angebot ist freiwillig und findet meist im Rahmen von Hausbesuchen statt. Die einzelnen Teams sind multiprofessionell besetzt. „Frühe Hilfen“ zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen „Frühe Hilfen“ insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Elternkompetenzen von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Sie zielen des Weiteren auf eine Verhinderung bzw. Reduktion von Entwicklungsstörungen, -verzögerungen und somatischen Krankheiten ab. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe.

Bei Frühen Hilfen handelt es sich um eine gemeinsame Initiative von Bund, Ländern und Sozialversicherung, die in allen Bundesländern etabliert ist (<http://www.fruehehilfen.at/>). In Oberösterreich beteiligen sich die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse und das Land Oberösterreich zu gleichen Teilen daran.

In Oberösterreich findet derzeit bereits eine 52%ige Flächendeckung statt (Linz/Umgebung, Wels Stadt/Land, Steyr Stadt/Land, Kirchdorf, Vöcklabruck). Die Familien melden sich einerseits selbst oder werden aus Krankenanstalten, von niedergelassenen MedizinerInnen und anderen KooperationspartnerInnen (mit dem Einverständnis der Eltern) vermittelt. Durch die Vernetzung mit unterschiedlichen Unterstützungssystemen in den jeweiligen Regionen entstehen auch dadurch wechselseitige Zuweisungen bzw. Weitervermittlungen.

Akutstationäre inklusive tagesklinischer Versorgung Fondskrankenanstalten

Oberösterreich verfügt im Jahr 2017 über 14 allgemeine öffentliche Krankenanstalten an insgesamt 19 Standorten. Dabei werden von rund 23.000 MitarbeiterInnen in den oberösterreichischen Fondskrankenanstalten in etwa 495.000 stationäre PatientInnen betreut und über 3 Millionen Frequenzen an ambulanten PatientInnen erbracht. Gerade in den letzten Jahren erfolgten mehrere Zusammenschlüsse einzelner Krankenanstalten zu größeren Kliniken:

- Zusammenschluss des ehemaligen AKh Linz (Träger: Stadt Linz), der Landesnervenklinik Wagner-Jauregg und der Landes-Frauen- und Kinderklinik (Träger: Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals AG = gespag) zum Kepler-Universitätsklinikum,
- Zusammenschluss der Krankenhäuser Bad Ischl, Gmunden und Vöcklabruck (Träger: gespag) zum Salzkammergut-Klinikum,
- Zusammenschluss der Krankenhäuser Grieskirchen und Wels (Träger: Barmherzige Schwestern vom Heiligen Kreuz und Franziskanerinnen von Vöcklabruck) zum Klinikum Wels-Grieskirchen,
- Zusammenführung der Rechtsträger des Krankenhauses der Elisabethinen Linz (Elisabeth von Thüringen GmbH) und des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern Linz (Vinenzgruppe) zur Ordensklinikum GmbH.

Daneben existieren in Oberösterreich eine Reihe von Kooperationen unterschiedlicher Ausprägung zwischen den einzelnen Trägern.

Hier sind zu nennen:

- Spitalpartnerschaft Barmherzige Brüder und Barmherzige Schwestern Linz
- Allianz Ordensklinikum und gespag
- Trägerkooperation Kepler-Universitäts-Klinik und gespag
- Trägerkooperation des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern in Linz und Ried in der „Vinenzgruppe“
- Trägerkooperation des Klinikums Wels-Grieskirchen und des Krankenhauses Braunau in der „Tau-Gruppe. Vöcklabruck“

Aus den genannten Beispielen lässt sich ableiten, dass der Trend zu einer Verstärkung der Kooperationen und gemeinsamen Struktursteuerung in Oberösterreich einen maßgeblichen Einfluss auf die Entwicklung der Spitallandschaft ausübt.

⁷² Brigitte Stangl MBA, Amt der öö. Landesregierung, Direktion Gesundheit und Soziales, Abteilung Soziales

Abbildung 51: Versorgungsregionen in Oberösterreich

- Bezirkshauptstädte Oberösterreich
- Krankenhäuser Standorte



Quelle: Grafik basierend auf Land OÖ & OÖGKK (2016): Regionaler Strukturplan Gesundheit Oberösterreich 2020. Online verfügbar unter https://www.land-oberoesterreich.gv.at/Mediendateien/Formulare/DokumenteAbt_San/RSG_O%C3%962020_gesamt.pdf, zuletzt geprüft am 13.11.2017.

Tabelle 9: Übersicht über die Krankenanstalten und deren Fachbereiche in Oberösterreich

VR	Bezeichnung der Krankenanstalt	Standort	Fachbereiche																			Betten						
			AN	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR/UC	MKG	SRN		GEM	AG/R	PAL	PSOE	PSOK	RNS
41	KH d. Barmherzige Brüder Linz																											337
41	KH d. Barmherzigen Schwestern Linz																											672
41	KH d. Elisabethinen																											422
41	Kepler-Universitätsklinikum	Med Campus III																										886
41		Neuromed Campus																										669
41		Med Campus IV																										270
42	Klinikum Wels-Grieskirchen	Wels																										1007
42		Grieskirchen																										220
43	LKH Freistadt																											165
43	LKH Rohrbach																											202
44	LKH Kirchdorf																											239
44	Sonderkrankenanstalt Sieming																											90
44	LKH Steyr																											621
45	Salzkammergut-Klinikum	Vöcklabruck																										538
45		Bad Ischl																										233
45		Gmunden																										287
46	KH " St. Josef" Braunau																											386
46	KH d. Barmherzigen Schwestern Ried																											425
46	LKH Schärding																											154

Quelle: Tabelle basierend auf Land OÖ & OÖGKK (2016): Regionaler Strukturplan Gesundheit Ober-österreich 2020. Online verfügbar unter https://www.land-oberoesterreich.gv.at/Mediendateien/Formulare/DokumenteAbt_San/RSG_O%C3%962020_gesamt.pdf, zuletzt geprüft am 13.11.2017.

Legende: Abkürzungen Fachbereiche

AN	Anästhesiologie und Intensivmedizin
KI	Kinder- und Jugendheilkunde
KCH	Kinder- und Jugendchirurgie
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
CH	Chirurgie
NC	Neurochirurgie
IM	Innere Medizin
GGH	Gynäkologie und Geburtshilfe
NEU	Neurologie
PSY	Psychiatrie
DER	Dermatologie
AU	Augenheilkunde
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
URO	Urologie

PCH	Plastische Chirurgie
PUL	Pulmologie
OR/UC	Orthopädie und orthopädische Chirurgie/ Unfallchirurgie
MKG	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
SRN	Strahlentherapie-Radioonkologie/ Nuklearmedizin
GEM	Gemischter Belag
AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
PAL	Palliativmedizin
PSOE	Psychosomatik für Erwachsene
PSOK	Psychosomatik für Kinder und Jugendliche
RNS	Remobilisation/Nachsorge

Neben den allgemein öffentlichen Ordenskrankenanstalten in Linz, Wels, Braunau und Ried wird von den Barmherzigen Schwestern vom Hl. Kreuz in Sierning eine Sonderkrankenanstalt (SKA) betrieben.

Unfallkrankenhaus Linz (UKH)

Eine weitere bettenführende Krankenanstalt in Oberösterreich mit breiter Versorgungswirksamkeit stellt das Unfallkrankenhaus (UKH) Linz dar, das von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, neben sechs weiteren Unfallkrankenhäusern in Österreich, betrieben wird.

Die Unfallchirurgie im UKH ist die größte unfallchirurgische Abteilung in Oberösterreich. Entsprechend ihrer Ausrichtung werden dort sämtliche Verletzungen nach Unfällen versorgt. Das UKH Linz hat im Jahr 2014⁷³ 6.041 stationäre und 50.686 ambulante Fälle behandelt.

Klinik Diakonissen Linz

Diese Sonderkrankenanstalt wird als Belegspital mit 120 Betten betrieben. Auch Akutaufnahmen sind jederzeit möglich. Schwerpunkte sind Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie und Schmerztherapie. Weiters wird eine Tagesklinik betrieben.

Sonderkrankenanstalten (außerhalb Linz)

17 Krankenanstalten Oberösterreichs sind Sonderkrankenanstalten (SKA), dazu zählt auch eine Außenstelle des NeuroMedCampus, die in Bad Hall situiert ist und die SKA Sierning mit dem Schwerpunkt Akutgeriatrie (90 Betten) sowie die SKA für Angehörige des Bundesheeres Hörsching (21 Betten für innere Medizin und 26 Betten für Chirurgie).

Rehabilitation

14 dieser Krankenanstalten sind stationäre Rehabilitationseinrichtungen.

- SKA Bad Schallerbach der Pensionsversicherungsanstalt (PV), Rehabilitationszentrum f. rheumatologische, orthopädische u. neurologische Erkrankungen: 106 Betten für Bewegungs- und Stützapparat, 44 für Neuroreha
- SKA f. Herz- und Kreislauferkrankungen der Versicherungsanstalt öffentl. Bediensteter (BVA), Bad Schallerbach, Reha für Herz-Kreislauferkrankungen: 118 Betten inkl. Cardangiographieanlage, 39 Betten für Stoffwechselerkrankungen, 20 Betten für Pneumologie
- SKA Klinikum Schallerbacherhof für orthopädische Rehabilitation der Klinikum Austria Gesundheitsgruppe: Orthopädische Reha, 123 Betten
- Rehabilitationszentrum Bad Ischl-Lindau d. PV: 134 Betten für Bewegungs- und Stützapparat
- SKA f. Herz- und Kreislauferkrankungen (Herz-Reha Bad Ischl) der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft: 138 Betten
- SKA Neydharting: Reha für Stoffwechselerkrankungen: 63 Betten

- SKA für neurologische Rehabilitation (Therapiezentrum Gmundnerberg): 156 Betten für neurologische Rehabilitation
- Rehaklinik Enns: pneumologische (59 Betten) und neurologische (58 Betten) Rehabilitation
- Klinik Wilhering: SKA für neurologische (123 Betten) und orthopädische Rehabilitation (31 Betten) und Kinderrehabilitation
- SKA zur Behandlung unspezifischer Atemwegserkrankungen (77 Betten) und Erkrankungen d. rheumatischen Formenkreises (55 Betten) in Weyer
- Klinikum Bad Hall der Klinikum Austria Gesundheitsgruppe: 80 Betten für Herz-Kreislaufrehabilitation, 40 für Neurorehabilitation
- SKA für psychische Rehabilitation, „Therapiezentrum Justuspark“ der BVA, Bad Hall: 100 Betten
- SKA für stationäre Rehabilitation für Orthopädie (Sanatorium Rupp), St. Georgen im Attergau: 95 Betten
- Revital Aspach: 83 Betten für Orthopädie, 54 für Unfallchirurgie

Für die Indikation Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates stehen sieben Einrichtungen zur Verfügung, für Herz-Kreislaufkrankungen drei, für Neurologie fünf, für Pulmologie drei, für Stoffwechselerkrankungen zwei und für Psychiatrie eine.

Insgesamt gibt es in den Sonderkrankenanstalten in Oberösterreich 681 Betten für Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (inkl. Unfallchirurgie), 421 Betten für Neurologie, 336 Betten für Herz-Kreislauferkrankungen, 156 Betten für Pulmologie, 102 Betten für Stoffwechselerkrankungen und 100 Betten für Psychiatrie (220 bei Zählung der Betten des Ambulatoriums Sonnenpark in Bad Hall).

Kuranstalten

Von den zwölf Kuranstalten Oberösterreichs ist eine derzeit ruhend gemeldet, es handelt sich um Bad Weinberg. Acht Orte verwenden verschiedene Heilwässer als Kurmittel, drei haben ein Heilmoor erschlossen. In einem Fall handelt es sich um einen Luftkurort, in dem ein unspezifisches gesundheitsförderndes Schon- und Reizklima nachgewiesen wurde.

- Kuranstalt Aspach: Luftkurort
- Lebensquell Bad Zell: radonhaltiges Heilwasser
- Eurotherme Bad Ischl: Schwefelquelle, Glaubersalzquelle, Soleschlamm, Bergbausole
- Moorbad Gmös: Hochmoortorf
- Kurzentrum Bad Goisern: Schwefelquelle
- Kuranstalt Zeileis, Gallspach: Thermalquelle
- Eurothermenresort Bad Schallerbach: Schwefelthermalquelle
- Kuranstalt Geinberg: Mineral-Thermal-Schwefelheilwasser
- Eurothermenresort Bad Hall: Jodsolewässer
- Moorbade- und Kneippkuranstalt Bad Leonfelden: Heilmoor

⁷³ Werte aus dem Jahresbericht 2014

- Moorbadeanstalt Bad Wimsbach-Neydharting: Flachmoortorf
- Bad Weinberg: Heilwasser mit bituminösen Inhaltsstoffen (derzeit ruhend).

2.2.4. Aktuelle Entwicklungen

Medizinische Fakultät

Mit dem Wintersemester 2014 nahm die Medizinische Fakultät der Johannes-Kepler-Universität Linz den Betrieb auf. Basierend auf einer Kooperationsvereinbarung mit der Medizinischen Universität Graz werden in den kommenden Jahren die Studierenden während des vorklinischen Studienabschnittes teilweise an den Standorten Graz und Linz ausgebildet. Die klinische Ausbildung und das klinisch-praktische Jahr finden zur Gänze an der Medizinischen Fakultät Linz statt. In einem stufenweisen Aufbau sollen letztendlich jährlich 300 Studierende aufgenommen werden. Durch die Neuetablierung der Fakultät und die Möglichkeit, einen neuen Studienplan zu erstellen, kann die Einbindung der Krankenanstalten und der niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen von Beginn an erfolgen.

Parallel zur Medizinischen Fakultät, welche den universitären Lehr- und Forschungsbetrieb repräsentiert, deckt die Kepler-Universitätsklinik den klinischen Bereich des Studienbetriebes und der Verknüpfung zwischen Lehre und Patientenversorgung ab. Bis zum Jahr 2028 werden 24 Universitätskliniken und acht nicht-klinische Institute am Kepler Universitäts-Klinikum eingerichtet sein.

Die Forschungsschwerpunkte sollen auf der Versorgungs- bzw. Altersforschung sowie auf der Medizintechnik liegen. Besonders hervorzuheben ist die räumliche und strukturelle Nähe der MedFak zu anderen akademischen Einrichtungen und Unternehmen.

Primärversorgungseinheiten (PVE)

Der Primärversorgung kommt neben der Laienversorgung eine wichtige Rolle im Gesundheitsversorgersystem zu. Dabei wird der Primärversorgungsbereich vorrangig durch den niedergelassenen Bereich geprägt (etwa durch die Ordinationen für Allgemeinmedizin sowie anderen TherapeutInnen in Einzelpraxen).

Eine Primärversorgungseinheit kann an einem Standort oder als Netzwerk an mehreren Standorten eingerichtet sein (Primärversorgungstypus). Eine an einem Standort eingerichtete Primärversorgungseinheit kann nur in der Organisationsform einer Gruppenpraxis oder eines selbständigen Ambulatoriums geführt werden. Eine Primärversorgungseinheit, die als Netzwerk geführt wird, kann nur aus freiberuflich tätigen ÄrztInnen, Gruppenpraxen sowie anderen nichtärztlichen Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen oder deren Trägerorganisationen gebildet werden.⁷⁴ Derzeit gibt es in Oberösterreich noch keine Primärversorgungseinheiten als Netzwerk.

In naher Zukunft sollen nicht nur Primärversorgungszentren sondern auch standortübergreifende Netzwerklösungen in Oberösterreich auf den Weg gebracht werden.

Wie internationale Evaluierungen zeigen, ist die Primärversorgung in Österreich derzeit unterdurchschnittlich ausgeprägt (Gründe für das schwache Abschneiden in Österreich sind die unzureichenden Öffnungszeiten, fehlende Vernetzung und Zusammenarbeit sowie starke medizinisch und krankheitsorientierte Ausrichtung der Primärversorgung).

Da eine starke Primärversorgung jedoch ein zentrales Element für eine effektive und effiziente Gesundheitsversorgung ist, wurde die Stärkung der Primärversorgung nach internationalem Vorbild im Sinne von „Primary Health Care“ (PHC) explizit in der Gesundheitsreform festgelegt und anschließend in den Bundes- und Landeszielsteuerungsverträgen verankert.

Primärversorgung nach „Primary Health Care“ im Sinne des Bundes-Zielsteuerungsvertrages und des auf dieser Basis erarbeiteten Bundeskonzeptes „Das Team rund um den Hausarzt“ ist demnach eine moderne, wohnortnahe Gesundheitsversorgung und das erste Glied eines kontinuierlichen Versorgungsprozesses. Dort kümmert sich ein interdisziplinäres, multiprofessionelles und integratives Primärversorgungsteam, bestehend aus AllgemeinmedizinerInnen, Pflegekräften, SozialarbeiterInnen, TherapeutInnen, Hebammen und anderen Gesundheits- und Sozialberufen, umfassend und dauerhaft um Individuen und Bevölkerungsgruppen in allen Phasen von Gesundheit und Krankheit und trägt Sorge dafür, dass jede Behandlung auf der geeigneten Versorgungsebene stattfindet („best point of service“). Um die Bevölkerung bzw. die PatientInnen adäquat zu versorgen, umfasst das Leistungsprofil der Primärversorgung gesundheitsfördernde, präventive, kurative, pflegerische, sozialarbeiterische und palliative Maßnahmen.

In Oberösterreich wurde Anfang des Jahres 2017 die erste PVE in Enns in Betrieb genommen. Im Herbst 2017 wurde in Marchtrenk eine PVE eröffnet. Darüber hinaus wird im Jahr 2018 die PVE Haslach starten. Zusätzlich sind noch weitere konkrete Projekte in Planung. In Oberösterreich besteht das Ziel, mindestens 12 bis 13 neue Primärversorgungsmodelle bis 2021 umzusetzen.

⁷⁴ <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009948>

Fakten:

- Im Jahr 2016 beträgt die Anzahl der im Stellenplan verankerten Stellen für Allgemeinmedizin in Oberösterreich 663,5 sowie für Vertragsfacharztstellen 435,7.
- Für Physiotherapie gibt es im Jahr 2016 in Oberösterreich insgesamt 89 besetzte Planstellen, für Logopädie 57 und für Ergotherapie 34. Im Jahr 2017 sind elf VertragspsychologInnenstellen der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse besetzt.
- In Oberösterreich gibt es mit Stand 2016 rund 90 selbständige Ambulatorien und Institute. Ein neues Angebot sind die Kinder- und Jugendkompetenzzentren.
- 2016 wurden von der Hauskrankenpflege in Oberösterreich 14.112 Personen versorgt.
- 2017 gibt es in Oberösterreich 201 öffentliche Apotheken und 204 Hausapotheken.

- „Frühe Hilfen“ bieten bedarfsgerechte Unterstützung von Familien in belasteten Situationen in der Lebensphase der frühen Kindheit auf regionaler Ebene mit einer Flächendeckung von 52 Prozent in Oberösterreich an.
- In Oberösterreich gibt es im Jahr 2017 insgesamt 14 allgemeine öffentliche Krankenanstalten an 19 Standorten. Dabei werden von rund 23.000 MitarbeiterInnen in den oberösterreichischen Fondskrankenanstalten in etwa 495.000 stationäre PatientInnen betreut und über 3 Millionen Frequenzen an ambulanten PatientInnen erbracht. Zudem gibt es 17 Sonderkrankenanstalten.
- Insgesamt gibt es in Oberösterreich 12 Kuranstalten, wovon 11 in Betrieb sind.
- 2014 nahm die Medizinische Fakultät der Johannes-Kepler-Universität Linz den Betrieb auf.
- 2017 wurden die ersten drei Primärversorgungseinheiten in Oberösterreich gegründet.

2.3. Spezialthema Durchimpfungsrate

Mit Einführung des österreichischen Kinderimpfkonzeptes 1998 sind allgemein empfohlene Impfungen für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr in Österreich kostenfrei erhältlich.

Berechnung der Durchimpfungsraten

Seit 2002 steht in Oberösterreich eine Impfdatenbank zur Verfügung, in der alle Impfungen erfasst werden, die im Rahmen der Säuglings- und Kleinkinderimpfungen mittels Impfgutscheinheft und im Rahmen der Schul- und Erwachsenenimpfungen vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden. Der Magistrat Linz ist nicht, die Magistrate Steyr und Wels sind nur zum Teil an die oberösterreichische Impfdatenbank angebunden.

Die nicht in der oberösterreichischen Impfdatenbank erfassten Impfungen der Magistrate werden regelmäßig an die Abteilung Gesundheit des Amtes der oberösterreichischen Landesregierung berichtet und können dadurch in die Kalkulation der Durchimpfungsraten einfließen.

Die nachfolgenden Durchimpfungsraten berechnen sich aus den erfassten Impfungen des jeweiligen Geburtenjahrganges im Vergleich zur jeweiligen Geburtenkohorte, auch bei den Schulimpfungen.

2.3.1. Säuglings- und Kleinkinderimpfungen

Im Gratiskinderimpfprogramm werden folgende Impfungen (Stand 2016) für Säuglinge und Kleinkinder kostenfrei angeboten:

- Kombinationsimpfung gegen Diphtherie, Tetanus, Polio, Pertussis, Hämophilus influenzae b und Hepatitis B (Sechsfachimpfung). Die Impfung besteht aus drei Teilimpfungen im 3., 5. und 12. Lebensmonat (2+1 Schema). 2010 wurde von einem 3+1 Schema auf das derzeit gültige 2+1 Schema umgestellt.
- Kombinationsimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR, zwei Impfungen ab dem 11. Lebensmonat, Mindestabstand vier Wochen)

- Impfung gegen Pneumokokken (3. Lebensmonat/5. LM/12.LM). 2010 wurde von einem 3+1 Schema auf das derzeit gültige 2+1 Schema umgestellt. Bis 2012 waren die Pneumokokken-Impfungen nur für bestimmte definierte Risikogruppen kostenlos erhältlich, ab 2012 wurde die Pneumokokken-Impfung für alle Kinder in das Gratiskinderimpfprogramm übernommen
- Rotavirus-Impfung (je nach Impfstoff zwei bzw. drei Teilimpfungen bis zum vollendeten 6. Lebensmonat). 2013 wurde im Gratiskinderimpfprogramm von einem zweiteiligen auf einen dreiteiligen Impfstoff umgestellt.

Die Säuglings- und Kleinkinderimpfungen werden in Oberösterreich in der Regel von den niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen, KinderärztInnen und in den Eltern-/Mutterberatungsstellen durchgeführt. Dafür steht ein Impfgutscheinheft zur Verfügung.

Bei der Durchführung der im Mutter-Kind-Pass vorgeschriebenen Untersuchungen und der MMR- und Sechsfachimpfungen wird in Oberösterreich ein Mutter-Kind-Zuschuss in der Höhe von zweimal 185 Euro ausbezahlt.

2.3.1.1. Durchimpfungsraten Säuglinge und Kleinkinder

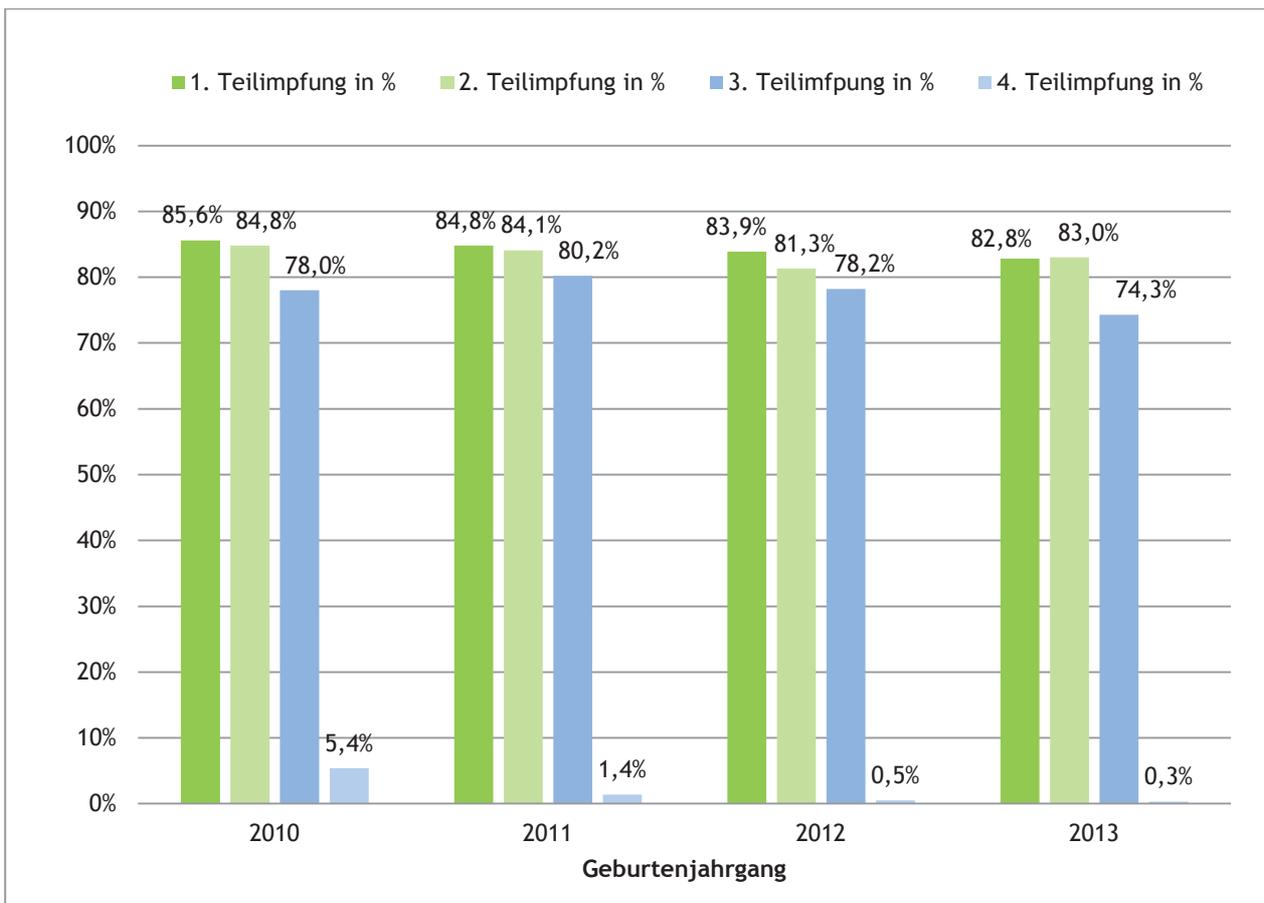
Sechsfachimpfung (Impfung gegen Diphtherie, Tetanus, Polio, Pertussis, Hämophilus influenzae b und Hepatitis B)

Die Sechsfachimpfungen werden seit 2010 in einem 2+1 Schema durchgeführt. Der empfohlene Impfzeitraum (3.Lebensmonat/5.LM/12.LM) wird häufig überschritten, sodass erfahrungsgemäß erst mit einem Alter von etwa drei Jahren alle Teilimpfungen abgeschlossen und die tatsächlich erzielbaren Durchimpfungsraten erreicht werden. Mit Auswertung des Impfzeitraumes bis 31.12.2015 sind daher die Geburtsjahrgänge 2010 bis 2013 (ersten zwei Teilimpfungen) als repräsentativ für die erzielbaren Durchimpfungsraten anzusehen. Die Impfungen der Jahrgänge 2013 (3. Teilimpfung), 2014 und 2015 sind aufgrund des Alters der Kinder noch nicht ganz abgeschlossen.

Betrachtet man die repräsentativen Jahrgänge, wird bei den Sechsfachimpfungen für die erste Teilimpfung eine Durchimpfungsrate von 82,8 Prozent bis 85,6 Prozent erreicht, für die zweite Teilimpfung 81,3 Prozent bis 84,8 Prozent, für die dritte Teilimpfung 78 Prozent bis 80,2 Prozent.

Im Vergleich zu den Durchimpfungsraten des Geburtsjahrgangs 2005 (1./2./3./4. Teilimpfung, 91%/90%/89%/83%), ist die Inanspruchnahme der Sechsfachimpfungen in den letzten fünf bis zehn Jahren gesunken.

Abbildung 52: Durchimpfungsraten Sechsfachimpfungen in Oberösterreich



Quelle: Land OÖ; OÖ gesamt; Geburtsjahrgänge 2010 bis 2013, Stand 31.12.2015

Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln (MMR)

Die Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln (MMR) wird ab dem vollendeten 11. Lebensmonat durchgeführt. Der empfohlene Impfzeitraum wird häufig überschritten, sodass erst mit einem Alter von etwa vier Jahren beide Impfungen abgeschlossen sind.

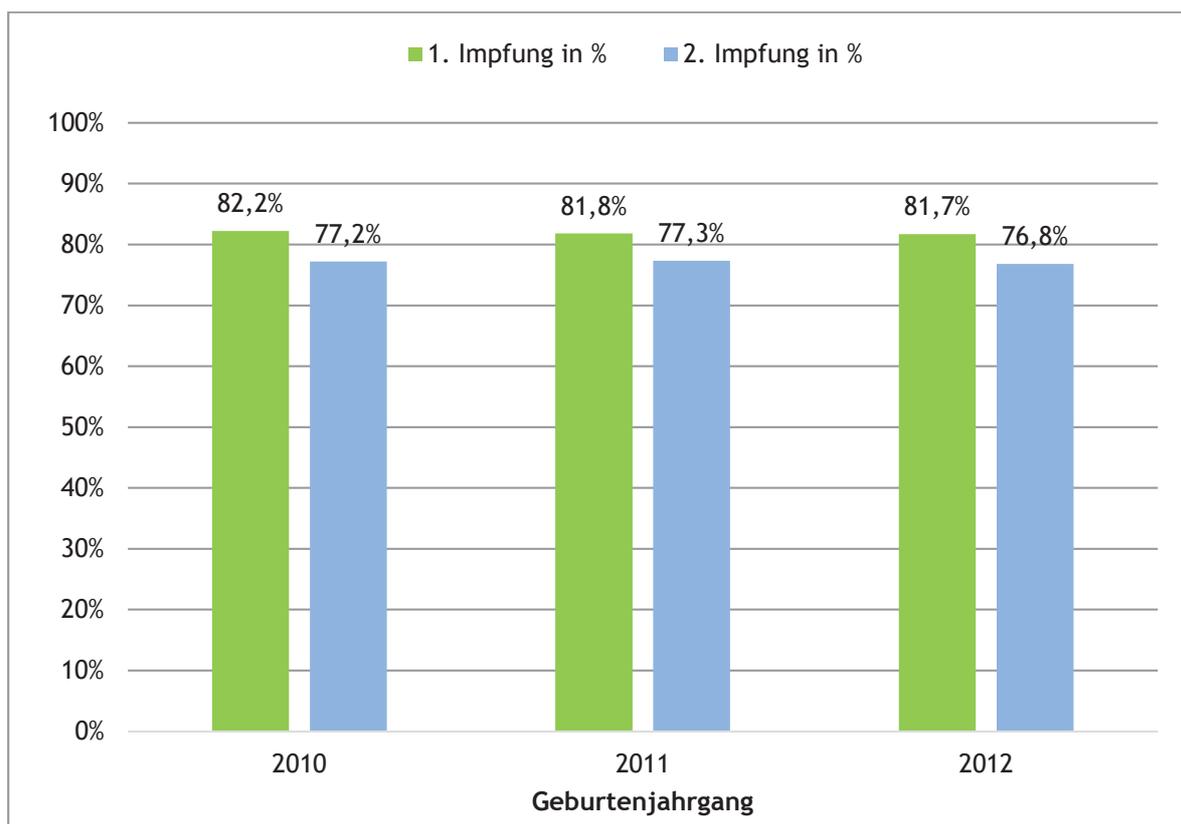
Als die für die erzielbaren Durchimpfungsraten repräsentativen Jahrgänge müssen hier daher die Geburtenjahrgänge 2010 bis 2012 herangezogen werden. Die Impfungen der Jahrgänge 2013 bis 2015 sind aufgrund des Alters der Kinder noch nicht ganz abgeschlossen.

Die Durchimpfungsrate für die erste MMR-Impfung beträgt relativ konstant etwa 82 Prozent (81,7% bis 82,2%). Die zweite MMR-Impfung erreicht etwa 77 Prozent (76,8% bis 77,3%).

Im Vergleich zu den Durchimpfungsraten des Geburtenjahrgangs 2005 (1./2. Impfung, 86%/80%), ist die Inanspruchnahme der MMR-Impfungen in den letzten fünf bis zehn Jahren gesunken.

Für einen zuverlässigen indirekten Schutz von Personen, die selbst nicht geimpft werden (können), ist eine ausreichend immune Umgebung (=Herdschutz) mit einer Durchimpfungsrate von 95 Prozent erforderlich. Das WHO-Ziel der Ausrottung der Masern bis 2020 wäre erreicht, wenn über einen Zeitraum von mindestens drei Jahren eine endemische Übertragung in der Region nicht mehr nachgewiesen wird.⁷⁴

Abbildung 53: Durchimpfungsraten MMR-Impfungen in Oberösterreich



Quelle: Land OÖ; OÖ gesamt; Geburtenjahrgänge 2010 bis 2012, Stand 31.12.2015

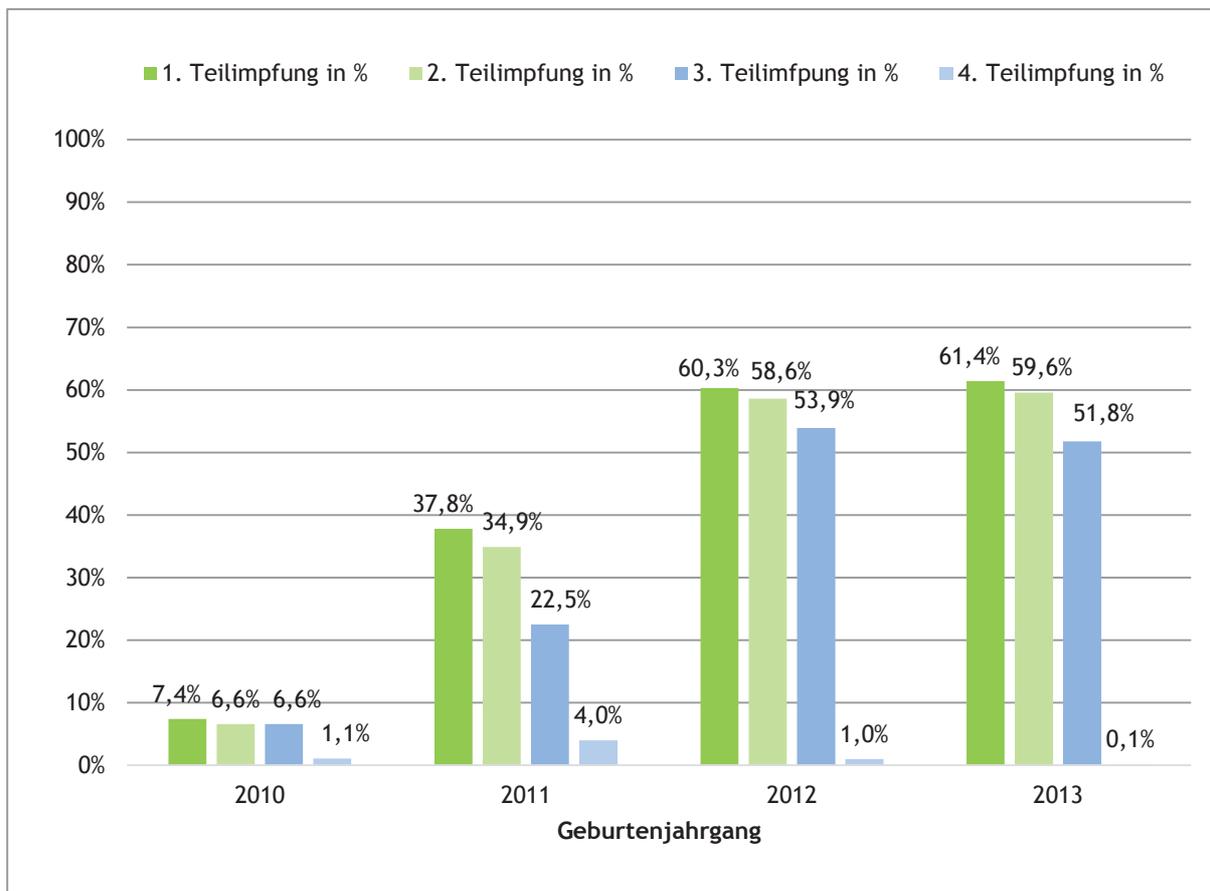
⁷⁴ WHO 2014

Impfung gegen Pneumokokken

Die Pneumokokken-Impfung war bis 2012 nur für Kinder, die bestimmten Risikogruppen angehörten (Grundkrankheiten), im Rahmen des Gratiskinderimpfprogrammes erhältlich. Seit 2012 steht sie für alle Kinder kostenlos zur Verfügung. Die Impfung wird im gleichen Lebensalter wie die Sechsfachimpfung angeboten und hat demnach

bezüglich Erreichung von repräsentativen Durchimpfungsraten auch eine Verzögerung von etwa drei Jahren. Als für die erreichbare Durchimpfungsrate repräsentativ ist hier daher vorwiegend der Geburtsjahrgang 2013 anzusehen. 61,4 Prozent erhielten die erste Teilimpfung, 59,6 Prozent die zweite und 51,8 Prozent die dritte Teilimpfung.

Abbildung 54: Durchimpfungsraten Pneumokokken-Impfungen in Oberösterreich



Quelle: Land OÖ; OÖ gesamt; Geburtsjahrgänge 2010 bis 2013, Stand 31.12.2015

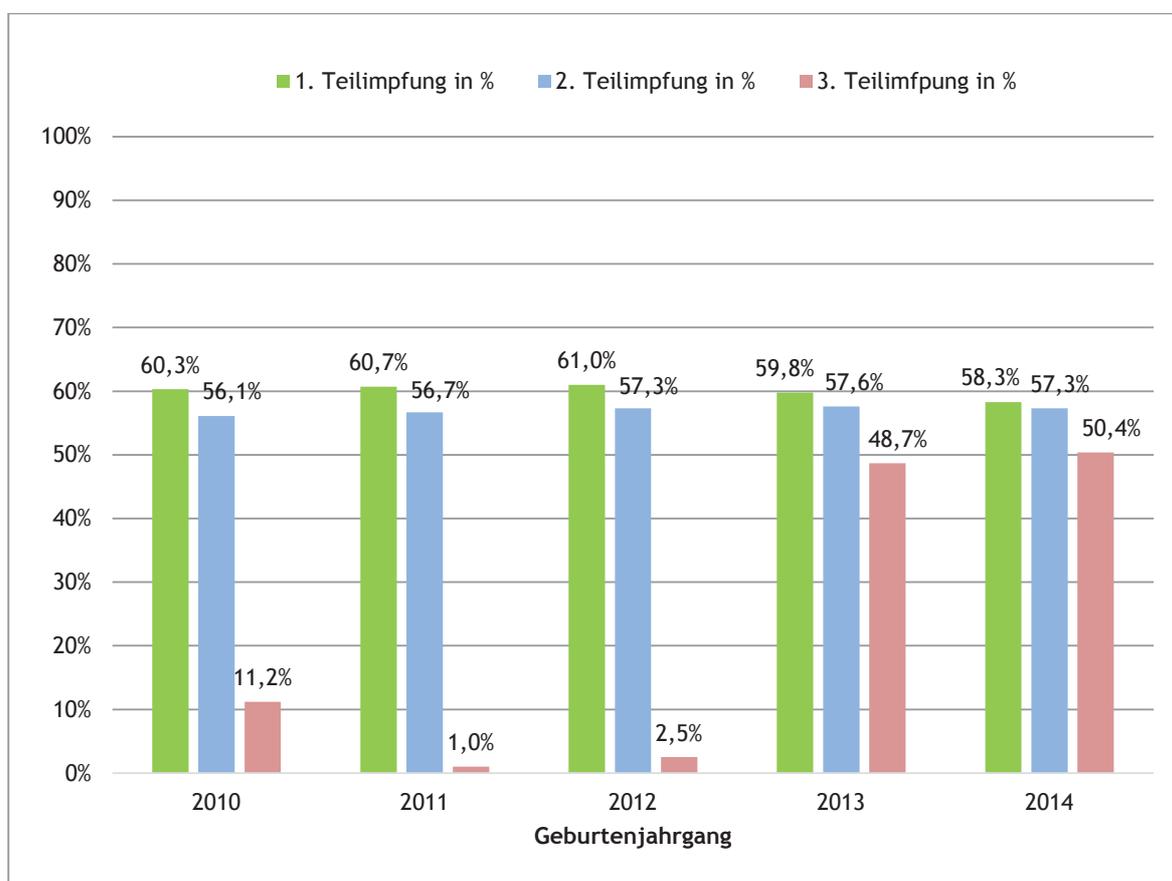
Impfung gegen Rotaviren

Die Rotavirus-Impfung ist eine Impfung des frühen Säuglingsalters, die in der Regel bis zum Ende des 6. Lebensmonats abgeschlossen sein muss.

Es können daher die Geburtenjahrgänge 2010 bis 2014 als repräsentativ für die erreichbaren Durchimpfungsraten herangezogen werden.

Hier werden über die Jahre relativ konstant Durchimpfungsraten von etwa 60 Prozent (58,3% bis 60,7%) bei der ersten und 57 Prozent (56,1% bis 57,6%) bei der zweiten Teilimpfung erreicht. Die Umstellung auf eine dreiteilige Impfung erfolgte im Jahr 2013, sodass als repräsentativ für die Durchimpfungsrate bei der dritten Teilimpfung erst der Geburtenjahrgang 2014 anzusehen ist. Mit 50,4 Prozent fällt die dritte Teilimpfung gegenüber den ersten beiden Teilimpfungen etwas ab.

Abbildung 55: Durchimpfungsraten Rotaviren-Impfungen in Oberösterreich



Quelle: Land OÖ; OÖ gesamt; Geburtenjahrgänge 2010 bis 2014, Stand 31.12.2015

2.3.2. Impfungen bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem 6. und 15. Lebensjahr - „Schulimpfungen“

Impfungen bei SchülerInnen werden in der Regel von den AmtsärztInnen der Bezirksverwaltungsbehörden im Rahmen von Schulimpfungen durchgeführt. Die Impfungen werden direkt in der Schule angeboten, um einen möglichst niederschweligen Zugang zu gewährleisten. Versäumte Impfungen können an den Sanitätsdiensten und Gesundheitsämtern der Bezirksverwaltungsbehörden, in Einzelfällen auch bei niedergelassenen ÄrztInnen, nachgeholt werden.

Im Gratiskinderimpfkonzept werden in Oberösterreich folgende Impfungen in den Schulen angeboten:

3. Schulstufe:

Diphtherie/Tetanus/Pertussis/Polio-Auffrischung

4. Schulstufe:

Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV), Grundimmunisierung

6. Schulstufe:

Impfung gegen Meningokokken der Gruppen A,C,W135 und Y

7. Schulstufe:

Impfung gegen Hepatitis B, Auffrischung oder Grundimmunisierung

8. Schulstufe:

Nachholimpfungen Diphtherie/Tetanus/Pertussis/Polio

Im Jahr 2015 wurden von den AmtsärztInnen der Bezirksverwaltungsbehörden insgesamt 49.875 Impfungen - zum größten Teil im Rahmen von Schulimpfungen - durchgeführt.

2.3.2.1. Durchimpfungsraten bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem 6. und 15. Lebensjahr - „Schulimpfungen“

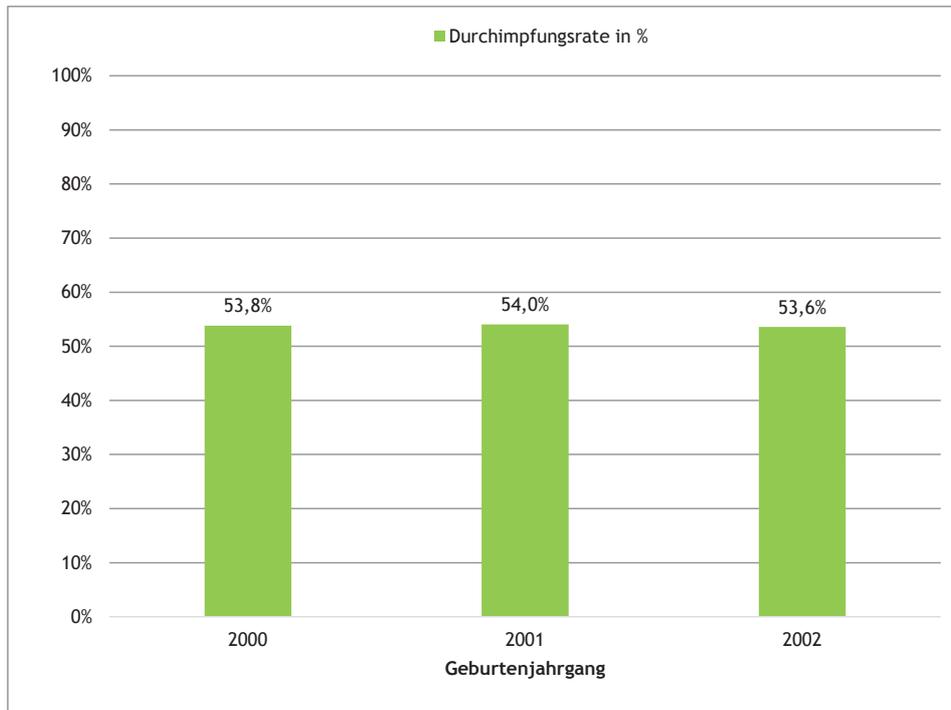
Im Folgenden soll auf die Inanspruchnahme, der in den letzten Jahren neu eingeführten Impfungen gegen HPV und Meningokokken, eingegangen werden.

Impfung gegen Meningokokken der Gruppen A,C,W135 und Y

Die Meningokokken-Impfung ist eine einteilige Impfung und wurde 2012 in das Gratiskinderimpfprogramm aufgenommen. Als repräsentativ für die erreichbaren Durchimpfungsraten sind bei Auswertung zum Zeitpunkt 31.12.2015 die Jahrgänge 2000 bis 2002 anzusehen, die zu diesem Zeitpunkt mit einem Alter von zumindest 13 Jahren bereits in der 6. Schulstufe ihre Impfung erhalten haben.

Die Impfung wird relativ konstant zu etwa 54 Prozent (53,6% bis 54%) in Anspruch genommen.

Abbildung 56: Durchimpfungsraten Meningokokken-Impfungen in Oberösterreich



Quelle: Land OÖ; OÖ gesamt; Geburtenjahrgänge 2000 bis 2002 Stand 31.12.2015

Impfung gegen Humane Papillomaviren

Die HPV-Impfung besteht bei Kindern und Jugendlichen vom 9. bis zum 15. Lebensjahr aus zwei Teilimpfungen im Abstand von mindestens sechs Monaten. Sie wurde erst 2014 in das Kinderimpfprogramm aufgenommen. Die Impfung ist für Kinder vom 9. bis zum 12. Lebensjahr kostenfrei erhältlich und wird als Schulimpfung ab dem 2. Halbjahr 2014 in der 4. Schulstufe durchgeführt. Für Jugendliche zwischen dem 12. und 15. Lebensjahr wird die Impfung vom öffentlichen Gesundheitsdienst kostengünstig angeboten (Selbstkostenanteil).

Die HPV-Impfung wird von jenen Jahrgängen, die einen Selbstkostenanteil zu bezahlen haben, nur in sehr geringem Ausmaß genutzt: erste Teilimpfung 4,8 Prozent bis 6,5 Prozent, 2. Teilimpfung 3,2 Prozent bis 4,9 Prozent.

Jene Geburtenjahrgänge, die im Schuljahr 2014/2015 in den Schulen geimpft wurden und die Impfung kostenfrei erhalten - im Wesentlichen die Geburtenjahrgänge 2004/2005 - nützen das Angebot bislang nur unzureichend. Die Geburtenjahrgänge 2004/2005 haben die erste Teilimpfung zu 26 Prozent bzw. 37,8 Prozent, die zweite Teilimpfung zu 17 Prozent bzw. 15,7 Prozent in Anspruch genommen. Der erst geringe Zeitraum seit der Einführung der Impfung in das Kinderimpfkonzept, lässt seriöse Schlüsse auf die zukünftige Akzeptanz der Impfung nach Steigerung der Bekanntheit und des Beobachtungszeitraumes noch nicht zu.

Fakten:

- Die Durchimpfungsraten bei den „klassischen“ Impfungen, wie der Sechsfachimpfung und der MMR-Impfung, sind in den letzten Jahren etwas gesunken. Die „neueren“ Impfungen (wie jene gegen Pneumokokken, Rotaviren, HPV, Meningokokken) werden noch nicht zufriedenstellend angenommen.
- Die Gründe dafür liegen neben dem Vergessen/Versäumen von Impfterminen auch in einem Trend zu einer impfkritischen Haltung, dem vor allem durch Transparenz und umfassende, gewissenhafte Aufklärung begegnet werden kann.

2.4. Einflussfaktor Pflege- und Unterstützungsleistungen

Das Kapitel 2.4. Einflussfaktor Pflege- und Unterstützungsleistungen 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.

Neben dem sozialstaatlichen Angebot an Betreuungs- und Pflegedienstleistungen decken zum überwiegenden Teil pflegende Angehörige den Großteil an Unterstützungsbedarfen ab. Einer Studie zufolge hatten rund 80 Prozent der PflegegeldbezieherInnen noch nie professionelle Dienste (wie z. B. Körperpflege durch einen mobilen Dienst) in Anspruch genommen (Pflegevorsorgebericht 2012). Hinzu kommt, dass in Oberösterreich bereits 4.093 betreuungs- und pflegebedürftige Personen ab Pflegegeldstufe 3 das Angebot der 24-Stunden-Betreuung (Stand 31.12.2016, Sozialministeriumservice) nutzen.

2.4.1 Pflegevorsorge für ältere Menschen

Bedarfs- und Entwicklungsplanung

Der Auftrag des oberösterreichischen Sozialhilfegesetzes zur bedarfs- und fachgerechten Hilfe unter Berücksichtigung der Prämissen von Wirksamkeit und Sparsamkeit fordert in regelmäßigen Abständen von der Sozialplanung, die gültige Bedarfs- und Entwicklungsplanung zu evaluieren. Die aktualisierte Planung findet sich im Bedarfs- und Entwicklungsplan (BEP) 2015 (<https://www.land-oberoesterreich.gv.at/172844.htm>).

Seit 2006 haben sich Veränderungen in der Bedarfs- und Angebotslandschaft abgezeichnet, wobei als wesentlichste Änderungen der Anstieg von Menschen mit dementiellen Erkrankungen einerseits und andererseits die kurz nach Veröffentlichung des BEP 2006 erfolgte gesetzliche Anerkennung und Förderung der 24-Stunden-Betreuung in Österreich und deren seither stetig steigende Inanspruchnahme hervorzuheben sind.

Der sozialpolitische Grundsatz „mobil vor stationär“ wird im neuen BEP 2015 weiter verfolgt. Zugleich wurden Visionen bzw. Leitaussagen entwickelt, welche die Konzeption der nächsten zehn bis zwölf Jahre normieren.

Der BEP 2015 beschreibt die herausfordernde demographische Entwicklung. „Pflegebedürftige“ werden als wesentliche Größe für die Planung von Betreuungs- und Pflegediensten definiert. Pflegebedürftige laut BEP 2015 sind einerseits jene Personen, die Pflegegeld beziehen und andererseits auch Personen, die zwar kein Pflegegeld beziehen, aber dennoch Betreuungs- und Pflegedienste in Anspruch nehmen.

Durch die immer weiter ansteigende Anzahl von hochaltrigen Personen ist neben den professionellen Betreuungs- und Pflegediensten eine allgemein sorgende Sicht der Gesellschaft gefordert. Eine Umsetzung erfolgt über die Implementierung der Sozialraumorientierung, in welcher auch vorhandene Potentiale der Gesellschaft aufgegriffen werden.

Die quantitative Planung umfasst die etablierten Betreuungs- und Pflegedienste der Langzeit- als auch der Kurzzeitpflege in Alten- und Pflegeheimen sowie den mobilen Diensten. In diesen Bereichen besteht ein flächendeckender Ausbau, wobei die einzelnen SOLL-Vorgaben lt. BEP 2015 überwiegend zu 100 Prozent erfüllt werden.

Angebote der teilstationären Tagesbetreuung sowie alternative Wohnformen werden sukzessive ausgebaut.

Case- und Caremanagement

Unter dem Begriff Case- und Caremanagement werden Angebote der Sozial-, Betreuungs- und Pflegeplanung auf Basis einer individuellen Bedarfsfeststellung, der Organisation der notwendigen Betreuungs- und Pflegedienste und des Nahtstellenmanagements verstanden.

Gegenwärtig wird das Casemanagement von den sogenannten KoordinatorInnen für Betreuung und Pflege und in Teilbereichen von den Sozialberatungsstellen wahrgenommen.

Koordination für Betreuung und Pflege

Durch die Installation einer Koordination für Betreuung und Pflege (KBP) in allen Bezirken wurde ein Instrument zur Ressourcensteuerung und Qualitätssicherung geschaffen.

Ziele der KBP sind eine Sicherstellung

- des Zugangs zu einer bedarfsgerechten Leistung für die KundInnen,
- der Vernetzungsarbeit im Bezirk und
- der Optimierung der Prozesse (bestehende Abläufe bei der Organisation und Erbringung von Leistungen sollen hinterfragt und gegebenenfalls optimiert werden).

Zielgruppe der KBP sind ältere Menschen mit Pflege- und/oder Betreuungsbedarf, Kinder im Rahmen der Hauskrankenpflege, sowie Menschen mit Pflege- und/oder Betreuungsbedarf, welcher nicht auf der Basis anderer Rechtsgrundlagen zu decken ist.

Sozialberatungsstellen in Oberösterreich

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.

BürgerInnen erhalten

- Unterstützung bei finanziellen Problemen, drohender Wohnungslosigkeit.
- Hilfestellung bei Behördenangelegenheiten (Pflegegeldantrag, bedarfsorientierte Mindestsicherung etc.).
- Informationen über alle regionalen und überregionalen Hilfsangebote.
- Information und Vermittlung von Leistungen für zu Hause lebende betreuungs- und pflegebedürftige Menschen (Mobile Dienste, Kurzzeitpflege, teilstationäre Betreuung, Mahlzeitendienste etc.).
- Information und Vermittlung von stationärer Betreuung und Pflege.
- Kontaktherstellung zu Ämtern und Behörden, zu sozialen, medizinischen oder sonstigen Einrichtungen.

Im Jahr 2015 nahmen insgesamt 34.077 KundInnen die Dienste der Sozialberatungsstellen in Anspruch.

Informationsplattform für pflegende und betreuende Angehörige

Um den pflegenden und betreuenden Angehörigen die Suche nach geeigneten Angeboten zu erleichtern, ist seit September 2015 die Informationsplattform www.pflege-info-ooe.at online.

Mit dieser Plattform können von den pflegenden und betreuenden Angehörigen alle nützlichen Informationen rund um das Thema „Betreuung und Pflege“ mit allen relevanten, trägerübergreifenden Hilfs- und Unterstützungsinformationen in verständlicher und übersichtlicher Form gefunden werden. Zudem stellt die Plattform einen regionalen Kontakt zu den jeweiligen Angeboten dar.

Nutzen der Plattform:

- niederschwelliges Angebot mit schnellem, unbürokratischem Zugang zu relevanten Informationen und Unterstützungsleistungen,
- von zu Hause aus abrufbare Informationen,
- Zeitersparnis,
- Wissensvermittlung,
- Entscheidungshilfe für bestimmte Unterstützungsangebote.

Gemeinsam mit dem SystempartnerInnen Caritas für Betreuung und Pflege wird diese Plattform stetig weiterentwickelt.

Für Menschen, die zu Hause leben

Die Mobilen Dienste bieten ihre Leistungen zu Hause bei betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen an. In Oberösterreich arbeiten 14 Anbieterorganisationen nach den Richtlinien zur Förderung professioneller sozialer Dienste.

Die Hauskrankenpflege umfasst die qualifizierte Pflege von kranken Menschen. Sie wird von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durchgeführt.

Die Mobile Betreuung und Hilfe umfasst die ganzheitliche Hilfestellung bei betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen. Sie wird von Fach-SozialbetreuerInnen mit Ausbildungsschwerpunkt Altenarbeit und von Heimhilfen wahrgenommen.

Ein relativ junges Angebot im Bereich der mobilen Dienste stellt der AngehörigenEntlastungsDienst (AED) dar. Der AED zu Hause verfolgt das Ziel einer langfristigen und regelmäßigen Entlastung pflegender Angehöriger bzw. die kurzfristige Entlastung z. B. bei Erkrankung pflegender Angehöriger ausschließlich im häuslichen Umfeld, über mehrere Stunden am Tag. Pflegende Angehörige werden dabei gegebenenfalls zusätzlich durch Fachpersonal in Pflege- und Betreuungsmaßnahmen beraten. Hierdurch kann ein möglichst langer Verbleib in vertrauter Umgebung unterstützt werden.

Zielgruppe sind pflegende Angehörige, die im Familienverband schon über einen längeren Zeitraum die Pflege und Betreuung einer Person mit Pflegegeldstufe 3 bis 7 übernommen haben. Auch pflegende Angehörige von Personen mit Demenz und hohem Betreuungsaufwand fallen in diese Zielgruppe.

Für das Leben zu Hause bietet die Rufhilfe den betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen Sicherheit. Die Rufhilfe wird vom Roten Kreuz und vom Arbeiter-Samariter-Bund durchgeführt. Alljährlich war in Summe ein TeilnehmerInnenzuwachs zu verzeichnen. Von 2012 bis 2015 erhöhte sich die Zahl der TeilnehmerInnen von 13.560 auf 14.569.

Das Land Oberösterreich subventioniert die großteils spendenfinanzierten Mobilen Hospizteams, welche aus qualifizierten ehrenamtlichen HospizbegleiterInnen und mindestens einer hauptamtlichen koordinierenden Fachkraft bestehen. Sie bieten PalliativpatientInnen sowie Angehörigen Begleitung und Beratung in der Zeit der Krankheit, des Sterbens, des Abschieds und der Trauer. Die Hospizteams können in allen Versorgungskontexten - zu Hause, im Heim oder im Krankenhaus - tätig sein. Ein weiteres Angebot stellen Trauergruppen und Trauercafés dar. Mobile Hospizteams werden in allen Bezirken des Landes angeboten und arbeiten mit den mobilen Palliativteams bzw. sonstigen Angeboten aus dem Palliativbereich zusammen.

Seit Juni 2016 besteht unter der Trägerschaft der Linzer Ordenskrankenhäuser und dem Roten Kreuz mit dem Hospiz Sankt Barbara das erste stationäre Hospiz.

Teilstationäre Dienste sind ein Angebot für altgewordene Menschen, die nur für einen Teil des Tages außerhalb ihrer Wohnung Betreuung und Pflege in Anspruch nehmen.

Die Tagesbetreuung bietet:

- qualifizierte Begleitung und Pflege in einem multi-professionellen Team,
- aktivierende Beschäftigung, Förderung der geistigen und körperlichen Beweglichkeit,

- spezielle Betreuung für dementiell erkrankte ältere Menschen,
- Geselligkeit und Aktivitäten, aber auch Ruhe und Entspannung,
- Beratung und Unterstützung der Angehörigen,
- bedarfsgerechte Öffnungszeiten sowie
- teilweise einen Fahrtendienst nach Bedarf.

Speziell werden Alleinlebende (z. B. nach einem Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalt), die ihre Selbstpflegefähigkeit zurückgewinnen möchten, oder pflegende Angehörige, damit diese Auszeiten von der Betreuungsarbeit nehmen bzw. Beruf und Betreuung vereinbaren können, mit diesem Angebot angesprochen. Der Tagesbetreuungsgast muss soweit mobil sein, dass er zum Tageszentrum gebracht werden kann.

Unter Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen sind Angebote einer zeitlich bis zu drei Monaten befristeten Wohnunterbringung mit Verpflegung, sowie mit Betreuung und Pflege einschließlich (Re-)Aktivierung zu verstehen. Kurzzeitpflegeplätze sind beispielsweise als Angebot für betreuungs- und pflegebedürftige Menschen nach Krankenhausaufenthalten gedacht, ebenso aber auch als Entlastung pflegender Angehöriger oder Bezugspersonen.

Die Kurzzeitpflegebörse www.kurzzeitpflege-boerse-ooe.at ermöglicht Betroffenen sowie pflegenden Angehörigen eine rasche und unkomplizierte Abfrage von freistehenden Plätzen in Alten- und Pflegeheimen. Dabei kann die Suche nach Angeboten in bestimmten Bezirken oder in ganz Oberösterreich auf einer Landkarte durchgeführt werden. Von den angebotenen freien Plätzen kann dann direkt eine Anfrage an das Heim gesandt werden. Das Heim gibt möglichst rasch eine Rückmeldung.

Für Menschen, die nicht mehr zu Hause leben können
Alternative Wohnformen sind Mietobjekte für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Personen, die aus sozialen, psychischen oder physischen Gründen nicht mehr alleine wohnen können oder wollen und keiner ständigen stationären Betreuung oder Pflege bedürfen. Tagsüber steht professionelle Betreuung zur Verfügung, die Nachtstunden werden mittels Notrufsystem abgedeckt. Zielgruppe sind Menschen mit niedriger Pflegegeldstufe bzw. Menschen mit leichter Demenz oder hochaltrige Menschen ohne Pflegegeld.

Es gibt mit 31.12.2015 zwei vom Land Oberösterreich geförderte alternative Wohnformen, und zwar in St. Marienkirchen bei Schärding (acht Wohnungen) und in Steyr Ennsleite (30 Wohnungen).

Die Stadt Wels eröffnete 2011 eine ambulant betreute Wohngemeinschaft für Personen mit Demenz. Ende 2015 standen zehn Wohnungen für zehn Personen zur Verfügung. Das Zusammenleben ist an ein Familienleben angelehnt. Die Betreuung ist rund um die Uhr gesichert. Die notwendigen Pflegeleistungen erfolgen durch mobile Dienste. Die Wohngruppe stellt eine Vorstufe bzw. Alternative zur Versorgung in herkömmlichen stationären Alten- und Pflegeheimen dar. Zielgruppe sind Personen ab 60 Jahren mit einer (mittleren) Demenz und der Pflegestufe 3 (in Ausnahmefällen 2).

In der Langzeitpflege in Alten- und Pflegeheimen leben Personen, die vorwiegend aufgrund ihrer altersbedingten Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit mit anderen Pflege- und Betreuungsangeboten nicht das Auslangen finden.

Die Erbringung von Hotelleistungen (Wohnung und Verpflegung) und Pflege- sowie Betreuungsleistungen - einschließlich tagesstrukturierender Leistungen - erfolgt durchgehend.

Eine Weiterentwicklung der klassischen Organisation der Betreuung und Pflege in Alten- und Pflegeheimen stellt das Konzept von Hausgemeinschaften dar, welches bereits in mehreren oberösterreichischen Alten- und Pflegeheimen umgesetzt ist. Hausgemeinschaften sind kleine, stationäre Einheiten, in denen ca. zehn bis zwölf HeimbewohnerInnen gemeinsam mit einer Präsenzkraft ein am Alltag orientiertes Leben führen. Die gemeinsame Wohnküche, in der die Teilnahme am Alltag stattfindet, ist Zentrum jeder Hausgemeinschaft.

Tabelle 10: Leistungen sozialer Versorgung im Überblick in Oberösterreich

Leistungsstunden Mobile Dienste inkl. Hospiz (lt. PDLSt*)				
2011	2012	2013	2014	2015
1.637.349	1.663.510	1.667.637	1.662.362	1.711.192
Plätze in teilstationären Diensten (lt. PDLSt)				
2011	2012	2013	2014	2015
235	300	557	572	606
betreute Personen in der Kurzzeitpflege (lt. PDLSt)				
2011	2012	2013	2014	2015
2.924	3.361	3.499	3.547	3.559
betreute Personen in den Alternativen Wohnformen (lt. PDLSt)				
2011	2012	2013	2014	2015
8	46	43	42	43
Plätze in stationären Diensten (lt. PDLSt)				
2011	2012	2013	2014	2015
11.966	12.128	12.050	11.999	12.031

Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik der Abteilung Soziales, Land OÖ

*... Pflegedienstleistungsstatistik

2.4.2 Angebote und Leistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen

Psychosoziale Beratung und Krisenhilfe

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.

Im Jahr 2016 wurden die Krisenintervention und der Psychosoziale Notdienst zusammengeführt und heißt nunmehr Krisenhilfe.

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 eine entsprechende Entlohnung anhand eines transparenten Lohnschemas, das in regelmäßigen Abständen zwischen den VertragspartnerInnen (TrägerInnen, Betriebsrat und Land Oberösterreich) ausverhandelt wird.

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 TrägerInnen 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 gemeinwesensintegrierte, 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 Essenszubereitung, bei der Wäscheversorgung, etc.,
- Begleitung und Mobilität: zur Pflege sozialer Kontakte, Besuch von Veranstaltungen, Begleitung zu ÄrztInnen, TherapeutInnen, Behörden etc.,

- Freizeitgestaltung: Begleitung zu außerhäuslichen Aktivitäten, Unterstützung zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben etc. (Anm.: Leistungen im Freizeitbereich: max. 20 Std./Monat, vgl. oberösterreichisches Chancengleichheitsgesetz 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 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.

Frühförderung

Die Frühförderung versteht sich als frühestmögliche, ganzheitliche Förderung für in ihrer Entwicklung auffällige Kinder, beeinträchtigte Kinder und Kinder, bei denen die Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer Beeinträchtigung nicht ausgeschlossen werden kann. Die Frühförderung wird daher bereits in den ersten Lebensjahren des Kindes angeboten. Für Familien soll die Frühförderung Begleitung, Beratung und Unterstützung sein.

Es wird unterschieden zwischen allgemeiner Frühförderung, Familienbegleitung, Sehfrühförderung und früher Kommunikationsförderung. Die Allgemeine Frühförderung kann von Geburt an bis zum Eintritt in die Schule in Anspruch genommen werden. Die Sehfrühförderung kann von Geburt an bis zum Eintritt in die Schule und die frühe Kommunikationsförderung kann von der Vollendung des zweiten Lebensjahres an bis zum Eintritt in die Schule in Anspruch genommen werden; darüber hinaus kann für jede Weitergewährung ein begründeter Antrag gestellt werden. Die Familienbegleitung wird befristet für längstens ein Jahr gewährt. Frühförderung wird in ganz Oberösterreich flächendeckend angeboten.

Tabelle 11: Inanspruchnahme von Leistungen nach dem oberösterreichischen Chancengleichheitsgesetz in den Jahren 2011 bis 2015

Leistungsart	2011	2012	2013	2014	2015
fähigkeitsorientierte Aktivität - Anzahl der KundInnen	4.800	4.993	5.095	5.283	5.351
geschützte Arbeit - Anzahl der KundInnen	713	792	765	804	818
berufliche Qualifizierung - Anzahl der KundInnen	459	413	400	392	447
Wohnen - Anzahl der KundInnen	3.836	4.283	4.405	4.470	4.512
mobile Betreuung und Hilfe - Anzahl der KundInnen	1.170	1.345	1.368	1.389	1.529
persönliche Assistenz - Anzahl der KundInnen	184	232	221	220	209
Frühförderung - Anzahl der KundInnen	576	921	965	1.045	1.022
psychosoziale Beratung - Anzahl der Kontakte	65.202	61.482	62.916	61.037	60.996
Hilfe in Krisen: Psychosozialer Notdienst*) - Anzahl der Kontakte	6.467	8.913	10.515	10.752	10.891
Hilfe in Krisen: Krisenintervention/Krisenzimmer*) - Anzahl der Kontakte	8.162	8.152	8.140	8.928	8.258

Quelle: Abteilung Soziales/Gruppe Leistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen, Land OÖ

*) ab 2016 lautet die Bezeichnung: Krisenhilfe

Fakten:

- 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.
- Neben dem sozialstaatlichen Angebot an Betreuungs- und Pflegedienstleistungen decken zum überwiegenden Teil pflegende Angehörige den Großteil an Unterstützungsbedarfen ab.
- Der Bedarfs- und Entwicklungsplan der Pflegevorsorge für ältere Menschen wird in regelmäßigen Abständen evaluiert und weiterentwickelt.
- Für Menschen, die zu Hause leben, stehen unter anderem mobile Dienste, der AngehörigenEntlastungsDienst, die Ruhhilfe, mobile Hospizteams, teilstationäre Dienste (wie Tagesbetreuung) und Kurzzeitpflege zur Verfügung.

- Menschen, die nicht mehr zu Hause leben können, finden entsprechende Betreuung und Pflege durch Langzeitpflege in einem Alten- und Pflegeheim oder in speziellen alternativen Wohnformen.
- Angebote und Leistungen für Menschen mit Beeinträchtigung sind folgende:
 - psychosoziale Beratung und Krisenhilfe
 - Arbeit und fähigkeitsorientierte Aktivität
 - geschützte Arbeit
 - berufliche Qualifizierung
 - Wohnen
 - mobile Dienste
 - mobile Betreuung und Hilfe
 - persönliche Assistenz
 - Frühförderung

2.5. Einflussfaktor Wohnverhältnisse

Die Bedeutung der Wohnbedingungen für die Gesundheit der Bevölkerung ist wissenschaftlich belegt und wird durch eine zunehmende Anzahl von Studien abgesichert.⁷⁵ Im Hinblick auf die Wohnbedingungen lassen sich vier gesundheitsrelevante Dimensionen unterscheiden:

- die physische Struktur bzw. Konstruktion des Hauses bzw. der Wohnung (Materialien, Ausstattung etc.),
- die soziale und ökonomische Struktur des Haushaltes (z. B. Anzahl der Personen, Familienkonstellation etc.),
- die Wohnumgebung (z. B. Infrastruktur etc.) sowie
- die sozialen Beziehungen im Wohnumfeld (z. B. Nachbarschaftsbeziehungen etc.).⁷⁶

In einer Studie zu den gesundheitlichen Auswirkungen der Wohnbedingungen der WHO für die europäische Region werden unter anderem folgende relevante Aspekte angeführt:

- Feuchtigkeit und Schimmel im Wohnbereich sind zu einem erheblichen Anteil an der Entwicklung von Asthma bronchiale bei Kindern beteiligt.
- Die Bauweise und Ausstattung von Wohnungen können Unfälle im Wohnbereich begünstigen, wohingegen durch die sichere Gestaltung z. B. Stürze oder Verletzungen etc. verhindert werden können.
- Beengte Wohnverhältnisse können die Verbreitung von Infektionskrankheiten begünstigen (z. B. Tuberkulose).
- Zu geringe Raumtemperatur in der Wohnung (z. B. infolge mangelnder Heizmöglichkeiten oder nicht leistbarer Heizkosten) kann zu verschiedenen Gesundheitsproblemen führen (z. B. Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislaufproblemen etc.) und kann in verschiedenen Ländern auch mit einer höheren Sterblichkeit im Winter in Verbindung gebracht werden.
- Verkehrslärm im Wohnumfeld hat ungünstige Auswirkungen auf das Nerven-, Verdauungs-, Herz-Kreislauf- und Immunsystem und begünstigt verschiedene psychische und physische Gesundheitsprobleme.
- Schadstoffe der Innenraumluft, insbesondere Tabakrauch im Wohnbereich, bergen das Risiko für verschiedene Erkrankungen. Weitere Belastungen der Innenraumluft stellen z. B. Rauch oder Kohlenmonoxyd durch unangemessene Heizungen (Heizen mit festen Brennstoffen etc.), Formaldehyd, Radon etc. dar.⁷⁷

Wohnungsüberbelag

Überbelag ist ein gesundheitsrelevanter Indikator für die Wohnqualität. Von Überbelag kann gesprochen werden, wenn die Wohnfläche für die Anzahl der Personen im Haushalt nicht ausreichend ist. In verschiedenen Studien wird der Überbelag von Wohnungen unterschiedlich definiert. In der Mikrozensuserhebung 2014 wird Überbelag folgendermaßen definiert: Wenn unter 35 m² Nutzfläche für mehr als eine Person verfügbar sind bzw. wenn bei einer Nutzfläche von 35 m² bis unter 60 m² mehr als zwei Personen, bei einer Nutzfläche von 60 m² bis unter 70 m² mehr als drei Personen, bei einer Nutzfläche von 70 bis 90 m² mehr als vier Personen und bei 90 bis unter 110 m² mehr als fünf Personen in der Wohnung leben (bei einer Nutzfläche ab 110 m² wird kein Überbelag angenommen).⁷⁸ In Oberösterreich sind 3 Prozent der Haushalte (ca. 15.000 Haushalte) in überbelegten Wohnungen angesiedelt (Österreich: 4%). In den Haushalten mit Wohnungsüberbelag leben 5 Prozent (ca. 69.000 Personen) der oberösterreichischen Bevölkerung (Österreich: 7%). Im Bundesländervergleich bewegt sich Oberösterreich diesbezüglich im Mittelfeld. Besonders hoch ist der Anteil in der Bundeshauptstadt Wien. Den niedrigsten Anteil an überbelegten Wohnungen weist das Burgenland auf (Abbildung 57)

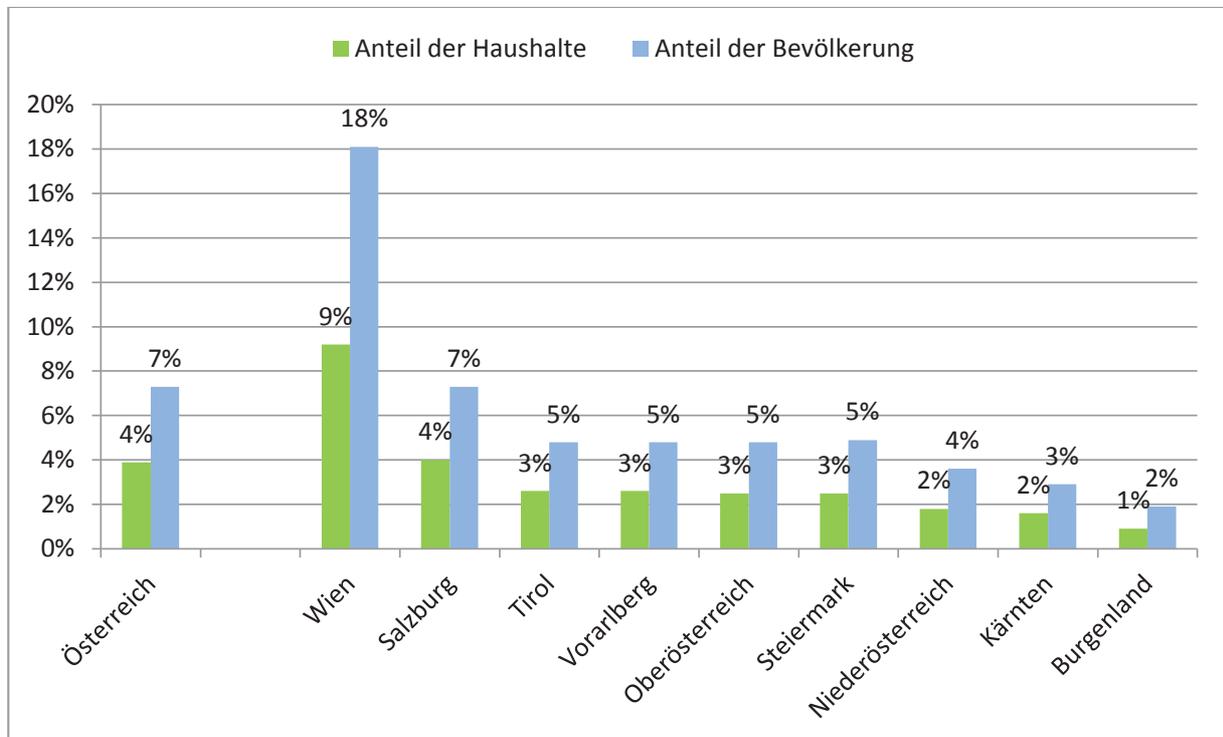
⁷⁵ Braubach et al. 2011, S. 1

⁷⁶ Braubach et al. 2011, S. 1

⁷⁷ Braubach et al. 2011, S. 3-5

⁷⁸ Statistik Austria 2016, S. 30

Abbildung 57: Wohnungsüberbelag nach Bundesländern



Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 2015 (Statistik Austria 2016)

Wohnungsüberbelag betrifft insbesondere Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft, Haushalte mit drei oder mehr Kindern sowie Haushalte mit geringem Haushaltseinkommen. Hinsichtlich des Rechtsverhältnisses ist festzuhalten, dass Überbelag in Gemeindeför-

derungen und im privaten bzw. „freien“ Mietsektor überdurchschnittlich häufig anzutreffen ist, wohingegen im Bereich Wohneigentum (Eigenheim, Eigentumswohnung) vergleichsweise seltener beengte Wohnverhältnisse vorzufinden sind.⁷⁹

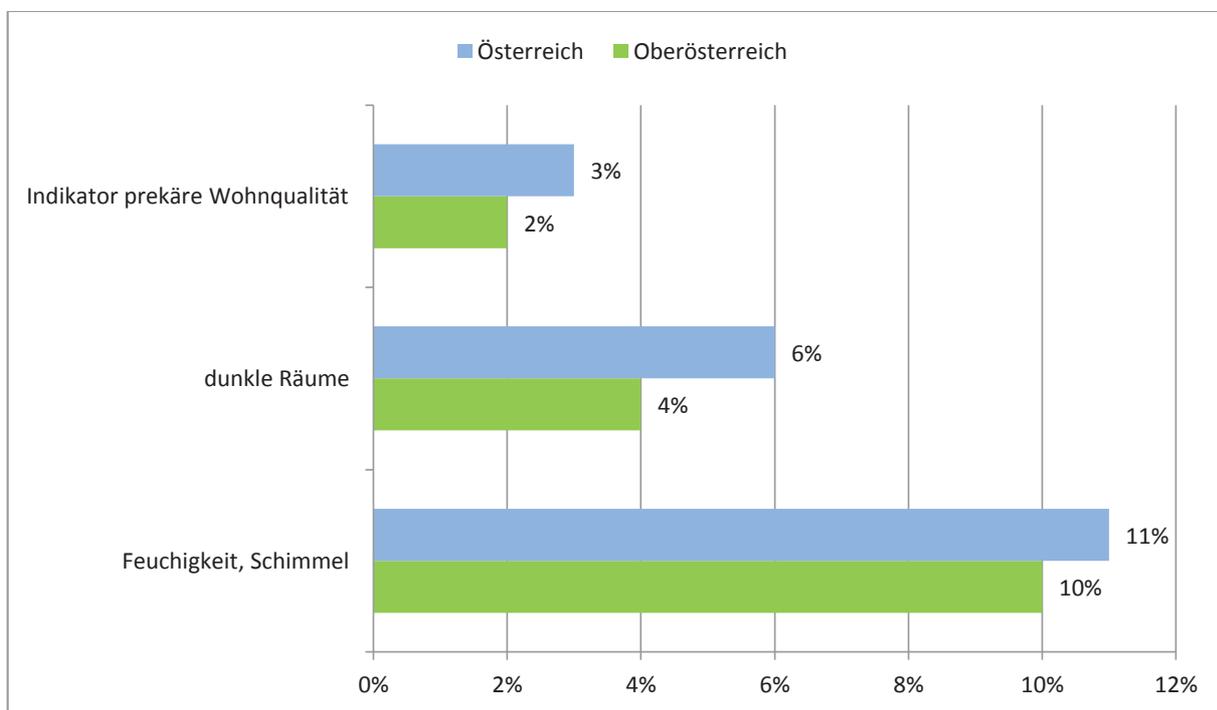
⁷⁹ Statistik Austria 2016, S. 31

Prekäre Wohnqualität

In der EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions)⁸⁰ Erhebung wurde die Wohnqualität anhand folgender Indikatoren erhoben: kein Bad/keine Dusche oder kein WC in der Wohnung, Schimmel oder Feuchtigkeit, dunkle Räume sowie keine Waschmaschine (bzw. keine gemeinsame Waschküche im Haus). Bei Zutreffen von zwei oder mehreren der genannten Wohnprobleme kann die Wohnqualität als prekär eingestuft werden.⁸¹

Entsprechend der oben genannten Definition sind in Oberösterreich im Jahr 2016 rund 24.000 Personen von prekärer Wohnsituation betroffen (2% der Bevölkerung). Die häufigsten Wohnprobleme sind Feuchtigkeit/Schimmel in der Wohnung (10% der Bevölkerung) und dunkle Räume (4%). Die mangelnde Ausstattung der Wohnung hinsichtlich Bad/WC bzw. Waschmaschine kommt kaum vor.⁸³

Abbildung 58: Prekäre Wohnverhältnisse in Oberösterreich und Österreich



Quelle: Statistik Austria: EU-SILC 2016 (Statistik Austria 2017); Anteil der betroffenen Bevölkerung

In Österreich weisen Angehörige von armutsgefährdeten Haushalten ein deutlich höheres Risiko für prekäre Wohnbedingungen auf (6%) als Personen mit mittlerem (2%) bzw. höherem Haushaltseinkommen (1%).

Nach dem Rechtsverhältnis sind prekäre Wohnbedingungen im privaten bzw. „freien“ Mietsektor stärker vertreten. In städtischen Gebieten ist das Problem häufiger anzutreffen als in kleineren bzw. ländlichen Gemeinden.⁸²

Im Zeitraum zwischen 2008 und 2014 ist in Österreich hinsichtlich der von prekären Wohnverhältnissen betroffenen Haushalte ein Rückgang zu beobachten. Zwischen 2014 und 2015 ist wiederum ein leichter Anstieg festzustellen.⁸⁴

⁸⁰ EU-SILC ist eine europaweite Erhebung zu den Themen Einkommen, Armut und Lebensbedingungen, die jährlich durchgeführt wird.

⁸¹ Statistik Austria 2016, S. 32

⁸² Statistik Austria 2016, S. 33-34

⁸³ Statistik Austria 2017

⁸⁴ Statistik Austria 2016, S. 35-36

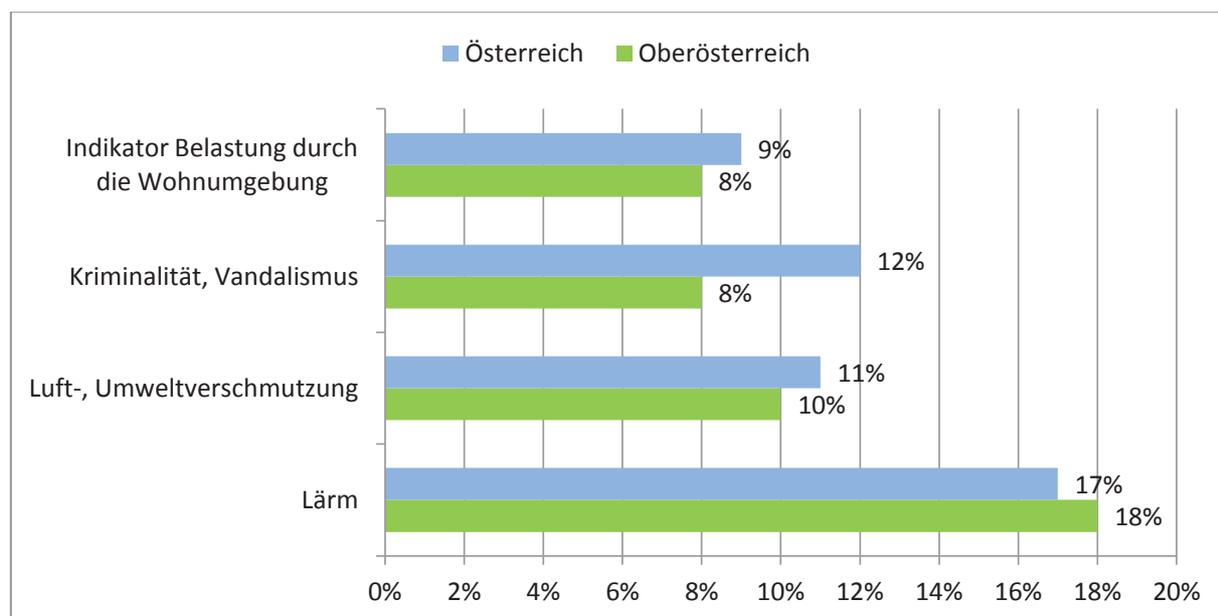
Belastende Wohnumgebung

Die Qualität der Wohnumgebung stellt einen wesentlichen Aspekt der Wohnqualität dar. In der EU-SILC - Erhebung wurden für die Erfassung der Belastungen durch die Wohnumgebung folgende Merkmale erhoben: Lärmbelastung (durch Nachbarn oder anderen Umgebungslärm wie z. B. Verkehr), Luft- oder Umweltverschmutzung sowie Kriminalität/Vandalismus etc. in der Wohnumgebung.

Der Indikator „Belastung durch die Wohnumgebung“ fasst diese Merkmale zusammen: Wenn auf einen Haushalt zwei oder mehr der genannten Probleme zutreffen, wird davon ausgegangen, dass die Wohnumgebung als belastend eingestuft werden kann.⁸⁵

Im oben genannten Sinn sind in Oberösterreich ca. 13.000 Haushalte von einem belastenden Wohnumfeld betroffen (2% der Haushalte). In diesen Haushalten leben ca. 120.000 Menschen (8% der oberösterreichischen Bevölkerung).⁸⁶ Von den einbezogenen Einzelmerkmalen spielt die Lärmbelastung die größte Rolle (18% der Bevölkerung), gefolgt von Luft/Umweltbelastungen (10%) und Kriminalität/Vandalismus (8%) (Abbildung 59).

Abbildung 59: Belastende Wohnumgebung in Oberösterreich und Österreich



Quelle: Statistik Austria: EU-SILC 2016 (Statistik Austria 2017); Anteil der betroffenen Bevölkerung

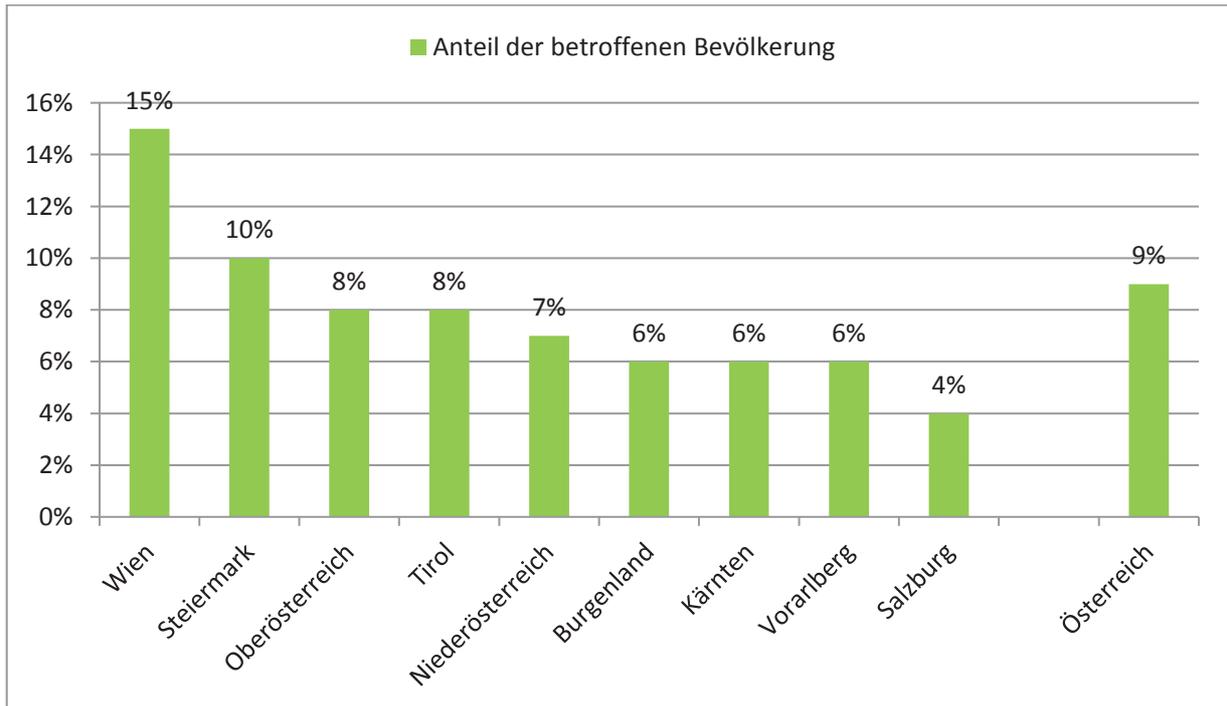
⁸⁵ Statistik Austria 2016, S. 32

⁸⁶ Statistik Austria 2017

Im Bundesländervergleich weisen Wien und die Steiermark einen höheren Bevölkerungsanteil mit einem belas-

tenden Wohnumfeld auf (Wien 15%, Steiermark 10%). Den geringsten Anteil weist das Bundesland Salzburg auf (4%) (Abbildung 60).

Abbildung 60: Belastende Wohnumgebung nach Bundesland



Quelle: Statistik Austria: EU-SILC 2016 (Statistik Austria 2017); Anteil der betroffenen Bevölkerung

Belastungen in der Wohnumgebung sind vor allem ein städtisches Problem und in kleineren Gemeinden seltener anzutreffen als in größeren. Der zeitliche Verlauf des Indikators ist vorsichtig zu interpretieren, da deutliche

Schwankungen zwischen einzelnen Jahren zu beobachten sind. Nach einem Anstieg von 2008 auf 2009 scheint sich im Zeitraum bis 2015 eine fallende Tendenz abzuzeichnen.⁸⁷

⁸⁷ Statistik Austria 2016, S. 35-36

Wohnkosten

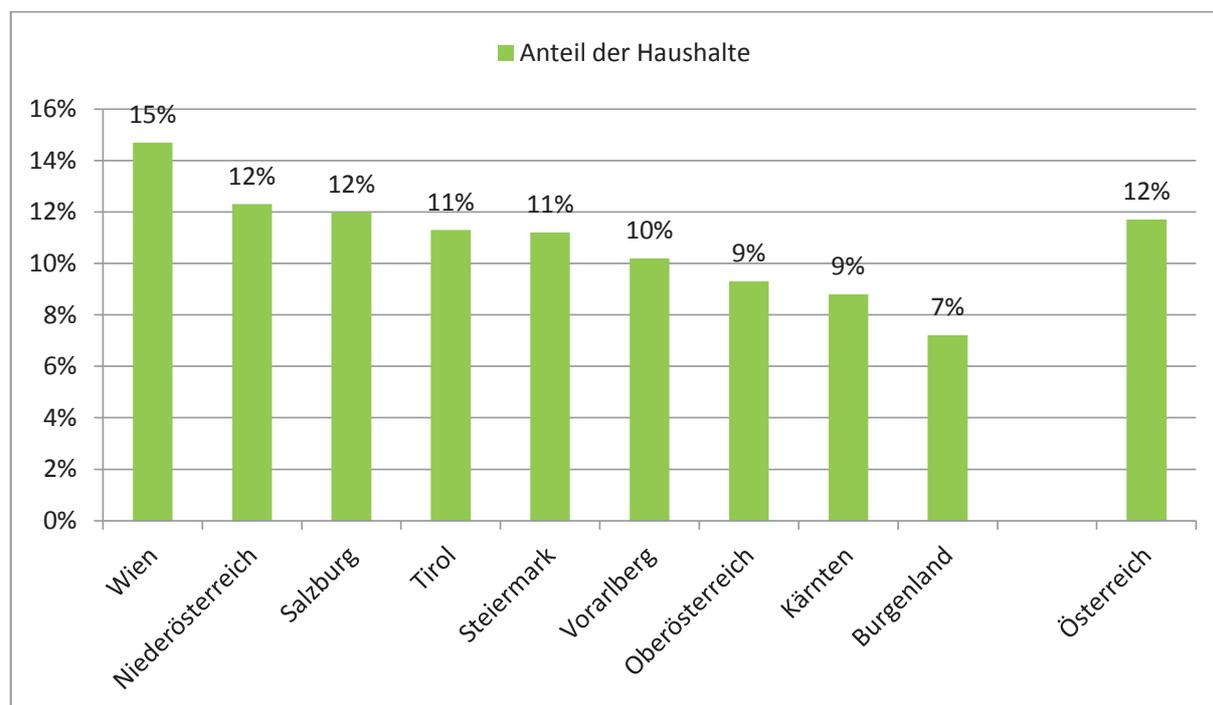
Die Frage der Leistbarkeit des Wohnaufwandes gewinnt in Österreich zusehends an Bedeutung. Besonders schwierig gestaltet sich diesbezüglich die Situation für armutsgefährdete Familien bzw. Haushalte. Neben dem Haushaltseinkommen ist für die Leistbarkeit des Wohnens die Höhe des finanziellen Wohnungsaufwandes relevant. Dazu gehören nicht nur die finanziellen Aufwendungen für die Miete (bzw. für den Wohnungserhalt oder die Zinsbelastung bei Eigenheimen etc.) sondern auch sonstige Aufwendungen (z. B. Betriebskosten, Heizkosten etc.). Einflussgrößen sind u.a. auch der regional verfügbare Wohnungsbestand. Zum Beispiel hat die Verfügbarkeit günstiger Wohnungen in den letzten Jahren deutlich abgenommen. Zudem spielt die Siedlungsdichte eine erhebliche Rolle. In Ballungsgebieten (z. B. den Landeshauptstädten) sind die Belastungen durch den Wohnungsaufwand deutlich höher als in ländlichen Gebieten.⁸⁸

Im Durchschnitt sind die Wohnkosten für armutsgefährdete Familien und Haushalte ähnlich hoch wie die Aufwendungen der nicht Armutsgefährdeten. Aufgrund der

geringeren verfügbaren finanziellen Mittel muss ein höherer Anteil des Haushaltseinkommens für das Wohnen ausgegeben werden. Üblicherweise wird davon ausgegangen, dass ein unzumutbar hoher Wohnungsaufwand vorliegt, wenn die Wohnkosten (Miete, Betriebskosten, Heizung, Energie, Instandhaltung, Zinszahlungen für Kredite) 25 Prozent des Haushaltseinkommens überschreiten. Im Zeitraum zwischen 2005 und 2011 ist dieser Anteil österreichweit von 15 Prozent auf 18 Prozent der Bevölkerung angestiegen.⁸⁹ 2016 waren in Österreich 20 Prozent der Bevölkerung betroffen. In Oberösterreich betrug der Anteil 2016 17 Prozent. Im Bundesländervergleich weist das Burgenland den geringsten Anteil auf (9%) und Wien den höchsten (34%).⁹⁰

Ausgehend von der subjektiven Einschätzung der BewohnerInnen sind in Oberösterreich 9 Prozent der Haushalte mit einem hohen Wohnungsaufwand konfrontiert (Österreich: 12%). Im Bundesländervergleich weist diesbezüglich Wien den höchsten Anteil auf (15%) während der Anteil im Burgenland am geringsten ausfällt (7%).

Abbildung 61: Haushalte mit subjektiv starker Wohnkostenbelastung nach Bundesland



Quelle: Statistik Austria: EU-SILC 2016 (Statistik Austria 2017); Anteil der Haushalte mit subjektiv starker Wohnkostenbelastung.

⁸⁸ Mundt und Amann 2015, S. 26-29

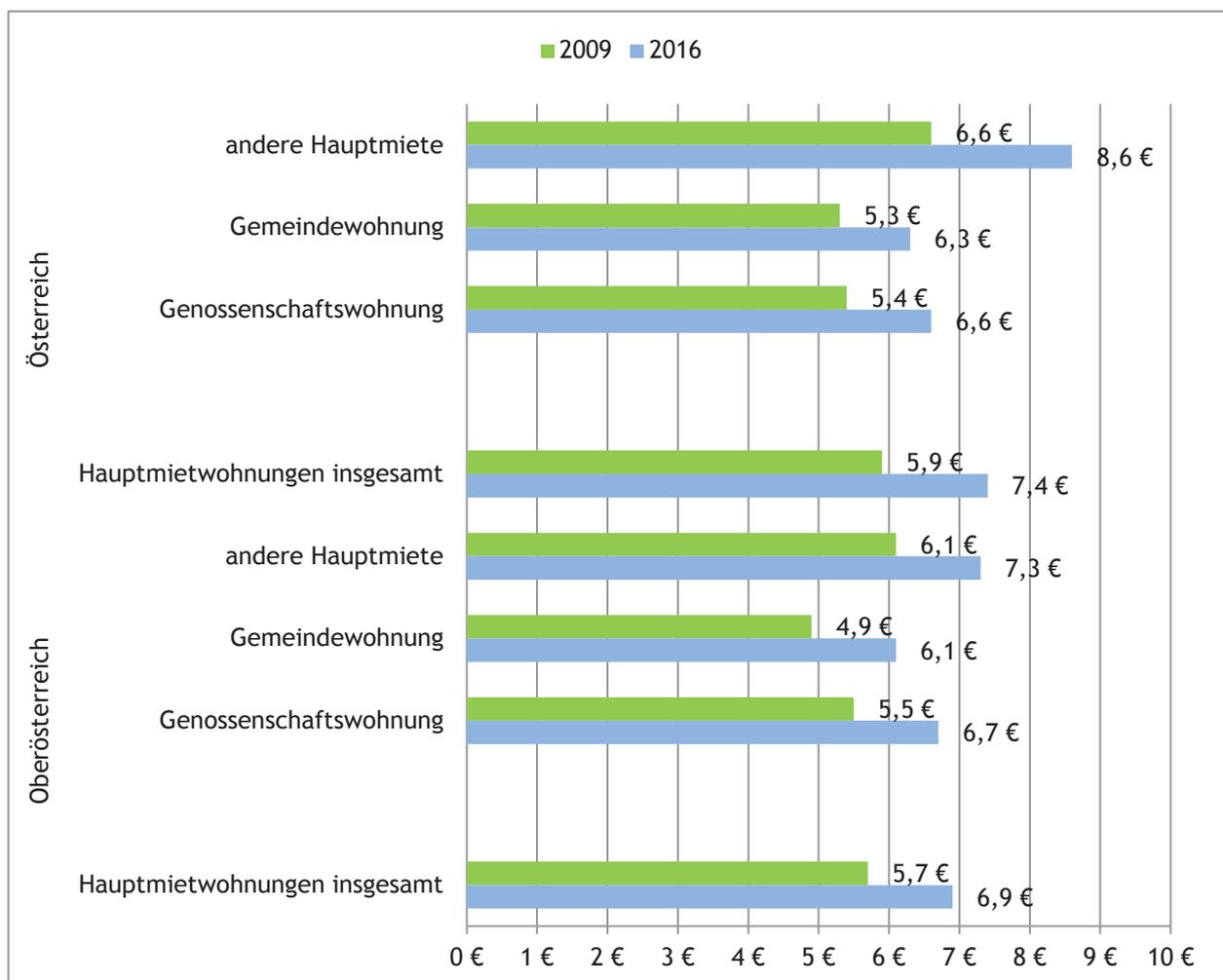
⁸⁹ Mundt und Amann 2015, S. 29

⁹⁰ EU-SILC 2016(Statistik Austria 2017b)

In Oberösterreich sind 54 Prozent der Hauptwohnsitzwohnungen im Eigentum der BewohnerInnen (Hauseigentum 45%, Wohnungseigentum 8%), weitere 22 Prozent sind Genossenschafts- bzw. Gemeindewohnungen (Genossenschaftswohnungen 21%, Gemeindewohnungen knapp 1%) und 24 Prozent sind sonstige Mietwohnungen. Österreichweit fallen 49 Prozent der Hauptwohnsitze unter die Kategorie Haus- oder Wohnungseigentum, 24 Prozent sind Genossenschafts- bzw. Gemeindewohnungen und 27 Prozent sonstige Mietverhältnisse.⁹¹

Im Zeitraum zwischen 2009 und 2016 stiegen in Oberösterreich die Bruttomieten (inklusive Betriebskosten) um 21 Prozent (von 5,7 €/m² auf 6,9 €/m²). Genossenschaftswohnungen waren 2016 etwas günstiger (6,7 €/m²) als Mietwohnungen im freien Marktsegment („andere Hauptmieten“ 7,3%). Die Preissteigerung bei Genossenschaftswohnungen (22%) fiel im Beobachtungszeitraum etwas höher aus wie bei „anderen Hauptmieten“ (20%) (Abbildung 62). Die Wohnungskosten steigen deutlich stärker als die durchschnittliche Inflationsrate. Zum Vergleich: Im Zeitraum zwischen 2010 und 2016 stieg der Verbraucherpreisindex um knapp 12 Prozent.⁹²

Abbildung 62: Durchschnittliche Wohnkosten von Hauptmietwohnungen nach Rechtsverhältnis 2009 und 2016 in Oberösterreich und Österreich



Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus (Statistik Austria 2017b). Miete inkl. Betriebskosten pro Wohnung in Euro.

⁹¹ Statistik Austria 2016, S. 81

⁹² Statistik Austria 2017a

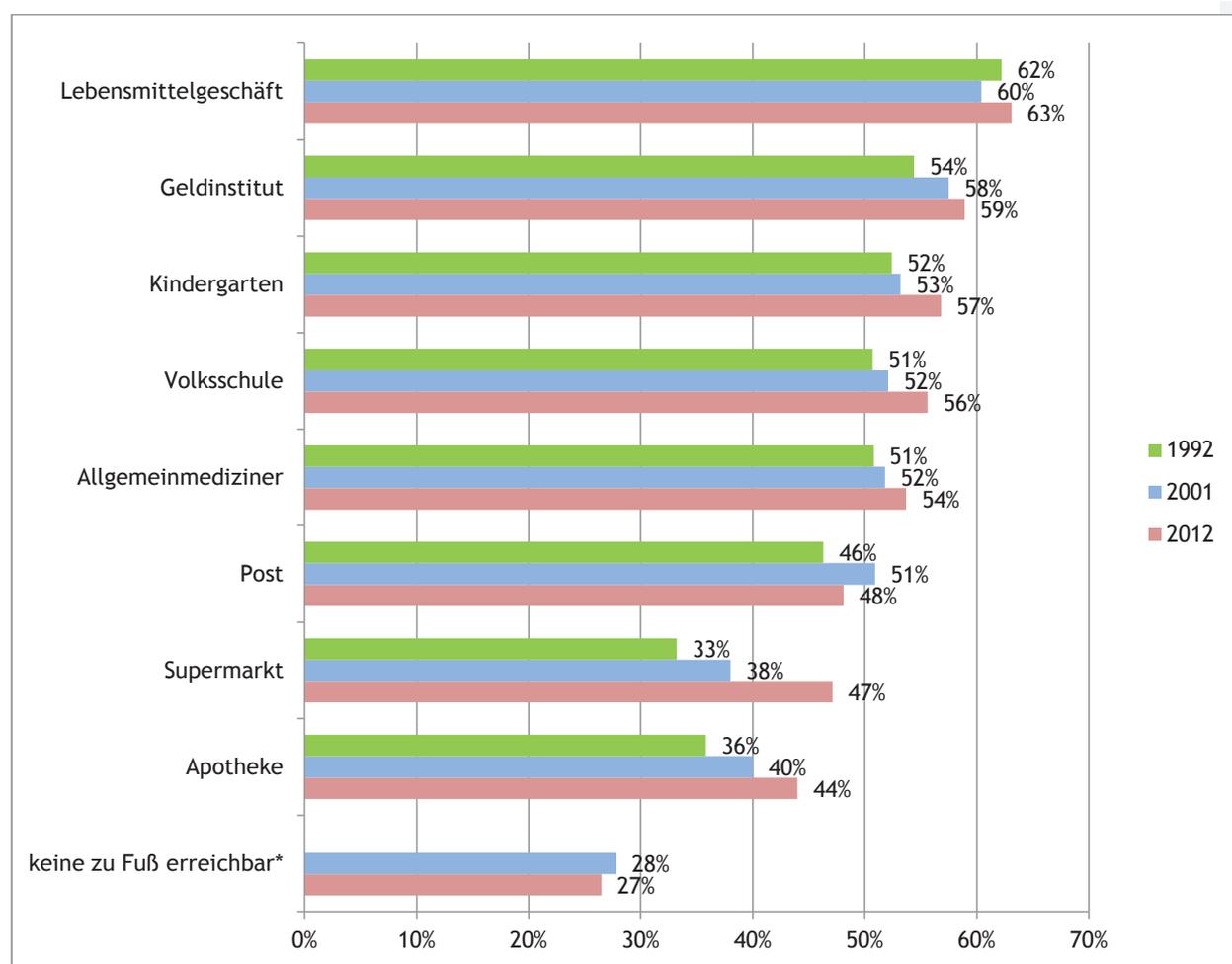
Infrastruktur im Wohnumfeld

Ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Wohnqualität ist die Infrastruktur im Wohnumfeld bzw. die Verfügbarkeit von Versorgungseinrichtungen im Wohnumfeld.

In der oberösterreichischen Verkehrserhebung 2012 wurde für verschiedene Versorgungseinrichtungen erhoben, in welchem Ausmaß diese zu Fuß innerhalb von 15 Minuten erreichbar sind. Für 63 Prozent der Bevölkerung sind

Lebensmittelgeschäfte fußläufig erreichbar. Gut die Hälfte der Bevölkerung (51% bis 59%) kann Arztpraxen, Volksschulen, Kindergärten und Geldinstitute zu Fuß aufsuchen. Etwas weniger als die Hälfte findet eine Post, einen Supermarkt bzw. eine Apotheke im fußläufig erreichbaren Wohnumfeld vor. 27 Prozent der Bevölkerung geben an, dass sie keines der erhobenen Versorgungseinrichtungen zu Fuß innerhalb von 15 Minuten erreichen können (siehe auch Kapitel 2.6. Einflussfaktor Mobilität).

Abbildung 63: Fußläufige Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen in Oberösterreich



Quelle: OÖ Verkehrserhebung 2012 (Amt der Oö. Landesregierung 2014); fußläufige Erreichbarkeit innerhalb 15 Minuten

*1991 nicht erhoben

Die Veränderungen der Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen im Zeitraum 1992 bis 2012 sind schwierig zu interpretieren. Die tendenziellen Zunahmen in der fußläufigen Erreichbarkeit (z. B. Apotheke, Supermarkt)

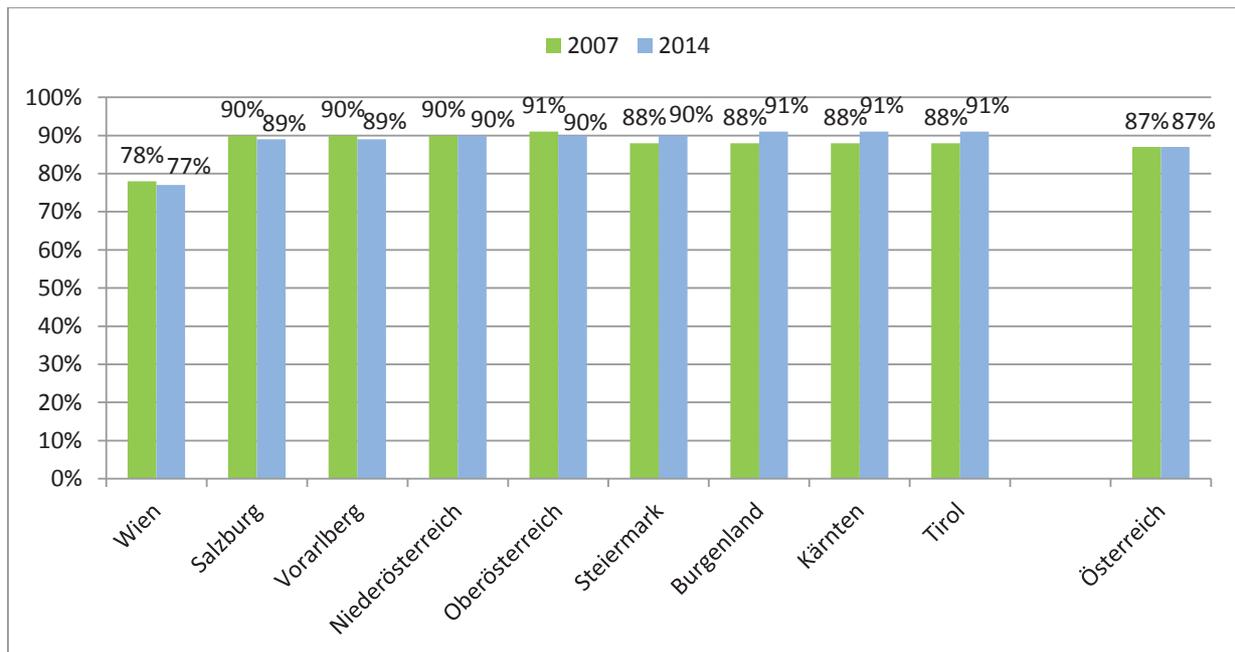
sind nicht unbedingt als Ausweitung der Infrastruktur anzusehen, sondern könnten auch auf die Abwanderung der Bevölkerung aus peripheren Gebieten in die Ballungszentren (mit dichtem Angebotsnetz) zurückzuführen sein.

Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen

Bei der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 geben 91 Prozent der OberösterreicherInnen an, dass sie mit ihren Wohnbedingungen sehr zufrieden bzw. zufrieden sind. Im Vergleich zur Gesundheitsbefragung 2007 ist

der Anteil ungefähr gleich geblieben. Zwischen den Bundesländern sind, mit Ausnahme von Wien, nur geringfügige Unterschiede zu erkennen (Abbildung 64).

Abbildung 64: Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen nach Bundesland



Quelle: Statistik Austria: ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); „Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen“; Anteil der (sehr) unzufriedenen bzw. höchstens mittelmäßig zufriedenen. Bevölkerung ab 15 Jahre

Fakten:

- Gesundheitsrelevante Dimensionen in Hinblick auf die Wohnbedingungen sind vor allem die physische Struktur bzw. Konstruktion des Hauses bzw. der Wohnung, die soziale und ökonomische Struktur des Haushaltes, die Wohnumgebung (z. B. Infrastruktur) und die sozialen Beziehungen im Wohnumfeld.
- Fünf Prozent der OberösterreicherInnen leben in Wohnungen mit Überbelag (nicht ausreichende Wohnfläche für die Anzahl der Personen im Haushalt), zehn Prozent sind von Feuchtigkeit/Schimmel betroffen. Die größten Belastungen in der Wohnumgebung sind Lärm, Luft- bzw. Umweltverschmutzung und Kriminalität/Vandalismus.

- 17 Prozent der Bevölkerung mussten im Jahr 2016 mehr als ein Viertel des Haushaltseinkommens für Wohnkosten ausgeben.
- 91 Prozent der OberösterreicherInnen geben an, dass sie mit ihren Wohnbedingungen (sehr) zufrieden sind.

2.6. Einflussfaktor Mobilität

Mobilität und Verkehr spielen eine wesentliche Rolle im alltäglichen Leben. Verschiedene Verkehrsmittel und Fortbewegungsmöglichkeiten bieten Menschen Zugang zu Arbeitsplätzen, Bildungs- und Freizeitangeboten. Auch im Hinblick auf Wohlstand und Wirtschaftswachstum spielen Transportmittel und Verkehrsinfrastruktur eine wesentliche Rolle.⁹³ Ausreichende Verkehrsmittel sind auch eine wesentliche Voraussetzung zur Aufrechterhaltung und Pflege sozialer Beziehungen. Die Einbettung in soziale Netzwerke (Freunde, Familie etc.) ist eine wesentliche Einflussgröße auf die Gesundheit.⁹⁴

Aus der Steigerung des Verkehrsaufkommens und der Zusammensetzung der verwendeten Transportmittel ergeben sich Auswirkungen auf die Umwelt und die Lebensweise der Menschen, die sich in verschiedenster Weise auf die Gesundheit auswirken können. Im Umweltbereich ergeben sich (insbesondere durch die große Bedeutung des motorisierten Individualverkehrs) Beeinträchtigungen, z. B. Luftverschmutzung durch verkehrsbedingte Abgase und Staub sowie Lärmentwicklung und damit verbundene Gesundheitsbeeinträchtigungen. Die Emission von Treibhausgasen verstärkt den Klimawandel, der mit verschiedenen potenziellen Gesundheitsfolgen verbunden ist (z. B. Hitzewellen, Ausbreitung von Erkrankungen infolge der Verschiebung der Klimazonen etc.). Zudem kann die Entsorgung von Fahrzeugen und Fahrzeugteilen zu gesundheitsrelevanten Umweltproblemen führen. Schließlich erhöht der Ausbau der Verkehrsinfrastruktur den Bodenverbrauch und ist eine potenzielle Gefahr für die naturnahe Landschaft als Gesundheitsressource (z. B. Bodenversiegelung, Landschaftszerstörung, Verlust an verfügbarem öffentlichen Raum durch Parkplätze und Verkehrsflächen im Ballungsraum, Verlust an Erholungsräumen und Grünflächen etc.).⁹⁵

Hinsichtlich der Lebensgewohnheiten der Bevölkerung geht der hohe Motorisierungsgrad mit einem Rückgang an körperlicher Aktivität im Alltag einher.⁹⁶ Die Förderung körperlich aktiver Mobilitätsformen (Radfahren, zu Fuß gehen) kann zur Vermeidung von chronischen Erkrankungen beitragen (z. B. Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauferkrankungen, Depression, Demenz, Krebs etc.).⁹⁷ Spaziergehen und Radfahren in angenehmer Umgebung kann zudem dem Stressabbau dienen und so das körperliche und psychische Wohlbefinden fördern.⁹⁸

Weiters stellen aus einer Public Health Perspektive Verletzungen und Todesfälle durch Verkehrsunfälle wesentliche Auswirkungen dar, die durch verkehrspolitische Maßnahmen beeinflusst werden können.⁹⁹ Neben den physischen Auswirkungen von Verkehrsunfällen spielen auch die psychischen Folgen eine wichtige Rolle, z. B. posttraumatische Belastungen infolge von Unfällen etc.¹⁰⁰

Das Zurücklegen von Wegen nimmt auch einen nennenswerten Anteil am alltäglichen Tagesablauf ein. Laut der Zeitverwendungsstudie 2008/09 der Statistik Austria wenden ÖsterreicherInnen pro Woche im Durchschnitt sieben Stunden und sieben Minuten für Wege zu verschiedenen Aktivitäten bzw. Tätigkeiten (z. B. zur Arbeit bzw. Schule/Ausbildung, zum Einkaufen, zu sozialen Aktivitäten wie Besuche etc., zu sportlichen Aktivitäten etc.) auf, Männer etwas mehr (sieben Stunden und 49 Minuten) als Frauen (sieben Stunden).¹⁰¹ Hinzu kommen noch Wege, die während der genannten Tätigkeit zurückgelegt werden (z. B. in der Arbeitszeit etc.), die in der Zeitverwendungsstudie nicht ausgewiesen sind.

⁹³ World Health Organization, Regional Office for Europe 2014

⁹⁴ Neuhold 2015, S. 34

⁹⁵ World Health Organization, Regional Office for Europe 2014, S. 5-6

⁹⁶ World Health Organization, Regional Office for Europe 2014, S. 5-6

⁹⁷ British Medical Association, S. 1

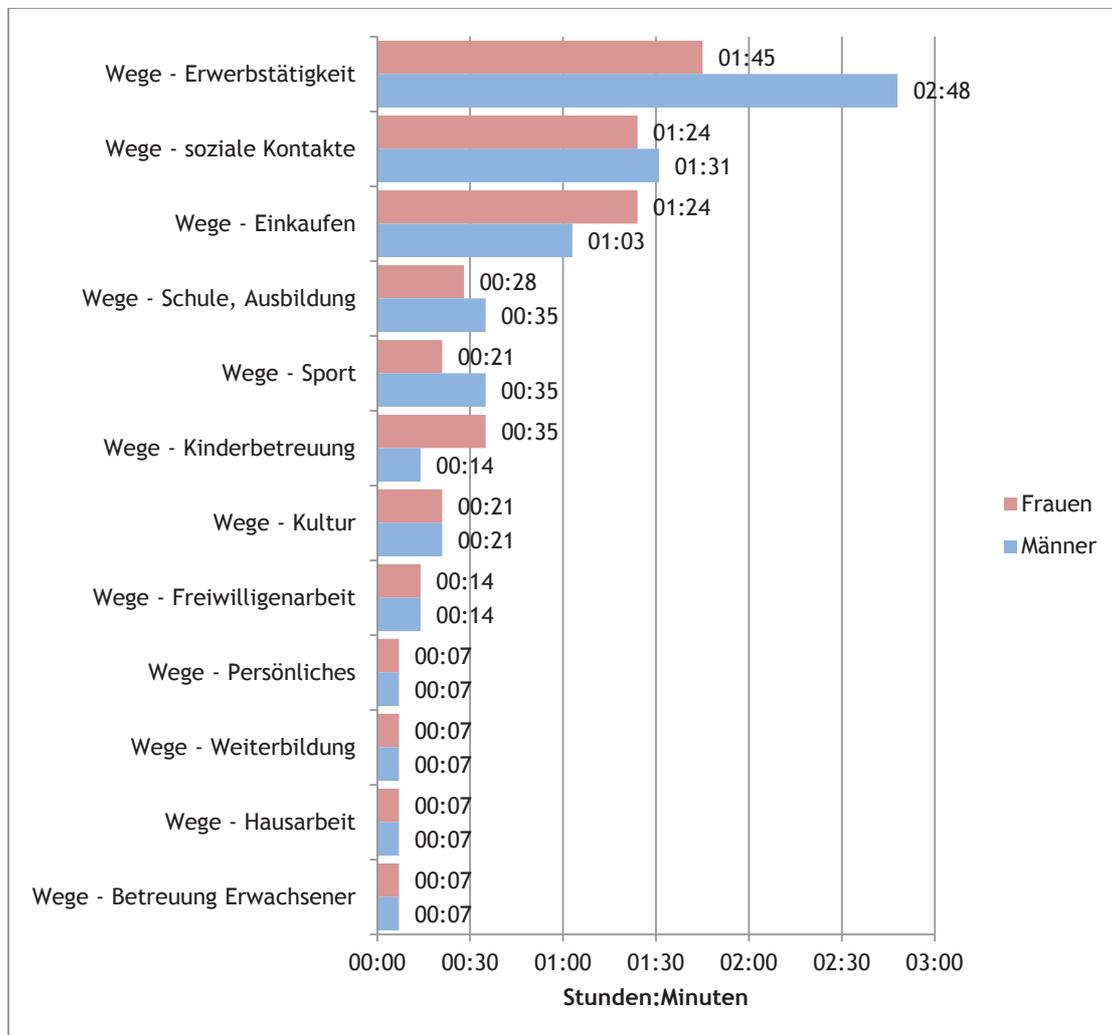
⁹⁸ Neuhold 2015, S. 34

⁹⁹ World Health Organization, Regional Office for Europe 2014, S. 5-6

¹⁰⁰ Neuhold 2015, S. 34

¹⁰¹ Ghassemi 2009, S. 134 (IGP-Berechnungen)

Abbildung 65: Wöchentlicher Zeitaufwand für Wege zu verschiedenen Aktivitäten in Österreich



Quelle: Statistik Austria: Zeitverwendung 2008/09 (Ghassemi 2009, S. 134) (IGP-Berechnungen) Angaben in Stunden und Minuten

Mobilität/Verkehrsmittelwahl

Laut der oberösterreichischen Verkehrserhebung 2012 werden 15 Prozent der Wege zu Fuß und weitere 5 Prozent mit dem Fahrrad zurückgelegt. Der Großteil der Wege entfällt auf den motorisierten Individualverkehr (68%) und weitere 10 Prozent auf den öffentlichen Verkehr (der Rest ergibt sich aus Mischformen aus öffentlichem und motorisiertem Individualverkehr). Im Zeitraum zwischen 2001 und 2012 haben in Oberösterreich die zu Fuß zurückgelegten Wege um rund 6 Prozent¹⁰² zugenommen. Dennoch ist der Anteil der zu Fuß zurückgelegten

Wege, aufgrund der allgemein gestiegenen Mobilität, leicht gesunken (von 17% auf 15%). Die mit dem Fahrrad zurückgelegten Wege sind um 7 Prozent zurückgegangen.¹⁰³ Der Anteil des Radverkehrs ist ebenfalls gesunken (von 7% auf 5%). Stark zugenommen hat der motorisierte Individualverkehr (+26%),¹⁰⁴ auf den 2001 noch 62 Prozent der zurückgelegten Wege entfielen. Die mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegten Wege sind um 5 Prozent zurückgegangen¹⁰⁵ und machen 2012 rund 10 Prozent der zurückgelegten Wege aus.¹⁰⁶

102 Von rund 513.000 auf rund 542.000 Wege

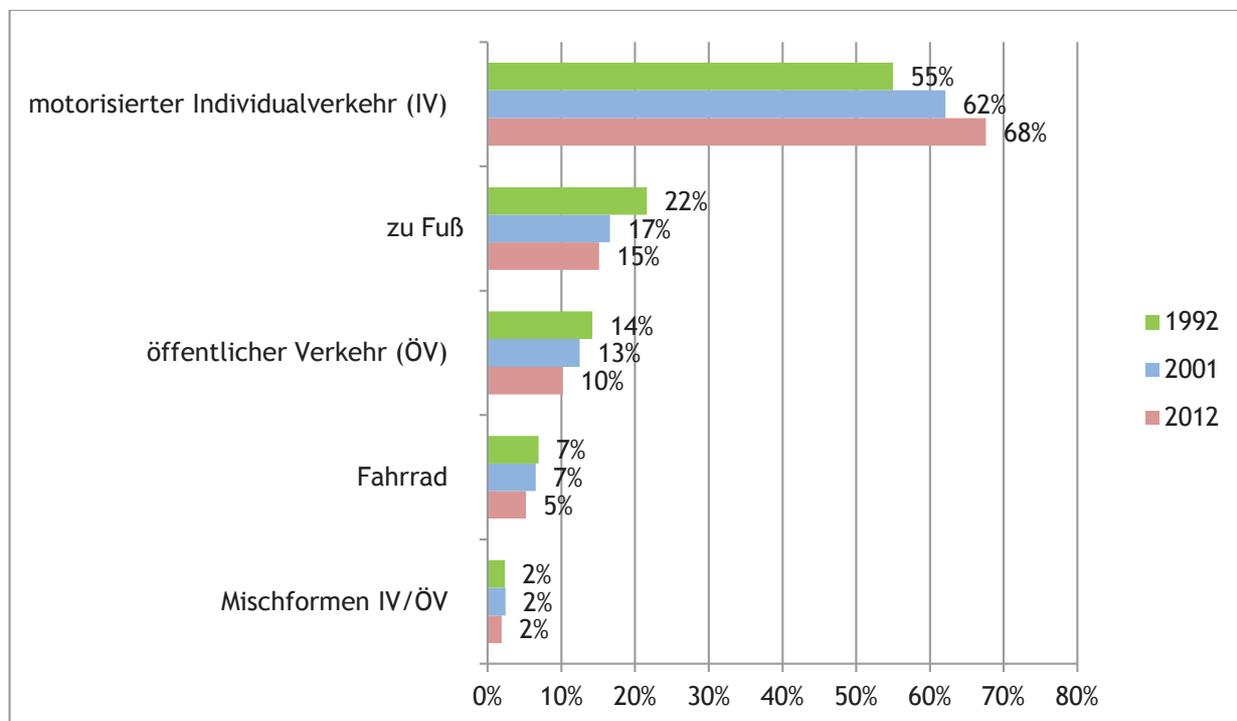
103 Von rund 201.000 auf 187.000 Wege

104 Von rund 1.924.000 auf 2.428.000 Wege.

105 Von rund 387.000 auf 368.000 Wege

106 Land Oberösterreich 2014, S. 3

Abbildung 66: Verkehrsmittelwahl Oberösterreich 1992, 2001 und 2012 - oberösterreichische Verkehrserhebung

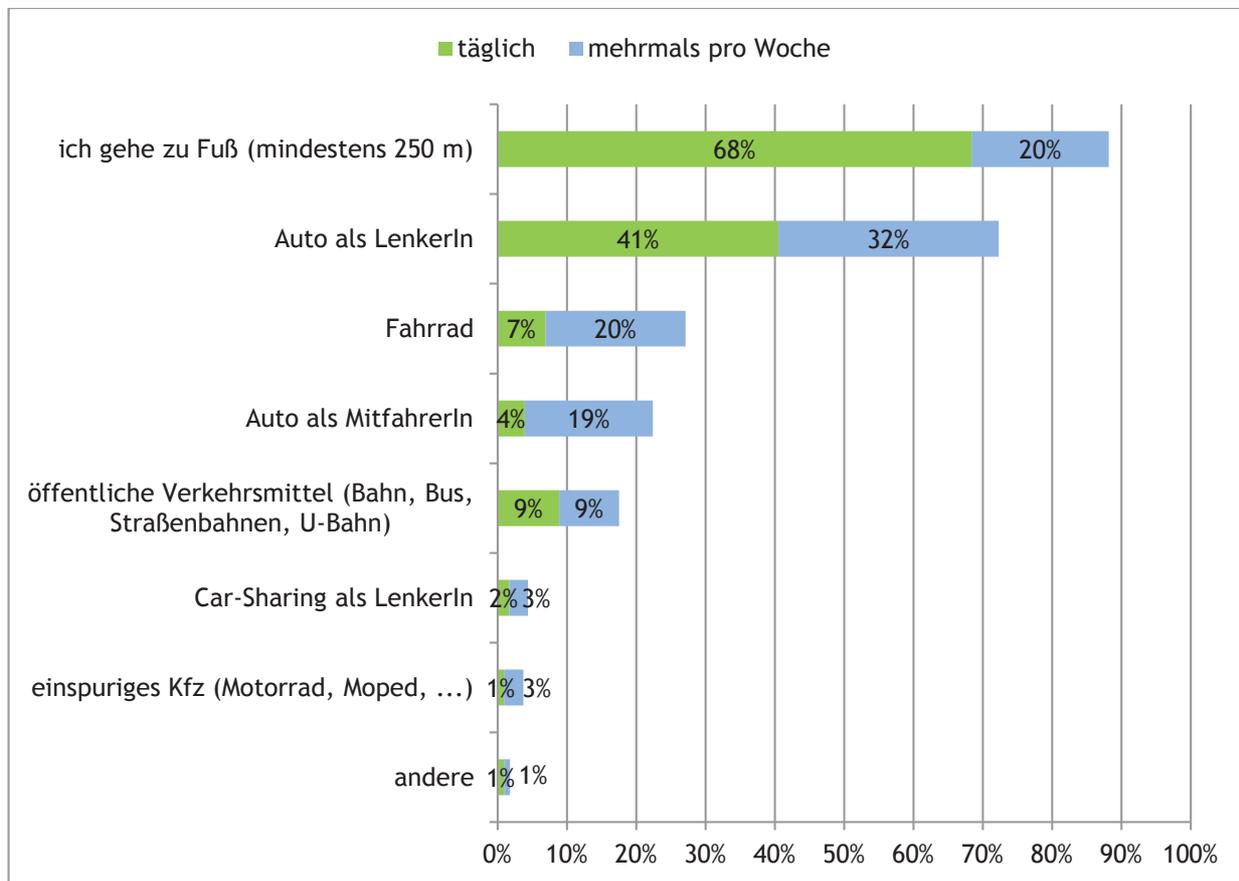


Quelle: Land Oberösterreich 2014: Oö. Verkehrserhebung 2012

Laut der Mikrozensushebung 2015 (Abbildung 67) legen 68 Prozent der OberösterreicherInnen täglich Wege zu Fuß zurück und weitere 20 Prozent zumindest mehrmals pro Woche. 41 Prozent tun dies als AutolenkerIn und weitere 32 Prozent zumindest mehrmals pro Woche. Als MitfahrerIn in einem Auto legen nur 4 Prozent der Bevölkerung täglich Wege zurück und weitere 19 Prozent mehrmals pro Woche. Die große Diskrepanz der Anteile der LenkerInnen und der MitfahrerInnen lässt auf einen

hohen Anteil schließen, der alleine mit dem Auto unterwegs ist. Das Fahrrad wird von 7 Prozent täglich und von weiteren 20 Prozent mehrmals pro Woche als Transportmittel genutzt. Der Anteil der Bevölkerung, der täglich öffentliche Verkehrsmittel nutzt, beträgt 9 Prozent. Ebenso viele nutzen öffentliche Verkehrsmittel zwar nicht täglich, aber zumindest mehrmals pro Woche.

Abbildung 67: Verkehrsmittelwahl Oberösterreich - Mikrozensus



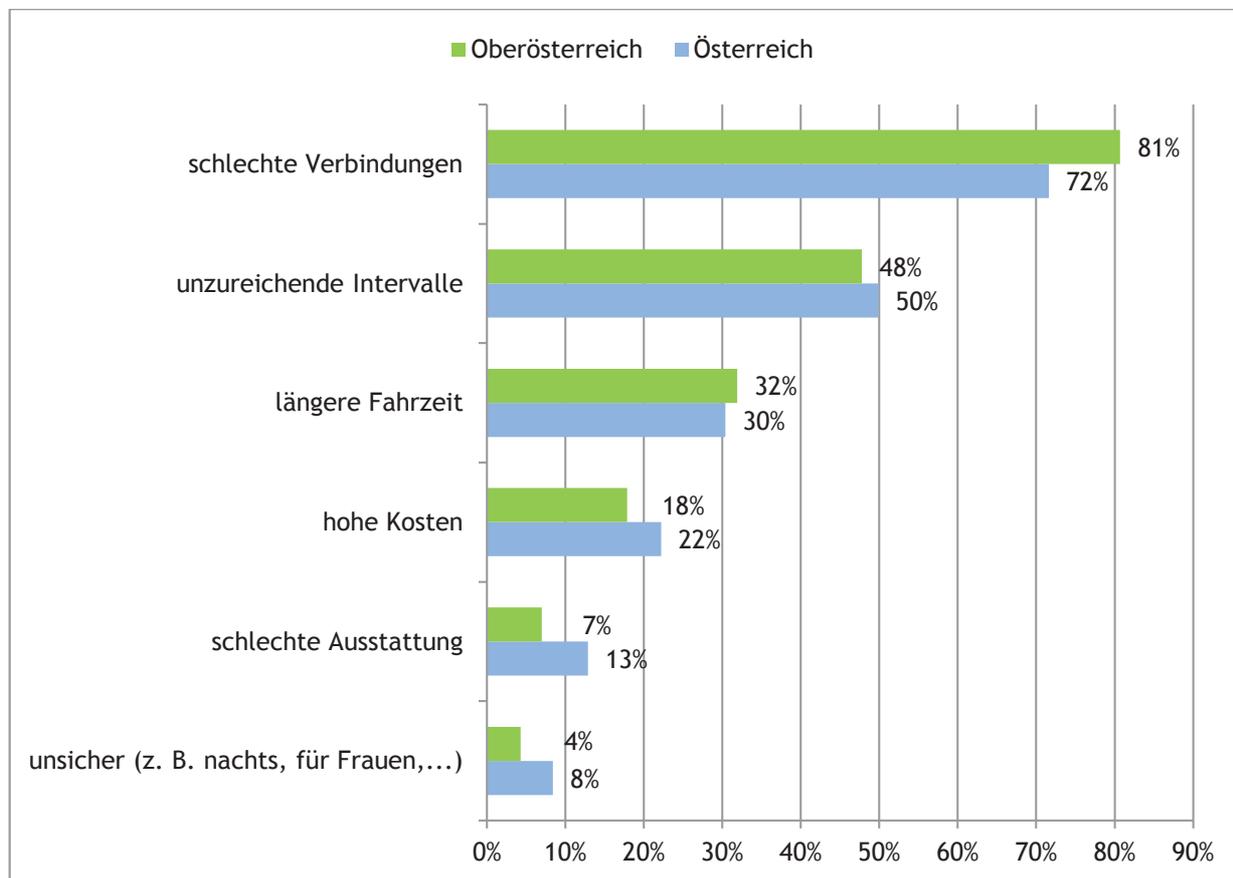
Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 2015 (Statistik Austria 2017a, S. 178-181). Oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahre „Wie häufig nutzen Sie bei Ihren täglichen Wegen die folgenden Verkehrsmittel?“

Fast zwei Drittel der OberösterreicherInnen geben an, dass öffentliche Verkehrsmittel für sie attraktiv sind (65%). Oberösterreich liegt damit etwas unter dem österreichischen Bundesdurchschnitt (70%). Am besten wird der öffentliche Verkehr in Wien (87%) und in Vorarlberg (80%) bewertet und am ungünstigsten im Burgenland (59%) und in Salzburg (59%).¹⁰⁷

Die Gründe dafür, warum der öffentliche Verkehr als nicht attraktiv angesehen wird (Abbildung 68), sehen die meisten OberösterreicherInnen vor allem in den schlechten Verbindungen (81%), in unzureichenden Intervallen (48%) und in längeren Fahrtzeiten (32%). 18 Prozent geben diesbezüglich zu hohe Kosten an.

¹⁰⁷ Statistik Austria 2017a, S. 182

Abbildung 68: Gründe für die Nicht-Attraktivität des öffentlichen Verkehrs in Oberösterreich und Österreich



Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 2015 (Statistik Austria 2017a, S. 183-184). Oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahre „Warum finden Sie öffentliche Verkehrsmittel nicht attraktiv?“

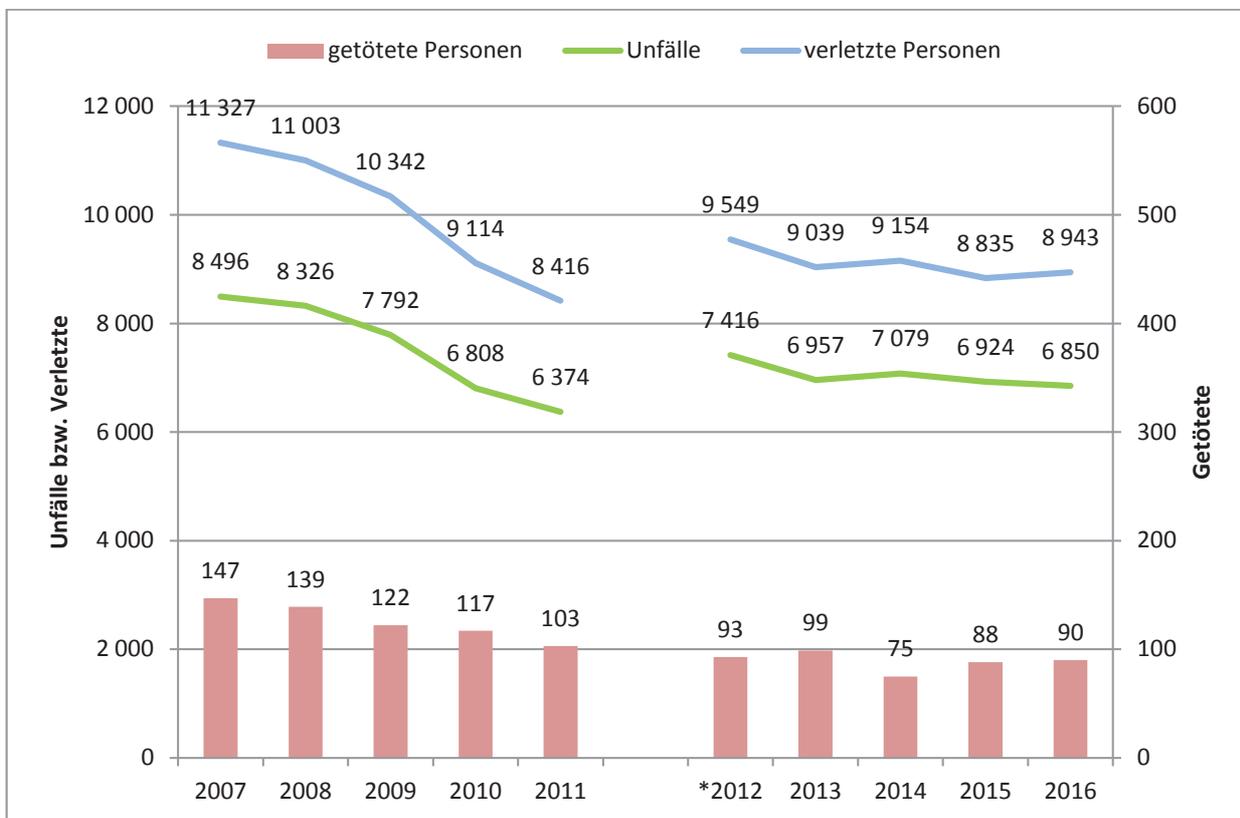
Verkehrsunfälle

In Oberösterreich ereigneten sich 2016 6.850 Verkehrsunfälle mit Personenschaden, bei denen 8.943 Menschen verletzt und 90 Menschen getötet wurden. Bei den Unfällen und den verletzten Personen ist zwischen 2012 und 2016 eine leichte Abnahme zu verzeichnen. Aufgrund von Veränderungen in der Erhebungsmethode¹⁰⁸ sind die Daten vor 2012 nicht mit der Unfallstatistik nach 2012

vergleichbar. Nach alter Erhebungsmethode lässt sich im Zeitraum 2007 bis 2011 ebenfalls eine Abnahme der Unfall- und Verletztenshäufigkeit beobachten. Hinsichtlich der Todesfälle infolge von Verkehrsunfällen ist zwischen 2007 und 2011 ein deutlicher Rückgang zu beobachten. Im Zeitraum 2012 bis 2016 ist kein eindeutiger Trend zu beobachten.

¹⁰⁸ z. B. neuer Erhebungskatalog: vollständigere Erhebung, da Erfassung an Verkehrsunfallanzeige gekoppelt, etc.

Abbildung 69: Verkehrsunfälle mit Personenschaden in Oberösterreich 2007 bis 2016



Quelle: Statistik Austria: Unfälle mit Personenschaden (Statistik Austria 2017b); *2012 Zeitreihenbruch aufgrund geänderter Erhebungsmethode.

Von den im Zeitraum zwischen 2014 und 2016 bei Verkehrsunfällen verletzten Personen waren 55 Prozent Männer und 45 Prozent Frauen. Der Anteil der Männer an den Verkehrstoten im selben Zeitraum beträgt 77 Prozent. Der Anteil der Frauen 23 Prozent. Auf 1.000 Männer mit Personenschaden bei einem Verkehrsunfall kommen 13 Todesfälle, auf 1.000 Frauen knapp 5 Todesfälle.¹⁰⁹

Im genannten Zeitraum waren 18 Prozent der Verletzten mit einem einspurigen Kraftfahrzeug unterwegs, 63 Prozent mit einem mehrspurigen Kraftfahrzeug und 19 Prozent waren nicht motorisiert. Unter den Verkehrstoten entfallen 22 Prozent auf einspurige Kraftfahrzeuge, 51 Prozent auf mehrspurige Kraftfahrzeuge und 27 Prozent auf Personen, die nicht motorisiert unterwegs waren. Auf 1.000 Personen, die bei einem Verkehrsunfall verletzt oder getötet wurden, entfallen bei einspurigen Kraftfahrzeugen knapp 12 Tote, bei mehrspurigen Kraftfahrzeugen gut 7 Tote und bei nicht motorisierten VerkehrsteilnehmerInnen rund 13 Tote.¹¹⁰

Von den bei Verkehrsunfällen Verletzten sind 6 Prozent Kinder bis 14 Jahre, weitere 30 Prozent sind Jugendliche bzw. junge Erwachsene zwischen 15 und 24 Jahren, 53 Prozent sind im mittleren Alter und 11 Prozent sind SeniorInnen ab 65 Jahre. Unter den Verkehrstoten nehmen Kinder 2 Prozent ein, Jugendliche und junge Erwachsene 25 Prozent, Erwachsene im mittleren Alter 43 Prozent und SeniorInnen 30 Prozent. Auf 1.000 von einem durch einen verkehrsbedingten Personenschaden Betroffene kommen in der Altersgruppe bis 14 Jahre gut 3 Verkehrstote, in den Altersgruppen zwischen 15 und 64 Jahren etwas weniger als 8 und in der Altersgruppe ab 65 Jahre gut 24 Todesfälle.¹¹¹

Umweltbelastungen

Gesundheitsrelevante Auswirkungen des Mobilitätssektors sind auch verkehrsbedingte Umweltbelastungen, welche nachfolgend angesprochen werden sollen. Auf gesundheitsrelevante Umweltbedingungen im Allgemeinen wird im vorliegenden Bericht gesondert in einem eigenen Kapitel eingegangen (siehe Kapitel 1.3. Einflussfaktor Umwelt).

¹⁰⁹ Land Oberösterreich (IGP-Berechnungen)

¹¹⁰ Land Oberösterreich (IGP-Berechnungen)

¹¹¹ Land Oberösterreich (IGP-Berechnungen)

Mobilität und Verkehr sind in Österreich in erheblichem Ausmaß an der Emission von Luftschadstoffen und Treibhausgasen beteiligt:

- Der Verkehr ist für 59 Prozent der Treibhausgasemissionen verantwortlich.¹¹²
- 41 Prozent der Emission von Stickoxiden sind dem Verkehr zuzurechnen.¹¹³
- Mehr als ein Drittel (34%) der CO₂-Emissionen gehen auf den Verkehr zurück.¹¹⁴
- Der Verkehr ist für fast ein Fünftel der Feinstaubemissionen verantwortlich (PM₁₀:19%).¹¹⁵

Europaweit wird die durch verkehrsbedingten Umgebungslärm verursachte Krankheitslast auf bis mindestens 1 Million verlorene bzw. gesundheitlich beeinträchtigte Lebensjahre (DALYs, „Disability Adjusted Life Years“) pro Jahr geschätzt.¹¹⁶ Im Hinblick auf die Belastung durch Umgebungslärm stellt in Österreich der Verkehr die häufigste Lärmquelle dar. Die Hälfte der Personen (50%), die eine Störung durch Umweltlärm im Wohnbereich angibt, sieht im Verkehrslärm die Hauptursache für diese Belastung. Rund 15 Prozent der Lärmbelastung können dem Schwerverkehr (LKW, Busse) und 16 Prozent sonstigen mehrspurigen Kraftfahrzeugen zugerechnet werden. Gut 9 Prozent der Betroffenen fühlen sich durch einspurige Kraftfahrzeuge (Moped, Motorrad) belastigt. Demgegenüber beträgt der Anteil des schienengebundenen Verkehrs (Straßenbahn, Bahn) 5 Prozent. Auf Flugzeuge entfallen immerhin knapp 4 Prozent der Lärmstörungen. Von den vorrangig durch Verkehrslärm belasteten Personen geben

27 Prozent an, dass es aufgrund des verkehrsbedingten Lärms nicht möglich ist, bei geöffnetem Fenster zu schlafen.¹¹⁷

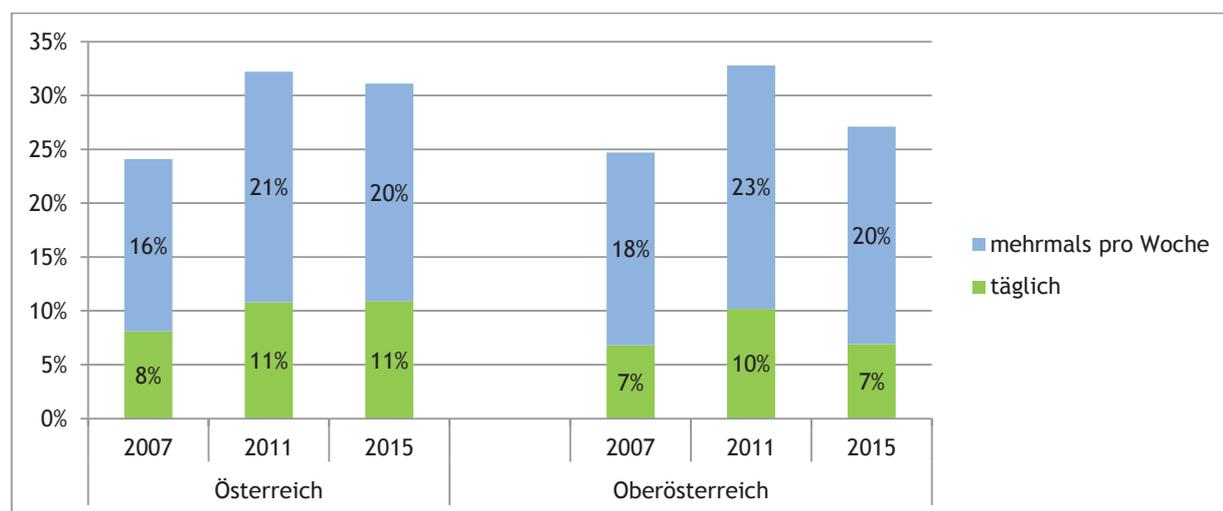
Weitere Informationen zur Luftverschmutzung und zur Belastung durch Umgebungslärm sind im Kapitel 1.3. „Einflussfaktor Umwelt“ zu finden.

Mobilitätsbezogene körperliche Aktivität

Im Hinblick auf die gesundheitsförderliche körperliche Aktivität kann die Alltagsmobilität einen erheblichen Beitrag leisten. Beispielsweise geben laut Eurobarometererhebung 31 Prozent der erwachsenen europäischen Bevölkerung an, dass sie regelmäßig beim Zurücklegen alltäglicher Wege körperlich bzw. sportlich aktiv sind. Im Vergleich dazu sind 11 Prozent in einem Verein körperlich aktiv und jeweils 11 Prozent nutzen diesbezüglich ein Fitnesscenter bzw. ein Sportzentrum. In Österreich betragen die entsprechenden Anteile für alltäglich aktiv zurückgelegte Wege 24 Prozent, für Sportvereine 15 Prozent, für Fitnesscenter 13 Prozent und für Sportzentren 6 Prozent.¹¹⁸

2015 nutzte jede/r 14. OberösterreicherIn (7%) das Fahrrad für tägliche Wege und weitere 20 Prozent zwar nicht täglich, aber zumindest mehrmals pro Woche (Abbildung 70). Bei der Fahrradnutzung für alltägliche Wege ist zwischen 2007 und 2011 ein Anstieg zu erkennen, zwischen 2011 und 2015 aber wieder ein Rückgang, so dass die Fahrradnutzung in etwa gleich hoch ist wie 2007.

Abbildung 70: Nutzung des Fahrrades für alltägliche Wege 2007, 2011 und 2015 in Oberösterreich und Österreich



Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 2015 (Statistik Austria 2017a, S. 180) Mikrozensus 2011 (Statistik Austria 2013, S. 167), Mikrozensus 2007 (Statistik Austria 2009, S. 191), „Wie häufig nutzen Sie bei Ihren täglichen Wegen die folgenden Verkehrsmittel?: Fahrrad“; Bevölkerung über 15 Jahre

¹¹² Umweltbundesamt, S. 61

¹¹³ Umweltbundesamt, S. 30

¹¹⁴ Umweltbundesamt, S. 615

¹¹⁵ Umweltbundesamt, S. 23-24

¹¹⁶ World Health Organization Regional Office for Europe 2011, S. vi

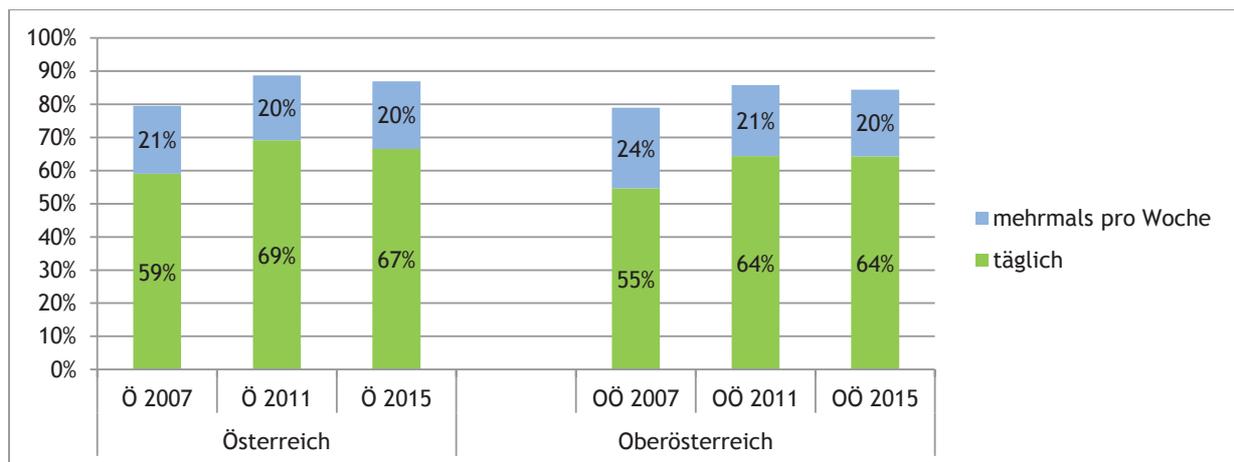
¹¹⁷ Statistik Austria 2017a, S. 147-149

¹¹⁸ Hougron 2010, S. 19-20

Knapp zwei Drittel der oberösterreichischen Bevölkerung (64%) legen täglich Wege zu Fuß zurück, weitere 20 Prozent tun dies zumindest mehrmals pro Woche (Abbildung 71).¹¹⁹ Zwischen 2007 und 2011 ist eine leichte Zunahme

in der Bereitschaft, tägliche Wege zu Fuß zurückzulegen, zu beobachten. Zwischen 2011 und 2015 ist keine Veränderung feststellbar. Im Kapitel 4.3. „Einflussfaktor Bewegung“ wird noch genauer auf die transportbezogene körperliche Aktivität eingegangen.

Abbildung 71: Zurücklegen alltäglicher Wege zu Fuß 2007, 2011 und 2015 in Oberösterreich und Österreich



Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 2011 (Statistik Austria 2013:177), Mikrozensus 2007 (Statistik Austria 2009, S. 191); „Wie häufig nutzen Sie bei Ihren täglichen Wegen die folgenden Verkehrsmittel?: Ich gehe zu Fuß (mindestens 250 m)“ Bevölkerung über 15 Jahre

Um Alltagsbewegung zu fördern, bedarf es einer bedarfsgerechten Gestaltung der Fuß-/Geh- und Radinfrastruktur. Die Bedürfnisse von FußgängerInnen, RadfahrerInnen und insbesondere auch von Kindern müssen bei der Planung verkehrs- und siedlungsorientierter Straßen sowie von Außenräumen berücksichtigt werden. Faktoren, die das Zurücklegen von Wegen zu Fuß oder mit dem Fahrrad begünstigen, sind kurze Distanzen zu den Zielorten, höhere Besiedlungsdichte, gemischte Nutzung des Raumes, ein engmaschiges und für FußgängerInnen und RadfahrerInnen „durchlässiges“ Straßennetz, fußgänger- und fahrradfreundliche Gestaltung der Verkehrswege und des öffentlichen Raumes sowie bewegungsfreundliche Außenräume.¹²⁰

Weitere Informationen zur gesundheitsförderlichen körperlichen Aktivität im Rahmen der Alltagsmobilität sind im Kapitel 4.3. „Einflussfaktor Bewegung“ zu finden.

Zugang zu Mobilität und Verkehrsmitteln

Der bedarfsgerechte Zugang zu Mobilität und zu Verkehrsmitteln stellt eine wesentliche Einflussgröße auf die Gesundheit dar. Angemessene Mobilitätsmöglichkeiten sind die Voraussetzung für die Befriedigung essenzieller Bedürfnisse. Dazu gehören z. B. die eigenständige Versorgung mit Lebensmitteln und alltäglichen Gütern, die Inanspruchnahme von Bildungs- und Arbeitsmöglichkeiten bzw. von Kultur und Freizeitangeboten sowie die Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten.¹²¹

Für die Mobilitätsmöglichkeiten sind die Verfügbarkeit von Individual-Verkehrsmitteln sowie die Erreichbarkeit von öffentlichen Verkehrsmitteln relevant (Abbildung 72). Laut der oberösterreichischen Verkehrserhebung 2012 besitzen 60 Prozent der Bevölkerung einen privaten PKW, 6 Prozent verfügen über einen Dienstwagen, 11 Prozent haben ein einspuriges Kraftfahrzeug (Moped/Motorrad) und 75 Prozent besitzen ein Fahrrad. Zwischen 1992 und 2012 hat insbesondere der PKW-Besitz deutlich zugenommen (von 42% auf 60%). Eine leichte Zunahme ist auch hinsichtlich des Fahrradbesitzes zu beobachten (von 69% auf 75%).

¹¹⁹ In der Erhebung wurden diesbezüglich zu Fuß zurückgelegte Wege von mindestens 250 m gezählt, was für verkehrspolitische Maßnahmen zweckmäßig ist. Diese Streckenlänge mag für eine gesundheitsförderliche Wirkung zu gering bemessen sein. Es kann allerdings davon ausgegangen werden, dass die durchschnittlich zu Fuß zurückgelegte Weggänge pro Tag höher anzusetzen ist, da teilweise längere Strecken aber auch mehrere Wege pro Tag anfallen.

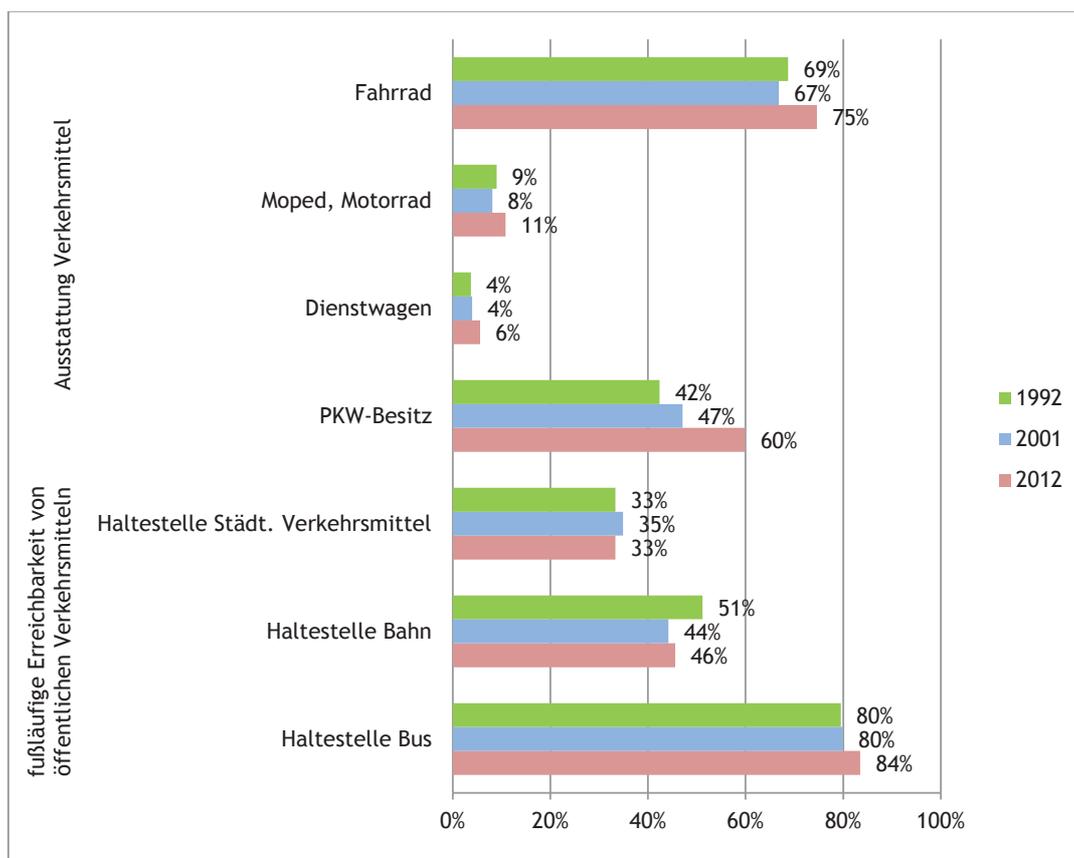
¹²⁰ Grob et al. 2009

¹²¹ World Health Organization, Regional Office for Europe 2014. Neuhold 2015, S. 34

Hinsichtlich der fußläufigen Erreichbarkeit von Haltestellen öffentlicher Verkehrsmittel haben 33 Prozent der Bevölkerung Zugang zu städtischen Verkehrsmitteln, 46 Prozent zur Bahn und 84 Prozent zu einem Bus. Im Ver-

gleich zu 1992 ist die Erreichbarkeit einer Bahnhaltstelle etwas zurückgegangen (von 51% auf 46%). Der Zugang zu Bushaltstellen hat demgegenüber leicht zugenommen (von 80% auf 84%).

Abbildung 72: Verfügbarkeit von Verkehrsmitteln in Oberösterreich 1992, 2001 und 2012

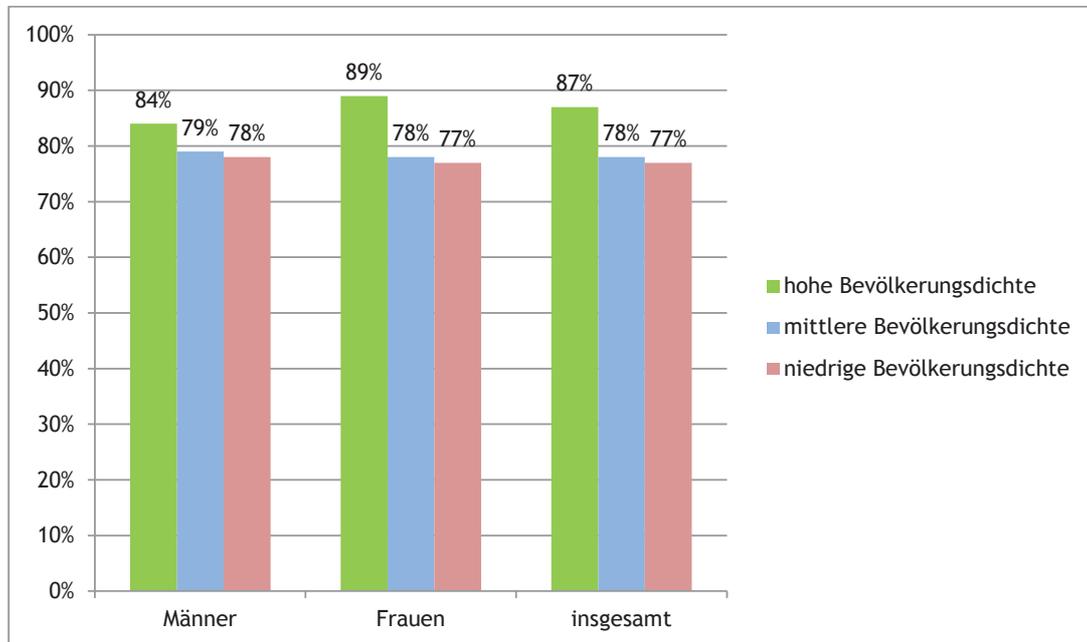


Quelle: Oö. Verkehrserhebung 2012 (Land Oberösterreich 2014). Oberösterreichische Bevölkerung ab 6 Jahren. Fußläufige Erreichbarkeit : < 15 Minuten

In Oberösterreich sind insgesamt 79 Prozent der über 15-jährigen Bevölkerung mit den ihnen zur Verfügung stehenden Beförderungsmitteln sehr oder eher zufrieden. Personen, die in Wohngebieten mit geringer oder mittlerer Besiedlungsdichte leben, sind weniger mit den verfügbaren Beförderungsmitteln zufrieden (77% bzw. 78%)

als diejenigen in Gebieten mit hoher Besiedlungsdichte (87). Insbesondere bei Frauen ist dieser Unterschied stark ausgeprägt. Bei Männern ist kein wesentlicher Unterschied nach der Besiedlungsdichte nachweisbar (Abbildung 73).

Abbildung 73: Zufriedenheit mit den verfügbaren Verkehrsmitteln nach Bevölkerungsdichte in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen) Oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahre. „Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen“; Anteil sehr zufrieden/zufrieden

Insgesamt verdeutlichen die Befunde, dass der Bereich Mobilität und Verkehr eine wesentlichen Einflussgröße auf die Gesundheit der Bevölkerung darstellt. Diesem Umstand könnte langfristig durch eine bessere Koordination bzw. Zusammenarbeit der verantwortlichen Sektoren (z. B. Verkehrssicherheit, Verkehrsplanung, Umwelt und

Gesundheit) Rechnung getragen werden. Entsprechende Schritte könnten im Rahmen des Oberösterreichischen Gesundheitszieles 10, „Verantwortung für die Gesundheit gemeinsam wahrnehmen“ gesetzt werden (siehe Kapitel 6. „Gesundheitsziele bis 2020“).

Fakten:

- Mobilität und Verkehr spielen eine wesentliche Rolle im alltäglichen Leben. Verschiedene Aspekte (z. B. Wahl der Verkehrsmittel, Aufrechterhalten des sozialen Lebens, Umwelt und Lärmbelastigungen, Bodenverbrauch, Verletzungen und Todesfälle usw.) haben auch gesundheitliche Auswirkungen.
- Der Großteil der Wege in Oberösterreich entfällt auf den motorisierten Individualverkehr (68 %), 15 Prozent der Wege werden zu Fuß und 5 Prozent mit dem Fahrrad zurückgelegt. Sieben Prozent der OberösterreicherInnen nutzen das Fahrrad für tägliche Wege, weitere 20 Prozent mehrmals pro Woche. Knapp zwei Drittel legen täglich Wege zu Fuß zurück, weitere 20 Prozent tun dies mehrmals pro Woche.

- Ein Drittel der Bevölkerung hat fußläufig Zugang zu städtischen Verkehrsmitteln, knapp die Hälfte zur Bahn und 84 Prozent haben fußläufig Zugang zu einer Bushaltestelle. Knapp 80 Prozent der Bevölkerung sind mit den ihnen zur Verfügung stehenden Beförderungsmitteln sehr oder eher zufrieden.
- 2016 ereigneten sich in Oberösterreich 6.850 Verkehrsunfälle mit Personenschaden, bei denen 8.943 Menschen verletzt und 90 Menschen getötet wurden.

3. SOZIALE UND KOMMUNALE NETZWERKE

3.1. Soziale Beziehungen und Gesundheit

Die Einbettung in soziale Netzwerke ist von wesentlicher Bedeutung für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung. Auch wenn soziale Beziehungen teilweise mit Belastungen verbunden sind, stellen sie dennoch eine bedeutende Ressource für die Bewältigung von Belastungen und die Aufrechterhaltung der körperlichen und psychischen Gesundheit dar. Als Sammelbegriff für die protektiven Faktoren, die aus der sozialen Einbindung in Netzwerke resultieren, hat sich die Bezeichnung „soziale Unterstützung“ etabliert.¹

Soziale Unterstützung umfasst verschiedene gesundheitsrelevante Aspekte: Emotionale Unterstützung (Sympathie, Verständnis, Liebe), instrumentelle Unterstützung (Hilfestellung bei der Bewältigung von Aufgaben, Bereitstellung von Ressourcen), informationelle Unterstützung (Informationen, Ratschläge) sowie Unterstützung bei der Bewertung und Einschätzung von Sachverhalten (Beratung, Unterstützung bei Entscheidungen).²

Es gibt verschiedene Erklärungsansätze für die Wirkungsweise der sozialen Unterstützung auf die Gesundheit, die sich gegenseitig ergänzen:

- Das Modell der direkten Effekte: Es wird davon ausgegangen, dass positive soziale Beziehungen, unabhängig von Belastungen und Stresserleben der Betroffenen, unmittelbar gesundheitsfördernd wirken (z. B. durch Selbstwertsteigerung, gesündere Verhaltensweisen etc.).
- Das Puffer-Modell: Durch die soziale Unterstützung können Probleme und belastende Situationen besser bewältigt werden. Dadurch können die negativen Auswirkungen auf die Gesundheit abgefedert werden (besserer Umgang mit Stresssituationen).
- Das Auslöser-Modell: Hier wird davon ausgegangen, dass soziale Unterstützung erst in Problem- und Belastungssituationen aktiviert wird, um diese besser bewältigen zu können.
- Das Schutzschild- und Präventions-Modell: Soziale Unterstützung verringert das Risiko für potenzielle und reale Belastungssituationen. Stärker in soziale Netzwerke eingebundene Personen sind in geringem Ausmaß mit Problemen und gesundheitsrisikanten Situationen konfrontiert.³

Im Allgemeinen werden drei Typen von sozialen Netzwerken unterschieden:

- primäre Netzwerke (Familie, Verwandte, Haushaltsangehörige, Freunde),
- sekundäre Netzwerke (selbstorganisierte Zusammenschlüsse wie z. B. Selbsthilfegruppen, organisierte Vereinigungen und Verbände wie Vereine, religiöse Vereinigungen etc.),

- tertiäre Netzwerke (professionelle Hilfssysteme, z. B. Arztpraxen, Sozialberatungsstellen, Pflegeheime etc.)⁴

Die gesundheitsförderliche Wirkung sozialer Beziehungen ist nicht allein von der Größe des sozialen Netzwerkes abhängig, sondern auch von dessen Qualität. Ein optimales Unterstützungsnetzwerk besteht aus einer Vielzahl unterschiedlicher sozialer Beziehungen, die in ihrer Intensität und Nähe variieren (sehr intime als auch weniger nahe Beziehungen). Im Hinblick auf Gesundheitsindikatoren (z. B. Lebenserwartung) erweist sich allerdings, unabhängig von Alter, Geschlecht und Risikofaktoren, das Ausmaß und die Qualität enger und naher Beziehungen als bedeutsamster Einflussfaktor (z. B. Partnerschaft, Familie etc.).⁵

Die Einbettung in soziale Netzwerke kann u.U. auch mit Belastungen verbunden sein, die die positiven Effekte auf die Gesundheit mindern bzw. sich negativ auf das Wohlbefinden auswirken. Beispiele dafür sind inadäquate Hilfestellung, Enttäuschung von Erwartungen, übertriebene Hilfestellung etc. Belastende soziale Beziehungen sind häufig an bestimmte Rollen geknüpft (z. B. nicht frei gewählte oder unausweichliche Beziehungen) und hängen oft mit Faktoren wie Machtungleichheit, Konflikten, Verpflichtungen oder Unausgewogenheit im Hinblick auf den subjektiven Nutzen (Geben und Nehmen) zusammen.⁶

Das Konzept des „sozialen Kapitals“ spielt in den Gesundheitswissenschaften eine wichtige Rolle. Der Begriff Sozialkapital weist weitreichende Überschneidungen mit den Konzepten der sozialen Unterstützung und der sozialen Netzwerke auf. Es reicht jedoch insofern darüber hinaus, als nicht nur die individuelle Perspektive (persönliche Einbindung in Netzwerke), sondern auch überindividuelle Aspekte betrachtet werden. Die WHO geht von folgender Definition aus: „Soziales Kapital beschreibt den Grad des sozialen Zusammenhalts, 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 erleichtern.“⁷

Die gesundheitsfördernde Wirkung von Sozialkapital konnte belegt werden, wobei davon auszugehen ist, dass die konkreten Wirkmechanismen vielfältig und komplex sind. Beispielsweise darf angenommen werden, dass auf individueller Ebene psychosoziale Faktoren (Selbstwirksamkeit, Anerkennung) sowie gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zum Tragen kommen. Auf der Mesoebene (z. B. Nachbarschaften, Wohnviertel, Vereine, Organisationen etc.) spielt u.a. der Zugang zu lokalen Angeboten und Versorgungsleistungen eine gewisse Rolle. Ein Beispiel für die Makroebene (Staat) stellt die Funktionsfähigkeit der Gesundheitsversorgung dar.⁸

¹ Franzkowiak 2010

² Robert Koch-Institut (RKI) 2016

³ Franzkowiak 2010

⁴ Trojan und Süß 2013

⁵ Franzkowiak 2010

⁶ Franzkowiak 2010

⁷ Trojan und Süß 2013 nach WHO: Health Promotion Glossary 1998

⁸ Knesebeck 2016

Fakten:

- Die Einbettung in soziale Netzwerke ist von wesentlicher Bedeutung für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung. Auch wenn soziale Beziehungen teilweise mit Belastungen verbunden sind, stellen sie dennoch eine bedeutende Ressource für die Bewältigung von Belastungen und Aufrechterhaltung der körperlichen und psychischen Gesundheit dar.
- In diesem Zusammenhang spricht man auch von Sozialkapital. Der Begriff Sozialkapital weist weitreichende Überschneidungen mit den Konzepten der sozialen Unterstützung und der sozialen Netzwerke

auf. Es reicht jedoch insofern darüber hinaus, als nicht nur die individuelle Perspektive (persönliche Einbindung in Netzwerke), sondern auch überindividuelle Aspekte betrachtet werden. Die WHO definiert Sozialkapital als den Grad des sozialen Zusammenhalts, der innerhalb von Gemeinschaften zu finden ist. Das Sozialkapital bezieht sich demnach auf Prozesse zwischen Menschen, die Netzwerke, Normen und soziales Vertrauen hervorbringen sowie Koordination und Zusammenarbeit erleichtern.

3.2. Einflussfaktor persönliche soziale Beziehungen

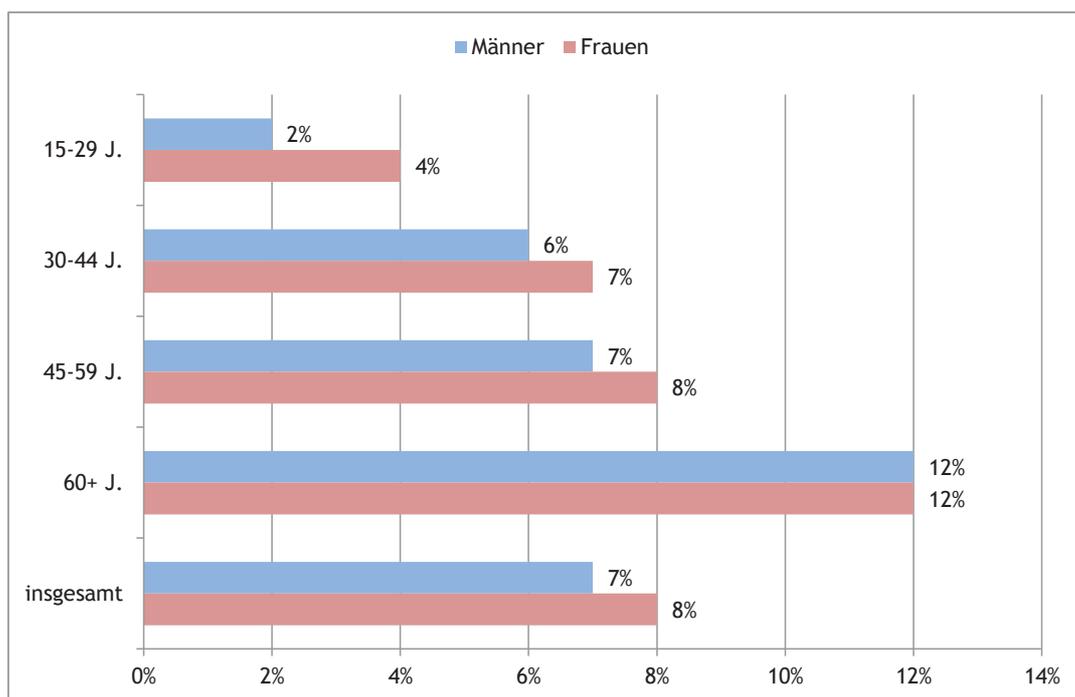
3.2.1. Soziale Unterstützung

Ein standardisiertes Messinstrument zur Erfassung der sozialen Unterstützung stellt die „Oslo-3-Items-Support Scale“ dar (Oslo-3). Mittels drei Fragen wird erhoben, auf wie viele Personen sich die Betroffenen bei Problemen verlassen können, in welchem Ausmaß andere Menschen Anteilnahme zeigen und wie leicht bzw. schwer es ist, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten.⁹ Aus den Ergebnissen wird üblicherweise ein Indexwert (3 bis 14 Punkte) ermittelt, der in die Kategorien „geringe soziale Unterstützung“ (3 bis 8 Punkte), „mittlere soziale Unterstützung“ (9 bis 11 Punkte) und „starke soziale Unterstützung“ (12 bis 14 Punkte) eingeteilt werden kann.¹⁰ Die „Oslo-3-Items-Support Scale“ wurde in der Gesundheitsbefragung der Statistik Austria 2014 verwendet. Die nachfolgenden Ergebnisse basieren auf dieser Erhebung.

Österreichweit beträgt der Anteil der Bevölkerung mit hoher sozialer Unterstützung etwas mehr als die Hälfte (54%). Knapp ein Zehntel der Bevölkerung (9%) weist nur geringe soziale Unterstützung auf. Männer und Frauen sind diesbezüglich gleichermaßen betroffen. Mit zunehmendem Alter nimmt die wahrgenommene soziale Unterstützung ab. Der Anteil mit geringer Unterstützung steigt bei den 60- bis 74-Jährigen auf 12 Prozent und bei über 75-Jährigen auf 17 Prozent.¹¹

In Oberösterreich verfügen 55 Prozent der Bevölkerung über eine starke und weitere 37 Prozent über eine mittelmäßige soziale Unterstützung. Der Anteil mit geringer sozialer Unterstützung beträgt 8 Prozent. Männer und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich nicht wesentlich. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil mit geringer sozialer Unterstützung deutlich an. Während unter den 15- bis 19-Jährigen 3 Prozent geringe soziale Unterstützung aufweisen, beträgt der Anteil in der Altersgruppe der über 60-Jährigen 12 Prozent.¹²

Abbildung 74: Geringe soziale Unterstützung nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). oberösterreichische Bevölkerung über 15 Jahre; Anteil mit geringer sozialer Unterstützung („Oslo-3-Items-Support Scale“ - Punktwert 3 bis 8 Punkte)

⁹ „Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?“, „Wie viel Interesse und Anteilnahme zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?“, „Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?“.

¹⁰ Robert Koch-Institut (RKI 2012)

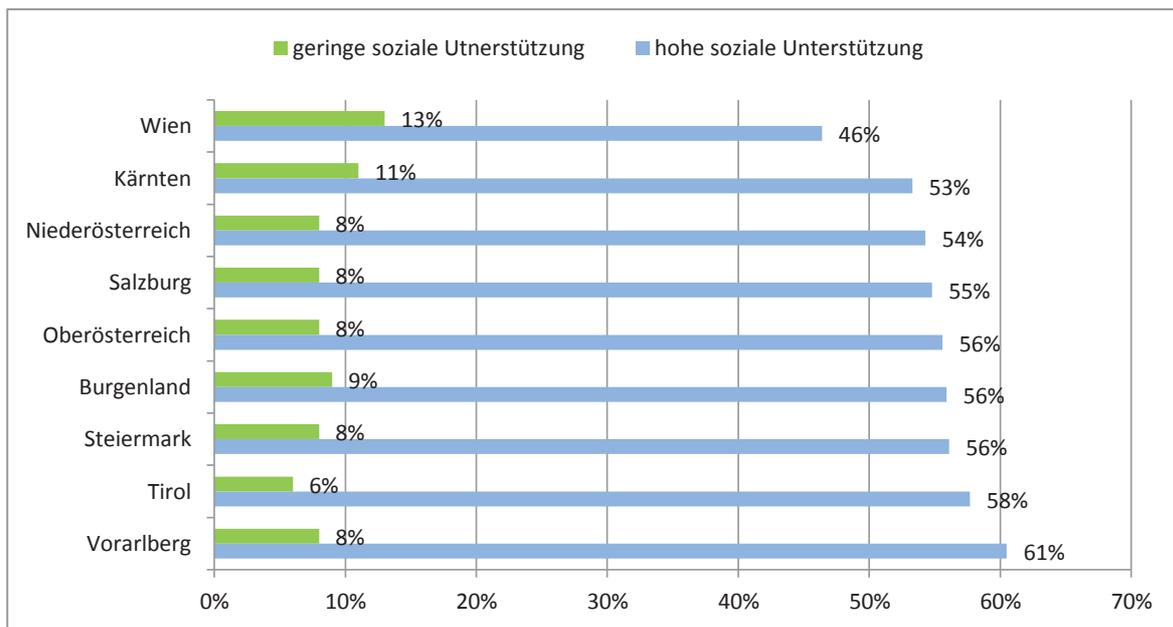
¹¹ Klimont und Baldasz 2015, S. 55

¹² Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

Im Bundesländervergleich liegt Oberösterreich im Mittelfeld. In den westlichen Bundesländern (Vorarlberg 61%, Tirol 58%) liegt der Anteil der Bevölkerung mit hoher so-

zialer Unterstützung über dem Bundesdurchschnitt. Demgegenüber ist der Bevölkerungsanteil mit hoher Unterstützung in Wien am geringsten (46%).

Abbildung 75: Soziale Unterstützung nach Bundesland



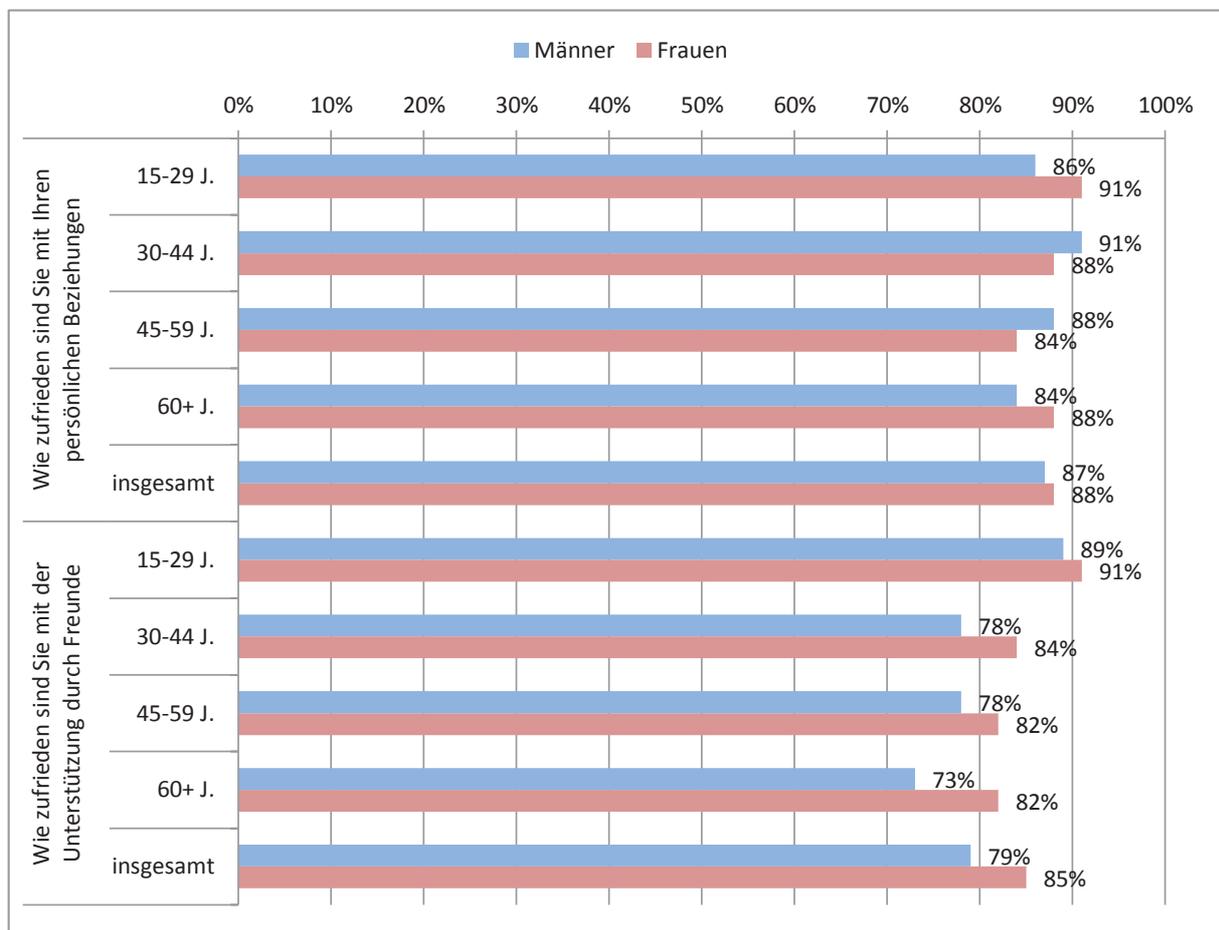
Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Bevölkerung über 15 Jahre; Anteil mit geringer sozialer Unterstützung („Oslo-3-Items-Support Scale“ - Punktwert 3 bis 8 Punkte) bzw. mit hoher sozialer Unterstützung („Oslo-3-Items-Support Scale“ - Punktwert 12 bis 14 Punkte)

3.2.2. Zufriedenheit mit den persönlichen sozialen Beziehungen

Insgesamt sind rund 87 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung über 15 Jahren mit ihren persönlichen Beziehungen zufrieden oder sehr zufrieden. Männer und Frauen unterscheiden sich nur geringfügig. Auch nach Altersgruppen sind bei der Zufriedenheit mit dem persönlichen Umfeld nur geringe Unterschiede zu beobachten.

Mit der Unterstützung durch den Freundeskreis sind 82 Prozent (sehr) zufrieden. Frauen sind diesbezüglich etwas zufriedener (85%) als Männer (79%). Mit zunehmendem Alter ist, insbesondere bei Männern, ein Rückgang des Anteils der Zufriedenen zu beobachten.

Abbildung 76: Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich



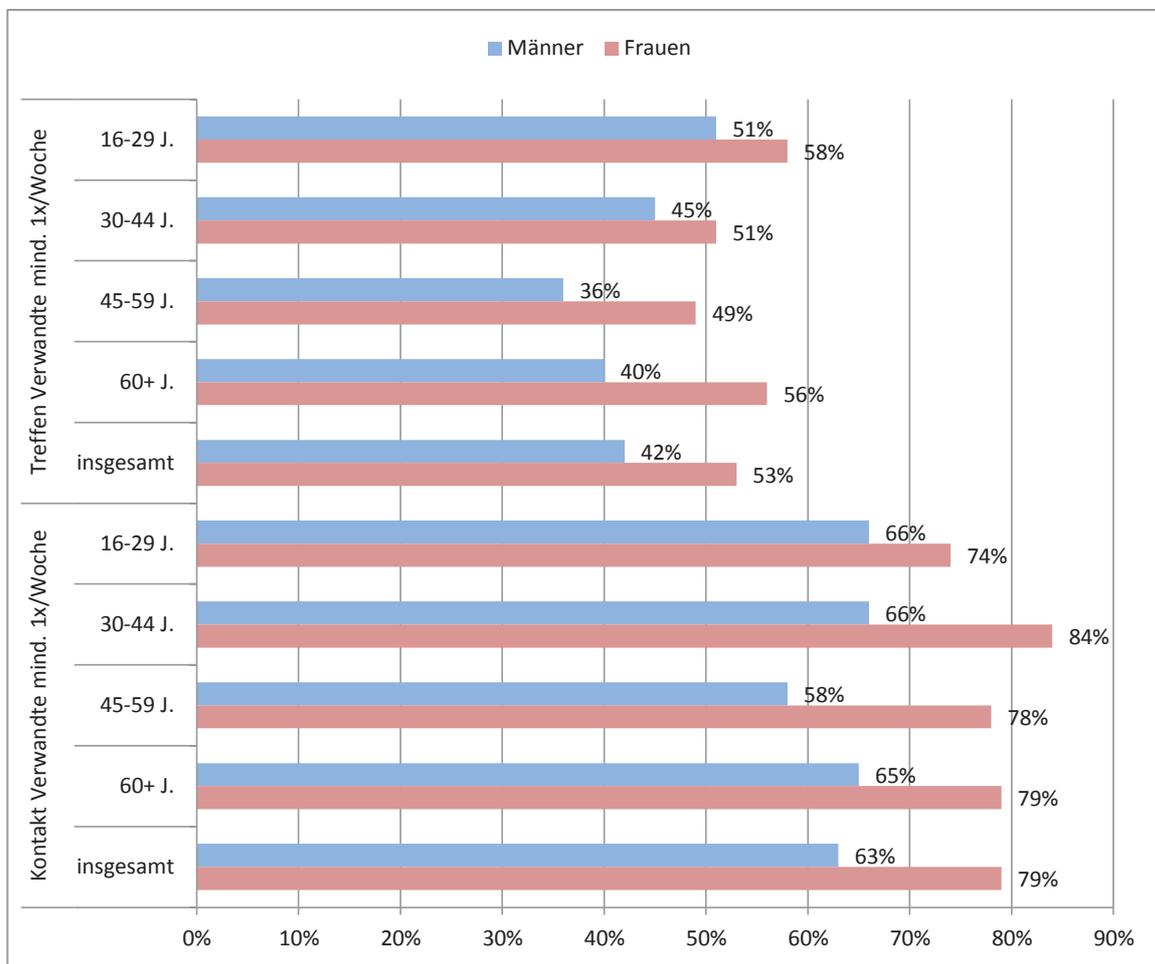
Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). oberösterreichische Bevölkerung über 15 Jahre; Anteil sehr zufrieden/zufrieden

3.2.3. Verwandtschaftliche Beziehungen

Familiäre Beziehungen sind nach wie vor von wesentlicher Bedeutung. In Österreich stuften 79 Prozent der Bevölkerung die Familie als sehr wichtig ein.¹³ Neben der Kernfamilie spielen auch die weiteren Verwandtschaftlichen Beziehungen (z. B. Onkel/Tanten, Neffen/Nichten, Cousins/Cousinen etc.) eine wichtige Rolle als soziales Netzwerk. Es gibt sogar Hinweise darauf, dass die Bedeutung entfernterer Verwandter im Beziehungssystem an Bedeutung gewinnt.¹⁴

In Oberösterreich geben 53 Prozent der Frauen und 42 Prozent der Männer an, dass sie mindestens ein Mal pro Woche direkten Kontakt (Besuch, Treffen) zu Verwandten haben, die nicht im selben Haushalt leben. Oberösterreich liegt diesbezüglich nur geringfügig über dem Bundesdurchschnitt (Frauen 47% und Männer 38%). Direkten oder indirekten Kontakt (z. B. telefonisch etc.) zu Verwandten haben 79 Prozent der Frauen und 63 Prozent der Männer (Österreich: Frauen 77% und Männer 65%).¹⁵

Abbildung 77: Direkte und indirekte Kontakte zu Familienangehörigen nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich



SOZIALE UND KOMMUNALE NETZWERKE

Quelle: Statistik Austria, EU-SILC 2015 (IGP-Berechnungen). Oberösterreichische Bevölkerung über 16 Jahre; nur Verwandte, die nicht im selben Haushalt leben; direkter Kontakt: „Wie häufig treffen oder besuchen Sie Verwandte?“; indirekter Kontakt: „Wie häufig haben Sie sonstigen Kontakt zu Verwandten z. B. via Telefon, SMS, Brief, Fax, Internet?“; mindestens wöchentliche Treffen (direkter Kontakt) bzw. Kontakt (direkter oder indirekter Kontakt).

¹³ Polak 2011, S. 108
¹⁴ Jakoby 2008; Fuchs 2017

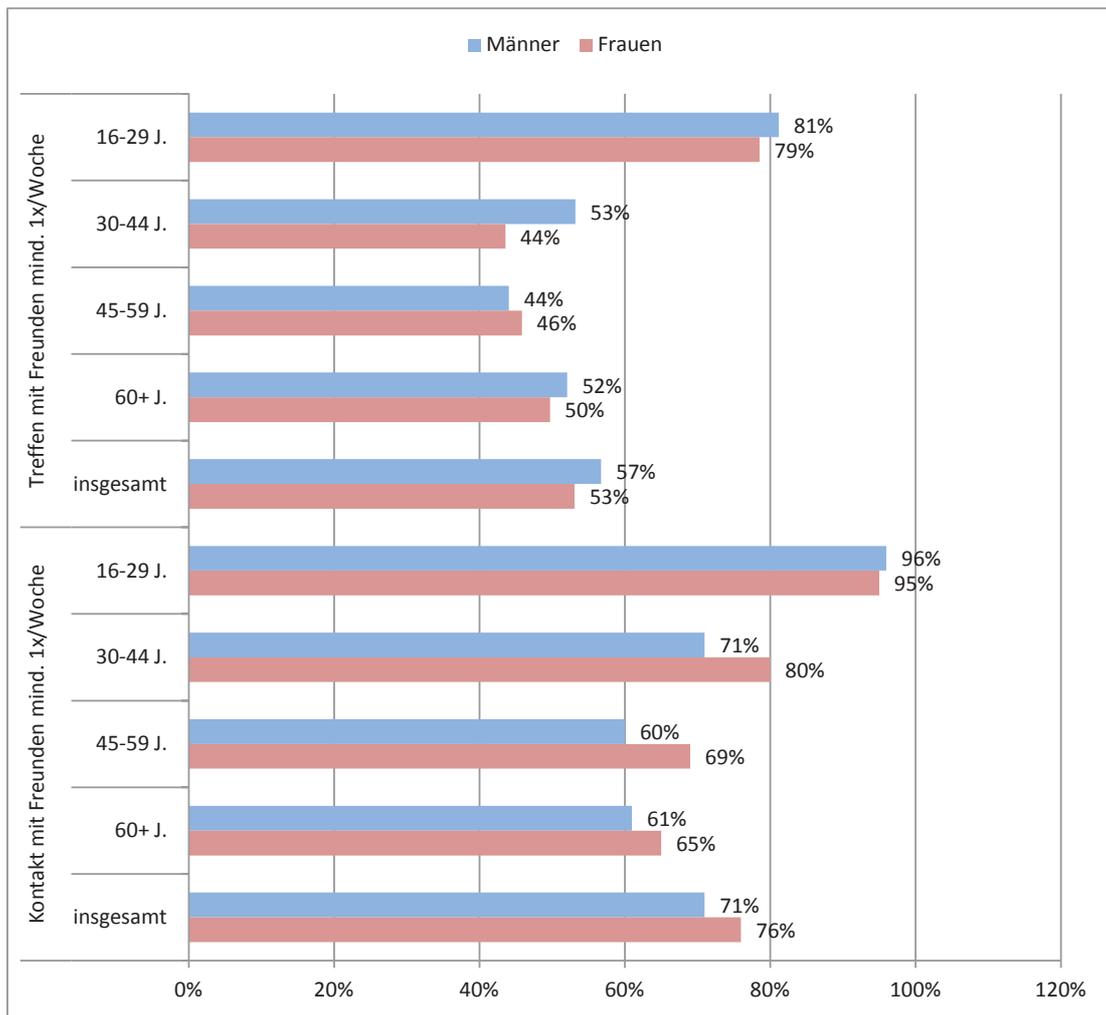
¹⁵ Quelle: Statistik Austria, EU-SILC 2015 (IGP-Berechnungen).

3.2.4. Soziales Umfeld und Freundeskreis

In Oberösterreich treffen sich 57 Prozent der Männer und 53 Prozent der Frauen mindestens ein Mal pro Woche mit FreundInnen (Österreich: Männer 55% und Frauen 50%). 71 Prozent der Männer und 76 Prozent der Frauen haben

mindestens ein Mal pro Woche Kontakt (Treffen oder indirekten Kontakt, z. B. telefonisch) zu Freunden (Österreich: Männer 72% und Frauen 75%).¹⁶

Abbildung 78: Direkte und indirekte Kontakte im Freundeskreis nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich



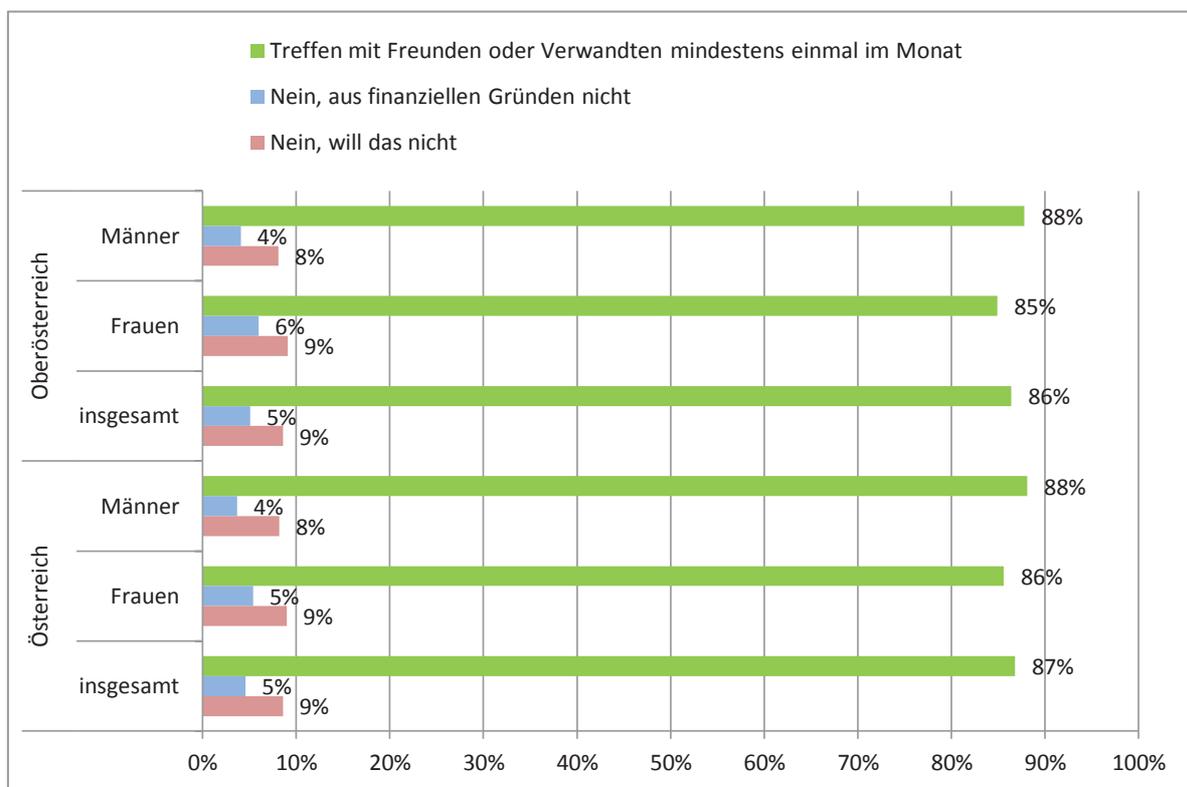
Quelle: Statistik Austria, EU-SILC 2015 (IGP-Berechnungen). Oberösterreichische Bevölkerung über 16 Jahre; direkter Kontakt: „Wie häufig treffen oder besuchen Sie Freunde?“; indirekter Kontakt: „Wie häufig haben Sie sonstigen Kontakt zu Freunden z. B. via Telefon, SMS, Brief, Fax, Internet?“; mindestens wöchentliche Treffen (direkter Kontakt) bzw. Kontakt (direkter oder indirekter Kontakt).

¹⁶ Quelle: Statistik Austria, EU-SILC 2015 (IGP-Berechnungen).

Die EU-SILC (European Community Statistics on Income and Living Conditions) Erhebung zielt vor allem darauf ab, Armut und soziale und materielle Lebensbedingungen zu untersuchen. In diesem Zusammenhang wurde u.a. auch erhoben, in welchem Ausmaß es Menschen aus finanziellen Gründen schwer fällt, ein Mindestmaß an sozialen Kontakten zum Freundeskreis bzw. zu Familienangehörigen aufrecht zu erhalten.

In Oberösterreich geben 86 Prozent der über 16-jährigen Bevölkerung an, dass sie sich mindestens ein Mal pro Monat mit Freunden oder Verwandten treffen. Von 20 Personen gibt eine an, dass dies aus finanziellen Gründen nicht möglich ist (5%) (siehe auch Kapitel 1.2. Soziale und wirtschaftliche Einflussfaktoren).

Abbildung 79: Finanzielle Einschränkungen hinsichtlich sozialer Kontakte in Oberösterreich und Österreich



Quelle: Statistik Austria, EU-SILC 2015 (IGP-Berechnungen). Oberösterreichische Bevölkerung über 16 Jahre

Fakten:

- In Oberösterreich verfügen 55 Prozent der Bevölkerung über eine starke und weitere 37 Prozent über eine mittlere soziale Unterstützung. 8 Prozent erfahren eine geringe soziale Unterstützung. Ältere Menschen sind eher von geringer sozialer Unterstützung betroffen als jüngere.
- Insgesamt zeigen sich 87 Prozent der OberösterreicherInnen mit ihren persönlichen Beziehungen zufrieden oder sehr zufrieden.

- 53 Prozent der Oberösterreicherinnen und 42 Prozent der Oberösterreicher haben mindestens einmal pro Woche direkten Kontakt (Besuch, Treffen) mit Verwandten, die nicht im selben Haushalt leben. Die Kontakthäufigkeit zu Freunden ist gleich hoch.

3.3. Einflussfaktor Vereine und Freiwilligenorganisationen

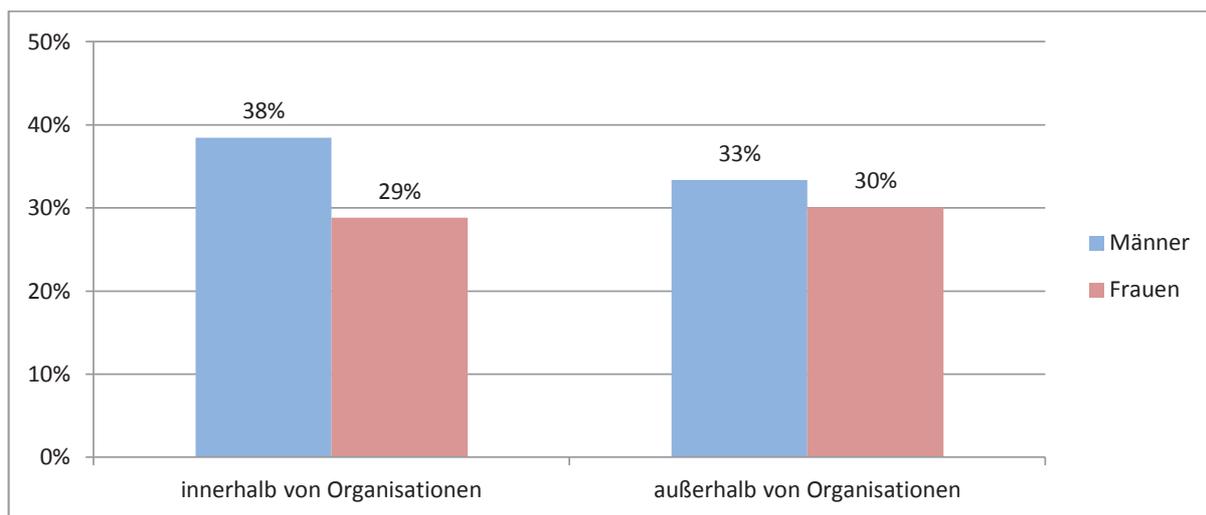
Freiwilliges Engagement leistet einen wesentlichen Beitrag zum gesellschaftlichen Zusammenhalt.¹⁷ Freiwillige Tätigkeit wird dabei definiert als Leistung, die freiwillig (also aus freien Stücken, ohne Druck und Zwang) und ohne Bezahlung für Personen außerhalb des eigenen Haushaltes erbracht wird.¹⁸ Dabei wird unterschieden zwischen formeller freiwilliger Tätigkeit in Vereinen, Institutionen und Organisationen (z. B. Rotes Kreuz, Feuerwehr) und informeller freiwilliger Tätigkeit im privaten Bereich (z. B. Nachbarschaftshilfe).¹⁹ Beide Arten des freiwilligen Engagements können auch wichtige Beiträge im Gesundheitswesen erbringen.

3.3.1. Freiwilligenquote in Oberösterreich

EU-SILC (European Community Statistics on Income and Living Conditions) ist eine Erhebung über Einkommen und Lebensbedingungen von Privathaushalten in Europa und enthält auch Fragen zum Thema freiwilliges Engagement. Die folgenden Auswertungen beruhen auf einer Auswertung dieser Statistik für Oberösterreich.

In Oberösterreich beteiligen sich 34 Prozent der Bevölkerung innerhalb und 32 Prozent außerhalb von Organisationen freiwillig. Der Anteil ist bei den Männern speziell bei der formalen freiwilligen Tätigkeit etwas höher. Die Begründung dafür könnte darin liegen, dass Männer sich verstärkt Freiwilligentätigkeiten zuwenden, die ein höheres Sozialprestige haben (Abbildung 80).²⁰

Abbildung 80: Beteiligungsquote an formaler und informeller Freiwilligenarbeit nach Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: EU-SILC 2015; IGP-Berechnungen; n=1.869; Fragen: „Haben Sie in den letzten zwölf Monaten Freiwilligenarbeit im Rahmen einer Organisation oder eines Vereins geleistet? Haben Sie in den letzten zwölf Monaten Freiwilligenarbeit außerhalb einer Organisation oder eines Vereins geleistet (z. B. Hilfe für Menschen und Tiere)?“ max. Schwankungsbreite: +/- 3 Prozent

¹⁷ BMASK 2009, S. 1

¹⁸ BMASK 2013, S. 8

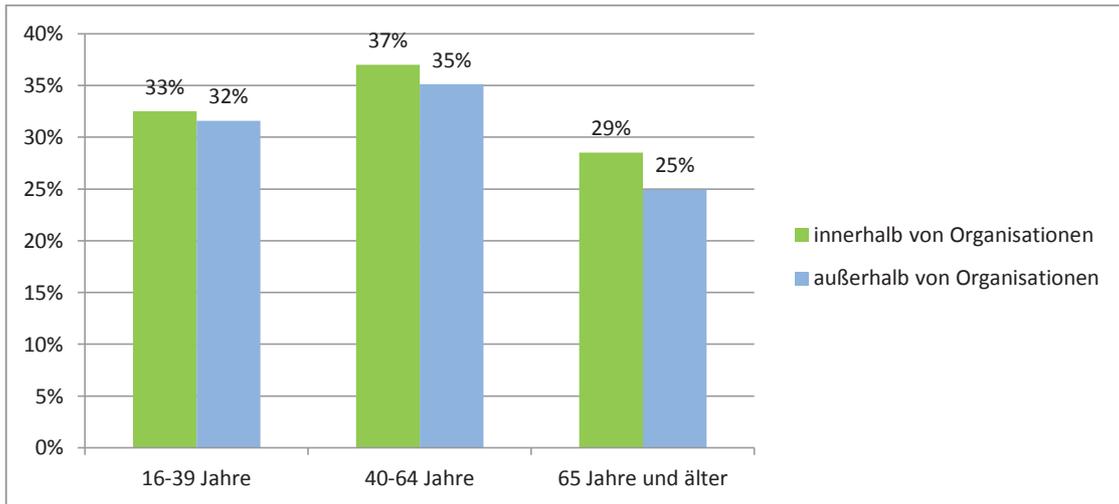
¹⁹ ebd.

²⁰ BMASK 2013, S 11 und BMASK 2015 S. 19

Betrachtet man das freiwillige Engagement nach Alter, so sieht man, dass sich sowohl innerhalb als auch außerhalb

von Organisationen Personen im mittleren Alter etwas mehr beteiligen (Abbildung 81).

Abbildung 81: Beteiligungsquote an formaler und informeller Freiwilligenarbeit nach Alter in Oberösterreich

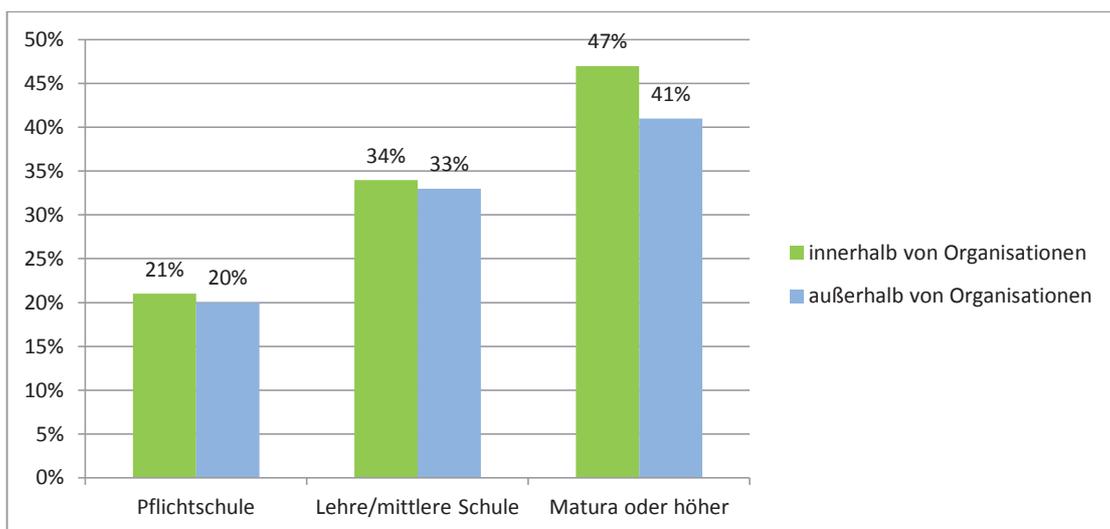


Quelle: EU-SILC 2015; IGP-Berechnungen; n=1.869; Fragen: „Haben Sie in den letzten zwölf Monaten Freiwilligenarbeit im Rahmen einer Organisation oder eines Vereins geleistet? Haben Sie in den letzten zwölf Monaten Freiwilligenarbeit außerhalb einer Organisation oder eines Vereins geleistet (z. B. Hilfe für Menschen und Tiere)?“ max. Schwankungsbreite: +/- 5 Prozent

Wenn man das freiwillige Engagement nach Schulbildung betrachtet, so fällt auf, dass sich sowohl innerhalb als

auch außerhalb von Organisationen die Personen, deren Ausbildung Matura oder höher ist, am meisten beteiligen (Abbildung 82).

Abbildung 82: Beteiligungsquote an formaler und informeller Freiwilligenarbeit nach Schulbildung in Oberösterreich

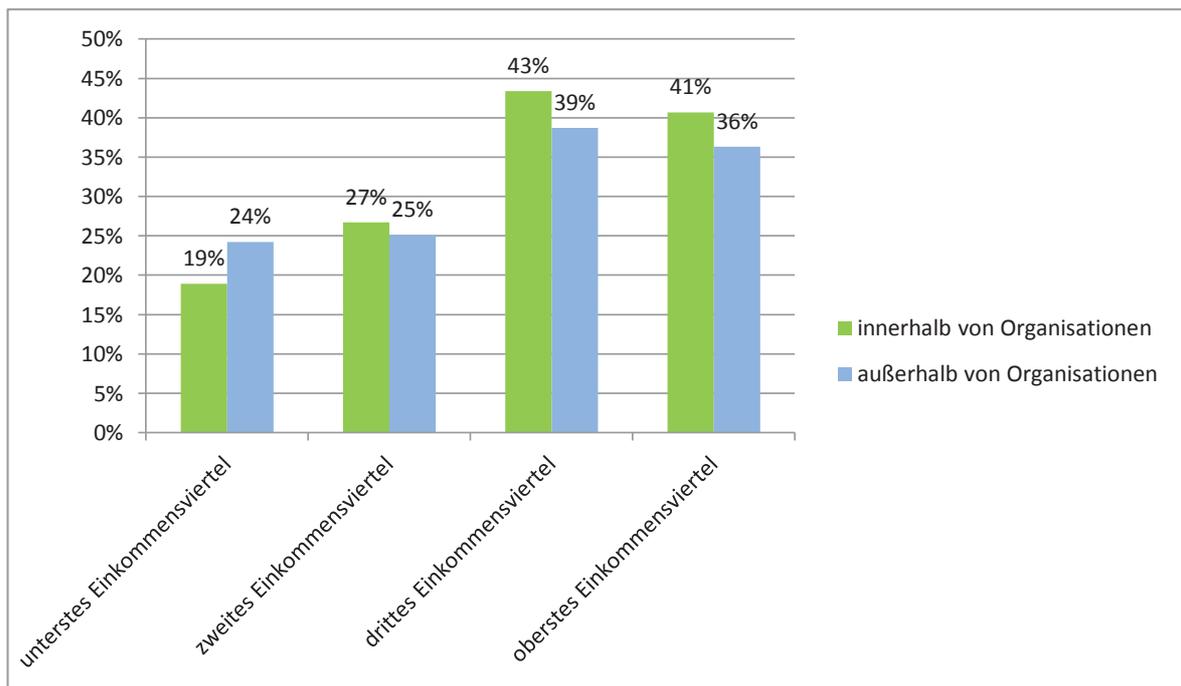


Quelle: EU-SILC 2015; IGP-Berechnungen; n=1.869; Fragen: „Haben Sie in den letzten zwölf Monaten Freiwilligenarbeit im Rahmen einer Organisation oder eines Vereins geleistet? Haben Sie in den letzten zwölf Monaten Freiwilligenarbeit außerhalb einer Organisation oder eines Vereins geleistet (z. B. Hilfe für Menschen und Tiere)?“ max. Schwankungsbreite: +/- 5 Prozent

Nach Einkommen betrachtet zeigen sich ebenfalls Unterschiede. Die höchsten Beteiligungsquoten sind in den dritten und vierten Einkommensvierteln zu beobachten (ca. 40%), während in den ersten beiden Einkommensvierteln die Quoten um 25 Prozent liegen. Auch wenn die Ergebnisse innerhalb der Schwankungsbreiten liegen, so

fällt doch auf, dass speziell im untersten Einkommensviertel etwas mehr Personen außerhalb von Organisationen freiwillig tätig sind als innerhalb von Organisationen. Bei den anderen drei Einkommensvierteln zeigt sich dies umgekehrt (Abbildung 83).

Abbildung 83: Beteiligungsquote an formaler und informeller Freiwilligenarbeit nach Einkommensviertel in Oberösterreich

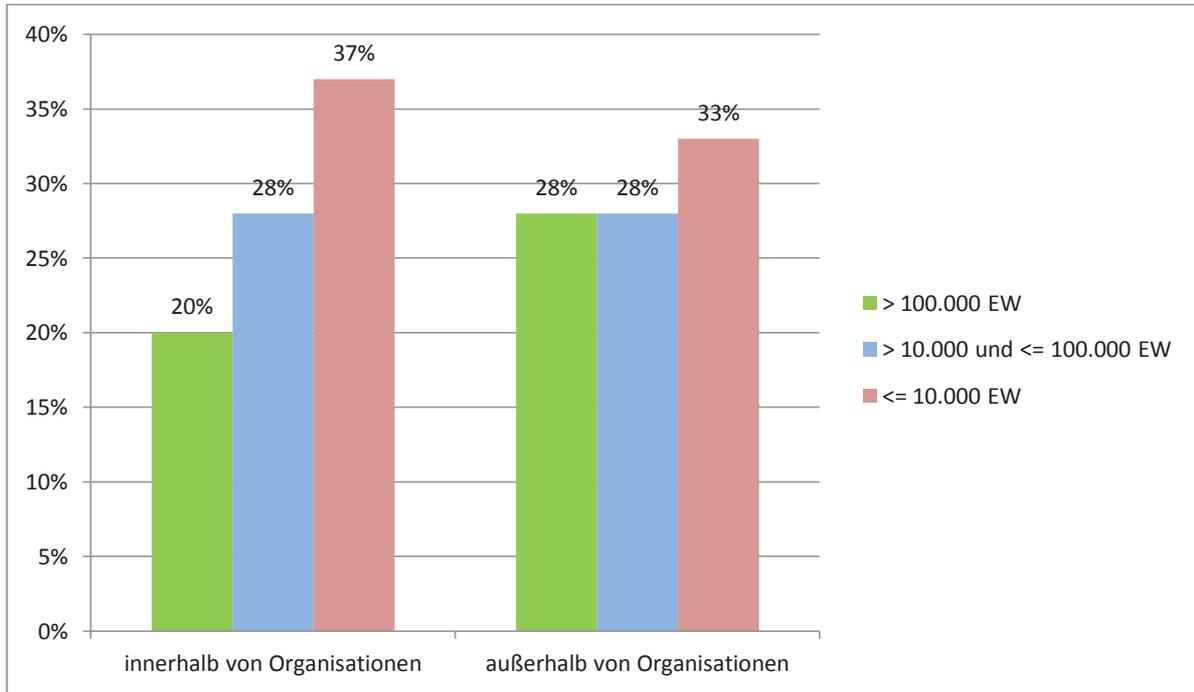


Quelle: EU-SILC 2015; IGP-Berechnungen; n=1.869; Fragen: „Haben Sie in den letzten zwölf Monaten Freiwilligenarbeit im Rahmen einer Organisation oder eines Vereins geleistet? Haben Sie in den letzten zwölf Monaten Freiwilligenarbeit außerhalb einer Organisation oder eines Vereins geleistet (z. B. Hilfe für Menschen und Tiere)?“ max. Schwankungsbreite: +/- 4 Prozent

Personen aus Gemeinden mit weniger als 10.000 EinwohnerInnen beteiligen sich häufiger (37%) freiwillig innerhalb von Organisationen als Personen aus größeren Gemeinden und Städten (zwischen 10.000 und 100.000 EW: 28%, Linz: 20%). Nicht signifikant sind die Unterschiede, wenn man die freiwillige Tätigkeit außerhalb von Organi-

sationen betrachtet: Mit 28 Prozent der Personen aus Linz und der Menschen aus Gemeinden zwischen 10.000 und 100.000 EinwohnerInnen ist hier die Beteiligung gleich. Personen aus Gemeinden mit weniger als 10.000 EinwohnerInnen beteiligen sich zu 33 Prozent freiwillig außerhalb von Organisationen.

Abbildung 84: Beteiligungsquote an formaler und informeller Freiwilligenarbeit nach Gemeindegröße in Oberösterreich



Quelle: EU-SILC 2015; IGP-Berechnungen; n=1.869; Fragen: „Haben Sie in den letzten zwölf Monaten Freiwilligenarbeit im Rahmen einer Organisation oder eines Vereins geleistet? Haben Sie in den letzten zwölf Monaten Freiwilligenarbeit außerhalb einer Organisation oder eines Vereins geleistet (z. B. Hilfe für Menschen und Tiere)?“ max. Schwankungsbreite: +/- 5,5 Prozent

Die Ergebnisse der österreichweiten Bevölkerungsbefragung zum freiwilligen Engagement zeigen zusätzlich, dass sich Menschen mit Migrationshintergrund deutlich über dem Gesamtschnitt außerhalb von Organisation freiwillig betätigen. An der formalen Freiwilligenarbeit beteiligen sich Menschen mit Migrationshintergrund jedoch weniger als Menschen ohne Migrationshintergrund.²¹

Österreichweit sind die meisten Menschen im Bereich Sport und Bewegung (8%) freiwillig tätig (formale Freiwilligenarbeit), gefolgt vom Bereich Kunst/Kultur/Freizeit (6%). In weiterer Folge arbeiten jeweils 5 Prozent der Bevölkerung freiwillig in den Bereichen Katastrophenhilfe- und Rettungsdienste, kirchlicher oder religiöser Bereich und bürgerliche Aktivitäten und Gemeinwesen. Im Sozial- und Gesundheitsbereich sind 4 Prozent der Bevölkerung freiwillig tätig.²²

Jene, die im Bereich Bildung freiwillig aktiv sind, verbringen durchschnittlich am meisten Zeit (4,3 Stunden je Woche), gefolgt von den zwei Bereichen Kunst/Kultur/

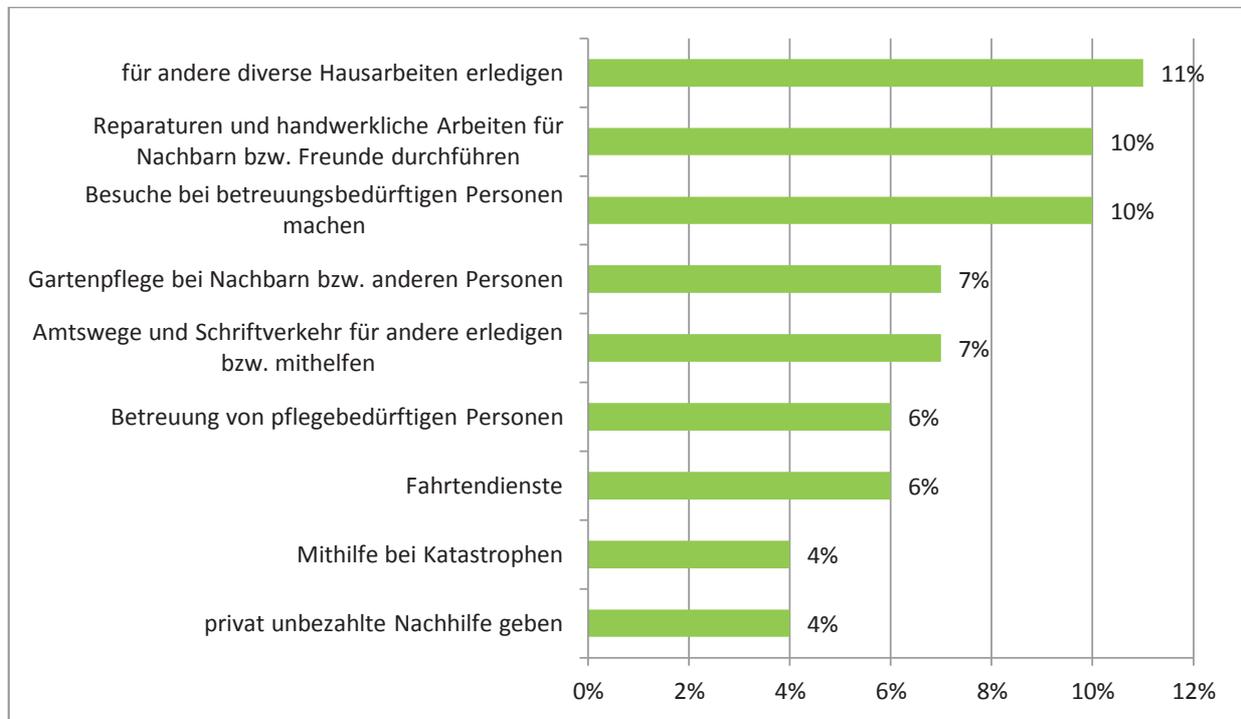
Freizeit und Umwelt/Natur/Umweltschutz mit durchschnittlich 4,1 Stunden pro Woche. Für den Sozial- und Gesundheitsbereich wenden die dort Engagierten durchschnittlich vier Stunden auf, genauso viel wie im Bereich politische Arbeit und Interessensvertretung.²³

Im Bereich informeller freiwilliger Tätigkeiten sind die drei Aktivitäten, die am häufigsten genannt werden „für andere diverse Hausarbeiten erledigen“ (11%), „Reparaturen und handwerkliche Arbeiten für Nachbarn bzw. Freunde durchführen“ (10%) und „Besuche bei betreuungsbedürftigen Personen machen“ (10%). Aus gesundheitspolitischer Sicht interessant ist auch der Bereich „Betreuung von pflegebedürftigen Personen“ mit 6 Prozent der Bevölkerung (Abbildung 85). Während Männer eher in den Bereichen der Reparaturen und handwerklichen Aufgaben tätig sind, betreuen Frauen eher pflegebedürftige Personen bzw. besuchen diese.²⁴ Durchschnittlich werden 3,4 Stunden für informelles freiwilliges Engagement pro Woche aufgewendet.²⁵

²¹ BMASK 2013, S. 18f
²² BMASK 2013, S. 25

²³ BMASK 2013, S. 36
²⁴ BMASK 2013, S. 38
²⁵ BMASK 2013, S. 6

Abbildung 85: Informelle Freiwilligenarbeit nach Bereichen in Österreich



Quelle: BMASK: Freiwilliges Engagement in Österreich. Bundesweite Bevölkerungsbefragung 2012, Studienbericht Wien 2013

3.3.2. Motive und Auswirkungen der freiwilligen Tätigkeit

3.3.2.1. Gründe und Motive für die freiwillige Tätigkeit

Die Gründe für freiwilliges Engagement variieren etwas nach Alter der befragten Personen und sind in etwa gleich aufgeteilt in altruistische Motive und Steigerung des Wohlbefindens durch das freiwillige Engagement. Das am häufigsten genannte Motiv ist „Ich möchte damit anderen helfen“ (93% Zustimmung - trifft voll und ganz zu und trifft eher schon zu), gefolgt von „Es macht mir Spaß“ (88%) und „Ich möchte etwas Nützliches für das Gemeinwohl beitragen“ (85%). Weitere wichtige Motive sind: „Es bietet mir die Möglichkeit, meine Erfahrungen zu teilen“ (83%), „Ich treffe Menschen und gewinne Freunde“ (81%), „Ich kann meine Fähigkeiten und Kenntnisse einbringen“ (78%), „Ich möchte mich für eine wichtige Sache engagieren“ (74%), „Es hilft mir, aktiv zu bleiben“ (73%) und „Es gibt mir die Möglichkeit, dazuzulernen“ (72%).²⁶

Für jüngere Befragte ist der Nutzen der freiwilligen Tätigkeit für den Beruf wichtiger als für die anderen, während für Ältere das Motiv, aktiv zu bleiben wichtiger ist als für die Gesamtheit.²⁷

Die häufigsten Gründe, sich nicht freiwillig zu engagieren, sind „Ich bin niemals gefragt oder gebeten worden“ (61 % trifft voll und ganz zu und trifft eher schon zu), „Ich habe nie darüber nachgedacht“ (57%) und „Ich bin durch familiäre Aufgaben ausgefüllt“ (54%).²⁸

3.3.2.2. Gesundheitliche Auswirkungen

Viele Studien sehen einen Zusammenhang zwischen dem freiwilligen Engagement und positiven Auswirkungen auf die Gesundheit. In einer schweizer Studie wurde herausgefunden, dass das Ausmaß an freiwilliger Tätigkeit positiv mit selbstberichteter Gesundheit, psychischem Wohlbefinden, Arbeitsengagement und negativ mit Stress und Burnout korreliert.²⁹ Verschiedene Erklärungsansätze konnten für diese positiven gesundheitlichen Auswirkungen gefunden werden. Einerseits ermöglicht freiwilliges Engagement dem Individuum, Grundbedürfnisse wie die soziale Eingebundenheit durch selbstbestimmtes, sinnstiftendes Handeln zu erfüllen.³⁰ Ein zweiter Erklärungsansatz befasst sich damit, dass Menschen in ihrer Freiwilligentätigkeit besser in soziale Netzwerke eingebunden sind (z. B. in Vereinen).³¹ In manchen Fällen kann eine

²⁶ BMASK 2013, S. 48

²⁷ BMASK 2013, S. 49

²⁸ BMASK 2013, S. 53

²⁹ Ramos/Wehner 2015, S. 119

³⁰ Ramos/Wehner 2015, S. 116

³¹ Ramos/Wehner 2015, S. 114

Freiwilligentätigkeit die negativen Folgen bei Verlust von Rollenidentitäten (z. B. bei Pensionierung oder Arbeitslosigkeit) kompensieren, da bessere Bewältigungsmechanismen angeeignet bzw. stärkere soziale Netzwerke aufgebaut wurden.³² In freiwilligen Tätigkeiten, die speziell im Gesundheitsbereich stattfinden, erhalten diese Menschen oft auch besseren Zugang zu Gesundheitsinformationen oder haben generell eine gesteigerte Sensibilität, was sich wiederum auf deren Gesundheitsverhalten auswirkt.³³ Generell wird auch auf die positive psychische Befindlichkeit freiwillig Tätiger hingewiesen, was mit einer geringeren Ausschüttung von Stresshormonen wie Cortisol einhergeht.³⁴

Freiwilliges Engagement wirkt sich aber nicht immer gleich positiv auf die Gesundheit aus. So profitieren ältere Menschen in Hinblick auf die individuelle Gesundheit stärker als Jüngere von ihrer Freiwilligentätigkeit, was damit zusammenhängen dürfte, dass bei Jüngeren die Tätigkeit oft mit Pflichten in anderen Bereichen (z. B. Kindererziehung, Arbeitswelt, ...) zusammenfällt und das freiwillige Engagement so mitunter als Pflicht empfunden wird.³⁵ Statistisch lässt sich auch noch festhalten, dass jüngere Erwachsene geringere Gesundheitsunterschiede aufweisen, sodass quantifizierbare Veränderungen nicht so einfach feststellbar sind.³⁶ Das Wohlbefinden ist auch sehr stark abhängig von der Einsatzdauer und der Regelmäßigkeit des freiwilligen Engagements. Ab einer gewissen Anzahl an geleisteten Stunden (wobei die genaue Anzahl in den Studien stark variiert), sind keine positiven Auswirkungen oder sogar eine kontraproduktive Wirkung feststellbar.³⁷ Regelmäßiger freiwilliger Einsatz wirkt im Gegensatz zu sporadischem Einsatz eher psychisch förderlich.³⁸ Positive Auswirkungen speziell im psychischen Wohlbefinden lassen sich teilweise auch nur bei jenen Personen identifizieren, die vor dem Antritt der Freiwilligentätigkeit weniger sozial integriert waren.³⁹ Auch dürften die Motive für eine Freiwilligentätigkeit die gesundheitlichen Auswirkungen beeinflussen. So dürften sich „intrinsische“ Motive (z. B. weil die Tätigkeit den eigenen Werten entspricht, das Lernen fördert oder die sozialen Kontakte steigert) positiver auf das Wohlbefinden auswirken als selbstschützende oder karrierebezogene Motive.⁴⁰

Es dürften aber auch Selektionsprozesse in der freiwilligen Tätigkeit stattfinden. Einerseits handelt es sich dabei um Selbstselektion, d. h. dass nur gesunde Individuen aktiv nach Freiwilligentätigkeiten suchen. Andererseits könnten sich aber auch aufseiten der Organisationen, die

freiwillig Tätige suchen, im Rekrutierungsprozess gewisse Anforderungsprofile herausbilden, welche meist einem Profil einer gesunden, sozial integrierten Person entsprechen, teilweise auch unbewusst.⁴¹

3.3.2.3. Freiwilliges Engagement im Gesundheitsbereich in Oberösterreich

Exemplarisch sollen an dieser Stelle ein paar wichtige freiwillige bzw. ehrenamtliche Tätigkeiten im Gesundheitsbereich und ihre Größenordnung dargestellt werden:

Gesunde Gemeinden

In den 436 Gesunden Gemeinden in Oberösterreich sind durchwegs freiwillige MitarbeiterInnen tätig. Aus einer Online-Umfrage des Instituts für Gesundheitsplanung anlässlich des 25-jährigen Bestehens der Aktion Gesunde Gemeinde in Oberösterreich können Daten zum freiwilligen Engagement in den Arbeitskreisen der Gesunden Gemeinden gewonnen werden.

91 Prozent der befragten Schlüsselpersonen sind freiwillig, 2 Prozent beruflich und 6 Prozent sowohl beruflich als auch freiwillig im Rahmen der Gesunden Gemeinden tätig (1 Prozent bzw. eine Person gibt an, weder freiwillig noch beruflich im Rahmen der Gesunden Gemeinde tätig zu sein).

Die befragten Schlüsselpersonen (vorwiegend ArbeitskreisleiterInnen der Gesunden Gemeinden), die freiwillig im Rahmen der Gesunden Gemeinde tätig sind, wenden dafür üblicherweise durchschnittlich 6 Stunden pro Monat auf. Die Hälfte der Befragten arbeitet regelmäßig bis zu vier Stunden pro Monat freiwillig, die andere Hälfte mehr als vier Stunden pro Monat (bis zu 25 Stunden). In Ausnahmefällen, z. B. bei besonderen Veranstaltungen etc., kann die freiwillige Tätigkeit im Durchschnitt bis zu 15,3 Stunden pro Monat in Anspruch nehmen. Die Hälfte der freiwillig in der Gesunden Gemeinde Tätigen gibt an, dass sie in Spitzenzeiten bis zu zehn Stunden pro Monat aufwenden. Die andere Hälfte wendet in solchen Ausnahmefällen mehr als zehn Stunden im Monat auf (drei Personen geben sogar 60 oder mehr Monatsstunden an).

28 Prozent der Befragten sind bereits seit mehr als zehn Jahren freiwillig im Rahmen der Gesunden Gemeinde tätig. Knapp ein Drittel (32%) ist seit fünf bis zehn Jahren und 40 Prozent der Befragten sind kürzer im Rahmen der Gesunden Gemeinde freiwillig tätig.

Durchschnittlich arbeiten ca. sieben Personen in einem Arbeitskreis. In 17 Prozent der Arbeitskreise sind bis zu drei Personen tätig. Mehr als ein Drittel (37%) der Arbeitskreise weist vier bis sechs freiwillige MitarbeiterInnen auf und ein Viertel (25%) sieben bis neun. Gut ein Fünftel der Arbeitskreise (22%) weist zehn oder mehr freiwillige MitarbeiterInnen auf.

³² ebd.
³³ Ramos/Wehner 2015, S. 115
³⁴ Ramos/Wehner 2015, S. 115
³⁵ Ramos/Wehner 2015, S. 116
³⁶ ebd.
³⁷ Ramos/Wehner 2015, S. 117
³⁸ ebd.
³⁹ Ramos/Wehner 2015, S. 118
⁴⁰ ebd.

⁴¹ Ramos/Wehner 2015, S. 121f

Rettungs- und Transportdienste

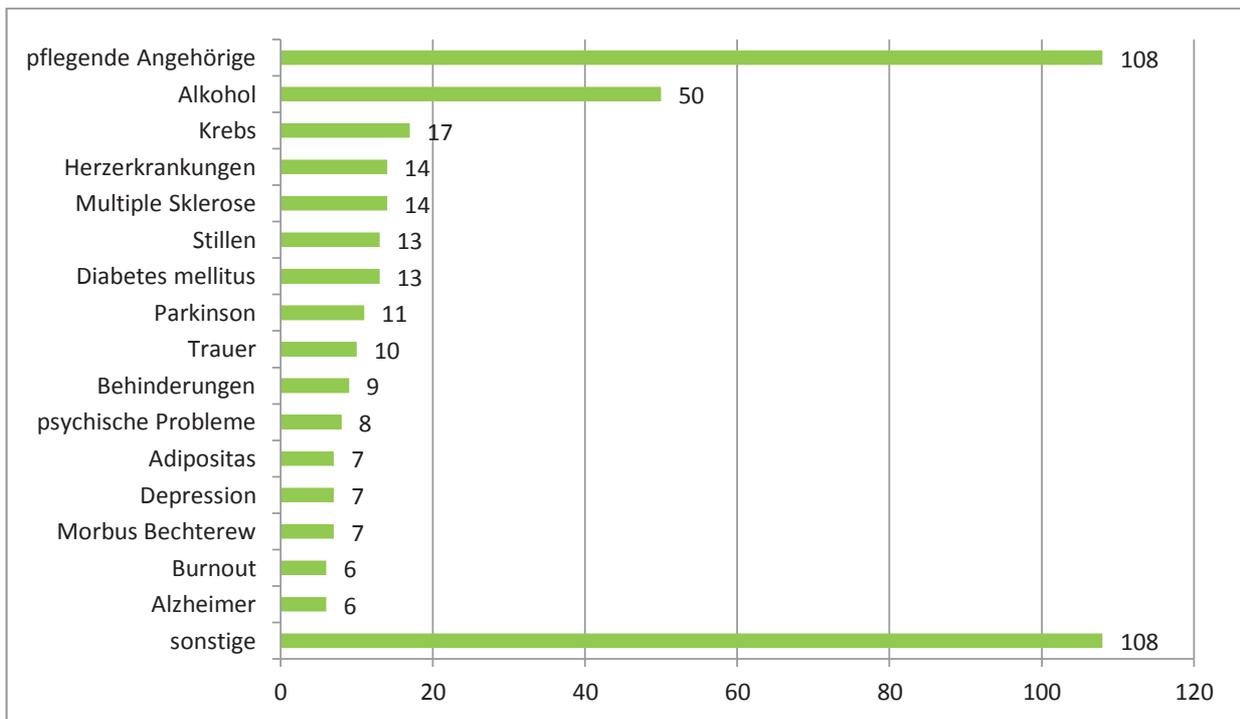
Das Oberösterreichische Rote Kreuz hatte im Jahr 2016 21.823 freiwillige MitarbeiterInnen, davon mehr als die Hälfte (12.132 Personen) im Rettungsdienst. 5.119 Menschen waren im Gesundheits- und Sozialdienst tätig, 4.739 im Jugendrotkreuz. 1.584 freiwillig Tätige waren im Verein des Roten Kreuzes aktiv, 1.069 im Katastrophenhilfsdienst und 199 arbeiteten ehrenamtlich im Blutspendedienst.⁴²

Der Arbeitersamariterbund Oberösterreich verzeichnete Ende 2016 ca. 1.000 freiwillige MitarbeiterInnen, davon ca. 90 Prozent im Rettungsdienst. Die weiteren 10 Prozent verteilen sich auf Soziale Dienste und den Behindertenfahrdienst.

Selbsthilfegruppen

Im Dachverband der Selbsthilfegruppen in Oberösterreich sind mit Stand 2016 408 Selbsthilfegruppen vereint. Der größte Teil der Selbsthilfegruppen ist im Bereich pflegende Angehörige gefolgt von Menschen mit Alkoholproblemen oder deren Angehörige. Insgesamt gibt es in Oberösterreich Selbsthilfegruppen zu 92 verschiedenen Schwerpunkten.

Abbildung 86: Anzahl der Selbsthilfegruppen in Oberösterreich nach Schwerpunkt



Quelle: Dachverband der Selbsthilfegruppen Oberösterreich; pflegende Angehörige: der Großteil der Gesprächsgruppen wird über das Netzwerk Gesunde Gemeinde oder die Servicestelle pflegende Angehörige der Caritas organisiert; Alkohol: Selbsthilfegruppen für Menschen mit Alkoholproblemen oder für Angehörige

⁴² Die Summe der Personen aus den einzelnen Bereichen übersteigt die Gesamtsumme, da viele freiwillig Tätige in mehreren Bereichen mitarbeiteten.

Laienhilfe der pro mente Oberösterreich

LaienhelferInnen sind freiwillig Tätige, die in ihrer Freizeit Menschen mit psychischen und sozialen Problemen betreuen und dabei von pro mente Oberösterreich unterstützt werden. Die LaienhelferInnen begleiten die betroffenen Menschen bei Alltagsaufgaben wie Einkaufen, bei Kinobesuchen oder stehen einfach zum Plaudern zur Verfügung. Mit Stand Anfang 2017 gibt es 237 LaienhelferInnen in Oberösterreich.

Unabhängiges LandesFreiwilligenzentrum (ULF)

Das Unabhängige LandesFreiwilligenzentrum unterstützt soziale Einrichtungen und Projekte bei der Gewinnung von Freiwilligen im Raum Oberösterreich. Mit Stand 2016 waren knapp 1.800 Freiwillige in der ULF-Datenbank registriert und es wurde mit 399 sozialen Organisationen, Vereinen und Projekten kooperiert. Die Tätigkeitsfelder der Freiwilligen erstrecken sich in den Bereichen SeniorInnen, Gemeinwesen, Menschen mit Beeinträchtigung, Kinder und Jugendliche, MigrantInnen und AsylwerberInnen und sozial benachteiligte Menschen.

3.3.2.4. Neue Formen des freiwilligen Engagements

Klassische freiwillige Tätigkeit ist gekennzeichnet durch Gemeinschaftsorientierung, zeitliche und biographische Kontinuität sowie ein gewisses Maß an örtlicher Gebundenheit.⁴³ Diese wird ergänzt von neuen Formen der freiwilligen Tätigkeit:

- Episodische und Eventfreiwilligentätigkeit: Mittlerweile wird eine große Anzahl an Stunden freiwillig für einmalige Projekte aufgewendet, z. B. Sport-Großereignisse.⁴⁴ Teilweise wird dabei auch das freiwillige Engagement selbst zum Event. In Österreich hat „72 Stunden ohne Kompromiss“ der Katholischen Jugend, young Caritas und Hitradio Ö3 mit bis zu 5.000 Beteiligten in diesem Bereich sicher den größten Stellenwert.⁴⁵
- Voluntourismus: Ein anderer Trend ist die organisierte freiwillige Tätigkeit, die mit einer Reise, meist in ein anderes Land, verbunden wird. Dieses freiwillige Engagement ist meist im Bereich des Unterrichtens, der Unterstützung bei der Ernte, archäologischer Arbeiten oder auch der medizinischen Versorgung angesiedelt.⁴⁶
- Mit fortschreitendem Ausbau des Internets hat sich auch das Online-Volunteering bzw. virtuelle freiwillige Tätigkeit entwickelt. Hier wird z. B. Beratung, Forschung, Übersetzungen oder auch Webdesign unentgeltlich gemacht. Ein großer Vorteil dabei ist das hohe Maß an zeitlicher und örtlicher Flexibilität.⁴⁷ Dabei kann das Engagement kontinuierlich (wie z. B. die Betreuung einer Beratungs-Webseite) oder episodisch (z. B. sporadische Online-Beratungen) sein.

Fakten:

- In Oberösterreich beteiligen sich 34 Prozent der Bevölkerung innerhalb und 32 Prozent außerhalb von Organisationen freiwillig. Männer sind eher in der formalen freiwilligen Tätigkeit vertreten als Frauen.
- Höher Gebildete sind eher freiwillig engagiert als Menschen mit niedrigerem Bildungsstatus.

- Das am häufigsten genannte Motiv für freiwilliges Engagement ist „Ich möchte damit anderen helfen“ (93% Zustimmung), gefolgt von „Es macht mir Spaß“ (88% Zustimmung).

⁴³ Neufeind/Güntert/Wehner 2015, S. 196

⁴⁴ ebd.

⁴⁵ www.72h.at

⁴⁶ Neufeind/Güntert/Wehner 2015, S. 207

⁴⁷ Neufeind/Güntert/Wehner 2015, S. 197

3.4. Einflussfaktor Integration und Inklusion

„Was von Vorhinein nicht ausgegrenzt wird, muss hinterher nicht eingegliedert werden! (Richard v. Weizsäcker)“ Integration und Inklusion stellen wichtige Ressourcen für Wohlbefinden und Gesundheit dar. Menschen, die über ein gutes soziales Netz verfügen und ausreichend Unterstützung erhalten, sind sowohl körperlich als auch seelisch gesünder als isoliert lebende Menschen (siehe Kapitel 3.1.).

Integration geht davon aus, „dass eine Gesellschaft aus einer relativ homogenen Mehrheitsgruppe und einer kleineren Außengruppe besteht, die in das bestehende System integriert werden muss. Das Konzept der Integration nimmt vor allem Unterschiede wahr und verlangt von den Personen, dass sie sich an das Mehrheitssystem anpassen, um vollwertige Mitglieder der Gesellschaft zu sein.“⁴⁸ Inklusion hingegen zielt darauf ab, die uneingeschränkte Teilnahme an allen Aktivitäten für alle Menschen möglich zu machen. Nicht der Mensch hat sich somit anzupassen, sondern das gesellschaftliche Leben muss für alle Menschen - egal welcher Herkunft, ob mit oder ohne Beeinträchtigung, egal welchen Alters etc. - ermöglicht werden.⁴⁹

Voraussetzung für soziale Einbindung allgemein ist die Chance, an allen gesellschaftlichen Bereichen teilhaben und daran mitbestimmen zu können. Anhand von drei Personengruppen, die oft schlecht in die Gesellschaft integriert bzw. inkludiert sind, wird an dieser Stelle exemplarisch beleuchtet, was soziale Einbindung bedeuten bzw. welche Auswirkung diese haben kann:

- Menschen mit chronischen Erkrankungen - Fokus Arbeit
- Menschen mit Migrationshintergrund - Fokus gesellschaftliches Zusammenleben
- Menschen mit kognitiven Einschränkungen - Fokus Information

3.4.1. Menschen mit chronischen Erkrankungen - Fokus Arbeit

28 Prozent der oberösterreichischen Männer und 31 Prozent der oberösterreichischen Frauen im Erwerbsalter (15 bis 64 Jahre) leiden eigenen Angaben zufolge an einer dauerhaften Krankheit oder chronischen Gesundheitsproblemen.⁵⁰

Von jenen OberösterreichernInnen, die laut eigenen Angaben unter dauerhafter Krankheit oder chronischen Gesundheitsproblemen (z. B. Diabetes mellitus) leiden, sind 64 Prozent erwerbstätig oder befinden sich in der Lehrzeit, im Gegensatz zu 73 Prozent der OberösterreichernInnen ohne derartige Einschränkungen. Personen mit chronischen gesundheitlichen Belastungen sind mit 7 Prozent häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als der Rest der oberösterreichischen Bevölkerung im Erwerbsalter (3%). Mit 18 Prozent befinden sich auch deutlich mehr Personen mit dauerhafter Krankheit oder chronischen Gesundheitsproblemen in Pension (7% bei Personen ohne chronische Erkrankung). 11 Prozent der chronisch kranken Personen sind der Gruppe „sonstige Nichterwerbspersonen“⁵¹ zuzuordnen (17% bei Personen ohne chronische Erkrankung) (Abbildung 87).

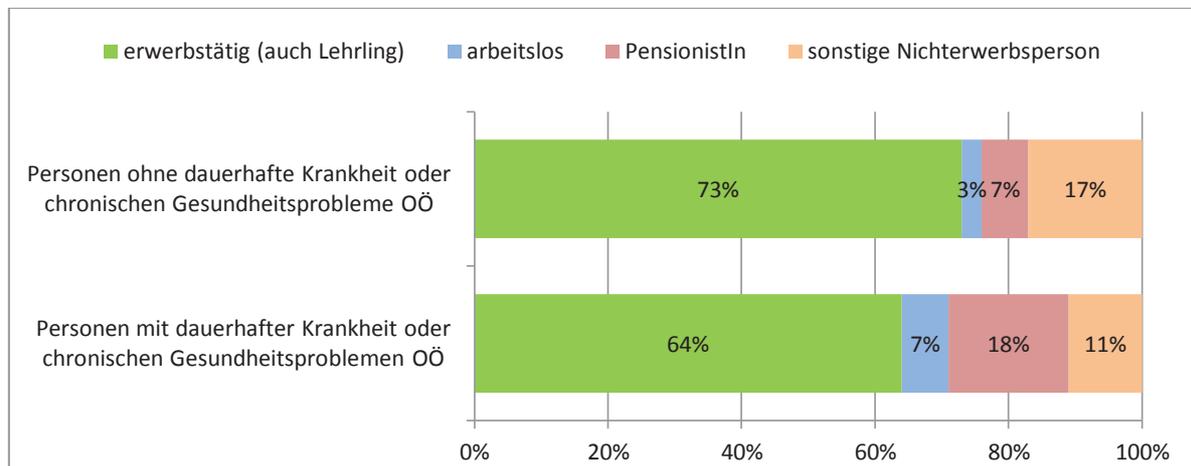
⁵⁰ Definition von Statistik Austria im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014: „Vorübergehende gesundheitliche Probleme sind nicht von Interesse. Angegeben werden sollen auch Krankheiten oder Probleme, die zurzeit nicht beeinträchtigen wie z. B. chronische Kopfschmerzen oder Allergien oder die durch Medikation gut kontrolliert werden können, wie z. B. Bluthochdruck. Es ist auch nicht wichtig, ob das Gesundheitsproblem von einem Arzt/einer Ärztin diagnostiziert wurde oder nicht.“

⁵¹ Darunter fallen: SchülerInnen/StudentInnen, dauerhaft erwerbsunfähige Personen, Präsenz-/Zivildienstler, ausschließlich haushaltsführende Personen sowie Personen, die keiner genannten Kategorie zuzuordnen sind.

⁴⁸ Caritas Wien

⁴⁹ Behindertenrechtskonvention.Info (Praetor Intermedia UG (haftungsbeschränkt))

Abbildung 87: Personen im Erwerbsalter (15 bis 64 Jahre) mit und ohne dauerhafter Krankheit oder chronischen Gesundheitsproblemen nach Erwerbsstatus in Oberösterreich⁵²



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen); Fragestellung: Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem? (Damit gemeint sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die sechs Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden.)

Einschätzung der Lage aus Sicht eines Vertreters von Betroffenen

Als Vertreter dieser Gruppe wurde Herr Rudolf Brettbacher, Präsident der Arge Niere Österreich⁵³ und Obmann des Vereins Niere Oberösterreich,⁵⁴ interviewt.⁵⁵ Die von ihm getätigten Aussagen beziehen sich vor allem auf Personen mit merklichen Einschränkungen, wie z. B. DialysepatientInnen. Herr Brettbacher wurde ausgewählt, da gerade anhand vom Beispiel Dialyse die Herausforderungen chronisch kranker Menschen gut beschrieben werden können. Nierenerkrankungen, die eine Dialyse erfordern, kommen zwar nicht allzu häufig vor, eine Dialyse stellt aber eine immense Belastung für die Betroffenen dar und erfordert ein Entgegenkommen des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin.

⁵² Definition von Statistik Austria im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014: „Vorübergehende gesundheitliche Probleme sind nicht von Interesse. Angegeben werden sollen auch Krankheiten oder Probleme, die zurzeit nicht beeinträchtigen wie z. B. chronische Kopfschmerzen oder Allergien oder die durch Medikation gut kontrolliert werden können, wie z. B. Bluthochdruck. Es ist auch nicht wichtig, ob das Gesundheitsproblem von einem Arzt/einer Ärztin diagnostiziert wurde oder nicht.“

⁵³ <http://argeniere.at>

⁵⁴ <http://ooe.argeniere.at>

⁵⁵ Datum des Interviews: 22. Februar 2017; der Kontakt erfolgte über den Dachverband der Oö. Selbsthilfegruppen

Gesellschaftliche Entwicklung

Ganz allgemein gesehen hat sich der Umgang mit chronisch Kranken in der Gesellschaft seiner Ansicht nach in den letzten Jahren verbessert. Die Gesellschaft hat sich geändert, ist offener geworden. Die uneingeschränkte Teilhabe an der Gesellschaft, also auch die uneingeschränkte Teilhabe am Arbeitsmarkt sowie der offene Umgang mit chronischen Erkrankungen bedeuten für Herrn Brettbacher den zentralen Faktor hinsichtlich Inklusion.

Berufliche Situation

Der Lebensstandard einer Person hängt zu einem großen Teil von der beruflichen Situation ab, hier werden allerdings große Herausforderungen für Menschen mit chronischen Erkrankungen gesehen. Die Betroffenen stehen vor der schwierigen Entscheidung, ob sie ihre Erkrankung bei Bewerbungsgesprächen bzw. im Betrieb offen kommunizieren oder verschweigen sollen. Ängste vor Jobverlust oder Benachteiligung bestehen natürlich. Zum Teil fehlt den ArbeitgeberInnen die Akzeptanz und es kommt zur Kündigung, seiner Einschätzung nach häufiger wird durch die Offenheit aber das Arbeitsverhältnis positiv beeinflusst.

Wie in allen Bereichen der Gesellschaft müssen sich auch im Betrieb der Betroffene und das soziale Umfeld aufeinander einstellen, was aus den Erfahrungen der Selbsthilfegruppe in den meisten Fällen auch gut funktioniert. Ein großes Problem sieht Herr Brettbacher darin, dass ArbeitnehmerInnen mit chronischen Erkrankungen oft von Berufsfeldern bzw. Tätigkeiten ausgeschlossen werden.

Dies sei kritisch zu hinterfragen, da die Notwendigkeit nicht immer gegeben ist. Einerseits kann der Grund darin liegen, dass ArbeitgeberInnen oft die Vorstellungskraft oder das Vertrauen in die Betroffenen fehlt, andererseits möchten ArbeitgeberInnen ihre MitarbeiterInnen schützen. Dies kann dazu führen, dass sich Betroffene als nicht vollwertig wahrgenommen oder bevormundet fühlen, was ein Hindernis für die Inklusion darstellt.

Seiner Erfahrung nach passiert es aber auch häufig, dass sich die Betroffenen selbst zu wenig zutrauen und sich zurückziehen oder eine Überforderung durch die Arbeit aus Schamgefühl nicht zum Ausdruck bringen möchten.

Krankenstandsvermeidung

Aus seinen Erfahrungen als Leiter einer Selbsthilfegruppe weiß Herr Brettbacher außerdem, dass viele chronisch Kranke versuchen, ihre Fehlzeiten so gering wie möglich zu halten, teilweise auch aufgrund der Angst vor Jobverlust. Die Vermeidung von Krankenstand ist seiner Einschätzung nach unter Menschen mit chronischen Erkrankungen weit verbreitet, was im schlimmsten Fall zu einer Verschlechterung der ohnedies schon sehr belastenden Erkrankungen führen kann.

Unterstützende bzw. hemmende Faktoren zur Inklusion am Arbeitsplatz

Unterschiedliche Faktoren können das Arbeitsleben bzw. den Verbleib im Arbeitsprozess chronisch kranker Menschen beeinflussen. Aus Sicht des Interviewpartners sind es vor allem Arbeitszeitregelungen (Gleitzeitmodelle, flexible Arbeitszeiten, freie Zeiteinteilung etc.) oder auch die Möglichkeit für (vorübergehende) Teilzeitbeschäftigung bzw. Wiedereingliederungsteilzeit nach längerem Krankenstand⁵⁶, die den Betroffenen die Arbeitssituation erleichtern. Für Berufe, die ständige Anwesenheit verlangen, wie z. B. Verkauf oder Bau, sind manche Punkte erheblich schwieriger umzusetzen als z. B. für Büroangestellte ohne fixe Dienstzeiten. Oft hilft hier aber eine Arbeitsteilung im Team. Erfahrungen haben auch gezeigt, dass der Betriebsrat für Menschen mit chronischen Erkrankungen eine wichtige Unterstützung darstellt.

Je nach Erkrankung können Faktoren wie räumliche Gegebenheiten, Verpflegung während des Arbeitstages, Fahrgemeinschaften oder Parkmöglichkeiten und dergleichen eine große Rolle spielen. Erleichterungen bieten auch neue Behandlungsmethoden, z. B. eine neue Form der Dialyse, die während der Arbeitszeit durchgeführt werden kann und keine Veränderung der Arbeitssituation, aber die räumlichen Voraussetzungen (ungestört, sauber etc.) erfordert.

Am Beispiel von DialysepatientInnen ist gut zu erkennen, welche Hürden bei der Vereinbarkeit der Erkrankung mit dem Beruf verbunden sind. Eine herkömmliche Dialyse ist eine große zeitliche, aber vor allem körperliche Belastung. In Oberösterreich wird allerdings laut Herrn Brettbacher darauf geachtet, dass Berufstätige eher vor allem in den Abendschichten eingeteilt werden, um Fehlzeiten zu reduzieren.

3.4.2. Menschen mit Migrationshintergrund - Fokus gesellschaftliches Zusammenleben

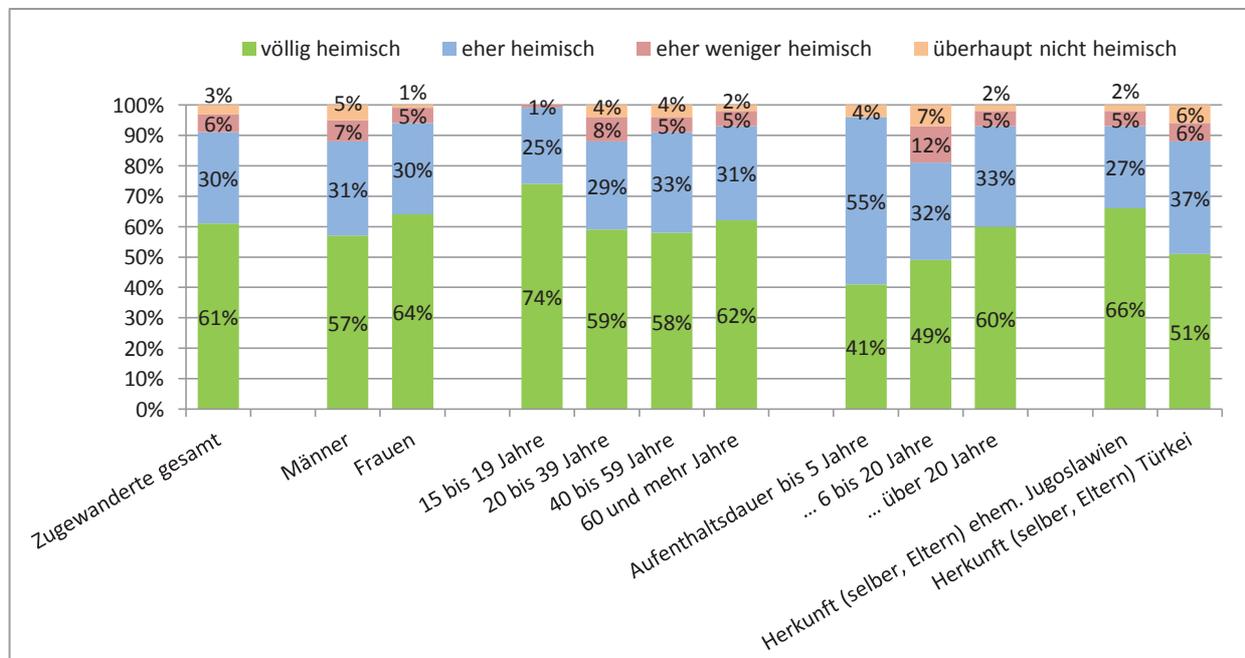
Laut einer Umfrage des Marktforschungsunternehmens GfK Austria aus dem Jahr 2016⁵⁷ ist knapp die Hälfte der ÖsterreicherInnen der Ansicht, dass die Integration von MigrantInnen in Österreich sehr oder eher gut funktioniert (48%) - Frauen stimmen dem etwas häufiger zu (53%) als Männer (43%).

Demgegenüber geben die in Österreich lebenden Menschen mit Migrationshintergrund zu 61 Prozent an, sich völlig heimisch (Männer 57%, Frauen 64%) zu fühlen, weitere 30 Prozent fühlen sich in Österreich zumindest eher zuhause (31% Männer, 30% Frauen). Das Zugehörigkeitsgefühl ist bei den jüngsten Befragten (15- bis 19-Jährige) mit 99 Prozent Zustimmung am stärksten ausgeprägt. Der Anteil jener Personen, die sich heimisch fühlen, nimmt mit der Dauer des Aufenthalts in Österreich deutlich zu. Sind es bei jenen, die seit höchstens fünf Jahren im Land leben, 41 Prozent, so steigt der Anteil auf 60 Prozent bei den seit mehr als 20 Jahren hier Ansässigen. Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien geben zu einem größeren Anteil an, sich in Österreich zuhause zu fühlen als dies bei den Menschen aus der Türkei der Fall ist (Abbildung 88).

⁵⁶ Die Wiedereingliederungsteilzeit nach längerem Krankenstand trat mit 1. Juli 2017 in Kraft.

⁵⁷ Baldaszti et al. 2016, Seite 93

Abbildung 88: Fühlen sich MigrantInnen in Österreich heimisch?



Quelle: Baldaszi et al. 2016, Seite 95; Fragestellung: Zugewanderte: Fühlen Sie sich in Österreich heimisch bzw. zu Hause?

Einschätzung der Lage aus ExpertInnensicht

Als Interviewpartnerin wurde Frau Dr.ⁱⁿ Renate Müller ausgewählt. Sie ist Leiterin der Integrationsstelle des Landes Oberösterreich („istOO“)⁵⁸ und somit Expertin betreffend die Situation von MitmigrantInnen in Oberösterreich sowie die Aktivitäten zur Förderung von Integration und Inklusion von Zuwanderern.⁵⁹

Gesellschaftliche Akzeptanz

Nach Einschätzung von Frau Dr.ⁱⁿ Müller sind die Vorbehalte in der Gesellschaft gegenüber MigrantInnen - je nach Herkunftsland, speziell gegen Personen aus der Türkei bzw. muslimischen Ländern - in der Gesellschaft nach wie vor vorhanden. Vorurteile z. B. gegenüber türkischen Frauen („können nicht Deutsch“, „alle tragen ein Kopftuch und ziehen sich zurück“) sind noch weit verbreitet. Auch die Einwohnerdichte kann einen Einfluss auf die Akzeptanz von MigrantInnen haben. Kleine Gemeinden haben den Vorteil, dass die Menschen schneller bzw. häufiger in Kontakt kommen und Vorurteile rascher abgebaut werden. Gerade größere Wohnanlagen, in denen die Menschen nichtösterreichischer Herkunft häufig leben, sind anonym und es gelingt schwerer, in Kontakt zu kommen.

Herausforderungen im Zusammenleben

Natürlich bestehen im Zusammenleben unterschiedlicher Kulturen Herausforderungen. Nichtsdestotrotz müssen die Probleme bewältigt werden, was ihrer Erfahrung nach in den meisten Fällen auch möglich ist. Nach Einschätzung der Expertin führen oft Kleinigkeiten zu Konflikten und Schwierigkeiten im Zusammenleben (z. B. korrekte Mülltrennung).

Menschen mit Migrationshintergrund leben oft in kleineren Wohnungen, haben aber mehr Kinder als ÖsterreicherInnen. Somit verlagert sich das Leben oft nach draußen, was zu erkennbaren Veränderungen in den Außenräumen wie z. B. in Parks oder auf Spielplätzen führt. Zum einen können sich dadurch Menschen z. B. in ihrer Ruhe gestört fühlen oder sich von „ihren“ Plätzen verdrängt fühlen. Zum anderen werden MigrantInnen, da sie verstärkt öffentliche Räume nutzen, sichtbar für andere und daher als eine sehr große Gruppe wahrgenommen. Dies führt oft zu Vorurteilen wie z. B. „auf den Spielplätzen sind nur mehr MigrantInnen-Kinder - da kann man nicht mehr hingehen“.

In der Gesellschaft weit verbreitet ist aus Sicht der Expertin die Angst vor Jobverlust durch Zuwanderer. MigrantInnen werden hier als „Sündenbock“ herangezogen, auch wenn die Ursachen anderweitig zu suchen sind.

⁵⁸ <http://www.integrationsstelle-ooe.at>
⁵⁹ Datum des Interviews: 16. März 2017

Als zentrale Grundlage für Integration sieht Frau Dr.ⁱⁿ Müller die Informationsvermittlung. Menschen mit Migrationshintergrund benötigen Informationen über das Leben in Österreich, darüber wie die Systeme, wie z. B. Bildungs- oder Gesundheitssystem,⁶⁰ funktionieren.

Wichtig ist, die Bevölkerung mit sachlichen Informationen zu versorgen. Dies ist speziell bei der Asylfrage ein Faktor, der zum Gelingen von Integration bzw. Inklusion beiträgt. Grundsätzlich ist das Zusammenwirken und die Zusammenarbeit aller relevanten Bereiche und Sektoren nötig, um gemeinsam Probleme bewältigen zu können.

Bildung und Arbeitsmarkt

Bildung hat nach Ansicht der Expertin einen großen Einfluss auf Integration, wobei Bildung sehr umfassend betrachtet werden muss. Unter Bildung wird hier auch das „sich Zurechtfinden“ in Österreich verstanden. Zuwanderer benötigen alle relevanten Informationen, damit Integration bzw. Inklusion möglich werden kann. Dies ist auch eines der Aufgabengebiete der Integrationsstelle des Landes Oberösterreich.

Die Arbeitssuche gestaltet sich für Menschen mit Migrationshintergrund deutlich schwieriger - Name, Hautfarbe, Akzent etc. spielen hier eine Rolle. Oft ist in den Herkunftsländern z. B. die Lehrausbildung unbekannt, Jugendliche entscheiden sich daher oft für Hilfsarbeit, da diese besser bezahlt ist. Hier ist laut Frau Dr.ⁱⁿ Müller die Aufklärung der Jugendlichen sowie intensive Elternarbeit nötig. Diesbezügliche Angebote der Integrationsstelle des Landes Oberösterreich sind vorhanden.

Beispiel für die flächendeckende Unterstützung der Gemeinden durch die Integrationsstelle des Landes Oberösterreich

Einer der Schwerpunkte der Integrationsstelle des Landes Oberösterreich ist die kommunale Integrationsarbeit, d.h. Integrationsprozesse in oberösterreichischen Gemeinden werden begleitet und unterstützt. Die Unterstützungsangebote im Bereich der Integrationsarbeit sind an die jeweiligen Gegebenheiten bzw. Ausgangssituationen vor Ort sowie den Bedarf und die Bedürfnisse aller Beteiligten angepasst.

Die regionalen Kompetenzzentren für Integration und Diversität (ReKIs; flächendeckend in den Bezirken) unterstützen Gemeinden und Institutionen in allen Vorhaben der Integration. Sie bieten eine strategische Prozessbegleitung für Gemeinden und unterstützen als AnsprechpartnerInnen für Integration, Migration und Interkulturalität die lokalen AkteurInnen bei der Entwicklung von Vernetzungsstrukturen.⁶¹

Die Aufgaben bzw. Kompetenzen der ReKIs sind folgende:

- „Begleitung kommunaler Integrationsprozesse
- Moderation und Aufbereitung von Veranstaltungen und Strategien für eine nachhaltige Gemeindeentwicklung
- Projektentwicklung
- Begleitung von Projektideen und Initiativen mit Know-how zur Integrationslandschaft
- Wissen und Erfahrung in Integrationsarbeit
- ReKI bietet Informationen über Angebote und Akteurinnen und Akteure sowie aktuelles Expertinnen- und Expertenwissen⁶²

3.4.3. Menschen mit kognitiven Einschränkungen - Fokus Information

Information eröffnet den Zugang zur Gesellschaft und ermöglicht ein selbständiges Leben. Der Zugang zu Informationen ist nötig, um Entscheidungen treffen zu können, Orientierung zu erhalten oder seine Rechte wahrnehmen zu können und über seine Pflichten Bescheid zu wissen.⁶³ Menschen mit Lernschwierigkeiten⁶⁴ haben oft keinen Zugang zu Informationen, was sie in ihrer Selbstbestimmung einschränkt. Das ist jedoch nicht nur ein Phänomen in dieser Gruppe der Menschen mit Lernschwierigkeiten. Zugang zu Information ist auch oft Menschen mit nicht deutscher Erstsprache oder Menschen mit einem geringen Bildungsniveau verwehrt.

Im Rahmen der „leo. - Level-One Studie“⁶⁵ (2011) wurde in Deutschland erstmals die Größenordnung des funktionalen Analphabetismus unter der erwachsenen Bevölkerung (18 bis 64 Jahre mit Deutschkenntnissen) bestimmt. Tabelle 1 zeigt den Anteil der von (funktionalem) Analphabetismus sowie fehlerhaftem Schreiben betroffenen deutschen Bevölkerung, hochgerechnet auf Österreich bzw. Oberösterreich.

⁶⁰ Beispielsweise unterstützt die OÖGKK MigrantInnen mithilfe von Arbeitsblättern für Deutsch- und Integrationskurse zum Thema Gesundheit dabei, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden (www.oegkk.at/cds-content/load?contentid=10008.574846&version=1448344821).

⁶¹ ReKIs - Regionale Kompetenzzentren für Integration und Diversität in den Bezirken

⁶² ReKIs - Regionale Kompetenzzentren für Integration und Diversität in den Bezirken

⁶³ Fröhlich 2013

⁶⁴ Selbstgewählte Bezeichnung der Menschen mit geistiger Beeinträchtigung, da sie die Bezeichnung „Menschen mit geistiger/kognitiver Beeinträchtigung“ als nicht wertschätzend erachten.

⁶⁵ Grotluschen und Riekman 2011, Seite 33

Tabelle 12: Ergebnisse der leo. - Level-One Studie - hochgerechnet auf Österreich und Oberösterreich

	Anteil der erwachsenen Bevölkerung	Betroffene auf Österreich hochgerechnet ⁶⁶	Betroffene auf Oberösterreich hochgerechnet ⁶⁷	Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen für Sprachen ⁶⁸
funktionaler Analphabetismus	14,5%	809.493	134.582	A1
fehlerhaftes Schreiben	25,9%	1.445.923	240.391	A2
Gesamtanzahl Niveau unter der Grundanforderung nach Schulabgang	40,4%	2.255.417	374.973	

Quelle: Grotlüschen und Riekmann 2011, Seite 33 (adaptiert für Österreich bzw. Oberösterreich).

Ein nicht auf repräsentativen Daten beruhendes, aber dennoch aussagekräftiges Beispiel für die Kluft zwischen dem Kompetenzniveau der deutschen Bevölkerung und dem Sprachniveau der Behörden und Firmeninformationen stellt Abbildung 16 dar. Hier ist deutlich zu erkennen,

dass die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung maximal das Sprachniveau B2 aufweist (93%), Behörden und Firmeninformationen allerdings zumeist das Niveau C1 oder C2 voraussetzen (74%).

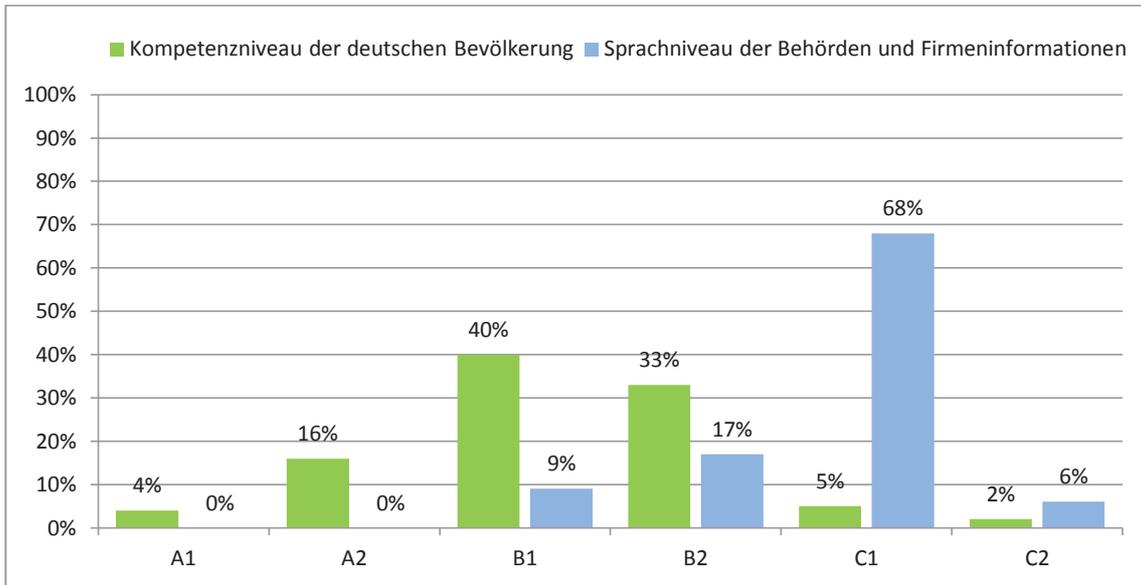
⁶⁶ Basis: Statistik Austria, Österreichische Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren zum Stichtag 1.1.2016 (Personen); inkl. nicht deutschsprachiger Bevölkerung

⁶⁷ Basis: Statistik Austria, Österreichische Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren zum Stichtag 1.1.2016 (Personen); inkl. nicht deutschsprachiger Bevölkerung

⁶⁸ www.europaeischer-referenzrahmen.de

A1: vertraute, alltägliche Ausdrücke, ganz einfache Sätze, langsam und deutlich sprechen	A2: einzelne Sätze, häufig verwendete Ausdrücke, vertraute und geläufige Themen	B1: kurze Texte, wenn klare Standardsprache verwendet wird
B2: komplexe Texte und abstrakte Inhalte, Fachtexte im eigenen Fachgebiet	C1: breites Spektrum auch komplexer Sachinhalte	C2: praktisch alles

Abbildung 89: Kluft zwischen dem Kompetenzniveau der deutschen Bevölkerung und dem Sprachniveau der Behörden und Firmeninformationen



Quelle: Beekveldt, Folie 23-24

„Leicht Lesen“⁶⁹ bzw. verständliche Aufbereitung ist eine Möglichkeit, Informationen barrierefrei und zugänglich zu gestalten. „Leicht Lesen“ bezeichnet Texte, die auch für Menschen mit Lernschwierigkeiten leicht verständlich sind, ohne dass wichtige Informationen verlorengehen. Neben der Hauptzielgruppe der Menschen mit Lernschwierigkeiten profitieren - wie aus Tabelle 1 abzulesen - viele Menschen von „Leicht Lesen“ oder leicht verständlicher Sprache. Beispielsweise können dies Menschen mit nichtdeutscher Muttersprache, Menschen mit geringem Bildungsniveau, Menschen mit funktionalem Analphabetismus und teilweise auch gehörlose Menschen sein.⁷⁰ „Erfahrungen sprechen dafür, dass die so entstehende Textform vor allem für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zusätzliche Möglichkeiten eröffnet, Zugang zu wichtigen Informationen zu bekommen. Damit erhöhen sich die Chancen auf soziale Teilhabe.“⁷¹

Einschätzung der Lage aus Expertinnensicht

Als Interviewpartnerinnen wurden Frau DIⁿ Birgit Peböck und Frau Mag.^a Gabriele Trautendorfer ausgewählt.⁷² Als Mitarbeiterinnen des KI-I⁷³ bzw. von Proqualis⁷⁴ - einem inklusiven Betrieb - arbeiten sie für und gemeinsam mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen und haben somit einen umfassenden Überblick über die täglichen Herausforderungen der Betroffenen sowie über die Möglichkeiten, manche Hürden überwinden zu können. Das KI-I bietet beispielsweise Übersetzungen in eine leicht verständliche Sprache an. Proqualis evaluiert Dienstleistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen.

Hürden

Information ganz im Allgemeinen eröffnet den Zugang zur Gesellschaft und ist eine Voraussetzung für gelingende Integration bzw. Inklusion. Menschen mit Lernschwierigkeiten oder Leseschwäche stehen aber im alltäglichen Leben zahlreichen Herausforderungen gegenüber. Relevante Informationen, wie zum Beispiel hinsichtlich Orientierung (Zurechtfinden bei Amtswegen, Wegbeschreibungen etc.) oder Mobilität (z. B. Fahrpläne) sind oft nur für ein höheres Sprachniveau verfügbar. Auch sind Nachrichten nur selten so aufbereitet, dass die Zielgruppe in der Lage ist, sich über das Tages- oder Weltgeschehen zu informieren.⁷⁵

⁶⁹ Der capito-Kriterienkatalog legt fest, wie Medien und Informationsmittel gestaltet sein müssen, um dem capito-Standard zu entsprechen. Dazu gehören die genaue Definition der Zielgruppen und der daraus resultierenden Barrieren. Für jedes Medium werden alle wichtigen Elemente speziell für jede Zielgruppe beschrieben, wie beispielsweise Besonderheiten für Layouts, die Verwendung von Wort und Bild, Textstrukturen oder Satzbau. Wenn bei einem Medium bzw. Dokument alle zutreffenden Kriterien erfüllt sind, kann das Gütesiegel für die entsprechende Zielgruppe verliehen werden (vgl.: Capito Berlin).

⁷⁰ KI-I

⁷¹ Schädler und Reichstein 2015, Seite 53

⁷² Datum des Interviews: 21. März 2017

⁷³ Kompetenznetzwerk Informationstechnologie zur Förderung der Integration von Menschen mit Behinderungen, www.ki-i.at

⁷⁴ www.proqualis.at

⁷⁵ z. B. <https://kurier.at/einfache-sprache>; <https://science.apa.at/site/home/kooperation.html?marsname=/Lines/Science/Koop/topeasy>

Ebenso gibt es nur wenig Literatur oder auch Bildungsangebote für die Zielgruppe, auch Freizeitangebote wie z. B. Museen sind für die Zielgruppe oft schwer zugänglich - so die Einschätzung der Expertinnen.

Für die Betroffenen ist es einerseits schwierig, sich die nötigen Informationen zu beschaffen, andererseits stellt die Verständlichkeit der Informationen eine Hürde dar. Menschen mit kognitiven Einschränkungen verhalten sich oft still, wenn sie etwas nicht verstanden haben, da das nötige Vorwissen fehlt, um überhaupt eine Frage stellen zu können.

Oft wird den Menschen mit kognitiven Einschränkungen zu wenig zugetraut, Erfahrungen der Expertinnen zeigen aber, dass diese in der Lage sind, wissenschaftlich zu arbeiten, sobald die nötigen Informationen verständlich aufbereitet vorliegen.

Leicht Lesen als Chance

Laut der „leo. - Level-One Studie“⁷⁶ benötigen rund 40 Prozent der Bevölkerung Informationen in leichter Sprache, um den Sinn vollständig erfassen zu können. Texte in leichter Sprache ermöglichen den Betroffenen Zugang zu Informationen, den sie sonst nicht hätten.

Information ermöglicht ein selbständiges Leben und eröffnet den Zugang zur Gesellschaft. Laut Erfahrung der Expertinnen fühlen sich die Betroffenen sicherer, sie werden von ihrem Umfeld ernster genommen, sobald sie über nötige Informationen verfügen. Der Zugang zu Information ist unabdingbar, um handlungsfähig zu sein. Das Zugehörigkeitsgefühl wird gestärkt, da informierte Menschen „mitreden können“, sich an Diskussionen beteiligen können, sich ihre eigene Meinung bilden und diese auch verteidigen können. Das Verstehen der Informationen ist die Voraussetzung, um sich Wissen aneignen, sich eine Meinung bilden und diese vertreten zu können.

Leicht Lesen hat laut den Expertinnen natürlich auch seine Nachteile. Zum einen steigt der Seitenumfang im Vergleich zu herkömmlichen Texten, wenn keine Information verloren gehen soll. Bei Texten auf dem Niveau A1

Fakten:

- Voraussetzung für soziale Einbindung allgemein ist die Chance, an allen gesellschaftlichen Bereichen teilhaben und daran mitbestimmen zu können.
- *Chronisch Kranke:* Von jenen OberösterreicherInnen, die laut eigenen Angaben unter dauerhafter Krankheit oder chronischen Gesundheitsproblemen (z. B. Diabetes mellitus) leiden, sind 64 Prozent erwerbstätig oder befinden sich in der Lehrzeit, im Gegensatz zu 73 Prozent der OberösterreicherInnen ohne derartige Einschränkungen.
- *Menschen mit Migrationshintergrund:* Der Anteil jener Personen, die sich heimisch fühlen, nimmt mit der Dauer des Aufenthalts in Österreich deut-

lich es zudem nicht möglich, die gesamte Information unterzubringen. Zum anderen können leicht verständliche Texte auch auf Ablehnung stoßen, da die Formulierungen diskriminierend bzw. stigmatisierend empfunden werden können. Eine Zugangsbarriere stellt selbst das Aussehen des Textes dar.

Leichter Lesen - Die Situation in Oberösterreich

An dieser Stelle sind exemplarisch Aktivitäten in Oberösterreich betreffend des Zugangs zu Informationen durch die Verwendung einfacher Sprache (Leicht Lesen) dargestellt. Es handelt sich bei dieser Aufstellung um Projekte, die vom KI-I zum Großteil im Auftrag der Landesregierung Oberösterreich / Abteilung Soziales realisiert wurden und werden (beispielhafte Auflistung).

- In Oberösterreich steht die 4. Auflage des oberösterreichischen Chancen-Gleichheits-Gesetzes (oö. ChG) in Leicht Lesen zur Verfügung.⁷⁷
- Bescheide nach dem Chancengleichheitsgesetz (Oö. ChG) werden in Zusammenarbeit mit der Abteilung Soziales des Landes Oberösterreich in Leichte Sprache übersetzt (standardmäßig B1, auf Wunsch A1).
- Vereinbarungen und Rahmenrichtlinien für Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe (Niveau A2) bzw. für den psychosozialen Bereich (Niveau B1) stehen in einfacher Sprache zur Verfügung.
- Alle Tagungen der Abteilung Soziales sind auf allen Ebenen barrierefrei (sprachlich, visuell, baulich etc.).
- Museen und Ausstellungen wie z. B. Lentos, Landessonderausstellung Gallneukirchen oder der Lern- und Gedenkort Hartheim bieten zum Teil Informationen in einfacher Sprache an.
- Manche politische Parteien haben ihr Wahlprogramm für die Landtagswahl 2015 in einfacher Sprache zur Verfügung gestellt.
- Auch einzelne Unternehmen (z. B. Firma Sano) stellen Dokumente in Leicht Lesen zur Verfügung.
- Das KI-I bietet Schulungen im Bereich barrierefreie Kommunikation an.

lich zu. Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien geben zu einem größeren Anteil an, sich in Österreich zuhause zu fühlen als dies bei den Menschen aus der Türkei der Fall ist.

- *Menschen mit kognitiven Einschränkungen:* Information ganz im Allgemeinen eröffnet den Zugang zur Gesellschaft und ist eine Voraussetzung für gelingende Integration bzw. Inklusion. Hier bestehen bereits oftmals wesentliche Hürden für Menschen mit kognitiven Einschränkungen, die durch erleichternde Maßnahmen (z. B. Informationen auf niedrigerem Sprachniveau verfügbar machen) abgebaut werden könnten.

⁷⁶ Grötlüsch und Riekman 2011

⁷⁷ Kompetenznetzwerk Informationstechnologie zur Förderung der Integration von Menschen mit Behinderungen (KI-I) 2014

4. INDIVIDUELLE LEBENS- WEISEN ALS EINFLUSSFAK- TOREN AUF DIE GESUNDHEIT

4.1. Einflussfaktor Gesundheitskompetenz

Gesundheit ist auch eine Frage der Information, der Gestaltung von Informationen. Je besser PatientInnen über die Möglichkeiten von Gesundheitserhaltung, im Anfall über ihre Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten informiert sind, desto eher können sie zu ihrer Gesundheit beitragen. Adäquate Informationen und gelungene Kommunikation tragen zu einer Verbesserung der Gesundheitskompetenz bei. Dies kann unter anderem zu besseren Gesprächen mit ÄrztInnen oder VertreterInnen anderer Gesundheitsberufe führen und zudem verhindern, auf Anpreisungen von fragwürdigen Gesundheitsleistungen in unterschiedlichen Medien wie Internet oder Zeitschrift hereinzufallen.

Was ist Gesundheitskompetenz?

Unter Gesundheitskompetenz (engl.: Health Literacy) versteht man das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten eines Menschen gesundheitsrelevante Informationen

- zu finden,
- zu verstehen,
- zu beurteilen und
- anzuwenden,

um in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenversorgung für sich die richtigen Entscheidungen zu treffen und dadurch die Lebensqualität im Lebensverlauf erhalten oder verbessern zu können.¹

Beim Auffinden relevanter Gesundheitsinformationen steht im Vordergrund:

- motiviert sein, Informationen zu finden
- ein Gefühl und Wissen für gute Informationsquellen haben (Gesundheitsberufe, Internetquellen, Selbsthilfegruppen, Arzneimittel-Beipacktexte, Produktkennzeichnung auf Lebensmitteln, ...)

- sich trauen, Informationen aktiv einzufordern; nicht zurückzustecken, wenn noch Informationen fehlen

Informationen verstehen heißt unter anderem:

- die Bedeutung der wichtigsten Begriffe im Zusammenhang mit Gesundheitsfragen/einer Erkrankung kennen.
- die wichtigsten Strukturen (Betriebliche Gesundheitsförderung, Gesunde Gemeinde, Krankenkassen, Gesundheitsdienst-Anbieter, ...) überblicken.
- die wichtigsten Regeln und Prozesse kennen.
- nachfragen, wenn etwas nicht verständlich ist (z. B. beim Arzt, bei der Diätberatung).

Gesundheitsinformationen beurteilen kann heißen:

- die Verlässlichkeit von Informationen hinterfragen.
- zweite Meinung einholen.

Gesundheitsinformationen anwenden, zeigt sich unter anderem durch:

- die aus Gesundheitssicht richtigen Entscheidungen zu treffen.
- sich in Gesundheitsfragen etwas zuzutrauen.

Gesundheitskompetenz ist aber nicht nur das Produkt der individuellen Fähigkeiten und Motivation des Einzelnen. Gesundheitskompetenz ist auch abhängig von den Anforderungen und Komplexitäten des Gesundheits- und Krankenversorgungsystems. Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz setzen daher sowohl auf der Seite des Systems und der Anforderungen an sowie bei der Verbesserung der persönlichen Kompetenzen der BürgerInnen („Relationales Konzept der Gesundheitskompetenz“).

Abbildung 90: Relationales Konzept von Gesundheitskompetenz



Quelle: eigene Darstellung nach Parker (2009)

¹ Sörensen et al. 2012

Gesundheitskompetenz in Österreich

Die Ergebnisse des „Health Literacy Survey“ der Europäischen Union (HLS-EU) zeigen, dass die Mehrheit der österreichischen Bevölkerung (54,8 %) limitierte Gesundheitskompetenz aufweist - dieser Prozentwert verweist Österreich bezüglich Gesundheitskompetenz im Vergleich mit sieben weiteren europäischen Ländern, vor Bulgarien, auf den vorletzten Platz. Das heißt, dass es für viele ÖsterreicherInnen zumindest schwierig ist, beispielsweise Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen zu finden, die Packungsbeilagen ihrer Medikamente zu verstehen, zu beurteilen, ob mediale Informationen über Gesundheitsrisiken vertrauenswürdig sind oder aber entscheiden zu können, ob man sich gegen Grippe impfen lassen sollte. Insbesondere ältere Personen, Personen mit niedrigem sozio-ökonomischem Status und chronischen Erkrankungen sind von limitierter Gesundheitskompetenz betroffen.²

Stärkung der Gesundheitskompetenz

Der Aufwand, der in die Stärkung von Gesundheitskompetenz investiert wird, kann sich lohnen. Es ist zu erwarten, dass PatientInnen mit guter Gesundheitskompetenz bessere „Co-ManagerInnen ihrer Gesundheit“ sind. Der Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Gesundheit(sverhalten) ist belegt. Mangel an Gesundheitskompetenz steht unter anderem in Zusammenhang mit

- weniger Teilnahme an Gesundheitsförderung und Prävention,
- schlechterem Gesundheitsverhalten (z. B. Rauchen),
- schlechterem Management chronischer Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus),
- mehr stationären Aufnahmen,
- erhöhten Erkrankungsraten und
- erhöhter Sterblichkeit.³

Die Bundesgesundheitskommission und der Ministerrat der Republik Österreich haben 2012 zehn Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich beschlossen, darunter das Rahmen-Gesundheitsziel 3 „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“. Zur Entwicklung konkreter Maßnahmen wurde eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung unterschiedlicher Institutionen auf Bundesebene gebildet und ein Maßnahmenbericht erstellt. Die Arbeitsgruppe orientierte sich am o. a. Modell von Parker (2009), und ordnete darauf basierend dem Rahmen-Gesundheitsziel 3 „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ zunächst zwei Wirkungsziele zu:

- „Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen“
- „Die persönliche Gesundheitskompetenz unter Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen stärken“

Unter einem „gesundheitskompetenten System“ kann man sich vorstellen, dass Gesundheits- und Krankenbehandlungseinrichtungen beispielsweise zielgruppenge-

rechte Gesundheitskommunikation sicherstellen, PatientInnenwege verständlicher gestalten, empathisch und eindeutig kommunizieren und, wenn erforderlich, Piktogramme sowie adäquate Informations- und Kommunikationstechnologien einsetzen. Hierbei sind verschiedene Teilaspekte wie Wortwahl, Frageverhalten, Sprechtempo, Konnotation, Inkongruenzen von Wort- und Körpersprache etc.⁴ beeinflussend sowie Erkenntnisse, dass Kommunikation wesentlich von der Fähigkeit des Zuhörens bestimmt wird⁵ und um das Wissen um unterschiedliche Denk- und Sprechweisen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen⁶ oder verschiedenen Grundtypen in Hinblick auf die persönliche Gesundheitskompetenz.⁷

Die persönliche Gesundheitskompetenz umfasst die o. a. Kriterien des Auffindens, Verstehens, Bewertens und Anwendens von Gesundheitsinformationen. Darüber hinaus wurde in einem dritten Wirkungsziel dem Public Health Prinzip „Health in All Policies“ (Gesundheit in allen Politikfeldern) Rechnung getragen. Dieses Prinzip geht davon aus, dass Gesundheit nicht ausschließlich in den Gesundheitsressorts der Politik gestaltet wird. Eine gesundheitsorientierte Gesamtpolitik beruht auf sektorenübergreifender Zusammenarbeit (Bildung, Umwelt, Wirtschaft, Soziales, Verkehr, etc.). Demgemäß heißt das Wirkungsziel 3

- „Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor verankern“

Basis dafür ist die Tatsache, dass viele Gesundheitsentscheidungen in Alltagssituationen getroffen werden. Insbesondere Kaufentscheidungen und Konsumverhalten sind in diesem Sinn auch Gesundheitsentscheidungen.

Als Unterstützung bei der Erreichung des Ziels einer gestärkten Gesundheitskompetenz schlägt der Bericht der Arbeitsgruppe weiters die Einrichtung einer koordinierten Plattform Gesundheitskompetenz vor.⁸

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz

Die Plattform Gesundheitskompetenz hat in der Zwischenzeit ihre Arbeit aufgenommen. Sie hat folgende Aufgaben zu erledigen:

- langfristige Entwicklung und Etablierung der Gesundheitskompetenz in Österreich unterstützen
- Vernetzung, Zusammenarbeit, Erfahrungsaustausch und gemeinsames Lernen fördern
- Maßnahmen zwischen Politik- und Gesellschaftsbereichen ermöglichen und abstimmen
- Gemeinsames Verständnis entwickeln, Wissen verbreiten und Innovation ermöglichen
- Monitoring und Berichterstattung aufbauen, Transparenz und Qualität entwickeln⁹

² HLS-EU Consortium, 2012

³ WHO 2013, S. 7

⁴ Peintinger 2014

⁵ Wallner 2007

⁶ Buser et al. 2007

⁷ Gerich et al. 2015

⁸ Bundesministerium für Gesundheit 2014

⁹ Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz

Aktivitäten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Oberösterreich

Neben anderen Initiativen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sind in Oberösterreich aktuell zwei größere Projekte hervorzuheben, die explizit die Stärkung der Gesundheitskompetenz im größeren Stil zum Ziel haben:

- Das Land Oberösterreich hat 2016 mit einer Maßnahme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der oberösterreichischen PatientInnen zu Wirkungsziel 1 „Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen“ gestartet. Der Fokus ist auf die Stärkung der Kommunikationskompetenz des Gesundheitspersonals, im Sinne von „every contact counts“, gerichtet. Mitwirkende an diesem, über zwei Jahre angesetzten und moderierten, Prozess sind 20 ExpertInnen aus den oberösterreichischen Krankenanstalten (Bereiche Medizin, Pflege, Psychologie, Management/Verwaltung). Das Ziel ist eine oberösterreichische Strategie, in welche bereits durchgeführte sowie empfohlene, angestrebte Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit des Gesundheitspersonals (inkl. allf. Adaptierung von Strukturen und Prozessen) einfließen. Um die Expertise zu erweitern und die Maßnahmenumsetzung zu unterstützen, werden zu den Workshops FachexpertInnen zu verschiedenen Spezialthemen eingeladen. Die VertreterInnen der oberösterreichischen Krankenanstalten werden daher neben dem Wirkungsbereich in der eigenen Institution auch als potenzielle MultiplikatorInnen zum Thema Gesundheitskompetenz in Oberösterreich angesehen.
- Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK) arbeitet zum Wirkungsziel 2 an der Implementierung eines Gesundheitskompetenz-Coachings, das schwerpunktmäßig in stationären Gesundheitseinrichtungen der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse zum Einsatz kommt. PatientInnengruppen in diesen Einrichtungen werden im Rahmen ihres

Fakten:

Unter Gesundheitskompetenz (engl.: Health Literacy) versteht man das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten eines Menschen gesundheitsrelevante Informationen

- zu finden,
- zu verstehen,
- zu beurteilen und
- anzuwenden,

um in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenversorgung für sich die passenden Entscheidungen zu treffen und dadurch die Lebensqualität im Lebensverlauf erhalten oder verbessern zu können. Gesundheitskompetenz ist abhängig von den individuellen Fähigkeiten und Motivation des Einzelnen und von den Anforderungen und Komplexitäten des Gesundheits- und Krankenversorgungssystems.

Aufenthalts zur Sensibilisierung auf das Thema Gesundheitskompetenz - in Anlehnung an die Fragestellungen des europäischen Health Literacy Survey - nach ihrem individuellen Schwierigkeitsgrad in Standardsituationen des Umgangs mit Gesundheitsinformationen gefragt. Zur Motivation für ein aktives Informationsmanagement werden in den Gruppen Tipps für das TherapeutInnen-PatientInnen-Gespräch und für Recherchen zu Gesundheitsfragen in Medien und im Internet diskutiert. Kleine persönliche Ziele für das Management gesundheitsrelevanter Informationen werden geplant, und sollen die Anwendung der Gesundheitskompetenz-Tipps fördern. Das Coaching wird durch einen entsprechenden Folder begleitet.

Beiden Initiativen ist der Ansatz gemein, dass die Stärkung von Gesundheitskompetenz mehr ist als nur Informationsweitergabe (zum Beispiel: Folder mit Auflistungen adäquaten Gesundheitsverhaltens - in denen PatientInnen „passiv“ als „BefehlsempfängerInnen“ und auf den „jeder ist seines Glückes Schmied“-Ansatz angesprochen werden). Vielmehr muss PatientInnen geholfen werden, ihre persönliche Selbstbestimmung mittels hilfreicher Informationsweitergabe zu erhöhen. Gesundheitsfragen sollen von PatientInnen ebenso hinsichtlich des Integrierens in die eigene Biografie, die eigenen Werte, den Lebensalltag (vgl. Maio 2012) und der Förderung des eigenen Gesundheitszustandes überprüft werden können. Es geht natürlich auch um Informationstransfer (zum Beispiel: Folder mit „Grundregeln des Umgangs mit der Zuckerkrankheit“), aber nicht nur! Entscheidend sind beispielsweise Hinweise auf Informationsquellen, bei denen die PatientInnen dann weiter recherchieren können, oder die Ermunterung, nachzufragen, wenn PatientInnen beim Gespräch mit dem/r ÄrztIn etwas nicht verstanden haben. Der Anteil des Gesundheitssystems ist verstärkt darin zu sehen, dass MitarbeiterInnen und Institutionen den Menschen entgegenkommen, indem verständlicher, empathischer und transparenter kommuniziert bzw. informiert wird.

- 55 Prozent der ÖsterreicherInnen weisen eine limitierte Gesundheitskompetenz auf.
- Im Rahmen der Umsetzung des österreichischen Gesundheitsziels 3 wurde die österreichische Plattform Gesundheitskompetenz eingerichtet. In Oberösterreich gibt es zwei große Projekte. Das Land Oberösterreich hat 2016 das Projekt „Die Gesundheitskompetenz der oberösterreichischen PatientInnen stärken“ gestartet mit Fokus auf die Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal und PatientInnen. Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse verfolgt ein Projekt zur Implementierung eines Gesundheitskompetenz-Coachings, das schwerpunktmäßig in stationären Gesundheitseinrichtungen der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse zum Einsatz kommt.

4.2. Einflussfaktor Ernährung

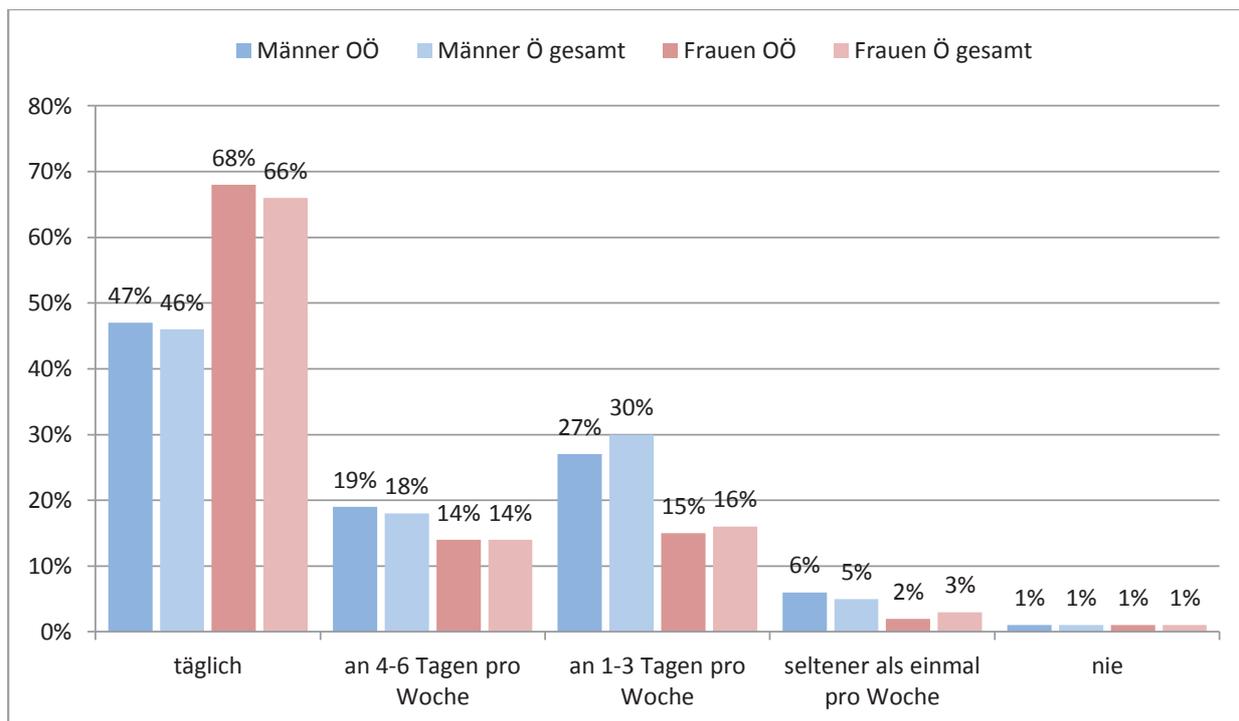
In diesem Kapitel soll das Ernährungsverhalten am Beispiel des Obst- und Gemüsekonsums der oberösterreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren beleuchtet werden. Die Fokussierung auf den Verzehr von Obst und Gemüse ist darin begründet, dass seitens der World Health Organization (WHO) diesbezüglich klare Empfehlungen vorliegen. Die Empfehlung diesbezüglich lautet, täglich fünf Portionen Obst und Gemüse zu sich zu nehmen, wobei eine Portion in etwa einer Handvoll entspricht.

Insgesamt 61 Prozent der oberösterreichischen Männer (Gesamtösterreich: 59%) und 79 Prozent der oberösterreichischen Frauen (Gesamtösterreich: 77%) nehmen täglich Obst und/oder Gemüse zu sich. Die empfohlenen fünf

Portionen täglich können allerdings insgesamt von nur 7 Prozent der oberösterreichischen Befragten erreicht werden (Gesamtösterreich: 7%), wobei Frauen mit 9 Prozent den Empfehlungen etwas häufiger nachkommen als Männer mit 5 Prozent (Gesamtösterreich: Frauen 10%; Männer 4%).

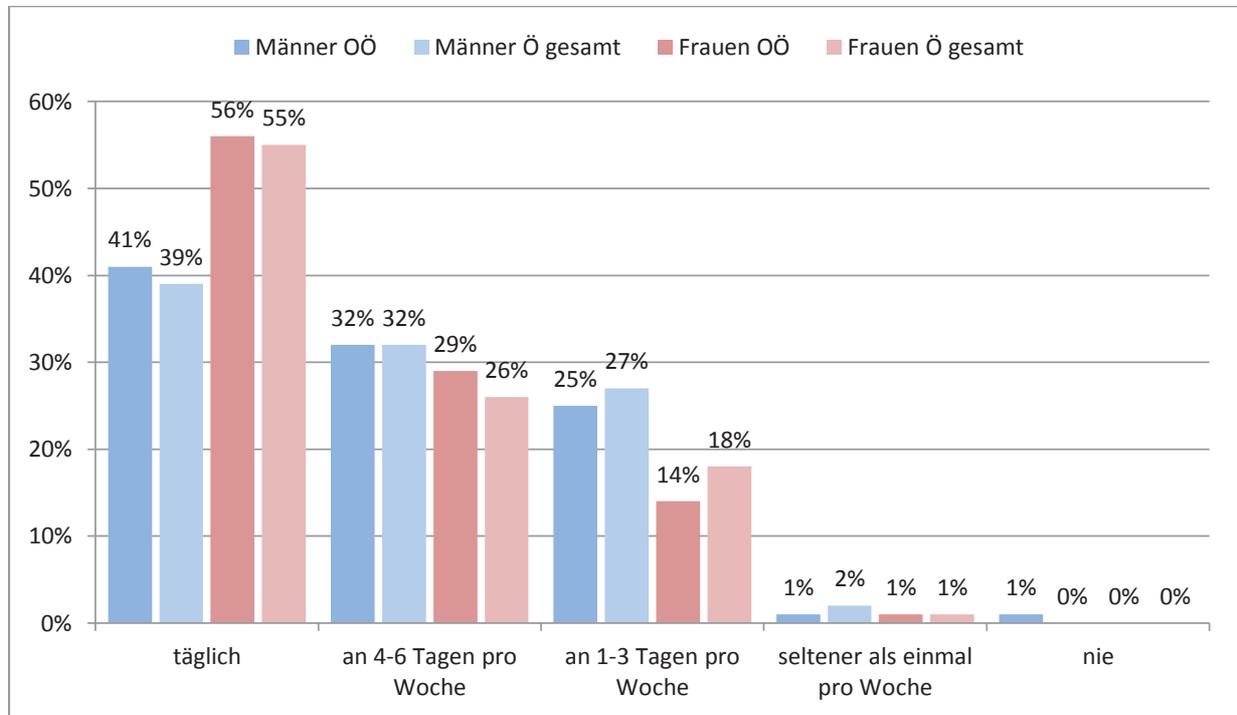
Bei der Häufigkeit des Verzehrs von Obst und Gemüse sind zwischen den Geschlechtern Unterschiede festzumachen: Während rund 68 Prozent der Frauen täglich Obst konsumieren, tun dies nur 47 Prozent der Männer. 19 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen verzehren an vier bis sechs Tagen pro Woche Obst. 27 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen essen an ein bis drei Tagen in der Woche Obst, während 7 Prozent der Männer und 3 Prozent der Frauen fast oder völlig darauf verzichten (Abbildung 91).

Abbildung 91: Verzehrhäufigkeit von Obst bei Frauen und Männern in Oberösterreich und Österreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen)

Abbildung 92: Verzehrhäufigkeit von Gemüse bei Frauen und Männern in Oberösterreich und Österreich

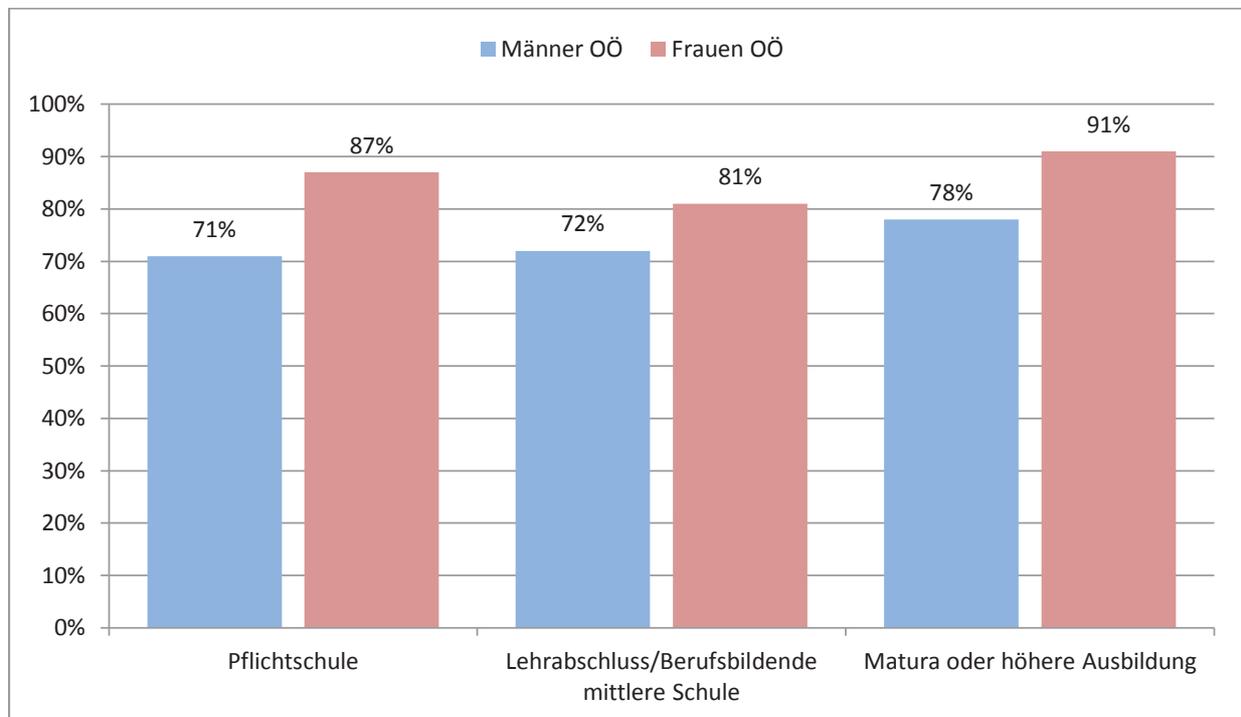


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen)

56 Prozent der Frauen, aber nur 41 Prozent der Männer essen täglich Gemüse. Knapp ein Drittel der befragten Männer (32%) und 29 Prozent der Frauen nehmen an vier bis sechs Tagen pro Woche Gemüse zu sich. Ein Viertel der

Männer (25%) und 14 Prozent der Frauen essen immerhin an ein bis drei Tagen pro Woche Gemüse, während 2 Prozent der Männer und 1 Prozent der Frauen (fast) gänzlich darauf verzichten (Konsum seltener als einmal pro Woche) (Abbildung 92).

Abbildung 93: Verzehrhäufigkeit von Gemüse bei Frauen und Männern nach Bildungsgrad in Oberösterreich („täglich“/ „an 4-6 Tagen pro Woche“)

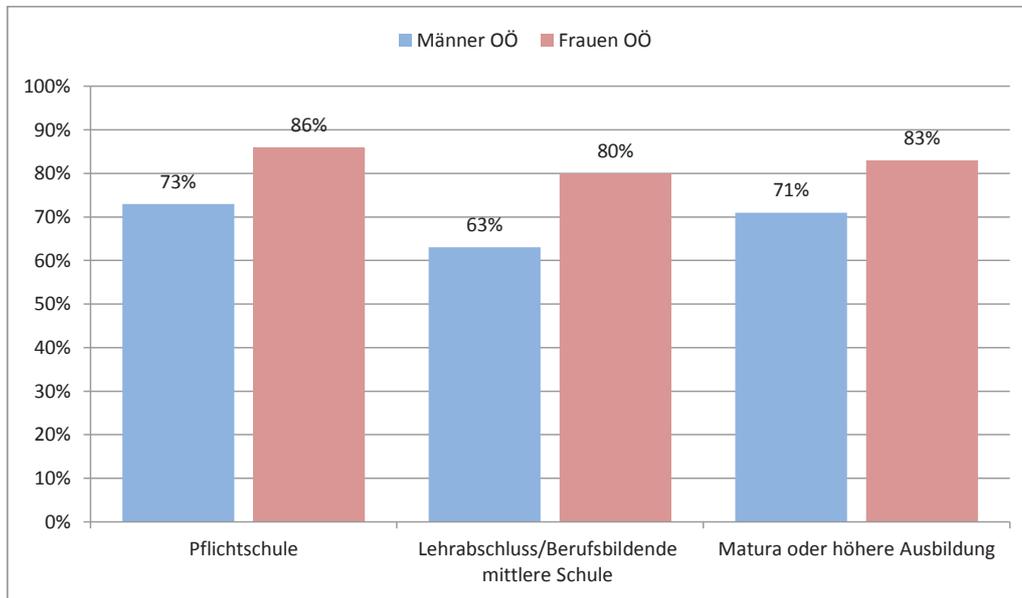


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen), Anteile jener Personen, die „täglich“ oder „an 4-6 Tagen pro Woche“ Gemüse verzehren

Bezüglich der Häufigkeit des Verzehrs von Gemüse gibt es bei Männern tendenzielle Unterschiede nach Bildungsstatus: Je höher die Bildung, desto größer ist der Anteil jener, die häufig Gemüse verzehren. Bei den Frauen liegt der Verzehr von Gemüse in allen Bildungsschichten deutlich über dem der Männer. In Oberösterreich konsumieren Frauen mit Lehrabschluss/Berufsbildende mittlere Schule (BMS) etwas seltener Gemüse als Pflichtschulabsolventinnen oder Frauen mit Matura oder höherer Ausbildung (Abbildung 93).

Auch bezüglich der Häufigkeit des Verzehrs von Obst liegen die Frauen in allen Bildungsschichten vor den Männern. Bei beiden Geschlechtern konsumieren OberösterreicherInnen mit Lehrabschluss/Berufsbildender mittleren Schule tendenziell weniger Obst als PflichtschulabsolventInnen oder auch Männer und Frauen mit Matura oder höherer Ausbildung (Abbildung 94).

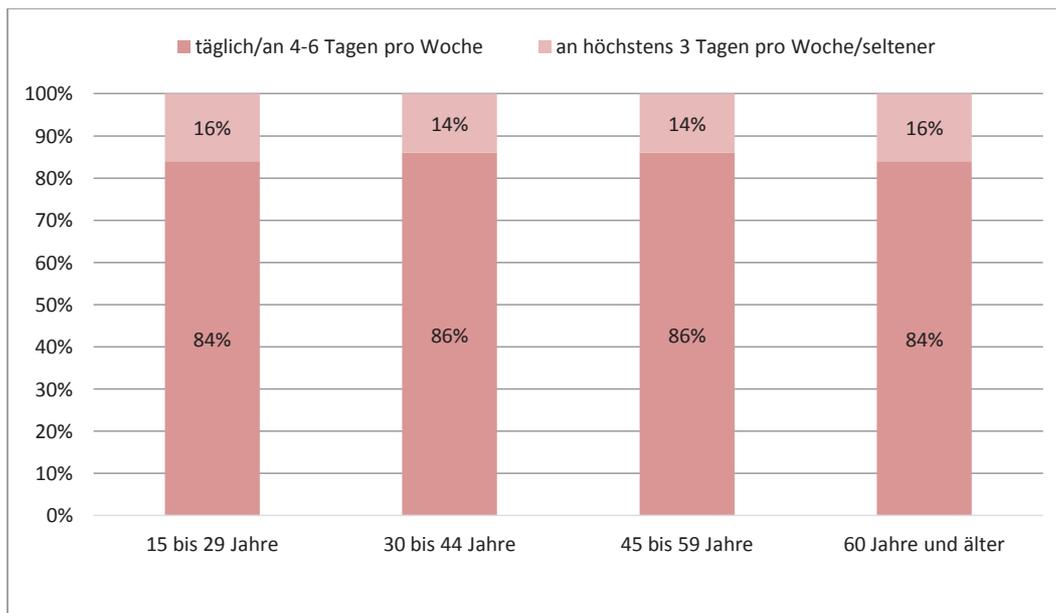
Abbildung 94: Verzehrhäufigkeit von Obst bei Frauen und Männern nach Bildungsgrad in Oberösterreich („täglich“/„an 4-6 Tagen pro Woche“)



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen), Anteile jener Personen, die „täglich“ oder „an 4-6 Tagen pro Woche“ Gemüse verzehren

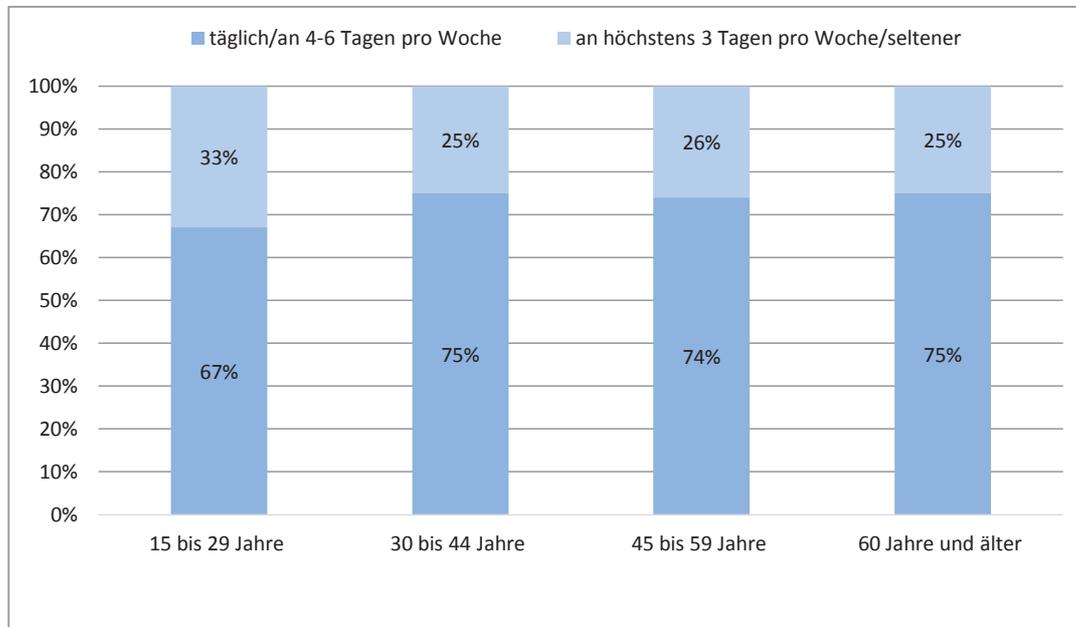
Bei den Frauen bleibt der Anteil an jenen Personen, die zumindest an vier Tagen pro Woche Gemüse essen, über die Altersgruppen hinweg in etwa gleich. Bei den österreichischen Männern ist zwischen den Altersgruppen „15 bis 29 Jahre“ und „30 bis 44 Jahre“ ein Anstieg zu erkennen (Abbildung 95 und Abbildung 96).

Abbildung 95: Verzehrhäufigkeit von Gemüse bei Frauen nach Altersgruppen in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen)

Abbildung 96: Verzehrhäufigkeit von Gemüse bei Männern nach Altersgruppen in Oberösterreich

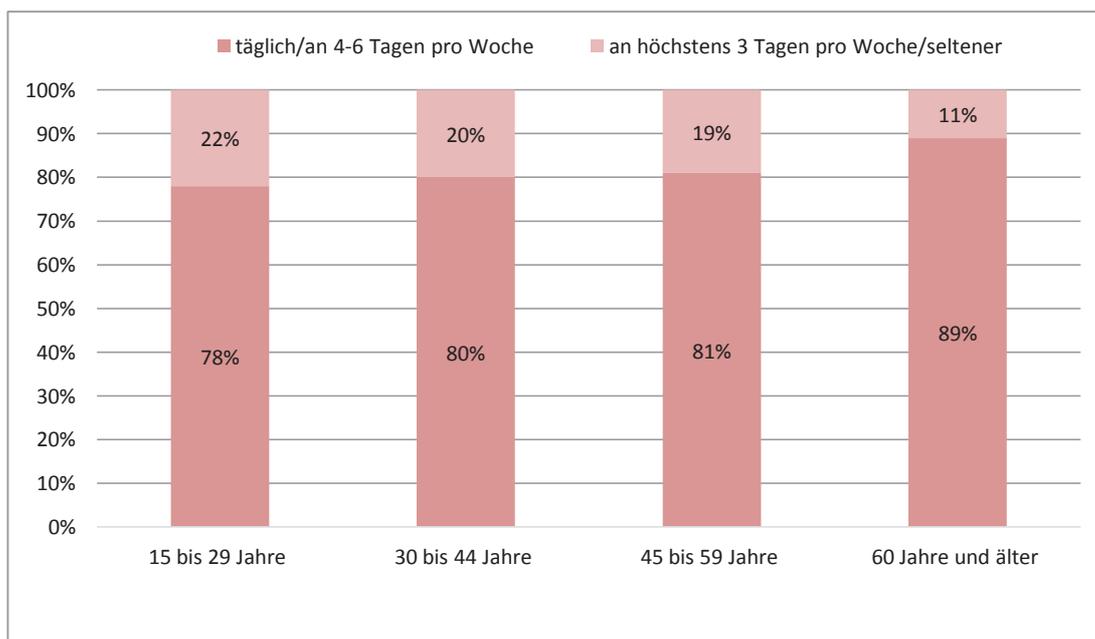


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen)

Während bei den Frauen der Anteil an jenen Personen, die mindestens an vier Tagen pro Woche Obst verzehren, mit steigendem Alter stetig zunimmt, sind es bei den

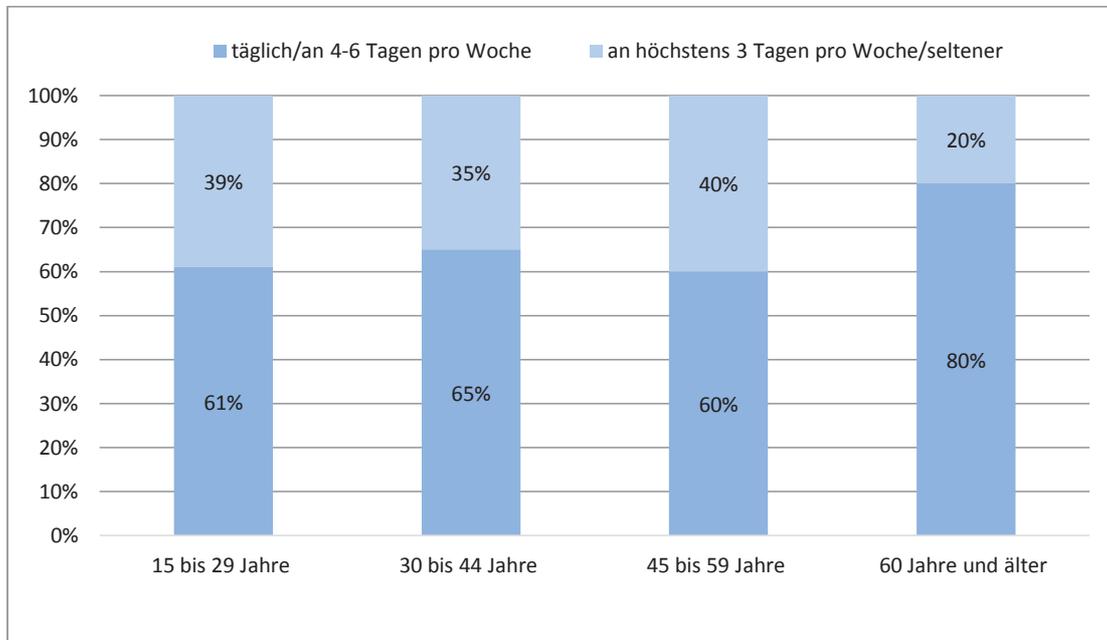
Männern jene, die „60 Jahre und älter“ sind, die bei der Häufigkeit des Obstkonsums positiv hervorstechen (Abbildung 97 und Abbildung 98).

Abbildung 97: Verzehrhäufigkeit von Obst bei Frauen nach Altersgruppen in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen)

Abbildung 98: Verzehrhäufigkeit von Obst bei Männern nach Altersgruppen in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen)

Fakten:

- Die WHO empfiehlt, täglich fünf Portionen Obst und Gemüse zu sich zu nehmen, wobei eine Portion in etwa einer Handvoll entspricht.
- Insgesamt 61 Prozent der oberösterreichischen Männer und 79 Prozent der oberösterreichischen Frauen nehmen täglich Obst und/oder Gemüse zu

sich. Die empfohlenen fünf Portionen täglich können allerdings von nur 7 Prozent der oberösterreichischen Befragten erreicht werden, wobei Frauen den Empfehlungen etwas häufiger nachkommen als Männer.

4.3. Einflussfaktor Bewegung

Regelmäßige Bewegung hat sehr viele positive Auswirkungen auf die Gesundheit des Menschen. So trägt sie zur Prävention von Stoffwechselerkrankungen und zu einer verbesserten Immunabwehr bei und kann präventiv gegen manche Krebserkrankungen wirken. Darüber hinaus unterstützt die regelmäßige Bewegung die Funktionserhaltung des Bewegungsapparats und wirkt positiv auf unsere Psyche. Regelmäßige Bewegung trägt insgesamt zur Verhütung frühzeitiger Todesfälle bei. Außerdem werden durch regelmäßige Bewegung auch andere gesundheitsrelevante, individuelle Verhaltensweisen günstig beeinflusst: Wer sich regelmäßig bewegt, neigt zu bewussteren Ernährungsgewohnheiten, konsumiert weniger Alkohol und raucht seltener.¹⁰

Körperliche Aktivität kann nach drei Teilaspekten unterschieden werden:

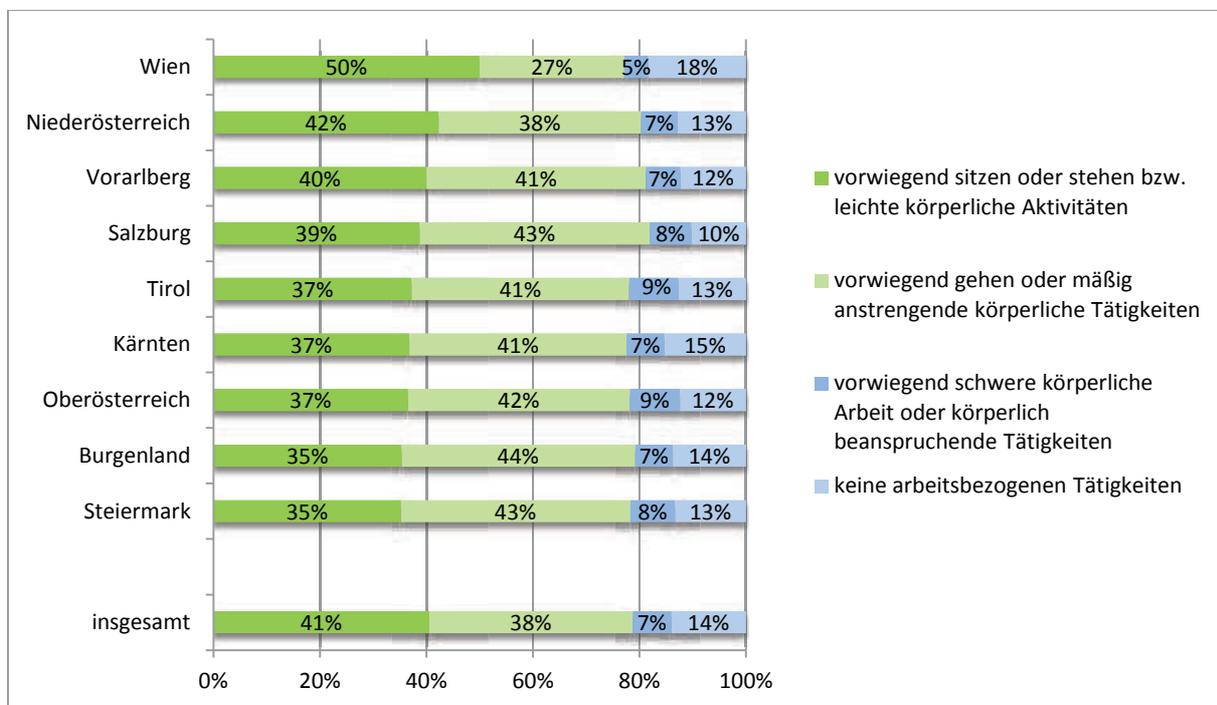
- arbeitsbezogene körperliche Aktivität
- transportbezogene Aktivität (zu Fuß oder mit dem Fahrrad)
- körperliche Aktivität in der Freizeit¹¹

4.3.1. Arbeitsbezogene körperliche Aktivität

Als arbeitsbezogene körperliche Aktivität werden alle Formen von körperlichen Aktivitäten bezeichnet, die im Zuge von beruflichen oder außerberuflichen Arbeiten (z. B. Hausarbeit, Kinderbetreuung etc.) ausgeführt werden.

In diesem Zusammenhang berichten 37 Prozent der OberösterreicherInnen, dass sie vorwiegend sitzende, stehende bzw. leichte körperliche Aktivitäten im Arbeitskontext ausführen (Österreich gesamt: 41%). 42 Prozent der OberösterreicherInnen üben mäßig anstrengende körperliche Tätigkeiten aus (Österreich gesamt: 38%). Weiters geben 9 Prozent an, vorwiegend schwere körperliche Arbeit oder körperlich beanspruchende Tätigkeiten auszuführen (Österreich gesamt: 7%). 14 Prozent der Befragten üben keine arbeitsbezogenen Tätigkeiten aus (Abbildung 99).

Abbildung 99: Arbeitsbezogene körperliche Aktivität nach Bundesland



Quelle: Statistik Austria: ATHIS 2014 (Klimont und Baldaszi 2015, S. 161); Bevölkerung über 15 Jahre

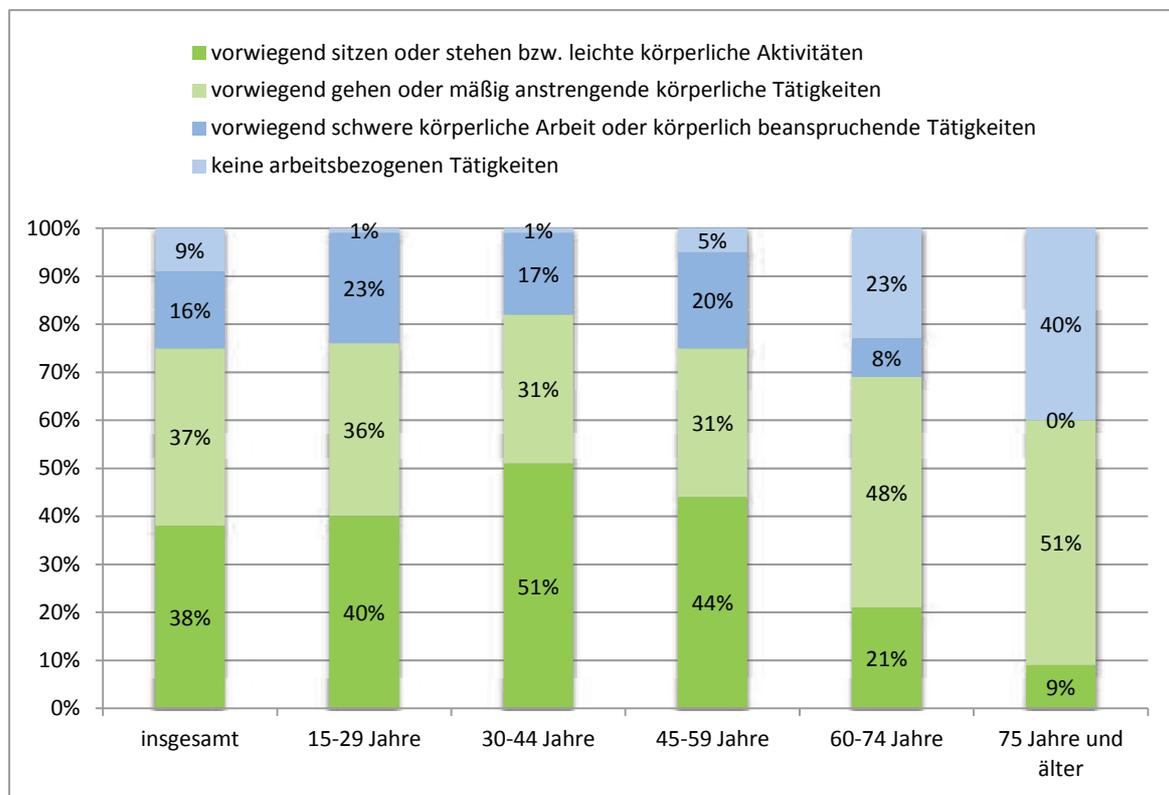
¹⁰ Bundesamt für Sport BASPO 2009, S. 5

¹¹ Klimont, Baldaszi 2015, S. 34

Bei den Männern führen 38 Prozent vorwiegend sitzende, stehende oder nur leichte körperliche Betätigung im Arbeitsvollzug aus. Den größten Wert weisen diesbezüglich mit 51 Prozent die 30- bis 44-Jährigen auf. 37 Prozent der Männer üben mäßig anstrengende Tätigkeiten aus. Die diesbezüglich größten Werte finden sich bei den 60- bis 74-Jährigen sowie bei noch Älteren wieder. Weiters führen 16 Prozent der Männer schwere körperliche Tätigkeiten

aus. Am größten ist dieser Wert bei den 15- bis 29-Jährigen mit 23 Prozent. Aber auch bei den 30- bis 44-Jährigen (17%) und den 45- bis 59-Jährigen (20%) führt ein beträchtlicher Teil schwere körperliche Tätigkeiten aus. Insgesamt 9 Prozent der Männer führen keine arbeitsbezogenen Tätigkeiten aus. Im Erwerbsalter ist dieser Wert deutlich geringer. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Männer, die keine arbeitsbezogenen Tätigkeiten durchführen, erwartungsgemäß zu (Abbildung 100).

Abbildung 100: Arbeitsbezogene körperliche Aktivität in Oberösterreich nach Alter - Männer

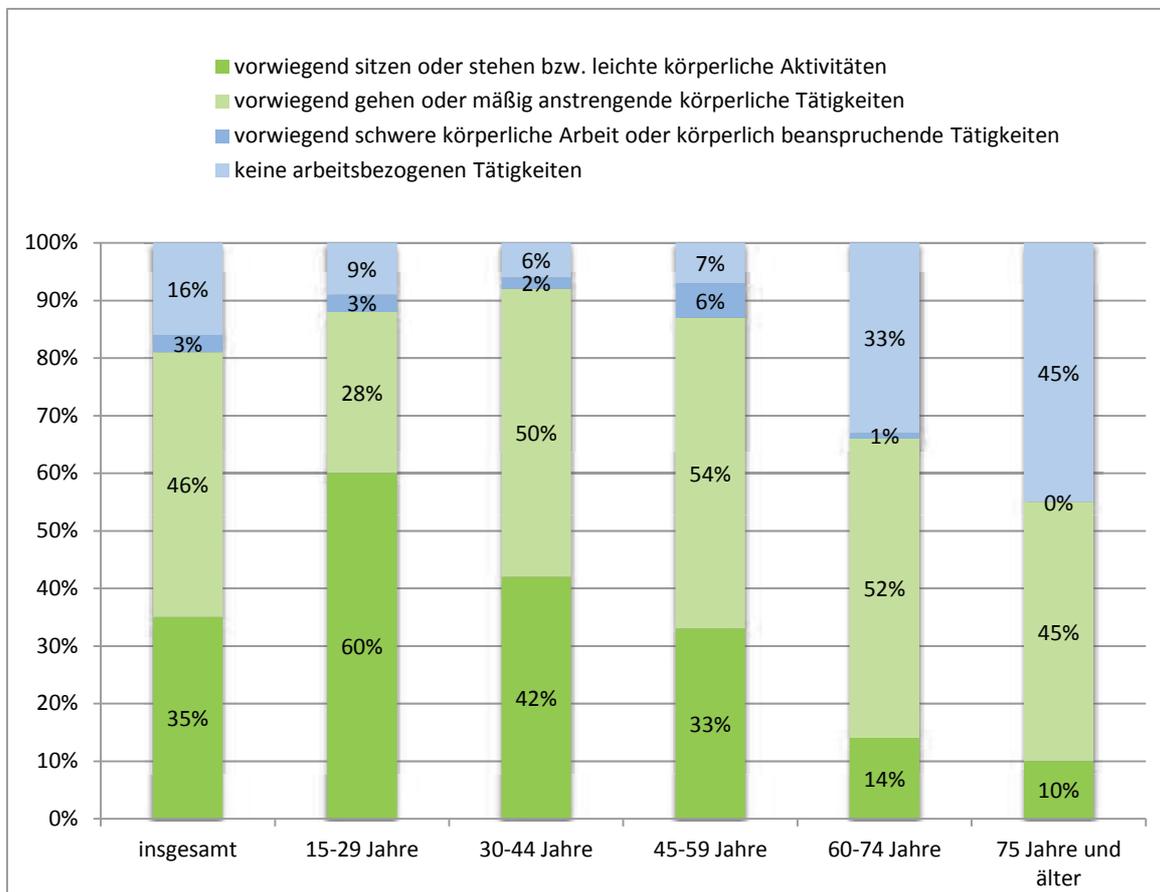


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

Bei den Frauen üben insgesamt 35 Prozent vorwiegend sitzende, stehende oder nur leichte körperliche Betätigung im Arbeitsvollzug aus. Am größten ist dieser Anteil bei den 15- bis 29-Jährigen (60%). Mit ansteigendem Alter wird dieser Anteil stetig geringer. 46 Prozent der Frauen üben mäßig anstrengende körperliche Tätigkeiten im Arbeitsvollzug aus. Der diesbezüglich größte Anteil findet sich in der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen wieder.

Insgesamt 3 Prozent der Frauen führen schwere körperliche Tätigkeiten aus. In der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen ist der Anteil mit 6 Prozent am größten. 16 Prozent der Frauen berichten, keine arbeitsbezogenen Tätigkeiten durchzuführen. In den höheren Alterssegmenten sind diese Anteile deutlich größer als bei den jüngeren Befragten (Abbildung 101).

Abbildung 101: Arbeitsbezogene körperliche Aktivität in Oberösterreich nach Alter - Frauen

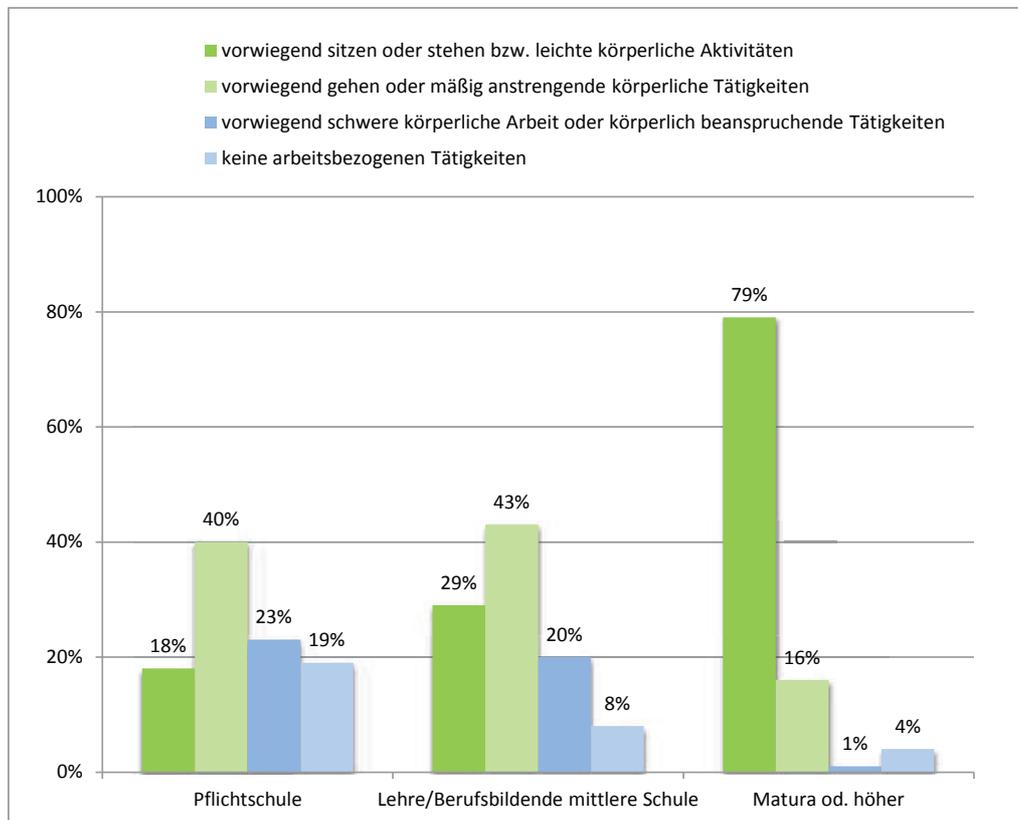


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

79 Prozent der Männer mit hohem Bildungsstatus (Matura oder höher) üben vorwiegend sitzende, stehende oder nur leichte körperliche Betätigung im Arbeitsvollzug aus, während dies bei Männern mit mittlerem (Lehre/Berufsbildende mittlere Schule 29%) oder niedrigem

(Pflichtschule 18%) Bildungsstatus deutlich weniger sind. Umgekehrt übt nur 1 Prozent der Männer mit hohem Bildungsstatus schwere körperliche Tätigkeiten aus, während dies bei Männern mit mittlerer (20%) und niedriger (23%) Bildung beträchtlich mehr sind (Abbildung 102).

Abbildung 102: Arbeitsbezogene körperliche Aktivität in Oberösterreich nach Bildung - Männer

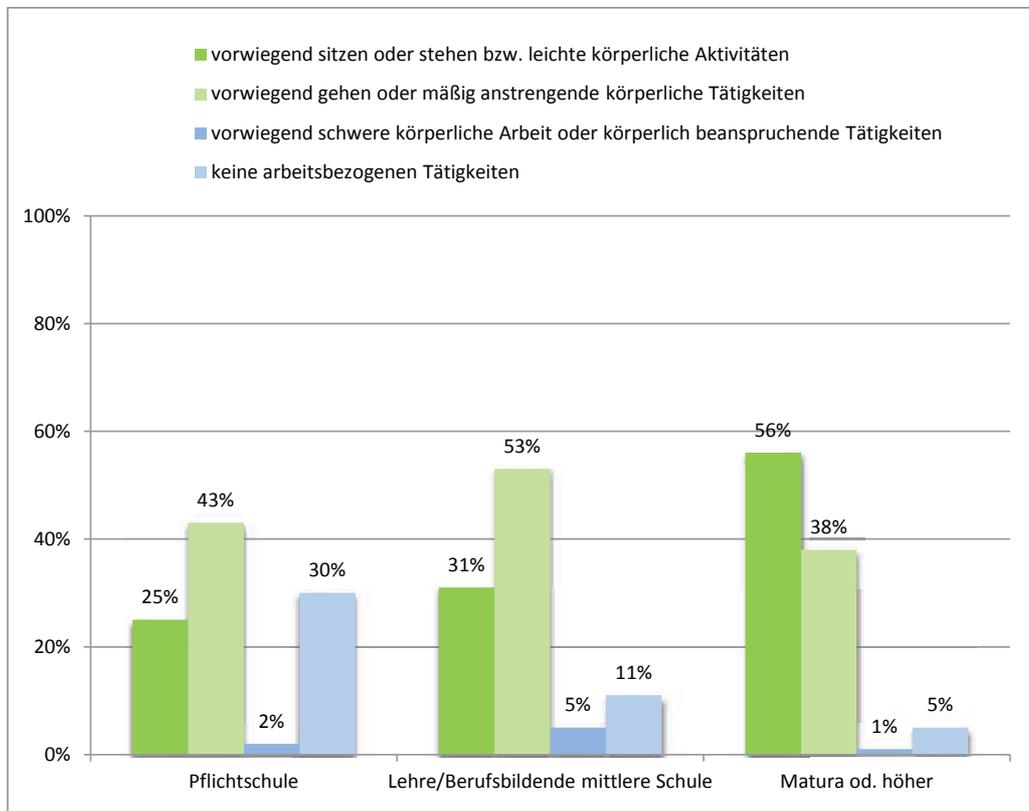


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

Bei den Frauen üben 56 Prozent jener mit hohem Bildungsstatus (Matura oder höher) vorwiegend sitzende, stehende oder nur leichte körperliche Betätigung im Arbeitsvollzug aus, während dies bei Frauen mit mittlerem (Lehre/Berufsbildende mittlere Schule: 31%) oder niedrigem (Pflichtschule: 25%) Bildungsstatus deutlich

weniger sind. Mehr als die Hälfte der Frauen mit mittlerem Bildungsstatus (53%) führt im Arbeitsvollzug mäßig anstrengende Tätigkeiten aus. Bei Frauen mit niedrigem Bildungsstatus sind dies 43 Prozent und bei Frauen mit hohem Bildungsstatus 38 Prozent (Abbildung 103).

Abbildung 103: Arbeitsbezogene körperliche Aktivität in Oberösterreich nach Bildung - Frauen



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

4.3.2. Transportbezogene Aktivität

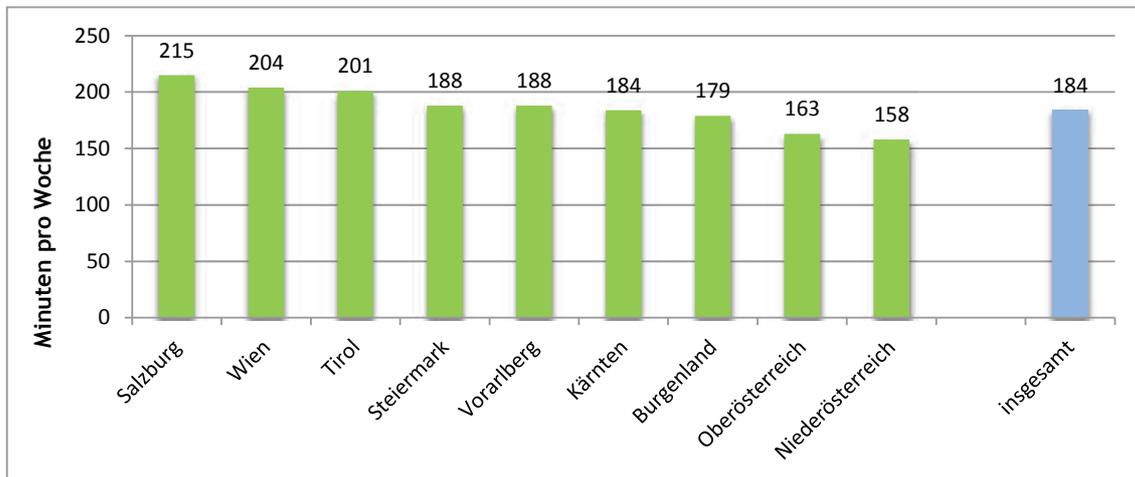
Jene Aktivität, die zum Zurücklegen einer Wegstrecke von Punkt A nach Punkt B (z. B. von zu Hause in die Arbeit) aufgewendet wird, wird als transportbezogene Aktivität bezeichnet.¹² Die zwei am weitesten verbreiteten Formen körperlicher Betätigung im Rahmen alltäglicher Mobilität sind das zu Fuß gehen und das Rad fahren.

Im Durchschnitt wenden die OberösterreicherInnen 163 Minuten pro Woche auf, um alltägliche Wege zu Fuß zurückzulegen. Damit liegt Oberösterreich deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (184 Minuten pro Woche) und im Bundesländervergleich an vorletzter Stelle. Im Bundesländervergleich heben sich diesbezüglich Salzburg, Wien und Tirol durch eine besonders hohe transportbezogene Aktivität durch zu Fuß gehen hervor (Abbildung 104).¹³

¹² Klimont, Baldaszti 2015, S. 36

¹³ Reif Martin 2016, S. 8

Abbildung 104: Zurücklegen von Wegen zu Fuß nach Bundesland

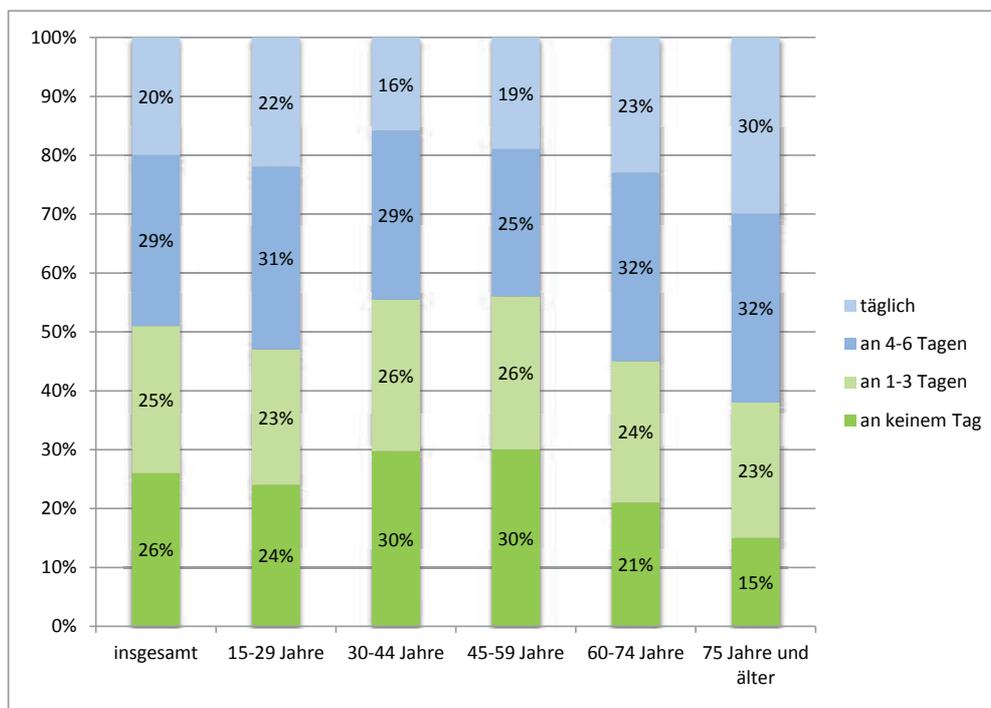


Quelle: Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen); Bevölkerung über 15 Jahre; durchschnittliche Minuten pro Woche

Bei den Männern legen Angehörige der Altersgruppe „75 Jahre und älter“ 30 Prozent täglich und 32 Prozent an vier bis sechs Tagen eine Wegstrecke von zumindest zehn Minuten ohne Unterbrechung zu Fuß zurück. Damit weist die Personengruppe mit dem höchsten Alter die höchste

Fußgängeraktivität auf. Die geringste Fußgängeraktivität findet sich im Alter zwischen 30 und 59 Jahren: 30 Prozent gehen an keinem Tag pro Woche zehn Minuten ohne Unterbrechung zu Fuß, um eine Wegstrecke zurückzulegen (Abbildung 105).

Abbildung 105: Zurücklegen von Wegen zu Fuß in Oberösterreich nach Alter - Männer

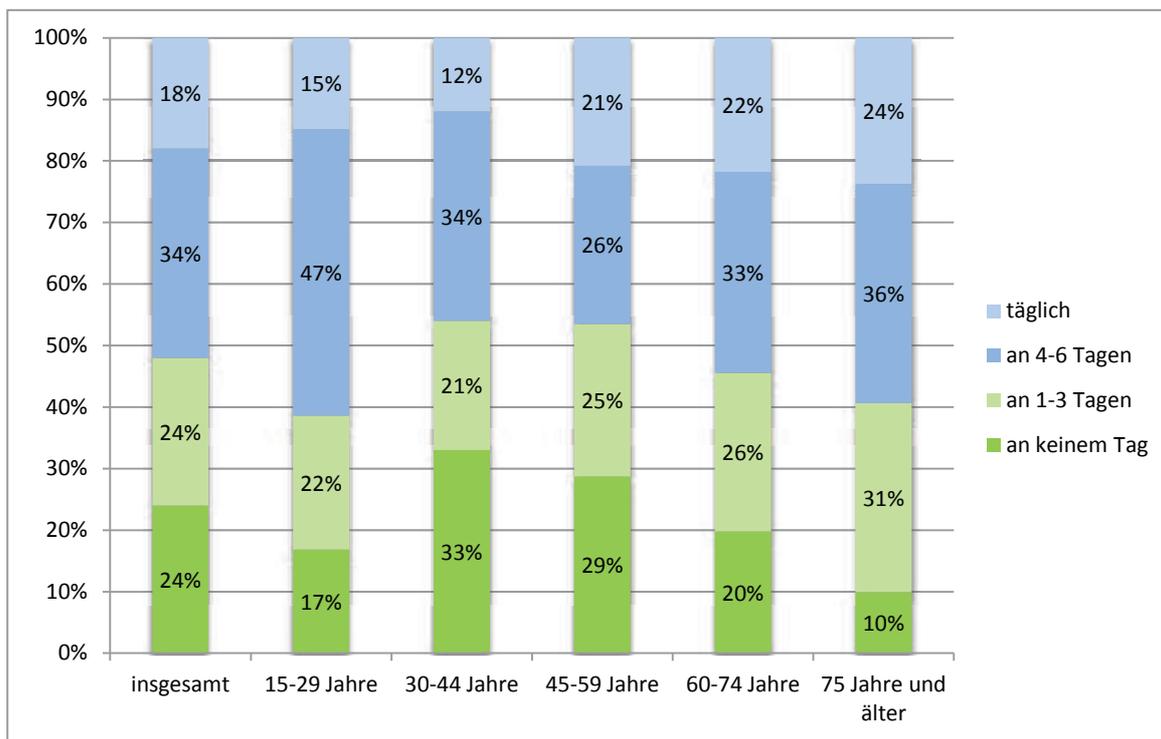


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

Auch bei den Frauen weist die Personengruppe mit dem höchsten Alter die höchste tägliche Fußgängerinnenaktivität auf: In der Altersgruppe „75 Jahre und älter“ legen 24 Prozent täglich eine Wegstrecke von zumindest zehn Minuten ohne Unterbrechung zu Fuß zurück. Die geringste

Fußgängerinnenaktivität findet sich bei den 30- bis 44-Jährigen wieder: Ein Drittel dieser Altersgruppe geht an keinem Tag der Woche zehn Minuten ohne Unterbrechung zu Fuß, um eine Wegstrecke zurückzulegen (Abbildung 106).

Abbildung 106: Zurücklegen von Wegen zu Fuß in Oberösterreich nach Alter - Frauen



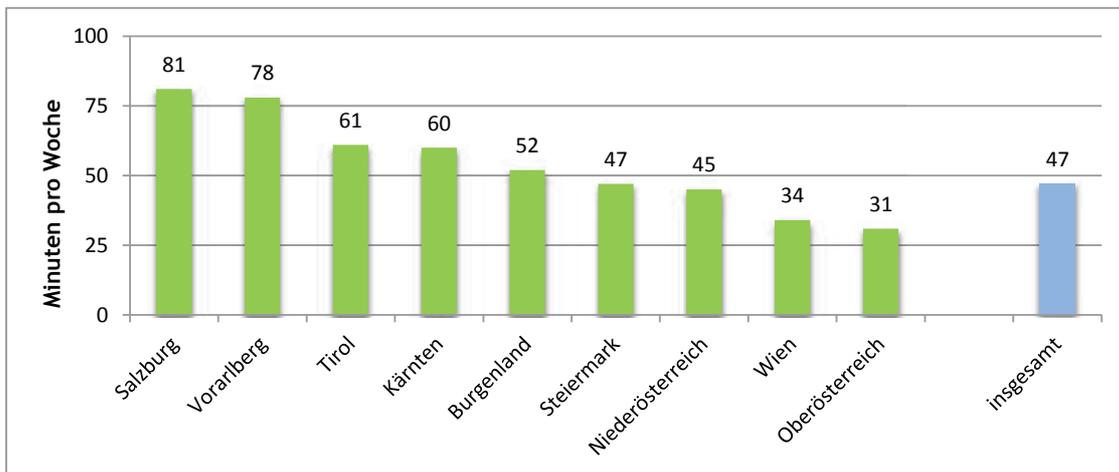
Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

Laut der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 wenden die OberösterreicherInnen pro Woche 31 Minuten auf, um Wege mit dem Fahrrad zurückzulegen. Damit liegt das Bundesland am unteren Ende der Rangskala und deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (47 Minuten pro

Woche). Mit Abstand am häufigsten verwenden die BürgerInnen der Bundesländer Salzburg (81 Minuten pro Woche) und Vorarlberg (78 Minuten pro Woche) das Fahrrad für alltägliche Wege (Abbildung 107).¹⁴

¹⁴ Reif Martin 2016, S. 7

Abbildung 107: Zurücklegen von Wegen mit dem Rad nach Bundesland

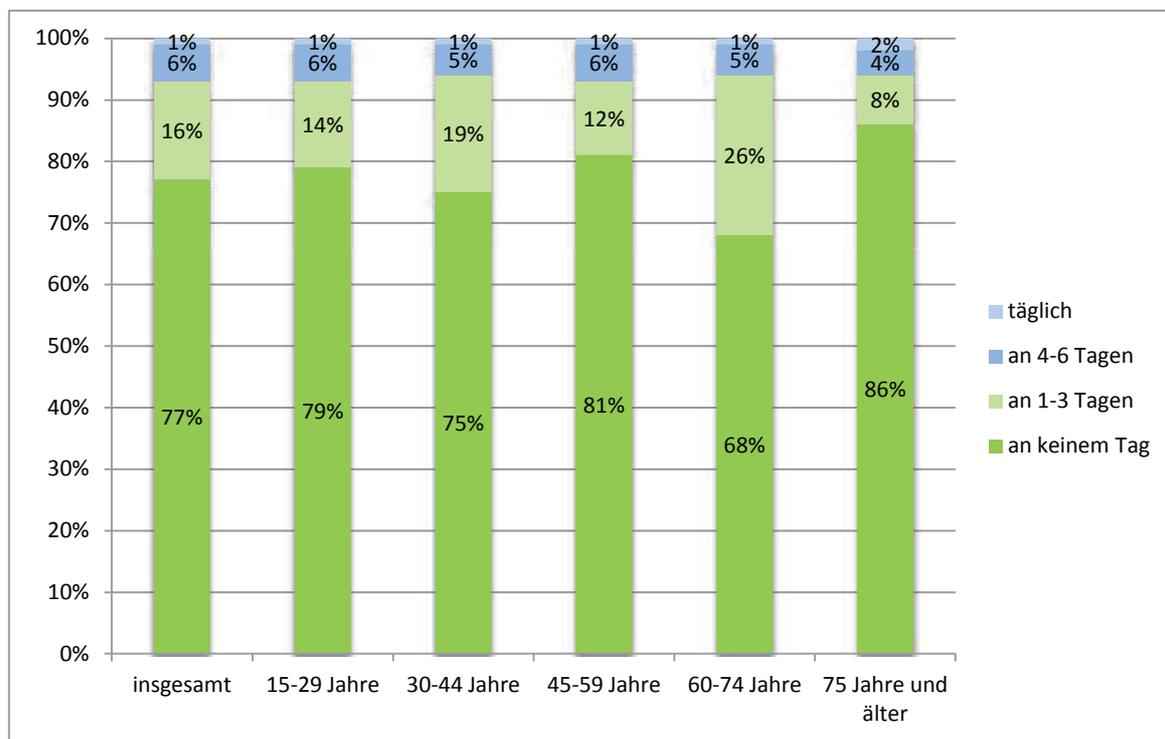


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen); Bevölkerung über 15 Jahre; durchschnittliche Minuten pro Woche

Nur 1 Prozent der oberösterreichischen Männer legt täglich eine Wegstrecke von zehn Minuten (ohne Unterbrechung) mit dem Fahrrad zurück. Am häufigsten genutzt wird das Fahrrad in der Gruppe der 60- bis 74-jährigen

Männer: 32 Prozent dieser Altersgruppe nutzen das Fahrrad zumindest einmal pro Woche um eine Wegstrecke zurückzulegen (Abbildung 108).

Abbildung 108: Zurücklegen von Wegen mit dem Rad nach Alter in Oberösterreich - Männer

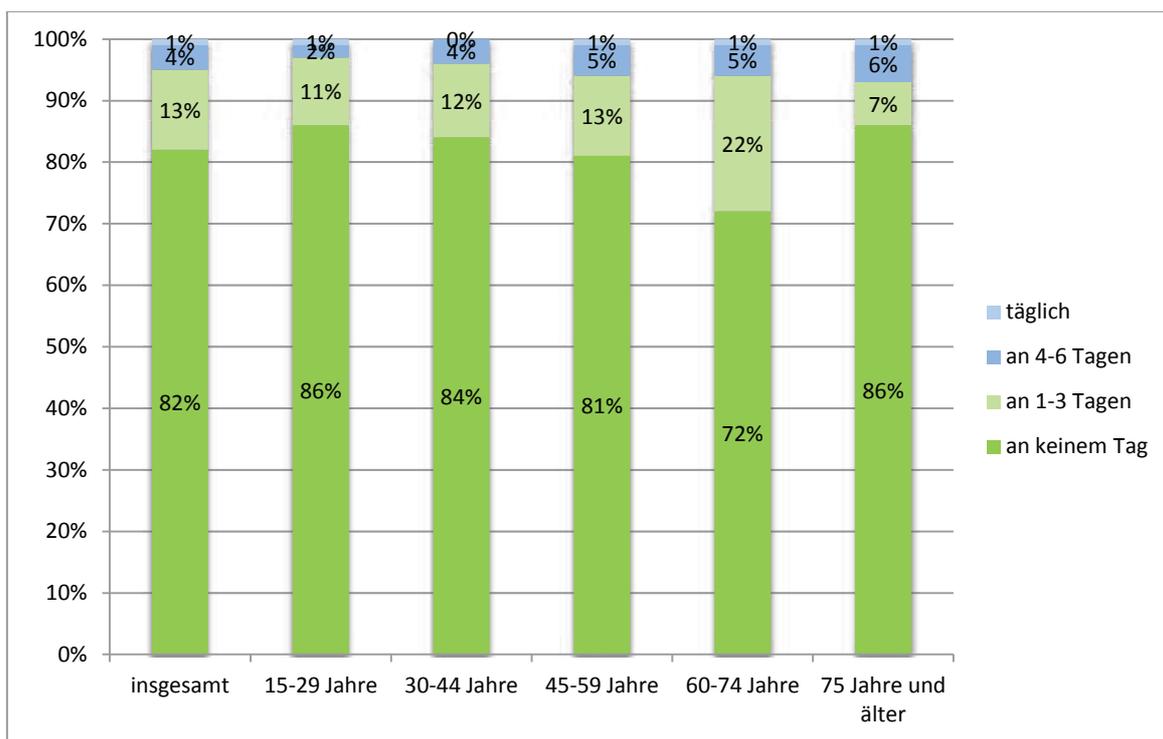


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

Bei den Frauen nutzt ebenfalls nur 1 Prozent das Fahrrad täglich, um eine Wegstrecke von mindestens zehn Minuten (ohne Unterbrechung) zurückzulegen. Am häufigsten genutzt wird das Fahrrad von Frauen der Altersgruppe 60 bis 74 Jahre: 28 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe

nutzen das Fahrrad zumindest einmal pro Woche um eine Wegstrecke zurückzulegen. Am seltensten wird das Fahrrad von jungen Frauen zwischen 15 und 29 Jahren genutzt sowie den ältesten Befragten (Abbildung 109).

Abbildung 109: Zurücklegen von Wegen mit dem Rad nach Alter in Oberösterreich - Frauen



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

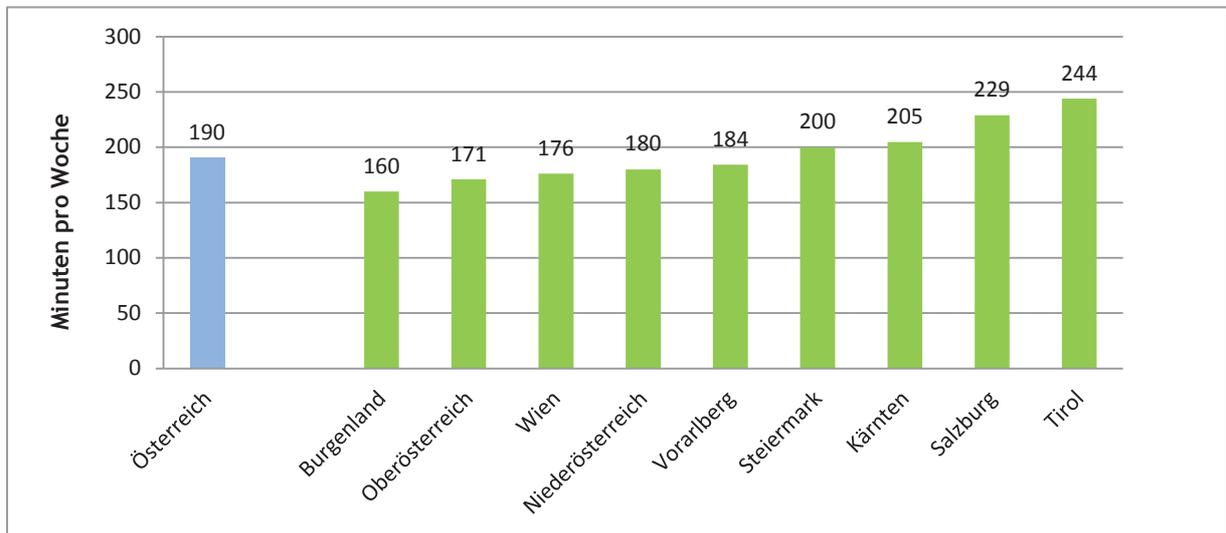
4.3.3. Gesundheitsförderliche körperliche Betätigung in der Freizeit

Die oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahren wendet in der Freizeit im Durchschnitt 171 Minuten pro Woche für körperliche bzw. sportliche Betätigung auf und liegt damit unter dem Bundesdurchschnitt (190 Minuten

pro Woche). Hinsichtlich der körperlichen Aktivität in der Freizeit zeichnen sich vor allem Tirol und Salzburg durch hohe Werte aus (Abbildung 110).¹⁵

¹⁵ Reif Martin 2016, S. 6

Abbildung 110: Körperliche Betätigung und Sport in der Freizeit nach Bundesland

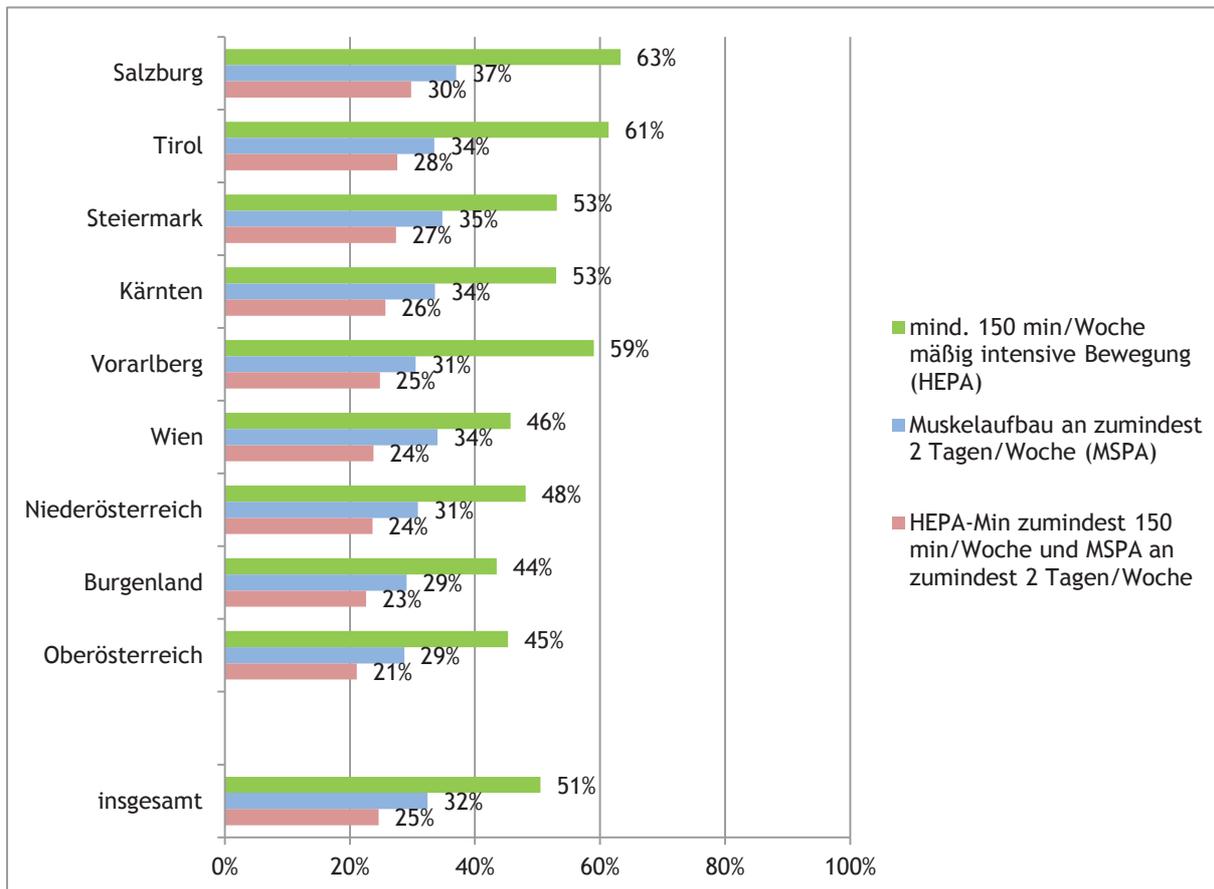


Quelle: Statistik Austria: ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); Bevölkerung über 15 Jahre; durchschnittliche Minuten pro Woche

Erwachsene sollten sich laut den Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mindestens 150 Minuten pro Woche gesundheitsförderlich körperlich betätigen und an mindestens zwei Tagen sollten muskelkräftigende Übungen betrieben werden.

45 Prozent der erwachsenen OberösterreicherInnen sind entsprechend der Bewegungsempfehlungen der WHO für mindestens 150 Minuten pro Woche körperlich aktiv. 29 Prozent führen an mindestens zwei Tagen in der Woche muskelkräftigende Übungen durch. Diese von der WHO empfohlene Kombination erreichen in Oberösterreich nur 21 Prozent. Diesbezüglich liegt Oberösterreich unter dem österreichischen Durchschnitt und hinter dem Burgenland an letzter Stelle. Am besten schneiden diesbezüglich die Bundesländer Salzburg und Tirol ab (Abbildung 111).

Abbildung 111: Bewegungsempfehlungen der WHO nach Bundesland



Quelle: Statistik Austria: ATHIS 2014 (Klimont und Baldaszi 2015, S. 166); Personen zwischen 18 und 64 Jahre; HEPA: gesundheitsförderliche körperliche Betätigung („health enhancing physical activity“); MSPA: muskelstärkende körperliche Betätigung (muscle-strengthening physical activity)

4.3.4. Ansatzpunkte zur Förderung körperlicher Aktivität

Das Bewegungsverhalten von Menschen wird durch individuelle Einflussfaktoren (z. B. Zeitmangel), der bewegungsfreundlich gebauten Umwelt (z. B. fußgänger- und fahrradfreundliche Gestaltung der Verkehrswege) oder soziale Einflussfaktoren (z. B. Armut und Kosten von Angeboten, Wertigkeit von Bewegung im sozialen Umfeld, Prägung in der Kindheit) gehemmt bzw. begünstigt. Vielversprechende Ansatzpunkte für die Förderung körperlicher Aktivität in der Bevölkerung sind daher intersektorale Strategien, die Mobilisierung von Organisationen und BürgerInnen sowie bedarfsgerechte Maßnahmen (z. B. Angebote von Sportvereinen).¹⁶

Als aktuelle Strategien bzw. Aktivitäten im Land Oberösterreich sind die Sportstrategie Oberösterreich 2025¹⁷ und die Koordinierungsgruppe Bewegung zum oberösterreichischen Gesundheitsziel 6 anzuführen.

Sportstrategie Oberösterreich 2025

Die Sportstrategie Oberösterreich 2025 besteht aus insgesamt 35 Maßnahmenpaketen in acht Handlungsfeldern.¹⁸ Die Sportstrategie Oberösterreich orientiert sich an fünf Gestaltungsprinzipien die für die Umsetzung maßgeblich sind:

1. vernetzen & beteiligen
2. vereinfachen & deregulieren
3. Nachwuchsarbeit stärken & Trainerarbeit forcieren

¹⁷ Amt der öö. Landesregierung 2016

¹⁸ (1) Gesellschaftlicher Stellenwert des Sports, (2) Organisation des Sports/Strukturen, (3) Sportentwicklung, (4) Breiten-, Schul- und Gesundheitssport, (5) Nachwuchs-, Leistungs- und Spitzensport, (6) Förder- und Subventionsmanagement, (7) Sport und Wirtschaft/Tourismus, (8) Internationalisierung.

¹⁶ Reif Martin 2016, S. 12

4. Bewegungsoffensive im Breitensport & Qualitätsoffensive im Spitzensport
5. Internationalisierung

Koordinierungsgruppe Gesundheitsziel 6

Die Koordinierungsgruppe setzt sich aus VertreterInnen folgender Organisationen zusammen: Arbeitsgemeinschaft Bewegung und Sport Oberösterreich, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Land Oberösterreich (Abteilung Bildung - Sportland Oberösterreich, Abteilung Gesamtverkehrsplanung und öffentlicher Verkehr, Abteilung Gesundheit), Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Pädagogische Hochschule Oberösterreich sowie die Städte Linz und Wels. Die Aufgabe der Koordinierungsgruppe ist es, die im Rahmen des Gesundheitsziels 6 ausgearbeiteten Handlungsempfehlungen untereinander abzustimmen und umzusetzen.

Die Handlungsempfehlungen zielen auf folgende Bereiche:

- „materielle Umwelt“
- „Schule und Kinderbetreuungseinrichtungen“
- „PädagogInnen-Bildung“
- „fehlendes Wissen, Bewusstsein“
- „Sportvereine“

Synergien

Durch diese beiden Strategien wird sowohl die Förderung des Spitzensports als auch die Förderung des Breitensports und der Alltagsbewegung verfolgt und es können wechselseitig Synergien genutzt werden.

Fakten:

- Regelmäßige Bewegung hat sehr viele positive Auswirkungen auf die Gesundheit des Menschen. Körperliche Aktivität kann nach drei Teilaspekten unterschieden werden:
 - arbeitsbezogene körperliche Aktivität
 - transportbezogene Aktivität (zu Fuß oder mit dem Fahrrad)
 - körperliche Aktivität in der Freizeit
- 37 Prozent der OberöreicherInnen geben an, dass Sie eine vorwiegend sitzende, stehende bzw. leichte körperliche Aktivitäten im Arbeitskontext ausführen, 42 Prozent üben mäßig anstrengende körperliche Tätigkeiten aus und 9 Prozent haben eine schwere körperliche Arbeit oder körperlich beanspruchende Tätigkeiten, generell mehr Männer als Frauen.

- OberöreicherInnen wenden im Durchschnitt 163 Minuten für alltägliche Wegstrecken zu Fuß und 31 Minuten für alltägliche Wegstrecken mit dem Fahrrad pro Woche auf.
- In der Freizeit wenden die OberöreicherInnen durchschnittlich 171 Minuten pro Woche für körperliche bzw. sportliche Betätigung auf. 45 Prozent der erwachsenen OberöreicherInnen sind entsprechend der WHO-Bewegungsempfehlungen für mindestens 150 Minuten pro Woche körperlich aktiv.
- Ansatzpunkte für mehr Bewegung finden sich in der Sportstrategie Oberösterreich 2025 und den Ergebnissen der Arbeitsgruppe zum oberösterreichischen Gesundheitsziel 6 „Bewegung im Jugendalter erhöhen“.

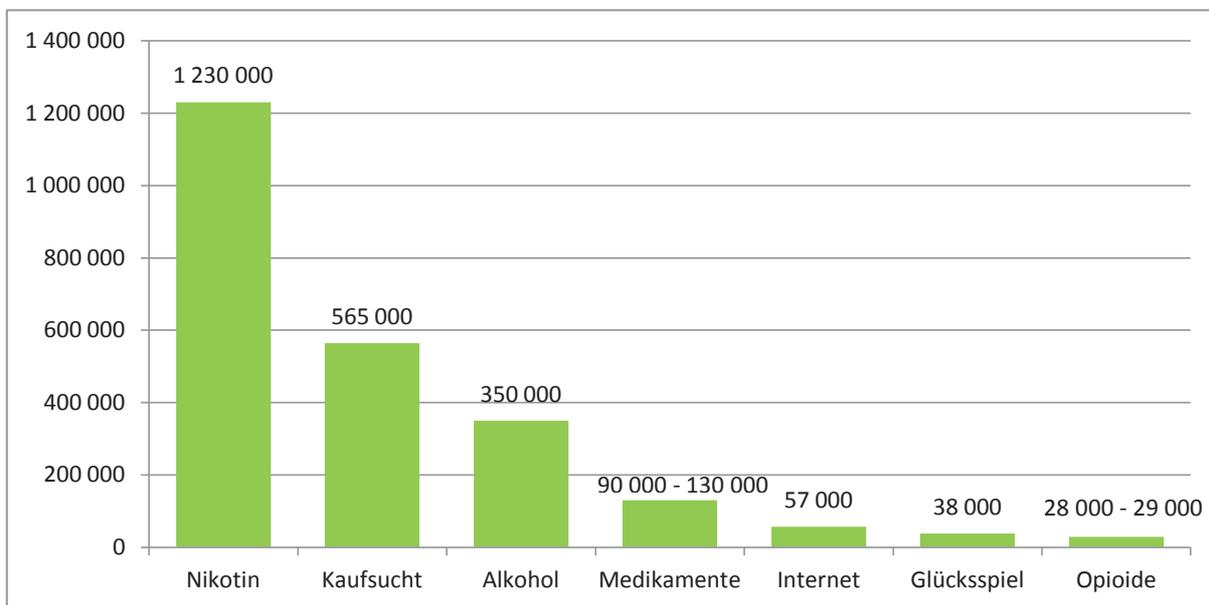
4.4. Einflussfaktor Risikoverhalten

In diesem Kapitel soll die Verbreitung von unterschiedlichen Formen von Risikoverhalten in Oberösterreich beschrieben werden.

Insgesamt sind in Österreich 1,2 Millionen Menschen nikotinabhängig.¹⁹ Über eine halbe Million ÖsterreicherInnen sind kaufsüchtig. An dritter Stelle rangiert bereits die

Alkoholabhängigkeit: 5 Prozent der erwachsenen österreichischen Bevölkerung gelten als alkoholabhängig, wobei Männer dreimal so häufig betroffen sind als Frauen (Männer: 7,5%; Frauen: 2,5%). Zwischen 90.000 und 130.000 gelten derzeit als medikamentenabhängig. In der Rangliste folgen Internetsucht (57.000), Glücksspiel (38.000) und Opioide²⁰ (28.000-29.000) (Abbildung 112).

Abbildung 112: Verbreitung von Abhängigkeit zu verschiedenen Substanzen bzw. Verhaltenssuchten in Österreich



Quelle: Institut Suchtprävention, Factsheet Sucht, Linz 2016, S. 4, adaptiert

¹⁹ Laut der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 rauchen derzeit 24 Prozent oder 1,76 Millionen ÖsterreicherInnen ab dem 15. Lebensjahr. Bei 33 Prozent aller RaucherInnen besteht eine geringe und bei 37 Prozent eine starke Nikotinabhängigkeit.

²⁰ Opioide sind ein Sammelbegriff für eine chemisch heterogene Gruppe natürlicher und synthetischer Substanzen, die morphinartige Eigenschaften aufweisen und an den Opioidrezeptoren wirksam sind. Im Gegensatz dazu bezeichnet der Begriff Opiat nur die natürlicherweise im Opium vorkommenden Stoffe mit dieser Wirkung, die aus dem Schlafmohn (Papaver somniferum) gewonnen werden. Es handelt sich bei der in der Abbildung dargestellten Abhängigkeit von Opioiden um eine Dunkelzifferschätzung. Da Personen, die von Opioiden abhängig sind, häufig mehrere Substanzen konsumieren, kann es hier Überschneidungen mit z. B. der Abhängigkeit von Medikamenten geben. Außerdem beinhalten einige Medikamente auch Opioide (z. B. diverse Schmerzmittel).

4.4.1. Tabakkonsum

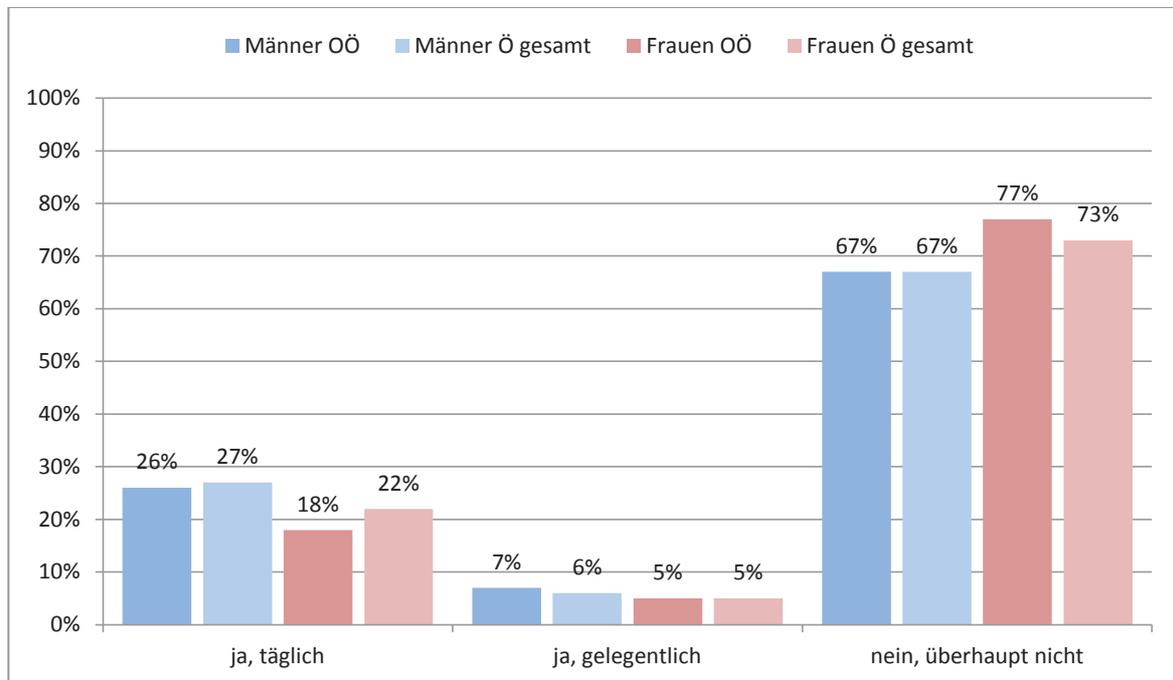
Tabakkonsum ist die führende Ursache für vermeidbare Todesfälle. Pro Jahr stehen weltweit rund fünf Millionen Todesfälle in Zusammenhang mit Rauchen.²¹ Im 20. Jahrhundert waren weltweit mehr als 100 Millionen tabakasoziierte Todesfälle zu beklagen.²² Tabakkonsum erzeugt bei der Mehrheit der KonsumentInnen eine Abhängigkeit und ist daher als Suchterkrankung zu klassifizieren. Etwa 70 bis 80 Prozent der RaucherInnen sind tabakabhängig.²³

Die gesundheitlichen Folgen des Rauchens sind vielfältig und fatal. Studien verweisen auf rund 40 teils schwerwiegende bzw. tödliche Krankheiten, auf die das Rauchen einen ursächlichen Einfluss ausübt. Insbesondere Krebs-, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen gehören dazu.²⁴ Im Zusammenhang mit dem Rauchen stehen aber auch z. B. vorzeitige Hautalterung, Zahnerkrankungen und Schwangerschaftskomplikationen.²⁵

Österreich ist hinsichtlich Tabakkontrolle bzw. Tabakprävention in Europa Schlusslicht. Eine Studie der Association of European Cancer Leagues (ECL), in der die Tabakpolitik der europäischen Länder hinsichtlich Kriterien wie z. B. Zigarettenpreis, Rauchverbote an öffentlichen Orten und am Arbeitsplatz oder Werbeverbote verglichen werden, verweist Österreich auf den letzten Platz.²⁶ Außerdem fällt Österreich im internationalen Vergleich durch die hohe Verfügbarkeit von Zigaretten negativ auf. Es gibt vermutlich kein anderes Produkt, das in Österreich rund um die Uhr und flächendeckend einfacher zu erwerben ist als Zigaretten. Obwohl Studien belegen, dass es einen Zusammenhang zwischen einfacher Verfügbarkeit von Tabakprodukten, einem frühen Erstkonsum und hohen Rauchprävalenzen bei Jugendlichen gibt.²⁷ In Österreich gibt es über 5.000 frei zugängliche Zigarettenautomaten, während es in Europa nur noch wenige Länder gibt, in denen Zigarettenautomaten nicht längst verboten sind.²⁸

Ein Drittel der oberösterreichischen Männer (33%) raucht (26% täglich und 7% gelegentlich). Bei den Frauen ist die Quote deutlich niedriger: Knapp ein Viertel der oberösterreichischen Frauen (23%) raucht (18% täglich und 5% gelegentlich). Damit liegt Oberösterreich in etwa im bundesweiten Durchschnitt (Abbildung 113).

Abbildung 113: Tabakkonsum in Oberösterreich und Österreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen)

²¹ Fonds Gesundes Österreich 01.08.2010

²² Schulze, Lampert 2006, S. 13

²³ Schulze, Lampert 2006, S. 10

²⁴ Bundesministerium für Gesundheit 28.07.2014

²⁵ Birgmann 2016, S. 7

²⁶ Joossens, Raw 2017, S. 10

²⁷ Schneider et al. 2010, S. 178

²⁸ Birgmann 2015

35 Prozent der oberösterreichischen Männer, die der Altersgruppe zwischen 15 und 29 Jahren angehören, rauchen täglich. In der Altersgruppe zwischen 30 und 49 Jahren liegt der Anteil der täglichen Raucher bei 28 Prozent, in der höchsten Altersgruppe ab dem 50. Lebensjahr bei 20 Prozent. Nichtraucher bilden bereits in der jüngsten Altersgruppe mit 54 Prozent die Mehrheit. Der größte Anteil an Nichtrauchern findet sich jedoch in der Altersgruppe 50 Jahre und älter wieder: Gut drei Viertel (76%) zählen zur Gruppe der Nichtraucher (Abbildung 114).

22 Prozent der oberösterreichischen Frauen, die der Altersgruppe zwischen 15 und 29 Jahren angehören, rauchen täglich. In der Altersgruppe zwischen 30 und 49 Jahren liegt der Anteil der täglichen Raucherinnen mit 21 Prozent ähnlich wie in der jüngsten Altersgruppe. Die niedrigste Raucherinnenquote findet sich in der höchsten Altersgruppe ab dem 50. Lebensjahr: In dieser greifen „nur“ 13 Prozent täglich zur Zigarette. Die Nichtraucherinnenquote liegt bei den 15- bis 29-jährigen Frauen bei 70 Prozent, während diese bei über 50-Jährigen bereits bei beachtlichen 84 Prozent liegt (Abbildung 115).

Abbildung 114: Tabakkonsum nach Alter in Oberösterreich - Männer

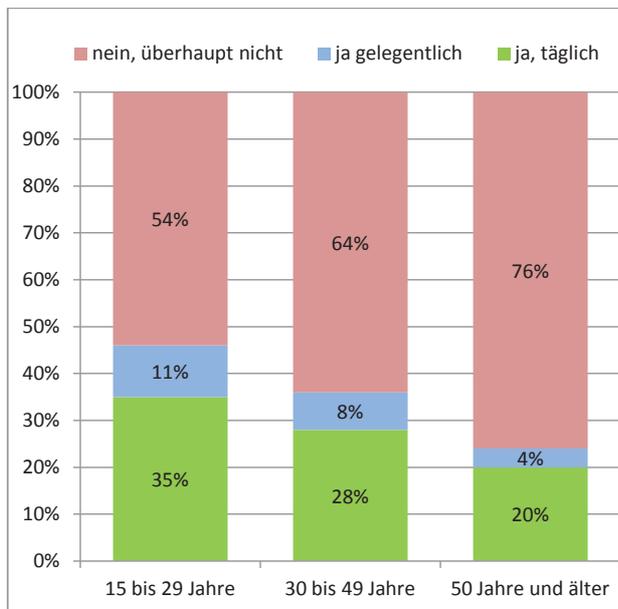
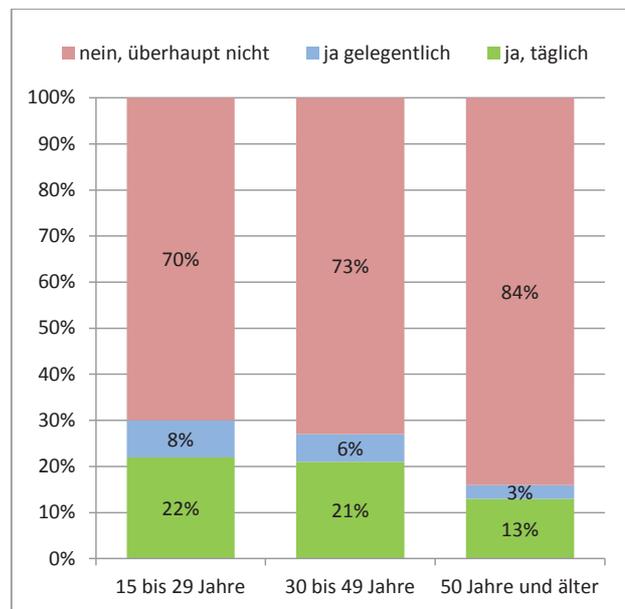


Abbildung 115: Tabakkonsum nach Alter in Oberösterreich - Frauen



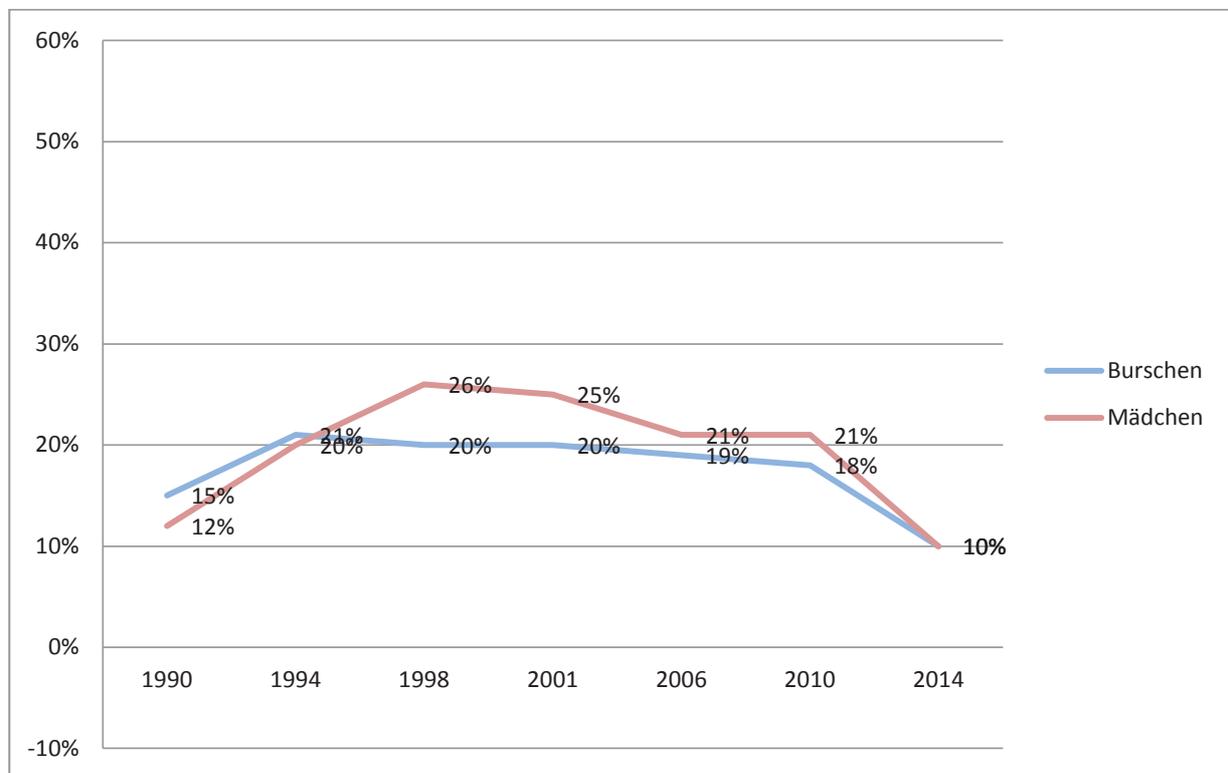
Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen)

Erste Erfahrungen mit Tabakkonsum haben einige Kinder in Österreich zum Teil schon sehr früh, im Alter von unter zehn Jahren (ca. 2 bis 3 Prozent). Mit 14 Jahren haben 43 Prozent, mit 15 Jahren knapp die Hälfte der österreichischen Jugendlichen (49%) Nikotinerfahrungen gemacht.²⁹

Seit Beginn des Beobachtungszeitraums ist bei den 15-jährigen Mädchen der Anteil der täglich Rauchenden von 12 Prozent im Jahr 1990 auf 26 Prozent im Jahr 1998 angestiegen. In den folgenden Jahren (bis zum Jahr 2010)

ist der Anteil der täglich rauchenden Mädchen stets über 20 Prozent gelegen, um im Jahr 2014 jedoch stark auf 10 Prozent zu sinken. Im Jahr 1990 haben 15 Prozent der 15-jährigen Burschen täglich geraucht. Zu den darauf folgenden Erhebungszeitpunkten zwischen 1994 und 2010 lag der Anteil der täglich rauchenden 15-jährigen Burschen zwischen 20 und 18 Prozent. Wie bei den Mädchen kann auch bei den Burschen im Jahr 2014 ein starker Rückgang der täglich rauchenden 15-Jährigen auf 10 Prozent festgestellt werden (Abbildung 116).

Abbildung 116: Tabakkonsum von 15-jährigen SchülerInnen 1990 bis 2014 - Österreich gesamt



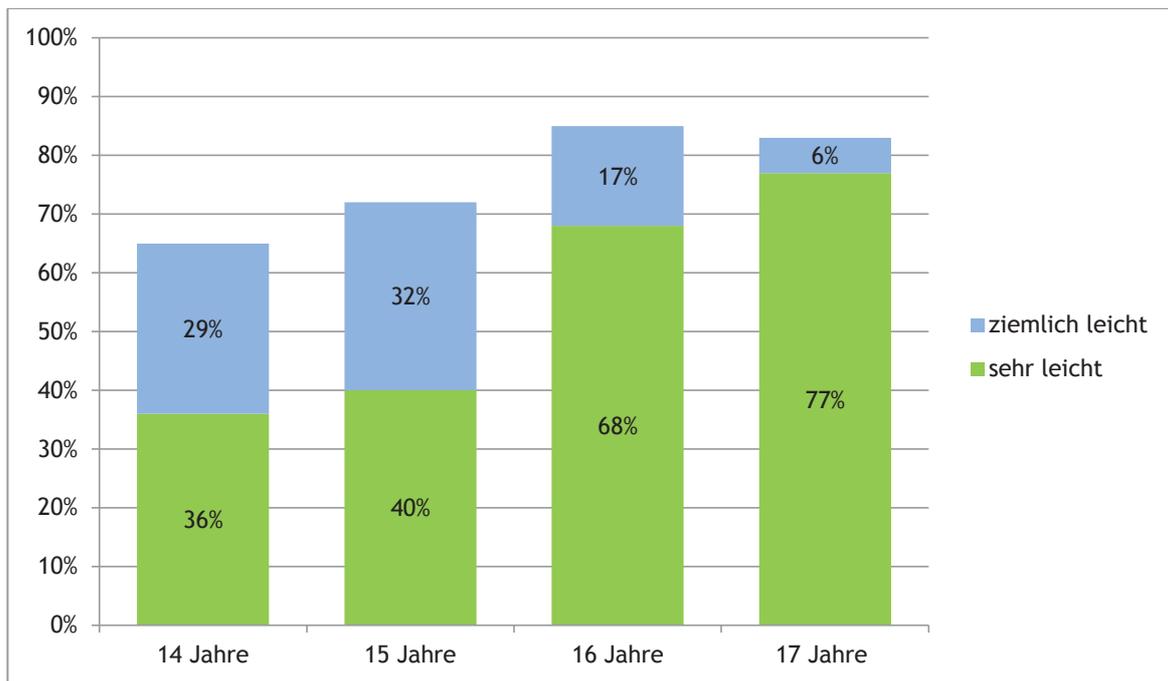
Quelle: HBSC-Studien 1990, 1994, 1998, 2001, 2006, 2010 und 2014, In: Institut Suchtprävention, Factsheet Sucht, Linz 2016, S. 18, Anteil der „täglich Rauchenden“

²⁹ Strizek et al. 2016, S. 35-36

Es gibt in Österreich wohl kein Produkt, das in derartiger Form rund um die Uhr für den Kauf verfügbar ist wie Zigaretten. Obwohl in Österreich beim Tabakkonsum bzw. -erwerb ein Schutzalter von 16 Jahren besteht, schätzen

65 Prozent der oberösterreichischen Jugendlichen im Alter von 14 Jahren und 72 Prozent der Jugendlichen im Alter von 15 Jahren den Zugang zu Zigaretten als ziemlich oder sogar sehr leicht ein (Abbildung 117).

Abbildung 117: Einschätzung der Verfügbarkeit von Zigaretten nach Alter in Oberösterreich



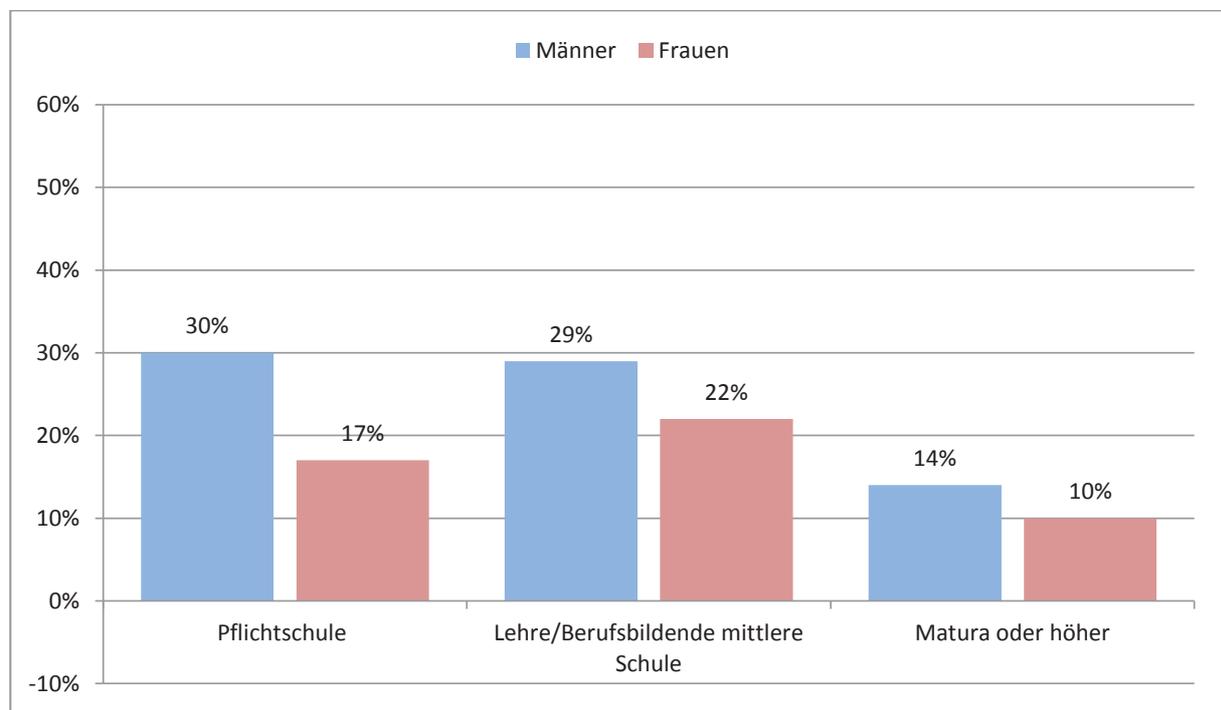
Quelle: Gesundheit Österreich, ESPAD Österreich 2015 (Daten für Oberösterreich)³⁰

³⁰ Die Stichprobe für Oberösterreich ist n=1.631. Die Daten wurden auf Basis einer Klumpenstichprobe erhoben. Das heißt, es wurden nicht SchülerInnen einzeln per Zufall, sondern ganze Klassen zufällig ausgewählt. Ein so genannter Klumpeneffekt (auch: Clustereffekt) ist daher nicht auszuschließen. Ein solcher Effekt tritt dann ein, wenn sich die Befragten innerhalb eines Clusters ähnlicher sind als in der Grundgesamtheit und bedeutet einen Genauigkeitsverlust. Insgesamt wurde im Rahmen der ESPAD 2015 Österreichweit 8.044 SchülerInnen befragt

Insgesamt gilt: Männer und Frauen mit niedrigem Bildungsstatus sind häufiger der Gruppe der täglichen RaucherInnen zuzuordnen als höher Gebildete. Bei den Männern rauchen 30 Prozent der Pflichtschulabsolventen und 29 Prozent der Personen mit Lehrabschluss/Berufsbildender mittleren Schule täglich, während dies Männer mit zumindest Matura mit 14 Prozent deutlich seltener tun. In etwas abgeschwächter Form zeigt sich bei den Frauen ein ähnliches Bild: 17 Prozent der Pflichtschulabsolventinnen

und 22 Prozent der Frauen mit Lehrabschluss/Berufsbildender mittleren Schule rauchen täglich, während dies auf „nur“ 10 Prozent der Maturantinnen zutrifft (Abbildung 118). Der Bildungsstatus ist allerdings nur einer von mehreren Faktoren, die auf das Rauchverhalten wirken können. Dazu zählen z. B. auch der berufliche Kontext bzw. Gepflogenheiten am Arbeitsplatz oder die Peergroup bzw. der Freundeskreis und der darin praktizierte Umgang mit der Thematik.

Abbildung 118: Tabakkonsum (täglich) nach Schulbildung in Oberösterreich

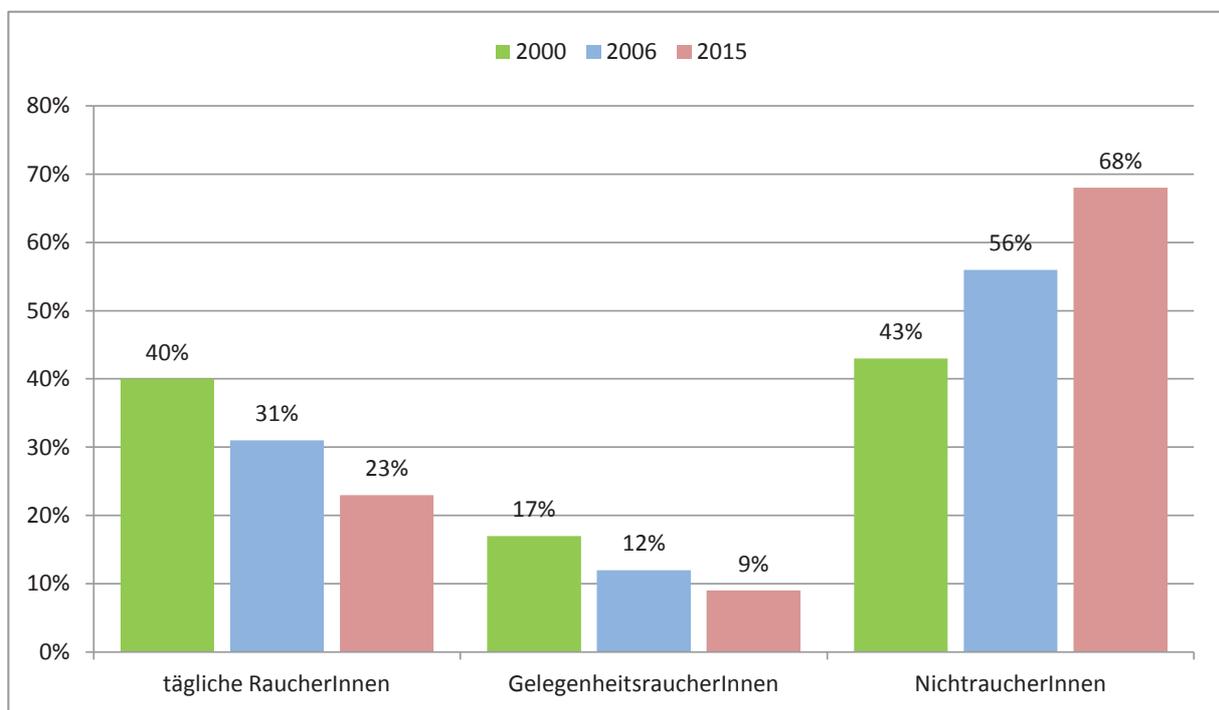


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen); Anteil der Personen, die „täglich“ rauchen

Gemäß den Erhebungen des Instituts Suchtprävention ist in den letzten Jahren die RaucherInnenquote stetig zurückgegangen. Noch im Jahr 2000 rauchten 40 Prozent aller OberösterreicherInnen täglich und zusätzliche 17 Prozent gelegentlich. Im Jahr 2015 liegt der Anteil der täglichen RaucherInnen bei „nur“ mehr 23 Prozent und zusätzlichen 9 Prozent gelegentlichen RaucherInnen (Abbildung 119).

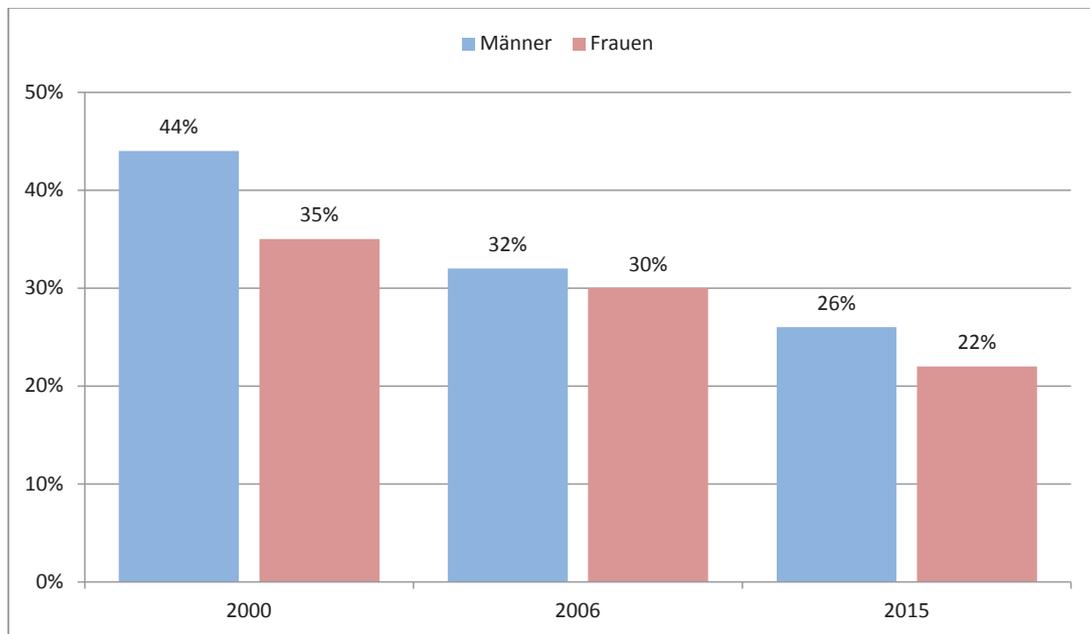
Betrachtet man den Anteil der täglichen RaucherInnen im Zeitverlauf, so zeigt sich, dass sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen seit Beginn des Beobachtungszeitraums im Jahr 2000 bis zum Jahr 2015 ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen ist (Abbildung 119).

Abbildung 119: Tabakkonsum 2000, 2006 und 2015 in Oberösterreich



Quelle: Institut Suchtprävention, Factsheet Sucht, Linz 2016; Datenquelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2000, 2006, 2015

Abbildung 120: Tabakkonsum (täglich) 2000, 2006 und 2015 nach Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Institut Suchtprävention, Datenquelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2000, 2006, 2015

4.4.2. Alkoholkonsum

Die gesundheitlichen Folgen von übermäßigem Alkoholkonsum sind gut belegt. Der gesundheitsriskante Alkoholkonsum führt zu einer erheblichen Krankheitslast von Bevölkerungen: Weltweit sind knapp 4 Prozent aller Todesfälle dem Alkoholkonsum zuzurechnen.³¹ Obwohl nur die Hälfte der Weltbevölkerung Alkohol konsumiert, ist Alkohol - hinter niedrigem Geburtsgewicht und ungeschütztem Geschlechtsverkehr (wofür Alkohol selbst ein Risikofaktor ist) - weltweit die dritthäufigste Ursache für Krankheit und vorzeitige Todesfälle. Zudem ist Alkohol in Europa hinter Tabakkonsum und Bluthochdruck der drittwichtigste Risikofaktor für Krankheit und Mortalität.³² Als riskanter Alkoholkonsum gilt bei Frauen ein täglicher Konsum von mehr als 20 Gramm reinem Alkohol (entspricht 0,5l Bier oder 0,25l Wein) und bei Männern von mehr als 40 Gramm reinem Alkohol (entspricht ca. ein Liter Bier oder 0,5l Wein).³³ Der gesundheitsgefährdende Alkoholkonsum ist wie folgt definiert: Als „Gefährdungsgrenze“ gilt ein täglicher Durchschnittskonsum ab 60 Gramm reinem Alkohol bei Männern (entspricht ca. 1,5 Liter Bier oder ca. 0,75l Wein) und 40 Gramm reinem Alkohol bei Frauen (entspricht ca. ein Liter Bier oder 0,5l Wein).³⁴ Als gesundheitlich unbedenklich gilt bei Männern ein täglicher

Konsum von 25 Gramm reinem Alkohol (entspricht ca. 0,6 Liter Bier oder 0,3l Wein) und bei Frauen ein täglicher Konsum von 16 Gramm reinem Alkohol (entspricht ca. 0,4 Liter Bier oder 0,2l Wein) - bei gleichzeitig jeweils zwei konsumfreien Tagen in der Woche. Diese Konsummenge wird als „Harmlosigkeitsgrenze“ bezeichnet.³⁵

Übermäßiger Alkoholkonsum steht mit 180 Erkrankungen und Todesursachen in Zusammenhang und führt zu einem erhöhten relativen Risiko, eine dieser Erkrankungen zu entwickeln oder daran zu sterben.³⁶ Krankheiten und Gesundheitsprobleme, die mit übermäßigem Alkoholkonsum assoziiert werden, sind zum Beispiel Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus, Hirnschäden, Leberzirrhose, Entzündungen der Bauchspeicheldrüse und der Magenschleimhaut sowie diverse Krebserkrankungen. Aber auch psychische und verhaltensbezogene Störungen sowie Unfälle, Verletzungen³⁷ bis hin zu Tötungsdelikten und Suiziden lassen sich häufig auf übermäßigen Alkoholkonsum zurückführen. Alkohol schadet häufig nicht nur den KonsumentInnen, sondern auch Menschen im Umfeld - sei es z. B. durch Gewalt in der Öffentlichkeit oder durch häusliche Gewalt.³⁸

³¹ Ulrich 2012, S. 639

³² Anderson et al. 2012, S. 1

³³ Klimont, Baldaszi 2015, S. 50

³⁴ Gschwandtner et al. 17.06., S. 13

³⁵ Uhl et al. 2009, S. 121-122

³⁶ Ulrich 2012, S. 639

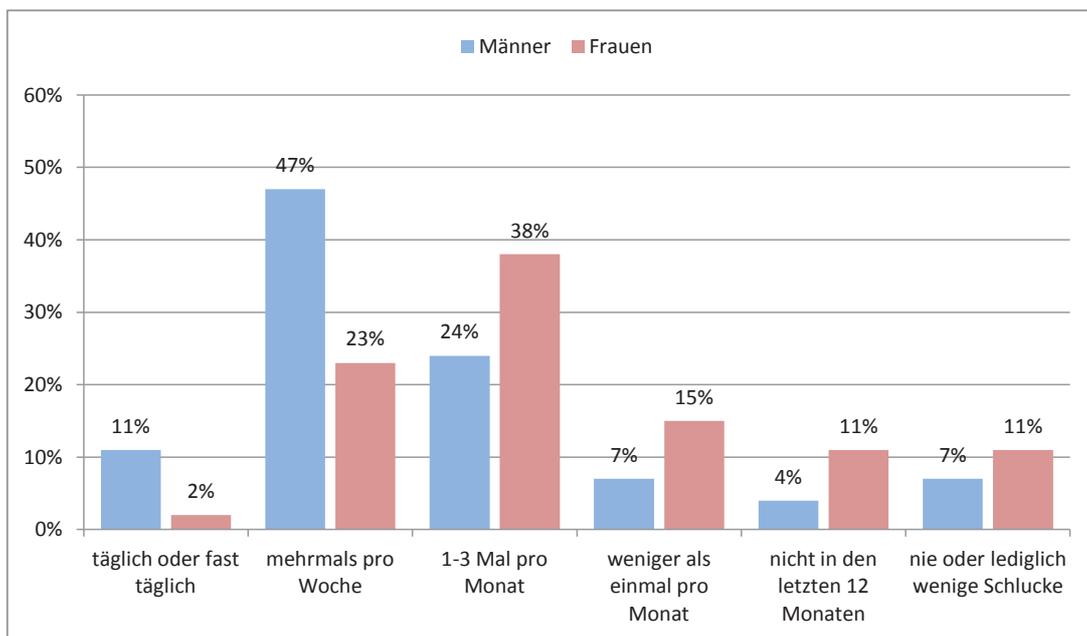
³⁷ Robert Koch-Institut 2012, S. 1

³⁸ Anderson et al. 2012 S. 1

11 Prozent der oberösterreichischen Männer, aber nur 2 Prozent der oberösterreichischen Frauen konsumieren täglich oder fast täglich Alkohol (Österreich gesamt: Männer: 10%; Frauen: 3%). Hinzu kommen 47 Prozent der Männer und 23 Prozent der Frauen, die mehrmals pro

Woche Alkohol trinken (Österreich gesamt: Männer 42%; Frauen: 21%). 7 Prozent der oberösterreichischen Männer und 11 Prozent der oberösterreichischen Frauen trinken nie oder lediglich wenige Schlucke (Österreich gesamt: Männer: 7%; Frauen: 12%) (Abbildung 121).

Abbildung 121: Alkoholkonsum in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen)

In Österreich weisen laut Österreichischer Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS) 5 Prozent der Männer und 3 Prozent der Frauen einen riskanten Alkoholkonsum³⁹ auf, 2,1 Prozent der Männer und 0,5 Prozent konsumieren Alkohol in gesundheitsgefährdender⁴⁰ Form. Bei den Männern weisen die Altersgruppen 60 bis 74 Jahre und 15 bis 29 Jahre etwas erhöhte Werte hinsichtlich des riskanten und des gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsums auf. Bei den Frauen sind hier kaum Unterschiede zwischen verschiedenen Altersgruppen auszumachen.⁴¹

Wenn bei einer Gelegenheit (z. B. Feier, bei einem Essen, abends mit Freunden oder allein zu Hause) sechs oder mehr alkoholische Getränke konsumiert werden, so wird dies als Binge-Drinking (Rauschtrinken) bezeichnet. In Österreich haben 47 Prozent der Männer und 71 Prozent

der Frauen noch nie oder zumindest nicht innerhalb der letzten zwölf Monate sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit konsumiert. Allerdings berichten 22 Prozent der Männer und 11 Prozent der Frauen ein- bis dreimal im Monat Binge-Drinking zu betreiben. 3 Prozent der Männer und 1 Prozent der Frauen trinken laut Selbstausskunft an ein bis zwei Tagen pro Woche sechs oder mehr alkoholische Getränke zu einer Gelegenheit. In der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen sind dies sogar 8 Prozent der Männer und 2 Prozent der Frauen.⁴²

Insgesamt wurde in Oberösterreich im Jahr 2015 bei einem stationären Aufenthalt in einer Fonds-Krankenanstalt 4.553 Mal eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert (Männer: 3.222; Frauen: 1.331). Das Geschlechterverhältnis hat sich in den letzten Jahren von 3,5:1 auf 2,4:1 (männlich:weiblich) zu Ungunsten der Frauen verschoben, ein Trend, der auch auf Bundesebene zu beobachten ist. 29 Prozent der Alkoholabhängigkeitsdiagnosen des Jahres 2015 entfallen auf Frauen.⁴³

³⁹ bei Frauen ein täglicher Konsum von mehr als 20 Gramm reinem Alkohol (entspricht 0,5l Bier oder 0,25l Wein) und bei Männern von mehr als 40 Gramm reinem Alkohol (entspricht ca. ein Liter Bier oder 0,5l Wein)

⁴⁰ bei Frauen ein täglicher Konsum von mehr als 40 Gramm reinem Alkohol (entspricht 1l Bier oder 0,5l Wein) und bei Männern von mehr als 60 Gramm reinem Alkohol (entspricht ca. 1,5 Liter Bier oder 0,75l Wein)

⁴¹ Klimont, Baldaszti 2015, S. 50-51

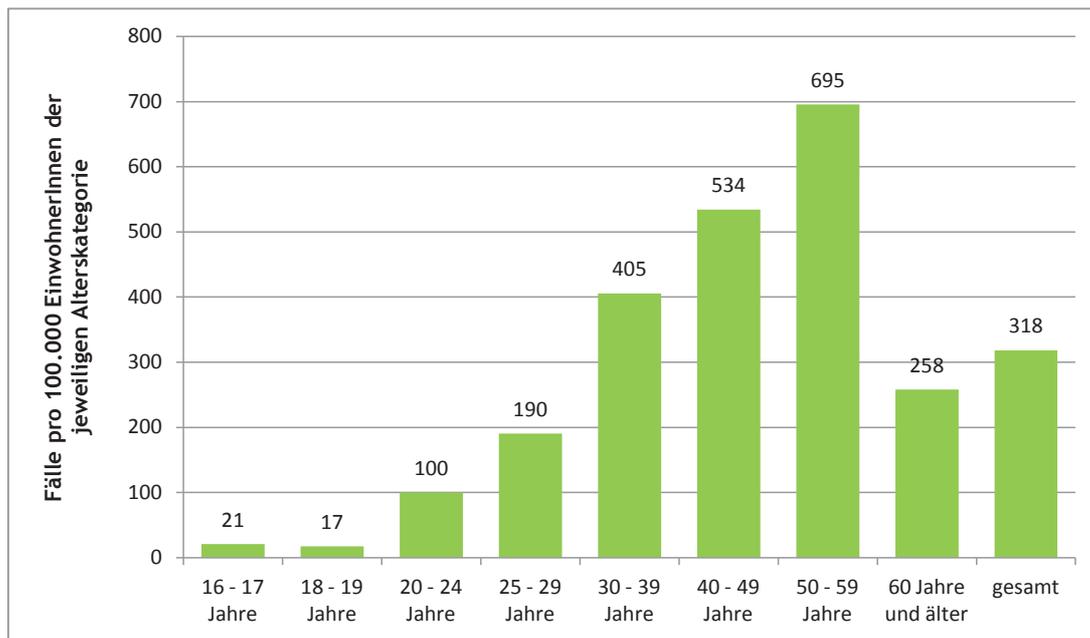
⁴² Klimont, Baldaszti 2015, S. 50 - 52

⁴³ Gschwandtner et al. 17.06., S. 11

Da der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit⁴⁴ meist ein Prozess über viele Jahre von missbräuchlichem Alkoholkonsum vorangeht, ist es nicht verwunderlich, dass die

Behandlungsprävalenz bis zu der Altersgruppe der 50 bis 59-Jährigen kontinuierlich ansteigt. Auf 100.000 Personen dieser Altersgruppe entfallen rund 695 Diagnosen des Jahres 2015 (Abbildung 122).

Abbildung 122: Alkoholabhängigkeit nach Alter in Oberösterreich



Quelle: Institut Suchtprävention; Factsheet Sucht, Linz 2016; Datengrundlage: LKF-Daten 2015

4.4.3. Konsum illegalisierter Substanzen

Opioide

Laut den Ergebnissen des aktuellen Drogenmonitorings 2015 des Instituts Suchtprävention haben ca. 1 bis 2 Prozent der OberösterreicherInnen (entspricht ca. 12.000 - 24.000 Personen im Alter ab 15 Jahren) Konsumerfahrungen mit Opioiden.^{45,46} Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) schätzt, dass in Oberösterreich (Jahr 2014) ca. 317 Personen pro 100.000 EinwohnerInnen risikoreichen Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden betreiben. Dies

entspricht 3.030 Personen.⁴⁷ Mehr als die Hälfte dieser Personengruppe (53%) befindet sich in Substitutionstherapie.⁴⁸

Cannabis

Die Lebenszeitprävalenz bezüglich des Konsums von Cannabis liegt in Oberösterreich gemäß des aktuellen Drogenmonitorings 2015 des Instituts Suchtprävention bei rund 24 Prozent (Personen ab dem 15. Lebensjahr). Dies entspricht in etwa 288.000 Personen. In der Altersgruppe der 15 bis 24-Jährigen berichten rund 34 Prozent davon, schon einmal Cannabis konsumiert zu haben. Bei den 16 bis 19-Jährigen sind dies 38 Prozent. Die HBSC⁴⁹-Studie aus dem Jahr 2014 weist für Gesamtösterreich folgende Ergebnisse aus: 17 Prozent der 15- bis 17-jährigen SchülerInnen berichten davon, schon einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert zu haben. 6 Prozent berichten von einem Cannabiskonsum innerhalb der letzten 30 Tage. Insgesamt ist die Konsumerfahrung mit Cannabis bei Bur-schen stärker ausgeprägt als bei Mädchen.⁵⁰

⁴⁴ Der Diagnosecluster „Alkoholabhängigkeit“ ist eine Zusammenfassung der Diagnosen F10.4 Entzugssyndrom mit Delir, F10.3 Entzugssyndrom und F10.2 Alkoholabhängigkeitssyndrom

⁴⁵ Opioide sind ein Sammelbegriff für eine chemisch heterogene Gruppe natürlicher und synthetischer Substanzen, die morphinartige Eigenschaften aufweisen und an den Opioidrezeptoren wirksam sind. Im Gegensatz dazu bezeichnet der Begriff Opiat nur die natürlicherweise im Opium vorkommenden Stoffe mit dieser Wirkung, die aus dem Schlafmohn (*Papaver somniferum*) gewonnen werden.

⁴⁶ Gschwandtner et al. 17.06., S. 22

⁴⁷ Busch et al. 2015, S. 27

⁴⁸ Gschwandtner et al. 17.06., S. 6 - 7

⁴⁹ HBSC = Health Behavior of Schoolaged Children

⁵⁰ Gschwandtner et al. 17.06., S. 22

Weitere Substanzen

Sowohl der Experimentierkonsum als auch der risikoreiche Konsum hat sich in den letzten Jahren hin zu einer stärkeren Differenzierung entwickelt. Es wird eine Vielzahl unterschiedlicher Substanzen konsumiert. Wobei ein Trend hin zu aufputschenden Substanzen wie Crystal Meth (Methamphetamin), Amphetamin und Kokain beobachtet wird. Als mögliche Gründe sind neben der hohen Verfügbarkeit auch gesellschaftliche Entwicklungen in Betracht zu ziehen. Die Leistungsgesellschaft und die damit einhergehenden zunehmenden sozialen und wirtschaftlichen Anforderungen an das Individuum könnten den Drang hin zu aufputschenden Substanzen verstärken.⁵¹

Ein weiteres Phänomen ist der Trend hin zu einem polytoxikomanen Konsum. Das bedeutet, dass immer mehr Menschen unterschiedliche Substanzen abwechselnd oder gleichzeitig konsumieren. An Bedeutung gewinnen neben Ecstasy so genannte Neue Psychoaktive Substanzen (NPS). Es gibt immer mehr Varianten von künstlichen Cannabinoiden und Derivaten aufputschender und halluzinogener Substanzen.⁵²

4.4.4. Stoffungebundene Verhaltenssüchte

Glücksspiel

Eine Studie aus dem Jahr 2015 kommt zu dem Ergebnis, dass rund 1 Prozent der österreichischen Bevölkerung⁵³ (Männer: 1,6%; Frauen: 0,5%) ein problematisches bzw. pathologisches Glücksspielverhalten aufweist. In der jüngeren Bevölkerung zwischen 14 und 30 Jahren ist das Ausmaß, mit 1,8 Prozent an Betroffenen, am größten.

41 Prozent der ÖstereicherInnen haben innerhalb der letzten zwölf Monate irgendein Glücksspiel um Geld gespielt. Wobei Lotto „6 aus 45“ das am weitesten verbreitete Glücksspiel in Österreich ist (33% haben es zumindest einmal in den letzten zwölf Monaten gespielt). Innerhalb der letzten zwölf Monate haben 4 Prozent Sportwetten und klassische Kasinospiele getätigt. In den letzten fünf Jahren sind die Zahlen zum Glücksspiel im Allgemeinen konstant geblieben.⁵⁴

Kaufsucht

Das Kaufen ist eine gesellschaftlich akzeptierte und erwünschte Handlung. Daher gilt die Kaufsucht (Oniomanie) als eine häufig unauffällige und lange unerkannte Suchterkrankung. Kaufsucht ist geprägt von in Anfällen auftretendem impulsivem und exzessivem Kaufen von Konsumgütern und Dienstleistungen. Dabei steht weniger der Erwerb der Güter oder Dienstleistungen im Zentrum der Handlung, sondern vielmehr der Kaufvorgang selbst und die damit einhergehenden positiven Gefühle wie z. B. Stimmungsaufhellung oder ein positiver „Kick“. Wie auch diverse andere Süchte ist die Entstehung einer Kaufsucht ein Prozess, der sich über einen längeren Zeitraum zieht. Als „kompensatorisches Kaufverhalten“ wird

dabei jene Phase bezeichnet, die zwischen unauffälligem und süchtigem Kaufverhalten auftritt. Dazu zählen häufig so genannte „Frustkäufe“, mit denen sich die KäuferInnen über eine unangenehme oder belastende Situation hinwegsetzen möchten.⁵⁵ Erst wenn folgende Symptome auftreten und klar ausgeprägt sind, spricht man von Kaufsucht:

- ein als unwiderstehlich erlebter Drang
- die Abhängigkeit vom Kaufen bis hin zum Verlust der Selbstkontrolle
- die Tendenz zur Dosissteigerung, d.h. es werden immer häufiger und immer teurere Dinge gekauft und
- das Auftreten von Entzugserscheinungen

Erst wenn diese vier Merkmale im Kaufverhalten klar ausgeprägt sind, kann von süchtigem Kaufverhalten (Bild einer Sucht erfüllt) gesprochen werden. Zudem erfolgt trotz des Auftretens negativer Folgen (z. B. Verschuldung) eine Fortsetzung des Verhaltens.⁵⁶ Kaufsucht wird allerdings weder in der medizinischen Diagnoseverschlüsselung ICD-10 (International Classification of Diseases) noch im diagnostischen und statistischen Leitfadens psychischer Störungen DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) als anerkannte Diagnose angeführt. Im ICD-10 fällt die Kaufsucht unter Impulskontrollstörung: *„In diese Kategorie fallen andere Arten sich dauernd wiederholenden unangepassten Verhaltens, die nicht Folge eines erkennbaren psychiatrischen Syndroms sind und bei denen der betroffene Patient den Impulsen, das pathologische Verhalten auszuführen, nicht widerstehen kann. Nach einer vorausgehenden Periode mit Anspannung folgt während des Handlungsablaufs ein Gefühl der Erleichterung.“*⁵⁷

Die Folgen der Kaufsucht umfassen seelische (z. B. depressive Zustände, Schuld- und Schamgefühle), soziale (z. B. familiäre Probleme und Konflikte) und finanzielle (z. B. permanent überzogenes Konto, Verschuldung, Diebstahl) Auswirkungen.⁵⁸

In Österreich gelten rund 8 Prozent der Bevölkerung⁵⁹ als stark kaufsuchtgefährdet und weitere 20 Prozent gehören zur Gruppe mit einer deutlichen kompensatorischen Kaufneigung. Jüngere Menschen sind stärker von Kaufsucht betroffen als ältere. Außerdem sind 69 Prozent der betroffenen Personen Frauen und 31 Prozent Männer.⁶⁰

Laut den Ergebnissen des aktuellen Drogenmonitorings 2015 des Instituts Suchtprävention sind in Oberösterreich rund 36 Prozent der Frauen⁶¹ und 21 Prozent der Männer kaufsuchtgefährdet. Als besonders gefährdet konnte die Gruppe der 15 bis 30-jährigen Frauen identifiziert werden, in der 50 bis 59 Prozent als kaufsuchtgefährdet gelten.⁶²

⁵¹ Gschwandtner et al. 17.06., S. 24

⁵² Gschwandtner et al. 17.06., S.24

⁵³ Gschwandtner et al. 17.06., S.24

⁵⁴ Institut Suchtprävention 2015

⁵⁵ Institut Suchtprävention

⁵⁶ Institut Suchtprävention

⁵⁷ ICD-10: F63.8

⁵⁸ VIVID -Fachstelle für Suchtprävention

⁵⁹ Bevölkerung ab 14 Jahren

⁶⁰ Gschwandtner et al. 17.06., S. 27

⁶¹ Ab 15 Jahren

⁶² Gschwandtner et al. 17.06., S. 28

Internetsucht

Menschen haben ein Grundbedürfnis nach sozialen Kontakten, Kommunikation, Spiel und Unterhaltung. All diese Dinge sind im Internet in sehr großer Anzahl virtuell verfügbar. Auf dem Weg zur Internetsucht wird die virtuelle Lebenswelt immer mehr ins Zentrum der Aufmerksamkeit eines Individuums gerückt und gleichzeitig werden alle anderen Lebensbereiche wie z. B. Familie, Arbeit/Ausbildung, Freunde, Hobbys verdrängt. Sobald positive Erlebnisse und Gefühle nur noch online erlebt werden können und der Ausstieg aus der virtuellen Welt immer unattraktiver wird und nur noch das Internet reizvoll erscheint, spricht man von Internetsucht.⁶³ Für Young (1999) ist Internetsucht ein sehr umfassender Begriff, der ein großes Spektrum an Verhaltensweisen und Impulskontrollstörungen beinhaltet.

Der Begriff lässt sich demnach in fünf Subtypen untergliedern:

1. Cybersexabhängigkeit,
2. Abhängigkeit von virtuellen Gemeinschaften/Freundschaften,
3. zwanghafte Nutzung von Netzinhalten,
4. Dataholics, Infojunkies und
5. Computerabhängigkeit.⁶⁴

Die Studienlage zur Internetsucht ist sehr dünn. Eine im Jahr 2011 im Auftrag des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit publizierte Studie kommt zu dem Ergebnis, dass rund 1 Prozent der 14 bis 64-Jährigen eine Internetsucht aufweisen. Das Verhältnis Männer:Frauen wird dabei auf 1,5:1 geschätzt. Unter jüngeren Personen zwischen 14 und 24 Jahren liegt die Prävalenz bei etwa 2,4 Prozent. In diesem Alterssegment gibt es bezüglich der Betroffenheit von Internetsucht keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Allerdings unterscheiden sich die Geschlechter in dieser Altersgruppe beim Nutzungsverhalten: Rund 77 Prozent der Mädchen und jungen Frauen nutzen im Internet soziale Netzwerke, aber nur eher selten Onlinespiele (rund 7%). Burschen und junge Männer wiederum nutzen in etwas geringerem Ausmaß soziale Netzwerke (rund 65%), aber deutlich häufiger Onlinespiele (rund 34%).⁶⁵

Gemäß der ESPAD-Studie („European School Survey Project on Alcohol and other Drugs“) 2015⁶⁶ sagen 56 Prozent der jungen Frauen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren von sich, dass sie zu viel Zeit mit sozialen Medien wie z. B. Facebook verbringen. Bei den Burschen im gleichen Alter sind dies mit 36 Prozent deutlich weniger. Viele Mädchen (47%) und Burschen (30%) berichten davon, dass sie von ihren Eltern auf ihr diesbezügliches Verhalten hingewiesen werden. Ein anderes Bild zeigt sich bei Computerspielen: Hier berichten 31 Prozent der Burschen, aber nur 6 Prozent der Mädchen zwischen 14 und 17 Jahren, dass sie zu viel Zeit mit Computerspielen verbringen. In ähnlichem Ausmaß wird ihnen das auch von ihren Eltern mitgeteilt (Abbildung 123).

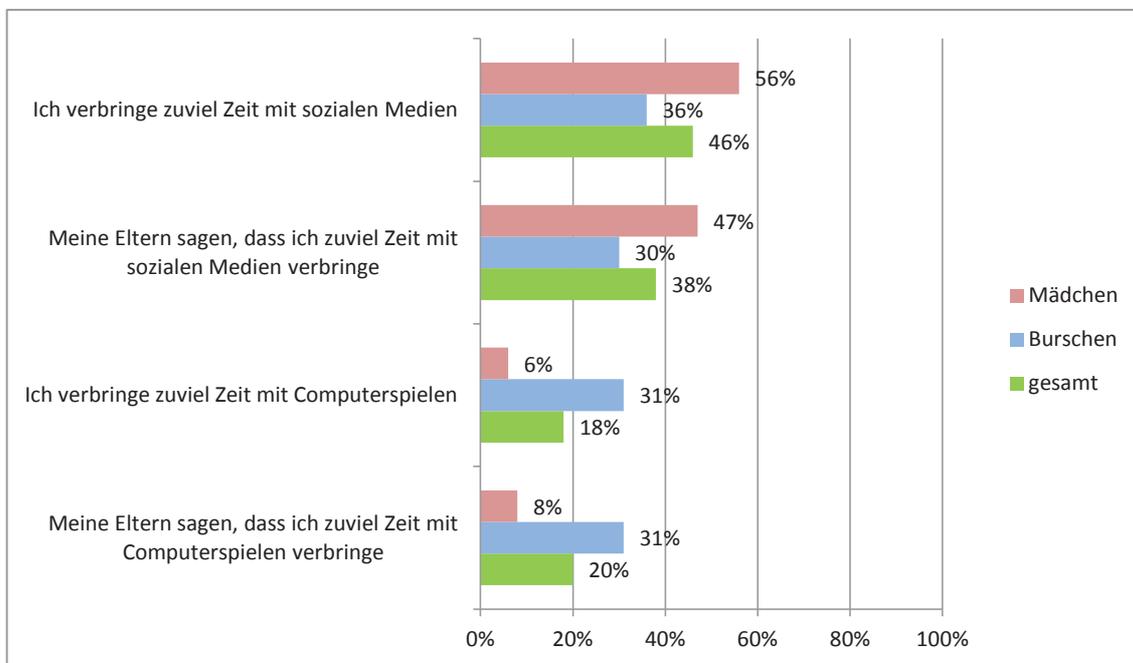
⁶³ Anton Proksch Institut

⁶⁴ Young, Nabuco de Abreu 2011, S. 100

⁶⁵ Gschwandtner et al. 17.06., S. 6

⁶⁶ Strizek et al. 2016

Abbildung 123: Subjektive Probleme mit sozialen Medien und Computerspielen nach Geschlecht (Anteile „stimme sehr zu“ und „stimme eher zu“) in Oberösterreich



Quelle: Gesundheit Österreich, ESPAD Österreich 2015 (Daten für Oberösterreich)⁶⁷

Fakten:

- Ein Drittel der oberösterreichischen Männer und ein Viertel der Frauen rauchen, wobei der Tabakkonsum in den letzten Jahren stetig zurückgegangen ist. Menschen mit niedrigem Bildungsstatus rauchen mehr als formal höher Gebildete. Österreich ist hinsichtlich der Tabakkontrolle und -prävention in Europa Schlusslicht, außerdem fällt Österreich im internationalen Vergleich durch die hohe Verfügbarkeit von Zigaretten auf.
- 11 Prozent der oberösterreichischen Männer und 2 Prozent der oberösterreichischen Frauen konsumieren täglich, 47 Prozent der Männer und 23 Prozent der Frauen mehrmals pro Woche Alkohol.
- Ein bis zwei Prozent der OberösterreicherInnen haben Konsumerfahrung mit Opioiden, rund 24 Prozent haben schon einmal Cannabis konsumiert. Ein aktueller Trend geht hin zu einem polytoxikomanen Konsum, also unterschiedliche Substanzen abwechselnd oder gleichzeitig zu konsumieren.
- Rund ein Prozent der österreichischen Bevölkerung weist ein problematisches beziehungsweise pathologisches Glücksspielverhalten auf, mehr Männer als Frauen. In Österreich gelten rund 8 Prozent der Bevölkerung als stark kaufsuchtgefährdet. Laut einer deutschen Studie weist ca. ein Prozent der Bevölkerung eine Internetsucht auf.

⁶⁷ Die Stichprobengröße für Oberösterreich ist n=1.631. Die Daten wurden auf Basis einer Klumpenstichprobe erhoben. Das heißt, es wurden nicht SchülerInnen einzeln per Zufall, sondern ganze Klassen zufällig ausgewählt. Ein so genannter Klumpeneffekt (auch: Clustereffekt) ist daher nicht auszuschließen. Ein solcher Effekt tritt dann ein, wenn sich die Befragten innerhalb eines Clusters ähnlicher sind als in der Grundgesamtheit und bedeutet einen Genauigkeitsverlust. Insgesamt wurde im Rahmen der ESPAD 2015 Österreichweit 8.044 SchülerInnen befragt

5. GESUNDHEITZUSTAND DER BEVÖLKERUNG

5.1. Allgemeiner Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebensqualität

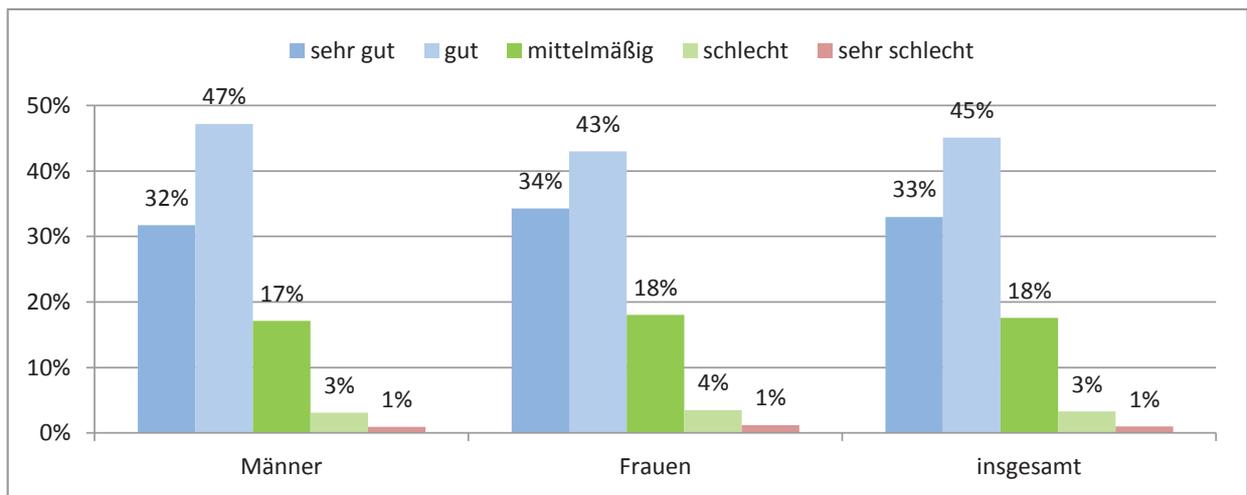
Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand

Die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes gilt in der Gesundheitsberichterstattung als zuverlässiger Indikator für die Gesundheit von Betroffenen. Daher wird dieser Indikator in vielen Erhebungen verwendet, auch im Europäischen Gesundheitssurvey (EHIS)¹ bzw. der nationalen Umsetzung in Österreich (Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS).² Viele Studien bestätigen einen engen Zusammenhang des Indikators mit verschiedenen Gesundheits- bzw. Erkrankungsindikatoren (Morbidität, funktionaler Status) und der Sterblichkeit (Mortalität).³

Österreichweit stufen 79 Prozent der über 15-jährigen Bevölkerung ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein, weitere 17 Prozent geben einen mittleren Gesundheitszustand an und 5 Prozent beurteilen ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht. In den letzten Jahrzehnten hat sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessert, d.h. der Anteil der Bevölkerung mit sehr gutem bzw. gutem Gesundheitszustand hat zugenommen.⁴

Hinsichtlich der subjektiven Gesundheit der Bevölkerung liegt Oberösterreich ungefähr im Bundesdurchschnitt: 78 Prozent stufen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein (Männer 79% und Frauen 77%), 18 Prozent bezeichnen ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig (Männer 17% und Frauen 18%) und 4 Prozent bekunden schlechte oder sehr schlechte Gesundheit (Männer 4% und Frauen 5%).

Abbildung 124: Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen)

Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Bevölkerung mit einem (sehr) guten Gesundheitszustand ab, von 96 Prozent in der Altersgruppe zwischen 15 und 24 Jahre

auf 50 Prozent bei über 75-Jährigen. Zwischen Männern und Frauen sind nur geringfügige Unterschiede zu beobachten.

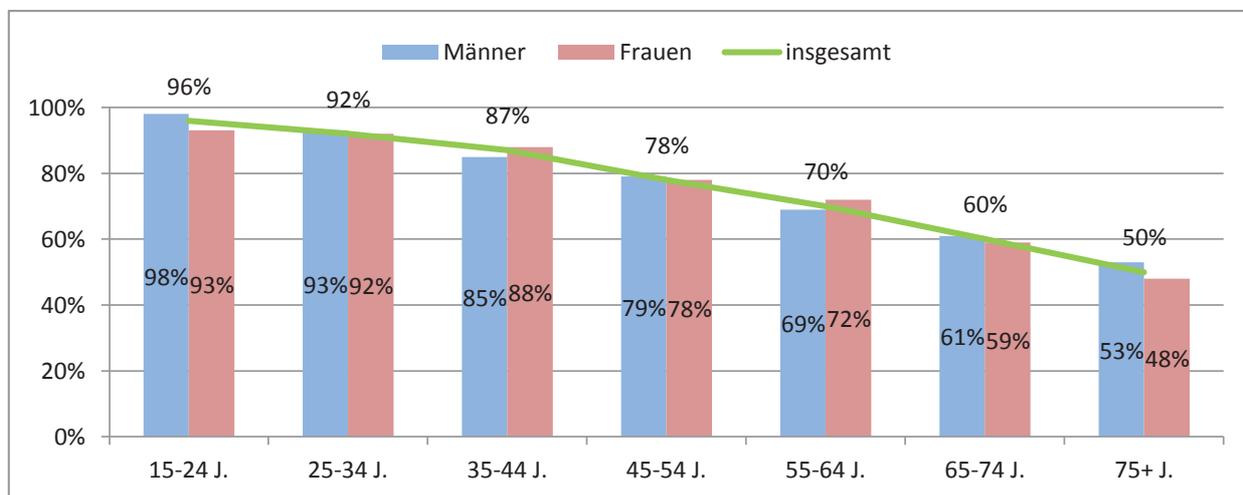
¹ Robert Koch-Institut (RKI) 2011, S. 51

² Klimont und Baldasz 2015, S. 15

³ DeSalvo et al. 2006

⁴ Klimont und Baldasz 2015, S. 15-17

Abbildung 125: Sehr guter/guter subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich

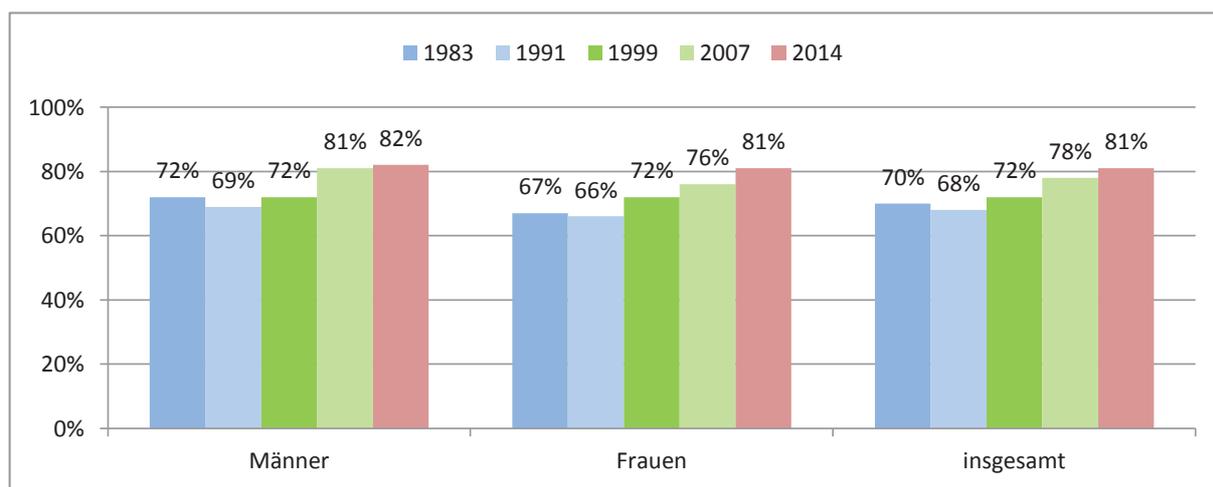


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Anteil mit sehr guter oder guter Gesundheit

Seit Beginn der 1980er Jahre ist der Anteil der Bevölkerung, der einen (sehr) guten Gesundheitszustand aufweist, deutlich angestiegen (von 70% 1983 auf 81%). Die

Verbesserung des Gesundheitszustandes fällt bei Frauen etwas stärker aus (Zunahme von 67% auf 81%) als bei Männern (Zunahme von 72% auf 82%).

Abbildung 126: Sehr guter/guter Subjektiver Gesundheitszustand 1983 bis 2014 nach Geschlecht in Oberösterreich

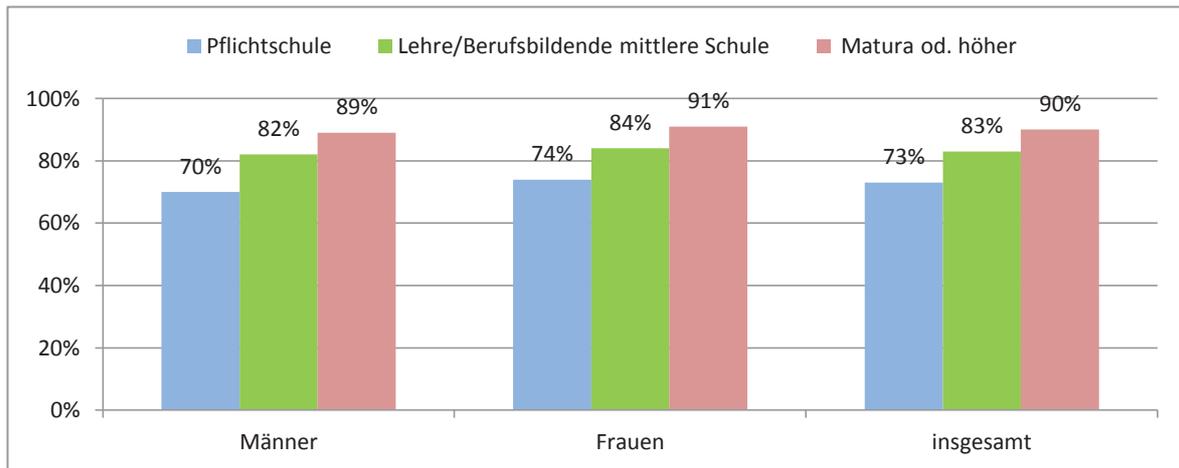


Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1983, 1991, 1999; Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2006/07, 2014 (IGP-Berechnungen). Anteil mit sehr guter oder guter Gesundheit (standardisiert auf Europastandardbevölkerung, WHO 1976)

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen sind obere Bildungsschichten deutlich gesünder als Personen mit niedrigerem Bildungsgrad. Während 90 Prozent der Personen mit Matura oder höherer Bildung einen (sehr) guten Gesund-

heitszustand aufweisen (Männer 89% und Frauen 91%), sind dies in der Gruppe mit maximal Pflichtschulabschluss lediglich 73 Prozent (Männer 70% und Frauen 74%).

Abbildung 127: Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht und Bildungsgrad in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Anteil mit sehr guter oder guter Gesundheit (standardisiert auf Europastandardbevölkerung, WHO 1976)

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist inhaltlich eng mit den Konzepten „subjektiver Gesundheit“ und „Wohlbefinden“ verwandt. Das Bezugssystem stellt für alle diese Begriffe die betroffene Person dar. Den Fokus bildet die subjektive Einschätzung der Betroffenen, nicht die objektive Beurteilung von ExpertInnen.⁵ Unter gesundheitsbezogener Lebensqualität versteht man subjektive Gesundheitsindikatoren, die mindestens vier Dimensionen abbilden: physischer Gesundheitszustand, psychische Befindlichkeit, soziale Beziehungen und funktionelle Alltagskompetenz.⁶

Gesundheitsbezogene Lebensqualität hat als Bewertungsparameter im Gesundheitsbereich an Bedeutung gewonnen. Als Hintergrund spielen verschiedene Entwicklungen eine Rolle:

- Der Paradigmenwechsel hinsichtlich eines ganzheitlicheren Gesundheitsbegriffs, der - wie es die WHO-Definition vorsieht - nicht nur physische sondern auch psychische und soziale Aspekte umfasst.
- Die demografische Alterung der Bevölkerung (höhere Lebenserwartung, mehr ältere Menschen) und die damit verbundene größere Bedeutung chronischer Erkrankungen, fordern eine stärkere Berücksichtigung des Lebensumfeldes und des Umgangs der PatientInnen mit Erkrankungen.

- Zunehmend werden klassische Outcomekriterien (z. B. Symptomminderung bei chronischen Erkrankungen, Lebensverlängerung) als unzureichend für die Bewertung von Behandlungsverläufen angesehen und die Berücksichtigung weiterer Aspekte der Auswirkung von Krankheit und Therapie auf die PatientInnen gefordert. Dem kommt die Orientierung an allgemeineren Indikatoren wie z. B. subjektives Wohlbefinden und Lebensqualität entgegen.⁷

Gesundheitsbezogene Lebensqualität gewinnt auch zusehends in Bezug auf die Bewertung der Leistungsfähigkeit von Versorgungssystemen an Bedeutung. Insbesondere in der ökonomischen Evaluierung, wo sie als Nutzenindikator den Kosten gegenübergestellt wird.⁸

Ein Erhebungsinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität stellt der Fragebogen WHOQOL (World Health Organisation Quality of Life) dar. Die Kurzversion (WHOQOL-BREF) wurde in der österreichischen Gesundheitsbefragung der Statistik Austria verwendet. Sie umfasst 24 Items, die den vier Domänen „physische Befindlichkeit“, „psychisches Wohlbefinden“, „soziale Beziehungen“, und „Umwelt“ zugeordnet werden können.⁹ Im Detail gehen folgende Aspekte in die Berechnung des Punktwertes (0-100 Punkte) ein:

⁵ Schumacher und Brähler 2004, S. 23

⁶ Bullinger und Morfeld 2008, S. 387

⁷ Bullinger und Morfeld 2008, S. 387

⁸ Bullinger und Morfeld 2008, S. 388

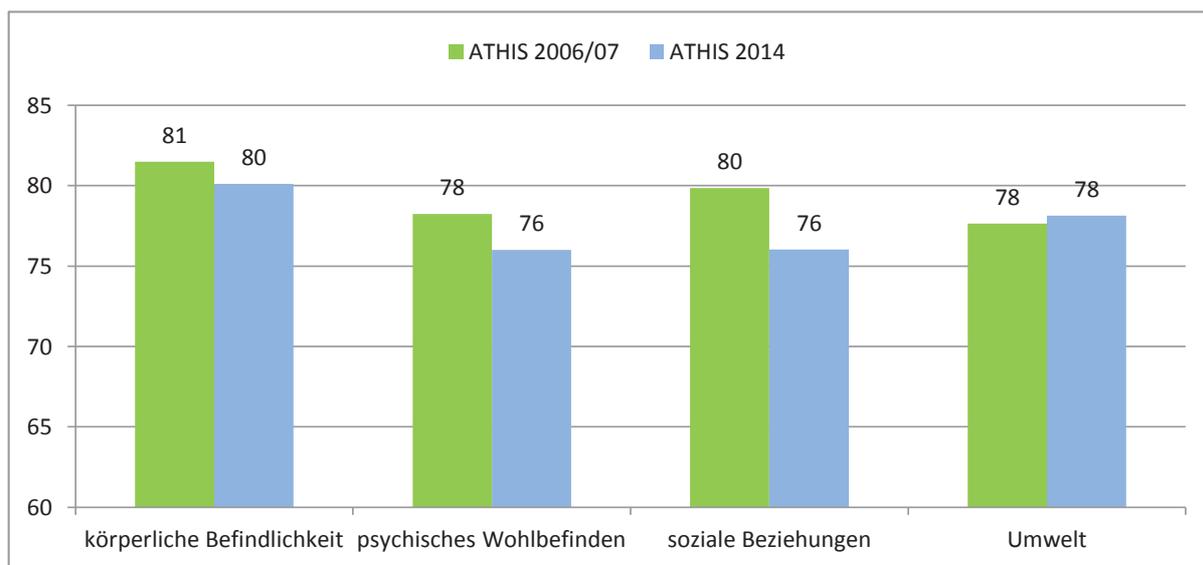
⁹ Klimont und Baldasz 2015, S. 20

- **Physische Befindlichkeit:** Energie bzw. Erschöpfung/Müdigkeit, Schmerz, Schlaf/Erholung, Mobilität, Verrichtung alltäglicher Aktivitäten, Angewiesenheit auf medizinische Behandlung/Medikamente bzw. Hilfsmittel und Arbeitsfähigkeit.
- **Psychisches Wohlbefinden:** negative (z. B. Angst oder Depression) und positive Gefühle (das Leben genießen können), Selbstwertgefühl, Konzentrationsfähigkeit, Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und Lebensinn.
- **Soziale Beziehungen:** persönliche Beziehungen, soziale Unterstützung, Sexualität.
- **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.¹⁰

Oberösterreich liegt hinsichtlich aller vier Domänen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im österreichischen Bundesdurchschnitt.¹¹

Im Vergleich zur Gesundheitsbefragung 2006/2007 haben sich die Mittelwerte der Domänen „körperliche Befindlichkeit“ und „Umwelt“ nicht wesentlich verändert. Hinsichtlich des psychischen Wohlbefindens und der sozialen Beziehungen hat sich die Lebensqualität etwas verschlechtert.

Abbildung 128: Gesundheitsbezogene Lebensqualität 2006/2007 und 2014 in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 und 2006/2007 (IGP-Berechnungen). Skala von 0 bis 100 (mittlerer Punktwert); (standardisiert auf Europastandardbevölkerung, WHO 1976)

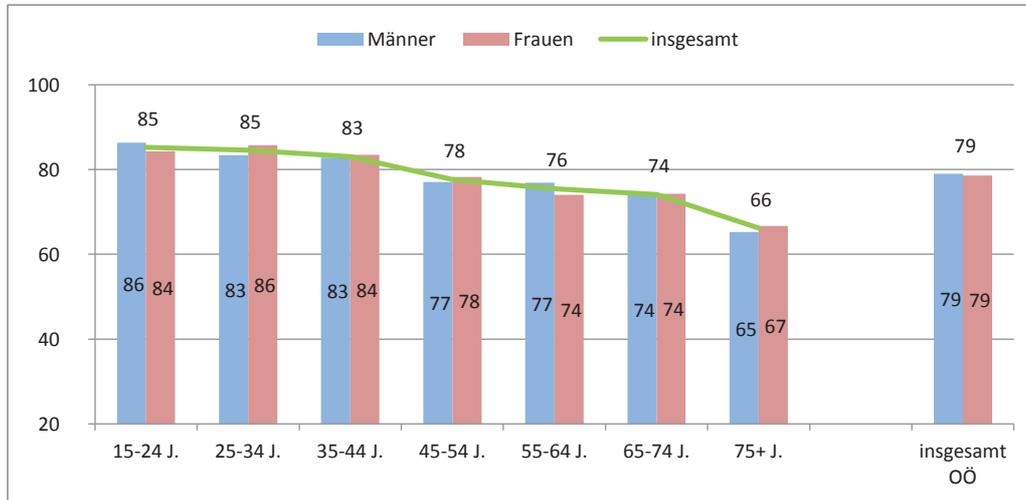
Im Hinblick auf die physische Befindlichkeit liegt die durchschnittliche Punktezahl bei 79 von 100 Punkten. Mit zunehmendem Alter nimmt das körperliche Wohlbefinden stetig ab (von 85 Punkten bei 15- bis 24-Jährigen

auf 66 Punkte bei über 75-Jährigen). Zwischen Männern und Frauen sind keine wesentlichen Unterschiede zu beobachten.

¹⁰ WHO 1997

¹¹ Standardisierte Raten (Europa-Standardbevölkerung): physische Befindlichkeit: Österr. 80 Punkte/OÖ 80 Punkte; psychisches Wohlbefinden: Österr. 76 Punkte/OÖ 76 Punkte; soziale Beziehungen: Österr. 76 Punkte/OÖ 76 Punkte; Umwelt: Österr. 78 Punkte/OÖ 78 Punkte; Quelle: Statistik Austria, ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen).

Abbildung 129: Physische Befindlichkeit nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich

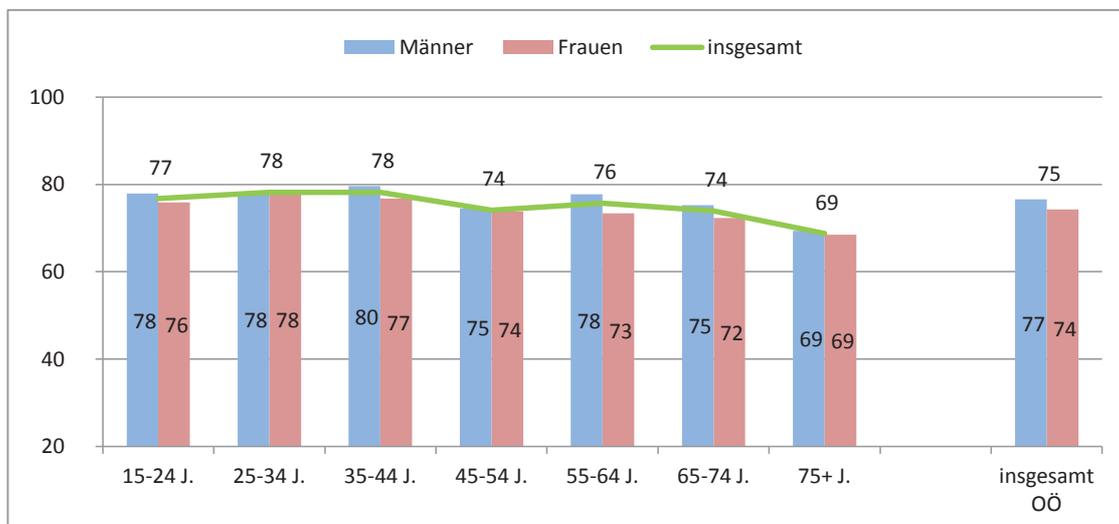


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Skala von 0 bis 100 (mittlerer Punktwert)

Der mittlere Punktwert der Domäne „psychisches Wohlbefinden“ beträgt 75 Punkte. Männer haben im Durchschnitt ein etwas besseres psychisches Wohlbefinden (77 Punkte) als Frauen (74 Punkte). Dies ist vor allem auf Unterschiede in den Altersgruppe zwischen 55 und 64 Jahren zurückzuführen. Im mittleren Alter (45 bis 54 Jahre: 74

Punkte) geht das psychische Wohlbefinden leicht zurück (im Vergleich zu den 35- bis 44-Jährigen: 78 Punkte), was vor allem durch eine Verschlechterung bei den Männern bedingt ist. Im höheren Alter über 75 Jahren sinkt der Mittelwert auf 69 Punkte.

Abbildung 130: Psychisches Wohlbefinden nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich

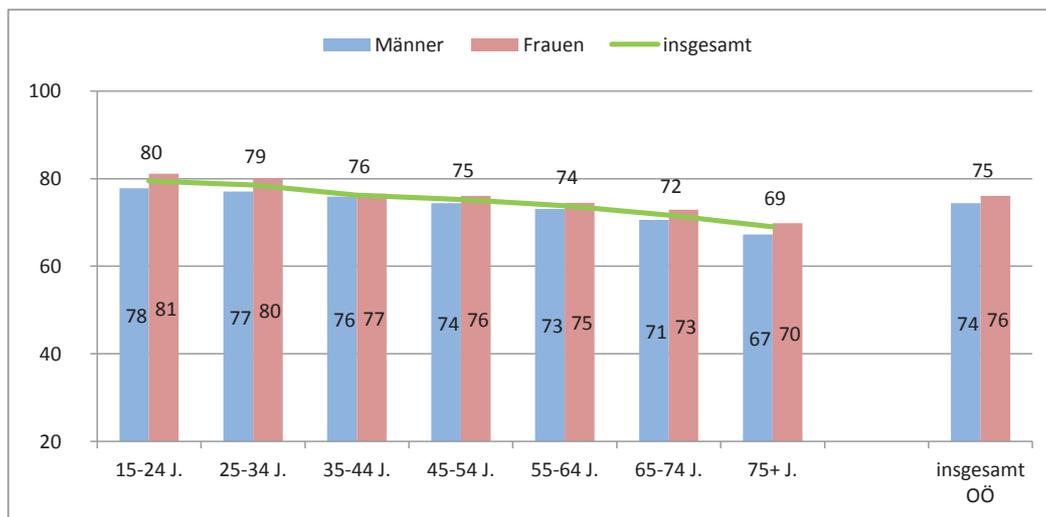


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Skala von 0 bis 100 (mittlerer Punktwert)

Die Qualität der sozialen Beziehungen nimmt mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab (von 80 Punkten in der

jüngsten Altersgruppe auf 69 Punkte bei über 75-Jährigen). Frauen weisen etwas bessere soziale Beziehungen auf als Männer.

Abbildung 131: Soziale Beziehungen nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich

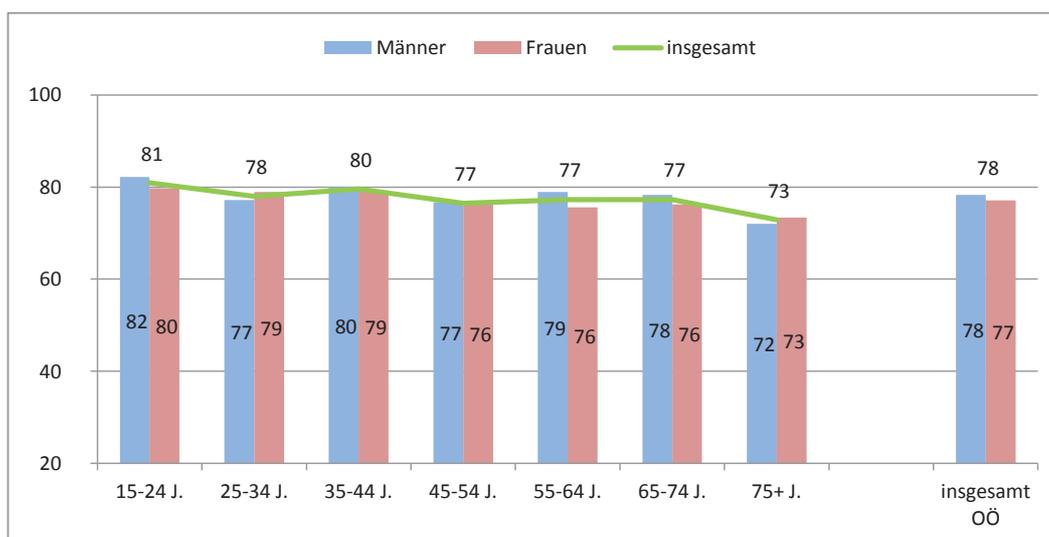


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Skala von 0 bis 100 (mittlerer Punktwert)

Im Durchschnitt wird die umweltbezogene Lebensqualität mit 78 von 100 Punkten bewertet. Zwischen Männern und Frauen ist kein wesentlicher Unterschied zu beobachten.

Im höheren Alter sinkt die umweltbezogene Lebensqualität auf 73 Punkte bei über 75-Jährigen ab.

Abbildung 132: Umweltbezogene Lebensqualität nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich

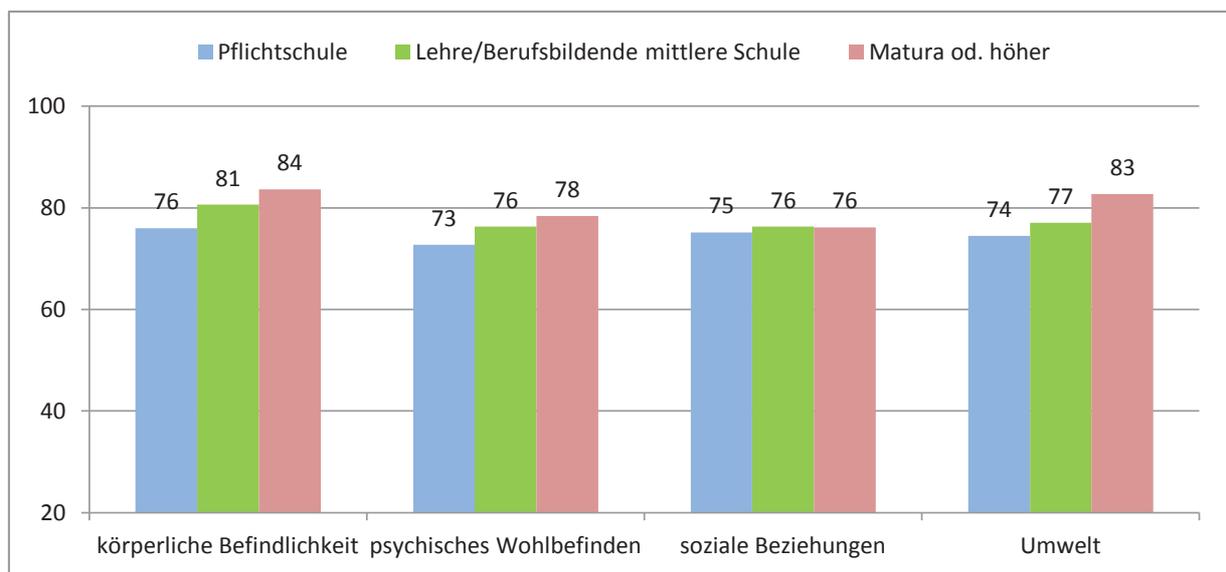


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Skala von 0 bis 100 (mittlerer Punktwert)

Der Rückgang der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in den Domänen körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden mit zunehmendem Lebensalter hängt nicht nur mit dem sich verschlechternden Gesundheitszustand zusammen. Eine Detailanalyse der oberösterreichischen Daten der Gesundheitsbefragung 2006/07 belegt, dass auch bei gleichem physischen und psychischen Gesundheitszustand die körperliche, psychische und soziale Lebensqualität mit zunehmendem Alter abnehmen. Dies könnte auf erhebliche Verbesserungspotenziale zur Erhöhung der Lebensqualität älterer Menschen durch nicht-medizinische Maßnahmen hindeuten (z. B. durch die Stärkung persönlicher und sozialer Bewältigungsressourcen).¹²

Betrachtet man die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach dem sozialen Status (Bildungsgrad) der Betroffenen, so ist bei drei Dimensionen ein deutlicher sozialer Gradient zu beobachten. Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss weisen bei der körperlichen Befindlichkeit, beim psychischen Wohlbefinden und bei der Dimension Umwelt deutlich ungünstigere Werte auf als Personen mit höherem Bildungsgrad. Lediglich im Hinblick auf die sozialen Beziehungen ist kein wesentlicher Unterschied zwischen Personen mit hohem und niedrigem Bildungsgrad festzustellen. Am deutlichsten sind die Unterschiede bei den Domänen Umwelt und körperliche Befindlichkeit ausgeprägt.

Abbildung 133: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Bildungsgrad in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Skala von 0 bis 100 (mittlerer Punktwert); (standardisiert auf Europastandardbevölkerung, WHO 1976)

Berufliche Belastungen und Belastung im persönlichen Umfeld (z. B. durch familiäre oder finanzielle Probleme, Betreuungsaufgaben etc.) haben einen erheblichen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Personen, die derartigen Belastungen ausgesetzt sind, weisen eine geringere Lebensqualität auf. Während dem Einfluss

der Belastungen im persönlichen Umfeld durch personale Ressourcen (z. B. Kontrollüberzeugungen, Selbstkonzept) entgegengewirkt werden kann, scheint dies im Hinblick auf berufliche Belastungen in deutlich geringerem Umfang möglich zu sein.¹³

¹² Reif 2012, S. 114

¹³ Reif 2012, S. 115

Fakten:

- Der Gesundheitszustand der Bevölkerung hat sich in den letzten Jahrzehnten verbessert. Rund drei Viertel der OberösterreicherInnen stufen ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut ein.
- Hinsichtlich der vier Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (physisch, psychisch, sozial, Umwelt) liegt Oberösterreich im österreichischen Bundesdurchschnitt. Im Vergleich zur Gesundheitsbefragung 2006/07 haben sich die Mittelwerte der Domänen „psychisches Wohlbefinden“ und „soziale Beziehungen“ etwas verschlechtert.
- Die gesundheitsbezogene Lebensqualität in den Domänen körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden nimmt mit dem Alter ab, was nicht nur mit dem verschlechternden Gesundheitszustand zusammenhängt. Dies könnte auf Verbesserungspotenziale zur Erhöhung der Lebensqualität älterer Menschen durch nichtmedizinische Maßnahmen hindeuten.
- Personen mit niedrigem Bildungsgrad weisen im Durchschnitt bei den Dimensionen körperliches und psychisches Wohlbefinden sowie Umwelt schlechtere Werte auf.

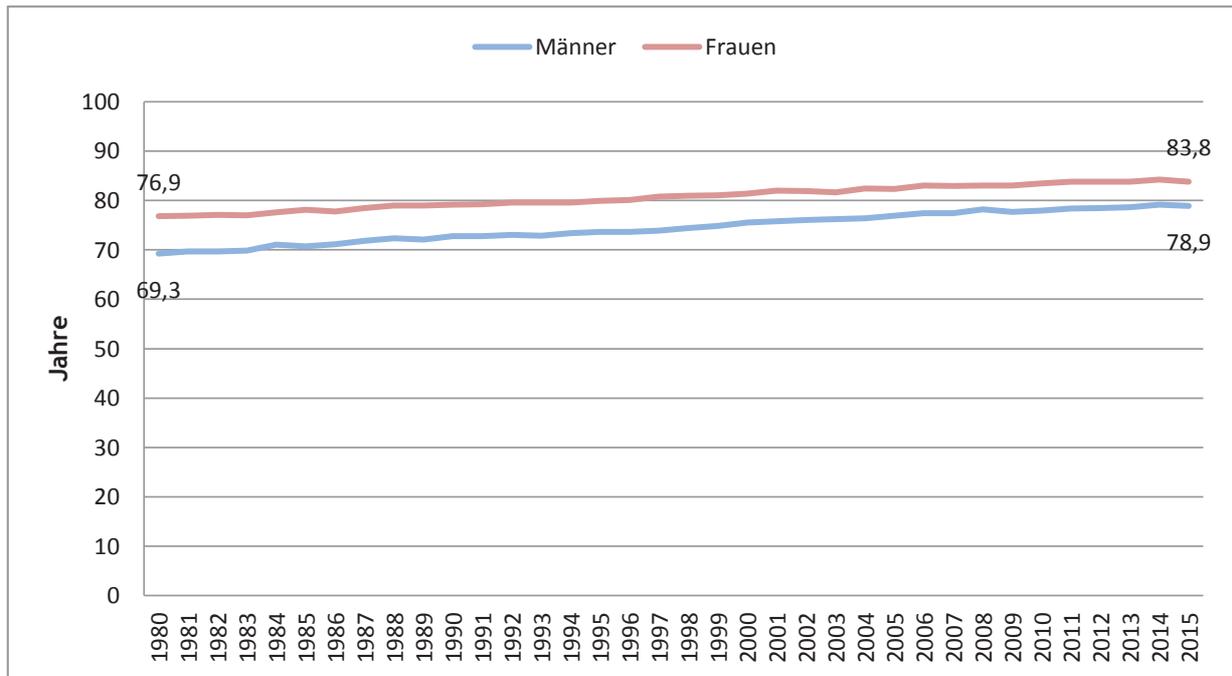
5.2. Beeinträchtigungen der Gesundheit und Gesundheitsrisiken

5.2.1. Lebenserwartung und Mortalität

Indikatoren zur Lebenserwartung und Mortalität sind wesentlich für die Beurteilung der gesundheitlichen Lage einer Population und deren Entwicklung. Die Lebenserwartung hat in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen. Im Jahr 1980 lag die Lebenserwartung (bei Geburt) einer Oberösterreicherin noch bei 76,9 Jahren und eines Oberösterreichers bei 69,3 Jahren. Im Jahr 2015

liegt die Lebenserwartung von Frauen bei 83,8 Jahren (österreichweit 83,6 Jahre) und bei Männern bei 78,9 Jahren (österreichweit 78,6 Jahre). Ein neugeborenes Mädchen hat somit heutzutage bei Geburt eine um knapp sieben Jahre höhere Lebenserwartung als noch im Jahr 1980. Ein Bub hat im gleichen Zeitraum 9,6 Jahre an Lebenserwartung hinzugewonnen. Der Abstand zwischen Männern und Frauen ist im Beobachtungszeitraum geringer geworden (Abbildung 134).

Abbildung 134: Lebenserwartung bei Geburt 1980 bis 2015 in Oberösterreich

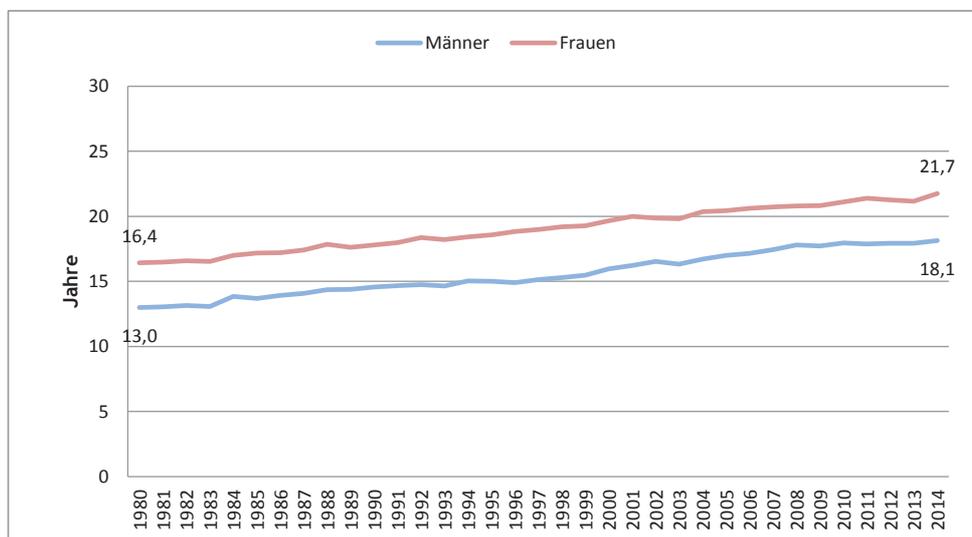


Quelle: Statistik Austria, Sterbetafeln

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 21,7 Jahren, ein oberösterreichischer Mann von 18,1 Jahren. Während

eine Frau im Jahr 1980 im Alter von 65 Jahren noch 16,4 Lebensjahre vor sich hatte, sind es im Jahr 2014 um 5,3 Jahre mehr. Männer haben im selben Zeitraum 5,1 Lebensjahre hinzugewonnen (Abbildung 135).

Abbildung 135: Fernere Lebenserwartung ab 65 Jahren 1980 bis 2014 in Oberösterreich

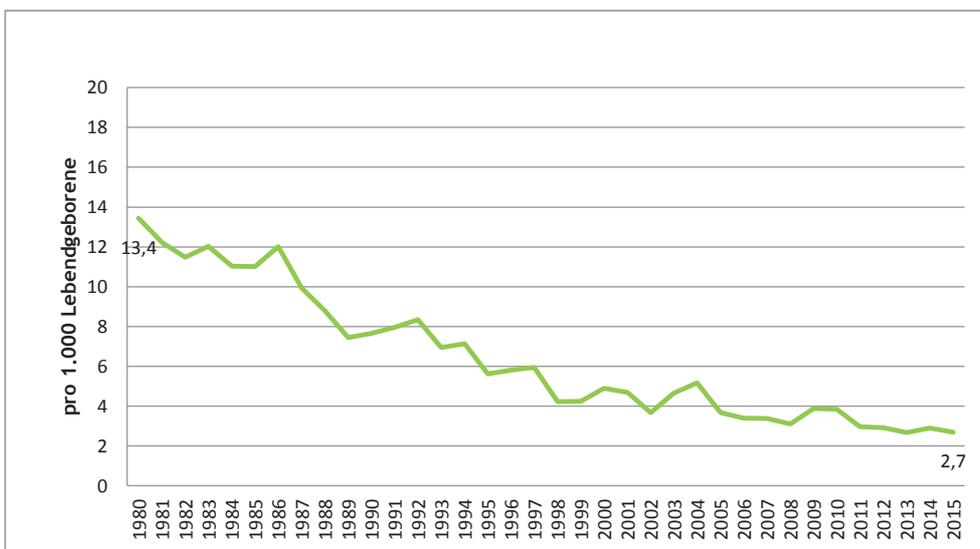


Quelle: Statistik Austria, Sterbetafeln

Die Säuglingssterblichkeit - das sind die im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder pro 1.000 Lebendgeborene¹⁴ - ist in den letzten Jahrzehnten deutlich zurückgegangen.

Während im Jahr 1980 noch 13,4 Kinder pro 1.000 Lebendgeborenen innerhalb des ersten Lebensjahres verstarben, waren dies im Jahr 2015 nur noch 2,7 Kinder pro 1.000 Lebendgeborenen (Abbildung 136) (siehe auch Kapitel 1.1.2. Bevölkerungsentwicklung).

Abbildung 136: Säuglingssterblichkeit 1980 bis 2015 in Oberösterreich



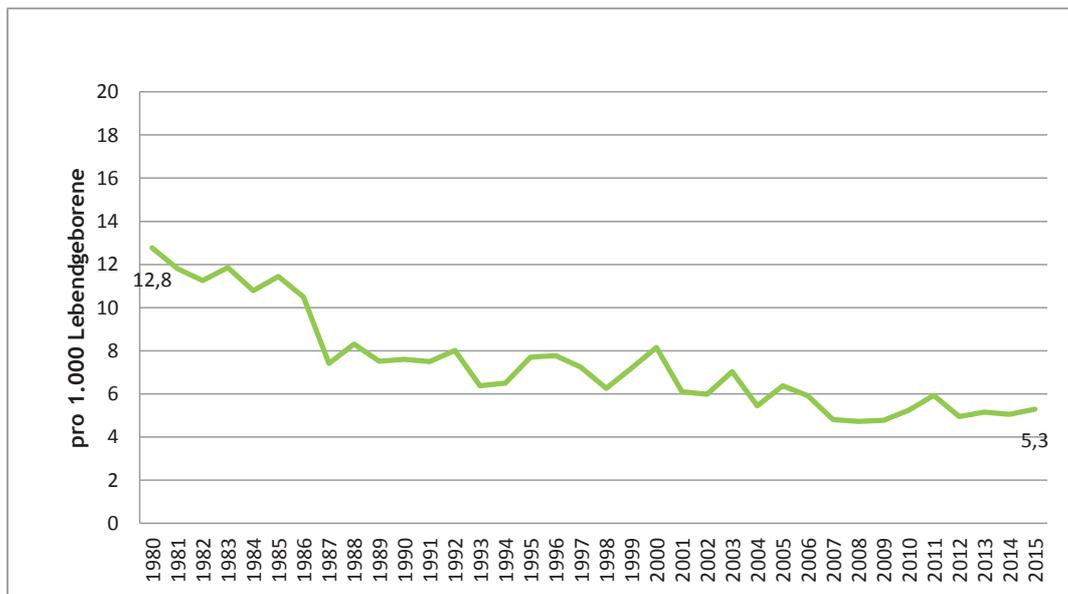
Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

¹⁴ Definition Lebendgeborene: Alle Geborenen unabhängig von der Schwangerschaftsdauer, bei denen nach dem vollständigen Austritt aus dem Mutterleib irgendein Lebenszeichen, zum Beispiel der Herzschlag oder eine deutliche Bewegung der Muskulatur, erkennbar ist. Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von unter 2.500 Gramm gelten als Frühgeburten.

Wie die Säuglingssterblichkeit ist auch die Perinatalsterblichkeit - das ist die Zahl der Totgeborenen plus die Zahl der in den ersten sieben Lebenstagen gestorbenen Neugeborenen pro 1.000 Lebendgeborenen - in den letzten Jahrzehnten deutlich zurückgegangen. Noch im Jahr 1980

kamen auf 1.000 Lebendgeborene 12,8 Totgeborene oder in der ersten Lebenswoche verstorbene Kinder. Im Jahr 2015 liegt dieser Wert bei nur noch 5,3 pro 1.000 (Abbildung 137).

Abbildung 137: Perinatalsterblichkeit 1980 bis 2015 in Oberösterreich



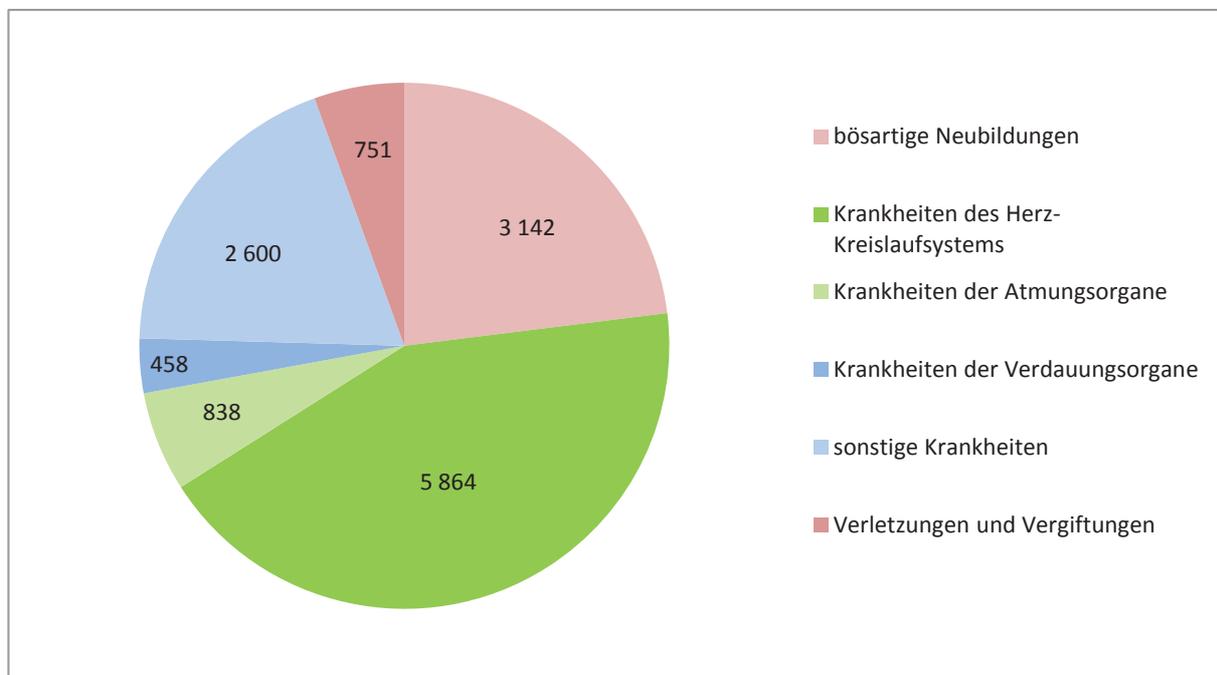
Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Insgesamt verstarben im Jahr 2015 13.653 OberösterreicherInnen. Der Großteil der Todesfälle - 5.864 Fälle oder 43 Prozent - lässt sich auf Herz-Kreislauferkrankungen zurückführen. Die zweithäufigste Todesursache sind Krebserkrankungen. 3.142 Personen starben im Jahr 2015 in Folge einer bösartigen Neubildung. Anders ausgedrückt:

Beinahe jeder vierte Todesfall (23%) des Jahres 2015 ist ursächlich auf eine Krebserkrankung zurückzuführen. 838 Menschen verstarben infolge von Krankheiten der Atmungsorgane, 490 an Krankheiten der Verdauungsorgane und 751 an Verletzungen und Vergiftungen. 2.600 Personen starben an sonstigen Krankheiten¹⁵ (Abbildung 138).

¹⁵ Definition sonstige Krankheiten: Infektiöse und parasitäre Krankheiten (ICD A00-B99), Neubildungen, ausgenommen bösartige; Krankheiten des Blutes; Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten; Psychische Krankheiten; Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (ICD D00-H95), Krankheiten der Haut und der Unterhaut; Krankheiten von Muskel-Skelett-Systemen und Bindegewebe; Krankheiten des Urogenitalsystems; Komplikationen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett; Perinatale Affektionen, angeborene Fehlbildungen und Chromosomenanomalien; Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen (L00-R99)

Abbildung 138: Todesfälle im Jahr 2015 in Oberösterreich

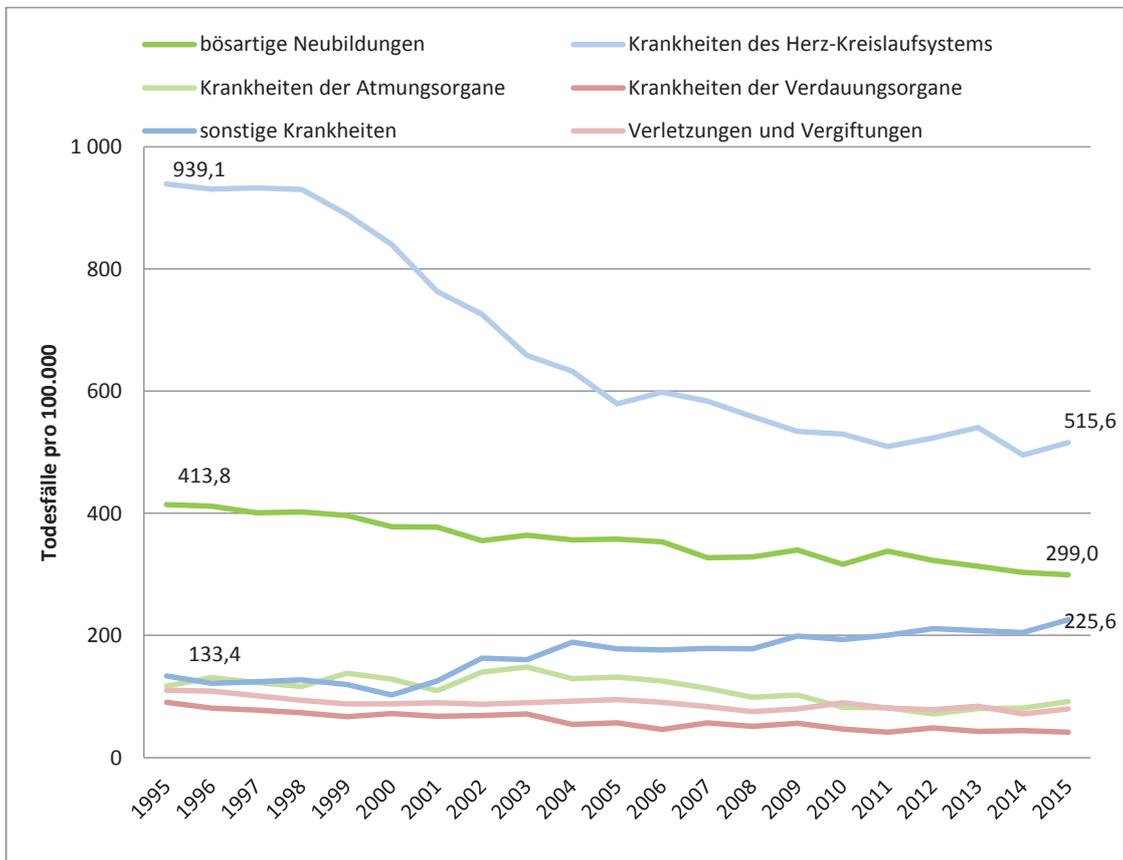


Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Betrachtet man die altersstandardisierten Mortalitätsraten der männlichen Bevölkerung Oberösterreichs im Beobachtungszeitraum zwischen 1995 und 2015, so ist bezüglich der Herz-Kreislaufmortalität bei den Männern ein deutlicher Rückgang von 939,1 (Jahr 1995) auf 515,6 (Jahr 2015) Todesfälle pro 100.000 festzustellen. Auch bei der Mortalität aufgrund von Krebserkrankungen ist ein Rückgang zu verzeichnen - von 413,8 (Jahr 1995) auf

299 (Jahr 2015) Todesfälle pro 100.000. Etwas zugenommen haben hingegen Todesfälle aufgrund von sonstigen Krankheiten. Bei den eher seltener auftretenden Todesursachen Krankheiten der Atmungsorgane, Krankheiten der Verdauungsorgane und Verletzungen/Vergiftungen ist bei den Männern tendenziell ein Rückgang in den letzten 20 Jahren festzustellen (Abbildung 139).

Abbildung 139: Altersstandardisierte Mortalität 1995 bis 2015 in Oberösterreich - Männer

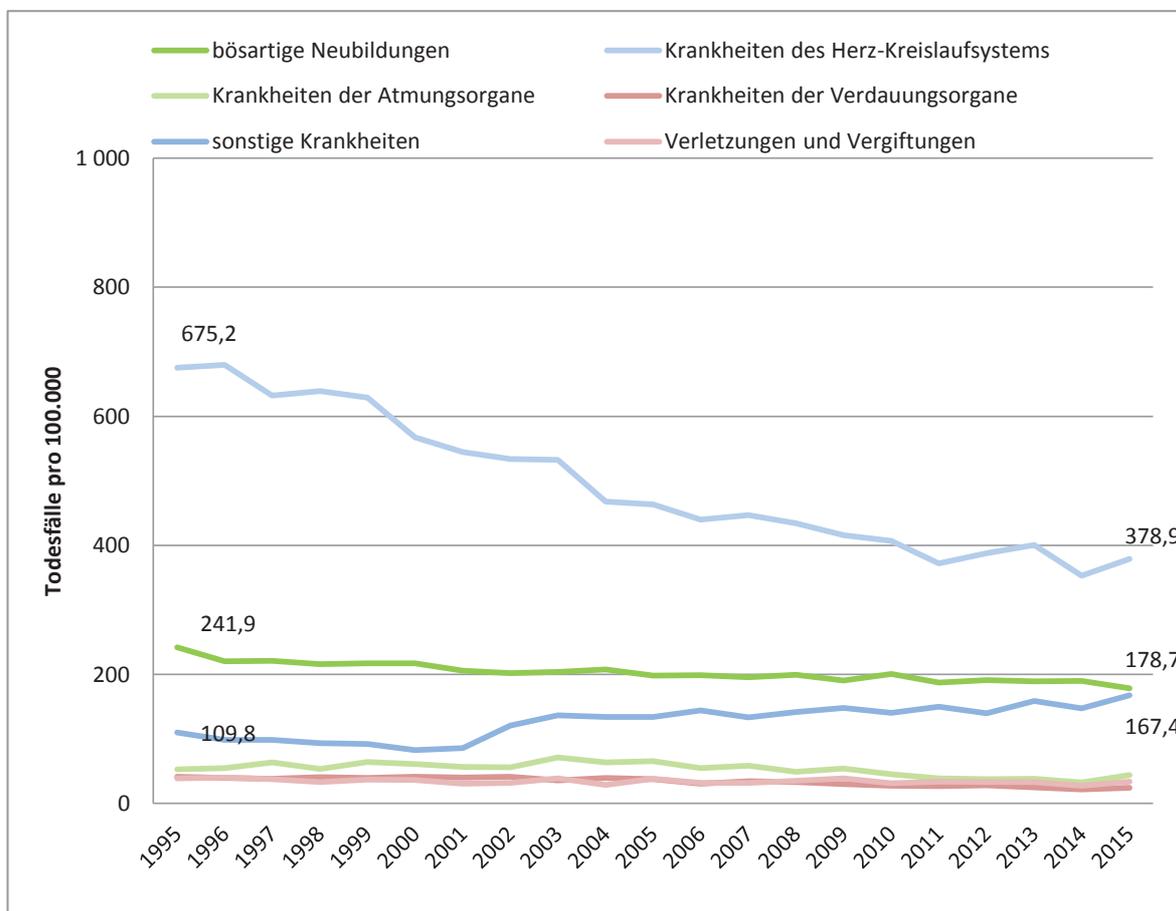


Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik. Ab 2002 Klassifikation der Todesursachen auf entsprechend ICD10 Version 2013 und altersstandardisierte Raten auf Basis der Eurostat-Standardbevölkerung 2013 - ab 2009 vollzähliger Erfassung von im Ausland verstorbenen Personen mit Wohnsitz in Österreich; nur Männer

Betrachtet man die altersstandardisierten Mortalitätsraten der weiblichen Bevölkerung Oberösterreichs im Beobachtungszeitraum zwischen 1995 und 2015, so ist bezüglich der Herz-Kreislaufmortalität - wie schon bei den Männern - ebenfalls ein deutlicher Rückgang von 675,2 (Jahr 1995) auf 378,9 (Jahr 2015) Todesfälle pro 100.000 festzustellen. Der Rückgang bei der Krebsmortalität ist bei den Frauen ebenfalls beobachtbar - jedoch nicht so

deutlich wie bei den Männern - von 241,9 (Jahr 1995) auf 178,7 (Jahr 2015) Todesfälle pro 100.000. Wie bei den Männern haben auch bei den Frauen die Todesfälle aufgrund von sonstigen Krankheiten etwas zugenommen. Die Mortalität aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane, Krankheiten der Verdauungsorgane und Verletzungen/Vergiftungen ist im Jahr 2015 geringer als noch vor 20 Jahren (Abbildung 140).

Abbildung 140: Altersstandardisierte Mortalität 1995 bis 2015 in Oberösterreich- Frauen



Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik. Ab 2002 Klassifikation der Todesursachen auf entsprechend ICD10 Version 2013 und altersstandardisierte Raten auf Basis der Eurostat-Standardbevölkerung 2013 - ab 2009 vollzählige Erfassung von im Ausland verstorbenen Personen mit Wohnsitz in Österreich; nur Frauen

Fakten:

- Die Lebenserwartung hat in den letzten Jahrzehnten stetig zugenommen. Im Jahr 2015 beträgt die Lebenserwartung (bei Geburt) einer Oberösterreicherin rund 84 Jahre und jene eines Oberösterreichers rund 79 Jahre. Auch die fernere Lebenserwartung ab dem 65. Lebensjahr ist deutlich angestiegen.
- Sowohl die Säuglings- als auch die Perinatalsterblichkeit ist in den letzten Jahrzehnten stark zurückgegangen.

- Die häufigsten Todesursachen sind Herz-Kreislauferkrankungen und Krebserkrankungen. Beide zusammen sind für zwei Drittel der Todesfälle eines Jahres verantwortlich. In den letzten Jahren sind die Herz-Kreislaufmortalität stark und die Krebsmortalität etwas gesunken.

5.2.2. Übertragbare Erkrankungen

Infektionskrankheiten sind noch immer eine der wichtigsten Ursachen für Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit weltweit. In Österreich - wie in vielen westlichen Industrieländern - hat ihre Bedeutung als Krankheits- und Todesursache jedoch deutlich abgenommen. Ursachen für diese erfreuliche Entwicklung sind der hohe Standard der medizinischen Versorgung, das Vorhandensein von hochwirksamen Medikamenten (Antiinfektiva), die verbesserte hygienische Situation und Immunitätslage der Bevölkerung aufgrund des hohen Lebensstandards sowie des intensiven Einsatzes von hochwirksamen Impfungen.

Durch Globalisierung und vermehrte Reisetätigkeit der Menschen allerdings ist die potentielle Gefahr einer raschen und globalen Verbreitung von Epidemien deutlich gestiegen. Dies stellt besonders dann ein Problem dar, wenn es sich um „neue“ Erreger handelt, gegen die keine Immunität in der Bevölkerung vorhanden ist und gegen die es auch keine wirksamen Impfstoffe gibt.

So hielt von 2014 bis 2016 die größte je dagewesene Ebolaepidemie in Westafrika (Guinea, Sierra Leone, Liberia), mit mehr als 28.600 Erkrankten und mehr als 11.000 Toten, die Welt in Atem. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) rief eine „Internationale Notlage des Gesundheitswesens“ aus. Außerhalb der Ausbruchstaaten waren Großbritannien, Italien, Mali, Nigeria, Senegal, Spanien und USA kurzfristig durch eingeschleppte Fälle von Ebola betroffen. Auch die österreichischen Gesundheitsbehörden hatten daher Vorbereitungen auf ein mögliches Auftreten dieser hochinfektösen gefährlichen Krankheit zu treffen. Glücklicherweise kam es in Österreich zu keinem Ebolafall.

Dagegen wurde 2014 in Österreich erstmals eine Infektion mit dem MERS (Middle East Respiratory Syndrome)-Coronavirus bei einer Touristin aus dem arabischen Raum diagnostiziert. Die Patientin war in Wien aufgrund der Lungenentzündung mit schwerem Atemnotsyndrom in intensivmedizinischer Behandlung. Durch suffiziente Hygienemaßnahmen konnte eine Weiterverbreitung dieser, mit einer Sterblichkeit von 30 Prozent einhergehenden, Viruserkrankung im Spital verhindert werden. Auch außerhalb des Krankenhauses kam es zu keinen weiteren Folgefällen.

Die wichtigste Maßnahme zur Vorbeugung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten ist die Beobachtung (Surveillance) der epidemiologischen Lage. Durch das rasche Erkennen von steigenden Fallzahlen oder Krankheitsausbrüchen können möglichst zeitnah Gegenmaßnahmen gesetzt werden. In Österreich wird die Überwachung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten vom öffentlichen Gesundheitsdienst vollzogen. Alle anzeigepflichtigen Krankheiten werden in dem epidemiologischen Meldesystem (EMS) vermerkt, aktuellen Entwicklungen (MERS, West-Nil-Fieber, Chikungunyafieber, Zikavirus) wird durch laufende Anpassungen der Meldepflicht Rechnung getragen.

Tabelle 13: Nach dem Epidemiegesetz 1950 und dem Tuberkulosegesetz 1968 gemeldete Erkrankungen 2010 bis 2015 in Oberösterreich

Art der Erkrankung	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bang'sche Krankheit	0	0	0	1	0	0
Bissverletzung durch wutkranke oder -verdächtige Tiere	3	9	7	12	9	3
Botulismus	0	0	0	0	0	0
Campylobacteriose	738	706	654	846	1013	855
Cholera	0	0	0	0	0	0
Clostridium difficile assoziierte Erkrankungen mit schwerem Verlauf	10 (2†)	8 (6†)	5 (4†)	7	7	17 (5†)
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit CJK	1 (1†)	3 (3†)	4 (4†)	3 (3†)	3 (3†)	3 (3†)
Dengue-Fieber	0	0	0	1	11	13
FSME	20 (1†)	28 (2†)	11	37 (2†)	25	16
Fuchsbandwurm	1	0	0	2	0	0

Art der Erkrankung	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hämophilus influenzae B Erkrankungen (invasiv)	0	0	0	1	3 (1†)	7
Hanta-Virus-Infektionen	4	0	1	0	1	1
Hepatitis A akut	12	7	9	23	4	4
Hepatitis B akut	28	12	7	8	5	3
Hepatitis C akut	75	16	27	4	5	3
Hepatitis D akut	0	0	0	0	0	0
Hepatitis E akut	0	1	0	2	5	8
Hepatitis Non A-E akut	0	0	0	0	0	0
Hundebandwurm (Echinococcus multilocularis)	5	2	0	2	1	1
Influenza A/H5N1 oder anderes Vogelgrippevirus	0	0	0	0	0	0
Keuchhusten	75	95	95	87	55	46
Legionärskrankheit	7	10 (1†)	15 (2†)	11 (2†)	16 (3†)	14 (1†)
Leptospiren - Erkrankung	2 (1†)	2	6	4	6	5
Listeriose	4	2 (1†)	7 (1†)	7 (1†)	6	8 (1†)
Malaria	4	5	1	7	9	9
Masern	3	9	6	4	29	82
Meningokokkenerkrankung (invasiv)	13	11 (1†)	10 (2†)	12 (3†)	2	4
MERS-CoV (Middle-East Respiratory Syndrom Coronavirus)					0	0
Norovirus	741	680	279	387	259	362
Paratyphus	0	1	3	2	1	1
Pneumokokkenerkrankung (invasiv)	47 (2†)	10	34 (4†)	57 (3†)	41 (4†)	93 (5†)
Rotavirus	94	175	171	93	111	45
Röteln	0	0	4	5	0	1
Ruhr, übertragbare (Amöbenruhr)	3	0	2	1	0	0
Salmonella spp.	339	319	332	227 (1†)	218	294 (1†)
SARS (schweres akutes respiratorisches Syndrom)	0	0	0	0	0	0
Scharlach	22	89	200	312	351	262
Shigellose	7	10	7	5	9	13
sonst. bakt. Lebensmittelvergiftung	0	2	4	64	0	0
sonst. Meningitis (invasive bakterielle Erkrankung)	2	2	1	2	0	0
sonst. Sepsis (invasive bakterielle Erkrankung)	0	2	3 (2†)	1	1 (1†)	3

Art der Erkrankung	2010	2011	2012	2013	2014	2015
sonst. virale Lebensmittelvergiftung	0	1	0	0	0	2
sonst. virusbedingte Meningoencephalitis	2	4	2	5	13	14 (2†)
Staphylokokkus aureus (Lebensmittelintoxikation)	11	3	1	0	1	0
STEC/VTEC	8	21	19	21	15	18
Tuberkulose (durch einen Erreger des Mykobakterium-tuberkulosis-Komplex)	122 (14†)	116 (11†)	88 (4†)	90 (6†)	83 (4†)	77 (3†)
Tularämie	0	2	0	0	0	0
Typhus (Abdominaltyphus)	1	0	1	0	1	0
Virale hämorrhagische Fieber (z. B. Ebola, Lassa, Marburg, Krim-Kongo)	0	0	0	0	0	0
West-Nil-Fieber						0
Yersiniose	17	18	10	22	14	15
andere anzeigepflichtige Erkrankungen (Diphtherie, Gelbfieber, Kinderlähmung, Lepra, Milzbrand, Pest, Pocken, Psittakose, Fleckfieber, Rückfallfieber, Rotz, Tollwut, Trachom, Trichinose)	0	0	0	0	0	0

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; EMS (Elektronisches Meldesystem); Amt der oberösterreichischen Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit, Abt. Gesundheit

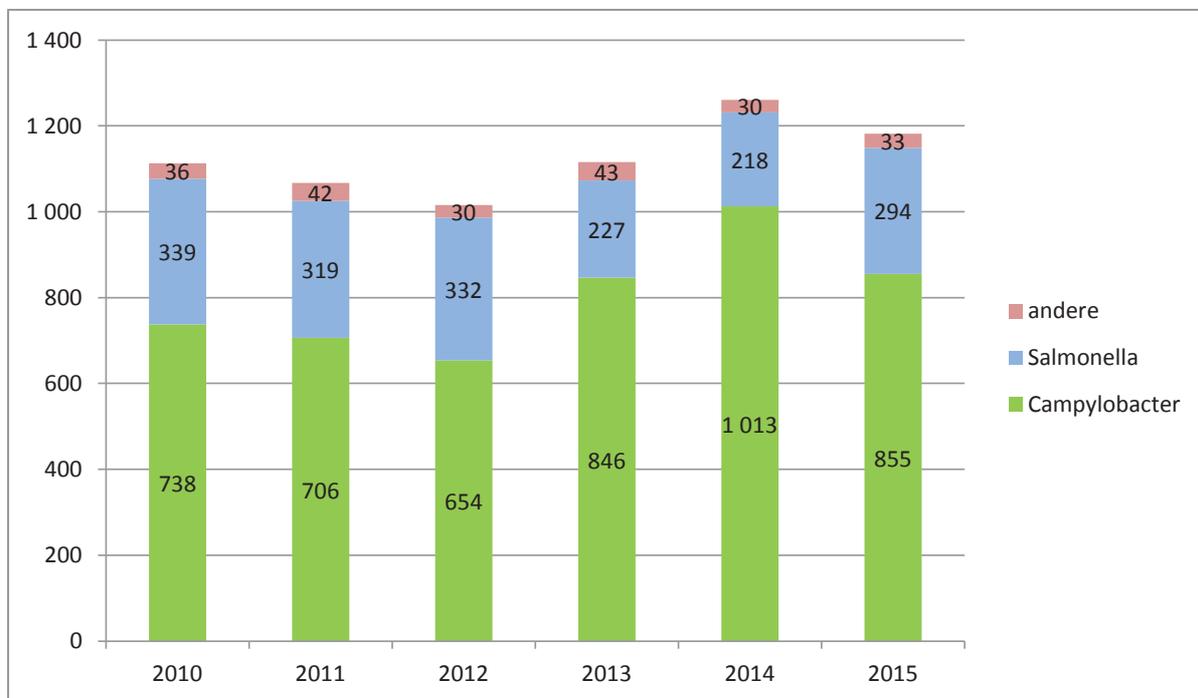
Lebensmittelvergiftungen

Unter Lebensmittelvergiftungen versteht man bakterielle oder virale Infektionen, die über ein mit dem Erreger (oder dessen Toxin) kontaminiertes Lebensmittel auf den Menschen übertragen werden. In den meisten Fällen kommt es dadurch zu entzündlichen Veränderungen des Magen-Darm-Traktes, was hauptsächlich zu Übelkeit, Erbrechen und/oder Durchfällen führt. So wie in den Vorjahren stellten diese Erkrankungen auch von 2010 bis 2015 die häufigsten Infektionen in Oberösterreich dar.

Campylobacter jejuni/coli ist österreichweit der wichtigste Erreger bakterieller Lebensmittelvergiftungen. Die Übertragung erfolgt in der Regel durch unzureichend erhitzte Geflügel- und Fleischprodukte. Die Zahl der Campylobactererkrankungen hat sich in den letzten Jahren auf relativ hohem Niveau eingependelt. Nach einem vorläufigen Erkrankungshöchststand 2014 (1013 Fälle) waren die Zahlen 2015 (855 Fälle) allerdings wieder leicht rückläufig. Im Bundesvergleich zählt die Inzidenz der Campylobacteriose 2015 in Oberösterreich mit 59,5/100.000 zu den niedrigsten.

Enteritissalmonellen sind auch weiterhin die zweitwichtigsten Erreger der bakteriellen Lebensmittelvergiftung. Durch bundesweit koordinierte Bemühungen zur Bekämpfung der Salmonellen in der Geflügelzucht (Übertragung durch rohe Eier und Geflügelfleisch) konnte seit mehr als zehn Jahren ein stetiger Rückgang der gemeldeten Fälle erreicht werden. Dieser Trend setzte sich auch in den letzten Jahren weiter fort, im Jahr 2014 konnte in Oberösterreich das bis jetzt niedrigste Niveau (218 Fälle) erreicht werden. 2015 kam es zu einem bundesländerübergreifenden Ausbruch mit Salmonella Stanley mit 55 oberösterreichischen Beteiligten. Die Ausbruchsabklärung ergab starke Evidenz für importierte Putenfleischerzeugnisse als verursachendes Lebensmittel. Salmonella Stanley hatte schon 2011 bis 2013 zu einem multinationalen Ausbruch unter zehn EU-Mitgliedsstaaten (darunter auch Österreich) geführt, der auf kontaminiertes Putenfleisch zurückgeführt wurde.

Abbildung 141: Bakterielle Lebensmittelvergiftungen 2010 bis 2015 in Oberösterreich



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Virale Lebensmittelvergiftungen werden in erster Linie von Noroviren verursacht, die besonders in den kalten Wintermonaten auch in Oberösterreich immer wieder zu Ausbrüchen in Gemeinschaftseinrichtungen wie Schulen, Kindergärten und Altenheimen führten. Häufig steht am Anfang eines Norovirusausbruchs die Übertragung des Erregers durch ein Lebensmittel, die weitere Verbreitung passiert dann aber oft über direkten Kontakt mit infektiösem Material (Stuhl oder Erbrochenes).

Rotaviren verursachen ebenfalls Durchfallerkrankungen, treten allerdings hauptsächlich bei Kindern durch Mensch-zu-Mensch-Übertragung auf.

Bakterielle Infektionen

Keuchhusten ist eine hochansteckende, durch Bakterien verursachte, Erkrankung der Atemwege, die besonders bei Säuglingen und abwehrgeschwächten Personen zu schweren Verläufen führen kann. Etwa 90 Prozent der in Oberösterreich gemeldeten Fälle waren nicht vollständig gegen Keuchhusten geimpft. Die meisten Erkrankungsfälle treten bei Kindern im 1. Lebensjahr auf, die noch keinen vollständigen Impfschutz haben. Stark betroffen sind auch die 5-9-Jährigen, da der Impfschutz nach Grundimmunisierung im Säuglingsalter in dieser Altersgruppe deutlich abnimmt. Nach der Auffrischungsimpfung im neunten Lebensjahr fallen die Erkrankungszahlen und steigen bei fehlender Auffrischung im Erwachsenenalter

wieder etwas an. Im Erwachsenenalter ist zudem eine hohe Dunkelziffer an nicht gemeldeten Erkrankungen anzunehmen.

Pneumokokken können schwere Lungenentzündungen bis hin zur Sepsis (Blutvergiftung) hervorrufen. Wie in ganz Österreich haben Erkrankungen mit diesem Erreger auch in Oberösterreich zuletzt zugenommen (93 Fälle 2015). Besonders betroffen sind Personen über 60 Jahren, ihnen empfiehlt der österreichische Impfplan dringend, sich impfen zu lassen. Die seit einigen Jahren im kostenlosen Kinderimpfkonzept enthaltene Pneumokokkenimpfung sollte in den kommenden Jahren durch den Aufbau einer Herdenimmunität zu sinkenden Fallzahlen in der ganzen Bevölkerung führen.

Meningokokken verursachen eine Gehirnhautentzündung oder Sepsis (Blutvergiftung) und können bei fulminantem Verlauf in kurzer Zeit zum Tod führen. In Oberösterreich ist - wie im restlichen Bundesgebiet - in den letzten Jahren ein starker Rückgang der Erkrankungszahlen zu verzeichnen gewesen (zuletzt vier Fälle 2015).

Die Legionellenpneumonie (atypische Lungenentzündung) ist eine relativ selten vorkommende Erkrankung, weist jedoch eine hohe Sterblichkeit von 10 Prozent auf.

Die Übertragung erfolgt über das Einatmen von kontaminierten Aerosolen, die bei schlecht gewarteten Warmwassersystemen, Whirlpools und Klimaanlage entstehen können. Die Häufigkeit dieser Erkrankung liegt in Oberösterreich zwischen sieben und 16 Fällen im Jahr.

Die Tuberkulose wird durch Mykobakterien hervorgerufen. Begünstigend für die Entwicklung einer Tuberkuloseerkrankung nach Infektion sind ein schlechter Gesundheitszustand (Grunderkrankungen, Schwächung des Immunsystems) sowie ungünstige Lebensumstände. Aufgrund des hohen Lebensstandards in Österreich sowie eines gut organisierten Tuberkulosefürsorgeprogramms sind die Neuerkrankungen an Tuberkulose in Oberösterreich weiterhin rückläufig (77 Fälle 2015). Risikogruppen stellen sozial schwache Bevölkerungsgruppen sowie MigrantInnen aus Ländern mit höherer Tuberkuloseinzidenz dar.

Virale Infektionen

Masern sind eine hochansteckende und komplikationsbehaftete Infektionskrankheit. Daher hat es sich die Weltgesundheitsorganisation zum Ziel gemacht, die Masern weltweit auszurotten. In Österreich kam es 2015 zu einem Masernausbruch mit 309 Erkrankten, an dem Oberösterreich maßgeblich beteiligt war. Während zwischen 2010 und 2013 in Oberösterreich nur etwa drei bis neun Masernerkrankungen jährlich gemeldet wurden, waren es 2014 bereits 29, 2015 sogar 82 Erkrankungen. 95 Prozent aller Masernerkrankten waren nicht geimpft. Neben Kin-

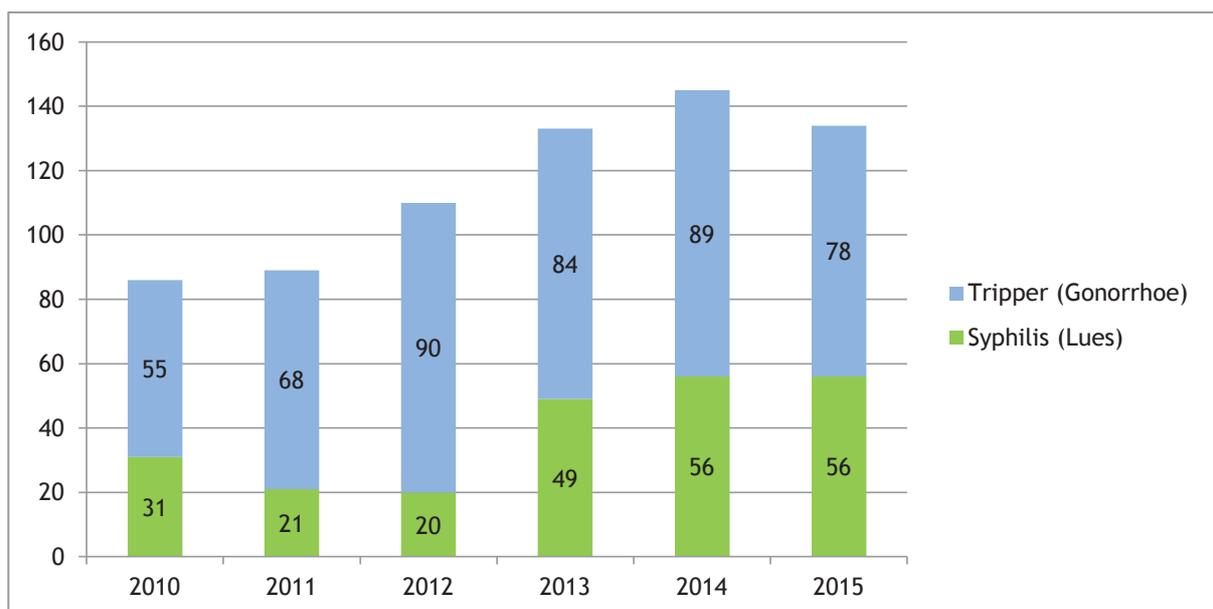
dern waren besonders junge Erwachsene betroffen, unter denen es deutliche Impflücken gibt. Um die Masern auszurotten, sind Durchimpfungsraten von 95 Prozent mit zwei Dosen nötig. Dadurch kann in der Bevölkerung eine Herdenimmunität aufgebaut werden, die eine Weiterverbreitung des Virus weitgehend verhindert.

Die Fälle von FSME (die durch infizierte Zecken übertragene Frühsommermeningoencephalitis) gingen seit Einführung der Schutzimpfung massiv zurück. In Oberösterreich traten 2010 bis 2015 jährlich aber weiterhin zwischen elf und 37 Fälle auf, dabei kam es zu fünf Todesfällen. Hervorzuheben sind zwei Fälle von Gehirnhautentzündung in einer Familie in Oberösterreich 2015, bei denen die Infektion mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht auf einen Zeckenbiss, sondern auf den Genuss roher Ziegenmilch zurückzuführen war.

Sexuell übertragbare Krankheiten

Laut Geschlechtskrankheitengesetz ist die Meldung eines Falles nur dann verpflichtend, wenn eine Weiterverbreitung der Krankheit zu befürchten ist oder sich der/die Erkrankte der ärztlichen Behandlung entzieht. Darüber hinaus sind Geschlechtskrankheiten von Ärztinnen monatlich numerisch zu melden. Diese Meldungen erfolgen allerdings nicht lückenlos, sodass die in Abbildung 142 angeführten Erkrankungszahlen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, jedoch den allgemeinen Trend abbilden.

Abbildung 142: Sexuell übertragbare Krankheiten 2010 bis 2015 in Oberösterreich



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und Amt der oberösterreichischen Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit, Abt. Gesundheit

HIV

Infektionen mit dem HI-Virus (Humanes Immunschwäche-Virus) gehen mit einer fortschreitenden Zerstörung bestimmter Zellen des menschlichen Abwehrsystems einher, was ohne entsprechende Therapie mit der Zeit zu einer erhöhten Infektanfälligkeit sowie dem gehäuftem Auftreten von Tumorerkrankungen führt und schlussendlich im Vollbild AIDS (erworbenes Immundefizienzsyndrom) tödlich endet.

In Österreich, wie auch in anderen westlichen Ländern, ändert sich am Verlauf der HIV-Epidemie seit 2000 nicht viel. Es sind weiterhin deutlich mehr Männer als Frauen von HIV betroffen, auch wenn in den letzten Jahren eine Zunahme von Neuinfektionen in der heterosexuellen Bevölkerung beobachtet wurde. In Oberösterreich ist die Anzahl der Neuerkrankungen in den letzten sechs Jahren im Wesentlichen ebenfalls stabil geblieben. Trotz Bildung, intensiver Aufklärung und flächendeckendem Zugang zu HIV-wirksamer antiretroviraler Therapie ist es zu keiner signifikanten Abnahme der Neuinfektionen gekommen.

Tabelle 14: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen 2010 bis 2015 in Österreich

Bundesland	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Burgenland	8	5	5	4	1	6
Kärnten	14	26	16	19	17	14
Niederösterreich	13	21	22	27	27	21
Oberösterreich	36	33	37	36	33	41
Salzburg	28	27	26	31	27	34
Steiermark	68	78	59	53	39	42
Tirol	22	23	20	32	32	33
Vorarlberg	16	9	7	16	17	13
Wien	282	303	331	263	210	224
gesamt	487	525	523	481	403	428

Quelle: Abteilung für Virologie der medizinischen Universität Wien

Fakten:

- „Klassische“ Infektionskrankheiten sind in Österreich selten geworden. Durch die Globalisierung und vermehrte Reisetätigkeit sind allerdings neue Bedrohungen entstanden. Laufende Anpassungen der Meldepflicht, die ständige Beobachtung der epidemiologischen Lage und somit rasches Erkennen von steigenden Fallzahlen oder Krankheitsausbrüchen ermöglichen das zeitnahe Setzen von Gegenmaßnahmen.
- Vor allem das Wiederaufflackern von Masern zeigt, wie wichtig es ist, hohe Durchimpfungsraten bei impfpräventablen Erkrankungen zu erzielen bzw. aufrecht zu erhalten.
- Die Anzahl der HIV-Neuerkrankungen blieb in den letzten Jahren relativ stabil - es konnte trotz Bildung, intensiver Aufklärung und flächendeckendem Zugang zu HIV-wirksamer antiretroviraler Therapie keine Abnahme der Neuinfektionen erzielt werden.

5.2.3. Ausgewählte nicht übertragbare/chronische Erkrankungen und deren Folgen

5.2.3.1. Herz-Kreislauferkrankungen

Das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen wird von verschiedenen Determinanten beeinflusst. Neben physiologischen Risikofaktoren und individuellen Verhaltensweisen spielen auch psychosoziale Faktoren sowie Arbeits- und Lebensbedingungen eine wichtige Rolle.¹⁶

Auf physiologischer Ebene stellen vor allem ungünstige Cholesterinkonstellation, hoher Blutdruck und Übergewicht Risikofaktoren dar. Diese wiederum stehen in engem Zusammenhang mit der individuellen Lebensweise und dem Lebensstil. Ernährung, Rauchen, Bewegungsmangel und der Umgang mit psychosozialen Belastungen (Stressmanagement) sind als wichtigste Lebensstilfaktoren zu nennen.

Neben physiologischen und Lebensstilfaktoren spielen auch Umweltfaktoren eine wichtige Rolle.¹⁷ Beispielsweise erhöht Umgebungslärm - als Stressfaktor - das Risiko von Herz-Kreislauferkrankungen (Bluthochdruck, Herzinfarkt). Eine Studie aus Deutschland belegt den Zusammenhang zwischen Verkehrslärm oder Lärm am Arbeitsplatz und dem Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden. In Gebieten mit hohem Verkehrslärm, mit einem mittleren Schallpegel im Außenbereich über 65 dB(A), wurde bei Männern ein um 30 Prozent höheres Herzinfarktrisiko festgestellt. Ähnliches trifft auch auf chronischen Lärm am Arbeitsplatz zu.¹⁸

Unterschiedliche Arbeitsbedingungen beeinflussen die Entstehung von Herz-Kreislauferkrankungen.¹⁹ Beispielsweise ist bei SchichtarbeiterInnen ein erhöhtes Risiko in Bezug auf Herz-Kreislauferkrankungen zu beobachten. Dies dürfte zum Teil auch mit einer Anhäufung der oben genannten Risikofaktoren zusammenhängen (höherer Anteil an RaucherInnen, Ernährungsgewohnheiten, Stressbelastung usw.). Es gibt jedoch auch Belege dafür, dass unter anderem spezielle Besonderheiten der Schichtarbeit dafür verantwortlich sind.²⁰

Auch berufliche Unsicherheit und die Gefahr des Jobverlusts wirken sich auf das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen aus. So wurde in einer finnischen Studie festgestellt, dass Personalabbau nicht nur zu höheren Krankenständen führt, sondern auch zu einem deutlich höheren Risiko an Herz-Kreislauferkrankungen zu versterben.²¹

Kardiovaskuläre Risikofaktoren sind nicht zufällig in der Bevölkerung verteilt, sondern unter anderem auch von schichtspezifischen Belastungen und Lebensweisen beeinflusst. Arteriosklerose ist in unteren Einkommensschichten deutlich häufiger vorzufinden als unter Besserverdienenden.²²

Herz-Kreislauf-Morbidität

In Oberösterreich geben 2 Prozent der über 15-jährigen Bevölkerung an, dass sie innerhalb der letzten zwölf Monate an einer koronaren Herzkrankheit bzw. an Angina pectoris („Brustenge“, „Herzenge“) gelitten haben. Etwas weniger als 1 Prozent der Befragten hat an einem Schlaganfall oder an den chronischen Folgen eines Schlaganfalls gelitten und 0,5 Prozent nennen einen Herzinfarkt oder Folgebeschwerden (Abbildung 143).²³

Ein Fünftel der OberösterreicherInnen (21%) über 15 Jahren leidet an Bluthochdruck (Abbildung 144).

¹⁶ Naidoo und Wills 2003, S. 28

¹⁷ Erbel et al. 2008

¹⁸ Babisch 2004

¹⁹ Naidoo und Wills 2003, S. 28

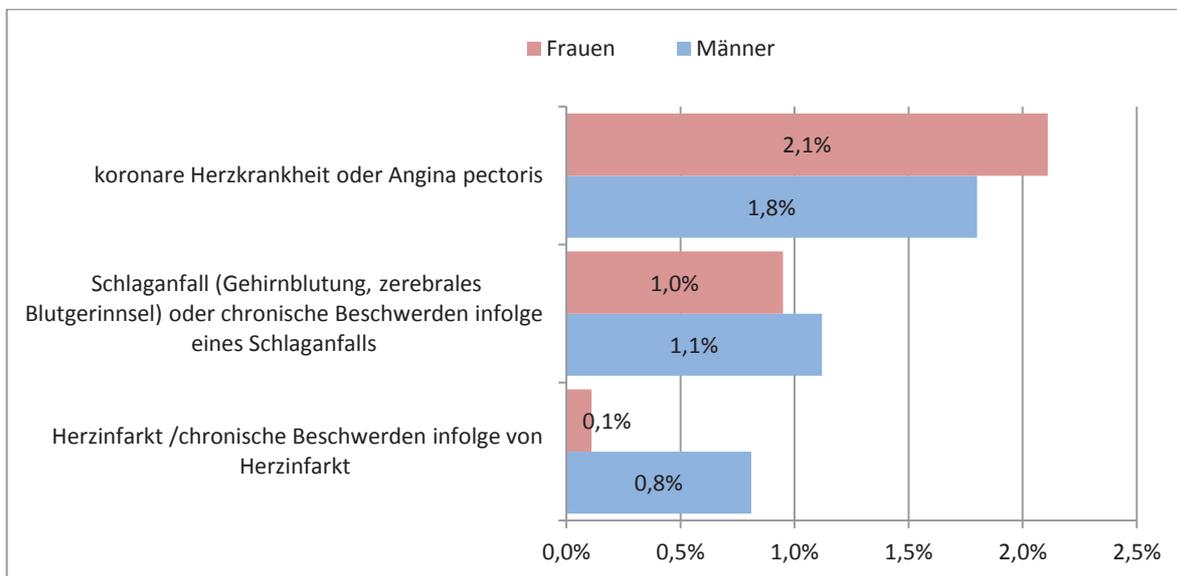
²⁰ Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 2000, S. 27.

²¹ Vahtera et al. 2004

²² Erbel et al. 2008

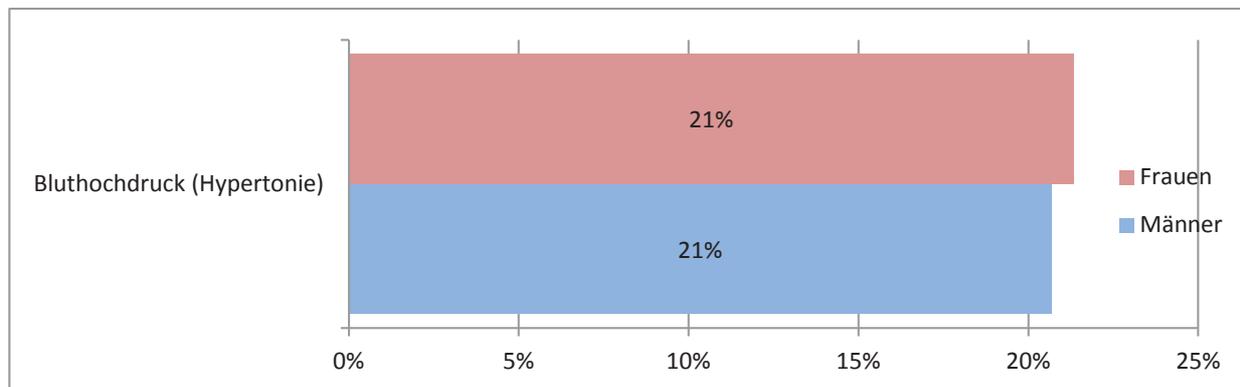
²³ In der Gesundheitsbefragung der Statistik Austria 2014 wurde die Prävalenz von chronischen Erkrankungen mit der Frage erhoben „Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Gesundheitsprobleme? Es folgt nun eine Liste. Bitte antworten Sie jeweils mit Ja oder Nein.“ Für die Erkrankungen Schlaganfall bzw. Herzinfarkt waren die Antwortmöglichkeiten „Schlaganfall (Gehirnblutung, zerebrales Blutgerinnsel) oder chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls“ bzw. „Herzinfarkt oder chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarkts“ in der Liste vorgegeben. (siehe Klimont und Baldaszi 2015, S. 211-212).

Abbildung 143: Prävalenz von Herz-Kreislaferkrankungen nach Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); 12-Monats-Prävalenz; oberösterreichische Bevölkerung über 15 Jahre

Abbildung 144: Prävalenz von Bluthochdruck nach Geschlecht in Oberösterreich

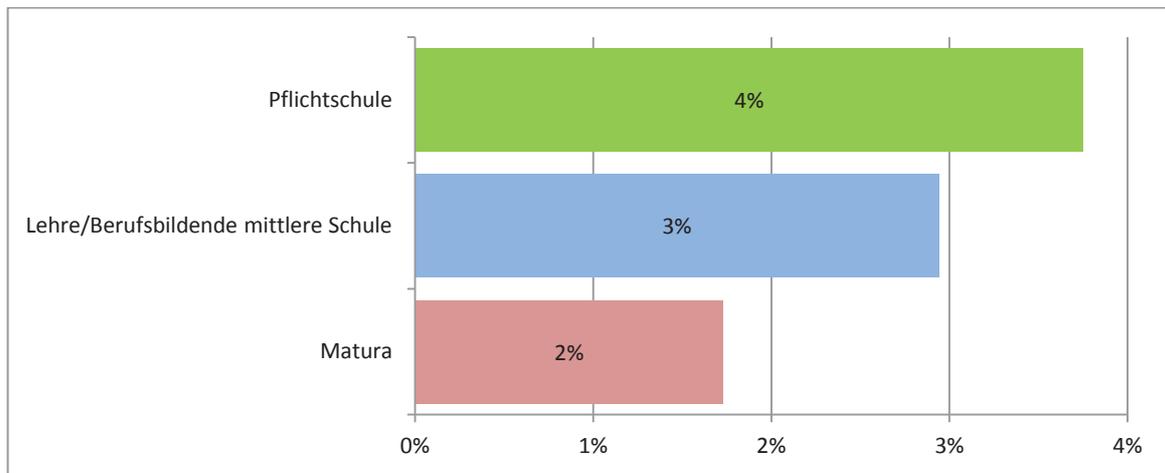


Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); 12-Monats-Prävalenz; oberösterreichische Bevölkerung über 15 Jahre

Wie stark sich unterschiedliche Lebensbedingungen auf die Verbreitung von Herz-Kreislauferkrankungen und in der Folge auf die Betroffenheit verschiedener Bevölkerungsgruppen auswirken, soll nachfolgend am Beispiel Bildungsgrad dargestellt werden. Personen mit niedrigem Bildungsabschluss haben ein doppelt so hohes Risiko, an

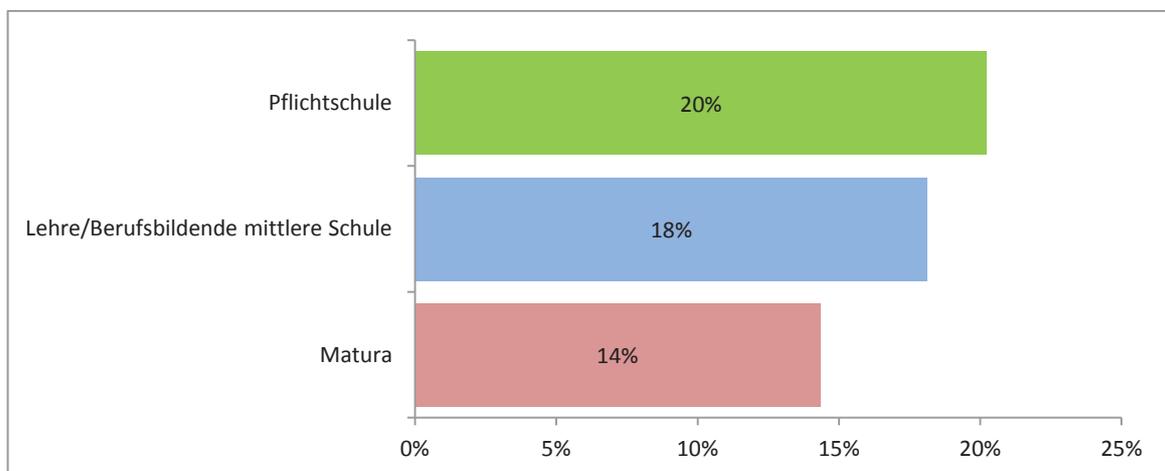
einer Herz-Kreislauferkrankung (koronare Herzkrankheit, Schlaganfall oder Herzinfarkt) bzw. an den chronischen Folgen dieser Krankheiten zu leiden (Abbildung 145). Auch die Prävalenz von Bluthochdruck ist in bildungsferneren Bevölkerungsschichten deutlich höher als in der Bevölkerungsgruppe mit höherem Bildungsabschluss (Abbildung 146).

Abbildung 145: Prävalenz von Herz-Kreislauferkrankungen nach Bildungsgrad in Österreich



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); Anteil mit chronischer Herz-Kreislauferkrankung: Herzinfarkt oder chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarkts, koronare Herzkrankheit oder Angina pectoris, Schlaganfall (Gehirnblutung, zerebrales Blutgerinnsel) oder chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls; 12-Monats-Prävalenz; österreichische Bevölkerung über 15 Jahre (standardisiert auf WHO-Europa-Standardbevölkerung 1976)

Abbildung 146: Prävalenz von Bluthochdruck nach Bildungsgrad in Österreich



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); Anteil mit Bluthochdruck; 12-Monats-Prävalenz; österreichische Bevölkerung über 15 Jahre (standardisiert auf WHO-Europa-Standardbevölkerung 1976)

Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen Heilmittelverordnungen

An rund 233 von 1.000 Personen werden innerhalb eines Jahres Herz-Kreislaufpräparate verabreicht (Männer 212 und Frauen 233 pro 1.000). Die Betroffenenquote steigt mit zunehmendem Alter an. Unter den 45- bis 49-Jährigen sind 167 von 1.000 betroffen, unter den 60- bis 65-Jährigen 504 und unter den 80- bis 84-Jährigen 822 von 1.000.²⁴ Die altersbereinigte Rate²⁵ (Männer 179/1.000, Frauen 173/1.000) hat im Zeitraum zwischen 2010 und 2015 um 11 Prozent abgenommen.²⁶

Insgesamt beträgt das Verordnungsvolumen an Herz-Kreislaufmedikamenten 3.205 Packungen pro 1.000 EinwohnerInnen. Bedingt durch das im Durchschnitt höhere Alter der weiblichen Bevölkerung ist das Verordnungsvolumen bei Frauen etwas höher (3.461 Packungen/1.000 Ew.) als bei Männern (2.936 Packungen/1.000 Ew.). Die altersstandardisierte Rate²⁷ ist bei Männern etwas höher als bei Frauen. Das altersbereinigte Verordnungsvolumen ist zwischen 2010 und 2015 um 14 Prozent zurückgegangen.

Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit)

Rund drei Prozent der Krankenstandstage der beschäftigten OberösterreicherInnen gehen auf Herz-Kreislaufkrankungen zurück (2015: 3,1%). Seit 2010 ist diesbezüglich ein leichter Rückgang zu beobachten (2010: 3,4% der Krankenstandstage). In der Altersgruppe unter 20 Jahren sind 30,1 von 1.000 Beschäftigten innerhalb eines Jahres wegen einer Herz-Kreislaufkrankung im Krankenstand.²⁸ Die standardisierte Betroffenenrate ist im Zeitraum von 2010 bis 2014 leicht zurückgegangen (minus 7%), insbesondere bei Männern (Männer minus 12%, Frauen minus 2%).²⁹

Mit zunehmendem Alter sinkt die Betroffenenrate auf 16/1.000 bei den 30- bis 34-Jährigen und steigt dann wieder an. In der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen sind 47,2 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.³⁰

Krankenhausaufenthalte

Herz-Kreislaufkrankungen sind für rund 13 Prozent der Krankenhausbelagstage verantwortlich. Im Jahr 2015 sind von 1.000 OberösterreicherInnen 25 wegen einer Herz-Kreislaufkrankung in einem Krankenhaus in Behandlung. Die standardisierte Rate³¹ beträgt 2015 18,2 pro 1.000 EinwohnerInnen (Männer 21,1 und Frauen 15,3). Seit 2010 ist die standardisierte Rate der Betroffenen um 21 Prozent zurückgegangen.³² Die Betroffenenrate steigt ab dem 45. Lebensjahr kontinuierlich an (Abbildung 147).

²⁴ IGP-Berechnungen auf Basis der FOKO-Daten (ÖÖGKK); ATC-Gruppe C (Kardiovaskuläres System)

²⁵ Standardisiert auf WHO- Europa-Standardbevölkerung 1976

²⁶ Standardisiert auf WHO- Europa-Standardbevölkerung 1976

²⁷ Da die Verbreitung von Erkrankungen stark altersabhängig ist, ist es für Vergleiche von verschiedenen Zeitpunkten (Zeitreihen) bzw. Bevölkerungsgruppen (z. B. Männer und Frauen) sinnvoll, die Rate auf eine gleiche, standardisierte Altersverteilung umzurechnen. Diese rechnerische Angleichung der Altersverteilung wird als Altersstandardisierung bezeichnet.

²⁸ IGP-Berechnungen auf Basis der FOKO-Daten (ÖÖGKK)

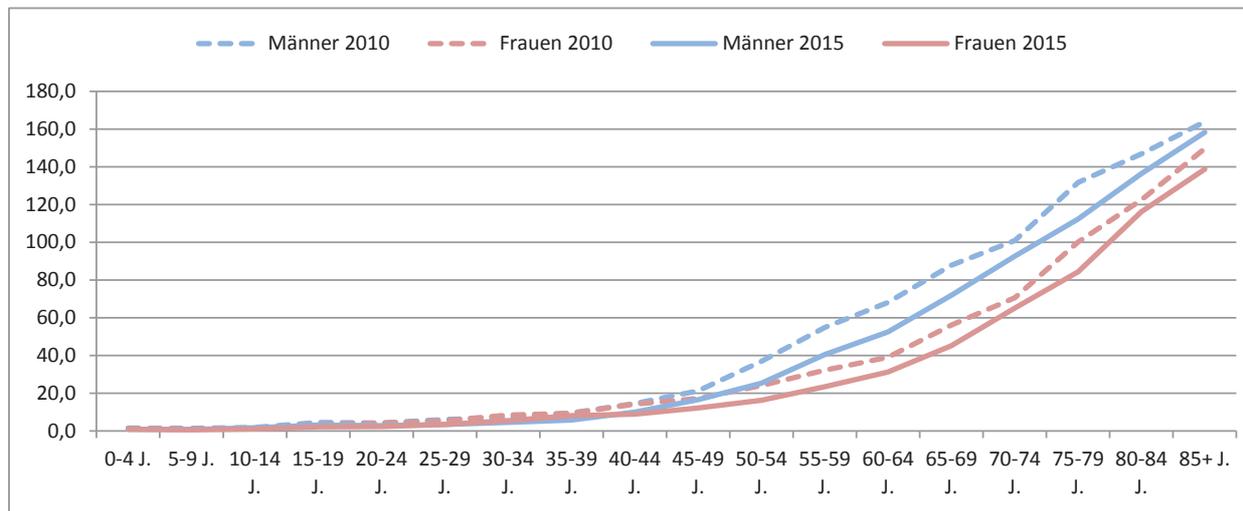
²⁹ Standardisiert auf WHO-Europa-Standardbevölkerung 1976

³⁰ IGP-Berechnungen auf Basis der FOKO-Daten (ÖÖGKK)

³¹ Da die Verbreitung von Erkrankungen stark altersabhängig ist, ist es für Vergleiche von verschiedenen Zeitpunkten (Zeitreihen) bzw. Bevölkerungsgruppen (z. B. Regionen) sinnvoll, die Rate auf eine gleiche, standardisierte Altersverteilung umzurechnen. Diese rechnerische Angleichung der Altersverteilung wird als Altersstandardisierung bezeichnet.

³² IGP-Berechnungen auf Basis der FOKO-Daten (ÖÖGKK); standardisiert auf WHO-Europa-Standardbevölkerung 1976

Abbildung 147: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Herz-Kreislauferkrankungen von Männern und Frauen in Oberösterreich



Quelle: FOKO (OÖGKK); Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt mit der Hauptdiagnose ICD10 I00-I99 - Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems innerhalb eines Jahres pro 1.000 Versicherte (IGP-Berechnungen)

Herz-Kreislauf-Mortalität

In Österreich sind Herz-Kreislauferkrankungen die häufigste Todesursache, sowohl bei Männern als auch bei Frauen. In Oberösterreich entfielen 2014 47 Prozent der Todesfälle von Frauen und 38 Prozent der Todesfälle von Männern auf Herz-Kreislauferkrankungen. Von besonderer Bedeutung für die Lebenserwartung sind die Sterbefälle in frühem Alter (z. B. bis zum 65. Lebensjahr). Hier nehmen Herz-Kreislauferkrankungen bei Männern 20 Prozent und bei Frauen 11 Prozent der Sterbefälle ein.³³

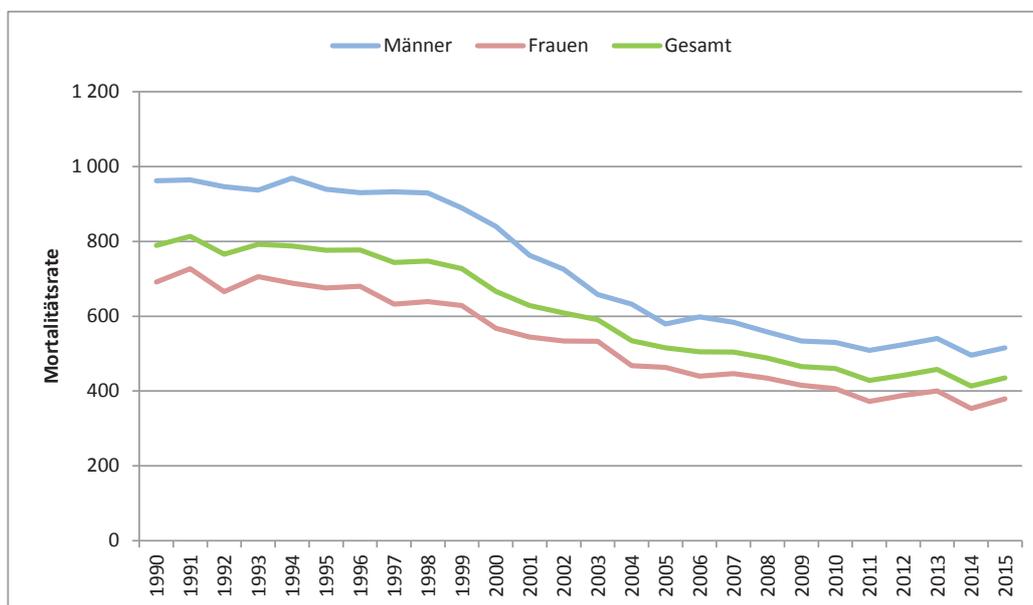
Die Herz-Kreislaufmortalität ist in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen. Zwischen 1990 und 1995 lag die standardisierte Rate der Männer bei 953 pro 100.000.

Seither ist ein Rückgang um 46 Prozent zu verzeichnen (2010 bis 2015: 519/100.000). Ähnliches gilt für die Herz-Kreislaufmortalität der Frauen. Seit Anfang der 1990er Jahre sank die Rate der Frauen von 692/100.000 auf 383/100.000 (Rückgang um 45%). Als mögliche Ursachen für den Rückgang der Herz-Kreislaufmortalität kommen u.a. die Verbesserung des Gesundheitsverhaltens der Bevölkerung (z. B. Rückgang des Tabakkonsums bei Männern etc.) oder die bessere Versorgung durch das Gesundheitssystem (z. B. leitliniengerechte Behandlung von Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörung etc.) in Frage.³⁴

³³ Quelle: Statistik Austria 2015; Anteil der Sterbefälle 2014 in OÖ (IGP-Berechnungen)

³⁴ Robert Koch-Institut 2015, S. 39

Abbildung 148: Herz-Kreislaufmortalität 1990 bis 2015 von Männern und Frauen in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik (Bereitgestellt durch Abt. Statistik, Land OÖ); standardisiert auf Eurostat-Standardbevölkerung 2013

Fakten:

- Das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen wird von verschiedenen Einflussfaktoren beeinflusst. Neben physiologischen Risikofaktoren und individuellen Verhaltensweisen spielen auch psychosoziale Faktoren sowie Arbeits- und Lebensbedingungen eine wichtige Rolle.
- Zirka 20 Prozent der OberösterreicherInnen über 15 Jahre geben an, dass sie an Bluthochdruck leiden, zwei Prozent an einer koronaren Herzkrankheit oder Angina Pectoris.
- An 233 von 1.000 Personen werden innerhalb eines Jahres Herz-Kreislauf-Präparate verabreicht, die Betroffenenquote steigt mit zunehmendem Alter an.
- Rund drei Prozent der Krankenstandstage und 13 Prozent der Krankenhausbelegstage gehen auf Herz-Kreislauferkrankungen zurück.
- Herz-Kreislauferkrankungen sind die häufigste Todesursache, sowohl bei Frauen als auch bei Männern, wobei die Herz-Kreislauf-Mortalität in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen ist.

5.2.3.2. Bösartige Neubildungen

Österreich liegt im Hinblick auf die Krebs-Neuerkrankungen und -Sterblichkeit unter dem europäischen Durchschnitt. Auch wenn die Vergleichbarkeit aufgrund der Unterschiede in der Datenqualität eingeschränkt ist, ist unter den europäischen Männern die Neuerkrankungsrate der Norweger, Belgier und Dänen am höchsten, während die niedrigsten in Griechenland, Albanien, Bosnien und Herzegowina vorzufinden sind. Im Hinblick auf die Frauen weisen Dänemark, die Niederlande und Belgien die höchste Inzidenz auf, wohingegen in der Ukraine, in Bosnien und Herzegowina und Griechenland die niedrigsten Raten vorzufinden sind.³⁵ Krebserkrankungen sind nach Herz-Kreislauferkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Oberösterreich. Im Jahr 2015 verstarben in Oberösterreich 3.142 Menschen infolge einer bösartigen Neubildung, d.h. beinahe jeder vierte Todesfall (23%) lässt sich auf eine Krebserkrankung zurückführen.

Die häufigsten Lokalisationen von Krebserkrankungen stellen bei Frauen die Brust, der Darm sowie die Lunge dar. Bei Männern sind Prostata, Lunge und Darm die am häufigsten betroffenen Organe.³⁶ Für Männer ist das Risiko, bis zum 75. Lebensjahr an Krebs zu erkranken, zwischen 2000 und 2012 von 40 Prozent auf 32 Prozent gesunken. Für Frauen ist im selben Zeitraum das Risiko ungefähr gleich geblieben (25%).³⁷

Neuerkrankungen und Todesfälle - Entwicklungen und Prognosen

Infolge der demografischen Entwicklung - die Bevölkerung wird immer älter, da die Baby-Boom-Generationen aus den 1950er und 1960er Jahren ins Pensionsalter nachrücken - werden die Absolutzahlen der Neuerkrankungen (Inzidenz) und Sterbefälle (Mortalität) an bösartigen Neubildungen steigen, da Krebserkrankungen vermehrt im höheren Alter auftreten.³⁸ Blendet man diesen Alterseffekt aus, indem man sogenannte altersstandardisierte Raten³⁹

heranzieht, so zeigt sich erfreulicherweise, dass sich der bereits bestehende Trend von sinkenden Inzidenz- und Mortalitätsraten auch in Zukunft weiter fortsetzen wird. Als Ursache für diesen Rückgang werden unter anderem soziale und gesundheitsbezogene Fortschritte genannt.⁴⁰ Dazu gehören die Verbesserung der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten und Krebs-Früherkennungsprogramme.

Seit Beginn der 1990er Jahre hat die Krebssterblichkeit deutlich abgenommen, sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Anfang der 1990er Jahre (1990-1995) lag die altersstandardisierte Mortalitätsrate der Männer bei 425/100.000 und die der Frauen bei 245/100.000. Seither ist bei Männern ein Rückgang um 26 Prozent (2010 bis 2015: 315/100.000) und bei Frauen um 23 Prozent (auf 190/100.000) zu beobachten. Das Verhältnis der Sterberaten von Männern und Frauen ist leicht gesunken (von rund 1,8 auf rund 1,7).

³⁵ Hackl, Karim-Kos 2016, S. 150

³⁶ Hackl, Karim-Kos 2016, S. 12

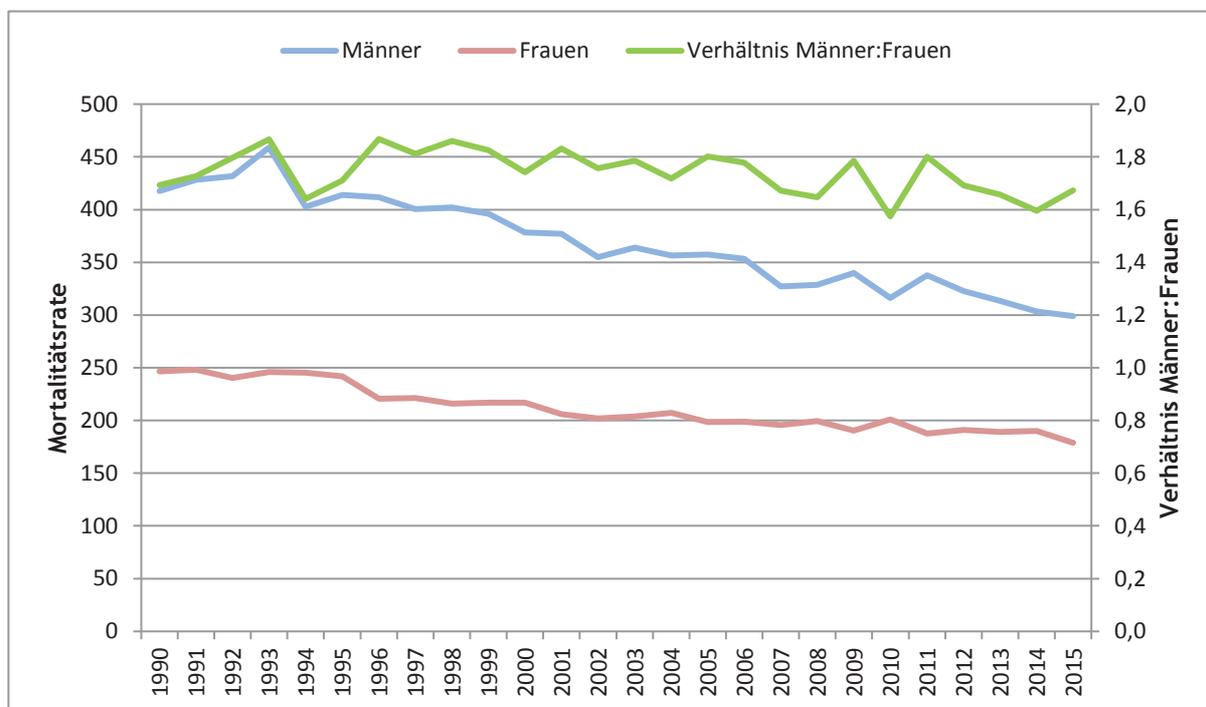
³⁷ Hackl, Karim-Kos 2016, S. 12

³⁸ Hackl et al. 2015, S. 44

³⁹ altersstandardisierte Raten sind auf eine standardisierte Bevölkerung bezogen. Durch die Altersstandardisierung wird gewährleistet, dass Ergebnisse (z. B. aus unterschiedlichen Jahren) vergleichbar bleiben und nicht durch eine unterschiedliche Altersstruktur verschleiert werden.

⁴⁰ Hackl et al. 2015, S. 44

Abbildung 149: Krebsmortalität 1990 bis 2015 von Männern und Frauen in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik (Bereitgestellt durch Abt. Statistik, Land OÖ); standardisiert auf Eurostat-Standardbevölkerung 2013 - ab 2009 vollzähliger Erfassung von im Ausland verstorbenen Personen mit Wohnsitz in Österreich

Insgesamt erkrankten im Jahr 2014 3.037 Männer und 2.487 Frauen an Krebs.⁴¹ Die häufigsten Krebsneuerkrankungen bei den Männern betreffen die Genitalorgane (859 Fälle) (vor allem Prostata), die Verdauungsorgane (814 Fälle), die Atmungsorgane (425 Fälle) sowie die Harnorga-

ne (268 Fälle). Bei den Frauen sind die häufigsten Krebsneuerkrankungen bezüglich der Lokalisation der bösartigen Neubildung: Brust (705 Fälle), Verdauungsorgane (580 Fälle), Genitalorgane (293 Fälle) sowie Atmungsorgane (218 Fälle).

⁴¹ STATISTIK AUSTRIA 2017, S.232-234

Tabelle 15: Krebsinzidenz 2014 in Oberösterreich

Lokalisation	Männer	Frauen
Bösartige Neubildungen der Lippe, Mundhöhle und Rachen	137	47
Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	814	580
- Speiseröhre	63	12
- Magen	137	70
- Dünndarm	14	13
- Dickdarm	208	161
- Rektum und Anus	130	111
- Leber	115	54
- Gallenblase und Gallenwege	31	31
- Bauchspeicheldrüse	116	126
Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane	425	218
- Kehlkopf	34	4
- Luftröhre, Bronchien und Lunge	372	203
Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkkorpels	5	1
Bösartiges Melanom der Haut	163	125
Bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes und Weichteilgewebes	32	36
Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	9	705
Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane	859	-
- Prostata	779	-
Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane	-	293
- Gebärmutterhals	-	40
- andere Teile der Gebärmutter	-	131
- Eierstock	-	83
- sonstige	-	39
Bösartige Neubildungen der Harnorgane	268	131
- Niere (ausgenommen Nierenbecken)	124	76
- Harnblase	130	45
Bösartige Neubildungen des Auges, Gehirns und sonstige Teile des Zentralnervensystems	52	57
- Zentralnervensystem	49	49
Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen	21	47
- Schilddrüse	15	44
Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	58	80

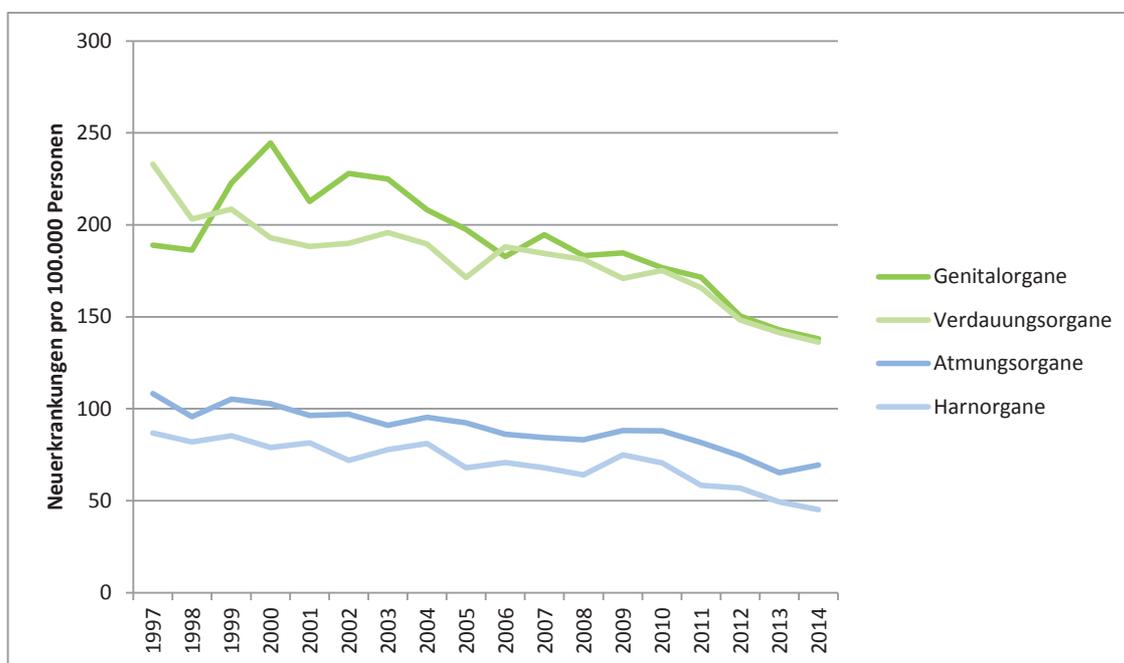
Lokalisation	Männer	Frauen
Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	194	167
- Hodgkin-Lymphom	7	11
- Non-Hodgkin-Lymphom	72	71
- Bösartige Plasmazellneubildungen	31	26
- Leukämie	83	58
Bösartige Neubildungen gesamt	3.037	2.487

Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2015

Bei den Männern ist die Inzidenz bei den betrachteten Formen von bösartigen Neubildungen rückläufig. Der kurzzeitige Anstieg der Inzidenz von bösartigen Neubildungen der Genitalorgane Ende der 1990er Jahre könnte mit der Einführung eines Screeninginstrumentes (PSA-Test) zusammenhängen.⁴² Sowohl bei Männern als auch bei Frauen sind Karzinome der Verdauungsorgane über den Beobachtungszeitraum rückläufig. Dies kann mit veränderten Lebensstilen, wie z. B. gesundheitsbewussteren Ernährungsgewohnheiten und mehr Bewegung, in Verbindung stehen. Aber auch eine verbesserte Vorsorge durch

Darmspiegelungen (Koloskopie), bei der Krebsvorstufen entfernt werden, bevor die Krankheit ausbrechen kann, dürfte eine Rolle spielen.⁴³ Während bei Männern bösartige Neubildungen der Atmungsorgane rückläufig sind, nehmen diese bei Frauen tendenziell zu. Ein Erklärungsansatz sind veränderte, unterschiedliche Rauchgewohnheiten zwischen den Geschlechtern in den letzten Jahren und Jahrzehnten. Sinkende Inzidenzen sind bei den Frauen auch bei Brustkrebs sowie bösartigen Neubildungen der Genitalorgane zu beobachten (Abbildung 150 und Abbildung 151).

Abbildung 150: Krebsinzidenz 1997 bis 2014 in Oberösterreich - Männer

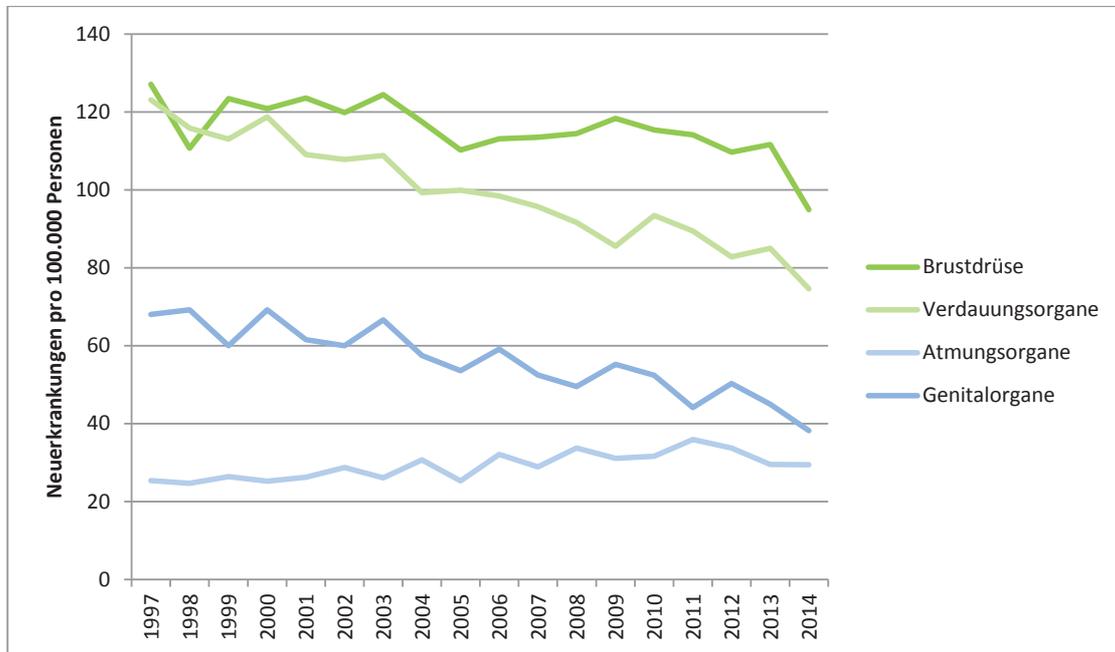


Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2015, standardisiert auf Eurostat-Standardbevölkerung 2013 - Ab 2009 vollzähligere Erfassung von im Ausland verstorbenen Personen mit Wohnsitz in Österreich

⁴² Die Einführung neuer Screeninginstrumente bzw. -programme geht häufig mit einem kurzzeitigen Anstieg der Inzidenzraten einher.

⁴³ Medizinische Universität Wien 2017

Abbildung 151: Krebsinzidenz 1997 bis 2014 in Oberösterreich - Frauen



Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2015, standardisiert auf Eurostat-Standardbevölkerung 2013 - Ab 2009 vollzähligere Erfassung von im Ausland verstorbenen Personen mit Wohnsitz in Österreich

Fakten:

- Österreich liegt im Hinblick auf die Krebs-Neuerkrankungen und -Sterblichkeit unter dem europäischen Durchschnitt. Krebserkrankungen sind nach Herz-Kreislauferkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Oberösterreich, seit den 1990er Jahren hat die Krebsmortalität in Oberösterreich deutlich abgenommen.
- Die häufigsten Lokalisationen von Krebserkrankungen stellen bei Frauen die Brust, der Darm sowie die Lunge dar. Bei Männern sind Prostata, Lunge und Darm die am häufigsten betroffenen Organe.

5.2.3.3. Diabetes mellitus

Unter den Begriff Diabetes mellitus fallen verschiedene Typen von Stoffwechselerkrankungen, die durch eine Erhöhung des Blutzuckerspiegels gekennzeichnet sind. Diabetes mellitus Typ 1 tritt vor allem im früheren Lebensalter erstmals auf und ist auf eine Zerstörung der insulinproduzierenden Zellen der Bauchspeicheldrüse zurückzuführen. Der weitaus häufigere Typ 2 ist auf eine Veränderung des Zusammenspiels von Insulinwirkung in den Körperzellen (Insulinresistenz) und der Insulinproduktion zurückzuführen. Daneben gibt es noch den sogenannten „Schwangerschaftsdiabetes“ und andere spezifische Diabetestypen.⁴⁴

Als Risikofaktoren für Diabetes mellitus Typ 2 gelten neben Alter und genetischer Prädisposition, Übergewicht sowie die Lebensstilfaktoren ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Alkoholkonsum und Rauchen.⁴⁵

Eine wesentliche Rolle spielen auch die unterschiedlichen Lebensbedingungen verschiedener sozialer Schichten. Eine Analyse der Statistik Austria ergab, dass das Risiko arbeitsloser Frauen mehr als viermal so hoch ist wie das erwerbstätiger Frauen. Unter Erwerbstätigen haben Personen mit Pflichtschulabschluss ein rund dreimal so hohes Diabetesrisiko wie Personen mit höherem Bildungsgrad (Matura, Hochschule).⁴⁶ Insgesamt wiesen Männer mit niedrigem Bildungsabschluss (Pflichtschule)

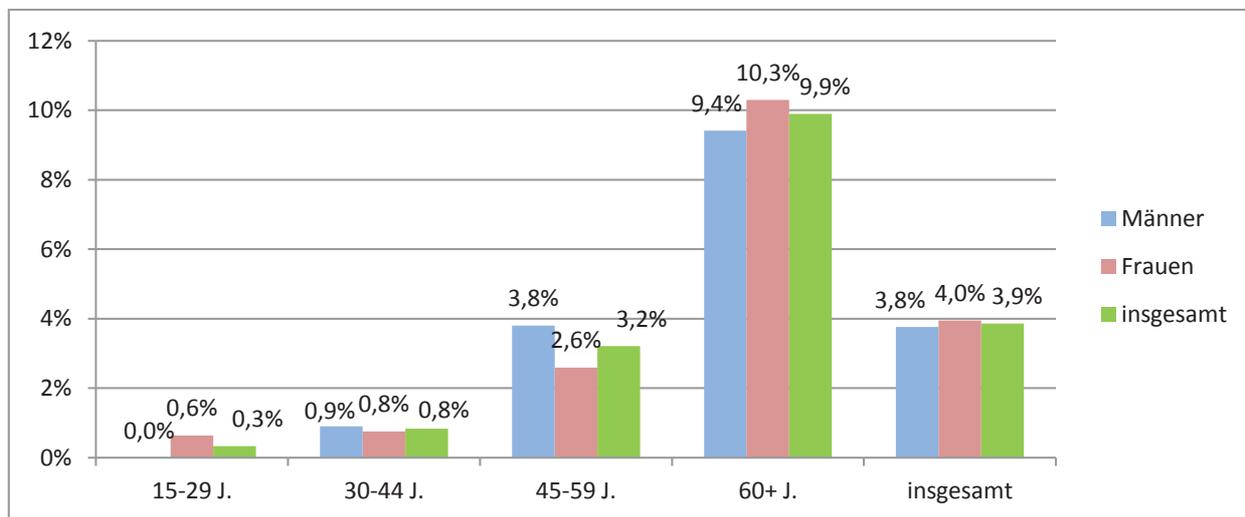
ein 1,6 Mal so hohes Risiko auf, von Diabetes mellitus betroffen zu sein, als dies in der Bevölkerungsgruppe mit höherem Bildungsgrad (Matura oder Hochschule) der Fall ist. Bei Frauen ist der Unterschied noch größer. Frauen mit niedrigem Bildungsabschluss weisen im Vergleich zu Frauen mit höherem Bildungsgrad ein 2,8 Mal so hohes Risiko auf.⁴⁷ Auch nach Einkommensgruppen lässt sich ein sozialer Gradient beobachten: Die Bevölkerungsgruppe mit niedrigem Haushaltseinkommen (unter 60% des Medianeinkommens) weist, im Vergleich zur Bevölkerung mit hohem Haushaltseinkommen (über 150% des Median), ein 1,7 Mal so hohes Risiko auf.⁴⁸

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 4 Prozent der über 15-jährigen OberösterreicherInnen an, dass sie innerhalb der letzten zwölf Monate unter Diabetes mellitus gelitten haben (Männer und Frauen unterscheiden sich nicht wesentlich). Im Vergleich zum österreichischen Bundesdurchschnitt lassen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen (Abbildung 152).

Abbildung 152: Prävalenz von Diabetes mellitus nach Geschlecht und Altersgruppen in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); 12-Monats-Prävalenz; oberösterreichische Bevölkerung über 15 Jahre

⁴⁴ RKI 2005 S. 9. Griebler et al. 2013, S. III

⁴⁵ Griebler et al. 2013, S. III

⁴⁶ Klimont et al. 2016, S. 126

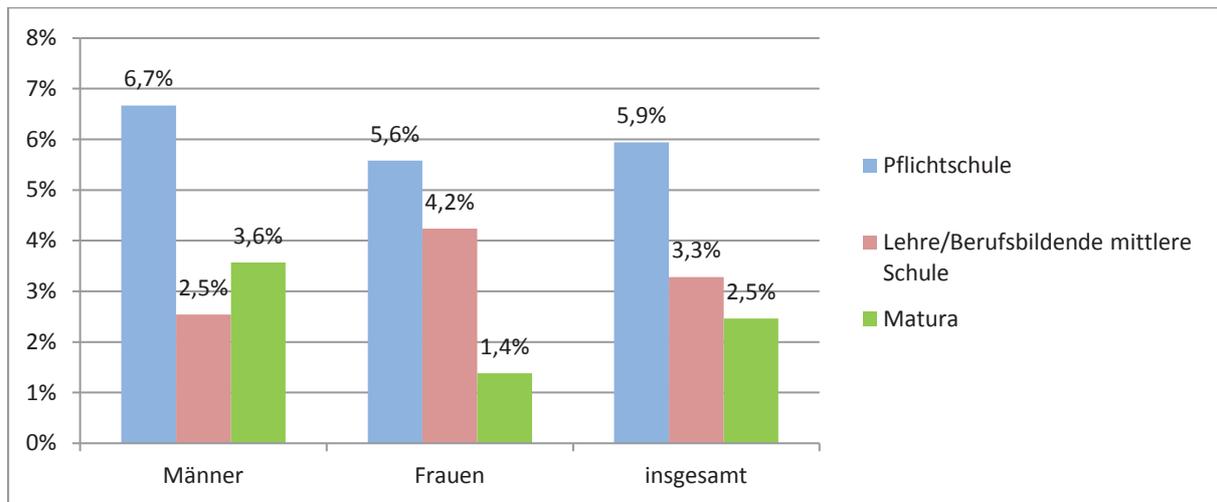
⁴⁷ Klimont et al. 2016, S. 57

⁴⁸ Klimont et al. 2016, S. 37

Auch in Oberösterreich lässt sich ein sozialer Gradient im Hinblick auf die Betroffenheit von Diabetes mellitus beobachten. Unter den Frauen mit niedrigem Bildungsabschluss geben knapp 6 Prozent an, dass sie an Diabetes mellitus leiden, während in der Gruppe mit höherem Bil-

dungsabschluss weniger als 2 Prozent betroffen sind. Bei Männern ist der Unterschied weniger deutlich und aufgrund der Fallzahlen nicht statistisch signifikant. Dennoch ist eine stärkere Betroffenheit von Männern mit niedrigem Bildungsabschluss zu erkennen (Abbildung 153).

Abbildung 153: Prävalenz von Diabetes mellitus nach Geschlecht und Bildungsgrad in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); 12-Monats-Prävalenz; oberösterreichische Bevölkerung über 15 Jahre (standardisiert auf WHO-Europa Standardbevölkerung 1976)

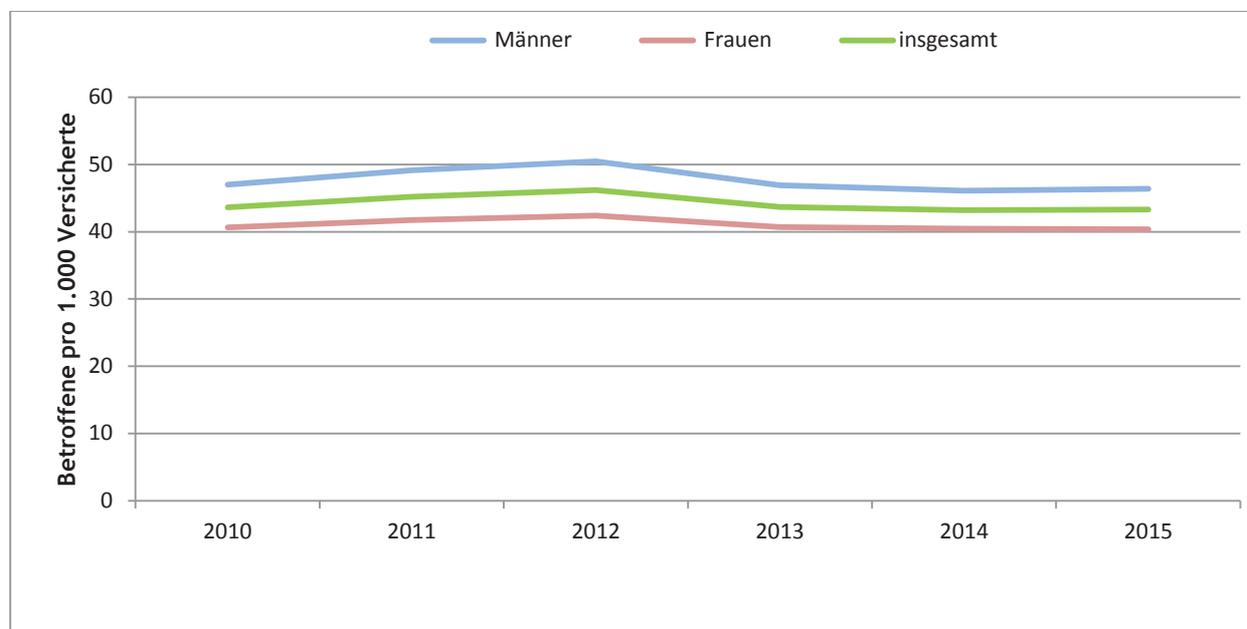
Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen Heilmittelverordnungen

Im Jahr 2015 erhielten von 1.000 OberösterreicherInnen 43 mindestens eine Packung Antidiabetika verordnet (Männer 46 pro 1.000, Frauen 41 pro 1.000). Im Zeitraum

zwischen 2010 und 2015 ist der Anteil ungefähr gleich geblieben. Die altersbereinigte Rate⁴⁹ ist in diesem Zeitraum leicht gesunken (minus 5,2%) (Abbildung 154).

⁴⁹ Standardisiert auf WHO-Europa-Standardbevölkerung 1976

Abbildung 154: Personen mit Antidiabetikaverordnungen 2010 bis 2015 nach Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: OÖGKK: FOKO (IGP Berechnungen); Anteil der Personen mit mindestens einer Verordnung von Antidiabetika innerhalb eines Jahres (2010 bis 2015); nur Versicherte der OÖGKK

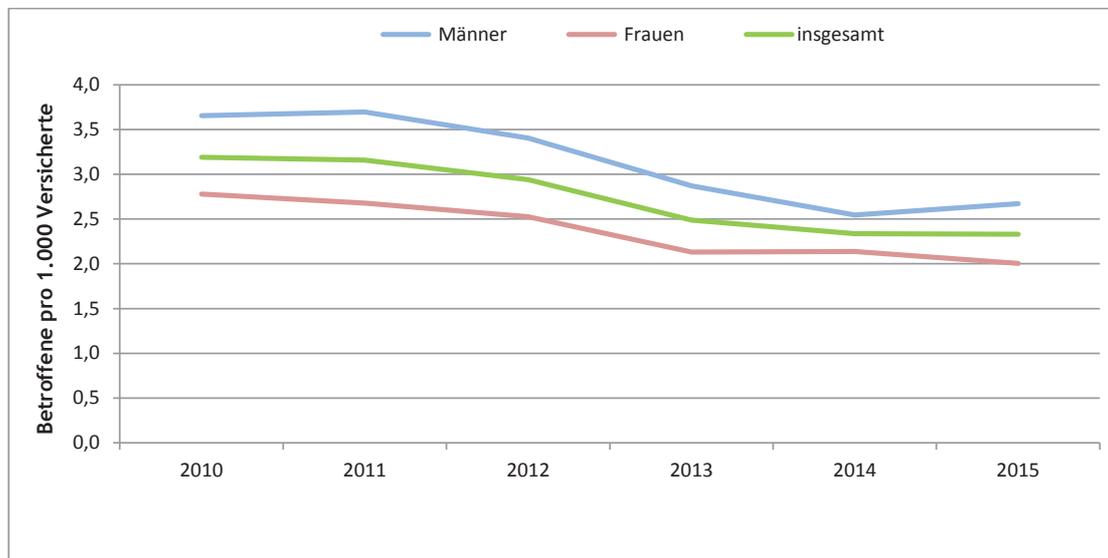
Krankenhausaufenthalte

Innerhalb eines Jahres (2015) weisen von 1.000 Personen durchschnittlich 2,3 (mindestens) einen Krankenhausaufenthalt infolge von Diabetes mellitus auf. Männer sind etwas häufiger betroffen (2,7 je 1.000) als Frauen (2,0 je 1.000). Im Zeitraum zwischen 2010 und 2015 ist die Betroffenenrate deutlich zurückgegangen (minus 27 %) (Abbildung 155).

Österreichweit ist seit 2004 ein Rückgang der Krankenhausbehandlungsfälle mit der Hauptdiagnose Diabetes mellitus zu beobachten.⁵⁰ Möglicherweise hängt dies u.a. auch mit dem Ausbau der ambulanten Versorgungsangebote für DabetikerInnen zusammen. Allerdings ist auch anzumerken, dass es sich bei der Datenbasis um Verrechnungsdaten handelt und daher auch andere Erklärungsmöglichkeiten (z. B. verrechnungstechnischer Natur) in Frage kommen.

⁵⁰ Griebler et al. 2013, S. V

Abbildung 155: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Diabetes mellitus 2010 bis 2015 nach Geschlecht in Oberösterreich

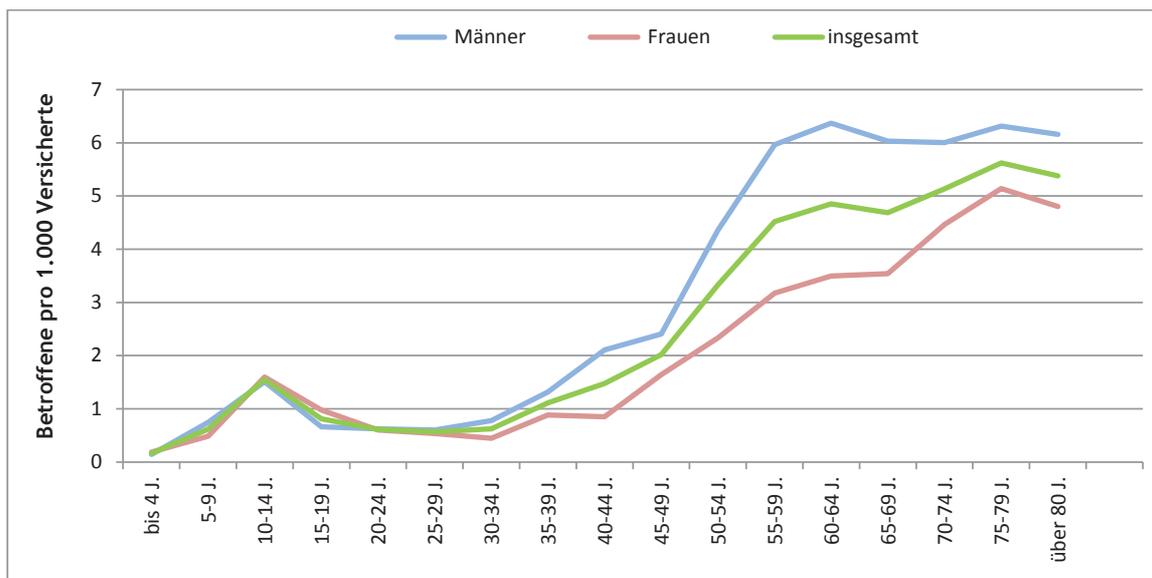


Quelle: OÖGKK: FOKO (IGP Berechnungen); Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Diabetes mellitus (E10-E14); (2010 bis 2015); nur Versicherte der OÖGKK

Der Anteil der Personen, die innerhalb eines Jahres mit der Hauptdiagnose Diabetes mellitus in einem Krankenhaus behandelt werden, steigt ab dem 40. Lebensjahr mit zunehmendem Alter kontinuierlich an. In der Altersgruppe

zwischen 70 und 85 Jahren sind rund fünf von 1.000 Personen betroffen. In den Altersgruppen über 40 Jahren sind Männer häufiger betroffen als Frauen (Abbildung 156).

Abbildung 156: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Diabetes mellitus 2015 nach Altersgruppen in Oberösterreich

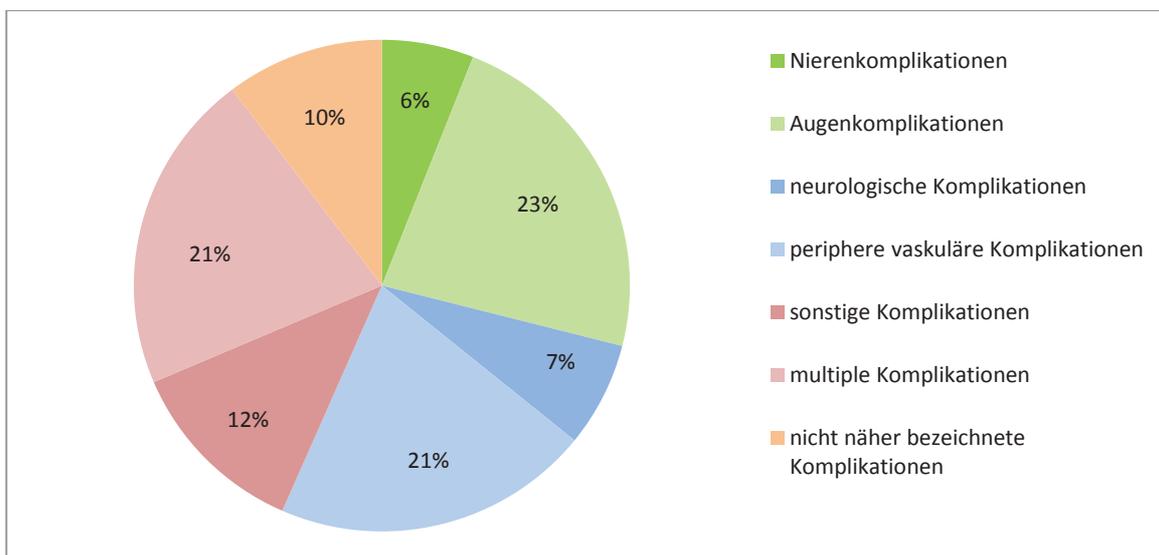


Quelle: OÖGKK: FOKO (IGP Berechnungen); Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Diabetes mellitus (E10-E14); (2015); nur Versicherte der OÖGKK

Mehr als ein Drittel der Krankenhausaufenthalte mit einer Diabetes-Hauptdiagnose weisen eine Diabetes-Spätfolgediagnose auf (37%). Davon sind wiederum 21 Prozent Diagnosen multipler Diabeteskomplikationen. 21 Prozent der Krankenhausaufenthalte mit Spätfolgen sind auf periphere vaskuläre Komplikationen zurückzuführen, weitere 23 Prozent auf Augenkomplikationen. Innerhalb eines

Jahres weisen im Durchschnitt 83 von 100.000 Personen einen Krankenhausaufenthalt mit einer Diabetes-Komplikation als Hauptdiagnose auf (Männer 97 und Frauen 70 von 100.000). Im Zeitraum zwischen 2010 und 2015 ist ein Rückgang der Rate um 38 Prozent zu beobachten (2010: 135 Betroffene pro 100.000).⁵¹

Abbildung 157: Krankenhausaufenthalte aufgrund Diabetes mellitus mit Komplikationen in Oberösterreich



Quelle: OÖGKK, FOKO (IGP Berechnungen); ICD-10: Diabetes mellitus mit Komplikation (E10-E14; 4. Stelle 2-8). Nur Versicherte der OÖGKK (2015)

Therapie Aktiv - Diabetes im Griff

„Therapie Aktiv-Diabetes im Griff“ ist ein österreichweites Disease-Management-Programm zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Betreuung von PatientInnen mit Diabetes mellitus, das seit 2011 auch in Oberösterreich angeboten wird. Davor bestand bereits ein sehr ähnliches Angebot (die strukturierte Diabetesbetreuung nach dem Modell DIALA - „Diabetesbetreuung im ländlichen Raum“), das in das österreichweite Programm „Therapie Aktiv“ übergeführt wurde.

Derzeit nehmen in Oberösterreich 396 ÄrztInnen am Disease-Managementprogramm „Therapie Aktiv“ teil. Im Rahmen des Programms werden in Oberösterreich rund 14.300 DiabetikerInnen betreut.

⁵¹ Quelle: OÖGKK, FOKO (IGP Berechnungen)

Tabelle 16: Anzahl der teilnehmenden ÄrztInnen und PatientInnen an Therapie Aktiv in Österreich

Bundesland	aktuell teilnehmende ÄrztInnen	aktuell teilnehmende PatientInnen
Burgenland	8	577
Kärnten	105	2.536
Niederösterreich	227	10.161
Oberösterreich	396	14.344
Salzburg	132	3.685
Steiermark	370	12.587
Tirol	11	180
Vorarlberg	77	2.284
Wien	240	16.829
gesamt	1.566	63.183

Quelle: Therapie Aktiv (Steiermärkische Gebietskrankenkasse 2017); Stand: 01.09.2017

Hinsichtlich der Versorgungsdichte ist festzuhalten, dass auf 10.000 EinwohnerInnen durchschnittlich 2,7 Therapie-Aktiv-ÄrztInnen kommen. Auf eine/n Therapie-Aktiv-Arzt/Ärztin kommen durchschnittlich rund 3.700 EinwohnerInnen.

Nach Bezirken betrachtet schwankt die Versorgungsdichte zwischen 1,2 teilnehmenden ÄrztInnen pro 10.000 EinwohnerInnen (Schärding) und 4,6 teilnehmenden ÄrztInnen je 10.000 EinwohnerInnen (Rohrbach).⁵²

Fakten:

- Die wichtigsten Risikofaktoren für Diabetes Typ 2 sind Alter, genetische Prädisposition, Übergewicht sowie die Lebensstilfaktoren ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Alkoholkonsum und Rauchen.
- 4 Prozent der über 15-jährigen OberösterreicherInnen geben an, dass sie innerhalb der letzten zwölf Monate unter Diabetes mellitus gelitten haben.
- Innerhalb eines Jahres (2015) weisen von 1.000 Personen durchschnittlich 2,3 (mindestens) einen Krankenhausaufenthalt infolge von Diabetes mellitus auf.

Österreichweit ist seit 2004 ein Rückgang der Krankenhausbehandlungsfälle mit der Hauptdiagnose Diabetes mellitus zu beobachten.

- Das österreichweite Disease-Management-Programm „Therapie Aktiv-Diabetes im Griff“ stellt eine qualitativ hochwertige Betreuung von PatientInnen mit Diabetes mellitus sicher.

⁵² IGP-Berechnungen (Basis: OÖGKK: Therapie-Aktiv-ÄrztInnen nach Bezirk, Stand 5.10.2017; Statistik Austria: STATcube: Wohnbevölkerung nach Bezirk, 1. Quartal 2017)

5.2.3.4. Atemwegserkrankungen

Bei den obstruktiven Atemwegserkrankungen wird zwischen zwei großen Erkrankungsformen unterschieden: Asthma bronchiale und COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease). Die wichtigsten Ursachen für beide Erkrankungsformen lassen sich in personenbezogene Faktoren und Umweltfaktoren unterteilen. Für die Entstehung von Asthma bronchiale sind als personenbezogene Faktoren z. B. Erbanlagen und Allergien⁵³ von Bedeutung. Als ursächliche Umweltfaktoren sind z. B. Innenraumallergene, Tabakrauch und Luftverschmutzung (siehe auch Kapitel 1.3. Einflussfaktor Umwelt) relevant. Für die Entstehung von COPD sind folgende personenbezogene Faktoren von Bedeutung: Erbanlagen, Atemwegsüberempfindlichkeit und Lungenwachstum. Als ursächliche Umweltfaktoren sind z. B. der Tabakrauch oder auch arbeitsplatzbedingte Stäube und Chemikalien relevant.⁵⁴

Als wichtigste Ursache für die Entstehung von Atemwegserkrankungen gilt jedoch der Tabakrauch. Der Tabakrauch bzw. einige seiner Substanzen rufen Entzündungsreaktionen in den Atemwegen hervor, reizen die Bronchien und führen zu einer Erhöhung der Infektionsneigung. Weiters schädigt Rauchen den Selbstreinigungsmechanismus der Atemwege. Durch regelmäßiges Rauchen kommt es zu Atembeschwerden, chronischem Husten und Schleimstau. Hinzu kommt, dass Rauchen in der Jugend das normale Lungenwachstum reduziert.⁵⁵

Tabakrauch ist außerdem der bedeutendste Faktor für die Entwicklung von COPD.⁵⁶ Rund 90 Prozent aller an COPD erkrankten Personen (in entwickelten Ländern) sind RaucherInnen oder ehemalige RaucherInnen. Etwa 20 Prozent aller RaucherInnen erkranken an COPD.⁵⁷ Die Wahrscheinlichkeit, an einer chronischen Lungenkrankheit zu versterben, ist bei RaucherInnen zwölfmal höher als bei NichtraucherInnen.⁵⁸

Insgesamt leiden etwa 5 Prozent der oberösterreichischen Männer und 6 Prozent der oberösterreichischen Frauen an Asthma bronchiale (einschließlich allergischem Asthma). In Österreich gilt Asthma bronchiale als häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter.⁵⁹

Jeweils 4 Prozent der Männer und Frauen in Oberösterreich geben an, innerhalb der letzten zwölf Monate von Chronischer Bronchitis, COPD oder einem Lungenemphysem betroffen gewesen zu sein⁶⁰ (Abbildung 158).

⁵³ Eine Zunahme der Prävalenz von Allergien könnte daher künftig zu einer Steigerung der Prävalenz von Asthma bronchiale führen.

⁵⁴ Birgmann 2005, S. 2-18

⁵⁵ Bundesministerium für Frauen und Gesundheit 23.03.2017

⁵⁶ Birgmann 2005, S. 16

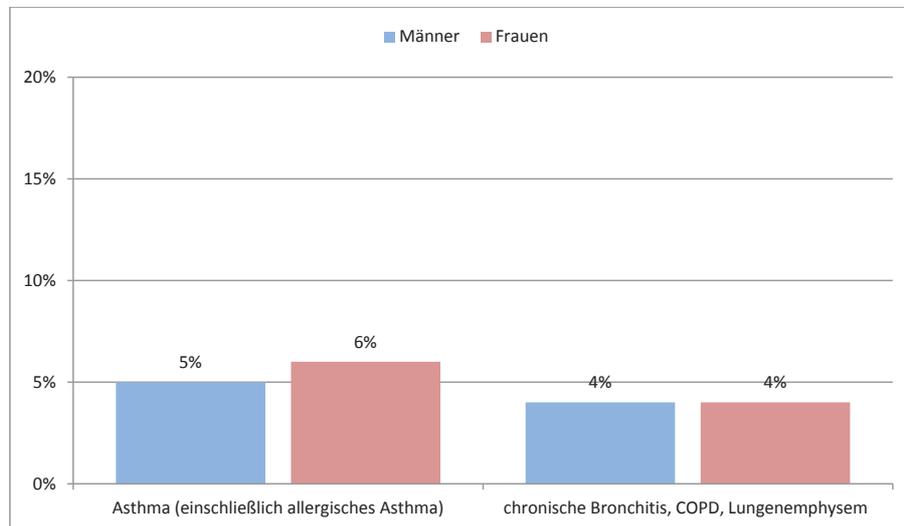
⁵⁷ Birgmann 2005, S. 19

⁵⁸ Schulze, Lampert 2006, S. 11

⁵⁹ Bundesministerium für Frauen und Gesundheit 04.10.2013

⁶⁰ Die Zahlen beruhen auf Selbstauskunft. Die tatsächliche Prävalenz könnte etwas höher liegen. Gemäß einer Studie aus dem Jahr 2005 (BOLD-Studie: 2.200 Personen mit Wohnsitz im Bundesland Salzburg sowie einem Alter von mindestens 40 Jahren zufällig ausgewählt) haben 26% der Bevölkerung ab 40 Jahren COPD. Bei rund 11 Prozent der Bevölkerung ab 40 Jahren ist diese behandlungsbedürftig (Kaiser 2017, S. 24).

Abbildung 158: Prävalenz chronischer Krankheiten der Atemwege in Oberösterreich

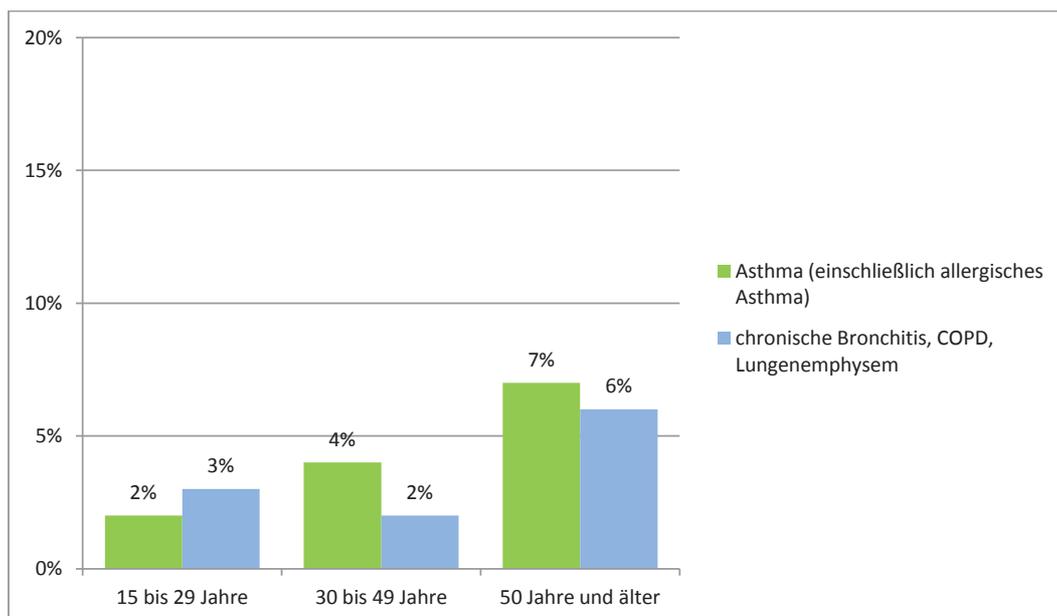


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen); Anteil der Personen, die innerhalb der letzten zwölf Monate von chronischen Krankheiten der Atemwege betroffen waren

Mit zunehmendem Alter nimmt sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die Prävalenz chronischer Krankheiten der Atemwege tendenziell etwas zu: Bei den Männern leiden 7 Prozent der Personen ab 50 Jahren an Asthma bronchiale und 6 Prozent an chronischer Bronchitis,

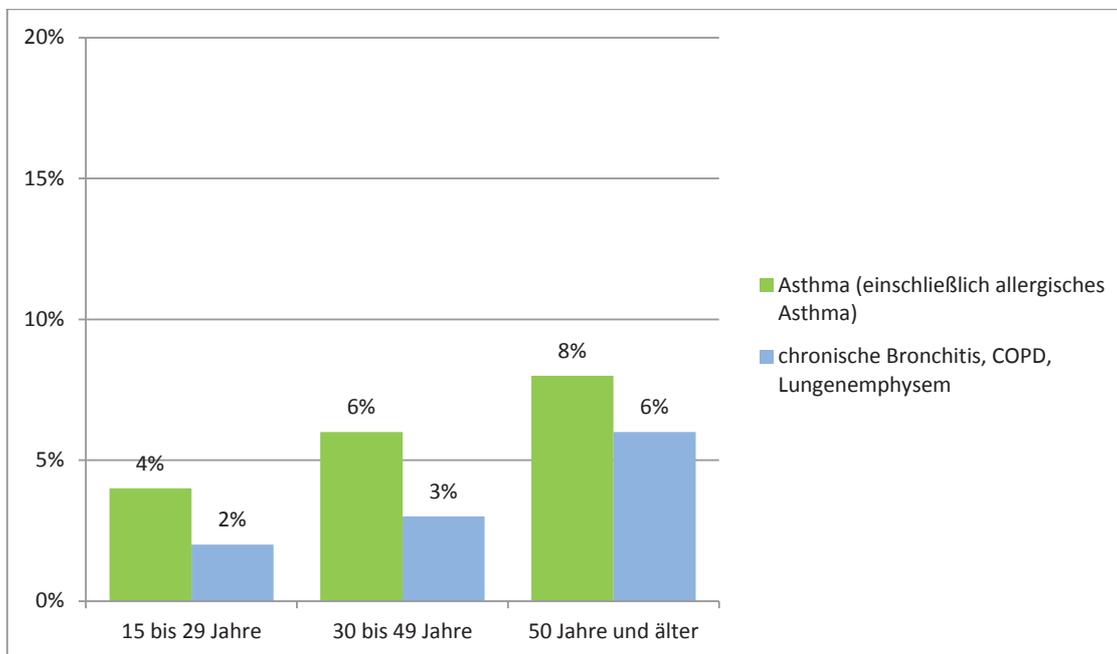
COPD oder Lungenemphysem. Unter den Frauen dieser Altersgruppe berichten 8 Prozent von Asthma bronchiale und 6 Prozent von Chronischer Bronchitis, COPD oder Lungenemphysem betroffen zu sein (Abbildung 159 und Abbildung 160).

Abbildung 159: Prävalenz chronischer Krankheiten der Atemwege nach Alter in Oberösterreich - Männer



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen); Anteil der Personen, die innerhalb der letzten zwölf Monate von chronischen Krankheiten der Atemwege betroffen waren

Abbildung 160: Prävalenz chronischer Krankheiten der Atemwege nach Alter in Oberösterreich- Frauen



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen); Anteil der Personen, die innerhalb der letzten zwölf Monate von chronischen Krankheiten der Atemwege betroffen waren

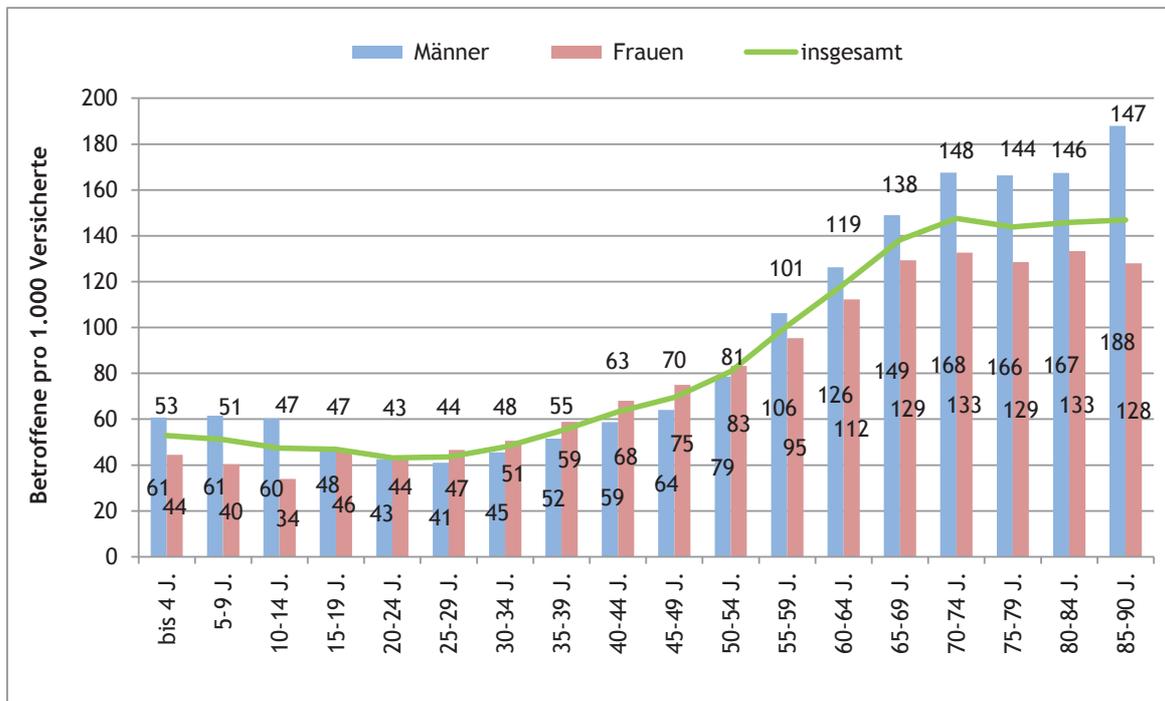
Medikamentenverordnungen

Im Jahr 2015 wurden an knapp 8 Prozent (76 pro 1.000) der Versicherten der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse Anti-Asthmatika verordnet.⁶¹ Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil an Männern und Frauen zu, die innerhalb eines Jahres Anti-Asthmatika

verordnet bekommen. So erhielten im Jahr 2015 beispielsweise in der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen 168 pro 1.000 Männern und 133 pro 1.000 Frauen Anti-Asthmatika (Abbildung 161).

⁶¹ Viele Atemwegserkrankungen werden im niedergelassenen Bereich behandelt.

Abbildung 161: Personen mit Verordnung von Anti-Astmatika nach Altersgruppen und Geschlecht in Oberösterreich



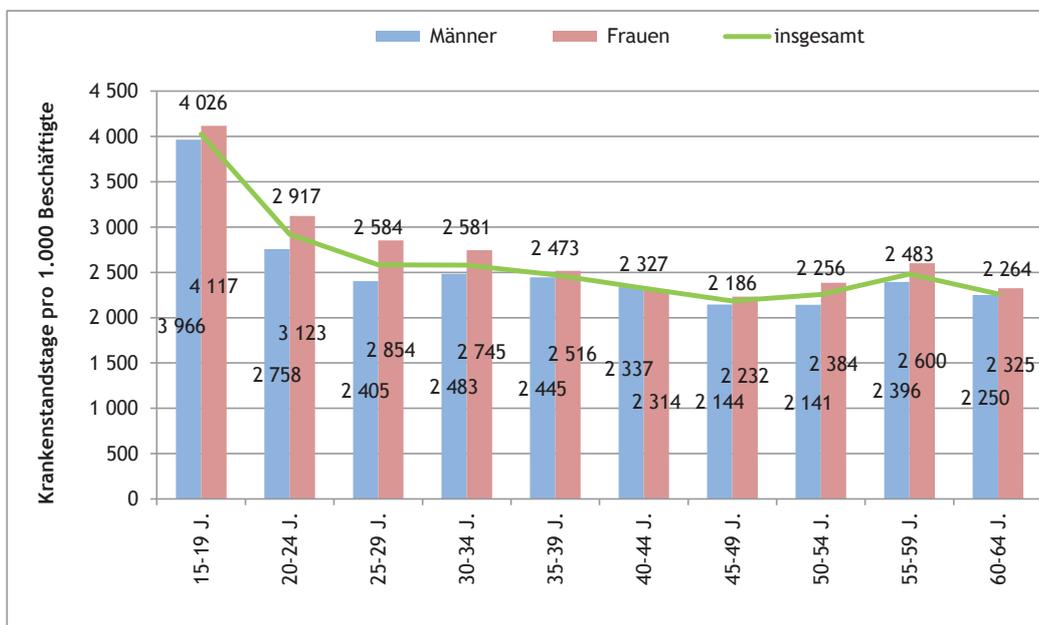
Quelle: ÖÖGKK; IGP-Berechnungen; Personen mit mindestens einer Verordnung von Anti-Astmatika (ATC-Gruppe: R03) innerhalb eines Jahres (2015) pro 1.000; nur Versicherte der ÖÖGKK

Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit)

Im Jahr 2015 kamen auf 1.000 Beschäftigte rund 2.527 Krankenstandstage, die auf Krankheiten des Atmungssystems zurückzuführen sind. Dabei handelt es sich überwiegend um akute Infektionen der oberen Atemwege (Erkältungen). Bei Männern ist die Rate mit 2.453 Krankenstandstagen pro 1.000 Beschäftigte etwas niedriger als

bei Frauen (2.627 Tage pro 1.000 Beschäftigte). Die Anzahl der Krankenstandstage nimmt bei Männern und Frauen mit steigendem Alter tendenziell ab (Abbildung 162). Eine Begründung dafür könnte der sogenannte „Healthy Worker Affect“ sein, d. h. es arbeiten in höherem Alter nur noch jene, die keine zu häufigen Krankenstandstagen führende Grunderkrankung haben.

Abbildung 162: Krankenstandstage aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems nach Altersgruppen und Geschlecht in Oberösterreich

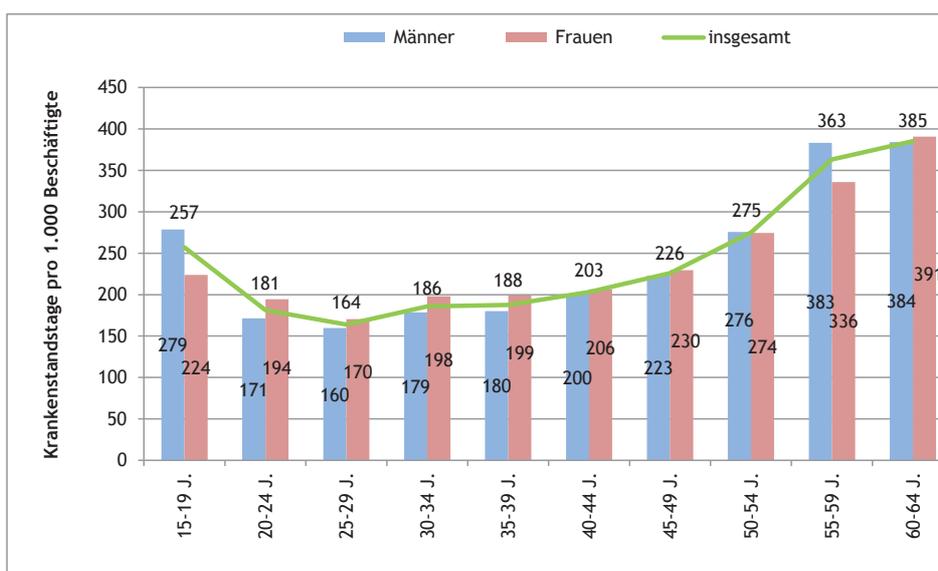


Quelle: OÖGKK; IGP-Berechnungen; Krankenstandstage aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems (ICD10: J00-J99) innerhalb eines Jahres (Jahr 2015) pro 1.000 Beschäftigte; nur Versicherte der OÖGKK

Blendet man die akuten Infektionen der oberen Atemwege aus und betrachtet nur die chronischen Krankheiten der unteren Atemwege zeigt sich ein anderes Bild: Hier

kommen auf 1.000 Beschäftigte nur rund 227 Krankenstandstage, wobei sich Männer und Frauen diesbezüglich kaum unterscheiden (Abbildung 163).

Abbildung 163: Krankenstandstage aufgrund von chronischen Krankheiten der unteren Atemwege nach Altersgruppen und Geschlecht in Oberösterreich

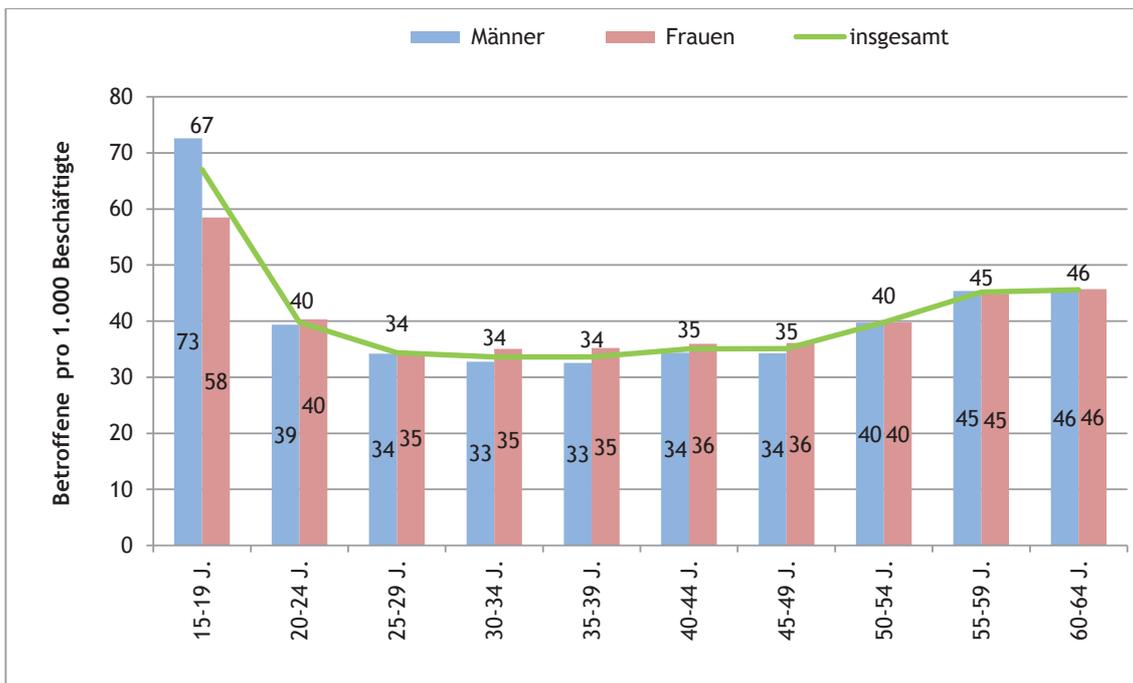


Quelle: OÖGKK; IGP-Berechnungen; Krankenstandstage aufgrund von chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (ICD10: J40-J47) innerhalb eines Jahres (Jahr 2015) pro 1.000 Beschäftigte; nur Versicherte der OÖGKK

Insgesamt liegt bei den Krankenständen in Folge von chronischen Krankheiten der unteren Atemwege die Betroffenenquote im Jahr 2015 bei 38 pro 1.000 Beschäftigte, wobei sich Männer und Frauen kaum unterscheiden (Männer: 38 pro 1.000 Beschäftigte; Frauen: 39 pro 1.000 Be-

schäftigte). Der Anteil der von Krankenständen aufgrund von chronischen Krankheiten der unteren Atemwege betroffenen Beschäftigten ist bei beiden Geschlechtern im jüngsten Alterssegment am höchsten (Abbildung 164).

Abbildung 164: Von Krankenstand aufgrund von chronischen Krankheiten der unteren Atemwege betroffene Beschäftigte nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich



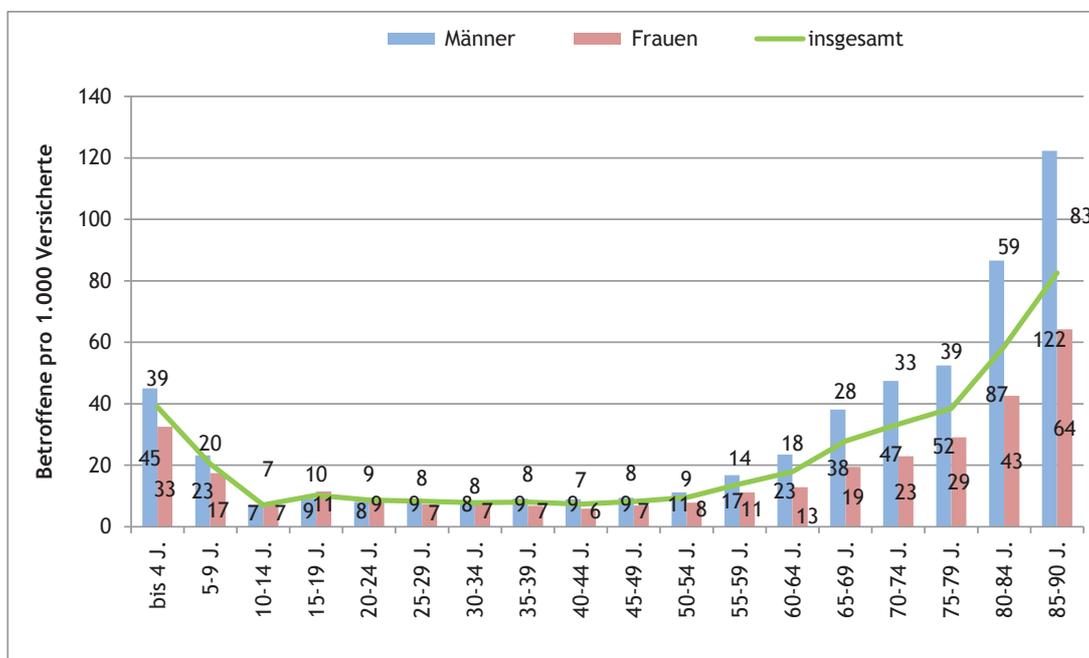
Quelle: OÖGKK; IGP-Berechnungen; Von Krankenstand Betroffene aufgrund von chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (ICD10: J40-J47) innerhalb eines Jahres (2015) pro 1.000 Beschäftigte; nur Versicherte der OÖGKK

Krankenhausaufenthalte

Pro Jahr weisen in Oberösterreich rund 17 Personen pro 1.000 Versicherte zumindest einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems auf.

Männer sind häufiger betroffen als Frauen: 20 Männer pro 1.000 Versicherte und 15 Frauen pro 1.000 Versicherte haben innerhalb eines Jahres zumindest einen Krankenhausaufenthalt in Folge von Atemwegserkrankungen. Die Betroffenenquote ist in den jüngsten und in den ältesten Alterssegmenten am höchsten (Abbildung 165).

Abbildung 165: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Atemwegserkrankung nach Altersgruppen und Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: OÖGKK; IGP-Berechnungen; Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems (Hauptdiagnose ICD10: J00-J99) innerhalb eines Jahres (2015); nur Versicherte der OÖGKK

Fakten:

- Bei den obstruktiven Atemwegserkrankungen wird zwischen Asthma bronchiale und COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) unterschieden. Die wichtigsten Ursachen für beide Erkrankungsformen lassen sich in personenbezogene Faktoren (z. B. Allergien) und Umweltfaktoren (Luftverschmutzung vor allem aber der Tabakrauch) unterteilen.
- Insgesamt leiden etwa 5 Prozent der oberösterreichischen Männer und 6 Prozent der oberösterreichischen Frauen an Asthma bronchiale (einschließ-

lich allergischem Asthma). Jeweils 4 Prozent der Männer und Frauen geben an, innerhalb der letzten zwölf Monate von Chronischer Bronchitis, COPD oder einem Lungenemphysem betroffen gewesen zu sein.

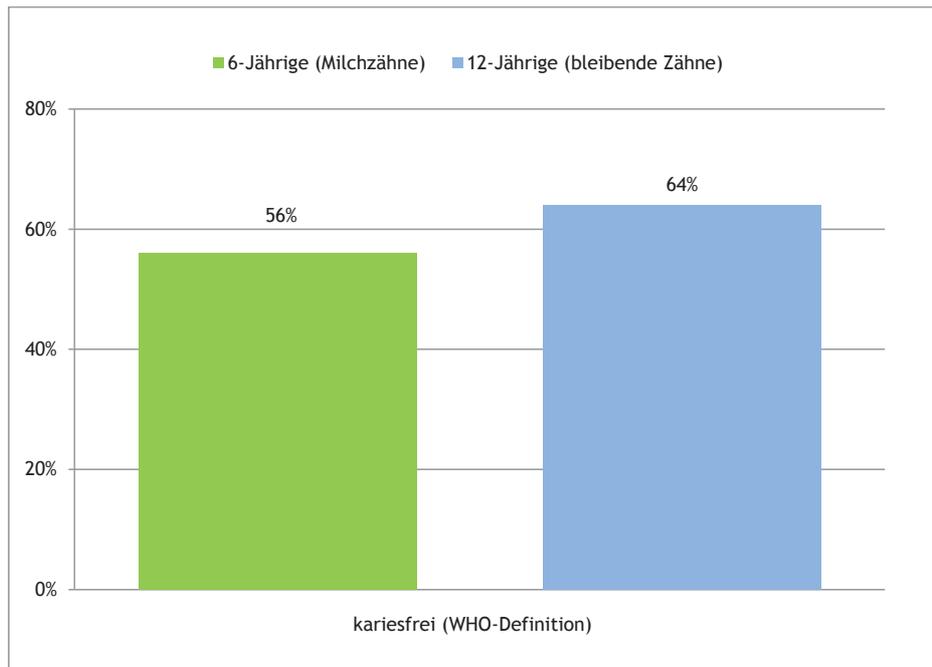
- Pro Jahr weisen in Oberösterreich rund 17 Personen pro 1.000 Versicherte zumindest einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems auf. Männer sind häufiger betroffen als Frauen.

5.2.3.5. Zahngesundheit/Zahnerkrankungen

Karies ist die Haupterkrankung im Mundbereich und die am meisten verbreitete Erkrankung des Menschen über

haupt. Da manifeste Karies unheilbar ist, haben Präventionsmaßnahmen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung große Bedeutung.⁶⁵

Abbildung 166: Zahnstatus bei 6- und 12-Jährigen in Oberösterreich



Quelle: Gesundheit Österreich GmbH/Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen; Zahnstatuserhebungen 2011 (6-Jährige) und 2012 (12-Jährige)

Bei den 6-jährigen oberösterreichischen Kindern haben laut Zahnstatuserhebung 2011 56 Prozent (Burschen: 53%; Mädchen: 58%) ein völlig gesundes Gebiss oder höchstens eine Kariesvorstufe und gelten daher gemäß WHO-Definition als kariesfrei.⁶² Österreichweit⁶³ haben 2011 52 Prozent der 6-jährigen Kinder ein kariesfreies Gebiss. 44 Prozent der 6-Jährigen haben Erfahrung mit Karies (Burschen: 47%; Mädchen: 42%).

Bei den oberösterreichischen 12-Jährigen sind 64 Prozent (Burschen: 65%; Mädchen: 63%) kariesfrei. Österreichweit haben 68 Prozent der 12-jährigen Kinder ein kariesfreies Gebiss.

Sowohl bei den 6-Jährigen als auch bei den 12-Jährigen sind Kinder mit Migrationshintergrund häufiger von Karies betroffen. Generell kann in Industrieländern mittlerweile als Folge einer insgesamt niedriger werdenden Kariesprä-

valenz in den letzten Jahrzehnten von einer Polarisierung des Kariesbefalls beim bleibenden Gebiss von Kindern und Jugendlichen gesprochen werden. Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass lediglich etwa 20 bis 30 Prozent der Kinder und Jugendlichen etwa 70 bis 80 Prozent des Gesamtkariesbefalls auf sich vereinen. Niedriger sozioökonomischer Status bzw. Migrationshintergrund sind Charakteristika dieser „Kariesrisikogruppe“.⁶⁵

Anhand des d3mft-Indexes⁶⁶, 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 0,6 Zähne (Burschen: 0,6; Mädchen: 0,5) von Karies betroffen (Österreichweit⁶⁷: 1,2), 0,2 Zähne fehlen kariesbedingt (Österreichweit: 0,2) und durchschnittlich 0,8 Zähne weisen eine Füllung auf (Österreichweit: 0,6) (Tabelle 17).

⁶² Gemäß der zu Redaktionsschluss des öö. Gesundheitsberichtes noch nicht publizierten Zahnstatuserhebung bei den 6-Jährigen aus dem Jahr 2016 sind 51 Prozent der oberösterreichischen Kinder gemäß WHO-Definition kariesfrei (Auskunft der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)).

⁶³ ohne Vorarlberg

⁶⁴ Birgmann, Meggeneder 2005, S. 27

⁶⁵ Drosen et al. 2010, S. 1.197

⁶⁶ d3mft steht für: decayed missing filled teeth im Milchgebiss

⁶⁷ ohne Vorarlberg

Tabelle 17: Kariesprävalenz bei 6-Jährigen (d3mft-Index) auf Milchzahnebene nach Komponenten und Geschlecht in Oberösterreich

Diagnose	Burschen	Mädchen	gesamt
kariöse Zähne (d3)	0,6	0,5	0,6
fehlende Zähne (m)	0,2	0,2	0,2
gefüllte Zähne (f)	0,9	0,6	0,8
d3mft	1,7	1,3	1,5

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH/Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen; Zahnstaturhebung 2011
d3mft-Wert = die durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne im Milchgebiss

Bei den 12-Jährigen wird der D3MFT-Index⁶⁸ herangezogen, welcher den Kariesbefund im bleibenden Gebiss zahnbezogen angibt. Oberösterreichs 12-Jährige haben durchschnittlich 25 bleibende Zähne. Der in der Erhebung ermittelte durchschnittliche D3MFT-Indexwert pro Person

beträgt bei den 12-Jährigen im Durchschnitt 1,7 (Burschen: 1,6; Mädchen: 1,8; Österreichweit: 1,4). Knapp die Hälfte des Indexes (D3 = 0,8) ist auf (aktive) kariöse Veränderungen zurückzuführen. Durchschnittlich 0,9 Zähne sind gefüllt und keine Zähne fehlen kariesbedingt.

Tabelle 18: Kariesprävalenz bei 12-Jährigen (D3MFT-Index) auf Zahnebene nach Komponenten und Geschlecht in Oberösterreich

Diagnose	Burschen	Mädchen	gesamt
kariöse Zähne (D3)	0,7	0,8	0,8
fehlende Zähne (M)	0,0	0,0	0,0
gefüllte Zähne (F)	0,9	1,0	0,9
D3MFT	1,6	1,8	1,7

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH/Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen; Zahnstaturhebung 2012
D3MFT-Wert = die durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne im bleibenden Gebiss

Inanspruchnahme zahnärztliche Versorgung

Gemäß der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS) haben 71 Prozent der OberösterreicherInnen (Männer: 69%; Frauen: 73%) innerhalb der letzten zwölf Monate eine Zahnärztin bzw. einen Zahnarzt aufgesucht. Damit liegt Oberösterreich im Bundesdurchschnitt (72%).

Insgesamt 4 Prozent der OberösterreicherInnen (Männer: 3%, Frauen: 5%) berichten davon, dass sie innerhalb der letzten zwölf Monate eine zahnärztliche Untersuchung⁶⁹ oder Behandlung benötigt hätten, sich diese aber nicht leisten konnten. Auch in diesem Punkt liegt Oberösterreich im Bundesdurchschnitt (5%).

⁶⁸ D3MFT steht für Decayed Missing Filled Teeth beim bleibenden Gebiss

⁶⁹ Anmerkung: Zahnärztliche Untersuchungen sind grundsätzlich durch die Sozialversicherung gedeckt. In der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS) wurde „Zahnärztliche Untersuchung oder Behandlung“ nicht voneinander getrennt abgefragt.

Fakten:

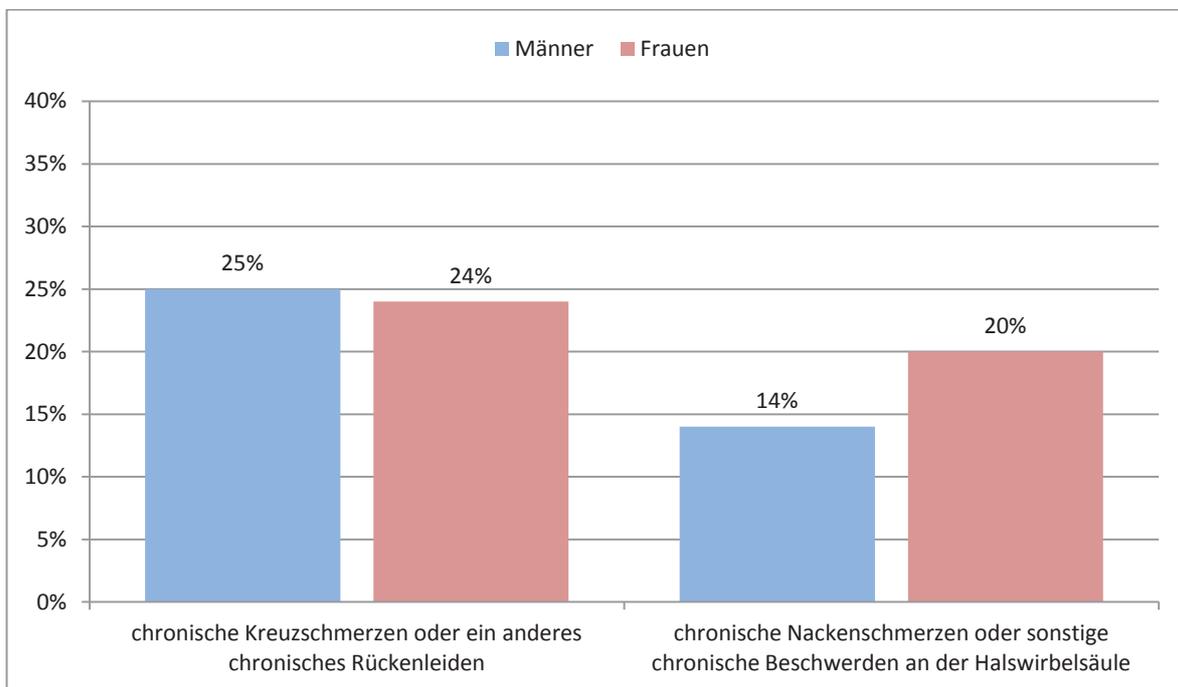
- 56 Prozent der 6-Jährigen (Zahnstaturhebung 2011) und 64 Prozent der 12-Jährigen (Zahnstaturhebung 2012) sind gemäß der WHO-Definition kariesfrei. Kinder mit Migrationshintergrund sind häufiger von Karies betroffen.
- 6-Jährige weisen im Durchschnitt 1,5 kariöse, fehlende oder sanierte Zähne im Milchgebiss auf (d3mft-Wert = 1,5).
- 12-Jährige weisen im Durchschnitt 1,7 kariöse, fehlende oder sanierte Zähne im bleibenden Gebiss auf (D3MFT-Wert = 1,7).
- 4 Prozent der OberösterreicherInnen hätten laut ATHIS-Befragung innerhalb der letzten zwölf Monate eine zahnärztliche Untersuchung oder Behandlung benötigt, haben sich diese allerdings nicht leisten können.

5.2.3.6. Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats

Insgesamt leidet etwa je ein Viertel der oberösterreichischen Männer (25%) und Frauen (24%) an chronischen Kreuzschmerzen oder an einem anderen chronischen Rückenleiden. Außerdem geben 14 Prozent der Männer und

20 Prozent der Frauen in Oberösterreich an, innerhalb der letzten zwölf Monate von chronischen Nackenschmerzen oder sonstigen chronischen Beschwerden an der Halswirbelsäule betroffen gewesen zu sein (Abbildung 167).

Abbildung 167: Prävalenz von chronischen Erkrankungen/Beschwerden des Bewegungs- und Stützapparats in Oberösterreich

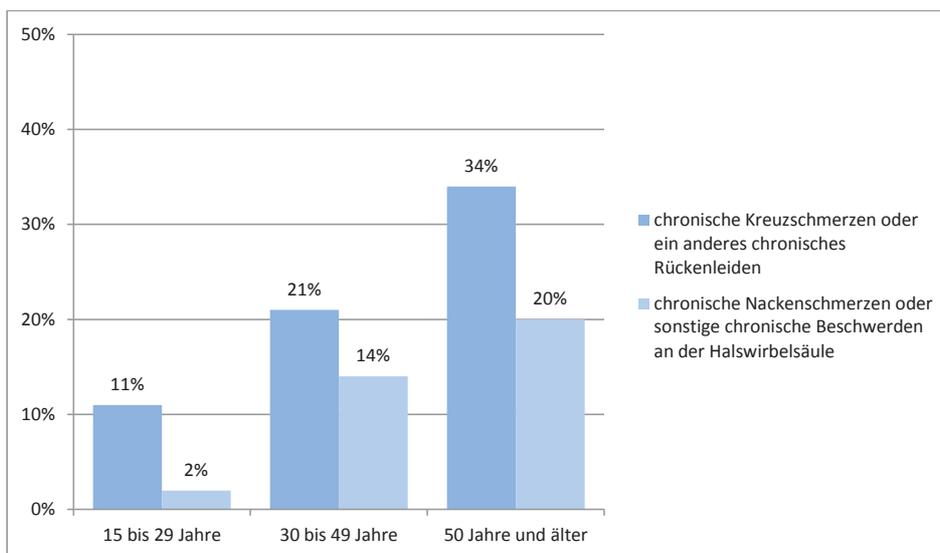


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen); Anteil der Personen, die innerhalb der letzten zwölf Monate von chronischen Krankheiten/Beschwerden des Bewegungs- und Stützapparats betroffen waren

Mit zunehmendem Alter nimmt sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die Prävalenz chronischer Erkrankungen/Beschwerden deutlich zu: Bei den Männern leiden 34 Prozent der Personen ab 50 Jahren an chronischen Kreuzschmerzen oder einem anderen chronischen Rückenleiden und 20 Prozent an chronischen Nackenschmerzen oder sonstigen chronischen Beschwerden an

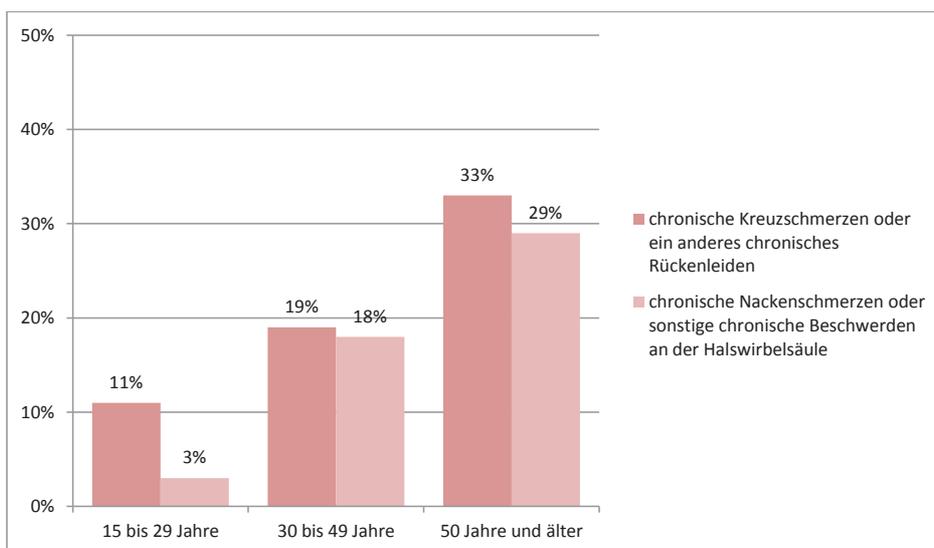
der Halswirbelsäule. Unter den Frauen dieser Altersgruppe berichten 33 Prozent von chronischen Kreuzschmerzen oder einem anderen chronischen Rückenleiden und 29 Prozent von chronischen Nackenschmerzen oder sonstigen chronischen Beschwerden an der Halswirbelsäule (Abbildung 168 und Abbildung 169).

Abbildung 168: Prävalenz von chronischen Erkrankungen/Beschwerden des Bewegungs- und Stützapparats nach Alter in Oberösterreich - Männer



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen); Anteil der Personen, die innerhalb der letzten zwölf Monate von chronischen Krankheiten/Beschwerden des Bewegungs- und Stützapparats betroffen waren

Abbildung 169: Prävalenz von chronischen Erkrankungen/Beschwerden des Bewegungs- und Stützapparats nach Alter in Oberösterreich - Frauen



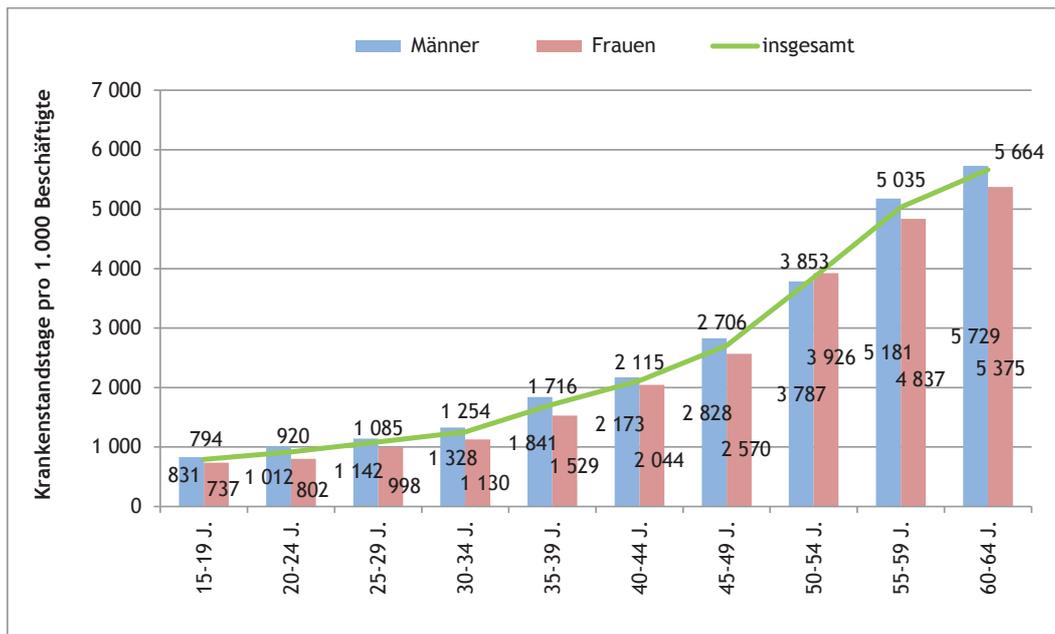
Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen); Anteil der Personen, die innerhalb der letzten zwölf Monate von chronischen Krankheiten/Beschwerden des Bewegungs- und Stützapparats betroffen waren

Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit)

Im Jahr 2015 kamen auf 1.000 Beschäftigte rund 2.329 Krankenstandstage, die auf Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems zurückzuführen sind. Bei Männern ist die Rate mit 2.388 Krankenstandstagen pro 1.000 Beschäftig-

te etwas höher als bei Frauen (2.249 Tage pro 1.000 Beschäftigte). Die Anzahl der Krankenstandstage nimmt bei Männern und Frauen mit steigendem Alter deutlich und kontinuierlich zu (Abbildung 170).

Abbildung 170: Krankenstandstage aufgrund von Krankheiten des Bewegungsapparats nach Altersgruppen und Geschlecht in Oberösterreich

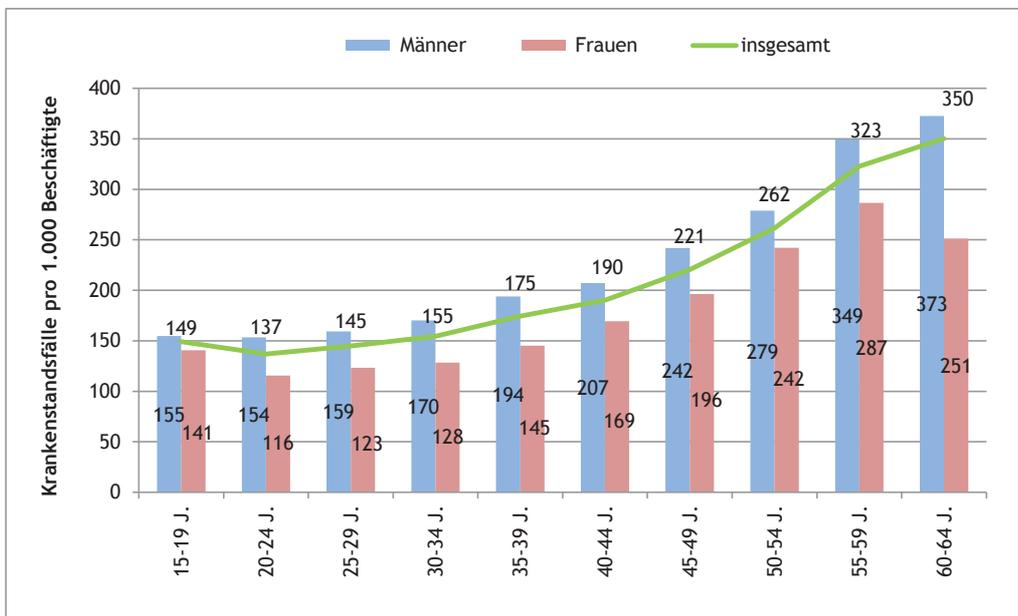


Quelle: OÖGKK; IGP-Berechnungen; Krankenstandstage aufgrund von Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems (ICD10: M00-M99) innerhalb eines Jahres (Jahr 2015) pro 1.000 Beschäftigte; nur Versicherte der OÖGKK

Insgesamt liegt bei den Krankenständen in Folge von Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems die Betroffenquote im Jahr 2015 bei rund 201 Fällen pro 1.000 Beschäftigten, wobei Männer etwas häufiger betroffen sind als Frauen (Männer: 219 pro 1.000 Beschäftigte; Frauen:

178 pro 1.000 Beschäftigte). Die Betroffenenquote nimmt bei beiden Geschlechtern mit steigendem Alter zu, wobei sich der Unterschied in der Betroffenquote in den höheren Altersgruppen zuungunsten der Männern entwickelt (Abbildung 171).

Abbildung 171: Von Krankenstand aufgrund von Krankheiten des Bewegungsapparats betroffene Beschäftigte nach Altersgruppen und Geschlecht in Oberösterreich



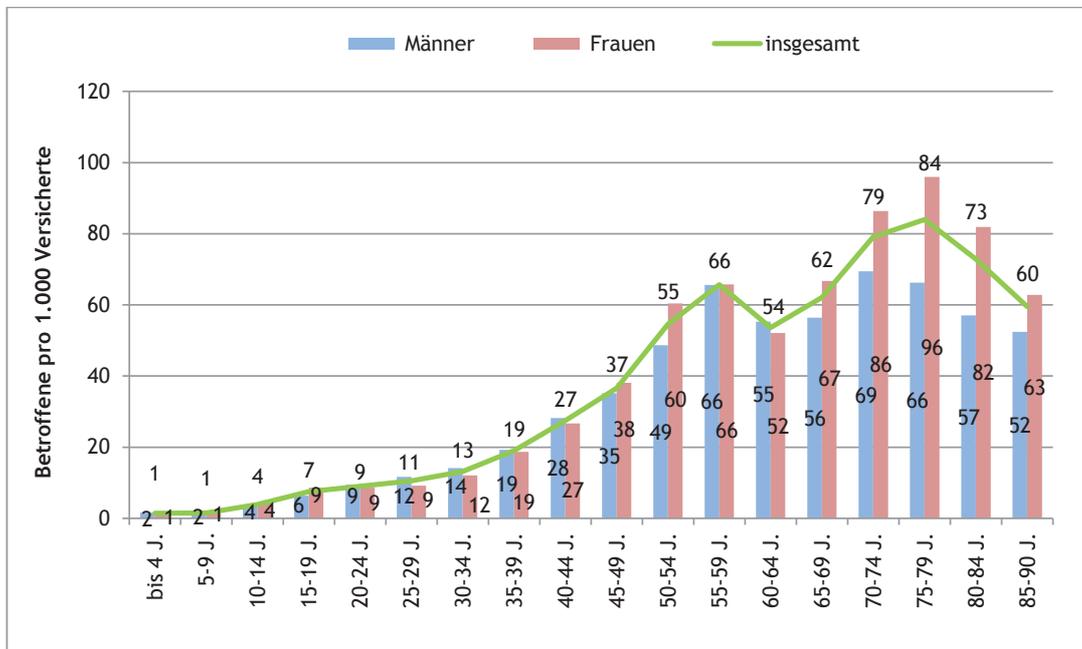
Quelle: OÖGKK; IGP-Berechnungen; Von Krankenstand Betroffene aufgrund von Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems (ICD10: M00-M99) innerhalb eines Jahres (Jahr 2015) pro 1.000 Beschäftigte; nur Versicherte der OÖGKK

Krankenhausaufenthalte

Pro Jahr weisen in Oberösterreich rund 32 Personen pro 1.000 Versicherte zumindest einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates auf. Männer sind etwas seltener betroffen als Frauen: 28 Männer pro 1.000 Versicherte und 35 Frauen pro 1.000 Versicherte haben innerhalb eines Jahres zumindest ei-

nen Krankenhausaufenthalt in Folge von Erkrankungen des Bewegungsapparates. Die Betroffenenquote ist kurz vor bzw. während der Zeit des Pensionsantritts bzw. im Alterssegment von 75 - 79 Jahren am höchsten, wobei die Betroffenheitsrate ab dem 65. Lebensjahr bei den Frauen deutlich höher ist als bei den Männern (Abbildung 172).

Abbildung 172: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Erkrankungen des Bewegungsapparats nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monatsprävalenz, Jahr 2015) in Oberösterreich



Quelle: OÖGKK; IGP-Berechnungen; Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates (Hauptdiagnose ICD10: M00-M99) innerhalb eines Jahres (2015); nur Versicherte der OÖGKK

Fakten:

- Zirka ein Viertel der OberösterreichInnen leidet an chronischen Kreuzschmerzen oder an einem anderen chronischen Rückenleiden.
- Im Jahr 2015 kamen auf 1.000 Beschäftigte rund 2.329 Krankenstandstage, die auf Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems zurückzuführen sind und rund 32 Personen pro 1.000 Versicherte wiesen zumindest einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates auf.

5.2.3.7. Psychische Erkrankungen und mentale Störungen

Der Themenbereich psychische Erkrankungen umfasst eine Vielzahl von Krankheitsbildern mit unterschiedlichsten Symptomen und Schweregraden. Aus der Vielzahl an Krankheitsbildern, die zur Gruppe der psychiatrischen Erkrankungen zählen, werden nachfolgend die bedeutendsten kurz genannt:⁷⁰

- Unter die affektiven Störungen fallen verschiedene Erkrankungstypen, die mit symptomatischen Veränderungen im emotionalen Bereich (Stimmungen, Gefühle) verbunden sind. Dazu zählen vor allem die verschiedenen Ausformungen der Depression, depressiver Störungen bzw. depressiver Symptome, aber auch manische bzw. manisch-depressive Störungsbilder.
- Zu den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen zählen u.a. die verschiedenen Formen der Angststörungen und Phobien, Zwangsstörungen sowie Reaktionen auf schwere Belastungen bzw. Anpassungsstörungen etc. Somatoforme Störungen sind durch wiederholtes oder anhaltendes Auftreten von körperlichen Beschwerden gekennzeichnet, die nicht durch eine physische Erkrankung erklärt werden können.
- Zu den Erscheinungsbildern der Störungen durch psychoaktive Substanzen⁷¹ zählen vor allem akute Intoxikation, schädlicher Gebrauch, Abhängigkeits- und Entzugssyndrom. In unserem Kulturkreis spielt in diesem Zusammenhang Alkohol die wichtigste Rolle.
- Die verschiedenen Typen schizophrener Erkrankungen äußern sich in Störungen des Denkens, der Wahrnehmung oder des Affektes bei sonst klarem Bewusstsein. Abgesehen von dieser Gemeinsamkeit zeigen sich sehr unterschiedliche Krankheitsbilder.
- Demenz zählt zur Gruppe der organischen bzw. symptomatischen psychischen Störungen. Von Demenz sind vor allem Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter betroffen. Der Großteil der Demenzerkrankungen ist durch die Alzheimersche Erkrankung verursacht.

Die meisten psychischen Erkrankungen sind von Faktoren auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene beeinflusst.

Psychische Erkrankungen sind in Österreich der häufigste Grund für die vorzeitige Pensionierung (Pensionszugänge infolge geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. dauerhafter Erwerbsunfähigkeit). 2015 gingen ein Drittel (33%) aller Neuzuerkennungen auf psychiatrische Diagnosen zurück. Bei Frauen waren psychische Erkrankungen (mit 43 Prozent) deutlich häufiger Grund für eine vorzeitige Pensionierung als bei Männern. Bei Männern war der Anteil psychischer Erkrankungen gleich hoch wie der Anteil an Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (27%).

Depressive Symptome

In der Gesundheitsbefragung der Statistik Austria wurden depressive Symptome mittels eines Screening-Instruments erhoben, das eine Abschätzung der Prävalenz leichter, moderater und schwerer depressiver Symptome in der Bevölkerung zulässt (Patient Health Questionnaire, PHQ-8). Österreichweit leiden demnach 5 Prozent der Frauen und 3 Prozent der Männer an mittlerer oder schwerer depressiver Symptomatik. Insbesondere 15- bis 29-jährige und 45- bis 59-jährige Frauen sind stark betroffen (jeweils 6%). Ebenso Männer über 75 Jahren (5%). Zudem weisen weitere 18 Prozent der Frauen und 12 Prozent der Männer leichte depressive Symptome auf.⁷²

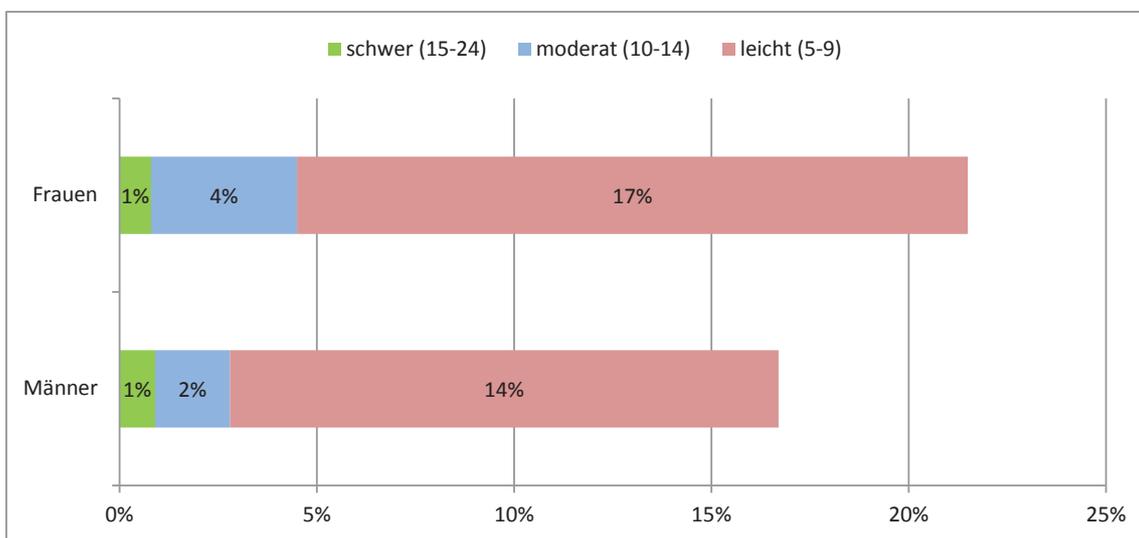
Oberösterreich unterscheidet sich nicht wesentlich vom Bundesdurchschnitt. 5 Prozent der Frauen und 3 Prozent der Männer weisen schwere oder mittelmäßige depressive Symptome auf. Hinzu kommen 17 Prozent der Frauen und 14 Prozent der Männer mit leichter Symptomatik.

⁷⁰ Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2017

⁷¹ In diese Kategorie fallen auch substanzgebundene Suchterkrankungen (z. B. Abhängigkeitssyndrom). Nicht-Substanzgebundene Süchte fallen nach ICD-10 unter die Gruppe der „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F60-F69) und werden (neben z. B. Pyromanie oder Kleptomanie) unter der Kategorie „F63 - Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ codiert. Nur für Spielsucht ist eine eigene Kategorie vorgesehen (F63.0-pathologisches Spielen). Alle anderen Nicht-Substanzgebundenen Suchterkrankungen fallen unter die Sammelkategorie „F63.9-Abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle, nicht näher bezeichnet“.

⁷² Klimont und Baldasz 2015, S. 24

Abbildung 173: Depressive Symptome von Männern und Frauen in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). PHQ-8 (schwer: 15-24 Punkte, moderat: 10-14 Punkte; leicht: 5-9 Punkte)

Depression

In Oberösterreich geben 6 Prozent der über 15-jährigen Bevölkerung an, dass sie im letzten Jahr an einer Depression gelitten haben (Männer 5%, Frauen 7%).⁷³ Damit liegt Oberösterreich etwas unter dem (gesamtosterreichischen) Bundesdurchschnitt. Dies ist vor allem auf die vergleichsweise geringere Prävalenz bei Frauen zurückzuführen (Österreich: gesamt 8%, Männer 6%, Frauen 10%). Hinsichtlich der Verbreitung depressiver Störungen liegt Wien deutlich höher (11%) als der (österreichische) Bundesdurchschnitt.⁷⁴

Die höhere Prävalenz von Depression unter Frauen könnte (zumindest teilweise) darauf zurückzuführen sein, dass die Erkrankung bei Männern in geringerem Umfang erkannt bzw. diagnostiziert wird. Das könnte unter Umständen damit zusammenhängen, dass depressive Störungen eher als „weibliche“ Erkrankungen wahrgenommen werden („Gender-Bias“) und daher bei Männern von den Betroffenen bzw. von den ÄrztInnen leichter übersehen werden.

⁷³ In der Gesundheitsbefragung der Statistik Austria 2014 wurde die Prävalenz von chronischen Erkrankungen mit der Frage „Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Gesundheitsprobleme? Es folgt nun eine Liste. Bitte antworten Sie jeweils mit Ja oder Nein.“. Neben anderen Erkrankungen war in dieser Liste „Depression“ als Antwortmöglichkeit vorgesehen (siehe Klimont und Baldaszi 2015, S. 211-212). Personen, die Angaben, dass sie an Depression gelitten haben wurden zusätzlich gefragt, ob die Depression von einem Arzt diagnostiziert wurde. Österreichweit gaben 80% der Personen, die unter Depressionen litten, an, dass diese auch von einem/r ÄrztIn diagnostiziert wurde.

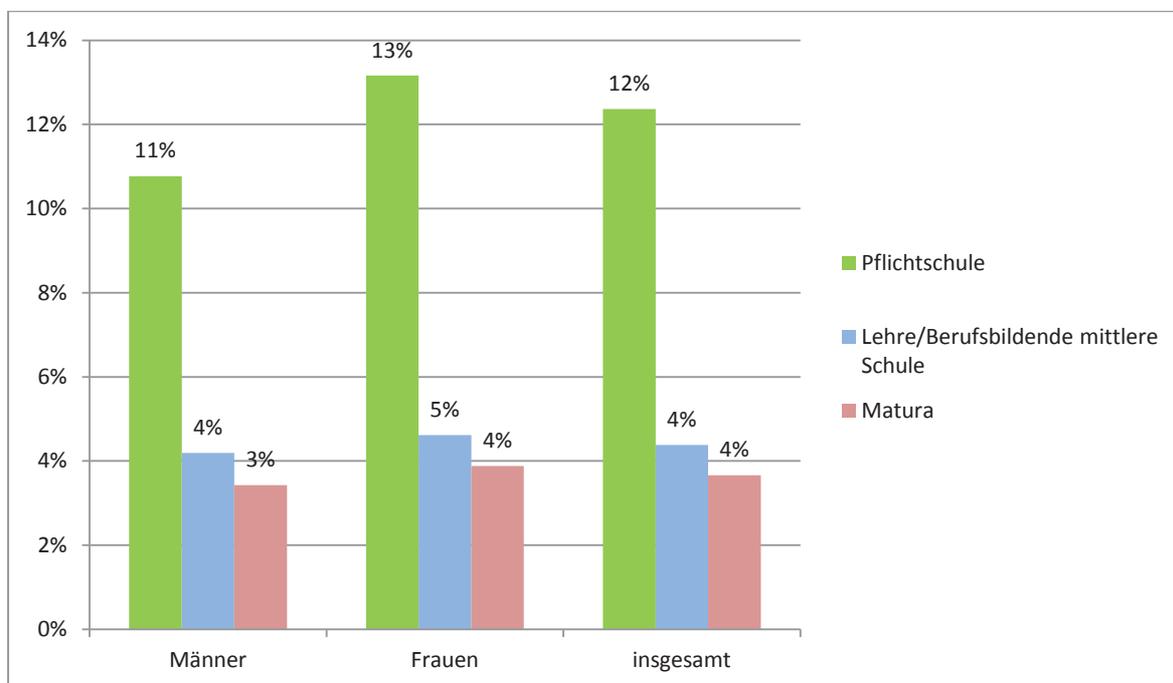
⁷⁴ Die Bundesländerunterschiede sind nicht auf eine unterschiedliche Altersstruktur der Bevölkerung bedingt. Die altersstandardisierten Anteile liefern ein ähnliches Bild.

Weiters tendieren Männer in geringerem Umfang dazu, bei psychischen Problemen professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass sich Depressionen bei Männern in anderer Form äußern können (stärker externalisierende Symptome wie z. B. Aggressivität) bzw. dass die Geschlechter unterschiedliche Symptommuster aufweisen können (Männer: Schlafstörungen, Substanzenmissbrauch, Irritabilität, Aggressivität; Frauen: Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, Substanzenmissbrauch, Unruhe, depressive Verstimmung, Klagsamkeit). Die Befunde deuten auch darauf hin, dass die Unterschiede in der Symptomatik von Männern und Frauen vor allem im frühen Stadium der Erkrankung auftreten und im Zusammenhang mit geschlechterassoziierten Copingstrategien gesehen werden können (z. B. Alkoholkonsum bei Männern). Anzumerken ist auch, dass mit deutlichen Unterschieden in verschiedenen Bevölkerungsgruppen (z. B. nach sozialer Schicht) zu rechnen ist. Beispielsweise wurde in einer Studie unter StudentInnen der Universität München festgestellt, dass verschiedene „typisch männliche“ Ausprägungen in der Depressions-Symptomatik⁷⁵ (Stress, Aggressivität, Irritabilität, Schlafprobleme) teilweise von den Frauen häufiger angegeben wurden als von den Männern dieser Stichprobe (was darauf hindeuten könnte, dass sich die Symptome von Depressionen z. B. unter höher gebildeten Frauen anders äußern als unter Frauen mit niedrigerem Bildungsgrad).⁷⁶ Depressive Erkrankungen sind in unteren Bildungsschichten deutlich weiter verbreitet. Personen mit Pflichtschulabschluss geben zu 12 Prozent an, dass sie innerhalb der letzten zwölf Monate von Depressionen betroffen waren.

⁷⁵ Verwendet wurde das Erhebungsinstrument „Gotland Scale for Male Depression“.

⁷⁶ Möller-Leimkühler 2010

Abbildung 174: Prävalenz von Depression nach Bildungsgrad in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria; Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); 12-Monats-Prävalenz; oberösterreichische Bevölkerung über 15 Jahre (standardisiert auf WHO-Europa-Standardbevölkerung 1976)

Essstörungen

Als die drei klinisch bedeutsamsten und am besten charakterisierten Essstörungen gelten die Magersucht (Anorexia nervosa), die Ess-Brechsucht (Bulimia nervosa) und die Binge-Eating Störung. Entsprechend der aktuellen MHAT-Studie (Mental Health in Austrian Teenagers) österreichischer Jugendlicher von 10 bis 18 Jahren zeigt sich eine Punktprävalenz von rund 1,6 Prozent und eine Lebenszeitprävalenz von rund 3,7 Prozent bzgl. klinischer Essstörungen, mit hoher Geschlechtsspezifität. Jugendliche Mädchen sind achtmal häufiger als Burschen betroffen (5,5% gegenüber 0,6% als Lebenszeitprävalenzrate). Gravierende Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen und Suizidalität sind häufig. In der Adoleszenz besteht für Magersucht die höchste Mortalität aller psychischen Erkrankungen. Für das Alter von 20 Jahren wird aktuell von einer Lebenszeitprävalenz voll- und subsyndromal ausgeprägter Essstörungen von 13 Prozent ausgegangen.⁷⁷

Störungen des Essverhaltens sind in den industrialisierten Staaten im Zunehmen begriffen. Die Grenzen von „normalem“ Diätverhalten („gezügeltes Essen“) und behand-

lungsbedürftigen Essstörungen (z. B. Magersucht) sind oft fließend.⁷⁸ In bestimmten Risikogruppen liegt der Anteil deutlich höher (z. B. 3,5-7,6% bei Mode- oder Ballettschülerinnen). Hinsichtlich der Ess-Brechsucht (Bulimie) wird in der Altersgruppe der 18-bis 35-jährigen Frauen von einer Prävalenz von 2 bis 4 Prozent ausgegangen. Binge-Eating ist nicht auf eine bestimmte Lebensphase begrenzt, sondern kommt in allen Altersgruppen vor. Die Prävalenz der Binge-Eating-Disorder wird in der allgemeinen Bevölkerung auf 1,8-4,6 Prozent geschätzt. Unter Übergewichtigen liegt der Anteil deutlich höher (5-10%).⁷⁹

Als Einflussfaktoren für die Entstehung von Essstörungen sind soziokulturelle, familiäre und individuelle/persönlichkeitsbezogene Faktoren wirksam. Soziokulturell begünstigen vor allem die verbreiteten Schönheitsideale (Schlankheitskult) die Entstehung von gestörtem Essverhalten. Häufig spielen auch gestörte familiäre Interaktions- und Verhaltensmuster eine Rolle. Auf individueller Ebene stellen, neben dem weiblichen Geschlecht, die Pubertätsphase, niedriges Selbstwertgefühl, starke Leistungsorientierung, geringe Frustrationstoleranz und ein schlankes Schönheitsideal Risikofaktoren dar.⁸⁰

⁷⁷ Bauer et al. 2017; Herpertz-Dahlmann und Hebebrand 2017; Wagner et al. 2017

⁷⁸ Langer et al. 2009, S. 6

⁷⁹ Langer et al. 2009, S. 7

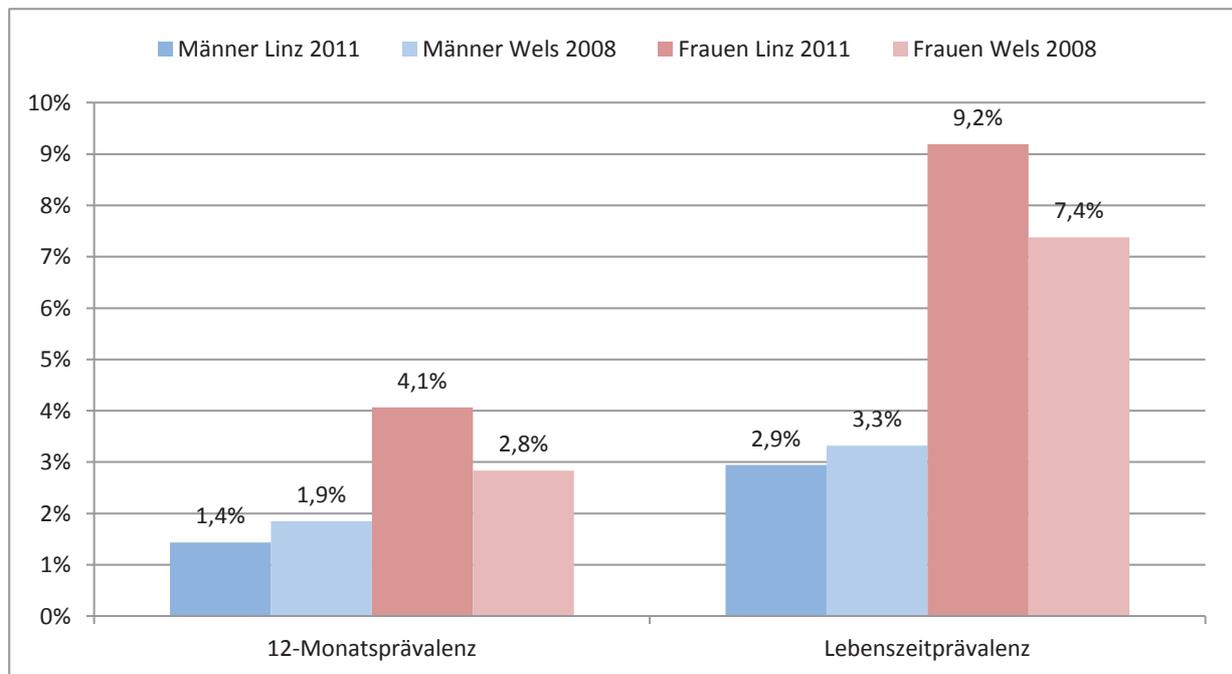
⁸⁰ Langer et al. 2009, S. 9

Der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) zu Folge sind 19 Prozent der Burschen und 12 Prozent der Mädchen in Österreich übergewichtig. Obwohl über 80 Prozent der Knaben und knapp 90 Prozent der Mädchen dem Body Mass Index zu Folge als normalgewichtig einzustufen sind, empfinden nur 52 Prozent der Burschen und 45 Prozent der Mädchen ihr Gewicht als „gerade richtig“. 44 Prozent der Mädchen und 30 Prozent der Burschen halten sich für zu dick und 11 Prozent der Mädchen bzw. 18 Prozent der Burschen finden, dass sie zu dünn sind.⁸¹

Hinsichtlich der Verbreitung von Essstörungen liegen oberösterreichweit keine Daten vor. In den Gesundheitsbefragungen Linz und Wels wurde allerdings erhoben, ob die Befragten an Essstörungen leiden. Das Ergebnis ist in

der nachfolgenden Abbildung 52 wiedergegeben. Aufgrund der geringen Fallzahl ist allerdings mit einer erheblichen Schwankungsbreite zu rechnen. Der Anteil der in den letzten zwölf Monaten von Essstörungen betroffenen Männer liegt in den beiden Städten bei 1 bis 2 Prozent (Linz 1,4%, Wels 1,9%). Unter den Frauen geben ca. 3 bis 4 Prozent an, dass sie innerhalb des letzten Jahres an einer Essstörung gelitten haben (Linz 4,1%, Wels 2,8%). Rund drei Prozent der Männer geben an, dass sie derzeit oder früher einmal von einer Essstörung betroffen waren (Linz 2,9% und Wels 3,3%). Bei den Frauen beträgt der Anteil ca. sieben bis neun Prozent (Linz 9,2% und Wels 7,4%).

Abbildung 175: Essstörungen in Linz und Wels



Quelle: IGP: Gesundheitsbefragung Wels 2008 und Gesundheitsbefragung Linz 2011; Bevölkerung über 15 Jahre; 12-Monatsprävalenz: Essstörung (z. B. Magersucht, Ess-Brech-Sucht...) „ständig/immer wieder“ oder „in den letzten zwölf Monaten“; Lebenszeitprävalenz: „ständig/immer wieder“, „in den letzten zwölf Monaten“ oder „hatte ich früher“

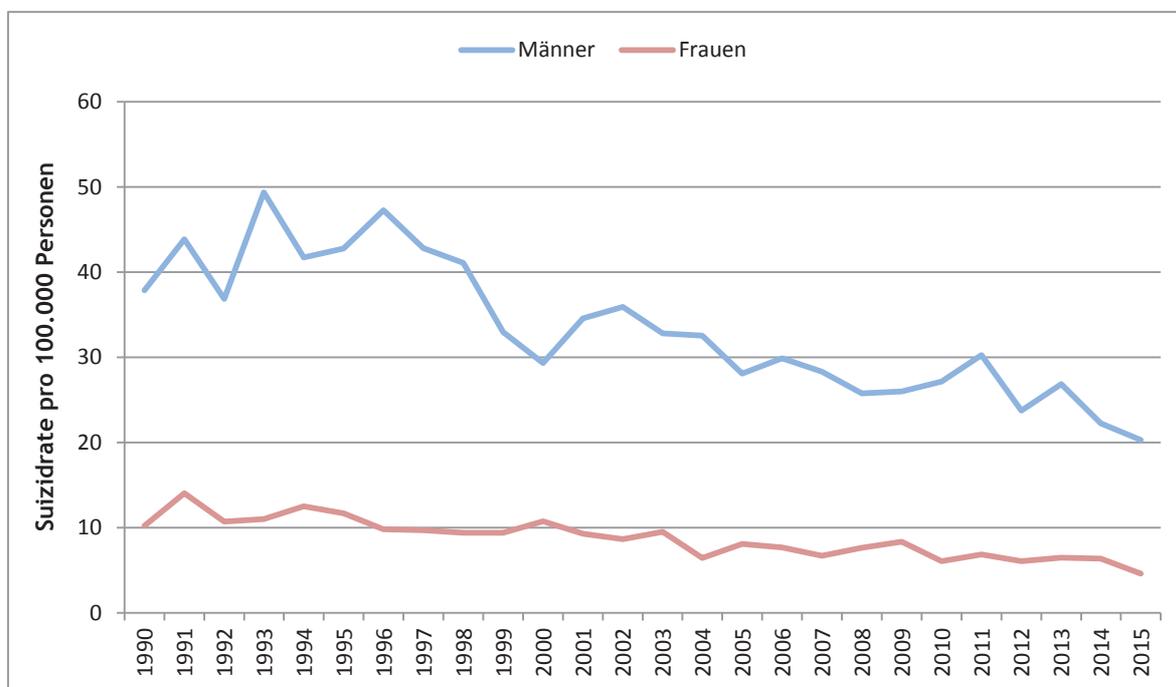
Suizid

In Oberösterreich starben 2015 137 Männer und 35 Frauen durch Suizid. Seit Beginn der 1990er Jahre ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen ein deutlicher Rückgang der Suizidrate zu beobachten. Im Zeitraum zwischen 1990 und 1995 lag die standardisierte Rate von Männern bei

durchschnittlich 42,1 Suiziden je 100.000 Einwohner, die der Frauen bei 11,7. Derzeit (2010 bis 2015) liegt die Suizidrate von Männern bei 25,1 (Abnahme um 40 Prozent) und die der Frauen bei 6,1 (Abnahme um 48%). Im langjährigen Schnitt kommen in Oberösterreich auf einen Suizid einer Frau rund vier Suizide von Männern.

⁸¹ Ramelow et al., S. 85

Abbildung 176: Suizidrate von Männern und Frauen 1990 bis 2015 in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik (Bereitgestellt durch Abt. Statistik, Land OÖ); Suizide auf 100.000 der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts (standardisiert auf Eurostat-Standardbevölkerung 2013)

Im längerfristigen Trend war in Österreich (wie auch in Oberösterreich) die Suizidrate in den 1980er Jahren am höchsten. Nach einem Anstieg ab Mitte der 1970er Jahre bis Mitte der 1980er Jahre (der vor allem auf Zunahmen in den Altersgruppen unter 44 Jahre und über 65 Jahre zurückgeht) ist bis 2008 ein rückläufiger Trend zu beobachten. Seit 2008 stagniert die Suizidrate in Österreich.⁸² Ein ähnlicher Trend ist in der Europäischen Union insgesamt bzw. in verschiedenen europäischen Staaten (z. B. in der Schweiz) zu beobachten.⁸³ Beispielsweise lag in Österreich die Suizidrate der 15 bis 24-jährigen Männer in den 1960er Jahren relativ stabil bei rund 20/100.000 und stieg in den 1970er und frühen 1980er Jahren auf über 30/100.000 an. Ab Mitte der 1980er Jahre ist die Rate unter Männern der genannten Altersgruppe rückläufig. In der Schweiz war diesbezüglich ein sehr ähnlicher Trend zu beobachten während in der damaligen Bundesrepublik Deutschland bis Mitte der 1970er Jahre nur ein relativ geringer Anstieg zu erkennen war und die Suizide seit Ende der 1970er Jahre rückläufig sind.⁸⁴

Als Hintergründe für den Rückgang der Suizidrate in den letzten drei Jahrzehnten kommen verschiedene Erklärungsansätze in Betracht, wobei an dieser Stelle nicht geklärt werden kann, welche Ursachen letztlich dafür verantwortlich sind. Viele Faktoren können diesbezüglich eine Rolle spielen. Nachfolgend sollen nur einige mögliche Erklärungsansätze umrissen werden.

Eine mögliche Erklärung für den Rückgang der Suizidrate stellt der Zugang bzw. die Verfügbarkeit zu Suizidmitteln (z. B. Schusswaffen) dar. Daneben spielt es auch eine Rolle, wie weit verschiedene Suizidmittel als akzeptabel erscheinen bzw. als abschreckend wahrgenommen werden.⁸⁵ Beispielsweise korreliert im Bundesländervergleich die Waffenpassrate mit der Rate der Schusswaffensuizide. Bei Männern ist zudem, nach einem ansteigenden Trend, seit Mitte der 1990er ein deutlicher Rückgang zu erkennen, der mit der Einführung eines strengeren Waffengesetzes 1997 zusammenhängen dürfte. Im Zeitraum zwischen Mitte der 1980er Jahre und Anfang der 1990er Jahre ist ein starker Rückgang der durch Vergiftung durchgeführten Suizide zu beobachten (sowohl bei Männern,

⁸² Kapusta 2012, S. 9-10

⁸³ Greyerz und Keller-Guglielmetti Elvira, S. 9

⁸⁴ Hawton und van Heeringen 2002, S. 13; Greyerz und Keller-Guglielmetti Elvira, S. 9

⁸⁵ Hawton und van Heeringen 2002, S. 23

als auch bei Frauen). Möglicherweise stehen dahinter Erschwernisse im Zugang zu potenziell gefährlichen Medikamenten. Der Rückgang der Vergiftungen könnte aber auch mit strengeren Abgasvorschriften für Autos bzw. der Einführung des Abgaskatalysators zusammenhängen, welche die Vergiftung durch Autoabgase (Kohlenmonoxid) schwieriger macht.⁸⁶ Auch die geringere Verbreitung bzw. die sicherheitstechnisch bessere Ausführung von Gasherden in den Haushalten könnte diesbezüglich eine Rolle spielen. Aber auch bei Suizidmethoden, bei denen kaum eine Verringerung im Zugang zu den erforderlichen Mittel anzunehmen ist, ist in den letzten Jahren die Häufigkeit zurückgegangen. Beispielsweise sind Suizide durch Erhängen (die häufigste Suizidmethode bei Männern und Frauen) seit Mitte der 1980er Jahre deutlich rückläufig.⁸⁷

Auch die Verbesserung der medizinischen bzw. psychosozialen Versorgung könnte zur Verringerung der Suizidrate geführt bzw. beigetragen haben. Seit Mitte der 1990er Jahre wurde das Angebot stark ausgebaut (z. B. Notfalltelefon, Telefonseelsorge, Krisenintervention etc.). Insbesondere die Diagnostik und Behandlung depressiver Erkrankungen spielt diesbezüglich eine Rolle. Beispielsweise hat sich seit Beginn der 1990er Jahre die Psychotherapeutendichte fast verdoppelt (zwischen 1991 und 2007 von rund vier auf knapp acht pro 1.000 Einwohnerinnen) und die Verfügbarkeit klinischer PsychologInnen hat sich fast versechsfacht (von 1/100.000 auf knapp 6/100.000). Die medikamentöse Behandlung von Depressionen (Antidepressiva-Verordnungen) und die Krankenhausbehandlungen mit der Hauptdiagnose Depression haben im selben Zeitraum stark zugenommen.⁸⁸ Auch die Entwicklungen im Rahmen der Krisenintervention (z. B. Kriseninterventionszentren, Koordination und Vernetzung der beteiligten Einrichtungen) in Oberösterreich und in anderen Bundesländern können diesem Zusammenhang genannt werden.⁸⁹

Die Medienberichterstattung, d.h. die Art und Weise, wie über Suizide in den Medien berichtet wird, kann ebenso Einfluss auf die Suizidrate nehmen (z. B. Nachahmungseffekte etc.).⁹⁰ In Österreich wurden bereits in den 1980er Jahren erste Medienrichtlinien von der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention verfasst, die ab 1987 mittels eines Seminarangebotes für JournalistInnen vermittelt wurden.⁹¹

Ein weiterer Einflussfaktor für den Rückgang der Suizidrate kann auch darin gesehen werden, dass Geburtsjahrgänge mit günstigeren Lebensbedingungen in der Kindheit sukzessive ins Erwachsenenalter nachrücken. Im Hinblick auf die Suizidrate ist vor allem Gewalterfahrung in der Kindheit zu nennen, der ältere Generationen noch häufiger ausgesetzt waren als jüngere. Beispielsweise lässt eine Studie aus Wien den Schluss zu, dass in der ersten

Nachkriegsgeneration 23 Prozent der Männer und 18 Prozent der Frauen in ihrer Kindheit oft oder zumindest gelegentlich körperlicher Gewalt in der Familie ausgesetzt waren. In der Generation, die Mitte der 1970er bis Mitte der 1980er Jahre geboren ist, ist der Anteil deutlich geringer (Männer 11% und Frauen 5%).⁹² Auch die unbewusste Weitergabe von Kriegstraumata durch die Elterngeneration an die unmittelbar nach dem Krieg aufgewachsenen Kinder könnte deren psychisches Wohlbefinden beeinträchtigt haben und zu einer Erhöhung der Suizidrate beigetragen haben, wohingegen die nachfolgenden Generationen keine derartige Beeinträchtigung erfahren haben.⁹³

Auch wirtschaftliche und soziale Entwicklungen könnten von erheblichem Einfluss auf die Suizidrate sein. Beispielsweise lassen sich die regionalen Unterschiede innerhalb Österreichs nicht durch die medizinisch-psychotherapeutische Versorgung erklären, so dass ein erheblicher sozioökonomischer Einfluss angenommen werden muss.⁹⁴ Auch die Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Gebieten verweisen auf die Bedeutung unterschiedlicher sozialer Lebensbedingungen für das psychische Wohlbefinden und für die Suizidneigung. Bis zum Beginn der 1980er Jahre war die Suizidrate in den städtischen Gebieten höher als auf dem Land. Seither hat sich das Verhältnis umgekehrt, in ländlichen Gebieten ist mittlerweile die Suizidrate höher als in städtischen Gegenden. Bei Männern war das Verhältnis Stadt zu Land bereits 1970 ausgeglichen und hat sich seither zu Lasten der ländlichen Gebiete entwickelt. Interessanterweise ist bei Frauen das Verhältnis der Suizidrate von Land/Stadt derzeit ungefähr ausgeglichen, d.h. es gibt nur geringe Unterschiede. In den 1970er Jahren war die Suizidneigung von Frauen in Städten noch deutlich höher als auf dem Land.⁹⁵ Der Befund könnte auf Selektionsprozesse zurückzuführen sein (Abwanderung von weniger vulnerablen Bevölkerungsgruppen in die Ballungsräume), aber auch darauf, dass möglicherweise die zunehmende Urbanisierung sich günstig auf die Suizidneigung auswirkt.

Die Datenqualität der Suizidstatistik kann im internationalen Vergleich als hoch eingestuft werden. Es ist allerdings möglich, dass nicht alle Suizide als solche erkannt bzw. dokumentiert werden, so dass die Suizidrate unterschätzt wird.⁹⁶ Demgegenüber ist die Datenlage im Hinblick auf Suizidversuche und Suizidalität als schlecht einzustufen, da diesbezüglich keine systematischen Informationen vorliegen. Europaweit gehen Schätzungen davon aus, dass die Zahl der Suizidversuche 10- bis 40-mal höher ist, als die Anzahl der vollzogenen Suizide.⁹⁷

⁸⁶ Riepert et al. 2002

⁸⁷ Kapusta 2012, S. 12-13

⁸⁸ Kapusta 2012, S. 16

⁸⁹ Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 55

⁹⁰ Kapusta 2012, S. 18; Tomandl et al. 2012

⁹¹ Till et al., S. 28

⁹² Urbas Elfriede 2004, S. 96

⁹³ Moré 2013

⁹⁴ Kapusta 2012, S. 16

⁹⁵ Kapusta 2012, S. 17

⁹⁶ Rockett und Thomas 1999; Kapusta 2012, S. 18

⁹⁷ Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 11

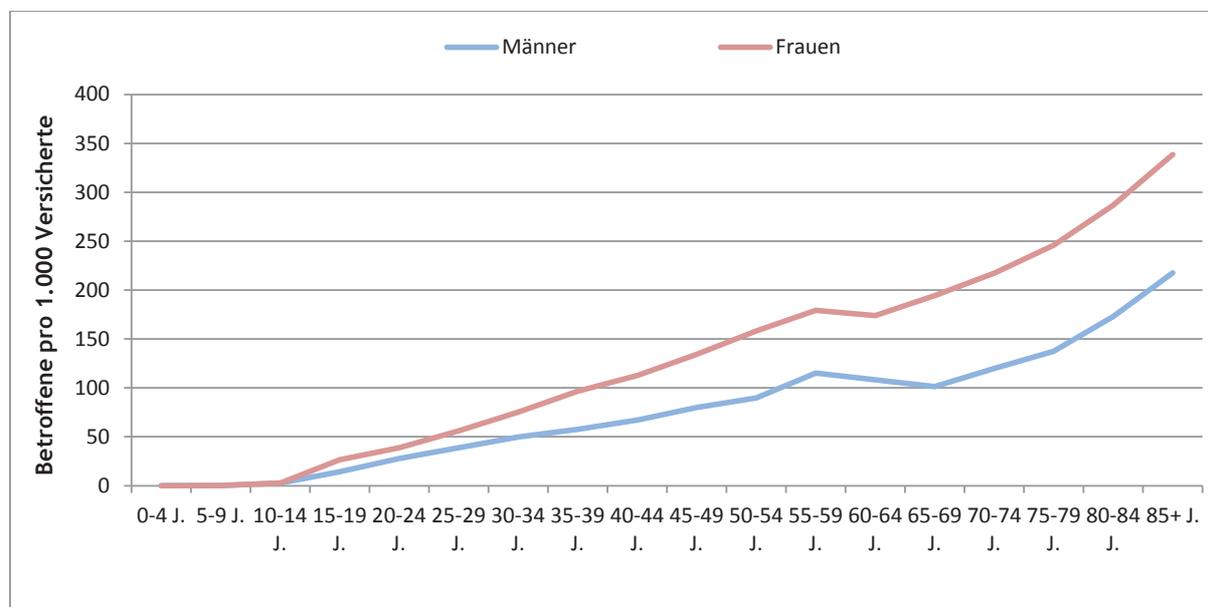
Inanspruchnahme von Leistungen

Heilmittelverordnungen

Innerhalb eines Jahres (2015) werden 93 von 1.000 der Versicherten der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse mit Wohnsitz in Oberösterreich Antidepressiva verordnet. Frauen sind (mit 121 von 1.000) deutlich stärker betroffen als Männer (64 von 1.000). Im Zeitraum zwischen 2010 und 2015 ist der Anteil der Bevölkerung mit Antidepressivaverordnungen relativ stabil. Bis 2012 ist ein leichter Anstieg zu beobachten (um 7%). Zwischen 2012 und 2015 ist der Anteil der Betroffenen wieder etwas gesunken (ungefähr auf das Niveau von 2010). Die altersstandardisierte Rate⁹⁸ ist zwischen 2010 und 2012 sogar leicht gesunken (minus 6%).

Der Anteil der Personen mit Antidepressivaverordnung steigt bis zur Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen kontinuierlich an (auf 179 von 1.000 bei Frauen und 115 von 1.000 bei Männern). Ein weiterer Anstieg ist ab dem 65. Lebensjahr zu beobachten. Unter den über 80-jährigen Frauen erhalten 339 von 1.000 mindestens eine Antidepressivaverordnung im Jahr, unter den gleichaltrigen Männern 218 von 1.000.

Abbildung 177: Personen mit Antidepressiva-Verordnung nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich



Quelle: OÖGKK: FOKO (IGP Berechnungen); Personen mit mindestens einer Verordnung von Antidepressiva (ATC-N06A) innerhalb eines Jahres (2015); nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich

Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit)

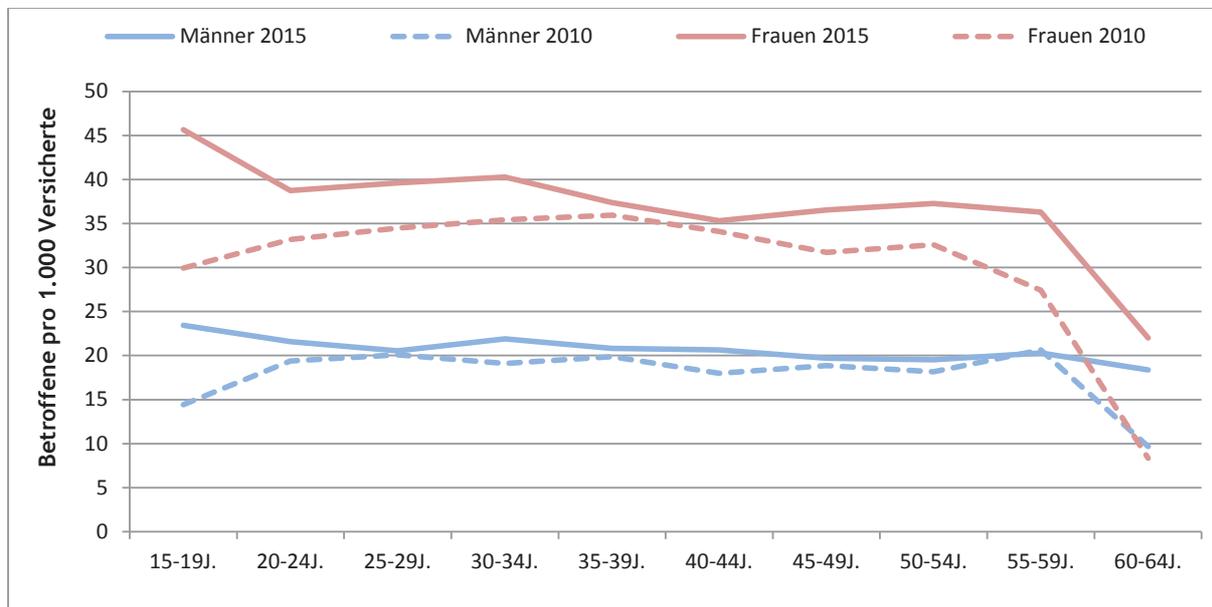
Unter den unselbständig beschäftigten OberösterreicherInnen machen psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10: V00-F99) 12 Prozent der Krankenstandstage aus. Im Zeitraum zwischen 2010 und 2015 hat der Anteil an den Krankenstandstagen um ein Drittel zugenommen (2010: 9%).

Im Durchschnitt kommen auf 1.000 beschäftigte Männer 20,7, die innerhalb eines Jahres mindestens ein Mal wegen einer psychischen Störung im Krankenstand sind. Bei Frauen ist die Rate mit 37,8 Betroffenen je 1.000 Beschäftigten wesentlich höher. Die Rate ist zwischen 2010 und 2015 angestiegen (bei Männern um 12% und bei Frauen um 16%). Sowohl bei Frauen als auch bei Männern ist

die Rate vor allem bei den unter 20-jährigen und über 60-jährigen Beschäftigten stark angestiegen. Der Anstieg bei den Jugendlichen unter 20 Jahren ist vor allem auf die Diagnosegruppe „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (ICD-10: F43) zurückzuführen. In der Altersgruppe über 60 Jahre sind vor allem Depression (ICD-10: F32) sowie „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (ICD-10: F43) für den Anstieg verantwortlich. Bei den Frauen ist zudem in den Altersgruppen zwischen 20 und 34 Jahren sowie zwischen 45 und 60 Jahren eine erkennbare Zunahme der Betroffenenrate zu beobachten, während unter den 35- bis 44-jährigen Frauen nur geringfügige Veränderungen zu erkennen sind. Auch bei den beschäftigten Männern zwischen 20 und 59 Jahren sind unwesentliche Veränderungen zu beobachten.

98 Standardisiert auf WHO-Europa-Standardbevölkerung 1976

Abbildung 178: Personen mit Krankenstand aufgrund von psychischen Erkrankungen 2010 und 2015 nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich



Quelle: OÖGKK: FOKO (IGP Berechnungen); Beschäftigte mit mindestens einem Krankenstand innerhalb eines Jahres mit Diagnose ICD-10: Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99); (2010 bis 2015); nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich

Krankenhausaufenthalte

In Oberösterreich nehmen Krankenhausaufenthalte mit einer psychiatrischen Erkrankung als Hauptdiagnose 16 Prozent der Krankenhausbelagstage ein. Im Zeitraum zwischen 2010 bis 2015 ist der Anteil um 13 Prozent gestiegen (2010: 14%). Der Anteil der psychiatrischen Diagnosen an den Krankenhaufällen beträgt 6 Prozent, was darauf verweist, dass psychische Erkrankungen im Durchschnitt mit relativ langen Krankenhausaufenthalten verbunden sind.⁹⁹

Frauen weisen im Hinblick auf die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (ICD10: F00-F99) eine etwas höhere Betroffenquote auf.¹⁰⁰ Im Zeitraum zwischen 2010 und 2014 waren pro Jahr durchschnittlich 12,8 von 1.000 Männern und 14,3 von 1.000 Frauen mindestens ein Mal wegen einer psychiatrischen Erkrankung im Krankenhaus. Betrachtet man die häufigste Diagnosegruppe, so zeigen sich weitaus größere Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Deutlich mehr Frauen als Männer sind von Krankenhausaufenthalten infolge einer affektiven Störung betroffen (Frauen 5,1 und Männer 3,4 von 1.000 EinwohnerInnen). Dazu gehören vor allem verschiedene Ausformungen depressiver

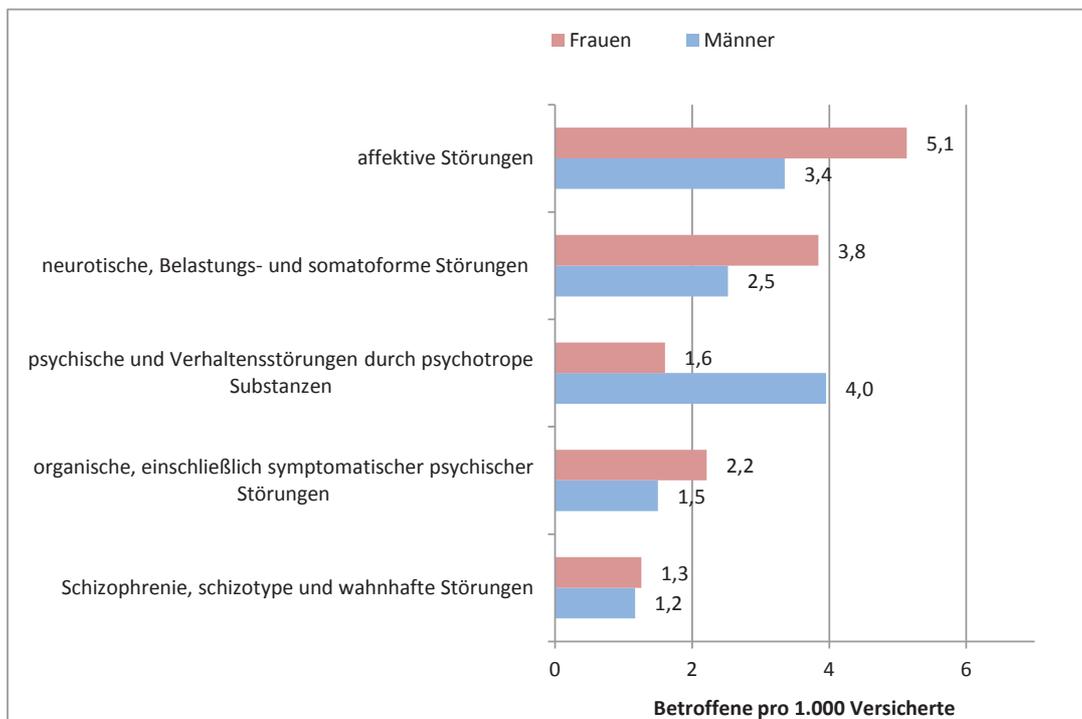
Störungen. Ebenso sind bei Frauen Behandlungen wegen neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen häufiger als bei Männern (Frauen 3,8 und Männer 2,5 von 1.000). Dazu zählen die verschiedenen Formen der Angststörungen und Phobien sowie körperliche Beschwerden, die nicht durch eine physische Erkrankung erklärt werden können (somatoforme Störung). Zu den organischen bzw. symptomatischen psychischen Störungen zählen vor allem Demenzerkrankungen. Auch hier sind (aufgrund des durchschnittlichen höheren Lebensalters) Frauen stärker betroffen (Frauen 2,2 und Männer 1,5 von 1.000).

Männer sind im Vergleich zu Frauen deutlich stärker von Krankenhausaufenthalten wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (vor allem Alkohol) betroffen (Männer 4 und Frauen 1,6 von 1.000).

⁹⁹ OÖGKK: FOKO (IGP-Berechnungen)

¹⁰⁰ Zu berücksichtigen ist, dass verschiedene Erkrankungen möglicherweise bei Männern und Frauen in unterschiedlichem Ausmaß diagnostiziert und behandelt werden; z. B. werden Depressionen bei Männern möglicherweise unterdiagnostiziert

Abbildung 179: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von psychischen Erkrankungen nach Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: OÖGKK, FOKO (IGP-Berechnungen; ausgewählte (häufigste); Diagnosegruppen; Betroffene je 1.000 EinwohnerInnen innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Psychische und Verhaltensstörungen - F00-F99. Durchschnitt 2010 bis 2014; Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich

Fakten:

- Zur Gruppe der psychischen Erkrankungen gehören affektive Störungen (z. B. Depression), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (z. B. Zwangsstörungen), Störungen durch psychoaktive Substanzen (z. B. Alkohol), schizophrene Erkrankungen und organische bzw. symptomatische psychische Störungen (z. B. Demenz).
- In Oberösterreich geben 6 Prozent der über 15-jährigen Bevölkerung an, dass sie im letzten Jahr an einer Depression gelitten haben.
- Essstörungen nehmen in industrialisierten Ländern zu. Von Störungen des Essverhaltens sind fast ausschließlich Frauen betroffen.
- Im Jahr 2015 starben 137 Männer und 35 Frauen in Oberösterreich an Suizid. Seit Beginn der 1990er ist ein deutlicher Rückgang zu beobachten.
- 12 Prozent der Krankenstandstage gehen auf psychische und Verhaltensstörungen zurück, in den letzten Jahren hat dieser Anteil zugenommen. Bei den Krankenhausbelegtagen gehen 16 Prozent auf jene mit psychiatrischen Erkrankungen zurück.

5.2.4 Weitere Beeinträchtigungen der Gesundheit

Körperlich und sensorisch funktionale Einschränkungen

Sensorische Fähigkeiten (insbesondere Sehen und Hören) sowie Mobilität sind wesentliche Voraussetzungen für ein erfülltes Leben und für die Lebensqualität der Menschen. Einschränkungen der Sinnesorgane stellen zudem Risikofaktoren, z. B. im Hinblick auf Unfälle, dar.¹⁰¹

Insgesamt weisen in Oberösterreich 13 Prozent der Bevölkerung über 15 Jahre Sehprobleme auf, d.h. dass sie, unabhängig davon, ob sie eine Brille oder Kontaktlinsen verwenden, zumindest leichte Schwierigkeiten beim Sehen angeben. Männer und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich nicht wesentlich (Abbildung 180).

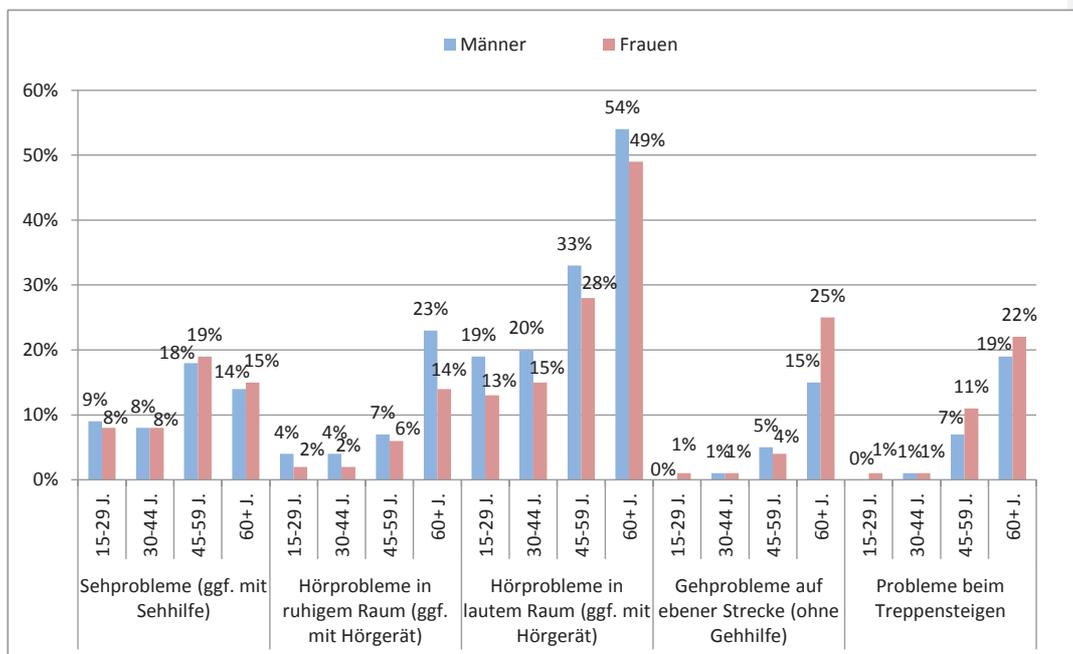
Hörprobleme bei Gesprächen in ruhigen Räumen geben fast doppelt so viele Männer (10%) wie Frauen (6%) an. Insbesondere ältere Männer über 60 Jahre sind davon betroffen (23%).

Hörprobleme bei Gesprächen in lauten Räumen betreffen 32 Prozent der Männer und 28 Prozent der Frauen über 15 Jahre. Auch hier ist mit zunehmendem Alter ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. In der Altersgruppe über 60 Jahre sind rund 54 Prozent der Männer und 49 Prozent der Frauen betroffen.

Für die höhere Prävalenz von Hörbeeinträchtigungen bei Männern kommen verschiedene Erklärungsansätze in Betracht. Einerseits dürfte die berufliche Exposition im Hinblick auf Umgebungslärm eine Rolle spielen, von der Männer häufiger betroffen sind. Aber auch von außerberuflichen Lärmbelastungen dürften Männer stärker betroffen sein als Frauen (z. B. Knalltraumata durch lautes Spielzeug, Feuerwerkskörper oder Vorfälle beim Wehrdienst). Zudem kann davon ausgegangen werden, dass das Bewusstsein im Hinblick auf die gesundheitlichen Folgen von Lärm (beeinflusst durch gesellschaftliche Geschlechterrollen und Zuschreibungen) bei Männern weniger stark ausgeprägt ist als bei Frauen.¹⁰²

Gehprobleme auf ebenen Strecken betreffen vor allem über 60-Jährige. In dieser Altersgruppe weisen 7 Prozent der OberösterreicherInnen derartige Mobilitätseinschränkungen auf. Bei über 60-Jährigen sind Frauen etwas häufiger betroffen (25%) als Männer (15%). 9 Prozent der 45- bis 59-Jährigen und 20 Prozent der über 60-jährigen OberösterreicherInnen haben Probleme beim Steigen von Treppen. Diesbezüglich unterscheiden sich Männer und Frauen nur geringfügig.¹⁰³

Abbildung 180: Funktionale Einschränkungen nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Bevölkerung über 15 Jahren in Oberösterreich

¹⁰¹ Klimont und Baldaszti 2015, S. 17

¹⁰² Streppel et al. 2006, S. 31

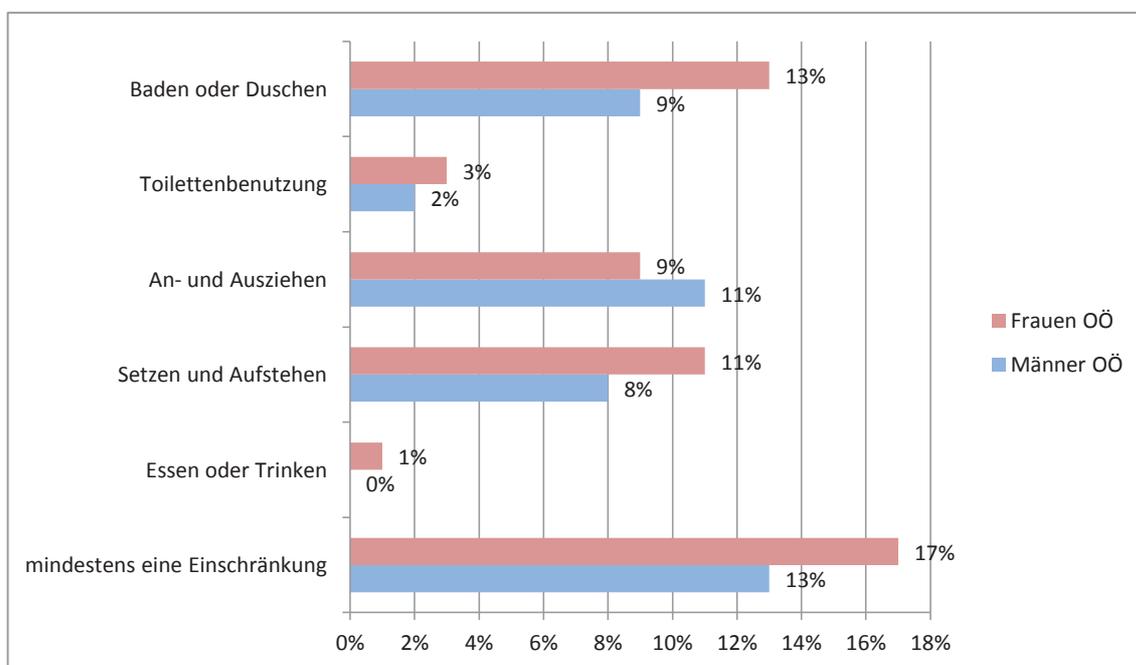
¹⁰³ IGP-Berechnungen auf Basis ATHIS-Daten 2014 (Datenquelle: Datensatz der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014, Statistik Austria).

Aktivitätseinschränkungen im Alltag (ADL, IADL)

Im Hinblick auf die Pflegebedürftigkeit von Menschen ist es von wesentlicher Bedeutung, wie weit Menschen in der Lage sind, Aktivitäten des täglichen Lebens selbständig bewältigen zu können. Die sogenannten „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL-Activities of Daily Living) bezeichnen die Fähigkeit einer Person, die zur Befriedigung von Grundbedürfnissen notwendigen Tätigkeiten selbständig auszuführen. Dazu gehören selbständige Nahrungsaufnahme, An- und Auskleiden, Toilettenbenutzung, Körperpflege sowie die Fähigkeit sich zu setzen und das Bett zu verlassen. Die sogenannten „Instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens“ (IADL-Instrumental Activities of Daily Living) bezeichnen Tätigkeiten, die für die Haushaltsführung und ein eigenständiges Leben wesentlich sind.¹⁰⁴

In Oberösterreich sind 15 Prozent der über 65-jährigen Bevölkerung bei mindestens einer wichtigen alltäglichen Basisaktivität (ADL: Essen und Trinken, Setzen und Aufstehen, An- und Ausziehen, Toilettenbesuch, Baden/Duschen) auf Hilfe angewiesen. Das sind hochgerechnet rund 36.600 Betroffene (13.400 Männer und 23.200 Frauen).¹⁰⁵

Abbildung 181: Einschränkungen bei Basisaktivitäten im Alter (ADL) in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Bevölkerung über 65 Jahre in Oberösterreich

Im Hinblick auf die Verrichtung alltäglicher Tätigkeiten im Haushalt (IADL) sind 27 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung über 65 Jahre auf Unterstützung im

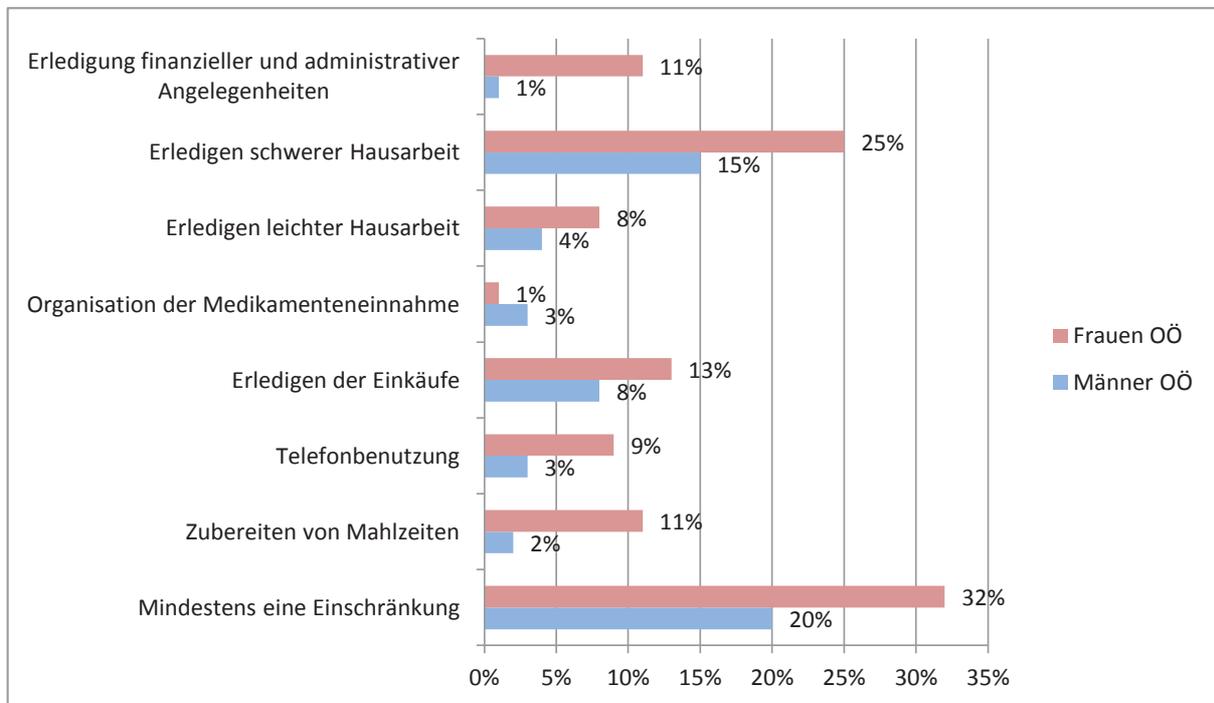
Alltag angewiesen (Männer 20 % und Frauen 32%). Das sind hochgerechnet rund 64.100 Betroffene (21.500 Männer und 42.600 Frauen).¹⁰⁶

¹⁰⁴ Klimont und Baldaszti 2015, S. 27

¹⁰⁵ IGP-Berechnungen auf Basis ATHIS-Daten 2014 (Datenquelle: Datensatz der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014, Statistik Austria).

¹⁰⁶ IGP-Berechnungen auf Basis ATHIS-Daten 2014 (Datenquelle: Datensatz der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014, Statistik Austria).

Abbildung 182: Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen im Haushalt (IADL) in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Bevölkerung über 65 Jahre in Oberösterreich

Schmerzen

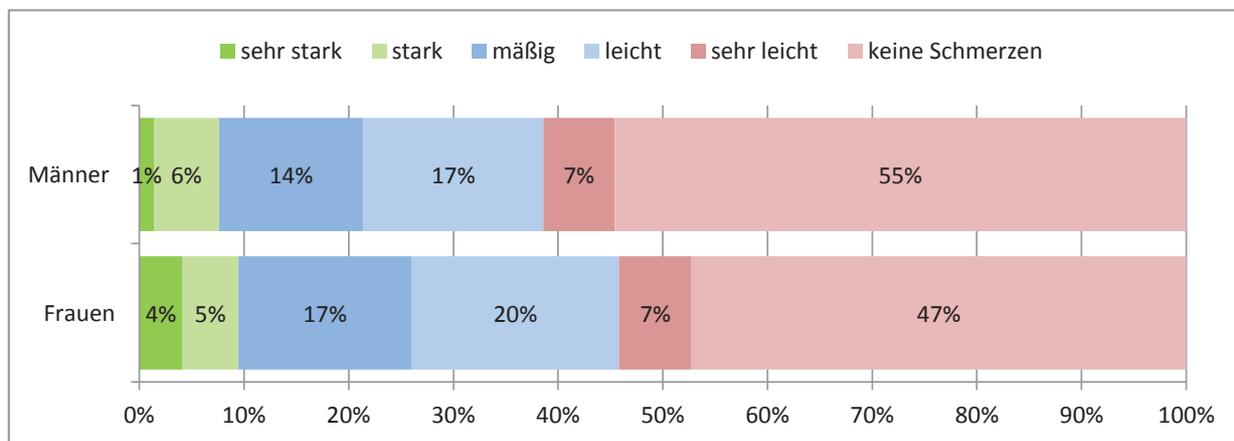
Allgemeine Belastung durch Schmerzen

Schmerzen sind mit wesentlichen Einschränkungen der Lebensqualität verbunden. Chronische Schmerzen sind zudem ein erheblicher Kostenfaktor für das Gesundheitswesen. Häufig wird zwischen chronischen und akuten Schmerzen unterschieden. Akutschmerzen stellen keine eigenständige Erkrankung dar, sondern sind durch äußere oder innere Schädigung des Körpers bedingt (z. B. Verletzung, Magengeschwür, Herzinfarkt etc.). Sie können als „Warnsignal“ des Körpers angesehen und durch die Behandlung der Grunderkrankung therapiert werden. Unter chronischen Schmerzen versteht man demgegenüber länger andauernde, manchmal unabhängig von einer bestimmten Ursache bestehende Schmerzen (z. B. unspezifische, immer wiederkehrende bzw. ständig vorhandene Kopf-, Nacken-, Rücken- oder Nervenschmerzen).¹⁰⁷

In Oberösterreich geben 53 Prozent der Frauen und 45 Prozent der Männer an, dass sie innerhalb der letzten vier Wochen zumindest unter leichten Schmerzen gelitten haben. Der Anteil mit mäßigen bis sehr starken Schmerzen beträgt bei den Frauen 26 Prozent und bei den Männern 21 Prozent. Etwa ein Drittel der Betroffenen (Männer 33%, Frauen 35%) fühlt sich durch die Schmerzen mäßig bis äußerst stark in ihren alltäglichen oder beruflichen Verrichtungen beeinträchtigt.

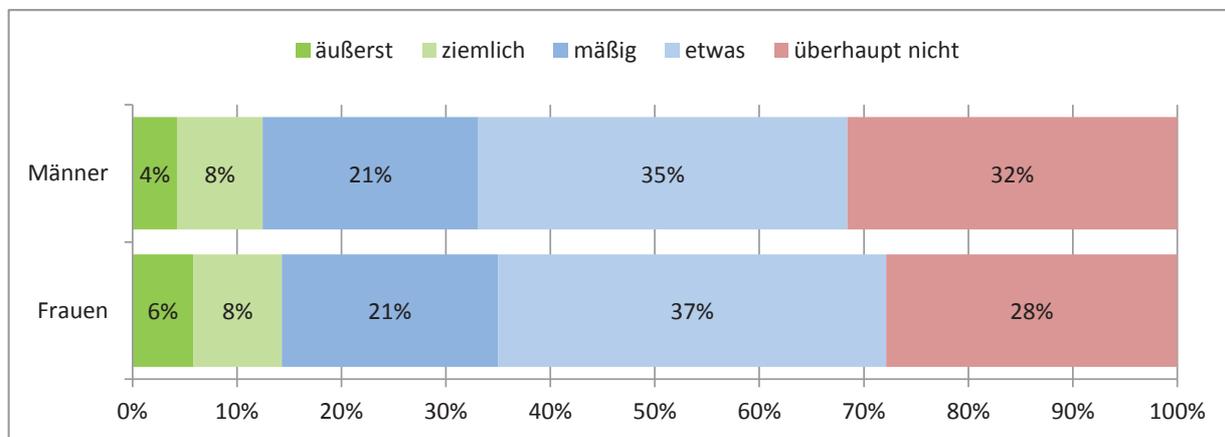
¹⁰⁷ Diemer und Burchert 2002, S. 7

Abbildung 183: Schmerzbelastung von Männern und Frauen in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); Schmerzen in den vergangenen vier Wochen

Abbildung 184: Beeinträchtigung durch Schmerzen von Männern und Frauen in Oberösterreich

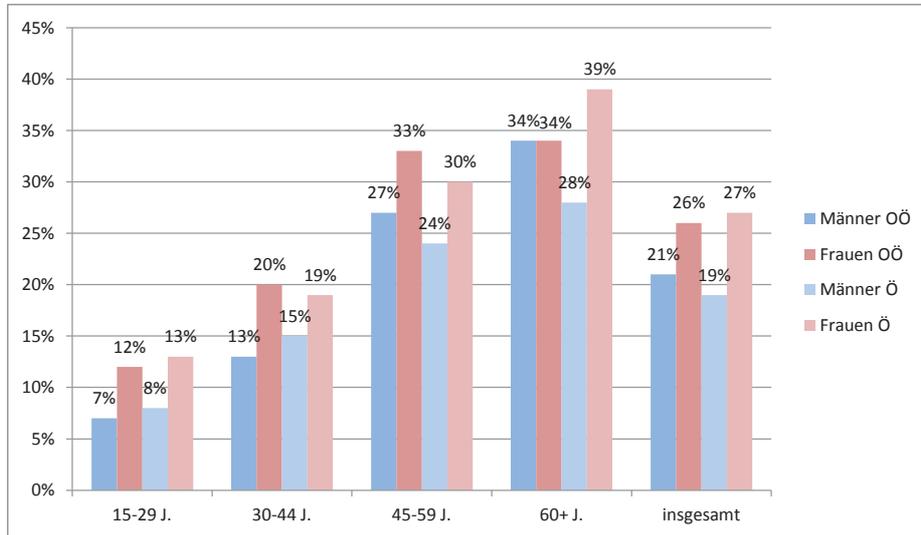


Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); Schmerzen in den vergangenen vier Wochen

Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Bevölkerung, der von zumindest mäßigen Schmerzen betroffen ist, deutlich an. In Oberösterreich sind 12 Prozent der 15- bis 29-jährigen Frauen und 7 Prozent der gleichaltri-

gen Männer davon betroffen. In der Altersgruppe der über 60-Jährigen steigt der Anteil bei beiden Geschlechtern auf rund ein Drittel (34%).

Abbildung 185: Schmerzbelastung nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich



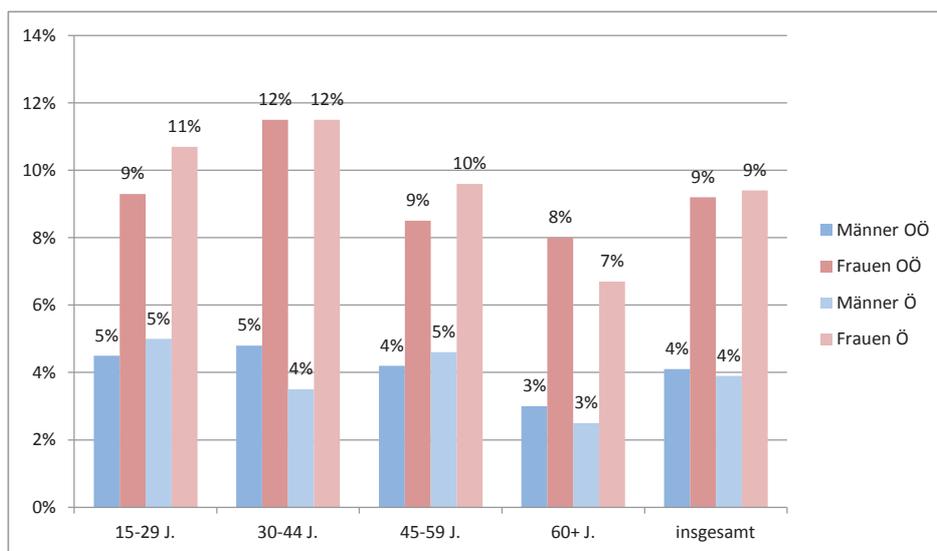
Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Bevölkerung über 15 Jahre in Oberösterreich; Anteil mit mäßigen bis sehr starken Schmerzen in den letzten vier Wochen

Chronische Kopfschmerzen

Frauen leiden deutlich häufiger unter chronischen Kopfschmerzen als Männer. 9 Prozent der Frauen und 4 Prozent der Männer über 15 Jahre geben an, dass sie innerhalb des letzten Jahres von chronischen Kopfschmerzen

betroffen waren. Im Wesentlichen sind alle Altersgruppen betroffen, wenngleich im höheren Alter die Betroffenquote leicht zurückgeht.

Abbildung 186: Chronische Kopfschmerzen nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich



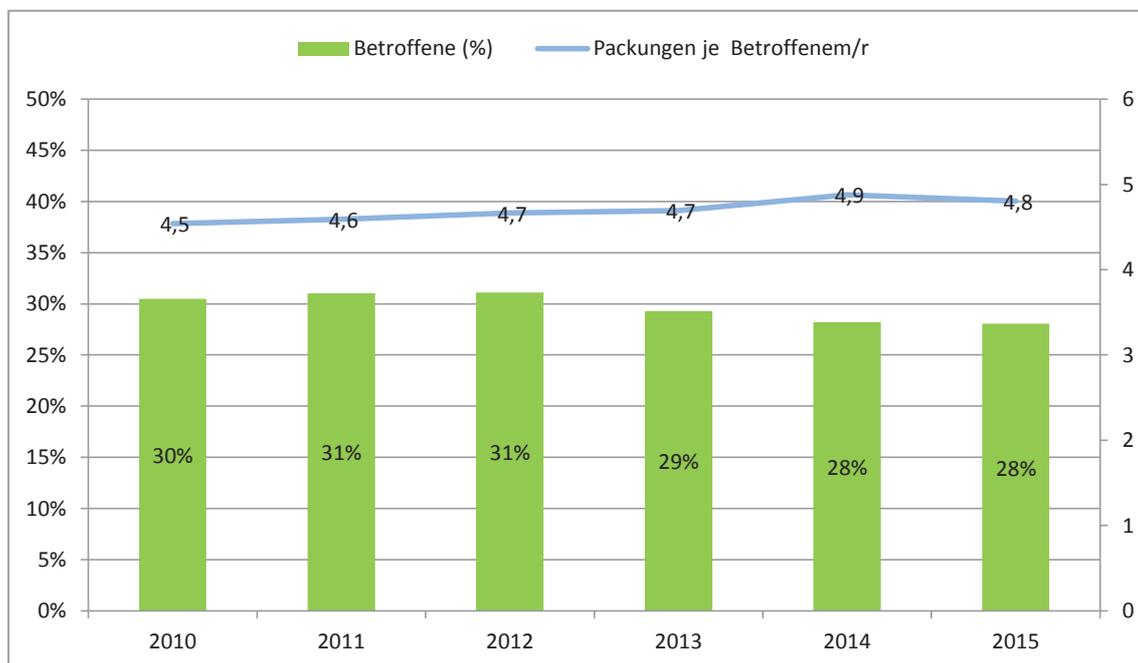
Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Bevölkerung über 15 Jahre in Oberösterreich; 12-Monats.Prävalenz

Verordnungen von Medikamenten zur Schmerzbehandlung

Verschiedene Medikamente werden spezifisch zur Behandlung von Schmerzen verwendet bzw. lassen auf die Behandlung von Schmerzen schließen.¹⁰⁸ 2015 wurden an 28 Prozent der Versicherten der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse Medikamente zur Schmerzbehandlung verordnet. Der Anteil der Versicher-

ten mit mindestens einer Verordnung ist im Vergleich zu 2010 etwas zurückgegangen (2010: 30% der Versicherten). Demgegenüber ist die durchschnittliche Verordnungsmenge (Packungen je betroffener Person) im Beobachtungszeitraum etwas gestiegen (von 4,5 Packungen 2010 auf 4,8 Packungen 2015).

Abbildung 187: Verordnung von Medikamenten zur Schmerzbehandlung 2010 bis 2015 in Oberösterreich



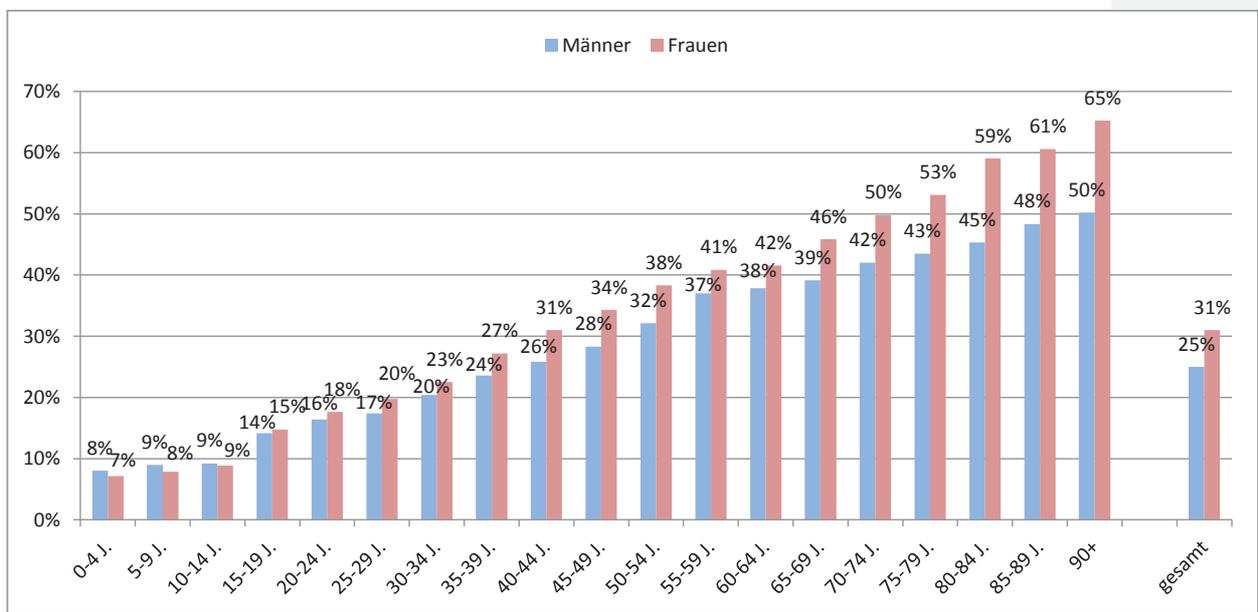
Quelle: OÖGKK-FOKO (IGP-Berechnungen). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich; Medikamentenverordnungen der ATC-Gruppen M01 - Antiphlogistika und Antirheumatika, M02 - Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen, M03 - Muskelrelaxanzien, N02 - Analgetika; N03AF01 - Carbamazepin, N03AX12 - Gabapentin, N03AX16 - Pregabalin, N06AA - Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer (trizyklische Antidepressiva)

Innerhalb eines Jahres werden an Frauen häufiger Medikamente zur Schmerzbehandlung verordnet (31%) als an Männer (25%). Mit zunehmendem Alter ist bei Frauen und Männern eine starke Zunahme der Betroffenenquote zu

beobachten (Abbildung 188). In der Altersgruppe über 90 Jahre werden an die Hälfte der Männer (50%) und zwei Drittel der Frauen (65%) Medikamente zur Behandlung von Schmerzen verabreicht.

¹⁰⁸ Die ATC-Gruppen M01 - Antiphlogistika und Antirheumatika, M02 - Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen, M03 - Muskelrelaxanzien, N02 - Analgetika; N03AF01 - Carbamazepin, N03AX12 - Gabapentin, N03AX16 - Pregabalin, N06AA - Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer (Trizykl. Antidepressiva) lassen auf die Behandlung von Schmerzen schließen und werden für die nachfolgenden Analysen verwendet (Endel 2013, S. 29).

Abbildung 188: Personen mit Verordnung von Medikamenten zur Schmerzbehandlung nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: OÖGKK-FOKO (IGP-Berechnungen). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich (2015); Medikamentenverordnungen der ATC-Gruppen M01 - Antiphlogistika und Antirheumatika, M02 - Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen, M03 - Muskelrelaxanzien, N02 - Analgetika; N03AF01 - Carbamazepin, N03AX12 - Gabapentin, N03AX16 - Pregabalin, N06AA - Nicht-selektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer (Trizykl. Antidepressiva)

Fakten:

- Insgesamt sind 13 Prozent der OberösterreicherInnen über 15 Jahren von Sehproblemen betroffen (unabhängig davon, ob Brillen oder Kontaktlinsen verwendet werden).
- Von Hörproblemen in ruhigen Räumen sind doppelt so viele Männer (10%) wie Frauen (5%) betroffen. Hörprobleme in lauten Räumen betreffen rund drei von zehn OberösterreicherInnen über 15 Jahren.
- 15 Prozent der über 65-jährigen OberösterreicherInnen sind bei mindestens einer wichtigen alltäglichen Basisaktivität (ADL) auf Hilfe angewiesen.
- Bezüglich alltäglicher Tätigkeiten im Haushalt (IADL) sind 27 Prozent der über 65-jährigen Bevölkerung auf Unterstützung angewiesen.
- In Oberösterreich haben 53 Prozent der Frauen und 45 Prozent der Männer innerhalb der letzten vier Wochen zumindest unter leichten Schmerzen gelitten. Rund ein Drittel der Betroffenen fühlt sich

- durch die Schmerzen mäßig bis äußerst bei den alltäglichen oder beruflichen Verrichtungen beeinträchtigt.
- Von chronischen Kopfschmerzen sind Frauen (9%) häufiger betroffen als Männer (4%).
- Etwa ein Viertel der OberösterreicherInnen über 15 Jahre (24%) klagt über chronische Rückenschmerzen bzw. Rückenleiden. Chronische Nackenschmerzen bzw. Probleme der Halswirbelsäule betreffen 20 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen über 15 Jahre - am verbreitetsten sind chronische Nackenleiden bei den über 45-Jährigen.
- 2015 wurden an 28 Prozent der Versicherten der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse Schmerzmittel verordnet. Innerhalb eines Jahres werden an Frauen häufiger Medikamente zur Schmerzlinderung verordnet als an Männer.

6. GESUNDHEITSZIELE BIS 2020

6.1. Gesundheitsziele

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.

Die oberösterreichischen Gesundheitsziele orientieren sich am Programm „Gesundheit für alle“ der World Health Organization (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. Den Zielgruppen

- Kinder und Jugendliche,
- ältere Menschen sowie
- sozial Benachteiligte

wird im Rahmen dieser Gesundheitsziele besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

Die Überschriften der zehn Gesundheitsziele für Oberösterreich lauten:

Gesundheitsziel 1: Wohlbefinden in der Schule erhöhen

Gesundheitsziel 2: Arbeitsplätze gesünder gestalten

Gesundheitsziel 3: Gesundheit in den Gemeinden fördern

Gesundheitsziel 4: Ernährung für Säuglinge und Kleinkinder verbessern

Gesundheitsziel 5: Zahngesundheit der Kinder verbessern

Gesundheitsziel 6: Bewegung im Jugendalter erhöhen

Gesundheitsziel 7: Suchtprävention verstärken

Gesundheitsziel 8: Psychosoziale Gesundheit junger Menschen stärken

Gesundheitsziel 9: Ältere Menschen aktiv einbeziehen

Gesundheitsziel 10: Verantwortung für Gesundheit gemeinsam wahrnehmen

Für die Steuerung und das Monitoring der oberösterreichischen Gesundheitsziele ist die Steuerungsgruppe Gesundheitsziele zuständig. Diese setzt sich aus VertreterInnen der Vorstandsorganisationen des Instituts für Gesundheitsplanung (IGP) zusammen und wird vom IGP organisiert. Ziel der Steuerungsgruppe ist es, halbjährlich einen Bericht über umgesetzte und geplante Maßnahmen und den Umsetzungsgrad zu jedem einzelnen der 10 oberösterreichischen Gesundheitsziele zu erarbeiten. Dadurch sollen gemeinsam Lücken in der Umsetzung entdeckt und Handlungsempfehlungen für die verantwortlichen Organisationen erarbeitet werden.

Umsetzungsschritte und derzeitiger Stand der Zielerreichung

Ziel 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.

Das Gütesiegel „Gesunde Schule Oberösterreich“ ist eine gemeinsame Initiative vom Landesschulrat für Oberösterreich, dem Land Oberösterreich, der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse sowie dem Institut für Gesundheitsplanung. Es markiert ein nach außen sichtbares Zeichen, dass in einer Schule Konzepte und Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung qualitätsgeichert Anwendung finden. Das Gütesiegel wird für drei Jahre zuerkannt. Die ausgezeichneten Schulen erhalten eine Urkunde und ein frei zu verwendendes Logo.

Die Zuerkennung des Gütesiegels ist Erfolg versprechend, wenn folgende Qualitätskriterien eingehalten werden sowie die Bereiche Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit, Rahmenbedingungen, Suchtprävention und LehrerInnengesundheit abgedeckt werden:

- ganzheitliches Gesundheitsverständnis
- Berücksichtigung der Verhältnis- und Verhaltensebene
- Partizipation (Einbeziehung aller Betroffenen)
- Vernetzung mit relevanten AkteurInnen in und außerhalb der Schule
- Implementierung der Grundsätze der Schulischen Gesundheitsförderung in den Schulalltag und auf allen Ebenen (Nachhaltigkeit)
- strukturierte Herangehensweise (Projektmanagementkreislauf)
- Dokumentation (alle Schritte sind sorgfältig dokumentiert und können bei Bedarf zur Verfügung gestellt werden)
- Berücksichtigung von Bedürfnissen unterschiedlicher Gruppen (z. B. Personen mit Migrationshintergrund, Männer, Frauen, Burschen, Mädchen, finanziell schwächer gestellte Personen, ältere und jüngere Personen)

Der Arbeitskreis „Gesunde Schule Oberösterreich“ (bestehend aus VertreterInnen des Landesschulrats für Oberösterreich, der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, Schulen, der Abteilung Gesundheit des Landes Oberösterreich und des Instituts für Gesundheitsplanung) ist für die Umsetzung zuständig. Dieser hat zum Ziel, den Ablauf für das Gütesiegel und die Unterstützung der Schulen im Bereich Gesundheitsförderung zu optimieren. Dieser Arbeitskreis gibt den Newsletter „Gesunde Schule Oberösterreich“ heraus.

terreich“ heraus, der unter anderem gute Praxisbeispiele bietet. Daneben wird alle zwei Jahre ein Vernetzungstreffen der Gütesiegelschulen organisiert.

Mit November 2017 waren 146 Schulen im Besitz eines gültigen Gütesiegels „Gesunde Schule Oberösterreich“. Zusätzliche 192 Schulen befanden sich mit November 2017 im Prozess zum Gütesiegel, d.h. diese haben bereits eine Informationsveranstaltung besucht oder nehmen am Projekt der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse „Der kleine MUGG - mir und uns gehts gut“ teil. Des Weiteren setzen zahlreiche Schulen Projekte und Maßnahmen in unterschiedlichen Bereichen, wie z. B. Eigenständig werden¹, Bewegte Schule² oder Gesunde Jause³. Außerdem erfahren die Schulen der am Projekt Qualitätszertifikatplus teilnehmenden Gemeinden Unterstützung im Bereich schulische Gesundheitsförderung.

Ziel 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 fünf 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.

Zahlreiche oberösterreichische Unternehmen setzen bereits nachhaltig wirksame Präventionsmaßnahmen um. Besonders engagierte Unternehmen besitzen das Gütesiegel für betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), welches für drei Jahre verliehen wird. Für die Zuerkennung muss nachgewiesen werden, dass sich das Gesundheitsmanagement des Unternehmens an den Qualitätskriterien des Österreichischen Netzwerkes BGF⁴ orientiert. Diese sind

1. Unternehmensgrundsätze / Unternehmenskultur
2. (Projekt-)Struktur
3. Zuständigkeiten / Ansprechpersonen
4. Zielgruppenorientierung
5. Diagnosephase/-instrumente / Bedarfserhebung
6. Mitarbeiterorientierung
7. Kommunikation
8. verhältnisorientierte Maßnahmen
9. verhaltensorientierte Maßnahmen
10. Führung
11. Qualität der Zielformulierung / Umfang der Ziele
12. Ergebniskontrolle und Evaluation

¹ <http://www.praevention.at/schule/schul-und-klassenprojekte/eigenstaendig-werden.html>

² <http://www.bewegteschule.at/>

³ http://www.gesundes-oberoesterreich.at/4572_DEU_HTML.htm

⁴ <http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/bgfportal/content?contentid=10007.752446&viewmode=content>

13. Zielerreichung
14. Nachhaltigkeit
15. allgemeine Bewertung

Außerdem wird regelmäßig der BGF-Preis vergeben. Mit diesem Preis werden herausragende Projekte der Betrieblichen Gesundheitsförderung prämiert. Um die Vernetzung und den Austausch der teilnehmenden Betriebe zu fördern, finden regelmäßige Vernetzungstreffen statt. Viermal jährlich erscheint außerdem ein Newsletter des Österreichischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung.

In Oberösterreich sind die Institutionen, die im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention tätig sind, durch die „Oberösterreichische Plattform BGF und Prävention“⁵ vernetzt. Zu den Mitgliedern zählen das Land Oberösterreich (Abteilung Gesundheit), die Arbeiterkammer Oberösterreich, die Wirtschaftskammer Oberösterreich, die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (Landesstelle Linz) sowie die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, die die Plattform koordiniert.

Mit November 2017 waren 177 Betriebe im Besitz eines gültigen BGF-Gütesiegels. Dabei handelt es sich um 62 Betriebe mit fünf bis 49 MitarbeiterInnen und 115 Betriebe mit 50 oder mehr MitarbeiterInnen. Mit November 2017 waren rund 113.000 ArbeitnehmerInnen in mit dem BGF-Gütesiegel ausgezeichneten Betrieben beschäftigt. Des Weiteren setzten mit Stand November 2017 2.062 Betriebe nachhaltig wirksame Präventionsmaßnahmen um - 1.673 Kleinbetriebe zwischen fünf und 49 MitarbeiterInnen sowie 389 Großbetriebe ab 50 MitarbeiterInnen. Unter nachhaltig wirksamen Präventionsmaßnahmen werden längerfristig angelegte Maßnahmen verstanden, die hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluiert wurden.

Ziel 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.

Fast alle oberösterreichischen Gemeinden sind im Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ vertreten. Für qualitätsorientierte Gesundheitsförderung in einer Gesunden Gemeinde wird das „Qualitätszertifikat Gesunde Gemeinde“ verliehen. Bei Erfüllung der Kriterien im dreijährigen Zertifizierungszeitraum erhalten die Gesunden Gemeinden vom Land Oberösterreich die Urkunde „Qualitätszertifikat“. Diese hat drei Jahre Gültigkeit.

⁵ <https://www.oegkk.at/portal27/oegkkportal/content?contentid=10007.739011&viewmode=content>

Die Kriterien sind wie folgt beschrieben:

- Strukturqualität bezieht sich auf strukturelle Voraussetzungen wie Ressourcen, Ausstattung, qualifiziertes Personal etc.
- Die Prozessqualität bezieht sich auf die Frage, welche Abläufe für die Umsetzung (qualitativer Gesundheitsförderung) zielführend sind, wie beispielsweise regelmäßige Sitzungen, Einbeziehen der betreffenden Zielgruppe in die Planung, etc.
- Die Ergebnisqualität zeigt einerseits auf, was für die Zielgruppe erreicht werden konnte und wird andererseits danach bewertet, ob Maßnahmen/Aktivitäten nach vordefinierten Qualitätskriterien umgesetzt werden konnten.⁶

Ein erweitertes Angebot für Gesunde Gemeinden stellt das „Qualitätszertifikat^{plus}“ dar, das derzeit in einer Pilotphase erprobt wird. Ziel ist die Vertiefung der Qualität, Förderung nachhaltiger Projekte und Erreichung neuer Zielgruppen.

Während der dreijährigen Pilotphase sollen rund 40 Pilotgemeinden die Konzeptbestandteile des Modells „Qualitätszertifikat^{plus}“ auf ihre Einsetzbarkeit prüfen. Auf Basis dessen soll die Effektivität weiterentwickelt werden.

Das Modell der Auszeichnung „Qualitätszertifikat^{plus}“

- Baustein „Qualitätszertifikat“: Das Modell Qualitätszertifikat^{plus} baut auf dem Qualitätszertifikat Gesunde Gemeinde auf, welches bereits von einer großen Anzahl an Gemeinden umgesetzt wird.
- Baustein „Kinder- und Jugendgesundheit“: Die Förderung der Kindergesundheit erfolgt über die Umsetzung von Projekten der Abteilung Gesundheit in Kindergärten, Volksschulen oder im Bereich der Mittagsverpflegung von Kinderbetreuungseinrichtungen.
- Baustein „Qualitätszertifikat^{plus}-Projekt“: Die Gesunde Gemeinde plant und organisiert ein nachhaltiges Projekt mit Konzentration auf die Erreichung besonderer Zielgruppen.⁷

Als Anreiz für Gesunde Gemeinden für innovative Aktivitäten im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung und Anerkennung für besonderes Engagement wird außerdem jährlich der Gesundheitsförderungspreis verliehen.

Ein regelmäßig erscheinender Newsletter informiert die Gesunden Gemeinden über laufende Aktivitäten. Fortbildungsangebote bzw. Tagungen der Gesunden Gemeinden ermöglichen den MitarbeiterInnen, Neues zu lernen, sich zu vernetzen und auszutauschen.

Um das Netzwerk thematisch und inhaltlich zu präzisieren, werden Jahresschwerpunkte für die Gesunden Gemeinden gesetzt, die sich jeweils über den Zeitraum von zwei Jahren erstrecken. Derzeit sind die Schwerpunkte folgende:

- 2017 - 2018: Sicher auf Schritt und Tritt - Vorbeugung vor Haushalts- und Freizeitunfällen: Rund 800.000 Menschen wurden im Jahr 2014 in Österreich bei Unfällen verletzt. Nach wie vor passieren knapp drei Viertel der Unfälle in den Lebensbereichen Heim, Freizeit und Sport.
- 2016 - 2017: Gesund im Leben stehen - Vorbeugung vor Krebserkrankungen: Pro Jahr erkranken in Österreich ca. 38.000 Menschen an einer Krebserkrankung.⁸

Mit Stand November 2017 waren 436 der 442 Gemeinden „Gesunde Gemeinden“ (99%). Außerdem waren zu diesem Zeitpunkt 319 Gemeinden im Besitz eines gültigen Qualitätszertifikats.

Ziel 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.

Messgröße 1: 2020 stehen allen (werdenden) Eltern Informationen und bedarfsgerechte Angebote zur Ernährung der Kinder zur Verfügung.

Für Schwangere und Säuglinge bietet die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse im Rahmen des Projekts „Von Anfang an“ Workshops für Schwangere bzw. junge Eltern zu den Themen Ernährung in der Schwangerschaft sowie zur Einführung der Beikost an.

Die Unterlagen des Projekts der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse „Von Anfang an“ sowie die Kurse/Workshops stehen allen (werdenden) Eltern zur Verfügung (Unterlagen werden z. B. über GynäkologInnen verteilt). Jährlich werden rund 14.000 Infomappen für werdende Eltern „Mein Ratgeber von Anfang an“ verteilt. Die Folder gehen an Schwangere, Krankenanstalten, ÄrztInnen, Kundenservicestellen der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und Institutionen mit Bezug zur Zielgruppe.

Im Zeitraum 2012 bis 2017 (Stand Oktober 2017) wurden 3.907 TeilnehmerInnen mit den Ernährungsworkshops erreicht sowie 4.643 TeilnehmerInnen mit den Beikostworkshops. Insgesamt fanden seit 2012 433 Ernährungsworkshops bzw. 503 Beikostworkshops statt.

⁶ http://www.gesundes-oberoesterreich.at/4695_DEU_HTML.htm

⁷ http://www.gesundes-oberoesterreich.at/5060_DEU_HTML.htm

⁸ http://www.gesundes-oberoesterreich.at/5082_DEU_HTML.htm

Messgröße 2: In den Kinderbetreuungseinrichtungen wird ausgewogene Ernährung angeboten.

Das Angebot „Gesunde Küche“ des Landes Oberösterreich ist eine Auszeichnung für Gastronomiebetriebe und Gemeinschaftsverpflegung. Zahlreiche Verpflegungsbetriebe von Kinderbetreuungseinrichtungen in Oberösterreich beteiligen sich.

Für die Magistratskindergärten der Stadt Linz wurden eigene Qualitätsstandards für das Kindergartenessen entwickelt, die seit Ende 2011 umgesetzt werden.

Zahlreiche Verpflegungsbetriebe, die Kindergärten und Krabbelstuben versorgen, verfügen über die Auszeichnung „Gesunde Küche“ des Landes Oberösterreich. Mit Februar 2017 belieferten 198 „Gesunde Küche Betriebe“ 457 oberösterreichische Kindergärten und Krabbelstuben.

Die für die Linzer Kindergärten und Krabbelstuben geltenden Qualitätsstandards für das Mittagessen werden seit Ende 2011 in allen Magistratsseinrichtungen umgesetzt.

Messgröße 3: Das Thema Ernährung ist in den Kindergartenalltag integriert

„Das oberösterreichische Netzwerk „Gesunder Kindergarten“ steht für ein ganzheitliches Gesundheitsförderungskonzept, das Kinder, Eltern und Bezugspersonen, Kindergartenpersonal, Verpflegungsbetriebe und die Arbeitskreise der Gesunden Gemeinden gleichermaßen anspricht und involviert.“⁹ In Kindergärten, die dem Netzwerk „Gesunder Kindergarten“ angehören, wird das Thema Ernährung in den Kindergartenalltag integriert.

Am 08.11.2013 wurden die ersten Kindergärten zu „Gesunden Kindergärten“ ausgezeichnet. 356 oberösterreichische Kindergärten waren mit Stand Oktober 2017 Mitglied im „Netzwerk Gesunder Kindergarten“, davon waren 286 ausgezeichnet, 70 befanden sich auf dem Weg (Zertifizierungszeitraum).

Befragung der oberösterreichischen Krabbelstuben und Kindergärten:

Um zu eruieren, welche Maßnahmen, die der Erreichung des Gesundheitszieles dienen, in den oberösterreichischen Krabbelstuben und Kindergärten gesetzt werden, führte das Institut für Gesundheitsplanung im Frühjahr 2016 eine Befragung in den oberösterreichischen Kinderbetreuungseinrichtungen durch. Einige zentrale Ergebnisse der Befragung:

- Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Akzeptanz und Handlungsbereitschaft des Betreuungspersonals hinsichtlich gesunder Ernährung in den oberösterreichischen Kinderbetreuungseinrichtungen hoch ist. In den meisten Kindergärten und Krabbelstuben ist das Thema Ernährung in den Alltag integriert bzw. Bildungsinhalt.
- In fast allen Kinderbetreuungseinrichtungen wird immer Wasser angeboten. Sirupe, Säfte etc. spielen in den meisten Einrichtungen nur eine untergeordnete Rolle.

- Die Obst-/Gemüsejause ist in den oberösterreichischen Kindergärten und Krabbelstuben etabliert.
- Hinsichtlich der Umsetzung des „zuckerfreien Vormittags“ gibt es vor allem in den Kindergärten, aber auch in den Krabbelstuben Verbesserungspotenzial.
- Meist sind es Gemeinschaftsverpflegungsbetriebe, die die Einrichtungen mit dem Mittagessen beliefern.
- Mehr als jeder fünfte Kindergarten und rund vier von zehn Krabbelstuben haben keinen Einfluss auf den Speiseplan.

Ziel 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 kariessfrei und 12-Jährige weisen im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne auf.

Im Auftrag der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und der Direktion Gesundheit und Soziales des Landes Oberösterreich wurde unter der Leitung des Instituts für Gesundheitsplanung im Jahr 2011 ein umfassendes Konzept für zukünftige Maßnahmen im Bereich der Zahngesundheitsförderung entwickelt, mit denen eine deutliche und nachhaltige Verbesserung des Zahngesundheitszustandes der oberösterreichischen Kinder und Jugendlichen erreicht werden kann („Masterplan Zahngesundheit NEU“). Die Umsetzung der „Zahngesundheit NEU“ startete im Herbst 2012. Im Herbst 2014 wurde die Arbeitsgruppe „Relaunch Masterplan Zahngesundheit“ ins Leben gerufen, welche bis Herbst 2015 bestehen blieb. Die umgesetzten Maßnahmen wurden bewertet, um allfällige Verbesserungsvorschläge abzuleiten und die Zahngesundheit in Oberösterreich weiterzuentwickeln.

Zur Verbesserung der Zahngesundheit der Kinder werden in Oberösterreich derzeit folgende Maßnahmen gesetzt:

- Die Zahngesundheit der Kinder ist Thema in den Ernährungs- und Beikostworkshops für Schwangere und junge Eltern im Rahmen des Projekts „Von Anfang an“.
- Tageseltern, Krabbelstuben- und KindergartenpädagogInnen wurden bzw. werden laufend geschult und nehmen die Rolle von MultiplikatorInnen ein.
- Für Tageseltern, Krabbelstuben- und Kindergartenpersonal stehen Unterlagen zur zahngesunden Gestaltung des jeweiligen Settings sowie Bildungsimpulse und Arbeitsmaterialien zur Verfügung (z. B. Gebissmodell zum Üben des Zähneputzens, Bücherliste etc.).
- Für die oberösterreichischen SchulanfängerInnen (letztes Kindergartenjahr) wird in den Kindergärten der „Workshop Zahngesundheit“ angeboten. Die Kinder üben gemeinsam mit den Eltern das Zähneputzen und erfahren Wichtiges über Zahngesundheit und Ernährung. Im Rahmen dieser Veranstaltung erfolgt

⁹ http://www.gesundes-oberoesterreich.at/4503_DEU_HTML.htm

auch die zahnpädagogische Untersuchung durch PatenzahnärztInnen. Kinder erleben hier einen angstfreien Zugang zur zahnärztlichen Untersuchung. Außerdem können auf diese Weise Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko/-befall identifiziert werden. Die betroffenen Eltern und Kinder erhalten ein Gutscheineheft und können kostenlos die Zahnputzschule besuchen und zahnmedizinische Leistungen in Anspruch nehmen (Intensivbetreuung).

- Die Zahngesundheitserziehung durch die Zahngesundheitserzieherinnen des Proges wird in den Kindergärten und Volksschulen durchgeführt.
- Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Kariesrisiko/-befall werden einer Intensivbetreuung zugeführt. Neben den PatenzahnärztInnen, die die zahnpädagogische Untersuchung im Kindergarten durchführen, können auch niedergelassene ZahnärztInnen Kinder und Jugendliche dem Programm zuweisen.

Die Umsetzung der Maßnahmen zur „Zahngesundheit NEU“ wurde vom Institut für Gesundheitsplanung evaluiert. Der Endbericht der Evaluierung wurde im Herbst 2015 vorgelegt. Einige zentrale Ergebnisse:

- Die Akzeptanz und Handlungsbereitschaft ist in den oberösterreichischen Krabbelstuben und Kindergärten sowie unter den Tagesmüttern groß.
- Zahngesundheit ist in den meisten Kindergärten und bei den meisten Tagesmüttern sowie in rund der Hälfte der Krabbelstuben zumindest in Ausnahmefällen (z. B. wenn ein Kind durch schlechte Zähne auffällt) Bestandteil der Elternkommunikation.
- Die Zufriedenheit mit der Zahngesundheitserziehung durch Proges ist in den Kindergärten und Schulen hoch.
- Die Zufriedenheit mit dem „Workshop der Zahngesundheit“ unter den teilnehmenden Kindergärten ist hoch.
- Zahngesundheit ist in den Schulen ein Thema - allerdings in Volksschulen mehr als in den Hauptschulen/Neuen Mittelschulen. Die Bereitschaft der Lehrkräfte, mehr Zahngesundheitsförderung in den Unterricht einzubauen, wird von den DirektorInnen allerdings mehrheitlich als gering eingeschätzt.

Um die Umsetzung der im Rahmen der Evaluierung vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen sicherzustellen, wurde eine Koordinierungsgruppe unter der Leitung des Instituts für Gesundheitsplanung eingerichtet. In der Koordinierungsgruppe sind derzeit folgende Organisationen vertreten: Kinderdentalzentrum (KIDZ) der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse; Landes Zahnärztekammer Oberösterreich; Land Oberösterreich, Abt. Bildung; Land Oberösterreich, Abt. Gesundheit; Landesschulrat; Oberösterreichische Gebietskrankenkasse; Stadt Linz; Stadt Wels sowie Proges.

Für den Erreichungsstand des Gesundheitsziels werden die Daten der regelmäßig stattfindenden ÖBIG-Zahnstaturerhebungen¹⁰ herangezogen. Für die 6-jährigen OberösterreicherInnen stammen die aktuellsten Daten aus der

¹⁰ <http://www.goeg.at/de/Bereich/Zahnstaturerhebungen.html>

Erhebung aus dem Jahr 2016: 51 Prozent der 6-Jährigen waren zu diesem Zeitpunkt kariesfrei. In der Zahnstaturerhebung 2013 wurde bei den 12-jährigen OberösterreicherInnen ein durchschnittlicher D3MFT-Wert¹¹ von 1,7 festgestellt.

Ziel 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.

Um die Bewegung im Jugendalter zu erhöhen, wurde 2013 ein Konzeptionsprojekt unter der Leitung des Instituts für Gesundheitsplanung durchgeführt. Das Projektteam setzte sich zusammen aus VertreterInnen der Vorstandsorganisationen des Instituts für Gesundheitsplanung sowie der Pädagogischen Hochschule Oberösterreich und dem Sportland Oberösterreich. Die ausgearbeiteten Handlungsempfehlungen zielen auf folgende Bereiche:

- „Materielle Umwelt“
- „Schule und Kinderbetreuungseinrichtungen“
- „PädagogInnen-Bildung“
- „Fehlendes Wissen, Bewusstsein“
- „Sportvereine“

Die „Materielle Umwelt“ umfasst Bewegungsräume zu schaffen, ansprechend zu gestalten und zugänglich zu machen, den Radverkehrsanteil zu erhöhen, Schulwege sicher zu gestalten, Spielplätze spannend und sicher zu gestalten sowie die Entwicklung und Anwendung bewegungsfreundlicher Konzepte im Rahmen der Raumplanung.

Im Bereich „Schule und Kinderbetreuungseinrichtungen“ ist es das Ziel, Kindergärten und Schulen bewegungsfreundlich zu gestalten. Zudem soll die Qualität und Quantität der Bewegungs- und Sportstunden erhöht werden und mehr Bewegung in Ganztagschulen und am Nachmittag integriert werden.

Das Handlungsfeld „PädagogInnen-Bildung“ beinhaltet das Ziel, ein multisektorales Verständnis von Gesundheit und Bewegung bei PädagogInnen zu erreichen. Zudem soll die Qualität und Quantität der Fortbildung für Bewegung und Sport erhöht werden. Ein weiteres Ziel ist es, den Umfang und die Qualität der Ausbildung bei KindergartenpädagogInnen und VolksschullehrerInnen zu erhöhen. Zudem soll der Anteil an ausgebildeten Bewegungs- und SportlehrerInnen in Neuen Mittelschulen erhöht werden.

¹¹ Beurteilung des Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines menschlichen Gebisses: D = decayed (kariös), M = missing (fehlend), F = filled (gefüllt - mit einer Zahnfüllung), T = tooth (Zahn)

Das Handlungsfeld „Fehlendes Wissen, Bewusstsein“ zielt auf ein bewegungsfreundliches Klima in den Lebenswelten der Erwachsenen sowie die Ressourcenstärkung der Eltern ab.

Der Bereich „Sportvereine“ umfasst bedarfs- und bedürfnisgerechte Angebote in den Sportvereinen, die Einbindung der Sportvereine in Schulen, die Unterstützung für in Sportvereinen ehrenamtlich Tätige sowie den Ausbau des Breiten- und Gesundheitssports in den Sportvereinen.

Bis zum Frühjahr 2015 wurde an einem Umsetzungskonzept gearbeitet. Um die Umsetzung der vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen sicherzustellen, wurde im Frühjahr 2016 eine Koordinierungsgruppe eingerichtet. In der Koordinierungsgruppe sind derzeit folgende Organisationen vertreten: Arbeitsgemeinschaft Bewegung und Sport Oberösterreich, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Land Oberösterreich (Abteilung Bildung - Sportland Oberösterreich, Abteilung Gesamtverkehrsplanung und öffentlicher Verkehr, Abteilung Gesundheit), Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Pädagogische Hochschule Oberösterreich sowie die Städte Linz und Wels. Die Koordinierungsgruppe wird vom Institut für Gesundheitsplanung begleitet und moderiert. In den ersten Sitzungen stellten die TeilnehmerInnen der Koordinierungsgruppe den Status der Maßnahmen zu den Zielfeldern des Konzeptionsprojekts Bewegung fest und schätzten die Reichweite ein. Synergien der Sportstrategie Oberösterreich 2025 und des oberösterreichischen Gesundheitsziels 6 sind für die Umsetzung von Vorteil. In den weiteren Sitzungen wurden aktuelle Themen wie die „Tägliche Bewegungs- und Sporteinheit“ besprochen. Eine Übersicht von Broschüren zum Thema Bewegung wurde erstellt. Darüber hinaus wurde eine Bestandsaufnahme bestehender Bewegungs-Apps durchgeführt. Zudem wurden Überlegungen zu einer gemeinsamen Tagung gestartet.

Für den Erreichungsstand des Gesundheitsziels werden die Daten der regelmäßig stattfindenden HBSC-Befragung (Health-Behaviour in School-Aged Children) und der ATHIS-Befragung (Austrian Health Interview Survey) herangezogen. Laut ATHIS-Befragung betätigen sich 79 Prozent der Personen zwischen 15 und 19 Jahren in der Freizeit mindestens einmal pro Woche sportlich und kommen in Summe auf mindestens eine Stunde Bewegung pro Woche ((Gesamt-) Durchschnitt (Median): Österreich drei Stunden pro Woche).¹² Laut HBSC-Befragung (Health-Behaviour in School-Aged Children) erfüllten 17,4 Prozent der österreichischen SchülerInnen im Jahr 2014 die Bewegungsempfehlungen von 60 Minuten täglich bei mittlerer bis höherer Intensität (Burschen 23,2%, Mädchen 12,5%).¹³

Ziel 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 Verhaltenssüchten aus. Deswegen soll die Suchtprävention in Oberösterreich verstärkt werden.

Messgrößen: Bis 2020 wird die Anzahl der mit suchtpreventiven 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.

Messgröße 1: Bis 2020 wird der Anteil der oberösterreichischen 15- bis 19-Jährigen, die täglich rauchen, von derzeit rund 35 Prozent auf höchstens 20 Prozent gesenkt.

Das Gesundheitsziel 7 wird vorrangig vom Institut Suchtprävention verfolgt. Bis 2020 wird die Anzahl der mit suchtpreventiven Maßnahmen erreichten OberösterreicherInnen von derzeit rund 80.000 auf 150.000 jährlich gesteigert.

Um einen Überblick über die aktuellen Wirkungsbereiche der oberösterreichischen MultiplikatorInnen in der Suchtprävention zu bekommen, hat das Institut für Gesundheitsplanung in Kooperation mit dem Institut Suchtprävention im November/Dezember 2015 eine Befragung jener vorgenommen. Die Befragung der MultiplikatorInnen fand nach 2012 bereits zum zweiten Mal statt und ist Teil des Monitorings des Gesundheitsziels 7. Hochgerechnet werden jährlich rund 100.000 bis 120.000 OberösterreicherInnen mit suchtpreventiven Maßnahmen erreicht.¹⁴ Zentrale Ergebnisse der MultiplikatorInnenbefragung 2015 sind:

- Ein/e aktive MultiplikatorIn erreicht pro Jahr (innerhalb der letzten zwölf Monate) im Mittel 30 Personen direkt suchtpreventiv.
- Die überwiegende Mehrheit der Personen wird von MultiplikatorInnen über das Setting Schule direkt suchtpreventiv erreicht.
- EntscheidungsträgerInnen im kommunalen Setting und PolizeibeamtInnen weisen die individuell höchste Reichweite unter den direkt suchtpreventiv tätigen MultiplikatorInnen auf.
- Mehr als die Hälfte der Befragten leistet ihre direkt suchtpreventive Arbeit im urbanen Einzugsgebiet der drei Statutarstädte Linz, Wels und Steyr.
- Gut ein Viertel aller Befragten hat innerhalb der letzten zwölf Monate suchtpreventiv relevante Entscheidungen getroffen oder beeinflusst und damit im Mittel 30 Personen erreicht.

¹² Statistik Austria, 2015; n=559 (15- bis 19-Jährige); Berechnungen durch das Institut für Gesundheitsplanung

¹³ Bundesministerium für Gesundheit, 2015; n=5.617 (11, 13, 15 und 17-jährige SchülerInnen)

¹⁴ Befragung unter den beim Institut Suchtprävention ausgebildeten und erfassten MultiplikatorInnen Ende 2015 vom Institut für Gesundheitsplanung und dem Institut Suchtprävention; erreichte Personen basierend auf derselben Hochrechnung wie bei der ersten MultiplikatorInnen-Befragung im Jahr 2012 bei gleichbleibender Anzahl von MultiplikatorInnen

- Die meisten suchtpreventiv relevanten Entscheidungen werden in den Settings Schule, Familie und Betrieb getroffen.
- Die Altersstruktur der derzeit aktiven MultiplikatorInnen erfordert eine verstärkte Rekrutierung jüngerer Menschen.¹⁵

Messgröße 2: 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.

Laut Jahresbericht 2016 des Instituts Suchtprävention wurden 4.029 oberösterreichische Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren mit alkoholspezifischen Präventionsmaßnahmen erreicht. Diese Zahl setzt sich aus folgenden Maßnahmen zusammen: Workshop „Alkohol“ für neunte und zehnte Schulstufe (Berufsschulen, Allgemeinbildende höhere Schulen, Berufsbildende mittlere und höhere Schulen, Polytechnische Schulen), Workshop „Talk about“, Workshop „Rausch und Risiko“, Workshop „Rausch und Risiko XL“, Barfuß-Workshop „Shake & Talk“, Barfuß-Shake, Peer Drive clean.¹⁶

Messgröße 3: Bis 2020 wird der Anteil der oberösterreichischen 15- bis 19-Jährigen, die täglich rauchen, von derzeit rund 35 Prozent auf höchstens 20 Prozent gesenkt.

Laut des oberösterreichweiten Drogenmonitorings 2009 rauchten rund 37 Prozent der befragten oberösterreichischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 15 und 19 Jahren täglich. Beim Drogenmonitoring 2015 hat sich der Anteil der täglichen RaucherInnen im Alter von 15 bis 19 Jahren auf rund 34 Prozent verringert.¹⁷

Zum Thema Tabak und Rauchen wurde im Jahr 2014 eine Arbeitsgruppe im Institut für Gesundheitsplanung gegründet. Ziel der Arbeitsgruppe war es, Handlungsempfehlungen auszuarbeiten, die dazu beitragen sollen, dass Kinder und Jugendliche in Oberösterreich erst gar nicht mit dem Rauchen beginnen. Die Arbeitsgruppe hat insgesamt zehn Handlungsempfehlungen entwickelt, die sowohl auf der Verhältnisebene als auch auf der Verhaltensebene angesiedelt sind:

- Suchtprävention in Schulen ausweiten: Jedes oberösterreichische Schulkind soll im Laufe seiner Schullaufbahn mindestens ein Mal an einem längerfristigen Suchtpräventionsprogramm teilnehmen.
- Sportvereine zu Verbündeten machen: Sportvereine sollen zu Verbündeten beim Thema Nichtrauchen werden.
- „Übers Rauchen reden“ - Familien unterstützen: Das Angebot „Übers Rauchen reden“ soll fortgeführt und wenn möglich ausgebaut werden.
- Unterstützung der SchulärztInnen - „Übers Rauchen reden“ für 12- bis 14-Jährige: SchulärztInnen sollen darin Unterstützung finden, mit 12- bis 14-jährigen SchülerInnen ein motivierendes Gespräch zum Thema Nichtrauchen führen zu können. Daher sollen den

SchulärztInnen geeignete Unterstützungsmaterialien zur Verfügung gestellt werden.

- „Workshop Nikotin“ in Polytechnischen Schulen: Das Angebot „Workshop Nikotin“ soll gezielt in Polytechnischen Schulen angeboten werden.
- Rauchfreie Umwelt für Kinder: Auf Spielplätzen soll nicht geraucht werden (Vorbildwirkung, Vergiftungsgefahr für Kleinkinder durch Essen von Zigarettenresten).
- Rauchfreie Betriebe: Bis zum Jahr 2020 sollen möglichst viele Betriebe rauchfrei sein.
- Gastronomie ausnahmslos rauchfrei: Bis zum Jahr 2020 soll die Gastronomie ausnahmslos rauchfrei sein.
- Deutliche Preiserhöhung auf Tabakwaren: Bis zum Jahr 2020 sollen die Preise für Tabakprodukte deutlich erhöht werden.
- Abschaffung der Zigarettenautomaten: Bis zum Jahr 2020 sollen in Oberösterreich die Zigarettenautomaten abgeschafft sein.

Gemeinsam wurde für jede Handlungsempfehlung eine Einschätzung des Aufwands vorgenommen und konkrete erste Umsetzungsschritte wurden festgelegt. Um die Umsetzung der Handlungsempfehlungen voranzutreiben, wurde eine Koordinierungsgruppe mit Mitgliedern folgender Organisationen gegründet: Abteilung Gesundheit des Landes Oberösterreich (Sucht- und Drogenkoordination), Amt des Landesschulrates für Oberösterreich, Institut Suchtprävention, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Stadt Linz sowie Stadt Wels. Die Koordinierungsgruppe wird vom Institut für Gesundheitsplanung begleitet und moderiert.

Ziel 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.

Die Gründung einer Arbeitsgruppe erfolgte im Dezember 2013. In einem Startworkshop wurden bereits die konkreten Zielgruppen für die auszuarbeitenden Maßnahmen definiert. Dem folgte das Sammeln bestehender Angebote aus Oberösterreich, die als Basis für die weitere Arbeit und Schwerpunktsetzung dienen. Im Herbst 2014 startete die Arbeit in drei Subgruppen zu den Lebenswelten

¹⁵ Birgmann, 2016

¹⁶ Auskunft vom Institut Suchtprävention

¹⁷ Seyer, Lehner, Gschwandtner & Paulik, 2010; Seyer, Paulik, Gschwandtner & Lehner, 2016

„Familie/engeres soziales Umfeld“, „Schule/Ausbildung/Beruf“ und „Freizeit“. Die Subgruppe „Familie/engeres soziales Umfeld“ arbeitete an einem Konzept zur Entwicklung resilienzfördernder Maßnahmen für Pubertierende in einer Region, unabhängig von der Familie(n)/form. Die individuelle Förderung der 12- bis 15-Jährigen in einer Bildungsregion stand im Fokus der Subgruppe „Schule/Ausbildung/Beruf“. Die Subgruppe „Freizeit“ arbeitete an einem Konzept mit dem Kernthema „Gesunde Kommunikation in Zeiten von Web 2.0“. Zusammen mit ExpertInnen aus dem psychosozialen Bereich wurde ein Feinkonzept ausgearbeitet.

Das Land Oberösterreich startete 2017 im Rahmen des Qualitätszertifikats^{plus} der Gesunden Gemeinden (Konzentration auf die Erreichung besonderer Zielgruppen) mit der Planung von Pilotprojekten zum Gesundheitsziel 8 in fünf Gemeinden. Zielgruppe sind Jugendliche in den Gemeinden. Die Partizipation der Zielgruppe am Planungsprozess ist ein zentrales Element. Weitere Zielgruppen sind Arbeitskreisleitungen/-mitglieder, MultiplikatorInnen, Vereine und Organisationen in den Gemeinden sowie MitarbeiterInnen und SchülerInnen der Nachmittagsbetreuung. Die Settings sind soziale Netzwerke der Gemeinden (bestehende Organisationen, Vereine etc.), öffentliche Räume in den Gemeinden (Innen- und Außenräume als Treffpunkte für Jugendliche) sowie Nachmittagsbetreuung (sofern in der Gemeinde vorhanden).¹⁸

Ziel 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.

Die Gründung einer Arbeitsgruppe erfolgte im Herbst 2013. Ausgehend vom Österreichischen Bundesseniorenplan wurden 2014 in einem ersten Schritt die bereits bestehenden Aktivitäten in Oberösterreich recherchiert. Zudem wurden verfügbare Sekundärdaten ausgewertet, um die Zielgruppe - ältere Menschen mit geringer sozialer Einbindung - genauer fassen zu können.

Um Anhaltspunkte bezüglich der Bedürfnisse älterer Menschen zu erheben, wurde das Ärztliche Qualitätszentrum der Ärztekammer Oberösterreich vom Institut für Gesundheitsplanung mit einer Umfrage unter SeniorInnen in Arztpraxen beauftragt. Im Herbst 2014 wurden die Ergebnisse der Recherche bzw. der Datenanalyse zu einer Be-

¹⁸ Land OÖ, 2016, Konzept zur Verankerung der Gesundheitsziele 8 und 9 im Netzwerk „Gesunde Gemeinde“, nicht veröffentlicht

schreibung des Ist-Standes zusammengeführt und in der Arbeitsgruppe hinsichtlich möglicher Schwerpunkte für bedarfsgerechte Maßnahmen analysiert.

Im ersten Halbjahr 2015 erarbeitete die Projektgruppe Maßnahmenvorschläge zu vier möglichen Handlungsfeldern: Optimierung der Rahmenbedingungen für die Nutzung des bestehenden Angebotes bzw. für die Angebotsplanung, Förderung von Nachbarschaftshilfe und informeller Hilfe und Unterstützung, Gelegenheiten zur Begegnung in Alltag und Freizeit, Angebot für spezielle Zielgruppen. Zu diesen Handlungsfeldern wurden Modellprojekte gesichtet. Zudem konnten Stellungnahmen von ExpertInnen aus relevanten Einrichtungen und Institutionen (z. B. Seniorenverbände) zu den vorgeschlagenen Maßnahmen eingeholt werden. Auf Basis der Maßnahmenvorschläge wurden Projektskizzen erarbeitet. Im Herbst 2016 wurden für das Land Oberösterreich im Rahmen des Qualitätszertifikats^{plus} Detailkonzepte zu ausgewählten Projektskizzen ausgearbeitet.

Das Land Oberösterreich startete 2017 im Rahmen des Qualitätszertifikats^{plus} der Gesunden Gemeinden (Konzentration auf die Erreichung besonderer Zielgruppen) mit der Planung von Pilotprojekten zum Gesundheitsziel 9 in vier Gemeinden. Zielgruppe sind SeniorInnen in den Gemeinden. Die Partizipation der Zielgruppe am Planungsprozess ist ein zentrales Element. Weitere Zielgruppen sind Arbeitskreisleitungen/-mitglieder, MultiplikatorInnen, Vereine und Organisationen in den Gemeinden sowie ehrenamtlich Tätige im Bereich SeniorInnengesundheit. Die Settings sind soziale Netzwerke der Gemeinden (bestehende Organisationen, Vereine etc.) sowie öffentliche Räume in den Gemeinden (Orte als Treffpunkt für SeniorInnen).¹⁹

Ziel 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.

Zuständig für die Konzeption zur Umsetzung des Gesundheitszieles 10 ist die Steuerungsgruppe für Gesundheitsziele, da diese den nötigen Überblick über alle Gesundheitsziele hat. In der (erweiterten) Steuerungsgruppe wurde ein Exposé erarbeitet. Dieses enthält folgende Handlungsempfehlungen: „Gesundheitsbereich kooperiert mit relevanten Sektoren“, „Gesundheit wird in den Politiken aller Ressorts berücksichtigt“ (Bewusstseinsbildung, Gesundheitsfolgenabschätzung, Unterstützung) sowie „Auszeichnung zum Gesundheitsziel 10“. Derzeit wird an der Umsetzung dieses Exposés gearbeitet.

¹⁹ Land OÖ, 2016, Konzept zur Verankerung der Gesundheitsziele 8 und 9 im Netzwerk „Gesunde Gemeinde“, nicht veröffentlicht

Bei der Zusammensetzung der Arbeitskreise für die Gesundheitsziele 1 bis 9 wurde bereits versucht, VertreterInnen anderer gesellschaftspolitischer Bereiche einzubinden. So sind beispielsweise im Rahmen des oberösterreichischen Gesundheitsziels 6 „Bewegung im Jugendalter erhöhen“, neben Organisationen aus dem Gesundheitsbereich, auch Organisationen aus dem Sport-, Bildungs- und Verkehrsressort vertreten. Dies soll in Zukunft auch weiter verstärkt werden. Auch in der Gesundheitsberichterstattung fließen bereits Ergebnisse, vor allem des Umwelt- und Sozialbereiches, ein. In weiterer Zukunft soll die Bewusstseinsbildung für eine gemeinsame Verantwortung für Gesundheit bei EntscheidungsträgerInnen und der Bevölkerung im Vordergrund stehen. Dabei werden positive Beispiele besonders präsentiert.

Der Gesundheitssektor kann anderen Ressorts unterstützende Angebote zur Berücksichtigung von gesundheitlichen Auswirkungen etwaiger Projekte zur Verfügung stellen. Weiters werden bei Bedarf unterstützende Materialien für besonders relevante Sektoren wie Bildung, Soziales, Wohnbau, Straßenbau und Verkehr erarbeitet, dadurch können die Einflüsse auf die Gesundheit selbstständig betrachtet werden.

Ein weiteres Element ist die Etablierung des Instruments „Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA)“. „GFA ist ein Prozess, in dem man sich mit der Frage auseinandersetzt,

wie die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung bzw. von spezifischen Bevölkerungsgruppen durch ein geplantes Vorhaben - sei es eine (politische) Strategie, ein Gesetz, ein Programm, ein Projekt oder eine konkrete Maßnahme - betroffen sein könnten.“²⁰ Das Institut für Gesundheitsplanung hat im Jahr 2013 an der Entwicklung des Österreichischen Leitfadens zur GFA mitgewirkt und die zweite Österreichische Fachtagung zur GFA in Linz mitorganisiert. Im Rahmen einer Lehrveranstaltung am Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik konnte 2014/2015 eine erste GFA in Oberösterreich zum Projekt „Brainwalkfit“ von ASKÖ Oberösterreich gemacht werden. Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (Referat für Gesundheitsstrategie und Wissenschaftskooperation) führte 2015/2016 eine „Schreibtisch-GFA“ zu zuckerhaltigen Schulgetränken gemeinsam mit der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durch.²¹

In der Steiermark wurden bereits folgende Gesundheitsfolgenabschätzungen durchgeführt: GFA zur Ganztagschule, GFA zu Betreutem SeniorInnenwohnen in Graz (Gesunde Bezirke - Gesunde Stadt), GFA zur Marktplatzgestaltung am Schirmitzbühel (Kapfenberg), GFA zum Straßenbauprojekt Ausbau der B 68 (Fladnitz - Saaz) sowie GFA-Handlungsempfehlungen für die Steiermark.²² Folgend findet sich eine chronologisch geordnete Übersicht der österreichischen GFAs (Stand 2016).²³

Tabelle 19: Chronologisch geordnete Übersicht der österreichischen Gesundheitsfolgenabschätzungen (Stand 2016)

Gegenstand der Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA)	Zeitraum	betroffene Sektoren	geographische Ebene
Kindergärten als Familientreffpunkte (Dornbirn)	2010	Vorschulbildung	lokal
betreubares Wohnen für ältere Menschen in Minihof-Liebau (Burgenland)	2010	SeniorInnen, Wohnen	lokal
verpflichtendes Kindergartenjahr	2011-2012	Vorschulbildung	national
Ganztagschule	2013	Schulbildung	national
betreutes Wohnen von SeniorInnen in Graz	2014-2015	SeniorInnen, Wohnen	lokal
Brainwalkfit (Oberösterreich)	2014-2015	SeniorInnen, Sportsektor	lokal
Neugestaltung eines öffentlichen Platzes in Kapfenberg	2015	Ortsbild, kleinräumige Planung	lokal
Ausbau der B68 (Fladnitz-Saaz)	2015	Verkehr	regional/kommunal
Schreibtisch-GFA Schulgetränke in Oberösterreich	2015-2016	Schultypen der Primar- und Sekundarstufe	regional
GFA-Sichtung: Gesetzliche Implementierung von Mindeststandards in der Gemeinschaftsverpflegung auf steirischer Landesebene	2016	Gemeinschaftsverpflegung	regional

Quellen: Gesundheitsfolgenabschätzung in Österreich 2015; Nationale Beispiele von Gesundheitsfolgenabschätzung sowie Aktivitäten zur Gesundheitsfolgenabschätzung 2017; Ergänzung durch IGP

²⁰ Amegah, Amort, Antes, Haas, Knaller, Peböck, Reif, Spath-Dreyer, Sprenger, Strapatsas, Türscherl, Vyslouzil & Wolschlagler, 2013, S. 3

²¹ Gruber & Türscherl, 2016, S. 3

²² Neuhold, 2015, S. 17

²³ Aschemann et al., 2015, S. 205; Gesundheit Österreich GmbH, 2017; IGP

7. VERZEICHNISSE UND LITERATUR

7.1. Abbildungsverzeichnis

Kapitel 1 - Allgemeine sozioökonomische und Umweltfaktoren

Kapitel 1.1. Demografischer Hintergrund

Abbildung 1: Altersverteilung der oberösterreichischen Bevölkerung.....	20
Abbildung 2: Geburtenbilanz 2000 bis 2015 in Oberösterreich.....	21
Abbildung 3: Geburtenziffer im Zeitverlauf in Oberösterreich (Anzahl der Lebendgeborenen eines Jahres pro 1.000 EinwohnerInnen).....	22
Abbildung 4: Lebendgeborene 1985 bis 2015 in Oberösterreich.....	22
Abbildung 5: Lebendgeborene im Jahr 2015 nach dem Alter der Mutter in Oberösterreich.....	23
Abbildung 6: Anteile der Lebendgeborenen von Müttern unter 20 bzw. über 35 Jahren in Oberösterreich.....	24
Abbildung 7: Zu- und Wegzüge 2002 bis 2015 in Oberösterreich.....	25

Kapitel 1.2. Soziale und wirtschaftliche Einflussfaktoren

Abbildung 8: Konzeptueller Rahmen der WHO-Kommission für soziale Determinanten der Gesundheit.....	27
Abbildung 9: Lebenserwartung und gesunde Lebenserwartung nach Bildungsgrad in Jahren in Österreich.....	30
Abbildung 10: Fernere Lebenserwartung mit 35 Jahren nach Bildungsgrad in Jahren in Österreich.....	31
Abbildung 11: Subjektiver Gesundheitszustand nach Bildungsgrad, Einkommen und Geschlecht in Oberösterreich.....	32
Abbildung 12: Subjektiver Gesundheitszustand nach Bildungsgrad und Einkommen in Österreich.....	33
Abbildung 13: Subjektiver Gesundheitszustand 1991 bis 2014 nach Bildungsgrad und Geschlecht in Oberösterreich.....	34

Kapitel 1.3. Einflussfaktor Umwelt

Abbildung 14: Durchschnittliche Anzahl der Tage mit hoher Feinstaubbelastung 2005 bis 2015 in Oberösterreich (PM10 Tagesmittelwert >50µg/m ³).....	36
Abbildung 15: Immissionsbelastung durch Stickstoffdioxid im Raum Linz.....	37
Abbildung 16: Belastung durch Stickstoffdioxid 2005 bis 2015 in Oberösterreich.....	38
Abbildung 17: Ozon: Überschreitung des Zielwertes für den Gesundheitsschutz in Oberösterreich.....	39
Abbildung 18: Ozon: Überschreitung des Zielwertes für den Gesundheitsschutz 2005 bis 2015 in Oberösterreich.....	39
Abbildung 19: Belastung der Luft 2006 bis 2015 durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAKs) in Oberösterreich.....	40
Abbildung 20: Lärmstörung (tagsüber und/oder nachts) nach Region in Oberösterreich.....	41
Abbildung 21: Lärmstörung (tagsüber und/oder nachts) 2007, 2011 und 2015 in Oberösterreich.....	42
Abbildung 22: Quellen für Lärmstörung in Oberösterreich.....	43
Abbildung 23: Lärmstörung durch Autobahnen/Schnellstraßen im Ballungsraum Linz.....	44
Abbildung 24: Oberösterreichisches Lichtmessnetz.....	45
Abbildung 25: Subjektive Bedeutung der natürlichen Umwelt für die Lebensqualität in Oberösterreich.....	48
Abbildung 26: Bodenversiegelung, Baufläche und Verkehrsfläche pro EinwohnerIn in Österreich.....	49
Abbildung 27: Lärmstörungen nach Haushaltseinkommen in Österreich.....	50
Abbildung 28: Subjektive Einschätzung der Umweltbedingungen nach Haushaltseinkommen in Oberösterreich.....	51

Kapitel 2 - Lebens- und Arbeitsbedingungen

Kapitel 2.1. Einflussfaktor Lebenswelten

Kapitel 2.1.1. Krabbelstube, Kindergarten und Schule

Abbildung 29: Subjektiver Gesundheitszustand von SchülerInnen in Oberösterreich und Österreich.....	58
Abbildung 30: Mittlere Lebenszufriedenheit von SchülerInnen nach Geschlecht in Oberösterreich und Österreich.....	59
Abbildung 31: Mittelwerte des Schulklimaindex nach Geschlecht in Oberösterreich und Österreich.....	59
Abbildung 32: Mittlere Beschwerdelast von SchülerInnen nach Geschlecht in Oberösterreich und Österreich.....	60
Abbildung 33: Übergewicht und Adipositas von SchülerInnen nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich und Österreich.....	61
Abbildung 34: Tage pro Woche an denen oberösterreichische SchülerInnen für mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv sind nach Geschlecht.....	61

Kapitel 2.1.2. Betrieb

Abbildung 35: Beschäftigte nach Wirtschaftsklassen 2015.....	63
Abbildung 36: Krankenstandstage pro Kopf je Bundesland 2015.....	64
Abbildung 37: Entwicklung der Krankenstandstage pro Kopf 2003 bis 2015 in Oberösterreich und Österreich.....	65
Abbildung 38: Krankenstandsquote nach Bundesländern 2014 (real und normiert).....	66
Abbildung 39: Physische Belastungsfaktoren bei Erwerbstätigen in Oberösterreich und Österreich.....	67

Abbildung 40: Psychische Belastungsfaktoren bei Erwerbstätigen in Oberösterreich und Österreich.....	68
Abbildung 41: Schwerstes Gesundheitsproblem bei Erwerbstätigen mit Gesundheitsproblem in Oberösterreich und Österreich.....	68
Abbildung 42: Psychosomatische Symptome bei Erwerbstätigen in Oberösterreich und Österreich (Anteil, die sich zumindest an manchen Tagen belastet fühlen).....	69
Kapitel 2.1.3. Gemeinde	
Abbildung 43: Zufriedenheit mit dem Angebot für körperliche Aktivitäten nach Geschlecht in Oberösterreich.....	71
Abbildung 44: Themenbereiche der Veranstaltungen in „Gesunden Gemeinden“ in Oberösterreich.....	72
Abbildung 45: Beiträge der Aktivitäten in der Gemeinde in Oberösterreich.....	73
Abbildung 46: Unfälle 2014 - Verteilung „Arbeit/Schule, Heim/Freizeit/Sport, Verkehr“ in Österreich.....	74
Abbildung 47: Unfallrisiko, je 1.000 Personen gleicher Altersgruppe bei Heim-, Freizeit- und Sportunfällen in Österreich.....	75
Abbildung 48: Empfundene, geringe soziale Unterstützung nach Altersgruppen und Geschlecht in Österreich.....	77
Kapitel 2.2. Einflussfaktor Krankenversorgung	
Abbildung 49: Typen von Abulatorien in Oberösterreich.....	85
Abbildung 50: Oberösterreichische Sprengelaufteilung Mobile Dienste 2017.....	86
Abbildung 51: Versorgungsregionen in Oberösterreich.....	88
Kapitel 2.3. Spezialthema Durchimpfungsrate	
Abbildung 52: Durchimpfungsraten Sechsfachimpfungen in Oberösterreich.....	94
Abbildung 53: Durchimpfungsraten MMR-Impfungen in Oberösterreich.....	95
Abbildung 54: Durchimpfungsraten Pneumokokken-Impfungen in Oberösterreich.....	96
Abbildung 55: Durchimpfungsraten Rotaviren-Impfungen in Oberösterreich.....	97
Abbildung 56: Durchimpfungsraten Meningokokken-Impfungen in Oberösterreich.....	98
Kapitel 2.5. Einflussfaktor Wohnverhältnisse	
Abbildung 57: Wohnungsüberbelag nach Bundesländern.....	107
Abbildung 58: Prekäre Wohnverhältnisse in Oberösterreich und Österreich.....	108
Abbildung 59: Belastende Wohnumgebung in Oberösterreich und Österreich.....	109
Abbildung 60: Belastende Wohnumgebung nach Bundesland.....	110
Abbildung 61: Haushalte mit subjektiv starker Wohnkostenbelastung nach Bundesland.....	111
Abbildung 62: Durchschnittliche Wohnkosten von Hauptmietwohnungen nach Rechtsverhältnis 2009 bis 2016 in Oberösterreich und Österreich.....	112
Abbildung 63: Fußläufige Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen in Oberösterreich.....	113
Abbildung 64: Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen nach Bundesland.....	114
Kapitel 2.6. Einflussfaktor Mobilität	
Abbildung 65: Wöchentlicher Zeitaufwand für Wege zu verschiedenen Aktivitäten in Österreich.....	116
Abbildung 66: Verkehrsmittelwahl Oberösterreich 1992, 2001 und 2012 - oberösterreichische Verkehrserhebung.....	117
Abbildung 67: Verkehrsmittelwahl Oberösterreich - Mikrozensus.....	118
Abbildung 68: Gründe für die Nicht-Attraktivität des öffentlichen Verkehrs in Oberösterreich und Österreich.....	119
Abbildung 69: Verkehrsunfälle mit Personenschaden in Oberösterreich 2007 bis 2016.....	120
Abbildung 70: Nutzung des Fahrrades für alltägliche Wege 2007 bis 2015 in Oberösterreich und Österreich.....	121
Abbildung 71: Zurücklegen alltäglicher Wege zu Fuß 2007 bis 2015 in Oberösterreich und Österreich.....	122
Abbildung 72: Verfügbarkeit von Verkehrsmitteln in Oberösterreich.....	123
Abbildung 73: Zufriedenheit mit den verfügbaren Verkehrsmitteln nach Bevölkerungsdichte in Oberösterreich.....	124
Kapitel 3 - Soziale und kommunale Netzwerke	
Kapitel 3.2. Einflussfaktor persönliche soziale Beziehungen	
Abbildung 74: Geringe soziale Unterstützung nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich.....	128
Abbildung 75: Soziale Unterstützung nach Bundesland.....	129
Abbildung 76: Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich.....	130
Abbildung 77: Direkte und indirekte Kontakte zu Familienangehörigen nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich.....	131
Abbildung 78: Direkte und indirekte Kontakte im Freundeskreis nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich.....	132
Abbildung 79: Finanzielle Einschränkungen hinsichtlich sozialer Kontakte in Oberösterreich und Österreich.....	133

Kapitel 3.3. Einflussfaktor Vereine und Freiwilligenorganisationen

Abbildung 80: Beteiligungsquote an formaler und informeller Freiwilligenarbeit nach Geschlecht in Oberösterreich.....	134
Abbildung 81: Beteiligungsquote an formaler und informeller Freiwilligenarbeit nach Alter in Oberösterreich.....	135
Abbildung 82: Beteiligungsquote an formaler und informeller Freiwilligenarbeit nach Schulbildung in Oberösterreich.....	135
Abbildung 83: Beteiligungsquote an formaler und informeller Freiwilligenarbeit nach Einkommensviertel in Oberösterreich.....	136
Abbildung 84: Beteiligungsquote an formaler und informeller Freiwilligenarbeit nach Gemeindegröße in Oberösterreich.....	137
Abbildung 85: Informelle Freiwilligenarbeit nach Bereichen in Österreich.....	138
Abbildung 86: Anzahl der Selbsthilfegruppen in Oberösterreich nach Schwerpunkt.....	140

Kapitel 3.4. Einflussfaktor Integration und Inklusion

Abbildung 87: Personen im Erwerbsalter (15 bis 64 Jahre) mit und ohne dauerhafter Krankheit oder chronischen Gesundheitsproblemen nach Erwerbsstatus in Oberösterreich.....	143
Abbildung 88: Fühlen sich MigrantInnen in Österreich heimisch?.....	145
Abbildung 89: Kluft zwischen dem Kompetenzniveau der deutschen Bevölkerung und dem Sprachniveau der Behörden und Firmeninformationen.....	148

Kapitel 4 - Individuelle Lebensweisen als Einflussfaktoren auf die Gesundheit

Kapitel 4.1. Einflussfaktor Gesundheitskompetenz

Abbildung 90: Relationales Konzept von Gesundheitskompetenz.....	152
--	-----

Kapitel 4.2. Einflussfaktor Ernährung

Abbildung 91: Verzehrhäufigkeit von Obst bei Frauen und Männern in Oberösterreich und Österreich.....	155
Abbildung 92: Verzehrhäufigkeit von Gemüse bei Frauen und Männern in Oberösterreich und Österreich.....	156
Abbildung 93: Verzehrhäufigkeit von Gemüse bei Frauen und Männern nach Bildungsgrad in Oberösterreich („täglich“/„an 4-6 Tagen pro Woche“).....	157
Abbildung 94: Verzehrhäufigkeit von Obst bei Frauen und Männern nach Bildungsgrad in Oberösterreich („täglich“/„an 4-6 Tagen pro Woche“).....	158
Abbildung 95: Verzehrhäufigkeit von Gemüse bei Frauen nach Altersgruppen in Oberösterreich.....	158
Abbildung 96: Verzehrhäufigkeit von Gemüse bei Männern nach Altersgruppen in Oberösterreich.....	159
Abbildung 97: Verzehrhäufigkeit von Obst bei Frauen nach Altersgruppen in Oberösterreich.....	159
Abbildung 98: Verzehrhäufigkeit von Obst bei Männern nach Altersgruppen in Oberösterreich.....	160

Kapitel 4.3. Einflussfaktor Bewegung

Abbildung 99: Arbeitsbezogene körperliche Aktivität nach Bundesland.....	161
Abbildung 100: Arbeitsbezogene körperliche Aktivität in Oberösterreich nach Alter - Männer.....	162
Abbildung 101: Arbeitsbezogene körperliche Aktivität in Oberösterreich nach Alter - Frauen.....	163
Abbildung 102: Arbeitsbezogene körperliche Aktivität in Oberösterreich nach Bildung - Männer.....	164
Abbildung 103: Arbeitsbezogene körperliche Aktivität in Oberösterreich nach Bildung - Frauen.....	165
Abbildung 104: Zurücklegen von Wegen zu Fuß nach Bundesland.....	166
Abbildung 105: Zurücklegen von Wegen zu Fuß in Oberösterreich nach Alter - Männer.....	166
Abbildung 106: Zurücklegen von Wegen zu Fuß in Oberösterreich nach Alter - Frauen.....	167
Abbildung 107: Zurücklegen von Wegen mit dem Rad nach Bundesland.....	168
Abbildung 108: Zurücklegen von Wegen mit dem Rad nach Alter in Oberösterreich - Männer.....	168
Abbildung 109: Zurücklegen von Wegen mit dem Rad nach Alter in Oberösterreich - Frauen.....	169
Abbildung 110: Körperliche Betätigung und Sport in der Freizeit nach Bundesland.....	170
Abbildung 111: Bewegungsempfehlungen der WHO nach Bundesland.....	171

Kapitel 4.4. Einflussfaktor Risikoverhalten

Abbildung 112: Verbreitung von Abhängigkeit zu verschiedenen Substanzen bzw. Verhaltenssüchte in Österreich.....	173
Abbildung 113: Tabakkonsum in Oberösterreich und Österreich.....	174
Abbildung 114: Tabakkonsum nach Alter in Oberösterreich - Männer.....	175
Abbildung 115: Tabakkonsum nach Alter in Oberösterreich - Frauen.....	175
Abbildung 116: Tabakkonsum von 15-jährigen SchülerInnen 1990 bis 2014 - Österreich gesamt.....	176
Abbildung 117: Einschätzung der Verfügbarkeit von Zigaretten nach Alter in Oberösterreich.....	177
Abbildung 118: Tabakkonsum (täglich) nach Schulbildung in Oberösterreich.....	178
Abbildung 119: Tabakkonsum 2000, 2006 und 2015 in Oberösterreich.....	179
Abbildung 120: Tabakkonsum (täglich) 2000, 2006 und 2015 nach Geschlecht in Oberösterreich.....	180

Abbildung 121: Alkoholkonsum in Oberösterreich.....	181
Abbildung 122: Alkoholabhängigkeit nach Alter in Oberösterreich.....	182
Abbildung 123: Subjektive Probleme mit sozialen Medien und Computerspielen nach Geschlecht (Anteile „stimme sehr zu“ und „stimme eher zu“) in Oberösterreich.....	185

Kapitel 5 - Gesundheitszustand der Bevölkerung

Kapitel 5.1. Allgemeiner Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Abbildung 124: Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht in Oberösterreich.....	188
Abbildung 125: Sehr guter/guter subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich.....	189
Abbildung 126: Subjektiver Gesundheitszustand 1983 bis 2014 nach Geschlecht in Oberösterreich.....	189
Abbildung 127: Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht und Bildungsgrad in Oberösterreich.....	190
Abbildung 128: Gesundheitsbezogene Lebensqualität 2006/2007 und 2014 in Oberösterreich.....	191
Abbildung 129: Physische Befindlichkeit nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich.....	192
Abbildung 130: Psychisches Wohlbefinden nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich.....	192
Abbildung 131: Soziale Beziehungen nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich.....	193
Abbildung 132: Umweltbezogene Lebensqualität nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich.....	193
Abbildung 133: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Bildungsgrad in Oberösterreich.....	194

Kapitel 5.2. Beeinträchtigungen der Gesundheit und Gesundheitsrisiken

Kapitel 5.2.1. Lebenserwartung und Mortalität

Abbildung 134: Lebenserwartung bei Geburt 1980 bis 2015 in Oberösterreich.....	196
Abbildung 135: Fernere Lebenserwartung ab 65 Jahren 1980 bis 2014 in Oberösterreich.....	197
Abbildung 136: Säuglingssterblichkeit 1980 bis 2015 in Oberösterreich.....	197
Abbildung 137: Perinatalsterblichkeit 1980 bis 2015 in Oberösterreich.....	198
Abbildung 138: Todesfälle im Jahr 2015 in Oberösterreich.....	199
Abbildung 139: Altersstandardisierte Mortalität 1995 bis 2015 in Oberösterreich - Männer	200
Abbildung 140: Altersstandardisierte Mortalität 1995 bis 2015 in Oberösterreich - Frauen.....	201

Kapitel 5.2.2. Übertragbare Erkrankungen

Abbildung 141: Bakterielle Lebensmittelvergiftungen 2010 bis 2015 in Oberösterreich.....	205
Abbildung 142: Sexuell übertragbare Krankheiten 2010 bis 2015 in Oberösterreich.....	206

Kapitel 5.2.3. Ausgewählte nicht übertragbare/chronische Erkrankungen und deren Folgen

Kapitel 5.2.3.1. Herz-Kreislaufkrankungen

Abbildung 143: Prävalenz von Herz-Kreislaufkrankungen nach Geschlecht in Oberösterreich.....	209
Abbildung 144: Prävalenz von Bluthochdruck nach Geschlecht in Oberösterreich.....	209
Abbildung 145: Prävalenz von Herz-Kreislaufkrankungen nach Bildungsgrad in Österreich.....	210
Abbildung 146: Prävalenz von Bluthochdruck nach Bildungsgrad in Österreich.....	210
Abbildung 147: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen von Männern und Frauen in Oberösterreich.....	212
Abbildung 148: Herz-Kreislaufmortalität 1990 bis 2015 von Männern und Frauen in Oberösterreich.....	213

Kapitel 5.2.3.2. Bösartige Neubildungen

Abbildung 149: Krebsmortalität 1990 bis 2015 von Männern und Frauen in Oberösterreich.....	215
Abbildung 150: Krebsinzidenz 1997 bis 2014 in Oberösterreich - Männer.....	217
Abbildung 151: Krebsinzidenz 1997 bis 2014 in Oberösterreich - Frauen.....	218

Kapitel 5.2.3.3. Diabetes mellitus

Abbildung 152: Prävalenz von Diabetes mellitus nach Geschlecht und Altersgruppen in Oberösterreich.....	219
Abbildung 153: Prävalenz von Diabetes mellitus nach Geschlecht und Bildungsgrad in Oberösterreich.....	220
Abbildung 154: Personen mit Antidiabetikerverordnungen 2010 bis 2015 nach Geschlecht in Oberösterreich.....	221
Abbildung 155: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Diabetes mellitus 2010 bis 2015 nach Geschlecht in Oberösterreich.....	222
Abbildung 156: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Diabetes mellitus 2015 nach Altersgruppen in Oberösterreich.....	222
Abbildung 157: Krankenhausaufenthalte aufgrund Diabetes mellitus mit Komplikationen in Oberösterreich.....	223

Kapitel 5.2.3.4. Atemwegserkrankungen

Abbildung 158: Prävalenz chronischer Krankheiten der Atemwege in Oberösterreich.....	226
Abbildung 159: Prävalenz chronischer Krankheiten der Atemwege nach Alter in Oberösterreich - Männer.....	226
Abbildung 160: Prävalenz chronischer Krankheiten der Atemwege nach Alter in Oberösterreich - Frauen.....	227

Abbildung 161: Personen mit Verordnung von Anti-Asthmatika nach Altersgruppen und Geschlecht in Oberösterreich.....	228
Abbildung 162: Krankenstandstage aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems nach Altersgruppen und Geschlecht in Oberösterreich.....	229
Abbildung 163: Krankenstandstage aufgrund von chronischen Krankheiten der unteren Atemwege nach Altersgruppen und Geschlecht.....	229
Abbildung 164: Von Krankenstand aufgrund von chronischen Krankheiten der unteren Atemwege betroffene Beschäftigte nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich.....	230
Abbildung 165: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Atemwegserkrankung nach Altersgruppen und Geschlecht in Oberösterreich.....	231
 <i>Kapitel 5.2.3.5. Zahngesundheit / Zahnerkrankungen</i>	
Abbildung 166: Zahnstatus bei 6- und 12-Jährigen in Oberösterreich.....	232
 <i>Kapitel 5.2.3.6. Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats</i>	
Abbildung 167: Prävalenz von chronischen Erkrankungen/Beschwerden des Bewegungs- und Stützapparats in Oberösterreich.....	234
Abbildung 168: Prävalenz von chronischen Erkrankungen/Beschwerden des Bewegungs- und Stützapparats nach Alter in Oberösterreich - Männer.....	235
Abbildung 169: Prävalenz von chronischen Erkrankungen/Beschwerden des Bewegungs- und Stützapparats nach Alter in Oberösterreich - Frauen.....	235
Abbildung 170: Krankenstandstage aufgrund von Krankheiten des Bewegungsapparats nach Altersgruppen und Geschlecht in Oberösterreich.....	236
Abbildung 171: Von Krankenstand aufgrund von Krankheiten des Bewegungsapparats betroffene Beschäftigte nach Altersgruppen und Geschlecht in Oberösterreich.....	237
Abbildung 172: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Erkrankungen des Bewegungsapparats nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monatsprävalenz, Jahr 2015) in Oberösterreich.....	238
 <i>Kapitel 5.2.3.7. Psychische Erkrankungen und mentale Störungen</i>	
Abbildung 173: Depressive Symptome von Männern und Frauen in Oberösterreich.....	240
Abbildung 174: Prävalenz von Depression nach Bildungsgrad in Oberösterreich.....	241
Abbildung 175: Essstörungen in Linz und Wels.....	242
Abbildung 176: Suizidrate von Männern und Frauen 1990 bis 2015 in Oberösterreich.....	243
Abbildung 177: Personen mit Antidepressiva-Verordnung nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich.....	245
Abbildung 178: Personen mit Krankenstand aufgrund von psychischen Erkrankungen 2010 und 2015 nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich.....	246
Abbildung 179: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von psychischen Erkrankungen nach Geschlecht in Oberösterreich.....	247
 <i>Kapitel 5.2.4. Weitere Beeinträchtigungen der Gesundheit</i>	
Abbildung 180: Funktionale Einschränkungen nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich.....	248
Abbildung 181: Einschränkungen bei Basisaktivitäten im Alter (ADL) in Oberösterreich.....	249
Abbildung 182: Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen im Haushalt (IADL) in Oberösterreich.....	250
Abbildung 183: Schmerzbelastung von Männern und Frauen in Oberösterreich.....	251
Abbildung 184: Beeinträchtigungen durch Schmerzen von Männern und Frauen in Oberösterreich.....	251
Abbildung 185: Schmerzbelastung nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich.....	252
Abbildung 186: Chronische Kopfschmerzen nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich.....	252
Abbildung 187: Verordnung von Medikamenten zur Schmerzbehandlung 2010 bis 2015 in Oberösterreich.....	253
Abbildung 188: Personen mit Verordnung von Medikamenten zur Schmerzbehandlung nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich.....	254

7.2. Tabellenverzeichnis

Kapitel 1 - Allgemeine sozioökonomische und Umweltfaktoren

Kapitel 1.3. Einflussfaktor Umwelt

Tabelle 1: Tage mit hoher Feinstaubbelastung 2005 bis 2015 in Oberösterreich (PM10 Tagesmittelwert > 50µg/m³).....36

Kapitel 2 - Lebens- und Arbeitsbedingungen

Kapitel 2.1. Einflussfaktor Lebenswelten

Tabelle 2: Kinderbetreuungseinrichtungen, Gruppen und Kinder in Oberösterreich.....55
 Tabelle 3: Betreuungsquote in Oberösterreich und Österreich.....55
 Tabelle 4: Schulen in Oberösterreich nach Schultyp 2008/09 und 2015/16.....57
 Tabelle 5: SchülerInnen in Oberösterreich nach Schultyp 2008/09 und 2015/16.....57
 Tabelle 6: Spitalsbehandelte Heim-, Freizeit- und Sportunfälle 2014 nach Alter und Geschlecht in Österreich.....74

Kapitel 2.2. Einflussfaktor Krankenversorgung

Tabelle 7: Anzahl Vertrags(fach)ärztInnen im 10-Jahres-Vergleich in Oberösterreich.....83
 Tabelle 8: Niedergelassene nicht-ärztliche Gesundheitsberufe in Oberösterreich (Anzahl der besetzten Planstellen im 10-Jahres-Vergleich).....84
 Tabelle 9: Übersicht über die Krankenanstalten und deren Fachbereiche in Oberösterreich.....89

Kapitel 2.4. Einflussfaktor Pflege- und Unterstützungsleistungen

Tabelle 10: Leistungen sozialer Versorgung im Überblick in Oberösterreich.....103
 Tabelle 11: Inanspruchnahme von Leistungen nach dem oberösterreichischen Chancengleichheitsgesetz in den Jahren 2011 bis 2015.....105

Kapitel 3 - Soziale und kommunale Netzwerke

Kapitel 3.4. Einflussfaktor Integration und Inklusion

Tabelle 12: Ergebnisse der leo. - Level-One-Studie - hochgerechnet auf Österreich und Oberösterreich.....147

Kapitel 5 - Gesundheitszustand der Bevölkerung

Kapitel 5.2. Beeinträchtigungen der Gesundheit und Gesundheitsrisiken

Tabelle 13: Nach dem Epidemiegesetz 1950 und dem Tuberkulosegesetz 1968 gemeldete Erkrankungen 2010 bis 2015 in Oberösterreich.....202
 Tabelle 14: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen 2010 bis 2015 in Österreich.....207
 Tabelle 15: Krebsinzidenz 2014 in Oberösterreich.....216
 Tabelle 16: Anzahl der teilnehmenden ÄrztInnen und PatientInnen an Therapie Aktiv in Österreich.....224
 Tabelle 17: Kariesprävalenz bei 6-Jährigen (d3mft-Index) auf Milchzahnebene nach Komponenten und Geschlecht in Oberösterreich.....233
 Tabelle 18: Kariesprävalenz bei 12-Jährigen (D3MFT-Index) auf Zahnebene nach Komponenten und Geschlecht in Oberösterreich.....233

Kapitel 6 - Gesundheitsziele bis 2020

Tabelle 19: Chronologisch geordnete Übersicht der österreichischen Gesundheitsfolgenabschätzungen (Stand 2016).....264

7.3. Literatur

Kapitel 1.2. - Soziale und wirtschaftliche Einflussfaktoren

Amegah, Thomas; Amort, Frank Michael; Antes, Gernot; Haas, Sabine; Knaller, Christine; Peböck, Markus et al. (2013): Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) in Österreich. Leitfaden für die Praxis. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Wien. Online verfügbar unter http://gfa.goeg.at/Downloads/support/GFA-Leitfaden_Publikation.pdf.

Becker-Grünig, Tabea; Schneider, Sven; Sonntag, Diana; Jarczok, Marc N.; Philippi, Heike; Bock, Freia de (2016): Elterlicher Sozialstatus und andere Determinanten von Lebensqualität und Verhaltensauffälligkeiten. In: Bundesgesundheitsbl. 59 (2), S. 166-180. DOI: 10.1007/s00103-015-2276-5.

Birch, Stephen; Jerrett, Mike; Eyles, John (2000): Heterogeneity in the determinants of health and illness: the example of socioeconomic status and smoking. In: Social Science & Medicine 51 (2), S. 307-317. DOI: 10.1016/S0277-9536(99)00455-4.

Blas, E.; Kurup, A. S.; World Health Organization (2010): Equity, Social Determinants and Public Health Programmes: World Health Organization. Online verfügbar unter http://www.who.int/sdhconference/resources/Equity5-DandPH_eng.pdf.

Brunner, Eric (2007): Biology and Health Inequality. In: PLoS Biology 11 (5).

Bundesministerium für Gesundheit (2012): Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich. (Ausgabe 2015) <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/> (17.11.2016)

Commission on Social Determinants of Health (2007): A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, zuletzt geprüft am 10.11.2016.

Commission on Social Determinants of Health (2008): Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva. Online verfügbar unter http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf, zuletzt geprüft am 09.11.2016.

Dragano, Nico; Wahrendorf, Morten; Müller, Kathrin; Lunau, Thorsten (2016): Arbeit und gesundheitliche Ungleichheit. In: Bundesgesundheitsbl. 59 (2), S. 217-227. DOI: 10.1007/s00103-015-2281-8.

Fekete, Christine; Weyers, Simone (2016): Soziale Ungleichheit im Ernährungsverhalten. In: Bundesgesundheitsbl. 59 (2), S. 197-205. DOI: 10.1007/s00103-015-2279-2.

Gesundheit Österreich GmbH (o.D.): Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung http://www.goeg.at/cxdata/media/download/Empfehlungen_GBE.pdf (17.11.2016)

Gesundheit Steiermark und Das Land Steiermark (o.D.): Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/dokumente/11684270_72562901/82dbc6b1/GB%202010%20f%C3%BCr%20die%20Stmk%20282,8%20MB%29.pdf (17.11.2016)

Hoebel, Jens; Finger, Jonas D.; Kuntz, Benjamin; Lampert, Thomas (2016): Sozioökonomische Unterschiede in der körperlich-sportlichen Aktivität von Erwerbstätigen im mittleren Lebensalter. In: Bundesgesundheitsbl. 59 (2), S. 188-196. DOI: 10.1007/s00103-015-2278-3.

Hornung, R. (1997): Determinanten des Gesundheitsverhaltens. In: Weitkunat, R., J. Haisch, und M. Kessler: Public Health und Gesundheitspsychologie. Verlag Hans Huber, München.

Kestila, L. (2006): Determinants of health in early adulthood: what is the role of parental education, childhood adversities and own education? In: The European Journal of Public Health 16 (3), S. 305-314. DOI: 10.1093/eurpub/cki164.

Klimont, Jeannette; Klotz, Johannes (2016): Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung. In: Statistische Nachrichten 9/2016.

Klotz, Johannes; Asamer, Eva-Maria (2014): Bildungsspezifische Sterbetafeln 2006/2007 sowie 2011/2012. In: Statistische Nachrichten (3/2014), S. 209-214, zuletzt geprüft am 28.11.2016.

Klotz, Johannes; Doblhammer, Gabriele (2008): Trends in educational mortality differentials in Austria between 1981/82 and 2001/2002. In: DemRes 19, S. 1759-1780. DOI: 10.4054/DemRes.2008.19.51.

Klotz, Johannes; Till, Mathias (2015): Sterben Arme früher? In: Statistische Nachrichten (10). Online verfügbar unter https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/3/5/1/CH2252/CMS1330683993465/beilage_6__artikel__sterben_arme_frueher_.pdf.

Kroll, Lars Eric; Müters, Stephan; Lampert, Thomas (2016): Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. In: Bundesgesundheitsbl. 59 (2), S. 228-237. DOI: 10.1007/s00103-015-2282-7.

Lampert, Thomas; Richter, Matthias; Schneider, Sven; Spallek, Jacob; Dragano, Nico (2016): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Bundesgesundheitsbl. 59 (2), S. 153-165. DOI: 10.1007/s00103-015-2275-6.

Marmot, Michael (2014): Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Final report. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern.

Ottendörfer, B. (2016): Wissensbasis für den Diskurs von Armut und Gesundheit Gesundheitswissenschaften Dokument 50. www.oegkk.at/wissenschaft (22.12.2016)

Popov, Vladimir: Russia's Mortality Crisis. Will we ever learn? (PONARS Eurasia Policy Memo, 127), zuletzt geprüft am 08.08.2016.

Rawls, J. (2014): Eine Theorie der Gerechtigkeit. 19. Auflage, Suhrkamp (Originalausgabe: A Theory of Justice, 1971)

Richter, Mattias; Hurrelmann, Klaus (2007): Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. In: Gesundheit und soziale Ungleichheit (Aus Politik und Zeitgeschichte, 42), S. 3-10.

Siegrist, J. (1995): Medizinische Soziologie. Urban & Schwarzenberg, München.

Suhrcke, Marc; Stuckler, David (2012): Will the recession be bad for our health? It depends. In: Social Science & Medicine 74 (5), S. 647-653. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.12.011.

Wesenauer, A. und S. Sebinger (2009): (Un)gleich? - ein Thema der sozialen Krankenversicherung? In: Wesenauer, A. und S. Sebinger: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Mabuse-Verlag

Wilkinson, R. und K. Pickett (2016): Gleichheit. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. 5. Auflage Haffmans & Tolkemitt (Originalausgabe: The Spirit Level. Why More Equal Societies Almost Always Do Better, 2009)

Kapitel 1.3. - Umwelt

Abraham, Andrea; Sommerhalder, Kathrin; Abel, Thomas (2010): Landscape and well-being: a scoping study on the health-promoting impact of outdoor environments. In: International journal of public health 55 (1), S. 59-69. DOI: 10.1007/s00038-009-0069-z.

Abraham, Andrea; Sommerhalder, Kathrin; Bollinger-Salzmann, Heinz; Abel, Thomas (2007): Landschaft und Gesundheit. Das Potential einer Verbindung zweier Konzepte. Bern. Online verfügbar unter <http://boris.unibe.ch/73684/1/Abraham%20LandschaftGesundheit%202007.pdf>, zuletzt geprüft am 07.08.2017.

AGES (2017): Biomonitoring. Online verfügbar unter <https://www.ages.at/themen/rueckstaende-kontaminanten/biomonitoring/>, zuletzt aktualisiert am 27.03.2017, zuletzt geprüft am 03.08.2017.

Association of Public Health Laboratories (2013): Biomonitoring: An Integral Component of public health practice. Georgia. Online verfügbar unter https://www.aphl.org/aboutAPHL/publications/Documents/EH_2013July_Why-Biomonitoring-is-an-Integral-Component-of-Public-Health-Practice.pdf, zuletzt geprüft am 03.08.2017.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hg.) (2017): 10 Ziele - Gesundheitsziele Österreich. Online verfügbar unter <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/10-ziele/>, zuletzt geprüft am 29.08.2017.

Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (Hg.) (2017): Lärmkarten. Lärminfo.at. Online verfügbar unter <http://www.laerminfo.at>, zuletzt aktualisiert am 09.06.2017, zuletzt geprüft am 09.06.2017.

Fehr, Rainer; Kobusch, Adriane-Bettina; Wichmann, Heinz-Erich (2003): Umwelt und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus; Laaser, Ulrich (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 3. Aufl., Studienausg. Weinheim: Juventa-Verl., S. 467-518.

Goswami, Linee; Kim, Ki-Hyun; Deep, Akash; Das, Pallabi; Bhattacharya, Satya Sundar; Kumar, Sandeep; Adelodun, Adejeji A. (2017): Engineered nano particles: Nature, behavior, and effect on the environment. In: Journal of environmental management 196, S. 297-315. DOI: 10.1016/j.jenvman.2017.01.011.

Greßler, Sabine; Fries, René: Nanosilber in Kosmetika, Hygieneartikeln und Lebensmittelkontaktmaterialien. Produkte, gesundheitliche und regulatorische Aspekte. Wien: 2010. Online verfügbar unter https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/7/2/CH1180/CMS1288805248274/bmg_nanosilber_fassung_veroeffentlichung_final_mit_deckblaetter1.pdf, zuletzt geprüft am 14.07.2017.

HBM4EU - science and policy for a healthy future. Online verfügbar unter <https://www.hbm4eu.eu/about-hbm4eu/>, zuletzt geprüft am 07.08.2017.

Hutter, Hans-Peter; Moshhammer, Hanns; Wallner, Peter (2009): Lärm. Umweltmedizinischer Bericht. Ärztinnen und Ärzte für eine gesunde Umwelt. Wien.

Institut für Gesundheitsplanung (Hg.) (2012): Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005-2010. Linz, zuletzt geprüft am 23.03.2016.

Klik, Andreas (2001): Bodenerhaltung und Bodenschutz. Universität für Bodenkultur Wien. Erlangen. Online verfügbar unter <http://www.wau.boku.ac.at/fileadmin/data/H03000/H81000/H81500/Skripten/Bodenschutz/Bodenschutz.pdf>, zuletzt geprüft am 14.07.2017.

Land Oberösterreich - Lichtkataster Zentralraum. Online verfügbar unter <https://www.land-oberoesterreich.gv.at/159660.htm>, zuletzt geprüft am 09.06.2017.

Land Oberösterreich - Lichtmessnetz. Online verfügbar unter <https://www.land-oberoesterreich.gv.at/159659.htm>, zuletzt geprüft am 09.06.2017.

Land Oberösterreich (2012): Oberösterreichischer Umweltbericht 2012. Linz. Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/files/publikationen/us_ooe_umweltbericht2012.pdf, zuletzt geprüft am 22.05.2017.

Maas, J. (2006): Green space, urbanity, and health: how strong is the relation? In: *Journal of Epidemiology & Community Health* 60 (7), S. 587-592. DOI: 10.1136/jech.2005.043125.

Nanomaterialien | Nds. Ministerium für Umwelt, Energie und Klimaschutz (2017). Online verfügbar unter http://www.umwelt.niedersachsen.de/startseite/themen/technischer_umweltschutz/chemikalien/nanomaterialien/nanomaterialien-153238.html, zuletzt aktualisiert am 19.04.2017, zuletzt geprüft am 30.05.2017.

Navara, Kristen J.; Nelson, Randy 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.

Oberösterreichischer BodenInformationsBericht 2015. Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/files/publikationen/lfw_bodenInfobericht.pdf, zuletzt geprüft am 14.07.2017.

OÖ.Umweltanwaltschaft: Messbericht: Luftmessung im Stadtgebiet von Steyr mit Passivsammlern für den Luftschadstoff Stickstoffdioxid (NO₂), zuletzt geprüft am 30.10.2017.

Reiter, R. J.; Tan, Dan-Xian; 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.

Schwedler, Hans-Uwe (2008): Silent City Broschüre. Leisere Kommunen. Informationen zur Umgebungslärmrichtlinie. Europäische Akademie für städtische Umwelt. Berlin, zuletzt geprüft am 30.10.2017.

Spangl, Wolfgang; Moosmann, Lorenz (2010): Luftgütemessungen und meteorologische Messungen. Jahresbericht Hintergrundmessnetz Umweltbundesamt 2009. Wien.

Spangl, Wolfgang; Nagl, Christian (2016): Jahresbericht der Luftgütemessungen in Österreich 2015. Hg. v. Umweltbundesamt. 2016. Online verfügbar unter <http://www.umweltbundesamt.at/fileadmin/site/publikationen/REP0562.pdf>, zuletzt geprüft am 26.05.2017.

Statistik Austria (2009): Umweltbedingungen, Umweltverhalten. Ergebnisse des Mikrozensus 2007. Wien.

Statistik Austria (2013): Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2011. Ergebnisse des Mikrozensus. Wien.

Statistik Austria (2014): Umweltbetroffenheit und -Verhalten von Personengruppen abhängig von Einkommen und Kaufkraft. Mikrozensus Umwelt und EU-SILC - Statistical Matching. Wien.

Statistik Austria (2017): Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2015. Ergebnisse des Mikrozensus. Wien, zuletzt geprüft am 07.03.2013.

Umgebungslaermrichtlinie (2002) (Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften, L 189/12). Online verfügbar unter <http://www.umweltbundesamt.at/fileadmin/site/umweltthemen/laerm/umgebungslaermrichtlinie/Umgebungslaermrichtlinie.pdf>, zuletzt geprüft am 30.10.2017. Umgebungslärmrichtlinie (2017). Online verfügbar unter <https://www.umweltbundesamt.de/themen/verkehr-laerm/umgebungslaermrichtlinie>, zuletzt aktualisiert am 30.10.2017, zuletzt geprüft am 30.10.2017.

Umwelt Prüf- und Überwachungsstelle des Landes Oberösterreich: Luftgüte-Jahresbericht 2015. Inspektionsbericht. Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/Mediendateien/Formulare/DokumenteAbt_U/Jahresbericht_2015.pdf, zuletzt geprüft am 19.05.2017.

Umweltanwaltschaften Österreichs (2017): ÖNORM O 1055; Straßenbeleuchtung. Fachliche Stellungnahme und Antrag zur Abänderung der Norm. Online verfügbar unter <http://www.ooe-umweltanwaltschaft.at/Mediendateien/LichtLUAFachliche%20Stellungnahme%20und%20Antrag%20zur%20Abänderung%20der%20Norm.pdf>, zuletzt geprüft am 30.10.2017.

Umweltbundesamt (2016): Elfter Umweltkontrollbericht. Umweltsituation in Österreich. Wien. Online verfügbar unter <http://www.umweltbundesamt.at/fileadmin/site/publikationen/REP0600.pdf>, zuletzt geprüft am 25.07.2017.

Umweltbundesamt (2017): Umweltsituation, Luft, Daten Luftqualität, Maßnahmen. Online verfügbar unter http://www.umweltbundesamt.at/umweltsituation/luft/luftguete_aktuell/massnahmen/, zuletzt geprüft am 30.10.2017.

Umweltbundesamt (2017a): Flächeninanspruchnahme. Online verfügbar unter http://www.umweltbundesamt.at/umweltsituation/raumordnung/rp_flaecheninanspruchnahme/, zuletzt geprüft am 07.08.2017.

Umweltbundesamt (2017b): Österreichische Plattform Human-Biomonitoring. Online verfügbar unter http://www.umweltbundesamt.at/plattform_humanbio/, zuletzt geprüft am 03.08.2017.

Umweltbundesamt: Nanotechnologie - neue Chancen, neue Risiken (2017). Online verfügbar unter <http://www.umweltbundesamt.at/umweltsituation/chemikalien/nanotechnologie/>, zuletzt geprüft am 13.07.2017.

Wagner, Erika; Kerschner, Ferdinand; Donat, Martin (Hg.) (2015): Lichtverschmutzung - rechtliche Grundlagen und Vorschläge für eine Neuregelung. Linz: Trauner (Schriftenreihe Umweltrecht und Umwelttechnikrecht, 6).

WHO (2009): Country profiles of Environmental Burden of Disease: Austria. Online verfügbar unter http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/national/countryprofile/austria.pdf, zuletzt geprüft am 29.8.2017.

World Health Organization Regional Office for Europe (2011): Burden of disease from environmental noise: Quantification of healthy life years lost in Europe. Copenhagen. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf, zuletzt geprüft am 20.05.2011.

Kapitel 2.1.1.- Krabbelstube, Kindergarten und Schule

Bond, L., Butler, H., Thomas, L. et al. (2007). Social and School Connectedness in Early Secondary School as Predictors of Late Teenage Substance Use, Mental Health and Academic Outcomes. *J. Adolesc. Health*, 40(4):357.e9-18.

Cole, D.A., Martin, J.M. & Powers, B. (1997). A competency-based model of child depression: a longitudinal study of peer, parent, teacher, and self-evaluations. *J. Child. Psychol. Psych.*, 38 (5), 505-514.

Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M. et al. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *Brit. Med. J.*, 320 (7244), 1240-1243.

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equality in health. Stockholm: Institute of Future Studies.

Gore, S. & Aseltine, R.H. (1995). Protective processes in adolescence: matching stressors with social resources. *Am. J. Commun. Psychol.*, 23 (3), 301-327.

Hurrelmann, K. (2006). Gesundheitssoziologie. 6. Auflage, Juventa Verlag: Weinheim/München.

Naidoo, J. & Wills, J. (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. 2. überarbeitete, aktualisierte Auflage, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Ravens-Sieberer, U., Torsheim, T., Hetland, J. et al. (2009). Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *Int. J. Public Health*, 54 (2), 151-159.

Kapitel 2.1.2. - Betrieb

Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, pp. 502-509.

Gerich, J. (2013): Krank in der Arbeit: Prävalenz und Determinanten von Präsentismus. Abschlussbericht eines Forschungsprojekts der JKU Linz, Linz.

Johns, G. (2009). Absenteeism or presenteeism? Attendance dynamics and employee well-being. In S. Cartwright, & C. L. Cooper (Eds.), *The Oxford handbook of organizational well-being*. Oxford: Oxford University Press, pp. 7-30.

Leonie, T. (2015). Fehlzeitenreport 2012, Wien.

Meier, H. & Stritt, L. (2014). Betriebliche Gesundheitsförderung: Förderung der Betriebsgesundheit. In: S. Becker (Hrsg.), *Aktiv und Gesund?* Springer, Wiesbaden.

Schableger, K. (2011). Krankenstand. Zahlen, Daten, Fakten - Erklärungsansätze. In: Jabornegg, P., Resch, R., Seewald, O. (Hrsg.): *Krankenstand. Beiträge zu den Deutsch-Österreichischen Sozialrechtsgesprächen 2011*. Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, Wien, S. 1-28.

Kapitel 2.1.3. - Gemeinde

Amt der Oö. Landesregierung (Hrsg) (2013): Landeskorrespondenz Nr. 198 vom 16. Oktober 2013. Endspurt bei „Wir machen Meter“ - noch bis zum 26. Oktober gesunde Meter sammeln! URL: http://www.land-oberoesterreich.gv.at/126761.htm#Sub_Meter1982013, Download vom 15.11.2016

BMG (Hrsg) (2016): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich - Langfassung. URL: http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2016/12/Rahmengesundheitsziele_Langfassung_20161206.pdf, Download vom 27. 12 2016

BMGF (Hrsg) (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Ausgabe 2015. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

Bundesministeriums für Landesverteidigung und Sport (Hrsg) (2013): Nationaler Aktionsplan Bewegung, URL: <https://www.sportministerium.at/de/themen/nationaler-aktionsplan-bewegung>, Download vom 24.11.2016

BZgA (Hrsg) (2009): Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. Band 36. Köln

Grabenhofer-Eggerth, A. (2015): Umfeld- und Stakeholder-Analyse zur Vorbereitung der Bearbeitung des R-GZ 9 „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“. Wien: Bundesministerium für Gesundheit

Institut für Gesundheitsplanung (Hrsg) (2016): 25 Jahre Gesunde Gemeinde in Oberösterreich. Evaluationsbericht. Linz

Kuratorium für Verkehrssicherheit (Hrsg) (2014): Unfallstatistik 2014 URL: <http://unfallstatistik.kfv.at/index.php?id=8>, Download vom 29.11.2016

Naidoo, J. & Wills, J., BZgA (Hrsg) (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Conrad Verlag. Köln

Ney, O. (2011): Soziale Beziehungen und Gesundheit. In: Impulse 73/2011. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin. Hannover. S.15

OECD (2015): Multilingual Summaries. How's Life? 2015. Measuring Wellbeing. Summary in German. Paris: URL <http://www.oecd.org/statistics/how-s-life-23089679.htm>, Download vom 05.09.2016

Rieder, A. et al., Academia Superior (Hrsg) (2013): Public Health Bericht Oberösterreich. Schwerpunkt ernährungs- und bewegungsassoziierte Gesundheit. Wien. URL: http://www.academia-superior.at/fileadmin/_migrated/news_uploads/Gesundheitsstudie.pdf, Download vom 29.11.2016

Statistik Austria (2014): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. URL: http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/CH1066/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf, Download vom 20.09.2016

Statistik Austria (Hrsg) (2015): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik, Wien

Strohmeier, F., Kuratorium für Verkehrssicherheit (Hrsg.) (2016): Barrierefreie Stadt. Altersfreundliche Mobilitätsangebote im städtischen Raum. Ein Handbuch für ExpertInnen und EntscheidungsträgerInnen zur Umsetzung von Barrierefreiheit, URL: http://www.kfv.at/fileadmin/content/Taetigkeitsbereich/Verkehrssicherheit_und_Mobilitaet/KFV-Handbuch_BarrierefreieStadt_vINTERAKTIV-21042016.pdf, Download vom 15.12.2016

VCÖ (Hrsg.). (2015): factsheet. Selbstbestimmte Mobilität älterer Menschen fördern. URL: <https://www.vcoe.at/files/vcoe/uploads/News/VCOe-Factsheets/2015-02%20Mobilitaet%20aelterer%20Menschen/VCOe-Factsheet%20Selbstbestimmte%20Mobilitaet%20aelterer%20Menschen%20foerdern.pdf>, Download vom 03.11.2016

VCÖ (Hrsg.). (2016): VCÖ: Fast jeder zweite Radfahrer sieht Mängel bei der Radfahr-Infrastruktur. URL: <https://www.vcoe.at/news/details/vcoe-fast-jeder-zweite-radfahrer-sieht-maengel-bei-der-radfahr-infrastruktur>, Download vom 15.11.2016

Weinhold, K. (2011): Soziale Beziehungen und Gesundheit. In: Impulse 73/2011. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin. Hannover. S. 5

Weyers, S., Siegrist, J. (2011): Soziale Beziehungen und Gesundheit. In: Impulse 73/2011. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin. Hannover. S.2-3

World Health Organization (1986): Europa, Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, Download vom 21.02.2017

World Health Organization (2008): Policies and practices for mental health in Europe. Meeting the challenges. WHO. Europe/Dänemark

World Health Organization, Cavill, N. et al (Hrsg) (2010): Bewegung und Gesundheit in Europa: Erkenntnisse für das Handeln, URL: <http://www.fgoe.org/presse-publicationen/downloads/broschueren-folder/bewegung-und-gesundheit-in-europa-erkenntnisse-fur-das-handeln/2010-05-19.5848625027>, Download vom 24.11.2016

Kapitel 2.1.4. - Stadt

Thiersch, H. (2005): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 6. Auflage Klöck, T. (2005): Das Arbeitsprinzip Gemeinwesenarbeit als Qualitätsmerkmal von sozialraumorientierter sozialen Arbeit

Hinte, W.; Lüttringhaus, M.; Oelschlägel, O. (2001): Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit.

Kapitel 2.3. - Spezialthema Durchimpfungsrate

WHO (2014): Eliminating measles and rubella. Framework for the verification process in the WHO European Region 2014. Online verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/measles-and-rubella/publications/2014/eliminating-measles-and-rubella.-framework-for-the-verification-process-in-the-who-european-region>, zuletzt geprüft am 20.09.2017.

Kapitel 2.5. - Einflussfaktor Wohnverhältnisse

Amt der Oö. Landesregierung (2014): OÖ- Verkehrserhebung 2012. Ergebnisse des Landes. Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/files/statistik/verkehr/ve2012/ve2012_4.pdf, zuletzt geprüft am 7.6.2017.

Braubach, Matthias; Jacobs, David E.; Ormandy, David (2011): Environmental burden of disease associated with inadequate housing. Summary report. Hg. v. World Health Organization. Copenhagen. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/145511/e95004sum.pdf?ua=1, zuletzt geprüft am 19.05.2017.

Mundt, Alexis; Amann, Wolfgang (2015): Leistbares Wohnen - Bestandsaufnahme von monetären Leistungen für untere Einkommensgruppen zur Deckung des Wohnbedarfs. Wien. Online verfügbar unter https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/0/1/7/CH3434/CMS1459846309034/11_studie_leistbares_wohnen.pdf, zuletzt geprüft am 15.05.2017.

Statistik Austria (2016): Wohnen 2015. Zahlen, Daten und Indikatoren der Wohnstatistik.

Statistik Austria (2017a): Verbraucherpreisindex (VPI/HVPI). Online verfügbar unter https://www.statistik.at/web_de/statistiken/wirtschaft/preise/verbraucherpreisindex_vpi_hvpi/index.html, zuletzt geprüft am 28.07.2017.

Statistik Austria (Hg.) (2017): Wohnsituation. Online verfügbar unter https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/wohnen/wohnsituation/index.html, zuletzt geprüft am 06.06.2017.

Statistik Austria (Hg.) (2017b): Wohnsituation. Online verfügbar unter https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/wohnen/wohnsituation/index.html, zuletzt geprüft am 06.06.2017.

Kapitel 2.6. - Einflussfaktor Mobilität

British Medical Association: Healthy Transport = Healthy lives. Online verfügbar unter <http://bma.org.uk/-/media/files/pdfs/working%20for%20change/improving%20health/healthytransporthealthyvives.pdf>, zuletzt geprüft am 01.08.2017.

Ghassemi, Sonja Kronsteiner-Mann Christa (2009): Zeitverwendung 2008/09. Ein Überblick über geschlechtsspezifische Unterschiede. Endbericht der Bundesanstalt Statistik Österreich an die Bundesministerin für Frauen und Öffentlichen Dienst (GZ: BKA-F140.300/0003-II/1/2008). Wien, zuletzt geprüft am 25.06.2012.

Grob, Daniel; Biedermann, Andreas; Martin-Diener, Eva (2009): Strukturelle Bewegungsförderung in der Gemeinde. Synthese des aktuellen Wissensstandes, Grundlagen für Handlungsempfehlungen. Hg. v. Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz. Herzogenbuchsee,. Online verfügbar unter http://www.suissebalance.ch/logicio/client/suissebalance/file/Grundlagen/Struk_Bewegungsforderung_PHS_def.pdf, zuletzt geprüft am 24.01.2013.

Hougron, Pascal (2010): Sport and Physical Activity. Special Eurobarometer 334 / Wave 72.3 - TNS Opinion & Social. Online verfügbar unter http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_en.pdf, zuletzt aktualisiert am 22.03.2010, zuletzt geprüft am 29.03.2012.

Land Oberösterreich: Personenunfälle. Land Oberösterreich - Internet Statistik. Online verfügbar unter http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/internetstatistik/Start.jsp?SessionID=SID-B51C8D22-BD0FFA14&xmliid=Seiten%2Fwas_statunfaelle.htm&kategorie=unfaelle, zuletzt geprüft am 04.08.2017.

Land Oberösterreich (2014): Oberösterreichische Verkehrserhebung 2012. Ergebnisse des Landes Oberösterreich. Linz. Online verfügbar unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/files/statistik/verkehr/ve2012/ve2012_4.pdf, zuletzt geprüft am 04.08.2017.

Neuhold, Bianca (2015): Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) am Beispiel Verkehr. Graz. Online verfügbar unter https://gfa.goeg.at/Downloads/beispiele/GFA%20B68_Endbericht.pdf, zuletzt geprüft am 03.08.2017.

Statistik Austria (2009): Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2007. Ergebnisse des Mikrozensus. Wien, zuletzt geprüft am 07.03.2013.

Statistik Austria (Hg.) (2013): Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2011. Ergebnisse des Mikrozensus. Wien.

Statistik Austria (2017a): Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2015. Ergebnisse des Mikrozensus. Wien, zuletzt geprüft am 07.03.2013.

Statistik Austria (2017b): Unfälle mit Personenschaden. Online verfügbar unter https://www.statistik.at/web_de/statistiken/energie_umwelt_innovation_mobilitaet/verkehr/strasse/unfaelle_mit_personenschaden/index.html, zuletzt geprüft am 08.08.2017.

Umweltbundesamt: Trendbericht 1990-2014, zuletzt geprüft am 19.05.2017.

World Health Organization Regional Office for Europe (2011): Burden of disease from environmental noise: Quantification of healthy life years lost in Europe. Copenhagen. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf, zuletzt geprüft am 20.05.2011.

World Health Organization, Regional Office for Europe (2014): Developing National Action Plans on Transport, Health and Environment. A Step-by-step Manual for Policy-makers and Planners: World Health Pubns.

Kapitel 3.1. und 3.2. - Soziale Beziehungen und Gesundheit; Einflussfaktor persönliche soziale Beziehungen

Franzkowiak, Peter (2010): Soziale Unterstützung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Leitbegriffe A - Z. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=8de013c8435965d4fddbfc100c4ef6&id=angebot&idx=139>, zuletzt aktualisiert am 07.05.2013, zuletzt geprüft am 07.05.2013.

Fuchs, Martina (2017): Vergessene Verwandte. Universität Zürich. Online verfügbar unter <http://www.news.uzh.ch/de/articles/2009/vergessene-verwandte.html>, zuletzt geprüft am 13.01.2017.

Jakoby, Nina (2008): (Wahl-)Verwandtschaft -- Zur Erklärung verwandtschaftlichen Handelns. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden (SpringerLink : Bücher).

Klimont, Jeannette; Baldasz, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien. Online verfügbar unter http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/CH1066/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf, zuletzt geprüft am 14.03.2016.

Knesebeck, Olaf d. v.: Soziales Kapital. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Leitbegriffe A - Z. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=2ee5050f6589d10f58cf62d3e16841f3&id=angebot&idx=113>, zuletzt geprüft am 07.05.2016.

Polak, Regina (2011): Zukunft-Werte-Europa. Die Europäische Wertestudie 1990-2010: Österreich im Vergleich. Wien: Böhlau. Online verfügbar unter <http://www.worldcat.org/oclc/773825912>.

Robert Koch-Institut (RKI): Soziale Unterstützung. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Hg. v. Robert Koch-Institut (RKI). Online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/Soziale_unterstuetzung.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 29.08.2016.

Trojan, Alf; Süß, Waldemar (2013): Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Leitbegriffe A - Z. Hg. v. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=2180b5fd12d1d9ffd432d3d67445a05f&id=angebot&idx=112>, zuletzt aktualisiert am 07.05.2013, zuletzt geprüft am 07.05.2013.

Kapitel 3.3. - Einflussfaktor Vereine und Freiwilligenorganisationen

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: Freiwilliges Engagement in Österreich. 1. Freiwilligenbericht; Wien 2009

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: Bericht zur Lage und zu den Perspektiven des Freiwilligen Engagements in Österreich. 2. Freiwilligenbericht; Wien 2015

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: Freiwilliges Engagement in Österreich. Bundesweite Bevölkerungsbefragung 2012. Studienbericht; Wien 2013

Jähnert, Hannes: Was ist Online-Volunteering?; BBE-Newsletter 05/2012; verfügbar unter: www.b-b-e.de/fileadmin/inhalte/aktuelles/.../nl05_jaehnert_online-volunteering.pdf; zuletzt geprüft am 27. März 2017

Neufeind, Max; Güntert, Stefan T.; Wehner, Theo: Neue Formen der Freiwilligenarbeit in Wehner, Theo; Güntert, Stefan T. (Hg.): Psychologie der Freiwilligenarbeit, Berlin/Heidelberg 2015

Ramos, Romualdo; Wehner, Theo: Hält Freiwilligenarbeit gesund? Erklärungsansätze und kontextuelle Faktoren in Wehner, Theo; Güntert, Stefan T. (Hg.): Psychologie der Freiwilligenarbeit, Berlin/Heidelberg 2015

Unabhängiges LandesFreiwilligenzentrum: Jahresbericht 2016

Varga, Christiane; Gatterer, Harry; Reiter, Wolfgang; Seemann, Silke; Lanzinger, Christof: Die Zukunft der Gemeinnützigkeit, ein Thesenpapier „in Arbeit“; hg. vom Zukunftsinstitut Österreich, Wien 2014

Kapitel 3.4. - Einflussfaktor Integration und Inklusion

Baldaszi, E.; Fuchs, R.; Kytir, J.; Marik-Lebeck, S.; Rumpolt, P.A.; Wisbauer, A. (2016): Migration & Integration. zahlen.daten.indikatoren 2016. Hg. v. Statistik Austria - Bundesanstalt Statistik Österreich und Kommission für Migrations- und Integrationsforschung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. Wien.

Beekveldt, R.: Spaß am Lesen Verlag. Einfache Sprache. Präsentation. Online verfügbar unter http://vhs-kompass.de/fileadmin/Redaktion/download/download_2016/Einfache_Sprache_-_Beekveldt.pdf, zuletzt geprüft am 25.04.2017.

Behindertenrechtskonvention.Info (Praetor Intermedia UG (haftungsbeschränkt)): Inklusion. Online verfügbar unter <https://www.behindertenrechtskonvention.info/inklusion-3693/>, zuletzt geprüft am 01.06.2017.

Capito Berlin: capito-Standard. Online verfügbar unter <http://www.capito-berlin.eu/ueber-capito/capito-standard.html>, zuletzt geprüft am 31.05.2017.

Caritas Wien: Zusammen für Vielfalt. Online verfügbar unter <https://www.caritas-wien.at/fileadmin/storage/wien/hilfe-angebote/asyl-integration/miteinander/zusammenreden/zusammenreden-vielfalt.pdf>, zuletzt geprüft am 20.07.2017.

Fröhlich, W. (2013): Bedarf und Wirkung von Leicht Lesen (LL) Informationen. IKT-Forum. capito. Kompetenznetzwerk KI-I. Linz, 09.07.2013. Online verfügbar unter http://www.iktforum.at/fileadmin/2013/Praesentationen/Froehlich_-_capito_IKT_Forum_2013.pdf, zuletzt geprüft am 04.05.2017.

Grotluschen, A.; Riekman, W. (2011): Konservative Entscheidungen - Größenordnung des funktionalen Analphabetismus in Deutschland. In: P. Gonon, E. Gruber und E. Nuissl (Hg.): Report - Zeitschrift für Weiterbildungs-forschung. Partizipation und Alphabetisierung/Grundbildung. Bielefeld: Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG (34). Online verfügbar unter <https://www.die-bonn.de/doks/report/2011-analphabetentum-01.pdf>, zuletzt geprüft am 25.04.2017.

Kompetenznetzwerk Informationstechnologie zur Förderung der Integration von Menschen mit Behinderungen (KI-I): Leicht Lesen & barrierefreie Information. Online verfügbar unter <http://www.ki-i.at/index.php?id=46>, zuletzt geprüft am 04.05.2017.

Kompetenznetzwerk Informationstechnologie zur Förderung der Integration von Menschen mit Behinderungen (KI-I) (2014): Leicht zu lesen. Leicht zu verstehen. Das Oberösterreichische Chancen-Gleichheits-Gesetz in Leicht Lesen. Hg. v. Abteilung Soziales Landesregierung Oberösterreich. Online verfügbar unter www.land-oberoesterreich.gv.at/files/publikationen/So_ChG_leichte_sprache.pdf, zuletzt geprüft am 04.05.2017.

ReKIs - Regionale Kompetenzzentren für Integration und Diversität in den Bezirken. Online verfügbar unter http://www.integrationsstelle-ooe.at/xchg/SID-E93B8D35-9D4FCA4D/hs.xsl/5334_DEU_HTML.htm, zuletzt geprüft am 09.05.2017.

Schädler, J.; Reichstein, M.F. (2015): „Leichte Sprache“ und Inklusion. Fragen zu Risiken und Nebenwirkungen. In: K. Candussi und W. Fröhlich (Hg.): Leicht Lesen. Der Schlüssel zur Welt. Wien Köln Weimar: Böhlau Verlag GmbH & Co. KG, S. 39-61.

Kapitel 4.1. - Einflussfaktor Gesundheitskompetenz

Bundesministerium für Gesundheit (2014): Rahmen-Gesundheitsziel 3. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. Bericht der Arbeitsgruppe. <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/arbeitsgruppen/> (7.7.2016)

Buser, K./Schneller, T./Wildgrube, K. (2007): Kurzlehrbuch. Medizinische Psychologie. Medizinische Soziologie. 6. Auflage. Elsevier GmbH. München.

Gerich, J./Hemedinger, F./Moosbrugger, R. (2015): Health Literacy in Oberösterreich. Eine Untersuchung zur Bedeutung des Konzepts der Gesundheitskompetenz in der Gesundheitsversorgung und zur Ableitung möglicher Handlungsempfehlungen. Johannes Kepler Universität Linz. Institut für Soziologie.

HLS-EU Consortium (2012). Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. Download vom 13.11.2014, von <http://www.healthliteracyeuropa.net/#!/hls-eu/c1kg6> (7.7.2016)

Maio, G. (2012): Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch. Schattauer. Stuttgart.

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz. <http://oepgk.at/die-oepgk/gremien-aufgaben/> (7.7.2016)

Parker, R. (2009). Measuring Health Literacy: What? So What? Now What? In: L.M. Hernandez, Measures of Health Literacy: Workshop Summary, 91-98.

Peintinger, M. (2014): Macht in der Medizin aus ärztlicher Sicht. In: Anselm, R./Inthorn, J./Kaelin, L./Körtner, U.H.J.: Autonomie und Macht. Interdisziplinäre Perspektiven auf medizinethische Entscheidungen. Edition Ruprecht. Göttinger. S. 97 - 128.

Sörensen, K., Van den Broucke, S., Fullman, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12, 80.

Wallner, J. (2007): Health Care zwischen Ethik und Recht. Facultas Verlag. Wien.

World Health Organization (2013). Health Literacy. The solid facts. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf (7.7.2016)

Kapitel 4.3. - Einflussfaktor Bewegung

Amt der Oö. Landesregierung, Direktion Bildung und Gesellschaft Landessportdirektion (Hg.) (2016): Sportstrategie Oberösterreich 2015. Dein Leben. Dein Sport. Es ist deine Zeit. Online verfügbar unter http://www.sportland-ooe.at/Mediendateien/strategie_2025_web.pdf, zuletzt geprüft am 04.11.2016.

Bundesamt für Sport BASPO, Bundesamt für Gesundheit BAG Gesundheitsförderung Schweiz Netzwerk für Gesundheit und Bewegung Schweiz (2009): Gesundheitswirksame Bewegung. Grundlagendokument. Online verfügbar unter <http://www.hepa.ch/internet/hepa/de/home/dokumentation/grundlagendokumente.parsys.70058.downloadList.12250.DownloadFile.tmp/screendhepagrundlagendokument2013.pdf>, zuletzt geprüft am 03.11.2016.

Klimont, Jeanette; Baldaszi, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien.

Reif Martin (2016): Gesundheitsförderliche körperliche Aktivität in Oberösterreich. Bewegungsverhalten, Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren. In: Gesundheit kompakt berichtet, H. 1.

Kapitel 4.4. - Einflussfaktor Risikoverhalten

Anderson, Peter; Moeller, Lars; Galea, Gauden (2012): Alcohol in the European Union. Consumption, harms and policy approaches. Kopenhagen.

Anton Proksch Institut (Hg.): Diagnose und Therapie der Internetsucht. Online verfügbar unter <http://api.or.at/Klinikum/Abhangigkeit/Internet-und-Computersucht.aspx#.WHjRiNLhC70>, zuletzt geprüft am 13.01.2017.

Birgmann, Richard (2015): Österreich ist bei der Verfügbarkeit von Zigaretten trauriger Spitzenreiter. Herausgegeben von Institut für Gesundheitsplanung. (Newsletter Institut für Gesundheitsplanung). Online verfügbar unter file:///C:/Users/birric.IGP-SRV01/Downloads/IGP_Newsletter_1504_small.pdf.

Birgmann, Richard (2016): Gesundheitsziel 7 - Tabakprävention in OÖ. Abschlussbericht. Linz.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2014): Gesundheitliche Folgen des Rauchens. Online verfügbar unter <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/rauchen-gesundheitliche-folgen.html>, zuletzt aktualisiert am 28.07.2014, zuletzt geprüft am 13.01.2017.

Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Türscherl, Elisabeth (2015): Epidemiologiebericht Drogen 2015. Wien.

Fonds Gesundes Österreich (Hg.) (2010): Für ein rauchfreies Umfeld. Online verfügbar unter <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/infos/fur-ein-rauchfreies-umfeld>, zuletzt aktualisiert am 01.08.2010, zuletzt geprüft am 16.01.2017.

Gschwandtner, Franz; Lehner, Roland; Paulik, Richard; Seyer, Seifried (17.06.): Factsheet Sucht. Abhängigkeit und Substanzkonsum. Version 2.4. Linz, 17.06.

Institut Suchtprävention (Hg.): Kaufsucht. Online verfügbar unter <http://www.praevention.at/sucht-und-suchtvorbeugung/verhaltenssuechte/kaufsucht.html>, zuletzt geprüft am 12.01.2017.

Institut Suchtprävention (Hg.) (2015): Neue Glücksspielstudie für Österreich. Online verfügbar unter <http://www.praevention.at/news/news-detail/article/neue-gluecksspielstudie-fuer-oesterreich.html>, zuletzt aktualisiert am 06.11.2015, zuletzt geprüft am 05.01.2016.

Joossens, Luk; Raw, Martin (2017): The Tobacco Control Scale 2016 in Europe. Brussels.

Klimont, Jeannette; Baldaszi, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien.

Robert Koch-Institut (2012): Alkoholkonsum. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/Alkoholkonsum.pdf%3F__blob%3DpublicationFile, zuletzt geprüft am 03.01.2016.

Schneider, C.; Meyer, C.; Löber, S.; Solle, D. (2010): Die kartenbasierte Alterskontrolle an Zigarettenautomaten. Wirkung und Folgen. Wirkung und Folgen. In: Bundesgesundheitsblatt, 53, S. 178-185.

Schulze, Alexander; Lampert, Thomas (2006): Bundes-Gesundheitssurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

Strizek, Julian; Anzenberger, Judith; Kadlik, Andrea; Schmutterer, Irene; Uhl, Alfred (2016): ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Forschungsbericht. Wien.

Uhl, Alfred; Bachmayer, Sonja; Kobrna, Ulrike; Puhm, Alexandra; Springer, Alfred; Kopf, Nikolaus et al. (2009): Handbuch Alkohol - Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2009. dritte, überarbeitete und ergänzte Auflage. Wien.

Ulrich, John (2012): Riskanter Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. In: Schwartz, F.W.; Walter, U.; Siegrist, J.; Kolip, P.; Leidl, R.; Dierks, M.L. et al. (Hg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3. Aufl. München: Urban & Fischer, S. 639-646.

VIVID -Fachstelle für Suchtprävention (Hg.): Kaufsucht. Online verfügbar unter <http://www.vivid.at/uploads/Verhaltenssuechte/Kaufsucht.pdf>, zuletzt geprüft am 12.01.2017.

Young, Kimberly; Nabuco de Abreu, Cristiano (2011): Internet Addiction. A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment. Hoboken, New Jersey.

Kapitel 5.1. - Allgemeiner Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Bullinger, M.; Morfeld, M. (2008): Der SF36 Health Survey. In: Oliver Schöffski (Hg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. 3., vollst. überarb. Aufl. Berlin: Springer, S. 387-402.

DeSalvo, Karen B.; Bloser, Nicole; Reynolds, Kristi; He, Jiang; Muntner, Paul (2006): Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. In: Journal of general internal medicine 21 (3), S. 267-275. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x.

Klimont, Jeannette; Baldasz, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien. Online verfügbar unter http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/CH1066/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf, zuletzt geprüft am 14.03.2016.

Reif, Martin (2012): Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Gesundheitsdeterminanten. Linz: OÖ. Gebietskrankenkasse (Paper / Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes-Kepler-Universität Linz, 33).

Robert Koch-Institut (RKI) (2011): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Hg. v. Robert Koch-Institut. Berlin (Beiträge zur GBE). Online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA09.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 26.07.2016.

Schumacher, Jörg; Brähler, Elmar (2004): Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit. In: Bernhard Strauß, Uwe Berger, Jürgen von Trotschke und Elmar Brähler (Hg.): Lehrbuch medizinische Psychologie und medizinische Soziologie. Göttingen: Hogrefe. Online verfügbar unter <http://medpsy.uniklinikum-leipzig.de/pdf/bezugssysteme.pdf>, zuletzt geprüft am 23.05.2009.

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 5.2.3.1. - Herz-Kreislaufkrankungen

Babisch, Wolfgang (2004): Chronischer Lärm als Risikofaktor für den Myokardinfarkt, Ergebnisse der „NaRoMI“-Studie. Hg. v. Umweltbundesamt Berlin.

Erbel, Raimund; Moebus, Susanne; Grönemeyer, Dietrich; Bröcker-Preuss, Martina; Möhlenkamp, Stefan; Stang, Andreas et al. (2008): Kardiovaskuläre Risikofaktoren und Zeichen subklinischer Atherosklerose. Daten der bevölkerungsbezogenen Heinz Nixdorf Recall Studie. In: Deutsches Ärzteblatt (105).

Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (Hg.) (2000): Schichtarbeit und Gesundheit (BEST, No. 1/2000).

Griebler, Robert; Geißler, Wolfgang; Winkler, Petra (2013): Zivilisationskrankheit Diabetes: Ausprägungen - Lösungsansätze - Herausforderungen. Österreichischer Diabetesbericht 2013. Bundesministerium für Gesundheit. Wien. Online verfügbar unter http://www.oedg.at/pdf/diabetesbericht_2013.pdf, zuletzt geprüft am 12.04.2017.

Klimont, Jeannette; Baldasz, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien. Online verfügbar unter http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/CH1066/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf, zuletzt geprüft am 14.03.2016.

Klimont, Jeannette; Baldaszti, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien. Online verfügbar unter http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/CH1066/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf, zuletzt geprüft am 14.03.2016.

Klimont, Jeannette; Baldaszti, Erika; Ihle, Petra (2016): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2014) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Wien, zuletzt geprüft am 28.09.2016.

Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. 1. Aufl. Werbach: Conrad Günter.

Robert Koch-Institut (Hg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI. Berlin. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/03_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 29.09.2016.

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

Vahtera, Jussi; Kivimäki, Mika; Pentti, Jaana; Linna, Anne; Virtanen, Marianna; Virtanen, Pekka; Ferrie, E. Jane (2004): Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study. BMJ, (published 23 February 2004).

Kapitel 5.2.3.2. - Bösartige Neubildungen

Hackl, Monika; Hanika, Alexander; Klotz, Johannes; Leitner, Barbara; Zielonke, Nadine (2015): Trends der Entwicklung von Krebserkrankungen in Österreich. Eine Prognose bis 2030. Wien.

Hackl, Monika; Karim-Kos, Henrike (2016): Krebserkrankungen in Österreich 2016. Wien.

Medizinische Universität Wien (Hg.) (2017): Sterblichkeit bei Darmkrebs um 30 Prozent gesunken. Kongress der Europäischen Vereinigung für Kolorektalkrebs tagt an der MedUni Wien. (Medizin und Wissenschaft). Online verfügbar unter https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/detailseite/2017/news-im-april-2017/sterblichkeit-bei-darmkrebs-um-30-prozent-gesunken/?tx_news_pi1%5BoverwriteDemand%5D%5Bcategories%5D=2&cHash=25de445f6190792b96d4c8fa11f8e889, zuletzt aktualisiert am 19.04.2017, zuletzt geprüft am 11.09.2017.

Statistik Austria (2017): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2015. Wien: Verlag Österreich GmbH.

Kapitel 5.2.3.3. - Diabetes mellitus

Griebler, Robert; Geißler, Wolfgang; Winkler, Petra (2013): Zivilisationskrankheit Diabetes: Ausprägungen - Lösungsansätze - Herausforderungen. Österreichischer Diabetesbericht 2013. Bundesministerium für Gesundheit. Wien. Online verfügbar unter http://www.oedg.at/pdf/diabetesbericht_2013.pdf, zuletzt geprüft am 12.04.2017.

Klimont, Jeannette; Baldaszi, Erika; Ihle, Petra (2016): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2014) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Wien, zuletzt geprüft am 28.09.2016.

RKI (2005): Diabetes mellitus. Robert Koch Institut. Berlin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 24). Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/diabetes_mellitus.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 12.05.2017.

Steiermärkische Gebietskrankenkasse (2017): Therapie Aktiv. Diabetes im Griff. Online verfügbar unter <http://diabetes.therapie-aktiv.at/>, zuletzt geprüft am 6.10.2017.

Kapitel 5.2.3.4. - Atemwegserkrankungen

Birgmann, Richard (2005): Atemwegserkrankungen in Oberösterreich. Detailbericht. Linz.

Bundesministerium für Frauen und Gesundheit (Hg.) (2013): Asthma. Ursachen und Auslöser. Online verfügbar unter <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/atemwege/asthma/ursachen-ausloeser>, zuletzt aktualisiert am 04.10.2013, zuletzt geprüft am 05.09.2017.

Bundesministerium für Frauen und Gesundheit (Hg.) (2017): Gesundheitliche Folgen des Rauchens. Rauchen und Atemwegserkrankungen. Online verfügbar unter <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/sucht/nikotinsucht/rauchen>, zuletzt aktualisiert am 23.03.2017, zuletzt geprüft am 17.08.2017.

Kaiser, Bernhard (2017): Auswirkungen der Adhärenz von stationär behandelten COPD-PatientInnen auf die Ausgaben der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse. Masterarbeit. Linz.

Schulze, Alexander; Lampert, Thomas (2006): Bundes-Gesundheitssurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

Kapitel 5.2.3.5. - Zahngesundheit/Zahnerkrankungen

Birgmann, Richard; Meggeneder, Oskar (2005): Gesundheitsförderung als ein Beitrag zur Hebung der Zahngesundheit. In: Mitteilungen der Sanitätsverwaltung, H. 10, 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. 1.197 - 1.204.

Kapitel 5.2.3.6. - Psychische Erkrankungen und mentale Störungen

Bauer, Stephanie; Kindermann, Sally Sophie; Moessner, Markus (2017): Prävention von Essstörungen: Ein Überblick. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 45 (5), S. 403-413.
Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2011): SUPRA. Suizidprävention Austria. Wien, zuletzt geprüft am 20.10.2017.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2017): DIMDI - ICD-10-WHO Version 2016. Köln. Online verfügbar unter <http://www.dimdi.de/static/de/klasi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamt12016/block-f30-f39.htm>, zuletzt aktualisiert am 12.05.2017, zuletzt geprüft am 18.05.2017.

Greyerz, Salome von; Keller-Guglielmetti Elvira: Suizid und Suizid prävention in der Schweiz. Online verfügbar unter http://www.skmr.ch/cms/upload/pdf/130307_suizid.pdf, zuletzt geprüft am 11.08.2017.

Hawton, Keith; van Heeringen, Kees (Hg.) (2002): The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester, New York: Wiley.

Herpertz-Dahlmann, Beate; Hebebrand, Johannes (2017): Das internetbasierte Anorexia-nervosa-Register für jugendliche Patienten in Deutschland. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 45 (5), S. 357-359.

Kapusta, Nestor (2012): Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich 2011. Wien. Online verfügbar unter http://www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich.pdf, zuletzt geprüft am 01.08.2017.

Klimont, Jeannette; Baldasz, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien. Online verfügbar unter http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/CH1066/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf, zuletzt geprüft am 14.03.2016.

Langer, M.; Wimmer-Puchinger; B. (2009): Essstörungen - ein aktuelles Problem für Gynäkologie und Geburtshilfe. In: Journal für Gynäkologische Endokrinologie (3), S. 6-13. Online verfügbar unter <http://www.kup.at/kup/pdf/8065.pdf>, zuletzt geprüft am 25.08.2016.

Möller-Leimkühler, A. M. (2010): Depression bei Männern: Eine Einführung. In: Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 11 (3). Online verfügbar unter <http://www.kup.at/kup/pdf/9154.pdf#search=%27gender%27>, zuletzt geprüft am 25.02.2016.

Moré, Andrea (2013): Die unbewusste Weitergabe von Traumata und Schuldverstrickungen an nachfolgende Generationen. In: Journal für Psychologie 21 (2). Online verfügbar unter <https://www.journal-fuer-psychologie.de/index.php/jfp/article/view/268/310>, zuletzt geprüft am 11.08.2017.

Ramelow, Daniela; Griebler, Robert; Hofmann, Felix; Unterweger, Katrin; Mager, Ursula; Felder-Puig, Rosemarie: Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Online verfügbar unter http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/HBSC_2010.pdf, zuletzt geprüft am 25.08.2016.

Riepert, T.; Iffland, R.; Käferstein, H. (2002): Rückgang der Suizide durch Autoabgase nach Einführung der Katalysatorstechnik. In: Rechtsmedizin 12 (1), S. 24-27. DOI: 10.1007/s00194-002-0127-9.

Rockett, I. R.; Thomas, B. M. (1999): Reliability and sensitivity of suicide certification in higher-income countries. In: Suicide & life-threatening behavior 29 (2), S. 141-149. Statistik Austria (Hg.) (2017): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2015. Wien.

Till, B.; Niederkrotenthaler; T.: Die Rollen von Medien in der Suizidprävention. In: Neurologie & Psychiatrie 14 (6), S. 28-30. Online verfügbar unter https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/sozialmedizin/publikationen/R-Niederkrotenthaler_NEURO_final.pdf, zuletzt geprüft am 11.08.2017.

Tomandl, Gerald; Sonneck, Gernot; Stein, Claudius (2012): Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid. Wien. Online verfügbar unter <https://www.psychotherapie.at/sites/default/files/files/presse/Berichterstattung-Suizid-Leitfaden-Presse-OEBVP.pdf>, zuletzt geprüft am 11.08.2017. Urbas Elfriede (2004): Psychische Gesundheit in Wien. Hg. v. Stadt Wien. Wien.

Wagner, Gudrun; Zeiler, Michael; Waldherr, Karin; Philipp, Julia; Truttmann, Stefanie; Dür, Wolfgang et al. (2017): Mental health problems in Austrian adolescents. A nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. In: European child & adolescent psychiatry. DOI: 10.1007/s00787-017-0999-6.

Kapitel 5.2.4. - Weiter Beeinträchtigungen der Gesundheit und Gesundheitsrisiken

Diemer, Wolf; Burchert, Heiko (2002): Chronische Schmerzen. Robert Koch Institut. Berlin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 7), zuletzt geprüft am 02.03.2017.

Endel, Gottfried (2013): Schmerzversorgung in Österreich. In: Soziale Sicherheit (1), S. 24-36, zuletzt geprüft am 24.02.2017.

Klimont, Jeannette; Baldaszti, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey(ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien. Online verfügbar unter http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/CH1066/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf, zuletzt geprüft am 14.03.2016.

Streppel, Michael; Walger, Martin; Wedel, Hasso von; Gamber, Elisabeth (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Heft 29 Hörstörungen und Tinnitus. Hg. v. Robert Koch Institut. Berlin, zuletzt geprüft am 23.02.2017.

Kapitel 6. - Gesundheitsziele bis 2020

Amegah, T., Amort, F.M., Antes, G., Haas, S., Knaller, C., Peböck, M., Reif, M., Spath-Dreyer, I., Sprenger, M., Strapatsas, M., Türscherl, E., Vyslouzil, M. & Wolschläger, V. (2013): Gesundheitsfolgenabschätzung. Leitfaden für die Praxis. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit 2013. Wien. Online verfügbar unter http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/gfa_leitfaden.pdf, zuletzt geprüft am 24.02.2017.

Aschemann, R., Neuhold, B., Gruber, G. & Türscherl, E. (2015): Gesundheitsfolgenabschätzung in Österreich - ein aktueller Überblick. Fachbeitrag. UVP-report 29 (4): 201-206. Online verfügbar unter https://gfa.goeg.at/Downloads/publikationen/Articles/UVP_report_4_2015_Aschemann%20et%20al.pdf, zuletzt geprüft am 28.04.2017.

Birgmann, R. (2016): MultiplikatorInnen in der Suchtprävention in Oberösterreich. Institut für Gesundheitsplanung. In: *Gesundheit kompakt berichtet* (2/2016), S. 1-16. Online verfügbar unter <https://www.gesundheitsplanung.at/gesundheitsberichterstattung/gesundheitskompakt-berichtet/>, zuletzt geprüft am 08.03.2017.

Bundesministerium für Gesundheit (2015): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014.* Unter Mitarbeit von Ramelow, D., Teutsch, F., Hofmann, F., Felder-Puig, R. Wien. Online verfügbar unter http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/7/0/CH1444/CMS1427118828092/gesundheit_und_gesundheitsverhalten_oester_schuelerinnen_who-hbcs-survey_2014.pdf, zuletzt geprüft am 07.12.2016.

Gesundheit Österreich GmbH. (2017). *Nationale Beispiele von Gesundheitsfolgenabschätzung sowie Aktivitäten zur Gesundheitsfolgenabschätzung.* Online verfügbar unter <http://gfa.goeg.at/Examples/National>, zuletzt geprüft am 05.05.2017

Gruber, G. & Türscherl, E. (2016): *Gesundheitsfolgenabschätzung Schulgetränke. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien.* Online verfügbar unter http://gfa.goeg.at/Downloads/beispiele/GFA%20Schulgetr%C3%A4nke_Ergebnisbericht_final.pdf, zuletzt geprüft am 24.02.2017.

Neuhold, B. (2015): *GFA - Netzwerk Steiermark. Vision, Ziele und Aktivitäten. 3. österreichische GFA-Fachtagung „GFA auf kommunaler Ebene“*, Graz, 25.06.2015. Online verfügbar unter http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/12270956_120165851/9fb3bf99/07_B_NEUHOLD_Handlungsempfehlungen.pdf, zuletzt geprüft am 28.04.2017.

Seyer, S., Lehner, R., Gschwandtner, F. & Paulik, R. (2010): *Bericht zum Drogenmonitoring 2009.* Linz. Online verfügbar unter http://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/seyer_i3sq7el2fix3.pdf, zuletzt geprüft am 24.02.2017.

Seyer, S., Paulik, R., Gschwandtner, F. & Lehner, R. (2016): *Drogenmonitoring Oberösterreich 2015. Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Methamphetamine „Crystal Meth“.* Linz. Online verfügbar unter http://www.praevention.at/fileadmin/user_upload/08_Sucht/Drogenmonitoring_OOE_2015_fin.pdf, zuletzt geprüft am 24.02.2017.

Statistik Austria (2015): *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation.* Online verfügbar unter http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/CH1066/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf, zuletzt geprüft am 5.12.2016.

8. BESCHREIBUNG DER DATENQUELLEN

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, Land Oberösterreich (z. B. durch Umwelt Prüf- und Überwachungsstelle) 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 zu einem neuen 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 Mikrozensususerhebungen) 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. 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 STATcube genutzt.

Gesundheitsbefragungen

Eine besondere Form der offiziellen Statistik stellen Gesundheitsbefragungen dar. Eine wesentliche Datengrundlage für den vorliegenden Gesundheitsbericht stellt die Österreichische Gesundheitsbefragung der Statistik Austria 2014 (ATHIS - Austrian Health Interview Survey) 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 2014 umfasst österreichweit eine repräsentativ für die Bevölkerung über 15 Jahren ausgewählte Stichprobe von 15.771 Personen, die in Form von Telefoninterviews befragt wurden (Ausschöpfungsrate rund 41% Prozent). Die oberösterreichische Teilstichprobe umfasst 2.897 Personen.¹

Weitere im vorliegenden Gesundheitsbericht verwendete Befragungsdaten sind z. B. die EU-SILC² Erhebung 2015 der Statistik Austria zu den Lebensbedingungen von Privathaushalten, die HBSC³-Studie 2014 des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Promotion Research zur Kinder- und Jugendgesundheit, die Mikrozensususerhebung der Statistik Austria zu Umweltbedingungen und Umweltverhalten 2015 sowie die Oberösterreichische Verkehrserhebung 2012 des Landes Oberösterreich.

Routinedaten der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse

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).

Ein wesentlicher Nachteil der Routinedaten der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse 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. ArbeiterInnen, Angestellte, Arbeitslose etc.) möglich.

¹ Klimont, Baldaszi 2015, S. 64

² SILC = Community Statistics on Income and Living Conditions

³ HBSC = Health Behaviour in School-aged Children

9. ABKÜRZUNGS- VERZEICHNIS

ADL	Activities of daily living; Aktivitäten des täglichen Lebens: Fähigkeit einer Person, die zur Befriedigung von Grundbedürfnissen notwendigen Tätigkeiten selbstständig auszuführen (siehe auch I-ADL)
AGES	Österreichische Agentur für Ernährungssicherheit
AHS	Allgemeinbildende höhere Schulen
ATC	Anatomical therapeutic chemical classification; internationales Klassifikationssystem für Arzneistoffe
ATHIS	Austrian health interview survey; Österreichische Gesundheitsbefragung als Teil der Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS)
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BEP	Bedarfs- und Entwicklungsplan; stellt die Entwicklung für die Pflegevorsorge für ältere Menschen in Oberösterreich in qualitativer und quantitativer Hinsicht dar
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMS	Berufsbildende mittlere Schule
CO ₂	Kohlendioxid
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease; chronisch obstruktive Lungenerkrankung
D3MFT-Wert	Anzahl der kariösen oder wegen Karies gefüllten bzw. gezogenen Zähne im bleibenden Gebiss
d3mft-Wert	Anzahl der kariösen oder wegen Karies gefüllten bzw. gezogenen Milchzähne
DALYs	Disability-adjusted life years; durch Behinderung oder Tod verlorene Lebensjahre
EHIS	European health interview survey; Europäische Gesundheitsbefragung
ESPAD	European school survey project on alcohol and other drugs; Schülerbefragung zum Konsum von und zu Einstellungen zu legalen sowie illegalen psychoaktiven Substanzen
EU-SILC	European Community statistics on income and living conditions; Europäische Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FOKO	Data-Warehouse zur Folgekostenbestimmung der OÖGKK (verrechnete Leistungen)
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter
GFA	Gesundheitsfolgenabschätzung
GÖG-ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH - Geschäftsbereich Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
HAK	Handelsakademie
HAS	Handelsschule
HBSC	Health behaviour in school aged children; europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie bei SchülerInnen im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren
HEPA	Health enhancing physical activity; gesundheitsförderliche körperliche Betätigung
HKP	Hauskrankenpflege
HLS-EU	Health literacy survey der Europäischen Union; Studie zur Gesundheitskompetenz in 8 Europäischen Staaten
HPV	Humanpathogenen Papilloma-Virus; Infektionen mit dem Humanpathogenen Papilloma-Virus gehören zu den häufigsten sexuell übertragbaren Viruserkrankungen
HTL	Höhere technische Lehranstalt
I-ADL	Instrumental activities of daily living; instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens: Tätigkeiten, die für die Haushaltsführung und ein eigenständiges Leben wesentlich sind (siehe auch ADL)
ICD-10	International statistical classification of diseases and related health problems; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme; 10 ist die aktuelle Version

IfGP	Institut für Gesundheitsförderung und Prävention
IG-L	Immissionsschutzgesetz-Luft
IGP	Institut für Gesundheitsplanung
ist OÖ	Integrationsstelle Oberösterreich
KBP	Koordination für Betreuung und Pflege
KI-I	Kompetenznetzwerk Informationstechnologie zur Förderung der Integration von Menschen mit Behinderungen
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung: System zur Abrechnung der stationären Spitalskosten
MHAT	Mental health in Austrian teenagers; Studie zur psychischen Gesundheit bei österreichischen Jugendlichen
MMR	Masern - Mumps - Röteln
MSPA	Muscle-strengthening physical activity; muskelstärkende körperliche Bewegung
MTD	gehobener medizinisch-technischer Dienst
NMS	Neue Mittelschule
NO	Stickstoffmonoxid
NO ₂	Stickstoffdioxid
NO _x	Stickstoffoxide
OECD	Organization for economic co-operation and development; Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OÖ ChG	Oberösterreichisches Chancengleichheitsgesetz
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
PAKs	Polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe
PGA	Verein für Prophylaktische Gesundheitsarbeit; ab Herbst 2017: PROGES
PHC	Primary Health Care
PHQ-8	Patient health questionnaire; Screening-Instrument, das eine Abschätzung der Prävalenz leichter, moderater und schwerer depressiver Symptome zulässt
PTS	Polytechnische Schule
PVE	Primärversorgungseinheit
ReKI	Regionale Kompetenzzentren für Integration und Diversität
RKI	Robert Koch Institut
VCÖ	Verkehrsclub Österreich
VS	Volksschule
WHO	World Health Organization; Weltgesundheitsorganisation
WHOQOL-BREF	WHO quality of life; internationales und interkulturell vergleichbares Instrument zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Kurzversion)
WIFO	Wirtschaftsforschungsinstitut
ZMR	Zentrales Melderegister



Institut für Gesundheitsplanung
Weißewolfstraße 5, 4020 Linz
Tel. 0732/784036



Mail: institut@gesundheitsplanung.at
Web: www.gesundheitsplanung.at

ISBN: 978-3-902487-19-3