

# Kärntner Gesundheitsbericht 2016

**Berichtszeitraum 2005 - 2014**

# Kärntner Gesundheitsbericht 2016

Berichtszeitraum 2005–2014

**Erstellt von der Gesundheit Österreich GmbH**

## **Autorinnen/Autoren:**

Robert Griebler  
Petra Winkler  
Sylvia Gaiswinkler  
Theresa Bengough  
Jennifer Delcour  
Brigitte Juraszovich  
Monika Nowotny  
Elisabeth Pochobradsky  
Barbara Schleicher  
Irene Schmutterer  
David Wachabauer

Andrea Meisslitzer (AKL Abt. 5)  
Stephan Mildschuh (GÖG)  
Peter Nowak (GÖG)  
Petra Paretta (GÖG)  
Brigitte Prehslauer (AKL Abt. 5)  
Georg Ratschiller (KGF)  
Gabriele Sax (GÖG)  
Angelika Schiwiek (Ktn. Patientenanwaltschaft)  
Gerhard Stadtschreiber (KGF)  
Andreas Stoppacher (GÖG)  
Julian Strizek (GÖG)  
Alfred Uhl (GÖG)  
Heimo Wallenko (AKL Abt. 5)

## **Begleitende Expertengruppe:**

Monika Diebold (OBSAN)  
Jeannette Klimont (Statistik Austria)  
Martin Sprenger (Medizinische Universität Graz)  
Thomas Ziese (RKI)

## **Projektassistenz:**

Alexandra Mayerhofer

## **Reviewerinnen/Reviewer:**

Gudrun Braunegger-Kallinger (GÖG)  
Martin Busch (GÖG)  
Ines Czasny (GÖG)  
Barbara Drobesh (AKL Abt. 5)  
Alexander Grabenhofer-Eggerth (GÖG)  
Monika Hasenbichler (KGKK)  
Gerhard Heimbürger (AKL Abt. 8)  
Sarah Ivansits (GÖG)  
Zorica Jukic (KABEG)  
Daniele Kern (GÖG)  
Joy Ladurner (GÖG)

**Wien, im Februar 2017**

**Im Auftrag des Landes Kärnten**

**ISBN**

978-3-85159-207-8

**Medieninhaber und Herausgeber:**

Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege, Unterabteilung Sanitätswesen  
Mießtaler Straße 1, 9021 Klagenfurt am Wörthersee  
Tel.: 050 536 - 15052, E-Mail: [abt5.sanitaetswesen@ktn.gv.at](mailto:abt5.sanitaetswesen@ktn.gv.at)

**Copyright:**

Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege, Unterabteilung Sanitätswesen

**Vorgeschlagene Zitierweise:**

Griebler, Robert; Winkler, Petra; Gaiswinkler, Sylvia; Bengough, Theresa; Delcour, Jennifer; Juraszovich, Brigitte; Nowotny, Monika; Pochobradsky, Elisabeth; Schleicher, Barbara; Schmutterer, Irene; Wachabauer, David (2017): Kärntner Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005–2014. Amt der Kärntner Landesregierung, Klagenfurt

**Der Umwelt zuliebe wird dieser Bericht ausschließlich in elektronischer Form veröffentlicht.**

Gesundheit – und ihre „Rahmenbedingungen“...

Als eine der Kernaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes hat „Gesundheitsberichterstattung“ das Ziel, den gesundheitlichen Zustand der Bevölkerung zu beschreiben. Sie macht die verfügbaren Daten zugänglich, um daraus eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung im Hinblick auf Steuerung und Maßnahmenplanung im Gesundheitswesen zu ermöglichen.

Der vorliegende Bericht trägt dem Paradigmenwechsel von einer vorwiegend krankheitsorientierten hin zu einer gesundheitsorientierten Sicht Rechnung. An dieser Stelle muss auf eines hingewiesen werden: Gesundheit bzw. die Erhaltung von Gesundheit ist in einem umfassenden Sinn in erster Linie das Ergebnis von individuellen Lebensbedingungen. Der vorliegende Gesundheitsbericht richtet daher das Augenmerk primär auf die bestimmenden Gesundheitsfaktoren wie materielle Lebensbedingungen, Bildung, Arbeit und Beschäftigung, soziale Beziehungen und Netzwerke sowie Umwelteinflüsse. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen der Kärntner Bevölkerung und die Leistungen des Gesundheitsversorgungssystems sind darüber hinaus weitere zentrale Bestandteile des Berichtes.

Einen zentralen Aspekt stellt das Thema Chancengerechtigkeit dar – ihm ist ein eigenes Kapitel gewidmet. Die Barrieren im Zugang zum Gesundheitssystem, aber auch zu Bildung, Arbeit, Einkommen und sozialen Netzwerken liegen sowohl auf der individuellen Ebene als auch in den Rahmenbedingungen. Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialem Status ist international gut untersucht und vielfach nachgewiesen. Je größer der Unterschied zwischen arm und reich in einer Gesellschaft ist, desto stärker sind die negativen Einflüsse dieser Unterschiede auf die Gesundheit für die gesamte Bevölkerung. Das Bemühen, die sozialen Unterschiede zu verringern, bedeutet deshalb einen Zugewinn an Gesundheit für alle und nicht nur für benachteiligte Gruppen.

Die Verantwortung für die Gesundheit beeinflussende Verhältnisse liegt vielfach außerhalb des Gesundheitssektors. Im Sinne des „Health in All Policies“- Ansatzes soll der Bericht daher auch außerhalb des Gesundheitssystems für die Beiträge anderer Sektoren zur Gesundheit der Bevölkerung sensibilisieren und vor allem das Bewusstsein für die dort vorhandenen Potentiale erhöhen. Der Bericht kann dazu beitragen, die Kooperation unterschiedlicher Politikbereiche im Sinne einer gemeinsamen Anstrengung zugunsten der Gesundheit zu erhöhen.

Eine aufschlussreiche Lektüre wünscht



Ihre LHStv.in Dr.in Beate Prettnner

Fundiertes Datenwerk für gesundheitspolitische Zielsteuerung

Die Gesundheitsberichterstattung ist eine auf dem Reichssanitätsgesetz aus dem Jahr 1810 basierende gesetzliche Verpflichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Im Rahmen des ÖGD-Reformprozesses fand die Gesundheitsberichterstattung Aufnahme in den Aufgabenkatalog der „Nationalen Strategie öffentliche Gesundheit“. Mittlerweile ist in der aktuellen 15a B-VG Vereinbarung „Zielsteuerung-Gesundheit“ festgehalten, dass sich Bund, Länder und Sozialversicherung in ihren Maßnahmen zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit an PublicHealth-Grundsätzen orientieren, die auch eine systematische Gesundheitsberichterstattung beinhaltet (Zielsteuerung-Gesundheit 2013). Seit der Gründung der „Plattform Gesundheitsberichterstattung“ bei der Gesundheit Österreich GmbH im Jahr 2003 findet Qualitätssicherung in diesem Rahmen im Sinne von Berücksichtigung internationaler Vorgaben von WHO und EU einerseits und überregionaler und methodischer Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit andererseits statt.

Die Gesundheitsberichterstattung informiert unter besonderer Berücksichtigung gesundheitlicher Einflussfaktoren über die gesundheitliche Lage und Versorgung der Bevölkerung, analysiert die bestehende Situation und die gesundheitlichen Entwicklungstrends, schließt Kausalanalysen ein und schafft so die Grundlage für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen im Gesundheitsressort. Mit der Gesundheitsberichterstattung wird zudem die Wirkung der Umsetzung evaluiert, sodass eine Neubewertung bestehender und eine Identifikation neuer gesundheitsrelevanter Herausforderungen – also eine Anpassung der Maßnahmen – ermöglicht wird. Insofern handelt es sich bei der systematischen Gesundheitsberichterstattung um einen kontinuierlichen Prozess mit Regelkreischarakter.

Der vorliegende Kärntner Gesundheitsbericht 2016, ein Basisgesundheitsbericht mit ca. 5-jährigen Aktualisierungsintervallen, beschreibt kompakt die gesundheitliche Lage der Kärntnerinnen und Kärntner, wichtige Gesundheitsdeterminanten (auf Verhaltens- und Verhältnisebene) und ausgewählte Aspekte des Kärntner Gesundheitssystems. Zur Darstellung der zeitlichen Entwicklung wird nach Maßgabe der Datenverfügbarkeit auf einen Beobachtungszeitraum von 2005 bis 2014 fokussiert. Mit Bezug auf das Kärntner Regierungsprogramm 2013-2018, das die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention vorsieht, bietet der Kärntner Gesundheitsbericht 2016 eine fundierte Grundlage für gesundheitspolitische Interventionen in diesen Bereichen. Ziel ist auch, die Weiterentwicklung des Kärntner Gesundheitssystems und die Verankerung von Gesundheit in allen Politikfeldern (HiAP) zu unterstützen. Darüber hinaus schließt der Kärntner Gesundheitsbericht sowohl inhaltlich, als auch methodisch an Monitorings aktueller Gesundheitsstrategien an und schafft damit einen integrierten Gesamtüberblick.

Zielgruppen des Berichts sind Entscheidungsträger/innen diverser Ressorts auf Landesebene, die interessierte Fachöffentlichkeit sowie Expertinnen und Experten in Wissenschaft und Lehre. Diesen wünsche ich – im Sinne der Zielsetzung des Gesundheitsberichts – eine gleichermaßen aufschlussreiche wie anregende Lektüre.

Mit den besten Wünschen,



M. Mag. Günther Würzer, MBA

# Kurzfassung

Der Kärntner Gesundheitsbericht 2016 beschreibt die gesundheitliche Lage der Kärntnerinnen und Kärntner, wichtige Gesundheitsdeterminanten (auf Verhaltens- und Verhältnisebene) und ausgewählte Aspekte des Kärntner Gesundheitssystems. Er differenziert, wann immer es die Datensituation erlaubt, nach Alter und Geschlecht und stellt – sofern vorhanden – Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund dar. Regionale Unterschiede werden zumeist auf der Ebene der Versorgungsregionen (Kärnten Ost und Kärnten West) angegeben. Zur Darstellung der zeitlichen Entwicklung wird nach Maßgabe der Datenverfügbarkeit ein Beobachtungszeitraum von 2005 bis 2014 fokussiert.

## Demografie

- » In Kärnten beträgt der Bevölkerungsanteil der 0- bis 14-Jährigen 14 Prozent. Rund 27 Prozent sind 60 Jahre oder älter. Während der Anteil der unter 15-Jährigen kontinuierlich abnimmt, steigt der Anteil der ab 60-Jährigen stetig. Prognosen zufolge wird die ältere Bevölkerung weiter anwachsen.
- » Die Geburtenbilanz ist in Kärnten schon seit vielen Jahren negativ, doch durch einen positiven Wanderungssaldo ist seit 2012 wieder ein Bevölkerungswachstum zu verzeichnen.
- » Vom positiven Wanderungssaldo profitiert vor allem der Kärntner Zentralraum. Die ländlichen Bezirke sind eher durch Abwanderung geprägt.

## Lebenserwartung und selbsteingeschätzte Gesundheit

- » Die Lebenserwartung beträgt in Kärnten für Frauen etwa 84 und für Männer rund 79 Jahre. Sie ist auch innerhalb der letzten zehn Jahre gestiegen, wobei der Unterschied zwischen Frauen und Männern geringer geworden ist.
- » Die gesunde Lebenserwartung beträgt für Frauen und Männer jeweils 66,5 Jahre. Sie steigt stärker als die Lebenserwartung insgesamt, sodass der Lebensabschnitt in Krankheit kürzer wird. Frauen verbringen demnach mehr Lebensjahre in Krankheit bzw. mit Beeinträchtigungen als Männer.
- » 77 Prozent der Kärntner Bevölkerung ab 15 Jahren schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein, Männer häufiger als Frauen. Im Vergleich zu den Jahren 2006/2007 hat sich vor allem die Gesundheitseinschätzung der älteren Bevölkerung (60 Jahre und mehr) verbessert.

## Chronische Krankheiten und Beschwerden

- » 36 Prozent der Kärntner Bevölkerung ab 15 Jahren – das sind etwa 171.000 Kärntnerinnen und Kärntner – leiden an einer dauerhaften Krankheit bzw. einem chronischen Gesundheitsproblem.
- » Die häufigsten chronischen Krankheiten/Gesundheitsprobleme sind Kreuzschmerzen (28 %), Allergien (23 %), Nackenschmerzen (21 %) und Bluthochdruck (20 %).
- » 23 Prozent der ab 60-Jährigen leiden an Arthrose, Frauen mehr als dreimal so häufig wie Männer.
- » 5 Prozent der Kärntner/-innen sind zuckerkrank, bei den ab 60-Jährigen fast jede/jeder Zehnte. Rund 2.100 Kärntner/-innen erkranken jährlich (2012–2014) an Typ-2-Diabetes (375 pro 100.000 EW).

- » Rund 570 Kärntnerinnen und 900 Kärntner erlitten 2014 einen akuten Myokardinfarkt. Das entspricht einer altersstandardisierten Inzidenzrate von rund 160 Neuerkrankungsfällen bei Frauen und rund 360 Neuerkrankungsfällen bei Männern.
- » Ein ischämischer Schlaganfall betraf im Jahr 2014 mit jeweils knapp 1.000 Fällen etwa gleich viele Frauen wie Männer. Die altersstandardisierte Rate ist jedoch bei Kärntnern mit rund 400 Neuerkrankungsfällen deutlich höher als bei Kärntnerinnen mit rund 270 Fällen.
- » Nach einem außerordentlich starken Rückgang der HKE-Sterblichkeit vor dem 70. Lebensjahr – im Jahr 1980 betrug die Rate gegenüber 2004 mehr als das Dreifache – ist die Rate seither weitgehend konstant.
- » Rund 1.600 Kärntnerinnen und 1.700 Kärntner erkrankten im Jahr 2012 an Krebs. Das entspricht einer altersstandardisierten Rate von 499 Neuerkrankungsfällen bei Frauen und von 686 Fällen bei Männern. Die Neuerkrankungsrate war seit 2003 bei Frauen konstant und bei Männern rückläufig. Bis etwa zum 50. Lebensjahr ist die Inzidenzrate bei Frauen höher, im höheren Alter bei Männern. Häufigste Lokalisationen sind Brust (bei Frauen) bzw. Prostata (bei Männern) und die Verdauungsorgane (v. a. Darm).

### **Psychische Krankheiten**

- » 6 Prozent der Kärntnerinnen und Kärntner haben eine ärztlich diagnostizierte Depression oder beurteilen sich selbst als depressiv; Frauen häufiger als Männer.
- » Psychisch bedingte Krankenstände werden (im Vergleich zum Jahr 2005) häufiger, doch die Anzahl der stationären Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Diagnosen ist seit 2005 weitgehend unverändert. Steigend ist wiederum die Anzahl der Kärntnerinnen und Kärntner, die mit einer psychiatrischen Diagnose in einer stationären Rehabilitationseinrichtung behandelt werden.
- » Etwa 100 Menschen in Kärnten begehen pro Jahr Suizid. Drei Viertel davon sind Männer. Die Suizidrate beträgt bei Männern (altersstandardisiert) 28 Todesfälle pro 100.000 EW und bei Frauen acht Todesfälle pro 100.000 EW.

### **Verletzungen**

- » 10 Prozent der ab 15-jährigen Kärntner/-innen haben – laut ATHIS 2014 – in den letzten zwölf Monaten Verletzungen aufgrund von Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsunfällen erlitten, Männer häufiger als Frauen.
- » Verletzungen sind eine der wichtigsten Ursachen für eine vorzeitige Sterblichkeit, insbesondere bei Jugendlichen und insbesondere bei Männern. Sie sind für einen großen Teil der verlorenen Lebensjahre verantwortlich.
- » Tödliche Verletzungen waren in den letzten zehn Jahren weitgehend konstant, ein leichter Rückgang zeigt sich bei den Männern.

## **Leistungs- und Handlungsfähigkeit**

- » 32 Prozent der Kärntner/-innen ab 15 Jahren (rund 153.000 Personen) waren 2014 mindestens für ein halbes Jahr aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt, Frauen häufiger als Männer. Das ist etwas weniger als 2006/2007.
- » 15 Prozent der ab 65-jährigen Kärntner Bevölkerung (rund 15.000 Personen) haben Probleme bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person (ADL), 27 Prozent (rund 27.000 Personen) sind bei Erledigungen des Haushalts eingeschränkt; Frauen häufiger als Männer.

## **Lebensqualität**

- » Die Kärntner Bevölkerung beurteilt die Qualität ihres Lebens insgesamt mit durchschnittlich 75 von 100 Punkten. Seit 2006/2007 gab es tendenzielle Verschlechterungen im körperlichen und psychischen Wohlbefinden sowie eine deutliche Abnahme im sozialen Wohlbefinden.
- » Frauen zwischen 15 und 29 Jahren sowie Frauen ab 60 beurteilen ihre Lebensqualität signifikant schlechter als gleichaltrige Männer.

## **(Vorzeitige) Sterblichkeit**

- » In Kärnten sterben pro Jahr rund 5.600 Menschen. Im Jahr 2014 betrug die Mortalitätsrate der Männer 1.170 Todesfälle pro 100.000 EW, jene der Frauen 780 Todesfälle pro 100.000 EW. Innerhalb der letzten zehn Jahre ist die Mortalitätsrate beider Geschlechter gesunken.
- » Bei den 15- bis 29-Jährigen sind Verletzungen und Vergiftungen die mit Abstand häufigsten Todesursachen. In der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen sind es Krebserkrankungen, gefolgt von HKE sowie Verletzungen und Vergiftungen. Die Altersgruppe ab 60 Jahren stirbt hauptsächlich an HKE und an Krebserkrankungen.
- » Etwa 1.300 Kärntnerinnen und Kärntner sterben pro Jahr, bevor sie das 70. Lebensjahr erreicht haben. Die altersstandardisierte Mortalitätsrate ist bei Männern (356) etwa doppelt so hoch wie bei Frauen (186).
- » Die Hauptursache für die vorzeitige Sterblichkeit der unter 70-jährigen Kärntnerinnen und Kärntner ist Krebs. Bei etwa einem Fünftel sind HKE die Ursache für den vorzeitigen Tod.

## **Individuelle Gesundheitsdeterminanten**

- » 37 Prozent der Kärntner Bevölkerung sind übergewichtig, 11 Prozent sind adipös; Männer häufiger als Frauen. Die Prävalenz von Übergewicht/Adipositas steigt mit zunehmendem Alter. Bei jungen Menschen (15 bis 30 Jahre) ist der Anteil Übergewichtiger und Adipöser seit 2006/2007 deutlich gestiegen.
- » 38 Prozent der Kärntner/-innen (15 Jahre und älter) essen – wie empfohlen – täglich Obst und Gemüse, Frauen aller Altersgruppen deutlich häufiger als Männer. Mit zunehmendem Alter steigt der tägliche Konsum von Obst und Gemüse.



- » 28 Prozent der Kärntner/-innen (15 Jahre und älter) erfüllen die österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung<sup>1</sup>, Männer häufiger als Frauen.
- » 21 Prozent der Kärntner/-innen rauchen täglich, bei den 15- bis 29-Jährigen sind es 33 Prozent. 39 Prozent der täglich rauchenden Kärntner/-innen haben im letzten Jahr versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. 10 Prozent – vorrangig Männer zwischen 15 und 59 Jahren – sind täglich mindestens eine Stunde lang Passivrauch ausgesetzt.
- » 6 Prozent der Kärntner/-innen trinken täglich oder fast täglich Alkohol, 15 Prozent sind abstinent. Männer trinken häufiger Alkohol als Frauen, ältere Personen häufiger als jüngere.

### **Gesundheitsrelevante Lebensverhältnisse**

- » 13 Prozent der Kärntner/-innen sind armutsgefährdet, 6 bis 7 Prozent können sich zumindest drei von neun definierten Grundbedürfnissen nicht leisten und gelten als materiell depriviert. Besonders vulnerable Gruppen (bezüglich Armutsgefährdung) sind Alleinerziehende, alleinstehende ältere Frauen, Familien mit vielen Kindern, nichtösterreichische Staatsbürger/-innen und Menschen mit geringem Bildungsgrad.
- » Das Bildungsniveau der Kärntner Bevölkerung steigt. Im Jahr 2014 haben 14 Prozent der Kärntner/-innen maximal einen Pflichtschulabschluss (Frauen häufiger als Männer), 29 Prozent eine Matura oder einen höheren Abschluss. Der Anteil der frühzeitigen Schul- und Ausbildungsabgänger/-innen ist rückläufig: von 9 Prozent (2002) auf 7,2 Prozent (2012).
- » Laut AMS waren im Jahr 2014 rund 25.000 Menschen in Kärnten arbeitslos. Das entspricht einer Quote von rund 11 Prozent. Rund 1.700 davon sind bereits länger als ein Jahr arbeitslos. Seit 2008 ist die Arbeitslosigkeit, insbesondere die Langzeitarbeitslosigkeit, deutlich gestiegen. Besonders betroffen sind Personen mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung (16 % aller Arbeitslosen).
- » Ein Drittel aller erwerbstätigen Kärntner/-innen hat ein atypisches Beschäftigungsverhältnis (Teilzeitbeschäftigung, befristete Arbeitsverträge oder Beschäftigungen ohne geregelte Sozialversicherungspflicht). 80 Prozent dieser atypischen Beschäftigungsverhältnisse betreffen Frauen.
- » 73 Prozent der erwerbstätigen Kärntner/-innen sind im Jahr 2013 an ihrem Arbeitsplatz durch zumindest eine körperliche Belastung (v. a. starke Anstrengung der Augen, Gefahr von Unfällen, schwierige Arbeitshaltungen und Bewegungsabläufe, Hantieren mit schweren Lasten) beeinträchtigt; Männer häufiger als Frauen, Tendenz steigend. 36 Prozent leiden unter Zeitdruck und Arbeitsüberlastung; Tendenz ebenfalls steigend. Im Jahr 2014 gab es rund 9.000 Arbeitsunfälle, zu 75 Prozent von Männern.
- » Etwa die Hälfte aller Kärntnerinnen und Kärntner erwartet im Bedarfsfall ein hohes Ausmaß an Unterstützung, knapp 11 Prozent schätzen das Ausmaß sozialer Unterstützung eher gering ein.
- » Feinstaub- und Ozonbelastungen sind im Wesentlichen seit vielen Jahren unverändert, NO<sub>2</sub>-Belastungen sind rückläufig.
- » Etwa jede zwölfte Kärntnerin / jeder zwölfte Kärntner fühlt sich stark bis sehr stark durch Lärm belastet; Tendenz leicht steigend.

---

<sup>1</sup>

ein wöchentliches Bewegungsausmaß von mindestens 150 Minuten mäßig intensiver körperlicher Bewegung *und* muskelkräftigende Übungen an mindestens zwei Tagen pro Woche

## **Gesundheitsversorgung im niedergelassenen und akutstationären Bereich**

- » Im Jahr 2014 standen der Kärntner Bevölkerung rund 420 niedergelassene Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (rund 60 % davon mit Kassenvertrag), 640 niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte (rund 40 % mit Kassenvertrag) und 270 Zahnärztinnen/Zahnärzte (rund 77 % davon mit Kassenvertrag) zur Verfügung.
- » Darüber hinaus gibt es 73 selbstständige Ambulatorien (vorrangig in den Bereichen physikalische Medizin, bildgebende Verfahren, Psychiatrie, Psychotherapie, psychosoziale Versorgung und Sucht, Orthopädie und Sportmedizin, Prävention und Vorsorge, Zahn- und Kieferheilkunde) und 93 Apotheken. In 23 Gemeinden (Stand 2015) gibt es Rettungsdienststandorte.
- » Der Kärntner Bevölkerung stehen (Stand 2014) 14 Akutkrankenanstalten (elf Fonds-Krankenanstalten, zwei Sanatorien und ein Unfallkrankenhaus) mit rund 3.700 Akutbetten zur Verfügung. Die meisten Akutbetten werden in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Unfallchirurgie und Akutgeriatrie vorgehalten. Während es in nahezu allen Bereichen zu einem Abbau von Akutbetten gekommen ist, wurde in der Akutgeriatrie das Akutbettenkontingent um 11 Prozent aufgestockt.

## **Psychosoziale Versorgung sowie akut- und teilstationäre psychiatrische Versorgung**

- » In Kärnten praktizierten im Jahr 2014 rund 30 Psychiater/-innen, 20 Fachärztinnen und -ärzte mit einer Ausbildung im Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) bzw. mit einem Zusatzfach Kinder- und Jugendneuropsychiatrie und rund 70 Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom.
- » Mit Ende 2014 waren 406 Personen zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt und 707 Personen in die Liste der klinischen Psychologinnen/Psychologen eingetragen, wobei sich beide Angebote auf den Kärntner Zentralraum konzentrieren.
- » Psychiatrische Ambulanzen werden an den Landeskrankenhäusern vorgehalten, in Villach und Spittal an der Drau gibt es Spezialambulanzen für Abhängigkeitserkrankungen.
- » 27 Stellen bieten in Kärnten psychosoziale Betreuungsleistungen an. In Klagenfurt und Villach existieren Stützpunkte für psychiatrische Not- und Krisendienste. Zusätzlich stehen zwei Krisenhäuser und zwei Kriseninterventionszentren für Kinder und Jugendliche zur Verfügung.
- » Inklusiv der Zentren für psychosoziale Rehabilitation stehen in Kärnten 43 Einrichtungen mit 986 Wohnplätzen zur Verfügung (hauptsächlich für Erwachsene). Für Kinder und Jugendliche gibt es 555 Wohnplätze (inklusive Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe).
- » Neun Einrichtungen (mit insgesamt 60 Plätzen) bieten Menschen mit psychischen Erkrankungen tagesstrukturierende Angebote.
- » Im stationären Bereich werden zwei psychiatrische Abteilungen mit insgesamt 214 Betten (darunter 17 tagesklinische Plätze) und in einer Sonderkrankenanstalt 56 Betten für die längerfristige Versorgung von Menschen mit einer Suchtdiagnose vorgehalten. Es gibt eine Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 35 Betten (darunter neun tagesklinische Plätze).
- » An drei Standorten stehen 42 Betten für die psychosomatische Versorgung Erwachsener zur Verfügung. Für die entsprechende Versorgung von Kindern und Jugendlichen gibt es einen Standort mit zwölf Betten.

## **Stationäre Rehabilitation**

- » In Kärnten gibt es an sechs Standorten stationäre Reha-Einrichtungen (912 Betten).
- » Im Jahr 2014 wurden in Kärnten rund 12.000 stationäre Reha-Aufenthalte bei den ab 20-Jährigen dokumentiert (Mindestdauer acht Tage). Seit 2005 ist die Anzahl stationärer Reha-Aufenthalte deutlich gestiegen. Die häufigste Ursache für einen stationären Reha-Aufenthalt ist eine Erkrankung des Bewegungs- und Stützapparats (46 % aller Reha-Aufenthalte).
- » Darüber hinaus gibt es einen Standort für stationäre psychiatrische Rehabilitation mit 81 Betten.

## **Langzeitpflege sowie Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene**

- » Rund 35.000 Kärntnerinnen und Kärntner (6 % der Kärntner Bevölkerung) bezogen im Jahr 2015 Pflegegeld, mehr als die Hälfte davon Pflegegeldstufe 1 und 2. 80 Prozent dieser Menschen sind 65 Jahre oder älter.
- » Rund 12.400 Personen nahmen im Jahr 2015 mobile Dienste, rund 6.600 stationäre Angebote in Anspruch. Das sind mehr als die Hälfte aller Pflegegeldbezieher/-innen.
- » In Kärnten stehen derzeit drei Palliativstationen (mit insgesamt 32 Palliativbetten), drei Palliativkonsiliardienste, drei mobile Palliativteams und 22 Hospizteams zur Verfügung, womit die stationäre Palliativversorgung den Bedarfsrichtwerten entspricht.
- » Im mobilen Bereich besteht Ausbaubedarf bei den Palliativkonsiliardiensten, bei mobilen Palliativteams und bei Hospizteams, wenn die Bedarfsrichtwerte für die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung der GÖG zugrunde gelegt werden.
- » Stationäre Hospizbetten und ein Tageshospiz sind in Kärnten nicht vorgesehen.

## **Ausgewählte Outcome-Indikatoren im Bereich der Versorgungsqualität**

- » Im Jahr 2014 wären in Kärnten rund 360 Todesfälle vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbar gewesen. 56 Prozent davon betrafen Männer (alterstandardisiert: 78 Männer und 57 Frauen pro 100.000 EW).
- » Die vorzeitige, vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit ist – abgesehen von kleineren jährlichen Schwankungen – deutlich rückläufig.
- » 92 Menschen mit akutem Myokardinfarkt starben im Jahr 2014 innerhalb der ersten 30 Tage ihres Aufenthalts in einem Kärntner Krankenhaus (7,5 Todesfälle pro 100 Spitalsaufenthalte); Tendenz rückläufig.
- » Trotz der absolut höheren Sterbezahl bei Männern ist die AMI-Sterblichkeit von Frauen höher: 8,4 von 100 stationär behandelten Myokardinfarkten enden bei Frauen tödlich, sieben bei Männern.
- » 77 Menschen starben im Jahr 2014 innerhalb der ersten 30 Tage ihres Aufenthaltes in einem Kärntner Krankenhaus aufgrund eines Schlaganfalls (Tendenz rückläufig); zwei Drittel davon sind weiblich. Entsprechend groß ist der geschlechtsspezifische Unterschied: Sechs von 100 Spitalsaufenthalten von Frauen mit Schlaganfall enden innerhalb der ersten 30 Tage im Krankenhaus tödlich, bei Männern sind es mit drei Fällen nur halb so viele.
- » Potenziell inadäquate Medikamente werden in Kärnten von 55 Prozent der ab 70-Jährigen eingenommen.

## **Schwangerschaft und Geburt**

- » In Kärnten wurden im Jahr 2014 rund 4.600 Kinder geboren. 8,7 Prozent davon kamen zu früh auf die Welt; dieser Anteil ist seit mehreren Jahrzehnten weitgehend konstant. Rund 8 Prozent der Säuglinge wurden mit einem Gewicht von weniger als 2.500 Gramm geboren.
- » Etwa ein Drittel wird mittels Kaiserschnitts geboren. Die Kaiserschnitttrate hat sich innerhalb der letzten 15 Jahre in Kärnten mehr als verdoppelt.
- » Im Jahr 2014 waren 76 Kärntner Mütter unter 20 Jahre alt (das betrifft 1,6 % aller Geburten). Bis Mitte der 1990er-Jahre war der Anteil der Teenagerschwangerschaften deutlich gesunken, ein Trend, der sich nach einigen Jahren der Stagnation um die Jahrtausendwende ab 2007 fortsetzte.
- » Die Säuglingssterblichkeit beträgt 1,3 Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten und nimmt seit den 1990er-Jahren nur noch geringfügig ab.

## **Chancengerechtigkeit**

- » In Kärnten zeigen sich sowohl für die Gesundheit (selbsteingeschätzte Gesundheit, chronische Krankheiten, Karies, gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag) als auch für eine Reihe von Gesundheitsdeterminanten (Übergewicht und Adipositas, Bluthochdruck, Obst- und Gemüsekonsum, gesundheitswirksame Bewegung, Rauchen, Arbeitslosigkeit, Sozialkapital) markante Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund. Sie verlaufen allesamt zuungunsten niedriger Bildungs- und Einkommenschichten sowie zum Nachteil von Personen mit Migrationshintergrund.
- » Unterschiede in der Krankenversorgung zeigen sich – zuungunsten niedriger Bildungs- und Einkommenschichten sowie von Personen mit Migrationshintergrund – für die Inanspruchnahme eines Gebärmutterhalsabstrichs sowie für die Inanspruchnahme der niedergelassenen ärztlichen Versorgung.
- » Die Effekte von Bildung und Einkommen erweisen sich in den meisten Fällen als gleichläufig. Unterschiede nach Migrationshintergrund gehen häufig mit Bildungs- und Einkommensunterschieden einher.
- » Darüber hinaus zeigen sich eindeutige Geschlechts- und Genderunterschiede. Sie fallen mehrheitlich zuungunsten der weiblichen Bevölkerung aus.



# Inhalt

Kurzfassung.....	V
Abbildungen und Tabellen.....	XVI
Abkürzungen.....	XXIII
1 Einleitung.....	1
1.1 Ausgangslage, Ziele und Zielgruppen.....	1
1.2 Determinanten der Gesundheit.....	1
1.3 Aufbau und Inhalt des Berichts.....	4
2 Demografie.....	8
2.1 Bevölkerungsstand.....	8
2.2 Bevölkerungsstruktur.....	8
2.3 Bevölkerungsentwicklung.....	11
3 Gesundheitszustand.....	13
3.1 Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit.....	14
3.2 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand.....	17
3.3 Krankheiten und Beschwerden.....	18
3.3.1 Chronische Krankheiten und Beschwerden.....	18
3.3.2 Karies.....	30
3.3.3 Verletzungen aufgrund von Unfällen und deren Versorgung.....	32
3.3.4 Meldepflichtige übertragbare Krankheiten.....	35
3.4 Leistungs- und Handlungsfähigkeit.....	37
3.4.1 Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag.....	37
3.4.2 Körperliche und sensorische Einschränkungen.....	39
3.4.3 Aktivitätseinschränkungen im Alltag – ADL und IADL.....	41
3.4.4 Krankenstände.....	43
3.5 Lebensqualität.....	45
3.6 (Vorzeitige) Sterblichkeit und potenziell verlorene Lebensjahre.....	49
3.6.1 Gesamtsterblichkeit.....	49
3.6.2 Vorzeitige Sterblichkeit.....	54
3.6.3 Suizid.....	57
4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten.....	60
4.1 Körperliche Faktoren.....	61
4.1.1 Adipositas und Übergewicht.....	61
4.1.2 Bluthochdruck.....	63
4.2 Psychische Faktoren.....	64
4.3 Gesundheitsverhalten.....	65
4.3.1 Ernährung.....	65
4.3.2 Gesundheitswirksame Bewegung.....	67
4.3.3 Tabakkonsum.....	70
4.3.4 Alkoholkonsum.....	73
4.3.5 Konsum illegaler Drogen.....	75
5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten.....	77
5.1 Materielle Lebensbedingungen.....	77
5.1.1 (Dauerhafte) Armutsgefährdung.....	80

5.1.2	Materielle Deprivation.....	81
5.1.3	Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung.....	81
5.1.4	20/80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenz- Einkommens.....	82
5.2	(Aus-)Bildung.....	82
5.2.1	Bildungsniveau.....	83
5.2.2	Bildungsmobilität.....	83
5.2.3	Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/innen.....	85
5.3	Arbeit und Beschäftigung.....	86
5.3.1	Erwerbstätigkeit.....	88
5.3.2	Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz.....	96
5.3.3	Zeitdruck und Arbeitsüberlastung.....	98
5.3.4	Arbeitsunfälle.....	99
5.3.5	Work-Life-Balance.....	100
5.3.6	Trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gegangen.....	102
5.4	Soziale Beziehungen und Netzwerke.....	102
5.4.1	Sozialkapital / Ausmaß sozialer Unterstützung.....	102
5.5	Umwelt.....	105
5.5.1	Luftqualität.....	105
5.5.2	Lärm.....	108
6	Gesundheitsversorgung und -förderung.....	111
6.1	Gesundheitsförderung.....	112
6.2	Prävention.....	114
6.2.1	Impfungen.....	115
6.2.2	Krebsvorsorgeuntersuchungen.....	119
6.2.3	Outcome-Messung.....	122
6.3	Ambulante Versorgung.....	124
6.3.1	Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich.....	124
6.3.2	Physio- und ergotherapeutische Versorgung im niedergelassenen Bereich.....	133
6.3.3	Selbständige Ambulatorien.....	134
6.3.4	Spitalsambulante Versorgung.....	135
6.3.5	Pharmazeutische Versorgung.....	136
6.3.6	Notfallrettungsdienst.....	137
6.4	Akutstationäre Versorgung.....	139
6.4.1	Krankenhausaufenthalte in Kärntner Akut-Kranken- anstalten.....	144
6.4.2	Kärntner Patientinnen und Patienten in österreichischen Akut- Krankenanstalten.....	146
6.5	Medizinisch-technische Großgeräte.....	149
6.6	Stationäre Rehabilitation.....	150
6.7	Langzeitpflege und -betreuung.....	154
6.7.1	Pflegegeldbezieher/innen.....	154
6.7.2	Formelle Angebote.....	156
6.7.3	Informelle Pflege- und/oder Unterstützungsleistungen.....	160
6.8	Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene.....	160
6.8.1	Angebote.....	161
6.8.2	Hauptamtliche und ehrenamtliche Mitarbeiter/innen.....	164
6.8.3	Palliativpatientinnen und -patienten.....	164
6.9	Ausgewählte Outcome-Indikatoren zur Versorgungsqualität.....	166
6.9.1	Vorzeitige, vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC).....	166
6.9.2	30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt (AMI).....	168
6.9.3	30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall.....	169
6.9.4	Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren.....	170
6.10	Spezifische Versorgungsaspekte.....	170
6.10.1	Schwangerschaft und Geburt.....	170

6.10.2	Psychiatrische, psychosomatische und psychosoziale Versorgung.....	175
6.10.3	Versorgung von Menschen mit einem risikoreichen Opiatkonsum.....	189
7	Chancengerechtigkeit.....	190
7.1	Unterschiede nach Bildung, Haushaltseinkommen und Migrationshintergrund ....	192
7.1.1	Gesundheitliche Ebene.....	192
7.1.2	Individuelle Determinanten .....	194
7.1.3	Verhältnisbezogene Determinanten .....	195
7.1.4	Gesundheitsversorgung .....	196
7.2	Geschlechts- und Genderunterschiede.....	197
7.2.1	Gesundheitliche Ebene.....	197
7.2.2	Individuelle Determinanten .....	198
7.2.3	Verhältnisbezogene Determinanten .....	198
7.2.4	Gesundheitsversorgung .....	199
7.3	Resümee.....	200
8	Zusammenfassende Schlussbetrachtung.....	201
	Literatur.....	207



# Abbildungen und Tabellen

## Abbildungen

Abbildung 1.1: Modell zur Beobachtung der öffentlichen Gesundheit und ihrer Determinanten.....	2
Abbildung 2.1: Anteil der 0- bis 14-Jährigen sowie der ab 60-Jährigen an der Kärntner Bevölkerung; Jugendquotient, Altersquotient und Gesamtquotient, 2005-2015.....	9
Abbildung 2.2: Anteil der 0- bis 14-Jährigen sowie der ab 60-Jährigen an der Kärntner Bevölkerung nach Bezirken und Versorgungsregionen, 2005 und 2014 .....	10
Abbildung 2.3: Bevölkerungsveränderung in Kärnten, 2005-2014.....	11
Abbildung 2.4: Bevölkerungsveränderung in Kärnten nach Bezirken (inkl. Absolutwerte), 2005 bis 2014.....	11
Abbildung 2.5: Bevölkerungsprognose für Kärnten nach Altersgruppen bis 2050.....	12
Abbildung 3.1: Lebenserwartung bei Geburt nach Geschlecht und in der Bandbreite der Versorgungs- regionen, Kärnten 2005-2014.....	14
Abbildung 3.2: Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit in Kärnten nach Geschlecht, 1991, 1999, 2006 und 2014.....	15
Abbildung 3.3: Lebenserwartung in Gesundheit nach Bildung ab der Geburt und mit 65 Jahren, Österreich 2014.....	16
Abbildung 3.4: Kärntner/innen mit einem sehr guten oder guten Gesundheitszustand nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014.....	18
Abbildung 3.5: Kärntner/innen mit chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen nach Altersgruppen, 2014.....	19
Abbildung 3.6: Ausgewählte chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme in Kärnten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014 .....	20
Abbildung 3.7: Allergien* in Kärnten nach Altersgruppen, 2006/2007 und 2014 .....	21
Abbildung 3.8: Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme des Bewegungsapparats in Kärnten nach Altersgruppen, 2014.....	22
Abbildung 3.9: Diabetes-Typ-2-Inzidenz nach Altersgruppen, Jahresdurchschnitt in Kärnten, 2012-2014.....	23
Abbildung 3.10: Inzidenz akuter Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall nach Geschlecht, Kärnten 2005-2014 .....	25
Abbildung 3.11: Inzidenz von akutem Myokardinfarkt und ischämischem Schlaganfall nach Altersgruppen und Geschlecht, Kärnten 2014 .....	25
Abbildung 3.12: Krebsinzidenz in Kärnten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2012.....	27
Abbildung 3.13: Häufigste Lokalisationen von Krebs-Neuerkrankungen in Kärnten nach Geschlecht, 2003- 2012, in Prozent.....	27
Abbildung 3.14: Krebsinzidenz bei Kärntnerinnen für ausgewählte Lokalisationen, 2003-2012.....	28

Abbildung 3.15: Krebsinzidenz bei Kärntnern für ausgewählte Lokalisationen, 2003-2012.....	28
Abbildung 3.16: Kärntner/innen mit einer ärztlich diagnostizierten Depression nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monats-Prävalenz), 2014.....	29
Abbildung 3.17: Verletzungen innerhalb der letzten 12 Monate nach Altersgruppen und Unfallart, Kärnten 2014.....	33
Abbildung 3.18: Akutstationäre Aufenthalte der Kärntner Bevölkerung aufgrund peritrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens nach Altersgruppen und Geschlecht, 2005-2014.....	34
Abbildung 3.19: Inzidenz ausgewählter meldepflichtiger Infektionskrankheiten in Kärnten, 2011-2015.....	36
Abbildung 3.20: Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag nach Bildung und Haushaltseinkommen, Kärnten 2014.....	38
Abbildung 3.21: Körperliche und/oder sensorische Einschränkungen der Kärntner Wohnbevölkerung, 2014....	39
Abbildung 3.22: Schwierigkeiten bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person bei ab 65-jährigen Kärntnerinnen/Kärntnern, 2014.....	42
Abbildung 3.23: Schwierigkeiten bei Erledigungen des Haushalts bei ab 65-jährigen Kärntnerinnen/Kärntner, 2014.....	43
Abbildung 3.24: Krankenstandstage ausgewählter Krankheitsgruppen bei KGKK erwerbstätigen versicherten Personen, 2014.....	44
Abbildung 3.25: Psychisch bedingte Krankenstandsfälle bei KGKK versicherten Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmern, 2005-2014.....	45
Abbildung 3.26: Lebensqualität der Kärntner Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, Mittelwerte, 2014.....	46
Abbildung 3.27: Lebensqualität der Kärntner Bevölkerung nach Bildung und Haushaltseinkommen, Mittelwerte, 2014.....	47
Abbildung 3.28: Lebensqualität chronisch kranker bzw. im Alltag gesundheitsbedingt eingeschränkter Kärntner/innen, Mittelwerte, 2014.....	48
Abbildung 3.29: Gesamtsterblichkeit in der Bandbreite der Versorgungsregionen und nach Geschlecht, Kärnten 2005-2014.....	50
Abbildung 3.30: Sterblichkeit nach Geschlecht, Altersgruppen und den häufigsten Todesursachen, Kärnten 2005-2014.....	51
Abbildung 3.31: Sterblichkeit der Kärntner Bevölkerung aufgrund der drei häufigsten Todesursachen nach Geschlecht, 2005-2014.....	51
Abbildung 3.32: Krebssterblichkeit bei Kärntnerinnen für ausgewählte Lokalisationen, 2005-2014.....	52
Abbildung 3.33: Krebssterblichkeit bei Kärntnern für ausgewählte Lokalisationen, 2005-2014.....	53
Abbildung 3.34: Sterblichkeit der Kärntner Bevölkerung aufgrund eines Myokardinfarkts und eines ischämischen Schlaganfalls nach Geschlecht, 2005-2014.....	53

Abbildung 3.35: Sterblichkeit der unter 70-jährigen Kärntner/innen nach Versorgungsregionen und Geschlecht, 2005-2014 .....	54
Abbildung 3.36: (Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre bei Kärntnerinnen nach Todesursachen in Prozent, 2014.....	55
Abbildung 3.37: (Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre bei Kärntnern nach Todesursachen in Prozent, 2014.....	56
Abbildung 3.38: Suizidrate in Kärnten nach Geschlecht im Vergleich zur Bundesländer-Bandbreite, 2005-2014.....	58
Abbildung 3.39: Suizidrate in Kärnten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2005-2014.....	58
Abbildung 4.1: Übergewicht und Adipositas nach Altersgruppen und Geschlecht, Kärnten 2006/2007 und 2014.....	61
Abbildung 4.2: Übergewicht und Adipositas nach Bildung und Haushaltseinkommen, Kärnten 2014 .....	62
Abbildung 4.3: Kärntner/innen mit Bluthochdruck nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014.....	63
Abbildung 4.4: Täglicher Obst- und Gemüsekonsum nach Altersgruppen und Geschlecht, Kärnten 2014 .....	66
Abbildung 4.5: Täglicher Obst- und Gemüsekonsum von Kärntner Männern nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014.....	66
Abbildung 4.6: Bewegungsverhalten der Kärntner Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, Mittelwerte, 2014.....	68
Abbildung 4.7: Bewegungsverhalten im Alltag* nach Altersgruppen und Geschlecht, Kärnten 2014.....	69
Abbildung 4.8: Raucherstatus der Kärntner/innen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014.....	71
Abbildung 4.9: Betroffenheit der Kärntner Bevölkerung von Passivrauch nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014.....	72
Abbildung 4.10: Betroffenheit der Kärntner Bevölkerung von intensivem* Passivrauch nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014.....	73
Abbildung 4.11: Alkoholkonsum der Kärntner Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014 .....	74
Abbildung 5.1: Österreicher/innen mit sehr guter oder guter Gesundheit nach Einkommensgruppen*, 2008 und 2014.....	78
Abbildung 5.2: Österreicher/innen mit chronischen Krankheiten und einer starken Beeinträchtigung durch ein gesundheitliches Problem nach Einkommensgruppen*, 2008 und 2014.....	79
Abbildung 5.3: Armutsindikatoren in Kärnten 2009-2014.....	79
Abbildung 5.4: Bildungsmobilität der 25- bis 64-jährigen Frauen in Österreich, 2007 und 2011/2012.....	84
Abbildung 5.5: Bildungsmobilität der 25- bis 64-jährigen Männer in Österreich, 2007 und 2011/2012 .....	85
Abbildung 5.6: Gesundheits- und Krankheitsindikatoren in Kärnten nach Erwerbsstatus (erwerbstätig vs. arbeitslos), 2014 .....	87
Abbildung 5.7: Arbeitslosigkeit in Kärnten nach Gesundheits- und Krankheitsindikatoren, 2014 .....	87

Abbildung 5.8: Kennzahlen zum Erwerbsstatus Kärntner Männer nach dem ILO-Konzept, 2005–2015.....	89
Abbildung 5.9: Kennzahlen zum Erwerbsstatus Kärntner Frauen nach dem ILO-Konzept, 2005–2015 .....	89
Abbildung 5.10: Atypische Beschäftigung in Kärnten nach Geschlecht, 2014.....	91
Abbildung 5.11: Arbeitslosenquote in Kärnten nach Arbeitsmarktbezirken, 2014.....	92
Abbildung 5.12: Langzeitarbeitslosigkeit in Kärnten, 2008–2014.....	93
Abbildung 5.13: Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen an allen Arbeitssuchenden nach Altersgruppen und Bildung, Kärnten 2014 .....	94
Abbildung 5.14: Kärntner/innen mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung nach Geschlecht, 2008– 2014.....	95
Abbildung 5.15: Personen in Kärntner Haushalten ohne Erwerb oder mit sehr geringer Erwerbsintensität, 2009–2014 .....	96
Abbildung 5.16: Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz, Kärntner Erwerbsbevölkerung 2013.....	97
Abbildung 5.17: Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung am Arbeitsplatz nach Geschlecht, Kärntner Erwerbsbevölkerung 2007 und 2013 .....	98
Abbildung 5.18: Arbeitsunfälle insgesamt und bei 15- bis 24-Jährigen nach Geschlecht, Kärnten 2005– 2015.....	100
Abbildung 5.19: Unselbstständig Erwerbstätige mit Überstunden inklusive Mehrstunden nach Geschlecht, Kärnten 2005–2015 .....	101
Abbildung 5.20: Soziale Unterstützung und Gesundheit – Krankheit und soziale Unterstützung, Kärnten, 2014.....	103
Abbildung 5.21: Soziale Unterstützung nach Altersgruppen, Kärnten 2014.....	104
Abbildung 5.22: Soziale Unterstützung (hoch) nach Bildung und Haushaltseinkommen, Kärnten 2014.....	104
Abbildung 6.1: Rotavirus: Durchimpfungsraten der Kärntner Geburtsjahrgänge 2007–2014 nach Teilimpfungen.....	115
Abbildung 6.2: Sechsfachimpfung: Durchimpfungsraten der Kärntner Geburtsjahrgänge 2012–2014 nach Teilimpfungen.....	116
Abbildung 6.3: Pneumokokken: Durchimpfungsraten der Kärntner Geburtsjahrgänge 2005–2013 nach Teilimpfungen.....	117
Abbildung 6.4: Mumps-Masern-Röteln: Durchimpfungsraten der Kärntner Geburtsjahrgänge 2005–2013 nach Teilimpfungen .....	118
Abbildung 6.5: Inanspruchnahme des Gebärmutterhals-Screenings durch Kärntnerinnen nach Bildung, Haushaltseinkommen und Migrationshintergrund, 2014 .....	122
Abbildung 6.6: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach) in Kärnten: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015 .....	125
Abbildung 6.7: Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte (Erstfach) in Kärnten: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015 .....	127

Abbildung 6.8: Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte nach ausgewählten Fachrichtungen, Kärnten 2014.....	128
Abbildung 6.9: Niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte (Erstfach) in Kärnten: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005-2015 .....	131
Abbildung 6.10: Leistungsbereiche selbständiger Ambulatorien in Kärnten, 2014 und 2016 .....	134
Abbildung 6.11: Apothekendichte in Kärnten nach Bezirken, 2015.....	136
Abbildung 6.12: Rettungsdienststandorte und Erreichbarkeit in Kärnten nach Gemeinden, 2015 .....	138
Abbildung 6.13: Stationäre Aufenthalte in Kärntner Akut-Krankenanstalten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014.....	144
Abbildung 6.14: Akutstationär versorgte Kärntner/innen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014 .....	146
Abbildung 6.15: Akutstationäre versorgte Kärntner/innen nach Hauptdiagnosegruppen*, 2005-2014 .....	148
Abbildung 6.16: Stationäre Aufenthalte in Kärntner Rehabilitationszentren nach Indikationsgruppen (Mindestdauer 8 Tage)*, 2005-2014 .....	152
Abbildung 6.17: Kärntner Patientinnen/Patienten in stationären Reha-Einrichtungen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014.....	153
Abbildung 6.18: Kärntner Patientinnen/Patienten in stationären Reha-Einrichtungen nach Indikationsgruppen* und Geschlecht, 2014.....	153
Abbildung 6.19: Pflegegeldbezieher/innen in Kärnten nach Pflegegeldstufen und Altersgruppen, 2014.....	155
Abbildung 6.20: Pflege- und Betreuungspersonen: Vollzeitäquivalente nach Angeboten in Kärnten, 2014.....	157
Abbildung 6.21: Betreute Kärntner/innen nach Diensten und Altersgruppen, 2014 .....	159
Abbildung 6.22: Betreute Kärntner/innen nach Diensten und Pflegegeldstufe, 2014.....	159
Abbildung 6.23: Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung .....	162
Abbildung 6.24: Kapazitäten der Hospiz- und Palliativversorgung in Kärnten, 2009 und 2014.....	163
Abbildung 6.25: Patientinnen/Patienten in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Kärnten und Österreich, 2014 .....	165
Abbildung 6.26: Hospiz- und Palliativversorgung in Kärnten: Verstorbene, Entlassene und Betreute, 2014 .....	166
Abbildung 6.27: Vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit in Kärnten nach Geschlecht, 2005-2014 .....	167
Abbildung 6.28: 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt in Kärntner Akut-Krankenanstalten nach Geschlecht, 2005-2014.....	168
Abbildung 6.29: 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall in Kärntner Akut-Krankenanstalten nach Geschlecht, 2005-2014 .....	169
Abbildung 6.30: Säuglingssterblichkeit in Kärnten im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1970-2014.....	171
Abbildung 6.31: Frühgeborenenrate und geringes Geburtsgewicht in Kärnten, 2005-2014.....	172

Abbildung 6.32: Kaiserschnitttrate in Kärnten im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1998-2014.....	173
Abbildung 6.33: Teenager-Geburten in Kärnten im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1998-2014 .....	174
Abbildung 6.34: Kärntner/innen mit akut- und teilstationären Aufenthalten aufgrund einer psychiatrischen Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht, absolut, 2014 .....	182
Abbildung 6.35: Kärntner/innen mit akut- und teilstationären Aufenthalten aufgrund einer psychiatrischen Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht, altersstandardisierte Rate, 2014 .....	183
Abbildung 6.36: Kärntnerinnen und Kärntner mit stationärem Aufenthalt mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Diagnosegruppen und Geschlecht, 2014.....	184
Abbildung 6.37: Unterbringungen ohne Verlangen nach UbG nach Altersgruppen und Geschlecht, Kärnten 2014.....	185
Abbildung 6.38: Unterbringungsrate in Kärnten im Vergleich zu Österreich im Zeitverlauf*, 2000-2015 .....	186
Abbildung 6.39: Kärntner/innen mit stationärem Reha-Aufenthalt aufgrund psychiatrischer Diagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht, absolut, 2014 .....	187
Abbildung 6.40: Kärntner/innen mit stationärem Reha-Aufenthalt aufgrund psychiatrischer Diagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht, altersstandardisierte Rate, 2014 .....	187
Abbildung 6.41: Kärntner Patientinnen und Patienten mit stationärem Reha-Aufenthalt aufgrund psychiatrischer Diagnosen nach Diagnosegruppen und Geschlecht, 2014 .....	188
Abbildung 7.1: Soziale Ungleichheit und ihre gesundheitsrelevanten Wirkungswege.....	191

## Tabellen

Tabelle 2.1: Indikatoren-Übersicht zu Kapitel 2 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks.....	8
Tabelle 3.1: Indikatoren-Übersicht zu Kapitel 3 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks.....	13
Tabelle 3.2: Karies-Prävalenz bei 6- und 12-jährigen Kindern in Kärnten, 2011/2012 und 2012/2013.....	31
Tabelle 4.1: Indikatoren-Übersicht zu Kapitel 4 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks.....	60
Tabelle 5.1: Indikatoren-Übersicht zu Kapitel 5 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks.....	77
Tabelle 5.2: Bildungsstand der Kärntner/innen im Alter von 25 bis 64 Jahren, 2014 .....	83
Tabelle 5.3: Bevölkerung nach Erwerbsstatus, Kärnten 2014.....	88
Tabelle 6.1: Indikatoren-Übersicht zu Kapitel 6 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks.....	111

Tabelle 6.2:	Inanspruchnahme ausgewählter fachärztlicher Leistungen nach Altersgruppen und Geschlecht (in % und absolut*), Kärnten 2014.....	129
Tabelle 6.3:	Kärntner Wohnbevölkerung im 15-, 20- und 25-Minuten-Einzugsbereich von Rettungsdienststandorten, 2015.....	138
Tabelle 6.4:	Kennzahlen der akutstationären Versorgung in Kärnten nach Fachbereichen*, 2005 und 2014.....	141
Tabelle 6.5:	Akutstationäre versorgte Kärntner/innen nach Hauptdiagnosegruppen*, 2014.....	147
Tabelle 6.6:	Medizinisch-technische Großgeräte in Kärnten, 2014 .....	149
Tabelle 6.7:	Systemisierte Betten, Bettenäquivalente und Aufenthalte in stationären Reha-Einrichtungen in Kärnten nach Indikationsgruppen*, 2012 und 2014.....	150
Tabelle 6.8:	Pflege- und Betreuungsangebote in Kärnten, 2011 und 2014 .....	157
Tabelle 6.9:	Betreute Personen in Kärnten nach Angeboten, 2011 und 2014.....	158
Tabelle 6.10:	Hospiz- und Palliativversorgung in Kärnten, Ist- und Soll-Stand 2014.....	163
Tabelle 6.11:	Hauptamtliche Mitarbeiter/innen der Hospiz- und Palliativversorgung in Kärnten nach Beruf, 2014.....	164
Tabelle 6.12:	Psychotherapeutinnen und -therapeuten nach Kärntner Bezirken, 1991, 2001, 2013 und 2014.....	176
Tabelle 6.13:	Klinische Psychologinnen und Psychologen nach Kärntner Bezirken, 1991, 2001, 2013 und 2014.....	177
Tabelle 6.14:	Inanspruchnahme der psychiatrischen und psychosomatischen akut- und teilstationären Versorgungsangebote in Kärnten nach behandelnden Abteilungen, 2014.....	182
Tabelle 7.1:	Gesundheitliche Ebene : Unterschiede nach Bildung, Haushaltseinkommen und Migrationshintergrund .....	193
Tabelle 7.2:	Individuelle Determinanten: Unterschiede nach Bildung, Haushaltseinkommen und Migrationshintergrund .....	195
Tabelle 7.3:	Gesundheitsversorgung: Unterschiede nach Bildung, Haushaltseinkommen und Migrationshintergrund .....	197

# Abkürzungen

µg/m <sup>3</sup>	Mikrogramm pro Kubikmeter
ÄAVE	Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten
ADL	Activities of daily life
AES	Adult Education Survey
AKL	Amt der Kärntner Landesregierung
ALQ	Arbeitslosenquote
AMI	Akuter Myokardinfarkt
AMS	Arbeitsmarktservice
ATHIS	Österreichische Gesundheitsbefragung
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BALI	Beschäftigung : Arbeitsmarkt : Leistungsbezieher : Informationen
BHS	Berufsbildende höhere Schule
BL-Bandbreite	Bundesländer-Bandbreite
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMI	Body-Mass-Index
BMS	Berufsbildende mittlere Schule
BMZ	Bettenmessziffer
CO	Kohlenstoffmonoxid
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
d <sub>3</sub> mft/D <sub>3</sub> MFT	Durchschnittliche Anzahl der kariösen, wegen Karies gezogenen oder gefüllten Zähne
dB	Dezibel
DCO	Death Certificate Only
DLD	Diagnose- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
DVHÖ	Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EU	Europäische Union
EU-SILC	Statistics on Income and Living Conditions
EVP	Erwerbstätige versicherte Person
EW	Einwohner/innen
FÄ	Fachärzte/Fachärztinnen
FKA	Fonds-Krankenanstalt/en
g	Gramm
GF	Gesundheitsförderung
GG	Medizinisch-technische Großgeräte
GMF	Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
HiAP	Health in All Policies
HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
HPE	Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter
HVB/HVSVT	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IADL	Instrumental Activities of Daily Living



ICD	International Classification of Diseases
IG-L	Immissionsschutzgesetz Luft
ILO	Internationale Arbeitsorganisation
ISCED	International Standard Classification of Education
KA	Krankenanstalt/en
KABEG	Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft
KGF	Kärntner Gesundheitsfonds
KGKK	Kärntner Gebietskrankenkasse
KH	Krankheit/en
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ktn.	Kärntner
Lden/Lnight	Lärmindizes
LISA	Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte
m	Meter
MAHC	Mortality Amenable to Health Care
mmHg	Millimeter Quecksilbersäule (Druckangabe in der Medizindiagnostik)
MMR	Masern – Mumps – Röteln
NO <sub>2</sub>	Stickstoffdioxid
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
NO <sub>x</sub>	Stickstoffoxide
NTA	Null-Tage-Aufenthalte
O <sub>3</sub>	Ozon
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
OBSAN	Schweizer Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖGE	Österreichische Gesellschaft für Ernährung
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
p. a.	per anno
PFG	Pflegefondsgesetz
PHMF	Public Health Monitoring Framework
PIM	Potenziell inadäquate Medikation
PM	Feinstaub
PSO	Psychosomatik
PYLL	Potential Years Life Lost
R-GZ	Rahmen-Gesundheitsziele
RKI	Robert Koch Institut
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SO <sub>2</sub>	Schwefeldioxid
SV	Sozialversicherung
UbG	Unterbringungsgesetz
VR	Versorgungsregion
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZÄK	Österreichische Zahnärztekammer
ZS-G MVKO	Zielsteuerung-Gesundheit: Outcome-Messung im Gesundheitswesen

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage, Ziele und Zielgruppen

Mit dem Kärntner Gesundheitsbericht 2016 werden Aussagen zur gesundheitlichen Lage und zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Kärntner Bevölkerung sowie zur Kärntner Gesundheitsversorgung getroffen. Zudem werden die Lebensverhältnisse der Kärntner Bevölkerung dargestellt und – im Sinne von Health in All Policies (HiAP) – gesundheitsrelevante Zusammenhänge zu anderen Politikbereichen aufgezeigt. Auf die drei Bereiche Arbeitslosigkeit, Abwanderung und Armut („Triple-A“) wird besonders Bedacht genommen.

Der Gesundheitsbericht 2016 ist – entsprechend den Empfehlungen der Plattform Gesundheitsberichterstattung, die eine regelmäßige Aktualisierung empfiehlt (z. B. in einem Abstand von 5 Jahren für Basisgesundheitsberichte) – als periodische Fortschreibung der Kärntner Gesundheitsberichterstattung konzipiert. Auch in der aktuellen 15-a-Vereinbarung „Zielsteuerung-Gesundheit“ ist in § 4 festgehalten, dass sich Bund, Länder und Sozialversicherung in ihren Maßnahmen zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit an Public-Health-Grundsätzen orientieren, die auch eine systematische Gesundheitsberichterstattung beinhalten (Zielsteuerung-Gesundheit 2013).

Laut Kärntner Regierungsprogramm 2013–2018 sind insbesondere Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken. Der Kärntner Gesundheitsbericht soll eine fundierte Grundlage für gesundheitspolitische Interventionen in diesen Bereichen schaffen. Ziel ist auch, die Weiterentwicklung des Kärntner Gesundheitssystems und die Verankerung von Gesundheit in allen Politikfeldern (HiAP) zu unterstützen. Der Bericht soll Steuerungsimpulse geben und Handlungsfelder aufzeigen.

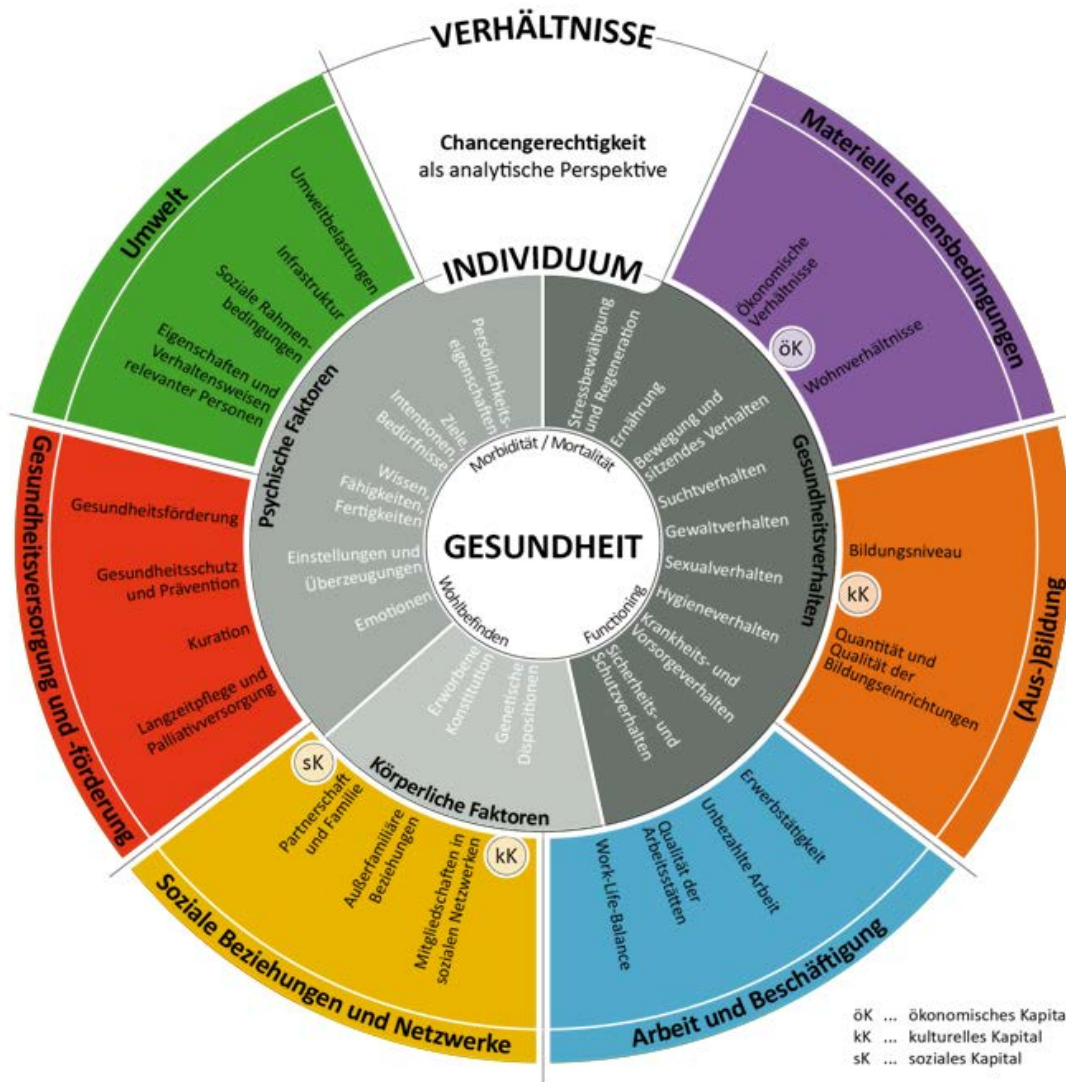
Darüber hinaus schließt der Kärntner Gesundheitsbericht sowohl inhaltlich, als auch methodisch an Monitorings aktueller Gesundheitsstrategien an und schafft damit einen integrierten Gesamtüberblick. An gegebener Stelle wird jeweils Bezug zu den Rahmen-Gesundheitszielen, zur „Zielsteuerung-Gesundheit“ sowie zu wichtigen internationalen Strategien und Frameworks hergestellt.

Zielgruppen des Berichts sind Entscheidungsträger/innen diverser Ressorts auf Landesebene, die interessierte Fachöffentlichkeit sowie Expertinnen und Experten in Wissenschaft und Lehre.

## 1.2 Determinanten der Gesundheit

An der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde ein Modell zur Beobachtung der öffentlichen Gesundheit, ihrer Determinanten und deren Wirkung entwickelt (Public Health Monitoring Framework, PHMF; s. Abbildung 1.1).

Abbildung 1.1:  
Modell zur Beobachtung der öffentlichen Gesundheit und ihrer Determinanten



Quelle: Griebler/Winkler 2015

Das Framework basiert auf internationalen gesundheitswissenschaftlichen Modellen, versucht deren Stärken zu kombinieren und systematisiert relevante Determinanten der Gesundheit (s. Griebler/Winkler 2015). Es knüpft an internationale Entwicklungen an, in denen der Determinanten-Orientierung auf Verhältnisebene (zur Unterstützung des HiAP-Ansatzes) Rechnung getragen wird, und schafft einen Rahmen für Monitoring im Gesundheitsbereich.

Das Framework bildet ein Gesundheitsverständnis ab, das durch nachstehende Punkte gekennzeichnet ist:

1. Gesundheit ist ein multidimensionales Konzept, das nicht anhand einzelner Variablen bestimmbar ist. In Anlehnung an die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und weiterführende Arbeiten (vgl. Becker 2006; WHO 1946) wird unter Gesundheit
  - » Freisein von körperlichen und/oder psychischen Krankheiten und Beschwerden,
  - » uneingeschränkte Leistungs- und Handlungsfähigkeit (im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; s. WHO 2005) und
  - » umfassendes Wohlbefinden (körperlich, psychisch und sozial) verstanden.
 Der Gesundheitszustand einer Person ist demnach das Ergebnis des Zusammenspiels dieser Dimensionen und ihrer graduellen Ausprägungen. Krankheit wird nicht als Gegenpol zu Gesundheit verstanden, sondern ist ein Bestandteil eines umfassenden Gesundheitskonzepts. Der Fokus liegt damit nicht auf einem „Entweder/Oder“ (gesund oder krank), sondern auf dem Zusammenspiel der genannten Dimensionen (Krankheit, Wohlbefinden und Leistungs- und Handlungsfähigkeit).
2. Gesundheit geht aus dauerhaften und permanenten Entwicklungs- und Entfaltungsprozessen hervor (Antonovsky 1997; Pelikan 2007).
3. Damit ist Gesundheit das Ergebnis mehr oder weniger gelungener Adaptions- und Reproduktionsprozesse unter Maßgabe individueller und „gesellschaftlicher“ Bedingungen (Becker 2001; Dubos 1959; Parsons 1981; Pelikan 2007).

Gemäß Punkt 3 unterscheidet das Framework zwischen individuellen und verhältnisbezogenen (gesellschaftlichen) Gesundheitsdeterminanten. **Verhältnisdeterminanten** werden im Framework durch 6 Themenfelder abgebildet (äußerer Ring des Frameworks; s. Abbildung 1.1). Die darunter gefassten Faktoren wirken sich entweder direkt (im Sinne einer Exposition) oder indirekt (d. h. über individuelle Faktoren vermittelt) auf die Gesundheit aus und stehen untereinander in komplexen Wechselwirkungen:

- » Materielle Lebensbedingungen (ökonomische Verhältnisse, Wohnverhältnisse),
- » (Aus-)Bildung (Bildungsniveau, Quantität und Qualität der Bildungseinrichtungen),
- » Arbeit und Beschäftigung (Erwerbstätigkeit [und Arbeitslosigkeit], unbezahlte Arbeit [z. B. Pflege], Qualität der Arbeitsstätten, Work-Life-Balance),
- » Soziale Beziehungen und Netzwerke (Partnerschaft und Familie, außerfamiliäre Beziehungen, Mitgliedschaften in sozialen Netzwerken),
- » Gesundheitsversorgung und -förderung (Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Langzeitpflege und Palliativversorgung) sowie
- » Umwelt (Umweltbelastungen, Infrastruktur, soziale Rahmenbedingungen).

Die Themenfelder können mit speziellen Settings hinterlegt werden (z. B. Kindergarten, Schule, Universität, Betrieb, Familie, Peers, Gesundheitseinrichtungen, Gemeinde, Stadt, Community) und sind – im Sinne von HiAP – durch verschiedene Politikbereiche adressierbar (Soziales, Bildung, Wirtschaft, Jugend, Familie, Gesundheit, Umwelt).

Auf Ebene der **individuellen Determinanten** (grauer Ring des Frameworks; s. Abbildung 1.1) wird zwischen körperlichen und psychischen Faktoren sowie dem Gesundheitsverhalten unterschieden. Letzteres subsumiert alle gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, also auch das Risiko- und Vorsorgeverhalten sowie das Verhalten bei Krankheit (Waller 1996). Geclustert können diese Verhaltensweisen als unterschiedliche Lebensstile interpretiert werden (Siegrist 2003), die sowohl von individuellen Faktoren (z. B. Einstellungen und Überzeugungen) als auch von gesellschaftlichen Faktoren geprägt und beeinflusst sind (Blaxter 1990; Cockerham 2005). Wie bei

den Verhältnisdeterminanten wird auch bei den individuellen Determinanten von komplexen Wechselwirkungen ausgegangen. Diese Faktoren beeinflussen die Gesundheit mehrheitlich direkt (Griebler/Dür 2009).

Das Thema **Chancengerechtigkeit** gewinnt vor dem Hintergrund wachsender sozioökonomischer Unterschiede und der Erkenntnis, dass von den Erfolgen der Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte sozioökonomisch Benachteiligte weniger oder kaum profitieren (Klein et al. 2015), gesundheitspolitisch zusehends an Bedeutung. Sie wird im Public Health Monitoring Framework der GÖG als eine analytische Kategorie geführt, die durch eine systematische Stratifizierung aller Indikatoren nach Haushaltseinkommen, Bildung, Geschlecht und Migrationshintergrund bearbeitet werden kann. Im vorliegenden Kärntner Gesundheitsbericht wird das Thema Chancengerechtigkeit in einem eigenen Kapitel behandelt (s. Kapitel 7).

Trotz seiner klaren Systematik lässt das Public Health Monitoring Framework Gestaltungsspielräume offen – vor allem, da zwischen einzelnen Themenfeldern inhaltliche Überschneidungen bestehen. Nach dem Setting-Ansatz etwa können außerfamiliäre Beziehungen nicht nur unter dem Themenfeld „Soziale Beziehungen und Netzwerke“, sondern auch unter „(Aus-)Bildung“, „Arbeit und Beschäftigung“ oder unter dem Themenfeld „Gesundheitsversorgung und -förderung“ thematisiert werden, sofern es sich um Beziehungen in der Schule, am Arbeitsplatz oder in der Gesundheitsversorgung handelt. Individuelle Faktoren (z. B. Lesekompetenz [Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten] oder Arbeitsüberforderung [Emotionen]) können nicht nur auf der individuellen Ebene, sondern (im Sinne von Systemoutcomes) auch auf der Verhältnisebene angesprochen werden. Ihre Verortung ist deshalb eine Frage der Akzentuierung und Fokussierung.

Die Darstellung des Frameworks impliziert – was Größe und Positionierung der bunt- und graugefärbten Segmente anbelangt – weder eine Gewichtung (im Sinne der Größenverhältnisse) noch eine explizite Zusammengehörigkeit (im Sinne der aneinander angrenzenden Bereiche).

## 1.3 Aufbau und Inhalt des Berichts

Der Kärntner Gesundheitsbericht orientiert sich in Inhalt und Aufbau an dem an der GÖG entwickelten Public Health Monitoring Framework (s. Abbildung 1.1). Da es jedoch teilweise (generell oder auf Landesebene) an Daten mangelt, können nicht alle Bereiche, entsprechend ihrer Bedeutung für Gesundheit im Kärntner Gesundheitsbericht abgebildet werden.

Der Bericht ist in sechs große Kapitel gegliedert:

- » Demografie
- » Gesundheitszustand
- » individuelle Gesundheitsdeterminanten
- » verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten
- » Gesundheitsversorgung und -förderung
- » Chancengerechtigkeit

Im Kapitel zur **Demografie** (Kapitel 2) wird die Kärntner Bevölkerungsstruktur und -entwicklung beschrieben. Der **Gesundheitszustand** (Kapitel 3) wird über die Lebenserwartung und Sterblichkeit, die selbsteingeschätzte

Gesundheit und Lebensqualität, über Krankheiten und Beschwerden sowie über die Leistungs- und Handlungsfähigkeit abgebildet. Im Bereich der **individuellen Gesundheitsdeterminanten** (Kapitel 4) gibt es vor allem bei den psychischen Faktoren große Datendefizite, sodass sich der Inhalt – abgesehen von einigen körperlichen Faktoren – auf zentrale Indikatoren zum Gesundheitsverhalten (Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum) beschränkt. Die **verhältnisbezogenen Determinanten** (Kapitel 5) werden auf Basis des PHMF in materielle Lebensbedingungen, (Aus-)Bildung, Arbeit und Beschäftigung, soziale Beziehungen/Netzwerke und Umwelt gegliedert. Auch der Bereich **Gesundheitsversorgung und -förderung** (Kapitel 6) ist (gemäß PHMF) als Verhältnisdeterminante zu sehen. Er liegt jedoch überwiegend im Wirkungsbereich des Gesundheitsressorts und wird deshalb in einem eigenen Kapitel dargestellt. Hier geht es um Gesundheitsförderung/Prävention, um ambulante und stationäre Versorgung, um Rehabilitation und um die Situation in der Langzeitpflege, Hospiz- und Palliativversorgung. Zudem werden ausgewählte Outcome-Indikatoren zur Versorgungsqualität thematisiert (Abschnitt 6.9) sowie drei spezifische Versorgungsthemen aufgegriffen (Abschnitt 6.10). In Kapitel 7 werden Ergebnisse zur **Chancengerechtigkeit** (Unterschiede nach Bildung, Einkommen, Migrationshintergrund und Geschlecht) zusammengefasst. Je nach Datenverfügbarkeit werden Ergebnisse zur **Chancengerechtigkeit** auch in den Kapiteln 3 bis 6 angesprochen und grafisch illustriert. Die **Schlussbetrachtung** am Ende des Berichts rundet die Darstellung ab.

Der Bericht ist indikatoren- bzw. datenorientiert aufgebaut und verzichtet auf jegliche Prosa. Lediglich bei den Determinanten der Gesundheit wird einleitend der Zusammenhang mit der Gesundheit dargestellt. Die Datenanalysen werden größtenteils grafisch aufbereitet und textlich kurz beschrieben. Wichtige Informationen zu Definitionen und Datenquellen sowie deren Limitationen finden sich in grau hinterlegten Boxen.

Bei Befragungs- bzw. Stichprobenergebnissen wird nur auf signifikante Ergebnisse eingegangen. Altersstandardisierte Ergebnisse beziehen sich – sofern nicht anders erwähnt – auf die Europa-Bevölkerung 2013.

Einleitend zu jedem Kapitel wird dargestellt, in welchen der folgenden Strategien und Modelle die Indikatoren des Kärntner Gesundheitsberichts ebenfalls verwendet werden:

- » Rahmen-Gesundheitsziele (R-GZ): Berücksichtigt sind hier nicht nur die Meta-Indikatoren aus dem Baseline-Bericht, sondern auch die Wirkungsziel-Indikatoren der bis dato operationalisierten R-GZ (1, 2, 3, 6 und 8). Die Angaben beziehen sich auf den derzeitigen Stand. Mit der Operationalisierung der restlichen R-GZ werden zukünftig noch weitere Indikatoren hinzukommen.  
(<http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/>; Stand: 1. Juli 2016)
- » Zielsteuerung-Gesundheit: Outcome-Messung im Gesundheitswesen: Die 38 Indikatoren wurden unter Einbeziehung der drei Kurien Bund, Länder und Sozialversicherung erarbeitet und im Jahr 2015 beschlossen. Sie dienen der Outcome-Messung im Gesundheitswesen.  
(BMG 2015b)
- » WHO Health 2020: Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert  
(WHO 2013; WHO 2015b)
- » Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework (GMF): Das Framework wurde 2012/2013 von der WHO zur Beobachtung der Verbreitung von nicht übertragbaren Krankheiten und diesbezüglicher Risikofaktoren entwickelt, umfasst neun globale Ziele und 25 Indikatoren.  
(<http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators-definition/en/>; Stand 1. Juli 2016)

- » Health at a Glance: Indikatoren der OECD, die im Rahmen der jährlichen Publikation „Health at a Glance“ veröffentlicht werden und der Performance-Messung nationaler Gesundheitssysteme dienen. (OECD 2014)

**Regionale Vergleiche** werden – nach Möglichkeit – auf zwei Ebenen angestellt: Der überregionale Vergleich stellt in der Regel die Maximal- und Minimalwerte der neun Bundesländer dar (BL-Bandbreite). Dies kann als Anhaltspunkt dafür dienen, welche Ziele in Österreich erreichbar sein sollten. Der österreichische Durchschnitt wird nur punktuell zum Vergleich herangezogen. Innerhalb von Kärnten werden zumeist die Versorgungsregionen verglichen. In Ausnahmefällen, wie etwa in der Demografie, ist es sinnvoll, auf Bezirksebene zu differenzieren.

Bei den Versorgungsregionen handelt es sich um eine an sozioökonomischen Verflechtungen und topographischen Kriterien orientierte Einteilung des österreichischen Bundesgebiets, die dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) zugrunde liegt. Ihr zufolge wird Österreich in 32 Versorgungsregionen eingeteilt, denen die politischen Bezirke zugrundeliegen. Einzig der Bezirk Wien Umgebung wurde (auf Gemeindeebene) auf drei unterschiedliche Versorgungsregionen aufgeteilt.

- » Kärnten-Ost: Klagenfurt (Stadt), Klagenfurt-Land, Völkermarkt, Wolfsberg, St. Veit an der Glan, Feldkirchen
- » Kärnten-West: Villach (Stadt), Villach-Land, Hermagor, Spittal an der Drau

Soweit möglich referenzieren die Daten auf das Jahr 2014. Zeitliche Entwicklungen werden meist auf Basis der letzten zehn Jahre dargestellt (2005–2014). Je nach Datenquelle war es aber teilweise notwendig, davon abzuweichen. In manchen Fällen ist es außerdem sinnvoll, eine längerfristige Entwicklung aufzuzeigen, etwa für die Kaiserschnittquote oder die Frühgeburtenrate.

**Chancengerechtigkeit** wird, wie oben erwähnt, neben der Differenzierung nach Geschlecht über die Stratifizierung aller Indikatoren nach Bildung, Haushaltseinkommen und Migrationshintergrund abgebildet (je nach Datenverfügbarkeit). Dies ist vor allem auf Basis der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS) möglich.

In Bezug auf die **Bildung** werden drei Bildungskategorien (des jeweils höchsten Bildungsabschlusses einer Person) unterschieden:

- » Pflichtschulabschluss oder gar kein Schulabschluss (maximal Pflichtschulabschluss)
- » Abschluss einer Lehre oder berufsbildenden mittleren Schule
- » Abschluss einer höheren Schule (mit Matura), Fachhochschule oder universitären Ausbildung

Die ATHIS-Auswertungen nach Bildung beziehen sich allesamt auf die Bevölkerung ab 30 Jahren.

Die Stratifizierung nach dem **Einkommen** erfolgt anhand der von Statistik Austria bereitgestellten Einkommensquintile. Die entsprechenden Einkommensdaten stammen aus der Einkommensstatistik. Es handelt sich dabei um das Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen, das in fünf Gruppen unterteilt ist. Das äquivalisierte Nettohaushaltseinkommen ist das verfügbare Haushaltseinkommen dividiert durch die Summe der Konsumäquivalente eines Haushalts. Dabei wird unterstellt, dass mit zunehmender Haushaltsgröße und abhängig vom Alter der Kinder eine Kostenersparnis erzielt wird. Demzufolge wird das Haushaltseinkommen mit der so genannten EU-Skala (modifizierte OECD-Skala) gewichtet: Für jeden Haushalt wird ein Grundbedarf angenommen, die erste erwachsene Person eines Haushalts erhält daher ein Gewicht von 1. Für jede weitere erwachsene Person wird ein Gewicht

von 0,5 und für Kinder unter 14 Jahren ein Gewicht von 0,3 angenommen. Auch die ATHIS-Auswertungen nach Einkommen beziehen sich auf die Bevölkerung ab 30 Jahren.

Als Kriterium für den **Migrationshintergrund** gilt im vorliegenden Bericht der Geburtsort der Eltern. Ein Migrationshintergrund liegt dann vor, wenn beide Elternteile im Ausland geboren sind (=beidseitiger Migrationshintergrund); kein Migrationshintergrund liegt vor, wenn nur ein Elternteil im Ausland geboren ist. Dies ist also ein recht grober Indikator, der die Heterogenität der betreffenden Personen (z. B. hinsichtlich ihrer Geburtsländer oder jener ihrer Eltern) unberücksichtigt lässt. Die ATHIS-Auswertungen nach Migrationshintergrund beziehen sich auf die ab 15-jährige Bevölkerung und stützen sich auf zusätzliche Daten von Statistik Austria. Dem ATHIS zufolge ist die Kärntner Bevölkerung mit Migrationshintergrund häufiger weiblich, deutlich jünger, häufiger arbeitslos, hat ein geringes Haushaltseinkommen und weist häufiger maximal einen Pflichtschulabschluss bzw. seltener einen Lehr- oder BMS-Abschluss auf.



## 2 Demografie

Demografische Indikatoren sind unerlässlich in Gesundheitsberichten, sind aber im Normalfall kein Element von Gesundheitszielen und Strategien (s. Tabelle 2.1). Sie verdeutlichen jedoch, wie sich eine Gesellschaft demografisch entwickelt und geben – z. B. im Sinne einer immer älterwerdenden Bevölkerung – Hinweise hinsichtlich zukünftiger Herausforderungen (Pflege, chronische Krankheiten etc.; s. Kapitel 3).

Tabelle 2.1:

Indikatoren-Übersicht zu Kapitel 2 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks

Indikatoren	Gesundheitsstrategien und Frameworks				
	R-GZ	ZS-G MVKO	Gesundheit 2020	GMF	Health at a Glance
Bevölkerungsstand					
Bevölkerungsstruktur					✓
Bevölkerungsentwicklung					

R-GZ = Rahmen-Gesundheitsziele

ZS-G MVKO = Zielsteuerung-Gesundheit: Outcome-Messung im Gesundheitswesen

GMF = Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

### 2.1 Bevölkerungsstand

Im Jahr 2014 leben in Kärnten rund 556.600 Personen (Jahresdurchschnittswerte). Das sind 6,5 Prozent der österreichischen Bevölkerung. Gemessen an der Zahl der Einwohner/innen (EW) ist Kärnten damit das sechstgrößte Bundesland Österreichs.

Die drei einwohnerstärksten Bezirke sind die Landeshauptstadt Klagenfurt (rund 97.000 EW), Spittal an der Drau (rund 77.000 EW) und Villach-Land (rund 64.000 EW).

In der Versorgungsregion (VR) Kärnten-Ost leben rund 337.000 Kärntner/innen (61 % der Bevölkerung), in Kärnten-West rund 220.000 (39 %).

### 2.2 Bevölkerungsstruktur

#### Altersstruktur

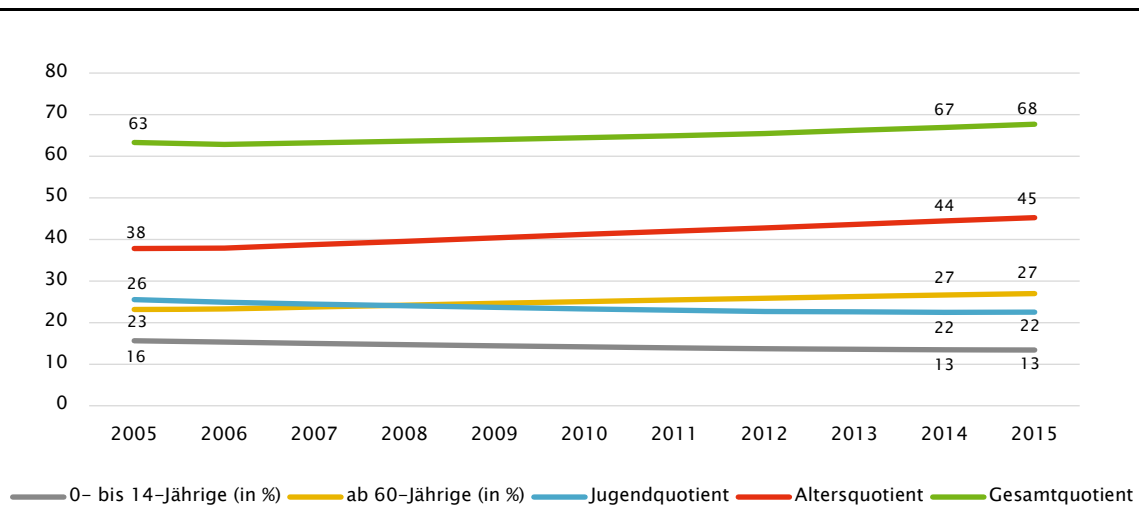
Im Jahr 2014 wohnen in Kärnten rund 75.000 0- bis 14-Jährige, 93.000 15- bis 29-Jährige, 240.000 30- bis 59-Jährige und 148.000 ab 60-Jährige (davon: 53.000 im Alter von 75+). Damit besteht die Kärntner Bevölkerung zu rund 14 Prozent aus 0- bis 14-Jährigen (BL-Bandbreite: 13-16 %) und zu 27 Prozent aus ab 60-Jährigen (BL-

Bandbreite: 22-27 %). Das Durchschnittsalter der Kärntner/innen beträgt rund 44 Jahre (Frauen: 45 Jahre; Männer: 43 Jahre) und ist seit 2005 um 2,7 Jahre gestiegen. Im Jahr 2014 sind 50 Prozent der Bevölkerung 46 Jahre oder älter.

Der Anteil der unter 15-Jährigen nimmt in Kärnten kontinuierlich ab (seit 2005 um insgesamt 3 Prozentpunkte) und liegt 2015 bei 13 Prozent. Der Anteil der ab 60-Jährigen nimmt hingegen stetig zu (seit 2005 um insgesamt 4 Prozentpunkte) und liegt 2015 bei 27 Prozent. Dementsprechend sinkt auch der Jugend- und steigt der Altersquotient. Die Gesamtbelastung (bezogen auf die 15- bis 59-Jährigen) nimmt insgesamt zu (s. Abbildung 2.1).

Abbildung 2.1:

Anteil der 0- bis 14-Jährigen sowie der ab 60-Jährigen an der Kärntner Bevölkerung; Jugendquotient, Altersquotient und Gesamtquotient, 2005-2015



Jugendquotient: Bevölkerung 0 bis 14 Jahre auf 100 Personen im Alter von 15 bis 59 Jahren  
 Altersquotient: Bevölkerung 60 Jahre und älter auf 100 Personen im Alter von 15 bis 59 Jahren  
 Gesamtquotient: Bevölkerung 0 bis 14 Jahre und 60 Jahre und älter auf 100 Personen im Alter von 15 bis 59 Jahren

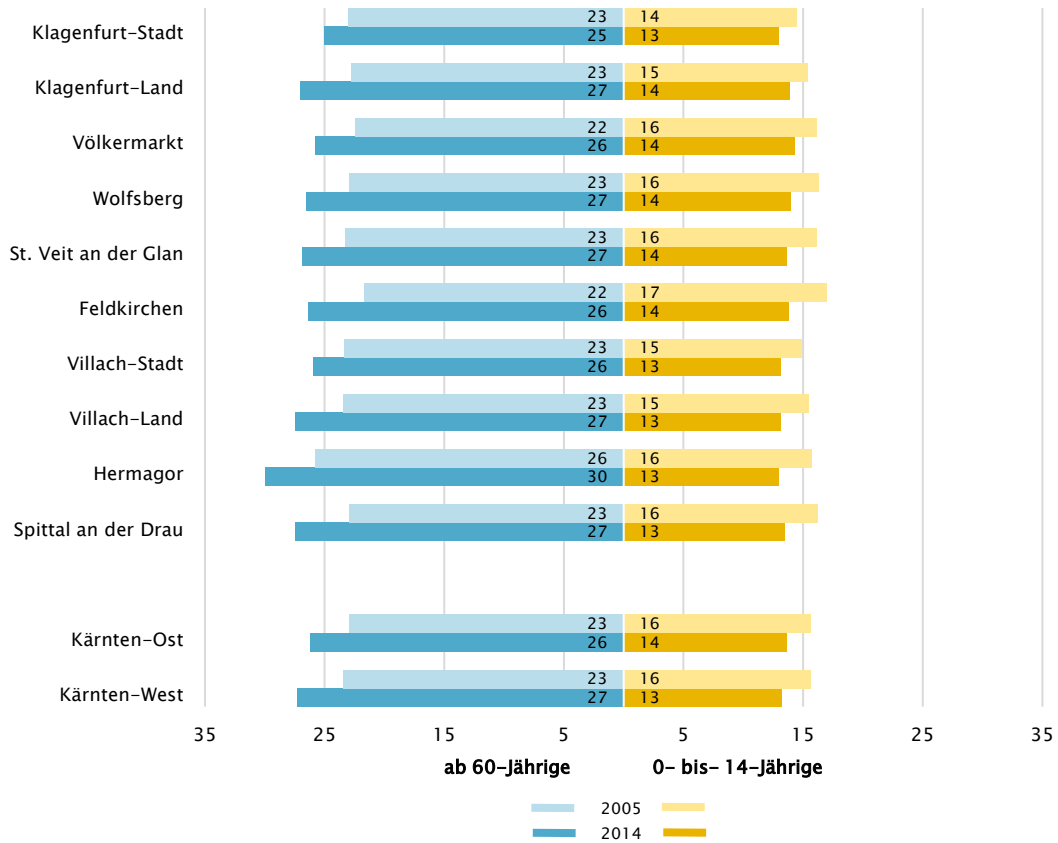
Quelle: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2005-2015  
 Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

In allen Bezirken ist im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2014 der Anteil der jungen Bevölkerung rückläufig, während der Anteil der älteren Bevölkerung zunimmt. Der Rückgang der unter 15-Jährigen liegt je nach Bezirk zwischen 1 und 3 Prozentpunkten, der Anstieg der ab 60-Jährigen zwischen 2 und 5 Prozentpunkten (s. Abbildung 2.2).

In der VR Kärnten-Ost sind 26 Prozent der EW 60 Jahre oder älter, in der VR Kärnten-West 27 Prozent.

Abbildung 2.2:

Anteil der 0- bis 14-Jährigen sowie der ab 60-Jährigen an der Kärntner Bevölkerung nach Bezirken und Versorgungsregionen, 2005 und 2014



Quelle: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2005 und 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

### Geschlecht

51 Prozent der Kärntner Bevölkerung sind Frauen (BL-Bandbreite: 51-52 %). Der Frauenanteil variiert je nach Bezirk zwischen 50 und 53 Prozent und beträgt in den VR jeweils 51 Prozent.

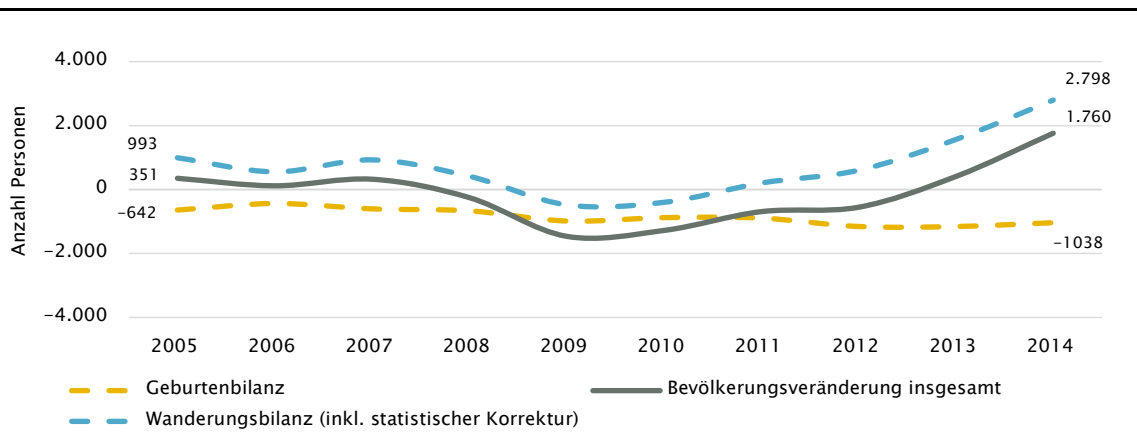
### Migrationshintergrund

Rund 69.000 Kärntnerinnen und Kärntner weisen einen Migrationshintergrund auf (beide Eltern wurden im Ausland geboren); das entspricht einem Bevölkerungsanteil von 13 Prozent (BL-Bandbreite: 12-42 %).

## 2.3 Bevölkerungsentwicklung

Im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2014 ist in Kärnten die Einwohnerzahl um 0,4 Prozent gesunken (BL-Bandbreite: -0,4 bis +8,5 %). Kärnten ist damit das einzige Bundesland mit sinkender Einwohnerzahl. Seit 2013 zeichnet sich jedoch aufgrund der Zuwanderung wieder ein Bevölkerungszuwachs ab. Die Geburtenbilanz ist weiterhin negativ (2014: -1.000 Personen; s. Abbildung 2.3).

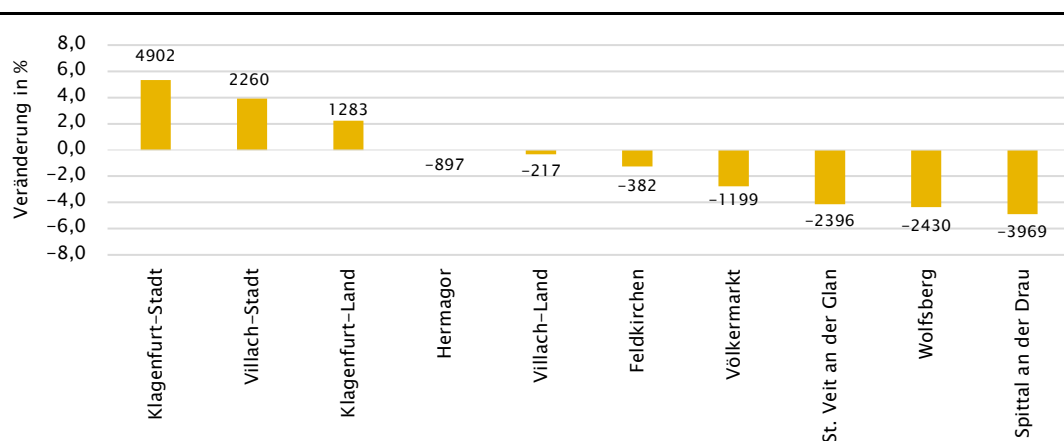
Abbildung 2.3:  
Bevölkerungsveränderung in Kärnten, 2005-2014



Quelle: Statistik Austria - Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung 2005-2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Es gibt in Kärnten nur 3 Bezirke, die im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2014 einen Bevölkerungszuwachs verzeichneten (Klagenfurt-Stadt, Klagenfurt-Land und Villach-Stadt). In 4 Bezirken beträgt der Bevölkerungsrückgang mehr als 4 Prozent (Hermagor, Spittal an der Drau, St. Veit an der Glan und Wolfsberg; s. Abbildung 2.4).

Abbildung 2.4:  
Bevölkerungsveränderung in Kärnten nach Bezirken (inkl. Absolutwerte), 2005 bis 2014



Quelle: Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2005 und 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

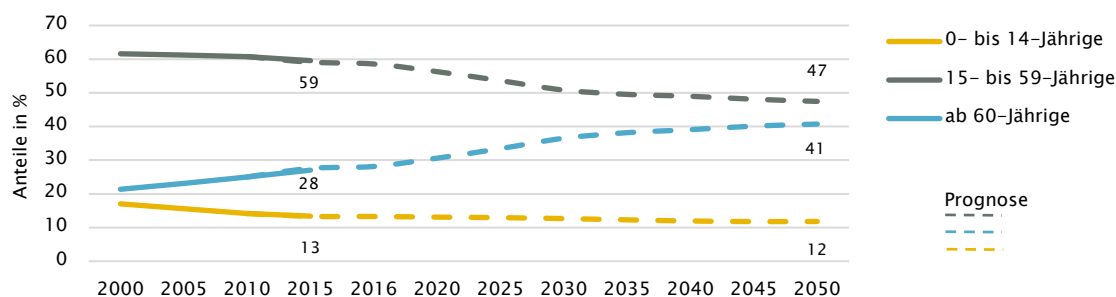
## Bevölkerungsprognose

Die Bevölkerungsprognose von Statistik Austria geht davon aus, dass die Kärntner Bevölkerung im Zeitraum 2015 bis 2050 – bei gleichbleibender Entwicklung der Geburten- und Wanderungsbilanz und ungeachtet einer starken Zuwanderungsrate, wie sie etwa 2015 durch die starke Migrationsbewegung verursacht wurde – um 3,8 Prozent abnehmen wird (von derzeit rund 558.000 auf 537.000). Das würde für die Bevölkerungsstruktur Folgendes bedeuten (s. Abbildung 2.5):

- » Der Anteil der unter 15-Jährigen sinkt um einen weiteren Prozentpunkt (von 13 auf 12 %).
- » Der Anteil der 15- bis 59-Jährigen sinkt noch stärker, nämlich um rund 12 Prozentpunkte (von 59 auf 47 %).
- » Der Anteil der ab 60-Jährigen steigt um 13 Prozentpunkte (von 28 auf 41 %).

Abbildung 2.5:

Bevölkerungsprognose für Kärnten nach Altersgruppen bis 2050



Quelle: Statistik Austria – Bevölkerungsprognose 2015  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

*Jugendquotient* = Bevölkerung von 0 bis 14 Jahren pro 100 Personen im Alter von 15 bis 59 Jahren

*Altersquotient* = Bevölkerung 60 Jahre und älter pro 100 Personen im Alter von 15 bis 59 Jahren

*Gesamtquotient* = Bevölkerung 0 bis 14 sowie 60 Jahre und älter pro 100 Personen im Alter von 15 bis 59 Jahren

*Geburtenbilanz* = Lebendgeborene minus Gestorbene; ein positiver Saldo wird als Geburtenüberschuss bezeichnet, ein negativer Saldo als Geburtendefizit oder Sterbefallüberschuss.

*Wanderungsbilanz* = Differenz zwischen Zuzügen in und Wegzügen aus der jeweils betrachteten Gebietseinheit; ein positiver Wanderungssaldo (Zuzüge minus Wegzüge) wird als Wanderungsgewinn, ein negativer Wanderungssaldo auch als Wanderungsverlust bezeichnet.

Die berichteten Ergebnisse beruhen auf der Statistik des Bevölkerungsstandes, der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung und der Bevölkerungsprognose 2015 (Statistik Austria).

### 3 Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand der Kärntner Bevölkerung wird anhand nachstehender Indikatoren beschrieben:

- » Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit
- » selbsteingeschätzter Gesundheitszustand
- » Krankheiten und Beschwerden (differenziert nach chronischen Krankheiten, Karies, Verletzungen und meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten)
- » Leistungs- und Handlungsfähigkeit (inklusive Krankenstände)
- » Lebensqualität
- » (vorzeitige) Sterblichkeit (mit einem Exkurs zu Suizid)

Viele dieser Indikatoren werden auch in anderen Strategien für mehr Gesundheit verwendet (s. Tabelle 3.1).

Tabelle 3.1:

Indikatoren-Übersicht zu Kapitel 3 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks

Indikatoren	Gesundheitsstrategien und Frameworks				
	R-GZ	ZS-G MVKO	Gesundheit 2020	GMF	Health at a Glance
Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit	✓	✓	✓		✓
Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	✓	✓			✓
Chronische Krankheiten und Beschwerden (Inzidenz und/oder Prävalenz):					
Allergien					
Chronische Beschwerden des Bewegungsapparats					
Chronische Atemwegserkrankungen					
Diabetes		✓			
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		✓			
Bösartige Neubildungen		✓		✓	✓
Depression		✓			
Zahngesundheit/Karies		✓			
(Medizinisch versorgte) Verletzungen		✓			
Meldepflichtige übertragbare Krankheiten					
Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag					✓
Körperliche und sensorische Einschränkungen					
Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person (ADL)	✓				
Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts (IADL)					
Krankenstände					
Selbsteingeschätzte Lebensqualität	✓	✓	✓		✓
Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen	✓	✓			
(Vorzeitige) Sterblichkeit		✓	✓	✓	✓
Potenziell verlorene Lebensjahre (PYLL)		✓			
Suizid			✓		✓

R-GZ = Rahmen-Gesundheitsziele; ZS-G MVKO = Zielsteuerung-Gesundheit: Outcome-Messung im Gesundheitswesen;  
GMF = Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 3.1 Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit

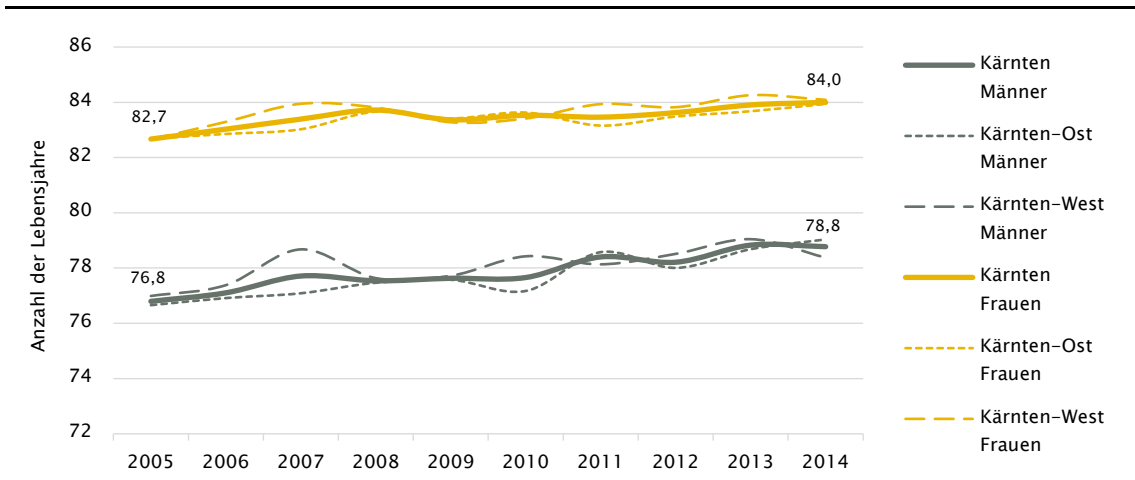
### Lebenserwartung

Die Lebenserwartung bei Geburt steigt in Kärnten für Männer und für Frauen. Im Jahr 2014 können neugeborene Buben mit 78,8 (BL-Bandbreite: 77,7-80,4 Jahre) und Mädchen mit 84,0 Lebensjahren (BL-Bandbreite: 82,6-85,1 Jahre) rechnen. Vor zehn Jahren, also 2005, lag die Lebenserwartung bei 76,8 Jahren für Männer bzw. 82,7 Jahren für Frauen. Das bedeutet einen Zugewinn von zwei Lebensjahren für die männliche und von 1,3 Lebensjahren für die weibliche Bevölkerung. Der geschlechtsspezifische Unterschied wird somit tendenziell geringer, wenngleich Frauen noch immer mit etwa fünf Lebensjahren mehr rechnen können als Männer (s. Abbildung 3.1).

Die Unterschiede nach VR sind gering: Die Lebenserwartung ist in Kärnten-West tendenziell höher als in Kärnten-Ost (s. Abbildung 3.1). Deutlichere Unterschiede finden sich zwischen den Bezirken: In Hermagor als Bezirk mit der höchsten Lebenserwartung leben die Menschen im Durchschnitt um 2,3 Jahre länger als in Villach-Land, dem Bezirk mit der niedrigsten Lebenserwartung. Das Bundesland insgesamt liegt im Jahr 2014 etwa im Bundesdurchschnitt, hat aber seit 2005 in der Rangreihung der Bundesländer Plätze eingebüßt: Im Jahr 2005 lag Kärnten bei den Frauen an 3. und bei den Männern an 4. Stelle, im Jahr 2014 an der 5. und 7. Stelle.

Abbildung 3.1:

Lebenserwartung bei Geburt nach Geschlecht und in der Bandbreite der Versorgungsregionen, Kärnten 2005-2014



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005-2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

### Lebenserwartung in Gesundheit

Ebenso wie die Lebenserwartung steigt auch die Lebenserwartung in Gesundheit. Im Jahr 2014 geborene Kärntner/innen können mit jeweils 66,5 Lebensjahren in guter oder sehr guter Gesundheit rechnen (BL-Bandbreite: Frauen 61,7-71,6 Jahre, Männer 64,7-69,4 Jahre). Zu Beginn der 1990er Jahre war dies mit 57,4 Jahren bei Männern und 59,5 Jahren bei Frauen noch deutlich weniger (s. Abbildung 3.2). Innerhalb dieses Zeitraums (1991

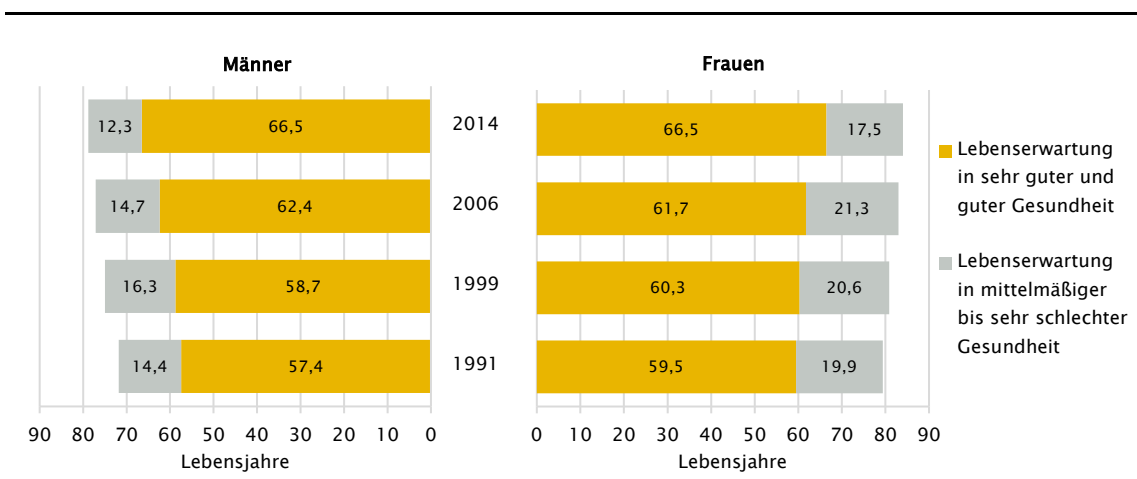
bis 2014) ist die Lebenserwartung in Gesundheit somit um 9,1 Jahre bei Männern und 7 Jahre bei Frauen gestiegen.

Zwei Aspekte sind in diesem Zusammenhang hervorzuheben:

- » Erstens gibt es im Gegensatz zur Lebenserwartung insgesamt und im Gegensatz zum Jahr 1991 bei der gesunden Lebenserwartung keine geschlechtsspezifischen Unterschiede mehr. Das bedeutet, dass Kärntnerinnen deutlich mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit verbringen als Kärntner (17,5 vs. 12,3 Lebensjahre).
- » Zweitens wird der Lebensabschnitt, der in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit verbracht wird, kürzer - bei Männern schon seit 1999, bei Frauen seit 2006.

Abbildung 3.2:

Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit in Kärnten nach Geschlecht, 1991, 1999, 2006 und 2014



Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1991, 1999, 2006 und 2014, Mikrozensus Sonderprogramme 1991 und 1999, Österreichische Gesundheitsbefragungen 2006/07 und 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

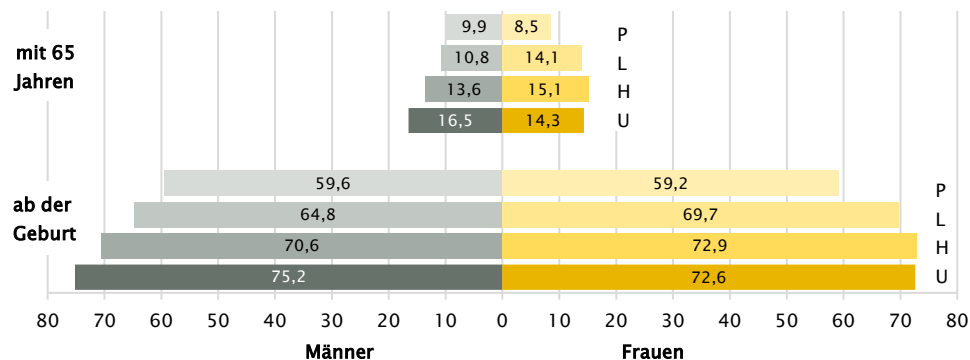
### Unterschiede nach Bildung

Je höher der formale Bildungsabschluss, desto höher ist die Lebenserwartung und insbesondere die Lebenserwartung in Gesundheit. Im Jahr 2014 konnten in Österreich Männer der höchsten Bildungsstufen mit 75,2 Lebensjahren in Gesundheit rechnen, Männer der niedrigsten Bildungsstufe nur mit 59,6 Lebensjahren (15,6 Lebensjahre weniger). Bei Frauen ist der Unterschied mit 72,6 vs. 59,2 Lebensjahren (Differenz 13,4 Lebensjahre) zwar etwas geringer, aber immer noch bemerkenswert hoch. Auch im Alter von 65 Jahren unterscheidet sich die fernere Lebenserwartung nach Bildung bei Männern noch beträchtlich, bei Frauen sind diejenigen mit maximal Pflichtschulabschluss zwar benachteiligt, ansonsten sind die Unterschiede eher gering. Es wird angenommen, dass für Kärnten ähnliche Unterschiede gelten (s. Abbildung 3.3).



Abbildung 3.3:

Lebenserwartung in Gesundheit nach Bildung ab der Geburt und mit 65 Jahren, Österreich 2014



höchster formaler Bildungsabschluss:

P = maximal Pflichtschule, L = Lehre oder Mittlere (Fach-)Schule, H = Höhere Schule, U = Universität/Fachhochschule

Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2014, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

Die *Lebenserwartung bei Geburt* gibt an, mit wie vielen Lebensjahren man bei der Geburt im Durchschnitt rechnen kann. Berechnungsbasis sind Sterbetafeln bzw. die Todesursachenstatistik. Sinkt die altersspezifische Mortalität, steigt die Lebenserwartung. Aussagen zu sozioökonomisch bedingten Unterschieden in der Lebenserwartung können nur in Kombination mit Befragungsdaten getroffen werden. Sie sind damit auf die entsprechenden Erhebungsjahre limitiert.

Die *Lebenserwartung in Gesundheit* gibt an, mit wie vielen gesunden Lebensjahren im Durchschnitt bei der Geburt gerechnet werden kann. Berechnungsbasis sind Befragungsergebnisse in Kombination mit Sterbetafeln. Je nach Berechnungsmethode und Datengrundlage ergeben sich unterschiedliche Varianten:

- » Nach den zugrunde gelegten Befragungsdaten ATHIS oder EU-SILC
- » Nach der konkreten Frage, die zur Operationalisierung der guten Gesundheit herangezogen wird (allgemeiner Gesundheitszustand, chronische Krankheiten oder funktionale Einschränkungen)
- » Nach der Zusammenfassung der Antwortkategorien (sehr guter und guter Gesundheitszustand oder sehr guter bis mittelmäßiger Gesundheitszustand)

Im vorliegenden Bericht wird der ATHIS verwendet (weil damit die Berechnung auf Landesebene möglich ist) in Kombination mit der Frage nach dem allgemeinen Gesundheitszustand in der Ausprägung sehr gut und gut.

Werden Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit nicht bei der Geburt, sondern für ein späteres Alter berechnet, handelt es sich um die *fernere Lebenserwartung*.

## 3.2 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

77 Prozent der Kärntner/innen ab 15 Jahren schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein (BL-Bandbreite: 75–84 %), 4 Prozent als schlecht oder sehr schlecht (BL-Bandbreite: 2–6 %). Der Gesundheitszustand der 0- bis 14-Jährigen wird von 97 Prozent der Eltern als sehr gut oder gut eingestuft (BL-Bandbreite: 95–98 %), von 1,3 % als schlecht oder sehr schlecht.

Seit 2006/2007 hat sich der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand der Kärntner/innen leicht verbessert: Der Anteil derer, die sich selbst als sehr gesund bis gesund einschätzen, ist von 74 auf 77 Prozent gestiegen. Die größten Zugewinne sind bei der ab 60-jährigen Bevölkerung zu verzeichnen (von 52 auf 58 %).

Mit Ausnahme der 0- bis 14-Jährigen (hier gibt es keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern) berichten Frauen seltener von einem sehr guten bzw. guten Gesundheitszustand (73 vs. 81 %). Am größten ist dieser Unterschied bei den ab 60-Jährigen (Frauen: 53 %, Männer: 65 %). Für diesen Unterschied ist vermutlich die höhere Lebenserwartung von Frauen (das Durchschnittsalter der über 60-jährigen Frauen ist höher als das der Männer) sowie eine höhere Krankheitslast verantwortlich (mehr chronische Krankheiten bei Frauen, s. Abschnitt 3.3.1).

Der Anteil der Kärntner/innen mit einem sehr guten oder guten Gesundheitszustand nimmt mit dem Alter deutlich ab: von 98 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 58 Prozent bei den ab 60-Jährigen.

Ein Unterschied nach Versorgungsregionen zeigt sich nicht.

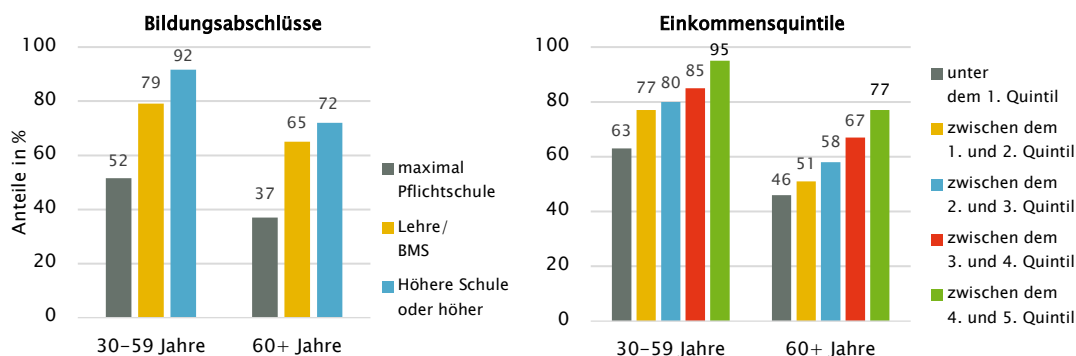
### **Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund**

Kärntner/innen mit einem höheren Bildungsabschluss (Matura oder höher; 30 Jahre und älter) berichten deutlich häufiger über eine (sehr) gute Gesundheit als Kärntner/innen, die maximal einen Pflichtschulabschluss aufweisen (s. Abbildung 3.4). Ebenfalls deutliche Unterschiede finden sich in Bezug auf das Haushaltseinkommen (s. Abbildung 3.4). Kärntner/innen aus besser verdienenden Haushalten weisen häufiger eine (sehr) gute Gesundheit auf als Kärntner/innen aus schlechter verdienenden Haushalten.

Kärntnerinnen ohne Migrationshintergrund (definiert als „zumindest ein Elternteil wurde in Österreich geboren“) beurteilen ihren Gesundheitszustand deutlich häufiger als sehr gut oder gut als Kärntnerinnen mit Migrationshintergrund (77 vs. 55 %).

Abbildung 3.4:

Kärntner/innen mit einem sehr guten oder guten Gesundheitszustand nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

Die *selbsteingeschätzte Gesundheit* gibt Auskunft über den allgemeinen Gesundheitszustand. Im Unterschied zu rein klinischen Befunden werden damit auch die körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte der Gesundheit erfasst (Klimont/Baldaszi 2015). Die selbsteingeschätzte Gesundheit gibt an, wie gesund sich jemand fühlt, und eignet sich für die Vorhersage von Krankheit und Sterblichkeit sowie für die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Bachmann et al. 2015). Personen, die ihre Gesundheit eher negativ bewerten, leiden im Lebensverlauf häufiger an kognitiven und funktionalen Einschränkungen, chronischen Erkrankungen, nehmen mehr medizinische Leistungen in Anspruch und haben ein höheres Sterberisiko (Robert Koch Institut 2015).

Die selbsteingeschätzte Gesundheit wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragungen 2006/2007 und 2014 beschrieben (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben. Der Gesundheitszustand der 0- bis 14-Jährigen wurde von dem befragten Elternteil eingeschätzt.

## 3.3 Krankheiten und Beschwerden

### 3.3.1 Chronische Krankheiten und Beschwerden

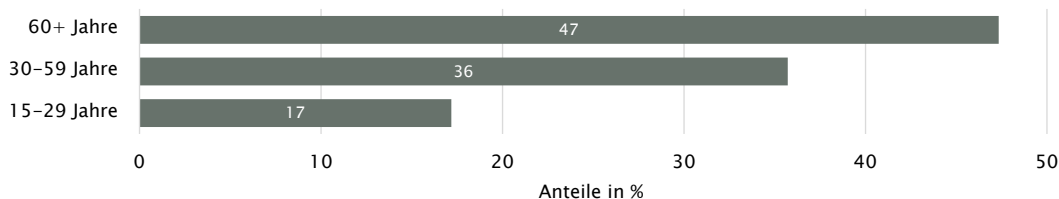
36 Prozent der Kärntner Bevölkerung ab 15 Jahren – das sind etwa 171.000 Kärntnerinnen und Kärntner – leiden an zumindest einer dauerhaften Krankheit bzw. einem chronischen Gesundheitsproblem (BL-Bandbreite: 34-40 %). Im Vergleich zur Gesundheitsbefragung 2006/2007 blieb dieser Anteil weitgehend unverändert (s. Klimont et al. 2007).

Mit einem Anteil von 40 Prozent sind Frauen der Altersgruppe 30 bis 59 Jahre deutlich häufiger von chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen betroffen als Männer (30 %).

Das Ausmaß chronischer Krankheiten/Gesundheitsprobleme nimmt mit dem Alter zu (von 17 % bei den 15- bis 29-Jährigen auf 47 % bei den ab 60-Jährigen; s. Abbildung 3.5).

Abbildung 3.5:

Kärntner/innen mit chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen nach Altersgruppen, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

In Kärnten-Ost sind rund 98.000 Personen von chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen betroffen, in Kärnten-West rund 73.000 Personen. Der prozentuelle Anteil betroffener Personen ist in beiden VR etwa gleich. Mit Ausnahme von Atemwegserkrankungen (Chronische Bronchitis, COPD) gibt es bei einzelnen chronischen Krankheiten keinen regionalen Unterschied.

### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Das Auftreten chronischer Krankheiten/Gesundheitsprobleme weist in der Kärntner Bevölkerung (30 Jahre und älter) einen deutlichen Bildungsbezug auf. Dies gilt für (geringe formale Bildung jeweils verglichen mit höherer formaler Bildung): Allergien (15 vs. 29 %), Arthrose (24 vs. 12 %), Rückenschmerzen (45 vs. 22 %), Nackenschmerzen (nur bei den 30- bis 59-Jährigen: 41 vs. 19 %), Asthma (11 vs. 3 %), Bronchitis/COPD (9 vs. 2 %), Diabetes (13 vs. 3 %), Bluthochdruck (39 vs. 12 %) und Depression (16 vs. 5 %). Mit Ausnahme der Allergien nehmen die genannten Erkrankungen mit steigender formaler Bildung ab.

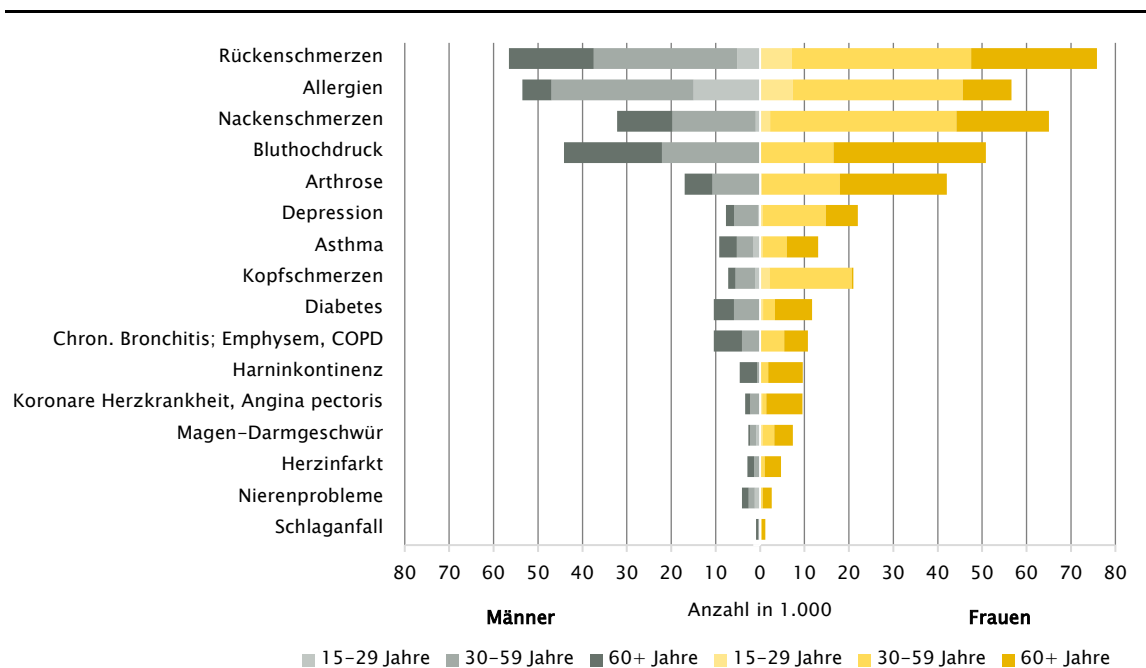
Auch ein Zusammenhang mit dem Haushaltseinkommen lässt sich feststellen. In der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen sinkt die Prävalenz chronischer Krankheiten/Gesundheitsprobleme mit steigendem Haushaltseinkommen (unterstes Einkommensquintil jeweils verglichen mit dem obersten Einkommensquintil), insbesondere bei Gesundheitsproblemen, die den Bewegungsapparat betreffen (Arthrose: 21 vs. 7 %; Rückenschmerzen: 46 vs. 17 %; Nackenschmerzen: 38 vs. 15 %), aber auch bei Diabetes (7 vs. 2 %) und Depression (21 vs. 1 %). Umgekehrt kann es durch vermehrte Gesundheitsprobleme zu einer Minderung des Einkommens kommen.

Kärntnerinnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) leiden häufiger an chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen als Kärntnerinnen ohne Migrationshintergrund. Dies gilt vor allem für Rückenschmerzen (55 vs. 27 %), Nackenschmerzen (39 vs. 24 %) und Depression (27 vs. 6 %).

## Überblick

Am häufigsten leidet die Kärntner Bevölkerung an Rückenschmerzen (Global Burden of Disease Faktor Nr. 1; rund 132.000 Personen), Allergien (rund 110.000 Personen), Nackenschmerzen (rund 97.000 Personen) und Bluthochdruck (rund 95.000 Personen), bei Frauen und Männern ergibt sich eine etwas unterschiedliche Reihenfolge (s. Abbildung 3.6).

Abbildung 3.6:  
Ausgewählte chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme in Kärnten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Auf einzelne chronische Krankheiten, ausgewählt aufgrund ihrer Häufigkeit und Krankheitslast, wird im Folgenden näher eingegangen.

## Definitionen und Daten

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung wird zuerst – ganz allgemein – nach *dauerhaften Krankheiten oder chronischen Gesundheitsproblemen* gefragt (Krankheiten/Gesundheitsprobleme, die zumindest 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden). Danach werden – in Bezug auf die letzten 12 Monate – einzelne Krankheiten und Gesundheitsprobleme erfasst. Bei manchen Krankheiten wird darüber hinaus erhoben, ob dafür eine ärztliche Diagnose vorliegt. Nur bei ausgewählten Krankheiten/Beschwerden ist ein Vergleich

mit der Gesundheitsbefragung 2006/2007 möglich (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

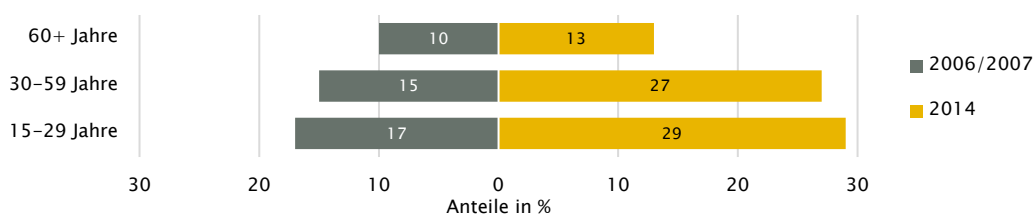
## Allergien

23 Prozent der Kärntnerinnen und Kärntner sind durch irgendeine Form von Allergie beeinträchtigt (rund 110.000 Personen; BL-Bandbreite: 22–26 %). Der Großteil dieser Allergien wurde ärztlich diagnostiziert (bei 20 %, nur bei 3 % gibt es keine ärztliche Diagnose). Im Jahr 2006/2007 lag die Allergie-Prävalenz mit 14 Prozent deutlich darunter. Ein deutlicher Anstieg ist bei der 15- bis 59-jährigen Bevölkerung erkennbar (s. Abbildung 3.7).

Die 15- bis 59-jährige Bevölkerung leidet häufiger an Allergien (27–29 %) als die ab 60-jährige Bevölkerung (13 %).

Abbildung 3.7:

Allergien\* in Kärnten nach Altersgruppen, 2006/2007 und 2014



\*ohne allergisches Asthma  
ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 und 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Bewegungsapparat

Zumindest drei der in der österreichischen Gesundheitsbefragung angesprochenen chronischen Krankheiten/Gesundheitsbeschwerden betreffen den Bewegungsapparat: Rückenschmerzen, Nackenschmerzen und Arthrose. Alle drei Beschwerdeguppen sind vergleichsweise häufig verbreitet (s. Abbildung 3.6):

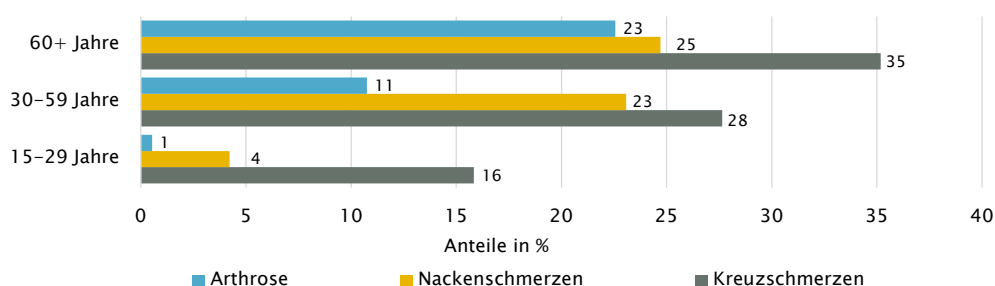
- » 28 Prozent der Kärntner/innen leiden unter chronischen Kreuzschmerzen; das ist mehr als in allen anderen Bundesländern (rund 132.000 Personen; BL-Bandbreite: 21–28 %).
- » 21 Prozent sind von chronischen Nackenschmerzen betroffen (rund 97.000 Personen; BL-Bandbreite: 16–22 %).
- » 12 Prozent haben eine Arthrose (rund 59.000 Personen; BL-Bandbreite: 9–14 %).

In den Jahren 2006/2007 waren 15 Prozent der Kärntner/innen von einer Arthrose und 33 Prozent von Wirbelsäulenbeschwerden (Beschwerden im Kreuz-, Nacken- oder Brustwirbelbereich) betroffen.

Frauen leiden insgesamt häufiger an Krankheiten und Beschwerden des Bewegungsapparats: Sie sind häufiger von Rückenschmerzen (31 vs. 25 %), Nackenschmerzen (27 vs. 14 %) und von Arthrose betroffen (17 vs. 7 %).

Alle drei Gesundheitsprobleme nehmen mit dem Alter deutlich zu (s. Abbildung 3.8). Chronische Kreuzschmerzen treten schon in jungen Jahren bei einem bemerkenswert hohen Anteil der Kärntner Bevölkerung auf (16 %), in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen sind zusätzlich Nackenschmerzen verbreitet (23 %). Bei den ab 60-Jährigen hat bereits jede/r Vierte eine Arthrose. In dieser Altersgruppe leiden 35 Prozent unter chronischen Kreuzschmerzen, 25 Prozent unter Nackenschmerzen und 23 Prozent an einer Arthrose.

Abbildung 3.8:  
Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme des Bewegungsapparats in Kärnten nach Altersgruppen, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Atemwegserkrankungen

Die häufigsten chronischen Atemwegserkrankungen sind Asthma und COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung / chronic obstructive pulmonary disease). Im Jahr 2014 leiden rund 5 Prozent der Kärntner/innen an Asthma (rund 22.000 Personen; BL-Bandbreite: 3-6 %) und etwa ebenso viele an chronischer Bronchitis, einem Lungen-Emphysem oder COPD (rund 21.000 Personen; BL-Bandbreite: 3-5 %). 2006/2007 waren es 4 bzw. 3 Prozent.

Chronische Atemwegserkrankungen sind im fortgeschrittenen Alter häufiger als in jungen Jahren. Bei den ab 60-jährigen Kärntner/innen sind jeweils etwas mehr als 8 Prozent von Asthma und/oder Bronchitis/COPD betroffen.

An Bronchitis/COPD leiden Kärntner/innen der VR Kärnten-Ost fast doppelt so häufig wie Kärntner/innen in der VR Kärnten-West (5,6 vs. 2,8 %). Bei Asthma sind keine regionalen Unterschiede erkennbar.

## Diabetes

Diabetes ist ebenso häufig wie Asthma oder COPD: Rund 5 Prozent der Kärntner Bevölkerung sind gemäß österreichischer Gesundheitsbefragung 2014 zuckerkrank (rund 22.000 Personen; BL-Bandbreite: 3-7 %), Frauen und Männer etwa gleich häufig. Im Vergleich zum ATHIS 2006/2007 liegt die Diabetes-Prävalenz damit (bezogen auf die letzten 12 Monate) unverändert bei 5 Prozent.

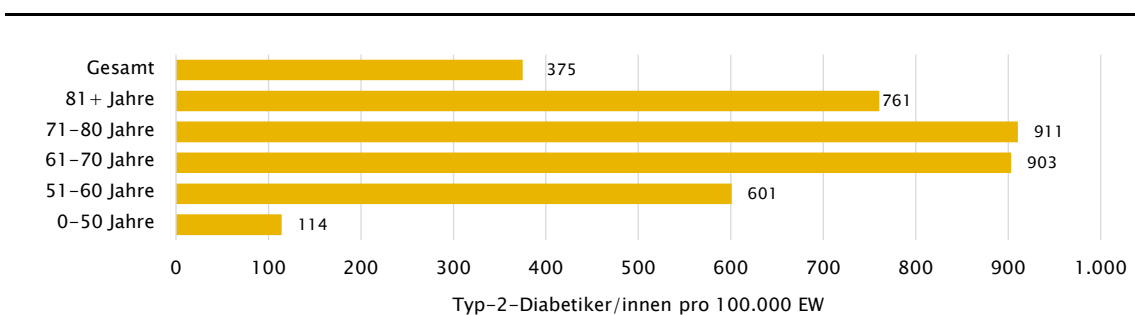
Etwa 1 Prozent der unter 30-jährigen Kärntnerinnen und Kärntner sind Diabetiker/innen, bei den 30- bis 59-Jährigen sind es 3 Prozent und in der Altersgruppe ab 60 Jahren fast jede/r Zehnte.

Ergänzend zur Prävalenz (aus der österreichischen Gesundheitsbefragung) kann aus Medikamentendaten die Diabetes-Typ-2-Inzidenz geschätzt werden. Jährlich erkranken in Kärnten rund 2.100 Menschen an Typ-2-Diabetes. Das entspricht einer durchschnittlichen Inzidenzrate (2012-2014) von 375 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 EW (rohe Rate; BL-Bandbreite: 294-496). Für die Jahre 2012 bis 2014 ist diesbezüglich keine Zu- oder Abnahme erkennbar.

Die 61- bis 80-jährige Bevölkerung weist mit rund 900 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 EW die höchste Inzidenzrate auf (s. Abbildung 3.9). Bei den 0- bis 50-Jährigen beträgt die Inzidenzrate bereits 114 Fälle pro 100.000 EW.

Abbildung 3.9:

Diabetes-Typ-2-Inzidenz nach Altersgruppen, Jahresdurchschnitt in Kärnten, 2012-2014



Quelle: NÖGKK – LEICON-Datenbank  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

Die *Typ-2-Diabetes-Inzidenz* wird auf der Grundlage von Abrechnungsdaten medikamentös behandelter Personen berechnet. Gemäß dem Algorithmus der bei der NÖGKK implementierten LEICON-Datenbank gelten Personen dann als Typ-2-Diabetiker/innen, wenn sie diabetesrelevante Medikamentenverordnungen einlösen (Insulin und/oder orale Antidiabetika; A10A und A10B). Bei Personen mit ausschließlicher Insulintherapie wird auf jene im Alter von 50 oder mehr Jahren ohne einen stationären E-10-Aufenthalt eingeschränkt (alle anderen werden als Typ-1-Diabetes interpretiert). Als Neuerkrankung wird dokumentiert, wer in den Jahren davor keine entsprechenden Medikamentenverordnungen eingelöst hatte.

Limitationen ergeben sich daraus, dass Medikamente, die günstiger als die Rezeptgebühr sind, in der Datenbank nicht aufscheinen. Ebenso sind Personen nicht berücksichtigt, die ihre Medikamente ausschließlich selbst finanzieren oder im Krankenhaus bzw. in SV-Einrichtungen erhalten. Nicht medikamentös behandelte Typ-2-Diabetiker/innen sind ebenfalls nicht erfasst. Die Inzidenz dürfte deshalb etwas höher sein.



## Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herzinfarkt und Schlaganfall sind die häufigsten folgenschweren Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems. In der österreichischen Gesundheitsbefragung wird in der Rubrik chronische Krankheiten/Gesundheitsbeschwerden nach beiden Krankheitsbildern gefragt, ebenso wie nach Bluthochdruck (siehe dazu auch Punkt 4.1.2), der einen wesentlichen Risikofaktor für diese beiden Erkrankungen darstellt.

Die Gesundheitsbefragung gibt Anhaltspunkte zur Prävalenz ausgewählter Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- » Etwa ein Fünftel der Kärntner Bevölkerung hat Bluthochdruck (rund 95.000 Personen; BL-Bandbreite: 17-28 %).
- » 1,6 Prozent hatten innerhalb der letzten zwölf Monate einen Herzinfarkt oder leiden an dessen chronischen Folgebeschwerden (rund 7.500 Personen; BL-Bandbreite: 0,5-1,6 %).
- » 0,4 Prozent hatten innerhalb der letzten zwölf Monate einen Schlaganfall oder sind von chronischen Folgebeschwerden betroffen (rund 2.100 Personen; BL-Bandbreite: 0,4-1,2 %).

Bluthochdruck wird – erwartungsgemäß – mit zunehmendem Alter zum Problem. 15 Prozent der 30- bis 59-Jährigen, aber bereits 40 Prozent der über 59-Jährigen leiden unter einem erhöhten Blutdruck; in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen sind Männer häufiger als Frauen betroffen (18 vs. 12 %).

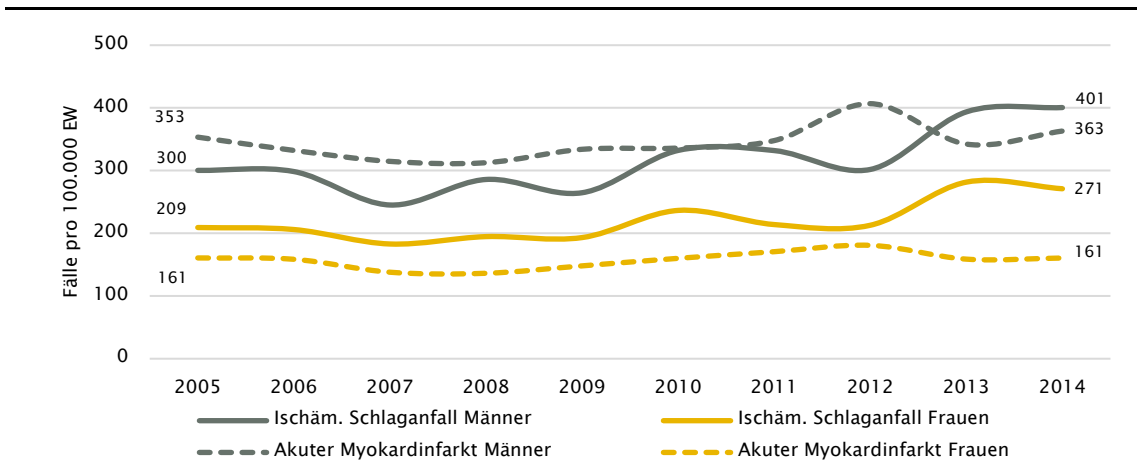
Im Jahr 2014 erleiden in Kärnten 574 Frauen und 918 Männer einen akuten Myokardinfarkt (ICD-10: I21 und I22). Das entspricht einer altersstandardisierten Rate (Europa-Bevölkerung 2013) von rund 160 Neuerkrankungsfällen bei Frauen (BL-Bandbreite: 106-184 pro 100.000) und von 360 Fällen bei Männern (BL-Bandbreite: 263-450 pro 100.000). Ein ischämischer Schlaganfall (ICD-10: I63; auch: Hirninfarkt) betrifft im Jahr 2014 mit jeweils knapp 1.000 Fällen etwa gleich viele Frauen wie Männer. Die altersstandardisierte Rate ist jedoch bei Kärntnern mit rund 400 Neuerkrankungsfällen (BL-Bandbreite: 235-400 pro 100.000) deutlich höher als bei Kärntnerinnen mit rund 270 Fällen (BL-Bandbreite: 161-271 pro 100.000; s. Abbildung 3.10).

Die Anzahl akuter Myokardinfarkte ist im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2014 – bei Männern wie bei Frauen – jährlich um durchschnittlich 2 Prozent gestiegen. Die altersstandardisierte Rate ist allerdings weitgehend konstant geblieben (s. Abbildung 3.10). Ischämische Schlaganfälle sind nicht nur absolut und bezogen auf die rohe Rate häufiger geworden (um rund 6 % pro Jahr; bei Männern mehr als bei Frauen), auch die altersstandardisierte Rate ist im Beobachtungszeitraum gestiegen (um durchschnittlich 4 % pro Jahr; s. Abbildung 3.10). In beiden Fällen könnte auch eine verbesserte Diagnostik eine Rolle spielen.

Akuter Myokardinfarkt und Ischämischer Schlaganfall werden ab einem Alter von 45 Jahren epidemiologisch bedeutsam, Myokardinfarkte etwas früher als Schlaganfälle (s. Abbildung 3.11). Für Myokardinfarkt beträgt die altersstandardisierte Erkrankungshäufigkeit etwa 190 Fälle pro 100.000 bei den 45- bis 59-Jährigen, 540 Fälle pro 100.000 bei den 60- bis 74-Jährigen und rund 1.400 Fälle pro 100.000 bei den ab 75-Jährigen. Einen ischämischen Schlaganfall erleiden im Jahr 2014 rund 110 45- bis 59-Jährige pro 100.000 dieser Altersgruppe, etwa 600 60- bis 74-Jährige und etwa 2.300 ab 75-Jährige pro 100.000.

Abbildung 3.10:

Inzidenz akuter Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall nach Geschlecht, Kärnten 2005–2014

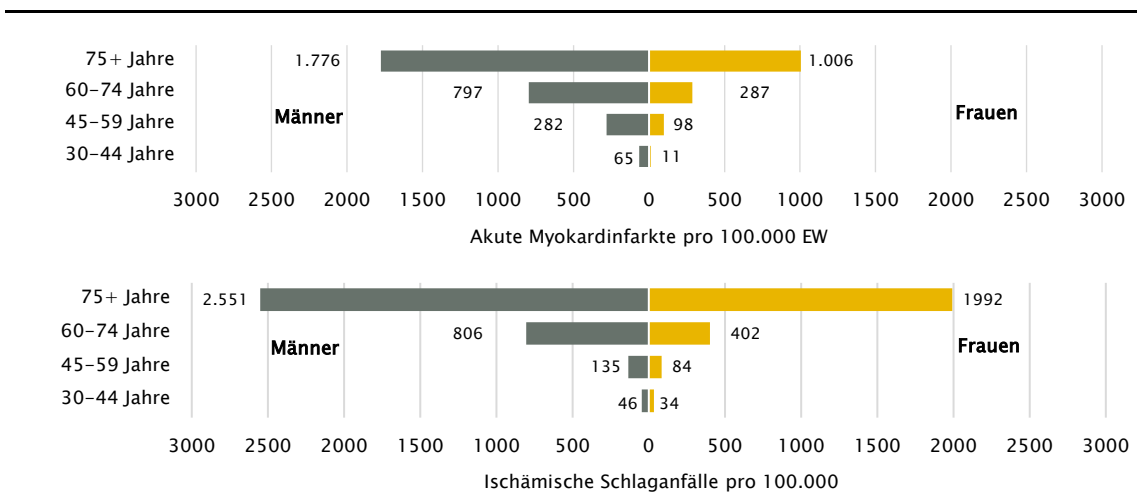


altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
 BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005–2014  
 Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 3.11:

Inzidenz von akutem Myokardinfarkt und ischämischem Schlaganfall nach Altersgruppen und Geschlecht, Kärnten 2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
 BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005–2014  
 Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

*Akuter Myokardinfarkt* (ICD-10-Codes: I21 und I22) und *ischämischer Schlaganfall* (ICD-10-Code: I63) werden im Normalfall stationär behandelt und/oder führen unmittelbar zum Tod. Deshalb ist die Inzidenz aus der Kombination von Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD) und Todesursachenstatistik ableitbar (s. BMG 2015b); diese Inzidenz bildet die Grundlage für die hier dargestellten Analysen. In den Daten nicht enthalten sind klinisch unauffällige Fälle und solche, die sowohl in der DLD als auch in der Todesursachenstatistik nicht als solche dokumentiert wurden. Ebenfalls nicht enthalten sind Personen, die – im Sinne der unikausalen Kodierung – nicht ursächlich an einem Myokardinfarkt oder Schlaganfall verstorben sind. Da in der DLD keine Patientinnen/Patienten identifizierbar sind, wird die Anzahl der Betroffenen auf Basis der Wohnpostleitzahl, des Geschlechts und des Geburtsdatums geschätzt. Sind Personen hinsichtlich dieser Merkmale ident, werden sie als ein/e Patient/in gezählt. Daraus können sich Unschärfen hinsichtlich vermeintlich identischer Personen (Unterschätzung) sowie – bedingt durch einen Wohnortwechsel – vermeintlich verschiedener Personen (Überschätzung) ergeben.

## Krebs

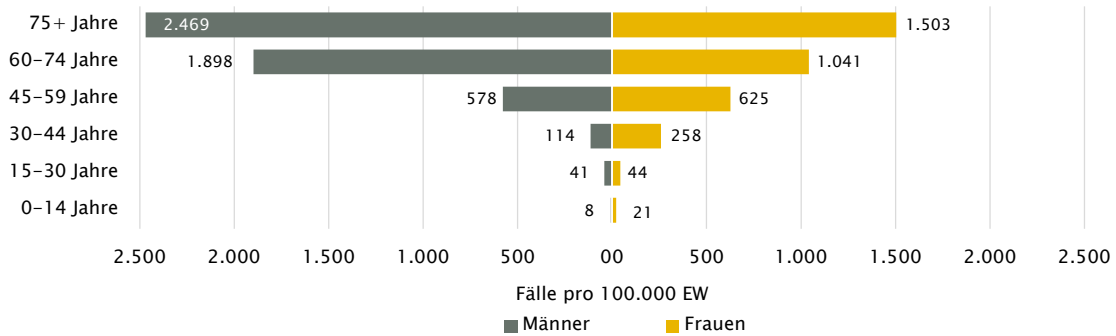
Etwas mehr als 3.000 Menschen erkranken in Kärnten jährlich an Krebs (ICD-10-Codes: C00-C96 ohne C44); im Jahr 2012 (letztverfügbares Datenjahr) waren es 3.310 Personen (1.580 Frauen und 1.730 Männer). Das entspricht einer altersstandardisierten Rate (Europa-Bevölkerung 2013) von 499 Neuerkrankungsfällen bei Frauen (BL-Bandbreite: 380-499 pro 100.000 EW) und von 686 Fällen bei Männern (BL-Bandbreite: 480-686 pro 100.000 EW). Ab einem Alter von etwa 60 Jahren erkranken in Kärnten Männer eineinhalb Mal bis fast doppelt so häufig an Krebs wie Frauen, unter 60 Jahren ist die Inzidenz bei Frauen höher (s. Abbildung 3.12).

Krebserkrankungen werden bei **Frauen** in jüngeren Jahren virulent als bei Männern. Ab etwa 30 Jahren steigt die Inzidenz bei Frauen weitgehend kontinuierlich, aber deutlich moderater an als bei Männern. Bei 30- bis 44-jährigen Kärntnerinnen sind im Jahr 2012 etwa 260 Neuerkrankungen pro 100.000 dokumentiert, bei den 45- bis 59-jährigen sind es 625, bei den 60- bis 74-jährigen knapp mehr als 1.000 und bei den über 74-jährigen rund 1.500 (s. Abbildung 3.12).

In der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen ist die Neuerkrankungsrate bei **Männern** mit rund 110 Fällen pro 100.000 EW nicht einmal halb so groß wie jene der Frauen. Bei den 45- bis 59-jährigen Männern steigt sie mit rund 580 Fällen auf das Fünffache, ist aber immer noch knapp niedriger als die Krebsinzidenzrate bei den Frauen. Bei den 60- bis 74-Jährigen verdreifacht sich die Neuerkrankungsrate mit rund 1.900 (pro 100.000 EW) noch einmal. In dieser Altersgruppe ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen besonders groß, jetzt jedoch zu Ungunsten der Männer. Noch höher – mit rund 2.500 Neuerkrankungen pro 100.000 EW – ist die Krebsinzidenz in der Altersgruppe der ab 75-Jährigen. Auch in diesem Alterssegment ist die Inzidenzrate bei den Männern deutlich höher als bei den Frauen (s. Abbildung 3.12).

Abbildung 3.12:

Krebsinzidenz in Kärnten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2012



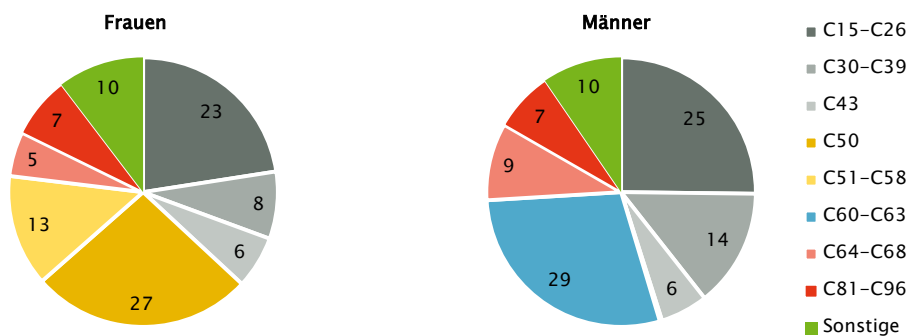
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2012  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die häufigste **Lokalisation** einer Krebs-Neuerkrankung ist bei Frauen die Brust (27 %) und bei Männern die Prostata (29 %). An zweiter Stelle stehen bei beiden Geschlechtern bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (23 bzw. 25 %; insbesondere Dickdarm). Weitere häufige Lokalisationen sind die Atmungsorgane (steigend bei Frauen, sinkend bei Männern), die weiblichen Genitalorgane (v. a. Gebärmutterkrebs, gefolgt von Eierstockkrebs), Harnorgane (v. a. bei Männern), lymphatisches, blutbildendes Gewebe sowie die Haut (steigende Tendenz; s. Abbildung 3.13).

Abbildung 3.13:

Häufigste Lokalisationen von Krebs-Neuerkrankungen in Kärnten nach Geschlecht, 2003-2012, in Prozent



ICD-10-Codes: C15-D26 Bösartige Neubildungen (BN) der Verdauungsorgane; C30-C39 BN der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe; C43 Melanom; C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse; C51-C58 BN der weiblichen Genitalorgane; C60-C63 BN der männlichen Genitalorgane; C64-C68 BN der Harnorgane; C81-C96 BN des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes

Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2003-2012  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

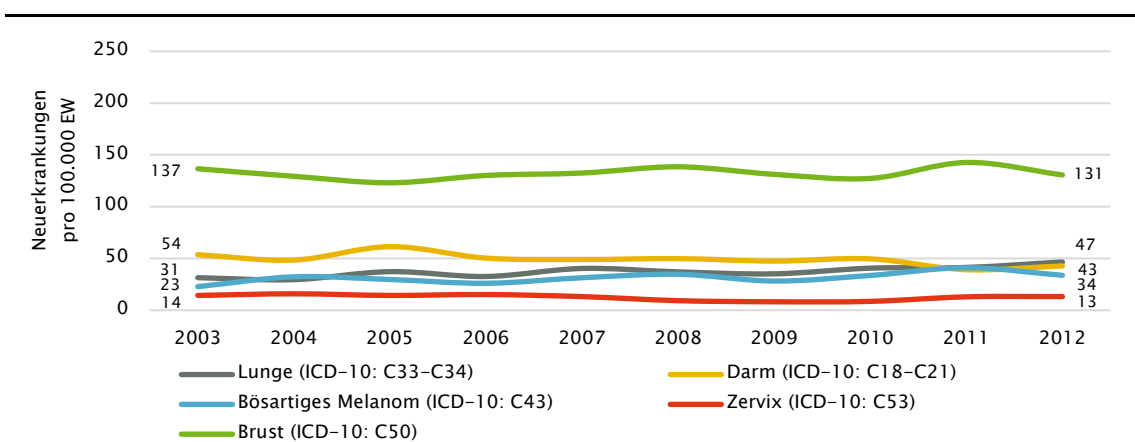
Eine Zeitreihe über die letzten zehn verfügbaren Jahre (2003-2012) zeigt in Kärnten (wie auch in Österreich) für Krebs einen weitgehend gleichbleibenden Trend bei Frauen und einen Rückgang bei Männern. Im Jahr 2003 lag die alterststandardisierte Inzidenzrate für Kärntnerinnen bei 493 und für Kärntner bei 748 Fällen pro 100.000 EW.

Einzelne Lokalisationen sind trotz des Gesamttrends steigend:

- » Lungenkrebs bei Frauen (ein Plus von 49 %) und
- » bösartige Melanome bei Frauen und Männern (ein Plus von 48 % bzw. 102 %; s. Abbildung 3.14 und Abbildung 3.15).

Abbildung 3.14:

Krebsinzidenz bei Kärntnerinnen für ausgewählte Lokalisationen, 2003-2012

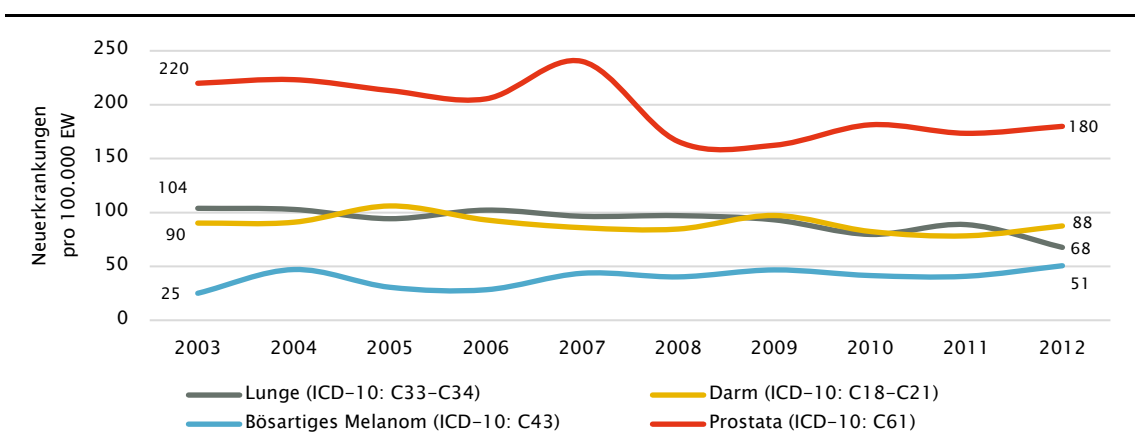


altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2003-2012  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 3.15:

Krebsinzidenz bei Kärntnern für ausgewählte Lokalisationen, 2003-2012



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2003-2012  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

Die Krebsstatistik wird von Statistik Austria geführt und ist Grundlage für die Berechnung der Krebsinzidenz (ICD-10-Codes: C00–C96 ohne C44). Die Krebsstatistik erfasst Krebsneuerkrankungen aller Personen mit Wohnsitz in Österreich, die eine Behandlung in Österreich erfahren haben oder ursächlich an einer Krebserkrankung verstorben sind (Maligne invasive Fälle und DCO-Fälle) nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Tumorlokalisierung. In vier Bundesländern (Vorarlberg, Tirol, Salzburg und Kärnten) gibt es regionale Krebsregister. Unter anderem deshalb sind Validität und Vollständigkeit regional und zeitlich sehr unterschiedlich, was die Daten-Verlässlichkeit insgesamt einschränkt. Ein Abgleich mit der Todesursachenstatistik verbessert die Datenqualität, hat aber zur Folge, dass die Krebsstatistik regelmäßig rückwirkend für mehrere Jahre revidiert wird.

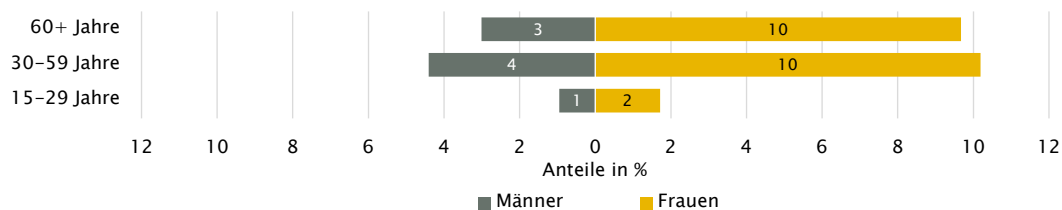
## Depression<sup>2</sup>

Rund 6 Prozent der Kärntnerinnen und Kärntner haben entweder eine ärztlich diagnostizierte Depression oder beurteilen sich selbst als depressiv (rund 30.000 Personen; BL-Bandbreite: 6–11 %). Depression ist – insbesondere in Kärnten – ein weibliches Problem: 9 Prozent der Kärntnerinnen, aber nur 3 Prozent der Kärntner sind betroffen.

In jüngeren Jahren ist die Prävalenz von Depression mit 1 bis 2 Prozent in der Altersgruppe der 15- bis 30-Jährigen vergleichsweise gering. Bei den 30- bis 59-Jährigen und in der Altersgruppe ab 60 Jahren leiden etwa 10 Prozent der Frauen sowie 3–4 Prozent der Männer an einer Depression (s. Abbildung 3.16).

Abbildung 3.16:

Kärntner/innen mit einer ärztlich diagnostizierten Depression nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monats-Prävalenz), 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Darüber hinaus weisen 1,3 Prozent der Kärntner Bevölkerung (rund 6.000 Personen; BL-Bandbreite: 1–3,6 %) eine moderate bis schwere depressive Symptomatik auf, ohne die konkrete Frage nach Vorliegen einer Depression zu bejahen.

2

Aus den Routedaten können derzeit keine Aussagen zur Prävalenz anderen psychischen Erkrankungen getroffen werden.

## Definitionen und Daten

Die Angaben zur Häufigkeit depressiver Erkrankungen stammen aus dem ATHIS 2014 (Klimont/Baldaszi 2015). Die Teilnehmer/innen wurden gefragt, ob sie in den letzten 12 Monaten eine Depression hatten und, wenn ja, ob von einem Arzt eine Diagnose gestellt wurde. Das Vorliegen einer moderaten bis schweren depressiven Symptomatik wurde auf Basis des Screening-Instruments *Personal Health Questionnaire Depression Scale* und diesbezüglicher Grenzwerte ermittelt. Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 sind nicht möglich (Klimont et al. 2007). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

### 3.3.2 Karies

Karies ist die häufigste nichtübertragbare Krankheit und entsteht, wenn z. B. das Bakterium *Streptococcus mutans* die sauren Stoffwechselprodukte aus dem Abbau von Nahrungsstoffen (z. B. Kohlenhydraten) an den Zahnbelag (Plaque) abgibt. Durch das saure Milieu auf der Zahnoberfläche weicht der Zahnschmelz auf. Die darunter liegenden Zahnstrukturen lösen sich in weiterer Folge auf. Unzureichende Mundhygiene und zahnschädigendes Ernährungsverhalten (z. B. häufiger Konsum von Zucker, Schokolade, Chips und Mehlprodukten) fördern die kariöse Zerstörung der Zähne. Karies ist jedoch durch gezielte Vorbeugemaßnahmen (regelmäßige, effiziente Mundhygiene mit Fluoriden, zahnfremde Ernährungsweise und regelmäßige zahnärztliche Kontrolluntersuchungen) zu einem Großteil vermeidbar. (Bodenwinkler et al. 2012, 2)

Das Zahngesundheitsprogramm der WHO postuliert, dass bis zum Jahr 2020 80 Prozent der 6-jährigen Kinder kariesfrei sein sollten. 12-jährige Kinder sollten bis 2020 maximal 1,5 von Karies betroffene Zähne haben.

#### Zahnstatus 6-jähriger Kinder

Gemäß WHO-Definition (s. Definitionen und Daten) haben 61 Prozent der 6-jährigen Kärntner/innen ein kariesfreies Gebiss (BL-Bandbreite: 28–64 %), Mädchen häufiger als Burschen (64 vs. 58 %). Im Durchschnitt haben 6-jährige Kärntner/innen 1,4 geschädigte Zähne (Burschen 1,9 Zähne, Mädchen einen Zahn; s. Tabelle 3.2).

In Kärnten-Ost haben die 6-Jährigen häufiger kariesfreie Zähne als in Kärnten-West (64 vs. 57 %).

#### Zahnstatus 12-jähriger Kinder

Bei den 12-Jährigen sind rund 59 Prozent kariesfrei (BL-Bandbreite: 59–84 %). Sie weisen durchschnittlich 1,4 geschädigte Zähne auf (BL-Bandbreite: 0,6–1,4 Zähne; s. Tabelle 3.2). Bei den 12-Jährigen ist – im Gegensatz zu den 6-Jährigen – kein Unterschied zwischen den Geschlechtern erkennbar.

Tabelle 3.2:

Karies-Prävalenz bei 6- und 12-jährigen Kindern in Kärnten, 2011/2012 und 2012/2013

	6-Jährige							Gesamt
	Burschen	Mädchen	Migrationshintergrund <sup>1</sup>		Matura <sup>2</sup>			
			ohne	mit	Eltern ohne	Eltern mit		
	Kariesfrei nach WHO, in %	58,1	63,7	61,4	59,1	59,6	62,0	
Kinder mit völlig gesundem Gebiss, in %	55,3	62,3	58,9	59,1	59,6	58,8	58,9	
Kinder mit saniertem Gebiss, in %	17,8	16,8	18,8	10,1	10,9	20,7	17,3	
Kinder mit Behandlungsbedarf, in %	24,1	19,6	19,7	30,8	29,5	17,3	21,7	
Durchschnittliche Anzahl durch Karies geschädigter Zähne (d <sub>3</sub> mft)	1,9	1,0	1,4	1,8	1,9	1,2	1,4	

	12-Jährige							Gesamt
	Burschen	Mädchen	Migrationshintergrund <sup>1</sup>		Matura <sup>2</sup>			
			ohne	mit	Eltern ohne	Eltern mit		
	Kariesfrei nach WHO, in %	58,2	59,0	60,1	48,2	42,5	68,8	
Kinder mit völlig gesundem Gebiss, in %	3,4	3,4	3,9	0,0	2,1	4,5	3,4	
Kinder mit saniertem Gebiss, in %	8,8	5,5	7,8	2,3	10,6	5,6	7,1	
Kinder mit Behandlungsbedarf, in %	33,1	35,5	32,2	49,6	46,9	25,6	34,3	
Durchschnittliche Anzahl durch Karies geschädigter Zähne (D <sub>3</sub> MFT)	1,4	1,3	1,3	1,7	1,7	1,2	1,4	

<sup>1</sup> Migrationshintergrund ist dann gegeben, wenn die Kinder und/oder ein Elternteil im Ausland geboren wurden.<sup>2</sup> mit Matura: mindestens ein Elternteil hat einen MaturaabschlussQuelle: Länder-Zahnstuserhebung 2011/2012 und 2012/2013  
Berechnung und Darstellung GÖG/ÖBIG

### Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

Hinsichtlich der Verbreitung von Karies zeigen sich bei den **6-Jährigen** nach Migrationshintergrund (hier: wenn die Kinder und/oder ein Elternteil im Ausland geboren wurden) und Bildung keine nennenswerten Unterschiede, jedoch in Bezug auf das Ausmaß der Schädigung (s. Tabelle 3.2):

- » Kinder mit Migrationshintergrund haben im Durchschnitt 1,8, Kinder ohne Migrationshintergrund 1,4 durch Karies geschädigte Zähne. Von den Kindern mit Migrationshintergrund haben 31 Prozent ein unsaniertes Gebiss, bei Kindern ohne Migrationshintergrund „nur“ 20 Prozent.
- » Kinder, deren Eltern eine geringere formale Bildung aufweisen, haben im Durchschnitt 1,9, Kinder, deren Eltern einen Maturaabschluss haben, 1,2 durch Karies geschädigte Zähne. Bei Kindern aus „bildungsfernen“ Haushalten haben 30 Prozent ein unsaniertes Gebiss, bei Kindern aus „Maturahaushalten“ „nur“ 17 Prozent.



Im Gegensatz zu den 6-Jährigen bestätigt sich bei den **12-Jährigen** der aus der Literatur bekannte Migrations- und Bildungszusammenhang (Schneller et al. 2006):

- » 48 Prozent der 12-Jährigen mit Migrationshintergrund, jedoch 60 Prozent ohne Migrationshintergrund sind kariesfrei.
- » Kinder mit Migrationshintergrund haben im Durchschnitt 1,7, Kinder ohne Migrationshintergrund 1,3 durch Karies geschädigte Zähne.
- » Kinder mit Migrationshintergrund weisen zu 50 Prozent, Kinder ohne Migrationshintergrund „nur“ zu 32 Prozent Behandlungsbedarf auf.
- » 43 Prozent der 12-Jährigen mit Eltern ohne Matura sind nach WHO kariesfrei, hingegen 69 Prozent der 12-Jährigen, deren Eltern einen Maturaabschluss haben.
- » 12-Jährige von Eltern ohne Matura haben durchschnittlich 1,7 durch Karies geschädigte Zähne, 12-Jährige von Eltern mit Matura nur 1,2 geschädigte Zähne.
- » Der Anteil der 12-Jährigen mit Behandlungsbedarf beträgt 47 Prozent bei Kindern, deren Eltern keine Matura haben, und 26 Prozent bei Kindern aus „Maturahaushalten“.

### Definitionen und Daten

Kariesfrei nach WHO-Definition bedeutet, dass bei der Zahninspektion (klinische Untersuchung mit Hilfe eines Mundspiegels und einer WHO-CPI-Sonde) keine kariösen Dentin-Defekte (Kavität = d3, Füllung = f oder wegen Karies extrahierter Zahn = m) im Gebiss sichtbar sind. Der  $d_3mft/D_3MFT$  muss 0 sein.

Ein „völlig gesundes Gebiss“ haben Menschen, wenn ihre Zähne keinerlei kariöse Spuren aufweisen.

$d_3mft$ -/ $D_3MFT$ -Index: Durchschnittliche Anzahl der aktiv kariösen (decayed), wegen Karies gezogenen (missing) oder gefüllten (filled) Zähne (teeth). Der  $d_3mft$ -Index gilt für das Milchgebiss, der  $D_3MFT$ -Index für das bleibende Gebiss.

Die Daten zum Zahnstatus stammen aus den Länder-Zahnstatuserhebungen 2011/2012 und 2012/2013 (Bodenwinkler et al. 2012; Bodenwinkler et al. 2014). Von den 6-Jährigen wurde eine repräsentative Stichprobe von 220 Kindern, von den 12-Jährigen eine Stichprobe von 240 Kindern untersucht. Sie repräsentieren rund 5.000 bzw. 5.600 6- bzw. 12-Jährige.

### 3.3.3 Verletzungen aufgrund von Unfällen und deren Versorgung

10 Prozent der ab 15-jährigen Kärntnerinnen und Kärntner (rund 48.000 Personen) waren in den letzten 12 Monaten aufgrund von Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsunfällen verletzt (BL-Bandbreite: 9-13 %):<sup>3</sup>

- » 6 Prozent (rund 29.000 Personen) aufgrund eines Freizeitunfalls (BL-Bandbreite: 5-9 %),
- » 4 Prozent (rund 17.000 Personen) aufgrund eines Haushaltsunfalls (BL-Bandbreite: 3-5 %) und
- » 1 Prozent (rund 5.000 Personen) aufgrund eines Straßenverkehrsunfalls (BL-Bandbreite: 1-2 %).

---

3

Arbeitsunfälle werden an anderer Stelle behandelt (s. Punkt 5.3.4).

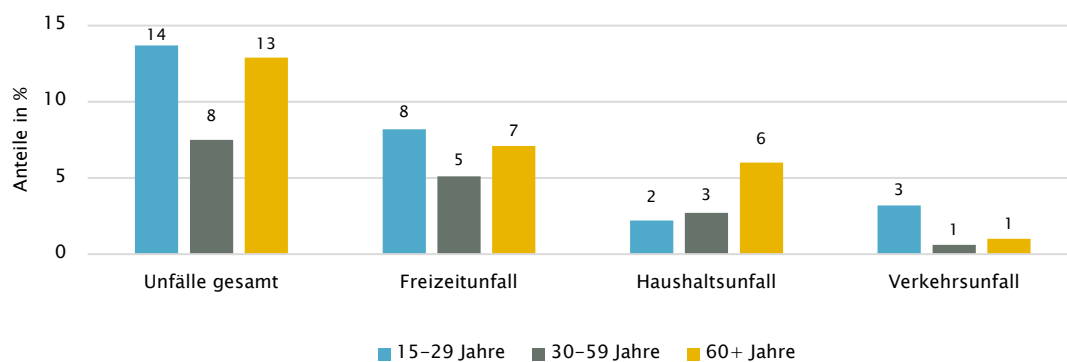
Männer zwischen 30 und 59 Jahren sind häufiger von Verletzungen betroffen als gleichaltrige Frauen (durch Verkehrsunfälle: 1 vs. 0,3 %; durch Freizeitunfälle: 7 vs. 3 %). Nur bei Verletzungen aufgrund von Haushaltsunfällen ist das Geschlechterverhältnis etwa ausgeglichen. Darüber hinaus werden 15- bis 29-jährige Kärntner häufiger in Verkehrsunfällen verletzt als gleichaltrige Kärntnerinnen (3,6 vs. 2,7 %).

Verletzungen treten vermehrt in der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen und bei den ab 60-Jährigen auf (s. Abbildung 3.17): Verletzungen aufgrund von Straßenverkehrsunfällen betreffen vor allem 15- bis 29-Jährige, Verletzungen aufgrund von Haushaltsunfällen vermehrt die ab 60-jährige Bevölkerung.

Ein regionaler Unterschied zeigt sich nicht.

Abbildung 3.17:

Verletzungen innerhalb der letzten 12 Monate nach Altersgruppen und Unfallart, Kärnten 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Hinsichtlich Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund zeigen sich keine Unterschiede.

### Medizinisch versorgte Unfälle

77 Prozent der ab 15-jährigen Kärntnerinnen und Kärntner, die in den letzten 12 Monaten Verletzungen aufgrund von Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsunfällen erlitten haben (rund 37.000 Personen), wurden medizinisch versorgt (BL-Bandbreite: 74–81 %):

- » 64 Prozent (rund 24.000 Personen) ambulant (BL-Bandbreite: 44–68 %),
- » 29 Prozent (rund 11.000 Personen) stationär (BL-Bandbreite: 15–39 %) und
- » 7 Prozent (rund 3.000 Personen) im niedergelassenen Bereich (Arzt/Ärztin, Sanitäter/innen etc.; BL-Bandbreite: 7–20 %).

Am häufigsten findet eine medizinische Versorgung bei Verletzten im Alter von 30 bis 59 Jahren statt (88 % bzw. 17.000 Personen), gefolgt von der Altersgruppe ab 60 Jahren (75 % bzw. 13.000 Personen). Die stationäre Versorgung von Verletzungen nimmt mit dem Alter stark zu (von 7 % bei den 15- bis 29-Jährigen auf 39 % bei Verletzten im Alter von 60 oder mehr Jahren).

### Sturzbedingte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens

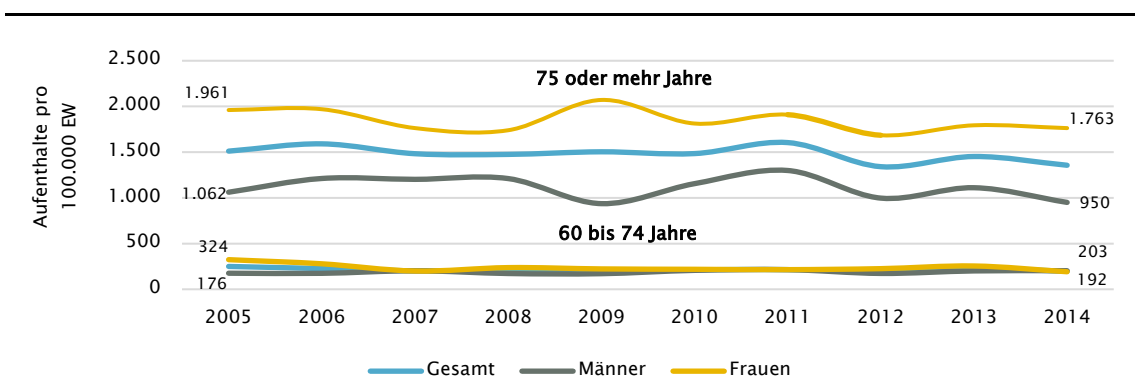
Petrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens (ICD-10-Codes S720.x und S721.x) sind mit Abstand die häufigsten Brüche des Oberschenkelknochens. Sie treten gehäuft bei Personen im Alter von 60 oder mehr Jahren auf und sind – in diesem Alterssegment – überwiegend sturzbedingt (mehrheitlich im häuslichen Kontext). Häufige Unfallursachen sind Schwindelanfälle oder Bewusstlosigkeit (z. B. aufgrund von Herz-Kreislauf- oder Nervenerkrankungen), Medikamente, die die Koordination und Wahrnehmung beeinträchtigen, Alkohol sowie Sehstörungen. Oberschenkelhalsbrüche gehen bei älteren Menschen mit einem erhöhten Sterberisiko (innerhalb eines Jahres) sowie mit Einschränkungen in der Mobilität und Eigenständigkeit einher. (Seniorliving 2016)

Im Jahr 2014 werden (bei der ab 75-jährigen Kärntner Bevölkerung) 824 Aufenthalte aufgrund pertrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens in Akut-Krankenanstalten dokumentiert (in Haupt- oder Nebendiagnose). Dies entspricht einer altersstandardisierten Rate (Europa-Bevölkerung 2013) von 1.357 Aufenthalten pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 1.349-1.753 Aufenthalte pro 100.000 EW). Bei Personen im Alter von 60 bis 74 Jahren sind es 190 Aufenthalte bzw. – altersstandardisiert – 198 Aufenthalte pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 198-265 Aufenthalte pro 100.000 EW).

Im Zeitraum 2005 bis 2014 schwankt die Häufigkeit stationärer Aufenthalte sowohl in der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen als auch bei den ab 75-Jährigen (s. Abbildung 3.18).

Abbildung 3.18:

Akutstationäre Aufenthalte der Kärntner Bevölkerung aufgrund pertrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens nach Altersgruppen und Geschlecht, 2005–2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013  
Haupt- und Nebendiagnosen

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2005–2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Frauen werden in der Altersgruppe der ab 75-Jährigen deutlich häufiger aufgrund pertrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens stationär behandelt. Im Jahr 2014 finden in dieser Altersgruppe 649 Aufenthalte bzw. 1.763 Aufenthalte pro 100.000 EW statt, bei Männern 175 Aufenthalte bzw. 950 Aufenthalte pro 100.000 EW. In der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen zeigen sich keine Geschlechterunterschiede.

In der VR Kärnten-Ost ereignen sich mehr sturzbedingte Frakturen als in Kärnten-West. Im Jahr 2014 werden in Kärnten-Ost bei den ab 75-Jährigen 1.460 und in Kärnten-West 1.107 Aufenthalte pro 100.000 EW dieser Altersgruppe gezählt. Bei den 60- bis 74-Jährigen sind es 195 versus 176 Aufenthalte pro 100.000.

### Definitionen und Daten

*Verletzungen aufgrund von Unfällen* schließen auch Vergiftungen oder durch Tiere verursachte Verletzungen ein. Verkehrsunfälle sind alle Unfälle, die sich auf öffentlichen Straßen, öffentlichen oder privaten Parkplätzen mit Involvierung eines Transportmittels ereignen. Unfälle am Wasser, im Zug oder Flugzeug sind nicht gemeint. Haushaltsunfälle bezeichnen hier alle Unfälle, die sich zu Hause ereignen, unabhängig von der Aktivität, die dort verrichtet wurde. Freizeitunfälle umfassen hier alle Unfälle, die sich während der Freizeit ereignen, ausgenommen Haushalts-, Straßenverkehrs- und Arbeitsunfälle.

Angaben zur *medizinischen Versorgung* von Unfällen beziehen sich auf den schwerwiegendsten Fall. Er muss durch medizinisches Fachpersonal versorgt worden sein. Wird jemand von der Rettung versorgt, ohne ins Krankenhaus gebracht worden zu sein, zählt dies als Versorgung im niedergelassenen Bereich.

Verletzungen aufgrund von Unfällen und deren medizinische Versorgung werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Die Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

*Sturzbedingte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens* (ICD-10-Codes S720.x und S721.x) werden auf Basis der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD) berichtet (Aufenthalte in Akut-KA; Haupt- und Nebendiagnosen). Nicht alle Brüche sind jedoch einem Sturz geschuldet.

## 3.3.4 Meldepflichtige übertragbare Krankheiten

**Bakterielle Lebensmittelvergiftungen** gehören zu den häufigsten meldepflichtigen übertragbaren Erkrankungen in Kärnten (s. Abbildung 3.19). Am häufigsten treten Erkrankungen durch **Campylobacter** auf. Die diesbezügliche Inzidenz bewegt sich in den Jahren 2011 bis 2015 zwischen 49,2 und 63,4 Erkrankungen pro 100.000 EW (das sind zwischen 274 und 354 Fälle pro Jahr), Tendenz steigend. Kärnten liegt damit bei Campylobacteriosen seit mehreren Jahren unter dem Bundesdurchschnitt.

Bei **Salmonelleninfektionen** kommt es im Berichtszeitraum – dem europaweiten Trend folgend – zu einem signifikanten Rückgang (von 155 Fällen im Jahr 2011 auf 74 Fälle im Jahr 2015), vor allem bei Salmonella Enteritidis. Allerdings werden insbesondere in den Jahren 2011 (Inzidenz 28,0) und 2014 (Inzidenz 17,1) gehäuft Erkrankungen durch Salmonella Stanley beobachtet. Kärnten liegt damit auch bei Salmonellosen in den meisten Jahren unter dem Bundesdurchschnitt.

Die Fallzahlen von **Yersiniosen, STEC/VTEC, Listeriosen und Shigellosen** waren bei etwa gleichbleibendem Verlauf durchwegs in einem niedrigen Bereich (jeweils maximal 20 Fälle pro Jahr).

Während für **Meningokokken** durch breit angelegte Impfaktionen gegen den Serotyp C (und im privaten Bereich gegen Typ B) ein signifikanter Rückgang der Fallzahlen bei invasiven Erkrankungen berichtet werden kann (jeweils 3 Fälle in den Jahren 2013-2015; das entspricht einer Inzidenz von 0,5 und liegt etwa im Bundesdurchschnitt), ist bei den ebenfalls impfpräventablen **Pneumokokken** leider kein solcher Trend feststellbar. Hier lag die Inzidenz in den letzten fünf Jahren zwischen 2,0 und 5,6 (zwischen 11 und 31 Fälle pro Jahr; 2011-2015).

Bei **Hepatitis C** liegt Kärnten konstant deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Zwischen 11 (im Jahr 2013) und 44 Fälle (im Jahr 2015) werden im Zeitraum 2011 bis 2015 registriert. Das entspricht einer Inzidenzrate von 2,0 bzw. 7,9. Insbesondere der Anstieg im Jahr 2015 ist im Lichte der Neueinführung der elektronischen Labormeldepflicht zu interpretieren. Bezüglich des Trends wird der weitere Verlauf zu beobachten sein. Niederschwellige Prophylaxe- und Therapieangebote für die Risikogruppen sind jedenfalls angezeigt.

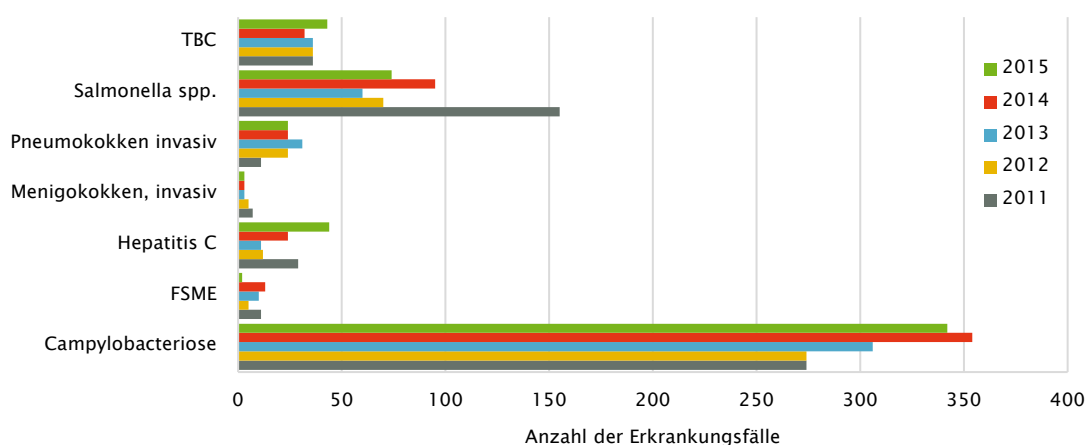
Bei **Tuberkulose** ist in Kärnten der langfristige bundesweite Trend, nämlich ein langsamer stetiger Rückgang der Fallzahlen, feststellbar. In den letzten fünf Jahren wurden zwischen 31 und 38 Neuerkrankungen gemeldet.

Am Beispiel der **FSME** zeigt sich sehr deutlich der Erfolg der Schutzimpfung: Im Jahr 2015 wurde mit nur zwei Neuerkrankungen ein erfreulicher Negativrekord erreicht. In den vier Jahren davor bewegten sich die Fallzahlen zwischen 5 und 13.

Zwischen 2011 und 2015 werden in Kärnten jeweils 14 bis 26 **HIV-Neudiagnosen** dokumentiert. Auch hier liegt Kärnten mit einer jährlichen Inzidenz zwischen 2,5 und 4,7 pro 100.000 EW unter dem Bundesdurchschnitt (4,7-6,3).

Abbildung 3.19:

Inzidenz ausgewählter meldepflichtiger Infektionskrankheiten in Kärnten, 2011-2015



FSME = Frühsommer-Meningoenzephalitis  
ssp = Subspezies

Quelle: Kärntner Landesregierung – Elektronisches Meldesystem  
Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

Die Pflicht, übertragbare Krankheiten anzuzeigen, ist gesetzlich geregelt. Als Datenquellen fungieren das Epidemiologische Meldesystem (EMS), Jahresberichte der nationalen Referenzzentralen sowie Mitteilungen der AIDS-Hilfe. Das EMS dient dazu, meldepflichtige Infektionskrankheiten in Österreich zu überwachen. Das Auftreten von Infektionskrankheiten kann zeitlich und räumlich mit minimaler Verzögerung beobachtet werden, zudem bietet das EMS eine Planungsgrundlage für Präventivmaßnahmen. In erster Linie werden Neuerkrankungen erfasst, daher ist dieses Meldesystem besser zur Beobachtung von Inzidenzen (Neuerkrankungen pro Jahr) als von Prävalenzen (Gesamtzahl Erkrankter) geeignet. Durch die seit Anfang 2014 geltende elektronische Labormeldepflicht sind Labordaten im EMS schneller und umfassender verfügbar als zuvor. Das ist bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen. EMS-Daten fließen zeitnah ins Europäische Surveillance-System TESSy ein.

## 3.4 Leistungs- und Handlungsfähigkeit

Die Leistungs- und Handlungsfähigkeit gibt Auskunft darüber, inwieweit Personen bei Tätigkeiten des Alltags eingeschränkt sind oder an der Gesellschaft partizipieren können. Ist eine Person nicht in der Lage, Aktivitäten des täglichen Lebens selbständig auszuführen bzw. die Anforderungen des Alltags zu bewältigen, liegt eine Hilfs- und Pflegebedürftigkeit vor.

Nachstehende Punkte beleuchten unterschiedliche Aspekte der Leistungs- und Handlungsfähigkeit (Böhm et al. 2009; Klimont/Baldaszi 2015; Winkler et al. 2012):

- » **Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag** geben Auskunft darüber, ob und inwieweit Personen mindestens ein halbes Jahr aus gesundheitlichen Gründen bei Tätigkeiten des normalen Lebens eingeschränkt waren.
- » **Körperliche und sensorische Beeinträchtigungen** betreffen die Mobilität sowie das Seh- und Hörvermögen. Sie bewirken eine Verminderung der Lebensqualität und stellen einen Risikofaktor dar, z. B. für Unfälle.
- » **Activities of Daily Living (ADL)** beziehen sich auf die Fähigkeit, unterschiedliche Basisaktivitäten der täglichen Körperpflege und Eigenversorgung selbständig durchführen zu können.
- » **Instrumental Activities of Daily Living (IADL)** umfassen Tätigkeiten innerhalb und außerhalb des Haushalts. Sie sind ein Maß für die Möglichkeit einer selbständigen Haushaltsführung.
- » **Krankenstände** und deren Diagnosen

### 3.4.1 Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag

32 Prozent der Kärntnerinnen und Kärntner ab 15 Jahren (rund 153.000 Personen) sind im Jahr 2014 mindestens ein halbes Jahr aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt (BL-Bandbreite: 28–33 %), 25 % sind etwas eingeschränkt (rund 119.000 Personen), 7 % stark eingeschränkt (rund 34.000 Personen).

Seit 2006/2007 hat der Anteil gesundheitsbedingt eingeschränkter Personen im Alltag leicht abgenommen (von 35 auf 32 %). Die Abnahme ist vor allem in der Altersgruppe 60 Jahre und älter zu verzeichnen (von 65 auf 48 %).

Frauen sind häufiger von gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag betroffen als Männer (36 vs. 28 %). Besonders ausgeprägt ist dieser Unterschied bei der ab 60-jährigen Bevölkerung<sup>4</sup> (Frauen: 53 %, stark eingeschränkt 14 %; Männer: 41 %, stark eingeschränkt 9 %).

Der Anteil im Alltag eingeschränkter Kärntner/innen nimmt mit dem Alter deutlich zu: von 13 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen (rund 10.000 Personen; stark eingeschränkt 2 %, rund 1.500 Personen) auf 48 Prozent bei den ab 60-Jährigen (rund 64.000 Personen; stark eingeschränkt 12 %, rund 16.000 Personen).

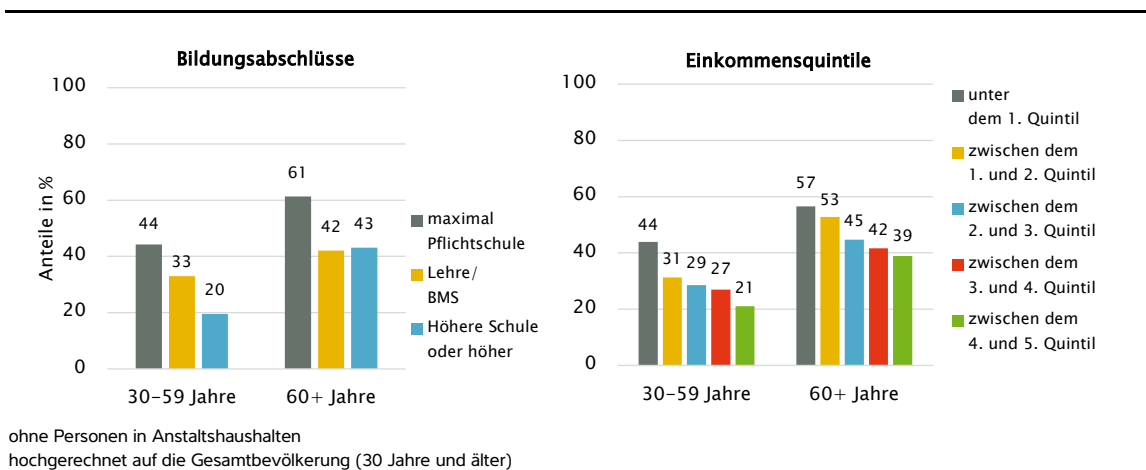
Regional betrachtet sind in Kärnten-Ost rund 91.000 Personen von gesundheitsbedingten Alltagseinschränkungen (stark eingeschränkt rund 23.000 Personen), in Kärnten-West rund 62.000 Personen betroffen (stark eingeschränkt rund 11.000 Personen). In beiden Versorgungsregionen entspricht dies einem Anteil von rund 32 Prozent.

### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Kärntner/innen mit einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter; Matura oder höher) weisen deutlich seltener gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag auf als Kärntner/innen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (s. Abbildung 3.20).

Abbildung 3.20:

Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag nach Bildung und Haushaltseinkommen, Kärnten 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

4

Es sei an dieser Stelle noch einmal erwähnt, dass die weibliche Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren im Durchschnitt älter ist als die männliche.

Ebenfalls deutliche Unterschiede finden sich in Bezug auf das Haushaltseinkommen (bei den ab 30-Jährigen; s. Abbildung 3.20): Kärntner/innen aus besser verdienenden Haushalten weisen seltener gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag auf als Kärntner/innen aus schlechter verdienenden Haushalten. Umgekehrt können Einschränkungen im Alltag sowohl zu verminderten Bildungs- als auch Einkommenschancen beitragen.

Ein Unterschied nach Migrationshintergrund findet sich nicht.

### Definitionen und Daten

*Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag* bezeichnen Einschränkungen bei Tätigkeiten des normalen Lebens, die zumindest ein halbes Jahr andauern. Sie werden hier auf Basis des ATHIS 2014 berichtet und mit Ergebnissen aus 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

## 3.4.2 Körperliche und sensorische Einschränkungen

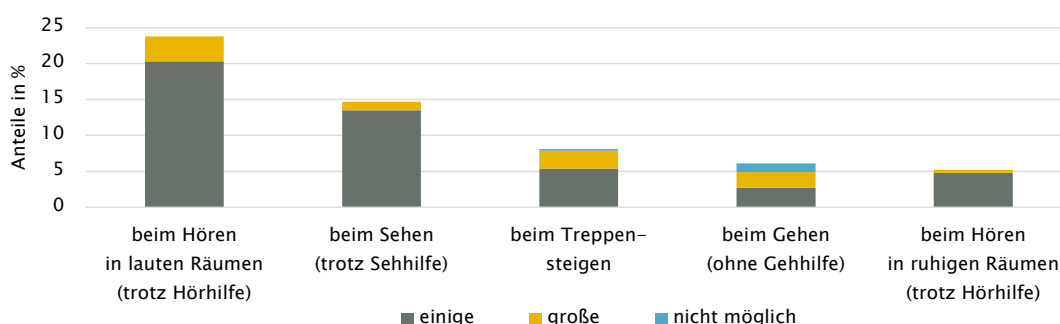
Von körperlichen und/oder sensorischen Einschränkungen sind im Jahr 2014 38 Prozent der in Privathaushalten lebenden Kärntnerinnen und Kärntner betroffen (rund 181.000 Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren; BL-Bandbreite: 35-42 %). Auf Frauen trifft dies generell häufiger zu als auf Männer (41 vs. 35 %).

Mit zunehmendem Alter ist ein deutlicher Anstieg körperlicher und/oder sensorischer Einschränkungen zu beobachten: von 14 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen (rund 11.000 Personen) über 37 Prozent bei den 30- bis 59-Jährigen (rund 97.000 Personen) auf 54 Prozent bei den ab 60-Jährigen (rund 73.000 Personen).

Am häufigsten ist die Kärntner Bevölkerung von Hörproblemen (bei Gesprächen in lauten Räumen; 24 %) sowie von Einschränkungen beim Sehen (15 %) betroffen (s. Abbildung 3.21).

Abbildung 3.21:

Körperliche und/oder sensorische Einschränkungen der Kärntner Wohnbevölkerung, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG



## **Schwierigkeiten beim Sehen**

Probleme beim Sehen trotz Sehhilfe (Brille oder Kontaktlinsen) haben im Jahr 2014 15 Prozent der Kärntner/innen (BL-Bandbreite: 12-16 %): 14 Prozent (64.000 Personen) haben einige Schwierigkeiten, etwa 1 Prozent (rund 6.000 Personen) hat große Schwierigkeiten.

Sehprobleme trotz Sehhilfe finden sich bei Frauen häufiger als bei Männern (18 vs. 12 %; bei den ab 60-Jährigen: 19 vs. 10 %). Sie nehmen ab dem 30. Lebensjahr deutlich zu und steigen von 5 % bei den 15- bis 29-Jährigen (rund 4.000 Personen) auf 17 % bei den 30- bis 59-Jährigen (rund 46.000 Personen) bzw. auf 15 % bei den ab 60-Jährigen (rund 20.000 Personen).

Während in Kärnten-Ost rund 43.000 Personen von Sehproblemen betroffen sind, sind in Kärnten-West rund 27.000 Personen in ihrer Sehfähigkeit eingeschränkt. Der prozentuelle Anteil betroffener Personen ist in beiden Versorgungsregionen etwa gleich.

## **Schwierigkeiten beim Hören**

Von Hörproblemen trotz Hörhilfe (Hörgerät oder Hörhilfe mit Implantat) sind bei Gesprächen in ruhigen Räumen 5 Prozent der Kärntner/innen (rund 24.000 Personen; BL-Bandbreite: 5-8 %) betroffen, bei Gesprächen in lauten Räumen 24 Prozent der Kärntner Bevölkerung (rund 113.000 Personen; BL-Bandbreite: 22-30 %). 0,4 Prozent (rund 1.700 Personen) bzw. 3,5 Prozent (rund 17.000 Personen) berichteten diesbezüglich über große Schwierigkeiten.

Ein Unterschied zwischen Frauen und Männern findet sich nur bei Hörproblemen in ruhigen Räumen: Frauen sind diesbezüglich häufiger von Schwierigkeiten betroffen als Männer (Frauen: 7 %, Männer: 3 %; bei den ab 60-Jährigen: 14 vs. 6 %).

Hörprobleme trotz Hörhilfe nehmen mit dem Alter zu: von 2 Prozent bzw. 9 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen (bei Gesprächen in ruhigen bzw. in lauten Räumen; rund 1.000 bzw. 7.000 Personen) über 4 Prozent bzw. 20 Prozent bei den 30- bis 59-Jährigen (rund 9.000 bzw. 51.000 Personen) bis 10 Prozent bzw. 40 Prozent bei den ab 60-Jährigen (rund 14.000 bzw. 55.000 Personen).

In Kärnten-Ost sind 6 bzw. 25 Prozent der Bevölkerung von Hörproblemen betroffen (rund 17.000 bzw. 70.000 Personen), in Kärnten-West 3 bzw. 22 Prozent (rund 7.000 bzw. 43.000 Personen).

## **Schwierigkeiten beim Gehen**

Schwierigkeiten, einen halben Kilometer auf ebener Strecke ohne Gehhilfe (Gehstock, Rollator, Krücken etc.) zurückzulegen, haben im Jahr 2014 6 Prozent der Kärntner/innen (rund 29.000 Personen; BL-Bandbreite: 4-8 %); 3 Prozent haben große Schwierigkeiten oder sind dazu nicht in der Lage.

Der weibliche Bevölkerungsteil ist generell häufiger von Geheinschränkungen betroffen als der männliche (9 vs. 4 %; bei den ab 60-Jährigen: 20 vs. 7 %): Rund 5 Prozent der Frauen und 2 Prozent der Männer haben entweder große Schwierigkeiten oder sind dazu gar nicht in der Lage.

Die ältere Bevölkerung ist häufiger eingeschränkt als die jüngere: Bei den ab 60-Jährigen liegt der Anteil bereits bei 14 Prozent (rund 19.000 Personen).

In Kärnten-Ost sind rund 22.000 Personen (8 %) von Gehschwierigkeiten betroffen, in Kärnten-West rund 7.000 Personen (4 %).

### **Schwierigkeiten beim Treppensteigen**

Schwierigkeiten, eine Treppe mit 12 Stufen ohne Handlauf hinauf- und hinunterzugehen, haben im Jahr 2014 8 Prozent der Kärntner/innen (rund 39.000 Personen; BL-Bandbreite: 6-11 %): 3 Prozent haben große Schwierigkeiten oder sind dazu nicht in der Lage.

Der weibliche Bevölkerungsteil ist davon häufiger betroffen als der männliche (11 vs. 5 %; bei den ab 60-Jährigen: 23 vs. 10 %): Rund 4 Prozent der Frauen und 1 Prozent der Männer haben entweder große Schwierigkeiten oder sind dazu gar nicht in der Lage.

Während die 15- bis 29-jährigen Kärntner/innen gar nicht von diesen Schwierigkeiten betroffen sind, weisen 6 Prozent der 30-59-Jährigen (rund 16.000 Personen) und 17 Prozent der ab 60-Jährigen diese Einschränkungen auf (rund 23.000 Personen).

In Kärnten-Ost haben rund 26.000 Personen Schwierigkeiten beim Treppensteigen, in Kärnten-West rund 13.000 Personen. Der prozentuelle Anteil betroffener Personen ist in beiden VR etwa gleich.

### **Definitionen und Daten**

*Körperliche und sensorische Einschränkungen* betreffen die Mobilität sowie das Seh- und Hörvermögen. Sie werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (15 Jahre oder älter) und beruhen auf Selbstangaben.

## **3.4.3 Aktivitätseinschränkungen im Alltag – ADL und IADL**

### **Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person (ADL)**

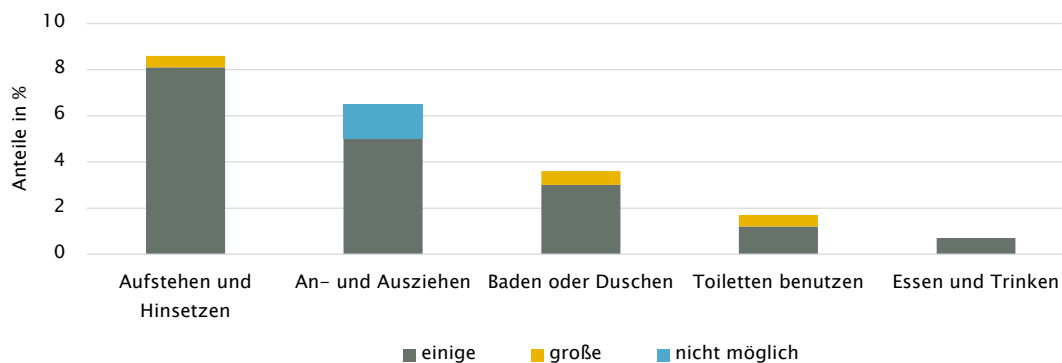
Von Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person sind im Jahr 2014 15 Prozent der ab 65-jährigen Kärntner/innen betroffen (rund 15.000 Personen; BL-Bandbreite: 10-19 %). Am häufigsten haben sie Schwierigkeiten beim Aufstehen und Hinsetzen (9 %) sowie beim An- und Ausziehen (7 %; s. Abbildung 3.22).

Frauen ab 65 sind insgesamt häufiger von Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person betroffen als Männer (19 vs. 10 %).

Während in Kärnten-Ost rund 10.000 Personen von ADL-Einschränkungen betroffen sind, sind in Kärnten-West rund 5.000 Personen in der Körperpflege und Eigenversorgung eingeschränkt. Der prozentuelle Anteil betroffener Personen ist in beiden VR etwa gleich.

Abbildung 3.22:

Schwierigkeiten bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person bei ab 65-jährigen Kärntnerinnen/Kärntnern, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (65 Jahre oder älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

31 Prozent der bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Eigenversorgung eingeschränkten Personen haben Hilfe bei mindestens einer ADL-Tätigkeit (rund 5.000 Personen; BL-Bandbreite: 16-61 %): 60 Prozent der Betroffenen nutzen technische Hilfsmittel, 76 Prozent erhalten Hilfe aus dem Familien- und Freundeskreis, 10 Prozent durch professionelles Pflege- und Betreuungspersonal (Kombinationen möglich). Mehr Hilfe bei zumindest einer ADL-Tätigkeit benötigen 34 Prozent der eingeschränkten Personen (rund 5.000 Personen; BL-Bandbreite: 15-36 %). Zu 59 Prozent sind dies Personen, die bisher noch keine Hilfe erhalten (rund 3.000 Personen).

### Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts (IADL)

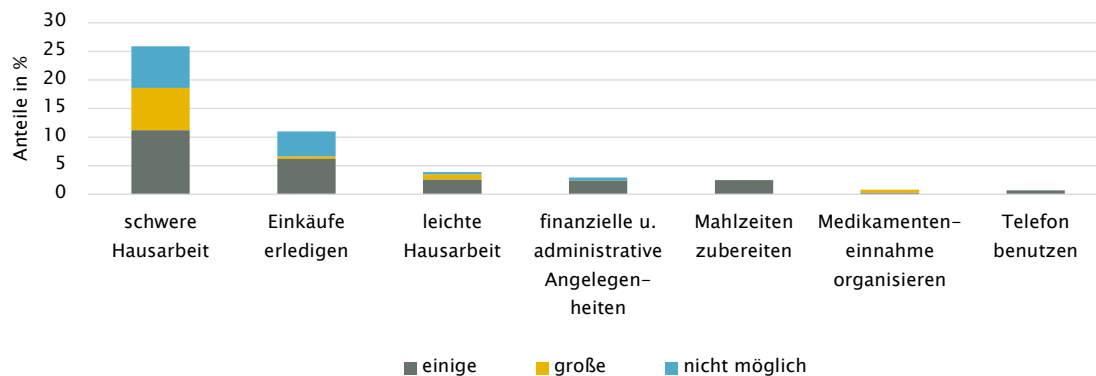
Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts weisen 2014 27 Prozent der ab 65-jährigen Kärntner/innen auf (rund 27.000 Personen; BL-Bandbreite: 23-32 %). Am häufigsten haben sie Schwierigkeiten bei der Erledigung schwerer Hausarbeit (26 %; rund 26.000 Personen) sowie bei der Erledigung von Einkäufen (11 %; rund 11.000 Personen; s. Abbildung 3.23).

Frauen ab 65 Jahren sind häufiger von Einschränkungen bei der Haushaltsführung betroffen als Männer (35 vs. 15 %). Die geschlechtsspezifische Verteilung bestimmter Aufgaben ist dabei berücksichtigt.

Während in Kärnten-Ost rund 19.000 Personen von IADL-Einschränkungen betroffen sind (33 %), sind in Kärnten-West rund 9.000 Personen in der Haushaltsführung eingeschränkt (18 %).

Abbildung 3.23:

Schwierigkeiten bei Erledigungen des Haushalts bei ab 65-jährigen Kärntnerinnen/Kärntner, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (65 Jahre oder älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

56 Prozent der bei Erledigungen des Haushalts eingeschränkten Personen haben Hilfe bei mindestens einer IADL-Tätigkeit (rund 15.000 Personen; BL-Bandbreite: 56–83 %): 10 Prozent der Betroffenen nutzen technische Hilfsmittel, 79 Prozent erhalten Hilfe aus dem Familien- und Freundeskreis, 34 Prozent durch professionelles Pflege- und Betreuungspersonal (Kombinationen möglich). Mehr Hilfe bei zumindest einer IADL-Tätigkeit benötigen 53 Prozent der eingeschränkten Personen (rund 14.000 Personen; BL-Bandbreite: 18–55 %). Zu 18 Prozent sind dies Personen, die bisher noch keine Hilfe erhalten (rund 2.600 Personen).

### Definitionen und Daten

Aktivitätseinschränkungen bei ADL (Activities of Daily Living) und IADL (Instrumental Activities of Daily Living) sowie ein diesbezüglicher Unterstützungsbedarf werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (im Alter von 65 oder mehr Jahren) und beruhen auf Selbstangaben.

## 3.4.4 Krankenstände

Die in einer objektiven Statistik erfassten Krankenstände ergänzen das Bild der selbstberichteten Leistungs- und Handlungsfähigkeit.

Im Jahr 2014 fallen in Kärnten rund 180.000 Krankenstände bei erwerbstätigen Personen an, die über die Kärntner Gebietskrankenkasse (KGKK) versichert sind. Das entspricht einer Rate von 1,07 Krankenständen pro erwerbstätiger versicherter Person (EVP; BL-Bandbreite: 0,94–1,41). Rund 55 Prozent (89.000 Fälle) betreffen Männer, rund 45 Prozent (72.000 Fälle) Frauen. Die Anzahl der Krankenstände ist im Zeitraum 2005 bis 2014 –

sowohl absolut als auch pro EVP – um 12 Prozent gestiegen, bei Frauen deutlich stärker als bei Männern (absolut: 21 vs. 5 %; pro versicherte Person: 23 vs. 4 %).

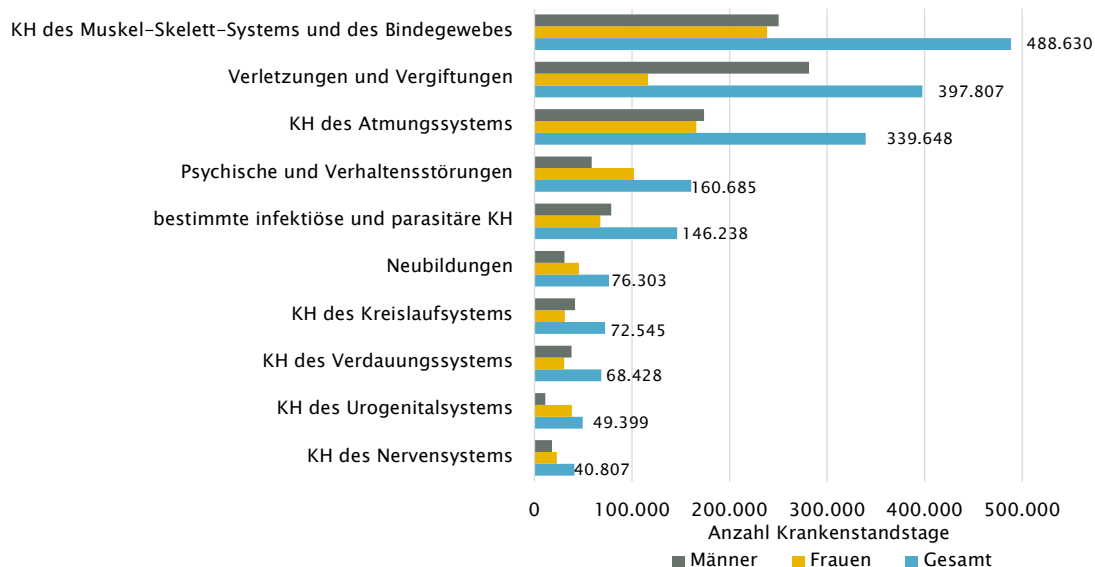
Krankenstände verursachen in Kärnten im Jahr 2014 insgesamt 2,1 Millionen Krankenstandstage. Das sind 12,1 Tage pro EVP (BL-Bandbreite: 10,2-13,8). Gegenüber 2005 ist die Anzahl der Krankenstandstage (absolut und pro EVP) um 4 Prozent gestiegen (bei Frauen um 12 bzw. 13 %, bei Männern um 3 bzw. 4 % gesunken). Die durchschnittliche Dauer der Krankenstände hat damit geringfügig (von durchschnittlich 12 Tagen auf 11 Tage) abgenommen.

Mehrheitlich gehen Arbeitnehmer/innen aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems (30 % aller Krankenstandsfälle), infektiösen/parasitären Krankheiten und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebes (je 17 %) in Krankenstand. 11 Prozent der Krankenstandsfälle sind auf Verletzungen und Vergiftungen zurückzuführen.

Gemessen an den Krankenstandstagen machen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes den größten Anteil aus (24 %). Dann folgen Verletzungen und Vergiftungen (19 %) und Krankheiten des Atmungssystems (17 %; s. Abbildung 3.24).

Abbildung 3.24:

Krankenstandstage ausgewählter Krankheitsgruppen bei KGKK erwerbstätigen versicherten Personen, 2014



KH = Krankheiten  
absteigend nach der Häufigkeit sortiert

Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger – Krankenstandstatistik 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

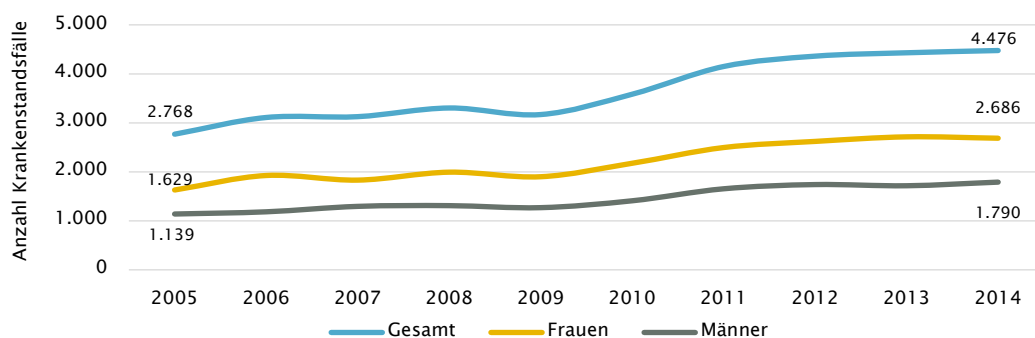
**Psychisch bedingte Krankenstände** (4.500 Fälle bzw. 0,03 Fälle pro EVP; BL-Bandbreite: 0,01-0,04) machen im Jahr 2014 rund 2 Prozent aller Krankenstandsfälle aus (BL-Bandbreite: 2-4 %), aufgrund der überdurchschnittlichen Krankendauer beträgt ihr Anteil an den Krankenstandstagen jedoch 8 Prozent (BL-Bandbreite: 7-

12 %). Die Anzahl der psychisch bedingten Krankenstände ist im Zeitraum 2005 bis 2014 um 62 Prozent gestiegen (von 2.800 auf 4.500 Fälle), bei Frauen um 65 Prozent und bei Männern um 57 Prozent (s. Abbildung 3.25). Die Dauer psychisch bedingter Krankenstände hat im selben Zeitraum – entgegen dem Trend bei den Krankenständen insgesamt – zugenommen: Im Jahr 2005 betrug die durchschnittliche Dauer 29 Tage, im Jahr 2014 bereits 36 Tage.

Frauen sind häufiger und länger aufgrund psychischer Erkrankungen im Krankenstand als Männer (2014: 2.686 vs. 1.790 Fälle bzw. 38 vs. 33 Tage).

Abbildung 3.25:

Psychisch bedingte Krankenstandsfälle bei KGKK versicherten Arbeitnehmerinnen/ Arbeitnehmern, 2005–2014



Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

Basis für die Erfassung der *Krankenstandsfälle und -tage* ist die Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit durch Arzt bzw. Ärztin. Datenbereinsteller ist der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Da die Statistik nach Krankenkassen differenziert, können für regionale Analysen nur die Daten der Versicherten der Gebietskrankenkasse herangezogen werden. Eine Untererfassung besteht auch insofern, als in vielen Unternehmen erst ab dem dritten Tag der Abwesenheit wegen Krankheit eine ärztliche Bestätigung vorzulegen ist und Krankenstände, die nur ein oder zwei Tage dauern, nicht in die Statistik eingehen.

## 3.5 Lebensqualität

Die Lebensqualität gibt Auskunft über das körperliche, psychische, soziale und umweltbezogene Wohlbefinden. Sie gewinnt vor allem im Kontext einer steigenden Lebenserwartung bei vermehrter chronischer Krankheit sowie einer verbesserten medizinischen Versorgung an Bedeutung (Ellert/Kurth 2013).

Die Kärntner Bevölkerung beurteilt die allgemeine Lebensqualität mit durchschnittlich 75 von 100 Punkten (BL-Bandbreite: 73–78 Punkte). Am besten beurteilen die Kärntner/innen ihr körperliches Wohlbefinden (80 Punkte; BL-Bandbreite: 77–81 Punkte) gefolgt vom psychischen Wohlbefinden (77 Punkte; BL-Bandbreite: 74–

79 Punkte) und der umweltbezogenen Lebensqualität (77 Punkte; BL-Bandbreite: 75-82 Punkte). Am schlechtesten bewerten sie ihr soziales Wohlbefinden (75 Punkte; BL-Bandbreite: 73-77 Punkte).

Seit 2006/2007 gab es tendenzielle Verschlechterungen im körperlichen und psychischen Bereich (- 0,4 bzw. - 0,8 Punkte) sowie eine deutliche Abnahme im sozialen Wohlbefinden (- 2,8 Punkte), im Falle körperlichen und sozialen Wohlbefindens stärker für Männer, im Fall psychischen Wohlbefindens stärker für Frauen. Eine Verbesserung konnte ausschließlich für die umweltbezogene Lebensqualität beobachtet werden (+1,7 Punkte). Sie betrifft Frauen und Männer gleichermaßen.

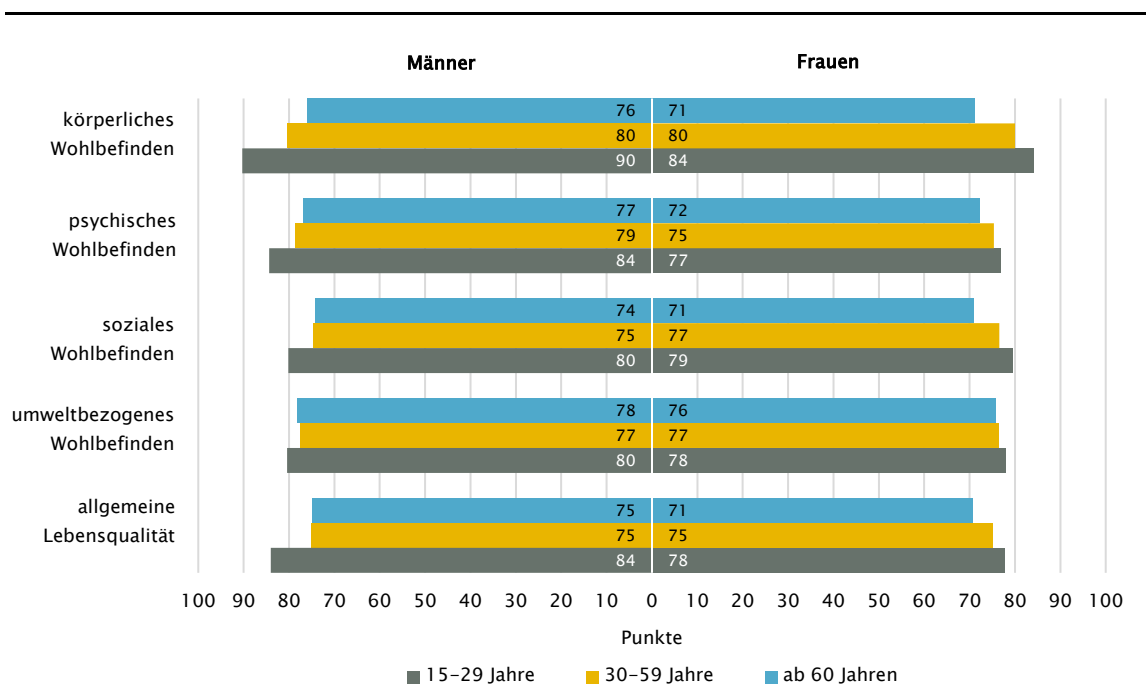
Frauen zwischen 15 und 29 Jahren sowie Frauen ab 60 Jahren beurteilen ihre Lebensqualität schlechter als Männer (s. Abbildung 3.26). Diesbezügliche Unterschiede finden sich hinsichtlich der körperlichen, der psychischen und der umweltbezogenen Lebensqualität.

Erwartungsgemäß schätzen Jugendliche und junge Erwachsene ihre Lebensqualität – in allen Bereichen – besser ein als Personen ab 60 (s. Abbildung 3.26). Am deutlichsten zeigt sich dieser Unterschied in Bezug auf das körperliche, gefolgt vom psychischen und sozialen Wohlbefinden.

Zwischen den VR Kärnten-Ost und Kärnten-West zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede.

Abbildung 3.26:

Lebensqualität der Kärntner Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, Mittelwerte, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

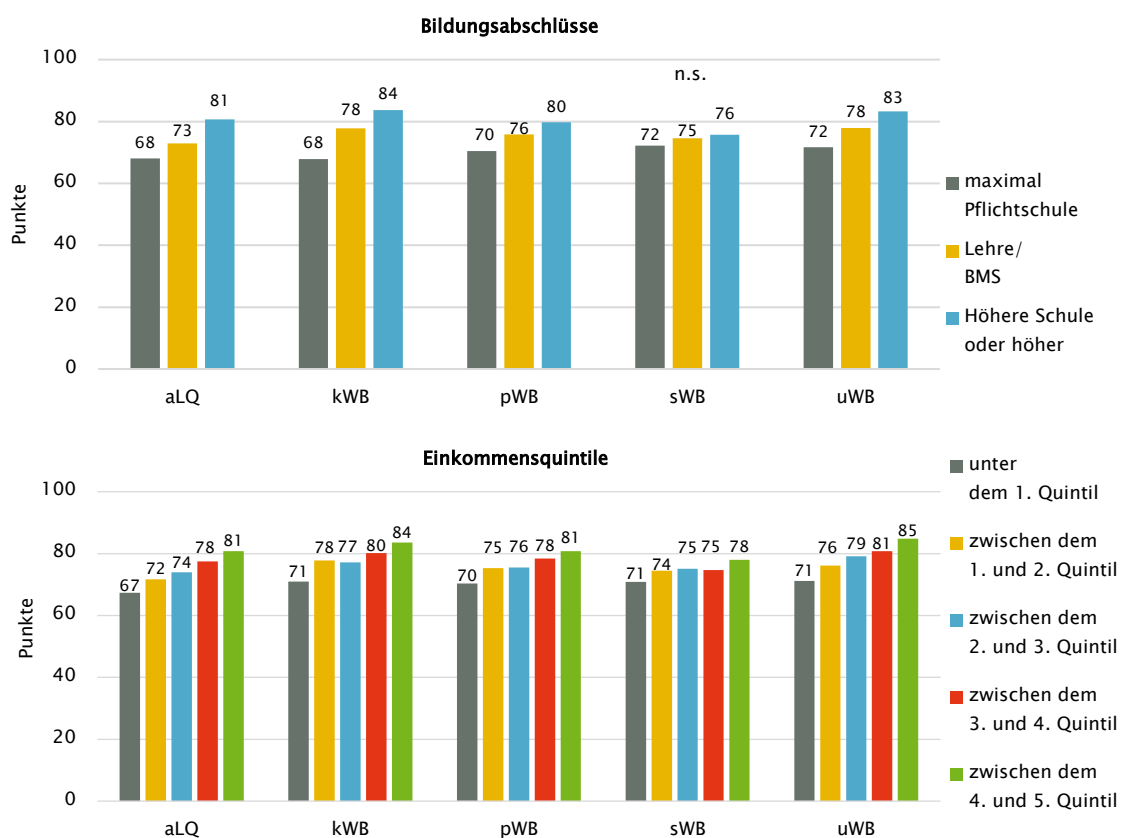
## Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Kärntner/innen mit einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter; Matura oder höher) berichten über eine höhere Lebensqualität als Kärntner/innen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (s. Abbildung 3.27). Dies gilt – mit Ausnahme des sozialen Wohlbefindens (hier ist der Unterschied nicht signifikant) – sowohl für die 30- bis 59-Jährigen als auch für die ab 60-Jährigen und alle Lebensqualitätsdimensionen.

Ebenfalls deutliche Unterschiede finden sich in Zusammenhang mit dem Haushaltseinkommen (30 Jahre und älter; s. Abbildung 3.27). Kärntner/innen aus besser verdienenden Haushalten schätzen ihre Lebensqualität besser ein als Kärntner/innen aus schlechter verdienenden Haushalten.

Abbildung 3.27:

Lebensqualität der Kärntner Bevölkerung nach Bildung und Haushaltseinkommen, Mittelwerte, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten

hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

aLQ = allgemeine Lebensqualität; kWB = körperliches Wohlbefinden; pWB = psychisches Wohlbefinden; sWB = soziales Wohlbefinden;

uWB = umweltbezogenes Wohlbefinden

n.s. = nicht signifikant

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Keine Unterschiede finden sich in Bezug auf den Migrationshintergrund.

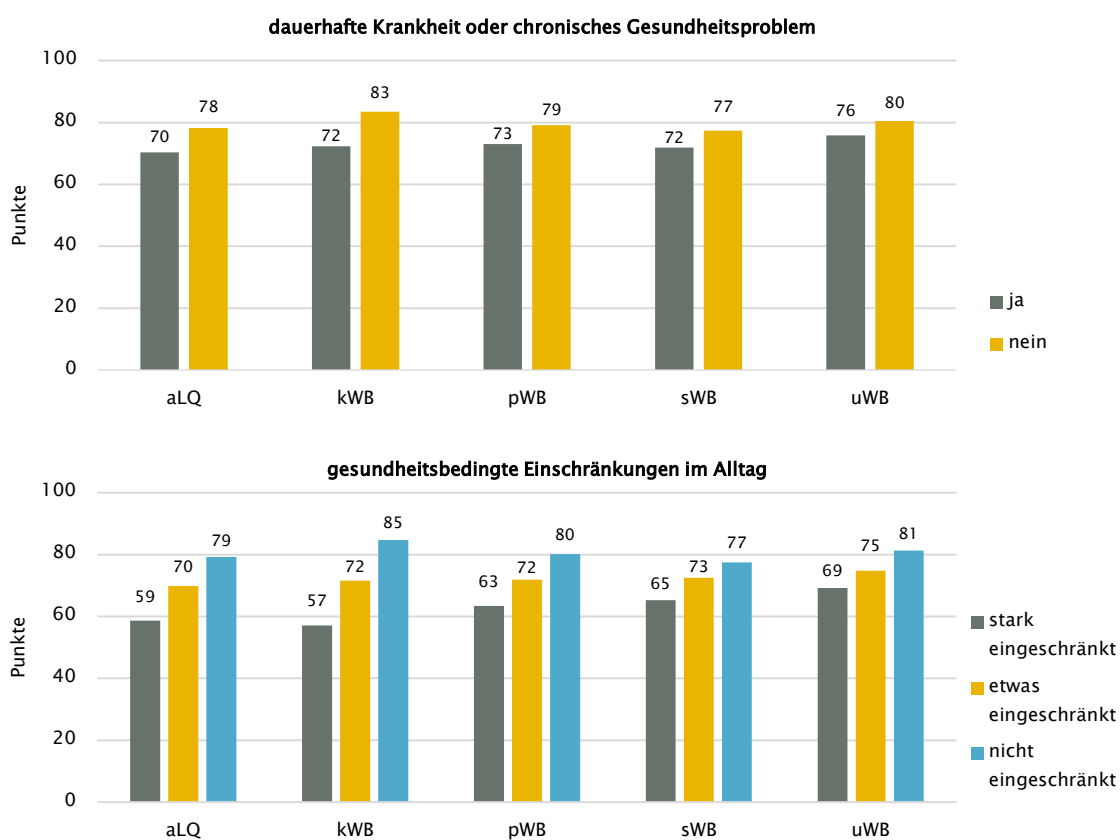


## Lebensqualität chronisch kranker bzw. im Alltag gesundheitsbedingt eingeschränkter Personen

Personen mit chronischen Krankheiten oder Gesundheitsproblemen weisen eine schlechtere Lebensqualität auf als Personen ohne chronische Gesundheitsprobleme. Noch deutlicher werden die Unterschiede, wenn gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag vorliegen. Betroffene schätzen ihre Lebensqualität (insgesamt und in allen Subdomänen) wesentlich schlechter ein als nicht betroffene Personen. Der Unterschied nimmt dabei mit dem Grad der Einschränkung zu (s. Abbildung 3.28).

Abbildung 3.28:

Lebensqualität chronisch kranker bzw. im Alltag gesundheitsbedingt eingeschränkter Kärntner/innen, Mittelwerte, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten

hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

aLQ = allgemeine Lebensqualität; kWB = körperliches Wohlbefinden; pWB = psychisches Wohlbefinden; sWB = soziales Wohlbefinden;

uWB = umweltbezogenes Wohlbefinden

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

*Lebensqualität* ist ein multidimensionales Konzept, das sowohl körperliche und psychische als auch soziale und umweltbezogene Komponenten des Wohlbefindens abbildet. Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung wird die Lebensqualität der Bevölkerung mit dem WHOQOL-BREF1 (einem Fragebogen der WHO zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität) erfasst. In diesem Fragebogen wird die Lebensqualität als eine individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen definiert (Angermeyer et al. 2000).

Der WHOQOL-BREF1 umfasst zwei globale Fragen zur allgemeinen Lebensqualität sowie 24 Fragen zu nachstehenden Bereichen:

- » Körperliches Wohlbefinden (Schmerzen, Angewiesen-Sein auf medizinische Behandlungen, Mobilität, Fähigkeit, alltägliche Dinge tun zu können, Arbeitsfähigkeit, Energie für das tägliche Leben)
- » Psychisches Wohlbefinden (das Leben genießen und als sinnvoll betrachten können, Konzentrationsfähigkeit, Akzeptanz des eigenen Aussehens, Zufriedenheit mit sich selbst, negative Gefühle)
- » Soziales Wohlbefinden (Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen, mit dem Sexualleben, mit der Unterstützung durch Freundinnen/Freunde)
- » Umweltbezogene Lebensqualität (Sicherheitsgefühl, Umweltbedingungen im Wohngebiet, Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung, Zugang zu Gesundheitsdiensten, Zufriedenheit mit den Beförderungsmitteln, Zugang zu relevanten Informationen, Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen)  
(Ellert/Kurth 2013; Klimont/Baldaszi 2015)

Die Lebensqualität wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2006/2007 und 2014 beschrieben (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (15 Jahre oder älter) und beruhen auf Selbstangaben.

## 3.6 (Vorzeitige) Sterblichkeit und potenziell verlorene Lebensjahre

### 3.6.1 Gesamtsterblichkeit

In Kärnten sterben pro Jahr rund 5.600 Menschen. Die altersstandardisierte Mortalitätsrate (Europa-Bevölkerung 2013) liegt im Jahr 2014 für Männer bei 1.170 Todesfällen pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 1.089-1.292 Todesfälle pro 100.000 EW) und für Frauen bei 780 (BL-Bandbreite: 710-863 Todesfälle pro 100.000 EW). Im Vergleich mit den anderen Bundesländern rangiert Kärnten damit im Mittelfeld.

Innerhalb der letzten zehn Jahre war die Mortalitätsrate für beide Geschlechter rückläufig, bei Männern um 18 Prozent, bei Frauen um 17 Prozent. Auch bei der Sterblichkeit als Pendant zur Lebenserwartung zeigt sich, dass der geschlechtsspezifische Unterschied tendenziell geringer wird (s. Abbildung 3.29).

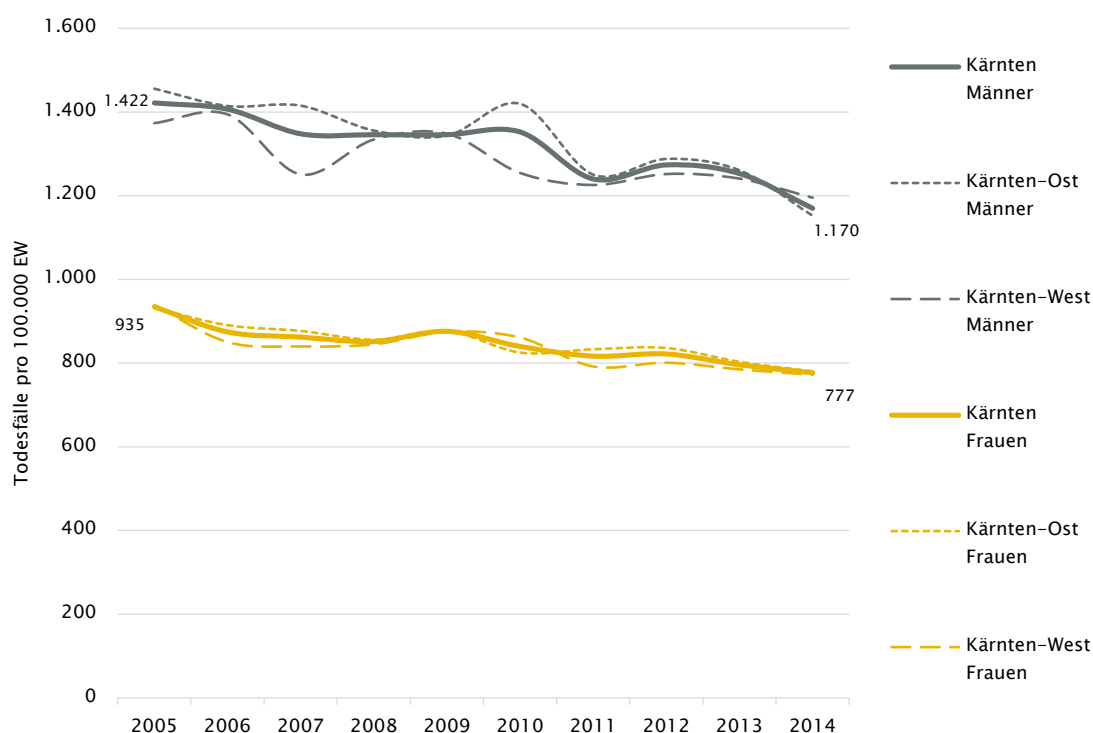
Regionale Unterschiede innerhalb von Kärnten sind – wie bei der Lebenserwartung – marginal. Nur in einzelnen Jahren (2007 und 2010) zeigen sich bei Männern geringfügige Differenzen (s. Abbildung 3.29).

Ab einem Alter von 40 Jahren überschreitet die Mortalitätsrate den Wert von 100 Todesfällen pro 100.000 EW, ab 60 Jahren (bei Männern) bzw. ab 70 Jahren (bei Frauen) den Wert 1.000.

Im Durchschnitt der letzten zehn Jahre starben in Kärnten 19 unter 15-jährige Kinder, Tendenz leicht sinkend. Ursachen dafür sind vor allem angeborene Krankheiten (knapp zur Hälfte).

Abbildung 3.29:

Gesamtsterblichkeit in der Bandbreite der Versorgungsregionen und nach Geschlecht, Kärnten 2005-2014



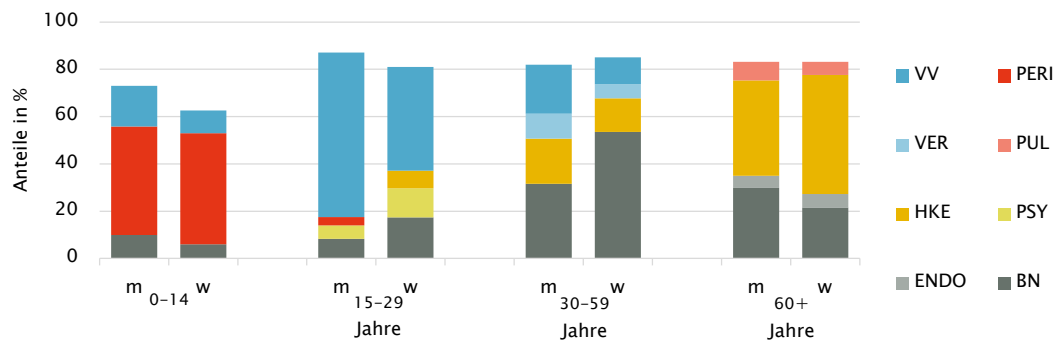
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005-2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bei den 15- bis 29-Jährigen sind die mit Abstand häufigsten Todesursachen Verletzungen und Vergiftungen (70 % bei Männern und 44 % bei Frauen). In der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen führen Krebserkrankungen am häufigsten zum Tod (bei rund einem Drittel der verstorbenen Männer und mehr als der Hälfte der verstorbenen Frauen), gefolgt von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sowie Verletzungen und Vergiftungen. Die Altersgruppe ab 60 Jahren stirbt hauptsächlich an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (40 % der Männer und 50 % der Frauen) und an Krebserkrankungen (30 % der Männer und 22 % der Frauen; s. Abbildung 3.30).

Abbildung 3.30:

Sterblichkeit nach Geschlecht, Altersgruppen und den häufigsten Todesursachen, Kärnten 2005-2014



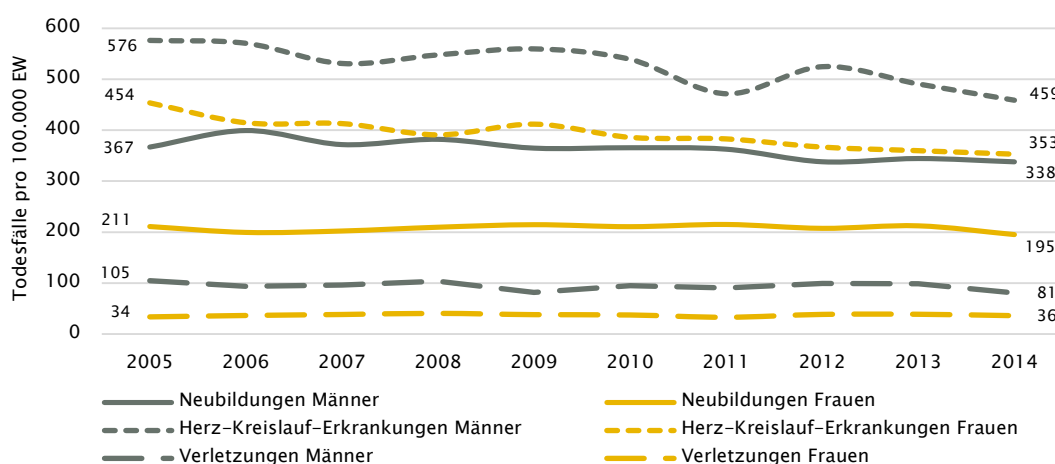
BN: C00-D48 Neubildungen; ENDO: E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten; PSY: F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen; HKE: I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; PUL: J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems; VER: K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems; PERI: P00-P96 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben und Q00-Q99 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien; VV: S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005-2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Sterblichkeit aufgrund der drei Haupttodesursachen (auf ICD-10-Kapitelebene) ist tendenziell rückläufig, insbesondere bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen (bei Männern seit 2005 um durchschnittlich 2,3 % p. a., bei Frauen um 2,7 %) und bei Verletzungen und Vergiftungen bei Männern (um durchschnittlich 2,1 % p. a.). Auch die Krebssterblichkeit nimmt ab: bei Männern und Frauen jeweils um durchschnittlich 0,8 Prozent pro Jahr. Lediglich die Sterblichkeit aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen bei Frauen ist auf gleichem Niveau geblieben (s. Abbildung 3.31).

Abbildung 3.31:

Sterblichkeit der Kärntner Bevölkerung aufgrund der drei häufigsten Todesursachen nach Geschlecht, 2005-2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005-2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

In Analogie zur Inzidenz (s. Punkt 3.3.1) wird im Folgenden – zusätzlich zum Überblick auf ICD-10-Kapitelebene – die Sterblichkeit für ausgewählte Krebslokalisationen und für die beiden häufigsten tödlichen Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Zeitraum 2005-2014 dargestellt (s. Abbildung 3.32).

Bei Frauen

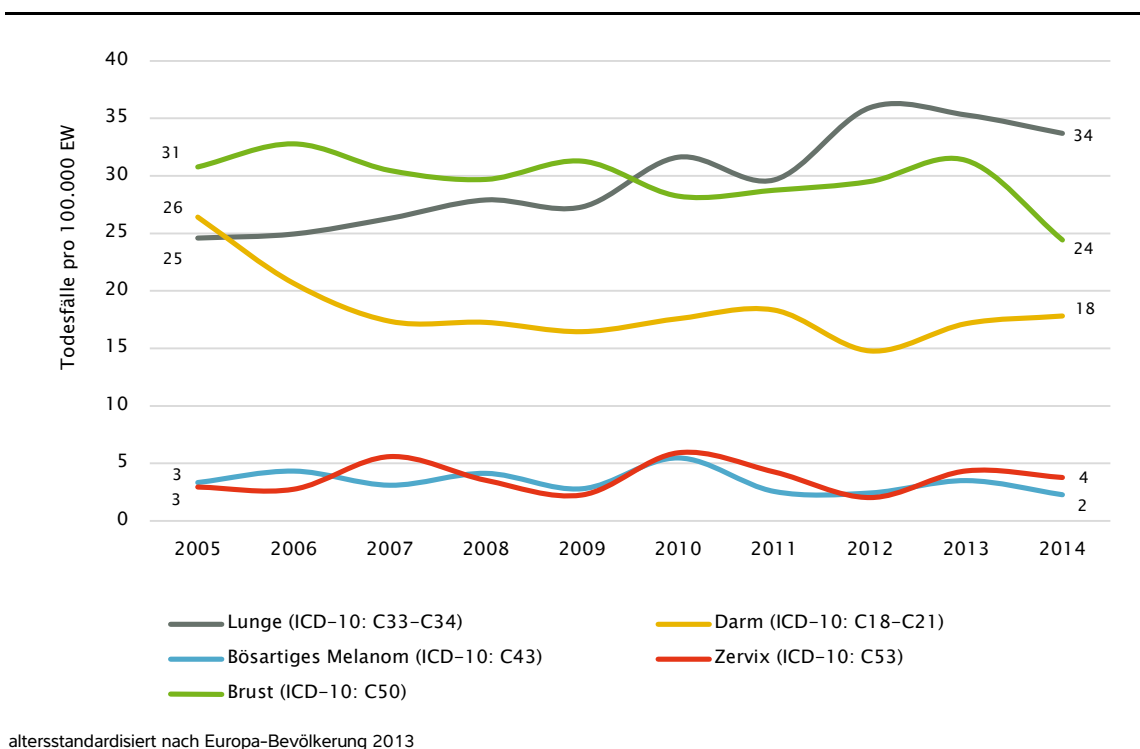
- » steigt die Mortalität aufgrund von Lungenkrebs (wie sich schon in der Inzidenz abzeichnet),
- » sinkt die Mortalität aufgrund von Brust- und Darmkrebs (bei weitgehend gleichbleibender Inzidenz) und
- » bleibt die Mortalität aufgrund eines Melanoms etwa gleich (obwohl die Inzidenz steigt).

Bei Männern ist die Mortalitätsrate bei Lungen- und Prostatakrebs tendenziell rückläufig und bei Darmkrebs und Melanomen im Großen und Ganzen gleichbleibend (s. Abbildung 3.33).

Deutlich stärker rückläufig als die Krebsmortalität ist die Mortalität aufgrund eines ischämischen Schlaganfalls und aufgrund eines akuten Myokardinfarkts, und zwar sowohl bei Männern als auch bei Frauen (s. Abbildung 3.34).

Abbildung 3.32:

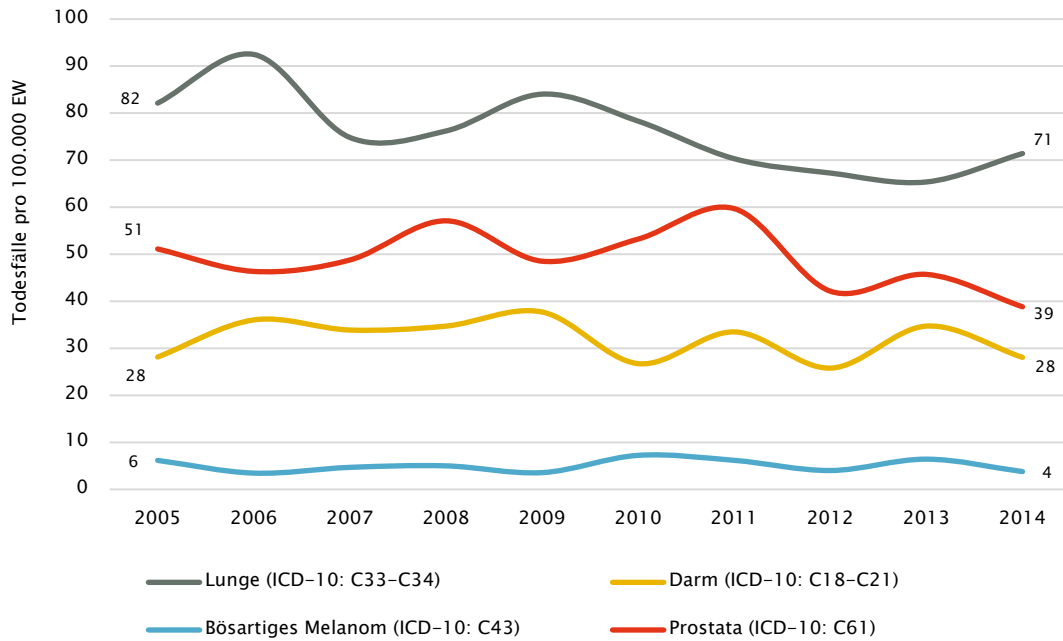
Krebssterblichkeit bei Kärntnerinnen für ausgewählte Lokalisationen, 2005-2014



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005-2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 3.33:

Krebssterblichkeit bei Kärntnern für ausgewählte Lokalisationen, 2005–2014

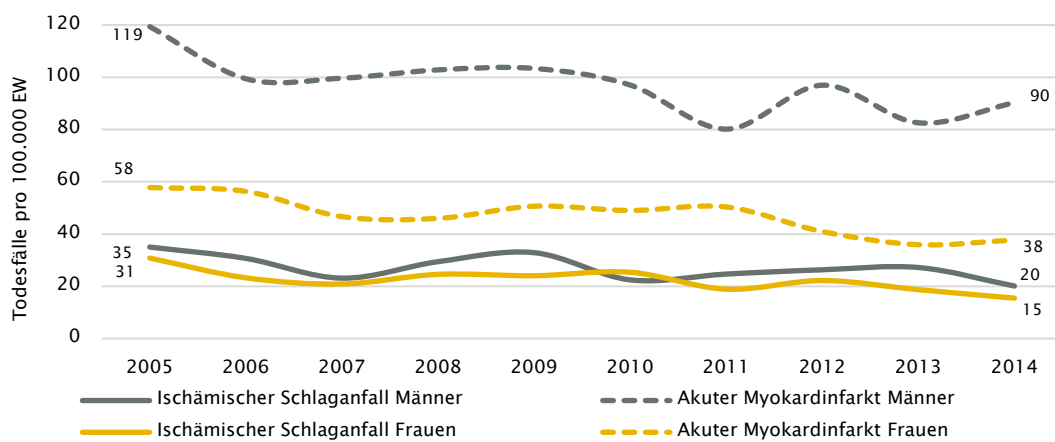


altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 3.34:

Sterblichkeit der Kärntner Bevölkerung aufgrund eines Myokardinfarkts und eines ischämischen Schlaganfalls nach Geschlecht, 2005–2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

Die *Sterblichkeit* oder *Mortalität* beruht auf der Todesursachenstatistik (Statistik Austria) und ist das Pendant zur Lebenserwartung. Sie wird in der Regel als *Todesfälle pro 100.000* der jeweils beobachteten Bevölkerungsgruppe angegeben und – sofern in der Auswertung nicht differenziert – alters- und geschlechtsstandardisiert berechnet.

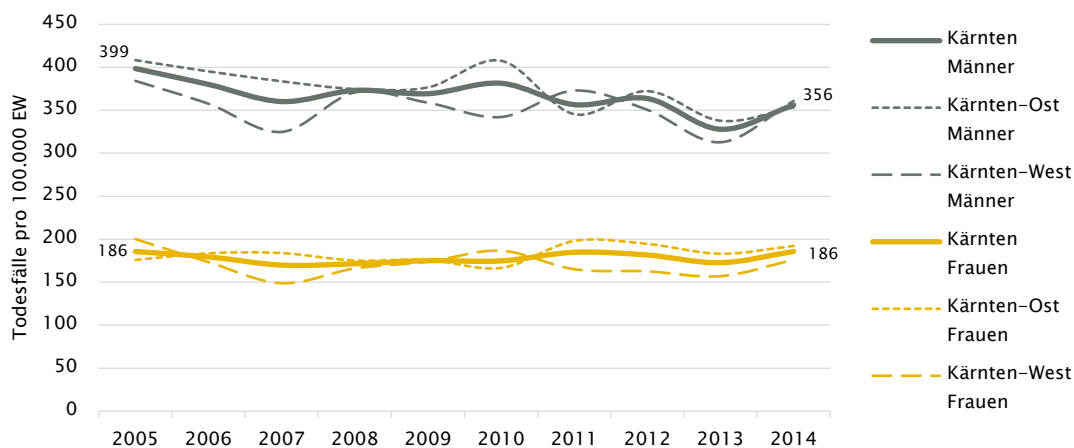
Seit dem Jahr 2009 werden auch im Ausland Verstorbene mit Wohnsitz in Österreich – mehrheitlich Männer – erfasst. Die Daten für die Todesursachenstatistik stammen aus der Auswertung der ärztlichen Todesbescheinigungen. Da die Obduktionsrate sinkt, spricht der Datenbereitsteller Statistik Austria von eventuellen Qualitätsverlusten in dieser Statistik.

### 3.6.2 Vorzeitige Sterblichkeit

Etwa 1.300 Kärntnerinnen und Kärntner sterben pro Jahr, bevor sie das 70ste Lebensjahr erreicht haben. Die altersstandardisierte Mortalitätsrate (Europa-Bevölkerung 2013) ist bei Männern etwa doppelt so hoch wie bei Frauen. Sie liegt im Jahr 2014 für Männer bei 356 (BL-Bandbreite: 276-403) und für Frauen bei 186 (BL-Bandbreite: 153-217). Wie bei der Gesamtsterblichkeit rangiert Kärnten damit auch bei der vorzeitigen Sterblichkeit im Mittelfeld der österreichischen Bundesländer (s. Abbildung 3.35).

Abbildung 3.35:

Sterblichkeit der unter 70-jährigen Kärntner/innen nach Versorgungsregionen und Geschlecht, 2005-2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005-2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Rate war innerhalb der letzten zehn Jahre bei Männern rückläufig (-11 %), hat sich bei Frauen allerdings kaum verändert (s. Abbildung 3.35). Die Verringerung der Gesamtsterblichkeit bei Frauen (s. o.) ist also ausschließlich auf eine Lebensverlängerung der über 70-Jährigen zurückzuführen.

In Kärnten-West ist die vorzeitige Sterblichkeit tendenziell etwas niedriger als in Kärnten-Ost, und zwar sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Bei Männern sind Schwankungen im Zeitverlauf etwas deutlicher sichtbar (s. Abbildung 3.35).

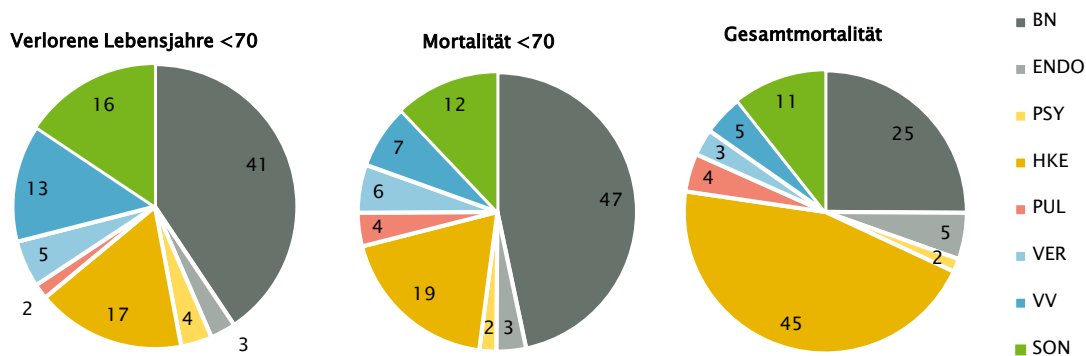
### Hauptursachen für (vorzeitige) Sterblichkeit und für verlorene Lebensjahre nach Geschlecht

Hauptursache für die **vorzeitige Sterblichkeit** der unter 70-jährigen **Kärntnerinnen** sind Krebserkrankungen. Beinahe die Hälfte der Frauen (47 %), die nicht 70 Jahre alt werden, stirbt an Krebs. Bei etwa einem Fünftel (19 %) führen Herz-Kreislauf-Erkrankungen zum Tod. Der Anteil von Todesfällen aufgrund von Verletzungen ist mit 7 Prozent nur halb so groß wie bei den Männern. Zusammen machen sie mehr als drei Viertel aller Todesursachen aus. Gemessen an den **verlorenen Lebensjahren** verlieren Krebserkrankungen etwas an Bedeutung, sind aber immer noch hauptverantwortlich für die verlorenen Lebensjahre von unter 70-jährigen Frauen in Kärnten. 17 Prozent der verlorenen Lebensjahre gehen auf das Konto von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und 13 Prozent gehen durch Verletzungen verloren (s. Abbildung 3.36).

Bezogen auf die weibliche **Gesamtbevölkerung** sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen die weitaus häufigste Todesursache von Kärntner Frauen (45 %), und zwar noch deutlicher als bei Männern (Frauen werden älter als Männer; Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden mit fortschreitendem Alter häufiger als Todesursache dokumentiert). Krebserkrankungen machen 29 Prozent aller Todesfälle aus, auf Verletzungen sind 7 Prozent aller Sterbefälle zurückzuführen (s. Abbildung 3.36).

Abbildung 3.36:

(Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre bei Kärntnerinnen nach Todesursachen in Prozent, 2014



ICD-10-Codes:

BN: C00-D48 Neubildungen; ENDO: E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten; PSY: F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen; HKE: I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; PUL: J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems; VER: K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems; VV: S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen; SON: Sonstige Todesursachen

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005-2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

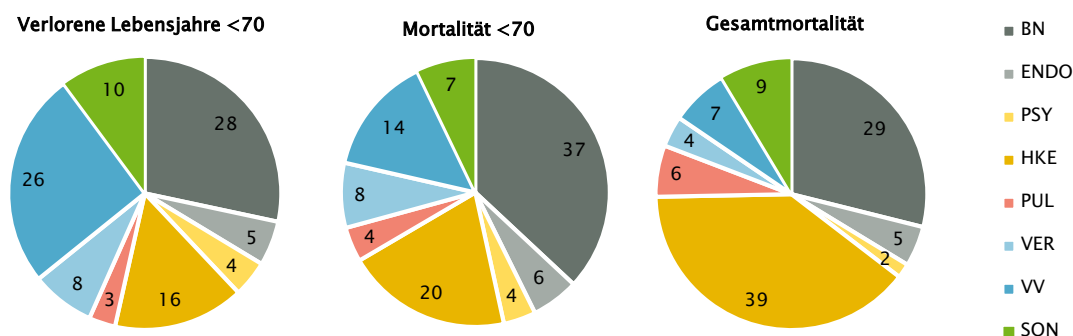
Die Hauptursachen für **vorzeitige Sterblichkeit** der unter 70-jährigen **Kärntner** sind Krebserkrankungen (37 %), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (20 %) und Verletzungen (14 %). Zusammen machen sie mehr als 70 Prozent aller Todesursachen aus. Ein ähnlich hoher Anteil an **verlorenen Lebensjahren** ist auf diese drei Ursachen zurückzu-



führen, doch deren Bedeutung verschiebt sich: 28 Prozent der verlorenen Lebensjahre entstehen durch Krebserkrankungen, 26 Prozent durch Verletzungen und 16 Prozent durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (s. Abbildung 3.37).

Abbildung 3.37:

(Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre bei Kärntnern nach Todesursachen in Prozent, 2014



ICD-10-Codes:

BN: C00-D48 Neubildungen; ENDO: E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten; PSY: F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen; HKE: I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; PUL: J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems; VER: K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems; VV: S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen; SON: Sonstige Todesursachen

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bezogen auf die männliche **Gesamtbevölkerung** sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen die weitaus häufigste Todesursache von Kärntner Männern (39 %), Krebserkrankungen machen 29 Prozent aus, auf Verletzungen sind 7 Prozent aller Sterbefälle zurückzuführen (s. Abbildung 3.37).

Verletzungen sind insbesondere bei Männern von großer Bedeutung, weil sie – wenngleich mit einer geringeren Anzahl von Todesfällen – in vergleichsweise jungem Alter auftreten. Umgekehrt haben Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei der vorzeitigen Mortalität und insbesondere bei den verlorenen Lebensjahren eine geringere Bedeutung, weil sie vor allem im fortgeschrittenen Alter die häufigste Todesursache darstellen.

### Veränderung der vorzeitigen Sterblichkeit

Langfristig, über mehrere Jahrzehnte betrachtet, zeigt sich ein außerordentlich starker Rückgang der HKE-Sterblichkeit vor dem 70sten Lebensjahr (im Jahr 1980 betrug die Rate mehr als das Dreifache als 2004), und auch die vorzeitige Krebssterblichkeit hat zwischen 1980 und 2004 deutlich abgenommen (-27 %). Seither sind die Veränderungen vergleichsweise gering, dennoch zeigen sich im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2014 – differenziert nach Geschlecht – Veränderungen der vorzeitigen Sterblichkeit:

- » Kärntner Männer:
  - » Mortalität: Die Bedeutung von Krebs steigt, jene von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Verletzungen sinkt.
  - » Verlorene Lebensjahre: Die Anteile der Haupttodesursachen haben sich kaum verändert.

- » Kärntner Frauen:
  - » Mortalität: Die Anteile der Haupttodesursachen haben sich kaum verändert.
  - » Verlorene Lebensjahre: Die Bedeutung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen steigt, diejenige von Verletzungen sinkt.

## Definitionen und Daten

Die *vorzeitige Sterblichkeit* gibt die Sterblichkeit vor einem bestimmten Alter an. Je nach Lebenserwartung können unterschiedliche Altersgrenzen für die Berechnung dieses Indikators angesetzt werden. Im vorliegenden Bericht beschreibt sie die Sterblichkeit der unter 70-Jährigen. Vorteil dieses Indikators gegenüber der Gesamtsterblichkeit ist, dass sich Unklarheiten bei der Haupttodesursache bei hochbetagten, multimorbiden Personen hier nicht niederschlagen. Die vorzeitige Sterblichkeit ist insbesondere für Gesundheitsförderung und Prävention wichtig.

Auch die *verlorenen Lebensjahre (Potential Years of Life Lost PYLL)* sind ein Maß für vorzeitige Sterblichkeit. Dieser Indikator berücksichtigt zusätzlich das Alter des vorzeitigen Todesfalls, indem die Sterbefälle mit den Lebensjahren, die bis zu einem bestimmten Alter (hier: 70 Jahre) verblieben wären, gewichtet werden. Dadurch fallen etwa Unfall-Todesfälle mehr ins Gewicht als Herz-Kreislauf-Todesfälle, weil sie in jüngerem Alter häufiger auftreten.

### 3.6.3 Suizid

In Kärnten begehen rund 100 Menschen pro Jahr Suizid. Rund drei Viertel davon sind männlich. Die Suizidrate beträgt im Jahr 2014 bei Männern (altersstandardisiert; Europa-Bevölkerung 2013) 28 Todesfälle pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 20-33 pro 100.000 EW) und bei Frauen 8 Todesfälle pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 4-8 pro 100.000 EW).

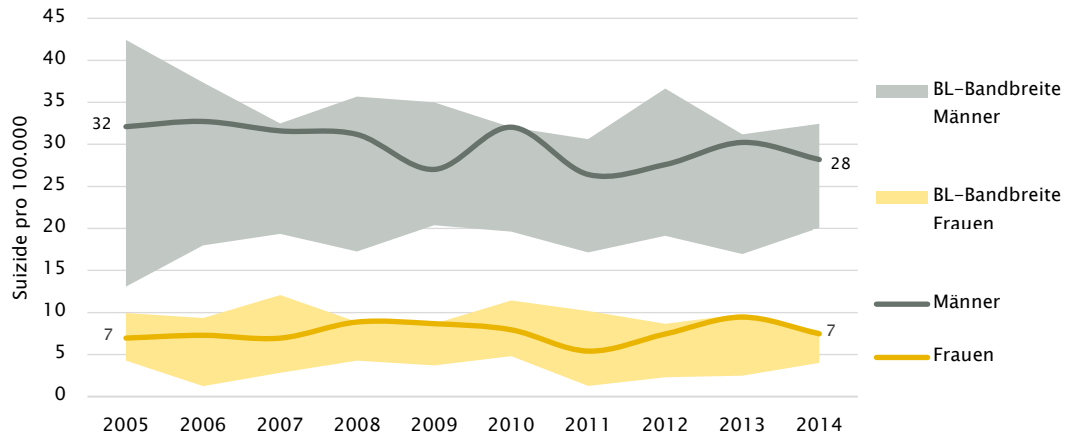
Langfristig ist die Suizidrate rückläufig, sie hat sich in Kärnten seit Anfang der 1980er Jahre etwa halbiert. Im Beobachtungszeitraum dieses Berichts – 2005 bis 2014 – ist die Rate bei Frauen auf gleichbleibendem Niveau geblieben und bei Männern tendenziell leicht gesunken. Trotzdem gehört Kärnten im gesamten Beobachtungszeitraum zu den drei Bundesländern mit den höchsten Suizidraten und nimmt in einzelnen Jahren (2010 bei Männern; 2008 und 2009 bei Frauen) eine Spitzenposition ein (s. Abbildung 3.38).

Suizide waren in den letzten zehn Jahren in Kärnten-Ost tendenziell häufiger als in Kärnten-West. Bei Männern gibt es in einzelnen Jahren deutliche Unterschiede, die durch geringe Fallzahlen erklärbar sein können. Im Jahr 2014 sind die Unterschiede marginal: Die Suizidrate beträgt (insgesamt) etwa 18 Suizide pro 100.000 EW in beiden Versorgungsregionen.

Die Gefahr eines Suizids steigt mit zunehmendem Alter, wenngleich bei Jugendlichen der Suizid eine der häufigsten Todesursachen darstellt. Insbesondere ältere Männer haben ein sehr hohes Suizidrisiko. In der Altersgruppe der ab 75-Jährigen begingen im Zeitraum 2005-2014 rund 90 von 100.000 Männern einen Suizid, während es bei den gleichaltrigen Frauen nur 18 waren (s. Abbildung 3.39).

Abbildung 3.38:

Suizidrate in Kärnten nach Geschlecht im Vergleich zur Bundesländer-Bandbreite, 2005-2014

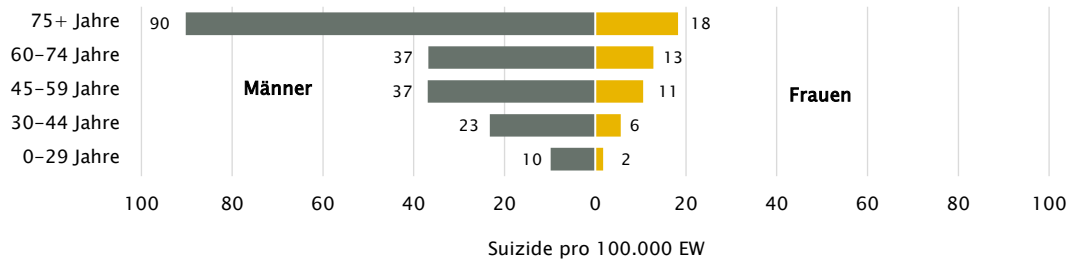


altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005-2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 3.39:

Suizidrate in Kärnten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2005-2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005-2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zu Suizidversuchen liegen keine verlässlichen Zahlen vor, da sie oft nicht als solche erkannt bzw. nicht entsprechend dokumentiert werden und auch nicht zwingend zu einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem führen. Doch internationale Studien gehen davon aus, dass die Zahl der Suizidversuche die Zahl der tatsächlich durch Suizid verstorbenen Personen um das 10- bis 30-Fache übersteigt (De Munck et al. 2009; Flavio et al. 2013; Kölves et al. 2013). Demnach kann für Kärnten von etwa 1.000 bis 3.000 Suizidversuchen pro Jahr ausgegangen werden.

## Definitionen und Daten

*Suizid* wird in der Todesursachenstatistik unter dem ICD-10-Code X60-X84 dokumentiert. Die Rate ist vermutlich unterschätzt, weil nicht alle Suizide als solche erkannt werden. In manchen Kulturkreisen wird Suizid aus religiösen Gründen verheimlicht (Stuckler/Basu 2014).

## 4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

Die individuellen Determinanten werden gemäß dem Public Health Monitoring Framework (s. Abschnitt 1.2) in drei Bereiche untergliedert:

- » **Körperliche Faktoren** wie Übergewicht, Adipositas und Bluthochdruck
- » **Psychische Faktoren** wie Gesundheitskompetenz, gesundheitsrelevante Einstellungen und Überzeugungen (z. B. Selbstwirksamkeitserwartung, problematische Körperwahrnehmung)
- » **Gesundheitsverhalten** wie Ernährung, Bewegung, Rauchen, Konsum von Alkohol oder illegalen Substanzen

Im folgenden Kapitel werden die Indikatoren zu körperlichen Faktoren und zum Gesundheitsverhalten dargestellt. Im Bereich der psychischen Faktoren gibt es in Österreich große Datendefizite: Verlässliche Daten zur Gesundheitskompetenz liegen derzeit nur auf Bundesebene vor, jedoch nicht für die Bundesländer. Daten zur Selbstwirksamkeitserwartung und Körperwahrnehmung stehen derzeit nur für ausgewählte Bundesländer zur Verfügung.

Die meisten der nachstehenden Indikatoren werden auch in anderen Gesundheitsstrategien und Frameworks verwendet (s. Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1:

Indikatoren-Übersicht zu Kapitel 4 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks

Indikatoren	Gesundheitsstrategien und Frameworks				
	R-GZ	ZS-G MVKO	Gesundheit 2020	GMF	Health at a Glance
Adipositas- und Übergewichtsrate	✓	✓	✓	✓	✓
Prävalenzrate von Bluthochdruck				✓	
Ernährung: Obst- und Gemüsekonsum	✓	✓		✓	✓
Gesundheitswirksame Bewegung					
Sport, Fitness und körperliche Aktivitäten	✓	✓		✓	
Muskelkräftigende Übungen	✓	✓			
Alltagsbewegung	✓				
Raucherstatus		✓	✓	✓	✓
Passivraucherrate					
Alkoholkonsum		✓			
Risikant Alkoholkonsum				✓	
Konsum illegaler Drogen					

R-GZ = Rahmen-Gesundheitsziele

ZS-G MVKO = Zielsteuerung-Gesundheit: Outcome-Messung im Gesundheitswesen

GMF = Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 4.1 Körperliche Faktoren

### 4.1.1 Adipositas und Übergewicht

Adipositas und Übergewicht steigen weltweit an. Adipositas und Übergewicht gelten als Risikofaktoren für zahlreiche Gesundheitsprobleme wie Bluthochdruck, hohes Cholesterin, Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen und bestimmte Krebsarten (OECD 2014). Darüber hinaus stehen Adipositas und Übergewicht mit einer Reihe psychosozialer Belastungen in Zusammenhang (z. B. Diskriminierung, Ausgrenzung, verminderte Selbstachtung), die zu einer verminderten Lebensqualität sowie zu einem erhöhten Depressionsrisiko führen können (Flodmark et al. 2004).

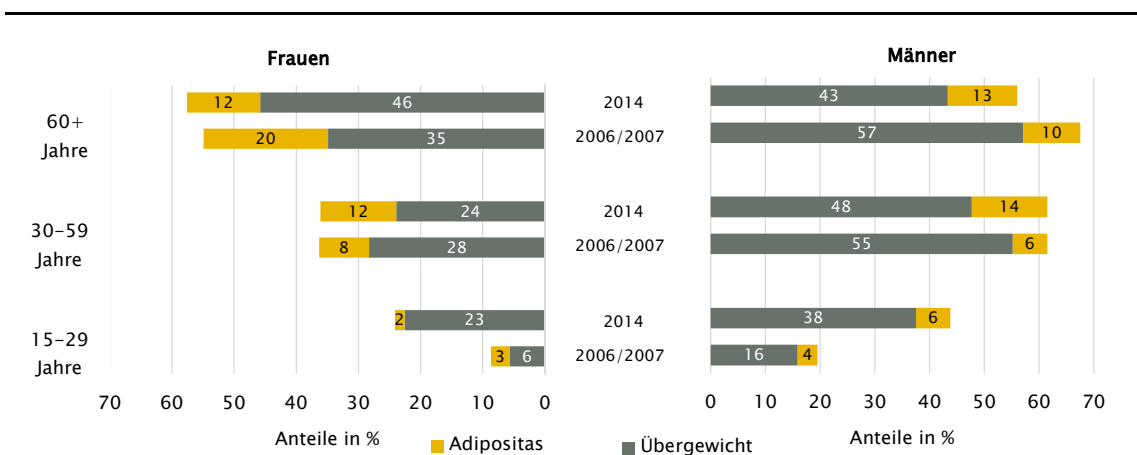
Rund 37 Prozent der Kärntner Bevölkerung sind übergewichtig (BL-Bandbreite: 28–38 %) und rund 11 Prozent adipös (BL-Bandbreite: 10–19 %), Männer zwischen 15 und 59 Jahren deutlich häufiger als Frauen dieses Alterssegments. Während in Kärnten der Anteil übergewichtiger und adipöser Frauen kontinuierlich mit dem Alter steigt, ist bei den Männern ein „sprunghafter“ Anstieg ab dem 30. Lebensjahr zu beobachten (s. Abbildung 4.1).

Der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen hat seit 2006/2007 geringfügig zugenommen: 2006/2007 waren 36 Prozent übergewichtig und 9 Prozent adipös, im Jahr 2014 waren es 37 und 11 Prozent. Bedenklich ist jedoch der enorme Anstieg übergewichtiger und adipöser 15- bis 29-Jähriger: Sowohl bei weiblichen als auch bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen hat sich der Anteil an Übergewichtigen und Adipösen im Vergleich zu 2006/2007 mehr als verdoppelt (s. Abbildung 4.1).

Unterschiede nach Versorgungsregionen sind nicht ersichtlich.

Abbildung 4.1:

Übergewicht und Adipositas nach Altersgruppen und Geschlecht, Kärnten 2006/2007 und 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

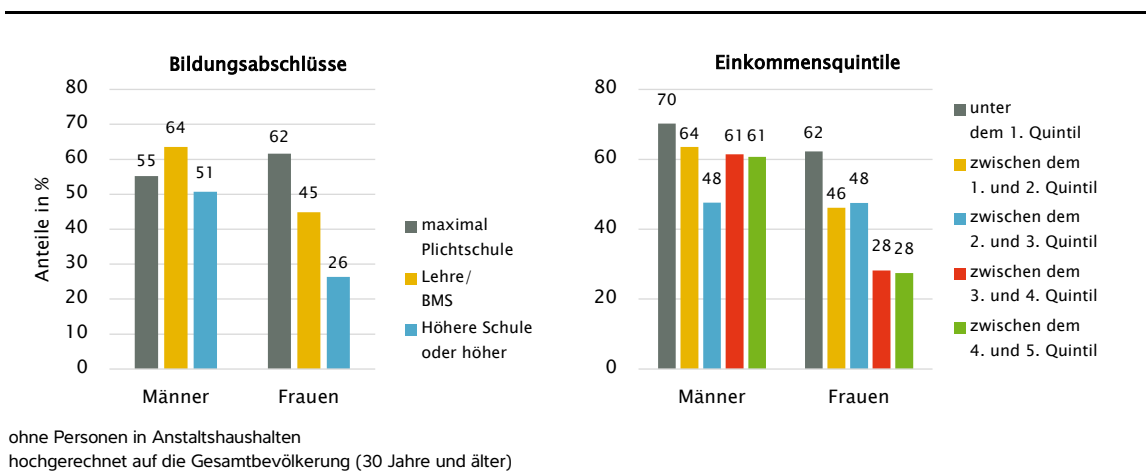
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 und 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Während bei Kärntner Männern (30 Jahre und älter) kein eindeutiger Zusammenhang von Adipositas und Übergewicht mit der formalen Bildung besteht, ist bei Kärntner Frauen ein linearer Zusammenhang erkennbar. Zudem steigt der Anteil übergewichtiger und adipöser Kärntner/innen (30 Jahre und älter) mit sinkendem Haushaltseinkommen. Dies gilt insbesondere für die weibliche Bevölkerung (s. Abbildung 4.2).

Abbildung 4.2:

Übergewicht und Adipositas nach Bildung und Haushaltseinkommen, Kärnten 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Personen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) sind häufiger übergewichtig oder adipös als Personen ohne Migrationshintergrund (60 vs. 47 %).

## Definitionen und Daten

Der *Body-Mass-Index* (kurz BMI) ist das gebräuchlichste Maß zur Klassifikation von Unter-, Normal- und Übergewicht. Er berechnet sich aus dem Quotienten des Körpergewichts (in kg) und der quadrierten Körpergröße (in m). Obwohl die Messung des Körperfettanteils verlässlichere Aussagen in Richtung Übergewicht und Adipositas ermöglicht, ist der BMI kosteneffizienter und einfacher zu erheben. Zudem besteht zwischen BMI und Körperfettanteil eine enge Zusammenhang (Falaschetti E 2010).

Bei Personen ab 18 Jahren wird der BMI üblicherweise nach den Grenzwerten der WHO klassifiziert (WHO 2000): untergewichtig BMI < 18,50, normalgewichtig BMI zwischen 18,51 und 24,99, übergewichtig ab einem BMI von 25,00 (prä-adipös 25,00 bis 29,99; adipös  $\geq$  30). Bei Kindern und Jugendlichen gelten andere Grenzwerte.

Die Ergebnisse zu Adipositas und Übergewicht werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet und mit Ergebnissen aus 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben. Ein Vergleich der Bevölkerungssegmente 15 Jahre oder älter und 18 Jahre oder älter hat hinsichtlich der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas keine signifikanten Unterschiede ergeben. Um den Aufwand zu reduzieren, werden deshalb die Ergebnisse für die Bevölkerung 15 Jahre oder älter berichtet.

## 4.1.2 Bluthochdruck

Bluthochdruck (Hypertonie) ist der häufigste und wichtigste Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Schlaganfälle und Erkrankungen der Herzkranzgefäße) und Niereninsuffizienz. Er zählt deshalb (vor allem in den Industrienationen) zu den weltweit wichtigsten Gesundheitsrisiken. Auch zu Übergewicht und Adipositas besteht ein enger Zusammenhang (WHO 2003). Bluthochdruck ist über den Lebensstil (ausreichend Bewegung, gesunde Ernährung, Vermeidung von Übergewicht und Stress) präventiv gut beeinflussbar und kann, einmal erhöht, durch eine Änderung des Lebensstils und korrekte Medikation wieder gesenkt werden (Neuhauser et al. 2014).

Im Jahr 2014 sind 20 Prozent der Kärntnerinnen und Kärntner (rund 95.000 Personen) von Bluthochdruck betroffen (BL-Bandbreite: 17–28 %), in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen mehr Männer als Frauen (18 vs. 12 %). Im Vergleich zum ATHIS 2006/2007 ist die Prävalenz von Bluthochdruck in Kärnten damit um rund 2 Prozentpunkte gestiegen.

Bluthochdruck ist kein Problem in jungen Jahren, Menschen unter 30 Jahren sind davon nicht oder äußerst selten betroffen. Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz von 15 Prozent bei den 30- bis 59-Jährigen auf 42 Prozent bei den ab 60-Jährigen.

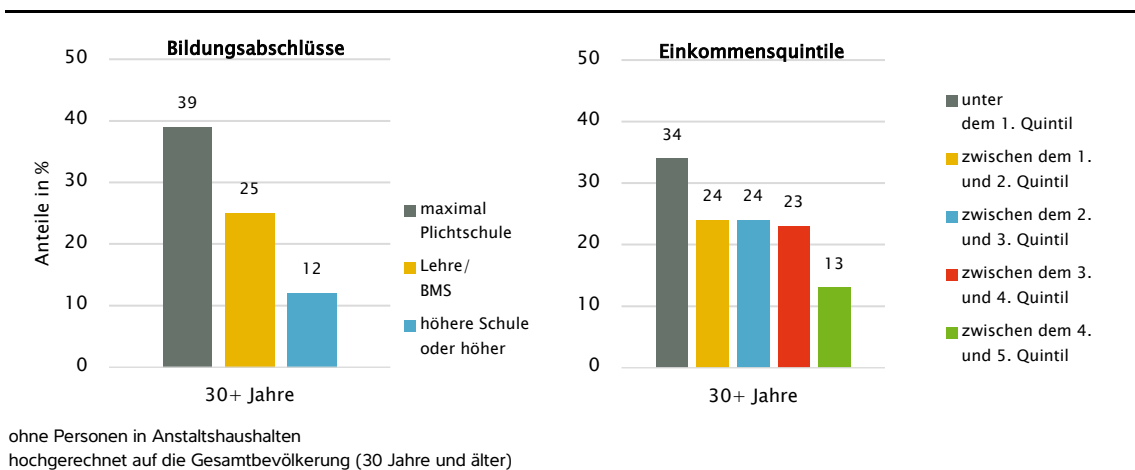
Ein regionaler Unterschied findet sich nicht.

### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Die Bluthochdruck-Prävalenz sinkt im Wesentlichen mit steigender Bildung (s. Abbildung 4.3). In der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen ist der Bluthochdruck bei Menschen mit maximal Pflichtschul-Abschluss etwa viermal so hoch wie bei jenen, die zumindest einen Maturaabschluss vorweisen können (24 vs. 7 %). In der Altersgruppe 60 Jahre und älter ist dieser Unterschied immerhin noch die Hälfte (47 vs. 31 %).

Abbildung 4.3:

Kärntner/innen mit Bluthochdruck nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG



Ein ebenfalls deutlicher Gradient findet sich in Bezug auf das Haushaltseinkommen (s. Abbildung 4.3): Mit steigendem Einkommen nimmt die Prävalenz von Bluthochdruck ab (von 34 auf 13 %).

Bei Kärntnerinnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) kommt Bluthochdruck häufiger vor als bei Kärntnerinnen ohne Migrationshintergrund (23 vs. 8 %).

## Definitionen und Daten

Liegt der Blutdruck regelmäßig über den definierten Normwerten, spricht man von Bluthochdruck (Hypertonie). Bluthochdruck wird bezüglich seiner Ursachen in zwei Gruppen unterteilt: Die primäre (essentielle) Hypertonie entsteht durch Wechselwirkung von Erbanlagen, Alter, Geschlecht und ungünstigem Lebensstil. Die deutlich seltenere sekundäre Hypertonie ist Folge von bereits bestehenden Erkrankungen wie z. B. der Niere.

Die Ergebnisse zu Bluthochdruck werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet und mit Ergebnissen aus der Gesundheitsbefragung 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

## 4.2 Psychische Faktoren

Mit psychischen Faktoren sind Grundhaltungen (Einstellungen, Überzeugungen, Erwartungshaltungen), Kompetenzen (z. B. die Gesundheitskompetenz) und Persönlichkeitseigenschaften angesprochen. Sie determinieren nachweislich das Gesundheitsverhalten, das körperliche und psychische Stressniveau und damit die Gesundheit (Conner/Norman 2005; Griebler/Dür 2009; Lazarus 1999).

Insbesondere von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang die sogenannten **Meta- bzw. Zugangsressourcen**, z. B. die Selbstwirksamkeit (Bandura 1977; Bandura 1997), das Hardiness-Konzept<sup>5</sup> (Kobasa 1979; Kobasa 1982) oder Antonovsky's „Sense of Coherence“<sup>6</sup> (Antonovsky 1979; Antonovsky 1997; Antonovsky/Sagy 1986). Sie sind für die Nutzung/Aktivierung innerer und äußerer Ressourcen bedeutsam, geben Auskunft über die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) von Personen und entscheiden, wie mit biografischen und gesellschaftlichen Veränderungen umgegangen wird.

Die **Gesundheitskompetenz** verkörpert die Fähigkeit, im alltäglichen Leben gesundheitsförderliche, präventive sowie die Krankenbehandlung betreffende Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Sie stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit und

---

5

Hardiness ist die Fähigkeit, belastende Situationen als Herausforderung bzw. als steuer- und bewältigbar zu betrachten.

6

Sense of Coherence (Kohärenzgefühl) ist „eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind; 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“ (Antonovsky 1997, S. 36) Das Kohärenzgefühl ist demnach durch Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit gekennzeichnet.

umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenz, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anwenden zu können (Kickbusch 2006; Sørensen et al. 2012). Die individuelle Kompetenz ist dabei immer in Relation zu den gesellschaftlichen Anforderungen zu sehen (Brach et al. 2012; Parker 2009).

**Verhaltensbezogene Einstellungen und Überzeugungen** informieren über Grundhaltungen und Werte, die sowohl normkonform als auch normabweichend sein können. Sie verweisen auf die Priorität und Dringlichkeit gesundheitsrelevanter Themen und geben Auskunft über die zugrundeliegende Motivlage und über das zur Verfügung stehende Wissen. (Conner/Norman 2005)

Trotz ihrer Wichtigkeit liegen zu diesen Einflussgrößen weder für Kärnten noch für Österreich entsprechende Routinedaten vor. Ein Monitoring dieser Gesundheitsdeterminanten ist somit (vor allem in Bezug auf das Gesundheitsverhalten und auf die psychische Gesundheit) derzeit nicht möglich.

## 4.3 Gesundheitsverhalten

### 4.3.1 Ernährung

Das Ernährungsverhalten ist ein maßgeblicher Faktor für Gesundheit und Wohlbefinden und kann langfristig zur Gesundheitserhaltung beitragen (Pirouznia 2001; te Velde et al. 2007). Ein unausgewogenes Verhältnis von wenig gesundheitsförderlichen (z. B. Süßigkeiten, zuckerhaltige Getränke, Fleisch) und gesundheitsförderlichen Lebensmitteln (z. B. Gemüse, Fisch, Milch- und Vollkornprodukte) kann kurz- bis mittelfristig zu Gesundheitsproblemen wie Übergewicht und Karies führen. Langfristig werden dadurch Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder bestimmte Krebserkrankungen begünstigt (Bowman/Vinyard 2004; Malik et al. 2010; Vartanian et al. 2007). Bei Kindern und Jugendlichen kann sich ein ungünstiges Ernährungsverhalten auch negativ auf die kognitive Entwicklung auswirken. All diesen Gesundheitsproblemen und schwerwiegenden Krankheiten kann bereits im Kindes- und Jugendalter durch ein gesundheitsförderliches Ernährungsverhalten präventiv entgegengewirkt werden (Dauchet et al. 2006).

Als besonders wichtig (zur Vermeidung chronischer Krankheiten bzw. zur Steigerung der Lebenserwartung) erweist sich ein regelmäßiger Konsum von Obst und Gemüse (Hartley et al. 2013; Li et al. 2014; Wang et al. 2014). Die Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE) empfiehlt deshalb täglichen Obst- und Gemüsekonsum (s. [www.oege.at](http://www.oege.at)).

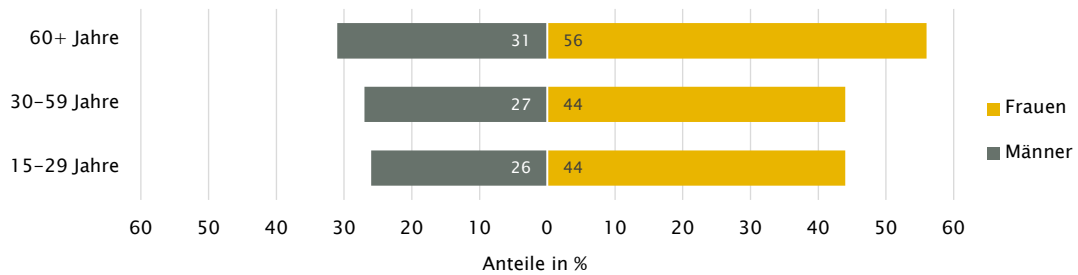
38 Prozent der Kärntner Bevölkerung essen täglich Obst und Gemüse (BL-Bandbreite: 29-42 %), Frauen aller Altersgruppen deutlich häufiger als Männer (47 vs. 28 %). 18 Prozent essen zumindest täglich Obst (nicht Gemüse), 15 Prozent täglich Gemüse (nicht Obst).

Die ab 60-jährige Bevölkerung isst häufiger täglich Obst und Gemüse als die 15- bis 59-Jährigen. Dies gilt für Männer wie für Frauen (s. Abbildung 4.4).

Ein regionaler Unterschied zeigt sich nicht.

Abbildung 4.4:

Täglicher Obst- und Gemüsekonsum nach Altersgruppen und Geschlecht, Kärnten 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

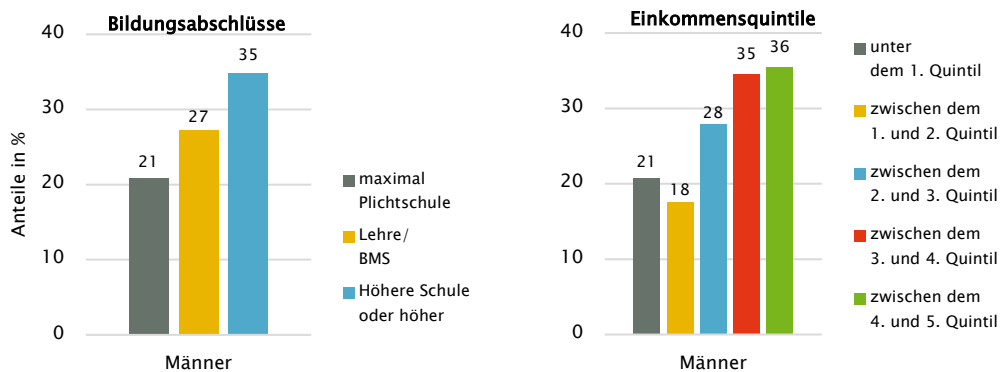
### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Je höher der Bildungsabschluss und je höher das Einkommen, desto häufiger essen Kärntner Männer (30 Jahre und älter) Obst und Gemüse (s. Abbildung 4.5). Bei Männern ohne Migrationshintergrund gehört der Verzehr von Obst und Gemüse etwas häufiger auf den täglichen Speiseplan als bei Männern mit Migrationshintergrund (29 vs. 21 %).

Bei der weiblichen Bevölkerung finden sich diese Zusammenhänge und Unterschiede nicht.

Abbildung 4.5:

Täglicher Obst- und Gemüsekonsum von Kärntner Männern nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

Die Ergebnisse zum Ernährungsverhalten werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

### 4.3.2 Gesundheitswirksame Bewegung

Das Ausmaß körperlicher Bewegung zählt (neben Ernährungsverhalten und Tabakkonsum) zu den bedeutendsten Lebensstilfaktoren zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit. Die gesundheitlichen Effekte regelmäßiger Bewegung sind wissenschaftlich gut belegt: Bewegung verringert das Risiko von Adipositas, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ-2-Diabetes, bestimmter Krebserkrankungen und Demenz und trägt zu einer höheren Lebensqualität wie Lebenserwartung bei (Titze et al. 2010).

Die österreichischen Bewegungsempfehlungen sehen für Erwachsene (Personen ab 18 Jahren) vor:

- » Wöchentliches **Ausmaß von mindestens 150 Minuten** mäßig intensiver körperlicher Bewegung
- » **Muskelkräftigende Übungen** an mindestens zwei Tagen pro Woche
- » Ergänzend dazu wird **vermehrte Bewegung im Alltag** propagiert. (Titze et al. 2010)

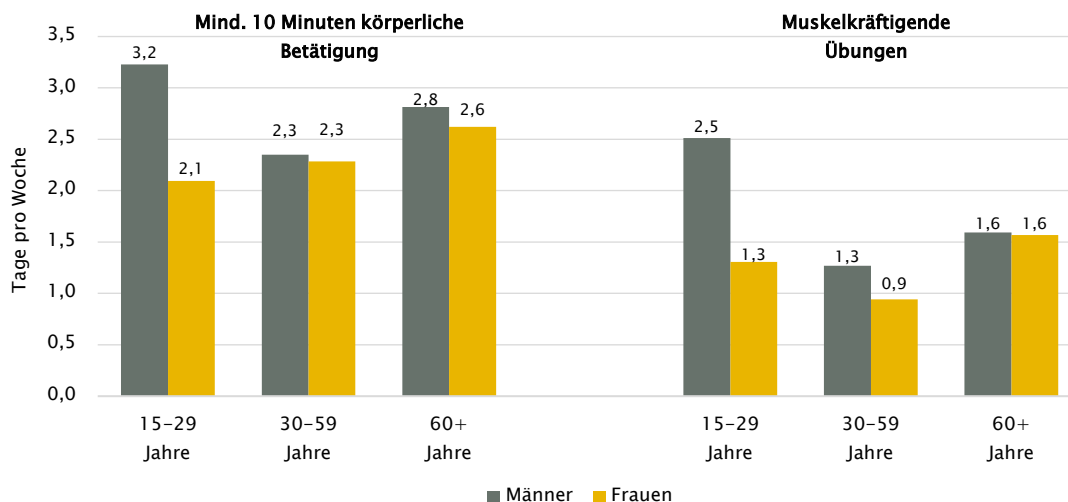
Die österreichischen **Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung** (also Punkt 1 und 2) erfüllen 28 Prozent der Kärntner/innen ab 15 Jahren (BL-Bandbreite: 21–30 %), Burschen und Männer häufiger als Mädchen und Frauen (33 vs. 22 %). Während rund die Hälfte der 15- bis 29-jährigen Männer die österreichischen Bewegungsempfehlungen erfüllt, sinkt bei den ab 30-Jährigen der Anteil auf rund ein Viertel. Bei den Frauen sind es in allen Altersgruppen etwa 20 Prozent.

Etwa 53 Prozent der Kärntner Bevölkerung bewegen sich mindestens 150 Minuten pro Woche (Punkt 1 der Bewegungsempfehlungen; BL-Bandbreite: 45–60 %), Frauen seltener als Männer (47 vs. 60 %). 15- bis 29-jährige Kärntner/innen erfüllen die Bewegungsempfehlung von mindestens 150 Minuten körperlicher Aktivität mit 72 % häufiger als Personen über 30 Jahre (rund 55–58 %).

Eine differenziertere Frage zum Bewegungsverhalten betrifft die Anzahl der Tage pro Woche, an denen die Befragten in ihrer Freizeit zumindest 10 Minuten körperlich aktiv sind. Die Kärntner Bevölkerung ist im Durchschnitt an 2,5 Tagen pro Woche körperlich aktiv (BL-Bandbreite: 2,2–2,7 Tage pro Woche), junge Frauen seltener als junge Männer (2,1 vs. 3,2 Tage), 30- bis 59-Jährige seltener als unter 30-Jährige und über 60-Jährige (2,3 vs. 2,7–2,8 Tage; s. Abbildung 4.6). 28 Prozent der Kärntner/innen bewegen sich nie in ihrer Freizeit (BL-Bandbreite: 21–36 %), 8 % täglich.

Abbildung 4.6:

Bewegungsverhalten der Kärntner Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, Mittelwerte, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die zweite Bewegungsempfehlung, an mindestens zwei Tagen pro Woche **muskelkräftigende Übungen** durchzuführen, erfüllen etwa 35 Prozent der Kärntner/innen (BL-Bandbreite: 29-39 %), Männer häufiger als Frauen (40 vs. 31 %), jüngere Personen bis 29 Jahre öfter als Personen ab 30 Jahre (51 vs. 30-35 %).

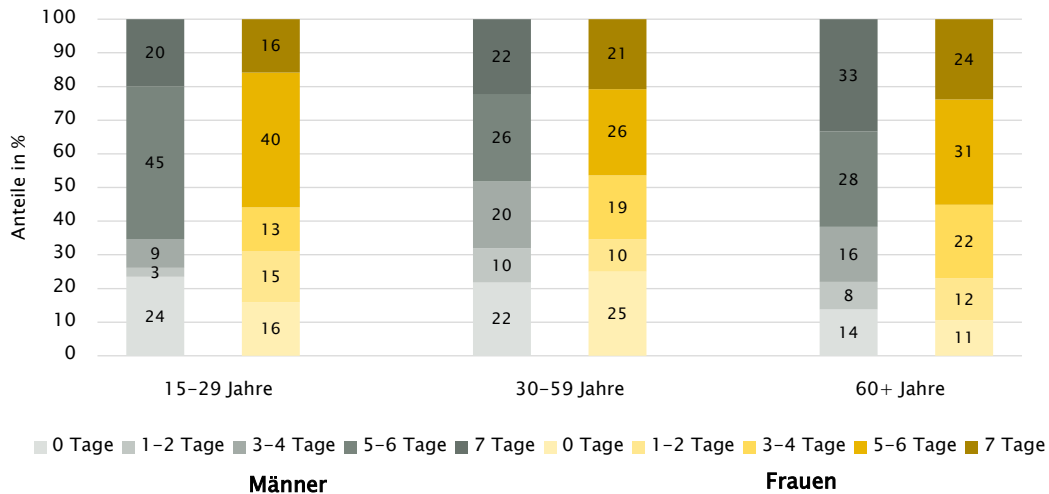
Muskelkräftigende Übungen führen Kärntner/innen an rund 1,4 Tagen pro Woche durch (BL-Bandbreite: 1,1-1,6 Tage pro Woche). Mit durchschnittlich 1,2 Tagen pro Woche tut dies die weibliche Bevölkerung deutlich seltener als die männliche (1,6 Tage pro Woche). Kärntner/innen zwischen 15 und 29 Jahren kräftigen ihre Muskeln mit rund 2 Tagen pro Woche etwa doppelt so häufig wie die 30- bis 59-Jährigen. Die ab 60-Jährige Bevölkerung tut dies an rund 1,6 Tagen pro Woche. 55 Prozent aller Kärntner/innen über 15 Jahren führen nie muskelkräftigende Übungen durch (BL-Bandbreite: 49-61 %), etwa 4 % tun dies täglich.

**Alltagswege** von mindestens 10 Minuten (ohne Unterbrechung) legt die Kärntner Bevölkerung an rund 4 Tagen pro Woche zu Fuß und/oder mit dem Fahrrad zurück; Männer etwa genauso häufig wie Frauen (BL-Bandbreite: 3,6-4,8 Tage pro Woche). Mit durchschnittlich 4,4 Tagen pro Woche legen Kärntner/innen ab 60 Jahren deutlich häufiger ihre Alltagswege zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurück als 15- bis 59-jährige Kärntner/innen (3,7-4 Tage pro Woche). 20 Prozent der Kärntner/innen bewältigen ihre Alltagswege nie zu Fuß oder mit dem Fahrrad (BL-Bandbreite: 10-25 %), 23 Prozent täglich (s. Abbildung 4.7; BL-Bandbreite: 20-34 %).

Das Bewegungsverhalten der Kärntner/innen unterscheidet sich nicht zwischen den Versorgungsregionen.

Abbildung 4.7:

Bewegungsverhalten im Alltag\* nach Altersgruppen und Geschlecht, Kärnten 2014



\* mindestens 10 Minuten zu Fuß oder mit dem Fahrrad  
 ohne Personen in Anstaltshaushalten  
 hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
 Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Kärntner/innen mit einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter; Matura oder höher) erfüllen häufiger die österreichische Bewegungsempfehlungen als Personen mit einem niedrigen Bildungsgrad (26 vs. 11 %). Sie legen auch häufiger Alltagswege zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurück. Zusammenhänge mit dem Haushaltseinkommen zeigen sich nicht. Frauen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) erfüllen nur halb so häufig die Bewegungsempfehlungen wie Frauen ohne Migrationshintergrund (12 vs. 24 %).

### Definitionen und Daten

*Körperliche Aktivität* wird definiert als „jede Bewegung des Körpers, die mit einer Kontraktion der Muskulatur einhergeht und den Energieverbrauch über den normalen Ruhe-Energiebedarf hinaus steigert“ (Europäische Kommission 2008). Sie sollte zumindest zu einem leichten Anstieg der Atem- oder Herzfrequenz führen.

Als *muskelkräftigende Übungen* werden Krafttraining oder Kräftigungsübungen mit Gewichten, Thera-Band oder mit dem eigenen Körpergewicht (Kniebeugen, Liegestütze etc.) bezeichnet (Klimont/Baldaszi 2015).

Die Ergebnisse zum Bewegungsverhalten werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

### 4.3.3 Tabakkonsum

Der Konsum von Tabak – aktiv oder passiv – verursacht zahlreiche tödliche Krankheiten und gilt deshalb als eines der bedeutendsten Gesundheitsrisiken (Robert Koch Institut 2008). Zu den Spätfolgen des Tabakkonsums zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall (s. dazu auch Punkt 3.3.1), Atemwegserkrankungen wie z. B. COPD, chronische Bronchitis oder Asthma (s. ebenda) und bösartige Neubildungen wie Lungenkrebs, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs, Harnblasenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs u. a. (Singer et al. 2011).

21 Prozent der Kärntner/innen (rund 102.000 Personen ab 15 Jahren) rauchen täglich (BL-Bandbreite: 21-33 %), 7 Prozent (rund 33.000 Personen) rauchen gelegentlich (BL-Bandbreite: 4-7 %) und 72 Prozent sind Nicht-Raucher/innen. 48 Prozent der Kärntner/innen haben noch nie (täglich) geraucht. Seit 2006/2007 hat der Anteil täglich rauchender Kärntner leicht (um 2 Prozentpunkte) abgenommen, während der Anteil täglich rauchender Kärntnerinnen unverändert blieb.

60 Prozent der Gelegenheitsraucher/innen (4 % der ab 15-jährigen Bevölkerung) und 40 Prozent der Nicht-Raucher/innen (27 % der ab 15-jährigen Bevölkerung) haben früher täglich geraucht und ihr Verhalten geändert (2006/2007: 3 bzw. 18 % der ab 15-jährigen Bevölkerung).

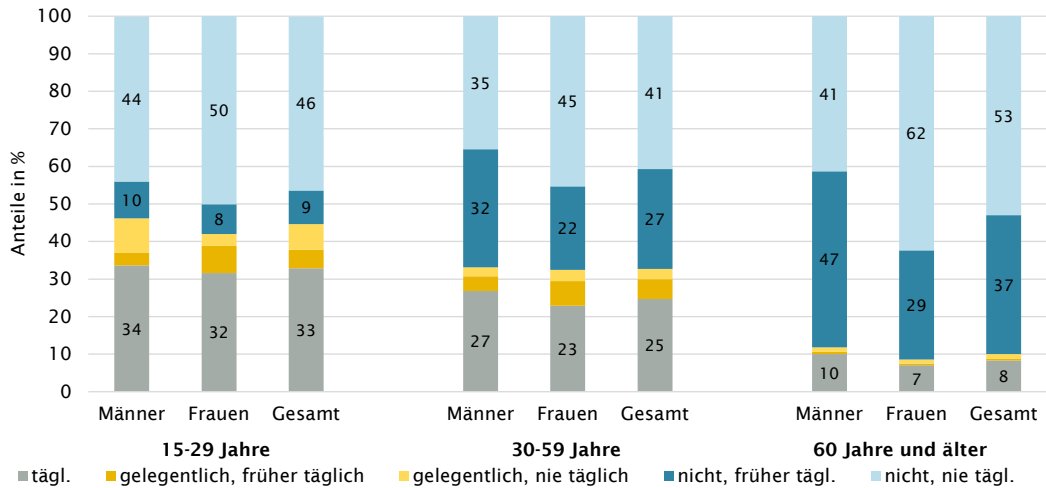
Insgesamt rauchen mehr Männer als Frauen täglich (24 vs. 19 %). Männer sind auch stärkere Raucher: Sie rauchen häufiger 20 oder mehr Zigaretten pro Tag (17 % der täglich rauchenden Männer vs. 5 % der täglich rauchenden Frauen). Täglich rauchende Kärntner rauchen durchschnittlich 17 Zigaretten am Tag, täglich rauchende Kärntnerinnen 13 Zigaretten. In der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen zeigen sich diese Unterschiede allerdings nicht.

Sowohl der Anteil der täglich Rauchenden als auch der Anteil der Gelegenheitsraucher/innen nimmt mit dem Alter ab (von 33 % bzw. 12 % bei den 15- bis 29-Jährigen auf 25 % bzw. 8 % bei den 30- bis 59-Jährigen und 8 % bzw. 2 % bei den ab 60-Jährigen; s. Abbildung 4.8). Die Anzahl der durchschnittlich pro Tag gerauchten Zigaretten ist (bei täglich Rauchenden) in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen am größten (16 Stück vs. 14 bei den 15- bis 29-Jährigen und 11 bei den ab 60-Jährigen).

Der Anteil der täglich Rauchenden ist mit 22 Prozent (62.000 Personen) in Kärnten-Ost etwas höher als in Kärnten-West (20 %, 39.000 Personen). In Kärnten-Ost rauchen 14 Prozent der täglichen Raucher/innen mehr als 20 Zigaretten pro Tag, in Kärnten-West nur halb so viele (7 %).

Abbildung 4.8:

Raucherstatus der Kärntner/innen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

### Ernsthafte, aber nicht gelungene Aufhörversuche

39 Prozent der täglich rauchenden Kärntnerinnen und Kärntner (rund 39.000 Personen) haben im letzten Jahr versucht, mit dem Rauchen aufzuhören (BL-Bandbreite: 28-39 %), Frauen und Männer etwa gleich häufig.

Je fortgeschrittener das Lebensalter, desto größer ist das Bedürfnis, mit dem Rauchen aufzuhören: 23 % der 15- bis 29-Jährigen, aber bereits 57 % der ab 60-Jährigen haben im letzten Jahr einen Ausstieg versucht.

In Kärnten-West haben 46 Prozent (rund 18.000 Personen) der täglich Rauchenden im letzten Jahr einen Aufhörversuch unternommen, in Kärnten-Ost waren es 34 Prozent (rund 21.000 Personen).

### Passivrauchen

10 Prozent der Kärntnerinnen und Kärntner (rund 48.000 Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren) sind täglich mindestens eine Stunde Passivrauch ausgesetzt (BL-Bandbreite: 10-22 %), weitere 15 Prozent weniger als eine Stunde pro Tag (BL-Bandbreite: 11-15 %).

Männer zwischen 15 und 59 Jahren sind deutlich häufiger Passivrauch ausgesetzt als gleichaltrige Frauen (s. Abbildung 4.9).

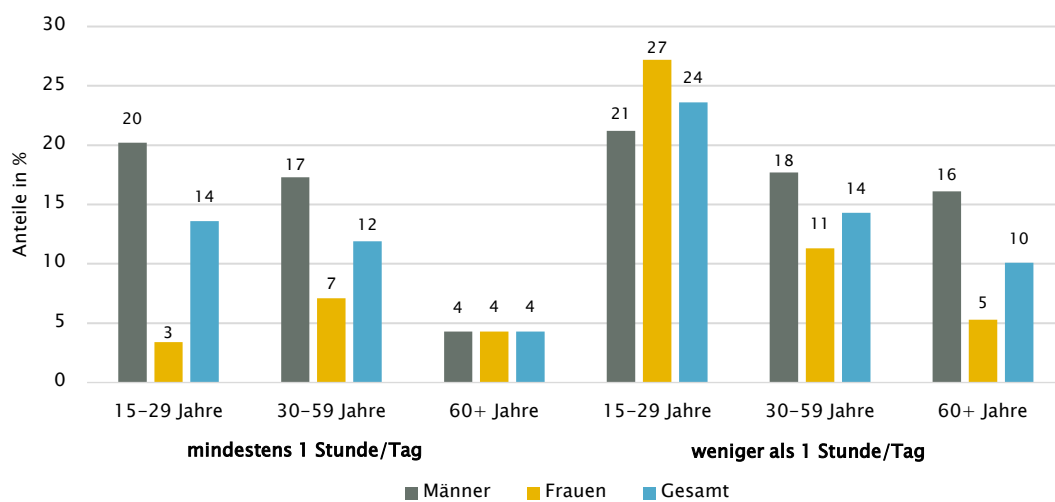


Der Anteil jener Personen, der Passivrauch ausgesetzt ist, nimmt mit dem Alter ab. Bei den 15- bis 29-Jährigen sind 14 Prozent mindestens eine Stunde pro Tag (20 % der Männer und 3 % der Frauen) Passivrauch ausgesetzt, bei den ab 60-Jährigen sind es 4 Prozent (je 4 % der Männer und 4 % der Frauen).

Ein Unterschied zwischen Kärnten-Ost und Kärnten-West findet sich nicht.

Abbildung 4.9:

Betroffenheit der Kärntner Bevölkerung von Passivrauch nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

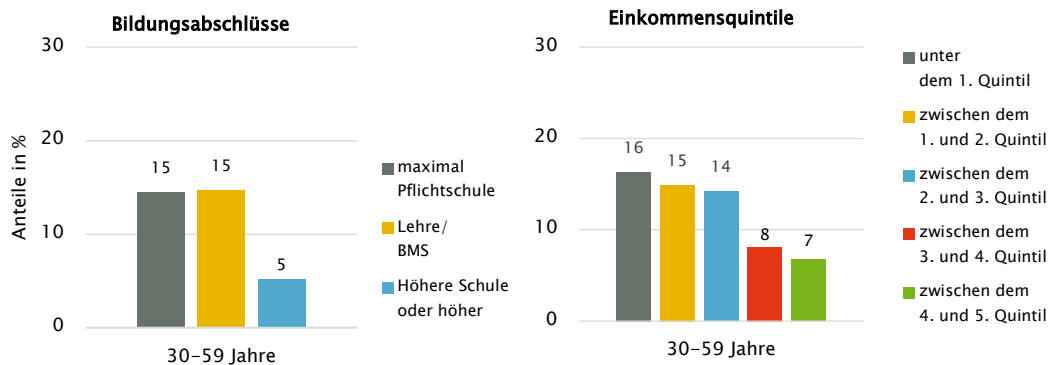
Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss (30 Jahre und älter) zählen häufiger zu den täglichen Raucherinnen und Rauchern als Personen mit einer höheren Bildung (19 vs. 12 %). Insbesondere gilt dies für die 30- bis 59-jährige Bevölkerung (48 vs. 14 %).

Passivrauch betrifft vor allem Personen mit maximal Pflichtschulabschluss, Lehre oder BMS-Abschluss. In der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen sind sie beinahe dreimal so häufig (für mindestens eine Stunde pro Tag) Passivrauch ausgesetzt (rund 15 %) wie Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (5 %; s. Abbildung 4.10).

Auch bezüglich des Haushaltseinkommens zeigt sich bei den 30- bis 59-Jährigen ein Gradient: 16 Prozent der Personen im untersten Einkommensquintil, aber nur 7 Prozent im obersten Einkommensquintil sind mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt (s. Abbildung 4.10).

Abbildung 4.10:

Betroffenheit der Kärntner Bevölkerung von intensivem\* Passivrauch nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014



\* mindestens eine Stunde pro Tag  
ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30-59 Jahre)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kärntner/innen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) geben im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund öfter an, täglich zu rauchen (34 vs. 20 %). Sie sind zudem häufiger (mindestens eine Stunde pro Tag) Passivrauch ausgesetzt (20 vs. 9 %).

#### Definitionen und Daten

Die Ergebnisse zum Tabakkonsum und zum Passivrauchen werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet und mit Ergebnissen aus 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

### 4.3.4 Alkoholkonsum

Übermäßiger Alkoholkonsum kann langfristig zu einer Reihe von gesundheitlichen Problemen führen. Zu den möglichen Folgen zählen u. a. Alkoholabhängigkeit, Krebserkrankungen, Leberzirrhose, alkoholinduzierte Pankreatitis, neurologische Störungen, kardiovaskuläre Erkrankungen sowie weitere Erkrankungen des Verdauungstraktes (Feuerlein 1979; Singer et al. 2011).

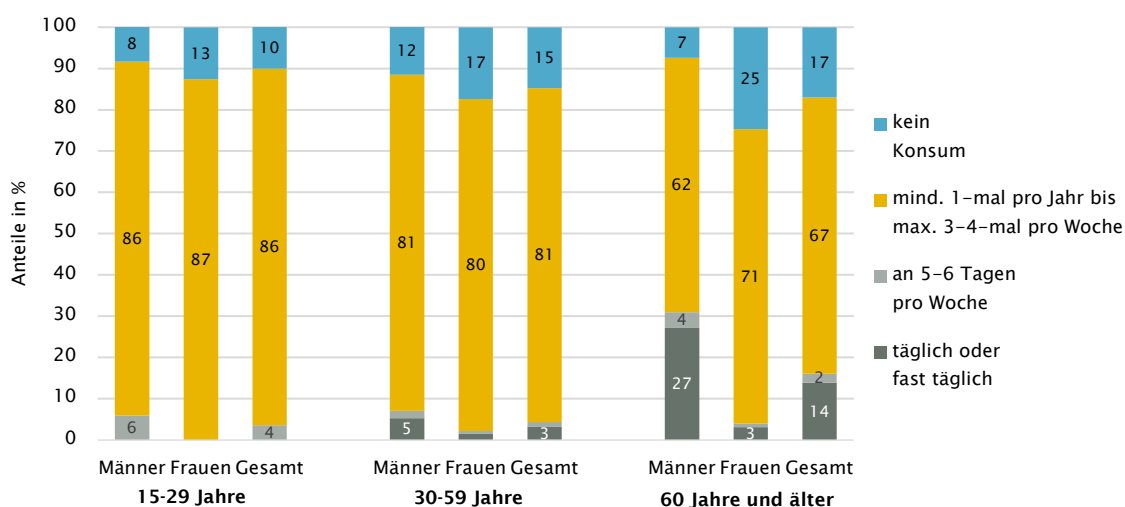
6 Prozent der Kärntnerinnen und Kärntner (rund 27.000 Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren) trinken täglich oder fast täglich Alkohol (BL-Bandbreite: 5-7 %), weitere 2 Prozent (rund 9.000 Personen) an 5 bis 6 Tagen pro Woche. 15 Prozent (rund 69.000 Personen) trinken keinen Alkohol (BL-Bandbreite: 15-25 %). Grundsätzlich kann jedoch von einer Unterschätzung des Alkoholkonsums ausgegangen werden (s. Definitionen und Daten).

Männer trinken häufiger Alkohol als Frauen (täglich oder fast täglich: 10 vs. 2 %; an 5 bis 6 Tagen pro Woche: 3 vs. 0,6 %). Frauen sind häufiger abstinent (18 vs. 10 %; s. Abbildung 4.11).

Sowohl der Anteil der täglich oder fast täglich Alkohol Konsumierenden als auch der Anteil der Alkoholabstinenten nimmt mit dem Alter zu (von 4 % täglich oder fast täglich konsumierenden bei den 15- bis 29-Jährigen auf 14 % bei den ab-60-Jährigen und von 10 % Abstinenten bei den 15- bis 29-Jährigen auf 17 % bei den ab 60-Jährigen; s. Abbildung 4.11).

Abbildung 4.11:

Alkoholkonsum der Kärntner Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

In der VR Kärnten-Ost trinken mehr Personen täglich oder fast täglich Alkohol als in der VR Kärnten-West (7 % bzw. rund 19.000 Personen vs. 4 % bzw. rund 8.000 Personen). In Kärnten-West ist der Anteil der Abstinenten größer (17 vs. 13 %).

### Problematischer Alkoholkonsum

4 Prozent der Kärntnerinnen und Kärntner (rund 17.000 Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren) weisen einen problematischen Alkoholkonsum auf (BL-Bandbreite: 3-6 %), Männer deutlich häufiger als Frauen (7 vs. 1 %).

In der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen kommt der problematische Konsum alkoholischer Getränke etwa doppelt so häufig vor (7 %) wie bei den 30- bis 59-Jährigen und bei den ab 60-Jährigen (je 3 %).

Einen Unterschied nach VR gibt es nicht.

## Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Die Kärntner Bevölkerung mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) trinkt seltener täglich oder fast täglich Alkohol (4 vs. 6 %), dafür häufiger an 5 bis 6 Tagen pro Woche (5 vs. 1,4 %). Sowohl der Anteil an Personen mit einem problematischen Alkoholkonsum (8 vs. 3 %) als auch der Anteil an Abstinenten (20 vs. 14 %) ist bei Kärntnerinnen und Kärntnern mit Migrationshintergrund größer. Bei der 30- bis 59-jährigen Bevölkerung nimmt mit steigendem Einkommen auch der Konsum alkoholischer Getränke (an 5 oder mehr Tagen pro Woche) zu (von 2 auf 7 %). Unterschiede im Alkoholkonsum nach Bildung finden sich nicht.

## Definitionen und Daten

Mit einem *problematischen Alkoholkonsum* ist der wöchentliche Konsum von im Durchschnitt 20 g Reinalkohol pro Tag bei Frauen bzw. von im Durchschnitt 40 g Reinalkohol pro Tag bei Männern angesprochen (wöchentliche Konsummenge durch 7 dividiert). 20 g Reinalkohol sind beispielsweise in einem halben Liter Bier, einem Viertelliter Wein oder drei Gläsern Schnaps (zu je 20 ml) enthalten. Unter Expertinnen und Experten gibt es unterschiedliche Vorstellungen, ab wann der Konsum von Alkohol ein erhöhtes Gesundheitsrisiko darstellt (Uhl et al. 2009, 121f.). Die Grenze zum „problematischen Alkoholkonsum“ ist eine davon.

Die Ergebnisse zum Alkoholkonsum werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Befragungen führen zu einer Unterschätzung des Alkoholkonsums pro Kopf. Sie erfassen nur etwa 40 Prozent der tatsächlich konsumierten Alkoholmenge. Gründe für die Unterschätzung sind die Unterrepräsentanz von Alkoholikern und Alkoholikerinnen, ein „Underreporting“ im Sinne sozialer Erwünschtheit sowie das Vergessen von Konsumereignissen aufgrund ihrer Belanglosigkeit in unserer Gesellschaft. (Uhl et al. 2009) Bei einer österreichweiten Befragung zum Substanzgebrauch (2015), bei der die Unterschätzung des Alkoholkonsums durch Korrekturverfahren ausgeglichen wird, wird für 14 Prozent der Österreicher/innen (15 Jahre und älter) ein Konsum über der „Gefährdungsgrenze“ (Frauen durchschnittlich 40 g/Tag, Männer 60 g/Tag) errechnet. Darin enthalten sind bereits die für Österreich geschätzten 5 Prozent Alkoholiker und Alkoholikerinnen. (Strizek/Uhl 2016) Aufgrund zu geringer Fallzahlen ist für diese Erhebung allerdings keine Auswertung nach Bundesländern möglich.

## 4.3.5 Konsum illegaler Drogen

Wiederholter Drogenkonsum kann zu Abhängigkeit und anderen gesundheitlichen, psychischen und sozialen Problemen führen.

Im Bereich des risikoreichen Konsums illegaler Drogen spielt in Österreich der polytoxikomane Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten (häufig intravenös konsumiert) die zentrale Rolle (Busch et al. 2015a).

Schätzungen für die Jahre 2012 und 2013 zufolge gibt es in Kärnten zwischen 1.100 und 1.700 Personen mit einem risikoreichen Opiatkonsum – in den meisten Fällen im Rahmen eines polytoxikomanen Konsums. Das entspricht einer rohen Rate von 309 bzw. 469 Personen pro 100.000 EW im Alter von 15 bis 64 Jahren (BL-Bandbreite: 157-1.082) (Busch et al. 2015a).

Schätzungen auf Basis unterschiedlicher Datenquellen für Gesamtösterreich zeigen, dass die Gruppe der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten etwa zu einem Viertel weiblich und zu drei Vierteln männlich ist. Der Anteil der unter 25-Jährigen wird für das Jahr 2015 auf nur mehr 10 Prozent geschätzt. Im Jahr 2004 waren es noch 40 Prozent. D.h. dass es inzwischen weniger Einsteiger/innen gibt und sich die Altersstruktur der Personengruppe mit risikoreichem Opiatkonsum in Richtung „Alterung“ verändert hat (Busch et al. 2016).

### **Definitionen und Daten**

Unter risikoreichem Drogenkonsum wird hier der „wiederholte Drogenkonsum, der Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt“, verstanden (EMCDDA 2013).

Die Ergebnisse zum risikoreichen Opiatkonsum werden auf Basis folgender Quellen berichtet: Prävalenzschätzungen mittels Capture-Recapture-Methode auf Basis von pseudonymisierten Daten aus dem Register der Substitutionsbehandlungen, Anzeigen wegen Opioiden und drogenbezogenen Todesfällen mit Opioid-Beteiligung.

Die Prävalenzschätzungen auf Bundeslandebene sind mit Unschärfen behaftet und daher jedenfalls nur als Richtwerte zu verstehen. Für detailliertere Informationen zu den einzelnen Datenquellen siehe auch den Bericht zur Drogensituation 2015 (Weigl et al. 2015) sowie den Epidemiologiebericht Drogen (Busch et al. 2015a; Busch et al. 2015b).

# 5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

Entsprechend dem Public Health Monitoring Framework (PHMF; s. Abschnitt 1.2) werden verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten für folgende Bereiche dargestellt:

- » Materielle Lebensbedingungen
- » (Aus-)Bildung
- » Arbeit und Beschäftigung
- » Soziale Beziehungen und Netzwerke
- » Umwelt

Der Bereich Gesundheitsversorgung und -förderung wird ebenfalls als verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminante betrachtet, jedoch in einem eigenen Kapitel behandelt (s. Kapitel 6). Mehr als die Hälfte der Indikatoren dieses Kapitels werden auch in anderen Strategien und Berichten verwendet (s. Tabelle 5.1).

Tabelle 5.1:  
Indikatoren-Übersicht zu Kapitel 5 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks

Indikatoren	Gesundheitsstrategien und Frameworks				
	R-GZ	ZS-G MVKO	Gesundheit 2020	GMF	Health at a Glance
(Dauerhafte) Armutsgefährdung	✓				
Materielle Deprivation					
Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung	✓				
Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen (20/80-Verhältnis)	✓				
Bildungsniveau/Bildungsabschlüsse	✓				
Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/innen	✓				
Prekäre Beschäftigungsverhältnisse					
Arbeitslosigkeit	✓		✓		
Körperliche Belastung am Arbeitsplatz					
Psychische Belastung, Zeitdruck und Arbeitsüberlastung	✓				
Arbeitsunfälle					
Geleistete Überstunden					
Arbeit trotz gesundheitlicher Probleme					
Sozialkapital / sozialer Zusammenhalt	✓	✓	(✓)		
Luftqualität: Stickstoffdioxid-, Feinstaub- oder Ozonüberschreitungen	✓				
Lärmbelastung	✓				

R-GZ = Rahmen-Gesundheitsziele  
 ZS-G MVKO = Zielsteuerung-Gesundheit: Outcome-Messung im Gesundheitswesen  
 GMF = Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

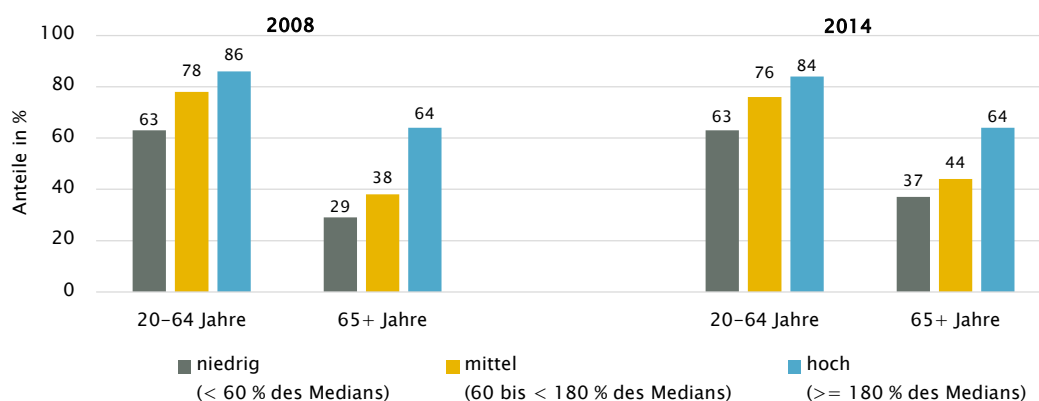
## 5.1 Materielle Lebensbedingungen

Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit ist lange bekannt und vielfach belegt (Lampert/Kroll 2010; Lampert et al. 2005; Pfortner 2013). Nicht nur erhöht eine schlechte Gesundheit bzw. Krankheit das Risiko zu

verarmen (soziale Selektionshypothese), auch umgekehrt bewirkt Armut eine schlechtere Gesundheit. Selbst in einem Wohlfahrtsstaat wie Österreich ist ein diesbezüglicher Gradient erkennbar (Habl et al. 2014; Klimont et al. 2008). Auf Basis der EU-SILC-Daten kann ein deutlicher Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit gezeigt werden. Sowohl für die Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen als auch für die über 64-Jährigen steigt der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstufen, mit dem Haushaltseinkommen (s. Abbildung 5.1). Die Kategorie mit den niedrigsten Einkommen (weniger als 60 % des Medianeinkommens) entspricht der Gruppe der Armutsgefährdeten (siehe unten).

Abbildung 5.1:

Österreicher/innen mit sehr guter oder guter Gesundheit nach Einkommensgruppen\*, 2008 und 2014



\* Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen in Gruppen  
 < 60 Prozent des Medianeinkommens = Armutsgefährdung

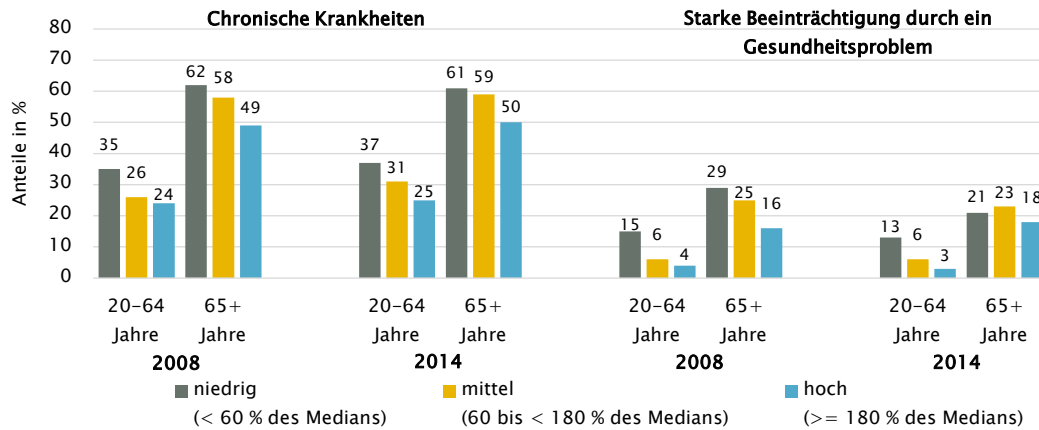
Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2008 und 2014  
 Darstellung: GÖG/ÖBIG

Ebenso wie für den allgemeinen Gesundheitszustand lässt sich auch für chronische Krankheiten ein deutlicher Zusammenhang mit den Einkommensverhältnissen zeigen. Im Jahr 2014 sind in der Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen 37 Prozent der Armutsgefährdeten, aber „nur“ 25 Prozent der Personen in der höchsten Einkommensgruppe chronisch krank. In der Altersgruppe der über 64-Jährigen ist der Unterschied – auf höherem Niveau – genauso beachtlich: 61 Prozent der Armutsgefährdeten und 50 Prozent der Personen in der höchsten Einkommensgruppe leiden unter einer chronischen Krankheit (s. Abbildung 5.2).

Armutsgefährdete Menschen sind in ihrem Alltag häufiger durch ein gesundheitliches Problem eingeschränkt als Menschen mit hohem Einkommen. Dies gilt insbesondere für die Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen (s. Abbildung 5.2).

Abbildung 5.2:

Österreicher/innen mit chronischen Krankheiten und einer starken Beeinträchtigung durch ein gesundheitliches Problem nach Einkommensgruppen\*, 2008 und 2014



\* Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen in Gruppen  
< 60 Prozent des Medianeinkommens = Armutsgefährdung

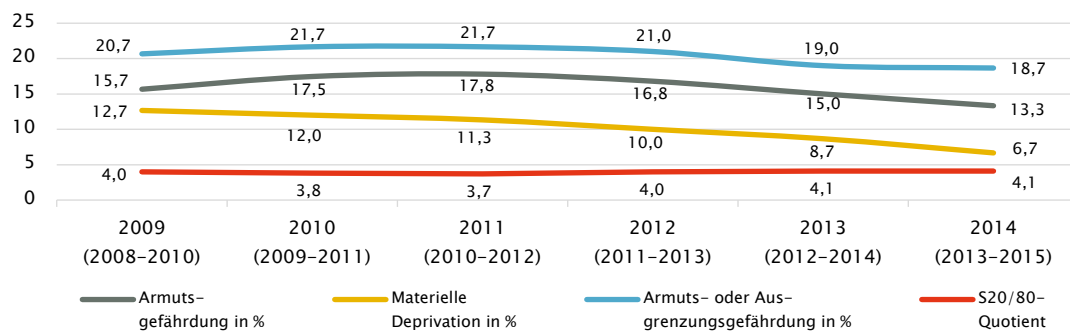
Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2008 und 2014  
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Folgenden werden vier wesentliche Kennzahlen (s. Punkte 5.1.1 bis 5.1.4) zu den materiellen Lebensbedingungen der Kärntner Bevölkerung dargestellt (s. Abbildung 5.3):

- » Armutsgefährdung
- » Materielle Deprivation
- » Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung
- » 20/80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens

Abbildung 5.3:

Armutsindikatoren in Kärnten 2009-2014



Aufgrund der geringen Stichprobe in den Bundesländern werden jeweils 3-Jahres-Durchschnitte berechnet.  
S20/80 = Quotient des durchschnittlichen Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens der 20 % mit dem geringsten Einkommen zu den 20 % mit dem höchsten Einkommen

Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2008-2015  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG



## Definitionen und Daten

Alle Indikatoren zu den materiellen Lebensbedingungen stammen aus der EU-SILC-Erhebung (Statistics on Income and Living Conditions), die jährlich im Auftrag des Sozialministeriums von Statistik Austria durchgeführt wird und europaweit abgestimmt ist. Auch Nicht-EU-Staaten wie die Schweiz oder Norwegen beteiligen sich daran. Die Erhebung gibt es seit 2003, ab 2008 liegt eine einheitliche Zeitreihe vor.

Erfasst werden u. a. die Beschäftigungssituation und das Einkommen der Mitglieder der ausgewählten Haushalte, deren Wohnsituation, Bildung, Gesundheit und Zufriedenheit. In Österreich werden pro Jahr rund 6.000 Haushalte befragt, drei Viertel davon werden im Folgejahr wieder befragt (max. viermal in Folge), ein Viertel kommt jeweils neu hinzu. Aufgrund der geringen Stichprobe in den Bundesländern werden jeweils 3-Jahres-Durchschnitte berechnet.

### 5.1.1 (Dauerhafte) Armutsgefährdung

Im Jahr 2014 sind in Kärnten (im 3-Jahres-Durchschnitt) 13 Prozent der Bevölkerung armutsgefährdet, also etwa 67.000 Menschen. Das Bundesland entspricht damit etwa dem österreichischen Durchschnitt, die Bandbreite der Bundesländer liegt zwischen 11 und 23 Prozent. Im Zeitraum 2009 bis 2014 ist das der niedrigste Wert für Kärnten (s. Abbildung 5.3). Gäbe es keine Sozialleistungen (Familien-, Arbeitslosen-, Gesundheits-, Bildungsleistungen, Wohnbeihilfen und Sozialhilfe), wäre in Kärnten die Armutsgefährdung mit 25 Prozent im Durchschnitt der Jahre 2013-2015 fast doppelt so hoch. (Statistik Austria 2013b; Statistik Austria 2014a; Statistik Austria 2015c)

Die Ergebnisse auf Bundesebene, die auch eine Differenzierung nach anderen Kriterien erlauben, zeigen für folgende Bevölkerungsgruppen eine besonders hohe Armutsgefährdung (Werte des Jahres 2015):

- » Ein-Eltern-Haushalte (mit zumindest einem Kind unter 25 Jahren): 31 Prozent
- » Alleinlebende Frauen (ab 60 Jahren) ohne Pension: 25 Prozent
- » Mehr-Personen-Haushalte mit mindestens drei Kindern: 24 Prozent
- » Nicht-österreichische Staatsbürger/innen: 37 Prozent
- » Menschen, die maximal einen Pflichtschulabschluss aufweisen: 21 Prozent

Der Großteil der armutsgefährdeten Menschen ist nicht nur in einem einzelnen Jahr armutsgefährdet, sondern über einen längeren Zeitraum. Der Anteil dauerhaft Armutsgefährdeter liegt nur ein bis 2 Prozentpunkte unter dem Anteil Armutsgefährdeter. Im Jahr 2014 (also im Durchschnitt der Jahre 2013-2015) waren in Kärnten 10,8 Prozent der Bevölkerung dauerhaft armutsgefährdet, in den Jahren davor waren es rund 14 Prozent.

## Definitionen und Daten

Alle Personen, deren äquivalisiertes Haushaltseinkommen unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle liegt, gelten als *armutsgefährdet*. Die Armutsgefährdungsschwelle ist definiert als 60 % des Medians des äquivalisierten Haushaltseinkommens (gewichtetes verfügbares Haushaltseinkommen). Der Betrag für die Armutsgefährdungsschwelle liegt im Jahr 2014 (für einen Einpersonenhaushalt) bei 1.161 Euro pro Monat. Für einen Haushalt be-

stehend aus zwei Erwachsenen und zwei Kindern (unter 14 Jahre) liegt der Werte für die Armutsgefährdungsschwelle 2,1-fach über der Schwelle für einen Einpersonenhaushalt. Da dieser Indikator keine Schulden oder Vermögensbestände und -auflösungen berücksichtigt, gelten diese Personen nicht als *arm*, sondern als *armutsgefährdet*.

Als *dauerhaft armutsgefährdet* gilt jemand, der in mindestens drei von vier aufeinander folgenden Jahren als armutsgefährdet eingestuft wird. Für die Analyse relevant sind all jene Personen, die vier Jahre in Folge befragt wurden und somit für jedes Erhebungsjahr Daten zu Armutsgefährdung beisteuern.

## 5.1.2 Materielle Deprivation

6 bis 7 Prozent der Kärntner Bevölkerung (rund 29.000 Menschen) sind im Jahr 2014 materiell depriviert. Damit liegt Kärnten am unteren Ende der BL-Bandbreite (6-16 %) (Statistik Austria 2015c, 72). Im Vergleich zum Jahr 2009 hat sich die materielle Deprivation in Kärnten fast halbiert (s. Abbildung 5.3).

### Definitionen und Daten

*Materielle Deprivation* bezeichnet Haushalte, die sich zumindest drei der folgenden neun Grundbedürfnissen finanziell nicht leisten können: Zahlungen wie Miete, Betriebskosten oder Kredite begleichen (1), unerwartete Ausgaben von 1.100 Euro tätigen (2), Wohnung angemessen warm halten (3), jeden zweiten Tag Fleisch, Fisch oder eine vergleichbare vegetarische Speise essen (4), einmal im Jahr auf Urlaub fahren (5), PKW (6), Waschmaschine (7), Fernsehgerät (8), Telefon/Handy (9). Der Indikator beruht auf einer subjektiven Einschätzung der Befragten. *Erheblich depriviert* sind Haushalte, die sich vier dieser neun Grundbedürfnisse nicht leisten können.

## 5.1.3 Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung

Die Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung liegt naturgemäß über der Armutsgefährdung, weil sie auch Personen mit einschließt, die in einem Haushalt mit geringer Erwerbsintensität leben und/oder materiell erheblich depriviert sind. Etwa 19 Prozent der Kärntner Bevölkerung waren im Jahr 2014 armuts- oder ausgrenzungsgefährdet, um rund zwei Prozentpunkte weniger als im Jahr 2009 (s. Abbildung 5.3). Die Bandbreite der Bundesländer reichte im Jahr 2014 von 15 bis 28 Prozent (jeweils der Durchschnitt von drei aufeinander folgenden Jahren). (Statistik Austria 2014a; Statistik Austria 2015c)

### Definitionen und Daten

Alle Personen, die entweder armutsgefährdet sind, in einem Haushalt ohne Erwerb oder mit sehr niedriger Erwerbsintensität wohnen oder unter erheblicher materieller Deprivation leiden, gelten als ausgrenzungsgefährdet.

## 5.1.4 20/80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens

Das 20/80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens wird als Quotient angegeben. Bei einer vollkommen gleichmäßigen Verteilung der Einkommen würde der Quotient 1 betragen. In Kärnten lag der Wert im Jahr 2014 (resp. im Durchschnitt der Jahre 2013–2015) bei 4,1. Das bedeutet, dass in Kärnten das Haushaltseinkommen der reichsten 20 Prozent der Haushalte mehr als viermal so hoch ist wie das der ärmsten 20 Prozent. Damit befand sich Kärnten etwa im österreichischen Durchschnitt (BL-Bandbreite: 3,4–4,6). Im Zeitverlauf seit 2009 zeigen sich geringfügige Schwankungen, zuerst nach unten und seit 2012 wieder nach oben (s. Abbildung 5.3).

### Definitionen und Daten

Der Indikator *20/80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens* ist, neben dem GINI-Koeffizienten, ein Maß zur Beschreibung von Einkommensungleichheit und damit zur Quantifizierung sozialer Ungleichheit. Er berechnet sich aus dem Verhältnis des Gesamteinkommens des obersten Quintils (jener 20 % der Bevölkerung mit dem höchsten Einkommen) zum Gesamteinkommen des untersten Quintils (jener 20 % der Bevölkerung mit dem niedrigsten Einkommen). Als Einkommen wird ein äquivalisiertes Haushaltseinkommen definiert, das Sozialtransfers (z. B. Kinder- und Familienbeihilfe) beinhaltet und auf die im Haushalt lebenden Personen umgerechnet wird.

## 5.2 (Aus-)Bildung

Bildung wird als einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit erachtet, insbesondere weil Bildung für eine Reihe von Gesundheitsdeterminanten von Bedeutung ist. Sie beeinflusst etwa die beruflichen Möglichkeiten und Einkommenschancen, die Gesundheitskompetenz sowie verhaltens- und gesundheitsrelevante Einstellungen und Überzeugungen (Pelikan et al. 2012; Pelikan et al. 2013; Richter 2009; Röthlin et al. 2013).

Der Zusammenhang von Bildung und Gesundheit ist sowohl international (Richter 2009), als auch für Österreich vielfach belegt (Klimont et al. 2008)<sup>7</sup>. Er zeigt sich bereits am Lebensanfang im Anteil der Frühgeborenen und in der Säuglingssterblichkeit (s. Punkt 6.10.1) sowie am Lebensende in der Sterblichkeit bzw. Lebenserwartung (s. Abschnitt 3.1).

Der Bildungsbereich wird im vorliegenden Bericht anhand dreier Indikatoren abgebildet:

- » Bildungsniveau
- » Bildungsmobilität
- » Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/innen

---

7

Eine zusammenfassende Darstellung für Kärnten findet sich in Kapitel 7.

## 5.2.1 Bildungsniveau

Im Jahr 2014 sind 14 Prozent der Kärntner/innen (im Alter von 25 bis 64 Jahren) Akademiker/innen (BL-Bandbreite: 12–24 %). Ebenso viele haben maximal einen Pflichtschulabschluss (BL-Bandbreite: 14–24 %). Eine Matura oder einen höheren Abschluss können 29 Prozent der Kärntner/innen vorweisen (BL-Bandbreite: 25–43 %). 57 Prozent besitzen einen Lehr- oder BMS-Abschluss (s. Tabelle 5.2).

Langfristig gesehen ist das Bildungsniveau der österreichischen und auch der Kärntner Bevölkerung deutlich gestiegen, wenngleich sich innerhalb der letzten Jahre Anzeichen einer Stagnation zeigen. Seit 2008 hat sich der Akademikeranteil in Kärnten von 12 auf 14 Prozent erhöht; der Anteil derjenigen, die maximal einen Pflichtschulabschluss aufweisen, ist gleich geblieben. (Statistik Austria Bildungsstandregister 2008)

Wenngleich der Bildungsunterschied zwischen Frauen und Männern seit der Bildungsoffensive der 1960er Jahre deutlich geringer geworden ist, gibt es nach wie vor einen wesentlichen geschlechtsspezifischen Unterschied im Bildungsniveau: Frauen beenden zwar etwas häufiger als Männer ihre Bildungslaufbahn mit einem akademischen Titel (16 vs. 12 %), doch im unteren Segment ist die formale Bildung deutlich schlechter. Der Anteil derjenigen, die über einen Pflichtschulabschluss nicht hinauskommen, ist bei Kärntner Frauen deutlich höher (18 vs. 10 %). Am häufigsten schließen Kärntnerinnen und Kärntner ihre Bildung mit einer Lehre ab (s. Tabelle 5.2).

Tabelle 5.2:

Bildungsstand der Kärntner/innen im Alter von 25 bis 64 Jahren, 2014

Bildungsstand	absolut	Anteile in %		
	Gesamt	Gesamt	Männer	Frauen
Pflichtschule	43.202	14,1	10,4	17,7
Lehre	126.716	41,3	50,1	32,6
Berufsbildende mittlere Schule	48.974	16,0	13,4	18,4
Allgemeinbildende oder berufsbildende höhere Schule	43.087	14,0	13,4	14,7
Kolleg	1.813	0,6	0,4	0,8
Universität, Hochschule, hochschulverwandte Lehranstalt	43.059	14,0	12,3	15,8

Quelle: Statistik Austria - Bildungsstandregister 2014  
Darstellung: GÖG/ÖBIG

### Definitionen und Daten

Die Daten zum Bildungsniveau stammen aus dem Bildungsstandregister von Statistik Austria. ([http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bildung\\_und\\_kultur/bildungsstand\\_der\\_bevoelkerung/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung_und_kultur/bildungsstand_der_bevoelkerung/index.html))

## 5.2.2 Bildungsmobilität

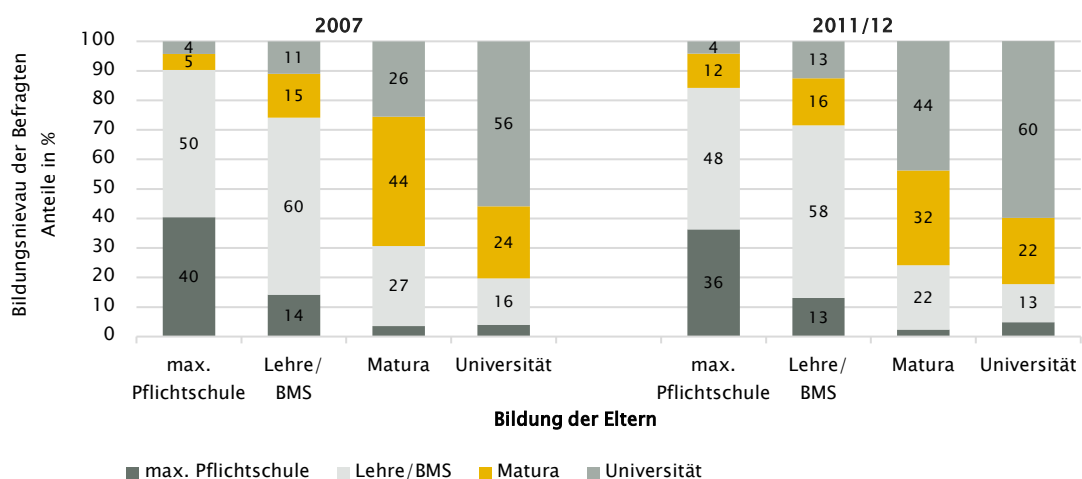
Die Bildungsmobilität kann in Österreich nur auf Bundesebene abgebildet werden. Die Erwachsenenbildungserhebung (AES) 2011/2012 zeigte, dass 57 Prozent der 25- bis 64-Jährigen, die zumindest einen akademischen

Elternteil haben, ebenfalls einen tertiären Bildungsabschluss erreichen. Wenn beide Eltern höchstens einen Pflichtschulabschluss aufweisen, schaffen dies lediglich 5 Prozent. Für den unteren Bildungsbereich sind die Daten ebenfalls deutlich: 28 Prozent der Kinder, deren elterlicher Bildungsabschluss nicht über die Pflichtschule hinausgeht, bleiben ebenfalls auf diesem Bildungsniveau, während nur 4 Prozent der Kinder mit einem akademischen Elternteil über einen Pflichtschulabschluss nicht hinauskommen. Die Bildungsmobilität ist in Österreich also niedrig. Je geringer die Bildung der Eltern, desto geringer sind die Chancen auf eine akademische Ausbildung der Kinder, und je höher die Bildung der Eltern, desto geringer ist die Gefahr, auf einem niedrigen Ausbildungsniveau zu bleiben.

Ein Vergleich nach Geschlecht zeigt, dass die Bildung der Frauen stärker als jene der Männer von der Bildung der Eltern beeinflusst wird. 60 Prozent der Frauen und 55 Prozent der Männer mit einem akademischen Elternteil erreichen ebenfalls einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss. 36 Prozent der Frauen und 21 Prozent der Männer, deren Eltern maximal Pflichtschulabschluss haben, bleiben auf dem Pflichtschulniveau (s. Abbildung 5.4 und Abbildung 5.5).

Abbildung 5.4:

Bildungsmobilität der 25- bis 64-jährigen Frauen in Österreich, 2007 und 2011/2012



BMS: Berufsbildende mittlere Schule

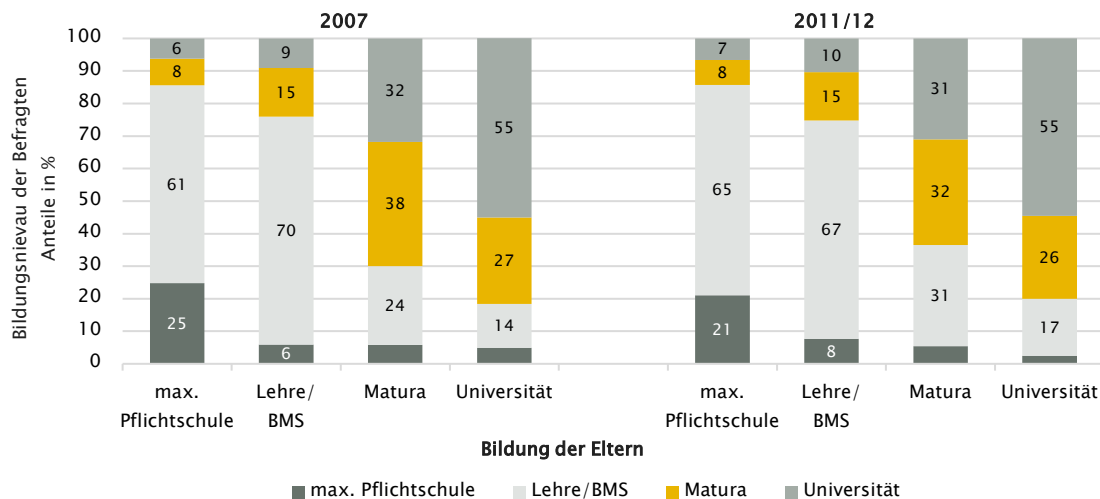
Universität: inkl. Fachhochschule oder hochschulverwandte Ausbildung

Als Bildung der Eltern ist der jeweils höhere Bildungsabschluss von Mutter oder Vater definiert

Quelle: AES 2007 und 2011/2012  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 5.5:

Bildungsmobilität der 25- bis 64-jährigen Männer in Österreich, 2007 und 2011/2012



BMS: Berufsbildende mittlere Schule

Universität: inkl. Fachhochschule oder hochschulverwandte Ausbildung

Als Bildung der Eltern ist der jeweils höhere Bildungsabschluss von Mutter oder Vater definiert

Quelle: AES 2007 und 2011/2012  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

*Bildungsmobilität* beschreibt den Zusammenhang zwischen den Bildungsabschlüssen von Eltern und ihren Kindern. Je größer die Übereinstimmung, desto geringer ist die Bildungsmobilität.

Zwei Datenquellen stehen für diesen Indikator zur Verfügung: Einerseits ist die Bildungsmobilität in einzelnen Jahren Gegenstand eines Ad-hoc-Moduls der EU-SILC-Befragung (im Jahr 2011 und davor auch schon 2005). Andererseits wird Bildungsmobilität im Rahmen der Erwachsenenbildungserhebung (Adult Education Survey / AES) ermittelt, die alle fünf Jahre durchgeführt wird, bisher zwei Mal stattfand (2007 und 2011/12) und 2016/2017 zum dritten Mal durchgeführt wird. Die beiden Befragungen kommen zu ähnlichen Ergebnissen, im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse des AES herangezogen (Statistik Austria 2013a). Die AES-Befragung stellt eine Personenerhebung der 25- bis 64-jährigen Wohnbevölkerung (Kernpopulation) und der jungen Erwachsenen (18- bis 24-Jährige) dar und wird mittels Face-to-face-Interviews durchgeführt. Die letzte Erhebung in Österreich erfasste die Daten von 5.754 Personen (Statistik Austria 2009a; Statistik Austria 2013a).

## 5.2.3 Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/innen

Auskunft über frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/innen liefert die Eurostat-Datenbank über die Zeitspanne 2000 bis 2015. Aufgrund der zu kleinen Stichprobe lassen sich für Kärnten jedoch nur in einzelnen Jahren

Aussagen treffen: So hatten beispielsweise im Jahr 2002 9 Prozent der 18- bis 24-jährigen Kärntner und Kärntnerinnen keinen weiterführenden Bildungsabschluss und befanden sich nicht in Ausbildung. Im Jahr 2012 (das letzte verfügbare Jahr) waren es nur mehr knapp 7,2 Prozent (BL-Bandbreite 2012: 5-11 %<sup>8</sup>).

### Definitionen und Daten

Als *frühzeitige Schul- oder Ausbildungsabgänger/innen* zählen „18- bis 24-jährigen Personen ohne weiterführenden Bildungsabschluss (ISCED 3a/b oder höher<sup>9</sup>), die an keiner Aus- oder Weiterbildung teilnehmen [...]. Personen in Schul- oder Semesterferien werden bei der Berechnung dieses Indikators als ‚in Ausbildung‘ gezählt (Statistik Austria 2012). Die Rate der frühen Schulabgänger/innen wird jährlich auf Basis der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung ermittelt (Statistik Austria 2015b).

## 5.3 Arbeit und Beschäftigung

Erwerbsarbeit ist für einen Großteil der Bevölkerung die primäre Einkommensquelle zur Sicherung des eigenen Lebensunterhaltes. Sie ermöglicht soziale Kontakte, erhöht das soziale Ansehen und gibt dem Tag eine Zeitstruktur. Damit sind Art und Ausmaß der Beteiligung am Erwerbsleben eine wesentliche Determinante für die Gesundheit und das Wohlbefinden (Robert Koch Institut, 2015). Risiken aus der Erwerbsarbeit resultieren aus körperlichen (s. Punkt 5.3.2) und/oder psychischen Belastungen (s. Punkt 5.3.3) sowie aus Unfall- und Verletzungsrisiken (s. Punkt 5.3.4). Im Jahr 2014 leiden rund 15 Prozent der erwerbstätigen Kärntner/innen an arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen, wobei rund 29 Prozent im Alltag wie im Berufsleben wesentlich eingeschränkt sind (Statistik Austria 2015b).

Ebenfalls als Risiko gilt Arbeitslosigkeit (Hollederer/Brand 2006). Sowohl soziale als auch gesundheitliche Einschränkungen sind eng mit Arbeitslosigkeit und der Dauer der Arbeitslosigkeit verbunden. Arbeitslose Frauen und Männer haben ein höheres Risiko, psychische oder körperliche Erkrankungen zu entwickeln, und haben eine geringere Lebenserwartung als der Bevölkerungsdurchschnitt. Arbeitslosigkeit ist damit eine Lebenslage, in der Betroffene in besonderem Maß psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind. Internationale Studien zeigen, dass bereits ein drohender Arbeitsplatzverlust psychosozial belasten und gesundheitsschädigende Wirkungen entfalten kann. (Robert Koch Institut, 2015) Arbeitslosigkeit kann sowohl Ursache als auch Folge von Gesundheitsproblemen sein (mit Bezug auf Kärnten s. Abbildung 5.6 und Abbildung 5.7): Arbeitslose Personen mit chroni-

---

8

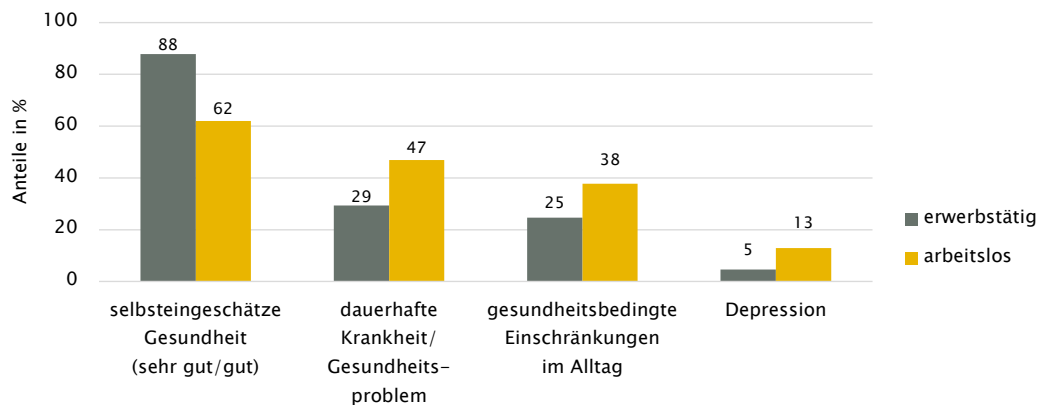
Die vorliegende Bundesland-Bandbreite ist nicht vollständig, da für zwei Bundesländer keine Angaben in der Eurostat-Datenbank vorliegen.

9

ISCED 0 = Kindergarten; ISCED 1 = Volksschule; ISCED 2 = Unterstufe der AHS (allgemeinbildende höhere Schule), Neue Mittelschule, Hauptschule; ISCED3 = Oberstufe der AHS, BHS, BMS, Berufsschule/Lehre; ISCED 4 = Matura; ISCED 5 = Universität, Fachhochschule u. Ä.; ISCED 6 = Dissertationsstudium

schen Erkrankungen haben eine geringere Chance, eine bezahlte Tätigkeit zu finden; Erwerbstätige mit Erkrankungen werden häufiger arbeitslos als Gesunde. Arbeitslosigkeit macht krank und gleichzeitig führt Krankheit zu Arbeitslosigkeit (Robert Koch Institut, 2015).

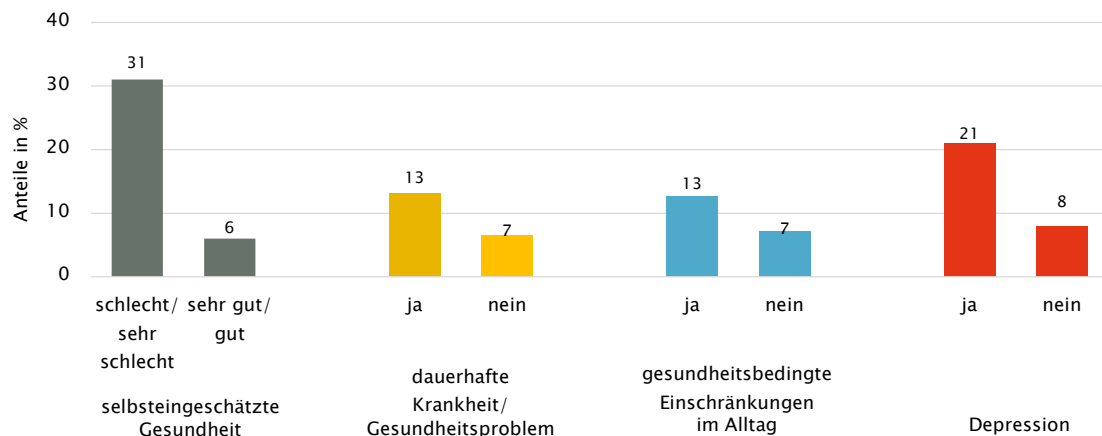
Abbildung 5.6:  
Gesundheits- und Krankheitsindikatoren in Kärnten nach Erwerbsstatus (erwerbstätig vs. arbeitslos), 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 5.7:  
Arbeitslosigkeit in Kärnten nach Gesundheits- und Krankheitsindikatoren, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG



## 5.3.1 Erwerbstätigkeit

### 5.3.1.1 Erwerbsstatus

Im Jahr 2014 leben in Kärnten rund 268.000 Erwerbspersonen, das entspricht einer Erwerbsquote von 74 Prozent (BL-Bandbreite: 72-78 %). Tatsächlich erwerbstätig sind im selben Jahr rund 252.000 Personen (davon sind 47 % weiblich und 53 % männlich). Daraus ergibt sich eine Erwerbstätigenquote von 69 Prozent (s. Tabelle 5.3; BL-Bandbreite: 65-75 %).

Tabelle 5.3:

Bevölkerung nach Erwerbsstatus, Kärnten 2014

Bevölkerung nach Erwerbsstatus (ILO-Konzept) in Kärnten 2014	Gesamt	Männer	Frauen
Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15-64 Jahre)	363.900	180.900	183.000
Erwerbspersonen im Alter von 15-64 Jahren (Erwerbstätige und Arbeitslose zusammen)	268.000	140.900	127.100
Erwerbsquote (Anteil der Erwerbspersonen an der Gesamtbevölkerung), in %	73,6	77,9	69,5
Erwerbstätige Personen (15-64 Jahre)	251.700	132.200	119.500
Erwerbstätigenquote (Anteil der Erwerbstätigen an den 15- bis 64-Jährigen), in %	69,2	73,1	65,3
Teilzeitbeschäftigte	70.800	12.500	58.300
Teilzeitquote, in %	26,5	8,3	47,0
Arbeitslose 15-64 Jahre (nach ILO)	16.300	8.700	7.600
Arbeitslosenquote (nach ILO), in %	6,0	6,1	5,9

hochgerechnet auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter  
ILO = International Labour Organization

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2014  
Darstellung: GÖG/ÖBIG

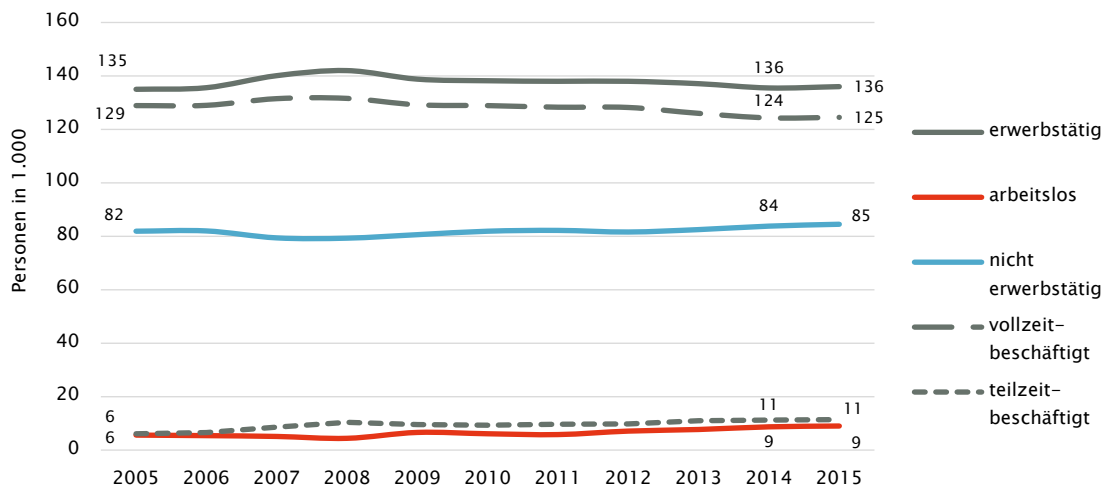
Die Entwicklung relevanter Erwerbsstatus-Indikatoren ist für Kärntner in Abbildung 5.8 und für Kärntnerinnen in Abbildung 5.9 dargestellt. Die meisten Kennzahlen sind zwischen 2005 und 2014 weitgehend konstant geblieben.

Auffällig ist, dass

- » die Anzahl der erwerbstätigen Frauen um rund 10 Prozent gestiegen ist, während die der Männer gleich geblieben ist;
- » der Anteil teilzeitbeschäftigter Männer um 80 Prozent gestiegen ist, jedoch nach wie vor nur 8 Prozent ausmacht (BL-Bandbreite: 7-17 %);
- » die Anzahl teilzeitbeschäftigter Frauen weiter gestiegen (um ca. 40 %) ist und die Teilzeitquote von Frauen im Jahr 2014 bei 47 Prozent (BL-Bandbreite: 41-52 %) liegt (s. dazu auch Punkt 5.3.1.2);
- » die Anzahl arbeitsloser Männer (nach ILO) um 55 Prozent von 5.500 auf über 8.500 gestiegen, die Anzahl arbeitsloser Frauen hingegen um 4 Prozent von 8.000 auf 7.500 gesunken ist. (Das Thema Arbeitslosigkeit ist nach der nationalen Berechnungsmethode des AMS gesondert in Punkt 5.3.1.3 dargestellt.)

Abbildung 5.8:

Kennzahlen zum Erwerbsstatus Kärntner Männer nach dem ILO-Konzept, 2005-2015



hochgerechnet auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter

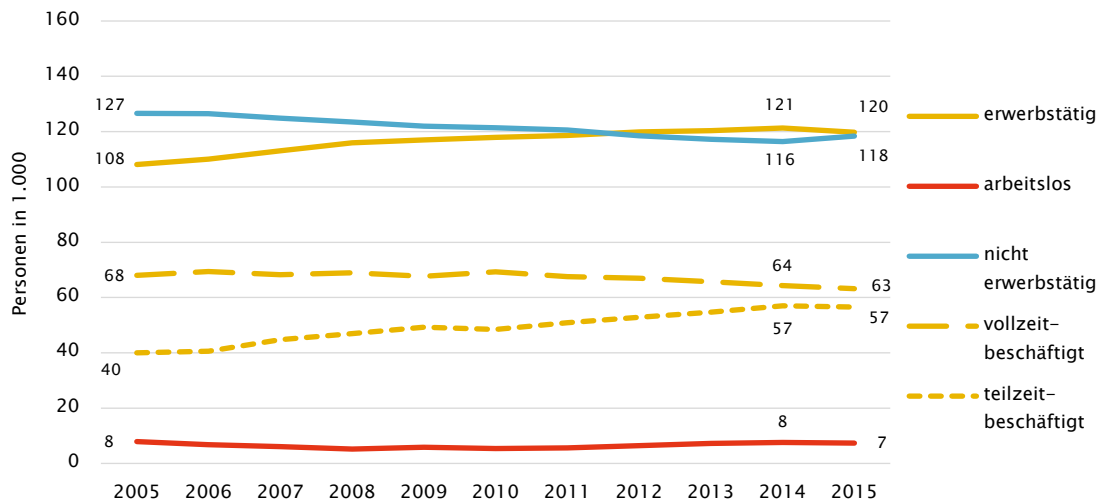
ILO = International Labour Organization

nicht erwerbstätig: Schüler, Studenten, Pensionisten, haushaltsführende Personen, Präsenz-/Zivildienstler, Männer in Karenz

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2005-2015  
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 5.9:

Kennzahlen zum Erwerbsstatus Kärntner Frauen nach dem ILO-Konzept, 2005-2015



hochgerechnet auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter

ILO = International Labour Organization

nicht erwerbstätig: Schülerinnen, Studentinnen, Pensionistinnen, haushaltsführende Personen, Frauen in Karenz

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2005-2015  
Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

Die Zahl der *Erwerbspersonen* ist die Summe der Erwerbstätigen und Arbeitslosen und bezeichnet damit also alle Personen, die am Erwerbsleben teilnehmen oder dies aktiv anstreben.

Die *Erwerbsquote* ist der Anteil der Erwerbspersonen an der Bevölkerung in der entsprechenden Altersgruppe (in Privathaushalten, ohne Präsenz- und Zivildienstler).

Nach dem ILO-Konzept gelten Personen dann als *Erwerbstätige*, wenn sie in der Referenzwoche mindestens eine Stunde als Unselbständige, Selbständige oder mithelfende Familienangehörige gearbeitet haben.

Die *Erwerbstätigenquote* ist der Anteil der Erwerbstätigen an der Bevölkerung im Alter von 15–64 Jahren (in Privathaushalten ohne Präsenz- und Zivildienstler).

Die *Teilzeitquote* beschreibt den Anteil der Personen, die bei der Arbeitskräfte-Erhebung eine Teilzeiterwerbstätigkeit angeben, an allen Erwerbstätigen.

Als *arbeitslos* gelten nach dem ILO-Konzept jene Personen zwischen 15 und 74 Jahren (in Österreich zw. 15 und 64), auf die folgende Kriterien zutreffen:

» Nicht erwerbstätig im Sinne der ILO

UND

» Könnten innerhalb der nächsten beiden Wochen nach der Referenzwoche eine Arbeit aufnehmen und haben während der Referenzwoche und den drei Wochen davor aktiv nach Arbeit gesucht

ODER

» Haben bereits eine Stelle gefunden und werden diese in maximal drei Monaten antreten.

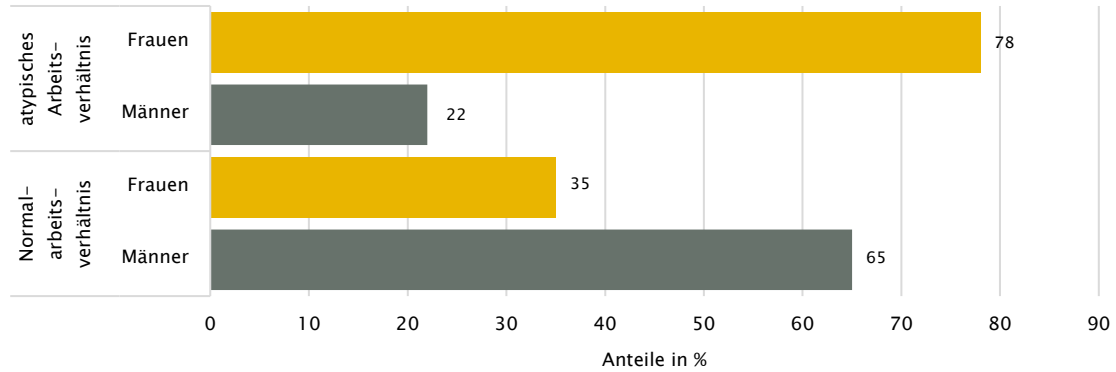
Aussagen zur Erwerbstätigkeit werden auf Basis der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebungen von Statistik Austria getroffen (Statistik Austria 2015b).

### 5.3.1.2 Atypische Beschäftigung

Zu atypischen Beschäftigungsformen zählen Teilzeitbeschäftigung, befristete Arbeitsverträge oder auch Beschäftigungen, die keiner geregelten Sozialversicherungspflicht unterliegen. Neben anderen arbeitsplatzbezogenen Stressfaktoren wie ständig steigende Anforderungen an Flexibilität und Erreichbarkeit, steigender Zeitdruck und Arbeitsplatzunsicherheit tragen atypische Beschäftigungsverhältnisse (sofern sie nicht dem eigenen Vorteil dienen) zu erhöhten Stressbelastungen bei. Nicht alle davon betroffenen Personen verfügen über ausreichende Ressourcen, um diese Anforderungen über längere Zeit hindurch frei von Beschwerden zu überstehen (Eichmann/Saupe 2014, 36, 179).

Ein Drittel aller erwerbstätigen Kärntner/innen weist im Jahr 2014 ein atypisches Beschäftigungsverhältnis auf (BL-Bandbreite: 28–36 %). 80 Prozent dieser atypischen Beschäftigungsverhältnisse betreffen Frauen (s. Abbildung 5.10).

Abbildung 5.10:  
Atypische Beschäftigung in Kärnten nach Geschlecht, 2014



hochgerechnet auf die erwerbstätige Bevölkerung  
Jahresdurchschnittswerte

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

### Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

Österreichweit zeigt sich, dass Erwerbstätige mit Migrationshintergrund häufiger atypisch beschäftigt sind als Erwerbspersonen ohne Migrationshintergrund (38 vs. 32 %). Darüber hinaus sind Erwerbspersonen mit geringer (maximal Pflichtschulabschluss) sowie mit höherer Bildung (Matura und höher) häufiger von einem atypischen Beschäftigungsverhältnis betroffen als Erwerbstätige mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (36 bzw. 37 % vs. 30 %) (Statistik Austria 2015b).

### Definitionen und Daten

*Atypische Beschäftigte:* Unselbstständig Erwerbstätige, die ausschließlich aufgrund ihrer Teilzeiterwerbstätigkeit (ab 2h/Woche) als atypisch beschäftigt gelten und Vollzeit- oder Teilzeiterwerbstätige, auf die zumindest eine atypische Beschäftigungsform (Leiharbeit, Befristung, geringfügige Beschäftigung, Freier Dienstvertrag) zutrifft.

Die Anzahl der atypisch Beschäftigten wird von Statistik Austria jährlich im Rahmen der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung erhoben (Statistik Austria 2015b).

### 5.3.1.3 Arbeitslosigkeit

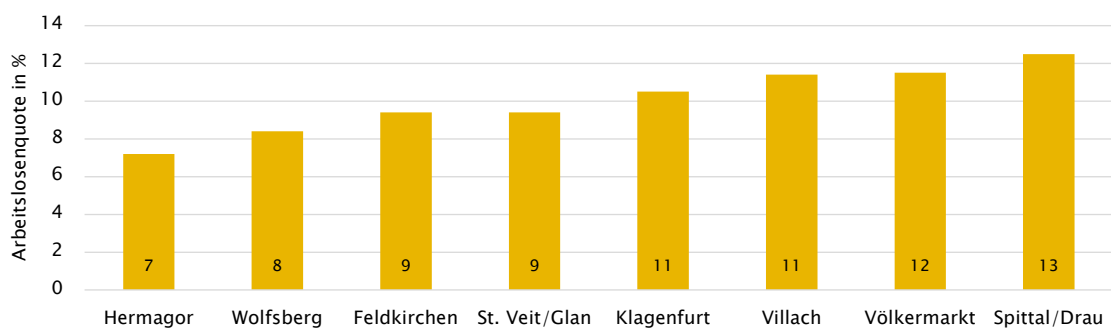
Im Jahr 2014 liegt die Arbeitslosenquote (ALQ) in Kärnten laut AMS und nationaler Berechnungsmethode bei 10,8 Prozent<sup>10</sup> (BL-Bandbreite: 5,7-11,6 %). Insgesamt sind 24.600 Menschen arbeitslos (rund 14.000 Männer und 12.600 Frauen). Die Arbeitslosenquote liegt bei Männern bei 11,5 Prozent (BL-Bandbreite: 5,9-13,2 %), die von Frauen bei 9,9 Prozent (BL-Bandbreite: 5,1-9,9 %).

Die Arbeitslosigkeit ist in Kärnten zwischen 2008 und 2014 deutlich gestiegen (von 7,3 auf 10,8 %). Das bedeutet ein Mehr an Arbeitslosen von rund 8.500 Personen.

Innerhalb der Kärntner Bezirke liegt die Arbeitslosenquote zwischen 7,2 Prozent (Hermagor) und 12,5 Prozent (Spittal/Drau; s. Abbildung 5.11).

Abbildung 5.11:

Arbeitslosenquote in Kärnten nach Arbeitsmarktbezirken, 2014



Quelle: AMS Arbeitsmarktprofile Kärnten 2014  
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Sensible Altersgruppen in Bezug auf die Arbeitslosigkeit sind die Berufseinsteiger und älteren Arbeitnehmer/innen. Bei den unter 25-Jährigen liegt die Arbeitslosenquote im Jahr 2014 bei 10,6 Prozent (bei Männern etwas höher als bei Frauen) und bei den ab 50-Jährigen bei 11,6 Prozent (wiederum bei Männern höher als bei Frauen). Die ALQ der älteren Arbeitnehmer/innen liegt damit deutlich über dem Kärntner Gesamtdurchschnitt.

#### Arbeitslosigkeit nach Bildung und Migrationshintergrund

Die ALQ von Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft liegt bei 14,7 Prozent; bei den über 50-jährigen Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft liegt sie sogar bei 20 Prozent. Die Entwicklung der ALQ zeigt bei Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft einen Anstieg von 7 auf 10,2 Prozent (2008-

10

Das ist deutlich höher als gemäß der internationalen Berechnungsmethode nach dem ILO-Konzept, nach der die Quote im Jahr 2014 bei 6,0 % liegt (s. Punkt 5.3.1.1).

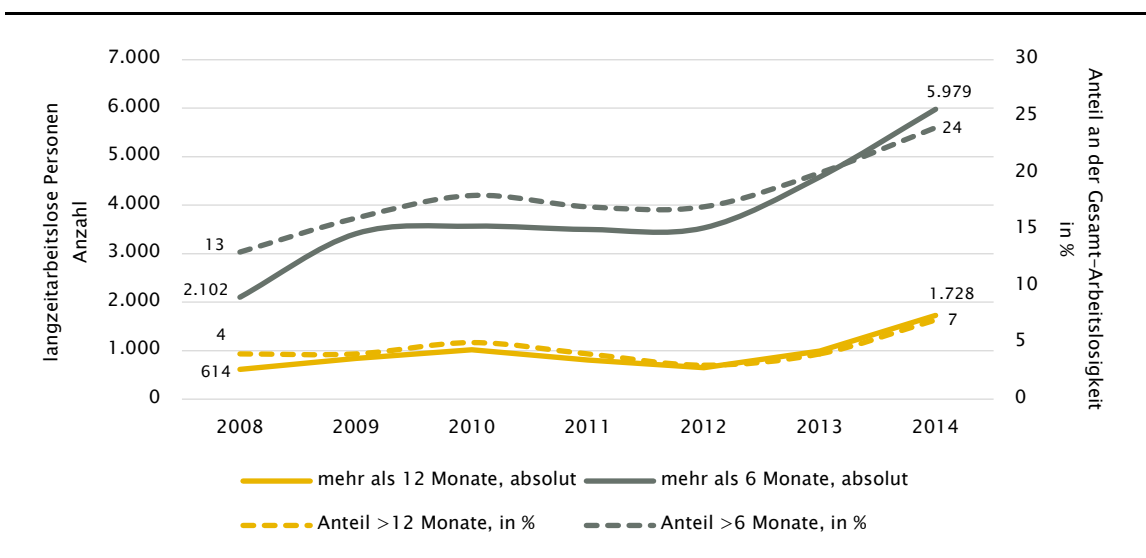
2014; +3,2 %), bei Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft von 9,8 auf 14,7 Prozent (+4,9 %). Darüber hinaus zeigt sich, dass Personen mit maximal Pflichtschulabschluss häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen sind (ALQ = 30,4 %) als Personen mit einer weiterführenden Bildung (Lehr- bzw. BMS-Abschluss: 9,3 %, Matura oder höher: 4,5 %).

## Langzeitarbeitslosigkeit

Von den 24.600 arbeitslos gemeldeten Personen sind im Jahr 2014 7 Prozent (das sind 1.700 Personen) bereits mehr als 12 Monate arbeitslos (Langzeitarbeitslosigkeit). Die Anzahl der Langzeitarbeitslosen ist in Kärnten von 2008 bis 2014 um das Dreifache gestiegen (von 600 auf über 1.700 Personen). Ihr Anteil an allen Arbeitslosen hat sich von 4 auf 7 Prozent erhöht (s. Abbildung 5.12).

Abbildung 5.12:

Langzeitarbeitslosigkeit in Kärnten, 2008-2014



Quelle: AMS Arbeitsmarktprofile Kärnten 2008-2014  
Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

**Arbeitslose:** Zum Monatsende bei den regionalen Geschäftsstellen des Arbeitsmarktservice zum Zwecke der Arbeitsvermittlung registrierte Personen, die nicht in Beschäftigung oder Ausbildung (Schulung) stehen. Die regionale Zuordnung erfolgt nach dem Wohnort der Arbeitslosen. Als Jahreswert wird der Durchschnitt der 12 Monatsendbestände ausgewiesen.

**Arbeitslosenquote (ALQ, nationale Definition):** Arbeitslose als Prozentanteil des Arbeitskräftepotentials

**Langzeitarbeitslose:** Personen gelten als langzeitarbeitslos, wenn sie zumindest 365 Tage beim AMS als arbeitslos und/oder lehrstellensuchend gemeldet sind und/oder sich in Kursmaßnahmen des AMS befinden. Zeiten der Arbeitslosigkeit und des Kursbesuches werden also zusammengezählt, Kursmaßnahmen beenden nicht die Langzeitarbeitslosigkeit. Die Langzeitbeschäftigungslosigkeit wird erst beendet, wenn eine Person länger als

62 Tage – etwa wegen Aufnahme einer Beschäftigung – nicht mehr beim AMS gemeldet ist. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen spricht man bereits ab 6 Monaten von Langzeitarbeitslosigkeit.

Als Quelle wurden die Arbeitslosenstatistiken des AMS herangezogen. Datenabfragen wurden über die Abfrage-Tools AMS Online und BALI gemacht. Ergänzend wurden die Arbeitsmarktprofil-Berichte des AMS für die Auswertungen herangezogen.

### Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen

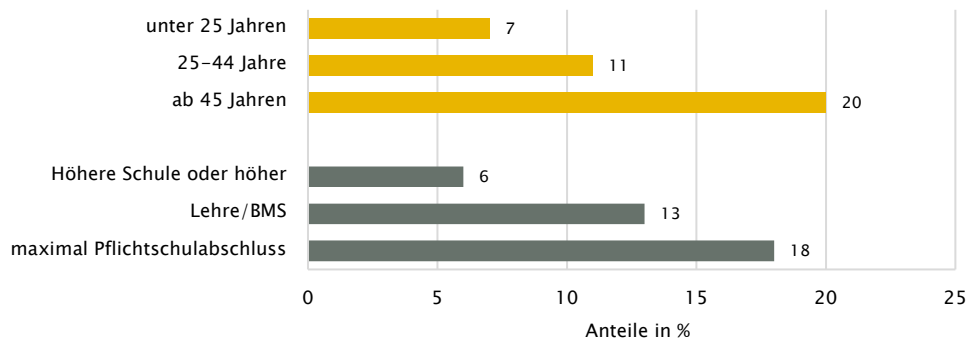
Im Jahr 2014 gibt es in Kärnten rund 3.850 arbeitslose Personen mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung (60 % davon Männer). Sie machen 16 Prozent aller Arbeitslosen aus (BL-Bandbreite: 14-25 %).

Der Anteil der Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (an allen Arbeitslosen) steigt mit zunehmendem Alter. In der Altersgruppe der unter 25-jährigen Kärntner/innen haben 6 Prozent der Arbeitslosen gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen, in der Altersgruppe der 25- bis 44-Jährigen sind es 13 Prozent und in der Altersgruppe ab 45 Jahren beträgt der Anteil bereits 23 Prozent.

Ein deutlicher Zusammenhang zeigt sich auch zwischen gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen und formalem Bildungsabschluss: 18 Prozent der arbeitssuchenden Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss haben gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen, aber nur 6 Prozent der Arbeitslosen mit einer höheren Ausbildung (s. Abbildung 5.13).

Abbildung 5.13:

Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen an allen Arbeitssuchenden nach Altersgruppen und Bildung, Kärnten 2014



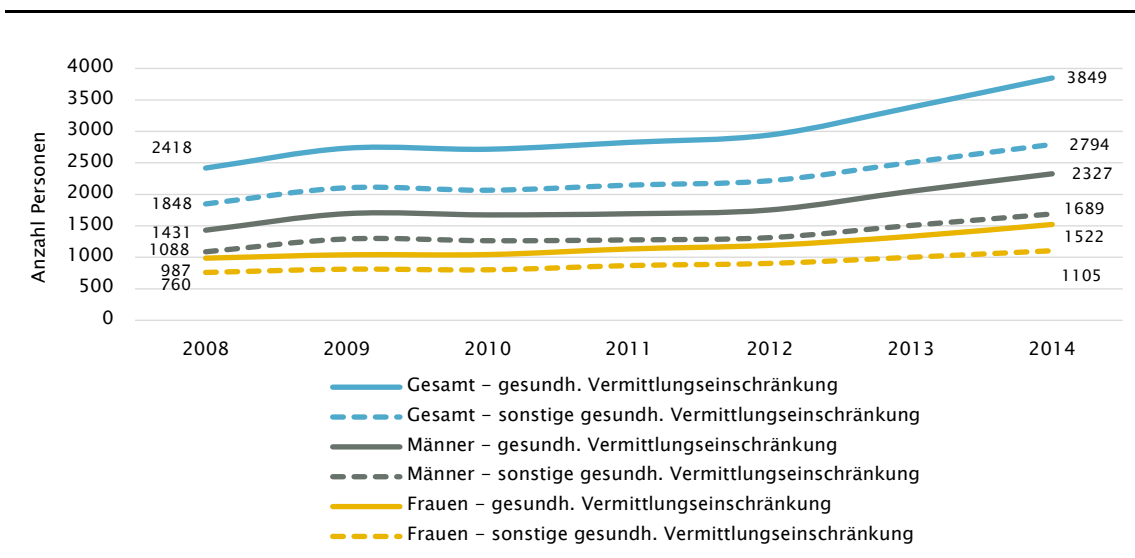
Quelle: AMS Sonderauswertung – Arbeitslose nach Personenmerkmalen (AL590)  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Von 2008 bis 2014 ist die Anzahl arbeitsloser Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen deutlich gestiegen (um 59 % von 2.420 auf 3.850 Personen; s. Abbildung 5.14). Relativ zur Anzahl der Arbeitslosen ist ihr Anteil (2009-2014) um 3 Prozentpunkte gestiegen.

28 Prozent der Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen sind Menschen mit Behinderungen, also begünstigt nach Behinderteneinstellungsgesetz u./o. Opferfürsorgegesetz, nach Landesbehindertengesetzen, oder sind Personen mit einem Behindertenpass.

Abbildung 5.14:

Kärntner/innen mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung nach Geschlecht, 2008-2014



Quelle: AMS Online – Arbeitslose nach Personenmerkmalen (AL590)  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

### Definitionen und Daten

Als *gesundheitliche Vermittlungseinschränkung* gilt, wenn eine festgestellte Behinderung oder eine sonstige gesundheitliche (ärztlich attestierte physische, psychische oder geistige) Vermittlungseinschränkung vorliegt.

Quelle sind die Arbeitslosenstatistiken des AMS. Datenabfragen wurden über die Abfrage-Tools AMS Online und BALI gemacht.

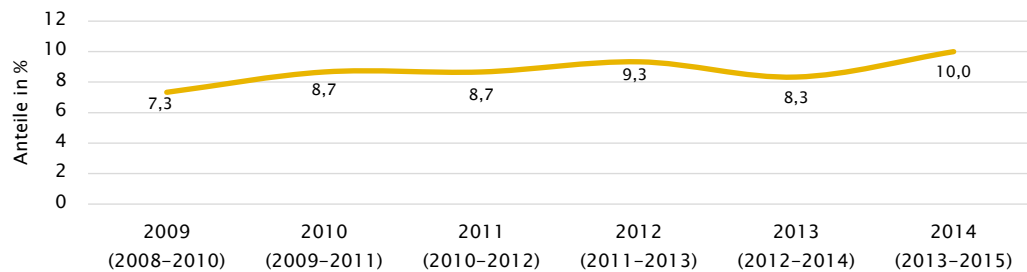
### Personen in Haushalten ohne Erwerb oder mit sehr niedriger Erwerbsintensität

Ist in einem Haushalt niemand erwerbstätig oder schöpft der Haushalt insgesamt maximal 20 Prozent seines Erwerbspotenzials – berechnet auf Grundlage aller 18- bis 59-jährigen Personen im Haushalt (ohne Studierende) – aus, wird eine benachteiligte Lebenssituation angenommen. Insgesamt leben in Kärnten (im Durchschnitt der Jahre 2013-2015) 10 Prozent der Personen unter 60 Jahren in Haushalten ohne Erwerb oder mit sehr niedriger Erwerbsintensität (BL-Bandbreite: 5–14 %). Das sind rund 37.000 Personen. Seit 2009 ist der Anteil der in Haushalten ohne Erwerb oder mit sehr niedriger Erwerbsintensität lebenden Kärntner/innen um 3 Prozentpunkte gestiegen (s. Abbildung 5.15).



Abbildung 5.15:

Personen in Kärntner Haushalten ohne Erwerb oder mit sehr geringer Erwerbsintensität, 2009-2014



Aufgrund der kleinen Stichprobe in den Bundesländern werden jeweils 3-Jahres-Durchschnitte berechnet.

Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2008-2015  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

### Definitionen und Daten

*Ohne Erwerb oder sehr niedrige Erwerbsintensität:* Personen bis 59 Jahre, die in einem Haushalt leben, in dem Personen zwischen 18 und 59 Jahren (ausgenommen Studierende) im Laufe eines Jahres insgesamt weniger als 20 Prozent der maximal möglichen Erwerbsmonate ausschöpfen.

*Erwerbsintensität:* Weist den Anteil der Erwerbsmonate aller Personen zwischen 18 und 59 Jahren (ohne Studierende) an der maximal möglichen Erwerbszeit im Haushalt im Referenzjahr aus. Pro Person wird bei Vollzeit-erwerbstätigkeit (unabhängig von den pro Monat tatsächlich geleisteten Stunden) eine volle Erwerbsbeteiligung angenommen. Bei Teilzeiterwerbstätigkeit wird die aktuell geleistete Stundenzahl durch 35 dividiert und anteilmäßig eingerechnet.

Die Ergebnisse stammen aus der EU-SILC-Befragung (Statistics on Income and Living Conditions), die jährlich im Auftrag des Sozialministeriums durchgeführt wird. Aufgrund der kleinen Stichproben in den Bundesländern werden jeweils 3-Jahres-Durchschnitte berechnet (Statistik Austria 2015c).

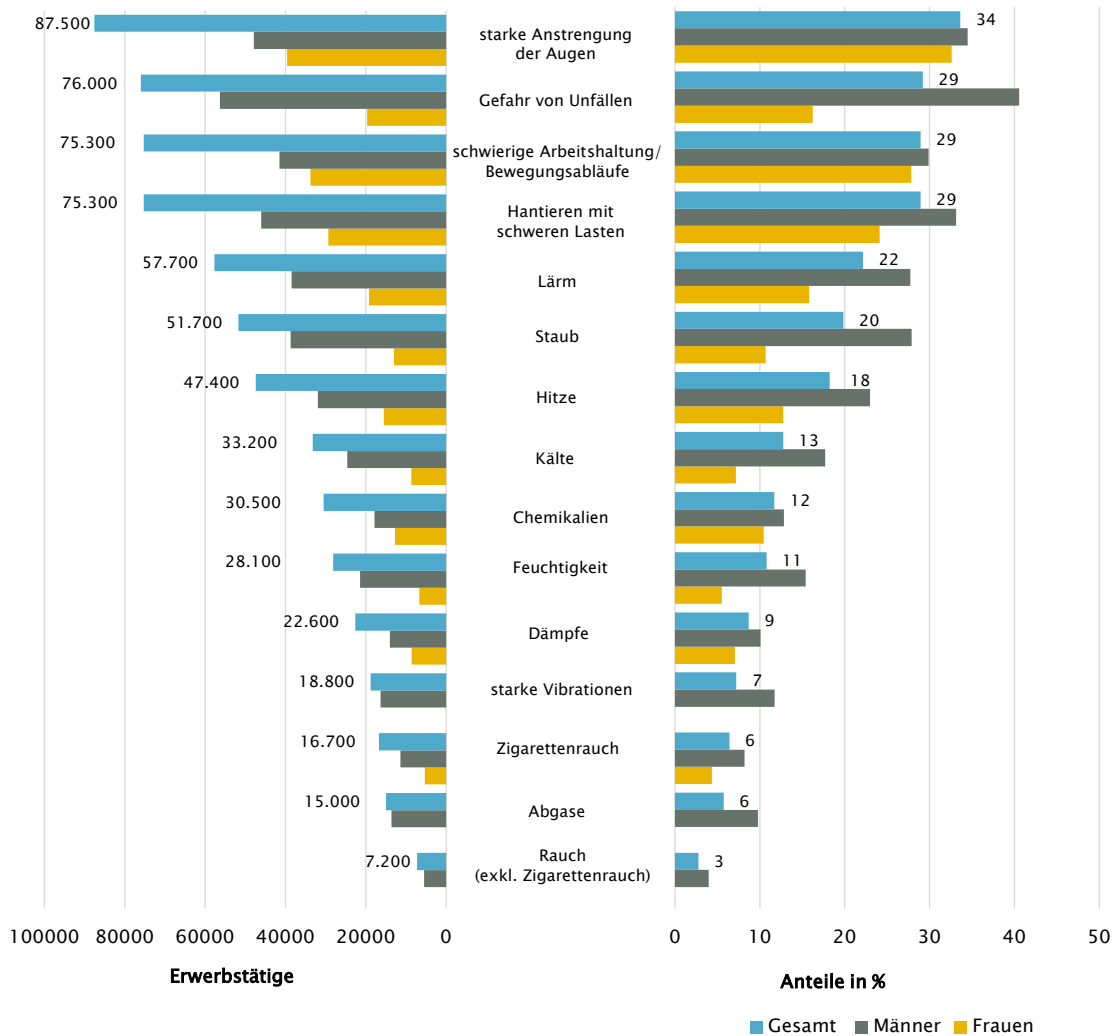
## 5.3.2 Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz

Laut Arbeitserhebung sind im Jahr 2013 73 Prozent der erwerbstätigen Kärntner/innen an ihrem Arbeitsplatz zumindest einer körperlichen Belastung ausgesetzt (BL-Bandbreite: 66-78 %), Männer häufiger als Frauen (77 % vs. 67 %).

Die von Männern und Frauen am häufigsten erlebten Belastungen sind eine starke Anstrengung der Augen, Gefahr von Unfällen, schwierige Arbeitshaltungen und Bewegungsabläufe und das Hantieren mit schweren Lasten, gefolgt von Lärm, Staub und Hitze. Auffallend ist, dass bei allen körperlichen Belastungsfaktoren Männer häufiger betroffen sind als Frauen (s. Abbildung 5.16).

Abbildung 5.16:

Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz, Kärntner Erwerbsbevölkerung 2013



hochgerechnet auf die erwerbstätige Bevölkerung

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2013  
 Modul Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme  
 Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Vergleich zum Jahr 2007 ist die Anzahl betroffener Personen um 73 Prozent gestiegen (von 110.000 auf 190.000 Personen), der prozentuale Anteil um 30 Prozentpunkte.

## Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

Österreichweit zeigt sich, dass Erwerbspersonen ohne Migrationshintergrund sowie mit geringer formaler Bildung häufiger körperlichen Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind als Erwerbspersonen mit Migrationshintergrund (74 vs. 71 %) und einem hohen Bildungsabschluss (75 vs. 67 %) (Statistik Austria 2014b).

### Definitionen und Daten

Das Ausmaß körperlicher Belastungen am Arbeitsplatz wird auf Basis des Ad-hoc-Moduls Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2007 und 2013 berichtet (Statistik Austria 2009b; Statistik Austria 2014b). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (15 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben.

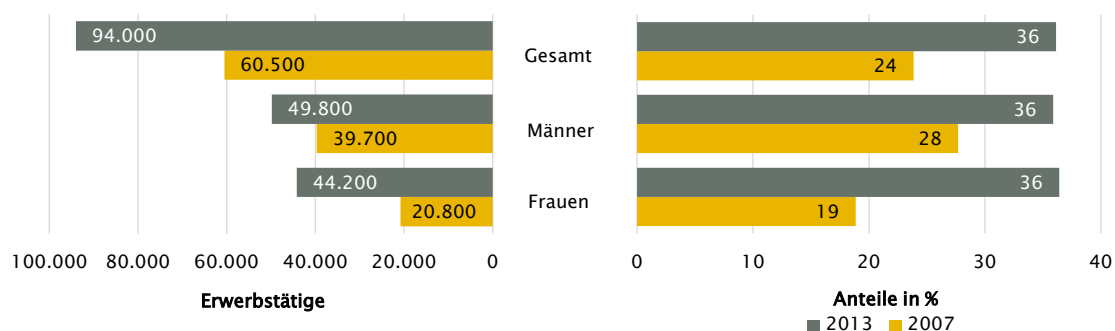
## 5.3.3 Zeitdruck und Arbeitsüberlastung

Zeitdruck und Arbeitsüberlastung sind Belastungen, die Stress verursachen und damit gesundheitliche Auswirkungen haben. Sie werden zumeist als von außen kommend wahrgenommen, während das Stresserleben subjektiv ist und zu unterschiedlichen Stressreaktionen führen kann. Ob und in welchem Ausmaß gesundheitliche Beeinträchtigungen eintreten, hängt von unterschiedlichsten – arbeitsbedingten und nicht arbeitsbedingten – Faktoren ab. Zeitdruck und Arbeitsüberlastung gehören zu den zentralen erwerbsbezogenen Stressquellen und sind damit Haupteinflussfaktoren für die psychische Gesundheit. (Eichmann/Saupe 2014)

Im Jahr 2013 sind rund 36 Prozent der erwerbstätigen Kärntner/innen von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung betroffen (BL-Bandbreite: 33–42 %). Zwischen 2007 und 2013 ist dieser psychische Belastungsfaktor – in seiner Häufigkeit – um 12 Prozentpunkte angestiegen (von 60.500 auf 94.000 Personen; s. Abbildung 5.17).

Abbildung 5.17:

Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung am Arbeitsplatz nach Geschlecht, Kärntner Erwerbsbevölkerung 2007 und 2013



hochgerechnet auf die erwerbstätige Bevölkerung

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2007 und 2013  
Modul Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Jahr 2013 zeigt sich kein nennenswerter Geschlechterunterschied: Starkem Zeitdruck und Arbeitsüberlastung sind sowohl mehr als jede dritte erwerbstätige Frau als auch mehr als jeder dritte erwerbstätige Mann ausgesetzt. Dies ist insofern interessant, als 2007 noch ein deutlich ausgeprägter Unterschied zwischen Männern und Frauen ersichtlich war. Damals waren 19 Prozent der Frauen und 28 Prozent der Männer von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung betroffen (s. Abbildung 5.17).

### **Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund**

Österreichweit zeigt sich, dass Erwerbstätige ohne Migrationshintergrund sowie mit einer hohen formalen Bildung häufiger von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung betroffen sind als Erwerbstätige mit Migrationshintergrund (39 vs. 34 %) und geringer formaler Bildung (42 vs. 30 %) (Statistik Austria 2014b).

### **Definitionen und Daten**

Zeitdruck und Arbeitsüberlastung werden auf Basis des Ad-hoc-Moduls Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2007 und 2013 berichtet (Statistik Austria 2009b; Statistik Austria 2014b). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (15 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben.

## **5.3.4 Arbeitsunfälle**

Im Jahr 2014 hatten erwerbstätige Kärntner/innen rund 9.000 Arbeitsunfälle. Das entspricht einer Quote von 2.448 Fällen pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter (BL-Bandbreite: 1.145-2.448 Fälle pro 100.000). Drei Viertel dieser Arbeitsunfälle betreffen Männer, die Rate ist bei Männern drei Mal so hoch wie bei Frauen (3.700 vs. 1.200 pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter). 7 dieser Arbeitsunfälle endeten tödlich.

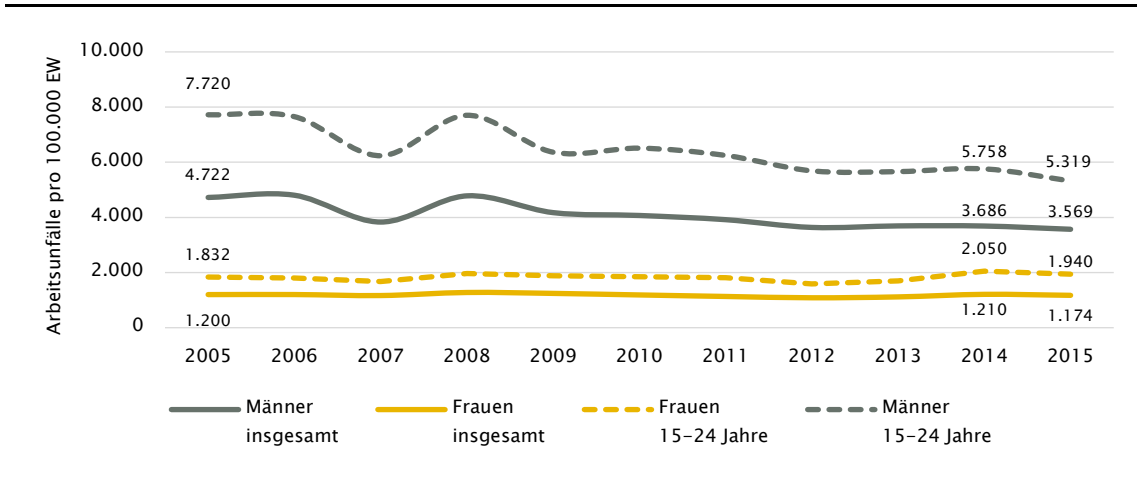
Der Trend bei Arbeitsunfällen ist rückläufig. Im Zeitraum 2005 bis 2014 ist ein Rückgang von 22 Prozent (das sind rund 2.500 Unfälle weniger) zu beobachten, was fast ausschließlich auf die Entwicklung bei Männern zurückzuführen ist. Im Jahr 2015 setzt sich dieser Trend fort (s. Abbildung 5.18).

Der Rückgang der Arbeitsunfallrate ist bereits längerfristig zu beobachten. Eine Erklärung dafür ist der strukturelle Wandel der Wirtschaft, im Zuge dessen Arbeitsplätze mit hohem Unfallrisiko weniger wurden und sich Berufsstrukturen in Richtung Angestelltenverhältnisse mit höheren Qualifikationsanforderungen verschoben. Arbeitsintensive und gefährlichere Produktionsprozesse wurden vermehrt in Drittländer verlagert oder von Maschinen übernommen. Zudem können langjährige Maßnahmen zur Erhöhung der Arbeitsplatzsicherheit für den Rückgang (mit-)verantwortlich gemacht werden (Thomas 2015, 52f).

Überdurchschnittlich hoch ist die Arbeitsunfallrate bei jungen erwerbstätigen Kärntnerinnen und Kärntnern. Im Jahr 2014 werden rund 2.450 Arbeitsunfälle bei 15- bis 24-Jährigen registriert. Das sind rund 27 Prozent aller Arbeitsunfälle in Kärnten und entspricht einer Rate von etwa 3.900 Fälle pro 100.000 EW in diesem Alter. Mit zunehmendem Alter sinkt das Risiko eines Arbeitsunfalles (Thomas 2015, 52f).

Abbildung 5.18:

Arbeitsunfälle insgesamt und bei 15- bis 24-Jährigen nach Geschlecht, Kärnten 2005-2015



Quelle: AUVA - Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

#### Definitionen und Daten

Die AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) führt die Statistik zu Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Erfasst sind Daten über die Anzahl von Arbeitsunfällen, Wegunfällen und anerkannten Berufskrankheiten (Fälle und Todesfälle) nach Altersgruppen, Geschlecht, Bezirk (Betriebs- und Wohnort) und nach Wirtschaftsklassen.

### 5.3.5 Work-Life-Balance

Die (Un-)Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben stellt eine zentrale Gesundheitsdeterminante dar. Ihr Einfluss wurde in zahlreichen Studien dokumentiert. Sie belegen, dass eine mittel- bis langfristig bestehende Unvereinbarkeit sowohl mit Einschränkungen in der selbsteingeschätzten Gesundheit, einer verminderten Lebenszufriedenheit und einer vermehrten Beschwerden- und Erkrankungslast einhergeht als auch zu einer verminderten Arbeitszufriedenheit, Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie vermehrt zu Burnout und beruflichen Veränderungsabsichten führt (Allen et al. 2000; Amstad et al. 2011). Mehrheitlich ist dies durch zeit- bzw. beanspruchungsbedingte Konflikte bedingt. Sie definieren den Prototyp einer aus den Fugen geratenen Work-Life-Balance und zeigen sich durch die Lage, das Ausmaß sowie durch die Gestaltungsmöglichkeit der Arbeitszeit beeinflusst (Eichmann/Saupe 2014).

Durch die Zunahme von Doppelverdiener- und Alleinerzieherhaushalten, einer zunehmenden „Entgrenzung“ der Arbeit sowie durch merklich gestiegene Leistungs-, Qualitäts- und Selbstverwirklichungsansprüche hat die Unvereinbarkeit von Beruf und Privatleben in den letzten Jahrzehnten zusehends an Bedeutung gewonnen.

Auf Indikatorebene wird im Kärntner Gesundheitsbericht der Fokus auf geleistete Überstunden und Mehrstunden gelegt.

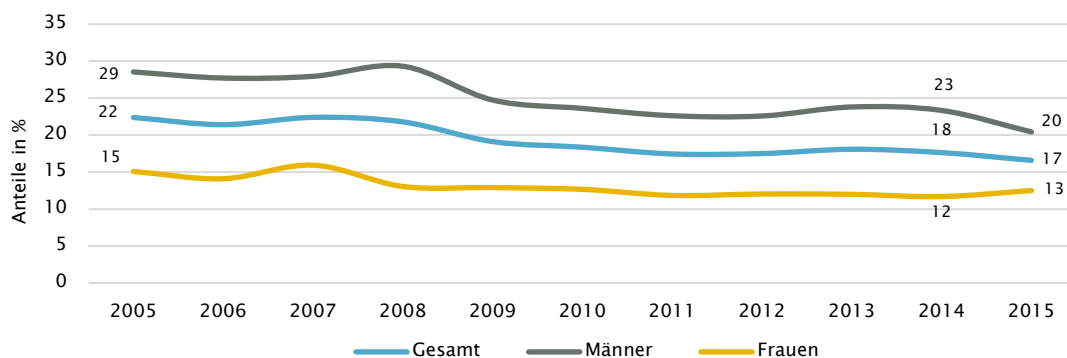
## Geleistete Überstunden (inklusive Mehrstunden)

Im Jahr 2014 leisten rund 18 Prozent der unselbstständig erwerbstätigen Kärntner/innen (BL-Bandbreite: 17-22 %) Überstunden (inkl. Mehrstunden). Der höhere Anteil an Personen, die Überstunden leisten, liegt mit 23 Prozent bei Männern (26.200 Personen). Sie leisten etwa doppelt so häufig Überstunden wie Frauen (12 %; rund 12.600 Personen).

Zwischen 2005 und 2014 ist die Anzahl der Überstunden leistenden Personen deutlich zurückgegangen, nämlich um 6 Prozentpunkte bei Männern und um 3 Prozentpunkte bei Frauen. Im Jahr 2015 leisteten Frauen wieder etwas häufiger Überstunden als im Jahr zuvor (s. Abbildung 5.19).

Abbildung 5.19:

Unselbstständig Erwerbstätige mit Überstunden inklusive Mehrstunden nach Geschlecht, Kärnten  
2005-2015



hochgerechnet auf die erwerbstätige Bevölkerung

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2005-2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Österreichweit zeigt sich, dass unselbständige Erwerbspersonen ohne Migrationshintergrund häufiger Überstunden leisten als Erwerbspersonen mit Migrationshintergrund (20 vs. 15 %). Darüber hinaus werden Überstunden häufiger von Erwerbspersonen mit höherer Bildung (Matura oder höher) erbracht als von Erwerbspersonen mit geringer formaler Bildung (25 vs. 9 %).

## Definitionen und Daten

*Überstunden einschließlich Mehrstunden* sind zusätzlich zur kollektivvertraglich oder betrieblich vereinbarten Normalarbeitszeit geleistete Arbeitsstunden, die nicht durch Zeitausgleich zu einem anderen Zeitpunkt abgegolten werden. Dabei ist nicht entscheidend, ob sie bezahlt werden oder nicht. Von Überstunden wird gesprochen, wenn über das Vollzeitenerwerbstätigkeitsausmaß hinausgehend zusätzliche Stunden gearbeitet werden. Mehrstunden sind zusätzliche Stunden von Teilzeitbeschäftigten bis zum Ausmaß der Vollzeitenerwerbstätigkeit. Über- und Mehrstunden werden nur bei unselbständig Erwerbstätigen erhoben. Sie beziehen sich auf eine Referenzwoche und beruhen auf den Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebungen 2005 bis 2015 von Statistik Austria.

## 5.3.6 Trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gegangen

Im Jahr 2014 ist jede/r zweite (51 %) erwerbstätige Kärntnerin/Kärntner in den letzten 12 Monaten trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gegangen (BL-Bandbreite: 50–56 %); das sind rund 128.000 Personen. Bei Frauen (57 %; 63.000 Personen) trifft dies deutlich häufiger zu als bei Männern (47 %; 65.000 Personen), bei 30- bis 59-jährigen Frauen (58 %) häufiger als bei 15- bis 29-jährigen (52 %).

Ein regionaler Unterschied ist nicht ersichtlich.

### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

In Bezug auf den Migrationshintergrund zeigt sich, dass 73 Prozent der erwerbstätigen Männer mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gehen, aber nur 44 Prozent der Männer ohne Migrationshintergrund. Ein Zusammenhang mit Bildung und Einkommen findet sich nicht.

### Definitionen und Daten

Die Ergebnisse werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf erwerbstätige Personen und beruhen auf Selbstangaben.

## 5.4 Soziale Beziehungen und Netzwerke

### 5.4.1 Sozialkapital / Ausmaß sozialer Unterstützung

Das Sozialkapital (auch als soziale Kohäsion oder wie in den Rahmen-Gesundheitszielen als sozialer Zusammenhalt bezeichnet) stellt einen wesentlichen Einflussfaktor auf die Gesundheit dar (De Silva et al. 2005; Murayama et al. 2012; Nyqvist et al. 2013; Sartorius 2003; Sundquist/Yang 2007) und kann in drei Ebenen unterteilt werden:

- » Zusammenhalt auf gesellschaftlicher Ebene, der durch die politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen beeinflusst wird (Makroebene)
- » Zusammenhalt in Nachbarschaften und sozialen Netzwerken (Mesoebene)
- » Zusammenhalt im Familien- und Freundeskreis (Mikroebene)

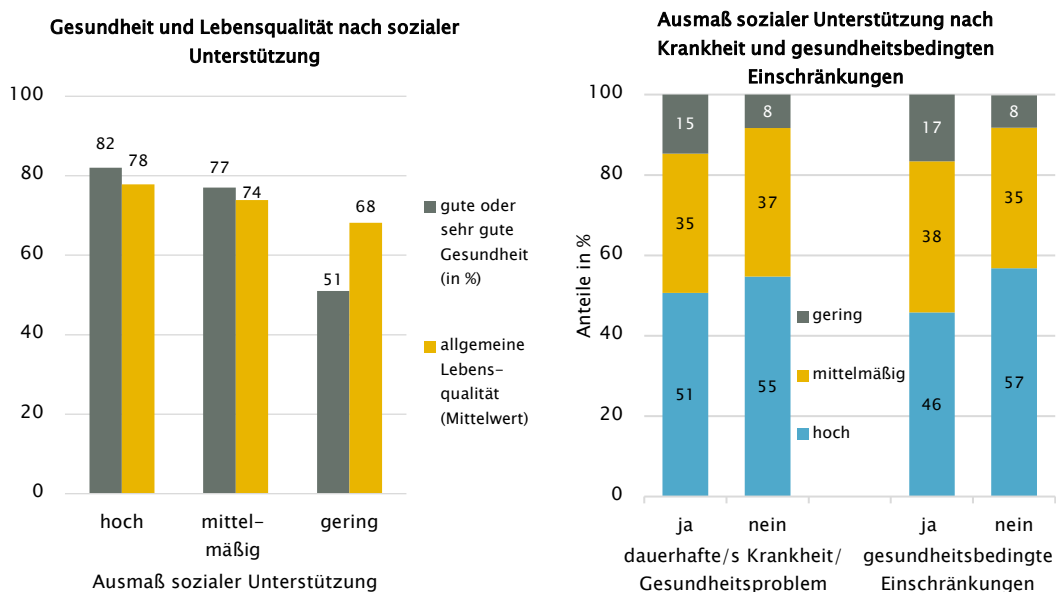
Ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialem Zusammenhalt zeigt sich sowohl auf der individuellen als auch der gesellschaftlichen Ebene. Internationale Studien fanden z. B. Zusammenhänge zwischen sozialem Kapital und Mortalität, Suiziden und der selbsteingeschätzten Gesundheit (Siegrist et al. 2009).

Für Kärnten kann gezeigt werden, dass die Einschätzung der eigenen Gesundheit als sehr gut oder gut und die durchschnittliche Einschätzung der Lebensqualität mit zunehmendem Sozialkapital steigt. Zudem wird ersichtlich,

dass Kärntner/innen, die an chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen leiden und/oder aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt sind, in einem geringeren Ausmaß über ein stark ausgeprägtes Sozialkapital verfügen (s. Abbildung 5.20:).

Abbildung 5.20:

Soziale Unterstützung und Gesundheit – Krankheit und soziale Unterstützung, Kärnten, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im vorliegenden Bericht wird das Sozialkapital anhand des „Ausmaßes sozialer Unterstützung“ abgebildet, das bei psychosozialen Belastungen oder im Falle einer Hilfsbedürftigkeit in Anspruch genommen werden kann.

Mehr als die Hälfte der Kärntnerinnen und Kärntner (53 %) verfügen über ein hohes Ausmaß sozialer Unterstützung (BL-Bandbreite: 46–61 %), Männer und Frauen etwa gleich häufig. Knapp 11 Prozent schätzen das Ausmaß sozialer Unterstützung eher gering ein (BL-Bandbreite: 6–13 %).

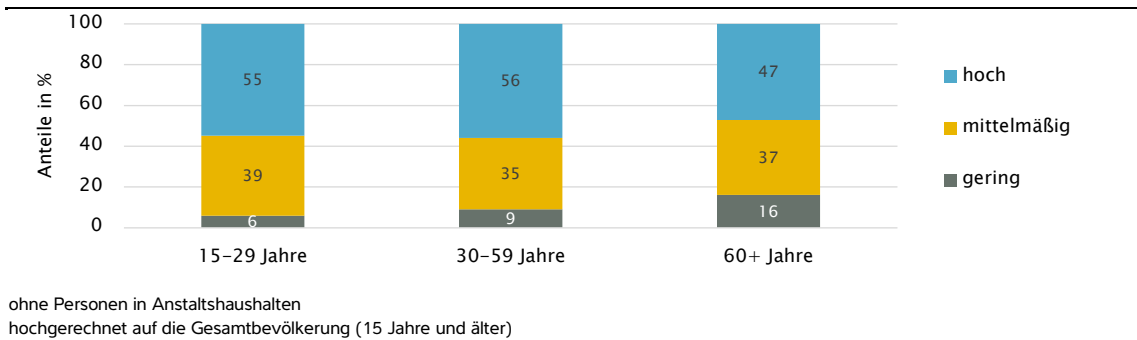
Das Ausmaß sozialer Unterstützung nimmt ab 60 Jahren deutlich ab: Nur noch 47 Prozent der ab 60-jährigen Kärntner/innen verfügen über ein hohes Ausmaß sozialer Unterstützung, während dies für 55–56 Prozent der 15- bis 59-Jährigen gilt. Umgekehrt sind 16 Prozent der ab 60-Jährigen mit einem geringen Unterstützungsausmaß konfrontiert, bei den 15- bis 29-Jährigen „nur“ 6 Prozent (s. Abbildung 5.21).

Ein Unterschied nach Versorgungsregionen zeigt sich nicht.



Abbildung 5.21:

Soziale Unterstützung nach Altersgruppen, Kärnten 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

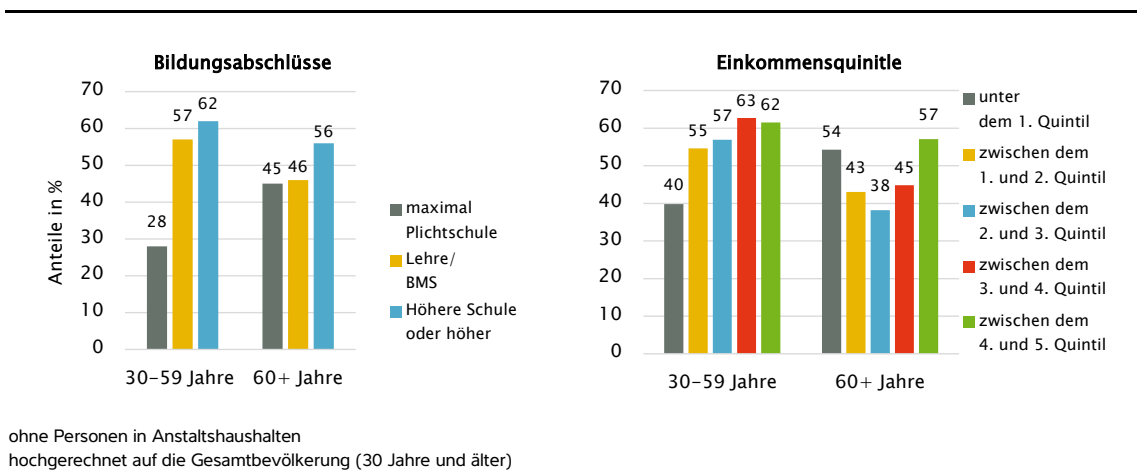
### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Bildung und Einkommen beeinflussen die Möglichkeit, soziale Unterstützung zu geben sowie Unterstützung zu erhalten. Menschen mit hoher Bildung (30 Jahre und älter) verfügen häufiger über ein hohes Unterstützungsausmaß als Menschen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (61 vs. 39 %). Dies gilt insbesondere für die 30- bis 59-jährige Bevölkerung (s. Abbildung 5.22).

Menschen in den obersten Einkommensschichten (30 Jahre und älter) erhalten häufiger ein hohes Ausmaß an Unterstützung als Menschen in der untersten Einkommensschicht (60 vs. 46 %), wobei auch hier markante Altersunterschiede bestehen (s. Abbildung 5.22).

Abbildung 5.22:

Soziale Unterstützung (hoch) nach Bildung und Haushaltseinkommen, Kärnten 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kärntnerinnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) verfügen über weniger soziale Unterstützung als Kärntnerinnen ohne Migrationshintergrund: 41 Prozent der Personen mit, doch 57 Prozent der Personen ohne Migrationshintergrund erhalten ein hohes Ausmaß an Unterstützung.

## Definitionen und Daten

Das *Ausmaß sozialer Unterstützung* wurde im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2014 mit der „Oslo-3-Items-Social-Support-Scale“ (Oslo-3) erhoben (Klimont/Baldaszi 2015). Dieses Instrument erfasst, auf wie viele Personen man sich verlassen kann, wenn ernsthafte persönliche Probleme anstehen, wie viel Interesse und Anteilnahme andere Personen zeigen und wie einfach es ist, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten. Aus diesen drei Fragen wird ein Indikator mit den drei Ausprägungen *geringe, mittlere und starke Unterstützung* berechnet. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben. Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich.

## 5.5 Umwelt

Im Bereich der Umwelt gibt es zahlreiche Faktoren die für die Gesundheit relevant sind (z. B. Hitze, Pollen, Wasserqualität etc.). Der Kärntner Gesundheitsbericht 2016 konzentriert sich auf die Themenbereiche Luft und Lärm.

### 5.5.1 Luftqualität

Laut WHO zählen in den westlichen Industrieländern Außenluftbelastungen zu den Umwelteinflüssen mit den größten gesundheitlichen Auswirkungen. Sie können, je nach Schadstoffkonzentration und Expositionsdauer, zu vorübergehenden und chronischen Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen, die die Lungenfunktion beeinträchtigen und das Krebsrisiko erhöhen (Künzli et al. 2010).

Zu den gesundheitsgefährdenden Luftschadstoffen gehören Schwefeldioxid (SO<sub>2</sub>), Kohlenstoffmonoxid (CO), Stickstoffoxide (NO<sub>x</sub>), Schwermetalle (Blei, Cadmium, Nickel und Arsen), Benzol, Feinstaub (PM<sub>10</sub> und PM<sub>2,5</sub>) und Ozon (O<sub>3</sub>). Sie werden vorwiegend durch Verkehr und Industrie freigesetzt. Ihre Ausbreitung wird insbesondere durch Wetterbedingungen<sup>11</sup>, aber auch durch Geomorphologie und Jahreszeit<sup>12</sup> beeinflusst (Künzli et al. 2010).

Die Entwicklung der letzten Jahrzehnte zeigt starke Verbesserungen bei den Schwefeldioxid-, Kohlenstoffmonoxid- und Benzolemissionen. Auch Schwermetalle in der Luft sind in Österreich kaum noch in

---

11

Temperatur, Niederschlag, Luftdruck, Windstärke und -richtung

12

Nicht nur das Wetter, sondern auch Ferienverkehr, Heizverhalten und Stromverbrauch haben einen Einfluss.

gesundheitsrelevanten Konzentrationen vorhanden. Der Fokus wird daher auf Stickstoffdioxid (NO<sub>2</sub>)<sup>13</sup>, Feinstaub (PM<sub>10</sub> und PM<sub>2,5</sub>) und Ozon (O<sub>3</sub>) gelegt, da diese aktuell am häufigsten gesundheitsgefährdende Konzentrationen erreichen. (Umweltbundesamt 2016b)

Die gängigen Luftschadstoffe werden punktuell an Messstationen gemessen. Da Konzentration und Ausbreitung der Schadstoffe von den zuvor erwähnten Faktoren abhängt, sind Aussagen zur Belastung primär nur auf punktueller Ebene möglich und nicht unmittelbar auf die Bevölkerungsebene übertragbar, wobei erhöhte Werte als gesundheitsgefährdend zu betrachten sind.

### **Stickstoffdioxid**

Stickstoffdioxid (NO<sub>2</sub>) gehört zur Gruppe der Stickstoffoxide. Hohe Stickstoffdioxidkonzentrationen in der Außenluft wirken sich negativ auf die Lungenfunktion aus. Sie können zu einer Bronchialverengung führen, die vor allem Asthmatiker betrifft (Künzli et al. 2010).

Seit 2005 haben sich die Stickstoffdioxidwerte an den zehn Kärntner Messstationen um rund ein Viertel reduziert, wobei im Jahr 2014 die niedrigsten Stickstoffdioxid-Werte dieses Zeitraumes registriert werden.

Die im Jahr 2014 in Österreich zum Schutz der menschlichen Gesundheit geltenden Grenzwerte für den Jahresmittelwert von 35 µg/m<sup>3</sup> sowie den Halbstunden-Mittelwert von 200 µg/m<sup>3</sup> werden an allen Kärntner Messstationen eingehalten.

### **Feinstaub**

Feinstaub ist selbst in kleinen Konzentrationen gesundheitsgefährdend. Während vorübergehende Feinstaubbelastungen zu Husten, Asthmaanfällen und Bronchitis führen können, erhöhen langfristige Belastungen das Lungenkrebs- und Herzinfarktrisiko (BMG 2015a).

Die Jahresmittelwerte von PM<sub>10</sub> der einzelnen Messstationen in Kärnten liegen 2014 zwischen 10 und 20 µg/m<sup>3</sup>. An keiner der 13 PM<sub>10</sub>-Luftgütemessstationen wird der Grenzwert für den Jahresmittelwert von 40 µg/m<sup>3</sup> überschritten. An acht Messstationen wird der Grenzwert für den Tagesmittelwert von 50 µg/m<sup>3</sup> mindestens einmal überschritten. Die häufigsten Überschreitungen mit einer Jahresgesamtanzahl von acht Tagen (erlaubt sind gem. IG-L in Österreich 25 Tage) werden im Jahr 2014 an der Messstation „St. Andrä-Volksschule“ registriert.

An keiner der drei PM<sub>2,5</sub>-Luftgütemessstationen in Kärnten wird der gem. IG-L festgelegte Grenzwert für den Jahresmittelwert von 25 µg/m<sup>3</sup> überschritten. Die PM<sub>2,5</sub>- Immissionen sind seit Messbeginn an allen Messstationen rückläufig.

---

13

Stickstoffdioxid gilt als ein für den Menschen besonders gesundheitsschädliches Stickoxid.

## Ozon

Gesundheitsfolgen durch bodennahes Ozon sind akut und betreffen vor allem die im Freien aktive Bevölkerung. Am stärksten betroffen sind Kinder, Schwerarbeiter/innen und Sportler/innen, bei denen Reizungen der Atemwege und der Augen sowie ein vorübergehender Leistungsabfall eine Folge des Ozons sein können. Bei steigenden Ozonwerten wird eine erhöhte Zahl an Asthmaanfällen, Spitalsaufnahmen und Todesfällen beobachtet (Eidgenössische Kommission für Lufthygiene 2011).

Im Jahr 2014 liegt der Jahresmittelwert für Ozon an den einzelnen Kärntner Messstationen zwischen 30 und 90  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ . Seit 2005 sind die Jahresmittelwerte für Ozon nahezu unverändert.

Mit Ausnahme der Messstationen „Gerlitzten-Steinturm“ (1.900 m Seehöhe) und „Vorhegg im Lesachtal“ (ländlicher Hintergrund), an denen im Jahr 2014 an 39 bzw. 30 Tagen der Zielwert für den langfristigen Gesundheitsschutz von 120  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  als Acht-Stunden-Mittelwert überschritten wird, weisen alle anderen Messstationen niedrigere Ozonwerte auf.

Die Informationsschwelle von 180  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  als Ein-Stunden-Mittelwert wird im Jahr 2014 an keiner Messstation überschritten. Insgesamt sind aufgrund des verregneten Sommers die Werte an allen Stationen geringer als im dreijährigen Mittelungszeitraum 2012 bis 2014.

## Definitionen und Daten

*Stickstoffdioxid* ( $\text{NO}_2$ ) entsteht bei Verbrennungsprozessen in der Energieerzeugung und besonders in Dieselmotoren. In Ballungsgebieten ist der Straßenverkehr daher die größte Emissionsquelle. Neben direkten Auswirkungen auf die Gesundheit sind Stickstoffoxide Vorläufersubstanzen von Ozon und Feinstaub und belasten die Gesundheit daher auch indirekt (BMG 2015c).

*Feinstaub*  $\text{PM}_{10}$  und  $\text{PM}_{2,5}$  sind Schwebestaubpartikel mit einem mindestens 50-prozentigen Anteil an Teilchen mit einem Durchmesser von 10  $\mu\text{m}$  bzw. 2,5  $\mu\text{m}$ . Im Gegensatz zum gut sichtbaren Grobstaub – wie er zum Beispiel auf Baustellen auftritt – ist Feinstaub mit freiem Auge nicht erkennbar. Die kleinen Partikel können tief in die Lunge eindringen und sind deshalb besonders gesundheitsgefährdend (Umweltbundesamt 2016b). Die Feinstaubbelastung variiert je nach Jahreszeit, Wetterlage und Geomorphologie. In den Wintermonaten, besonders bei austauscharmen Hochdruckwetterlagen mit wenig Wind, erhöht sich die Feinstaubkonzentration vor allem in den Städten aufgrund des hohen Verkehrsaufkommens und der hohen Industriedichte (DWD 2006).

*Ozon* ist ein geruch- und farbloses Gas, das sowohl in der oberen Erdatmosphäre (Stratosphäre) als auch in der untersten Schicht (Troposphäre) vorkommt. Während es in der oberen Atmosphäre die Haut gegen schädigende UV-Strahlung schützt, stellt bodennahes Ozon ein Gesundheitsrisiko

dar. Es gilt als sekundärer Luftschadstoff, da es durch Reaktionen von Hitze und Vorläufersubstanzen wie Stickstoffmonoxid aus Verkehr und Industrie und leichtflüchtigen organischen Verbindungen (VOC) entsteht. Paradoxerweise nimmt die Ozonkonzentration bei  $\text{NO}_x$ -gesättigter Luft ab, weshalb an stark befahrenen Verkehrsadern häufig niedrigere Werte und in ländlichen Gebieten höhere Werte gemessen werden. Die höchsten Ozonwerte treten in heißen, trockenen Sommerperioden auf (Künzli et al. 2010).

Um die gesundheitsschädliche Belastung durch Luftschadstoffe zu reduzieren, wurden in einer EU-Richtlinie und anschließend auch im Immissionsschutzgesetz Luft (IG-L; für Stickoxid und Feinstaub) bzw. im Ozongesetz Grenzwerte für Luftschadstoffe festgelegt. Die Grenzwerte wurden wie folgt definiert:

Stickstoffdioxid: Jahresmittelwert:  $35 \mu\text{g}/\text{m}^3$  – inklusive einer Toleranzmarge von  $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ; Halbstunden-Mittelwert:  $200 \mu\text{g}/\text{m}^3$

Feinstaub:  $\text{PM}_{10}$ -Jahresmittelwert:  $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ;  $\text{PM}_{10}$ -Tagesmittelwert:  $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ , dessen Überschreitung laut IG-L an maximal 25 Tagen pro Kalenderjahr zulässig ist;  $\text{PM}_{2,5}$ - Jahresmittelwert:  $25 \mu\text{g}/\text{m}^3$

Ozon: Informationsschwelle: Ein-Stunden-Mittelwert von  $180 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ; Alarmschwelle: Ein-Stunden-Mittelwert von  $240 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ; (langfristiger) Gesundheitsschutz: Acht-Stunden-Mittelwert von  $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$ , der an höchstens 25 Tagen pro Kalenderjahr überschritten werden darf (gemittelt über drei Jahre)

Die genannten Schadstoff-Konzentrationen werden österreichweit vom Umweltbundesamt und den Bundesländern überwacht (an Belastungsschwerpunkten täglich rund um die Uhr). In Kärnten messen 10 Stationen die Stickstoffdioxid-Konzentration, 13 Stationen den  $\text{PM}_{10}$ -, 3 Stationen den  $\text{PM}_{2,5}$ -Gehalt sowie 10 Stationen die Ozon-Konzentration. Die Daten stammen aus dem Jahresbericht der Luftgütemessungen des Umweltbundesamts (Spangl/Nagl 2014).

## 5.5.2 Lärm

Als Umgebungslärm werden „unerwünschte oder gesundheitsschädliche Geräusche im Freien, die durch Aktivitäten von Menschen verursacht werden“, bezeichnet (Umweltbundesamt 2016a). Die Hauptquelle von Lärmverschmutzung ist der Straßenverkehr, gefolgt von Bahn und Flugverkehr sowie Industrie. In Ballungsgebieten und an Hauptverkehrsachsen ist die Belastung am höchsten. (European Environment Agency 2014)

Grundsätzlich gibt es zwei Arten der Lärmbelastung: aurale und extra-aurale. Aurale Belastungen betreffen das Gehör, das durch kurzzeitige hohe Schallspitzen oder Dauerschall geschädigt werden kann. Dazu gehören Beeinträchtigungen des Hörvermögens bis hin zur Schwerhörigkeit, sowie zeitlich begrenzte oder dauerhafte Ohrgeräusche (Tinnitus). Extra-aurale Belastungen wirken auf den gesamten Organismus ein und können körperliche Stressreaktionen auslösen. Und die Lebensqualität beeinträchtigen. Folgen davon können Bluthochdruck, Schlafprobleme, Herzrasen und Muskelverspannungen sein. Da Lärm unterschiedlich wahrgenommen wird, kann sich der gemessene Lärm von der gefühlten Lärmbelastung unterscheiden (Gratt 2009).

### Gemessene Lärmbelastung

Mit Stand 2012 sind in Kärnten 6 Prozent der Bevölkerung (rund 32.200 Personen; BL-Bandbreite: 1-25 %) in ihrem Wohnbereich einem durchschnittlichen Straßenlärm von über 60 dB ausgesetzt. Etwa 7 Prozent aller Kärntner/innen (rund 40.000 Personen; BL-Bandbreite: 1-30 %) sind nachts einem Lärmpegel von über 50 dB exponiert.

## Definitionen und Daten

Um die Belastung der Bevölkerung durch Umgebungslärm zu ermitteln und entsprechende Maßnahmen zur Vermeidung von Lärm umzusetzen, hat die EU Umgebungslärm-Richtwerte beschlossen (Lden Lärmindex). Der *Lden Lärmindex* beschreibt den energieäquivalenten Dauerschallpegel für den Tag-/Abend-/Nachtzeitraum, wobei für den Abendzeitraum ein Pegelzuschlag von 5 dB und für die Nacht einer von 10 dB in die Berechnung einfließt (Lnight). Der Lden für Straßenlärm beträgt hierbei 60 dB, der Lnight liegt bei 50 dB (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft 2015; Gratt 2009).

Bei der Lärmkartierung wird Lärm anhand verschiedener Parameter – wie erlaubte Fahrgeschwindigkeit, Verkehrsstärke und Bebauung – berechnet. Diese Berechnung kann von der Realität abweichen, da die erlaubte Fahrgeschwindigkeit nicht der tatsächlich gefahrenen Geschwindigkeit entsprechen muss, die Witterungssituation (besonders Wind) immer unterschiedlich ist und nur eine generelle Bodendämpfung als Parameter berücksichtigt wird (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft 2015; Gratt 2009).

Die Betroffenenzahl wird mittels des Melderegisters und anhand des höchsten Lärm-Immissionspegels an den Häuserfassaden berechnet. Die Daten zu den Betroffenen stammen aus der Betroffenenauswertung Straßenverkehr (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft 2015).

## Gefühlte Lärmbelastung

Im Jahr 2011 fühlen sich 8 Prozent der ab 15-jährigen Kärntner/innen (rund 39.000 Personen) in ihrem Wohnbereich tagsüber und/oder nachts stark bis sehr stark durch Lärm belastet (BL-Bandbreite: 5-19 %), tagsüber häufiger als in der Nacht (7 vs. 4 %). 37 Prozent der Kärntner/innen können nicht bei geöffnetem/gekipptem Fenster schlafen. 68 Prozent fühlen sich nicht belastet (BL-Bandbreite 42-69 %) (Baud 2013).

Seit 2007 hat der Anteil stark bis sehr stark belasteter Kärntner/innen von etwa 6 auf 8 Prozent zugenommen. Der Anteil der Kärntner/innen hingegen, der sich gar nicht beeinträchtigt fühlt, hat von 72 Prozent auf 69 Prozent abgenommen.

Rund 67 Prozent der betroffenen Kärntner/innen berichten, dass Verkehrslärm die Hauptursache für ihre Lärmbelastung ist, wobei hier hauptsächlich LKW und PKW gemeint sind (24 bzw. 16 %). Auch Nachbarwohnungen sind mit 12 Prozent eine der Hauptlärmquellen. Seit 2007 hat sich die Lärmbelastung durch Verkehr erhöht, insbesondere durch LKW und Busse (von 17 % auf 24 %) sowie durch die Bahn (von 6 % auf 11 %). PKW-Lärm hat hingegen von 26 Prozent auf 16 Prozent abgenommen.

Zur Schärfung des Betroffenen-Profiles kann auf österreichweite Ergebnisse zurückgegriffen werden:

- » 20- bis 40-Jährige bzw. 60- bis 70-Jährige sind häufiger betroffen (12-13 %) als andere Altersgruppen (4-10 %),
- » Personen mit einem höheren Bildungsabschluss (Matura oder höher) fühlen sich stärker beeinträchtigt als Personen mit geringer formaler Bildung (maximal Pflichtschule bzw. Lehre/BMS; 12 % vs. 8 %; sind jedoch auch am häufigsten nur geringfügig belastet).
- » Menschen in Gemeinden mit mehr als 20.000 EW, einer hohen Bevölkerungsdichte und dichter, mehrgeschossiger Bebauung sind stärker belastet.

## **Definitionen und Daten**

Ergebnisse zur gefühlten Lärmbelastung werden auf Basis der Mikrozensusbefragung Umwelt aus den Jahren 2011 und 2007 berichtet (Baud 2013). Alle Angaben beziehen sich auf Kärntner/innen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

## 6 Gesundheitsversorgung und -förderung

Das Kapitel zu Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung<sup>14</sup> umfasst die Bereiche

- » Gesundheitsförderung
- » Gesundheitsschutz und Prävention mit Fokus auf Impfungen und Krebsvorsorgeuntersuchungen
- » Kuration, differenziert nach ambulanter und akutstationärer Versorgung, sowie Rehabilitation
- » Langzeitpflege und -betreuung
- » Hospiz- und Palliativversorgung

Schließlich werden

- » ausgewählte Outcome-Indikatoren zur Versorgungsqualität dargestellt und
- » abschließend drei spezifische Versorgungsaspekte (Schwangerschaft und Geburt, psychiatrische, psychosomatische und psychosoziale Versorgung sowie Versorgung von Menschen mit einem Drogenproblem) thematisiert.

Viele der in diesem Kapitel verwendeten Indikatoren werden in keiner der zum Indikatorenvergleich herangezogenen Gesundheitsstrategien und Frameworks (s. Abschnitt 1.3) verwendet. Tabelle 6.1 zeigt deshalb nur jene Indikatoren, die in zumindest einer der fünf Strategien und Frameworks vorkommen.

Tabelle 6.1:  
Indikatoren-Übersicht zu Kapitel 6 und Bezug zu relevanten Gesundheitsstrategien und Frameworks

Indikatoren	Gesundheitsstrategien und Frameworks				
	R-GZ	ZS-G MVKO	Gesundheit 2020	GMF	Health at a Glance
Durchimpfungsraten bei Säuglingen und Kleinkindern		✓	✓	✓	✓
Vorsorgeuntersuchungen				(✓)	✓
Ärztliche Versorgung					(✓)
Akutbetten(-dichte)					✓
Akutstationäre Aufenthalte					✓
Plätze in Pflege- und Betreuungseinrichtungen/ Leistungseinheiten					✓
Inanspruchnahme Betreuungs- und Pflegedienste					✓
Informelle Pflege- und Unterstützungsleistungen					✓
Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren (PIM)		✓			
Vorzeitige, vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC)		✓			

Fortsetzung nächste Seite

14

Der RSG Kärnten 2020 wurde von der Landes-Zielsteuerungskommission im Juni 2015 beschlossen (<https://www.gesundheitsfonds.at/publikationen-downloads>). Die Planungsinhalte sehen deutliche Veränderungen vor, die insbesondere im stationären Bereich zum Teil schon realisiert wurden.



Indikatoren	Gesundheitsstrategien und Frameworks				
	R-GZ	ZS-G MVKO	Gesundheit 2020	GMF	Health at a Glance
30-Tage-Sterblichkeitsrate nach akutem Myokardinfarkt (AMI)		✓			✓
30-Tage-Sterblichkeitsrate nach einem Schlaganfall		✓			✓
Säuglingssterblichkeitsrate		✓	✓		✓
Frühgeburtenrate	✓				
Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm					✓

R-GZ = Rahmen-Gesundheitsziele

ZS-G MVKO = Zielsteuerung-Gesundheit: Outcome-Messung im Gesundheitswesen

GMF = Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 6.1 Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsförderung (GF) konzentriert sich auf den Aufbau individueller sowie „gesellschaftlicher“ Ressourcen (Jordan 2015; WHO 1986) und propagiert die **Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse**. Sie verfolgt dabei – im Sinne der Ottawa-Charta – nachstehende Strategien:

- » Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- » Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten
- » Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- » Neuorientierung der Gesundheitsdienste und anderer gesundheitsrelevanter Einrichtungen
- » Förderung und Entwicklung persönlicher Kompetenzen und Ressourcen

Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang der **Settingansatz** (er versucht spezifische Kontexte in eine gesundheitsförderliche Richtung zu entwickeln; z. B. Familien, Kindergärten, Schulen, Betriebe, Krankenhäuser, Städte, Gemeinden usw.<sup>15</sup>) sowie der **Health in All Policies-Ansatz**, der Gesundheitsthemen in anderen Politikbereichen (nachhaltig) verankern möchte (Leppo et al. 2013; Pelikan J.M. 2010; Poland et al. 2000; Stähl et al. 2006; Stegeman et al. 2012; WHO 2014; WHO 2015a). Die Relevanz dieser Ansätze wird (im Sinne eines: Es braucht noch mehr!) durch die Ergebnisse der Kapitel 5 und 7 sowie durch die Kärntner Gesundheitsförderungsstrategie (Kärntner Gesundheitsfonds 2014) im Detail untermauert.

### GF-Strukturen

In Kärnten haben sich in den letzten 10 Jahren **viele Akteure** (Vereine, Schulen [über 100], Betriebe [41 mit Gütesiegel], Krankenhäuser [2], Gemeinden [über 100], Städte [2], das Land, die KGKK u. v. m.) mit der Etablierung und Umsetzung von GF beschäftigt. In diesem Zeitraum wurden **zahlreiche Projekte und Programme** umgesetzt. Anders als in der Krankenversorgung ist es jedoch im GF-Bereich deutlich schwieriger diesbezüglich

<sup>15</sup>

s. z. B. <http://www.gesundheitsland.at>

einen zahlenmäßigen Überblick zu geben, da bislang keine umfassende und zentral verfügbare Erfassung der in Kärnten vorhandenen GF-Strukturen (Akteure, Projekte, Investitionen etc.) vorliegt.

## Outcome-Messung

Im Jahr 2014 wurden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit Indikatoren für eine „Outcome-Messung im Gesundheitswesen“ definiert (BMG 2015b). Darin enthalten sind auch Indikatoren für den GF-Bereich. Sie adressieren (s. nachstehend) wesentliche Themenbereiche der GF (Gesundheitskompetenz, Ernährung, Bewegung, Sozialkapital, betriebliche GF, schulische GF) und ermöglichen eine Einschätzung zum „Gegensteuerungspotenzial“ bisheriger GF-Aktivitäten (d. h. konnten Trends in eine positive Richtung verändert werden):

1. Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen
2. Schulklima
3. Sozialkapital (s. Punkt 5.4.1)
4. Obst- und Gemüsekonsum (s. Punkt 4.3.1)
5. Gesundheitswirksame Bewegung (s. Punkt 4.3.2)
6. Gesundheitskompetenz
7. Neuerkrankungsfälle bösartiger Neubildungen (Lunge; Darm; Haut; Zervix; s. Punkt 3.3.1)
8. Neuerkrankungsfälle ausgewählter Herz-Kreislauf-Erkrankungen (akuter Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall; s. Punkt 3.3.1)
9. Neuerkrankungsfälle von Typ-2-Diabetes (s. Punkt 3.3.1)
10. Neuerkrankungsfälle von COPD

In Kärnten liegen derzeit allerdings nur für 6 der 10 genannten Indikatoren Daten vor (3-5 und 7-9); Trenddaten nur für die Indikatoren 7, 8 und 9. Die Indikatoren 7 bis 9 (ausgewählte Inzidenzen) werden sowohl im GF-Bereich als auch im Präventionsbereich zur Outcome-Messung herangezogen (s. Punkt 6.2.3). Sie repräsentieren mittel- bis langfristige Outcomes, die auch durch die Gesundheitskompetenz sowie durch eine gesunde Ernährung und Bewegung beeinflusst sind.

Die Ergebnisse der Outcome-Messung verdeutlichen, dass die GF in Kärnten bereits erste Erfolge erzielt hat:

- » Ein weitgehend gleichbleibender Trend ist bei der Diabetes-Typ-2-Inzidenz (2012-2014) erkennbar.
- » Bei Kärntner Männern sind ein sinkender Trend (zw. 2003-2012) bei der Lungenkrebs-Inzidenz und eine gleichbleibende Entwicklung bei Darmkrebs zu verzeichnen.
- » Bei Kärntner Frauen sind ein gleichbleibender Trend beim Zervix-Karzinom und eine tendenzielle Abnahme der Darmkrebs-Inzidenz zu beobachten.

Darüber hinaus wird deutlich, dass die Themen Ernährung, Bewegung und Sozialkapital mehr Aufmerksamkeit benötigen:

- » Nur 38 Prozent der Kärntner/innen essen – empfehlungskonform – täglich Obst und Gemüse (Frauen häufiger als Männer) und nur 28 Prozent halten die österreichischen Bewegungsempfehlungen ein (Männer häufiger als Frauen); Trenddaten liegen derzeit nicht vor.

- » Nur die Hälfte der Kärntnerinnen und Kärntner verfügen über ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung (Sozialkapital). Knapp 11 Prozent schätzen das Ausmaß sozialer Unterstützung gering ein (Trenddaten fehlen).

Negative Entwicklungen hat es in nachstehenden Bereichen gegeben:

- » In Kärnten kommt es sowohl beim akuten Myokardinfarkt (absolut), als auch beim ischämischen Schlaganfall (absolut wie alterstandardisiert) zwischen 2005 und 2014 zu einem Anstieg bei Männern und Frauen.
- » Bösartige Neubildungen der Haut (Melanome) nehmen bei beiden Geschlechtern zu.
- » Bei Kärntner Frauen ist ein Anstieg der Lungenkrebs-Inzidenz ersichtlich.

## 6.2 Prävention

Prävention dient der Vermeidung oder Verringerung von Krankheit. Je nachdem, in welchem Stadium der Erkrankung eine präventive Maßnahme ansetzt, wird in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention<sup>16</sup> unterschieden.

Zu den wichtigsten Maßnahmen der Primärprävention zählen **Impfungen** (s. Punkt 6.2.1), da sie wirksam und kosteneffektiv sind. Neben dem individuellen gesundheitlichen Nutzen spielen Impfungen auch für die öffentliche Gesundheit eine wichtige Rolle, da (ab einer bestimmten Durchimpfungsrate) die gesamte Bevölkerung davon profitiert (auch Menschen, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können); man spricht vom sogenannten Herdenschutz (Robert Koch Institut, 2015).

**Früherkennungs- und Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen** (s. Punkt 6.2.2) zählen zu den wichtigen Maßnahmen der Sekundärprävention und dienen dem frühzeitigen Erkennen und der damit verbundenen Verringerung von Risikofaktoren und Erkrankungen. Sie werden vorrangig von „Ober- und Mittelschichtfamilien“ in Anspruch genommen (Robert-Koch-Institut 2004).

Ebenso wie im GF-Bereich soll auch im Präventionsbereich das Gegensteuerungspotenzial präventiver Maßnahmen anhand ausgewählter **Outcome-Indikatoren** eingeschätzt werden (s. Punkt 6.2.3).

---

16

In der Präventionsmedizin werden drei Arten der Prävention unterschieden:

- » Primärprävention (Erhalt der Gesundheit und Vorbeugung von Krankheit)
- » Sekundärprävention (Früherkennung bzw. Verhinderung des Fortschreitens einer Krankheit)
- » Tertiärprävention (Verhinderung des Fortschreitens sowie des Eintritts von Komplikationen)

## 6.2.1 Impfungen

Der österreichische Impfplan empfiehlt eine Reihe von Impfungen für Säuglinge, Klein- und Schulkinder. Diese Impfungen sollen Kinder vor vermeidbaren Erkrankungen schützen. Sämtliche Empfehlungen können dem aktuellen Impfplan 2016<sup>17</sup> entnommen werden. Im Vorschulalter (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr) impfen vornehmlich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Im Schulalter werden kostenlose Impfungen in der Schule (vom amts- und jugendfürsorgeärztlichen Dienst) und bei den Bezirksverwaltungsbehörden durchgeführt. Versäumte Impfungen können in den Gesundheitsämtern nachgeholt werden.

Die folgenden Abschnitte beschreiben ausgewählte, vom öffentlichen Gesundheitsdienst verabreichte Impfungen für Säuglinge und Kleinkinder im Rahmen des kostenfreien Impfprogramms. Die jeweiligen Beobachtungszeiträume unterscheiden sich von Impfung zu Impfung.

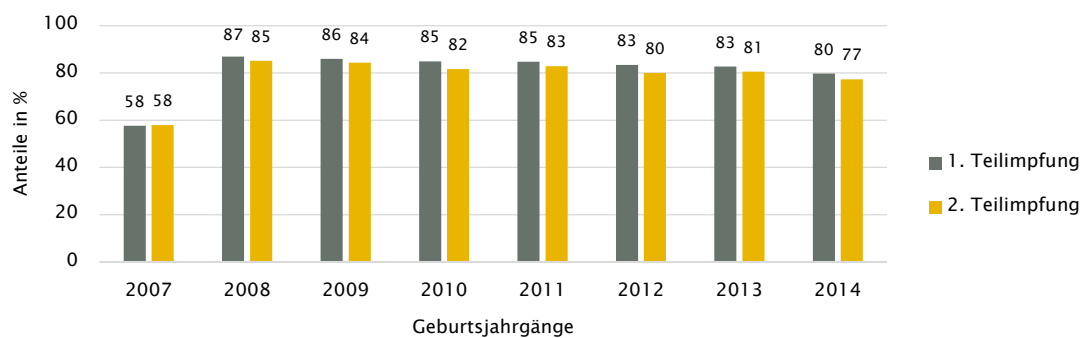
### Rotavirus<sup>18</sup>

Die Rotavirus-Impfung wird seit dem Impfplan 2006 empfohlen. Das durch das Nationale Impfgremium im österreichischen Impfplan beschlossene Impfschema sieht vor, dass ab der 7. Lebenswoche (im Abstand von mindestens 4 Wochen) 2 bzw. 3 Teilimpfungen (in Abhängigkeit vom verwendeten Impfstoff) verabreicht werden.

Abbildung 6.1 illustriert die Durchimpfungsraten der 1. und 2. Teilimpfung für die Jahrgänge 2007 bis 2014. Daten zur 3. Teilimpfung sind nicht auswertbar, da diese nur in Zusammenhang mit einem anderen, spezifischen Impfstoff zur Verfügung stehen.

Abbildung 6.1:

Rotavirus: Durchimpfungsraten der Kärntner Geburtsjahrgänge 2007–2014 nach Teilimpfungen



Quelle: Gesundheitsdatenbank des Landes Kärnten 2007–2014  
Darstellung: GÖG/ÖBIG

17

<http://bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/8/1/CH1100/CMS1452867487477/impfplan.pdf>

18

Rotaviren: häufigste Ursache für Brechdurchfall

Insgesamt zeigt sich, dass die Durchimpfungsrate bei der 1. und 2. Teilimpfung seit 2008 über bzw. um 80 Prozent liegt. Zudem lässt sich beobachten, dass es seit 2008 – bei beiden Teilimpfungen – zu einer Abnahme gekommen ist (1. Teilimpfung von 87 auf 80 %; 2. Teilimpfung von 85 auf 77 %).

### Sechsfachimpfung (Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Polio-Haemophilus-Influenzae-Hepatitis B)<sup>19</sup>

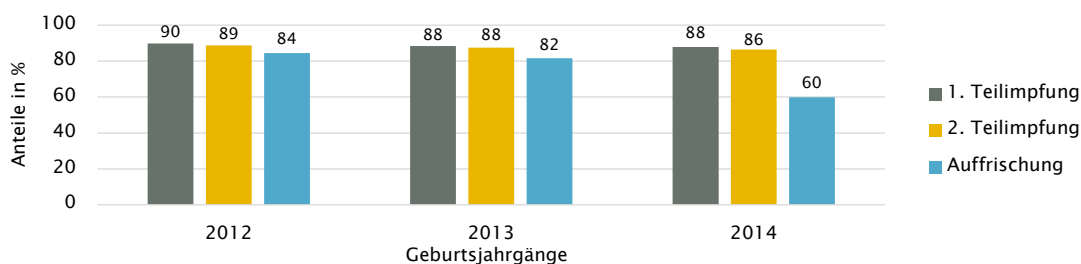
In Österreich sollten laut Empfehlung des Nationalen Impfgremiums alle Personen gegen Diphtherie, in Kombination mit Tetanus, Pertussis und Polio, geimpft sein. Die Sechsfachimpfung ist eine der ersten Impfungen, die der österreichische Impfplan für Säuglinge empfiehlt. Sie schützt gleichzeitig vor Diphtherie, Haemophilus influenzae Typ b (Hib), Hepatitis B, Keuchhusten (Pertussis), Kinderlähmung (Polio) und Wundstarrkrampf (Tetanus). Das im österreichischen Impfplan empfohlene Impfschema sieht vor, dass ab dem dritten Lebensmonat mit der Sechsfachimpfung von Säuglingen begonnen wird. Die Impfung ist zusammengesetzt aus 2 Teilimpfungen und einer Auffrischungsimpfung innerhalb des ersten Lebensjahres.

Abbildung 6.2 zeigt die Durchimpfungsraten für die 1. und 2. Teilimpfung sowie für die Auffrischungsimpfung der Jahrgänge 2012 bis 2014. Die Darstellung der Daten zu den Jahrgängen 2005 bis 2011 ist aufgrund der Umstellung vom 3+1- zum 2+1-Impfschema nur eingeschränkt möglich. Die niedrige Durchimpfungsrate bei der Auffrischung des Jahrganges 2014 ergibt sich aus der Tatsache, dass noch nicht alle im Jahr 2014 geborenen Kinder die Auffrischung auch im selben Jahr erhalten haben.

Bei der Sechsfachimpfung liegt die Durchimpfungsrate der 1. und 2. Teilimpfung (für die Jahre 2012 bis 2014) jeweils über 85 Prozent, Tendenz sinkend.

Abbildung 6.2:

Sechsfachimpfung: Durchimpfungsraten der Kärntner Geburtsjahrgänge 2012–2014 nach Teilimpfungen



Quelle: Gesundheitsdatenbank des Landes Kärnten 2012–2014  
Darstellung: GÖG/ÖBIG

19

Diphtherie: Infektionskrankheit der oberen Atemwege, die durch das Bakterium *Corynebacterium diphtheriae* hervorgerufen wird  
Tetanus: Infektionskrankheit, die die muskelsteuernden Nervenzellen befällt und durch das Bakterium *Clostridium tetani* verursacht wird  
Pertussis (Keuchhusten): Infektionskrankheit der Atemwege, die durch das Bakterium *Bordetella pertussis* ausgelöst wird  
Polio (Kinderlähmung): eine von Polioviren hervorgerufene Infektionskrankheit, die die muskelsteuernden Nervenzellen befällt  
Haemophilus influenzae: Infektionskrankheit der Atemwege, die durch das Bakterium *Haemophilus influenzae* Typ b verursacht wird  
Hepatitis B: Infektionskrankheit der Leber mit dem Hepatitis-B-Virus

## Pneumokokken<sup>20</sup>

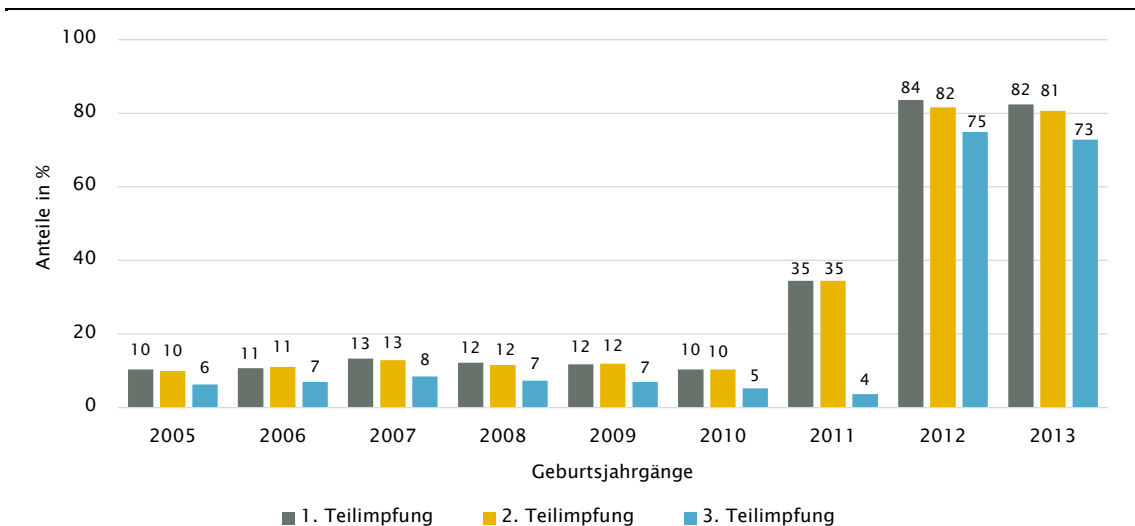
Das durch das Nationale Impfgremium im österreichischen Impfplan empfohlene Impfschema sieht vor, dass ab dem dritten Lebensmonat mit der Pneumokokken-Impfung von Säuglingen begonnen wird. Die Impfung ist zusammengesetzt aus 3 Teilimpfungen innerhalb des ersten Lebensjahres, wobei die 3. Teilimpfung frühestens 6 Monate nach der 2. Teilimpfung verabreicht wird.

Abbildung 6.3 veranschaulicht die Durchimpfungsraten der Jahrgänge 2005 bis 2013. Der Anstieg der Durchimpfungsraten ab 2012 ist durch das ab diesem Zeitpunkt kostenlose Angebot zu erklären.

In den Jahren 2012 und 2013 liegt die Durchimpfungsrate für Pneumokokken hinsichtlich der 1. Teilimpfung bei 84 bzw. 82 Prozent, für die 2. Teilimpfung bei 82 bzw. 81 Prozent und für die 3. Teilimpfung bei 75 bzw. 73 Prozent. Für beide Jahre ist ersichtlich, dass die Durchimpfungsrate mit der Anzahl der Teilimpfungen abnimmt.

Abbildung 6.3:

Pneumokokken: Durchimpfungsraten der Kärntner Geburtsjahrgänge 2005–2013 nach Teilimpfungen



Quelle: Gesundheitsdatenbank des Landes Kärnten 2005–2014  
Darstellung: GÖG/ÖBIG

<sup>20</sup>

Pneumokokken: Bakterien, die im Nasen-Rachenraum auftreten und Meningitis, Lungenentzündung oder Mittelohrentzündung verursachen können

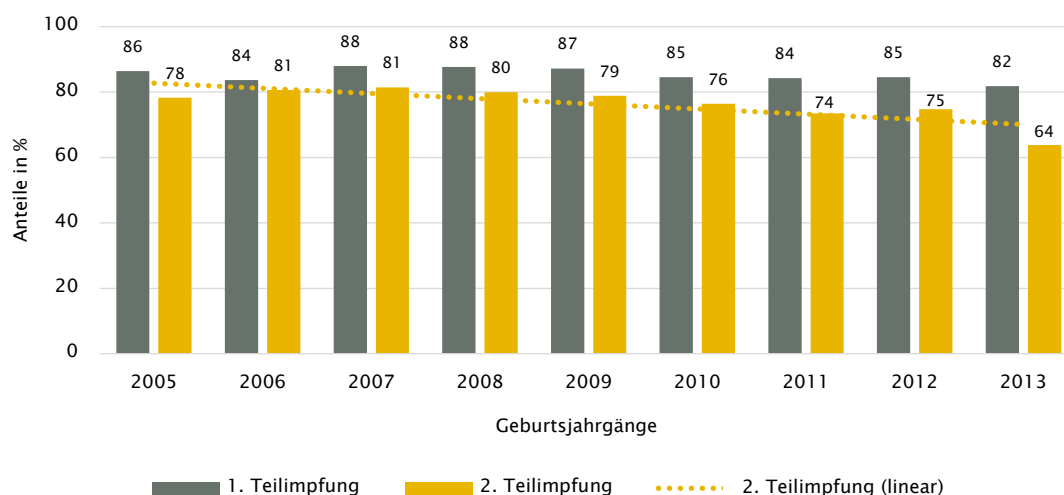
## Masern-Mumps-Röteln<sup>21</sup>

Masern stellen eine hochansteckende, viral bedingte, jedoch durch Impfung vermeidbare Erkrankung dar, die zu den Haupttodesursachen von Kindern zählt. Daher empfiehlt die WHO zur Ausrottung der Masern Durchimpfungsraten (der 2. Teilimpfungen) von über 95 Prozent (WHO 2012). Der österreichische Impfplan empfiehlt zwei Teilimpfungen gegen Masern-Mumps-Röteln (MMR) zwischen dem 11. Monat und dem zweiten Lebensjahr. Bis zum Jahr 2020 sollen Masern weltweit eliminiert sein. Auch Österreich hat sich diesem WHO-Ziel verpflichtet (s. [www.bmgf.gv.at/home/masern](http://www.bmgf.gv.at/home/masern)).

Die Durchimpfungsraten der Jahrgänge 2005 bis 2013 sind in Abbildung 6.4 illustriert: Sie liegen für die erste MMR-Impfung zwischen 88 und 82 Prozent, für die zweite Impfung (seit 2008) unter 80 Prozent, Tendenz sinkend.

Abbildung 6.4:

Mumps-Masern-Röteln: Durchimpfungsraten der Kärntner Geburtsjahrgänge 2005–2013 nach Teilimpfungen



Quelle: Gesundheitsdatenbank des Landes Kärnten 2005–2013  
Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen kommen vom Nationalen Impfgremium. Die Impfempfehlungen werden zumindest jährlich aktualisiert und als Impfplan auf der Homepage des Gesundheitsministeriums publiziert. Die Durchimpfungsrate ist die wichtigste Kennzahl für die Einschätzung des Epidemie-Risikos.

21

Mumps: eine ansteckende Virusinfektion, die die Speicheldrüsen und andere Organe befällt

Masern: eine durch das Masernvirus hervorgerufene Infektionskrankheit

Röteln: Infektionskrankheit, die durch das Rötelnvirus ausgelöst wird

Die Kärntner Impfdatenbank stellt das Kernstück der Kärntner Gesundheitsdatenbank dar. Anforderungsscheine für Impfscheckhefte liegen in allen geburtshilflichen Abteilungen, bei Ärztinnen/Ärzten und in den Gesundheitsämtern auf und stehen auch online zur Verfügung. Von jedem eingelösten Scheck verbleibt ein Teil als Rezept in der Apotheke, der zweite Teil wird vom Arzt / von der Ärztin an die Landessanitätsdirektion weitergeleitet, der dritte verbleibt im Scheckheft. Außerdem können impfende Ärztinnen und Ärzte auch selbst Daten in die Impfdatenbank eingeben (Wallenko 2007). Ein Vergleich mit anderen Bundesländern ist nur eingeschränkt möglich, weil die Impfdaten in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich erhoben werden (Stoppacher et al. 2013).

## 6.2.2 Krebsvorsorgeuntersuchungen

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollen ermöglichen, eine Krebserkrankung in einem frühen Stadium zu erkennen, notwendige Therapien einzuleiten und dadurch die krankheitsspezifische Mortalität zu verringern. Vorsorgeuntersuchungen garantieren jedoch keine absolute Zuverlässigkeit, alle Erkrankten korrekt als krank und alle Gesunden korrekt als gesund zu erkennen. Es besteht das Risiko, Kranke fälschlich als gesund (falsch-negativ) und Gesunde fälschlich als krank (falsch-positiv) einzustufen (Robert Koch Institut, 2015).

Aufschluss über die Inanspruchnahme ausgewählter Früherkennungsuntersuchungen oder Vorsorgeuntersuchungen gibt die Österreichische Gesundheitsbefragung 2014, in der die Teilnehmer/innen gefragt werden, wann sie sich das letzte Mal einer spezifischen Vorsorgeuntersuchung unterzogen haben.

### Vorsorgeuntersuchungen zum Erkennen von Darmkrebs

Das kolorektale Karzinom (Dickdarm- und Mastdarmkrebs) ist in Österreich bei Männern mit 13 Prozent die dritthäufigste, bei Frauen mit 11 Prozent die zweithäufigste Krebserkrankung (s. Punkt 3.3.1).

Abgesehen vom Gesundheitsverhalten (Zigaretten- und Alkoholkonsum, körperliche Aktivität, Ernährung) gilt auch das Vorkommen von Polypen (mit Zellveränderungen) als Risikofaktor für die Entstehung von Darmkrebs. (American Institute for Cancer Research 2007) Sie entstehen im Laufe der Jahre – als harmlose Schleimhautwucherungen – auf der Darmschleimhaut. Da dieser Prozess mitunter viele Jahre dauern kann, kommt der Vorsorgeuntersuchung eine wichtige Rolle zu.

In Österreich wird ab einem Alter von 50 Jahren (im Falle einer starken familiären Vorbelastung auch schon früher) die regelmäßige Inanspruchnahme einer Darmspiegelung empfohlen. Männer und Frauen sollten alle 5 Jahre eine Koloskopie vornehmen lassen.

50 Prozent der ab 50-jährigen Kärntnerinnen und Kärntner (Stand 2014) haben sich im empfohlenen Zeitraum einer Vorsorgeuntersuchung zur Erkennung von Darmkrebs unterzogen (BL-Bandbreite: 38-50 %), Männer häufiger als Frauen (56 vs. 45 %). Noch nie einer Darmspiegelung unterzogen haben sich hingegen 33 Prozent der ab 50-jährigen Kärntnerinnen und Kärntner.

Ein regionaler Unterschied ist nicht ersichtlich.



## Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Ein Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme einer Darmkrebs-Vorsorgeuntersuchung mit der Bildung, dem Haushaltseinkommen oder dem Migrationshintergrund lässt sich nicht erkennen.

## Definitionen und Daten

Die Ergebnisse zu Darmspiegelungen werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (50 Jahre oder älter) und beruhen auf Selbstangaben.

## Vorsorgeuntersuchungen zum Erkennen von Brustkrebs

Bei Brustkrebs (Mammakarzinom) handelt es sich um eine bösartige Veränderung des Brustgewebes. Das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, steht in Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten (Alkoholkonsum, körperliche Aktivität, Ernährung), hormonellen Faktoren und Erbfaktoren. So findet sich z. B. bei Frauen mit hohem Fettkonsum und mit Übergewicht sowie bei Frauen, die erst im fortgeschrittenen Lebensalter ihr erstes Kind gebären, häufiger Brustkrebs. Das höchste Brustkrebsrisiko weisen aber Frauen auf, in deren Familie bereits Brustkrebs aufgetreten ist (Mutter, Schwester etc.). Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei österreichischen Frauen (s. Punkt 3.3.1).

Laut nationalen sowie internationalen Leitlinien<sup>22</sup> handelt es sich beim Mammografie-Screening (Röntgenuntersuchung der Brust) um eine Maßnahme zur „Sekundärprävention“ (Früherkennung bzw. Verhinderung des Fortschreitens einer Krankheit). Folglich gehören Frauen mit Symptomen, mit einer klinischen Manifestation oder mit einem erhöhten Brustkrebsrisiko nicht zur Zielgruppe des Screenings (Albert et al. 2010). Daher lädt das österreichische Brustkrebsfrüherkennungsprogramm<sup>23</sup> „gesunde“ Frauen zwischen 45 und 69 Jahren dazu ein, alle 2 Jahre eine Früherkennungsmammografie vornehmen zu lassen.

74 Prozent der 45- bis 69-jährigen Kärntnerinnen nahmen (Stand 2014) innerhalb der letzten 2 Jahre eine Vorsorge-Mammografie in Anspruch (BL-Bandbreite: 56-78 %). Bei 7 Prozent der Kärntnerinnen wurde noch nie ein Mammografie-Screening durchgeführt.

Ein regionaler Unterschied zeigt sich nicht.

---

22

European guidelines for quality assurance in mammography screening, IARC Handbooks for Cancer Prevention

23

<http://www.frueh-erkennen.at/>

## **Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund**

Ein Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme eines Mammografie-Screenings mit der Bildung, dem Haushaltseinkommen oder dem Migrationshintergrund lässt sich nicht erkennen.

## **Definitionen und Daten**

Die Ergebnisse zur Brustkrebsvorsorgeuntersuchung werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (im Alter von 45 bis 69 Jahren) und beruhen auf Selbstangaben.

## **Vorsorgeuntersuchungen zur Erkennung von Gebärmutterhalskrebs**

Ein Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) ist ein bösartiger Tumor des Gebärmutterhalses und ist weltweit die vierthäufigste Krebsart bei Frauen (Stewart/Wild 2014, 466). Im Zusammenhang mit der Entwicklung eines Zervixkarzinoms stehen das Gesundheitsverhalten (vor allem Rauchen, früher Beginn von sexueller Aktivität und damit in Verbindung stehende Infektionen), eine hormonelle Verhütung sowie eine Immunsuppression. Wichtigster Auslöser für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs ist jedoch eine Infektion mit humanen Papillomviren (HPV, HP-Viren), speziell mit den Hochrisiko-Typen (HPV 16 und HPV 18). Liegt eine chronische Infektion mit diesen Hochrisiko-Typen vor, kann es zur Bildung eines Zervixkarzinoms kommen. Weil dies häufig über einen Zeitraum von mehreren Jahren verläuft und weil Gebärmutterhalskrebs im Frühstadium meist keine Symptome aufweist, wird (bei Frauen ab dem 18. Lebensjahr) eine regelmäßige Screening-Untersuchung mittels Abstrich am Gebärmutterhals (PAP-Abstrich) empfohlen. Als geeignetes Routine-Intervall gelten lt. internationaler Evidenz 3 Jahre. Mit dieser Methode können Veränderungen der Zellen am Gebärmutterhals und somit Vorstufen von Gebärmutterhalskrebs entdeckt und erfolgreich behandelt werden. (Pongratz et al. 2014)

Bei 89 Prozent der 20- bis 69-jährigen Kärntnerinnen wurde (Stand 2014) innerhalb der letzten 3 Jahre ein PAP-Abstrich zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs durchgeführt (BL-Bandbreite: 82-89 %). Der Anteil aller Kärntnerinnen, die noch nie einen PAP-Abstrich durchführen ließen, ist mit 3 Prozent gering.

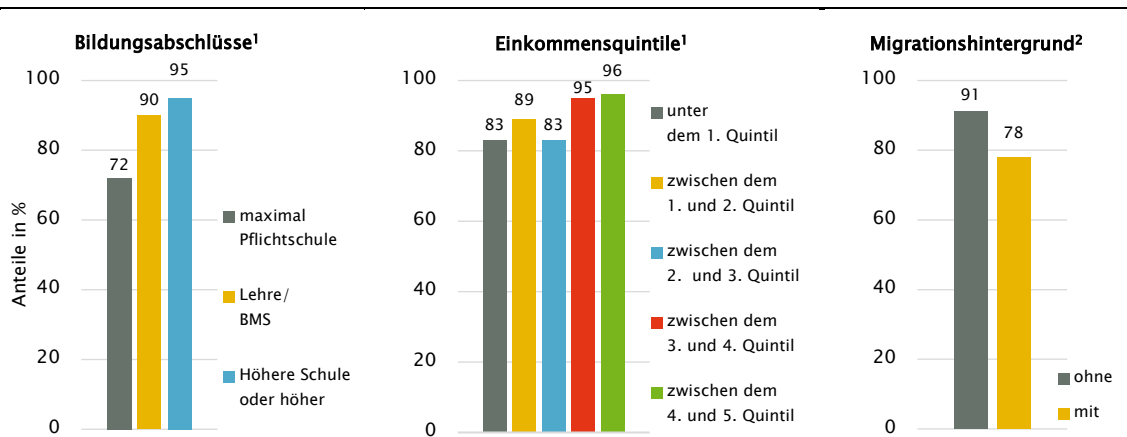
Ein bedeutsamer Unterschied nach Versorgungsregion zeigt sich nicht.

## **Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund**

Ein Blick auf das Bildungsniveau zeigt, dass mit höherem Bildungsstand auch die empfohlene Inanspruchnahme des Gebärmutterhalsabstrichs zunimmt (95 vs. 72 %; s. Abbildung 6.5). Allerdings sind es auch die Frauen (30 Jahre und älter) mit dem höchsten Bildungsabschluss, bei denen der Anteil derer, die sich noch nie einem Gebärmutterhalsabstrich unterzogen haben, am höchsten ist.

Abbildung 6.5:

Inanspruchnahme des Gebärmutterhals-Screenings durch Kärntnerinnen nach Bildung, Haushaltseinkommen und Migrationshintergrund, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten

<sup>1</sup> hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30-69 Jahre)

<sup>2</sup> hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (20-69 Jahre)

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

In Bezug auf das monatliche Haushaltseinkommen zeigt sich vor allem, dass Kärntnerinnen (30 Jahre und älter), deren Einkommen unter dem 1. Quintil liegt, deutlich seltener der empfohlenen Inanspruchnahme entsprechen als Frauen, deren Einkommen im höchsten Quintil liegt (83 vs. 96 %; s. Abbildung 6.5).

Kärntnerinnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) nehmen eine gynäkologische Vorsorgeuntersuchung mit PAP-Abstrich seltener in Anspruch als Kärntnerinnen ohne Migrationshintergrund (78 vs. 91 %; s. Abbildung 6.5).

## Definitionen und Daten

Die Ergebnisse zum Gebärmutterhals-Screening werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (im Alter von 20 bis 69 Jahren) und beruhen auf Selbstangaben.

## 6.2.3 Outcome-Messung

Im Jahr 2014 wurden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit Indikatoren für eine „Outcome-Messung im Gesundheitswesen“ definiert (BMG 2015b). Darin enthalten sind auch Indikatoren für den Präventionsbereich. Sie adressieren (s. nachstehend) wesentliche Themenbereiche der Prävention und ermöglichen eine Einschätzung zum „Gegensteuerungspotenzial“ bisheriger Präventionsaktivitäten (d. h. konnten Trends in eine positive Richtung verändert werden):

1. Sturzbedingte petrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens (s. Punkt 3.3.3)
2. Tabakkonsum (s. Punkt 4.3.3)
3. Alkoholkonsum (s. Punkt 4.3.4)
4. Adipositas (s. Punkt 4.1.1)
5. Durchimpfungsraten bei Kindern (s. Punkt 6.2.1)
6. Neuerkrankungsfälle bösartiger Neubildungen (Lunge; Darm; Haut; Zervix; s. Punkt 3.3.1)
7. Neuerkrankungsfälle ausgewählter Herz-Kreislauf-Erkrankungen (akuter Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall; s. Punkt 3.3.1)
8. Neuerkrankungsfälle von Typ-2-Diabetes (s. Punkt 3.3.1)
9. Neuerkrankungsfälle von COPD

In Kärnten liegen derzeit für 8 der 9 genannten Indikatoren Daten vor (1-8). Die Indikatoren 6 bis 8 (ausgewählte Inzidenzen) werden sowohl im Präventionsbereich als auch im GF-Bereich zur Outcome-Messung herangezogen und an dieser Stelle nicht mehr berichtet (s. Punkt 6.1). Sie repräsentieren mittel- bis langfristige Outcomes, die durch einen regelmäßigen Tabak- und Alkoholkonsum sowie durch einen stark erhöhten Körperfettanteil (Adipositas) beeinflusst sind.

Die Ergebnisse der Outcome-Messung verdeutlichen (s. nachstehend), dass es sowohl positive wie negative Entwicklungen geben hat.

- » Sturzbedingte petrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens weisen für den Zeitraum 2005 bis 2014 keinen klaren Trend auf.
- » Der Anteil täglich rauchender Männer hat seit 2006/2007 leicht abgenommen, während der Anteil täglich rauchender Frauen unverändert blieb. Im Jahr 2014 rauchen 24 Prozent der Kärntner und 19 Prozent der Kärntnerinnen täglich.
- » 8 Prozent der Kärntner/innen konsumieren an 5 oder mehr Tagen pro Woche Alkohol (6 % täglich oder fast täglich) und 4 Prozent pflegen einen riskanten Alkoholkonsum (Trenddaten liegen derzeit nicht vor), Männer häufiger als Frauen (an 5 oder mehr Tagen pro Woche: 13 vs. 3 %; riskanter Alkoholkonsum: 7 vs. 1 %).
- » Der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen hat seit 2006/2007 geringfügig zugenommen (von 36 auf 37 % bei den Übergewichtigen und von 9 auf 11 % bei den Adipösen) und bei den 15- bis 29-Jährigen eine Verdopplung erfahren.
- » Die Durchimpfungsraten hinsichtlich Rotavirus, Sechsfachimpfung, Pneumokokken und MMR haben in den letzten Jahren tendenziell abgenommen und sind zwischen den einzelnen Teilimpfungen zurückgegangen.

## 6.3 Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung umfasst neben der ärztlichen und therapeutischen Versorgung im niedergelassenen Bereich alle Leistungen, die in selbständigen Ambulatorien oder im spitalsambulanten Bereich erbracht werden. Zudem werden die pharmakologische Versorgung sowie der Notfallrettungsdienst in diesem Abschnitt beschrieben.

### 6.3.1 Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich

#### Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach)

In Kärnten stehen im Jahr 2014 im niedergelassenen Bereich rund 420 Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (im Erstfach<sup>24</sup>) zur Verfügung (Datenquelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK zum Stand 31. 12. 2014). Fast 60 Prozent davon haben einen Kassenvertrag<sup>25</sup>. Von diesen Vertragsärztinnen/-ärzten sind

- » 73 Prozent 55 Jahre oder älter,
- » 15 Prozent 65 Jahre oder älter und
- » 29 Prozent Frauen (s. Abbildung 6.6).

Von den rund 180 Wahlärztinnen/-ärzten sind im Jahr 2014 65 Prozent ausschließlich als Wahlärztinnen/Wahlärzte tätig. Sie sind jünger als die Vertragsärztinnen/-ärzte und häufiger weiblich (s. Abbildung 6.6). Die Zahl der Wahlärztinnen/-ärzte hat zwischen 2005 und 2014 um rund 5 Prozent zugenommen.

Im Jahr 2014 kommen in Kärnten rund 43 Vertragsärztinnen/-ärzte (BL-Bandbreite: 39-50 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW) und etwa 33 Wahlärztinnen/-ärzte auf 100.000 EW (BL-Bandbreite: 19-35 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW). Während die Ärztedichte<sup>26</sup> bei den Vertragsärztinnen/-ärzten zwischen 2005 und 2014 etwas gesunken ist, hat die Dichte bei den Wahlärztinnen/-ärzten leicht zugenommen (s. Abbildung 6.6).

---

24

Das Erstfach entspricht jener Fachrichtung, in der die Ärztin / der Arzt in erster Linie tätig ist (zur Vermeidung von Mehrfachzählungen).

25

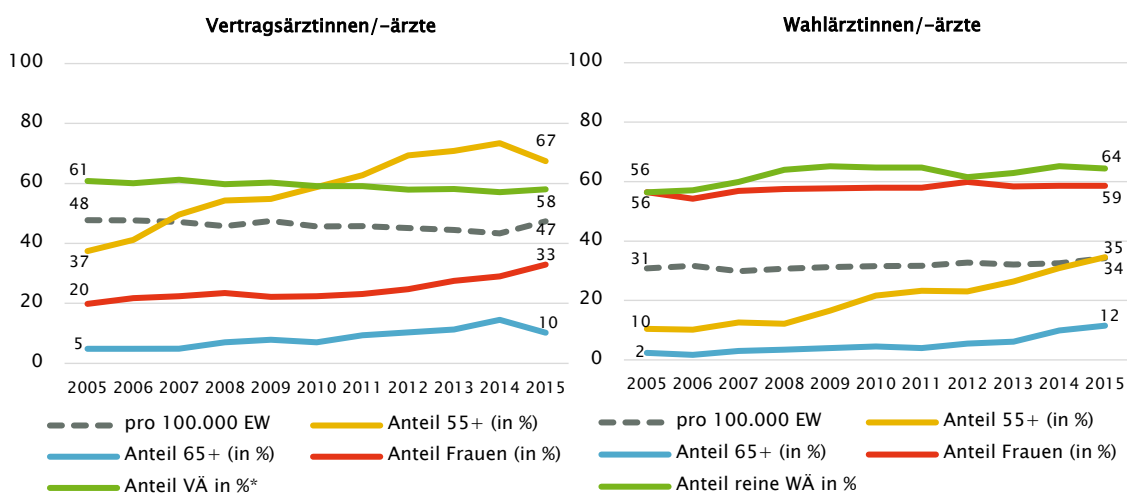
Die Angaben zum Vertragsstatus in den Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK sind dabei unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger. Abweichungen zwischen den Angaben zu Vertragsärztinnen/-ärzten gemäß Ärzteliste zu den Vertragspartnerdaten der Sozialversicherung sind daher möglich.

26

Ärztinnen/Ärzte je 100.000 Einwohner/innen; die Angaben beinhalten Kopffzahlen, ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Versorgungswirksamkeit der einzelnen Ärztinnen/Ärzte.

Abbildung 6.6:

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach) in Kärnten: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015



VÄ = Vertragsärztinnen und -ärzte; die Angaben zum Vertragsstatus in den Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK sind unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger.

WÄ = Wahlärztinnen und -ärzte

\* an allen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin

Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014)  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

In der VR Kärnten-Ost ist sowohl bei den Vertragsärztinnen/-ärzten (44 vs. 42 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW) als auch bei den Wahlärztinnen/-ärzten (38 vs. 26 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW) die Ärztedichte höher als in der VR Kärnten-West.

Nach Angaben der Sozialversicherungsträger<sup>27</sup> stehen in Kärnten im vertragsärztlichen Bereich rund 260 ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) für Allgemeinmedizin zur Verfügung (2014). Eine ÄAVE entspricht dabei grundsätzlich einem durchschnittlich arbeitenden Arzt / einer durchschnittlich arbeitenden Ärztin der jeweiligen Fachrichtung in Österreich. Die Versorgungsdichte bei Vertragsärztinnen/-ärzten der Allgemeinmedizin beträgt demnach 46 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 39-61) und entspricht damit weitgehend der oben genannten Vertragsärztedichte (laut Ärzteliste). Im Wahlarztbereich werden gemäß REGIOMED 6 ÄAVE für Allgemeinmedizin ausgewiesen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 1 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 0,4-1,4).

Im Jahr 2014 wurden 75 Prozent der Kärntner/innen (im Alter von 15 oder mehr Jahren) vor weniger als 12 Monaten von einem Arzt / einer Ärztin für Allgemeinmedizin beraten, untersucht oder behandelt (rund 357.000 Per-

27

gemäß REGIOMED-System des HVSVT

sonen; BL-Bandbreite: 70-79 %), die weibliche Bevölkerung (zwischen 15 und 59 Jahren) häufiger als die männliche (15-29: 83 vs. 74 %; 30-59: 79 vs. 68 %). Im Vergleich zum ATHIS 2006/2007 hat die Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin um rund 6 Prozentpunkte abgenommen.

Die Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung variiert zwischen den Altersgruppen nur geringfügig (zwischen 74 und 77 %).

In Kärnten-Ost waren im vergangenen Jahr rund 211.000 Personen bei einem praktischen Arzt / einer praktischen Ärztin, in Kärnten-West rund 146.000 Personen (je 75 % der Bevölkerung).

### **Fachärztinnen/-ärzte (Erstfach; exkl. Zahnärztinnen/-ärzte)**

In Kärnten stehen im Jahr 2014 im niedergelassenen Bereich rund 640 Fachärztinnen/Fachärzte (im Erstfach<sup>28</sup>) zur Verfügung (Datenquelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK zum Stand 31. 12. 2014). Knapp 40 Prozent davon haben einen Kassenvertrag. Von diesen Vertragsärztinnen/-ärzten<sup>29</sup> sind

- » 69 Prozent 55 Jahre oder älter,
- » 17 Prozent 65 Jahre oder älter und
- » 22 Prozent Frauen (s. Abbildung 6.7).

Von den rund 400 Wahlärztinnen/-ärzten sind im Jahr 2014 fast 40 Prozent ausschließlich als Wahlärztinnen/Wahlärzte tätig. Sie sind jünger als die Vertragsärztinnen/-ärzte und häufiger weiblich (s. Abbildung 6.7). Die Zahl der Wahlärztinnen/-ärzte hat zwischen 2005 und 2014 um 17 Prozent zugenommen.

Im Jahr 2014 kommen rund 44 Vertragsärztinnen/-ärzte (BL-Bandbreite: 32-65 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW) und etwa 71 Wahlärztinnen/-ärzte auf 100.000 EW (BL-Bandbreite: 58-139 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW). Während die Ärztedichte bei den Vertragsärztinnen und -ärzten zwischen 2005 und 2014 weitgehend unverändert blieb, hat die Dichte bei den Wahlärztinnen und -ärzten deutlich zugenommen (s. Abbildung 6.7).

In der VR Kärnten-Ost und in der VR Kärnten-West ist die Facharztdichte im vertragsärztlichen Bereich ident. Im Wahlarztbereich kommen in Kärnten-Ost rund 82, in Kärnten-West rund 62 Wahlärztinnen und -ärzte auf 100.000 EW.

---

28

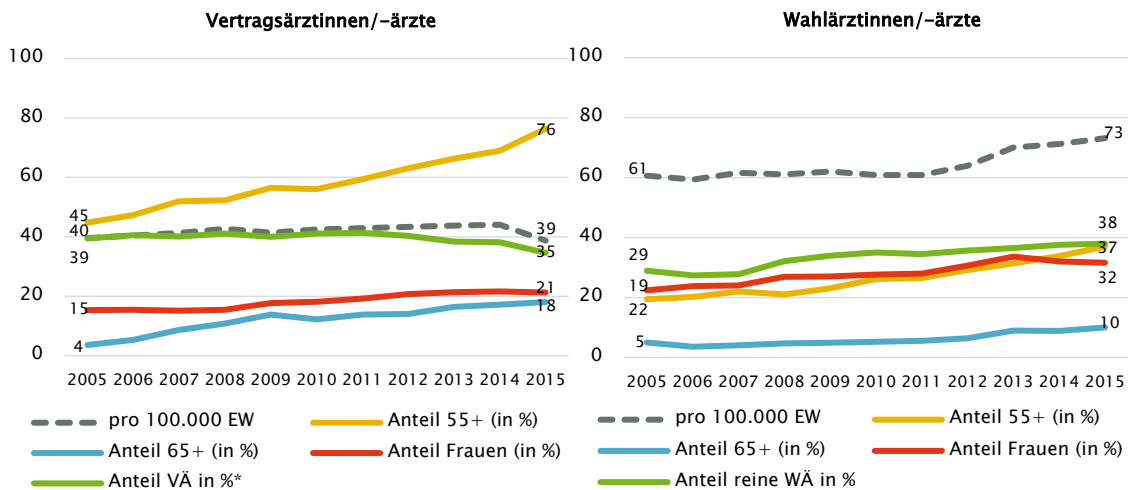
Das Erstfach entspricht jener Fachrichtung, in der die Ärztin / der Arzt in erster Linie tätig ist (zur Vermeidung von Mehrfachzählungen).

29

siehe Fußnote 25

Abbildung 6.7:

Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte (Erstfach) in Kärnten: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005–2015



VÄ = Vertragsärztinnen und -ärzte; die Angaben zum Vertragsstatus in den Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK sind unabhängig von den Daten- grundlagen der Sozialversicherungsträger.

WÄ = Wahlärztinnen und -ärzte

\* an allen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin

Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014)  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

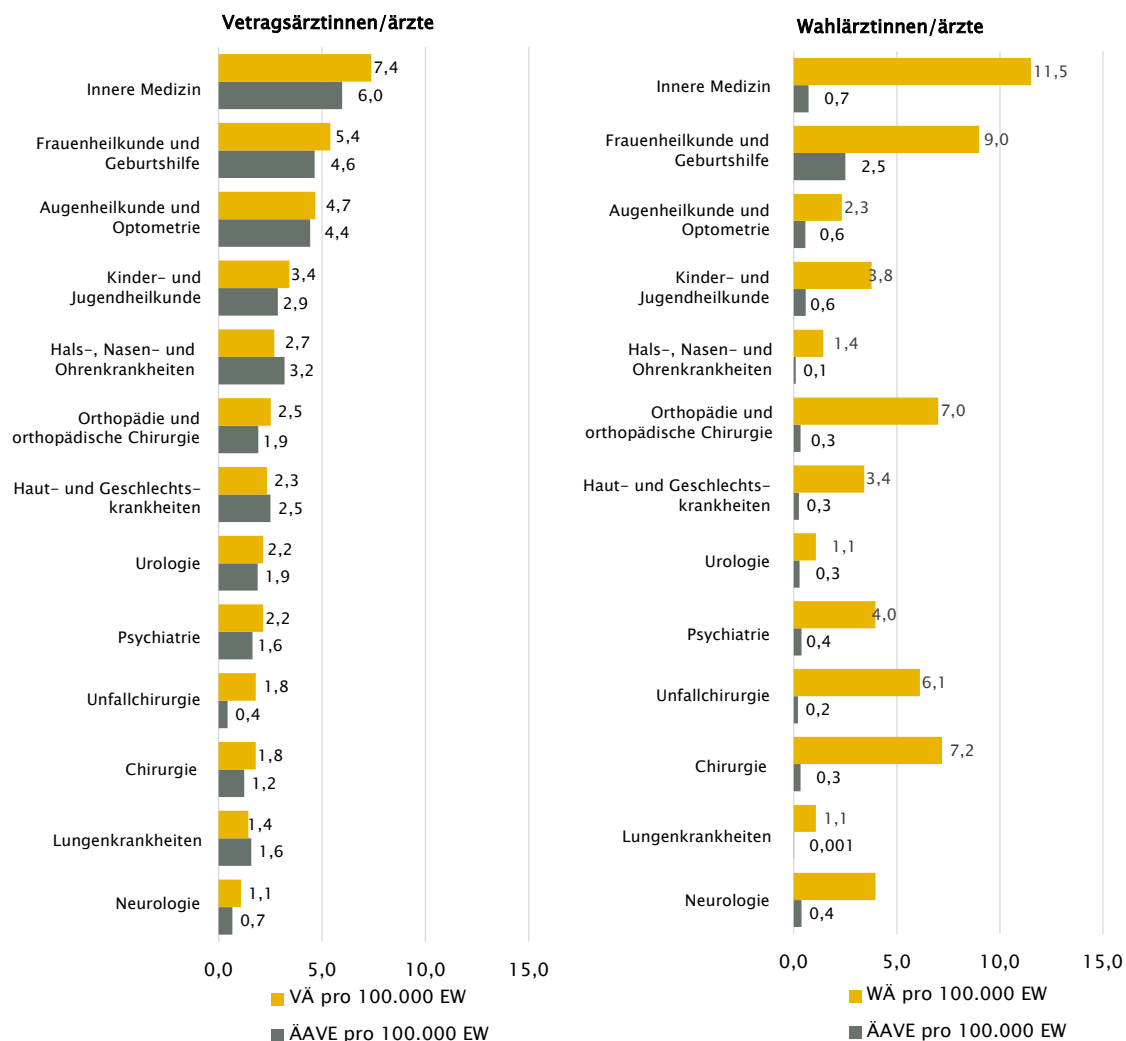
Nach Angaben der Sozialversicherungsträger<sup>30</sup> stehen in Kärnten in der Kategorie Fachärztinnen/-ärzte (exkl. Zahnärztinnen/-ärzte) – im vertragsärztlichen Bereich – je nach Fachrichtung zwischen 2 und 33 ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) zur Verfügung (2014). Eine ÄAVE entspricht dabei grundsätzlich einem durchschnittlich arbeitenden Arzt / einer durchschnittlich arbeitenden Ärztin der jeweiligen Fachrichtung in Österreich. Die Versorgungsdichte bei Fachärztinnen/-ärzten variiert demnach je nach Fachrichtung zwischen 0,4 und 6 ÄAVE pro 100.000 EW und entspricht weitgehend der „Ärztedichte“ laut Ärzteliste (s. Abbildung 6.8). Im Wahlarztbereich werden gemäß REGIOMED zwischen 0,01 und 14 ÄAVE für die einzelnen Fachrichtungen ausgewiesen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 0,001 bis 2,5 ÄAVE pro 100.000 EW (s. Abbildung 6.8).

30  
gemäß REGIOMED-System des HVSVT



Abbildung 6.8:

Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte nach ausgewählten Fachrichtungen, Kärnten 2014



VÄ = Vertragsärztinnen und -ärzte; die Angaben zum Vertragsstatus in den Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK sind unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger.  
 WÄ = Wahlärztinnen und -ärzte  
 ÄAVE = ärztliche ambulante Versorgungseinheiten; das REGIOMED-System des HVSVT enthält keine Angaben zu technischen Fachrichtungen wie Radiologie, Labor, Pathologie und Physikalische Medizin.

Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014) und REGIOMED 2014 des HVSVT  
 Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Jahr 2014 wurden 77 Prozent der Kärntner/innen (im Alter von 15 oder mehr Jahren) vor weniger als 12 Monaten von einem Facharzt / einer Fachärztin (FÄ; exkl. zahnärztlicher Versorgung) beraten, untersucht oder behandelt (rund 365.000 Personen; BL-Bandbreite: 67-79 %), Frauen häufiger als Männer (88 vs. 65 %). Im Jahr 2006/2007 fiel die Inanspruchnahme mit 66 Prozent deutlich geringer aus.

Während bei der weiblichen Bevölkerung die Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher Leistungen (insgesamt) über alle Altersgruppen hinweg weitgehend konstant bleibt (bei 88-90 %), ist bei den Männern ein Anstieg zu beobachten (von 48 % bei den 15- bis 29-Jährigen auf 82 % bei den ab 60-Jährigen).

In Kärnten-Ost wurden ambulante fachärztliche Leistungen (bezogen auf die letzten 12 Monate) etwas häufiger in Anspruch genommen als in Kärnten-West (79 vs. 73 %; 221.000 Personen in Kärnten-Ost und 144.000 Personen in Kärnten-West).

Betrachtet man die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen nach (ausgewählten) Fachrichtungen, so wird deutlich, dass die Kärntner Bevölkerung in den letzten 12 Monaten am häufigsten von nachstehenden Fachärztinnen/Fachärzten beraten, untersucht oder behandelt wurde (s. Tabelle 6.2):

- » Gynäkologin/Gynäkologe (Frauen)
- » Augenärztin/Augenarzt
- » Internistin/Internist
- » Hautärztin/Hautarzt
- » Urologin/Urologe (Männer)

Tabelle 6.2:

Inanspruchnahme ausgewählter fachärztlicher Leistungen nach Altersgruppen und Geschlecht (in % und absolut\*), Kärnten 2014

Fachrichtungen	Männer				Frauen			
	15-29 Jahre	30-59 Jahre	60+ Jahre	Gesamt	15-29 Jahre	30-59 Jahre	60+ Jahre	Gesamt
Gynäkologie und Geburtshilfe	-	-	-	-	87,1 28.000	69,4 123.000	48,1 65.000	65,1 216.000
Augenheilkunde	18,7 9.000	26,2 32.000	44,8 27.000	29,5 68.000	20,7 6.000	28,6 40.000	60,1 45.000	37,2 91.000
Innere Medizin	5,4 3.000	20,7 25.000	40,5 24.000	22,8 52.000	8,6 3.000	23,4 33.000	49,5 37.000	29,5 73.000
Dermatologie	12,6 6.000	15,5 19.000	23,7 14.000	17,1 39.000	20,6 6.000	24,9 35.000	19,6 15.000	22,7 56.000
Urologie	4,7 2.000	13,5 17.000	43,8 26.000	19,6 45.000	3,6 1.000	3,7 5.000	5,5 4.000	4,2 10.000
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	13,8 7.000	7,7 9.000	19,1 11.000	11,9 27.000	7,1 2.000	17,5 24.000	17,0 13.000	16,0 39.000
Orthopädie	9,0 4.000	7,1 9.000	13,2 8.000	9,1 21.000	4,5 1.000	13,5 19.000	16,5 12.000	13,3 32.000
Neurologie	2,0 1.000	3,6 4.000	7,6 5.000	4,3 10.000	2,3 1.000	7,2 10.000	17,3 13.000	9,6 24.000

Inanspruchnahme innerhalb der letzten 12 Monate  
ohne Personen in Anstaltshaushalten  
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)  
\* auf Tausend gerundet

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Mit Ausnahme der FÄ für Urologie nehmen Frauen alle ausgewiesenen FÄ häufiger in Anspruch als Männer (s. Tabelle 6.2).

Bei der männlichen Bevölkerung nimmt die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen in fast allen Fachbereichen mit dem Alter zu. Davon ausgenommen ist die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen in den Bereichen Orthopädie und HNO (s. Tabelle 6.2). Sie wurden am häufigsten von der Bevölkerung 60 Jahre und älter, gefolgt von den 15- bis 29-Jährigen in Anspruch genommen.

Bei der weiblichen Bevölkerung zeigt sich ein diesbezüglich differenzierteres Bild (s. Tabelle 6.2):

- » FÄ für Augenheilkunde, Innere Medizin, Orthopädie und Neurologie werden mit dem Alter häufiger in Anspruch genommen, Gynäkologinnen und Gynäkologen seltener.
- » Die Inanspruchnahme von Hautärztinnen und Hautärzten bleibt über die Altersgruppen hinweg weitgehend konstant (zw. 20 und 25 %).
- » Die Inanspruchnahme von FÄ für Urologie / Erkrankungen der Harnwege nimmt erst bei den ab 60-jährigen Frauen zu.
- » Die Inanspruchnahme von HNO-Ärztinnen/-Ärzten steigt bereits ab dem Alter von 30 Jahren deutlich an.

### **Zahnärztinnen/-ärzte**

In Kärnten stehen im Jahr 2014 im niedergelassenen Bereich rund 270 Zahnärztinnen/Zahnärzte (im Erstfach<sup>31</sup>) zur Verfügung (Datenquelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK zum Stand 31. 12. 2014). Fast 80 Prozent davon haben einen Kassenvertrag. Von diesen Vertragszahnärztinnen/-zahnärzten sind

- » 57 Prozent 55 Jahre oder älter,
- » 7 Prozent 65 Jahre oder älter und
- » 36 Prozent Frauen (s. Abbildung 6.9).

Von den rund 60 Wahlzahnärztinnen/-zahnärzten sind im Jahr 2014 75 Prozent ausschließlich als Wahlzahnärztinnen/Wahlzahnärzte tätig. Sie sind jünger als die Vertragszahnärztinnen/-zahnärzte und häufiger weiblich (s. Abbildung 6.9). Die Zahl der Wahlzahnärztinnen/-zahnärzte hat zwischen 2005 und 2014 um 47 Prozent zugenommen.

Im Jahr 2014 kommen rund 37 Vertragszahnärztinnen/-zahnärzte (BL-Bandbreite: 26-43 Zahnärztinnen/Zahnärzte pro 100.000 EW) und etwa 11 Wahlzahnärztinnen/-zahnärzte auf 100.000 EW (BL-Bandbreite: 6-20 Zahnärztinnen/Zahnärzte pro 100.000 EW). Während die Zahnärztedichte bei den Vertragszahnärztinnen und -zahnärzten zwischen 2005 und 2014 weitgehend unverändert blieb, hat die Dichte bei den Wahlzahnärztinnen und -zahnärzten zugenommen (s. Abbildung 6.9).

---

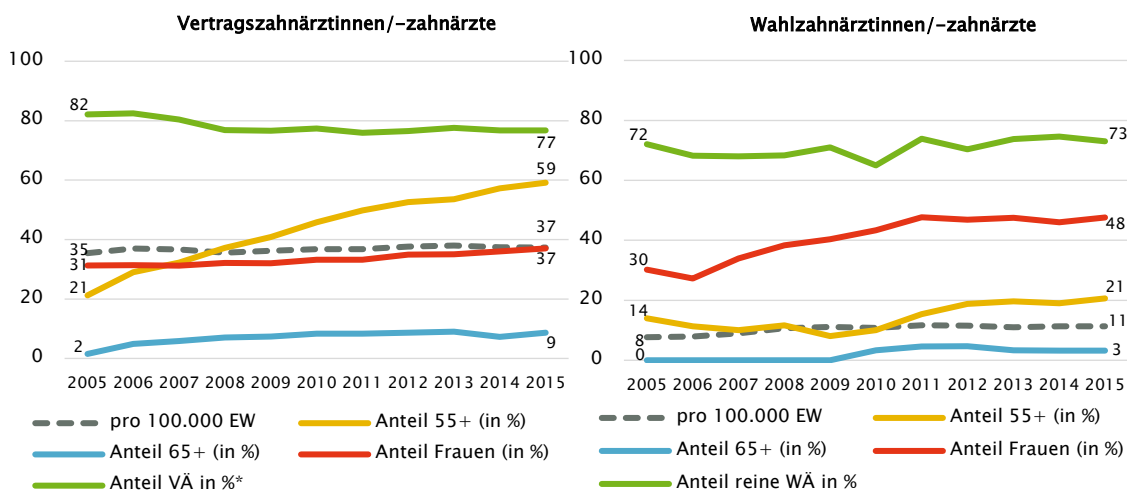
31

Das Erstfach entspricht jener Fachrichtung, in der die Ärztin / der Arzt in erster Linie tätig ist (zur Vermeidung von Mehrfachzählungen).

In der VR Kärnten-Ost ist sowohl bei Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten (39 vs. 35 Zahnärztinnen/Zahnärzte pro 100.000 EW) als auch bei Wahlzahnärztinnen und Wahlzahnärzten (14 vs. 8 Zahnärztinnen/Zahnärzte pro 100.000 EW) die Zahnärztedichte höher als in der VR Kärnten-West.

Abbildung 6.9:

Niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte (Erstfach) in Kärnten: Ärztedichte und ausgewählte Merkmale, 2005-2015



VÄ = Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte; die Angaben zum Vertragsstatus in den Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK sind unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherungsträger.  
 WÄ = Wahlzahnärztinnen und -zahnärzte  
 \* an allen Zahnärztinnen und Zahnärzten

Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK (Stand 31. 12. 2014)  
 Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Nach Angaben der Sozialversicherungsträger<sup>32</sup> stehen in Kärnten im Bereich der Vertragszahnärztinnen/-ärzte rund 170 ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) zur Verfügung (2014). Eine ÄAVE entspricht dabei grundsätzlich einem durchschnittlich arbeitenden Zahnarzt / einer durchschnittlich arbeitenden Zahnärztin in Österreich<sup>33</sup>. Die Versorgungsdichte bei Zahnärztinnen/-ärzten beträgt demnach 31 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 29-34) und entspricht der zuvor genannten Vertragszahnärztedichte (laut Zahnärzteliste). Im Wahlarztbereich werden gemäß REGIOMED rund 20 ÄAVE im zahnärztlichen Bereich ausgewiesen. Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 4 ÄAVE pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 1-6).

Im Jahr 2014 wurden 72 Prozent der Kärntner/innen (im Alter von 15 oder mehr Jahren) vor weniger als 12 Monaten von einem Zahnarzt/einer Zahnärztin beraten, untersucht oder behandelt (rund 340.000 Personen; BL-

32  
 gemäß REGIOMED-System des HVSVT

33  
 inkludiert sind FÄ für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, neue Zahnärztinnen/-ärzte (Dr.med.dent), Dentisten sowie FÄ für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie

Bandbreite: 69–77 %), 44 Prozent vor weniger als sechs Monaten (rund 211.000 Personen; BL-Bandbreite: 43–55 %). Im Jahr 2006/2007 lag der Anteil mit 60 Prozent deutlich darunter.

Am geringsten fällt die Inanspruchnahme von Zahnärzten/-ärztinnen bei ab 60-Jährigen aus (61 bzw. 38 %). Unterschiede zwischen Männern und Frauen finden sich nicht.

In Kärnten-Ost werden im Jahr 2014 zahnärztliche Leistungen von 202.000 Personen in Anspruch genommen, in Kärnten-Ost von rund 138.000 Personen. Ein regionaler Unterschied – bezogen auf den Anteil der Bevölkerung – findet sich nicht.

### **Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund**

Niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte werden von der ab 60-jährigen Bevölkerung bei steigendem Bildungsgrad häufiger in Anspruch genommen (max. Pflichtschulabschluss: 80 %, Lehre/BMS: 85 %, höherer Abschluss: 94 %), bei zahnärztlichen Leistungen ist dieser Unterschied schon bei der ab 30-jährigen Bevölkerung zu sehen (max. Pflichtschulabschluss: 43 %, Lehre/BMS: 75 %, höherer Abschluss: 79 %).

Hinsichtlich des Haushaltseinkommens findet sich ein ähnliches Muster:

- » Kärntner/innen des untersten Einkommensquintils (ab 60 Jahren) nehmen seltener fachärztliche Leistungen in Anspruch als Kärntner/innen im obersten Einkommensquintil (74 vs. 96 %).
- » Kärntner/innen ab 30 Jahren, die dem untersten Einkommensquintil angehören, nehmen zahnärztliche Leistungen (innerhalb der letzten 12 Monate) deutlich seltener in Anspruch als Kärntner/innen ab 30, die dem obersten Einkommensquintil zuzurechnen sind (56 vs. 77 %).

Darüber hinaus zeigt sich, dass Kärntner/innen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) seltener zu Fachärztinnen/-ärzten gehen als Kärntner/innen ohne Migrationshintergrund (68 vs. 78 %) und dass bei den Kärntnern der Migrationshintergrund Einfluss auf die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen hat (74 % bei Männern ohne Migrationshintergrund und 51 % bei Männern mit Migrationshintergrund).

### **Definitionen und Daten**

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte sowie die Ärztedichte (Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW) wird auf Basis der Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK berichtet. Hinweise zur Versorgungsdichte (ärztliche ambulante Versorgungseinheiten pro 100.000 EW) erfolgen im Sinne des REGIOMED-Systems (s. Fußnoten). *Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten* (ÄAVE) stehen für die durchschnittliche Anzahl an e-card-Erstkonsultationen (Berechnungsmethodik s. ÖSG 2012).

Die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen wird auf Basis des ATHIS 2014 berichtet und mit Ergebnissen aus 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

## 6.3.2 Physio- und ergotherapeutische Versorgung im niedergelassenen Bereich

### Physiotherapie

Über das Angebot physiotherapeutischer Leistungen im niedergelassenen Bereich ist derzeit wenig bekannt. Es mangelt an einer vollständigen Erfassung ambulant tätiger Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und deren Leistungsangebot. Auch Angaben zum Bedarf fehlen. Informationen liegen ausschließlich zur Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen vor. Sie definieren einen Mindestbedarf.

Im Jahr 2014 wurden 17 Prozent der Kärntner/innen (im Alter von 15 oder mehr Jahren) vor weniger als 12 Monaten von einer Physiotherapeutin / einem Physiotherapeuten beraten, untersucht oder behandelt (rund 81.000 Personen; BL-Bandbreite: 16-22 %). In der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen nehmen Männer häufiger als Frauen physiotherapeutische Leistungen in Anspruch (13 vs. 4 %), im Alter 30 bis 59 Frauen häufiger als Männer (24 vs. 14 %). Verglichen mit dem ATHIS 2006/2007 hat sich die Inanspruchnahme niedergelassener Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten etwa verdoppelt.

Während die Inanspruchnahme ambulanter physiotherapeutischer Leistungen bei der männlichen Bevölkerung über alle Altersgruppen hinweg weitgehend konstant bleibt (bei 13-14 %), ist bei der weiblichen Bevölkerung ab 30 Jahren ein deutlicher Anstieg zu beobachten (von 4 % bei den 15- bis 29-Jährigen auf 24 bzw. 20 % bei den 30- bis 59-Jährigen bzw. ab 60-Jährigen).

Ein regionaler Unterschied der Inanspruchnahme findet sich nicht.

### Ergotherapie

Ebenso wie für ambulant erbrachte physiotherapeutische Leistungen gilt auch für die ergotherapeutische Versorgung, dass wenig über die Angebotsseite bekannt ist. Auch hier mangelt es an einer vollständigen Erfassung ambulant tätiger Therapeutinnen und Therapeuten und deren Angebot. Aussagen zum Verhältnis von Angebot und Nachfrage sind damit auch im Bereich der Ergotherapie nicht möglich. Auch hier fehlen Bedarfsangaben. Informationen liegen – auch für die ambulante Ergotherapie – nur zur Inanspruchnahme ergotherapeutischer Leistungen vor.

Im Jahr 2014 wurden 2 Prozent der Kärntner/innen (im Alter von 15 oder mehr Jahren) vor weniger als 12 Monaten von einer Ergotherapeutin / einem Ergotherapeuten beraten, untersucht oder behandelt (rund 11.000 Personen; BL-Bandbreite: 2-3 %). Im Jahr 2006/2007 lag der Wert ebenfalls bei 2 Prozent.

Ein regionaler Unterschied findet sich nicht.

### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Bezüglich der Inanspruchnahme physio- und ergotherapeutischer Leistungen finden sich nur vereinzelt Unterschiede nach Einkommen und Bildung. Keine Unterschiede sind in Bezug auf den Migrationshintergrund

erkennbar. Beispielsweise nimmt die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen bei der ab 60-jährigen Bevölkerung mit dem Bildungsgrad zu (von 11 % mit max. Pflichtschulabschluss auf 25 % bei einem höheren Bildungsabschluss). Darüber hinaus zeigt sich – allerdings nur für die männliche Bevölkerung – ein Einkommenseffekt zu Gunsten der höheren Einkommenschichten (unterstes Einkommensquintil: 1 %, oberstes Einkommensquintil: 23 %).

## Definitionen und Daten

Die Inanspruchnahme ambulanter physio- und ergotherapeutischer Leistungen wird auf Basis des ATHIS 2014 berichtet und mit Ergebnissen aus 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

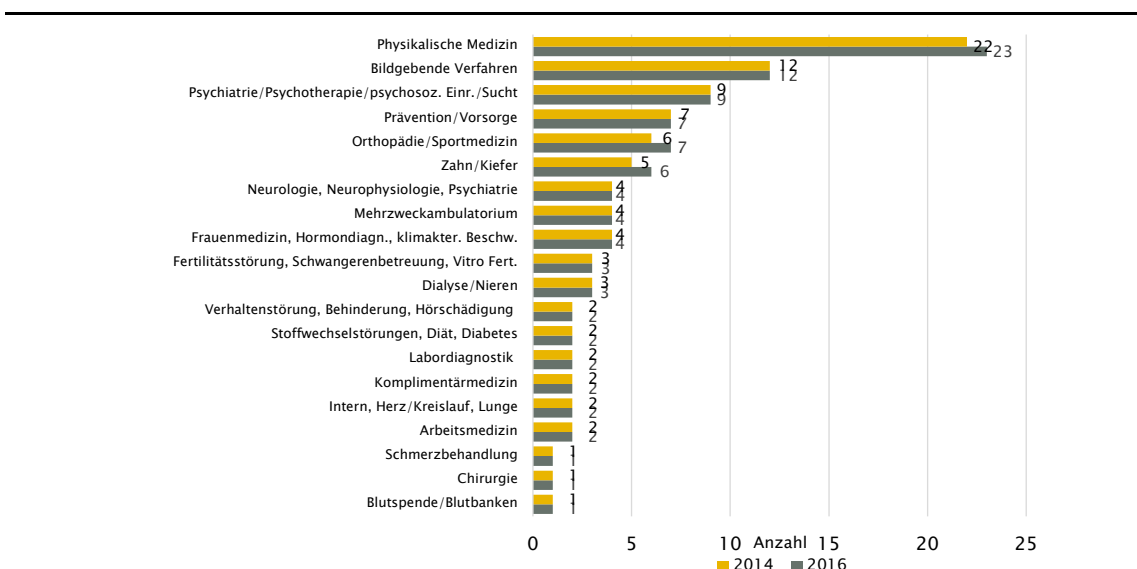
### 6.3.3 Selbständige Ambulatorien

Im Juni 2014 stehen der Kärntner Bevölkerung 73 selbständige Ambulatorien zur Verfügung (2016: 76). Ihr Leistungsspektrum konzentriert sich mehrheitlich auf nachstehende Bereiche:

- » Physikalische Medizin
- » Bildgebende Verfahren
- » Psychiatrie, Psychotherapie, psychosoziale Versorgung und Sucht
- » Orthopädie und Sportmedizin
- » Prävention und Vorsorge
- » Zahn und Kiefer (s. Abbildung 6.10).

Abbildung 6.10:

Leistungsbereiche selbständiger Ambulatorien in Kärnten, 2014 und 2016



Quelle: BMGF – Kataster der selbständigen Ambulatorien (Datenbankabruf: 17. 6. 2014 und 27. 01. 2016)  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

Die Anzahl selbständiger Ambulatorien ist dem Kataster der selbständigen Ambulatorien des BMGF entnommen. Es handelt sich hierbei um ein unverbindliches Verzeichnis des Gesundheitsressorts. Die Informationen in diesem Verzeichnis stammen aus früheren Primärerhebungen (zuletzt 2009), die auf Basis von Bescheiden der Bundesländer – soweit sie dem Gesundheitsressort zur Kenntnis gebracht werden – laufend aktualisiert werden. Das Verzeichnis umfasst (Fach-)Arztpraxen-ähnliche Einrichtungen, ambulante Behandlungseinrichtungen und ambulante Spitäler mit teilweise operativem Leistungsspektrum.

## 6.3.4 Spitalsambulante Versorgung

Bei der spitalsambulanten Versorgung handelt es sich um die Versorgung von nicht-stationären Patientinnen und Patienten auf nicht bettenführenden Hauptkostenstellen (Mildschuh et al. 2012).

### Frequenzen

Im Jahr 2014 beträgt die Frequenz ambulanter Patientinnen und Patienten in Kärntner Spitalsambulanzen rund 1.022.000 (183.800 pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 145.000–271.800). Sie ist seit 2005 um etwa ein Drittel gestiegen.

Am häufigsten werden Spitalsambulanzen – in Übereinstimmung mit dem stationären Angebot – in den Bereichen Unfallchirurgie, Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe aufgesucht sowie im Bereich der Radiologie.

### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Bildung und Einkommen spielen für die Inanspruchnahme spitalsambulanter Leistungen (laut ATHIS 2014) keine entscheidende Rolle. Jedoch werden Kärntnerinnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) seltener in Spitalsambulanzen behandelt als Kärntnerinnen ohne Migrationshintergrund (9 vs. 25 %).

## Definitionen und Daten

Die Daten zu den Spitalsambulanzen wurden der KA-Kostenstellenstatistik entnommen. Der Kontakt zu einer Spitals- oder Unfallambulanz inkludiert den Kontakt zu einem Facharzt oder einer Fachärztin. Hier unberücksichtigt bleiben Kontakte während eines stationären Aufenthaltes.

Zusammenhänge mit sozioökonomischen Faktoren werden auf Basis des ATHIS 2014 untersucht (Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Kärntner/innen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.



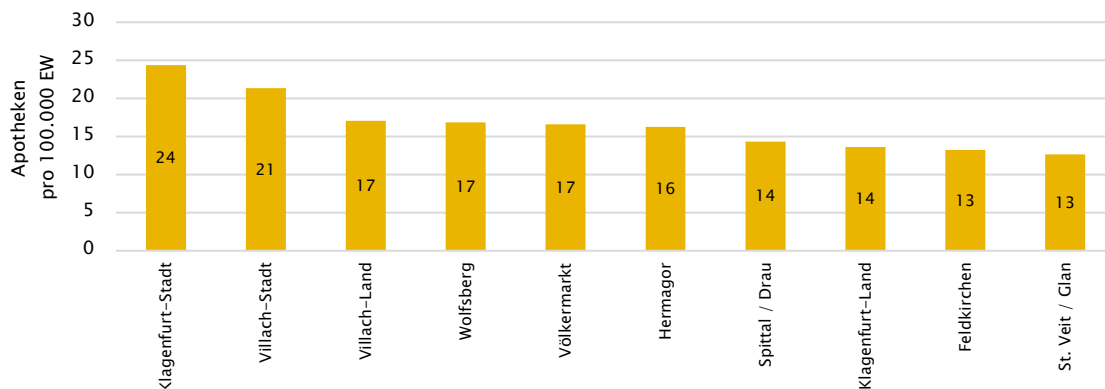
## 6.3.5 Pharmazeutische Versorgung

### Apotheken

Im Jahr 2014 stehen der Kärntner Bevölkerung 93 Apotheken zur Verfügung (exkl. Spitals- und Filialapotheken). Seit 2005 ist die Anzahl öffentlicher Apotheken um 9 Prozent gestiegen. Im Jahr 2015 kamen noch drei weitere Apotheken hinzu.

Im Jahr 2015 beträgt die Apothekendichte 17 Apotheken pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 13-18). Sie variiert in den Kärntner Bezirken zwischen 13 (in St. Veit an der Glan und in Feldkirchen) und 24 Apotheken pro 100.000 EW (in Klagenfurt-Stadt; s. Abbildung 6.11).

Abbildung 6.11:  
Apothekendichte in Kärnten nach Bezirken, 2015



Quelle: Österreichische Apothekerkammer "Apotheke in Zahlen 2016" und Apothekenindex Österreich  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

### Medikamenteneinnahme

Im Jahr 2014 haben 49 Prozent der Kärntner/innen (innerhalb der letzten zwei Wochen) ärztlich verschriebene Medikamente eingenommen (BL-Bandbreite: 44-56 %), 2006/2007 lag dieser Anteil bei 48 Prozent. 30- bis 59-jährige Kärntnerinnen nahmen häufiger Medikamente ein als gleichaltrige Kärntner (50 vs. 32 %).

Rezeptfreie Medikamente werden von 38 Prozent der Kärntner/innen (rund 181.000 Personen) eingenommen (BL-Bandbreite: 28-39 %). Gegenüber dem ATHIS 2006/2007 ist dies eine Steigerung von rund 16 Prozentpunkten. Ab 30-jährigen Kärntnerinnen greifen häufiger zu rezeptfreien Medikamenten als gleichaltrige Kärntner (41-46 % vs. 23-33 %).

Während die Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente mit dem Alter deutlich zunimmt (von 24 % bei den 15- bis 29-Jährigen über 41 % bei den 30- bis 59-Jährigen auf 79 % bei den ab 60-Jährigen), nimmt in der Altersgruppe 60 Jahre und älter – verglichen mit den beiden anderen Altersgruppen – die Einnahme rezeptfreier

Medikamente etwas ab (von 38 % bei den 15- bis 29-Jährigen bzw. 40 % bei den 30- bis 59-Jährigen auf 33 % bei den ab 60-Jährigen).

Unterschiede zwischen den Versorgungsregionen sind nicht ersichtlich.

### **Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund**

Ärztlich verschriebene Medikamente werden von Kärntner/innen mit höherer Bildung (30 Jahre und älter; Matura oder höher) seltener eingenommen (46 %) als von Kärntner/innen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (54 %) bzw. von Kärntner/innen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (70 %). Umgekehrt werden rezeptfreie Medikamente von Kärntner/innen mit höherer Bildung häufiger eingenommen (50 %) als von Kärntner/innen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (39 %). Darüber hinaus zeigt sich bei verschriebenen Medikamenten ein deutlicher Einkommensgradient (von 63 % im untersten Einkommensquintil bis zu 41 % im obersten Einkommensquintil).

### **Definitionen und Daten**

Die Ergebnisse zur Einnahme ärztlich verschriebener und rezeptfreier Medikamente werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet und mit Ergebnissen aus 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

## **6.3.6 Notfallrettungsdienst**

Die Notfallrettung leistet einen wesentlichen Beitrag zur raschen Versorgung erkrankter oder verletzter Personen. Ihre Qualität bemisst sich an:

- » Zeitnahe Erreichbarkeit der Betroffenen (angenommener Erreichbarkeitsrichtwert<sup>34</sup>: 90 Prozent der Wohnbevölkerung innerhalb von 15 Minuten erreichbar),
- » Kompetenz und Erfahrung der involvierten Gesundheitsberufe,
- » Überstellung Verletzter/Erkrankter an den „geeignetsten“ Versorgungsort.

Aufgrund der Datenlage können ausschließlich Aussagen zum ersten Punkt getroffen werden.

---

34

Das österreichische Rote Kreuz verwendet als Parameter die Hilfsfrist, wonach jeder an einer öffentlichen Straße liegende Notfallort in der Regel (95 % aller Fälle) innerhalb der vorgegebenen Hilfsfrist von 15 Minuten (Zeitraum vom Eingang einer Notfallmeldung in der zuständigen Rettungsleitstelle bis zum Eintreffen des Rettungsmittels am Notfallort) erreicht werden soll. Davon abgeleitet kann die Erreichbarkeit der Wohnbevölkerung anhand des im ÖSG festgelegten Erreichbarkeitsrichtwerts (90 % der Wohnbevölkerung sollen innerhalb von 15 Minuten erreichbar sein) überprüft werden. Der allgemeine ÖSG-Richtwert wird zu diesem Zweck auf den Notfallrettungsdienst angewandt.

Im Jahr 2015 gibt es in Kärnten 23 Gemeinden mit Rettungsdienststandorten. Von diesen können 78 Prozent der Kärntner/innen innerhalb von 15 Minuten (Fahrzeit im Straßen-Individualverkehr ohne Dispositions- und Ausrückzeit) erreicht werden, 94 Prozent innerhalb von 20 Minuten und 99 Prozent innerhalb von 25 Minuten (s. Tabelle 6.3).

Tabelle 6.3:

Kärntner Wohnbevölkerung im 15-, 20- und 25-Minuten-Einzugsbereich von Rettungsdienststandorten, 2015

Fahrzeit	Versorgte Bevölkerung	Anteil der versorgten Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung, in %
15 min	433.076	78
20 min	525.343	94
25 min	550.102	99

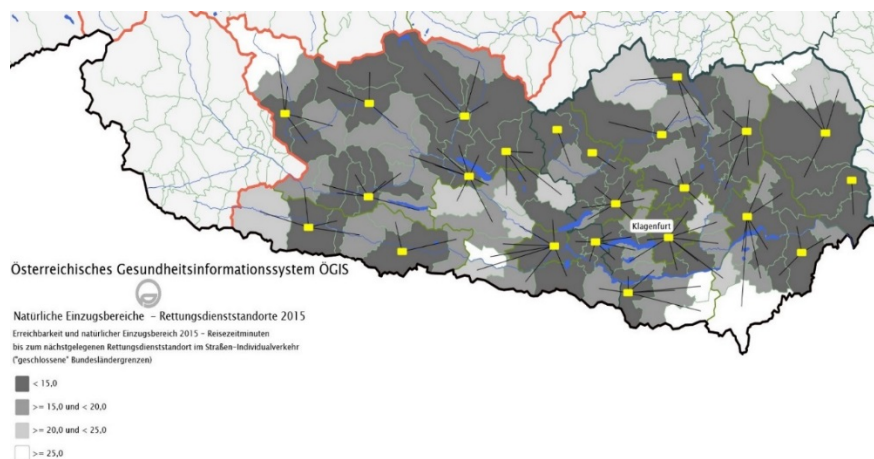
Quellen: Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2015; GeoMagis GmbH – GeoAtlas Distance (Stand: 2015)  
Handbuch für die Sanitätsberufe Österreichs 2015/2016; ÖRK Landesverband Kärnten  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Geobasierte Analysen verdeutlichen (s. Abbildung 6.12), dass in Kärnten nur 6 Gemeinden bzw. rund 9.200 Kärntner/innen (von Kärntner Standorten aus) erst innerhalb von 25 Minuten erreichbar sind:

- » Nötsch im Gailtal (etwa 2.200 EW)
- » Eisenkappel-Vellach (etwa 2.400 EW)
- » St. Margareten im Rosental (etwa 1.100 EW)
- » Reichenfels (etwa 1.900 EW)
- » Heiligenblut (etwa 1.000 EW)
- » Zell (etwa 600 EW)

Abbildung 6.12:

Rettungsdienststandorte und Erreichbarkeit in Kärnten nach Gemeinden, 2015



Quellen: Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2015; GeoMagis GmbH – GeoAtlas Distance (Stand: 2015)  
Handbuch für die Sanitätsberufe Österreichs 2015/2016; Leistungsbericht 2014, ÖRK Landesverband Kärnten  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

Der *Notfallrettungsdiens*t hat die Aufgabe, bei Notfallpatienten/-patientinnen am Notfallort lebensrettende Maßnahmen durchzuführen und ihre Transportfähigkeit herzustellen sowie diese Personen unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit und Vermeidung weiterer Schäden in eine geeignete Gesundheitseinrichtung/Klinik zu befördern (Hellmich 2010).

Die Darstellung zum Notfallrettungsdiens basiert auf einer reinen Standortdarstellung und berücksichtigt keine Kapazitätsunterschiede (Fahrzeuge pro Standort, Notarzteinsatzfahrzeuge, Notarztwagen oder Notarztbuschrauber). Die Standortauswahl basiert auf jenen Quellen, die in der Abbildung angeführt sind, und konzentriert sich ausschließlich auf Kärntner Standorte. Standorte in benachbarten Bundesländern bleiben unberücksichtigt.

Die Erreichbarkeit wird – auf Basis einer angenommenen Durchschnittsgeschwindigkeit – vom jeweiligen Gemeindemittelpunkt zum nächstgelegenen Gemeindemittelpunkt errechnet. Dass unter Verwendung von Blaulicht und Folgetonhorn oft kürzere Fahrzeiten möglich sind, bleibt unberücksichtigt. Die Fahrzeit wird ohne Dispositions- und Ausrückzeit berechnet.

## 6.4 Akutstationäre Versorgung

Im Jahr 2014 stehen der Kärntner Bevölkerung 14 Akutkrankenanstalten zur Verfügung (11 Fonds-Krankenanstalten, 1 Unfallkrankenhaus, 2 Sanatorien). 97 Prozent der Kärntner/innen können zumindest eine dieser Krankenanstalten innerhalb einer halben Stunde (im Straßen-Individualverkehr) erreichen.

In den Kärntner Akutkrankenanstalten werden 3.698 Akutbetten vorgehalten, 89 Prozent davon in Fonds-Krankenanstalten (FKA). Die Akutbettendichte beträgt 6,65 Betten bzw. 5,91 FKA-Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 3,94–7,21 bzw. 3,94–6,21) bzw. ohne Akutbetten der Akutgeriatrie, Remobilisation und Nachsorge 6,10 bzw. 5,36 Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 3,94–6,93 bzw. 3,94–5,93 Betten pro 1.000 EW).

Die Anzahl systemisierter (d. h. behördlich genehmigter) Betten beträgt 3.867 Akutbetten (6,96 Betten pro 1.000 EW). Das versorgungswirksame Bettenäquivalent beträgt 3.721 Betten (6,69 pro 1.000 EW).

Die meisten Akutbetten stehen (exkl. der Psychiatrie; s. Punkt 6.10.2) in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Unfallchirurgie und Akutgeriatrie zur Verfügung (s. Tabelle 6.4).

Seit 2005 hat die Anzahl stationärer Akutbetten um rund 12 Prozent abgenommen (insbesondere zwischen 2005 und 2010). Die Anzahl systemisierter Betten wurde um 5 Prozent reduziert. Das Bettenäquivalent hat sich – entsprechend der tatsächlichen Betten – um 11 Prozent verringert. Während es in nahezu allen Bereichen zu einem Abbau von Akutbetten gekommen ist, wurde in der Akutgeriatrie das Akutbettenkontingent um 11 Prozent aufgestockt (s. Tabelle 6.4).

## Definitionen und Daten

Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (BGK 2012) ist für jede Fachrichtung festgelegt, innerhalb welcher Zeit spezifische Versorgungsangebote für Kärntner/innen erreichbar sein müssen. Die hier beschriebene 30-Minuten-Grenze ist ein Durchschnittswert über alle Fachrichtungen und sollte für mindestens 90 Prozent der Kärntner Bevölkerung gewährleistet werden. Die Standortauswahl konzentriert sich dabei ausschließlich auf Kärntner Standorte. Standorte in benachbarten Bundesländern bleiben unberücksichtigt.

Der Erreichbarkeitswert bezieht sich auf den Straßen-Individualverkehr. Er wird – auf Basis einer angenommenen Durchschnittsgeschwindigkeit – vom jeweiligen Gemeindemittelpunkt zum nächstgelegenen Gemeindemittelpunkt errechnet und ist unabhängig von Tageszeiten und Öffnungszeiten als reine Wegzeit zu interpretieren.

Die *Akutbettendichte* gibt die Anzahl der Akutbetten pro 1.000 EW an.

Das *Bettenäquivalent* beschreibt die Anzahl an Betten, die unter der Prämisse einer Soll-Auslastung von 85 Prozent erforderlich sind.

Tabelle 6.4:

Kennzahlen der akutstationären Versorgung in Kärnten nach Fachbereichen\*, 2005 und 2014

Fachbereiche		Tatsächliche Betten <sup>1</sup>			BMZ Intervall <sup>2</sup>		Aufenthalte (inkl. NTA)			Durchschnittliche Belags- dauer in Tagen (exkl. NTA und Langzeitaufenthalte <sup>4</sup> )			Wiederaufnahmerate (inkl. NTA)		
		2005	2014	Veränderung absolut und in %			2005	2014	Veränderung absolut und in %	2005	2014	Verände- rung in %	2005	2014	Veränderung in %
Innere Medizin	absolut	942	857	-85	1,04-1,73	absolut	49.982	52.890	+2.908	6,14	5,08	-17	1,63	1,68	+3
	pro 1.000 EW	1,69	1,54	-9 %		pro 100.000 EW <sup>3</sup>	8.943	9.515	+6 %						
Chirurgie	absolut	459	368	-91	0,52-0,87	absolut	23.075	21.008	-2.067	5,37	4,41	-18	1,24	1,22	-2
	pro 1.000 EW	0,82	0,66	-19 %		pro 100.000 EW	4.128	3.779	-8 %						
Gemischter Belag (Sanatorien)	absolut	403	312	-91	-	absolut	9.041	11.725	+2.684	7,47	6,16	-18	1,37	1,47	+7
	pro 1.000 EW	0,72	0,56	-22 %		pro 100.000 EW	1.618	2.109	+30 %						
Unfallchirurgie	absolut	298	225	-73	0,30-0,50	absolut	16.633	11.811	-4.822	5,23	4,94	-5	1,17	1,11	-5
	pro 1.000 EW	0,53	0,40	-25 %		pro 100.000 EW	2.976	2.125	-29 %						
Unfallchirurgie <sup>5</sup> (UKH)	absolut	100	100	0	-	absolut	5.044	4.794	250	5,51	5,08	-8	1,13	1,11	-2
	pro 1.000 EW	0,18	0,18	+1 %		pro 1.000 EW	902	862	-4 %						
Akutgeriatrie und Remobilisation	absolut	265	293	+28	0,34-0,56	absolut	5.040	6.897	+1.857	13,17	14,41	+9	1,52	1,41	-7
	pro 1.000 EW	0,47	0,53	+11 %		pro 100.000 EW	902	1.241	+38 %						
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	absolut	249	192	-57	0,24-0,40	absolut	17.951	12.640	-5.311	4,19	3,83	-9	1,41	1,27	-10
	pro 1.000 EW	0,45	0,35	-22 %		pro 100.000 EW	3.212	2.274	-29 %						
Neurologie	absolut	203	163 <sup>6</sup>	-40	0,21-0,35	absolut	8.298	5.209	-3.089	7,47	7,71	+3	1,44	1,16	-20
	pro 1.000 EW	0,36	0,29	-19 %		pro 100.000 EW	1.485	937	-37 %						

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 6.4. - Seite 2 von 3

Fachbereiche		Tatsächliche Betten			BMZ Intervall		Aufenthalte			Belagsdauer			Wiederaufnahmerate		
		2005	2014	Veränderung absolut und in %			2005	2014	Veränderung absolut und in %	2005	2014	Veränderung in %	2005	2014	Veränderung in %
Orthopädie und ortho- pädische Chirurgie	absolut	189	157	-32	0,26-0,43	absolut	6.907	5.635	-1.272	9,72	8,72	-10	1,19	1,12	-6
	pro 1.000 EW	0,34	0,28	-16 %		pro 100.000 EW	1.236	1.014	-18 %						
Intensivüberwachung und -betreuung	absolut	146	147	+1	0,21-0,36	absolut	1.695	1.618	-77	5,54	6,53	+18	1,09	1,11	+1
	pro 1.000 EW	0,26	0,26	+1 %		pro 100.000 EW	303	291	-4 %						
Kinderheilkunde	absolut	94	79	-15	0,16-0,27	absolut	7.724	7.634	-90	3,43	2,99	-13	1,27	1,25	-2
	pro 1.000 EW	0,17	0,14	-15 %		pro 100.000 EW	1.382	1.373	-1 %						
Pulmologie	absolut	95	65	-30	0,10-0,16	absolut	3.966	3.438	-528	6,75	6,66	-1	1,73	1,99	+15
	pro 1.000 EW	0,17	0,12	-31 %		pro 100.000 EW	710	618	-13 %						
Urologie	absolut	69	57	-12	0,11-0,18	absolut	4.159	3.694	-465	4,43	4,68	6	1,38	1,31	-5
	pro 1.000 EW	0,12	0,10	-17 %		pro 100.000 EW	744	665	-11 %						
Hals-, Nasen- und Oh- renkrankheiten	absolut	60	52	-8	0,09-0,15	absolut	4.548	4.473	-75	3,77	2,98	-21	1,20	1,27	+6
	pro 1.000 EW	0,11	0,09	-13 %		pro 100.000 EW	814	805	-1 %						
Haut- und Geschlechts- krankheiten	absolut	50	40	-10	0,06-0,09	absolut	2.091	2.093	+2	6,52	4,69	-28	1,20	1,39	+16
	pro 1.000 EW	0,09	0,07	-20 %		pro 100.000 EW	374	377	+1 %						
Augenheilkunde	absolut	40	34	-6	0,06-0,11	absolut	4.185	6.380	+2.195	3,51	2,85	-19	1,16	1,37	+18
	pro 1.000 EW	0,07	0,06	-15 %		pro 100.000 EW	749	1.148	+53 %						
Neurochirurgie	absolut	39	34	-5	0,06-0,09	absolut	1.546	1.569	+23	7,82	7,57	-3	1,26	1,24	-2
	pro 1.000 EW	0,07	0,06	-12 %		pro 100.000 EW	277	282	+2 %						
Kinder-Chirurgie	absolut	32	22	-10	0,04-0,06	absolut	2.584	1.954	-630	3,39	3,10	-9	1,14	1,11	-3
	pro 1.000 EW	0,06	0,04	-31 %		pro 100.000 EW	462	352	-24 %						

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 6.4 – Seite 3 von 3

Fachbereiche		Tatsächliche Betten			BMZ Intervall		Aufenthalte			Belagsdauer			Wiederaufnahmerate		
		2005	2014	Veränderung absolut und in %			2005	2014	Veränderung absolut und in %	2005	2014	Veränderung in %	2005	2014	Veränderung in %
Plastische Chirurgie	absolut	20	19	-1	0,02-0,03	absolut	1.431	1.267	-164	5,34	4,99	-7	1,20	1,14	-6
	pro 1.000 EW	0,04	0,03	-4 %		pro 100.000 EW	256	228	-11 %						
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	absolut	20	18	-2	-	absolut	1.870	1.248	-622	3,42	3,34	-2	1,14	1,12	-2
	pro 1.000 EW	0,04	0,03	-10 %		pro 100.000 EW	335	225	-33 %						
Nuklearmedizin	absolut	19	16	-3	-	absolut	972	940	-32	4,10	3,96	-3	1,14	1,19	4
	pro 1.000 EW	0,03	0,03	-15 %		pro 100.000 EW	174	169	-3 %						
Remobilisation/ Nachsorge <sup>7</sup>	absolut	-	15	+15	-	absolut	0	387	+387	-	18,24	-	-	1,06	-
	pro 1.000 EW	-	0,03	-		pro 100.000 EW	0	70	0 %						

\* exkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychiatrie und Psychosomatik (s. Punkt 6.10.2) und exkl. Palliativversorgung (s. Abschnitt 6.8)

<sup>1</sup> alle Angaben beziehen sich auf Fonds-Krankenanstellen, davon ausgenommen der „Gemischte Belag“ (gilt mehrheitlich nur für Sanatorien) und der Fachbereich „Unfallchirurgie“ (FKA und UKH), jeweils grau hinterlegt

<sup>2</sup> die Bettenmessziffer (BMZ; systematisierte Betten pro 1.000 EW) gilt ausschließlich für fondsfinanzierte Krankenanstellen

<sup>3</sup> rohe Rate: Aufenthalte pro 100.000 Kärntner EW inkl. Null-Tage-Aufenthalte

<sup>4</sup> exkl. Null-Tage-Aufenthalte (NTA) und Langzeitaufenthalte (> 28 Tage)

<sup>5</sup> Der RSG Kärnten 2020 sieht künftig eine Kooperation zwischen dem Klinikum Klagenfurt und dem UKH Klagenfurt am Standort Klinikum Klagenfurt vor. In den Planwerten des RSG ist diese Zusammenarbeit sowohl bei den Akutbetten in den Bereichen Orthopädie und Unfallchirurgie (künftig: „Orthopädie/Traumatologie“), als auch bei den Großgeräten berücksichtigt.

<sup>6</sup> inklusive 30 Neuro-Reha-Akutbetten der Gailtalklinik Hermagor

<sup>7</sup> Pilotprojekt, 2014 ausgelaufen

BMZ = Bettenmessziffer

EW = Einwohner/innen

FKA = Fonds-Krankenanstellen

UKH = Unfallkrankenhaus

Quellen: BMGF – Kostenstellenstatistik 2005 und 2014  
 BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstellen 2005 und 2014  
 Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG



## 6.4.1 Krankenhausaufenthalte in Kärntner Akut-Krankenanstalten

Im Jahr 2014 werden in Kärntens Akut-Krankenanstalten rund 181.000 Spitalsaufenthalte (inkl. Null-Tage-Aufenthalte) dokumentiert (= 32.500 Aufenthalte pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 22.200–38.800 Aufenthalte pro 100.000 EW):

- » 91 Prozent entfallen auf FKA (rund 164.000 Aufenthalte)
- » 93 Prozent auf Kärntnerinnen und Kärntner (rund 169.000 Aufenthalte)
- » 55 Prozent auf Frauen (rund 99.000 Aufenthalte)
- » 54 Prozent auf Personen ab 60 Jahren (rund 97.000 Aufenthalte)

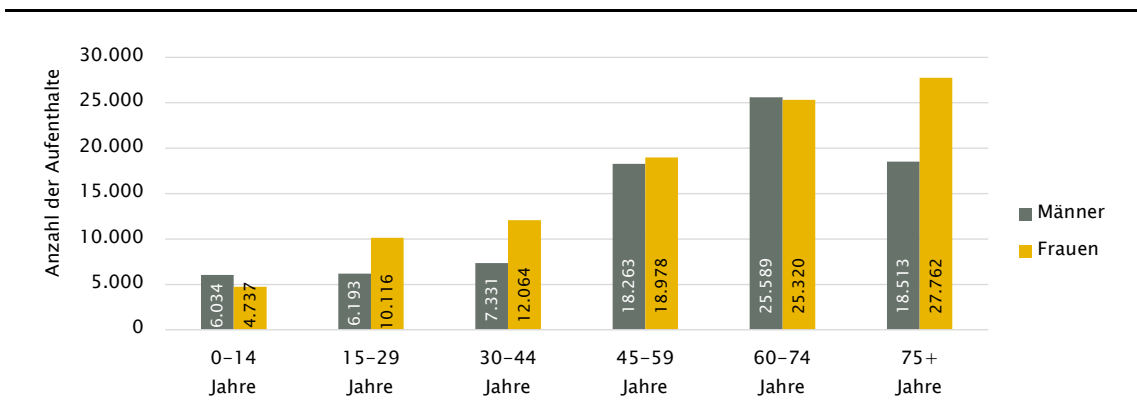
Erwartungsgemäß steigt die Anzahl akutstationärer Aufenthalte mit dem Alter: von etwa 10.000 Aufenthalten von 0- bis 14-Jährigen auf 46.000 Aufenthalte von ab 75-Jährigen.

Kärntnerinnen werden häufiger akutstationär aufgenommen als Kärntner, insbesondere im Alter von 15 bis 29 Jahren, 30 bis 44 Jahren und ab 75 Jahren (s. Abbildung 6.13). Der deutliche Rückgang bei den ab 75-jährigen Männern erklärt sich durch den Lebenserwartungsunterschied zwischen Männern und Frauen (s. Abschnitt 3.1).

12 Prozent der Aufenthalte (rund 21.300) werden als Null-Tage-Aufenthalte (NTA) geführt.

Abbildung 6.13:

Stationäre Aufenthalte in Kärntner Akut-Krankenanstalten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Seit 2005 ist die Anzahl akutstationärer Aufenthalte um rund 4 Prozent zurückgegangen, bei Frauen um 6 Prozent, bei Männern um 2 Prozent. Der NTA-Anteil blieb hingegen (im selben Zeitraum) weitgehend unverändert.

Während bei den unter 60-Jährigen die Anzahl akutstationärer Aufenthalte seit 2005 abgenommen hat (bei den 0- bis 14-Jährigen von etwa 15.800 auf 10.800 Aufenthalte (-32 %); bei den 15- bis 29-Jährigen von etwa

19.600 auf 16.300 (-17 %) und bei den 30- bis 59-Jährigen von etwa 66.000 auf 56.000 (-14 %), ist bei den ab 60-Jährigen ein Anstieg zu verzeichnen (von 87.800 auf 97.200 Aufenthalte; +11 %).

Vermeehrt finden akutstationäre Aufenthalte (2014; inkl. NTA) in den bettenstarken Akutbereichen statt:

- » Innere Medizin (rund 53.000 Aufenthalte)
- » Chirurgie (rund 21.000 Aufenthalte)
- » Unfallchirurgie (rund 17.000 Aufenthalte)
- » Frauenheilkunde und Geburtshilfe (rund 13.000 Aufenthalte).

In der Akutgeriatrie ist – aufgrund der langen Belagsdauer – eine geringere Anzahl akutstationärer Aufenthalte (rund 7.000) zu beobachten (s. Tabelle 6.4).

Die **durchschnittliche Belagsdauer** je Spitalsaufenthalt (im Sinne einer vollstationären Akutversorgung = exkl. NTA und Langzeitaufenthalte) beträgt in Kärntner Akut-Krankenanstalten im Jahr 2014 5,49 Tage (BL-Bandbreite: 4,95-5,68 Tage; für FKA: 5,44 Tage, BL-Bandbreite: 4,94-5,55 Tage). Am längsten ist sie (exkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychiatrie und Psychosomatik) im Bereich der Akutgeriatrie (14 Tage).

Seit 2005 hat die Belagsdauer in fast allen Bereichen abgenommen, insgesamt um durchschnittlich 0,5 Tage. Ein deutlicher Anstieg ist in der Intensivüberwachung und -betreuung (+18 %) zu beobachten (s. Tabelle 6.4).

### **Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund**

Unterschiede in der Inanspruchnahme akutstationärer Leistungen finden sich – in Bezug auf Bildung und Einkommen (laut ATHIS 2014) – nur bei der 30- bis 59-jährigen Bevölkerung. Kärntner/innen mit maximal einem Pflichtschulabschluss wurden in den letzten 12 Monaten häufiger in einer Akut-Krankenanstalt versorgt als Kärntner/innen mit einem Lehr- bzw. BMS-Abschluss oder einer höheren Ausbildung (31 % vs. 14 bzw. 9 %). In dieser Altersgruppe zeigt sich zudem ein negativer Zusammenhang mit dem Einkommen (je geringer das Haushaltseinkommen, desto ausgeprägter die Inanspruchnahme). Unterschiede nach Migrationshintergrund finden sich nicht.

### **Definitionen und Daten**

*Null-Tage-Aufenthalte* (NTA) sind jene stationär aufgenommenen Patienten, deren Aufenthalt innerhalb eines Kalendertages abgeschlossen ist.

Die *durchschnittliche Belagsdauer* gibt die Anzahl der Belagstage pro stationärem Aufenthalt an (exkl. NTA und Langzeitaufenthalte = 1-28 Tage).

Die *Wiederaufnahmerate* (inkl. NTA) gibt die Anzahl der Aufenthalte pro Patientin/Patient p. a. in derselben Fachrichtung an. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten wird dabei mit einem Patientenalgorithmus ermittelt (s. Punkt **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Die Daten zu den akutstationären Aufenthalten stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und beziehen sich auf alle stationären Aufenthalte in Kärntner Akut-Krankenanstalten (zielbezogen). Aufenthalte mit Unterbrechungen werden dabei nur einmal gezählt.

Die Angaben zu sozioökonomischen Faktoren werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Sie beziehen sich auf Kärntner/innen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

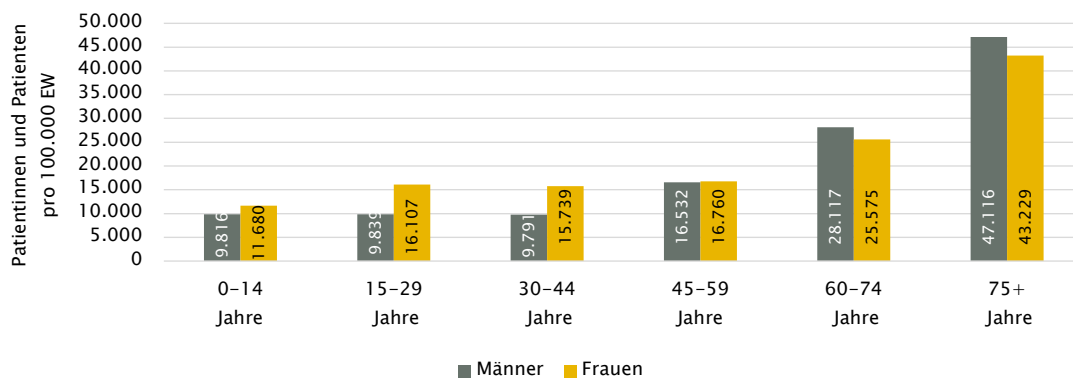
## 6.4.2 Kärntner Patientinnen und Patienten in österreichischen Akut-Krankenanstalten

Im Jahr 2014 werden rund 104.000 Kärntner/innen in österreichischen Akut-Krankenanstalten behandelt (altersstandardisierte Rate nach Europa-Bevölkerung 2013: 18.400 Patientinnen/Patienten pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 15.200-18.700); im Durchschnitt 1,7 Mal. Mehrheitlich handelt es sich bei den akutstationär Aufgenommen um Frauen (55 %) und um Personen ab 60 Jahren (47 %).

Mit rund 19.000 Patientinnen pro 100.000 EW ist die altersstandardisierte Rate bei den Kärntnerinnen deutlich höher als bei den Kärntnern (rund 17.700 Patienten pro 100.000 EW). Nach Altersgruppen betrachtet, werden Frauen häufiger in der Gruppe der 0- bis 44-Jährigen akutstationär behandelt, Männer häufiger in der Gruppe der ab 60-Jährigen. Die Wahrscheinlichkeit einer akutstationären Behandlung nimmt mit dem Alter deutlich zu (s. Abbildung 6.14).

Abbildung 6.14:

Akutstationär versorgte Kärntner/innen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Mehrheitlich werden die Kärntner/innen aufgrund nachstehender Diagnosen versorgt (s. Tabelle 6.5):

- » Herz-Kreislauf-Erkrankungen (16 % aller Kärntner Patientinnen/Patienten (Pat.); 2.800 Pat. pro 100.000 EW)
- » Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (15 %; 2.700 Pat. pro 100.000 EW);
- » Krankheiten des Verdauungssystems (14 %; 2.600 Pat. pro 100.000 EW)
- » Verletzungen und Vergiftungen (14 %; 2.500 Pat. pro 100.000 EW)
- » Krebserkrankungen (9 %; 1.600 Pat. pro 100.000 EW)
- » Krankheiten der Atmungssysteme (8 %; 1.600 Pat. pro 100.000 EW)

Männer häufiger aufgrund von

- » Verletzungen und Vergiftungen (2.800 Patienten vs. 2.100 Patientinnen pro 100.000 EW)
- » Herz-Kreislauf-Erkrankungen (3.100 Patienten vs. 2.500 Patientinnen pro 100.000 EW)
- » Atemwegserkrankungen (1.800 Patienten vs. 1.300 Patientinnen pro 100.000 EW)
- » Krankheiten des Verdauungssystems (2.800 Patienten vs. 2.400 Patientinnen pro 100.000 EW)
- » Krankheiten des Nervensystems (1.400 Patienten vs. 1.100 Patientinnen pro 100.000 EW)

Frauen häufiger aufgrund von

- » Krankheiten des Urogenitalsystems (1.800 Patientinnen vs. 1.100 Patienten)
- » Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (2.900 Patientinnen vs. 2.400 Patienten)
- » Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (1.200 Patientinnen vs. 1.100 Patienten)

Tabelle 6.5:

Akutstationäre versorgte Kärntner/innen nach Hauptdiagnosegruppen\*, 2014

Hauptdiagnosegruppen	Männer			Frauen		
	absolut	pro 100.000 EW**	Anteil an allen männlichen Pat. (in %)	absolut	pro 100.000 EW	Anteil an allen weiblichen Pat. (in %)
HKE	7.855	3.086	17	8.378	2.491	15
ORT	6.530	2.390	14	9.273	2.932	16
VER	7.564	2.822	16	7.478	2.441	13
VV	7.387	2.784	16	6.756	2.144	12
BN	4.111	1.584	9	4.883	1.565	8
PUL	4.527	1.829	10	3.937	1.326	7
URO	2.778	1.085	6	5.337	1.786	9
NEU	3.668	1.382	8	3.523	1.134	6
AUG	2.826	1.123	6	3.993	1.213	7
GEB	-	-	-	5.167	2.027	9
Sonstige	9.005	3.953	19	11.299	3.788	20

absteigend nach der Gesamthäufigkeit sortiert (ausgenommen sonstige Erkrankungen)

\* exkl. F00-F99: Psychische- und Verhaltensstörungen (s. Punkt 6.10.2)

\*\* altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

ICD-10-Codes:

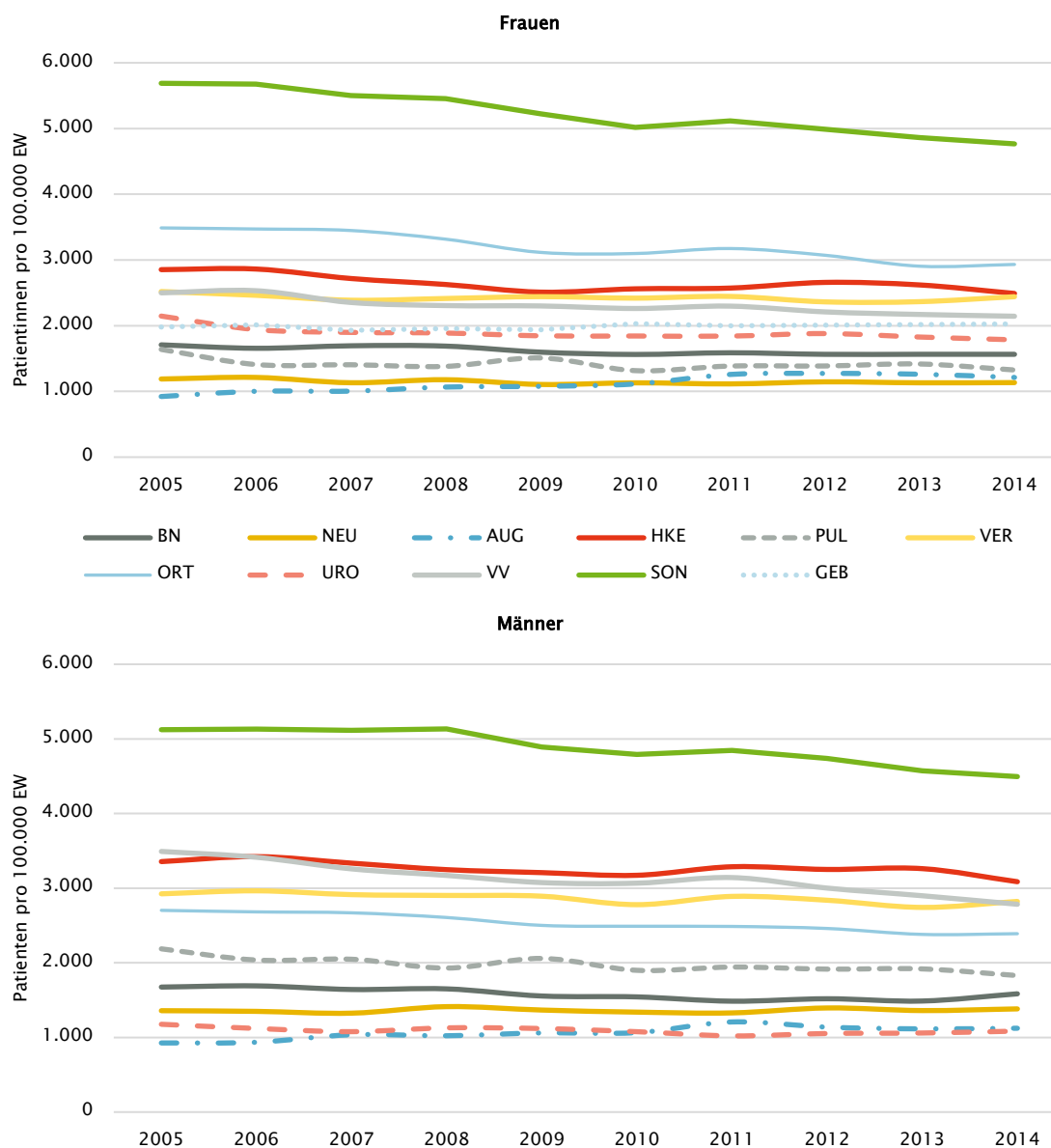
BN: C00-D48 Neubildungen; NEU: G00-G99 Krankheiten des Nervensystems; AUG: H00-H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde; HKE: I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; PUL: J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems; VER: K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems; ORT: M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes; URO: N00-N99 Krankheiten des Urogenitalsystems; GEB: O00-O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gibt es nur bei Frauen  
VV: S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Quelle: BMGF – KA-Statistik 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Rate akutstationärer Kärntner Patientinnen und Patienten (pro 100.000 EW; altersstandardisiert) hat in beinahe allen Diagnosegruppen seit 2005 abgenommen (bei Männern wie bei Frauen). Einzige Ausnahme sind Patientinnen und Patienten mit Krankheiten des Auges (bei Kärntnerinnen und Kärntnern steigend) und Patientinnen und Patienten mit Krankheiten des Nervensystems (bei Kärntnerinnen und Kärntnern gleichbleibend; s. Abbildung 6.15).

Abbildung 6.15:

Akutstationäre versorgte Kärntner/innen nach Hauptdiagnosegruppen\*, 2005–2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

\* exkl. F00-F99: Psychische- und Verhaltensstörungen (s. Punkt 6.10.2)

ICD-10-Codes:

BN: C00-D48 Neubildungen; NEU: G00-G99 Krankheiten des Nervensystems; AUG: H00-H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde; HKE: I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; PUL: J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems; VER: K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems; ORT: M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes; URO: N00-N99 Krankheiten des Urogenitalsystems; GEB: O00-O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gibt es nur bei Frauen; VV: S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen; SON : Sonstige

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005 und 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

Die Daten stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und beziehen sich auf alle Kärntner/innen, die in einer österreichischen Akut-Krankenanstalt aufgenommen wurden (quellbezogen). Ihre Schätzung beruht (da ihre Zahl nicht direkt ermittelbar ist) auf einem Algorithmus, der Personen mit der gleichen Wohnpostleitzahl, demselben Geschlecht und Geburtsdatum als ident bewertet. Unschärfen ergeben sich durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnort (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch Wohnortwechsel (Überschätzung der Patientenzahl). Unter akutstationären Patientinnen/Patienten werden jene Personen zusammengefasst, die innerhalb eines Kalenderjahres in einer Fondskrankenanstalt, einem Unfallkrankenhaus oder einem Sanatorium aufgenommen wurden.

## 6.5 Medizinisch-technische Großgeräte

In Kärnten sind im Jahr 2014 17 CT-Geräte eingerichtet, davon 11 CT-Geräte in Akut-Krankenanstalten (Darstellung exkl. 3 Funktionsgeräte) und 6 Geräte im extramuralen Bereich. In der Gerätekategorie MR werden insgesamt 10 Geräte vorgehalten, davon 7 in Akut-KA und 3 im extramuralen Bereich. Darüber hinaus stehen 2 COR-Anlagen zur Verfügung. Als weitere Großgeräte sind in Akut-Krankenanstalten 3 STR-Geräte, 4 ECT und 1 PET eingerichtet. Zwei weitere Großgeräte (1 COR- sowie 1 MR-Gerät) stehen in einer Privatordination zur Verfügung, jedoch ohne Kostenerstattung.

Die MR-Anzahl liegt gemessen am Einwohnerrichtwert des Großgeräteplans deutlich über der Bandbreite des gerätespezifischen Richtwertes, während die Anzahl der im Jahr 2014 eingerichteten ECT-, STR- und PET-Geräte unter der gerätespezifischen Bandbreite liegen (s. Tabelle 6.6). Diesbezüglich ist anzumerken, dass im Rahmen der Aktualisierung des RSG Kärnten bereits entsprechende Geräteerhöhungen beschlossen und bis zur Vorlage des gegenständlichen Berichts teilweise bereits umgesetzt werden konnten.

Tabelle 6.6:

Medizinisch-technische Großgeräte in Kärnten, 2014

	FKA	andere Akut-KA	extramural	Gesamt	EW pro GG (in 1.000)	Richtwerte EW pro GG (in 1.000)	GG pro 1.000.000 EW	Richtwerte GG pro 1.000.000 EW
CT	9	2	6	17	32,7	30-50	30,6	20,0-33,3
MR	5	2	3*	10	55,6	70-90	18,0	11,1-14,3
ECT	3	1	-	4	139,0	80-100	7,2	10,0-12,5
COR	2	-	-*	2	277,9	200-300	3,6	3,3-5,0
STR	3	-	-	3	185,3	100-140	5,4	7,1-10,0
PET	1	-	-	1	555,9	300-400	1,8	2,5-3,3

FKA: Fonds-Krankenanstalten

GG: Medizinisch-technisches Großgerät; EW: Einwohner/innen

CT: Computertomografie; MR: Magnetresonanztomografie; ECT: Emissions-Computer-Tomografiegeräte (inkl. ECT-CT); COR: Herzkatheterarbeitsplätze; STR: Strahlentherapie-Geräte; PET: Positronen-Emissions-Computertomografie (inkl. PET-CT)

\* Zwei weitere Großgeräte (1 COR- sowie 1 MR-Gerät) stehen in einer Privatordination zur Verfügung, jedoch ohne Kostenerstattung.

Quelle: KDok 2014; Angaben der SV-Träger; Erhebungen, Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

Medizinisch-technische Großgeräte sollen in jenen Krankenanstalten eingerichtet werden, die diese zur Bewältigung der sich aus der jeweiligen Fächerstruktur ergebenden medizinischen Anforderungen benötigen. Zudem sind bei der Standortplanung die Versorgungswirksamkeit des extramuralen Sektors sowie Kooperationspotenziale zwischen dem intra- und extramuralen Bereich zu berücksichtigen. Die Versorgung der Bevölkerung soll regional möglichst gleichmäßig und bestmöglich erreichbar erfolgen. Im ÖSG 2012 sind sowohl Erreichbarkeiten als auch gerätespezifische Einwohnerrichtwerte definiert (BGK 2012).

Die Angaben zu den Großgeräten entstammen der Krankenanstaltdokumentation des BMGF bzw. einer GÖG-eigenen Erhebung zu den Großgeräten im extramuralen Bereich.

## 6.6 Stationäre Rehabilitation

In Kärnten gibt es im Jahr 2014 6 stationäre Reha-Einrichtungen mit insgesamt 912 tatsächlichen Betten. In Tabelle 6.7 werden die systemisierten (d. h. behördlich genehmigten) Betten, die Bettenäquivalente und die Aufenthalte in Kärntner Rehabilitationszentren in den Jahren 2012 und 2014 ausgewiesen. Seit 2012 haben sich die Bettenäquivalente in fast allen Reha-Indikationsgruppen erhöht. Davon ausgenommen ist die lymphologische Rehabilitation (s. Tabelle 6.7).

Tabelle 6.7:

Systemisierte Betten, Bettenäquivalente und Aufenthalte in stationären Reha-Einrichtungen in Kärnten nach Indikationsgruppen\*, 2012 und 2014

	Systemisierte Betten	Bettenäquivalente				Aufenthalte (zielbezogen)		
		Ist-Stand 2012	Ist-Stand 2014	Veränderung zu 2012 in %		2012	2014	Veränderung zu 2012 absolut und in %
KH des Bewegungs- und Stützapparats (BSR)	337	339	350	+3 %	absolut	5.436	5.602	+166
					pro 100.000 EW**	1.216	1.244	+2 %
KH Herz-Kreislauf-Systems (HKE)	95	96	111	+15 %	absolut	1.225	1.400	+175
					pro 100.000 EW	274	311	+13 %
Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (UCNC)	88	61	78	+28 %	absolut	916	1.091	+175
					pro 100.000 EW	205	242	+18 %
KH des zentralen und peripheren Nervensystems (NEU)	110	118	138	+17 %	absolut	926	1.030	+104
					pro 100.000 EW	207	229	+10 %
Lymphologie Rehabilitation (LYMPH)	60	54	51	-7 %	absolut	849	799	-50
					pro 100.000 EW	191	177	-7 %

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 6.7 – Seite 2 von 2

	Systemisierte Betten	Bettenäquivalente				Aufenthalte (zielbezogen)		
		2014	Ist-Stand 2012	Ist-Stand 2014		Veränderung zu 2012 in %	2012	2014
Onkologische Rehabilitation (ONK)	40	35	43	+23 %	absolut	565	674	+109
					pro 100.000 EW	126	150	+18 %
KH des Stoffwechselsystems und Verdauungsapparats (STV)	47	32	36	+13 %	absolut	510	577	+67
					pro 100.000 EW	114	128	+12 %
Sonstige Krankheiten (SON)	60	17	18	+3 %	absolut	257	197	-60
					pro 100.000 EW	58	44	-24 %

absteigend sortiert nach der Aufenthaltshäufigkeit 2014

\* exkl. psychiatrische Rehabilitation (s. Punkt 6.10.2) und der Indikationsgruppe Krankheiten der Atmungsorgane, für die es 2014 in Kärnten noch kein in Betrieb befindliches Angebot gab

\*\* rohe Rate: Aufenthalte pro 100.000 Kärntner EW

Quellen: BMGF – KA-Statistik 2012 und 2014  
 BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2012 und 2014  
 Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

### Stationäre Reha-Aufenthalte von Erwachsenen

Im Jahr 2014 wurden in Kärnten rund 12.000 stationäre Reha-Aufenthalte bei über 19-Jährigen dokumentiert (Mindestdauer 8 Tage). Davon entfallen

- » 54 Prozent auf Frauen,
- » 71 Prozent auf Personen zwischen 45 und 74 Jahren,
- » 55 auf Personen mit einem Hauptwohnsitz in Kärnten.

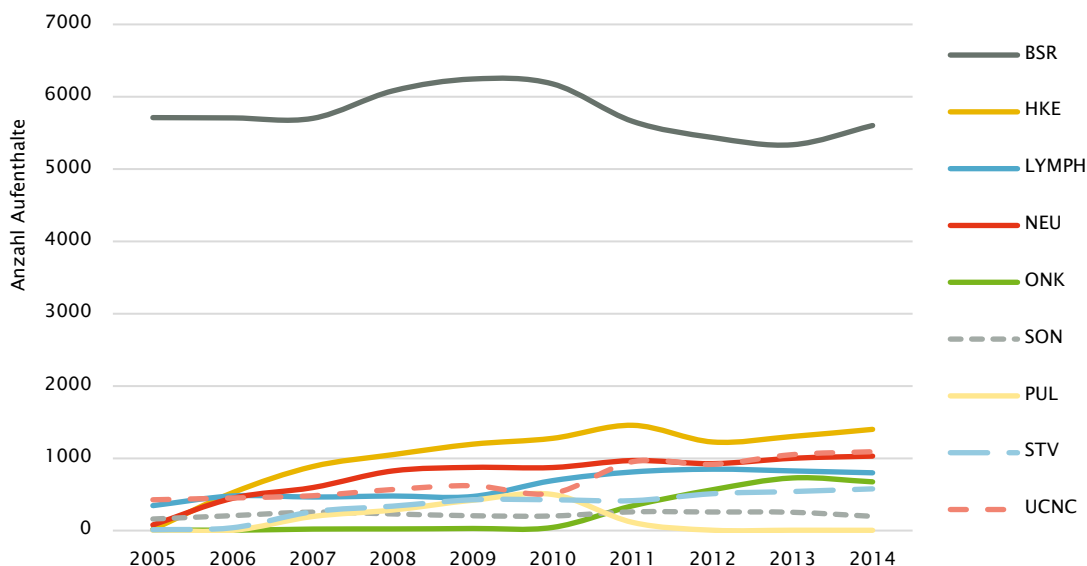
Die häufigste Ursache für einen stationären Reha-Aufenthalt ist eine Erkrankung des Bewegungs- und Stützapparats (5.600 Aufenthalte; 46 % aller Reha-Aufenthalte), gefolgt von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (1.400 Aufenthalte; 12 %), Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems sowie von Zuständen nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (1.000 bzw. 1.100 Aufenthalte; je 9 %).

Seit 2005 ist die Anzahl stationärer Reha-Aufenthalte deutlich gestiegen (von etwa 7.000 auf 12.000 Aufenthalte; +72 %). Mit Ausnahme der Indikationsgruppe Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats (schwankender Trend) gilt dies für alle Indikationsgruppen (s. Abbildung 6.16). Bei der lymphologischen Reha ist es seit 2012 zu einer leichten Abnahme gekommen.



Abbildung 6.16:

Stationäre Aufenthalte in Kärntner Rehabilitationszentren nach Indikationsgruppen (Mindestdauer 8 Tage)\*, 2005–2014



\* exkl. psychiatrische Rehabilitation (s. Punkt 6.10.2)

Reha-Aufenthalte der Indikationsgruppe Krankheiten der Atmungsorgane (PUL) werden seit dem Reha-Plan 2012 anderen Indikationsgruppen zugeordnet.

BSR = Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats; HKE = Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems; NEU = Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems; PUL = Krankheiten der Atmungsorgane; SON = Sonstige Krankheiten; STV = Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparats; UCNC = Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen; ONK = Onkologische Rehabilitation; LYMPH = Lymphologie-Rehabilitation

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Patientinnen und Patienten

Im Jahr 2014 haben etwa 9.000 Kärntner/innen (im Alter von 20 oder mehr Jahren) eine Rehabilitation (Mindestdauer 8 Tage) in Anspruch genommen (altersstandardisierte Rate nach Europa-Bevölkerung 2013: 2.000 Patientinnen/Patienten pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 1.000–2.200). Davon waren:

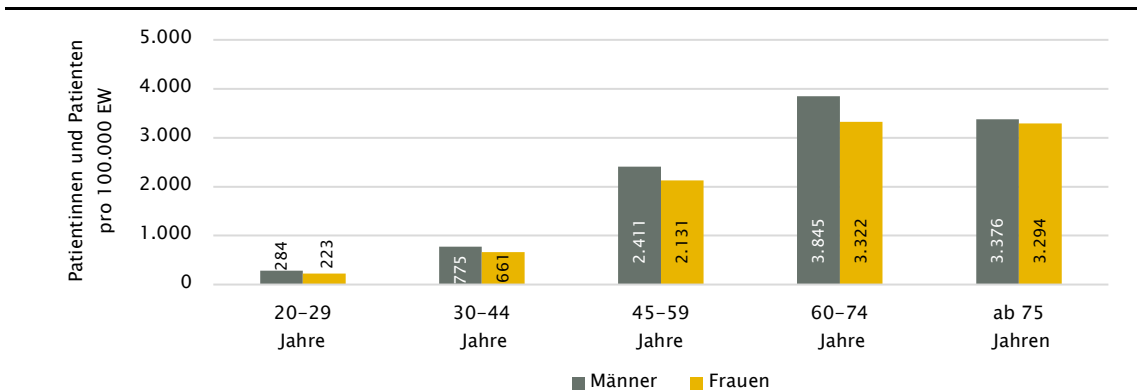
- » 50 Prozent Frauen und
- » 50 Prozent Personen zwischen 45 und 74 Jahren.

Insgesamt betrachtet treten Kärntner häufiger eine stationäre Rehabilitation an als Kärntnerinnen (2.100 vs. 1.800 pro 100.000 EW), ältere Kärntner/innen häufiger als jüngere (s. Abbildung 6.17).

Bei beiden Geschlechtern sind Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats der häufigste Grund für eine stationäre Rehabilitation.

Abbildung 6.17:

Kärntner Patientinnen/Patienten in stationären Reha-Einrichtungen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



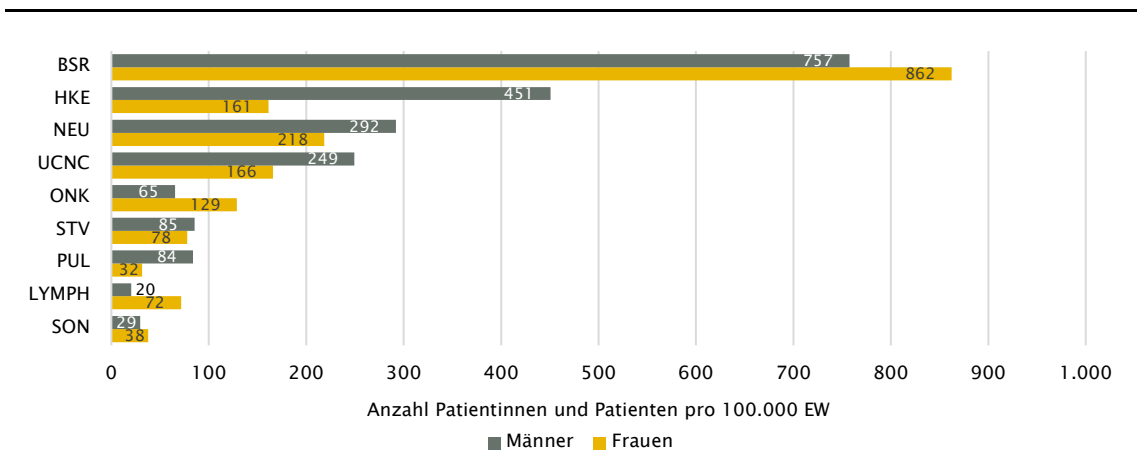
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013; 20 Jahre und älter

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Während die weibliche Bevölkerung häufiger aufgrund von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats eine Rehabilitation erhält sowie häufiger eine onkologische sowie lymphologische Reha in Anspruch nimmt, unterzieht sich die männliche Bevölkerung häufiger aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems, Zuständen nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen und aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane einer Reha (s. Abbildung 6.18).

Abbildung 6.18:

Kärntner Patientinnen/Patienten in stationären Reha-Einrichtungen nach Indikationsgruppen\* und Geschlecht, 2014



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013; 20 Jahre und älter; \* exkl. psychiatrische Rehabilitation (s. Punkt 6.10.2)

BSR = Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats; HKE = Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems; NEU = Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems; PUL = Krankheiten der Atmungsorgane; SON = Sonstige Krankheiten; STV = Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparats; UCNC = Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen; ONK = Onkologische Rehabilitation; LYMPH = Lymphologie-Rehabilitation

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

Die *Indikationsgruppe* beschreibt die Krankheitsgruppe, aufgrund derer sich der Patient / die Patientin in Rehabilitation befindet. Eine genaue Beschreibung der Indikationsgruppen findet sich im Reha-Plan 2012 (Reiter et al. 2012). Seit 2012 wird die „onkologische Rehabilitation“ als eigene Rehabilitations-Indikationsgruppe geführt und nicht mehr organbezogen in die anderen Indikationsgruppen inkludiert.

Die *systemisierte Bettenzahl* gibt die Anzahl der behördlich bewilligten Betten an. *Bettenäquivalente* beschreiben die Bettenanzahl, die unter der Prämisse einer Auslastung von 95 Prozent erforderlich ist, um das tatsächliche Aufkommen abdecken zu können.

Die Zuordnung der Betten zu den Reha-Indikationsgruppen BSR, NEU und UCNC wird voraussichtlich im Reha-Plan 2016 gemeinsam mit Expertinnen und Experten neu beurteilt. Dadurch werden sich z. T. erhebliche Abweichungen in den Mengengerüsten der entsprechenden Indikationsgruppen im Vergleich zu diesem Bericht und zum Reha-Plan 2012 ergeben.

Die Daten zu den Bettenzahlen wurden aus der Krankenanstaltenstatistik (KA-Statistik) des BMGF entnommen. Die Aufenthalte stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten. Die Angaben zu den Aufenthalten sind zielbezogen und beziehen sich auf alle erwachsenen Patientinnen und Patienten (20 Jahre oder älter), die einen Aufenthalt von mehr als 7 Tagen in einem Kärntner Reha-Zentrum hatten.

Angaben zu den Reha-Patientinnen/-Patienten (quellbezogen; 20 Jahre oder älter) beruhen auf einer Schätzung, da ihre Zahl nicht direkt ermittelbar ist. Der dafür verwendete Algorithmus geht davon aus, dass Personen mit der gleichen Wohnpostleitzahl, gleichem Geschlecht und Geburtsdatum ident sind. Unschärfen ergeben sich diesbezüglich durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnort (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch Wohnortwechsel (Überschätzung der Patientenzahl).

## 6.7 Langzeitpflege und -betreuung

### 6.7.1 Pflegegeldbezieher/innen

Aufgrund der demografischen Entwicklung muss in Zukunft von einer steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen ausgegangen werden. Zur Anzahl von pflege- und betreuungsbedürftigen Personen kann in Österreich als Orientierungsgröße die Anzahl der Pflegegeldbezieher/innen herangezogen werden.

Mit Stand Dezember 2014 beziehen in Kärnten rund 35.000 Kärntnerinnen und Kärntner Pflegegeld, das entspricht einem Bevölkerungsanteil von rund 6 Prozent (BL-Bandbreite: 4-7 %). Im Jahr 2011 waren es rund 34.000 Personen.

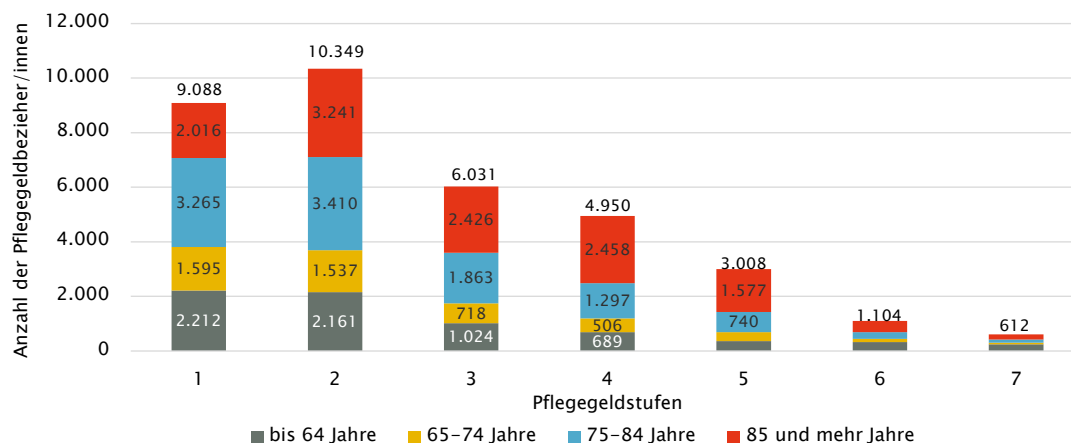
Mehr als die Hälfte der Kärntner Pflegegeldbezieher/innen (55 Prozent) haben Anspruch auf Pflegegeld der Stufen 1 und 2, 45 Prozent haben Anspruch auf die Stufen 3 bis 7 (s. Abbildung 6.19).

Die Mehrheit der Kärntnerinnen und Kärntner, die Pflegegeld beziehen, sind älter als 65 Jahre (80 %):

- » 35 Prozent bzw. rund 12.300 Personen sind 85 Jahre und älter.
- » 31 Prozent sind zwischen 75 und 84 Jahren.
- » 14 Prozent sind zwischen 65 und 74 Jahren.

Abbildung 6.19:

Pflegegeldbezieher/-innen in Kärnten nach Pflegegeldstufen und Altersgruppen, 2014



Die Daten beziehen sich auf anspruchsberechtigte Personen im Auszahlungsmonat Dezember 2014

Quelle: Hauptverband – Pflegegeldstatistik 2014  
Darstellung GÖG/ÖBIG

65 Prozent der Pflegegeldbezieher/-innen sind weiblich, 35 Prozent männlich. Während sich zwischen Männern und Frauen keine wesentlichen Unterschiede bei der Verteilung auf Pflegegeldstufen zeigen, sind Frauen, die Pflegegeld beziehen, eher älter: 41 Prozent der Pflegegeldbezieherinnen sind 85 Jahre und älter, hingegen nur 24 Prozent der Pflegegeldbezieher.

### Definitionen und Daten

Pflegegeld kann bezogen werden, wenn ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung bzw. einer Sinnesbehinderung vorliegt, die voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird. Die Höhe des Pflegegeldes wird – je nach Ausmaß des erforderlichen Pflegebedarfs und unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit – in sieben Stufen festgelegt. Erforderlich ist ein Pflegebedarf von mehr als 60 Stunden pro Monat. Die Anzahl der Stunden des monatlichen Pflegebedarfs wird im Rahmen einer Begutachtung durch eine Ärztin / einen Arzt oder eine Pflegefachkraft festgelegt. Die Daten sind der Pflegegeldstatistik 2014 des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger entnommen und beziehen sich auf die anspruchsberechtigten Personen im Auszahlungsmonat Dezember 2014.

## 6.7.2 Formelle Angebote

Zur Unterstützung der Betreuung und Pflege zu Hause werden in Kärnten mobile Pflege- und Betreuungsdienste (Hauskrankenpflege, Hauskrankenhilfe und Heimhilfe) angeboten. Daneben gibt es als Unterstützung für pflegende Angehörige die Möglichkeit die zu pflegende Angehörige / den zu pflegenden Angehörigen für maximal 28 Tage im Jahr auf Kosten des Landes zur Kurzzeitpflege in stationäre Einrichtungen zu geben sowie die Möglichkeit eines einwöchigen Urlaubes in einer vom Amt der Kärntner Landesregierung ausgewählten Kureinrichtung. Zu Hause lebende pflegebedürftige Menschen haben auch die Möglichkeit, Tagesstätten zu besuchen.

Stationäre Pflege und Betreuung wird in Altenwohn- und Pflegeheimen und in „Alternativen Lebensräumen“ angeboten. Alternative Lebensräume sind private Einrichtungen (Familien), in denen max. sechs familienfremde Personen betreut werden können. Im Vordergrund steht dabei das Wohnen im Familienverband. Darüber hinaus gibt es noch die Möglichkeit, eine Übergangspflege bzw. -betreuung als Überbrückungshilfe nach dem Aufenthalt in einem Krankenhaus in Anspruch zu nehmen.

Im Folgenden werden Angebote der nachstehenden Bereiche beschrieben:

- Mobile Dienste
- Stationäre Dienste (inkl. Übergangs- und Kurzzeitpflege)
- Teilstationäre Dienste (Tagesstätten)
- Alternative Wohnformen

Zur besseren Vergleichbarkeit werden die Leistungen bzw. die Anzahl der betreuten Personen zur Anzahl der ab 60-jährigen EW in Bezug gesetzt. Sie sind die primäre Zielgruppe dieser Angebote.

### Definitionen und Daten

Die Daten basieren auf den Angaben der Länder zur Pflegedienstleistungsstatistik und umfassen fünf der in § 3 Abs. 1 Pflegefondsgesetz (PFG) aufgelisteten sechs Dienstleistungsbereiche der Länder und Gemeinden in der Langzeitpflege, soweit ihre (Mit-)Finanzierung aus Mitteln der Sozialhilfe/Mindestsicherung bzw. sonstigen öffentlichen Mitteln erfolgt (mobile, teilstationäre und stationäre Dienste, Kurzzeitpflege, alternative Wohnformen); Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung sind hier nicht erfasst, außerdem sind Selbstzahler/innen nicht in den Daten enthalten.

In Kärnten werden im Jahr 2014 – im Bereich der mobilen Dienste – rund 900.000 Leistungsstunden angeboten. Das sind rund 6.000 Stunden pro 1.000 EW im Alter von 60 oder mehr Jahren (BL-Bandbreite: 3.571-14.654 Stunden pro 1.000 EW). In stationären Einrichtungen stehen rund 5.500 Plätze (inklusive Kurzzeitpflegeplätze) zur Verfügung. Das sind rund 36 Plätze pro 1.000 EW im Alter von 60 oder mehr Jahren (BL-Bandbreite: 22-46 Plätze pro 1.000 EW). Darüber hinaus wird je 1 Platz pro 1.000 EW dieser Altersgruppe in teilstationären Einrichtungen und in alternativen Wohnformen angeboten.

Insgesamt sind die Leistungsstunden und Plätze in den einzelnen Angeboten von 2011 bis 2014 gestiegen, wobei der Anstieg bei den mobilen Diensten mit rund 10 Prozent moderat ausfällt. Die Plätze im stationären Bereich haben um rund 30 Prozent zugenommen, teilstationäre Dienste und alternative Wohnformen sind jeweils

um rund 70 Prozent ausgebaut worden (s. Tabelle 6.8). Mit dem Ausbau wird zum Teil der Anstieg der Bevölkerung ab 60 Jahren abgefangen. Auch gemessen an der Einwohnerzahl steigt in allen Bereichen das Versorgungsangebot.

Tabelle 6.8:  
Pflege- und Betreuungsangebote in Kärnten, 2011 und 2014

	Anzahl der erbrachten Leistungsstunden bzw. der verfügbaren Plätze		Leistungsstunden/Plätze pro 1.000 EW im Alter von 60 Jahren oder älter	
	2011	2014	2011	2014
Mobile Dienste (Leistungsstunden) <sup>1</sup>	818.717	903.189	5.741	6.043
Stationäre Angebote (Plätze) <sup>2</sup>	4.180	5.451	29	36
Teilstationäre Angebote (Plätze) <sup>2</sup>	64	110	0,4	1
Alternative Wohnformen (Plätze) <sup>2</sup>	62	105	0,4	1

<sup>1</sup> Leistungsstunden für das gesamte Jahr 2014 bzw. 2011

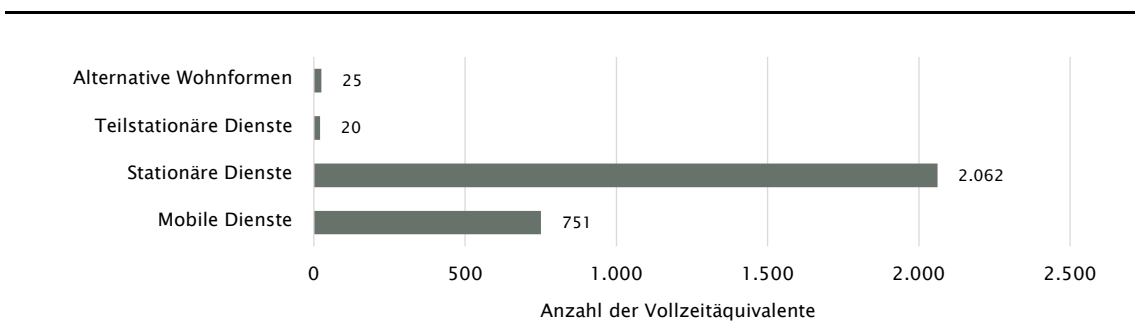
<sup>2</sup> Plätze per 31. 12. 2014 bzw. per 31. 12. 2011

Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Pflege- und Betreuungspersonen

Insgesamt sind in den angeführten Angeboten rund 4.084 Personen bzw. 2.860 Vollzeitäquivalente mit der Betreuung und Pflege von Menschen beschäftigt, die meisten davon im stationären Bereich (s. Abbildung 6.20).

Abbildung 6.20:  
Pflege- und Betreuungspersonen: Vollzeitäquivalente nach Angeboten in Kärnten, 2014



Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik  
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Mehrzahl der Pflege- und Betreuungspersonen ist weiblich, über die Gesamtheit aller Dienste mehr als 90 Prozent. Mit rund 10 Prozent sind die meisten männlichen Vollzeitäquivalente bei stationären Diensten beschäftigt.

Die Betreuung zu Hause wird auch durch 24-Stunden-Personenbetreuer/innen unterstützt. In Kärnten haben insgesamt 4.840 Personenbetreuer/innen eine aktive Gewerbeberechtigung, 3.213 davon sind aktiv tätig (Wirtschaftskammer Österreich 2016).

## Definitionen und Daten

Im Jahr 2007 wurden die Rahmenbedingungen für eine qualitätsgesicherte 24-Stunden-Betreuung auf legaler Basis geschaffen (§ 159 Gewerbeordnung, §§ 3b, 15 Abs. 7 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, § 50 b Ärztegesetz) und gleichzeitig entwickelte das Sozialministerium auch ein entsprechendes Fördermodell. Als Voraussetzungen für die Förderung gelten unter anderem: Anspruch auf Pflegegeld zumindest der Stufe 3 und eine Einkommensgrenze von 2.500,- Euro netto, die nicht überschritten werden darf (erhöht sich für jede/n unterhaltsberechtigten Angehörigen). Weiter muss die Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung nachgewiesen werden. Die Betreuungskraft muss eine Pflichtversicherung abgeschlossen haben und bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen. Die Anzahl der Personenbetreuerinnen mit Gewerbeberechtigung wird in der Wirtschaftskammer Österreich erfasst, Daten zur Anzahl jener Menschen, die eine Förderung erhalten, werden im Sozialministerium dokumentiert.

## Betreute Personen

Für das Jahr 2014 wird von den Trägereinrichtungen der angeführten Angebote angegeben, dass sie rund 19.900 Personen betreuen (13,4 % aller EW im Alter von 60 oder mehr Jahren), wobei einzelne Personen durchaus auch mehrere Dienste in Anspruch nehmen können (z. B. mobil betreute Personen, die gleichzeitig eine Tagesbetreuungseinrichtung besuchen und Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen). Zur Anzahl von Personen, die eine 24-Stunden-Betreuung haben, gibt es keine Informationen. Allerdings haben im Jahr 2014 1.200 Kärntnerinnen und Kärntner eine diesbezügliche Förderleistung des Sozialministeriums in Anspruch genommen (Bundesministerium für Arbeit 2015).

Die Mehrheit der Personen wird mobil betreut (s. Tabelle 6.9), rund 35 Prozent aller Pflegegeldbezieher/innen (BL-Bandbreite: 27-35 %) bzw. 8 Prozent der Einwohner ab 60 Jahren (BL-Bandbreite: 6-8 %). Die Anzahl der mobil betreuten Personen ist von 2011 auf 2014 um rund 18 Prozent gestiegen. Um mehr als 30 Prozent angestiegen ist die Anzahl der in stationären Einrichtungen gepflegten/betreuten Personen (von rund 5.000 Bewohner/innen auf 6.580). Stationär werden im Jahr 2014 insgesamt rund 6.600 Menschen betreut (s. Tabelle 6.9), das sind rund 19 Prozent aller Pflegegeldbezieher/innen (BL-Bandbreite: 12-20 %) bzw. 4 Prozent der Menschen ab 60 Jahren (BL-Bandbreite: 3-5 %).

Tabelle 6.9:

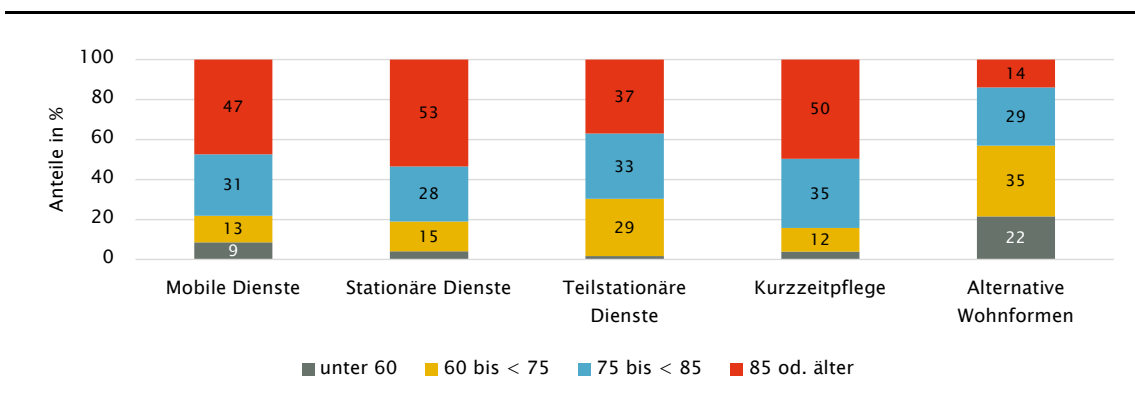
Betreute Personen in Kärnten nach Angeboten, 2011 und 2014

	Betreute Personen					
	Absolut		Anteil Pflegegeldbezieher/innen in %		Anteil an den EW 60+ in %	
	2011	2014	2011	2014	2011	2014
Mobile Dienste	10.521	12.418	30,9	35,3	7,4	8,4
Stationäre Angebote	5.018	6.583	14,8	18,7	3,5	4,4
Teilstationäre Angebote	64	245	0,2	0,7	0,1	0,2
Kurzzeitpflege	402	484	1,2	1,4	0,3	0,3
Alternative Wohnformen	79	121	0,2	0,3	0,1	0,1

Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Rund 93 Prozent aller betreuten Personen sind 60 Jahre und älter. Mehr als drei Viertel aller betreuten Personen sind über 75 Jahre alt, knapp die Hälfte ist über 85 Jahre alt. Es zeigen sich allerdings Unterschiede zwischen den einzelnen Angeboten: 78 Prozent aller Personen, die mobile Dienste in Anspruch nehmen, sind 75 Jahre und älter, bei den stationären Angeboten sind dies 81 Prozent, bei der Kurzzeitpflege 85 Prozent und bei den teilstationären Diensten 70 Prozent. Lediglich bei den alternativen Wohnformen beträgt der Anteil nur 43 Prozent (s. Abbildung 6.21).

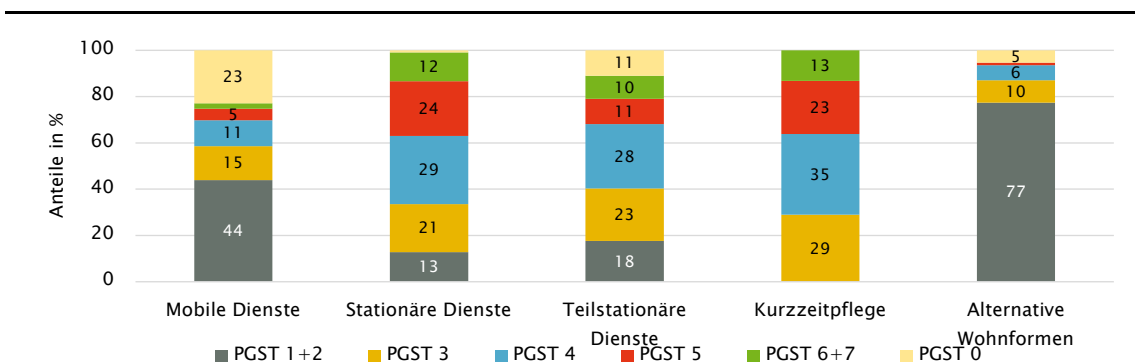
Abbildung 6.21:  
Betreute Kärntner/innen nach Diensten und Altersgruppen, 2014



Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Von mobilen Diensten werden knapp 44 Prozent mit Pflegegeldstufe 1 und 2 betreut, in den stationären Einrichtungen und im Rahmen der Kurzzeitpflege ist der Anteil der Menschen mit Pflegegeldstufe 4 bis 7 am höchsten. Bei den alternativen Wohnformen überwiegt der Anteil der Bewohner/innen mit Pflegegeldstufen 1 und 2 (s. Abbildung 6.22).

Abbildung 6.22:  
Betreute Kärntner/innen nach Diensten und Pflegegeldstufe, 2014



PGST = Pflegegeldstufe  
Pflegegeldstufe 0 umfasst jene Personen, bei welchen die Pflegegeldstufe (noch) nicht bekannt ist, weil die Ein- bzw. Umstufung noch nicht erfolgt ist oder weil sie kein Pflegegeld erhalten.

Quelle: Statistik Austria – Pflegedienstleistungsstatistik  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG



## 6.7.3 Informelle Pflege- und/oder Unterstützungsleistungen

19 Prozent der Kärntner/innen haben 2014 mindestens einmal pro Woche eine oder mehrere Personen mit altersbedingten Problemen, chronischer Erkrankung oder einem Gebrechen gepflegt/unterstützt (rund 92.000 Personen; BL-Bandbreite: 14–23 %). In 81 Prozent der Fälle handelt es sich bei den betreuten/unterstützten Personen um Familienmitglieder.

Mehrheitlich werden die Pflege- und Unterstützungsleistungen von Frauen (59 %), Personen im Alter von 30 bis 59 Jahren (63 %), von erwerbstätigen Personen (55 %; davon 55 % vollzeitbeschäftigt) und Pensionistinnen/Pensionisten (26 %) erbracht. 21 Prozent versorgen zudem Kinder im Alter von 0 bis 15 Jahren (9 % zwei oder mehr Kinder). 40 Prozent sind selbst chronisch krank oder weisen ein dauerhaftes Gesundheitsproblem auf. 35 Prozent sind selbst aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt (5 % stark eingeschränkt). 20 Prozent schätzen ihre Lebensqualität als mittelmäßig bis sehr schlecht ein.

67 Prozent pflegen bzw. unterstützen Familienmitglieder oder andere Personen bis zu 10 Stunden pro Woche, 14 Prozent im Ausmaß von 10 bis 20 Stunden, 19 Prozent im Ausmaß von 20 oder mehr Stunden. Im Ausmaß mindestens eines Halbtagsjobs engagieren sich vor allem Frauen (65 %) für Familienangehörige und andere Personen. 50 Prozent sind in Pension, 30 Prozent erwerbstätig (davon 50 % vollzeitbeschäftigt).

### Definitionen und Daten

Das Ausmaß informeller Pflege- und Unterstützungsleistungen wird auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

## 6.8 Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene

In den letzten Jahren ist die Hospiz- und Palliativversorgung stärker in den Fokus der Gesundheitspolitik gerückt. Dabei ist die Förderung von Hospiz- und Palliative Care insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und den damit verbundenen gesellschaftlichen, sozialen und gesundheitlichen Herausforderungen zu sehen. Diese Herausforderungen waren es, die 2004 zur Erstellung des ersten Konzeptes zur abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung führten, das von Bund, Ländern, Sozialversicherung und Ärztekammer 2006 bestätigt wurde. Zwischenzeitlich wurden die Bedarfszahlen und Qualitätskriterien überarbeitet und aktualisiert, sodass jetzt auf Bundesebene umsetzungsrelevante Richtwerte bis zum Jahr 2020 vorliegen (GÖG 2014). Gemäß ÖSG 2012 (BGK 2012) soll die Hospiz- und Palliativversorgung in Abhängigkeit von den regionalen Rahmenbedingungen entwickelt werden.

Im vorliegenden Kapitel werden die Angebote der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung in Kärnten dargestellt. Darüber hinaus werden die betreuten Palliativpatientinnen und -patienten nach den Merkmalen Versorgungsangebot, Diagnosegruppe, Alter und Geschlecht charakterisiert.

Alle Ausführungen beziehen sich auf Angebote für Erwachsene. Spezielle Angebote zur Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bestehen in Kärnten derzeit noch nicht.

## Definitionen und Daten

Das System der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung ermöglicht die adäquate Versorgung von Palliativpatienten/-patientinnen in verschiedenen Settings. Darin übernehmen Palliativstationen die Versorgung in besonders komplexen Situationen, die durch andere Einrichtungen oder Dienste nicht bewältigt werden können. „Ziel der Behandlung und Betreuung ist das bestmögliche Lindern der oft vielfältigen Symptome. Eine Entlassung der Patientinnen/Patienten wird angestrebt (nach Hause oder in eine andere adäquate Einrichtung“ (GÖG 2014). Palliativkonsiliardienste und mobile Palliativteams unterstützen die Leistungserbringer der Grundversorgung mit spezialisiertem Hospiz- und Palliative-Care-Fachwissen. Die Hospizteams bieten Palliativpatientinnen und -patienten und deren An- und Zugehörigen mitmenschliche Begleitung und Beratung sowie Trauerbegleitung an.

Ziel ist es, dass unheilbar kranke Menschen in einem fortgeschritten Erkrankungsstadium an ihrem jeweiligen Aufenthaltsort (Krankenhaus, Pflegeheim, Zuhause) Zugang zu spezialisierter Hospiz- und Palliativversorgung erhalten (GÖG 2014).

Die hier vorgestellten Auswertungen beruhen auf zwei Datenquellen: Zum einen wurden Daten vom Dachverband Hospiz Österreich (DVHÖ) aus den Ergebnissen der Datenerhebungen für die Jahre 2009 und 2014 zur Verfügung gestellt (z. B. Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter/innen und Ehrenamtlichen, Anzahl der versorgten Patientinnen und Patienten in den Versorgungsbereichen), andererseits wurde die KA-Kostenstellenstatistik sowie die Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (aller Palliativstationen, einzelner Palliativkonsiliardienste, einzelner mobiler Palliativteams) 2014 herangezogen.

Bei den vom DVHÖ erhobenen Daten liegen nicht zu jedem Parameter Angaben von allen Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Kärnten vor. Statistische Abweichungen zu den Daten, die von den Einrichtungen an das Bundesland Kärnten gemeldet wurden, sind aufgrund verschiedener Zählungen (z. B. bei der Anzahl der Hospizteams) möglich. Überdies ist – bedingt durch die Rückmeldequote bei der Datenerhebung 2014 – das eingesetzte Personal nur von 2 anstatt von 3 Palliativ-Konsiliardiensten und nur von 2 anstatt von 3 mobilen Palliativteams in die Datenauswertung eingeflossen.

## 6.8.1 Angebote

Die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung ergänzt mit ihren sechs spezialisierten Leistungsangeboten die Einrichtungen und Dienstleister in der Grundversorgung (s. Abbildung 6.23). Um ein Leben bis zuletzt in der vertrauten Umgebung (zu Hause, im Pflegeheim) zu ermöglichen, ist ein Versorgungsnetzwerk erforderlich, in dem alle in der Hospiz- und Palliativversorgung relevanten mobilen und (teil-)stationären Angebote sowie die verschiedenen Berufsgruppen eng zusammenarbeiten. Alle aufgeführten Angebote sind Bestandteil der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung, deren Ziel es ist, dass „der/die richtige Patient/in zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort versorgt wird“(GÖG 2014).

Abbildung 6.23:  
Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

Hospiz- und Palliativversorgung			
Grundversorgung		Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung	
Einrichtung/ Dienstleister		Unterstützende Angebote	Betreuende Angebote
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ-Konsiliardienste
			Palliativstationen
Langzeitbereich	Alten-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen		Mobile Palliativteams
		Tageshospize	
Familienbereich/ Zuhause	Niedergelassene (Fach-)Ärztenschaft, mobile Dienste, Therapeuten/innen/Therapeuten ...		
„Einfache“ Situationen 80 bis 90 Prozent der Sterbefälle		Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen 10 bis 20 Prozent der Sterbefälle	

Quelle: Hospiz Österreich  
Besprechung und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2004

In Kärnten sind im Jahr 2014 im stationären Bereich 3 **Palliativstationen** (s. Tabelle 6.10) mit insgesamt 32 Palliativbetten aktiv, das sind 5,7 Betten pro 100.000 EW). Bundesweit liegt der Vergleichswert bei 3,6 je 100.000 EW. Zudem stehen für die Versorgung der Kärntner Bevölkerung 3 **Palliativ-Konsiliardienste**, 3 **mobile Palliativteams** (mit 2,2 VZÄ pro 100.000 EW) und 22 **Hospizteams** (mit 0,4 vollzeitbeschäftigten hauptamtlichen Koordinationspersonen pro 100.000 EW bzw. 41 ehrenamtlich tätigen Hospizbegleitern/-begleiterinnen pro 100.000 EW) zur Verfügung.<sup>35</sup>

35

Der RSG Kärnten 2020 sieht einen Ausbau der mobilen Palliativversorgung mit dislozierte Teams für Wolfsberg und Spittal/Drau vor.

Tabelle 6.10:

Hospiz- und Palliativversorgung in Kärnten, Ist- und Soll-Stand 2014

Hospiz- und Palliativeinrichtungen	Kärnten Ist		Kärnten Soll	
	absolut	pro 100.000 EW	absolut	pro 100.000 EW
Palliativstationen (Einrichtungen/Betten)	3 / 32	0,5 / 5,7	28 Betten	5,0
Palliativ-Konsiliardienst (VZÄ)	- <sup>1</sup>	-	20,1	6,1 <sup>2</sup>
Mobile Palliativteams (VZÄ)	12 <sup>2</sup>	2,2	18	3,2
Hospizteams (VZÄ hauptamtliche Koordinationspersonen / ehrenamtlich tätige Hospizbegleiter/innen)	2,5/229	0,4/41,1	9,3/-	1,7/-

Die Soll-Werte ergeben sich aus den Bedarfsrichtwerten der GÖG-Broschüre (2014) zur abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung.

<sup>1</sup> vorwiegend ärztliches und pflegerisches Personal mit entsprechender Qualifikation

<sup>2</sup> Auskunft Kärntner Gesundheitsfonds Juni 2016: In den 3 mobilen Palliativteams sind derzeit 12 VZÄ eingesetzt (Klinikum Klagenfurt, LKH Villach, KH St. Veit/Glan).

Quellen: BMGF - KA-Statistik 2014, DVHÖ Datenerhebung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

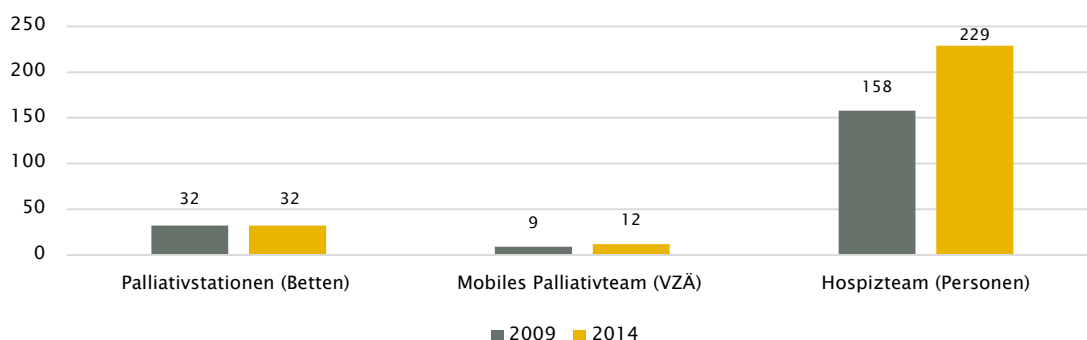
Bundesweit weist die Versorgung 47 Palliativ-Konsiliardienste (mit 1,5 VZÄ pro 1.000 Betten), 55 mobile Palliativteams (mit 2,4 VZÄ pro 100.000 EW) und 155 Hospizteams (mit 0,8 vollzeitbeschäftigten hauptamtlichen Koordinationspersonen pro 100.000 EW bzw. 35 ehrenamtlich tätigen Hospizbegleitern/-begleiterinnen pro 100.000 EW) aus.

Beim Vergleich zwischen Ist- und Soll-Stand (entsprechend den Bedarfsrichtwerten) besteht bei den drei mobilen Segmenten ein Ausbaubedarf, und zwar insbesondere auch bei der personellen Besetzung dieser Dienste. Derzeit wären nach den Bedarfsrichtwerten noch vier Palliativ-Konsiliardienste, ein mobiles Palliativteam bzw. insgesamt 6 vollzeitbeschäftigte Personen und bei den Hospizteams weitere 6,8 vollzeitbeschäftigte hauptamtliche Koordinationspersonen zu ergänzen.

Seit 2009 zeichnet sich nur im Bereich „Hospizteams“ eine deutliche Steigerung ab (von 158 auf 229 ehrenamtlich tätige Hospizbegleiter/innen). Alle anderen Angebote (Palliativstationen, mobile Palliativteams und Palliativ-Konsiliardienste) haben in diesem Zeitraum keinen weiteren Ausbau erfahren (s. Abbildung 6.24).

Abbildung 6.24:

Kapazitäten der Hospiz- und Palliativversorgung in Kärnten, 2009 und 2014



Quellen: BMGF - KA-Statistik 2014, DVHÖ, Datenerhebungen 2009 und 2014, Kärntner Gesundheitsfonds Juni 2016.;  
Berechnung und Darstellung GÖG/ÖBIG

## 6.8.2 Hauptamtliche und ehrenamtliche Mitarbeiter/innen

Die Hospiz- und Palliativversorgung zeichnet sich durch enge Zusammenarbeit verschiedener Professionen aus, die als wesentliche Voraussetzung gilt, um auf die vielfältigen Wünsche und Bedürfnisse von unheilbar kranken und sterbenden Menschen eingehen zu können. Zu den Professionen zählen die Gesundheitsfachberufe (s. Tabelle 6.11) ebenso wie die ehrenamtlich tätigen Hospizbegleiter/innen ohne spezielle Berufsausbildung im Gesundheitsbereich.

Im Konzept zur „Abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene“ wurden u. a. Qualitätskriterien für Berufsgruppen und Personalausstattung in den einzelnen Versorgungsangeboten definiert. Nach diesen personellen Kriterien bestehen in den Kärntner Versorgungsangeboten noch personelle Lücken (GÖG 2014).

In den 22 Hospizteams sind 229 Ehrenamtliche tätig und 7 hauptamtliche Personen beschäftigt. Sie leisten rund 18.000 Stunden unentgeltliche Arbeit, von denen 75 Prozent direkt in der Begleitung Schwerkranker und Sterbender sowie deren An- und Zugehörigen erbracht werden. Diese Tätigkeit wird nur von qualifizierten Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern durchgeführt, die nach den Standards von Hospiz Österreich ausgebildet sind. Die Ehrenamtlichen sind mit 94 Prozent fast ausschließlich Frauen.

Tabelle 6.11:

Hauptamtliche Mitarbeiter/innen der Hospiz- und Palliativversorgung in Kärnten nach Beruf, 2014

	Palliativstation		Mobile Palliativteams	
	Personen	VZÄ	Personen	VZÄ
Pflege	43	35,3	6	4,2
Medizin	8	4,8	13	6,1
Sozialarbeit	2	0,7	1	0,8
Psychotherapie	2	0,6	1	1,0
Physiotherapie	2	0,6	0	0
Seelsorge	2	1,2	0	0
Sekretariat	2	0,7	0	0,6
Sonstige	2	0,7	1	0
<b>Gesamt</b>	<b>63</b>	<b>44,6</b>	<b>22</b>	<b>12,7</b>

Quelle: DVHÖ, Datenerhebung 2015  
Berechnung und Darstellung GÖG/ÖBIG

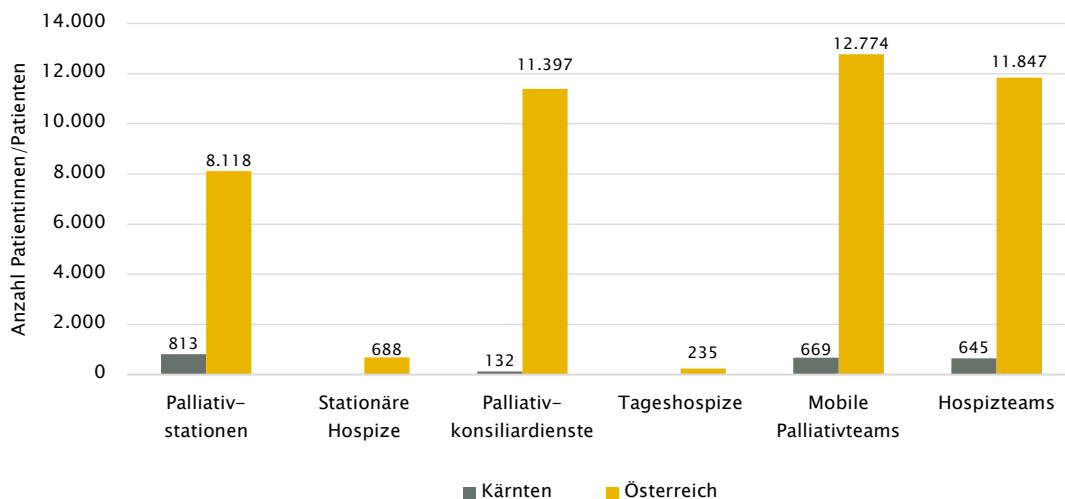
## 6.8.3 Palliativpatientinnen und -patienten

Hospiz- und Palliative Care richtet sich nach den Bedürfnissen der unheilbar kranken Patientinnen und Patienten und deren An- und Zugehörigen und nicht nach Diagnosen, einem bestimmten Krankheitsstadium oder der verbleibenden Lebenszeitprognose. Es geht um bestmögliche Lebensqualität, Schmerzerfassung und Behandlung auf allen Ebenen (physisch, psychisch, sozial, seelisch), um Symptomlinderung und um eine multiprofessionelle Betreuung und Begleitung. Kausale kurative Therapien stehen nicht mehr im Zentrum der Versorgung. Deshalb kann Hospiz- und Palliative Care nicht nur Sterbenden, sondern auch schwerkranken Patienten und Patientinnen bereits zu einem früheren Zeitpunkt der Erkrankung eine große Unterstützung sein.

Die Zahl der im Jahr 2014 von den Einrichtungen und Diensten der Hospiz- und Palliativversorgung betreuten Patientinnen und Patienten ist in Abbildung 6.25 ersichtlich. Da Palliativpatientinnen und -patienten erfahrungsgemäß im Zeitverlauf unterschiedliche Versorgungsangebote in Anspruch nehmen, sind Mehrfachzählungen nicht auszuschließen.

Abbildung 6.25:

Patientinnen/Patienten in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Kärnten und Österreich, 2014



Quelle: DVHÖ, Datenerhebung 2014  
Berechnung und Darstellung GÖG/ÖBIG

In fast allen Versorgungseinrichtungen werden mehr Frauen als Männer betreut (51 zu 49 %). Lediglich auf den Palliativstationen befinden sich mit 54 Prozent mehr männliche als weibliche Patienten/Patientinnen in einer Betreuungssituation. Im Vergleich dazu liegt bei den Hospizteams der Anteil von Palliativpatientinnen (73 %) deutlich höher.

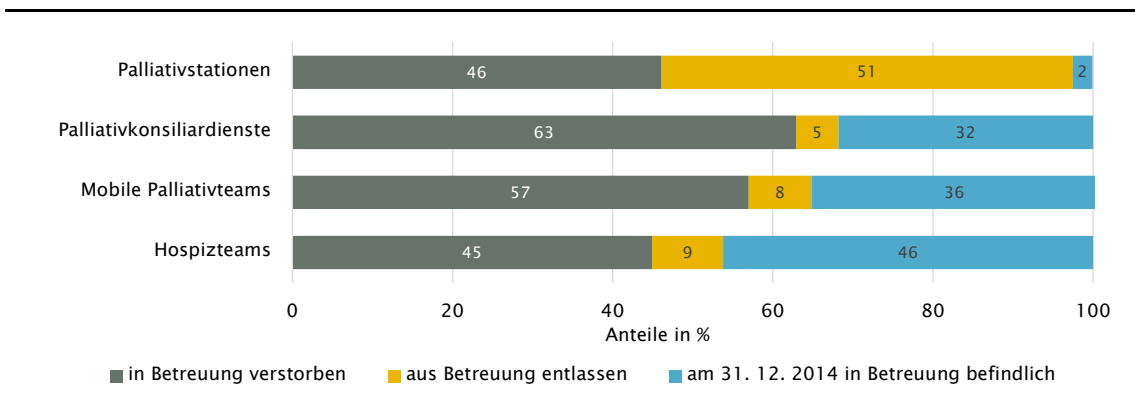
Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten liegt in allen Versorgungseinrichtungen zwischen 70 und 77 Jahren.

Hospiz-palliative Behandlungsangebote sind nicht nur auf Krebspatienten/-patientinnen, sondern auch auf Menschen mit fortgeschrittenen nicht onkologischen Erkrankungen mit hoher Symptombelastung ausgerichtet. Bei 75 Prozent der in Kärnten in Hospiz- und Palliativeinrichtungen betreuten Patientinnen und Patienten liegt eine Krebserkrankung vor.

Die Betreuung in Palliativstationen endet bei mehr als der Hälfte der Aufenthalte von Palliativpatientinnen/-patienten mit einer Entlassung und nicht mit dem Tod, was dem definierten Auftrag entspricht: „Ziel der Behandlung und Betreuung ist das bestmögliche Lindern der oft vielfältigen Symptome. Eine Entlassung der Patientinnen/Patienten nach Hause oder in eine andere adäquate Einrichtung wird angestrebt“ (GÖG 2014).

Abbildung 6.26:

Hospiz- und Palliativversorgung in Kärnten: Verstorbene, Entlassene und Betreute, 2014



Quelle: DVHÖ, Datenerhebung 2014  
Berechnung und Darstellung GÖG/ÖBIG

Viele Palliativpatientinnen und -patienten haben den Wunsch, in der vertrauten Umgebung im Kreis ihrer An- und Zugehörigen zu sterben. Mobile Palliativteams und Hospizteams haben sich zum Ziel gesetzt, dieses Anliegen möglichst vielen schwer kranken Menschen zu ermöglichen und sie im letzten Lebensabschnitt zu betreuen und zu begleiten. Damit leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag zur palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung der Kärntner Bevölkerung.

## 6.9 Ausgewählte Outcome-Indikatoren zur Versorgungsqualität

Im Jahr 2014 wurden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit Indikatoren für eine „Outcome-Messung im Gesundheitswesen“ definiert (BMG 2015b). Darin enthalten sind auch Indikatoren für den Kurationsbereich. Nachstehend wird eine Auswahl dieser Indikatoren präsentiert.

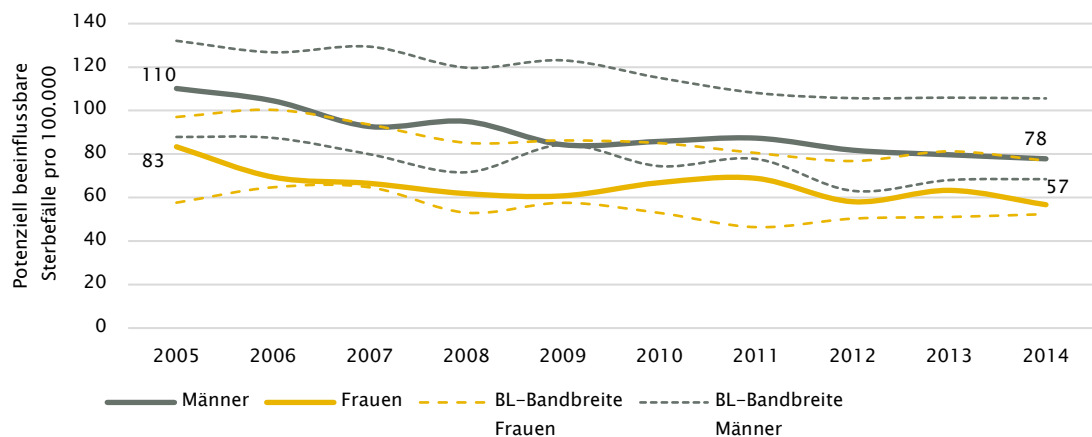
### 6.9.1 Vorzeitige, vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC)

Gemäß Definition dieses Indikators (s. Definitionen und Daten) sind im Jahr 2014 in Kärnten rund 360 Todesfälle eingetreten, die – aufgrund von Todesursache und Alter der Betroffenen – vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbar gewesen wären; 56 Prozent davon waren männlich. Bezogen auf 100.000 EW bedeutet dies eine altersstandardisierte Rate von 78 Fällen bei Männern (BL-Bandbreite: 69-106) und 57 Fällen bei Frauen (BL-Bandbreite: 52-77). Kärnten rangiert damit im Vergleich mit den anderen Bundesländern eher im positiven Bereich (s. Abbildung 6.27).

Die vorzeitige, vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit ist – abgesehen von kleineren jährlichen Schwankungen – deutlich rückläufig (s. Abbildung 6.27). Sie hat sich im Beobachtungszeitraum (2005-2014) um rund 30 Prozent von 97 auf 67 Todesfälle pro 100.000 reduziert.

Abbildung 6.27:

Vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit in Kärnten nach Geschlecht, 2005–2014



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

Der Indikator *vorzeitige vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit* (Englisch: Mortality Amenable to Health Care, MAHC) geht auf die Arbeiten von Ellen Nolte und Martin McKee zurück und wird definiert als vorzeitige Sterblichkeit, die bei rechtzeitiger und effektiver Gesundheitsversorgung nicht eingetreten wäre. „Vorzeitig“ bezieht sich dabei – wenn in der nachstehenden Liste von Todesursachen nicht anders angegeben – auf ein Alter unter 75 Jahren (Gay et al. 2011; Nolte et al. 2008). Der Indikator verweist damit direkt auf die Versorgungsqualität von Gesundheitssystemen.

- » Tuberkulose, Sepsis (Blutvergiftung), Pneumonie (Lungenentzündung), Influenza (Virusgrippe), Darminfektion bei unter 14-Jährigen; Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (Kinderlähmung), Pertussis (Keuchhusten) bei unter 14-Jährigen; Masern bei 1- bis 14-Jährigen
- » Kolorektalkarzinom (Dickdarmkrebs), bösartiger Hauttumor, Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs und Unterleibskrebs bei unter 45-Jährigen, Hodenkrebs, Hodgkinsche Krankheit (Morbus Hodgkin, Lymphogranulomatose, bösartiger Tumor des Lymphsystems), Leukämie (Blutkrebs) bei unter 45-Jährigen
- » Schilddrüsen-Funktionsstörungen (Über- oder Unterfunktion), Diabetes mellitus bei unter 50-Jährigen
- » Epilepsie
- » Rheumatische Herz-Erkrankungen, ischämische Herz-Erkrankungen (50 % der Todesfälle)
- » Hypertensive Erkrankungen (Bluthochdruck)
- » Nephritis (Nierenentzündung), Nephrose, gutartige Prostatavergrößerung (gutartige Prostatahyperplasie)
- » Alle Atemwegserkrankungen (exkl. Influenza und Lungenentzündung) der 1- bis 14-Jährigen
- » Ulkuskrankheit (Magengeschwür), Appendizitis (Blinddarm-Entzündung), Abdominalhernie (Bauchwandbruch), Gallensteinleiden und Cholezystitis (Gallenblasenentzündung)
- » Tod zwischen der 29. Schwangerschaftswoche und dem 7. Lebenstag, Müttersterblichkeit, Perinatalsterblichkeit exklusive Totgeburten, angeborene Anomalien des Herz-Kreislauf-Systems
- » Missgeschicke an Patienten/Patientinnen während chirurgischer und medizinischer Behandlung



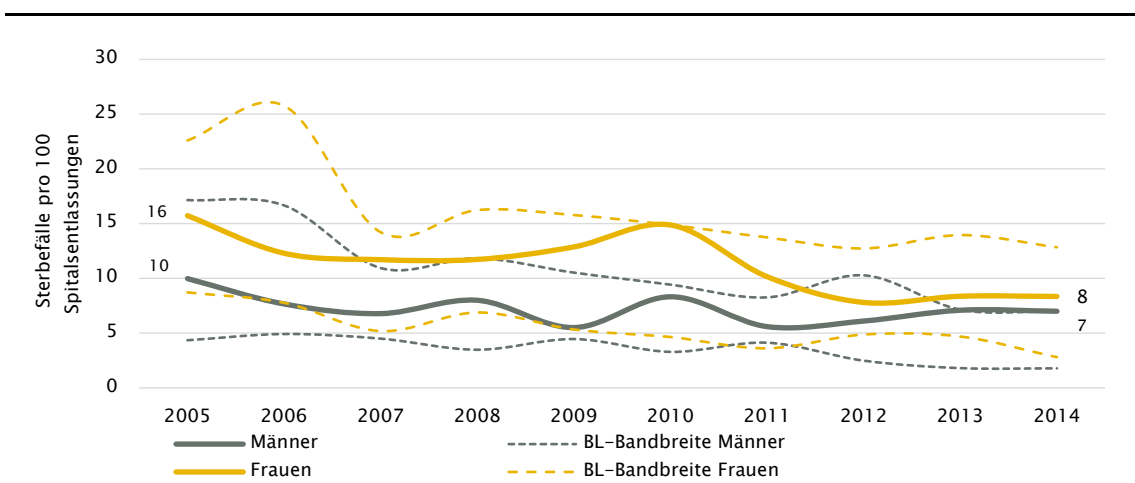
## 6.9.2 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt (AMI)

92 Menschen mit akutem Myokardinfarkt (Hauptdiagnose ICD-10 I21 und I22) sterben im Jahr 2014 innerhalb der ersten 30 Tage ihres Aufenthaltes in einem Kärntner Krankenhaus (55 Männer und 37 Frauen). Bezogen auf 100 Spitalsaufenthalte mit derselben Hauptdiagnose bedeutet dies eine AMI-Sterblichkeit von 7,5 Todesfällen pro 100 Spitalsaufenthalte. Trotz der absolut höheren Sterbezahl von Männern ist die AMI-Sterblichkeit von Frauen höher: 8,4 von 100 stationär behandelten Myokardinfarkten enden bei Frauen tödlich (BL-Bandbreite: 3-13), 7 bei Männern (BL-Bandbreite: 2-7).

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt ist – mit einigen Schwankungen – rückläufig. Sie konnte zwischen 2005 und 2014 bei Frauen von 16 auf 8 und bei Männern von 10 auf 7 Todesfälle pro 100 stationäre Aufenthalte reduziert werden. Der geschlechtsspezifische Unterschied ist somit geringer geworden (s. Abbildung 6.28).

Abbildung 6.28:

30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt in Kärntner Akut-Krankenanstalten nach Geschlecht, 2005-2014



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005-2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

### Definitionen und Daten

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem akuten Myokardinfarkt (AMI) misst (bei den ab 45-Jährigen) den Anteil der innerhalb von 30 Tagen in einer Akut-Krankenanstalt Verstorbenen pro 100 Spitalsaufenthalte mit derselben Diagnose (Hauptdiagnose I21 und I22). Sie ist ein Indikator für die Qualität der Akutversorgung.

Der Indikator basiert auf der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und berücksichtigt folglich keine Todesfälle vor oder nach der Hospitalisierung. Die 30-Tage-Sterblichkeit wird damit unterschätzt.

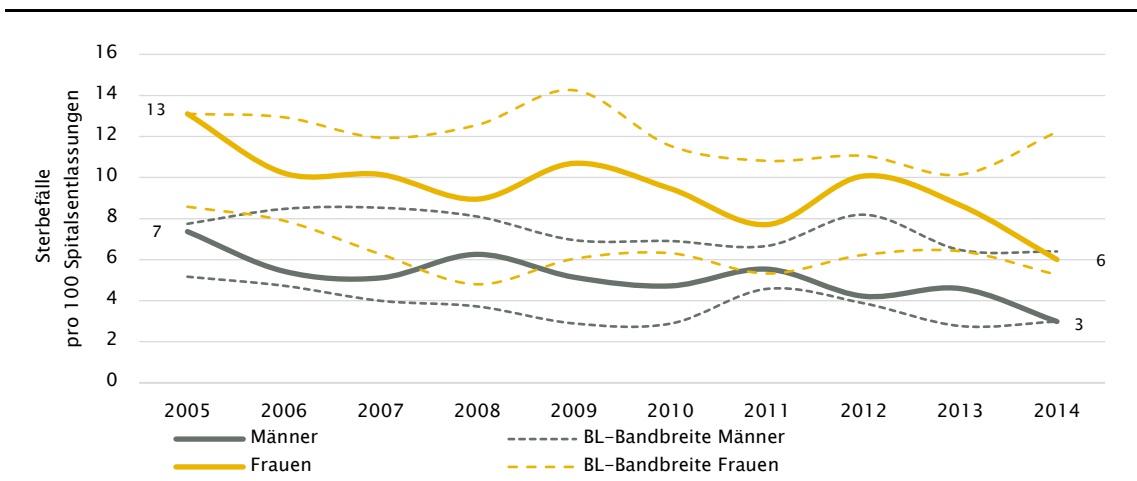
### 6.9.3 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall

77 Menschen sterben im Jahr 2014 innerhalb der ersten 30 Tage ihres Aufenthaltes in einem Kärntner Krankenhaus aufgrund eines Schlaganfalles (Hauptdiagnose ICD-10 I63 und I64). Zwei Drittel davon sind weiblich. Entsprechend groß ist der geschlechtsspezifische Unterschied: 6 von 100 Spitalsaufenthalten von Frauen mit Schlaganfall enden innerhalb der ersten 30 Tage im Krankenhaus tödlich (BL-Bandbreite: 5-12), bei Männern sind es mit drei Fällen nur halb so viele (BL-Bandbreite: 3-6).

Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall ist deutlich rückläufig, wenngleich es zwischendurch auch Steigerungen im Vergleich zum Vorjahr gab. Die 30-Tage-Sterblichkeit nach Schlaganfall ist zwischen 2005 und 2014 bei beiden Geschlechtern auf weniger als die Hälfte gesunken (s. Abbildung 6.29).

Abbildung 6.29:

30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall in Kärntner Akut-Krankenanstalten nach Geschlecht, 2005-2014



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005-2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

#### Definitionen und Daten

Die *30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall* misst (bei den ab 45-Jährigen) den Anteil der innerhalb von 30 Tagen in einer Akut-Krankenanstalt Verstorbenen pro 100 Spitalsaufenthalte mit derselben Diagnose (Hauptdiagnose I63 und I64). Sie ist ein Indikator für die Qualität der Akutversorgung.

Der Indikator basiert auf der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und berücksichtigt folglich keine Todesfälle vor oder nach der Hospitalisierung. Die 30-Tage-Sterblichkeit wird damit unterschätzt.

## 6.9.4 Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren

Als Qualitätsindikator der pharmazeutischen Versorgung gilt seit einigen Jahren die potenziell inadäquate Medikation bei Älteren (PIM). Der Indikator ist definiert als Anteil der ab 70-Jährigen, der in einem Kalenderjahr mindestens mit einem potenziell inadäquaten Medikament (Packung) versorgt wurde.

Eine potenziell inadäquate Medikation ist mit unerwünschten Ereignissen wie etwa Tod oder Hospitalisierungen assoziiert und verweist damit einerseits auf die Verschreibungsqualität im ambulanten Bereich, andererseits auf die Patientensicherheit (Mann et al. 2014).

Im Jahr 2012 haben in Kärnten 55 Prozent der ab 70-Jährigen mindestens eine potenziell inadäquate Medikation erhalten (BL-Bandbreite: 44-57 %). Weiterführende Aussagen sind derzeit nicht möglich.

### Definitionen und Daten

Die Definition *potenziell inadäquater Medikation* (PIM) fußt auf Vorarbeiten von Mann et al. (2012) und geht davon aus, dass eine Reihe von Medikamenten wegen ihrer pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Wirkungen für ältere Menschen ungeeignet sind bzw. zu unerwünschten Nebenwirkungen führen. Insgesamt fließen 73 Wirkstoffe in die Berechnung des PIM-Anteils ein (jeweils nur in orale Formen). Sobald eine Person ab 70 Jahren einen dieser Wirkstoffe erhalten hat (mindestens eine Packung), zählt sie zur PIM-Gruppe.

## 6.10 Spezifische Versorgungsaspekte

### 6.10.1 Schwangerschaft und Geburt

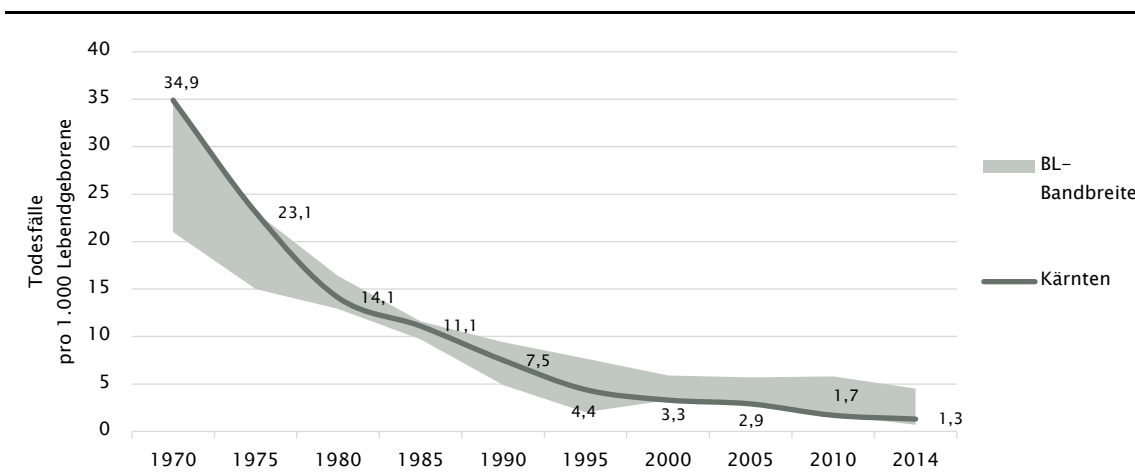
In Kärnten kommen im Jahr 2014 4.608 Kinder auf die Welt, im Durchschnitt der letzten zehn Jahre waren es 4.674 pro Jahr. Das entspricht einer Rate von 8,3 Lebendgeburten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 7,6-10,8).

#### Säuglingssterblichkeit und neonatale Sterblichkeit

In Kärnten sterben im Jahr 2014 sechs Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres. Das bedeutet eine Säuglingssterblichkeit von 1,3 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeborene (BL-Bandbreite: 0,7-4,5). Dies ist – abgesehen vom Jahr 2013 (0,9) – der historisch niedrigste Wert. Die Säuglingssterblichkeit liegt in Kärnten 2014 (und in den meisten Jahren davor) unter dem österreichischen Durchschnitt. Wie in Österreich insgesamt war auch in Kärnten die Säuglingssterblichkeit bis in die erste Hälfte der 1990er Jahre stark rückläufig und sinkt seither weiterhin geringfügig. Zu Beginn der 1970er Jahre lag Kärnten im Vergleich mit den anderen Bundesländern eher im oberen Feld, seit der Jahrtausendwende allerdings ist die Säuglingssterblichkeit in Kärnten niedriger als in allen anderen Bundesländern, nur in Vorarlberg war sie 2014 noch geringer (s. die Jahre 2000-2014 in Abbildung 6.30).

Bis Anfang der 1990er Jahre war in Kärnten zu beobachten, dass tendenziell mehr Buben als Mädchen im ersten Lebensjahr verstarben, seither sind keine geschlechtsspezifischen Unterschiede erkennbar (bei sehr geringen Fallzahlen), während in Österreich insgesamt weiterhin mehr Buben als Mädchen den ersten Geburtstag nicht erleben. (Statistik Austria 2015a)

Abbildung 6.30:  
Säuglingssterblichkeit in Kärnten im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1970-2014



Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 2014  
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Rund drei Viertel der Sterbefälle bei Säuglingen ereignen sich in den ersten vier Lebenswochen<sup>36</sup>. Diese Fälle werden als *neonatale Sterblichkeit* bezeichnet, die mit 0,9 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeburten (2014) in Kärnten ebenso wie die Säuglingssterblichkeit sehr gering ist (BL-Bandbreite: 0,5-3,7). Zumeist haben diese Todesfälle ihren Ursprung in der Perinatalperiode (ICD-10: P00-P96, mehr als die Hälfte) oder sind auf „Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien“ (ICD-10: Q00-Q99, rund ein Drittel) zurückzuführen.

### Unterschiede nach Bildung

Österreichweit ist die Säuglingssterblichkeit bei Müttern, die ihre formale Bildung mit einer Pflichtschule oder weniger abgeschlossen haben, höher als bei Müttern mit einem Matura- oder Hochschulabschluss (2014: 5,1 vs. 2,5 ‰). (Statistik Austria 2015a)

<sup>36</sup> Österreichweit in den Jahren 2013 und 2014

## Definitionen und Daten

Die *Säuglingssterblichkeit* gibt die Anzahl der im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder pro 1.000 Lebendgeborenen dieser Zeitspanne an. Der Großteil dieser Todesfälle ereignet sich in den ersten Lebenstagen als Folge von Frühgeburt und/oder Fehlbildungen. Zur Präzisierung gibt es deshalb auch den Indikator *neonatale Sterblichkeit*. Diese misst die Anzahl der in den ersten 28 Tagen verstorbenen Kinder pro 1.000 Lebendgeborenen dieser Zeitspanne. Datenquelle für die Säuglingssterblichkeit ist die Statistik des Bevölkerungsstandes.

## Frühgeburten und geringes Geburtsgewicht

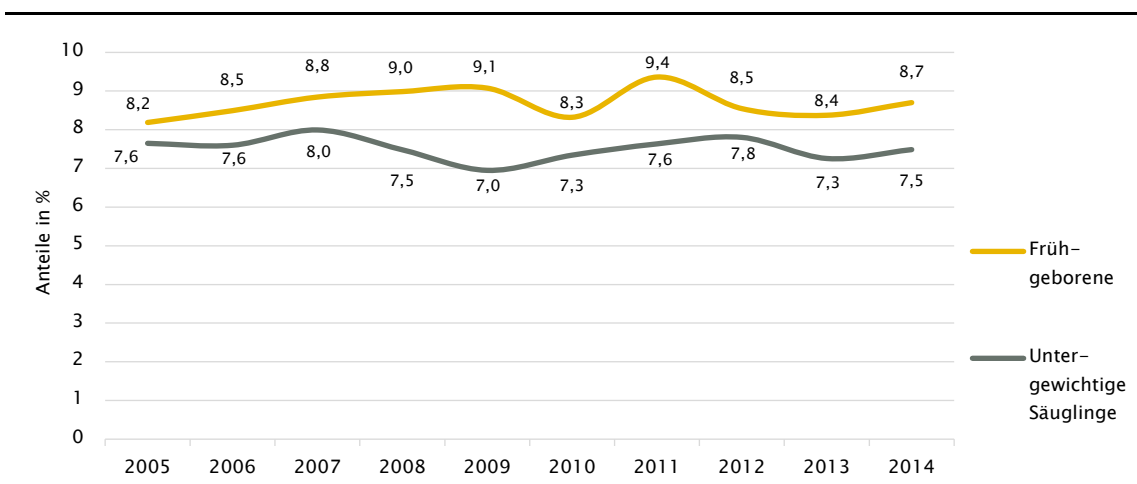
Von insgesamt etwa 4.600 Neugeborenen im Jahr 2014 kommen in Kärnten rund 400 Kinder zu früh auf die Welt. Das entspricht einer Frühgeborenenrate von 8,7 Prozent. Im Jahr 2014 (wie auch 2011) liegt Kärnten im Bundesländervergleich an der Spitze (BL-Bandbreite: 7,2-8,7 %). Der Großteil davon sind eher spätere Frühgeburten, nur 1,4 Prozent oder 66 Kinder kommen im Jahr 2014 in Kärnten vor Vollendung der 32. Schwangerschaftswoche auf die Welt. (Statistik Austria 2015a)

In Österreich ist die Frühgeburtenrate seit mehreren Jahrzehnten weitgehend konstant. Während der letzten 30 Jahre (1984-2014) schwankte der Wert zwischen 7,8 und 8,9 Prozent. Auch in Kärnten ist kein eindeutiger Trend erkennbar (s. Abbildung 6.31).

Der Anteil der Kinder, die mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2.500 Gramm auf die Welt kommen, liegt etwas unter der Frühgeborenenrate. Auch hier ist kein Trend ersichtlich. Im Jahr 2014 kommen in Kärnten 7,5 Prozent der Säuglinge mit einem Gewicht von weniger als 2.500 Gramm auf die Welt (BL-Bandbreite: 5,8-7,5).

Abbildung 6.31:

Frühgeborenenrate und geringes Geburtsgewicht in Kärnten, 2005-2014



Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 2014  
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Trotz des offensichtlichen Zusammenhanges zwischen Frühgeburt und Geburtsgewicht besteht nicht zwangsläufig eine Kausalität. Etwa 40 Prozent der Frühgeburten sind nicht untergewichtig und knapp 30 Prozent der Untergewichtigen sind keine Frühgeburt (österreichweite Auswertung aus dem Jahr 2011, Klimont 2012).

## Definitionen und Daten

Als *Frühgeburt* gilt jede Schwangerschaft, die vor Vollendung der 36. Schwangerschaftswoche beendet wird. Die Frühgeborenenrate berechnet sich aus dem Anteil der Frühgeborenen an allen Lebendgeborenen. Säuglinge mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2.500 Gramm gelten als Low-birth-weight-Säuglinge, unabhängig von der Schwangerschaftsdauer. Datenquelle für die Frühgeborenenrate ist die Statistik des Bevölkerungsstandes.

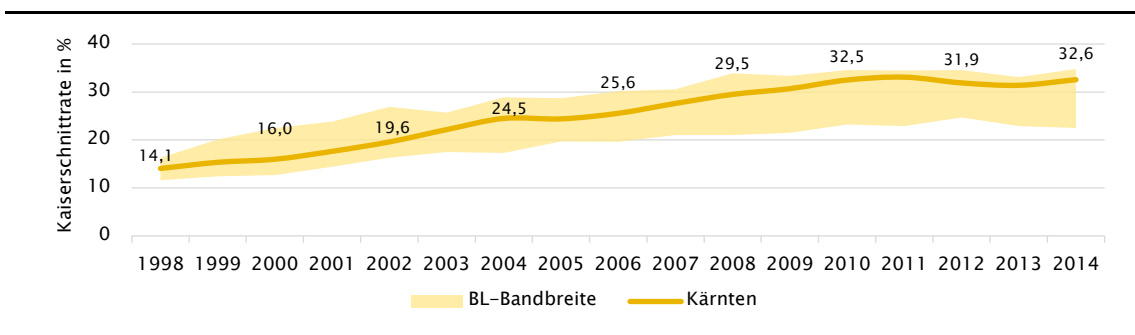
## Kaiserschnitttrate

Die Art der Entbindung hat sich in Kärnten wie auch in Österreich insgesamt in den letzten 15 Jahren deutlich verändert. Im Jahr 2014 kommt in Kärnten rund ein Drittel aller Kinder mittels Kaiserschnitt auf die Welt. Kurz vor der Jahrtausendwende waren es noch 14 Prozent. Seither ist die Rate weitgehend kontinuierlich gestiegen (s. Abbildung 6.32).

Seit 2007 liegt die Kaiserschnitttrate in Kärnten über dem Bundesdurchschnitt. Nicht nur die Kaiserschnitttrate, sondern auch die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind seit 1998 größer geworden. Im Jahr 2014 liegt die Bandbreite zwischen 22,5 und 34,8 Prozent.

Abbildung 6.32:

Kaiserschnitttrate in Kärnten im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1998–2014



Quelle: Statistik Austria, Jahrbücher der Gesundheitsstatistik 1998–2014  
Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

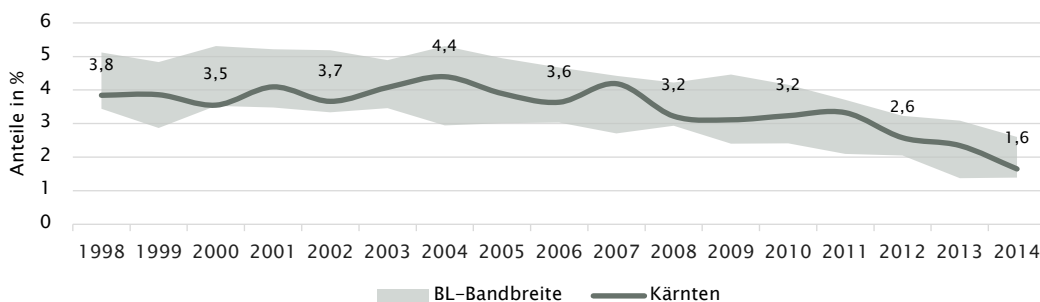
Die Art der Geburt wird in der Geburtenstatistik von Statistik Austria dokumentiert. Es wird derzeit nicht zwischen medizinisch indizierten und sog. „Wunsch“-Kaiserschnitten unterschieden.

## Teenager-Mütter

Mitte der 1970er Jahre zeichnete sich in Kärnten – langfristig gesehen – ein Höhepunkt bezüglich des Anteils von Teenager-Müttern ab: Bis zu 15 Prozent aller Geburten betrafen zu dieser Zeit unter 20-jährige Kärntnerinnen. Bis Mitte der 1990er Jahre ist diese Quote deutlich gesunken, um nach einigen Jahren der Stagnation (um die Jahrtausendwende herum) ab 2007 erneut zu sinken (s. Abbildung 6.33. Im Jahr 2014 waren 76 Mütter in Kärnten unter 20 Jahre alt (jünger als 15 Jahre war keine), was 1,6 Prozent aller Geburten entspricht.

Abbildung 6.33:

Teenager-Geburten in Kärnten im Vergleich mit der Bundesländer-Bandbreite, 1998-2014



Quelle: Statistik Austria, Jahrbücher der Gesundheitsstatistik 1998-2014  
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der Anteil der Geburten von Teenager-Müttern war im Jahr 2014 in Kärnten geringer als in den meisten anderen Bundesländern (BL-Bandbreite: 1,4-2,6 %). (Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, online-Tabelle)

Im Zeitraum von 1998-2014 zeigte sich am anderen Ende der Skala ein gegenläufiger Trend: Der Anteil von über 40-jährigen Müttern ist in Kärnten in diesem Zeitraum von 1,5 (1998) auf 4,0 Prozent (2014) gestiegen (BL-Bandbreite: 3,2-4,9). Damit ist das Niveau von Mitte der 1960er Jahre erreicht. Das Durchschnittsalter aller Kärntnerinnen bei der Geburt eines Kindes liegt im Jahr 2014 bei 30,4 Jahren (BL-Bandbreite: 30,2-31,0). (Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, online-Tabelle)

## Definitionen und Daten

Das Alter der Mutter bei der Geburt wird in der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung von Statistik Austria dokumentiert.

## 6.10.2 Psychiatrische, psychosomatische und psychosoziale Versorgung

### 6.10.2.1 Ambulantes Versorgungsangebot

#### Krankenanstalten mit psychiatrischen Ambulanzen

Psychiatrische Ambulanzen werden in Kärnten von den beiden Landeskrankenhäusern Villach und Klinikum Klagenfurt am Wörthersee angeboten. Das Psychiatrische Sonderkrankenhaus für Abhängigkeitserkrankungen der Diakonie de la Tour bietet Spezialambulanzen in Villach und Spittal an der Drau an.

Die Versorgung wird durch mehrere Berufsgruppen geleistet:

- » Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie
- » Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- » Psychotherapeutinnen/-therapeuten
- » Ärztinnen und Ärzte mit PSY-III-Diplom
- » Klinische Psychologinnen und Psychologen

#### Niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie

In Kärnten praktizieren im Jahr 2014 rund 30 Psychiater/innen. Das entspricht einer Ärztedichte von 6,1 Fachärztinnen/-ärzte (FÄ) pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 2,8-19,6). 35 Prozent davon haben einen Kassenvertrag (2,2 FÄ pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 1,3-3,0). 38 Prozent der praktizierenden FÄ für Psychiatrie sind Frauen, 53 Prozent sind 55 Jahre oder älter, 15 Prozent bereits 65 Jahre oder älter.

Im Vergleich zum Jahr 2005 ist die Ärztedichte von 4,8 auf 6,1 FÄ pro 100.000 EW gestiegen (+27 %).

Die VR Kärnten-Ost ist mit FÄ für Psychiatrie deutlich besser versorgt als Kärnten-West: Im Jahr 2014 stehen in Kärnten-Ost 7,1 und in Kärnten-West 4,5 FÄ pro 100.000 EW zur Verfügung.

#### Niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie

In Kärnten praktizieren im Jahr 2014 rund 20 FÄ mit einer Ausbildung im Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) bzw. mit einem Zusatzfach Kinder- und Jugendneuropsychiatrie<sup>37</sup>. Das entspricht einer Ärztedichte von 3,2 FÄ pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 0,3-3,2). Ein Drittel davon hat einen Kassenvertrag (1,3 FÄ pro

---

37

In Österreich wurde das Fach „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ im Jahr 2007 als eigenständiges Sonderfach etabliert. Davor konnte es als Zusatzausbildung zu den Sonderfächern Pädiatrie, Psychiatrie oder Neurologie erworben werden (Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, KJNP).



100.000 EW; BL-Bandbreite: 0,1-1,3). Die Hälfte der praktizierenden FÄ sind Frauen. Ebenfalls die Hälfte sind 55 Jahre oder älter, 22 Prozent bereits 65 Jahre oder älter.

Seit 2005 ist die Ärztedichte von 2,0 auf 3,2 FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie pro 100.000 EW gestiegen (+73 %).

Nicht nur in der allgemeinen Psychiatrie, sondern auch bei den FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht ein Versorgungsgefälle zwischen Kärnten-Ost und Kärnten-West mit einer Ärztedichte von 4,2 vs. 1,8 FÄ pro 100.000 EW.

### Berufsberechtigte Psychotherapeutinnen/-therapeuten

Mit Stand 31. 12. 2014 sind in Kärnten insgesamt 406 Personen zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt. Das entspricht einer Dichte von 7,3 Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten pro 10.000 EW (BL-Bandbreite: 4,8-19,2 Therapeutinnen/Therapeuten pro 10.000 EW). Der Anteil der berufsberechtigten Frauen liegt bei 72 Prozent. Das Durchschnittsalter der Psychotherapeutinnen ist mit rund 55 Jahren etwas niedriger als das ihrer männlichen Kollegen mit 57 Jahren. 96 Prozent der berufsberechtigten Personen sind österreichische Staatsbürger/innen.

Seit 1991 stieg die Zahl der zur selbstständigen Ausübung berechtigten Psychotherapeutinnen und -therapeuten um ein Vielfaches (s. Tabelle 6.12). Das psychotherapeutische Angebot konzentriert sich auf Klagenfurt und Villach sowie deren Umland. In einigen ländlichen Regionen ist von einer Unterversorgung auszugehen.

Tabelle 6.12:

Psychotherapeutinnen und -therapeuten nach Kärntner Bezirken, 1991, 2001, 2013 und 2014

Bezirke	Kärnten							
	1991		2001		2013		2014	
	absolut	pro 10.000 EW	absolut	pro 10.000 EW	absolut	pro 10.000 EW	absolut	pro 10.000 EW
Klagenfurt-Stadt	20	2,24	148	16,42	210	22,00	214	22,14
Villach-Stadt	1	0,18	31	5,39	57	9,56	62	10,33
Hermagor	0	0,00	6	3,04	6	3,22	6	3,24
Klagenfurt-Land	2	0,38	21	3,72	23	3,94	29	4,96
St. Veit/Glan	0	0,00	9	1,53	12	2,16	17	3,07
Spittal/Drau	1	0,12	13	1,59	22	2,84	23	2,99
Villach-Land	3	0,48	16	2,47	22	3,42	25	3,89
Völkermarkt	0	0,00	5	1,15	9	2,14	12	2,85
Wolfsberg	0	0,00	5	0,88	8	1,49	7	1,31
Feldkirchen	0	0,00	3	0,99	10	3,31	11	3,66
<b>Kärnten</b>	<b>27</b>	<b>0,49</b>	<b>257</b>	<b>4,59</b>	<b>379</b>	<b>6,82</b>	<b>406</b>	<b>7,30</b>

EW = Einwohner/innen; Stichtage: jeweils 31. 12.

Quelle: BMGF – PsychotherapeutInnenliste 1991, 2001, 2013, 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom

In Kärnten praktizieren im Jahre 2015 rund 70 Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom. Das entspricht einer Ärztedichte von 13,3 pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 4,5-21,7). Ein Drittel dieser Ärztinnen/Ärzte hat einen Kassenvertrag (4,5 pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 1,0-4,8). 51 Prozent der praktizierenden Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom sind Frauen. 65 Prozent sind 55 Jahre oder älter, 22 Prozent bereits 65 Jahre oder älter.

Im Vergleich zum Jahr 2012 ist die Ärztedichte von 11,9 auf 13,3 PSY-III-Diplom-Ärztinnen/-Ärzte pro 100.000 EW gestiegen (+12 %).

Auch die Versorgung mit PSY-III-Diplom-Ärztinnen/-Ärzten ist in Kärnten-Ost dichter als in Kärnten-West (14,5 vs. 11,8 Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 EW).

## Klinische Psychologinnen/Psychologen

Mit Stand 31. 12. 2014 sind in Kärnten insgesamt 707 Personen in die Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen eingetragen. Dies entspricht einer Dichte von 12,7 Klinischen Psychologinnen/Psychologen pro 10.000 EW (s. Tabelle 6.13; BL-Bandbreite: 5,7-16,5 pro 10.000 EW). Der Anteil der berufsberechtigten Frauen liegt bei 82 Prozent. Das Durchschnittsalter der Klinischen Psychologinnen ist mit 42 Jahren niedriger als das ihrer männlichen Kollegen mit 49 Jahren.

Seit 1991 stieg die Anzahl der zur Ausübung berechtigten Personen in Kärnten um ein Vielfaches. Das klinisch psychologische Angebot konzentriert sich auf die städtischen Gebiete und hier wiederum vor allem auf die größeren Städte und deren Umland.

Tabelle 6.13:

Klinische Psychologinnen und Psychologen nach Kärntner Bezirken, 1991, 2001, 2013 und 2014

Bezirke	1991		2001		2013		2014	
	absolut	pro 10.000 EW	absolut	pro 10.000 EW	absolut	pro 10.000 EW	absolut	pro 10.000 EW
Klagenfurt-Stadt	7	0,78	102	11,32	305	31,95	322	33,32
Villach-Stadt	1	0,18	27	4,70	101	16,93	105	17,50
Hermagor	0	0,00	5	2,53	15	8,06	14	7,55
Klagenfurt-Land	1	0,19	14	2,48	57	9,75	68	11,64
St. Veit/Glan	0	0,00	9	1,53	31	5,58	41	7,40
Spittal/Drau	0	0,00	10	1,22	37	4,78	44	5,72
Villach-Land	1	0,16	5	0,77	42	6,53	44	6,85
Völkermarkt	1	0,23	1	0,23	17	4,03	14	3,33
Wolfsberg	0	0,00	7	1,24	36	6,70	37	6,92
Feldkirchen	0	0,00	2	0,66	17	5,63	18	5,98
<b>Kärnten</b>	<b>11</b>	<b>0,20</b>	<b>182</b>	<b>3,25</b>	<b>658</b>	<b>11,85</b>	<b>707</b>	<b>12,72</b>

EW = Einwohner/innen; Stichtage: jeweils 31. 12.

Quelle: BMGF – Liste der klinischen Psychologinnen und Psychologen  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

*FÄ für Psychiatrie und FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie:* Datenquellen sind die Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK.

*Psychotherapeutinnen/-therapeuten:* Seit Anfang 1991 regelt das Psychotherapiegesetz (PthG, BGBl Nr. 361/1990) die Berufsausübung der Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Nach Abschluss der Ausbildung werden die Absolventinnen und Absolventen in die vom BMGF geführte PsychotherapeutInnenliste eingetragen. Die eingetragenen Personen sind verpflichtet, jede Änderung ihrer Daten gemäß § 18 Abs 1 PthG binnen eines Monats an das BMGF zu melden. Diese Liste erfasst die Anzahl der berufsberechtigten Personen, nicht jedoch die Kapazitäten der angebotenen Leistungen. Sie schließt außerdem Personen ein, die ihren Beruf nicht ausüben: Unterschiedliche Erhebungen zeigen, dass 10-20 Prozent der eingetragenen Personen temporär oder längerfristig ihren Beruf nicht ausüben (Sagerschnig 2015). Datenanalyse: Bei Angabe von mehreren Berufssitzen erfolgte die regionale Zuteilung nach der erstgenannten Berufsadresse (Stichtage: jeweils 31.12.).

*Ärztinnen/Ärzte mit PSY-III-Diplom:* Mit der Erlangung des ÖÄK-Diploms für psychotherapeutische Medizin (PSY-III-Diplom) erhalten Ärztinnen/Ärzte die Berechtigung, selbständig und eigenverantwortlich psychotherapeutische Medizin anzuwenden. Datenquellen sind die Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK.

*Klinischen Psychologinnen/Psychologen:* Seit Anfang 1991 regelt das Psychologengesetz (BGBl Nr. 360/1990) die Berufsausübung der Klinischen Psychologinnen/Psychologen. Im Jahr 2013 wurde das neue Psychologengesetz 2013 (BGBl Nr. 182/2013) beschlossen, das BGBl Nr. 360/1990 trat mit 30. 6. 2014 außer Kraft. Nach Abschluss der Ausbildung werden die Absolventinnen und Absolventen in die vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) geführte Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen eingetragen. Die eingetragenen Personen sind verpflichtet, jede Änderung ihrer Daten gemäß § 31 Abs 1 Psychologengesetz binnen eines Monats an das BMGF zu melden (Sagerschnig 2015). Diese Liste erfasst die Anzahl der berufsberechtigten Personen, nicht jedoch die Kapazitäten der angebotenen Leistungen. Datenanalyse: Bei Angabe von mehreren Berufssitzen erfolgte die regionale Zuteilung nach der erstgenannten Berufsadresse (Stichtage: jeweils 31.12.).

### 6.10.2 Inanspruchnahme der ambulanten Versorgungsangebote

Laut Österreichischer Gesundheitsbefragung 2014 haben 6 Prozent der Kärntnerinnen und Kärntner (BL-Bandbreite: 5-8 %) – das sind rund 29.500 Personen – in den letzten 12 Monaten entweder eine/n Psychologin/Psychologen, eine/n Psychotherapeutin/Psychotherapeuten und/oder eine/n Psychiaterin/Psychiater in Anspruch genommen; Frauen, insbesondere in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen, häufiger als Männer (11 vs. 4 %).

Während von den 15- bis 29-Jährigen und bei den 30- bis 59-Jährigen etwa 7 Prozent derartige Angebote in Anspruch nehmen, sind es von den ab 60-Jährigen nur 3 Prozent. Ein regionaler Unterschied nach Versorgungsregionen zeigt sich nicht.

## Definitionen und Daten

Die Inanspruchnahme von Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und/oder Psychiatern/innen in den letzten 12 Monaten wird auf Basis des ATHIS 2014 berichtet. Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

### 6.10.2.3 Psychosoziale Dienste

In Spittal/Drau und Wolfsberg gibt es das Modell des Sozialpsychiatrischen Zentrums (SPZ) mit Case Management-Funktion, einem Krisenhaus und einem „homecare“-Angebot, das insbesondere chronisch und psychisch schwer erkrankten Menschen zugutekommt. Insgesamt übernehmen in Kärnten 27 Beratungsstellen psychosoziale Betreuungsleistungen, die im Jahr 2013 von 5.624 Klientinnen und Klienten in Anspruch genommen wurden. Mit einbezogen sind hierbei auch die 6 Einrichtungen der HPE (Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter), die Sprechstunden für Angehörige psychisch Erkrankter anbieten.

In Klagenfurt und Villach existieren Stützpunkte für psychiatrische Not- und Krisendienste unter der Trägerschaft der KABEG, die landesweit operieren. Zusätzlich stehen zwei Krisenhäuser in Wolfsberg und Spittal/Drau sowie zwei Kriseninterventionszentren für Kinder und Jugendliche in Klagenfurt und Spittal/Drau zur Verfügung. Zur Inanspruchnahme des Not- und Krisendienstes der KABEG liegen keine Daten vor.

Inklusive der Zentren für psychosoziale Rehabilitation stehen in Kärnten 43 Einrichtungen mit 986 Wohnplätzen zur Verfügung (hauptsächlich für Erwachsene), in denen im Jahr 2013 1.031 Personen betreut wurden. Für Kinder und Jugendliche stehen in Kärnten insgesamt 555 Wohnplätze (inklusive Einrichtungen der Kinder und Jugendhilfe) zur Verfügung. Mobile Wohnbetreuung wird ebenfalls in jeder Versorgungsregion angeboten. Insgesamt wurden im Jahr 2013 75 Personen durch dieses Angebot betreut.

In 9 Einrichtungen mit insgesamt 60 Plätzen stehen tagesstrukturierende Angebote zur Verfügung. Sie wurden 2013 von 366 Personen in Anspruch genommen. Im Bereich Arbeit bieten 7 Einrichtungen Eingliederungshilfe sowie 4 Einrichtungen zeitlich unbegrenzte Arbeitsunterstützung an. 82 Personen konnte im Jahr 2013 mobile Arbeitsunterstützung gewährt werden.

In Kärnten stehen 9 Selbsthilfegruppen und 5 Angehörigengruppen zur Verfügung. Laienhilfe ist überwiegend in der Region Kärnten-Ost vorhanden, in beiden Versorgungsregionen wurden 96 Personen durch Laienhelferinnen und -helfer betreut.

## Definitionen und Daten

Die Daten zu den psychosozialen Diensten stammen aus der letzten Aktualisierung der Bestandsaufnahme der außerstationären psychiatrischen Versorgung für das Jahr 2013, die von GÖG/ÖBIG im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur durchgeführt wurde. In dieser Erhebung wurden die Organisationen Arbeitsvereinigung der Sozialhilfe Kärntens, Caritas, pro mente Kärnten sowie pro mente kinder, jugend, familie, die Neue Arbeit Gemeinnütziges Beschäftigungsmodell GmbH, die AutArK Soziale Dienstleistungs-GmbH, die HPE und der Dachverband der Selbsthilfeorganisationen einbezogen. Mit Ausnahme der Caritas liegen von allen genannten Trägern Rückmeldungen vor. Aufgrund der fehlenden Rückmeldung ist die Datenbasis jedoch unvollständig und kann nur mit Einschränkungen interpretiert werden (Kern et al. 2014). In der Erhebung wurden nachstehende Dienste berücksichtigt:

- » *Psychosoziale Beratung*: Einrichtungen zur ambulanten und mobilen psychosozialen Beratung/Betreuung/Behandlung (Psychosoziale Dienste, Psychosoziale Zentren, Psychosoziale Beratungsstellen, Sozialpsychiatrische Ambulatorien exklusive Einrichtungen zur Suchtberatung und -prävention)
- » *Psychosoziale Not- und Krisendienste*: Anlaufstellen für ambulante Krisenintervention und Krisenbegleitung (auch Krisenbetten, Krisenzimmer)
- » *Wohneinrichtungen* mit unterschiedlicher Betreuungsintensität (Langzeitwohnheime, Übergangswohnheime, betreute Wohngemeinschaften, Familienpflege, selbständiges Wohnen mit Beratungsangebot, Plätze für psychisch Kranke in speziellen Pflegeheimen, exklusive Plätze in allgemeinen Alten- und Pflegeheimen)
- » *Mobile Wohnbetreuung*: sozialpsychiatrische Lebensfeldbetreuung (keine mobile ärztliche Betreuung, keine mobilen PSB-Leistungen)
- » *Tagesstruktur*: Tagesstrukturierende Einrichtungen, Tagesstätten, Beschäftigungsinitiativen
- » *Eingliederungshilfen*: Arbeitstrainingszentren, sozioökonomische Beschäftigungsprojekte für psychisch beeinträchtigte Personen; zeitlich begrenzt
- » *Arbeitsunterstützung*: Arbeitsplätze und Beschäftigungswerkstätten für psychisch beeinträchtigte Personen, zeitlich unbegrenzt
- » *Mobile Arbeitsunterstützung*: Arbeitsassistenten, Jobcoaching, Mentoring, Arbeitsbegleitung etc.
- » *Selbsthilfegruppen*
- » *Angehörigengruppen*
- » *Laienhilfe*: Ehrenamt, Laienhelfer, Bürgerhilfe

## 6.10.2.4 Akut- und teilstationäres Versorgungsangebot

### Allgemeinpsychiatrie

Der Kärntner Bevölkerung stehen – in Villach und Klagenfurt – zwei psychiatrische Abteilungen zur Verfügung.

Laut Kostenstellenstatistik 2014 werden in Kärnten insgesamt 214 Betten für die allgemeine psychiatrische Versorgung vorgehalten, darunter 17 tagesklinische Plätze. Das entspricht einer Bettenmessziffer (BMZ) von 0,38 tatsächlichen Psychiatrie-Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0,18-0,55 tatsächliche Betten pro 1.000 EW) und liegt innerhalb des im ÖSG 2012 (BGA 2012) definierten Soll-Bereich (0,34 bis 0,57 Betten pro 1.000 EW).

### **Spezielles Versorgungsangebot für Personen mit Abhängigkeitserkrankungen**

In Kärnten werden in der Sonderkrankenanstalt de la Tour 56 Betten für die längerfristige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Suchtdiagnose bereitgestellt (2014). Das entspricht einer Bettendichte von 0,10 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0-0,23) und liegt somit unterhalb des Planungsrichtwertes von 0,16 Betten pro 1.000 EW.

### **Kinder- und Jugendpsychiatrie**

In Kärnten gibt es eine Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Klinikum Klagenfurt am Wörthersee mit 35 Betten, darunter 9 tagesklinische Plätze (2014). Dies entspricht einer landesweiten BMZ von 0,06 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0-0,06 tatsächliche Betten pro 1.000 EW) und liegt somit unter der Untergrenze des BMZ-Soll-Intervalls von 0,08-0,13 Betten pro 1.000 EW.

### **Psychosomatik**

Die Abteilungen für Psychosomatik (PSO) werden in Kärnten drei unterschiedlichen Fachbereichen zugeordnet: Es gibt PSO-Abteilungen der Psychiatrie, der Inneren Medizin und der Kinderheilkunde.

Insgesamt stehen an drei Standorten (Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Landeskrankenhaus Villach, Krankenhaus Waiern) 42 Betten für die PSO-Versorgung von Erwachsenen zur Verfügung. Das entspricht einer BMZ von 0,076 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0-0,103 tatsächliche Betten pro 1.000 EW) und liegt somit innerhalb der ÖSG-Planungsrichtwerte (0,05 bis 0,08 Betten pro 1.000 EW).

Für die PSO-Versorgung von Kindern und Jugendlichen gibt es in Kärnten einen Standort mit 12 Betten (Landeskrankenhaus Villach). Das entspricht einer BMZ von 0,022 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW (BL-Bandbreite: 0-0,036 tatsächliche Betten pro 1.000 EW) und liegt somit knapp innerhalb des ÖSG-BMZ-Intervalls (0,02-0,03 tatsächliche Betten pro EW).

## **6.10.2.5 Inanspruchnahme der akut- und teilstationären Versorgungsangebote**

### **Patientinnen und Patienten an psychiatrischen und psychosomatischen Abteilungen in Kärnten**

In Kärnten werden im Jahre 2014 etwa 4.300 Personen (mit rund 6.500 Aufenthalten) an akut- und teilstationären psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausabteilungen behandelt. Auf eine Person entfallen im Durchschnitt 1,5 Aufenthalte (exkl. NTA). Die durchschnittliche Belagsdauer beträgt (exkl. NTA) 18 Tage. 88 Prozent der Aufenthalte finden auf psychiatrischen Abteilungen, 12 Prozent der Aufenthalte auf psychosomatischen Abteilungen statt (s. Tabelle 6.14).

Tabelle 6.14:

Inanspruchnahme der psychiatrischen und psychosomatischen akut- und teilstationären Versorgungsangebote in Kärnten nach behandelnden Abteilungen, 2014

Art der Abteilung	Anzahl Patientinnen/Patienten	Anzahl Aufenthalte	Durchschnittliche Belagsdauer in Tagen	Wiederaufnahmerate
Psychiatrische Abteilung	3.724	5.761	18	1,5
Psychosomatische Abteilung	696	749	20	1,1
<b>Gesamt</b>	<b>4.336</b>	<b>6.510</b>	<b>18</b>	<b>1,5</b>

alle Angaben exklusive Null-Tage-Aufenthalte

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

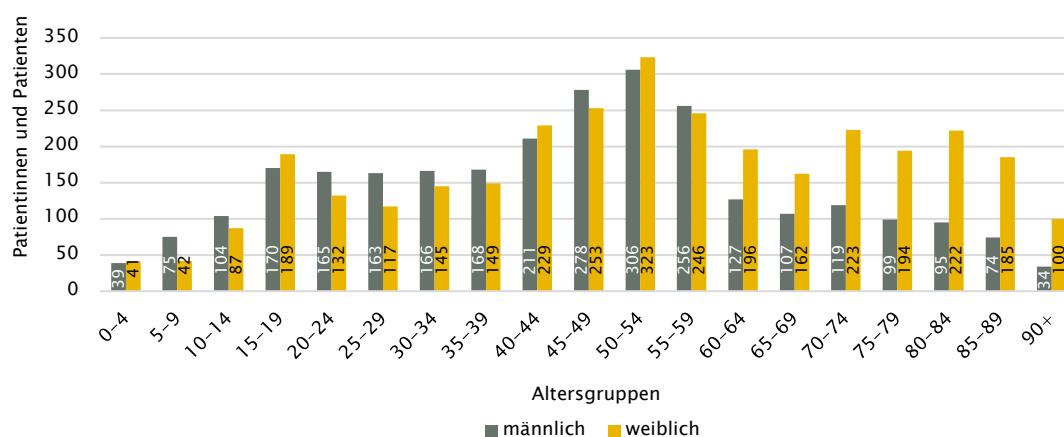
### Kärntner/innen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose an akut- und teilstationären Abteilungen in Österreich

Im Jahr 2014 werden insgesamt rund 5.900 Kärntner Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (ICD-10: F00-F99) in einer österreichischen Krankenanstalt (akut- und teilstationär) behandelt. Das entspricht einer altersstandardisierten Rate (Europa-Bevölkerung 2013) von 1.023 pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 543-1.025 pro 100.000 EW). Seit 2005 hat sich die Anzahl dieser Patientinnen und Patienten zwar um 1,5 Prozent erhöht, die standardisierte Rate hat sich jedoch um 1,4 Prozent verringert.

54 Prozent dieser Personen sind Mädchen und Frauen. Die Altersverteilung zeigt eine erste Häufigkeitsspitze in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen mit einem höheren Anteil an jungen Frauen (absolut und pro 100.000, s. Abbildung 6.34 und Abbildung 6.35).

Abbildung 6.34:

Kärntner/innen mit akut- und teilstationären Aufenthalten aufgrund einer psychiatrischen Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht, absolut, 2014

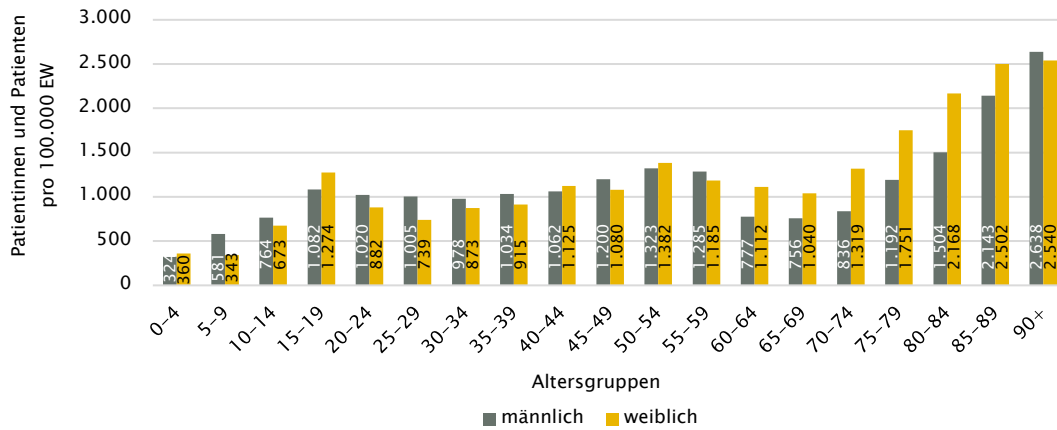


exklusive Null-Tage-Aufenthalte; nur Hauptdiagnosen

Quelle: BMGF-Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 6.35:

Kärntner/innen mit akut- und teilstationären Aufenthalten aufgrund einer psychiatrischen Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht, altersstandardisierte Rate, 2014



exklusive Null-Tage-Aufenthalte; nur Hauptdiagnosen  
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMGF-Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

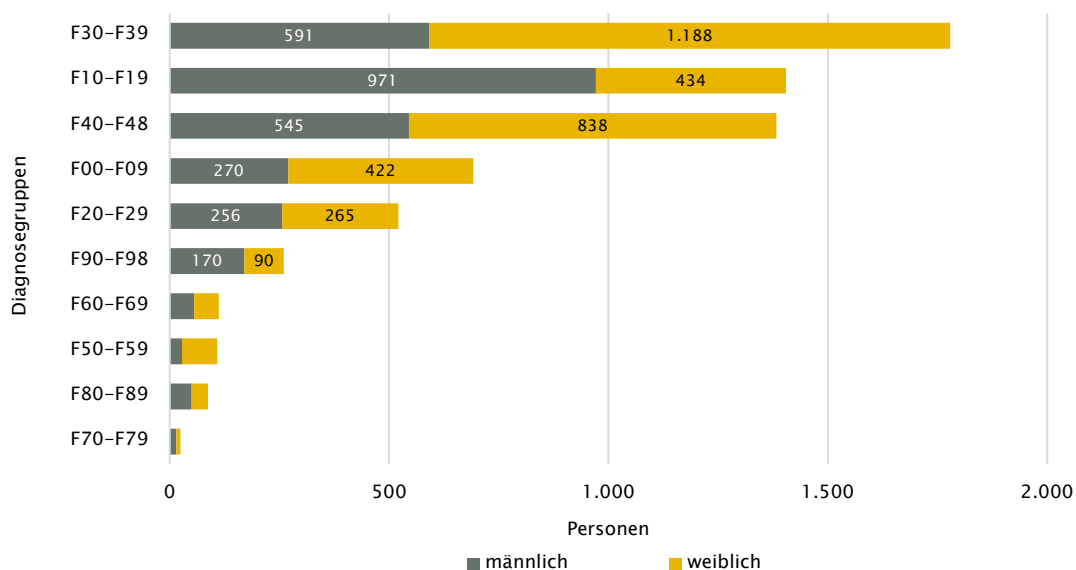
In der Altersgruppe 20 bis 39 Jahre überwiegen die Männer, ab dem 60. Lebensjahr wieder die Frauen. Gemessen an der absoluten Patientenzahl ist die anteilig größte Gruppe die der 40- bis 59-Jährigen, gemessen an der Rate pro 100.000 allerdings ist der Anteil der ab 75-Jährigen am höchsten. 42 Prozent der Personen ab 75 sind wegen einer demenziellen Erkrankung in stationärer Behandlung.

Die **häufigsten psychiatrischen Hauptdiagnosen** dieser (teil-)stationären Patientinnen und Patienten sind affektive Störungen (ICD-10: F30-F39), gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F10-F19) und von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD-10: F40-F48; s. Abbildung 6.36). Bei Kärntnerinnen stehen mit 35 Prozent die affektiven Störungen an erster Stelle, bei Kärntnern mit 33 Prozent die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.



Abbildung 6.36:

Kärntnerinnen und Kärntner mit stationärem Aufenthalt mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Diagnosegruppen und Geschlecht, 2014



exklusive Null-Tage-Aufenthalte; nur Hauptdiagnosen bei Entlassung

Doppelzählungen bei mehreren Aufnahmen mit unterschiedlichen Hauptdiagnosen im gleichen Jahr sind möglich.

F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen, F30-F39 Affektive Störungen, F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F70-F79 Intelligenzminderung, F80-F89 Entwicklungsstörungen, F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Quelle: BMGF-Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## Definitionen und Daten

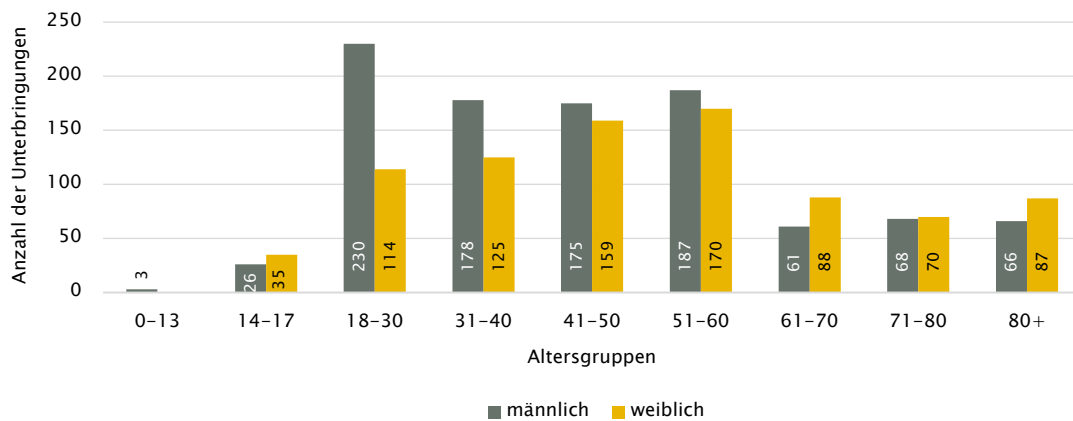
Datenbasis für die Inanspruchnahme von akut- und teilstationären Versorgungsangeboten ist die Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten, die jeden einzelnen Aufenthalt erfasst. Einschränkend ist anzumerken, dass ein Aufenthalt erst nach der Entlassung dokumentiert wird, alle Informationen beziehen sich daher auf den Wissensstand zum Zeitpunkt der Entlassung. Patientenzahlen werden (da sie nicht direkt ermittelbar sind) auf Grundlage eines Algorithmus, der Personen mit der gleichen Wohnpostleitzahl, demselben Geschlecht und Geburtsdatum als ident behandelt. Unschärfen ergeben sich diesbezüglich durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnort (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch Wohnortswechsel (Überschätzung der Patientenzahl). Unter akutstationären Patientinnen/Patienten werden jene Personen gefasst, die innerhalb eines Kalenderjahres in einer Fondskrankenanstalt, einem Unfallkrankenhaus oder in einem Sanatorium aufgenommen wurden. Personen mit Aufenthalten, die weniger als einen Tag dauerten, wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

## 6.10.2.6 Unterbringungen ohne Verlangen nach Unterbringungsgesetz (UbG)

Im Jahr 2014 finden 1.729 Unterbringungen ohne Verlangen nach UbG an psychiatrischen Abteilungen in Kärnten statt. Das entspricht einer rohen Rate von 311 Unterbringungen pro 100.000 EW (BL-Bandbreite<sup>38</sup>: 150-395 pro 100.000 EW). Im Vergleich zwischen den Geschlechtern ist ein leichtes Überwiegen der Unterbringungen bei Männern zu verzeichnen (54 % der Unterbringungen). Besonders deutlich ist der Überhang von Unterbringungen bei Männern in der Altersgruppe der 18- bis 30-Jährigen zu beobachten (67 vs. 37 %; s. Abbildung 6.37).

Abbildung 6.37:

Unterbringungen ohne Verlangen nach UbG nach Altersgruppen und Geschlecht, Kärnten 2014



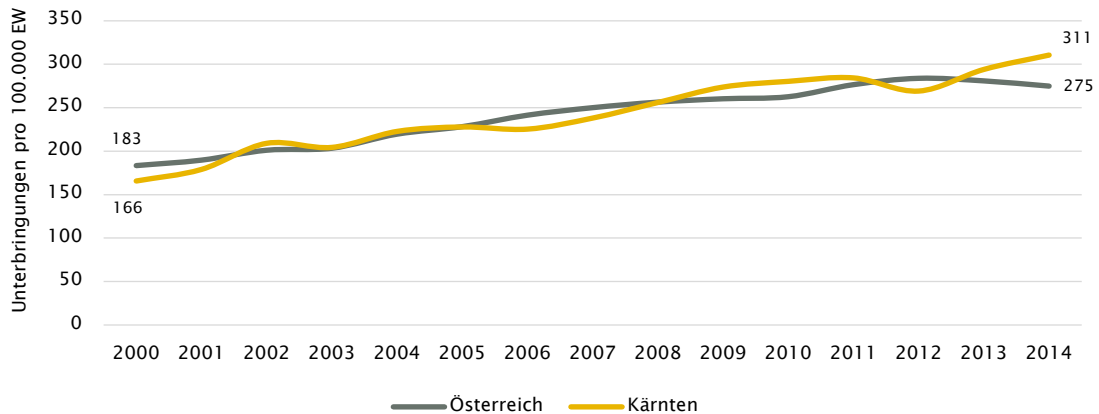
UbG = Unterbringungsgesetz

Quelle: VertretungsNetz-Patientenanzwaltschaft 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Unterbringungsrate in Kärnten hat sich seit dem Jahr 2000 fast verdoppelt (von 166 auf 311 Unterbringungen pro 100.000 EW) und liegt in seiner Entwicklung nahe am Bundestrend. Die größte Abweichung und ein gegenläufiger Trend wird in den letzten Jahren sichtbar, in denen es im Bundestrend zu einem leichten Rückgang, in Kärnten aber zu einer Zunahme der Unterbringungen kam (s. Abbildung 6.38). Seit 2009 kann man von einer Überschätzung der Unterbringungsrate in Kärnten ausgehen, da es im Rahmen von häufigen Überstellungen von Villach nach Klagenfurt zu Doppelzählungen kommt.

Abbildung 6.38:

Unterbringungsrate in Kärnten im Vergleich zu Österreich im Zeitverlauf\*, 2000-2015



Unterbringungen ohne Verlangen nach UbG

\* Doppelzählungen wegen häufiger Überstellungen von Villach nach Klagenfurt ab 2009 möglich

Quellen: Bundesrechenzentrum; Statistik Austria – Jahresdurchschnittsbevölkerung  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Unterbringungsrate ist ein Indikator, der einer Vielzahl von Einflussfaktoren unterliegt. Hier kommt es nicht nur im Vergleich zwischen den Bundesländern zu einer breiten Streuung (siehe oben), sondern auch zwischen den einzelnen Krankenhäusern und Krankenhaustypen. Mögliche Einflussfaktoren, die in den Expertengesprächen zur Unterbringung in den Jahren 2012 und 2013 diskutiert wurden (Ladurner et al. 2015), sind

- » unterschiedliche Patientengruppen (Diagnosespektrum),
- » regionale Gegebenheiten,
- » Versorgungsstrukturen (außerstationäre psychosoziale Versorgungsstrukturen, somatische Abteilungen und Pflegeheime),
- » Anwendungspraktiken des Heimaufenthaltsgesetzes,
- » strukturelle Rahmenbedingungen der unterbringenden Abteilung (Personalstand, Architektur, Größe der Abteilung sowie Auslastung und Bettenverfügbarkeit) und
- » unterschiedliche Unterbringungspraktiken.

### Definitionen und Daten

Das seit 1991 geltende Unterbringungsgesetz (UbG) regelt die unfreiwillige Aufnahme von Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen sowie die Anwendung von Zwangsmaßnahmen während der Unterbringung. Im Jahr 2010 wurde das Gesetz novelliert (UbG).

Die Daten der Bezirksgerichte zu Unterbringungen wurden vom Bundesrechenzentrum geliefert. Für die Bevölkerungsdaten wurde die Jahresdurchschnittsbevölkerung der Statistik Austria herangezogen.

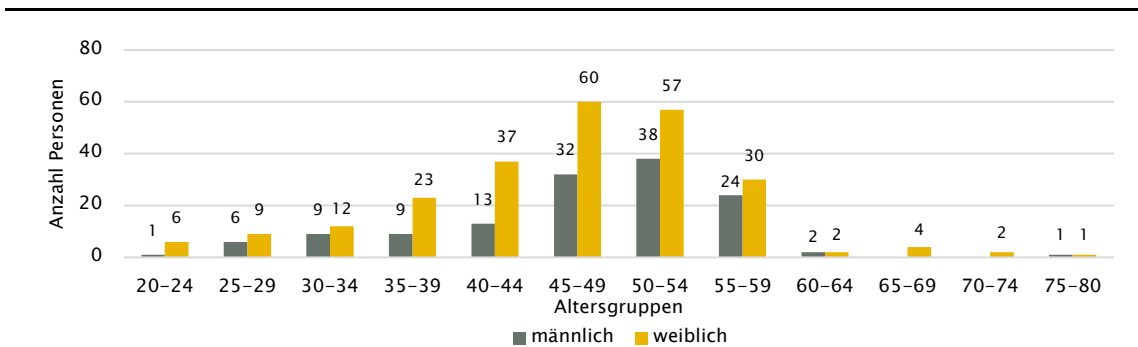
## 6.10.2.7 Stationäre psychiatrische Rehabilitation

In Kärnten gibt es einen Standort für stationäre psychiatrische Rehabilitation (Reha-Klinik für seelische Gesundheit Klagenfurt) mit 81 systemisierten Betten.

Im Jahr 2014 nehmen rund 380 Kärntnerinnen und Kärntner aufgrund psychiatrischer Diagnosen (ICD-10: F00-F99) stationäre Rehabilitationsangebote in Anspruch (quellbezogen). Das entspricht einer altersstandardisierten Rate (Europa-Bevölkerung 2013) von 62 Personen pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 19-112 Personen pro 100.000 EW). 64 Prozent der Personen sind Frauen. Die Altersverteilung zeigt eine Häufigkeitsspitze bei den 40- bis 59-Jährigen mit einem höheren Anteil an Frauen (Absolut- und Relativwerte, s. Abbildung 6.39 und Abbildung 6.40).

Abbildung 6.39:

Kärntner/innen mit stationärem Reha-Aufenthalt aufgrund psychiatrischer Diagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht, absolut, 2014

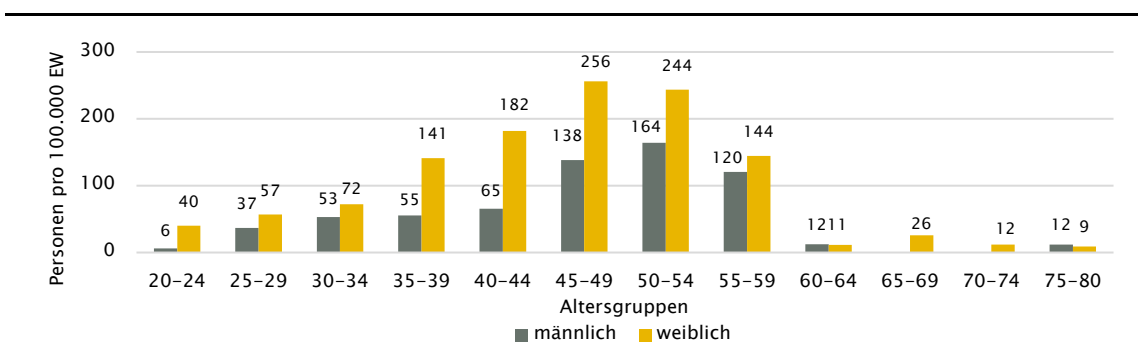


exklusive Null-Tage-Aufenthalte; nur Hauptdiagnosen

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 6.40:

Kärntner/innen mit stationärem Reha-Aufenthalt aufgrund psychiatrischer Diagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht, altersstandardisierte Rate, 2014



exklusive Null-Tage-Aufenthalte; nur Hauptdiagnosen  
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

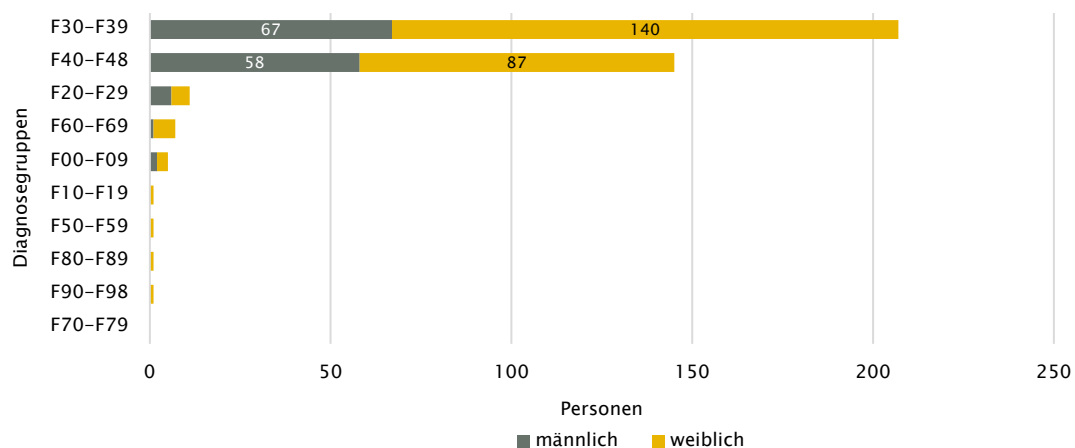
Die Anzahl der Kärntnerinnen und Kärntner, die mit einer psychiatrischen Diagnose (Hauptdiagnose F00-F99 nach ICD-10) in einer stationären Rehabilitationseinrichtung behandelt werden, liegt im Jahre 2014 im Vergleich zum Jahr 2005 um 349 Prozent höher. Die altersstandardisierte Rate zeigt unter Berücksichtigung der Änderungen der Bevölkerungsstruktur eine Steigerung um 320 Prozent.

### Hauptdiagnosen der Patientinnen und Patienten

Im Jahre 2014 sind die häufigsten psychiatrischen Hauptdiagnosen der Reha-Patientinnen und -Patienten aus der Gruppe der affektiven Störungen (F30-F39), gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48). Bei beiden Geschlechtern stehen die affektiven Störungen an erster Stelle (Frauen: 57%; Männer 50%; s. Abbildung 6.41).

Abbildung 6.41:

Kärntner Patientinnen und Patienten mit stationärem Reha-Aufenthalt aufgrund psychiatrischer Diagnosen nach Diagnosegruppen und Geschlecht, 2014



exklusive Null-Tage-Aufenthalte; nur Hauptdiagnosen bei Entlassung

Doppelzählungen bei mehreren Aufnahmen mit unterschiedlichen Hauptdiagnosen im gleichen Jahr sind möglich.

F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen, F30-F39 Affektive Störungen, F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F70-F79 Intelligenzminderung, F80-F89 Entwicklungsstörungen, F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

### Definitionen und Daten

Die Daten zu Patientinnen und Patienten stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten und werden der GÖG/ÖBIG vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) zur Verfügung gestellt. Die DLD umfasst unter anderem die Dokumentation jedes einzelnen Aufenthaltes. Einschränkung ist anzumerken, dass ein Aufenthalt erst nach der Entlassung dokumentiert wird, alle Informationen beziehen sich daher auf den Wissensstand zum Zeitpunkt der Entlassung. Patientenzahlen werden

(da sie nicht direkt ermittelbar sind) auf Grundlage eines Algorithmus, der Personen mit der gleichen Wohnpostleitzahl, demselben Geschlecht und Geburtsdatum als ident behandelt. Unschärfen ergeben sich diesbezüglich durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnort (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch Wohnortwechsel (Überschätzung der Patientenzahl). Die Auswertungen beziehen sich auf Rehabilitationszentren. Rehabilitationszentren, die nicht als bettenführende Krankenanstalten, sondern als „selbstständige Ambulatorien mit angeschlossenem Beherbergungsbetrieb“ geführt werden (Sonnenpark Neusiedlersee, Sonnenpark Bad Hall, Sonnenpark Lans), werden in der DLD nicht erfasst. Personen mit Aufenthalten, die weniger als einen Tag dauerten, wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

### 6.10.3 Versorgung von Menschen mit einem risikoreichen Opiatkonsum

Am 31. 12. 2014 befinden sich in Kärnten 701 Personen in Substitutionsbehandlung. Das entspricht einer rohen Rate von 191 Personen pro 100.000 Kärntner/innen im Alter von 15 bis 64 Jahren (BL-Bandbreite: 111-630). Insgesamt haben im Jahr 2014 786 Personen eine Substitutionsbehandlung erhalten. Das sind zwischen 45 und 69 Prozent aller Kärntner/innen mit einem risikoreichen Opiatkonsum. (Busch et al. 2015a; Busch et al. 2015b)

Im Rahmen der Substitutionsbehandlung stehen der Kärntner Bevölkerung 21 versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung (Stichtag 31. 12. 2014; eSuchtmittel). Die Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte beträgt ebenfalls 21 (LISA = Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte). Dabei ist zu bedenken, dass in Kärnten der weitaus überwiegende Teil der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in §15-Einrichtungen und nicht in Arztpraxen betreut wird. (Busch et al. 2015a)

In Kärnten gibt es mit Stand März 2016 10 §15-Einrichtungen, die für gesundheitsbezogene Maßnahmen (Beratung, Behandlung und Betreuung) bei Suchtmittelmissbrauch zur Verfügung stehen.

#### Definitionen und Daten

§15-Einrichtungen sind Einrichtungen, die gemäß § 15 Suchtmittelgesetz für gesundheitsbezogene Maßnahmen (Beratung, Behandlung und Betreuung) bei Suchtgiftmisbrauch zur Verfügung stehen.

Die Ergebnisse zum risikoreichen Opiatkonsum werden auf Basis folgender Quellen berichtet:

- » eSuchtmittel (eine vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) geführte personenbezogene Datenevidenz, zu deren Führung das BMGF aufgrund des Suchtmittelgesetzes verpflichtet ist)
- » Österreichischer Suchthilfekompass
- » LISA (Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte)

Für detailliertere Informationen zu den einzelnen Datenquellen siehe auch den Bericht zur Drogensituation 2015 (Weigl et al. 2015) sowie den Epidemiologiebericht Drogen (Busch et al. 2015a; Busch et al. 2015b).

## 7 Chancengerechtigkeit

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bezeichnet den Umstand, dass Menschen – unabhängig von individuellen und sozialen Merkmalen<sup>39</sup> – über gerechte Chancen verfügen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen (Richter/Hurrelmann 2009).

Empirische Beobachtungen zeigen, dass weder gesundheitliche Chancen noch gesundheitliche Risiken gerecht verteilt sind, sondern in einem systematischen Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren stehen. Die Auswirkungen sozialer Ungleichheit<sup>40</sup> werden häufig mit dem Begriff der „gesundheitlichen Ungleichheit“ bezeichnet (Mielck 2005; Richter/Hurrelmann 2009) und stellen mehr denn je eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar (Bauer et al. 2008; Marmot 2013; Richter/Hurrelmann 2009).

In der Fachliteratur wird zwischen **vertikal und horizontal verlaufenden Ungleichheiten** unterschieden. Vertikale Ungleichheiten sind (meist) durch Unterschiede in Einkommen, Bildung und Berufsstatus bedingt. Teils unabhängig davon sind „horizontale Ungleichheiten“, die durch Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Familiengröße, Wohnort/-region und dgl. entstehen (Hradil 2009).

Darüber hinaus zeigt sich, dass soziale Ungleichheiten (Benachteiligungen) nicht nur in einzelnen Lebensphasen, sondern über den gesamten Lebenslauf hinweg von gesundheitlicher Bedeutung sind (vgl. Beiträge in Richter/Hurrelmann 2009). Unterschiede, die sich im Kindes- und Jugendalter zeigen, finden demnach meist im Erwachsenenalter ihre Fortsetzung und entfalten oftmals über Generationen hinweg<sup>41</sup> ihre gesundheitserhaltende/-förderliche oder -schädigende Wirkung. (Dragano/Siegrist 2009; Marmot 2013)

Im Fachdiskurs werden **unterschiedliche Modelle zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit** angeboten (Mackenbach 2006; Mielck 2005).

Sämtliche Erklärungsmodelle gehen davon aus, dass Gesundheitsunterschiede (abseits biologischer Effekte) vorrangig sozioökonomisch beeinflusst sind (s. Abbildung 7.1) und durch Unterschiede

» hinsichtlich (körperlicher und) psychischer Anforderungen und Ressourcen,

---

39

Alter, Geschlecht, Nationalität, Hautfarbe, Religionszugehörigkeit, Sprache, Bildung, Einkommen, Vermögen, politische Orientierung, sexuelle Orientierung etc.

40

„Als soziale Ungleichheit werden gesellschaftliche Vor- und Nachteile von Menschen bezeichnet. Soziale Ungleichheiten bestehen in gesellschaftlich bedingten, relativ beständigen, asymmetrischen Verteilungen knapper, begehrter ‚Güter‘. Diese ‚Güter‘ können Ressourcen sein, das heißt Hilfsmittel autonomen Handelns wie etwa Bildungsabschlüsse oder Einkommen. Der Begriff ‚soziale Ungleichheit‘ kann sich aber auch auf andere (un)vorteilhafte Lebensbedingungen beziehen, wie z. B. auf belastende Arbeitsbedingungen, (un)gesunde Umweltbedingungen oder (un)günstige Wohnbedingungen.“ (Hradil 2009)

41

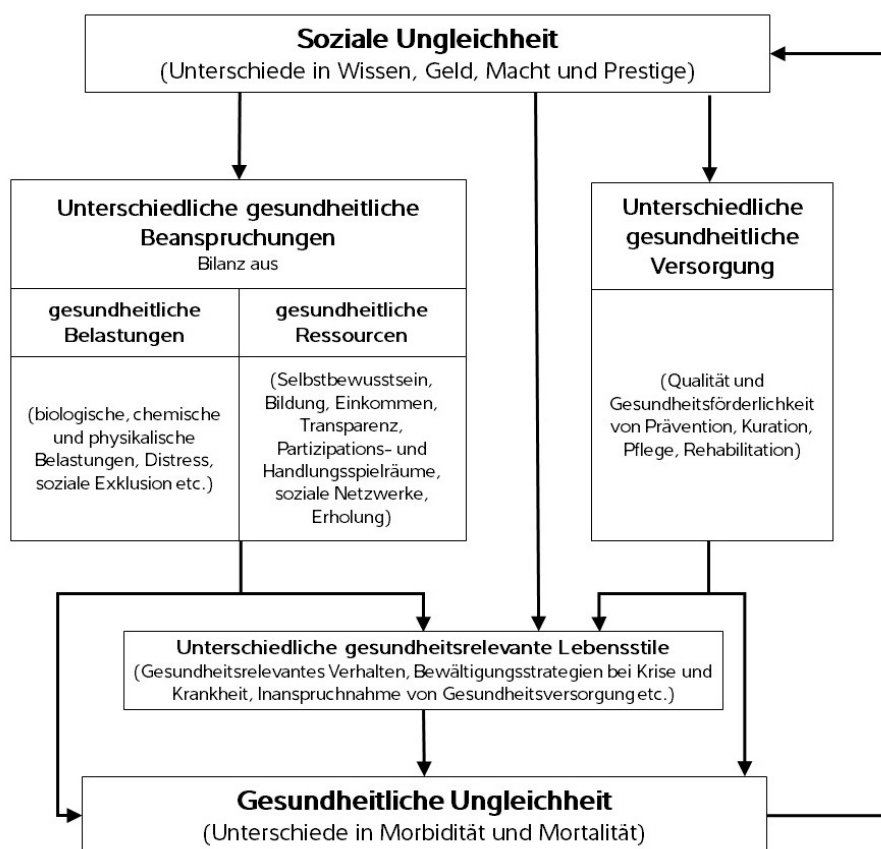
über Bildungschancen, den Erwerb von Kompetenzen, bestimmte Belastungs- und Ressourcenkonstellationen (Wohnverhältnisse, familiäres Klima etc.), über Möglichkeiten der sozialen Teilhabe, über gelernte bzw. sozialisierte Verhaltensweisen sowie über den Zugang zu gesundheitlichen Leistungen etc.

- » im Lebensstil (z. B. im Gesundheitsverhalten),
- » in materiellen und sozialen Lebensbedingungen (Verhältnissen),
- » in der Versorgung

sowie durch eine Verschränkung dieser Faktorenbündel bedingt sind.

Empirische Studien haben gezeigt, dass rund 40 bis 70 Prozent der beobachteten Gesundheitsunterschiede sozioökonomisch erklärt werden können. Alle wissenschaftlichen Befunde gehen davon aus, dass Gesundheit und Lebenserwartung positiv mit dem Sozialstatus korrelieren: Je höher der Sozialstatus, desto besser die Gesundheit und desto höher die Lebenserwartung (Hradil 2009; Mackenbach 2006; Mielck 2005; Richter/Hurrelmann 2009).

Abbildung 7.1:  
Soziale Ungleichheit und ihre gesundheitsrelevanten Wirkungswege



Quelle und Darstellung: Rosenbrock/Kümpers (2009, modifiziert nach Elkeles und Mielck 1993)

Im vorliegenden Bericht wurden alle Indikatoren – sofern es die Datenlage erlaubte – nach den Dimensionen Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (horizontale Ungleichheiten) sowie nach Bildung und Haushaltseinkommen (vertikale Ungleichheiten) betrachtet. Die wichtigste Datenquelle, die eine Verknüpfung



zwischen Gesundheit und gesundheitlichen Dimensionen einerseits und sozioökonomischen Verhältnissen andererseits erlaubt, ist die österreichische Gesundheitsbefragung. Die EU-SILC-Erhebung ist per se eine wichtige Datenquelle für Chancengerechtigkeit und erlaubt ebenfalls die Verknüpfung von Gesundheit und sozioökonomischen Dimensionen. Bei anderen wichtigen Datenquellen, etwa der Todesursachenstatistik, die die Basis für die Berechnung der Lebenserwartung darstellt, ist eine routinemäßige Verknüpfung mit sozioökonomischen Variablen nicht möglich. Fallweise gibt es dazu Sonderauswertungen/Publicationen von Statistik Austria (Klotz 2007; Klotz/Doblhammer 2008). Bei wiederum anderen Datenquellen (z. B. Krebsstatistik, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten) ist (derzeit) keine Verknüpfung mit sozioökonomischen Variablen möglich.

Die folgenden Abschnitte stellen entsprechend den drei Ringen des PHMF (s. Abschnitt 1.2) – Gesundheit, individuelle Determinanten und Verhältnisdeterminanten – zusammenfassend dar, wie es in Kärnten um die gesundheitliche Chancengerechtigkeit bestellt ist. Der Fokus liegt sowohl auf horizontalen wie auf vertikalen Chancengerechtigkeitsdimensionen.

## 7.1 Unterschiede nach Bildung, Haushaltseinkommen und Migrationshintergrund

### 7.1.1 Gesundheitliche Ebene

Die **Lebenserwartung** und die **Lebenserwartung in Gesundheit** sind stark bildungsabhängig. Je höher der formale Bildungsabschluss, desto höher ist auch die Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit: Im Jahr 2014 konnten in Österreich Männer der höchsten Bildungsstufe mit rund 16 und Frauen mit 13 Lebensjahren mehr in Gesundheit rechnen als gleichaltrige Personen der untersten Bildungsklasse<sup>42</sup>. Dementsprechend korreliert der **selbsteingeschätzte Gesundheitszustand** der Kärntner Bevölkerung (30 Jahre und älter) mit der Bildung: je höher die Bildung, desto besser die Gesundheit (max. Pflichtschulabschluss: 42 % bei sehr guter/guter Gesundheit; Matura oder höher: 87 % bei sehr guter/guter Gesundheit). Ebenfalls sichtbar werden Gesundheitsunterschiede zugunsten der oberen Einkommensschichten (90 % vs. 56 % bei der untersten Einkommensschicht) und zugunsten von Kärntnerinnen ohne Migrationshintergrund (ohne Migrationshintergrund: 79, mit Migrationshintergrund: 63 %).

Auch **chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme** weisen in der Kärntner Bevölkerung (30 Jahre und älter) einen deutlichen Bildungsbezug auf. Dies gilt für (geringe formale Bildung verglichen mit höherer formaler Bildung): Allergien (15 vs. 29 %), Arthrose (24 vs. 12 %), Rückenschmerzen (45 vs. 22 %), Nackenschmerzen (nur bei den 30- bis 59-Jährigen: 41 vs. 19 %), Asthma (11 vs. 3 %), Bronchitis/COPD (9 vs. 2 %), Diabetes (13 vs. 3 %), Bluthochdruck (39 vs. 12 %) und Depression (16 vs. 5 %). Mit Ausnahme der Allergien nehmen die genannten Erkrankungen mit steigender formaler Bildung ab. Des Weiteren lässt sich ein Zusammenhang chronischer Krankheiten/Gesundheitsprobleme mit dem Haushaltseinkommen feststellen: In der Altersgruppe der 30-

---

42

Dieser Zusammenhang wird auch für Kärnten vermutet.

bis 59-Jährigen sinkt die Prävalenz chronischer Krankheiten/Gesundheitsprobleme mit steigendem Haushaltseinkommen (unterstes Einkommensquintil jeweils verglichen mit dem obersten Einkommensquintil), insbesondere bei Gesundheitsproblemen, die den Bewegungsapparat betreffen (Arthrose: 21 vs. 7 %; Rückenschmerzen: 46 vs. 17 %; Nackenschmerzen: 38 vs. 15 %), aber auch bei Diabetes (7 vs. 2 %) und Depression (21 vs. 1 %). Kärntnerinnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) leiden häufiger an chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen als Kärntnerinnen ohne Migrationshintergrund: Rückenschmerzen (55 vs. 27 %), Nackenschmerzen (39 vs. 24 %), depressive Erkrankungen (27 vs. 6 %). Auch hinsichtlich **Karies** ist ein Zusammenhang mit sozioökonomischen Variablen (Bildung und Migrationshintergrund) belegt. Während bei 6-Jährigen mit bildungsfernen Eltern und/oder mit Migrationshintergrund die Nachteile noch nicht so stark ausgeprägt sind (sie sind etwa gleich häufig kariesfrei, haben jedoch durchschnittlich mehr geschädigte Zähne), zeigt sich bei den 12-Jährigen ein deutlicher Unterschied: 43 Prozent der 12-Jährigen mit Eltern ohne Matura sind kariesfrei, hingegen 69 Prozent der Kinder, deren Eltern einen Maturaabschluss haben. 12-Jährige von Eltern ohne Matura haben durchschnittlich 1,7 und 12-Jährige von Eltern mit Matura 1,2 geschädigte Zähne. Ähnliche Unterschiede in der Zahngesundheit zeigen sich auch zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund (1,7 vs. 1,3 geschädigte Zähne).

**Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag** sind in der Kärntner Bevölkerung mit niedrigem Bildungsabschluss (maximal Pflichtschule; 30 Jahre und älter) und mit sehr geringem Einkommen deutlich häufiger als in sozial besser gestellten Schichten (Bildung: 55 vs. 25 %; Einkommen: 50 vs. 26 %). Dieselbe Benachteiligung für bildungs- und einkommensschwache Bevölkerungsschichten zeigt sich auch in Bezug auf die **Lebensqualität** (mit Ausnahme des sozialen Wohlbefindens).

Tabelle 7.1:

Gesundheitliche Ebene : Unterschiede nach Bildung, Haushaltseinkommen und Migrationshintergrund

	Formale Bildung		Haushaltseinkommen*		Migrationshintergrund	
	gering	hoch	unterstes Quintil	oberstes Quintil	mit	ohne
Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	-	+	-	+	-	+
Allergien	+	-				
Rückenschmerzen, Nackenschmerzen, Arthrose	-	+	-	+	-	+
Asthma, Bronchitis/COPD	-	+				
Diabetes	-	+	-	+		
Depression	-	+	-	+	-	+
Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag	-	+	-	+		
Lebensqualität	-	+	-	+		

\* Nettohaushaltsäquivalenz-Einkommen; + positive Ausprägung; - negative Ausprägung

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 7.1.2 Individuelle Determinanten

**Übergewicht** und vor allem **Adipositas** sind in erster Linie ein Problem der Bevölkerung mit niedrigem Bildungsstand, geringem Haushaltseinkommen und mit Migrationshintergrund. Insbesondere bei den Kärntner Frauen (30 Jahre und älter) zeigt sich – bei Bildung und Einkommen – ein sehr deutlicher Zusammenhang. Frauen mit maximal Pflichtschul- oder Lehrabschluss bzw. aus der niedrigsten Einkommenskategorie sind mehr als doppelt so häufig übergewichtig oder adipös wie Frauen mit höherer Bildung bzw. aus der obersten Einkommenskategorie (jeweils 62 % vs. 26 bzw. 28 %).

Ein ähnlicher Befund zeigt sich in Bezug auf den **Bluthochdruck**, der in bildungsfernen und/oder einkommensschwachen Bevölkerungsschichten (30 Jahre und älter) deutlich häufiger vorkommt als bei Frauen und Männern, die zumindest mit Matura abgeschlossen und/oder ein hohes Einkommen haben (Bildung: 39 vs. 12 %; Einkommen: 34 vs. 13 %). Kärntnerinnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) leiden häufiger an Bluthochdruck als Kärntnerinnen ohne Migrationshintergrund (23 vs. 8 %).

Je höher der formale Bildungsabschluss, desto häufiger essen Kärntner/innen **täglich Obst und Gemüse**, zumindest in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen (41 % mit Matura oder höherem Abschluss; 30 % mit maximal Pflichtschulabschluss). Auch der Zusammenhang zwischen Obst-/Gemüsekonsum und Einkommen besteht nicht generell. Zwar ist bei Kärntner Männern ein klarer Einkommensgradient sichtbar (von 17 % bei den untersten bis 38 % bei den obersten Einkommensschichten), doch bei den Kärntner Frauen dürfte das Einkommen keine Determinante für den Obst- und Gemüsekonsum sein. Kärntner Männer ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) essen häufiger täglich Obst und Gemüse als Kärntner Männer mit Migrationshintergrund (29 vs. 21 %).

Kärntner/innen mit einem höheren Bildungsabschluss (zw. 30 und 59 Jahren) erfüllen häufiger die österreichischen Empfehlungen für eine **gesundheitswirksame Bewegung** als Kärntner/innen mit einem niedrigeren Bildungsgrad (26 vs. 11 %). Dies gilt auch für Kärntner Männer (15 Jahre und älter) ohne Migrationshintergrund versus mit Migrationshintergrund (24 vs. 12 %). Kein Unterschied in der **gesundheitswirksamen Bewegung** besteht hingegen in Bezug auf das Einkommen.

Menschen mit einem niedrigeren Schulabschluss (30 Jahre und älter) **rauchen** häufiger täglich (19 vs. 12 %) als Personen mit einem höheren Schulabschluss. Das trifft in besonderem Maße auf die Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen zu (48 vs. 14 %). Die 30- bis 59-jährigen Kärntner/innen mit einem niedrigen Bildungsabschluss sind zudem häufiger **Passivrauch** ausgesetzt (eine Stunde pro Tag oder mehr) als Kärntner/innen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (15 vs. 5 %). Selbiges gilt auch für 30- bis 59-jährige Kärntner/innen aus der untersten vs. der obersten Einkommensschicht (täglich Tabakkonsum: 38 vs. 17 %; mindestens eine Stunde Passivrauch pro Tag: 16 vs. 7 %). Kärntner/innen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) sind sowohl häufiger tägliche Raucher/innen (34 vs. 20 %) als auch Passiv-Raucher/innen (20 vs. 9 %).

Kärntner/innen (15 Jahre und älter) mit Migrationshintergrund trinken seltener täglich oder fast täglich **Alkohol** (4 vs. 6 %), dafür häufiger an 5 bis 6 Tagen pro Woche (5 vs. 1,4 %) als Kärntner/innen ohne Migrationshintergrund. Sowohl der Anteil an Personen mit einem problematischen Alkoholkonsum (8 vs. 3 %) als auch der Anteil an Abstinente(n) (20 vs. 14 %) ist bei Kärntner/innen mit Migrationshintergrund größer. Bei der 30- bis 59-jährigen Bevölkerung nimmt mit steigendem Einkommen auch der Konsum alkoholischer Getränke (an 5 oder mehr Tagen pro Woche) zu (von 2 auf 7 %). Bildungsunterschiede zeichnen sich nicht ab.

Tabelle 7.2:

Individuelle Determinanten: Unterschiede nach Bildung, Haushaltseinkommen und Migrationshintergrund

	Formale Bildung		Haushaltseinkommen*		Migrationshintergrund	
	gering	hoch	unterstes Quintil	oberstes Quintil	mit	ohne
Übergewicht und Adipositas	-	+	-	+	-	+
Bluthochdruck	-	+	-	+	-	+
Täglicher Obst- und Gemüsekonsum	-	+	-	+	-	+
Gesundheitswirksame Bewegung	-	+			-	+
Täglich Rauchen	-	+	-	+	-	+
Alkoholkonsum			+	-		

\* Nettohaushaltsäquivalenz-Einkommen; + positive Ausprägung; - negative Ausprägung

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

### 7.1.3 Verhältnisbezogene Determinanten

Die **Armutsgefährdung** ist für nicht-österreichische Staatsbürger/innen besonders hoch. Im Jahr 2015 sind in dieser Gruppe österreichweit 37 % von Armut gefährdet (Gesamtbevölkerung: 14 %). Neben anderen Bevölkerungsgruppen wie Ein-Eltern-Haushalten oder Mehrpersonenhaushalten mit drei oder mehr Kindern sind auch Menschen, die maximal einen Pflichtschulabschluss aufweisen, überdurchschnittlich von Armut betroffen (21 %).<sup>43</sup> Im Jahr 2014 lag zudem das **20/80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens** bei einem Wert von 4,1. Das bedeutet, dass in Kärnten das Haushaltseinkommen der reichsten 20 Prozent der Haushalte mehr als viermal so hoch ist wie das der ärmsten 20 Prozent.

Das **Bildungsniveau** der Kärntner Bevölkerung ist in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen, stagniert allerdings in den letzten Jahren. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die **Bildungsmobilität**. Sie ist in Österreich relativ gering. Zudem ist die Bildung der Frauen weitaus stärker als jene der Männer von der Bildung der Eltern beeinflusst. 60 Prozent der Frauen und 55 Prozent der Männer mit einem akademischen Elternteil erreichen ebenfalls einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss. 36 Prozent der Frauen und 21 Prozent der Männer mit Eltern mit maximal Pflichtschulabschluss bleiben auf dem Pflichtschulniveau.<sup>44</sup> 7,2 Prozent der 18- bis 24-jährigen Kärntner/innen haben im Jahr 2012 keinen weiterführenden Bildungsabschluss (also

43

Ähnliche Ergebnisse werden auch für Kärnten vermutet.

44

Ähnliches wird auch für Kärnten angenommen.

maximal einen Pflichtschulabschluss) und befinden sich nicht in Ausbildung (**frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/innen**).

Kärntner/innen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft sind – gemessen an der Arbeitslosenquote (ALQ) – häufiger von **Arbeitslosigkeit** betroffen als Kärntner/innen mit österreichischer Staatsbürgerschaft (15 vs. 10 %). Die Entwicklung der ALQ zeigt bei Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft einen geringeren Anstieg (von 2008 bis 2014 um 3,2 %) als bei Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft (um 4,9 %). Ein Zusammenhang mit der formalen Bildung zeigt sich sowohl bei der Arbeitslosigkeit insgesamt, als auch bei **arbeits-suchenden Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen**. In beiden Fällen sind arbeitssuchende Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als Personen mit einer weiterführenden Bildung. Darüber hinaus zeigt sich, dass 73 Prozent der erwerbstätigen Kärntner mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) versus 44 Prozent der erwerbstätigen Kärntner ohne Migrationshintergrund **trotz gesundheitlicher Einschränkungen zur Arbeit** gehen.

Weiters finden sich Korrelationen zwischen Bildungs- und Einkommensunterschieden und dem **Ausmaß sozialer Unterstützung**: Je höher die Bildung und das Einkommen, desto eher verfügen Kärntner/innen zw. 30 und 59 Jahren über ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung. Zwischen den niedrigsten und den höchsten Bildungs- bzw. Einkommensschichten bestehen Unterschiede von 20 bis 30 Prozentpunkten. Zudem erhalten Kärntnerinnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) deutlich seltener ein hohes Ausmaß an Unterstützung als Kärntnerinnen ohne Migrationshintergrund (41 vs. 57 %).

## 7.1.4 Gesundheitsversorgung

Ein Blick auf das Inanspruchnahmeverhalten von Vorsorgeuntersuchungen zeigt, dass mit steigendem Bildungsstand auch die empfohlene **Inanspruchnahme des Gebärmutterhalsabstrichs** zunimmt (von 72 auf 95 %). Allerdings sind es gleichzeitig Frauen mit höherer Bildung, bei denen der Anteil derer, die sich noch nie einem Gebärmutterhalsabstrich unterzogen haben, am höchsten ist. Bezogen auf das monatliche Haushaltseinkommen zeigt sich, dass Kärntnerinnen, deren Einkommen unter dem 1. Quintil liegt, deutlich seltener der empfohlenen Inanspruchnahme entsprechen als Frauen des höchsten Einkommensquintils (83 vs. 96 %). Kärntnerinnen mit Migrationshintergrund nehmen einen PAP-Abstrich (in der empfohlenen Regelmäßigkeit) seltener in Anspruch als Kärntnerinnen ohne Migrationshintergrund (78 vs. 91 %).

Bildungsunterschiede finden sich zudem in der **Inanspruchnahme der niedergelassenen ärztlichen Versorgung** (zugunsten der höheren Bildungsschicht/en): einerseits bei der ab 60-jährigen Bevölkerung in Bezug auf die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen (94 % vs. 80 % bei der untersten Bildungsschicht), andererseits bei der ab 30-jährigen Bevölkerung in Bezug auf die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen (79 vs. 43 %). Idente Zusammenhänge zeigen sich in Bezug auf das Haushaltseinkommen. Kärntner/innen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) gehen seltener zu Fachärztinnen/-ärzten und Zahnärztinnen/-ärzten als Kärntner/innen ohne Migrationshintergrund (68 bzw. 51 % vs. 78 bzw. 74 %).

**Ärztlich verschriebene Medikamente** werden von Kärntner/innen mit höherer Bildung (30 Jahre und älter; Matura oder höher) seltener eingenommen (46 %) als von Kärntner/innen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (54 %) bzw. von Kärntner/innen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (70 %). Umgekehrt werden **rezeptfreie**

**Medikamente** von Kärntner/innen mit höherer Bildung häufiger eingenommen (50 %) als von Kärntner/innen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (39 %). Darüber hinaus zeigt sich ein schwacher Einkommensgradient (von 63 % im untersten Einkommensquintil bis zu 41 % im obersten Einkommensquintil).

Unterschiede in der **Inanspruchnahme akutstationärer Leistungen** finden sich – in Bezug auf Bildung und Einkommen (laut ATHIS 2014) – nur bei der 30- bis 59-jährigen Bevölkerung. Kärntner/innen mit maximal einem Pflichtschulabschluss wurden in den letzten 12 Monaten häufiger in einer Akut-Krankenanstalt versorgt als Kärntner/innen mit einem Lehr- bzw. BMS-Abschluss oder einer höheren Ausbildung (31 % vs. 14 bzw. 9 %). In dieser Altersgruppe zeigt sich zudem ein negativer Zusammenhang mit dem Einkommen (je geringer das Haushaltseinkommen, desto ausgeprägter die Inanspruchnahme).

Tabelle 7.3:

Gesundheitsversorgung: Unterschiede nach Bildung, Haushaltseinkommen und Migrationshintergrund

	Formale Bildung		Haushaltseinkommen*		Migrationshintergrund	
	gering	hoch	unterstes Quintil	oberstes Quintil	mit	ohne
Inanspruchnahme Gebärmutterhalsabstrich	-	+	-	+	-	+
Inanspruchnahme niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte	-	+	-	+	-	+
Medikamenteneinnahme (ärztlich verschrieben)	-	+	-	+		
Akutstationäre Aufenthalte	-	+	-	+		

\* Nettohaushaltsäquivalenz-Einkommen; + positive Ausprägung; - negative Ausprägung

Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 7.2 Geschlechts- und Genderunterschiede

### 7.2.1 Gesundheitliche Ebene

Mit durchschnittlich 84 Lebensjahren weisen **Kärntner Frauen** eine um rund 5 Jahre längere Lebenserwartung auf als Kärntner Männer. Sie verbringen jedoch deutlich mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit (17,5 vs. 12,3 Jahre). Dementsprechend korreliert der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand mit dem Geschlecht: Frauen ab 15 Jahren schätzen ihre Gesundheit seltener sehr gut oder gut ein als Männer (73 vs. 81 %). Am größten ist dieser Geschlechtsunterschied bei der ab 60-jährigen Kärntner Bevölkerung (53 vs. 65 %).

Kärntnerinnen sind häufiger von chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen betroffen als Kärntner. Das gilt für chronische Krankheiten/Beschwerden des Bewegungsapparats (Rückenschmerzen: 31 vs. 25 %; Nackenschmerzen: 27 vs. 14 %; Arthrose: 17 vs. 7 %), Depression (9 vs. 3 %; insbesondere bei den ab 30-Jährigen) und Krebserkrankungen (bei den unter 60-Jährigen). Ab 75-jährige Kärntnerinnen werden auch häufiger aufgrund peritrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens akutstationär behandelt (1.763 vs. 950

Aufenthalte pro 100.000 EW). Die Mehrheit dieser Brüche ist sturzbedingt. Kärntnerinnen sind darüber hinaus häufiger aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt (36 vs. 28 %). Dieser Unterschied betrifft vor allem die ab 60-jährige Bevölkerung<sup>45</sup> (Sehprobleme: 19 vs. 10 %; Hörprobleme: 14 vs. 6 %; Geheinschränkungen: 20 vs. 7 %; Probleme beim Treppensteigen: 23 vs. 10 %, Probleme bei Basisaktivitäten der Körperpflege und Eigenversorgung: 19 vs. 10 %, Probleme bei Aktivitäten der Haushaltsführung: 35 vs. 15 %). Kärntner Frauen sind auch häufiger und länger aufgrund psychischer Erkrankungen im Krankenstand (2014: 2.686 vs. 1.790 Fälle bzw. 38 vs. 33 Tage). Kärntnerinnen zwischen 15 und 29 Jahren sowie ab 60 beurteilen ihre Lebensqualität schlechter als gleichaltrige Kärntner. Unter 70-jährige Kärntnerinnen versterben zudem häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen als unter 70-jährige Kärntner.

**Kärntner Männer** erleiden hingegen häufiger einen Myokardinfarkt (360 vs. 160 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW; altersstandardisiert), einen ischämischen Schlaganfall (400 vs. 270 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW; altersstandardisiert), erkranken ab 60 Jahren häufiger an Krebs und sind – im Alter von 30 bis 59 Jahren – häufiger verletzt (10 vs. 5 %; insbesondere durch Straßenverkehrs- und Freizeitunfälle). Ferner weisen die Kärntner Männer eine etwa doppelt so hohe vorzeitige Sterblichkeit auf wie die Frauen (356 vs. 186 Todesfälle pro 100.000 EW unter 70; altersstandardisiert), insbesondere aufgrund von Verletzungen (14 vs. 7 %). Die Kärntner begehen – im Vergleich zu den Kärntnerinnen – auch häufiger Suizid. Rund drei Viertel aller Kärntner Suizide werden von Männern begangen.

## 7.2.2 Individuelle Determinanten

**Kärntner** zwischen 15 und 59 Jahren sind häufiger übergewichtig und adipös als Kärntner/innen im gleichen Alter (44-61 % vs. 24-36 %), 30- bis 59-jährige Kärntner sind häufiger von Bluthochdruck betroffen als gleichaltrige Kärntnerinnen (18 vs. 12 %). Sie essen seltener täglich Obst und Gemüse (28 vs. 47 %), rauchen häufiger täglich (24 vs. 19 %; 20 oder mehr Zigaretten am Tag: 17 vs. 5 %), sind häufiger Passivrauch ausgesetzt (15- bis 59-jährige Kärntner: 17-20 %; 15-59-jährige Kärntnerinnen: 12-14 %) und pflegen einen regelmäßigeren und riskanteren Alkoholkonsum (fast täglicher Alkoholkonsum: 10 vs. 2 %; riskanter Alkoholkonsum: 7 vs. 1 %).

**Kärntnerinnen** erfüllen hingegen seltener als Männer die österreichischen Empfehlungen einer gesundheitswirksamen Bewegung (22 vs. 33 %).

## 7.2.3 Verhältnisbezogene Determinanten

Österreichische Ergebnisse zur Armutsgefährdung lassen vermuten, dass auch in Kärnten **Frauen** häufiger als Männer von Armut bedroht/betroffen sind.

Nach wie vor gibt es einen wesentlichen Unterschied im Bildungsniveau: Frauen beenden zwar etwas häufiger ihre Bildungslaufbahn mit einem akademischen Titel (15 vs. 12 %), kommen jedoch auch häufiger nicht über

---

45

Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass die weibliche Bevölkerung ab 60 Jahren im Durchschnitt älter ist als die männliche.

einen Pflichtschulabschluss hinaus (18 vs. 10 %). Ein österreichweiter Vergleich nach Geschlecht zeigt, dass die Bildung der Frauen stärker als jene der Männer von der Bildung der Eltern beeinflusst wird. 60 Prozent der Frauen und 55 Prozent der Männer mit einem akademischen Elternteil erreichen ebenfalls einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss. 36 Prozent der Frauen und 21 Prozent der Männer von Eltern mit maximal Pflichtschulabschluss bleiben auf dem Pflichtschulniveau. Ähnliche Zusammenhänge werden auch für Kärnten vermutet.

Im Vergleich zu den Kärntner Männern gehen Kärntner Frauen seltener einer Erwerbstätigkeit nach (65 vs. 73 %). Sind sie jedoch berufstätig, befinden sie sich häufiger in atypischen Beschäftigungsverhältnissen: 80 Prozent dieser atypischen Beschäftigungsverhältnisse betreffen Frauen. Darüber hinaus gehen Kärntnerinnen häufiger trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit (57 vs. 47 %).

Kärntner **Männer** sind hingegen häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen (11,5 vs. 9,9 %), sind häufiger körperlichen Arbeitsbelastungen ausgesetzt (77 vs. 67 %) und verunfallen häufiger bei der Arbeit (3.700 vs. 1.200 pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter). Kärntner Männer leisten zudem häufiger Überstunden und Mehrstunden (23 vs. 12 %).

## 7.2.4 Gesundheitsversorgung

**Kärntner Männer** (zwischen 15 und 59 Jahren) gehen seltener zum Hausarzt / zur Hausärztin (15-29: 74 vs. 83 %; 30-59: 68 vs. 79 %) und seltener zu niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzten als Kärntner Frauen (exkl. Zahnärztinnen/-ärzte; 65 vs. 88 %). Im Alter von 15 bis 29 Jahren nehmen sie – im ambulanten Bereich – häufiger physiotherapeutische Leistungen in Anspruch (13 vs. 4 %). Im akutstationären Bereich werden Kärntner Männer häufiger aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen (2.800 vs. 2.100 Patienten bzw. Patientinnen pro 100.000 EW; altersstandardisiert), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (3.100 vs. 2.500), Atemwegserkrankungen (1.800 vs. 1.300), Krankheiten des Verdauungssystems (2.800 vs. 2.400) und Krankheiten des Nervensystems (1.400 vs. 1.100) versorgt als Kärntner Frauen. An den psychiatrischen Patientinnen und Patienten haben unter 60-jährige Kärntner einen besonders großen Anteil. Am häufigsten werden sie aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen, bedingt durch psychotrope Substanzen, behandelt. Eine Unterbringung ohne Verlangen findet bei 18- bis 60-jährigen Kärntnern häufiger statt als bei gleichaltrigen Kärntnerinnen. Ferner geht die männliche Bevölkerung häufiger aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems, Krankheiten der Atmungsorgane und aufgrund von Zuständen nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen auf Rehabilitation. Sie weisen auch eine höhere vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit auf (78 vs. 57 Todesfälle pro 100.000 EW; altersstandardisiert).

**Kärntner Frauen** nehmen häufiger ärztlich verschriebene (bei den 30- bis 59-Jährigen: 50 vs. 32 %) sowie rezeptfreie Medikamente ein (bei den ab 30-Jährigen; 41-46 % vs. 23-33 %), unterziehen sich seltener einer Vorsorgeuntersuchung zum Erkennen von Darmkrebs (bei den ab 50-Jährigen: 45 vs. 56 % innerhalb der letzten 5 Jahre) und werden häufiger (allerdings nur in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen) ambulant von Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen behandelt (24 vs. 14 %). Ebenso nehmen Kärntnerinnen häufiger niedergelassene Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten und/oder Psychiaterinnen/Psychiater in Anspruch (insbesondere die 30- bis 59-jährigen Frauen; 11 vs. 4 %).



Die weibliche Bevölkerung wird zudem häufiger akutstationär aufgenommen und verstirbt häufiger innerhalb von 30-Tagen nach einer akutstationären Aufnahme an einem Myokardinfarkt (8,4 vs. 7 Todesfälle pro 100 Spitalsaufenthalte dieser Diagnose; altersstandardisiert) oder Schlaganfall (6 vs. 3 Todesfälle pro 100 Aufenthalte). Im akutstationären Bereich werden Kärntnerinnen häufiger aufgrund von Krankheiten des Urogenitalsystems (1.800 vs. 1.100), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (2.900 vs. 2.400) und Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (1.200 vs. 1.100) behandelt. An den psychiatrischen Patientinnen und Patienten haben ab 60-jährige Kärntnerinnen einen auffallend großen Anteil. Am häufigsten werden sie aufgrund affektiver Störungen behandelt. Eine Unterbringung ohne Verlangen findet bei den 14- bis 17-Jährigen und bei den über 60-jährigen Kärntnerinnen häufiger statt als bei gleichaltrigen Kärntnern.

Kärntnerinnen nehmen ferner häufiger stationäre Reha-Angebote in Anspruch. Häufiger als Männer erhalten sie eine Rehabilitation aufgrund von Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates, eine onkologische Reha, eine Lymphologie-Reha und eine psychiatrische Reha (letztere häufiger im Alter von 30 bis 59 Jahren; mehrheitlich aufgrund affektiver Störungen). Darüber hinaus beziehen Kärntner Frauen häufiger Pflegegeld.

## 7.3 Resümee

Wie die Kärntner Daten bestätigen, liefert die Darstellung relevanter Gesundheitsindikatoren nach Bildung und Einkommen ähnliche Ergebnisse. Nur in Ausnahmefällen sind statistisch relevante Zusammenhänge lediglich in Zusammenhang mit Bildung oder nur in Zusammenhang mit Einkommen feststellbar. Das liegt daran, dass diese beiden Faktoren nicht unabhängig sind: Beide Faktoren sind eng miteinander verwoben: Menschen mit einem geringen Bildungsstand haben häufig ein geringes Einkommen, Menschen mit einer höheren Bildung häufig ein höheres Einkommen (und vice versa).

Menschen mit einem niedrigen Bildungsabschluss und niedrigem Einkommen erweisen sich generell als benachteiligt. Dies gilt auch für Kärntner/innen mit Migrationshintergrund, wobei der Migrationshintergrund (vermutlich) vielfach mit einem geringen Bildungsabschluss und einem geringen Einkommen assoziiert ist.

Darüber hinaus zeigen sich eindeutige Geschlechts- und Genderunterschiede. Sie fallen mehrheitlich zu Ungunsten der weiblichen Bevölkerung aus.

In den Analysen nicht berücksichtigt sind besonders benachteiligte Personengruppen wie z. B. wohnungslose Menschen oder Menschen ohne Krankenversicherung. Ihnen sollte zukünftig mehr Aufmerksamkeit zuteilwerden.

## 8 Zusammenfassende Schlussbetrachtung

### **Lebenserwartung (in Gesundheit) steigt weiterhin; Kärnten im Mittelfeld**

Die Lebenserwartung in Kärnten steigt für Männer wie Frauen (seit 2005 um 2 Jahre bei Männern und um 1,3 Jahre bei Frauen). Im Jahr 2014 können neugeborene Buben mit rund 79 und Mädchen mit 84 Lebensjahren rechnen. Innerhalb der BL-Bandbreite liegt Kärnten damit im Mittelfeld. Trotz der Verringerung geschlechtsspezifischer Unterschiede weisen Kärntner Frauen immer noch eine um 5 Jahre höhere Lebenserwartung auf als Kärntner Männer.

Ebenso wie die Lebenserwartung ist auch die Lebenserwartung in Gesundheit gestiegen (seit 1991 um etwa 9 Lebensjahre bei Männern und um etwa 7 Lebensjahre bei Frauen). Im Jahr 2014 geborene Kärntnerinnen und Kärntner können jeweils mit 66,5 Lebensjahren in guter oder sehr guter Gesundheit rechnen. Während die weibliche Bevölkerung damit im BL-Vergleich im mittleren Bereich rangiert, liegt die männliche Bevölkerung im unteren Bereich.

Kärntner Frauen leben also länger, verbringen jedoch mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit (18 vs. 12 Lebensjahre).

### **Kärntner/innen stärker von chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen betroffen**

Im Jahr 2014 leiden in Kärnten rund 171.000 Menschen (ab 15 Jahren; 36 % der Bevölkerung) an dauerhaften Krankheiten bzw. chronischen Gesundheitsproblemen, vor allem an Rücken- (28 %) und Nackenschmerzen (21 %), Allergien (23 %) und Bluthochdruck (20 %). Rund jede/r zehnte Kärntnerin/Kärntner ist von einer Arthrose, je 5 Prozent von Asthma, chronischer Bronchitis/COPD und Diabetes betroffen. Jährlich erkranken etwa 2.100 Kärntner/innen an Typ-2-Diabetes und mehr als 3.000 Kärntner/innen an Krebs (am häufigsten an Brustkrebs, Prostata-, Dickdarm-, Lungen- und Gebärmutterhalskrebs). Rund 1.500 Kärntner/innen erleiden im Jahr 2014 einen akuten Myokardinfarkt und knapp 2.000 einen ischämischen Schlaganfall. Während Allergien, Atemwegserkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bluthochdruck, Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall) zugenommen haben, blieb die Diabetesprävalenz in den letzten Jahren unverändert. Ferner ist bei Kärntner Männern ein sinkender Trend (zw. 2003-2012) bei der Lungenkrebs-Inzidenz zu verzeichnen. Bei Kärntner Frauen steigt die Lungenkrebs-Inzidenz, während eine tendenzielle Abnahme der Darmkrebs-Inzidenz zu beobachten ist. Bösartige Neubildungen der Haut (Melanome) nehmen bei beiden Geschlechtern zu. Im Vergleich zu anderen Bundesländern ist Kärnten damit deutlich stärker von chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen betroffen. Bildungsferne und einkommensschwache Bevölkerungsgruppen sind stärker von chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen betroffen als Personengruppen mit einer hohen formalen Bildung und einem hohem Haushaltseinkommen.

Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme tragen zu einer Verminderung der Lebensqualität bei und sind – im Falle von Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen – häufig für einen vorzeitigen Tod verantwortlich. Eine sinkende Sterblichkeit bei Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen sowie eine Verringerung der 30-Tage-Sterblichkeit bei akutem Myokardinfarkt und bei Schlaganfall lassen vermuten, dass – trotz steigender bzw. gleichbleibender Inzidenzen – die Versorgungsqualität und damit die Überlebenschancen gestiegen sind.

## **Risikofaktoren für chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme: trotz positivem Benchmark besteht Handlungsbedarf**

Beinahe 50 Prozent der Kärntner/innen sind übergewichtig oder adipös (Tendenz steigend), nur 38 Prozent essen täglich Obst und Gemüse und lediglich 28 Prozent erfüllen die Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung (s. 7. und 8. Kärntner Rahmen-Gesundheitsziel; Kärntner Gesundheitsfonds 2014). 21 Prozent der Kärntner/innen rauchen täglich, 10 Prozent sind täglich für mindestens eine Stunde Passivrauch ausgesetzt. Seit 2006/2007 hat der Anteil täglich rauchender Männer leicht abgenommen, während der Anteil täglich rauchender Frauen unverändert blieb. Bei den 15- bis 29-Jährigen hat sich der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen seit 2006/2007 etwa verdoppelt. Innerhalb der BL-Bandbreiten rangiert Kärnten entsprechend dieser Risikofaktoren im oberen Bereich. Alle beschriebenen Risikofaktoren sind für Kärntner/innen mit geringer formaler Bildung höher.

## **Psychische Erkrankungen nehmen zu oder treten mehr ins Blickfeld**

Im Bereich psychische Erkrankungen lassen sich teils steigende Tendenzen erkennen:

- » Krankenstände aufgrund psychischer Erkrankungen nehmen zu.
- » Stationäre Reha-Aufenthalte steigen.

Die Anzahl der Kärntner Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Diagnosen ist seit 2005 weitgehend unverändert, die Suizidrate bei Männern sinkt.

6 Prozent der Kärntner/innen (rund 30.000 Personen) hatten innerhalb der letzten 12 Monate (2014) eine ärztlich diagnostizierte Depression. Bei weiteren 1,3 Prozent (6.000 Personen) zeigt sich eine (nicht diagnostizierte) moderate bis schwere depressive Symptomatik. Rund 5.900 Kärntner/innen werden im Jahr 2014 aufgrund einer psychiatrischen Diagnose akut- oder teilstationär behandelt, mehrheitlich aufgrund von affektiven Störungen, psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und aufgrund von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. Insgesamt finden 1.700 Unterbringungen ohne Verlangen statt. 490 Kärntner/innen nehmen aufgrund psychiatrischer Diagnosen eine stationäre Reha in Anspruch, insbesondere Kärntner/innen zwischen 40 und 59 Jahren.

Es sollte demnach in allen Bevölkerungsgruppen zu einer vermehrten Förderung der psychischen Gesundheit kommen (s. 9. Kärntner Rahmen-Gesundheitsziel).

## **Verletzungen: Kärntner/innen stärker von Arbeitsunfällen betroffen**

Verletzungen sind die mit Abstand häufigste Todesursache bei den 15- bis 29-Jährigen und sind insgesamt für 7 bzw. 14 Prozent aller vorzeitigen Todesfälle verantwortlich (Frauen bzw. Männer).

Im Jahr 2014 verletzten sich rund 10 Prozent der ab 15-jährigen Kärntner/innen (rund 48.000 Personen) bei einem Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsunfall. Besonders gefährdet sind 15- bis 29-Jährige durch Straßenverkehrsunfälle und ab 60-Jährige durch Haushaltsunfälle sowie Kärntner Männer zwischen 30 und 59 Jahren durch Verkehrs- und Freizeitunfälle. Kärnten rangiert damit innerhalb der BL-Bandbreite im unteren (positiven) Bereich.

Im Jahr 2014 hatten erwerbstätige Kärntner/innen rund 9.000 Arbeitsunfälle. Drei Viertel dieser Arbeitsunfälle betreffen Männer, 27 Prozent 15- bis 24-Jährige. Obwohl bei der Zahl der Arbeitsunfälle ein sinkender Trend zu beobachten ist, bildet Kärnten damit (im negativen Sinne) die Obergrenze des BL-Intervalls. Im Sinne des 1. Kärntner Rahmen-Gesundheitsziels (gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen schaffen) sollte folglich das Thema Arbeitssicherheit weiter forciert werden.

### **Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag: ein Thema der Zukunft**

In Kärnten sind rund 153.000 Menschen (ab 15 Jahren; 32 % der Bevölkerung) gesundheitsbedingt im Alltag eingeschränkt. Ihr Anteil hat seit 2006/2007 leicht abgenommen. Neben der älteren Bevölkerung (Personen ab 60 Jahren) sind vor allem Kärntner/innen mit geringer formaler Bildung betroffen. Innerhalb der BL-Bandbreite liegt Kärnten damit im Mittelfeld.

Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und Eigenversorgung haben 15 Prozent der ab 65-jährigen Kärntner/innen (15.000 Personen), wobei 34 Prozent mehr Hilfe benötigen, als ihnen zur Verfügung steht. 27 Prozent der ab 65-jährigen Kärntner/innen sind von Einschränkungen bei der Haushaltsführung betroffen (27.000 Personen). Auch hier benötigt jede/r Zweite mehr Unterstützung.

Mit Stand Dezember 2014 beziehen in Kärnten rund 35.000 Personen Pflegegeld (6 % der Bevölkerung). Mehr als die Hälfte der Kärntner Pflegegeldbezieher/innen (55 Prozent) haben Anspruch auf Pflegegeldstufe 1 und 2. Die Mehrheit der Kärntner Pflegegeldbezieher/innen ist 65 Jahre alt oder älter (80 %).

19 Prozent der Kärntner/innen haben im Jahr 2014 mindestens einmal pro Woche eine oder mehrere Personen – in 81 Prozent der Fälle Familienmitglieder – mit altersbedingten Problemen, einer chronischen Erkrankung oder einem Gebrechen gepflegt/unterstützt (rund 92.000 Personen). Kärnten liegt damit innerhalb der BL-Bandbreite im oberen Mittelfeld. Mehrheitlich werden die Pflege- und Unterstützungsleistungen erbracht von

- » Frauen,
- » Personen im Alter von 30 bis 59 Jahren,
- » erwerbstätigen Personen.

40 Prozent dieser „pflegenden“ Personen sind selbst chronisch krank oder haben ein dauerhaftes Gesundheitsproblem. 35 Prozent sind selbst aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt.

Mit Blick auf die demografische Entwicklung ist die Pflege und Betreuung ältere Menschen ein Thema mit steigender Brisanz.

### **Lebensqualität: soziales Wohlbefinden nimmt ab**

Die eigene Lebensqualität wird in Kärnten ähnlich beurteilt wie im Bundesdurchschnitt; am besten schneidet das körperliche Wohlbefinden, am schlechtesten das soziale Wohlbefinden ab. Seit 2006/2007 hat das soziale Wohlbefinden in Kärnten deutlich abgenommen. Im Sinne des 5. Kärntner Rahmen-Gesundheitsziels sollte demnach der soziale Zusammenhalt noch stärker gefördert werden.

Kärntner/innen mit chronischen Krankheiten und/oder gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag schätzen ihre Lebensqualität deutlich schlechter ein als Personen ohne diese Gesundheitsprobleme. Hier ist unter anderem eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung gefragt (s. 10. Kärntner Rahmengesundheitsziel).

### **Gesundheitsdeterminanten im HiAP-Bereich: Armut – Bildung – Arbeit – Sozialkapital – Umwelt**

Die Lebensverhältnisse üben einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit aus. Ihre gesundheitsförderliche Gestaltung sollte demnach oberstes Ziel sein (s. 1., 2., 4., 5. und 6. Kärntner Rahmen-Gesundheitsziel).

In Kärnten sind rund 67.000 Menschen **armutsgefährdet** (13 %) und rund 29.000 materiell depriviert (6-7 %). Gesamtösterreichischen Ergebnissen zufolge sind vor allem Ein-Eltern-Haushalte, alleinlebende Frauen ohne Pension, Mehrpersonenhaushalte mit mindestens drei Kindern, nicht-österreichische Staatsbürger/innen und Menschen mit geringer formaler Bildung häufiger armutsgefährdet. Seit 2009 hat der Anteil materiell Deprivierter um die Hälfte abgenommen. Seit 2011 sinkt der Anteil armutsgefährdeter Personen. Innerhalb der BL-Bandbreite rangiert Kärnten im unteren (positiven) Bereich.

Im Jahr 2014 können rund 43.000 Kärntner/innen zw. 25 und 64 Jahren maximal einen **Pflichtschulabschluss** vorweisen (14 %; kleinster Wert im BL-Vergleich). Dieser Anteil blieb seit 2008 weitgehend konstant. Aufgrund der geringen Bildungsmobilität der Frauen haben Kärntnerinnen häufiger einen niedrigeren Bildungsabschluss als Männer. Der Anteil **frühzeitiger Schul- und Ausbildungsabgänger/innen** liegt in Kärnten bei knapp 7 Prozent (2012; bei den 18- bis 24-Jährigen).

Im Jahr 2014 sind in Kärnten rund 25.000 Menschen **arbeitslos**. Das entspricht einer Arbeitslosenquote von rund 11 Prozent. Die Arbeitslosigkeit hat in Kärnten zwischen 2008 und 2014 deutlich zugenommen. Die Zahl der Langzeitarbeitslosen hat sich seit 2008 verdreifacht. Ebenfalls deutlich gestiegen ist der Anteil Arbeitssuchender mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen. Beim Thema Arbeitslosigkeit liegt Kärnten im österreichischen Spitzenfeld. Besonders betroffen sind: Personen ab 50, Migrantinnen und Migranten, Personen mit geringer formaler Bildung und Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen.

Ein Drittel aller erwerbstätigen Kärntner/innen weist im Jahr 2014 ein **atypisches Beschäftigungsverhältnis** auf, d. h. sie haben entweder eine Teilzeitbeschäftigung, eine befristete Beschäftigung oder eine Beschäftigung, die keiner geregelten Sozialversicherungspflicht unterliegt. 80 Prozent dieser Beschäftigungsverhältnisse betreffen Frauen. 73 Prozent der erwerbstätigen Kärntner/innen sind an ihrem Arbeitsplatz zumindest einer **körperlichen Belastung** ausgesetzt (190.000 Personen), 36 Prozent sind von **Zeitdruck und Arbeitsüberforderung** betroffen (94.000 Personen). Seit 2007 sind körperliche Belastungen sowie Zeitdruck und Arbeitsüberlastung gestiegen. Abgenommen hat hingegen das Ausmaß der **Arbeitsunfälle**. Die Rate von rund 2.500 Unfällen pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter ist die höchste im BL-Vergleich.

Rund die Hälfte der Kärntner/innen (47 %) verfügt über ein eingeschränktes **Sozialkapital**. Kärnten liegt damit im Mittelfeld. Zudem hat das soziale Wohlbefinden in Kärnten abgenommen.

Rund 32.000 Personen in Kärnten sind in ihrem Wohnbereich einem durchschnittlichen **Straßenlärm** von über 60 dB ausgesetzt (6 %). Beinahe 40.000 Menschen sind nachts 50 dB oder mehr exponiert. 8 Prozent der ab 15-jährigen Kärntner/innen (rund 39.000 Personen) fühlen sich in ihrem Wohnbereich stark bis sehr stark durch Lärm

belastet. Ihr Anteil ist seit 2007 um 2 Prozentpunkte gestiegen. Der Verkehrslärm durch LKW und PKW gilt als die Hauptursache der Lärmbelastung.

### **Gesundheitsversorgung und -förderung: Frühgeborenen- und Kaiserschnitttrate – potenziell inadäquate Medikation – 30-Tage-Sterblichkeit bei Myokardinfarkt und Schlaganfall – Notfallrettungsdienst – Gesundheitsförderung und Prävention**

Von rund 4.600 Neugeborenen kommen in Kärnten rund 400 Kinder zu früh auf die Welt (8,7 %). Kärnten liegt damit an der Spitze der Bundesländer. Der Großteil der **Frühgeborenen** wird nach Vollendung der 32. Schwangerschaftswoche geboren. Ein Drittel aller Neugeborenen kommt per Kaiserschnitt auf die Welt. Die **Kaiserschnitttrate** hat sich in Kärnten innerhalb der letzten 15 Jahre mehr als verdoppelt. Auch hier gehört Kärnten zu den Bundesländern mit den höchsten Raten.

Jede/r zweite Kärntnerin/Kärntner hat im Jahr 2014 ärztlich verschriebene Medikamente eingenommen, ältere Personen deutlich häufiger als jüngere. 55 Prozent der ab 70-Jährigen haben im Jahr 2012 eine **potenziell inadäquate Medikation** erhalten. Damit liegt Kärnten im oberen (negativen) Bereich des BL-Intervalls.

Trotz gleichbleibender bzw. steigender Myokardinfarkt- und Schlaganfall-Inzidenz ist die Sterblichkeit aufgrund dieser Ereignisse rückläufig. Das Risiko, an einem Myokardinfarkt oder Schlaganfall zu versterben, ist damit gesunken. Kärntner Frauen weisen aber eine höhere **30-Tage-Sterblichkeit aufgrund eines Myokardinfarkts oder Schlaganfalls** auf als Kärntner Männer.

Im Jahr 2015 gibt es in Kärnten 23 Gemeinden mit Rettungsdienststandorten. Von diesen Standorten aus können 78 Prozent der Kärntner/innen innerhalb von 15 Minuten durch einen **Notfallrettungsdienst** (Erreichbarkeitsrichtwert; Straßen-Individualverkehr ohne Dispositions- und Ausrückzeit) erreicht werden. Bei sechs Kärntner Gemeinden ist die Erreichbarkeit von Kärntner Standorten aus jedoch erst innerhalb von 25 Minuten möglich.

Ausgewählten Outcomes zufolge scheint das **Gegensteuerungspotenzial gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen** in Kärnten bisher nicht ausreichend zu sein. Mit wenigen Ausnahmen (Lungenkrebs-Inzidenz bei Männern und Darmkrebs-Inzidenz bei Frauen) ist kein positiver Trend bei präventiv beeinflussbaren Krankheiten bzw. Risikofaktoren erkennbar (Krebs-, Diabetes-Typ-2-, AMI- und Schlaganfall-Inzidenz, Rauchen, Übergewicht und Adipositas, Durchimpfungsraten). Auch bei gesundheitsförderlichen Einflussfaktoren (Ernährung, Bewegung, Sozialkapital) zeigt sich ein bedenklicher Status quo. Vor allem in den Bereichen Ernährung und Bewegung scheint der Bedarf an Gesundheitsförderungsmaßnahmen enorm (s. 7. und 8. Kärntner Rahmengesundheitsziel).

Alle genannten Punkte adressieren (im weiteren Sinne) das 10. Kärntner Rahmen-Gesundheitsziel und sollten in den bereits laufenden Strategieprozessen (s. unten) Berücksichtigung finden.

### **Chancengerechtigkeit: niedrige Sozialschichten und Frauen benachteiligt**

In Kärnten zeigen sich sowohl für Gesundheitsoutcomes (selbsteingeschätzte Gesundheit, chronische Krankheiten, Karies, gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag), für eine Reihe von Gesundheitsdeterminanten (Übergewicht und Adipositas, Bluthochdruck, Obst- und Gemüsekonsum, gesundheitswirksame Bewegung,

Rauchen, Arbeitslosigkeit, Sozialkapital) als auch im Bereich der Gesundheitsversorgung (Krebsvorsorge, Medikamenten-Einnahme, Inanspruchnahme fachärztlicher und akutstationärer Leistungen) Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund. Sie verlaufen allesamt zu Ungunsten niedriger Bildungs- und Einkommenschichten sowie zum Nachteil von Personen mit Migrationshintergrund. Die Effekte von Bildung und Einkommen erweisen sich – in den meisten Fällen – als gleichläufig. Unterschiede nach Migrationshintergrund gehen vermutlich häufig mit Bildungs- und Einkommensunterschieden einher. Darüber hinaus zeigen sich eindeutige Geschlechts- und Genderunterschiede. Sie fallen mehrheitlich zu Ungunsten der weiblichen Bevölkerung aus.

Im Sinne des 2. Kärntner Rahmen-Gesundheitsziels sollte dieses Thema noch stärker forciert werden (s. Kärntner Landesgesundheitsförderungsstrategie).

### **Laufende Strategien für mehr Gesundheit nutzen**

Der Kärntner Gesundheitsbericht unterstreicht die Bedeutung der **Kärntner Rahmen-Gesundheitsziele** (s. unten). Sie sind ident mit den Österreichischen Rahmen-Gesundheitszielen (s. BMG 2012) und tragen zu einer verstärkten Determinantenorientierung bei.

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

Da die meisten Gesundheitsdeterminanten außerhalb des Gesundheitsressorts liegen, ist eine **verstärkte Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen** notwendig. Der vorliegende Bericht liefert diesbezüglich Grundlagen für zahlreiche Ansatzpunkte.

Darüber hinaus sollten die Ergebnisse des Kärntner Gesundheitsberichts sowohl in der Umsetzung der **Kärntner Gesundheitsförderungsstrategie** als auch in der **Zielsteuerung-Gesundheit** (Kärntner Landes-Zielsteuerungsprozess) Berücksichtigung finden. Beide Strategien bieten einen längerfristigen Handlungsrahmen.

# Literatur

- Albert, U.S.; Alt, D.; Kreienberg, R.; Naß-Griegoleit, I.; Schulte, H.; Wöckel, A (2010): Früherkennung von Brustkrebs Eine Entscheidungshilfe für Frauen. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und der Deutschen Krebshilfe e.V. [www.leitlinienprogramm-onkologie.de/docs/OL\\_PLL\\_Brustkrebsfrueherkennung.pdf](http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/docs/OL_PLL_Brustkrebsfrueherkennung.pdf)
- Allen, T.D.; Herst, D.E.; Bruck, C.S.; Sutton, M. (2000): Consequences associated with work-to-family conflict: a review and agenda for future research. In: *Journal of occupational health psychology* 5/2:278-308
- American Institute for Cancer Research (2007): Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. A project of World Cancer Research Fund International. American Institute for Cancer Research, Washington
- Amstad, F.T.; Meier, L.L.; Fasel, U.; Elfering, A.; Semmer, N.K. (2011): A Meta-Analysis of Work-Family Conflict and Various Outcomes With a Special Emphasis on Cross-Domain Versus Matching-Domain Relations. In: *Journal of occupational health psychology* 16/2:151-169
- Angermeyer, Matthias C; Kilian, Reinhold; Matschinger, Herbert (2000): WHOQoL-100 und WHOQoL-bref. In: Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität Hogrefe, Göttingen
- Antonovsky, A. (1979): Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being. Jossey Bass, San Francisco
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie DGVT, Tübingen
- Antonovsky, H.; Sagy, S. (1986): The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. In: *The Journal of social psychology* 126/2:213-225
- Bachmann, Nicole; Burla, Laila; Kohler, Dimitri (Hg.) (2015): Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Hogrefe Verlag, Bern
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. In: *Psychological Review* 84/191-215
- Bandura, A. (1997): Self-efficacy: The exercise of control. Freeman, New York
- Baud, S.; Milota, E. (2013): Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2011. Ergebnisse des Mikrozensus. Hg. v. Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt- und Wasserwirtschaft, Wien
- Bauer, Ullrich; Bittlingmayer, Uwe H; Richter, Matthias (2008): Health Inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Becker, Peter (2001): Modelle der Gesundheit-Ansätze der Gesundheitsförderung. In: Gesundheitsoffensive Prävention-Gesundheitsförderung und Prävention als unverzichtbare Bausteine effizienter Gesundheitspolitik 41-53



- Becker, Peter (2006): Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung. Hogrefe, Göttingen
- BGA (2012): ÖSG 2012: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 23. November 2012. Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- BGK (2012): ÖSG 2012: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 23. November 2012. Bundesministerium für Gesundheit und Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Blaxter, M (1990): Health and Lifestyles. London/New York: Tavistock/Routledge.
- BMG (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2015a): Feinstaub: Luftschadstoff Nummer 1 [Online]. <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/umwelt-feinstaub.html> [Zugriff am 27.06.2016]
- BMG (2015b): Grundlage für ein Mess- und Vergleichskonzept. Outcome-Messung im Gesundheitswesen. Konzept zur Vorlage an die B-ZK. Bundesministerium für Gesundheit, Wien. Unveröffentlicht
- BMG (2015c): Luftschadstoffe und Gesundheitsgefahren [Online]. Bundesministerium für Gesundheit. <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitsgefahren-luftschadstoffe.html> [Zugriff am 27.06.2016]
- Bodenwinkler, Andrea; Kerschbaum, Johann; Sax, Gabriele (2012): Zahnstatus 2011. Sechsjährige in Österreich. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit / Gesundheit Österreich GmbH - Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Bodenwinkler, Andrea; Kerschbaum, Johann; Sax, Gabriele (2014): Länder-Zahnstaterhebung 2012. Zwölfjährige in Österreich. ÖBIG, Wien
- Böhm, Karin; Tesch-Römer, Clemens; Ziese, Thomas (Hg.) (2009): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin
- Bowman, Shanthy A; Vinyard, Bryan T (2004): Fast food consumption of US adults: impact on energy and nutrient intakes and overweight status. In: Journal of the American College of Nutrition 23/2:163-168
- Brach, Cindy; Dreyer, Benard; Schyve, Paul; Hernandez, Lyla M; Baur, Cynthia; Lemerise, Andrew J; Parker, Ruth (2012): Attributes of a health literate organization. Discussion Paper. Institute of Medicine of the national academies
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz; (Hg.) (2015): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2014. Wien

- Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt- und Wasserwirtschaft (2015): Straßenverkehr [Online]. <http://www.laerminfo.at/karten/strassenverkehr/strasse/24h.html> [Zugriff am 27.06.2016]
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Türscherl, Elisabeth (2015a): Epidemiologiebericht Drogen. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien, veröffentlicht
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Türscherl, Elisabeth (2015b): Epidemiologiebericht Drogen. Annex zum wissenschaftlichen Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien, veröffentlicht
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kerschbaum, Hans; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Tanios, Aida (2016): Epidemiologiebericht Sucht 2016. Illegale Drogen, Psychopharmaka und Tabak. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Cockerham, William C (2005): Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. In: Journal of health and social behavior 46/1:51-67
- Conner, Mark; Norman, Paul (2005): Predicting Health Behaviour. 2. Aufl., Open University Press, Berkshire (UK)
- Dauchet, Luc; Amouyel, Philippe; Hercberg, Serge; Dallongeville, Jean (2006): Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of cohort studies. In: The Journal of nutrition 136/10:2588-2593
- De Munck, Stephanie; Portzky, Gwendolyn; Van Heeringen, Kees (2009): Epidemiological trends in attempted suicide in adolescents and young adults between 1996 and 2004. In: Crisis 30/3:115-119
- De Silva, M.J.; McKenzie, K.; Harpham, T.; Huttly, S.R.A. (2005): Social capital and mental illness: A systematic review. In: Journal of Epidemiology and Community Health 59/8:619-627
- Dragano, Nico; Siegrist, Johannes (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit. In: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Hg. v. Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus. 2. aktualisierte Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 181-194
- Dubos, René J (1959): The Mirage of Health. New York: Harper and Row.
- DWD (2006): Feinstaubmessung in Kurorten. Broschüre. , Deutscher Wetterdienst, 2006, Freiburg
- Eichmann, Hubert; Saupe, Bernhard (2014): Überblick über Arbeitsbedingungen in Österreich. Follow-up-Studie, Studie der Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA) im Auftrag des Sozialministeriums ; [inklusive E-Book]. Sozialpolitische Studienreihe ; 15. Hg. v. Nocker, Matthias; Prammer, Elisabeth; Forschungs- und Beratungsstelle, Arbeitswelt. Verl. des ÖGB, Wien
- Eidgenössische Kommission für Lufthygiene, EKL (2011): Sommersmog in der Schweiz. Stellungnahme der Eidgenössischen Kommission für Lufthygiene, Bern
- Elkeles, T; Mielck, A (1993): Soziale Ungleichheit. In. WZB discussion paper, Berlin: 93-208

- Ellert, Ute; Kurth, Bärbel-Maria (2013): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland, Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 56/5-6:643-649
- EMCDDA (2013): PDU (Problem drug use) revision summary. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon
- Europäische Kommission (2008): EU-Leitlinien für körperliche Aktivität. Empfohlene politische Maßnahmen zur Unterstützung gesundheitsfördernder körperlicher Betätigung. Kurzversion. Aufl. 4. Brüssel: Gebilligt von der EU-Arbeitsgruppe „Sport & Gesundheit“ auf ihrer Sitzung vom 25. September 2008, bestätigt von den Sportministern der EU-Mitgliedstaaten auf ihrer Sitzung in Biarritz vom 27.-28. November 2008
- European Environment Agency, EEA (2014): Noise in Europe 2014. EEA Report. Bd. 10/2014. Publications Office of the European Union, Luxemburg
- Falascetti E, Hingorani AD, Jones A, Charakida M, Finer N, Whincup P, Lawlor DA, Smith GD, Sattar N, Deanfield JE (2010): Adiposity and cardiovascular risk factors in a large contemporary population of pre-pubertal children. In: European Heart Journal 31:3063-3072
- Feuerlein, Wilhelm (1979): Alkoholismus-Mißbrauch und Abhängigkeit: eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen. Thieme,
- Flavio, Muheim; Martin, Eichhorn; Pascal, Berger; Stephanie, Czernin; Gabriela, Stoppe; Merle, Keck; Anita, Riecher-Rössler (2013): Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. In: Swiss Medical Weekly 143/w13759
- Flodmark, Carl-Erik; Lissau, I; Moreno, LA; Pietrobelli, A; Widhalm, K (2004): New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective. In: International journal of obesity 28/10:1189-1196
- Gay, J. Gay; Paris, Valérie; Devaux, Marion; de Looper, Michael (2011): Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issues. OECD Health Working Papers No 55. OECD Health Working Papers. Bd. 55. OECD
- GÖG (2014): Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene. Aktualisierung 2014. 2. Aufl., Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Gratt, W.; Doppler, A.; Begthaler, W.; Leszkovics, L.; Niedersüß, D.; Paula, L.; Kandl, P.; Hrdliczka, R.; Emrich, H. (2009): Handbuch Umgebungslärm. Minderung und Ruhevorsorge. Hg. v. Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt- und Wasserwirtschaft. 2. Aufl., Wien
- Griebler, R; Dür, W (2009): Gesundheit und Gesellschaft. In: Biendarra I., Weeren M. (2009). Gesundheit – Gesundheit? Eine Orientierungshilfe, Würzburg: Königshausen & Neumann
- Griebler, R.; Winkler, P. (2015): Public Health Monitoring Framework. Unveröffentlicht
- Habl et al. (2014): Armut und Gesundheit. In: Handbuch Armut in Österreich. Hg. v. Dimmel, Nikolaus; Schenk, Martin; Stelzer-Orthofer, Christine. StudienVerlag, Innsbruck - Wien - Bozen: 240-267

- Hartley, Louise; Igbinedion, Ewemade; Holmes, Jennifer; Flowers, Nadine; Thorogood, Margaret; Clarke, Aileen; Stranges, Saverio; Hooper, Lee; Rees, Karen (2013): Increased consumption of fruit and vegetables for the primary prevention of cardiovascular diseases. In: The Cochrane Library
- Hellmich, Christian (2010): Qualitätsmanagement und Zertifizierung im Rettungsdienst: Grundlagen, Techniken, Modelle, Umsetzung. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg
- Hollederer, Alfons; Brand, Helmut (2006): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Hans Huber, Bern
- Hradil, Stefan (2009): Was prägt Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Hg. v. Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus. 2. Auflage Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 35-54
- Jordan, S (2015): Diskussion von Indikatoren zur Erfassung von Prozessen und Outcomes der Gesundheitsförderung in bevölkerungsweiten Studien. Kongressbeitrag. In: Gesundheitswesen 77/A279:
- Kärntner Gesundheitsfonds (2014): Landesgesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Landes-Zielsteuerungsvertrags, Kärnten
- Kern, Daniela; Sagerschnig, Sophie; Valady, Sonja (2014): Planung Psychiatrie 2014. Evaluierung der außerstationären psychiatrischen Versorgung. Ergebnisbericht. Bd. Zl. P3/2/42799. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg
- Klein, Charlotte; Fröschl, Barbara; Kichler, Rita; Pertl, Daniela; Tanios, Aida; Weigl, Marion (2015): Empfehlungen zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung: Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus den Maßnahmen der Vorsorgestrategie. Bd. Zl. 4692. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Klimont, J; Kytir, J; Leitner, B (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und Statistik Austria, Wien
- Klimont, Jeannette; Ihle, P; Baldaszi, Erika; Kytir, J (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hg. v. Austria, Statistik. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien
- Klimont, Jeannette (2012): Frühgeburten in Österreich. In: Statistische Nachrichten 9/2012:
- Klimont, Jeannette; Baldaszi, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014, Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Klotz, Johannes (2007): Soziale Unterschiede in der todesursachenspezifischen Sterblichkeit 2001/2002. In: Statistische Nachrichten 62 (2007)/1010-1021

- Klotz, Johannes; Doblhammer, Gabriele (2008): Soziale Unterschiede in der Sterblichkeit – zeitliche Trends. Bildungsspezifische Mortalitätsrisiken 1981/1982, 1991/1992 und 2001/2002. In: Statistische Nachrichten 2008/12:1112-1121
- Kobasa, S.C. (1979): Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. In: Journal of Personality and Social Psychology 37/1:1-11
- Kobasa, S.C. (1982): Commitment and coping in stress resistance among lawyers. In: Journal of Personality and Social Psychology 42/4:707-717
- Kölves, Kairi; Kölves, Keili E; De Leo, Diego (2013): Natural disasters and suicidal behaviours: A systematic literature review. In: Journal of affective disorders 146/1:1-14
- Künzli, Nino; Perez, Laura; Rapp, Regula (2010): Luftverschmutzung und Gesundheit. European Respiratory Society, Lausanne
- Ladurner, Joy; Sagerschnig, Sophie; Nowotny, Monika (2015): Analyse der Unterbringungen nach UbG in Österreich. Berichtsjahre 2012/2013. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Lampert, T; Kroll, LE (2010): Armut und Gesundheit  
GBE kompakt. Bd. 5/2010. Robert Koch-Institut Berlin
- Lampert, Thomas; Ziese, Thomas; Saß, Anke Christine; Häfelinger, Michael (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Robert Koch Institut, Berlin
- Lazarus, R.S. (1999): Stress and Emotion: A New Synthesis. Springer, New York
- Leppo, Kimmo; Ollila, Eeva; Peña, Sebastián ; Wismar, Matthias; Cook, Sarah (2013): Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies. Ministry of Social Affairs and Health, Finland
- Li, Min; Fan, Yingli; Zhang, Xiaowei; Hou, Wenshang; Tang, Zhenyu (2014): Fruit and vegetable intake and risk of type 2 diabetes mellitus: meta-analysis of prospective cohort studies. In: BMJ open 4/11:e005497
- Mackenbach, Johan (2006): Health Inequalities: Europe in Profile. Erasmus MC - University Medical Center Rotterdam, Rotterdam
- Malik, Vasanti S; Popkin, Barry M; Bray, George A; Després, Jean-Pierre; Willett, Walter C; Hu, Frank B (2010): Sugar-Sweetened Beverages and Risk of Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes A meta-analysis. In: Diabetes care 33/11:2477-2483
- Mann, E.; Bohmdorfer, B.; Fruhwald, T.; Roller-Wirnsberger, R. E.; Dovjak, P.; Duckelmann-Hofer, C.; Fischer, P.; Rabadý, S.; Iglseder, B. (2012): Potentially inappropriate medication in geriatric patients: the Austrian consensus panel list. In: Wien Klin Wochenschr 124/5-6:160-169

- Mann, E.; Haastert, B.; Frühwald, T.; Sauer mann, R.; Hinteregger, M.; Hölzl, D.; Keuerleber, S.; Scheuringer, M.; Meyer, G. (2014): Potentially inappropriate medication in older persons in Austria: A nationwide prevalence study. In: *European Geriatric Medicine* 5/6:399-405
- Marmot, Michael (2013): Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. WHO, Copenhagen
- Mielck, Andreas (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion*. Huber, Bern
- Mildschuh, Stephan; Birner, Andreas; Stoppacher, Andreas; Paschek, Verena (2012): *Dokumentation im ambulanten Bereich. Projektassistenz der Unterarbeitsgruppe Bundesländer*. Bd. ZI.: 42790/12. Gesundheit Österreich GmbH - Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Murayama, H.; Fujiwara, Y.; Kawachi, I. (2012): Social capital and health: A review of prospective multilevel studies. In: *Journal of Epidemiology* 22/3:179-187
- Neuhauser, HK; Adler, C; Rosario, AS; Diederichs, C; Ellert, U (2014): Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in Germany 1998 and 2008–11. In: *Journal of human hypertension* 29, 247-253 (April 2015) | doi:10.1038/jhh.2014.82/
- Nolte, Ellen; Knai, Cécile; McKee, Martin (2008): *Managing chronic conditions : experience in eight countries*. Observatory Studies Series Bd. 15. Hg. v. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen
- Nyqvist, F.; Forsman, A.K.; Giuntoli, G.; Cattan, M. (2013): Social capital as a resource for mental well-being in older people: A systematic review. In: *Aging and Mental Health* 17/4:394-410
- OECD (2014): *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en)
- Parker, Ruth (2009): *Measuring Health Literacy: What? So What? Now What?* In: *Measures of Health Literacy: Workshop Summary*. Hg. v. Hernandez, Lyla M. The National Academies Press, Washington: 91-98
- Parsons, Talcott (1981): *Sozialstruktur und Persönlichkeit*. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Pelikan J.M. (2010): Zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings. In: Dür, W, Felder-Puig R (Hrsg) *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung*, 60-69
- Pelikan, Jürgen M; Röthlin, Florian; Ganahl, Kristin (2012): *Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States*. The European Health Literacy Survey HLS-EU. Hg. v. Consortium, HLS-EU
- Pelikan, Jürgen M. (2007): *Understanding Differentiation of Health in Late Modernity - by use of sociological system theory*. In: *Health and Modernity*. Hg. v. McQueen, David V.; Kickbusch, Ilona S. Springer, New York: 74-102
- Pelikan, Jürgen M.; Röthlin, Florian; Ganahl, Kristin (2013): *Gesundheitskompetenz (Health Literacy) und chronische Erkrankung. Wie können Gesundheitseinrichtungen die Gesundheitskompetenz ihrer KlientInnen stärken?* Wien, 15.03.2013, Power Point

- Pfortner, Timo-Kolja (2013): Armut und Gesundheit in Europa: Theoretischer Diskurs und empirische Untersuchung. Springer VS, Wiesbaden
- Pirouznia, Mahshid (2001): The influence of nutrition knowledge on eating behavior-the role of grade level. In: Nutrition & Food Science 31/2:62-67
- Poland, Blake D; Green, Lawrence W; Rootman, Irving (Hg.) (2000): Settings for Health Promotion. Linking Theory and Practice. Sage Publications Inc., Thousand Oaks
- Pongratz, R; Staber, C; Fischer, T; Goltz, A; Soffried J; Spath-Dreyer, I; Füreder, H (2014): Evidenzinformierte Entscheidungskultur am Beispiel Gebärmutterhalskrebs – Pap-Abstrich, Bericht 2014. . Steiermärkische Gebietskrankenkasse
- Reiter, Daniela; Fülöp, Gerhard; Gyimesi, Michael; Nemeth, Claudia (2012): Rehabilitationsplan 2012. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (2009): Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. aktualisierte Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Richter, TLM (2009): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Hurrelmann MRK: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 209-231
- Robert-Koch-Institut (2004): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin
- Robert Koch Institut (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch Institut, Berlin
- Robert Koch Institut (Hg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
- Rosenbrock, Rolf; Kümpers, Susanne (2009): Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Hg. v. Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus. 2. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften: 371-388
- Röthlin, Florian; Pelikan, Jürgen M.; Ganahl, Kristin (2013): Gesundheitskompetenz: Ausgewählte Ergebnisse aus der HLS-EU, der HLSÖsterreich und HLS Jugend Studie. Wie können Gesundheitseinrichtungen die Gesundheitskompetenz ihrer KlientInnen stärken? Wien, 15.03.2013, Power Point
- Sagerschnig, Sophie (2015): Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Endbericht. Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG, Wien
- Sartorius, N. (2003): Social capital and mental health. In: Current Opinion in Psychiatry 16/SUPPL. 2:S101-S105
- Schneller, Thomas; Salman, Ramazan; Goepel, Christiane (2006): Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. DAJ Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahlpflege, Bonn

Seniorliving (2016): <http://seniorliving.about.com/od/healthnutrition/a/fallstudy.htm> [Online]

Siegrist, Johannes (2003): Machen wir uns selbst krank. In: Schwartz, Friedrich W.; Badura, Bernhard; Leidl, Reiner; Raspe, Heiner; Siegrist, Johannes & Walter, Ulla (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage, München: Urban & Fischer: S 139-162

Siegrist, Johannes; Dragano, Nico; dem Knesebeck, Olaf (2009): Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Gesundheitliche Ungleichheit. Hg. v. Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus. 2. aktualisierte Aufl. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 167-180

Singer, MV; Batra, A; Mann, K (2011): Alkohol und Tabak, Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart. Thieme Verlag

Sørensen, Kristine; Van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Gerardine; Pelikan, Jürgen; Slonska, Zofia; Brand, Helmut (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: BMC public health 12/1:80

Spangl, Wolfgang; Nagl, Christian (2014): Jahresbericht der Luftgütemessungen in Österreich 2013. Bd. REP-0469 Umweltbundesamt, Wien

Stähl, Timo; Wismar, Matthias; Ollila, Eeva; Lahtinen, Eero; Leppo, Kimmo (2006): Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health, Finland

Statistik Austria (2009a): Erwachsenenbildung. Ergebnisse des Adult Education Survey (AES). Verlag Österreich GmbH, Wien

Statistik Austria (2009b): Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2007, Wien

Statistik Austria (2012): Arbeitskräfteerhebung, Ergebnisse des Mikrozensus. Verlag Österreich GmbH, Wien

Statistik Austria (2013a): Erwachsenenbildung. Ergebnisse des Adult Education Survey (AES). Verlag Österreich GmbH, Wien

Statistik Austria (2013b): Studie zu Armut und sozialer Eingliederung in den Bundesländern. Erstellt im Auftrag der Bundesländer, vertreten durch die Verbindungsstelle der Bundesländer. Statistik Austria, Wien

Statistik Austria (2014a): Tabellenband EU-SILC 2013. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Verlag Österreich GmbH, Wien

Statistik Austria (2014b): Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2013, Wien

Statistik Austria (2015a): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014. Verlag Österreich GmbH, Wien

Statistik Austria (2015b): Arbeitsmarktstatistiken 2014. Ergebnisse der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung und der Offenen-Stellen-Erhebung Verlag Österreich GmbH, Wien

Statistik Austria (2015c): Tabellenband EU-SILC 2014: Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Wien



- Stegeman, I.; Kuipers, Y.; Costongs, C. (2012): Health for all Policies. Gemeinsam für Gesundheit und Wohlbefinden. CrossingBridges
- Stewart, Bernard W; Wild, Christopher P (2014): World Cancer Report 2014. Hg. v. International Agency for Research on Cancer. Lyon
- Stoppacher, Andreas; Anzenberger, Judith; Anton, Hlava (2013): Impfbericht 2013. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Unveröffentlicht
- Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Stuckler, David; Basu, Sanjay (2014): Sparprogramme töten. Die Ökonomisierung der Gesundheit. 1 Aufl., Verlag Klaus Wagenbach,
- Sundquist, K.; Yang, M. (2007): Linking social capital and self-rated health: A multilevel analysis of 11,175 men and women in Sweden. In: Health and Place 13/2:324-334
- te Velde, Saskia J; Twisk, Jos WR; Brug, Johannes (2007): Tracking of fruit and vegetable consumption from adolescence into adulthood and its longitudinal association with overweight. In: British Journal of Nutrition 98/02:431-438
- Thomas, Leoni (2015): Fehlzeitenreport 2015. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien
- Titze, S.; Ring-Dimitriou, S.; Schober, P.H.; Halbwachs, C.; Samitz, G.; Miko, H.C.; Lercher, P.; Stein, K.V.; Gäbler, C.; Bauer, R.; Gollner, E.; Windhaber, J.; Bachl, N.; Dorner, T.E.; Health, Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public (2010): Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung, Wien
- UbG: Unterbringungs- und Heimaufenthaltsnovelle 2010 – Ub-HeimAuf-Nov 2010, in der geltenden Fassung
- Uhl, Alfred; Bachmayer, Sonja; Kobrna, Ulrike; Puhm, Alexandra; Springer, Alfred; Kopf, Nikolaus; Beiglböck, Wolfgang; Eisenbach-Stangl, Irmgard; Preinsperger, Wolfgang; Musalek, Michael (2009): Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends. 3. überarbeitete und ergänzte Auflage Aufl., Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Umweltbundesamt (2016a): Ziel der Umgebungslärmrichtlinie [Online]. <http://www.umweltbundesamt.at/umweltsituation/laerm/umgebungslaerm/ziel/> [Zugriff am 27.06.2016]
- Umweltbundesamt (2016b): Luftschadstoffe [Online]. <http://www.umweltbundesamt.at/umweltsituation/luft/luftschadstoffe/> [Zugriff am 27.06.2016]
- Vartanian, Lenny R; Schwartz, Marlene B; Brownell, Kelly D (2007): Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. In: American journal of public health 97/4:667-675

- Wallenko, Heimo (2007): Öffentliches Impfmanagement in Kärnten am Beispiel Maser-Mumps-Röteln. Master Thesis an der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, Abteilung für öffentliche Betriebswirtschaftslehre.
- Waller, Heiko (1996): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 2. überarbeitete Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart,
- Wang, Xia; Ouyang, Yingying; Liu, Jun; Zhu, Minmin; Zhao, Gang; Bao, Wei; Hu, Frank B (2014): Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. In: Bmj 349/g4490
- Weigl, Marion; Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Horvath, Ilonka; Türscherl, Elisabeth (2015): Bericht zur Drogensituation 2015. Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon und des Bundesministeriums für Gesundheit, Wien
- WHO (1946): Constitution of the World Health Organization. United Nations, City of New York
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO, 21.11.1986, Ottawa
- WHO (2000): Obesity, preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation: Geneva June 3-5-1997. Geneva: World Health Organization
- WHO (2003): MONICA. Monograph and multimedia sourcebook. World's largest study of heart disease, stroke, risk factors, and population trends 1979-2002. Buch, Monographie. WHO World Health Organization, Genf
- WHO (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Genf
- WHO (2012): World Health Statistics. WHO, Genf
- WHO (2013): Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. World Health Organization - Regional Office for Europe, Copenhagen
- WHO (2014): Health in All Policies (HiAP). Framework for Country Action
- WHO (2015a): Health in all policies. Training manual. World Health Organization, Geneva
- WHO (2015b): The European health report 2015. Targets and beyond - reaching new frontiers in evidence. World Health Organization, Denmark
- Winkler, Petra; Pochobradsky, Elisabeth; Wirl, Charlotte (2012): Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Wirtschaftskammer Österreich (2016): Statistikabteilung, Mitgliederstatistik Personenbetreuung Stand Februar 2016.
- Zielsteuerung-Gesundheit (2013): Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, 200. Bundesgesetzblatt NR: GP XXIV RV 2140 AB 2253 S. 200. BR: AB 8959 S. 820