



GESUNDHEITSBERICHT WELS
2009

Institut für Gesundheitsplanung
Mag. Richard Birgmann
MMag. Martin Reif

Mitarbeit von:
Dr. Hubert Zödl, Stadt Wels
Dr. Bernd Spitzer, Stadt Wels
Mag. Paul Zehetner, Stadt Wels
Michaela Stieringer, Ärztekammer OÖ
Bettina Stadlmayr, OÖ GKK

GESUNDHEITSBERICHT WELS 2009

Herausgeber: Institut für Gesundheitsplanung

Verfasser: Mag. Richard Birgmann
MMag. Martin Reif

Redaktionelle
Betreuung: Mag. Markus Peböck
Elena Madlschenter

Mitarbeit von: Dr. Hubert Zödl, Stadt Wels
Dr. Bernd Spitzer, Stadt Wels
Mag. Paul Zehetner, Stadt Wels
Michaela Stieringer, Ärztekammer OÖ
Bettina Stadlmayr, OÖ GKK

Layout: pulpmedia.at
Druck: Krammer Repro Flexo Print GmbH
Preis: 14,40 Euro
ISBN 978-3-902487-13-1

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

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

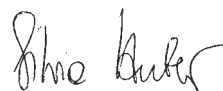
VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren!

Bereits die im Jahr 2008 durchgeführte Gesundheitsumfrage brachte für die Stadt Wels wertvolle Aufschlüsse über den Gesundheitszustand der WelserInnen und die Zufriedenheit mit der diesbezüglichen Infrastruktur. Der folgerichtige nächste Schritt war dieser Welser Gesundheitsbericht, den Sie nun in Ihren Händen halten. Der Bericht wurde wie schon zuvor die Umfrage in Zusammenarbeit mit dem Institut für Gesundheitsplanung erstellt, wofür wir uns an dieser Stelle recht herzlich bedanken möchten.

Der Inhalt des Berichtes selbst zeigt auf eindrucksvolle Weise, dass die Gesundheits-Infrastruktur in der Stadt Wels nur in wenigen Bereichen Optimierungspotenzial besitzt. Hier wird sich die Stadt Wels selbstverständlich weiterhin bemühen, in ihrem Verantwortungsbereich Verbesserungen zu erzielen bzw. auf die jeweiligen Verantwortlichen diesbezüglich einzuwirken. Denn eine bestmögliche medizinische Versorgung für alle WelserInnen, unabhängig von Alter, Geschlecht oder Herkunft, ist uns ein Herzensanliegen.

Grundsätzlich ist die Gesundheits-Infrastruktur in der Stadt Wels ohne Übertreibung als sehr gut zu bezeichnen. Besonders im Bereich der Vorsorge zeichnen die vielfältigen Maßnahmen der Stadt Wels, die auf Grund des Ergebnisses der Gesundheitsumfrage in den kommenden Jahren noch ausgebaut werden, ein deutliches Bild. Denn das Motto „Vorbeugen ist besser als Heilen“ mag zwar schon ein gewisses Alter haben, wird jedoch immer seine Gültigkeit besitzen. Ebenso wie die Tatsache, dass jeder Mensch etwa durch eine gesunde Lebensweise, gesunde Ernährung und regelmäßige Bewegung, selbst für ein größtmögliches Maß an Gesundheit vorsorgen kann. Sollten Sie aber trotz aller Vorsichtsmaßnahmen einmal die Hilfe einer Welser Gesundheitseinrichtung benötigen, dann bestätigt dieser Bericht deutlich, wovon wir schon immer überzeugt waren: In der Stadt Wels sind Sie diesbezüglich in guten Händen!



Silvia Huber
Stadträtin



Dr. Peter Koits
Bürgermeister

Mit dem vorliegenden Gesundheitsbericht für die Stadt Wels soll ein Überblick über die gesundheitliche Lage der Welsler Bevölkerung geschaffen werden und spezielle Problemlagen aufgezeigt werden. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie Bewegung, Ernährung, Rauchen und Alkoholkonsum stehen ebenso im Fokus wie die medizinische Versorgungssituation und die Zufriedenheit der Welsler Bevölkerung mit ebendieser. Darüber hinaus werden die bisherigen Aktivitäten der Stadt Wels in Sachen Gesundheitsförderung und Prävention präsentiert. Ein zentraler Aspekt des Gesundheitsberichts für die Stadt Wels sind die aus den Befunden zur gesundheitlichen Lage abgeleiteten Maßnahmen und Handlungsempfehlungen. Als Datengrundlage für den vorliegenden Bericht dienen vor allem die Ergebnisse der Welsler Gesundheitsumfrage 2008, die anonymisierten Abrechnungsdaten der OÖGKK sowie die Spitalsentlassungsdaten der Fonds-Krankenanstalten (LKF).

Soziodemographie

Die Wohnbevölkerung der Stadt Wels zählt knapp 58.900 EinwohnerInnen und setzt sich zu 52 Prozent aus Frauen und 48 Prozent aus Männern zusammen. Hinsichtlich der Altersstruktur entspricht die Welsler Bevölkerung in etwa jener des gesamten Bundeslandes Oberösterreich. Der Anteil an BürgerInnen mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft beträgt 16 Prozent (mehrheitlich aus dem ehemaligen Jugoslawien) und liegt damit deutlich über dem Landesschnitt (8 Prozent). Wels-Stadt zählt zu jenen Bezirken des Landes Oberösterreich mit den niedrigsten Anteilen an schlecht qualifizierten EinwohnerInnen: Knapp ein Viertel der Bevölkerung zwischen 15 und 70 Jahren hat als höchste abgeschlossene Schulbildung einen Pflichtschulabschluss. Etwa 50 Prozent der Arbeitslosen sind niedrig qualifiziert (maximal Pflichtschulabschluss).

Die Anzahl der SchülerInnen hat in den letzten Jahren sowohl im Pflichtschulbereich als auch im Bereich der mittleren und höheren Schulen zugenommen, wobei die Zunahme bei den mittleren und höheren Schulen ungleich höher ist.

Der durchschnittliche Wanderungssaldo (Zu- und Wegzüge) seit dem Jahr 1995 weist ein Plus von 57 Personen pro Jahr auf. (Kapitel 1)

This health report for the city of Wels is meant to give an overview of the state of health of the Wels citizens and to pinpoint specific problem areas. The focus is on health-relevant behaviour patterns like physical exercise, nutrition, smoking and alcohol consumption as well as the medical care situation and the satisfaction of the Wels population with the system. Furthermore, this health report introduces the present health promotion and prevention activities of the city of Wels. A vital aspect of this health report is the recommended course of action based on the diagnostic findings of the state of health of the population. The data used for this report is mainly comprised of the results from the Wels Health Survey 2008, the anonymous billing statements of the Upper Austrian Sickness Fund, as well as the hospital discharge data of the "Fonds-Hospitals" (LKF).

Sociodemography

The resident population of Wels amounts to just under 58.900 inhabitants and is divided in 52 percent women and 48 percent men. Regarding the age distribution, the Wels population matches more or less the overall Upper Austrian pattern. The proportion of non-Austrian citizens, mainly from former Yugoslavia, amounts to 16 percent, which is distinctly above the average of the state of Upper Austria of 8 percent. The city of Wels belongs to those Upper Austrian districts with the lowest percentage of poorly qualified inhabitants - nearly a quarter of the population of the age group of 15 to 70 years has completed the compulsory education as their highest certificate. Approximately 50 percent of the unemployed are poorly qualified having finished only compulsory education.

The number of school-students has risen over the last years in the area of compulsory education, disproportionately more so in the area of middle and high school education.

The average balance of migration (moving-in/moving-out) shows a plus of 57 persons per year since the year 1995. Please see chapter 1 for details.

KURZFASSUNG/SUMMARY

Lebenserwartung und Mortalität

Die Lebenserwartung hat in den letzten Jahrzehnten stetig zugenommen. Die Lebenserwartung eines Welsler Mannes beträgt bei der Geburt mittlerweile etwa 74 Jahre, jene einer Welsler Frau 79,5 Jahre. Der Großteil (46 Prozent) aller Todesfälle lässt sich auf Herz-Kreislaufkrankungen zurückführen. Mehr als ein Viertel aller Todesfälle - und somit zweithäufigste Todesursache - sind ursächlich durch Krebserkrankungen bedingt. 46 von 100.000 Personen sterben in Folge von Verletzungen und Vergiftungen, wobei Männer deutlich häufiger betroffen sind als Frauen. Vierrhäufigste Todesursache sind Sterbefälle in Folge von Krankheiten der Verdauungsorgane (37 Fälle/100.000). Die Mortalitätsrate in Folge von Krankheiten der Atmungsorgane liegt mit 28 Fällen pro 100.000 signifikant unter dem Bundesdurchschnitt (34 Fälle/100.000.) (Kapitel 2)

Life-expectancy and mortality

Life-expectancy has increased continuously over the last decades. A male Wels inhabitant meanwhile has a life-expectancy at birth of approximately 74 years, a Wels female has a life expectancy of 79,5 years. The majority of cases of deaths (46 percent) can be attributed to cardiovascular diseases. The second leading death cause (more than a quarter of the cases of deaths) is causally related to cancer. 46 of 100.000 persons die in consequence of injuries or poisonings, with men being clearly more frequently affected than women.

Gesundheitszustand

Subjektive Gesundheit

68 Prozent der Welsler Bevölkerung beurteilen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“. Der subjektive Gesundheitszustand hängt stark mit dem sozioökonomischen Status der Befragten zusammen: So nimmt sowohl bei Männern als auch bei Frauen der Anteil jener Personen, die bei „sehr guter“ oder „guter“ Gesundheit sind, mit steigendem Bildungsniveau zu. Das Einkommen - eine weitere Komponente des sozioökonomischen Status - hängt statistisch ebenfalls stark mit dem subjektiven Gesundheitszustand zusammen: Mit steigendem Äquivalenzeinkommen nimmt der Anteil an Personen mit gutem Gesundheitszustand ebenfalls zu.

State of health

Subjective health

68 percent of the population of Wels considers their state of health as being “very good” or “good”. The subjective state of health clearly correlates with the socioeconomic status of the respondent. Both amongst men and women, the proportion of persons with “very good” or “good” health increases the higher the educational level is. The income is another component of the socioeconomic status which is statistically also strongly linked with the subjective state of health: the higher the equivalent income, the higher the percentage of persons in good state of health.

Krankenstände

Die Krankenstandshäufigkeit ist bei Arbeitern und Arbeiterinnen deutlich höher als bei Angestellten. Insgesamt steigt die Anzahl der Krankenstandstage pro Beschäftigtem/r mit zunehmendem Alter an, wobei im höheren Alter weniger Krankenstände mit dafür längerer Krankenstandsdauer zu beobachten sind. Die meisten Krankenstandstage - nämlich ein Viertel aller Krankenstandstage - sind auf Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates zurückzuführen. Hauptsächlich handelt es sich dabei um Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens. Weitere 24 Prozent der Krankenstände sind auf Atemwegserkrankungen (insbesondere Infektionen der oberen Atemwege) zurückzuführen. 18 Prozent der Krankenstände entstehen durch Verletzungen/Vergiftungen (inkl. Unfälle). Besonders lange Fehlzeiten treten bei psychischen Erkrankungen (durchschnittlich 25 Tage pro Betroffenen/r) und bösartigen Neubildungen (29 Tage pro Betroffenen/r) auf.

Sickness absence

The incidence of sick leave days is considerably higher amongst blue-collar workers than amongst white collar employees. Overall, the number of sick leave days per employee rises with increasing age even though there are less sickness leaves reported, yet with longer duration. Most of the sick leave days - one quarter - result from affections of the musculoskeletal system; the spine and back are chiefly affected. Furthermore, 24 percent of the sickness absence days are connected with respiratory diseases, in particular with infections of the upper respiratory tract. 18 percent of the sickness leave is caused by injuries or poisonings, including accidents. Particularly long absences from work are due to mental illnesses (about 25 days per person concerned) and malignant tumours (29 days per person concerned).

Krankheiten und Beschwerden

27 Prozent der Welser Bevölkerung - 30 Prozent der Frauen und 24 Prozent der Männer - gaben bei der Welser Gesundheitsumfrage 2008 an, ständig/immer wieder an Schäden der Wirbelsäule zu leiden. Ein Viertel und damit die meisten aller Krankenstandstage sind auf Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates zurückzuführen.

15 Prozent der Welser Bevölkerung leiden laut Selbstauskunft dauerhaft an einem erhöhten Blutdruck. Im Alter nimmt diese Erkrankung deutlich zu: Etwa jeder zweite Mann und jede zweite Frau ab dem 50. Lebensjahr gibt an, dauerhaft einen erhöhten Blutdruck zu haben.

Fünf Prozent der Welser Männer und vier Prozent der Frauen gaben im Rahmen der Welser Gesundheitsumfrage 2008 an, an Zuckerkrankheit (Diabetes) zu leiden. Bei den über 50-Jährigen ist die Prävalenz dieser Erkrankung deutlich höher: 15 Prozent der Männer und zehn Prozent der Frauen sind DiabetikerInnen.

Knapp zehn Prozent der Welser Bevölkerung leiden laut Selbstauskunft an chronischer Bronchitis oder Lungenemphysem. Die Bedeutung der Erkrankung nimmt sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit dem 50. Lebensjahr stark zu. Jährlich werden rund 190 Welser BürgerInnen wegen chronischer Erkrankungen der unteren Atemwege in einem Krankenhaus behandelt. Dies entspricht einer Betroffenenquote von 3,2 pro 1.000 EinwohnerInnen.

Nach dem Motto „There's no health without mental health“ - Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit“ wurde im Rahmen der Welser Gesundheitsbefragung 2008 eine eigene Fragebatterie zu diesem Thema in den Fragebogen eingebaut. Es handelt sich dabei um fünf standardisierte und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) publizierte Fragen, die einen Hinweis auf eine depressive Verstimmung geben können. Demnach weisen 29 Prozent der befragten WelserInnen Anzeichen einer depressiven Verstimmung auf. Bei näherer Betrachtung wurde offensichtlich, dass Personen mit niedrigem Äquivalenzeinkommen in deutlich größerem Ausmaß von Beeinträchtigungen des psychischen Wohlbefindens betroffen sind, als Personen mit besseren Einkommensverhältnissen. Hinsichtlich der beruflichen Stellung wurde offensichtlich, dass Arbeitslose am häufigsten Anzeichen einer depressiven Verstimmung aufweisen (60 Prozent). Unter den Beschäftigten sind ArbeiterInnen häufiger betroffen als Angestellte. Unter den Welser OÖGKK-Versicherten bekommen innerhalb eines Jahres elf Prozent der Frauen und sechs Prozent der Männer Antidepressiva verordnet. Psychische Erkrankungen sind in Österreich die zweithäufigste Ursache für vorzeitige Pensionierungen.

Illnesses and discomforts

27 percent of the population of Wels -30 percent of women and 24 percent of men - indicated in the Wels Health Survey 2008 that they were constantly afflicted with injuries of the spinal column. One quarter, which amounts to the majority of sickness leave days, can be ascribed to injuries of the musculoskeletal system.

According to self reports, 15 percent of the inhabitants of Wels suffer from permanently high blood pressure. This affection noticeably increases with age: about every other man and every other woman from the age of 50 onwards reports to have permanently raised blood pressure.

In the context of the Wels Health Survey 2008, five percent of the Wels men and four percent of the women reported to suffer from diabetes. The prevalence increases notably within the over-50 age group: 15 percent of men and 10 percent of women are diabetics.

Nearly ten percent of the population of Wels self-reported to suffer from a chronic bronchitis or pulmonary emphysema. The relevance of the disease, both in men and in women, increases dramatically from age 50 onwards. Per year about 190 Wels citizens are treated in hospital due to a chronic disease of the lower respiratory system. These numbers comply with a quota of aggrieved persons of 3,2 per 1.000 inhabitants.

In the spirit of „There's no health without mental health“, the Wels Health Survey 2008 incorporated a whole questionnaire to the topic of mental health. It includes five standardised questions published by the World Health Organization (WHO) that could indicate a depressive mood. According to that, 29 percent of the interviewees showed signs of a depressive mood. On closer examination it became evident that persons with a low equivalent income were afflicted by an impairment of the mental wellbeing to a much higher degree than persons with a better income capacity. Regarding the professional situation the results of the report made evident that the unemployed showed signs of a depressive mood most frequently (60 percent). Amongst the employed population, the blue collar workers were more commonly afflicted than clerical employees. Among the Wels citizens who are insured at the Upper Austrian Sickness Fund, eleven percent of the women and six percent of the men were prescribed antidepressant drugs. Mental illnesses are the second leading reason for early retirement.

KURZFASSUNG/SUMMARY

Neben der Frage nach diversen Erkrankungen wurde die Welscher Bevölkerung im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2008 auch nach Beschwerden gefragt, die zwar das Wohlbefinden beeinträchtigen, aber keine Bettlägerigkeit zur Folge haben. Die am häufigsten genannten Beschwerdeformen sind in absteigender Reihenfolge Rücken- und Kreuzschmerzen (40 Prozent), Schwäche und Müdigkeit (26 Prozent), Kopfschmerz und Migräne (26 Prozent), Schlafstörungen (25 Prozent) und Kreislauferstörungen (24 Prozent). Von den genannten Beschwerdeformen sind Frauen jeweils häufiger betroffen als Männer. Von Schlafstörungen besonders stark betroffen sind Frauen ab dem 50. Lebensjahr (42 Prozent) und vor allem auch arbeitslose Menschen (51 Prozent). (Kapitel 3)

Beside the questions of different illnesses, the population of Wels responding to the Health Survey 2008 was also interviewed about discomforts which affect the wellbeing but do not lead to being bed-ridden. The complaints that were named most frequently were in descending order spinal and back pains (40 percent), weakness and tiredness (26 percent), headache and migraine (26 percent), sleep disorder (25 percent) and circulatory problems (24 percent). Women are more frequently afflicted with these complaints than men. Women over 50 years of age (42 percent) and unemployed persons (51 percent) are most strongly affected by sleeping disorders. Please see chapter 3 for details.

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Bewegung

63 Prozent der Welscher Bevölkerung betätigen sich mindestens einmal pro Woche sportlich. Der Anteil der sportlich Aktiven ist sowohl bei den Männern (80 Prozent) als auch bei den Frauen (76 Prozent) in der jüngsten Altersgruppe (15 bis 19 Jahre) am größten. Als besonders unsportliche Gruppe konnten männliche Arbeiter identifiziert werden. Sie betätigen sich signifikant seltener sportlich, als Männer in anderen Beschäftigungsverhältnissen. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen zeigten die Ergebnisse der Welscher Gesundheitsbefragung 2008, dass Personen, die sich nicht sportlich betätigen doppelt so häufig Anzeichen einer depressiven Verstimmung (gemäß WHO-Wellbeing 5) aufweisen, als jene Personen, die regelmäßig Sport treiben.

Ernährung

Der Anteil an Personen, die als Hauptmahlzeit häufig „leichte Gerichte“ konsumieren, ist unter Frauen deutlich größer (64 Prozent) als unter Männern (53 Prozent). Vor allem Frauen zwischen 20 und 49 Jahren greifen häufig zu „leichten Gerichten“ wie Fisch, Vegetarischem oder Reisgerichten. Der Anteil jener Personen, die häufig „Fast-Food“ konsumieren, ist wiederum bei den Männern größer (16 Prozent) als bei den Frauen (10 Prozent). Besonders unter den jungen Welscherinnen und Welschern sind solche Speisen beliebt: 36 Prozent der jungen Männer zwischen 15 und 19 Jahren und 32 Prozent der jungen Frauen nehmen als Hauptmahlzeit häufig „Fast-Food“ wie Fertigpizza, Leberkäsebrötchen oder ähnliches zu sich. Die Ernährungsgewohnheiten in der Bevölkerung hängen auch mit dem jeweiligen Bildungsniveau zusammen: Personen mit hoher Schulbildung konsumieren häufiger „leichte Gerichte“ als Personen mit mittlerer oder niedriger Schulbildung. Umgekehrt wird „Fast-Food“ von Personen mit niedriger Schulbildung häufiger als Hauptmahlzeit konsumiert.

Health relevant behaviour

Physical activity

63 percent of the population of Wels do sports once a week. The percentage of the physically active is highest in the youngest age-group of the 15 - 19-year-olds both in men as well as in women. The group that turned out to be the least active in sports was the male blue collar workers. They do sports significantly less than men in other employment relationships. The results of the Wels Health Survey 2008 illustrated that both men and women who were not physically active showed signs of a depressive mood (according to the WHO-Wellbeing 5) twice as often as those who did sports regularly.

Nutrition

The percentage of people who have a „light dish“ as a main meal is considerably higher amongst women (64 percent) than amongst men (53 percent). It is primarily women between the ages of 20 and 49 who pick „light dishes“ like fish, vegetarian or rice dishes. On the other hand, the percentage of those who frequently consume fast food is higher amongst men (16 percent) than amongst women (10 percent). Particularly young men and women from Wels prefer these kinds of meals: 36 percent of young men between 15 and 19 years of age and 32 percent of young women of that age-group consume fast food as their main meal - like frozen pizza, a type of meatloaf-bun or such. Eating habits of the population are also linked to the respective educational level: persons with a higher education eat „light dishes“ more often than persons with a middle-ranged or lower education. On the other hand, fast food is consumed more frequently by persons with a lower level of education.

Tabakkonsum

65 Prozent der Welscher Bürgerinnen und Bürger sind laut den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung 2008 NichtraucherInnen. Der Anteil an NichtraucherInnen setzt sich aus 42 Prozent „echten“ NichtraucherInnen, die niemals geraucht haben, und 23 Prozent Ex-RaucherInnen zusammen. Insgesamt ist der RaucherInnenanteil unter den Männern größer als bei den Frauen. Allerdings ist bei den 15- bis 29-Jährigen kein Unterschied zwischen den Geschlechtern mehr ersichtlich: Zählt man die täglichen RaucherInnen und die GelegenheitsraucherInnen zusammen, rauchen in dieser Altersgruppe jeweils 41 Prozent der Männer und Frauen. Als besonders auffällige Gruppe gelten Männer mit niedriger Schulbildung (Pflichtschulabschluss) mittleren Alters (zwischen 30 und 49 Jahren): hier greifen 73 Prozent täglich zur Zigarette. Passivrauch ist der bedeutendste vermeidbare Innenraumschadstoff. Dennoch leben 21 Prozent der WelscherInnen in Haushalten, in denen geraucht wird. Dabei gibt es einen starken Zusammenhang mit der Bildung: Hoch Gebildete (Matura/Uni/FH) leben „nur“ zu 14 Prozent in Wohnungen/Häusern, in deren Innenräumen geraucht wird, während der Anteil unter niedrig Gebildeten (Pflichtschulabschluss) bei 27 Prozent liegt. Jede fünfte Person, die mit Kindern unter 14 Jahren im Haushalt lebt, gibt an, dass in der Wohnung geraucht wird. Dabei sind Kinder, die in Haushalten mit niedriger Schulbildung der Eltern bzw. Familienangehörigen aufwachsen, deutlich häufiger Passivrauch in den eigenen vier Wänden ausgesetzt.

Alkoholkonsum

Im Rahmen der Welscher Gesundheitsumfrage 2008 wurde auch nach den Trinkgewohnheiten bezüglich Alkohol gefragt. 21 Prozent der Männer und 38 Prozent der Frauen geben an, nie Alkohol zu konsumieren. Demgegenüber stehen sechs Prozent der Männer und zwei Prozent der Frauen, die an sechs bis sieben Tagen pro Woche alkoholische Getränke zu sich nehmen. Weitere zehn Prozent der Männer und zwei Prozent der Frauen konsumieren an vier bis fünf Tagen pro Woche Alkohol. Der Anteil der Personen, die eine hohe Konsumhäufigkeit aufweisen, ist in den älteren Alterssegmenten größer als in den jüngeren. Sowohl bei Frauen aber noch deutlicher bei Männern sind große Unterschiede hinsichtlich Konsumhäufigkeit von Alkohol zwischen Menschen mit und Menschen ohne Migrationshintergrund feststellbar. Menschen mit Migrationshintergrund weisen einen deutlich selteneren Konsum von Alkohol auf. (Kapitel 4)

Tobacco consumption

According to the results of the Health Survey 2008, 65 percent of the Wels citizens are non-smokers. The proportion of non-smokers is composed of 42 percent of “real” non-smokers who have never smoked and 23 percent of ex-smokers. Overall, the contingent of smokers is larger amongst men than amongst women. Amongst the group of 15 - 20-year olds, however, there is no gender differentiation to be detected any more: When adding up the daily smokers and the occasional smokers, 41 percent of men and women smoke in that age group. This is most noticeable amongst middle-aged men between the ages of 30 and 49 years who have finished compulsory education only: 73 percent of that group smokes on a daily basis. Second-hand smoke is the most significant avoidable indoor pollutant. Nonetheless, 21 percent of the Wels citizens live in apartments and houses with indoor smoke exposure. There is a strong interrelation with education: Amongst the higher educated (high school degree, university or university of applied sciences degree) “only” 14 percent live in apartments/houses where there is indoor smoking, whereas amongst persons with a compulsory education degree the proportion is 27 percent. Every fifth person that lives together with children under the age of 14 reports indoor smoking in their apartment. Children with parents or other family members who have a lower education are exposed to second-hand smoke in their own homes significantly more frequently.

Alcohol consumption

Within the framework of the Wels Health Survey 2008 the interviewees were also questioned regarding their alcohol drinking habits. 21 percent of men and 38 percent of women declare never to be drinking alcohol. In contrast, six percent of men and two percent of women state to be consuming alcoholic beverages six to seven days per week. Another ten percent of men and two percent of women consume alcohol four to five times a week. The percentage of people who have a high frequency of alcohol consumption is higher amongst the older age segments than amongst the younger. There are big differences to be detected regarding the frequency of alcohol consumption amongst women but even more clearly amongst men between persons with or without migrational background. Persons with a migrational background show a significantly less frequent intake of alcohol.

KURZFASSUNG/SUMMARY

Versorgung

In der Versorgungsregion Wels gibt es eine Fonds-Krankenanstalt und zwei weitere Einrichtungen, die als Krankenanstalt gelten. Insgesamt weist der Österreichische Strukturplan Gesundheit 1.384 Betten aus, wobei die meisten Betten im Bereich der Inneren Medizin sowie der Chirurgie und Unfallchirurgie zuzuordnen sind. Insgesamt gibt es in der Stadt Wels 196 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. In der gesamten Versorgungsregion Zentralraum Wels gibt es 262 Ärztinnen und Ärzte (Vollzeitäquivalente) im niedergelassenen Bereich und 351,6 im Bereich Ambulanzen/Ambulatorien. Sowohl im niedergelassenen als auch im ambulanten Bereich ist der Großteil der Ärztinnen und Ärzte den Richtungen Allgemeinmedizin und Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zuzuordnen. Die Welser Bevölkerung stellt der medizinischen Versorgung ein sehr gutes Zeugnis aus: 89 Prozent gaben im Rahmen der Welser Gesundheitsumfrage 2008 an, mit der medizinischen Versorgung in Wels „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“ zu sein. Diesbezüglich gibt es keine signifikanten Unterschiede nach den einzelnen Stadtteilen. Die Ergebnisse der Gesundheitsumfrage zeigen darüber hinaus, dass die Ärztinnen und Ärzte der einzelnen Fachrichtungen für die Bevölkerung sehr gut erreichbar sind.

Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention

In der Stadt Wels finden viele Aktivitäten statt, die im engeren oder weiteren Sinn der Gesundheitsförderung und Prävention zuzuordnen sind. Wichtige und erfolgreiche Programme sind z.B. „Fit Kids“ sowie das Folgeprogramm „Kim Kilo“, mit denen übergewichtigen Kindern beim Abnehmen geholfen wird.

Um mit einem Bündel an Maßnahmen auf die Gefahren der Sucht in ihren vielfältigen Erscheinungsformen aufmerksam zu machen und die Suchtgefahr insbesondere bei Kindern und Jugendlichen bestmöglich zu verringern, wurde von der Stadt Wels in Zusammenarbeit mit Landesrätin Dr.ⁱⁿ Silvia Stöger und dem Institut Suchtprävention Linz das Projekt „Wir setzen ein Zeichen - Suchtprävention in Wels“ ins Leben gerufen.

Das Frauengesundheitszentrum Wels setzt sich für die gesundheitlichen Belange von Frauen ein. Wichtige Ziele und Aufgaben des Frauengesundheitszentrums sind unter anderem, eine frauengerechte gesundheitliche Versorgung anzuregen und an deren Umsetzung mitzuarbeiten.

Health care

There are a “Fonds Hospital” and two further institutions which are referred to as hospitals in the health care region Wels. Overall, the “Austrian Health Care Structure Plan” accounts for 1.384 beds, of which most beds are assigned to Internal Medicine, as well as Surgery and Accident Surgery. All in all, there are 196 active physicians in private practices in the city of Wels. In the entire health care region Wels there are 262 fulltime-equivalent physicians in private practices and 351,6 in walk-in clinics/ambulatories. In private practices, as well as in the outpatient sector, the majority of physicians can be allotted to the fields of general practice and stomatology. The Wels population rates the medical care system very positively: 89 percent of the interviewees of the Health Survey 2008 stated that they were “very satisfied” or “satisfied” with the health care situation in Wels. In this regard, there are no significant differences between the single city districts. Moreover, the results of the Health Survey show that the different medical specialists are easily accessible for the population.

Health promotion and prevention activities

Wels offers many activities which are in a narrower or broader sense related to health promotion or prevention. Amongst important and successful programmes are for example “Fit Kids” as well as the follow-up programme “Kim Kilo” which are intended to assist overweight children in losing weight.

The city of Wels initiated the project “We make a point - prevention of addiction in Wels” in cooperation with the regional Health Minister Dr. Silvia Stöger and the Institute for Prevention of Addiction in Linz. A wide range of activities call attention to the threats of addiction in all its manifold manifestations and aim to best possibly reduce the risk of addiction especially amongst children and adolescents.

The Women’s Health Centre Wels advocates the health-related issues of women. Among other things, important goals and tasks of the Women’s Health Centre are to encourage women-oriented health care and to contribute to its implementation.

Die Stadt Wels ist seit dem Jahr 1992 Mitglied im Netzwerk „Gesunde Städte Österreichs“. Die aktive Teilnahme am Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den „Gesunden Städten“ sowie die Durchführung von Gemeinschaftsaktionen und -programmen sind wichtige Bestandteile dieser Mitgliedschaft. Im März 2007 war Wels Veranstaltungsort der Tagung des Netzwerks „Gesunde Städte Österreichs“.

Außerdem gibt es in Wels viele Veranstaltungen wie Aktionstage (z.B. Lungenfunktionstage, AIDS-Tag, usw.), Österreichs größte Gesundheitsmesse „Gesund leben“ oder eine Reihe von Schwerpunktveranstaltungen (z.B. 1. Welser Männergesundheitstage 2002, Frauengesundheitstage 2003, 1. OÖ Kindergesundheitstage 2005, Jugendgesundheitsfestival 2008, usw.). Weiters ist noch die wichtige Arbeit der vielen Selbsthilfegruppen, welche sich in der Stadt Wels regelmäßig treffen, zu nennen. (Kapitel 5)

Maßnahmen für die Zukunft

Der Bericht schließt mit mehreren Maßnahmenvorschlägen für die Zukunft, die dazu führen sollen, die Stadt Wels ein Stück gesünder zu machen. In Anbetracht der Ergebnisse des vorliegenden Berichts, die Krankheiten des Bewegungsapparates sowie Rückenbeschwerden als weit verbreitetes Problem in der Welser Bevölkerung ausweisen, werden Maßnahmen zur Vorbeugung von Rückenbeschwerden empfohlen. Da viele Ergebnisse des Berichts darauf hinweisen, dass Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status in vielerlei Hinsicht benachteiligt sind, werden - im Sinne der gesundheitlichen Chancengleichheit - der Abbau bestehender Hürden und die Entwicklung zielgruppenspezifischer Angebote angeregt. Weitere Maßnahmenempfehlungen betreffen die Bereiche: Bewegungsangebote für die Generation 50 Plus, die Etablierung von Gesundheitsförderung für Arbeitslose, eine zielgruppenspezifische Informationskampagne zur Tabakrauchbelastung in Wohnungen/Häusern, die Institutionalisierung eines Einladungs- bzw. Erinnerungssystems im Bereich Impfen sowie die Erweiterung des suchtpreventiven Angebots in der Stadt Wels. (Kapitel 6)

Since the year 1992, Wels has been a member of the “Austrian Healthy Cities Network”. The active participation in information and experience exchange between the “Healthy Cities”, as well as the organisation of joint actions are integral parts of that membership. In March of 2007, Wels was the venue of the congress of the “Austrian Healthy Cities Network”.

Additionally, Wels offers a lot of events like action days (e.g. lung function days, AIDS-day, etc.), the biggest health fair in Austria called “Healthy living”, or a number of focal events, like for example the 1. Wels Men’s Health Days 2002, the Women’s Health Days 2003, the 1. Upper Austrian Children’s Health Days 2005, the Youth Health Festival 2008, etc. Furthermore, the important work of the many support groups which meet in Wels at regular intervals needs to be mentioned.

Future actions

The report ends with several suggestions for future actions with the goal of making the city of Wels healthier. In consideration of the results of this report at hand which show that affections of the musculoskeletal system as well as back problems are a prevalent problem among the Wels citizens, actions for the prevention of back pains are recommended. Many results of this report point to the fact that persons with a low socio-economic status are disadvantaged in many respects. In terms of health equity the report stimulates the reduction of hurdles and the development of group-specific actions. Further recommendations for future actions are concerned with the areas of physical activity measures for the 50-plus generation, the establishment of health promotion for the unemployed, a target-group-specific information campaign about the indoor tobacco smoke pollution in apartments/houses, the institutionalisation of an invitation and reminder system concerning vaccinations, as well as the expansion of actions regarding addiction prevention in the city of Wels (please see chapter 6 for details).

INHALT

1. Soziodemographie Wels.....	16
1.1. Bevölkerungsstruktur.....	17
1.2. Bevölkerungsbewegung.....	19
2. Lebenserwartung und Mortalität.....	22
3. Gesundheitszustand.....	28
3.1 Subjektive Gesundheit.....	29
3.2 Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit).....	34
3.2.1. Krankenstand nach Branche.....	37
3.2.2. Krankenstand nach Diagnosegruppen.....	39
3.3 Krankenhausaufenthalte.....	44
3.4 Medikamentenverordnungen.....	48
3.5. Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates.....	52
3.5.1. Ergebnisse der Gesundheitsbefragung.....	52
3.5.2. Krankenhausaufenthalte infolge von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates.....	56
3.5.3. Arbeitsunfähigkeit infolge von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates.....	58
3.6. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems.....	60
3.6.1. Krankenhausaufenthalte infolge von Herz-Kreislauserkrankungen.....	65
3.7. Allergien.....	72
3.8. Diabetes.....	74
3.8.1. Krankenhausaufenthalte aufgrund von Diabetes.....	75
3.8.2. Verordnung von Antidiabetika.....	77
3.9. Atemwegserkrankungen.....	78
3.9.1. Krankenhausaufenthalte infolge von Atemwegserkrankungen.....	79
3.9.2. Arbeitsunfähigkeit infolge von Atemwegserkrankungen.....	83
3.9.3. Verordnung von Antiasthmatica.....	86
3.10. Psychische Gesundheit.....	88
3.10.1. Krankenhausaufenthalte aufgrund psychischer Erkrankungen.....	91
3.10.2. Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen.....	97
3.10.3. Verordnung von Antidepressiva.....	101
3.11. Beschwerden.....	104
4. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen.....	110
4.1. Bewegung.....	111
4.2. Ernährung.....	114
4.3. Tabakkonsum.....	117
4.4. Alkohol.....	125
5. Versorgung.....	130
5.1. Krankenversorgung in Wels.....	131
5.1.1. Krankenanstalten.....	131
5.2. Ärztliche Versorgung.....	132
5.3. Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung.....	133
5.4. Zufriedenheit mit der Versorgung.....	134
5.5. Vorsorgeuntersuchung.....	139
5.6. Impfen.....	141
5.6.1. Impfstatus.....	141
5.7. Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in Wels.....	145
5.7.1. Schwerpunktveranstaltungen zur Vorsorge.....	145
5.7.2. Gesundheitsmesse „Gesund Leben“.....	145
5.7.3. Lungenfunktionstage.....	146
5.7.4. AIDS-Tag.....	146
5.7.5. Vortragsreihe im Welldorado.....	146
5.7.6. Netzwerk Gesunde Städte und Institut für Gesundheitsplanung.....	146
5.7.7. Impfungen.....	147

5.7.8. Frauengesundheitszentrum Wels.....	147
5.7.9. Fit Kids	147
5.7.10. Kim Kilo	148
5.7.11. Gesunde Schule VS 8	148
5.7.12. Gesundheitszentrum Wels Augen	148
5.7.13. Wirbelsäulenzentrum	148
5.7.14. Projekt Suchtprävention.....	149
5.7.15. OÖ. Herzverband	149
5.7.16. OÖ. Kneippbund - Kneipp Aktiv Club Wels	149
5.7.17. Weitere Selbsthilfegruppen	149
6. Maßnahmenvorschläge und Handlungsempfehlungen	150
6.1. Rückenbeschwerden und Schäden der Wirbelsäule vorbeugen	151
6.2. Gesundheitliche Chancengleichheit - Zugang zu Angeboten erleichtern (Preise, Mobilität, Information...) und spezifische Angebote entwickeln.....	151
6.3. Bewegung 50 Plus	152
6.4. Angebote für Arbeitslose	152
6.5. Zielgruppenspezifische Infokampagne - Rauchen - Wohnung - Lebensstil	153
6.6. Impfen.....	153
6.7. Erweiterung des suchtpreventiven Angebots	153
7. Zehn Gesundheitsziele für Wels	154
7.1. Hintergrund zu den Zielen	156
7.1.1. Ziel 1: Diabetes.....	156
7.1.2. Ziel 2: Zahngesundheit.....	158
7.1.3. Ziel 3: Betriebliche Gesundheitsförderung	159
7.1.4. Ziel 4: Suizid.....	161
7.1.5. Ziel 5, 6: Impfen	162
7.1.6. Ziel 7: Herz-Kreislaufkrankungen	164
7.1.7. Ziel 8: Nikotin und Alkohol.....	166
7.1.8. Ziel 9: Schule	167
7.1.9. Ziel 10: Gesunde Stadt	167
8. Datengrundlage	168
8.1. Umfragedaten der Welscher Gesundheitsbefragung 2008.....	169
8.2. Abrechnungsdaten der OÖGKK	169
8.3. Spitalsentlassungsdaten der Fonds-Krankenanstalten	169
9. Verzeichnisse und Literatur	170
9.1. Abbildungsverzeichnis.....	171
9.2. Tabellenverzeichnis	174
9.3. Literatur.....	175

1. SOZIODE- MOGGRAPHIE WELS

1.1. Bevölkerungsstruktur

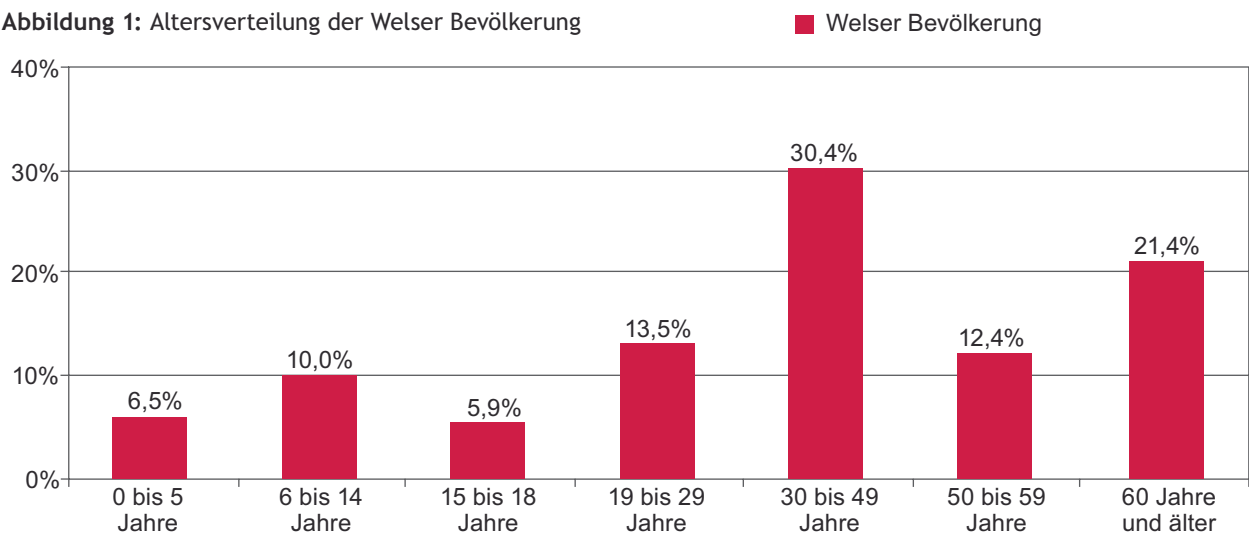
Die Stadt Wels zählt im Jahr 2007 58.877 EinwohnerInnen. Dies sind um etwa 2.400 Personen mehr als im Jahr der letzten Volkszählung (2001: 56.481 EinwohnerInnen). Die aktuelle Wohnbevölkerung setzt sich zu 52 Prozent aus Frauen und zu 48 Prozent aus Männern zusammen.

Etwa 16 Prozent der Welsener Wohnbevölkerung sind unter 15 Jahre alt. Knapp 20 Prozent gehören der Altersgruppe

der 15- bis 29-Jährigen an. Etwa 43 Prozent der Wohnbevölkerung sind zwischen 20 und 59 Jahre alt und 21 Prozent sind 60 Jahre oder älter. 62 Prozent oder 36.605 Personen sind im Erwerbsalter zwischen 15 und 59 Jahren.¹

Die Bevölkerungsstruktur hinsichtlich der Altersverteilung entspricht in etwa jener des gesamten Bundeslandes Oberösterreich.

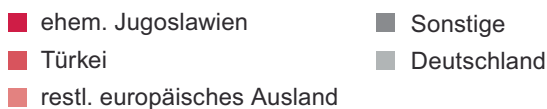
Abbildung 1: Altersverteilung der Welsener Bevölkerung



Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wels 2007

In Wels leben etwa 9.400 Menschen mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft. Dies entspricht einem Ausländeranteil von 16 Prozent. Der Ausländeranteil in Wels ist somit deutlich größer als in der oberösterreichischen Gesamtbevölkerung (Oberösterreich: 7,6 Prozent). Fast zwei Drittel der in Wels lebenden AusländerInnen kommen aus dem ehemaligen Jugoslawien. 15 Prozent der AusländerInnen haben die Staatsbürgerschaft der Türkei und sechs Prozent haben die deutsche Staatsbürgerschaft. Weitere elf Prozent kommen aus dem restlichen europäischen Ausland. Sieben Prozent kommen aus sonstigen Staaten.²

Abbildung 2: Herkunft der AusländerInnen (Staatsbürgerschaft)



Quelle: Statistik Austria, http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/statbevstand/StartBevstand_Staat.jsp

¹Stadt Wels

²Land Oberösterreich

Die Stadt Wels zählt zu jenen Bezirken Oberösterreichs, die einen der niedrigsten Anteile an schlecht qualifizierten EinwohnerInnen haben: 23 Prozent der Personen im Alter zwischen 15 und 70 Jahren verfügen maximal über einen Pflichtschulabschluss. Allerdings ist der Anteil der Niedrigqualifizierten unter ArbeitnehmerInnen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich hoch. Ein Grund

dafür ist, dass es SchulabgängerInnen mit Migrationshintergrund in deutlich geringerem Ausmaß gelingt eine Berufsausbildung zu machen. Denn während der Anteil der SchülerInnen mit Migrationshintergrund in den polytechnischen Schulen bei 53 Prozent liegt (Schuljahr 2006/2007), haben in den Berufsschulen nur 4,5 Prozent der SchülerInnen einen Migrationshintergrund.³

Tabelle 1: SchülerInnen nach Schultyp

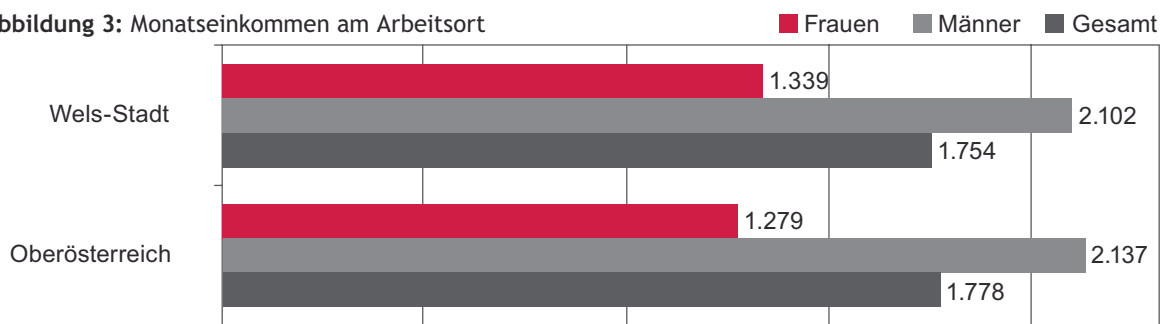
Schuljahr	Schultyp-Wels								
	Pflichtschule					mittlere und höhere Schule			
	VS	HS	Sonderschule	Polyt. Lehrgang	Gesamt	AHS	BHS	BMS	Gesamt
1990/91	2540	1520	177	131	4368	2320	2028	588	4936
1995/96	2530	1860	186	104	4680	2690	2930	*	5620
2000/01	2744	1930	211	134	5019	2656	3249	*	5905
2007/08	2498	2178	182	159	5017	2770	2935	516	6221

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wels 2007 - *in BHS enthalten

Insgesamt hat sich über die Jahr(zehnt)e gesehen die Anzahl an Schülerinnen und Schülern sowohl im Pflichtschulbereich als auch bei den mittleren und höheren Schulen erhöht. Im Bereich der mittleren und höheren Schulen ist die Zunahme an Schülern ungleich höher als im Pflichtschulbereich. Im Schuljahr 2007/08 gab es in Wels 11.238 Schülerinnen und Schüler. Davon besuchten 5.017 eine Pflichtschule und 6.221 eine mittlere oder höhere Schule.

Im Februar 2009 liegt die Arbeitslosigkeit im Bezirk Wels⁴ bei 6,9 Prozent (Februar 2008: 4,6 Prozent). Die Arbeitslosenquote bei den Frauen beträgt 5,6 Prozent, jene bei den Männern 7,9 Prozent. Überdurchschnittlich betroffen sind Personen mit niedriger Schulbildung. 54 Prozent aller Arbeitslosen haben Pflichtschulausbildung, weitere 30 Prozent eine Lehrausbildung. 51 Prozent aller Arbeitslosen sind zwischen 25 und 44 Jahre alt.⁵

Abbildung 3: Monatseinkommen am Arbeitsort



Quelle: AK Oberösterreich; http://ooe.arbeiterkammer.at/bilder/d75/LageANWels_September2008.pdf

Mit 1.754 Euro Bruttogehalt bietet der Standort Wels den Beschäftigten ein leicht unterdurchschnittliches mittleres Bruttoeinkommen (Oberösterreich: 1.778 Euro). Im Bezirksvergleich liegt die Stadt Wels damit an sechster Stelle. In der Stadt Wels beschäftigte Frauen haben mit 1.339 Euro das landesweit zweithöchste Fraueneinkommen. Insgesamt 40 Prozent der Welser ArbeitnehmerInnen (38 Prozent der Welser⁶ Arbeitnehmerinnen und 45 Prozent der Welser⁷ Arbeitnehmer) sind „Bezirks-

auspendlerInnen“. Dies ist ein vergleichsweise niedriger Wert (Oberösterreich gesamt: 47 Prozent).

5,4 Prozent (Frauen: 10,9 Prozent; Männer: 2,3 Prozent) aller ganzjährig vollzeitbeschäftigten WelserInnen verdienen monatlich weniger als 1.000 Euro (Bruttojahreseinkommen durch 14). Oberösterreichweit betragen diese Anteile 12,8 Prozent (Frauen) bzw. 2,1 Prozent (Männer).⁸

³AK Oberösterreich 2008

⁵Arbeitsmarktservice

⁷wohnhaft in Wels-Stadt oder Wels-Land

⁴Wels-Stadt und Wels-Land

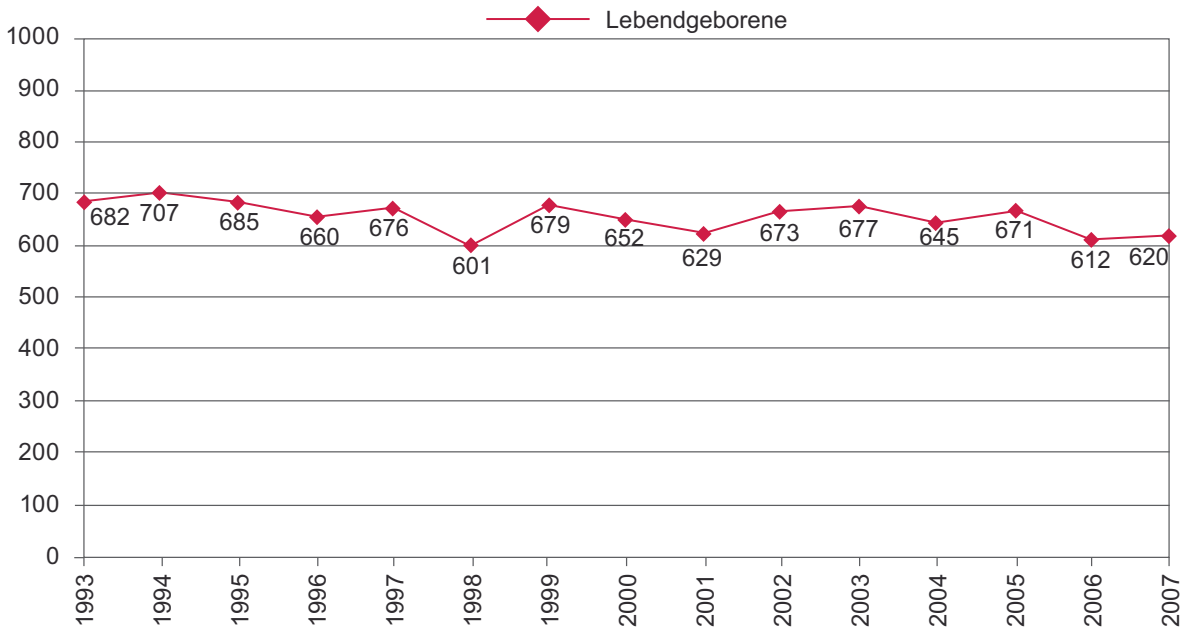
⁶wohnhaft in Wels-Stadt oder Wels-Land

⁸AK Oberösterreich 2008

1.2. Bevölkerungsbewegung

Im Jahr 2007 verstarben 523 Personen der Welser Wohnbevölkerung. Diesen Sterbefällen standen 620 Lebendgeborene gegenüber, was eine Geburtenbilanz von + 97 ergibt.⁹

Abbildung 4: Lebendgeborene im Zeitverlauf

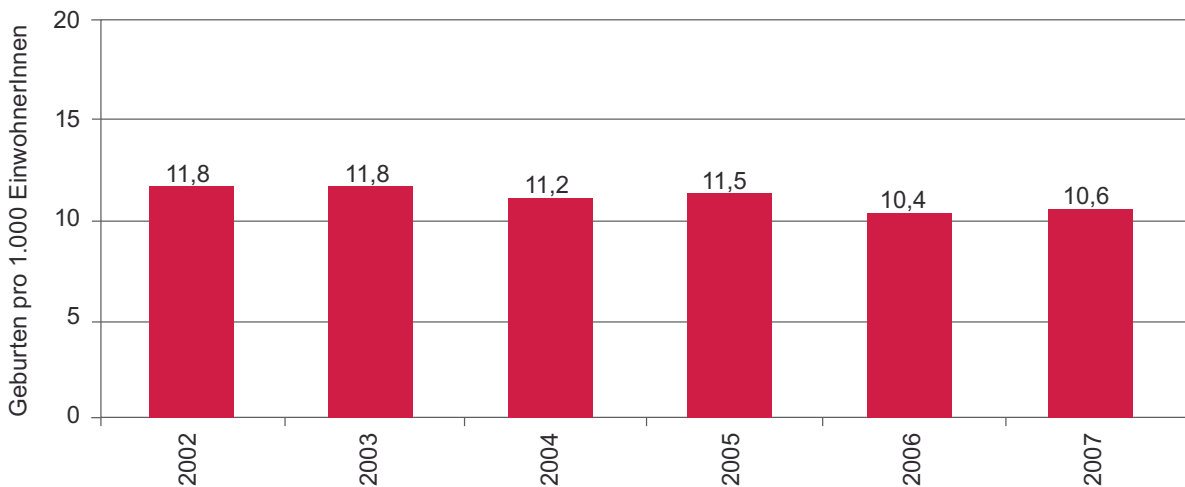


Quelle: Statistik Austria, http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/statgeboreneundgestorbene/StartGeboreneGestorbene.jsp?xmlid=was_statgeboreneundgestorbene_DEU_HTML.htm

Im Beobachtungszeitraum der letzten 15 Jahre war das Jahr 1994 das Jahr mit den meisten Geburten (707) und das Jahr 1998 jenes mit den wenigsten Geburten (601).

Insgesamt erscheint die Anzahl der Lebendgeborenen im Beobachtungszeitraum mit kleineren Schwankungen aber relativ konstant zu bleiben.

Abbildung 5: Geburtenziffer im Zeitverlauf



Quelle: Statistik Austria, http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/statgeboreneundgestorbene/StartGeboreneGestorbene.jsp?xmlid=was_statgeboreneundgestorbene_DEU_HTML.htm, Geburten pro 1.000 EinwohnerInnen; eigene Berechnungen

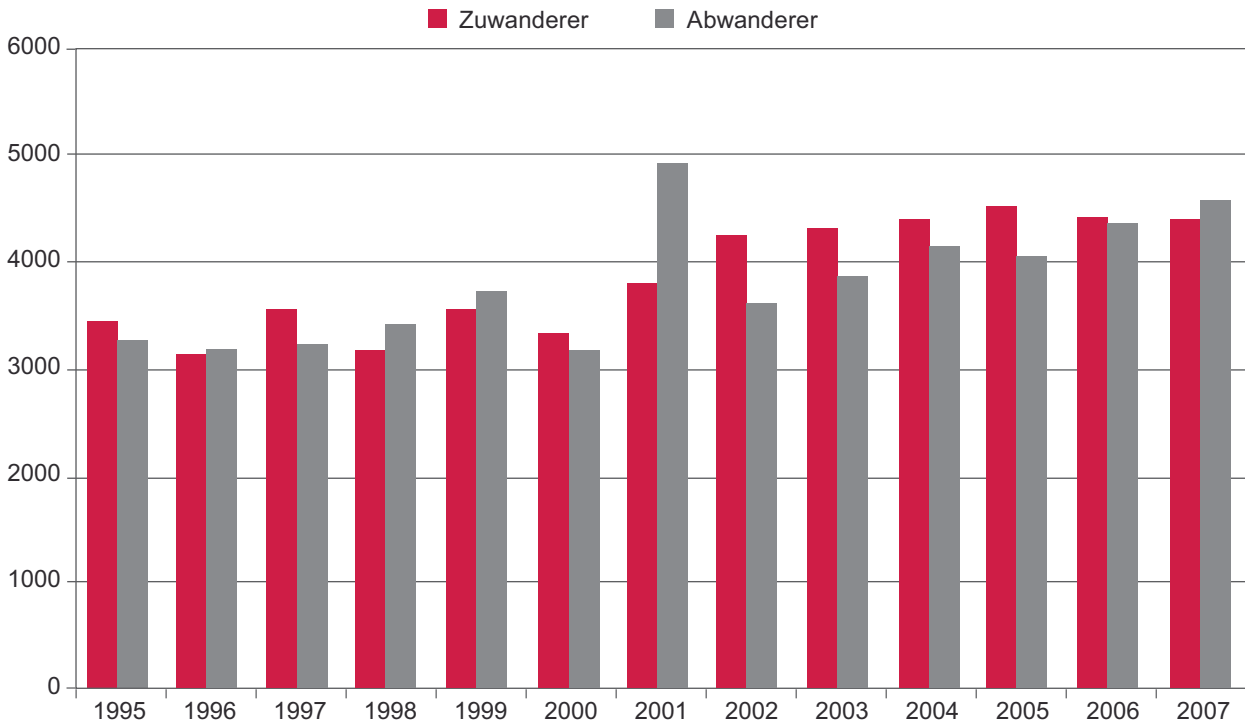
⁹Land Oberösterreich

Wanderungen

Die Wanderungsbewegungen in den letzten Jahren unterliegen erheblichen Schwankungen. Im Jahr 2007 ist ein negativer Saldo festzustellen. Es gab 167 mehr Ab-

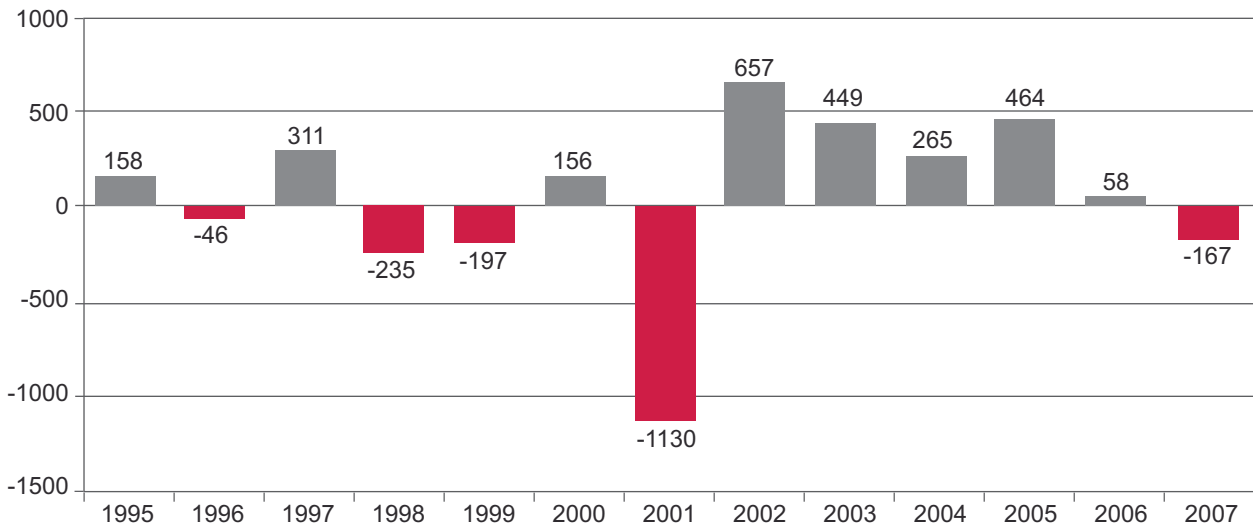
als Zuwanderer. Insgesamt ergibt der durchschnittliche jährliche Wanderungssaldo jedoch einen positiven Wert: seit dem Jahr 1995 plus 57 Personen pro Jahr.

Abbildung 6: Zu- und Wegzüge 1995 bis 2007



Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wels 2007

Abbildung 7: Wanderungsbilanz



Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wels 2007

Fakten

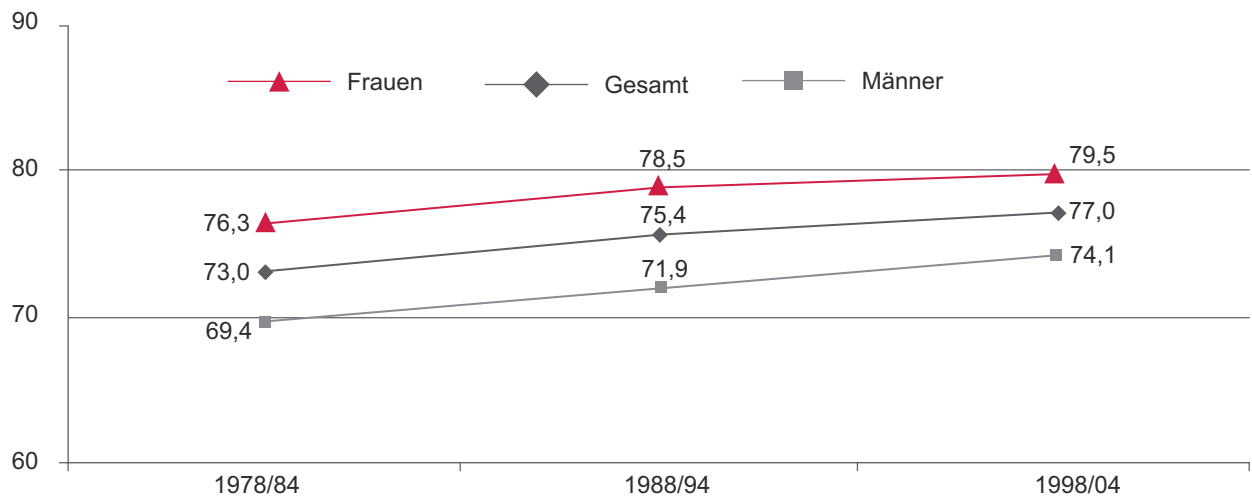
- Die Hauptwohnsitzbevölkerung ist seit dem Jahr 2001 (Volkszählung) um 2.400 Personen angewachsen.
- Die Bevölkerungsstruktur hinsichtlich der Altersverteilung entspricht in etwa jener des gesamten Bundeslandes Oberösterreich.
- Knapp ein Viertel der 15- bis 70-jährigen BürgerInnen gilt als niedrigqualifiziert (maximal Pflichtschulabschluss).
- Personen mit niedriger Schulbildung sind überdurchschnittlich von Arbeitslosigkeit betroffen.
- 10,9 Prozent aller ganzjährig vollzeitbeschäftigten Welserrinnen und 2,3 Prozent aller ganzjährig vollzeitbeschäftigten Welsler verdienen monatlich weniger als 1.000 Euro.
- Der Ausländeranteil liegt bei 16 Prozent und ist damit doppelt so groß wie in der oberösterreichischen Gesamtbevölkerung.
- Knapp zwei Drittel der in Wels lebenden Ausländer kommen aus dem ehemaligen Jugoslawien.
- Im Jahr 2007 wurden 620 Welsler Kinder geboren. Die Anzahl der Lebendgeborenen ist in den letzten 15 Jahren relativ konstant.

2. LEBENSER- WARTUNG UND MORTALITÄT

Die Lebenserwartung hat in den letzten Jahrzehnten erfreulicherweise stetig zugenommen. Die Lebenserwartung eines Welser Mannes beträgt bei der Geburt nun etwa 74 Jahre, jene einer Welser Frau 79,5 Jahre. Ein Bub hat somit zum Zeitpunkt seiner Geburt heutzutage

(1998-2004) eine um 4,7 Jahre höhere Lebenserwartung als noch zu Beginn des Beobachtungszeitraums (1978-1984), ein neugeborenes Mädchen hat im Beobachtungszeitraum 3,2 Jahre hinzugewonnen.¹⁰

Abbildung 8: Lebenserwartung bei der Geburt

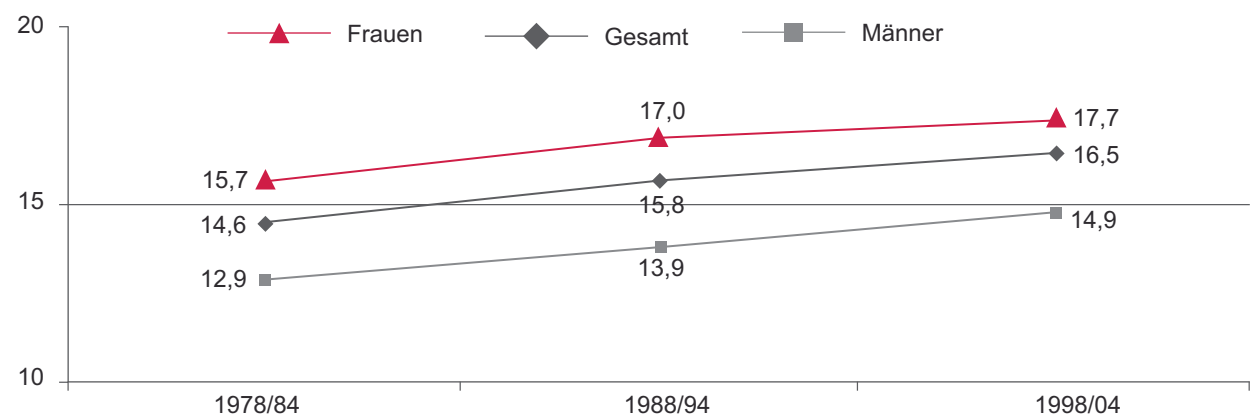


Quelle: Statistik Austria, Österreichischer Todesursachenatlas 1998/2004

Wie die Lebenserwartung bei Geburt hat auch die fernere Lebenserwartung ab 65 Jahren (Abbildung 9) deutlich zugenommen. Ein männlicher Bürger der Stadt Wels hat mit 65 Jahren eine fernere Lebenserwartung von knapp 15 Jahren. Eine Welser Bürgerin hat mit dem 65. Geburtstag eine fernere Lebenserwartung von 17,7 Jahren.

Im Beobachtungszeitraum 1978-1984 hatte ein 65-jähriger Mann noch 12,9 Jahre vor sich. Heute (1998-2004) hat ein 65-Jähriger eine um zwei Jahre verlängerte fernere Lebenserwartung. Auch Frauen haben hinsichtlich der ferneren Lebenserwartung seit 1978-1984 zwei Jahre hinzugewonnen.

Abbildung 9: Fernere Lebenserwartung mit 65 Jahren



Quelle: Statistik Austria, Österreichischer Todesursachenatlas 1998/2004

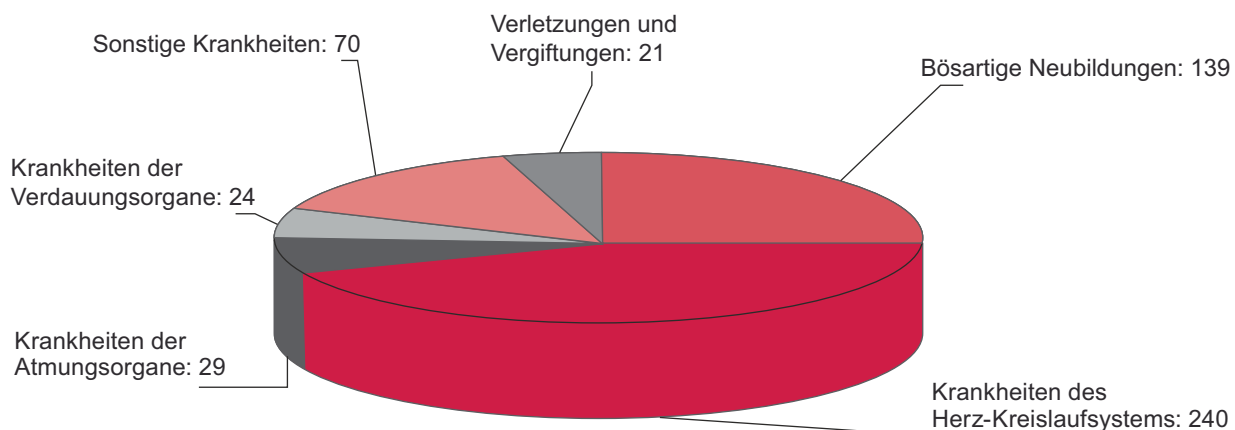
¹⁰Statistik Austria 2007

LEBENSERWARTUNG UND MORTALITÄT

Insgesamt verstarben im Jahr 2007 523 Welser BürgerInnen (Abbildung 10). Der Großteil der Todesfälle - 240 Fälle oder 46 Prozent - lässt sich auf Herz-Kreislaufkrankungen zurückführen. Die zweithäufigste Todesursache sind Krebserkrankungen. 139 Personen starben im Jahr 2007 in Folge einer bösartigen Neubildung. Anders aus-

gedrückt: Mehr als jeder vierte Todesfall des Jahres 2007 ist ursächlich auf eine Krebserkrankung zurückzuführen. 29 Menschen verstarben infolge von Krankheiten der Atmungsorgane, 24 an Krankheiten der Verdauungsorgane und 21 an Verletzungen und Vergiftungen. 70 Personen starben an sonstigen Krankheiten.

Abbildung 10: Todesfälle im Jahr 2007

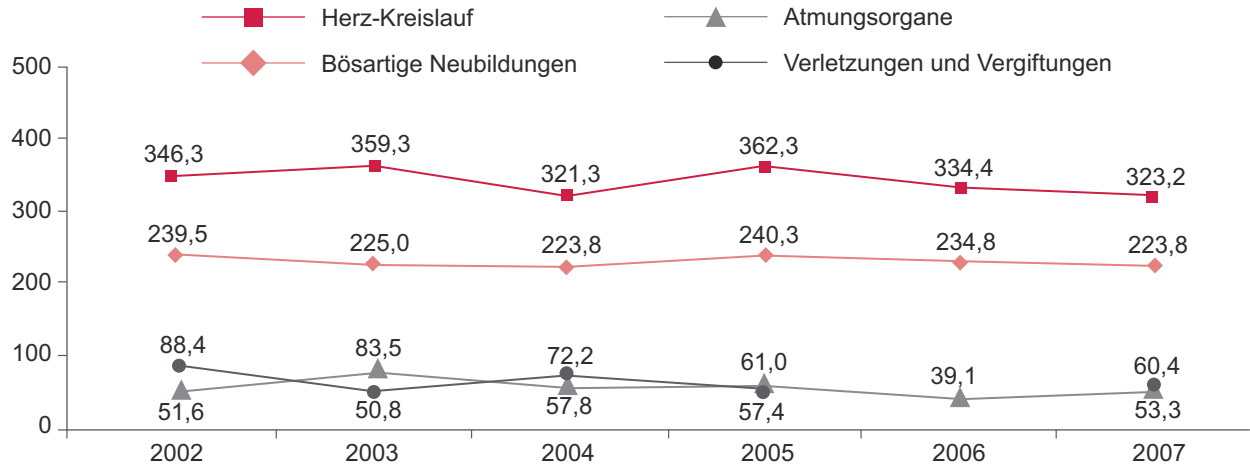


Quelle: Statistik Austria, http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/statgeboreneundgestorbene/StartGeboreneGestorbene.jsp?xmlid=was_statgeboreneundgestorbene_DEU_HTML.htm

Abbildung 11 und Abbildung 12 zeigen den Verlauf der rohen Mortalitätsrate bei Männern bzw. Frauen seit dem Jahr 2002. Ein eindeutiger Trend ist weder bei Männern noch bei

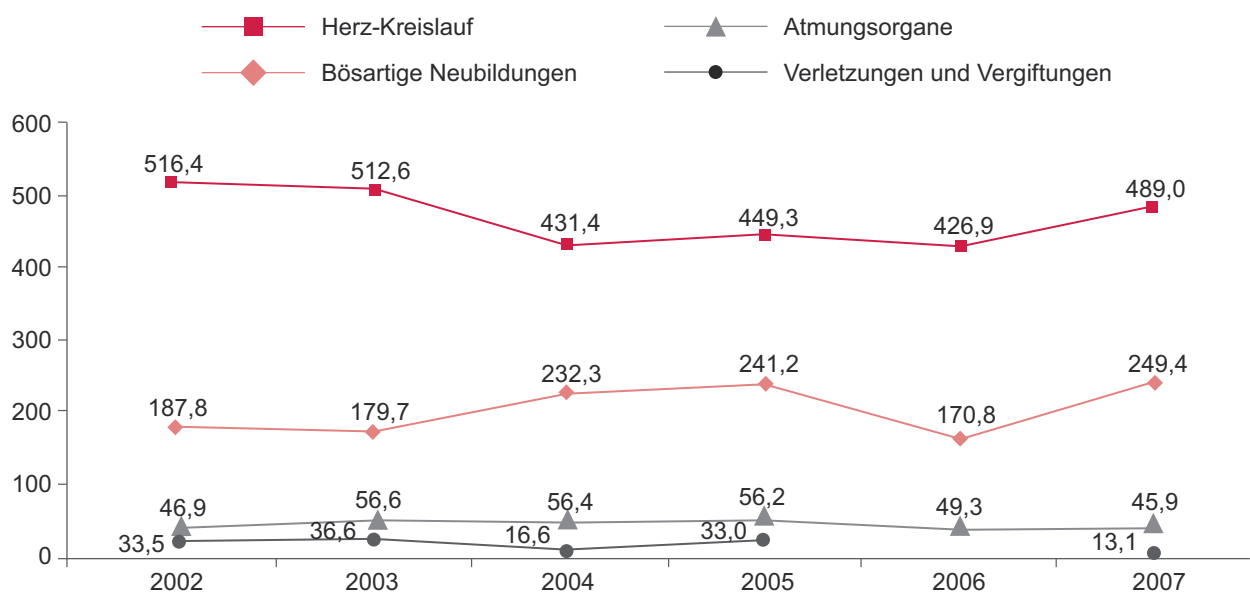
Frauen auszumachen. Kleinere Schwankungen zwischen den Jahren sind auf die aus statistischer Sicht insgesamt wenigen Todesfälle in der Stadt Wels zurückzuführen.

Abbildung 11: Todesfälle pro 100.000 Männer (Rohe Rate)



Quelle: Statistik Austria, http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/statgeboreneundgestorbene/StartGeboreneGestorbene.jsp?xmlid=was_statgeboreneundgestorbene_DEU_HTML.htm; eigene Berechnungen; Werte für Verletzungen und Vergiftungen des Jahres 2006 sind aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht verfügbar;

Abbildung 12: Todesfälle pro 100.000 Frauen (Rohe Rate)



Quelle: Statistik Austria, http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/statgeboreneundgestorbene/StartGeboreneGestorbene.jsp?xmlid=was_statgeboreneundgestorbene_DEU_HTML.htm; eigene Berechnungen; Werte für Verletzungen und Vergiftungen des Jahres 2006 sind aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht verfügbar;

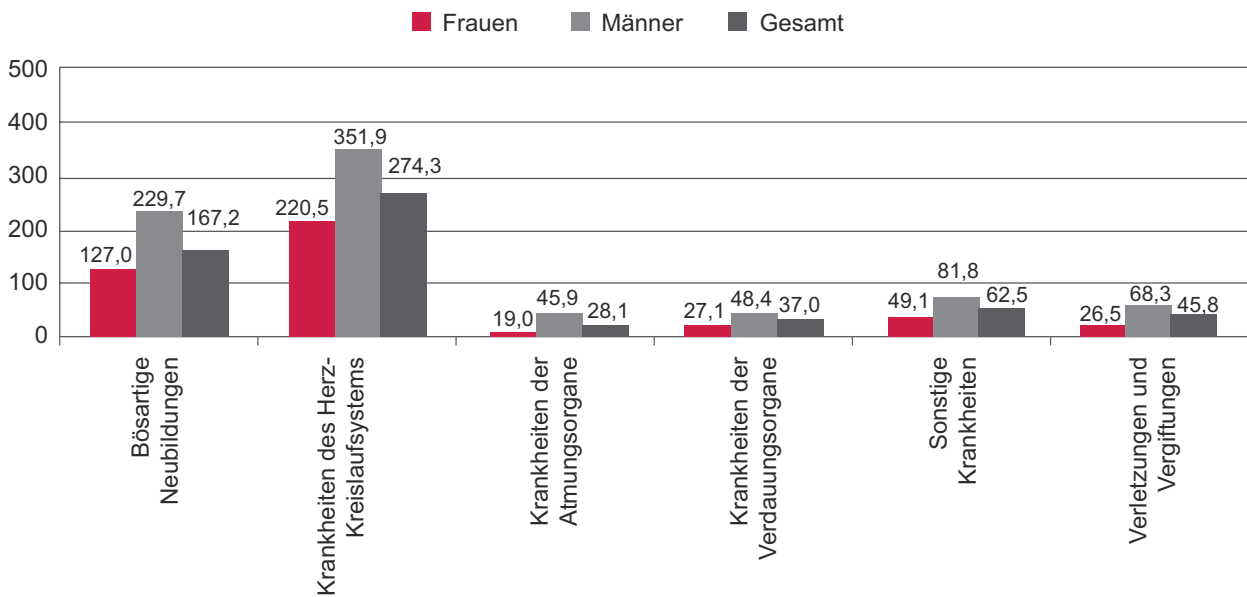
Im Jahr 2007 verstarben 323 Männer und 489 Frauen pro 100.000 Personen des jeweiligen Geschlechts in Folge von Herz-Kreislaufkrankungen. Auf 100.000 Männer kommen im Jahr 2007 224 Todesfälle aufgrund einer Krebserkrankung. Bei den Frauen sind dies 249 Fälle pro 100.000. Bei den Todesfällen in Folge von Atemwegser-

krankungen liegt die Rohe Rate bei Männern bei 53 Fällen/100.000 und bei Frauen bei 46 Fällen/100.000. Die Mortalität in Folge von Verletzungen und Vergiftungen ist bei Männern deutlich höher als bei Frauen: auf 100.000 Männer kamen im Jahr 2007 60 und auf 100.000 Frauen 13 Todesfälle.

LEBENSERWARTUNG UND MORTALITÄT

Die altersstandardisierten Mortalitätsraten (Abbildung 13) sind zur Illustration der Geschlechterunterschiede bei den Haupttodesursachen um einiges aussagekräftiger bzw. stabiler. Hierfür wurden sämtliche Todesfälle der Jahre 1998 bis 2004 zusammengefasst¹¹.

Abbildung 13: Standardisierte Sterbeziffern 1998/2004 in Wels



Quelle: Statistik Austria, Österreichischer Todesursachenatlas 1998/2004

Auf 100.000 Personen kommen 167 Todesfälle in Folge von Krebserkrankungen, wobei die Mortalität bei Männern (230/100.000) höher ist als bei Frauen (127/100.000). Die Herz-Kreislaufmortalität liegt in Wels mit einer Rate von 274,3 signifikant unter jener Gesamtösterreichs (302,5). Was den Unterschied zwischen den Geschlechtern betrifft, so ist auch die Herz-Kreislaufmortalität bei Männern (352/100.000) höher als bei Frauen (221/100.000).

Die Mortalitätsrate in Folge von Atemwegserkrankungen liegt mit 28,1 signifikant unter dem Bundesdurchschnitt (33,6). Weiters kommen auf 100.000 Personen 37 Todesfälle in Folge von Krankheiten der Verdauungsorgane (Männer: 48/100.000; Frauen: 27/100.000). Von Todesfällen in Folge von Verletzungen und Vergiftungen sind Männer (68/100.000) deutlich häufiger betroffen als Frauen (27/100.000).

¹¹Statistik Austria 2007

Fakten

- Die Lebenserwartung hat in den letzten Jahren stetig zugenommen.
- Der Großteil (46 Prozent) aller Todesfälle aus dem Jahr 2007 lässt sich auf Herz-Kreislauf-erkrankungen zurückführen. Mehr als ein Viertel aller Todesfälle - und somit zweithäufigste Todesursache - sind ursächlich durch Krebserkrankungen bedingt.
- Die Herz-Kreislaufmortalität in Wels liegt mit 274 pro 100.000 signifikant unter jener Gesamtösterreichs (303 pro 100.000). Bei den Männern ist die Herz-Kreislaufmortalität (352 pro 100.000) deutlich höher als bei den Frauen (221 pro 100.000).
- Die Mortalitätsrate in Folge von Atemwegserkrankungen liegt mit 28 pro 100.000 (Gesamtösterreich 34 pro 100.000) signifikant unter dem Bundesdurchschnitt.
- Männer sind deutlich häufiger von Todesfällen in Folge von Verletzungen und Vergiftungen betroffen als Frauen.

3. GESUNDHEITS- ZUSTAND

In diesem Kapitel soll der Gesundheitszustand der Welser Bevölkerung genauer betrachtet werden. Dabei wird auf folgende Bereiche näher eingegangen: subjektive Gesundheit, Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle), Erkrankungen des Bewegungsapparates, Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Allergien, Diabetes, Atemwegserkrankungen und psychische Gesundheit. Darüber hinaus wird ein Überblick über die häufigsten Beschwerden der Welser Bevölkerung gegeben. Für die Beschreibung des Gesundheitszustandes der Welser Bevölkerung werden die Daten aus der Gesundheitsumfrage Wels 2008 herangezogen und (dort, wo möglich) durch Sekundärdaten ergänzt.

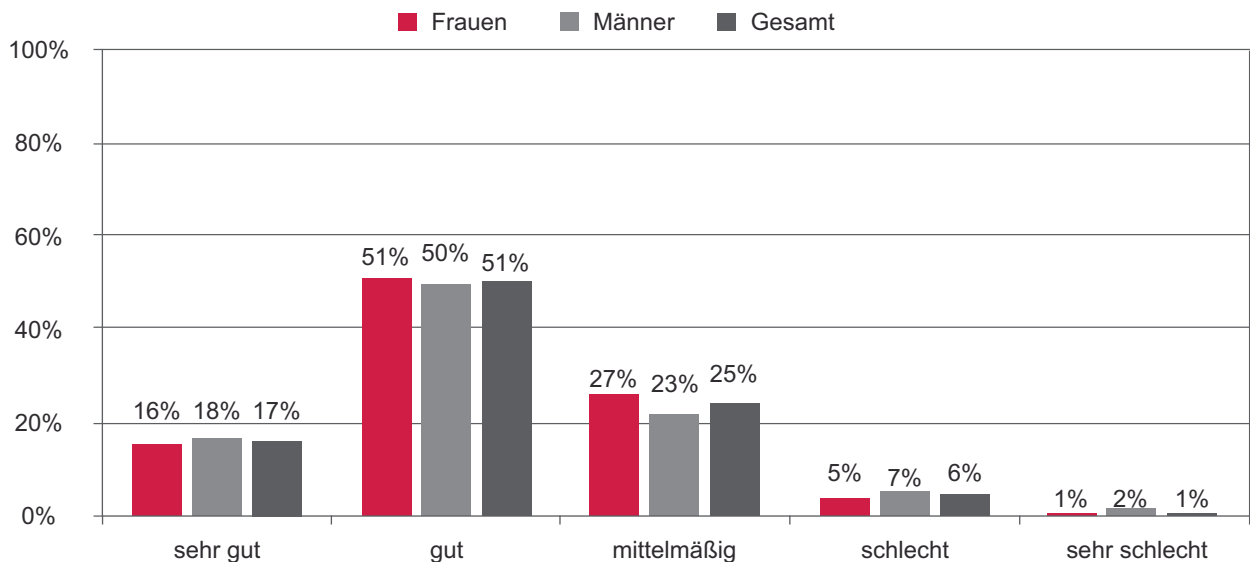
Ziel der nachfolgenden Analysen ist eine umfassende Beschreibung der Ist-Situation bzw. die Identifikation besonders stark belasteter/betroffener Bevölkerungsgruppen. Dabei soll in der Regel wie folgt vorgegangen werden: Neben der obligaten Differenzierung nach Geschlecht und Alter soll je nach Problemlage eine Differenzierung nach den Sozialindikatoren Schulbildung und/oder Äquivalenzeinkommen und/oder Beschäftigungsstatus erfolgen.

3.1 Subjektive Gesundheit

Die Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit („Wie beurteilen Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand“) gilt als Schlüsselindikator für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung. Insgesamt beurteilen 68 Prozent der Welser Bevölkerung ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“. Etwa ein Viertel der Befragten schätzt

den eigenen Gesundheitszustand als mittelmäßig ein (Männer: 23 Prozent; Frauen: 27 Prozent). Sechs Prozent beurteilen ihren Gesundheitszustand als schlecht (Männer: 7 Prozent; Frauen: 5 Prozent), ein Prozent gar als „sehr schlecht“.

Abbildung 14: Subjektiver Gesundheitszustand der Welser Bevölkerung



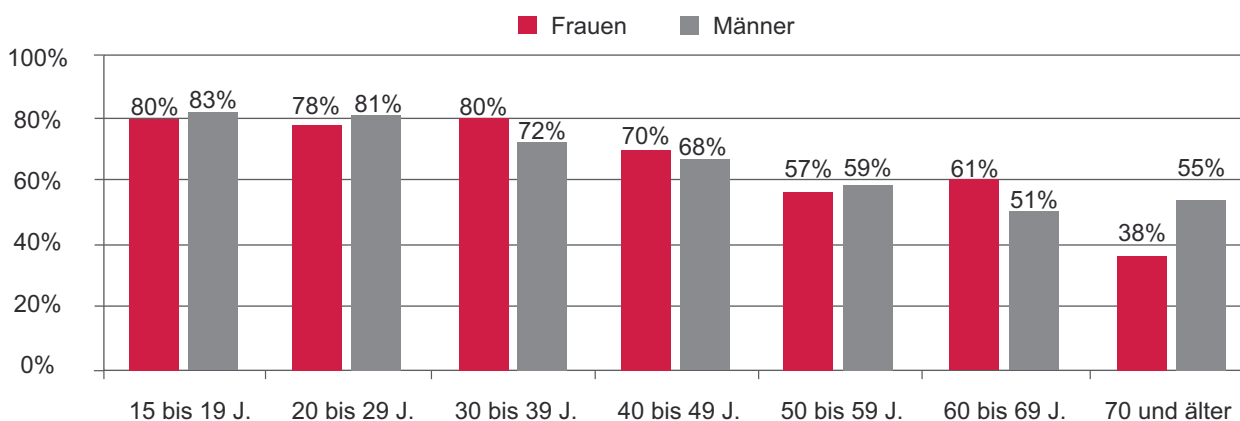
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.061

GESUNDHEITZUSTAND

Das Alter ist erwartungsgemäß eine wesentliche Einflussgröße auf den subjektiven Gesundheitszustand (Abbildung 15). 83 Prozent der jugendlichen Männer zwischen 15 und 19 Jahren und 80 Prozent der gleichaltrigen Frauen beurteilen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“.

Bei Männern beginnt mit der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen der Anteil derer zu sinken, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ einschätzen. Bei den Frauen beginnt dies mit der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen.

Abbildung 15: Altersspezifischer Gesundheitszustand der Welser Bevölkerung



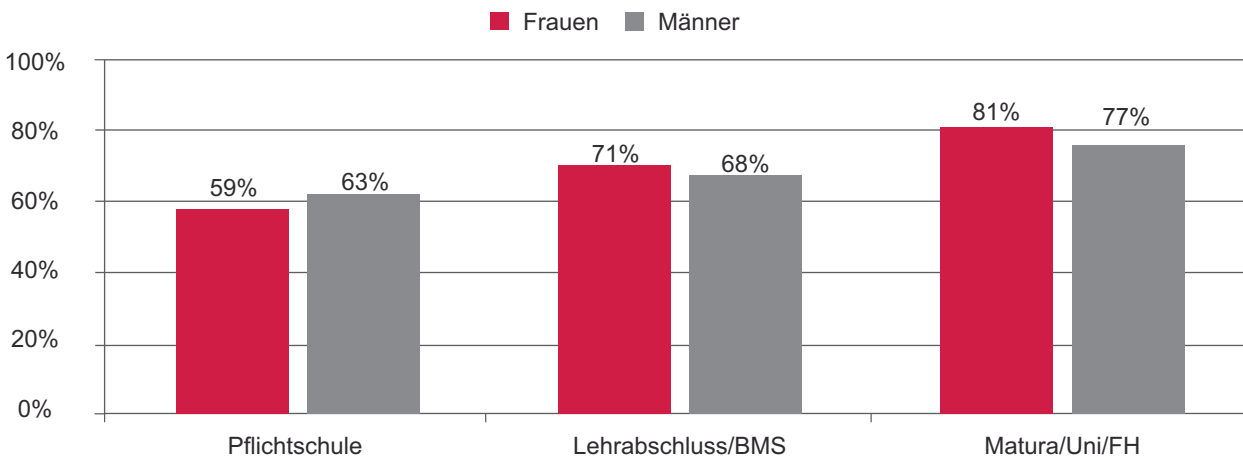
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.050; Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut“ beurteilen.

Bei den (über) 70-Jährigen weisen 55 Prozent der Männer und nur noch 38 Prozent der Frauen einen „guten“ oder „sehr guten“ Gesundheitszustand auf.

Der subjektive Gesundheitszustand hängt auch mit der Bildung zusammen (Abbildung 16). Sowohl bei Männern als auch bei Frauen nimmt der Anteil jener, die bei sehr

guter oder guter Gesundheit sind, mit steigendem Bildungsniveau zu. Während nur 63 Prozent der männlichen und 59 Prozent der weiblichen PflichtschulabsolventInnen über einen „sehr guten“ oder „guten“ Gesundheitszustand verfügen, sind dies bei den Personen mit Matura/Uni/FH 77 Prozent der Männer und 81 Prozent der Frauen.

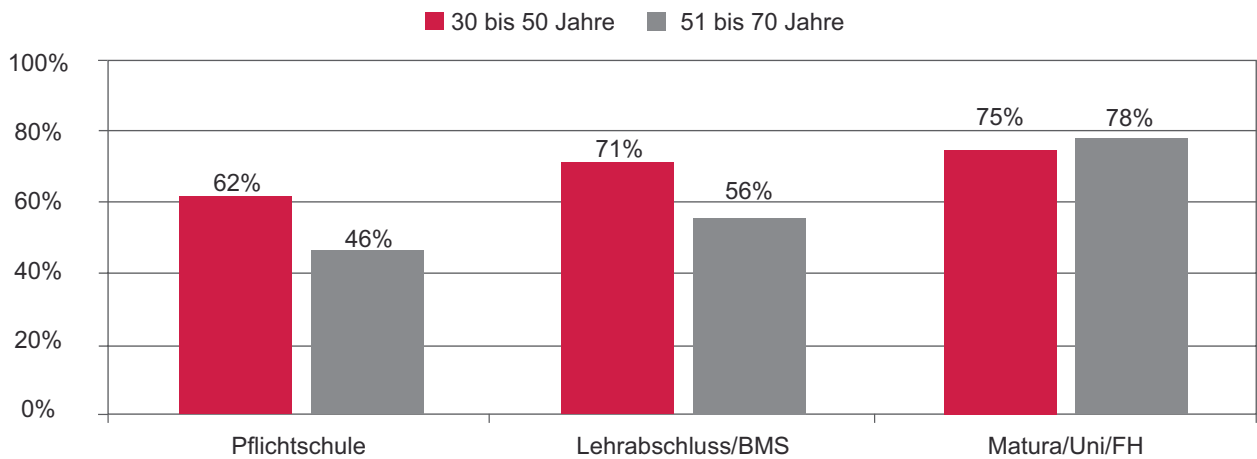
Abbildung 16: Bildungsbezogener Gesundheitszustand der Welser Bevölkerung



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.025; Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut“ beurteilen.

Diese Unterschiede bleiben auch bestehen, wenn man die Verteilung in den unterschiedlichen Altersgruppen betrachtet (Abbildung 17 und Abbildung 18).

Abbildung 17: Bildungsbezogener Gesundheitszustand nach unterschiedlichen Altersgruppen - Männer



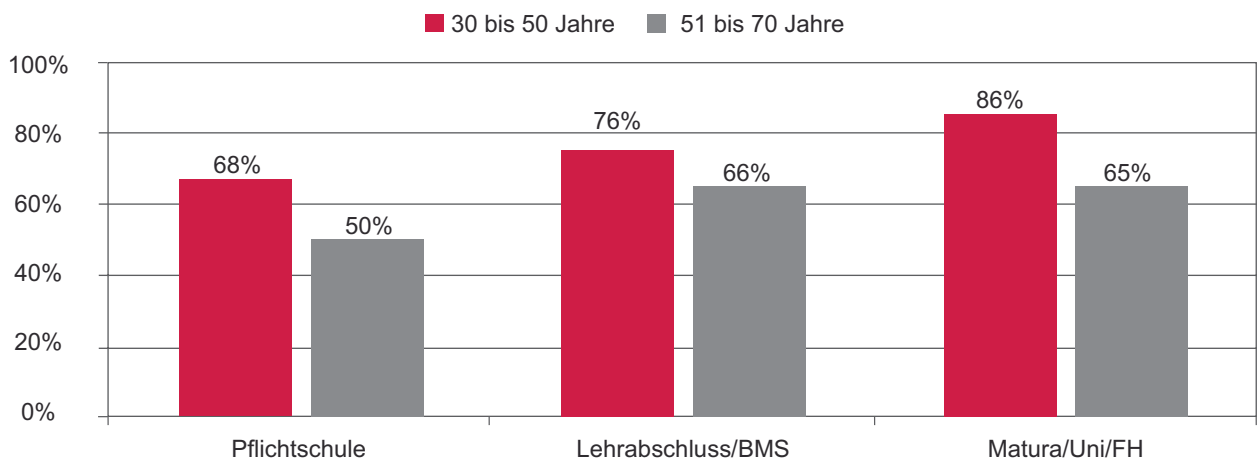
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=675; Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut“ beurteilen.

Sowohl bei Männern im Alter zwischen 30 und 50 Jahren als auch bei Männern zwischen 51 und 70 Jahren gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der formalen Bildung und dem subjektiven Gesundheitszustand. Je höher die Schulbildung der befragten Männer, desto besser ist der subjektive Gesundheitszustand.

Auch bei den Frauen sind die Unterschiede sichtbar (Abbildung 18). Als statistisch signifikant erwies sich allerdings nur der Zusammenhang bei den 30- bis 50-jährigen Frauen. Als besonders belastet gilt die Gruppe der niedrig gebildeten Frauen zwischen 50 und 70 Jahren: Jede zweite Frau dieser Gruppe hat einen „mittelmäßigen“ bis „sehr schlechten“ Gesundheitszustand.

GESUNDHEITZUSTAND

Abbildung 18: Bildungsbezogener Gesundheitszustand nach unterschiedlichen Altersgruppen - Frauen



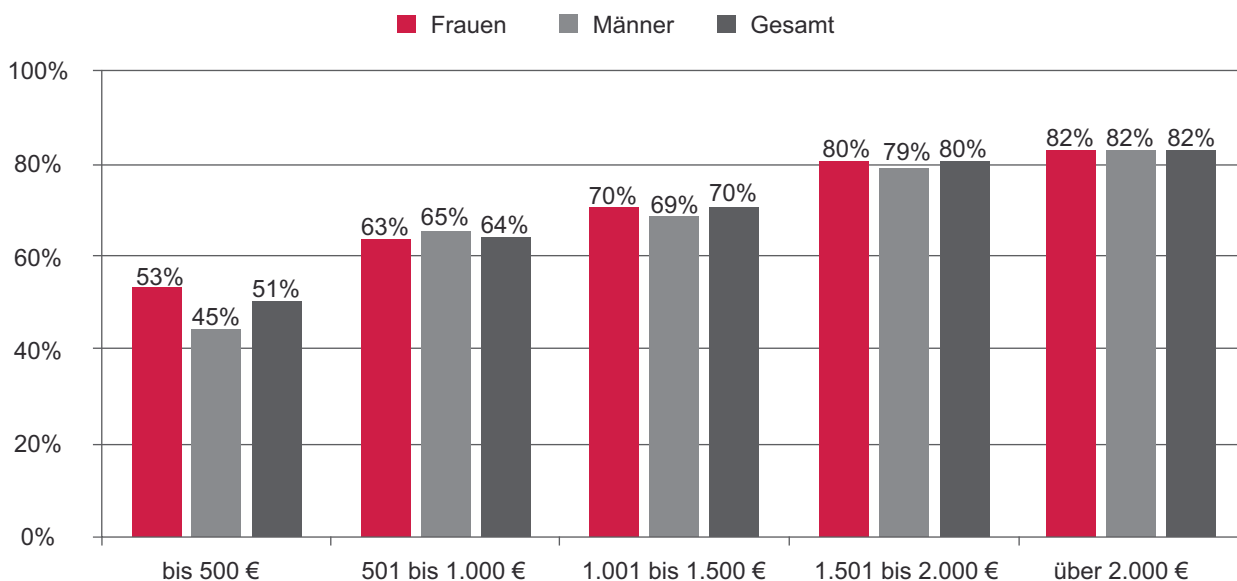
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=698; Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut“ beurteilen.

GESUNDHEITZUSTAND

Neben der formalen Bildung ist das Einkommen ein wichtiger Sozialindikator und bestimmt neben anderen Faktoren den sozioökonomischen Status einer Person. Das Äquivalenzeinkommen ist ein Wert, der sich aus dem Gesamteinkommen eines Haushalts, Anzahl und dem Alter der von diesem Einkommen lebenden Personen ergibt. Es entspricht einem gewichteten Pro-Kopf-Einkommen.

Je höher das Äquivalenzeinkommen, desto eher wird der subjektive Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ beschrieben (Abbildung 19). Insgesamt nur etwas mehr als die Hälfte (51 Prozent; Männer: 45 Prozent; Frauen: 53 Prozent) der Personen mit sehr niedrigem Einkommen (bis 500 Euro) geben an, über einen „sehr guten“ oder „guten“ Gesundheitszustand zu verfügen.

Abbildung 19: Einkommen und subjektive Gesundheit

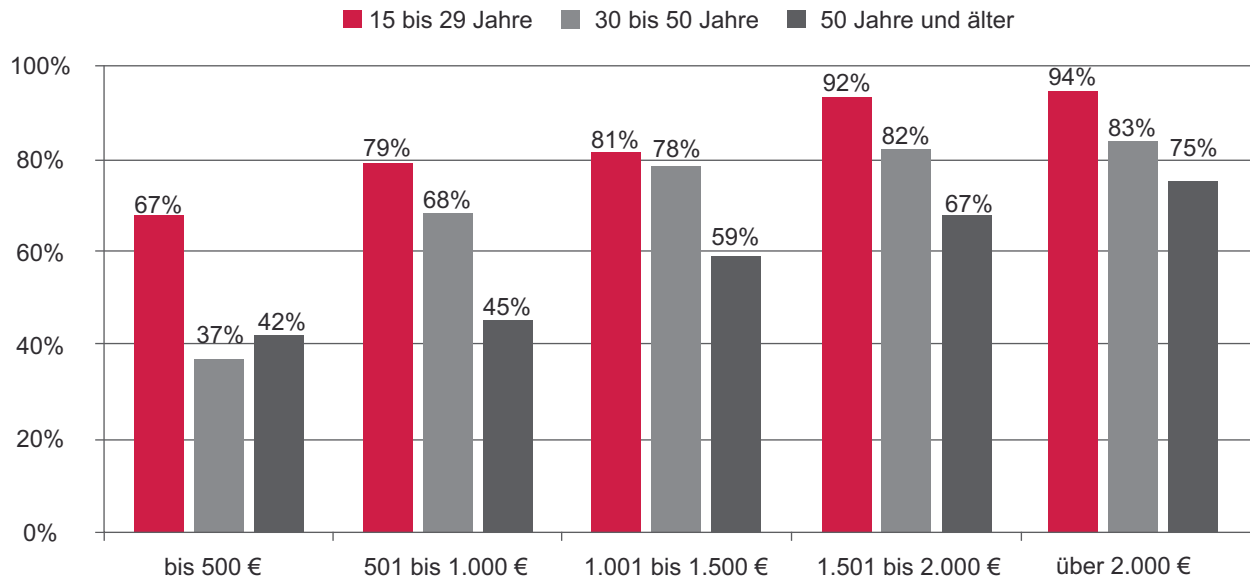


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.871; Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut“ beurteilen.

Mit steigendem Einkommen nimmt der Anteil an Personen, die über einen „sehr guten“ oder „guten“ Gesundheitszustand verfügen, stetig zu. Bei Personen mit einem Äquivalenzeinkommen von über 2.000 Euro haben gar 82 Prozent einen „sehr guten“ oder „guten“ Gesundheitszustand. Berücksichtigt man nun auch noch das Alter (Abbildung 20), zeigt sich, dass der Zusammenhang zwischen dem Äquivalenzeinkommen und dem subjektiven Gesundheitszustand in allen betrachteten Altersgruppen vorhan-

den ist. Die Personengruppe zwischen 15 und 29 Jahren mit einem Äquivalenzeinkommen unter 500 Euro, hat den gleichen Anteil an Personen mit „sehr guter“ oder „guter“ Gesundheit (67 Prozent), wie über 50-Jährige mit einem Äquivalenzeinkommen zwischen 1.501 und 2.000 Euro. Etwas provokant könnte man sagen, dass junge Arme den Gesundheitszustand von finanziell besser gestellten älteren Personen haben.

Abbildung 20: Einkommen und subjektive Gesundheit in unterschiedlichen Altersgruppen



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.855; Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut/gut“ beurteilen.

Fakten

- 68 Prozent der Welser Bevölkerung beurteilen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“.
- Sowohl bei Männern als auch bei Frauen nimmt der Anteil jener, die bei sehr guter oder guter Gesundheit sind, mit steigendem Bildungsniveau zu.
- Mit steigendem Pro-Kopf-Einkommen nimmt der Anteil jener Personen stetig zu, die über einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand verfügen. Diese Unterschiede treten in allen Altersgruppen auf.

3.2 Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit)

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

In Österreich sind die krankheitsbedingten Fehlzeiten seit den 1980er Jahren rückläufig. Die Rückgänge sind vor allem auf kürzere Arbeitsunfähigkeitsepisoden zurückzuführen. Die Anzahl der Krankenstandsfälle hat hingegen zugenommen.¹²

Wesentliche Bestimmungsfaktoren für die Höhe der Fehlzeiten sind das Alter der Beschäftigten, die berufliche Stellung sowie der Tätigkeitsbereich. Ältere ArbeitnehmerInnen weisen mehr Krankenstandstage auf als jüngere. Dies ist vor allem dadurch bedingt, dass sie bei einer Erkrankung länger im Krankenstand sind. Jüngere ArbeitnehmerInnen weisen eine höhere Krankenstandswahrscheinlichkeit auf, sind jedoch im Durchschnitt nur kurz im Krankenstand.¹³

Die berufliche Stellung wirkt sich infolge der damit verbundenen unterschiedlichen Arbeitsbedingungen auf die Fehlzeiten aus. ArbeiterInnen sind stärker von Krankenstand betroffen als Angestellte, da sie höheren physischen Belastungen ausgesetzt sind und ein höheres Unfallrisiko tragen. Verschiedene Branchen weisen aufgrund ihrer Beschäftigtenstruktur und Arbeitsbedingungen unterschiedliche Krankenstandsquoten auf. Besonders häufig sind Krankenstände in der Sachgüterproduktion und im Bauwesen. In diesen Branchen ist die Belastung durch Skelett-/Muskelerkrankungen sowie durch Verletzungen besonders hoch. Zu den häufigsten Ursachen für Krankenstände zählen Erkrankungen des Stützapparates (Skelett/Muskel) sowie Verletzungen. Österreichweit gehen 40 Prozent der Fehlzeiten auf diese Erkrankungen zurück.¹⁴

In den Welser Betrieben (Betriebsstandort Wels) waren 2006 rund 30.700 ArbeiterInnen und Angestellte beschäf-

tigt. Betrachtet man die gesamte Population der ArbeitnehmerInnen in Welser Betrieben, so entfallen auf eine Person im Jahr durchschnittlich 1,4 Krankenstandsfälle mit einer Durchschnittsdauer von 9,8 Tagen. 70 Prozent der Beschäftigten waren innerhalb des Jahres 2006 mindestens ein Mal im Krankenstand. Der Rest, 30 Prozent, weist keinen Krankenstand in diesem Jahr auf. Im Durchschnitt entfallen auf jede/n ArbeitnehmerIn 13,2 Krankenstandstage.

In der Gesamtbetrachtung (ArbeiterInnen und Angestellte zusammen) unterscheidet sich Wels geringfügig vom oberösterreichischen Durchschnitt. Die durchschnittliche Betroffenenquote (also der Anteil der Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres mindestens ein Mal im Krankenstand waren) ist mit 70 Prozent etwas höher (OÖ 65 Prozent), ebenso die Krankenstandshäufigkeit mit 1,4 AU-Fällen/Beschäftigten/r (OÖ 1,2). Dafür ist die durchschnittliche Erkrankungsdauer, mit 9,8 Tagen/AU-Fall, etwas niedriger (OÖ 10,8). Insgesamt unterscheidet sich daher der Arbeitsausfall durch Krankenstand (mit durchschnittlich 13,2 Tagen/Beschäftigten/r) nicht vom oberösterreichischen Durchschnitt.

Anzumerken ist jedoch, dass in den Betrieben in Wels überdurchschnittlich viele Angestellte und weniger ArbeiterInnen beschäftigt sind als im restlichen Oberösterreich. Die Krankenstandshäufigkeit bei ArbeiterInnen ist jedoch deutlich höher als die bei Angestellten. In Oberösterreich kommen im Durchschnitt auf eine/n ArbeiterIn 1,5 AU-Fälle mit einer Durchschnittsdauer von 11,5 Tagen. Unter den in Welser Betrieben beschäftigten ArbeiterInnen liegt die Krankenstandshäufigkeit mit durchschnittlich 1,7 AU-Fällen über dem oberösterreichischen Durchschnitt, die durchschnittliche Erkrankungsdauer mit 11,1 etwas darunter.

Ähnliches gilt für Angestellte in Welser Betrieben mit durchschnittlich 1,1 AU-Fällen pro Beschäftigten (Oberösterreich 0,9) und durchschnittlich 8,5 Tagen pro Fall (OÖ: 9,7 Tage/Fall). Die Unterschiede dürften u.a. mit der unterschiedlichen Zusammensetzung der Beschäftigtenpopulation (Alter, Geschlecht, Beruf etc.) bzw. mit Unterschieden in der Branchenstruktur zusammenhängen.

^{12, 13, 14}Leoni 2008

Tabelle 2: Krankenstandsstatistik 2006: Betriebe in OÖ und Wels (nach Betriebsstandort)

	OÖ Ange- stellte	Wels Stadt Angestellte	OÖ Arbeiter- Innen	Wels Stadt Arbeiter- Innen	Gesamt: OÖ (Arbeiter- Innen und Angestellte)	Gesamt: Wels Stadt (ArbeiterInnen und Angestellte)
Erkrankte	134.097	10.826	186.429	10.586	320.526	21.412
Fälle	233.462	19.872	362.312	21.546	595.774	41.418
Tage	2.273.322	168.167	4.170.570	238.680	6.443.892	406.847
Beschäftigte	251.254	18.042	238.292	12.704	489.546	30.746
Durchschnittsdauer einer Erkrankung (eines AU-Falles)	9,7	8,5	11,5	11,1	10,8	9,8
Durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit (AU-Fälle/Besch.)	0,9	1,1	1,5	1,7	1,2	1,4
Betroffenenquote (Erkrankte/ Beschäftigten)	53%	60%	78%	83%	65%	70%
AU-Tage pro Beschäftigten	9,1	9,3	17,5	18,8	13,2	13,2

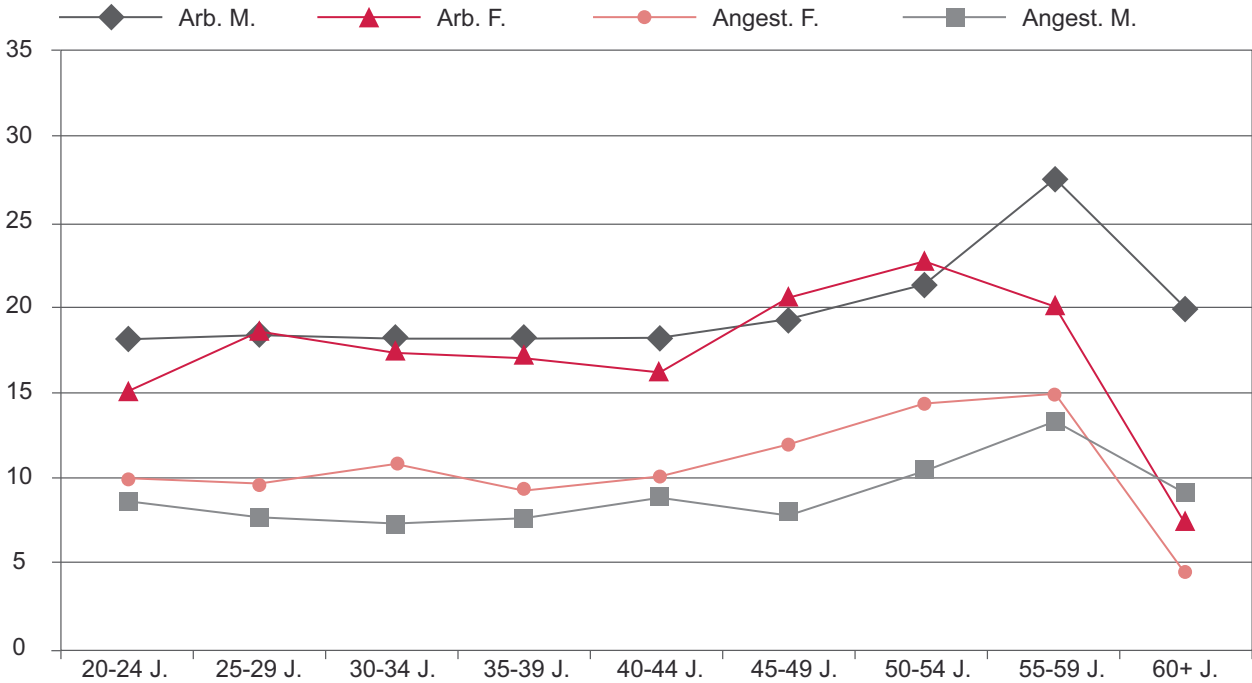
Quelle: OÖGKK (interne Auswertungen), Betriebe mit Betriebsstandort Wels

Die Anzahl der Krankenstandstage pro Beschäftigten/r steigt mit zunehmendem Alter an. Bei ArbeiterInnen im Alter von 20 bis 44 Jahren liegt die Rate zwischen 15 und 20 Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tagen) je Beschäftigten/r. Bei ArbeiterInnen zwischen 55 und 59 Jahren liegt die Rate bei über 20 AU-Tagen/Beschäftigten/r. Bei den über 60-jährigen Beschäftigten geht die Häufigkeit der Krankenstandstage stark zurück, was mit dem Ausscheiden der gesundheitlich stärker belasteten ArbeitnehmerInnen aus dem Arbeitsleben zusammenhängen dürfte („Healthy Worker Effekt“).

Bei den Angestellten steigt die Rate der jährlichen Krankenstandstage von rund zehn AU-Tagen je Beschäftigte bei den 20- bis 40-Jährigen auf rund 15 AU-Tage pro Beschäftigten/r in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen. Auch hier ist ein Rückgang bei über 60-Jährigen zu beobachten. Bei den Angestellten liegt die Rate der AU-Tage bei Frauen höher als bei Männern.

GESUNDHEITZUSTAND

Abbildung 21: Krankenstandstage je Beschäftigten nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2005 bis 2007):

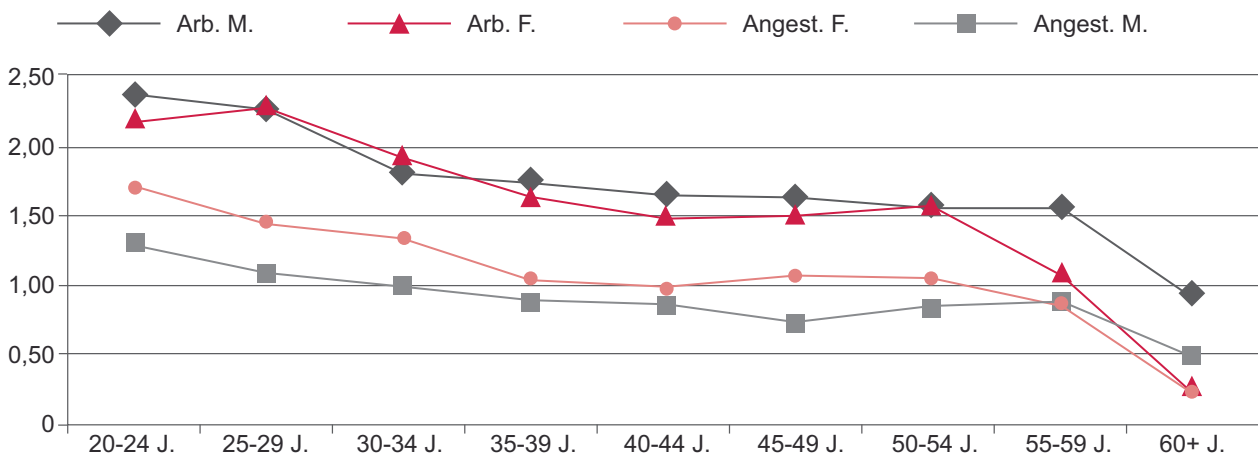


Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen), Beschäftigte mit Wohnsitz Wels

Im Gegensatz zu den durchschnittlichen Krankenstandstagen sinkt die Erkrankungshäufigkeit mit zunehmendem Alter. Das bedeutet, ältere ArbeitnehmerInnen weisen weniger, aber dafür längere Krankenstände auf.

Bei ArbeiterInnen sinkt die Rate von rund 2,5 Krankenständen je Beschäftigten/r bei 20- bis 24-Jährigen auf rund 1,5 bei 50- bis 54-jährigen Beschäftigten, bei den über 60-Jährigen ist ein weiteres Absinken zu beobachten. Bei Angestellten sinkt die Krankenstandshäufigkeit von rund 1,5 Fällen pro Beschäftigten/r bei 20- bis 25-Jährigen auf rund 1,0 Erkrankungsepisoden bei 50- bis 55-Jährigen.

Abbildung 22: Durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit (Krankenstandsfälle je Beschäftigten) nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2005 bis 2007)



Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen), Beschäftigte mit Wohnsitz Wels. Als Erkrankungsfälle wird die Arbeitsunfähigkeit einer Person mit einer bestimmten Diagnose innerhalb eines Quartals gezählt. Mehrere Erkrankungsepisoden mit derselben Diagnose innerhalb eines Quartals werden als ein Fall betrachtet

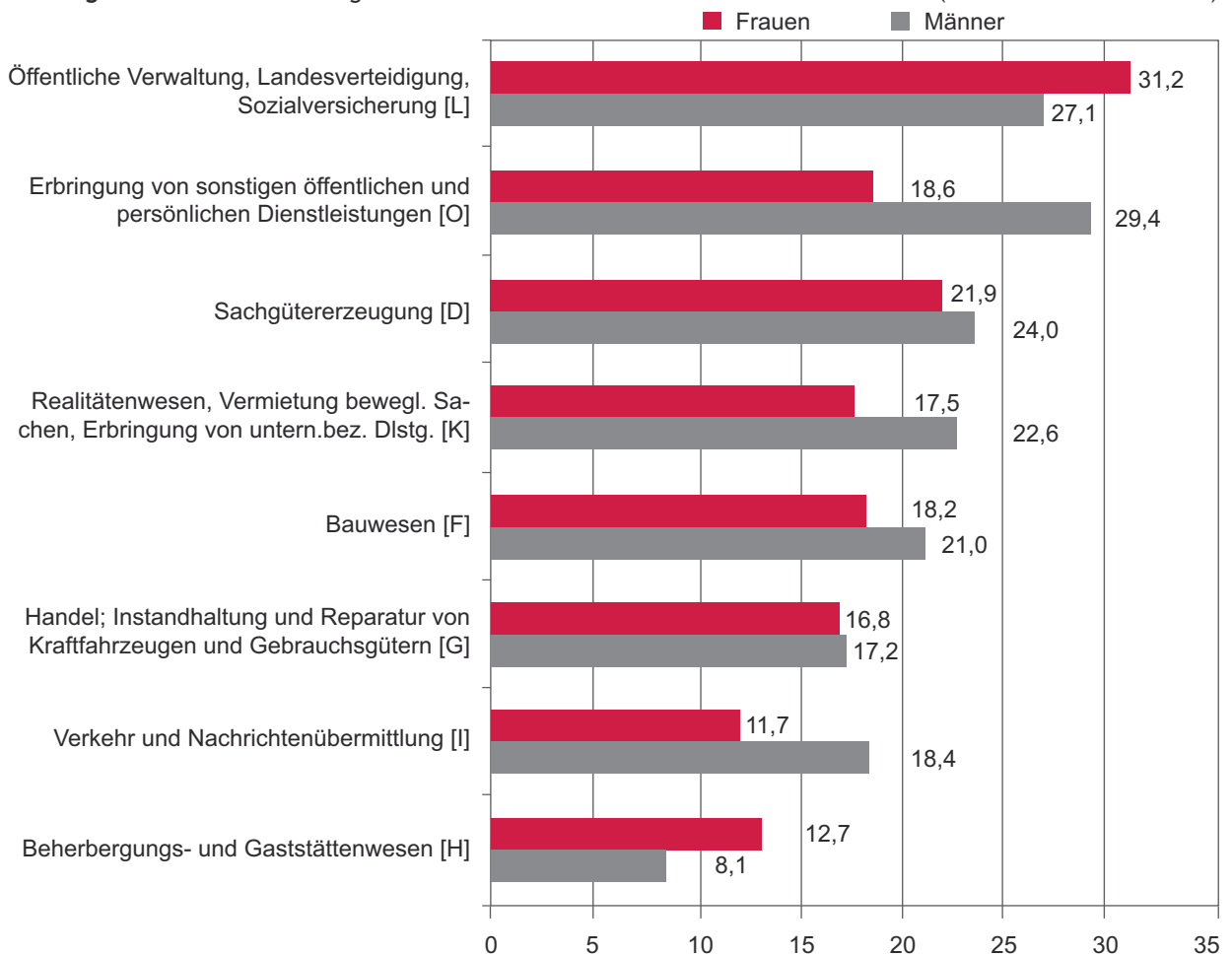
3.2.1. Krankenstand nach Branche

Unterschiedliche Wirtschaftsklassen (Branchen) weisen deutliche Unterschiede hinsichtlich der durchschnittlichen Höhe des Krankenstands auf.

Arbeiter und Arbeiterinnen im Sektor „Öffentliche Verwaltung, Landesverteidigung, Sozialversicherung“ weisen überdurchschnittliche Fehlzeiten auf. Ähnliches gilt für die Wirtschaftsklassen „Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen“, „Sachgütererzeugung“ und „Realitätenwesen, Vermietung, unternehmensbezogene Dienstleistungen“. Arbeiter und Arbeiterinnen der Bereiche „Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen und Gebrauchsgütern“, „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ sowie „Beherbergungs- und Gaststättenwesen“ weisen hingegen unterdurchschnittliche Krankenstände auf.

Auffällige Unterschiede zwischen Männern und Frauen weisen insbesondere die Wirtschaftsklassen „Erbringung öffentlicher und persönlicher Dienstleistungen“ und „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ auf, wo Männer eine deutlich höhere AU-Rate aufweisen als Frauen. Auch in den Branchen „Sachgütererzeugung“, „Realitätenwesen, Vermietung und unternehmensbezogene Dienstleistungen“ und „Bauwesen“ ist der Krankenstand bei Männern etwas höher als bei Frauen. In den Wirtschaftsklassen „Öffentliche Verwaltung“ und „Beherbergungs- und Gaststättenwesen“ sind die Krankenstandstage je Beschäftigten/ bei weiblichen ArbeiterInnen höher als bei männlichen.

Abbildung 23: Krankenstand: AU Tage von Arbeitern und Arbeiterinnen nach Wirtschaftsklasse (Durchschnitt 2005 bis 2007)



AU-Tage je Beschäftigte/n standardisiert auf Altersverteilung der beschäftigten OÖGKK-Versicherten 2006. Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen), Beschäftigte mit Wohnsitz Wels

GESUNDHEITZUSTAND

Unter den Angestellten ist der Krankenstand (AU-Tage je Beschäftigten/r) in den Wirtschaftsklassen „Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen und Gebrauchsgütern“, „Öffentliche Verwaltung, Landesverteidigung, Sozialversicherung“ und „Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen“ überdurchschnittlich, in den Bereichen „Beherbergungs- und Gaststättenwesen“, „Kredit- und Versicherungswesen“, „Sachgütererzeugung“, „Bauwesen“ und „Realitätä-

tenwesen, Vermietung beweglicher Sachen, Erbringung von unternehmensbezogenen Dienstleistungen“ unterdurchschnittlich.

In fast allen Wirtschaftsklassen ist der Krankenstand unter den angestellten Frauen höher als unter den angestellten Männern. Besonders hoch ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen jedoch in der Wirtschaftsklasse „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“.

Abbildung 24: Krankenstand: AU Tage von Angestellten nach Wirtschaftsklasse (Durchschnitt 2005 bis 2007)



AU-Tage je Beschäftigte/n standardisiert auf Altersverteilung der beschäftigten OÖGKK-Versicherten 2006.

Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen), Beschäftigte mit Wohnsitz Wels

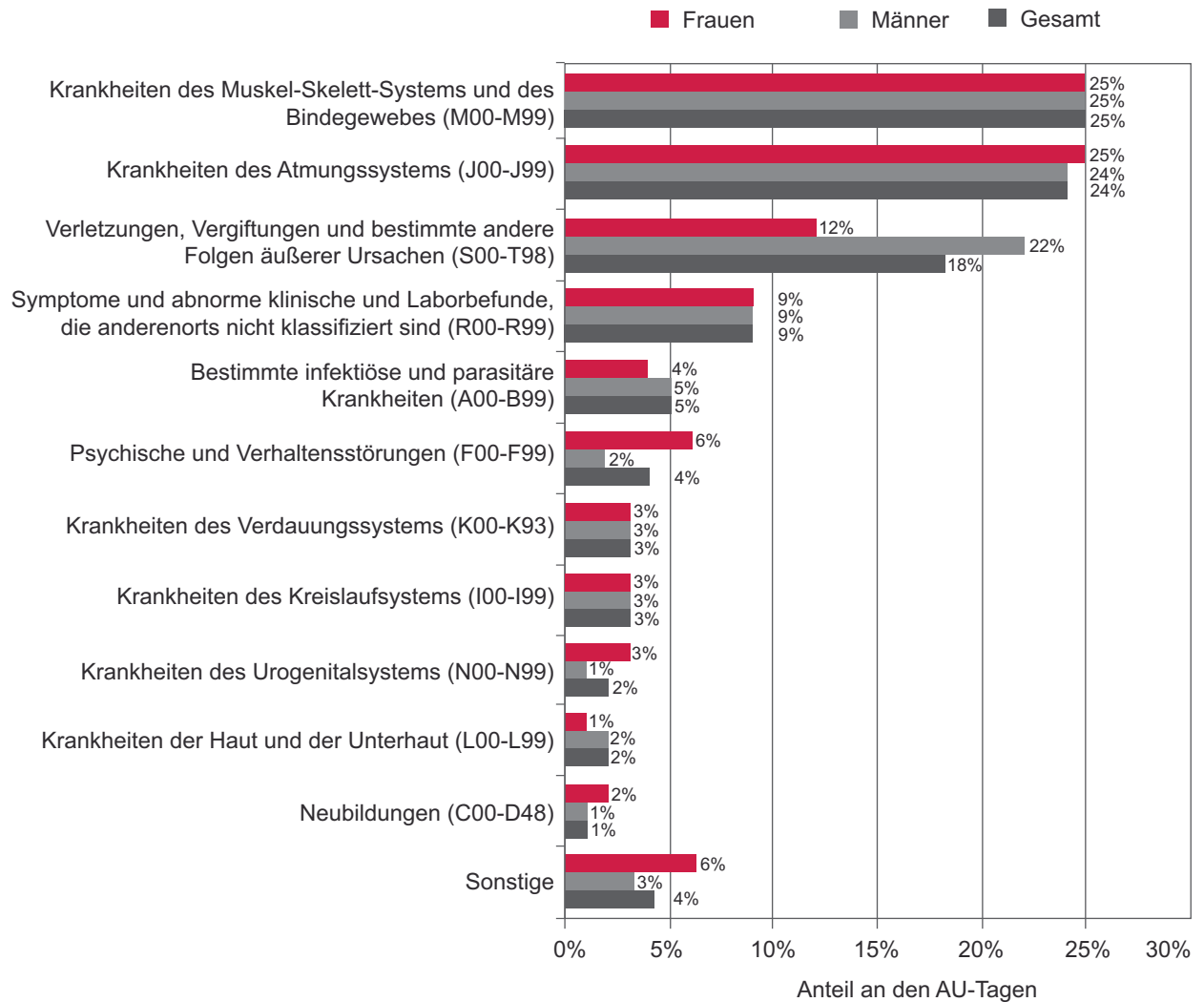
3.2.2. Krankenstand nach Diagnosegruppen

Die meisten Krankenstandstage gehen auf Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (Skelett/Muskelsystem), des Atmungssystems und auf äußere Ursachen (Verletzungen/Vergiftungen; dazu gehören auch Unfälle) zurück. Auf Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates und Atemwegserkrankungen gehen jeweils rund ein Viertel der Krankenstandstage zurück. Die für den Krankenstand verantwortlichen Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates betreffen vor allem Wirbelsäule und Rücken (siehe Abbildung 26), auf die 17 Prozent der gesamten Krankenstandstage zurückgehen. Bei den

Atemwegserkrankungen sind großteils akute Infekte der oberen Atemwege bedeutsam (18 Prozent aller Krankenstandstage; siehe Abbildung 27).

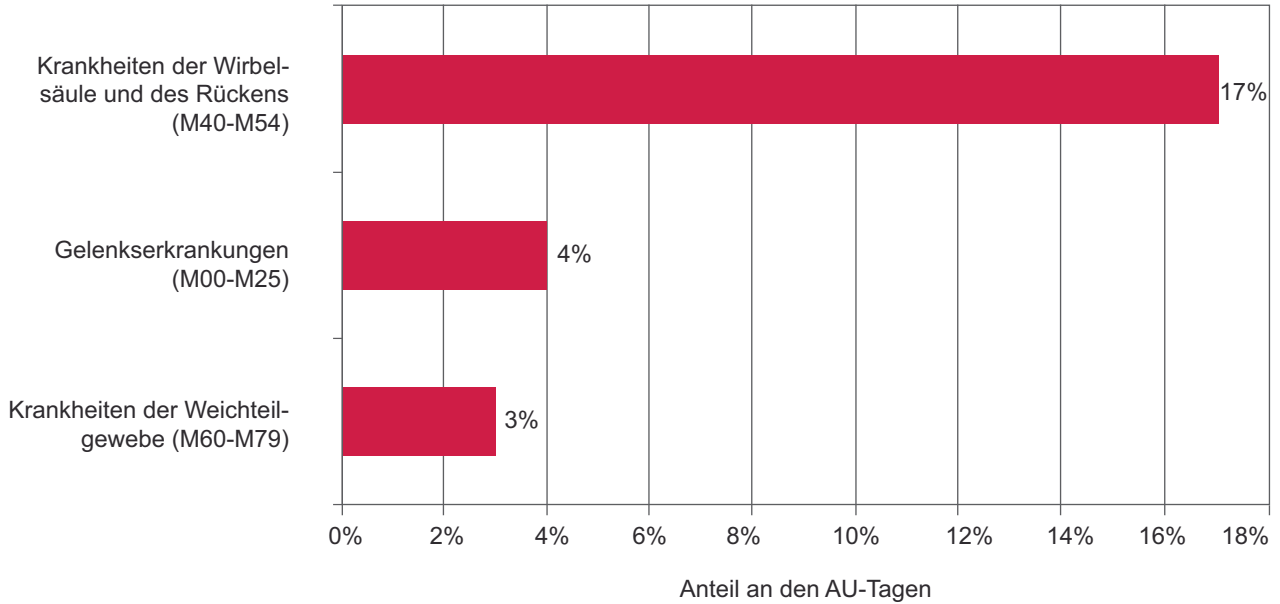
Krankenstände aufgrund äußerer Ursachen machen insgesamt 18 Prozent der Krankenstandstage aus. Der Großteil betrifft Verletzungen verschiedener Körperregionen (siehe Abbildung 28). Verletzungen spielen bei Männern, mit 22 Prozent der Krankenstandstage, eine weitaus größere Rolle als bei Frauen, wo sie nur zwölf Prozent ausmachen.

Abbildung 25: Krankenstandstage 2005 bis 2007 nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel)



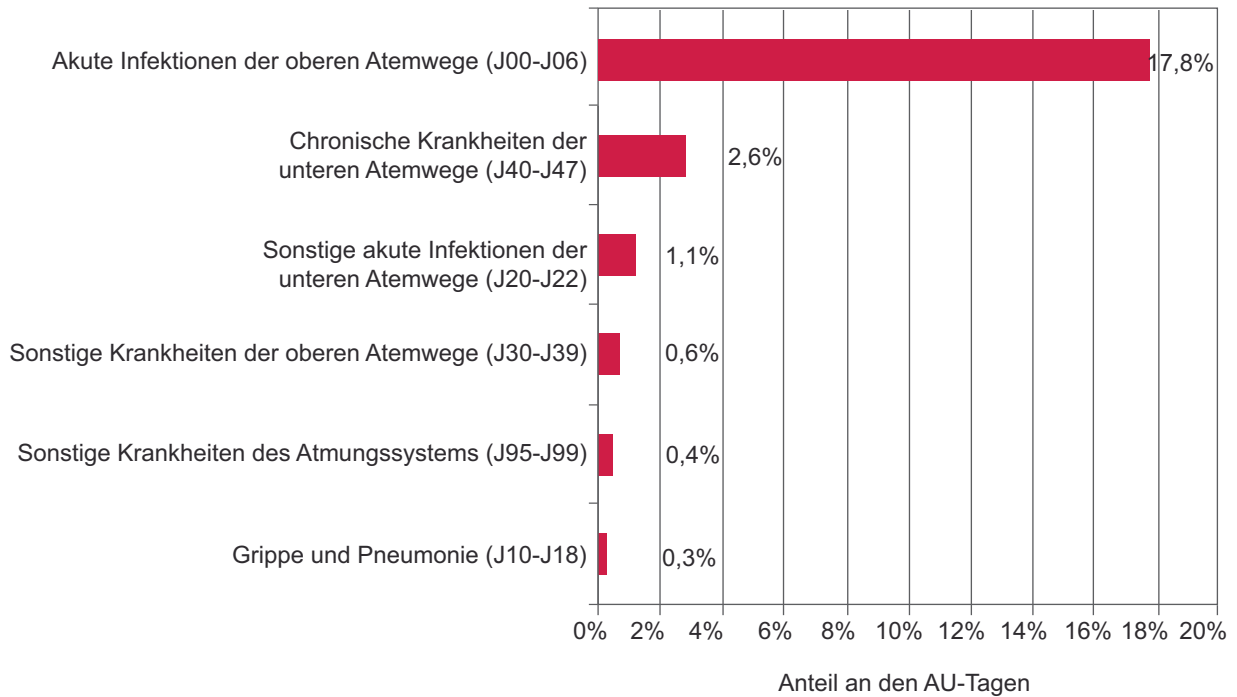
Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen), Beschäftigte mit Wohnsitz Wels

Abbildung 26: Krankenstandstage aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates 2005 bis 2007 (ICD-10 Kapitel)



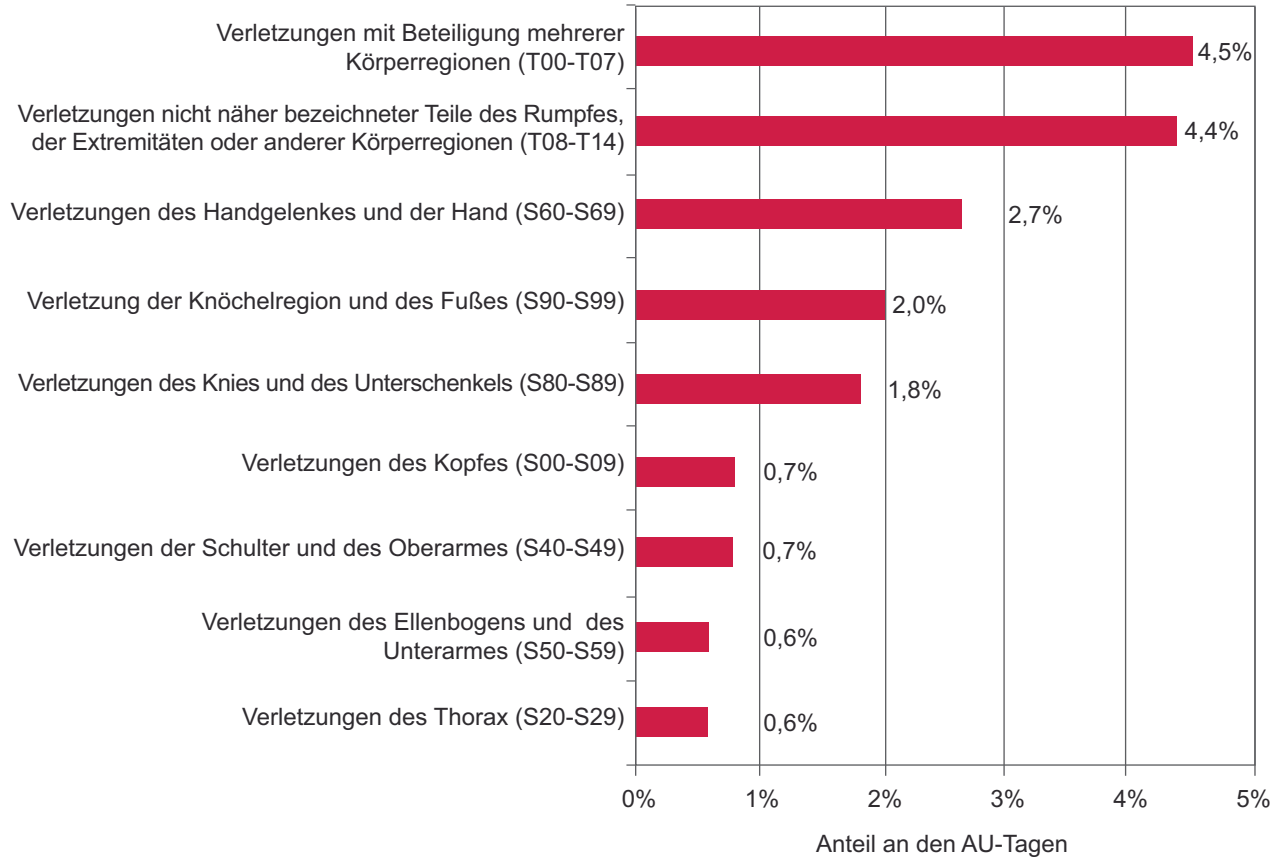
Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen), Beschäftigte mit Wohnsitz Wels

Abbildung 27: Krankenstandstage aufgrund von Atemwegserkrankungen 2005 bis 2007 (ICD-10 Kapitel)



Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen), Beschäftigte mit Wohnsitz Wels

Abbildung 28: Krankenstandstage aufgrund von Verletzungen 2005 bis 2007 (ICD-10 Kapitel)



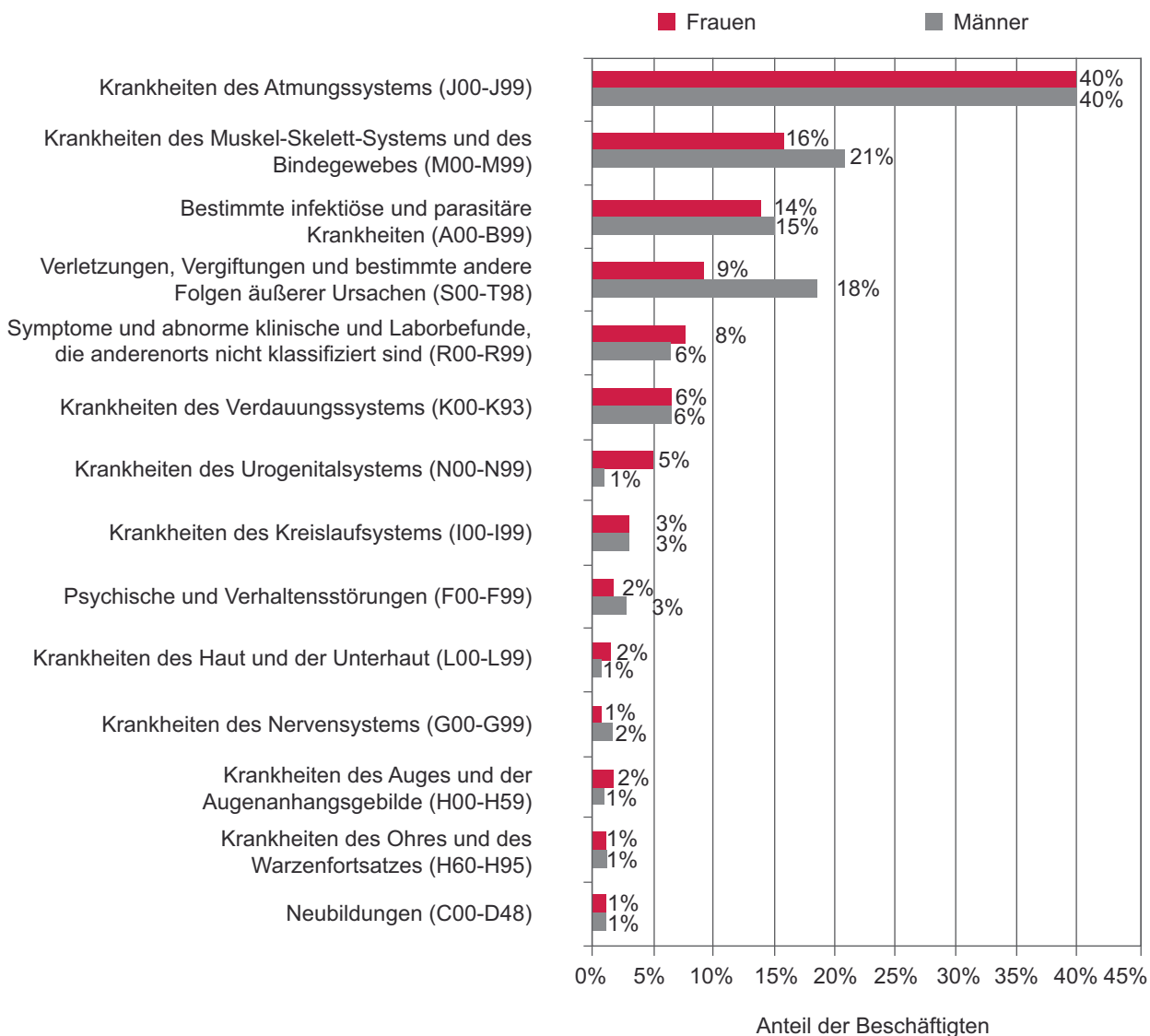
Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen), Beschäftigte mit Wohnsitz Wels

Betrachtet man die Diagnosegruppe danach, wie viele ArbeitnehmerInnen innerhalb eines Jahres erkranken (bzw. mindestens einen Krankenstand dieser Diagnose aufweisen), so weisen Erkrankungen der Atemwege mit Abstand die höchste Betroffenenquote auf. 40 Prozent der Beschäftigten weisen mindestens einen Krankenstand mit einer solchen Diagnose auf. Erkrankungen dieser Diagnosegruppe weisen eine relativ kurze Erkrankungsdauer auf. Im Durchschnitt kommen auf eine betroffene Person 8,4 Krankenstandstage im Jahr.

19 Prozent der Beschäftigten weisen innerhalb eines Jahres einen oder mehrere Krankenstände aufgrund von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates auf. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer ist deutlich höher als bei den Atemwegserkrankungen (durchschnittlich 19,2 Tage pro betroffene Person und Jahr). Von Krankenstand infolge von Verletzungen und anderen äußeren Ursachen sind 14 Prozent der Beschäftigten (18 Prozent der Männer und neun Prozent der Frauen) innerhalb eines Jahres betroffen. Im Durchschnitt kommen auf eine betroffene Person 20,0 Krankenstandstage pro Jahr.

GESUNDHEITZUSTAND

Abbildung 29: Betroffenenquote 2006 nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel)

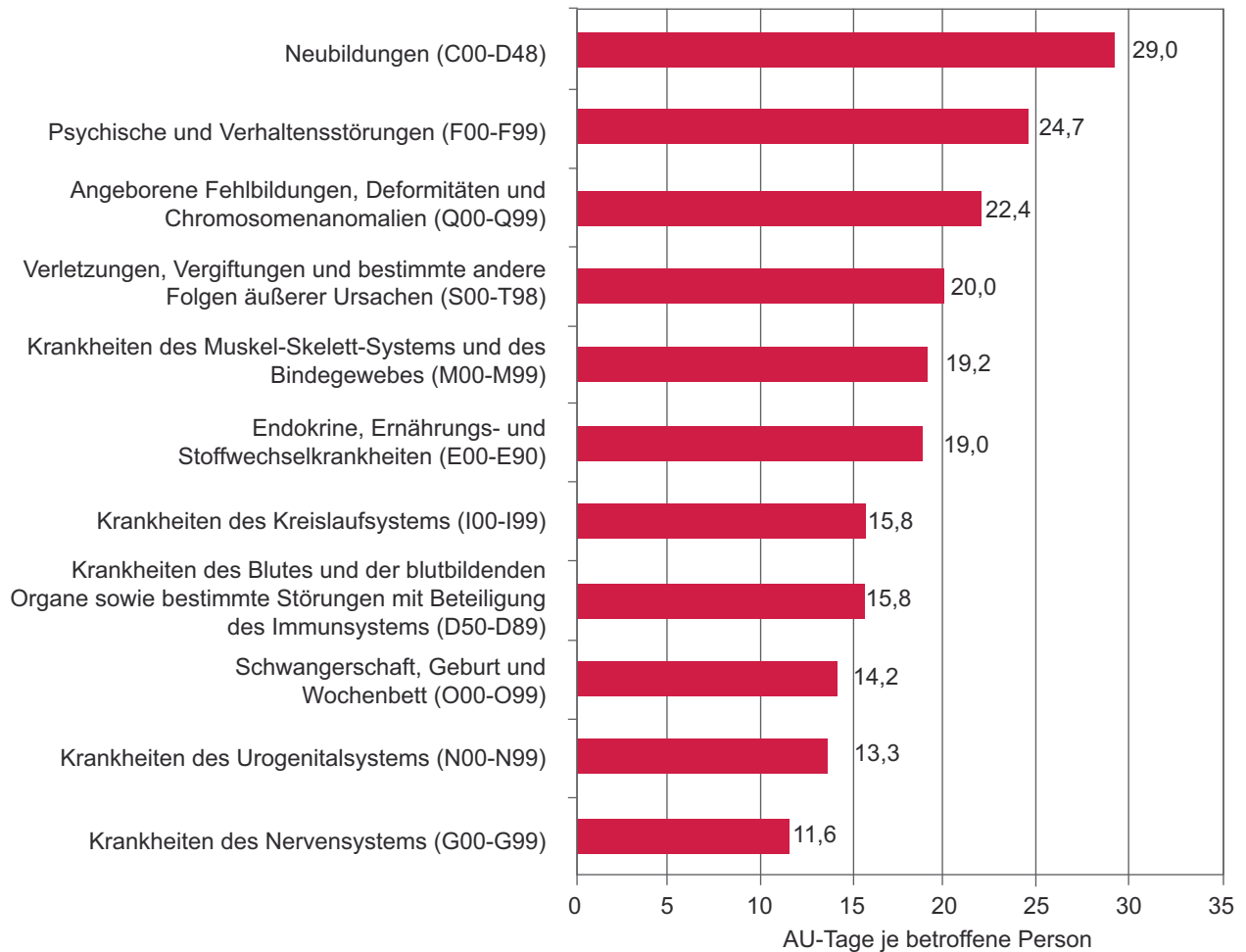


Anteil der Beschäftigten mit mindestens einem Krankenstand infolge der jeweiligen Diagnose innerhalb eines Jahres. Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen), Beschäftigte mit Wohnsitz Wels

Besonders lange Fehlzeiten weisen bösartige Neubildungen, psychische Erkrankungen und angeborene Fehlbildungen auf (siehe Abbildung 30). Bei Neubildungen kommen auf eine betroffene Person durchschnittlich 29,0 Krankenstandstage innerhalb eines Jahres, bei psychi-

schen Erkrankungen 24,7 Tage und bei angeborenen Fehlbildungen knapp 22,4 Krankenstandstage. Relativ hohe Fehlzeiten pro betroffene Person sind auch für Verletzungen, Krankheiten des Bewegungsapparates und Stoffwechselerkrankungen zu beobachten.

Abbildung 30: Krankenstandstage pro betroffener Person 2006 nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel)



GESUNDHEITZUSTAND

Durchschnittliche AU-Tage der jeweiligen Diagnose pro betroffene Person. Quelle: FOKO, OÖGKK (eigene Berechnungen), Beschäftigte mit Wohnsitz Wels

Fakten

- Die Krankenstandshäufigkeit ist bei ArbeiterInnen deutlich höher als bei Angestellten. Es zeigen sich auch deutliche Unterschiede in verschiedenen Branchen.
- Die Anzahl der Krankenstandstage pro Beschäftigtem/r steigt mit zunehmendem Alter an. Mit zunehmendem Alter sind weniger, aber längere Krankenstände zu beobachten. Ab dem 60. Lebensjahr gehen die Krankenstände zurück (Healthy-Worker-Effekt).
- Die meisten Krankenstandstage sind auf Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (25 Prozent; insbesondere Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens),

- des Atmungssystems (24 Prozent; insbes. Infektionen der oberen Atemwege) und auf Verletzungen/Vergiftungen (inkl. Unfälle; 18 Prozent) zurückzuführen.
- Besonders lange Fehlzeiten sind bei psychischen Erkrankungen (durchschnittlich 25 Tage/Betroffene/n) und bösartigen Neubildungen (durchschnittlich 29 Tage/Betroffene/n) zu beobachten.
- Verletzungen spielen bei Männern mit 22 Prozent aller Krankenstandstage eine weitaus größere Rolle als bei Frauen (12 Prozent aller Krankenstandstage).

3.3 Krankenhausaufenthalte

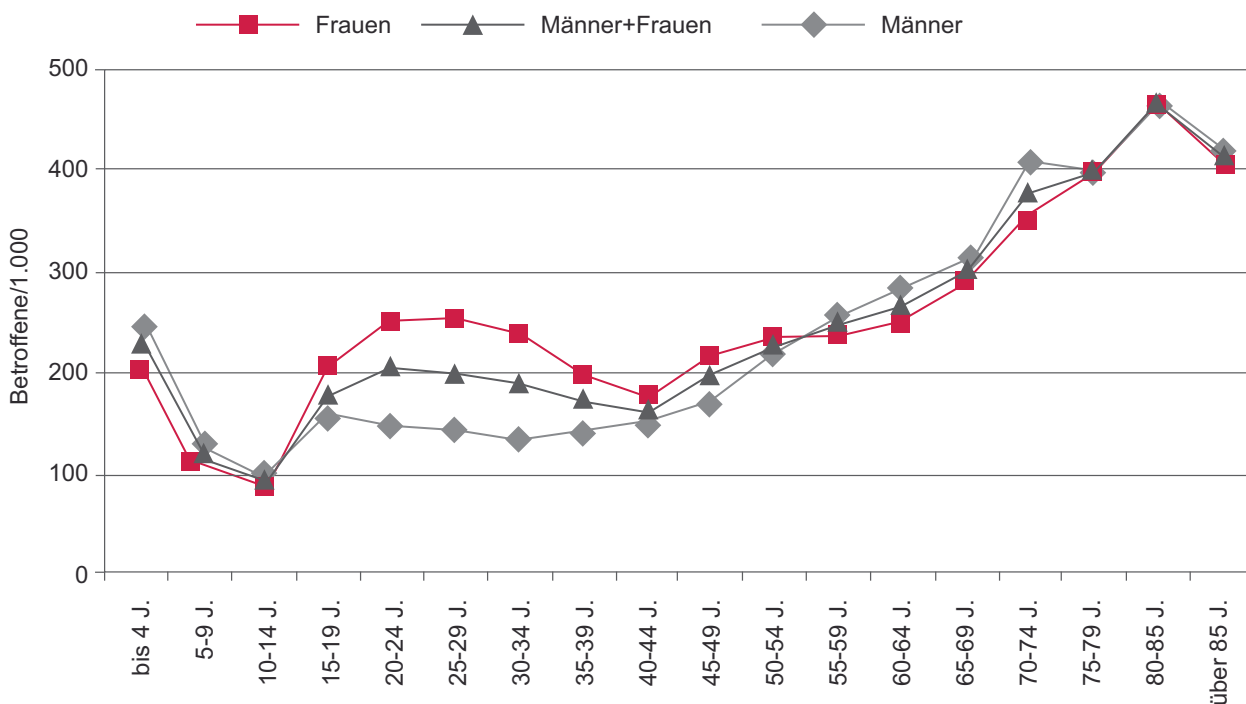
Insgesamt weisen rund 22 Prozent der Welser Bevölkerung mindestens eine Krankenhausbehandlung innerhalb eines Jahres auf (Männer 19 Prozent, Frauen 23 Prozent). Unter den Kindern unter 4 Jahren sind rund 22 Prozent betroffen (Knaben 25 Prozent, Mädchen 20 Prozent). In den Altersgruppen zwischen 5 und 10 Jahren sinkt der Anteil auf rund 10 Prozent.

In den Altersgruppen zwischen 15 und 45 Jahren weisen zwischen 15 und 20 Prozent der Welser Bevölkerung mindestens einen Krankenhausaufenthalt auf, wobei der

Anteil unter den Frauen zwischen 20 und 34 Jahren (mit rund 25 Prozent) deutlich höher liegt als bei den Männern (rund 15 Prozent). Letzteres dürfte im Wesentlichen auf Entbindungen zurückzuführen sein.

Ab dem 45. Lebensjahr ist mit zunehmendem Alter ein kontinuierlicher Anstieg der Betroffenenquote zu beobachten, wobei Männer und Frauen in etwa gleichermaßen betroffen sind. Ab dem 70. Lebensjahr sind 40 bis 45 Prozent innerhalb eines Jahres mindestens einmal im Krankenhaus.

Abbildung 31: Personen mit Krankenhausaufenthalt nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)

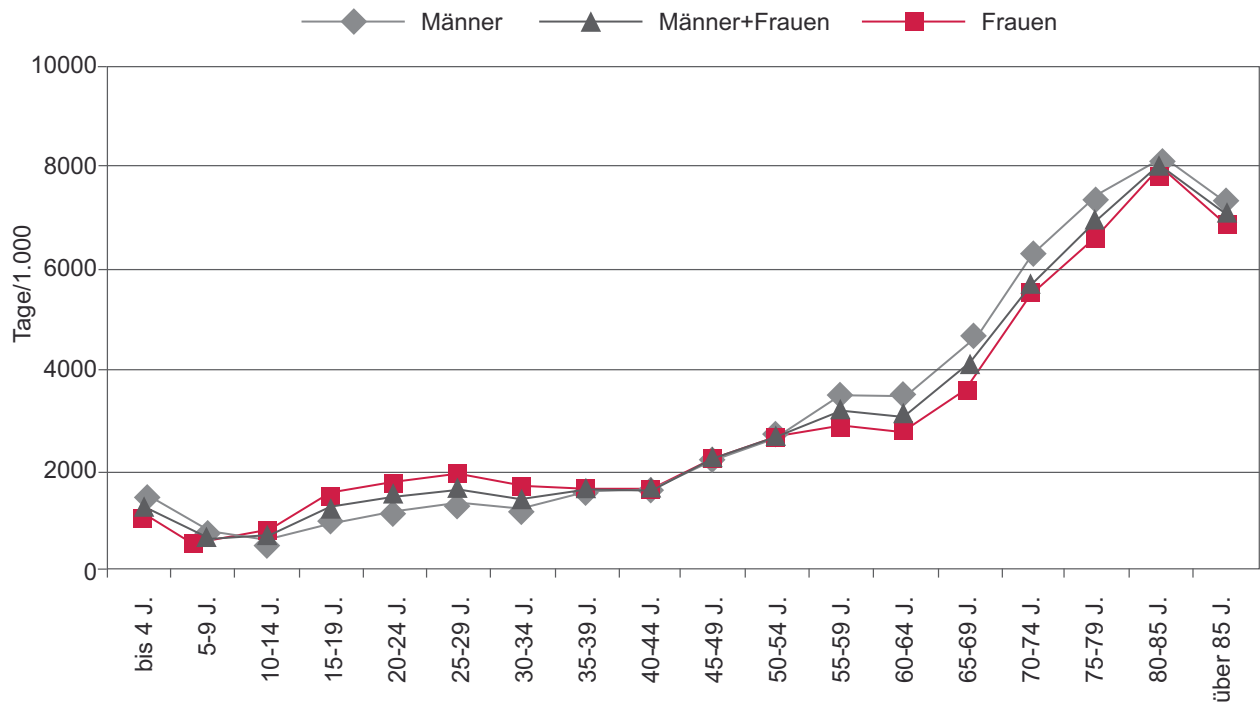


Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Insgesamt entfallen auf 1.000 EinwohnerInnen innerhalb eines Jahres durchschnittlich 2.400 Krankenhausbeltage (Männer 2.200, Frauen 2.600). In den Altersgruppen unter 45 Jahren schwankt die Rate zwischen 600

und 1.600 Krankenhaustagen je 1.000 EinwohnerInnen. Mit zunehmendem Alter steigt die Rate bis auf ein Niveau von 8.000 Tagen je 1.000 EinwohnerInnen in der Altersgruppe zwischen 80 und 85 Jahren.

Abbildung 32: Krankenhaustage nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



GESUNDHEITZUSTAND

Krankenhaustage innerhalb eines Jahres je 1.000 Einw. (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

GESUNDHEITZUSTAND

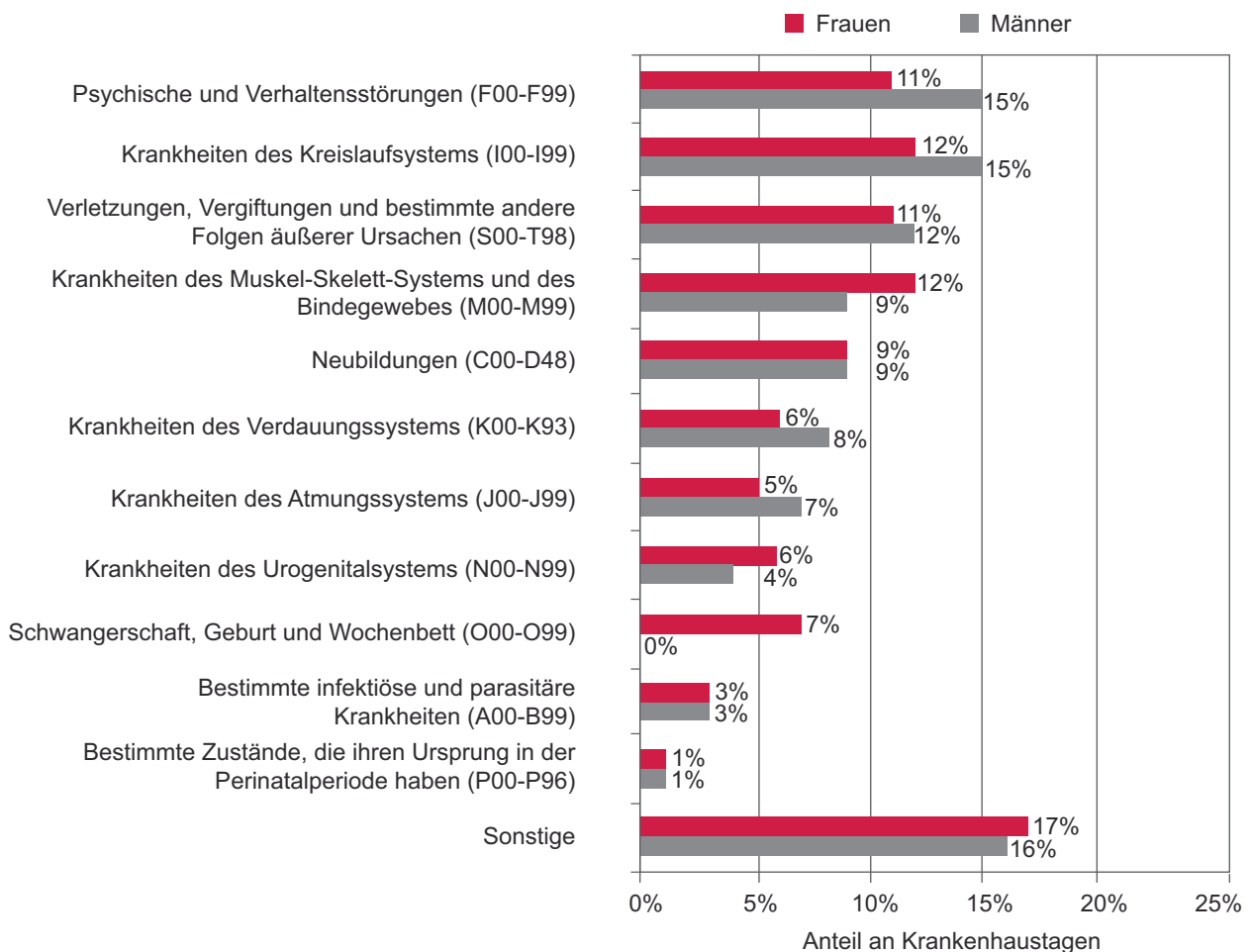
Die meisten Krankenhaustage gehen auf psychische Erkrankungen (Frauen 11 Prozent und Männer 15 Prozent der Belagstage), Herz-Kreislauferkrankungen (Frauen 12 Prozent, Männer 15 Prozent), Verletzungen/Vergiftungen und andere äußere Ursachen (Frauen 11 Prozent, Männer 12 Prozent), Erkrankungen des Bewegungsapparates (Frauen 12 Prozent, Männer 9 Prozent) und Neubildungen (Männer und Frauen 9 Prozent) zurück. Insgesamt sind diesen Erkrankungsgruppen 55 Prozent der Krankenhaustage der Frauen und 60 Prozent der Krankenhaustage der Männer zuzuordnen.

In der Altersgruppe unter 5 Jahren spielen vor allem Problematiken mit Ursprung in der Perinatalperiode, Erkrankungen des Atmungssystems und bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen eine große Rolle.

Psychische Erkrankungen nehmen zwischen 10 und 60 Jahren einen erheblichen Anteil an den Krankenhausbehandlungstagen ein. Bei den Männern dieser Altersgruppen spielen darüber hinaus äußere Ursachen (Verletzungen/Vergiftungen) eine wichtige Rolle. Bei den Frauen zwischen 20 und 35 Jahren geht ein erheblicher Anteil der Krankenhaustage (je nach Altersgruppe zwischen 37 und 47 Prozent) auf Entbindungen/Schwangerschaft zurück.

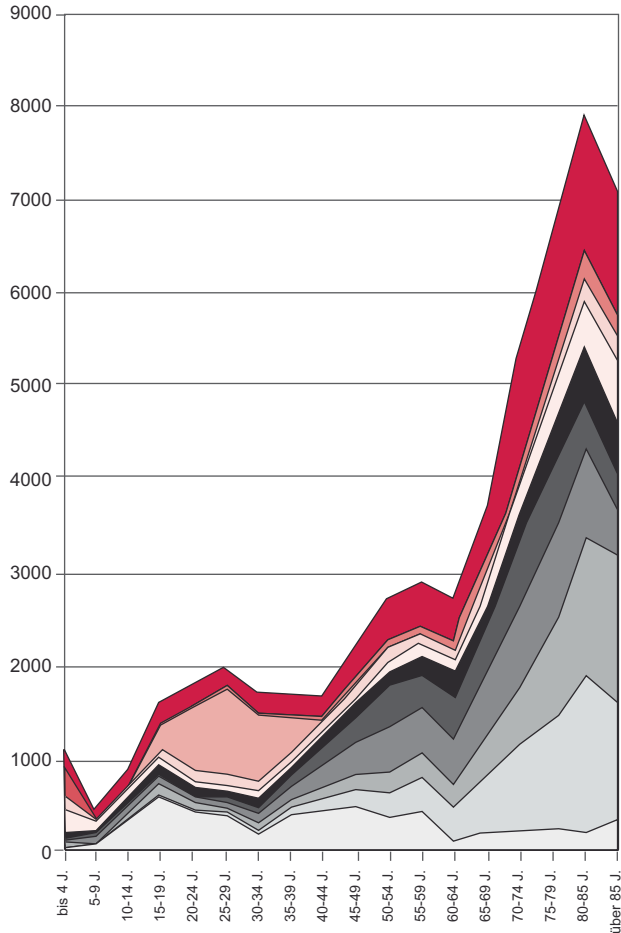
Im höheren Alter stehen (bei Männern und Frauen) vor allem Herz-Kreislauferkrankungen, Neubildungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Atemwegserkrankungen und Verletzungen/Vergiftungen im Vordergrund.

Abbildung 33: Verteilung der Krankenhaustage auf Diagnosegruppen (Durchschnitt 2005 bis 2007)



Anteil an den Krankenhaustagen (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Abbildung 34: Verteilung der Krankenhaustage auf Diagnosegruppen nach Altersgruppe - Frauen



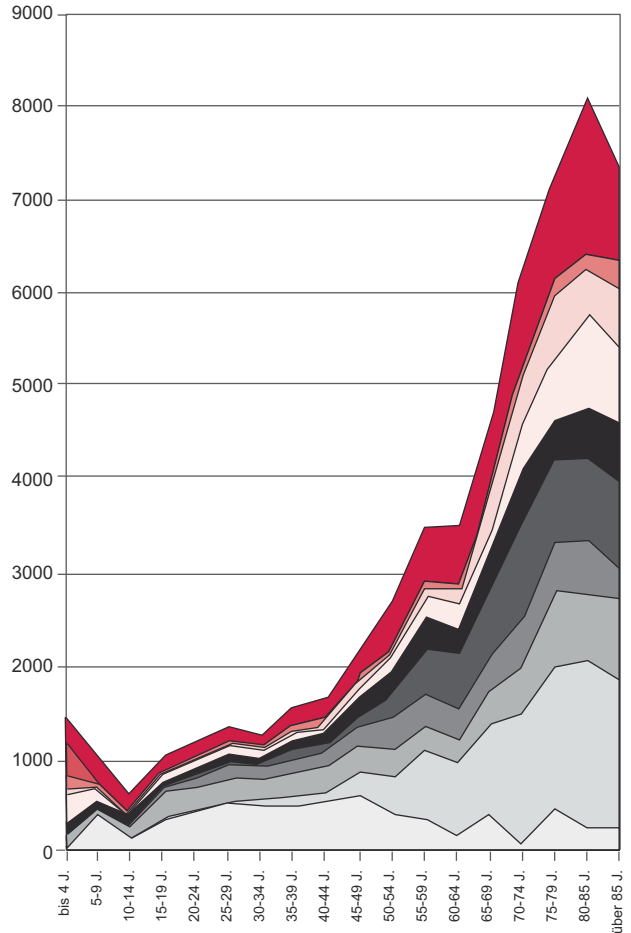
Krankenhaustage je 1.000 Ew. (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

- Sonstige
- Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)
- Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)
- Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)
- Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)
- Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)

Fakten

- Insgesamt weisen rund 22 Prozent der Welscher Bevölkerung eine oder mehrere Krankenhausbehandlungen pro Jahr auf. (Männer: 19 Prozent; Frauen: 23 Prozent)
- Ab dem 45. Lebensjahr ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen ein kontinuierlicher Anstieg der Betroffenenquote zu beobachten.

Abbildung 35: Verteilung der Krankenhaustage auf Diagnosegruppen nach Altersgruppe - Männer



Krankenhaustage je 1.000 Ew. (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

- Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)
- Neubildungen (C00-D48)
- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)
- Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)
- Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)
- Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)

- 40 bis 45 Prozent der (über) 70-Jährigen sind innerhalb eines Jahres mindestens einmal im Krankenhaus.
- Die meisten Krankenhaustage gehen auf psychische Erkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Verletzungen/Vergiftungen und andere äußere Ursachen, Erkrankungen des Bewegungsapparats und Neubildungen zurück.

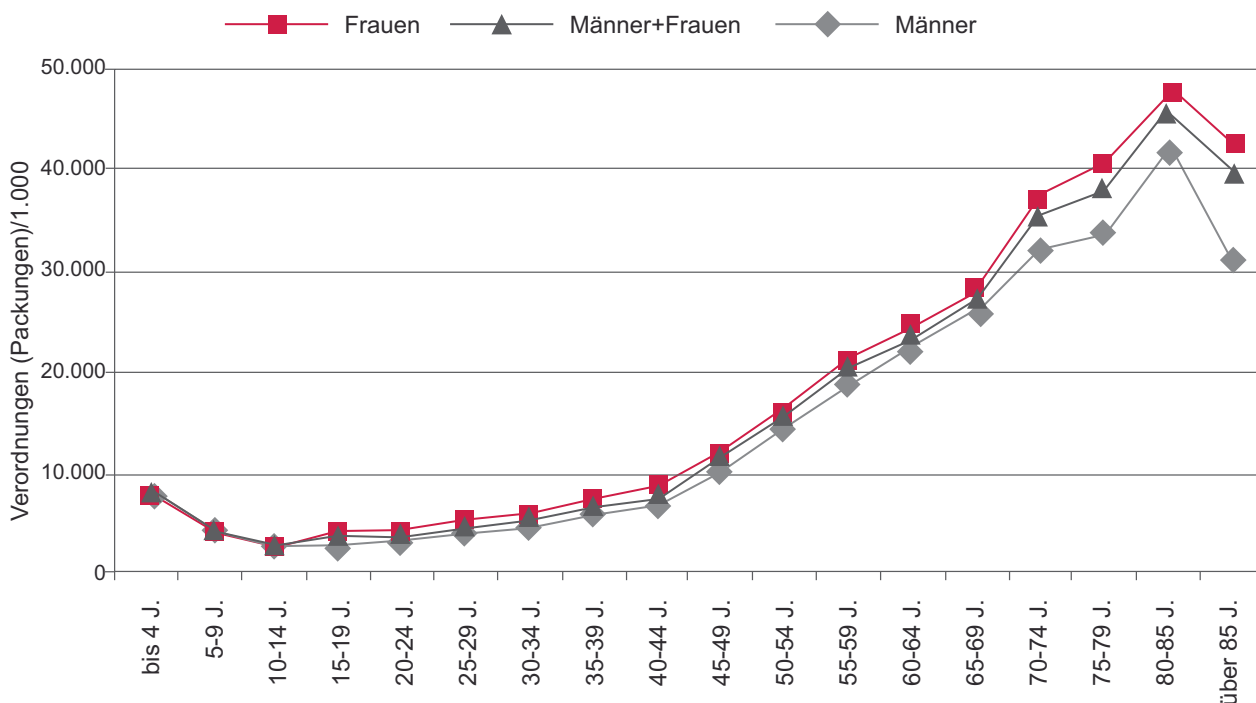
GESUNDHEITZUSTAND

3.4 Medikamentenverordnungen

Insgesamt entfallen auf 1.000 EinwohnerInnen innerhalb eines Jahres durchschnittlich 13.300 verordnete Medikamentenpackungen (Männer 11.000, Frauen 15.300 pro 1.000). In der Altersgruppe unter fünf Jahren liegt die Rate bei rund 8.000 Packungen/1.000. In der Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen ist die Rate am geringsten (rund 2.900/1.000). Mit zunehmendem Alter steigt die Verordnungsmenge bis zum 45. Lebensjahr nur langsam an (auf

7.800 Packungen/1.000). Ab dem 45. Lebensjahr ist ein stärkerer Anstieg zu beobachten bis zu einem Niveau von über 40.000 Packungen pro 1.000 in der Altersgruppe über 80 Jahren. In den meisten Altersgruppen unterscheiden sich Männer und Frauen nur geringfügig hinsichtlich der Verordnungsmenge. Nur in den Altersgruppen über 70 Jahren weisen Frauen deutlich höhere Verordnungsmengen auf als Männer.

Abbildung 36: Medikamentenverordnungen nach Altersgruppen (Durchschnitt 2005 bis 2007)

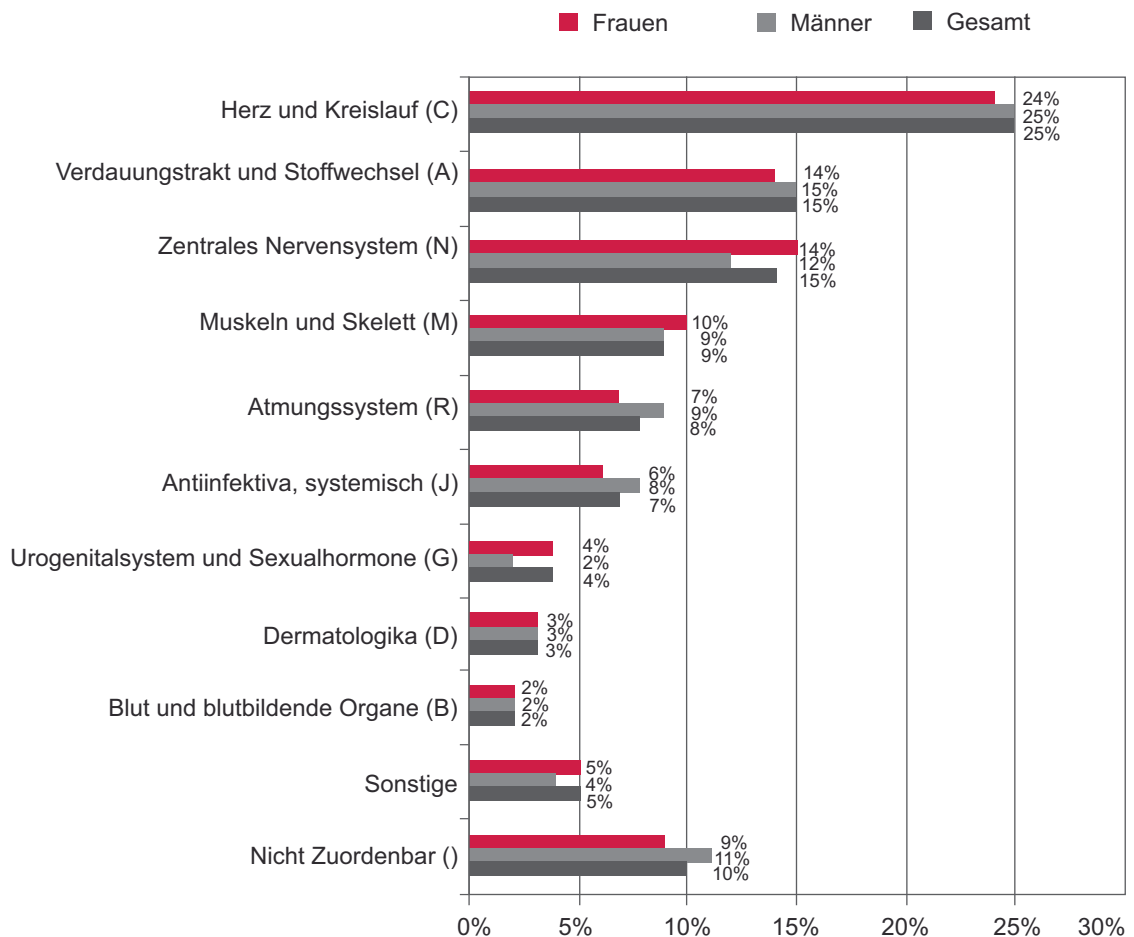


Medikamentenverordnungen (Packungen) innerhalb eines Jahres je 1.000 Einw. (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Die meisten Medikamentenverordnungen betreffen Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (25 Prozent), des Magen-Darm-Traktes bzw.

Stoffwechselsystems (15 Prozent) und des Nervensystems (Psychopharmaka, Schmerzmittel etc.: 14 Prozent).

Abbildung 37: Verteilung der Medikamentenverordnungen auf Anatomische ATC-Gruppen (Durchschnitt 2005 bis 2007)



GESUNDHEITZUSTAND

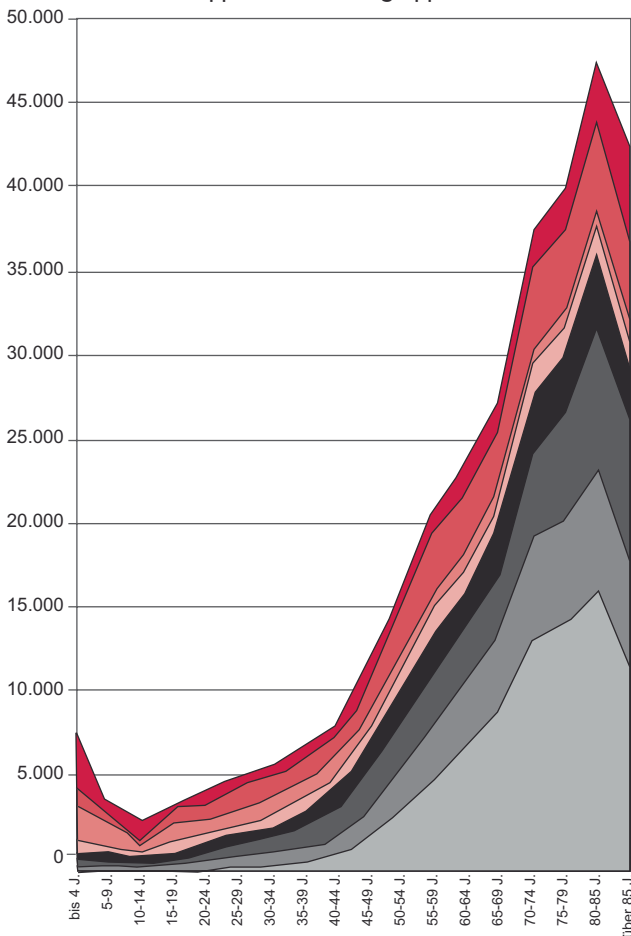
Anteil an den Medikamentenverordnungen (Packungen), Mittelwert 2005 bis 2007. Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

GESUNDHEITZUSTAND

Die Verordnungsmenge von Herz-Kreislaufmedikamenten nimmt ab dem 45. bis 50. Lebensjahr stark zu (bei Männern und Frauen). In der Altersgruppe 50 bis 54 Jahre nehmen Herz-Kreislauf-Präparate bereits knapp ein Viertel der verordneten Packungen ein (Männer 27 Prozent, Frauen 21 Prozent). Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil auf mehr als ein Drittel der Verordnungsmenge (in der Altersgruppe 70 bis 74 Jahre: Männer 39 Prozent und Frauen 36 Prozent der verordneten Packungen).

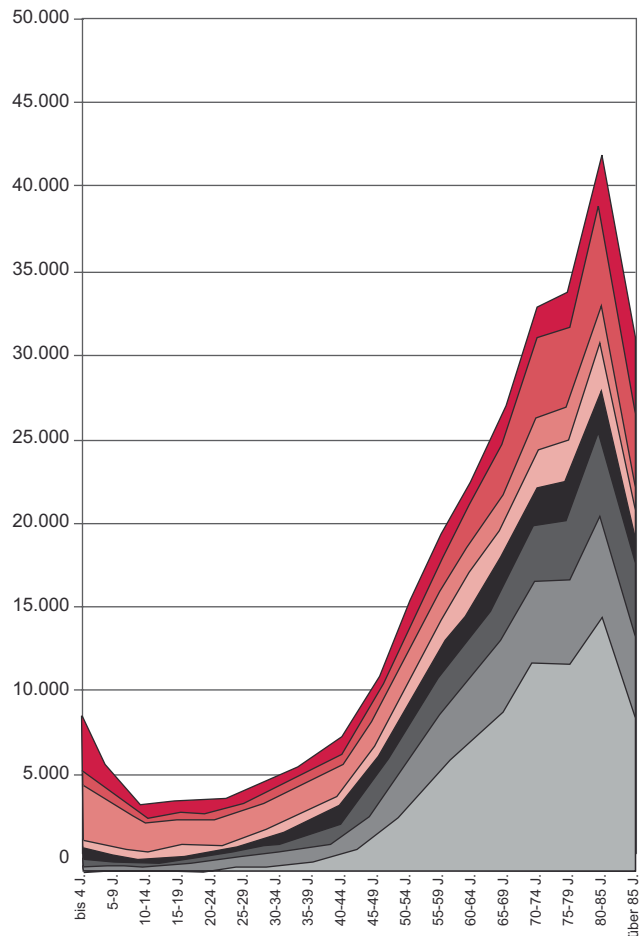
Auch die Verordnung von Medikamenten zur Behandlung von Erkrankungen des Verdauungstraktes, des Nervensystems (Psychopharmaka und Schmerzmittel), des Bewegungsapparates und des Atmungssystems nehmen mit steigendem Alter zu, aber in deutlich geringerem Ausmaß als Herz-Kreislaufmittel. Die Verordnungen von systemischen Antinfektiva sind vor allem bei Kindern unter 10 Jahren häufig.

Abbildung 38: Verteilung der Verordnungsmenge auf anatomische ATC-Gruppen nach Altersgruppe - Frauen



Verordnete Packungen je 1.000 Ew. (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen)

Abbildung 39: Verteilung Verordnungsmenge auf anatomische ATC-Gruppen nach Altersgruppe - Männer



Verordnete Packungen je 1.000 Ew. (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

- Nicht Zuordenbar
- Sonstige
- Antinfektiva, systemisch (J)
- Atmungssystem (R)
- Muskeln und Skelett (M)
- Zentrales Nervensystem (N)
- Verdauungstrakt und Stoffwechsel (A)
- Herz und Kreislauf (C)

Fakten

- Innerhalb eines Jahres kommen auf 1.000 EinwohnerInnen durchschnittlich 13.300 verordnete Medikamentenpackungen (Männer: 11.000 pro 1.000; Frauen 15.300 pro 1.000).
- Ab dem 45. Lebensjahr ist ein starker Anstieg an Medikamentenverordnungen zu beobachten. Bei EinwohnerInnen zwischen 80 und 85 Jahren kommen auf 1.000 Personen dieser Altersgruppe 40.000 verordnete Medikamentenpackungen.
- Am häufigsten werden Medikamente zur Behandlung von Herz-Kreislaufkrankungen (25 Prozent), des Magen-Darm-Traktes bzw. Stoffwechselsystems (15 Prozent) und des Nervensystems (Psychopharmaka, Schmerzmittel usw.: 14 Prozent) verordnet.

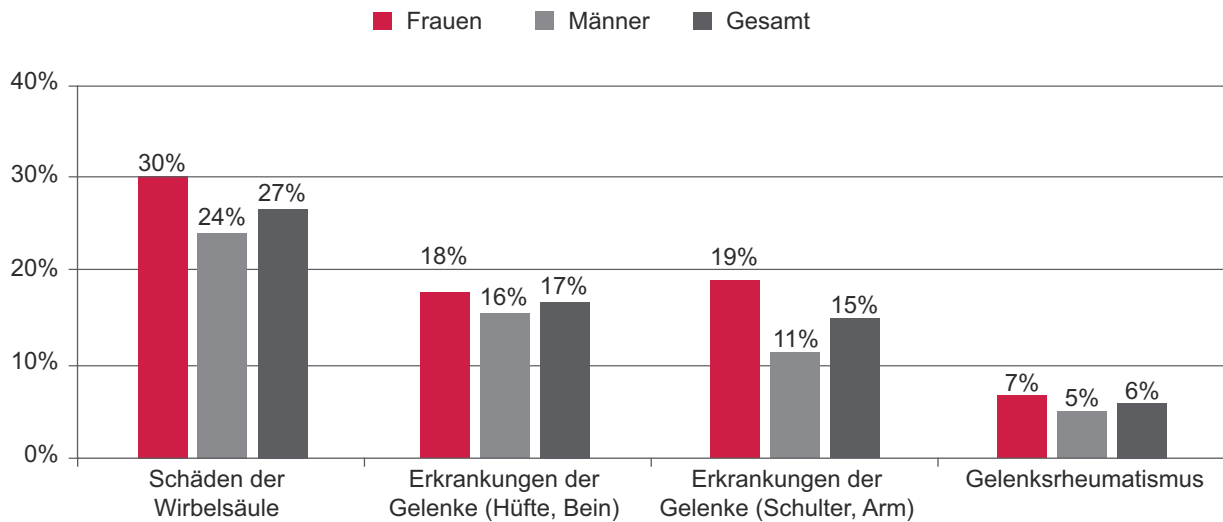
3.5. Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates

3.5.1. Ergebnisse der Gesundheitsbefragung

Chronische Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats sind in der Welser Bevölkerung weit verbreitet. „Schäden der Wirbelsäule“ entpuppte sich bei der Auswertung der Welser Gesundheitsumfrage 2008 nicht nur

als die am öftesten auftretende Erkrankung des Bewegungsapparats, sondern war sogar die mit Abstand am häufigsten genannte Erkrankung überhaupt, an der die Welser Bevölkerung „ständig/immer wieder“ leidet.

Abbildung 40: Prävalenz von Krankheiten des Bewegungsapparates

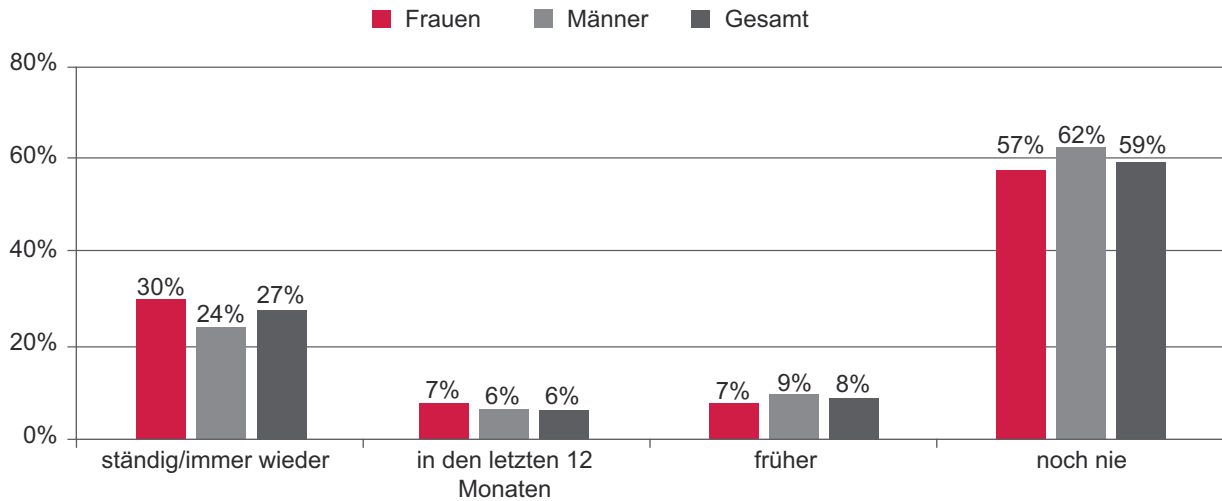


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.975; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ an den genannten Krankheiten leiden

Frauen sind von allen angeführten Erkrankungen des Bewegungsapparats häufiger betroffen als Männer. Am größten sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei den Schäden der Wirbelsäule (Männer: 24 Prozent; Frauen: 30 Prozent) und bei Erkrankungen der Gelenke

(Schulter, Arm) (Männer: elf Prozent; Frauen: 19 Prozent). Bei Gelenksrheumatismus und Erkrankungen der Gelenke an Hüfte oder Bein sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen vernachlässigbar.

Abbildung 41: Prävalenz von Schäden der Wirbelsäule

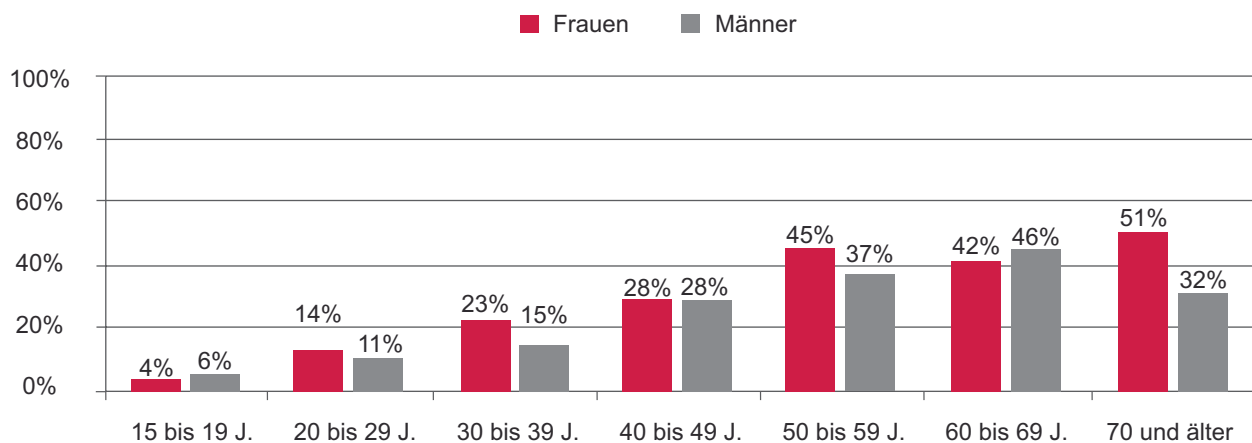


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.975;

62 Prozent aller befragten Männer und 57 Prozent aller befragten Frauen haben bzw. hatten noch keine Probleme durch Schäden der Wirbelsäule. Insgesamt acht Prozent der Welser Bevölkerung geben an, früher an dieser

Erkrankungsform gelitten zu haben. Sechs Prozent hatten in den letzten zwölf Monaten mit Schäden der Wirbelsäule zu tun. Ständig bzw. immer wieder sind 30 Prozent der Frauen und 24 Prozent der Männer betroffen.

Abbildung 42: Schäden der Wirbelsäule nach Altersgruppen



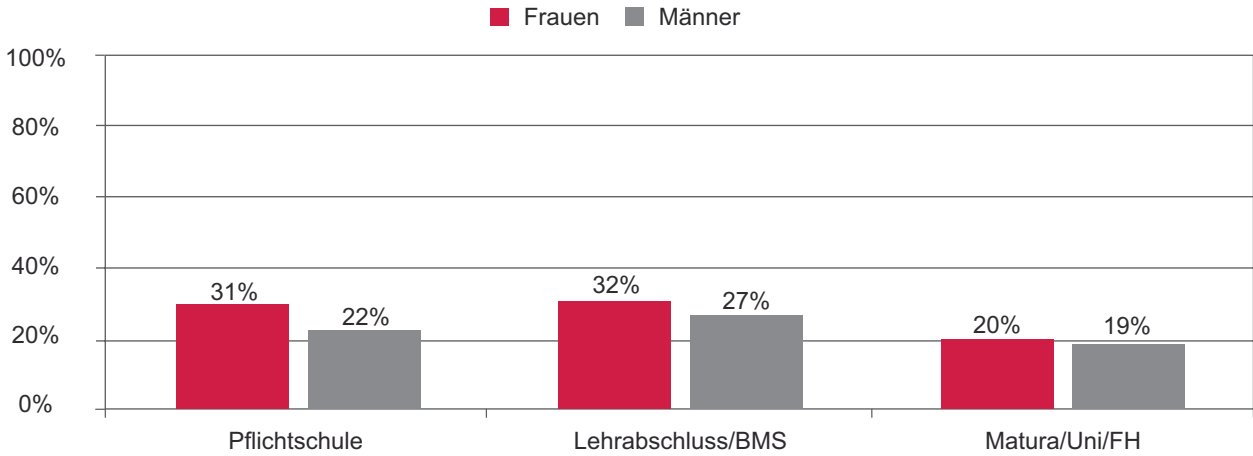
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.966; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ an Schäden der Wirbelsäule leiden

Erwartungsgemäß nimmt die Belastung mit steigendem Alter zu. Interessant sind die großen Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei den (über) 70-Jährigen:

Während jede zweite Frau angibt, an Schäden der Wirbelsäule zu leiden, tut dies nur jeder dritte Mann.

GESUNDHEITZUSTAND

Abbildung 43: Schäden der Wirbelsäule nach Schulbildung

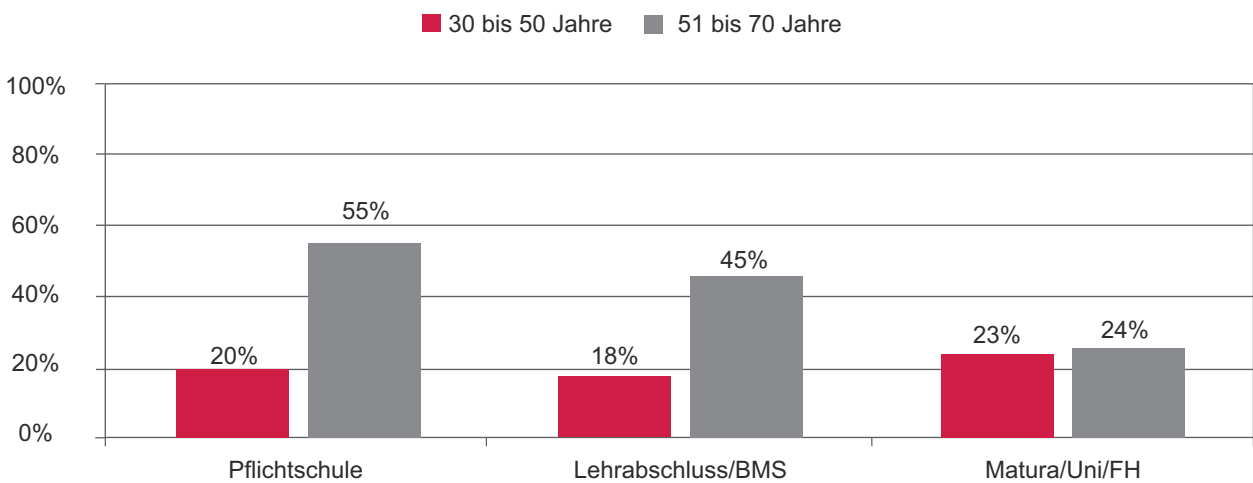


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.942; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ an Schäden der Wirbelsäule leiden

Bei niedrig Gebildeten (Pflichtschule) leiden 22 Prozent der Männer und 31 Prozent der Frauen dauerhaft an Schäden der Wirbelsäule. In der Personengruppe mit mittlerer Bildung (Lehrabschluss/BMS) sind bei den Männern 27 Prozent und bei den Frauen 32 Prozent von dieser Er-

krankung betroffen. Am niedrigsten ist die Prävalenz unter den am höchsten Gebildeten (Matura/Uni/FH): Etwa jede/r fünfte Mann bzw. Frau leidet ständig oder immer wieder an Schäden der Wirbelsäule.

Abbildung 44: Schäden der Wirbelsäule nach Schulbildung (unterschiedlicher Altersgruppen) - Männer

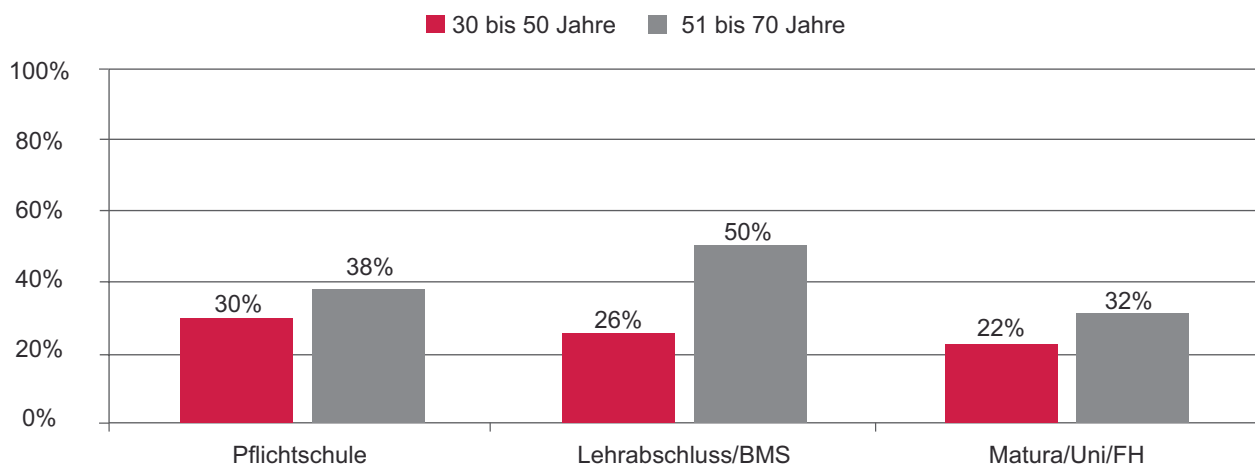


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=644; Anteil der Männer, die „ständig/immer wieder“ an Schäden der Wirbelsäule leiden

Während bei den befragten Männern zwischen 30 und 50 Jahren nur geringe Unterschiede zwischen der Schulbildung und der Verbreitung von Schäden der Wirbelsäule auszumachen sind, zeigen sich bei den 51- bis 70-Jährigen deutliche Unterschiede. So klagten 55 Prozent der Pflichtschulabsolventen und 45 Prozent der Männer mit Lehrabschluss/BMS aber „nur“ 24 Prozent der am höchsten Gebildeten über Schäden der Wirbelsäule. Hier dürften die über die Jahre unterschiedlichen beruflichen Tätigkeiten, die sich zu einem gewissen Teil von der formalen Bildung ableiten lassen, eine Rolle spielen.

schluss/BMS aber „nur“ 24 Prozent der am höchsten Gebildeten über Schäden der Wirbelsäule. Hier dürften die über die Jahre unterschiedlichen beruflichen Tätigkeiten, die sich zu einem gewissen Teil von der formalen Bildung ableiten lassen, eine Rolle spielen.

Abbildung 45: Schäden der Wirbelsäule nach Schulbildung (unterschiedlicher Altersgruppen) - Frauen



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=678; Anteil der Frauen, die „ständig/immer wieder“ an Schäden der Wirbelsäule leiden

In der Altersgruppe der 30- bis 50-jährigen Frauen leiden 30 Prozent der Pflichtschulabsolventinnen, 26 Prozent der Frauen mit Lehrabschluss/BMS und 22 Prozent der Frauen mit hoher formaler Bildung an Schäden der Wirbelsäule. Bei den 51- bis 70-Jährigen sind Frauen mit Lehrabschluss/

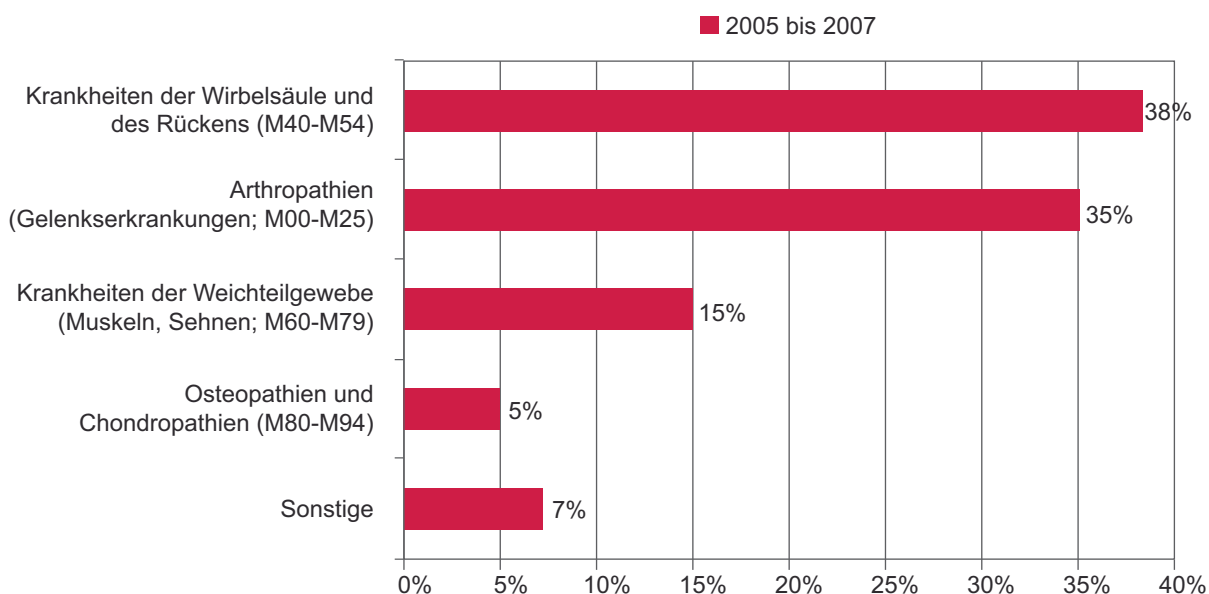
BMS am häufigsten von dieser Erkrankungsform betroffen (50 Prozent). Weniger verbreitet sind Schäden der Wirbelsäule bei Pflichtschulabsolventinnen (38 Prozent) und Frauen mit Matura/Uni/FH (32 Prozent).

3.5.2. Krankenhausaufenthalte infolge von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates

Die meisten Krankenhausaufenthalte mit einer Hauptdiagnose aus der Erkrankungsgruppe „Bewegungs- und Stützapparat“ entfallen auf die Diagnosegruppen der „Wirbel-

säulen- und Rückenerkrankungen“ (38 Prozent) oder der Gelenkserkrankungen (Arthropathien; 35 Prozent).

Abbildung 46: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates 2005 bis 2007 nach Hauptdiagnose (Anteil an den Krankenhausaufenthalten mit Hauptdiagnose Bewegungs- und Stützapparat)



Hauptdiagnose ICD-10: M00-M99. Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

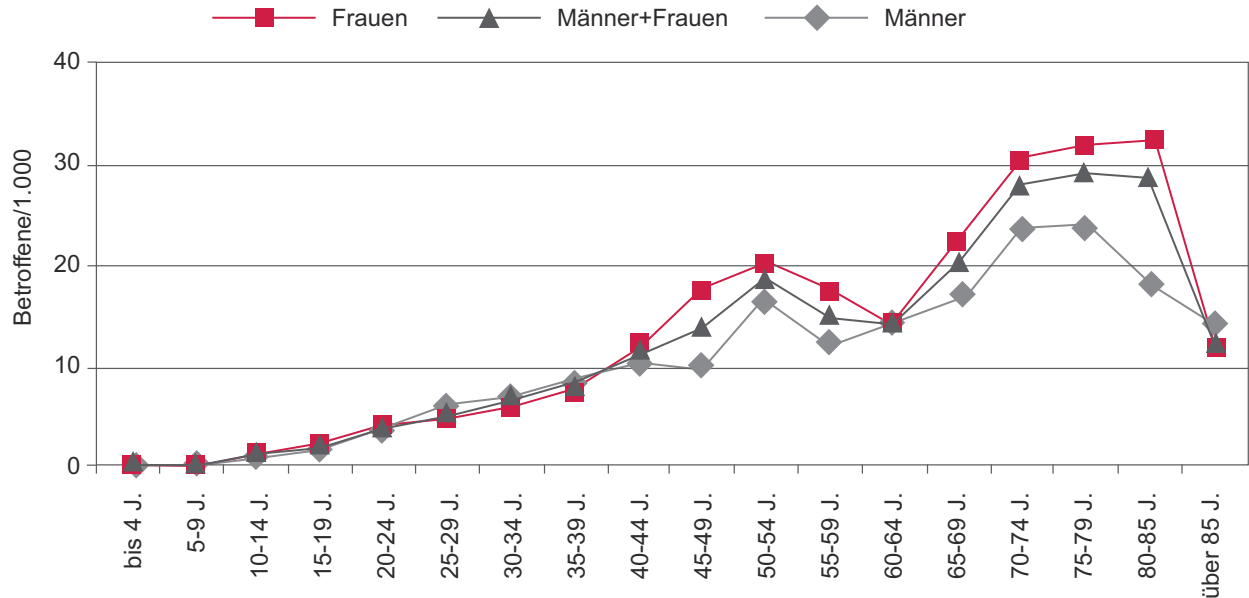
Die Rate, der im Krankenhaus wegen Wirbelsäulen-/Rückenproblemen behandelten Personen, steigt mit zunehmendem Alter an. Bis zur Altersgruppe der 45-Jährigen sind Männer und Frauen ungefähr gleich häufig betroffen. In den älteren Kohorten sind Frauen häufiger betroffen als Männer.

Von 1.000 EinwohnerInnen sind innerhalb eines Jahres 10,6 Personen von einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von Wirbelsäulen- und Rückenproblemen betroffen (Männer:

8,6/1.000; Frauen: 12,3/1.000). Das entspricht in Absolutzahlen über 600 Betroffene pro Jahr (rund 240 Männer und 360 Frauen). Ähnlich hoch ist die Betroffenenquote bei Erkrankungen der Gelenke. Von 1.000 Welserrinnen und Welsern sind innerhalb eines Jahres durchschnittlich 10,7 von einem Krankenhausaufenthalt betroffen (Männer 8,6 und Frauen 12,4 von 1.000). Rund 250 Männer und 370 Frauen sind innerhalb eines Jahres von einem Krankenhausaufenthalt mit einer solchen Hauptdiagnose betroffen.¹⁵

¹⁵Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurden auf die Welscher Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Abbildung 47: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Erkrankungen von Rücken und Wirbelsäule nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)

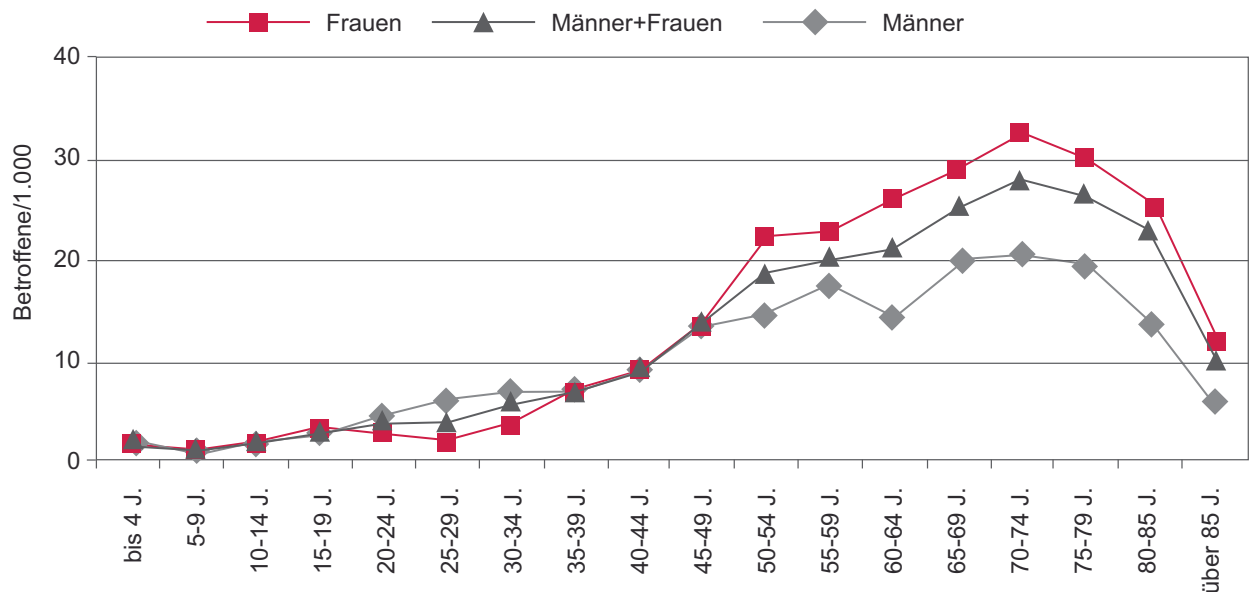


Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40-M54); (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Bezüglich der von Krankenhausaufenthalten wegen Gelenkerkrankungen betroffenen Personen ist vor allem ab dem 45. Lebensjahr ein starker Anstieg zu beobachten.

Ab dieser Altersgruppe sind Frauen deutlich stärker betroffen. Ab dem 70. Lebensjahr geht die Rate mit höherem Alter wieder zurück.

Abbildung 48: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Gelenkerkrankungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



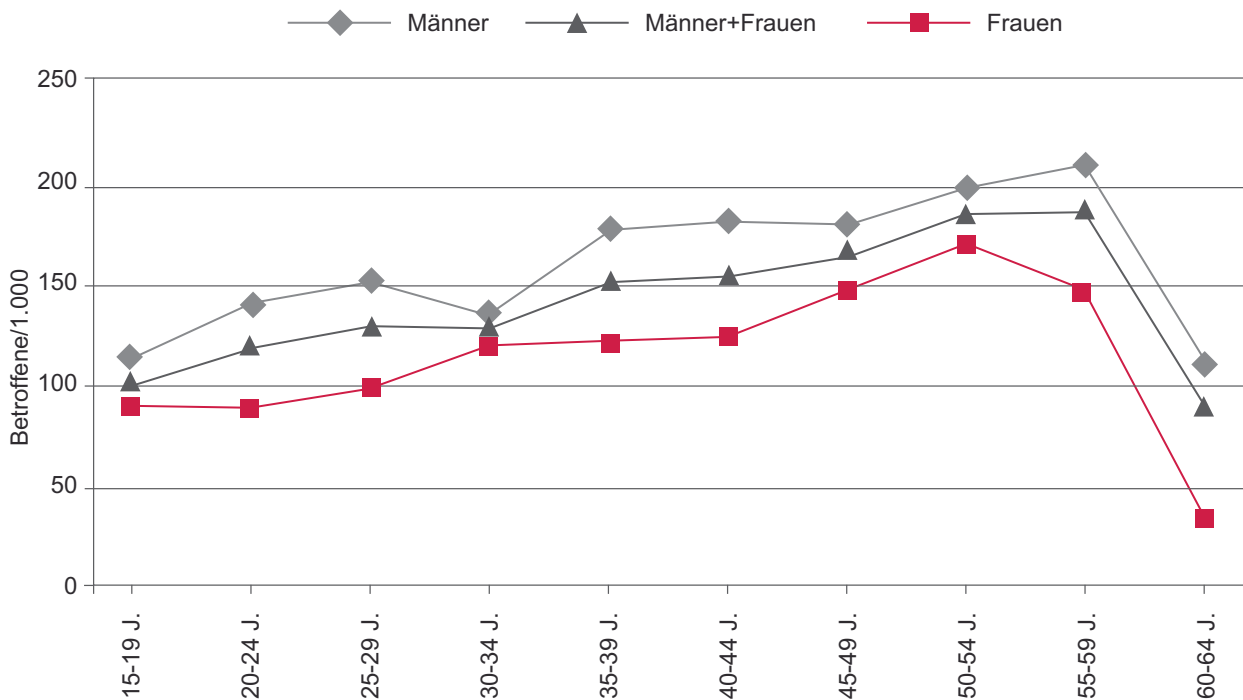
Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Arthropathien (M00-M25); (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

3.5.3. Arbeitsunfähigkeit infolge von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates

Die Rate, der von Krankenstand infolge von Wirbelsäulen-/Rückenproblemen Betroffenen, steigt mit zunehmendem Alter von 10,4 Prozent in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen auf 18,6 Prozent bei 50- bis 45-Jährigen an. Ab dem 60. Lebensjahr ist ein Rückgang zu be-

obachten, was mit dem Ausscheiden der gesundheitlich stärker Belasteten aus dem Erwerbsleben zusammenhängen dürfte. In allen Altersgruppen sind Männer etwas häufiger betroffen als Frauen.

Abbildung 49: Personen mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)

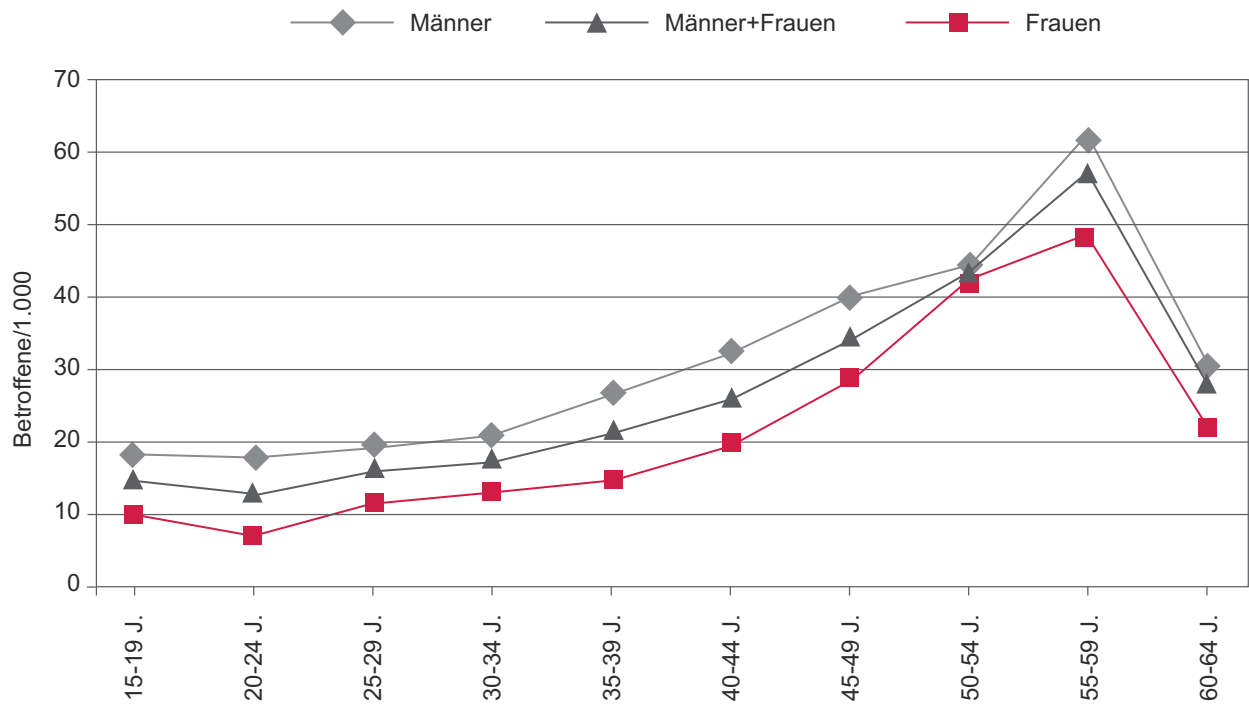


Personen mit mindestens einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung innerhalb eines Jahres; ICD-10: Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40-M54) (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur erwerbstätige Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Bis zur Altersgruppe der 30- bis 35-Jährigen sind ungefähr ein bis zwei Prozent der Beschäftigten innerhalb eines Jahres infolge von Gelenkerkrankungen im Krankenstand (Männer etwas häufiger als Frauen). In den

Altersgruppen zwischen 35 und 59 Jahren lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg erkennen (bis auf knapp sechs Prozent Betroffene in der Altersgruppe 55 bis 59 Jahre).

Abbildung 50: Personen mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Gelenkerkrankungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



Personen mit mindestens einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung innerhalb eines Jahres; ICD-10: Arthropathien (M00-M25) (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur erwerbstätige Versicherte der ÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: ÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Fakten

- 27 Prozent der Welscher Bevölkerung geben an, dauerhaft an Schäden der Wirbelsäule zu leiden.
- Frauen sind dabei häufiger betroffen (30 Prozent) als Männer (24 Prozent).
- Als besonders belastete Bevölkerungsgruppe konnten ältere (51 bis 70 Jahre) Männer mit niedriger Schulbildung (Pflichtschulabschluss) und ältere (51 bis 70 Jahre) Frauen mit Lehrabschluss/BMS identifiziert werden.
- Ein Viertel und damit die meisten aller Krankenstandstage sind auf Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates zurückzuführen.

- Von 1.000 EinwohnerInnen haben innerhalb eines Jahres 10,6 Personen einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von Wirbelsäulen- und Rückenproblemen.
- Krankenhausaufenthalte aufgrund von Gelenkerkrankungen nehmen ab dem 45. Lebensjahr stark zu. Ab diesem Alter sind Frauen deutlich häufiger betroffen als Männer.

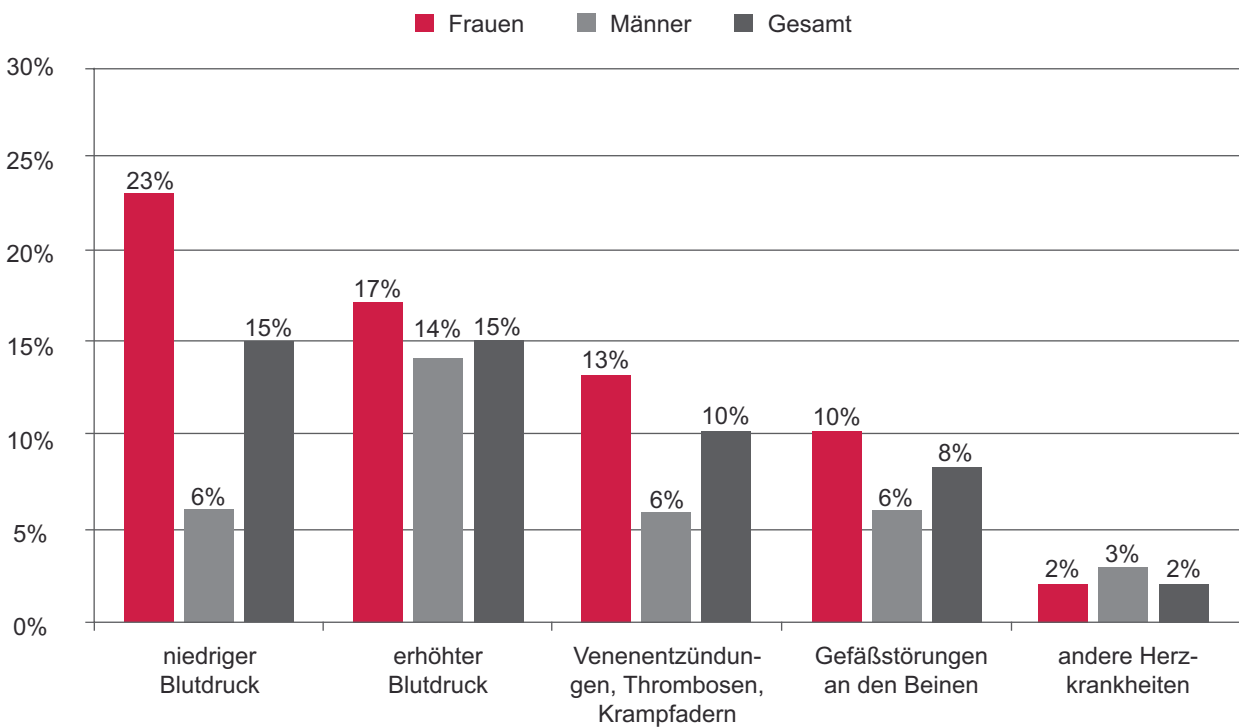
GESUNDHEITZUSTAND

3.6. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems

Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems gehören zu den häufigsten Todesursachen der Welt. Wesentliche Ursachen sind in den Faktoren der Lebensweise (Ernährungsgewohnheiten, Bewegungsarmut, Rauchen, Stress, Alkoholkonsum) bzw. damit verbundenen Risikofaktoren

(Bluthochdruck, Übergewicht, Stoffwechselerkrankungen usw.) zu suchen. Im Rahmen der Welser Gesundheitsbefragung 2008 wurde die Bevölkerung unter anderem zu Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems befragt.

Abbildung 51: Prävalenz von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems

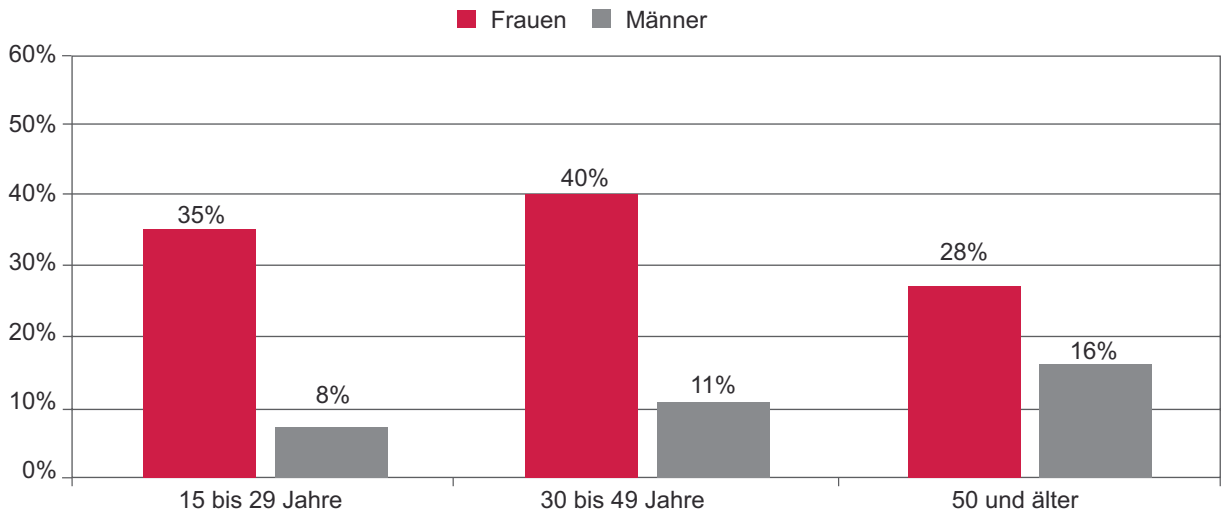


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.973; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ an den genannten Krankheiten leiden

Probleme mit dem Blutdruck sind weit verbreitet. Ein zu niedriger Blutdruck ist vor allem bei Frauen weit verbreitet. Beinahe jede vierte Frau ist laut Selbstauskunft „ständig/immer wieder“ von einem niedrigen Blutdruck betroffen (Männer: sechs Prozent). Während Frauen in viel größerem Ausmaß von niedrigem Blutdruck betroffen sind, gibt es beim erhöhten Blutdruck kaum Unterschiede

zwischen den Geschlechtern. 14 Prozent der Männer und 17 Prozent der Frauen geben an, dauerhaft an erhöhtem Blutdruck zu leiden. Venenentzündungen, Thrombosen und Krampfadern sind wiederum unter Frauen (13 Prozent) weiter verbreitet als unter Männern (sechs Prozent). Auch von Gefäßstörungen an den Beinen sind mehr Frauen (zehn Prozent) als Männer (sechs Prozent) betroffen.

Abbildung 52: Niedriger Blutdruck (dauerhaft bzw. in den letzten zwölf Monaten) in unterschiedlichen Altersgruppen

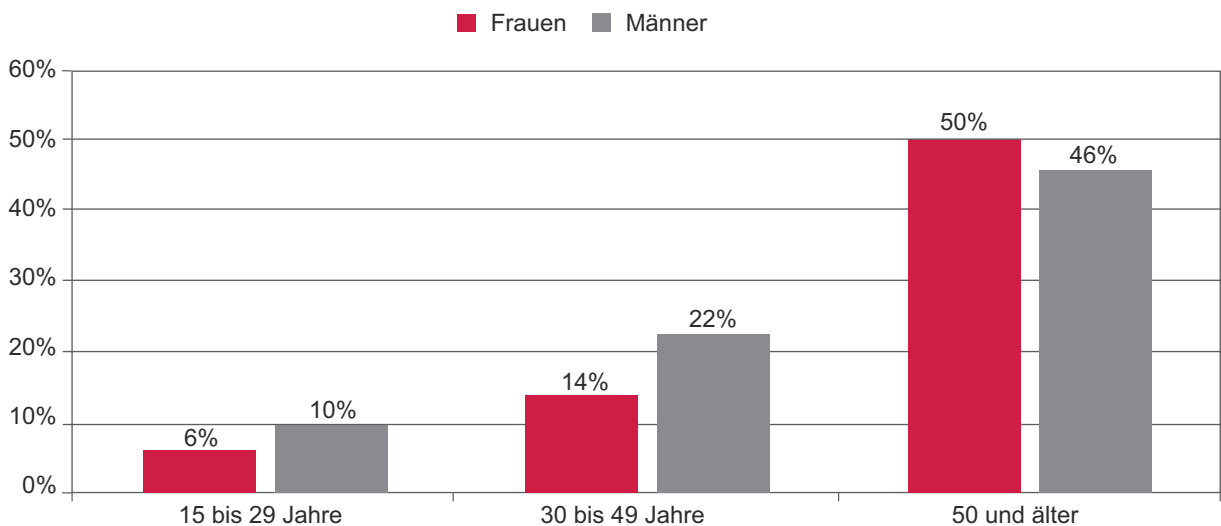


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.905; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ oder „in den letzten 12 Monaten“ an niedrigem Blutdruck leiden/gelitten haben

Niedriger Blutdruck tritt bei Frauen unter 50 Jahren häufiger auf, als bei älteren Frauen. 35 Prozent der 15- bis 29-Jährigen, 40 Prozent der 30- bis 49-Jährigen aber „nur“ 28 Prozent der (über) 50-Jährigen haben einen niedrigen Blutdruck. Bei den Männern nimmt die Ver-

breitung des niedrigen Blutdrucks mit steigendem Alter zu. Acht Prozent der 15- bis 29-Jährigen, elf Prozent der 30- bis 49-Jährigen und 16 Prozent der (über) 50-Jährigen geben an, einen niedrigen Blutdruck zu haben.

Abbildung 53: Erhöhter Blutdruck (dauerhaft bzw. in den letzten zwölf Monaten) in unterschiedlichen Altersgruppen



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.965; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ oder „in den letzten 12 Monaten“ an erhöhtem Blutdruck leiden/gelitten haben

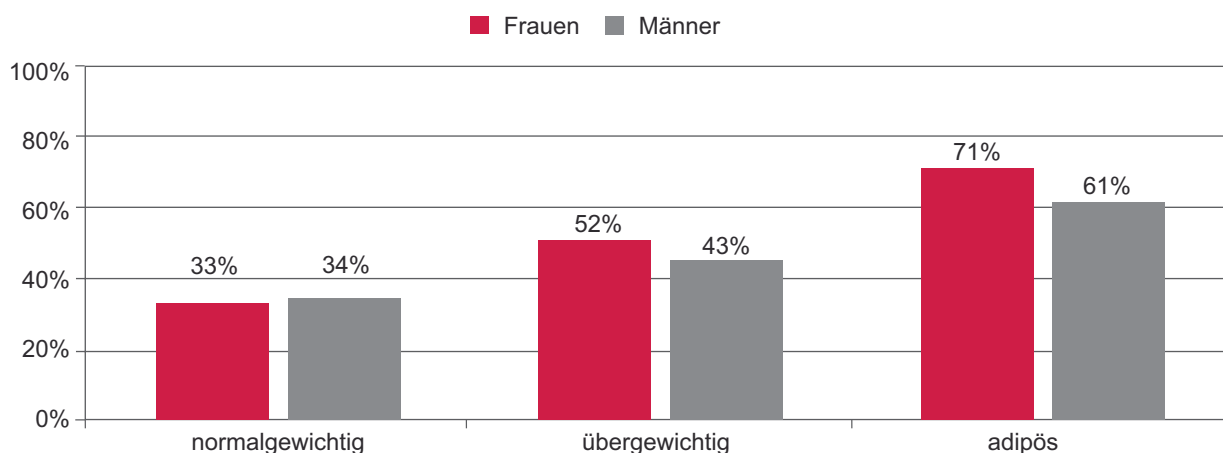
GESUNDHEITZUSTAND

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen nimmt mit zunehmendem Alter der Anteil der Personen zu, die einen erhöhten Blutdruck haben. In der jüngsten Altersgruppe sind relativ wenige betroffen: zehn Prozent der Männer und sechs Prozent der Frauen haben laut Selbstauskunft einen erhöhten Blutdruck. In der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen ist die Erkrankung unter Männern (22 Prozent) deutlich häufiger verbreitet als unter Frauen (14 Prozent). In der Gruppe der (über) 50-Jährigen weisen 46 Prozent

der Männer und die Hälfte der Frauen einen erhöhten Blutdruck auf.

Betrachtet man nun die Gruppe der (über) 50-Jährigen näher (Abbildung 54), in der Bluthochdruck am meisten verbreitet ist, zeigen sich weitere Unterschiede: Während bei den Normalgewichtigen jeweils etwa ein Drittel der Männer und Frauen einen erhöhten Blutdruck aufweisen, sind diese Anteile unter übergewichtigen und adipösen Männern und Frauen deutlich höher.

Abbildung 54: Erhöhter Blutdruck (dauerhaft bzw. in den letzten zwölf Monaten) bei über 50-Jährigen in unterschiedlichen Body-Mass-Index-Klassen

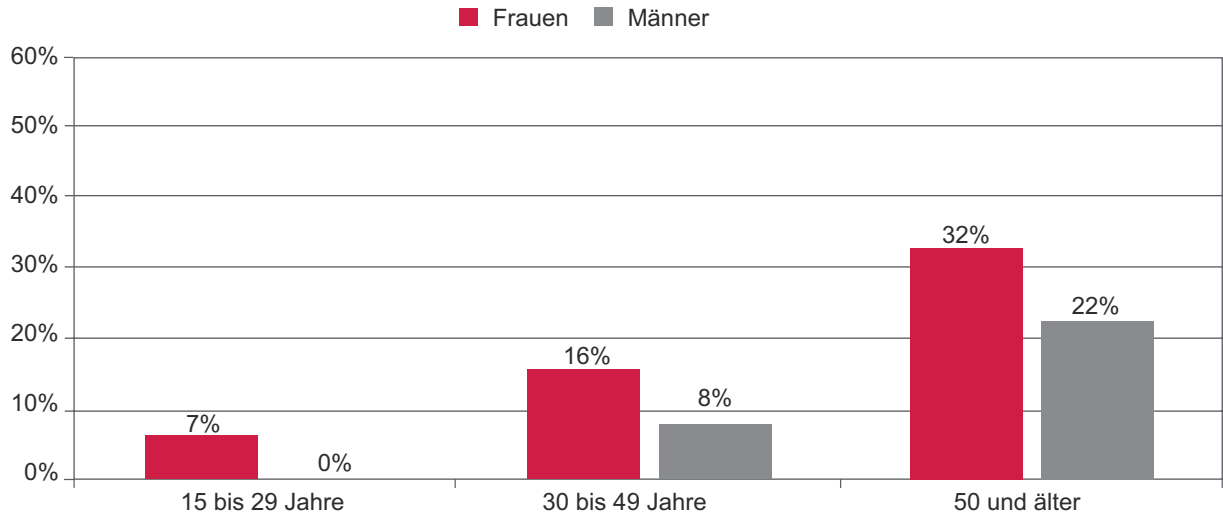


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=667; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ oder „in den letzten 12 Monaten“ an erhöhtem Blutdruck leiden/gelitten haben; nur Personen ab einem Alter von 50 Jahren;

43 Prozent der übergewichtigen Männer und 52 Prozent der übergewichtigen Frauen ab einem Alter von 50 Jahren geben an, „ständig/immer wieder“ bzw. „in den letzten zwölf Monaten“ einen erhöhten Blutdruck zu haben. Noch

größer sind die Anteile unter adipösen Personen: 61 Prozent der adipösen Männer und 71 Prozent der adipösen Frauen haben einen erhöhten Blutdruck.

Abbildung 55: Venenentzündungen, Thrombosen, Krampfadern (dauerhaft bzw. in den letzten zwölf Monaten) nach Altersgruppen

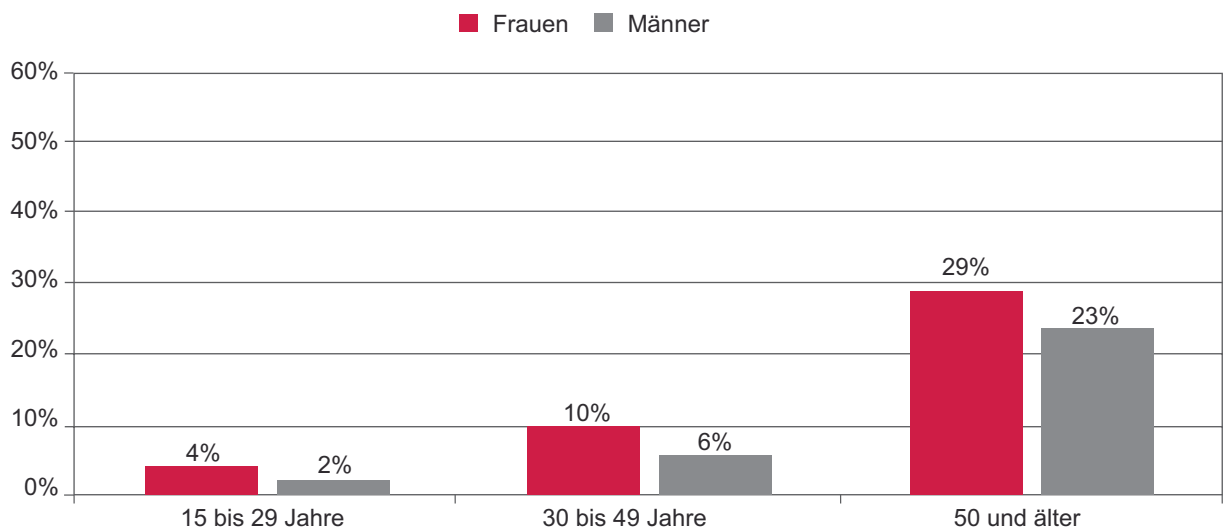


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.965; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ oder „in den letzten 12 Monaten“ an Venenentzündungen, Thrombosen, Krampfadern leiden/gelitten haben

In allen Altersgruppen sind Frauen häufiger von Venenentzündungen, Thrombosen oder Krampfadern betroffen als Männer (Abbildung 55). Wie auch beim erhöhten Blutdruck nimmt die Verbreitung der Erkrankungsform mit zunehmendem Alter zu. Etwa jeder fünfte Mann (22 Pro-

zent) ab 50 Jahre und etwa jede dritte Frau (32 Prozent) desselben Alters ist „ständig/immer wieder“ oder „in den letzten zwölf Monaten“ von Venenentzündungen, Thrombosen oder Krampfadern betroffen.

Abbildung 56: Gefäßstörungen an den Beinen (dauerhaft bzw. in den letzten zwölf Monaten) nach Altersgruppen



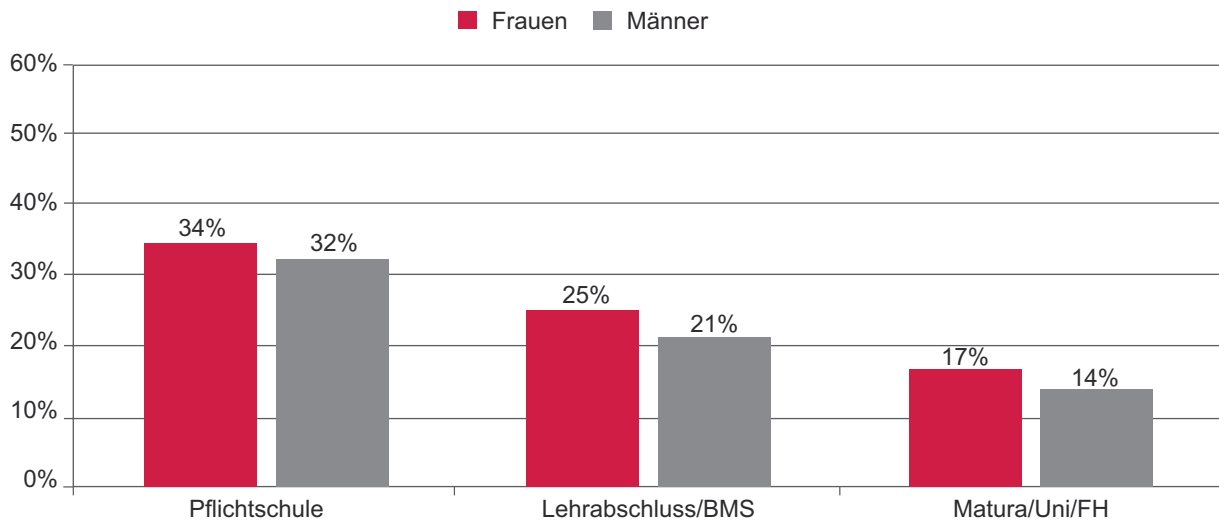
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.936; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ oder „in den letzten 12 Monaten“ an Gefäßstörungen an den Beinen leiden/gelitten haben

GESUNDHEITZUSTAND

Wie auch bei anderen Formen von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems nehmen Gefäßstörungen an den Beinen mit steigendem Alter zu (Abbildung 56). Während diese

Erkrankungsform in jungen Jahren kaum eine Rolle spielt, sind bei den (über) 50-Jährigen 23 Prozent der Männer und 29 Prozent der Frauen betroffen.

Abbildung 57: Gefäßstörungen an den Beinen (dauerhaft bzw. in den letzten zwölf Monaten) bei über 50-Jährigen nach Schulbildung



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=648; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ oder „in den letzten 12 Monaten“ an Gefäßstörungen an den Beinen leiden/gelitten haben; nur Personen ab einem Alter von 50 Jahren;

Männer und Frauen mit niedriger Schulbildung sind deutlich häufiger betroffen: 32 Prozent der Männer ab dem 50. Lebensjahr und 34 Prozent der Frauen dieses Alters, die als höchste formale Bildung die Pflichtschule absolviert haben, leiden an Gefäßstörungen an den Beinen.

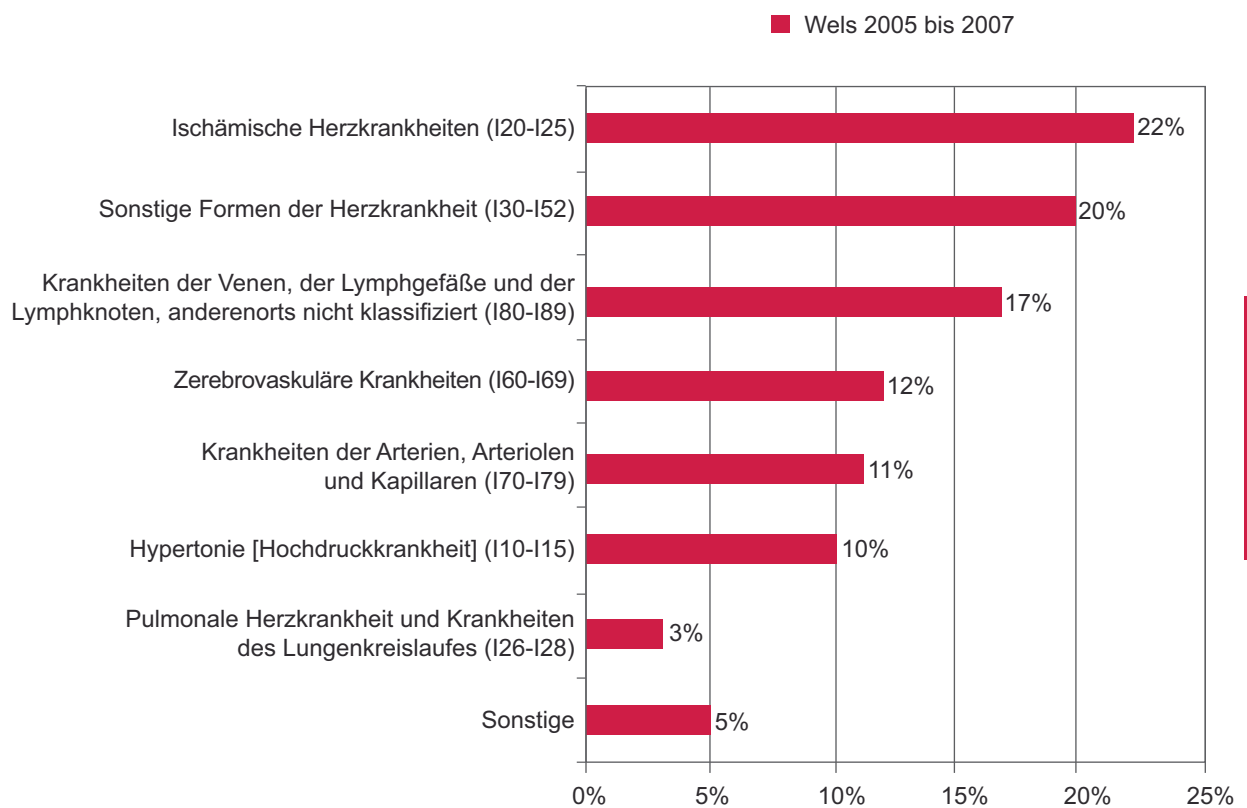
Die Ursache dafür könnte unter anderem in Lebensstilfaktoren wie Rauchen und mangelnde Bewegung begründet liegen. Unter den hoch gebildeten Befragten über 50 Jahre sind „nur“ 14 Prozent der Männer und 17 Prozent der Frauen betroffen.

3.6.1. Krankenhausaufenthalte infolge von Herz-Kreislaufferkrankungen

Der Großteil der Krankenhausaufenthalte mit einer Herz-Kreislauf-Hauptdiagnose fällt in die Diagnosegruppen „Ischämische Herzkrankheiten“ (22 Prozent) und „sonstige Formen der Herzkrankheit“ (20 Prozent). 17 Prozent der Krankenhausaufenthalte gehen auf Erkrankungen der Venen und

Lymphgefäße zurück, weitere 12 Prozent auf „Zerebrovaskuläre Erkrankungen“ (Erkrankungen der Blutgefäße im Gehirn) und elf Prozent auf Krankheiten der Arterien. Zehn Prozent der Krankenhausbehandlungsfälle mit Herz-Kreislaufdiagnose weisen die Hauptdiagnose Hypertonie auf.

Abbildung 58: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Herz-Kreislaufferkrankungen 2005 bis 2007 nach Hauptdiagnose (Anteil an den Krankenhausaufenthalten mit Hauptdiagnose Herz-Kreislaufferkrankung)



Hauptdiagnose ICD-10: I00-I99. Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen)

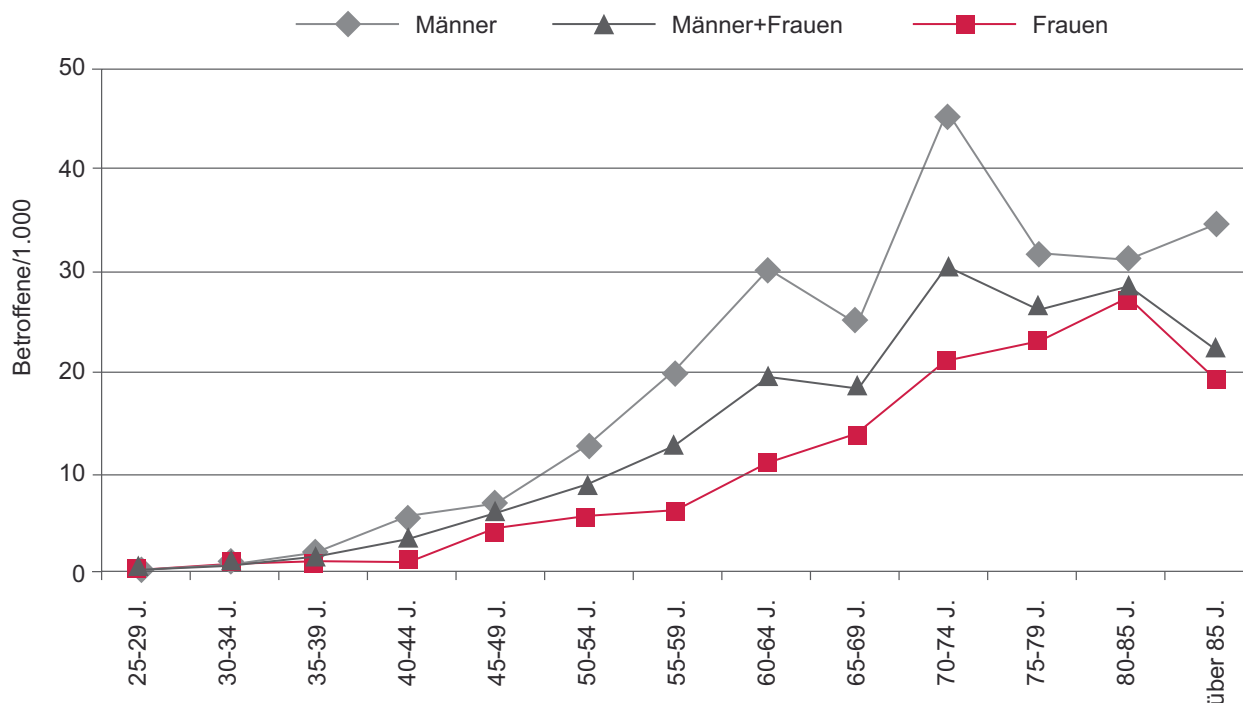
GESUNDHEITZUSTAND

Krankenhausaufenthalte aufgrund von Ischämischen Herzkrankheiten

Insgesamt sind von 1.000 EinwohnerInnen innerhalb eines Jahres 7,2 Personen von einem Krankenhausaufenthalt mit einer ischämischen Erkrankung als Hauptdiagnose betroffen. Innerhalb eines Jahres sind rund 420 EinwohnerInnen aus Wels von einer solchen Krankenhausbearbeitung betroffen.¹⁶ Die Rate ist bei Männern (mit 8,8

pro 1.000) etwas höher als bei Frauen (5,8 pro 1.000). Die Betroffenenquote steigt ab dem 40. Lebensjahr kontinuierlich an und erreicht in der Altersgruppe zwischen 70 und 85 Jahren das höchste Niveau (bei Männern rund 30-45 Betroffene/1.000, bei Frauen 20-25 Betroffene/1.000).¹⁷

Abbildung 59: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund ischämischer Herzkrankheit nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25); (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

¹⁶Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurden auf die Welser Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

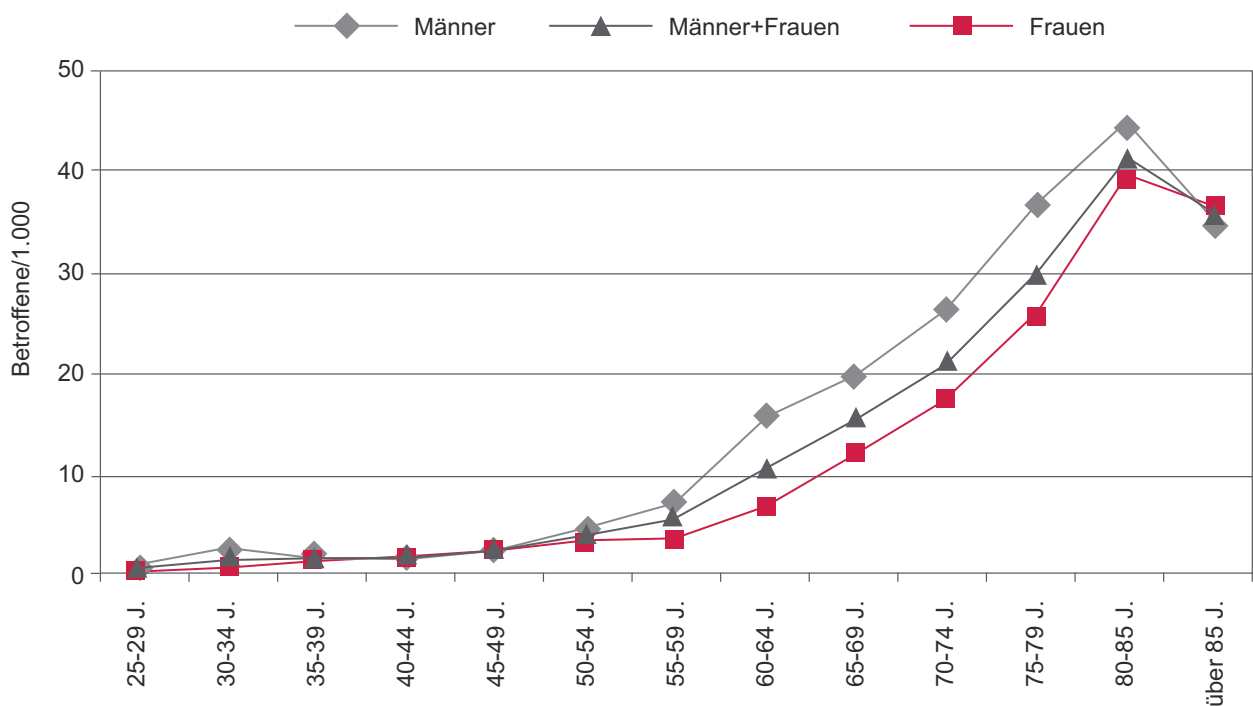
¹⁷Aufgrund der, aus statistischer Sicht, geringen Fallzahlen ergeben sich erhebliche zufällige Schwankungen, insbesondere in den höheren Altersgruppen.

Krankenhausaufenthalte aufgrund sonstiger Formen der Herzkrankheit

Von einem Krankenhausaufenthalt infolge einer sonstigen Form der Herzkrankheit sind innerhalb eines Jahres 6,0 von 1.000 EinwohnerInnen betroffen. Das entspricht pro Jahr durchschnittlich rund 350 Personen aus Wels.¹⁸ Die

Betroffenenrate steigt mit zunehmendem Alter, insbesondere ab der Altersgruppe über 55 Jahre, stark an. In der Altersgruppe zwischen 80 und 85 Jahren sind rund 45 von 1.000 Männern und knapp 40 von 1.000 Frauen betroffen.

Abbildung 60: Personen mit Krankenhausaufenthalt: Sonstige Formen der Herzkrankheit nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



GESUNDHEITZUSTAND

Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Sonstige Formen der Herzkrankheit (I30-I52); (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

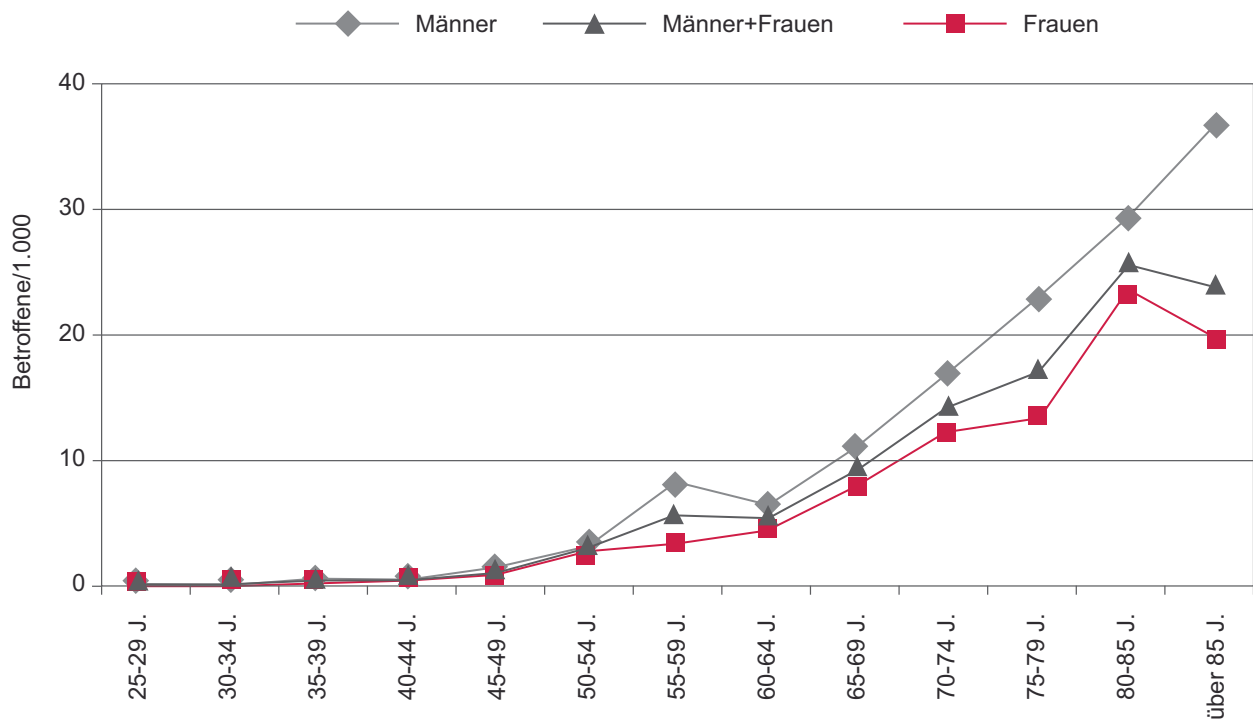
¹⁸Quelle: Betroffenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurden auf die Welser Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Krankenhausaufenthalte aufgrund zerebrovaskulärer Krankheiten

Innerhalb eines Jahres sind 3,8 von 1.000 EinwohnerInnen von einem Krankenhausaufenthalt infolge zerebrovaskulärer Erkrankungen (Schlaganfall, Hirnschlag etc.) betroffen. Das sind in Wels jährlich rund 220 Betroffene-

ne.¹⁹ Die Betroffenenrate steigt mit zunehmendem Alter, insbesondere ab dem 65. Lebensjahr, stark an und ist in der Altersgruppe zwischen 80 und 85 Jahren am höchsten (mit knapp 25 Betroffenen pro 1.000).

Abbildung 61: Personen mit Krankenhausaufenthalt: Zerebrovaskuläre Krankheiten nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69); (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

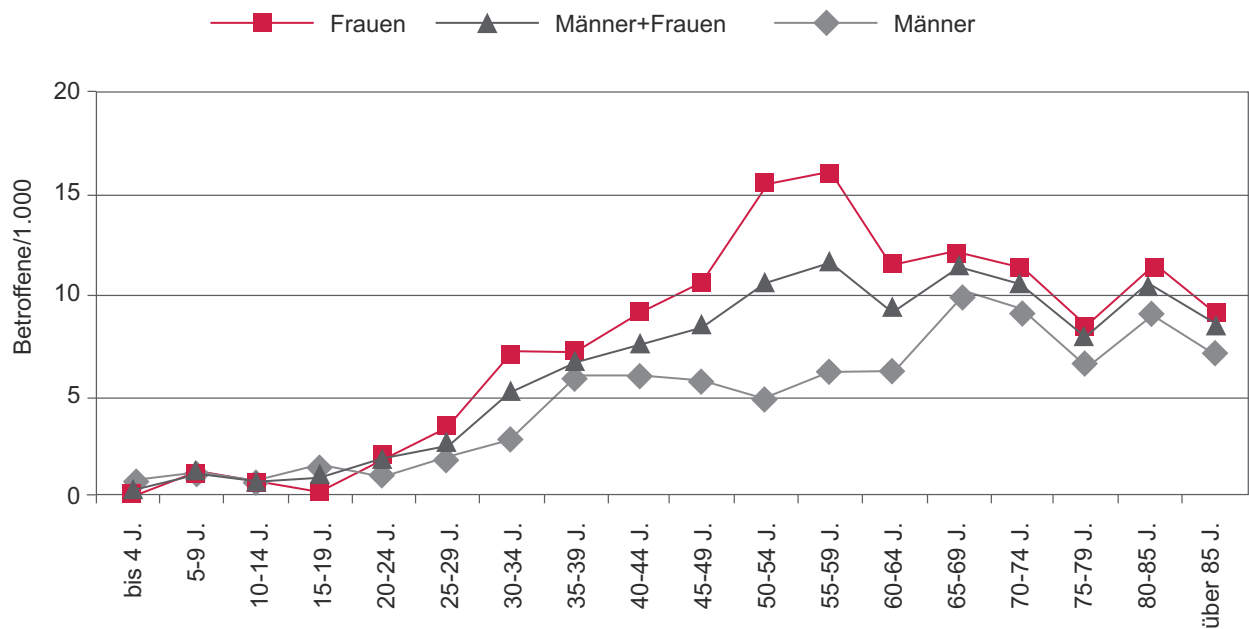
¹⁹Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurden auf die Welscher Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Krankenhausaufenthalte aufgrund von Krankheiten der Venen, Arterien, Lymphgefäße

Krankenhausbehandlungen infolge von Krankheiten der Venen und Lymphgefäße sind bereits in der Altersgruppe zwischen 30 und 34 Jahren verbreitet. In dieser Altersgruppe weisen rund 7 von 1.000 Frauen und 3 von 1.000 Männern innerhalb eines Jahres einen Krankenhausaufenthalt mit einer solchen Hauptdiagnose auf. Mit zunehmendem Alter ist ein weiterer Anstieg zu beobachten.

Unter den 55- bis 59-jährigen Frauen beträgt die Rate 16 pro 1.000, bei den gleichaltrigen Männern rund 6 pro 1.000. Insgesamt weisen 4,3 von 1.000 Männern und 7,7 von 1.000 Frauen innerhalb eines Jahres einen Krankenhausaufenthalt infolge einer Venen- bzw. Lymphgefäßerkrankung auf. Das sind rund 350 Betroffene pro Jahr.²⁰

Abbildung 62: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheiten der Venen und Lymphgefäße nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



GESUNDHEITZUSTAND

Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert (I80-I89); (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen). Die starken Schwankungen in den Altersgruppen über 65 Jahre sind durch geringe Fallzahlen bedingt und daher nur schwer interpretierbar.

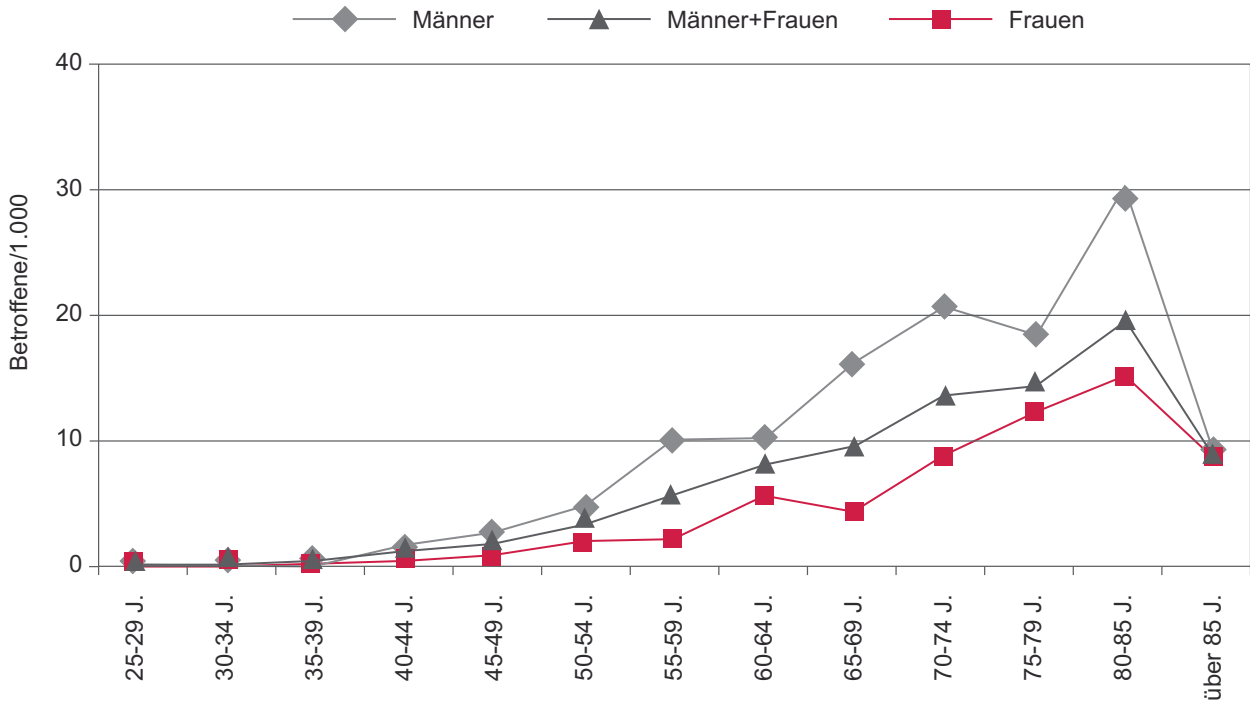
Infolge einer Erkrankung der Arterien sind jährlich rund 200 Personen in einem Krankenhaus in Behandlung. Das entspricht einer Betroffenenquote von 3,4 pro 1.000 (4,2/1.000 bei Männern und 2,6/1.000 bei Frauen).²¹ Ab der Altersgruppe über 45 Jahren ist ein kontinuierlicher An-

stieg zu beobachten. In der Altersgruppe zwischen 70 und 75 Jahren sind über 20 von 1.000 Männern betroffen. Bei Frauen liegt die höchste Betroffenenquote in der Gruppe der 80- bis 85-Jährigen mit rund 15 Betroffenen pro 1.000.

²⁰Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurden auf die Welscher Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

²¹Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurden auf die Welscher Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Abbildung 63: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheiten der Arterien nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (I70-I79); (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

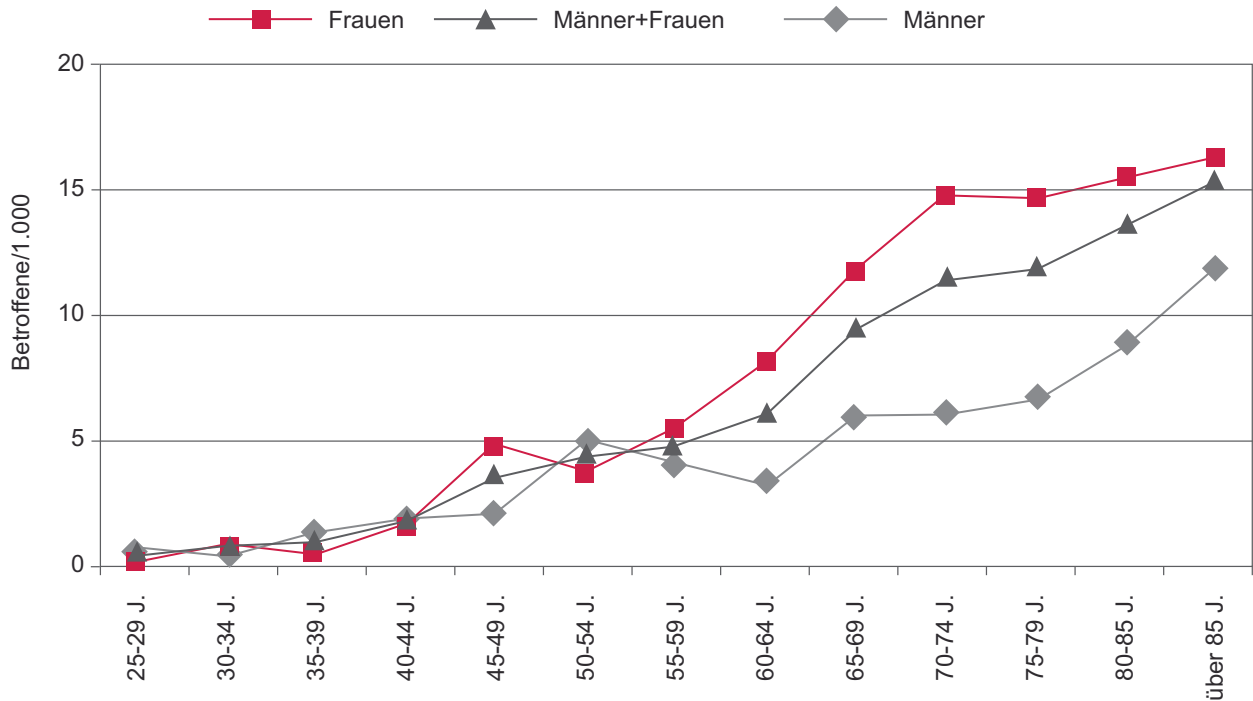
Krankenhausaufenthalte aufgrund von Bluthochdruckerkrankungen

3,4 von 1.000 Welsern und Welserrinnen sind innerhalb eines Jahres aufgrund einer Bluthochdruckerkrankung in einem Krankenhaus in Behandlung (jährlich rund 190 Personen).²² Frauen sind häufiger betroffen (4,5/1.000) als Männer (2,1/1.000). Bis zur Altersgruppe 70 bis 74 Jah-

re ist ein kontinuierlicher Anstieg auf rund 12 Betroffene/1.000 zu beobachten (Frauen 14, Männer 6 von 1.000). In der Altersgruppe über 85 Jahre sind rund 12 von 1.000 Männern und 16 von 1.000 Frauen betroffen.

²²Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurden auf die Welscher Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Abbildung 64: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Bluthochdruckerkrankung (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Hypertonie [Hochdruckkrankheit] (I10-I15); (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Fakten

- Insgesamt geben 15 Prozent der Befragten an, dauerhaft an niedrigem Blutdruck zu leiden, wobei Frauen deutlich häufiger betroffen sind (23 Prozent), als Männer (6 Prozent).
- 15 Prozent der Welscher Bevölkerung leiden dauerhaft an erhöhtem Blutdruck, wobei es kaum Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt.
- Im Alter nehmen die Probleme mit erhöhtem Blutdruck zu: 46 Prozent der über 50-jährigen Männer und die Hälfte der über 50-jährigen Frauen leiden an erhöhtem Blutdruck.
- Pro Jahr kommen auf 1.000 EinwohnerInnen 3,4 Personen (jährlich rund 190 Personen), die einen Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Bluthochdruckerkrankung aufweisen. Frauen (4,5 Fälle pro 1.000) sind davon häufiger betroffen als Männer (2,1 Fälle pro 1.000).

- 22 Prozent aller Krankenhausaufenthalte infolge von Herz-Kreislaufkrankungen fallen in die Diagnosegruppe „Ischämische Herzkrankheiten“. Im Jahr kommen auf 1.000 EinwohnerInnen 7,2 Personen (Männer: 8,8 pro 1.000; Frauen: 5,8 pro 1.000) mit einem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer ischämischen Erkrankung (Hauptdiagnose). Ab dem 40. Lebensjahr steigt die Betroffenquote kontinuierlich an und erreicht in der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen ihren Höhepunkt (Männer: 30-45 pro 1.000/ Frauen: 20-25 pro 1.000).
- Pro Jahr kommen auf 1.000 EinwohnerInnen 3,8 Personen mit einem Krankenhausaufenthalt infolge einer zerebrovaskulären Erkrankung (Schlaganfall, Hirnschlag etc.). Die Betroffenrate steigt mit zunehmendem Alter, insbesondere ab dem 65. Lebensjahr, stark an und ist in der Altersgruppe zwischen 80 und 85 Jahren am höchsten (rund 25 Fälle pro 1.000).

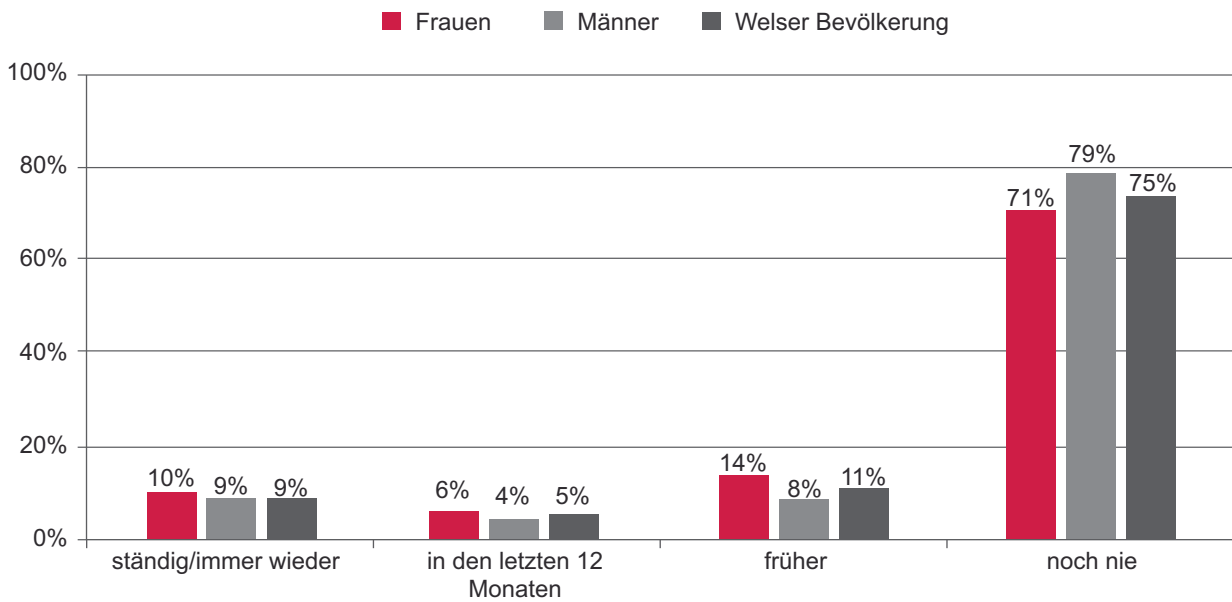
GESUNDHEITZUSTAND

3.7. Allergien

Neun Prozent der Welser Bevölkerung leiden laut Selbstauskunft im Rahmen der Welser Gesundheitsbefragung 2008 „ständig/immer wieder“ an Hautallergien. Hinzu kommen weitere fünf Prozent, die innerhalb des letzten

Jahres betroffen waren. Überhaupt keine Erfahrungen mit Hautallergien haben 79 Prozent der Männer und 71 Prozent der Frauen.

Abbildung 65: Prävalenz von Hautallergien

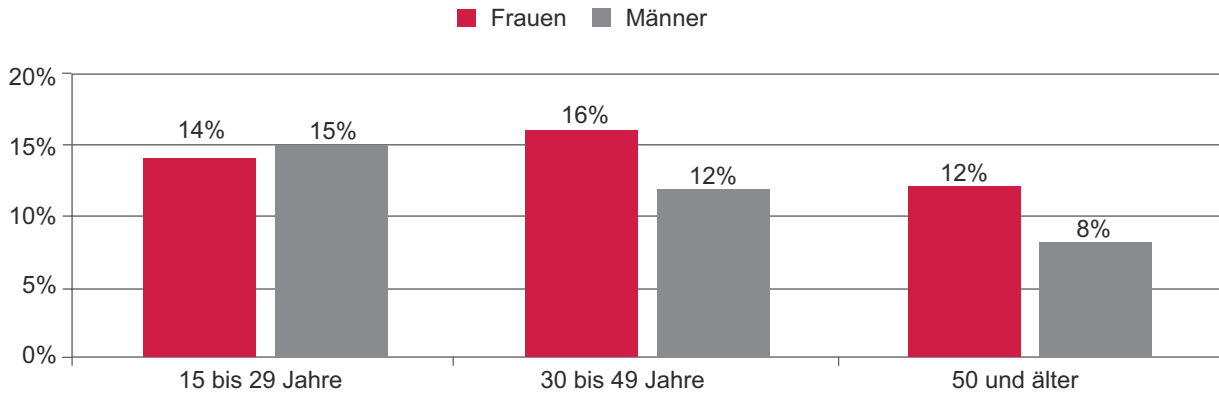


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.964;

Neben Erkrankungen wurde die Welser Bevölkerung im Rahmen der Gesundheitsumfrage auch nach Beschwerden gefragt, welche das Wohlbefinden beeinträchtigen, aber keine Bettlägrigkeit zur Folge haben. Eine dieser vielen

abgefragten Beschwerdeformen lautete „Beschwerden durch Allergien (z.B. Heuschnupfen)“. Insgesamt sind 13 Prozent von dieser Beschwerdeform betroffen (Männer: 11 Prozent; Frauen: 14 Prozent).

Abbildung 66: Altersspezifische Beschwerden durch Allergien (z.B. Heuschnupfen)



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.055;

Während bei Männern mit zunehmendem Alter die Verbreitung von Allergiebeschwerden signifikant abnimmt, ist dies bei Frauen nicht der Fall. In der jüngsten Altersgruppe zwischen 15 und 29 Jahren leiden 15 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen an Allergien wie z. B.

Heuschnupfen. Bei den 30- bis 49-Jährigen sind zwölf Prozent der Männer und 16 Prozent der Frauen betroffen. In der Gruppe der (über) 50-Jährigen geben acht Prozent der Welser Männer und zwölf Prozent der Welser Frauen an, von Beschwerden durch Allergien betroffen zu sein.

Fakten

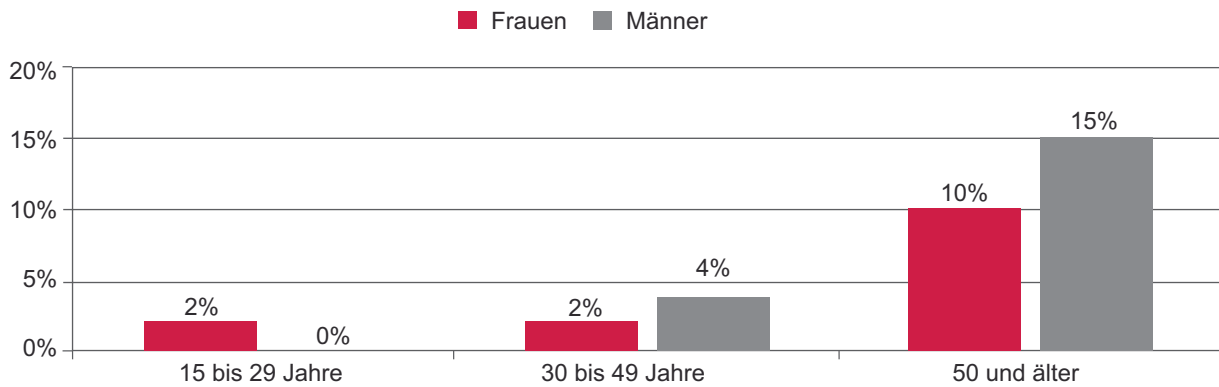
- Neun Prozent der Welser Bevölkerung gaben bei der Gesundheitsumfrage 2008 an, dauerhaft an Hautallergien zu leiden. Zusätzliche fünf Prozent gaben an, innerhalb der letzten zwölf Monate von einer solchen Erkrankung betroffen gewesen zu sein.
- 79 Prozent der Männer und 71 Prozent der Frauen waren persönlich noch nie von einer Hautallergie betroffen.
- Als Beschwerde, die zwar das Wohlbefinden beeinträchtigt, jedoch keine Bettlägerigkeit zur Folge hat, wurden von 13 Prozent der Befragten Allergien wie z.B. Heuschnupfen angegeben. Während bei Männern die Verbreitung der Allergiebeschwerden in den höheren Altersgruppen signifikant niedriger ist, ist dies bei Frauen nicht der Fall.

3.8. Diabetes

Insgesamt gaben bei der Welser Gesundheitsumfrage 2008 fünf Prozent der Befragten an (Männer: fünf Prozent; Frauen: vier Prozent), an Zuckerkrankheit zu leiden. Betrachtet man die Erkrankungsform nach Alter so zeigt sich, dass der Anteil der Betroffenen mit steigendem Al-

ter zunimmt. Während Diabetes in jungen Jahren kaum verbreitet ist, leiden in der Gruppe der (über) 50-Jährigen 15 Prozent der Männer und zehn Prozent der Frauen an Diabetes.

Abbildung 67: Zuckerkrankheit nach Alter

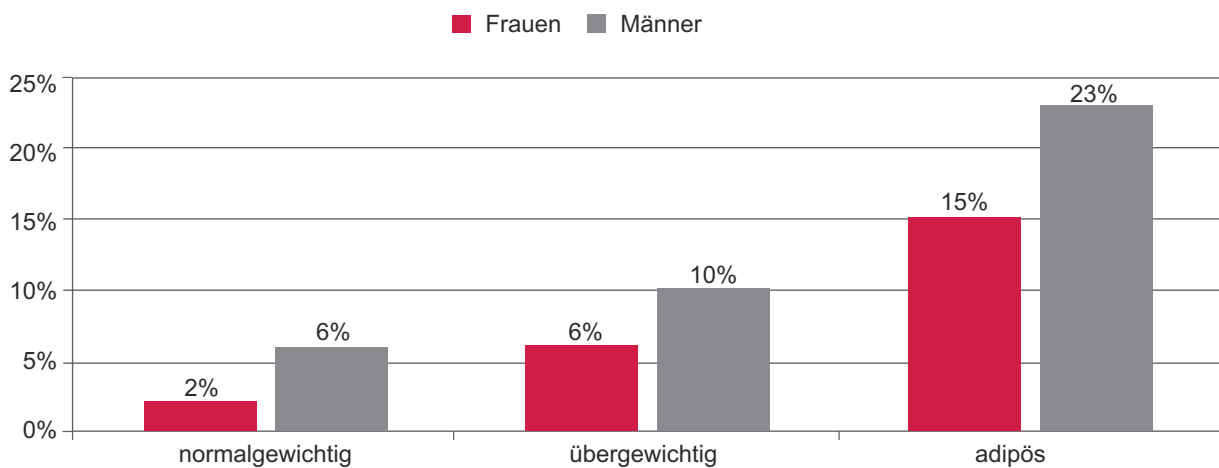


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.961; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ oder „in den letzten zwölf Monaten“ an der Zuckerkrankheit leiden

Diabetes spielt also vor allem in der älteren Bevölkerung eine Rolle. Da Übergewicht eine der wesentlichen Ursa-

chen für Diabetes ist, interessiert die Verbreitung von Diabetes in den einzelnen BMI-Klassen.

Abbildung 68: Zuckerkrankheit bei (über) 50-Jährigen nach Body-Mass-Index



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=506; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ oder „in den letzten zwölf Monaten“ an der Zuckerkrankheit leiden; nur Personen der Altersgruppe „50 Jahre und älter“

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen gilt (wenn auch auf unterschiedlichem Niveau): Je höher der Body-Mass-Index, desto häufiger tritt Diabetes auf.

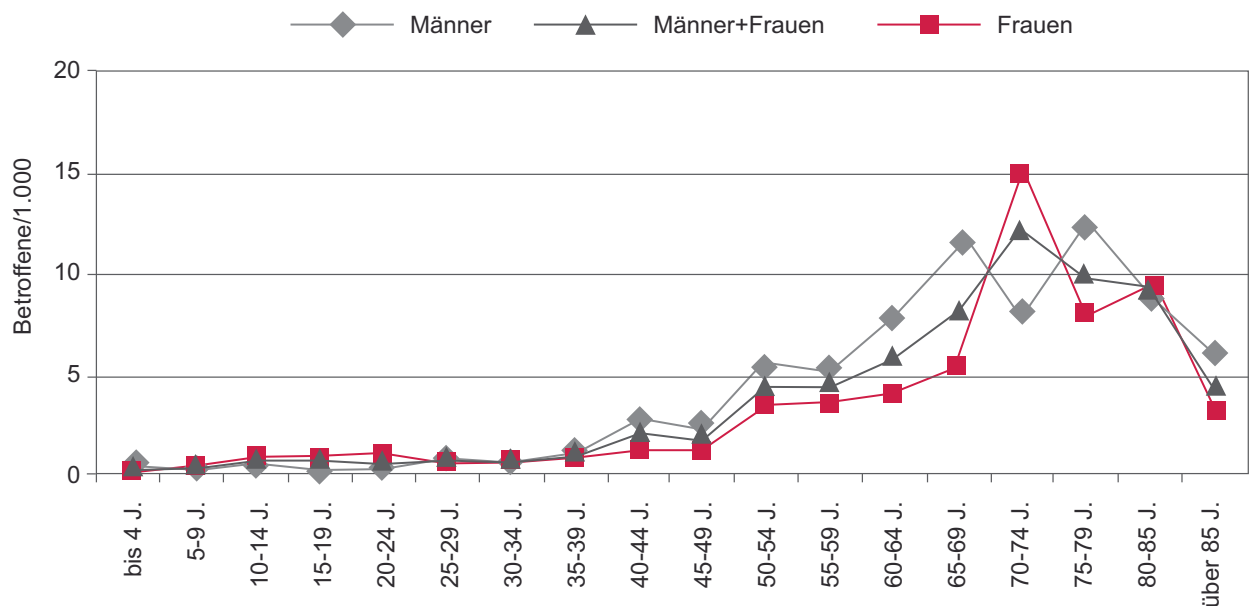
Beinahe jeder vierte adipöse Mann ab 50 Jahren leidet laut Selbstausskunft an Diabetes. 15 Prozent der Frauen mit einem Body-Mass-Index von über 30 sind an Diabetes erkrankt.

3.8.1. Krankenhausaufenthalte aufgrund von Diabetes

Innerhalb eines Jahres sind rund 170 EinwohnerInnen von (mindestens) einem Krankenhausaufenthalt infolge von Diabetes betroffen.²³ Von 1.000 Personen sind jährlich 2,9 betroffen. Der Anteil steigt mit zunehmendem Alter

ab dem 30. Lebensjahr kontinuierlich an. In der Altersgruppe zwischen 65 und 85 Jahren sind 8 bis 12 von 1.000 Personen betroffen.

Abbildung 69: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Diabetes nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



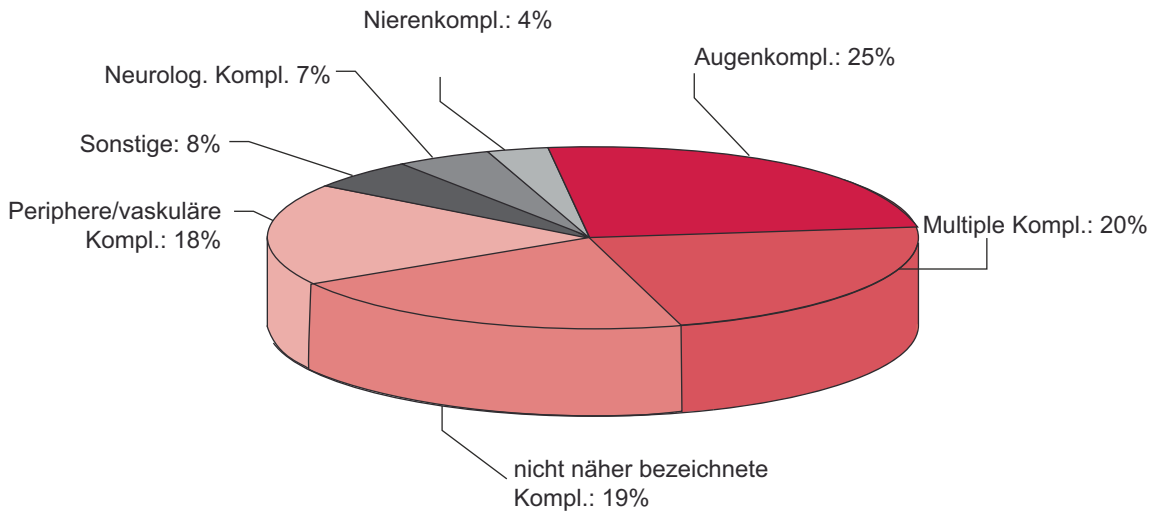
Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Diabetes (E10-E14) ; (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Mehr als die Hälfte der Krankenhausaufenthalte mit einer Diabetes-Hauptdiagnose weisen eine Diabetes-Spätfolgendendiagnose auf (51 Prozent). Davon wiederum sind 25 Prozent Augenkomplikationen. 20 Prozent der Krankenhausaufenthalte mit Spätfolgen weisen multiple Kom-

plikationen auf, weitere 19 Prozent nicht näher bezeichnete Komplikationen, 18 Prozent periphere-/vaskuläre Komplikationen, 7 Prozent neurologische Komplikationen und 4 Prozent Nierenkomplikationen.

²³Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurden auf die Welscher Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Abbildung 70: Verteilung der Krankenhausaufenthalte mit Spätkomplikation nach Komplikationsart (Durchschnitt 2005 bis 2007)

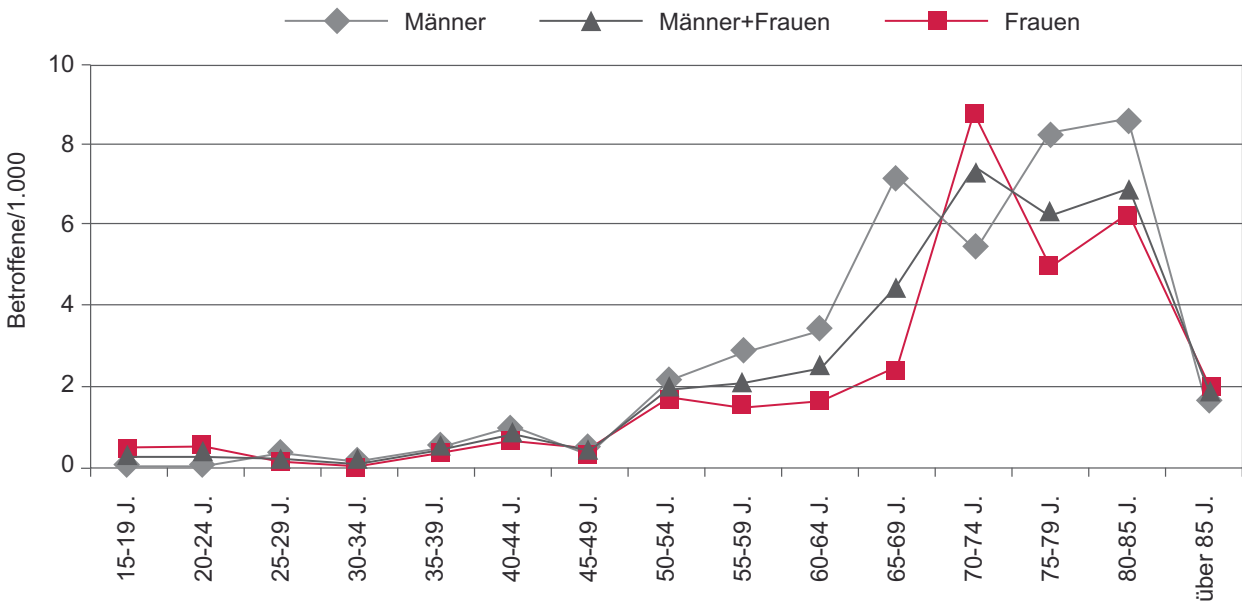


Anteil an den Krankenhausaufenthalten mit Spätfolgen-Hauptdiagnose ICD-10: Diabetes (E10-E14, 4. Stelle 2-8) ; (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Betrachtet man nur die Krankenhausbehandlungen mit einer Diabetes-Spätfolgendendiagnose, so sind von 1.000 WelslerInnen innerhalb eines Jahres durchschnittlich 1,8 betroffen. Das entspricht rund 80 bis 90 Betroffenen jährlich.²⁴

Der Anteil steigt mit zunehmendem Alter ab dem 35. bis zum 45. Lebensjahr stark an. In der Altersgruppe zwischen 70 und 85 Jahren sind zwischen sechs und acht von 1.000 Personen betroffen.

Abbildung 71: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Diabeteskomplikationen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Diabetes (E10-E14, 4. Stelle 2-8) ; (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

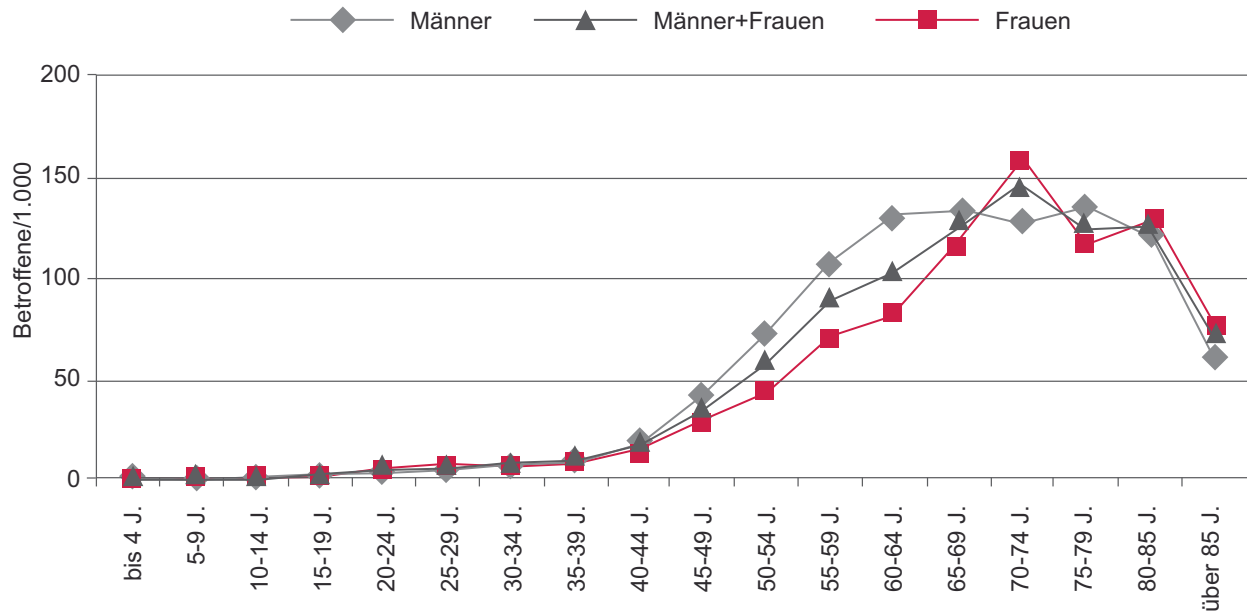
²⁴Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurden auf die Welscher Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

3.8.2. Verordnung von Antidiabetika

Insgesamt werden innerhalb eines Jahres an 3,9 Prozent der Bevölkerung Antidiabetika verordnet. Das sind knapp 2.400 Personen. Der Anteil steigt ab dem 35. bis 40. Le-

bensjahr mit zunehmendem Alter stark an. In der Altersgruppe zwischen 70 und 75 Jahren liegt der Anteil bei über 14 Prozent.

Abbildung 72: Personen mit Antidiabetika (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



Personen mit mindestens einer Verordnung von Antidiabetika innerhalb eines Jahres (ATC-A10) (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

GESUNDHEITZUSTAND

Fakten

- Fünf Prozent der befragten Männer und vier Prozent der befragten Frauen geben an, an der Zuckerkrankheit zu leiden.
- Im Alter ist die Prävalenz deutlich höher: Bei den über 50-jährigen Befragten sind 15 Prozent der Männer und zehn Prozent der Frauen von dieser Krankheit betroffen.
- Auf 1.000 WelserInnen kommen im Jahr 2,9 Personen, die mindestens einen Krankenhausaufenthalt aufgrund von einer Diabeteserkrankung haben.
- Ab dem 30. Lebensjahr nimmt die Rate der Krankenhausaufenthalte infolge von Diabeteserkrankungen kontinuierlich zu. In der Altersgruppe der 65- bis 85-Jährigen sind bereits 8 bis 12 von 1.000 WelserInnen betroffen.

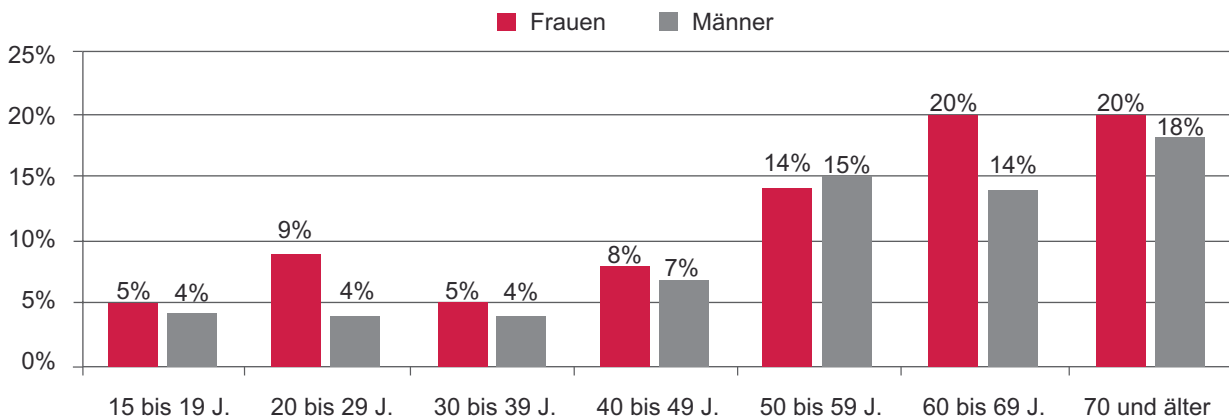
- Bei mehr als der Hälfte aller Krankenhausaufenthalte mit einer Diabetes-Hauptdiagnose scheint auch eine Diabetes-Spätfolgendidiagnose (wie z.B. periphere/vaskuläre Komplikationen oder neurologische Komplikationen) auf.
- Auf 1.000 WelserInnen kommen pro Jahr 1,8 Krankenhausaufenthalte mit einer Diabetes-Spätfolgendidiagnose. In der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen sind zwischen 8 und 10 von 1.000 WelserInnen betroffen.
- 3,9 Prozent der WelserInnen wurde innerhalb eines Jahres Antidiabetika verordnet.
- Mit zunehmendem Alter nimmt die Verordnung von Antidiabetika stark zu: In der Altersgruppe der 70- bis 75-Jährigen liegt der Anteil bei 14 Prozent.

3.9. Atemwegserkrankungen

Insgesamt leiden knapp zehn Prozent²⁵ der Welser Bevölkerung an Chronischer Bronchitis oder einem Lungenemphysem. Dabei ist der Anteil der Betroffenen sowohl bei Männern als auch bei Frauen in den älteren Alterssegmenten größer. Etwa jede fünfte Frau ab dem 60. Lebensjahr

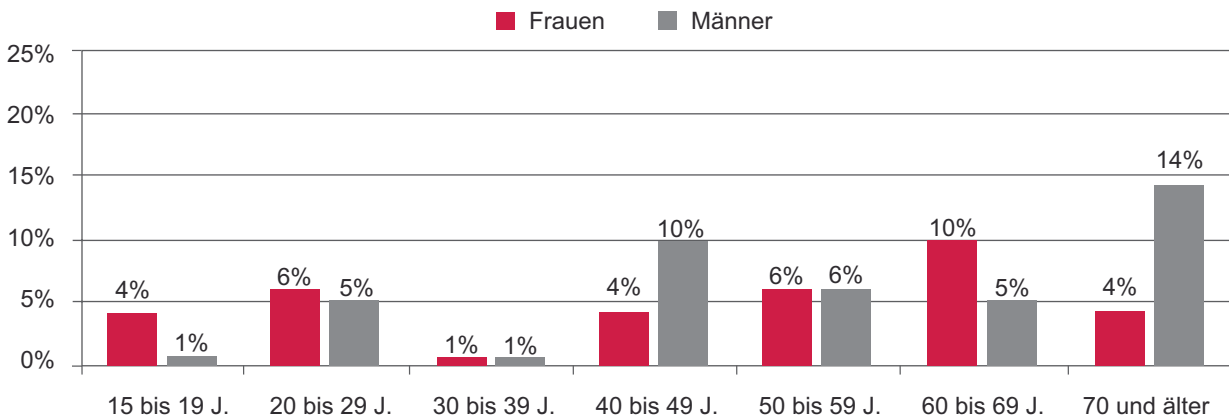
ist von chronischer Bronchitis oder Lungenemphysem betroffen. Bei den Männern sind es zwischen 14 Prozent (bei den 60- bis 69-Jährigen) und 18 Prozent (bei den (über) 70-Jährigen).

Abbildung 73: Chronische Bronchitis/Lungenemphysem nach Alter



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.945; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ oder „in den letzten 12 Monaten“ an chronischer Bronchitis/Lungenemphysem leiden

Abbildung 74: Lungenasthma nach Alter



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.936; Anteil der Personen, die „ständig/immer wieder“ oder „in den letzten 12 Monaten“ an Lungenasthma leiden

Insgesamt leiden etwa fünf Prozent der Welser Bevölkerung an Lungenasthma. Anders als bei chronischer Bronchitis und Lungenemphysem ist hier keine eindeutige Zunahme der Erkrankungsform mit dem Alter ersichtlich. Die anteilsmäßig meisten Betroffenen gibt es bei den

Männern in der Altersgruppe 70+ (14 Prozent) und bei den 40- bis 49-Jährigen (zehn Prozent). Bei den Frauen sind die Anteile der Betroffenen bei den 60- bis 69-Jährigen (10 Prozent) sowie 20- bis 29-Jährigen und 50- bis 59-Jährigen am größten.

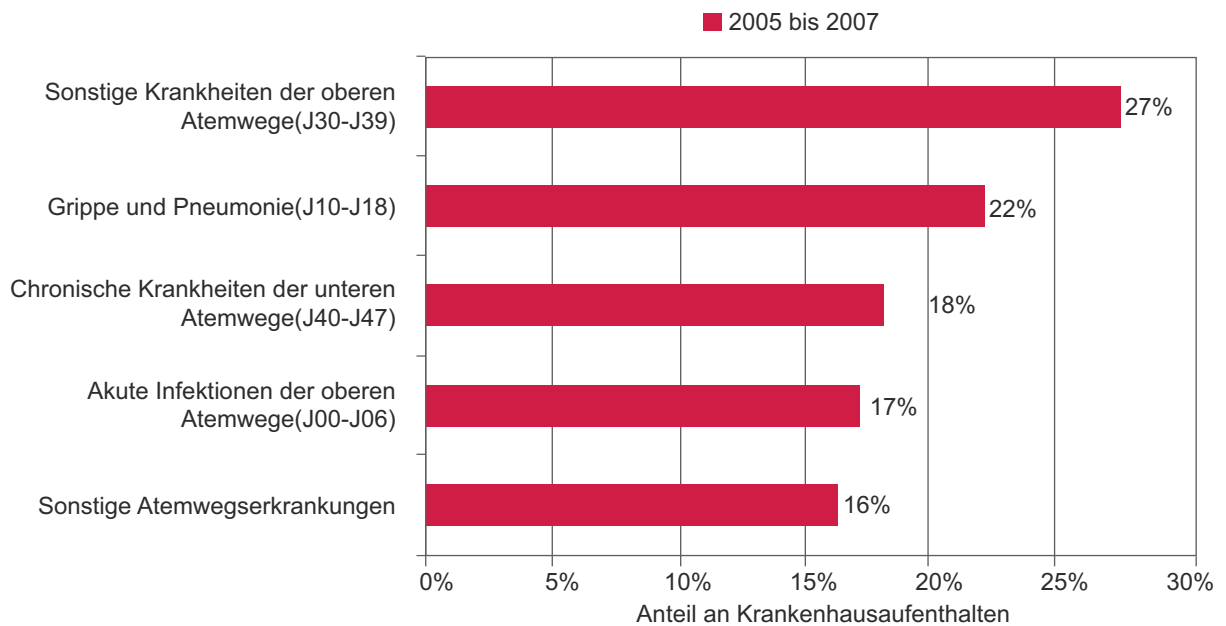
²⁵Personen, die angaben, „ständig/immer wieder“ oder „in den letzten 12 Monaten“ an chronischer Bronchitis oder Lungenemphysem zu leiden.

3.9.1. Krankenhausaufenthalte infolge von Atemwegserkrankungen

44 Prozent der Krankenhausaufenthalte, die auf Atemwegserkrankungen zurückgehen, sind Erkrankungen der oberen Atemwege zuzurechnen (17 Prozent akute Infektionen und weitere 27 Prozent sonstige Erkrankungen

der oberen Atemwege). 18 Prozent sind auf chronische Erkrankungen der unteren Atemwege zurückzuführen. Grippeerkrankungen und Lungenentzündung weisen 22 Prozent als Hauptdiagnose auf.

Abbildung 75: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Atemwegserkrankungen 2005 bis 2007 nach Hauptdiagnose (Anteil an den Krankenhausaufenthalten mit Hauptdiagnose Atemwegserkrankung)



GESUNDHEITZUSTAND

Hauptdiagnose ICD-10: J00-J99. Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

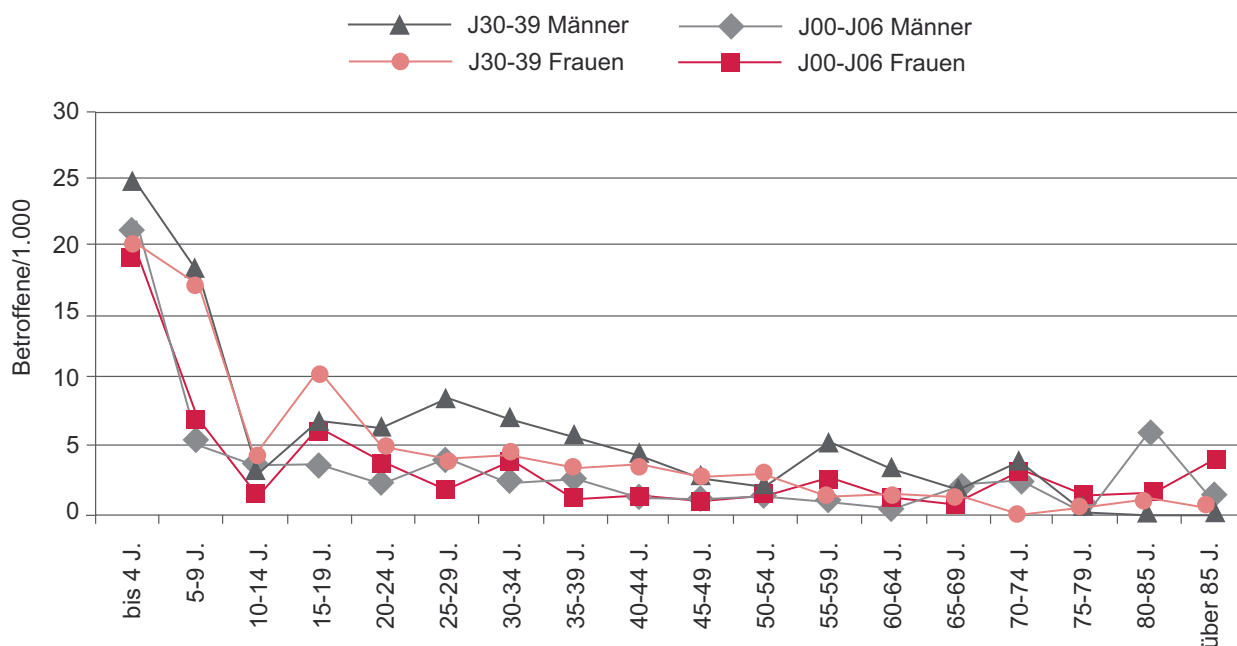
GESUNDHEITZUSTAND

Krankenhausaufenthalte aufgrund von Erkrankungen der oberen Atemwege

Innerhalb eines Jahres werden durchschnittlich 3,8 von 1.000 Personen wegen akuten Erkrankungen der oberen Atemwege in einem Krankenhaus behandelt. Hinzu kommen 6,0 pro 1.000, die einen Krankenhausaufenthalt aufgrund sonstiger Erkrankungen der oberen Atemwege

aufweisen. Pro Jahr sind dies in Wels rund 220 Personen mit akuten und weitere 350 Personen mit sonstigen Erkrankungen der oberen Atemwege.²⁶ Besonders häufig sind Krankenhausbearbeitungen mit einer solchen Hauptdiagnose unter Kindern bis zum 10. Lebensjahr.

Abbildung 76: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Erkrankungen der oberen Atemwege nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (J30-J39), Akute Infektionen der oberen Atemwege (J00-J06); (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

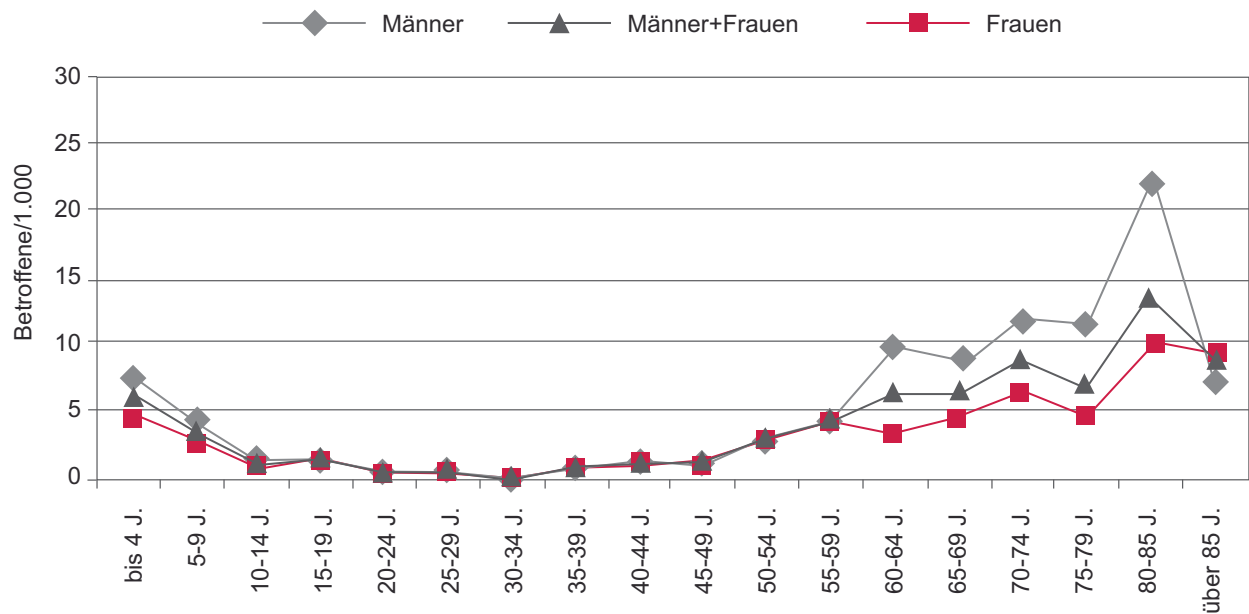
²⁶Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurden auf die Welscher Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Krankenhausaufenthalte aufgrund von chronischen Erkrankungen der unteren Atemwege

Jährlich werden rund 190 Männer und Frauen aus Wels wegen chronischer Erkrankungen der unteren Atemwege in einem Krankenhaus behandelt.²⁷ Das entspricht einer Betroffenenquote von 3,2 je 1.000 Einwohner. Bei Kindern

unter fünf Jahren spielt vor allem Asthma eine wesentliche Rolle. Ab dem 50. Lebensjahr steigt mit zunehmendem Alter der Anteil der Bevölkerung, der an COPD leidet.

Abbildung 77: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund chronischer Erkrankungen der unteren Atemwege nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



GESUNDHEITZUSTAND

Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Chronische Krankheiten der unteren Atemwege(J40-J47); (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

²⁷Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurden auf die Welscher Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

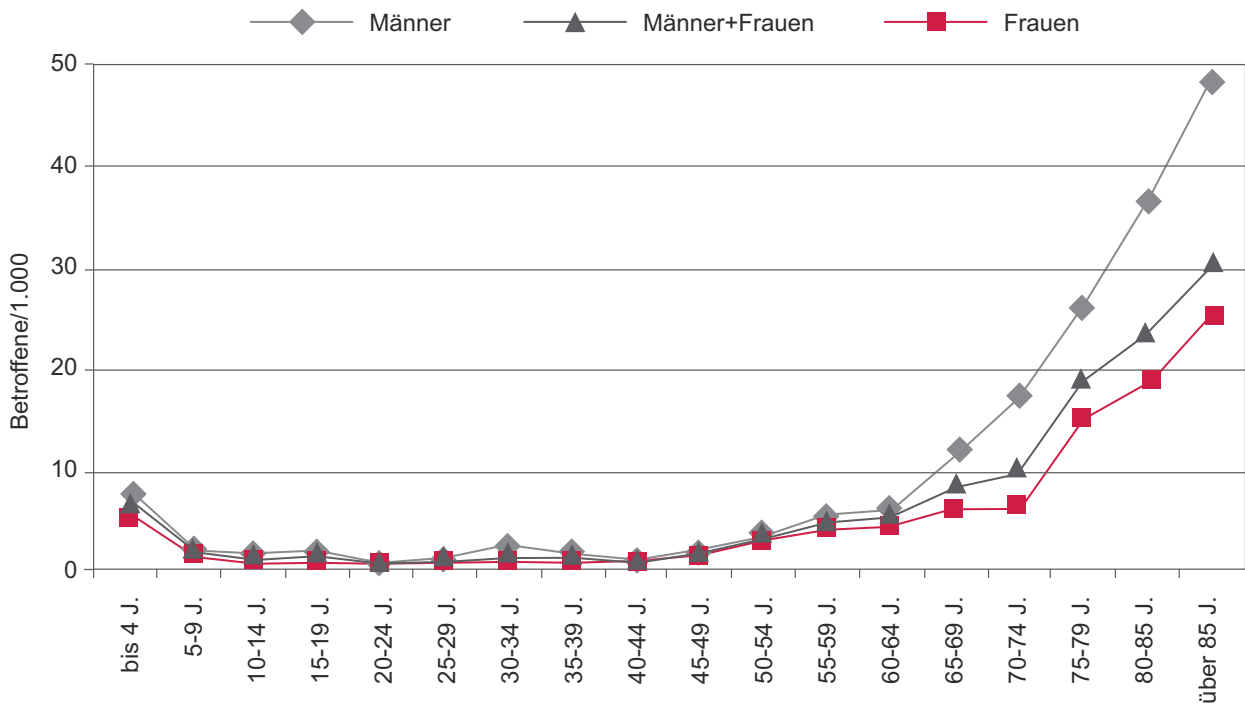
GESUNDHEITZUSTAND

Krankenhausaufenthalte aufgrund von Grippe und Pneumonie

Der Anteil der Welser Wohnbevölkerung, die innerhalb eines Jahres wegen Grippe oder Lungenentzündung im Krankenhaus behandelt werden, liegt bei unter 5-jährigen Kindern bei rund 7 Betroffenen je 1.000 Einwohner und geht bis zum 15. Lebensjahr stark zurück. Erst im höheren Alter, ab dem 60. Lebensjahr, steigt die Be-

troffenenquote wieder stark an und erreicht bei über 85-Jährigen ein Niveau von rund 30 Betroffenen je 1.000 Einwohner. Im höheren Alter sind Männer häufiger betroffen. Insgesamt liegt die Betroffenenquote bei 4,4 pro 1.000 EinwohnerInnen, was absolut rund 250 Betroffenen pro Jahr entspricht.²⁸

Abbildung 78: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Grippe und Pneumonie nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Grippe und Pneumonie (J10-J18); (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

²⁸Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurden auf die Welser Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

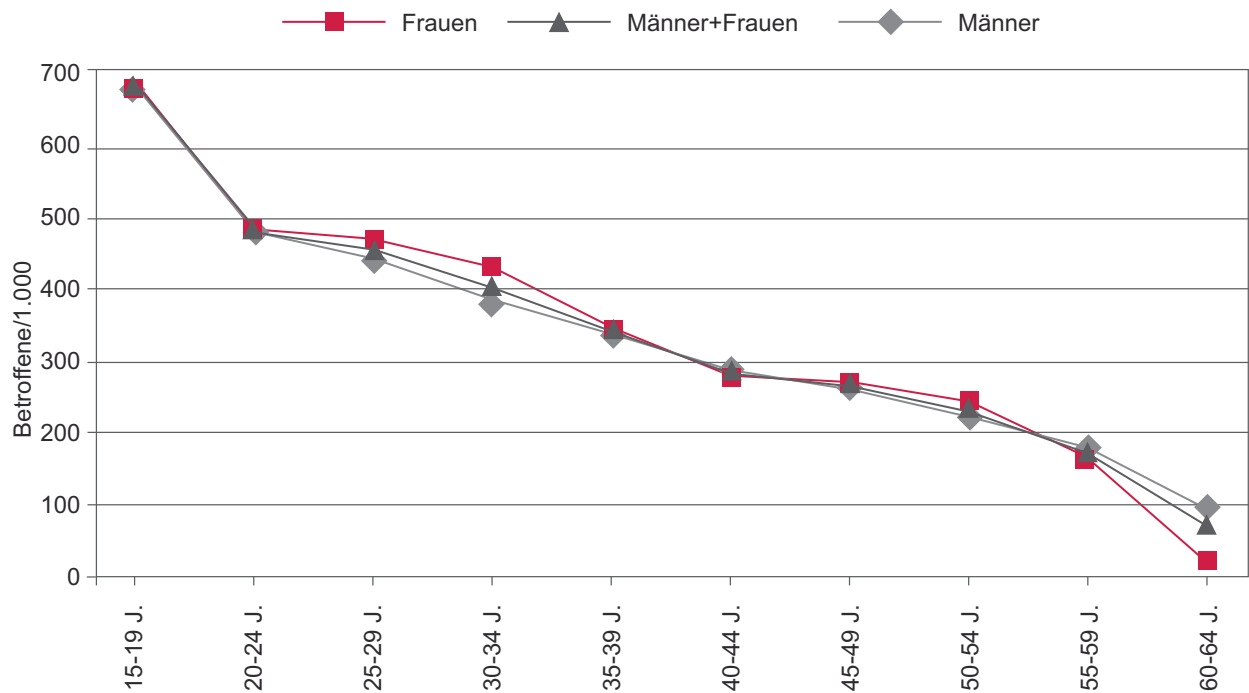
3.9.2. Arbeitsunfähigkeit infolge von Atemwegserkrankungen

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Erkrankungen der oberen Atemwege

Rund 34 Prozent der erwerbstätigen WelslerInnen sind innerhalb eines Jahres wegen akuten Infekten der oberen Atemwege im Krankenstand. Der Anteil der betroffenen Beschäftigten sinkt mit zunehmendem Alter kontinuierlich. Bei unter 20-Jährigen sind knapp 70 Prozent

innerhalb eines Jahres von Krankenstand wegen akuten Infekten der oberen Atemwege betroffen. In der Altersgruppe zwischen 55 und 59 Jahren liegt die Rate bei rund 20 Prozent.

Abbildung 79: Personen mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund von akuten Infekten der oberen Atemwege nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



GESUNDHEITZUSTAND

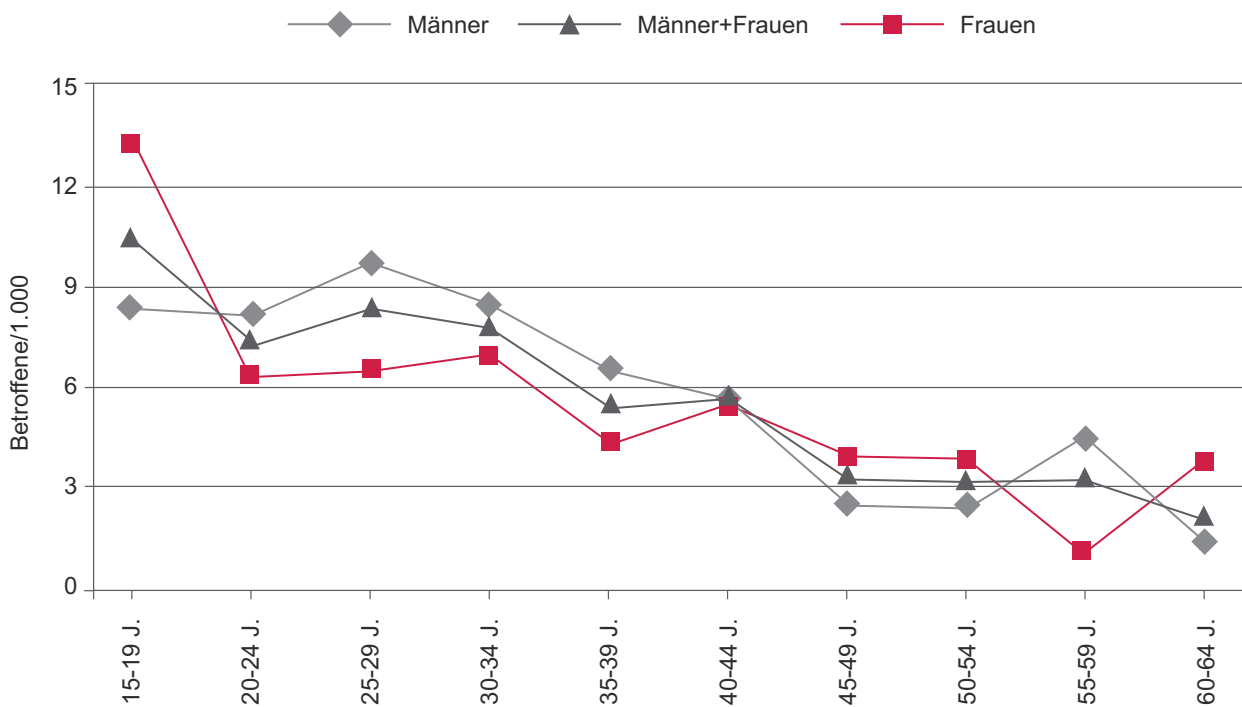
Personen mit mindestens einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung innerhalb eines Jahres; ICD-10: Akute Infektionen der oberen Atemwege (J00-J06) (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur erwerbstätige Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

GESUNDHEITZUSTAND

Auch der Anteil der Personen, die innerhalb eines Jahres von Krankenstand aufgrund sonstiger Erkrankungen der oberen Atemwege betroffen sind, geht mit zunehmendem Alter zurück. Unter den 15- bis 20-jährigen Beschäftigten sind rund 10 von 1.000 Beschäftigten betroffen, bei

den 55- bis 59-Jährigen unter vier pro 1.000. Insgesamt beträgt die Rate für alle Beschäftigten 5,9 Erkrankte pro 1.000 Beschäftigte. Männer sind etwas häufiger betroffen (6,2 pro 1.000) als Frauen (5,4 Pro 1.000).

Abbildung 80: Personen mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund von sonstigen Krankheiten der oberen Atemwege nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



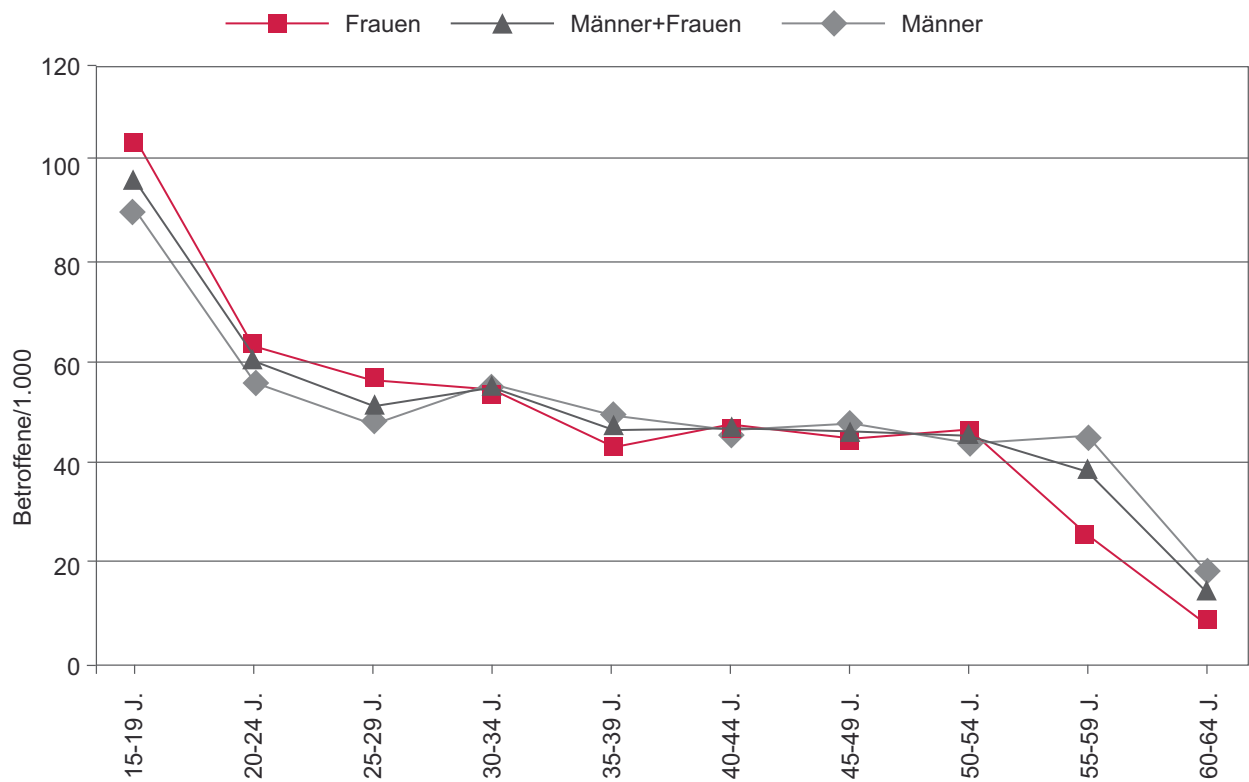
Personen mit mindestens einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung innerhalb eines Jahres; ICD-10: Akute sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (J30-J39) (Mittelwert 2007 bis 2007). Nur erwerbstätige Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von chronischen Erkrankungen der unteren Atemwege

Von 1.000 Erwerbstätigen weisen innerhalb eines Jahres rund 37 mindestens eine Krankmeldung infolge von chronischen Erkrankungen der unteren Atemwege auf. Besonders hoch ist die Rate unter den jungen Beschäftigten unter 20 Jahren (rund 100/1.000). In den Altersgruppen zwischen 20 und 55 Jahren bewegt sich die

Rate zwischen 60 und 45 Betroffenen pro 1.000. In der Altersgruppe über 55 Jahren sinkt die Betroffenenquote bei beiden Geschlechtern ab, was mit einer früheren Pensionierung von gesundheitlich stärker Belasteten zusammenhängen könnte.

Abbildung 81: Personen mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund von chronischen Erkrankungen der unteren Atemwege nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



GESUNDHEITZUSTAND

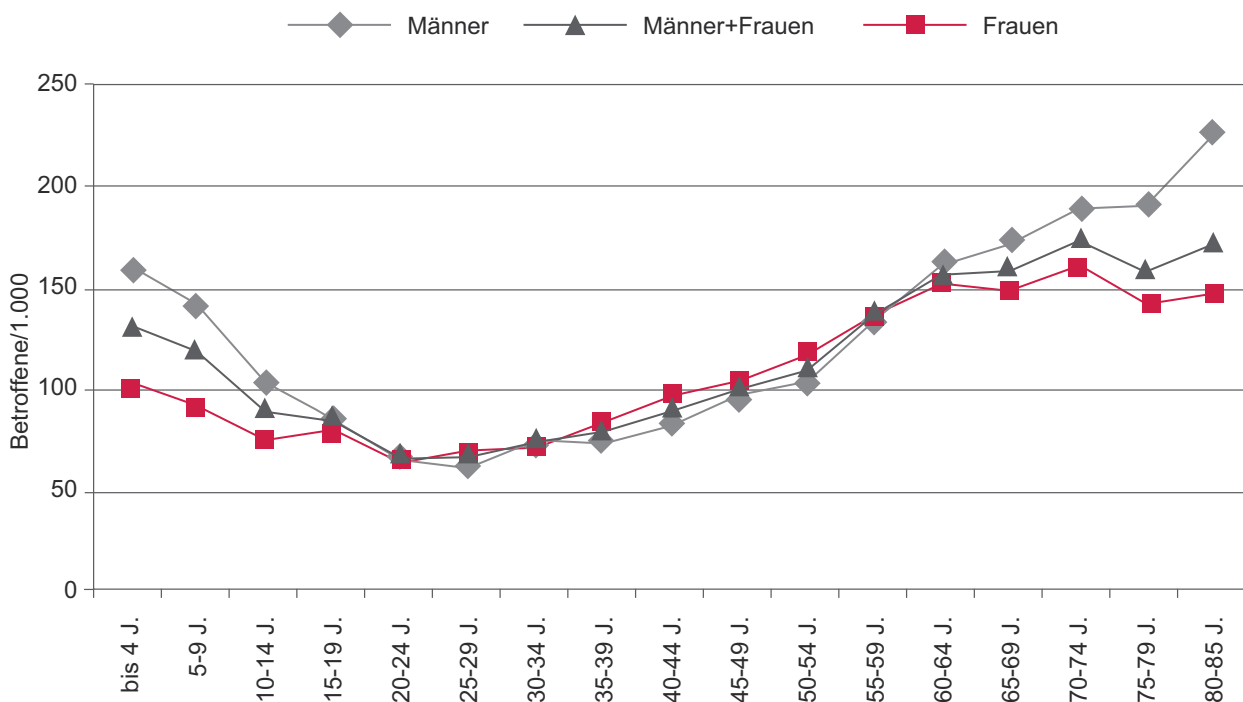
Personen mit mindestens einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung innerhalb eines Jahres; ICD-10: Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47) (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur erwerbstätige Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

3.9.3. Verordnung von Antiasthmatika

Im Durchschnitt werden innerhalb eines Jahres an 104 von 1.000 Personen Antiasthmatika verordnet. Das sind über 6.000 Personen.²⁹ In der Altersgruppe unter fünf Jahren sind rund 160 von 1.000 Knaben und rund 101 von 1.000 Mädchen betroffen. Bis zum 25. Lebensjahr sinkt die Rate auf rund 60 Betroffene pro 1.000.

Mit zunehmendem Alter ist wieder ein Anstieg der mit Antiasthmatika Behandelten zu beobachten. Bei den 45- bis 49-Jährigen liegt die Rate bei 100 Betroffenen/1.000. In der Altersgruppe der 80- bis 85-Jährigen werden an rund 228 von 1.000 Männern und an rund 149 von 1.000 Frauen Antiasthmatika verordnet.

Abbildung 82: Personen mit Antiasthmatika (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



Personen mit mindestens einer Verordnung von Antiasthmatika innerhalb eines Jahres (ATC-R03) (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

²⁹Quelle: Betroffenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurden auf die Welscher Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Fakten

- Knapp zehn Prozent der befragten WelserInnen leiden an chronischer Bronchitis oder einem Lungenemphysem (12-Monats-Prävalenz). Die Bedeutung der Erkrankung nimmt sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit dem 50. Lebensjahr stark zu.
- Insgesamt geben fünf Prozent der Welser Befragten an, dauerhaft an Lungenasthma zu leiden (12-Monats-Prävalenz). Anders als bei der chronischen Bronchitis und Lungenemphysem ist hier keine eindeutige Zunahme der Erkrankungsform mit dem Alter ersichtlich.
- Jährlich werden rund 190 Welser Männer und Frauen wegen chronischer Erkrankungen der unteren Atemwege in einem Krankenhaus behandelt. Dies entspricht einer Betroffenquote von 3,2 je 1.000 EinwohnerInnen.
- 37 von 1.000 Erwerbstätigen weisen innerhalb eines Jahres mindestens eine Krankmeldung aufgrund von chronischen Erkrankungen der unteren Atemwege auf.

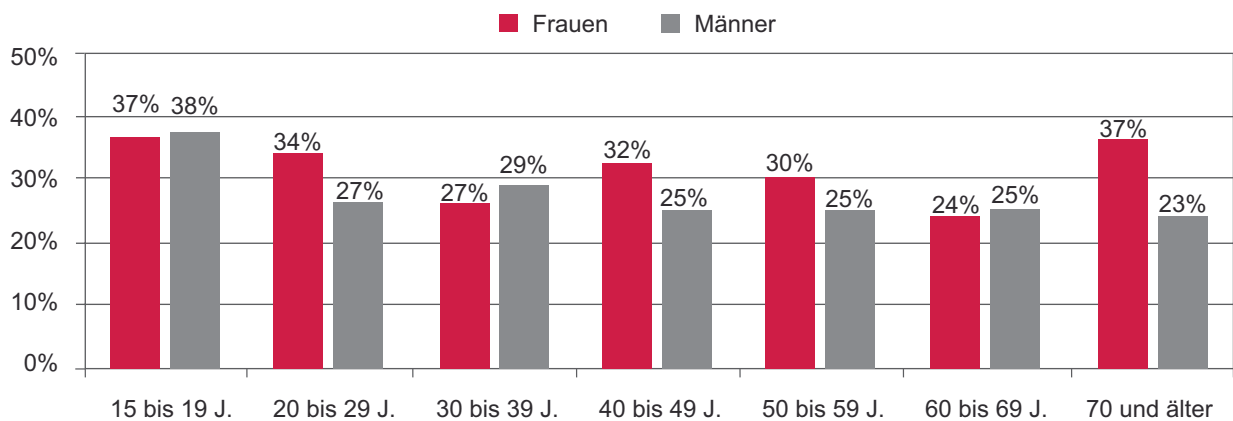
3.10. Psychische Gesundheit

Gemäß dem Motto „There’s no health without mental health - Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit“ wurde im Rahmen der Welser Gesundheitsbefragung 2008 eine eigene Fragebatterie zu diesem Thema in den Fragebogen eingebaut. Es handelt sich dabei um fünf standardisierte und von der WHO publizierte Fragen,

die einen Hinweis auf eine depressive Verstimmung geben können³⁰.

Insgesamt wurden bei 29 Prozent der Welser Bevölkerung Anzeichen einer depressiven Verstimmung festgestellt.

Abbildung 83: Anzeichen einer Depression nach Alter

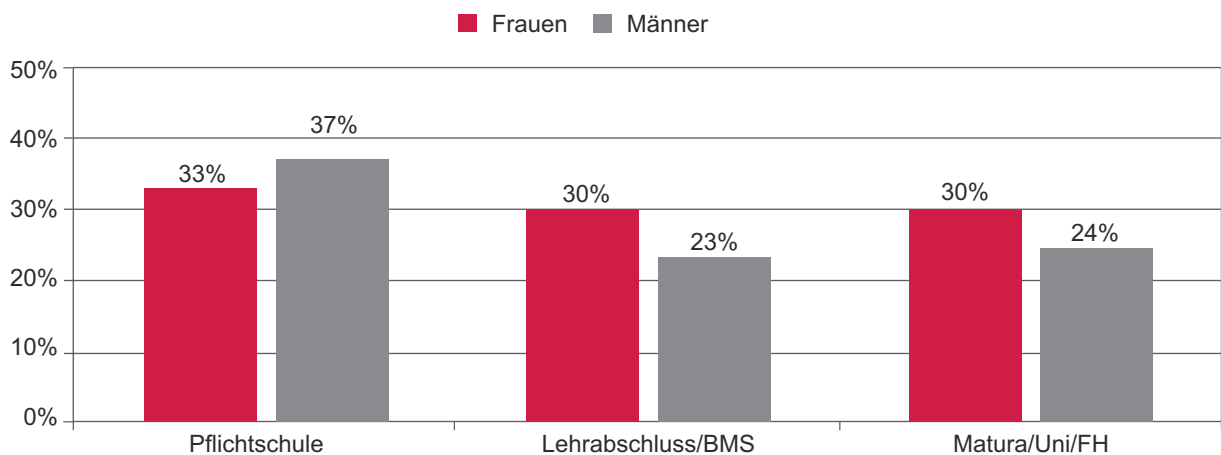


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.960;

Betrachtet man alle Befragten gesamt, so kann weder zwischen Geschlecht und den Anzeichen einer Depression,

noch zwischen dem Alter und den Anzeichen einer Depression ein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden.

Abbildung 84: Anzeichen einer Depression nach Schulbildung



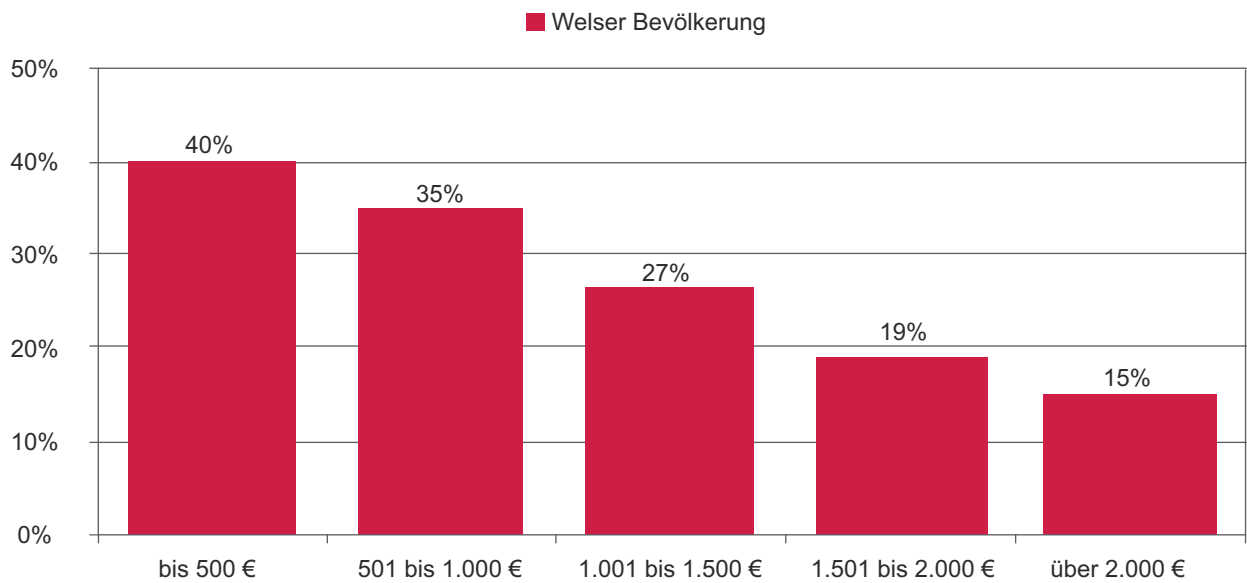
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.933;

³⁰Der Wellbeing-Five setzt sich aus fünf Aussagen (z.B. „Während der letzten zwei Wochen fühlte ich mich fröhlich und gut gelaunt.“) zusammen. Für jede Aussage stehen dem Befragten sechs Antwortkategorien (z.B. „meistens“) zur Verfügung. Jeder Antwort wird eine gewisse Punktezahl zugeordnet (z.B. „meistens“ ergibt in Kombination mit „...fühlte ich mich fröhlich und gut gelaunt.“ 4 Punkte.). Die Punkte aller fünf Kombinationen werden addiert. Die Gesamtpunktezahl liegt zwischen 0 und 25. Erreicht ein Befragter eine Punkteanzahl von 13 oder weniger, kann dies ein Hinweis auf eine Depression bzw. eine depressive Verstimmung sein.

Während bei Frauen kein signifikanter Zusammenhang zwischen Schulbildung und Anzeichen einer Depression festgestellt werden kann, ist bei Männern ein solcher gegeben: 37 Prozent der männlichen Pflichtschulabsolven-

ten weisen Anzeichen einer Depression auf. Bei Männern mit mittlerer (23 Prozent) und hoher (24 Prozent) formaler Bildung sind es deutlich weniger.

Abbildung 85: Anzeichen einer Depression und Einkommen



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.783;

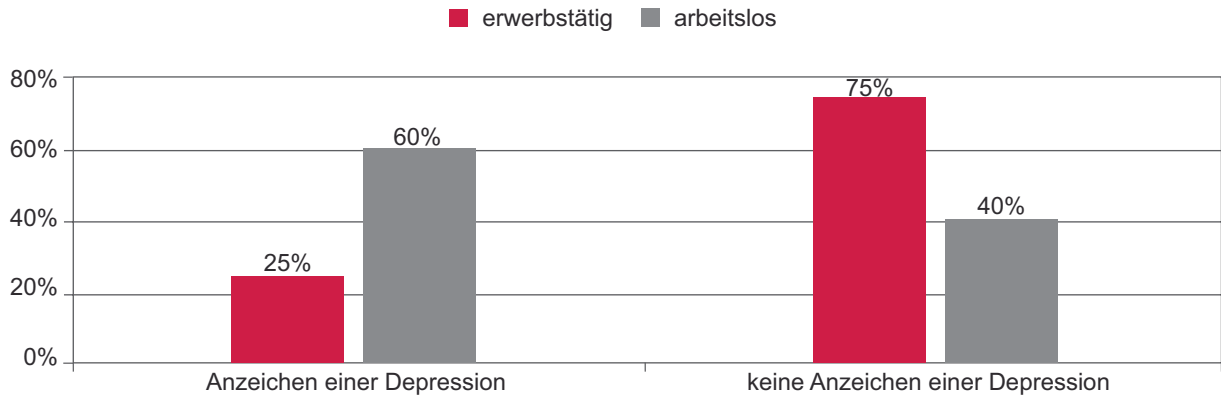
Zwischen der Einkommenssituation und der psychischen Befindlichkeit besteht ein signifikanter Zusammenhang. Je besser die individuelle finanzielle Situation, desto weniger häufig treten Anzeichen einer Depression auf. Während in der Gruppe jener, die am wenigsten Einkom-

men zur Verfügung haben, 40 Prozent Anzeichen einer Depression aufweisen, sind es unter denen mit einem Äquivalenzeinkommen von über 2.000 Euro pro Monat „nur“ 15 Prozent.

GESUNDHEITZUSTAND

GESUNDHEITZUSTAND

Abbildung 86: Anzeichen einer Depression nach Beschäftigungsstatus

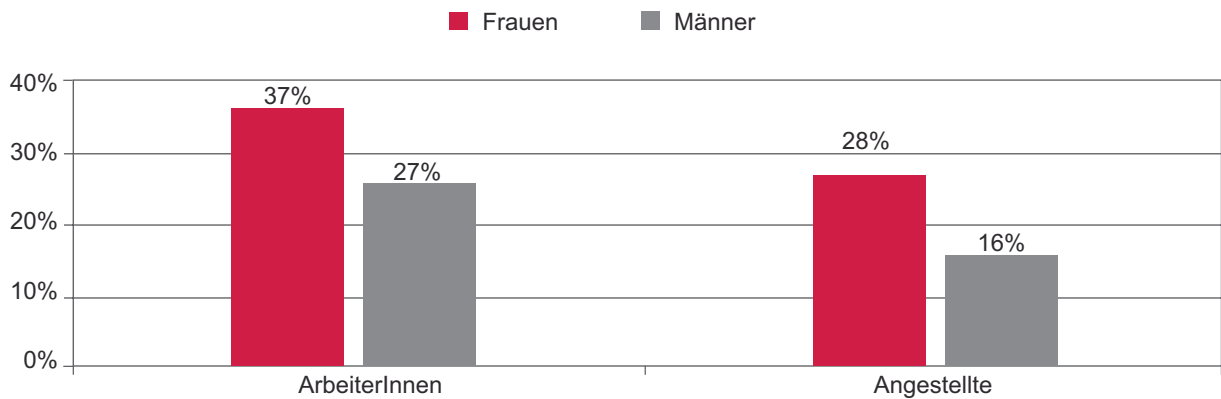


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.075;

Arbeitslose Menschen konnten als besonders belastete Gruppe identifiziert werden. Während unter den erwerbstätigen Personen ein Viertel Anzeichen einer Depression aufweist, sind es unter arbeitslosen Menschen 60 Prozent.

Aber auch unter den Erwerbstätigen zeigen sich weitere signifikante Unterschiede (Abbildung 87): So sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen Arbeiter bzw. Arbeiterinnen verglichen mit Personen im Angestelltenverhältnis deutlich häufiger von Anzeichen einer Depression betroffen.

Abbildung 87: Anzeichen einer Depression nach Beschäftigungsverhältnis



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=905; nur Personen, die derzeit berufstätig sind

3.10.1. Krankenhausaufenthalte aufgrund psychischer Erkrankungen

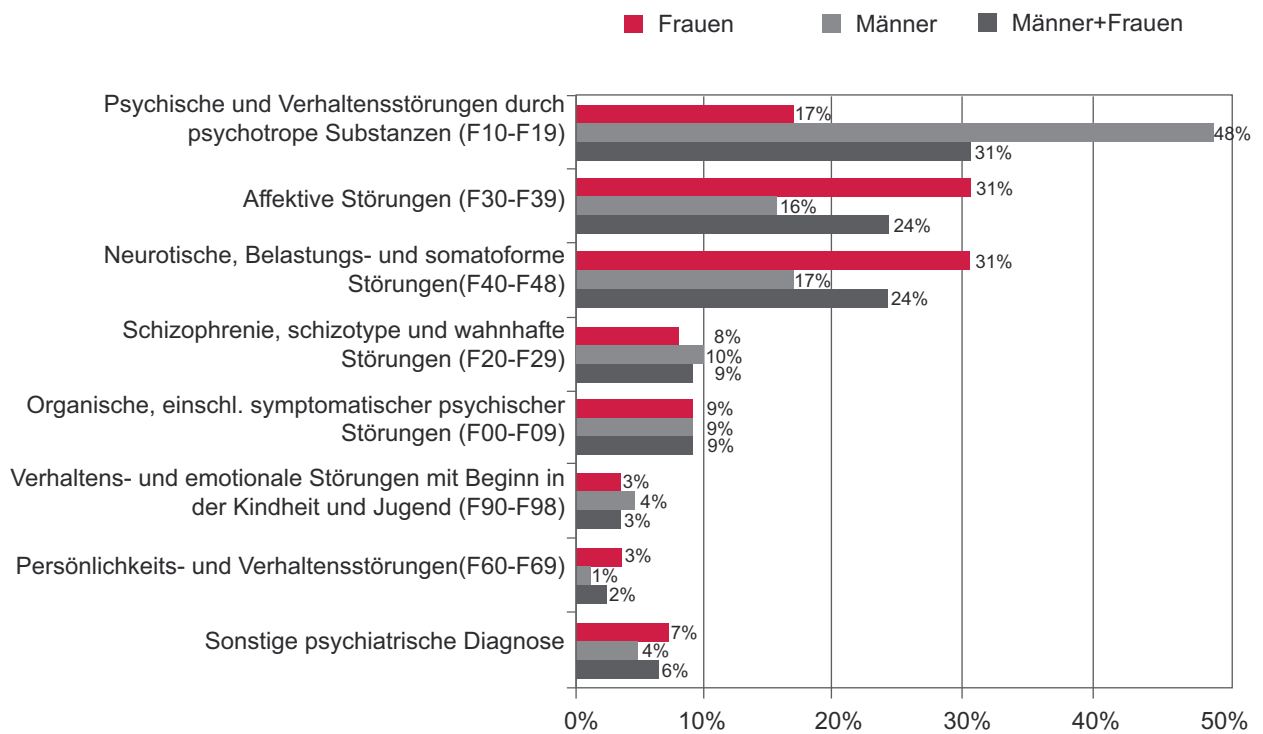
2005 bis 2007 wiesen von 1.000 WelserInnen 13,3 einen Krankenhausaufenthalt mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose auf. Männer und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich nicht wesentlich. Hochgerechnet auf die Welser Bevölkerung waren dies rund 790 Betroffene pro Jahr (etwa 400 Frauen und 390 Männer pro Jahr)³¹.

Der Großteil der PatientInnen (31 Prozent), die innerhalb eines Jahres einen Krankenhausaufenthalt aufgrund einer psychiatrischen Diagnose aufweisen, leidet unter Störungen durch den Konsum psychotroper Substanzen (vor allem Alkohol). Bei den betroffenen Männern ist diese Diagnosegruppe deutlich häufiger zu beobachten (48 Prozent)

als bei den betroffenen Frauen (17 Prozent). Affektive Störungen und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen weisen jeweils 24 Prozent der von Krankenhausaufenthalten Betroffenen auf (jeweils 31 Prozent der Frauen und 16 bzw. 17 Prozent der Männer).

Schizophrenie und ähnliche Erkrankungen betreffen 9 Prozent der WelserInnen mit psychiatrischer Hauptdiagnose. Organisch bedingte psychische Störungen (vor allem Demenz) stellen bei 9 Prozent der Betroffenen die Hauptdiagnose für die Krankenhausbehandlung dar.

Abbildung 88: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von psychischen Erkrankungen 2005 bis 2007 nach Hauptdiagnose (Anteil an betroffenen Personen)



Anteil an Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: F00-F99. Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Aufgrund von Mehrfachnennungen (eine Person kann mehrere Aufenthalte aus verschiedenen Diagnosegruppen aufweisen) ergibt die Summe mehr als 100%. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

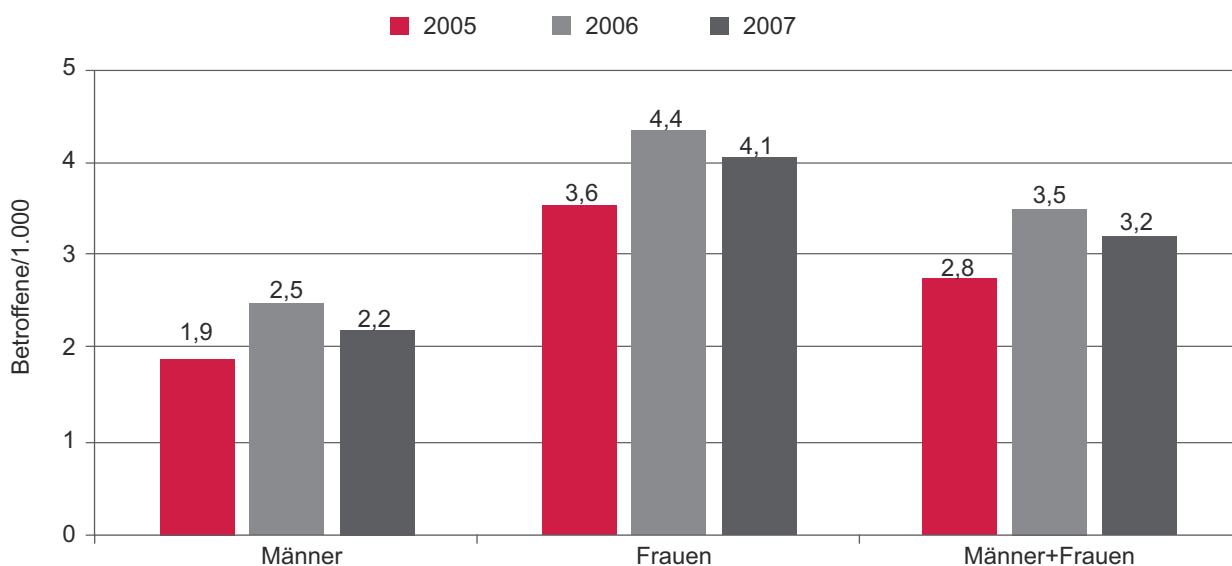
³¹Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurden auf die Welser Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Affektive Störungen

Im Durchschnitt kommen auf 1.000 WelslerInnen drei Personen, die innerhalb eines Jahres einen Krankenhausaufenthalt mit einer affektiven Störung als Hauptdiagnose aufweisen. Bei Frauen ist die Rate (mit rund vier Betrof-

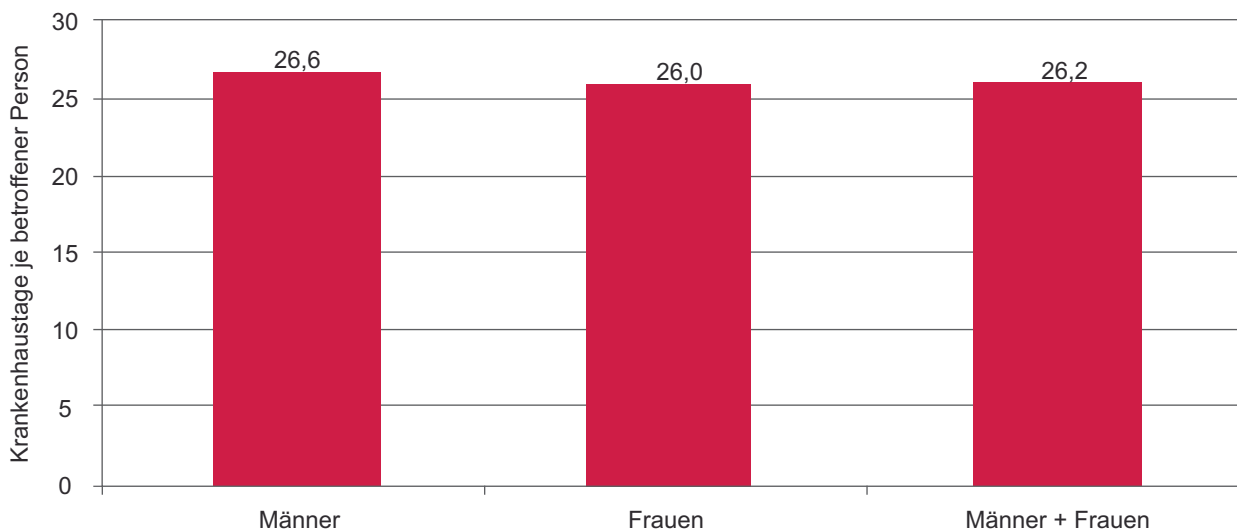
fenen pro 1.000) deutlich höher als bei Männern (zwei Betroffene pro 1.000). Auf eine betroffene Person entfallen im Durchschnitt rund 26 Krankenhaustage innerhalb eines Jahres.

Abbildung 89: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von affektiven Störungen (12-Monatsprävalenz, 2005 bis 2007)



Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: F30-F39. Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Abbildung 90: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von affektiven Störungen: durchschnittliche Krankenhaustage je Betroffenen (Durchschnitt 2005 bis 2007)

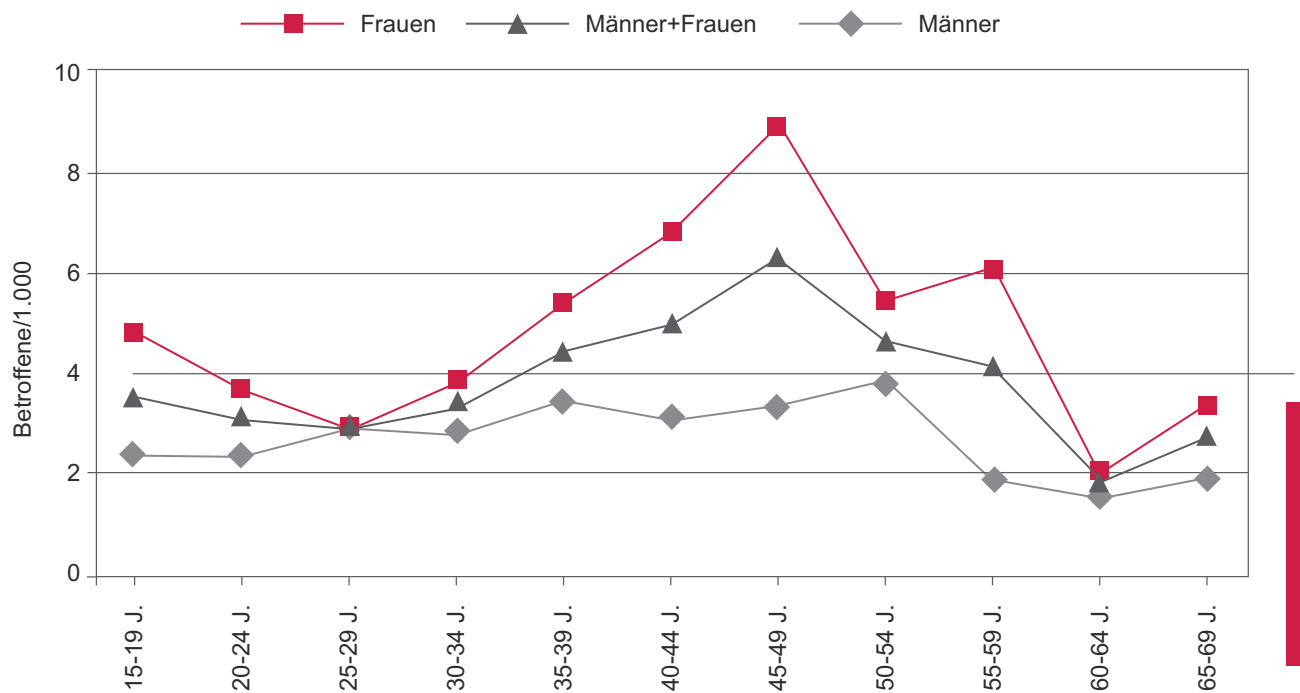


Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: F30-F39. Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Betrachtet man die Betroffenenquote nach Altersgruppen, so steigt die Rate bis zur Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen an (sowohl bei Männern als auch bei Frauen). In dieser Altersgruppe beträgt die Betroffenenquote bei Frauen rund 9 Betroffene/1.000 und bei Männern rund 3

bis 4 Betroffene/1.000. In den Altersgruppen zwischen 55 und 65 Jahren sinkt die Rate wieder etwas ab (auf zwei Betroffene/1.000 bei Frauen und Männern). Im höheren Alter bis 70 Jahren beginnt die Betroffenenquote - insbesondere bei Frauen - wieder anzusteigen.

Abbildung 91: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von affektiven Störungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



GESUNDHEITZUSTAND

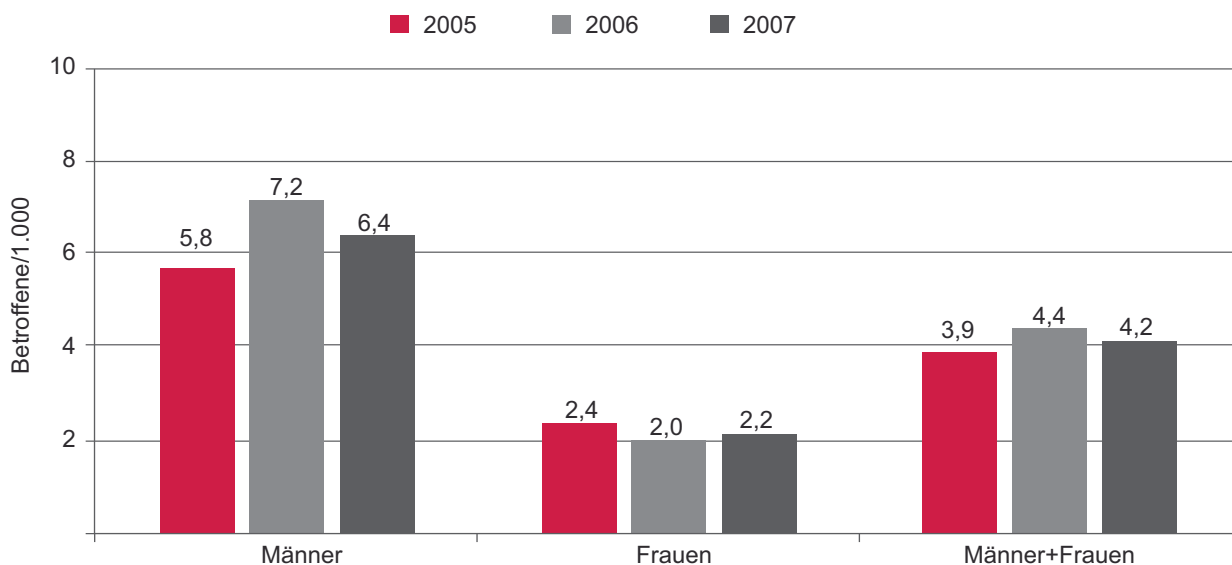
Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: F30-F39 (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen). Für die Altersgruppen über 70 Jahren sind die Fallzahlen für eine Darstellung zu gering.

Störungen durch psychotrope Substanzen

Störungen durch psychotrope Substanzen sind vor allem durch Alkoholkonsum verursacht (zu den Diagnosen zählen schädlicher Gebrauch, akute Intoxikation und vor allem Suchterkrankung). 83 Prozent der Krankenhausaufenthalte dieser Diagnosegruppen gehen auf Alkohol zurück. Auf 1.000 EinwohnerInnen kommen durchschnittlich 4,2

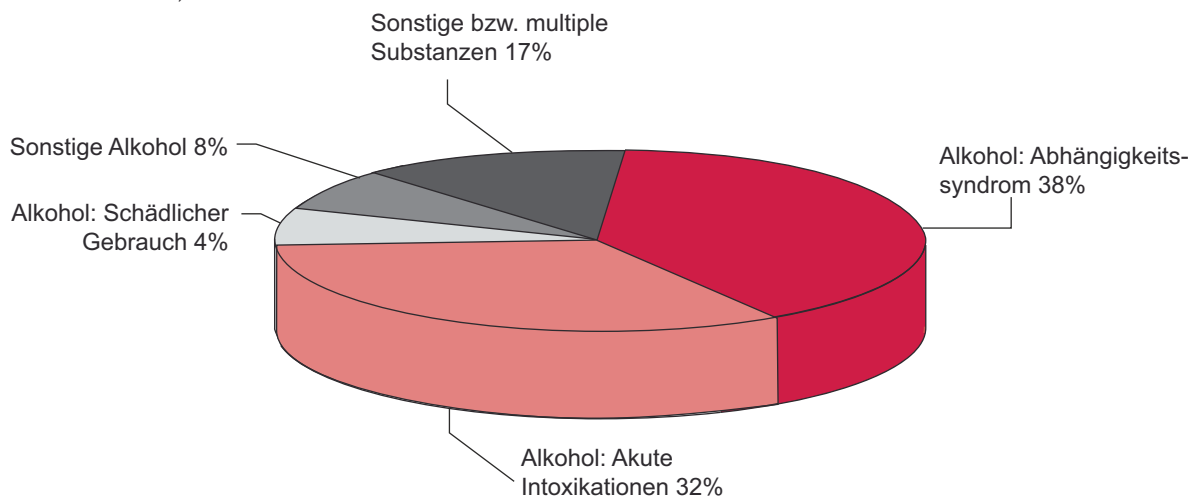
Personen, die innerhalb eines Jahres einen Krankenhausaufenthalt infolge einer Störung durch Substanzenkonsum aufweisen. Die Rate ist bei Männern mehr als doppelt so hoch (6,5 Betroffene/1.000) wie bei Frauen (2,2/1.000). Jährlich sind in Wels etwas über 250 Personen betroffen (rund 190 Männer und 70 Frauen)³².

Abbildung 92: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Störungen durch psychotrope Substanzen (12-Monatsprävalenz, 2005 bis 2007)



Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: F10-F19. Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Abbildung 93: Anteil spezifischer Diagnosen an den Krankenhausaufenthalten infolge Substanzenkonsum (Durchschnitt 2005 bis 2007)

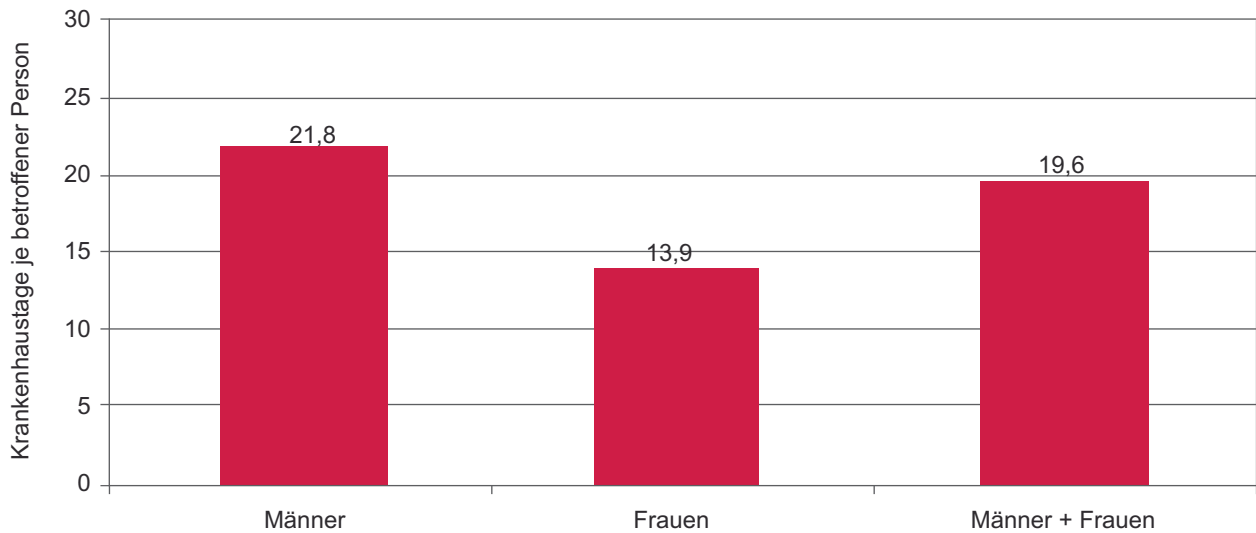


Hauptdiagnose ICD-10: F10-F19. Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

³²Quelle: Betroffenenquote: OÖGKK-FOKO II (eigene Berechnungen). Die anhand der OÖGKK-Versichertendaten ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Raten wurden auf die Welsler Bevölkerung hochgerechnet (Quelle: Statistik Austria).

Im Durchschnitt kommen auf eine betroffene Person 19,6 Krankenhaustage (Männer 21,8 und Frauen 13,9).

Abbildung 94: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Störungen durch psychotrope Substanzen: durchschnittliche Krankenhaustage je Betroffenen (Durchschnitt 2005 bis 2007)



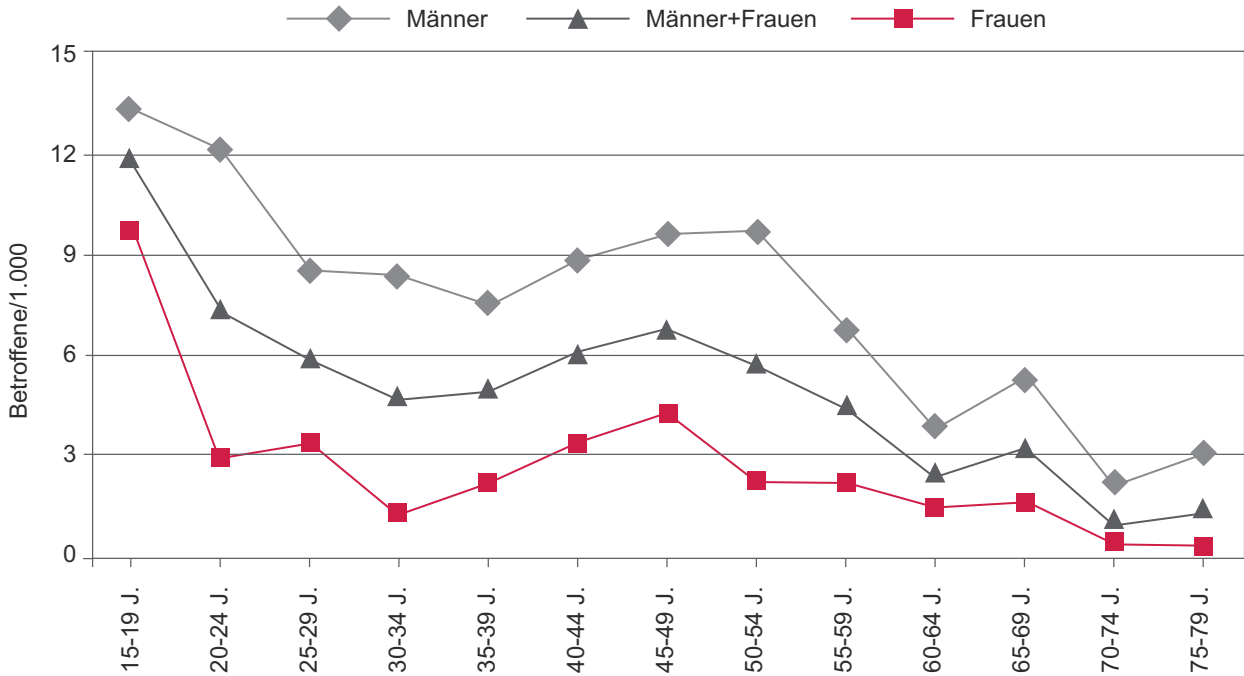
Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: F10-F19. Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Die Betroffenenquote der Männer liegt in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen bei rund 13/1.000 und sinkt mit zunehmendem Alter bis zur Altersgruppe der 35- bis 39-Jährigen auf knapp acht Betroffene/1.000. In den Altersgruppen zwischen 35 und 55 Jahren steigt die Rate wieder bis auf ein Niveau von rund 10 Betroffenen/1.000

an und sinkt in den höheren Altersgruppen wieder ab. Bei den Frauen zeigt sich eine ähnliche Verteilung auf deutlich geringerem Niveau. Die höchste Rate weist die Altersgruppe zwischen 15 und 19 Jahren mit rund zehn Betroffenen/1.000 auf. In der Altersgruppe 45 bis 59 Jahre sind rund 4 von 1.000 betroffen.

GESUNDHEITZUSTAND

Abbildung 95: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Störung durch psychotrope Substanzen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)

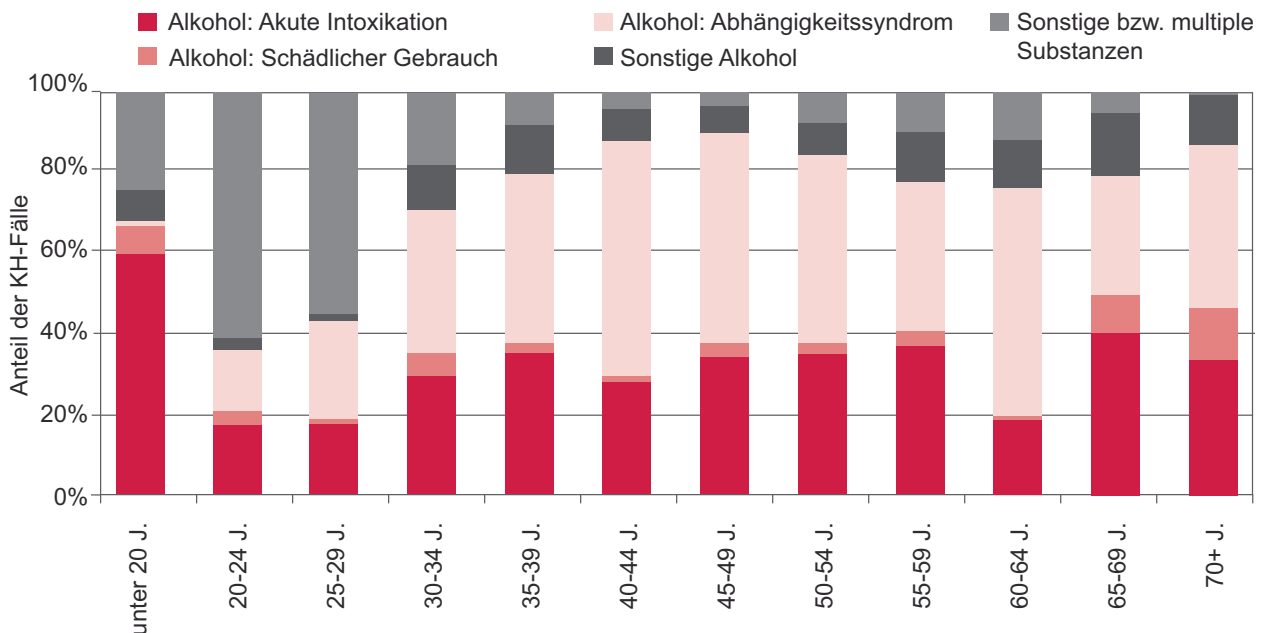


Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: F10-F19 (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

In den verschiedenen Altersgruppen sind unterschiedliche Diagnosen von Bedeutung. Während unter den Jüngeren bis 20 Jahren die akute Intoxikation (akuter Rausch) durch

Alkohol eine gewisse Rolle spielt, tritt in den Altersgruppen über 30 Jahren vor allem die Alkoholabhängigkeit als Hauptdiagnose in den Vordergrund.

Abbildung 96: Anteil spezifischer Diagnosen an den Krankenhausaufenthalten infolge Substanzgebrauch nach Altersgruppen (2005 bis 2007)



Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: F10-F19 (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

GESUNDHEITZUSTAND

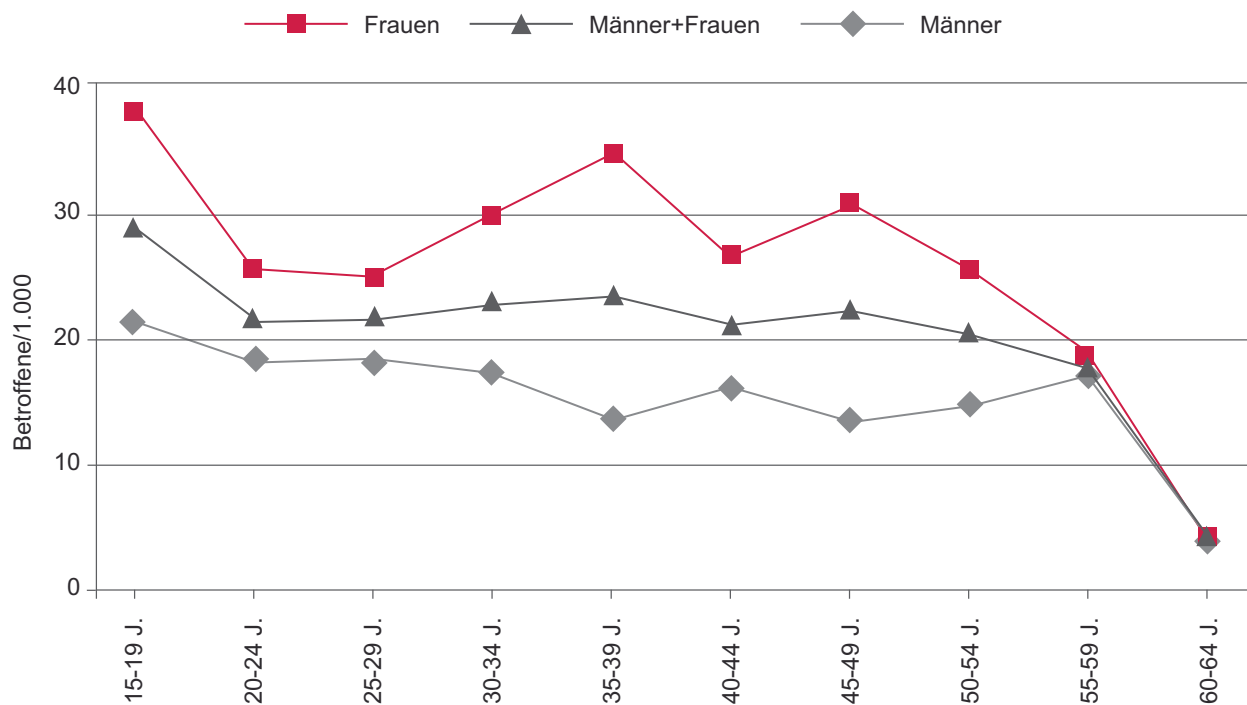
3.10.2. Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen

Im Durchschnitt kommen auf 1.000 beschäftigte Männer 16, die innerhalb eines Jahres mindestens ein Mal wegen einer psychischen Störung in Krankenstand sind. Bei Frauen ist die Rate, mit 28 Betroffenen je 1.000 Beschäftigten, wesentlich höher.

Bei den Frauen ist die Betroffenenrate in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen (mit über 35/1.000) am höchsten, liegt bei den 20- bis 30-Jährigen bei rund 25/1.000 und steigt bei den 30- bis 35-Jährigen wieder auf knapp 35/1.000. Im höheren Alter ist ein sukzessiver Rückgang zu beobachten. Bei den Männern liegt die Rate in der Altersgruppe 15 bis 19 Jahre bei 20 Betroffenen pro 1.000

und sinkt mit zunehmendem Alter. In den Altersgruppen zwischen 35 und 60 Jahren schwankt die Betroffenenquote um 15/1.000. Der Rückgang im höheren Alter (ab 55 bis 65 Jahre) dürfte auch damit zusammenhängen, dass stärker belastete Personen frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Psychische Erkrankungen sind, nach den Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates, die zweithäufigste Ursache für vorzeitige Pensionierungen. Beispielsweise gingen 2005 österreichweit knapp ein Viertel (24 Prozent) der Erstzuerkennungen von Invaliditäts-/Erwerbsunfähigkeitspensionen auf psychische Erkrankungen zurück³³.

Abbildung 97: Personen mit Krankenstand aufgrund von psychischen Erkrankungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



GESUNDHEITZUSTAND

Personen mit mindestens einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung innerhalb eines Jahres; ICD-10: F00-F99 (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur erwerbstätige Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

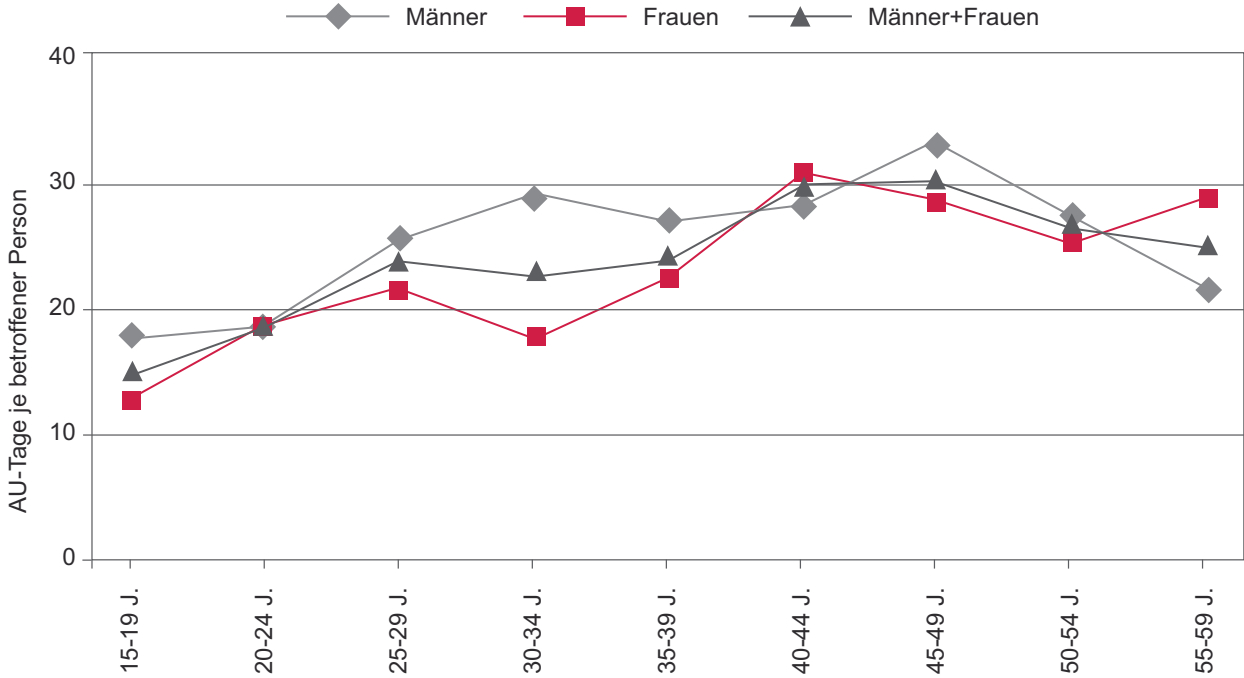
Die durchschnittliche Dauer der Krankenstände (Krankenstandstage je betroffener Person innerhalb eines Jahres) steigt mit zunehmendem Alter an und erreicht in der Altersgruppe zwischen 40 und 49 Jahren den höchsten

Wert (mit durchschnittlich rund 30 Arbeitsunfähigkeitstagen pro Betroffenen). In der älteren Altersgruppe sinkt die durchschnittliche Dauer wieder ab.

³³Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2005; (Alle Pensionsversicherungsträger außer VA d. österr. Notariates).

GESUNDHEITZUSTAND

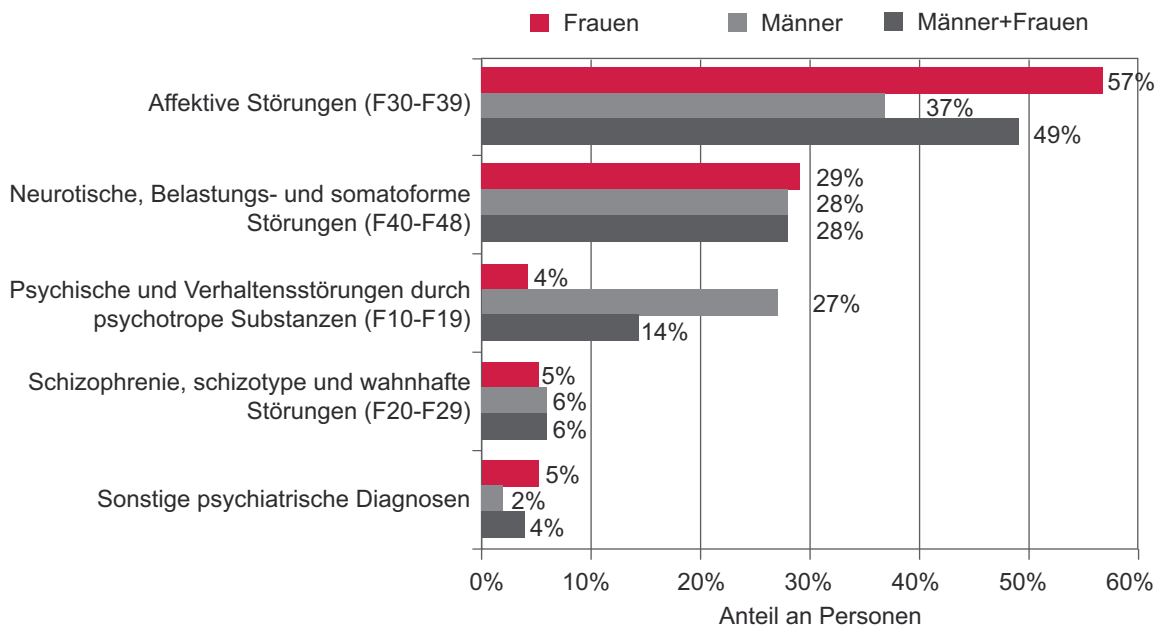
Abbildung 98: Psychischen Erkrankungen: Krankenstandstage je Betroffene nach Altersgruppen (Durchschnitt 2005 bis 2007)



Durchschnittliche Krankenstandstage mit psychiatrischer Diagnose der Personen mit mindestens einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung innerhalb eines Jahres; ICD-10: F00-F99 (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur erwerbstätige Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Fast die Hälfte (49 Prozent) der Krankenstandstage auf Grund einer psychiatrischen Diagnose gehen auf affektive Störungen zurück und gut ein Viertel (28 Prozent) auf neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.

Abbildung 99: Anteil spezifischer Diagnosen an den Krankenstandstagen psychischer Erkrankungen (2005 bis 2007)

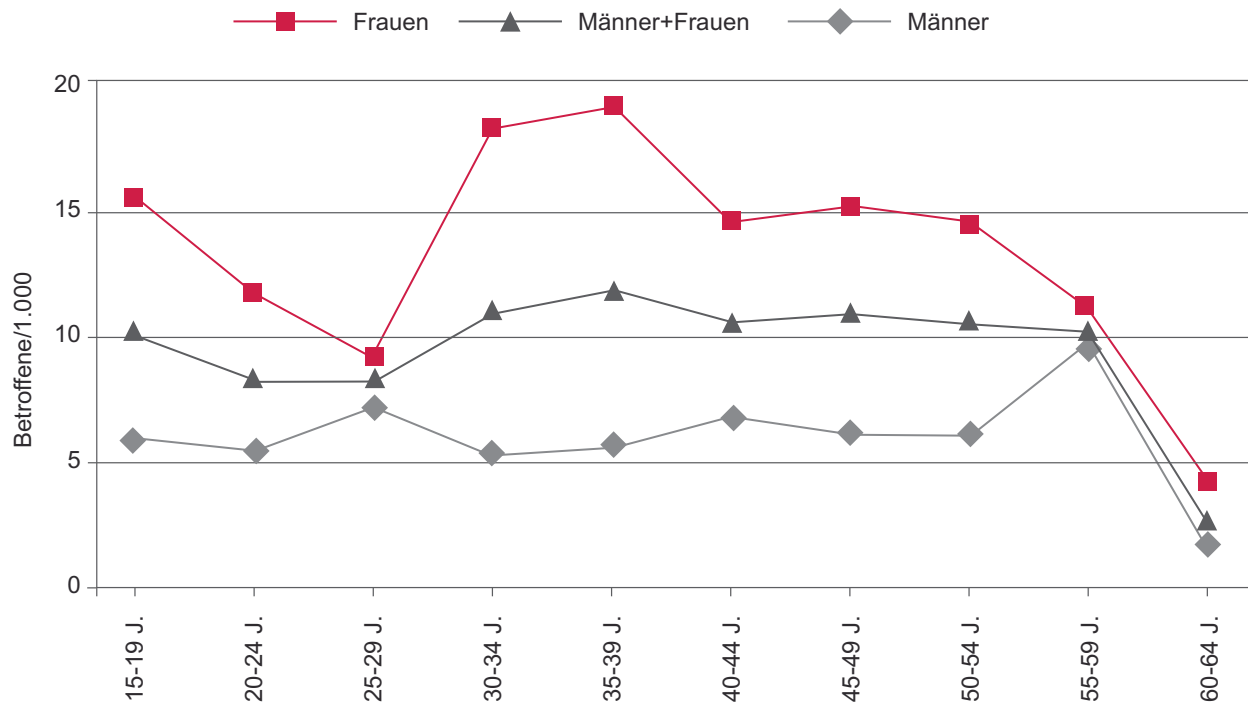


Nur erwerbstätige Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Von mindestens einer Krankmeldung infolge von affektiven Störungen sind rund 10 von 1.000 Erwerbstätigen betroffen (Männer 6,1 und Frauen 14,5 von 1.000). Bis zum

60. Lebensjahr bewegt sich die Gesamtrate zwischen 8 und 12 Betroffenen pro 1.000.

Abbildung 100: Personen mit Krankenstand aufgrund von affektiven Störungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



Personen mit mindestens einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung innerhalb eines Jahres; ICD-10: F30-F39 (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur erwerbstätige Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

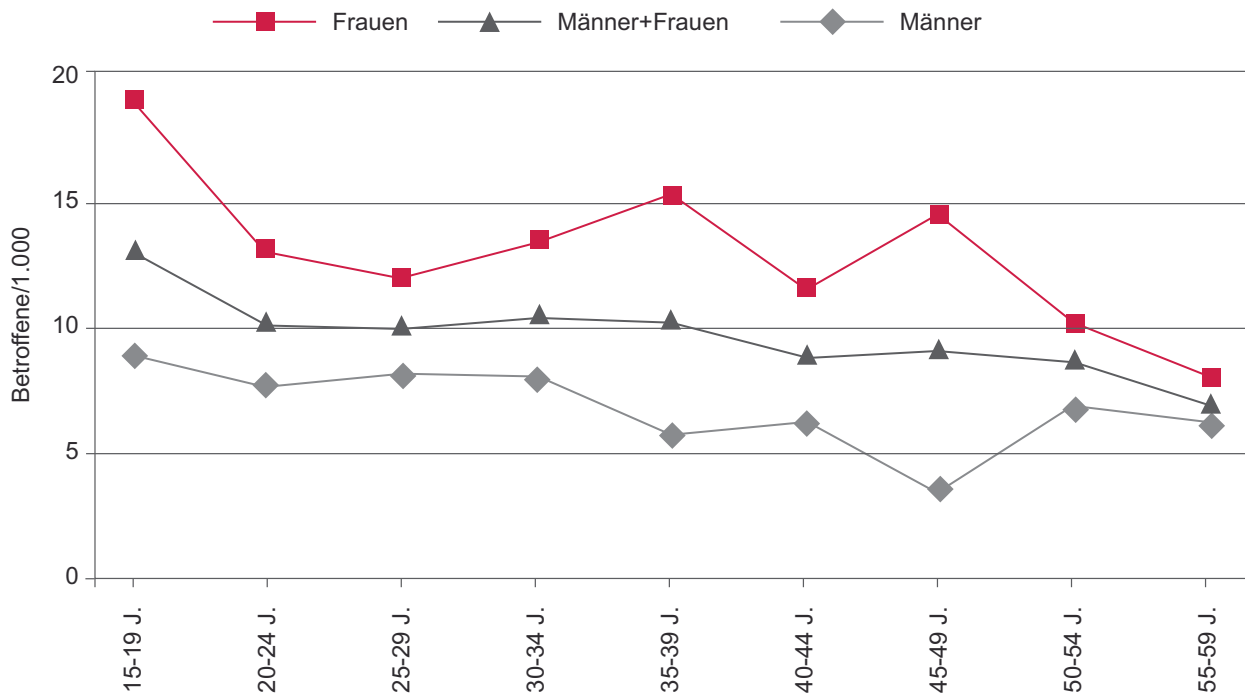
GESUNDHEITZUSTAND

GESUNDHEITZUSTAND

Innerhalb eines Jahres sind von 1.000 beschäftigten Männern durchschnittlich 6,5 mindestens ein Mal wegen neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen krank gemeldet. Von 1.000 Frauen sind rund 12,7 betroffen.

Die Betroffenenrate liegt in der Altersgruppe 15 bis 19 Jahre bei rund 13/1.000 und in den Gruppen zwischen 20 und 60 Jahren bei rund 9 bis 10 von 1.000 Beschäftigten.

Abbildung 101: Personen mit Krankenstand aufgrund von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



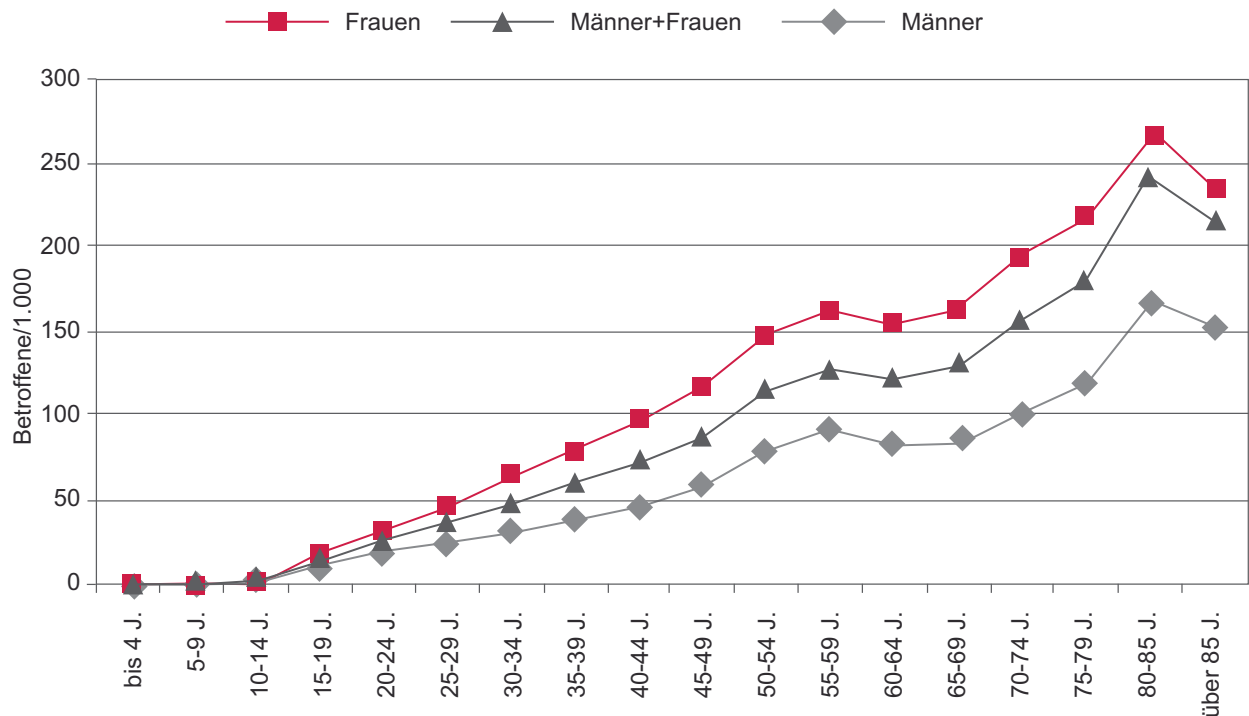
Personen mit mindestens einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung innerhalb eines Jahres; ICD-10: F40-F48 (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur erwerbstätige Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

3.10.3. Verordnung von Antidepressiva

Durchschnittlich wird innerhalb eines Jahres an 8,6 Prozent der OÖGKK-Versicherten mit Wohnsitz in Wels Antidepressiva verordnet. Frauen waren, mit 11,4 Prozent, deutlich stärker betroffen als Männer (5,5 Prozent). Hochgerechnet auf die Welser Bevölkerung bedeutet dies, dass rund 1.600 Männer und rund 3.500 Frauen innerhalb eines Jahres mit Antidepressiva behandelt werden.

Der Anteil der Personen mit Antidepressivaverordnung steigt bis zur Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen kontinuierlich an (auf rund 16 Prozent bei Frauen und neun Prozent der Männer). Ein weiterer Anstieg ist ab dem 65. Lebensjahr zu beobachten. Unter den über 80-jährigen Frauen erhalten rund 25 Prozent mindestens eine Antidepressivaverordnung im Jahr, unter den gleichaltrigen Männern rund 17 Prozent.

Abbildung 102: Personen mit Antidepressivaverordnung (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)



GESUNDHEITZUSTAND

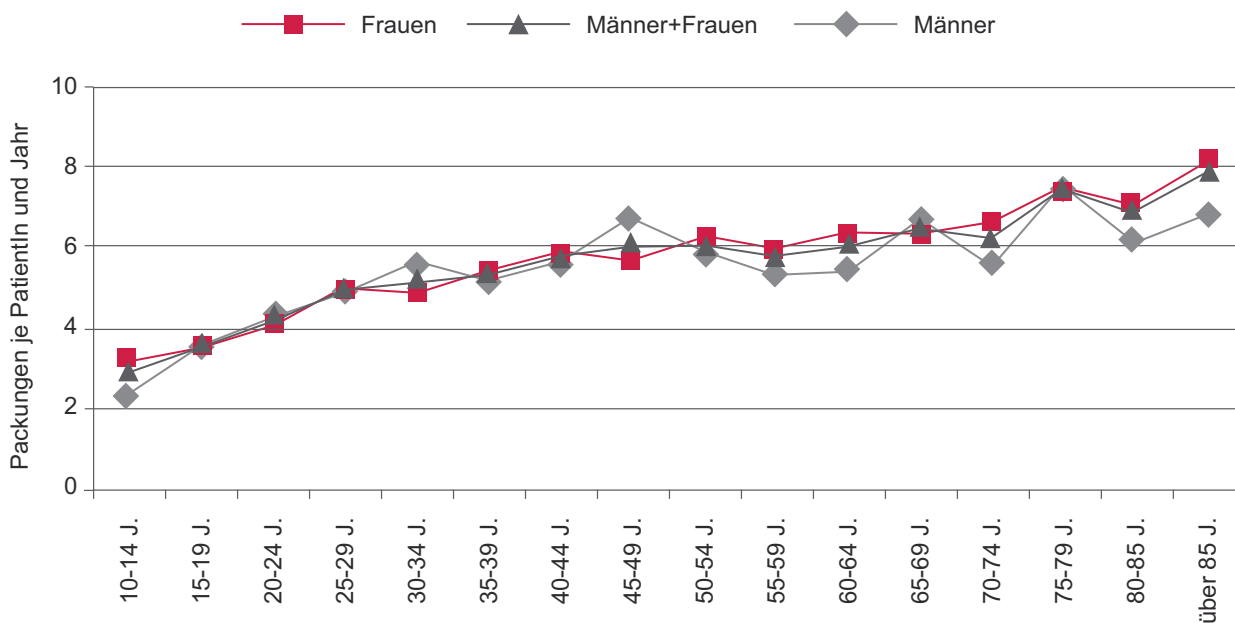
Personen mit mindestens einer Verordnung von Antidepressiva innerhalb eines Jahres (ATC-N06A) (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

GESUNDHEITZUSTAND

Die durchschnittliche Verordnungsmenge liegt bei unter 25-Jährigen bei etwa drei bis vier Packungen pro PatientIn und Jahr. Mit zunehmendem Alter steigt die Verordnungsmenge bis zur Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen auf sechs Packungen pro behandelte Person an. Ein weiterer Anstieg der durchschnittlichen Verordnungs-

menge ist ab dem 65. Lebensjahr zu beobachten. In der Altersgruppe über 80 Jahren kommen auf eine PatientIn im Durchschnitt rund sieben bis acht Packungen Antidepressiva pro Jahr. Männer und Frauen unterscheiden sich nicht wesentlich hinsichtlich der Verordnungsmenge.

Abbildung 103: Antidepressivaverordnung: durchschnittliche Verordnungsmenge je PatientIn (Durchschnitt 2005 bis 2007)



Personen mit mindestens einer Verordnung von Antidepressiva innerhalb eines Jahres (ATC-N06A) (Mittelwert 2005 bis 2007). Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Wels. Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Fakten

- 29 Prozent der befragten WelserInnen weisen Anzeichen einer Depression bzw. depressiven Verstimmung auf.
- Der Anteil an betroffenen Personen ist in Bevölkerungsschichten mit geringerem Äquivalenzeinkommen deutlich größer, als in jenen mit höherem Äquivalenzeinkommen.
- Hinsichtlich der beruflichen Stellung zeigen die Ergebnisse der Umfrage, dass arbeitslose Personen am häufigsten Anzeichen einer Depression aufweisen (60 Prozent). Unter den Beschäftigten sind ArbeiterInnen häufiger betroffen als Angestellte.
- Pro Jahr weisen etwa 400 Frauen und 390 Männer einen Krankenhausaufenthalt mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (rund 13,3 pro 1.000) auf.
- Bei Frauen ist der Großteil der einschlägigen Krankenhausaufenthalte auf affektive Störungen und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen zurückzuführen (jeweils 31 Prozent der Aufenthalte mit psychiatrischer Diagnose), bei Männern sind es vor allem

Störungen durch psychotrope Substanzen (v.a. Alkohol), die zu Krankenhausbearbeitungen führen (48 Prozent der Aufenthalte mit psychiatrischer Diagnose).

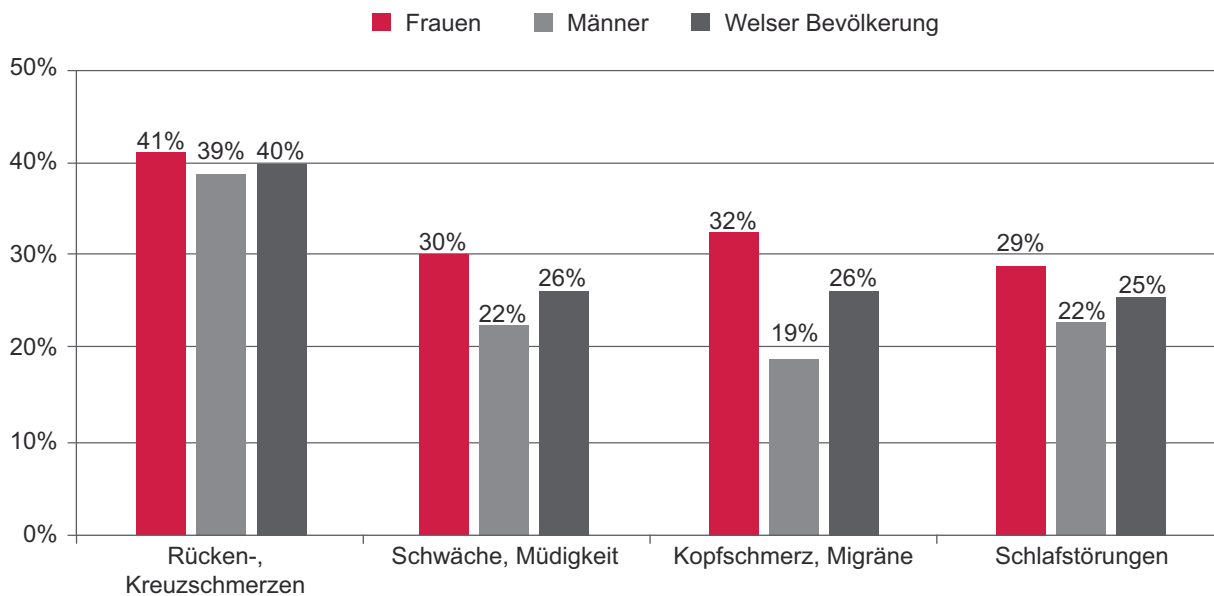
- Krankenhausaufenthalte aufgrund von affektiven Störungen haben sowohl bei Männern als auch Frauen ihren Höhepunkt in der Altersgruppe der 45- bis 55-jährigen Personen.
- Durchschnittlich kommen bei den Männern auf 1.000 Beschäftigte 16 Betroffene, die innerhalb eines Jahres mindestens ein Mal wegen einer psychischen Störung im Krankenhaus sind. Bei den Frauen ist die Rate mit 28 Betroffenen je 1.000 Beschäftigten wesentlich höher.
- Psychische Erkrankungen sind - nach den Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates - die zweithäufigste Ursache für vorzeitige Pensionierungen.
- Unter den Welser OÖGKK-Versicherten bekommen innerhalb eines Jahres etwa 11 Prozent der Frauen und sechs Prozent der Männer Antidepressiva verordnet.

3.11. Beschwerden

Neben der Frage nach diversen Erkrankungen wurde die Welser Bevölkerung im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2008 auch nach Beschwerden gefragt, die zwar das Wohl-

finden beeinträchtigen, aber keine Bettlägerigkeit zur Folge haben. Die am häufigsten auftretenden Beschwerden werden in diesem Abschnitt etwas genauer analysiert.

Abbildung 104: Beschwerden I

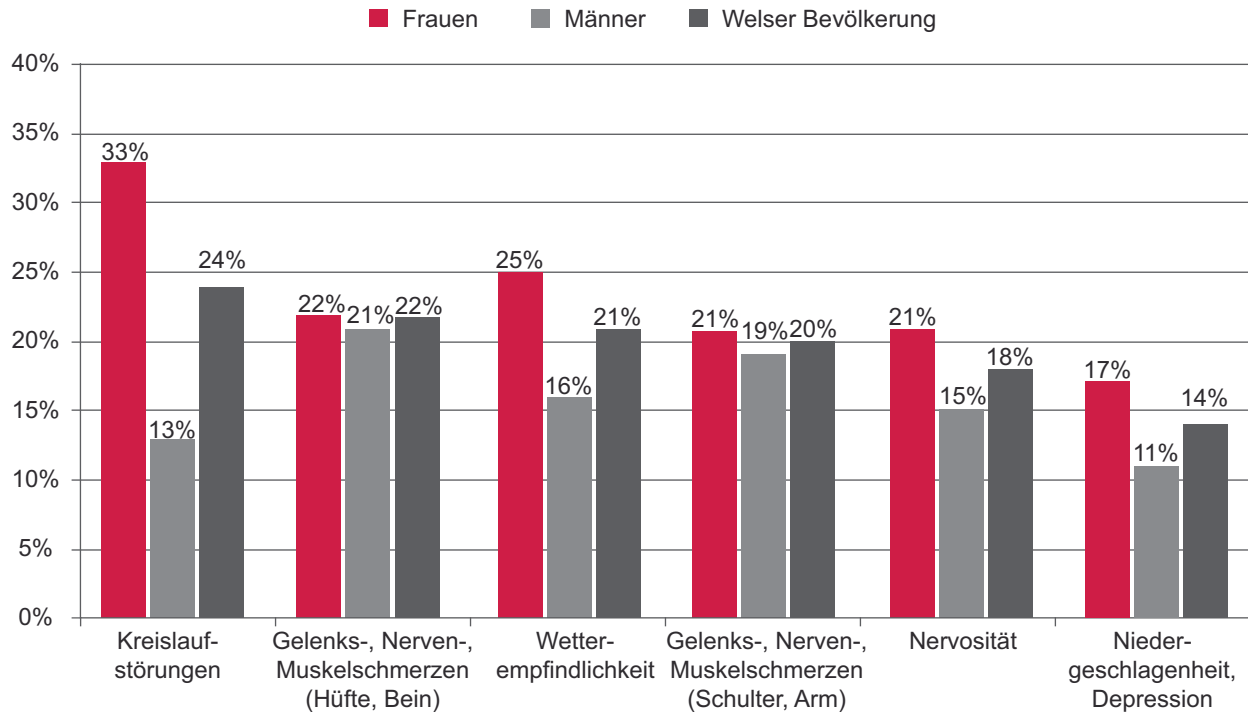


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.065;

40 Prozent der Welser Bevölkerung leiden an Rücken- bzw. Kreuzschmerzen. Von dieser am häufigsten genannten Beschwerdeform sind Männer und Frauen in etwa gleichem Ausmaß betroffen. Fast jede dritte Frau und etwa jeder fünfte Mann gibt an, an Schwäche und Müdigkeit zu

leiden. Mehr Frauen (32 Prozent) als Männer (19 Prozent) sind von Kopfschmerz oder Migräne betroffen. Schlafstörungen spielen bei einem Viertel der Befragten eine belastende Rolle. Auch hier ist die Beschwerdelast bei Frauen mit 29 Prozent größer als bei Männern (22 Prozent).

Abbildung 105: Beschwerden II



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.065

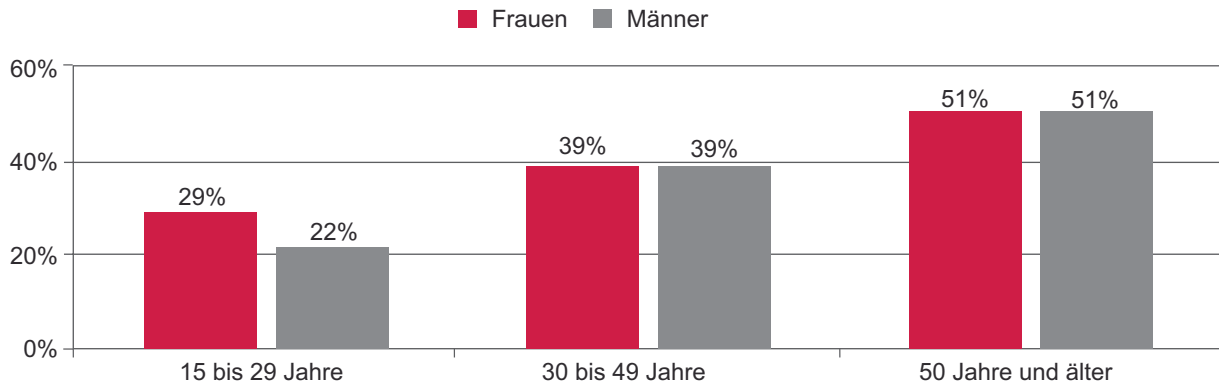
Große Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt es bei der Beschwerdeform der Kreislaufstörungen: Jede dritte Frau und 13 Prozent der Männer leiden an Kreislaufstörungen wie Hitzegefühl, Wallungen oder an kalten Händen bzw. Füßen. Etwa jeder fünfte Mann und jede fünfte Frau leidet an Gelenks-, Nerven- oder Muskelschmerzen.

Ein Viertel der befragten Frauen klagt über Wetterempfindlichkeit (Männer: 16 Prozent). Von Nervosität sind 15 Prozent der Männer und 21 Prozent der Frauen betroffen. Elf Prozent der Männer und 17 Prozent der Frauen geben an, an Niedergeschlagenheit bzw. Depression zu leiden.

GESUNDHEITZUSTAND

GESUNDHEITZUSTAND

Abbildung 106: Rücken- bzw. Kreuzschmerzen

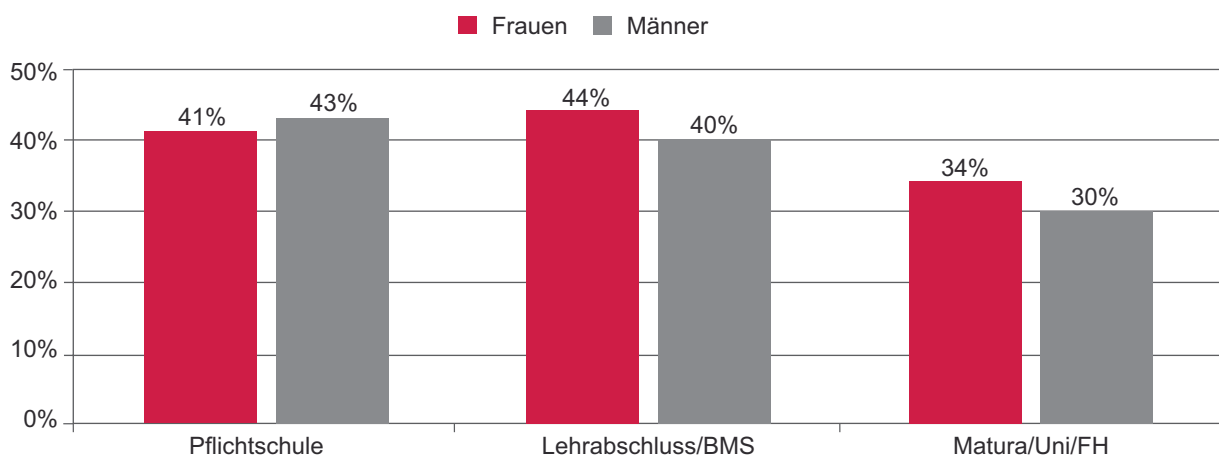


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.054

Rücken- und Kreuzschmerzen sind eine Beschwerdeform, die stark mit dem Alter zusammenhängt. Aber auch in der jungen Bevölkerung sind Rückenprobleme weit verbreitet: 22 Prozent der Männer zwischen 15 und 29 Jahren und sogar 29 Prozent der Frauen dieses Alters leiden daran. Mit zunehmendem Alter nimmt die Beschwerdelast bei beiden Geschlechtern zu: Je 39 Prozent der Männer und Frauen zwischen 30 und 49 Jahren und gut die Hälfte der (über) 50-jährigen WelserInnen leiden an Rücken- und Kreuzschmerzen.

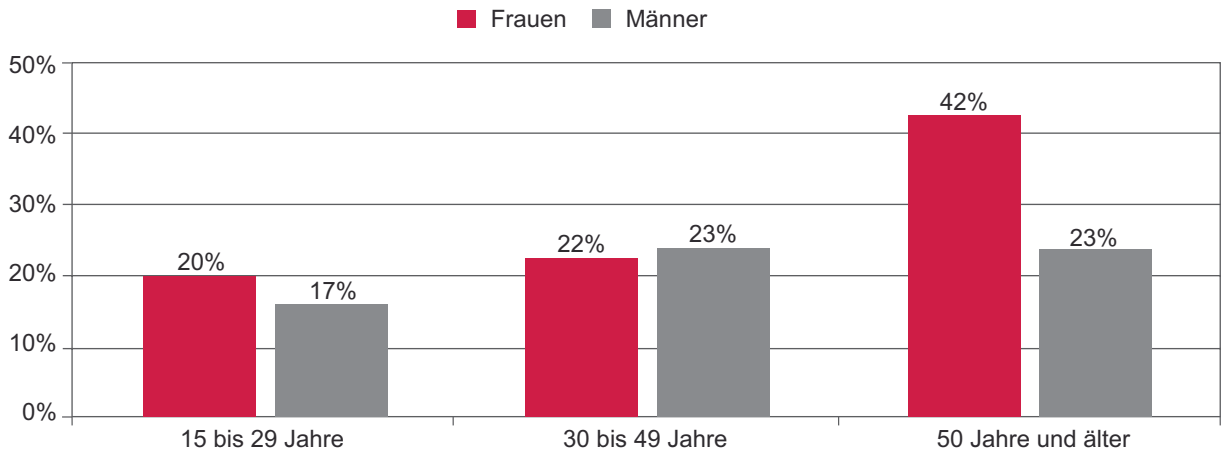
Bei den Männern gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Schulbildung (die ein wichtiger Indikator für die individuellen Lebensumstände bzw. des sozioökonomischen Status ist) der Befragten und Rückenbeschwerden. 43 Prozent der Pflichtschulabsolventen und 40 Prozent der Männer mit mittlerer Schulbildung (Lehrabschluss/BMS) leiden an Kreuz- bzw. Rückenschmerzen. Unter den hoch gebildeten Männern sind es „nur“ 30 Prozent. Auch bei den Frauen sind hoch gebildete mit 34 Prozent am seltensten von Rückenschmerzen betroffen.

Abbildung 107: Beschwerden: Rücken-, Kreuzschmerzen nach Schulbildung



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.027;

Abbildung 108: Beschwerden: Schlafstörungen nach Alter

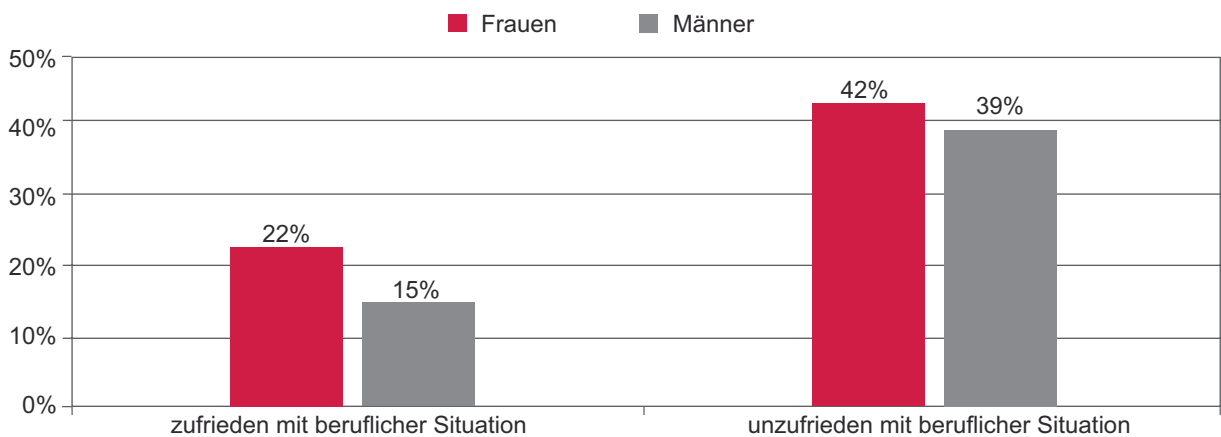


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.056;

Während bei den Männern kein statistischer Zusammenhang zwischen dem Alter und Schlafstörungen ausgemacht werden kann, ist so einer bei den Frauen gegeben.

Verglichen mit den jüngeren beiden Altersgruppen verdoppelt sich die Beschwerdelast bei Frauen ab 50 Jahren von etwa 20 Prozent auf 42 Prozent.

Abbildung 109: Beschwerden: Schlafstörungen nach Zufriedenheit mit der beruflichen Situation

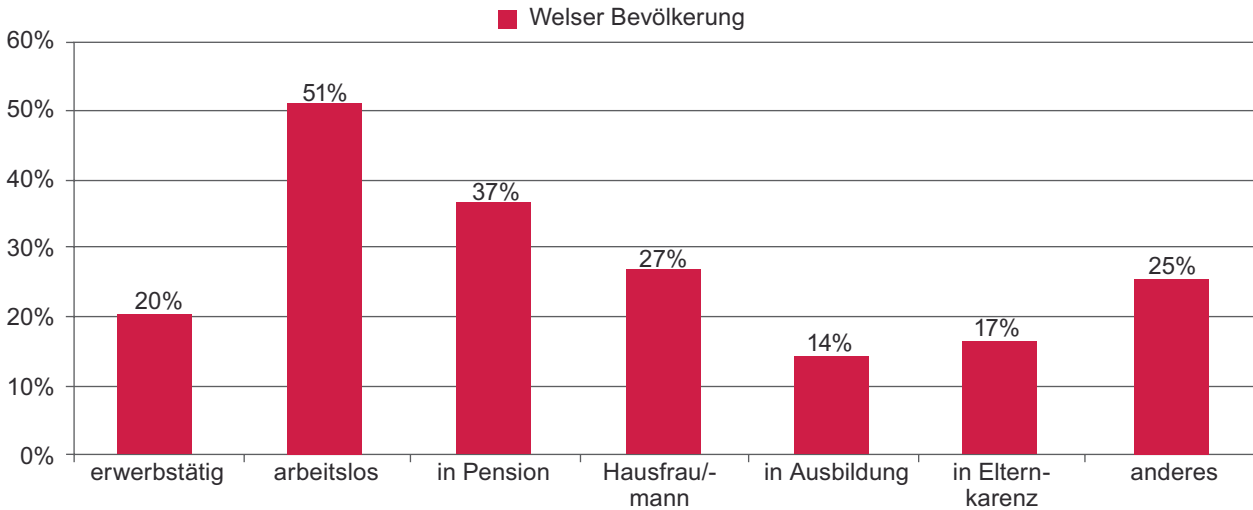


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.757;

Menschen, die mit ihrer beruflichen Situation zufrieden sind, werden deutlich seltener von Schlafstörungen heimgesucht, als Menschen, die mit ihrer beruflichen Situation unzufrieden sind. Bei den Männern sind „nur“ 15 Prozent der beruflich Zufriedenen von Schlafstörungen betroffen,

während es bei den beruflich Unzufriedenen 39 Prozent sind. Beruflich zufriedene Frauen sind zu 22 Prozent von Schlafstörungen betroffen. Beruflich unzufriedene Frauen jedoch zu 42 Prozent.

Abbildung 110: Beschwerden: Schlafstörungen nach derzeitigem Status

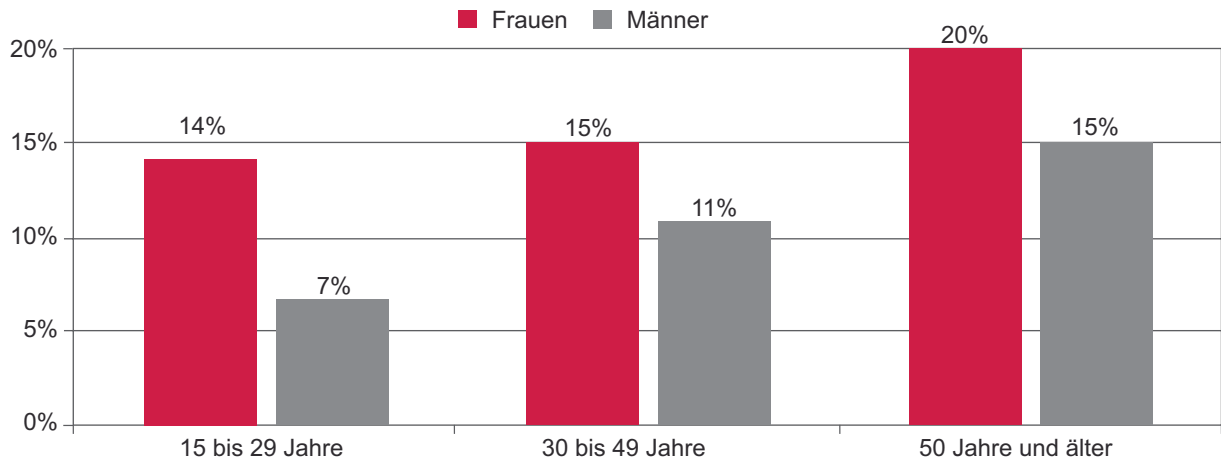


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.995;

Als besonders schwerwiegend von Schlafstörungen betroffene Gruppe können Arbeitslose identifiziert werden: Etwa die Hälfte leidet an Schlafstörungen. Die am zweithäufigsten

betreffene Gruppe sind PensionistInnen (37 Prozent), gefolgt von Hausfrauen/-männern mit 27 Prozent.

Abbildung 111: Beschwerden: Niedergeschlagenheit, Depression nach Alter

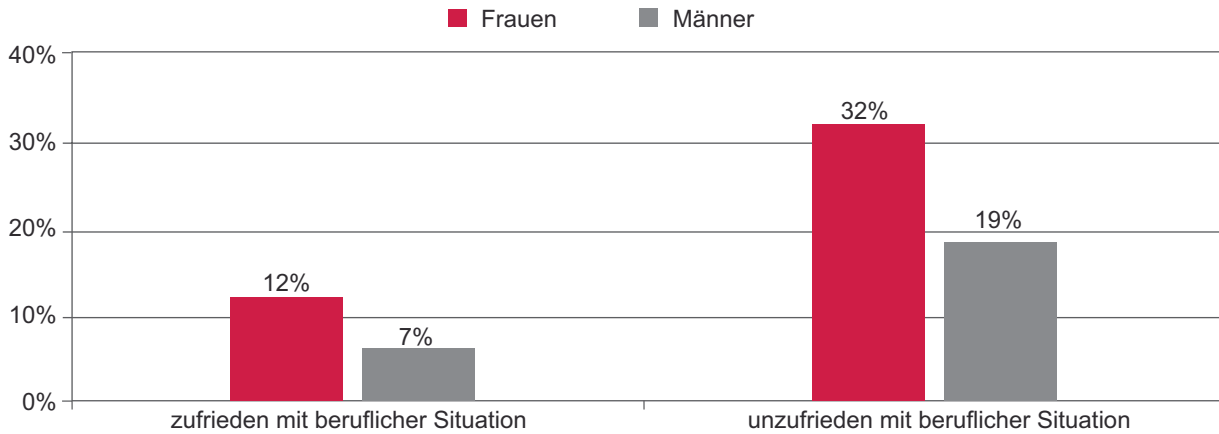


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.056;

Insgesamt leiden laut Selbstausskunft 14 Prozent der Welser Bevölkerung an Niedergeschlagenheit und Depression. In allen Altersgruppen liegt die Beschwerdelast bei Frauen über jener der Männer. Mit zunehmendem Alter

steigt sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen der Anteil der Betroffenen. Bei den (über) 50-Jährigen klagten 15 Prozent der Männer und jede fünfte Frau über Niedergeschlagenheit und Depression.

Abbildung 112: Beschwerden: Niedergeschlagenheit, Depression nach der Zufriedenheit mit der beruflichen Situation



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.757;

Menschen, die mit ihrer beruflichen Situation zufrieden sind, sind seltener von Niedergeschlagenheit und Depression betroffen, als mit der beruflichen Situation Unzufriedene. Bei jenen, die mit der beruflichen Situation zufrieden sind, leiden „nur“ sieben Prozent der Männer und

zwölf Prozent der Frauen an Niedergeschlagenheit und Depression. Von den beruflich Unzufriedenen sind 19 Prozent der Männer und sogar 32 Prozent der Frauen von Niedergeschlagenheit und Depression betroffen.

Fakten

- Die häufigsten Beschwerden, an denen Welserinnen und Welser leiden, sind Rücken- und Kreuzschmerzen.
- Frauen (41 Prozent) sind etwa gleich häufig betroffen wie Männer (39 Prozent). Die Belastung nimmt dabei erwartungsgemäß mit steigendem Alter zu. Aber auch bei jungen Welser BürgerInnen ist diese Beschwerdeform bereits weit verbreitet: 22 Prozent der 15- bis 29-jährigen Männer und 29 Prozent der gleichaltrigen Frauen sind davon betroffen.
- Weitere häufig auftretende Beschwerden (in absteigender Form) sind Schwäche bzw. Müdigkeit, Kopfschmerzen bzw. Migräne, Schlafstörungen und Kreislaufstörungen.
- Frauen sind von den genannten Beschwerden jeweils häufiger betroffen als Männer.

- 17 Prozent der Frauen und 11 Prozent der Männer geben explizit an, an Niedergeschlagenheit oder Depression zu leiden.
- Besonders stark von Schlafstörungen betroffen sind Frauen ab dem 50. Lebensjahr: 42 Prozent leiden an dieser Beschwerdeform.
- Personen mit hoher beruflicher Zufriedenheit sind deutlich seltener von Schlafstörungen betroffen, als Personen mit geringer beruflicher Zufriedenheit.
- Unter den arbeitslosen Menschen ist sogar jede/r zweite von Schlafstörungen betroffen.
- Auch von Niedergeschlagenheit bzw. Depression sind Personen besonders häufig betroffen, die mit ihrer beruflichen Situation weniger oder gar nicht zufrieden sind.

GESUNDHEITZUSTAND

4. GESUNDHEITS- RELEVANTE VER- HALTENSWEISEN

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen können als Teil eines spezifischen Lebensstils betrachtet werden, der von vielen äußeren Umständen (mit)geprägt wird.³⁴ Nachfolgend werden die gesundheitsrelevanten Verhaltenswei-

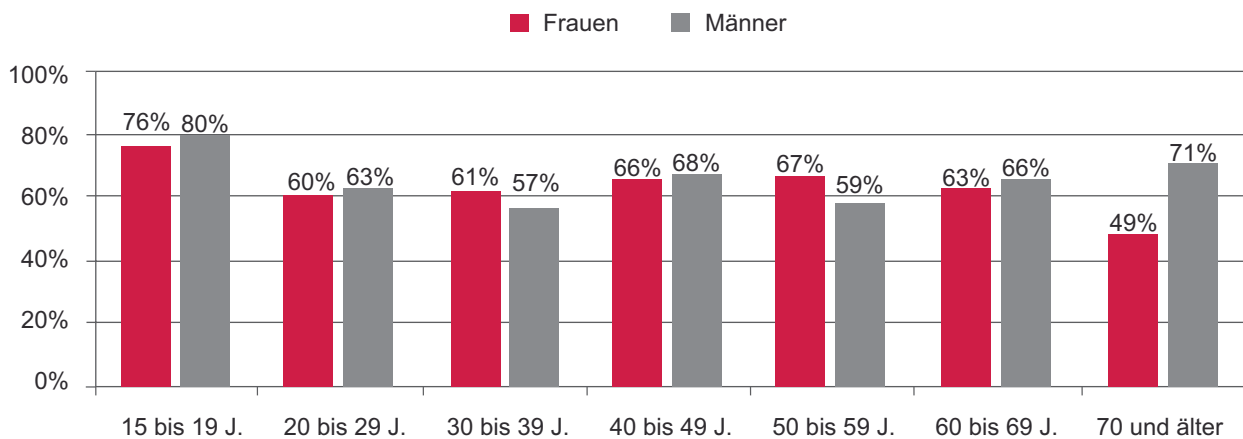
sen Bewegung, Ernährung, Rauchen und Alkoholkonsum anhand der Daten der Welser Gesundheitsumfrage 2008 eingehend analysiert.

4.1. Bewegung

Im Rahmen der Welser Gesundheitsumfrage im Mai/Juni 2008 wurden die WelserInnen und Welser nach der individuellen sportlichen Aktivität gefragt. Die konkrete

Frage lautete: „Betätigen Sie sich mindestens einmal pro Woche sportlich? (z.B. Joggen, schnelles oder langes Radfahren, flottes Gehen, Nordic Walking usw.)“.

Abbildung 113: Sportliche Betätigung nach Alter



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.038; Anteil der Personen, die sich mindestens einmal pro Woche sportlich betätigen

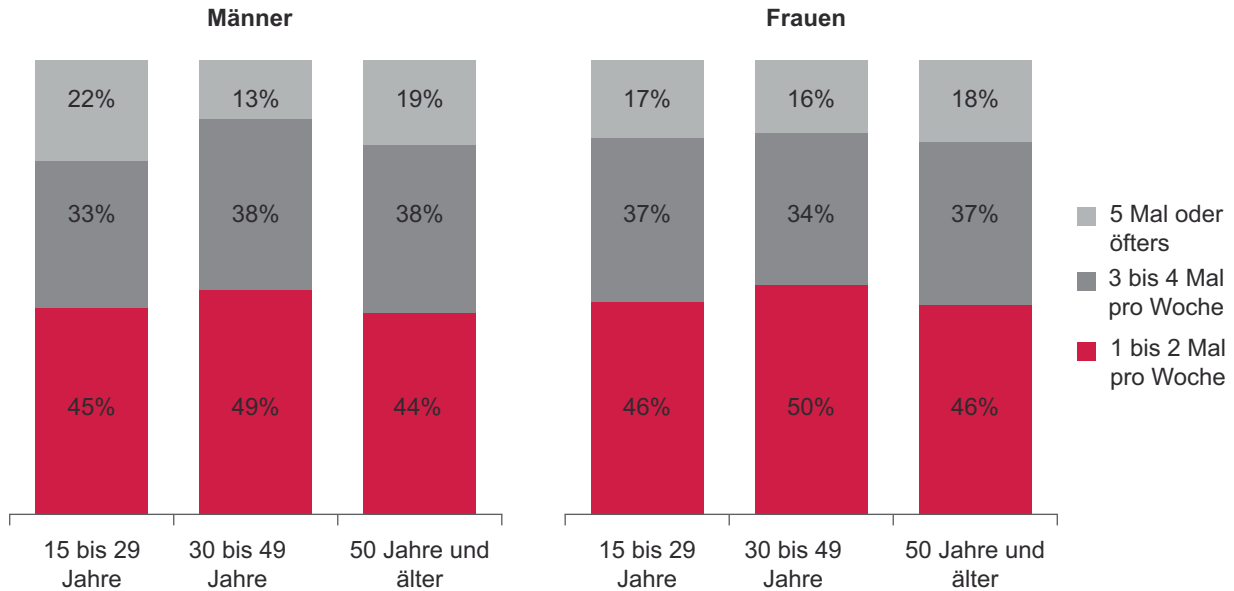
Am aktivsten erweisen sich die jüngsten Befragten: 80 Prozent der 15- bis 19-jährigen Männer und 76 Prozent der gleichaltrigen Frauen treiben mindestens einmal pro Woche Sport. Bei den Männern schwankt die sportliche Aktivität in den übrigen Altersgruppen zwischen 57 Prozent bei den 30- bis 39-Jährigen und 71 Prozent bei den (über) 70-Jähri-

gen. Während die älteren Männer überaus aktiv sind, liegt der Anteil der sportlich Aktiven bei den (über) 70-jährigen Frauen deutlich darunter, nämlich bei 49 Prozent. In den übrigen Altersgruppen unterscheiden sich die Frauen in der sportlichen Aktivität kaum von den Männern.

³⁴Schwartz 2003

GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN

Abbildung 114: Frequenz der sportlichen Betätigung nach Altersgruppen

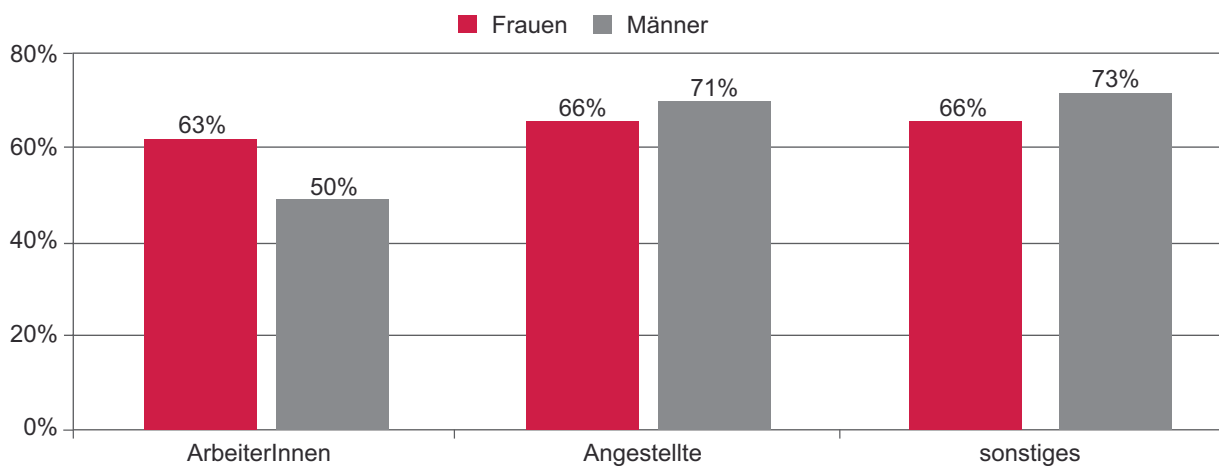


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.280; nur Personen, die sich mindestens einmal pro Woche sportlich betätigen

Zwischen 44 und 49 Prozent der sportlich aktiven Männer und 46 bis 50 Prozent der sportlich aktiven Frauen in den jeweiligen Altersgruppen betätigen sich ein- bis zweimal pro Woche sportlich. Drei- bis viermal treiben 33 bis 38 Prozent der Männer und 34 bis 37 Prozent der

Frauen in den jeweiligen Altersgruppen Sport. Gut jeder fünfte aktive junge Mann zwischen 15 und 29 Jahren und 17 Prozent der aktiven jungen Frauen „sporteln“ sogar 5 Mal oder öfters pro Woche.

Abbildung 115: Sportliche Betätigung nach beruflicher Stellung

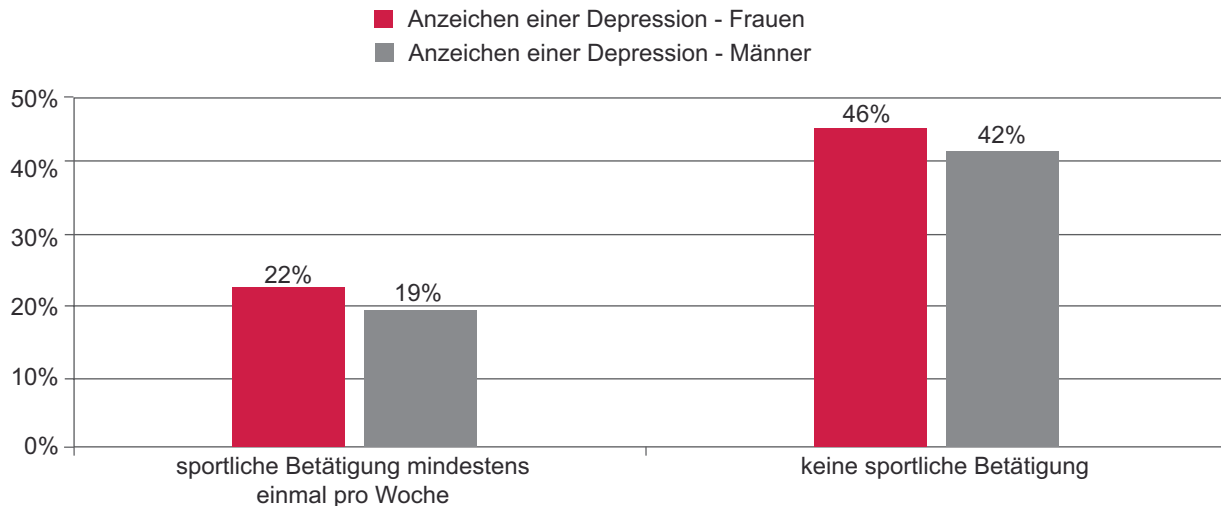


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.000; nur Personen, die derzeit berufstätig sind

Arbeiter betätigen sich signifikant seltener sportlich als Männer im Angestelltenverhältnis oder in sonstigen Beschäftigungsformen³⁵. Während sich nur die Hälfte der befragten Arbeiter mindestens einmal pro Woche sportlich betätigt, tun dies 71 Prozent der Angestellten.

Bei den Frauen ist kein Zusammenhang zwischen Beschäftigungstyp und sportlicher Betätigung festzustellen. Arbeiterinnen sind allerdings aktiver als Arbeiter: 63 Prozent der Arbeiterinnen betätigen sich mindestens einmal pro Woche sportlich.

Abbildung 116: Sportliche Betätigung und Anzeichen einer Depression



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.958

Es zeigt sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen, dass Personen die sich nicht sportlich betätigen etwa doppelt so häufig Anzeichen einer Depression aufweisen,

als Personen die regelmäßig Sport treiben. Die Frage von Ursache und Wirkung, die hier berücksichtigt werden muss, kann nicht geklärt werden.

Fakten

- 63 Prozent der Welser Befragten geben an, sich mindestens einmal pro Woche sportlich zu betätigen.
- Der Anteil der sportlich Aktiven ist sowohl bei den Männern (80 Prozent) als auch bei den Frauen (76 Prozent) in der jüngsten Altersgruppe zwischen 15 und 19 Jahren am größten.
- Bei den Männern ist die Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen am unsportlichsten: Hier betätigen sich nur 57 Prozent der Befragten zumindest einmal pro Woche sportlich.
- Bei den ältesten Befragten gibt es bezüglich der sportlichen Aktivität einen deutlichen Un-

terschied zwischen den Geschlechtern: 71 Prozent der über 70-jährigen Männer, aber nur 49 Prozent der gleichaltrigen Frauen betätigen sich zumindest einmal pro Woche sportlich.

- Als besonders unsportliche Gruppe konnten männliche Arbeiter identifiziert werden. Sie betätigen sich signifikant seltener sportlich, als Männer mit anderem Beschäftigungsverhältnis.
- Sowohl bei Männern als auch bei Frauen zeigt sich, dass Personen die sich nicht sportlich betätigen, doppelt so häufig Anzeichen einer Depression (gemäß WHO-Wellbeing 5) aufweisen, als Personen die regelmäßig Sport treiben.

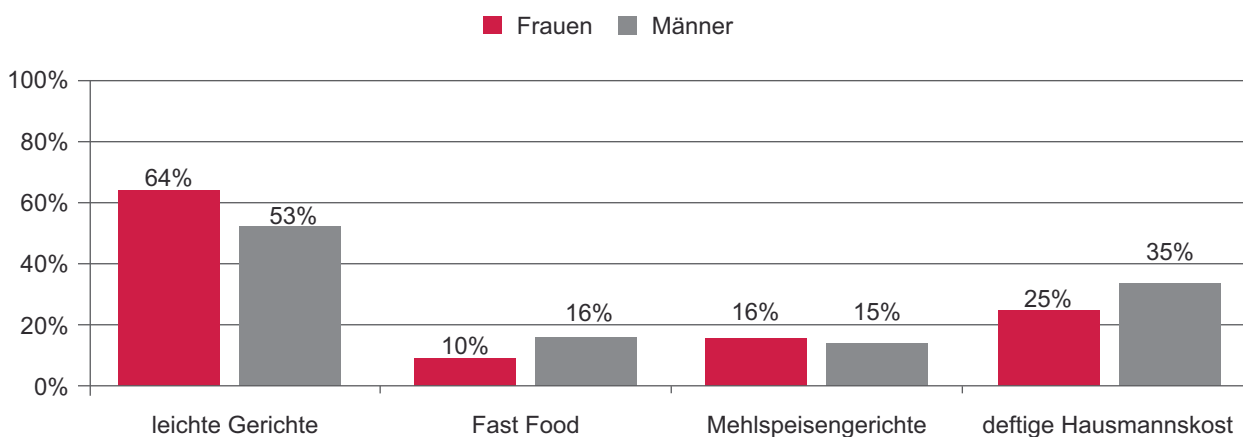
³⁵Sonstige Beschäftigungsformen: Landwirtschaft; mithelfende/r Familienangehörige/r; Freie/r Dienstnehmer/in, Neue/r Selbstständige/r; Selbstständig, Freie Berufe; Sonstiges;

4.2. Ernährung

Männer und Frauen unterscheiden sich deutlich hinsichtlich ihrer Ernährungsgewohnheiten: Frauen konsumieren deutlich häufiger „leichte Gerichte“ als Männer, während

Männer umgekehrt häufiger als Frauen zu Fast Food und deftiger Hausmannskost greifen.

Abbildung 117: Ernährungsgewohnheiten - Speisen „häufig“ als Hauptmahlzeit

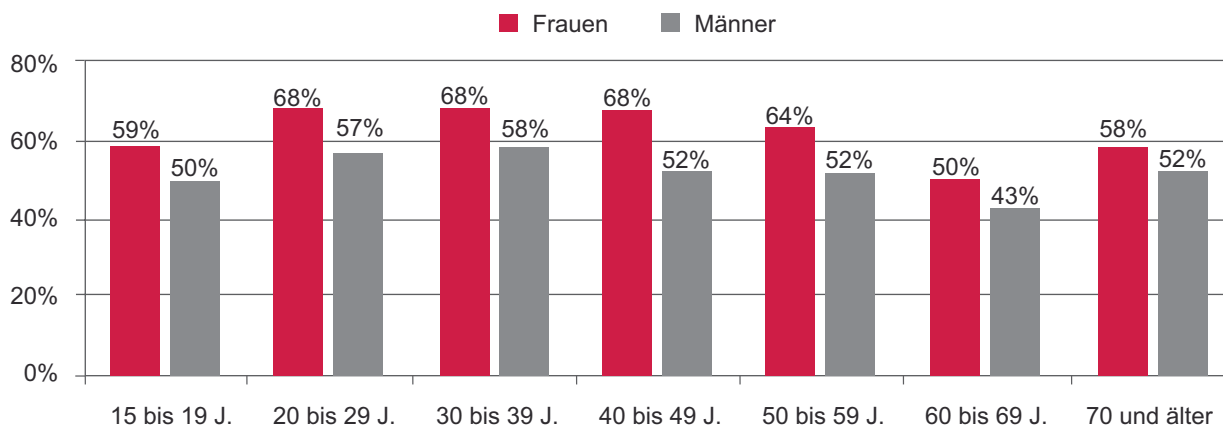


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.001; Speisen, die „häufig“ als Hauptmahlzeit konsumiert werden

64 Prozent der Frauen und 53 Prozent der Männer verzehren häufig „leichte Gerichte“ wie z.B. Vegetarisches, Fisch- oder Reisgerichte als Hauptmahlzeit. 16 Prozent der Männer und zehn Prozent der Frauen geben an, häufig Fast Food wie z.B. Fertigpizza, Leberkäsemmel oder Hamburger als Hauptmahlzeit zu konsumieren. 35 Prozent der Männer und ein Viertel der Frauen nehmen

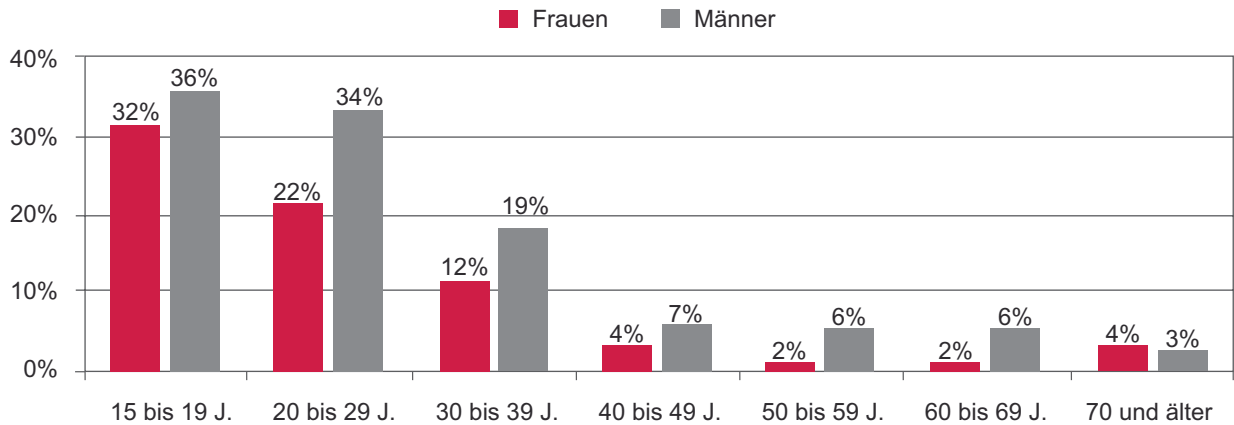
häufig deftige Hausmannskost wie z. B. Schweinsbraten, Schnitzel oder faschierte Laibchen als Hauptmahlzeit zu sich. Beim Verzehr von Mehlspeisengerichten gibt es kaum einen Unterschied zwischen den Geschlechtern: 15 Prozent der Männer und 16 Prozent der Frauen konsumieren diese häufig als Hauptmahlzeit.

Abbildung 118: häufiger Konsum von „leichten Gerichten“ als Hauptmahlzeit nach Alter



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.990;

Abbildung 119: häufiger Konsum von Fast Food als Hauptmahlzeit nach Alter

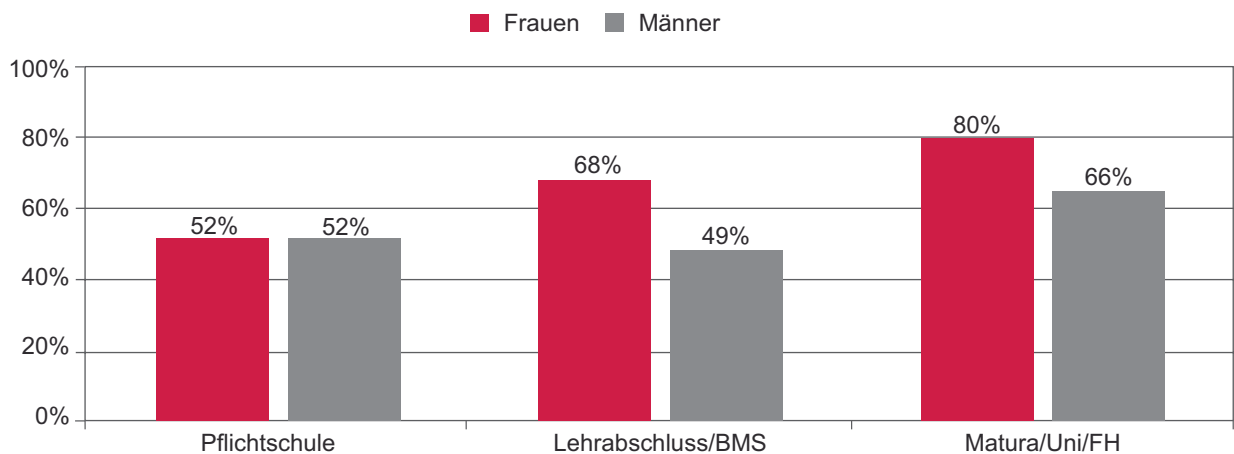


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.971;

Frauen ernähren sich in allen Altersgruppen häufiger von „leichten Gerichten“ als Hauptmahlzeit als Männer. Vor allem Frauen zwischen 20 und 49 Jahren speisen als Hauptmahlzeit häufig „leichte Gerichte“. Der häufige Konsum von Fast Food als Hauptmahlzeit nimmt sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit stei-

gendem Alter ab. Unter jungen Menschen ist der häufige Verzehr von Fast Food aber weit verbreitet: 36 Prozent der Männer und 32 Prozent der Frauen zwischen 15 und 19 Jahren nehmen häufig Fast Food wie z.B. Fertigpizza, Leberkäsebrötchen oder Hamburger als Hauptmahlzeit zu sich.

Abbildung 120: häufiger Konsum von „leichten Gerichten“ als Hauptmahlzeit nach Schulbildung

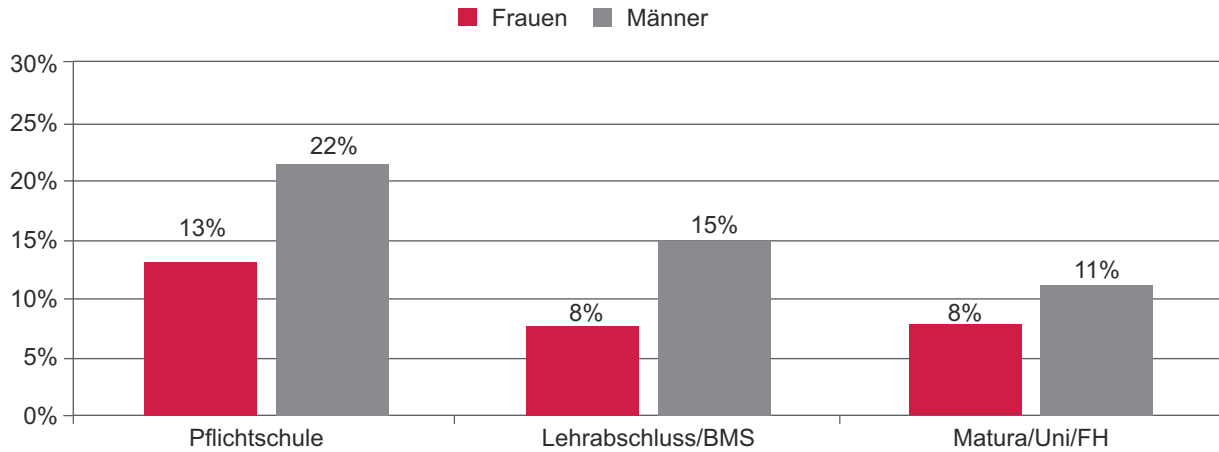


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.027;

Für Frauen gilt: Je höher die Schulbildung, desto häufiger werden „leichte Gerichte“ als Hauptmahlzeit konsumiert: nur 52 Prozent der Frauen mit Pflichtschulabschluss, aber 80 Prozent der Frauen mit hoher Schulbildung (Matura/Uni/FH) ernähren sich häufig mit solchen Gerichten. Bei den Männern greifen zwei Drittel der Hochgebilde-

ten häufig zu leichten Speisen wie z.B. Vegetarisches, Fisch- oder Reisgerichte. Männer mit mittlerer Bildung (Lehrabschluss/BMS) konsumieren nur zu 49 Prozent häufig „leichte Gerichte“, unter den Pflichtschulabsolventen sind es gleich viele wie bei den Frauen: 52 Prozent.

Abbildung 121: häufiger Konsum von Fast Food als Hauptmahlzeit nach Schulbildung



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.949;

Gut ein Fünftel der männlichen Pflichtschulabsolventen gibt an, häufig Fast Food wie z.B. Leberkäsemmel, Fertigpizza oder Hamburger als Hauptmahlzeit zu sich zu nehmen. Mit steigender Schulbildung wird dieser Anteil kleiner.

Bei den niedrig gebildeten Frauen konsumieren 13 Prozent häufig Fast Food als Hauptmahlzeit. Bei den Frauen mit mittlerer (Lehrabschluss/BMS) und hoher Schulbildung (Matura/Uni/FH) sind es jeweils acht Prozent.

Fakten

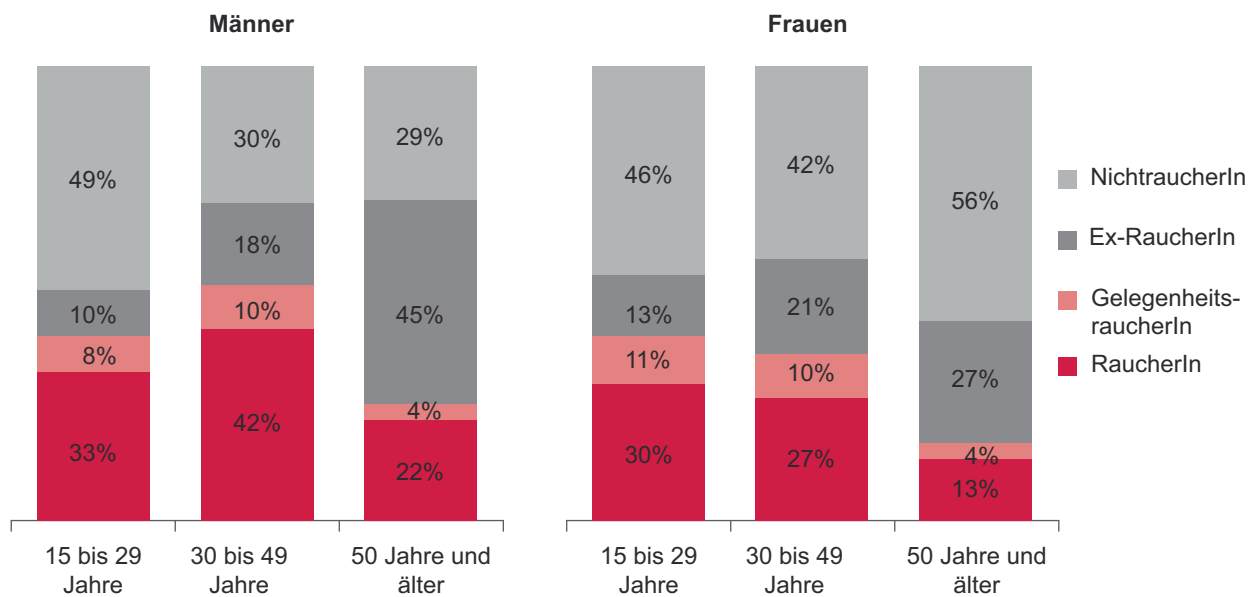
- Frauen konsumieren als Hauptmahlzeit häufiger „leichte Gerichte“ als Männer. Vor allem Frauen zwischen 20 und 49 Jahren greifen häufig zu „leichten Gerichten“ wie Fisch, Vegetarischem oder Reisgerichten.
- 16 Prozent der Männer und zehn Prozent der Frauen konsumieren als Hauptmahlzeit häufig „Fast Food“. Besonders in der jungen Bevölkerung sind solche Speisen beliebt. 36 Prozent der jungen Männer zwischen 15 und 19 Jahren und 32 Prozent der jungen Frauen greifen häufig zu Fertigpizza, Leberkäsemmel oder ähnlichem.
- Sowohl für Männer als auch für Frauen gilt: Unter den am höchsten Gebildeten werden am häufigsten „leichte Gerichte“ als Hauptmahlzeit konsumiert.
- Bei Männern und auch bei Frauen sind es vor allem die PflichtschulabsolventInnen, die häufig zu „Fast Food“ greifen.

4.3. Tabakkonsum

Im Rahmen der Welser Gesundheitsumfrage im Jahr 2008 wurden die Welserinnen und Welser gefragt, ob sie RaucherInnen sind oder nicht. Zwei Drittel der Befragten stufen sich selbst als NichtraucherInnen ein. Der NichtraucherInnenanteil setzt sich dabei aus 42 Prozent „echten

NichtraucherInnen“, die niemals geraucht haben, und 23 Prozent Ex-RaucherInnen zusammen. Etwa acht Prozent gaben an, gelegentlich zu rauchen. 27 Prozent der Befragten deklarierten sich als RaucherIn, d.h. gut ein Viertel der Welser Bevölkerung greift täglich zur Zigarette.

Abbildung 122: Tabakkonsum nach Alter



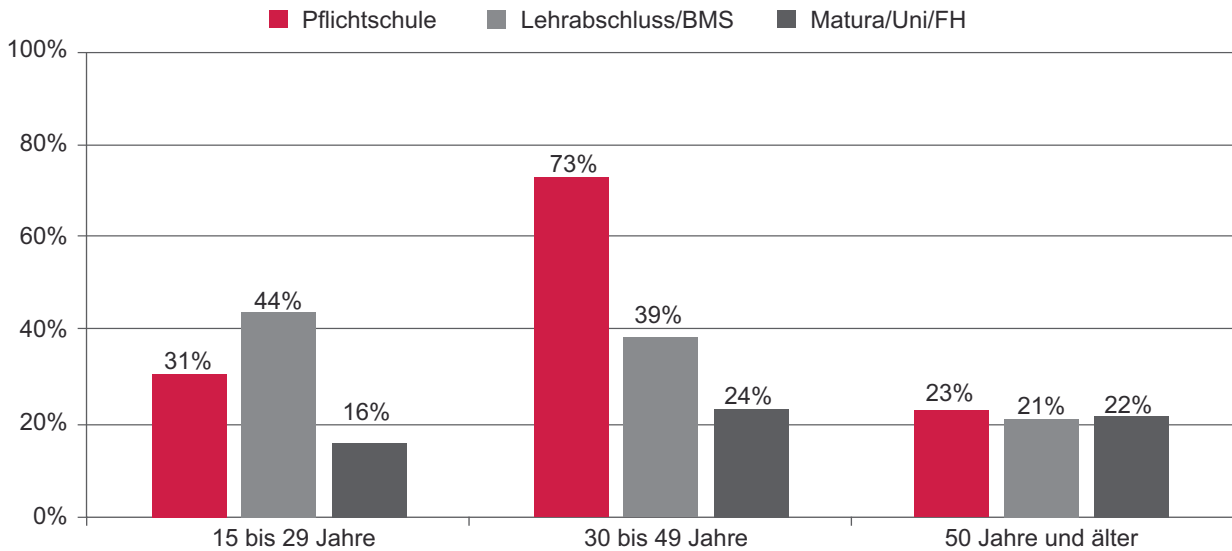
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.012

Insgesamt rauchen mehr Männer als Frauen. Bei den 15- bis 29-Jährigen ist jedoch kein Unterschied zwischen den Geschlechtern ersichtlich: Zählt man die täglichen RaucherInnen und die GelegenheitsraucherInnen zusammen, rauchen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen 41 Prozent. 49 Prozent der jungen Männer und 46 Prozent der jungen Frauen haben noch nie geraucht.

Bei den Männern sind in der mittleren Altersgruppe (zwischen 30 und 49 Jahren) mit 42 Prozent anteilmäßig die meisten Raucher zu finden. Bei den Frauen ist dieser Anteil in der gleichen Altersgruppe deutlich geringer (27 Prozent).

Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern ist der RaucherInnenanteil in der Altersgruppe 50 Jahre und älter am niedrigsten: 22 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen rauchen täglich. Auffallend ist der hohe Anteil an Ex-Rauchern bei den Männern in dieser Altersgruppe: 45 Prozent haben mit dem Rauchen aufgehört. 56 Prozent der Frauen in dieser Altersgruppe haben noch nie geraucht.

Abbildung 123: Raucher (tägliche) nach Alter und Schulbildung - Männer

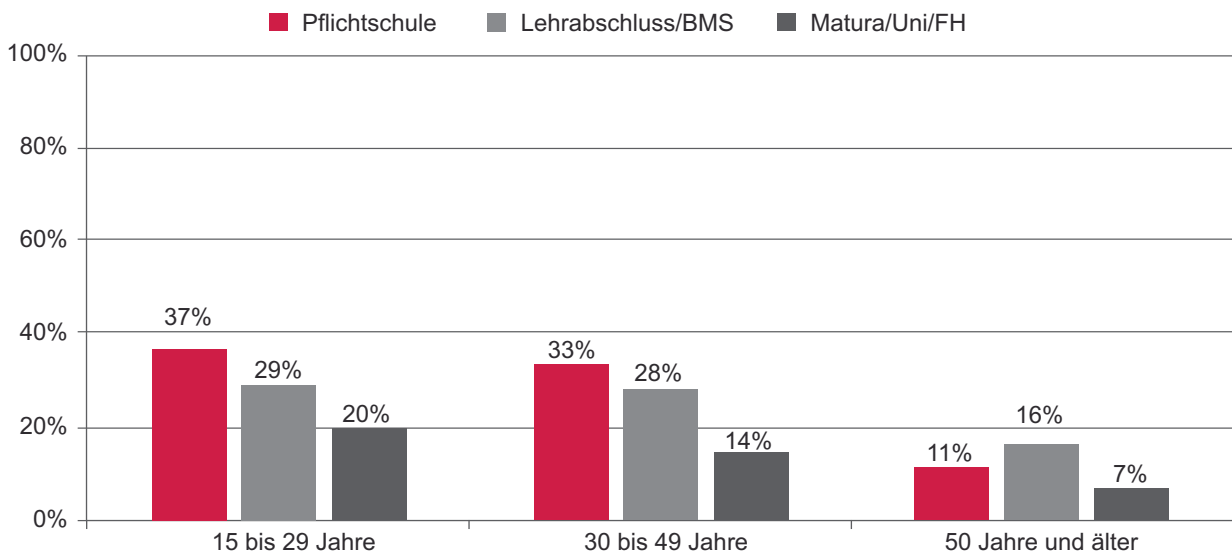


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=956

Bei den Jüngsten ist der Anteil der täglichen Raucher unter Männern mit mittlerer Bildung (Lehrabschluss/BMS) am höchsten (44 Prozent). Weiters greifen 31 Prozent der Pflichtschulabsolventen und 16 Prozent der Personen mit hoher Bildung (Matura/Uni/FH) dieser Altersgruppe täglich zur Zigarette.

Ungewöhnlich hoch ist der Raucheranteil bei den Pflichtschulabsolventen mittleren Alters: Fast drei Viertel rauchen täglich. Deutlich geringer sind in der mittleren Altersgruppe die Raucheranteile unter Männern mit mittlerer Bildung (39 Prozent) und Männern mit hoher Bildung (24 Prozent). Bei den über 50-jährigen Männern sind kaum Unterschiede festzumachen.

Abbildung 124: Raucherinnen (tägliche) nach Alter und Schulbildung - Frauen

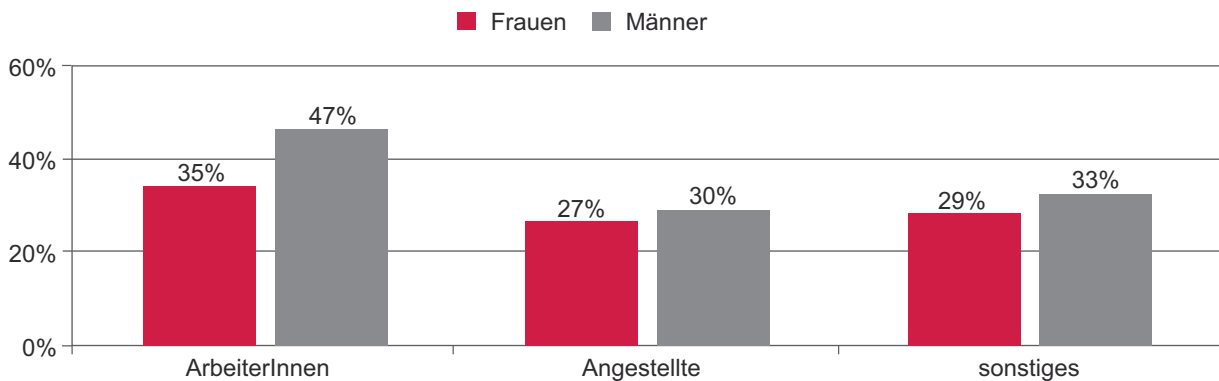


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.042

Bei den Frauen sinkt sowohl in der jüngsten als auch in der mittleren Altersgruppe der Raucherinnenanteil mit steigender Bildung. Bei den Pflichtschulabsolventinnen zwischen 15 und 29 Jahren rauchen 37 Prozent täglich. Bei den Frauen mit Lehrabschluss/BMS sind es 29 Prozent und bei den hoch gebildeten Frauen 20 Prozent. In der mittleren Altersgruppe raucht ein Drittel der Pflicht-

schulabsolventinnen, 28 Prozent der Frauen mit mittlerer und 14 Prozent der Frauen mit hoher Schulbildung. Bei Frauen über 50 Jahren ist der Anteil der täglichen Raucherinnen generell gering. Am höchsten ist er jedoch unter Frauen mit mittlerer Bildung (16 Prozent) und am niedrigsten bei den hoch Gebildeten (7 Prozent).

Abbildung 125: RaucherInnen (tägliche) nach beruflicher Stellung

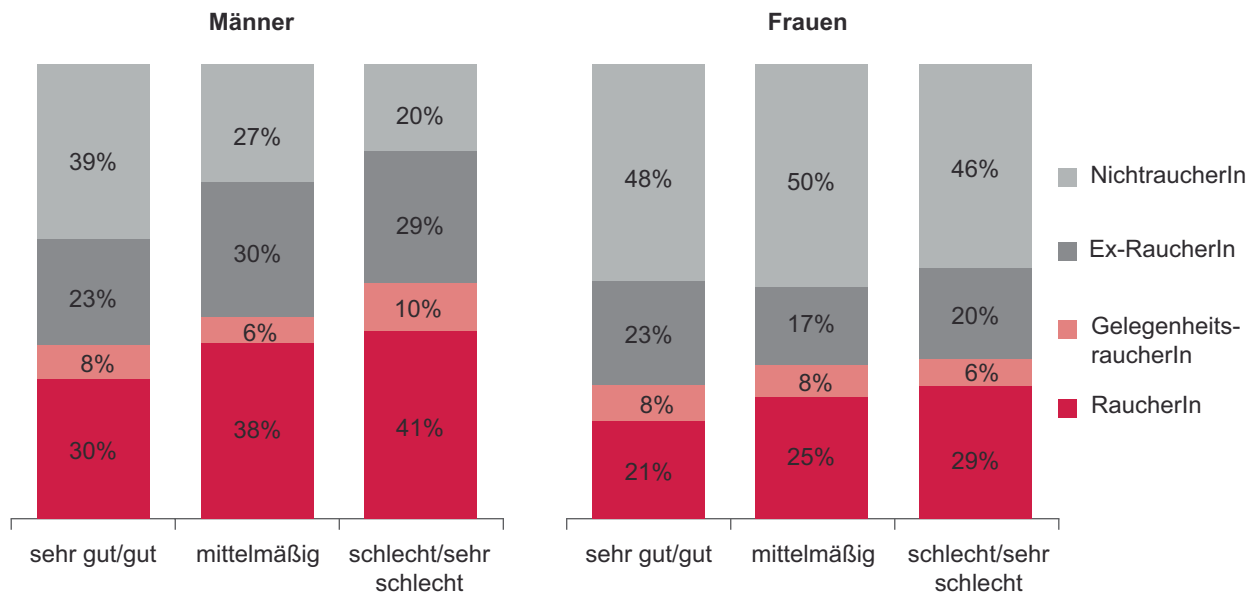


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.001; nur Personen, die derzeit berufstätig sind

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen ist der RaucherInnenanteil bei den ArbeiterInnen am größten: Fast die Hälfte der Arbeiter (47 Prozent) und 35 Prozent der

Arbeiterinnen rauchen täglich. Bei den Angestellten greifen 30 Prozent der Männer und 27 Prozent der Frauen täglich zur Zigarette.

Abbildung 126: Tabakkonsum und subjektiver Gesundheitszustand

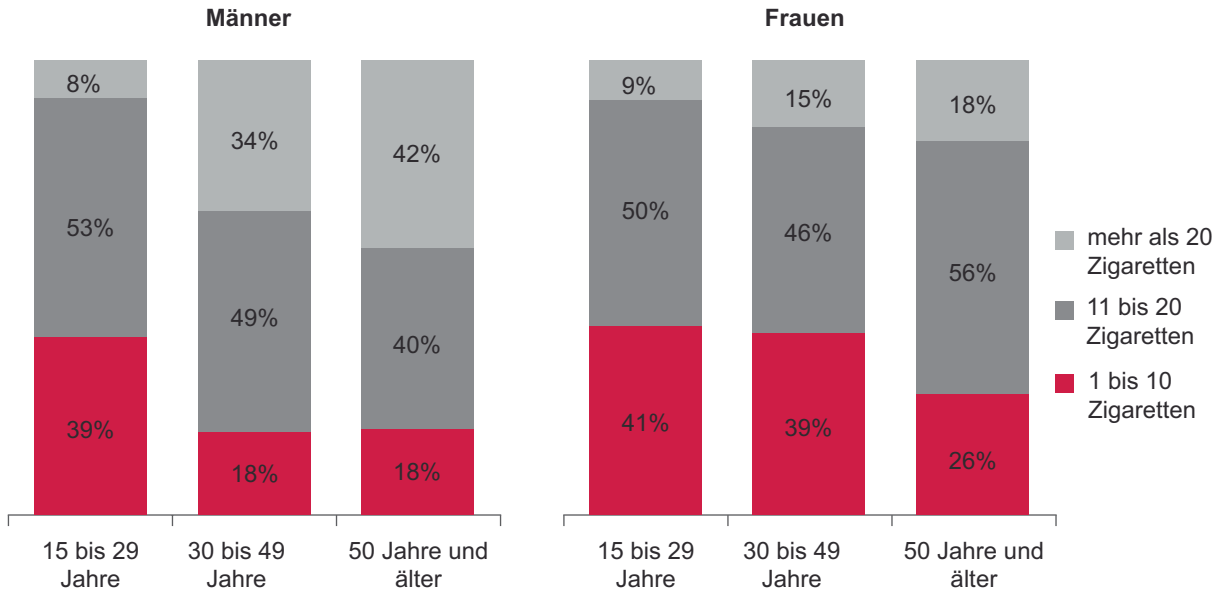


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.042;

Der RaucherInnenanteil ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit (sehr) schlechter Gesundheit höher, als bei Personen mit (sehr) guter Gesundheit. Umgekehrt ist

der NichtraucherInnenanteil bei den Personen mit (sehr) guter Gesundheit größer als bei den anderen.

Abbildung 127: Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag und Alter



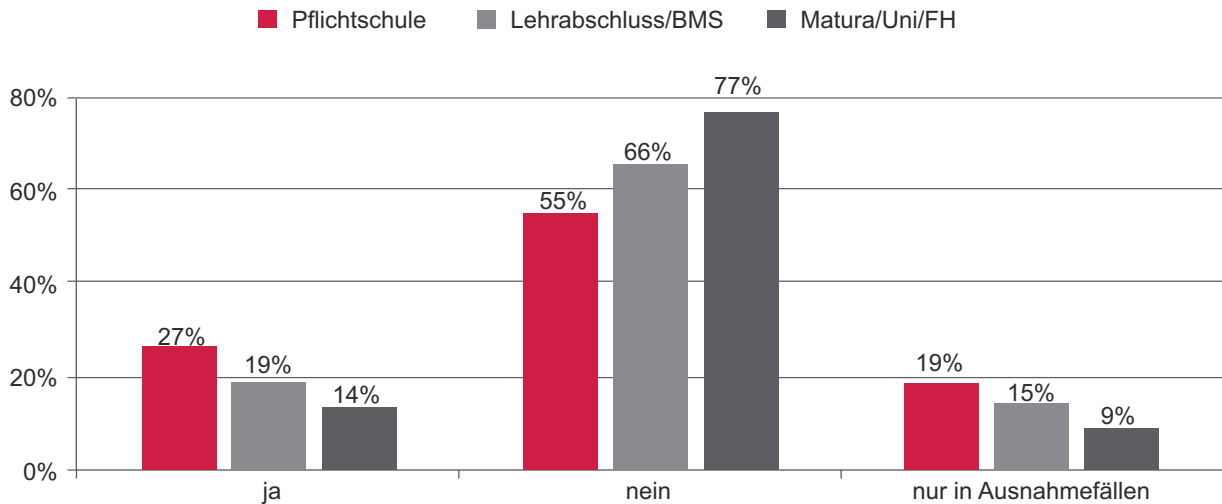
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=551; nur tägliche RaucherInnen

Sowohl bei den täglichen Rauchern als auch bei den täglichen Raucherinnen nimmt mit zunehmendem Alter der jeweilige Anteil der starken Raucher (über 20 Zigaretten pro Tag) zu: Acht Prozent aller jungen Raucher und neun Prozent aller jungen Raucherinnen greifen über 20 Mal täglich zum Glimmstängel. In der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen gelten 34 Prozent der täglich rauchenden Männer und 15 Prozent der täglichen Tabakkonsumentinnen als starke Raucher bzw. starke Raucherinnen. Sowohl bei den Rauchern als auch bei den Raucherinnen

(über) 50 Jahren ist der Anteil der Personen, die mehr als 20 Zigaretten pro Tag rauchen, am größten.

Unter den jungen rauchenden Männern konsumieren 39 Prozent bis zu zehn Zigaretten, 54 Prozent zwischen elf und 20 Zigaretten und acht Prozent mehr als 20 Zigaretten täglich. Bei den jungen Tabakkonsumentinnen rauchen 41 Prozent bis zu zehn Zigaretten, 50 Prozent zwischen elf und 20 Zigaretten und neun Prozent mehr als 20 Zigaretten täglich.

Abbildung 128: Rauchen in Wohnung nach Schulbildung

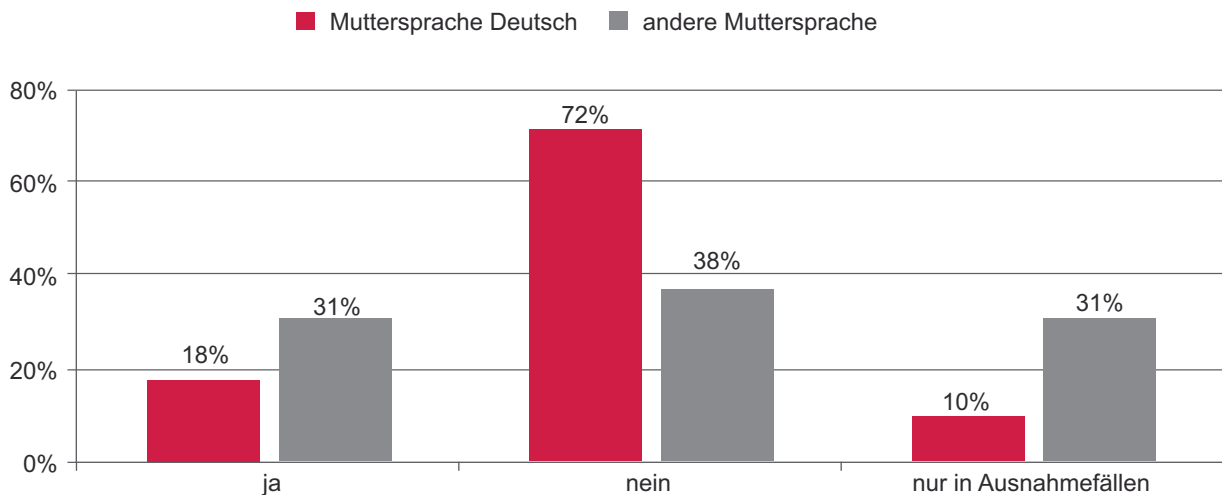


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.999;

Insgesamt leben 21 Prozent der WelserInnen in einer Wohnung/Haus, in der geraucht wird. Hinzu kommen 15 Prozent, wo nur in Ausnahmefällen in den Wohnräumen geraucht wird. In absolut rauchfreien Wohnungen leben 64 Prozent der WelserInnen. Deutliche Unterschiede

ergeben sich hinsichtlich des Bildungsgrades der Befragten: 27 Prozent der PflichtschulabsolventInnen leben in Wohnungen, in denen geraucht wird, während es bei hoch Gebildeten (Matura/Uni/FH) nur 14 Prozent sind.

Abbildung 129: Rauchen in Wohnung und Migrationshintergrund



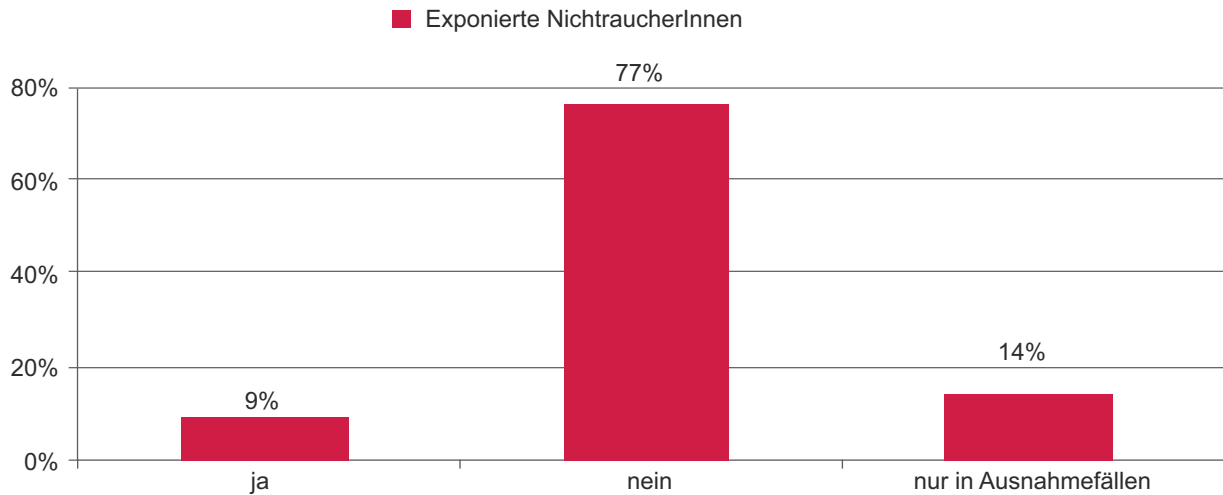
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.023;

Bei Befragten mit Migrationshintergrund wird in deutlich größerem Ausmaß in den eigenen vier Wänden geraucht (31 Prozent), als bei Befragten ohne Migrationshintergrund (18 Prozent). Bei weiteren 31 Prozent der Befragten mit Migrationshintergrund wird in Ausnahmefällen

geraucht. Fast drei Viertel der Befragten ohne Migrationshintergrund leben in rauchfreien Wohnungen, während dies nur auf 38 Prozent der Befragten mit Migrationshintergrund zutrifft.

GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN

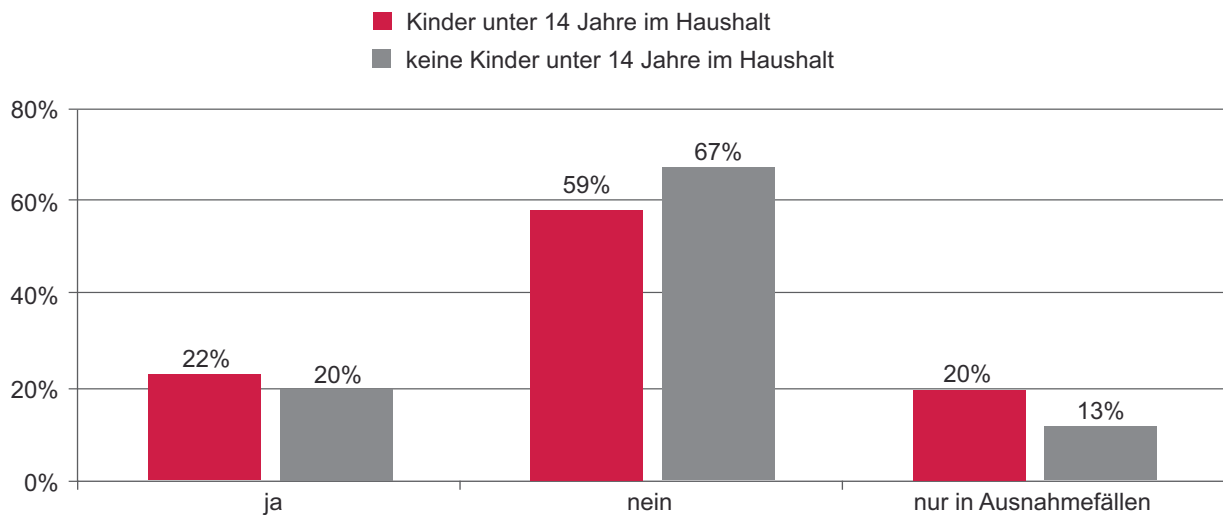
Abbildung 130: Rauchexposition von NichtraucherInnen in Wohnung



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.306; nur Personen, die nicht (mehr) Rauchen

Insgesamt leben neun Prozent der Nichtraucherinnen und Nichtraucher in einer Wohnung, in der geraucht wird. Weitere 14 Prozent sind nur in Ausnahmefällen Tabakrauch in der eigenen Wohnung ausgesetzt.

Abbildung 131: Rauchen in Wohnung und Kinder im Haushalt

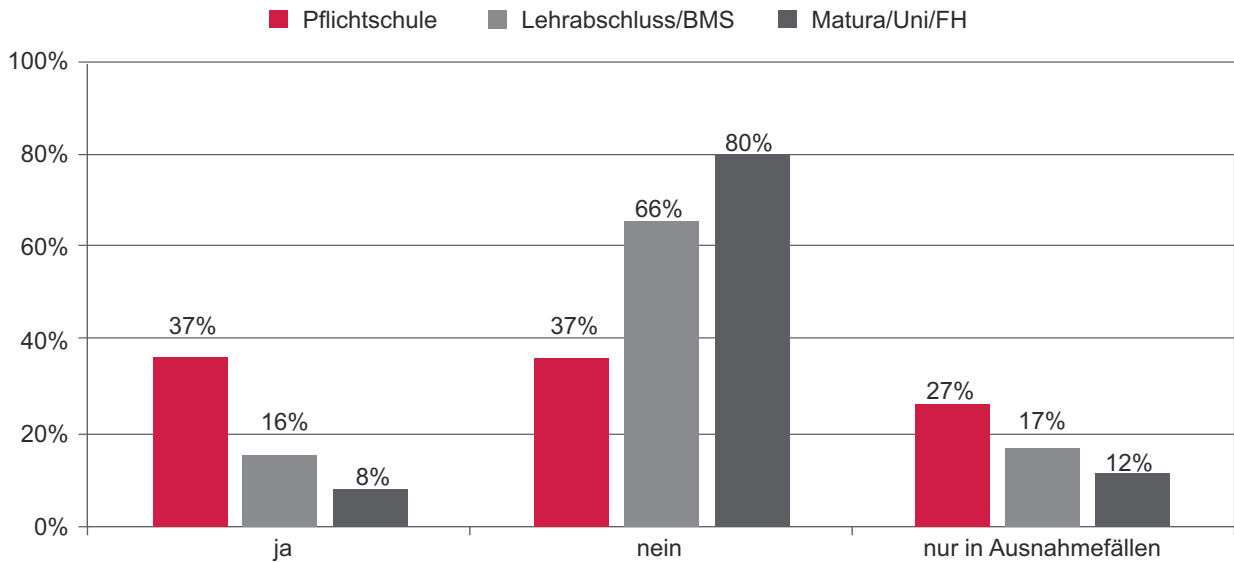


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.045

Besonders Kinder sollten vor Tabakrauch geschützt werden. 22 Prozent der Befragten mit Kindern unter 14 Jahren im gemeinsamen Haushalt geben an, dass in der Wohnung geraucht wird. In weiteren 20 Prozent wird nur

in Ausnahmefällen geraucht. 59 Prozent der Befragten mit Kindern unter 14 Jahren geben an, dass ihre Wohnung rauchfrei ist.

Abbildung 132: Rauchen in Wohnung und Kinder im Haushalt nach Schulbildung

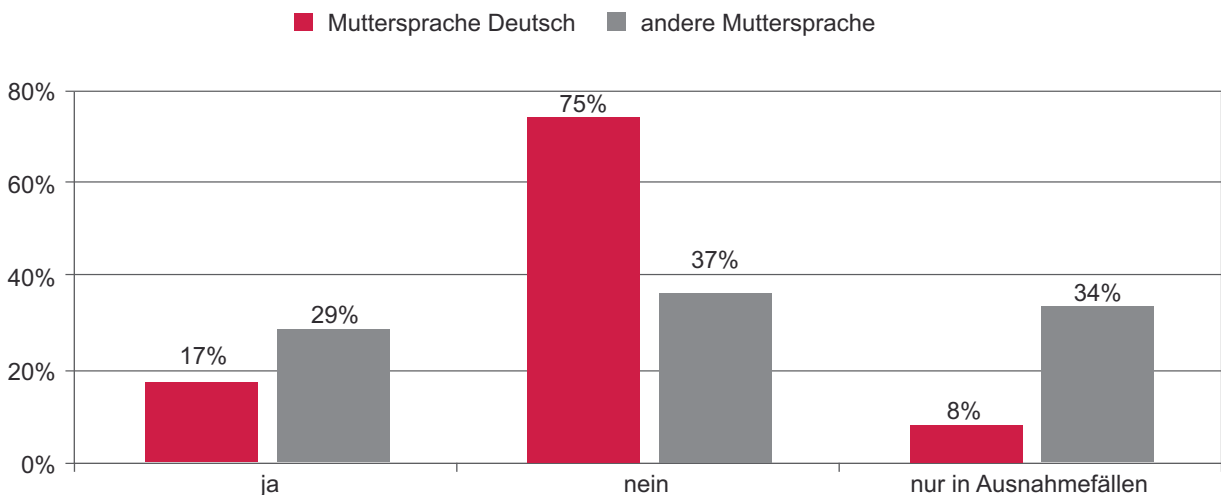


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=617; nur Personen mit Kindern unter 14 Jahren im Haushalt

Ob trotz Kindern unter 14 Jahren in der Wohnung geraucht wird, hängt sehr stark mit der Bildung der Befragten zusammen. Kinder, die in Haushalten mit niedriger Schulbildung der Eltern bzw. Familienangehörigen aufwachsen, sind eher Passivrauch ausgesetzt. Bei 37 Prozent der Befragten PflichtschulabsolventInnen wird in der Wohnung trotz Kindern unter 14 Jahren geraucht.

Bei Befragten mit hoher Schulbildung kommt dies nur in acht Prozent der Fälle vor. Umgekehrt sind 80 Prozent der Wohnungen von Befragten mit hoher Schulbildung und Kindern unter 14 Jahren im gemeinsamen Haushalt rauchfrei, während dies nur bei 37 Prozent der Befragten mit niedriger Schulbildung der Fall ist.

Abbildung 133: Rauchen in Wohnung und Kinder im Haushalt nach Migrationshintergrund



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=628; nur Personen mit Kindern unter 14 Jahren im Haushalt

29 Prozent der Befragten mit Migrationshintergrund und Kindern unter 14 Jahren im Haushalt geben an, dass in ihrer Wohnung geraucht wird. Das sind um 12 Prozent mehr als bei Befragten ohne Migrationshintergrund (17 Prozent). Während nur 37 Prozent der Befragten mit Migrationshintergrund und Kindern unter 14 Jahren im Haushalt in völlig rauchfreien Wohnungen leben, trifft dies auf drei

Viertel der Befragten ohne Migrationshintergrund zu. Zu berücksichtigen ist hier die insgesamt niedrigere Schulbildung von Personen mit Migrationshintergrund: Betrachtet man ausschließlich die Befragten mit niedriger Schulbildung verschwinden die Unterschiede bezüglich des Rauchens in der Wohnung trotz der Anwesenheit von Kindern zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund.

Fakten

- 65 Prozent der Welsler Befragten sind NichtraucherInnen. Der NichtraucherInnenanteil setzt sich aus 42 Prozent „echten“ NichtraucherInnen, die niemals geraucht haben, und 23 Prozent Ex-RaucherInnen zusammen.
- Insgesamt rauchen mehr Männer als Frauen. Bei den 15- bis 29-Jährigen ist jedoch kein Unterschied zwischen den Geschlechtern ersichtlich: Zählt man die täglichen RaucherInnen und die GelegenheitsraucherInnen zusammen, rauchen in dieser Altersgruppe sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen 41 Prozent.
- Als besonders auffällig erweisen sich Männer mit niedriger Bildung (Pflichtschulabschluss) und mittleren Alters (zwischen 30 und 49 Jahren): hier greifen 73 Prozent täglich zur Zigarette.
- Der RaucherInnenanteil ist unter den am höchsten gebildeten Männern und Frauen am geringsten.
- Vor allem bei den Männern ist der Raucheranteil unter Arbeitern (47 Prozent rauchen) deutlich höher, als bei Angestellten (30 Prozent rauchen). Bei den Frauen sind diese Unterschiede - wenn auch nicht so stark

- ebenfalls vorhanden (ArbeiterInnen: 35 Prozent RaucherInnen, Angestellte 27 Prozent RaucherInnen).

- Sowohl für Männer als auch für Frauen gilt: unter jenen Personen, die ihre subjektive Gesundheit als ungünstig einschätzen, ist der Anteil an RaucherInnen höher, als unter Personen mit besserer subjektiver Gesundheit.
- 27 Prozent der PflichtschulabsolventInnen leben in Wohnungen, in denen geraucht wird, während es bei hoch Gebildeten (Matura/Uni/FH) nur 14 Prozent sind.
- Bei nur 38 Prozent der Personen mit Migrationshintergrund wird in den Innenräumen nicht geraucht, während fast drei Viertel der Personen ohne Migrationshintergrund in rauchfreien Wohnungen leben.
- In einem Fünftel der Fälle, bei denen Kinder unter 14 Jahren im Haushalt wohnen, wird in den Innenräumen geraucht. Dabei sind Kinder, die in Haushalten mit niedriger Schulbildung der Eltern bzw. Familienangehörigen aufwachsen, deutlich häufiger Passivrauch in den eigenen vier Wänden ausgesetzt.

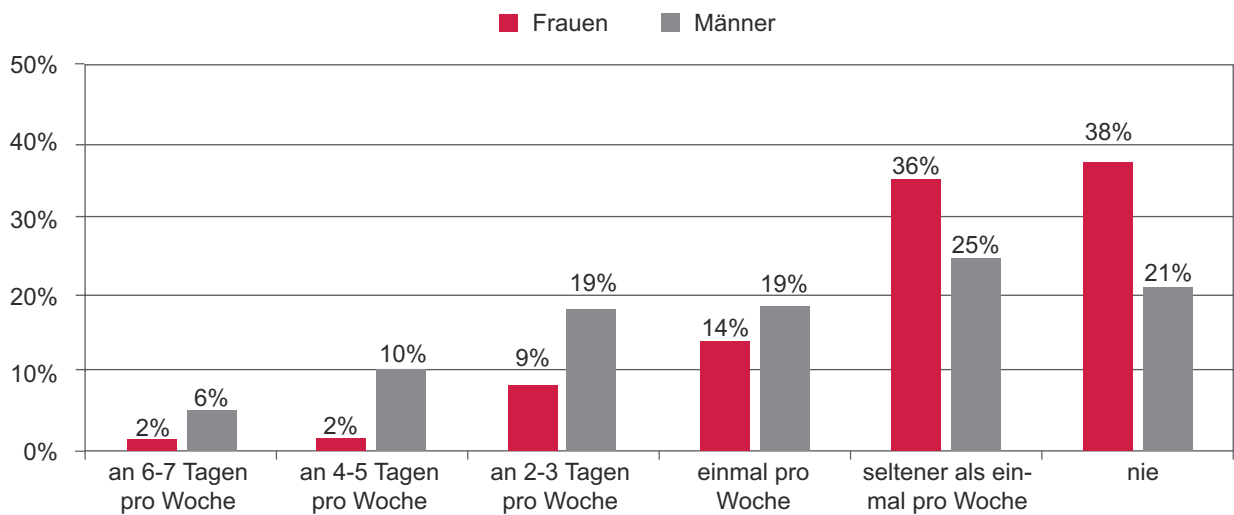
4.4. Alkohol

Im Rahmen der Welser Gesundheitsbefragung 2008 wurden die Welser BürgerInnen gefragt, wie oft sie Alkohol konsumieren. Die konkrete Frage lautete: „Was würden Sie über Ihren Alkoholkonsum sagen? An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol?“

Sechs Prozent der Männer und nur zwei Prozent der Frauen geben an, an sechs bis sieben Tagen pro Woche Alkohol zu konsumieren. Weitere zehn Prozent der Männer und

zwei Prozent der Frauen trinken an vier bis fünf Tagen pro Woche Alkohol. 19 Prozent der Männer und 9 Prozent der Frauen trinken an zwei bis drei Tagen in der Woche alkoholische Getränke. Einmal pro Woche greifen 19 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen zu Alkoholischem. Ein Viertel der Männer und 36 Prozent der Frauen trinken seltener als einmal pro Woche Alkohol. Als abstinent gelten ein Fünftel der Welser Männer und 38 Prozent der Frauen: Sie geben an, nie Alkohol zu trinken.

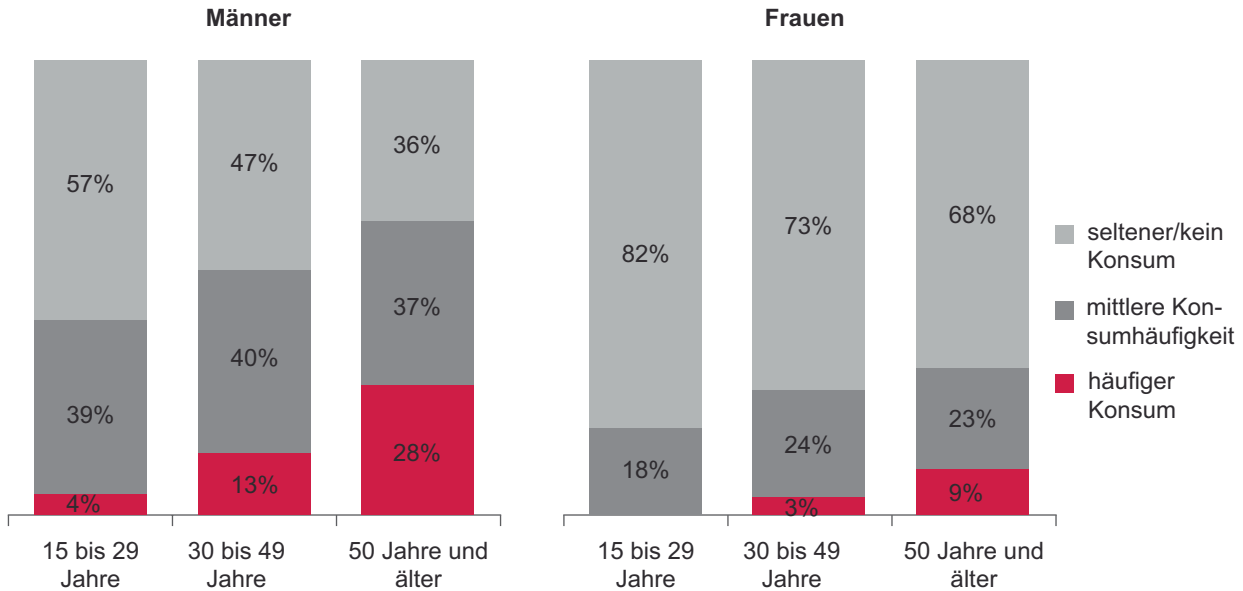
Abbildung 134: Alkoholkonsum (Frequenz) nach Geschlecht



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.032

GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN

Abbildung 135: Alkoholkonsum (Frequenz) nach Alter und Geschlecht

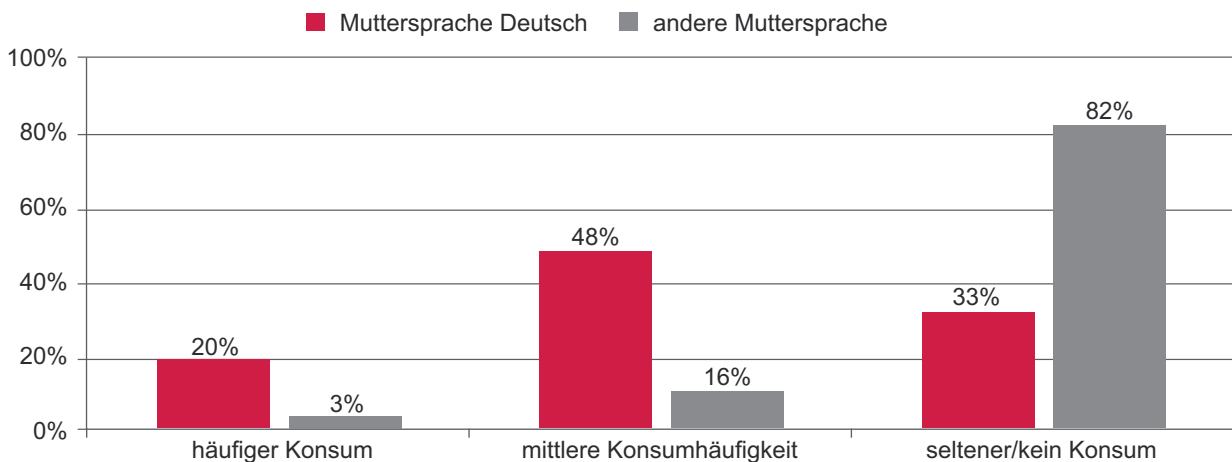


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.025; („häufiger Konsum“ = an 4 bis 7 Tagen pro Woche, „mittlere Konsumhäufigkeit“ = an 1 bis 3 Tagen pro Woche, „seltener/kein Konsum“ = seltener als einmal pro Woche oder nie)

Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Personen zu, die eine hohe Frequenz beim Alkoholkonsum aufweisen. Dies trifft auf Männer wie auch auf Frauen zu, wenn auch auf unterschiedlichem Niveau. Unter den jungen Männern gibt es laut Selbstangabe nur vier Prozent, die häufig in der Woche Alkohol konsumieren. Frauen dieses Alters trinken überhaupt nicht an vier bis sieben Tagen pro Woche. In der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen weisen 13 Prozent der Männer und drei Prozent der Frau-

en einen häufigen Konsum auf. 28 Prozent der (über) 50-jährigen Männer und neun Prozent der Frauen gleichen Alters trinken an vier bis sieben Tagen in der Woche Alkohol. Der Anteil der abstinenten oder seltenen Konsumenten ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen in der jüngsten Altersgruppe am größten: 58 Prozent der jungen Männer und 82 Prozent der jungen Frauen zwischen 15 und 29 Jahren konsumieren selten oder nie Alkohol.

Abbildung 136: Alkoholkonsum (Frequenz) und Migrationshintergrund - Männer

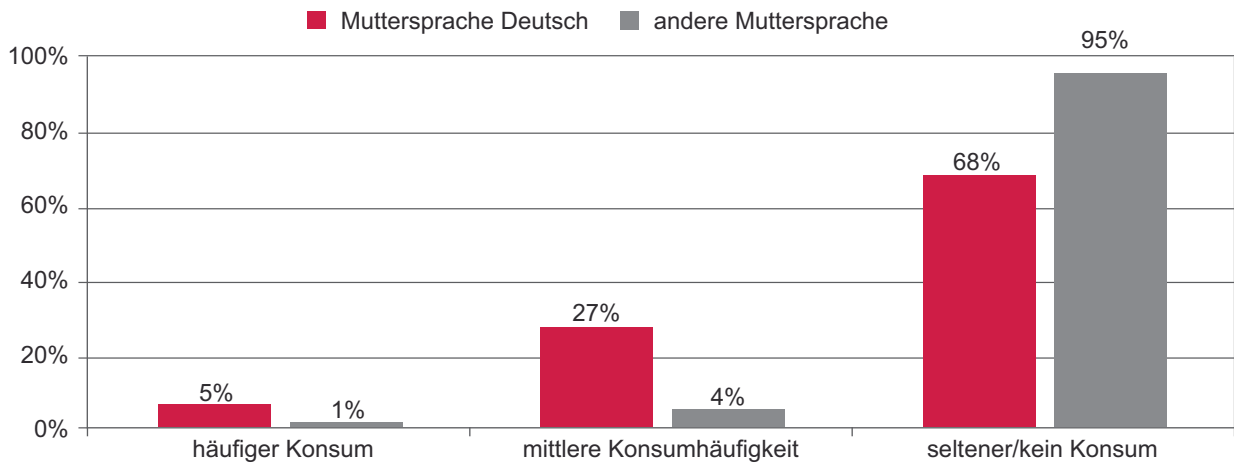


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=968; nur Männer

Männer mit Migrationshintergrund trinken deutlich seltener Alkohol als Männer ohne Migrationshintergrund. Dies ist in erster Linie wohl auf religiöse Überzeugungen zurückzuführen. Was seltenen Alkoholkonsum bzw. Abstinenz betrifft stehen 82 Prozent der Männer mit Migra-

tionshintergrund einem Drittel der Männer ohne Migrationshintergrund gegenüber. Ein Fünftel der Männer ohne Migrationshintergrund weisen einen häufigen Alkoholkonsum auf. Bei Männern mit nicht deutscher Muttersprache sind es nur drei Prozent.

Abbildung 137: Alkoholkonsum (Frequenz) und Migrationshintergrund - Frauen



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.053; nur Frauen

Frauen unterscheiden sich bei der Frequenz des Alkoholkonsums deutlich von Männern. Betrachtet man nur die Frauen, so können auch innerhalb des Geschlechts deutliche Unterschiede festgestellt werden. Zum Beispiel hinsichtlich des Migrationshintergrundes: 95 Prozent der

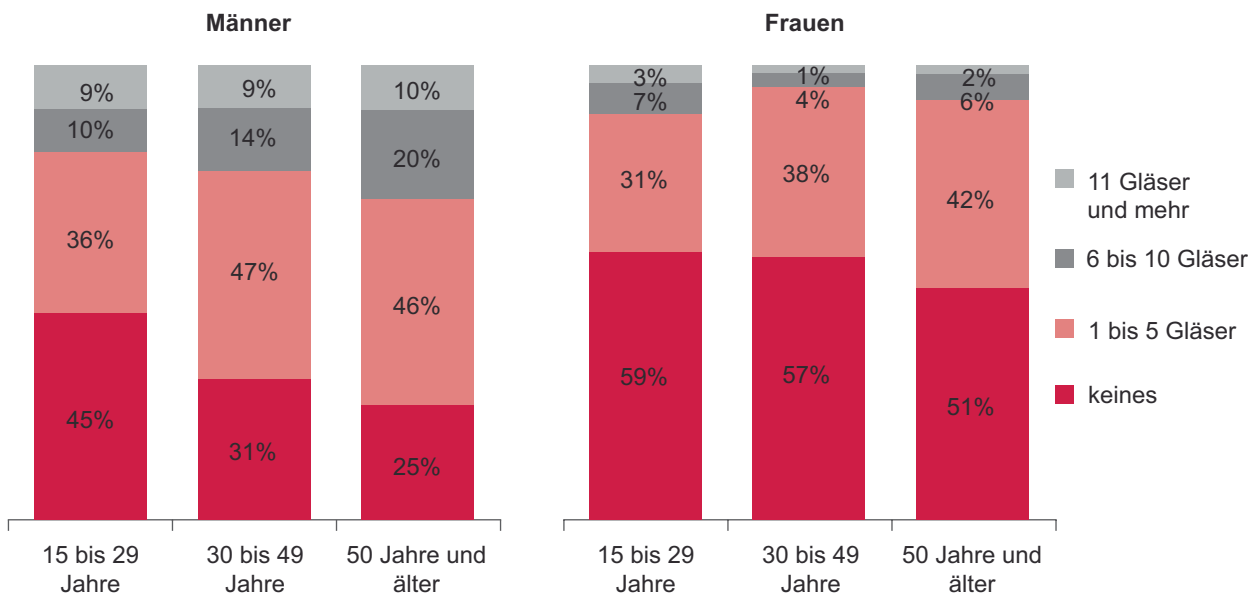
Frauen mit Migrationshintergrund trinken nie oder selten Alkohol, während dies auf „nur“ 68 Prozent der Frauen mit deutscher Muttersprache zutrifft. Einen häufigen Konsum weisen 5 Prozent der Frauen ohne und ein Prozent der Frauen mit Migrationshintergrund auf.

GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN

Zusätzlich zur Alkoholfrequenz wurde im Rahmen der Welser Gesundheitsumfrage 2008 auch nach der Konsummenge gefragt: „Wenn Sie an die vergangenen sieben Tage denken: Wie viele Gläser alkoholischer Getränke haben Sie insgesamt konsumiert“.

Knapp zehn Prozent der befragten Männer konsumierten in einem Zeitraum von sieben Tagen elf oder mehr Gläser Alkohol. Bei den Frauen kommen etwa zwei Prozent der Befragten auf diese Menge.

Abbildung 138: konsumierte Alkoholmenge (in letzten 7 Tagen) nach Alter und Geschlecht



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.964;

Der Anteil der Personen, die angeben, in den letzten sieben Tagen keine alkoholischen Getränke zu sich genommen zu haben, ist sowohl bei den Männern (45 Prozent) als auch bei den Frauen (59 Prozent) der jüngsten Altersgruppe am größten. Jeweils eine relative Mehrheit der mittleren (47 Prozent) und ältesten betrachteten Al-

tersgruppe (46 Prozent) der Männer konsumierte in dem fragten Zeitraum von sieben Tagen zwischen einem und fünf Gläsern Alkohol. Bei den Frauen sind diese Anteile bei der mittleren Altersgruppe mit 38 Prozent und bei den Befragten ab 50 Jahren mit 42 Prozent etwas geringer.

Fakten

- Sechs Prozent der befragten Männer und zwei Prozent der Frauen geben an, an sechs bis sieben Tagen pro Woche Alkohol zu konsumieren. Weitere zehn Prozent der Männer und zwei Prozent der Frauen konsumieren an vier bis fünf Tagen pro Woche Alkohol.
- 21 Prozent der Männer und 38 Prozent der Frauen leben abstinent.
- Der Anteil an Personen, die eine hohe Konsumhäufigkeit aufweisen, ist in den älteren Alterssegmenten größer als in den jüngeren.
- Männer mit Migrationshintergrund trinken deutlich seltener Alkohol als Männer ohne Migrationshintergrund.

5. VERSORGLUNG

5.1. Krankenversorgung in Wels

5.1.1. Krankenanstalten

In der Versorgungsregion Wels³⁶ befinden sich folgende Krankenanstalten:³⁷

- Klinikum Wels-Grieskirchen (Landesfonds, mit Öffentlichkeitsrecht)³⁸
- Privatklinik St. Stephan Wels (PRIKRAF, ohne Öffentlichkeitsrecht)
- Pflegeanstalt für chronisch psychisch Kranke in der Justizanstalt Wels (nicht gemeinnützig, ohne Öffentlichkeitsrecht)

Die meisten Betten in Welser Fonds-Krankenanstalten sind im Bereich der Inneren Medizin, gefolgt von Chirurgie und Unfallchirurgie zu finden.

Für das Jahr 2007 weist der Österreichische Strukturplan Gesundheit folgende Betten auf:

Tabelle 3: Akutbetten in der Versorgungsregion Zentralraum Wels 2007

Bettenführende Einheit	Betten 2007
Intensivmedizin bzw. Intensivbereich	51
Chirurgie	166
Innere Medizin	350
Gynäkologie und Geburtshilfe	98
Neurologie	36
Psychiatrie	65
Dermatologie	46
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	40
Urologie	44
Pulmologie	65
Orthopädie und orthopädische Chirurgie	78
Unfallchirurgie	122
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	16
Gemischter Belag	48
Akutgeriatrie/Remobilisation	44
Psychosomatik	12
Summe	1.384

Quelle: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2008, Planungsmatrix

³⁶ Bezirke Wels-Stadt, Wels-Land, Grieskirchen und Eferding

³⁷ Bundesministerium für Gesundheit

³⁸ Bis 31.12.07: Klinikum Kreuzschwestern Wels und A.ö. Krankenhaus St. Franziskus Grieskirchen GmbH

5.2. Ärztliche Versorgung

Insgesamt gibt es in der Stadt Wels 196 niedergelassene ÄrztInnen, die sich wie folgt auf die Fachrichtungen aufteilen:

Tabelle 4: ÄrztInnen in Wels nach Fachrichtungen

	§-2-Kassen	sonstige Kassen	keine Kassen
Allgemeinmedizin	27	4	16
Zahnheilkunde	14	-	14
Gynäkologie und Geburtshilfe	7	2	5
Augenheilkunde	4	-	6
Haut- und Geschlechtskrankheiten	3	-	2
Kinderheilkunde	4	-	6
Lungenheilkunde	2	1	3
Innere Medizin	6	4	8
HNO	2	2	1
Orthopädie	4	1	4
Radiologie	3	1	2
Urologie	2	1	1
Neurologie und Psychiatrie	1	2	1
Chirurgie	2	-	1
Medi. chem. Labordiagnostik	2	-	-
Psychiatrie und Neurologie	1	-	1
Unfallchirurgie	-	-	5
Psychiatrie	-	-	1
Psychiatrie und psychotherap. Medizin	1	1	1
Anästhesiologie	-	-	3
Neurochirurgie	-	-	1
Neurologie	-	-	1
Physikalische Medizin	-	-	1
Plastische Chirurgie	-	-	3
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	-	-	4
Arbeitsmedizin	-	-	1
Summe	85	19	92

Quelle: Ärztekammer Oberösterreich, Zahnärztekammer Oberösterreich

Betrachtet man die gesamte Versorgungsregion Zentralraum Wels (Bezirk Wels-Stadt, Bezirk Wels-Land, Eferding und Grieskirchen), so zeigt sich, dass laut österreichischem Strukturplan Gesundheit 2008 262 ÄrztInnen (Vollzeitäquivalente) im niedergelassenen Bereich und

351,6 im Bereich Ambulanzen/Ambulatorien den Beruf ausüben. Sowohl im niedergelassenen wie im ambulanten Bereich ist der Großteil der ÄrztInnen den Richtungen Allgemeinmedizin und Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zuzuordnen.³⁹

³⁹ÖBIG 2009

5.3. Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung

Nach dem Österreichischen Strukturplan 2008 zeigt sich für die Versorgungsregion Zentralraum Wels (Wels-Stadt, Wels-Land, Grieskirchen, Eferding) folgendes Bild in Bezug auf TherapeutInnen:

Tabelle 5: TherapeutInnen in der Versorgungsregion Wels 2007

	Personalangebot 2007
Physiotherapie	78
Logopädie	17
Ergotherapie	9
Psychotherapeuten	66
Klinische Psychologen/Gesundheitspsychologen	48

Quelle: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2008, Planungsmatrix

Im Bereich der psychosozialen Dienste gibt es 18 Wohneinrichtungen, 6 tagesstrukturierende Einrichtungen und vier psychosoziale Beratungsstellen.

Tabelle 6: Psychosoziale Dienste in der Versorgungsregion Wels 2007

	Plätze 2007	Einrichtungen 2007
Psychosoziale Beratung und Betreuung	-	4
Wohneinrichtungen	72	18
tagesstrukturierende Einrichtungen	88	6
Klubeinrichtungen	-	1

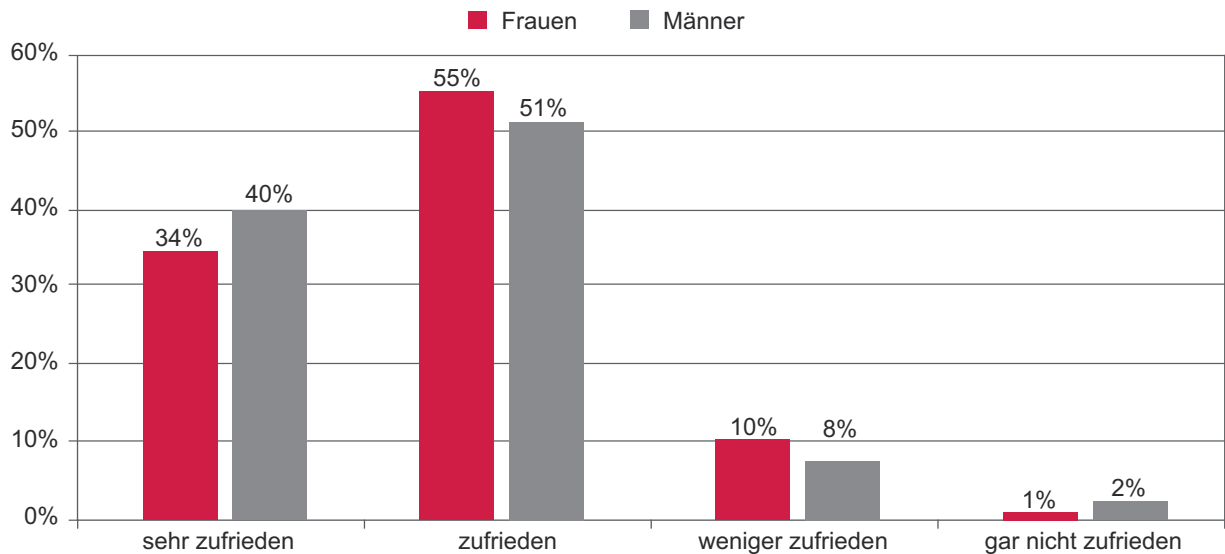
Quelle: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2008, Planungsmatrix

5.4. Zufriedenheit mit der Versorgung

Die Bevölkerung stellt der medizinischen Versorgung in der Stadt Wels ein sehr gutes Zeugnis aus: 89 Prozent der Befragten sind mit der medizinischen Versorgung in Wels

„(sehr) zufrieden“. Nur knapp zehn Prozent sind „weniger“ oder „gar nicht zufrieden“.

Abbildung 139: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung

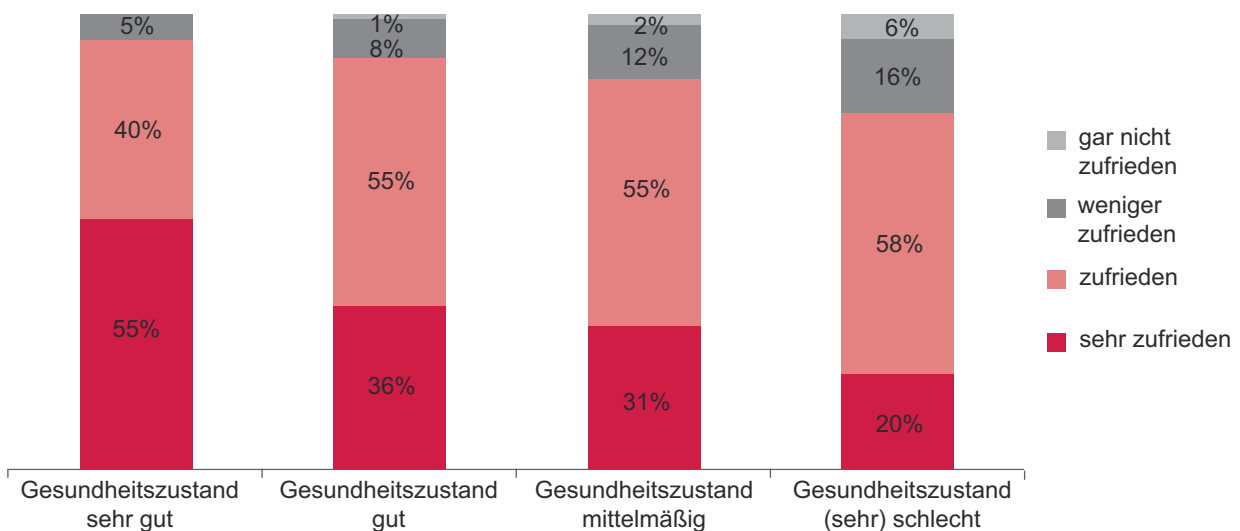


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.035;

Männer sind mit der medizinischen Versorgung etwas zufriedener als Frauen. 40 Prozent der Welser und 34 Pro-

zent der Welserinnen zeigen sich mit der medizinischen Versorgung uneingeschränkt zufrieden.

Abbildung 140: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung nach subjektiver Gesundheit

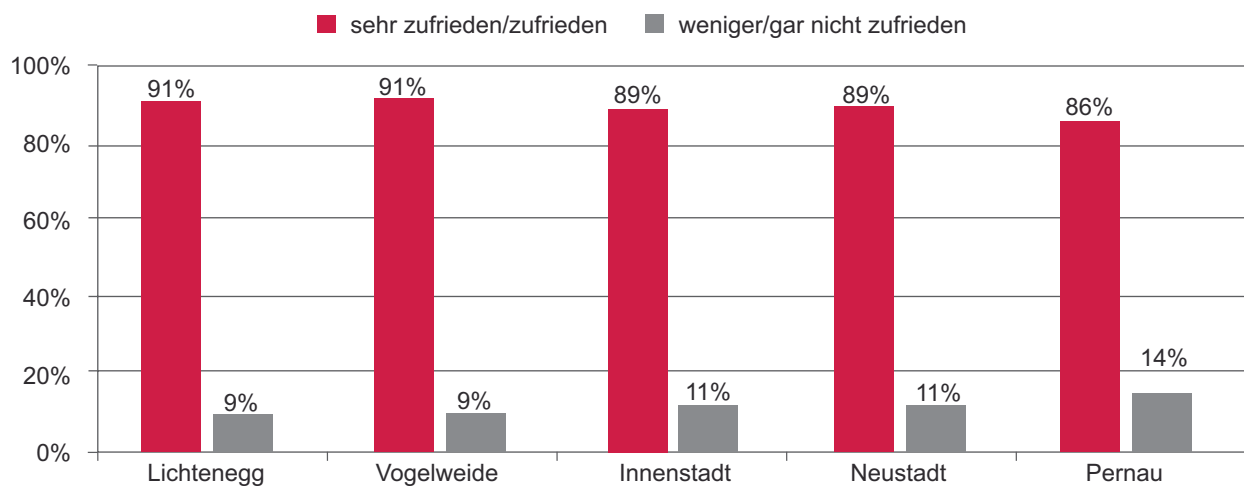


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.041;

Die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung variiert je nach subjektivem Gesundheitszustand der Befragten. Je schlechter der eigene Gesundheitszustand, desto unzufriedener sind die befragten Personen mit der medizinischen Versorgung. 95 Prozent der Personen mit sehr gutem Gesundheitszustand sind mit der medizini-

schen Versorgung „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“. Nur fünf Prozent sind „weniger zufrieden“. Unter den Personen mit „(sehr) schlechtem“ subjektivem Gesundheitszustand beträgt der Anteil jener, die mit der medizinischen Versorgung „weniger“ oder „gar nicht zufrieden“ sind, 22 Prozent.

Abbildung 141: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung nach Stadtteilen



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.968;

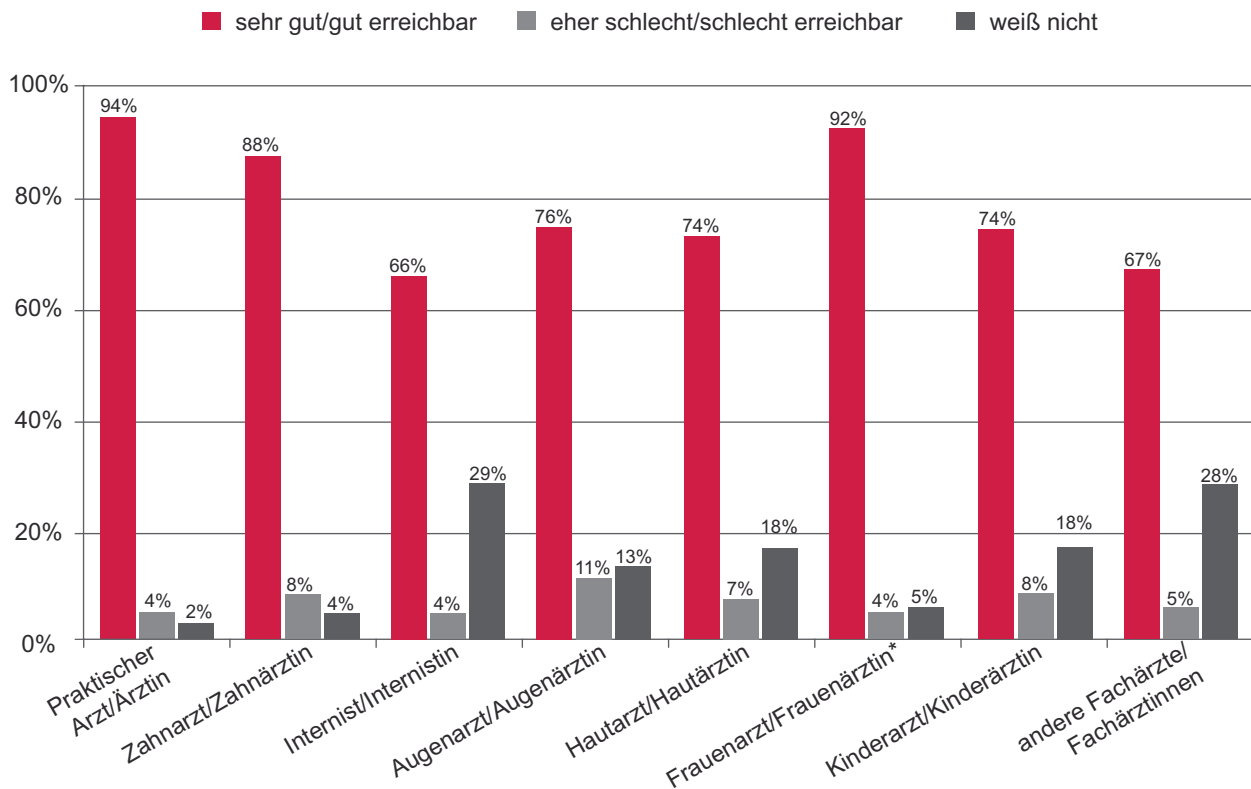
Insgesamt zeigen sich in der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung keine signifikanten Unterschiede nach den Wohnorten der Befragten.

VERSORGUNG

Die Bevölkerung wurde im Rahmen der Welser Gesundheitsumfrage 2008 gefragt, wie gut verschiedene Ärzte/Ärztinnen erreichbar sind. Die konkrete Frage lautete:

„Wenn Sie an die Wege zu den unten angegebenen Ärzten/Ärztinnen denken: Wie gut sind diese für Sie erreichbar?“

Abbildung 142: Erreichbarkeit von Ärzten/Ärztinnen

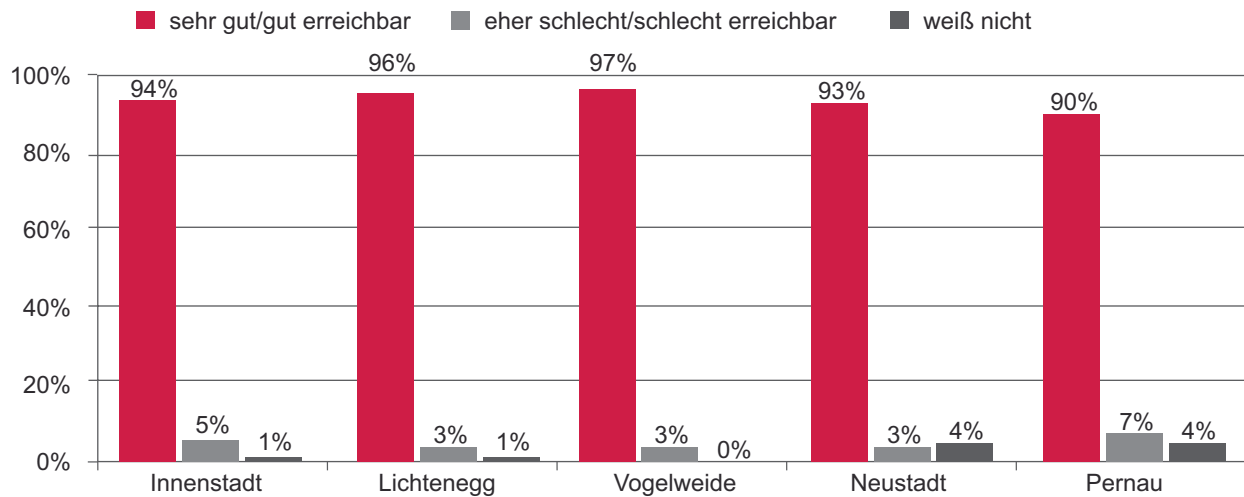


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.037; (* Frauenarzt/Frauenärztin: nur Frauen)

Insgesamt sind die Ärzte/Ärztinnen der einzelnen Fachrichtungen in Wels sehr gut erreichbar. Für 94 Prozent ist ein Praktischer Arzt/eine Praktische Ärztin „sehr gut erreichbar“ oder „eher gut erreichbar“. Selbiges geben 92 Prozent der befragten Frauen in Bezug auf FrauenärztInnen und 88 Prozent der Bevölkerung bezüglich ZahnärztInnen an. Die niedrigeren Werte für eine gute

Erreichbarkeit von InternistInnen (66 Prozent), HautärztInnen (74 Prozent) oder KinderärztInnen (74 Prozent) dürften schlicht daraus resultieren, dass diese Ärzte und Ärztinnen von manchen bisher nicht oder selten aufgesucht bzw. benötigt wurden/werden. (Bei diesen Fachrichtungen wurde von den Befragten sehr häufig die Kategorie „weiß nicht“ angegeben.)

Abbildung 143: Erreichbarkeit von Praktischem/r Arzt/Ärztin nach Stadtteil

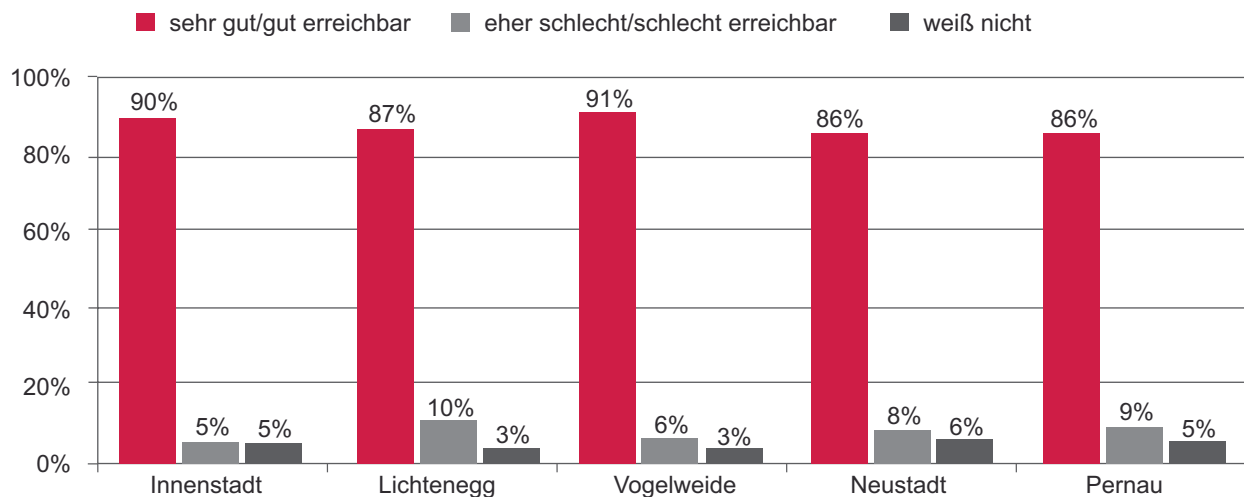


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.968;

Insgesamt ist die Erreichbarkeit eines Praktischen Arztes bzw. einer Praktischen Ärztin in allen Welser Stadtteilen sehr hoch. Minimal schlechter als in den übrigen Stadt-

teilen dürfte die Situation in Pernau sein: Für sieben Prozent ist ein Praktischer Arzt/Praktische Ärztin „eher schlecht/sehr schlecht erreichbar“.

Abbildung 144: Erreichbarkeit von Zahnärzten/Zahnärztinnen nach Stadtteilen



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.863;

Auch die Erreichbarkeit von Zahnärzten/Zahnärztinnen wird von der überwiegenden Mehrheit der Welser BürgerInnen als „sehr gut“ oder „gut“ beurteilt. In den

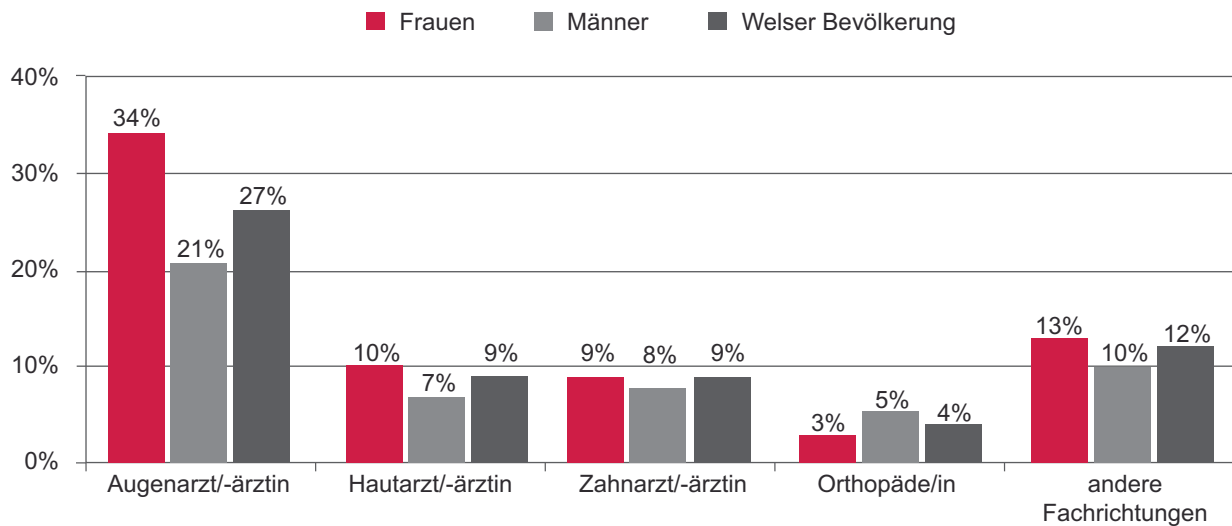
Stadtteilen Lichtenegg, Pernau und Neustadt wird die Erreichbarkeit minimal schlechter als in den Stadtteilen Vogelweide und der Innenstadt bewertet.

VERSORGUNG

Im Zuge der Welser Gesundheitsumfrage 2008 wurden die Bürgerinnen und Bürger gefragt, ob sie schon einmal über die Wartezeit auf einen Termin bei einem Facharzt

bzw. einer Fachärztin verärgert waren. 57 Prozent der Bevölkerung bejahten diese Frage (Männer 52 Prozent; Frauen 61 Prozent).

Abbildung 145: Verärgerung (jemals) über Wartezeit auf einen Termin



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.064;

Insgesamt geben 27 Prozent der Welser Bevölkerung an, bereits einmal über eine lange Wartezeit für einen Termin bei einem/einer Augenarzt/-ärztin verärgert gewesen zu sein. Frauen (34 Prozent) waren deutlich häufiger

verärgert als Männer (21 Prozent). Jeweils neun Prozent waren über die Wartezeit auf einen Termin bei DermatologInnen und ZahnärztInnen verärgert.

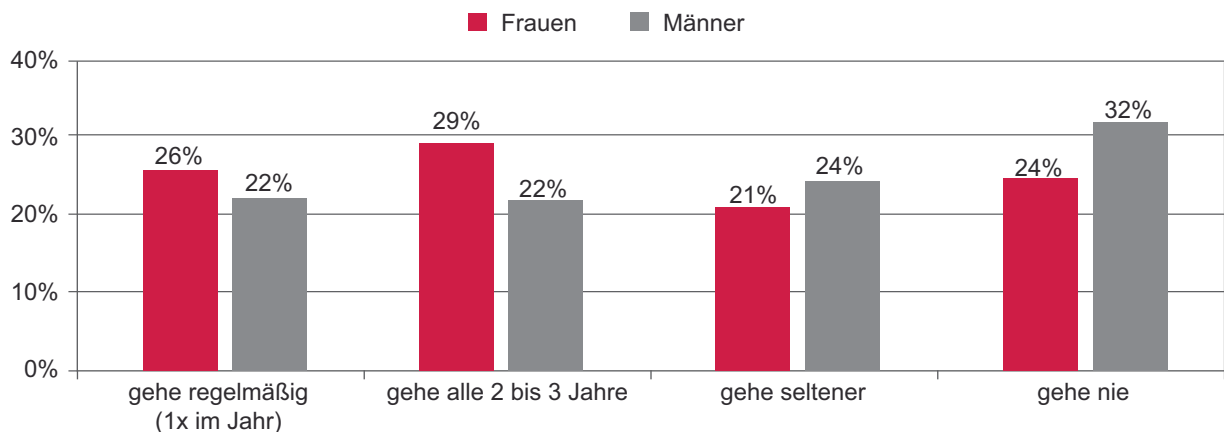
Fakten

- In der Versorgungsregion Wels gibt es drei Krankenanstalten.
- In den Welser Krankenanstalten gibt es in Summe 1.384 Akutbetten.
- 89 Prozent der Befragten sind mit der medizinischen Versorgung in Wels „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“. Dabei gibt es keine signifikanten Unterschiede nach Stadtteilen.
- Die Ergebnisse der Gesundheitsumfrage zeigen, dass die Ärzte/Ärztinnen der einzelnen Fachrichtungen in Wels für die Bevölkerung sehr gut erreichbar sind.
- 27 Prozent der Befragten waren schon einmal über die Wartezeit für einen Termin bei einem/einer Augenarzt/-ärztin verärgert. Bei allen anderen Fachrichtungen sind diesbezügliche Verärgerungen deutlich seltener der Fall.

5.5. Vorsorgeuntersuchung

Insgesamt geht rund ein Viertel der Welser Bevölkerung ein Mal pro Jahr zu einer Vorsorgeuntersuchung. Wobei dieser Anteil bei den Frauen (26 Prozent) größer ist als bei den Männern (22 Prozent).

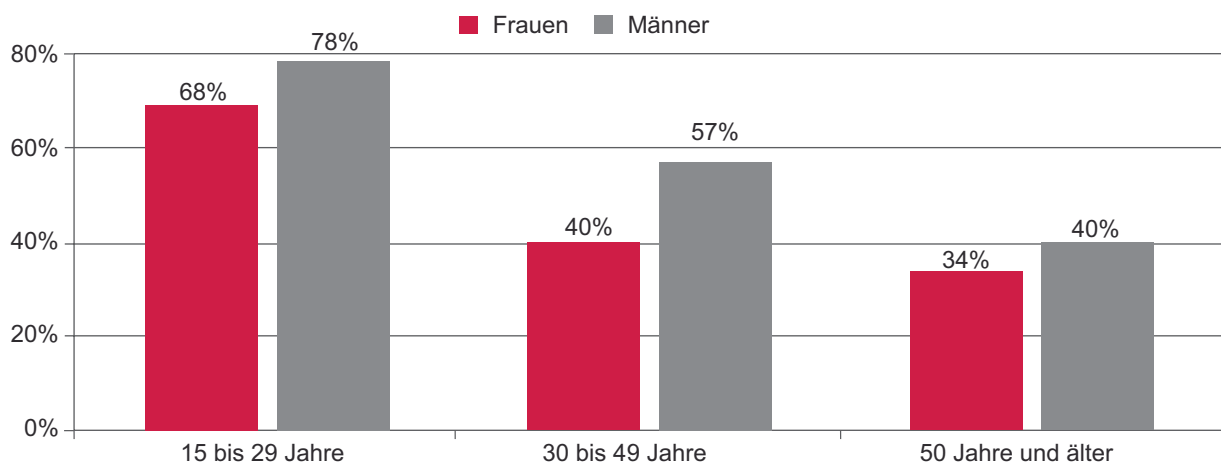
Abbildung 146: Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.006;

Weitere 22 Prozent der Männer und 29 Prozent der Frauen gehen alle zwei bis drei Jahre zu einer Vorsorgeuntersuchung. Insgesamt 56 Prozent der Männer und 45 Prozent der Frauen gehen seltener oder überhaupt nicht zu einer Vorsorgeuntersuchung.

Abbildung 147: Vorsorgeuntersuchung (seltener/nie) nach Alter

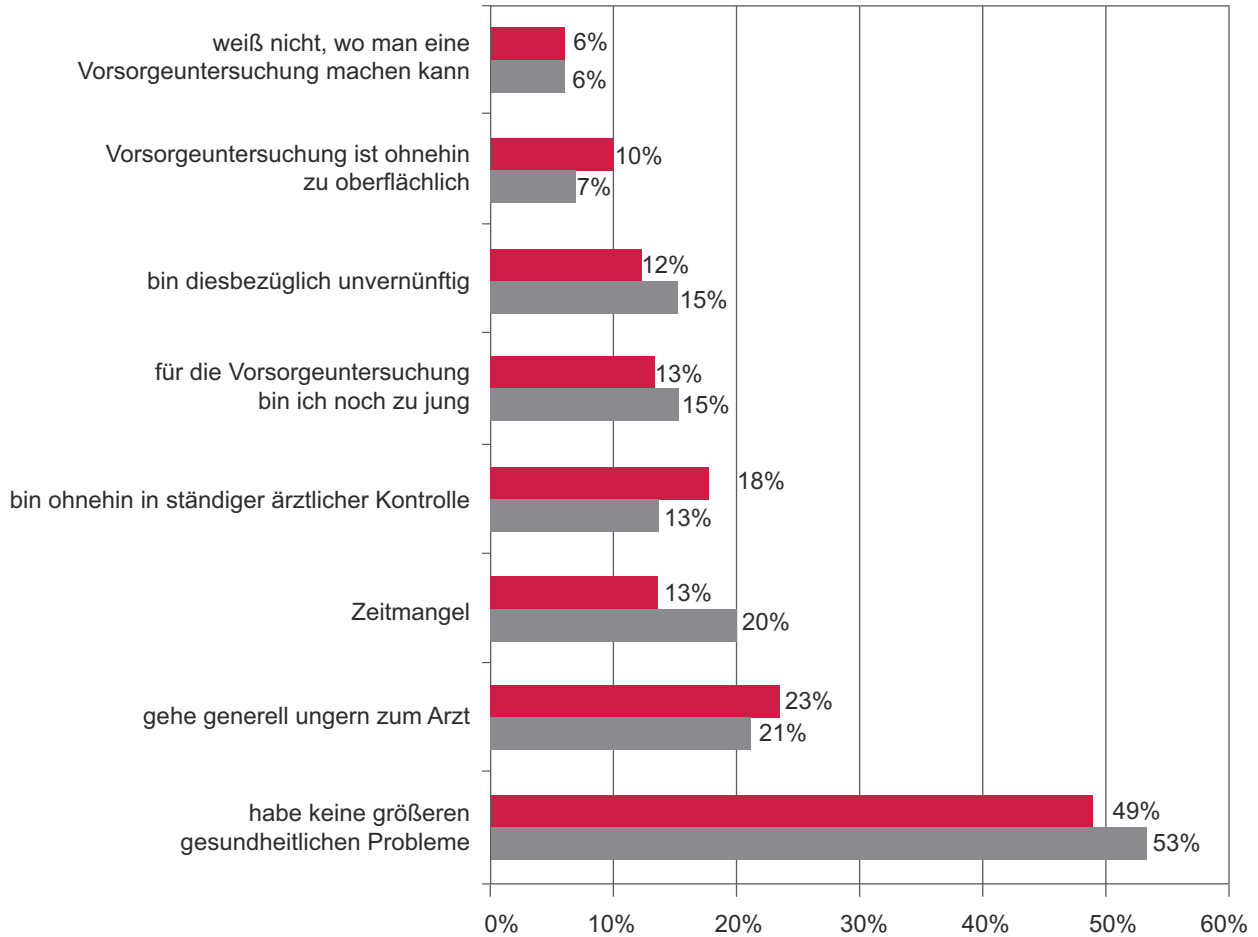


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=2.000;

Es ist nicht überraschend, dass der Anteil der Personen, die selten oder nie zu einer Vorsorgeuntersuchung gehen, mit zunehmendem Alter abnimmt. In der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen geht die überwiegende Mehrheit (78 Prozent der Männer; 68 Prozent der Frauen) selten oder nie zu einer Vorsorgeuntersuchung. In der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen sinkt der Anteil der „Vorsorgemuffel“

bei den Männern auf 57 Prozent und bei den Frauen auf 40 Prozent. Am häufigsten gehen die Welserinnen und Welser in der Altersgruppe 50+ zu einer Vorsorgeuntersuchung; 60 Prozent der Männer gehen jährlich oder alle zwei bis drei Jahre zu einer Vorsorgeuntersuchung. Bei den Frauen dieser Altersgruppe sind es sogar zwei Drittel.

Abbildung 148: Gründe, nicht zu einer Vorsorgeuntersuchung zu gehen ■ Frauen ■ Männer



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.534; (nur Personen, die nicht regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung gehen); Mehrfachantworten möglich

Personen, die nicht regelmäßig zu einer Vorsorgeuntersuchung gehen, nennen als häufigsten Grund für dieses Verhalten, dass sie ohnehin keine größeren gesundheitlichen Probleme haben (Männer 53 Prozent; Frauen 49 Prozent). Etwa jede fünfte Person (Männer 21 Prozent; Frauen 23 Prozent) geht generell ungern zum/zur Arzt/Ärztin. Für 20 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen ist Zeitmangel ein Grund dafür, nicht regelmäßig zu einer

Vorsorgeuntersuchung zu gehen. Als „diesbezüglich einfach unvernünftig“ bezeichnen sich 15 Prozent jener Männer und zwölf Prozent jener Frauen, die nicht regelmäßig zu einer Vorsorgeuntersuchung gehen. Sieben Prozent der Männer und zehn Prozent der Frauen gehen nicht zu einer Vorsorgeuntersuchung, weil sie diese für zu oberflächlich halten. Je sechs Prozent der Männer und Frauen wissen nicht, wo man eine Vorsorgeuntersuchung machen kann.

Fakten

- 56 Prozent der befragten Männer und 45 Prozent der Frauen gehen nie oder nur selten zu einer Vorsorgeuntersuchung.
- Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil an Personen, die regelmäßig zur Vorsorge gehen, erwartungsgemäß zu.

- Die beiden häufigsten angegebenen Gründe, nicht (regelmäßig) zu einer Vorsorgeuntersuchung zu gehen, sind: „habe keine größeren gesundheitlichen Probleme“ und „gehe generell ungern zum Arzt“.

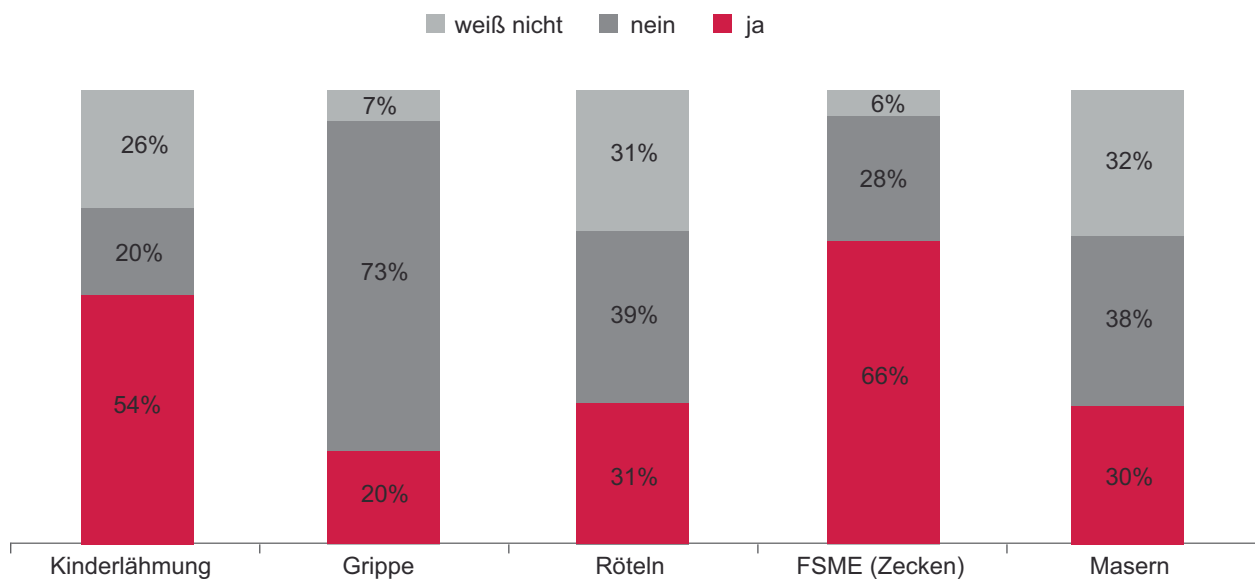
5.6. Impfen

5.6.1. Impfstatus

Im Rahmen der Gesundheitsbefragung Wels 2008 wurde die Bevölkerung nach ihrem aktuellen Impfschutz gefragt. Bei einigen Impfungen gegen Krankheiten herrscht

offenbar große Unsicherheit, ob (noch) ein aufrechter Impfschutz besteht. Dies betrifft vor allem die Impfungen gegen Mumps, Masern, Diphtherie und Röteln.

Abbildung 149: Impfstatus I



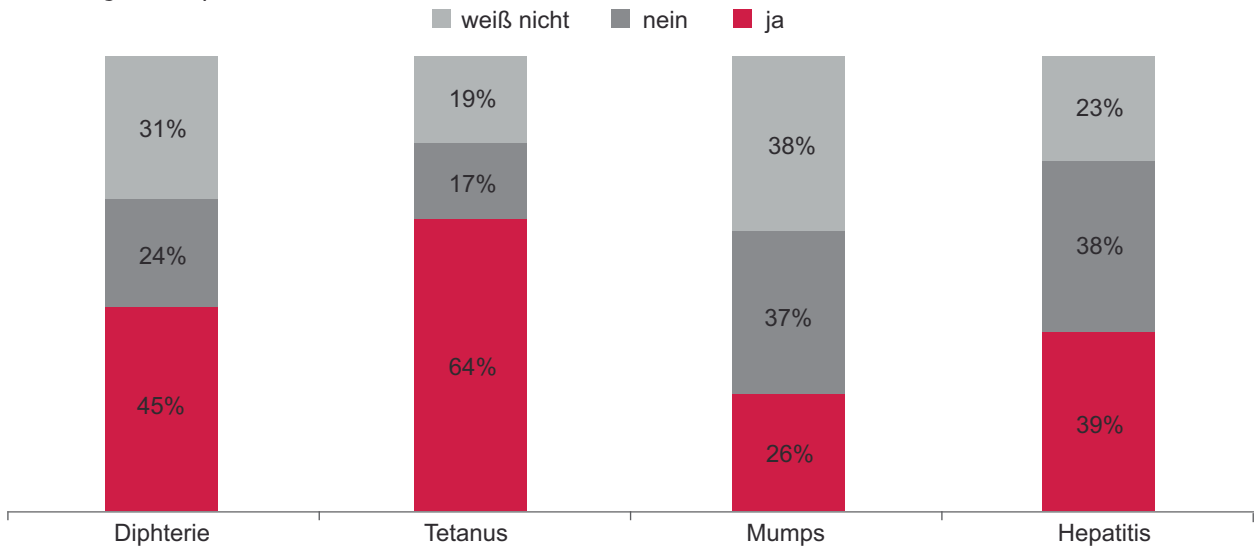
Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.710;

54 Prozent der Befragten haben laut eigenen Angaben einen aufrechten Impfschutz gegen Kinderlähmung, ein Fünftel hat keinen und 26 Prozent wissen nicht, ob sie gegen diese Krankheit geschützt sind. Die Krankheit, gegen die die meisten WelslerInnen geimpft sind, ist FSME.

Zwei Drittel der Befragten haben einen aufrechten Impfschutz gegen diese Erkrankung.

32 Prozent der Befragten wissen nicht, ob ein aktueller Impfschutz gegen Masern besteht. Ähnlich hoch ist diese Unsicherheit bei Röteln mit 31 Prozent.

Abbildung 150: Impfstatus II

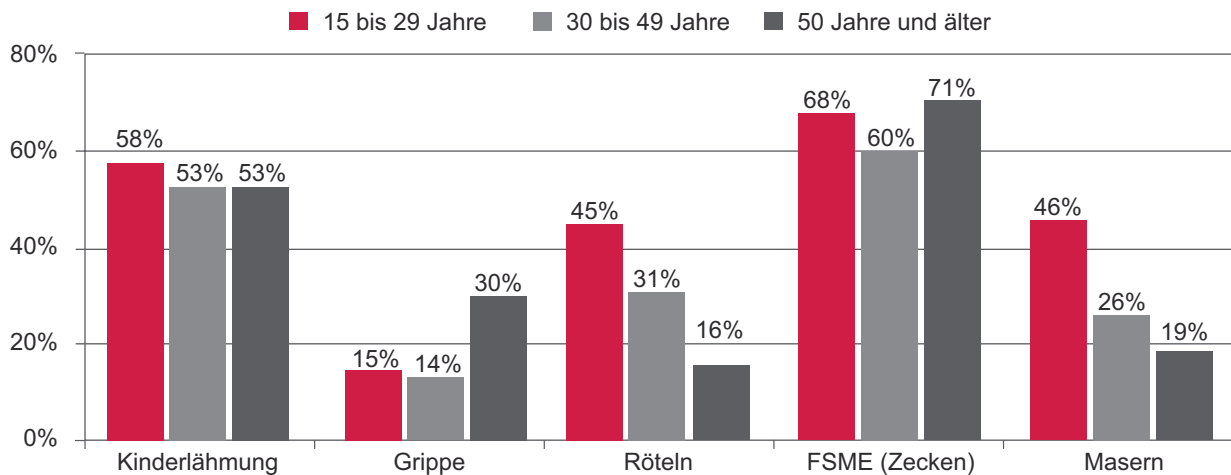


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.710;

Fast zwei Drittel der Befragten sind gegen Tetanus geimpft, 19 Prozent sind sich nicht sicher und weitere 17 Prozent sind nicht geimpft. Die größte Unsicherheit über den Impfstatus besteht bei Mumps: 38 Prozent geben an, nicht zu wissen, ob sie dagegen geimpft sind.

Auch bei Diphtherie ist die Unsicherheit mit 31 Prozent relativ hoch. Gegen Hepatitis sind 39 Prozent der Befragten geimpft, 38 Prozent nicht und 23 Prozent wissen es nicht, ob noch ein aufrechter Impfschutz besteht.

Abbildung 151: Impfstatus (aufrechter Impfschutz) nach Alter I

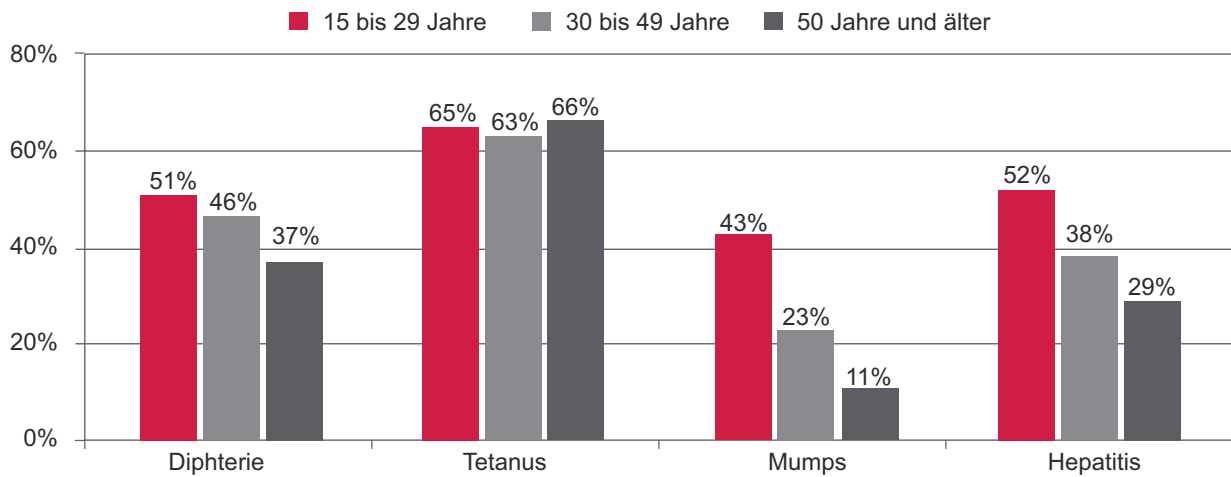


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.706;

Beim Impfschutz gegen Kinderlähmung sind kaum Unterschiede in den betrachteten Altersgruppen auszumachen. Gegen FSME ist die Gruppe der 39- bis 49-Jährigen am wenigsten häufig geimpft: Während in dieser Gruppe „nur“ 60 Prozent einen aufrechten Impfschutz haben, sind es in der jüngsten Altersgruppe 68 Prozent und in der Altersgruppe 50+ sogar 71 Prozent. Die Grippeimpfung wird, wie

erwartet, von älteren Personen deutlich häufiger in Anspruch genommen als von jüngeren: 30 Prozent der Altersgruppe 50+, aber nur 15 bzw. 14 Prozent der beiden anderen Altersgruppen sind gegen Grippe geimpft. Bei Masern und Röteln ist es genau umgekehrt: Der Anteil der Geschützten Personen nimmt mit zunehmendem Alter ab.

Abbildung 152: Impfstatus (aufrechter Impfschutz) nach Alter II

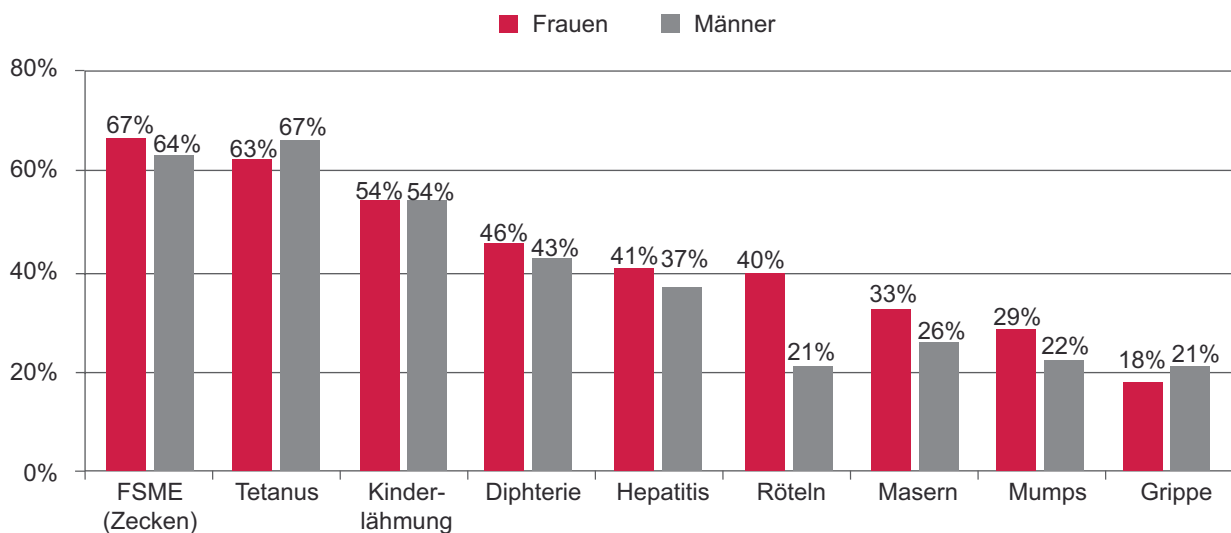


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.706;

Bei Tetanus sind kaum Unterschiede nach dem Alter auszumachen. Anders bei den Impfungen gegen Diphtherie, Mumps und Hepatitis: Hier gibt es jeweils einen starken

Zusammenhang zwischen der Altersgruppe und dem Impfstatus. Je älter desto geringer ist der Anteil der geimpften Personen.

Abbildung 153: Impfstatus (aufrechter Impfschutz) nach Geschlecht

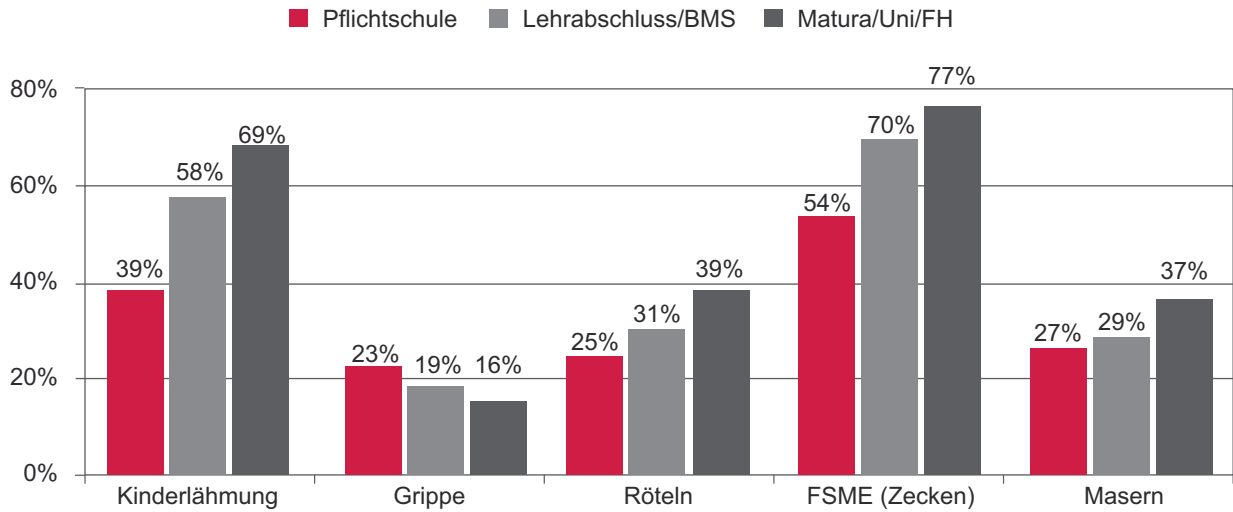


Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.710;

Bei den meisten Impfungen lassen sich keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich des Impfstatus von Männern und Frauen feststellen. Einen sehr großen Unterschied gibt es bei der Impfung gegen Röteln: 40 Prozent

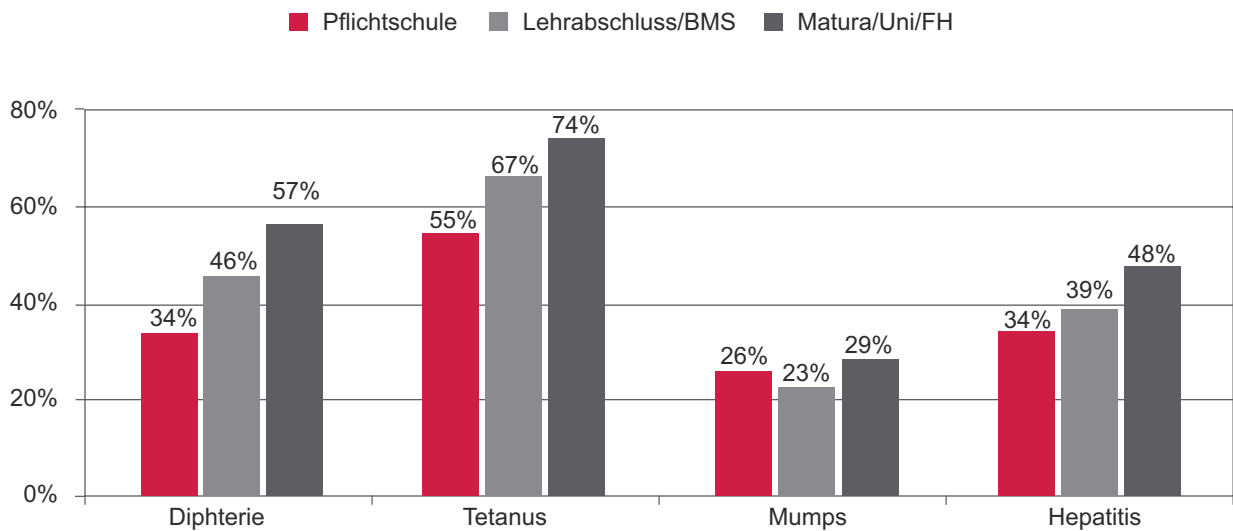
der Frauen, aber nur 21 Prozent der Männer geben an gegen Röteln geimpft zu sein. Auch bei Masern und Mumps gibt es statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern, wenn auch nicht in so großem Ausmaß.

Abbildung 154: Impfstatus (aufrechter Impfschutz) nach Bildung I



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.690;

Abbildung 155: Impfstatus (aufrechter Impfschutz) nach Bildung II



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008, n=1.690;

Bei fast allen Impfungen nimmt der Teil der geschützten Personen mit steigendem Bildungsniveau zu. Ausnahmen bilden die Impfungen gegen die Grippe und Mumps.

Fakten

- Jeweils zwei Drittel der Welser Bevölkerung geben an, einen aufrechten Impfschutz gegen FSME und Tetanus zu haben.
- Die Grippeimpfung wird von älteren Personen deutlich häufiger in Anspruch genommen als von jüngeren: 30 Prozent der Altersgruppe 50+, aber nur 15 bzw. 14 Prozent der beiden anderen Altersgruppen geben an, gegen Grippe geimpft zu sein.
- Umgekehrt ist dies bei den Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln, Diphtherie und

Hepatitis: Je älter, desto geringer der Anteil an Personen, die angeben, einen aufrechten Impfschutz zu haben.

- Relativ große Unsicherheiten über den Impfstatus gibt es bei Mumps, Masern, Röteln und Diphtherie: Etwa ein Drittel der Befragten wissen nicht, ob sie (noch) einen aufrechten Impfschutz haben oder nicht.
- Mit Ausnahme der Impfungen gegen Grippe und Mumps nimmt der Teil der geschützten Personen mit steigendem Bildungsniveau zu.

5.7. Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in Wels

Nachstehend sind verschiedene Aktivitäten der bzw. in der Stadt Wels angeführt, die im engeren oder weiteren Sinn mit Gesundheitsförderung und Prävention zu tun haben.

5.7.1. Schwerpunktveranstaltungen zur Vorsorge

Ein wesentlicher Teil der Gesundheitsvorsorge in Wels ist, dass die Stadt regelmäßig in Zusammenarbeit mit dem Land Oberösterreich eine Großveranstaltung zum Themenkomplex Vorsorge organisiert. Diese Kooperation zum Wohle der Gesundheit aller WelserInnen ist mittlerweile zur Tradition geworden. Gestartet wurde 2002 mit den 1. Welser Männer-Gesundheitstagen, 2003 kam der Frauengesundheitstag, 2005 die 1. OÖ. Kindergesundheitstage an die Reihe. Seit 2007 ist auch der PGA (Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit) als Part-

ner dabei, mit dem im gleichen Jahr der Informationstag „Gesundheit 50 plus“ organisiert wurde. 2008 folgte ein Jugendgesundheitsfestival und 2009 - als neuer Ansatz nach den alters- und teilweise geschlechtsspezifischen Schwerpunkten in den vergangenen Jahren - das „Fest der Sinne“, dessen Eckdaten nachstehend exemplarisch angeführt sind: 31 aktive Stationen, 1.200 BesucherInnen, 180 mitwirkende Personen, 35 Kooperationspartnern und 14 ausgebuchte Workshops bzw. Vorträge.

5.7.2. Gesundheitsmesse „Gesund Leben“

Österreichs größte Gesundheitsmesse „Gesund Leben“ ist nun schon seit 2001 ein wichtiger Mosaikstein in der österreichischen Gesundheitsvorsorge und Treffpunkt der gesundheitsbewussten ÖsterreicherInnen. Neben zahlreichen Fachvorträgen, kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen und etlichen Workshops, an denen die BesucherInnen aktiv teilnehmen konnten, bietet die Messe „Gesund Leben“ jedes Jahr die neuesten medizinischen

Trends und Behandlungsmethoden. Mit mehr als 800 Stress-Tests, 1.300 Lungenfunktionstests, 500 Körperfettmessungen sowie hunderten Hörtests und Laufanalysen hatten die FachärztInnen 2008 vor Ort alle Hände voll zu tun. Diese Daten sowie die BesucherInnenanzahl (2008: 16.200) belegen die überregionale Bedeutung dieser Veranstaltung für das Thema Vorsorge.

5.7.3. Lungenfunktionstage

Einmal jährlich bietet die Dienststelle Gesundheitsdienst des Magistrates Wels in Zusammenarbeit mit dem Klinikum Wels-Grieskirchen kostenlose Lungenfunktionstests an. Im Sinne der KundInnenfreundlichkeit finden diese in der Innenstadt (Ringstraße auf Höhe der BAWAG) in einem Container statt. Dies wird zuvor per Presseaussendung und Amtsblatt der Stadt Wels beworben. Alle WelserInnen können dabei kostenlos ihr Atmungsorgan testen lassen. Nach dem Lungenfunktionstest erhält jeder einen

persönlichen „Atmungsbericht“, der darauf hinweist, wie man die Atmung gesund erhalten bzw. verbessern kann. Sollte eine Störung gefunden werden, werden entsprechende Befunde ausgestellt, mit denen man den Hausarzt oder einen Facharzt für Lungenkrankheiten aufsuchen sollte. Selbstverständlich wird auch eine Statistik über die Ergebnisse des gesamten Tages ausgearbeitet. 2008 haben rund 150 Personen teilgenommen.

5.7.4. AIDS-Tag

Alle 8. Schulstufen eines jeden Jahrganges erhalten eine persönliche Einladung zum alljährlich stattfindenden AIDS-Tag. Organisiert von der Dienststelle Gesundheitsdienst des Magistrates Wels, findet diese Veranstaltung traditionell in der Stadthalle statt. Inhalte sind eine allgemeine Information über die Immunschwächekrankheit, die von einem Moderator und durch Vorspielen eines Filmes wahrgenommen wird. Ein Vortrag eines Facharztes

und eine Diskussionsrunde sind ebenfalls Bestandteil dieser Präventionsveranstaltung. Mitnehmen können die SchülerInnen nicht nur einen Feedback-Bogen für die Rückmeldung an die VeranstalterInnen, sondern auch kostenloses Info-Material und Verhütungsmittel (Kondome). Rund 450 junge WelserInnen haben dieses Angebot im Jahr 2008 in Anspruch genommen.

5.7.5. Vortragsreihe im Welldorado

Seit dem Jahr 2004 ist das Bade- und Freizeitzentrum Welldorado alljährlich von Oktober bis März Schauplatz einer Reihe von medizinischen Fachvorträgen. Einmal pro Monat nehmen VertreterInnen der Welser ÄrztlInnenschaft zu aktuellen Gesundheitsfragen Stellung. Die-

se sechs Veranstaltungen dauern rund eine Stunde und drehen sich um ein bestimmtes Schwerpunktthema. 2008/2009 stand die Vortragsreihe beispielsweise unter dem Motto „Welldorado-College mit der Sporttherapie“ und lockte pro Abend rund 100 interessierte Gäste an.

5.7.6. Netzwerk Gesunde Städte und Institut für Gesundheitsplanung

Das Netzwerk Gesunde Städte Österreichs wurde 1992 als politischer Ausschuss des Österreichischen Städtebundes ins Leben gerufen. Eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft ist die aktive Teilnahme am Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den „Gesunden Städten“ sowie die Teilnahme an Gemeinschaftsaktionen und -programmen. Die Stadt Wels beteiligt sich seit 1992 daran und nimmt u.a. drei Mal jährlich an den verschiedenen Sitzungen teil. Seit dem Jahr 2002 ist die Stadt Wels darüber hinaus auch im Vorstand des Institutes

für Gesundheitsplanung vertreten. Dabei handelt es sich um eine Partnerschaft des Landes OÖ., der OÖ. Gebietskrankenkasse und der Städte Linz und Wels. Gemeinsam sollen Fragen der Gesundheitsplanung in OÖ. behandelt werden. Durch die Darstellung gesundheitlicher und sozialer Problemlagen können Defizite in der Gesundheitsversorgung erkannt werden. Mit diesem Hintergrund sollen neue gesundheitspolitische Strategien und Konzepte für das Gesundheitswesen in OÖ. entwickelt werden.

5.7.7. Impfungen

Zur Vorbeugung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten führt die Dienststelle Gesundheitsdienst des Magistrates Wels regelmäßig Impfungen durch. PflichtschülerInnen werden nach dem österreichischen Impfplan gegen Diphtherie-Tetanus-Kinderlähmung, Hepatitis B und Masern-Mumps-Röteln (auslaufend) geimpft, 2008 insgesamt 3.460 Mal. 1.479 Erwachsene ließen sich 2008 bei der Impfkation gegen die durch Zeckenbiss übertragene Hirnhautentzündung (FrühSommer-MeningoEncephalitis,

kurz FSME) immunisieren. Dazu kommen noch spezielle Informationen und Beratung über empfohlene Impfungen und prophylaktische Maßnahmen bei Auslandsreisen. In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass die Dienststelle Gesundheitsdienst gemäß Erlass des zuständigen Ministeriums auch offiziell als Gelbfieberimpfstelle (akute Viruserkrankung, vor allem im tropischen Afrika und in Süd- und Mittelamerika am Äquator heimisch) anerkannt ist.

5.7.8. Frauengesundheitszentrum Wels

Das Frauengesundheitszentrum (FGZ) Wels des Vereins für prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA) setzt sich für die gesundheitlichen Belange von Frauen ein. Ziel ist es, den objektiven und subjektiven Benachteiligungen im bestehenden medizinischen System und dem Rollenbild der Frau in der Gesellschaft entgegen zu wirken. Frauen sollen in ihrer Selbstbestimmung und Eigenkompetenz gestärkt, zur Gesundheitsvorsorge motiviert und ihre Gesundheitsförderung unterstützt werden. Maßgebend ist dabei die Hilfe zur Selbsthilfe. Das FGZ Wels bemüht sich, eine frauengerechte gesundheitliche Versorgung anzuregen und an ihrer Umsetzung mitzuarbeiten. Wichtig sind dabei die Achtung der Würde der Frau, eine adäquate

Beratung und Behandlung, das Aufzeigen von möglichen Therapie- bzw. Behandlungsmethoden und die Wahrung der Patientinnenrechte.

Zum frauenspezifischen Veranstaltungsprogramm wurden im Frühjahr/Sommer 2008 und Herbst/Winter 2008/2009 jeweils etwa 8.000 Frauen persönlich eingeladen. Zu den insgesamt 74 Vorträgen, Workshops, Frauencafés, Seminaren und Fachtagungen kamen insgesamt 1.309 Frauen. Darüber hinaus wurden im Jahr 2008 526 kostenlose Beratungen in Anspruch genommen. Bei allen Veranstaltungen, Beratungen und Besuchen gibt es eine kostenlose Kinderbetreuung, die 2008 46 Mal von Mütter mit Kindern im Alter zwischen 3 Monaten bis 7 Jahren genützt wurde.

5.7.9. Fit Kids

Von Herbst 2006 bis Herbst 2007 veranstaltete die Stadt Wels in Zusammenarbeit mit dem Klinikum Wels-Grieskirchen (OA Dr. Hannes Mühleder) und dem Verein PGA die Aktion „Fit Kids“. Dabei sollte dem Übergewicht von jungen Menschen der Kampf angesagt werden. Im Rahmen der Schuluntersuchungen in den Welser Hauptschulen wurde bei allen Schülern bei der Gewichtskontrolle der Body-Mass-Index (BMI) errechnet. Mit Schülern, die übergewichtig waren, führte der jeweilige Schularzt Einzelgespräche, in denen den Schülern die Problematik verständlich gemacht wurde. Weiters erhielt jeder Schü-

ler ein Informationsblatt für die Eltern mit praktischen Vorschlägen als Hilfestellung sowie wichtigen Kontaktadressen. Resultat: Insgesamt 44 Mädchen und Buben haben teilgenommen, insgesamt 24 davon (je zwölf Mädchen und Buben) haben bis zum Schluss durchgehalten. Deren Gewichtszunahme hat sich von ursprünglich sechs bis sieben Kilo pro Jahr auf zwei Kilo pro Jahr reduziert - und das trotz eines durchschnittlichen Wachstums von 7,9 cm. 97 Prozent der teilnehmenden Kinder konnten ihren BMI verbessern, für alle bedeutete die Gewichtsreduktion eine Stärkung von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen.

5.7.10. Kim Kilo

Im Oktober 2008 wurde sozusagen als Fortsetzung von „Fit Kids“ die Aktion „Kim Kilo“ gemeinsam mit der OÖ. Gebietskrankenkasse gestartet. Dabei werden übergewichtige Volksschulkinder und deren Eltern bei der Ernährungsumstellung unterstützt und zu mehr Bewegung animiert. Neun Kinder nehmen derzeit am Programm teil. Kim Kilo lädt die Kinder über einen Zeitraum von sechs Monaten zu regelmäßigen Treffen ein. Schwerpunktthemen sind Ernährung, Verhalten und Bewegung. Die Kinder werden nicht nur fachärztlich wiederum von OA Dr. Johannes Mühleder betreut, sondern auch durch ein qualifiziertes Team aus Ernährungswissenschaftlerinnen und einer Sportwissenschaftlerin geschult und begleitet. Nach einem Abschlusstreffen werden die Kinder noch in-

dividuell ärztlich nachbetreut und weitere Treffen finden nach sechs und zwölf Monaten statt. Wichtig ist, dass die Eltern während der ganzen Zeit ihren Kindern aktiv zur Seite stehen, sie gemeinsam mit Kim Kilo unterstützen. Bis Mitte 2009 fanden zwei solcher Kurse statt, bei denen insgesamt 19 Kinder betreut wurden. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Textes war die endgültige Evaluierung noch nicht abgeschlossen, die grundsätzlichen Rückmeldungen und Erfolge der Kinder sind nach Angaben der OÖ. Gebietskrankenkasse jedoch sehr positiv. Für Herbst 2009 sind wegen der großen Nachfrage bereits zwei weitere Kurse in Wels geplant und auch schon fast ausgebucht. Auch 2010 sollen laut OÖ. Gebietskrankenkasse vier Kurse stattfinden.

5.7.11. Gesunde Schule VS 8

Das Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ.“ wurde erstmals 2009 an elf Schulen in Oberösterreich verliehen, die sich in der schulischen Gesundheitsförderung besonders hervor getan haben. Das Zertifikat wird in Kooperation vom Land OÖ., dem Landesschulrat für OÖ., der OÖ. Gebietskrankenkasse und dem Institut für Gesundheitsplanung vergeben. Es kann von allen Schultypen beantragt und darf für drei Jahre getragen werden. Unter den elf ausgezeichneten Schulen war auch die Volksschule 8 Vogelweide. Ein engagiertes Team aus 300 SchülerInnen, LehrerInnen und Eltern ist dort seit 2007 am Werk und hat in den drei Bereichen Bewegung, Ernährung und Wohlbefin-

den zahlreiche Maßnahmen umgesetzt.

Bereich Bewegung: Schwimmen, Seil springen, Jonglieren, Tanzen, Verzicht auf Schulbus und Auto, Vorstellung des „Zirkus Zampanone“ etc.

Bereich Ernährung: Erarbeiten einer Ernährungssampel, gesunde Jause, bewusstes Kochen, Erstellen von Kochbüchern, Apfelaktion, Pflanzen von Kräuterbeeten etc.

Bereich Wohlbefinden: Aktion „leichte Schultasche“, Aktion „gesunder Rücken“, Aktion „Wasser trinken“, Theaterpädagogik, Meditationseinheiten, Supervision etc.

Das Ziel war, die Kinder zur Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und ihr körperliches Wohlbefinden zu führen.

5.7.12. Gesundheitszentrum Wels Augen

Als wegweisendes Projekt für die Zusammenarbeit zwischen dem Spitalsbereich und den niedergelassenen Ärzten hat die Gesundheitsplattform OÖ. mit Beschluss vom 13. März 2009 die Kooperation „Gesundheitszentrum Wels Augen“ ins Leben gerufen. Konkret geht es um die Durchführung von Operationen des Grauen Stars: Die jährlich rund 1.500 derartigen Operationen, die bisher

im Klinikum selbst durchgeführt wurden, wandern nun in das neue Augen-Zentrum. Ziel ist die Vermeidung von Doppelgleisigkeiten zwischen Spitals- und niedergelassenem Bereich und das Prinzip eines „One-Stop-Shops“ (Erstuntersuchung und Aufklärung, Operation, Nachkontrolle etc. aus einer Hand). Das Projekt ist auf eineinhalb Jahre befristet und wird im Anschluss evaluiert.

5.7.13. Wirbelsäulenzentrum

In der Sitzung der OÖ. Gesundheitsplattform vom 13. März 2009 wurde die Errichtung eines Bewegungsapparat-zentrums im Klinikum Wels-Grieskirchen beschlossen. In diesem noch zu errichtenden Baustrukt sollen alle stationären und ambulanten Einrichtungen bezüglich

Orthopädie und Wirbelsäulenchirurgie zusammengefasst werden. Wels bekommt damit ein hoch modernes „Wirbelsäulenzentrum“, welches praktischerweise in direkter räumlicher Nähe zum zentralen Operationssaal des Klinikums errichtet wird.

5.7.14. Projekt Suchtprävention

In Zusammenarbeit mit Landesrätin Dr.ⁱⁿ Silvia Stöger und mit dem Institut Suchtprävention Linz hat die Stadt Wels das Projekt „Wir setzen Zeichen - Suchtprävention in Wels“ ins Leben gerufen. Dieses soll mit einem Bündel an Maßnahmen auf die Gefahren der Sucht in ihren vielfältigen Erscheinungsformen aufmerksam machen und die Suchtgefahr insbesondere bei Kindern und Jugendlichen bestmöglich verringern. Dieses größte jemals in Wels gestartete Projekt überhaupt soll über drei Jahre hinweg laufen. Bei einer Fachveranstaltung entwarfen die Projektverantwortlichen mit ihren PartnerInnen (Gesundheits- und Jugendbehörden, Jugendzentren und Informationsstellen, die schulpsychologischen Dienste, der

Bezirksschulrat, die Drogenberatung und natürlich einschlägige Vereine) bereits konkrete Themensetzungen, die zum Teil durch die bereits bestehenden Module des Institut Suchtprävention abgedeckt werden. Wo das nicht der Fall ist, werden für die spezielle Welser Situation eigene Angebote entwickelt. Mehr Wissen um die Suchtgefahr soll jedenfalls der Weg sein, um langfristig die Anzahl der Betroffenen zu senken und die damit verbundenen Schäden zu minimieren. Aber auch eine gesteigerte Lebenskompetenz, deren Entwicklung im Kindes- und Jugendalter durch Institutionen wie Kindergärten, Schulen und Lehrbetriebe angeregt oder unterstützt wird, ist ein wirksamer Schutz gegen die Falle Sucht.

5.7.15. OÖ. Herzverband

Die Bezirksgruppe Wels des OÖ. Herzverbandes übt ihre Tätigkeit unter Aufsicht des zuständigen Primararztes des Klinikums Wels-Grieskirchen und in Zusammenarbeit mit dem Amtsarzt des Magistrates der Stadt Wels aus. Die Stadt Wels fördert die Tätigkeit der Bezirksgruppe, die von keinen anderen Stellen Förderungen erhält, mit einer laufenden Subvention. Eine Aufgabe des OÖ. Herzverbandes ist die Freizeitgestaltung derjenigen Menschen, die nach einem Herzinfarkt o. ä. Erkrankungen aus der Rehabilitation entlassen werden und Schwierigkeiten mit der Wiedereinordnung in das Alltagsleben ha-

ben. Für diese Zielgruppe werden u. a. Aktivitäten wie Gemeinschaftsturnen, Schwimmen oder Wanderungen angeboten. Weiters gibt es spezielle Angebote für Personen nach Herzklappenoperationen, mit Herzschrittmachern, Stents und/oder hohem Blutdruck. Ein wichtiger Bestandteil der Tätigkeit des OÖ. Herzverbandes ist auch die Aufklärungs- und Vorbeugungsarbeit. Die ein Mal pro Woche statt findenden Übungen zur Herz- und Kreislaufstärkung werden z. B. von Menschen in einer groben Altersgruppe zwischen 40 und 85 Jahren wahrgenommen.

5.7.16. OÖ. Kneippbund - Kneipp Aktiv Club Wels

Der österreichische Kneippbund - Kneipp Aktiv Club Wels bietet ein vielfältiges Gesundheitsprogramm auf der Grundlage der fünf Säulen der Kneipptherapie an. Wichtigster Bestandteil ist dabei Bewegung in Gruppen und Kursen mit verschiedensten Schwerpunkten. Zwei

Mal wöchentlich werden unter fachkundiger Anleitung Gesundheitsgymnastikstunden abgehalten. Der Kneipp Aktiv Club Wels erhält von keiner anderen Stelle als der Stadt Wels Förderungen. Diese unterstützt die Vereinstätigkeit mit einer laufenden Subvention.

5.7.17. Weitere Selbsthilfegruppen

Die Stadt Wels verfügt über ein dichtes Netz an Selbsthilfegruppen (SHG) und ähnlichen Einrichtungen zu den verschiedensten thematischen Feldern (Stand Juli 2009): BbA Club Wels für entwöhnte Alkoholranke, Anonyme Alkoholiker (AA-Meetings), AL-ANON (Familiengruppe), Alateen, Blaues Kreuz (alle Alkohol), Alzheimer und verwirrte Menschen (Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige), ASB SHG (Abgenommen? Schlank bleiben!), Colitis Ulcerosa & Morbus Crohn SHG, Diabetikervereinigung, Dialysepatienten und Nierentransplantierte SHG,

Gastrointestinale Stromatumoren SHG, Herzverband Bezirk Wels (s. o.), SHG der Kehlkopfloren und Tracheotomierten, Kontaktgruppe für Brustoperierte Frauen nach Krebs, Krebs Bezirksgruppe, SHGen zu Multipler Sklerose, Parkinson, Rheuma, Schmetterlingsflechte, Schlaganfall/Hirnblutung, Spina Bifida/Hydrocephalus, Stottern sowie für Trauernde und Kinder mit Wahrnehmungsstörungen. ANMERKUNG: Angeführt sind nur SHGen, die ihren Sitz in der Stadt Wels haben oder hier zumindest Treffen, Sprechtag, Beratungen o. ä. abhalten.

6. MASSNAHMEN- VORSCHLÄGE UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

6.1. Rückenbeschwerden und Schäden der Wirbelsäule vorbeugen

Wie aus dem Bericht hervorgeht, sind in der Welser Bevölkerung Krankheiten des Bewegungsapparates (Schäden der Wirbelsäule und Erkrankungen der Gelenke) sowie Rückenbeschwerden weit verbreitet. Als besonders belastete Gruppe konnten Arbeiter im Alter zwischen 30 und 39 Jahren identifiziert werden. Diese Zielgruppe ist am ehesten über das Setting Betrieb erreichbar. Beeinträchtigungen des Bewegungsapparats haben viele Ursachen, oftmals sind sie aber in Belastungen am Arbeitsplatz oder unzureichender Bewegung und lang andauerndem Sitzen begründet. Daher sind Maßnahmen zur Verbesserung der Ergonomie und mehr Bewegung am Lern- und Arbeits-

platz zu begrüßen. Idealerweise sollte dies im Rahmen von umfassenden Gesundheitsförderungsprogrammen in den diesbezüglich relevanten Settings (z. B. Schule/ Betrieb) sichergestellt werden. Der Vorteil solcher umfassenden betrieblichen oder schulischen Gesundheitsförderungsprogramme ist, dass sich diese nicht auf einen einzelnen Problembereich (hier: Rückenbeschwerden und Schäden der Wirbelsäule) beschränken, sondern durch den ganzheitlichen Ansatz zur Förderung der gesamten Gesundheit beitragen und nicht nur verhaltensbezogene Maßnahmen, sondern auch die Verbesserung der Verhältnisse im Setting berücksichtigen.

6.2. Gesundheitliche Chancengleichheit - Zugang zu Angeboten erleichtern (Preise, Mobilität, Information...) und spezifische Angebote entwickeln

Sozial schwächere Personen sind in vieler Hinsicht Benachteiligungen ausgesetzt. So weisen einkommensschwache und/oder bildungsferne Personen einen deutlich schlechteren subjektiven Gesundheitszustand auf, haben häufiger ein eingeschränktes psychisches Wohlbefinden, sind von vielen Erkrankungen häufiger betroffen, neigen zu einem riskanteren bzw. ungesünderen Lebensstil und haben eine niedrigere Lebenserwartung.

Im Sinne der Gesundheitlichen Chancengleichheit wird empfohlen, die Zugänge zu bestehenden Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention möglichst niederschwellig zu gestalten und Hürden abzubauen. Für sozial schwächere Personen können Hürden u. a. (a) finanzieller Natur sein (z.B. Eintritt in Schwimmbad, Teilnahmegebühren für Bewegungsangebote), (b) aus eingeschränkter Mobilität resultieren oder auch (c) in mangelnder Infor-

mation begründet sein⁴⁰. Bestehende Angebote wie z. B. der Seniorenpass sollen hinsichtlich der Zielgruppe und der vergünstigten Aktivitäten erweitert werden.

Die Zielgruppe kann über die relevanten Einrichtungen (z.B. Sozialberatungsstellen Wels, AMS Wels, Caritas, Frauenhaus Wels, sozialpsychische Beratungsstelle, Frauengesundheitszentrum Wels, Verein Migrare usw.) angesprochen und informiert werden.

Zusätzlich zu dem Abbau von Hürden bei bestehenden Angeboten wird die Entwicklung zielgruppenspezifischer Angebote empfohlen. Als besonders förderungsbedürftige Zielgruppen konnten Arbeitslose (siehe Maßnahme 4), Personen mit Migrationshintergrund und einkommensschwache/bildungsferne Personen identifiziert werden.

6.3. Bewegung 50 Plus

Ab einem Alter von 50 Jahren nehmen viele Erkrankungen und Beschwerden in der Welser Bevölkerung stark zu. Ab diesem Alter hat rund die Hälfte der Bevölkerung einen zu hohen Blutdruck. Die Diabetesprävalenz nimmt genauso zu wie Rückenbeschwerden und Schäden der Wirbelsäule.

Bei leichtem bis mittelschwerem Bluthochdruck kann bereits die regelmäßige Ausübung von Sport helfen, den Blutdruck zu senken und Folgeerkrankungen zu vermeiden. Sportliche Betätigung erleichtert darüber hinaus die Gewichtsabnahme und hilft, Stress abzubauen. Gezielte regelmäßige Bewegung kann auch zur Linderung von Rückenbeschwerden oder Schmerzen durch Schäden der Wirbelsäule beitragen. Vorbeugung bzw. Gesundheitsförderung setzt bereits früher in den relevanten Settings wie Schule oder Betrieb an (siehe Maßnahme 1).

Es gibt bereits bestehende Angebote („Fitgymnastik 50Plus“; „Richtig fit im Alltag“; „Wirbelsäule und Skelettmuskulatur - koordinative Körperbewegung“; „Tanz mit - bleib fit!“), welche speziell auf ältere BürgerInnen abzielen. Es wird angeregt, die Angebote hinsichtlich der Nutzung zu evaluieren. Fragen dabei könnten sein: Wer nimmt diese Angebote in Anspruch? Sind Teilnahmegebühren eine Hürde? Nehmen Personen teil, welche häufiger von den genannten Erkrankungen betroffen sind (Personen mit niedriger Schulbildung). Wie viele Welser BürgerInnen erreicht man pro Jahr mit diesen Angeboten? Abgeleitet aus diesen Ergebnissen sollen die vorhandenen Angebote bewertet und weiterentwickelt bzw. ausgebaut werden.

6.4. Angebote für Arbeitslose

Zusätzlich zu den Befunden des Welser Gesundheitsberichts, die zeigen, dass Arbeitslose eine gesundheitlich besonders stark belastete Gruppe sind, ist aus der Literatur bekannt, dass arbeitslose Menschen im Vergleich zu Erwerbstätigen über weniger Gesundheitsressourcen bzw. ein im Durchschnitt riskanteres Gesundheitsverhalten verfügen. Die Tatsache der unterdurchschnittlichen Inanspruchnahme von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten durch arbeitslose Menschen unterstreicht den Bedarf an spezifischen Angeboten.

Bei der heterogenen Zielgruppe der Arbeitslosen kann man von einem äußerst schwierigen Interventionsfeld sprechen. Denn Arbeitslose befinden sich nicht in einem sozialräumlichen Setting, was eine erschwerte Erreichbarkeit der Zielgruppe zur Folge hat. Bereits bestehende

Angebote für Arbeitslose in Österreich begegnen diesem Problem meist damit, die Zielgruppe direkt oder indirekt über das AMS anzusprechen.

Im Sinne der gesundheitlichen Chancengleichheit wird die Entwicklung oder die Implementierung eines bereits bestehenden (z. B. Projekt „Fit-Start“ des ASKÖ in SBG, NÖ und BGLD) Gesundheitsförderungsprogramms angeregt, welches durch Stärkung individueller Kompetenzen und gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen die Zugänge zu Gesundheitsangeboten und Gesundheitsdienstleistungen verbessern soll und die Reintegration in den Arbeitsmarkt begünstigen soll. Im Zentrum könnten dabei bewegungsorientierte Gesundheitsförderungsmaßnahmen stehen.

⁴⁰Gepkens, Gunning-Shepers

6.5. Zielgruppenspezifische Infokampagne - Rauchen - Wohnung - Lebensstil

Tabakrauch ist der bedeutendste und gefährlichste vermeidbare Innenraumschadstoff. Er enthält mehr als 4.000 verschiedene Substanzen, davon 69 krebserregende. Die elterliche Wohnung ist die Hauptquelle für Tabakrauchexposition von Kindern. Vor allem Kleinkinder verbringen den überwiegenden Teil des Tages in der Wohnung und sind in einem RaucherInnenhaushalt sehr häufig Tabakrauch ausgesetzt. Die Ergebnisse der Welser Befragung zeigen, dass Kinder, deren Eltern eine niedrige Schulbildung aufweisen, zu einem deutlich größerem Prozentsatz Tabakrauchbelastungen in der Wohnung ausgesetzt sind, als Kinder, deren Eltern eine höhere Schulbildung haben.

6.6. Impfen

Die Ergebnisse der Welser Gesundheitsumfrage zeigen, dass bei Impfungen gegen einige Krankheiten große Unsicherheiten bzw. Unwissenheit bestehen, ob (noch) ein aufrechter Impfschutz vorhanden ist. Daher scheint es unbedingt notwendig, einerseits Aufklärungsarbeit über die Wichtigkeit von Impfungen und andererseits umfassende Informationen über die Dauer eines aufrechten Impfschutzes (je nach Impfung) zu verbreiten.

Die Auffrischungsimpfung zu Diphtherie, Tetanus und Pertussis wird in den Schulen zwischen dem 13. und 16. Le-

Hier bedarf es offensichtlich noch beeindruckender (statt ermahnender) Informationen für (werdende) Eltern mit niedriger Bildung. Zugänge sind hier z. B. Eltern-Kind-Zentren, Sozialberatungsstellen und Vereine, die sich speziell den Themen Migration und Integration widmen. Für die Zielgruppe der MigrantInnen könnten auch so genannte MultiplikatorInnen aus der „Community“ ausgebildet werden. Der gemeinsame kulturelle Hintergrund ermöglicht einen besseren Zugang zur Zielgruppe und sorgt für mehr Akzeptanz.

benzjahr durchgeführt. Danach ist jeweils nach zehn Jahren erneut eine Auffrischung dieser Impfung vonnöten. Um den Impfschutz und umfassende Information in der Welser Bevölkerung zu erhöhen sind zwei Zugänge denkbar: Einerseits ein institutionalisiertes Einladungs- bzw. Erinnerungssystem, bei dem jedes Jahr die 25-, 35-, 45-, 55- und 65-jährigen BürgerInnen mittels eines Informationsschreibens zu einer Auffrischung ermuntert werden. Andererseits wäre eine breit angelegte Informationskampagne mittels Broschüren und/oder Einschaltungen in Print- oder audiovisuellen Medien möglich.

6.7. Erweiterung des suchtpräventiven Angebots

Die Ergebnisse der Welser Umfrage haben gezeigt, dass unter den jungen Menschen (15 bis 29 Jahre) die Frauen mittlerweile in gleichem Ausmaß zur Zigarette greifen,

wie Männer diesen Alters. Daher sollte die Tabakprävention verstärkt auf junge Frauen abzielen. Mögliche Settings sind Schulen, Betriebe oder Vereine.

7. ZEHN GESUND- HEITSDZIELE FÜR WELS

Die Stadt Wels hat im Jahr 2000 gemeinsam mit dem Land Oberösterreich, der Stadt Linz und der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse folgende 10 Gesundheitsziele beschlossen:

Ziel 1: Bis zum Jahr 2010 sollte die Häufigkeit von Diabetesfolgen, wie Amputationen, Blindheit, Nierenversagen, Schwangerschaftskomplikationen und andere Gesundheitsstörungen um 15% reduziert werden.

Ziel 2: Bis zum Jahr 2005 sollten mindestens 50% der 6-jährigen Kinder kariesfrei sein und 12-Jährige sollten im Durchschnitt höchstens 3 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen. Bis zum Jahr 2010 sollten mindestens 80% der 6-jährigen Kinder kariesfrei sein und 12-Jährige sollten im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen.

Ziel 3: Bis zum Jahr 2005 sollten sich mindestens 10% aller mittleren und großen Unternehmen zur Umsetzung der Prinzipien eines gesunden Unternehmens/Betriebs verpflichten.

Ziel 4: Bis zum Jahr 2005 sollte die Suizidrate um mindestens ein Drittel zurückgehen.

Ziel 5: Bis zum Jahr 2005 oder sogar früher sollten einheimische Masern in der Region eliminiert werden und bis 2010 sollte die Eliminierung der Krankheit zertifiziert werden können.

Ziel 6: Bis zum Jahr 2010 oder sogar früher sollte

- in Bezug auf Mumps, Pertussis und invasive Erkrankungen durch *Haemophilus influenzae* Typ B eine Inzidenz von weniger als 1 pro 100 000 Einwohner und
- in Bezug auf kongenitale Röteln eine Inzidenz von weniger als 0,01 pro 1000 Lebendgeburten erreicht werden.

Ziel 7: Bis zum Jahr 2010 sollte die Mortalität infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Altersgruppe unter 65 Jahre im Durchschnitt um mindestens 20% zurückgehen, Atemwegserkrankungen sollten nachhaltig und kontinuierlich zurückgehen.

Ziel 8: Bis zum Jahr 2010 sollte der Anteil des Pro-Kopf-Alkoholkonsums 20% gesenkt werden. In der Altersgruppe unter 15 Jahren sollte er nahezu Null betragen; der Anteil der Nichtraucher sollte in der Altersgruppe über 15 Jahren 80% und in der Altersgruppe unter 15 Jahren nahezu 100% betragen.

Ziel 9: Bis zum Jahr 2005 sollte mindestens 50% aller Kinder die Möglichkeit geboten werden, eine gesundheitsfördernde Schule zu besuchen.

Ziel 10: Bis zum Jahr 2005 sollten sich mindestens 50% aller Städte, städtischen Ballungsgebiete und Gemeinden aktiv an einem Netzwerk gesunder Städte bzw. Gemeinden beteiligen.

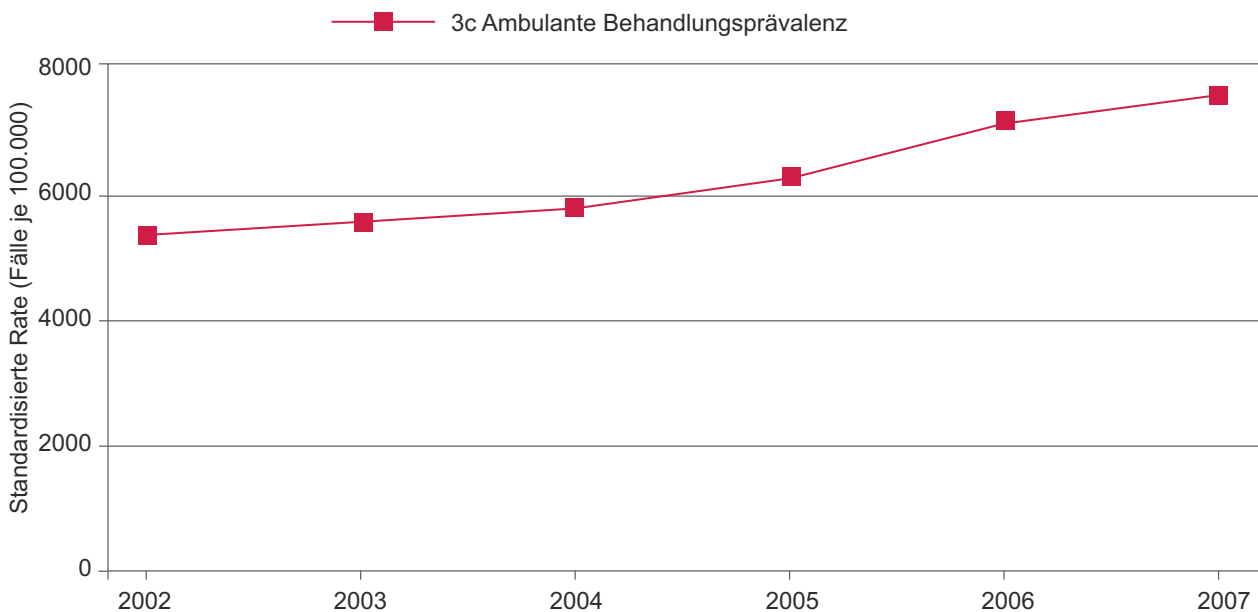
7.1. Hintergrund zu den Zielen

7.1.1. Ziel 1: Diabetes

Die ambulante Behandlungsprävalenz (ambulant behandelte DiabetikerInnen) steigt im Beobachtungszeitraum kontinuierlich an (von rund 5.450 behandelten Personen pro 100.000 Vers. im Jahr 2002 auf rund 7.530 pro 100.000 im Jahr 2007). Zwischen 2002 und 2007 stieg

die standardisierte Rate um ca. 40 Prozent, was eine durchschnittliche Steigerung von ca. 8 Prozent pro Jahr bedeutet. Die Zunahme könnte sowohl durch eine Zunahme der Verbreitung von Diabetes, als auch durch bessere Früherkennung und Behandlung bedingt sein.

Abbildung 156: Ambulante Behandlungsprävalenz



Quelle: FOKO; nur Versicherte der OÖGKK über 30 Jahre in Fonds-Krankenanstalten; Standardisiert nach Alter und Geschlecht auf Neue Europa-Standardbevölkerung.

Die Häufigkeit (standardisierte Rate) von Krankenhausaufenthalten mit Diabetesdiagnosen nimmt zwischen

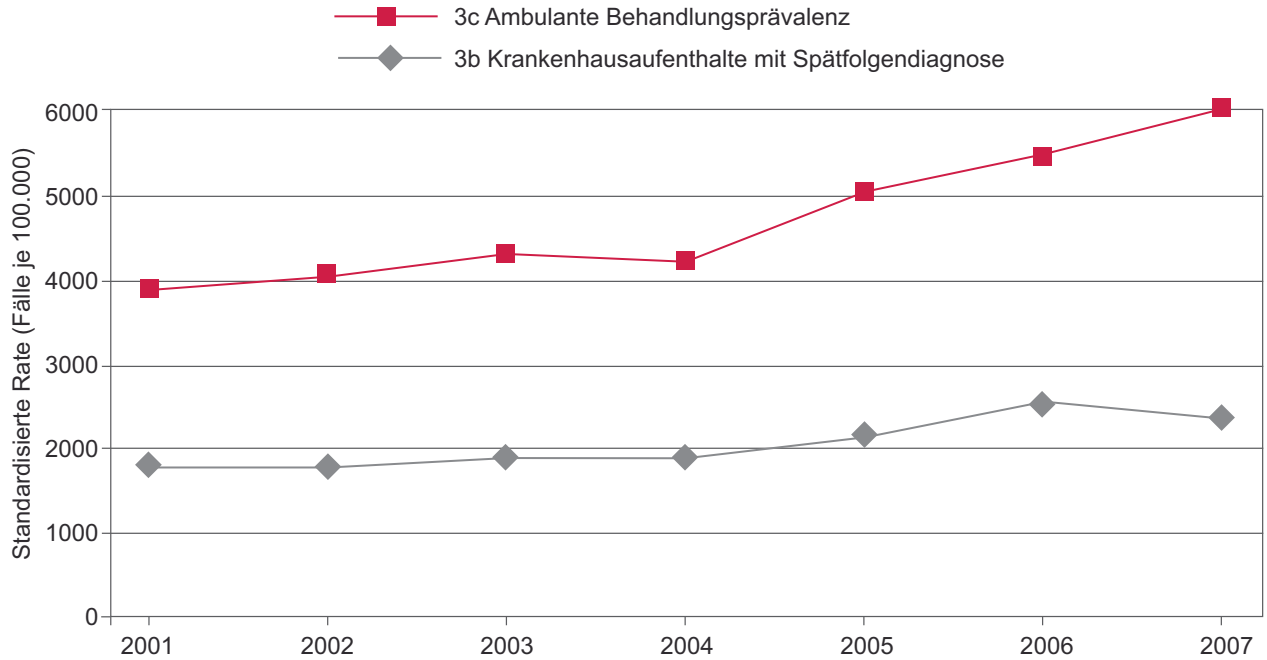
2001 und 2007 zu (um 56 Prozent). Ähnliches gilt für Spätfolgend Diagnosen (Zunahme um 35 Prozent).

Als Häufigkeit der in Krankenhäusern behandelten Spätfolgen werden nachfolgend Krankenhausbefunde mit einer diagnostizierten Diabetesspätkomplikation verstanden, für die auch eine passende Behandlung (medizinische Einzelleistung) aufscheint. Es handelt sich dabei um ein Konstrukt, mit dem versucht werden soll, sich an die Realität anzunähern, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass sich die Spätfolgend Diagnosen teilweise nicht auf die jeweilige Behandlung bezieht und die medizinische Einzelleistung durch eine andere Erkrankung bedingt ist. Daher wurden

nur medizinische Leistungen ausgewählt, für die sehr wahrscheinlich angenommen werden kann, dass sie mit der diagnostizierten Spätkomplikation in Zusammenhang stehen.

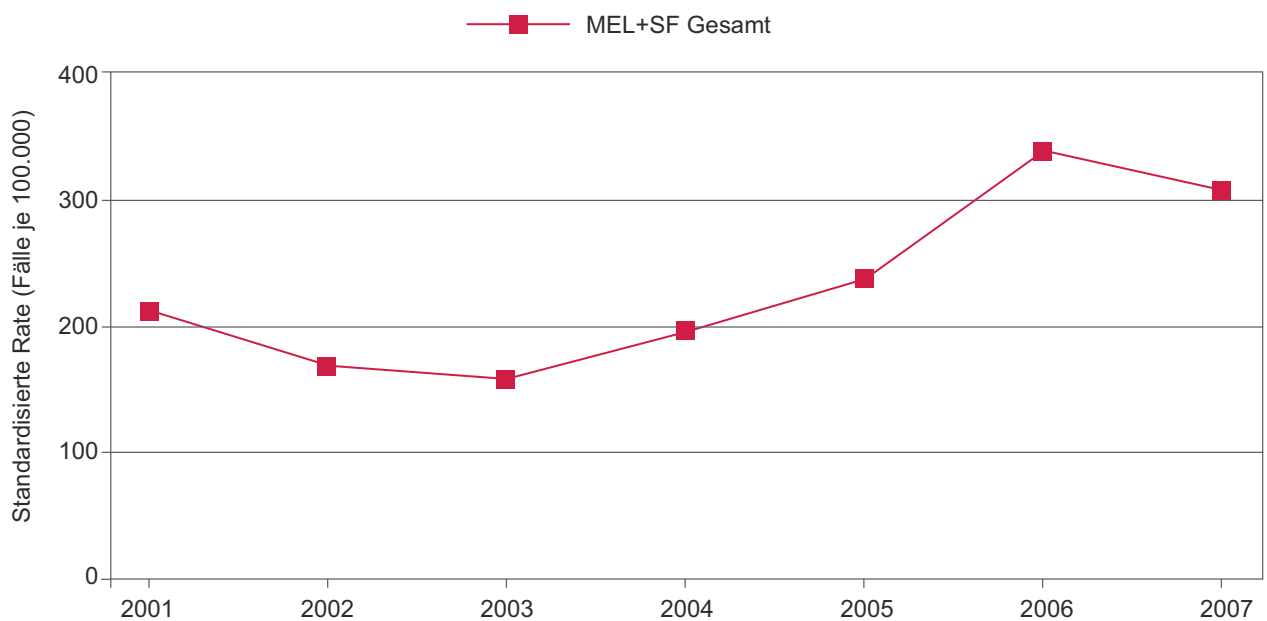
Die Häufigkeit der einbezogenen im Krankenhaus behandelten Diabetesspätfolgen ist im Zeitraum zwischen 2001 und 2007 um rund 40 bis 50 Prozent gestiegen. Zu bedenken ist, dass die Fallzahlen für Wels relativ gering sind und daher nur die Betrachtung längerer Zeiträume sinnvoll erscheint.

Abbildung 157: Krankenhausbehandlungsfälle mit Diabetesdiagnosen bzw. Spätfolgendiagnosen



Quelle: LKF; Haupt- oder Zusatzdiagnosen; nur Versicherte der OÖGKK über 30 Jahre in Fonds-Krankenanstalten; Standardisiert nach Alter und Geschlecht auf Neue Europa-Standardbevölkerung

Abbildung 158: Einschlägige medizinische Einzelleistungen (MEL) in Verbindung mit Spätfolgendiagnose (SF) - Gesamt



Quelle: LKF; nur Versicherte der OÖGKK über 30 Jahre in Fonds-Krankenanstalten; Standardisiert nach Alter und Geschlecht auf Neue Europa-Standardbevölkerung

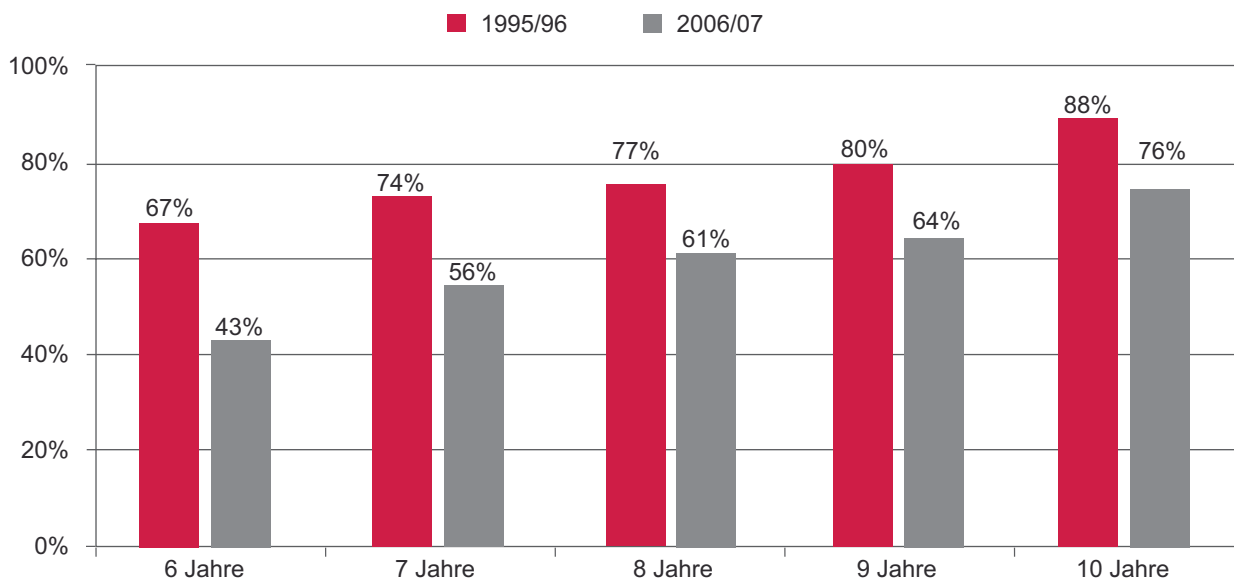
ZEHN GESUNDHEITZIELE FÜR WELS

7.1.2. Ziel 2: Zahngesundheit

Im Schuljahr 2006/2007 wurden in Wels 528 Kinder der 1. und 3. Klasse VS zwischen sechs und zehn Jahren im Rahmen der zahnpädagogischen Untersuchung von Patenärz-

ten/innen betreut. 43 Prozent der untersuchten 6-jährigen Kinder weisen Karies auf. Im Schuljahr 1995/96 waren noch ca. zwei Drittel der Kinder dieser Altersgruppe betroffen.

Abbildung 159: Vergleich der Kariesmorbidity der Schuljahre 1995/96 und 2004/2005



Quelle: Zahngesundheitsförderung Oberösterreich, PGA, Bericht 2006/2007

Tabelle 7: Zahnstatistik Schuljahr 2006/2007 - Wels Stadt

Alter	Anzahl der Kinder	Kariesmorbidity Milchzähne (%)	Kariesmorbidity bleibende Zähne (%)	Kariesmorbidity (%)
6 Jahre	70	42,9	5,7	42,9
7 Jahre	180	55,6	6,7	56,1
8 Jahre	89	56,2	24,7	60,7
9 Jahre	156	55,8	29,5	64,1
10 Jahre	33	54,5	51,5	75,8
Gesamt	528			

Quelle: Zahngesundheitsförderung Oberösterreich, PGA, Bericht 2006/2007

Das die 12-jährigen Kinder betreffende Teilziel (durchschnittlich höchstens 3 Zähne gefüllt, kariös oder extrahiert) kann aufgrund der vorhandenen Daten nicht eva-

luiert werden. Dazu wären spezifische epidemiologische Erhebungen nötig.

7.1.3. Ziel 3: Betriebliche Gesundheitsförderung

In einer im Jahr 2004 durchgeführten Umfrage zur Gesundheitsförderung in oberösterreichischen Klein- und Mittelbetrieben wurden alle Unternehmen mit 50 bis 99 MitarbeiterInnen angeschrieben. Während die Rück-

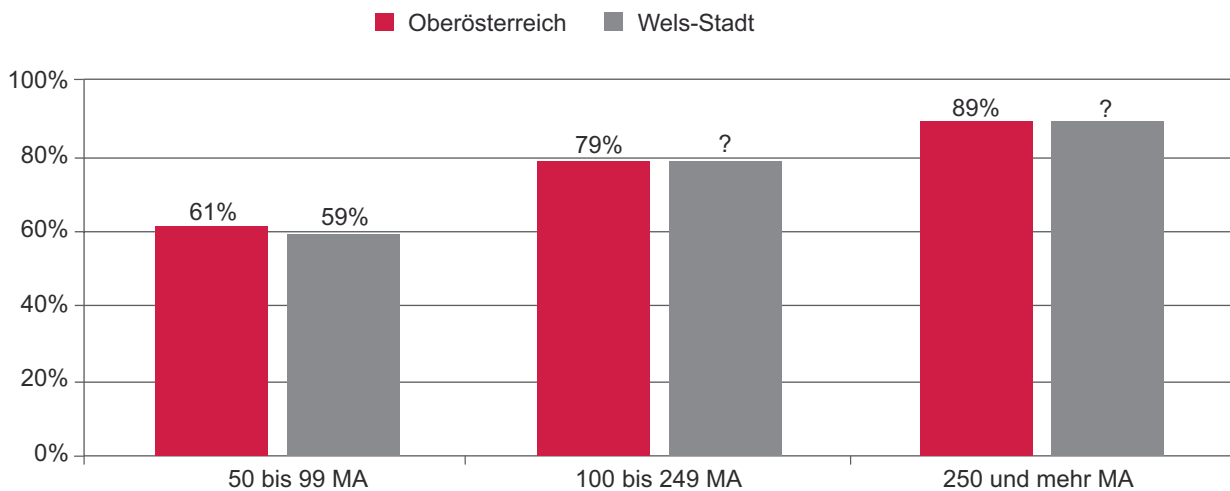
laufquote in Oberösterreich bei nur 17 Prozent lag, beteiligten sich 41 Prozent aller Welser Unternehmen dieser Größenklasse.

Tabelle 8: Rücklaufquoten zur Umfrage über BGF in KMU

Betriebsgrößenklasse	Anzahl der Unternehmen	Ausgeschickte Fragebögen	Ausgefüllte Fragebögen	Rücklaufquote in %
Mittelbetriebe in Oberösterreich (50 bis 99 MA)	699	699	121	17
Mittelbetriebe in Wels (50 bis 99 MA)	41	41	17	41

Quelle: IGP in Kooperation mit der OÖGKK

Abbildung 160: Praktische Erfahrungen mit Gesundheitsförderung im Unternehmen



Quelle: IGP in Kooperation mit der OÖGKK

Von den an der Umfrage teilnehmenden Welser Unternehmen mit 50 bis 99 MitarbeiterInnen gaben 59 Prozent an, bereits Maßnahmen oder Projekte zur Förderung der Gesundheit von MitarbeiterInnen durchgeführt zu haben. Damit erreicht man einen ähnlichen Wert wie Oberösterreich weit (61 Prozent). Für Unternehmen mit mehr als 100 MitarbeiterInnen liegen nur Oberösterreich weite

Ergebnisse vor, die aus einer weiteren Umfrage aus dem Jahr 2005 hervorgehen. Es spricht allerdings einiges dafür (siehe Ergebnisse 50 bis 99 MA), dass Unternehmen mit mehr als 100 MitarbeiterInnen aus Wels-Stadt ähnlich häufig praktische Erfahrung mit Gesundheitsförderung machen, wie im oberösterreichischen Durchschnitt.

Szenario 1 - „Best Case“

Hier wird angenommen, dass die Ergebnisse aus den Umfragen für alle Unternehmen repräsentativ zu werten sind und kein Unterschied zwischen an der Umfrage teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Unternehmen besteht. Dies würde bedeuten, dass bereits in 61 Prozent aller oberösterreichischen und in **59 Prozent aller Welser Un-**

ternehmen mit 50 bis 99 MitarbeiterInnen, in 79 Prozent aller oberösterreichischen Unternehmen mit 100 bis 249 MitarbeiterInnen sowie in 89 Prozent aller oberösterreichischen Unternehmen mit 250 und mehr MitarbeiterInnen Maßnahmen oder Projekte zur Förderung der Gesundheit der MitarbeiterInnen durchgeführt worden sind.

Szenario 2 - „Worst Case“

Die Annahme beim „worst case“ ist, dass in allen Unternehmen, die sich nicht an der Befragung beteiligt haben, keinerlei Maßnahmen oder Projekte zur Förderung der Gesundheit der MitarbeiterInnen durchgeführt worden sind.

Dies würde folgendes bedeuten: Etwa 11 Prozent der oberösterreichischen und **24 Prozent der Welser** Unternehmen mit 50 bis 99 MitarbeiterInnen sowie 11 Prozent der oberösterreichischen Unternehmen mit 100 bis 249 MitarbeiterInnen setzen Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Bei Unternehmen mit 250 und mehr MitarbeiterInnen würde etwa bei 27 Prozent aller oberösterreichischen Betriebe dieser Größenordnung Maßnahmen oder Projekte zur Förderung der Gesundheit der MitarbeiterInnen durchgeführt worden sein.

Sowohl Szenario 1 als auch Szenario 2 sind Extreme und dürften die Realität nicht widerspiegeln. Gegen Szenario 1 spricht die Vermutung, dass sich an der Umfrage verstärkt Betriebe beteiligt haben könnten, in denen Gesundheitsförderung einen größeren Stellenwert genießt als in solchen Unternehmen, die sich nicht an der Umfrage beteiligt haben. Andererseits erscheint auch Szenario 2 wenig realistisch: denn es ist nicht anzunehmen, dass alle Unternehmen, die sich nicht an der Umfrage beteiligt haben, auch keine Maßnahmen der Gesundheitsförderung setzen bzw. gesetzt haben. Die Nichtteilnahme an der Umfrage könnte auch viele andere Gründe haben. Dennoch wäre in beiden Extremen (Szenarien 1 und 2) das Gesundheitsziel 3 erreicht - natürlich nur unter der Voraussetzung, dass die gesetzten Maßnahmen der Betriebe den „Prinzipien eines gesunden Unternehmens/Betriebes“ entsprechen.

Charta und Gütesiegel

Die quantitative Erreichung des Zieles sagt aber noch nicht sehr viel über die Qualität der durchgeführten Maßnahmen aus. Zur Qualitätssicherung hat das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, deren Koordinationsstelle bei der OÖGKK angesiedelt ist, zwei bedeutende Qualitätsstufen etabliert:

- **Die BGF-Charta:** Mit der Unterzeichnung dieser Erklärung bekunden Unternehmen ihren Willen, sich in Hinkunft für die Gesundheit ihrer MitarbeiterInnen zu engagieren.

- **Das BGF-Gütesiegel:** Dies ist eine Zertifizierung von Unternehmen, die qualitativ hochwertige oder besonders innovative Gesundheitsförderungsmaßnahmen durchführen. Das Gütesiegel „Gesundheitsförderndes Unternehmen“ soll die Gesundheitsorientierung eines Unternehmens öffentlich sichtbar machen. Ein Unternehmen muss Qualitätskriterien erfüllen und erhält dafür das Gütesiegel befristet auf drei Jahre.

Bisher haben zwei Betriebe in der Stadt Wels die BGF-Charta unterschrieben. Ein Betrieb - die Fa. Reform-Werke Bauer & Co GesmbH - ist Träger des BGF-Gütesiegels 2009-2011.⁴¹

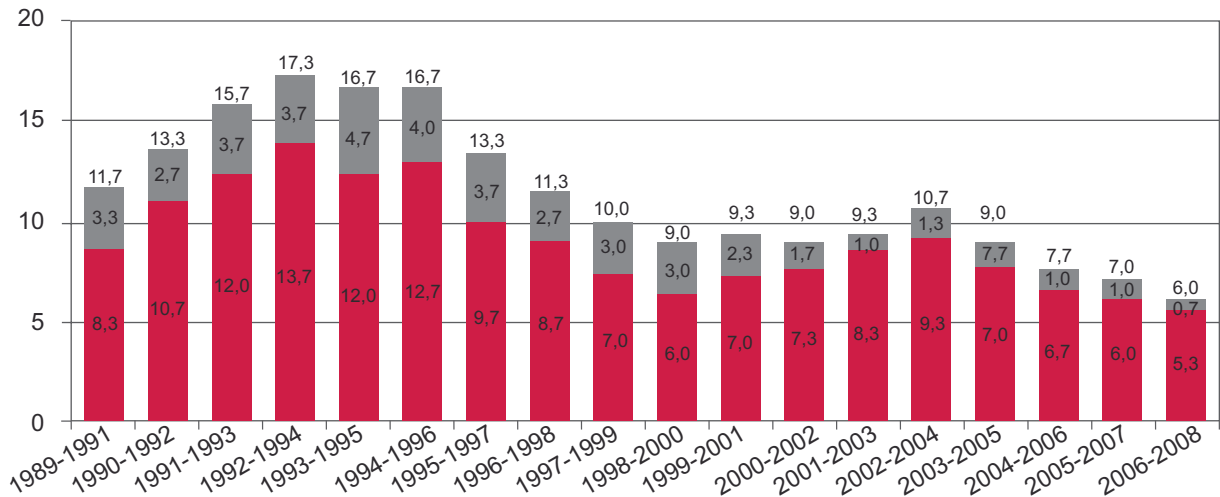
⁴¹Stand Februar 2009

7.1.4. Ziel 4: Suizid

In Wels schwankt die jährliche Zahl der Suizidfälle im Zeitraum zwischen 1989 und 2008 zwischen 6,0 Fällen (2006 bis 2008) und 17,3 Fällen (1992 bis 1994) pro Jahr. Durch die - aus statistischer Sicht - geringe Populationsgröße und die dementsprechend geringen Fallzahlen weist die Suizidrate große, als zufällig anzusehende, Schwankungen zwischen den einzelnen Jahren auf. Um diese zufälligen Schwankungen auszugleichen wurde der Verlauf der Suizidrate in Abbildung 161 und Abbildung 162 geglättet (gleitender Mittelwert über drei bzw. fünf Jah-

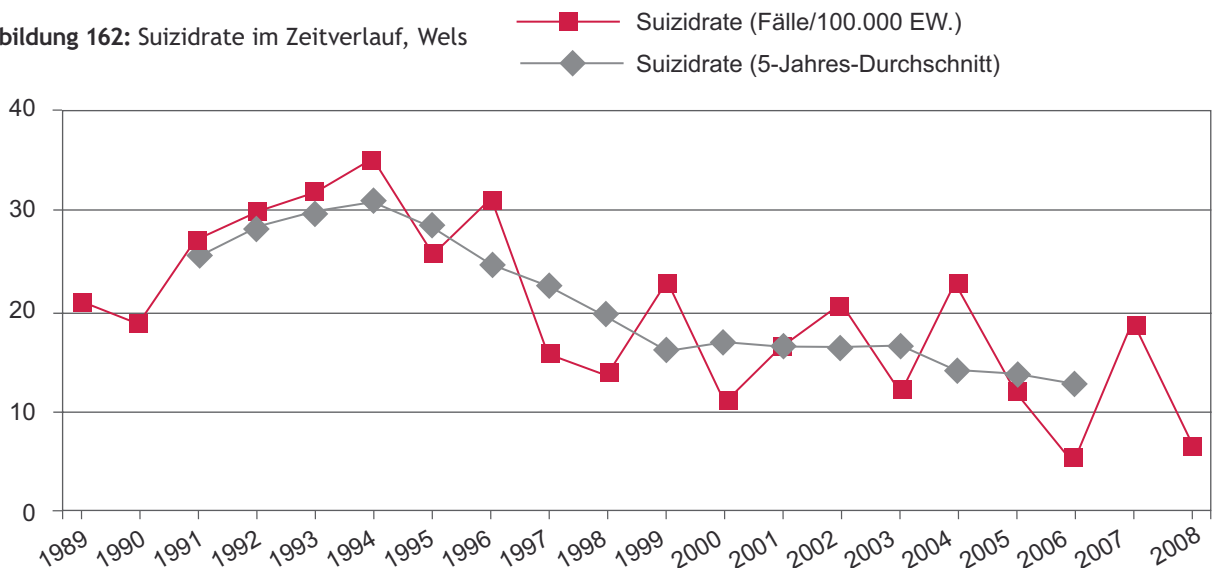
re). Die Suizidrate war in Wels Anfang bis Mitte der Neunziger Jahre ausgesprochen hoch. 1990 bis 1995 lag die durchschnittliche Suizidrate bei rund 30 Fällen/100.000 Einwohner. In der zweiten Hälfte der 1990er Jahre ist ein deutlicher Rückgang zu beobachten. Ab 1999 liegt die Suizidrate in Wels ungefähr im Bereich des oberösterreichischen Landesdurchschnitts (bei rund 17 Fälle/100.000 EW.). Ab 2004 ist ein weiterer Rückgang zu beobachten (auf durchschnittlich 13 Fälle/100.000 in Zeitraum von 2004 bis 2008).

Abbildung 161: Suizidfälle pro Jahr (Drei-Jahres Durchschnitt) 1989 bis 2008, Wels



Quelle: Land Oberösterreich, Abteilung Statistik

Abbildung 162: Suizidrate im Zeitverlauf, Wels



Quelle: Land Oberösterreich, Abteilung Statistik. Zur Glättung des Verlaufes (Verminderung zufälliger Schwankungen) wurde ein gleitender Mittelwert gebildet (Fünf-Jahres-Durchschnitt: zwei Jahre vor bis zwei Jahre nach dem betreffenden Jahr).

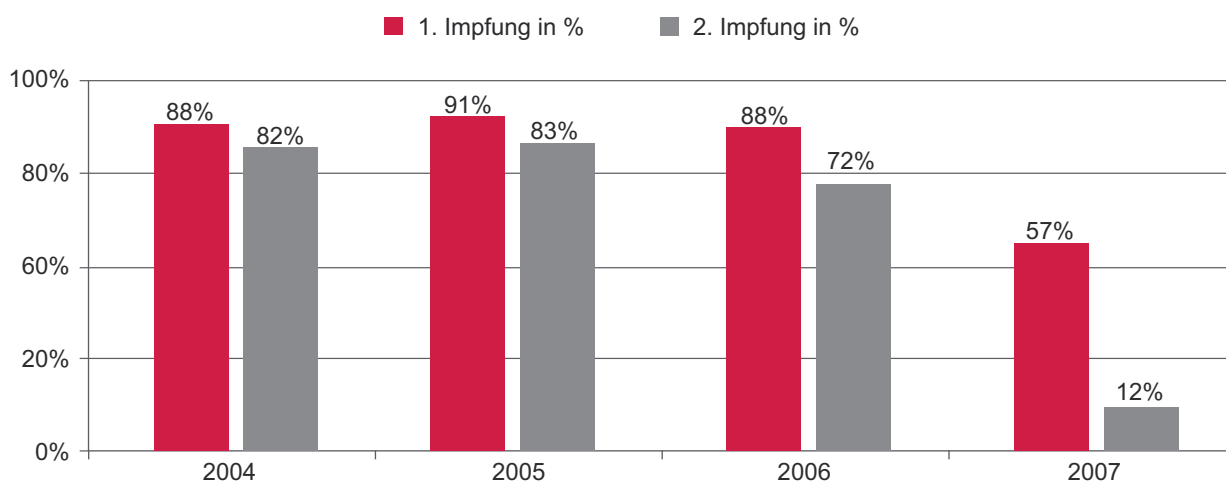
ZEHN GESUNDHEITZIELE FÜR WELS

7.1.5. Ziel 5, 6: Impfen

Laut WHO ist mit einer Durchimpfungsrate von mindestens 95 Prozent die Eliminierung der Masern möglich, mit dauerhaften Durchimpfungsraten von über 90 Prozent eine Eindämmung. Im Analogieschluss dazu ist mit einer Eindämmung von Mumps und Röteln durch den Einsatz der Kombinationsimpfstoffe MMR bei einer Durchimpfungsrate von über 90 Prozent ebenfalls zu rechnen.

Für einen Langzeitschutz sollen insgesamt zwei Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln durchgeführt werden. Bis Ende 2002 wurde die erste Impfung im zweiten Lebensjahr, die zweite Impfung bei Schulanfängern verabreicht. Ab 2003 wurde die Impfstrategie geändert und die zweite Impfung in das zweite Lebensjahr vorverlegt.

Abbildung 163: Durchimpfungsraten MMR-Impfungen - Großraum Wels



Quelle: Amt der OÖ Landesregierung, Landessanitätsdirektion; Großraum Wels; Durchimpfungsraten MMR-Impfung in %; Geburtenjahrgänge 2004-2007; Stand 31.12.2008

Die Durchimpfungsrate liegt in den Jahren 2004 und 2005 bei rund etwa 90 Prozent und ist damit um etwa fünf Prozent über der Oberösterreich weiten⁴² Durchimpfungsrate angesiedelt. Die hier angeführte niedrige Durchimpfungsrate für den Geburtsjahrgang 2007 liegt schlicht daran, dass viele Kinder erst im Jahr 2009 in das für die MMR-Impfungen vorgesehene Alter kommen.

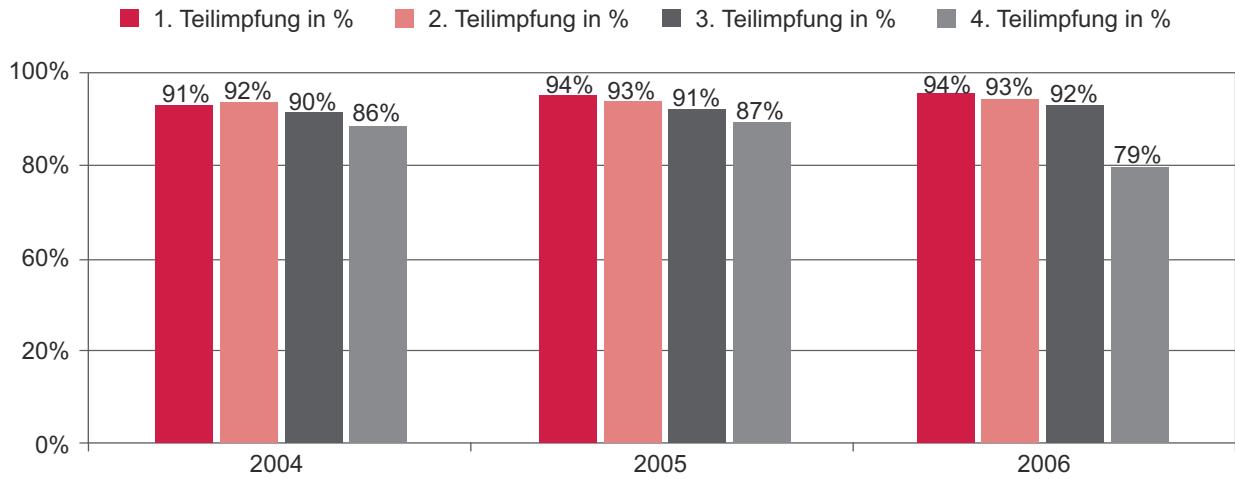
Die Sechsfachimpfung (gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio, Hepatitis B, Haemophilus influenzae) besteht aus 4 Teilimpfungen, die im dritten Lebensmonat (erste

Teilimpfung), im 5. Lebensmonat (zweite Teilimpfung), im siebten Lebensmonat (dritte Teilimpfung) und im zweiten Lebensjahr (vierte Teilimpfung) verabreicht werden.

Durch Erreichen einer Durchimpfungsrate für eine vollständige Grundimmunisierung mit 4 Teilimpfungen von über 90 Prozent kann die Gruppe der durch einen besonders schweren Krankheitsverlauf gefährdeten Kinder bei Pertussis und Haemophilus influenzae Typ B auf einem Minimum gehalten werden.

⁴²Vergleichsjahre 2002 und 2003

Abbildung 164: Durchimpfungsraten Sechsfachimpfung - Großraum Wels



Quelle: Amt der OÖ Landesregierung, Landessanitätsdirektion; Großraum Wels; Durchimpfungsraten 6-fach-Impfungen in %; Geburtenjahrgänge 2004 - 2006; Stand 31.12.2008

Die Durchimpfungsraten für die ersten drei Teilimpfungen liegen bei den Geburtenjahrgängen 2004 bis 2006 zwischen 90 und 94 Prozent. Einzig bei der 4. Teilimp-

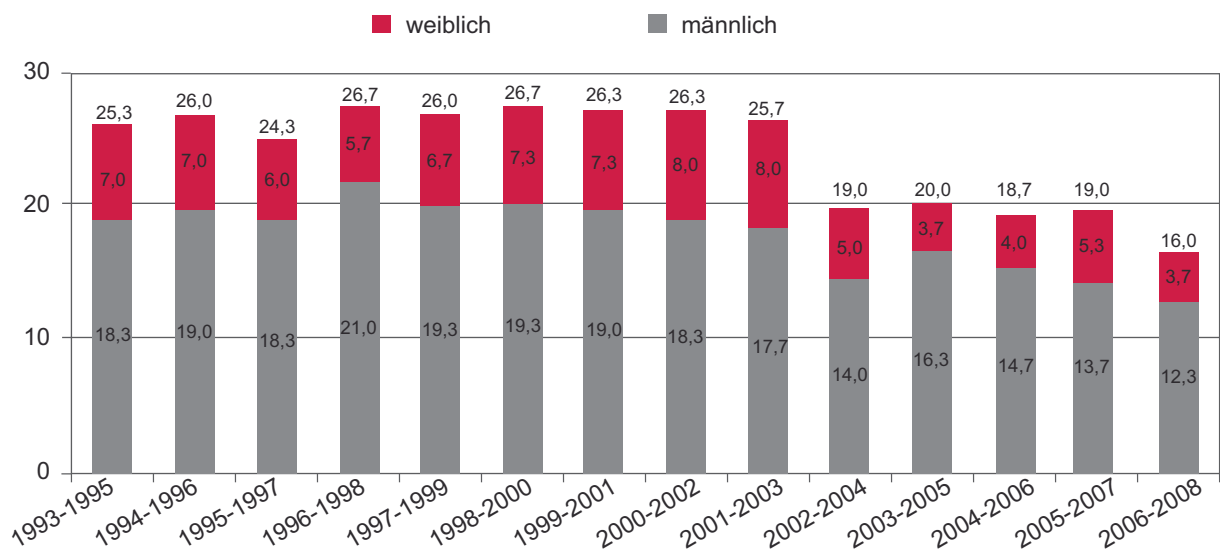
fung liegt man bei den Geburtenjahrgängen 2004 und 2005 knapp unter 90 Prozent.

7.1.6. Ziel 7: Herz-Kreislauferkrankungen

Die durchschnittliche jährliche Zahl der Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauferkrankungen in der Altersgruppe unter 65 Jahren schwankt im Zeitraum zwischen 1995 und 2008 zwischen 26,7 Fällen (1998 bis 2000) und 16,0 Fällen (2006 bis 2008). Durch die - aus statistischer Sicht - geringe Populationsgröße und die dementsprechend geringen Fallzahlen weist die Rate große, als zufällig anzusehende, Schwankungen zwischen den einzelnen Jahren auf. Um diese zufälligen Schwankungen auszugleichen wurde der Verlauf in Abbildung 165 und Abbildung 166 geglättet (gleitender Mittelwert über drei Jahre). Die durchschnittliche spezifische Mortalitätsrate lag im Zeitraum zwischen 1996 und 2002 bei rund 55 Fällen/100.000 Einwohner. Von 2002 auf 2003 ist ein deutlicher Rück-

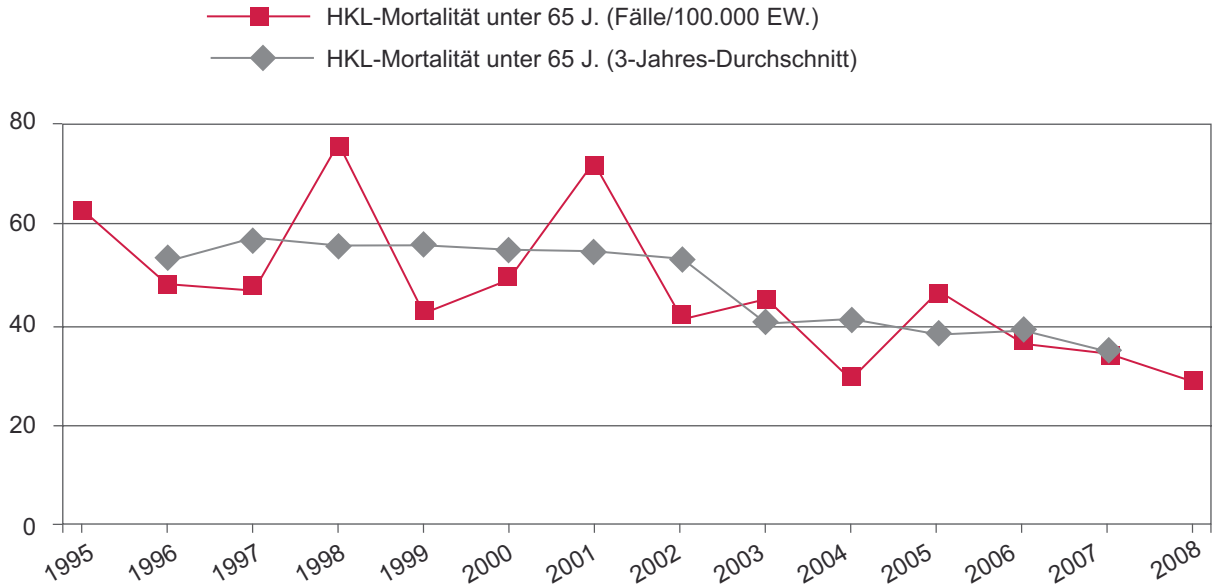
gang zu beobachten (um etwas mehr als ein Viertel auf ca. 40 Fälle/100.000 Ew.). 2007 ist ein weiterer Rückgang auf rund 33 Fälle/100.000 zu beobachten. Da aufgrund der geringen Fallzahlen (trotz Durchschnittsbildung über mehrere Jahre) mit unstabilen Ergebnissen gerechnet werden muss, kann aus statistischer Sicht erst nach einer Beobachtung über einen längeren Zeitraum festgestellt werden, ob es sich dabei um einen nachhaltigen Rückgang handelt. Andererseits entspricht diese Entwicklung ungefähr dem Oberösterreichischen Trend. Für Oberösterreich konnte zwischen 1999 und 2007 ein Rückgang der Herz-Kreislaufsterblichkeit bei unter 65-Jährigen um 43 Prozent beobachtet werden (von rund 54 auf 31 Fälle/100.000).

Abbildung 165: Jährliche Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauferkrankungen unter 65 Jahren im Zeitverlauf (1993 bis 2008, Drei-Jahres Durchschnitt), Wels



Quelle: Land Oberösterreich, Abteilung Statistik

Abbildung 166: Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislaufferkrankungen unter 65 Jahren im Zeitverlauf (1995 bis 2005), Wels



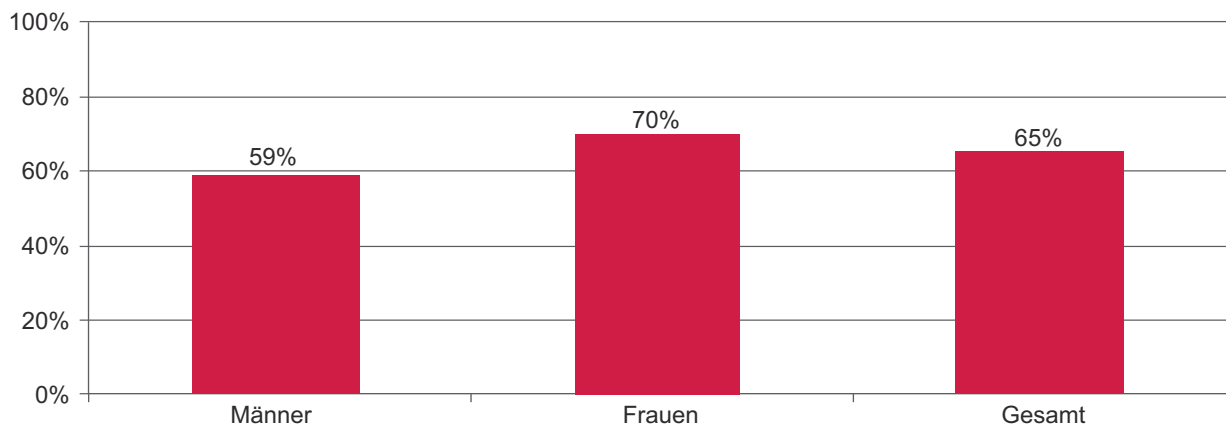
Quelle: Land Oberösterreich, Abteilung Statistik; eigene Berechnungen; Gleitender Mittelwert: Zur Glättung des Verlaufes (Verminderung zufälliger Schwankungen) wurde ein gleitender Mittelwert gebildet (Drei-Jahres-Durchschnitt: ein Jahr vor bis ein Jahr nach dem betreffenden Jahr)

ZEHN GESUNDHEITZIELE FÜR WELS

7.1.7. Ziel 8: Nikotin und Alkohol

Zum Stand des Gesundheitszieles, betreffend Nikotinkonsum der über 15-jährigen Bevölkerung in Wels, lässt sich zurzeit aufgrund der Ergebnisse der Welser Gesundheitsumfrage folgendes feststellen:

Abbildung 167: NichtraucherInnenanteil in der Welser Bevölkerung



Quelle: Welser Gesundheitsbefragung 2008; n=2.080

59 Prozent der Männer und 70 Prozent der Frauen bezeichnen sich als Nichtraucher bzw. Nichtraucherin. Die derzeitige NichtraucherInnenquote liegt mit 65 Prozent also noch 15 Prozentpunkte unter der für das Jahr 2010 avisierten Zielmarke von 80 Prozent.

Bezüglich des NichtraucherInnenanteils bei den unter 15-Jährigen liegen keine spezifischen Daten für die Stadt Wels vor. Oberösterreichweit wird der gegenwärtige NichtraucherInnenanteil in diesem Alterssegment (0 bis 15 Jahre) vom Institut Suchtprävention auf 98 Prozent ge-

schätzt.⁴³

Zahlen zum Pro-Kopf-Verbrauch von Alkohol liegen weder für Wels, noch für Oberösterreich vor. (Derartige Statistiken sind nur für Österreich verfügbar, da sie anhand von Alkoholproduktion, Importen und Exporten berechnet werden. Die Schätzung des Pro-Kopf-Verbrauches von Alkohol anhand von Bevölkerungsbefragungen hat sich als sehr unzuverlässig erwiesen⁴⁴). Eine Evaluierung des Gesundheitszieles ist aus diesem Grund nicht möglich. Informationen zum Alkoholkonsum der Welser Bevölkerung finden sich im Kapitel 4.4. des Berichts.

⁴³Seyer et al. 2007

⁴⁴Uhl 2001

7.1.8. Ziel 9: Schule

Im Jahr 2005 war eine Welser Schule Teil des Österreichischen Netzwerks „Gesundheitsfördernder Schulen“. Das Netzwerk konnte zwar wichtige Grundlagenarbeit leisten, bei weitem aber nicht eine entsprechend große Anzahl an Schulen erreichen. Daher wurde nun in Oberösterreich durch eine Arbeitsgruppe „Gesunde Schule“, die vom Institut für Gesundheitsplanung koordiniert wird, ein landesweites Konzept erarbeitet. Kern des Konzepts ist ein Gütesiegel „Gesundheitsfördernde Schule“, das durch die Erfüllung eines erarbeiteten Kriterienkatalogs

an gesundheitsfördernde Schulen verliehen wird. Im Schuljahr 2006/07 beteiligten sich zwei Welser Schulen (BHAK 1 Wels und die Volksschule 8 Vogelweide) am Pilotprojekt „Gesunde Schule Oberösterreich“ als „Pilotschulen“. Der VS 8 Vogelweide wurde in weiterer Folge das Gütesiegel „Gesundheitsfördernde Schule“ verliehen. Aktuell (Schuljahr 2008/2009) haben die Hauptschule 3 Wels sowie die Volksschule Thalheim die erste Informationsveranstaltung besucht und streben in weiterer Folge das Gütesiegel „Gesundheitsfördernde Schule“ an.

7.1.9. Ziel 10: Gesunde Stadt

Die Stadt Wels ist seit dem Jahr 1992 Mitglied im Netzwerk „Gesunde Städte Österreichs“, an dem insgesamt 34 österreichische Städte beteiligt sind. Im März 2007

war Wels Veranstaltungsort der Tagung des Netzwerks „Gesunde Städte Österreichs“.

8. DATEN- GRUNDLAGE

Im vorliegenden Bericht wurde - abgesehen von Daten der Statistik Austria - in erster Linie folgendes Datenmaterial verwendet:

8.1. Umfragedaten der Welser Gesundheitsbefragung 2008

Im Mai/Juni 2008 wurden 7.500 schriftliche Fragebögen an WelserInnen zwischen 15 und 80 Jahren ausgesandt. Insgesamt wurden 2.082 ausgefüllte Fragebögen an den Welser Magistrat retourniert. Dies entspricht einer Rücklaufquote von knapp 28 Prozent.

Um auch die jüngere Bevölkerung angemessen zu repräsentieren⁴⁵, wurde anstatt einer einfachen Zufallsauswahl die Methode einer disproportionalen Zufallsstichprobe zu Gunsten der jüngeren Bevölkerungssegmente angewandt. Die Stichprobenziehung erfolgte aus dem aktuellen Melderegister und wurde vom Magistrat der Stadt Wels abgewickelt.

Die Erhebungsmethode, das Stichprobendesign und die damit verbundenen unterschiedlichen Rücklaufquoten nach soziodemographischen Merkmalen (Geschlecht, Bildung und Alter) führen dazu, dass die Zusammensetzung des Samples von der tatsächlichen Grundgesamtheit etwas abweicht. So sind beispielsweise Frauen und höher gebildete Personen überrepräsentiert. Um diesen Bias zu korrigieren, wurden die Auswertungen für die Gesamtpopulation nach den Merkmalen Alter, Geschlecht und Bildungsgrad gewichtet - d.h. an die tatsächliche Verteilung dieser Merkmale in der Welser Wohnbevölkerung angeglichen.

8.2. Abrechnungsdaten der OÖGKK

Im vorliegenden Bericht wurden anonymisierte Abrechnungsdaten der OÖGKK verwendet. Diese betreffen die Bereiche Krankenstand (Häufigkeit und Dauer), Krankenhausaufenthalte und Medikamentenverordnungen. Im

Bericht sind Auswertungen von anonymisierten Abrechnungsdaten der OÖGKK mit dem Kürzel FOKO (=Folgekostendaten der OÖGKK) versehen.

8.3. Spitalsentlassungsdaten der Fonds-Krankenanstalten

Mit der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltsfinanzierung (LKF) im Jahr 1997 wurde zur Umsetzung in Oberösterreich der OÖ. Krankenanstaltsfonds (OÖ. KRAF) gegründet. Krankenanstalten, die dem LKF-System unterliegen und aus öffentlichen Mitteln über den Landeskrankenanstaltsfonds finanziert werden, werden als Fonds-Krankenanstalten bezeichnet. Es ist zu beach-

ten, dass die Spitalsentlassungsdaten nicht Personen sondern Behandlungsfälle zählen und dem IGP nur solche Behandlungsfälle vorliegen, die von OÖGKK-Versicherten in OÖ Fonds-Krankenanstalten in Anspruch genommen wurden. Im Bericht sind Auswertungen der Spitalsentlassungsdaten mit dem Kürzel LKF versehen.

⁴⁵Personen aus jüngeren Segmenten neigen erfahrungsgemäß in einem geringeren Ausmaß als Personen aus älteren Segmenten dazu, Fragebögen zu beantworten bzw. zu retournieren.

9. VERZEICHNISSE UND LITERATUR

9.1. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung der Welser Bevölkerung..... 17

Abbildung 2: Herkunft der AusländerInnen (Staatsbürgerschaft) 17

Abbildung 3: Monatseinkommen am Arbeitsort 18

Abbildung 4: Lebendgeborene im Zeitverlauf 19

Abbildung 5: Geburtenziffer im Zeitverlauf..... 19

Abbildung 6: Zu- und Wegzüge 1995-2007..... 20

Abbildung 7: Wanderungsbilanz 20

Abbildung 8: Lebenserwartung bei der Geburt 23

Abbildung 9: Fernere Lebenserwartung mit 65 Jahren..... 23

Abbildung 10: Todesfälle im Jahr 2007 24

Abbildung 11: Todesfälle pro 100.000 Männer (Rohe Rate) 25

Abbildung 12: Todesfälle pro 100.000 Frauen (Rohe Rate) 25

Abbildung 13: Standardisierte Sterbeziffern 1998/2004 in Wels 26

Abbildung 14: Subjektiver Gesundheitszustand der Welser Bevölkerung..... 29

Abbildung 15: Altersspezifischer Gesundheitszustand der Welser Bevölkerung 30

Abbildung 16: Bildungsbezogener Gesundheitszustand der Welser Bevölkerung..... 30

Abbildung 17: Bildungsbezogener Gesundheitszustand nach unterschiedlichen Altersgruppen - Männer 31

Abbildung 18: Bildungsbezogener Gesundheitszustand nach unterschiedlichen Altersgruppen - Frauen..... 31

Abbildung 19: Einkommen und subjektive Gesundheit 32

Abbildung 20: Einkommen und subjektive Gesundheit in unterschiedlichen Altersgruppen..... 33

Abbildung 21: Krankenstandstage je Beschäftigten nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2005-2007) 36

Abbildung 22: Durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit (Krankenstandsfälle je Beschäftigten) nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2005 bis 2007)..... 36

Abbildung 23: Krankenstand: AU Tage von Arbeitern und Arbeiterinnen nach Wirtschaftsklasse (Durchschnitt 2005-2007) 37

Abbildung 24: Krankenstand: AU Tage von Angestellten nach Wirtschaftsklasse (Durchschnitt 2005-2007) 38

Abbildung 25: Krankenstandstage 2005-2007 nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel) 39

Abbildung 26: Krankenstandstage aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates 2005-2007 (ICD-10 Kapitel) 40

Abbildung 27: Krankenstandstage aufgrund von Atemwegserkrankungen 2005-2007 (ICD-10 Kapitel) 40

Abbildung 28: Krankenstandstage aufgrund von Verletzungen 2005-2007 (ICD-10 Kapitel)..... 41

Abbildung 29: Betroffenenquote 2006 nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel) 42

Abbildung 30: Krankenstandstage pro betroffener Person 2006 nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel) 43

Abbildung 31: Personen mit Krankenhausaufenthalt nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007) 44

Abbildung 32: Krankenhaustage nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007) 45

Abbildung 33: Verteilung der Krankenhaustage auf Diagnosegruppen (Durchschnitt 2005 bis 2007) 46

Abbildung 34: Verteilung der Krankenhaustage auf Diagnosegruppen nach Altersgruppe - Frauen 47

Abbildung 35: Verteilung der Krankenhaustage auf Diagnosegruppen nach Altersgruppe - Männer 47

Abbildung 36: Medikamentenverordnungen nach Altersgruppen (Durchschnitt 2005 bis 2007) 48

Abbildung 37: Verteilung der Medikamentenverordnungen auf Anatomische ATC-Gruppen (Durchschnitt 2005 bis 2007) 49

Abbildung 38: Verteilung der Verordnungsmenge auf anatomische ATC-Gruppen nach Altersgruppe - Frauen 50

Abbildung 39: Verteilung Verordnungsmenge auf anatomische ATC-Gruppen nach Altersgruppe - Männer..... 50

Abbildung 40: Prävalenz mit Krankheiten des Bewegungsapparates 52

Abbildung 41: Prävalenz von Schäden der Wirbelsäule..... 53

Abbildung 42: Schäden der Wirbelsäule nach Altersgruppen..... 53

Abbildung 43: Schäden der Wirbelsäule nach Schulbildung 54

Abbildung 44: Schäden der Wirbelsäule nach Schulbildung (unterschiedlicher Altersgruppen) - Männer 54

Abbildung 45: Schäden der Wirbelsäule nach Schulbildung (unterschiedlicher Altersgruppen) - Frauen 55

Abbildung 46: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates 2005-2007 nach Hauptdiagnose (Anteil an den Krankenhausaufenthalten mit Hauptdiagnose Bewegungs- und Stützapparat) .. 56

Abbildung 47: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Erkrankungen von Rücken und Wirbelsäule nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006) 57

Abbildung 48: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Gelenkserkrankungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007) 57

Abbildung 49: Personen mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007) 58

Abbildung 50: Personen mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Gelenkserkrankungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007) 59

VERZEICHNISSE UND LITERATUR

Abbildung 51: Prävalenz von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems.....	60
Abbildung 52: Niedriger Blutdruck (dauerhaft bzw. in den letzten zwölf Monaten) in unterschiedlichen Altersgruppen	61
Abbildung 53: Erhöhter Blutdruck (dauerhaft bzw. in den letzten zwölf Monaten) in unterschiedlichen Altersgruppen	61
Abbildung 54: Erhöhter Blutdruck (dauerhaft bzw. in den letzten zwölf Monaten) bei über 50-Jährigen in unterschiedlichen Body-Mass-Index-Klassen	62
Abbildung 55: Venenentzündungen, Thrombosen, Krampfadern (dauerhaft bzw. in den letzten zwölf Monaten) nach Altersgruppen	63
Abbildung 56: Gefäßstörungen an den Beinen (dauerhaft bzw. in den letzten zwölf Monaten) nach Altersgruppen	63
Abbildung 57: Gefäßstörungen an den Beinen (dauerhaft bzw. in den letzten zwölf Monaten) bei über 50-Jährigen nach Schulbildung.....	64
Abbildung 58: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Herz-Kreislaufferkrankungen 2005-2007 nach Hauptdiagnose (Anteil an den Krankenhausaufenthalten mit Hauptdiagnose Herz-Kreislaufferkrankung)	65
Abbildung 59: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund ischämischer Herzkrankheit nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)	66
Abbildung 60: Personen mit Krankenhausaufenthalt: Sonstige Formen der Herzkrankheit nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)	67
Abbildung 61: Personen mit Krankenhausaufenthalt: Zerebrovaskuläre Krankheiten nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)	68
Abbildung 62: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheiten der Venen und Lymphgefäße nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)	69
Abbildung 63: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheiten der Arterien nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007).....	70
Abbildung 64: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Bluthochdruckerkrankung (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)	71
Abbildung 65: Prävalenz von Hautallergien	72
Abbildung 66: Altersspezifische Beschwerden durch Allergien (z.B. Heuschnupfen)	73
Abbildung 67: Zuckerkrankheit nach Alter	74
Abbildung 68: Zuckerkrankheit bei (über) 50-Jährigen nach Body-Mass-Index	74
Abbildung 69: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Diabetes nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)	75
Abbildung 70: Verteilung der Krankenhausaufenthalte mit Spätkomplikation nach Komplikationsart (Durchschnitt 2005 bis 2007)	76
Abbildung 71: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Diabeteskomplikationen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)	76
Abbildung 72: Personen mit Antidiabetika (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)	77
Abbildung 73: Chronische Bronchitis/Lungenemphysem nach Alter	78
Abbildung 74: Lungenasthma nach Alter	78
Abbildung 75: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Atemwegserkrankungen 2005-2007 nach Hauptdiagnose (Anteil an den Krankenhausaufenthalten mit Hauptdiagnose Atemwegserkrankung)	79
Abbildung 76: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Erkrankungen der oberen Atemwege nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007).....	80
Abbildung 77: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund chronischer Erkrankungen der unteren Atemwege nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)	81
Abbildung 78: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Grippe und Pneumonie nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)	82
Abbildung 79: Personen mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund von akuten Infekten der oberen Atemwege nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007).....	83
Abbildung 80: Personen mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund von sonstigen Krankheiten der oberen Atemwege nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007).....	84
Abbildung 81: Personen mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund von chronischen Erkrankungen der unteren Atemwege nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)	85
Abbildung 82: Personen mit Antiasthmatica (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)	86
Abbildung 83: Anzeichen einer Depression nach Alter	88
Abbildung 84: Anzeichen einer Depression nach Schulbildung.....	88
Abbildung 85: Anzeichen einer Depression und Einkommen	89
Abbildung 86: Anzeichen einer Depression nach Beschäftigungsstatus	90
Abbildung 87: Anzeichen einer Depression nach Beschäftigungsverhältnis	90
Abbildung 88: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von psychischen Erkrankungen 2005-2007 nach Hauptdiagnose (Anteil an betroffenen Personen)	91
Abbildung 89: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von affektiven Störungen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)	92

Abbildung 90: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von affektiven Störungen: durchschnittliche Krankenhaustage je Betroffenen (2005 bis 2007)	92
Abbildung 91: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von affektiven Störungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007).....	93
Abbildung 92: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Störungen durch psychotrope Substanzen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)	94
Abbildung 93: Anteil spezifischer Diagnosen an den Krankenhausaufenthalten infolge Substanzkonsum (2005 bis 2007)	94
Abbildung 94: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Störungen durch psychotrope Substanzen: durchschnittliche Krankenhaustage je Betroffenen (2005 bis 2007)	95
Abbildung 95: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Störung durch psychotrope Substanzen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007).....	96
Abbildung 96: Anteil spezifischer Diagnosen an den Krankenhausaufenthalten infolge Substanzgebrauch nach Altersgruppen (2005 bis 2007)	96
Abbildung 97: Personen mit Krankenstand aufgrund von psychischen Erkrankungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)	97
Abbildung 98: Psychischen Erkrankungen: Krankenstandstage je Betroffene nach Altersgruppen (Durchschnitt 2005 bis 2007)	98
Abbildung 99: Anteil spezifischer Diagnosen an den Krankenstandstagen psychischer Erkrankungen (2005 bis 2007)	98
Abbildung 100: Personen mit Krankenstand aufgrund von affektiven Störungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)	99
Abbildung 101: Personen mit Krankenstand aufgrund von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)	100
Abbildung 102: Personen mit Antidepressivaverordnung (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007).....	101
Abbildung 103: Antidepressivaverordnung: durchschnittliche Verordnungsmenge je PatientIn (Durchschnitt 2005 bis 2007)	102
Abbildung 104: Beschwerden I	104
Abbildung 105: Beschwerden II	105
Abbildung 106: Rücken- bzw. Kreuzschmerzen	106
Abbildung 107: Beschwerden: Rücken-, Kreuzschmerzen nach Schulbildung	106
Abbildung 108: Beschwerden: Schlafstörungen nach Alter	107
Abbildung 109: Beschwerden: Schlafstörungen nach Zufriedenheit mit der beruflichen Situation.....	107
Abbildung 110: Beschwerden: Schlafstörungen nach derzeitigem Status.....	108
Abbildung 111: Beschwerden: Niedergeschlagenheit, Depression nach Alter	108
Abbildung 112: Beschwerden: Niedergeschlagenheit, Depression nach der Zufriedenheit mit der beruflichen Situation	109
Abbildung 113: Sportliche Betätigung nach Alter.....	111
Abbildung 114: Frequenz der sportlichen Betätigung nach Altersgruppen	112
Abbildung 115: Sportliche Betätigung nach beruflicher Stellung.....	112
Abbildung 116: Sportliche Betätigung und Anzeichen einer Depression	113
Abbildung 117: Ernährungsgewohnheiten - Speisen „häufig“ als Hauptmahlzeit	114
Abbildung 118: häufiger Konsum von „leichten Gerichten“ als Hauptmahlzeit nach Alter	114
Abbildung 119: häufiger Konsum von Fast Food als Hauptmahlzeit nach Alter	115
Abbildung 120: häufiger Konsum von „Leichten Gerichten“ als Hauptmahlzeit nach Schulbildung	115
Abbildung 121: häufiger Konsum von Fast Food als Hauptmahlzeit nach Schulbildung.....	116
Abbildung 122: Tabakkonsum nach Alter	117
Abbildung 123: Raucher (tägliche) nach Alter und Schulbildung - Männer	118
Abbildung 124: RaucherInnen (tägliche) nach Alter und Schulbildung - Frauen	118
Abbildung 125: RaucherInnen (tägliche) nach beruflicher Stellung.....	119
Abbildung 126: Tabakkonsum und subjektiver Gesundheitszustand.....	119
Abbildung 127: Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag und Alter	120
Abbildung 128: Rauchen in Wohnung nach Schulbildung.....	121
Abbildung 129: Rauchen in Wohnung und Migrationshintergrund.....	121
Abbildung 130: Rauchexposition von NichtraucherInnen in Wohnung	122
Abbildung 131: Rauchen in Wohnung und Kinder im Haushalt	122
Abbildung 132: Rauchen in Wohnung und Kinder im Haushalt nach Schulbildung.....	123
Abbildung 133: Rauchen in Wohnung und Kinder im Haushalt nach Migrationshintergrund	123
Abbildung 134: Alkoholkonsum (Frequenz) nach Geschlecht	125
Abbildung 135: Alkoholkonsum (Frequenz) nach Alter und Geschlecht	126
Abbildung 136: Alkoholkonsum (Frequenz) und Migrationshintergrund - Männer	126
Abbildung 137: Alkoholkonsum (Frequenz) und Migrationshintergrund - Frauen	127

VERZEICHNISSE UND LITERATUR

Abbildung 138: konsumierte Alkoholmenge (in letzten 7 Tagen) nach Alter und Geschlecht	128
Abbildung 139: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung	134
Abbildung 140: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung nach subjektiver Gesundheit	134
Abbildung 141: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung nach Stadtteilen.....	135
Abbildung 142: Erreichbarkeit von Ärzten/Ärztinnen	136
Abbildung 143: Erreichbarkeit von Praktischem/r Arzt/Ärztin nach Stadtteil	137
Abbildung 144: Erreichbarkeit von Zahnärzten/Zahnärztinnen nach Stadtteilen	137
Abbildung 145: Verärgerung (jemals) über Wartezeit auf einen Termin	138
Abbildung 146: Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung	139
Abbildung 147: Vorsorgeuntersuchung (seltener/nie) nach Alter	139
Abbildung 148: Gründe, nicht zu einer Vorsorgeuntersuchung zu gehen.....	140
Abbildung 149: Impfstatus I	141
Abbildung 150: Impfstatus II.....	142
Abbildung 151: Impfstatus (aufrechter Impfschutz) nach Alter I	142
Abbildung 152: Impfstatus (aufrechter Impfschutz) nach Alter II	143
Abbildung 153: Impfstatus (aufrechter Impfschutz) nach Geschlecht.....	143
Abbildung 154: Impfstatus (aufrechter Impfschutz) nach Bildung I.....	144
Abbildung 155: Impfstatus (aufrechter Impfschutz) nach Bildung II.....	144
Abbildung 156: Ambulante Behandlungsprävalenz.....	156
Abbildung 157: Krankenhausbehandlungsfälle mit Diabetesdiagnosen bzw. Spätfolgendidiagnosen	157
Abbildung 158: Einschlägige medizinische Einzelleistungen (MEL) in Verbindung mit Spätfolgendidiagnose (SF) - Gesamt	157
Abbildung 159: Vergleich der Kariesmorbidität der Schuljahre 1995/96 und 2004/2005.....	158
Abbildung 160: Praktische Erfahrungen mit Gesundheitsförderung im Unternehmen	159
Abbildung 161: Suizidfälle pro Jahr (Drei-Jahres Durchschnitt) 1989 bis 2008, Wels	161
Abbildung 162: Suizidrate im Zeitverlauf, Wels	161
Abbildung 163: Durchimpfungsraten MMR-Impfungen - Großraum Wels	162
Abbildung 164: Durchimpfungsraten Sechsfachimpfung - Großraum Wels	163
Abbildung 165: Jährliche Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen unter 65 Jahren im Zeitverlauf (1993 bis 2008, Drei-Jahres Durchschnitt), Wels.....	164
Abbildung 166: Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen unter 65 Jahren im Zeitverlauf (1995 bis 2005), Wels	165
Abbildung 167: NichtraucherInnenanteil in der Welscher Bevölkerung.....	166

9.2. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: SchülerInnen nach Schultyp.....	18
Tabelle 2: Krankenstandsstatistik 2006: Betriebe in OÖ und Wels (nach Betriebsstandort)	35
Tabelle 3: Akutbetten in der Versorgungsregion Zentralraum Wels 2007	131
Tabelle 4: ÄrztInnen in Wels nach Fachrichtungen.....	132
Tabelle 5: TherapeutInnen in der Versorgungsregion Wels 2007	133
Tabelle 6: Psychosoziale Dienste in der Versorgungsregion Wels 2007.....	133
Tabelle 7: Zahnstatistik Schuljahr 2006/2007 - Wels Stadt.....	158
Tabelle 8: Rücklaufquoten zur Umfrage über BGF in KMU	159

9.3. Literatur

AK Oberösterreich (2008): Daten zur Lage der Arbeitnehmer/-innen in den Bezirken Wels-Stadt und Wels-Land, 2008.

Arbeitsmarktservice: Arbeitsmarktprofile 2008. Herausgegeben von AMS.

Bundesministerium für Gesundheit: Liste der Krankenanstalten in Österreich. Herausgegeben von Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter <http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0786&doc=CMS1039007503101>, zuletzt geprüft am 20.01.2009.

Gepkens, A; Gunning-Shepers, L: Intervention to reduce socio-economic health differences: a review of the literature. In: European Journal of Public Health, Jg. 1996, H. 6, S. 218-226.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Pensionsversicherung - Jahresstatistik; Berichtsjahr 2005 (2005). Wien.

Land Oberösterreich: Bevölkerungsstände in Oberösterreich im Vergleich nach Staatsbürgerschaft. Herausgegeben von Land Oberösterreich. Online verfügbar unter http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/statbevstand/StartBevstand_Staat.jsp, zuletzt geprüft am 22.04.2009.

Land Oberösterreich: Lebendgeborene und Gestorbene in Oberösterreich. Herausgegeben von Land Oberösterreich. Online verfügbar unter http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/statgeboreneundgestorbene/StartGeboreneGestorbene.jsp?xmlid=was_statgeboreneundgestorbene_DEU, zuletzt geprüft am 22.04.2009.

Leoni, Thomas (2008): Fehlzeitenreport 2008. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Wien.

ÖBIG (2009): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2008. Wien.

Schwartz, Friedrich Wilhelm (2003): Das Public-health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen ; Gesundheit fördern - Krankheit vermindern. 2., völlig überarb. und erw. Aufl. München , Jena: Urban und Fischer.

Seyer, Seifried; Gschwandtner, Franz; Paulik, Richard (2007): Bericht zum Drogenmonitoring 2006. Linz.

Stadt Wels: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wels 2007. Wels.

Statistik Austria (2007): Österreichischer Todesursachenatlas 1998/2004. Wien.

Uhl, Alfred (2001): Handbuch Alkohol - Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends. Wien.



Institut für Gesundheitsplanung
Weißewolfstraße 5, 4020 Linz
Tel. 0732/784036

Mail: institut@gesundheitsplanung.at
Web: www.gesundheitsplanung.at