



GESUNDHEITSBERICHT  
OBERÖSTERREICH

2005

**PROJEKTLEITUNG:**

MAG. MARKUS PEBÖCK, Institut für Gesundheitsplanung

**PROJEKTTEAM:**

MAG. RICHARD BIRGMANN, Institut für Gesundheitsplanung

DR. HELMUT HIRTENLEHNER, Abteilung Gesundheitsförderung der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse

MAG. ALBERT MÜHLBERGER, Abteilung Statistik des Landes Oberösterreich

MMAG. MARTIN REIF, Institut für Gesundheitsplanung

DR. WOLFGANG WEIDINGER, Sanitätsdirektion des Landes Oberösterreich

DR. WOLFGANG ZIEGLER, Oberösterreichische Ärztekammer

**PROJEKTSTEUERUNGSGRUPPE:**

MAG. ALOIS ALKIN, Oberösterreichische Ärztekammer

DR. BRIGITTE HORWATH, Gesundheitsamt der Stadt Linz

DR. ELISABETH MAYR-FRANK, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

DDR. OSKAR MEGGENEDER, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

DR. STEFAN MEUSBURGER, Sanitätsdirektion des Landes Oberösterreich

DR. DIETMAR NEMETH, Magistrat Linz

DR. WILHELM REINHART, Gesundheitsamt der Stadt Wels

DR. EVA SPRENGSEIS, Gesundheitsamt der Stadt Wels

**AUTORINNEN:**

MAG. RICHARD BIRGMANN, Institut für Gesundheitsplanung

DR. REINHARD DZIEKAN, Sanitätsdirektion des Landes Oberösterreich

DR. WILFRIED FRIEDL, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

MAG. KERSTIN GARDILL, Kuratorium für Verkehrssicherheit

DR. MARIA GEIT, Allgemeines Krankenhaus Linz

MAG. MARKUS KOPPLER, Oberösterreichische Ärztekammer

DR. EVA MAGNET, Landessanitätsdirektion des Landes Oberösterreich

DDR. OSKAR MEGGENEDER, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

DR. STEFAN MEUSBURGER, Landessanitätsdirektion des Landes Oberösterreich

MAG. ALBERT MÜHLBERGER, Abteilung Statistik des Landes Oberösterreich

MAG. DANIELA PALK, Sozialabteilung des Landes Oberösterreich

MAG. MARKUS PEBÖCK, Institut für Gesundheitsplanung

DR. OTTO PJETA, Oberösterreichische Ärztekammer

MAG. STEFAN POTYKA, Abteilung Sanitäts- und Veterinärrecht des Landes Oberösterreich

MMAG. MARTIN REIF, Institut für Gesundheitsplanung

DR. HEIDE SAID, Abteilung Behandlungsökonomie der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse

UNIV. DOZ. PRIM. DR. WERNER SCHÖNY, Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg

PRIM. DOZ. DR. GERHARD SYRÉ, Allgemeines Krankenhaus Linz

---

---

Eigentümer, Herausgeber und Verleger:  
Institut für Gesundheitsplanung  
A-4020 Linz, Gruberstraße 77  
Layout: Mayrhofer & Partner, Linz  
Druck: Landesverlag-Denkmayr, Linz

ISBN 3-902487-09-7

## VORWORTE

Vorwort LR Stöger .....	7
Vorwort Obmann Stöger .....	9

## EINLEITUNG

Einleitung (Stefan Meusburger/Markus Peböck) .....	13
--	----

## FACHBEITRÄGE

Gesundheitsförderung (Oskar Meggeneder) .....	19
Soziale Ungleichheit und Gesundheit (Sarah Sebingler) .....	32

## VERSORGUNG

Gesundheitsversorgung in Oberösterreich (Otto Pjeta/Markus Koppler) .....	43
Berufe im Gesundheits- und Krankendienst (Reinhard Dzikkan) .....	50
Pflege von alten Menschen (Daniela Palk) .....	56

## EPIDEMIOLOGIE

Lebenserwartung in Oberösterreich und ihre Einflussfaktoren (Albert Mühlberger) .....	63
Krankenstände (Oskar Meggeneder) .....	71
Krankenhausentlassungen (Stefan Potyka) .....	77
Medikamentenverordnung in Oberösterreich (Heide Said) .....	83
Pflegegeldverteilung in Oberösterreich (Daniela Palk) .....	101
Infektionskrankheiten:	
Meldepflichtige übertragbare Krankheiten (Eva Magnet) .....	104
HIV/Aids (Maria Gait) .....	111
Krebsinzidenz in Oberösterreich (Gerhard Syré) .....	113
Unfälle:	
Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (Wilfried Friedl) .....	116
Unfälle im Straßenverkehr (Kerstin Gardill) .....	123
Mentale Gesundheit und psychische Erkrankungen (Werner Schöny) .....	127

<b>GESUNDHEITSZIELE</b> .....	137
-------------------------------	-----

Grafik- und Tabellenverzeichnis .....	167
---------------------------------------	-----



V O R W O R T

1

---

V O R W O R T

1

Dr. Silvia Stöger  
OÖ. Gesundheits-Landesrätin



Mit Gesundheitsförderung kann gar nicht früh genug begonnen werden. Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der für gesundheitliche Zusammenhänge sensibilisiert und Möglichkeiten eröffnet, bewusst zur Erhaltung der Gesundheit beizutragen. Gesundheitliche Bildung und Erziehung lassen sich nicht auf bestimmte Aktivitäten beschränken, sie umfassen eine Vielzahl von Aufgaben.

Der Weltgesundheitsreport der WHO bestätigt uns, dass Österreich mit seinem Gesundheitswesen im internationalen Spitzenfeld liegt. Diese qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung an die ständig wachsenden Anforderungen anzupassen, muss das Ziel einer verantwortungsvollen Gesundheitspolitik sein.

Eine moderne Gesundheitspolitik orientiert sich an zeitlich definierten Gesundheitszielen. Dem Institut für Gesundheitsplanung ist es in hervorragender Weise gelungen, gesundheitliche Problemlagen darzustellen um so effizient neue gesundheitspolitische Strategien und Konzepte für das oberösterreichische Gesundheitswesen entwickeln zu können.

Das Land Oberösterreich, die OÖ. Gebietskrankenkasse sowie die Städte Linz und Wels haben den nun vorliegenden OÖ. Gesundheitsbericht 2005 als gemeinsames Projekt angelegt. In diesem Sinne bedanke ich mich bei den Expertinnen und Experten für die wertvolle Mitarbeit. Sie haben einen wesentlichen Anteil daran, das Gesundheitsbewusstsein der oberösterreichischen Bevölkerung zu vertiefen. Unser Ziel ist ein gesundes Oberösterreich.

**LRin Dr. Silvia Stöger**



---

V O R W O R T

1

Alois Stöger diplomé  
Obmann der OÖ Gebietskrankenkasse



Gesundheit ist ein Thema, das alle angeht. Und Gesundheit soll allen zu Gute kommen, gerade den Menschen mit geringem Einkommen, den sozial Schwächeren: denn beim Gesundheitszustand, bei der Lebenserwartung und bei den Gesundheits-Chancen gibt es noch große – zu große – Unterschiede. Die Orientierung an konkreten, messbaren Gesundheitszielen hilft uns, unsere Gesundheitsversorgung, die Prävention und die Gesundheitsförderung dort hin zu lenken, wo sie wirklich gebraucht wird und wo sie den größten Nutzen für die Gesundheit unserer Versicherten und Kunden stiftet.

Der OÖ Gesundheitsbericht, ein gemeinsames Projekt der Städte Linz und Wels, des Landes Oberösterreich und der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, soll uns als Entscheidungsträgern Zahlen und Daten für zukünftige Weichenstellungen in der Gesundheitspolitik zur Verfügung stellen. Gerade im Hinblick auf die gemeinsam beschlossenen zehn neuen Gesundheitsziele ist es wichtig, die Ausgangslage genau zu kennen, um wirksame Maßnahmen entwickeln zu können.

Besonders freut es mich, dass im OÖ Gesundheitsbericht dem Thema Gesundheitsförderung so großer Stellenwert eingeräumt wird. Dieser Bereich wird und muss in Zukunft noch mehr an Bedeutung gewinnen.

Mein Dank gilt den Projektpartnern und den beteiligten Expertinnen und Experten und im Besonderen auch dem engagierten Projektteam. Ihre Arbeit hat wesentlichen Anteil daran, dass gezielte Maßnahmen und Konzepte erarbeitet werden können, die dazu beitragen, die Gesundheitsziele für Oberösterreich zu erreichen.

**Obmann Alois Stöger diplomé**



E I N L E I T U N G

2

---

E I N L E I T U N G

2

Kreislauf der  
Gesundheitsberichterstattung

Vor 5 Jahren wurde der erste Oberösterreichische Gesundheitsbericht von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse gemeinsam mit dem Land Oberösterreich und dem Magistrat Linz veröffentlicht. Dieser Gesundheitsbericht enthielt 10 Gesundheitsziele, die von diesen drei Organisationen und der Stadt Wels beschlossen wurden.

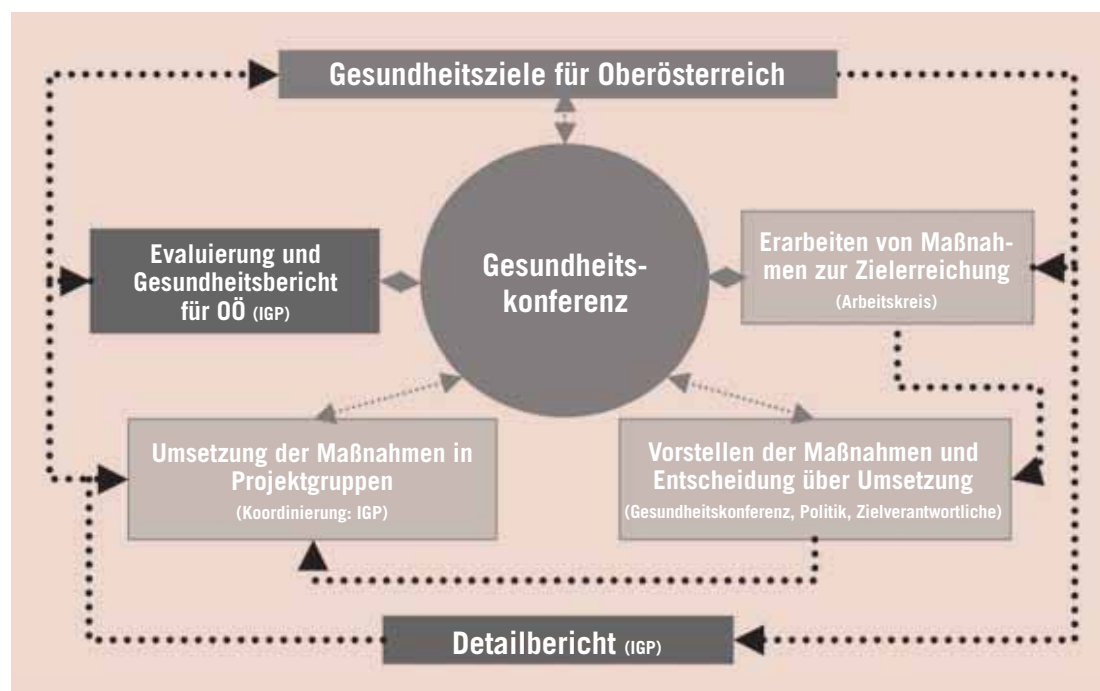
Damit diese 10 Gesundheitsziele erreicht werden können, wurde das Institut für Gesundheitsplanung gegründet, dessen Aufgabe die Gesundheitsberichterstattung und die Koordinierung der Gesundheitsziele ist. Gleichzeitig entstand die Oberösterreichische Gesundheitskonferenz, die 9 Arbeitskreise einsetzte, um Vorschläge für Maßnahmen zur Erreichung der Gesundheitsziele zu entwickeln.

Diese Vorschläge wurden bei den Verantwortlichen diskutiert und viele dieser Maßnahmen befinden sich derzeit in der Umsetzungsphase. Näheres zur Umsetzung ist im Kapitel zu den Gesundheitszielen zu finden.

Um den Ist-Stand bei einem Gesundheitsziel näher betrachten zu können, werden vom Institut für Gesundheitsplanung regelmäßig Detailberichte veröffentlicht, die neben dem besagten Ist-Stand auch Informationen über den medizinischen/sozialen Hintergrund zu einem Thema, dem Angebot bzw. der Versorgung und Maßnahmen für die Zukunft beinhaltet. Bisher wurden folgende Detailberichte herausgegeben:

- Zahngesundheitsförderung in Oberösterreich
- Atemwegserkrankungen in Oberösterreich
- Evaluierung Projekt DIALA (für das Gesundheitsziel 1 interessant)
- Herz-Kreislaufkrankungen in Oberösterreich
- Psychosoziale Erkrankungen in Oberösterreich
- Betriebliche Gesundheitsförderung in Oberösterreich
- 15 Jahre Gesunde Gemeinde in Oberösterreich – Evaluierung

**Grafik 1:**  
*Kreislauf der Gesundheitsberichterstattung in Oberösterreich*



Quelle: IGP

Mit dem vorliegenden Basisgesundheitsbericht werden mehrere Ziele verfolgt: Zum ersten ist er ein Zwischenbericht für diejenigen Gesundheitsziele, die bis zum Jahr 2010 erreicht werden sollen. Weiters ist er auch ein Endbericht bei jenen Zielen, die bis zum Jahr 2005 zu erreichen waren. Und last but not least soll dieser Gesundheitsbericht auch eine allgemeine Information über Gesundheits- und Krankheitsdaten der Bevölkerung Oberösterreichs für Entscheidungsträger und die interessierte Öffentlichkeit liefern.

Demgemäß ist auch der Aufbau des Gesundheitsberichtes: Im ersten Kapitel gibt es Informationen über die Versorgungssituation in Oberösterreich (medizinischer Bereich und Pflege). Im zweiten Kapitel sind zwei Fachbeiträge zusammengefasst, die eine sehr hohe Bedeutung für die Zukunft haben: Die Gesundheitsförderung in Oberösterreich und das Thema Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Das dritte Kapitel befasst sich mit dem Thema Epidemiologie. Dieses Kapitel startet mit allgemeinen epidemiologischen Daten wie der Lebenserwartung/

Sterbestatistik, den Krankenständen, der Krankenhausentlassungsstatistik und dem Medikamentenverbrauch in Oberösterreich. Im zweiten Teil dieses Kapitels wurden spezielle Themen ausgewählt, die von besonderer Bedeutung sind: PflegegeldbezieherInnen in OÖ, Infektionskrankheiten (mit Aids als speziellem Thema), Krebserkrankungen, Unfälle (Arbeitsunfälle und Verkehrsunfälle) und psychische Erkrankungen. Wie bereits im Gesundheitsbericht 2000 bilden die 10 Gesundheitsziele den Abschluss. Von besonderer Bedeutung sind natürlich auch die 10 neuen Gesundheitsziele, die von 2006 bis 2010 gelten werden.

Im „Public Health Action Programm“ der Europäischen Union wird „Aufbau von Wissen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung“ als eine Aufgabe mit hoher Priorität genannt. Der vorliegende Basisgesundheitsbericht, der unter Mitwirken der meisten im Gesundheitsbereich maßgeblicher Organisationen erarbeitet wurde, ist ein großer Schritt auf dem Weg zur Erreichung dieses Zieles.







FACHBEITRÄGE

3

FACHBEITRÄGE

---

FACHBEITRÄGE

3

Gesundheitsförderung	19
Soziale Ungleichheit und Gesundheit	32

## Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist ein Konzept, welches die Verbesserung von Lebensweisen und Lebensbedingungen zum Ziel hat. Sie setzt bei den jeweiligen Lebenszusammenhängen an und ist bemüht, persönliche und gesellschaftliche Verantwortlichkeiten miteinander in Einklang zu bringen, um auf eine gesündere Zukunft hinzuwirken. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 1986 mit ihrer anlässlich einer internationalen Konferenz verabschiedeten Ottawa-Charta eine Richtungweisende Grundlage für Strategien und Maßnahmen der Gesundheitsförderung gelegt. Demnach ist es ein wesentliches Anliegen der Gesundheitsförderung, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Die Gesundheit der Menschen ist zwar auch vom persönlichen Lebensstil und genetischen Faktoren abhängig; Gesundheit wird aber wesentlich von den jeweiligen gesellschaftlichen Verhältnissen bestimmt. Folgerichtig müssen daher Gesundheitsförderungsmaßnahmen an den jeweiligen Lebenswelten (so genannte Settings) der Menschen (Kindergarten/Schule, Betrieb, Gemeinde/Stadt) ansetzen<sup>1</sup>.

### 1. Setting Kindergarten/Schule

#### 1.1. Zahngesundheitsförderung in Kindergärten und Volksschulen

Karies ist die Haupterkrankung im Zahnbereich und die meistverbreitete Erkrankung des Menschen überhaupt. Da manifeste Karies nicht heilbar ist und deren Therapie enorm hohe Kosten verursacht, sind Präventionsmaßnahmen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung von größter Bedeutung. Daher setzt Oberösterreich mit einem – bereits mehrmals international ausgezeichneten<sup>2</sup> – Kariesprophylaxeprogramm ein nachhaltiges Zeichen in Sachen Zahngesundheitsförderung (ZGF). Mit der Entwick-

lung und Durchführung dieses Programms wurde der Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA) betraut. Das oberösterreichische ZGF-Programm setzte dabei von Anbeginn auf eine Verbesserung des sozialen Umfelds der Kinder und bezog Eltern, KindergärtnerInnen und LehrerInnen aktiv in das Programm mit ein; eine Vorgehensweise, der nachweislich eine hohe Effektivität bescheinigt wurde<sup>3</sup>.

Die Zahngesundheitsförderung in Oberösterreich basiert auf einem sehr guten, soliden Fundament, welches von zahlreichen Kooperationspartnern und Financiers getragen wird. Kooperationspartner sind unter anderem der Landesschulrat, die Bezirksschulräte, DirektorInnen, KindergartenleiterInnen und auch die OÖ Ärztekammer. Finanziert wird sie von der OÖ Landesregierung, der OÖGKK, den anderen Krankenversicherungsträgern und den oberösterreichischen Krankenfürsorgeeinrichtungen, sowie den Städten Linz und Ried.

Die Zahngesundheitsförderung in Oberösterreich hat seit ihrer Entstehung Anfang der 90er eine rasante Entwicklung genommen. Im Schuljahr 1990/1991 erfuhren rund 3.800 Kinder in Kindergärten, Volks- und Sonderschulen in den Bezirken Freistadt und Urfahr-Umgebung eine zahnpädagogische Betreuung. Mittlerweile (Schuljahr 2004/2005) hat sich die Anzahl der betreuten Kinder auf 106.265 erhöht; das sind 28-mal so viele Kinder.

#### 1.1.1 Zahnpädagogische Betreuung

Ausgebildete ZahngesundheitserzieherInnen besuchen zweimal im Jahr oberösterreichische Kindergärten und Volks-/Sonderschulen, um ein Kinder und Schüler zentriertes Programm, welches alle Sinne anspricht, zu vermitteln. Zahngesundheit fördernde Inhalte werden mit „offenen Unterrichtsformen“ in altersadäquater Form gemeinsam mit den Kindern erarbeitet und erlebt. Dabei können die Kinder eine positiv-emotionale Beziehung zu ihrem Mundbereich, insbesondere zu den Zähnen,

<sup>1</sup> Werle et al. 2006, S. 18.

<sup>2</sup> 1997: Auszeichnung als eines der 4 weltbesten Projekte durch die „International Association of Paediatric Dentistry“ in Buenos Aires, 1998: Verleihung des 1. Europäischen Preises für Gesundheitserziehung als bestes europäisches Zahnprojekt in Lyon, 2001: Auszeichnung als weltbestes Zahnprophylaxe-Projekt für Kinder durch die „International Association of Paediatric Dentistry“ in Paris.

<sup>3</sup> Strippel 1995; Strippel 2002.

sowie ein eigenverantwortliches ganzheitliches Gesundheits- und Körperbewusstsein entwickeln. Die Kinder werden als mündige, eigenständige Persönlichkeiten mit all ihren Bedürfnissen, Ängsten und Wünschen wahrgenommen und akzeptiert. ZGF wird damit für alle Beteiligten positiv erfahrbar, sie bindet aktiv ein und ist mit allen Sinnen erlebbar und vor allem auch lustig. Die Inhalte werden erlebnisbetont, anschaulich, kreativ, handlungsorientiert und spielerisch gemeinsam erarbeitet. Damit wird der Grundstein gelegt, der es ermöglichen soll, auch im weiteren Leben und in anderen Bereichen die eigene Gesundheit bewusst wahrzunehmen und nicht gleich die geringste Befindlichkeitsstörung irgendwelchen GesundheitsexpertInnen zu überantworten.

### 1.1.2 Die zahnpädagogische Untersuchung

Die zweite Säule der Zahngesundheitsförderung – die zahnpädagogische Untersuchung – wird jährlich jeweils in der 1. und 3. Schulstufe von mittlerweile in etwa 210 Patenzahnärzten/-ärztinnen durchgeführt. Die Untersuchungen finden vorzugsweise in den jeweiligen Klassen mittels eines mobilen Untersuchungsinstrumentariums statt, können aber in Einzelfällen in den zahnärztlichen Praxen durchgeführt werden. Das Ziel der Untersuchung ist, Karies gefährdete oder bereits an Karies erkrankte

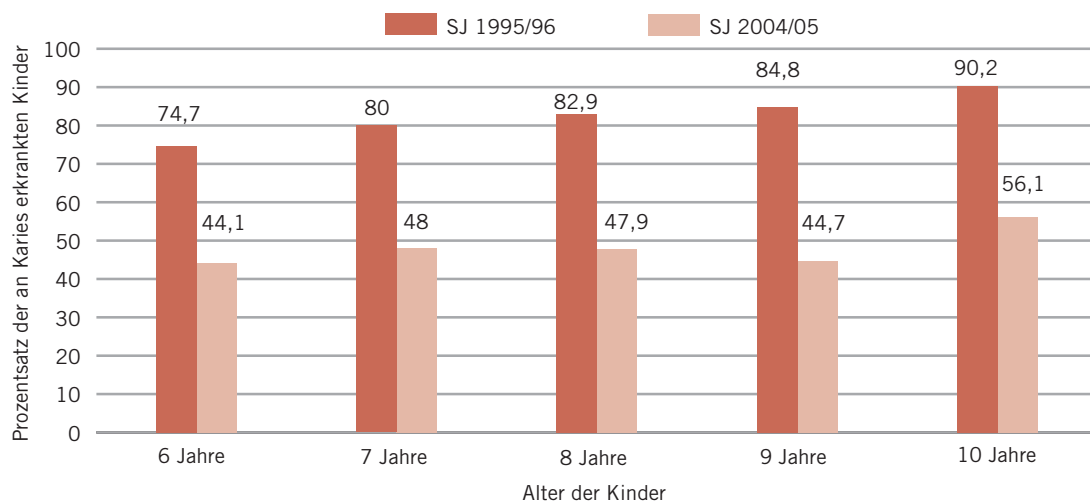
Kinder zu erkennen, um ihnen die Möglichkeit einer rechtzeitigen Behandlung zu geben, bevor sie die unangenehme Erfahrung einer Schmerzbehandlung machen müssen. Diese Kontrolluntersuchung innerhalb der Klassengemeinschaft hilft mit, die oft vorhandene Schwellenangst vor dem/r Zahnarzt/-ärztin leichter zu überwinden. Während der Untersuchung findet keine Behandlung statt, eine fallweise angeratene Behandlung wird nach wie vor vom/von der Zahnarzt/-ärztin eigener Wahl (durch die Eltern) durchgeführt. Insgesamt erfüllt die zahnpädagogische Untersuchung folgende vier Aufgaben:

- Durchführung einer kindgerechten, Angst abbauenden Untersuchung mit verständlicher und für das Kind verwertbarer Diagnostik in Kleingruppen;
- Befähigung der Kinder zum frühzeitigen Erkennen von Veränderungen an ihren Zähnen, um die Motivation zur Zahnhygiene zu verbessern;
- Motivation der Kinder zum Besuch von Zahnarzt/-ärztin und zur Inanspruchnahme von Maßnahmen der Individualprophylaxe;
- Dokumentation der Untersuchungsergebnisse, um diese statistisch auswerten zu können.

Festzuhalten ist, dass die Zahngesundheitsförderung nachhaltig erfolgreich ist, wie eine Gegen-

**Grafik 1:**

*Kariesmorbidity Volksschulen OÖ, Vergleich Schuljahr 1995/96 – 2004/05*



Quelle: PGA-Jahresbericht Zahngesundheitsförderung 1995/96 und 2004/05

überstellung der Kariesmorbidity der oberösterreichischen Volksschülerinnen und Volksschüler der Schuljahre 1995/96 respektive 2004/05 zeigt.

1.1.3 Pilotprojekt: Zahngesundheitsförderung in Haupt- und Polytechnischen Schulen

Nachdem der Landesschulrat im Oktober 2004 seine Zustimmung für die Durchführung eines ZGF-Pilotprojektes in Hauptschulen und Polytechnischen Schulen gegeben hat, entwickelte der PGA bis Mitte des Jahres 2005 ein gesondertes Konzept unter Einbeziehung des Mediums Internet. Die Themen, die bei den Besuchen der ZahngesundheitserzieherInnen behandelt werden, sind dem Unterrichtsgegenstand Biologie und Umweltkunde zuzuordnen. Bei den Stundenbildern wird der Lehrstoff laut Lehrplan der jeweiligen Klasse berücksichtigt, damit die SchülerInnen Zusammenhänge erkennen können, die einen unmittelbaren Bezug zu ihrer Lebenssituation und Erfahrungswelt aufweisen. Die Vermittlung der Inhalte geschieht durch aktive Mitarbeit der Jugendlichen in Einzel- und Gruppenarbeiten, in der Durchführung von Experimenten und dem Ausarbeiten konkreter Fallbeispiele. Die im Projekt eingesetzten e-learning-Module wurden didaktisch und grafisch altersgerecht gestaltet und spezifisch für die jeweilige Klasse und Altersgruppe entwickelt. Wie auch bei den Besuchen der ZahngesundheitserzieherInnen sollen Freude und Motivation der SchülerInnen beim Erarbeiten und Vertiefen der verschiedenen Themen der Zahngesundheit durch eine abwechs-

lungsreiche und aktivierende Gestaltung der e-learning-Module erreicht werden.

Das Pilotprojekt wurde nunmehr mit Beginn des Schuljahres 2005/06 an den Hauptschulen und Polytechnischen Schulen in Braunau gestartet. Finanziert wird dieses Projekt vom Land Oberösterreich und es ist geplant, nach erfolgreichem Abschluss des Pilotprojektes sowie der Evaluation und allfälligen Adaptierung des Programms, die Zahngesundheitsförderung nach dem Muster des Pilotprojekts auf alle Schulen des genannten Typs in Oberösterreich auszudehnen.

1.2 Gesundheit leben – Gesundheit lernen

Das Anliegen der schulischen Gesundheitsförderung ist es, alle Mitglieder einer Schulgemeinschaft, also sowohl SchülerInnen als auch LehrerInnen und sonstiges Schulpersonal zu befähigen, mit der eigenen Gesundheit und der Gesundheit der übrigen Mitglieder der Schulgemeinschaft verantwortungsbewusst umgehen zu können. Idealerweise würde eine Schule, die dieses Konzept verwirklichen möchte, einen Schulentwicklungsprozess einleiten, der dazu beiträgt, dass die Gesundheit der SchülerInnen, der LehrerInnen sowie des sonstigen Schulpersonals erhält und verbessert. Hierbei bieten sich die vier Handlungsfelder laut Tabelle 1 an.

Unter dem Titel „Gesundheit leben – Gesundheit lernen“ unterstützt die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse seit dem Schuljahr 1993/94 gesundheitsbezogenen, fächerübergreifenden Projektunter-

**Tabelle 1:**  
*Handlungsfelder schulischer Gesundheitsförderung*

Lehren und Lernen	Gesundheit als Thema des Lehrens und Lernens sowie gesundheitsförderliche Didaktik und Methodik des Lehrens und Lernens insgesamt
Schulleben und schulische Umwelt	Gesundheit als Prinzip der Schulkultur sowie als Prinzip baulicher Maßnahmen und der Schulgestaltung
Kooperationen und Dienste	Einbeziehen außerschulischer Partner zur Stärkung der schulischen Gesundheitsförderung
Schulisches Gesundheitsmanagement	Entwicklung sowie Anwendung von Prinzipien und Strategien schulbetrieblicher Gesundheitsförderung

Quelle: BZgA (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Schwabenheim a. d. Selz (2003), S. 200*

richt an Hauptschulen, Allgemeinbildenden Höheren Schulen der 5. bis 12. Schulstufe, Berufsbildenden Höheren Schulen und Berufsschulen in Oberösterreich. Diese Kooperation zwischen Schulen, der OÖ Gebietskrankenkasse und dem ORF – Radio Oberösterreich wird vom Landesschulrat unterstützt. Aufgrund seiner Ziele und Inhalte ist „Gesundheit leben – Gesundheit lernen“ den oben angeführten Handlungsfeldern schulischer Gesundheitsförderung: „Lehren und Lernen“ sowie „Kooperation und Dienste“ zuzurechnen. Im Rahmen dieses Vorhabens werden in einer ganzheitlichen Sichtweise von den teilnehmenden Schulen und Schulklassen mit ihren LehrerInnen Möglichkeiten einer gesundheitsfördernden Lebensgestaltung erarbeitet. Mit dem auf Gesundheitsthemen bezogenen fächerübergreifenden Projektunterricht werden folgende Ziele verfolgt:

- Eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema „Gesundheit“ in vernetzter Sichtweise;
- Die Erprobung praxisnaher Arbeitsweisen (Teamarbeit, Mitbestimmung, fächerübergreifendes Denken, Kooperation mit außerschulischen Institutionen, Einbindung der Eltern).

Die Projektinhalte umfassen im Regelfall die Themen Bewegung, Arbeitsplatz „Schule“, Ernährung, Körper und Suchtverhalten. Zu den jeweiligen bearbeiteten Themen wird ein schriftlicher Projektbericht erstellt, in dem die erarbeiteten Inhalte, Lösungen und Ideen enthalten sind. Im Rahmen einer großen Abschlussveranstaltung werden die Ergebnisse von den Schulklassen präsentiert. Die Projektarbeiten sind erstaunlich vielfältig und oft von hoher Professionalität. Die Projekte umfassen Posterpräsentationen, Videofilme, Theaterstücke, Gymnastikprogramme und vieles andere mehr. Die Unterstützung der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse erfolgt durch den Ersatz der anfallenden Spesen bis zu einer Summe von € 727,- pro Schule, der Bereitstellung von aktuellem Informationsmaterial, der Vermittlung von ReferentInnen sowie der Unterstützung bei der Projektpräsentation. Im Rahmen der erwähnten Abschlussveranstaltung erhält jede Schule eine Urkunde. Bislang beteiligten sich 186 oberösterreichische Schulen mit 12.998 SchülerInnen.

Auch im Schuljahr 2004/05 wurden die Lehrkräfte sowie Schülerinnen und Schüler der angeführten Schultypen eingeladen sich am Kooperationsprojekt zu beteiligen. Die Anzahl der teilnehmenden Schulen war mit 15 begrenzt. Insgesamt nahmen mehr als 1.400 SchülerInnen teil. Für die 5. bis 8. Schulstufe standen die Themen: Bewegung, Arbeitsplatz „Schule“, Ernährung, Körper, Suchtverhalten oder ein frei wählbares Gesundheitsthema zur Auswahl. Die Lehrkräfte und SchülerInnen der 9. bis 12. Schulstufe arbeiteten in der Thematik Psychosoziale Gesundheit.

Folgende Ziele sollten erreicht werden:

- Intensive Auseinandersetzung mit dem Thema in vernetzender Sichtweise;
- Erprobung praxisnaher Arbeitsweisen;
- Einbindung der Eltern.

Im Rahmen der Projektpräsentation am 16. Juni 2005 im ORF Landesstudio OÖ stellten die Schulen ihre Projekte vor und beeindruckten auch dieses Mal durch ihren Ideenreichtum und ihre Kreativität bei der Umsetzung der Themen. Die teilnehmenden Schulen verfassten einen standardisierten Projektbericht. Die OÖ Gebietskrankenkasse erstellte eine Dokumentation der Projektergebnisse.

Auch im Schuljahr 2005/06 wird „Gesundheit leben – Gesundheit lernen“ fortgeführt. Insgesamt haben sich 19 Schulen mit 1.195 Schülerinnen und Schülern angemeldet.

### 1.3 Servicestelle für Schulen

Auf Initiative des Österreichischen Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger wurden in fünf Bundesländern – darunter auch in Oberösterreich – im November 2004 Servicestellen für Schulen eingerichtet. In Oberösterreich ist die Schulservicestelle bei der OÖ Gebietskrankenkasse situiert. Die Ziele der Servicestellen sind:

- Durch Aufklärung und Wissensvermittlung die persönlichen Kompetenzen der Jugendlichen, insbesondere in Gesundheitsfragen, von Kindern und Jugendlichen zu stärken;
- PädagogInnen, die sich im Lebensraum Schule mit dem Thema Gesundheit auseinandersetzen möchten, bei ihrer Arbeit zu unterstützen.

Im Folgenden sind die Angebote der Servicestelle aufgelistet:

- Beratung bei der Planung von Gesundheitsprojekten. Damit kann die Servicestelle auch den fächerübergreifenden Projektunterricht im Rahmen der Initiative „Gesundheit leben – Gesundheit lernen“ unterstützen;
- Vermittlung von Kontakten zu ExpertInnen, Vortragenden, SponsorInnen;
- Angebot an gesundheitsbezogenem Informationsmaterial und statistischen Gesundheitsdaten (Download: [www.sozialversicherung.at/schule](http://www.sozialversicherung.at/schule));
- Ein praxisnaher Leitfaden zur Projektabwicklung, der so genannte „Projekt-Pfad-Finder“ wird PädagogInnen auf Wunsch kostenlos zur Verfügung gestellt.
- Zweimal jährlich erscheint der „Newsletter Servicestelle Schule“. Der Newsletter enthält Termine und Wissenswertes (Veranstaltungshinweise, aktuelle Studien, Buchempfehlungen), Artikel zur Schulgesundheit mit jeweils einem Schwerpunktthema, Projekte und Beispiele aus der Praxis sowie die AnsprechpartnerInnen der Servicestellen.

Auch der Landesschulrat für Oberösterreich hat eine Homepage eingerichtet ([www.lsr-ooe.gv.at/gesunde-schule](http://www.lsr-ooe.gv.at/gesunde-schule)), die zum Thema „Schulische Gesundheitsförderung“ nützliche Informationen zur Verfügung stellt. Neben Kurzpräsentationen schulischer Gesundheitsförderungsprojekte, Fitnessübungen für Kurzpausen und Checklisten sind auf der Homepage für die Behandlung des Themas „Gesundheit“ im Unterricht bedeutsame Erlässe und Merkblätter, Grundlagen für Gesundheitsförderung, nützliche Adressen sowie Informationen für Schulärztinnen und Schulärzte enthalten.

## 1.4 „Gesunde Schule“

Ein weiteres Handlungsfeld schulischer Gesundheitsförderung ist, Gesundheit als Prinzip der Schulkultur und als Prinzip baulicher Maßnahmen und der Schulgestaltung zu verankern. Im Rahmen einer Evaluierung der Gesunden Gemeinden in Oberösterreich wurde festgestellt, dass immerhin 20 Prozent der Gesunden Gemeinden, die sich an der Evaluierung beteiligten „gesunde Schulmöbel“

angeschafft hatten<sup>4</sup>. Diesem Handlungsfeld wird zweifellos auch in Zukunft vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden müssen, können doch unergonomische und nicht dem jeweiligen Lebensalter angepasste Schulmöbel den Bewegungs- und Stützapparat der heranwachsenden Kinder und Jugendlichen beeinträchtigen. Das Angebot einer „gesunden Schuljause“ ist zweifellos eine weitere Maßnahme die unter dieses gesundheitsförderliche Betätigungsfeld zu subsumieren ist. In rund drei Viertel der durch die angeführte Evaluierung erfassten Gemeinden wird eine „gesunde Schuljause“ angeboten, ein Angebot, das immerhin von knapp mehr als der Hälfte der Schülerinnen und Schüler angenommen wird<sup>5</sup>.

## 2. Setting Betrieb

In Oberösterreich waren im Jahr 2005 durchschnittlich 571.947 Menschen unselbstständig erwerbstätig (2000: 531.994). Der Arbeitsplatz ist nicht nur zeitlich einer der wichtigsten Lebensbereiche des Menschen, sondern er beeinflusst auch das physische und psychische Befinden. Der österreichische soziale Survey 1993 hat gezeigt, dass Berufsbelastungen die subjektive Gesundheit und das Wohlbefinden wesentlich stärker bestimmen als etwa Fehlverhalten im persönlichen Lebensstil (Rauchen, Bewegungsarmut, ungesunde Ernährung). Der technische Fortschritt hat bewirkt, dass sich die Anforderungen und Belastungen der Arbeitswelt entscheidend verändert haben. Bestimmte körperliche Belastungen, wie einseitige Beanspruchungen des Bewegungs- und Stützapparates sind zunehmend durch psychische Belastungen ersetzt worden. Gerade angesichts des gegenwärtigen enormen Tempos des wirtschaftlichen Wandels wird eine weitere Zunahme des physischen und psychosozialen Krankheitspotentials in der Arbeitswelt zu erwarten sein, wenn keine präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen gesetzt werden. Die Verminderung von Gesundheitsbelastungen dieser Art ist Schwerpunkt der gesetzlichen Regelungen, wie sie im neuen ArbeitnehmerInnen-

<sup>4</sup> Pfaffenberger/Pöschko 2006, S. 60.

<sup>5</sup> Ebd., S. 57f.



schutzgesetz (AschG) und den artverwandten Gesetzen des öffentlichen Dienstes festgelegt sind. Daneben sollten Betriebe auch beachten, dass die Gesundheit ihrer MitarbeiterInnen einen wichtigen Faktor für ökonomischen Erfolg des Unternehmens darstellt. Letzteres mit dem Anliegen des ASchG zu verbinden ist ein wesentlicher Inhalt der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

Betriebliche Gesundheitsförderung begann in Österreich im Jahr 1993 mit dem Start eines Pilotprojektes in einem Linzer Verlagsunternehmen (Landesverlag). Nächster Meilenstein war die 1995 im Auftrag der Europäischen Kommission erfolgte Gründung des „EU-Netzwerkes betriebliche Gesundheitsförderung“, in deren Folge ein Jahr darauf in Österreich die „Nationale Kontaktstelle“ eingerichtet wurde, die ihren Sitz in Oberösterreich hat. In der Europäischen Union stand mit der Errichtung eines Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung das Bemühen im Vordergrund, das gesundheitliche Umfeld der Erwerbsarbeit aktiv zu gestalten (Priester 1998, 187ff). Im Laufe der Jahre wurden in Österreich viele auch international beachtete Aktivitäten durchgeführt und nunmehr besteht unter dem Dach der Österreichischen Kontaktstelle ein Netzwerk, das in jedem Bundesland eine Regionalstelle unterhält<sup>6</sup>.

## 2.1. Zielsetzungen Betrieblicher Gesundheitsförderung

Zahlreiche arbeitsmedizinische, arbeitspsychologische und industriesoziologische Untersuchungen haben den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und Arbeitsumwelteinflüssen einerseits sowie gesundheitliche Beschwerden und Erkrankungen andererseits statistisch nachgewiesen. Im Einzelfall ist allerdings nur bei den relativ seltenen Fällen von Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen nachzuweisen, dass der Betrieb „Verursacher“ ist. Im Regelfall sind aber Erkrankungen und Gesundheitsbeschwerden, welche mit den Arbeitsbedingungen in Zusammenhang gebracht werden, auch durch außerbetriebliche Umweltbedingungen, per-

sönliche Prädispositionen und Verhaltensweisen und den sozialen Verhältnissen mitbedingt. Dem im Regelfall komplexen Belastungsgeschehen kann daher nachhaltig nur mit einem genauso umfassenden Maßnahmenpaket begegnet werden. Das WHO-Konzept „Gesundheitsförderung im Betrieb“ verfolgt eine umfassende Strategie und will sowohl bei der persönlichen Lebensweise (Verhalten) als auch den Arbeitsbedingungen (Verhältnissen) ansetzen. Grundsätzlich sollte der Schwerpunkt auf der Verhältnisförderung, d.h. einer gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeitsumwelt und der Förderung sozialer Netzwerke liegen. Die Verhaltensförderung – dies bedeutet eine Minimierung des persönlichen Risikoverhaltens – soll die verhältnispräventiven Maßnahmen unterstützen.

Betriebliche Gesundheitsförderung ist im Wesentlichen als eine Organisationsentwicklungsstrategie zu begreifen. Betriebliche Gesundheitsförderung orientiert sich so nah wie möglich an jenen Faktoren der Arbeitswelt, die Krankheiten auslösen können. Da der Gesundheitszustand der Beschäftigten natürlich auch vom persönlichen Lebensstil und vom Risikoverhalten abhängt, kann bei betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten der Verhaltensförderung durchaus Aufmerksamkeit geschenkt werden. Gesundheitsförderung knüpft generell an der Frage an: Wo wird Gesundheit hergestellt? Dies bedeutet, dass in den jeweiligen Lebensbereichen (Familie, Gemeinde/Stadt, Kindergarten/Schule, Betrieb) auf die dort herrschenden organisatorischen Bedingungen Rücksicht genommen werden muss; ja diese sogar unter Umständen zu verändern sind. In der Praxis der Betrieblichen Gesundheitsförderung liegt daher der Schwerpunkt der Maßnahmen eindeutig im verhältnisfördernden Bereich. Orientieren sich die Gesundheitsförderer bei betrieblichen Projekten an bewährten Mustern der Organisationsentwicklung, des Projektmanagements und den in Qualitätszirkeln<sup>7</sup> und anderen Gruppenarbeitsprozessen eingesetzten Moderationstechniken, so können sie ihr Vorhaben in jenen Betrieben, die derartige Methoden anwenden nahtlos einfügen und in Unternehmen, welche sich diesen modernen betriebswirtschaftlichen Methoden noch nicht geöffnet haben, eine Entwicklung in diese Richtung anstoßen.

<sup>6</sup> Meggeneder 2005, S. 31.

<sup>7</sup> Sochert 1999.

## 2.2. Internationaler Erfolg für Oberösterreich

1999 wurde die erste Konferenz des Europäischen Netzwerkes (diesem gehört auch die Österreichische Kontaktstelle an) für Betriebliche Gesundheitsförderung abgehalten. Mehr als 250 TeilnehmerInnen aus 27 Nationen informierten sich Ende Mai in Bonn darüber, welche Auswirkungen die zukünftigen Veränderungen in der Arbeitswelt auf die Gesundheit der Beschäftigten haben werden und welche Handlungsschwerpunkte daraus entstehen. Die Konferenz selbst diente als Plattform für Erfahrungsaustausch und Verständigung über zukünftige Prioritäten zur Gestaltung einer gesundheitsgerechten Arbeitswelt. Das internationale Symposium war gleichzeitig aber auch offizieller Abschluss des von der EU geförderten Projektes „Erfolgsfaktoren und Qualität Betrieblicher Gesundheitsförderung“. Ziel dieses Projektes war es, in europäischen Ländern erfolgreiche Beispiele Betrieblicher Gesundheitsförderung zu ermitteln, zu verbreiten und gemeinsame Leitlinien für eine effektive Betriebliche Gesundheitsförderung zu entwickeln. Der so entstandene Kriterienkatalog bildete die Basis für die Auswahl und Bewertung der Praxisbeispiele, die im Rahmen dieser Konferenz vorgestellt und diskutiert wurden. Im Rahmen eines Festaktes wurden alle „Models of good practice“ ausgezeichnet. Die VertreterInnen der jeweiligen Unternehmen erhielten dafür Anerkennungsurkunden. Das kleine Österreich war mit sechs Projekten vertreten; alle übrigen Länder präsentierten vier oder weniger Projekte (Bundesverband 1999). Von den sechs österreichischen Unternehmen kamen vier aus Oberösterreich.

## 2.3. Betriebliche Gesundheitsförderung 2005

Auch im Jahr 2005 stellt Oberösterreich seine Themenführerschaft in der Betrieblichen Gesundheitsförderung unter Beweis. In nicht weniger als 13 Unternehmen waren so genannte „ganzheitliche“<sup>8</sup> betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte am Laufen oder wurden abgeschlossen.

Neben den ganzheitlichen BGF-Projekten, die zweifellos den Königsweg in der Betrieblichen Ge-

sundheitsförderung darstellen, gibt es noch zwei weitere Schwerpunkte, die auf die Risikofaktoren Bewegungsarmut und Fehlernährung abzielen. Im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung wird naturgemäß nur der Bereich erfasst, auf den Unternehmen auch direkt einen Einfluss nehmen können. Im Folgenden werden diese Schwerpunkte näher beschrieben.

## 2.4. Bewegung in die Betriebe bringen

Die OÖ Gebietskrankenkasse und die OÖ Landesstelle der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) haben gemeinsam zwei Angebote für Unternehmen entwickelt, welche den aufgrund falscher Bewegungsabläufe und mangelhafter Bewegung bedingten Gesundheits- und Sicherheitsrisiken in der Arbeitswelt entgegen wirken sollen. Gesundheits- und Sicherheitsrisiken sind u. a.: einseitige Belastungen und Zwangshaltungen, Bewegungsmangel, Überbeanspruchung und Ermüdung sowie Stress.

Die Initiative „MitarbeiterInnen bewegen MitarbeiterInnen“ (MbM) läuft seit März 1995. Im Rahmen dieser Initiative werden geeignete MitarbeiterInnen darin ausgebildet, ihren KollegInnen Ausgleichsübungen, Tipps für körpergerechtes Arbeiten anzubieten und sie zur selbstständigen Durchführung anzuleiten. Besser als jede/r Experte/Expertin kennen sie ihre ArbeitskollegInnen, die Arbeitsabläufe und Arbeitsbedingungen sowie die räumlichen und zeitlichen Möglichkeiten, um die Ausgleichsübungen im Betrieb durchführen zu können. Dadurch lassen sich auch die Übungen ohne Vorbereitungen und Zeitaufwand in den Arbeitsablauf integrieren.

Folgende Ausbildungsinhalte werden vermittelt:

- Dehnungs-, Kräftigungs- und Mobilisierungsübungen;
- Entspannung und Konzentrationsaufbau;
- So genannte Muntermacher;
- Haltungsübungen;
- Aufbau und Organisation von Ausgleichsprogrammen;
- MitarbeiterInnenmotivation.

Nach Kursende wird die Verbindung zu den TeilnehmerInnen aufrecht erhalten, um sie bei der

<sup>8</sup> Ganzheitliche Betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte folgen einem vom Österreichischen und Europäischen Netzwerk BGF entwickelten Geschäftsprozess, umfassen die gesamte Unternehmensorganisation und setzen bestimmte Standardinstrumente ein: Gesundheitsbericht, Gesundheitsbefragung, Krankenstandsauswertung und Gesundheitszirkel.

Umsetzung des Gelernten im betrieblichen Alltag zu unterstützen. Regelmäßige MbM-Briefe sowie im Abstand von zwei Jahren durchgeführten Symposien, werden die teilnehmenden AbsolventInnen über neue Übungen informiert und sie erhalten ergonomische Tipps für den beruflichen Alltag. Damit wird Gelegenheit für einen Erfahrungsaustausch, sowie zum Festigen, Auffrischen und Wiederholen des bereits Erlernten gegeben. Seit 1995 wurden im Rahmen des Projektes „MitarbeiterInnen bewegen MitarbeiterInnen“ 378 TeilnehmerInnen aus 204 Betrieben zu MultiplikatorInnen ausgebildet. Die Seminare wurden in Linz durchgeführt, die TeilnehmerInnen kamen aus unterschiedlichen Bereichen (Baubranche, Produktionsbetriebe, Wäscherei, Bürobereich, Frisör, Großküche, etc.). Bei Bedarf werden auch In-House-Seminare angeboten. Das bedeutet, dass die Seminare vor Ort in einem Betrieb durchgeführt wurden.

Mit „Betrieb aktiv – gestalten & bewegen“ wollen die AUVA und die OÖGKK Unternehmen dabei unterstützen, körperlich belastende Arbeitssituationen ihrer MitarbeiterInnen zu verbessern. Denn unergonomische Arbeitsbedingungen und falsche Bewegungsmuster aber auch einseitige Belastungen und ungünstige Körperhaltungen sind in hohem Umfang für gesundheitliche Beschwerden – und damit für Krankenstände – verantwortlich. Meist sind nicht umfassende kostenintensive technische Lösungen notwendig, vielmehr kann mit einfachen Mitteln und oft nur geringfügigen Änderungen des konkreten Arbeitsablaufes oder der Arbeitsweise große Wirkung erzielt werden.

In einem auf ihr Unternehmen zugeschnittenen zweitägigen Workshop lernen die MitarbeiterInnen wie sie ihre Arbeitsbelastungen reduzieren können:

- Zum einen wird mit Hilfe visueller Unterstützung die Arbeitssituation analysiert, falsche Abläufe und Bewegungsmuster werden erkannt und Verbesserungen unter Anleitung gemeinsam erarbeitet;
- Zum anderen erlernen die TeilnehmerInnen gezielte Ausgleichsübungen, die in den Arbeitsalltag integriert werden können, um ihren individuellen Belastungen entgegenzuwirken.

Vom Unternehmen werden Problemfelder definiert, die im Workshop bearbeitet werden sollen. Sinnvollerweise sollen dazu ArbeitsmedizinerInnen und/oder Sicherheitsfachkräfte einbezogen werden. Geschulte MitarbeiterInnen der AUVA dokumentieren die Arbeitsplätze mit Bildmaterial einige Zeit vor dem geplanten Workshop. Dieses Bildmaterial wird vom/von der SeminarleiterIn aufgearbeitet und steht als Arbeitsgrundlage zu Verfügung. Gemeinsam mit dem/der SeminarleiterIn bearbeiten die TeilnehmerInnen die konkreten Problemfelder. Sie lernen, falsche Körperhaltungen und belastende Arbeitssituationen zu erkennen und werden mit Methoden vertraut gemacht, diese zu verbessern. Durch den Praxisbezug wird sichergestellt, dass auch nach Beendigung des Seminars Gesundheitsbelastungen dauerhaft reduziert werden. Zusätzlich lernen die TeilnehmerInnen auf die Arbeitsbelastungen abgestimmten Ausgleichsübungen, die sie in den Arbeitsablauf integrieren können. Die beigegebenen Unterlagen enthalten neben einem theoretischen Teil und Anleitungen für die Ausgleichsübungen auch die individuellen arbeitsplatzbezogenen Fehleranalysen und die erarbeiteten Verbesserungsvorschläge.

Seit dem Start der Initiative „Betrieb aktiv – gestalten und bewegen“ wurden in zwölf Unternehmen Seminare in der beschriebenen Form durchgeführt, an denen 201 MitarbeiterInnen teilnahmen.

#### 2.4. Gemeinschaftsküche „Leicht & Lecker“

„Leicht & Lecker“ verfolgt das Ziel, in betrieblichen Gemeinschaftsküchen das Speisenangebot an den Bedarf einer modernen vollwertigen Mischkost<sup>9</sup> anzupassen. Es erfolgt keine radikale Umstellung des Speisenangebotes, sondern das bestehende Angebot wird um „gesunde Gerichte“ erweitert oder das bestehende Speisenangebot zum Teil durch derartige Gerichte ersetzt. Die gesundheitsförderlichen Gerichte werden gesondert gekennzeichnet<sup>10</sup> und es werden entsprechende Anreize gesetzt, auf diese Gerichte auch zuzugreifen. So werden die Speisen mit so genannten „Fettaugen“ gekennzeichnet, wobei ein Fettag drei Gramm Fett ent-

<sup>9</sup> Geringer Fettanteil, hoher Anteil an Kohlehydraten (50 %), Reduktion des Gesamtenergiegehalts, Wahlmöglichkeiten.

<sup>10</sup> Nimm's gern Gericht, Greif zu Gericht, Vitalteller etc.

spricht<sup>11</sup>. Wählt der Gast ein mit 19 Fettsäuren gekennzeichnetes „Blunzngröstl“, dann hat er oder sie nahezu den gesamten Tagesbedarf an Fett abgedeckt. Zahlreiche Marketingmaßnahmen wurden entwickelt um das gesundheitsförderliche Speisenangebot zu promoten und das Küchenpersonal erhält eine fachkundige Beratung bezüglich des Einkaufs der Nahrungsmittel und deren Zubereitung unter gesundheitsförderlichen Aspekten; etwas, das im Zuge der Berufsausbildung im Regelfall nicht vermittelt wird. Wichtig für den Erfolg dieser Initiativen sind die absolute Freiwilligkeit und die Wahlmöglichkeit. Herkömmliche Hausmannskost wird durch teilweise Rezepturänderungen zum „Greif zu Gericht“, gewohnte Gerichte werden weiterhin angeboten. Seit Abschluss eines Pilotprojektes im Jahr 1995 haben bisher 18 oberösterreichische Betriebe in ihrem Unternehmen ihre Gemeinschaftsküche im beschriebenen Sinne umgestellt.

### 3 Setting: Gemeinde/Stadt

In der örtlichen Umgebung (Gemeinde/Stadt) eines Menschen sind sowohl seine wesentlichen Belastungsfaktoren als auch die wichtigsten Unterstützungsmöglichkeiten zu finden. Es ist nahe liegend, in der Krankenversorgung (einschließlich Rehabilitation), Prävention aber auch Gesundheitsförderung, diesem unmittelbaren Lebenszusammenhang eines Menschen besondere Priorität einzuräumen. Die WHO hat mit ihrer Deklaration von Alma Ata im Jahr 1978 in ihrem Konzept der primären Gesundheitsversorgung (primary health care) die Gemeinde oder Gemeinschaft als grundlegende Voraussetzung für eine bedürfnisbezogene Gesundheitssicherung im umfassenden Sinne herausgestellt<sup>12</sup>. Auch die so genannte Ottawa Charta, auf die zu Beginn des Kapitels Bezug genommen wurde, bezeichnet die Gemeinde als den Ort, an dem die Gesundheit von Menschen geschaffen und gelebt wird. Deshalb ist das Gebot „gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktivitäten zu unterstützen“ eine der fünf Kernelemente der Ottawa Charta. Die Netzwerke „Gesunde Gemeinde“ und „Gesunde

Städte“ wurden ins Leben gerufen, um insbesondere dieses Anliegen der Ottawa-Charta umzusetzen.

#### 3.1 Gesunde Gemeinde

Dem vom Land Oberösterreich gegründeten und der Landessanitätsdirektion betreuten Netzwerk „Gesunde Gemeinden“ haben sich bislang 374 von 444 oberösterreichischen Gemeinden angeschlossen. Die „Gesunden Gemeinden unterstützen und stärken das Gesundheitsbewusstsein ihrer Bürgerinnen und Bürger und bemühen sich um die Schaffung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen in ihrer Gemeinde. Die Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger bilden die Grundlage für die Ziele und Maßnahmen“ ([www.ooe.gv.at/gesgem](http://www.ooe.gv.at/gesgem)). Die von den Gesunden Gemeinden gesetzten Aktivitäten sind äußerst vielfältig und ideenreich, wie eine Evaluierung zeigt<sup>13</sup>. Einige Gesundheitsförderungsmaßnahmen, an denen sich die Gemeinden beteiligen, wurden bereits im Setting Kindergarten/Schule beschrieben (Zahngesundheitsförderung, gesunde Schulmöbel, gesunde Schuljause). Die Aktivitäten im Rahmen der Gesunden Gemeinde umfassen: Vorträge, Kurse und Seminare, Stammtische (vor allem für pflegende Angehörige), Projekte, Aktionstage und Gesundheitsstraßen in deren Rahmen auch Ernährungsberatungen angeboten werden sowie Ausstellungen. Die Aktivitäten der Gemeinden lassen sich bestimmten Gesundheitsthemen zuordnen:

Die Aktivitäten im Rahmen des Netzwerks Gesunde Gemeinde werden jedes Jahr unter ein spezifisches Gesundheitsthema gestellt, welches einen Schwerpunkt für entsprechende Maßnahmen darstellt. Im Jahr 2005 bildete „Frauen- und Männergesundheit“ den Jahresschwerpunkt. Das Jahr 2006 steht unter dem thematischen Schwerpunkt: „Ernährung“.<sup>14</sup>

#### 3.2 Gesunde Städte

Am 16. September 1992 kam es im Rahmen des 42. Österreichischen Städtetages in Graz zur Gründung des Netzwerks „Gesunde Städte“. Das Netz-

<sup>11</sup> Der Tagesbedarf eines Erwachsenen beträgt je nach Schwere der beruflichen Tätigkeit zwischen 20 und 25 Fettsäuren.

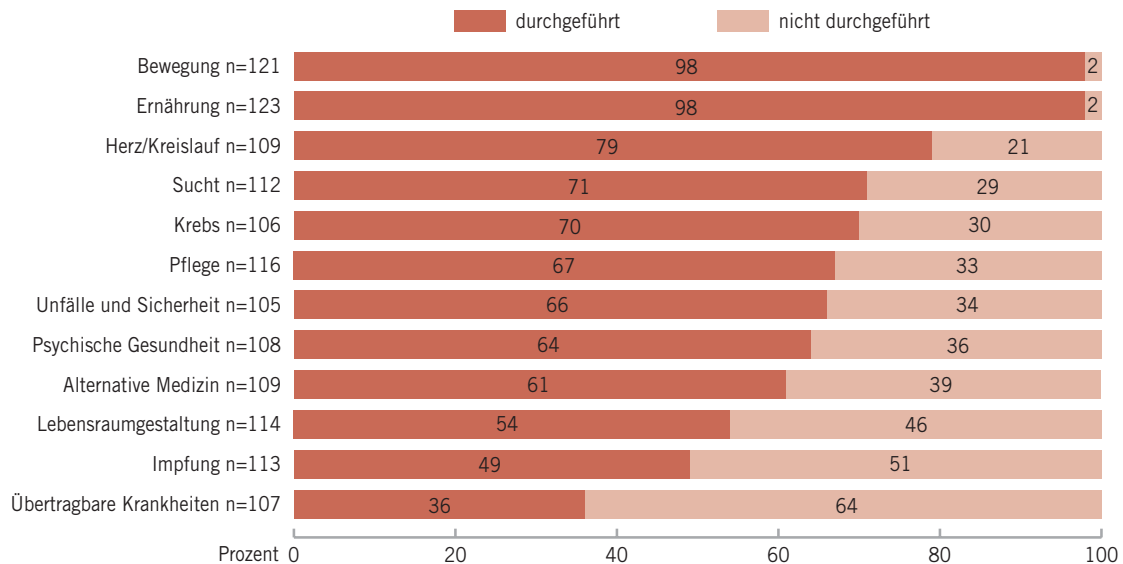
<sup>12</sup> BZgA 2003, S. 43f.

<sup>13</sup> Pfaffenberger/Pöschko 2006.

<sup>14</sup> In den vergangenen Jahren gab es folgende Schwerpunkte: 2002: Psychosoziale Gesundheit; 2003: Bluthochdruck; 2004: Knochen und Gelenke.

**Grafik 2:**

Aktivitäten zu Gesundheitsthemen



Quelle: Bericht „15 Jahre Gesunde Gemeinde in OÖ-Evaluierung“ (Pfaffenberger und Pöschko Sozialforschung)

werk ist die Einrichtung eines Ausschusses des Österreichischen Städtebundes. Voraussetzung für die Aufnahme einer Stadt in das Netzwerk ist, dass die „Bewerberin“ das Gesunde Städte-Konzept durch einen Gemeinderatsbeschluss befürwortet und sich zu einer Ressort übergreifenden, gesundheitsfördernden Gesamtpolitik verpflichtet. Einschlägige gesellschaftliche Institutionen und Initiativen sowie Selbsthilfegruppen sollen eingebunden werden. Die Möglichkeit der Beteiligung der BürgerInnen und Bürger an der Gestaltung ihrer Lebens- und Umweltbedingungen ist ein wesentlicher Grundsatz. Einer umfassenden Informationspolitik in Sachen Gesundheitsförderung und daher einer Zusammenarbeit mit den Medien wird hohe Priorität eingeräumt. Ein Informations- und Erfahrungsaustausch der Gesunden Städte untereinander und gemeinsame Aktivitäten werden bei den Mitgliedsstädten vorausgesetzt. 32 Städte sind Mitglieder des österreichischen Netzwerks Gesunde Stadt, davon sieben oberösterreichische; und zwar: Gmunden, Kirchdorf, Leonding, Linz, Marchtrenk, Steyr und Wels ([www.db.staedtebund.at/de/ausschuss](http://www.db.staedtebund.at/de/ausschuss)). Im Folgenden werden die Aktivitäten der Städte

Linz und Wels, als Mitinitiatoren des vorliegenden Gesundheitsberichts, näher beschrieben.

### 3.2.1 Gesunde Stadt Linz

Anlässlich des „Welt Nichtrauch-Tages“ am 31. Mai finden in Linzer Schulen jährlich zum Thema „Rauchen“ Aktionstage statt, wo überwiegend durch Vorträge und Untersuchungen auf die Gefahren und Risiken der Zigarette hingewiesen wird.

In Zusammenarbeit mit der Pneumologie vom AKH Linz und Krankenhaus der Elisabethinen, der Landesstelle Oberösterreich der Österreichischen Krebshilfe und dem Gesundheitsamt der Stadt Linz wird ein umfangreiches „Anti-Rauch-Programm“ geboten. In Zusammenarbeit mit der Aids-Hilfe Oberösterreich und der Landessanitätsdirektion organisiert die Stadt Linz jährlich eine Informationsveranstaltung (OÖ Aidstag) mit Vorträgen und Workshops. Das Zielpublikum besteht vorrangig aus Krankenpflegepersonal und KrankenpflegeschülerInnen, BerufsschülerInnen, LehrerInnen, KindergärtnerInnen und HorterzieherInnen. Das Thema Aids wird in Hinsicht auf Pflege, Betreuung

und Hygiene, auf gesellschaftliche Probleme und die Auswirkung der Erkrankung auf Kinder und deren Familien sowie andere Gemeinschaften behandelt.

Unter der Überschrift Gesunde Ernährung – „Die schlaue Ernährungsmaus“ wird in den Linzer Volksschulen von einem/r Diätologen/Diätologin das Programm „Gesunde Ernährung“ präsentiert, mit dem Ziel die Richtlinien einer gesunden Ernährungsweise an die SchülerInnen weiterzugeben. Die Vorstellung des Ernährungsprogramms erfolgt in zwei Teilen, einerseits in einem theoretischen Vortrag und andererseits in einer praktischen Übung, wo mit den SchülerInnen gemeinsam eine gesunde Schulkause zubereitet wird. Als Unterrichtsbehelf dient die Broschüre „Die schlaue Ernährungsmaus“, welche an die SchülerInnen verteilt wird. Mit diesem Programm soll ein wichtiger erster Schritt gesetzt werden, den Schulkindern Informationen über eine gesunde Ernährungsweise zu vermitteln. Um die Eltern über eine gesunde Ernährung ihrer Kinder zu informieren, werden auch Elternabende in den Schulen dem/der Diätologen/Diätologin gestaltet.

Das Programm „Gesunde Bewegung“ (Bewegungsdino) wird in den Linzer Volks- und Sonderschulen seit 1997 durchgeführt und von zwei SportwissenschaftlerInnen und einer/m Haltungs- und BewegungserzieherIn betreut. Durch gezielte Vorbeugemaßnahmen soll das Auftreten von Haltungsschäden bei Schulkindern vermindert werden. Bei den Kindern soll die Freude an gesunder Bewegung geweckt werden sowie ein gesundes Körperbewusstsein vermittelt werden. SchülerInnen mit Haltungsschwächen beziehungsweise einem geschädigten Bewegungs- und Stützapparat werden dadurch frühzeitig einer entsprechenden Therapie zugeführt. Als Unterrichtsbehelf ist die gestaltete Bewegungsmappe für die LehrerInnen sowie das Schülerheft „Gesunde Bewegung“ vorgesehen, worin verschiedene Übungen, die die Kinder trainieren können, beschrieben werden und Wissenswertes über den Körperbau vermittelt wird.

Der/die SportwissenschaftlerIn und Haltungs- und BewegungserzieherIn beschäftigen sich drei Unterrichtseinheiten mit einer Schulklasse, wobei vor

allem die SchülerInnen im Turnunterricht beobachtet werden, auf Fehlhaltungen verwiesen wird und auf die Gestaltung des Turnunterrichtes der(s) jeweiligen Turnlehrer(s)in geachtet wird. SchülerInnen, die Haltungsschäden aufweisen werden dem/der Schularzt/-ärztin gemeldet, die mit den Eltern Kontakt aufnimmt um, wie bereits angeführt, eine entsprechende Behandlung einzuleiten. In einem Vortrag werden über den Aufbau der Wirbelsäule und über häufige Fehlhaltungen, die Haltungsschäden verursachen, berichtet und auf Fehler bei alltäglichen Bewegungsabläufen hingewiesen.

Richtige Bewegung und eine ausgewogene Ernährung sind wesentliche Eckpfeiler jeder Prävention. Das Fundament einer gesundheitsbezogenen Lebensweise wird in der Kindheit gelegt. Hier werden Gewohnheiten erworben und Erfahrungen gemacht, die uns oft ein Leben lang prägen. Dies zeigt, wie wichtig es ist, bereits in der Kindheit gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu erwerben sowie entsprechende Handlungskompetenzen zu entwickeln. Das Projekt „Fit im Schulalltag – durch gesunde Ernährung und Bewegung“ setzt auf diese Einsichten und Erkenntnisse auf. 1998 wurde die Idee entwickelt, durch eine Zusammenarbeit mit Fachkräften aus den Bereichen Ernährung und Sport, die Lehrkräfte in den Linzer Hauptschulen bei diesen Bestrebungen zu unterstützen. Dieses ExpertInnenteam, bestehend aus SportwissenschaftlerIn und ErnährungswissenschaftlerIn, gestaltet mit den SchülerInnen aller Linzer Hauptschulen Unterrichtseinheiten zu den verschiedenen aktuellen Themenschwerpunkten. Eine enge Zusammenarbeit mit den Schulärzten/-ärztinnen, die im Sinne einer sekundär präventiven Früherfassung, bereits bestehende Ernährungsprobleme und Störungen im Bewegungsapparat eruieren, ermöglicht die individuelle Betreuung der SchülerInnen.

„Gesunde“ Ideen gefragt. Die Gesunde Stadt Linz schreibt daher regelmäßig den Gesundheitspreis der Stadt Linz aus. Auf Initiative der Gesundheits- und Umweltreferentin wird seit 1998 der Gesundheitspreis der Stadt Linz vergeben. Diese Auszeichnung will herausragende Leistungen im Gesundheitswesen würdigen. Darüber hinaus soll die



Motivation aller im Gesundheitsbereich Tätigen gefördert und zukunftsorientierte Projekte der Gesundheitsarbeit durch die Stadt Linz ausgezeichnet werden. Zur Teilnahme am „Gesundheitspreis“ werden alle im Linzer Gesundheitswesen Tätige (in den verschiedenen Gesundheitsberufen und im Gesundheitsmanagement), Selbsthilfegruppen, Initiativen und Vereine – mit Wohnadresse oder Vereinssitz in Linz – die sich mit Fragen der Gesundheit auseinandersetzen eingeladen. Aber auch Schulen, Interessenvertretungen, Betriebe, Versicherungen sowie Medien, die in Sachen Gesundheit aktiv sind und deren Einreichungen einen unmittelbaren Bezug zu Linz aufweisen, können an der Verleihung des Linzer Gesundheitspreises teilnehmen. Folgende Kriterien stehen im Mittelpunkt des Gesundheitspreises:

- Gesundheitsförderung und Prävention
- Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung der PatientInnen
- Verbesserung der Zusammenarbeit innerhalb der Gesundheitsberufe und Gesundheitssektoren
- Verstärkung der Kommunikation und Information
- Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit
- Innovation und Neuartigkeit
- Praktische Umsetzung

Für die interessantesten Einreichungen werden Preise in Höhe von insgesamt € 6.500,- vergeben. Über die Zuerkennung der Preise entscheidet eine unabhängige Fachjury. Die ausgezeichneten Projekte werden im Rahmen eines Festaktes präsentiert und werden in Form einer Dokumentation veröffentlicht.

Die Bedeutung richtiger Ernährung für Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit ist eine gesicherte Erkenntnis der Ernährungs- und Sozialmedizin und unter Fachleuten unumstritten. Die Hälfte der Bevölkerung der westlichen Welt leidet an so genannten Zivilisationskrankheiten, welche vorwiegend auf falsche Ernährung und Lebensweise zurückzuführen sind. Dazu zählen Übergewicht, Erkrankungen wie Bluthochdruck, Zuckerkrankheit im Erwachsenenalter, zu viel Fett und Cholesterin im Blut, Gicht und chronische Verstopfung. Dramatisch sind die Folgen wie

Durchblutungsstörungen, Herzinfarkt, Schlaganfall und schließlich auch Krebs. Seit 1998 gibt es am Gesundheitsamt der Stadt Linz eine ernährungsmedizinische Beratungsstelle, die alle LinzerInnen eine kostenlose Ernährungsberatung anbietet. Durch die Ernährungsberatungsstelle soll das Gesundheitsbewusstsein der Linzer Bevölkerung gefördert werden, indem ein/e erfahrene/r Diätologe/in und ernährungsmedizinische/r BeraterIn fundiertes Ernährungswissen weitergibt und die Umsetzung in die Praxis vermittelt.

### 3.2.2 Gesunde Stadt Wels

Die Gesunde Stadt Wels hat zum Teil ähnliche und zum Teil andere Schwerpunkte gesetzt wie Linz. Jährlich wird ein AIDS/HIV-Informationstag für SchülerInnen der 8. Schulstufe veranstaltet. Dieser wird von den LehrerInnen sehr gerne angenommen, wie die durchwegs positiven Rückmeldungen zeigen. Jedes Jahr werden im Sommer so genannte Lungenfunktionstage durchgeführt. Dabei handelt es sich um eine zweitägige Aktion, bei der in Zusammenarbeit mit der Lungenabteilung des Klinikums Wels an einem öffentlichen Platz den Welsler BürgerInnen eine Lungenfunktionsüberprüfung angeboten wird. Gleichfalls jährlich wird in Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen Krebshilfe ein Hauttag abgehalten, wobei ein Hautfacharzt im öffentlichen Bad der Stadt Wels (Welldoradoro) bei den sich interessierenden Badegästen eine Hautuntersuchung auf bösartige Veränderungen vornimmt.

Im Jahr 2002 wurden Männergesundheitstage in Form einer öffentlich zugänglichen Messe abgehalten. Dabei wurden Vorsorgeuntersuchungen und verschiedene Tests angeboten. Nach gleichem Muster wurden 2003 Frauengesundheitstage und 2005 Kindergesundheitstage abgehalten. Unter großer Publikumsbeteiligung finden alljährlich die „Gesund Leben“ statt. Zusätzlich zu den angeführten öffentlichen „Gesundheitstagen“ fand 2002 und 2003 die Messe „FIT“ statt, bei der besonders sportliche Aktivitäten forciert wurden.

Gesundheitliche Information und Aufklärung bilden einen weiteren Schwerpunkt der Gesunden

Stadt Wels. Bis zum Jahr 2004 wurden gemeinsam mit dem „Integrierten Gesundheits- und Sozialsprengel“ (IGS) in etwa achtwöchigen Abständen medizinische Vorträge für Laien abgehalten. Einmal jährlich veranstaltete der IGS ein Symposium zu einem Gesundheits- oder Sozialthema. Da der IGS aus rechtlichen und organisatorischen Gründen eingestellt werden musste, konnten diese Aktivitäten nicht weiter fortgeführt werden. Im Rahmen der Aktivitäten „Gesunde Stadt“ wurde ein „Wegweiser Soziales“ aufgelegt, der jährlich ergänzt wird. Dieser Wegweiser enthält sämtliche Angebote und Möglichkeiten in der Stadt Wels und zum Teil darüber hinaus, bezüglich sozialer und medizinischer Hilfestellung für hilfs- und pflegebedürftige MitbürgerInnen. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass sich auch die Gesunde Stadt Wels in besonderer Weise der Selbsthilfegruppen annimmt, indem sie ihnen kostenlos infrastrukturelle Einrichtungen zur Verfügung stellt.

Im Jahr 2005 wurde gemeinsam mit dem „Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit“ in Wels ein

Frauengesundheitszentrum eingerichtet, das sich zunehmender Beliebtheit erfreut. Angeboten werden neben gesundheitsbezogenen Informationen Workshops, Seminare und Vorträge. Im Rahmen des Frauengesundheitszentrums wird den Frauen auch Psychotherapie kostenlos zur Verfügung gestellt. In Pilotform wird derzeit an den Welser Schulen das Projekt Fit Kids durchgeführt, wobei zunächst eine Erhebung bei den 10- bis 14-jährigen SchülerInnen bezüglich Adipositas durchgeführt wurde. Nunmehr werden den betroffenen SchülerInnen und Eltern unterstützende Therapien angeboten.

Die Darstellung der Gesundheitsförderungsaktivitäten in Oberösterreich kann naturgemäß nur einen exemplarischen Ausschnitt der mittlerweile beachtlichen Gesundheitsförderungsszene im Bundesland bringen. Zahlreiche Initiativen teils privater teils öffentlicher Akteure, die nicht selten miteinander vernetzt sind, lassen hoffen, dass dieser lebendige bürgernahe Bereich auch in Zukunft dynamisch wachsen wird.

## Literatur

Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.): *Healthy Employees in Healthy Organisations. Good Practice in Workplace Health Promotion in Europe*, Essen 1999.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/BZgA (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*, Schwabenheim a.d. Selz 2003 (4. Aufl.).

Meggeneder Oskar: *Die Entwicklung der BGF in Österreich*. In: Meggeneder Oskar, Pelster Klaus und Sochert Reinhold (Hrsg.): *Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen*, Bern 2005.

Priester Klaus: *Betriebliche Gesundheitsförderung. Voraussetzungen – Konzepte – Erfahrungen*, Frankfurt am Main 1998.

Sochert Reinhold: *Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel. Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung*, Bremerhaven 1999.

Strippel Harald: *Effektive, zielorientierte Gruppenprophylaxe*. In: *Die BKK*, 83. Jg., Heft 10 (1995), S. 611–619.

Strippel Harald: *Gesundheitsökonomie der Prävention. Beispiel Kariesprophylaxe*. In: *Die BKK*, 90. Jg., Heft 11 (2002), S. 477–481.

Werle Jochen, Woll Alexander Tittlbach, Susanne: *Gesundheitsförderung*, Stuttgart 2006.

## Internetquellen

<http://www.ooe.gv.at/gesgem> (Zugriff: 10. 4. 2006).

<http://www.db.staedtebund.at/de/ausschuss> (Zugriff: 10. 4. 2006).



## Soziale Ungleichheit und Gesundheit

### 1. Einleitung

Das Zusammenwirken von sozialer Ungleichheit und Gesundheit, Wohlbefinden oder gar Sterblichkeit kann sehr anschaulich erklärt werden. Man kann sich hierzu einer plakativen Darstellungsweise der Begrifflichkeiten bedienen: Lamprecht hat bei seinem kürzlich in Aarau<sup>1</sup> (Schweiz) gehaltenen Vortrag auf den Untergang der Titanic vor beinahe 100 Jahren verwiesen. Von den sich an Bord befindlichen 2.200 Passagieren überlebten in etwa 700. Die Überlebenschancen waren höchst ungleich verteilt. Diese richteten sich nach den beiden Faktoren Klassengrenze (je nachdem, welche Kabine man sich leisten konnte) und einem geschlechtsspezifischen Verhaltenskodex („Frauen und Kinder zuerst“). An diesem Beispiel lassen sich die Chancen zu überleben, eindrucksvoll nachvollziehen: Von 100 weiblichen Passagieren der ersten und zweiten Klasse haben 90 überlebt, von den Frauen der dritten Klasse nur mehr in etwa die Hälfte. Im Gegensatz dazu haben von den Männern der zweiten und dritten Klasse nur neun bzw. 14 von 100, von jenen der ersten Klasse immerhin noch 31 von 100<sup>1</sup> das Unglück überlebt.

Das Themenfeld soziale Ungleichheit und Gesundheit ist kein aktuell wissenschaftlich und sozialpolitisch relevantes Betätigungsfeld. Ein Fazit, das Hanauer im Jahr 1911<sup>2</sup> zieht, verdeutlicht die lange Geschichte, die dahinter steht: „Dass die Sterblichkeit mit den Wohlstandsverhältnissen in Beziehung steht, ist durch die Statistik längst erwiesen. (...) Die Gründe der erhöhten Sterblichkeit der Minderbemittelten und Armen gegenüber den Reichen und Wohlhabenden sind teils sozialer, teils hygienischer Art. Die Armut zwingt sie zu ungenügender Ernährung, ihre Wohnungen sind unzureichend, dadurch wird die Widerstandsfähigkeit gegenüber Krankheiten herabgesetzt. Die gleiche Folge hat die oft unzureichende Körperpflege. (...)“

Schließlich kommen noch Berufsschädigungen in Betracht. Diejenigen Bevölkerungsschichten, welche eine hohe Sterblichkeit aufweisen, gehören vorwiegend den handarbeitenden Klassen an, sind Industriearbeiter, sie unterliegen vielfach gewerblichen Schädigungen“. Diese Bedingungen sind vor dem Hintergrund der industriellen Revolution zu betrachten. Technische Neuerungen, Aufschwung der Wirtschaft, die Gewerbefreiheit sowie ein starker Bevölkerungszuwachs lassen in den Städten Industriezentren entstehen. Durch das Überangebot an Arbeitskräften sank das Lohnniveau und Arbeitslosigkeit trat als Massenphänomen auf. Die soziale Frage rückt in den Vordergrund: Beispielgebend ist dabei die österreichische Sozialgesetzgebung, die – auch mit gesetzlichen Vorläufern – 1889 ihren Ausgang nahm. Auch wenn seit diesem Zeitpunkt umfassende soziale Maßnahmen auf staatlicher und Sozialversicherungsseite gesetzt wurden und sich die Sachlage geändert hat, das Problem an sich hat sich kaum verändert. Die Determinanten gegenwärtiger Ungleichheitsforschung können im Wesentlichen auf die Faktoren, wie sie im Fall „Titanic“ augenscheinlich waren, reduziert werden, wenngleich sich die Begrifflichkeiten gewandelt und erweitert haben. Statt Klassenzugehörigkeit rücken sogenannte vertikale Ungleichheitsdimensionen in den Vordergrund und der Faktor Geschlecht hat sich in eine Reihe von sogenannten horizontalen Ungleichheitsdimensionen eingereiht.

### 2. Vertikale und horizontale soziale Ungleichheit

Vertikale Dimensionen der sozialen Ungleichheit ordnen Menschen in ein Kontinuum, das von oben nach unten verläuft, ein. Dazu zählen in erster Linie Einkommen, beruflicher Status und Bildung. Darüber hinaus oder in Ergänzung zu diesen Faktoren werden in Theorien zur sozialen Ungleichheit vielfach horizontale Dimensionen berücksichtigt. Darunter fallen beispielsweise das Geschlecht, die Nationalität oder das Alter.

<sup>1</sup> online am 20. 04. 2005: <http://www.gesundheitsfoerderung.ch/de/activities/conference/2006/default.asp>.

<sup>2</sup> Zit. in: Mielck/Helmert 1998, S. 523.

Es existieren mittlerweile zahlreiche empirische Arbeiten, aus denen hervorgeht, dass Personen aus der unteren Statusgruppe (niedriges Einkommen, niedriges Bildungsniveau und/oder niedriger beruflicher Status) in den meisten Fällen einen schlechteren Gesundheitszustand oder eine erhöhte Sterblichkeitsrate aufweisen<sup>3</sup>. Die Ergebnisse dieser Studien können hier nur auszugsweise vorgestellt werden und werden auf die Dimensionen der vertikalen Ungleichheit begrenzt. Im Hinblick auf die Morbidität zeigt sich zum Beispiel<sup>4</sup>:

- Zahnerkrankungen nehmen mit der Höhe der Schulbildung kontinuierlich ab.
- Personen der niedrigeren sozialen Schicht (Index aus Bildung/Einkommen/berufliche Stellung) weisen eine höhere Prävalenz an Herzkrankungen und Schlaganfällen auf als jene höherer Statusgruppen.
- Die Prävalenz psychischer Störungen ist bei Erwachsenen mit niedrigem beruflichem Status größer als bei Erwachsenen mit höherem Status.

Ergebnisse zur Mortalität zeigen beispielsweise,

- „dass Erwachsene ohne Abitur eine kürzere Lebenserwartung aufweisen als Erwachsene mit Abitur,
- dass die Sterblichkeit bei Un- und Angelernten höher ist als bei oberen Angestellten,
- dass die Sterblichkeit bei unteren Einkommensgruppen höher ist als in der oberen oder
- dass die Überlebenszeit nach einem Erst-Infarkt bei Erwachsenen mit niedrigem beruflichen Status kürzer ist als bei Erwachsenen mit höherem beruflichem Status.“<sup>5</sup>

### 3. Österreichische Befunde zum Thema soziale Ungleichheit und Gesundheit

Österreichische Studien zum Thema soziale Ungleichheit und Gesundheit sind eher dünn gesät, wenngleich anzunehmen ist, dass sich die Ergebnisse kaum von jenen anderer europäischer Staaten

unterscheiden. Mielck<sup>6</sup> – mit dem Hinweis möglicher methodischer Vergleichsprobleme – geht davon aus, dass „die gesundheitliche Ungleichheit in allen westeuropäischen Staaten ungefähr gleich groß ist“.

Zur Veranschaulichung der Sachlage in Österreich sollen zwei Ergebnisse, die auf einer österreichweit repräsentativen Umfrage<sup>7</sup> beruhen, dargestellt werden.

In allgemeinen Bevölkerungsumfragen ist es oft schwer, das gesundheitliche Befinden einer Person mit all seinen Facetten abzudecken. Es hat sich jedoch bewährt, den allgemeinen Gesundheitszustand einer Person mit einer direkten Frage zu erfassen, einer Frage nach dem aktuellen gesundheitlichen Empfinden: „Wie beurteilen Sie Ihren Gesundheitszustand?“ (mit einer 5-stufigen Antwortskala von sehr gut bis sehr schlecht). Die Antwort auf diese Frage gilt als guter Indikator für den Gesundheitszustand einer Person. „Vergleichsstudien haben gezeigt, dass Befragte, die sich schlecht fühlen, auch wenn noch kein objektiver Befund vorliegt, bald messbare Symptome entwickeln werden bzw. dass die subjektive Gesundheit einen guten Prädiktor für die Sterblichkeit in den folgenden Jahren darstellt.“<sup>8</sup> Der Zusammenhang von Einkommen und Gesundheit gewinnt dann an Aussagekraft, wenn das Äquivalenzeinkommen (also jenes Einkommen, das einer Person eines Haushaltes je nach Alter zur Verfügung steht) verwendet wird<sup>9</sup>. Nachstehende Tabelle 2 bildet diesen Zusammenhang im Zeitverlauf (1986 bis 2003) ab, wobei im Wesentlichen die jeweils höchste Einkommensgruppe (200 % des Äquivalenzeinkommens) der Median- (100 %) und der armutsgefährdeten (50 %) Äquivalenzeinkommensgruppe gegenübergestellt wird. Es wird untersucht, um wie viel das Risiko, einem schlechteren Gesundheitszustand zu unterliegen, mit geringerem Einkommen steigt.

Zu allen drei Zeitpunkten beträgt das Risiko, einen allgemein schlechteren Gesundheitszustand zu

<sup>3</sup> Mielck 2000 liefert hierzu einen umfangreichen Überblick.

<sup>4</sup> Mielck 2000 und 2001.

<sup>5</sup> Mielck 2001, S. 2.

<sup>6</sup> 2000, S. 124f.

<sup>7</sup> Sozialer Survey Österreich 2003 (Schulz et al. 2003).

<sup>8</sup> BFS 2000, S. 73.

<sup>9</sup> genauere Erläuterungen hierzu in Meggeneder/Sebinger 2005, S. 86 und Mielck 2000, S. 34.

## SOZIALE UNGLEICHHEIT UND GESUNDHEIT

**Tabelle 2:**

Äquivalenzeinkommen und allgemeiner Gesundheitszustand 1986, 1993 und 2003

		Odds Ratios <sup>a</sup> Äquivalenzeinkommen (in EURO) <sup>b</sup>					
1986		> 900 <sup>a</sup>	750– 900	600– 750	450– 600 <sup>c</sup>	320– 450	< 320 <sup>d</sup>
Gesundheits- zustand <sup>ef</sup>		1,0	1,13	1,23	1,44	2,61***	2,54***
1993	> 1.200 <sup>a</sup>	1.050– 1.200	900– 1.050	750– 900	600– 750 <sup>c</sup>	450– 600	< 450 <sup>d</sup>
Gesundheits- zustand <sup>ef</sup>	1,0	1,45	1,44	1,60	1,35	1,58**	2,06**
2003	> 1.500 <sup>a</sup>	1.200– 1.500	900– 1.050	750– 900 <sup>c</sup>	600– 750	450– 600 <sup>d</sup>	< 450 <sup>d</sup>
Gesundheits- zustand <sup>ef</sup>	1,0	1,05	1,72	1,27	1,42	2,00**	2,34** 3,42***

\*:  $p < .05$ ; \*\*:  $p < .01$ ; \*\*\*:  $p < .001$

a: Vergleichsgruppe: die jeweils höchste Einkommensgruppe in der Tabelle (dieser Wert entspricht in etwa 200 % der Median-Äquivalenzeinkommensgruppe)

b: Gewichtungsfaktoren des Äquivalenzeinkommens: 1. Person im Haushalt älter als 16 Jahre: 1; jede weitere Person älter als 16 Jahre: 0.8; Personen im Alter von 6 bis 15 Jahren: 0.65; Personen jünger als 5 Jahre: 0.5;

c: Median-Äquivalenzeinkommensgruppe

d: in etwa 50 % der Median-Äquivalenzeinkommensgruppe

e: Einschätzung des eigenen gegenwärtigen Gesundheitszustandes als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht

f: kontrollierte Variable: Alter

haben, in der „Median-Gruppe“ ca. 1,4. Mit einer geringfügigen Abweichung (2,61 im Jahr 1986) lassen niedrigere Äquivalenzeinkommen dieses Risiko kontinuierlich ansteigen. Im Vergleich zu einem hohen (ca. 200 %) Äquivalenzeinkommen ist das Risiko eines schlechteren Gesundheitszustandes in der untersten Einkommensgruppe mindestens doppelt so hoch; im Jahr 2003 sogar über dreimal (3,42) so hoch.

Den aktuellen Daten zufolge hat eine Person, deren finanzielle Ressourcen zwischen 600 und 750 Euro angesiedelt sind, ein doppelt (2,0) so hohes Risiko, einem schlechteren Gesundheitszustand ausgesetzt zu sein, als eine Person, der in etwa zweimal so viel Geld zur Verfügung steht. Verringert sich das Budget, so erhöht sich gleichzeitig das

Risiko eines schlechteren Gesundheitszustandes. Der sprunghafte Anstieg eines erhöhten Risikos „deutet auf einen Schwellenwertzusammenhang (Sättigungseffekt) hin: Sobald ein gewisses Einkommenslevel erreicht ist, bringt ein zusätzlicher Einkommenszuwachs einen vergleichsweise geringen Gesundheitszuwachs. Gesundheitlich benachteiligt sind daher vor allem die untersten Einkommensgruppen (Einkommensarmut).“<sup>10</sup> Diese vermeintliche Ursache wird auch vielfach<sup>11</sup> in Frage gestellt, denn es ist nicht klar, „ob das Einkommen den Gesundheitszustand und/oder umgekehrt der Gesundheitszustand das Einkommen beeinflusst (...). Wenn dagegen gezeigt wird, dass Erwachsene mit geringer Schulbildung kränker sind als Erwachsene mit höherer Schulbildung, kann kein Zweifel daran bestehen, dass der Gesundheitszustand durch die

<sup>10</sup> Magistrat der Stadt Wien 2001, S. 178.

<sup>11</sup> u.a. Mielck/Helmert 1998, S. 529.

**Tabelle 3:**

*Schulabschluss und allgemeiner Gesundheitszustand 1986, 1993 und 2003*

	Odds Ratios <sup>a</sup>				
	Schulabschluss				
	BHS & Hochschule	AHS	BMS	Pflichtschule mit Lehre	Pflichtschule ohne Lehre
<b>1986</b>					
Anteil in der Stichprobe	7,9	7,4	14,0	32,0	38,3
Gesundheitszustand <sup>bc</sup>	<b>1,0</b>	<b>1,61</b>	<b>1,05</b>	<b>1,61*</b>	<b>3,01***</b>
<b>1993</b>					
Anteil in der Stichprobe	11,8	8,2	14,9	34,5	30,5
Gesundheitszustand <sup>bc</sup>	<b>1,0</b>	<b>2,13**</b>	<b>1,63*</b>	<b>1,82**</b>	<b>2,44***</b>
<b>2003</b>					
Anteil in der Stichprobe	17,5	7,9	11,6	37,9	25,2
Gesundheitszustand <sup>bc</sup>	<b>1,0</b>	<b>1,97*</b>	<b>1,56</b>	<b>1,64*</b>	<b>3,26***</b>

\*:  $p < .05$ ; \*\*:  $p < .01$ ; \*\*\*:  $p < .001$

a: Vergleichsgruppe: Berufsbildende höhere Schule und Hochschule

b: Einschätzung des eigenen gegenwärtigen Gesundheitszustandes als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht

c: kontrollierte Variable: Alter

Schulbildung beeinflusst wurde und nicht umgekehrt<sup>12</sup>. Es ist darüber hinaus davon auszugehen, dass das Ausbildungs- das Einkommensniveau wesentlich beeinflusst: Mit höherer Bildung steigen einerseits die Chancen auf höheres Einkommen, andererseits sinken die Risiken eines niedrigeren Haushaltseinkommens.<sup>13</sup> Im Folgenden soll gezeigt werden, um wie viel das Risiko eines mittleren oder schlechteren Gesundheitszustandes mit niedrigerer Bildung steigt. Tabelle 3 berücksichtigt unterschiedliche Zeitpunkte, damit die Kontinuität des Zusammenhangs im Zeitverlauf verdeutlicht wird.

Über alle Erhebungszeitpunkte hinweg führt der Umstand eines niedrigen Schulabschlusses (Pflichtschule ohne Lehre) zu einem erhöhten Risiko in Bezug auf einen schlechten Gesundheitszustand. Das Risiko der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes als mittelmäßig bis sehr schlecht

erhöht sich in dieser Gruppe um das 2- bis 3-fache (2,44 im Jahr 1993 und 3,26 im Jahr 2003).<sup>14</sup>

Zusammenfassend kann angemerkt werden, dass sich die Gruppe der „Niedrigst-Gebildeten“ zwar reduziert hat, gleichzeitig aber das Risiko, einem subjektiv schlechteren Gesundheitszustand in dieser Gruppe ausgesetzt zu sein, erhöht hat. Es drängt sich der Verdacht auf, dass sich die Kluft der Chancengleichheit zwischen Lehr- und Pflichtabschlussabsolventen vergrößern wird.

#### 4. Ergebnisse aus Oberösterreich zum Thema soziale Ungleichheit und Gesundheit

Im folgenden Abschnitt sollen zwei weitere Aspekte der sozialen Ungleichheit behandelt werden. Arbeitslosigkeit liegt im Querschnittsbereich zur vertikalen

<sup>12</sup> Ebd. 1998, S. 529.

<sup>13</sup> Statistik Austria 2005, S. 19.

<sup>14</sup> Die Kontinuität – wonach sich mit ansteigendem Schulabschluss auch das Risiko eines schlechten Gesundheitszustandes abschwächt – wird bei allen drei Erhebungszeitpunkten durch den AHS-Abschluss durchbrochen.

# SOZIALE UNGLEICHHEIT UND GESUNDHEIT

und horizontalen Ungleichheit, da zum einen ein Entfall an Einkommen (vertikale Komponente) und zum anderen ein Verlust an psychosozialer Wertschätzung und Anerkennung mit der Erwerbslosigkeit verbunden ist (horizontale Komponente). Darüber hinaus soll Migration als horizontale Dimension sozialer Ungleichheit betrachtet werden.

Die hierzu verwendeten Daten der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (aus dem Jahr 2004) enthalten Informationen zum Beschäftigtenstatus (erwerbstätig versus arbeitslos)<sup>15</sup> und zur Nationalität<sup>16</sup> als ursächliche Variable sowie zum Krankenhausaufenthalt<sup>17</sup> gruppiert nach den ICD-10-Symptomgruppen<sup>18</sup> als Zielvariable.

#### 4.1. Beschäftigtenstatus (Arbeitslosigkeit versus Erwerbstätigkeit) und Gesundheit

Bereits in den 30er Jahren wurde auf das Problem der Massenarbeitslosigkeit und deren (vor allem) psychosozialen Auswirkungen auf das Individuum aufmerksam gemacht. In der Studie über „Die Arbeitslosen von Marienthal“<sup>19</sup> wird eindrucksvoll geschildert, welche Folgen die Arbeitslosigkeit für den Alltag der Menschen und das Leben in einer Gemeinde hat. Obwohl heute noch nicht von einem vergleichbaren Massenphänomen ausgegangen werden kann, hat die Arbeitslosenquote<sup>20</sup> seit längerem wieder einen Höchststand erreicht (2003: 7,0 %; 2004: 7,1 % und 2005: 7,2 %).

Wenngleich die Arbeitslosenquote in Oberösterreich<sup>21</sup> vergleichsweise gering (2005: 4,7 %) ausgeprägt ist, sollte ein allfälliger Zusammenhang mit Gesundheit nicht vernachlässigt werden.

Wie weiter oben gezeigt wurde, steht ein niedriges (Äquivalenz-) Einkommen mit einem schlechteren Gesundheitszustand in Zusammenhang. Mit der

Erwerbslosigkeit ist neben materiellen Einbußen auch ein Verlust an integrativen Prozessen verbunden, da die Erwerbstätigkeit als zentrales Element einer Arbeitsgesellschaft nicht nur für die materielle Reproduktion, sondern auch für die Identität und gesellschaftliche Anerkennung der Individuen sorgt.<sup>22</sup> Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf Gesundheit spielen sich in erster Linie im psychischen oder psychosozialen Bereich ab. „Insbesondere Depressivität, Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, allgemeine Nervosität und Konzentrationsstörungen können bei länger anhaltender Arbeitslosigkeit auch zu körperlichen Beeinträchtigungen führen.“<sup>23</sup> Empirische Arbeiten weisen durchgängig auf einen schlechten Gesundheitszustand sowie eine tendenziell erhöhte Mortalität hin. „Längsschnittstudien zeigen, dass mit dem Verlust des Arbeitsplatzes eine schlechtere Befindlichkeit und Gesundheit einhergeht und eine Verbesserung nach Wiederbeschäftigung.“<sup>24</sup> Um diese Ergebnisse auch für Oberösterreich zu verdeutlichen, wird auf nachstehende Abbildung verwiesen. Es soll gezeigt werden, inwiefern sich Erwerbstätige von Arbeitslosen hinsichtlich relevanter Krankheitsgruppen unterscheiden. Das „Standardisierte Morbiditäts-Verhältnis“ (SMR) gibt Aufschluss darüber, in welchem Ausmaß das Risiko einer Teilpopulation (in diesem Fall: Arbeitslose) vom Risiko der Gesamtpopulation (z.B. alle erwerbstätigen GKK-Versicherten) abweicht (bei gleichem Alter und Geschlecht).

Die Abbildung zeigt, dass sich das Risiko einer Krankenhausbehandlung bei den hier erfassten Krankheitsgruppen deutlich von jenen der Erwerbstätigen (SMR = 1,0) unterscheidet. Kann beispielsweise bei Erkrankungen des Atmungssystems noch von einem 60-prozentig erhöhten Risiko für Arbeitslose ausgegangen werden, so steigert sich dieses bei psychischen Störungen auf das

<sup>15</sup> Es handelt sich dabei um Personen, die im 1. Quartal 2004 als arbeitslos gemeldet waren.

<sup>16</sup> Staatsbürgerschaft.

<sup>17</sup> Mindestens ein Krankenhausaufenthalt mit der jeweiligen Hauptdiagnose im Jahr 2004.

<sup>18</sup> Eine Übersicht liefert u.a.: <http://www.medaustria.at/icd10/fr-icd.htm?g180.htm+>.

<sup>19</sup> Jahoda/Lazarsfeld/Zeisel 1975.

<sup>20</sup> Quelle: Statistik Austria.

<sup>21</sup> Quelle: Statistik Austria.

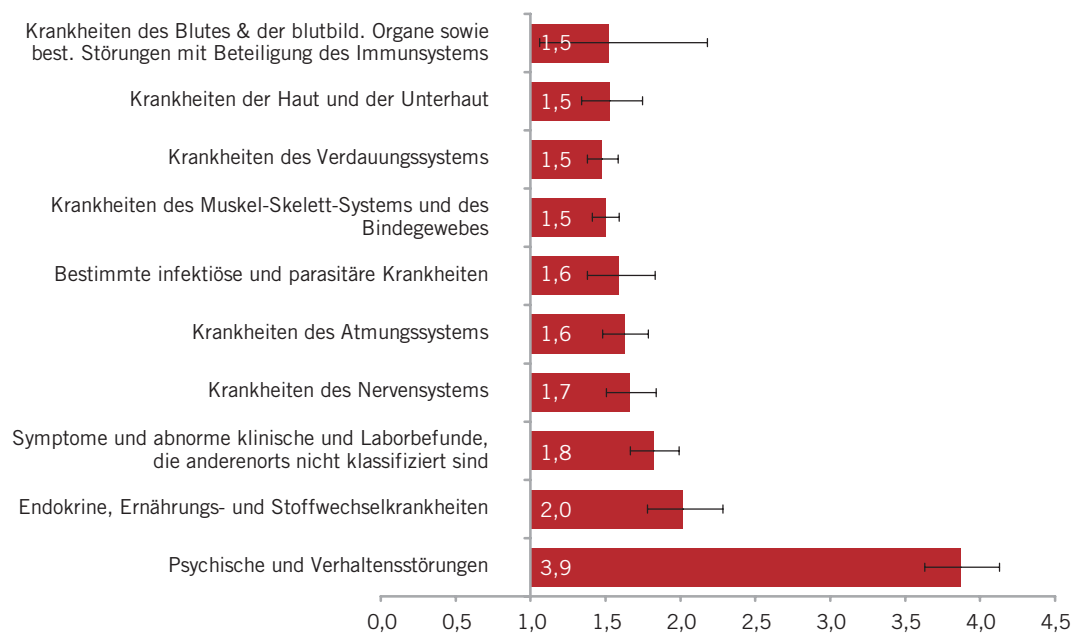
<sup>22</sup> Elkeles 1998, S. 516.

<sup>23</sup> Elkeles 1998, S. 522.

<sup>24</sup> Elkeles 1998, S. 522.

**Grafik 3:**

Krankenhausaufenthalte aufgrund ausgewählter ICD-10 Krankheitsgruppen nach Beschäftigungsstatus (Erwerbstätige: SMR = 1,0)<sup>25</sup>



Krankenhausaufenthalte 2004 von Versicherten der OÖGKK; Altersstandardisiertes Morbiditätsverhältnis (SMR). Fehlerindikator: 95%-iges Konfidenzintervall. Quelle: OÖGKK – FOKO; eigene Berechnungen

beinahe vierfache (SMR = 3,9). In einer detaillierteren Analyse<sup>26</sup> psychischer und Verhaltensstörungen konnte nachgewiesen werden, dass Krankenhausaufenthalte beispielsweise aufgrund affektiver Störungen (SMR = 3,6) wie auch Störungen durch psychotrope Substanzen (SMR = 5,3) bei Arbeitslosen verstärkt zu Tage treten.

Alles in allem kann davon ausgegangen werden, dass der Umstand, arbeitslos zu sein, vermehrt zu Krankenhausaufenthalten führt.

#### 4.2. Migration und Gesundheit

Empirische Arbeiten<sup>27</sup> belegen, dass der Zusammenhang von Migration und Gesundheit nicht so sehr durch die Faktoren Nationalität oder Besitz einer bestimmten Staatsbürgerschaft bestimmt wird,

sondern durch den Umstand, dass immigrierte Personen meist über eine geringere Bildung, ein geringeres Einkommen, bei gleichzeitig meist erhöhten beruflichen Belastungen, verfügen. In Österreich wohnende MigrantInnen (nicht EU oder EFTA Staaten) leben beispielsweise unter deutlich schlechteren Einkommensbedingungen.<sup>28</sup> Eine Einbürgerung ist kaum mit einer Verbesserung der finanziellen Situation verbunden, „was auf einen geringfügigen ökonomischen Aufstieg länger in Österreich lebender Personen ausländischer Herkunft hindeutet.“<sup>29</sup> Die nachstehende Abbildung verdeutlicht den Zusammenhang von Nationalität und Krankenhausaufenthalten aufgrund ausgewählter ICD-10 Krankheitsgruppen. Das „Standardisierte Morbiditäts-Verhältnis“ (SMR) gibt wieder Aufschluss darüber, in welchem Ausmaß das Risiko einer Teilpo-

<sup>25</sup> Es werden nur Krankheitsgruppen mit SMR-Wert größer/gleich 1,5 berichtet.

<sup>26</sup> Institut für Gesundheitsplanung 2005, S. 94ff.

<sup>27</sup> z.B.: RKI 2005, S. 127ff.

<sup>28</sup> Statistik Austria 2005, S. 19.

<sup>29</sup> Statistik Austria 2005, S. 19.

# SOZIALE UNGLEICHHEIT UND GESUNDHEIT

FACHBEITRÄGE

pulation (in diesem Fall: MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei) vom Risiko der Gesamtpopulation (Oberösterreichische GKK-Versicherte) abweicht (bei gleichem Alter und Geschlecht).

Um einen möglichen Effekt von Arbeitslosigkeit auszuklammern, werden hier nur erwerbstätige Personen berücksichtigt. In Bezug auf die ausgewählten Krankheitsgruppen kann bei MigrantInnen von einem erhöhten Krankheitsrisiko gesprochen werden. Im Vergleich zu Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft ist das Erkrankungsrisiko bei den ausgewählten MigrantInnen deutlich erhöht, wenngleich sich die Differenz bei Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien vergleichsweise gering darstellt. Bei türkischen BürgerInnen verdoppelt sich das Risiko eines Krankenhausaufenthaltes beinahe (SMR = +/-2). Beispielsweise tre-

ten Krankheiten des Atmungssystems bei dieser Gruppe beinahe dreimal so häufig auf als bei OberösterreichlerInnen mit österreichischer Staatsbürgerschaft.

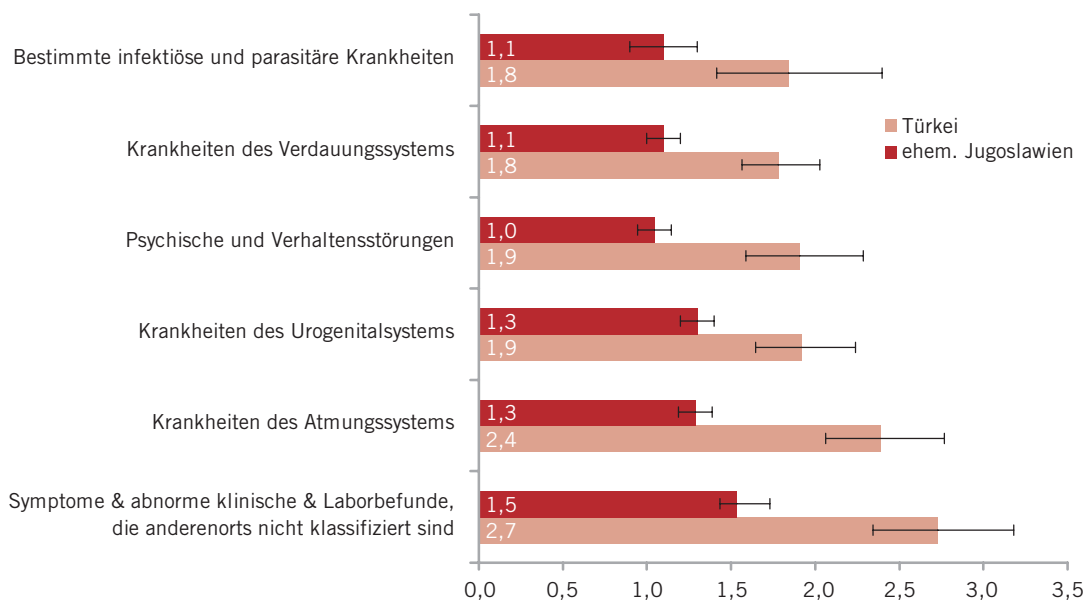
Auch an dieser Stelle finden die für andere europäische Staaten festgestellten Ergebnisse in Oberösterreich Geltung: MigrantInnen sind einem erhöhten Krankheitsrisiko ausgesetzt.

## 5. Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Es kann davon ausgegangen werden, dass untere Statusgruppen einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als die oberen. Für Oberösterreich konnte dieser Zusammenhang beispielsweise an Hand der Merkmale „Arbeitslosigkeit“ und „Migration“ nachgewiesen werden. Es muss aber berück-

**Grafik 4:**

*Krankenhausaufenthalte aufgrund ausgewählter ICD-10 Krankheitsgruppen nach Nationalität (ÖsterreicherInnen: SMR = 1,0)<sup>30</sup>*



*Krankenhausaufenthalte (aufgrund ausgewählter Krankheitsgruppen) 2004 von Versicherten der OÖGKK; nur Beschäftigte; Altersstandardisiertes Morbiditätsverhältnis (SMR). Fehlerindikator: 95%-iges Konfidenzintervall. Quelle: OÖGKK – FOKO; eigene Berechnungen*

<sup>30</sup> Da sich die Population der Personen mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft sehr heterogen gestaltet, wurden einzelne regionale Gruppen ausgewählt, die mit einer gewissen Fallzahl als Versicherte vertreten sind. Es wird unterschieden zwischen: Ehemalige Jugoslawische Staaten: Jugoslawien, Mazedonien, Kroatien und Bosnien (circa 32.000 Personen) und Türkei (circa 9.000 Personen).

sichtigt werden, dass die schlechtere gesundheitliche Lage von MigrantInnen nicht so sehr durch den Umstand, über eine andere Staatsbürgerschaft zu verfügen, sondern vielmehr durch die Statusindexmerkmale selbst (geringes Einkommen, geringer Berufsstatus und/oder geringe Bildung) bestimmt wird.

Umfassende Konzepte zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit existieren nur in wenigen europäischen Staaten. Im Rahmen eines EU-Projektes<sup>31</sup> konnte gezeigt werden, dass vor allem das Vereinigte Königreich, die Niederlande und Schweden besonders gut ausgearbeitete (aber auch sehr unterschiedliche) Konzepte vorweisen

können. Diese könnten für Österreich aber auch Oberösterreich wertvolle Anregungen liefern. Es würde den Umfang dieses Artikels sprengen, näher auf diese Herangehensweisen einzugehen. Daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen, um gesundheitliche Ungleichheit zu verringern, sollen jedoch abschließend aufgezählt werden:

Berücksichtigung der gesundheitlichen Ungleichheit

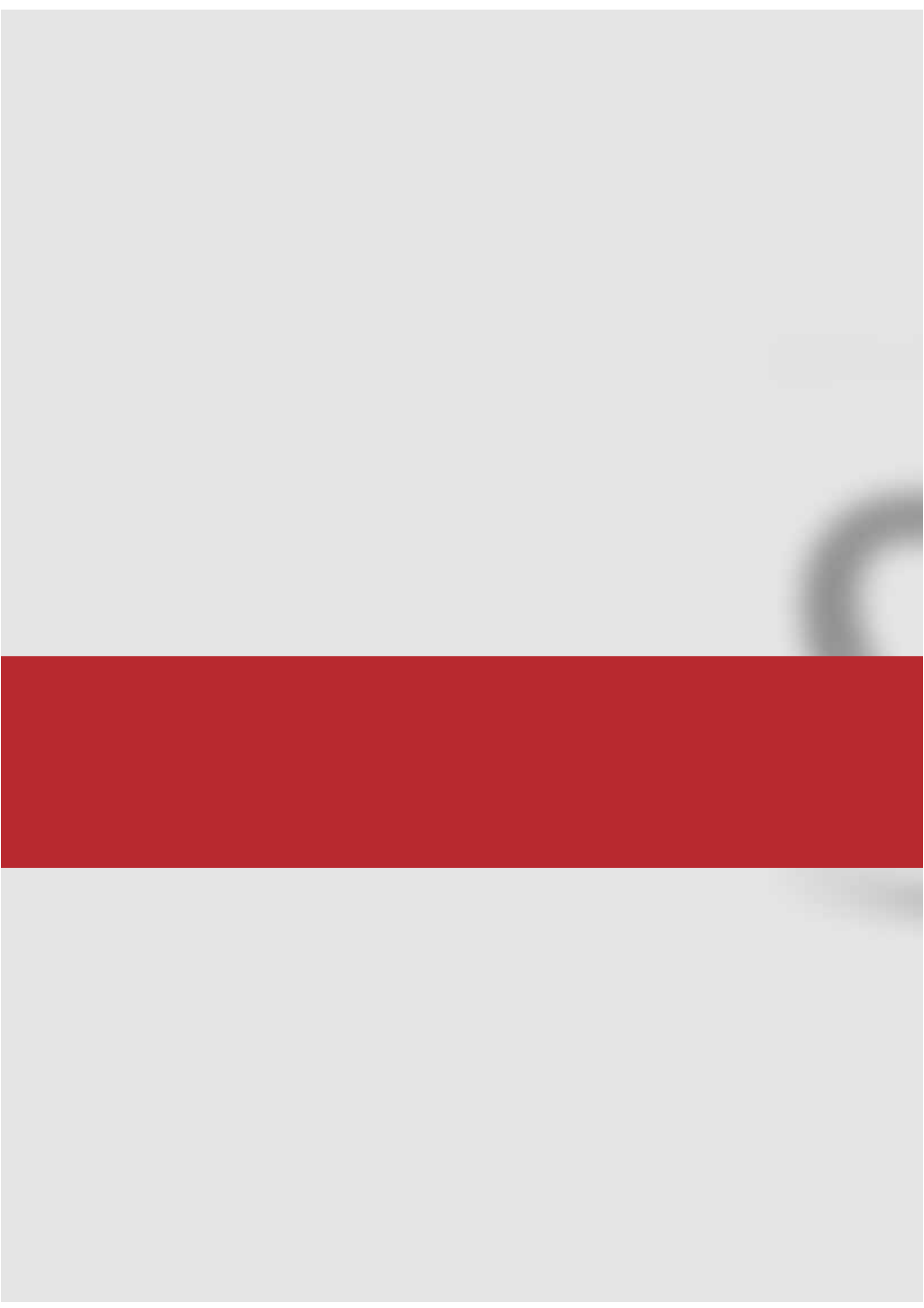
- im Rahmen der Gesetzgebung (Sozialgesetzgebung oder Präventionsgesetzgebung),
- bei der Ausrichtung von Gesundheitszielen und
- bei der Förderung und Initiierung von Gesundheitsprojekten.

<sup>31</sup> Mackenbach 2003 oder siehe im Überblick Mielck 2005, S. 90ff.

### Literatur:

- BMGF (Hg.): *Gesundheit und Krankheit in Österreich. Gesundheitsbericht Österreich 2004*. Wien, 2004.
- BFS: Bundesamt für Statistik (Hg.): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuchâtel, 2000.
- Elkeles, T.: *Arbeitende und Arbeitslose*. In: Schwartz, F.W./Badura, B./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J. (Hg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1998, S. 516 – 524.
- Magistrat der Stadt Wien (Hg.): *Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey. Studie S1/2001*. Wien, 2001.
- Institut für Gesundheitsplanung (Hg.): *Psychosoziale Erkrankungen in Oberösterreich. Detailbericht*. Linz, 2005.
- Jahoda, M./Lazarsfeld, P.F./Zeisel, H.: *Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit*. Edition Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1975 (urspr. 1933).
- Mackenbach, J./Bakker, M. (et.al.): *Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experience*. *The Lancet* 362, 2003, S. 1409 – 1714.
- Meggendor, O./Sebinger, S.: *Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Handlungsbedarf der Gesundheitsförderung?* In: *WISO*, Heft 4/2005, S. 79 – 106.
- Mielck, A./Helmert, U.: *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Juventa Verlag, Weinheim & München, 1998.
- Mielck, A.: *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Verlag Hans Huber, Bern, 2000.
- Mielck, A.: *Soziale und gesundheitliche Ungleichheit: Ein zentrales Thema der Public-Health-Diskussion*. In: *Forum Public Health*, Heft 9/2001, Nr. 33. Urban & Fischer Verlag, S. 2 – 4.
- Schulz, W./Haller, M./Gausgruber, A. (Hg.): *Österreich zur Jahrhundertwende*. Wiesbaden, 2005.
- Statistik Austria (Hg.): *Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus EU-SILC 2003 in Österreich*. Wien, 2005.







V E R S O R G U N G

4

VERSORGUNG

---

V E R S O R G U N G

4

Gesundheitsversorgung in Oberösterreich	43
Berufe im Gesundheits- und Krankendienst	50
Pflege von Alten Menschen	56

## Gesundheitsversorgung in Oberösterreich

### 1. Beschreibung der Strukturen und Entwicklung

#### 1.1 Zwei getrennte Sektoren

Die Gesundheitsversorgung in Oberösterreich ist sehr gut ausgebaut. Ein systemimmanentes Manko war bzw. ist jedoch die Sektorentrennung in intramuralen (Spitäler inkl. Ambulanzen, Rehabilitationszentren, Kur- und Pflegeheime) und extramuralen (niedergelassene Ärzte/Ärztinnen, Ambulatorien, mobile Gesundheitsdienste) Bereich. Diese Trennung ist historisch aus zwei nebeneinander existierenden Finanzierungssystemen entstanden. Vereinfachend gesagt fällt der intramurale Sektor in die Zuständigkeit des Landes, der extramurale in die der Sozialversicherungsträger. Es bestehen ergänzend Querfinanzierungen und weitere Finanzströme, die das (ober-)österreichische System bezüglich Verrechnung zu einem sehr komplizierten machen.

#### 1.2 Kooperation und optimale Strukturen bisher kaum möglich

Selbstverständlich wird sektorübergreifend gearbeitet, jedoch bleibt unbestritten, dass diese sehr strikte finanzielle Sektorentrennung kaum Platz für integrative Formen der Versorgung schaffen konnte. Das Resultat ist ein Mangel an Strukturen und Leistungen, die das „fehlende“ Glied zwischen teurer und manchmal umständlicher stationärer Komplettversorgung (die für wenig mobile Menschen außerhalb von Ballungsräumen oft schlecht zugänglich ist) und billigerer, aber im Leistungsspektrum eingeschränkter ambulanter Versorgung bilden könnten.

#### 1.3 Initiative zur Organisationsreform in OÖ begann 2001

In den letzten Jahren nahm eine positive Entwicklung zu einer Anpassung der Versorgungsstrukturen auf geänderte Bedürfnisse, mehr PatientInnen-nähe und Kosteneffizienz ihren Anfang. In seinem

Bericht im Februar 2001 forderte der Landesrechnungshof nach eingehender Prüfung einen Gesamtgesundheitsplan für Oberösterreich, der sämtliche Gesundheitsbereiche und deren Finanzierung koordinieren sollte.

Im darauf folgenden Jahr beauftragte die Gesundheitslandesrätin das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) mit der Erstellung eines Planes, woraus der „Bericht Integrierte Gesundheitsplanung OÖ“ im Februar 2003 resultierte. Ihre daraus abgeleiteten politischen Empfehlungen bzw. Forderungen nahmen jedoch mehr Rücksicht auf den Erhalt notwendiger dezentraler Versorgung, als dies das Wiener Institut in seinem streng ökonomisch geleiteten Bericht vermochte.

Anfang 2004 richtete der Landeshauptmann die „OÖ Spitalsreformkommission“ ein und stellte im September 2004 den „Expertenbericht zur Organisationsreform der OÖ Spitäler“ vor. In der Folge ging 2005 eine Umsetzungscommission daran, die konkreten Maßnahmen mit den betroffenen Organisationseinheiten und Personen in den Regionen nochmals zu diskutieren und anschließend die sinnvollen Teile zu verwirklichen.

Der Prozess von Umstrukturierungen in Spitälern hatte jedoch schon vor Jahren eingesetzt und dauert weiterhin an. Erfreulicherweise ist festzuhalten, dass große Kostendämpfungen in der Verwaltung und anderen Bereichen erzielt werden können, die nicht die medizinischen Leistungen beschneiden.

#### 1.4 Reform des Gesundheitswesens auf Bundesebene

Darüber hinaus fanden auf Bundes- bzw. Ministeriumsebene Anstrengungen für eine mehr oder weniger grundlegende Reform des Gesundheitswesens statt. Über das Kernstück, die Vereinbarung gemäß Artikel 15a des Bundesverfassungsgesetzes (B-VG) über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, konnte gerade noch rechtzeitig vor Ende 2004 ein politischer Konsens erzielt werden und damit auch das Gesundheitspaket als Teil des Finanzausgleichs beschlossen werden. Der Vertrag ist mit 1. Jänner 2005 in Kraft getreten und gilt wie üblich für vier Jahre.

# GESUNDHEITSVERSORGUNG IN OBERÖSTERREICH

## 1.5 Neue Strukturen zur Überwindung der Sektorentrennung

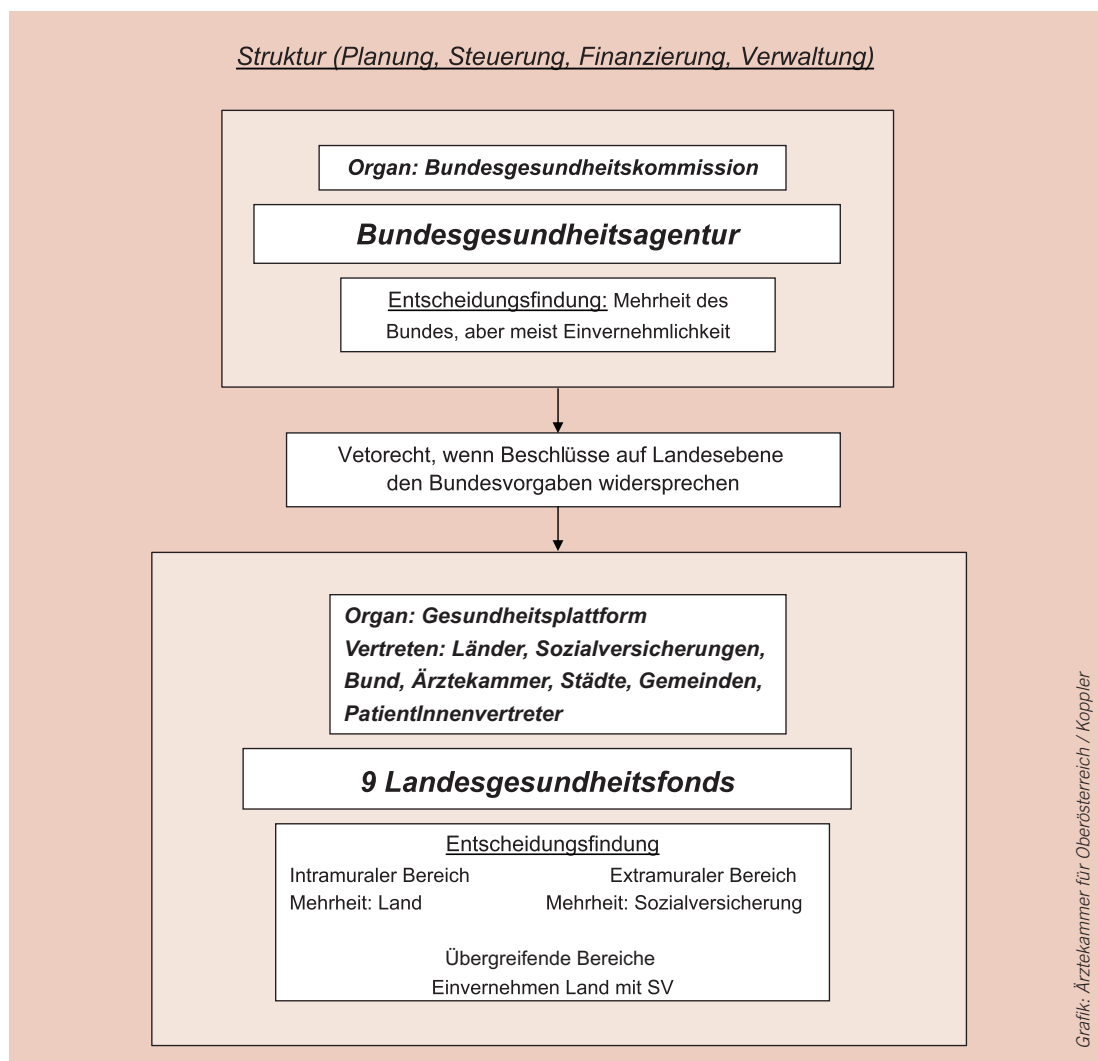
Die größte Veränderung bringt die Einrichtung neuer Strukturen, welche für eine Überwindung der Sektorentrennung in der Gesundheitsplanung sorgen sollen. Zu diesem Zweck wurde auch der sogenannte Reformpool für den Kooperationsbereich eingerichtet. Dabei handelt es sich um ein neues Instrument, welches von beiden Seiten (Land und Sozialversicherungsträger) dotiert wird, um neue, integrative Versorgungsansätze im Frei- bzw.

Mischraum zwischen intra- und extramuralem Bereich auch finanziell zu ermöglichen.

Bei der Art. 15a-Vereinbarung fand aber keine Abkehr von bisher bewährten Steuerungsmethoden statt. So ist als wichtiger Punkt in der Präambel festgehalten, dass in Vertragskompetenzen im Bereich der Selbstverwaltung nicht eingegriffen wird. Das betrifft insbesondere die Gesamtverträge zwischen Ärztekammer und Krankenkassen zur Sicherstellung der Versorgung durch niedergelassene Allgemein- und Fachärzte/ärztinnen.

### Grafik 1:

Schematische Darstellung der neuen Strukturen



## 1.6 Landesgesetz über den OÖ Gesundheitsfonds

Zur Umsetzung der neuen Planungsstruktur in Oberösterreich (das heißt Gesundheitsversorgungsplanung für einen Kooperationsbereich und für die Spitäler nunmehr unter Berücksichtigung des niedergelassenen Angebots) wurde das Landesgesetz über den OÖ Gesundheitsfonds (OÖ Gesundheitsfonds-Gesetz) mit 1. Jänner 2006 in Kraft gesetzt. Damit trat das OÖ Krankenanstaltenfonds-Gesetz von 1997 außer Kraft, welches nur auf den Spitalsbereich Wirksamkeit entfaltet hatte.

Gemäß Paragraph 1 (Errichtung des Fonds) besteht seitdem zur Wahrnehmung der in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2005 bis 2008 und der in diesem Landesgesetz umschriebenen Aufgaben im Bereich der Krankenanstaltenfinanzierung im Land Oberösterreich ein Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit mit Sitz in Linz. Der Fonds trägt die Bezeichnung „OÖ Gesundheitsfonds“.

Die zentralen Aufgaben des Fonds sind:

- Mitwirkung an Umsetzung und Kontrolle von Qualitätsvorgaben für Gesundheitsleistungen,
- Darstellung des Budgetrahmens für die öffentlichen Ausgaben im intra- und extramuralen Bereich,
- Mitwirkung bei der Erstellung konkreter Pläne für die Erbringung von Gesundheitsleistungen,
- Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen,
- Durchführung von Analysen der Entwicklungen im Gesundheitswesen,
- Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren,
- Mitwirkung im Bereich Gesundheitstelematik,
- Marktbeobachtung und Preisinformation,
- Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung,
- Entwicklung und Umsetzung konkreter strukturverbessernder Maßnahmen inklusive Dokumentation der Leistungsverschiebungen zwischen den Gesundheitssektoren (Reformpool),
- Realisierung gemeinsamer Modellversuche der fachärztlichen Versorgung im Bereich der Spitalsambulanzen und des niedergelassenen Bereichs

(Entwicklung neuer Kooperationsmodelle und Ärztezentren etc.),

- Abstimmung der Ressourcenplanung zwischen Gesundheitswesen und Pflegebereich.

## 2 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Die Gesamtheit der Dienststellen für den Gesundheitsschutz von Bund, Ländern und Gemeinden wird als öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) bezeichnet. Die Organisation der Sanitätsbehörden ist seit vielen Jahren gut ausgereift. Deshalb findet auch keine Veränderung in der Anzahl von Bezirksamtsärzten/-ärztinnen statt.

Lediglich die Aufgaben der Gemeindeärzte/-ärztinnen als umfassende und oftmals alleinige Verantwortliche für die Lokalbevölkerung haben sich gewandelt. Das Modell „Arzt/Ärztin als Gemeindebedienstete/r mit Pensionsanspruch“ ist ein Auslaufmodell. Hingegen rückt die „Gesunde Gemeinde“ statt „nur“ ärztlicher Versorgung stark in den Vordergrund.

## 3 Stationäre Versorgung

Für die stationäre medizinische Versorgung stehen 42 Anstalten zur Verfügung, die nach dem Krankenanstaltengesetz bewilligt sind. Dabei handelt es sich jedoch um eine formal-juridische Einteilung. Entscheidend dafür ist eine Reihe von Kriterien, die von der Organisationsform über genehmigte Planbetten, fachärztliche Leitung, Ausstattungserfordernisse, bis zu Hygienestandards reichen.

Nicht alle solchen Anstalten entsprechen dem landläufigen Bild eines Krankenhauses. Beispiele dafür sind etwa die Bakteriologisch-serologische Untersuchungsanstalt in Linz, ein kleines ärztliches Institut oder ein arbeitsmedizinisches Zentrum, welche als Sonderkrankenanstalten definiert sind.

### 3.1 Einteilung der allgemeinen Krankenanstalten

Abgesehen von diesen wird durch das österreichische Krankenanstaltengesetz (KAKuG) folgende Einteilung der allgemeinen Krankenanstalten getroffen:

# GESUNDHEITSVERSORGUNG IN OBERÖSTERREICH

Standardkrankenanstalten: Diese haben zumindest bettenführende Abteilungen der Fachrichtungen Chirurgie und Innere Medizin.

Schwerpunktkrankenanstalten: Diese verfügen über Abteilungen der Fachrichtungen Chirurgie, Unfallchirurgie, Innere Medizin, Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Augenheilkunde, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Neurologie, Psychiatrie und Urologie.

Zentralkrankenanstalten: Sie verfügen über alle Fachrichtungen, die gemäß aktuellem Wissenschaftsstand der Humanmedizin bestehen. Oberösterreich verfügt über ein Krankenhaus dieses Typs nicht als ein Gebäude, sondern quasi disloziert als Zusammenschluss der Linzer Spitäler.

## 3.2 Standorte der Krankenanstalten

Folgende Krankenanstalten mit rund zehntausend systemisierten Betten waren 2005 genehmigt:

Linz, Landesfrauen- und Kinderklinik  
Linz, Landesnervenklinik Wagner-Jauregg, Sonderabteilung Traun  
Linz, OÖ Landesnervenklinik Wagner-Jauregg  
Linz, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder  
Linz, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern  
Linz, Krankenhaus der Elisabethinen  
Linz, Diakonissenkrankenhaus  
Linz, Bakteriologisch-serologische Untersuchungsanstalt  
Linz, OÖ Gebietskrankenkasse  
Linz, OÖ Rotes Kreuz  
Linz, Unfallkrankenhaus der AUVA  
Linz, Arbeitsmedizinischer Dienst  
Linz, Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz  
Altmünster, Standort Gmundnerberg  
Bad Hall, Herz-Kreislauf-Zentrum  
Bad Ischl, Landeskrankenhaus  
Bad Ischl, Reha-Zentrum Lindau  
Bad Ischl, Sonderkrankenanstalt der gewerblichen Wirtschaft  
Bad Schallerbach, Reha-Zentrum  
Bad Schallerbach, Reha-Zentrum Austria  
Braunau, Allgemeines Krankenhaus  
Standort Enns, Landeskrankenhaus Steyr  
Freistadt, Landeskrankenhaus

Gallspach, Institut Zeileis  
Gmunden, Landeskrankenhaus  
Grieskirchen, Allgemeines Krankenhaus  
Hörsching, Sanitätsabteilung-Militärkommando  
Kirchdorf, Landeskrankenhaus  
Leonding, Kinderdorf St. Isidor  
Linz, Voest-Alpine-Stahl GmbH  
Perg, Arbeitsmedizinisches Zentrum  
Ried, Allgemeines Krankenhaus  
Rohrbach, Landeskrankenhaus  
Schärding, Landeskrankenhaus  
Sierning, Allgemeines Krankenhaus  
Steyr, Landeskrankenhaus  
Traunkirchen, Standort Buchberg  
Vöcklabruck, Landeskrankenhaus  
Wels, Klinikum Wels  
Wels, Privatklinik St. Stephan  
Wels, Psychiatrische Klinik  
Weyer, Reha-Zentrum

## 3.3 Akutbettendichte in Krankenanstalten im Bundesvergleich

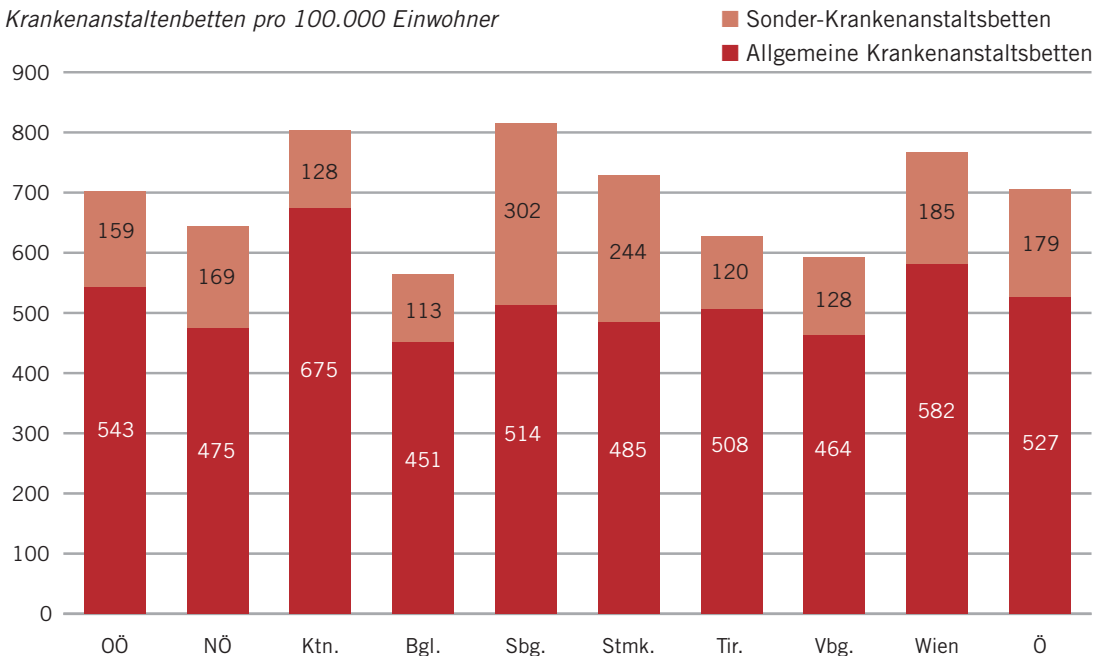
Für die Ausstattung einer Region mit Spitalsbetten gibt es keine Maßzahl, die eine gute oder unzureichende Versorgung markieren würde. Schließlich spielen Faktoren wie u. a. Auslastung, betreuendes Personal oder Verteilung auf Fachrichtungen ebenso eine große Rolle.

Auch die – besonders bei internationalen Vergleichen gerne bemühte – Gleichung „Viele Spitalsbetten = teures System“ stimmt in dieser Vereinfachung nicht. Die relativ großen Unterschiede zwischen den Bundesländern sind deshalb vielmehr Ausdruck unterschiedlicher Versorgungsansätze und demo- sowie geographischer Verschiedenheiten, als ein Zeichen für Systemeffizienz.

In den letzten Jahren hat sich aber generell der Trend zum Abbau von Spitalsbetten manifestiert. Der Aufbau alternativer Versorgungsstrukturen, anstaltenübergreifende Planung und Zusammenarbeit, intensivere Behandlung bei kürzerer Belagzeit und mehr tagesklinische Leistungen sind wesentlich für die Entwicklung. So konnte Oberösterreich hier außer den laufenden Anpassungen einzelner Träger ein gezieltes Programm umsetzen und die Bettendichte ohne Verschlechterung der Stationärversorgung deutlich reduzieren.

**Grafik 2:**

Krankenanstaltenbetten pro 100.000 Einwohner



Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004

Konkret sank die Bettenanzahl (allgemeine und Sonderspitäler zusammen) pro 100.000 EinwohnerInnen von 797 im Jahr 1998 auf 702 im Jahr 2004. Damit liegt Oberösterreich exakt im Österreich-Schnitt und bildet auch den Median der Bundesländer. Der Anteil der Allgemein-Krankenhausbetten ist dabei leicht überdurchschnittlich hoch.

### 3.4 Spitalsärzte/-ärztinnen

Mit Stand 1. März 2006 (Quelle: Standesführung der ÄK für OÖ) gab es in unserem Bundesland 1910 angestellte Ärzte/Ärztinnen und 825 Turnusärzte/-innen.

## 4 Ambulante medizinische Versorgung

Die Versorgung durch niedergelassene Ärzte/Ärztinnen wird für solche, die in einem Vertragsverhältnis mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK) stehen, durch den Stellenplan von Gebietskrankenkasse und Ärztekammer für OÖ gemeinsam geregelt. Diese ist die größte und wichtigste Krankenversicherung, eine landesweite de-

zentrale Versorgung ist hierbei gewährleistet. Die Vertragspartnerschaft von Ärzten/Ärztinnen mit den anderen öffentlichen Krankenversicherungen und die Möglichkeit einer Inanspruchnahme von Wahlärzten/-ärztinnen (mit Ordination) bzw. Wohnsitzärzten/-ärztinnen komplettieren die ambulante ärztliche Versorgung.

### 4.1 Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen

Per 1. März 2006 (Quelle: Standesführung der ÄK für OÖ) gab es 1.005 Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin in einer Praxis, 1.015 Fachärzte/-ärztinnen in einer Praxis und 118 Wohnsitzärzte/-ärztinnen. Hinzu kommen rund 535 Zahnärzte/-ärztinnen, die großteils in eigener Praxis tätig sind und zum kleineren Teil in Ambulatorien (welche wiederum von der GKK zur extramuralen Versorgung betrieben werden) sowie in verschwindender Anzahl in Spitälern.

### 4.2 Die Gruppenpraxis

Um den geänderten Anforderungen an eine gute ärztliche Versorgung Rechnung zu tragen, hat die



Ärztammer für Oberösterreich zusätzlich zur klassischen Form der Ordination mit einem/r Arzt/Ärztin vier Modelle für Gruppenpraxen entwickelt und dafür einen Rahmenvertrag mit der Gebietskrankenkasse abgeschlossen. Im Oktober 2002 ist die erste Gruppenpraxis in OÖ mit Kassenvertrag zur Ausschreibung gelangt, seitdem wurden dutzende Praxen nach den verschiedenen Modellen angemeldet. Es handelt sich dabei um eine Erfolgsgeschichte, mit der Oberösterreich im Vergleich mit allen anderen Bundesländern wieder einmal Vorreiter in der Gesundheitsversorgung ist, weil es andernorts solche Verträge noch wenig oder gar nicht gibt.

Beliebtestes Modell ist die sogenannte Übergabep Praxis, in der ein/e ältere/r Kollege/in eine geraume Zeit vor dem Pensionsantritt (meist mehrere Monate) eine/n junge/n PartnerIn in die Gruppenpraxis nimmt, um für einen reibungslosen Übergang zu sorgen und dann in den Ruhestand hinüber gleitet. Dass dieses Modell zusätzlich auch noch von der Krankenkasse mit Subventionsmitteln unterstützt wird, erhöht die Attraktivität.

Daneben hat sich die sogenannte Job-Sharing Praxis ebenfalls etabliert. Dabei arbeiten zwei Ärzte/Ärztinnen als Gruppenpraxis-OEG mit einem einzigen Kassenvertrag, das heißt sie teilen sich in etwa die Arbeit. Insbesondere für drei Fallgruppen ist diese Zusammenarbeitsform interessant:

- für Kassenärzte/-ärztinnen, die neben der kassenärztlichen Tätigkeit Erfüllung in anderen Bereichen der Medizin gefunden haben und dieses Interesse ausbauen wollen,
- für Ärztehepaare, bei denen der/die eine PartnerIn bereits einen Kassenvertrag hat und nunmehr der/die andere in die Kassenordination einsteigen will,
- für Eltern, die neben der Kinderbetreuung einen „vollen“ Kassenvertrag nicht erfüllen können und daher eine „Teilung“ der Stelle anstreben.

Eine besondere Form der Gruppenpraxis, die nur in wenigen Fällen zum Tragen kommen kann, dort aber umso wichtiger ist, ist die Bruchstellenpraxis.

Dabei kommt es zu einer Vergrößerung des PatientInnenaufkommens der bisherigen Kassenstelle auf das 1,3- bis 1,7-fache.

Noch weniger wurde bisher nur vom Modell 1 Gebrauch gemacht. Dabei handelt es sich um die Möglichkeit für zwei Ärzte/Ärztinnen, von denen jede/r bereits einen Kassenvertrag hatte, sich zu einer Gruppenpraxis mit nur einem Vertrag zusammenzuschließen.

## 5 Apotheken in Oberösterreich

Die Entwicklung der Apotheken zeigt, dass eine gute Verdichtung des Angebots ohne extreme Veränderungen (bis auf einen merklichen Anstieg in den 1980er Jahren) statt gefunden hat. Zu verdanken war das einem ausgewogenen gesetzlichen Rahmen, der die konkurrierenden Interessen von Apotheken und Ärzten/Ärztinnen mit Hausapotheke in einem sinnvollen Miteinander führte.

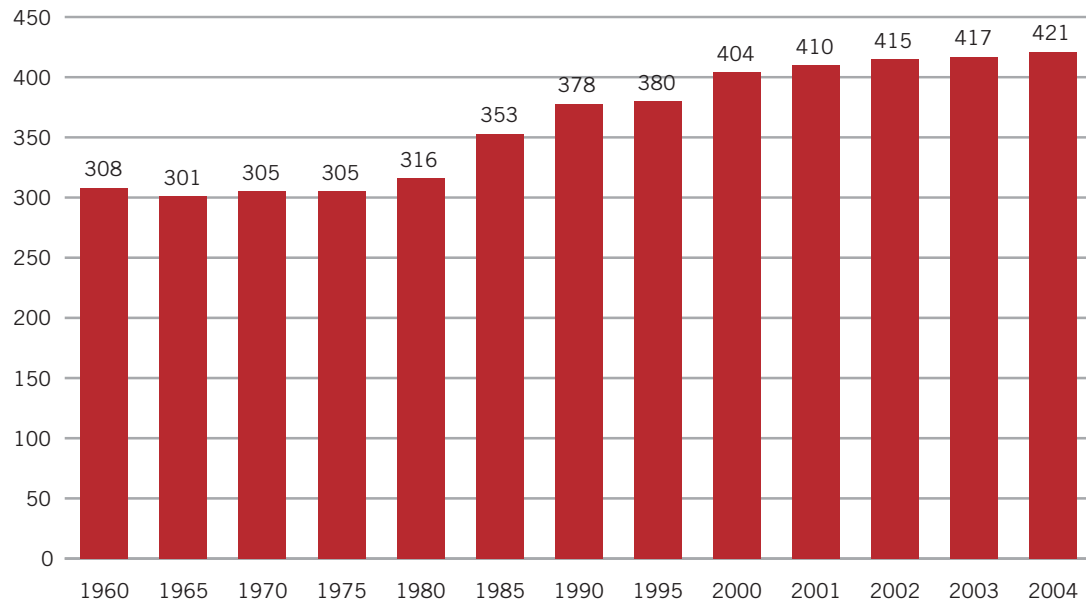
Diese Ausgewogenheit zeigt sich in der Aufteilung des Angebots: Im Jahr 2004 gab es in Oberösterreich 164 öffentliche Apotheken und 245 Hausapotheken bei Ärzten/Ärztinnen, außerdem noch elf Krankenhausapotheken und eine Filialapotheke.

Ein 2006 ergangenes Urteil des Verfassungsgerichtshofs bringt nun eine Einschränkung der Bewilligungsmöglichkeiten für Hausapotheken. In den nächsten Jahren wird es deshalb zu einer Verringerung dieser und einer Zunahme der öffentlichen Apotheken kommen.

Damit muss wieder einmal die regionale Gesundheitsverwaltung mögliche Gefahren durch zentralistische Gesetzesvorgaben (wird die ortsnahe und rasche Versorgung mit Arzneien auch außerhalb üblicher Apothekenöffnungszeiten gewährleistet bleiben?) erkennen und abzufedern versuchen.

**Grafik 3:**

*Mengenmäßige Entwicklung der Apotheken in Oberösterreich*



Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004

# BERUFE IM GESUNDHEITS- UND KRANKENDIENST

## Berufe im Gesundheits- und Krankendienst

### Die Ausbildung in den Krankenpflegeberufen

Der Krankenpflegefachdienst umfasst das diplomierte Pflegepersonal der Sparten Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege und Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege.

Die Ausbildung im Krankenpflegefachdienst erfolgt in Oberösterreich an 14 Schulen für Diplomierte Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, und je einer Schule für Diplomierte Kinder- und Jugendlichenpflege und Diplomierte Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege.

Im Jahr 2003 haben in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege 355, in der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege 20 und in der Kinder- und Jugendlichenpflege 17 AbsolventInnen ihre Ausbildung abgeschlossen.

Ein Vergleich der Diplomabschlüsse der letzten 10 Jahre zeigt in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege und in der Kinder- und Jugendlichenpflege eine Abnahme der Zahl der AbsolventInnen

während sie in der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege annähernd gleich geblieben ist.

Insgesamt ist seit Ende der 90er Jahre im diplomierten Krankenpflegefachdienst eine fallende Tendenz der Abschlusszahlen zu erkennen.

Die Abschlusszahlen der Pflegehelferausbildung zeigen eine im Mittel gleich bleibende Ausbildungskapazität.

### Die Ausbildung im Gehobenen medizinisch technischen Dienst und Hebammendienst

Mit Ende 2005 gibt es in Oberösterreich 15 Akademien für den Gehobenen medizinisch technischen Dienst und eine Hebammenakademie.

Die Anzahl der Diplomabschlüsse in den Gehobenen medizinisch technischen Diensten ist in den letzten sechs Jahren annähernd gleich geblieben.

Unter der Annahme eines positiven Abschlusses der derzeit in Ausbildung befindlichen StudentInnen innerhalb der nächsten drei Jahren ist in den Bereichen der Biomedizinischen Analytik, der Radiologietechnologie und Physiotherapie mit einer überdurchschnittlichen Steigerung der Zahl der AbsolventInnen zu rechnen.

VERSORGUNG

**Tabelle 1:**  
*Abschlusszahlen der Pflegehelferausbildung*

Schule für:	1996	1997	1998	1999	2002	2003
Allgem. Gesundheits- und Krankenpflege	541	487	471	417	305	355
Kinder- und Jugendlichenpflege	30	30	32	32	13	17
Psych. Gesundheits- und Krankenpflege	31	31	66	30	31	20
Ausbildung in Pflegehilfe	652	347	339	375	274	312

Quelle: Statistik Austria; Statistisches Jahrbuch

## BERUFE IM GESUNDHEITS- UND KRANKENDIENST

**Tabelle 2:**

*Abschlusszahlen der Ausbildungen im gehobenen medizinisch-technischen Dienst und Hebammendienst*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Diätologie</b>									
Linz	0	10	0	0	14	0	0	14	0
<b>Radiologietechnologie</b>									
Vöcklabruck	0	0	0	0	16	0	0	21	0
Steyr	19	19	0	17	14	0	19	18	0
Ried	0	0	0	0	0	0	0	15	0
Linz	0	0	16	14	13	15	18	18	18
<b>Gesamt</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>31</b>	<b>43</b>	<b>15</b>	<b>37</b>	<b>72</b>	<b>18</b>
<b>Physiotherapie</b>									
Wels	24	24	23	24	23	23	25	24	25
Steyr	40	40	39	40	39	39	40	45	43
Ried	0	0	0	0	0	14	0	0	16
Linz	18	0	0	36	18	0	18	18	18
<b>Gesamt</b>	<b>82</b>	<b>64</b>	<b>62</b>	<b>100</b>	<b>80</b>	<b>76</b>	<b>83</b>	<b>87</b>	<b>10</b>
<b>Ergotherapie</b>									
Linz	17	20	21	20	19	17	20	25	25
Ried	0	0	0	0	0	0	0	15	0
<b>Gesamt</b>	<b>17</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>17</b>	<b>20</b>	<b>40</b>	<b>25</b>
<b>Biomed. Analytik</b>									
Steyr	18	16	19	18	13	17	19	22	23
Linz	28	0	0	13	13	12	18	16	18
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>31</b>	<b>26</b>	<b>29</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	<b>41</b>
<b>Logopädie</b>									
Ried	0	17	0	0	16	0	0	20	0
Linz	0	0	17	18	0	18	18	0	18
<b>Gesamt</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>18</b>
<b>Hebammen</b>									
Linz	0	0	24	0	0	0	26	0	18

Quelle: Landessanitätsdirektion Oberösterreich

### Die Berufe des Gehobenen medizinisch-technischen Dienstes

Der physiotherapeutische Dienst umfasst die eigenverantwortliche Anwendung aller physiotherapeutischen Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung. Hierzu gehören u.a. mechanotherapeutische Maßnahmen wie alle Arten von Bewegungstherapie, manuelle Therapie der Gelenke, Atemtherapie, Heilmassagen, Lymphdrainagen, Ultraschalltherapie, elektro-, thermo-, hydro- und balneotherapeutische Maßnahmen sowie ohne ärztliche Anordnung die Beratung und Erziehung Gesunder in den genannten Gebieten.

*Die Berufsbezeichnung:* „Physiotherapeutin“ – „Physiotherapeut“.

Der medizinisch-technische Laboratoriumsdienst umfasst die eigenverantwortliche Ausführung aller Laboratoriumsmethoden nach ärztlicher Anordnung. Hierzu gehören insbesondere klinisch-chemische, hämatologische, immunhämatologische, histologische, zytologische, mikrobiologische, serologische und nuklearmedizinische Untersuchungen sowie die Mitwirkung bei Untersuchungen auf dem Gebiet der Elektro-Neuro-Funktionsdiagnostik und der Kardio-Pulmonalen-Funktionsdiagnostik.

*Die Berufsbezeichnung:* „Biomedizinische Analytikerin“ – „Biomedizinischer Analytiker“.

Der radiologisch-technische Dienst umfasst die eigenverantwortliche Ausführung aller radiologisch-technischen Methoden nach ärztlicher Anordnung bei der Anwendung von ionisierenden Strahlen. Dazu gehören die diagnostische Radiologie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Ultraschall und Kernspinresonanztomographie und die Anwendung von Kontrastmittel nach ärztlicher Anordnung und in Zusammenarbeit mit Ärzten/Ärztinnen.

*Berufsbezeichnung:* „Radiologietechnologin“ – „Radiologietechnologe“.

Der Diätdienst und ernährungsmedizinische Beratungsdienst umfasst die eigenverantwortliche Auswahl, Zusammenstellung und Beratung sowie die Anleitung und Überwachung der Zubereitung besonderer Kostformen zur Ernährung Kranker nach ärztlicher Anordnung einschließlich der Beratung über die praktische Durchführung ärztlicher Diät-

verordnungen. Diese Tätigkeiten für Gesunde oder Personen unter besonderen Belastungen (Schwangerschaft, Sport) ausgeführt erfolgt ohne ärztliche Anordnung.

*Berufsbezeichnung:* „Diätologin“ – „Diätologe“.

Der ergotherapeutische Dienst umfasst die eigenverantwortliche Behandlung von Kranken und Behinderten nach ärztlicher Anordnung durch handwerkliche und gestalterische Tätigkeiten, das Training der Selbsthilfe und die Herstellung, den Einsatz und die Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln. Schulungen auf dem Gebiet der Ergonomie und des allgemeinen Gelenkschutzes an Gesunden erfolgt ohne ärztliche Anordnung.

*Berufsbezeichnung:* „Ergotherapeutin“ – „Ergotherapeut“.

Der logopädisch-phoniatrisch-audiologische Dienst umfasst die eigenverantwortliche logopädische Befunderhebung und Behandlung von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Hörstörungen sowie audiometrische Untersuchungen nach ärztlicher Anordnung.

*Berufsbezeichnung:* „Logopädin“ – „Logopäde“.

Der orthoptische Dienst umfasst die eigenverantwortliche Ausführung von vorbeugenden Maßnahmen sowie die Untersuchung, Befunderhebung und Behandlung von Sehstörungen, Schielen, Schwachsichtigkeit und Bewegungsstörungen der Augen nach ärztlicher Anordnung.

*Berufsbezeichnung:* „Orthoptistin“ – „Orthoptist“.

Die Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten dauert drei Jahre und erfolgt an medizinisch-technischen Akademien.

Nach Abschluss der Gesamtausbildung ist eine kommissionelle Diplomprüfung vor einer Prüfungskommission abzulegen.

### Medizinische MasseurInnen und HeilmasseurInnen

Der Beruf Medizinische/r MasseurIn umfasst die Durchführung von

- Klassischer Massage: manuelle und apparativer Art
- Packungsanwendungen: Wärme-, Kältepackungen
- Thermotherapie: Wärmeleitung, Wärmestrahlung
- Ultraschalltherapie
- Spezialmassagen: Lymphdrainage, Reflexzonenmassage, Akupunktmassage

zu Heilzwecken nach ärztlicher Anordnung unter Anleitung und Aufsicht eines/r Arztes/Ärztin oder eines/r Angehörigen des physiotherapeutischen Dienstes.

Die Berufsbezeichnung lautet auf „medizinischer Masseur“ – „medizinische Masseurin“.

Die Ausbildung zum/r medizinischen MasseurIn umfasst einen theoretischen Unterricht von 815 Stunden und eine praktische Ausbildung in der Dauer von 875 Stunden.

Der Beruf HeilmasseurIn umfasst die eigenverantwortliche Durchführung von

- Klassischer Massage
- Packungsanwendungen
- Thermotherapie
- Ultraschalltherapie
- Spezialmassagen

zu Heilzwecken nach ärztlicher Anordnung. Der/die HeilmasseurIn trägt die Verantwortung für die Durchführung der angeordneten Tätigkeiten.

Die Berufsbezeichnung lautet auf „Heilmasseur“ – „Heilmasseurin“.

Die Ausbildung zum/r HeilmasseurIn besteht aufbauend auf einer Ausbildung zum/r medizinischen MasseurIn aus einer zusätzlichen Ausbildung im Umfang von 800 Stunden.

Medizinische MasseurInnen und HeilmasseurInnen können die Berechtigung zur Durchführung der Spezialqualifikationen

- Elektrotherapie: elektrische Ströme zu Heilzwecken und
- Hydro- und Balneotherapie: Anwendung natürlicher Heilvorkommen, Medizinalbäder, Unterwassermassage, Druckstrahlmassage

nach ärztlicher Anordnung erwerben.

### Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege

Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) sind derzeit die Berufe und deren Ausbildung des gehobenen Dienstes (Diplompflege) und der Pflegehilfe geregelt.

Die Tätigkeitsbereiche im gehobenen Dienst (§ 13 GuKG) sind gegliedert in den eigenverantwortlichen, den mitverantwortlichen und den interdisziplinären Tätigkeitsbereich. Der Tätigkeitsbereich kann nach Absolvierung einer Sonderausbildung oder einer speziellen Grundausbildung erweitert oder spezialisiert werden.

Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess), die Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege, psychosoziale Betreuung, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege, Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals und Anleitung und Begleitung der SchülerInnen im Rahmen der Ausbildung. Ebenso fällt die Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen, solange und soweit ein/e Arzt/Ärztin nicht zur Verfügung steht, in den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich.

Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung wie Verabreichung von Arzneimitteln, Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen, Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen, Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren, Setzen von

## BERUFE IM GESUNDHEITS- UND KRANKENDIENST

transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung, Durchführung von Darmeinläufen, Legen von Magensonden. Im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, nach Maßgabe ärztlicher Anordnungen Tätigkeiten weiter zu übertragen und die Aufsicht über deren Durchführung wahrzunehmen: An Angehörige der Pflegehilfe sowie an TeilnehmerInnen eines Pflegehilflehrganges im Rahmen der praktischen Ausbildung, an SchülerInnen einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen der praktischen Ausbildung Tätigkeiten des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches, an RettungssanitäterInnen gemäß SanG Tätigkeiten im Rahmen des Krankenanstaltenpraktikums der Ausbildung zum/ zur NotfallsanitäterIn und an NotfallsanitäterInnen mit allgemeiner Notfallkompetenz Arzneimittellehre gemäß SanG Tätigkeiten im Rahmen des Krankenanstaltenpraktikums der Ausbildung in der allgemeinen Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion.

Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst jene Bereiche, die sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege als auch andere Berufe des Gesundheitswesens betreffen.

Im interdisziplinären Tätigkeitsbereich haben Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht. Sie tragen die Durchführungsverantwortung für alle von ihnen in diesen Bereichen gesetzten pflegerischen Maßnahmen.

Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere: Mitwirkung bei Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit, Vorbereitung der PatientInnen oder pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen auf die Entlassung aus einer Krankenanstalt oder Einrichtung, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dient, und Hilfestellung bei der Weiterbetreuung, Gesundheitsberatung und Beratung und Sorge für die Betreuung während und nach einer physischen oder psychischen Erkrankung. Der Begriff „interdisziplinär“ bedeutet das Zusammenwirken verschiedener Gesundheitsberufe, nämlich gehobener

Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (intra- und extramurale Bereiche), Pflegehilfe – Sanitätsunteroffiziere, Ärzte/Ärztinnen, PsychologInnen, SoziologInnen, Hebammen, gehobener medizinisch-technischer Dienst.

Der erweiterte Tätigkeitsbereich umfasst die Ausübung von Spezial-, Lehr- oder Führungsaufgaben. Spezialaufgaben sind: Kinder- und Jugendlichenpflege, psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, Intensivpflege, Anästhesiepflege, Pflege bei Nierenersatztherapie, Pflege im Operationsbereich, Krankenhaushygiene.

Lehraufgaben sind insbesondere: Lehrtätigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege, Leitung von Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, Leitung von Sonderausbildungen, Leitung von Pflegehilflehrgängen.

Führungsaufgaben sind insbesondere: Leitung des Pflegedienstes an einer Krankenanstalt, Leitung des Pflegedienstes an Einrichtungen, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen.

Der Tätigkeitsbereich der Pflegehilfe (§ 84 GuKG) umfasst die Durchführung von pflegerischen Maßnahmen gemäß Abs 2 und 3 und die Mitarbeit bei therapeutischen und diagnostischen Verrichtungen gemäß Abs 4 einschließlich der sozialen Betreuung der PatientInnen oder KlientInnen und der Durchführung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten.

Die Durchführung von pflegerischen Maßnahmen darf nur nach Anordnung und unter Aufsicht von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgen. Im extramuralen Bereich haben Anordnungen schriftlich zu erfolgen. Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automatisationsunterstützter Datenübertragung ist zulässig, sofern die Dokumentation gewährleistet ist.

Die Durchführung von pflegerischen Maßnahmen umfasst insbesondere: Durchführung von Grundtechniken der Pflege, Durchführung von Grundtechniken der Mobilisation, Körperpflege und Ernährung, Krankenbeobachtung, prophylaktische Pflegemaßnahmen, Dokumentation der durchgeführten Pflegemaßnahmen und Pflege, Reinigung und Desinfektion von Behelfen.

Im Rahmen der Mitarbeit bei therapeutischen und diagnostischen Verrichtungen dürfen im Einzelfall

nach schriftlicher ärztlicher Anordnung und unter Aufsicht von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder von Ärzten/Ärztinnen folgende Tätigkeiten durchgeführt werden: Verabreichung von Arzneimitteln, Anlegen von Bandagen und Verbänden, Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln einschließlich Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifens, Durchführung von Sondenernährung bei liegenden Magensonden, Maßnahmen der Krankenbeobachtung aus medizinischer Indikation wie Messen von Blutdruck, Puls, Temperatur, Gewicht und Ausscheidungen sowie Beobachtung der Bewusstseinslage und der Atmung und einfache Wärme- und Lichtenwendungen.

Weiters sind im GuKG die Berufspflichten, das Berufsbild, die Berufsbezeichnungen, die Berufsbezeichnung, die Ausbildung, die Fort-, Weiter- und Sonderausbildungen, die speziellen Grundausbildungen für den gehobenen Dienst und die Pflegehilfe geregelt.

Nähere Bestimmungen, die Aus-, Fort-, Weiter- und Sonderausbildungen betreffend, sind in den jeweiligen Ausbildungsverordnungen festgelegt.



## Pflege von alten Menschen

### 1. Stationäre Begleitung in einem Alten- und Pflegeheim

Mit Stichtag 1. 1. 2006 existierten in Oberösterreich 11.535 Normplätze in 114 Alten- und Pflegeheimen (APH). Umgelegt auf 1.000 EinwohnerInnen ab einem Alter von 75 Jahren ergibt dies eine Pflegeplatzdichte von 110 Normplätzen. Während im stationären Bereich die Zahl der Normplätze in Alten- und Pflegeheimen von 10.770 in 98 Heimen im Jahr 1996 auf 11.535 im Jahr 2004 um 7,1 Prozent gestiegen ist, hat die Pflegeplatzdichte im Vergleichszeitraum abgenommen – 1996 lag sie bei 131,74 Plätzen je 1.000 EinwohnerInnen ab einem Alter von 75 Jahren. Damit wurden seit 1996 16 neue Alten- und Pflegeheime geschaffen (größtenteils Ersatzbauten), was in erster Linie eine verstärkte Dezentralisierung und Regionalisierung und somit eine größere Wohnortnähe für die BewohnerInnen bedeutet. Zum anderen steht dieser Zunahme an Alten- und Pflegeheimplätzen ein Anstieg der Bevölkerung, die 75 Jahre und älter ist, sowohl absolut als auch relativ gegenüber, der größer ist als die Zunahme an Normplätzen. Damit ist die Pflegeplatzdichte zwischen 1996 und 2006 gesunken.

Zugleich hat sich auch die BewohnerInnenstruktur in den APH in diesem Vergleichszeitraum verändert. Zum einen sind die BewohnerInnen etwas älter geworden, zum anderen leben jetzt zu einem größeren Ausmaß Personen mit Bezug eines Pflegegeldes höherer Kategorie in den oberösterreichischen Heimen. Der Kennwert „HeimbewohnerIn je Pflegepersonaleinheit“ drückt das Verhältnis von HeimbewohnerInnen zu einem Vollzeitäquivalent (VZÄ) in der Pflege aus. Dieser Kennwert hat sich von 4,33 im Jahr 1996 auf 2,75 im Jahr 2006 reduziert. Dies ist eine Folge vom verstärkten Ausbau der mobilen Dienste und einer damit verbundenen späteren Übersiedlung in ein Heim. Die Zahl der APH-BewohnerInnen ohne Pflegegeldbezug bzw. mit Bezug geringerer Kategorien ist gesunken, während die Zahl der Personen mit Pflegegeldbezug der höheren Stufen gestiegen ist. Aber trotz

dieser Veränderungen ist eines im Vergleichszeitraum gleich geblieben – Oberösterreichs Alten- und Pflegeheime sind fest in Frauenhand: 79 Prozent der BewohnerInnen und 89 Prozent des Personals sind weiblich.

### 2. Begleitung durch mobile Dienste – knapp 1,4 Mio Hausbesuche 2004

Die mobilen Dienste in Oberösterreich gliedern sich in Hauskrankenpflege – erbracht durch Personen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege – und in Mobile Betreuung und Hilfe – erbracht durch AltenfachbetreuerInnen und HeimhelferInnen. Die Versorgungsdichte mit diesen Angeboten ist in den vergangenen Jahren überproportional angestiegen. 2005 liegt sie bei 1,99 VZÄ je 1.000 EinwohnerInnen 75+ bei der Hauskrankenpflege (HKP) und bei 5,0 in der Mobilen Betreuung und Hilfe (MBH). 1994 lag dieser Wert bei der HKP bei 1,4 und bei der MBH bei 2,46. Daraus wird deutlich, dass die ältere Bevölkerung in Oberösterreich 2006 wesentlich besser und intensiver mit mobilen Diensten versorgt ist, als dies noch vor elf Jahren der Fall war. Dies bedeutet also nicht nur eine Zunahme an Personaleinheiten aufgrund der gestiegenen Zahl älterer und/oder pflegebedürftiger Bevölkerung, sondern vor allem auch eine Steigerung der Betreuungsintensität im Hinblick auf die für 1.000 EinwohnerInnen der Altersgruppe ab 75 Jahren zur Verfügung stehenden Personaleinheiten. Während die Versorgungsdichte mit stationären Plätzen in Alten- und Pflegeheimen von 1996 bis 2004 um 11 Prozent zurückgegangen ist, stieg im Gegenzug die Versorgungsdichte bei der HKP um 42 und in der Mobilen Betreuung und Hilfe von 1994 bis 2005 um 103 Prozent – eine Auswirkung der erfolgreichen Umsetzung der Strategie „mobil vor stationär“. Dies wird auch in folgenden Daten deutlich: Im Jahr 2004 wurden von der HKP in Summe 7.739 Personen und von der MBH 10.930 Personen betreut und knapp 1,4 Millionen Mal zu Hause von 1.207 MitarbeiterInnen (209,75 VZÄ HKP und 509,199 VZÄ MBH) besucht. Die Zahl der Hausbesuche der Mobilen Betreuung und Hilfe stieg im Vergleichszeitraum von 1994 bis 2004 um 208 %, die Zahl der Hausbesuche in der Hauskrankenpflege um 127 %. Die

Zahl der verrechneten Einsatzstunden stieg in der Mobilien Betreuung und Hilfe um 162 Prozent, die Zahl der verrechneten Einsatzstunden in der Hauskrankenpflege verzeichnete im Vergleichszeitraum einen Anstieg um 126 Prozentpunkte. Bei den KlientInnen der MBH ist eine Steigerung um 87 und bei der HKP um 39 Prozent zu verzeichnen.

Ähnlich wie die Geschlechterverteilung in Oberösterreichs Alten- und Pflegeheimen sieht sie auch in den mobilen Diensten aus: Von den 10.930 KlientInnen, die im Jahr 2004 im Rahmen der Mobilien Betreuung und Hilfe betreut wurden, waren 7.883 Personen oder 72 Prozent weiblich. In der Hauskrankenpflege wurden im abgelaufenen Jahr 7.739 Personen betreut, davon waren 5.121 oder 66 Prozent Frauen. Der Unterschied in der Geschlechterverteilung zwischen Mobiler Betreuung und Hilfe und Hauskrankenpflege lässt sich dadurch erklären, dass die Leistungen, die durch Angehörige des Gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen der Hauskrankenpflege erbracht werden, hoch spezialisiert sind und weniger durch pflegende Angehörige erbracht werden können. Da die überwiegende Mehrheit der pflegenden Angehörigen Frauen sind und diese das Leistungsspektrum der Mobilien Betreuung und Hilfe zu einem gewissen Teil selbst abdecken, werden für die Unterstützung von Männern die Leistungen der Mobilien Betreuung und Hilfe nur zu 28 Prozent nachgefragt.

Hinsichtlich des sozialen Umfeldes der von mobilen Diensten betreuten KlientInnen bestehen zwischen Hauskrankenpflege und Mobiler Betreuung und Hilfe große Unterschiede. Im landesweiten Schnitt lebten von den mit Stichtag 31. 12. 2004 durch die HKP betreuten Personen 35 Prozent allein und 65 Prozent im Familienverband, während von den zu diesem Stichtag durch die MBH betreuten KlientInnen 48 Prozent allein und 52 Prozent im Familienverband lebten. Auch bei den Gründen für eine Betreuungseinstellung sind Unterschiede zwischen HKP und MBH feststellbar. Bei der HKP wurde im Jahr 2004 die Hälfte der Betreuungen beendet, bei jeder zweiten Person deshalb, weil sie die Selbstständigkeit wieder erlangt hat bzw. die Angehörigen die Betreuung zur Gänze übernommen haben. Bei der MBH wurde bei 39 Prozent der

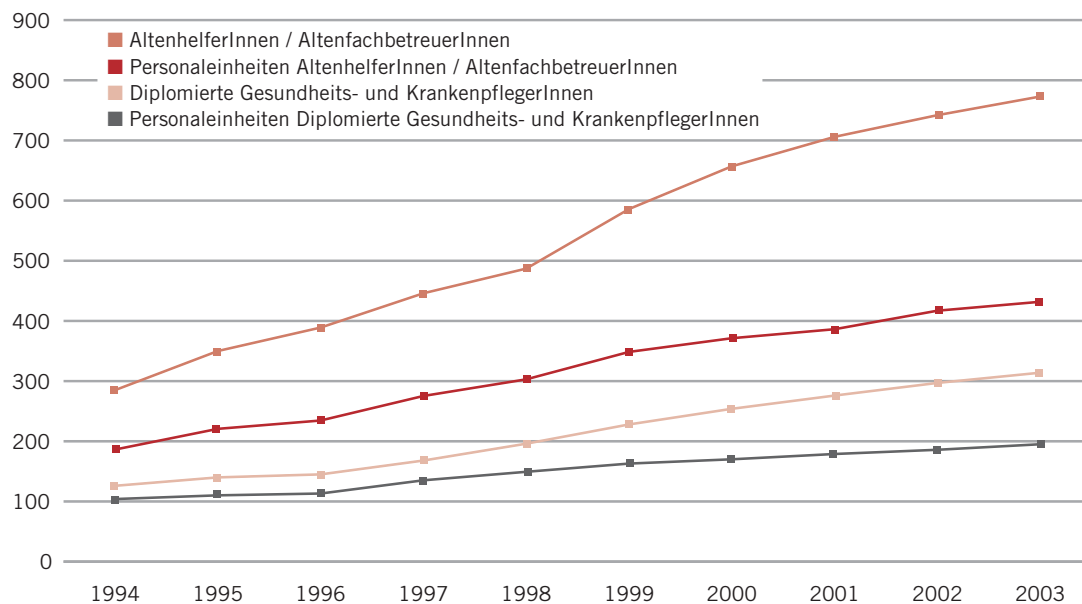
KlientInnen die Betreuung eingestellt, ein Viertel davon hat die Selbstständigkeit wieder erlangt bzw. die Betreuung wurde zur Gänze durch die Angehörigen übernommen. Vor allem hinsichtlich der Erlangung der Selbstständigkeit und der Übersiedlung in ein Alten- und Pflegeheim bestehen zwischen HKP und MBH deutliche Unterschiede, was auf die Differenziertheit der KlientInnen schließen lässt. Erklären lassen sich die Unterschiede vor allem aber auch durch die unterschiedliche Altersverteilung der Kundengruppen und durch das unterschiedliche Ausmaß der Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit.

### 3. Ausbildung für die Altenarbeit

Zum Stichtag 31. 12. 2004 waren 1.469 Personen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP), 4.281 AltenfachbetreuerInnen (AFB), 146 PflegehelferInnen und 54 TherapeutInnen in der direkten Altenarbeit in OÖ beschäftigt. Darüber hinaus sind noch mehr als 2.500 Personen in der Küche, Reinigung, Verwaltung in der Altenhilfe tätig. Der Großteil dieses Personals ist in der stationären Altenarbeit – 77,5 Prozent der DGKP und 79,5 Prozent der AFB. Dies bedeutet einen enormen Anstieg der Beschäftigten, der zum Teil in der Zunahme der Pflegebedürftigkeit und im Ausbau der Versorgungsangebote begründet ist. Einen wesentlichen Faktor des Personalbedarfs stellt aber auch die Teilzeitquote dar, die im stationären Bereich bei 52 Prozent liegt, in manchen Bezirken aber bis zu 80 Prozent erreicht. Im mobilen Bereich liegt die Teilzeitquote landesweit bei 60 Prozent. Die Teilzeitbeschäftigung ist von der Ausbildung und von der Region abhängig. Grundsätzlich lässt sich sagen, je umfassender die Ausbildung und je urbaner die Region desto geringer die Teilzeitquote. Das bedeutet, dass für die Besetzung eines Vollzeitpostens teilweise bis zu drei Personen aufgenommen und zuvor ausgebildet werden müssen. Dementsprechend sind auch die Ausbildungszahlen in diesem Bereich, die mit intensiven Bemühungen der Träger, der Ausbildungsstätten, des AMS und des Landes OÖ zustande gekommen sind. Allein im heurigen Jahr werden 600 Personen ihre Ausbildung zum/zur AltenfachbetreuerIn beginnen.

**Grafik 1:**

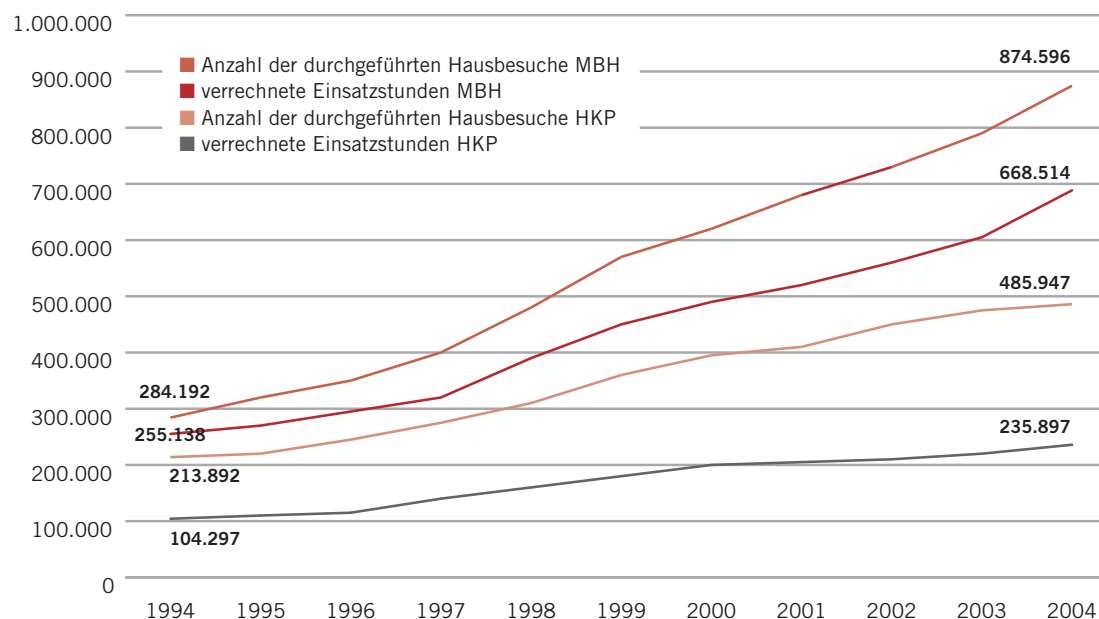
Hauskrankenpflege und Mobile Betreuung und Hilfe – Personalentwicklung 1994 – 2003; Anzahl der Personen und Anzahl der Vollzeitäquivalente (PE)



Quelle: Sozialabteilung des Landes OÖ

**Grafik 2:**

Hauskrankenpflege und Mobile Betreuung und Hilfe – Hausbesuche und verrechnete Einsatzstunden – Entwicklung 1994 – 2004



HKP: Hauskrankenpflege; MBH: Mobile Betreuung und Hilfe

Quelle: Sozialabteilung des Landes OÖ

Die Planungen für die Ausbildungen in der Altenarbeit werden seit einigen Jahren in zunehmendem Maße in der Sozialabteilung durchgeführt, seit dem heurigen Jahr auch gezielt in Auftrag gegeben und gesteuert. Während die Planungen für die Ausbildung zum/zur AFB – abgesehen von schwierig einzuschätzenden Parametern wie Entwicklung der Pflegebedürftigkeit, Entwicklung der Teilzeitquote, Entwicklung der Fertilitätsrate, etc. – noch einigermaßen gut zu entwickeln sind, ist es für den Bereich der DGKP-Ausbildungen inhaltlich etwas schwieriger, da nur mit einer sehr vagen Annahme davon ausgegangen werden kann, dass etwa 10 Prozent der Neu-Ausgebildeten direkt in die Altenarbeit gehen. Die Personalwirtschaft im Bereich des diplomierten Personals ist demgemäß schwieriger zu planen, da für diese Personengruppen neben den Strukturen der Altenarbeit weitere Beschäftigungsfelder offen stehen – Krankenhaus, niedergelassener Bereich – was sich vor allem im

Zentralraum stärker auswirkt. Dennoch wird vor allem auch für diese Berufsgruppe gezielt angestrebt, Ausbildungen für die Altenarbeit zu konzipieren. Das sind zum einen verkürzte Ausbildungen von PflegehelferInnen (in AFB-Ausbildung integriert) zur DGKP, aber auch allgemeine Diplomausbildungen mit gerontologischem/geriatrischem Schwerpunkt, die heuer erstmals durchgeführt werden.

Untenstehende Tabelle gibt einen Überblick über die AFB-AbsolventInnen seit 2000.

#### 4. Literaturverzeichnis

Berichte des Arbeitskreises für Pflegevorsorge. 1993 bis 2004 [12 Berichte]: Hrsg.: Bundesministerium für Arbeit und Soziales bzw. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Wien. 1994

**Tabelle 1:**

*AbsolventInnen der Ausbildung zum/zur AltenfachbetreuerIn seit dem Jahr 2000 in Oberösterreich*

Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
AFB-AbsolventInnen in Oberösterreich	796	506	474	489	812	965	677

Quelle: Aufzeichnungen der Sozialabteilung, Amt der Oö. Landesregierung





EPIDEMIOLOGIE

5

EPIDEMIOLOGIE

# E P I D E M I O L O G I E

## 1

Lebenserwartung in Oberösterreich und ihre Einflussfaktoren	63
Krankenstände	71
Krankenhausentlassungen	77
Medikamentenverordnung in Oberösterreich	83
Pflegegeldverteilung in Oberösterreich	101
Infektionskrankheiten	104
Unfälle	116
Mentale Gesundheit/ Psychische Erkrankungen	127



# LEBENSERWARTUNG IN OBERÖSTERREICH UND IHRE EINFLUSSFAKTOREN

## Lebenserwartung in Oberösterreich und ihre Einflussfaktoren

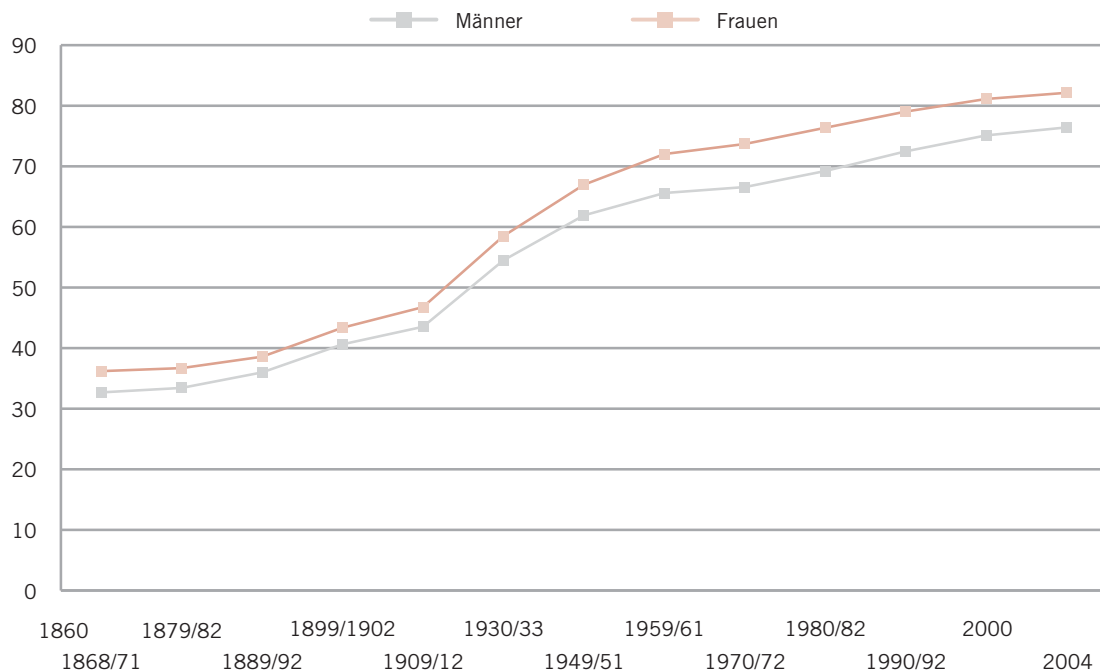
Wenn wir schon unseren Wohlstand in nüchterne Zahlen zu gießen versuchen, so fallen uns rasch zwei bedeutende Indikatoren ein: das BIP und die Lebenserwartung. Ist das BIP (Brutto-Inlands-Produkt) ein Maß für den materiellen Wohlstand einer Gesellschaft, so ist die Lebenserwartung ein bedeutendes Maß für die Lebensqualität und die Qualität des Gesundheitswesens in einem Land.

Die Lebenserwartung ist – kurz umrissen – die Zahl an Jahren, die ein Neugeborenes unter den heutigen Lebensbedingungen durchschnittlich zu erwarten hat. Errechnet wird sie aus den Sterbefällen und der Bevölkerungszahl.

Für Österreich liegen Zahlen über die Lebenserwartung seit 1868 vor. Während man damals als Frau im Durchschnitt mit 36,2 bzw. als Mann mit 32,7 Lebensjahren rechnen konnte, kann man 2004 für Frauen 82,1 bzw. 76,4 Lebensjahre für Männer erwarten. In Oberösterreich wird der Verlauf ziemlich der Gleiche gewesen sein. Spielten Säuglingssterblichkeit und Infektionskrankheiten seinerzeit noch eine große Rolle, so sind heute eher Zivilisationserkrankungen wie Herzinfarkt, Diabetes oder Alzheimer in den Vordergrund getreten. Die Verdrängung des Themas Tod und Glaube sowie die damit verbundene „existenzielle Verkrampfung“ (zwanghaftes „Möglichst-viel-erleben-Wollen“, Aktionismus und Konsumrausch) sind weitere verbreitete Erscheinungsbilder unseres heutigen modernen Lebens geworden.

### Grafik 1:

Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung in Österreich 1868–2004



Quelle: Statistik Austria



# LEBENSERWARTUNG IN OBERÖSTERREICH UND IHRE EINFLUSSFAKTOREN

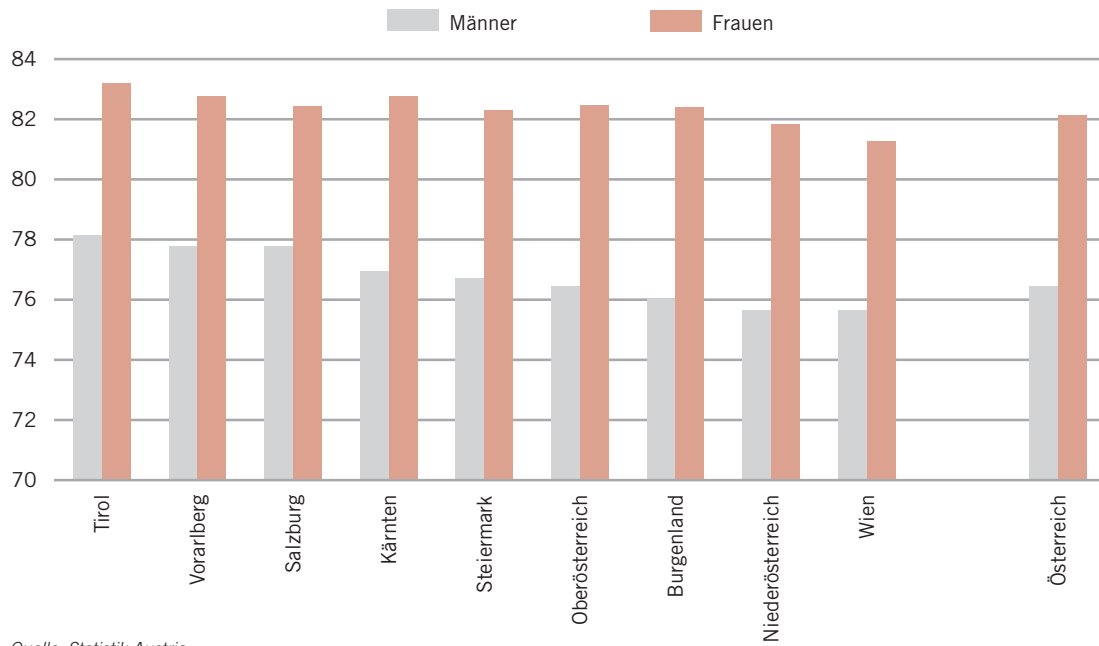
Lebenserwartung in OÖ 2004:  
Männer 76,4 Jahre, Frauen 82,5 Jahre

Die Lebenserwartung der Männer beträgt in Oberösterreich im Jahr 2004 76,4 und jene der Frauen 82,5 Jahre. Die Lebenserwartung in den Bundesländern unterscheidet sich nicht gravierend, sie ist

lediglich in Bundesländern mit größeren Weinbaugebieten und in Wien etwas niedriger als in Oberösterreich. Ursachen dafür sind unter Anderem unterschiedliche Lebens- und Konsumgewohnheiten, wobei es im Leben natürlich nicht ausschließlich auf die Dauer, sondern auch auf einen sinnerfüllten Inhalt ankommen sollte.

## Grafik 2:

Lebenserwartung 2004 nach Bundesländern (sortiert) und Geschlecht



Quelle: Statistik Austria

# LEBENSERWARTUNG IN OBERÖSTERREICH UND IHRE EINFLUSSFAKTOREN

## 2.245 von 11.870 Sterbefällen in OÖ unter 65 Jahre

Wenn die Tragik eines Todesfalles noch steigerbar ist, dann sind Sterbefälle in jüngerem Alter ganz besonders tragisch. 2.245 Sterbefälle von insgesamt 11.870 ereigneten sich in Oberösterreich 2004 mit einem Alter von unter 65 Jahren.

## Derzeitige Säuglingssterblichkeit entspricht einer Verringerung der Lebens- erwartung um 0,4 Jahre

War die Säuglingssterblichkeit in der Vergangenheit noch eines der großen Übel der Menschheit, so hat sie heute in unseren Breiten einen äußerst niedrigen Wert erreicht. Im Jahr 2004 starben in Oberösterreich 39 Knaben bzw. 33 Mädchen vor Vollendung des 1. Lebensjahres. In kalte und nüchterne Zahlen gegossen bedeutet dies eine Auswirkung auf die durchschnittliche Lebenserwartung von -0,4 Jahren beziehungsweise, dass bei einer

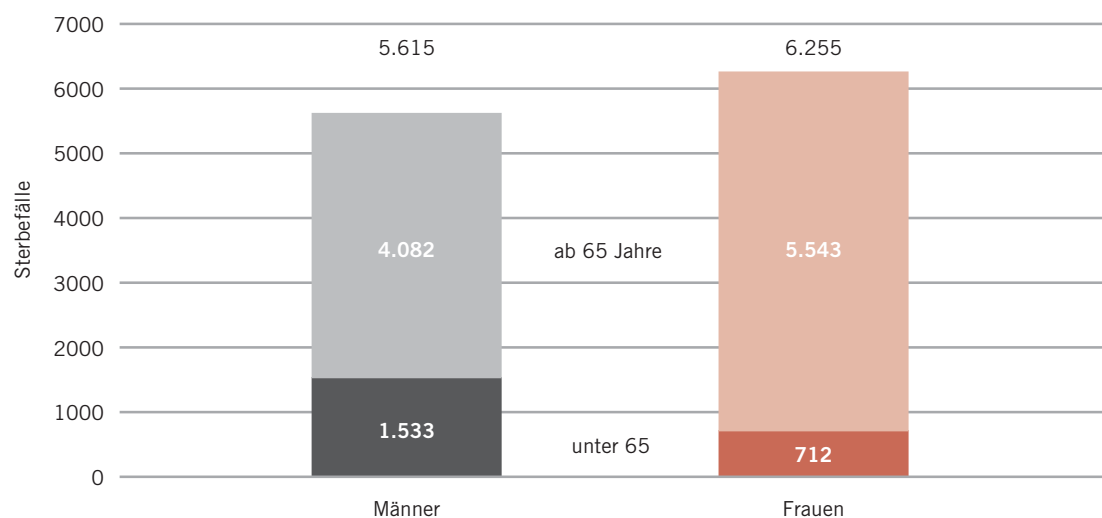
hypothetischen Säuglingssterblichkeit von exakt null die Lebenserwartung um 0,4 Jahre (rund 5 Monate) höher wäre.

## Männer ab 15 leben in mehrfacher Hinsicht „gefährlicher“ als Frauen, bei Frauen zwischen 45 und 65 ist Krebs die dominierende Todesursache

Im Alter von 1 bis 14 Jahren gibt es relativ wenige Todesfälle, ab 15 steigt bei Männern die Zahl der Todesfälle jedoch bereits deutlich an, vor Allem als Folge von Verletzungen (insbesondere Verkehrsunfälle, Stürze, Selbstmorde). Ab 45 Jahren kommen bei Männern Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, psychiatrische Erkrankungen oder Krankheiten der Nerven, perinatale Affektionen, angeborene Fehlbildungen (siehe auch Tabellen 1 und 2) als Todesursachen verstärkt hinzu. In einem Alter zwischen 45 und 64 Jahren sind sowohl für Männer als auch Frauen bösartige Neubildungen in größerem Ausmaß.

### Grafik 3:

Sterbefälle unter bzw. ab 65 Jahre in OÖ 2004

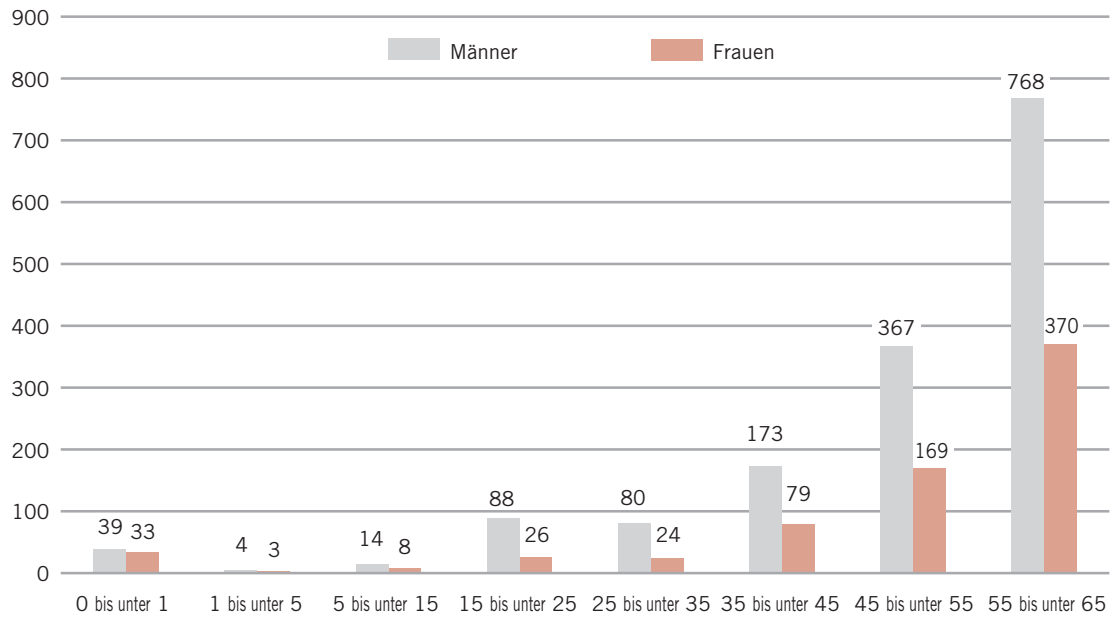


Quelle: Statistik Austria

# LEBENSERWARTUNG IN OBERÖSTERREICH UND IHRE EINFLUSSFAKTOREN

**Grafik 4:**

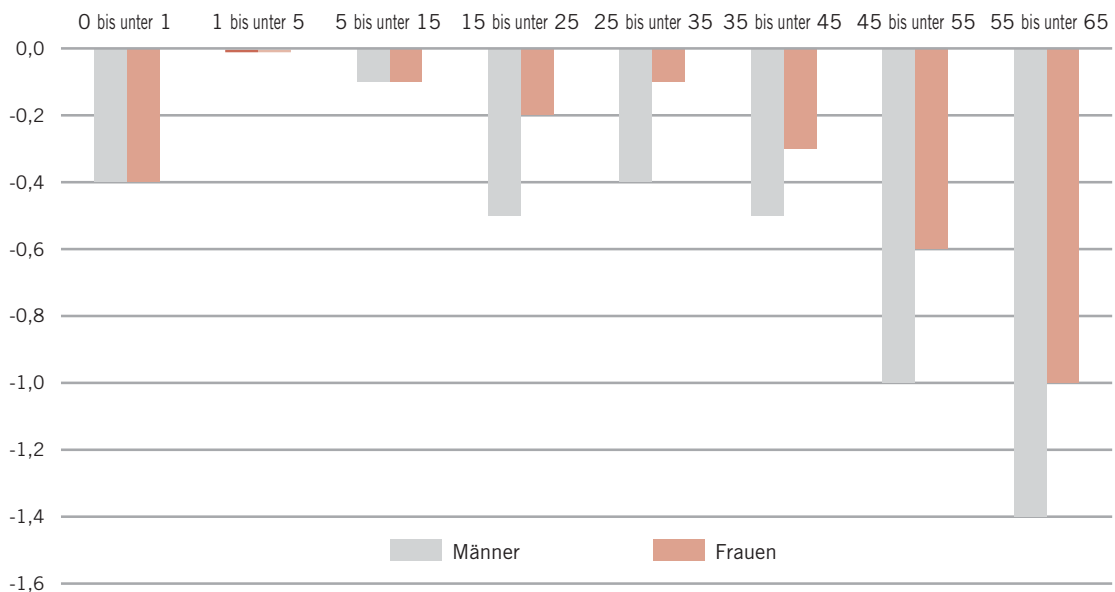
Zahl der Sterbefälle unter 65 Jahre in OÖ 2004 nach Altersgruppen  
Sterbefälle unter 65 Jahre insgesamt: Männer 1.533, Frauen 712



Quelle: Statistik Austria, eigene Berechnungen

**Grafik 5:**

Auswirkung der Sterbefälle unter 65 Jahre auf die durchschnittliche Lebenserwartung in OÖ 2004  
Verringerung der Lebenserwartung durch Sterbefälle unter 65 insgesamt:  
Männer -4,4 Jahre, Frauen -2,7 Jahre

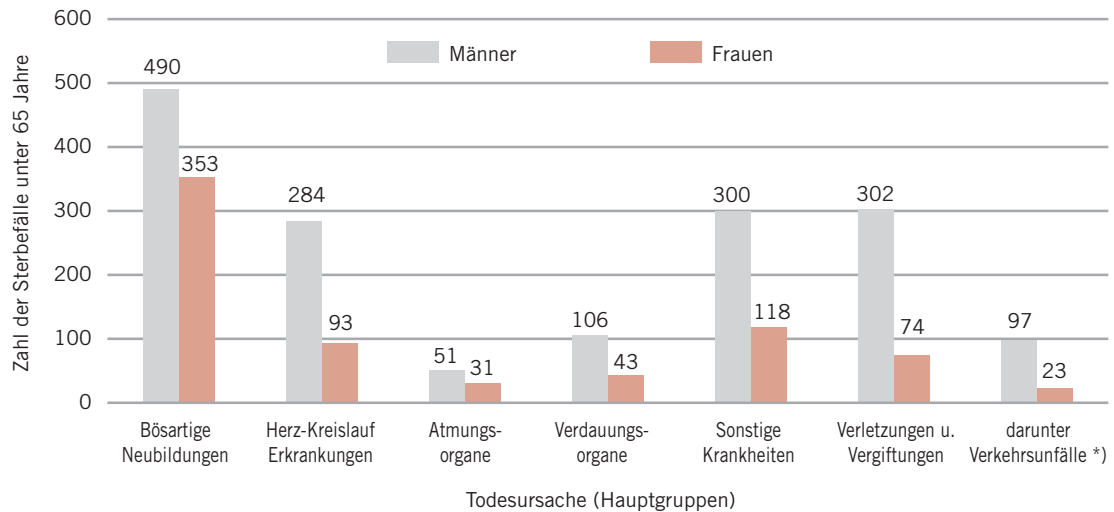


Quelle: Statistik Austria, eigene Berechnungen

# LEBENSERWARTUNG IN OBERÖSTERREICH UND IHRE EINFLUSSFAKTOREN

**Grafik 6:**

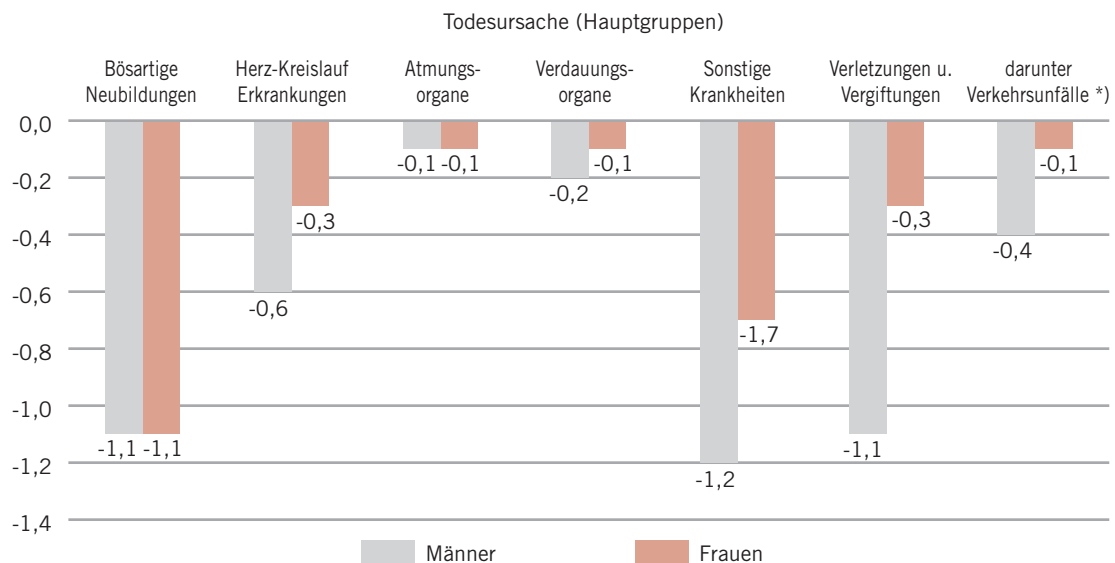
Zahl der Sterbefälle unter 65 Jahre nach Todesursachen in OÖ 2004  
Sterbefälle unter 65 Jahre insgesamt: Männer 1.533, Frauen 712



\*) Verkehrsunfälle sind eine Untergruppe der Gruppe Verletzungen und Vergiftungen  
Quelle: Statistik Austria, eigene Berechnungen

**Grafik 7:**

Auswirkung der Sterbefälle unter 65 Jahre auf die durchschnittliche Lebenserwartung in OÖ 2004  
Verringerung der Lebenserwartung durch Sterbefälle unter 65 insgesamt:  
Männer -4,4 Jahre, Frauen -2,7 Jahre



\*) Verkehrsunfälle sind eine Untergruppe der Gruppe Verletzungen und Vergiftungen  
Quelle: Statistik Austria, eigene Berechnungen

# LEBENSERWARTUNG IN OBERÖSTERREICH UND IHRE EINFLUSSFAKTOREN

**Tabelle 1:**

Gestorbene in Oberösterreich 2004 und die Auswirkung auf die Lebenserwartung

Todesursachen (Hauptgruppen, Pos. Nr. ICD10)	Insgesamt	Gestorbene im Alter von ... bis unter ... Jahren und ihre Auswirkung auf die Lebenserwartung mit +/- ... Lebensjahren								
		unter 65 insg.	0-1	1-5	5-15	15-25	25-35	35-45	45-55	55-65
<b>Männer (durchschnittliche Lebenserwartung 76,4 Jahre)</b>										
Insgesamt <A00-Y89>	5.615 +/- 0,0	1.533 - 4,4	39 - 0,4	4 - 0,0	14 - 0,1	88 - 0,5	80 - 0,4	173 - 0,5	367 - 1,0	768 - 1,4
Bösartige Neubildungen <C00-C97>	1.545 - 0,5	490 - 1,1	- +/- 0,0	1 - 0,0	1 - 0,0	5 - 0,0	12 - 0,1	42 - 0,1	121 - 0,3	308 - 0,6
Krankheiten des Herz- Kreislaufsystems <I00-I99>	2.103 + 1,9	284 - 0,6	1 - 0,0	- +/- 0,0	- +/- 0,0	- +/- 0,0	3 - 0,0	21 - 0,1	68 - 0,2	191 - 0,4
Krankheiten der Atmungs- organe <J00-J99>	442 + 0,4	51 - 0,1	1 - 0,0	1 - 0,0	1 - 0,0	1 - 0,0	1 - 0,0	3 - 0,0	10 - 0,0	33 - 0,1
Krankheiten der Verdau- ungsorgane <K00-K93>	249 - 0,2	106 - 0,2	- +/- 0,0	- +/- 0,0	- +/- 0,0	1 - 0,0	1 - 0,0	13 - 0,0	33 - 0,1	58 - 0,1
Sonstige Krankheiten <A00- B99, D01-H95, L00-R99>	793 - 0,7	300 - 1,2	36 - 0,4	1 - 0,0	9 - 0,1	19 - 0,1	21 - 0,1	33 - 0,1	67 - 0,2	114 - 0,2
Verletzungen und Vergiftungen <V01-Y89>	483 - 1,0	302 - 1,1	1 - 0,0	1 - 0,0	3 - 0,0	62 - 0,4	42 - 0,2	61 - 0,2	68 - 0,2	64 - 0,1
davon Verkehrsunfälle *)	120 - 0,8	97 - 0,4	- +/- 0,0	- +/- 0,0	3 - 0,0	29 - 0,2	17 - 0,1	15 - 0,0	16 - 0,0	17 - 0,0
<b>Frauen (durchschnittliche Lebenserwartung 82,5 Jahre)</b>										
Insgesamt <A00-Y89>	6.255 +/- 0,0	712 - 2,7	33 - 0,4	3 - 0,0	8 - 0,1	26 - 0,2	24 - 0,1	79 - 0,3	169 - 0,6	370 - 1,0
Bösartige Neubildungen <C00-C97>	1.395 - 1,2	353 - 1,1	- +/- 0,0	- +/- 0,0	2 - 0,0	7 - 0,0	6 - 0,0	34 - 0,1	105 - 0,4	199 - 0,5
Krankheiten des Herz- Kreislaufsystems <I00-I99>	3.062 + 1,9	93 - 0,3	- +/- 0,0	- +/- 0,0	- +/- 0,0	1 - 0,0	4 - 0,0	9 - 0,0	16 - 0,1	63 - 0,2
Krankheiten der Atmungs- organe <J00-J99>	422 + 0,1	31 - 0,1	3 - 0,0	- +/- 0,0	1 - 0,0	- + 0,0	- + 0,0	3 - 0,0	2 - 0,0	22 - 0,1
Krankheiten der Verdau- ungsorgane <K00-K93>	271 - 0,1	43 - 0,1	- +/- 0,0	- +/- 0,0	- +/- 0,0	- +/- 0,0	5 - 0,0	3 - 0,0	13 - 0,0	22 - 0,1
Sonstige Krankheiten <A00- B99, D01-H95, L00-R99>	906 - 0,4	118 - 0,7	30 - 0,4	1 - 0,0	2 - 0,0	9 - 0,1	3 - 0,0	10 - 0,0	23 - 0,1	40 - 0,1
Verletzungen und Vergiftungen <V01-Y89>	199 - 0,3	74 - 0,3	- +/- 0,0	2 - 0,0	3 - 0,0	9 - 0,1	6 - 0,0	20 - 0,1	10 - 0,0	24 - 0,1
davon Verkehrsunfälle *)	35 - 0,3	23 - 0,1	- +/- 0,0	1 - 0,0	3 - 0,0	7 - 0,0	2 - 0,0	5 - 0,0	2 - 0,0	3 - 0,0

Quelle: Statistik Austria, eigene Berechnungen. - \*) Exakte Bezeichnung ist Transportmittelunfälle <V01-V99>

## Ablesebeispiel:

29 männliche Verkehrstote im Alter zwischen 15 und 24 Jahren verringern die durchschnittliche Lebenserwartung der Männer um 0,2 Jahre bzw. ca. 2 Monate bzw. ohne diese Verkehrstoten wäre sie um 0,2 Jahre höher (76,6 statt 76,4 Jahre).

# LEBENSERWARTUNG IN OBERÖSTERREICH UND IHRE EINFLUSSFAKTOREN

**Tabelle 2:**

*Gestorbene in Oberösterreich 2004 nach Todesursachen (Feingliederung) und Alter*

Laufende Nr. Todesursachen (Pos.-Nr. ICD10)	Männer			Frauen			Männer u. Frauen		
	unter 65 Jahre	65 Jahre und mehr	Insgesamt	unter 65 Jahre	65 Jahre und mehr	Insgesamt	unter 65 Jahre	65 Jahre und mehr	Insgesamt
Insgesamt <A00-Y89>	1.533	4.082	5.615	712	5.543	6.255	2.245	9.625	11.870
1 Bösartige Neubildungen <C00-C97>	490	1.055	1.545	353	1.042	1.395	843	2.097	2.940
2 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems <I00-I99>	284	1.819	2.103	93	2.969	3.062	377	4.788	5.165
3 Krankheiten der Atmungsorgane <J00-J99>	51	391	442	31	391	422	82	782	864
4 Krankheiten der Verdauungsorgane <K00-K93>	106	143	249	43	228	271	149	371	520
5 Sonstige Krankheiten <A00-B99, D01-H95, L00-R99>	300	493	793	118	788	906	418	1.281	1.699
6 Verletzungen und Vergiftungen <V01-Y89>	302	181	483	74	125	199	376	306	682
7 Infektiöse und parasitäre Krankheiten <A00-B99>	24	20	44	11	42	53	35	62	97
8 Tuberkulose einschl. Spätfolgen <A15-A19, B90>	3	-	3	-	5	5	3	5	8
9 Meningokokkeninfektion <A39>	2	-	2	-	-	-	2	-	2
10 Virushepatitis <B15-B19>	15	13	28	2	25	27	17	38	55
11 AIDS (HIV-Krankheit) <B20-B24>	-	-	-	1	1	2	1	1	2
12 Neubildungen <C00-D48>	502	1.087	1.589	356	1.079	1.435	858	2.166	3.024
13 Bösartige Neubildungen <C00-C97>	490	1.055	1.545	353	1.042	1.395	843	2.097	2.940
14 Bösart. Neubild. d. Lippe, d. Mundhöhle u. d. Rachens <C00-C14>	46	15	61	5	12	17	51	27	78
15 Bösart. Neubild. d. Speiseröhre <C15>	17	11	28	2	9	11	19	20	39
16 Bösart. Neubild. d. Magens <C16>	30	79	109	15	83	98	45	162	207
17 Bösart. Neubild. d. Dickdarmes <C18>	30	95	125	23	110	133	53	205	258
18 Bösart. Neubild. d. Rektums u. d. Anus <C19-C21>	25	47	72	11	52	63	36	99	135
19 Bösart. Neubild. d. Leber u.d. intrahepatischen Gallengänge <C22>	27	58	85	7	27	34	34	85	119
20 Bösart. Neubild. d. Bauchspeicheldrüse <C25>	32	67	99	23	81	104	55	148	203
21 Bösart. Neubild. d. Kehlk., Luftr., Bronch. u. Lunge <C32-C34>	143	243	386	54	95	149	197	338	535
22 Bösart. Neubild. d. Kehlkopfes <C32>	16	11	27	1	1	2	17	12	29
23 Bösart. Melanom d. Haut <C43>	8	16	24	4	12	16	12	28	40
24 Bösart. Neubild. d. Brustdrüse <C50>	1	1	2	88	132	220	89	133	222
25 Bösart. Neubild. d. Zervix uteri <C53>	-	-	-	7	13	20	7	13	20
26 Bösart. Neubild. d. anderen Teile d. Gebärmutter <C54-C55>	-	-	-	7	35	42	7	35	42
27 Bösart. Neubild. d. Ovariums <C56>	-	-	-	31	60	91	31	60	91
28 Bösart. Neubild. d. Prostata <C61>	11	138	149	-	-	-	11	138	149
29 Bösart. Neubild. d. Niere <C64>	18	26	44	5	25	30	23	51	74
30 Bösart. Neubild. d. Harnblase <C67>	3	47	50	-	15	15	3	62	65
31 Bösart. Neubild. d. lymphat.- u. hämatopoet. Gewebes <C81-C96>	38	81	119	23	110	133	61	191	252
32 Krankheiten des Blutes <D50-D89>	3	4	7	1	15	16	4	19	23
33 Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten <E00-E90>	102	211	313	33	302	335	135	513	648
34 Diabetes mellitus <E10-E14>	73	195	268	12	275	287	85	470	555
35 Psychiatrische Krankheiten <F00-F99>	50	26	76	12	16	28	62	42	104
36 Störungen durch Alkohol <F10>	34	17	51	8	2	10	42	19	61
37 Drogenabhängigkeit, Toxikomanie <F11-F16, F18-F19>	14	-	14	2	-	2	16	-	16
38 Krankheiten des Nervensystems <G00-H95>	42	117	159	15	189	204	57	306	363
39 Meningitis <G00-G03>	2	-	2	-	1	1	2	1	3

# LEBENSERWARTUNG IN OBERÖSTERREICH UND IHRE EINFLUSSFAKTOREN

Laufende Nr. Todesursachen (Pos. Nr. ICD10)	Männer			Frauen			Männer u. Frauen		
	unter 65 Jahre	65 Jahre und mehr	Insgesamt	unter 65 Jahre	65 Jahre und mehr	Insgesamt	unter 65 Jahre	65 Jahre und mehr	Insgesamt
40 Multiple Sklerose <G35>	6	1	7	3	2	5	9	3	12
41 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems <I00-I99>	284	1.819	2.103	93	2.969	3.062	377	4.788	5.165
42 Bluthochdruck ohne Herzbeteiligung <I10, I12, I15>	3	16	19	-	57	57	3	73	76
43 Bluthochdruck mit Herzkrankheit <I11>	10	102	112	3	166	169	13	268	281
44 Bluthochdruck mit Herz- und Nierenkrankheit <I13>	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45 Ischämische Herzkrankheiten <I20-I25>	144	874	1.018	37	1.197	1.234	181	2.071	2.252
46 Akuter Myokardinfarkt <I21-I22>	106	424	530	28	488	516	134	912	1.046
47 Andere Herzkrankheiten <I30-I33, I39-I52>	40	317	357	9	572	581	49	889	938
48 Hirngefäßkrankheiten <I60-I69>	51	281	332	32	541	573	83	822	905
49 Krankheiten der Atmungsorgane <J00-J99>	51	391	442	31	391	422	82	782	864
50 Grippe <J10-J11>	-	-	-	-	-	-	-	-	-
51 Pneumonie <J12-J18>	14	117	131	5	191	196	19	308	327
52 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege <J40-J47>	29	244	273	23	170	193	52	414	466
53 Asthma <J45-J46>	5	12	17	4	19	23	9	31	40
54 Krankheiten der Verdauungsorgane <K00-K93>	106	143	249	43	228	271	149	371	520
55 Magen-, Duodenal- und Gastrojejunalgeschwür <K25-K28>	4	7	11	3	38	41	7	45	52
56 Chronische Leberkrankheit und -zirrhose <K70, K73-K74>	84	65	149	29	37	66	113	102	215
57 Krankheiten der Haut und der Unterhaut <L00-L99>	1	-	1	1	5	6	2	5	7
58 Krankheiten d. Muskel-Skelett-Syst. u. d. Bindegew. <M00-M99>	3	4	7	4	31	35	7	35	42
59 Chronische Polyarthritis und Arthrose <M05-M06, M15-M19>	-	1	1	1	10	11	1	11	12
60 Krankheiten des Urogenitalsystems <N00-N99>	13	52	65	7	74	81	20	126	146
61 Krankheiten der Niere und des Ureters <N00-N29>	11	47	58	7	66	73	18	113	131
62 Kompl. in Schwangersch., b. Geburt u. i. Wochenbett <O00-O99>	-	-	-	-	-	-	-	-	-
63 Perinatale Affektionen <P00-P96>	23	-	23	13	-	13	36	-	36
64 Angeborene Fehlbildungen <Q00-Q99>	22	-	22	18	2	20	40	2	42
65 Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems <Q00-Q07>	1	-	1	3	-	3	4	-	4
66 Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems <Q20-Q28>	8	-	8	5	-	5	13	-	13
67 Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen <R00-R99>	5	27	32	-	75	75	5	102	107
68 Altersschwäche ohne Angabe von Psychose <R54>	1	22	23	-	63	63	1	85	86
69 Plötzlicher Kindstod <R95>	3	-	3	-	-	-	3	-	3
70 Ungenau bezeichnete u. unbekannte Todesursachen <R96-R99>	1	-	1	-	1	1	1	1	2
71 Verletzungen und Vergiftungen <V01-Y89>	302	181	483	74	125	199	376	306	682
72 Unfälle <V01-X59>	172	108	280	37	98	135	209	206	415
73 Transportmittelunfälle <V01-V99>	97	23	120	23	12	35	120	35	155
74 Unfälle durch Sturz <W00-W19>	32	60	92	6	67	73	38	127	165
75 Unfälle durch Vergiftungen <X40-X49>	2	-	2	1	-	1	3	-	3
76 Selbstmord und Selbstbeschädigung <X60-X84>	116	64	180	27	17	44	143	81	224
77 Mord, Totschlag und vorsätzl. Verletzungen <X85-Y09>	5	1	6	5	-	5	10	1	11
78 Ereignisse, dessen nähere Umstände unbestimmt sind <Y10-Y34>	2	-	2	-	-	-	2	-	2

Quelle: Statistik Austria

## Krankenstände

Das Phänomen krankheitsbedingter Fehlzeiten (Krankenstände) ist ein komplexes. Es hängt sowohl von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen als auch dem betrieblichen Umfeld sowie von der individuellen Situation der Betroffenen ab. Allgemein bekannt und auch nachgewiesen wurde, dass bei steigender Arbeitslosigkeit und schlechter konjunktureller Entwicklung tendenziell die Angst der Beschäftigten um ihre Arbeitsplätze steigt. Mit der Ausnahme jener Teilarbeitsmärkte, in welchen die Kündigung von Arbeitnehmern sehr erschwert oder gar unmöglich ist (Teile des öffentlichen Dienstes und öffentlich rechtlicher Körperschaften) reagieren die Beschäftigten mit verminderten Krankenstandstagen. Langfristig sinkt die durchschnittliche Dauer der Krankenstandstage je Beschäftigten. Dies wird zum Teil auch auf eine verbesserte medizinische Versorgung und einen generell besseren Gesundheitszustand der Bevölkerung zurückgeführt. Zum Teil ist die sinkende durchschnittliche Krankenstandsdauer statistisch begründet, weil häufig kranke oder chronisch kranke ArbeitnehmerInnen aus dem Arbeitsmarkt ausgegrenzt und in die Langzeitarbeitslosigkeit abgedrängt werden. Indirekt wird das Geschehen krankheitsbedingter Fehlzeiten auch durch rechtliche Rahmenbedingungen beeinflusst, welche die Eingliederungsmöglichkeiten von wieder Gesunden, die aufgrund von Krankheit arbeitslos wurden, bestimmen. Auch die Form des Krankmeldesystems sowie der Entgeltfortzahlung beeinflussen die Anzahl der (gemeldeten) Krankenstände sowie deren Dauer. Auch die Umweltsituation wirkt sich auf das Ausmaß krankheitsbedingter Fehlzeiten aus. In Gebieten mit hohen gesundheitlichen Belastungen oder bei einer generell sich verschlechternden Umweltsituation steigen auch die Krankenstände.

Von signifikantem Einfluss auf krankheitsbedingte Fehlzeiten ist das betriebliche Umfeld. Einschlägige Untersuchungen zeigen hinreichend, dass die physischen und psychischen Belastungen stark von der Branche abhängen, in welcher der Betrieb tätig ist. In Handelsbetrieben dominieren andere Belastungen als im Bauwesen oder im Gastgewerbe. Betriebsklima und Führungsstil beeinflussen gleichfalls das Krankenstandsgeschehen. Kooperativer

Führungsstil, gute Sozialkontakte zu Vorgesetzten und KollegInnen erhöhen die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wesentlich. Demotivierte Beschäftigte neigen häufiger zu Fehlzeiten. In diesem Zusammenhang ist auch die Betriebsgröße von Einfluss. Unmittelbar einsichtig ist, dass die Art der beruflichen Tätigkeit sich direkt auf das Krankenstandsgeschehen auswirkt. So sind ArbeiterInnen zumeist stärkeren (insbesondere physischen) Belastungen ausgesetzt als Angestellte. Auch ist deren Unfallrisiko deutlich höher. Arbeitsbelastungen, denen ArbeiterInnen ausgesetzt sind, kumulieren sich und werden meist nach langjähriger beruflicher Tätigkeit in Form von körperlichen Verschleißerscheinungen sichtbar. In diesem Zusammenhang sind auch die Arbeitsumwelteinflüsse zu erwähnen. Unfallrisiko, Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Schadstoffen am Arbeitsplatz sowie Arbeitsumweltbedingungen wie Lärm, Hitze, Kälte, Feuchtigkeit und andere beeinflussen den Gesundheitszustand der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und damit auch das Risiko, arbeitsunfähig zu erkranken. Von Bedeutung sind zweifellos auch das Engagement von Management und/oder Betriebsrat für fördernde Maßnahmen zur Gesundheit und Sicherheit im Betrieb.

Neben den gesellschaftlichen und betrieblichen Bedingungen werden Krankenstände auch wesentlich von persönlichen Faktoren beeinflusst. Körperliche sowie psychische Konstitution und Disposition, Wohn- und Familienverhältnisse und persönliches Risikoverhalten wie Rauchen und Alkoholmissbrauch sind in diesem Zusammenhang zu erwähnen. Auch das Freizeitverhalten im Bereich der so genannten Outdoor-activities, von Bewegungsarmut über ausgleichende sportliche Betätigung bis hin zu Sportarten mit hohem Verletzungsrisiko (Fußball, Skisport) beeinflusst nicht unwesentlich den generellen Gesundheitszustand und damit das Risiko arbeitsunfähig zu erkranken. Allgemein sind demographische Merkmale wie Alter (ältere Arbeitnehmer sind seltener, aber länger krank als jüngere), Geschlecht (Frauen haben ein anderes Krankenstandsverhalten als Männer) und Nationalität (Ausländer sind häufiger krank als Inländer; dies hängt wesentlich auch mit deren Arbeitsbedingungen zusammen; sie verrichten oft die am meisten belastenden Arbeiten) von Einfluss.



## 1. Entwicklung von Krankenständen

Im Zeitraum von 1996 bis 2005 hat sich die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle in Relation zum durchschnittlichen Beschäftigtenstand um 5,4 Prozent erhöht. Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage im Jahresdurchschnitt pro Beschäftigten weist für den genannten Zeitraum erhebliche Schwankungen auf und erreichte in den Jahren 2004 und 2005 mit 13,2 Tagen den niedrigsten Wert. 1999 waren die ArbeitnehmerInnen im Durchschnitt 15,7 Tage arbeitsunfähig erkrankt. Dies ist der höchste Wert im betrachteten Zeit-

raum. Ein Trend lässt sich bei der Durchschnittsdauer der krankheitsbedingten Fehlzeiten feststellen. Dieser zeigt seit 1996 eine abnehmende Tendenz. Mit 13,2 Krankenstandstagen pro Beschäftigten im Jahr 2005 liegt Oberösterreich gegenüber dem gesamten Bundesgebiet jedoch um exakt zwei Tage höher (Österreich: 11,2 Tage). In den letzten zehn Jahren hat sich das Krankenstandsgeschehen auffällig verändert: Die durchschnittlichen Krankenstandstage pro Beschäftigten haben sich von 15,2 auf 13,2 Tage reduziert. Dies ist immerhin eine Verringerung um mehr als 13 Prozent.

**Tabelle 1:**

*Arbeitsunfähigkeitsstatistik Oberösterreich 1996 bis 2005*

Jahr	Beschäftigtenstand Jahresdurchschnitt	Fälle	Tage	Durchschnittsdauer einer Erkrankung in Tagen	AU-Tage pro Beschäftigten
1996	460.590	555.787	6.983.080	12,6	15,2
1997	463.696	543.266	6.505.306	12,0	14,0
1998	467.556	545.589	6.736.362	12,3	14,4
1999	472.542	600.279	7.414.038	12,4	15,7
2000	480.159	597.151	7.189.082	12,0	15,0
2001	487.443	602.652	7.024.094	11,7	14,4
2002	490.044	594.557	7.004.707	11,8	14,3
2003	498.280	594.408	6.889.548	11,6	13,8
2004	503.862	567.414	6.658.390	11,7	13,2
2005	508.355	607.339	6.694.426	11,0	13,2

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Krankenstands-Statistik, laufende Jahrgänge

Im Krankenstandsverhalten lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen. Frauen sind im Durchschnitt weniger häufig arbeitsunfähig erkrankt und sie weisen auch weniger

Krankenstandstage auf als Männer. Sie sind im Durchschnitt auch weniger lange arbeitsunfähig erkrankt als ihre männlichen Arbeitskollegen.

**Tabelle 2:**

*Krankenstandsverhalten nach Geschlecht im Jahr 2005*

	Frauen und Männer	Frauen	Männer
Beschäftigte im Jahresdurchschnitt	508.355	224.856	283.499
Krankenstandsfälle	607.339	249.617	357.722
Durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Fall	11,0	10,6	11,3
Krankenstandsfälle pro ArbeitnehmerIn	1,19	1,11	1,26
Krankenstandstage pro ArbeitnehmerIn	13,2	11,8	14,3

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Krankenstands-Statistik

## 2. Krankenstandsdiagnosen

Die im Jahre 2005 erfassten Arbeitsunfähigkeiten verteilen sich auf rund 1.000 Diagnosen (ICD10-Code), die vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger für die statistische Auswertung zu rund 60 Diagnosegruppen zusammengefasst werden. Die zwei häufigsten Diagnosegruppen, gemessen an den Krankenstandstagen, sind Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes sowie Krankheiten der oberen Luftwege. Diese beiden Diagnosegruppen erklären in Oberösterreich

42,1 Prozent aller Krankenstandstage. Von den zehn häufigsten Diagnosegruppen dauert ein durchschnittlicher Krankenstandsfall bei den Psychiatrischen Krankheiten am längsten (29,7 Tage) und im Falle von Darminfektionen am kürzesten (4,8 Tage). Arbeitsunfälle, Freizeitunfälle, Haushaltsunfälle und Verkehrsunfälle werden unterschiedlichen Unfalldiagnosen zugeordnet. Fast man die unterschiedlichen Unfalldiagnosen zusammen, so bilden sie mit mehr als 17 Prozent an allen Krankenstandstagen die dritthäufigste Krankenstandsursache.

**Tabelle 3:**

*Krankenstandstage und -fälle in Oberösterreich, nach den zehn häufigsten Diagnosegruppen*

Diagnosebezeichnung	Fälle	Tage	Ø Dauer in Tagen
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	89.990	1.432.331	15,9
Krankheiten der oberen Luftwege	213.360	1.383.057	6,5
Nicht-Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	23.778	437.998	18,4
Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen, ohne Arbeitsunfälle als Wegunfälle)	23.288	414.776	17,8
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	44.434	345.283	7,8
Psychiatrische Krankheiten	8.994	266.738	29,7
Darminfektionen	47.088	226.124	4,8
Sportunfälle	9.988	207.443	15,7
Krankheiten des Magen-Darm-Traktes	13.394	151.005	11,3
Verkehrsunfälle (ohne Wegunfälle)	3.577	96.866	27,1
<b>Alle Diagnosen</b>	<b>607.339</b>	<b>6.694.426</b>	<b>11,0</b>

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Krankenstands-Statistik

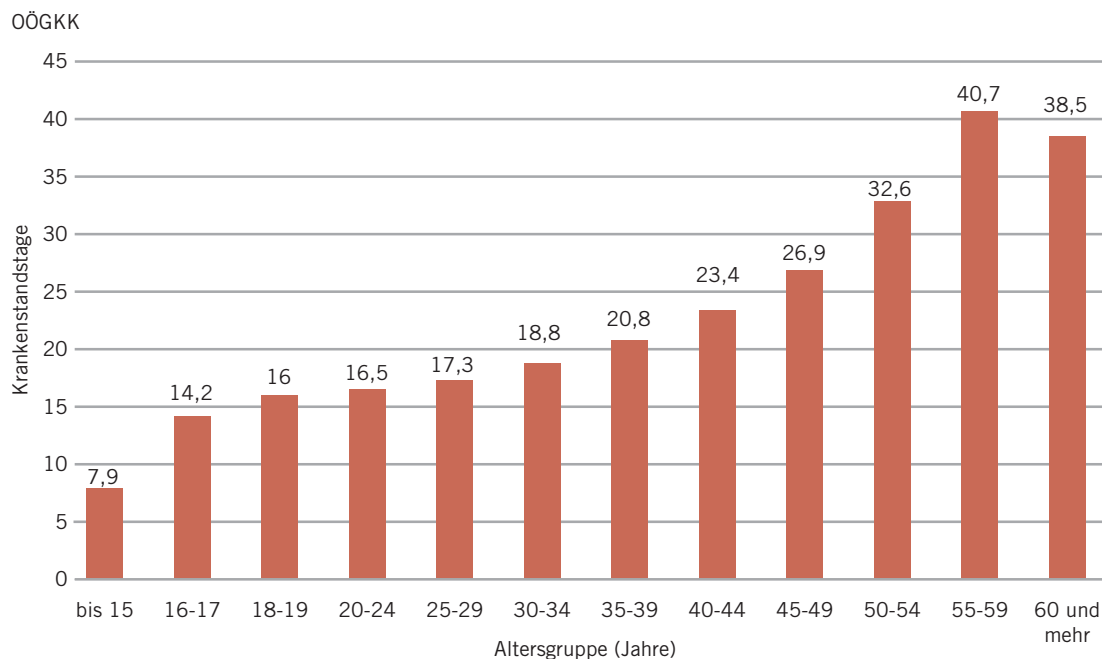
### 3. Krankenstände und Alter

Eine Betrachtung des Krankenstandsgeschehens nach dem Alter zeigt, dass die Krankenstände mit fortschreitendem Lebensalter kontinuierlich zunehmen. Bei den Jüngeren werden die Krankenstandstage tendenziell durch viele Kurzkrankenstände und bei den Älteren eher durch wenige lang andauernde Krankenstände bedingt. Es mag zunächst verwunderlich erscheinen, dass in der Altersgruppe der über 60-Jährigen relativ weniger

Krankenstandstage anfallen als bei der unmittelbar vorhergehenden Alterskohorte (55- bis 59-Jährige). Dies gründet sich zum Teil auf den so genannten Healthy-Worker-Effekt; das heißt, wenn jemand mit diesem Lebensalter noch arbeitet, dann ist er oder sie sehr gesund. Zum anderen ist dies dadurch begründet, dass es sich bei Personen, die in diesem Alter noch einer Berufstätigkeit nachgehen, um beruflich sehr motivierte Menschen handelt, die zudem noch sehr befriedigende Berufstätigkeiten und gute Arbeitsbedingungen vorfinden.

#### Grafik 1:

*Alters-Morbiditäts-Statistik, Krankenstandstage pro arbeitsunfähig erkranktem Arbeiter und Angestellten (Berichtszeitraum 1. – 4. Quartal 2005)*



### 4. Krankenstände in den Wirtschaftsklassen

Über alle Wirtschaftsklassen hinweg waren im Jahr 2005 in Oberösterreich pro Beschäftigten 13,2 Arbeitsunfähigkeitstage zu verzeichnen, wobei die Krankenstandstage pro Beschäftigten bei den Männern über und bei den Frauen unter dem Durchschnitt lagen. Zwischen den einzelnen Wirtschaftsklassen sind auffällige Unterschiede in der

Krankenstandsdauer pro Beschäftigten festzustellen. So liegen beispielsweise die Beschäftigten der Wirtschaftsklasse Verkehr- und Nachrichtenübermittlung, was die Krankenstandsdauer pro ArbeitnehmerIn anbelangt, deutlich über dem Gesamtdurchschnitt, während in der Wirtschaftsklasse Kredit- und Versicherungswesen die unselbständig Erwerbstätigen den Durchschnittswert deutlich unterschreiten.

## Grafik 2:

Wirtschaftsklassen-Morbiditäts-Statistik, Krankenstandstage pro Beschäftigtem der Wirtschaftsklasse (Berichtszeitraum 1. – 4. Quartal 2005)



### Die 10 häufigsten Wirtschaftsklassen

A Sachgütererzeugung	E Verkehr- und Nachrichtenübermittlung
B Öffentliche Verwaltung, Landesverteidigung, Sozialversicherung	F Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen
C Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen und Gebrauchsgütern	G Erbringung von sonstigen öffentlichen Diensten
D Bauwesen	H Beherbergungs- und Gaststättenwesen
	I Kredit- und Versicherungswesen
	J Unterrichtswesen

Quelle: FOKO II, OÖ Gebietskrankenkasse

## 4.1. Krankenstände nach Diagnosen und Wirtschaftsklassen

Es ist zweifellos von Interesse, wie sich die Krankenstandsdiagnosen auf die einzelnen Wirtschaftsklassen verteilen. Betrachtet man die häufigste Diagnosegruppe (gemessen an Krankenstandstagen) Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes in Abhängigkeit von der Wirtschaftsklasse, so ist ein überdurchschnittliches Auftreten dieser Krankheitsgruppe, gemessen an der Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage, in den Wirtschaftsklassen Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden (3,7 Tage), Bauwesen (3,5 Tage) sowie Sachgütererzeugung (3,2 Tage) auszumachen. Die in den genannten Wirtschaftsklassen aufgrund des Tragens und Hebens schwerer Las-

ten, körperlicher Anstrengung und einseitiger körperlicher Belastung hervorgerufene starke mechanische Beanspruchung des Bewegungs- und Stützapparates ist für die durch Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes verursachten Arbeitsunfähigkeitstage verantwortlich zu machen. In nahezu allen Wirtschaftsklassen sind die Krankenstände bei den ArbeiterInnen höher als bei den Angestellten und innerhalb der Gruppe der Arbeiter bei den Männern höher als bei den Frauen. Ausnahme bilden die Arbeiterinnen in der Wirtschaftsklasse Private Haushalte. In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass die Höhe der Krankenstandstage in einem engen Zusammenhang mit den Arbeitsbelastungen und Arbeitsbeanspruchungen steht.

# KRANKENSTÄNDE

**Tabelle 4:**

*Krankheiten des Skelettes, der Muskeln und des Bindegewebes, Krankenstandstage pro ArbeitnehmerIn nach Wirtschaftsklasse, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht (Oberösterreich, 2005)*

Wirtschaftsklasse	Gesamt	ArbeiterInnen		Angestellte	
		Tage pro ArbeitnehmerIn		Tage pro ArbeitnehmerIn	
		M	W	M	W
Bauwesen	3,5	4,2	2,9	1,9	1,1
Beherbergungs- und Gaststättenwesen	1,9	2,2	1,9	2,1	1,7
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	3,7	4,5	2,1	2,7	0,6
Energie- und Wasserversorgung	1,2	2,8	0,9	0,1	0,4
Erbringung von öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen	1,9	3,5	2,1	1,6	1,5
Fischerei und Fischzucht	0,9	1,3		0,8	
Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen	1,9	3,3	2,7	1,7	1,8
Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen und Gebrauchsgütern	2,0	3,1	2,7	1,6	1,5
Kredit- und Versicherungswesen	1,5	4,7	2,9	1,5	1,2
Land- und Forstwirtschaft	2,7	3,8	2,0	2,4	1,1
Öffentliche Verwaltung, Landesverteidigung, Sozialversicherung	3,1	4,2	5,3	1,5	1,9
private Haushalte	1,1	0,4	1,2	0,3	0,3
Realitätenwesen, Vermietung und unternehmensbezogene Dienstleistungen	2,8	4,5	3,6	1,4	1,0
Sachgütererzeugung	3,2	4,2	4,0	1,5	1,1
Unterrichtswesen	1,8	4,2	3,1	1,3	0,8
Verkehr und Nachrichtenübermittlung	3,2	4,3	2,8	1,7	2,5

Quelle: FOKO II, OÖ Gebietskrankenkasse

Krankheiten der oberen Luftwege (zweithäufigste Ursache von Krankenstandstagen) verursachen in den Wirtschaftsklassen Sachgütererzeugung (2,9 Tage pro Beschäftigten) und Unterrichtswesen (2,8 Tage pro Beschäftigten) die meisten Kranken-

standstage. Diese Diagnosegruppe spielt hingegen in der Wirtschaftsklasse Private Haushalte nur eine untergeordnete Rolle (0,8 Tage pro unselbständig beschäftigte Person).

## Krankenhausentlassungen

### Allgemeine Informationen zu Tabellen und Grafiken:

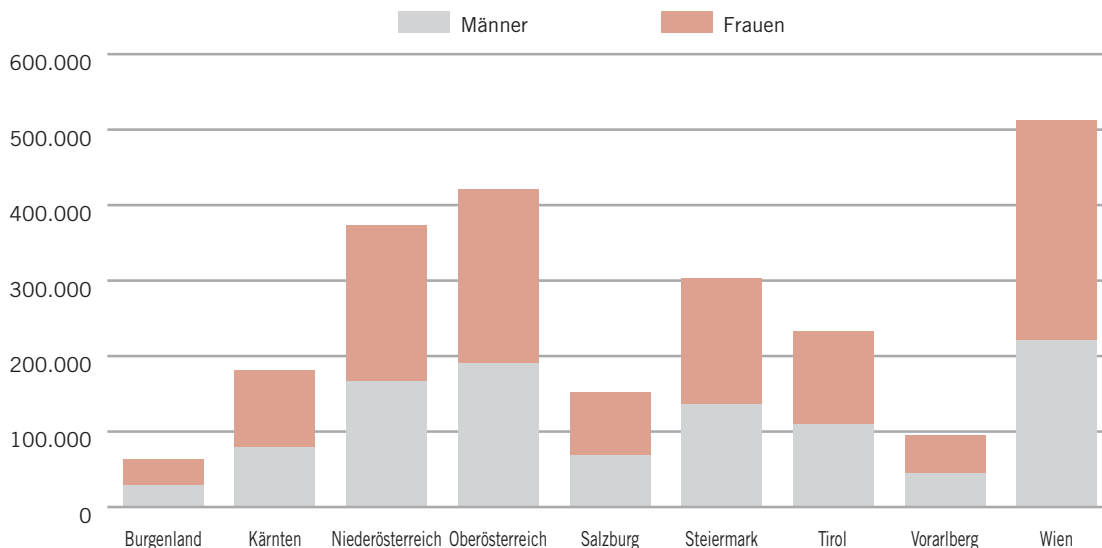
Basis der nachfolgenden Auswertungen und Grafiken ist die Diagnosen- und Leistungsdokumentation entsprechend dem LKF-Modell. Die Werte beziehen sich nur auf Datenmeldungen der Oö. Fondskrankenanstalten. Ergebnisse aus Privatkrankenanstalten oder Krankenanstalten der AUVA sind nicht berücksichtigt. Die Werte beinhalten keine Fälle, die ambulant in den Oö. Krankenanstalten behandelt wurden, da in diesem Bereich dzt. kein entsprechendes Dokumentationssystem vorhanden ist. Die LKF-Daten sind keine personenbezogenen Daten: PatientInnen, die mehrmals im Jahr aufgenommen

werden, werden auch mehrmals gezählt. Die Werte beinhalten alle Fälle, unabhängig davon, ob die PatientInnen normal entlassen (E) oder transferiert (T) wurden oder gestorben sind (S). Codierfehler sind möglich und können daher die Absolutzahlen noch verändern. In den Werten sind auch PatientInnen aus anderen Bundesländern/Ländern, die in Oö. Fondskrankenanstalten behandelt wurden inkludiert. Umgekehrt sind OberösterreicherInnen, die sich in anderen Bundesländern/Ländern behandeln ließen, nicht inkludiert.

Die Grafik zeigt die Verteilung der Aufenthalte nach Geschlecht. In Oberösterreich ergeben sich im Jahr 2004 ca. 422.000 Aufenthalte. Oberösterreich liegt dabei im Schnitt von Gesamtösterreich, wobei der Anteil der Männer ca. 45 Prozent beträgt. In Summe aller Aufenthalte liegt Oberösterreich nach Wien an zweiter Stelle.

#### Grafik 1:

Anzahl der Krankenhausaufenthalte 2004



	Burgenland	Kärnten	NÖ	OÖ	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Österreich
männlich	28.733	79.371	167.398	191.629	69.289	136.447	110.003	45.837	221.657	1.050.364
weiblich	34.191	101.046	206.632	230.127	82.696	166.596	122.352	49.971	290.541	1.284.152
<b>Gesamt</b>	<b>62.924</b>	<b>180.417</b>	<b>374.030</b>	<b>421.756</b>	<b>151.985</b>	<b>303.043</b>	<b>232.355</b>	<b>95.808</b>	<b>512.198</b>	<b>2.334.516</b>
Anteil männlich	46%	44%	45%	45%	46%	45%	47%	48%	43%	45%
Anteil weiblich	54%	56%	55%	55%	54%	55%	53%	52%	57%	55%

# KRANKENHAUSENTLASSUNGEN

**Tabelle 1:**

*Aufenthalte Frauen 2004 in Öö. Fondskrankenanstalten*

Hauptdiagnose		Aufenthalte Frauen insgesamt	Alter				Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage)
			0 – 14 Jahre	15 – 44 Jahre	45 – 64 Jahre	65 Jahre und mehr	
I.	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	<b>5.603</b>	1.648	1.352	900	1.703	6,7
II.	Neubildungen (C00-D48)	<b>26.406</b>	581	3.985	10.835	11.005	4,9
III.	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D89)	<b>1.668</b>	148	348	339	833	4,2
IV.	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	<b>7.064</b>	379	1.114	2.010	3.561	7,0
V.	Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	<b>11.466</b>	433	5.051	2.967	3.015	12,2
VI.	Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	<b>10.040</b>	482	2.107	2.638	4.813	6,4
VII.	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)	<b>12.284</b>	213	833	2.091	9.147	2,5
VIII.	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)	<b>3.249</b>	520	902	1.000	827	5,2
IX.	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	<b>26.401</b>	165	2.546	5.970	17.720	7,7
X.	Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	<b>12.316</b>	3.262	2.542	1.924	4.588	6,4
XI.	Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	<b>17.193</b>	1.593	4.464	4.548	6.588	6,2
XII.	Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	<b>3.955</b>	389	1.379	825	1.362	6,6
XIII.	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	<b>22.108</b>	329	4.183	7.841	9.755	7,2
XIV.	Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	<b>16.800</b>	679	6.610	5.103	4.408	4,4
XV.	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	<b>21.621</b>	14	21.576	31	0	4,4
XVI.	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)	<b>1.101</b>	1.069	30	2	0	9,0
XVII.	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)	<b>2.027</b>	1.216	494	158	159	4,6
XVIII.	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)	<b>9.426</b>	1.606	2.982	1.631	3.207	4,0
XIX.	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	<b>17.876</b>	2.275	4.352	3.716	7.533	7,0
XXI.	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führten (Z00-Z99)	<b>1.523</b>	87	806	321	309	1,6

Bei den Hauptdiagnosen handelt es sich um die 21 Kapitel des ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme). Insgesamt wurden 2004 230.127 Aufenthalte von Frauen codiert. Bei den Aufenthalten der Frauen liegen folgende Diagnosen in der jeweiligen Altersgruppe an erster Stelle: in der Altersgruppe 0 – 14 Jahre die Hauptdiagnose (X. Krankheiten des Atmungssystem), in der Altersgruppe 15 – 44 Jahre (XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett), in der Altersgruppe 45 – 64 Jahre (II. Neubildungen) und über 65 Jahren (IX. Erkrankungen des Kreislaufsystems).

Von den 230.127 Aufenthalten der Frauen in Oberösterreichs Krankenanstalten waren 17.088 Patientinnen nicht älter als 14 Jahre. In dieser Altersgruppe liegt die Diagnosegruppe Krankheiten des Atmungssystems mit 3.262 behandelten Patientinnen an erster Stelle, gefolgt von Verletzungen und Vergiftungen mit über 2.200. In der Altersgruppe der 15 bis 44-jährigen Frauen liegt die Diagnosegruppe Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit über 21.500 am ersten Platz, gefolgt von Krankheiten des Urogenitalsystems mit über 6.600 und Psychische und Verhaltensstörungen mit über 5.000 Fällen in Führung. Bei den 45 bis 64-jährigen Frauen gehören die Krankheiten Neubildungen mit über 10.000 zu den häufigsten Erkrankungen,

gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (7.841) und Krankheiten des Kreislaufsystems mit über 5.900 Fällen. In der Kategorie der über 65-jährigen Frauen liegen die Krankheiten des Kreislaufsystems mit 17.720 Fällen klar vor den Neubildungen mit über 11.000 Fällen und den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems mit über 9.700 Fällen.

Das LKF-System unterscheidet bei den LDF (Leistungsorientierte Diagnosefallgruppen)-Pauschalen in Hauptdiagnosenfallgruppen (HDG-Gruppen) und medizinische Einzelleistungsfallgruppen (MEL-Gruppen).

MEL-Gruppen, die im Wesentlichen zu einer höheren LDF-Pauschale führen, gelangen zur Verrech-

**Tabelle 2: Oö. Fondskrankenanstalten 2004**

Anzahl MEL- bzw. HD-Gruppen gemäß LKF-Modell TOP 20 – Frauen

MHG	Anzahl
MEL13.09 Entbindung	9.321
MEL13.07 Kleine gynäkologische Eingriffe	6.565
MEL15.05 Katarakt-Operationen	6.004
HDG01.32 Lokale und pseudoradikuläre Syndrome der Wirbelsäule	5.443
HDG09.08 Affektionen der ableitenden Harnwege	3.430
MEL09.03 Eingriffe an den peripheren Gefäßen	3.418
MEL13.03 Laparoskopische Eingriffe an den weiblichen Beckenorganen	3.372
MEL21.01 Interventionelle Kardiologie – Revaskularisation	3.186
HDG12.04 Komplikationen in der Schwangerschaft und im Wochenbett	3.127
MEL14.21 Arthroskopische Eingriffe	3.095
MEL02.03 Kleine Eingriffe – Bindegewebe und Weichteile	3.016
MEL13.02 Eingriffe an den weiblichen Beckenorganen	2.977
MEL04.04 Tonsillektomie, Adenotomie, Paracentese	2.971
HDG02.07 Otoneuropathien	2.945
HDG06.03 Akute Herzerkrankungen	2.945
HDG08.18 Symptome und Zustände betreffend Verdauungssystem	2.910
HDG05.03 Pneumonie und Bronchiolitis	2.899
HDG05.04 Chronische Bronchialerkrankungen und Emphysem	2.899
HDG01.31 Sonstige Erkrankungen – Nervensystem	2.780
HDG19.07 Komplizierte Affektionen der Haut	2.697



# KRANKENHAUSENTLASSUNGEN

**Tabelle 3:**

*Aufenthalte Männer 2004 in Ö. Fondskrankenanstalten*

Hauptdiagnose		Aufenthalte Männer insgesamt	Alter				Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage)
			0 – 14 Jahre	15 – 44 Jahre	45 – 64 Jahre	65 Jahre und mehr	
I.	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	<b>5.266</b>	1.748	1.294	1.174	1.050	6,5
II.	Neubildungen (C00-D48)	<b>24.843</b>	612	2.451	9.732	12.048	4,9
III.	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D89)	<b>1.169</b>	155	268	298	448	4,1
IV.	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	<b>5.644</b>	336	896	2.292	2.120	6,4
V.	Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	<b>8.789</b>	592	4.743	2.305	1.149	13,3
VI.	Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	<b>9.359</b>	626	2.189	3.218	3.326	5,2
VII.	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)	<b>8.201</b>	231	870	2.097	5.003	2,5
VIII.	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)	<b>2.977</b>	690	930	880	477	4,6
IX.	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	<b>27.441</b>	238	2.639	9.505	15.059	7,0
X.	Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	<b>15.110</b>	4.276	3.099	2.852	4.883	6,1
XI.	Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	<b>18.901</b>	1.931	5.096	6.448	5.426	5,6
XII.	Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	<b>4.248</b>	479	1.819	1.041	909	5,1
XIII.	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	<b>16.094</b>	362	4.796	6.592	4.344	5,9
XIV.	Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	<b>10.306</b>	1.803	2.263	2.774	3.466	4,3
XV.	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	<b>0</b>	0	0	0	0	0,0
XVI.	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)	<b>1.453</b>	1.449	3	1	0	7,9
XVII.	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)	<b>2.318</b>	1.766	309	149	94	4,8
XVIII.	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)	<b>7.674</b>	1.534	1.969	1.782	2.389	3,7
XIX.	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	<b>20.959</b>	3.217	9.577	4.717	3.448	5,0
XXI.	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führten (Z00-Z99)	<b>877</b>	82	179	305	311	1,7

Bei den Hauptdiagnosen handelt es sich um die 21 Kapitel des ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme). Insgesamt wurden 2004 191.629 Aufenthalte von Männern codiert. Bei den Aufenthalten der Männer liegen folgende Diagnosen in der jeweiligen Altersgruppe an erster Stelle:

in der Altersgruppe 0–14 Jahre die Hauptdiagnose (X. Krankheiten des Atmungssystem),

in der Altersgruppe 15–44 Jahre (XIX. Verletzungen, Vergiftungen, bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98),

in der Altersgruppe 45–64 Jahre (II. Neubildungen) und

über 65 Jahren (IX. Erkrankungen des Kreislaufsystems).

Die durchschnittliche Belagsdauer bei diesen Aufenthalten liegt bei 5 Tagen.

nung, wenn abrechenbare medizinische Einzelleistungen erbracht werden. Werden keine oder nicht abrechenbare medizinische Einzelleistungen (einzelne, nicht in den LDF-Pauschalen abgebildete bzw. nicht zuordenbare Leistungen wie z.B. sonstige Leistungen) erbracht, führen die HDG-Gruppen auf Basis der Hauptdiagnose zur Verrechnung. In der Tabelle sind die im Jahr 2004 jeweils 20 häufigsten zur Abrechnung gelangten HDG- und MEL-Gruppen ersichtlich. An der Spitze liegen die Entbindungen gefolgt von kleinen gynäkologischen Eingriffen.

Von den 191.629 Aufenthalten der Männer in Oberösterreichs Krankenanstalten waren 22.127

Patienten nicht älter als 14 Jahre. In dieser Altersgruppe liegt die Diagnosegruppe Krankheiten des Atmungssystems mit 4.276 behandelten Patienten an erster Stelle, gefolgt von Verletzungen und Vergiftungen mit über 3.200. In der Altersgruppe der 15 bis 44-jährigen Männer liegt die Diagnosegruppe Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen mit über 9.500 am ersten Platz, gefolgt von Krankheiten des Verdauungssystems mit über 5.000 und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes mit über 4.700 Fällen. Bei den 45 bis 64-jährigen Männern zählen die Neubildungen mit über 9.700 Fällen zu den häufigsten Erkrankungen, gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems mit

**Tabelle 4: Oö. Fondskrankenanstalten 2004**

Anzahl MEL- bzw. HD-Gruppen gemäß LKF-Modell TOP 20 – Männer

MHG	Anzahl
MEL21.01 Interventionelle Kardiologie – Revaskularisation	4.417
MEL14.21 Arthroskopische Eingriffe	3.967
HDG01.31 Sonstige Erkrankungen – Nervensystem	3.782
HDG05.04 Chronische Bronchialerkrankungen und Emphysem	3.731
HDG01.32 Lokale und pseudoradikuläre Syndrome der Wirbelsäule	3.483
HDG05.03 Pneumonie und Bronchiolitis	3.441
MEL15.05 Katarakt-Operationen	3.374
MEL06.06 Eingriffe bei abdominellen Hernien, Hydrozelenoperation beim Kind	3.262
MEL04.04 Tonsillektomie, Adenotomie, Paracentese	3.123
HDG06.04 Chronische Herzerkrankungen	2.895
HDG06.03 Akute Herzerkrankungen	2.801
MEL12.05 Kleinere Eingriffe am äußeren männlichen Genitale	2.683
HDG09.08 Affektionen der ableitenden Harnwege	2.667
HDG19.07 Komplizierte Affektionen der Haut	2.611
HDG08.15 Erkrankungen von Leber, Galle, Pankreas	2.525
HDG01.22 Ischämische zerebrale Erkrankungen	2.415
HDG19.08 Einfache Affektionen der Haut	2.261
HDG18.05 Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse	2.251
HDG02.07 Otoneuropathien	2.240
MEL22.03 Chemotherapie bei malignen Erkrankungen d. Leistungsgruppe C	2.126

über 9.500 Erkrankungen und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes mit über 6.500 Fällen. In der Kategorie der über 65-jährigen Männern liegen die Krankheiten des Kreislaufsystems mit 15.059 Fällen klar vor den Neubildungen mit über 12.000 Fällen vor den Krankheiten des Verdauungssystems mit über 5.400 Fällen.

Das LKF-System unterscheidet bei den LDF-Pauschalen in Hauptdiagnosenfallgruppen (HDG-Gruppen) und medizinische Einzelleistungsfällen (MEL-Gruppen).

MEL-Gruppen, die im Wesentlichen zu einer höheren LDF (Leistungsorientierte Diagnosefallgruppen)-Pauschale führen, gelangen zur Verrechnung, wenn abrechenbare medizinische Einzelleistungen erbracht werden. Werden keine oder nicht abrechenbare medizinische Einzelleistungen (einzelne, nicht in den LDF-Pauschalen abgebildete bzw. nicht zuordenbare Leistungen wie z.B. sonstige Leistungen) erbracht, führen die HDG-Gruppen auf Basis der Hauptdiagnose zur Verrechnung.

In der Tabelle sind die im Jahr 2004 jeweils 20 häufigsten zur Abrechnung gelangten HDG- und MEL-Gruppen ersichtlich. An der Spitze liegt die interventionelle Kardiologie gefolgt von arthroskopischen Eingriffen.

# MEDIKAMENTENVERORDNUNGEN IN OBERÖSTERREICH

## Medikamentenverordnungen in Oberösterreich

Bei der Analyse der Heilmittelverordnungen und der dadurch bedingten Kosten sind mehrere Aspekte zu berücksichtigen:

1. Demographische Aspekte  
Verteilung der Verordnungen nach Alter und Geschlecht insgesamt und in den einzelnen Indikationsgruppen
2. Verordnungen und Kosten einzelner Indikationsgruppen und gesamt  
Welche Indikationsgruppen werden am häufigsten verordnet?  
Welche Indikationsgruppen verursachen die meisten Kosten?
3. Veränderung der Verordnungen und Kosten
4. Einzelne Indikationsgruppen nach Alter und Geschlecht

## Die Indikationsgruppen im Überblick:

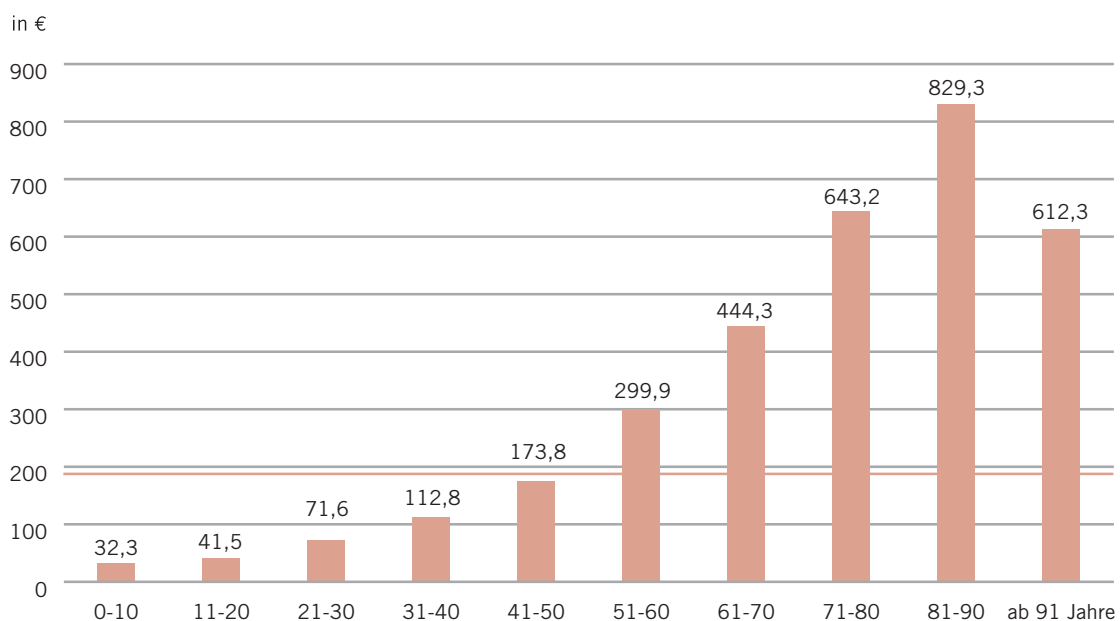
- A Alimentäres System und Stoffwechsel
- B Blut und blutbildende Organe
- C Kardiovaskuläres System
- D Dermatika
- G Urogenitalsystem und Sexualhormone
- H Systemische Hormonpräparate
- J Antiinfektiva zur systemischen Anwendung
- L Antineoplastische und immunmodulierende Mittel
- M Muskel- und Skelettsystem
- N Nervensystem
- P Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien
- R Respirationstrakt
- S Sinnesorgane
- V Varia

### 1. Demographische Aspekte:

Die demographischen Aspekte sind deshalb von besonderer Bedeutung, weil die Heilmittelkosten pro anspruchsberechtigter BürgerIn vom Alter ganz wesentlich abhängen.

### Grafik 1:

Heilmittelkosten pro Anspruchsberechtigten 2005 (nach Altersdekaden, Schnitt € 199,5)



Quellen: Volkszählung, Bevölkerungsfortschreibung und Bevölkerungsprognose (mittlere Variante) der STATISTIK AUSTRIA

Quelle: FOKO, Anspruchsber.: HVB-Statistik Jahresdaten 2005

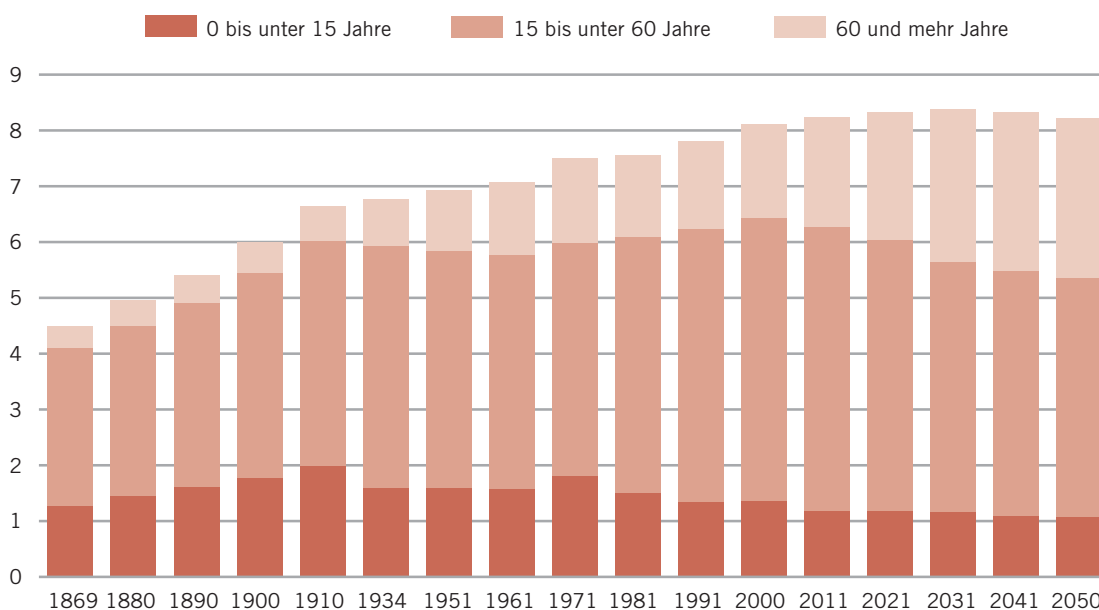
# MEDIKAMENTENVERORDNUNGEN IN OBERÖSTERREICH

Die zu erwartende Bevölkerungsentwicklung in Österreich wird in Anbetracht der obigen Kosten-

konstellation eine Herausforderung für die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems.

## Grafik 2:

Bevölkerung nach breiten Altersgruppen 1869 bis 2050



Quellen: Volkszählungen, Bevölkerungsfortschreibung und Bevölkerungsprognose (mittlere Variante) der STATISTIK AUSTRIA

Die Verteilung der Verordnungen nach Alter und Geschlecht insgesamt macht deutlich, dass der überwiegende Teil der Verordnungen für BürgerInnen älter als 60 Jahre und deutlich überwiegend für Frauen verordnet wird.

Der Anteil der „älteren Semester“ überrascht nicht (nehmen doch mit zunehmendem Alter die chronischen Erkrankungen zu).

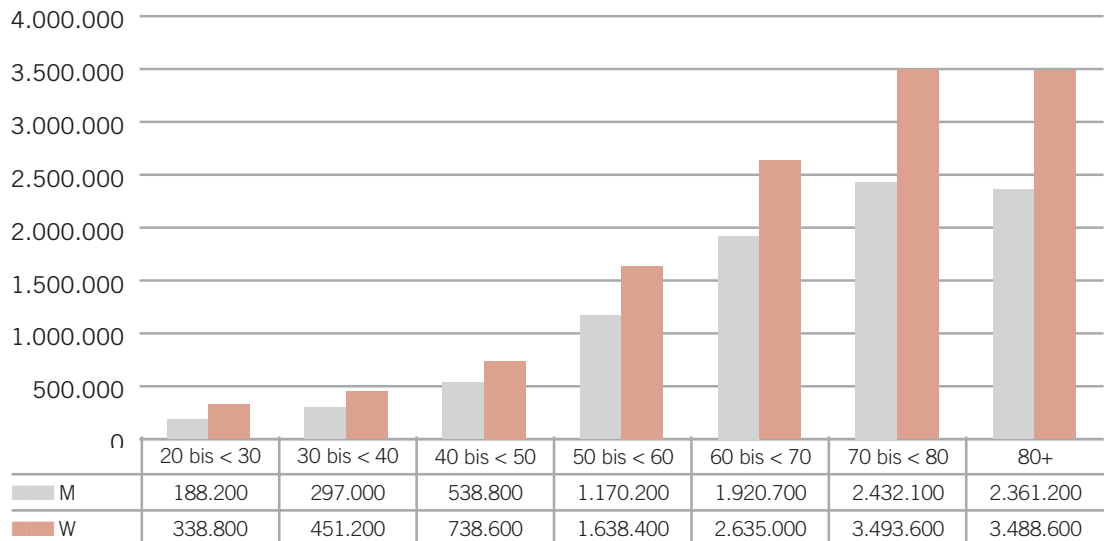
Der deutlich höhere Anteil der Verordnungen bei Frauen überrascht dagegen schon, sind es doch die Frauen, die mit einer deutlich längeren Lebenszeit das scheinbar „gesündere Geschlecht“ sind. Frauen leben im Durchschnitt zwar länger als Männer, haben aber bei vielen Morbiditätsindikatoren eine höhere Krankheitsrate als Männer.

## „Geschlechter-Paradox“ der Gesundheitsforschung:

Frauen haben eine um etwa sieben Jahre höhere Lebenserwartung und eine geringere Mortalitätsrate in jüngeren und mittleren Jahren (bedingt durch die höhere Säuglingssterblichkeit und die Todesursachen im frühen und mittleren Erwachsenenalter auf Grund gesundheitlichen Risikoverhaltens der männlichen Bevölkerung). Die Zahl der bei guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre ist für Frauen und Männer annähernd gleich. Frauen sind unzufriedener mit ihrem Gesundheitszustand und leiden häufiger unter psychischen Krankheiten und psychosomatischen Beschwerden.

Mögliche Gründe für dieses „Medikamenten Ungleichgewicht“ der Geschlechter:

**Grafik 3:**  
Gesamtverbrauch nach Alter und Geschlecht



Verrechnete Medikamentenpackungen 2004; nur Hauptversicherte der ÖÖGKK ab 20 Jahren; gerundet

Quelle: FOKO

### Die Feminisierung des Alters:

Das zunehmend starke Überwiegen des Frauenanteils in den älteren und alten Bevölkerungsgruppen, das sich bei Altersstandardisierung auch innerhalb eines 10-Jahresabstandes auswirkt.

### Sozioökonomische Situation:

Eine Gegenüberstellung der Medianeinkommen von Männern und Frauen im Vergleich zeigt, dass weibliche Beschäftigte rund 60 Prozent des Einkommens von männlichen Beschäftigten erhalten, bei den Alterspensionen ist dieser Unterschied noch größer. Besonders dramatisch wirken sich diese Unterschiede bei Alleinverdienerinnen aus. Gesundheit korreliert mit der sozioökonomischen Situation – Armut macht krank. Der Anteil der arbeitsgefährdeten Frauen ist mit 15 Prozent größer als der der Männer von neun Prozent.

### Soziale Beziehungen:

Auf Grund der höheren Lebenserwartung und der Tatsache, dass Frauen in der Regel ältere Männer heiraten sind sie im Alter wesentlich häufiger verwitwet und auf sich allein gestellt als Männer.

### Bildung:

Heute ältere Frauen hatten deutlich schlechtere Chancen einen höheren Bildungsabschluss zu erreichen als die heute älteren Männer, was sich im Alter unter anderem in Ungleichheiten in der Verteilung von Gesundheitschancen äußern kann.

### Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen:

Obwohl sich die Gesamt-Lebenszeitprävalenz für psychische Erkrankungen bei Männern und Frauen nicht unterscheidet, finden sich geschlechtstypische Muster. Frauen leiden häufiger als Männer an Depressionen, Angst-, Zwangs- und Essstörungen, Männer hingegen häufiger unter psychischen Störungen im Zusammenhang mit Alkohol und Drogen.

### Inanspruchnahme des Gesundheitssystems:

Männer nutzen das Medizinsystem weniger häufig als Frauen, sie konzentrieren sich stärker als Frauen auf körperliche Probleme und enthüllen seltener psychische und emotionale Schwierigkeiten. Frauen bekommen deutlich mehr Medika-

## MEDIKAMENTENVERORDNUNGEN IN OBERÖSTERREICH

mente verschrieben als Männer, je nach Alter bis zu 70 Prozent mehr (besonders deutlich bei Antidepressiva). Männer verstehen das Erwähnen von Beschwerden oft als Schwäche, während Frauen diese Äußerungen zugestanden werden.

### „Medikalisierung“ des weiblichen Lebenslaufes:

Frauen sind „von der Wiege bis zur Bahre“ in laufendem Kontakt mit dem Gesundheitssystem. Empfängnisverhütung, Schwangerschaft, Menopause, ...; früher als natürlich empfundene Änderungen im Lebenszyklus einer Frau werden zunehmend pathologisiert, medizinisch überwacht und therapiert (z.B. Hormonersatztherapie bei Wechselbeschwerden).

### Multimorbidität im Alter:

Auf Grund der längeren Lebenserwartung sind überwiegend Frauen betroffen. Für Frauen werden insgesamt mehr medizinische Diagnosen gestellt. Sie neigen stärker zu chronischen Leiden wie Osteoporose, Osteoarthrose und Herzinsuffizienz, während bei Männern häufiger Herzinfarkte und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen auftreten, also potenziell lebensbedrohlichere Zustände.

### Arbeitsteilung in der Familie:

Die durchschnittliche Gesamtarbeitszeit von Frauen (Haushalt, Kindererziehung, Erwerbstätigkeit) ist um rund 16 Stunden pro Woche mehr als die der Männer.

### Frauen als pflegende Angehörige:

Der überwiegende Teil der Pflege findet im familiären Umfeld statt. Trotz zunehmender Erwerbstätigkeit von Frauen wird diese Pflege vornehmlich von Frauen erbracht (8,5 Prozent der Frauen und 4,7 Prozent der Männer leisten Hilfs- und Pflegeleistungen). Frauen sind das „hilfreiche Geschlecht“, das im Alltag sich selbst, seiner Familie und seiner sozialen Umwelt hilft.

### Fazit:

Gesundheitliche Ungleichheiten lassen sich auch und vor allem auf geschlechtsspezifisch akzentuierte Lebenssituationen zurückführen (z.B. auf einen höheren Anteil von Witwen, das schlechte Bildungsniveau von älteren Frauen, die schlechtere finanzielle Situation). Gesundheit ist immer ein Produkt der Lebensgeschichte, Lebenssituation und Lebensweise.

# MEDIKAMENTENVERORDNUNGEN IN OBERÖSTERREICH

## 2. Verordnungen und Kosten einzelner Indikationsgruppen und gesamt

In Bezug auf Verordnungen und Kosten sind die drei wichtigsten Indikationsbereiche:

- C Kardiovaskuläres System
- N Nervensystem
- A alimentäres System und Stoffwechsel

**Tabelle 1:**  
Verordnungen und Kosten aller Indikationsgruppen

ATC 1-stellig	Bezeichnung	Packungen**	Kosten (€)	Packungen je 100.000 Vers.**	Kosten je 100.000 Vers. (€)**	Packungen %	Kosten %
n.z.	nicht zuordenbar*	1.024.000	12.256.000	91.000	1.088.400	9	6
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	1.696.000	29.420.000	150.600	2.612.700	14	13
B	Blut und blutbildende Organe	288.000	12.177.000	25.600	1.081.400	2	5
C	Kardiovaskuläres System	3.113.000	42.406.000	276.400	3.765.800	27	19
D	Dermatika	336.000	3.238.000	29.900	287.500	3	1
G	Urogenitalsystem und Sexulhormone	387.000	5.955.000	34.400	528.900	3	3
H	Systemische Hormonpräparate, exklusive Sexualhormone	237.000	4.276.000	21.000	379.700	2	2
J	Antinfektiva zur systemischen Anwendung	798.000	17.986.000	70.900	1.597.300	7	8
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	113.000	24.864.000	10.000	2.208.000	1	11
M	Muskel- und Skelettsystem	1.078.000	13.795.000	95.700	1.225.100	9	6
N	Nervensystem	1.630.000	39.444.000	144.700	3.502.800	14	18
P	Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien	14.000	97.000	1.300	8.600	0	0
R	Respirationstrakt	811.000	13.996.000	72.000	1.242.900	7	6
S	Sinnesorgane	199.000	2.394.000	17.700	212.600	2	1
V	Varia	9.000	227.000	800	20.200	0	0
	<b>Gesamt</b>	<b>11.733.000</b>	<b>222.531.000</b>	<b>1.042.000</b>	<b>19.761.700</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Verrechnete Medikamentenpackungen und Kosten 2005 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig)

\* z.B. magistrale Zubereitung etc.

\*\* gerundet

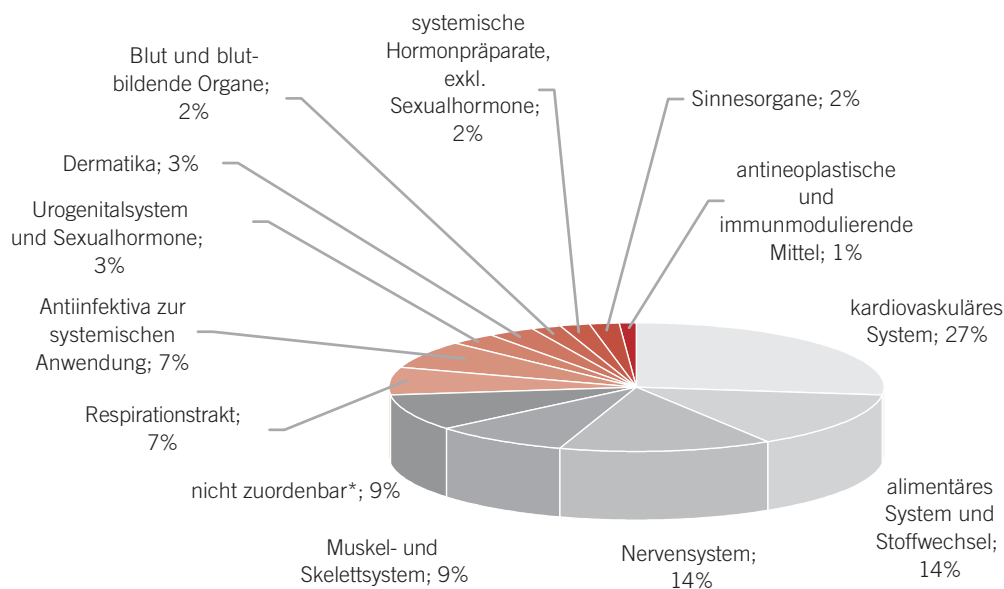
Quelle: FOKO



# MEDIKAMENTENVERORDNUNGEN IN OBERÖSTERREICH

**Grafik 4:**

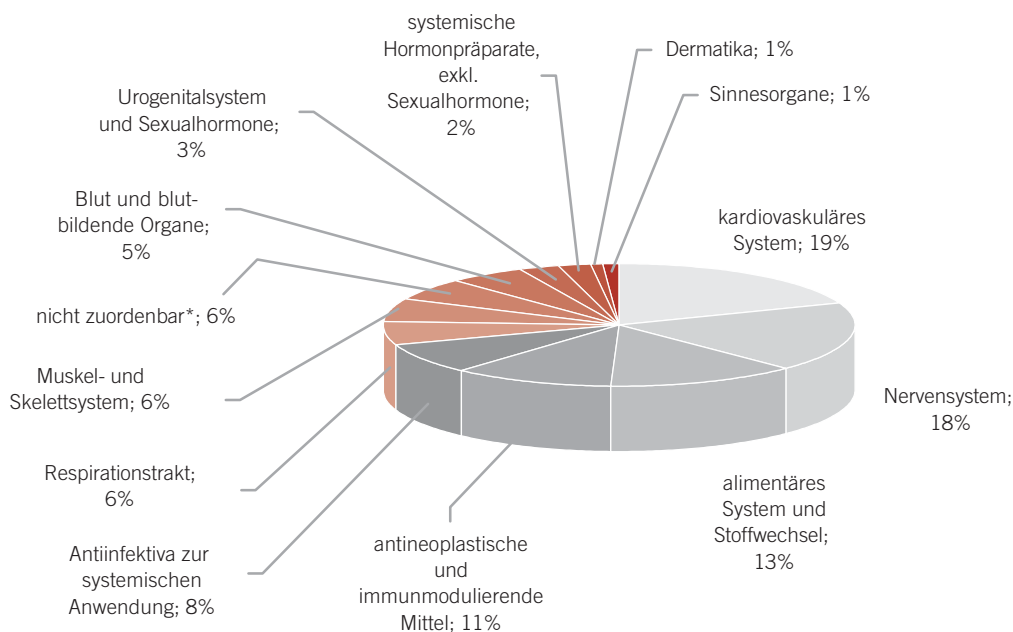
Verrechnete Medikamentenpackungen 2005 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig)



\*z.B. magistrale Zubereitung etc.  
Quelle: FOKO

**Grafik 5:**

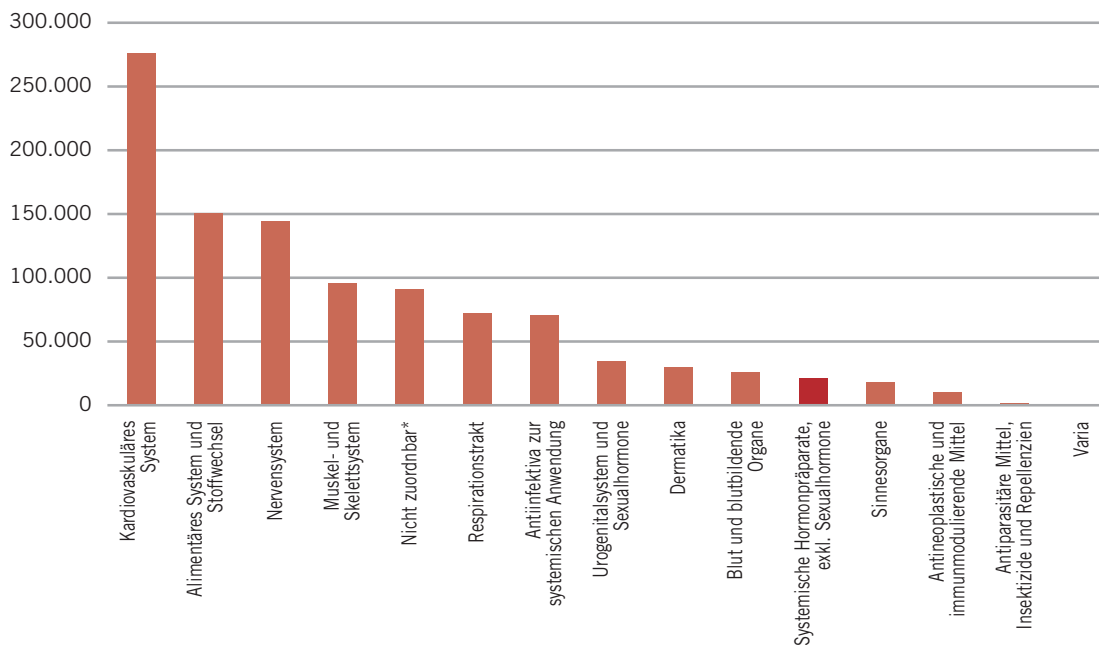
Kosten für Medikamentenverordnungen 2005 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig)



\*z.B. magistrale Zubereitung etc.  
Quelle: FOKO

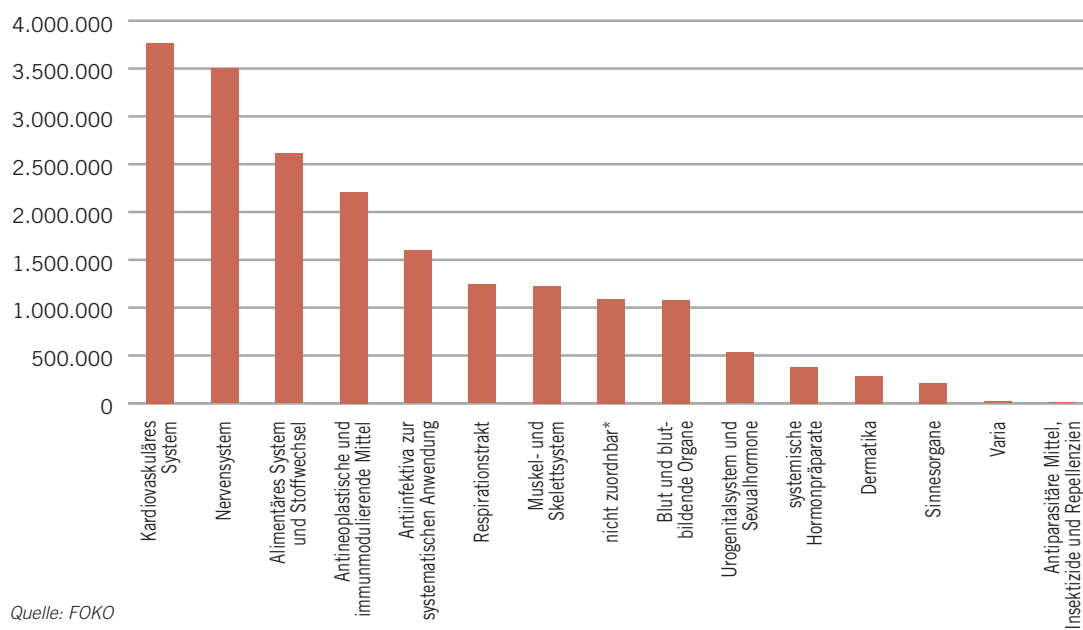
# MEDIKAMENTENVERORDNUNGEN IN OBERÖSTERREICH

**Grafik 6:**  
Packungen je 100.000 Versicherten nach Indikationsgruppen



Quelle: FOKO

**Grafik 7:**  
Kosten je 100.000 Versicherten nach Indikationsgruppen



Quelle: FOKO

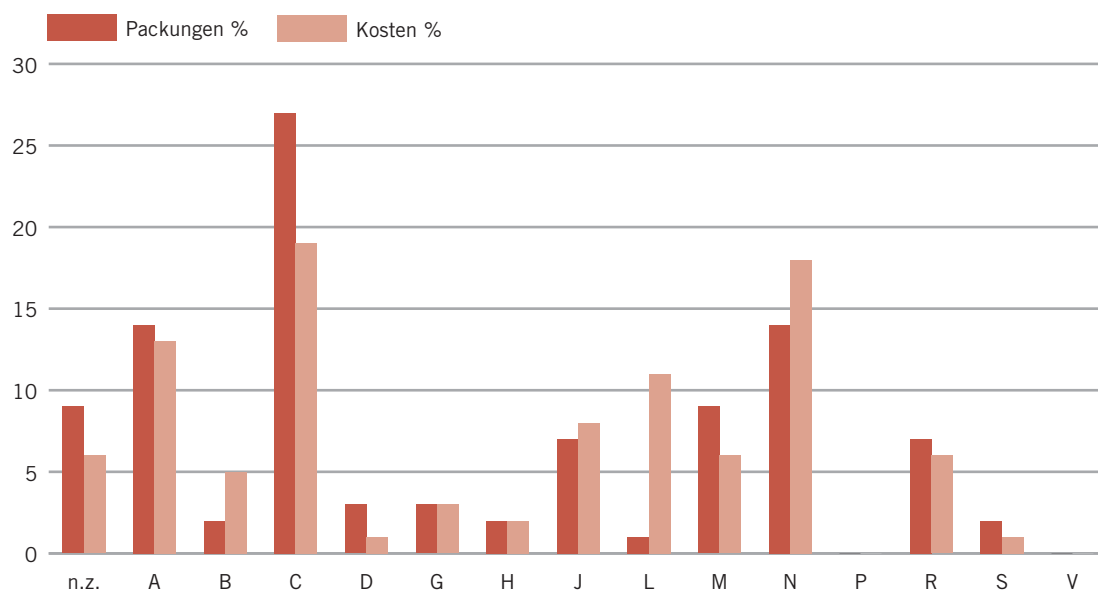
# MEDIKAMENTENVERORDNUNGEN IN OBERÖSTERREICH

Besonders hohe Kosten/Verordnung weisen jene Gruppen auf, deren Kostenanteil deutlich über dem Verordnungsanteil liegt:

- N Nervensystem
- L antineoplastische und immunmodulierende Mittel
- J Antiinfektiva zur systemischen Anwendung

## Grafik 8:

Prozentueller Anteil Anatomischer ATC-Gruppen an den Kosten und an den verordneten Packungen



Verrechnete Medikamentenpackungen und Kosten 2005 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig)  
Quelle: FOKO

### 3. Veränderung der Verordnungen und Kosten:

Die Kostensteigerungen im Heilmittelbereich sind in den Jahren 2004 und 2005 auf Grund von österreichweit vereinbarten Abkommen mit Apotheken, Großhandel und Pharmafirmen nur sehr moderat gestiegen (null bzw. drei Prozent), diese Abkommen wirken aber nur kurzfristig. Im langjährigen Verlauf kommt es jährlich durchschnittlich zu einer Steigerungsrate der Heilmittelkosten von sechs bis sieben Prozent, auch für das Jahr 2006 kündigt sich eine Steigerung in dieser Größenordnung an.

Die Verantwortlichen in der oberösterreichischen Ärzteschaft und in der OÖ Gebietskrankenkasse

haben erkannt, dass dieses Problem nur durch positive Strategien nachhaltig gelöst werden kann. Im „Arzneidialog Oberösterreich“ wird die Versorgung mit Arzneimitteln kritisch aber konstruktiv analysiert und Veränderungen werden gemeinsam – im Dialog – geplant.

Im Vorwort zur daraus entstandenen Publikation „Arzneidialog – Qualität und Ökonomie in der Arzneimitteltherapie“ schreibt daher auch die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen:

*Der Anfang 1999 in Oberösterreich gestartete „Arzneidialog“ hat eindrucksvoll gezeigt, dass in der Arzneimitteltherapie Qualität und Ökonomie keine Gegensätze sind. In den zahlreichen Einzelprojekten des Arzneidialoges konnte die Ausgaben-*

## MEDIKAMENTENVERORDNUNGEN IN OBERÖSTERREICH

dynamik bei den Arzneimitteln eingebremst werden, ohne dass dies zu Nachteilen für die Patientinnen und Patienten geführt hätte. Ganz im Gegenteil, durch eine sorgfältige Prüfung der evidenzbasierten Literatur konnten Empfehlungen entwickelt werden, die sich positiv auf die Qualität der Arzneimitteltherapie ausgewirkt haben. Nicht umsonst

wurde der in Oberösterreich entwickelte Arzneidiagnostik vom Gesetzgeber als eine verpflichtende Maßnahme für sämtliche österreichischen sozialen Krankenversicherungsträger vorgeschrieben. Möglich war dies aufgrund der Bildung einer tragfähigen Kommunikationskultur zwischen Ärztekammer und Gebietskrankenkasse.

Die Veränderungen der Verordnungen lässt von 2004 auf 2005 eine besondere Dynamik in folgenden Gruppen erkennen:

- A Alimentäres System und Stoffwechsel
- J Antiinfektiva zur systemischen Anwendung
- N Nervensystem
- R Respirationstrakt

**Tabelle 2:**  
Veränderungen der Verordnungsmenge (Packungen absolut)

ATC1	Packungen**			Veränderung (%)	
	2003	2004	2005	2003–04	2004–05
nicht zuordenbar*	1.156.000	996.000	1.024.000	-14	3
A	1.457.000	1.580.000	1.696.000	8	7
B	354.000	329.000	288.000	-7	-12
C	2.911.000	3.054.000	3.113.000	5	2
D	418.000	368.000	336.000	-12	-8
G	494.000	413.000	387.000	-17	-6
H	236.000	231.000	237.000	-2	2
J	743.000	717.000	798.000	-4	11
L	106.000	110.000	113.000	3	3
M	1.048.000	1.086.000	1.078.000	4	-1
N	1.476.000	1.568.000	1.630.000	6	4
P	16.000	14.000	14.000	-13	0
R	768.000	770.000	811.000	0	5
S	208.000	197.000	199.000	-6	1
V	9.000	10.000	9.000	9	-7
<b>Gesamt</b>	<b>11.403.000</b>	<b>11.442.000</b>	<b>11.733.000</b>	<b>0</b>	<b>3</b>

Verrechnete Medikamentenpackungen und Kosten 2003 bis 2005 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig)

\*z.B. magistrale Zubereitung etc.

\*\* gerundet

Quelle: FOKO

## MEDIKAMENTENVERORDNUNGEN IN OBERÖSTERREICH

Die Veränderung der Kosten ist von 2004 auf 2005 zusätzlich zu den oben genannten noch in folgenden Indikationsgruppen besonders hoch (bedingt durch einen besonderen Anstieg bei den Kosten pro Verordnung):

L Antineoplastische und immunmodulierende Mittel  
S Sinnesorgane

**Tabelle 3:**  
*Veränderungen Kosten (absolut)*

ATC1	Kosten (Euro)**			Veränderung (%)	
	2003	2004	2005	2003-04	2004-05
nicht zuordenbar*	16.510.000	14.281.000	12.256.000	-13	-14
A	25.743.000	27.447.000	29.420.000	7	7
B	12.095.000	12.162.000	12.177.000	1	0
C	47.486.000	43.139.000	42.406.000	-9%	-2
D	4.232.000	3.727.000	3.238.000	-12	-13
G	7.065.000	6.136.000	5.955.000	-13	-3
H	4.919.000	4.438.000	4.276.000	-10	-4
J	17.643.000	16.685.000	17.986.000	-5	8
L	21.116.000	21.822.000	24.864.000	3	14
M	15.749.000	15.982.000	13.795.000	1	-14
N	35.917.000	36.721.000	39.444.000	2	7
P	118.000	97.000	97.000	-17	-1
R	12.904.000	12.763.000	13.996.000	-1	10
S	2.425.000	2.266.000	2.394.000	-7	6
V	227.000	229.000	227.000	1	-1
<b>Gesamt</b>	<b>224.151.000</b>	<b>217.897.000</b>	<b>222.531.000</b>	<b>-3</b>	<b>2</b>

Verrechnete Medikamentenpackungen und Kosten 2003 bis 2005 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig)

\*z.B. magistrale Zubereitung etc.

\*\* gerundet

Quelle: FOKO

## 4. Einzelne Indikationsgruppen nach Alter und Geschlecht:

Besonders ausgeprägt ist die höhere Verordnungszahl bei Frauen in folgenden Indikationsgruppen:

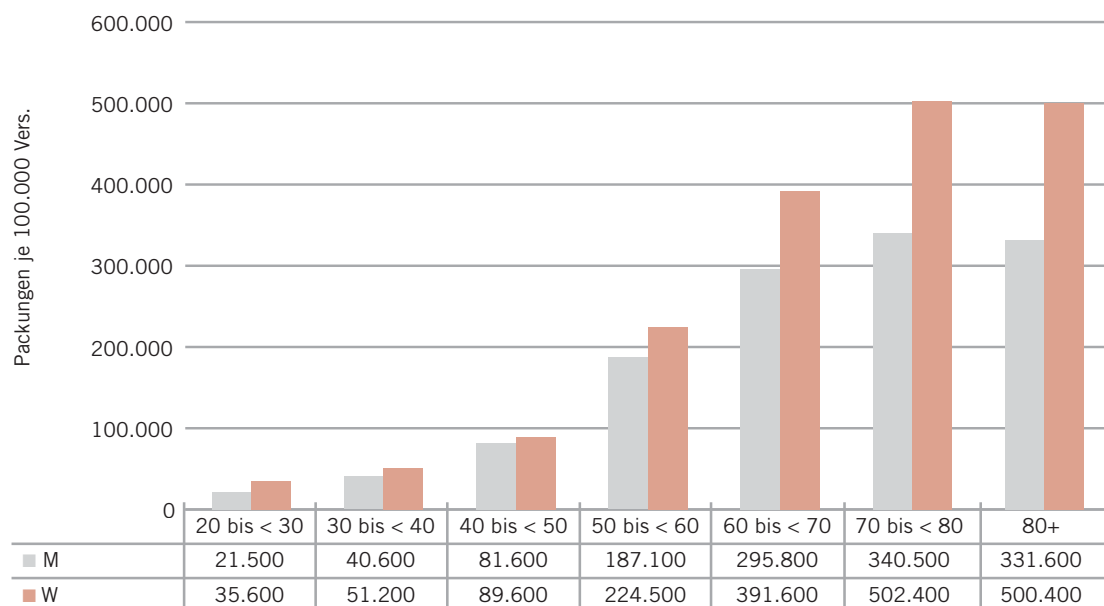
- A Alimentäres System und Stoffwechsel
- C Kardiovaskuläres System (bei Frauen älter als 60)
- D Dermatika
- G Urogenitalsystem und Sexualhormone (bei Frauen jünger als 70)
- H Systemische Hormonpräparate
- M Muskel- und Skelettsystem
- N Nervensystem
- S Sinnesorgane

Männer weisen nur in wenigen Indikationsgruppen und da oft nur in speziellen Altersgruppen höhere Verordnungszahlen als Frauen auf:

- G Urogenitalsystem und Sexualhormone (bei Männern älter als 70) auf Grund von Prostataerkrankungen
- R Respirationstrakt (wahrscheinlich bedingt durch den in der Vergangenheit deutlich höheren Raucheranteil bei Männern – mit zunehmendem Nikotinkonsum der Frauen ist hier ein „Aufholen“ der Frauen im negativen Sinn zu erwarten)

### A Alimentäres System und Stoffwechsel

*Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen des Magen-Darmtraktes*

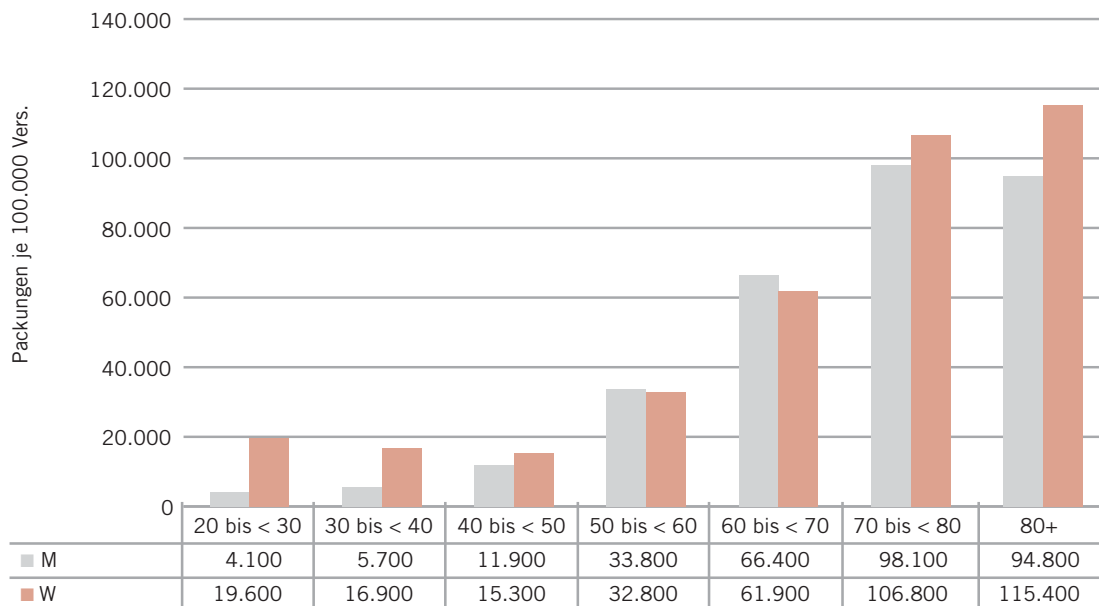


Verrechnete Medikamentenpackungen 2004 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig); nur Hauptversicherte der OÖGKK ab 20 Jahren; gerundet. Quelle: FOKO

# MEDIKAMENTENVERORDNUNGEN IN OBERÖSTERREICH

## B Blut und blutbildende Organe

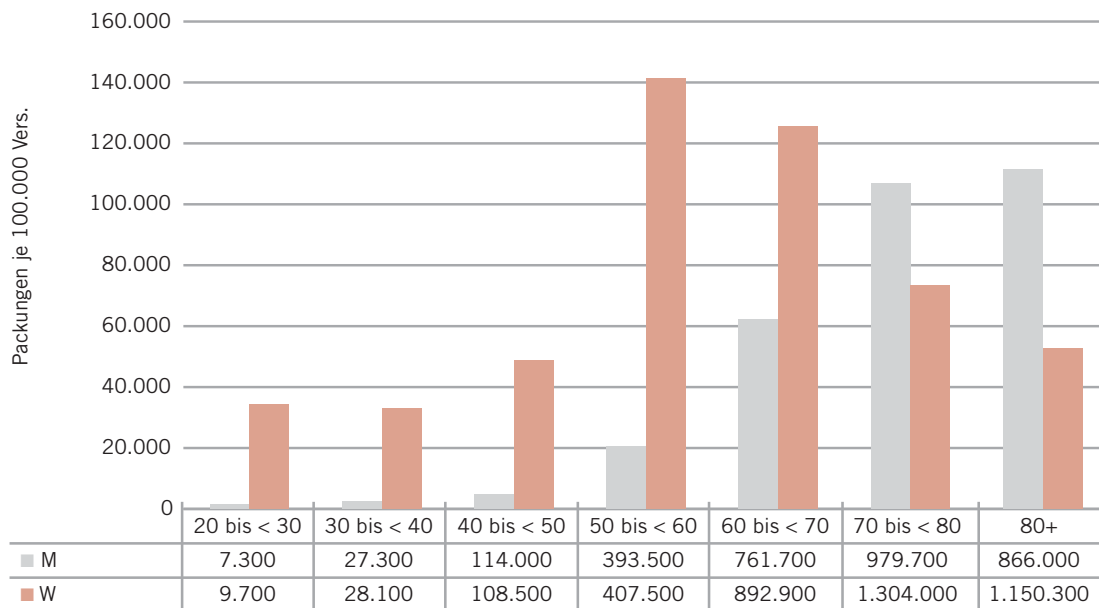
Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen des Blutes und der blutbildenden Organe



Verrechnete Medikamentenpackungen 2004 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig); nur Hauptversicherte der OÖGKK ab 20 Jahren; gerundet. Quelle: FOKO

## C Kardiovaskuläres System

Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen von Herz- und Gefäßsystem, z.B. gegen Bluthochdruck und Herzinsuffizienz

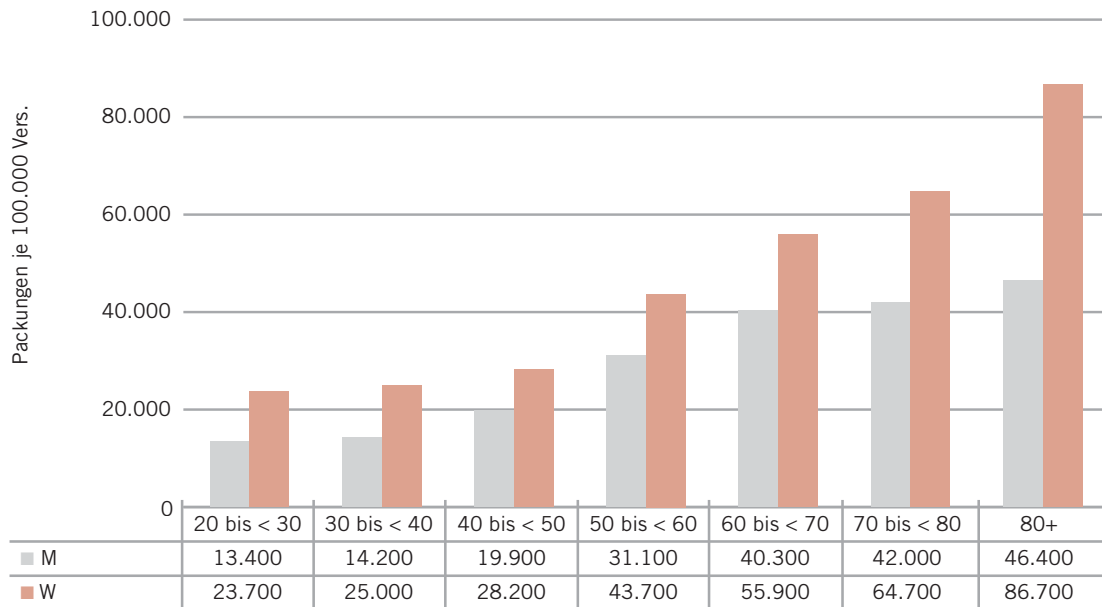


Verrechnete Medikamentenpackungen 2004 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig); nur Hauptversicherte der OÖGKK ab 20 Jahren; gerundet. Quelle: FOKO

## MEDIKAMENTENVERORDNUNGEN IN OBERÖSTERREICH

### D Dermatika

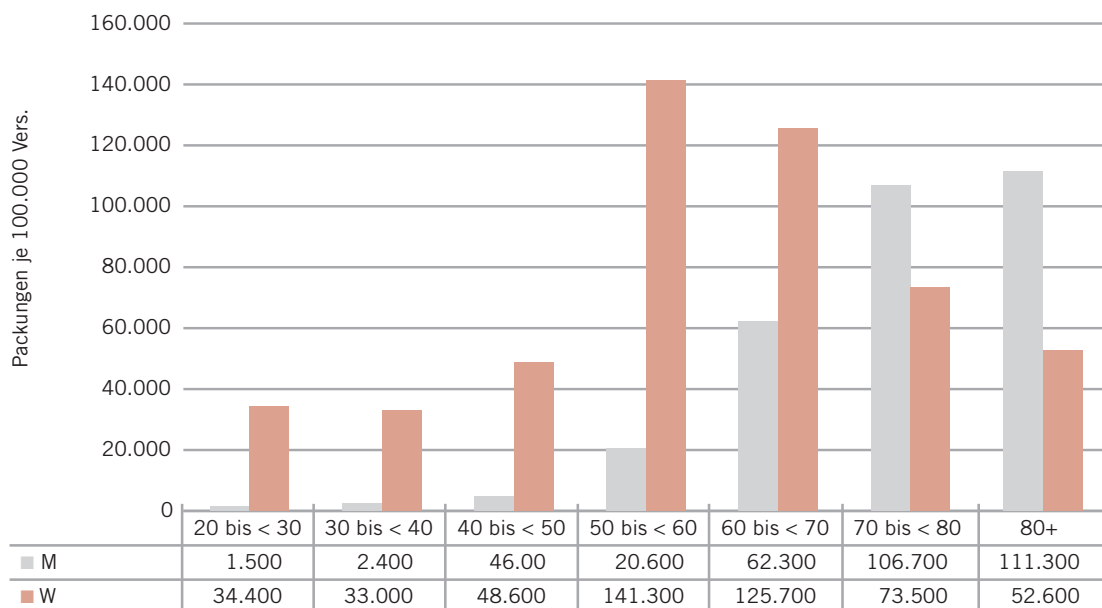
Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen der Haut



Verrechnete Medikamentenpackungen 2004 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig); nur Hauptversicherte der OÖGKK ab 20 Jahren; gerundet. Quelle: FOKO

### G Urogenitalsystem und Sexualhormone

Heilmittel zur Behandlung von gynäkologischen und urologischen Erkrankungen und Sexualhormone



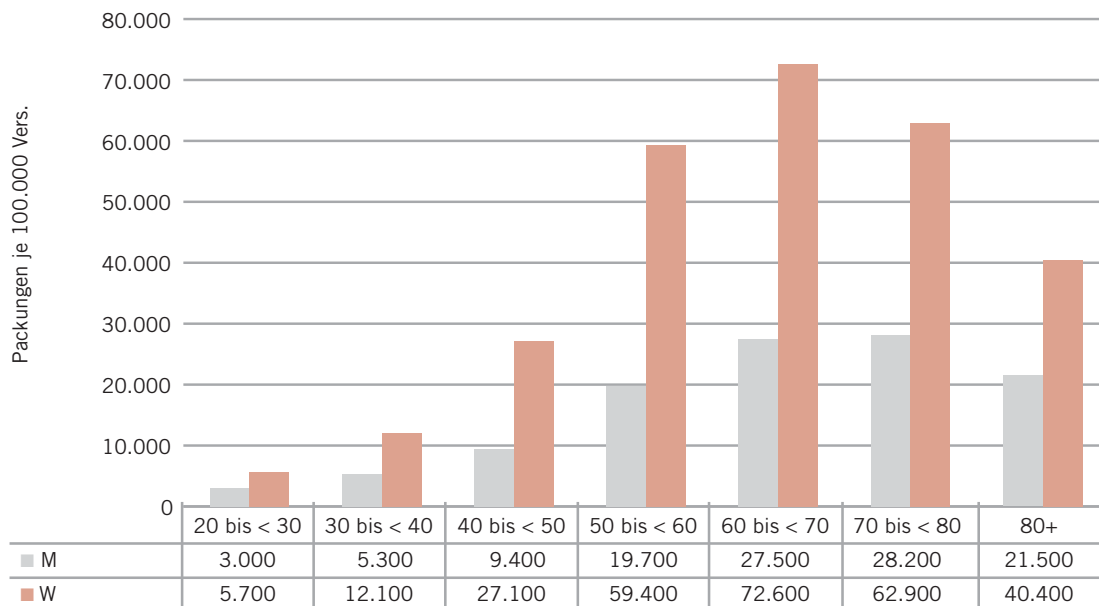
Verrechnete Medikamentenpackungen 2004 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig); nur Hauptversicherte der OÖGKK ab 20 Jahren; gerundet. Quelle: FOKO



# MEDIKAMENTENVERORDNUNGEN IN OBERÖSTERREICH

## H Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone

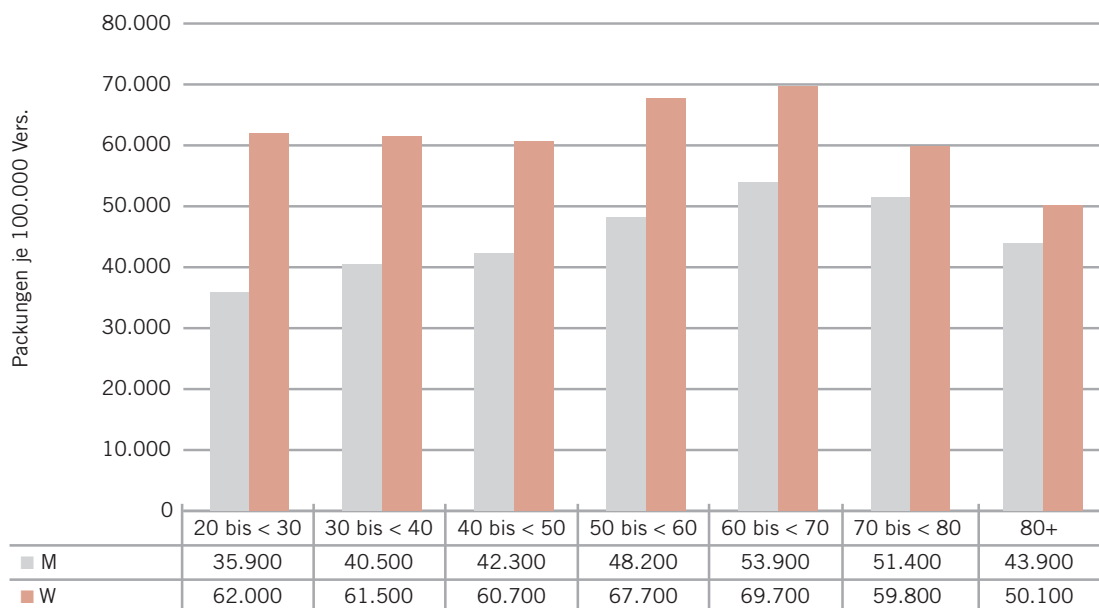
Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen, die zu Hormonstörungen führen (mit Ausnahme der Sexualhormone)



Verrechnete Medikamentenpackungen 2004 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig); nur Hauptversicherte der OÖGKK ab 20 Jahren; gerundet. Quelle: FOKO

## J Antinfektiva zur systemischen Anwendung

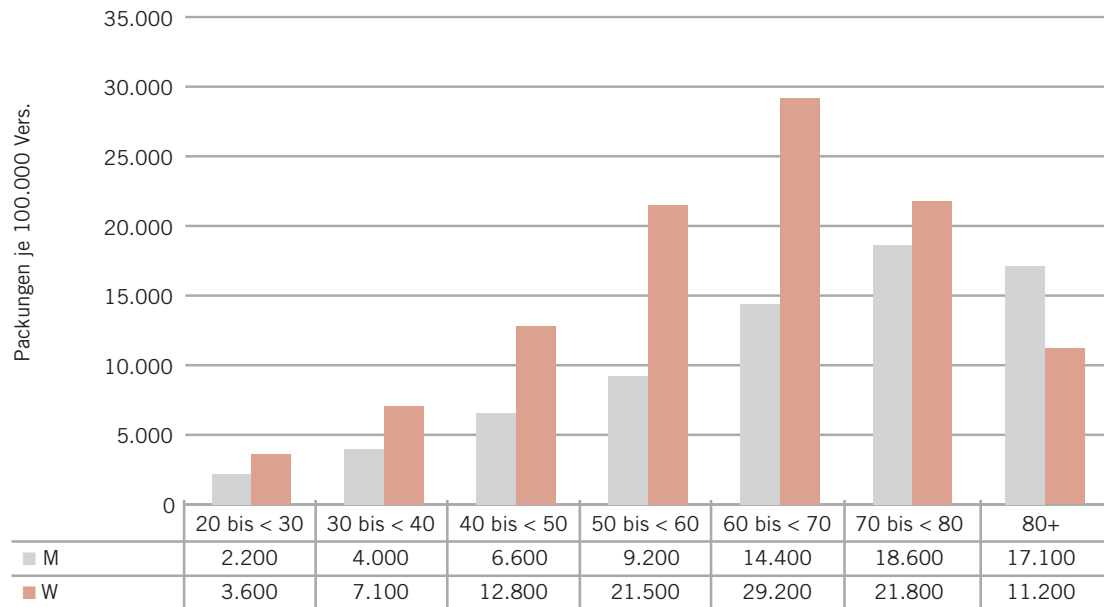
Heilmittel zur Behandlung von Infektionen (z. B. Antibiotika, antivirale Medikamente, Immunglobuline)



Verrechnete Medikamentenpackungen 2004 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig); nur Hauptversicherte der OÖGKK ab 20 Jahren; gerundet. Quelle: FOKO

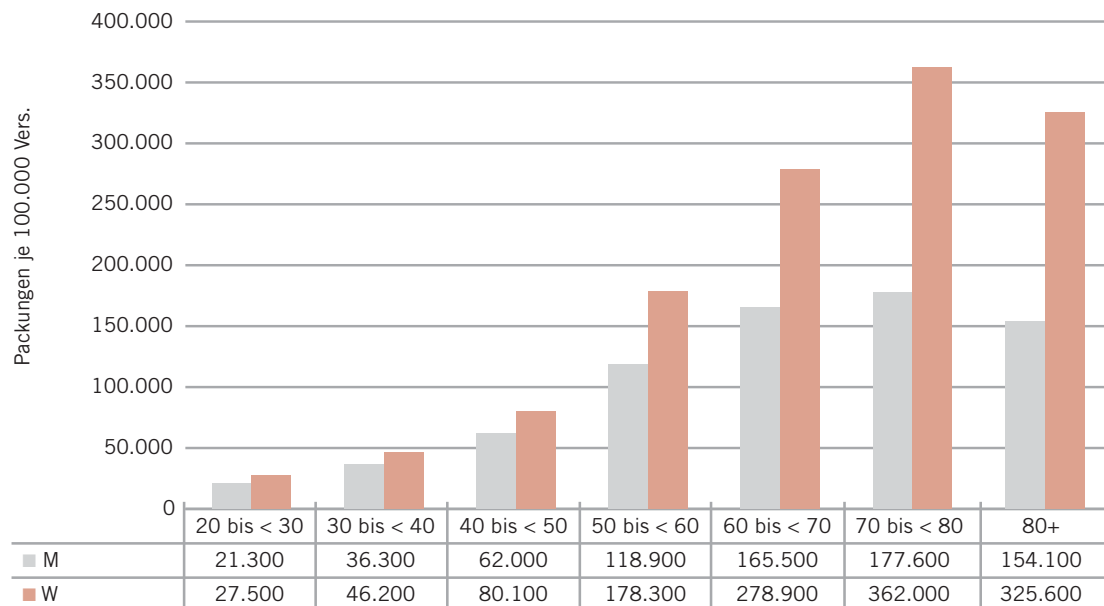
## MEDIKAMENTENVERORDNUNGEN IN OBERÖSTERREICH

### L Antineoplastische und Immunmodulierende Mittel Heilmittel zur Behandlung von Krebserkrankungen



Verrechnete Medikamentenpackungen 2004 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig); nur Hauptversicherte der OÖGKK ab 20 Jahren; gerundet. Quelle: FOKO

### M Muskel- und Skelettsystem Heilmittel zur Behandlung von Muskel- und Skeletterkrankungen (z. B. Gelenksentzündungen, Gicht, Osteoporose)

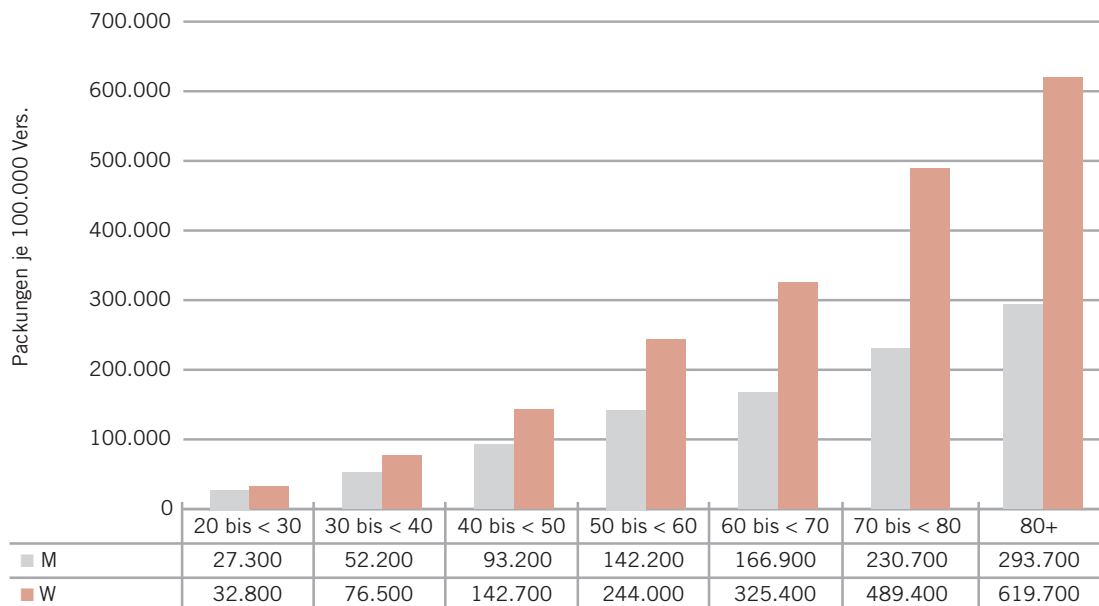


Verrechnete Medikamentenpackungen 2004 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig); nur Hauptversicherte der OÖGKK ab 20 Jahren; gerundet. Quelle: FOKO

# MEDIKAMENTENVERORDNUNGEN IN OBERÖSTERREICH

## N Nervensystem

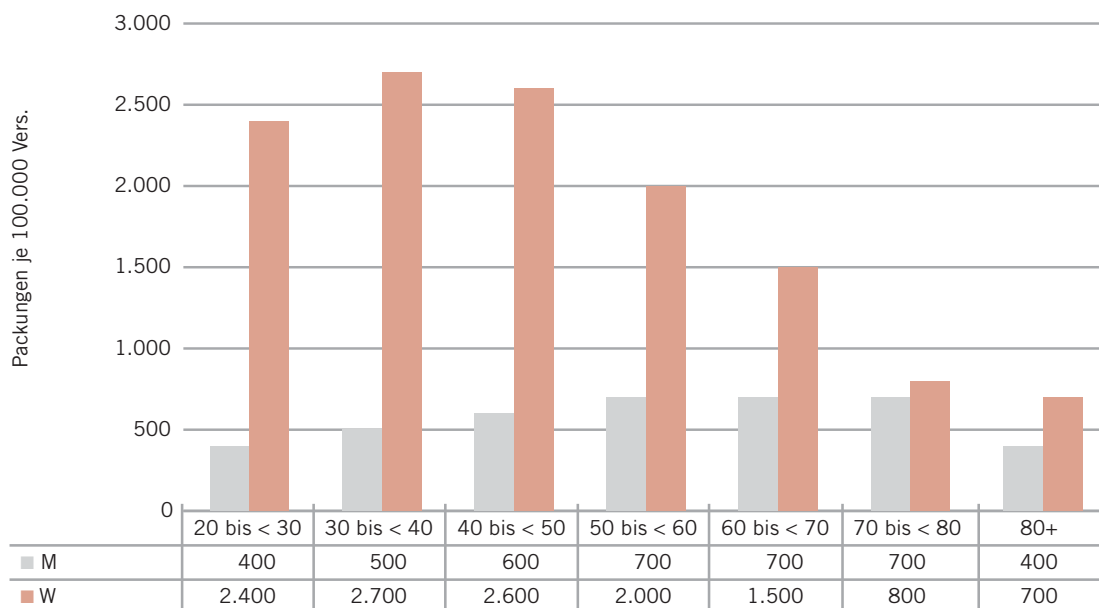
Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen des neurologisch/psychiatrischen Bereiches (z.B. Schmerzmittel, Mittel gegen Migräne, Epilepsie, Parkinson, Psychosen, Depression, Demenz, Suchterkrankungen)



Verrechnete Medikamentenpackungen 2004 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig); nur Hauptversicherte der OÖGKK ab 20 Jahren; gerundet. Quelle: FOKO

## P Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien

Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen durch Parasiten und Insektenbefall

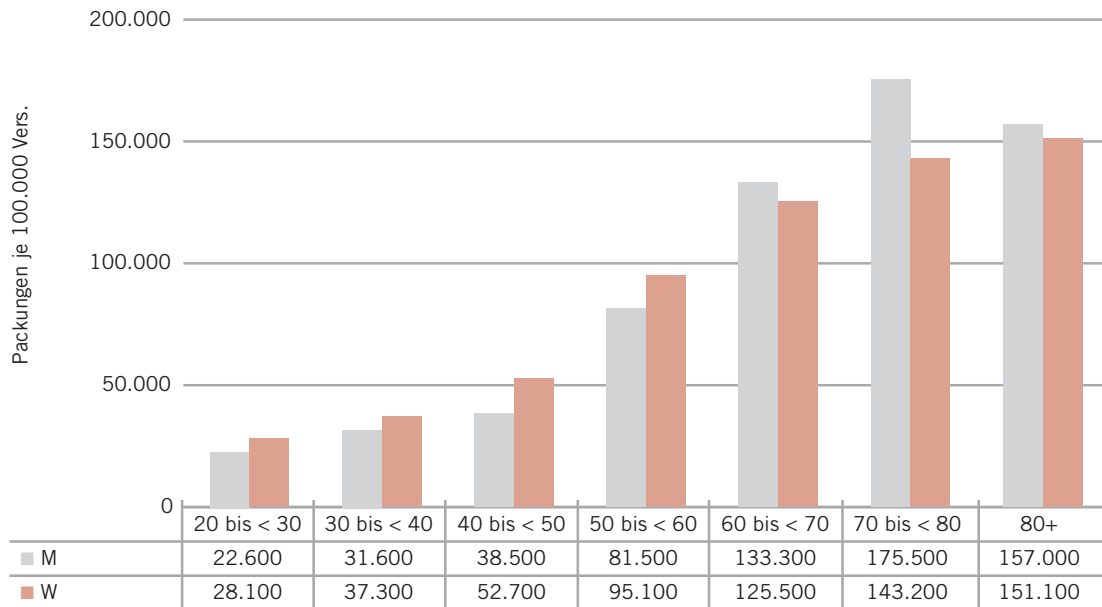


Verrechnete Medikamentenpackungen 2004 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig); nur Hauptversicherte der OÖGKK ab 20 Jahren; gerundet. Quelle: FOKO

## MEDIKAMENTENVERORDNUNGEN IN OBERÖSTERREICH

### R Respirationstrakt

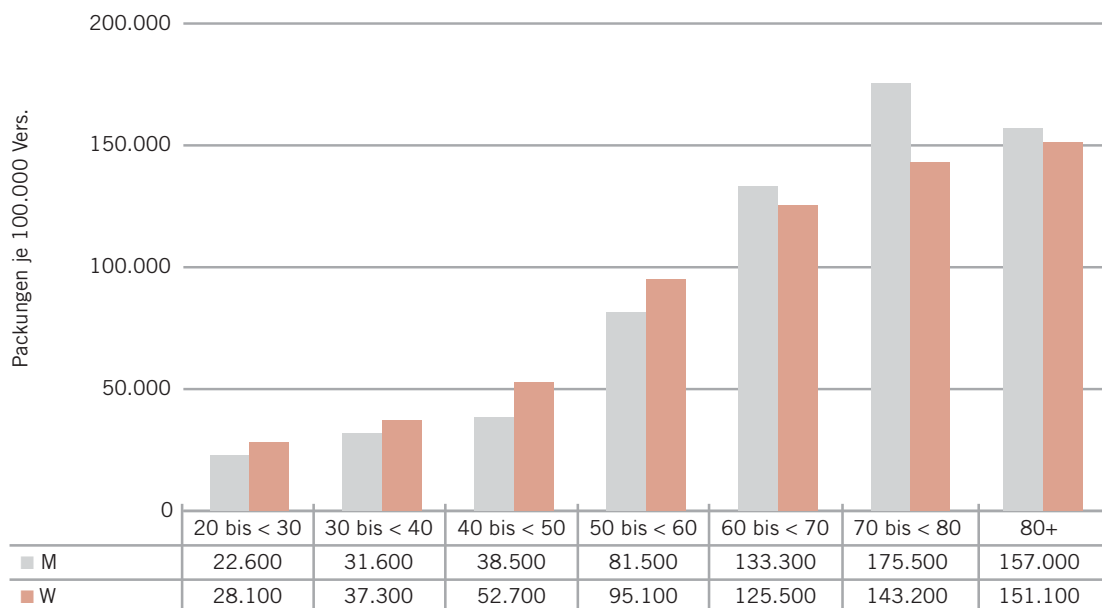
Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen des Hals-Nasen-Rachenraumes und der Lunge



Verrechnete Medikamentenpackungen 2004 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig); nur Hauptversicherte der OÖGKK ab 20 Jahren; gerundet. Quelle: FOKO

### S Sinnesorgane

Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen von Augen und Ohren

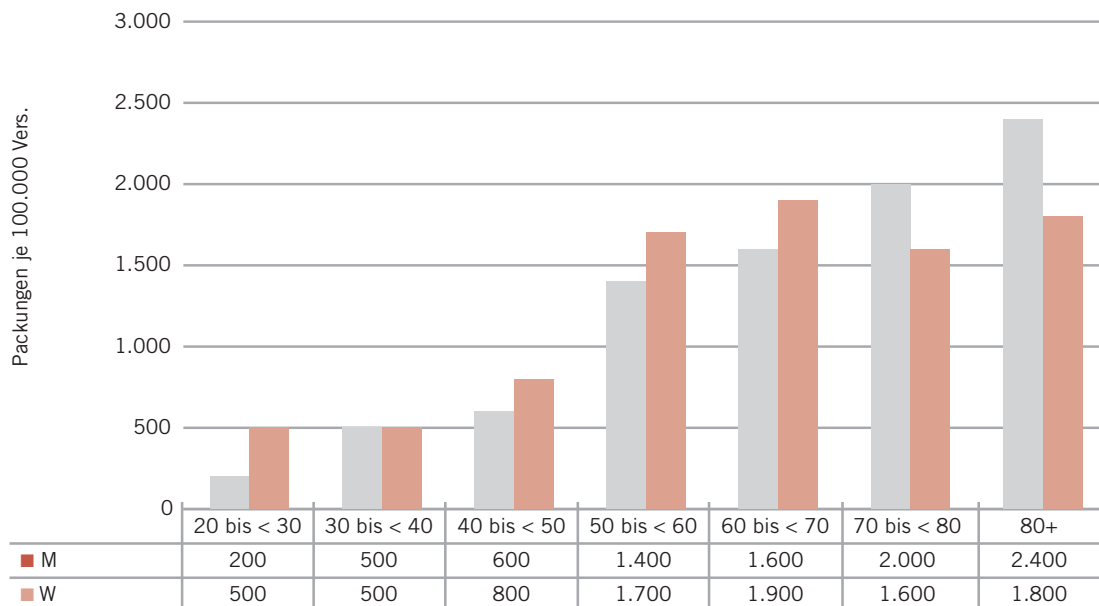


Verrechnete Medikamentenpackungen 2004 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig); nur Hauptversicherte der OÖGKK ab 20 Jahren; gerundet. Quelle: FOKO

# MEDIKAMENTENVERORDNUNGEN IN OBERÖSTERREICH

## V Varia

Sammelgruppe aus unterschiedlichen Bereichen, z. B. Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen durch Allergien, Diagnostika, Kontrastmittel und Wundverbände



Verrechnete Medikamentenpackungen 2004 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig); nur Hauptversicherte der OÖGKK ab 20 Jahren; gerundet. Quelle: FOKO

### Literatur:

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen: Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005, <http://www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0330&doc=CMS1114154451979>.

Hurrelmann K., Kolip Petra: Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, Männer und Frauen im Vergleich, nähere Info: <http://www.amazon.de/exec/obidos/ASIN/3456836910/302-8397674-8716062>.

Meggeneder O., Schweningner O.: Arzneidialog, Qualität und Ökonomie in der Arzneimitteltherapie, Hrsg. Ärztekammer für ÖÖ.

## Pflegegeldverteilung in Oberösterreich

Die Pflegebedürftigkeit drückt sich unter anderem in der Zahl der Personen mit Bezug von Pflegegeld aus. Zum Stichtag 31. 12. 2004 bezogen in Oberösterreich 61.379 Personen Bundes- oder Landespflegegeld. Der überwiegende Teil davon war über 60 Jahre alt – 82,8 Prozent. Davon waren wiederum der größte Anteil BezieherInnen von Bundespflegegeld – 92 Prozent der Personen, die zum Stichtag Pflegegeld bezogen und über 60 Jahre alt waren, bezogen Pflegegeld des Bundes. Unter den pflegebedürftigen Personen in Oberösterreich ist die überwiegende Mehrheit weiblich – 68 Prozent. Der Frauenanteil unter den Personen mit Bezug von Pflegegeld steigt, je älter die Personen sind. Sowohl beim Landes- als auch beim Bundespflegegeld beziehen jeweils die meisten Personen Pflegegeld der Stufe II – 35 bis 37 Prozent. Sowohl absolut als auch relativ beziehen die wenigsten Personen Pflegegeld der Stufen VI und VII. Darüber hinaus gibt es Personen, die ohne Bezug von Pflegegeld ebenfalls einer Begleitung und Betreuung bedürfen. Die Zahl der Personen mit Betreuungsbedarf liegt demnach über den rund 61.400 Personen mit Bezug von Pflegegeld.

Bei Einführung des Pflegegeldes bezogen rund 44.000 Personen Pflegegeld (Stand Juli 1994). Gegenüber den im Jahr 2004 im Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge ausgewiesenen Personen mit Pflegegeldbezug bedeutet dies eine Steigerung um 39 Prozent, wobei diese Steigerung zum überwiegenden Teil auf die Zunahme der Personen mit Bezug von Bundespflegegeld zurückzuführen ist. Während in der Statistik vom Juli 1994 36.433 Personen in OÖ mit Bundespflegegeld aufscheinen, steigt die Zahl in der Statistik von 2004 auf 52.676 an, das entspricht einer Steigerung von 44,6 Prozent.

Vergleicht man die Verteilung der Personen mit Pflegegeldbezug in Gesamt-Oberösterreich mit den stationären und mobilen Betreuungsstatistiken, zeigt sich, dass die Alten- und Pflegeheime in unserem Bundesland vor allem Personen mit Bezug des Pflegegeldes ab Stufe III begleiten und betreuen. Damit bestätigen die vorliegenden Daten die bereits 1994 eingeleitete und im Bedarfs- und Entwicklungsplan festgelegte Zielrichtung „so lange als möglich zu Hause“. Auch in den mobilen Diensten werden zum überwiegenden Teil Personen mit Bezug von Pflegegeld betreut, bei der Mobilen Betreuung und Hilfe liegt der Anteil bei 81 und bei der Hauskrankenpflege bei 62 Prozent.

**Tabelle 1:**

*Anzahl der PflegegeldbezieherInnen in OÖ nach Pflegegeldeinstufung und Geschlecht, Stichtag 31. 12. 2004 bzw. 30. 6. 2004*

Pflegegeldstufe	LPG 1	LPG 2	LPG 3	LPG 4	LPG 5	LPG 6	LPG 7	Summe
Frauen	1.090	2.146	971	596	418	162	173	5.556
Männer	479	971	518	345	251	169	108	2.841
<b>Gesamt</b>	<b>1.569</b>	<b>3.117</b>	<b>1.489</b>	<b>941</b>	<b>669</b>	<b>331</b>	<b>281</b>	<b>8.397</b>
Pflegegeldstufe	BPG 1	BPG 2	BPG 3	BPG 3	BPG 4	BPG 5	BPG 7	Summe
Frauen <sup>1)</sup>	7.806	12.337	5.798	4.867	3.175	728	607	35.318
Männer <sup>1)</sup>	2.697	5.981	2.920	2.644	1.430	382	262	16.316
Gesamt <sup>1)</sup>	10.503	18.318	8.718	7.511	4.605	1.110	869	51.634
<b>Gesamt LPG u. BPG<sup>1)</sup></b>	<b>12.072</b>	<b>21.435</b>	<b>10.207</b>	<b>8.452</b>	<b>5.274</b>	<b>1.441</b>	<b>1.150</b>	<b>60.031</b>

<sup>1)</sup> Der Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge weist die Pflegestufenverteilung der Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher nicht nach Bundesland gegliedert aus, daher wurde hier auf eine Statistik vom BMSG vom 30. 6. 2004 zurückgegriffen.

LPG: Landespflegegeld; BPG: Bundespflegegeld

Quelle: Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2004 bzw. Statistik des BMSG

## PFLEGEgeldVERTEILUNG IN OBERÖSTERREICH

**Tabelle 2:**

Anzahl der PflegegeldbezieherInnen in OÖ nach Alter und Geschlecht, 31. 12. 2004

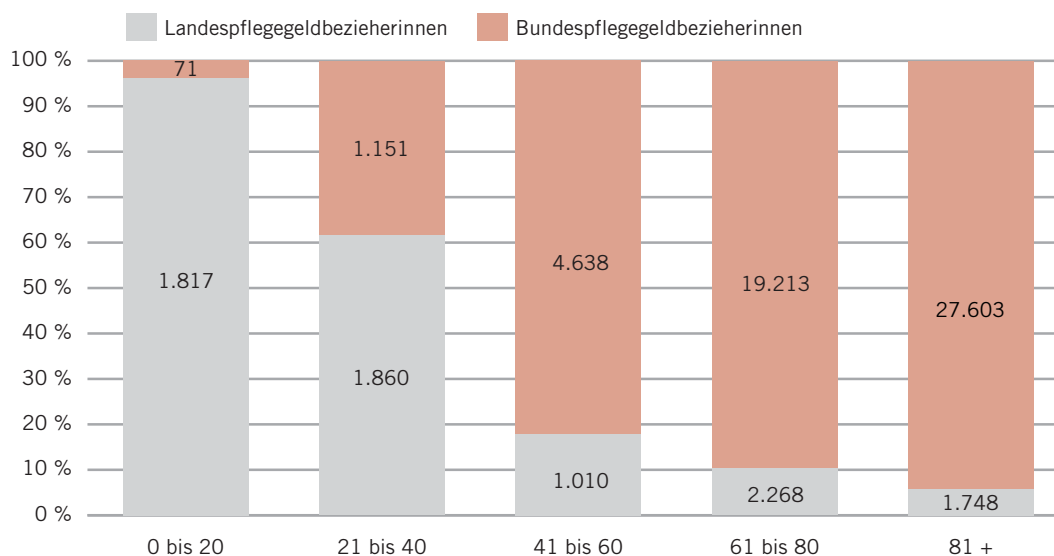
Alter	0 bis 20	21 bis 40	41 bis 60	61 bis 80	81 +	Summe
LandespflegegeldbezieherInnen						
Frauen	781	812	569	1.996	1.552	5.710
Männer	1.036	1.048	441	272	196	2.993
<b>Gesamt</b>	<b>1.817</b>	<b>1.860</b>	<b>1.010</b>	<b>2.268</b>	<b>1.748</b>	<b>8.703</b>
BundespflegegeldbezieherInnen						
Frauen <sup>1)</sup>	30	487	2.051	11.808	21.694	36.070
Männer <sup>1)</sup>	41	664	2.587	7.405	5.909	16.606
<b>Gesamt<sup>1)</sup></b>	<b>71</b>	<b>1.151</b>	<b>4.638</b>	<b>19.213</b>	<b>27.603</b>	<b>52.676</b>
<b>Gesamt<sup>1)</sup></b>	<b>1.888</b>	<b>3.011</b>	<b>5.648</b>	<b>21.481</b>	<b>29.351</b>	<b>61.379</b>

<sup>1)</sup> Der Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge weist die Altersverteilung sowohl beim Bezug des Landespflegegeldes als auch beim Bezug des Bundespflegegeldes nach Bundesländern geschichtet aus. Daher wurden in dieser Darstellung die Daten des Berichtes des Arbeitskreises für Pflegevorsorge verwendet. Sie differieren daher von den in Tabelle 1 dargestellten Daten. Für die Darstellung der tendenziellen Gesamtsituation ist es jedoch nicht so erheblich, ob die Zahlen völlig ident sind.

Quelle: Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2004

**Grafik 1:**

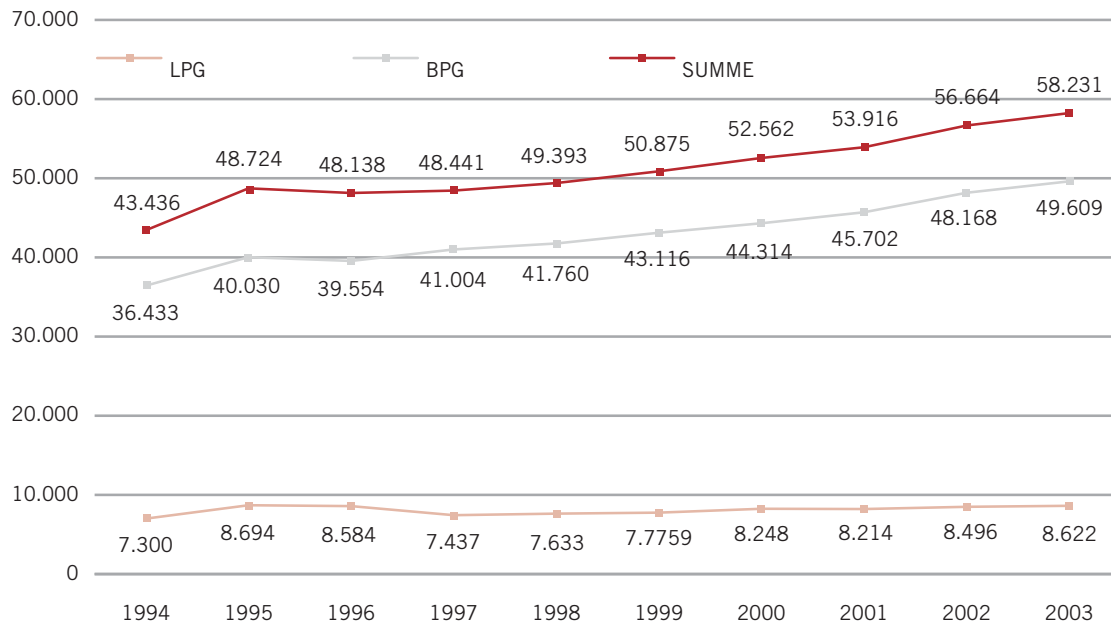
PflegegeldbezieherInnen nach Alter am 31. 12. 2004



Quelle: Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge

## PFLEGEGELDVERTEILUNG IN OBERÖSTERREICH

**Grafik 2:**  
PflegegeldbezieherInnen 1994–2003



Anmerkung: Der Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2003 gibt für Oberösterreich divergierende Zahlen an Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher an. Während in der Darstellung der Landespflegegeldbezieherinnen und -bezieher nach Pflegegeldstufen auf Seite 32 für Oberösterreich 8.312 Personen ausgewiesen sind, werden in der Darstellung nach Alter für Oberösterreich 8.622 Personen mit Landespflegegeldbezug angegeben. Die Differenzsumme von 310 Personen mit Landespflegegeldbezug ist zum Teil durch Ausgleichszahlungen (vgl. Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2003, S. 33) zu erklären. Im vorliegenden Bericht wird allerdings von dieser Mengendifferenz abgesehen, da sie die Tendenz der Altersverteilung nicht beträchtlich verändert.



# MELDEPFLICHTIGE ÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN

## Meldepflichtige übertragbare Krankheiten

Die statistische Erfassung von Infektionskrankheiten ist durch deren Anzeigepflicht nach dem Epidemiegesetz 1950 möglich.

Um die Anzeigepflicht ständig den aktuellen Gegebenheiten anzupassen, wurden in den letzten Jahren folgende Erkrankungen in die Meldepflicht nach dem Epidemiegesetz eingegliedert und scheinen daher in der Statistik erst ab diesem Zeitpunkt auf: Todesfälle an subakuten spongiformen Enzephalopathien, z.B. Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung (1997),

Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfälle an virusbedingten hämorrhagischen Fiebrern, z.B. Ebola (1998), Legionärskrankheit (2001), Masern (Ende 2001), SARS (2003) und bestimmte von Tieren auf den Menschen übertragbaren Erkrankungen (= Zoonosen), z.B. Fuchs- und Hundebandwurm (= Echinokokkosen), Listeriosen und Tuberkulose, hervorgerufen durch *Mykobacterium bovis* (Juni 2004).

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die nach dem Epidemiegesetz gemeldeten Erkrankungen von 2000 bis 2004.

**Tabelle 1:**

*nach dem Epidemiegesetz 1950 gemeldete Erkrankungen in Oberösterreich, 2000 bis 2004*

Art der Erkrankung		2000	2001	2002	2003	2004
Gonorrhoe	E	29	27	27	46	42
	St	0	0	0	0	0
Keuchhusten	E	11	13	25	61	20
	St	0	0	0	0	0
Legionellose	E	0	0	1	6	8
	St	0	0	1	0	1
Leptospirose	E	2	0	1	1	2
	St	0	0	0	0	0
Lues	E	4	8	10	6	11
	St	0	0	0	0	0
Malaria	E	10	11	7	9	3
	St	0	0	0	0	0
Masern	E	0	0	2	14	3
	St	0	0	0	0	0
Ruhr, übertragbare (Amöbenruhr)	E	3	1	0	1	4
	St	0	0	0	0	0
Scharlach	E	217	135	160	291	330
	St	0	0	0	0	0
subakute spongiforme Enzephalopathien	E	0	0	0	0	0
	St	1	0	2	4	2
<b>Hepatitisen gesamt</b>	<b>E</b>	<b>166</b>	<b>83</b>	<b>125</b>	<b>296</b>	<b>313</b>
	<b>St</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
Hepatitis A	E	76	27	20	19	27
	St	0	0	0	0	0

## MELDEPFLICHTIGE ÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN

Art der Erkrankung		2000	2001	2002	2003	2004
Hepatitis B	E	45	22	32	78	106
	St	1	0	1	0	0
Hepatitis C	E	44	34	72	198	179
	St	0	0	0	2	0
Hepatitis D	E	0	0	0	0	0
	St	0	0	0	0	0
Hepatitis E	E	0	0	0	1	1
	St	0	0	0	0	0
Hepatitis G	E	0	0	0	0	0
	St	0	0	0	0	0
nicht klassifizierte Hepatitis	E	1	0	1	0	0
	St	0	0	0	0	0
<b>bakt. Lebensmittelvergiftung gesamt</b>	<b>E</b>	<b>1.663</b>	<b>2.225</b>	<b>2.056</b>	<b>1.944</b>	<b>1.846</b>
	<b>St</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Botulismus	E	0	0	0	0	0
	St	0	0	0	0	0
Campylobakter	E	367	541	651	556	680
	St	0	0	0	0	0
EHEC	E	2	3	2	3	5
	St	0	0	0	0	0
<b>Salmonellose</b>	<b>E</b>	<b>1.251</b>	<b>1.606</b>	<b>1.355</b>	<b>1.343</b>	<b>1.123</b>
	<b>St</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Shigellose	E	21	54	30	18	20
	St	0	0	0	0	0
Staphylokokkus aureus	E	4	2	0	0	1
	St	0	0	0	0	0
Yersinia	E	17	19	18	20	17
	St	0	0	0	0	0
nicht differenziert	E	1	0	0	4	0
	St	0	0	0	0	0
<b>bakterielle Meningitiden gesamt</b>	<b>E</b>	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>14</b>
	<b>St</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Meningokokken	E	8	12	7	12	10
	St	0	0	1	0	1
Haemophilus influenzae b	E	0	0	1	0	0
	St	0	0	0	0	0
Pneumokokken	E	3	1	0	1	3
	St	1	0	0	0	1
E. coli	E	2	0	1	0	0
	St	0	0	1	0	0

# MELDEPFLICHTIGE ÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN

Art der Erkrankung		2000	2001	2002	2003	2004
Streptokokken	E	1	0	0	0	1
	St	1	0	0	0	0
nicht differenziert	E	5	0	2	2	0
	St	0	0	0	1	0
<b>Meningoencephalitiden gesamt</b>	<b>E</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>7</b>	<b>12</b>
	<b>St</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
Masern	E	2	0	2	0	0
	St	0	0	0	0	2
FSME	E	2	6	9	6	10
	St	0	0	0	0	0
Herpes	E	0	1	0	1	1
	St	0	0	0	0	0
nicht differenziert	E	0	0	8	0	1
	St	0	0	0	0	0

E = Erkrankung, St = Sterbefall

## Sonstige meldepflichtige Erkrankungen von 2000 bis 2004:

**keine Meldungen:** Diphtherie, Fleckfieber, Gelbfieber, Kinderlähmung, Körnerkrankheit (Trachom), Lepra, Lymphogranuloma inguinale, Milzbrand, Pest, Rotz, Rückfallfieber, SARS, Tuberkulose mit Mykobakterium bovis, Ulcus molle, virale hämorrhagische Fieber, Wochenbettfieber, Tollwut.

**1 Erkrankung:** Cholera (2002, importiert), Echinkokkus (2004), Listeriose (2004), Psittakose (2004), Tularämie (2001).

**2 Erkrankungen:** Brucellose (2000, 2003), Paratyphus (2000), Trichinose (2000), Typhus (2003, 2004).

In diesem Bericht soll vor allem die Entwicklung einiger zahlenmäßig relevanter oder epidemiologisch interessanter Infektionskrankheiten kurz beschrieben werden.

## Bakterielle Lebensmittelvergiftungen

Bakterielle Lebensmittelvergiftungen äußern sich im Wesentlichen in Durchfallserkrankungen.

Bei den Meldungen bakterieller Lebensmittelvergiftungen ist es 2001 zu einem massiven Anstieg

gegenüber dem Jahr 2000 gekommen. Mit 2.225 gemeldeten Fällen wurden im Jahr 2001 die höchsten je gemeldeten Fallzahlen erreicht (1999: 1821, 2000: 1663), das ist ein Anstieg um 33 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Die Ursachen für diesen plötzlichen Anstieg lagen vermutlich darin, dass seit 2001 nicht nur die behandelnden Ärzte, sondern auch die diagnostizierenden Laboratorien zur Meldung verpflichtet sind und somit ab diesem Zeitpunkt alle labormäßig untersuchten Fälle nahezu lückenlos erfasst wurden. Seit diesem Zeitpunkt wurde auch die Erfassung von Infektionen mit Campylobacter und Yersinien transparenter. Seit 2002 ist nun wieder eine deutliche Abnahme der gemeldeten bakteriellen Lebensmittelvergiftungen zu verzeichnen. Wie in Grafik 1 ersichtlich, hat sich der Anteil von Campylobakterinfektionen an den bakteriellen Lebensmittelvergiftungen in den letzten Jahren erhöht, während von 2003 auf 2004 eine erfreuliche Reduktion der Enteritissalmonellosen zu verzeichnen war. 2004 waren etwa zwei Drittel aller bakteriellen Lebensmittelvergiftungen auf Enteritissalmonellosen (1.123), etwa ein Drittel auf Campylobakterinfektionen (680) zurückzuführen. Bakterielle Lebensmittelvergiftungen mit anderen Erregern (Shigellen, EHEC, Staphylokokkus au-

## MELDEPFLICHTIGE ÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN

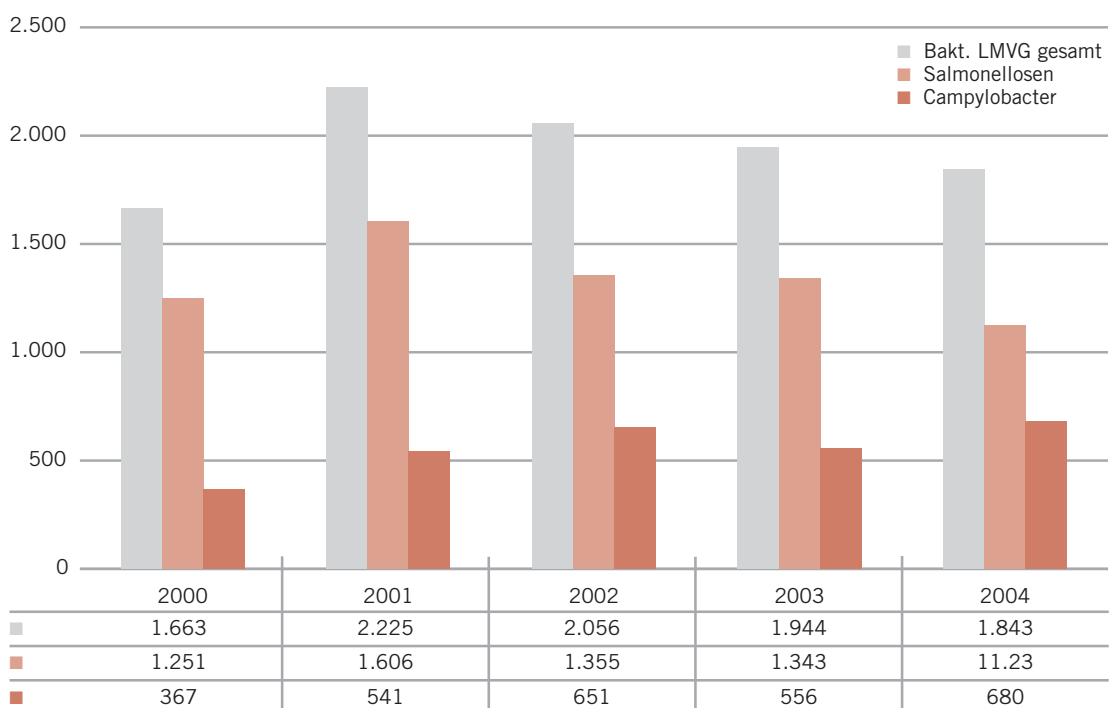
reus, Yersinien) spielen zahlenmäßig eine untergeordnete Rolle (Grafik 1).

Für den Rückgang der bakteriellen Lebensmittelvergiftungen spielen verschiedene Faktoren eine Rolle. Die bessere Erfassung ermöglicht das Setzen

von zielgerichteten Maßnahmen, wie z.B. Hygieneanweisungen an betroffene Personen, genaue Ausbruchserhebungen zur Erfassung und Eliminierung von Infektionsquellen im Lebensmittelbereich und im Tierbestand.

### Grafik 1:

*Bakterielle Lebensmittelvergiftungen (Salmonellosen, Campylobacteriosen) in Oberösterreich, 2000–2004*



Die früher bei uns beheimateten schweren invasiven Salmonellenerkrankungen, Typhus und Paratyphus, sind in den letzten Jahren bis auf vereinzelte eingeschleppte Fälle aus den Meldungen fast ganz verschwunden (Tabelle 1).

### Hepatitis

Hier sind jene Leberentzündungen erfasst, die durch Hepatitisviren hervorgerufen werden.

Die Hepatitis sind seit den 70er Jahren insgesamt stark zurückgegangen. Dies ist vor allem auf den Rückgang der Hepatitis A (Hygiene, Impfungen), und auf einen Rückgang der Hepatitis B bei medizinischen Berufen (konsequente Impfung des medizinischen Personals) zurückzuführen.

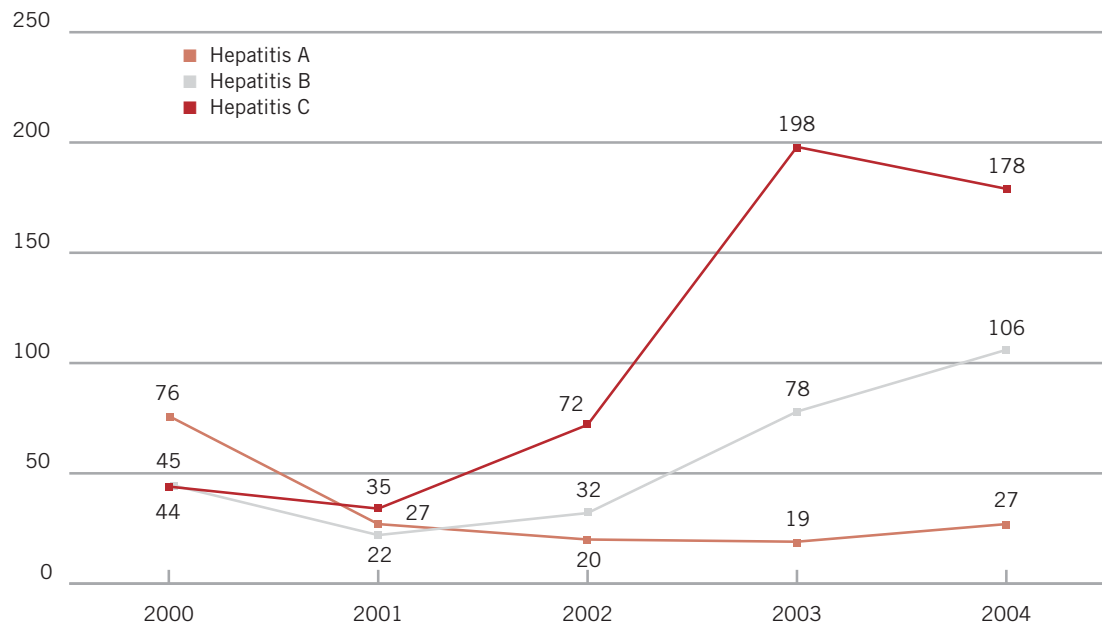
Im Jahr 2001 gab es mit 83 Fällen die seit 1995 niedrigsten Hepatitis-Fallzahlen in Oberösterreich, ab 2002 ist allerdings wieder ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen, der sich vor allem im Bereich von Hepatitis C zeigt (Grafik 1).

Der Anteil der Hepatitis A-Erkrankungen ist gegenüber früher stark gesunken, während Hepatitis B und vor allem Hepatitis C zunimmt. Dafür ist vermutlich nicht ein tatsächlicher Anstieg akuter Neuerkrankungen verantwortlich, sondern die Aufdeckung von chronischen Hepatitis B- und C-Fällen, insbesondere durch Einführung der Labormeldepflicht. Es werden in der Hauptsache Infektionen im Sinne von „Altlasten“ aufgedeckt, bei denen der Zeitpunkt der Infektion schon lange zurückliegt.

## MELDEPFLICHTIGE ÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN

**Grafik 2:**

Gemeldete Erkrankungsfälle an Hepatitis A,B,C in Oberösterreich, 2000–2004



### Bakterielle Meningitiden

Hier handelt es sich um (eitrige) Gehirnhautentzündungen, die durch Bakterien verursacht werden.

Die Zahl der Erkrankungen an bakterieller Meningitis (Grafik 3) bleibt im Wesentlichen über die Jahre etwa gleich (11 bis 19 Fälle pro Jahr). Den Hauptanteil machen dabei die invasiven Meningokokken-erkrankungen aus, gefolgt von vereinzelt Pneumokokkeninfektionen. Andere Erreger der bakteriellen Meningitis werden selten gefunden (E. coli, Streptokokken). Aufgrund des oft sehr bösartigen Verlaufes der Erkrankungen sind hier auch immer wieder Todesfälle zu verzeichnen (0 bis 2 pro Jahr, Tabelle 1). Erfreulich ist, dass die früher doch häufigen Gehirnhautentzündungen durch *Hämophilus influenzae* B (Hib) seit Beginn der Durchimpfung der Säuglinge gegen Hib in Oberösterreich derzeit ganz verschwunden sind (Tabelle 1).

### Virale Meningoencephalitiden

Unter viralen Meningoencephalitiden versteht man Gehirn- und Gehirnhautentzündungen, die durch Viren hervorgerufen werden. Den Hauptanteil stellen FSME-Erkrankungen, gefolgt von Meningoencephalitiden durch Masern und Herpes (Grafik 4).

Im Jahr 2002 wurde bei acht gemeldeten Fällen der Erreger nicht differenziert (jeweils Einzelfälle, kein epidemiologischer Zusammenhang, kein Todesfall), 2004 war der geringe Anstieg vor allem durch die FSME-Fälle bedingt.

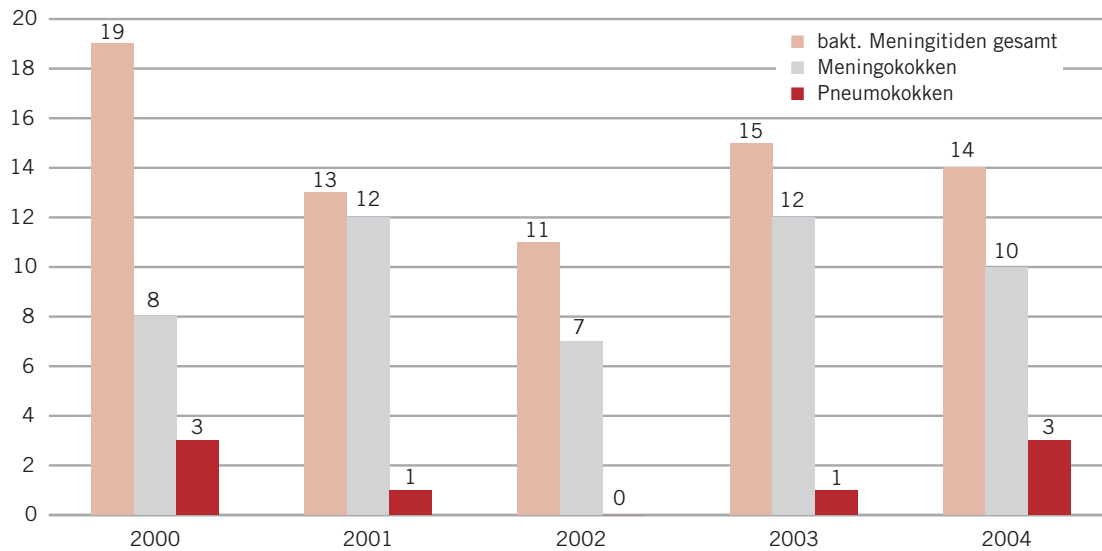
### Lues, Gonorrhoe

Geschlechtskrankheiten, wie Lues und Gonorrhoe waren in den 60er und 70er Jahren noch vorherrschend bei den Infektionsmeldungen (z.B. 1961: 1101 Gonorrhoe, 63 Lues). Aufklärung, Überwachung von Prostituierten, effiziente Behandlungen

## MELDEPFLICHTIGE ÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN

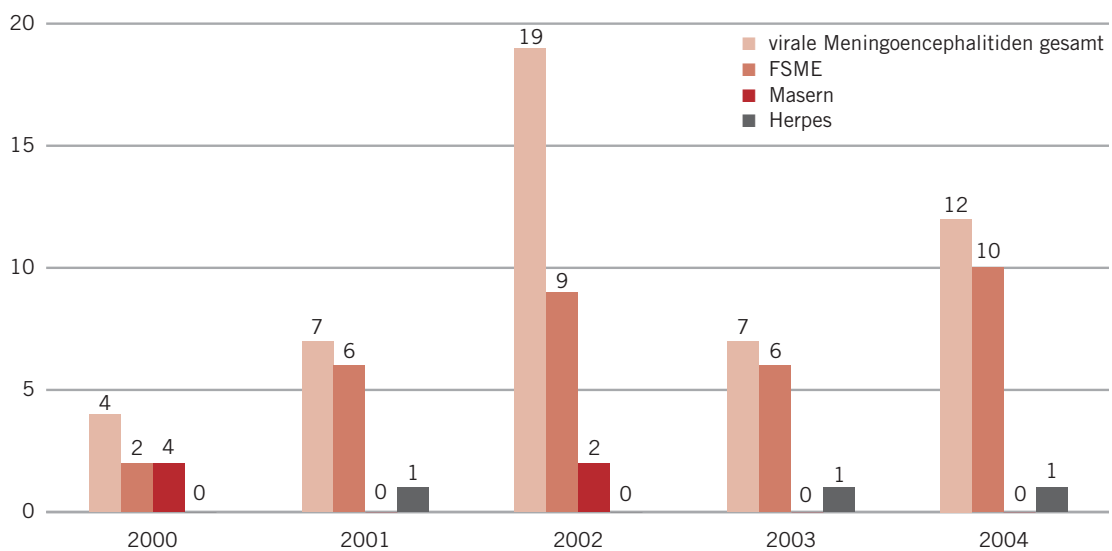
**Grafik 3:**

Bakterielle Meningitiden (Meningokokken, Pneumokokken) in Oberösterreich, 2000–2004



**Grafik 4:**

Virale Meningoencephalitiden in Oberösterreich, 2000–2004



# MELDEPFLICHTIGE ÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN

möglichkeiten und nicht zuletzt verstärkter persönlicher Schutz bei Sexualkontakten und die Angst vor HIV-Infektionen haben in den 80er und 90er Jahren zu einem starken Rückgang dieser Erkrankungen geführt. Ab 2000 sieht man nun wieder einen leichten Aufwärtstrend (Lues: 4 – 11 Fälle, Gonorrhoe: 27 – 42 Fälle, Tabelle 1), ein mögliches Signal für den wieder sorgloseren Umgang bei Sexualkontakten.

## **Malaria**

Malaria ist in Österreich nicht endemisch. Bei den Meldungen handelt es sich immer um Fälle, die aus Malariagebieten eingeschleppt werden. In Oberösterreich erkranken durchschnittlich etwa zehn Menschen pro Jahr, wobei im Jahr 2004 erfreulicherweise nur drei Fälle verzeichnet wurden (Tabelle 1).

## **Pertussis (Keuchhusten), Masern, Scharlach**

Es ist zu vermuten, dass die gemeldeten Pertussisfälle nicht den Fallzahlen in der Realität entsprechen (Tabelle 1, 11–61 Fälle). Die Keuchhustenerkrankungen bei Kindern im Säuglingsalter konnten durch die Impfung in dieser Altersgruppe stark zurückgedrängt werden, Erkrankungen bei Erwachsenen gibt es laut ExpertInnen häufiger als durch die Meldungen abgebildet. Da sie symptomarm verlaufen, werden sie wenig diagnostiziert und daher auch nicht gemeldet. Die Scharlacherkrankungen sind in den letzten Jahren wieder angestiegen. Masernerkrankungen sind seit Ende 2001 meldepflichtig. Die Masernaktivität wird durch die Meldungen vermutlich nur unzureichend abgebildet, ist aber derzeit insgesamt gering (Tabelle 1).

## **Legionellose, Legionärskrankheit**

Nach Einführung der Meldepflicht werden auf Diagnostik und Meldung der Legionellose besonderes Augenmerk gelegt. In den letzten Jahren wurden in Oberösterreich sechs bis acht Fälle pro Jahr gemeldet. Bei einem Ausbruch im Jahr 2004 mit insgesamt fünf Erkrankten konnte ein epidemiologischer Zusammenhang zu einer Whirlpoolsausstellung bei einer Messe gefunden werden.

## **Subakute spongiforme Enzephalopathien**

Sterbefälle an Creutzfeldt-Jakob-Erkrankungen treten in Oberösterreich in der üblichen Inzidenz von etwa ein bis zwei Fällen pro eine Million Einwohner auf. Es gab bisher keine Fälle der neuen Variante der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung.

Bestimmte meldepflichtige Infektionskrankheiten treten in Oberösterreich nicht oder nur sporadisch auf, da sie hier nicht beheimatet sind und durch die guten hygienischen Verhältnisse und das Fehlen von Vektoren auch kein entsprechendes Reservoir finden (z.B. Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Lepra, Pest, etc.)

Manche Erkrankungen treten extrem selten auf, wie z.B. Brucellose, Echinokokkose, Leptospirose, Psittakose, Listeriose, Trichinose, Tularämie, etc., bestimmte Krankheiten wurden in Österreich, nicht zuletzt durch Impfung, ausgerottet: Diphtherie, Poliomyelitis (Kinderlähmung).

## HIV / AIDS

In einer Zeit, in der die großen Infektionskrankheiten bereits als besiegt galten, hat sich die weltweite HIV/AIDS-Epidemie zu einem der größten Gesundheitsprobleme entwickelt. Bei kaum einer anderen Krankheit ist der zum Tod führende körperliche Verfall mit ähnlicher sozialer Stigmatisierung verbunden, wie sie der Diagnose einer HIV-Infektion häufig folgt. AIDS hat vielschichtige gesellschaftliche Konsequenzen gezeigt. In vielen Entwicklungsländern ist die Krankheit eine Katastrophe. Die WHO errechnete für das Jahr 2005, dass weltweit insgesamt 40,3 Millionen Menschen mit dem HI-Virus leben. Im Jahr 2005 haben sich weltweit schätzungsweise etwa 4,9 Millionen Menschen mit dem HI-Virus neu infiziert, 3,1 Millionen sind im gleichen Jahr daran verstorben. Ein Ende der Epidemie ist nicht in Sicht.

### Krankheitsbild:

Der Begriff AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) bezeichnet eine definierte Gruppe von Krankheiten, die für das Endstadium der chronisch verlaufenden Infektion mit HIV (Human Immunodeficiency Virus) charakteristisch sind.

Das Immunsystem der Infizierten ist nicht fähig, das HI-Virus aus dem Körper zu eliminieren. Es verursacht eine irreversible Schädigung des Immunsystems und daraus resultieren lebensbedrohende opportunistische Infektionen, Tumore und andere Krankheiten. Der Zeitraum zwischen der Erstinfektion und dem Endstadium der Erkrankung beträgt ca. 10 Jahre. Durch die seit 1996 zur Verfügung stehende antiretrovirale Kombinationstherapie kam es zu einer dramatischer Verbesserung der Lebensqualität der PatientInnen, zu einem Rückgang von AIDS-Erkrankungen, Todesfällen und Hospitalisierungen. Die hochwirksame Kombinationstherapie macht die HIV-Erkrankung zu einer chronisch behandelbaren Erkrankung, eine Heilung aber ist derzeit nicht möglich.

Ebenso große Fortschritte können bei HIV-positiven Müttern durch eine wirksame antivirale Therapie während der Schwangerschaft erreicht werden. Die Übertragungsraten, die früher in Europa bei etwa 15 Prozent lagen, sind heute dank effizienter medizinischer Intervention unter 1 Prozent. Eine Mutter-zu-Kind-Übertragung ist in Österreich sehr

selten geworden und ist meist auf die nicht diagnostizierte HIV-Infektion der Mutter während der Schwangerschaft zurückzuführen.

### Nachweis der HIV-Infektion:

Der Nachweis einer bestehenden HIV-Infektion erfolgt mittels Antikörper-Suchtest („HIV- oder AIDS-Test“). Ein positives Ergebnis muss in einem zweiten Testverfahren (Westernblot) bestätigt werden. Neue Techniken ermöglichen die HI-Virus RNA (PCR-Methode) nachzuweisen.

### Übertragungswege:

Jede/r Infizierte ist lebenslang potentiell ansteckend. Besonders hoch ist das Übertragungsrisiko in den ersten Wochen nach der Infektion, noch bevor sich körpereigene Abwehrstoffe gebildet haben. Danach sinkt es deutlich, nimmt aber beim fortgeschrittenen Immundefekt und dem Auftreten klinischer Symptome wieder zu. HIV wird übertragen:

- durch sexuellen Kontakt mit einem/r infizierten PartnerIn, durch ungeschützten vaginal-, Anal- oder Oralverkehr,
- durch erregerehaltiges Blut oder Blutprodukte (gemeinsames Benützen von Nadeln intravenös injizierender Drogenabhängiger, kontaminierte Blutkonserven oder Gerinnungspräparate),
- von einer infizierten Mutter auf ihr Kind während der Schwangerschaft.

Sexuelle Kontakte verursachen weltweit die meisten Infektionen. Analverkehr hat ein höheres Risiko als vaginaler Verkehr, beide sind deutlich riskanter als Oralverkehr. Eine zusätzlich zur HIV-Infektion bestehende sexuell übertragbare Infektion erhöht das Übertragungsrisiko erheblich.

### Entwicklung der HIV-Infektionen:

Im europäischen und internationalen Vergleich ist die Situation in Österreich relativ günstig. Lt. Statistik des BM für Gesundheit und Frauen vom März 2006 leben in Österreich 1.047 Menschen mit AIDS, 1.423 Personen sind seit Beginn der Epidemie bereits verstorben (Oberösterreich: 170, 235 bereits verstorben). Anonyme Meldepflicht besteht in Österreich lt. AIDS-Gesetz ausschließlich für die



**Tabelle 1:**

Anzahl der positiven HIV-Tests nach Übertragungsart in OÖ

Jahr	Hetero	MSM	Unbekannt	IDU	Vertikal	Keine Angaben	Blutprodukte	HIV-Neuinfektionen gesamt
2000	9	5	2	1	0	0	0	17
2001	12	3	2	1	0	0	1	19
2002	9	4	2	2	0	1	0	18
2003	17	5	1	0	0	0	0	23
2004	17	3	2	1	0	0	0	23
2005	14	3	2	1	1	0	0	21

MSM: homo- bzw. bisexueller Kontakt; IDU: intravenöser Drogenkonsum; Hetero: Heterosexueller Kontakt; Vertikal: Mutter zu Kind  
Quelle: Österr. HIV-Kohortenstudie

AIDS-Erkrankung. Die Anzahl HIV-infizierter Personen in Österreich wird auf 6.000–10.000 geschätzt (Österr. HIV-Kohorte, WHO). Im Jahr 2005 wurden 453 HIV-Neuinfektionen registriert (Tabelle 1, Inst. für Virologie Wien). Der bis 1999 beobachtete Rückgang der jährlich neu erfassten HIV-Infektionen setzte sich seither nicht mehr fort. Eine Zunahme der HIV-Infektionen in der heterosexuellen Bevölkerung ist zu beobachten (1998: 27 %, 2005: 41,9 %). Die Neuinfektionsrate pro Mio. EinwohnerInnen war im Jahr 2004 in Österreich (59) mehr als doppelt so hoch wie vergleichsweise in Deutschland (23). Die Prävalenz der HIV-Infektion bei der Hauptbetroffenengruppe (15 – 49 Jahre) ist nach Angaben von UNAIDS in Österreich (0,3 %) mehr als doppelt so hoch wie in Deutschland (0,1 %) (Quelle: UNAIDS, Retrovirus Bulletin, Erlangen 2005).

### Erfasste AIDS-Fälle:

Die österreichische Aids-Statistik zeigt, dass in Österreich von 1983 bis Jänner 2006 1.423 Personen an Aids gestorben sind. Im selben Zeitraum wurden 2.472 Erkrankungsfälle registriert. In Oberösterreich starben 235 Personen an AIDS und es wurden 407 AIDS-Erkrankungsfälle statistisch erfasst. Einen anhaltend erfreulichen Rückgang gibt es seit einigen Jahren bei den AIDS-Erkrankungen und Todesfällen, wie auch die Statistik des Gesundheitsministeriums zeigt (13 gemeldete Todesfälle im Jahr 2005, 1994 waren es noch 113). Diese po-

sitive Entwicklung ist auf den stetig verbesserten Einsatz der spezifischen antiretroviralen Therapie zurückzuführen.

Eine intensive Langzeitbetreuung ermöglicht es heute vielen HIV-positiven PatientInnen, ein in vieler Hinsicht unbeeinträchtigt Leben führen zu können. Für diese intensive Betreuung bedarf es aber speziell ausgebildeter ÄrztInnen. Angesichts der ständig zunehmenden Zahl von PatientInnen (einige hundert pro Jahr) werden auf jeden Fall gesundheitspolitische Maßnahmen notwendig sein, um in Zukunft die medizinische Betreuung aller HIV-PatientInnen in Österreich zu gewährleisten.

**Tabelle 2:**

AIDS-Statistik – Jahresvergleich, Situation bis zum 03. 01. 2006

Jahr	Oberösterreich		Österreich	
	E	T	E	T
2000	28	6	85	32
2001	14	6	91	30
2002	7	1	93	16
2003	5	0	50	14
2004	9	1	67	8
2005	7	1	52	13

E = Erkrankungsfälle, T = Sterbefälle

Quelle: Österr. Aidsstatistik, BM für Gesundheit und Frauen

## Krebsinzidenz in Oberösterreich

Die bösartigen Erkrankungen sind in den beiden Tabellen nach der Häufigkeit ihres Auftretens und nach Geschlechtern getrennt aufgelistet. Abgesehen von geschlechtsspezifischen Unterschieden, lassen sich innerhalb eines Zeitraumes von 15 Jahren (valide Daten bis zum Jahre 2000 vorhanden) für Oberösterreich eine Reihe von Trends erkennen und mit aller gebotenen Vorsicht interpretieren. Die Inzidenz ist bei Männern um ein Drittel höher als bei den Frauen und Oberösterreich liegt bei beiden Geschlechtern über dem österreichischen Durchschnitt. Generell ist sowohl für Österreich als auch für unser Bundesland ein Anstieg bösartiger Tumore zu beobachten. 1992 wurden 2.527 und im Jahr 2000 3.222 Neuerkrankungen bei Männern gemeldet. Dies entspricht einer Zunahme von

27,5 Prozent (Österreich gesamt 25,9 %) innerhalb von nur 9 Jahren. Bei Frauen dagegen beträgt die Zunahme im gleichen Zeitraum 7,5 Prozent (Österreich gesamt 5,5 %). In der Folge soll versucht werden, mögliche Ursachen für die Inzidenzsteigerung und den massiven Unterschied zwischen den Geschlechtern zu beschreiben.

Den geschlechtsspezifischen weil häufigen Tumoren wie Mamma- und Prostatakarzinom hat die Medizin im letzten Jahrzehnt große Aufmerksamkeit entgegen gebracht. So kann der massive Anstieg der Inzidenz des Prostatakarzinoms auf die Einführung des Nachweises von prostataspezifischem Antigen (PSA) als Tumormarker zurückgeführt werden. Dieser Test, der leicht screeningmäßig angewendet werden kann, erhöht schlagartig die Anzahl der entdeckten Karzinome, was sich in der Stati-

**Tabelle 1:**

*Krebsinzidenz Oberösterreich – Österreich nach Lokalisation, Frauen  
Altersstandartisierte Raten auf 100.000*

Lokalisation	1985		2000		
	OÖ	Ö	OÖ	Ö	
BN Mamma	54,8	59,0	74,9	72,5	↑
BN Dickdarm	14,8	18,7	20,0	17,8	
BN Rektum, Anus	11,0	11,5	11,2	11,0	
BN lymphatisches, blutbild. u. verwandtes Gewebe	14,5	14,6	17,8	17,2	↑
BN der anderen Teile d. Gebärmutter	16,7	17,6	14,0	14,7	↓
BN des Ovars	14,4	14,4	13,6	12,4	
BN der Bronchien und d. Lunge	8,0	10,7	12,9	15,8	↑
Bösartiges Melanom der Haut	6,9	5,2	11,8	9,1	↑
BN des Magens	17,6	15,5	10,2	8,3	↓
BN des Pankreas	5,4	6,9	6,8	8,1	
BN der Niere	8,5	6,0	7,5	7,7	
BN der Cervix uteri	20,1	19,4	8,4	10,0	↓
BN des Harnblase	5,2	5,6	6,0	5,8	
BN der Leber	1,5	2,2	3,4	3,1	↑
<b>Bösartige Neubildungen zusammen</b>	<b>232,6</b>	<b>240,2</b>	<b>250,1</b>	<b>247,2</b>	

Quelle: Statistik Austria

## KREBSINZIDENZ IN OBERÖSTERREICH

stik in einer Art Bugwelle niederschlägt. Neben diesem zahlenmäßigen Effekt, gelingt es aber auch, sehr frühe Tumorstadien zu entdecken. Daher kann dieser Tumor bereits zu jenem Zeitpunkt operiert werden, zu dem er die Organgrenzen noch nicht überschritten hat. Auf Grund der optimalen Heilungschance ist dann auch keine weitere Therapie erforderlich.

Ein ähnlicher Effekt auf die Tumorzinzenz, wenn auch nicht im gleichen Ausmaß ausgeprägt, lässt sich für das Mammakarzinom aus der Statistik herauslesen. Diese Tumore der weiblichen Brustdrüse werden nur mehr lokal entfernt und anschließend mit einer stadienabhängigen Therapie behandelt. Das oberste Ziel besteht auch hier darin, möglichst frühe Tumorstadien zu erfassen, um die Heilungschancen zu verbessern und möglichst wenig Therapien anwenden zu müssen. Dies wird durch interdisziplinäre Zusammenarbeit der MedizinerInnen und immer genauere bildgebende Verfahren, die

ein gezieltes Screening ermöglichen, erreicht, wodurch noch nicht invasive neoplastische Veränderungen entdeckt werden können.

Ein Teil des allgemeinen Inzidenzanstieges beruht auf diesem Phänomen, durch verbesserte Diagnostik mehr Tumore frühzeitig zu entdecken, ein weiterer Anteil geht auf Kosten der zunehmenden Lebenserwartung und möglicherweise hat sich auch das Meldeverhalten verbessert. Ein sehr prägnantes Beispiel dafür, welchen Einfluss das Erkennen früher Tumorstadien auf die Inzidenz eines Tumors allerdings in umgekehrter Weise haben kann, stellt das Cervixkarzinom dar, dessen Häufigkeit in Folge der zytologischen Vorsorgeuntersuchung und der Behandlung der nicht invasiven Vorstufen laufend abnimmt. In fernerer Zukunft könnte diese durch Papillomaviren ausgelöste Erkrankung mittels einer Impfung gegen die tumorinduzierenden Virenstämme weitgehend zurückgedrängt werden.

**Tabelle 2:**

*Krebsinzidenz Oberösterreich – Österreich nach Lokalisation, Männer  
Altersstandartisierte Raten auf 100.000*

Lokalisation	1985		2000		
	OÖ	Ö	OÖ	Ö	
BN Prostata	43,0	41,7	109,0	95,4	↑
BN Dickdarm	26,3	24,8	32,5	29,3	
BN Rektum, Anus	14,8	18,0	19,4	19,6	
BN der Bronchien und d. Lunge	60,7	60,7	46,2	49,3	↓
BN lymphatisches, blutbild. u. verwandtes Gewebe	22,4	20,6	25,0	24,1	↑
BN der Harnblase	24,2	23,3	23,1	23,2	
BN des Magens	31,7	29,2	15,6	15,0	↓
BN der Niere	12,9	10,7	14,7	13,6	
BN Lippe, Mundhöhle und Pharynx	10,4	11,0	12,0	13,8	
BN der Leber	5,8	7,0	11,3	9,4	↑
Bösartiges Melanom der Haut	6,1	4,8	8,6	9,4	
BN des Pankreas	9,5	10,9	8,5	10,1	
<b>Bösartige Neubildungen zusammen</b>	<b>316,2</b>	<b>308,0</b>	<b>368,6</b>	<b>357,8</b>	

Quelle: Statistik Austria

Betrachtet man die übrigen häufigen Tumorformen, so ergibt sich ein sehr differenziertes Bild. So ist der schon lange bekannte Rückgang der Magenkarzinome bei beiden Geschlechtern wohl auf veränderte Ernährungsgewohnheiten zurückzuführen. Oberösterreich nähert sich damit auch dem österreichischen Durchschnitt. Die Inzidenz der Bronchuskarzinome bei Männern zeigt seit Beginn der 90er Jahre eine rückläufige Tendenz, ist dagegen bei Frauen stark steigend, ein ebenfalls bereits bekannter Trend, der sich in den vorläufigen Zahlen der Statistik Austria für die Jahre 2001 und 2002 fort zu setzen scheint. Die Häufigkeit des malignen Melanoms ist ebenfalls im Steigen begriffen, vielleicht aus den gleichen Gründen wie bei den Tumoren von Brustdrüse und Prostata, in dem durch verstärkte Aufklärung der Bevölkerung eine erhöhte Sensibilität erzeugt wurde und damit vermehrt frühe Tumorstadien entfernt werden. Tumore der Leber, zwar noch relativ gering an Zahl, aber mit steigender Inzidenz, dürfen nicht unerwähnt bleiben, da für ihre Entstehung wahrscheinlich die Infektion mit Hepatitis C Viren verantwortlich zu machen ist.

## ARBEITSUNFÄLLE UND BERUFSKRANKHEITEN

### Erwerbstätige Versicherte

Die folgenden Zahlen beziehen sich auf die bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) versicherten Erwerbstätigen. Insbesondere sind darin nicht die Arbeitsunfälle der Versicherten der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und der bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau versicherten EisenbahnerInnen erfasst. Auf die für Oberösterreich zuständige Landesstelle Linz entfielen im Jahr 2005 540.287 Versicherte. Das sind 17,8 Prozent von österreichweit 3,035.536 erwerbstätigen Versicherten.

**Tabelle 1:**  
*Arbeitsunfälle*

Land- und Forstwirtschaft	306
Fischerei und Fischzucht	1
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	100
Sachgütererzeugung	7.682
Energie- und Wasserversorgung	130
Bauwesen	4.425
Handel (Reparatur von KFZ und Gebrauchsgütern)	2.779
Beherbergungs- und Gaststättenwesen	701
Verkehr und Nachrichtenübermittlung	1.346
Kredit- und Versicherungswesen	71
Realitäten, Rechts- und Wirtschaftsdienste	2.756
Öffentl. Verwaltung, Landesverteidigung, Soz.Vers.	873
Unterrichtswesen	172
Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen	1.477
Erbringung v. sonst. Öffentl. u. persönl. Dienstl.	674
Private Haushalte	12
Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	0
<b>alle Wirtschaftsklassen</b>	<b>23.505</b>

### 1. Arbeitsunfälle im engeren Sinn

Arbeitsunfälle sind Unfälle, die sich im örtlichen, zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der versicherten Beschäftigung ereignen.

**Tabelle 2:**  
*Unfallursachen*

Sturz und Fall von Personen	6.076
Scharfe u. spitze Gegenstände	3.346
Maschinelle Betriebseinrichtungen	3.105
Handwerkzeuge und einfache Geräte	2.072
Anstoßen	1.705
Herab-/Umfallen von Gegenständen, Einsturz	1.721
Förderarbeiten (Transport von Hand)	2.187
Übrige Unfallursachen	1.117
Fahrzeuge + andere Beförderungsmittel	1.362
Einklemmen	814
<b>Unfallursachen gesamt</b>	<b>23.505</b>

In Oberösterreich wurden im Jahr 2005 23.505 Arbeitsunfälle im engeren Sinn (= ohne Wegunfälle und Unfälle bei sonstigen versicherten Tätigkeiten) anerkannt. Das sind 43,5 Arbeitsunfälle pro 1.000 Versicherte in Oberösterreich.

## 1.1 Nach Unfallursachen

Die meisten Unfälle entfielen auf „Sturz und Fall von Personen“ (6.076 Unfälle oder 25,9 % aller Unfälle), gefolgt von „Scharfe und spitze Gegenstände“ (3.346 Unfälle oder 14,2 %) und „Maschinelle Betriebseinrichtungen“ (3.105 Unfälle oder 13,2 %).

## 1.2 Nach Wirtschaftsklassen

Die meisten Unfälle entfielen auf die Sachgüterzeugung (7.682 Unfälle oder 32,7 %), gefolgt vom Bauwesen (4.425 Unfälle oder 18,8 %), dem Handel einschließlich Reparatur von Gebrauchsgütern (2.779 Unfälle oder 11,8 %) und den Realitäten-, Rechts und Wirtschaftsdiensten (2.756 Unfälle oder 11,7 %).

Bezieht man die Unfälle auf die jeweils Versicherten der Wirtschaftsklasse, so ergibt dies folgendes Bild: Hier entfallen die meisten Unfälle auf das Bauwesen mit 98,62 Unfällen/1.000 Versicherte vor der Land- und Forstwirtschaft (77,66 Unfälle je 1.000 Versicherte) und der Wirtschaftsklasse Verkehr und Nachrichtenübermittlung (65,06 Unfälle je 1.000 Versicherte).

## 1.3 Nach Altersgruppen

Die meisten Unfälle in Oberösterreich entfielen auf die Altersgruppe der unter 25-Jährigen (6.399 Un-

**Tabelle 3:**  
*Unfälle nach Altersgruppen*

unter 25	6.399
25-34	5.413
35-44	6.053
45-54	4.315
55-64	1.255
65 und darüber	70
<b>alle Altersgruppen</b>	<b>23.505</b>

fälle oder 27,2 %), gefolgt von der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen (6.053 Unfälle oder 25,8 %) und der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen (5.413 Unfälle oder 23 %).

Bezieht man die Unfälle auf die Versicherten einer Altersgruppe, so ergeben sich mit zunehmenden Alter immer weniger Unfälle. Die häufigsten Unfälle haben die unter 25-Jährigen mit 67,84 Unfällen je 1.000 Versicherten vor den 25- bis 34-Jährigen (50,43 Unfälle je 1.000 Versicherte) und den 35- bis 44-Jährigen (40,04 Unfälle je 1.000 Versicherte).

**Tabelle 4:**  
*Unfälle nach Verletzungsarten*

Knochenbrüche	2.357
Stichwunden	1.128
Schnitt-, Hieb- und Hackwunden	3.275
Rissquetschwunden	2.382
Fremdkörperverletzungen	651
Hautabschürfungen	333
Verstauchungen, Zerrungen	2.730
Verrenkungen, Bänderrisse, Meniskusverl.	747
Verlust von Körperteilen oder Sinnesfunktionen	350
übrige Verletzungsarten (mechanische Gewalt)	718
Quetschungen, Prellungen	5.983
übrige Verletzungsarten (durch Naturgewalten)	30
Verbrennungen	405
übrige Verletzungsarten (therm. Einwirkungen)	2
übrige Verletzungsarten (chem. Einwirkungen)	167
übrige Verletzungsarten (Vergiftungen)	8
übrige Verletzungsarten (giftige Stoffe, Erstickungen)	44
mehrere Verletzungsarten	2.017
übrige und unbekannte Verletzungsarten	178
<b>Verletzungsarten gesamt</b>	<b>23.505</b>

# ARBEITSUNFÄLLE UND BERUFSKRANKHEITEN

## 1.4 Nach Verletzungsarten

Die meisten Unfälle entfielen auf Quetschungen und Prellungen (5.983 Unfälle oder 25,5 %), gefolgt von Schnitt-, Hieb- und Hackwunden (3.275 Unfälle oder 13,9 %), Verstauchungen und Zerrungen (2.730 Unfälle oder 11,6 %), Rissquetschwunden (2.382 Unfälle oder 10,1 %) und Knochenbrüchen (2.357 Unfälle oder 10 %).

## 1.5 Nach verletzten Körperregionen

Konform mit der Reihenfolge im gesamten Bundesgebiet verhält es sich mit den verletzten Körperregionen (siehe Tabelle S. 119). Hier stehen Verletzungen der Hände deutlich an der Spitze (10.128 Unfälle oder 43,1 % aller Unfälle), gefolgt von Verletzungen der Beine (3.977 Unfälle oder 16,9 %) und von Kopfverletzungen (3.102 Unfälle oder 13,2 %).

**Tabelle 5:**  
Wegunfälle

unter 25 Jahre		
Männer	Verkehrsunfall	411
	kein Verkehrsunfall	94
	<b>gesamt</b>	<b>505</b>
Frauen	Verkehrsunfall	318
	kein Verkehrsunfall	80
	<b>gesamt</b>	<b>398</b>
<b>Männer und Frauen</b>		<b>903</b>
25 bis 34 Jahre		
Männer	Verkehrsunfall	238
	kein Verkehrsunfall	77
	<b>gesamt</b>	<b>315</b>
Frauen	Verkehrsunfall	160
	kein Verkehrsunfall	59
	<b>gesamt</b>	<b>219</b>
<b>Männer und Frauen</b>		<b>534</b>
35 bis 44 Jahre		
Männer	Verkehrsunfall	203
	kein Verkehrsunfall	95
	<b>gesamt</b>	<b>298</b>
Frauen	Verkehrsunfall	160
	kein Verkehrsunfall	83
	<b>gesamt</b>	<b>243</b>
<b>Männer und Frauen</b>		<b>541</b>

35 bis 54 Jahre		
Männer	Verkehrsunfall	138
	kein Verkehrsunfall	89
	<b>gesamt</b>	<b>227</b>
Frauen	Verkehrsunfall	105
	kein Verkehrsunfall	134
	<b>gesamt</b>	<b>239</b>
<b>Männer und Frauen</b>		<b>466</b>
55 bis 64 Jahre		
Männer	Verkehrsunfall	38
	kein Verkehrsunfall	48
	<b>gesamt</b>	<b>86</b>
Frauen	Verkehrsunfall	21
	kein Verkehrsunfall	45
	<b>gesamt</b>	<b>66</b>
<b>Männer und Frauen</b>		<b>152</b>
65 Jahre und darüber		
Männer	Verkehrsunfall	0
	kein Verkehrsunfall	0
	<b>gesamt</b>	<b>0</b>
Frauen	Verkehrsunfall	1
	kein Verkehrsunfall	0
	<b>gesamt</b>	<b>1</b>
<b>Männer und Frauen</b>		<b>1</b>
<b>Alle Altersgruppen</b>		<b>2.597</b>

**Tabelle 6:**

*Unfälle nach verletzten Körperregionen*

Arme	2.285
Bauch, Becken	324
Beine	3.977
Brust, Rücken	1.730
Füße	1.917
Hals	28
Hände	10.128
Kopf	3.102
mehrere Körperregionen	4
Sonstige	10
<b>Körperteile gesamt</b>	<b>23.505</b>

### 1.1.6 Nach Verletzungsarten und verletzten Körperregionen

Verbindet man die Verletzungsart mit der verletzten Körperregion, stehen Verletzungen der Hände mit Schnitt-, Hieb- und Hackwunden (2.662 Unfälle oder 11,3 % aller Unfälle) an der Spitze, gefolgt von Quetschungen und Prellungen der Hände (1.871 Unfälle oder 8 %) und Verstauchungen, Zerrungen der Beine (1.257 Unfälle oder 5,6 %).

## 2 Wegunfälle

Als Arbeitsunfälle gelten auch Unfälle zwischen Wohnsitz und Arbeitsplatz oder Unfälle auf dem Weg von der Arbeitsstätte zu einem Arzt, wenn der Versicherte während der Arbeitszeit ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen muss.

In Oberösterreich wurden im Jahr 2005 2.597 Wegunfälle anerkannt. Das sind 20,8 Prozent von 12.485 Wegunfällen österreichweit.

### 2.1 Nach Altersklassen

Die meisten Wegunfälle entfielen auf die Altersgruppe der unter 25-Jährigen (903 Unfälle, das sind 34,8 [%] % aller Wegunfälle in Oberösterreich), gefolgt von den 35- bis 44-Jährigen (541 Unfälle oder 20,8 %) und den 25- bis 34-Jährigen (534 Unfälle oder 20,9 %).

Bezieht man die Wegunfälle auf die Versicherten, so fällt es noch stärker auf, dass die jüngere Altersgruppe die meisten Unfälle hat: In der Altersgruppe der unter 25-Jährigen fallen 10,84 Wegunfälle auf 1.000 Versicherte, am zweithäufigsten kommen Wegunfälle unter den 25- bis 34-Jährigen vor (5,06 / 1.000 Versicherte) und am dritthäufigsten bei den 55- bis 64-Jährigen (4,66 / 1.000 Versicherte).

### 2.2 Verkehrsunfälle

Von den 2.597 Wegunfällen, die sich im Jahr 2005 in Oberösterreich ereigneten, entfielen 1.793 auf Verkehrsunfälle. Das sind 69 Prozent aller Wegunfälle.

Die meisten Verkehrsunfälle entfielen auf die Altersgruppe der unter 25-Jährigen (729 Unfälle, 8,75 / 1.000 Versicherte der Altersgruppe), gefolgt von den 25- bis 34-Jährigen (398 Unfälle, 3,71 / 1.000) und den 35- bis 44-Jährigen (363 Unfälle, 2,4 / 1.000).

## 3 Berufskrankheiten

Als Berufskrankheiten gelten die im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG), Anlage 1, aus-

**Tabelle 7:**

*Berufskrankheiten*

(BK-19) Hauterkrankungen	82
(BK-26a) Staublungenerkr. Silikose/Silikatose	12
(BK-27a) Asbeststaubl. Erkr. (Asbestose)	42
(BK-27b) Bösart. Neubild. der Lunge d. Asbest	19
(BK-30 02) Asthma bronch.d.Bäcker	23
(BK-30 03) Asthma bronch.and.Berufe	20
(BK-33) D. Lärm verursachte Schwerhörigkeit	153
(BK-38 25) Hepatitis C	30
(BK-41 19) Sonst.chem.irr.Stoffe	19
Sonstiges	31



drücklich verzeichneten Krankheiten (Liste der Berufskrankheiten), wenn sie durch die berufliche Tätigkeit hervorgerufen wurden. Eine Generalklausel ermöglicht, dass auch Krankheiten, die nicht in der Liste der Berufskrankheiten enthalten sind, unter bestimmten Voraussetzungen im Einzelfall als Berufskrankheiten anerkannt werden können.

### 3.1 Alle Berufskrankheiten

In Oberösterreich wurden im Jahr 2005 431 Berufskrankheitsfälle anerkannt. Das sind 34,5 Prozent [!] von 1.249 Berufskrankheiten österreichweit.

Die häufigste Berufskrankheit ist die Lärmschwerhörigkeit (153 Fälle oder 35,5 % aller oberösterreichischen Berufskrankheiten), gefolgt von Atemwegserkrankungen (119 Fälle oder 27,6 %) und von Hauterkrankungen (83 Fälle oder 19,3 %). Besonders auffällig ist der überproportionale Anteil von Atemwegserkrankungen in Oberösterreich, der vor allem durch eine überdurchschnittliche Häufigkeit von Asbestosefällen (42 Fälle in Oberösterreich, das sind 79,2 % [!] von 53 österreichweit) bedingt ist.

**Tabelle 8:**  
Nach Wirtschaftsklassen

Sachgütererzeugung	Männer	187
	Frauen	38
	<b>gesamt</b>	<b>225</b>
Bauwesen	Männer	59
	Frauen	1
	<b>gesamt</b>	<b>60</b>
Gesundheits-Veterinär- und Sozialwesen	Männer	28
	Frauen	10
	<b>gesamt</b>	<b>38</b>
Sonst.öffentl./persönl.Dienstl.	Männer	2
	Frauen	30
	<b>gesamt</b>	<b>32</b>
Sonstiges	Männer	63
	Frauen	13
	<b>gesamt</b>	<b>76</b>

### 3.3 Nach Wirtschaftsklassen

Die meisten Berufskrankheiten entfallen auf die Sachgütererzeugung, darunter fallen vor allem Metall-, Holz- und Nahrungsmittelprodukte (225 Fälle oder 52,2 % aller Berufskrankheiten), gefolgt vom Bauwesen (60 Fälle oder 13,9 %), dem Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen (38 Fälle oder 8,8 %) und der Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen (z. B. Interessensvertretungen, Abwasser; 32 Fälle oder 7,4 %). Bei der Wirtschaftsklasse Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen schlägt vor allem die Hepatitis C durch.

**Tabelle 9:**  
Schülerunfälle 2005

Fremdkörperverletzungen	33
Hautabschürfungen	74
Knochenbrüche	2622
Quetschungen, Prellungen	3060
Rissquetschwunden	542
Schnitt-,Hieb- und Hackwunden	222
Stichwunden	65
übrige Verletzungsarten (mech. Gewalt)	217
Verlust v. Körpert. oder Sinnesfunkt.	197
Verrenkungen, Bänderrisse, Meniskusverl.	295
Verstauchungen, Zerrungen	2234
übrige Verletzungsarten (d.Naturgew.)	1
übrige Verletzungsarten (therm. Einw.)	0
Verbrennungen	18
übrige Verletzungsarten (chem.Einw.)	7
übrige Verletzungsarten (Vergiftungen)	8
übrige Verletzungsarten (gift.St.,Erst.)	2
mehrere Verletzungsarten	251
übrige und unbekannt Verletzungsarten	45
<b>Gesamt</b>	<b>9.893</b>

## 4. Schülerunfälle

Die folgenden Zahlen beziehen sich auf alle SchülerInnen an österreichischen Schulen. Auf die für Oberösterreich zuständige Landesstelle Linz entfielen im Schuljahr 2004/2005 198.075 SchülerInnen. Das sind 18,3 Prozent von österreichweit 1,080.317 SchülerInnen.

### 4.1 Schülerunfälle im engeren Sinn

Schülerunfälle sind Unfälle, die sich im örtlichen, zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der versicherten Ausbildung ereignen.

In Oberösterreich wurden im Jahr 2005 9.893 Schülerunfälle im engeren Sinn (= ohne Wegunfälle) anerkannt, das sind 50 Unfälle je 1.000 SchülerInnen.

#### 4.1.1 Nach Unfallursachen

Die häufigsten Unfallursachen sind Sportgeräte (3.987 Unfälle oder 40,3 % aller Unfallursachen bei SchülerInnen), gefolgt von "Sturz und Fall von Personen" (2.869 Unfälle oder 29 %) und Anstoßen (1.703 Unfälle oder 17,2 %).

#### 4.1.2 Nach Schulstufen

Die meisten Schülerunfälle entfallen auf die 5. bis 8. Schulstufe (6.055 Unfälle oder 61 % aller Unfälle von SchülerInnen), gefolgt von der 1. bis 4. Schulstufe (1.929 Unfälle oder 19 %) und der 9. bis 15. Schulstufe (1.741 Unfälle oder 18 %).

#### 4.1.3 Nach Verletzungsarten

Die meisten Unfälle entfielen auf Quetschungen und Prellungen (3.060 Unfälle oder 30,9 % aller Unfälle von SchülerInnen), gefolgt von Knochenbrüchen (2.622 Unfälle oder 26,5 %) und Verstauchungen, Zerrungen (2.234 Unfälle oder 22,6 %).

#### 4.1.4 Nach verletzten Körperregionen

Die meisten Unfälle betrafen die Hände (3.450 Unfälle oder 34,9 % aller Unfälle bei SchülerInnen), gefolgt von den Beinen (1.929 Unfälle oder 19,5 %), dem Kopf (1.496 Unfälle oder 15,1 %), den Füßen (1.416 Unfälle oder 14,3 %) und den Armen (1.137 Unfälle oder 11,5 %).

**Tabelle 10:**

*Unfälle nach Schulstufen*

Primarstufe	
Schulstufe 0	4
Schulstufe 1	414
Schulstufe 2	360
Schulstufe 3	469
Schulstufe 4	682
	1.929
Sekundarstufe I	
Schulstufe 5	1.706
Schulstufe 6	1.541
Schulstufe 7	1.450
Schulstufe 8	1.358
	6.055
Oberstufe (Sekundarstufe II) (1741)	
Schulstufe 9	978
Schulstufe 10	347
Schulstufe 11	231
Schulstufe 12	136
Schulstufe 13	33
Schulstufe 14	7
Schulstufe 15	9
Schulstufe 16	0
	1.741
Unbekannt	168
<b>Gesamt</b>	<b>19.786</b>

**Tabelle 11:**

*Nach Verletzungsart*

Arme	1.137
Bauch, Becken	86
Beine	1.929
Brust, Rücken	352
Füße	1.416
Hals	23
Hände	3.450
Kopf	1.496
mehrere Körperregionen	2
Sonstige	2
<b>Alle Körperteile</b>	<b>9.893</b>

## 4.2 Schulwegunfälle

Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle auf dem Weg zur Ausbildungsstätte sowie zu schulischen Veranstaltungen.

In Oberösterreich wurden im Jahr 2005 651 Schulwegunfälle anerkannt, das sind 24,2 Prozent von 2.685 Schulwegunfällen österreichweit.

### 4.2.1 Verkehrsunfälle

Von den 651 Schulwegunfällen, die im Jahr 2005 in Oberösterreich anerkannt wurden, entfielen 259 auf Verkehrsunfälle, das sind 39,8 Prozent aller Wegunfälle.

**Tabelle 12:**

*Schulwegunfälle*

<b>männlich</b>	
Verkehrsunfall	113
kein Verkehrsunfall	192
<b>gesamt</b>	<b>305</b>
<b>weiblich</b>	
Verkehrsunfall	146
kein Verkehrsunfall	200
<b>gesamt</b>	<b>346</b>

## Unfälle im Straßenverkehr

Mobilität ist ein menschliches Grundbedürfnis. Für den modernen Menschen ist es eine Selbstverständlichkeit, auch größere Entfernungen so rasch wie möglich zu überwinden. Mit solchen Ortsveränderungen wird immer ein latentes Unfallrisiko einhergehen. In schnelllebigen Zeiten des Massentransports ist ein derartiges Risiko alltäglich. Stress, Unaufmerksamkeit und zu hohe Geschwindigkeit sind häufig Ursachen schwerer Unfälle, die von Verletzungen über bleibende Behinderungen, bis hin zum Tod führen können. Das Kuratorium für Verkehrssicherheit sieht es als seine primäre Aufgabe, Gefahrenquellen im Straßenverkehr aufzuzeigen, zu bewerten und Lösungsvorschläge zu formulieren, um so das Unfallrisiko auf Österreichs Straßen langfristig zu minimieren.

77.735 Personen wurden seit 1961 auf Österreichs Straßen getötet – mehr als 2,701.947 verletzt. Obwohl diese Zahlen auf den ersten Blick schockieren, ist die Verkehrssicherheit in Österreich bei zunehmender Motorisierung kontinuierlich gestiegen. Besonders bemerkenswert sind die rückgängigen Zahlen der Verkehrstoten. Im Jahr 2005 waren es 768 – das ist der geringste Wert seit Bestehen der Unfallstatistik. Verschiedene Maßnahmen haben in den letzten Jahrzehnten zur Erhöhung der Verkehrssicherheit beigetragen: Die Einführung der Geschwindigkeitslimits (1973, 1974), die Gurtenpflicht (1976 bzw. 1984), die Sturzhelmtragepflicht (1985) und der Führerschein auf Probe (1992) sind wichtige Meilensteine auf dem Weg zu mehr Sicherheit auf Österreichs Straßen. Gleiches gilt für die Einführung der 0,5 Promillegrenze (1998) und für das seit 1. Juli 2005 geltende Vormerksystem. Als jüngstes Beispiel ist hier die Einführung von Licht am Tag zu nennen, diese Regelung gilt seit dem 15. November 2005.

### Verletzte und Getötete

Im Jahr 2005 ereigneten sich in Oberösterreich 8.829 Unfälle mit Personenschaden. 11.896 Menschen wurden verletzt, 167 getötet – das sind 14 Tote mehr als im Jahr zuvor. Mit rund 64 Unfällen je 10.000 Einwohner ist Oberösterreich das

Bundesland mit dem höchsten Wert in Österreich. Mit einem Getöteten je 10.000 Einwohner befindet sich Oberösterreich im österreichischen Durchschnitt.

Über die Hälfte aller Unfälle mit Personenschaden ereigneten sich im Ortsgebiet (53 %). Hauptleidtragende sind die schwächsten VerkehrsteilnehmerInnen wie FußgängerInnen und FahrradfahrerInnen. So verunfallten im Jahr 2005 im Ortsgebiet 640 FußgängerInnen und 854 RadfahrerInnen. Getötet wurden in oberösterreichischen Ortsgebieten elf FußgängerInnen und drei RadfahrerInnen. Vergleicht man diese Zahlen mit denen auf Freilandstraßen, so zeigt sich, dass wesentlich mehr FußgängerInnen im Ortsgebiet verunfallen (85 %). Gleiches Bild ergibt sich für die RadfahrerInnen: Nur 24,1 Prozent der Fahrradunfälle ereignen sich auf Freilandstraßen, bei Fahrradunfällen im Ortsgebiet werden 76 Prozent der RadfahrerInnen verletzt. Betrachtet man die Schwere der Unfälle, so zeigt sich, dass 70 Prozent der getöteten RadfahrerInnen auf Freilandstraßen zu Tode kommen. Diese Tatsache ist mit höherer Geschwindigkeit und dementsprechend schwerwiegenderen Verletzungen zu erklären.

### Risikofaktoren

Risikofaktoren technischer oder legislatischer Art können durch Studien und Änderungen von Vorschriften und Gesetzen ständig minimiert werden. Häufig ist jedoch menschliches Fehlverhalten der Grund für Unfälle. In diesem Fall ist die Bewusstseinsbildung durch wirksame Kampagnen das einzig nützliche Instrument, um Unfallrisiken zu erkennen und zu reduzieren. Nach wie vor spielt der Faktor Alkohol eine bedeutende Rolle bei Unfällen mit Personenschaden. In Oberösterreich sind im Jahr 2005 499 Unfälle auf Alkoholeinfluss zurückzuführen. Das ist ein Anstieg um rund vier Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Dabei wurden 712 Menschen verletzt und elf getötet. Alkoholisierte LenkerInnen sind zu 57 Prozent zwischen 15 und 35 Jahre alt und zu 89 Prozent Männer. Allerdings ist die Anzahl der weiblichen alkoholisierten Lenker im Vergleich zum Vorjahr gestiegen. Waren es im Jahr 2004 noch 21 weibliche Lenker unter Alkoholeinfluss, so fand man 2005 schon 33 Frauen

# UNFÄLLE IM STRASSENVERKEHR

**Tabelle 1:**

*Verletzte und Getötete nach politischen Bezirken 2005, absolut und je 10.000 EinwohnerInnen*

Bezirke 2005	Unfälle	Verletzte	Getötete	Bevölkerung	Verletzte pro 10.000 Einwohner	Getötete pro 10.000 Einwohner
Linz (Stadt)	1.465	1.936	12	183.504	105,50	0,65
Steyr (Stadt)	364	462	1	39.340	117,44	0,25
Wels (Stadt)	503	647	4	56.478	114,56	0,71
Braunau am Inn	618	834	15	95.189	87,62	1,58
Eferding	216	293	6	30.718	95,38	1,95
Freistadt	322	432	11	64.008	67,49	1,72
Gmunden	567	739	9	99.355	74,38	0,91
Grieskirchen	395	586	11	61.960	94,58	1,78
Kirchdorf an der Krems	438	602	15	55.167	109,12	2,72
Linz (Land)	845	1.161	11	129.059	89,96	0,85
Perg	341	455	5	63.955	71,14	0,78
Ried im Innkreis	349	481	7	58.203	82,64	1,20
Rohrbach	304	410	12	57.909	70,80	2,07
Schärding	250	339	13	56.996	59,48	2,28
Steyr (Land)	343	437	2	57.611	75,85	0,35
Urfahr-Umgebung	380	547	9	77.742	70,36	1,16
Vöcklabruck	788	1.076	18	126.599	84,99	1,42
Wels (Land)	341	459	6	63.004	72,85	0,95
<b>Summe</b>	<b>8.829</b>	<b>11.896</b>	<b>167</b>	<b>1.376.797</b>	<b>86,40</b>	<b>1,21</b>

im Alter zwischen 15 und 35 Jahren hinter dem Steuer. Neben Alkohol sind nicht angepasste Geschwindigkeit, riskante Überholmanöver und zu geringer Abstand klassische Unfallursachen. Gerade innerhalb von Ortsgebieten werden Geschwindigkeitsbegrenzungen oft überschritten. Auch auf Freilandstraßen drücken vor allem Jugendliche im Alter von 18 bis 24 gerne aufs Gas. Die Nichteinhaltung des Sicherheitsabstands führt häufig zu Auffahrunfällen. Immerhin fast ein Viertel der Unfälle mit Personenschaden sind Auffahrunfälle, auf Autobahnen sogar mehr als die Hälfte (52 %).

## Risikogruppen

Bestimmte Bevölkerungsgruppen weisen gegenüber dem Bevölkerungsdurchschnitt ein erhöhtes Unfallrisiko auf. Gefährdet sind vor allem die schwachen VerkehrsteilnehmerInnen wie Kinder, Jugendliche und SeniorInnen. Der Grund hierfür liegt auf der Hand: Jede dieser Gruppen hat nur den eigenen Körper als Schutz und ist damit besonders verletzlich. Dass Kinder gefährdet sind, liegt unter anderem an ihrer Körpergröße, an ihrem eingeschränkten Blickfeld und daran, dass sie sich

sehr spontan bewegen. Großes Problem bei den kleinen VerkehrsteilnehmerInnen ist der Punkt „Sehen und gesehen werden“. Schnell werden sie von anderen VerkehrsteilnehmerInnen aufgrund ihrer geringen Größe übersehen. Und auch die Kinder selbst haben es schwer, die „Großen“ im Straßenverkehr rechtzeitig zu sehen, weil ihnen durch parkende Autos, Werbetafeln und Mülltonnen leicht die Sicht versperrt wird. 2005 wurden in Oberösterreich 839 Kinder im Alter bis 14 Jahren verletzt – davon waren 140 im Alter bis zu vier Jahren. Von den bis 14-Jährigen verunfallten 131 Kinder als FußgängerInnen, 22 befanden sich sogar auf einem geregelten Schutzweg, 14 in einer verkehrsberuhigten Zone. Bezogen auf alle Unfälle, verletzten sich 27 Prozent der Kinder beim Fahrradfahren, ein Großteil – nämlich 57 Prozent - befand sich in einem Pkw. Ähnlich wie bei Kindern ist es für SeniorInnen oft schwer, sich sicher im turbulenten Straßenverkehr zu bewegen. Gründe hierfür sind meist ein beeinträchtigtes Sehvermögen, verminderte Reaktionsfähigkeit und Wahrnehmung. Allein in Oberösterreich verunglückten im Jahr 2005 1.027 SeniorInnen über 64 Jahren. Davon waren 19 Prozent als FußgängerInnen und

19 Prozent als RadfahrerInnen unterwegs. Mit 50 Prozent der Unfälle bei SeniorInnen sind jedoch Pkw-Unfälle am riskantesten einzustufen.

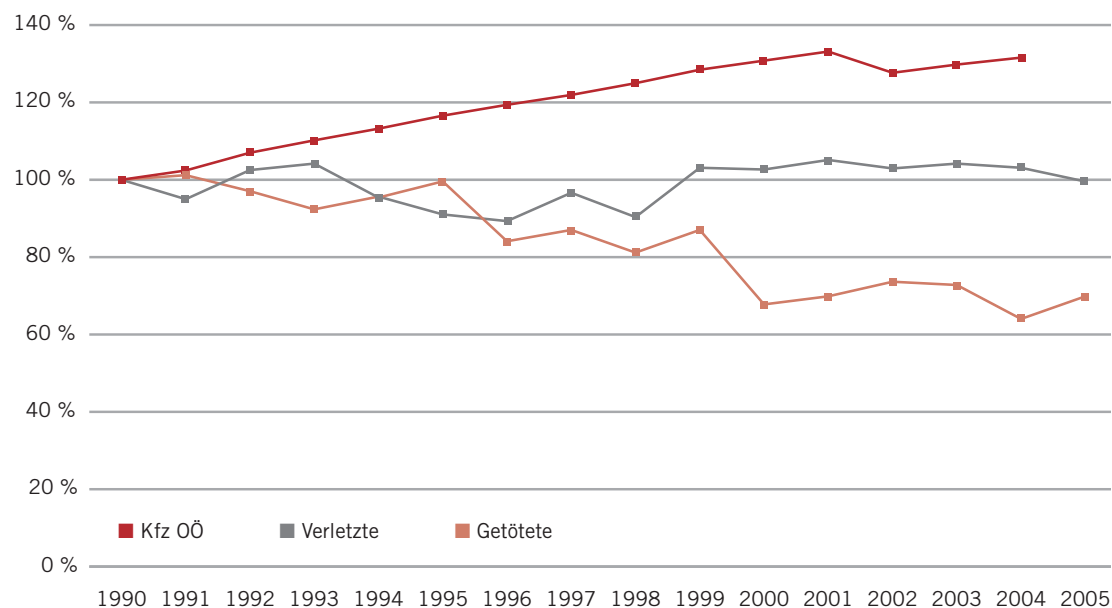
Eine weitere Risikogruppe bilden die 15- bis 24-Jährigen, obwohl sie nur zwölf Prozent der Bevölkerung ausmachen. Junge Menschen, die mit dem Auto und dem Motorrad unterwegs sind, sind erhöhten Unfallrisiken ausgesetzt, weil sie eine hohe Mobilität aufweisen, risikofreudig, aber auch unerfahren sind. 4.122 Jugendliche verunglückten im letzten Jahr in Oberösterreich, davon mussten 52 sterben.

## Unfallkosten

Hinter den Zahlen der österreichischen Unfallstatistik liegt in erster Linie großes menschliches Leid. Nicht zu vernachlässigen ist auch der volkswirtschaftliche Aspekt der Straßenverkehrsunfälle, denn die Folgekosten sind erheblich. Für Gesamtösterreich wurden 2005 Unfallkosten von knapp vier Milliarden Euro errechnet. Diese Kosten berücksichtigen Behandlungskosten während der Rehabilitation, den Krankenstand, Produktionsausfall, Sachschäden usw.

### Grafik 1:

Entwicklung des Unfallgeschehens und des Kraftfahrzeugbestandes in Oberösterreich von 1990 bis 2005  
Index: 1990 = 100 %



## Unfallprävention

Prävention meint die Vermeidung von Unfällen im Vorfeld, eines der Hauptanliegen des KfV. Um Menschen mehr Sicherheit zu bieten, das Unfallrisiko zu senken und zukunftsorientierte Antworten geben zu können, müssen Gefahrenquellen erforscht werden. Das gilt selbstverständlich nicht nur für den Bereich Verkehr & Mobilität sondern auch für Heim, Freizeit & Sport sowie für Eigentum & Feuer. Dem KfV ist es wichtig, in all diesen Lebensbereichen präventive Maßnahmen zu ergreifen und bewusstseinsbildend tätig zu sein. Prävention beinhaltet einen bunten Strauß von wissenschaftlichen Studien im Vorfeld bis hin zu speziellen Kampagnen. Neben konkreten Maßnahmen, wie Schulungen und Seminare im Rahmen der Mehrphasen-Führerschein-ausbildung und der verkehrspsychologischen Untersuchung, entwickelt das KfV zukunftsweisende Verkehrssicherheitsprogramme für Städte, Gemeinden und Länder, bis hin zu gezielten Aktionen vor Ort, wie zum Beispiel zum Thema Fahrradhelm für Kinder. Diese Arbeit des KfV wird durch eine fundierte Basis an Forschungsergebnissen zu

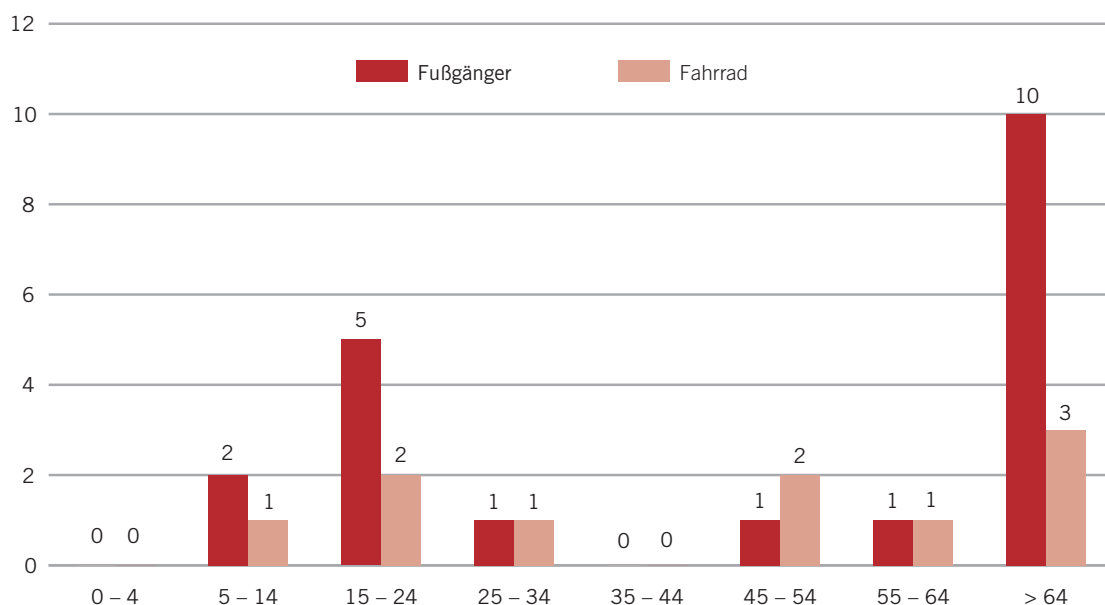
allen Bereichen des Unfallgeschehens und der Unfallprävention ebenso wie durch einen umfangreichen internationalen Erfahrungsaustausch und ein stetig wachsendes Netzwerk geprägt. Dieser Fundus an Wissen soll kontinuierlich ausgebaut werden und dazu beitragen, die Sicherheit der Menschen präventiv zu erhöhen, um zu vermeiden, erst im Nachhinein reagieren zu müssen.

## Aktuelle Projekte der Landesstelle Oberösterreich

Gemeinsam mit dem Land Oberösterreich erstellt die Landesstelle Oberösterreich des Kuratoriums für Verkehrssicherheit jährlich eine Unfallstatistik. Des Weiteren gibt es regelmäßige Beratungsgespräche für Gemeinden und Privatpersonen zu jeglichen Themen der Verkehrssicherheit. Zusätzlich werden Verkehrserhebungen und psychologische Schulungen durchgeführt sowie verkehrstechnische Gutachten erstellt. Die Landesstelle Oberösterreich plant weiterhin eine Aktion zu Kindersitzen sowie Aktionen an Schulen, um die Kinder für das Thema Verkehrssicherheit zu sensibilisieren.

### Grafik 2:

Im Straßenverkehr in Oberösterreich 2005 getötete FußgängerInnen und RadfahrerInnen nach Altersgruppen



## Mentale Gesundheit/ Psychische Erkrankungen

### 1. Epidemiologie

Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen insgesamt. Neben der hohen Prävalenz und Inzidenz ist besonders die volkswirtschaftliche Komponente anzuführen. Nach dem DALY-Konzept der WHO gehören vier psychische Krankheiten zu den zehn teuersten Krankheiten weltweit. Dies sind Depression, Alkoholismus, Schizophrenie und OCD (obsessive compulsive disorder = Zwangserkrankungen<sup>1</sup>).

Es dürften mehrere Faktoren für diese Tatsache von Bedeutung sein.

Erstens handelt es sich um sehr häufige Erkrankungen, weiters sind bei psychischen Erkrankungen immer auch die Familien, oft auch Arbeits- und Schulumgebung betroffen. Wir wissen auch, dass psychische Erkrankungen oft sehr spät diagnostiziert werden, beispielsweise dauert es bei krankhaften Depressionen etwa fünf bis sieben Jahre, bis die richtige Diagnose gestellt und auch entsprechende Therapien eingeleitet werden. All diese Faktoren ziehen hohe Kostenlasten nach sich, die sowohl die direkten als auch die indirekten

Kosten betreffen. Ein weiterer Faktor ist die hohe Belastung durch Suizidalität, welche bei psychischen Krankheiten auftritt. Häufig sind es auch gerade jüngere Menschen, die von schweren psychischen Störungen betroffen sind und dies ist auch der Grund, warum die OÖ Landesregierung das Gesundheitsziel 4, nämlich die Senkung der Suizidrate, bis zum Jahr 2010 in ihr Gesundheitsprogramm aufgenommen hat.

### 2. Indikatoren für die Psychische Gesundheit der OberösterreicherInnen

In Tabelle 1 ist der Anteil psychischer Störungen an allen Krankenhausaufenthalten ersichtlich. Dargestellt ist der Anteil der psychiatrischen Krankheiten als Hauptdiagnose. Es ist anzunehmen, dass sich eine Verfälschung dadurch ergibt, dass sehr häufig psychische Diagnosen als Nebendiagnosen angegeben werden, beziehungsweise dass sich sehr häufig hinter körperlichen Symptomen eine psychische Störung verbirgt. Wie schon angeführt, werden psychische Erkrankungen häufig sehr spät diagnostiziert. Wenn man die Krankenhausaufenthalte nach Krankenhausfachabteilungen untersucht, so ist die Situation in Oberösterreich insofern etwas abweichend vom Österreich-Durchschnitt<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> Murray et al.

<sup>2</sup> Katschnig, Denk, Scherer 2004

**Tabelle 1:**

*Anteil der psychischen Störungen an den Krankenhausaufenthalten*

	Mit psychiatrischer Hauptdiagnose	KH-Aufenthalte Gesamt	Anteil mit psychiatrischer Hauptdiagnose
KH-PatientInnen	10.514	211.087	5,0%
KH-Aufenthalte	17.370*	339.741	5,1%
KH-Tage	251.020	2.386.139	10,5%
Durchschnittliche KH-Tage je PatientIn	23,9	11,3	
KH-PatientInnen je 100.000 Versicherte	853	17.124	5,0%
KH-Aufenthalte je 100.000 Versicherte	1.409	27.561	5,1%
Tage je 100.000 Vers.	20.364	193.575	10,5%

\* Davon sind etwa 11,8 Prozent Tagesklinikfälle (Der Anteil der Tagesklinikfälle wurde anhand der LKF-Daten 2003 ermittelt).  
Quelle: FOKO; OÖGKK-Versicherte; Krankenhausbehandlungsfälle 2004, nur Hauptdiagnose; eigene Berechnungen.

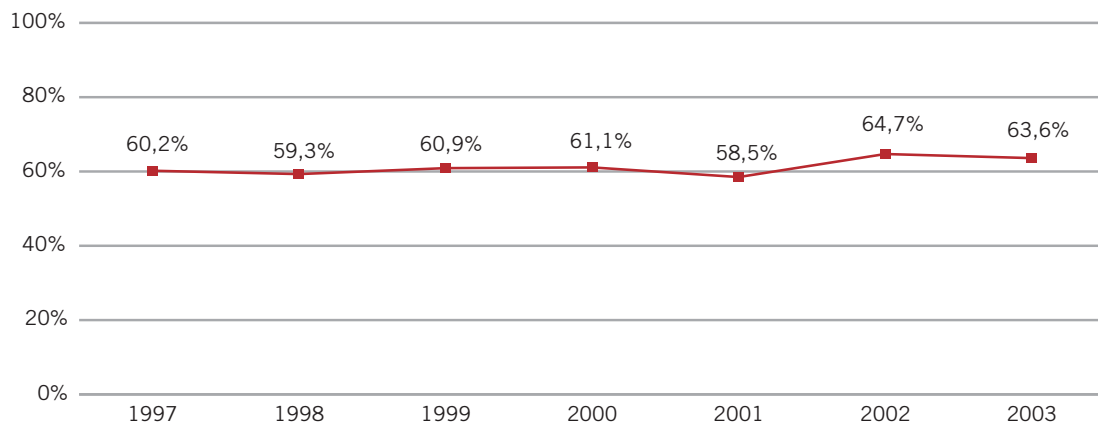


# MENTALE GESUNDHEIT

## PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

**Grafik 1:**

Anteil der Krankenhausentlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen, die in psychiatrischen Abteilungen behandelt wurden; Oberösterreich



Quelle: LKF; Spitalsentlassungen 1997-2003; eigene Berechnungen; nur Versicherte der OÖGKK in OÖ Krankenanstalten; ohne Tagesklinikfälle

als mehr Patienten mit psychischen Störungen in Fachabteilungen betreut werden, als im österreichischen Durchschnitt (1997: 46,5 %, 1999: 51,3 %, 2003: 53,8%).

In Grafik 1 ist zu sehen, dass in Oberösterreich im Jahr 2003 63,6 Prozent aller psychiatrischen Hauptdiagnosen in Fachabteilungen behandelt wurden. Dies dürfte unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass es in Oberösterreich zu diesem Zeitpunkt bereits drei Standorte für Fachabteilungen gegeben hat (Linz, Wels, Vöcklabruck). Im Jahr 2006 gibt es fünf allgemein psychiatrische Standorte in Oberösterreich, sodass sich diese Rate noch wesentlich verbessern dürfte. Wir können davon ausgehen, dass Menschen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen, die in Fachabteilungen behandelt werden, eine bessere Prognose haben und die Behandlung naturgemäß dem internationalen Qualitätsstandard entspricht.

In Grafik 2 sind die Hauptdiagnosen der PatientInnen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund einer psychiatrischen Diagnose aufgelistet. An erster Stelle stehen Krankheiten des affektiven Bereichs, also vorwiegend depressive Störungen, gefolgt von Störungen mit Substanzmissbrauch (22 %, davon der überwiegende Teil Alkoholabhängigkeit) und neuroti-

sche Störungen. Zahlenmäßig von großer Bedeutung sind noch organische und schizophrene Störungen. Bei den organischen Störungen handelt es sich im überwiegenden Teil um Demenzerkrankungen, von denen zu erwarten ist, dass sie in den nächsten Jahren deutlich zunehmen. Hierfür ist die demoskopische Entwicklung mit einer rasch zunehmenden Überalterung der Bevölkerung verantwortlich. Sehr große Unterschiede bezüglich der Risikogruppen zeigt die Geschlechtsverteilung anhand der Krankenhausaufenthalte. Während bei den affektiven Störungen das weibliche Geschlecht überwiegt, ist es bei den Alkoholerkrankungen deutlich umgekehrt. Organisch bedingte psychische Erkrankungen und Demenzerkrankungen sind geschlechtsmäßig fast vergleichbar, außer im hohen Alter, wo auch wegen der höheren Rate an Frauen diese überwiegen. Bei Schizophrenie überwiegen in den jüngeren Jahren die Männer und mit zunehmendem Alter die Frauen.

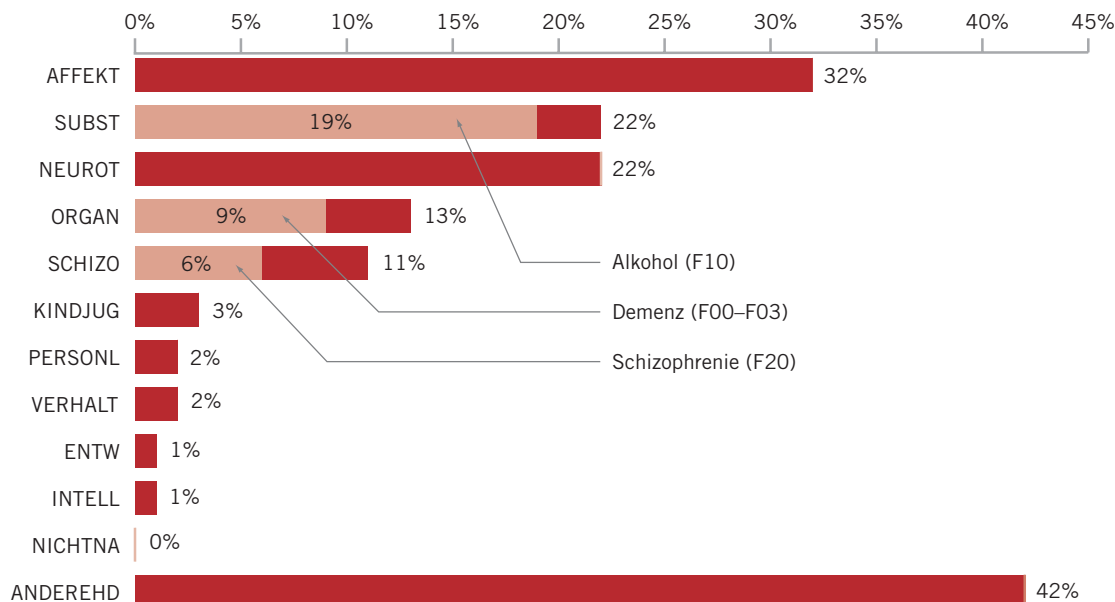
### 3. Medikamentenverschreibungen

In Grafik 3 ist der Psychopharmakaverbrauch in Oberösterreich dargestellt. Die weitaus größte Gruppe stellen Antidepressiva dar mit 55 Prozent aller Packungen, gefolgt von 17 Prozent Neuroleptika, Tranquilizer 12 Prozent und Hypnotika mit

# MENTALE GESUNDHEIT PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

**Grafik 2:**

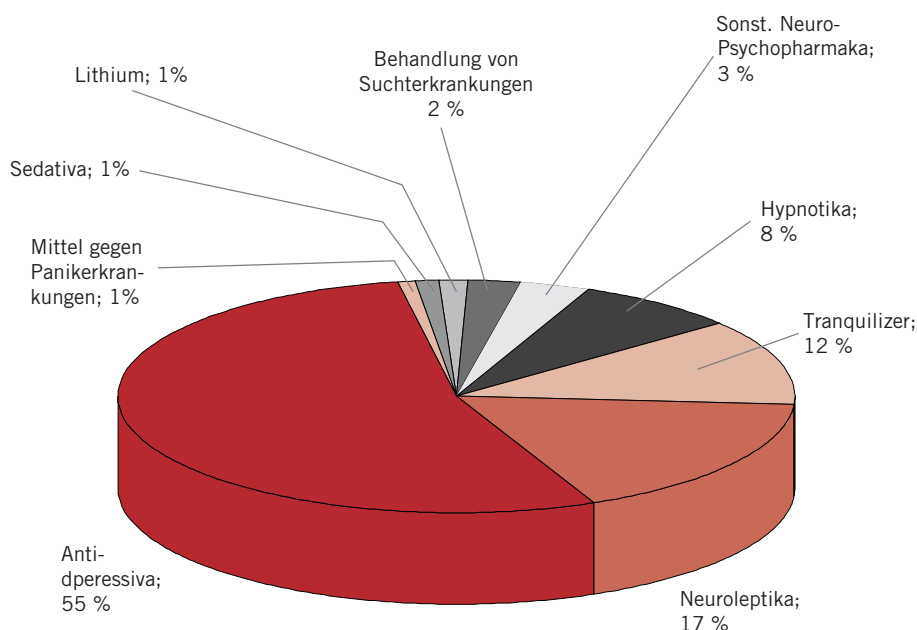
Hauptdiagnosen der PatientInnen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund einer psychischen Erkrankung



AFFEKT=Affektive Störungen (F30-F39), SUBST=Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19), NEUROT=Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48), ORGAN=Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09), SCHIZO=Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29), KINDJUG=Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98), PERSONL=Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69), VERHALT=Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59), ENTW=Entwicklungsstörungen (F80-F89), INTELL=Intelligenzminderung (F70-F79), NICHTNA=Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99-F99), ANDEREHD=Andere Hauptdiagnose  
 Quelle: FOKO; Krankenhausaufenthalte 2004; nur Versicherte der OÖGKK

**Grafik 3:**

Psychopharmakaverbrauch in Oberösterreich. Verschreibung von Psychopharmaka 2004 (Packungen)



Heilmittel OÖGKK 2004  
 Quelle: FOKO, eigene Berechnungen

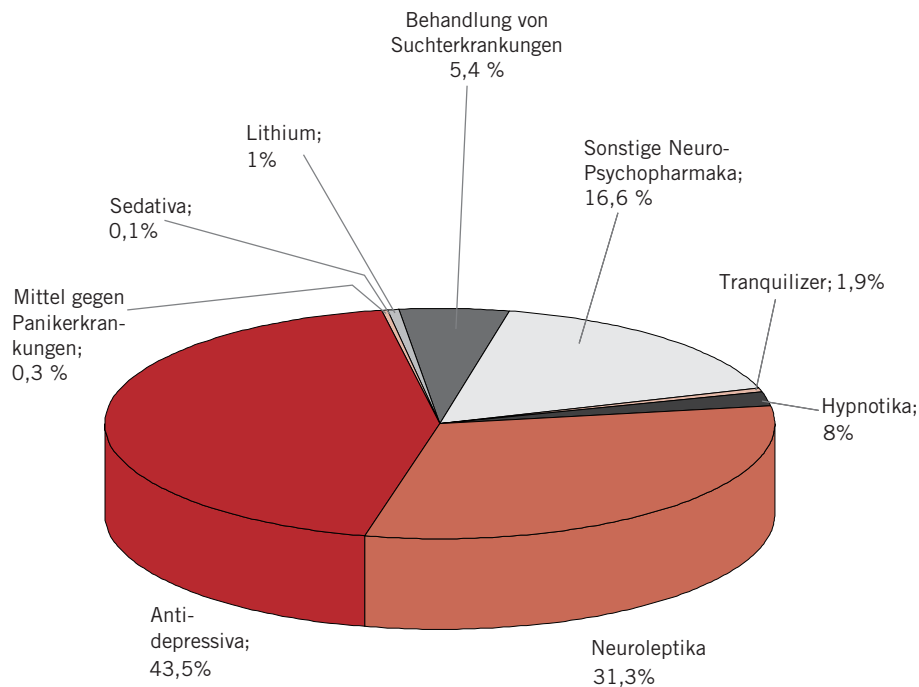
EPIDEMIOLOGIE

# MENTALE GESUNDHEIT

## PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

**Grafik 4:**

*Psychopharmakaverbrauch in Oberösterreich. Verschreibung von Psychopharmaka 2004 (Kosten je 1.000 Euro)*



Heilmittel OÖGKK 2004

Quelle: FOKO; eigene Berechnungen

8 Prozent. Beachtet man die Kosten, so fällt der Anteil an Antidepressiva auf 43,5 Prozent, auf Neuroleptika fallen 31,3 Prozent, auf sonstige Neuropsychopharmaka 16,7 Prozent und auf Hypnotika 8 Prozent. Unter den sonstigen Neuropsychopharmaka ist anzunehmen, dass es sich in erster Linie um Medikamente zur Behandlung von Demenzen handelt.

Der größte Prozentsatz, nämlich 84 Prozent, werden von Praktischen Ärzten/Ärztinnen verschrieben. Nur acht Prozent werden von NeurologInnen/PsychiaterInnen, also spezifischen Fachärzten/ärztinnen, verordnet und nur zwei Prozent in Heimen und Krankenhäusern.

Für praktisch alle Psychopharmaka gilt, dass sie mit zunehmenden Alter häufiger verordnet werden. Beispielhaft sei der Ordnungsmodus bei Antidepressiva in Grafik 6 angeführt.

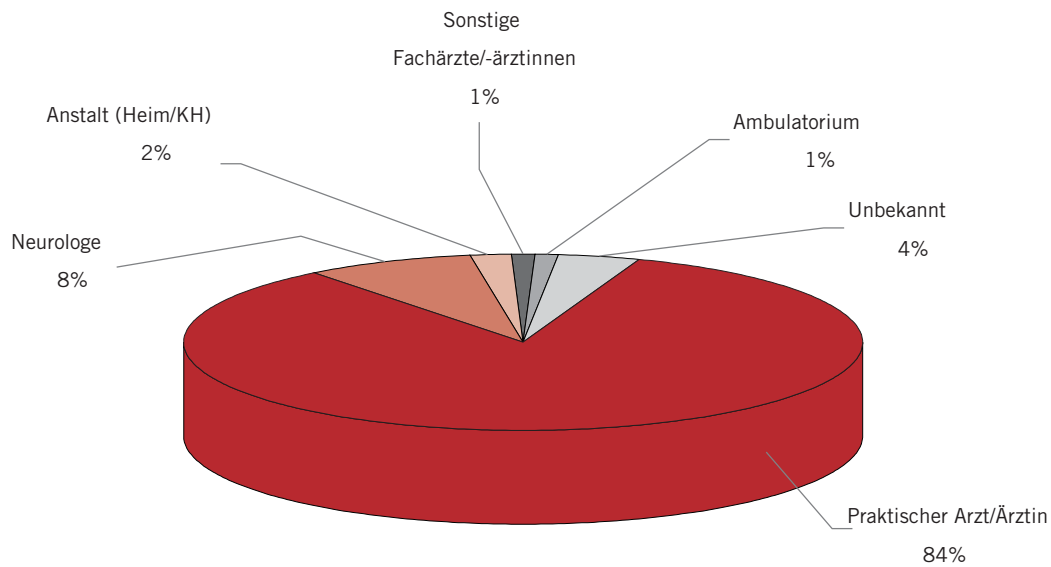
### 4. Entwicklung der Suizidrate

Im Artikel zum Gesundheitsziel 4 dieses Gesundheitsberichtes ist die Entwicklung der Suizidrate, das ist die Anzahl der Suizide pro 100.000 EinwohnerInnen/Jahr, dargestellt. Die Suizidrate in Oberösterreich ist in diesem Zeitraum relativ konstant mit leichten Wellenbewegungen. Sie liegt knapp unter 18 pro 100.000 EinwohnerInnen. Sie ist bei Männern deutlich höher als bei Frauen, was durch alle internationalen Publikationen bestätigt wird. Festzuhalten wäre noch, dass das Verhältnis der Suizidversuche genau umgekehrt ist. Hier liegen jedoch keine validen Daten für Oberösterreich vor. Die Suizidrate wird auch durch den Indikator „Verlorene Lebensjahre“ (PYLL, potential years of life-lost) international bewertet.

In Grafik 7 sind die potentiell verlorenen Lebensjahre für Oberösterreich dargestellt. Es zeigt sich, dass 11,5 Prozent auf Suizid zurückzuführen sind.

**Grafik 5:**

*Psychopharmakaverbrauch in Oberösterreich nach ÄrztInnengruppe*



Heilmittel OÖGKK 2004

Quelle: FOKO; eigene Berechnungen

Einen höheren Anteil haben nur bösartige Neubildungen, Unfälle und Herz-Kreislaufkrankungen. Das bestätigt wiederum die Notwendigkeit, hier Maßnahmen zu ergreifen, um genauso wie bei den Bemühungen gegen Krebserkrankungen, zur Reduktion von Unfällen oder Kampf dem Herztod, auch dem Tod durch Suizid entgegenzuwirken.

## 5. Wichtige Maßnahmen zur Verbesserung der Situation

Problemereich und Risikogruppen

Mit der Überalterung der Bevölkerung ist damit zu rechnen, dass die Häufigkeit von psychischen Störungen noch zunimmt. Die gesellschaftlichen Verhältnisse, der Druck auf den Einzelnen, besonders im Arbeitsumfeld, ist ebenso als Risikofaktor anzusehen, wie die Überflutung mit Information und

dem Angebot an Maßnahmen, die wiederum zu einer Überforderung der Personen führt. Familiäre Strukturen werden immer brüchiger, sodass besonders junge Menschen zunehmend an psychischen Störungen leiden. Vor allem das Risiko der Einnahme von suchterzeugenden Substanzen, aber auch nicht stoffgebundene Süchte, sowie eben Depressionen und Suizide, steigen.

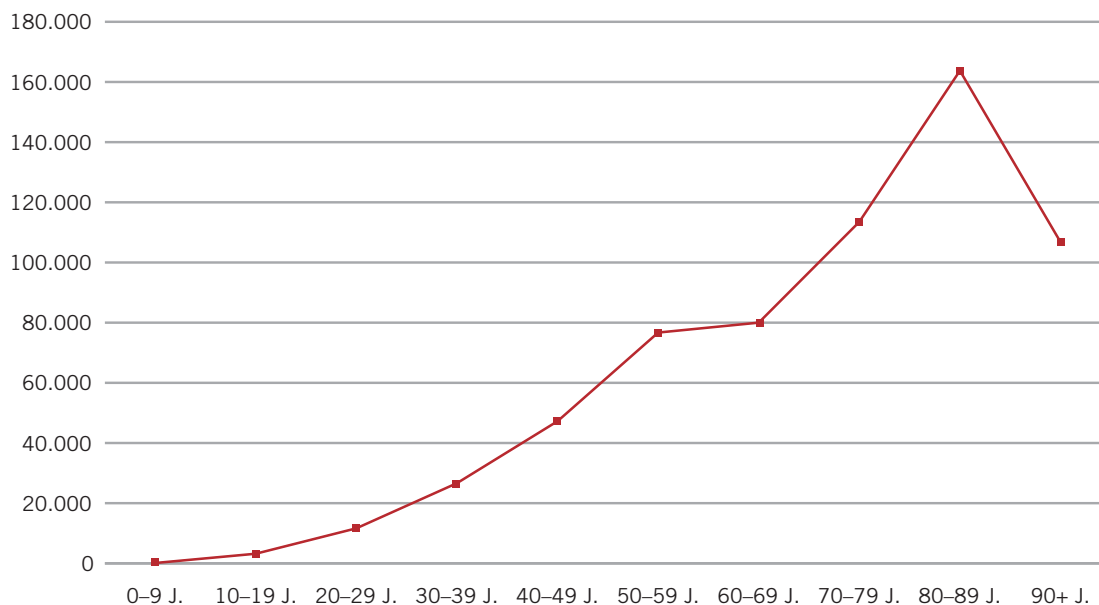
Die im Gesundheits- und Sozialbereich tätigen Personen sind in erhöhtem Maße von Burn-Out bedroht. Mangelnde personelle Ressourcen bei zunehmender Aufgabenstellung, sowie oft bestehende Mängel im Versorgungssystem verstärken diesen Trend.

Die noch immer vorhandene Stigmatisierung und damit verbundene Diskriminierung von Personen im Umfeld von psychischen Störungen stellt ein wesentliches Hemmnis für die Entwicklung psy-

# MENTALE GESUNDHEIT

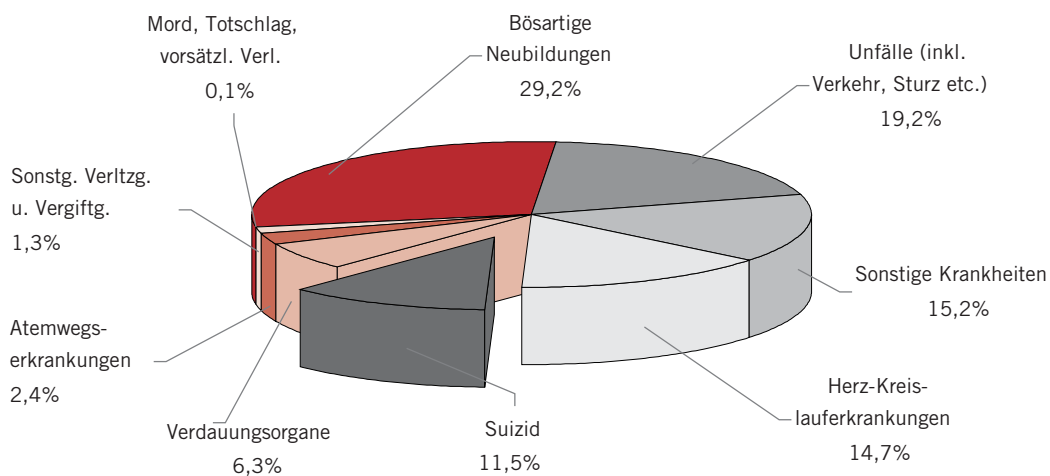
## PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

**Grafik 6:**  
Antidepressivaverbrauch nach Altersgruppen



Heilmittelabrechnungen OÖGKK 2004; Packungen/100.000 Versicherte  
Quelle: FOKO; eigene Berechnungen

**Grafik 7:**  
Potenzielle Verlorene Lebensjahre: PYLL (Anteile), OÖ 2003



chosozialer Strukturen dar. Von Stigma betroffen sind:

- PatientInnen
- Familien
- MitarbeiterInnen
- Einrichtungen
- Behandlungsmethoden
- Kommunen

### Maßnahmen

Die Versorgungsstrukturen sollten der Bedeutung des Problems angepasst werden. Im stationären Bereich ist in Oberösterreich diesbezüglich die Planung abgeschlossen und umgesetzt. Im außerstationären Bereich sind noch einige Maßnahmen umzusetzen, beispielsweise ein flächendeckender Akut- und Krisendienst für psychisch Kranke.

Schlüsselpersonen, vor allem PrimärversorgerInnen, müssen umfassend über die Diagnostik und Behandlung psychosozialer Störungen fort- und weitergebildet werden. Besonders anzuführen wären Maßnahmen zur Ersten Hilfe bei psychischen Störungen und Suizidverhütung.

Als gesellschaftlicher Auftrag sollte die Politik

Stigmen und den damit verbundenen Diskriminierungen entgegenwirken<sup>3</sup>. Ein diesbezüglicher Schritt ist sowohl von der WHO, wie auch von der EU gesetzt worden. Die WHO hat im Rahmen der Konferenz in Helsinki einen Aktionsplan zur mentalen Gesundheit abgesegnet und die EU erarbeitet gerade ein White-Paper mit einer klaren Positionierung zum Problem psychische Krankheiten.

Besonders wichtig sind Maßnahmen zur Prävention. Hier sind alle wichtigen Gruppierungen in der Gesellschaft gefordert. Prävention umfasst allgemeine Maßnahmen der Familienförderung, Arbeitsplatzgestaltung, Gesundheit am Arbeitsplatz, aber auch Früherkennung von psychischen Störungen, vor allem depressiven Zuständen und Suizidprävention.

Oberösterreich hat diesbezüglich bisher eine Vorreiterrolle eingenommen und sollte alles daran setzen, um diese auch zu behalten.

<sup>3</sup> Gaebel et al 2004.

### Literatur:

Arbeitskreis Suizid, 2004. Schöny, W.: Präsentation der Ergebnisse des Arbeitskreises „Suizid“ im Rahmen der OÖ Gesundheitskonferenz am 22. September 2004 (Präsentationsunterlagen). Linz 2004.

Gaebel 2004. Gaebel, W.: Psychisch Kranke: Stigma erschwert Behandlung und Integration. Dtsch. Aerztebl. 2004; 101: A 3253-3255 (Heft 48), <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=44732>. 3.3.2005.

Hurrelmann/Laser: Potential years of life lost, 2002.

Institut für Gesundheitsplanung (Hg.): Psychosoziale Erkrankungen in Oberösterreich. Linz, 2006.

Katschnig/Denk/Scherer 2004. Katschnig, A.; Deink, P. Scherer, M.: Österreichischer Psychiatriebericht. Analysen und Daten zur Psychiatrischen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Wien 2004.

Murray/Lopez. Murray & Lopez: WHO Bericht, Global Burden of Disease, 1996.

WHO 2005: World Health Organization: mental health Global Action Programme (mhGAP) [http://www.who.int/mental\\_health/actionprogramme/en/](http://www.who.int/mental_health/actionprogramme/en/) 25.3.2005.





GESUNDHEITZIELE

6



---

GESUNDHEITSZIELE

6

## 10 Gesundheitsziele für Oberösterreich

Im folgenden Kapitel stehen – analog zum Gesundheitsbericht 2000 – die 10 Oberösterreichischen Gesundheitsziele. Je Gesundheitsziel ist zuerst das alte Gesundheitsziel und der Ist-Stand bzw. der Erreichungsgrad zu finden. Anschließend werden die Strategien und Maßnahmen zu diesem Gesundheitsziel vorgestellt. Da sich bei fast allen Gesundheitszielen (außer den Zielen 1 und 2) Änderungen ergeben haben, wird das neue Gesundheitsziel noch vorgestellt. Diese neuen Gesundheitsziele wurden in Gesprächen mit dem Vorstand des Instituts für Gesundheitsplanung, den ArbeitskreisleiterInnen, den Zielverantwortlichen und weiteren ExpertInnen erarbeitet.

### 1 Gesundheitsziel 1 – Diabetes-Spätfolgen

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

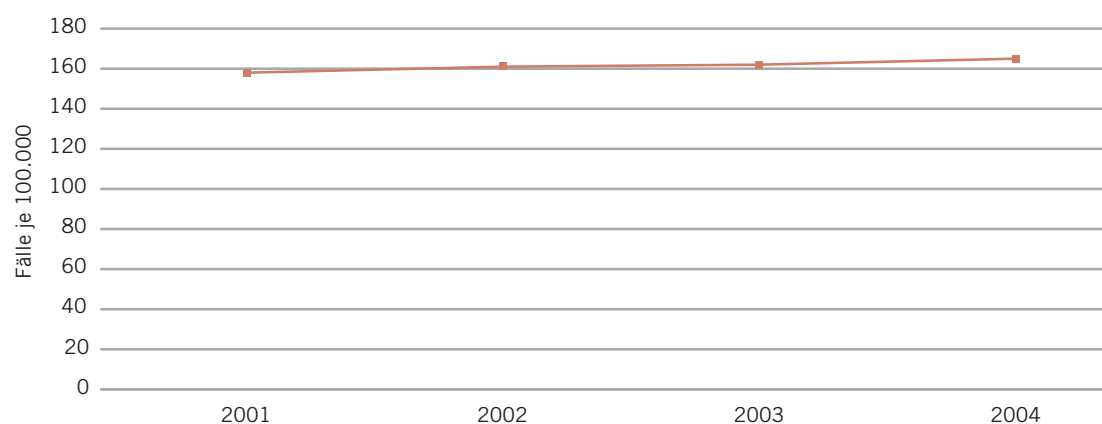
#### 1.1 Ist-Stand

Die ambulante Behandlungsprävalenz von Diabetes, also den Anteil der Bevölkerung, der von niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen aufgrund von Diabetes behandelt wird<sup>1</sup>, ist im Beobachtungszeitraum im Steigen begriffen. Die standardisierte Rate lag im Jahr 2004 um 10 Prozent über der Rate von 2001. Sollte diese Zunahme nicht allein auf bessere Diagnostik und frühzeitigere Behandlung zurückzuführen sein, so ist in den kommenden Jahren mit einer Zunahme von Diabeteskomplikationen zu rechnen.

Die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten mit Diabetesdiagnosen sowie mit Spätfolgediagnosen ist im selben Zeitraum hingegen relativ konstant geblieben. Betrachtet man ausgewählte, im Krankenhaus behandelte Diabetesspätfolgen<sup>2</sup>, so ist insgesamt eine leichte Zunahme (um 7 %) zu beobachten (Grafik 1). Auch andere Indikatoren deuten eine tendenzielle Zunahme von diabetischen Folgeproblemen an. Beispielsweise steigt im Beobachtungszeitraum die Zahl bestimmter medizinischer Krankenhausleistungen zur Behandlung von

**Grafik 1:**

*Einschlägige medizinische Einzelleistungen (MEL) in Verbindung mit Spätfolgediagnose (SF) – Gesamt*



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

<sup>1</sup> Die ambulante Behandlungsprävalenz wurde anhand von Antidiabetikaverordnungen bzw. Blutzuckermessungen oder HbA1c-Wert-Bestimmungen erhoben. Quelle: OÖGKK – FOKO, eigene Berechnungen.

<sup>2</sup> Die Rate der behandelten Spätchäden wurde anhand der Krankenhausstatistik berechnet. Gezählt wurden Krankenhausbehandlungsfälle, bei denen eine diagnostizierte Spätfolgediagnose mit einer ausgewählten, dazu passenden medizinischen Einzelleistung zusammenfällt; Quelle: LKF, eigene Berechnungen.

# 10 GESUNDHEITSZIELE FÜR OBERÖSTERREICH

kardiovaskulären Erkrankungen (z.B. PCTA, Stentimplantation etc.) bei PatientInnen mit Diabetes deutlich stärker an, als bei NichtdiabetikerInnen<sup>3</sup>. Zu bedenken ist auch, dass sich diabetische Spät-komplikationen oft erst nach jahrelanger Erkrankungsdauer manifestieren und daher auch damit zu rechnen ist, dass Effekte präventiver Maßnahmen nur mit einer gewissen Zeitverzögerung voll zum Tragen kommen.

## 1.2 Strategie und Maßnahmen

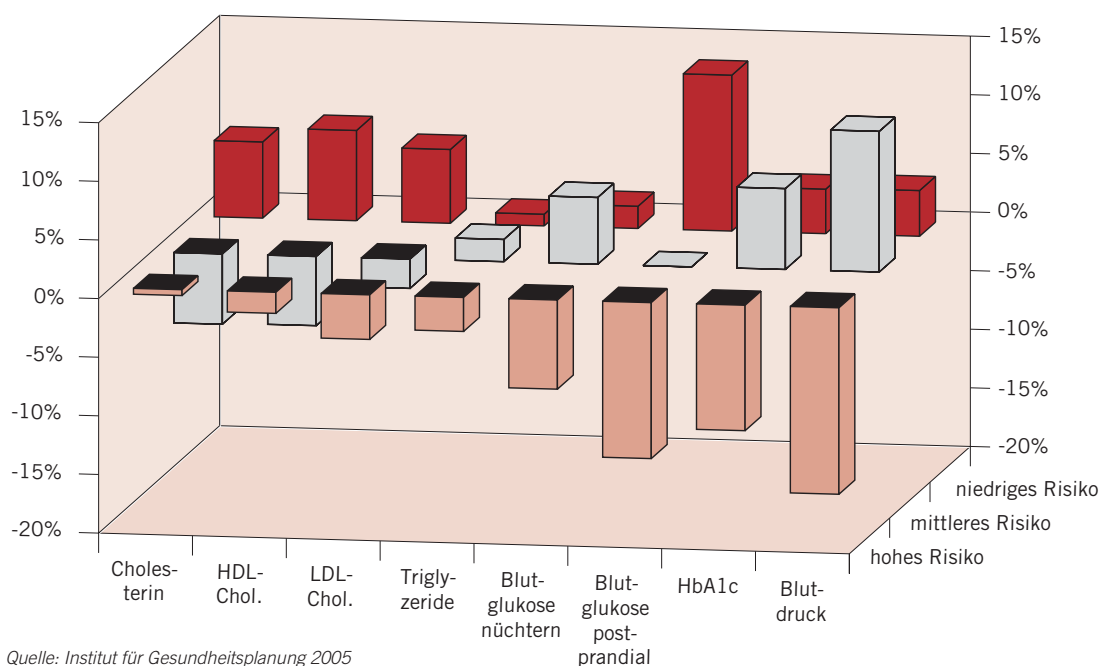
Von zentraler Bedeutung für die Verhinderung von Folgeschäden ist die langfristige und stabile Einstellung der Blutzuckerwerte der PatientInnen. Das kann, je nach Schwere und Erkrankungstyp mittels Ernährungsumstellung, Tabletten oder Insulingabe erreicht werden. Zusätzlich ist es wichtig, weitere Risikofaktoren für Folgeerkrankungen (bspw. Bluthochdruck, Übergewicht etc. im Hinblick auf Herz-Kreislaufkrankungen) zu minimieren. In jedem Fall ist die Mitwirkung der PatientInnen in hohem Maß gefordert. Eine erfolgreiche Behandlung ist daher nur unter weitreichender Einbeziehung und

Partizipation der Betroffenen und ihres Lebensumfeldes (z.B. Familienangehörige) Erfolg versprechend. Außerdem müssen DiabetikerInnen ausreichend über Kompetenzen im Umgang mit der Erkrankung verfügen, z. B. in Bezug auf Selbstkontrollen. Diese Kompetenzen sowie Motivation und Unterstützung können im Rahmen einer strukturierten Diabetesbetreuung vermittelt werden.

Als erster Schritt zur Erreichung des Gesundheitszieles wurde 2002 das Pilotprojekt DIALA (Diabetesbetreuung im ländlichen Raum) initiiert, das darauf abzielte, die Umsetzung einer qualitativ hochwertigen, strukturierten Betreuung in ländlichen Strukturen zu erproben. Ein ähnliches Projekt wurde 2001/2002 in Linz-Urfahr durchgeführt.

Wesentliche Eckpfeiler des DIALA-Konzeptes bilden Schulungen der Betroffenen nach dem Düsseldorfer Modell, Angebote wie bspw. Ernährungsberatung und Kochkurse, aber auch regelmäßige ärztliche Kontrollen und die Vereinbarung von Behandlungszielen zwischen PatientInnen und betreuenden Ärzten/Ärztinnen.

**Grafik 2:**  
Verschiebungen zwischen Risikogruppen



Quelle: Institut für Gesundheitsplanung 2005

<sup>3</sup> Quelle: LKF, eigene Berechnungen.

Die Evaluierungsergebnisse nach zweijähriger Laufzeit sind äußerst viel versprechend. Bspw. sank der Anteil der TeilnehmerInnen im Hochrisikobereich beim Blutdruck um ca. 16 Prozent und beim HbA1c-Wert um ca. 11 Prozent. Wesentliche Effekte konnten für die Vereinbarung von Behandlungszielen beobachtet werden: PatientInnen mit Zielvereinbarungen wiesen deutlich bessere Werte auf als solche ohne Zielvereinbarungen. Die begleitend durchgeführte Kostenevaluierung belegt, dass durch die strukturierte Betreuung Folgekosten der Erkrankungen gesenkt werden können.

Seit April 2006 wird die strukturierte Diabetesbetreuung in Oberösterreich flächendeckend angeboten.

### 1.3 Gesundheitsziel 1 neu

Das Ziel bleibt gleich, es ergibt sich keine Notwendigkeit einer Veränderung:

**Bis zum Jahr 2010 sollte die Häufigkeit von Diabetesfolgen, wie Amputationen, Blindheit, Nierenversagen, Schwangerschaftskomplikationen und andere Gesundheitsstörungen um 15 Prozent gegenüber dem Jahr 2000 reduziert werden.**

*Literatur:  
Gesundheitsbericht Oberösterreich 2000, Linz 2000.  
Institut für Gesundheitsplanung 2005 (Hrsg.): DIALA. Strukturierte Diabetesbetreuung im ländlichen Raum; Linz 2005*

**Tabelle 1:**  
*Kariesmorbidity Oberösterreich 2002/2003*

Alter	Zahl der Kinder	Kariesmorbidity Milchzähne	Kariesmorbidity bleibende Zähne	Kariesmorbidity
6 Jahre	3.405	42,7 %	6,4 %	<b>44,1 %</b>
7 Jahre	5.262	45,9 %	10,1 %	48,0 %
8 Jahre	3.867	43,1 %	17,5 %	47,9 %
9 Jahre	5.688	38,2 %	18,3 %	44,7 %
10 Jahre	786	40,6 %	34,0 %	56,1 %
<b>Gesamt</b>	<b>18.146</b>			

Quelle: PGA, Zahngesundheitsförderung Oberösterreich, Bericht 2004/2005

## 2 Gesundheitsziel 2 – Zahngesundheit

**Bis zum Jahr 2005 sollten mindestens 50 Prozent der Kinder der Altersgruppe der 6-Jährigen kariesfrei sein und 12-Jährige sollten im Durchschnitt höchstens drei kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen. Bis zum Jahr 2010 sollten mindestens 80 Prozent der Kinder der Altersgruppe der 6-Jährigen kariesfrei sein und 12-Jährige sollten im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen.**

### 1.1 Ist-Stand

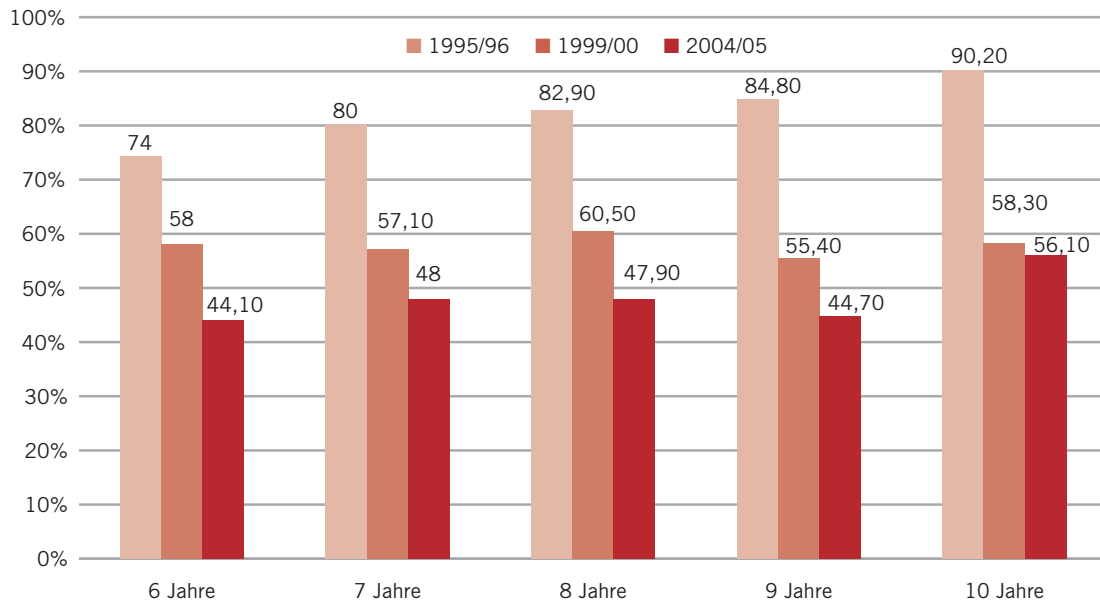
Im Rahmen der „Zahnpädagogischen Untersuchung“ durch den Verein für Prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA) wurden im Schuljahr 2004/2005 insgesamt 18.146 Kinder der 1. und 3. Stufe der Oberösterreichischen Volksschulen von ca. 210 engagierten Patenzahnärzten/-ärztinnen untersucht. Somit konnten in etwa 2/3 aller Kinder untersucht werden.

Die Kariesmorbidity liegt bei den 6-jährigen SchülerInnen in Oberösterreich im Schuljahr 2004/05 bei 44 Prozent. Damit ist ein Teil des für 2005 gesetzten Gesundheitsziels für Oberösterreich (mindestens 50 Prozent der 6-jährigen Kinder sollen kariesfrei sein) zum jetzigen Zeitpunkt erreicht. 48 Prozent der 7- und 8-jährigen, knapp 45 Prozent der 9-jährigen und zirka 56 Prozent der 10-jährigen Kinder wiesen bei der zahnmedizinischen Untersuchung ein morbides Gebiss auf.

# 10 GESUNDHEITZIELE FÜR OBERÖSTERREICH

**Grafik 3:**

Kariesmorbidität Volksschulen OÖ. Gesamt – Vergleich der Schuljahre 1995/96 – 1999/00 – 2004/05



(SJ 1995/96: N = 21.224; 6-Jahre n = 2.974; 7-Jahre n = 7.231; 8-Jahre n = 3.319; 9-Jahre n = 6.704; 10-Jahre n = 996; SJ 1999/00: N = 20.360; 6-Jahre n = 1.499; 7-Jahre n = 5.552; 8-Jahre n = 4.624; 9-Jahre n = 5.216; 10-Jahre n = 3.469; SJ 2004/05: N = 18.146; 6-Jahre n = 3.405; 7-Jahre n = 5.262; 8-Jahre n = 3.867; 9-Jahre n = 5.688; 10-Jahre n = 786).

Quelle: PGA, Zahngesundheitsförderung Oberösterreich, Berichte 1995/1996 - 1999/2000 - 2004/2005

Die Kariesmorbidität bei den 6- bis 10-jährigen Kindern Oberösterreichs ist in den letzten Jahren bedeutend gesunken (Grafik 3). Bei den 10-jährigen Kindern ist der Rückgang der Kariesmorbidität besonders groß: Waren im Schuljahr 1995/96 noch zirka 90 Prozent der untersuchten 10-jährigen SchülerInnen von einer Karieserkrankung betroffen, so sind es im Schuljahr 2004/05 nur noch 56 Prozent.

Aber auch bei allen anderen Altersgruppen ist ein beträchtlicher Rückgang der Kariesmorbidität von 1995/96 bis 2004/05 zu beobachten. Während das Teilziel, dass bis 2005 50 Prozent der 6-jährigen Kinder kariesfrei sein sollen, aufgrund der vorliegenden Daten als vorläufig erreicht gilt, konnte das die 12-jährigen Kinder betreffende Teilziel (im Durchschnitt höchstens 3 kariöse, gefüllte oder extrahierte Zähne) aufgrund fehlender Daten vorerst nicht evaluiert werden.

## 2.2 Strategie und Maßnahmen

Seit Anfang der 90er Jahre gibt es mittlerweile das Programm der Zahngesundheitsförderung Oberösterreich. Dieses wird im Wesentlichen von zwei Eckpfeilern getragen. Einerseits von einer zahnpädagogischen Betreuung in Form der Gruppenprophylaxe – durchgeführt von ZahngesundheitserzieherInnen – und andererseits von den zahnpädagogischen Untersuchungen durch Patenzahnärzten/-ärztinnen<sup>4</sup>. Oberösterreichs Kindergartenkinder, Volks- und Sonderschulkinder werden flächendeckend durch das Zahngesundheitsförderungsprojekt betreut. Dieses erfolgreiche Projekt, das bereits mehrmals international ausgezeichnet wurde, soll auch in Zukunft fortgeführt werden. Darüber hinaus wurde mit Beginn des Schuljahres 2005/06 ein Pilotprojekt zur Zahngesundheitsförderung an Hauptschulen und Polytechnischen Lehrgängen ins Leben gerufen, das wissenschaft-

<sup>4</sup> Zahnärzte und Zahnärztinnen, welche eine Patenschaft für eine oder mehrere Schulen übernehmen.

lich begleitet und evaluiert wird. Unter anderem anhand der Evaluierung des Pilotprojektes wird zu entscheiden sein, ob und in welcher Form eine Ausweitung des Angebots in der oberösterreichischen Zahngesundheitsförderung angebracht ist.

## 2.3 Gesundheitsziel 2 neu

Das Ziel bleibt gleich, es wurde lediglich der Teil des Zieles gelöscht, der bis zum Jahr 2005 erreicht werden sollte:

Bis zum Jahr 2010 sollten mindestens 80 Prozent der Kinder der Altersgruppe 6 kariesfrei sein und 12-Jährige sollten im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen.

## 3 Gesundheitsziel 3 – Betriebliche Gesundheitsförderung

Bis zum Jahr 2005 sollten mindestens 10 Prozent aller mittleren und großen Unternehmen sich zur

Umsetzung der Prinzipien eines gesunden Unternehmens/Betriebes verpflichten.

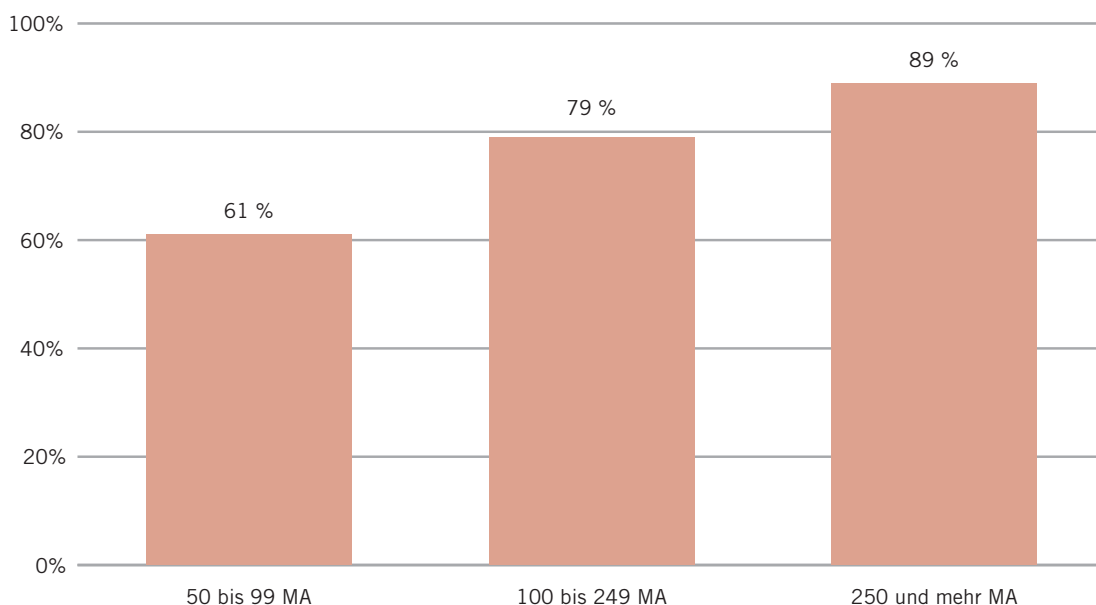
### 3.1 Ist-Stand

Das Institut für Gesundheitsplanung hat zusammen mit der Abteilung für Gesundheitsförderung und Vorsorgemedizin der OÖGKK zwei schriftliche Befragungen<sup>5</sup> unter LeiterInnen von mittleren und großen Unternehmen durchgeführt, wobei die UnternehmensleiterInnen nach praktischen Erfahrungen mit „Maßnahmen oder Projekten zur Förderung der Gesundheit der MitarbeiterInnen“ befragt wurden. Aus den retournierten Fragebögen ergibt sich folgendes Ergebnis:

In 61 Prozent der Betriebe mit 50 bis 99 MitarbeiterInnen, in 79 Prozent der Betriebe mit 100 bis 249 MitarbeiterInnen und in 89 Prozent der Betriebe mit 250 und mehr MitarbeiterInnen wurden bereits praktische Erfahrungen mit Gesundheitsförderung gemacht. Für das Gesundheitsziel bedeutet dies: Selbst unter der Annahme eines

#### Grafik 4:

Praktische Erfahrungen mit Gesundheitsförderung im Unternehmen



<sup>5</sup> Vollerhebung: Es wurde allen Betrieben mit 50 bis 99 MitarbeiterInnen im Jahr 2004 und allen Betrieben mit 100 und mehr MitarbeiterInnen im Jahr 2005 ein Fragebogen zugesandt.

# 10 GESUNDHEITSDZIELE FÜR OBERÖSTERREICH

„worst case“ – Szenarios (bei dem simuliert wird, 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) würde das Gesundheitsziel in allen drei Betriebsgrößenkategorien als erreicht gelten<sup>6</sup>.

## 3.2 Strategie und Maßnahmen

Um die Qualität Betrieblicher Gesundheitsförderung, auch vor dem Hintergrund eines wachsenden Marktes sicherzustellen, die Unternehmen zur Durchführung qualitativ hochwertiger Maßnahmen zu motivieren und „Alibiaktionen“ auch als solche kenntlich zu machen, hat die Österreichische Kontaktstelle BGF (die in der OÖGKK angesiedelt ist) in Kooperation mit dem Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) einen Katalog von Qualitätssicherungsinstrumenten erarbeitet, der mittlerweile bereits Anwendung findet. Die Instrumente sind abgestuft konzipiert und bringen ein zunehmendes Bekenntnis für BGF zum Ausdruck.

- BGF-Charta:  
Mit der Unterzeichnung dieser Erklärung, bekunden Unternehmen ihren Willen, sich in Hinkunft für die Gesundheit ihrer MitarbeiterInnen zu engagieren.
- 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.
- BGF-Preis  
Einen besonderen Anreiz stellt auch die medienwirksame Auslobung eines BGF-Preises für besonders anspruchsvolle BGF-Projekte dar. Dieser Preis wird regelmäßig in zwei unterschiedlichen Kategorien<sup>7</sup> verliehen.

Weiters wird durch die Einrichtung von Unternehmensnetzwerken sowie dem Angebot eines Schu-

lungsmoduls (dezentrale Schulungsangebote für KMU's und regionale Projektgruppen bzw. kollegiale Lerngruppen) die Etablierung von BGF in der oberösterreichischen Unternehmenslandschaft vorangetrieben.

### • Unternehmensnetzwerke

Unternehmensnetzwerke dienen dem Wissens- und Erfahrungstransfer. An ihnen beteiligen sich oberösterreichische Unternehmen mit BGF-Erfahrung gleichermaßen wie Unternehmen, die Interesse an BGF haben.

### • Schulungsmodul

#### a) Curriculum (Dezentrale Schulungsangebote) für KMU's

Dabei handelt es sich um zweitägige Schulungsangebote, die einen konzentrierten Einstieg in die Möglichkeiten und Wege von BGF in KMU's bieten. Diese Seminare richten sich an UnternehmensleiterInnen oder an von diesen autorisierte Personen.

#### b) Regionale Projektgruppen (kollegiale Lerngruppen)

Den AbsolventInnen des Curriculums wird für die konkrete Umsetzung ihrer Aktivitäten die Teilnahme an Lerngruppen angeboten. Diese fach- und prozessbegleitenden Lerngruppen werden extern moderiert und orientieren sich an der konkreten Praxis. Die Schwerpunkte dabei sind der Firmen übergreifende Lern- und Erfahrungsaustausch, die Projektsupervision sowie die Projektplanung der nächsten Schritte. Die Lerngruppen setzen sich aus vier bis acht TeilnehmerInnen zusammen und finden etwa sechsmal pro Jahr statt.

## 3.3 Gesundheitsziel 3 neu

Analog zu den Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung wurde auch das Gesundheitsziel 3 umformuliert:

**Bis zum Jahr 2010 unterzeichnen mindestens 10 Prozent aller Unternehmen mit mehr als 10 unselbständig beschäftigten MitarbeiterInnen die Charta zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. Bis zum Jahr 2010 sollen mindestens 30 Unternehmen Träger des Gütesiegels Betrieblicher Gesundheitsförderung sein.**

<sup>6</sup> „worst case“-Szenario: 11 %, 11 %, 27 %.

<sup>7</sup> einen für Unternehmen mit weniger als 100 MitarbeiterInnen und einen für Unternehmen mit mehr als 100 MitarbeiterInnen.

## 4 Gesundheitsziel 4 – Suizid

Bis zum Jahr 2010 sollte die Suizidrate um mindestens ein Drittel zurückgehen.

Ein Großteil der psychischen Erkrankungen, wie bspw. Depressionserkrankungen, Angststörungen und schizophrene Erkrankungen gehen mit einem erhöhten Suizidrisiko einher. Insbesondere Depressionserkrankungen werden – nicht zuletzt aufgrund ihrer weiten Verbreitung – für einen Großteil der Suizidfälle verantwortlich gemacht. Das Ziel 4 der Oberösterreichischen Gesundheitskonferenz stellt im Wesentlichen auf die Verminderung von psychischen Störungen ab. Als Messlatte dient die Suizidrate.

Suizid ist unter den Todesursachen, die auf äußere Einwirkung zurückzuführen sind (Unfälle, Verletzungen, Vergiftungen etc) die häufigste. Jährlich versterben mehr Menschen durch Suizid als bspw. infolge von Verkehrsunfällen. Im Jahr 2004 gab es österreichweit 1.418 Suizidfälle. Im Vergleich dazu fielen auf Verkehrsunfälle (KFZ und andere Transportmittelunfälle) 862 Todesfälle.

### 4.1 Ist-Stand

1999 verstarben in Oberösterreich 232 Menschen durch Suizid (168 Männer und 64 Frauen). Bis 2002 stieg die Anzahl etwas an (auf insgesamt 258 Fälle) und ging daraufhin wieder auf etwa das Niveau von 1999 zurück. 2004 verstarben 180 Männer und 44 Frauen durch Suizid, also insgesamt 224 Menschen durch Suizid.

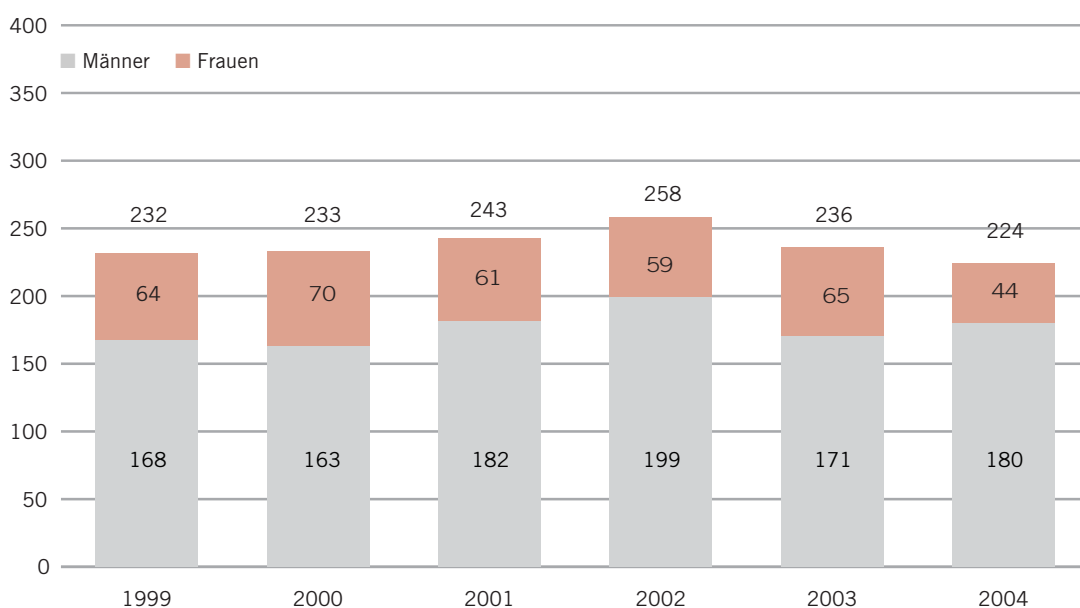
Abgesehen von einem leichten Anstieg im Jahr 2002, der aber auch als zufällige Abweichung angesehen werden kann, schwankt die altersbereinigte Suizidrate auf einem Niveau von ca. 17 bis 18 Fällen pro 100.000 Ew.

Der Anstieg im Jahr 2002 ist vor allem durch Suizide von Männern bedingt, für die im Zeitraum zwischen 1999 und 2004 Raten zwischen knapp 25 (im Jahr 2000) und ca. 30 Suizidfällen (2002) beobachtet werden können. Ein eindeutiger Trend lässt sich nicht beobachten.

Auch für Frauen lässt sich zwischen 1999 und 2003 keine wesentliche Veränderung feststellen. Die Suizidrate bewegt sich in diesem Zeitraum zwischen 7,5 und etwas über 9 Fällen/100.000 Ew.

### Grafik 5:

Suizide in Oberösterreich 1999 bis 2004



Suizidfälle 1999 bis 2004; Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1997 bis 2004



# 10 GESUNDHEITZIELE FÜR OBERÖSTERREICH

Im Jahr 2004 ist ein Rückgang auf 5,3 Fälle/100.000 Frauen zu beobachten, wobei hier noch offen bleiben muss, ob es sich um eine zufällige Abweichung, oder um einen nachhaltigen Rückgang handelt.

Nimmt man die standardisierte Suizidrate des Jahres 1999 (= 100 Prozent) mit 17,1 Suiziden/100.000 Einwohner als Ausgangsbasis für die Evaluierung des Gesundheitszieles der OÖ Gesundheitskonferenz, so lag die Suizidrate des Jahres 2004 mit 16,1 Suiziden/100.000 Einwohnern nur geringfügig unter diesem Niveau. Um das Ziel 4 zu erreichen sind weitere Anstrengungen nötig. Bis 2010 müsste die Rate auf ca. 11 Suizide/100.000 Einwohner oder darunter sinken.

## 4.2 Strategie und Maßnahmen

Für die Umsetzung des Zieles wurde das Konzept „Die Rettungskampagne“ entwickelt. Damit soll verdeutlicht werden, dass jede/r mit dem rettenden Wissen bei suizidgefährdeten Menschen rasch handeln kann und soll. Die wichtigsten Punkte dieser

Rettungskampagne:

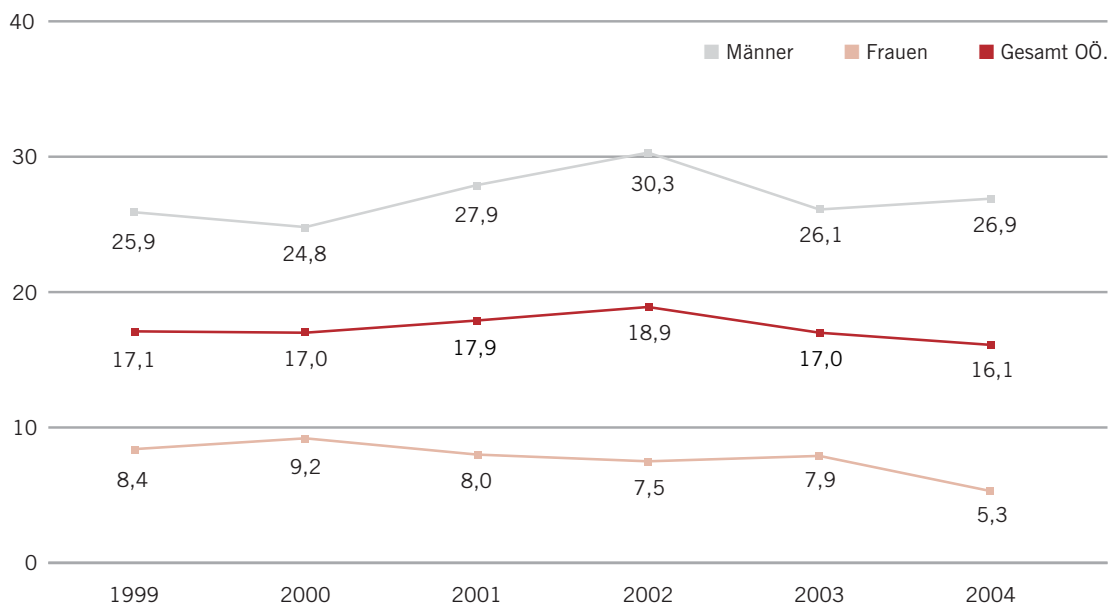
1. Presse-Konferenzen und Sonderbeilagen in einigen Zeitungen zum World Mental Health Day
2. Verteilung von Blumen mit Erinnerungs-Anhängern in Linz und den Bezirkshauptstädten von und mit prominenten Persönlichkeiten
3. Der „Rettungsring“: Folder zur Kampagne mit Informationen, wie und wo man rasch helfen kann
4. Publikumsveranstaltungen in den Städten und Gemeinden
5. Informationen im Internet: eine Website
6. Eine Tagung für ExpertInnen
7. Schulung für Menschen in Frontline-Berufen, LehrerInnen, MedienvertreterInnen

Zusätzlich zur Rettungskampagne sollte der psychische Bereich in der Gesundheitsstraße der Gesunden Gemeinden Eingang finden.

Ein weiterer Umsetzungsvorschlag, die Gesundheitsförderung in Schulen, soll im Weiteren noch diskutiert werden.

### Grafik 6:

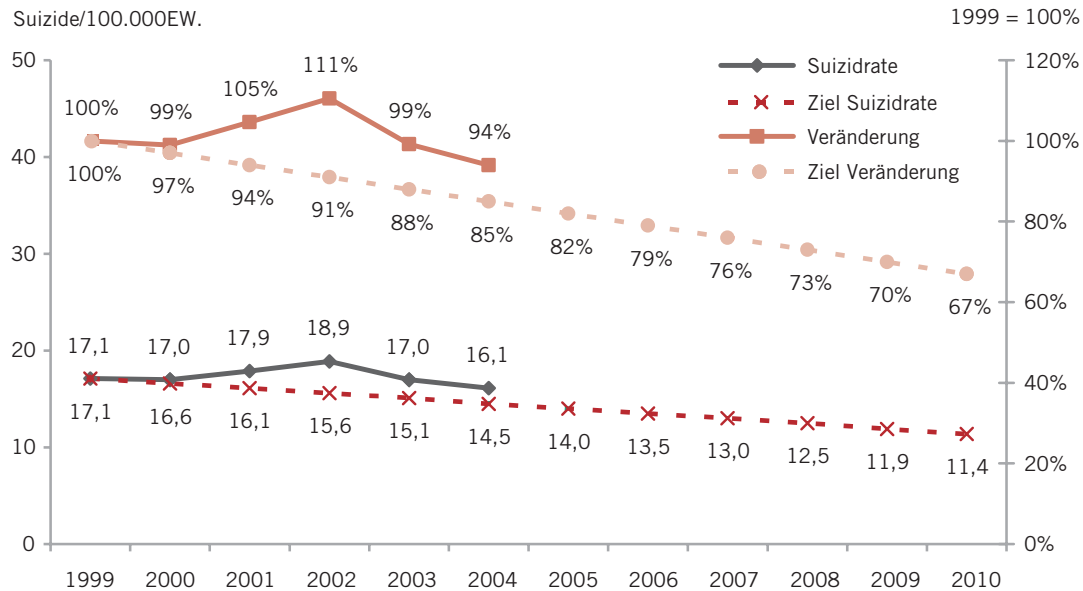
Altersstandardisierte Suizidrate in Oberösterreich 1997 bis 2004



Altersstandardisierte Suizidrate (Suizide je 100.000 Ew. gleichen Alters und Geschlechts; Standardbevölkerung = Neue Europa Standardbevölkerung; für beide Geschlechter wurde dieselbe Altersverteilung verwendet).  
Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1999 bis 2003; eigene Berechnungen

**Grafik 7:**

Stand des Gesundheitszieles 4 – Reduktion der Suizidrate in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1999 bis 2004; eigene Berechnungen

#### 4.3 Gesundheitsziel 4 neu

Das alte Gesundheitsziel 4 war aus verschiedenen Gründen nicht weitreichend genug formuliert.

Erstens wäre es zu einseitig, nur die Suizidrate als Messgröße von psychischer Gesundheit einer Gesellschaft zu sehen, da der Suizid nur die letzte und drastischste Auswirkung eines psychischen Problems darstellt. Weitaus bessere Messgrößen für die psychische Gesundheit sind die Krankenstände und Krankenhausaufenthalte.

Darüber hinaus wäre es zu kurz gegriffen, die Maßnahmen nur im Hinblick auf die Suizidrate vorzunehmen. Psychische Gesundheit heißt mehr als das Nicht-Vorkommen von Suiziden.

4.2 Aus diesem Grund wurde das neue Gesundheitsziel umfassender formuliert:

Bis zum Jahr 2010 sollte sich die psychische Gesundheit der OberösterreicherInnen nachhaltig verbessert haben. Wir messen das an der Suizidrate, den Diagnose bezogenen Krankenständen und Krankenhausaufenthalten.

#### Literatur:

Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1999 bis 2004; Wien 2001 bis 2006.

Institut für Gesundheitsplanung: Psychosoziale Erkrankungen in Oberösterreich, Linz 2005.

# 10 GESUNDHEITSDZIELE FÜR OBERÖSTERREICH

## 5 Gesundheitsziel 5 und 6 – Impfen

### 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 1.000 Lebendgeburten erreicht werden.

## 5.1 Ist-Stand

### 5.1.1 Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern in Oberösterreich

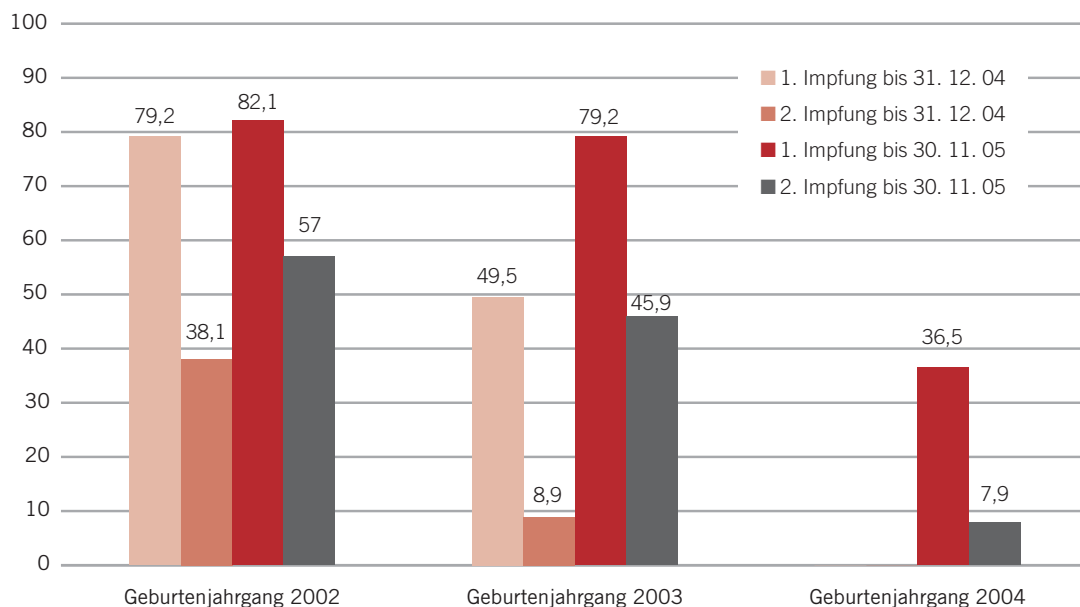
Den Säuglingen und Kleinkindern steht in Oberösterreich ein Impfgutscheinheft zur Verfügung, das den kostenlosen Zugang zu Impfungen gewährleistet. Die Impfungen werden durch praktische Ärzte/Ärztinnen und Kinderfachärzte/-ärztinnen durchgeführt.

Ab 2002 werden die Impfungen in Oberösterreich in einer Impfdatenbank erfasst. Ab diesem Zeitpunkt ist eine gegenüber früher weitgehend unkomplizierte Analyse der Impfdaten möglich.

Der Österreichische Impfplan sieht in den ersten zwei Lebensjahren vier Teilimpfungen einer Kombi-

### Grafik 8:

MMR; Durchimpfung der Geburtenjahrgänge 2002–2004



nationsimpfung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hämophilus influenzae B, Poliomyelitis und Hepatitis B („Sechsfach-Impfung“; 3., 4., 5. Lebensmonat und 2. Lebensjahr) und zwei Kombinationsimpfungen gegen Mumps, Masern, Röteln (MMR; im 2. Lebensjahr, beginnend im 14. Lebensmonat) vor. Ab November 2004 wurde mit der Impfung gegen Pneumokokken bei Risikokindern begonnen (3., 4., 5. Lebensmonat, 2. Lebensjahr). Eine Analyse der Pneumokokken-Impfdaten ist auf Grund des kurzen Beobachtungszeitraumes und der Beschränkung auf Risikogruppen derzeit noch nicht aussagekräftig. Der Impfstoffverbrauch lässt auf eine hohe Impfbeteiligung bei den Risikokindern (5 – 10 % der Lebendgeburten) schließen.

## 5.1.2 Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln (MMR)

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.

*Grafik 8* veranschaulicht die Änderung der Durchimpfungsraten der Geburtenjahrgänge 2002 – 2004 im Vergleich des Impfzeitraumes bis Ende 2004 mit dem Impfzeitraum bis 30. 11. 2005.

Für den Geburtenjahrgang 2002 lag Ende 2004 die Durchimpfung für die erste MMR-Impfung bei 79,2 Prozent, bis Ende November 2005 war noch eine leichte Steigerung auf 82,1 Prozent zu beobachten.

Die niedrige Durchimpfung bei der zweiten MMR-Impfung des Geburtenjahrganges 2002 bis zum zweiten Lebensjahr (38,1 %) und bis zum dritten Lebensjahr (57 %) ist sicherlich zum Teil auf die oben erwähnte Umstellung der Impfstrategie 2003 zurückzuführen.

Betrachtet man den Geburtenjahrgang 2003, so sieht man deutlich die Steigerung der Durchimpfungsraten bei der ersten Masern-Mumps-Röteln-

impfung im zweiten Lebensjahr (von 49,5 % auf 79,2 %). Analog zum Jahrgang 2002 erwartet man hier für 2006 noch eine leichte Steigerung der Durchimpfungsraten im dritten Lebensjahr auf etwas über 80 Prozent bei der ersten Impfung. Eine deutliche Steigerung erwartet man 2006 für die zweite Impfung, da im Gegensatz zu Jahrgang 2002 für den Jahrgang 2003 die zweite MMR-Impfung bereits routinemäßig im zweiten Lebensjahr durchgeführt wurde.

Die Kinder des Geburtenjahrganges 2004 kommen zum Großteil erst Ende 2006 in das für die MMR-Impfungen vorgesehene Alter.

Letztendlich kann aus den Verläufen der Durchimpfungsraten geschlossen werden, dass mit der ersten MMR-Impfung etwas über 80 Prozent der Kleinkinder erfasst werden. Die Datenlage bei der zweiten Impfung ist wegen des geringen Beobachtungszeitraumes noch nicht eindeutig abzuschätzen, scheint jedoch geringer zu sein als bei der ersten Impfung.

Um Masernerkrankungen aus der Region zu eliminieren, wird laut World Health Organization (WHO) eine Durchimpfungsrate von mindestens 90 Prozent, für eine dauerhafte Elimination von mindestens 95 Prozent angegeben.

Die Hebung der Durchimpfungsraten auf dieses Niveau ist Ziel der nächsten Jahre und soll durch die Entwicklung von Strategien durch alle Systempartner erreicht werden.

## 5.1.3 Impfung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Hämophilus influenzae B und Hepatitis B („Sechsfach-Impfung“).

Die Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Hämophilus influenzae B und Hepatitis B werden üblicherweise im 3., 4., 5. Lebensmonat und im 2. Lebensjahr durchgeführt.

Tabelle 2 zeigt die Änderung der Durchimpfungsraten der Geburtenjahrgänge 2002 – 2004 im Vergleich des Impfzeitraumes bis Ende 2004 zum Impfzeitraum bis 30. 11. 2005.

Bei Geburtenjahrgang 2002 sieht man, dass bei den ersten drei Teilimpfungen kaum mehr eine Steigerung im dritten Lebensjahr zu erwarten ist. Die erreichten Werte entsprechen offensichtlich

## 10 GESUNDHEITZIELE FÜR OBERÖSTERREICH

**Tabelle 2:**

*Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Hämophilus influenzae B und Hepatitis B; Durchimpfungsraten der Geburtenjahrgänge 2002 – 2004*

	Geburtenjahrgang 2002	Geburtenjahrgang 2003	Geburtenjahrgang 2004
1. TI bis 31.12.04	91,2 %	89,4 %	59,0 %
2. TI bis 31.12.04	88,6 %	87,5 %	46,7 %
3. TI bis 31.12.04	85,3 %	86,0 %	37,3 %
4. TI bis 31.12.04	72,1 %	22,0 %	2,2 %
1. TI bis 30.11.05	91,4 %	90,0 %	88,8 %
2. TI bis 30.11.05	88,8 %	88,4 %	87,0 %
3. TI bis 30.11.05	85,7 %	87,7 %	83,3 %

den derzeit zu erreichenden Durchimpfungsraten (1. Teilimpfung 91,3 %, 2. Teilimpfung 88 %, 3. Teilimpfung 85 %).

Bei den vierten Teilimpfungen ist durchaus im dritten Lebensjahr mit einer Steigerung zu rechnen (4. Teilimpfung von 72,1 % auf 77,4 %).

Beim Geburtenjahrgang 2003 sieht man bei den ersten drei Teilimpfungen die erzielbaren Durchimpfungsraten und den deutlichen Anstieg der Durchimpfungsrate bei der vierten Teilimpfung im zweiten Lebensjahr (von 22 % auf 67 %).

Der Geburtenjahrgang 2004 zeigt, dass bis Ende des zweiten Lebensjahres bei den meisten Kindern drei Teilimpfungen abgeschlossen sind.

Die Durchimpfungsrate mit etwa 90 Prozent bei den ersten drei Teilimpfungen sind durchaus zufrieden stellende Werte im Hinblick auf eine Eliminierung von Krankheiten wie Pertussis, Hib, Hepatitis B, Poliomyelitis und Diphtherie in dieser Altersgruppe, wenngleich zu einer regelrechten Grundimmunisierung auch die vierte Teilimpfung (Auffrischung) im zweiten Lebensjahr gehört, die nicht in dem Maß angenommen wird, wie die ersten drei Teilimpfungen.

Andererseits sind immerhin etwa acht bis zehn Prozent nicht geimpft. Sie leben bei den von Mensch zu Mensch übertragbaren Krankheiten im Impfschutz der anderen, bleiben aber gegen Tetanus ungeschützt.

## 5.2 Strategie und Maßnahmen

Analysen, warum die Durchimpfungsraten bei MMR vergleichsweise um etwa zehn Prozent niedriger liegen als bei der Sechsfach-Impfung und warum doch etwa zehn bis 15 Prozent der bereits angeimpften Kinder die vierte Teilimpfung der Sechsfach-Impfung nicht mehr durchführen, werden notwendig sein, um zielgerichtete Strategien für die Hebung der Durchimpfungsraten in diesen Bereichen zu entwickeln.

Seit Dezember 2005 tagt der Oberösterreichische Arbeitskreis „Impfen“ mit dem Ziel, Strategien zur Erhöhung der Durchimpfungsrate entsprechend dem österreichischen Impfplan zu entwickeln. Dazu wurden in einem ersten Schritt die Ist-Zustände abgebildet, um dann diese zu bewerten und Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten. Ein wesentlicher Teil ist auch die Öffentlichkeitsarbeit, um Impfgegner informieren zu können und deren Bedenken zu entkräften.

## 5.3 Gesundheitsziel 5 neu

Das neue Ziel 5 der Oberösterreichischen Gesundheitsziele sollte die bisherigen Ziele 5 und 6 zusammenfassen und evaluierbar machen. Es ist die Summe von zwei Teilzielen:

Neuer Vorschlag Teil 1 des Zieles 5:

Bis zum Jahr 2007 soll eine Durchimpfungsrate von mindestens 90 Prozent mit mindestens 1 Masern-Mumps-Röteln-Impfung bei Kindern bis zum vollendeten 3. Lebensjahr erreicht werden. Bis 2010 soll die Durchimpfungsrate für eine Immunisierung mit 2 Impfungen gegen Masern-Mumps-Röteln bis zum vollendeten 7. Lebensjahr auf mindestens 90 Prozent gesteigert werden.

Das Ziel bis 2007 entspricht der Stufe 2 der „Strategie zur Bekämpfung von Masern und kongenitalen Röteln in der europäischen Region der WHO“ (WHO 2003). Das Ziel für 2010 ist eine Annäherung an die Stufe 3a des oben zitierten Programmes.

Übergeordnetes Ziel soll nach wie vor eine Unterbrechung der Übertragung von Masern, die Verhü-

tung von kongenitalen Röteln (<1/100 000 Lebendgeburten) und die Reduzierung von Mumps (<1/100 000 EW) sein.

Durch Berücksichtigung der vorgeschlagenen Änderungen würde das Ziel messbar und auch sehr wahrscheinlich – mit einiger Anstrengung – erreichbar werden.

Neuer Vorschlag Teil 2 des Zieles 5:

Bis 2010 sollen Durchimpfungsraten für eine vollständige Grundimmunisierung mit 4 Teilimpfungen von über 90 Prozent für Pertussis (Keuchhusten) und *Hämophilus influenzae Typ B* bei Kindern bis zum vollendeten 3. Lebensjahr erreicht werden.

Durch Erreichen dieses Zieles kann die Gruppe der durch einen besonders schweren Krankheitsverlauf gefährdeten Kinder bei beiden Erkrankungen auf einem Minimum gehalten werden (persönliche Mitteilung des Vorsitzenden des Impfausschusses des OSR, Univ. Prof. Dr. Ingomar Mutz, 2. Mai 2005).

Zusammengefasst entstand eine Kurzform des Gesundheitszieles 5:

Bis zum Jahr 2010 sollen sukzessive die Durchimpfungsraten für Impfungen gegen Masern-Mumps-Röteln (2 Impfungen bis zum 7. Lebensjahr) sowie Pertussis (Keuchhusten) und *Hämophilus influenzae Typ B* (4 Teilimpfungen bis zum 3. Lebensjahr) auf 90 Prozent ansteigen.

# 10 GESUNDHEITZIELE FÜR OBERÖSTERREICH

## 6 Gesundheitsziel 7 – Herz-Kreislauf-Erkrankungen

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

### 6.1 Ist-Stand

Herz-Kreislaufkrankungen gehören weltweit zu den häufigsten Todesursachen. Fast die Hälfte der Todesfälle in Oberösterreich geht auf Herz-Kreislaufkrankungen zurück. 2004 waren dies in Oberösterreich 5.165 Fälle. Die Ursachen und Entstehungshintergründe von Herz-Kreislaufkrankungen sind eng mit der Lebensweise der Bevölkerung verknüpft. Als wesentliche Risikofaktoren gelten u.a. Hypertonie, Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus (welcher häufig ebenfalls auf Lebensstilfaktoren zurückgeht), Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Übergewicht, Bewegungsarmut und Stress. Daneben spielen auch genetische Dispositionen eine Rolle.

Zur Verbreitung von kardiovaskulären Risikofaktoren in Oberösterreich: Laut Mikrozensusbefragung 1999 nehmen 11 Prozent der Bevölkerung Medikamente gegen Bluthochdruck, 3 Prozent gegen Zuckerkrankheit und 2 Prozent gegen erhöhtes Cholesterin. 42 Prozent der OberösterreicherInnen rauchen zumindest gelegentlich, 9 Prozent sind stark übergewichtig. Mehr als die Hälfte gibt an, nur unregelmäßig körperliche Bewegung in der Freizeit zu betreiben und ebenso viele leiden unter beruflichem Stress. Die Angaben dürften das tatsächliche Ausmaß jedoch teilweise unterschätzen.

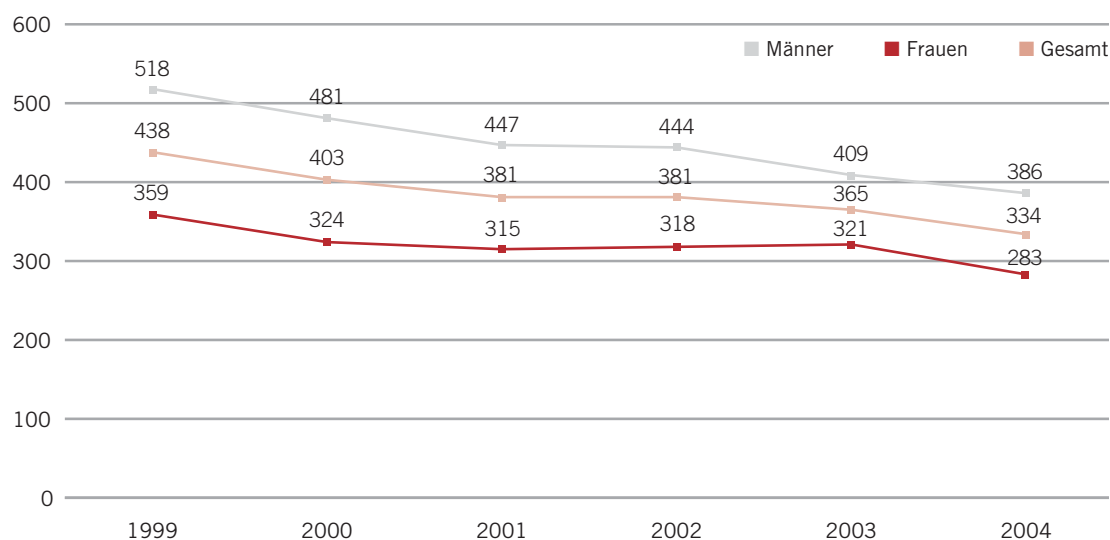
Seit 1999 ging die Herz-Kreislaufmortalität sowohl bei Männern, als auch bei Frauen deutlich zurück. Die altersbereinigte Mortalität sank um 24 Prozent, von 438 Verstorbenen je 100.000 EinwohnerInnen auf 334 je 100.000 EinwohnerInnen.

Die stärksten Rückgänge sind in den Altersgruppen unter 65 Jahren zu beobachten, wo die Rate bei den Männern etwa 40 Prozent und bei Frauen etwa 50 Prozent unter der von 1999 liegt.

Betrachtet man nur die unter 65-jährige Bevölkerung, so verstarben in Oberösterreich 1999 noch

### Grafik 9:

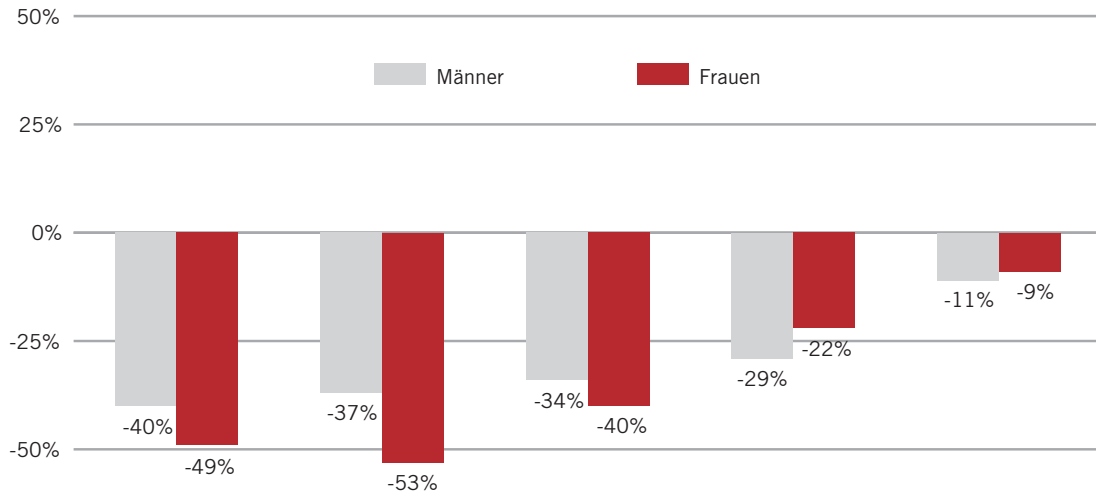
Altersstandardisierte Herz-Kreislaufmortalität im Zeitverlauf (1999 bis 2004)



Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1999 bis 2004; Wien 2001 bis 2006 (eigene Berechnungen); Altersstandardisierung auf Neue Europastandardbevölkerung (für Frauen und Männer wurde die gleiche Altersverteilung verwendet)

**Grafik 10:**

Prozentuelle Abnahmen der Mortalität – Vergleich 1999 mit 2004



Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1999 bis 2004; Wien 2001 bis 2006; (eigene Berechnungen).

637 Menschen infolge von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (450 Männer und 187 Frauen). 2004 weisen 377 Verstorbene eine solche Todesursache auf (284 Männer und 93 Frauen).

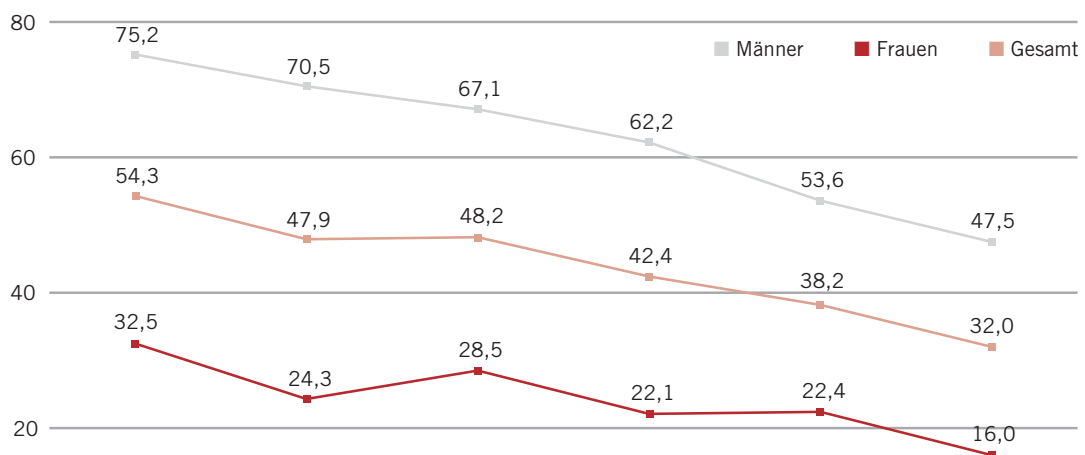
Während 1999 in Oberösterreich auf 100.000 unter 65-jährige Personen noch 54 Tote aufgrund kardiovaskulärer Erkrankungen kamen, waren dies

2004 nur mehr 32. Das bedeutet einen Rückgang von etwa 40 Prozent (bei den Männern 37 Prozent, bei den Frauen 51 Prozent). Das Gesundheitsziel kann also vorläufig als erreicht angesehen werden.

Ähnlich starke Rückgänge der Herz-Kreislaufmortalität lassen sich auch in vielen anderen westlichen Ländern beobachten. Auf internationaler

**Grafik 11:**

Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauferkrankungen unter 65 Jahren im Zeitverlauf (1999 bis 2004)



Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1999 bis 2004; Wien 2001 bis 2006.



# 10 GESUNDHEITZIELE FÜR OBERÖSTERREICH

Ebene werden dafür zu etwa gleichen Teilen die bessere medizinische Versorgung und die Reduktion der Risikofaktoren verantwortlich gemacht. Insbesondere der Bekämpfung des Tabakkonsums und der besseren Behandlung von Bluthochdruck wird in diesem Zusammenhang wesentliche Bedeutung zugemessen. Ob sich diese Einschätzung unmittelbar auf Österreich übertragen lässt muss hier dahingestellt bleiben. In jedem Fall dürften bessere medizinische Behandlungsmethoden und bessere Akutversorgung eine wesentliche Rolle spielen. Unklar ist jedoch auch, ob die geringere Mortalität mit einer geringeren Erkrankungshäufigkeit einhergeht, oder nur eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit widerspiegelt<sup>8</sup>.

Verschiedene Gründe könnten künftig wieder zum Ansteigen der Herz-Kreislaufmortalität führen. Aktuelle Entwicklungen deuten auf eine zunehmende Verbreitung von Adipositas, des Metabolischen Syndroms sowie von Typ-II Diabetes hin. Auch die starke Zunahme des Rauchens unter Frauen ist in diesem Zusammenhang von wesentlicher Bedeutung<sup>9</sup>.

## 6.2 Strategie und Maßnahmen

Um bei diesem Gesundheitsziel weitere Fortschritte verbuchen zu können, wird im Bezirk Rohrbach ein Pilot-Projekt zum Thema Herz-Kreislauf gestartet. Folgende Ziele wurden für dieses Projekt formuliert:

1. Verbesserung der Wissensbasis über die wesentlichen Determinanten (Ernährung, Bewegung, Stress) bei der Gesamtbevölkerung und speziell bei der Interventionsgruppe.
2. Veränderung der Risikofaktoren (BMI, Blutdruck, Blutfette, Gewicht ...) in der Interventionsgruppe einem Jahr nach der Intervention.
3. Vernetzung der bereits vorhandenen Strukturen und Maßnahmen im Bezirk Rohrbach (Räumlichkeiten und Ausstattung für die Interventionsgruppen).
4. Verbesserung der Wissensbasis über bereits vorhandene Strukturen und Maßnahmen im Bezirk Rohrbach.

<sup>8</sup> Dörner/Rieder 2004.

<sup>9</sup> Dörner/Rieder 2004.

Das Gesundheitsziel soll durch nachhaltige Bewusstseinsbildung – Schaffung von Gesundheitskompetenz und Selbstverantwortung – erreicht werden. Einerseits wird die Gesamtbevölkerung beim „gesund bleiben“ unterstützt, durch Referentenpoolvorträge in zB. Gesunden Gemeinden. (Anm. im Bezirk Rohrbach gibt es 42 Gemeinden, davon sind bereits 38 „Gesunde Gemeinden“). Dadurch können die vorhandenen Strukturen in das Projekt integriert werden. Andererseits werden in verschiedenen Settings im Bezirk zeitgleich Filterungsprozesse starten zB. im Betrieb, in den Arztpraxen und im Krankenhaus sollen Risikopatienten gefiltert und in Interventionsprojekten – wohnortnah – betreut werden. Für die Filterung erscheint, analog zu dem Gesundheitsziel, eine Altersobergrenze von 65 Jahren sinnvoll. Die Altersuntergrenze beträgt 18 Jahre (Anspruch auf kostenlose Vorsorgeuntersuchung).

Es wird ein Pool von BetreuungsärztInnen und InterventionsärztInnen erstellt, der die Filterung bzw. die Intervention durchführt.

Sowohl bei den Maßnahmen für die Gesamtbevölkerung als auch bei jenen für die RisikopatientInnen muss auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede (Ursache, Symptome, Motivation ...) eingegangen werden. Die Betreuungsärzte/-ärztinnen werden zu regelmäßigen Meetings im KH Rohrbach eingeladen, damit die Projektfortschritte, etwaige Stolpersteine diskutiert und Expertenwissen ausgetauscht werden kann.

## 6.3 Gesundheitsziel 6 neu

Das Gesundheitsziel wurde nur in einem Wort gegenüber dem alten Gesundheitsziel 7 verändert: nachhaltig. Das Ziel wurde bereits im Jahr 2004 erstmals erreicht, nun soll laufend evaluiert werden, ob dies auch wirklich ein allgemeiner Trend ist:

**Bis zum Jahr 2010 sollte die Mortalität infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Altersgruppe unter 65 Jahre nachhaltig um mindestens 20 Prozent gegenüber dem Jahr 2000 zurückgehen.**

### Literatur:

Dörner/Rieder: *Wien Med Wochenschr* (2004) 154/11–12; 257–265.

Institut für Gesundheitsplanung: *Herz-Kreislaferkrankungen in Oberösterreich, Linz 2005.*

Statistik Austria: *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1999 bis 2004; Wien 2001 bis 2006.*

## 7 Gesundheitsziel 7 – Atemwegs- erkrankungen

Bis zum Jahr 2010 sollte die Mortalität infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Altersgruppe unter 65 Jahre im Durchschnitt um mindestens 20 Prozent zurückgehen, **Atemwegserkrankungen sollten nachhaltig und kontinuierlich zurückgehen.**

### 7.1 Ist-Stand

Die Mortalität aufgrund von Atemwegserkrankungen ist in den letzten Jahren eher im Steigen. Im Jahr 1997 kamen in Oberösterreich auf 100.000 EinwohnerInnen 51 Verstorbene. 2004 verstarben 62 Personen je 100.000 EinwohnerInnen an Atemwegserkrankungen, wobei im Vergleich mit dem Jahr zuvor (2003) seit drei Jahren erstmals wieder ein leichter Rückgang festzustellen ist.

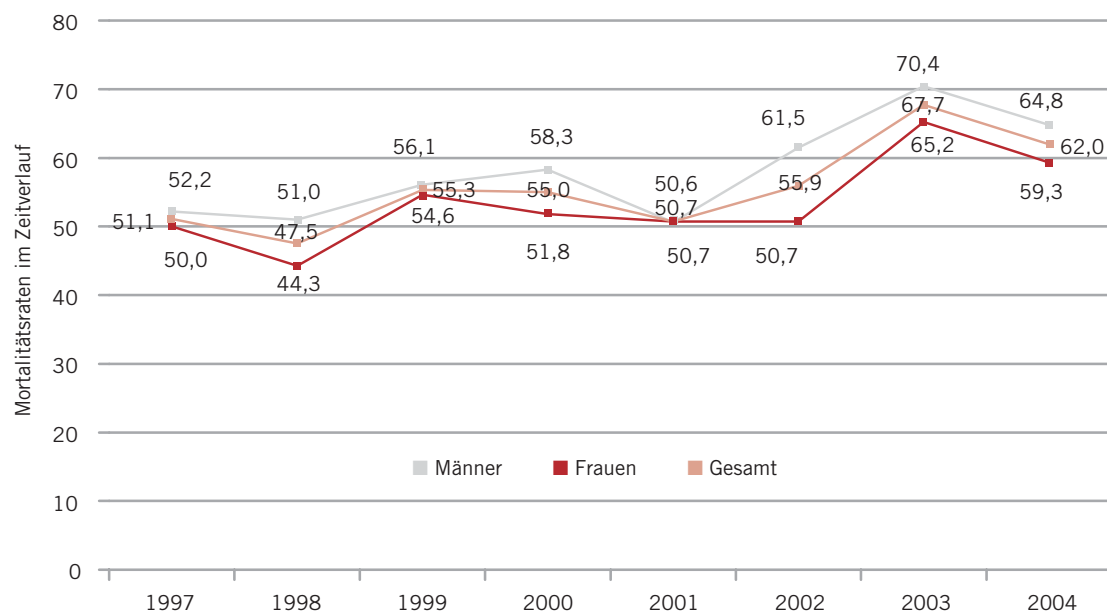
In etwa 6 Prozent der Hauptversicherten der OÖGKK beziehen Medikamente der Indikationsgruppe 27A bis 27E – das sind Mittel gegen Asthma und COPD. In den letzten 6 Jahren hat es keine groben Veränderungen gegeben. Jeder der behandelten Hauptversicherten bezieht pro Jahr annähernd sieben Packungen an Anti-Asthmatika.

Zum Stand des Gesundheitszieles muss festgehalten werden, dass anhand der gewählten Indikatoren noch kein Rückgang der Atemwegserkrankungen erkennbar ist.

Es muss aber auch darauf hingewiesen werden, dass die genannten Indikatoren ihre Schwächen aufweisen. Zur Evaluierung des Gesundheitszieles würden systematische Zeitreihendaten zur Prävalenz von Atemwegserkrankungen benötigt, solche liegen jedoch nicht vor. Diese sind auch nur durch aufwändige und kostspielige epidemiologische

**Grafik 12:**

*Mortalität aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane im Zeitverlauf – Verstorbene pro 100.000 EinwohnerInnen*



Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1997 bis 2002; Wien 1999 bis 2004; sowie: <http://www.ooe.gv.at/statistik/Todesursachen/>; (eigene Berechnungen)

# 10 GESUNDHEITSDZIELE FÜR OBERÖSTERREICH

**Tabelle 3:**

Medikamentenkonsum von Haupt- und Mitversicherten

	Verordnete Packungen (Haupt- und Mitvers.)	Durchschn. Versichertenzahl (Haupt- und Mitvers.)	Packungen je 100 Versicherte
2000	411.515	1.124.032	36,6
2001	406.816	1.143.696	35,6
2002	411.723	1.165.493	35,3
2003	430.260	1.197.746	35,9
2004	442.426	1.243.722	35,6

Quelle: FOKO; Medikamentenverschreibungen der Indikationsgruppe 27A bis 27E: Mittel gegen Asthma und COPD

**Tabelle 4:**

Medikamentenkonsum von Hauptversicherten

	Medikamentös behandelte Hauptversicherte	% aller Hauptversicherten	Verordnete Packungen an Hauptversicherten	Packungen je behandeltem Hauptversicherten
1999	47.774	6,2 %	*	*
2000	46.612	5,9 %	302.615	6,5
2001	47.396	5,8 %	315.543	6,7
2002	48.599	5,9 %	324.774	6,7
2003	52.214	5,8 %	350.578	6,7
2004	53.180	6 %	369.082	6,9

\* Für 1999 sind diese Daten nicht mehr verfügbar.

Quelle: FOKO; Medikamentenverschreibungen der Indikationsgruppe 27A bis 27E: Mittel gegen Asthma und COPD

Erhebungen zu gewinnen, sodass die Evaluierung des Gesundheitszieles nur über indirekte Indikatoren möglich erscheint.

## 7.2 Strategie und Maßnahmen

Rauchen (aktiv und passiv) gilt als der wichtigster Risikofaktor für COPD. Es ist daher äußerst wichtig, so viele rauchfreie Lebensräume wie möglich in Oberösterreich zu schaffen. In diesem Zusammenhang startet die Landessanitätsdirektion in Kooperation mit dem Institut für Gesundheitspla-

nung (IGP), der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP) und der Ärztekammer OÖ einen „Rauchfrei“-Wettbewerb in und für „Gesunde Gemeinden“. Die teilnehmenden „Gesunden Gemeinden“ teilen mit, in welchen Räumlichkeiten ihrer Gemeinde (z.B. Gemeindeamt, Veranstaltungsräume, etc.) nicht geraucht wird, bringen Ideen für die Erschaffung zusätzlicher rauchfreier Lebensräume und geben bekannt, welche Vorträge, Seminare oder Veranstaltungen zur Thematik sie bereits durchgeführt haben bzw. durchführen werden.

## 7.3 Gesundheitsziel 7 neu:

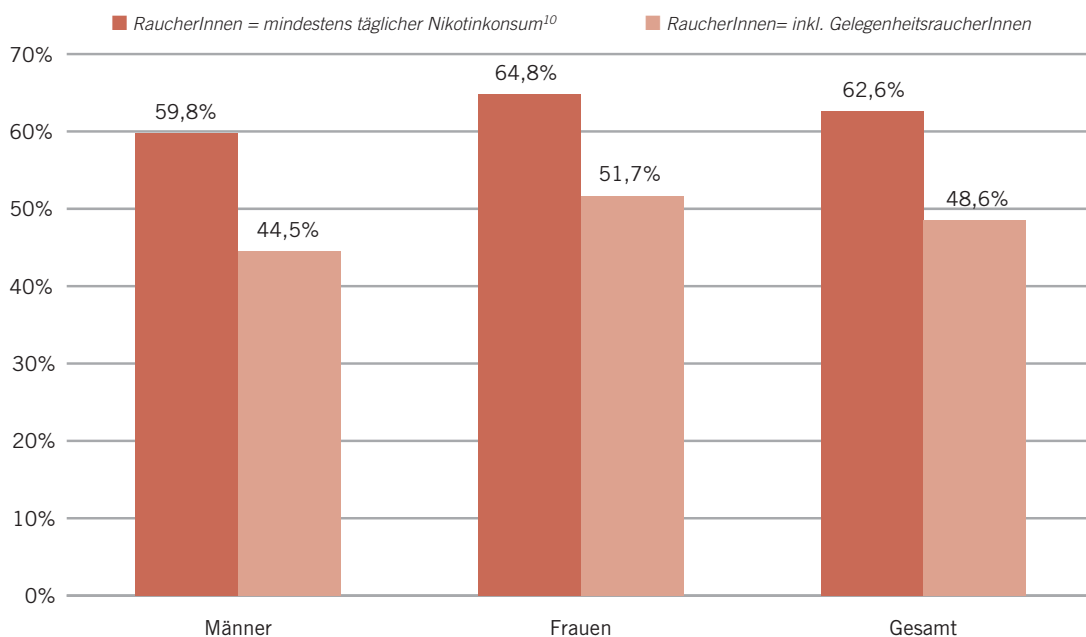
Wie bereits oben erwähnt haben die Indikatoren und damit die Zielformulierung auch ihre Mängel. Ein weiteres Problem, das mit dem Gesundheitsziel einherging, war die Umsetzung der Maßnahmen. Diese waren auf Landesebene sehr schwer greifbar, da z. B. durch die Preispolitik (Steuern ...) oder generelle Verbote der Tabakkonsum wesentlich deutlicher gesenkt werden könnte. Viele andere Maßnahmen z. B. in der Verkehrspolitik sind ebenfalls nur auf Bundesebene umzusetzen.

Analog zu den bereits entwickelten Maßnahmen war es nahe liegend, die rauchfreien Lebensräume als Zielgröße für dieses Gesundheitsziel zu bestimmen. Dazu sollen noch weitere Maßnahmen (z. B. in Gaststätten) umgesetzt werden.

**Gesundheit braucht rauchfreie Atemluft und dies wird durch rauchfreie Lebensräume gewährleistet. Deswegen soll sich die Anzahl der rauchfreien Lebensräume für alle OberösterreicherInnen bis 2010 wesentlich erhöhen.**

### Grafik 13:

Anteil der NichtraucherInnen in der oberösterreichischen Bevölkerung



Quelle: „Institut für Suchtprävention“<sup>11</sup>

<sup>10</sup> exkl. GelegenheitsraucherInnen.

<sup>11</sup> Institut für Suchtprävention 2005c, S. 221.

## 8 Gesundheitsziel 8 – Rauchen und Alkoholkonsum

### Ziel 8:

Bis zum Jahr 2010 sollte der Anteil des Pro-Kopf-Alkoholkonsums um 20 Prozent gesenkt werden. In der Altersgruppe unter 15 Jahren sollte er nahezu Null betragen; der Anteil der NichtraucherInnen sollte in der Altersgruppe über 15 Jahren 80 Prozent und in der Altersgruppe unter 15 Jahren nahezu 100 Prozent betragen.

### 8.1 Ist-Stand

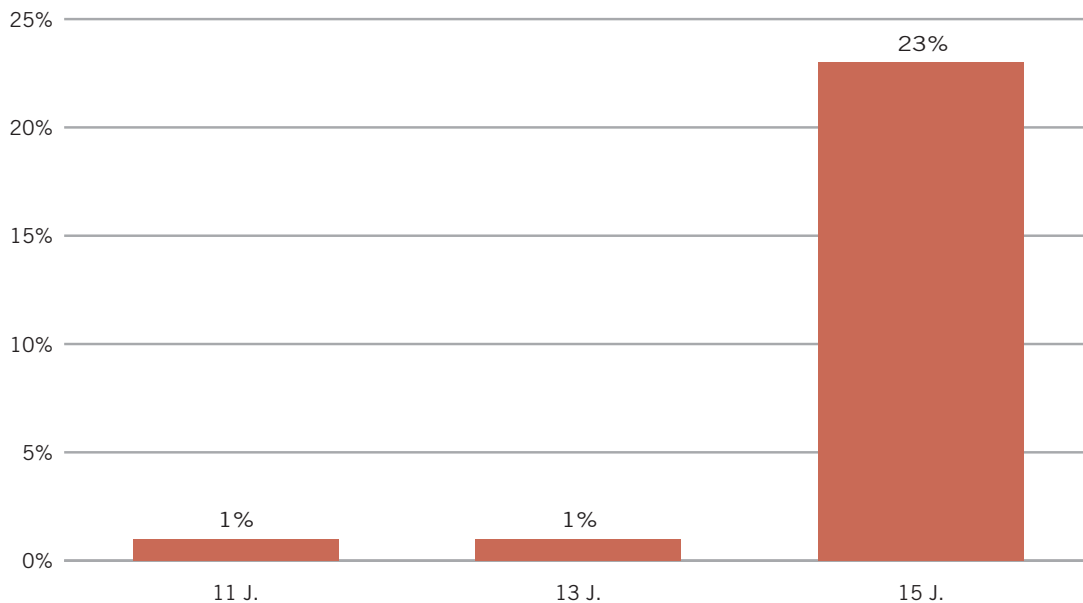
#### 8.1.1 Stand des Teilzieles betreffend Nikotinkonsum

In der über 15-jährigen Bevölkerung beträgt der Anteil der absoluten NichtraucherInnen 49 Prozent (52 % der Frauen und 45 % der Männer über 15 Jahre). Rechnet man auch hier gelegentliche RaucherInnen hinzu, so ergibt sich eine NichtraucherInnenquote von 63 Prozent (65 % bei Frauen und 60 % bei Männern über 15 Jahren).

# 10 GESUNDHEITZIELE FÜR OBERÖSTERREICH

**Grafik 14:**

Tabakkonsum 11- bis 15-Jährige – Tägliche RaucherInnen



„Wie oft rauchst du derzeit Tabak?“

Quelle: HBSC – Studie 2001 (Dür et al 2004)

Der gegenwärtige NichtraucherInnenanteil der bis 15-Jährigen wird vom Institut für Suchtprävention auf 98 Prozent geschätzt<sup>12</sup>. Anzumerken ist, dass sich die 2 Prozent der RaucherInnen vor allem in den Altersgruppen der 13- und 14-Jährigen vorfinden, sodass in diesen Gruppen der RaucherInnenanteil bedeutend höher liegt. Bei den 14-Jährigen wird der Anteil auf etwa 19 Prozent geschätzt.<sup>13</sup>

## 8.1.2 Stand des Teilzieles betreffend Alkoholkonsum

Der derzeitige Pro-Kopf-Verbrauch in der österreichischen erwachsenen Bevölkerung beträgt etwa 12 – 13 Liter reinen Alkohols pro Jahr. Seit Beginn der 90er Jahre ist ein leichter Rückgang des Verbrauches zu beobachten. Der durchschnittliche pro Kopf Verbrauch der ab 16-jährigen Bevölkerung in Österreich erreichte Anfang der 70er Jahre mit 34 g/Tag seinen Höhepunkt und sank bis Ende der 70er Jahre auf 32 g/Tag ab. In den 90er Jahren zeigte sich ein weiterer Rückgang auf ca. 30 g/Tag (Männer 51 g/Tag, Frauen 13 g/Tag).<sup>14</sup>

Für Oberösterreich sind keine Verbrauchsstatistiken verfügbar. Einer Erhebung zu Beginn der 90er Jahre zufolge dürfte Oberösterreich diesbezüglich im oberen Mittelfeld der Bundesländer liegen.<sup>15</sup>

## 8.2 Strategie und Maßnahmen

Zum Thema „Sucht“ wurde im Rahmen der Oberösterreichischen Gesundheitskonferenz ein ExpertInnenarbeitskreis eingerichtet, um Maßnahmenvorschläge für die genannten Problematiken zu erarbeiten. Die Ergebnisse wurden im September 2004 der Gesundheitskonferenz vorgestellt. Die wesentlichen Punkte werden nachfolgend kurz angeschnitten.

Bezüglich des Tabakkonsums wird ein höheres Preisniveau von Tabakprodukten als zielführend erachtet, z.B. durch Aufschlag einer zweckgebundenen „Präventionsabgabe“, mit der suchtpreventive Maßnahmen finanziert werden könnten. In diesem Zusammenhang sind auch die Harmonisierung der Tabaksteuer auf europäischer Ebene sowie die Bekämpfung des Schmuggels von Bedeutung, um die Substitution durch Billigeinfuhren zu verhindern. Darüber hinaus wird die Einschränkung der Verfügbarkeit von Zigaretten –

<sup>12</sup> Institut für Suchtprävention 2005c, S. 222.

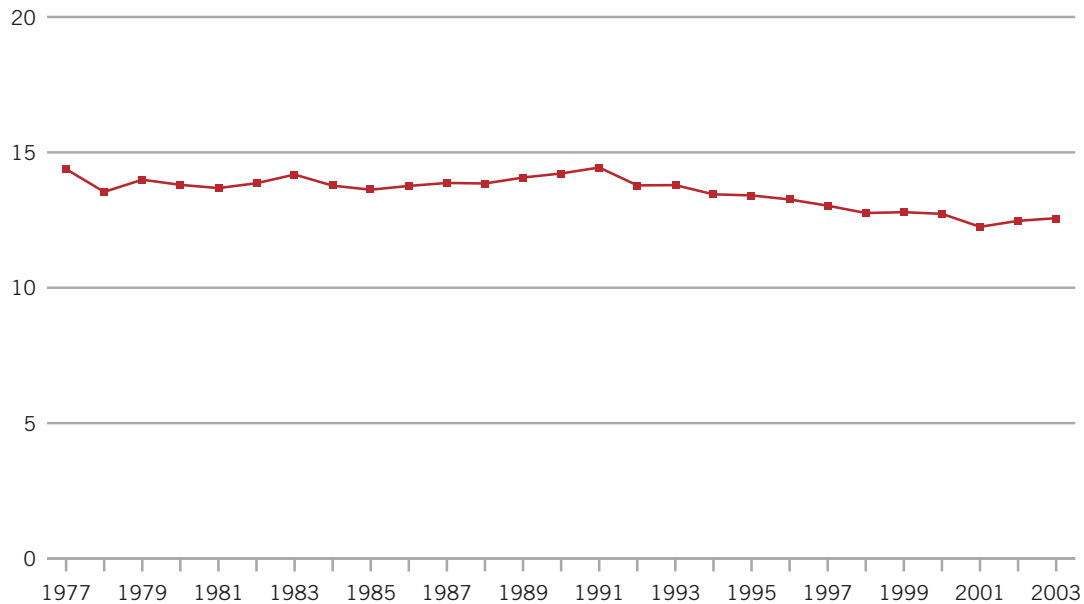
<sup>13</sup> Institut für Suchtprävention 2005c, S. 222.

<sup>14</sup> Uhl et. al. 2001, S. 102.

<sup>15</sup> Uhl et. al. 2001, S. 124.

**Grafik 15:**

*Durchschnittlicher Jahresverbrauch reinen Alkohols in Österreich (Liter pro Person über ab 15 Jahren)*



Quelle: European health for all database (HFA-DB); World Health Organization Regional Office for Europe; <http://data.euro.who.int/hfad/>

durch den Abbau frei zugänglicher Zigarettenautomaten als sinnvolle Intervention angesehen. Höhere Preise und eingeschränkte Verfügbarkeit haben sich als geeignete Maßnahmen erwiesen, vor allem Jugendliche vom stärkeren, regelmäßigen Nikotinkonsum abzuhalten.<sup>16</sup> Die Akzeptanz einer zweckgewidmeten Abgabe auf Tabakprodukte in der Bevölkerung ist relativ hoch. Bspw. stimmen 78 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung einer Zweckbindung eines Teils der Tabaksteuer für präventive Maßnahmen zu. Ähnliches gilt für Werbeeinschränkungen (68 Prozent Zustimmung), die ebenfalls eine wesentliche Rolle in einer umfassenden Strategie zur Verminderung des Rauchens einnehmen.<sup>17</sup> Darüber hinaus sollten RaucherInnen Ausstiegsmöglichkeiten eröffnet werden. Die Bedeutung von RaucherInnenentwöhnungsprogrammen wird durch den hohen Anteil der RaucherInnen deutlich, die bereits erfolglos versucht haben, das Rauchen aufzugeben (44 Prozent der täglichen RaucherInnen geben mehrere Aufhörversuche an und weitere 23 Prozent einen Versuch). Die Größe der Zielgruppe für

derartige Angebote wird in Oberösterreich auf ca. 250.000 Personen geschätzt.<sup>18</sup>

Ähnlich wie beim Thema Rauchen sind für das Problemfeld Alkoholkonsum – insbesondere für Jugendliche – Zugängerschwernisse sinnvoll. Dazu gehören die Vereinheitlichung, Anpassung und konsequente Umsetzung der einschlägigen Jugendschutzbestimmungen sowie die Verteuerung bestimmter, als besonders bedenklich anzusehender, Alkoholprodukte durch spezielle Steuern oder Abgaben (z.B. Alkopops). Hinzu kommen die konsequentere Durchsetzung bestehender Werbeeinschränkungen bzw. deren sukzessiver Ausbau sowie Maßnahmen zur Meinungsbildung gegen Alkoholkonsum („Gegenwerbung“). Auch eine konsequentere Durchsetzung der Alkoholbestimmungen im Straßenverkehr ist von wesentlicher Bedeutung. Wichtig ist auch die Förderung von „alkoholfreier Kulturen“, also von Bevölkerungsgruppen die

<sup>16</sup> Paulik 2005, S. 40.

<sup>17</sup> Paulik 2005, S. 35.

<sup>18</sup> Paulik 2005, S. 42.

# 10 GESUNDHEITZIELE FÜR OBERÖSTERREICH

wenig oder keinen Alkohol konsumieren (z.B. preisgestützte Jugendgetränke) und Maßnahmen gegen alkoholkonsumfördernde Billigangebote (z.B. Happy hours).

Bezüglich des Problemkreises Sucht und psychoaktive Substanzen im Allgemeinen setzt der Arbeitskreis der OÖ Gesundheitskonferenz auf stärkere Kohärenz in der Suchtpolitik (betreffend illegale sowie legale Drogen, z.B. auch betreffend Alkohol und Nikotin), Aufklärung der Öffentlichkeit durch seriöse Informationen und Ausbau suchtpreventiver Angebote.<sup>19</sup> Alle gesellschaftlichen Bereiche (z.B. die „Settings“ Schule, Betriebe, Gemeinden) sollen Zugang zu den Leistungen der Suchtprävention haben (z.B. durch MultiplikatorInnen). Doppelstrukturen sollten vermieden werden. In erster Linie sollte auf bestehende Strukturen zurückgegriffen werden (z. B. Schulsystem, Jugendarbeit, Behandlungseinrichtungen, Kommunen, Universitäten usw.). Zudem sollten diese Einrichtungen besser vernetzt werden.

## 8.3 Gesundheitsziel 8 neu

Das alte Gesundheitsziel 8, das verstärkt den Alkohol- und Nikotinkonsum im Auge hatte, konnte – wie bereits beim Ist-Stand erwähnt – nur sehr schwer evaluiert werden. Aus diesem Grund war es notwendig, das Gesundheitsziel zu ändern.

Das neue Ziel ist kompatibel mit dem Suchtkonzept des Landes OÖ und entspricht der nationalen und internationalen Perspektive punkto Suchtprävention.

In Österreich werden die Aufgaben der institutionalisierten Suchtprävention an Fachstellen für Suchtprävention delegiert, die sich mittlerweile in jedem Bundesland befinden. Diese Fachstellen sind im Wesentlichen mit zwei Aufgaben konfrontiert: Einerseits geht es darum, adäquates Wissen und Know-how aufzubauen bzw. weiterzuentwickeln, andererseits ist dieses Wissen und Know-how in die unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereiche praxisbezogen zu übertragen. Im Detail entstehen dadurch im Wesentlichen sechs Aufgabengebiete:

- Wissensmanagement – Forschung – Evaluation
- Information – Kommunikation
- Bildungsarbeit
- Durchführung von Schwerpunktprojekten
- Fachcoaching – Beratung
- Netzwerkarbeit – Lobbying

Das Ziel wurde wie folgt formuliert:

**Die oberösterreichische Bevölkerung soll bis zum Jahr 2010 bezüglich Sucht, psychoaktive Substanzen und Möglichkeiten der Suchtprävention informiert sein.**

Um dies zu erreichen, sollen die suchtpreventiven Aktivitäten qualitätsgesichert (dem internationalen Wissensstand entsprechend) bezogen auf das Basisjahr 2005 um 60 Prozent bis zum Jahr 2010 gesteigert werden.<sup>20</sup>

<sup>19</sup> Arbeitskreis Sucht 2005. Die nachfolgende Aufzählung der Handlungsempfehlungen wurde wörtlich übernommen.

<sup>20</sup> Schmidbauer 2005, S. 40.

## 9 Gesundheitsziel 9 – Gesundheitsfördernde Schule

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

### 9.1 Ist-Stand

Laut Website des Österreichischen Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen sind derzeit folgende Schulen „Netzwerkschulen“

- Adalbert-Stifter Übungshauptschule der Pädagogischen Akademie der Diözese Linz
- Gymnasium und wirtschaftliches Realgymnasium am Schulzentrum der Kreuzschwestern
- Öffentliche Volksschule 43 Linz
- Übungsvolksschule der Pädagogischen Akademie des Bundes
- Polytechnische Schule Eferding
- Gesundheits- und Krankenpflegeschule Freistadt
- Öffentliche Volksschule Asten
- Volksschule 2 Kirchdorf
- Bundeshandelsakademie 1 Wels
- Musikhauptschule Gosau
- Bundesrealgymnasium Schloss Wagrein Vöcklabruck
- Volksschule Gampern
- Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried
- Hauptschule Geinberg
- Hauptschule St. Pantaleon
- Volksschule Riedersbach (St. Pantaleon)

Daneben gibt es vier sogenannte Kooperationschulen. Das Gesundheitsziel konnte daher aus folgenden Gründen nicht erreicht werden:

Das Netzwerk „Gesundheitsfördernder Schulen“ konnte zwar wichtige Grundlagenarbeiten leisten, bei weitem jedoch nicht eine entsprechend große Anzahl von Schulen erreichen. Aus diesem Grund und da auch eine Gesamtstrategie und eine Zusammenarbeit mit anderen Fördergebern vermisst wurde, ist eine Umstrukturierung von ministerieller Seite im Gange. Vom Bund wird angestrebt, dass weiterhin eine bundesweite Plattform erhalten bleibt, die auch Kontakt zum europäischen Netzwerk hält. Die direkten Ansprechstellen für die

Schulen sollen jedoch in die Bundesländer verlagert werden.

### 9.2 Strategie und Maßnahmen

Die Arbeitsgruppe „Gesunde Schule“ in Oberösterreich hat deswegen beschlossen, zusätzlich zum bestehenden pädagogischen Auftrag der Gesundheitserziehung und –förderung ein erweitertes Gesundheitsförderungskonzept zu erarbeiten, das einerseits diese Grundlagen des Netzwerkes der Gesundheitsfördernden Schulen weiter trägt, verstärkt verschiedene Partner im Gesundheitsbereich einbezieht und einen direkteren Zugang zu den Schulen ermöglicht.

Dieses Konzept, das derzeit ausgearbeitet wird, orientiert sich neben der verstärkten Bewusstseinsbildung an den Bereichen psychosoziales Wohlbefinden, Rahmenbedingungen, Ernährung, Bewegung und Suchtprävention. Grundlage dabei ist die Nachhaltigkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen.

In einer Pilotphase, die im Jahr 2006/2007 stattfinden soll, sollen Erfahrungen für alle Schulsparten gesammelt werden. Bis zum Jahr 2010 sollen dann 70 Schulen in Oberösterreich in dieses umfassende Konzept eingebunden sein. Ihnen soll auch die Möglichkeit geboten werden, eine Zertifizierung als sichtbares Qualitätsmerkmal für ihre Schule zu erhalten.

### 9.3 Gesundheitsziel 9 neu:

Das neue Gesundheitsziel orientiert sich an den Ergebnissen dieses Arbeitskreises:

**Bis zum Jahr 2010 sollen 70 Schulen im Rahmen des von der oberösterreichischen Arbeitsgruppe „Gesunde Schule“ ausgearbeiteten Konzepts gesundheitsfördernd tätig sein.**

Daneben gibt es eine ausführlichere Langversion des Gesundheitszieles:

Bis zum Jahr 2010 sollen 70 Schulen in Oberösterreich zusätzlich zum bereits bestehenden und praktizierten pädagogischen Auftrag der Ge-



# 10 GESUNDHEITSZIELE FÜR OBERÖSTERREICH

sundheitserziehung und -förderung im Rahmen des von der oberösterreichischen Arbeitsgruppe „Gesunde Schule“ ausgearbeiteten Konzepts gesundheitsfördernd tätig sein. Ihnen soll auch die Möglichkeit geboten werden, eine Zertifizierung als sichtbares Qualitätsmerkmal zu erhalten. Schwerpunkte sollen dabei sein: Die Bewusstseinsbildung aller Beteiligten, die Miteinbeziehung des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur, des Landesschulrates für Oberösterreich, der Sozialversicherung (Schulservicestelle), der Bezirksschulräte und der Schulärzteschaft.

## 10 Gesundheitsziel 10 – Gesunde Gemeinde und Gesunde Städte

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

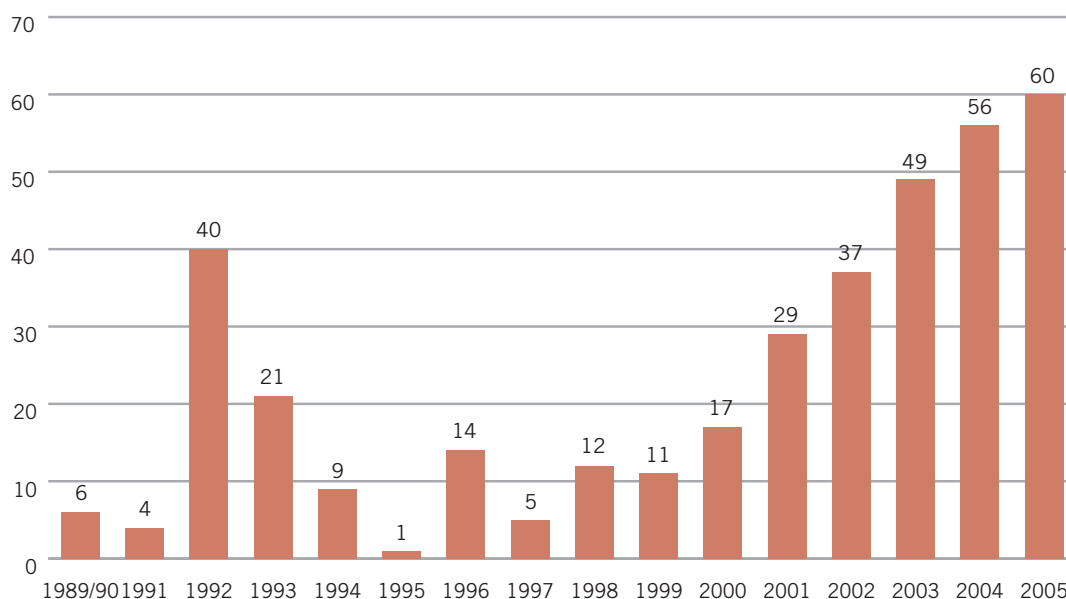
### 10.1 Ist-Stand

Die Aktion Gesunde Gemeinde wurde in Oberösterreich in den Jahren 1989/1990 ins Leben gerufen. Diese Aktion basiert auf den Gesundheitsförderungskonzepten der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Im Jahr 2000 hat Oberösterreich ein vom Regionalbüro für Europa formuliertes Gesundheitsziel als Gesundheitsziel 10 übernommen: Mindestens 50 Prozent aller Städte und Gemeinden sollen sich aktiv an einem Netzwerk gesunder Städte bzw. Gemeinden beteiligen.

Ein am 30. April 1990 in Steinbach/Steyr abgehaltener Gesundheitstag war der Startschuss für dieses Projekt.

Als im Jahr 1992 vom Land Oberösterreich das Jahr der Gesundheit ausgerufen wurde, erging an alle Gemeinden des Landes der Aufruf, dem

**Grafik 16:**  
Gemeindebeitritte pro Jahr



Thema Gesundheit einen besonderen Stellenwert einzuräumen. Das Jahr der Gesundheit löste damit einen wahren Anmeldeboom zur Aktion Gesunde Gemeinde aus. Alleine in diesem Jahr erklärten über 40 Gemeinden ihren Beitritt.

Im Jahr 2003 wurde das von Oberösterreich als Gesundheitsziel 10 formulierte Ziel erreicht, und mittlerweile beteiligen sich 379 Gemeinden an dieser Aktion.

Im Jahr 2004 traten 56 Gemeinden, im Jahr 2005 60 Gemeinden der Aktion Gesunde Gemeinde bei. Als Zeichen der gelebten Gesundheitsförderung in der Gemeinde können die Gemeinden nach drei Jahren aktiver Mitarbeit um die Verleihung der Ortstafel Gesunde Gemeinde ansuchen.

Bis zum heutigen Tag wurden 90 Ortstafeln verliehen.

## 10.2 Strategie und Maßnahmen

Der Arbeitskreis zu diesem Thema hat sich zwei Schwerpunkte gesetzt:

1. Mitwirkung bei der Umsetzung von Maßnahmen, die in den anderen Arbeitskreisen des Institutes für Gesundheitsplanung erarbeitet werden
2. Auseinandersetzung mit den Fragen der Qualität und Vertiefung des Netzwerkgedankens.

ad 1)

Mit dem Projekt „Rauchfrei – unsere Gemeinde atmet auf“ konnte ein erstes Konzept zur Umsetzung des Gesundheitszieles 7 gestartet werden. Weitere Umsetzungsschritte sind für die Gesundheitsziele 4 (psychischer Bereich in die Gesundheitsstraße) und 6 (Herz-Kreislaufprojekt im Bezirk Rohrbach) geplant.

ad 2)

Zur qualitativen Weiterentwicklung der Aktion „Gesunde Gemeinde“ entwickelt die Landessanitätsdirektion in Kooperation mit der Universität Linz und der Ärztekammer ein Qualitätszertifikat, das ab Herbst 2006 in 15 Pilotgemeinden erprobt und nach der Probephase allen „Gesunden Gemeinden“ zur Verfügung gestellt wird. Den Pilotgemeinden wird ein finanzieller Anreiz am Beginn der Pilotphase zur Verfügung gestellt, nach 3 Jahren

erhalten die Gemeinden ein Qualitätszertifikat und eine finanzielle Unterstützung. Die Ergebnisse der Pilotphase sollen dann in die endgültige Vorgangsweise im Zusammenhang mit dem Qualitätszertifikat einfließen.

## 10.3 Gesundheitsziel 10 neu

Das neue Gesundheitsziel orientiert sich am Qualitätszertifikat der Gesunden Gemeinden:

**Bis zum Jahr 2010 sollte an 25 Prozent der oberösterreichischen Gemeinden ein Qualitätszertifikat für Gesunde Gemeinden verliehen worden sein.**

# 10 GESUNDHEITZIELE FÜR OBERÖSTERREICH

## 11 Zielfeld Seniorenengesundheit

Zum Themenbereich Seniorenengesundheit wurde zwar kein explizites Gesundheitsziel formuliert. Aufgrund der aktuellen und vor allem künftigen gesundheitspolitischen Bedeutung wurde aber im Rahmen der Oberösterreichischen Gesundheitskonferenz ein eigener Arbeitskreis zu diesem Zielfeld eingerichtet, der Maßnahmenvorschläge für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation älterer Menschen ausgearbeitet hat. Die wesentlichsten Ergebnisse dieses Arbeitskreises sollen nachfolgend kurz dargestellt werden.

### 11.1 Ist-Stand

#### 11.1.1 Prävention und altern in Gesundheit

Als vorrangiges Ziel von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention ist die Erhaltung eines Höchstmaßes an Lebensqualität, Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alter. Laut WHO sollte älteren Menschen „die Möglichkeit geboten werden, ihr Gesundheitspotential voll auszuschöpfen und eine aktive Rolle in der Gesellschaft zu spielen.“<sup>21</sup> Betrachtet man Altern als einen lebenslangen Prozess, so ist es nahe liegend, dass Maßnahmen mit dieser Zielsetzung in allen Lebensabschnitten ansetzen können und müssen.<sup>22</sup> Oft wird jedoch übersehen, dass es auch für die Zielgruppe älterer Menschen eine Vielzahl an Möglichkeiten gibt, um Krankheiten und Einschränkungen vorzubeugen und das Wohlbefinden zu erhöhen. Wesentliche Themenbereiche in diesem Zusammenhang sind Bewegung, Ernährung, aber auch Körperpflege, Impfungen und die Früherkennung von Erkrankungen (Vorsorgeuntersuchung). Hervorzuheben ist der Bereich Zahngesundheit und Zahnpflege, da ein schlechter Zustand der Zähne auch Auswirkungen auf die Ernährungsgewohnheiten hat und somit viele andere Probleme verursachen kann. Wichtig ist natürlich auch die Zugänglichkeit von Informationen über Angebote und Möglichkeiten gesundheitsförderlicher Aktivitäten.

<sup>21</sup> WHO 1999a.

<sup>22</sup> WHO 1999.

Die derzeitige Situation kann folgendermaßen charakterisiert werden:

Es existiert ein nahezu unüberschaubares Angebot für ältere Menschen. Dabei ist es für Laien oft schwierig, zwischen wertvollen und unseriösen Angeboten zu unterscheiden. Es fehlt an Hilfestellungen bei der Auswahl sinnvoller Informationen und qualitativ hochwertiger Produkte und Leistungen. Ein weiteres Problem stellt die regionale Verteilung von Unterstützungsangeboten dar, die oft nur in Ballungszentren in ausreichendem Maß vorhanden sind. Wesentlich ist die Versorgung älterer Menschen vor Ort (bspw. durch mobile Unterstützungsangebote). Auch gesundheitsförderliche Maßnahmen und Aktionen müssen dezentral zugänglich sein, sozusagen „zu den Menschen kommen“. In diesem Zusammenhang bietet sich Aktion „Gesunde Gemeinden“, in deren Rahmen schon jetzt eine Vielzahl an Angeboten durchgeführt werden, als Plattform für weitere Aktivitäten an. Der Jahreschwerpunkt 2007 wird in diesem Sinne auch unter dem Motto „Seniorenengesundheit“ erfolgen. Im Bereich Impfen sind Informationsdefizite hinsichtlich der Bedeutung und Wirksamkeit des Impfschutzes für ältere Menschen auszumachen. Es fehlt auch an einer einheitlichen Impfdokumentation. Im Bereich der Vorsorgeuntersuchung fehlt es derzeit noch an der Berücksichtigung der Besonderheiten geriatrischer PatientInnen durch eine dem Alter angepassten Diagnostik.

#### 11.1.2 Selbst- und Laienhilfe

Die Unterstützung durch Familienangehörige, Freunde, Nachbarn etc. spielt für die Lebensqualität älterer Menschen eine wesentliche Rolle. Diese informellen Netzwerke leisten einen wesentlichen Beitrag dazu, dass SeniorInnen möglichst lange zu Hause, in ihrer gewohnten Umgebung, leben können und tragen überdies zur Integration ins Gemeinschaftsleben bei.

Zum Bereich der Selbst- und Laienhilfe gehört das Erlernen, Üben und Anwenden therapeutischer Maßnahmen durch die Betroffenen selbst bzw. durch Menschen in ihrem Umfeld. Dies umfasst auch die gegenseitige Hilfe älterer Menschen („Alte helfen Alten“), ehrenamtliche Hilfe und Laienpflege, Selbsthilfegruppen.

Damit die Netzwerke der Selbst- und Laienhilfe ihre Aufgabe erfüllen können, benötigen sie spezifische Ressourcen und Unterstützungsangebote (bspw. Beratungs- und Schulungsangebote für Pflegende, „Betreutes Reisen“, mobile Angebote wie „Essen auf Rädern“, Heilbehelfe und Hilfsmittel etc.). Derzeit existieren eine Vielzahl an Angeboten von Selbsthilfegruppen und Vereinen. Oft hängen jedoch der Erfolg und der Fortbestand vom Engagement und der Eigeninitiative Einzelner ab. Organisatorische Unterstützung bzw. bessere Koordination könnten zur Verbesserung des Angebotes beitragen. Positiv würde sich auch die Einrichtung einer „professionellen mobilen Pflegeberatung“ auswirken, die betreuende Laien unterstützt, aber auch Qualitätsstandards sicherstellen und zu einer effizienten Verwendung des Pflegegeldes beitragen könnte.

Der Ausbau des Angebots an betreubaren Wohnungen ist im Gange. Der Bedarf übersteigt derzeit aber noch das Angebot.

Das Angebot an Heilbehelfen und Hilfsmitteln ist ausreichend, der Zugang ist jedoch oft langwierig und kompliziert. Abhilfe könnte durch regional organisierte Pools für wieder verwertbare Heilbehelfe und Hilfsmittel geschaffen werden, die schnell für dringenden Bedarf zur Verfügung stehen. Diesbezüglich gibt es bereits in einigen Gemeinden positive Ansätze.

### 11.1.3 Professionelle Hilfe

Professionelle Hilfe lässt sich vor allem in die Bereiche der intramuralen Pflege (in Alten- und Pflegeheimen und Krankenhäusern) und in extramurale Leistungen (Betreuung älter Menschen zu Hause) einteilen.

Für die extramurale Pflege spielen, neben der ärztlichen Hauskrankenbehandlung (Hausbesuche), auch die bereits erwähnten mobilen Dienste eine große Rolle. Wesentlich sind auch Angebote zur zeitweiligen Entlastung von pflegenden Angehörigen (z.B. zur Erholung, Urlaub etc.), wie bspw. Kurzzeitpflege. Insbesondere in verkehrsunünstig gelegenen Gebieten stellt die Organisation von Pflegeersatz oft beträchtliche Probleme dar. Außerordentliche – auch finanzielle – Probleme stellt

auch die Pflege von Menschen dar, die rund um die Uhr der Betreuung benötigen. Dazu zählen auch PatientInnen mit fortgeschrittener Demenz, die häufig trotz körperlicher Agilität, ständiger Beaufsichtigung bedürfen.

Im Krankenhausbereich ist die Versorgung durch Geriatrie Stationen derzeit im Ausbau begriffen. Altenheime sind zusehends mit der Zunahme an pflegebedürftigen Personen konfrontiert, was Anpassungsmaßnahmen hinsichtlich der Ausstattung sowie der personellen und fachlichen Ressourcen erfordert.

Wesentliche Verbesserungspotentiale sind im Hinblick auf die Koordination intra- und extramuraler Angebote festzustellen. Durch ein effizientes Schnittstellenmanagement könnten viele Reibungsverluste vermieden werden und bedeutende Fortschritte in der Versorgungsqualität erreicht werden.

### 11.2 Maßnahmenvorschläge

Für den Bereich Prävention und gesundes Altern wurden vom Arbeitskreis der Gesundheitskonferenz Maßnahmen in folgenden Bereichen vorgeschlagen:

- Verbesserung der Information und Hilfestellungen bei der Auswahl qualitativ hochwertiger Leistungen und Produkte für alte Menschen: Denkbar wäre dazu bspw. die Einführung eines Gütesiegels durch namhafte Institutionen. Darüber hinaus sollten leicht verständliche, zielgruppenorientierte Informationsmaterialien bereitgestellt und den Betroffenen zugänglich gemacht werden.
- Die bessere Information und Dokumentation im Bereich der Vorsorgeuntersuchung und Impfungen, bspw. in Form eines „Impf-, Gesundheits- und Vorsorgepasses“ für ältere Menschen sowie die Vereinheitlichung und Vereinfachung von Impfaktionen und eine geriatrisch angepasste Vorsorgeuntersuchung.
- Förderung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten, bspw. im Bereich Bewegung (Seniorenturnen, Wandergruppen etc.).

## 10 GESUNDHEITSDZIELE FÜR OBERÖSTERREICH

# OÖ. GESUNDHEITSDZIELE ALT

### ☒ 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 mindestens 10 % alle mittleren und großen Unternehmen sich zur Umsetzung der Prinzipien eines gesunden Unternehmens/Betriebes verpflichten.

### ☒ ZIEL 4:

Bis zum Jahr 2005 sollte die Suiztrate um um mindestens ein Drittel zurückgehen.

### ☒ ZIEL 5:

Bis zum Jahr 2005 oder sogar früher sollten einheimische Masern in der Region eliminiert werden und bis zum 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 1.000 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 um 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.

☒ **ZIEL 1:**

Bis zum Jahr 2010 sollte die Häufigkeit von Diabetesfolgen, wie Amputationen, Blindheit, Nierenversagen, Schwangerschaftskomplikationen und andere Gesundheitsstörungen um 15 % gegenüber dem Jahr 2000 reduziert werden.

☒ **ZIEL 2:**

Bis zum Jahr 2010 sollten mindestens 80 % der Kinder der Altersgruppe 6 kariesfrei sein und 12-Jährige sollten im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen.

☒ **ZIEL 3:**

Bis zum Jahr 2010 unterzeichnen mindestens 10 % aller Unternehmen mit mehr als 10 unselbständig beschäftigten MitarbeiterInnen die Charta zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. Bis zum Jahr 2010 sollen mindestens 30 Unternehmen Träger des Gütesiegels Betrieblicher Gesundheitsförderung sein.

☒ **ZIEL 4:**

Bis zum Jahr 2010 sollte sich die psychische Gesundheit der OberösterreicherInnen nachhaltig verbessert haben. Wir messen das an der Suizidrate, den Diagnose bezogenen Krankenständen und Krankenhausaufenthalten.

☒ **ZIEL 5:**

Bis zum Jahr 2010 sollen sukzessive die Durchimpfungsraten für Impfungen gegen Masern-Mumps-Röteln (2 Impfungen bis zum 7. Lebensjahr) sowie Pertussis (Keuchhusten) und Hämophilus influenzae Typ B (4 Teilimpfungen bis zum 3. Lebensjahr) auf 90 Prozent ansteigen.

☒ **ZIEL 6:**

Bis zum Jahr 2010 sollte die Mortalität infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Altersgruppe unter 65 Jahre nachhaltig um mindestens 20 % gegenüber dem Jahr 2000 zurückgehen.

☒ **ZIEL 7:**

Gesundheit braucht auch rauchfreie Atemluft und dies wird durch rauchfreie Lebensräume gewährleistet. Deswegen soll sich die Anzahl der rauchfreien Lebensräume für alle OberösterreicherInnen bis 2010 wesentlich erhöhen.

☒ **ZIEL 8:**

Die oberösterreichische Bevölkerung soll bis zum Jahr 2010 bezüglich Sucht, psychoaktive Substanzen und Möglichkeiten der Suchtprävention informiert sein.

☒ **ZIEL 9:**

Bis zum Jahr 2010 sollen 70 Schulen im Rahmen des von der oberösterreichischen Arbeitsgruppe "Gesunde Schule" ausgearbeiteten Konzepts gesundheitsfördernd tätig sein.

☒ **ZIEL 10:**

Bis zum Jahr 2010 sollte an 25 % der oberösterreichischen Gemeinden ein Qualitätszertifikat für Gesunde Gemeinden verliehen worden sein.

---

Für den Bereich der Selbst- und Laienhilfe werden folgende Schritte befürwortet:

- Die Pflege durch Angehörige und andere nahe stehende Personen könnte durch die Beseitigung von Rechtsunsicherheiten gefördert werden. Die Bereitstellung fachlicher Hilfestellung (bspw. in Form einer „Gemeindeschwester“ bzw. einer „Mobilen Hauskrankenschwester“) könnte die Laienpflege unterstützen, aber auch eine gewisse Kontrollfunktion hinsichtlich der Pflegequalität und der sachgerechten Verwendung des Pflegegeldes wahrnehmen. Als Rahmenbedingungen werden Leitlinien zum Akt der Pflegeaufwandbeurteilung sowie die Verankerung einer effizienten Pflegegeldverwendung befürwortet.
- Angebote zur Aktivierung und Integration älterer Menschen, aber auch ihrer pflegenden Angehörigen sollten gefördert werden, z.B. durch Bewegungen (Seniorenturnen etc.), „Betreutes Reisen“ etc.
- Die Vereinfachung und Vereinheitlichung administrativer Abläufe (Bewilligungsverfahren etc.) würde die Angehörigen entlasten und der schnelleren Bereitstellung von Pflege- und Hilfsmitteln förderlich sein.
- Generell sollte ehrenamtliche Tätigkeit aufgewertet werden. Die Anerkennung könnte bspw. in Form eines Ausweises für Ehrenamtliche („Ehrenamtlichen-Card“) ausgedrückt werden, die auch mit kleinen Vergünstigungen (z.B. Ermäßigungen bei kulturellen Veranstaltungen etc.) verbunden sein könnte.

Im Bereich der professionellen Hilfe sollten geriatrische Kompetenzen aufgewertet und ausgebaut werden. Einen wesentlichen Aspekt stellt die ganzheitliche und interdisziplinäre Betrachtung und Behandlung alter Menschen dar. Darüber hinaus schlägt der Arbeitskreis folgende Maßnahmen vor:

- Ausbau und Förderung des Angebots an Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen sowie die Verbesserung des Angebotes an Physiko-, Logo- und Ergotherapie, insbesondere in peripheren Regionen (z.B. durch den Zugang externer PatientInnen zu Angeboten in Pflegeheimen).
- Aufwertung und bedarfsgerechter Ausbau extramuraler Strukturen (ärztliche Hauskrankenbehandlung, Mobile Dienste etc.).
- Ärztliche Gesamtverantwortung in Pflegeheimen; eventuell Schwerpunktbildung und entsprechende Adaptierung einiger Pflegeheime im Bezug auf Pflegefälle mit besonderen Diagnosen.
- Erarbeitung von Lösungen zur Schnittstellenproblematik zwischen den stationären und extramuralen Versorgungseinrichtungen bspw. durch eine von ExpertInnen besetzte Arbeitsgruppe (Definition von Koordinations- und Kommunikationsstandards, einheitliche Behandlungs- und Pflegedokumentation etc.).

## **EINLEITUNG**

<i>Grafik 1: Kreislauf der Gesundheitsberichterstattung in Oberösterreich</i> .....	13
---	----

## **FACHBEITRÄGE**

<i>Grafik 1: Kariesmorbidität Volksschulen OÖ, Vergleich Schuljahr 1995/96 – 2004/05</i> .....	20
<i>Grafik 2: Aktivitäten zu Gesundheitsthemen</i> .....	28
<i>Grafik 3: Krankenhausaufenthalte aufgrund ausgewählter ICD-10 Krankheitsgruppen nach Beschäftigungsstatus</i> ...	37
<i>Grafik 4: Krankenhausaufenthalte aufgrund ausgewählter ICD-10 Krankheitsgruppen nach Nationalität</i> .....	38
<i>Tabelle 1: Handlungsfelder schulischer Gesundheitsförderung</i> .....	21
<i>Tabelle 2: Äquivalenzeinkommen und allgemeiner Gesundheitszustand 1986, 1993 und 2003</i> .....	34
<i>Tabelle 3: Schulabschluss und allgemeiner Gesundheitszustand 1986, 1993 und 2003</i> .....	35

## **VERSORGUNG**

### *Berufe im Gesundheits- und Krankendienst*

<i>Grafik 1: Schematische Darstellung der neuen Strukturen</i> .....	44
<i>Grafik 2: Krankenanstaltenbetten pro 100.00 Einwohner</i> .....	47
<i>Grafik 3: Mengenmäßige Entwicklung der Apotheken in Oberösterreich</i> .....	49
<i>Tabelle 1: Abschlusszahlen der Pflegehelferausbildung</i> .....	50
<i>Tabelle 2: Abschlusszahlen der Ausbildungen im gehobenen medizinisch-technischen Dienst und Hebammendienst</i> .....	51

### *Pflege von alten Menschen*

<i>Grafik 1: Hauskrankenpflege und Mobile Betreuung und Hilfe – Personalentwicklung 1994 – 2003; Anzahl der Personen und Anzahl der Vollzeitäquivalente (PE)</i> .....	58
<i>Grafik 2: Hauskrankenpflege und Mobile Betreuung und Hilfe – Hausbesuche und verrechnete Einsatzstunden – Entwicklung 1994 – 2004</i> .....	58
<i>Tabelle 1: AbsolventInnen der Ausbildung zum/zur AltenfachbetreuerIn seit dem Jahr 2000 in Oberösterreich</i> .....	59

## **EPIDEMIOLOGIE**

### *Lebenserwartung in Oberösterreich und ihre Einflussfaktoren*

<i>Grafik 1: Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung in Österreich 1868–2004</i> .....	63
<i>Grafik 2: Lebenserwartung 2004 nach Bundesländern (sortiert) und Geschlecht</i> .....	64
<i>Grafik 3: Sterbefälle unter bzw. ab 65 Jahre in OÖ 2004</i> .....	65
<i>Grafik 4: Zahl der Sterbefälle unter 65 Jahre in OÖ 2004 nach Altersgruppen</i> .....	66
<i>Grafik 5: Auswirkung der Sterbefälle unter 65 Jahre auf die durchschnittliche Lebenserwartung in OÖ 2004</i> .....	66
<i>Grafik 6: Zahl der Sterbefälle unter 65 Jahre nach Todesursachen in OÖ 2004</i> .....	67
<i>Grafik 7: Auswirkung der Sterbefälle unter 65 Jahre auf die durchschnittliche Lebenserwartung in OÖ 2004</i> .....	67
<i>Tabelle 1: Gestorbene in Oberösterreich 2004 und die Auswirkung auf die Lebenserwartung</i> .....	68
<i>Tabelle 2: Gestorbene in Oberösterreich 2004 nach Todesursachen (Feingliederung) und Alter</i> .....	69

### *Krankenstände*

<i>Grafik 1: Alters-Morbiditäts-Statistik, Krankenstandstage pro arbeitsunfähig erkranktem Arbeiter und Angestellten</i> .....	74
<i>Grafik 2: Wirtschaftsklassen-Morbiditäts-Statistik, Krankenstandstage pro Beschäftigtem der Wirtschaftsklasse</i> .....	75
<i>Tabelle 1: Arbeitsunfähigkeitsstatistik Oberösterreich 1996 bis 2005</i> .....	72
<i>Tabelle 2: Krankenstandsverhalten nach Geschlecht im Jahr 2005</i> .....	73
<i>Tabelle 3: Krankenstandstage und -fälle in Oberösterreich, nach den zehn häufigsten Diagnosegruppen</i> .....	73
<i>Tabelle 4: Krankheiten des Skelettes, der Muskeln und des Bindegewebes Krankenstandstage pro ArbeitnehmerIn nach Wirtschaftsklasse, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht (Oberösterreich, 2005)</i> .....	76



## GRAFIK- UND TABELLENVERZEICHNIS

<i>Krankenhausentlassungen</i>	
<i>Grafik 1: Anzahl der Krankenhausaufenthalte 2004</i> .....	77
<i>Tabelle 1: Aufenthalte Frauen 2004 in Oö. Fondskrankenanstalten</i> .....	78
<i>Tabelle 2: Oö. Fondskrankenanstalten 2004</i> Anzahl MEL- bzw. HD-Gruppen gemäß LKF-Modell TOP 20 – Frauen .....	79
<i>Tabelle 3: Aufenthalte Männer 2004 in Oö. Fondskrankenanstalten</i> .....	80
<i>Tabelle 4: Oö. Fondskrankenanstalten 2004</i> Anzahl MEL- bzw. HD-Gruppen gemäß LKF-Modell TOP 20 – Männer .....	81
<i>Medikamentenverordnungen in OÖ</i>	
<i>Grafik 1: Heilmittelkosten pro Anspruchsberechtigten 2005</i> .....	83
<i>Grafik 2: Bevölkerung nach breiten Altersgruppen 1869 bis 2050</i> .....	84
<i>Grafik 3: Gesamtverbrauch nach Alter und Geschlecht</i> .....	85
<i>Grafik 4: Verrechnete Medikamentenpackungen 2005 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig)</i> .....	88
<i>Grafik 5: Kosten für Medikamentenverordnungen 2005 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig)</i> .....	88
<i>Grafik 6: Packungen je 100.000 Versicherten nach Indikationsgruppen</i> .....	89
<i>Grafik 7: Kosten je 100.000 Versicherten nach Indikationsgruppen</i> .....	89
<i>Grafik 8: Prozentueller Anteil Anatomischer ATC-Gruppen an den Kosten und an den verordneten Packungen</i> .....	90
<i>Grafik A</i> Alimentäres System und Stoffwechsel Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen des Magen-Darmtraktes .....	93
<i>Grafik B</i> Blut und blutbildende Organe Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen des Blutes und der blutbildenden Organe .....	94
<i>Grafik C</i> Kardiovaskuläres System Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen von Herz- und Gefäßsystem, z.B. gegen Bluthochdruck und Herzinsuffizienz .....	94
<i>Grafik D</i> Dermatika Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen der Haut .....	95
<i>Grafik G</i> Urogenitalsystem und Sexualhormone Heilmittel zur Behandlung von gynäkologischen und urologischen Erkrankungen und Sexualhormone .....	95
<i>Grafik H</i> Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen, die zu Hormonstörungen führen (mit Ausnahme der Sexualhormone) .....	96
<i>Grafik J</i> Antiinfektiva zur systemischen Anwendung Heilmittel zur Behandlung von Infektionen (z. B. Antibiotika, antivirale Medikamente, Immunglobuline) .....	96
<i>Grafik L</i> Antineoplastische und Immunmodulierende Mittel Heilmittel zur Behandlung von Krebserkrankungen .....	97
<i>Grafik M</i> Muskel- und Skelettsystem Heilmittel zur Behandlung von Muskel- und Skeletterkrankungen (z. B. Gelenkentzündungen, Gicht, Osteoporose) .....	97
<i>Grafik N</i> Nervensystem Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen des neurologisch/psychiatrischen Bereiches (z.B. Schmerzmittel, Mittel gegen Migräne, Epilepsie, Parkinson, Psychosen, Depression, Demenz, Suchterkrankungen) .....	98
<i>Grafik P</i> Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen durch Parasiten und Insektenbefall .....	98
<i>Grafik R</i> Respirationstrakt Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen des Hals-Nasen-Rachenraumes und der Lunge .....	99
<i>Grafik S</i> Sinnesorgane Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen von Augen und Ohren .....	99
<i>Grafik V</i> Varia; Sammelgruppe aus unterschiedlichen Bereichen, z. B. Heilmittel zur Behandlung von Erkrankungen durch Allergien, Diagnostika, Kontrastmittel und Wundverbände .....	100
<i>Tabelle 1: Verordnungen und Kosten aller Indikationsgruppen</i> .....	87
<i>Tabelle 2: Veränderungen der Verordnungsmenge (Packungen absolut)</i> .....	91
<i>Tabelle 3: Veränderungen Kosten (absolut)</i> .....	92

## GRAFIK- UND TABELLENVERZEICHNIS

<i>Pflegegeldverteilung in Oberösterreich</i>	
<i>Grafik 1: PflegegeldbezieherInnen nach Alter am 31. 12. 2004</i> .....	102
<i>Grafik 2: PflegegeldbezieherInnen 1994–2003</i> .....	103
<i>Tabelle 1: Anzahl der PflegegeldbezieherInnen in OÖ nach Pflegegeldeinstufung und Geschlecht, Stichtag 31. 12. 2004 bzw. 30. 6. 2004</i> .....	101
<i>Tabelle 2: Anzahl der PflegegeldbezieherInnen in OÖ nach Alter und Geschlecht, 31. 12. 2004</i> .....	102
<i>Meldepflichtige übertragbare Krankheiten</i>	
<i>Grafik 1: Bakterielle Lebensmittelvergiftungen (Salmonellosen, Campylobacteriosen) in OÖ., 2000–2004</i> .....	107
<i>Grafik 2: Gemeldete Erkrankungsfälle an Hepatitis A,B,C in Oberösterreich, 2000–2004</i> .....	108
<i>Grafik 3: Bakterielle Meningitiden (Meningokokken, Pneumokokken) in Oberösterreich, 2000–2004</i> .....	109
<i>Grafik 4: Virale Meningoenzephalitiden in Oberösterreich, 2000–2004</i> .....	109
<i>Tabelle 1: Nach dem Epidemiegesezt 1950 gemeldete Erkrankungen in Oberösterreich, 2000 bis 2004</i> .....	104
<i>HIV/AIDS</i>	
<i>Tabelle 1: Anzahl der positiven HIV-Tests nach Übertragungsart in OÖ.</i> .....	112
<i>Tabelle 2: AIDS-Statistik – Jahresvergleich, Situation bis zum 03. 01. 2006</i> .....	112
<i>Krebsinzidenz in Oberösterreich</i>	
<i>Tabelle 1: Krebsinzidenz Oberösterreich – Österreich nach Lokalisation, Frauen Altersstandardisierte Raten auf 100.000</i> .....	113
<i>Tabelle 2: Krebsinzidenz Oberösterreich – Österreich nach Lokalisation, Männer Altersstandardisierte Raten auf 100.000</i> .....	114
<i>Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten</i>	
<i>Tabelle 1: Arbeitsunfälle</i> .....	116
<i>Tabelle 2: Unfallursachen</i> .....	116
<i>Tabelle 3: Unfälle nach Altersgruppen</i> .....	117
<i>Tabelle 4: Unfälle nach Verletzungsarten</i> .....	117
<i>Tabelle 5: Verkehrsunfälle</i> .....	118
<i>Tabelle 6: Unfälle nach verletzten Körperregionen</i> .....	119
<i>Tabelle 7: Berufskrankheiten</i> .....	119
<i>Tabelle 8: Nach Wirtschaftsklassen</i> .....	120
<i>Tabelle 9: Schülerunfälle 2005</i> .....	120
<i>Tabelle 10: Unfälle nach Schulstufen</i> .....	121
<i>Tabelle 11: Nach Verletzungsart</i> .....	121
<i>Tabelle 12: Schulwegunfälle 2005</i> .....	122
<i>Unfälle im Straßenverkehr</i>	
<i>Grafik 1: Entwicklung des Unfallgeschehens und des Kraftfahrzeugbestandes in Oö. von 1990 bis 2005</i> .....	125
<i>Grafik 2: Im Straßenverkehr in OÖ 2005 getötete FußgängerInnen und RadfahrerInnen nach Altersgruppen</i> .....	126
<i>Tabelle 1: Verletzte und Getötete nach politischen Bezirken 2005, absolut je 10.000 EinwohnerInnen</i> .....	124
<i>Mentale Gesundheit/Psychische Erkrankungen</i>	
<i>Grafik 1: Anteil der Krankenhausentlassungen mit psychiatrischen Hauptdiagnosen, die in psychiatrischen Abteilungen behandelt wurden; Oberösterreich</i> .....	128
<i>Grafik 2: Hauptdiagnosen der PatientInnen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund einer psychischen Erkrankung</i> ....	129
<i>Grafik 3: Psychopharmakaverbrauch in Oberösterreich. Verschreibung von Psychopharmaka 2004 (Packungen)</i> ....	129
<i>Grafik 4: Psychopharmakaverbrauch in Oberösterreich. Verschreibung von Psychopharmaka 2004 (Kosten je 1.000 Euro)</i> .....	130
<i>Grafik 5: Psychopharmakaverbrauch in Oberösterreich nach ÄrztInnengruppe</i> .....	131
<i>Grafik 6: Antidepressivaverbrauch nach Altersgruppen</i> .....	132
<i>Grafik 7: Potenzielle Verlorene Lebensjahre: PYLL (Anteile), OÖ 2003</i> .....	132
<i>Tabelle 1: Anteil der psychischen Störungen an den Krankenhausaufenthalten</i> .....	127

## GRAFIK- UND TABELLENVERZEICHNIS

---

### GESUNDHEITSZIELE

<i>Grafik 1:</i> Einschlägige medizinische Einzelleistungen (MEL) in Verbindung mit Spätfolgendidiagnose (SF) – Gesamt ...	137
<i>Grafik 2:</i> Verschiebungen zwischen Risikogruppen .....	138
<i>Grafik 3:</i> Kariesmorbidität Volksschulen OÖ. Gesamt – Vergleich der Schuljahre 1995/96 – 1999/00 – 2004/05 ...	140
<i>Grafik 4:</i> Praktische Erfahrungen mit Gesundheitsförderung im Unternehmen .....	141
<i>Grafik 5:</i> Suizide in Oberösterreich 1999 bis 2004 .....	143
<i>Grafik 6:</i> Altersstandardisierte Suizidrate in Oberösterreich 1997 bis 2004 .....	144
<i>Grafik 7:</i> Stand des Gesundheitszieles 4 – Reduktion der Suizidrate in Oberösterreich .....	145
<i>Grafik 8:</i> MMR; Durchimpfung der Geburtenjahrgänge 2002–2004 .....	146
<i>Grafik 9:</i> Altersstandardisierte Herz-Kreislaufmortalität im Zeitverlauf (1999 bis 2004) .....	150
<i>Grafik 10:</i> Prozentuelle Abnahmen der Mortalität – Vergleich 1999 mit 2004 .....	151
<i>Grafik 11:</i> Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen unter 65 Jahren im Zeitverlauf (1999 bis 2004) ...	151
<i>Grafik 12:</i> Mortalität aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane im Zeitverlauf – verstorbene pro 100.000 EinwohnerInnen .....	153
<i>Grafik 13:</i> Anteil der NichtraucherInnen in der oberösterreichischen Bevölkerung .....	155
<i>Grafik 14:</i> Tabakkonsum 11- bis 15-Jährige – Tägliche RaucherInnen .....	156
<i>Grafik 15:</i> Durchschnittlicher Jahresverbrauch reinen Alkohols in Österreich (Liter pro Person über ab 15 Jahren) ....	157
<i>Grafik 16:</i> Gemeindebeiträge pro Jahr .....	160
<i>Tabelle 1:</i> Kariesmorbidität Oberösterreich 2002/2003 .....	139
<i>Tabelle 2:</i> Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Hämophilus influenzae B und Hepatitis B; Durchimpfungsraten der Geburtenjahrgänge 2002 – 2004 .....	148
<i>Tabelle 3:</i> Medikamentenkonsum von Haupt- und Mitversicherten .....	154
<i>Tabelle 4:</i> Medikamentenkonsum von Hauptversicherten .....	154



ISBN 3-902487-09-7